

がん診療連携クリティカルパス
鹿児島県「私の手帳」ガイドブック

概要、記入方法、Q&A



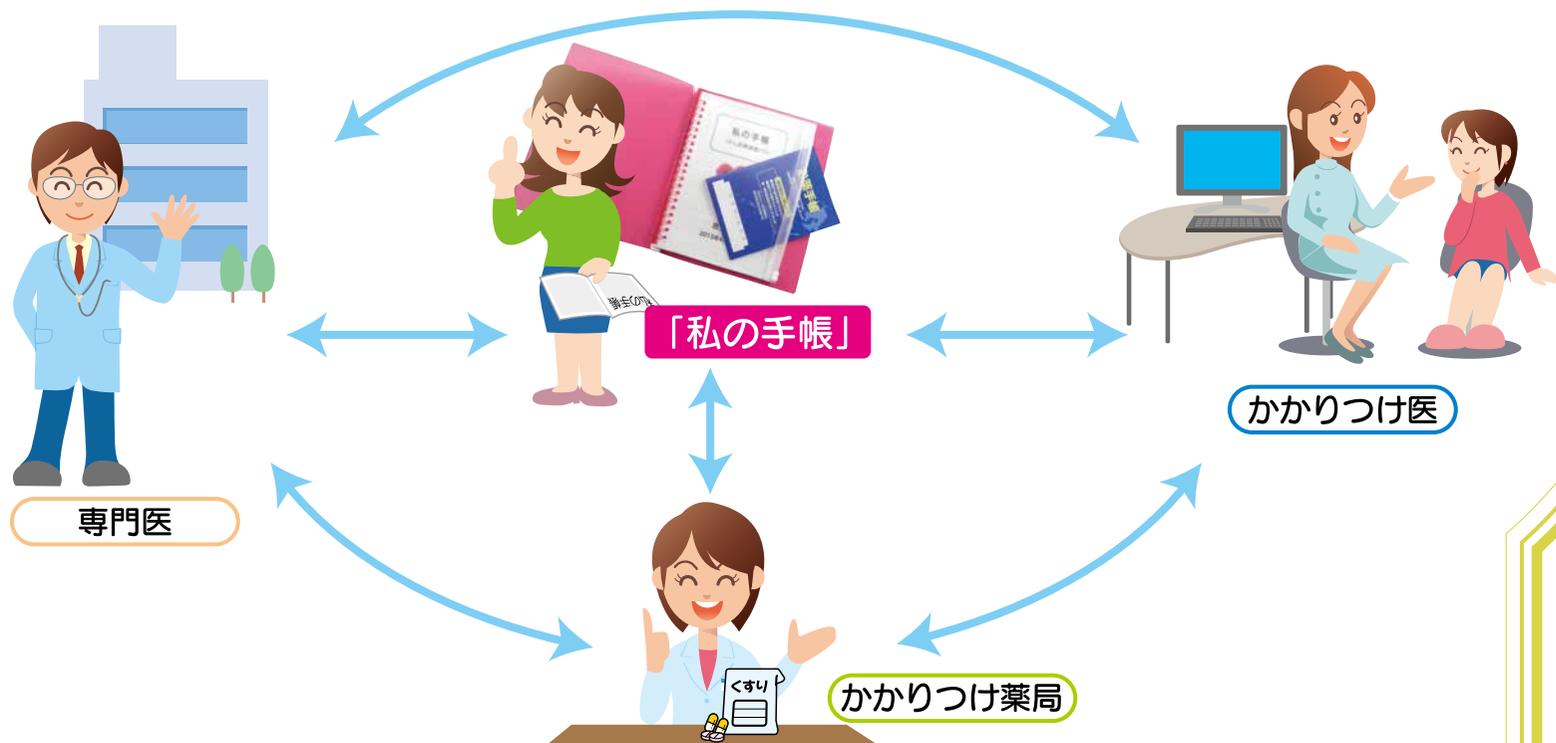
医療スタッフ用



「私の手帳」とは？

鹿児島県では、いつでもどこでも質の高いがん治療を安心して受けていただくために、県下共通の鹿児島県がん診療連携クリティカルパス「私の手帳」(以下「私の手帳」という)を作成しました。

1. 「私の手帳」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、がん患者さまの情報を共有し、連携して患者さまの治療をサポートするツール(道具)です。
2. 「私の手帳」は、患者さま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。
3. 「私の手帳」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まの診察に適しているか判断したうえで、患者さま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。

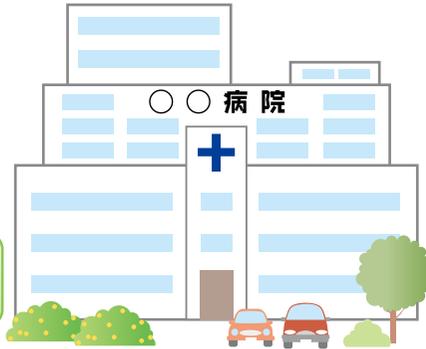


目 次

運用の流れ	1
各がん種パスの適応一覧表	3
記入ガイド	5~16
Q&A	17~22
鹿児島県拠点・指定病院一覧	23

運用の流れ

入院中



拠点病院

①対象患者の選定とアセスメント

術後（治療開始後）に、紹介元あるいは地域のかかりつけ医、又は近隣の専門病院と連携の可能性がある患者。

②「私の手帳」の説明、同意取得

主治医・連携担当者より患者様やご家族に行います。



連携医療機関

情報共有

③連携医療機関の決定

主治医・連携担当者は患者様やご家族と相談の上、連携医療機関決定。その後、連携担当者が情報交換をします。

主治医

- 情報共有書を作成。
- 診療情報提供書を作成。
- 身体図に原発巣、病変部、治療部位などを記入。
- 「緊急のときは」に予測される症状、対処法、対応医療施設などを記入。

④「私の手帳」を作成し患者様へ

「私の手帳」作成後、連携担当者より患者様へお渡しします。

連携担当者

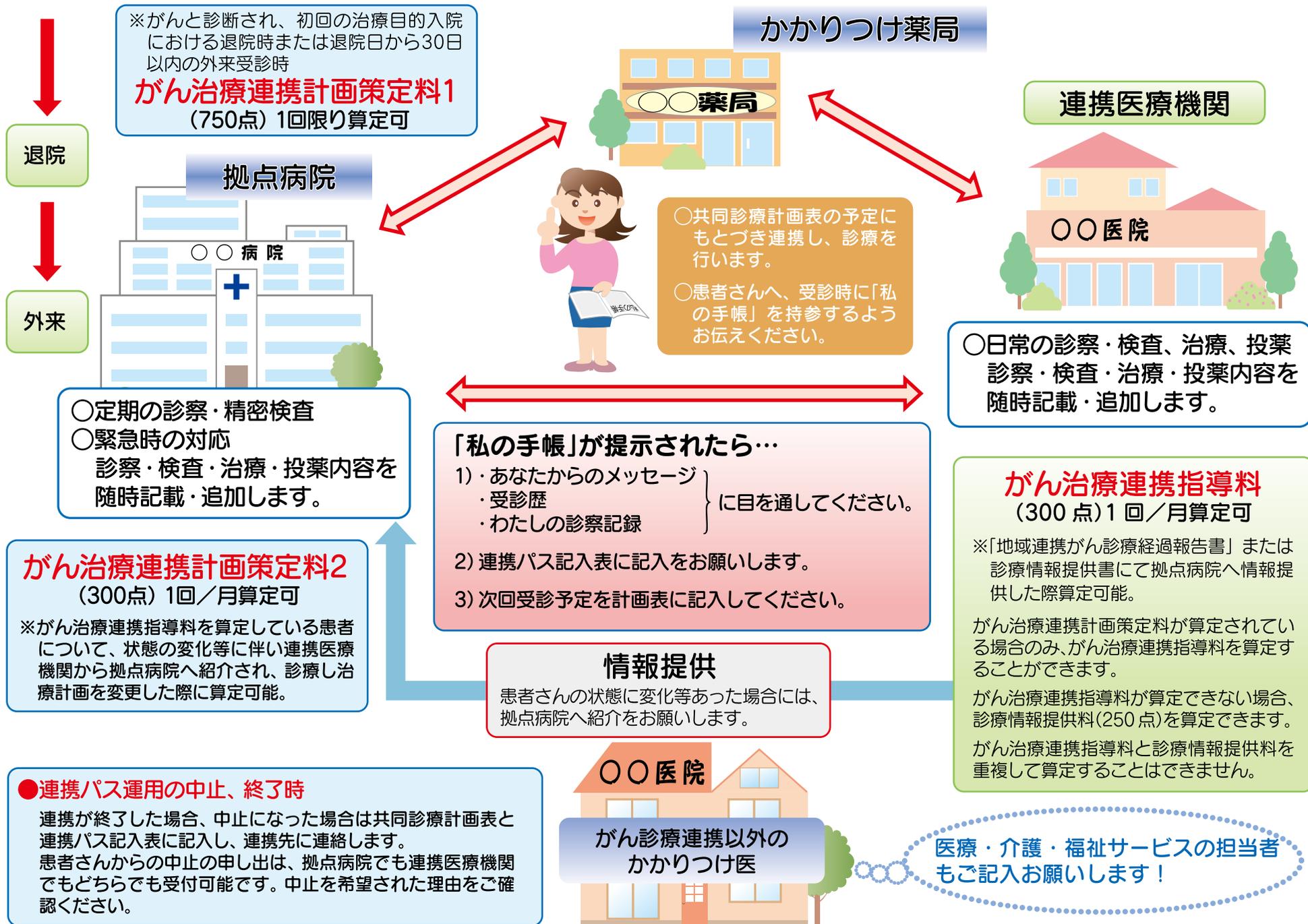
- わたしのプロフィールは患者さんに記載して頂きます。必要に応じて連携担当者も記載をサポート。
- 関連スタッフ（受持看護師・外来看護師・薬剤師など）へ「私の手帳」を使用の患者であることを伝えメッセージの記入を依頼し連携を図る。

⑤連携医療機関へ必要書類を送付

必要書類

1. 情報共有書
2. 緊急の時は
3. 共同診療計画表
4. 同意書
5. 診療情報提供書

拠点病院・連携医療機関ともに複写を保管します。各医療機関の診療録管理規程に則って保管をお願いします。



各がん種計画表の適応一覧表

平成27年8月版

がん種	共同診療計画表 の種別	導入対象となる治療方針						
		手術		化学療法		ホルモン療法	治療後経過観察	症状コントロール (緩和ケア)
		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	○	—	—	—	—	○	○
	術後内服化学療法	○	—	○	—	—	—	○
	内服化学療法	○	○	○	—	—	—	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	—	—	○
大腸がん	術後サーベイ	○	—	—	—	—	○	○
	術後内服化学療法	○	—	○	—	—	—	○
	内服化学療法	○	○	○	—	—	—	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	—	—	○
肺がん	術後サーベイ	○	—	—	—	—	○	○
	経口補助化学療法	○	—	○	—	—	—	○
	内服化学療法	○	○	○	—	—	—	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	—	—	○

がん種	共同診療計画表類 の 種 類	導入対象となる治療方針						
		手術		化学療法		ホルモン療法	治療後経過観察	症状コントロール (緩和ケア)
		有	無	内服化学療法	点滴化学療法			
肝がん	治療後サーベイ	○	○	—	—	—	○	○
	術後内服化学療法	○	—	○	—	—	—	○
	内服化学療法	○	○	○	—	—	—	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	—	—	○
乳がん	術後サーベイ	○	—	—	—	—	○	○
	ホルモン療法	○	○	—	—	○	—	○
	術後経過観察 (ホルモン療法なし)	○	—	—	—	—	—	○
	術後内服化学療法	○	—	○	—	○	—	○
	内服化学療法	○	○	○	—	○	—	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	○	—	○
子宮頸がん	治療後サーベイ	○	○	○	○	○	○	○
子宮体がん	治療後サーベイ	○	○	○	○	○	○	○
前立腺がん	治療後サーベイ	○	○	○	—	○	○	○
	点滴化学療法	○	○	—	○	○	—	○



「私の手帳」
記入ガイド

がん診療連携パスに関する説明書 同意書

病院 _____ 科 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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、協力体制を作ります。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ありません。
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、地域医療連携診察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察に参加することに同意します。

西暦 _____ 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。

拠点病院で「私の手帳」を発行する際に作成。

発行する拠点病院の専門医が記載してください。

- ・説明書、同意書は「私の手帳」使用にあたり必ず作成します。
- ・対象となる患者さんに1～7について説明を行いがんパス発行について理解したうえで、同意をいただきます。
- ・基本的には初回治療の入院中に説明を行い、同意を得ます。

使用について理解され、同意をいただけたら、同意日とサインを記入していただきます。

拠点病院で「私の手帳」を発行する際に作成。

算定（あり・なし）

情報共有 日付（ 年 月 日）

発信先病院名	病院		
診療	科		
担当医師名			
(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 ()		
病理診断 (寫取扱い規約)	Ly() v() n(/) Nuclear Grade() 進行度分類 Stage() [判明していれば: UICC TNM Stage ()] (年 月 日) <input type="checkbox"/> 大腸癌: EGF-R(+/-) K-ras(+/-) 穿孔(+/-) 腸閉塞例(+/-)		
手術日()	手術名()		
前・術後補助療法	内容	期間(開始~終了)	備考
放射線療法			
化学療法			
ホルモン療法			

計画策定料算定の有無がわかるよう
必ず記入してください。

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。

紹介時所見	HBsAg <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明			
病状・症状	共有すべき詳細な情報を、 専門病院の医師が記載します。			
	CA19-9			
	CA15-3			
	AFP			
	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)		
説明内容	(年 月 日)施設名()記入者()			
患者の 意向・希望	患者さんの意向や希望があればご記入ください。			
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)			

拠点病院で「私の手帳」を発行する際に作成します。

共同診療計画表は、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 **(例)** 『大腸がん(□結腸がん・直腸がん)術後サーベイ』

患者ID: 患者名: ○本 ○子 様

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)	000-1234	△△		2ヶ月→3ヶ月に1回
専門医 (HP)	000-5678	○○		6ヶ月に1回

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

【最終目標】 5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日

目標	QOLが維持できている 再発を早期に発見する 後遺症が管理できている	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	
		退院時	3M	6M	9M	12M	15M	18M	21M	24M	27M	30M	33M	36M	39M	42M	45M	48M	51M	54M	57M	60M	
診療	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	全身状態	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
検査	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)		○	
	※胸腹部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	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
指導	服薬指導	○																					
	生活指導	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○	
	その他																						

緑色の時期: 拠点病院専門医(HP)を受診
 青色の時期: 連携医療機関かかりつけ医(CL)を受診

受診時期の目安
 次回受診予定日を記入してください。大体の予定でも構いません。
 (例)「○月中旬」

受診時に行う予定の診療・検査等を○で示してあります。

(注)●はstageⅢに行う

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 (例) 大腸がん(□結腸がん・直腸がん)術後サーベイ連携 (退院時~6ヶ月後)

患者ID: 患者名: ○本○子 様
 継続指示: □食事が入らないとき → 専門医紹介
 □体重減少が続くとき → 専門医紹介
 腫瘍マーカー上昇時 → 専門医紹介
 再発が疑われるとき → 専門医紹介

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医	○○内科	△△	1ヶ月に1回
専門医	○○病院	○○	6ヶ月~12ヶ月に1回

受診時期の目安

受診した日付を記入してください

【最終目標】	年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		目標 評価
	退院時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後		
5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	/
目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								
診療を行いチェックボックスに チェックをいれてください 正常時: <input checked="" type="checkbox"/> はい 異常時: <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								
自他覚症状と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/>	□ (56)kg	<input checked="" type="checkbox"/>	□ ()kg	<input type="checkbox"/>	□ ()kg	<input type="checkbox"/>	g					
全身状態(PS) 0~1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	<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"/>	
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"/>									
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"/>									
問診 後遺症が認められない (腹部飽満感・腸閉塞症状・下痢)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
検査と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
血算()に異常がない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>									
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"/>									
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	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	
患者・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
術後後遺症、再発等発生時の連絡先を 他臓器癌に対する検診を勧める	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Drサイン	中村	谷口											
特記事項													

診療を行いチェックボックスに
チェックをいれてください
正常時: はい
異常時: いいえ

特記事項等ありましたら余白または「わたしの診察記録」「あなたからのメッセージ」欄等
をご活用ください。

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、軽労働や座業はげきる。
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助があることもある。軽作業ではないが、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、しばしば介助があり、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、常に介助があり、終日就床を必要としている。

緑色の時期: 拠点病院専門医(HP)を受診

青色の時期: 連携医療機関かかりつけ医(CL)を受診

受診時に対応した医療者がサインしてください。

作成日: / /

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

適応基準:

除外基準:

継続指示: 「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	○○内科	△△	
専門医	○○病院	○○	

【最終目標】	開始時アセスメント				1ヶ月後				2ヶ月後				3ヶ月後				目標評価
	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	年月日	年月日	年月日	年月日			
苦痛なく日常生活が送れる	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ			
目 標	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、定期的に)																
🚗 夜、ぐっすり眠れる	<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"/>	<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"/>	/ 6													
🚗 動いた時の痛みがない	<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"/>	<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"/>	<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"/>	/ 6		

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

自覚症状と評価基準	🚗 痛み	<input checked="" type="checkbox"/> (3)	<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"/> ()	<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"/> ()	<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"/> ()	<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"/> ()	<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"/> ()	<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"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	🚗 不安・恐れ	<input checked="" type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> ()												

一番困っている自覚症状と強さを記入してください。

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。「あなたからのメッセージ」欄等もご利用ください。

患者・栄養指導	副作用説明・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。気になることを記入いただくよう患者さんへお伝えし、診察時には確認をお願いします。

患者記入欄(相談したいこと他)	わたしの診察記録やあなたからのメッセージ等もご活用ください。	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	

対応した医療者がサインしてください。

※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

患者ID: 患者名: ○本○子 様
 適応基準:
 除外基準:

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		

★決まった時間に使用のお薬(定期使用) <input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 薬剤名(オキシコンチン)を1日1回(1)錠(9・21)時に内服します。 <input type="checkbox"/> 貼り薬 フェントステープ()mgを1日に1回()時に貼ります。	★痛みが強いときに臨時で使用のお薬(レスキュー) <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(オキノーム5)mgを1回(1)包、内服します。
 1時間あけて何回でも内服可能です。
 <input type="/> その他 ()	★継続指示及び特記事項 ●吐き気があったら(プリンペラン)内服。 ●便秘のときは()内服。 ●急変したとき()へ連絡。
--	--	--

| 年月日 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 | 6 12 18 0 |

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	<p>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確認できます。</p>										
投薬	オピオイド(レスキュー)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
	鎮痛薬	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	
	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	
※薬剤名は「お薬手帳」参照												
他の症状	はきけ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
	便秘	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
	その他()	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
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】	少し眠気がありますが大丈夫でしょうか?	<p>患者さんが相談したいことを記入する欄です。気になることを記入していただくよう、患者さんへお伝えし、診察時には確認をお願いします。</p>									
Nsサイン												
Drサイン		中村	<p>対応した医療者がサインしてください。</p>									

使用中のお薬の内容を記載してください。

※黄色の枠は患者さんが記入。

作成日: / /

あなたからのメッセージ	
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
<p>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。手帳を手にされたらめくってみてください。</p>	<p>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。</p> <p>病院・施設名 ○○内科 記入者名 ○○</p>
<p>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？</p>	<p>治療の前日、当日、翌日は控えてくださいね。</p> <p>病院・施設名 ○○ 記入者名 看護師○○</p>
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
	<p>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。</p> <p>病院・施設名 ○○病院 記入者名 ○○</p>
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
	<p>○○さんへ お薬はきちんと自己管理できていますので、このまま継続してください。血の量が増えるようであれば病院によく連絡してくださいね。</p> <p>病院・施設名 ○○薬局 記入者名 薬剤師○○</p>

あなたからのメッセージ	
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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・患者さんのメッセージ、気を付けてほしいこと、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。 	
<p>患者さんからの記入がある場合、お返事をお願いします。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・手帳を手にされた際は必ず確認いただき、メッセージがある場合はお返事をお願いします。 ・患者さんご自身やご家族、医療機関のスタッフなど、患者さんに関わるさまざまな方が活用できるシートになっています。 ・何も記入がない場合でも、患者さんが安心してがん治療を続けられるよう、積極的にこのシートをご活用ください。 	
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
	<p>病院・施設名 記入者名</p>
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
	<p>病院・施設名 記入者名</p>

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。(私の手帳センターのホームページからダウンロードできます。)

地域連携がん診療経過報告書

地域連携クリティカルパスの種類 (がん種) 【 **乳癌** 】

報告日 **2022**年 **6**月 **5**日

共同診療開始日 **2022**年 **4**月 **1**日

計画策定病院 ○○病院

△△ 殿

連携医療機関 □□病院 担当医師名 ▽▽ 印

患者情報	氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性別 (<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F) 生年月日 T <input checked="" type="radio"/> 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	2022年6月3日
次回の予定	2022年7月5日
共同診療計画に (<input checked="" type="radio"/> 変更なし <input type="radio"/> 変更あり) 変更となった項目 (診察・観察 検査 治療 薬剤 処置) 具体的な内容:	
その他の特記する事項	
画像・検査データ添付 (<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし)	

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。

計画変更があった場合は「変更あり」に○印をつけ、変更となった項目を選び、具体的な変更内容を記入してください。

特記事項がありましたらご記入ください。
画像、検査データ添付の有無をご記入ください。

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。

私のプロフィール

よみがな	まるもと まるこ		
名 前	○本 ○子		
住 所	(〒890-0000) 鹿児島県〇〇市〇-〇-〇〇〇〇		
生年月日	(西暦) 19〇〇年 〇月 〇日	血液型	AB型
アレルギーの有無	<input checked="" 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			

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。

かかっている医療者	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 ☎()	
	①専門医療機関名(拠点病院) ☎()	
	◆がん相談担当者 ☎()	(担当者氏名)
	◆訪問看護師 ☎()	(担当者氏名)
	◆ケアマネージャー ☎()	(担当者氏名)
	◆保険薬局 ☎()	(担当者氏名)
	緊急時の連絡先(1)	連絡する人の名前(○本○雄 (夫)) 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(○本○彦 (長男)) 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(○本○雄、○本○彦) 続柄(夫、長男)	
病気・治療の説明をして欲しくない人	氏名() 続柄()	

患者さんご自身で、症状や体調、気持ちの変化など記入をしていただくページです。



わたしの診察記録 治療結果を記入しておきましょう

日付	記録
2022. 10 . 10	熱が出てきつかった。
2022. 11 . 14	経過もよく、体調もよかった。
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.

手帳を手にした際は必ず確認ください。
医療機関でご記入いただくことも可能です。その際には日付と施設名、記入者もご記入ください。

がん診療連携以外での受診も含め、受診の履歴の確認ができます。

受診歴

受診日	医療機関・診療科
2022. 3 . 6	〇〇病院 〇〇科
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.
.	.

受診日・医療機関名・診療科をご記入下さい。
患者さん自身でも記入できます。



「私の手帳」Q&A

医療スタッフ Q & A

●「私の手帳」の運用について

Q1

どこで発行するのですか？

- 『私の手帳』はがん診療連携拠点病院・指定病院が計画策定病院となり発行します。
- 様式は『私の手帳』センター HP にてダウンロード可能です。

Q2

患者さんへの説明はいつ・だれが行うのですか？

- 計画策定病院の連携担当者が入院中または外来受診された際に行います。説明方法については各計画策定病院でご確認ください。DVD『私の手帳』物語もご活用ください。

Q3

「私の手帳」の所有権は誰にあるのですか？

- 患者さんにお渡しした『私の手帳』は患者さんの所有物です。個人情報ですので紛失等に注意し管理されるようお伝えください。また医療機関受診時には持参し、提示していただくようお願いしてください。

Q4

どのような情報を共有するのですか？

- 『私の手帳』は患者さんの情報を共有するプラットフォームです。地域連携を推進するツールであり、情報の共有を通じて、「がん診療の均てん化」を図り、よりよい医療を効率的に提供することが目的です。
- 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診療情報提供書により、患者さんの診療情報を共有します。①～④は『私の手帳』に綴られています。計画策定病院、連携医療機関ともに、それぞれの診療管理規則に則してお取り扱いください。

Q5

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定を決定し、ご案内をお願いします。『私の手帳』内の「緊急のときは」をご活用ください。

Q6

連携する医療機関の間での定期的な連絡は？

- 共有が必要なほとんどの情報は、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、がん診療経過報告書(私の手帳センター HP からダウンロード可能)または診療情報提供書をご利用ください。必要に応じて、検査データ、画像所見等の添付をお願いします。

Q7

『私の手帳』を中止、終了するときは？

- 連携パスの中止、終了を共同診療計画表及び連携パス記入表へ記載してください。
- 連携パスの中止、終了を連携先へ連絡し、拠点病院、連携医療機関で共有してください。
- 中止、終了した『私の手帳』は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。

Q8

「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・・・

- 医療者側の都合を押しつけないよう細心の配慮をしながら、がん診療連携についてご理解いただけるようご説明ください。
- がん診療の質・安全・安心を保证するため「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、連携が必要となっています。よりよい療養のために地域の医療機関との連携は欠かせません。患者さん・ご家族を地域連携の仕組みで最後まで支えることについて丁寧に説明してください。

Q9

地域の社会資源との連携は？

- 連携が予想される地域の社会資源として、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、訪問看護事業所、保健所(保健師)等が考えられます。『私の手帳』の活用により、患者さんに関わる医療・福祉・介護等の関係者と情報が共有され、サービスの質の向上等が図られることが期待されます。
- 平成26年度に医療機関、訪問看護ステーション、保険薬局等を対象としたがんパス説明会を各地域の拠点・指定病院と「私の手帳センター」の共催で県内10か所にて開催し、延べ1300名にご参加いただきました。必要に応じて各計画策定病院の担当者から説明をお願いします。
- 市民・県民向けの普及啓発活動については、各計画策定病院が市民公開講座等で行っていきます。
(『私の手帳』センター共催)

Q10

連携医療機関等に対して『私の手帳』の詳しい説明は、いつ・どこで・だれが行うのですか？

- 連携開始の際に、実際の運用について計画策定病院の連携担当者が説明を行います。



● 診療報酬について

Q1

『私の手帳』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？

- (1) あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。
- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取り扱いについて基準を満たしていること。

上記施設基準をみだし、あらかじめ九州厚生局へ届出を行うことにより、以下の診療報酬を算定することができます。

◇拠点病院『がん治療連携計画策定料1(750点)』 ※1回限り

がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際、退院時または退院日から起算して30日以内にごん治療連携計画を作成し、患者へ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に算定できます。

◇連携医療機関『がん治療連携指導料(300点)』 ※月1回

がん治療連携計画策定料を算定している場合、連携医療機関から計画策定病院へ情報提供を行った場合に算定できます。

Q2

連携医療機関のリストはありますか？

- 連携医療機関リストは各計画策定病院で作成してください。
- 県内すべての拠点・指定病院と連携可能であるとして、一斉届出を行った連携医療機関につきましては『私の手帳』センターHPにアップさせていただいています。

● その他

Q₁

がん診療連携クリティカルパス(以下『私の手帳』)の著作権はどこに所属しますか

- 鹿児島県がん診療連携協議会幹事会相談支援・情報部会(以下「協議会」)に所属します。
ただし、医療連携のためには、どなたでも自由にご利用いただけます。
- なお、「協議会」提供の『私の手帳』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。

Q₂

『私の手帳』の適応症例の管理・バリエーション分析、報告は

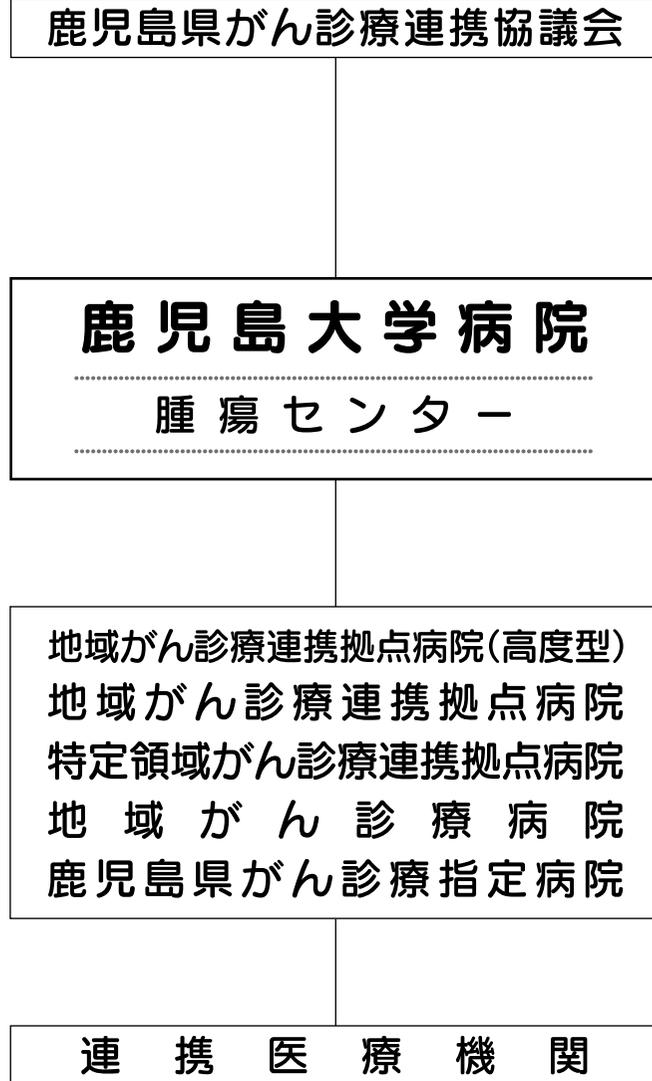
- 『私の手帳』を適応した症例の管理は、バリエーション分析によるパスの評価、PDCA サイクルによるパスの改定に必要です。計画策定病院ごとに症例登録・管理をお願いします。
- 説明会、講演会、学会方向、論文投稿等への実績報告は、各計画策定病院の責任で行ってください。同時に「協議会」への報告と資料の提出もお願いします。提出していただいた資料は鹿児島大学病院『私の手帳』センターで管理しています。ご希望の方には貸し出しますので、『私の手帳』の普及にお役立てください。
- 『私の手帳』に関わることや「協議会」でまとめた内代に関するものを発表される際には、「協議会」(がん診療連携協議会幹事会相談支援・情報連携部会)との連名で報告してください。

Q₃

『私の手帳』の修正・改訂は

- 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」として足並みをそろえて連携パスを改善していきます。

組 織 図



鹿児島県 がん診療連携拠点病院・指定病院一覧

2022年8月現在

区分	施設名称	〒	住所	電話
※	鹿児島大学病院	890-8520	鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1	099-275-5111
◎	鹿児島市立病院	890-8760	鹿児島市上荒田町37-1	099-230-7000
○	独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター	892-0853	鹿児島市城山町8-1	099-223-1151
	公益社団法人昭和会いまきいれ総合病院	890-0051	鹿児島市高麗町43-25	099-252-1090
	社会福祉法人恩賜財団済生会川内病院	895-0074	薩摩川内市原田町2-46	0996-23-5221
★	社会医療法人博愛会相良病院	892-0833	鹿児島市松原町3-31	099-224-1800
☆	公益社団法人出水郡医師会広域医療センター	899-1611	阿久根市赤瀬川4513	0996-73-1331
	社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター	891-3198	西之表市西之表7463	0997-22-0960
	鹿児島県立薩南病院	897-1123	南さつま市加世田高橋1968-4	0993-53-5300
	鹿児島県立大島病院	894-0015	奄美市名瀬真名津町18-1	0997-52-3611
	独立行政法人国立病院機構南九州病院	899-5293	始良市加治木町木田1882	0995-62-2121
	県民健康プラザ鹿屋医療センター	893-0013	鹿屋市礼元1-8-8	0994-42-5101
	県 が ん 診 療 指 定 病 院	公益社団法人鹿児島共済会南風病院	892-8512	鹿児島市長田町14-3
鹿児島厚生連病院		890-0062	鹿児島市与次郎1丁目13-1	099-252-2228
公益財団法人慈愛会今村総合病院		890-0064	鹿児島市鴨池新町11-23	099-251-2221
鹿児島市医師会病院		890-0064	鹿児島市鴨池新町7-1	099-254-1125
社会医療法人聖医会サザン・リージョン病院		898-0011	枕崎市緑町220	0993-72-1351
独立行政法人国立病院機構指宿医療センター		891-0498	指宿市十二町4145	0993-22-2231
川内市医師会立市民病院		895-0005	薩摩川内市永利町4107-7	0996-22-1111
出水総合医療センター		899-0131	出水市明神町520	0996-67-1611
霧島市立医師会医療センター		899-5112	霧島市隼人町松永3320	0995-42-1171
鹿児島県立北薩病院		895-2526	伊佐市大口宮人502-4	0995-22-8511
曾於医師会立病院		899-8212	曾於市大隅町月野894	0994-82-4888
医療法人徳洲会大隅鹿屋病院		893-0015	鹿屋市新川町6081-1	0994-40-1111
恒心会おぐら病院		893-0023	鹿屋市笠之原町27-22	0994-44-7171
医療法人青仁会池田病院		893-0024	鹿屋市下祓川町1830	0994-43-3434
医療法人真栄会新村病院	890-0046	鹿児島市西田2丁目26-20	099-256-6200	

※=都道府県がん診療連携拠点病院 ◎=地域がん診療連携拠点病院(高度型) ○=地域がん診療連携拠点病院
★=特定領域がん診療連携拠点病院 ☆=地域がん診療病院

**鹿児島県がん診療連携協議会
鹿児島大学病院腫瘍センター**

〒890-8520 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1

電話：099-275-6529 FAX：099-275-6529

HP:<http://com4.kufm.kagoshima-u.ac.jp/~can/tecyou/>