

気管支喘息 西濃地域連携クリニカルパス 運用依頼書

先生 ご侍史

大垣市民病院 呼吸器科

主治医：

謹啓、

日頃はお世話になりありがとうございます。

さて、近年医療連携の重要性が強調されており、当西濃地域におきましても各種疾患について地域連携クリニカルパスを充実させることが求められています。気管支喘息についても、患者サービスの充実とともに診療レベル向上を図るために地域連携クリニカルパスを運用することになりました。

つきましては、下記患者様において、今後の気管支喘息診療を別紙運用要項に基づき先生と共同で行いたいと思います。

ぜひ、趣旨をご理解いただき、ご協力のほどお願いできれば幸いです。

なお、連携パスについてご不明な点がございましたら、当科あるいはよろず相談・地域連携課にお気軽にお問い合わせください。

謹白

記

患者氏名：____ 年齢：____ 性別：____

患者ID：_____

以上

気管支喘息 西濃地域連携パス 運用要項

【目的】

- ① 地域における医療機関の機能分化を明らかにし、多くの気管支喘息患者に良質な医療を提供できるシステムを構築し、「地域をひとつのホスピタルに」する。
- ② 連携の目的は、気管支喘息患者の治療中断防止と、良好な喘息管理による患者の QOL 改善・維持、予定外受診や入院そして喘息死の予防である。

【症例】

- ① 外来通院中の患者で、病状が安定していて継続治療により病状維持が期待できる患者。
- ② 気管支喘息急性発作のために入院後、治療および教育指導により病状が安定し自己管理が可能となった患者。
- ③ 上記患者で、クリニカルパス運用に承諾が得られた患者。

【基本原則】

- ① パスへの登録患者は病院側で決定する。
- ② 当パスは患者が病院とかかりつけ医を行き来する「循環型」パスであり、特別な事情が生じない限り原則として継続される。
- ③ 病院主治医は喘息カードを発行し挟み込みシート 1 枚を準備し、患者は喘息カードと挟み込みシートを携行して受診するものとする。
- ④ かかりつけ医受診は 4 週間に 1 度程度とし、ACT 質問票を用いて症状コントロールの状況を確認し、挟み込みシートに記入する。ピークフロー (PEF) 測定を継続している患者については PEF 値も病状コントロールの参考とする。
- ⑤ 病院においては 6 ヶ月毎に、予約受診をすることとし、病状コントロールの状況を確認するとともに、吸入薬の吸入方法確認・治療薬の内服状況確認・呼気 NO 検査 (6 ヶ月毎)、胸部 X 線写真、肺機能検査 (1 年毎) を施行し、結果と治療内容の見直しを行う。継続する場合には、かかりつけ医に診療結果を報告し、次回受診予約をとる。
- ⑥ 薬剤の変更・追加・減量はかかりつけ医においても必要に応じて行い、病院主治医は投薬内容について適宜アドバイスをを行う。
- ⑦ 薬剤変更・追加・減量について特にアルゴリズムを規定はしないが、喘息予防・管理ガイドライン 2012 (日本アレルギー学会編) あるいは The Global Initiative for Asthma (GINA) 2014 を参考に行う。
- ⑧ 病院主治医は患者には喘息カードを渡し、かかりつけ医・緊急時受診病院を明らかにするとともに急性発作出現時のアクションプランについてきちんと説明をしておき、患者自身が対応できる状況を整備しておく。
- ⑨ ACT による病状把握に慣れ、できる限り total control の状態での患者管理を維持する。ACT にて増悪が確認された場合、治療の step up が必要となるため、かかりつけ医にてこれが不可能な場合は早急に病院に紹介する。バリエーションとなる ACT 点数は各患者毎に導入時に決定される。紹介するときは病院主治医の外来日にかかわらず受診を勧める。

以下の場合、早期に病院受診を促す。

- 1) 治療強化にも拘らず、ACT が指示点数未満となった場合
 - 2) 頻回に発作を繰り返し、短時間作動型 β_2 刺激剤を 1 日 4 回以上頻用する場合
 - 3) 感染などにより発作が増悪し、コントロールが不良の場合
 - 4) 治療を施しても PEF が自己ベストの 80% 未満の場合
 - 5) 妊娠時
 - 6) 治療中断時
 - 7) その他、かかりつけ医が必要と判断した場合
- ⑩ 上記⑨の場合をバリエーションと評価し記録する。
入院した場合でも、治療・再指導にて病状が安定すれば、退院後に再度パスを導入する。
治療中断の判定は、病院受診予約がキャンセルされた時とする。
この場合、患者に連絡をとり再受診の意思があればパスを継続し、再受診しなければバリエーションと判定する。その後も受診を促すよう連絡を取り続ける。

気管支喘息 西濃地域連携クリニカルパス 患者プロフィール

患者 ID : _____

氏名 : _____ 生年月日 : _____

年齢 : _____ 性別 : _____

職業 : _____

アスピリン喘息 : ☐あり ☐なし

禁忌薬剤 : _____

発作誘発因子 : _____

治療内容 : _____

既往歴 : _____

併存症 : _____

同居家族構成 : _____

(窓口となる方に◎) _____

かかりつけ医院名 : _____ 医師名 : _____

TEL : _____

緊急時受診病院名 : 大垣市民病院 病院主治医名 : _____

TEL : 0584-81-3341 (代表)

これまでの治療歴・入院歴 :

年	月	日～	年	月	日 :
年	月	日～	年	月	日 :
年	月	日～	年	月	日 :
年	月	日～	年	月	日 :
年	月	日～	年	月	日 :