

《医療者用連携パスの構成》

(注) 連携パスにより用意されていない書類があります。

- i) 説明書(同意書)
- ii) 診療情報提供書
- iii) 決定した連携先医療機関の一覧
病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の連携医療機関を決定し施設名、連絡先の情報を共有します。
- iv) 共同診療計画書
患者の退院後の標準的な治療計画等を明記したものです。
- v) 医療者用シート
患者の術後のフォローに必要な問診、定期検査、投薬等の目安を示したチェックシートとなります。医療者シートを参考に投薬と可能な範囲での検査等をお願いします。
(担当: 専門医/看護師/医療連携コーディネーター担当)

②患者が携帯する患者用パス一式(私のカルテ)の交付

《私のカルテの構成》

(注) 連携パスにより用意されていない書類があります。

- i) 患者基礎情報用紙
患者さんのプロフィールやアレルギー歴、くすりの副作用情報、診断名、今までにかかった病気等を記入します。
- ii) 決定した連携医療機関の一覧
病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の連携医療機関を決定し、施設名、連絡先の情報を共有します。
- iii) 患者さん用連携パス
共同診療計画表を患者さん用にわかりやすく明記したものです。
- iv) 患者さん用自己チェックシート記載例
副作用等について患者が自己チェックする用紙の記載例です。
- v) 乳がん治療・療養生活について(治療・内分泌療法・薬・副作用等)
患者さん向けに乳がんの治療方法や療養生活のヒントをまとめたものです。
- vi) 地域医療連携課がん相談窓口の案内
- vii) 患者さん用連携パス説明書(同意書)
- ix) 患者さん用自己チェックシート
副作用等について患者が自己チェック(○、△)する用紙です。
- ix) 患者さん用メモ
患者さんが気になったことなどを自由に記載する用紙です。
- x) 医療者用連絡メモ
医療者が連絡事項等について自由に記載する用紙です。
(担当: 看護師/医療連携コーディネーター担当)

◆ 連携医療機関(かかりつけ医) ◆

《運用決定まで》

- ①連携依頼の受信と回答・・・・・・・・・・・・・・フローチャート④
拠点病院等からの連携パス運用の打診(様式1及び診療情報提供書)に対し、《様式1》にて受入の可否等をFAXする。

《 運用開始後 》

(1) 連携パスの管理と日常診療

ア 連携パスの保管

連携医療機関（かかりつけ医）は、拠点病院等の医師（専門医）から送付を受けた診療情報提供書及び共同診療計画書（原本）をカルテに保管するとともに、患者の診察時に随時該当項目に記入（カルテに記入）します。

イ 拠点病院等への連絡（患者の拠点病院等の外来受診時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、患者が拠点病院等へ外来受診する際には、「地域連携がん診療経過報告書」《必要に応じ、検査データ、所見、医療者シート(写し)等》を患者に託します。拠点病院等への報告は、患者が当該報告書を持参することを想定していますが、状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

ウ 拠点病院等への連絡（連携パスの運用期間終了・逸脱時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、連携パス運用終了時には「地域連携がん診療経過報告書」（逸脱時には逸脱の報告書）を拠点病院等へ送付します。状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

- ①投薬については、基本的に連携医療機関でお願いします。
- ②投薬間隔は1～3ヶ月毎（連携医療機関の判断）でお願いします。
- ③副作用等が疑われる場合は、連携医療機関にて適宜、投薬の中止・再開をしていただいで結構です。
- ④投薬終了後の通院間隔は連携医療機関のご判断でお願いします。
（できれば3～6ヶ月）
- ⑤5年目以降の連携医療機関の診療は必要時（3～6ヶ月）にお願いします。

◆ 患者 ◆

患者は「私のカルテ」及び拠点病院等や連携医療機関（かかりつけ医）で必要に応じて交付された検査結果等の写しを保管・管理するものとします。

なお、パスの対象疾患以外で医療機関を受診する際もできる限り診療経過表を持参するものとします。

◆ その他

拠点病院等及び連携医療機関（かかりつけ医）は、他方の医療機関への連携パスに関連する書類の送付時には適宜控えをとるなど紛失等に備えるものとします。

6. 対処方法

バリエーション		対処法
再発が疑われるとき	症状がないとき	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。

	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
治療による副作用が疑われるとき	症状がないとき	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
その他合併症が疑われるとき	症状がないとき	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。2週間を目処に拠点病院等に報告を行う。
	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	専門外来受診、救急入院等の必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
連携医療からドロップアウトしたとき	たちまちには危険がないとき	患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。次回フォロー予定期日まで解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。定期的に連携システムの改善を図る。
	今後の症状悪化が心配されるが、差し迫った生命の危険はないと思われるとき	患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。4週間以内に解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。個別対応として再ドロップアウトを防止する。速やかに連携システムの改善を図る。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	遅滞なく患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。個別対応として再ドロップアウトを防止する。速やかに連携システムの改善を図る。

不測の事態が発生した場合は、連携する全ての医療者が協力して解決に当たる。

7. _____ 病院（拠点病院等）問い合わせ先

（平日） ： ～ ：

連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）

担当者氏名 _____（Tel） - -

（平日時間外及び土、日、祝祭日）の緊急時の連絡は

日直／夜間当直（※看護師） _____（Tel） - -

FAX 送信表

_____ 病院（携拠点病院） がん相談・医療連携担当者 _____ Tel : - - _____ Fax : - - _____	←	連携医療機関 _____ 担当者 _____ Tel : - - _____ Fax : - - _____
	→	

がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）

（ _____ 病院（拠点病院等）にて外来担当者が記入）

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
診 断 名	1. 乳がん 2. 胃がん 3. 大腸がん 4. 肺がん 5. 肝がん 6. 前立腺がん 7. 婦人科がん（ ） 8. その他（ ）
診 断 日	平成 年 月 日
入 院 日	平成 年 月 日
退 院 日	平成 年 月 日
術 式	
術 日	平成 年 月 日
受診希望日	第1希望日（ / ） 第2希望日（ / ） 第3希望日（ / ）

（かかりつけ医で記入）

受入の有無	1. 受入可 2. 受入不可
担当医師	
初回受診日	平成 年 月 日

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（□□□□□□□□）

報告日 年 月 日

共同診療開始日 年 月 日

計画策定病院 _____ 殿

連携医療機関 _____

患者情報	氏名	性別（ M F ）
	生年月日 T・S・H 年 月 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		
次回の予定		
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：		
・その他の特記する事項		
画像・検査データ添付（ あり なし ）		

FAX 送信表

<p style="text-align: center;">_____ 病院（携拠点病院）</p> <p>がん相談・医療連携担当者</p> <p>_____</p> <p>Tel : - - _____</p> <p>Fax : - - _____</p>	←	<p style="text-align: center;">_____ 連携医療機関</p> <p>_____</p> <p>担当者 _____</p> <p>Tel : - - _____</p> <p>Fax : - - _____</p>
	→	

がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種別	1. 乳がん 2. 胃がん 3. 大腸がん 4. 肺がん 5. 肝がん 6. 前立腺がん 7. 婦人科がん（ ） 8. その他（ ）
逸脱の理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更 2. 転出（他県へ転出等） 3. 患者本人・ご家族の希望 4. 死亡 5. その他

を予定されている患者さんおよびご家族の皆様へ

退院後の診療と地域連携クリニカルパスについて

病院では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「診療計画書（クリニカルパス）」を活用しています。「診療計画書（クリニカルパス）」では病気の経過を予測して一番いい診療の計画を立て、患者さんに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師等が協力して診療にあたります（チーム医療）。診療の方針について患者さんと医療者が共同で利用できる形に表わしています。現在、病院に入院される患者様の約割の方に使っていただいています。

1. 〔目的〕私たちは、地域連携診療計画書（地域連携クリニカルパス）を用いて地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「地域連携クリニカルパス」では、患者さんを中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで、協力体制を作ります。患者さんには「私のカルテ」（患者さん用の携帯ノート）を利用していただきます。
2. 〔方法〕具体的な地域医療連携について、治療開始後の落ち着いた時点（およそ退院1～6ヶ月後）から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察（2週間から1ヶ月に1度）と、投薬（処方）を担当し、当院が節目（3～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間休日でも安心していただけるような連携の体制を作ります。
3. 〔期待されること〕「地域連携診療計画書（地域連携クリニカルパス）」にもとづくことは、患者さんの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めます。病院や診療所の混雑が解消される効果もあるでしょう。地域連携診療計画書を利用することで、患者さんやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。
4. 〔同意と撤回の自由〕私たちは、地域連携診療計画書が患者さまの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さんやご家族と十分ご相談しながら、運用をすすめます。途中で中止することもかまいません。
5. 〔有害事項、費用負担〕地域連携診療のために有害事項や特別な費用のご負担はありません。
6. 〔質問の自由〕ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医にご相談下さい。なお、かかりつけ医に連絡がつかない場合は、以下の連絡先にご連絡下さい。

病院の連絡先

◆問い合わせ

（平日）：～：病院 地域医療連携課 がん相談窓口
（直通番号） - -

（平日時間外及び土、日、祝祭日）日直／夜間当直（※看護師）

（直通番号） - - （代表番号） - -

同意書

患者様用

病院

病院長殿

このたび、地域連携クリティカルパスの利用について説明医師に下記事項のついて十分な説明を受けました。

地域連携クリティカルパスについて、その

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 有害事項、費用負担
- 6. 質問の自由

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 平成 年 月 日

患者氏名_____

私は、地域連携クリティカルパスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医 師』 説明日 平成 年 月 日

説明医師_____

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者_____

がん診療連携パス導入のQ&A

愛媛県がん診療連携協議会作成

●連携パス管理と運営

1. 連携パスは、どこで手に入られますか

愛媛県がん診療連携協議会（以下協議会）から拠点病院等に印刷原本ファイルと印刷製本したものを配布します。拠点病院等の情報（連絡窓口等）を加えて拠点病院等でご利用ください。最新版は協議会で設けるホームページ（未開設）からダウンロードしていただけます。

2. 連携パスの患者さんへの説明はいつ誰が行いますか

外来診察医が適切と認めた導入時に連携担当者が行います。連携担当者は拠点病院等の外来診察医と相談の上、連携医療機関（かかりつけ医）に連絡をとり、患者さん・ご家族に説明します。患者さんには拠点病院等の連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）または診療科外来でお渡しいただくのがよいと考えます。それぞれの連携パス毎に連携担当者を拠点病院等で決定しておいてください。

ただし外来診療の方針としての連携パス利用については、入院時・治療開始時（外来移行時の継続診療の方針）と退院時（連携医療機関（かかりつけ医）に関するより具体的な説明等）に説明しておくことが大切です。

3. 連携する医療機関同士の定期的な連絡は

共有が必要なほとんどのことは共同診療計画書に記載されています。実施例における報告、変更点の連絡には「地域連携がん診療経過報告書」を活用してください。「地域連携がん診療経過報告書」には検査データ、画像所見の添付をお願いします。

4. 連携する協力医療機関のリストは

協議会としては連携先のリストを7拠点病院で共有し、四国厚生支局には共同で届け出たいと考えております。H20年11月に調査したリストを現在の協力医療機関原本としていますが、診療報酬化の方針が明らかになった時点（H22年4月以降の早い時点）で愛媛県医師会に相談し、協力医療機関のリスト作成を新たに行いたいと考えています。拠点病院等が独自に把握したリストのうち協議会で共有してよいものがあれば協議会にご提供ください。

5. 連携パスの適応症例の管理・バリエーション分析、報告は

パスの適応症例の管理は、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須です。拠点病院毎に厳密な症例登録・管理をお願いします。学会報告、論文投稿等への実績報告は拠点病院等の責任で行ってください。拠点病院等から協議会の「5大がんの地域連携パス作成に関する委員会」に提供していただいた情報については協議会が分析し、結果を共有します。協議会でまとめた内容に関係するものは7拠点病院連携パス担当者連記での報告としてください。

6. 連携パスの修正・改訂は

協議会が愛媛県医師会、愛媛大学の地域医療連携ネットワーク研究会等とも相談・協議し、随時ブラッシュアップしていきます。最新版は協議会で設けるホームページ（未開設）からダウンロードしていただけます。

拠点病院等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かりかねません。拠点病院等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しょう。

7. 連携パスの所有権は

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、紛失の責任は患者さんに帰します。なお医療者用の情報共有関係書類は拠点病院等の診療録管理規程に則ってお取り扱いください。

8. 連携パスの著作権は

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。原本は協議会にお問い合わせくだされば提供いたします。なお協議会提供の連携パス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。

9. 連携パスでは診療情報のどの部分を共有するのですか

説明書（同意書）、診療情報提供書、連携医療機関（かかりつけ医）の連絡先、共同診療計画表を、拠点病院等と連携医療機関（かかりつけ医）の両方で共有・保存します。患者さんには「私のカルテ」を医療機関受診時に携帯していただくことをお願いします。

10. 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、保険薬局等に参加を呼びかけて拠

点病院等が開催いたします（協議会共催）。個別の疑問などには拠点病院等の相談支援センターが対応します。一般の住民向け啓発活動も拠点病院等が開催します（協議会共催）。

11. 訪問看護ステーション、保険薬局との連携は

連携する訪問看護ステーション、保険薬局とも共同診療計画書の共有が必要です。医療機関と同じ情報を連携担当者から送付し、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、保険薬局とも共有できることになります。コミュニケーションと服薬指導の飛躍的な向上が図られるものと期待されます。

12. 各がん診療連携拠点病院がない二次医療圏では

拠点病院と地域の基幹病院が協力して説明会を行います。

13. 「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に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・家族には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。医療の質・安全・安心を保証する必要があります。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。

14. 緊急時の対応は

救急医療体制は拠点病院等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、ホームページ案内をお願いします。

15. 運用が規定されていない問題が生じた場合は

まずは個々の拠点病院等で一次対応をお願いします。連携パスメーリングリストおよび定期的な協議会の「5大がんの地域連携パス作成に関する委員会」で討議し、方針を決めていきます。決められた方針は協議会で設けるホームページ（未開設）から案内します。

16. 「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。

●患者さん・ご家族向け Q&A 病診連携・私のカルテ

1. 病診連携とはなんですか

病診連携とは病院（病）と診療所（診）がお互いに連携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）を連携医療機関（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）を拠点病院等が担当します。

2. 病診連携のよい点とは何ですか

- 診療所で診てもらっている人も最良の医療が受けられます。
- 病院・診療所での待ち時間が短くなります。
- 重複した検査・投薬が避けられます。
- 遠い人は通院の費用も軽減されます。
- 手厚い診療・ケアが（医師（複数）、看護師、薬剤師等から）受けられます。

3. 拠点病院等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

拠点病院等と縁が切れるわけではありません。連携医療機関（かかりつけ医）に紹介した患者さんは拠点病院等でも定期的に経過観察していきますし、必要なときはいつでも拠点病院等の主治医にも相談にのっていただけます。それが診療所に一任ではない病診連携の利点でもあります。精密画像検査（CT など）が必要な場合は連携医療機関（かかりつけ医）から予約が可能な体制を取っている拠点病院等が多いです。

4. 急なとき診てもらえないのではないかと不安を抱かれる方へ

拠点病院等が救急病院ではない場合、不安を抱いている患者さんもいると思います。しかし拠点病院等は連携医療機関（かかりつけ医）からの連絡には責任をもって対応しています。拠点病院等にかかる場合、実は連携医療機関（かかりつけ医）を持たれている方が対応は円滑なのです。

5. 不安なとき、相談したいことができたとき

不安なとき、相談したいことができたとき相談に応じてもらえる体制が準備されています。拠点病院等の外来、連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）の窓口にご連絡ください。

6. 「私のカルテ」は、どこで手に入れますか

拠点病院等を退院するとき、または外来通院中に各診療科の外来、連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）の窓口でお渡しいたします。

7. 「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

拠点病院等の連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）の窓口で知ることができます。対応できる医療機関は疾患毎に異なりますのでお問い合わせください。

8. 「私のカルテ」を所有権は

患者さんが説明を受けて受け取られた「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・管理してください。

9. 「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。

10. 「私のカルテ」のことをもっと知りたいときには

拠点病院等の連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）の窓口で知ることができます。お気軽にお尋ねください。

愛媛県のがん地域連携クリティカルパス事業参加申込書

（連携保険医療機関）

愛媛県、愛媛県医師会、愛媛県がん診療連携協議会が実施する「がん地域連携クリティカルパス（連携パス）」事業に参加します。

平成 年 月 日

がんの種類：連携するパスの種類の□にチェックを入れて下さい。

がんの種類	担当科医師名（代表者）	メールアドレス
<input type="checkbox"/> 肺がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 胃がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 肝がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 大腸がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 乳がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 泌尿器科がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> 婦人科がんの連携パス		
<input type="checkbox"/> _____ の連携パス		

下記の内容にご同意いただく必要があります。ご同意いただける場合は項目にチェックを入れて施設代表者氏名欄に署名して下さい。

- 愛媛県のがん地域連携パス事業に参加する施設の一覧を愛媛県、愛媛県医師会、愛媛県がん診療連携協議会が公開するインターネットや印刷物等で公開することに同意します。

ご施設名： _____ 病床数（病院） _____ 床 _____

ご施設代表者氏名（署名）： _____

事務担当者氏名： _____

連絡先 〒 _____

メールアドレス _____ （連絡用メーリングリストに登録します）

電話番号： _____ FAX 番号： _____

登録のため必要な情報です。抜けがないようご注意ください。

愛媛県のがん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について

①がん診療連携拠点病院	・	②がん診療連携拠点病院に準じる病院
-------------	---	-------------------

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	算出機関： 年 月 日 ~ 年 月 日	

2. 連携保健医療機関医係る事項

がんの種類	連携保健医療機関名	病床数 (病院)	連絡先

乳がん連携パス
愛媛県がん診療連携拠点病院統一版
(H22年3月バージョン)

- 医療者用共同診療計画表、チェックシート
- 患者携帯情報共有ツール「わたしのカルテ」

共同診療計画書(乳がん術後連携パス)

術式 乳切 温存 閉経前 閉経後 放射線治療 あり なし ■手術日 年 月 日
 ホルモン剤 抗エストロゲン剤(TAM) アロマターゼ阻害剤(AI剤) ■ホルモン療法開始日 年 月 日
 ■薬剤変更日 年 月 日

適応規準	除外規準
乳がん治癒切除例 告知あり 放射線治療終了 化学療法終了 直近の検査で異常なし	乳がん非治癒切除例 告知なし 放射線治療中 化学療法中 直近の検査で異常あり

項目	(施設名)	(施設名)における日常診療												
		退院時 /	日常診療 /	6か月後 /	日常診療 /	1年後 /	日常診療 /	2年後 /	日常診療 /	3年後 /	日常診療 /	4年後 /	日常診療 /	5年後 /
達成目標	術後連携によるフォローアップ ホルモン療法の実施 術後後遺症、副作用、再発の発見 再発、副作用等発生時の連絡、連絡 患者様用パス説明													
連携・連絡	術後連携の説明 再発、副作用等発生時の連絡先確認													
処方	処方	<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"/>
チェック	チェック	<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"/>
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活支援													
診察・検査	全身状態 PS													
	TAM 問診 更年期症状 帯下の変化 肝機能障害 子宮体癌検診(年1回)	<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"/>
	AI剤 問診 関節痛 更年期症状 肝機能障害 骨密度測定(年1回)	<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"/>
	視・触診 局所:腫瘍・硬結 リンパ節腫大 鎖骨上窩:リンパ節腫大 腋窩:リンパ節腫大 患側上肢:リンパ浮腫・炎症													
	検査 末梢血一般 生化学 腫瘍マーカー(CEA, CA15-3, その他)	6ヶ月毎												
	マンモグラフィ 胸部レントゲン 腹部超音波検査 CT 骨シンチ	<input type="checkbox"/>												

担当施設名と通院間隔は施設間の協議によります。
 またマンモグラフィ以外の画像検査はがん診療ガイドラインで推奨される項目には指定されていません。フォローアップの検査項目と実施間隔の妥当性は今後の検証が必要です。

【医療者用シート】乳がん術後

		退院まで	治療開始	6ヶ月						1年後				
全身状態	PSの悪化がみられない PS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	日常生活に支障を及ぼす副作用がみられない TAM 更年期症状 帯下の変化 不正出血 子宮体癌検診(年1回) AI剤 関節痛 更年期症状 骨密度測定(年1回)													
視触診	以下の症状が見られない 局所:腫瘍・硬結 腋窩:リンパ節腫大 鎖骨上窩:リンパ節腫大 患側上肢:リンパ浮腫・炎症													
検査	検査結果に異常がない 末梢血一般 生化学 腫瘍マーカー(CEA, CA15-3, その他) マンモグラフィ 骨シンチ 胸部レントゲン 腹部超音波検査 CT													
投薬管理	服薬に間違いがない ホルモン剤処方 服薬状況確認 併用薬チェック													
説明支援	患者用パス 他臓器癌の検診について 副作用対策 服薬指導 生活支援	必要に応じて適宜説明												

*異常が認められた場合には情報交換、または拠点病院にて対応

【医療者用シート】乳がん術後

		2年後					3年後					
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
全身状態	PSの悪化がみられない											
	PS											
問診	日常生活に支障を及ぼす副作用がみられない											
	TAM	更年期症状										
		帯下の変化										
		不正出血										
AI剤	子宮体癌検診(年1回)											
	関節痛											
視触診	更年期症状											
	骨密度測定(年1回)											
検査	以下の症状が見られない											
	局所:腫瘍・硬結											
	腋窩:リンパ節腫大											
	鎖骨上窩:リンパ節腫大											
	患肢上肢:リンパ浮腫・炎症											
検査	検査結果に異常がない											
	末梢血一般											
	生化学											
	腫瘍マーカー(CEA, CA15-3, その他)											
	マンモグラフィ											
	骨シンチ											
	胸部レントゲン											
腹部超音波検査												
CT												
投薬管理	服薬に間違いがない											
	ホルモン剤処方											
	服薬状況確認											
	併用薬チェック											
説明支援	患者用パス	必要に応じて適宜										
	他臓器癌の検診について	必要に応じて										
	副作用対策	必要に応じて										
	服薬指導	必要に応じて										
	生活支援	必要に応じて										

14 * 異常が認められた場合には情報交換、または拠点病院にて対応

非実施項目

【医療者用シート】乳がん術後

		4年後										5年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
全身状態	PSの悪化がみられない												
	PS												
問診	日常生活に支障を及ぼす副作用がみられない												
	TAM	更年期症状											
		帯下の変化											
		不正出血											
AI剤	子宮体癌検診(年1回)												
	関節痛												
視触診	更年期症状												
	骨密度測定(年1回)												
検査	以下の症状が見られない												
	局所:腫瘍・硬結												
	腋窩:リンパ節腫大												
	鎖骨上窩:リンパ節腫大												
	患肢上肢:リンパ浮腫・炎症												
検査	検査結果に異常がない												
	末梢血一般												
	生化学												
	腫瘍マーカー(CEA, CA15-3, その他)												
	マンモグラフィ												
	骨シンチ												
	胸部レントゲン												
腹部超音波検査													
CT													
投薬管理	服薬に間違いがない												
	ホルモン剤処方												
	服薬状況確認												
	併用薬チェック												
説明支援	患者用パス	必要に応じて適宜											
	他臓器癌の検診について	必要に応じて											
	副作用対策	必要に応じて											
	服薬指導	必要に応じて											
	生活支援	必要に応じて											

15 * 異常が認められた場合には情報交換、または拠点病院にて対応

非実施項目

【患者さん用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート

■アロマターゼ阻害剤

自己チェック項目														術後 ヶ月目
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
特に異常なし ※何らかの症状がある場合は下記項目に印をつけて下さい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	関節の痛みがある													
	ほてり、発汗がある													
	発疹があり、かゆみがある													
	吐き気がある													
	体重増加がある													
自己検診	患側の腕にむくみがある													
	腕があがらないことがある													
	腕を上げると痛みがある													
	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある													
	乳房にしこりがある													
	乳房の痛みがある													
	脇の下に固いものがふれる													
その他														

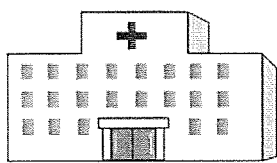
◆ 記入方法 → ○ はい △ ときどき

【患者さん用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート

■タモキシフェン

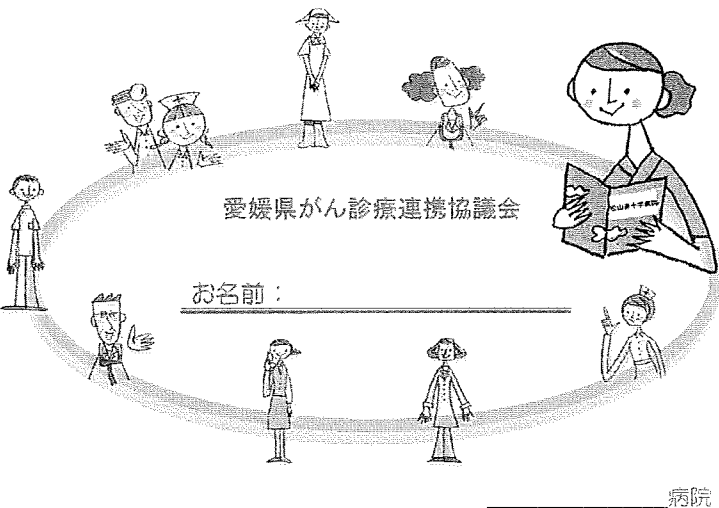
自己チェック項目														術後 ヶ月目
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
特に異常なし ※何らかの症状がある場合は下記項目に印をつけて下さい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	不正出血がある													
	おりものが増え、かゆみがある													
	ほてり、発汗がある													
	発疹があり、かゆみがある													
	吐き気がある													
	体重増加がある													
自己検診	患側の腕にむくみがある													
	腕があがらないことがある													
	腕を上げると痛みがある													
	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある													
	乳房にしこりがある													
	乳房の痛みがある													
	脇の下に固いものがふれる													
その他														

◆ 記入方法 → ○ はい △ ときどき



私のカルテ

乳がん術後ホルモン療法



はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と手術を行った施設の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことで、

「連携パス」を活用することで、

- ◎かかりつけ医とがん診療拠点病院が協力して、あなたの治療を行います。
- ◎患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。
- ◎患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮による負担軽減になります。

このように、かかりつけ医とがん診療拠点病院が協力しあい、患者さんご自身の治療計画や経過の把握をします。また、かかりつけ医の手厚い診療をすることで、不安の解消といったメリットにつながります。

もくじ

- 🔔 はじめに：P.1
- 🔔 患者基礎情報用紙：P.3
- 🔔 決定した連携医療機関の一覧 P.4
- 🔔 乳がん連携パス 5年間スケジュール
 - ◆ 患者さん用共同診療計画表:P5~P6
 - ◆ 患者さん用自己チェックシート（記入例）:P7~P8
- 🔔 乳がんの治療について：P.9
- 🔔 内分泌療法とはどんな治療ですか？：P.10
- 🔔 内分泌療法が適応になる場合とは？：P.11
- 🔔 内分泌療法で使われる薬の種類とは？：P.12
- 🔔 どのような副作用がありますか？：P.13
- 🔔 内分泌療法中に注意することはありますか？：P.14
- 🔔 その他に日常生活で注意することはありますか？：P.15
- 🔔 ホルモン剤の内服の方法は？：P.16
- 🔔 患者さん用自己チェックシート:P.17~36
(アロマターゼ阻害剤、タモキシフェン)
- 🔔 患者さん用メモ・医療者用連絡メモ:P.37~40
- 🔔 _____ 病院の相談窓口 ご案内:P.41