

地域連携パス実施要項集

岡山県統一版

—医療関係者用—



岡山県がん診療連携協議会

岡山大学病院／岡山済生会総合病院／岡山赤十字病院／倉敷中央病院
津山中央病院／国立病院機構 岡山医療センター／川崎医科大学附属病院

目 次

背景と理念	1
「地域連携パス」を受けられる患者様へ	2
胃癌	
はじめに	6
地域連携パスの概略 対象患者など	7
かかりつけ医用パス説明文書	10
患者様用パス	14
意向調査用 F A X 様式	19
付録	20
連絡先	21
大腸癌	
はじめに	24
地域連携パスの概略 対象患者など	25
かかりつけ医用パス説明文書	28
患者様用パス	36
意向調査用 F A X 様式	42
付録	43
連絡先	45
肝癌	
はじめに	48
地域連携パスの概略 対象患者など	49
かかりつけ医用パス説明文書	52
患者様用パス	53
意向調査用 F A X 様式	54
付録	55
連絡先	56
肺癌	
はじめに	60
地域連携パスの概略 対象患者など	61
かかりつけ医用パス説明文書	66
患者様用パス	67
意向調査用 F A X 様式	68
付録	69
連絡先	70
乳癌	
はじめに	74
地域連携パスの概略 対象患者など	75
かかりつけ医用パス説明文書	78
患者様用パス	79
意向調査用 F A X 様式	80
付録	81
連絡先	82
運用手順	
共通書式	84
Q & A	89
	96

背景と理念

背景

平成18年4月にがん対策基本法が制定され、がん予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進を3本柱としたがん対策推進基本計画が策定された。その具体的な施策として2次医療圏に1施設を基本としてがん診療連携拠点病院を整備し、がん診療の拠点とすることとなった。現在は岡山県内に7施設が指定されています。がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)には様々な厳しい指定要件が科せられているが、その見直しにより、全ての拠点病院は平成24年3月までに5大がん(肺がん、乳がん、胃がん、大腸がん、肝がん)の地域連携クリニカルパス(以下、連携パス)を整備することが義務づけられた。

がんの連携パスとしては、診断・治療、術後フォローアップ、外来化学療法、緩和ケアの4種類のパスが存在するが、5大がんについてすべてのパスを一度に整備することは困難を伴うため、岡山県がん診療連携協議会で話し合いを持った結果、まず、術後フォローアップパスから順次整備していくことになった。

理念

術後フォローアップパスは、がんで手術を行った患者様を、これまで拠点病院など専門性の高い病院の医師が経過観察していたのを、地域のかかりつけ医と綿密に情報交換しながら病・診が連携して経過観察していくシステムを構築する目的で策定された。これにより患者様は、術後ある程度安定した時期になれば、遠方の病院の専門医ではなく、日頃患者様の日常生活を良く把握している地域のかかりつけ医から検査・投薬を受け、充分訴えを聞いてもらいながら、何か異常があったときは専門的な診療が必要かどうかを判断してもらえる。専門医は、外来フォローアップ患者が減ることによって、新規患者の病状説明や半年ないし1年毎に通院してくる術後フォローアップ患者の診療により多くの時間を充てることができるメリットがある。術後フォローアップを病・診連携して行うことにより、医療の質の向上とともに患者様の満足度を増すことができると考えられる。

「地域連携パス」による診療を受けられる 患者様へ

【地域連携パスとは】

「地域連携パス」とは、地域のかかりつけ医とがん診療連携拠点病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「地域連携パス」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。

症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がん診療連携拠点病院で行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医に御相談下さい。かかりつけ医が判断して必要に応じてがん診療連携拠点病院を受診していただきます。しかし、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合はがん診療連携拠点病院までご連絡下さい。

この「地域連携パス」を活用することで、がん診療連携拠点病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者様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、患者様にとっても、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。

【かかりつけ医の役割】

- ☆病気の予防、日常の健康管理を行います。(生活習慣病などの管理は、身近なかかりつけ医が必要です)
- ☆専門的治療(病院への受診)の必要性を判断します。
- ☆風邪など一般的な病気のことや、ちょっとした心配ごとなどが気軽に相談できます。

【がん診療連携拠点病院医師の役割】

- ☆かかりつけ医と情報交換しながら年に1~2回の定期的な診療を行います。
- ☆専門的な検査・診察・手術を行います。
- ☆緊急を要する場合、必要な対応を行います。

地域連携バス実施要項

胃 癌

岡山県がん診療連携協議会

はじめに：医療機関各位

平素より胃がん診療にご協力いただき大変感謝しております。このたび地域の医療機関とがん診療拠点病院が連携して経過観察することで、胃がん手術後患者様の生活の質と治療の質向上を目指した地域連携パスを岡山県がん診療連携協議会で作成しました。連携パス施行のための実施マニュアルを作成しましたのでご一読下さい。

導入後は何かと問題点が出てくることと思いますが、改善を加えより良い連携が構築できればと考えております。説明不足で解りづらいことや改善案などお気づきの点がございましたら、ご指摘・ご指導お願いいいたします。この地域連携パスがしっかりと根づくよう、これからもご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

岡山県がん診療連携協議会
胃がん連携パス作成グループ

手術後胃癌患者に対する地域連携診療

【目的】 地域の医療機関（かかりつけ医）と拠点病院とが連携して治療と経過観察を行っていくことで、がん患者様の治療の質と生活の質両方の向上をはかる。

【概略】 拠点病院で入院加療を行ったがん患者の退院後の外来診療を地域の医療機関（原則的には紹介医）と連携して行う。

地域の医療機関：かかりつけ医として日常診療に対応

（実施可能な化学療法、検査は適宜実施）

拠点病院：化学療法、定期検査。

【対象患者】 Stage I ~ III の胃癌手術後の患者。

【実施手順】

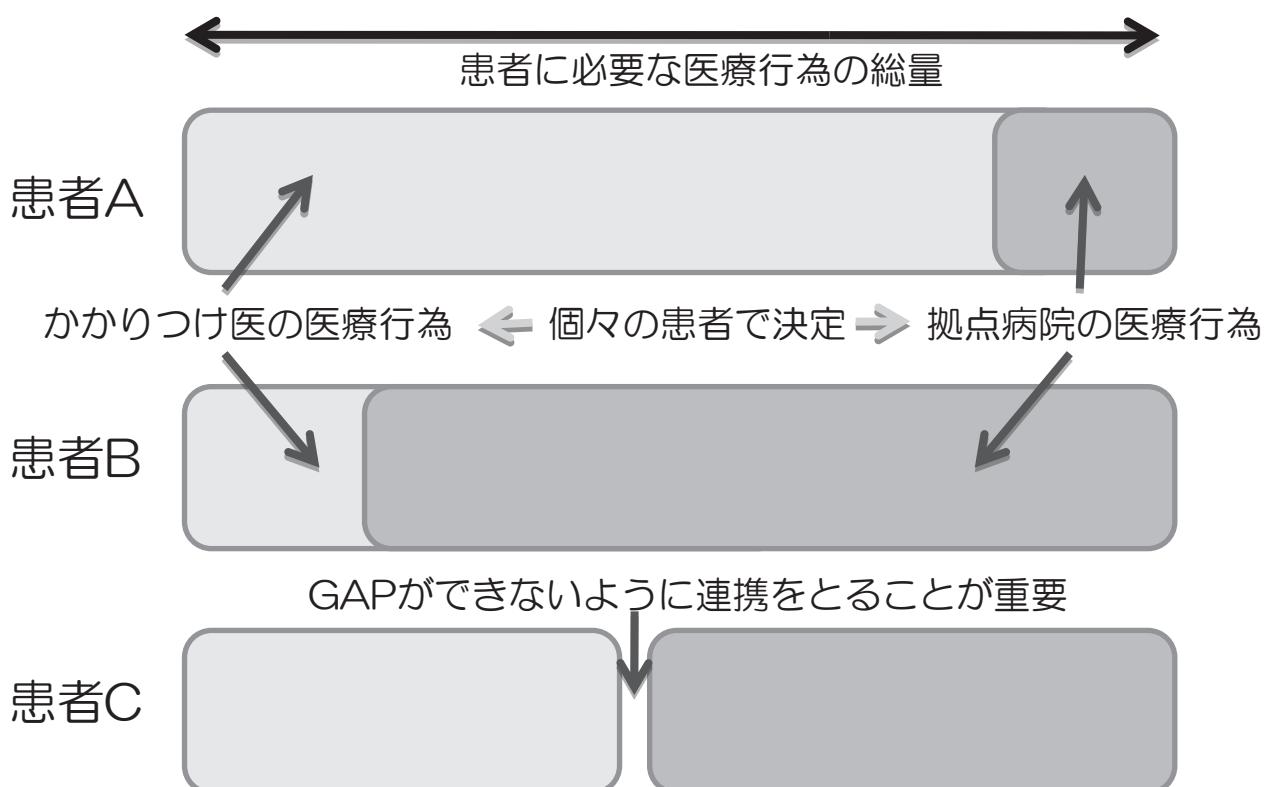
1. 入院時に主治医から患者様に連携を前提として退院後の治療計画を説明、同意を取得する。
2. このとき患者様にかかりつけ医を決めていただく。かかりつけ医に拠点病院からFAXで連絡する。
3. 手術後Stageが決定したところでかかりつけ医のFAXの返信内容を確認して地域連携パスの確定を行う。
4. かかりつけ医に紹介状と連携パスを送付する。
5. 患者様に『私の診療手帳』に必要項目を記入し、手渡す。

【バリアンス：パスからの逸脱】

経過中に患者様に著しい状況の変化を認め、パスによる治療継続が困難と判断された場合はパスによる治療連携は中止し、個別に適切な対応をすることとする。

【運用上のポイントと注意】

1. 拠点病院の強みとかかりつけ医の強みを生かしてがん患者様の診療を行っていく。
2. 個々患者に対応して役割分担を決定する。
3. かかりつけ医は現在行っている医療行為の範囲内でパスに参加可能である。対応できないことは拠点病院で行う。
4. 検査結果や異常発現時の連絡には紹介状・返事など紙ベースでやりとりをする。
5. 緊急連絡時には即時対応する（勤務時間内には主治医、時間外は外科救急当直医）
6. 進行・再発癌に対する化学療法、終末期患者に対するBSC (best supportive care) はこの連携に入れず個別に対応する。
7. かかりつけ医で全ての医療行為が可能な場合でも1年に1回は拠点病院を受診していただく。



【パスの円滑な運用】

- ・患者の協力が不可欠。
- ・かかりつけ医、拠点病院受診の際には患者用経過観察手帳・患者用パス・検査結果のファイルを必ず持参することを患者に説明する。
- ・患者用経過観察手帳を有効に活用していく。

【連絡方法】

- ・原則として連絡は紙ベースで行う。
- ・パス導入前の連絡はFAXで行う。
- ・観察中予定通り経過している場合は、お互いの負担軽減のため紹介状は簡略化したものとする。(診療報酬算定のためにには診療情報提供書の作成が必要です。)
- ・患者用経過観察手帳に連絡事項があれば記載する。
- ・検査結果があれば患者に渡し、次の受診のときに患者用経過観察手帳と一緒に持参してもらう。
- ・予定外の受診のときは必ず紹介状を記載する。
 - ・急ぐ時は電話で主治医あるいは当直医へ
 - ・それ以外は主治医の外来へ…患者用パスに主治医の外来曜日が記載されています。予約は患者自身にしてもらうのがよいと思います。かかりつけ医様が予約される場合は地域医療連携室に連絡いただき、連携パス使用患者であることを告げて予約をとるようにお願いいたします。

連絡先は各々のマニュアルの最後のページに記載しております。

かかりつけ医用 パス説明文書

【1】Stage IA の早期胃癌患者様の経過観察予定

経過観察期間は手術後5年間としています。

この進行度の患者様の再発率は非常に低いものと考えられます。

5年間の検査予定表

術後月数（ヶ月）	1	6	12	18	24	36	48	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XP		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT又はUS		○	○	○	○	○	○	○
上部内視鏡検査			○		○	○	○	○

1ヶ月後は退院後の当院への初外来受診日になります。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

胃全摘術後は適宜ビタミンB12も測定してください。

当院へは2年間は半年毎、その後は1年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	→1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

ご不明な点などあれば連絡をお願い申し上げます。

病名告知 : あり なし
進行度告知 : あり なし

拠点病院名 :

主治医 :

緊急時連絡先 :

(病院代表)

【2】Stage I B～Ⅲ（補助化学療法なし）の胃癌患者様の経過観察予定

経過観察期間は手術後5年間としています。

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。

5年間の検査予定表

術後月数(ヶ月)	1	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XP			○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT又はUS		○	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
上部内視鏡検査					○				○		○		○		○

1ヶ月後は退院後の当院への初外来受診日になります。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

胃全摘術後は適宜ビタミンB12も測定してください。

腹部USは必要時施行してください。

胸部CT施行時は胸部XP省略可です。

当院へは半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知：あり なし
進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先： (病院代表)

【3－1】Stage I B～Ⅲ術後経口抗癌剤療法施行中の経過観察予定

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。

原則として抗がん剤（ティーエスワン：TS-1）を80mg/m²/日(最大120mg/日) 朝夕食後の2分割で内服します。4週内服2週休薬を1コースとして、内服開始から約1年間9コース施行します。

可能でしたら貴院で処方をお願いいたします。

抗がん剤の処方を行わない場合でも、軽い下痢や食欲不振などの症状について、対応していただければ幸いです。

(有害事象以外の軽微な症状に対する処置はかかりつけ医で可能です。)

Grade 2以上の有害事象を認めた場合はGrade 1以下になるまで休薬します。初めてGrade 2の有害事象がでたあとの再開時は同用量で、同じGrade 2の有害事象が再度でたときの再開時は1段階減量してください。

Grade 3以上の有害事象がでた後の再開時は1段階減量してください。
120mg/日で開始した場合⇒100mg/日⇒80mg/日

100mg/日で開始した場合⇒80mg/日⇒50mg/日

80mg/日で開始した場合⇒50mg/日⇒40mg/日 2段階までしか減量はしません。3段階の減量となるときは当科紹介をお願いします。

口内炎、食欲低下、下痢、皮膚色素沈着などが主な有害事象です。

・抗癌剤内服中の検査予定表

術後月数(ヶ月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
化学療法開始後(週数)	0	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
血液検査	○	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	○	●
胸腹部CT				△			○			△				○	
上部内視鏡検査														○	

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定。△：省略可。CT：できれば造影で。貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

胃全摘術後は適宜ビタミンB12も測定してください。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは1年目は1ヶ月毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安化学療法施行中

手術後	→ 1年後
日時	2週毎に受診

有害事象の評価ならびに対処法の詳細は別添資料を参考にして下さい。

有害事象発生時は、かかりつけ医からがん拠点病院へのご連絡もお願いします。

【3－2】Stage I B～Ⅲ術後経口抗癌剤療法施行後の経過観察予定

術後月数	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XPまたはCT			○	○	○	○	○	○	○
腹部CT又はUS			○	○	○	○	○	○	○
上部内視鏡検査			○		○		○		○

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

胃全摘術後は適宜ビタミンB12も測定してください。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは**2年目は3ヶ月毎、3年目以降は半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。**

貴院受診の目安

手術後	→ 2年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知 :	あり	なし
進行度告知 :	あり	なし

拠点病院 外科

主治医 :

緊急時連絡先 : (病院代表)

胃がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

1

Stage I A

様

検査機関	術後月数（ヶ月）	1	6	12	18	24	36	48	60
か・拠病	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	胸部XP		○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	腹部CT又はUS		○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	上部内視鏡検査			○		○	○	○	○

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。

診療連携拠点病院
病院受診

主治医： 外来： 曜日
連絡先：

手術後	1ヶ月後	6ヶ月後	1年後	1.5年後	2年後	3年後	4年後	5年後
日時	年 月							

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

胃がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

2 Stage I B～Ⅲ、化学療法なし。

様

検査機関	術後月数 (ヶ月)	1	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
か・拠病	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	胸部XP			○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	腹部CT又は US		○	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	上部 内視鏡検査					○				○		○		○		○

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術 後	1ヶ月 後	3ヶ月 後	6ヶ月 後	1年 後	1.5年 後	2年 後	2.5年 後	3年 後	3.5年 後	4年 後	4.5年 後	5年 後
日時	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

病院・診療所名：

かかりつけ医受診

連絡先：

手術後	→ 1年後		→ 5年後	
	日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診	

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

胃がん術後連携パス 患者様用

3-1 Stage I B～Ⅲ 経口抗癌剤内服療法〔1年目〕

様

原則として

抗癌剤（ティーエスワン）を1年間内服します。4週間内服2週間休薬です。

検査機関	術後月数（ヶ月）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
か・拠病	化学療法開始後（週数）	0	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
か・拠病	血液検査	○	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	○	●
か・拠病	胸腹部CT				△			○			△				○	
か・拠病	上部内視鏡検査															○

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定、△：省略可。

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

連絡先：

外来： 曜日

術後月数（ヶ月）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
化学療法開始後(週数)	0	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
外来受診	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後													
	2週毎に受診													

胃がん術後連携パス 患者様用

3-2

Stage I B～Ⅲ

経口抗癌剤内服療法後2～5年目

様

検査機関	術後月数	18	21	24	30	36	42	48	54	60
か・拠病	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	胸部XPまたはCT			○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	腹部CT又はUS			○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	上部内視鏡検査			○		○		○		○

診療連携拠点病院

主治医：

外来：

曜日

病院受診

連絡先：

手術後	1.5年後	21ヵ月後	2年後	2.5年後	3年後	3.5年後	4年後	4.5年後	5年後
日時	年 月								

病院・診療所名：

かかりつけ医受診

連絡先：

手術後	→ 2年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

上記内容をご理解いただけましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

地域連携パス適用確認連絡

病院
先生 侍史

FAX:
TEL:

_____様をご紹介いただきありがとうございました。

また、貴院におかれましては地域連携パスによる共同診療への参加承諾をいただいており感謝しております。

患者様に対して地域連携パスについて説明させていただきましたところ同意が得られましたので、術後パスを適用し、経過観察・治療を貴院とともに協力しておこないたいと考えます。

お手数をおかけいたしますが、貴院で連携していただくことが可能か否か。また、可能であれば貴院にて実施可能な診療行為について次の用紙に丸印をつけていただき、FAXにて返信をいただきまようお願い致します。

地域連携パス策定拠点病院

病院名

診療科

主治医名

連絡先

地域連携パス適用の依頼 ならびに調査票

病院

先生侍史

患者名：

ID：

診断名：

胃がん

本人への告知：

あり・なし

手術日：

退院予定日：

治療方針：

経過観察のみ・化学療法

主治医：

地域連携パスによる治療連携の可否

可　・　否

可の場合、貴院にて実施可能な診療

1. 経過観察のみ
2. 化学療法 TS-1

その他の経口抗癌剤（ ）

3. 検査 血液検査

上部内視鏡検査

下部内視鏡検査

胸部レントゲン

腹部超音波検査

CT検査

実施可能なものをおで囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

術後の検査項目

胸部レントゲン(胸部CTでも可)

腹部超音波検査 (腹部CTでも可)

胸部CT

腹部CT(上腹部から骨盤部、進行癌は造影が望ましい)

上部内視鏡検査

下部内視鏡検査(大腸癌術後必須)

血液検査

一般検血：赤血球数・Hb・Ht・白血球数・血小板数

生化学：TP、Alb、T-Bil、AST(GOT)、ALT(GPT)、

LDH、 γ -GTP、UA、Cr、BUN、Na、K、

Cl、Ca、TCH、BSなど

腫瘍マーカー：CEA、CA19-9など

連絡先

胃癌術後連携パスについてご不明な点、ご意見など
ございましたら下記まで連絡ください。

拠点病院	担当者	電話番号
国立大学法人 岡山大学病院	消化管外科 香川俊輔 宇野 太	086-223-7151（代表）
岡山済生会総合病院	外科 高畠隆臣	086-252-2211（代表）
総合病院岡山赤十字病院	消化器外科 高木章司	086-222-8811（代表）
財団法人倉敷中央病院	外科 河本和幸	086-422-0210（代表）
財団法人津山慈風会 津山中央病院	外科 松村年久	0868-21-8111（代表）
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	外科 太田徹哉	086-294-9911（代表）
川崎医科大学附属病院	消化器外科 松本英男	086-462-1111（代表）

その他地域連携に関するお問い合わせ先

岡山県がん診療連携協議会 事務局
岡山大学病院医事課診療支援担当
TEL 086-235-7072 FAX 086-235-7613

連携パスに関する質問・変更連絡等
E-mail:info@okayama-ganshinryo.jp

※連携パスに関する最新情報は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.okayama-ganshinryo.jp/chiiki/>

地域連携バス実施要項

大腸癌

岡山県がん診療連携協議会

はじめに：医療機関各位

平素より大腸がん診療にご協力いただき大変感謝しております。このたび地域の医療機関とがん診療拠点病院が連携して経過観察することで、大腸がん手術後患者様の生活の質と治療の質向上を目指した地域連携パスを岡山県がん診療連携協議会で作成しました。連携パス施行のための実施マニュアルを作成しましたのでご一読下さい。

導入後は何かと問題点がでてくることと思いますが、改善を加えよりよいシステムを構築できればと考えております。説明不足で解りづらいことや改善案などお気づきの点がございましたら、ご指摘・ご指導をお願いいたします。この地域連携パスがしっかりと根づくよう、これからもご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

岡山県がん診療連携協議会
大腸がん連携パス作成グループ

手術後大腸癌患者に対する地域連携診療

【目的】 地域の医療機関（かかりつけ医）と拠点病院とが連携して治療と経過観察を行っていくことで、がん患者様の治療の質と生活の質両方の向上をはかる。

【概略】 拠点病院で入院加療を行ったがん患者の退院後の外来診療を地域の医療機関（原則的には紹介医）と連携して行う。

地域の医療機関：かかりつけ医として日常診療に対応
(実施可能な化学療法、検査は適宜実施)

拠点病院：化学療法、定期検査。

【対象患者】 Stage 0～Ⅲの大腸癌手術後の患者。

【実施手順】

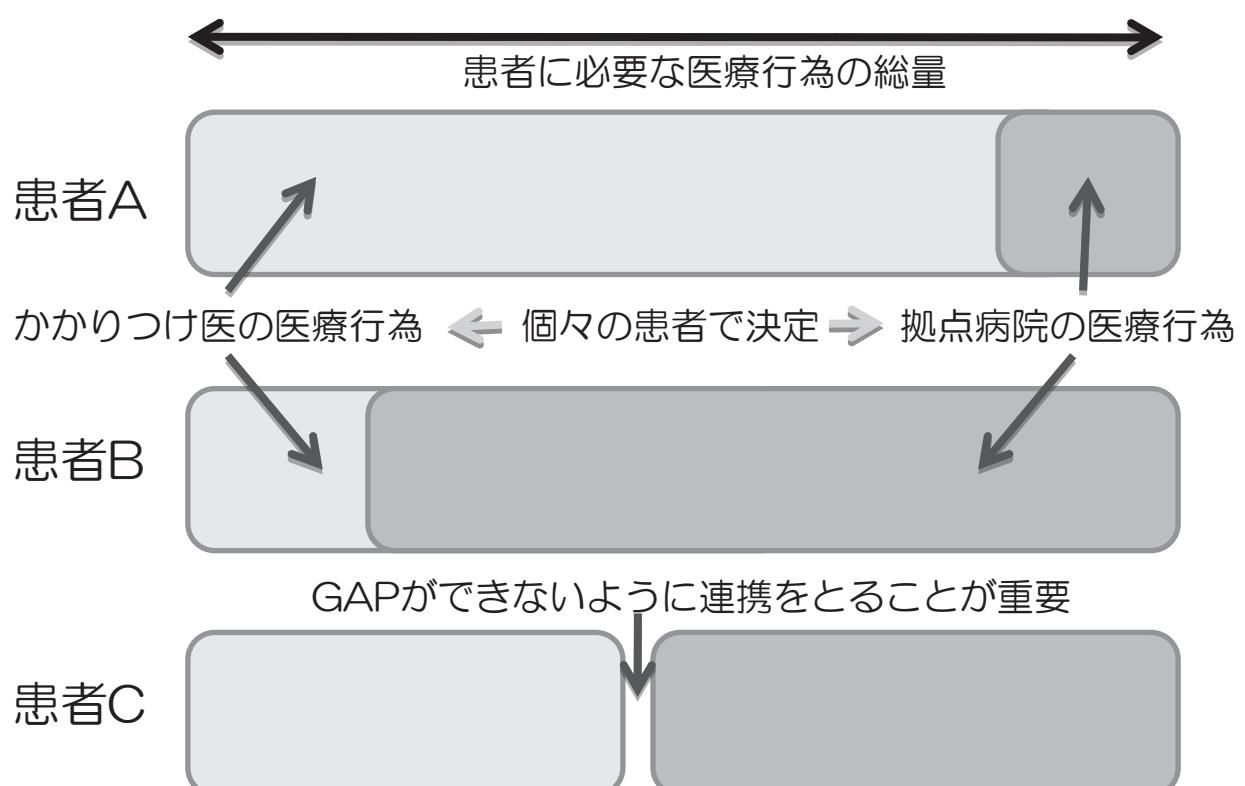
1. 入院時に主治医から患者様に連携を前提として退院後の治療計画を説明する。
2. このとき患者様にかかりつけ医を決めていただく。
かかりつけ医にFAXで連絡する。
3. 手術後Stageが決定したところでかかりつけ医のFAXの返信内容を確認して地域連携パスの作成を行う。
4. かかりつけ医に紹介状と連携パスを送付する。

【バリアンス：パスからの逸脱】

経過中に患者様に著しい状況の変化を認め、パスによる治療継続が困難と判断された場合はパスによる治療連携は中止し、個別に適切な対応をすることとする。

【運用上のポイントと注意】

1. 拠点病院の強みとかかりつけ医の強みを生かしてがん患者様の診療を行っていく。
2. 個々患者に対応して役割分担を決定する。
3. かかりつけ医は現在行っている医療行為の範囲内でパスに参加可能である。対応できないことは拠点病院で行う。
4. 検査結果や異常発現時には紹介状・返事など紙ベースでやりとりをする。
5. 緊急連絡時には即時対応する（勤務時間内には主治医、時間外は外科救急当直医）
6. 進行・再発癌に対する化学療法、終末期患者に対するBSC (best supportive care) はこの連携に入れずに個別に対応する。
7. かかりつけ医で全ての医療行為が可能な場合でも1年に1回は拠点病院を受診していただく。



【パスの円滑な運用】

- ・患者の協力が不可欠。
- ・かかりつけ医、拠点病院受診の際には患者用経過観察手帳・患者用パス・検査結果のファイルを必ず持参することを患者に徹底させる。
- ・患者用経過観察手帳をうまく活用していく。

【連絡方法】

- ・原則として連絡は紙ベースで行う。
- ・パス導入前の連絡はFAXで行う。
- ・観察中予定通り経過している場合は、お互いの負担軽減のため紹介状は簡略化したものとする。(診療報酬算定のためにには診療情報提供書の作成が必要です。)
- ・患者用経過観察手帳『私の診療手帳』に連絡事項があれば記載する。
- ・検査結果があれば患者に渡し、次の受診のときに患者用経過観察手帳『私の診療手帳』と一緒に持参してもらう。
- ・予定外の受診のときは必ず紹介状を記載する。
 - ・急ぐ時は電話で主治医あるいは当直医へ
 - ・それ以外は主治医の外来へ…患者用パスに主治医の外来曜日が記載されています。予約は患者自身にしてもらうのがよいと思います。かかりつけ医様が予約される場合は地域医療連携室に連絡いただき、連携パス使用患者であることを告げて予約をとるようにお願いいたします。

連絡先は各々のマニュアルの最後のページに記載しております。

かかりつけ医用 パス説明文書

[1] Stage 0、I の早期大腸癌患者様の経過観察予定

経過観察期間は手術後5年間としています。

この進行度の患者様の再発率は非常に低いものと考えられます。

5年間の検査予定表

術後月数（ヶ月）	1	6	12	18	24	36	48	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XP		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT又はUS		○	○	○	○	○	○	○
下部内視鏡検査			○			○		○

1ヶ月後は退院後の当院への初外来受診日になります。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

当院へは2年間は半年毎、その後は1年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

ご不明な点などあれば連絡をお願い申し上げます。

病名告知 : あり なし
進行度告知 : あり なし

拠点病院名 :

主治医 :

緊急時連絡先 :

(病院代表)

[2] Stage II～III (補助化学療法なし) 大腸癌患者様の経過観察予定

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。
経過観察期間は手術後5年間としています。

5年間の検査予定表

術後月数(ヶ月)	1	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XPまたはCT			○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT		○	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
下部内視鏡検査		●		○					△		○		△		○

●術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

△ 前年の所見により省略可。

1ヶ月後は退院後の当院への初外来受診日になります。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

当院へは2年間は3ヶ月毎、それ以後は半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知：あり なし

進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先：(病院代表)

[3-1] Stage II～III ユーエフティ(UFT)+ユーゼル療法施行 大腸癌患者様の化学療法中の経過観察予定

化学療法は約半年間の予定です。

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。
使用する抗がん剤

ユーゼル(75mg/日)+UFT(300mg/m²/日、最大600mg/日)

600mg/日、500mg/日、400mg/日、300mg/日のいずれかで開始。
4週内服1週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間5コース施行。
1日3回約8時間毎、食事の前後1時間を避けて内服。

可能でしたら貴院で処方をお願いいたします。

抗がん剤の処方を行わない場合でも、軽い下痢や食欲不振などの症状について、
対応していただければ幸いです。

(有害事象以外の軽微な症状に対してはかかりつけ医で対応可能です。)

Grade 2以上の有害事象を認めた場合はGrade 1以下になるまで休薬します。
初めてGrade 2の有害事象がでたあとの再開時は同用量で、同じGrade 2の有害
事象が再度でたときの再開時はUFTのみ1段階減量してください。

Grade 3以上の有害事象がでた後の再開時は1段階減量してください。

600mg/日⇒500mg/日⇒400mg/日⇒300mg/日⇒200mg/日

2段階までしか減量はしません。3段階の減量となる時は当科紹介をお願いしま
す。

口内炎、食欲低下、下痢、皮膚色素沈着などが主な有害事象です。

化学療法中の検査予定表

化学療法開始後(週数)	0	2	5	10	15	20	25
血液検査	●	○	○	○	●	○	●
胸腹部CT				○			○
下部内視鏡検査				▲			

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定。 △：省略可。

CT：できれば造影で。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは半年間は1ヶ月毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行
状況に応じて変更します。

(有害事象の発生時には必ずがん拠点病院主治医にご連絡下さい。)

貴院受診の目安(化学療法中)

手術後	→半年後
日時	2週毎に受診

【3-2】Stage II～IIIユーエフティ(UFT)＋ユーゼル療法施行 大腸癌患者様の化学療法後の経過観察予定

術後月数(ヶ月)	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XPまたはCT		○		○		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
下部内視鏡検査		○				△		○		△		○

△前年の所見により省略可。

胸部CT施行時は胸部XP省略可。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは2年目は3ヶ月毎、3年目以降は半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	半年後 → 2年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知：あり なし
進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先： (病院代表)

[4-1] Stage II～III ゼローダ療法施行 大腸癌患者様の化学療法中の経過観察予定

化学療法は約半年間の予定です。

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。

ゼローダを2500mg/m²/日(最大4800mg/日)、朝夕食後の2分割で内服。

3000mg/日、3600mg/日、4200mg/日、4800mg/日のいずれかの量で開始。2週内服1週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間8コース施行。可能でしたら貴院で処方をお願いいたします。

抗がん剤の処方を行わない場合でも、軽い下痢や食欲不振などの症状について、対応していただければ幸いです。

(有害事象以外の軽微な症状に対してはかかりつけ医で対応可能です。)

Grade 2以上の有害事象を認めた場合はGrade 1以下になるまで休薬します。初めてGrade 2の有害事象がでたあとの再開時は同用量で、同じGrade 2の有害事象が再度でたときの再開時は1段階減量してください。Grade 3以上の有害事象がでた後の再開時は1段階減量してください。2段階までしか減量はしません。

3段階以上の減量となるときは当科紹介をお願いします。

減量の目安	体表面積	1日用量		
		初回投与量	減量段階1	減量段階2
	<1.13		1800mg(6錠)	1200mg(4錠)
	1.13≤ <1.21	3000mg(10錠)	2400mg(8錠)	
	1.21≤ <1.33			1800mg(6錠)
	1.33≤ <1.45	3600mg(12錠)		
	1.45≤ <1.57			3000mg(10錠)
	1.57≤ <1.69			
	1.69≤ <1.77	4200mg(14錠)	3600mg(12錠)	2400mg(8錠)
	1.77≤ <1.81			
	1.81≤	4800mg(16錠)		

口内炎、食欲低下、下痢、皮膚色素沈着などが主な有害事象です。

特徴的な有害事象として手足症候群があります。手足のしびれ、知覚過敏、痛み、紅斑、水泡、潰瘍形成に注意してください。診察時には足底まで確認が必要です。(有害事象発生時には必ずがん拠点病院主治医にご連絡下さい。)

化学療法中の検査予定表

化学療法開始後(週数)	0	3	6	9	12	15	18	21	24
血液検査	●	○	○	○	●	○	○	○	●
胸腹部CT					○				○
下部内視鏡検査					▲				

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定。△：省略可。

CT：できれば造影で。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

【4-2】 StageⅡ～Ⅲ ゼローダ療法

化学療法中の貴院受診の目安

手術後	→ 半年後
日時	2週毎に受診

化学療法後の経過観察予定です。

術後月数(ヶ月)	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XPまたはCT		○		○		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
下部内視鏡検査		○				△		○		△		○

△前年の所見により省略可。

胸部CT施行時は胸部XP省略可。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは2年目は3ヶ月毎、3年目以降は半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	半年後 → 2年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知：あり なし
進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先：(病院代表)

【5-1】StageⅡ～Ⅲティーエスワン(TS-1)療法施行 大腸癌患者様の化学療法中の経過観察予定

この進行度の患者様は再発の可能性が比較的高いものと考えられます。

抗がん剤（ティーエスワン：TS-1）を80mg/m²/日(最大120mg/日)朝夕食後の2分割で内服します。4週内服2週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間4コース施行します。

可能でしたら貴院で処方をお願いいたします。

抗がん剤の処方を行わない場合でも、軽い下痢や食欲不振などの症状について、対応していただければ幸いです。

(有害事象以外の軽微な症状に対してはかかりつけ医で対応可能です。)
Grade 2以上の有害事象を認めた場合はGrade 1以下になるまで休薬します。初めてGrade 2の有害事象がでたあとの再開時は同用量で、同じGrade 2の有害事象が再度でたときの再開時は1段階減量してください。
Grade 3以上の有害事象がでた後の再開時は1段階減量してください。

120mg/日で開始した場合⇒100mg/日⇒80mg/日

100mg/日で開始した場合⇒80mg/日⇒50mg/日

80mg/日で開始した場合⇒50mg/日⇒40mg/日

2段階までしか減量はしません。3段階の減量となるときは当科紹介をお願いします。

口内炎、食欲低下、下痢、皮膚色素沈着などが主な有害事象です。

・抗がん剤内服中の検査予定表

化学療法開始後(週数)	0	2	4	8	12	16	20	24
血液検査	●	○	○	○	●	○	○	●
胸腹部CT					○			○
下部内視鏡検査					▲			

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定。 △：省略可。

CT：できれば造影で。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは半年間は1ヶ月毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

(有害事象の発生時には必ずがん拠点病院主治医にご連絡下さい。)
貴院受診の目安(化学療法中)

手術後	→ 半年後
日時	2週毎に受診

【5-2】StageⅡ～Ⅲティーエスワン(TS-1)療法施行 大腸癌患者様の化学療法後の経過観察予定

術後月数(ヶ月)	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XPまたはCT		○		○		○	○	○	○	○	○	○
腹部CT		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
下部内視鏡検査		○				△		○		△		○

△前年の所見により省略可。

胸部CT施行時は胸部XP省略可。

血液検査は一般生化学、検血、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)から必要な項目をお願いします。

腹部USは必要時施行してください。

当院へは2年目は3ヶ月毎、3年目以降は半年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	半年後 → 2年後	→ 5年後	
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診	

再発を疑わせる症状や所見が認められたときは連絡下さい。

症状、所見がはっきりしなくても気にかかることがございましたら連絡下さい。

病名告知 : あり なし
進行度告知 : あり なし

拠点病院名 :

主治医 :

緊急時連絡先 : (病院代表)

注: TS-1による大腸癌術後補助化学療法のエビデンスは十分でないため、現在臨床試験が進行中です。

大腸がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

1

Stage 0、I

様

検査機関	術後月数(ヶ月)	1	6	12	18	24	36	48	60
か・拠点	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	胸部XP		○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	腹部CT又はUS		○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	下部内視鏡検査			○			○		○

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術後	1ヶ月後	6ヶ月後	1年後	1.5年後	2年後	3年後	4年後	5年後
日時	年 月							

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

大腸がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

2

大腸がん術後連携パス

様

Stage II～III 化学療法なし。

検査機関	術後月数(ヶ月)	1	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
か・拠点	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	胸部XP			○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	腹部CT又はUS		○	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	下部内視鏡検査		▲			○				△		○		△		○

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。

▲術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行します。

△前年の所見によって施行するか判断します。

診療連携拠点病院

主治医：

外来： 曜日

病院受診

連絡先：

手術後	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後	1.5年後	2年後	2.5年後	3年後	3.5年後	4年後	4.5年後	5年後
日時	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月

病院・診療所名：

かかりつけ医受診

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

大腸がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

ユーエフティ / ユーゼル療法

3-1

様

抗癌剤（ユーエフティ/ユーゼル）を半年間内服します。
4週間に内服1週間休薬で5コース行います。

検査機関	化学療法開始後(週数)	0	2	5	10	15	20	25
か・拠点	血液検査	●	○	○	○	●	○	●
か・拠点	胸腹部CT				○			○
か・拠点	下部内視鏡検査				▲			

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

診療連携拠点病院
病院受診

主治医： 外来： 曜日

連絡先：

術後月数（ヶ月）	1	2	3	4	5	6
化学療法開始後(週数)	0	2	5	10	15	20
外来受診	/	/	/	/	/	/

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 半年後
日時	2週毎に受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

大腸がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

4-1

ゼローダ療法

様

抗癌剤（ゼローダ）を半年間内服します。
2週間内服1週間休薬で8コース行います。

検査機関	化学療法開始後(週数)	0	3	6	9	12	15	18	21	24
か・拠点	血液検査	●	○	○	○	●	○	○	○	●
か・拠点	胸腹部CT					○				○
か・拠点	下部内視鏡検査					▲				

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

診療連携拠点病院
病院受診

主治医： 外来： 曜日

連絡先：

術後月数（ヶ月）	1				4				7
化学療法開始後(週数)	0	3	6	9	12	15	18	21	24
外来受診	/	/	/	/	/	/	/	/	/

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 半年後
日時	2週毎に受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

大腸がん術後連携パス 患者様用 連携治療同意書

説明日：

病院名：

説明者：

5-1

ティーエスワン(TS-1)療法

様

抗癌剤（TS-1）を半年間内服します。
4週間内服2週間休薬で4コース行います。

検査機関	化学療法開始後(週数)	0	2	4	8	12	16	20	24
か・拠点	血液検査	●	○	○	○	●	○	○	●
か・拠点	胸腹部CT					○			○
か・拠点	下部内視鏡検査					▲			

●：腫瘍マーカー(CEA、CA19-9など)も測定

▲：術前閉塞により観察できていない場合は3ヶ月ごろに施行。

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

術後月数(ヶ月)	1	2	3	4	5	6	7
化学療法開始後(週数)	0	2	4	8	12	16	20
外来受診	/	/	/	/	/	/	/

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 半年後
日時	2週毎に受診

上記スケジュールにより連携治療をおこなうことになります。

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

以上のように連携パスによるがん拠点病院とかかりつけ医で連携治療をおこなうことをご理解いただけ、了解されましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

大腸がん術後連携パス

3,4,5-2

Stage II～III 補助化学療法後 半年から～5年目

様

検査機関	術後月数(ヶ月)	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
か・拠点	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	胸部XPまたはCT		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	腹部CT		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	下部内視鏡検査		○				△		○		△		○

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術後	9ヶ月後	1年後	15ヶ月後	1.5年後	21ヶ月後	2年後	2.5年後	3年後	3.5年後	4年後	4.5年後	5年後
日時	年 月											

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 2年後	→ 5年後
日時	2～4週毎に受診	1～6ヶ月ごとに受診

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

上記内容をご理解いただけましたらご署名をお願いいたします。

同意日 年 月 日

患者様名：

地域連携パス適用の依頼 ならびに調査票

病院

先生侍史

患者名：

ID：

診断名： 大腸がん

本人への告知： あり・なし

手術日： 退院予定日：

治療方針： 経過観察のみ・化学療法

主治医：

地域連携パスによる治療連携の可否

可　・　否

可の場合、貴院にて実施可能な診療

1. 経過観察のみ
2. 化学療法 UFT/ユーゼル
ゼローダ
TS-1
3. 検査 血液検査
下部内視鏡検査
胸部レントゲン
腹部超音波検査
CT検査

実施可能なもの丸で囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

付録

・術後補助化学療法(経口)

大腸癌 対象：Stage II～III

(Stage IIは脈管浸潤強陽性、著明な壁深達度、術前CEA高値などの高危険群)

UFT/LV (ユーエフティ/ユーゼル)

ユーゼル(75mg/日) + UFT (300mg/m²/日、最大600mg/日)

1日3回約8時間毎、食事の前後1時間を避けて内服します。

4週内服1週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間5コース施行します。

ゼローダ 2500mg/m²/日(最大4800mg/日)

朝夕食後の2分割で内服します。

2週内服1週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間8コース施行します。

TS-1 (ティーエスワン) 80mg/m²/日(最大120mg/日)

朝夕食後の2分割で内服します。4週内服2週休薬を1コースとして、内服開始から約半年間4コース施行します。

注: TS-1による大腸癌術後補助化学療法のエビデンスは十分でないため、現在臨床試験が進行中です。

術後の検査項目

胸部レントゲン(胸部CTでも可)

腹部超音波検査（腹部CTでも可）

胸部CT

腹部CT(上腹部から骨盤部、進行癌は造影が望ましい)

上部内視鏡検査

下部内視鏡検査(大腸癌術後必須)

血液検査

一般検血：赤血球数・Hb・Ht・白血球数・血小板数

生化学：TP、Alb、T-Bil、AST(GOT)、ALT(GPT)、

LDH、 γ -GTP、UA、Cr、BUN、Na、K、

Cl、Ca、TCH、BSなど

腫瘍マーカー：CEA、CA19-9など

連絡先

大腸癌術後連携パスについてご不明な点、ご意見などございましたら下記まで連絡ください。

拠点病院	担当者	電話番号
国立大学法人 岡山大学病院	消化管外科 永坂岳司	086-223-7151（代表）
岡山済生会総合病院	外科 丸山昌伸 赤在義浩	086-252-2211（代表）
総合病院岡山赤十字病院	消化器外科 池田英二	086-222-8811（代表）
財団法人倉敷中央病院	外科 河本和幸	086-422-0210（代表）
財団法人津山慈風会 津山中央病院	外科 野中泰幸	0868-21-8111（代表）
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	外科 國末浩範	086-294-9911（代表）
川崎医科大学附属病院	消化器外科 山下和城	086-462-1111（代表）

その他地域連携に関するお問い合わせ先

岡山県がん診療連携協議会 事務局
岡山大学病院医事課診療支援担当
TEL 086-235-7072 FAX 086-235-7613

連携パスに関する質問・変更連絡等
E-mail:info@okayama-ganshinryo.jp

※連携パスに関する最新情報は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.okayama-ganshinryo.jp/chiiki/>

地域連携バス実施要項

肝 癌

岡山県がん診療連携協議会

はじめに：医療機関各位

平素より肝がん診療にご協力いただき大変感謝しております。このたび地域の医療機関とがん診療拠点病院が連携して経過観察することで、肝がん治療後の患者様の再発早期発見を行うことを目的とした地域連携パスを岡山県がん診療連携協議会で作成しました。連携パス施行のための実施マニュアルを作成しましたのでご一読下さい。

導入後は何かと問題点がでてくることと思いますが、改善を加えよりよいシステムを構築できればと考えております。説明不足で解りづらいことや改善案などお気づきの点がございましたら、ご指摘・ご指導をお願いいたします。

地域連携パスがしっかりと根づくよう、これからもご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

岡山県がん診療連携協議会
肝がん連携パス作成グループ

肝癌患者に対する地域連携診療

【目的】 地域の医療機関（かかりつけ医）と拠点病院とが連携して治療と経過観察を行っていくことで、患者様の治療ならびに生活の質の向上を図るとともに肝がんの治療成績の向上を目指す。

【概略】 拠点病院で入院加療を行ったがん患者の退院後の外来診療を地域の医療機関（原則的には紹介医）と連携して行う。

地域の医療機関：かかりつけ医として日常診療に対応
(実施可能な化学療法、検査は適宜実施)

拠点病院：化学療法、定期検査。

【対象患者】 肝臓癌手術後の患者

【実施手順】

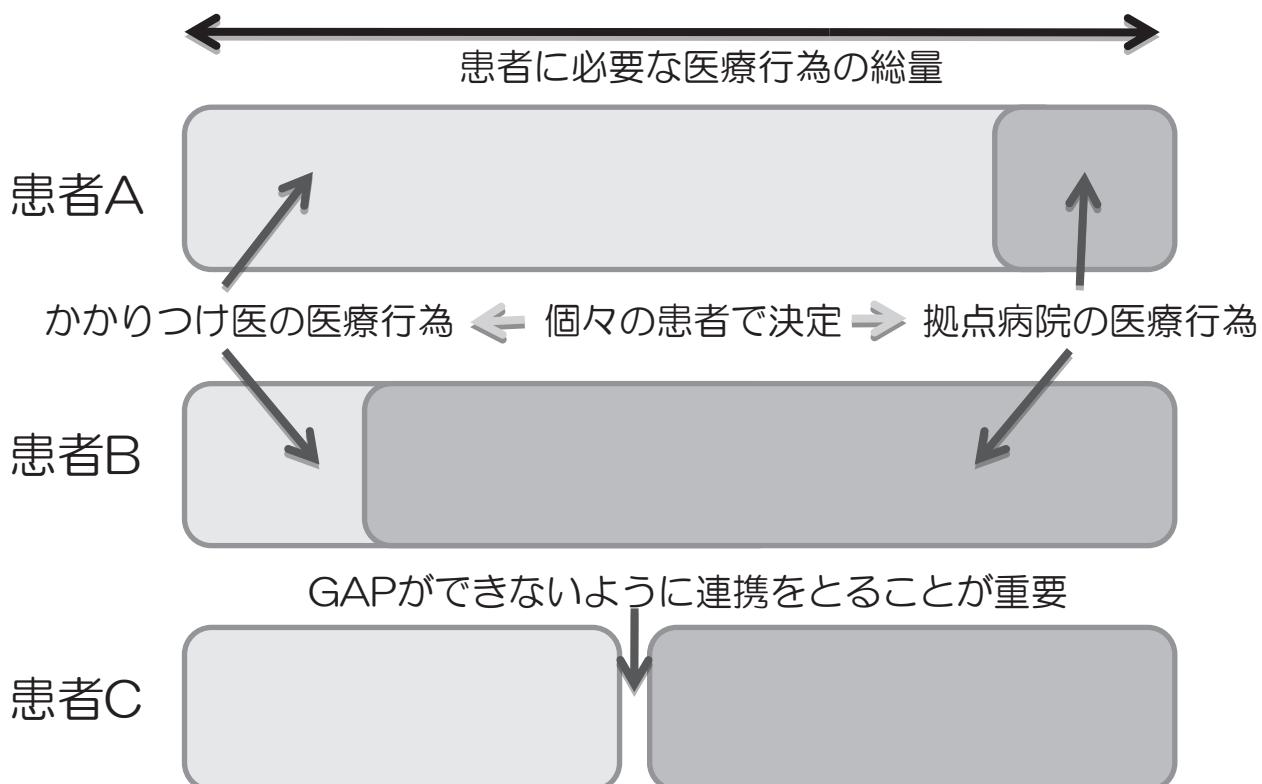
1. 入院時にがん診療拠点病院主治医から患者様に連携を前提として退院後の治療計画を説明する。
2. このとき患者様にかかりつけ医（多くは紹介医）を決めていただく。かかりつけ医にFAXで連絡する。
3. かかりつけ医のFAXの返信内容を確認して患者様に紹介状を記載した患者用経過観察手帳（もも肝R）を交付する。
4. かかりつけ医は手帳にフォローアップ状況を記載し、必要に応じて拠点病院に紹介する。

【バリアンス：バスからの逸脱】

経過中に患者様に著しい状況の変化を認め、バスによる治療継続が困難と判断された場合はバスによる治療連携は中止し、個別に適切な対応をすることとする。

【運用上のポイントと注意】

1. 拠点病院の強みとかかりつけ医の強みを生かしてがん患者様の診療を行っていく。
2. 個々患者に対応して役割分担を決定する。
3. かかりつけ医は現在行っている医療行為の範囲内でパスに参加可能である。対応できないことは拠点病院で行う。
4. 検査結果や異常発現時には紹介状・返事など原則として紙ベースでやりとりをする。
5. 緊急連絡時には拠点病院は即時対応する（勤務時間内は主治医、時間外は救急当直医など）
6. 進行・再発癌に対する化学療法、終末期患者に対するBSC (best supportive care) はこの連携に入れずに個別に対応する。
7. かかりつけ医で全ての医療行為が可能な場合でも1年に1回は拠点病院を受診していただく。
8. 3ヶ月に1度の画像検査は必須で異常所見が認められれば拠点病院に紹介、受診していただく。



【パスの円滑な運用】

- ・患者の協力が不可欠。
- ・かかりつけ医、拠点病院受診の際には患者用経過観察手帳（もも肝R）・検査結果のファイルを必ず持参することを説明する。
- ・患者用経過観察手帳（もも肝R）を有効に活用していく。

【連絡方法】

- ・原則として連絡は紙ベースで行う。
- ・パス導入前の連絡はFAXで行う。
- ・観察中予定通り経過している場合は、お互いの負担軽減のため紹介状は簡略化したものとする。（**診療報酬算定のためにには診療情報提供書の作成が必要です。**）
- ・患者用経過観察手帳『もも肝R』に連絡事項があれば記載する。
- ・検査結果があれば患者に渡し、次の受診のときに患者用経過観察手帳『もも肝R』と一緒に持参してもらう。
- ・予定外の受診のときは必ず紹介状を記載する。
 - ・急ぐ時は電話で主治医あるいは当直医へ
 - ・それ以外は主治医の外来へ…患者用パスに主治医の外来曜日が記載されています。予約は患者自身にしてもらうのがよいと思います。かかりつけ医様が予約される場合は地域医療連携室に連絡いただき、連携パス使用患者であることを告げて予約をとるようにお願いいたします。

連絡先は各々のマニュアルの最後のページに記載しております。

かかりつけ医療機関用 パス説明文書

【1】肝臓癌術後患者様の経過観察予定

経過観察期間は手術後5年間としています。

肝癌の再発を早期に発見することを目的にしています。

1年間の検査予定表（このサイクルを繰り返す）

術後月数（ヶ月）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
血液検査	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎
腫瘍マーカー	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎
腹部US,CT又はMRI	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎
上部内視鏡検査	年に1度は検査実施												

1ヶ月後は退院後の当院への初外来受診日になります。

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血、

腫瘍マーカーは(AFP、PIVKAIとAFP-L3(%)など)から必要な項目をお願いします。

3ヶ月ごとの画像検査は3種のうちの少なくとも1つ以上行う。

腫瘍マーカーの評価は必ず拠点病院にご連絡ください。

当院へは少なくとも3ヶ月に1度の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院（かかりつけ医）受診の目安

手術後	→
日時	2～4週毎に受診

ご不明な点などあれば連絡をお願い申し上げます。

病名告知：あり なし
進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先：

(病院代表)

肝がん地域連携パス 患者様用 同意書

肝がん術後地域連携パス

様

検査機関	術後月数 (ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
か・拠点	血液検査	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎
か・拠点	腫瘍マーカー	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎
か・拠点	腹部US,CT 又はMRI	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎	任意	◎
か・拠点	上部内視鏡 検査	年に1度は検査実施												

1ヶ月後は退院後の初外来受診日です。

診療連携拠点病院
病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術後	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
日時	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
手術後	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	
日時	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
	2~4週毎に受診	1~2ヶ月ごとに受診

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

上記内容をご理解いただけましたらご署名をお願いいたします。

同意日 年 月 日

患者様名：

地域連携バス運用確認書

病院

先生侍史

患者名：

ID：

診断名：

肝臓癌

本人への告知：

あり・なし

手術日：

退院予定日：

治療方針：

経過観察のみ・化学療法

主治医：

連携について

できる・できない

連携する場合の貴院の協力可能範囲

1. 経過観察のみ
2. 化学療法 拠点病院指示レジメ
()
3. 検査 血液・生化学検査
(AST,ALT AFP PIVKA II AFP-L3(%))
腹部超音波検査
腹部CT検査
腹部MRI検査
上部消化管内視鏡検査

実施可能なものを丸で囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

術後の検査項目

腹部超音波検査

腹部CT または MR I

上記画像検査は3ヶ月毎に少なくとも1つ以上を
おこなうこと

上部内視鏡検査

年に1度は検査を実施すること

血液検査

一般検血：赤血球数・Hb・Ht・白血球数・血小板数

生化学：TP、Alb、T-Bil、AST(GOT)、ALT(GPT)、
LDH、 γ -GTP、UA、Cr、BUN、Na、K、
Cl、Ca、TCH、BSなど

腫瘍マーカー：AFP, PIVKA II, AFP-L3(%)

連絡先

肝臓癌術後連携パスについてご不明な点、ご意見などございましたら下記まで連絡ください。

拠点病院	担当者	電話番号
国立大学法人 岡山大学病院	消化器内科 肝胆脾外科 能祖一裕 八木孝仁	086-223-7151 (代表)
岡山済生会総合病院	内科 大澤俊哉	086-252-2211 (代表)
総合病院岡山赤十字病院	消化器外科 平井隆二	086-222-8811 (代表)
財団法人倉敷中央病院	消化器内科 守本洋一	086-422-0210 (代表)
財団法人津山慈風会 津山中央病院	内科 窪田淳一	0868-21-8111 (代表)
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	消化器科 山下晴弘	086-294-9911 (代表)
川崎医科大学附属病院	肝・胆 ・脾内科 是永匡紹	086-462-1111 (代表)

その他地域連携に関するお問い合わせ先

岡山県がん診療連携協議会 事務局
岡山大学病院医事課診療支援担当
TEL 086-235-7072 FAX 086-235-7613

連携パスに関する質問・変更連絡等
E-mail:info@okayama-ganshinryo.jp

※連携パスに関する最新情報は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.okayama-ganshinryo.jp/chiiki/>

地域連携バス実施要項

肺 癌

岡山県がん診療連携協議会

はじめに：医療機関各位

平素より肺がん診療にご協力いただき大変感謝しております。このたび地域の医療機関とがん診療拠点病院が連携して経過観察することで、肺がん手術後患者様の生活の質と治療の質向上を目指した地域連携パスを岡山県がん診療連携協議会で作成しました。連携パス施行のための実施マニュアルを作成しましたのでご一読下さい。

導入後は何かと問題点がでてくることと思いますが、改善を加えよりよい連携が構築できればと考えております。説明不足で解りづらいことや改善案などお気づきの点がございましたら、ご指摘・ご指導お願いいいたします。この地域連携パスがしっかりと根づくよう、これからもご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

岡山県がん診療連携協議会
肺がん連携パス作成グループ

手術後肺がん患者に対する地域連携診療

【目的】 地域の医療機関（かかりつけ医）と拠点病院とが連携して治療と経過観察を行っていくことで、がん患者様の治療の質と生活の質両方の向上をはかる。

【概略】 拠点病院で入院加療を行ったがん患者様の退院後の外来診療を地域の医療機関（原則的には紹介医）と連携して行う。

地域の医療機関：かかりつけ医として日常診療に対応
(実施可能な化学療法、検査は適宜実施)

拠点病院：化学療法、定期検査。

【対象患者】 原則として以下のすべてを満たす方。

- ・肺がんであることが告知されている。
- ・治癒切除術後で、術後補助化学療法を行わない非小細胞肺がんである。
- ・術後の永久病理検査で病理病期Ⅰ期（リンパ節転移がない）である。
- ・術後3カ月以上経過し、術後経過が良好である。
- ・直近の検査で異常がない。

【診療していただく時期】

術後3カ月以降を基本としています。

【実施手順】(施設により若干手順が異なる場合があります。)

1. 入院時に主治医から患者様に連携を前提として退院後の治療計画を説明する。地域連携パスによる診療の同意をいただく。
2. このとき患者様にかかりつけ医を決めていただく。かかりつけ医にFAXで確認連絡する。
3. 手術後Stageが決定したところでかかりつけ医のFAXの返信内容を確認して最新予定などの地域連携パスの作成を行う。初回診療日の確認（予約）をさせていただきます。予約が必要な場合は予約日をお知らせ下さい。
4. 初回診療時には患者様に以下のものを持参していただきます。
 - ・肺がん術後連携パス（医療者向け）。
 - ・診療情報提供書
 - ・その他の資料一式
5. かかりつけ医の先生の初回診療時と毎月診療時
スケジュールに従って、診療時には、可能な範囲での投薬および検査等をお願いいたします。
また、がん診療連携拠点病院診療予定前に医療者向けパスを参考に、可能な検査項目を実施していただければ幸いです。
その場合、当院での検査を省略します。胸部CTなどが貴院で撮れない場合は、近隣の病院で撮っていただくか、拠点病院の地域連携室を通して予約していただければ幸いです。
また、患者様には「肺がん術後連携パス」（患者用手帳）をお渡しし、自己チェックで気になることや日常の健康管理で気になることがあれば、かかりつけ医の先生に相談するよう伝えてありますので、宜しくお願ひいたします。
7. がん診療連携拠点病院を受診する前に
がん診療連携拠点病院定期受診前の診療時には、可能であれば診療情報提供書を記載していただき、患者様にお渡し下さい。

【バリアンス：バスからの逸脱】

再発を確認したとき、他の病気で亡くなられたとき、転勤など患者の都合で通院できなくなったときはバリアンスとしてバスは中止し、個別に対応することにする。

バリアンスと対処法

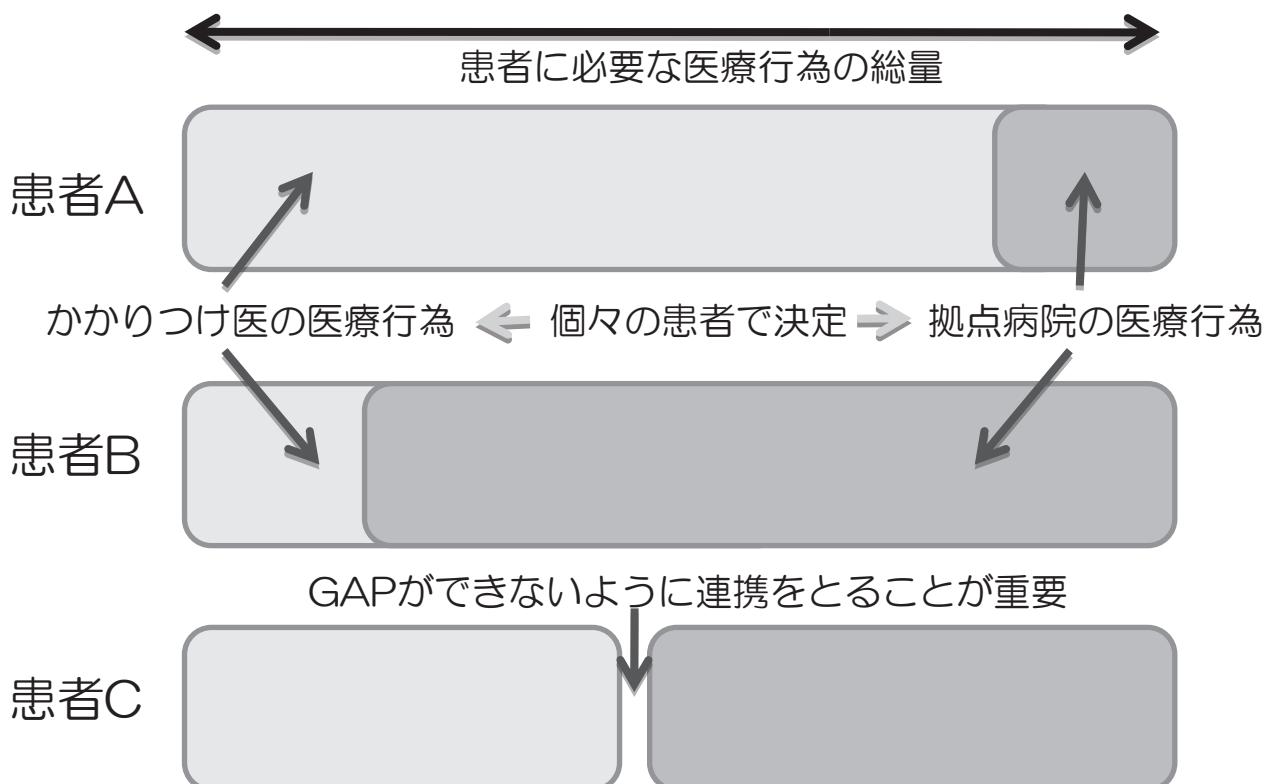
バリアンス	症状・所見など	対処法
術後の経過異常	呼吸困難、著明な咳嗽、血痰など	救急外来受診
	気胸・胸水の増加	症状が落ち着いていれば、当院呼吸器外科の直近の外来を受診
		症状があるときは当院呼吸器外科あるいは救急外来を受診
再発が疑われるとき	症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われるとき	2週間を目途に当院呼吸器外科(内科)を受診
	症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われるとき	電話連絡の後、当院呼吸器外科(内科)あるいは救急外来受診

【その他】

- ・5年目以降のかかりつけ医の先生の診療は必要時にお願いします。
- ・がん診療連携拠点病院での定期受診は5年目までとします。
- ・定期受診日以外でも必要があればがん診療連携拠点病院の受診を患者様に勧めて下さい。

【運用上のポイントと注意】

1. 抱点病院の強みとかかりつけ医の強みを生かしてがん患者様の診療を行っていく。
2. 個々患者に対応して役割分担を決定する。
3. かかりつけ医は現在行っている医療行為の範囲内でパスに参加可能である。対応できないことは抱点病院で行う。
4. 検査結果や異常発現時には紹介状・返事など紙ベースでやりとりをする。
5. 緊急連絡時には即時対応する（勤務時間内には主治医、時間外は救急当直医）
6. 進行・再発癌に対する化学療法、終末期患者に対するBSC (best supportive care) はこの連携に入れずに個別に対応する。
7. かかりつけ医で全ての医療行為が可能な場合でも1年に1回は抱点病院を受診していただく。



【パスの円滑な運用】

- ・患者の協力が不可欠。
- ・かかりつけ医、拠点病院受診の際には患者用経過観察手帳・患者用パス・検査結果のファイルを必ず持参することを患者に徹底させる。
- ・患者用経過観察手帳をうまく活用していく。

【連絡方法】

- ・原則として連絡は紙ベースで行う。
- ・パス導入前の連絡はFAXで行う。
- ・観察中予定通り経過している場合は、お互いの負担軽減のため紹介状は簡略化したものとする。(診療報酬算定のためには診療情報提供書の作成が必要です。)
- ・患者用経過観察手帳『私の診療手帳』に連絡事項があれば記載する。
- ・検査結果があれば患者に渡し、次の受診のときに患者用経過観察手帳『私の診療手帳』と一緒に持参してもらう。
- ・予定外の受診のときは必ず紹介状を記載する。
 - ・急ぐ時は電話で主治医あるいは当直医へ
 - ・それ以外は主治医の外来へ…患者用パスに主治医の外来曜日が記載されています。予約は患者自身にしてもらうのがよいと思います。かかりつけ医様が予約される場合は地域医療連携室に連絡いただき、連携パス使用患者であることを告げて予約をとるようにお願ひいたします。

連絡先は各々のマニュアルの最後のページに記載しております。

かかりつけ医用 パス説明文書

【1】Ⅰ期 肺がん術後患者様の経過観察予定 経過観察期間は手術後5年間といたします。

5年間の検査予定表 太字の月は拠点病院受診予定月です。

術後月数(ヶ月)	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
自覚症状・診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部XP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部CT		○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
その他画像				△				△		△		△		△

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は一般生化学、検血

CBC, Alb, T-bil, ALP, LDH, GOT, GPT, BUN, Cr, CRP,
Na, K, Cl, Ca (最低必要項目)、

腫瘍マーカー(CEAとCYFRA (術前高値症例で必須) など)

当院へは2年間は半年毎、その後は1年毎の受診を予定していますが、
貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

画像上、再発あるいは新規病変を認めた場合は直ちに拠点病院に
ご連絡、受診を進めて下さい。

貴院受診の目安

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~3ヶ月ごとに受診

ご不明な点などあれば連絡をお願い申し上げます。

病名告知 : あり なし
進行度告知 : あり なし

拠点病院名 :

主治医 :

緊急時連絡先 : (病院代表)

肺がん術後連携パス 患者様用

1

Stage I

様

検査機関	術後月数 (ヶ月)	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
か・拠病	自覚症状・ 診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	腫瘍マー カー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	胸部XP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	胸部CT		○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
か・拠病	その他画像				△				△		△		△		△

診療連携拠点病院
病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術後	6ヶ月後	1年後	1.5年後	2年後	3年後	4年後	5年後
日時	年 月						

かかりつけ医受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~3ヶ月ごとに受診

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

上記内容をご理解いただけましたらご署名をお願いいたします。

同意日：平成 年 月 日

患者様名：

地域連携パス適用の依頼 ならびに調査票

病院

先生侍史

患者名：

ID：

診断名：肺がん

本人への告知：あり・なし

手術日：退院予定日：

治療方針：経過観察のみ・化学療法

主治医：

地域連携パスによる治療連携の可否

可 • **否**

可の場合、貴院にて実施可能な診療

1. 経過観察のみ
2. 化学療法 拠点病院指定レジメン
()
3. 検査 血液・生化学検査、
 腫瘍マーカー検査(CEA, CYFRAなど)
 胸部レントゲン
 胸部CT検査
 その他画像検査

実施可能なものをおで囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

術後の検査項目

胸部レントゲン(胸部CTでも可)

胸部CT

胸部PET (再発などが強く疑われ、他の検査で不明の時等)

血液検査

一般検血：赤血球数・Hb・Ht・白血球数・血小板数

生化学：Alb, T-bil, ALP, LDH, GOT, GPT, BUN, Cr,
CRP, Na, K, Cl, Ca (最低必要項目)、

腫瘍マーカー

CEA、CYFRA (術前高値症例で必須) など

連絡先

肺がん術後連携パスについてご不明な点、ご意見などございましたら下記まで連絡ください。

拠点病院	担当者	電話番号
国立大学法人 岡山大学病院	呼吸器内科 呼吸器外科	木浦勝行 豊岡伸一
岡山済生会総合病院	外科	片岡正文
総合病院岡山赤十字病院	呼吸器外科	森山重治
財団法人倉敷中央病院	呼吸器外科 呼吸器内科	奥村典仁 吉岡弘鎮
財団法人津山慈風会 津山中央病院	内科 外科	徳田佳之 林 同輔
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	呼吸器外科	安藤陽夫
川崎医科大学附属病院	呼吸器外科	中田昌男 平見有二

その他地域連携に関するお問い合わせ先

岡山県がん診療連携協議会 事務局
岡山大学病院医事課診療支援担当
TEL 086-235-7072 FAX 086-235-7613

連携パスに関する質問・変更連絡等
E-mail:info@okayama-ganshinryo.jp

※連携パスに関する最新情報は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.okayama-ganshinryo.jp/chiiki/>

地域連携バス実施要項

乳　癌

岡山県がん診療連携協議会

はじめに：医療機関各位

平素より乳がん診療にご協力いただき大変感謝しております。このたび地域の医療機関とがん診療拠点病院が連携して経過観察することで、乳がん手術後患者様の生活の質と治療の質向上を目指した地域連携パスを岡山県がん診療連携協議会で作成しました。連携パス施行のための実施マニュアルを作成しましたのでご一読下さい。

導入後は何かと問題点がでてくることと思いますが、改善を加えよりよいシステムを構築できればと考えております。説明不足で解りづらいことや改善案などお気づきの点がございましたら、ご指摘・ご指導お願ひいたします。この地域連携パスがしっかりと根づくよう、これからもご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

岡山県がん診療連携協議会
乳がん連携パス作成グループ

手術後乳癌患者に対する地域連携診療

【目的】 地域の医療機関（かかりつけ医）と拠点病院とが連携して治療と経過観察を行っていくことで、がん患者様の治療の質と生活の質両方の向上をはかる。

【概略】 拠点病院で入院加療を行ったがん患者様の退院後の外来診療を地域の医療機関（原則的には紹介医）と連携して行う。

地域の医療機関：かかりつけ医として日常診療に対応
(実施可能な化学療法、検査は適宜実施)

拠点病院：化学療法、定期検査。

【対象患者】 乳癌手術後の患者で拠点病院の医師が連携パスによる診療が適当と判断した症例。

【実施手順】

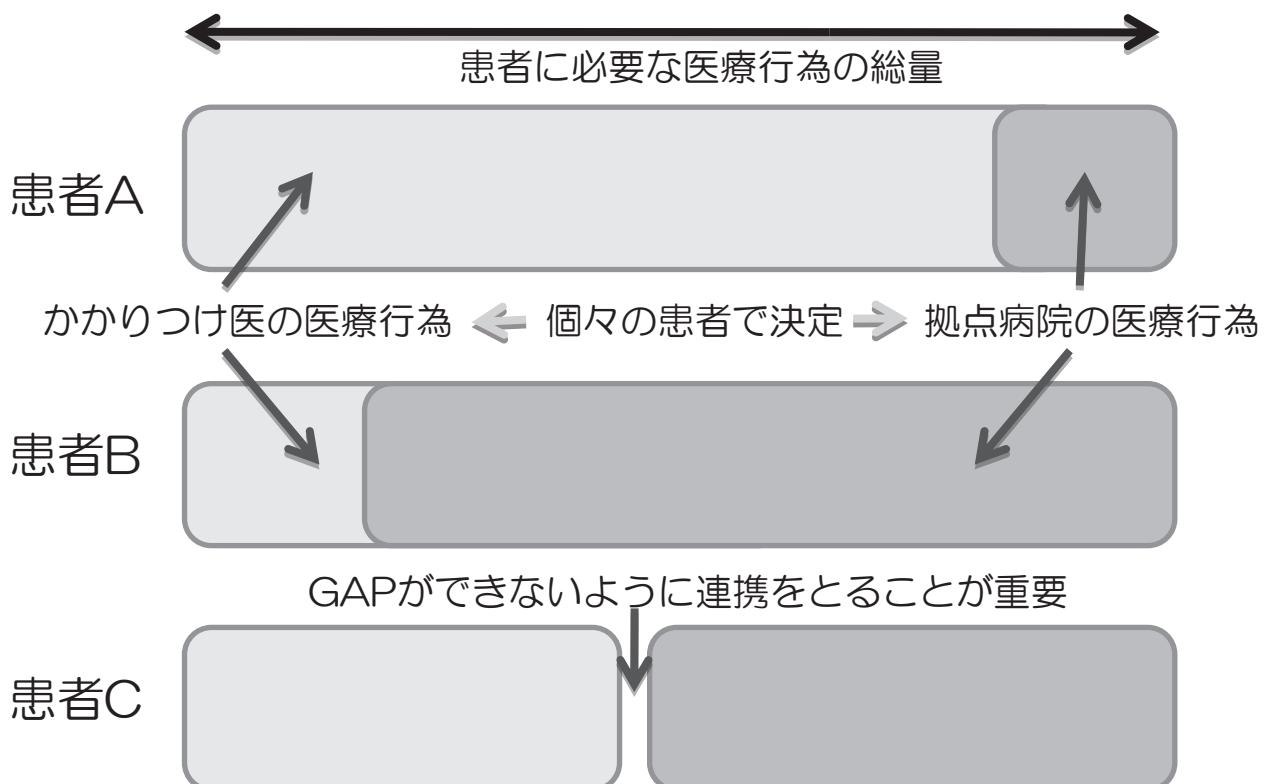
1. 入院時に主治医から患者様に連携を前提として退院後の治療計画を説明する。
2. このとき患者様にかかりつけ医を決めていただく。
かかりつけ医にFAXで連絡する。
3. 手術後Stageが決定したところでかかりつけ医のFAXの返信内容を確認して地域連携パスの作成を行う。
4. かかりつけ医に紹介状と連携パスを送付する。

【バリアンス：パスからの逸脱】

経過中に患者様に著しい状況の変化を認め、パスによる治療継続が困難と判断された場合はパスによる治療連携は中止し、個別に適切な対応をすることとする。

【運用上のポイントと注意】

1. 拠点病院の強みとかかりつけ医の強みを生かしてがん患者様の診療を行っていく。
2. 個々患者に対応して役割分担を決定する。
3. かかりつけ医は現在行っている医療行為の範囲内でパスに参加可能である。対応できないことは拠点病院で行う。
4. 検査結果や異常発現時には紹介状・返事など紙ベースでやりとりをする。
5. 緊急連絡時には即時対応する（勤務時間内には主治医、時間外は外科救急当直医）
6. 進行・再発癌に対する化学療法、終末期患者に対するBSC (best supportive care) はこの連携に入れずに個別に対応する。
7. かかりつけ医で全ての医療行為が可能な場合でも1年に1回は拠点病院を受診していただく。



【パスの円滑な運用】

- ・患者の協力が不可欠。
- ・かかりつけ医、拠点病院受診の際には患者用経過観察手帳・患者用パス・検査結果のファイルを必ず持参することを患者に徹底させる。
- ・患者用経過観察手帳をうまく活用していく。

【連絡方法】

- ・原則として連絡は紙ベースで行う。
- ・パス導入前の連絡はFAXで行う。
- ・観察中予定通り経過している場合は、お互いの負担軽減のため紹介状は簡略化したものとする。(診療報酬算定のためにには診療情報提供書の作成が必要です。)
- ・患者用経過観察手帳『私のカルテ』に連絡事項があれば記載する。
- ・検査結果があれば患者に渡し、次の受診のときに患者用経過観察手帳『私のカルテ』と一緒に持参してもらう。
- ・予定外の受診のときは必ず紹介状を記載する。
 - ・急ぐ時は電話で主治医あるいは当直医へ
 - ・それ以外は主治医の外来へ…患者用パスに主治医の外来曜日が記載されています。予約は患者自身にしてもらうのがよいと思います。かかりつけ医様が予約される場合は地域医療連携室に連絡いただき、連携パス使用患者であることを告げて予約をとるようにお願いいたします。

連絡先は各々のマニュアルの最後のページに記載しております。

かかりつけ医用 パス説明文書

【1】乳癌術後患者様の経過観察予定

経過観察期間は手術後5年間としています。

5年間の検査予定表

術後月数（ヶ月）	退院まで	6	12	24	36	48	60
問診	○	○	○	○	○	○	○
視触診	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○
胸部XP	○		○	○	○	○	○
マンモグラフィー	○		○	○	○	○	○
骨シンチ	○		○	○	○	○	○
腹部US	○		○	○	○	○	○
CT（その他画像検査）	○		○	○	○	○	○

貴院で可能な検査は施行お願いします。

血液検査は血液一般、生化学、腫瘍マーカー(CEA、CA15-3、など)でお願いします。

拠点病院へは1年間は半年毎、その後は1年毎の受診を予定していますが、貴院への受診・検査施行状況に応じて変更します。

貴院受診の目安

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

ご不明な点などあれば連絡をお願い申し上げます。

病名告知：あり なし
進行度告知：あり なし

拠点病院名：

主治医：

緊急時連絡先： (病院代表)

乳がん術後連携パス 患者様用

1

乳癌術後共通

様

検査機関	術後月数（ヶ月）	退院まで	6	12	24	36	48	60
か・拠点	問診	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	視触診	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	血液検査	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○
か・拠点	胸部XP	○		○	○	○	○	○
か・拠点	マンモグラフィー	○		○	○	○	○	○
か・拠点	骨シンチ	○		○	○	○	○	○
か・拠点	腹部US	○		○	○	○	○	○
か・拠点	CT（その他画像検査）	○		○	○	○	○	○

診療連携拠点病院

病院受診

主治医：

外来： 曜日

連絡先：

手術後	1ヶ月後	6ヶ月後	1年後	1.5年後	2年後	3年後	4年後	5年後
日時	年 月							

かかりつけ医療機関受診

病院・診療所名：

連絡先：

手術後	→ 1年後	→ 5年後
日時	2~4週毎に受診	1~6ヶ月ごとに受診

検査は忘れずに受けてください。

気になることがあればいつでもご相談下さい。

上記内容をご理解いただけましたらご署名をお願いいたします。

同意日 年 月 日

患者様名：

地域連携パス適用の依頼 ならびに調査票

病院

先生侍史

患者名： ID：

診断名： 乳がん

本人への告知： あり・なし

手術日： 退院予定日：

治療方針： 経過観察のみ・ホルモン療法

主治医：

地域連携パスによる治療連携の可否

可　・　否

可の場合、貴院にて実施可能な診療

1. 経過観察のみ
2. ホルモン療法 TAM (タモキシフェン)
AI (アロマターゼ阻害剤)
3. 検査 血液検査 (血液一般、生化学)
腫瘍マーカー (CEA, CA15-3, など)
胸部レントゲン
マンモグラフィー
骨シンチ
腹部超音波検査
CT検査 その他画像検査など

実施可能なものをおで囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

術後の検査項目

胸部レントゲン(胸部CTでも可)

腹部超音波検査（腹部CTでも可）

マンモグラフィー

骨シンチ

CT 等

血液検査

一般検血：赤血球数・Hb・Ht・白血球数・血小板数

生化学：TP、Alb、T-Bil、AST(GOT)、ALT(GPT)、
LDH、γ-GTP、UA、Cr、BUN、Na、K、
Cl、Ca、TCH、BSなど

腫瘍マーカー：CEA、CA15-3、など

連絡先

乳癌術後連携パスについてご不明な点、ご意見などございましたら下記まで連絡ください。

拠点病院	担当者	電話番号
国立大学法人 岡山大学病院	乳腺内分泌外科 土井原博義	086-223-7151（代表）
岡山済生会総合病院	外科 木村秀幸 西山宣孝	086-252-2211（代表）
総合病院岡山赤十字病院	乳腺内分泌外科 心臓血管外科 辻 尚志	086-222-8811（代表）
財団法人倉敷中央病院	外科 今井史郎 山口和盛	086-422-0210（代表）
財団法人津山慈風会 津山中央病院	外科 林 同輔 渡邊めぐみ	0868-21-8111（代表）
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	外科 臼井由行 秋山一郎	086-294-9911（代表）
川崎医科大学附属病院	乳腺甲状腺外科 椎木茂雄	086-462-1111（代表）

その他地域連携に関するお問い合わせ先

岡山県がん診療連携協議会 事務局
岡山大学病院医事課診療支援担当
TEL 086-235-7072 FAX 086-235-7613

連携パスに関する質問・変更連絡等
E-mail:info@okayama-ganshinryo.jp

※連携パスに関する最新情報は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.okayama-ganshinryo.jp/chiiki/>

運用手順

(共通様式)

患者同意書

連携パス適用通知書

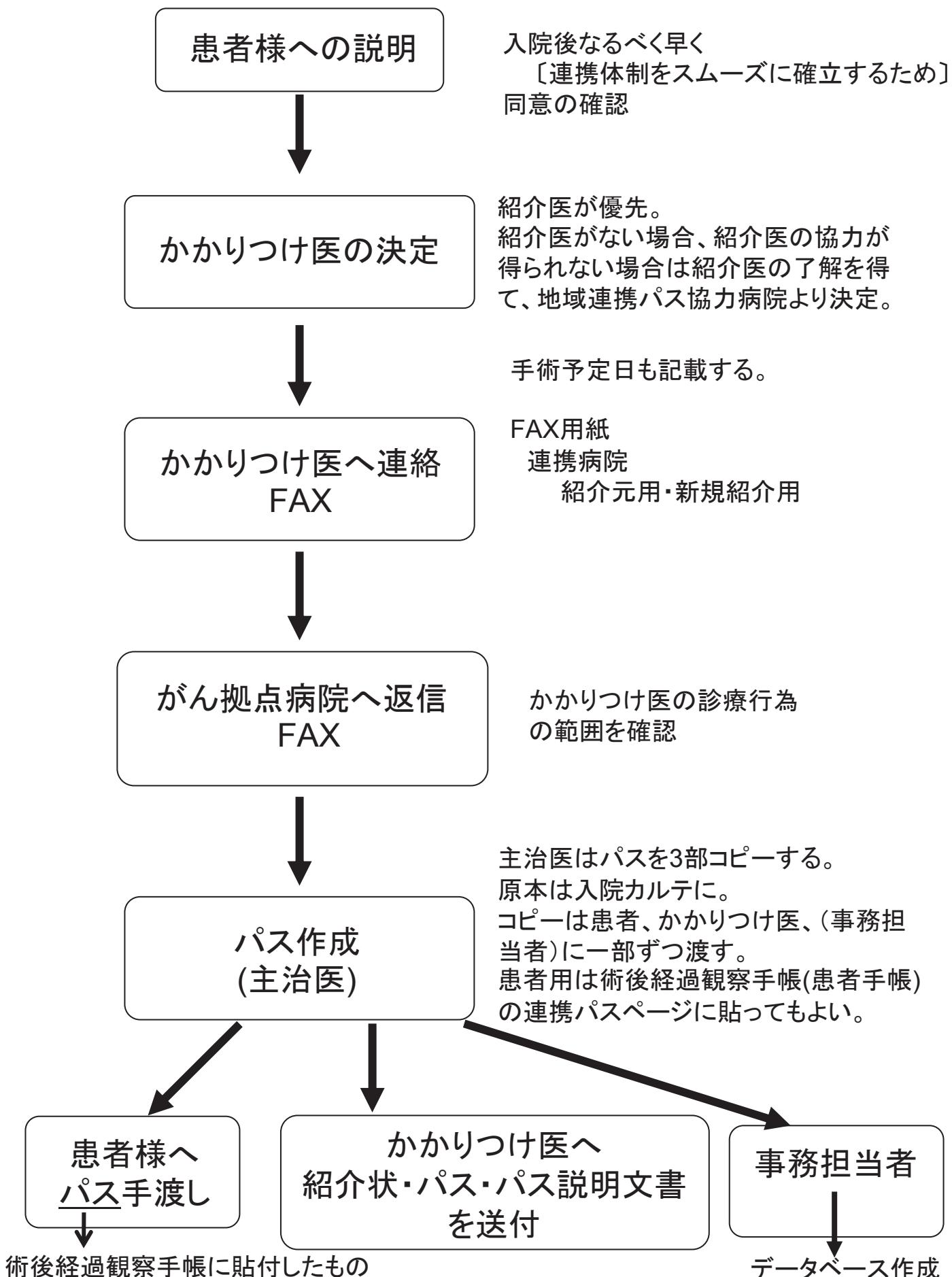
(疾患別書式)

地域連携パス適用の依頼

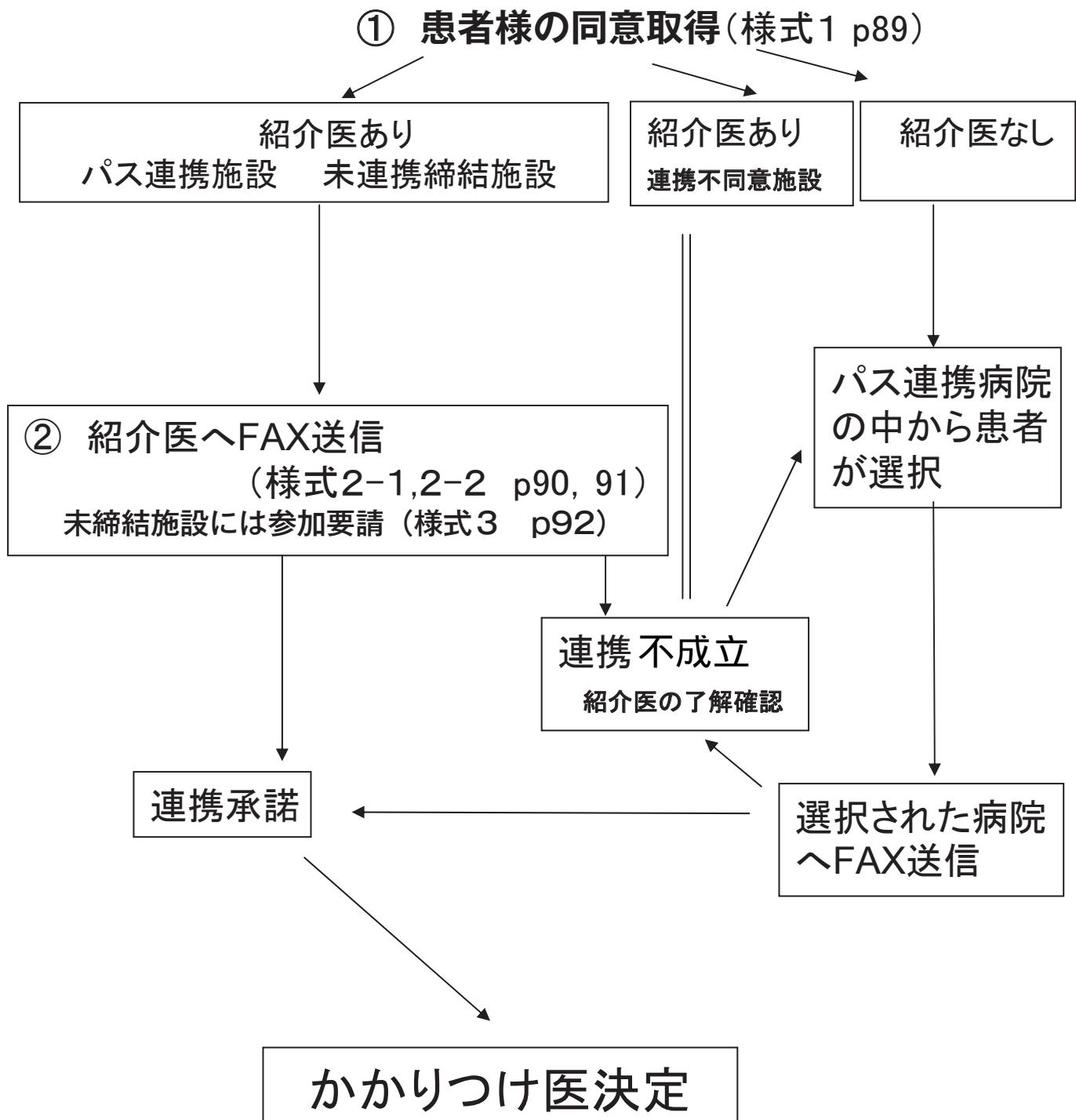
ならびに調査票

各疾患の中にはあります。

地域連携パス運用手順



かかりつけ医の決定手順



未連携締結施設へは入院後できるだけ早期にFAXとともにマニュアルなどの書類を送付する(様式3 p92)。

_____を予定されている患者様およびご家族の皆様へ

退院後の診療と地域連携クリニカルパスについて

岡山県がん診療連携拠点病院では、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「診療計画書(クリニカルパス)」を活用しています。「診療計画書(クリニカルパス)」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ます(チーム医療)。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に表わしています。

1. 私たちは、地域連携診療計画書(地域連携クリニカルパス)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。「地域連携クリニカルパス」では、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」「診療手帳」(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(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週間から1ヶ月に1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. 「地域連携診療計画書(地域連携クリニカルパス)」に期待されること

「地域連携診療計画書(地域連携クリニカルパス)」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。

4. 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. 地域連携診療のために有害事項や保険外のご負担はありません。

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

様式 1

病院 院長殿

このたび、地域連携クリニカルパ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。

- 1. 地域連携クリニカルパスの目的
- 2. 地域連携クリニカルパスの方法
- 3. 地域連携クリニカル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. その他 有害事項、費用の負担はないこと
- 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。地域連携クリニカル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(自署)

患者代理人

続柄

私は、地域連携クリニカル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
診療科:

医師名(自署)

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者

地域連携パス適用確認連絡

病院
先生 侍史

FAX:
TEL:

_____ 様をご紹介いただきありがとうございました。

また、貴院におかれましては地域連携パスによる共同診療への参加承諾をいただいており感謝しております。

患者様に対して地域連携パスについて説明させていただきましたところ同意が得られましたので、術後パスを適用し、経過観察・治療を貴院とともに協力しておこないたいと考えます。

お手数をおかけいたしますが、貴院で連携していただくことが可能か否か。また、可能であれば貴院にて実施可能な診療行為について次の用紙に丸印をつけていただき、FAXにて返信をいただきまようお願い致します。

地域連携パス策定拠点病院

病院名

診療科

主治医名

連絡先

地域連携パス適用の依頼 ならびに調査票（肺癌例）

様式 2-2

病院

先生侍史

患者名：

ID：

診断名：

肺がん

本人への告知：

あり・なし

手術日：

退院予定日：

治療方針：

経過観察のみ・化学療法

主治医：

地域連携パスによる治療連携の可否

可　・　否

可の場合、貴院にて実施可能な診療

1. 経過観察のみ
2. 化学療法 拠点病院指定レジメン
()
3. 検査 血液・生化学検査、
 腫瘍マーカー検査 (CEA, CYFRA)
 胸部レントゲン
 胸部CT検査
 その他画像検査

実施可能なものをおで囲んで下記 FAX まで返送して下さい。

FAX:

診療連携拠点病院

病院名：

地域連携パスによる連携参加の ご依頼

病院
先生侍史

平素からなにかとご高配賜り、深謝申し上げます。

岡山県がん診療連携拠点病院に指定されています
当院では 5 大癌(胃、大腸、肝、肺、乳)に対して岡山県
内統一版の地域連携パスを用いて、病診連携の推進を
おこなっております。

貴院では連携施設としての厚生局への届け出がなさ
れていないと思います。もし可能であれば今後このような
症例に対しての連携を進めるために届け出をしていただ
ければ幸甚です。(別便にて書類等一式を送らせていた
だきます。)

不明な点がございましたら岡山県がん診療連携協議会
(岡山大学病院内 : 086-235-7072) の方にお問い合わせ
いただければ幸甚です。

年 月 日

診療連携拠点病院
病院名 :

地域連携室

Q & A

これは倉敷中央病院が説明会を開催したときの
資料です。参考までにご覧下さい。

パス説明会アンケートのQ&A

2008年に倉敷中央病院で行った連携パス説明会の際にでた質問と回答をまとめたものを参考に掲載しました。

質問	回答
絶大な信頼関係にある手術医の方より開業医に進行癌患者様がスムーズに移行していくのでしょうか。	今回のパスは患者様を手術した当院とかかりつけ医の両方で診ていくことを前提にしております。移行ではなく、お互いに協力して遗漏なく患者様のケアができるように意思の疎通を図るのが重要と考えています。
早期発見の場合は何ら問題はないと思います。(紙ベースでOK)問題は進行癌のケースで術後の再発の不安に開業医の能力が患者様に満足して頂けるかどうかの点です。私の提案としましては退院が決定し、何週間前に開業医を病院へ呼んでいただき、患者様の前でいろいろ私達を教育してもらいたい。患者様が不安なく、了解の得られた場合にかかりつけ医としてお受けしたいと思います。開業医が病院を訪問する場合夜になると思いますが、進行癌の場合は紙ベースのみでは第三者(病院、開業医、患者)とも真に理解しあえないのではないかでしょうか。	どのような進行度の患者様であれ基本的にかかりつけ医の先生にすべて押しつけることは絶対にしないようにします。困ったことや不明な点があれば当院の主治医または地域連携パスの係をしている河本に連絡していただければ結構です。顔の見える関係は大事だと思っています。当該患者様の入院中に当院へ来ていただけるようでしたら対応できるようにします。実際順調に経過すると入院から退院まで2週間以内と短いので、入院後早期にかかりつけ医(紹介)の先生に手術日の連絡をするようにいたします。かかりつけ医さんの当院電子カルテの閲覧・利用は現時点ではセキュリティーの問題から実現不能です。しばらくは紙ベースで、ある程度急ぐ場合は電話またはFAXでの対応となります。
運用状態の定期的な報告。	1年に2回は地域連携パス運用状況の報告会を開催し、諸先生の話を伺いより良いものに改良していきたいと考えています。
途中アクシデントによる中断、他院入院の際の対応について。	途中で来院されなくなった場合は当院へ連絡をお願いします。他の病気で別の病院へ入院された場合も連絡をお願いします。逆に当院に来院されなくなった場合、他の病気で当院あるいは別の病院へ入院されたことがわかった場合はかかりつけ医の先生に連絡させていただきます。
一般生化学の内容を決めさせていただきたい。(GOT,GPT,γ GTP,Bun,Cr,UA,Na,K,Cl他)	検査内容を決めてほしいとの意見は多くありました。最低必要な血液検査は別紙のように決めさせていただきます。
再発を疑わせる症状や所見がはっきりしない時の具体的な連絡方法(確実に伝わる方法があれば大変ありがたい)電話連絡といつても、倉中の先生方はお忙しいと思われますので、実際には困難な情況があるのではないかと思われます。	急ぐ時には主治医への電話連絡をまず第一にお願いいたします。手術中などで対応できない場合は先生のお名前を伺い、折り返し主治医或いは当直医が連絡させていただきます。それ以外のときは主治医あてにFAXで連絡をいただくか、紹介状を書いていただき直接患者様に紹介状を持って当院を受診してもらってください。
地域連携パスが、脳外・外科…と多くなってきますと、地域連携室の方も大変だと思われます。地域連携係に電話した時、「地域連携パス外科受診係へ」などすぐに通じることができればと思います。	ご意見参考になります。現在のスタッフの数では科によって係を変えるのは難しいので将来の課題とさせていただきます。

質問	回答
医師ではないのでアンケートには答えられませんが、もし、パスが始まつたら、紹介方法はどのようになるのでしょうか。今までどおりMSW経由なのでしょうか。Dr To Drなのでしょうか。	紹介受診自体は今まで通りで結構です。連携パスは手術終了後の退院から始まると考えてください。
癌患者様には全例告知をお願いしたいとおもいますが…。	原則パス利用患者には病名告知の方針です。
他のがんについても、パスを作ったほうが良いと思います。	まず胃癌、大腸癌で運用を開始しますが、おって他の癌にも適用を広げていくつもりです。
脳卒中パスのサーバーを利用できればと考えます。	電算科と相談して利用できるかを検討します。
互いの顔の見える関係の構築が必要と考えます。	ご意見通りで、良いコミュニケーション作りが最も重要と考えます。定期的な意見交換会の開催と可能なら日常的な診療での交流ができればと考えております。
今回は医師が中心に集まり検討されていますが、運用が決まってきたら、薬物療法に関わりの深い薬剤師も集まり、細かい連携サポートが検討されると良いと思います。	現在当院では薬剤師も服薬指導で直接患者にかかるわってもらっています。かかりつけ医でも可能なら薬剤師のかかわりを続けていただきたいと思います。その意味では定期的な交流会に薬剤師も参加していただければ幸いです。
胃癌術後経過策は、Excelファイル等でいただけますか？	ファイルでお渡しすることは可能です。
当該パスの先行事例(実践HP)の発表運用開始後の評価をお聞きしたいです。	前にも記載しましたが定期的な交流会を開催し検討したいと思います。ホームページに載せることはまだ考えておりませんが、ある程度まとまったものができれば掲載したいと思っています。
1年に1度位倉敷中央病院での診察があれば、患者様も安心すると思われます。(患者希望時)当院でのフォローであれば、その時データもつけさせていただきます。	一緒に患者様の経過を見ていくパスですので最低でも1年に1回は当院で様子を見させていただきます。
患者様用にお渡しする経過観察予定表をイラスト等入れて、長期間持ち続けられるものが良いかもしません。	マイカルテとなるような小冊子を作成して配布します。

質問	回答
倉敷中央病院での定期検査はどれだけ行うのか ハッキリしたほうが良いかと存じます。	一律に当院での定期検査項目を決めてしまうとパスに参加できない医療機関が出てくるものと考えます。できるだけ多くの医療機関にパスに参加していただけるように作成しています。パスの運用を始める時にFAXでかかりつけ医に連絡し、その病院・医院でできる範囲を回答いただき、個々の患者様についてはそれぞれの病院で行う検査項目をはっきりさせて運用します。
院内の体制が不十分かと。	体制作りというと大げさになりますが、重要なのは当院とかかりつけ医の間で情報が正しく伝わることとおもいます。連絡方法がはっきり分かるように運用手順をお示しできるようにします。
個々に質問があると思われるが、後日まとめて欲しい。	今回Q&Aとしてまとめさせていただきました。
医師用パス説明書には病名告知の欄に“なし”がありますが、その際には患者用の説明書は「抗癌剤」と入っていないものになるのでしょうか。その場合、かかりつけ医の方に抗がん剤をどのように説明してあるか伝えていただく為に、それを記載する欄があるとよいと思います。	できるだけ告知をする方針です。告知できない場合は患者本人に対する説明内容を、抗がん剤をどのように説明しているかを含め、紹介状に記載させていただきます。
役割分担をある程度示さなければ、患者が迷うでは？連携先で治療を進めていくことを推進して欲しい。	患者様ごとに当院とかかりつけ医の役割分担を決めて説明し、パス運用時には患者様が迷うことのないように努力します。役割分担はあまり厳密に考えず、かかりつけ医受診時に対応できないときは当院へ連絡、紹介していただければよいと思います。
具体的な役割分担の例をあげて欲しい。	
かかりつけ医	診療内容の例
日常診療のみ	症状がなくても患者様に定期的に受診していただき日常的な患者様の状態を把握するようにしてください。また「かぜをひいた。便秘している。少し食欲がない。」などの訴えで受診された時の初期対応をお願いします。診察して対応不能と判断された時は当院への受診を指示してください。
日常診療+抗がん剤処方	補助化学療法投与スケジュールに沿って処方をお願いします。有害事象発生し減量中止が必要で対応できないと判断された場合は当院への受診を指示してください。
日常診療+抗がん剤処方+再発の確認	再発が確認された時には新たに治療方針を立てる必要があります。必ず当院へ連絡をお願いいたします。

質問	回答
検査の役割分担	
検査項目	血液検査、単純レントゲン検査、腹部超音波検査、CT検査、内視鏡検査
かかりつけ医で行う検査	上記のうち可能なもの
倉敷中央病院で行う検査	かかりつけ医で行わない検査すべて
血液検査の内容	検血:RBC,Hb,Ht,PLT,WBC 生化学:TP,Alb,T-Bil,D-Bil,CHE,AST,ALT,LDH, ALP,LAP,γ-GTP,UA,Cre,BUN,Na,K, Cl,Ca,総コレステロール 腫瘍マーカー:CEA,CA19-9
患者様の受診について	
患者様のかかりつけ医受診	患者様用のパスを参考に個々の患者様に応じて指示してあげてください。
患者様の倉敷中央病院受診	手術後の退院時に患者様用パスにチェックしてかかりつけ医と患者様の両方にお渡しします。すべての医療行為がかかりつけ医で対応可能な場合でも1年に1回当院受診していただく予定にしています。

連携パス(抜粋)

- 胃癌
 - 胃癌術後予定表(1～6ヶ月)
- 大腸癌
 - 大腸癌術後予定表(1～6ヶ月)
- 肝癌
 - 肝癌術後(1年目)
- 肺癌
 - I期肺がん術後(医療者用)(2年まで)
 - I期肺がん術後(患者用)(2年まで)
- 乳癌
 - 乳癌術後(共同診療計画書)(医療者用)
 - 乳癌術後(共同診療計画書)(患者用)

胃癌

胃がん術後予定表(1~6ヶ月)

		(術後)			かかりつけ医 と 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院
			1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月		
診察	問診	食欲 腹部症状 排便					
	体重		○	○	○		
検査	視触診	腹部理学所見 一般的な内科的診察					
	採血	血算・生化学 CEA・CA19-9	▲	▲	○		
検査	胸部レントゲンあるいはCT検査						
	腹部超音波あるいはCT検査						
	上部内視鏡検査						
投薬	一般薬		△	△	△		
	補助化学療法薬		▲	▲	▲		
自己 検診	体重						
	腹部の症状(はりや痛み)はないか						
	便通の異常はないか						
	吐き気・嘔吐はないか						
	全身倦怠感はないか						
	口内炎はないか						
	手足の皮膚や爪に異常はないか						



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう



○: 必須項目

△: 必要時に行います ▲: 補助化学療法施行時に実施

かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 と 拠点病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月

毎月受診	毎月受診	月 日

○	○	○
▲	▲	○

○
○

△	△	△
▲	▲	▲

○
○

△	△	△
▲	▲	▲

～メモ～

*あなたが手術を受けた日

平成 年 月 日



大腸癌

大腸がん術後予定表(1~6ヶ月)



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう

		かかりつけ医 と 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院
(術後)		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
		毎月受診	毎月受診	月 日
診察	問診	食欲 腹部症状 排便	○	○ ○
		体重		
	視触診	腹部理学所見 一般的な内科的診察 直腸指診(直腸癌)		
	採血	血算・生化学 CEA・CA19-9	▲ ▲	○ ○
	検査	胸部レントゲンあるいはCT検査 腹部超音波あるいはCT検査 大腸内視鏡検査		●
投薬	一般薬	△ △ △		
	補助化学療法薬	▲ ▲ ▲		
自己 検診	体重			
	腹部の症状(はりや痛み)はないか			
	便通の異常はないか			
	吐き気・嘔吐はないか			
	全身倦怠感はないか			
	口内炎はないか			
	手足の皮膚の異常はないか			



○:必須項目 ●:術前閉塞で口側大腸の観察ができないとき実施

△:必要時に行います ▲:補助化学療法施行時に実施

かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 または 拠点病院	かかりつけ医 と 拠点病院
4ヶ月	5ヶ月	6~7ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○ ○ ○		
	○ ○ ○	
		○ ○ ○
		△ △ △
▲ ▲ ▲		

～メモ～

*あなたが手術を受けた日

平成 年 月 日



肝癌

肝がん術後連携パス(1年目)

達成目標

- ※ 定期的な受診・検査ができる
- ※ 肝癌の再発を早期に発見できる

1年目ノ ミ	0ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
年月日	H / /	H / /	H / /	H / /	H / /	H / /	H / /
治療	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()	<input type="checkbox"/> 強ミノG (ml・週 回) <input type="checkbox"/> □ウルソ (mg/日) <input type="checkbox"/> □()
検査	梨血(血算・生化) <input type="checkbox"/> 肝癌マーカー <input type="checkbox"/> 画像:腹部エコー <input type="checkbox"/> 画像:腹部CT・MRI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果	胃カメラ <input type="checkbox"/>	口年に1度は胃カメラを施行		<input type="checkbox"/> 必要に応じて 施行	<input type="checkbox"/> 必要に応じて 施行	<input type="checkbox"/> 必要に応じて 施行	<input type="checkbox"/> 必要に応じて 施行
評価	AST / ALT <input type="checkbox"/> AFP(ng/ml) <input type="checkbox"/> PIVKAII(mAU/ml) <input type="checkbox"/> AFP-L3(%)						
メモ							

・ 3ヶ月ごとの画像検査(エコー、CT、MRI)は、少なくとも1つ以上行う

・ 肝癌マーカーの評価は、専門医療機関に連絡して下さい

肺がん

I期肺がん術後

病院地域連携パス①

医療者用

(患者氏名):	(生年月日):	(手術日):	(術式):						
(組織型/病期):	/p-stage (T NO MO)	(バス説明日):	(バス開始日):						
(かかりつけ病院):	(カルテ番号):	(担当医):	(連絡先):						
(拠点病院):	(カルテ番号):	(担当医):	(連絡先):						
目標: 画像上、再発または新規病変を認めない									
術後経過		3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	1年後	1年3ヶ月後	1年半後	1年9ヶ月後	2年後
診察日	予定日(年/月/日)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
	実施日(年/月/日)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
評価項目	自覚症状	食欲不振、体重減少	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
		頭痛、めまい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
		発熱、咳、痰	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
		息切れ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
		骨、関節の痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	診察	その他の中							
		貧血	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常
		体表リンパ節腫大	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常
		呼吸音	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常
	血液検査	その他の中							
CEA			正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		
CYFRA**			正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		
胸部レントゲン		正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	正常・異常・未実施	
胸部CT			正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		
画像検査	その他			正常・異常・未実施					
	メモ	異常項目の詳細 (異常を認めた内容)							
結果説明	施行日(年/月/日)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	
バリアンス の説明	再発・新規病変	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	遅発性術後合併症など	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
ご署名									

手術を施行した拠点病院を受診してください

肺がん

肺がん術後外来受診の流れ (

病院地域連携パス) ①

患者用

(患者氏名):	(生年月日):	(手術日):	(術式):
(かかりつけ病院):	(カルテ番号):	(担当医):	(連絡先):
(拠点病院):	(カルテ番号):	(担当医):	(連絡先):

目標：画像上、再発または新規病変を認めない

術後経過		3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	1年後	1年3ヶ月後	1年半後	1年9ヶ月後	2年後
診察日	予定日(年/月/日)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
	実施日(年/月/日)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
	自覚症状	食欲不振、体重減少 頭痛、めまい 発熱、咳、痰 息切れ 骨、関節の痛み その他の症状	無・有 無・有 無・有 無・有 無・有 無・有						
評価項目	診察	貧血 体表リンパ節腫大 呼吸音 その他の異常	正常・異常 正常・異常 正常・異常 正常・異常						
	血液検査	血算・生化		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施	
	腫瘍マーカー	CEA CYFRA		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施		正常・異常・未実施	
	画像検査	胸部レントゲン 胸部CT その他	正常・異常・未実施						
	メモ	異常項目の詳細 (異常を認めた内容)							
結果説明	年/月/日	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
	ご署名								

手術を実行した拠点病院を受診してください

乳癌

共同診療計画書(乳がん術後連携バス)

術式 乳切 温存 閉経前 閉経後 放射線治療 あり なし
 ホルモン剤 抗エストロゲン剤(TAM) アロマターゼ阻害剤(AI剤)

■薬剤変更日 年 月 日

項目	達成目標	(施設名) 退院～治療開始 /		(施設名) 6ヵ月後 /		(施設名) 1年後 /		(施設名) 2年後 /		(施設名) 3年後 /		(施設名) 4年後 /		(施設名) 5年後 /	
		日常診療		日常診療		日常診療		日常診療		日常診療		日常診療		日常診療	
連携・連絡	術後連携の説明 再発、副作用等発生時の連絡先確認	術後連携によるフォローアップ ホルモン療法の完遂 術後後遺症、副作用、再発の発見 再発、副作用等発生の場合、連絡 □患者様用バス説明													
投薬	処方 チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> ホルモン剤 () <input type="checkbox"/> 口服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 併用薬チェック
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活支援														
診察・検査	全般 身想	PS													
	T A M	更年期症状 帯下の変化 肝機能障害 子宮体癌検診(年1回)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
	A I 剤	関節痛 更年期症状 肝機能障害 骨密度測定(年1回)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
	視・触診	局所:腫瘍・硬結・発赤 リンパ節腫大 鎖骨上窓:リンパ節腫大 腋窓:リンパ節腫大 患側上肢:リンパ浮腫・炎症													
	検査	末梢血一般 生化学 腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他) マンモグラフィ 胸部レントゲン 腹部超音波検査 CT・その他画像 骨シンチ	6ヶ月毎 6ヶ月毎 6ヶ月毎												

担当施設名と通院間隔は施設間の協議によります。

乳癌

患者さま用共同診療計画表(乳がん術後)

○必須項目 ○印以外は必要時行うようになります。

診療内容		6ヶ月	1年	1年 6ヶ月	2年	2年 6ヶ月	3年	3年 6ヶ月	4年	4年 6ヶ月	5年
問診	痛み、発熱、上肢のむくみの有無、その他の症状を確認します。	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
視触診	患部側の乳房、肩関節の運動障害、対側の乳房視触診して合併症や再発の有無を確認します。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査（肝機能、腎機能、腫瘍マーカーをみます）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	マンモグラフィー		○		○		○		○		○
	胸部レントゲン (肺に異常な影がないかみます)		○		○		○		○		○
	腹部超音波検査（肝臓やその他の臓器に異常がないかみます）		○		○		○		○		○
	CTまたはその他の画像検査 (全身の転移の有無をみます)		○		○		○		○		○
	骨シンチ (骨の転移の有無をみます)		○		○		○		○		○
投薬	薬を処方します。										
	抗エストロゲン剤(TAM)										
説明	アロマターゼ阻害剤(AI剤)										
	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。										

岡山県がん診療連携協議会

岡山大学病院

岡山済生会総合病院

岡山赤十字病院

倉敷中央病院

津山中央病院

国立病院機構 岡山医療センター

川崎医科大学附属病院

岡山県がん診療連携協議会 2010年7月作成