

診療内容説明書

説明年月日 西暦20 年 月 日

1. 病名、病状

病名：肺がん術後

病状：肺の摘出標本の病理結果は、ステージ（ ）でした。

2. 治療の目的と内容

ユーエフティの術後2年間内服治療（術後補助化学療法）

今回の手術で目に見えるがん（腫瘍）は全て取りきれましたが、目に見えないがん細胞がある可能性があります。その目に見えないがん細胞を死滅させるために、手術後に抗がん剤治療を行う事を「術後補助化学療法」と言います。

ユーエフティ療法（内服薬）は、身長と体重から計算される体表面積によって投与量が決まります。投与量により1日2～3回内服します。毎日内服し、2年間内服の予定です。

3. 治療の効果と有益性（治療成績など）

ユーエフティ療法は、ステージⅠの肺がん手術後の患者さんを対象に実施された複数の臨床試験において、ユーエフティ療法を行わない場合と比較し、全体で約3～5%の5年生存率の改善が認められ、ユーエフティ療法を2年間内服することで生存期間を延長させました。

（全腫瘍径3cmを超えるステージⅠにおいては、11%の5年生存率の改善が認められました。）

4. 治療の必要性と治療を受けないことにより予想される結果（治療拒否権の尊重）

ユーエフティ療法を行わない場合は、ユーエフティ療法を行う場合に比べ、生存期間が短くなる可能性があります。

5. 危険性：副作用、治療後の障害（後遺症）など

副作用とは、薬剤投与などの治療過程において、本来病状を改善させる方向に効果がでるべきところが、治療に伴う二次的な障害が発生したり、本来の病気とあまり関係のない病気が発生したりすることです。結果的に病状が悪化する場合や、重篤になり生命に関わることもあり得ます。一般的に、検査や内科的治療、外科的治療全ての領域において、100%安全な手法というものはありません。つまり、どんなに小さな治療でも、副作用がおこる可能性は0%ではないということです。

様々な病気に対して、抗がん剤は大変有効な治療法です。しかしながら、少なからず副作用があります。そういった副作用が生じた場合、即座に最善の処置がとられます。一般的に、副作用の可能性があっても、その治療を受けることの利益のほうが大きい場合、抗がん剤を受ける意味があります。

有害反応	発現率	有害反応	発現率
白血球減少	3.1%	ALP上昇	0.1%
貧血	0.8%	食欲不振	3.8%
血小板減少	1.1%	悪心／嘔吐	2.4%
ビリルビン上昇	0.2%	下痢	1.5%
AST上昇	0.5%	脱毛	0.1%
ALT上昇	0.5%		

（ユーエフティ総合製薬情報概要より）

6. 他の方法：他の治療法とそれとの比較

術後補助化学療法を行わない場合は、術後約5年間経過をみさせていただきます。

肺がん術後補助化学療法に関する同意書

施設名 _____

病院長 _____ 院長殿

担当医 _____ 殿

本治療を受ける事に同意されなくても、ご本人の自由意志による決定を尊重し、適切に対処します。また、同意後でも随時これを撤回することが出来ます。

説明の中でわかりにくい事がありましたら、遠慮なくお尋ね下さい。また、別の病院や医師へのセカンドオピニオンをご希望される場合も、遠慮なくお知らせ下さい。

上記の治療について、診療内容説明書を受領し、担当医から説明を受け十分理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要が生じた場合は、適時緊急処置を受けることについて、

1. 同意します
2. 同意しません

* 患者さんが未成年または何らかの理由で署名ができない場合には代理の保護義務者（後見人、配偶者、親権者あるいは扶養義務者）の方にご署名を御願い致します。

患者さん（代理）御署名： _____ TEL () _____
代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん（代理）御署名： _____ TEL () _____
代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん（代理）御署名： _____ TEL () _____
代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明年月日 西暦20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明者 _____

診療科 _____

医師名 _____

同席者 _____

福岡県 がんの地域連携クリティカルパス 運用マニュアル

平成22年10月作成
平成30年__月改訂

【目次】

1. 概要	2
1) 目的	
2) 対象医療機関	
3) 連携パスの運用（適応）開始時期	
4) 対象患者《適応基準》	
5) 「私のカルテ」の構成	
2. 実施（運用）手順について	3
1) 拠点病院等の実施（運用手順）	
2) 連携医療機関（かかりつけ医）の実施・運用手順	
3. 連携医療機関への登録	5
1) 連携医療機関への新規登録	
2) 連携医療機関の登録内容の変更	
3) 連携医療機関の辞退	
4. 診療報酬算定	6
5. 連携パス運用中止と逸脱（バリエーション）について	7
1) アウトカムとバリエーション	
2) バリエーション理由	
3) バリエーション後の転帰	

【添付資料】

様式 1	がん地域連携パス運用開始《依頼》届	8
様式 2	地域連携診療経過報告書	9
様式 3	がん地域連携パス逸脱届	10

1. 概要

1) 目的

がんの地域連携クリティカルパス（以下、「連携パス」という。）は、患者に安心で質の高い医療を提供するため、連携医療機関（かかりつけ医）とがん診療拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の医師が、患者の治療経過を共有するためのツールとして活用されることを目的とする。

2) 対象医療機関

連携パスを共有し、連携パスによるがん連携医療を希望する医療機関を対象とする。
※連携医療機関への新規登録・登録内容の変更については、「3. 連携医療機関への登録」参照

3) 連携パス運用（適応）開始時期

個別の患者に対する連携パスの適応開始は専門医が判断するが、概ね下記に掲げる《適応規準》を充たした状態の安定した症例であり、かつ連携医療機関での治療が可能な患者を想定する。

4) 対象患者《適応規準》

連携パスの対象患者は、原則として以下を満たす者とする。

- (1) 告知済み
- (2) 直近の検査で異常なし
- (3) 各疾患対象条件を満たしている（下表参照）

がん種	連携パスの種類	対象条件
胃がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage I ・ 経過観察
	術後内服抗がん剤連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage II/III 《連携手帳》経口抗がん剤（TS-1） ※Stage II/IIIのみでの使用も可能
大腸がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage I ・ 経過観察
	術後内服抗がん剤連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage II/III 《連携手帳》経口抗がん剤（ユーエフティ/ユーゼル ・ ゼローダ） ※Stage II/IIIのみでの使用も可能
肺がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage I ・ 経過観察
	術後内服抗がん剤連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ UFT 内服
肝がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage I/II ・ 経過観察
乳がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ Stage I、II ・ ホルモン剤内服
前立腺がん	術後連携パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前立腺全摘出術後 ・ 経過観察
	放射線治療後パス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 放射線治療後 ・ 経過観察

5) 「私のカルテ」の構成

(患者が管理する連携パス一式のことを「私のカルテ」と称する。)

患者基礎情報用紙	患者のプロフィールやアレルギー歴、薬の副作用情報、診断名、既往歴を記載
がん治療・療養生活について (治療・薬・副作用等)	患者向けにがんの治療方法や療養生活のヒントなどをまとめたもの
がん地域連携相談窓口の案内 説明書(同意書・同意撤回書)	
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
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
患者用シート	共同診療計画表を患者用にわかりやすく明記したもの
連絡用メモ	患者が気になったことや医療者からの連絡事項などを自由に記載する用紙
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の施設名、連絡先の一覧

※ 連携パスによって用意されていないものもある。

2. 実施(運用)手順について

1) 拠点病院等の実施・運用手順

(1) 運用決定までの手順

- ① 拠点病院等は治療方針決定後に連携パスの対象となる患者に私のカルテについて説明・同意を得、連携する医療機関の希望を確認する。
- ② がん地域連携パス運用開始《依頼》届(以下、「様式1」という。)を作成する。
- ③ 「様式1」及び診療情報提供書を連携希望先へFAXし、連携パスによる運用を打診し、連携医療機関を決定する。
※連携パスを使用しての患者受け入れの許可が得られなかった場合は、患者の意向を聞き、必要時他施設との再調整を図る。
- ④ 拠点病院等の医師は治療方針に従い共同診療計画を決定し、「私のカルテ」を交付する。
- ⑤ 拠点病院等は決定された共同診療計画書、医療者用シート、同意書を各2部コピーし、拠点病院等と連携医療機関がそれぞれ保管する。原本(私のカルテ)は患者が、保管する。

(2) 運用開始後

- ① 拠点病院等の担当者は可能な範囲で連携パスを使用している患者が受診した際には面談を行い。連携パスに沿った連携が取れているか、困ったことはないか等、状況の把握に努める。
- ② 定期受診時、「地域連携がん診療経過報告書」(必要に応じ、検査データ、所見等)を連携医療機関へ報告する。報告方法は状況に応じて患者持参・郵送・FAXなど、特に方法は問わない。
- ③ 連携医療機関より異常もしくは、共同診療計画より逸脱の可能性があるとの報告があった場合、速やかに対応について指示を出す。
- ④ 共同診療計画に沿った診療の継続が困難と判断した場合には「がん地域連携パス逸脱届《様式3》」、診療情報提供書により連携医療機関へ報告する。

詳細は「5. 連携パス運用中止と逸脱（バリエーション）について」を参照

- (3) 連携パス計画満了時
- ① 拠点病院等の医師は共同診療計画の終了または継続を決定する。
※前立腺がん地域連携パスについては、連携医療機関の医師が共同診療計画の終了または継続を決定する。
 - ② 共同診療計画を終了した場合、私のカルテは患者に保管するよう説明する。
拠点病院等の医師は、連携患者の意向を確認し、以下の経過観察方法を決定する。
 - (ア) 拠点病院等での経過観察
 - (イ) 連携医療機関での経過観察
 - (ウ) 連携医療機関以外の医療機関での経過観察
 - (エ) 連携の継続
 - ③ 共同診療計画継続と判断した場合、新たに共同診療計画書をたて直し、今後の計画や観察終了時期を決定する。拠点病院等は「がん治療連携計画策定料2」を算定する。
 - ④ 拠点病院等は連携医療機関へ今後の方針について報告する。

2) 連携医療機関（かかりつけ医）の実施・運用手順

- (1) 運用決定までの手順
- ① 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、受け入れの可否、担当医師名を記入しFAXにて返送する。
 - ② 連携医療機関の登録がされていない場合、拠点病院等からの説明を受け、登録について検討する。
※登録方法については「3. 連携医療機関への登録」参照
 - ③ 連携医療機関（かかりつけ医）は、拠点病院等から送付を受けた診療情報提供書及び共同診療計画書・同意書等の文書をカルテに保管する。
※内服抗がん剤連携パスを使用し、連携医療機関（かかりつけ医）での抗がん剤の処方がある場合、内服抗がん剤の同意書を取得する。
- (2) 運用開始後
- ① 連携医療機関（かかりつけ医）は、患者が外来受診した際には、患者が持参する私のカルテ内の共同診療計画に沿った診療を行い、医療者用シートの該当項目にチェックを入れる。
 - ② 診療の内容を「地域連携がん診療経過報告書《様式2》」または通常の診療情報提供書（必要に応じ、検査データ、所見等）にて報告する。
報告は状況に応じて患者持参・郵送・FAXなど、特に方法は問わない。
 - ③ 文書による報告をした場合、「がん治療連携指導料(300点)」を算定する。
※詳細は、「4. 診療報酬算定」参照
 - ④ 異常時もしくは共同診療計画より逸脱の可能性がある場合は拠点病院等へ報告し、今後の共同診療計画について確認する。
- (3) 連携パス計画満了時
- ① がん地域連携パス満了計画時、拠点病院等の医師から今後の方針について連絡を受ける。
※前立腺がん地域連携パスについては、連携医療機関の医師が共同診療計画の終了、または継続を決定し、拠点病院等の医師へ今後の方針について報告する。

3. 連携医療機関への登録

1) 連携医療機関への新規登録

(1) Aリストへの登録

(医師会への登録があり、かつすべての拠点病院等と連携が可能な場合)
以下の書類を作成し、それぞれ対応する機関に送付する。

① 県医師会様式

「がん治療連携指導料について」(以下、「県医師会様式」とする。)を福岡県医師会へFAXする。

※県医師会ホームページ、会員専用ページより入手可能

② 厚生局様式

《別添2》「特掲診療料の施設基準に係る届出書」

《様式13の2》「がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類」を九州厚生局へ提出する。

※上記同ページより入手可能

(2) Bリストへの登録

(医師会への登録がない場合や一部の拠点病院等との連携を希望された場合)

① 県医師会様式

「県医師会様式」を、連携を希望する拠点病院等へFAXする。

② 厚生局様式

《別添2》「特掲診療料の施設基準に係る届出書」

《様式13の2》「がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類」を九州厚生局へ提出する。

2) 連携医療機関の登録内容の変更

「県医師会様式」に変更する事項を記入の上、Aリストの場合は県医師会へ、Bリストの場合は連携をしている拠点病院等へFAXする。

3) 連携医療機関の辞退

① 県医師会様式

「県医師会様式」の様式に辞退の旨を記載し、Aリストの場合は県医師会へ、Bリストの場合は連携している拠点病院等へFAXする。

② 厚生局様式

「施設基準に係る辞退届」に記入の上、九州厚生局へ提出する。

4. 診療報酬算定

連携パスを運用するにあたり、拠点病院等と連携医療機関（かかりつけ医）はそれぞれ以下の診療報酬算定ができる。

拠点病院等	がん治療連携計画策定料 1（750点）	<p>がん診療連携拠点病院等が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関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、退院時または退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>① がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。 ② 文書にて患者の同意、又は家族の同意が必要。 ③ 病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して30日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合は、算定可能とする。</p>
	がん治療連携計画策定料 2（300点）	<p>がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、他の保険医療機関においてがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>① 患者の状態の変化等により、連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診察した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する。</p>
連携医療機関	がん治療連携指導料（300点）	<p>がん治療連携計画策定料 1 又はがん治療連携計画策定料 2 を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院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、月1回に限り算定する。</p>	<p>① 計画策定病院への診療情報の提供は、患者の同意を得て行う。 ② 算定は月1回に限る。 ③ 計画策定病院への情報提供の頻度は、基本的に治療計画に記載された頻度に基づくが、治療方針等の相談・変更が必要になった際に情報提供を行った場合も算定可能である。</p>

※拠点病院等が、がん治療連携計画策定料 1 又はがん治療連携計画策定料 2 を算定できなかった場合、連携医療機関はがん治療連携指導料の算定は行うことができず、診療情報提供料（250点）の算定となる。

5. 連携パス運用中止と逸脱（バリエーション）について

1) 連携パスの中止基準

以下、「3) バリエーション理由」に挙げる事象が発生し、連携パスの運用の継続が困難と判断される場合は、運用を中止する。

2) 連携パスにおけるアウトカム（達成目標）とバリエーション（逸脱）

(1) アウトカム（達成目標）

拠点病院等と連携医療機関の連携により、共同診療計画に沿って経過観察を行うことで共同診療計画を完遂したことをいう。

(2) バリエーション（逸脱）とその転帰

バリエーションとは、連携パスで想定された共同診療計画と異なる経過や、アウトカム（達成目標）未達成のことをいう。

連携パス運用後、共同診療計画から何らかの理由で逸脱した場合、拠点病院等の医師または連携医療機関の医師がバリエーションの評価をする。がん地域連携パスを継続して運用するかどうかについては、拠点病院等の医師を中心に決定する。

3) バリエーション理由

- ① 再発・再燃・合併症による治療方針・検査内容等の変更
- ② 死亡
- ③ 連携先の変更（登録リスト内・登録リスト外）
- ④ 県外への転出などによる通院困難
- ⑤ 連携先の閉院
- ⑥ 拠点病院または連携先のみでのフォローを希望
- ⑦ パス運用の中止の希望
(患者・家族からの同意撤回、医療機関からの同意撤回)
- ⑧ 医師によるパス運用不適切の判断

4) バリエーション後の転帰

- ① “連携パスと抗がん剤の連携手帳併用” から“連携パスのみの使用”へ移行
(抗がん剤の連携手帳使用患者のみ)
- ② 連携パスの運用を継続
(再発・再燃・合併症による治療方針変更した場合は運用不可)
- ③ 連携パスは使用せず、診療情報提供書を通して、拠点病院等と連携パス運用当初の連携医療機関の双方で経過観察
- ④ 連携パスは使用せず、診療情報提供書を通して、拠点病院等と連携パス運用当初の連携医療機関とは別の医療機関の双方で経過観察
- ⑤ 拠点病院での経過観察
- ⑥ 拠点病院等は終診で、連携パス運用当初の連携医療機関での経過観察
- ⑦ 拠点病院等は終診で、パス運用当初の連携医療機関を変更し、変更した医療機関での経過観察
- ⑧ 詳細不明（本人確認ができない）
- ⑨ 経過観察なし

※パス逸脱後、連携医療機関での経過観察となった場合、診療は必要時（3～6ヶ月）にお願いする。また、再発・再燃・合併症の疑いが生じた場合は、拠点病院等へ報告する。

がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）

<p style="text-align: center;">病院（拠点病院） がん相談・医療連携担当者</p> <hr/> <p>Tel : - - Fax : - -</p>	 	<p style="text-align: center;">医院（連携施設） がん相談・医療連携担当者</p> <hr/> <p>Tel : - - Fax : - -</p>
---	------	---

（拠点病院等にて記入）

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
使用するパスの種類	<p>1. 胃がん <input type="checkbox"/>ステージⅠ術後フォローアップ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ術後フォローアップのみ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びTS-1連携手帳</p> <p>2. 大腸がん <input type="checkbox"/>ステージⅠ術後フォローアップ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ術後フォローアップのみ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びゼロダ連携手帳 <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びユーエフティユーゼル連携手帳</p> <p>3. 肺がん <input type="checkbox"/>術後フォローアップ <input type="checkbox"/>術後UFT内服</p> <p>4. 乳がん</p> <p>5. 肝臓がん</p> <p>6. 前立腺がん <input type="checkbox"/>術後フォローアップ <input type="checkbox"/>放射線後フォローアップ</p>
入院時期	年 月 日～ 年 月 日
術式	
術日	年 月 日
診療報酬算定	がん治療連携指導料の算定（可・不可）
初回連携先受診時期	
備考	

※ご確認しましたら、FAXをお願いします。

（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		

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（□□□□□□がん）

報告日 年 月 日

計画策定病院 _____

連携医療機関 _____

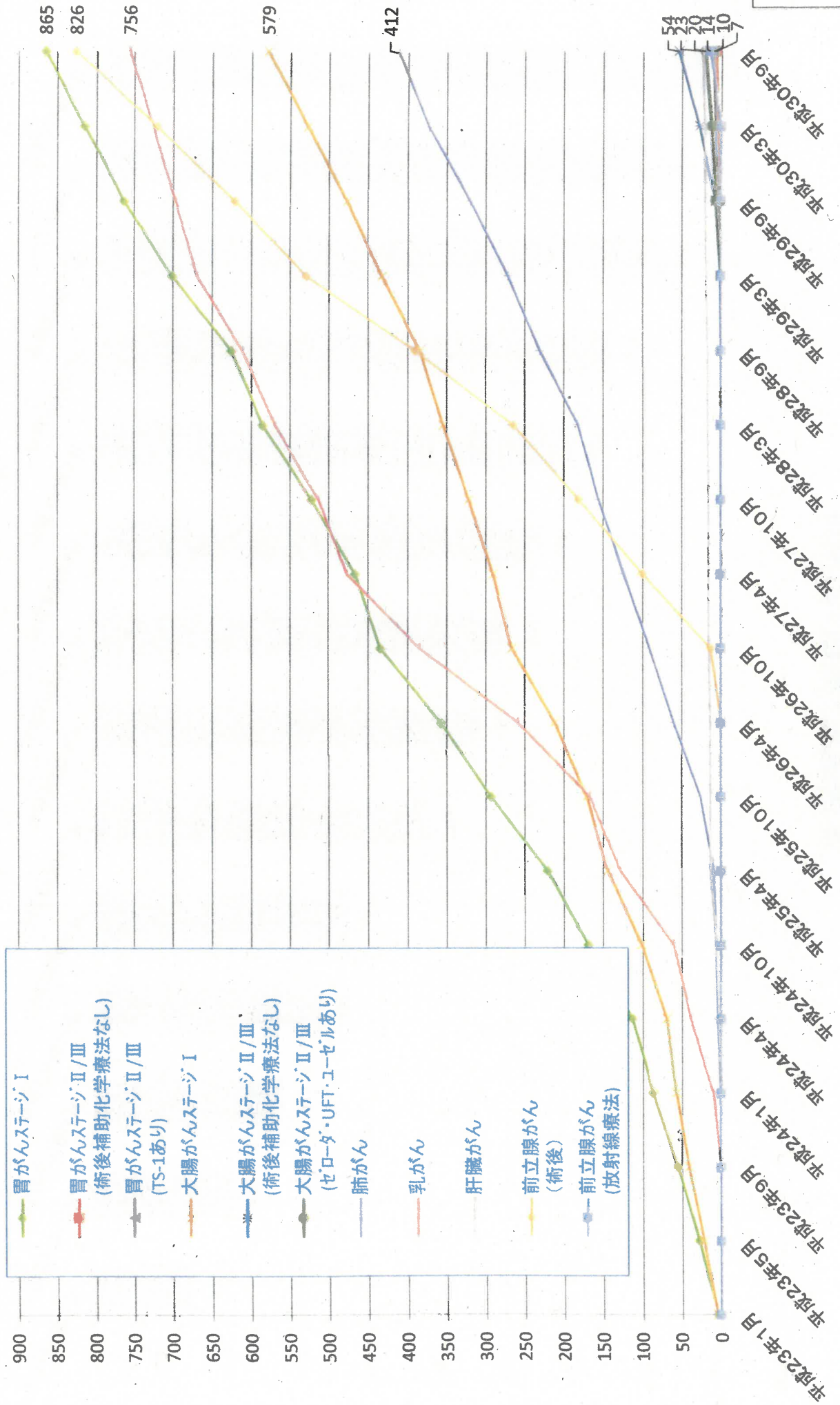
患者情報	氏名	性別（ M / F ）
	生年月日	年 月 日
下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。		
共同診療計画に基づく診療の実施日		
次回の予定		
共同診療計画に（ 変更なし / 変更あり）		
変更となった項目（診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア）		
具体的な内容：		
その他の特記する事項		
画像・検査データ添付（ あり / なし）		

がん地域連携パス逸脱届け

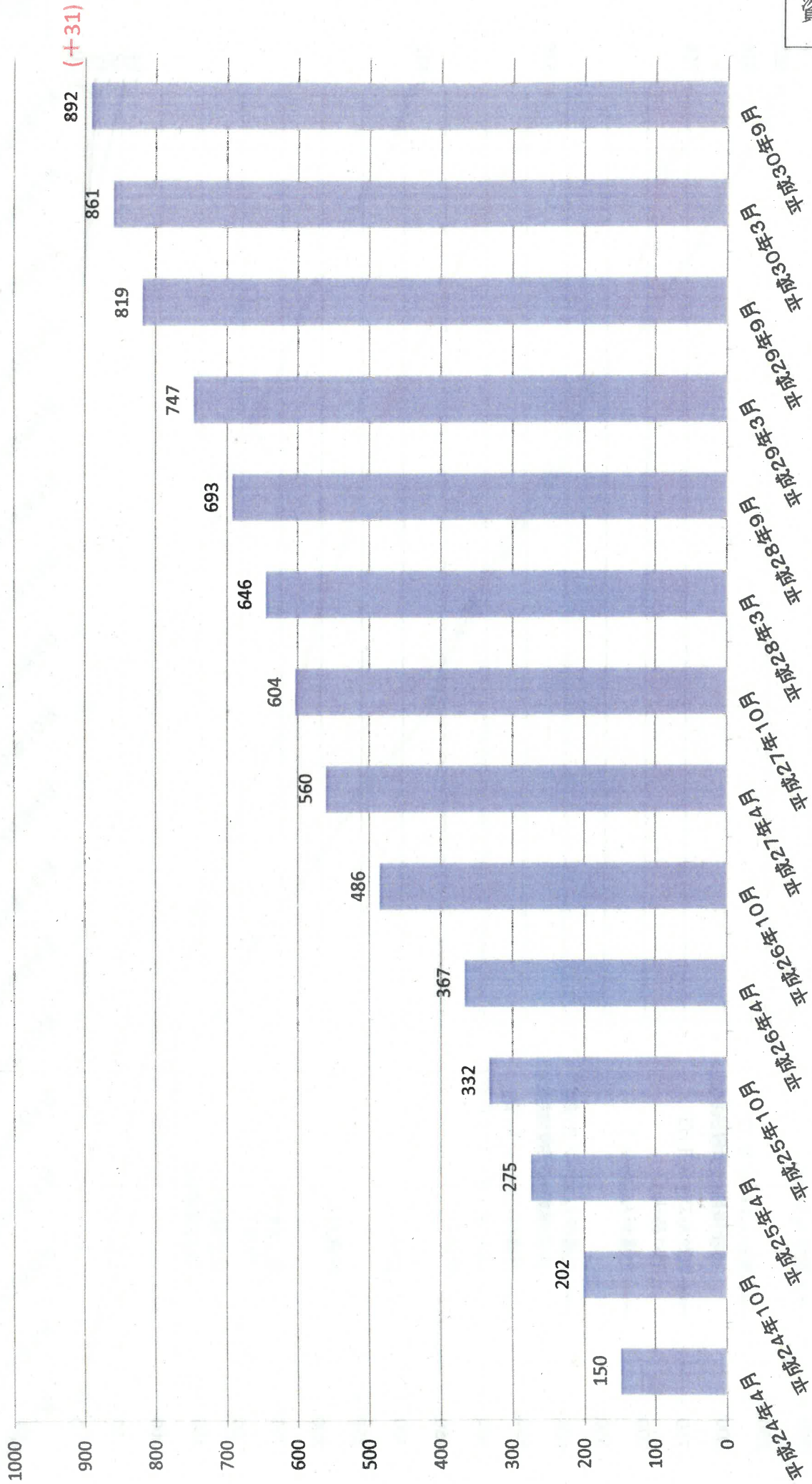
<p style="text-align: center;">病院（拠点病院） がん相談・医療連携担当者</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">病院</p> <p>Tel : - -</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Fax : - -</p>	 	<p style="text-align: center;">医院（連携施設） がん相談・医療連携担当者</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tel : - -</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Fax : - -</p>
---	----------	--

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
使用しているパスの種類	<p>1. 胃がん <input type="checkbox"/>ステージⅠ術後フォローアップ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ術後フォローアップのみ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びTS-1連携手帳)</p> <p>2. 大腸がん <input type="checkbox"/>ステージⅠ術後フォローアップ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ術後フォローアップのみ <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びゼロダ連携手帳 <input type="checkbox"/>ステージⅡ/Ⅲ及びユーエフティユーゼル連携手帳</p> <p>3. 肺がん <input type="checkbox"/>術後フォローアップ <input type="checkbox"/>術後UFT内服</p> <p>4. 乳がん</p> <p>5. 肝臓がん</p> <p>6. 前立腺がん <input type="checkbox"/>術後フォローアップ <input type="checkbox"/>放射線後フォローアップ</p>
逸脱の理由	<p>1. 再発・再燃・合併症による治療方針・検査内容等の変更</p> <p>2. 死亡</p> <p>3. 連携先の変更（登録リスト内・登録リスト外）</p> <p>4. 県外への転出などによる通院困難</p> <p>5. 連携先の閉院</p> <p>6. 拠点病院または連携先のみでのフォローを希望</p> <p>7. パス運用の中止の希望</p> <p>8. 医師によるパス運用不適切の判断</p>
逸脱理由の詳細	
転帰	

パス適応患者(運用数)の推移



連携施設(実数)の推移



バリアンスと転帰

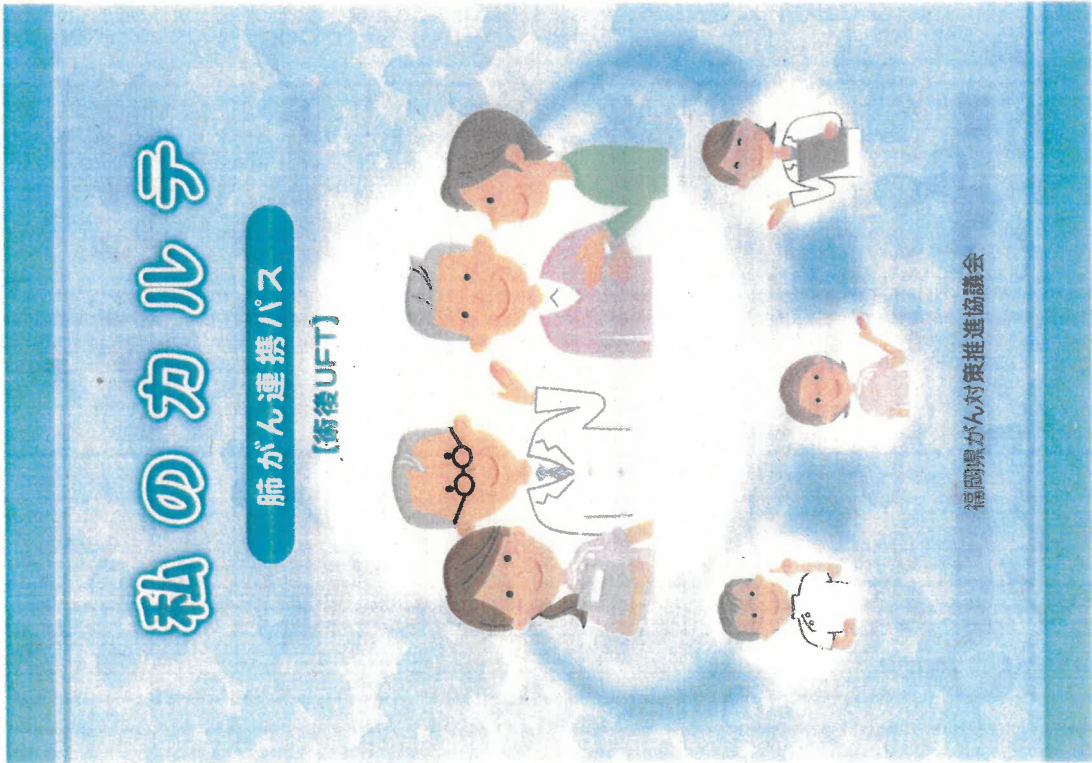
転帰 バリアンス	①“連携手帳併用”から“連携パス”への移行	②連携パスの運用を継続	③連携パスは使用せず、診療情報提供書を通して、拠点病院等と連携バス運用当初の連携医療機関の双方で経過観察	④連携バスは使用せず、診療情報提供書を通して、拠点病院等と連携バス運用当初の連携医療機関とは別の医療機関の双方で経過観察	⑤拠点病院での経過観察	⑥連携バス運用当初の連携医療機関のみでの経過観察	⑦バス運用当初の連携医療機関を変更し、変更した医療機関での経過観察	⑧詳細不明(本人確認ができない)	⑨経過観察なし
①再発・再燃・合併症による治療方針・検査内容等の変更	1		5		33			1	
②死亡									10
③連携先の変更		1			3				
④県外への転出等による通院困難							1	3	
⑤連携先の閉院									
⑥拠点病院または連携先のみでのフォロー希望			2		5	2		1	
⑦バス運用の中止の希望			2	1	12	1	1	3	
⑧医師によるバス運用不適切の判断						3			

がん地域連携クリティカルパス 運用状況調査 (2018.9.30現在)

	胃Ⅰ	胃Ⅱ/Ⅲ	S-1	大腸Ⅰ	大腸Ⅱ/Ⅲ	ゼロータ	UFT/LV
九州がんセンター	109(10)	4(1)	9(3)	57(11)	8(5)	4(1)	1
九州大学病院	70	0	0	11	0	0	0
九州医療センター	51(4)	0	0	40(5)	0	0	0
済生会福岡総合病院	112(2)	1	0	97(11)	6(4)	0	0
福岡大学病院	23(5)	0	0	39(1)	4(1)	2(1)	0
福岡東医療センター	35	0	0	16	2(1)	0	1(1)
久留米大学病院	10	0	1	35(5)	10(5)	6(2)	1(1)
聖マリア病院	19	0	0	16(1)	0	0	0
公立八女総合病院	32(4)	0	0	10	0	1(1)	0
大牟田市立病院	37(2)	0	0	17(1)	1	0	0
飯塚病院	75(3)	0	0	37(5)	9(2)	0	0
社会保険田川病院	15	1(1)	0	13	0	0	0
北九州市立医療センター	141(5)	0	0	37(2)	0	0	0
九州病院	11	0	0	48(1)	0	0	0
産業医科大学病院	35(4)	0	0	23	0	0	1
浜の町病院	38(1)	0	0	23(4)	0	1	0
戸畑共立病院	30(2)	0	0	47(4)	2	0	0
朝倉医師会病院	12(2)	1	0	5	7(4)	2(1)	0
福岡大学筑紫病院	10(6)	0	0	8(1)	5(5)	0	0
合計	865(50)	7(2)	10(3)	579(52)	54(27)	16(6)	4(2)

	肺	乳	肝	前立腺 術後	前立腺 放射線後	合計
九州がんセンター	89(16)	329(1)	7(3)	41(10)	5(5)	663(66)
九州大学病院	2	12	0	168(12)	0	263(12)
九州医療センター	13(2)	15(3)	10	203(24)	0	332(38)
済生会福岡総合病院	5	30	1	0	0	252(17)
福岡大学病院	26(2)	14	0	49(4)	0	157(14)
福岡東医療センター	59(3)	6	0	0	2(2)	121(7)
久留米大学病院	17(4)	189(12)	0	171(27)	2(2)	442(58)
聖マリア病院	0	0	0	7	0	42(1)
公立八女総合病院	8	0	0	0	2(2)	53(7)
大牟田市立病院	8(1)	0	0	3	0	66(4)
飯塚病院	27(1)	55(1)	0	0	0	203(12)
社会保険田川病院	1	3	1	0	0	34(1)
北九州市立医療センター	5	21(2)	0	0	0	204(9)
九州病院	128(9)	16	2	175(24)	0	380(34)
産業医科大学病院	12	15	0	8(4)	0	94(8)
浜の町病院	0	15(9)	0	0	0	77(14)
戸畑共立病院	7	30	2	0	3(3)	121(9)
朝倉医師会病院	2(1)	6(2)	0	0	0	35(10)
福岡大学筑紫病院	3	0	0	1	0	27(12)
合計	412(39)	756(30)	23(3)	826(105)	14(14)	3566(333)

※ () 内の数字は2018.3.30調査から半年間の増数



私のカルテ

肺癌連携バス

もくじ

- 私の情報 P3
- 1 はじめに P4
- 2 肺癌の術後経過観察について P5
- 3 退院後の日常生活と手術後の後遺症 P6
- 4 退院後もこれだけは忘れずに P7
- 5 相談支援・情報センター、地域連携室のご案内 P9
- 6 肺癌術後連携バス P10
 - 1) 退院後の診療と地域連携クリティカルパスについて P11
 - 2) 同窓会 P12
 - 3) 同窓会回書 P13
 - 4) UFT 用法・用意 P14
 - 5) 診療情報提供書 P15
 - 6) 共同診療計画書 P16
 - 7) 医療従事者シート（術がん術後） P18
 - 8) 患者さん用シート（術がん術後連携バス） P25
 - 9) 連絡用メモ P28
- 7 決定した連携医療機関の一覧 P30
- 8 知っておきたい私の診療情報 P31

○連絡用メモ：随時加えて願っています
 ○検査所見：随時加えて願っています

私の情報

氏名	生年月日	T.S.H	年	月	日
住所					
電話	緊急連絡先				
血液型	型	身長	cm	体重	kg
肺がん手術日	アレルギー歴				
年	月	日	あり	なし	
術式	アレルギー				
いままでにかかった病気					
・心臓の病気 ()					
・腎臓の病気 ()					
・肝臓の病気 ()					
・消化器の病気 ()					
・呼吸器の病気 ()					
・アレルギー性疾患 ()					
・その他 ()					
＜すりの副作用情報＞					
・くすり:					
・症状:					
・いつ頃:					
記載日			年	月	日

1. はじめに

「連携バス」とは、地域のかかりつけ医と当院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携バス」を活用し、かかりつけ医と当院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は当院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて当院を受診していただきます。

また、緊急を要する場合は休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、

までご連絡ください。

この「連携バス」を活用することで、当院と地域のかかりつけ医とが協力し、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。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

2. 肺がんの術後経過観察について

手術を受けた病院・担当医

病院 科 担当医 医師

【病気になる】

1. 術後発熱期（進行度）は別にお話しします。
2. 術後は「かかりつけ医」の先生と一緒に診させて頂きますので、下に大體の予定を書いてあります。当院の担当医と「かかりつけ医」の先生が共通の診療計画書にしたがって、あなたの術後の経過観察をします。

【観察時期】

1. 術後経過観察の患者さんシートには、ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、体調などによって多少変更します。
2. 最初の「かかりつけ医」の先生の受診日は、あなたの都合を聞いて当院で決めます。

3. それ以降の「かかりつけ医」の外來受診日はあなたと「かかりつけ医」の先生で決めてください。
4. 定期的な当院の受診日は、当院の担当医と決めてください。

5. 5年を目標に頑張りますよう。
6. あなたの健康の状況によっては、来院期間を変更する事もあります。

【緊急時など】

1. 緊急時には、「かかりつけ医」の先生の判断で、当院に連絡をしてください。緊急時には、「かかりつけ医」の先生にお話しします。
2. 「かかりつけ医」受診時に再発が疑われる時には、当院に連絡してください。精密検査を早めて行います。

【血液検査】

1. 血液検査は「かかりつけ医」の先生にお話しします。
2. 当院受診時にも採血を行うことがあります。来院時直前に「かかりつけ医」で採血の場合は、当院での採血は省略することもあります。

【画像検査予定】

1. 画像検査は「かかりつけ医」の先生にお話しします。
2. 上記にかかわらず、症状がある場合は直ちに検査を予定します。かかりつけ医の先生にご相談して予約を取ってもらってください。

3. 退院後の日常生活と手術後の後遺症

しばらくは坂道などで少し息切れがするかもしれませんが、次第に慣れてきます。

体の調子に自信がつけいたら仕事にも復帰できます。

肺の手術後の後遺症について、次のようなものがあります。

疼痛（いたみ）

術後の創部痛や肋間神経痛として、以下のような痛みや違和感、感覚異常が起こることがあります。

- 1) 手術を行なった肋間神経に沿って感じる痛みや鈍痛：
前胸部（乳房下部）やみぞおちにかけて感じる人が多い。
- 2) 手術の創部から前方への皮膚の感覚の異常：ピリピリした感じや鋭い感覚

咳（せき）

術後2～3ヶ月頃まで、痰を伴わない咳（から咳）が続くことがあります。気管支を切断したことによる一種の気管支炎であり、痰を伴わない場合はおおむね害はありませんが、しばらく咳止めの薬を服用することがあります。気管支が治癒するともに軽減・消失していきます。色のついた痰（黄色、緑色、血痰など）を伴う場合には、必ず申し出てください。

誤嚥

手術の内容によっては、むせやすくなる場合があります。主には、声帯を動かす反回神経麻痺によるものですが、麻痺がなくても気管の位置によって声帯が開まりにくくなる場合があります。声帯の開まりが悪いとそのすき間から唾液や飲食物が気管に流れ込みます。これを誤嚥といいます。飲食の際にゆっくりと飲み込むように心がけることで、誤嚥を回避できることが多いので、注意してください。気管に流れ込んで肺まで吸い込まれると、誤嚥性肺炎を起こします。そのため、調子が悪い場合は、必ず申し出てください。

4. 退院後もこれだけは忘れずに

定期的な診察や検査に行きましょう

術後5年をめやすに、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、担当医の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は肺がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありませんので、注意してください。

定期的な
診察や検査を



術後補助化学療法について

手術で、がんを完全に切除できた場合でも、再発する可能性があります。この危険性は手術時点のがんのステージ（進行度）が進んでいるほど高くなります。

進行度によっては、手術後に化学療法を行うことで、ある程度再発を予防することができ、生存率が高くなることわかっています。このような治療を術後補助化学療法といいます。術後補助化学療法には点滴の抗がん剤と、経口の抗がん剤があります。今回は経口の抗がん剤を用います。

指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、鎮痛剤や消化薬など手術後の状態を安定させるためや、抗がん剤など再発を予防するために必要なものです。薬を服用するように担当医から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。



副作用がある場合には、担当医に申し出てください。

悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、この病気のことを理解し、一緒に闘っていく気持ちが大切です。まだまだ、不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはいくらいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れてください。

5. 相談支援・情報センターへ 地域連携室のご案内

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように、相談支援・情報センターもしくは地域連携室で相談をお受けしています。

がん専門相談員として研修を受けたスタッフ（看護師、医療ソーシャルワーカー）が、がん治療や療養生活全般の質問や相談をお受けしています。

入院時から退院後の生活を視野に入れ、不安なく療養していただけるように、患者さんやご家族の状況にあわせて、退院後の生活に必要なサポートについて、主治医、病棟の看護師、地域の医療・福祉関係者とともに考えてまいります。

地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院の医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

窓口

6. 肺がん術後連携バス

- 1) 退院後の診療と地域連携
クリティカルパスについて
- 2) 同意書
- 3) 同意撤回書
- 4) UFT 用法・用量
- 5) 診療情報提供書
- 6) 共同診療計画書
- 7) 医療者用シート
- 8) 患者さん用シート
- 9) 連絡用メモ

退院後の診療と地域連携クリティカルバスについて

当院では、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（クリティカルバス）」を活用しています。「診療計画書（クリティカルバス）」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・看護師など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側が共同で利用できる形を変わっていきます。

1. **【目的】** 私たちは、地域連携診療計画書（地域連携クリティカルバス）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。「地域連携クリティカルバス」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. **【内容】** 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（退院後3ヶ月後くらい）から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察（1、2ヶ月に1度）と、投薬（処方）を担当し、当院が断り（6～12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（地域連携クリティカルバス）」に基づくことは、患者さんの主治医が権限になると考えられます。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ろう。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な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ん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、運用を進めます。途中で中止することもありません。
5. **【有書事項、費用負担】** 地域連携診療のために有書事項や特別な費用のご負担はありません。
6. **【撤回の自由】** ご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

連絡先

同意書

患者さん用

病院

病院長殿

このたび、地域連携クリティカルバスの利用について説明医師に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バスについて、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. 有書事項、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バスの利用について同意します。

「患者さん本人」 同意日 平成 年 月 日
患者さん氏名 _____

私は、地域連携クリティカルバ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 _____

同意撤回書

病院

病院長殿

地域連携クリティカルパスについて、担当の医師から説明を受け、貴施設に同意いたしました。撤回させていただきます。

平成 年 月 日

御署名

代諾者

(本人との関係)

用法・用量 【専門医が記入】

本人の投与量=UFT mg/日 (顆粒・カプセル)
 朝: mg 昼: mg 夕: mg

投与スケジュール
 連日投与(2年間) 2年間を越えての投与は行わない

併用注意の確認 (有・無)
 併用注意: フルファリンカリウム、フェニトニン、
 他の抗悪性腫瘍剤、放射線照射

休薬・減量 検討基準

- RBC 2000ml未満
- 好中球減少 1000/mm³未満もしくは発熱38.5℃以上
- Hb 9.0g/dl未満
- 血小板減少 10万/mm³未満
- T-Bil 施設基準値上限の2倍以上
- AST・ALT 施設基準値上限の2倍以上
- クレアチニン 施設基準値以上
- 下痢 ・ペーメラインと比べて4-6回/日の
 ・排便回数増加
 ・中等度の疼痛
- 口内炎 ・経口摂取に支障がない
- 悪心 ・食量の減少を要する
- 嘔吐 ・経口摂取量の減少
- 食欲不振 ・脱水または発熱を伴わない
- 便秘 ・経口摂取量の減少
- 発熱 (5分以上) 発熱が間いたものをそれぞれエピソードとする
- 体重減少 顕著な体重減少を要する
- 貧血 経口薬剤による補正を要する
- 倦怠感 休息によって軽減しない
- 疲労 ・身の回り以外の日常生活動作の制限

上記のような症状が見られた場合は、判断責任病院にご連絡ください。
 休薬・減量・中止は判断責任病院で判断します。

参考資料

【測定基準】
 投与を中止し、休止の原因となった毒物と薬剤との因果関係がある(薬物有害反応)と判断される場合は、下記の薬の減量基準に従って減量する。

レベル0	400mg/body/day	300mg/body/day
レベル1	300mg/body/day	中止

7. 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、居宅介護支援事業所など)

	医療機関 1	医療機関 2
連絡先		
担当医師		
担当看護師		
連携室の担当者		

	調剤薬局
連絡先	
担当者	

	訪問看護ステーション、 居宅介護支援事業所など
連絡先	
担当者	

(上記への連絡方法と順番)

平日:

夜間休日:

8. 知っておきたい私の診療情報

病院 (医療機関者が記入、共同記録)

ID 氏名 性別 M F 年齢

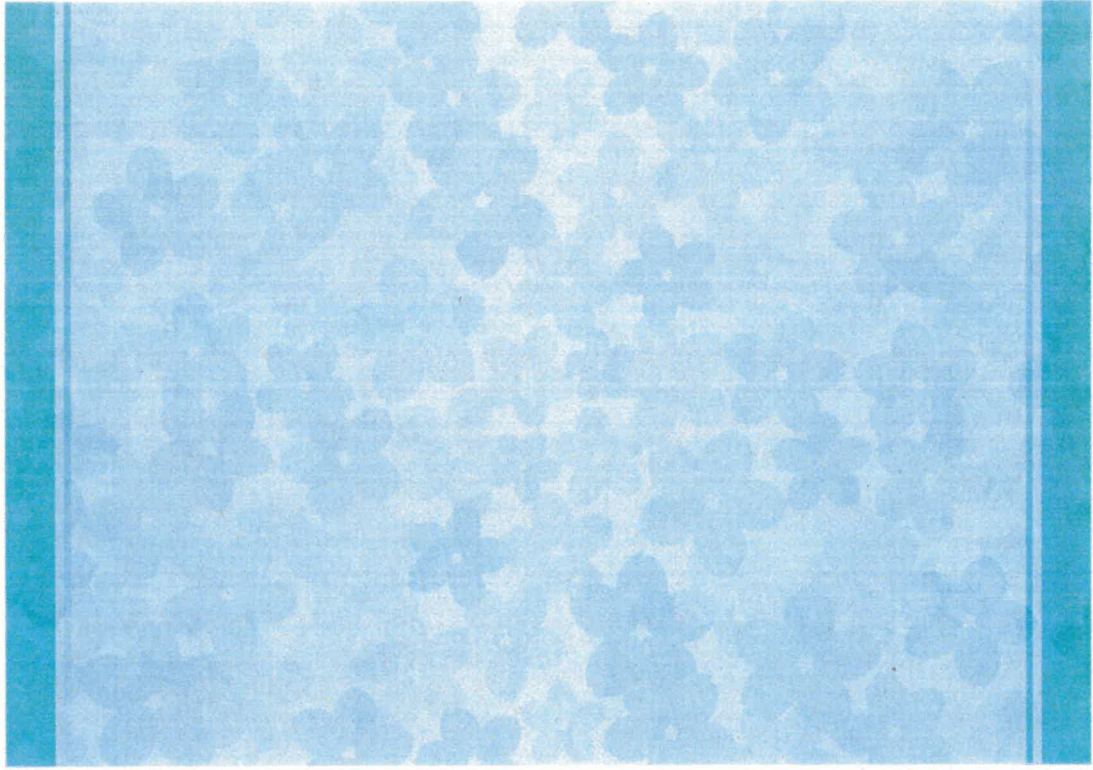
診断: 1 相違型: 病理病期: 期
2
3

最近の入院

1 年 月 日 ~ 年 月 日
2 年 月 日 ~ 年 月 日
3 年 月 日 ~ 年 月 日

今までの治療経過 (主な手術、化学療法、放射線療法治療歴など)

診療情報提供書をお貼り下さい



診療情報提供書をお貼り下さい

【共同診療計画書】術後UFT

病院名 _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID _____
 連携医療機関名 _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID _____

氏名 _____

手術後の月日 術後補助化学療法の日	病院	病院	病院	病院	病院	連携医療機関 (病院も可)		連携医療機関 (病院も可)						病院
	1年													
	通院後初回	内服開始前	2ヶ月 内服2週間 内服1ヶ月		3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
達成目標 術後連携によるフォローアップ 手術後遺症、治療による副作用症状への対応	<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"/>
連携、連絡 術後連携の説明 手術後遺症、再発等発生時の連絡先確認	<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"/>
教育・指導 療養指導(保険薬局) 生活指導 手術後遺症の確認 劇痛 嘔 気 息切れ 喘鳴 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など) UFT併用注意の確認	<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"/>
診察 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA)	<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"/>
検査 胸部X線 胸部CT 頭部MRI・CT 骨シンチ	<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"/>
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 患者ID: _____ 氏名: _____
 連携医療機関名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 患者ID: _____

手術後の月日 術後補助化学療法の日	連携医療機関 (病院も可)					病院	連携医療機関 (病院も可)					病院
	2年											
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
達成目標 術後通病によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	<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"/>
連携、連絡 術後通病の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡											
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 劇痛 嘔 痰 息切れ 嚔声 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など) UF併用注意の確認	<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"/>
診察 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA/)	<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"/>
胸部X線 胸部CT 頸部MRI・CT 骨シンチ	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 患者ID: _____ 氏名: _____
 連携医療機関名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 患者ID: _____

手術後の月日 術後補助化学療法の日	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関				病院	連携医療機関				病院					
	3年												4年				5年			
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月						
達成目標 術後通病によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	<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"/>	<input type="checkbox"/>					
連携、連絡 術後通病の説明 手術後後遺症 再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡																			
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 劇痛 嘔 痰 息切れ 嚔声 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など)	<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"/>	<input type="checkbox"/>					
診察 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>	<input type="checkbox"/>					
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA/)	<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"/>	<input type="checkbox"/>					
胸部X線 胸部CT 頸部MRI・CT 骨シンチ				()						()			()		()					
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>	<input type="checkbox"/>					

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏名

UFT内服(/ / ~2年間)
朝: mg 昼: mg 夕: mg

UFT内服(/ / ~)
朝: mg 昼: mg 夕: mg

		病院	病院	病院	病院	病院	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)
		退院後 初受診	内服 開始前	術後2ヶ月		術後3ヶ月	術後4ヶ月	術後5ヶ月
				内服2週間	内服1ヶ月			
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温、血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	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/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
	骨シンチ							
投薬管理	内服確認							
	処方確認							
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢 その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になること:傷が痛い・息切れがする等						

*異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

■ 非実施項目 ■ 各施設により必要時実施 ※各施設の判断で実施
ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏名

UFT内服(/ / ~)
朝: mg 昼: mg 夕: mg

		病院	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院
		術後6ヶ月	術後7ヶ月	術後8ヶ月	術後9ヶ月	術後10ヶ月	術後11ヶ月	術後1年
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温、血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	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/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
	骨シンチ							
投薬管理	内服確認							
	処方確認							
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢 その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になること:傷が痛い・息切れがする等						

*異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

■ 非実施項目 ■ 各施設により必要時実施 ※各施設の判断で実施
ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

UFT内服(/ / ~)

朝: mg 昼: mg 夕: mg

氏名

		連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院	連携医療機関 (病院も可)
		術後1年1ヶ月	術後1年2ヶ月	術後1年3ヶ月	術後1年4ヶ月	術後1年5ヶ月	術後1年6ヶ月	術後1年7ヶ月
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温、血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	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(GEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査						
		頭部MRI/CT検査						
	骨シンチ							
投薬管理	内服確認							
	処方確認							
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢 その他:口内炎(部位) 体がだるい 副作用症状以外で気になる こと:傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には情報交換、または当院にて対応

■ 非実施項目 ■ 各施設により必要時実施 ※各施設の判断で実施
ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

UFT内服(/ / ~)

朝: mg 昼: mg 夕: mg

氏名

		連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院	連携医療機関 (病院も可)	
		術後1年8ヶ月	術後1年9ヶ月	術後1年10ヶ月	術後1年11ヶ月	術後2年	術後2年1ヶ月	
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温、血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	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(GEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
	骨シンチ							
投薬管理	内服確認							
	処方確認							
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢 その他:口内炎(部位) 体がだるい 副作用症状以外で気になる こと:傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

■ 非実施項目 ■ 各施設により必要時実施 ※各施設の判断で実施
ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

氏名

		連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関
		術後2年3ヶ月	術後2年6ヶ月	術後2年9ヶ月	術後3年	術後3年3ヶ月	術後3年6ヶ月
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない					
		PS					
		体重					
		VS(体温、血圧)					
		以下の症状が見られない					
	問診	呼吸器症状					
		全身症状					
	聴診	胸部					
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大					
	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/)					
		胸部X線検査					
		胸部CT検査(腹部CT検査)					
		頭部MRI/CT検査					
		骨シンチ					
	投薬管理	内服確認					
	処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない					
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢					
		その他:口内炎(部位) 体がだるい					
	副作用症状以外で気になること: 傷が痛い・息切れがする等						

*異常が認められた場合には情報交換、または〇〇〇病院にて対応
 非実施項目 各施設により必要時実施
 ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

氏名

		連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関	連携医療機関	病院
		術後3年9ヶ月	術後4年	術後4年3ヶ月	術後4年6ヶ月	術後4年9ヶ月	術後5年
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない					
		PS					
		体重					
		VS(体温、血圧)					
		以下の症状が見られない					
	問診	呼吸器症状					
		全身症状					
	聴診	胸部					
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大					
	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/)					
		胸部X線検査					
		胸部CT検査(腹部CT検査)					
		頭部MRI/CT検査					
		骨シンチ					
	投薬管理	内服確認					
	処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない					
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢					
		その他:口内炎(部位) 体がだるい					
	副作用症状以外で気になること: 傷が痛い・息切れがする等						

*異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。
 非実施項目 各施設により必要時実施
 ただし、状況に応じて施行可

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様ID: _____

患者様氏名: _____

診療内容		退院後 初回	内服 開始前	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診 聴診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	○	○	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)	○	○		○			○			○			○
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)							(○)						○
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)													
投薬	薬が処方される場合があります	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。
※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様ID: _____

患者様氏名: _____

診療内容		1年 1ヶ月	1年 2ヶ月	1年 3ヶ月	1年 4ヶ月	1年 5ヶ月	1年 6ヶ月	1年 7ヶ月	1年 8ヶ月	1年 9ヶ月	1年 10ヶ月	1年 11ヶ月	2年	2年 1ヶ月
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診 聴診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)			○			○			○			○	
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)						(○)						○	
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)													
投薬	薬が処方される場合があります	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。
※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様ID: _____

患者様氏名: _____

診療内容		2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)		(○)		○		(○)		○		(○)		○
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)												
投薬	薬が処方される場合があります												
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。
※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

連絡用メモ (気になったことやメッセージ・コメントを共有記録)

緊急の対応性について

1. 現在の方法で満足している
2. それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい
3. 我慢できないことがあり、対応してほしい
4. 我慢できない症状がずっと続いている

患者さん・ご家族が記入	医師・看護師・薬剤師が記入
年 月 日 緊急の対応性について (1 2 3 4)	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について (1 2 3 4)	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について (1 2 3 4)	年 月 日

連絡用メモ (気になったことやメッセージ・コメントを共有記録)

緊急の対応性について

- 1. 現在の方法で満足している
- 2. それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい
- 3. 我慢できないことがあり、対応してほしい
- 4. 我慢できない症状がずっと続いている

患者さん・ご家族が記入	医師・看護師・薬剤師が記入
<p>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について (1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>
<p>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について (1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>
<p>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について (1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>

