

結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表 活用基準

作成部署・科 西神戸医療センター・呼吸器科 作成 2011年 2月

結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表の目的

結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表は、感染症法に基づき、結核の蔓延の防止のため行政機関への情報提供協力及び結核患者を確実に治療完遂に導くため紹介先医療機関との連携を図るものである。

連絡パスの適応基準と除外基準

1. 適応基準

自宅で抗結核薬の内服の継続が必要な患者。(結核にて10階西を退院した患者を含む)

2. 除外規準

標準治療(4剤は6~9か月 または 3剤は9~12か月)以外の場合

逸脱バリエーション基準

3. 逸脱バリエーション基準

- ① 合併症または副作用等が原因で抗結核薬が連続して1ヶ月以上服薬できない場合。
- ② 副作用により入院治療が必要になった場合。
- ③ 喀痰検査にて感染性が疑われ入院治療が必要になった場合。

アウトカム基準

4. アウトカム基準

抗結核薬の内服治療が完了できる。
治療終了後2年間再発がない。

使用方法

5. 使用用紙

結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表

6. 保有部署

西神戸医療センター 10階西病棟・外来東

7. 使用中の挿入場所

外来カルテの内科外来診療録の前に挿入

8. 具体的運用方法

- ① 10階西病棟入院の患者が退院時に、看護サマリー・DOTS個人票(様式2)と服薬継続のためのアセスメント票を添えて、結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表(医療者用)の3枚を次回受診までに外来へ送る。
- ② 外来にて抗結核薬内服開始時に、医師は結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表(医療者用)を記入し、看護師は結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表(患者用)とパンフレットを用いて指導する。看護サマリー・DOTS個人票(様式2)と服薬継続のためのアセスメント票については外来受診時に随時記入する。
- ③ 外来にて、結核地域医療連携パス・検査結果等連絡表使用している患者の受診がすぐわかるように、外来カルテの背表紙に青のテープで印をつける。
- ④ 服薬確認において、目標は「90%以上忘れなし」であり、「2週間に1回忘れ」までとする。また、「大体やたまに飲んでる」などの回答でなく、1週間に何回忘れたかなど、具体的に聞く。
- ⑤ 外来受診予約時に来院しない場合、必ず患者と連絡をとる。
- ⑥ 以下の時には各区の担当保健師に速やかに連絡をする。
 - ・外来未受診で、患者に連絡が取れない場合
 - ・患者や家族に確認しても、服薬確認が明確でないときや、「1週間に2回以上忘れ」が続くとき
 - ・生活状況において問題があり、服薬の継続に支障をきたすことが予想されるとき
 - ・患者の全身状態の悪化につながると予想される場合
 - ・バリエーションになった場合
- ⑦ 連携パスの使用期間は抗結核薬の治療完了後2年間までとする。

結核治療 標準治療 A ・ B (該当する方に○)

○患者氏名 _____ 様 (性別 男・女) 年齢 _____ 歳 TEL: _____

○医療機関名 ① _____ 医師

○医師名 ② _____ 医師

○担当保健所 _____ 区保健福祉部 担当 _____ 保健師

□診断名 □肺結核 □その他 ()

□診断根拠 □塗抹陽性 □PCR陽性 □培養陽性 □画像所見 □診断的治療 □その他 ()

□治療方式 □標準治療A 4剤(イスコチン、リファンピシン、ピラジナミド、エタンブトール) 【計6か月】
 (該当する方式に □標準治療A 4剤(イスコチン、リファンピシン、ピラジナミド、エタンブトール) + *3か月 () 【計9か月】
 ✓をする。) □標準治療B 3剤(イスコチン、リファンピシン、エタンブトール) 【計9か月】
 □標準治療B 3剤(イスコチン、リファンピシン、エタンブトール) + *3か月 () 【計12か月】

*3か月間延長考慮をする状況(該当時○で囲む): 糖尿病・塵肺・免疫抑制剤使用・免疫不全等・3か月目にも菌陽性

□治療期間 治療開始日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 治療終了予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

□標準処方
 イスコチン (5mg/体重kg 1日最大300mg) 100mg _____錠 6か月間(180日間)*
 リファンピシン (10mg/体重kg 1日最大600mg) 150mg _____カプセル 6か月間(180日間)*
 ピラジナミド (25mg/体重kg 1日最大1500mg) 散 _____mg 初期 2か月(56~60日)間
 エタンブトール (15mg/体重kg 1日最大1000mg) 250mg _____錠 初期 INH/RFP感受性確認まで
 (エタンブトールに替えてストレプトマイシン ~15mg/体重kg 週2回 1日最大750mg も可)

□届出書類等 発生届 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療費公費負担申請書 (□37条・ □37条の2) _____ 月 _____ 日
 入院届 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院届 _____ 月 _____ 日

□初回菌検査結果 塗抹 () 培養 () PCR ()

□薬剤感受性結果 INH (0.2) (S ・ R) INH (1.0) (S ・ R) RFP (S ・ R) PZA (S ・ R) EB (S ・ R)
 SM (S ・ R) KM (S ・ R) EVM (S ・ R) TH (S ・ R) CS (S ・ R)
 PAS (S ・ R) LVFX (S ・ R) RBT (S ・ R)

検査スケジュール 月1回 喀痰抗酸菌塗抹・培養、肝機能検査、CBC、視力の確認
 初期2か月(2週毎) 喀痰抗酸菌塗抹・培養、肝機能検査、視力の確認
 胸部X線 治療開始時、4週間目、終了時、および必要と考えられるとき

副作用チェック項目 食欲不振・嘔気・全身倦怠・黄疸・視力障害・しびれ感・発疹 ◆副作用のため薬剤使用できない場合、専門家に相談

服薬状況確認 服薬手帳持参・服薬手帳チェック (内服忘れなし・1週間に1回忘れ・1週間に2回以上忘れ)

生活状況確認 服薬忘れ・生活困窮・未受診・飲酒・喫煙・不規則な食生活・その他 ◆服薬継続に問題がある時は保健師へ連絡

○DOTSの方法 [アセスメント結果] [頻度] ○A: 原則毎日 (10点以上) [方法] ○訪問
 () 点 ○B: 週1~2回以上 (9~6点) ○外来・通所
 ○C: 月1~2回以上 (5点以下) ○連絡確認

コメント

※ この用紙は「結核患者連絡票」を兼ねています。
 お手数ですが**治療終了後、コピーして患者さんの居住区の保健福祉部あんしんすこやか係にお渡しください。**
 また、治療中においても菌情報等の確認についてご協力をお願いいたします。
※ 患者さんの同意が得られない場合でも、感染症法に基づく行政機関への医療情報の提供は必要になります。

記載者 : □医師 ○看護師

	開始時	2週後	4週後	6週後	8週後	3ヵ月後	4ヵ月後	5ヵ月後	6ヵ月後	7ヵ月後
医療機関	①									
検査月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
塗抹										
培養										
処方内容	4剤 HREZ 3剤 HRE									
胸部X線 撮影年月日	/		/						/	
所見	<input type="checkbox"/> 空洞あり <input type="checkbox"/> 空洞なし		<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり						<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし
副作用	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他
服薬上の問題 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
生活上の問題 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
保健師への連絡 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手続き	初回受診時 医療費公費負担申請書		退院時、医療費公費負担申請書			継続の医療費公費負担申請書				
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
サイン (Dr/Ns)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	8ヵ月後	9ヵ月後	10ヵ月後	11ヵ月後	12ヵ月後	治療終了後 6ヵ月後		1年後	1年6ヵ月後	2年後
医療機関										
検査月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
塗抹										
培養										
処方内容	4剤 HREZ 3剤 HRE									
胸部X線 撮影年月日		/			/		/	/	/	/
(病型)		<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり			<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり		<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり	<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり	<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり	<input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪あり
自覚症状	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし
副作用	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他					
服薬上の問題 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
生活上の問題 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
保健師への連絡 有⇒裏面特記	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手続き	必要時、医療費公費負担申請書					□ 服薬終了日 年 月 日				
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	私は結核地域医療連携パスの説明を受け、記載された診療情報が各連携医療機関や保健所で共有されることに同意します。				
サイン (Dr/Ns)	/	/	/	/	/	年 月 日 ご署名				

特 記 事 項

※服薬上の問題・生活上の問題・保健師への連絡の項目で問題有にチェックした場合は特記事項に記入する。

年 月 日	記 事
記 載 者	