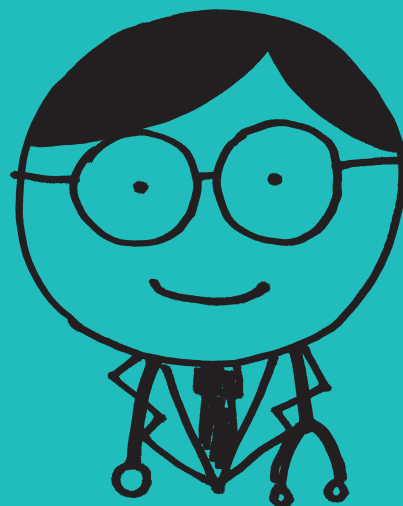


「私のカルテ」

熊本県がん診療連携クリティカルパス

ガイドブック



2021年7月

熊本県がん診療連携協議会 相談支援・情報連携部会

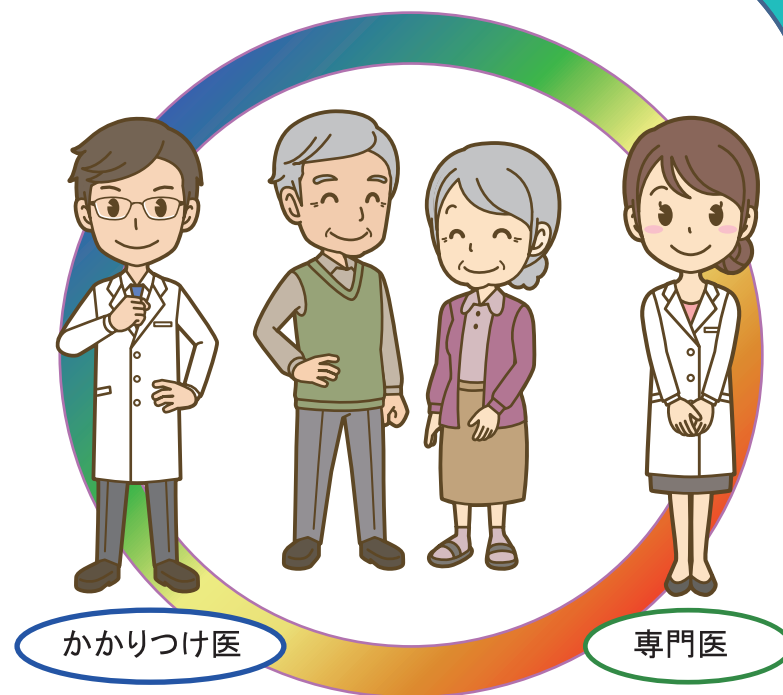
目 次

「私のカルテ」を使った連携の流れ……………	2
各がん種パスの適応一覧表……………	4
「私のカルテ」コンテンツ記入例(大腸がん)……………	6
別冊「私の日記」・別冊「私のメッセージ」……………	18
患者さん ・ ご家族用 Q & A……………	20
連携医療機関スタッフ用 Q & A……………	22

がん診療を サポートします

地域の先生（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「がん診療連携クリティカルパス『私のカルテ』」の目的は、患者さん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。

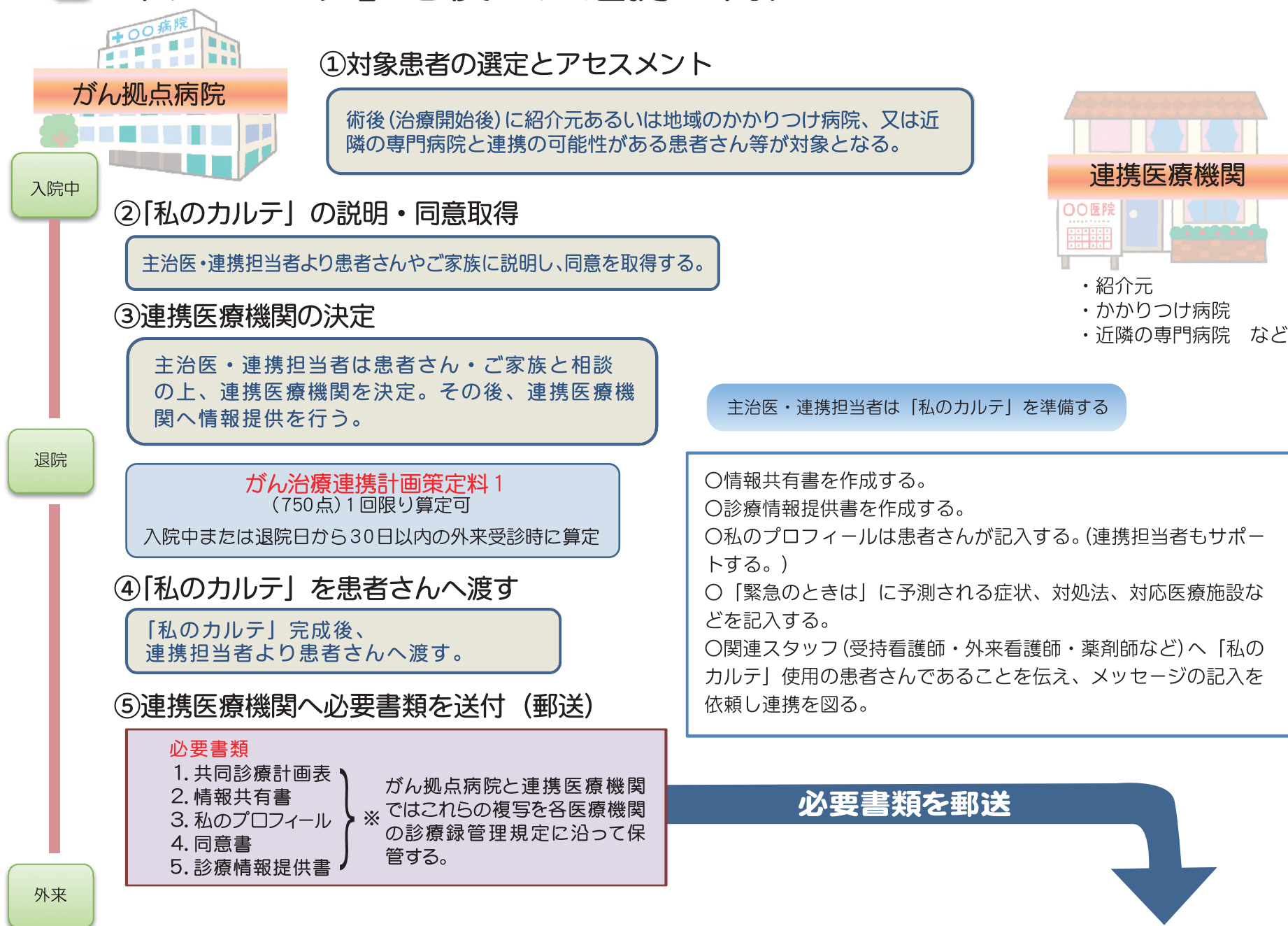


「私のカルテ」は
患者さん自身のものです。

※医療機関・保険薬局などに持参し、必ず提示しましょう。



「私のカルテ」を使った連携の流れ



⑥連携開始



- 専門医の診察
- 各種検査（血液、尿、超音波、画像など）
- 専門的な治療
- 緊急時の対応

診察時には

「私のカルテ」を 患者さんが提示します
医療者は記入します

- 共同診療計画表を確認し、計画に従って診察を行う。
- 「私の診療記録」に目を通し必要時記載する。



受診時の状態を報告します

計画を変更した場合

がん治療連携計画策定料 2
(300点) 月1回算定可

「がん治療連携指導料」を算定した
場合に限り算定

必要書類の確認・保管



- 定期的な診察、検査、薬の処方
- 痛みや吐き気など各種症状への対応
- 風邪や発熱時の対応

がん治療連携指導料
(300点) 月1回算定可

がん拠点病院にて、「がん治療連携計画策定料1」を算定した患者さんで、共同診療計画に沿った診療を行い「がん診療連携パス経過報告書」(P.15)等でがん拠点病院へ情報提供した場合に、月1回限り算定

報告 (がん診療連携パス経過報告書)

●連携終了時

連携が終了した場合や、中止になった場合は、共同診療計画表に記入し、連携医療機関に連絡する。



各がん種パスの適応一覧表

がん種	パスの種類	パス適応となる必須項目					
		手術	ホルモン療法		化学療法		治療後経過観察
			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)	○					
	ESD後サーベイ						○
	点滴化学療法					○	
	内服化学療法				○		
	術後内服化学療法	○			○		
大腸がん	直腸がん術後サーベイ	○					
	結腸がん術後サーベイ	○					
	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	○			○		
	点滴化学療法					○	
	内服化学療法				○		
	免疫療法連携					○	
	免疫療法連携(終了後フォロー)						○
肝がん	治療後サーベイ						○
	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			×	○			
	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						○
	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		○					
	点滴化学療法						○	
	内服化学療法					○		
	術後内服化学療法		○			○		
汎用型	術後 (治療後) サーベイ		○					○
	点滴化学療法						○	
	内服化学療法					○		
	術後内服化学療法		○			○		

※汎用型術後（治療後）サーベイは、作成するパスに合わせて適応項目が変わります。

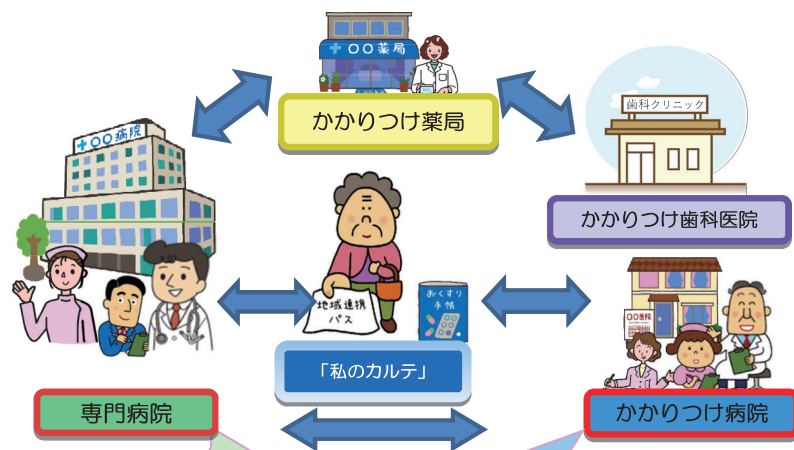
「私のカルテ」について(表紙)

「私のカルテ」の使用方法和「がん診療連携パス」の説明です。

「私のカルテ」(がん診療連携パス)

がん専門医、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師などの医療関係者が、あなたの診療経過を共有し使用する診療計画表です。

各医療機関・保険薬局に提示し、記録をつけましょう



専門病院

専門医の役割

専門病院の専門医では、年に数回、精密検査等を担当します。

- 1) 専門医の診察
- 2) 各種検査
(血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など)
- 3) 専門的な治療
- 4) 緊急時の対応

かかりつけ医の役割

地域のかかりつけ病院の医師は、日頃の診療を担当します。

- 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

診療内容や検査結果は「私のカルテ」内に記載して共有します。病状が変化したときなどは、かかりつけ医の判断でいつでも専門医にご連絡いただき、専門病院で診察を行うことができます。

「私のカルテ」は、

患者さんを中心に

専門病院

かかりつけ病院

かかりつけ薬局

かかりつけ歯科医院

その他関連施設

などで使用し、情報共有に役立てます。

「私の診療記録」記入例

私の診療記録		
日付	メッセージ・連絡・記録	サイン
R10.8.2	○△病院 消化器外科	□○
R10.8.3	食事は無理をせず5〜6回を目安にしてください。 食べたいものをしっかり良くかんで食べるように心がけて下さい。	管理栄養士 □□
R10.8.4	退院おめでとうございます。ダンピング症状が出たときは 1回の食事を少なくし、ゆっくり時間をかけて とるようにしてくださいね。	看護師□△
R10.8.25	○△病院 消化器外科	□○
	検査の結果、異常はありませんでした。次回、○△病院への 受診は半年後の2月頃です。	医師 △△
	受診お疲れさまでした。連携先の○□医院へは3ヶ月後の 11月頃受診して下さい。連絡は入れておりますので 「私のカルテ」を受診時にお出し下さい。困ったことなど ありましたらいつでもご連絡下さい。	コーディネーター △○
R11.2.10	温泉に入ってもいいですか？ 問題ありません。普通の生活をして下さい。	医師 △△

「私の診療記録」は医師や医療スタッフが特記事項やメッセージを記入したり、患者さん・ご家族が日々の記録や医療者に伝えたいことを記入します。

受付

患者さんが「私のカルテ」を提示されたら、受診日・医療機関名・診療科等を記入します。

医療者

患者さんへのメッセージ、連携医療機関への連絡事項等を記入します。

患者さんご家族

日々の記録や、医療者に伝えたいことがあれば記入します。

「情報共有書」記入例①

「情報共有書」は共有すべき詳細な情報がまとめてあります。がん拠点病院で作成します。

情報共有書(大腸)									
算定	可	かかりつけ医療機関	〇〇クリニック			拠点病院	〇△病院		
フリガナ	マルマルシカクサンカク			血液型	B+				
患者氏名	〇〇□△			感染症	HBSAg-	HCVAb-			
生年月日	19××年 5月 2日 (65歳)			性別	男		アレルギー	あり(備考)	
診断名	直腸がん						初発		
占拠部位	直腸Rb								
病理診断	高分化型管状腺癌						20××年 8月 3日		
T	1	N	0	M	0	Stage	I		
Ly	0	v	0	n	0	/	6		
腫瘍マーカー					腫瘍マーカー				
日付	20××/7/1				日付	/ /			
CEA	1.2				CEA				
CA19-9					CA19-9				
治療	内容					期間(開始～終了)			
手術	腹腔鏡下低位前方切除術					20××年7月20日			
放射線療法									
化学療法									

医療者

かかりつけ医療機関が「がん治療連携指導料」を算定できるか否かを確認できます。

医療者

病理組織診断の結果を記入します。

医療者

追跡すべきマーカーなどを記入します。

医療者

治療内容、期間を記入します。
治療を行ったら、その内容を追記してください。

「情報共有書」記入例②

【既往歴】		【備考】	
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 虫垂炎術後(20歳)		アレルギー えび、かに	
【現病歴】			
20XX年〇月〇日、便潜血陽性。〇月〇日かかりつけの〇〇クリニック受診。CFで直腸Rbに腫瘍性病変あり、精査加療目的にて当院紹介。〇月〇日手術目的で入院となった。〇月〇日腹腔鏡下低位前方切除術施行し、経過良好にて自宅退院となった。			
患者への説明内容		20××年 8月 8日	
直腸癌にて低位前方切除を行っています。 今後は〇△病院と〇〇クリニックとで「私のカルテ」を使って経過をみていきましょう。			
施設	〇△病院	記入者	〇△
患者への説明内容		年 月 日	
施設		記入者	



医療者

既往歴やアレルギーなど特記事項を記入します。



医療者

「私のカルテ」を使用して診療するがんについて導入までの経過を記入します。



医療者

患者さんへの説明内容を記入します。説明日・説明者のサインも記入します。

「私のプロフィール」記入例

「私のプロフィール」は患者さんの情報や緊急時の対応方法をまとめて記入するページです。

私のプロフィール		
ふりがな	まるまるしかくさんかく	
氏名	〇〇〇△	生年月日 平成 ××年 5月 2日
住所	〒 123-4567	
	熊本県〇〇市〇〇 1234-56	
アレルギーの有無	有り 甲殻類	
連絡先	① 配偶者 〇〇☆☆	TEL 123-4567
	②	TEL
	③	TEL
医療機関からの連絡が繋がるものをご記載ください。		
かかりつけ医療機関	〇〇〇〇医院	TEL 987-6543-2101
がん診療連携拠点病院	〇△病院	予約センター TEL 234-567-8910
		外来 TEL 345-678-9876
		病棟 TEL 876-543-2109
その他医療機関		TEL
		TEL
保険薬局	〇×薬局	TEL 555-666-777
介護保険	有・無	担当ケアマネ TEL
在宅サービス	有・無	TEL
緊急の時は		
何かあったら→かかりつけ医にまず電話相談、指示を確認、受診		
38℃以上の発熱 → 解熱剤を飲んで熱が下がらないときはかかりつけ医を受診		

患者さん
ご家族

わかる範囲で記入をお願いします。
※記入が困難な患者さんへは医療者がサポートをお願いします。

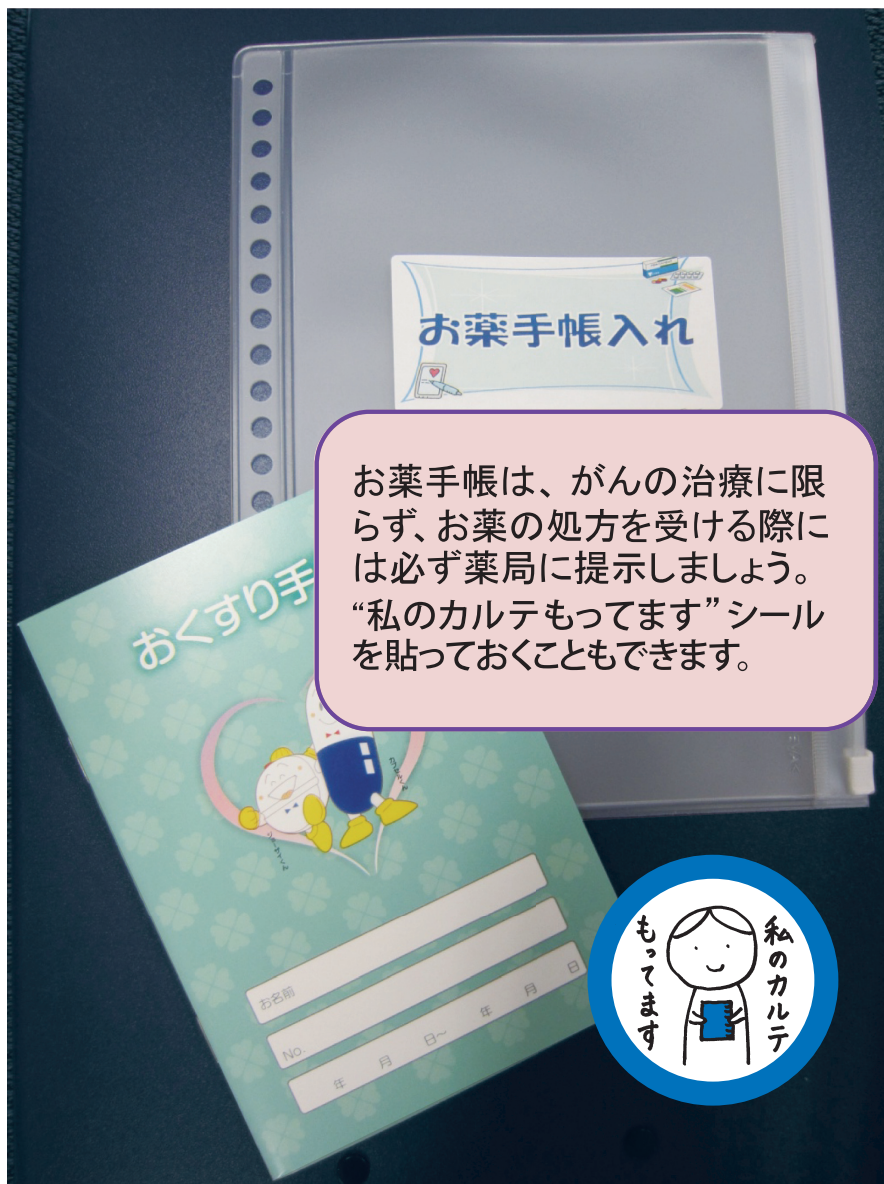
医療者

かかりつけ医療機関、がん拠点病院、
かかりつけ薬局等を記入します。

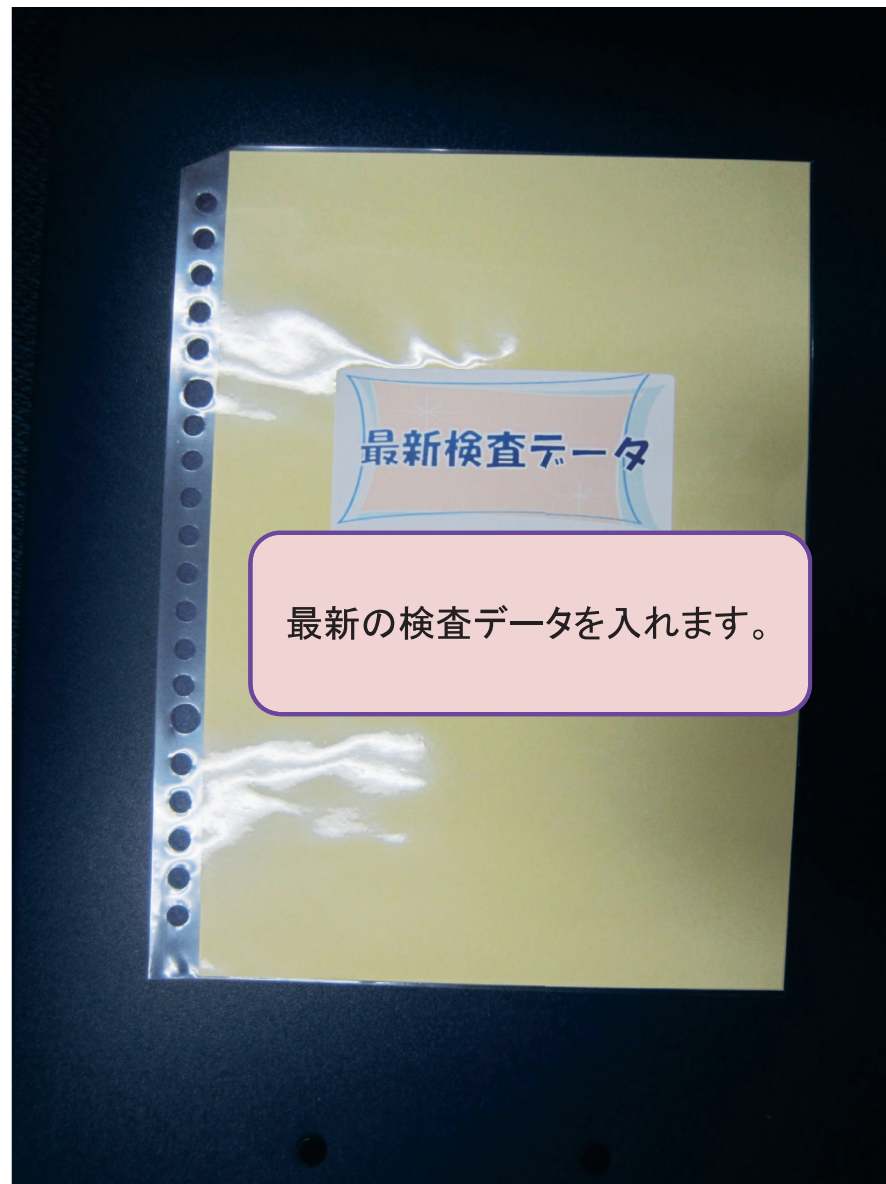
医療者

起こりうる症状を記入し、対応方法を
指示して下さい。
必ず24時間対応可能な連絡先を記入
します。

■ お薬手帳入れ・最新検査データ入れ



「お薬手帳入れ」には、お持ちのお薬手帳を入れます。
「最新検査データ入れ」には最新のデータを入れ、専門医とかかりつけ医で情報共有します。



「説明書・同意書」記入例

「説明書・同意書」は、「私のカルテ」の使用にあたり説明と同意を受けたことの確認のために記入します。

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

××年 8月 2日

○△ 病院 消化器外 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、医療者（医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）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」を利用させていただきます。
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。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。
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。
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。
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。
6. 紛失	「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。
7. 質問の自由	ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談下さい。 連絡先（ ○△病院 Ⅱ： 0258-369-1470 ）

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。

××年 8月 2日 患者氏名 ○○□△

家族等氏名 続柄（ ）

医療者

「私のカルテ」を発行するがん拠点病院の専門医がサインをします。
また、説明者もサインをします。

医療者

発行したがん拠点病院名と連絡先を記入します。

患者さん
ご家族

同意した日付けと患者さんの氏名（必要時ご家族の氏名）をサインをします。

「がん診療連携パス経過報告書」記入例

がん診療連携パス（私のカルテ）経過報告書

連携パスの種類（がん種）【 大腸 がん 】

報告日 ○○年 ○月 ○日
共同診療開始日 ○○年 ○月 ○日

計画策定病院： ○△病院

担当医師名： 消化器外 科 ○○□△ 先生

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 R ××年 5月 2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
R○○年 ○月 ○日

次回の予定
R○○年 ○月 ○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：
経過観察

・その他の特記する事項

画像・検査データ添付（ あり なし ）

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

医療者

報告日には経過報告を行った日付を記入します。
共同診療開始日は患者さんが「私のカルテ」の使用に同意した日付（「私のカルテ」内の説明書・同意書を参照）を記入します。
※不明の場合は空欄でかまいません。

医療者

診療の実施日、次回の受診予定日を記入します。

医療者

計画変更がなければ、変更なしに○をし、具体的な内容を記入します。
計画変更があった場合は、変更ありに○をします。さらに、変更となった項目に○をして、具体的な変更内容を記入します。

医療者

特記事項、画像・検査データ添付の有無を記入します。

※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。

※2021年4月より「私のカルテ」に挟み込んでありますので、コピーしてお使いください。熊本県「私のカルテ」がん診療センターホームページからダウンロードしてお使いいただくことも可能です。

歯科紹介ページ

がん拠点病院とかかりつけ病院との連携の中に
歯科からの情報をもらいがん診療に役立ってます。

歯科医院を受診しましょう

がん治療では、高い頻度でお口の中にさまざまなトラブルが生じます。痛みだけではなく、食事や会話をさまたげ、場合によってはお口のトラブルが原因で入院が長引いたり、治療スケジュールや治療効果に影響がでることもあります。

がん治療ではさまざまなからだの変化が起き、抵抗力が落ちた状態になります。お口のトラブルで食事がきちんと取れないと、これに拍車がかかり、がんと闘う力も失われてしまいます。

特にむし歯や歯周病を放置した状態では、がん治療中にお口のトラブルが起きやすくなることがこれまでの研究でわかっています。



がんの治療

病院でがんの治療
を受けます。



医師：病院から歯科受診の必要
がある人へ説明しお手紙をだし
ます。

がん治療後もかかりつけ歯科医院で継続治療をしましょう。
継続的なお口の健康管理が重要です。

「私のカルテ」を提示

がんの治療へ

歯科受診へ



歯科医師：病院へ歯科治療の内容
などのお手紙をだします。

かかりつけ歯科医院や通いやすい歯科医院
を探し、予約を入れ受診しましょう。

お口の検査
↓
必要に応じて、
クリーニング
歯科処置
清掃指導など

かかりつけ歯科医院名	
歯科医師名	
歯科外来初診日	年 月 日
口腔内所見	<p>【口腔内の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口の衛生状態 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 ・咀嚼機能 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不能 ・歯周病の程度 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 ・義歯 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 必要だが無し ・粘膜の乾燥 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥 ・嚥下機能 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・セルフケア <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
歯科への連絡事項 (その他特記事項)	

かかりつけ
歯科

患者さんがかかり
つけ歯科医院を受
診されたら、口腔
所見を記入して
ください。

かかりつけ
歯科

医科に向けて連絡
事項があれば記入
してください。

歯科の先生へ：医療者や本人への連絡事「私の診療記録」へ記載してください。

■ かかりつけ薬剤師・薬局をもちましょう

かかりつけ薬剤師・薬局をもちましょう

- 薬を安全・安心に使用していただくため、処方薬や市販薬など、あなたが使用している薬の情報を一カ所でまとめて把握し、薬の重複や飲み合わせのほか、薬が効いているか、副作用がないかなどを継続的に確認します。
- 休日や夜間など薬局の開局時間外も、電話で薬の使い方や副作用等、お薬に関する相談に応じています。
- 外出が難しい高齢者などの患者さんのお家に伺い、お薬のご説明をしたり、残薬（手元に残っている薬）の確認も行います。



「私のカルテ」には「お薬手帳入れ（チャックポケット）」(P.13)があります。患者さんにはお薬手帳を入れたまま、保険薬局へ提示していただきますと、薬局薬剤師も「私のカルテ」を確認することができ、情報共有に役立ちます。

医療者

医療者・担当者は、患者さん・ご家族へ説明を行います。

薬局



お薬手帳などに「私のカルテもってます」シールを貼っている方へは「私のカルテ」提示のお声かけをお願いします。

患者さん
ご家族

患者さんは、お薬手帳入れにお薬手帳を入れておき、薬局へ行ったときは「私のカルテ」と一緒に提示します。

別冊

「私の日記」

どなたでも使える、毎日つける体調の記録です。
「私のカルテ」とセットでお使いいただけます。

私の日記



©2010 熊本県くまモン

No. _____

年 月 日 ~ 年 月 日

体調の日記				
年 月 日 ()				
【日常生活・その他】				
夜の睡眠時間(時間)	排便回数	排尿回数	体温(℃)	
【お体の様子】				
夜、眠れない	痛みがある	気持ちのつらさがある		
□はい	□はい	□はい	□はい	
痛みの程度				
0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				
【食事の内容】				
朝ごはん				
昼ごはん				
夕ごはん				
【自由記入欄】				
<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>				
年 月 日 ()				
【日常生活・その他】				
夜の睡眠時間(時間)	排便回数	排尿回数	体温(℃)	
【お体の様子】				
夜、眠れない	痛みがある	気持ちのつらさがある		
□はい	□はい	□はい	□はい	
痛みの程度				
0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				
【食事の内容】				
朝ごはん				
昼ごはん				
夕ごはん				
【自由記入欄】				
<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>				

病気や治療のこと・日常生活への影響や分からないこと等を「私の日記」に自由に記入することにより、医療スタッフと患者さん・ご家族とのコミュニケーションを円滑にし、QOL維持・向上を目的としています。

1冊で約3ヶ月分記録できます。

もしもの時に大切にしてほしい

「私のメッセージ」 ～医療や看護に対する希望～

原本は本人が保管し、写しは医療機関のカルテに保管します。「私のカルテ」に入れておくこともできます。

もしもの時に大切にしてほしい

私のメッセージ

～医療や看護に対する希望～

2020年12月

熊本県がん診療連携協議会相談支援・情報連携部会

お名前 様
記入日 年 月 日
※記入日とは医療機関に希望を伝える希望日について、ご了承ください

医療・看護などに関する私の考え方や希望

1) あなたが受ける検査や治療、日常生活への影響について
今まで医師からどのような説明を受けましたか？ その説明はどんな印象を持ちましたか？ よろしければ、その理由もお願いください

2) あなたが医療や看護を受ける上で大切にしていること
何ですか？ また、医療者に伝えておきたいことは、何ですか？
※1 医師は、病い病いでも自分には仕事に専念してほしい
※2 みんなに思いは伝えないでほしい、専断してほしい
※3 看護は、できるだけ時間におきたい

記入者：名前 (医師・看護師・
本人・その他(名前)
参加者：本人・配偶者・子ども ()
医療者 ()
その他 ()

お名前 様
記入日 年 月 日
※記入日とは医療機関に希望を伝える希望日について、ご了承ください

あなたのことを理解している人・信頼できる人

1) もし自分では判断できなくなった場合、私の代わりに
方に相談してほしい

1 氏名 (ご関係) 居住地
2 氏名 (ご関係) 居住地
3 氏名 (ご関係) 居住地

自分以外に医療者が相談できる人は、いない
 今は決めていない
 その他

2) もし自宅で日常生活(食事・排泄など)が難しくなっ
たら身の回りの方(看護や介護)を、下記の方々にお願い

1 氏名 (ご関係) 居住地
2 氏名 (ご関係) 居住地
3 氏名 (ご関係) 居住地

痛風や関節等に入患したいので、書えていない
 今は決めていない
 その他

MEMO

記入者：名前 (医師・看護師・
本人・その他(名前)
参加者：本人・配偶者・子ども ()
医療者 ()
その他 ()

お名前 様
記入日 年 月 日
※記入日とは医療機関に希望を伝える希望日について、ご了承ください

私の病状が急変し、医師が救命困難だと
診断・予見した場合は、こうしてほしい

1) 自宅や施設の場合：家族や介護者には、こうしてほしい

希望の有無 (Oをつけて下さい)	
延命処置	希望する 希望しない 未定
救急車をよぶ ^{*1}	希望する 希望しない 未定
搬送してほしい病室	病室名 氏名 氏名
連絡してほしい人	氏名 氏名 氏名
連絡してほしい人	氏名 氏名 氏名

*1 救急隊員は、どのような状態であっても救急車到着前に至る病室に運
送されたければ医師から相談を希望することができます。

2) 病室の場合：医療関係者には、こうしてほしい

希望の有無 (Oをつけて下さい)	
心臓蘇生術 ^{*2}	希望する 希望しない 未定
気管挿管と人工呼吸 ^{*3}	希望する 希望しない 未定
血圧を上げる薬の投与 ^{*3}	希望する 希望しない 未定
疼痛軽減のための鎮静	希望する 希望しない 未定
その他	希望する 希望しない 未定

*2 心臓蘇生術とは、心臓が止まったときに気管挿管(喉管にチューブを挿入
呼吸・心臓マッサージ・心臓への電気ショック・薬の投与をそれぞれ行う救急処
理)によって行われる処置です。自覚がなくても行う場合があります。

記入者：名前 (医師・看護師・
本人・その他(名前)
参加者：本人・配偶者・子ども ()
医療者 ()
その他 ()

お名前 様
記入日 年 月 日
※記入日とは医療機関に希望を伝える希望日について、ご了承ください

私の気持ちと考え方 (1)

伝えておきたい希望やあなたの大切な思いを詳しく書いてください

記入例 (例)：非常に大切に思う
(O)：大切に思う
()：あまり思わない
()：あまり思わない

() 自然な形で人生を終えること
() 家族に対して自分らしい役割を果たせること
() 残された時間を無駄にしないで過ごすこと
() 自分が納得するまで病状と闘うこと
() 残された時間を知り、準備をすること
() 遺言をもつこと
() 身体的、心理的な苦痛がないこと
() 医療スタッフとの良好な関係
() 希望や楽しみがあること
() 家族との良好な関係
() 持ち続けた治療で過ごすこと
() 人として尊重されること
() 私の希望や苦痛を認識してほしい

記入者：名前 (医師・看護師・
本人・その他(名前)
参加者：本人・配偶者・子ども ()
医療者 ()
その他 ()

いつでも、どなたでも使えます。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について患者さんと家族、医療者が話し合った時に、記録するフォームです。患者さんがもしもの時のために、患者さんが望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みです。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは・・・患者さんの将来の変化に備え、医療及びケアについて、患者さんを主体にその家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標としています。

患者さん・ご家族用 Q&A



Q1 『私のカルテ』とはなんですか？

- 患者さんに、かかりつけ医(地域の病院・診療所の医師)と専門医(がん診療連携拠点病院の医師)の**二人の主治医**を持っていただき、この複数の主治医が情報を共有し、診療計画(がん診療連携クリティカルパス)に基づき共同で診療を行うためのツールを『私のカルテ』と言います。『私のカルテ』は**患者さん自身に所持**していただきます。
- 患者さんの日常的な健康管理、治療(内服薬の処方等)をかかりつけ医が担当し、精密検査や専門治療(手術、放射線治療、抗がん剤治療等)を専門医が担当します。
- 『私のカルテ』を使用することで通院時間が短縮するなど、患者さんの負担の軽減になります。
- かかりつけ医、専門医、保険薬局等の医療機関、患者さん・ご家族の間で情報が共有できるので、より質の高い、安全な医療が受けられます。
- 専門医、かかりつけ医を受診される場合はもちろんですが、他の医療機関(他の疾患でのかかりつけ医、歯科診療所、保険薬局等)にも持参して下さい。

Q2 専門医との関係が切れてしまうのではないですか？

- 専門医と縁が切れるわけではありません。かかりつけ医に紹介した患者さんは専門医でも定期的に経過観察を行っていきます。また、必要なときは、いつでもかかりつけ医を通して専門医が相談に応じます。

Q3 『私のカルテ』を使用することで費用の負担がありますか？

- がん診療連携拠点病院を退院される際又は、退院後30日以内の外来受診時に1回のみ750点(3割負担で2250円)、かかりつけ医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、医療費としてのお支払いが必要になります。



Q4

急に具合が悪くなった時、専門医に診てもらえないのではないですか？

- 急に体調が変わられた時には、専門医を受診したいと思われる患者さんやご家族もいらっしゃると思いますが、まずはかかりつけ医へ連絡をしていただき、かかりつけ医が専門医受診の依頼をした方が素早く円滑な対応が期待出来ます。
- 実際には『私のカルテ』内「私のプロフィール」の下段にある「緊急のときは」の項目をご覧ください。

Q5

『私のカルテ』を紛失してしまった時はどうしたらいいですか？

- 受診されているがん診療連携拠点病院の『私のカルテ』担当者へご連絡ください。
- 『私のカルテ』は患者さんご自身のものであり、大切ながん治療の記録ですので、紛失しないようご注意ください。

Q6

『私のカルテ』が不要になったらどうしたらいいですか？

- 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ください。その際は『私のカルテ』内の「がん診療連携パスに関する説明書・同意書 7.質問の自由」に記入されている連絡先（受診されているがん診療連携拠点病院の『私のカルテ』担当者）へご一報いただきますようお願いいたします。

連携医療機関スタッフ用 Q&A



Q1 『私のカルテ』はどこから発行しますか…

- 熊本県内のがん診療連携拠点病院(以下、がん拠点病院)から発行します。
- 各がん拠点病院に、該当する患者さんが、初回治療目的で入院された際、患者さんやご家族へ十分説明を行い、同意を得た上で利用を開始します。『私のカルテ』は患者さん自身が所持し、受診時に患者さんが持参されます。
- 『私のカルテ』最新の情報は、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)のホームページよりご覧いただけますので、ご参照ください。



Q2 がん拠点病院と連携医療機関の両者が共有する書類は…

- 『私のカルテ』内の ①「共同診療計画表(P.8-9)」②「情報共有書(P.10-11)」③「私のプロフィール(P.12)」④「同意書(P.14)」の写しを共有・保管します。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。

Q3 緊急時の対応は…

- 救急医療体制は、がん拠点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。『私のカルテ』導入時に、病院ごとに統一ある運用規程を決定してください。
- 『私のカルテ』内の「私のプロフィール」のページ下段にある「緊急のときは」の項目をご活用ください。



Q4 連携する医療機関の間で定期的な連絡は・・・

- 共有が必要な情報は、『私のカルテ』内の「情報共有書」・「共同診療計画表」に記入されています。
- 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、通常の「診療情報提供書」又は「がん診療連携パス経過報告書」をご利用ください。
- 「がん診療連携パス経過報告書」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。
- 「がん診療連携パス経過報告書」は『私のカルテ』センターホームページよりダウンロードされるか、2021年4月以降は『私のカルテ』内に入っている場合がありますのでコピーの上ご利用ください。
- 『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』センターへご連絡ください。

Q5 地域の医療関連施設との連携は・・・

- 連携が予想される地域の医療関連施設としては、医療機関(歯科診療所を含む)、訪問看護ステーション、保険薬局、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。
これらの医療関連施設とも『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、各がん拠点病院の担当者から説明させていただきます。患者さんの情報が、訪問看護ステーション、保険薬局、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。

Q6 『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するか、患者さん・ご家族の判断で**個人情報として適切に処分**して頂くこととなります。その際は、『私のカルテ』内の「がん診療連携パスに関する説明書・同意書 7.質問の自由」に記入されている連絡先(連携しているがん拠点病院『私のカルテ』担当者)へご一報ください。

Q7 『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拠点病院が、計画策定病院となります。
- 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(がん拠点病院)と治療を担うがんの種類や共同診療計画(がん診療連携パス)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済んでいること。

★かかりつけ病院から九州厚生局へ届出をしていただきます。



「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**計画策定病院と連携して診療を行うとともに、連携する計画策定病院へ**診療情報を提供した場合**に算定できます。

※「がん診療連携経過報告書」をご利用下さい。(『私のカルテ』センターホームページよりダウンロードできます) 通常の診療情報提供書を使用されても構いません。

★診療報酬を算定できない場合も『私のカルテ』を利用されるのは可能です。

★がん拠点病院が連携医療機関となった場合は、「がん治療連携指導料」の算定はできません。

★がん診療拠点病院と届出が済んでいるかかりつけ病院が初めて連携する場合は、調査書(連携可能ながん種の把握をするもの)のやりとりと、使用するがん診療連携パスの確認をお願いいたします。九州厚生局へ追加の申請は不要です。

Q8 パスが5年もしくは10年で満了したら・・・

- パスが終了した場合、「がん治療連携指導料」の算定も終了となります。
- また、使わなくなった『私のカルテ』に関しては、Q6をご覧ください。

Q9 連携医療機関が変更となった場合、算定については・・・

- 連携医療機関が変更になった場合

がん治療連携計画策定料 1 (750点)	変更後の連携医療機関 がん治療連携指導料(300点)の届出	変更後の連携医療機関 がん治療連携指導料(300点)の算定
算定あり	届出済	可
算定あり	届出未	不可
算定なし	届出済	不可
算定なし	届出未	不可

★がん拠点病院で「がん治療連携計画策定料1」を算定ありで、届出済みであれば、連携医療機関で「がん治療連携指導料」を算定できるということです。

★がん拠点病院で「がん治療連携計画策定料1」を算定あり(=かかりつけ医療機関が“算定可”ということ)は、情報共有書の左上で確認出来ます。(P.10)

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 熊本大学病院内
熊本県「私のカルテ」がん診療センター
TEL096-373-5763・5764 FAX096-373-5768