

地域連携クリティカルパス
のご案内
(がん診療連携拠点) 病院

胃

(T S - 1 術後補助化学療法)



(編集：北海道がん診療連携協議会)

退院後の診療と地域連携クリティカルパスについて

【概要】

北海道では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い全道共通の医療を目指して「地域連携クリティカルパス（以下「連携パス」と表示します。）」を作成し、地域の医療連携に活用していただいています。「連携パス」とは、手術などの治療を行った病院（がん診療連携拠点病院）と地域の一般医療機関（かかりつけ医）が同じ診療方針のもとに共同で患者さまの治療に携わるために作成した「共同診療計画書」のことです。病気の経過を予測して適切な診療計画を立て、患者さまに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師などが協力して診療にあたります（チーム医療）。診療方針について患者さまと医療者が共同で利用できる形に表しています。

【目的】

私たちはこの「連携パス」を用いて、われわれ、がん診療連携拠点病院と地域の病院や診療所が同じ診療方針で、安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「連携パス」では、患者さまを中心に医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーなどの医療者が、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。患者さまには「私のカルテ」（患者さま用の携帯ノート）をお持ちいただくことによって、ご自身の診療計画の把握に利用していただきます。

【方法】

具体的な連携体制については、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）が日々の診察やお薬の処方を担当し、がん診療連携拠点病院が節目（およそ3～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。病状に変化がみられた時や治療の副作用でお困りの時などに備え、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。

【期待されること】

「連携パス」に基づく医療連携とは、患者さま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。「連携パス」を利用することで、患者さまやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

【同意と撤回の自由】

私たちは共同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、「連携パス」を利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さまやご家族と十分ご相談しながら運用をすすめますが、もちろん途中で中止することも構いません。

【有害事項、費用負担】

「連携パス」を利用したことによる特別な有害事項はございません。

また、連携パスを利用することにより、情報提供料として、がん診療連携拠点病院では初回入院において退院時のみ「がん治療連携計画策定料」、かかりつけ医では月 1 回を上限として「がん治療連携指導料」の算定が認められています（ただし、診療情報提供料は同時算定されません）。なお、自己負担額はご加入の健康保険の負担割合により異なりますが、自己負担3割の健康保険にご加入の場合、退院時 2,250 円、通院時 900 円のご負担となります。

【質問の自由】

ご不明な点や心配があればいつでもご相談ください。

なお、がん相談支援センターでは、がん医療にかかわる様々なご相談に応じています。

各部署・担当のご案内

【がん診療相談支援センター】

診断や治療に関する相談、がんに対する不安や悩み、がん治療やセカンドオピニオン、緩和ケアなどに関する相談をお受けしております。

予約制となっておりますので、事前に電話（〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）で予約願います。

【医事相談窓口】

社会福祉制度の事務手続きや医療費助成を受けるための事務手続きに関する相談をお受けしております。

（場所：病院〇階 〇〇〇〇）

【医療福祉に関する相談窓口】

退院後の療養に関する相談や転院・施設入所に関する相談、社会福祉制度の利用に関する相談などをお受けしております。予約制となっておりますので、事前に電話（〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）で予約願います。

【在宅療養に関する看護相談窓口】

退院後に傷やくだの手当てが必要、食事や生活の管理についての相談、訪問看護を利用したいなどの相談をお受けしております。申込は直接予約（電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）か病棟または外来看護師にお申出ください。

(共 通)

同 意 書

(がん診療連携拠点) 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関する下記事項に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

- 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、担当者から説明を受けよく理解したうえで、地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

同意日 平成 年 月 日

『患者本人』 患者氏名_____

『代理人』 代理人氏名_____

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_____