

私の手帳

(がん診療連携パス)



鹿児島県



前立腺

がん診療連携クリティカルパスについて ……………	2p
かかりつけ医・専門医とは ……………	3p
私の手帳の運用方法 ……………	4p
受診歴 ……………	5p**
私のプロフィール ……………	7p**
情報共有 ……………	9p*
わたしの診察記録 ……………	11p**
原発巣・手術部位・残存病変・疼痛部位などの記録	13p*
緊急のときは ……………	14p*
あなたからのメッセージ ……………	15p***
日常生活の過ごし方 ……………	18p
各疾患ごとの副作用 ……………	20p
がんのことについて相談したいときは ……………	21p
患者同士の支えあいの場にはどのようなものがある？	23p
がん診療連携パスに関する説明書・同意書 ……………	25p
共同診療計画表（ページ数はありません）	
連携パス記入表（ページ数はありません）*	

◎医療スタッフへ

*: 医師は必ず記載をおねがいします

** : 患者様が主に記入するところですが、分からない場合には医療スタッフによる記入をお願いします

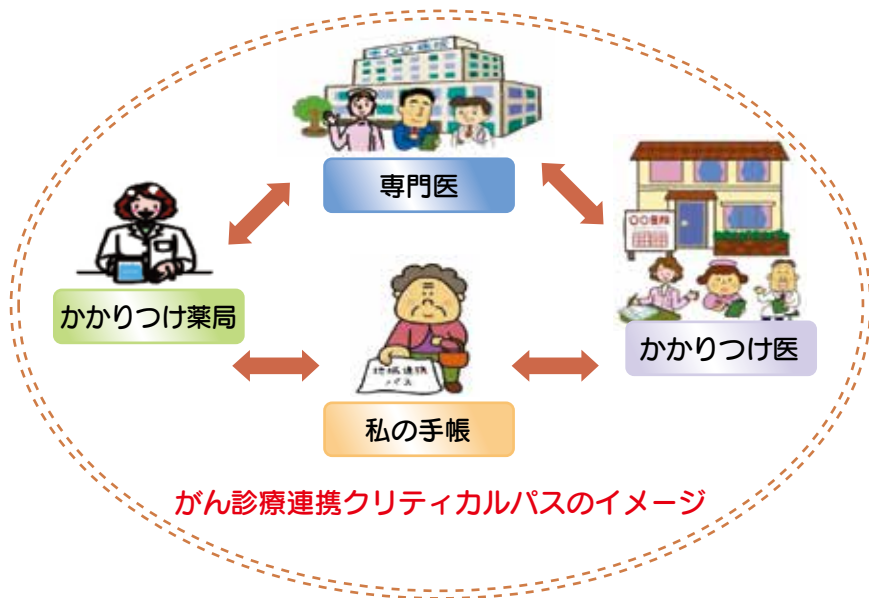
*** : 患者様からのメッセージをご確認ください

がん診療連携クリティカルパスについて

がん診療連携クリティカルパス(以下連携パス)とは、より良いがん医療を提供するために専門医とかかりつけ医等が、がん患者さんの情報提供を共有し、連携して患者さんの治療をサポートするシステムです。

連携パスは患者さんの診療に必要な情報を医師、看護師、薬剤師等が共有し、スムーズな診療を行うことが出来るように作成された診療計画書です。

連携パスは、がん治療を行った専門病院の主治医が、連携パスの利用が患者さんの診察に適しているか判断したうえで、患者さんやご家族に十分に説明し、同意を得たうえで利用を開始します。



1. かかりつけ医の役割



日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

がんやがん以外にお持ちの病気の診療を担当します。おもに、

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療などをかかりつけ医の先生が行います。

2. 専門医の役割



年に何回か病院に通院していただき、精密検査と診察を行います。精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などがあります。

検査結果は「私の手帳」内に記載して、かかりつけ医に報告します。

また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります。

私の手帳の運用方法

- ★共同診療計画書に従って、診療が進められていきます。かかりつけ医と専門医が連携を取り診療を行います。
- ★P7「わたしのプロフィール」のページはご自分でお書きください。
- ★何か症状が出現した時の対応に関しては、P7「緊急のときは」のページの指示に従って連絡や受診をしてください。
- ★患者さんのがんに関する情報は、P9「情報共有書」に記載されています。
- ★連携パス記入表は、共同診療計画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入をお願いします。特記事項の部分も活用してください。
- ★P19「あなたからのメッセージ」は、患者さんが医師や医療スタッフに伝えたいこと、質問したいことを自由に記載してください。
- ★医師以外のスタッフからのメッセージやお薬手帳にも目を通しましょう。
- ★私の診療記録は患者さんが自由に記載するページです。その日にあったことなどを記録に残しましょう。

「私の手帳」は患者さんの大切な情報が詰まったカルテです。紛失されませんように注意してください。

受診歴

受診日	医療機関・診療科
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

受診歴

受診日	医療機関・診療科
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

私のプロフィール

よみがな			
名 前			
住 所	(〒)		
生年月日	(西暦)	年	月 日 <small>血液型</small> 型
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
これまでにかかった 病気(既往歴) 又は、治療中の病気			

かかっている 医療者	①かかりつけ医(連携医)	医師名
	1 ()	
	②医療機関名	
	1 ()	
	③医療機関名	
	1 ()	
	④医療機関名	
	1 ()	
	①専門医療機関名(拠点病院)	
	1 ()	
◆がん相談担当者	(担当者氏名)	
1 ()		
◆訪問看護師	(担当者氏名)	
1 ()		
◆ケアマネージャー	(担当者氏名)	
1 ()		
◆保険薬局	(担当者氏名)	
1 ()		
緊急時の連絡先 (1)	連絡する人の名前() 電話番号(自宅) 電話番号(携帯)	
緊急時の連絡先 (2)	連絡する人の名前() 電話番号(自宅) 電話番号(携帯)	
病気・治療の説明 をして欲しい人	氏名() 続柄()	
病気・治療の説明を して欲しくない人	氏名() 続柄()	

算定(あり・なし) **情報共有** 日付(H 年 月 日)

発信先病院名	病院		
診療科	科		
担当医師名	①	②	
(フリガナ)患者氏名	()		
TEL			
生年月日		年齢	性別
連携目的	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 支持療法 <input type="checkbox"/> その他()		
診断名			
初診時PSA	() ng/ml		
病理診断 (癌取扱い規約)	組織学的分類() Gleason Score() + () = () T() N() M() L y () v () p n () EPE() RM() 進行度分類 Stage() (年 月 日)		
手術日()	手術名()		
術前・術後補助療法	治療内容	期間(開始～終了)	備考
ホルモン療法			
放射線療法			
化学療法			

紹介時所見	HBsAg	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HcVAb	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
病状・症状	【腫瘍マーカー】	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	PSA				
	その他				
	PS	(0-1 2 3 4)			
	疼痛	(なし あり)			
	腹水・胸水	(なし あり)			
	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)			
	認知異常	(なし あり)			
その他					
説明内容	(年 月 日)施設名()記入者()				
説明内容	(年 月 日)施設名()記入者()				
患者の意向・希望					
医療福祉に関して	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用				
処方	処方 (なし あり) 臨時処方あり (なし あり) 急変時指示 (なし あり)				



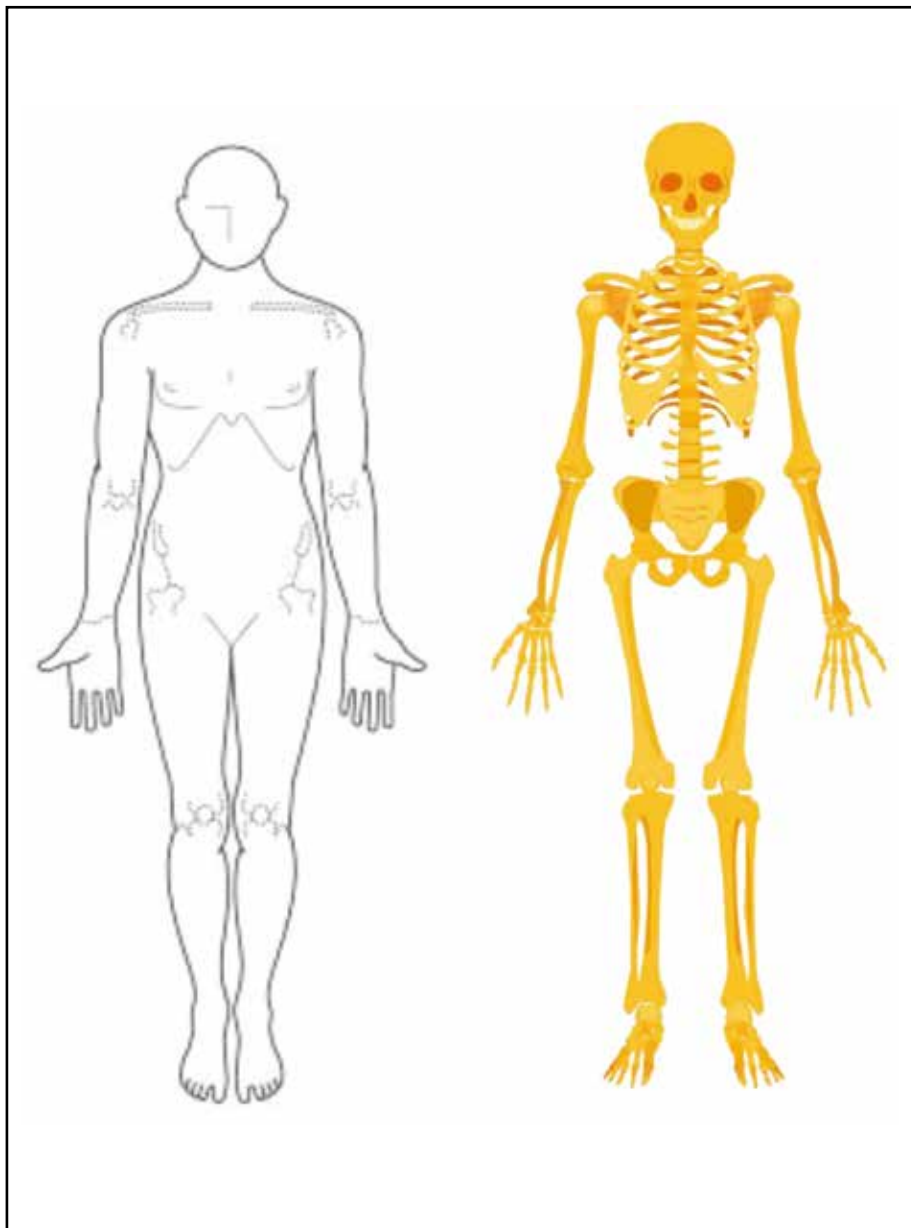
わたしの診察記録

日 付	記 録
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

治療結果を記入しておきましょう

日 付	記 録
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

* 原発巣・手術部位・残存病変・疼痛部位などを記載



あなたからのメッセージ

年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名

あなたからのメッセージ

あなたからのメッセージ		
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名

あなたからのメッセージ

年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名

日常生活の過ごし方について

1. 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分以上の散歩はいかがでしょうか？



2. 食事



穀物を中心に野菜を多く取って、バランスの良い食事を取るよう
に心がけましょう。

脂肪の取りすぎには注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)
よりも植物性(大豆、豆腐等)のものが良いようです。

刺激物の摂りすぎには注意しましょう。

3. 風呂

シャワーに比べてお風呂に入るには体力を要します。

熱い風呂、長風呂は避けてください。食後1時間は入浴を
避けましょう。



4. アルコール

アルコールを飲んではいけない方もいらっしゃいますので、主治医の先生に飲酒可能か質問をしてください。



5. 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、旅行可能か主治医に尋ねてみてください。



各疾患ごとの副作用



前立腺がん

骨痛	・無理な運動はひかえ、医師に相談をしましょう。
尿失禁	・骨盤底筋体操をしましょう。 ・改善がない場合は、医師に相談をしましょう。
排尿障害・血尿	・医師に相談をしましょう。
発汗・ほてり・乳房の痛み	・ホルモン療法の副作用とされます。 ・気になる時は医師に相談をしましょう。
肛門痛・血便	・硬い物や線維の多い野菜等はひかえましょう。 ・ビタミンなどはジュースで補充をしましょう。 ・改善がなければ医師に相談をしましょう。

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には医師に相談をしましょう。
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をしましょう。
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には医師に相談をしましょう。
発熱	・38℃以上の高熱がみられたときには医師に相談をしましょう。
皮膚疹	・皮膚に発赤疹、腫れ、掻痒感がみられたら医師に相談をしましょう。

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。すべ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、遠慮なく医師に相談してください。
心理的・精神的な症状 	・心理的・精神的な症状として、体がだるい、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、焦りなどさまざまな症状があります。お困りのことはなんでも遠慮なく、医師やスタッフに相談をしてください。
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、仕事上のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮なく相談してください。医療スタッフみんなで対応します。

◆がんのことについて相談したい◆

(1)相談支援センターとは

相談支援センターでは、がんの病気や治療、療養生活について、情報探しのお手伝いをしたり、相談にお応えしています。また、心のケアや、生活支援や助成制度の紹介、家族への支援の相談なども行っています

- がんについて「知りたい」とき
- がんの治療について「理解して納得したい」とき
- 自分の考えを「伝えたい」とき
- 療養生活のことについて「聞いてみたい」とき
- 心の悩みを「誰かに聞いてほしい」とき
- 生活や経済的なことで「心配がある」とき

●鹿児島県がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	平 日 8時30分～17時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	平 日:9時～16時
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	平 日 8時30分～17時15分
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	平 日:9時～17時 土曜日:9時～12時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	平 日 8時30分～17時15分
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	平 日:10時～16時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	平 日: 9時～12時 :13時～16時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	平 日:9時～17時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	平 日:8時30分～12時 :13時～17時

● 特定領域がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	平 日:9時~17時30分

● 地域がん診療病院

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
出水郡 医師会広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	平 日:9時~16時30分 土曜日:9時~12時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線575/597)	平 日:9時~12時 :14時~17時

● 鹿児島県がん診療指定病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	平 日:9時~17時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	平 日:8時30分~12時 平 日:13時~17時 土曜日:8時30分~12時
今村総合病院	がん相談支援室 ☎099-251-2221(代表)	平 日:9時~16時
鹿児島市医師会病院	医療連携・相談室 ☎099-254-1121(直通)	平 日:9時~16時 土曜日:8時30分~12時30分
サザン・リージョン病院	患者支援相談室 ☎0993-72-1351(代表)	平 日:8時~17時 土曜日:8時~12時
指宿医療センター	地域医療連携室 ☎0993-22-2231(内線260)	平 日 8時30分~17時15分
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線149)	平 日:9時~17時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	平 日 8時30分~17時15分
霧島市立医師会 医療センター	地域医療連携室・総合相談室 ☎0995-42-1171(代表)	平 日:9時~17時
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	平 日:9時30分~16時
曾於医師会立病院	地域連携室 ☎099-482-4888(代表)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~12時30分 (第1・3土曜は除く)
大隅鹿屋病院	患者相談窓口 ☎0994-40-1111(代表)	平 日 8時30分~17時15分
恒心会おぐら病院	医療相談室 ☎0994-31-1631(直通)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~17時

◆患者同士の支え合いの場にはどのようなものがある？

患者同士が会える場、支え合いの場としては、患者会、患者サロンなどがあります。

●患者会

患者会とは、同じ病気や障害、症状など、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。

●患者サロン

患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人ががんの事を気軽に本音で語り合う交流の場のことです。



H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	第2水曜日 14時～16時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	第2土曜日 13時30分～15時30分
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	不定期
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	第3水曜日 14時～16時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	第2木曜日 10時～12時
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	第1金曜日 10時～12時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	第4土曜日 10時～12時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	第3水曜日 15時～16時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	第4木曜日 13時～15時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	毎週月曜日 14時～16時
出水郡医師会 広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	第3木曜日 13時～15時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線 575/597)	第3金曜日 14時～16時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	第4金曜日 14時～15時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	第2土曜日 14時～16時
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線 149)	第1火曜日 11時～12時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	最終木曜日 14時～15時30分
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	第4火曜日 14時～16時

※対応状況が変更になっている場合もありますので、直接お問い合わせください。

◆NPO法人が運営しているがんサロン◆

NPO法人がんサポートかごしま

●患者サロン

場 所	鹿児島県民総合保健センター2階(鹿児島市下伊敷3丁目1番7号)
対応日	週2回(火曜日・木曜日) 10:00~16:00
連絡先	☎ 099-220-1888

●交流会

場 所	かごしま市民福祉プラザ(鹿児島市山下町 15-1)
開催日	第4日曜日 10:00~12:00

NPO法人 あなただけの乳がんではなく

乳がん患者さんが、患者サロン・交流会を通して、前向きに生活できるように、乳がん体験者スタッフがサポートしてまいります。

●患者サロン

場 所	ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階)
対応日	月曜日~金曜日 10:00~16:00(休日は休み)
連絡先	☎ 099-225-8588

●交流会

場 所	リボンズハウス (鹿児島市樋之口町 3-28 相良病院附属プレストセンター 1F)
開催日	第2月曜日 13:30~15:00 《第2月曜日 祝祭日の場合》 【場 所】 ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階) 【開催日】 第2木曜日 13:30~15:00
連絡先	☎ 099-213-9001

その他の患者会については、鹿児島県ホームページに記載してあります。
『鹿児島県のがん患者会一覧』で検索してください。

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

令和 年 月 日

病院 科

説明者(担当医師名)

(担当者)

私は、患者 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をしました。

1.目的	鹿児島県では、患者さん・ご家族に分かりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス(連携パス)」を活用しています。「連携パス」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良い診療計画を立て、患者さん・ご家族に納得して頂いた上で、医療者(医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等)が協力して診療にあたります。当院では、この「連携パス」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。患者さん・ご家族を中心に関係する医療者が診療方針や検査結果等を知った上で、協働体制を作ります。患者さんには「私の手帳」と「お薬手帳」を利用して頂きます。
2.方法	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与等を担当し、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何らかの問題が生じた時に備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。また、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。
3.期待されること	「連携パス」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考えています。日常生活の中で安心して治療することが可能となります。
4.同意と撤回	私たちは「連携パス」が患者さんの療養生活や診療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・ご家族と十分に相談をしながら、運用を勧めて参ります。途中中断されてもかまいません。中断されたからといって何ら不利益を受けることはございません。
5.負担	「がん診療連携パス(連携パス)」を使用することで、有害な事が生じる事はありません。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。
6.紛失	「私の手帳」は患者さんご自身の物です。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。
7.質問の自由	ご不明の点やご心配があればいつでもご相談ください。

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

令和 年 月 日

患者氏名

家族等氏名

続柄()

*当病院では、がんパスの使用促進またその内容改善を目的として、「私の手帳」に記載された患者様の貴重な個人情報を匿名化した上で、管理運営ならびに教育研究の目的に利用させていただきたいと思っておりますので、患者さまのご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。