

熊本県民を守る「私のカルテ」 熊本県がん診療連携パス

概要、ガイド、Q&A



医療スタッフ用

2012年9月

熊本県がん診療連携協議会 相談支援・情報連携部会

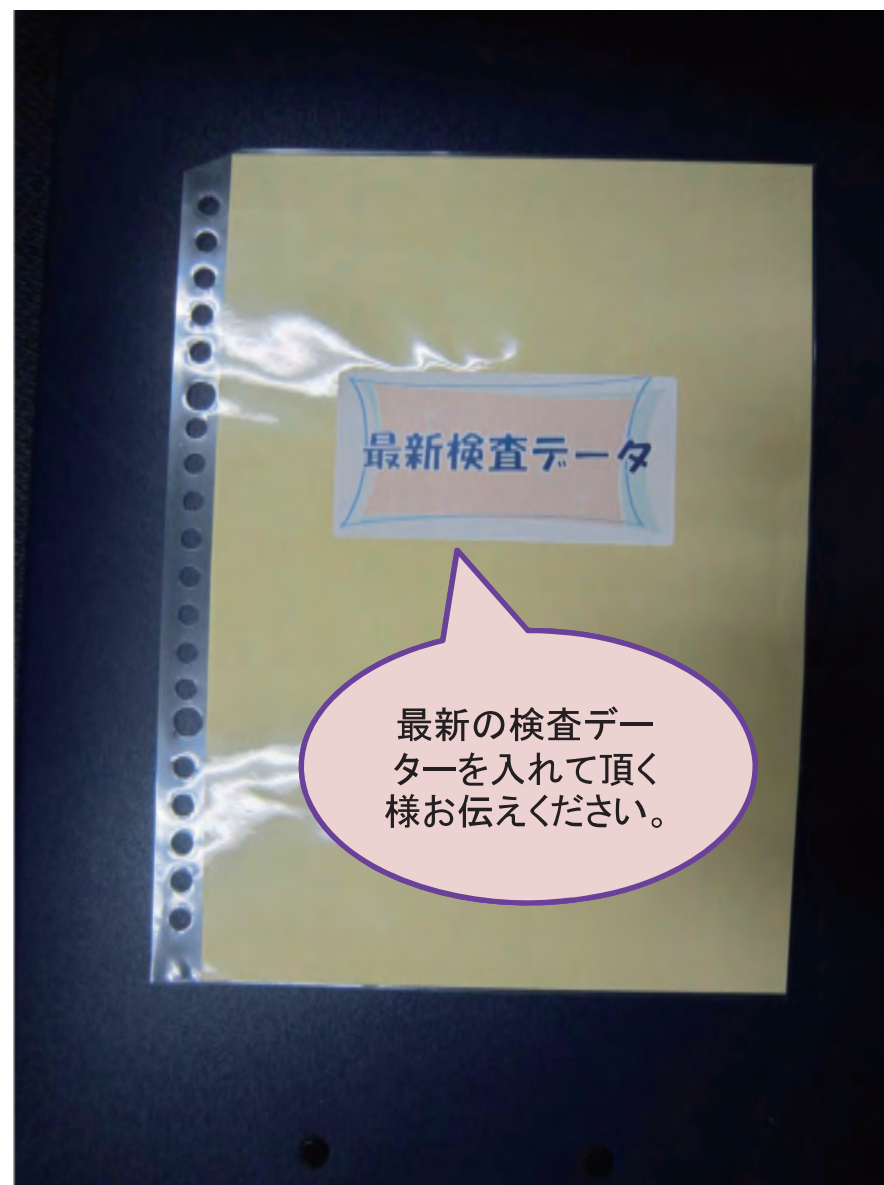
目 次

「私のカルテ」コンテンツ記入例(大腸がん)	1
「私のカルテ」医療スタッフ用ガイド、Q & A	19
・ 拠点病院スタッフ用Q & A	24
・ 連携先医療機関スタッフ用Q & A	32
「私のカルテ」患者さん・ご家族用ガイド、Q & A	38

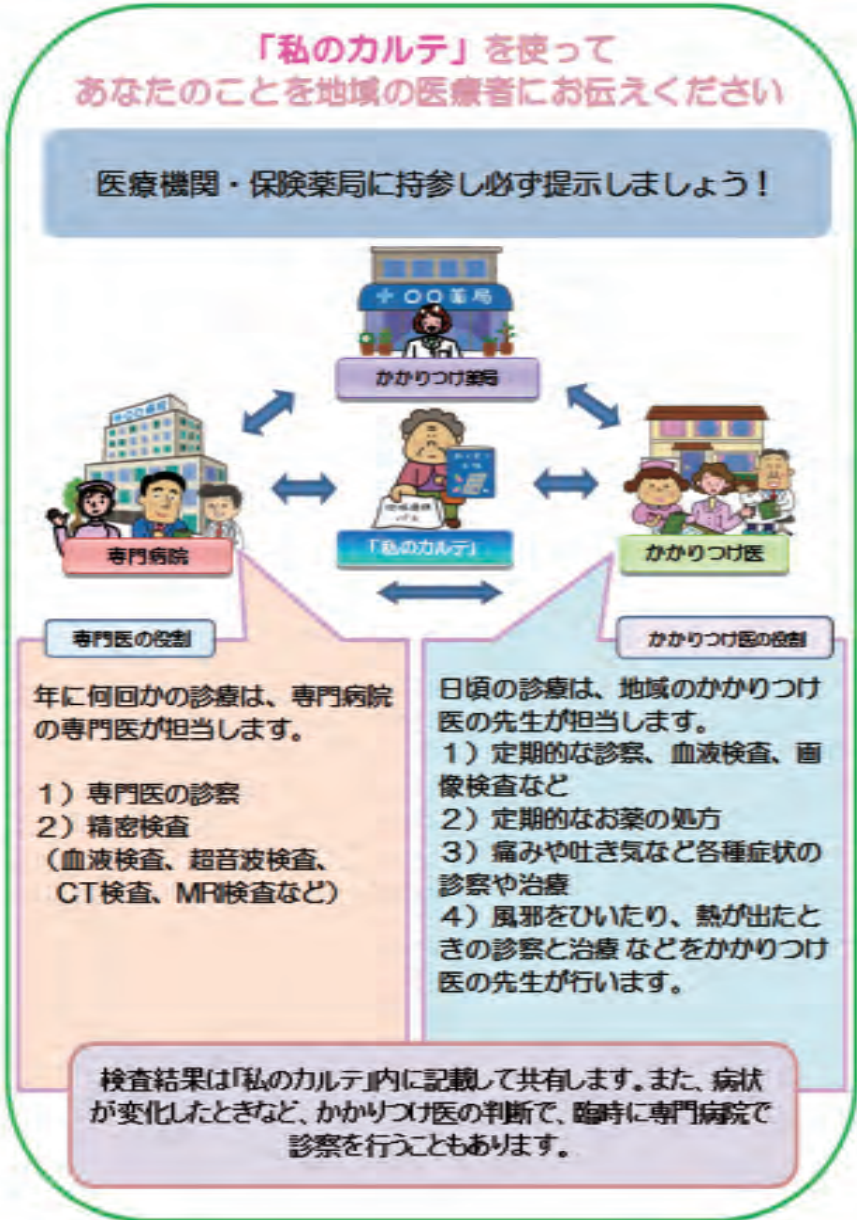


「私のカルテ」
コンテンツ記入例(大腸がん)

お薬手帳入れ・検査データ入れです。



「私のカルテ」の使用方法与「がん診療連携パス」の説明です。



がん診療連携パス

「がん診療連携パス（連携パス）」とは、地域のかかりつけ医と病院の医師が、あなたの診療経過を共有できる診療計画表のことです。

「連携パス」を活用して、あなたを中心にかかりつけ医と病院医師が情報交換を行い、よりよい医療と安全を提供します。

この「連携パス」を利用し、かかりつけ医をもつことで、診察の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減にもなります。さらに、患者さんが自身が診療計画や病気を理解した上で治療の目標を管理することができ、かかりつけ医のもとで、手厚い診療を受けることが出来るようになります。

あなたも「連携パス」を活用して専門病院と近くの病院・診療所の2人の主治医に診てもらいましょう。



※黄色の枠は患者さんが記入。

患者さんやご家族がご自身の情報をまとめて記入出来るページです。

わたしのプロフィール

よみがな	まるもと まるこ		
名前	○本○子		
住所	(〒 861 - 0000) 熊本県〇〇市〇-〇-〇〇〇		
生年月日	(西暦) 19〇〇年5月7日		AB
アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (
これまでのにかかった病気 (既往歴) 又は 治療中の病気	25歳 盲腸		
	30歳 胃潰瘍		

かかっている 医療者 又は 医療機関	①かかりつけ医 (連携医)	〇〇内科	医師名	〇〇医師
	②医療機関名			
	③医療機関名			
	④医療機関名			
	専門医療機関名 (拠点病院)	〇〇病院		
	がん相談 支援室 の担当者	病院 名前		<input type="checkbox"/>
	訪問 看護師	名前		<input type="checkbox"/>
	ネジャー	名前		<input type="checkbox"/>
	薬局	名前		<input type="checkbox"/>
	保険申請	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請(要介護・要支援)		
	福祉医療受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	介護保険サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	高額医療制度	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	患者手帳:	級	障害の種類	
緊急時の連絡先	1. 名前	〇本〇雄	続柄	夫 <input type="checkbox"/> : 自宅 <input type="checkbox"/> : 携帯
	2. 名前	〇本〇彦	続柄	長男 <input type="checkbox"/> : 自宅 <input type="checkbox"/> : 携帯
病気・治療の説明してほしい人	夫、長男			
病気・治療の説明してほしいくない人				

住所・氏名・生年月日、緊急時の連絡先は、必ず記入していただくように患者さんやご家族の方にお伝えください。

基本的には患者さんやご家族が記入するページですが、記入することが難しい患者さんには、スタッフの皆様で、お手伝いをお願いします。

共有すべき詳細な情報を、専門病院の医師が記載します。

算定(ありなし) **情報共有書**

発信先医院 〇〇病院
 診療科
 医師名

日付
 〒 熊本県〇〇1234
 TEL 096-〇〇〇-〇〇〇〇
 FAX

カネ 〇本〇子
 患者氏名
 生年月日 昭和〇〇年5月7日 年齢 55 性別 女

連携目的
 経過観察 化学療法 支持療法 緩和ケア
 その他() ホルモン療法

診断
 直腸がん
 (年 月 日)
 SM
 T (1) N (0) M (0)
 Stage (1)
 Lymph (0) v (0) n (0 / 17)
 clear Grade ()

病理診断
 高分化型管状腺がん
 (年 月 日)
 肺癌: EGF-R (+/-) 喫煙 ()
 大腸癌: EGF-R (+/-) k-ras ()
 乳がん: ER % PgR (+/-)
 肝臓癌: Child-Pugh分類 ()
 胃癌: HER2 (+/-)
 膵臓癌: CA19-9 (+/-)
 膵臓癌: CA19-9 (+/-)
 膵臓癌: CA19-9 (+/-)

備考

手術日 2011/6/7 手術術式 腹腔鏡下低位前方切除術・回腸ストーマ造設術

術前・術後補助治療	治療内容	期間(開始~終了)	備考
放射線療法		~	
化学療法	TS-1	2011.7.3 ~	
ホルモン療法		~	

現在の治療(開始日):
 心房細動有りワルファリン内服中

現在の治療や持病での治療内容など必要な情報の記載をお願いします。

がんの部位 直腸Rb (初発) 再発

初診時 (22年 5月 2日)
 昨年より便が細くなり、時々血便もあった。今年3月になり食欲不振・全身倦怠感が強くなり、〇〇内科受診。CFにて直腸癌と診断され、〇〇病院へ紹介受診となる。

紹介時 (23年 6月 25日)
 手術目的にて6月5日入院し、6月7日手術施行。経過良好にて退院。今後私のカルテを使って連携し経過観察予定。

紹介時所見
 HBsAg 陽性 陰性 不明
 HCVAb 陽性 陰性 不明
 その他 ()
 腫瘍マーカー
 CEA (1.2) CA19-9 (9.3)
 CA15-3 () AFP ()
 その他 ()

病状・症状
 PS (0-1 2 3 4) 疼痛 (なし あり)
 腹水・胸水 (あり なし) 呼吸器症状 (なし あり)
 栄養 (経口 経管 点滴) 消化器症状 (なし あり)
 移動 (可能 車椅子 その他) 不眠 (なし あり)
 意識 (清明 傾眠 昏睡) 不安 (なし あり)
 認知 (なし あり) その他 ()

患者への説明内容
 2011年6月25日 年 月 日
 直腸癌にて低位前方切除を行っている。
 今後は「私のカルテ」を使用して経過をみていきましょう。
 施設名(〇〇病院) 施設 ()
 記入者(〇〇) 記入者 ()

患者の意向・希望
 仕事は続けたい。病気のことは全てきちんと知っておきたい。
 患者さんの意向や希望があればご記入ください

連携目的や病理の結果を記入してください。

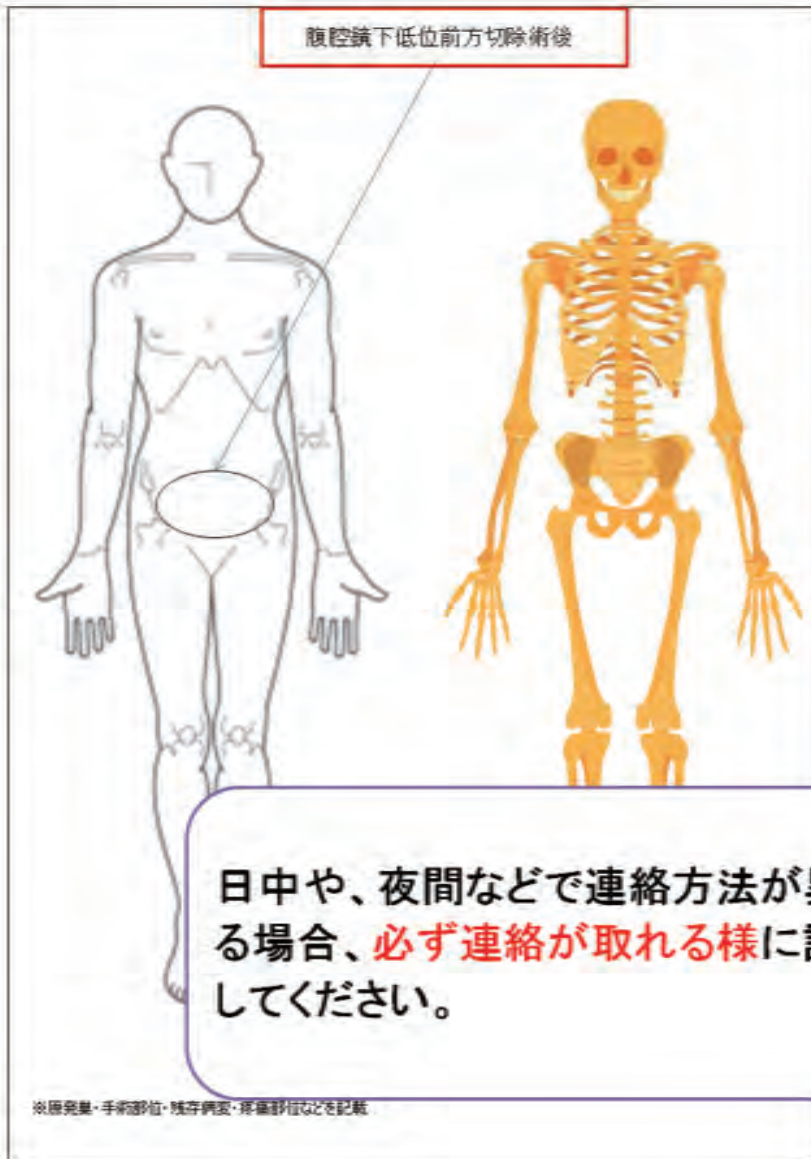
手術の術式や治療の内容を記入してください。

患者さんへの説明内容を記入してください。

緊急時の対応方法、手術部位・疼痛部位を記入するページで、専門病院で記載します。

緊急のときは

緊急のときの対応を記入しておきましょう



症状と対応	対応方法
例) 吐き気が強くなったら	→ 1日に2食摂れないときは、吐き気止めを飲む、治まらなければ受診。 4
何かあったら	→ 1
傷の痛み・赤みが強くなったら (発熱38℃以上)	→ 4

起こりうる症状と対応方法をご記入してあります。追加すべき症状があれば追加して下さい。

対応方法			
1	かかりつけ医に電話	4	専門医に受診
2	かかりつけ医受診	5	
3	専門医に電話	6	

※対応方法を参照の上、連絡先を確認

連絡先	
かかりつけ医(〇〇内科)	☎ 095-000-0000
専門医(〇〇病院)	☎ 095-000-0000
	☎
	☎
	☎
	☎

術後経過観察を行うための共同診療計画表です。
かかりつけ医と専門医とで連携し診療を行うために使用します。

共同診療計画表		『大腸がん(□結腸がん・□直腸がん)術後サーベイ』																					
患者ID:		患者名:		〇本〇子																			
継続指示: □食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介		□腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介																					
□体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介		□再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介																					
		施設名		電話番号		主治医		受持ち看護師		通院頻度													
		かかりつけ医(CL)		〇〇内科		00-1234		△△		2ヶ月-3ヶ月に1回													
		専門医(HP)		〇〇病院		00-5678		〇〇		6ヶ月に1回													
【最終目標】				5年間再発を早期に見出し、QOLが維持できる。												手術日: 2011年6月7日							
目標	内容	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	
	● QOLが維持できている																						
	● 再発を早期に見出す	退院時	3M	6M	9M	12M	15M	18M	21M	24M	27M	30M	33M	36M	39M	42M	45M	48M	51M	54M	57M	60M	
	● 後遺症が管理できている	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診	月	診
診療	内容	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	● 問診																						
	● 全身状態																						
検査	内容	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	● 血液学的検査																						
	● 生化学検査																						
	● 腫瘍マーカー																						
	● 画像検査(胸部CT【単純】)															●(注)			●(注)				
	● 画像検査(腹部CT【単純】)															●(注)			●(注)				
	※胸部CTは主治医の指示により造影																						
	● 大腸内視鏡																						
	● 直腸指診(直腸がんのみ)																						
投薬	内容	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	● 一般薬																						
指導	内容	○																					
	● 服薬指導																						
	● 生活指導																						
	● その他																						

緑色の時期：専門医(HP)を受診
青色の時期：かかりつけ医(CL)を受診

受診時期の目安

(注)●はstageⅢに行く

共同診療計画表に基づいて診療を行った結果を医師または看護師にて記載をお願いします。

連携パス記入表 大腸がん(□結腸がん・ <input checked="" type="checkbox"/> 直腸がん)術後サーベイ連携(退院時~12ヶ月後)											
患者ID:		患者名: ○本○子様		施設名		主治医		受持ち看護師		通院頻度	
継続指示: □ 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介		<input checked="" type="checkbox"/> 疼痛マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介		かかりつけ医		○○内科		△△		2ヶ月に1回	
□ 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介		<input checked="" type="checkbox"/> 再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介		門医		○○病院		○○		6ヶ月~12ヶ月に1回	
【最終目標】				年月日		年月日		年月日		年月日	
5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。				退院時		3ヶ月後		6ヶ月後		9ヶ月後	
				はい いえ		はい いえ		はい いえ		はい いえ	
目標				QOL		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				再発		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				後遺症		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
自然覚症状判断基準				全身状態(体重) 急激な増減がない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (56)kg		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()kg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()kg	
				全身状態(PS) 0~1		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Ⓜ 血圧・体温 異常が認められない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Ⓜ 診察所見 貧血・黄疸がない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Ⓜ 問診 後遺症が認められない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				(腹部飽満感・腸閉塞症状・下痢)							
検査				血液学的検査 に異常がない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				生化学検査 に異常がない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				腫瘍マーカー(CEA・CA19-9) に異常がない		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				画像診断(胸部CT【単純】) に異常がない							
				画像診断(腹部CT【単純】) に異常がない							
				大腸内視鏡 再発の兆候が認められない							
				直腸指診 直腸腫瘍が認められない							
治療・処置				薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)		あり・なし		あり・なし		あり・なし	
患者・栄養指導				服薬指導							
				生活指導		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				他臓器癌に対する検診を勧める							
				その他							
Nsサイン											
Drサイン				中村		谷口					
特記事項											
作成日: / /											

受診時期の目安

専門病院にて記入して下さい。

かかりつけ医にて記入して下さい。

PS	内容
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等にふるまえる
1	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中の50%以上は起居している
3	身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

チェックをした方のサインをお願いします。

病気に伴う症状の緩和がはかれているか確認するためのシートです。
 専門医とかかりつけ医・在宅医などがチェックします。

大腸がん緩和ケア連携パス

患者ID: _____ 患者名: ○本○子 様
 連立基準: _____
 除外基準: _____
 記録指示: 「緊急のときは」を参照

記載をお願いします。

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医	〇〇内科	△△	
専門医	〇〇病院	〇〇	

【最終目標】	開始時アセスメント	2012年8月10日				月 日				目標評価	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		
苦痛なく日常生活が送れる											
目標	夜、ぐっすり眠れる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						/ 6
	じっとしている時の痛みがない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						/ 6
	動いた時の痛みがない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						/ 6
	痛み以外の不快な症状がない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						/ 6

症状に変化があった時は必要時評価をお願いします。
 (落ち着いているときは、定期的。)

以下の症状が一番強いときは、どのくらいの強さでしたか
 また、一番困っている症状⇒□に✓をつけてください

全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → これ以上考えられないほどひどかった

自覚症状・評価基準	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ねむけ(うとうとした感じ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるさ(つかれ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ(息苦しさ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おなかの張り・便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不安・恐れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一番困っている自覚症状と強さを記入して下さい。

治療・処置
 ○オピオイド **ある**・なし
 ○制吐剤 **ある**・なし
 ※詳細は「お薬手帳」に記載

患者さんへの指導内容を記入して下さい。
 医療者からのメッセージ用紙もご利用下さい。

患者さんへの指導・生活指導・服薬指導・栄養指導・リハビリ・訪問診療・訪問看護・介護支援など
 ※実施者が内容を記載

オキシコンチンは飲んだり飲まなかったりしないで時間通りに飲みましょう。

患者さんが相談したいことを記入する欄です。確認をお願いします。

患者記入欄
 [相談したいこと他]
 少し眠気がありますが大丈夫でしょうか？

Ns サイン
 Dr サイン **中村**
 その他サイン

チェックをした方のサインをお願いします。

※黄色の枠は患者さんが記入。

痛みの状態を把握するためのシートです。患者さんが記入することもあります。専門医・かかりつけ医・在宅医・看護師などで確認をお願いします。

がん性疼痛		年月日																		
		5	12	18	06	12	18	06	12	18	06	12	18	06	12	18	06	12	18	06
がん性疼痛	これ以上耐えられないような強い痛み																			
	全く痛みがない																			
投薬	オピオイド(レスキュー)																			
	鎮痛薬	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	オピオイド(定期使用)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鎮痛補助薬	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
※薬剤名は「お薬手帳」参照																				
他の症状	はきけ	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	便秘	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	その他()	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
患者記入欄	【相談したいことや臨時使用薬を記入してください】	<p>少し眠気がありますが大丈夫でしょうか？</p>																		
Nsサイン																				
Drサイン		中村																		

※黄色の枠は患者さんが記入。

患者さん自身や看護師などが、どの時間にどの程度の痛みがあったかを記入します。痛みのコントロールができていないかが確認ができます。

使用中のお薬の内容を記載して下さい。

患者さん自身や看護師などで、レスキュー(臨時の薬)を使用した時間にチェックをお願いします。

患者様からのメッセージがあるかもしれません。確認をお願いします。

チェックをした方のサインをお願いします。

医師や関わりのある医療者が特記事項やメッセージを記載するページです。

医療者からのメッセージ・特記事項	
24年 6月 12日	病院・施設名 ○○内科
採血、胸部レントゲン問題なし。 術後から出現した声の出にくさ については耳鼻科の受診をすすめました。	
記入者名	○○内科 ○○
24年 9月 11日	病院・施設名 ○○病院
CT結果異常なし。次回は半年後に予約を入れました。 ○○クリニックでの検査結果をお持ちください。 当院耳鼻科医師より声の出にくさについては経過観察予定と聞いています。	
記入者名	○○病院 ○○
24年 9月 11日	病院・施設名 ○○薬局
○○さんへ お薬はきちんと自己管理できていますので、このまま継続して下さい。血痰の量が増えるようであれば病院にすぐ連絡して下さいね。	
記入者名	○○薬局 薬剤師 ○○
年 月 日	病院・施設名
記入者名	

医療者からのメッセージ・特記事項	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	

- ・連携パス記入表のチェック以外に特記すべき事項があれば記入してください。
- ・患者さんへのメッセージ、気をつけて欲しいこと、連携医療機関のスタッフへの連絡にも使用できます。
- ・がん診療連携以外の受診時、記載すべき事項があればこちらをご利用ください。

患者さん・家族から医療者へ伝えたいことを記入するページです。

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと		患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと	
24年6月25日			
お世話になります。治療中にアルコールは飲んでもよいのでしょうか？		患者さんやご家族が何か気になられたことや想いを記されているかもしれません。カルテを手にとれたらめくってみてください。	
医療者コメント	治療の前日、当日、翌日は控えてくださいね。 [サイン 看護師 OO]	医療者コメント	[サイン]
年 月 日		年 月 日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]
年 月 日		年 月 日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]
年 月 日		年 月 日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]
年 月 日		年 月 日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]

もし患者さんからの記入がある場合、お返事をお願いします。

日常生活で気をつけていただきたいことを記載してあります。

連携中の日常生活について

【安静と運動】

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。適度な運動をお勧めします。適度な運動として、1日30分程度の散歩は如何でしょうか。



【食事】

穀物を中心に野菜を多くとって下さい。なんでもバランスよく食べて下さい。脂肪のとりすぎは注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆、豆腐など)のものが良いようです。刺激物もとりすぎには注意しましょう。



【アルコール】

アルコール禁止の方がいます。主治医の先生に飲酒可能かどうか質問して下さい。



【風呂】

シャワーに比べお風呂に入るには体力を要します。熱い風呂、長風呂は避けて下さい。食後1時間は入浴を避けましょう。



【旅行】

基本的に禁止するものではありません。ただし、無理のないスケジュールで。ご心配であれば、旅行可能か主治医の先生に尋ねて下さい。



胃がん

つかえ感	よくかんで食べましょう。 ゆっくり時間をかけて食べて下さい。
逆流症状	寝る前に食事しないようにしましょう。 横になるときは頭を高くしましょう。 食事の量を減らしましょう。
ダンピング症状	食事の量を減らしましょう。ゆっくり食べましょう。
小胃症状	食事を分けて、回数を多くしましょう。 1年すると体が反応してきます。

大腸がん

腹部膨満感	ガス、便が溜まっています。 強い痛みや吐き気があれば医師に相談しましょう。
下痢・便秘	術後の消化吸収障害や腸の癒着が原因です。 規則正しい食事をし、暴飲暴食を避けるようにしましょう。
排尿障害	尿が少なくなり、発熱することがあります。 水分摂取を心がけましょう。 尿が出なかったり、発熱が続くときは医師に相談して下さい。

乳がん

浮腫	手術側の手が腫れること(浮腫)があります。 医師に相談し、マッサージやストッキング など対応方法を習得しましょう。
乳房の自己触診	月経が終わって1週間以内の乳房の柔らかい時や、閉経後の方は月1回程度、日を決めて行います。 入浴の際に、鏡の前や浴室で石鹸のついた手で触れるとしこりが分かりやすくなります。

肺がん

胸痛・呼吸困難	胸に水が溜まること(胸水)があります。深呼吸すると胸が痛い、体動時に息苦しいなどの症状があるときは医師に相談しましょう。
---------	--

肝がん

食欲低下	焦らずに食べたいものを探しましょう。食欲低下が続くときは医師に相談しましょう。
黄疸	尿の色が濃い、目が黄色い、皮膚が痒いときは医師に相談しましょう。

前立腺がん

全般的注意事項	適度な運動・バランスの良い食事を摂取しましょう。転倒しないように靴や衣服の調整をしましょう。転倒しないように注意して歩きましょう。
骨痛	無理な運動はひかえ、医師に相談しましょう。
尿失禁・排尿困難	骨盤底筋体操をしましょう。改善がなれば医師に相談しましょう。
ホットフラッシュ (発汗・ほてり) 乳房の痛み	医師に相談しましょう。
肛門痛・血便	硬い物や繊維の多い野菜などは控えましょう。ビタミンなどはジュースで補充しましょう。改善がなれば医師に相談しましょう。

婦人科がん(卵巣がん、子宮頸がん、子宮体がん)

腹部膨満感	腹水貯留や腸閉塞の恐れがありますので、症状が続くときは医師に相談して下さい。
下肢の浮腫	下肢のリンパ浮腫や腎機能低下の恐れがありますので、症状が持続するときは医師に相談して下さい。
性器出血	医師に相談しましょう。

化学療法中

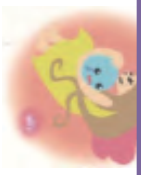
口内炎	口腔内を清潔に保ちましょう。定期的に粘膜保護用のうがい薬を使用しましょう。痛みが持続するときは医師に相談しましょう。
食欲低下	食欲低下が数日続くとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
下痢・便秘	下痢や便秘が続くとき、食事が入らないとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
発熱	38℃以上の高熱がみられたときは医師に相談しましょう。
皮疹	皮膚に発赤疹、腫れ、痒痒感がみられたら医師に相談しましょう。

緩和ケア・在宅ケア

身体的な症状	がんによる身体的な症状として、がん性疼痛、呼吸困難感、吐き気、全身倦怠感、食欲低下、体重減少などさまざまな症状があります。全ての症状はお薬を組み合わせることでかなり軽減されます。症状を我慢せず、遠慮無く医師に相談して下さい。
心理的・精神的な症状	心理的・精神的な症状として、からだがだるい、気分が優れない、意欲がない、不安な気分、考えがまとまらない、興味が持てない、不眠、いらつき、焦りなど様々な症状があります。お困りなことは何でも遠慮無く、医師やスタッフに相談して下さい。
社会的・経済的な問題	医療費のこと、入院や自宅療養のこと、家庭のこと、経済的なこと、仕事上のこと、相続のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮無く相談して下さい。医療スタッフみんなで対応します。

「がんサロン」のご案内です

がんサロンのご案内



がんサロンはこんな場所・・・

- ◇患者仲間であらぐための空間
 - ◇対話をおして患者・家族の不安や孤独化を緩和する場所
 - ◇よりよく過ごすきっかけを自分のペースで見つける場所
 - ◇がん医療に対する情報交換をする場所
- ～あなたの経験した語りは人を支える力となります～

熊本県初のがんサロンは、2009年に熊本県玉名市の蕎麦屋さんに開設された「もちの木がんサロン」でした。それから約1年後の2010年1月、熊本大学医学部附属病院内に「熊本がんサロン」が誕生したのを機に、県内各地の病院や個人のお宅などに次々とがんサロンが作られるようになりました。ほとんどのサロンは、がん患者自身が世話人となり、多くのがん患者・家族の方々が気楽に話しを聴き合うことができる場所として開かれています。

がんサロンは、それぞれの特徴を活かしながら運営されていますが、概ね共通のルールをもち、がん患者・家族の方々が安心して参加できるようにしています。また、「がんサロンネット」という横のつながりをつくり、がんサロン同士で情報交換などをしながら、より参加しやすいサロンとなるよう心がけています。

いずれのがんサロンも患者・医療機関・行政が一体となり、患者・家族の立場に立ったピアサポートの場を提供しています。県内全ての地域をカバーできるまでには至っておらず、今後、さらなるがんサロンの広がりが望まれています。

～がんサロンネット 世話人より～

☆熊本県では「がんサロンリーダーサポーター養成セミナー」を開催し「がんサロン」開設の支援を行っています。その中で「ピアサポーター養成講座」として、ピアカウンセリングの基礎等を学びます。
*ピアサポーター＝同じ病をもつ人自身がカウンセラー（ピアサポーター）となって、悩みや問題について相談に応じるもの。



がんサロン開催場所及び詳細については・・・

- ・熊本県下各がん診療連携拠点病院の相談支援センター
- ・地域医療連携室
- ・熊本県健康福祉部健康づくり推進課 電話096-383-1111（内線7076）

発行する専門
医の医師が記
載してください

「私のカルテ」の使用に関する説明書・同意書です。

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

〇〇 病院 〇〇 科

平成 24 年 7 月 7 日

説明者（担当医師名） △△△△ （担当者） □□□□

同じ日付を
記載してください。

私は、患者 〇本〇子 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて
下記の如く説明いたしました。

1. 目的	熊本県では、患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス（連携バス）」を活用しています。「連携バス」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に納得していただいた上で、医師・看護師・薬剤師・リハビリテーションなど）が協力して診療にあたります。当院ではこの「連携バス」を用いて地域の病院や診療所と協力して、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供したいと考えています。
2. 方法	患者さん・ご家族を中心にご関係する医療者が、診療方針や検査結果などを知った上で、協力体制をつくります。患者さんには「私のカルテ」と「お薬手帳」を利用していただきます。
3. 期待されること	当院と、地域のかかりつけの医療機関（病院や診療所）と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時と備え、24時間 365日対応し安心できる体制を作っています。又、かかりつけ医や、当院から電話等でお問い合わせの連絡をさせて頂く場合があります。
4. 同意と撤回	「連携バス」を使用してかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんや、家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになると思います。日常生活のなかで安心して治療することが可能となります。
5. 負担	私たちは、「連携バス」が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているか吟味し、利用された方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分相談しながら、運用をすすめて参ります。途中で中止されてもかまいません。中止されたからといってなんら不利益を受けることはございません。
6. 紛失	「がん診療連携バス（連携バス）」を使用することで、有害な事が生じることはありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。
7. 質問の自由	「私のカルテ」は患者さんご自身のものです。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので紛失されないようご注意ください。

私は地域連携診療の目的や方法などについて上記の説明を受け、十分に理解した上で、この地域連携診療に参加することに同意します。

平成 24 年 7 月 7 日

患者氏名

〇本〇子

患者さん・ご家族のサイン
をお願いします。

家族等氏名

様柄（ ）

※黄色の枠は患者さんが記入。

連携する拠点病院に経過報告を行う際にご利用ください。

地域連携がん診療経過報告書 兼 診療情報提供書

地域連携クリニックイカルパスの種類 (がん種) 【 乳癌 】

報告日 H24 年 6 月 5 日
共同診療開始日 H24 年 4 月 1 日

計画策定病院 ○○病院

△△ 殿

連携医療機関 ○○医院 担当医師名 △△ 印

患者情報 氏名 ○○ 性別 (M F)
生年月日 T・S・H 40年 3 月 3 日

下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。

共同診療計画に基づく診療の実施日

H24年6月3日

次回の手予定 H24年7月5日

共同診療計画に (変更なし) 変更あり)
変更となった項目 (診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア)
具体的な内容 :

がん治療連携指導料300点を算定するには、連携している拠点病院に経過報告を行う必要があります。

※通常の診療情報提供書でもがん治療連携指導料は算定できます。

・その他の特記する事項

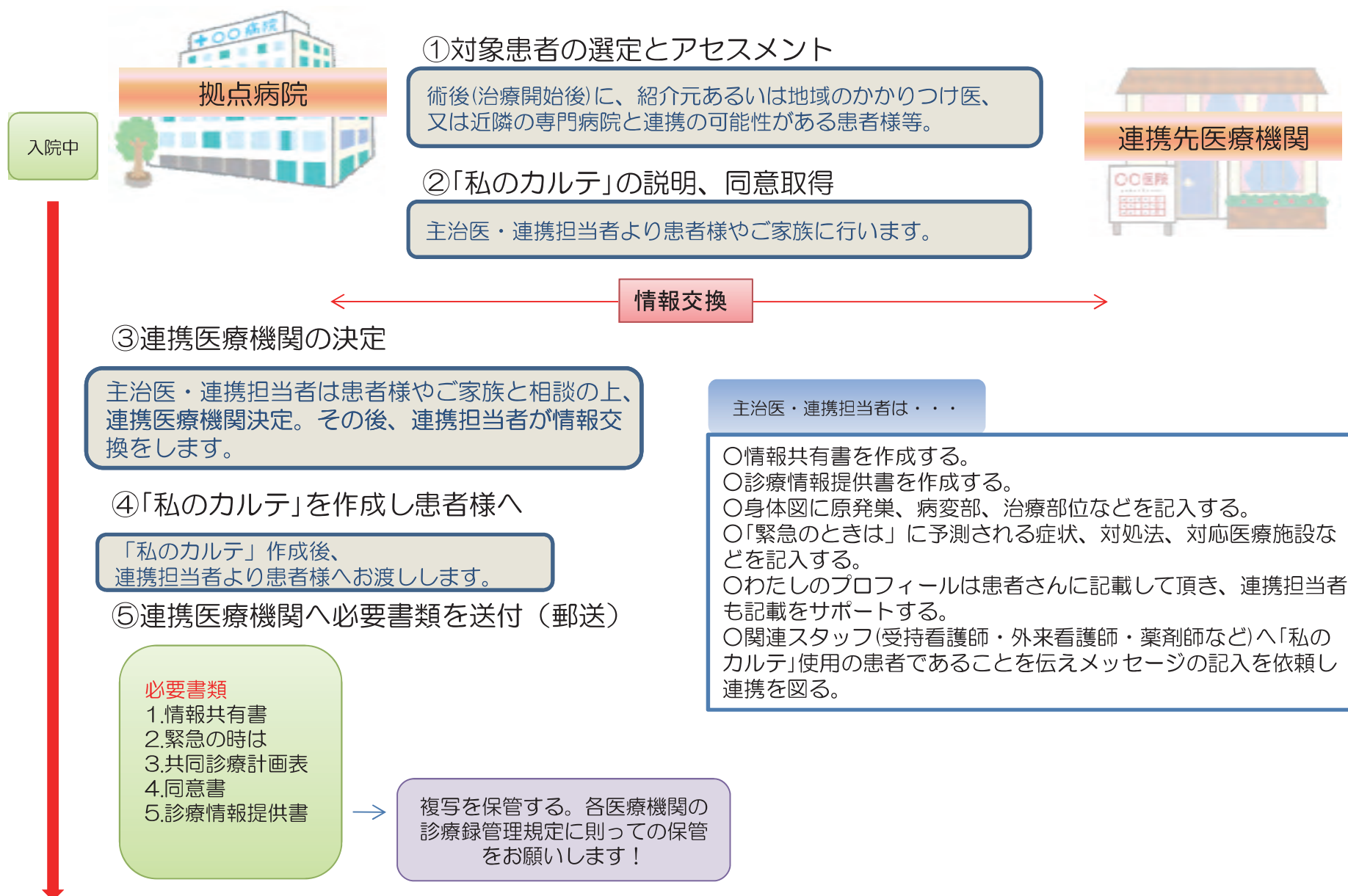
画像・検査データ添付 (あり) (なし)

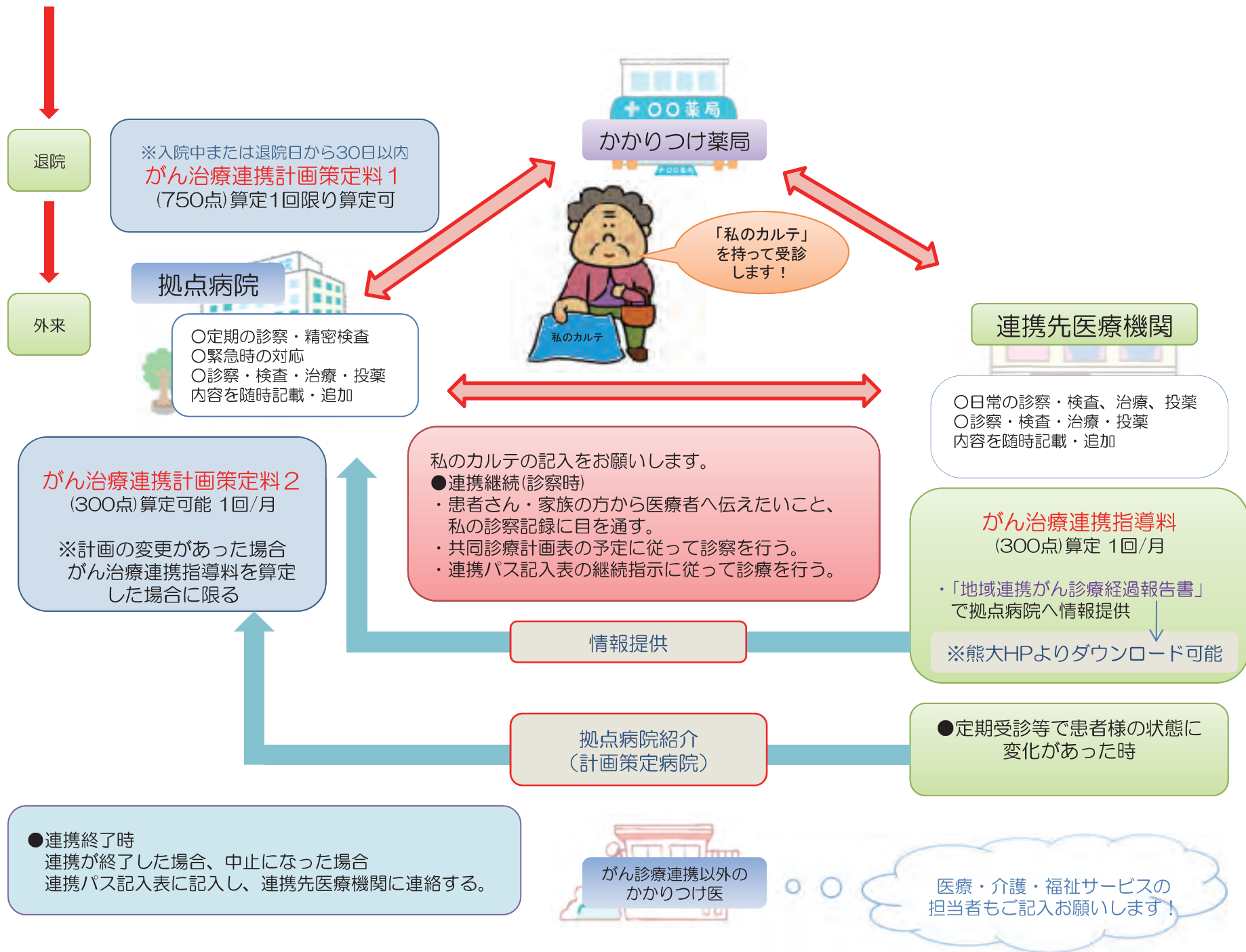


「私のカルテ」

- ◆医療スタッフ用ガイド・Q&A
 - ・拠点病院スタッフ用Q&A
 - ・連携先医療機関スタッフ用Q&A

連携の流れ





各がん種パスの適応一覧表

がん種	パスの種類	導入対象となる治療方針							
		手術		ホルモン療法		化学療法		治療後経過観察	症状コントロール (緩和ケア)
		有	無	有	無	内服 化学療法	点滴 化学療法		
胃がん	術後サーベイ(早期)	○	×	×	×	×	×	×	×
	術後サーベイ(進行)	○	×	×	×	×	×	×	×
	緩和ケア	○	○	×	×	○	○	×	○
	点滴化学療法	○	○	×	×	×	○	×	×
	内服化学療法	○	○	×	×	○	×	×	×
	術後内服化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×
大腸がん	直腸術後サーベイ	○	×	×	×	×	×	×	×
	結腸術後サーベイ	○	×	×	×	×	×	×	×
	緩和ケア	○	○	×	×	○	○	×	○
	点滴化学療法	○	○	×	×	×	○	×	×
	内服化学療法	○	○	×	×	○	×	×	×
	術後内服化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×
肺がん	術後サーベイ	○	×	×	×	×	×	×	×
	経口補助化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×
	緩和ケア	○	○	×	×	○	○	×	○
	点滴化学療法	○	○	×	×	×	○	×	×
	内服化学療法	○	○	×	×	○	×	×	×
肝がん	治療後サーベイ	○	○	×	×	×	×	○	×
	緩和ケア	○	○	×	×	○	○	○	○
	点滴化学療法	○	○	×	×	×	○	×	×
	内服化学療法	○	○	×	×	○	×	×	×
	術後内服化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×

乳がん		術後サーベイ	○	×	○	○	×	×	×	×
		ホルモン療法	○	○	○	×	×	×	×	×
		ホルモン療法なし	○	○	×	○	×	×	×	×
		緩和ケア	○	○	○	○	○	○	×	○
		点滴化学療法	○	○	○	○	×	○	×	×
		内服化学療法	○	○	○	○	○	×	×	×
		術後内服化学療法	○	×	○	○	○	×	×	×
前立腺がん	治療開始後 サーベイ	前立腺全摘後	○	×	×	×	×	×	○	×
		ホルモン療法(LH-RH)	○	○	○	×	×	×	○	×
		ホルモン療法(除睾術)	○	○	○	×	×	×	○	×
		放射線療法	○	○	○	○	×	×	○	×
		待機療法	×	×	×	×	×	×	○	×
		緩和ケア	○	○	○	○	○	○	○	○
		点滴化学療法	○	○	○	○	×	○	×	×
		内服化学療法	○	○	○	○	○	×	×	×
		術後内服化学療法	○	×	○	○	○	×	×	×
婦人科がん		卵巣がん術後サーベイ	○	×	×	×	×	×	×	×
		子宮頸がん術後サーベイ	○	×	×	×	×	×	×	×
		子宮体がん術後サーベイ	○	×	△	×	×	×	×	×
		緩和ケア	○	○	×	×	○	○	○	○
		点滴化学療法	○	○	×	×	×	○	×	×
		内服化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×
		術後内服化学療法	○	×	×	×	○	×	×	×

拠点病院スタッフ用Q&A

1. 熊本県がん地域連携クリティカルパス（以下『私のカルテ』）の著作権はどこに所属しますか・・・
 - 熊本県がん診療連携協議会幹事会 相談支援・情報連携部会（以下「協議会」）に所属します。ただし、医療連携のためには、どなたもご自由にご利用いただけます。なお「協議会」提供の『私のカルテ』から出た成果物については著作権を主張しないでください。

2. 『私のカルテ』はどこで手に入れますか・・・
 - 熊本大学医学部附属病院 地域連携室内に設置してある、熊本県「私のカルテ」がん診療センター（以下「私のカルテ」センター）から、各がん診療連携拠点病院に配布します。各がん診療連携拠点病院の情報を加えてご利用ください。
 - PDF版が熊本大学医学部附属病院のホームページ
http://www.kuh.kumamoto-u.ac.jp/cmccancer/critical_1.htmlよりダウンロード出来ますのでご利用ください。

3. 『私のカルテ』を運用し診療報酬を得るための要件はどのようなものですか・・・
 - 国および県指定のがん診療連携拠点病院が計画策定病院となります。
がん診療連携拠点病院は、連携医療機関となれませんのでご注意ください。
 - 実際の『私のカルテ』の運用は、退院後から開始されても構いません。
例えば、病理結果によって適応されるパスが変化する場合、術後補助化学療法が導入される場合などがこのケースにあたります。
 - 要件が満たされた場合、以下の診療報酬が算定できます。

要件：がんの治療を担う保険医療機関（連携医療機関）と、がんの種類や共同診療計画（連携パス）を共有し同意を得た上、予め九州厚生局に施設基準の届出が必要。

※平成 24 年 4 月より、計画策定病院が一括して届出が可能となりました。



「がん治療連携計画策定料 1」（計画策定病院 750 点） ※1 回限り算定可

がんと診断されてから、初回の治療目的での入院中または退院日から起算して 30 日以内に、がん治療連携計画を作成し患者に説明し同意を得るとともに、当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。

「がん治療連携計画策定料 2」（計画策定病院 300 点） ※月 1 回算定可

「がん治療連携計画策定料 1」を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合。（「がん治療連携指導料」を算定した場合に限る）

★診療報酬の算定出来なくても『私のカルテ』の運用をしても構いませんが、『私のカルテ』の普及のために、出来るだけ算定していただくようお願いします。

4. 『私のカルテ』の患者さんへの説明はいつ誰が行いますか・・・

- スタッフ用のマニュアルを参考にされながら、各計画策定病院で運用方法を検討されて下さい。
ご不明な点や具体的な方法等で困られた場合は、「私のカルテ」センターにご連絡ください。「私のカルテ」センターのコーディネーターがお手伝いします。
- がん種毎の連携パス担当者を各計画策定病院で、予め決定しておかれると良いでしょう。

ご参考

※熊本赤十字病院の運用フローチャートをお示しいたします。以下の作業は、初回治療目的で入院される前の時点、例えば、外来や検査入院の時期に開始されると良いでしょう。

①「利用患者候補」を選定する

- ・『私のカルテ』を利用される患者さんの候補に挙がりましたら、担当医は外来看護師や病棟看護師と共にアセスメントを行います。

※熊本赤十字病院ではスクリーニング用のテンプレートを作成してアセスメントの補助ツールとして使用しています。

- ・地域連携の可能性の把握と患者・家族の希望を確認してください。
- ・担当医は医療連携について患者・家族に説明し、連携医療機関について患者さん・ご家族と相談されてください。
- ・予めパスの種類や患者さんの居住地によって連携医療機関の提示順位を決めておくとい良いでしょう。
※熊本赤十字病院では、熊本赤十字病院と『私のカルテ』の運用を厚生局に届けている連携医療機関のリストが、電子カルテ上で検索できるように工夫してあります。

②「連携医療機関」決定

- ・担当医とコーディネーターが、地域医療連携パスの説明をして同意を得ます。
- ・担当医とコーディネーターが情報共有関係書類（①情報共有書 ②緊急のときは ③同意書 ④共同診療計画書 ⑤診療情報提供書）の準備を行います。
- ・担当医が、がん相談支援センターの連携担当者へ連絡します。
- ・連携担当者は、連携医療機関との情報交換を行います。
- ・連携医療機関が決定しましたら、連携担当者は『私のカルテ』を患者さんやご家族に提示し説明をいた

します。同意を得ましたら連携担当者から『私のカルテ』を患者さんにお渡し致します。

- ・連携担当者は、連携医療機関へ必要書類（①情報共有書 ②緊急のときは ③同意書 ④共同診療計画書 ⑤診療情報提供書）を送付いたします。
- ・連携担当者は、薬剤師と該当診療科外来看護師へ『私のカルテ』が運用される患者さんであることを伝え、連携をとります。

5. 連携する医療機関の間での定期的な連絡は・・・

- 共有が必要な情報のほとんどは、情報共有書に記載されています。
- 計画策定病院からの情報、実施された処置、検査の結果、変更点の連絡等は、診療情報提供書をご利用ください。
- 連携医療機関からの情報は地域連携がん診療経過報告書（PDF版が熊本大学医学部附属病院のホームページよりダウンロードできます）をご利用いただくよう依頼されてください。
- 連携医療機関からの地域連携がん診療経過報告書には、必要時検査データ、画像所見等の添付をお願いしてください。
- お薬手帳への記載もお願いします。
- 連携医療機関から計画策定病院の定期受診・精密検査の予約を取る際の窓口を各病院間で予め決めておいてください。
- 『私のカルテ』に関する運用面で、説明が必要な場合は「私のカルテ」センターにご連絡ください。
「私のカルテ」センターのコーディネーターがご説明に伺います。
- 将来、診療報酬改定により、合同情報交換会の開催が要件となる可能性があります。

6. 連携する協力医療機関のリストは・・・

各計画策定病院で連携医療機関の情報をリストアップして下さい。

自院にない他の地域の医療機関の情報は、連携担当者で入手し管理して下さい。

7. 『私のカルテ』の適応症例の管理・バリエーション分析、報告は・・・

- 『私のカルテ』を適応した症例の管理は、バリエーション分析によるパスの評価、PDCA サイクル (plan-do-check-act cycle) によるパスの改定に必要です。計画策定病院ごとに厳密な症例登録・管理をお願いします。
- 説明会、講演会、学会報告、論文投稿等への実績報告は、各計画策定病院の責任で行ってください。同時に、「協議会」への報告と資料の提出もお願いします。提出していただいた資料は「協議会」の委託で「私のカルテ」センターで管理しています。ご希望の方に貸し出しますので、『私のカルテ』の普及にお役立てください。
- 計画策定病院から「協議会」に提供していただいた情報については「協議会」が熊本がん診療連携研究会（以下「研究会」）に委託し、分析し結果を共有します。
- 『私のカルテ』に関わる事や、「協議会」でまとめた内容に関係するものを発表される際には、「協議会」（「熊本県がん診療連携協議会幹事会相談支援・情報連携部会」）との連名で報告してください。

8. 『私のカルテ』の修正・改訂は・・・

- 「協議会」が「研究会」に委託し随時ブラッシュアップしていきます。
- 計画策定病院の個別の事情による連携パスの変更について、病院ごとに連携パスが大きく改変されると連携医療機関に不便がかりかねません。計画策定病院の創意工夫を制限するものではありませんが、可能な限り「協議会」として足並みを揃えて連携パスを改善していきます。

9. 『私のカルテ』の所有権は・・・

- 患者さんにお渡しいただいた『私のカルテ』は患者さんのものです。
患者さんが所持し、医療機関受診時に携帯していただくようお願いしてください。
また、紛失の責任は患者さんに帰します。

10. 『私のカルテ』では診療情報のどの部分を共有するのですか・・・

- 情報共有関係書類（①情報共有書 ②緊急のときは ③同意書 ④共同診療計画書 ⑤診療情報提供書）は、計画策定病院と連携医療機関の両方で共有・保存します。
各医療機関の診療管理規則に則してお取り扱いください。

11. 地域への連携パス、『私のカルテ』の詳しい説明は、いつ・どこで・だれが行いますか・・・

- 連携が想定される医療機関、訪問看護ステーション、保険薬局等の地域の医療リソースに参加を呼びかけて、各計画策定病院が、適宜開催しております。（「協議会」共催）。
- 個別の疑問などには、各計画策定病院の相談支援センターが対応します。
- 計画策定病院がない二次医療圏では、近くの計画策定病院と地域の核となる病院と行政が協力して説明会を行います。
- 一般の住民向け啓発活動も各計画策定病院が開催します（「協議会」共催）。
年1回、協議会の主催で、一般市民向けの市民公開講座を開催しております。

12.地域の医療リソースとの連携は・・・

- 連携が予想される地域の医療リソースとしては、医療機関（歯科医師診療所を含む）、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保健所（保健師）が考えられます。これらのリソースとも『私のカルテ』の共有が必要です。必要があれば『私のカルテ』について、各計画策定病院の担当者から説明をお願いします。今まで課題だった患者さんの情報が、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、介護施設、行政とも共有出来る事で、看護、服薬指導、介護の質の向上が図られるものと期待されます。

13.緊急時の対応は・・・

- 救急医療体制は、計画策定病院ごとに対応が異なりますが、患者さんが不安を抱かないよう責任ある対応を整備することが必要です。連携パスの導入時に病院ごとに統一ある運用規程を決定し、院内掲示、ホームページ等での案内をお願いします。
『私のカルテ』の「②緊急のときは」をご活用されてください。

14.運用が規定されていない問題が生じた場合は・・・

- まずは個々の計画策定病院で一次対応をお願いします。定期的に「研究会」および「協議会」で討議し、方針を決めていきます。

15.『私のカルテ』が不要になったら・・・

- 患者さんご自身の記録として保管されるか、患者さんご自身・ご家族の判断で処分していただくようお願いしてください。

16. 「私だけは専門病院で継続して診て欲しい」と患者さんをお願いされたら・・・

- がんと共に生活する場合、療養の場は変化します。中心となる医療者も変化します。
患者さん・家族にとって、よりよい療養のために地域・地元の医療機関は欠かせません。患者さん・家族を地域連携の仕組みで最後まで支えることを説明する必要があります。
- がん医療の質・安全・安心を保証する必要があります。そのためには「がん医療の均てん化」が求められており、医療機関の役割分担・連携が必要です。最新の研究では、複数の医療機関で診療を受けた患者さんの予後が改善する事も報告されています。一方で、医療者には、医療者側の都合を押し付けることがないよう細心の配慮が求められます。

連携先医療機関スタッフ用Q&A

1. **がん地域連携クリティカルパス（以下『私のカルテ』）の著作権はどこに所属しますか・・・**
 - 熊本県がん診療連携協議会幹事会 相談支援・情報連携部会（以下「協議会」）に所属します。ただし、医療連携のためには、どなたもご自由にご利用いただけます。なお、「協議会」提供の『私のカルテ』から出た成果物については著作権を主張しないでください。

2. **『私のカルテ』はどこで手に入れますか・・・**
 - 熊本大学医学部附属病院 地域連携室内に設置してある、熊本県「私のカルテ」がん診療センター（以下「私のカルテ」センター）から、各がん診療連携拠点病院に配布しています。各がん診療連携拠点病院の情報を加えて利用されます。
 - 各がん診療連携拠点病院に、該当する患者さんが、初回治療目的で入院された際の退院時に『私のカルテ』を患者さんにお渡しします。（連携医療機関へは患者さんが持参されます。）
※病理結果によって外来受診時にお渡しすることもあります。
 - PDF版が熊本大学医学部附属病院のホームページ
http://www.kuh.kumamoto-u.ac.jp/cmc/cancer/critical_1.htmlよりダウンロード出来ますので、ご参照・ご利用ください。

3. **『私のカルテ』を運用し診療報酬を得るための要件はどのようなものですか・・・**
 - 国および県指定のがん診療連携拠点病院が、計画策定病院となります。
がん診療連携拠点病院は、連携医療機関となれませんのでご注意ください。
実際の『私のカルテ』の運用は退院後から開始されても構いません。

※例えば、病理結果によって適応されるパスが変化する場合、術後補助化学療法が導入される場合などがこのケースにあたります。

➤ 要件が満たされた場合、以下の診療報酬が算定できます。

要件：計画策定病院（がん診療連携拠点病院）と治療を担うがんの種類や共同診療計画（連携パス）を共有し同意を得た上、予め九州厚生局に施設基準の届出が必要です。

※平成 24 年 4 月より、計画策定病院より一括して届出が可能となりました。



「がん治療連携指導料」（連携医療機関 300 点） ※情報提供時、月 1 回限り何度でも算定可

「がん治療連携計画策定料」を算定した患者に対し、共同診療計画に基づき計画策定病院（がん診療連携拠点病院）と連携して治療を行うとともに、連携する計画策定病院（がん診療連携拠点病院）へ診療情報を提供した場合に算定出来る。

※「地域連携がん診療経過報告書」をご利用下さい。通常の診療情報提供書を使用されても構いません。

★診療報酬を算定出来なくても『私のカルテ』の運用をされても構いませんが、『私のカルテ』の普及のために出来るだけ算定をしていただくようお願いします。

4. 『私のカルテ』の患者さんへの説明はいつ誰が行いますか・・・

➤ 各計画策定病院の連携担当者が、患者さんやご家族へ説明いたします。

5. 連携する医療機関の間で定期的な連絡は・・・

- 共有が必要な情報のほとんどは、共同診療計画書に記載されています。
- 計画策定病院、連携医療機関からの情報、実施された処置、検査の結果、変更点の連絡等は、「診療情報提供書」又は「地域連携がん診療経過報告書」（PDF版が熊本大学医学部附属病院のホームページよりダウンロードできます。）をご利用ください。
- 地域連携がん診療経過報告書には、必要時検査データ、画像所見等の添付をお願いします。
- お薬手帳への記載もお願いします。
- 連携医療機関から計画策定病院での定期受診・精密検査等の予約を取る際の窓口を、各病院間で予め決定しておいてください。
- 『私のカルテ』に関する運用面で、説明が必要な場合は「私のカルテ」センターにご連絡ください。
「私のカルテ」センターのコーディネーターがご説明に伺います。
- 将来、診療報酬改定により合同情報交換会の開催が要件となる可能性があります。

6. 『私のカルテ』の適応症例の管理・バリエーション分析、報告は・・・

- 『私のカルテ』を適応した症例の管理は、バリエーション分析によるパスの評価、PDCA サイクル（plan-do-check-act cycle）によるパスの改定に必要です。計画策定病院ごとに厳密な症例登録・管理を行います。
- 説明会、講演会、学会報告、論文投稿等への実績報告は、各計画策定病院の責任で行います。
- 計画策定病院から「協議会」に提供していただいた情報については、「協議会」が「熊本がん診療連携研究会」（以下「研究会」）に委託、分析し結果を共有します。
- 『私のカルテ』に関わる事や、「協議会」でまとめた内容に関係するものを発表される際には、「協議会」（「熊本県がん診療連携協議会幹事会相談支援・情報連携部会」）との連名で報告してください。

7. 『私のカルテ』の修正・改訂は・・・

- 「協議会」が「研究会」に委託し、随時、ブラッシュアップしていきます。
- 計画策定病院の個別の事情による連携パスの変更について、病院ごとに連携パスが大きく改変されると連携医療機関に不便がかりかねません。計画策定病院の創意工夫を制限するものではありませんが、可能な限り「協議会」として足並みを揃えて連携パスを改善していきます。

8. 『私のカルテ』の所有権は・・・

- 患者さんにお渡しした『私のカルテ』は患者さんのものです。患者さんが所持し、医療機関受診時に携帯していただくようお願いしてください。また、紛失の責任は患者さんに帰します。

9. 『私のカルテ』では診療情報のどの部分を共有するのですか・・・

情報共有関係書類（①情報共有書 ②緊急のときは ③同意書 ④共同診療計画書 ⑤診療情報提供書）は、計画策定病院と連携医療機関の両方で共有・保存します。各医療機関の診療管理規則に則してお取り扱いください。

10. 地域への連携パス、『私のカルテ』の詳しい説明は、いつ・どこで・だれが行いますか・・・

- 連携が想定される医療機関、訪問看護ステーション、保険薬局等の地域の医療リソースに参加を呼びかけて、各計画策定病院が、適宜開催しております（「協議会」共催）。
- 個別の疑問などには、各計画策定病院の相談支援センターが対応します。
- 計画策定病院がない二次医療圏では、近くの計画策定病院と地域の核となる病院と行政が、協力して説明会を行います。

- 一般の住民向け啓発活動も各計画策定病院が開催します（「協議会」共催）。年1回、協議会の主催で一般市民向けの「市民公開講座」を開催しております。

11.地域の医療リソースとの連携は・・・

- 連携が予想される地域の医療リソースとしては、医療機関（歯科医師診療所を含む）、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保健所（保健師）等が考えられます。これらのリソースとも『私のカルテ』の共有が必要です。必要があれば『私のカルテ』について、各計画策定病院の担当者から説明させていただきます。今まで課題だった患者さんの情報が、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、介護施設、行政とも共有出来る事で、看護、服薬指導、介護の質の向上が図られるものと期待されます。

12.緊急時の対応は・・・

- 救急医療体制は、計画策定病院ごとに対応が異なりますが、患者さんが不安を抱かないよう責任ある対応を整備することが必要です。連携パスの導入時に、病院ごとに統一ある運用規程を決定されてください。『私のカルテ』の「②緊急のときは」をご活用ください。

13.運用が規定されていない問題が生じた場合は・・・

- まずは、個々の計画策定病院で、一次対応をお願いします。定期的に「研究会」および「協議会」で討議し方針を決めていきます。

14.『私のカルテ』が不要になったら・・・

- 患者さんご自身の記録として保管されるか、患者さんご自身やご家族の判断で処分していただくようお願いしてください。

15. 「私だけは専門病院で継続して診て欲しい」と患者さんをお願いされたら・・・

- がんと共に生活する場合、療養の場は変化します。中心となる医療者も変化します。
患者さん・家族にとって、よりよい療養のために地域・地元の医療機関は欠かせません。患者さん・家族を地域連携の仕組みで最後まで支えることを説明する必要があります。
- がん医療の質・安全・安心を保証する必要があります。そのためには「がん医療の均てん化」が求められており、医療機関の役割分担・連携が必要です。最新の研究では、複数の医療機関で診療を受けた患者さんの予後が改善する事も報告されています。一方で、医療者には医療者側の都合を押し付けることがないよう、細心の配慮が求められます。

16. かかりつけ医・地域の医療者の方々のメリットは・・・

- 『私のカルテ』はがん診療の地域のネットワークを推進するツールです。全ての項目を記載する必要はありません。
- 『私のカルテ』は患者さんの情報を共有するプラットフォームです。情報の共有を通じて、よりよい医療を短時間でより効率的に提供できます。
- 『私のカルテ』を通して、地域の「がん診療の均てん化」を図ります。
- 地域のかかりつけ医のアイデンティティを示せます。
- 地域のネットワークを通じて、自分の守備範囲内の医療を提供し、守備範囲外の医療を適切な医療機関に依頼出来ます。
- 共同診療計画書で予め定められた時期に受診された際に、「地域連携がん診療経過報告書」等で計画策定病院に診療情報をご報告いただくと、月1回限り「がん治療連携指導料 300点」の保険点数が認められます。また、臨時に計画策定病院へ診療情報を報告される場合でも、月に1回に限り算定が出来ます。



「私のカルテ」
患者さんご家族用ガイド Q&A

あなたのがん診療を サポートします

地元の先生（かかりつけ医）と専門医との話し合いのもとに、がんの診療を標準化することが出来ました。

この「がん診療連携パス『私のカルテ』」の目的は、あなたに身近なかかりつけ医と専門医の二人の主治医を持っていただき、がん治療を良好に続けることにあります。



かかりつけ医

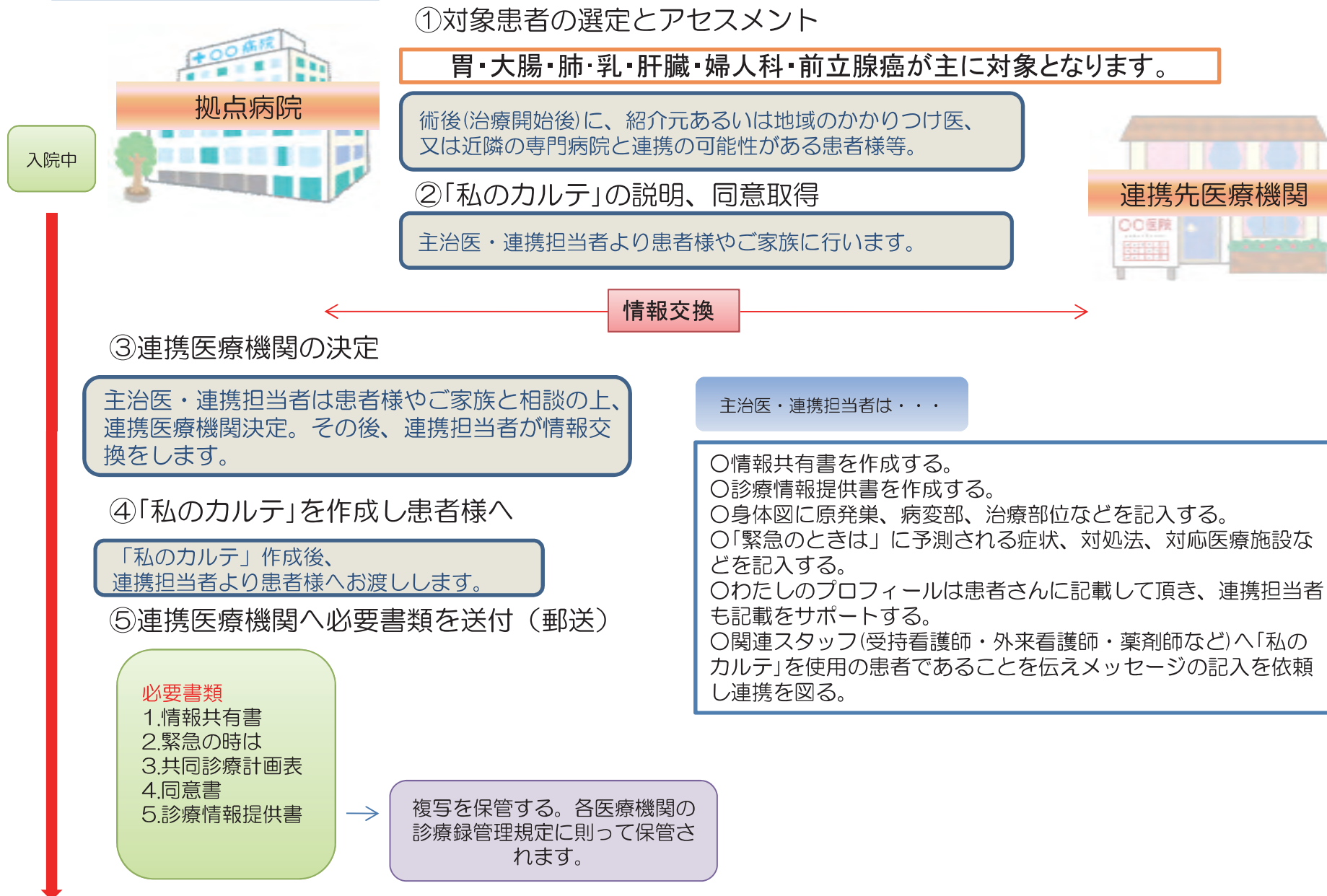
専門医

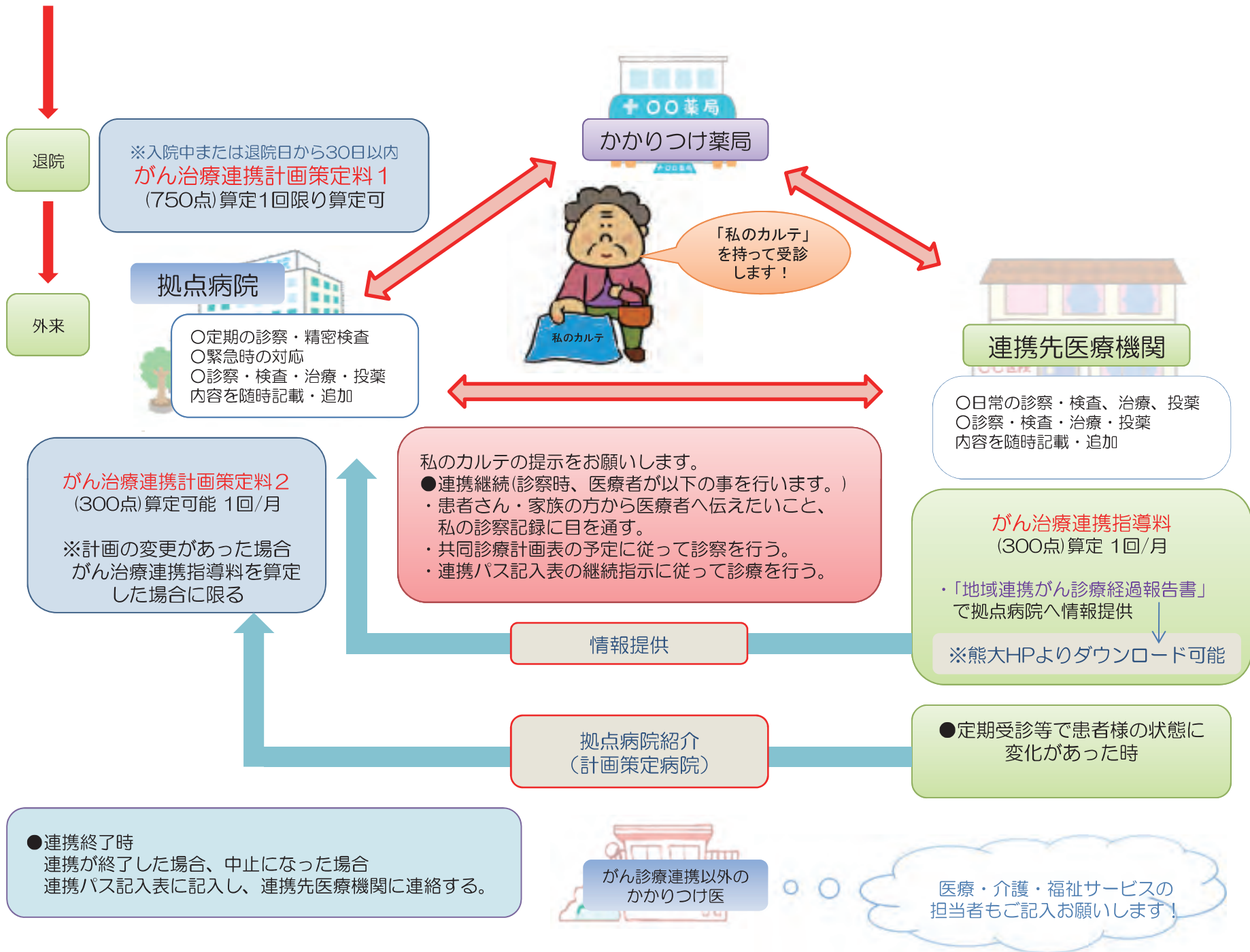


「私のカルテ」

「私のカルテ」は
患者さん自身のものです。
医療機関・保険薬局などに
持参し、必ず提示しましょう。

連携の流れ





患者さん・ご家族用Q&A

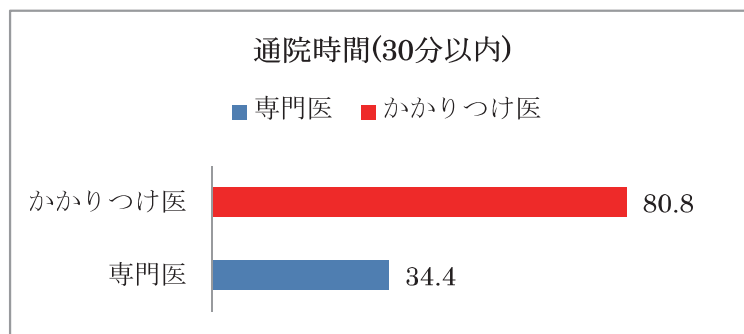
1. 病診連携とはなんですか・・・

- 病診連携とは拠点病院（病）と地元の病院・診療所（診）がお互いに協同して医療を提供することです。患者さんの日常的な健康管理、治療（内服薬の処方）を地元の病院・診療所の医師（かかりつけ医）が担当し、精密検査や専門治療（手術、放射線、抗がん剤治療等）を拠点病院の医師（専門医）が担当します。

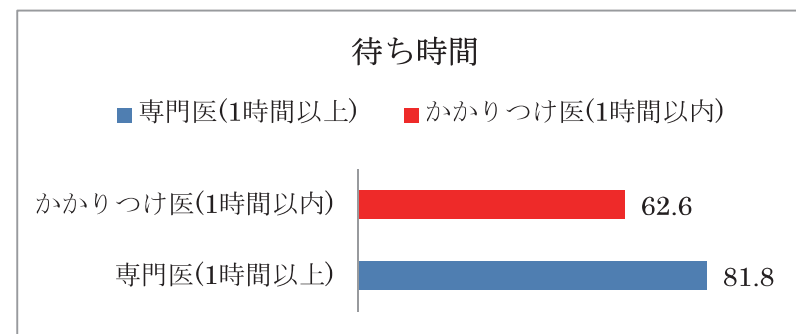
2. 病診連携のいい点とは何ですか・・・

- 地元の病院・診療所で診てもらっている人も最先端の専門的な医療が受けられます。
- 重複した検査・投薬が避けられます。
- かかりつけ医をもつことで診療の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減になります。
- 拠点病院、地元の病院・診療所、保険調剤薬局等の医療機関、患者さん・ご家族の間で情報が共有できているので、より質の高い、安全な医療が、短時間で受けられます。
- 2012年2月～3月に行ったアンケート調査では『私のカルテ』を利用することで患者さんの通院時間、診療の待ち時間ともに短縮されたとの結果がでています。

通院時間：専門医 30分以内 34.4%・かかりつけ医 80.8%



待ち時間:専門医 1時間以上 81.8%・かかりつけ医 1時間以内 62.6%



3. 拠点病院との関係が切れてしまうのではないかと不安を抱かれる方へ

- 拠点病院と縁が切れるわけではありません。地元の病院・診療所に紹介した患者さんは拠点病院でも定期的に経過観察していきましますし、必要なときは、いつでも地元の病院・診療所の先生を通して、拠点病院の主治医が相談にのります。
- 精密画像検査（CT など）が必要な場合は、殆どの拠点病院で、地元の病院・診療所の先生が、拠点病院での検査の予約が可能な体制を取っています。

4. 急な時、拠点病院で診てもらえないのではないかと不安を抱かれる方へ

- 急な時、かかりつけ医での対応に不安を抱かれている患者さん・ご家族もいらっしゃると思います。しかし、拠点病院は救急病院であろうが、そうでなかろうが、地元の病院・診療所の先生からの連絡には責任をもって対応しています。急な時、拠点病院にかかる場合、実は地元の病院・診療所の先生を通して依頼された方が、素早く円滑な対応が期待できます。
- 実際には『私のカルテ』の「緊急のときは」のページをご覧になって指示に従って行動されて下さい。

5. 不安な時、相談したいことができた時は・・・

- 不安な時、相談したいことができた時、相談に応じてもらえる体制が準備されています。拠点病院の相談支援センターに連絡を取ってみてください。
- 実際には『私のカルテ』の「わたしのプロフィール」と「緊急のときは」のページに連絡先が明記してあります。

6. 『がんサロン』を利用してみましょう。

- がんを抱えて生活されることはとても大変なことです。お一人で悩みを抱え込まないでください。同じ悩みを抱えた仲間が集う場所（『がんサロン』等）があります。
- 『がんサロン』とは、がん患者さんやそのご家族が自身で運営し、お互いの心の悩みや体験、治療法などを語り合う場所です。熊本には23カ所の『がんサロン』が存在します。（2012年7月現在）。
- 患者さん・ご家族同士で支え合うことで、孤独感もなくなり、心強くなり、勇気や力を得ることができます。
- 『私のカルテ』に説明がありますので、是非ご一読頂ければ幸いです。

7. 『私のカルテ』は、どこで手に入れますか・・・

- 拠点病院に受診された際や、治療目的で入院されている際にご説明します。説明に納得され、「連携医療機関」が決定し、『私のカルテ』の使用に同意を頂きましたら、退院される時、または外来通院中に、相談支援センターのコーディネーターや各診療科の担当医師がお渡しします。

8. 『私のカルテ』を利用できる医療機関はどこで知ることができますか・・・

- 各拠点病院のがん相談支援センターに利用できる「連携医療機関」の情報が 있습니다。対応できる「連携医療機関」は疾患毎に異なりますので、詳細をお問い合わせください。

9. 『私のカルテ』を使用するにあたって特別な費用が発生しますか・・・

- 拠点病院を退院される際に1回だけ750点（3割負担で2250円）、「連携医療機関」を受診される際に月1回を限度に300点（3割負担で900円）の管理料が発生します。

10. 『私のカルテ』はどのような場合使用するのですか・・・

- 専門医（拠点病院）、かかりつけ医（連携医療機関）を受診される場合はもちろんですが、他の医療機関（他の診療科の病院、歯科医師診療所、保険調剤薬局等）を利用される場合も持参されて下さい。

11. 『私のカルテ』の内容や記載方法が分からない場合は・・・

- 『私のカルテ』の内容が分からない場合や、記載方法が分からない場合は、周囲のスタッフにお気軽にお声をかけて下さい、お手伝いします。
- お薬の内容や服用の仕方が分からない場合は、遠慮なく薬剤師の先生にご相談されて下さい、お手伝いします。

12. 『私のカルテ』の所有権は・・・

- 患者さんが説明を受けられ同意された『私のカルテ』は患者さんご自身のものです。
- 患者さんが所持し、紛失の責任はご自身にあります。大切に保管されて下さい。

13. 『私のカルテ』が不要になったら・・・

- 患者さんご自身の記録として保管されるか、または患者さん・ご家族の判断で個人情報として適切に処分して下さるようお願いいたします。

14. 「私だけは専門病院で継続して診て欲しい」との思いは許されないのですか・・・

- がんと共に生活する場合、療養の場は変化します。中心となる医療者も変化します。患者さん・ご家族にとって、よりよい療養のために地域・地元の医療機関の力は欠かせません。
- 『私のカルテ』は、地域連携の仕組みで、患者さん・ご家族を最後まで支えるためのツールです。
- 患者さん・ご家族が、どのような立場でも、どこに居住されていても、質と安全が保証された安心ながん診療が受けられるように、との願いを込めた言葉が「がん医療の均てん化」です。
- 「がん医療の均てん化」を実現するためには、医療機関の役割分担・連携が必要です。
- 最新の研究では、複数の医療機関で診療を受けた患者さんの方が、拠点病院だけで治療された患者さんより長生きされるとの研究が報告されています。一方で医療者には、医療者側の都合を押し付けることがないよう細心の配慮が求められます。

15. 『私のカルテ』は患者さん・ご家族を中心とした医療を達成するためのツールです

- 患者さん・ご家族の思いを尊重し、思いに沿った適切な医療が提供されます。
- 関係する医療者間、および患者さん・ご家族の間で、適切な情報が共有されます。
- 提供される医療の安全を保証し・自律（立）をお手伝いします。
- がんと向き合って生活する達成感・満足感が得られます。
- 2011年3月11日の東日本・太平洋大地震では、多くの方々が罹災されました。罹災者の中でお手元に「お薬手帳」をお持ちの方は適切な医療を受けやすかったようです。
『私のカルテ』は災害時にあなたを支えてくれる大切なパートナーとなります。

熊本県がん診療連携協議会 相談支援・情報連携部会

平成24年9月現在

	氏名	所属	職名
部会長	片 渚 秀 隆	熊本大学医学部附属病院・地域医療連携センター	センター長 産科・婦人科長
部会員	野 坂 生 郷	熊本大学医学部附属病院・がんセンター	外来化学療法室長
	岸 裕 人	熊本市市民病院	呼吸器科医長
	吉 田 泰 泰	熊本労災病院	第二外科部長
	大 竹 秀 幸	人吉総合病院	産婦人科部長・がんセンター長
	吉 田 稔	熊本赤十字病院	腫瘍内科部長
	片 渚 茂	国立病院機構熊本医療センター	統括診療部長・地域医療連携室長
	境 健 爾	済生会熊本病院	腫瘍・糖尿病センター部長
	町 田 二 郎	済生会熊本病院	腎・泌尿器センター部長・副病院長
	濱 口 裕 光	荒尾市民病院	消化器病センター部長
	井 田 栄 一	熊本ホームケアクリニック	院長
	後 藤 慶 次	ひまわり在宅クリニック	院長
	指 宿 睦 子	熊本大学医学部附属病院・乳腺内分泌外科	助教
	別 府 透	熊本大学医学部附属病院・消化器外科	特任教授
	田 中 基 彦	熊本大学医学部附属病院・消化器内科	講師
	岩 槻 政 晃	熊本大学医学部附属病院・消化器外科	助教
	和 田 孝 浩	熊本大学医学部附属病院・泌尿器科	准教授
	森 毅	熊本大学医学部附属病院・呼吸器外科	講師
	宇 宿 功 市 郎	熊本大学医学部附属病院・医療情報経営企画部	部長
	稗 田 君 子	熊本大学医学部附属病院・地域医療連携センター	看護師長・がん相談支援室長
	島 村 美 香	熊本大学医学部附属病院・中央放射線部	看護師
	中 村 和 美	熊本大学医学部附属病院・薬剤部	薬剤師
	村 田 夕 起 子	熊本大学医学部附属病院・薬剤部	薬剤師
	稲 葉 一 郎	熊本県薬剤師会常務理事(薬局セントラルファーマシー長嶺)	薬剤師
	牛 島 淳	国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院	呼吸器内科医長・外来化学療法室長
	吉 仲 一 郎	天草郡市医師会立 天草地域医療センター	副院長
	川 上 ゆ み	天草中央総合病院	病棟係長(緩和ケア認定看護師)
	阿 部 道 雄	国保水俣市立総合医療センター	主任医長
	浦 本 秀 志	熊本再春荘病院	腫瘍内科医長
	倉 本 正 文	八代総合病院	外科部長
	廣 田 昌 彦	熊本市医師会立 熊本地域医療センター	院長
山 中 剛	くまもと森都総合病院	副院長	
福 永 光 子	高野病院 消化器外科	医師	

熊本県がん診療連携協議会
相談支援・情報連携部会

〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号
熊本大学医学部附属病院内
熊本県「私のカルテ」がん診療センター
TEL096-373-5763 FAX096-373-5720