

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

平成 年 月 日

説明者(医師) 病院 科()

私は、(患者) 様の今後の診療とがん診療地域連携クリティカルパスについて
下表のとおり説明いたしました。

| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 目的 | <p>香川県では、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「がん診療地域連携クリティカルパス(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一番良い診療の計画を立て、患者さまに納得していただいた上で、医師・看護師・薬剤師等が協力して診療に当たります(チーム医療)。</p> <p>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、同じ治療方針の基に、安全で質の高い医療を提供したいと考えています。</p> <p>患者さまやご家族を中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療方針を知った上で、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)を利用させていただきます。</p> |
| 2. 方法 | <p>具体的な地域診療連携について、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(2週間～1ヶ月に一度)と投薬(処方)を担当し、当院が節目(3～12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体制を作ります。</p> |
| 3. 期待されること | <p>「連携パス」に基づくことは、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、きめ細かな対応が望めます。病院や診療所の混雑が解消され、患者さまの診察待ち時間を短縮する効果もあるでしょう。「地域連携診療計画書」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。</p> |
| 4. 同意と撤回の自由 | <p>私たちは、「地域連携診療計画書」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、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相談しながら、運用を進めます。途中で中止することもできます。</p> |
| 5. 有害事項・費用負担 | <p>がん医療における「地域連携パス」を利用した診療は保険診療で認められており、医療保険を使って行われます。</p> |
| 6. 質問の自由 | <p>ご不明な点やご心配があれば、いつでもご相談ください。</p> |

私は、地域診療連携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「地域連携クリティカルパス」を利用することに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 ()

家族等氏名 () 続柄()