退院後の診療とがん地域連携パスについて

青森県立中央病院では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「がん地域連携パス」を活用しています。これは病気の経過を予測して一番いい診療の計画を立て、患者さま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、診療の方針について患者さまと医療者が共同で利用できる形となっています。

１．　私たちは、がん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。そして、患者さまを中心に、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。患者さまには「私のカルテ」(患者さま用の携帯ノート)を利用していただきます。

２．具体的な地域医療連携

治療開始後の落ち着いた時点から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察と、投薬（処方）を担当し、当院が節目の診察・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、夜間休日にも安心できるような連携の体制を作ります。

３．「がん地域連携パス」に期待されること

がん地域連携パスにもとづくことは、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、きめ細や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。がん地域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。

４．　私たちは、がん地域連携パス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。患者さま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．拠点病院を必ず受診してもらう月は、色付きの欄で示していますので、ご留意ください。　（※白色の欄は状況に応じてかかりつけ医を受診）

６．ご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

同意書

病院長　殿

このたび、がん地域連携パスの利用について説明医師に下記事項の十分な説明を受けました。

* **１．**がん地域連携パスの目的
* **２．**がん地域連携パスの方法
* **３．**がん地域連携パスにより期待されること
* **４．**同意したあと、いつでもこれを撤回できること
* **５．**受診すべき時期と医療機関（拠点病院又はかかりつけ医）について
* **６．**質問の自由
* **７．**地域連携パスの使用にあたり連携医療機関に情報を提供すること

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。がん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　　**平成　　　　年　　　月　　　日**

**患者氏名**

私は、がん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　　**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**