

鳥取県東部地区がん地域連携診療計画書 運用マニュアル

(社) 鳥取県東部医師会

鳥取県東部地域医療連携パス策定委員会

鳥取県東部地区がん地域連携診療計画書運用マニュアル

目 次

がんの地域連携診療計画書運用マニュアル	1
5大がんパス様式	5
地域連携確認書	6
地域連携パス同意書	11
地域連携診療報告書	16
がん治療地域連携パスの運用に関わる診療報酬と届出について	21

がんの地域連携診療計画書運用マニュアル

1. 目的

患者に安心して質の高い医療を提供するためには、かかりつけ医とがん拠点病院等の医師が協力して診療にあたる仕組みを作り、地域が一体となってがん医療を支えることが急務である。この目的のために、「がんの地域連携診療計画書」（以下、連携パス）を用いて患者の治療経過を共有し、その信頼関係に基づいて、さらに、在宅緩和ケアの地域連携を実現してゆきたい。

2. 参画医療機関

がん診療にあたる鳥取県東部地域のすべての医療機関であるが、がんの地域連携を理解し、連携パスを共有するために、パスの運用、がん治療等に関する説明会を受講することが望まれる。

3. 役割分担

計画策定病院（以下、がん拠点病院等）

省略

連携医療機関（以下、かかりつけ医）

経過観察、必要な検査、日常の療養生活指導

症状緩和、メンタルケア

再発、副作用、合併症等の診断、対応（バリエーションへの対応）

がん以外の疾患への対応、治療、

4. 連携パス運用開始時期および運用期間

連携パスの運用開始はがん拠点病院等での入院治療が終わり、外来治療に移行した時期であるが、概ね下記に掲げる《適応規準》を充たした状態の安定した症例であり、実際の運用の開始は退院後1か月以内のかかりつけ医受診で始まり、パスの運用期間は乳がんが10年、他のがんは5年である。

5. 対象患者《適応規準》

連携パスの対象患者は、原則として以下の条件を満たす者とする。

- ① がん治癒切除術後
- ② 告知済み
- ③ 直近の検査で異常なし
- ④ インフォームドコンセントがあること

「原則として」を付す意味は：

- i 肝がんでは、がん入院治療後の患者がすべて対象とされていて治癒切除後に限定されていない
- ii 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、手続きを経れば算定可能となるので、当面算定できないからの理由で説明のタイミングを逃すべきでなく、連携パスの説明同意は入院時に、あらかじめ行っておくことが望ましい。
- iii 当初治癒切除を想定し、術後の地域連携パスを説明した患者で、その後の病理検査で非治癒切除になった場合でも、緩和パスの適用が想定されるので、地域連携パスを用いてあらかじめかかりつけ医との関係を作っておく意義は大きい。

6. 実施（運用）手順について（連携パス運用のフローチャート参照）

連携パスの実施・運用の手順は下記の5つのステップからなる。

（ステップ1） パスの適応判断とその説明、

（ステップ2） パスの契約手続き、

（ステップ3） パスの開始、

（ステップ4） パス運用中から終了まで、

（ステップ5） 在宅緩和医療

これを拠点病院等、かかりつけ医、患者の役割分担ごとに記すと

① 拠点病院等

（ステップ1） パスの適応判断とその説明（資料1）

がん治療の初回入院時、治癒切除が可能と想定される時、治療の一環としての地域連携の必要性について説明する。この説明の際「私のカルテ」などのツールを用い、かかりつけ医など可能な連携医療機関をあらかじめ紹介する。

（担当 主治医）

（ステップ2） パスの契約手続き（資料2）

① 退院が近づいてきたら地域連携確認書を作成すること。（担当 主治医）

② 連携室はこれを連携医療機関に送付、かかりつけ医は可能な受け入れ条件（可能な検査、治療など）を書き込み、FAX。（担当：連携室）

③ 連携受諾の返信に基づき主治医は改めて退院後の地域連携パスについて患者に説明、同意書を取得する。（担当：主治医）

④ 同意書は2部コピーし、原本は患者が保管、コピーは拠点病院等、および、かかりつけ医が保管する。（担当：連携室）

（ステップ3） パスの開始（資料2）

① 連携室は地域連携パス同意書（写し）及び診療情報提供書をかかりつけ医に郵送し、これを持って連携パス運用開始とする。（担当：連携室）

② 連携室は、「私のカルテ」の内容、カルテの具体的な使用方法等を説明する。（担当：連携室）

（ステップ4） パス運用中から終了まで（資料3、4）

① 検査データなどを「私のカルテ」に記入する。（担当：外来医）

② かかりつけ医への報告は、定期受診時、診療情報提供書《必要に応じ、検査データ、所見等》によるが、患者に託すか、郵送する。（担当：外来医）

③ 連携パスの運用期間終了あるいはバリエーション発生による脱落時には、「がん地域連携パス脱落届」をかかりつけ医へ連絡する。（担当：連携室）

② かかりつけ医

(ステップ2) パスの契約手続き (資料2)

拠点病院等からの地域連携確認書に対し、可能な治療、検査などを書き込み、受入の可否等をFAXする。

(ステップ3) パスの開始 (資料2)

かかりつけ医は、拠点病院等から送られた診療情報提供書及び地域連携パス同意書(写し)をカルテに保管する。

(ステップ4) パス運用中から終了まで (資料3、4)

① 日常診療の際の検査データなどを随時「私のカルテ」に記入

② 患者が拠点病院等へ外来受診する際には、「地域連携診療報告書」《必要に応じ、検査データ、所見等》を患者に託すか、送付する。

③ 連携パスの運用期間終了、あるいはバリエーション発生による脱落時には「がん地域連携パス脱落届」を拠点病院等へ連絡する。

③ 患者

(ステップ1)

入院時、連携パス適応の可能性、その際の連携先などの説明を受ける。

(ステップ2)

連携パスの説明を受け、理解し、納得できれば同意書に署名する

(ステップ3)

連携室にて私のカルテの説明を受ける

(ステップ4)

「私のカルテ」及び拠点病院等やかかりつけ医で渡された検査結果等の写しを保管する。なお、パスの対象疾患以外で医療機関を受診する際もできる限り「私のカルテ」を持参する。

7. バリエーションとその対処方法

①バリエーションはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。

- i 原疾患の再発や原病死
- ii 他疾患による通院不能や他病死

②不測の事態が発生した場合は、連携する全ての医療者が協力して解決に当たる。

③ バリエーションが発生した場合、連携パス脱落届に記載し、連携先に連絡する。

バリエーション		対処法
再発が疑われるとき	症状がない	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	症状があるが差し迫った生命の危険はない	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険がある	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
治療による副作用が疑われるとき	症状がない	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	症状があるが差し迫った生命の危険はない	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険がある	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
その他合併症が疑われるとき	症状がないとき	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。2週間を目処に拠点病院等に報告を行う。
	症状があるが差し迫った生命の危険はない	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
	差し迫った生命の危険がある	専門外来受診、救急入院等の必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
連携医療からドロップアウトしたとき	たちまちには危険がないとき	患者・家族との連絡を取り、次回フォロー予定期日までに解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。
	今後の症状悪化が心配されるが、差し迫った生命の危険はない	患者・家族との連絡を取り、4週間以内に解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。
	差し迫った生命の危険がある	遅滞なく患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。

バリエーションの可能性となる各がんの兆候、検査異常

胃がん、大腸がん、肝がん

創感染、嘔吐（数日間軽快しない）、食事摂取量の著しい低下、体重減少の持続、イレウスの疑い、血便、下血、吐血、腹水（制御不能）、脳症（肝がん）

肺がん

咳、痰の増加、血痰、喀血、発熱、胸痛（持続性）、呼吸困難、めまい、ふらつき、

乳がん

患側上肢の炎症、更年期障害、月経異常など内分泌治療薬の副作用

胸部X線、CT、エコーの異常所見・変化（検査は原則として病院で）

腫瘍マーカーの上昇

胃がん、大腸がん；CEA, CA19-9等、肝がん；AFP, PIVKA II、肺がん；CEA, シフラ等
乳がん；CEA, CA15-3等

5 大がんパス様式

胃癌地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

計画策定病
院
所在地

連携室 Fax _____

担当科名 _____

医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	有					

2) 治療方針

3) 治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 腹部超音波検査
- CT検査
- 胃内視鏡検査

* 返信先は上記連携室へFaxでお願い申し上げます。

大腸癌地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

計画策定病
院

連携室 Fax _____
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	・	有				

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 腹部超音波検査
- CT検査
- 大腸内視鏡検査

* 返信は上記連携室へFaxにてお願い申し上げます。

肝臓癌地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

計画策定病院

連携室 Fax _____
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	有					

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 凝固機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- CT/MRI検査

* 返信は上記連携室へFaxにてお願い申し上げます。

肺癌地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

計画策定病院

連携室 Fax

担当科名 _____

医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低		中		高		
併存疾病							
告知	無		有				

2) 治療方針

3) 治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 腫瘍マーカー
- 胸部X線
- CT検査

* 返信は上記連携室へFaxにてお願い申し上げます。

乳癌地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____
担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

計画策定病院

連携室 Fax _____
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	・	有				

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法
- リンパ浮腫指導

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 胸部X線
- CT検査
- マンモグラフィ

* 返信は上記連携室へFaxにてお願い申し上げます。

鳥取県胃癌地域連携パス同意書

連携機関 計画策定病院：当院
 連携先医療機関：

	退院後2週間	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診間隔	○	2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回 6か月に1回	3～6か月に1回 6か月に1回
臨床症状	○	○	○	○	○	○	○
検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
処置	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
投薬	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
注射・点滴	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
診療のポイント	この時期は消化管の運動はまだまだ不十分です。吻合部の浮腫もありますので食事は十分に食べられませんが、その上でゆっくり食べ、その上でゆっくり食べるように指導してください。また、食事の量は手術前の30%を目標にしてください。	食事はある程度になり始めるころです。タンピング症状があれば食事の方法についての説明（ゆづり食べあるいは低血糖などを）を行ってください。	残胃や小腸の運動も正常に戻ってくる時期です。食べ方の注意を再度お願いします。	この時期からは心配するべき点は、鉄やビタミンB12の吸収障害です。鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生に注意してください。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生に注意してください。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生に注意してください。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生に注意してください。

連携医療機関： _____ 計画策定病院： _____

本人・家族への説明： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名： _____

退院後は上記の地域連携パスに沿って外来治療並びに経過観察を受けることに同意いたします。
 説明を受け、同意した者： 本人・家族（ _____ ）

鳥取県大腸癌地域連携パス同意書

	退院後2週間	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診機関	連携医療機関 計画策定病院						
臨床症状	食事量 体重	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
検査	血液一般検査	○	○	○	○	○	○
	肝機能検査	○	○	○	○	○	○
	腎機能検査	○	○	○	○	○	○
	検尿	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○
処置	腹部超音波検査	○	○	○	○	○	○
	CT検査	○	○	○	○	○	○
	大腸内視鏡検査	○	○	○	○	○	○
診療のポイント	投薬	○	○	○	○	○	○
	注射・点滴	○	○	○	○	○	○
	便秘に注意して下さい。通院、服下剤投与して下さい。イレウス疑われる場合には直ぐに紹介をお願いします。						
	再発のチエックがー重要です。イレウスの発生にも注意して下さい。						

連携医療機関:	計画策定病院:
本人・家族への説明:	年 月 日
説明者署名:	
退院後は上記連携パスに沿って外来治療並びに経過観察を受けることに同意いたします。 説明を受け、同意した者: 本人・家族()	

鳥取県肝臓癌地域連携パス同意書

	退院後1ヵ月	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	1年	2年	5年
受診間隔	○	○	○	○	○	○	○
臨床症状	○	○	○	○	○	○	○
検査	○	○	○	○	○	○	○
処置	○	○	○	○	○	○	○
診療のポイント	○	○	○	○	○	○	○

連携医療機関：	計画策定病院：
本人・家族への説明：	年 月 日
説明者署名：	
退院後は上記地域連携パスに沿って外来治療並びに経過観察を受けることに同意いたします。 説明を受け、同意をした者： 本人 ・ 家族 ()	

鳥取県肺癌地域連携パス同意書

	退院後2週間	3か月	6か月	1年	2年	5年
受診間隔	○	1か月に1回 ○	1か月に1回 ○	1か月に1回 ○	3か月に1回 6か月に1回	3～6か月に1回 6か月に1回
連携医療機関 計画策定病院	○	○	○	○	○	○
臨床症状	○	○	○	○	○	○
咳・痰	○	○	○	○	○	○
息切れ(呼吸困難)	○	○	○	○	○	○
疼痛	○	○	○	○	○	○
血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
胸部X線	○	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
CT検査(胸部～上腹部)	○	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
処置						
投薬						
注射・点滴						
診療のポイント						

連携医療機関:	計画策定病院:	
本人・家族への説明:	年 月 日	
説明者署名:		
退院後は上記連携パスに沿って外来治療並びに経過観察を受けることに同意いたします。 説明を受け、同意をした者: 本人・家族()		

鳥取県乳癌地域連携パス同意書

	退院後1か月	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年	10年
受診間隔	連携医療機関 計画策定病院 ○	2週間に1回	1か月に1回 ○	1か月に1回	1か月に1回 ○	3か月に1回 6か月に1回	3～6か月に1回 6か月に1回	3～6か月に1回 6か月に1回
臨床症状	患側上肢の浮腫 体重	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
検査	血液一般検査	○	○	○	○	○	○	○
	肝機能検査	○	○	○	○	○	○	○
	腎機能検査	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線 CT検査(胸部～上腹部) マンモグラフィ	○	○	○	○	○	○	○
処置	リンパ浮腫指導	○	○	○	○	○	○	○
	投薬 注射・点滴	○	○	○	○	○	○	○
診療のポイント								

連携医療機関:	計画策定病院:
本人・家族への説明:	年 月 日
説明者署名:	
退院後は上記連携パスに沿って外来治療並びに経過観察を受けることに同意いたします。 説明を受け、同意した者: 本人・家族()	

胃癌地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

食事量 増加 不変 減少
 体 重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査 (検査日: 月 日)

検査項目および所見:

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

大腸癌地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

食事量 増加 不変 減少
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査 (検査日: 月 日)

検査項目および所見:

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

肝臓癌地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

黄疸 なし 軽度 重度
 浮腫・腹水 なし 軽度 重度
 肝性脳症 なし あり
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査 (検査日: 月 日)

検査項目および所見:

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
TB			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
PT			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

肺癌地域連携診療報告書

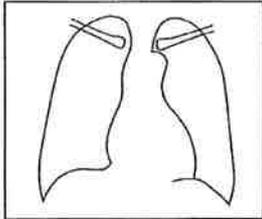
連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

咳・痰 なし 軽快 不変 増悪
 息切れ なし 軽快 不変 増悪
 疼痛 なし 軽快 不変 増悪

2. 胸部 X 線（検査日： 月 日）



胸水： なし 減少 不変 増量
 結節： なし 出現
 縦隔： 不変 拡大

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

乳癌地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

浮腫 なし 軽度 重度
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査 (検査日: 月 日)

検査項目および所見:

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

がん治療地域連携パスの運用に関わる診療報酬と届出について

1. 診療報酬

①B005-6 がん治療連携計画策定料 750点(計画策定病院 退院時)

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。(患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すこと)

②B005-6-2 がん治療連携指導料 300点(連携医療機関 情報提供時)

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する診療情報を提供した際に算定する。

※地域連携計画の概要

- あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、退院後の治療を共同して行う複数の連携医療機関との間で共有して活用されるもの。
- 病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

2. がん診療連携拠点病院に準じる病院

地域のがん診療の中核となる病院として都道府県が認定している病院

※鳥取県のがん診療連携拠点病院又は準ずる病院は以下の通り(鳥取県 HP より)

●都道府県がん診療連携拠点病院

医療機関名	指定期間
鳥取大学医学部付属病院	H22.4.1~H26.3.31

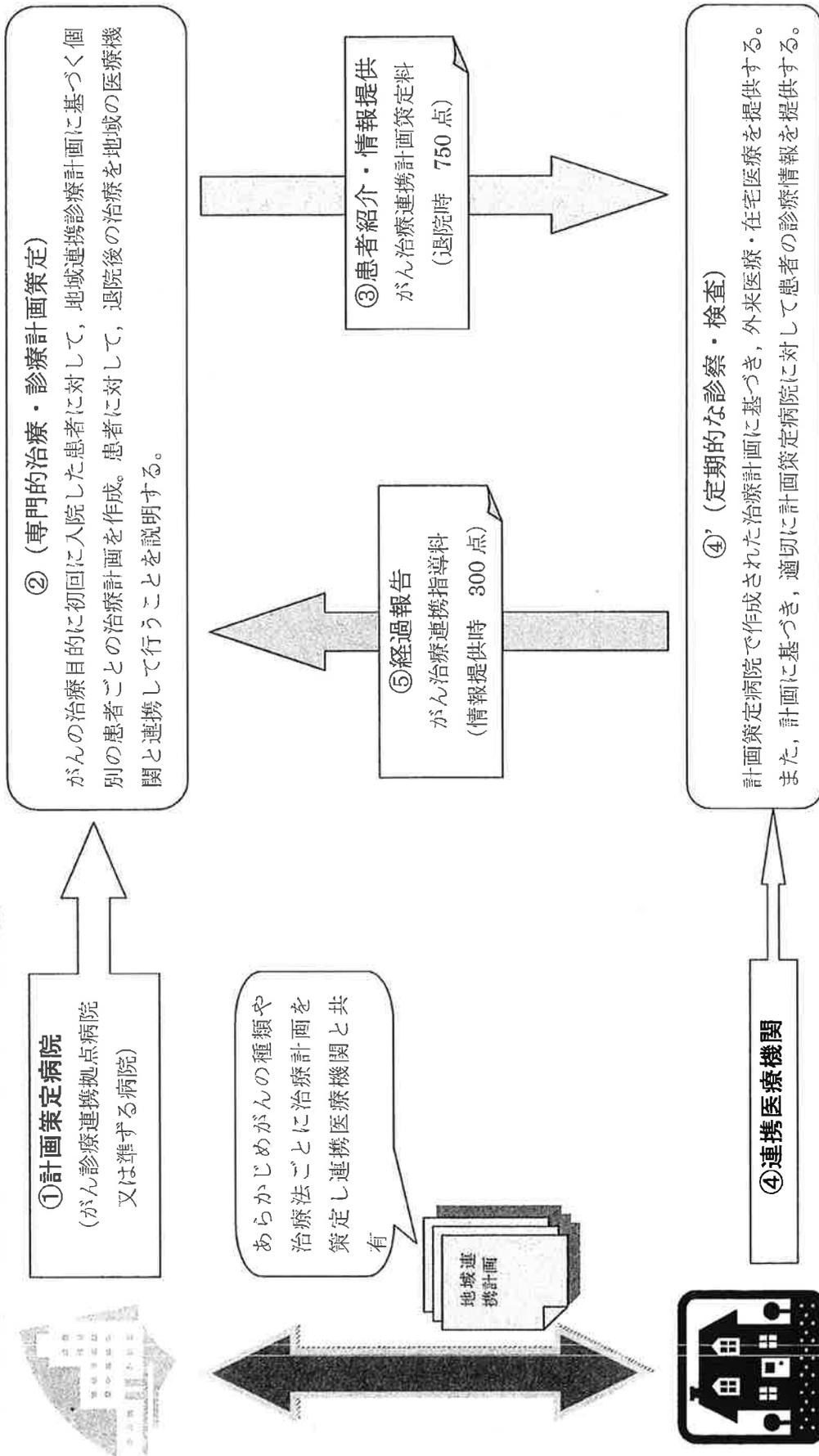
●地がん診療連携拠点病院

医療機関名	指定期間
鳥取県立中央病院	H22.4.1~H26.3.31
鳥取市立病院	H22.4.1~H26.3.31
鳥取県立厚生病院	H22.4.1~H26.3.31
独立行政法人国立病院機構 米子医療センター	H22.4.1~H26.3.31

●がん診療連携拠点病院に準じる病院

医療機関名	指定期間
鳥取赤十字病院	H23.7.13~H25.3.31
鳥取生協病院	H23.7.13~H25.3.31
医療法人十字会野島病院	H23.7.13~H25.3.31
独立行政法人労働者健康福祉機構 山陰労災病院	H23.7.13~H25.3.31
医療法人同愛会博愛病院	H23.7.13~H25.3.31

3. がん治療地域連携パスの運用と診療報酬の算定の流れ



4. 届出について

- ①保険医療機関単位で行う。
- ②地方厚生局長に対して届出書を正副2通提出する。
- ③各月の末日までに要件審査を終え、届出が受理された場合は、翌月の1日から診療報酬を算定できる。
月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出が受理された場合は、当該月の1日から算定できる。

平成24年4月1日より算定する場合は

⇒ 平成24年3月2日～4月1日までに中国四国厚生局に届出る。

※地方厚生局への届出は③のとおり、随時できます。

1) がん拠点連携拠点病院又は準ずる病院(がん治療連携計画策定料)の届出

【 提出様式 】

- ・別添1 特掲診療料の施設基準に係る届出書(がん治療連携計画策定料)
- ・様式13の2 がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類
- ・がん治療連携パス(各がん毎)

2) 連携医療機関(がん治療連携指導料)の届出

【 提出様式 】

- ・別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書(がん治療連携指導料)
- ・様式13の3 がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類
- ・がん治療連携パス(各がん毎)

※届出するがん治療連携パスは計画策定病院と連携医療機関で同じものを届ける。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	(がん計) 第 号
------------------------	--	------	--------------

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

(届出事項)

[がん治療連携計画策定料] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

四国厚生支局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「」を記入すること。

3 届出書は、正副2通提出のこと。

がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について(いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	・	②がん診療連携拠点病院に準じる病院
-------------	---	-------------------

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内)がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の4を参考にすること。
- 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式13の3

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

【鳥取県の地域連携診療計画策定病院】
がん診療連携拠点病院

病院名	所在地	電話番号	連携室電話番号
鳥取大学医学部附属病院	米子市西町 36-1	0859-33-1111	(内線3954)
鳥取県立中央病院	鳥取市江津 730	0857-26-2271	(直)0857-21-8501
鳥取県立厚生病院	倉吉市東昭和町 150	0858-22-8181	(直)0858-22-8210
米子医療センター	米子市車尾 4-17-1	0859-33-7111	(内線366)

がん診療連携拠点病院に準じる病院

病院名	所在地	電話番号	連携室電話番号
鳥取赤十字病院	鳥取市尚徳町 117	0857-24-8111	(直)0857-39-0530
鳥取生協病院	鳥取市末広温泉町 458	0857-24-7251	(直)0857-25-0610
鳥取市立病院	鳥取市的場 1-1	0857-37-1522	(直)0857-37-1557
野島病院	倉吉市瀬崎町 2714-1	0858-22-6231	(内線2265)
山陰労災病院	米子市皆生新田 1-8-1	0859-33-8181	(直)0859-33-8189
博愛病院	米子市両三柳 1880	0859-29-1100	(直)0859-48-0377