

子宮体がんの手術を受けられた患者さまおよびご家族の皆さまへ

退院後の診療と地域連携パスについて

兵庫県立がんセンターでは、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「地域連携計画書(地域連携パス)」を活用しています。「地域連携パス」では病気の経過を予測して一番適切な診療の計画を立て、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。

- 1.〔目的〕私たちは、「地域連携パス」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「連携ノート」(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9ヶ月後)から、かかりつけ医(地域の病院、診療所)が6か月ごとの診察・検査を担当し、当院が節目(3-6ヶ月ごと)の診察・検査を行います。再発が疑われる場合や病状が変わった時などに備え、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。「地域連携パス」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。

兵庫県立がんセンターの連絡先

◆問い合わせ

(平日) 8:45~17:30 兵庫県立がんセンター地域医療連携部

(代表番号) 078-929-1151

(平日時間外及び土、日、祝祭日)日直/夜間当直

(代表番号) 078-929-1151

同意書

患者さん用

兵庫県立がんセンター
病院長 殿

このたび、地域連携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。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携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 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印

同意書

かかりつけ医保存用

兵庫県立がんセンター
病院長 殿

このたび、地域連携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。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携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 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印

同意書

兵庫県立がんセンター保存用

兵庫県立がんセンター
病院長 殿

このたび、地域連携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。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携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 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印