

兵庫県がん診療連携協議会「がん地域連携パス」部会関連

項目	内容
平成27年度の活動報告	<p>パスの種類により、使用頻度に差があり、パスの適応条件や使いやすさ等に問題はあるが、拠点病院としては、継続的に使用していくことを原則とする。</p> <p>拠点病院44施設中、未使用の施設が准拠点病院を中心に17施設あるので、地域連携のツールのひとつとし、来年度には全ての施設で導入をお願いする。</p> <p>連携のうまくいっている施設、課題のある施設の発表会を実施し連携のノウハウを共有する。</p> <p>22年に兵庫県統一パスを導入して来年度で5年目になるので、5大がんのパスを見直す方向で検討したい。</p> <p>27年7月10日にがんパス部会委員、WG幹事WG委員と各施設事務担当者様にメールで意見を要請した。</p> <p>平成28年1月28日(木)15:00 - 16:30 がんの地域連携クリティカルパス部会開催 71名参加</p>
平成28年度の活動計画及び今後の検討課題等	<p>5大がんパスの見直しで、大幅な変更があれば7/1に近畿厚生局へ届け出る。</p> <p>5大がんのパスを修正し、新たな統一パスとして使用する。</p> <p>修正後の5大がんパスを兵庫県がん診療連携協議会のHPに掲載し周知を図る。</p> <p>大腸癌ESDパスを作成する。</p> <p>肺がんのイレッサとタルセバのパスを作成し、検討する。</p> <p>電子化については問題点を整理し解決方法を検討する。</p>

〔平成28年度 P D C A サイクル実施計画・管理表〕

平成28年 7月 1日 現在

部 会 名	実 施 予 定				実 施 管 理					
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	P 計画	D 実行	C 評価		A 改善	
							区分	内容	区分	内容
が ん 地 域 連 携 バ ス 部 会	5大がんのバスの修正と登録	兵庫県統一バスの利用を開始して昨年で5年が経過し、バスの問題点を見直してきた。今年度は、改正されたバスをHPに登録し、拠点病院に周知し、利用率の向上に努める。	1) 5大がんのバスを修正し、新たな統一バスとして使用する。 2) 修正後の5大がんバスを兵庫県がん診療連携協議会のHPに掲載し周知を図る。	H28年7月						
	バスの利用率の向上	バスの利用率は徐々に向上しているものの、いまだ十分とは言いがたい。特に県指定拠点病院や準拠点病院での使用率は低く利用率の向上が望まれる。	1) 27年度のバスの運用状況について調査を行う。 2) すべての拠点病院での運用を図る。 3) 利用率が上がらない施設での、問題点や取り組みについての報告会を開催する。	H29年3月						
	新規バスの作成	現在5大がんのバスのうち、大腸内視鏡治療のバス、および肺がんの術後補助療法のバスの要望があり、現在作成中。今年度中に作成し、HPに登録を目指す。バスの電子化については、一般化や費用の面で問題点があり今後の検討が必要。	1) 大腸がんESDバスを新たに追加作成する。 2) 肺がんのイレッサとタルセバのバスを作成する。 3) 電子化については問題点を整理し解決方法を検討する。	H29年3月						

(注)実施管理・区分欄の記入について

C評価における区分は、達成・概ね達成・未達成 から、A改善における区分は、完了・継続・その他 から、それぞれ1つ選んで記入する。

兵庫県がん診療連携協議会・幹事会
平成 27 年度第 1 回がんの地域連携クリティカルパス部会議事録

日時：平成 28 年 1 月 28 日（木）15：00～

平成 27 年度の第 1 回がんの地域連携パス部会が、平成 28 年 1 月 28 日に兵庫県学校厚生会館で開催された。兵庫県内のがん診療連携拠点病院と、準ずる病院を含め 47 病院のパス部会委員、パス WG 委員と兵庫県医師会代表者、ひょうごがん患者連絡会、兵庫県担当者が参加した。開会にあたり足立協議会議長（兵庫県立がんセンター院長）兵庫県医師会豊田常任理事から挨拶をいただいた。

議事に入る前に、パス策定後 5 年経過したための見直しを検討すること、パスの状況についての各施設より事前アンケート（平成 27 年 3 月末）報告、平成 26 年度がんパス部会・平成 27 年度第 1 回幹事会・議事録の確認があった。

【議事】

(1) がんの地域連携パスについて

総説部

統一版がんパスの作成運用の経緯、確認事項、全体に共通する意見、そして今後に向けての提案が示された。

胃がん

胃がん全体としては治療ガイドライン（2014 年）を基に改定した草案を作成。ESD について、不要な検査をなくし簡素化していくことが望ましい。

大腸がん

大幅な変更の必要はないが、取扱い規約の変更による変更と、内容はそのまま、説明部分と情報記載部分を分ける、連携計画書を色分けする等。患者会より大腸内視鏡パスの作成依頼があった。

肝がん

肝がんは背景に肝炎、肝硬変があること、および多発傾向があることから、パス適応となる患者が少ない。パスの簡略化を目的に、肝炎治療ガイドラインを基に改定版を作成。

肺がん

パス普及の進まない現状分析があった。パスの簡略化や新規パス（薬物療法など）作成の検討についての意見があった。

乳がん

簡略化という考え方。2015 年診療ガイドラインで術後ホルモン療法の期間の変更により追加する内容が発生する。パス内容改修の提案として特に、一か月ごとの自己触診を行った記録の追加。

前立腺がん

初回作成時から改訂されていない、また導入が外来でのことが多いなどの点を踏まえて今後、簡略化の方向で考えていく。PSA 監視療法について患者会より質問あり。パスに組み込むには一般的ではない。

子宮体がん

参加症例も少なく、特に変更なし。

緩和ケア

緩和パスは現在作成されていないが「緩和連携に必要な基本的事項（案）」は緩和連携パス WG で了解され、兵庫県がん診療連携協議会の HP にも掲載済み。がんセンターでの地域連携パスの取り組みを発表。

総合討論

・県立がんセンターの取り組み

院内の運用件数や運用フロー図、実際にやりとりする様式が示された。

パス担当専任の業務分担がパス連携の推進の大きな要因と考えられる。スムーズな連携医療機関とのやりとりのため、独自に説明文書を作成。

・がんセンターの院内運用を踏まえて、それぞれ自院での運用方法を任意で発表。質疑応答。

(2) その他

・今回の会議を踏まえて各パスを目に見える形で修正する。各 WG 幹事には次回 2/25 幹事会で改訂版最終案をご報告いただく。幹事会で確認をして 28 年度はそれで運用していきたい。

・大幅な変更があれば 7/1 に近畿厚生局へ届け出る。

以上

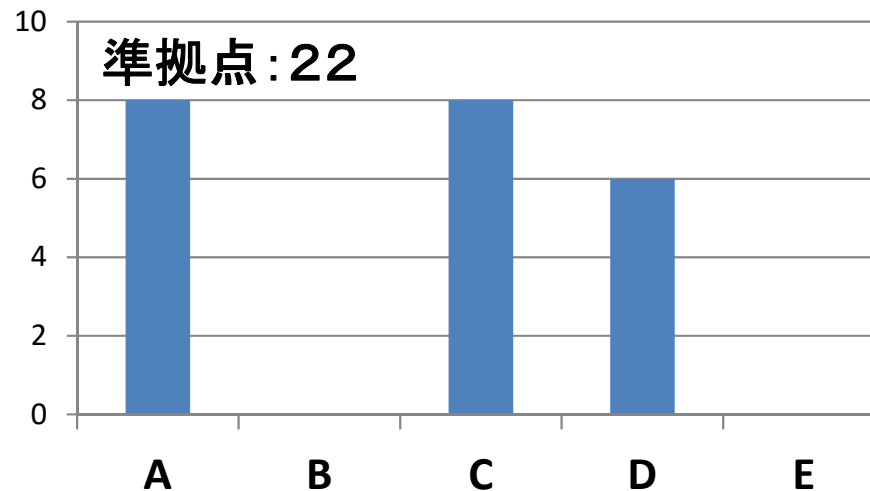
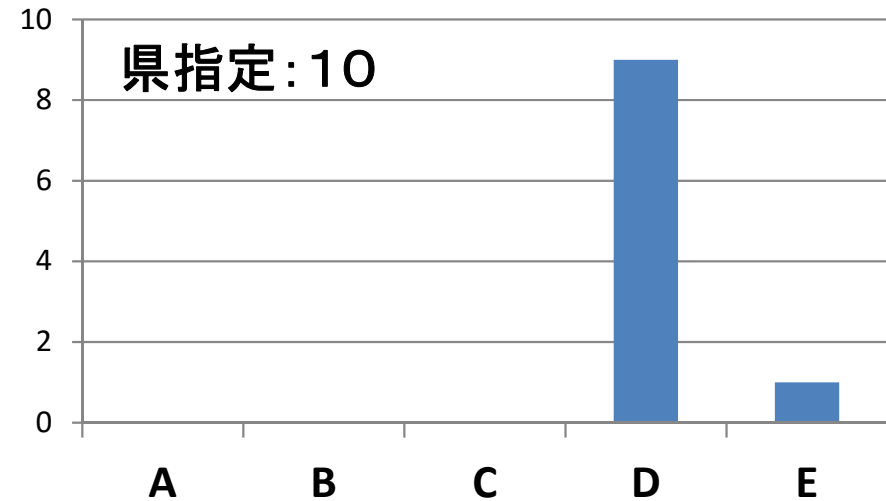
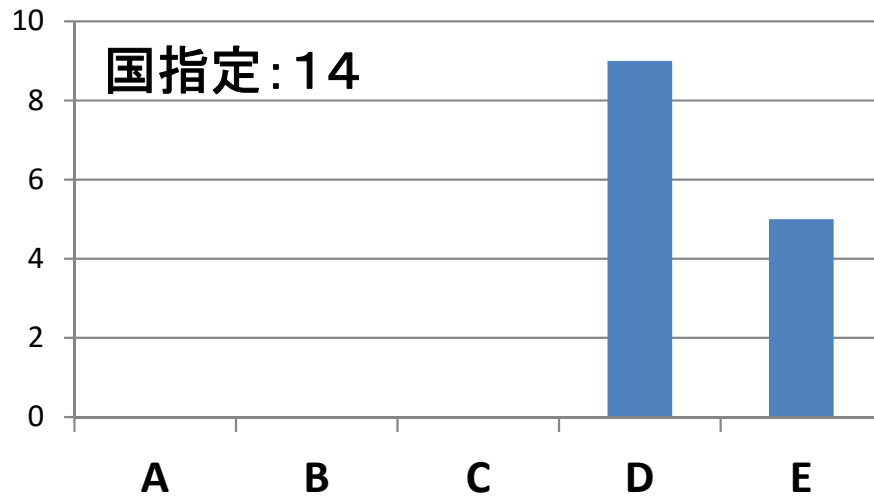
(3) がんの地域連携パスについて

平成 27 年度 アンケート結果報告

- ・平成 28 年 3 月末時点におけるがん拠点 47 病院にアンケート調査を行った。
- ・国指定 14 ; 5 病院で 5 大がん全てのパスが稼働中。他の 9 病院は少なくとも 1 種類のパスが実際に稼働している。
- ・県指定 10 ; 1 病院で 5 大がん全てのパスが稼働中。他の 9 病院は少なくとも 1 種類のパスが実際に稼働している。
- ・準拠点 23 ; 6 病院では少なくとも 1 種類のパスが実際に稼働している。
他は調整中 8 病院と施設基準の届出がはじまっている 8 病院。
- ・平成 27 年度の登録件数は 1,143 件となり、平成 28 年 3 月末時点で、累計 4,163 件のパスが運用中。
その内訳は、乳がん 1,251 件(30.1%)、胃がん 1,161 件(27.9%)、大腸がん 731 件(17.6%)、肺がん 561 件(13.5%)、肝がん 69 件(1.7%)、前立腺がん 389 件(9.3%)、子宮体がん 1 件。パス脱落は 223 件、バリエーションは 19 件であった。
- ・県内の各圏域での医療資源に差があり、各圏域の医師会、拠点病院でのがんの地域連携パスへの取り組みや意識、進行度に差がある。

がん診療連携パスの進捗状況

➤ 1. 連携システムの構築, パス進捗状況について



A: 院内で調整中である

B: 施設基準の届け出前

C: 施設基準の届け出が始まっている

D: 実際にパスが実動している(少なくとも1種類)

E: 5大がん全てのパスが稼働中

がん診療連携パスの進捗状況

計 4,163

➤ 2-1. パス稼働について (5大がん); 平成26年度末, 2,778例

5大がん	兵庫県内パス登録件数 (平成22年4月～平成28年3月末の累計)					
	合計	乳がん	胃がん	大腸がん	肺がん	肝がん
	3,773	1,251	1,161	731	561	69
県立がんセンター	922	251	282	201	174	14
近畿中央病院	395	250	91	52	2	0
神戸市立医療センター中央市民病院	302	200	67	19	16	0
兵庫医科大学病院	274	90	68	26	81	9
姫路赤十字病院	272	148	54	59	1	10
関西労災病院	249	88	133	24	4	0
県立淡路医療センター	222	1	58	33	111	19
市立伊丹病院	185	23	59	68	35	0
宝塚市立病院	140	0	71	65	4	0
他 36施設 (国7, 県8, 準21)	812	200	278	184	133	17

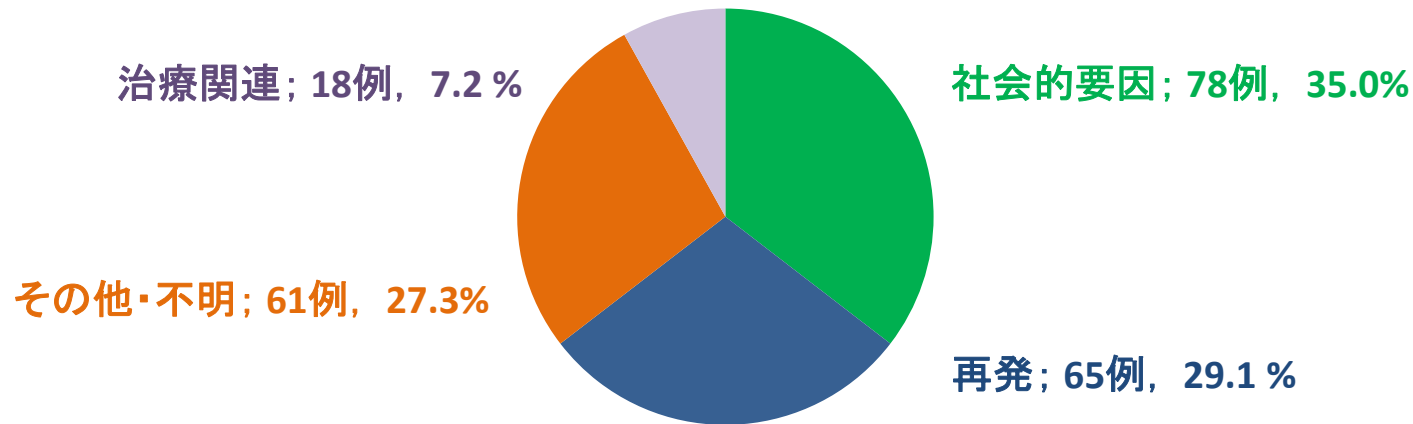
➤ 2-2. パス稼働について (子宮体がん, 前立腺がん)

- ・子宮体がん; 1
- ・前立腺がん; 389

がん診療連携パスの進捗状況

➤ 3. パス脱落例について

計 4,163	乳がん 1,251	胃がん 1,161	大腸がん 731	肺がん 561	肝がん 69	子宮体がん 1	前立腺がん 389
223例, 5.3%	21例, 1.7%	70例, 6.0%	51例, 7.0%	67例, 11.8%	13例, 18.8%	0	1例, 0.2%



➤ 4. バリアンスについて

計 4,163	乳がん 1,251	胃がん 1,161	大腸がん 731	肺がん 561	肝がん 69	子宮体がん 1	前立腺がん 389
19例, 0.5%	0	8例, 0.7%	3例, 0.4%	5例, 0.9%	3例, 4.3%	0	0

がんの地域連携クリティカルパスの改修案について

兵庫県がん診療連携協議会(以下、協議会)では、がんの地域連携クリティカルパス(以下、「連携パス」)兵庫県統一版を平成22年10月に策定し運用を行ってきました。一定の成果は得られましたが、なかなか進みにくいとの認識のもと、平成26年度、幹事会に連携パス部会を設置し意見交換を行いました。

意見交換では、「連携パスの種類により使用頻度に差があり、適応条件や使いやすさ等に問題はあるが、連携パスは地域連携における関係構築のきっかけづくりとしても有用のため、拠点病院としては継続使用を原則とすること」が確認されました。また、兵庫県の統一版の連携パス策定後5年経過し課題もあることから、「パスの簡略化、電子化、情報共有など」の要請があり、27年度に連携パスのワーキンググループ(以下WG)を中心にして約1年をかけて連携パスの見直しを行いました。

このたび、パス部会(28年1月)及び幹事会(同年2月)において、見直し後の連携パスが承認されましたので、順次HPに掲載いたします。

患者さん・ご家族、ならびに医療関係者の皆様には、がんの地域連携の推進についてのご理解、ご協力と連携パスへのご参加をよろしくお願い申し上げます。また、各臓器連携パスの内容につきご確認を頂き、ご意見、ご提案などがございましたら、このHPの右上の「お問い合わせ」ページを用いて、事務局までご意見等をお寄せくだされば幸いです。

【がんの地域連携パスを、より安全で使いやすいものにするための考え方】

- 1) 基本的な考え:
 - ・患者と家族・かかりつけ医(連携医)・拠点病院の3者にメリットがあるように
 - ・煩雑ではなく、簡便で、使いやすいもの(パスの簡略化)
 - ・すべての患者は、地域医療連携で地域完結型医療を推進する
- 2) 連携ノート:
連携ノートは、患者・家族が記載する(医療関係者はサポートを行う)
 - ・大きさは、A4、B5、A5など(各拠点病院で決定する)
 - ・緊急時連絡先なども記載(まずはかかりつけ医との相談を前提とする)
 - ・がんの治療の全体像、流れ、チームの役割を提示して安心感を高める
 - ・大まかな検査予定の確認を行い、患者・家族で管理する
- 3) 医療者用の連携診療計画表:
医療者用の連携診療計画表を用いて検査の予定の確認を行う
 - ・医療者用の連携診療計画表から症状などの項目は削除する
 - ・診察所見は、カルテに記載する
- 4) 医療者用のパスの説明文書:
診療情報提供書に記載する内容は、医療者用のパスの説明文書から削除する
 - ・同意書については、各病院で決定する
 - ・がんパス専用のFax送信用紙の使用は自由とする(通常の診療情報提供書で可とする)
 - ・医師会には「冒頭にがんの連携パスで経過観察中の患者さんです」の文言をいれて頂くように要請する
- 5) 電子化について:
電子化については、h-Anshinムコネットなどで対応準備中のため、継続審議とする

平成28年4月
兵庫県がん診療連携協議会 議長
(兵庫県立がんセンター 院長)
足立 秀治

[兵庫県での現状と取り組み\(PDF: 422KB\)](#)

※確認事項について

「5大がんの地域連携パス」兵庫県統一版 改修案(H28年4月)

※がん地域連携パスの資料は、協議会のHP(当ページ)にPDF ファイルで掲載していますが、ワード、エクセルなどでのデータが必要な場合は、協議会のHPのお問い合わせから、事務局宛 にご連絡を頂きますようお願いいたします。

5大がんパス共通資料

パス運用マニュアル(PDF: 261KB)
がんパスフロー図(PDF: 116KB)
がん地域連携パス専用 Fax送信用紙(PDF: 119KB)

様式1-3のがん地域連携パス専用のFax送信用紙の使用は自由とし、通常の診療情報提供書で可とします。診療情報提供書の冒頭に「がんの地域連携パスで経過観察中の患者さんです」とご記載ください。



- [がん診療連携拠点病院](#)
- [兵庫県がん地域連携パス](#)
- [兵庫県緩和ケア研修会](#)
- [兵庫県がん対策推進計画](#)
- [がん相談支援センター](#)
- [関連情報リンク](#)
- [がんセンターがん相談センター がん情報サービス ganjoho.jp](#)
- [都道府県がん診療連携拠点病院 兵庫県立がんセンター](#)

がん地域連携パスのご案内パンフレット(PDF : 832KB)

1.肺がん

肺がん連携パス 改修方針(PDF : 62KB)

1-1 術後汎用パス

1-1-1 肺がんパス説明文(PDF : 213KB)

1-1-2 肺がんパス計画書(PDF : 78KB)

1-1-3 肺がんパス同意書(PDF : 210KB)

1-1-4 肺がん連携ノート(PDF : 675KB)

1-2 UFT

1-2-1 肺がんパス説明文(PDF : 233KB)

1-2-2 肺がんパス計画書(PDF : 105KB)

1-2-3 肺がんパス同意書(PDF : 215KB)

1-2-4 肺がん連携ノート(PDF : 810KB)

2.胃がん

胃がん連携パス 改修方針(PDF : 78KB)

3.大腸がん

大腸がん連携パス 改修方針(PDF : 66KB)

3-2 大腸がんパス計画書(PDF : 110KB)

3-4 大腸がん連携ノート(PDF : 879KB)

4.肝がん

肝がん連携パス 改修方針(PDF : 73KB)

4-2 肝がんパス計画書(医療者用)(PDF : 66KB)

4-4 肝がん連携ノート(PDF : 709KB)

5.乳がん

乳がん連携パス 改修方針(PDF : 105KB)

< 肺がん地域連携パスの改訂版の変更点について >

1) 対応

術後汎用パスは簡略化して運用する。
現行の術後 UFT パスも同様に簡略化して運用する。
上記にあわせて説明同意文書を修正する。

2) 検討内容

術後汎用パスに関しては、簡略化した連携計画書で運用にすることにした。
術後 UFT のパスに関しては、肺がんパスの説明同意文書に多くを占める割に進まない現状があり、削除してはどうか、との意見も出されたが、現行の術後 UFT のパスを簡略化して修正のうえ、運用することとした。主たる修正点は「呼吸音の異常」など、記載項目が詳細すぎるので「食欲不振、その他」だけとし、「腫瘍マーカー」の項目も同様に削除した。
内科治療のパス（新規）に関して
「イレッサ」と「タルセバ」の新たなパスに関しては、継続審議とする。

肺がん術後汎用パス
(期)

肺がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

患者氏名: _____ 様
 計画策定病院(A): _____ 病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

(肺がん術後経過観察)

施設	病院	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
退院後経過日時	~2週	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4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
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
血液検査											
	腫瘍マーカー	CEA	その他()								
画像検査	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸腹部CT	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸腹部CT	・胸部X線
症状など	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり
がんの再発がない	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず
その他											

必ず実施します
 必要に応じて実施します
 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

施設	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
退院後経過日時	2年	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6ヶ月	5年	それ以降
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
血液検査												
	腫瘍マーカー	CEA	その他()									
画像検査	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線
症状など	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり
がんの再発がない	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず
その他												

必ず実施します
 必要に応じて実施します
 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

< 胃がん地域連携パスの改訂版の変更点について >

1) 胃癌治療ガイドライン(第4版:2014年)の胃癌手術後のフォローアップの項を参考に 改定

改定の要約

内視鏡は1年、3年、5年を必須に、また2年、4年は選択に変更。

ステージ Ia と Ib を一緒に同じスケジュールに変更

ステージ II-III は原則 TS・1 による補助療法、1、3、6、9 ヶ月は病院受診とする。

ガイドラインに記載されているフォロー日は原則病院の受診とする。

5年以降は従来通り。

: 必須、

: 病院、かかりつけ医どちらかで必須、

: 選択可(検査)

: 選択可(診察・検査)

2) 検討を要する項目

ノートの大きさは検討

検査項目の見直し

連携用紙の見直し(より簡便な使用のために)

胃がん治療に関する連携計画書（医療者用）

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A): _____ 病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

ステージ	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。																						
	1-2ヶ月	3ヶ月	4-5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	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
病院	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察																							
採血																							
CT																							
エコー																							
胃内視鏡																							
かかりつけ医			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察																							
採血																							
CT																							
エコー																							
胃内視鏡																							

/: 必須 /: 病院、かかりつけ医どちらかで必須 /: 選択可(検査) /: 選択可(受診・検査)

ステージ ~	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。																						
	1-2ヶ月	3ヶ月	4-5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	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
抗がん剤治療																							
TS-1(80mg/100mg/120mg)																							
UFT-E顆粒																							
病院	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察																							
採血																							
CT																							
エコー																							
胃内視鏡																							
かかりつけ医	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察																							
採血																							
CT																							
エコー																							
胃内視鏡																							

/: 必須 /: どちらかの検査あるいは施設で実施する。 /: できれば行ってください。

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

<大腸がん地域連携パスの改訂版の変更点について>

- 1) 大腸がんパスは、大幅な変更は必要ない。
- 2) 大腸がんにおいては連携ノート 6 ページ目の深達度が、取扱い規約の変更で深達度 (Tis, T1a, T1b, T2, T3, T4a, T4b)、に変更となる。
- 3) 連携計画書の中で、3 ヶ月目、9 ヶ月目等の「診療拠点病院 or かかりつけ医」の部分は、診療拠点病院の部分寄りハイライトの色を薄くし、どちらでも良いことが解りやすくした方がよい。
- 4) 連携ノート、後遺症、合併症の説明、排便異常、第 2 センテンス：トイレに行ってしまうことがよくあります。
- 5) stage I-III を対象にしているが、ガイドラインは術後フォローが 3 ヶ月になっている。パスではがんセンターが 3 ヶ月、その間にかかりつけ医を挟むようになっており、患者さんの通院が頻繁になり、全体として通院回数が多くなって負担になるのではないかと。
- 6) 大腸はステージ 3 までは、パスに載せることが可能です。ただし、ステージ 3 でも、再発 のリスクが高く、通常の経口抗癌剤による補助化学療法ではなく、点滴による補助化学療法を行う場合にはパスに載せることはできない。臨機応変で良いと思われる。
- 7) 化学療法に関してはかかりつけ医では難しく、化学療法後にパスにのせることが多い。
- 8) 電子化に向けた移行は必須。

大腸がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

患者氏名 _____ 様
 計画策定病院(A): _____ 病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

	(術後)	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院
		1~2ヶ月 月 日	3ヶ月 月 日	4~5ヶ月 月 日	6ヶ月 月 日	7~8ヶ月 月 日	9ヶ月 月 日	10~11ヶ月 月 日	1年 月 日	1年1~2ヶ月 月 日	1年3ヶ月 月 日	1年4~5ヶ月 月 日	1年6ヶ月 月 日
診察	問診												
	視触診												
採血													
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬													

		かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院
		1年7~8ヶ月 月 日	1年9ヶ月 月 日	1年10~11ヶ月 月 日	2年 月 日	2年1~2ヶ月 月 日	2年3ヶ月 月 日	2年4~5ヶ月 月 日	2年6ヶ月 月 日	2年7~8ヶ月 月 日	2年9ヶ月 月 日	2年10~11ヶ月 月 日	3年 月 日
診察	問診												
	視触診												
採血													
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬													

		かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
		3年1~2ヶ月 月 日	3年3ヶ月 月 日	3年4~5ヶ月 月 日	3年6ヶ月 月 日	3年7~8ヶ月 月 日	3年9ヶ月 月 日	3年10~11ヶ月 月 日	4年 月 日	4年1~5ヶ月 月 日	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 月 日	5年 月 日
診察	問診												
	視触診												
採血													
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)		(CTが望ましい)		(CTが望ましい)
投薬													

必ず実施します
 Stage 大腸がんの場合に実施します

必要に応じて実施します

術前検査不十分の場合に実施します
 補助化学療法施行時に実施します

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

(案)大腸がん治療に関する連携計画書 (医療者用)(粘膜内癌;ESD)

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A): _____ 病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

		かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
(術後)		1~11ヶ月	1年	1年1~3年11ヶ月	4年	4年1~6年11ヶ月	7年	7年1~9年11ヶ月	10年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	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 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)							
採血		血算・生化学 CEA・CA19-9							
検査		胸部レントゲンあるいはCT 腹部超音波あるいはCT 大腸内視鏡							
投薬		一般薬 補助化学療法薬							

必ず実施します 必要に応じて実施します
 Stage 大腸がんの場合に実施します

術前検査不十分の場合に実施します
 補助化学療法施行時に実施します

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

(案)大腸がん治療に関する連携計画書 (医療者用)(SM癌;ESD)

患者氏名 _____ 様
 計画策定病院(A): _____ 病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

		かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院
(術後)		1~5ヶ月 月 日	6ヶ月 月 日	7~11ヶ月 月 日	12ヶ月 月 日	1年1~5ヶ月 月 日	1年6ヶ月 月 日	1年7~11ヶ月 月 日	2年 月 日	2年1~5ヵ月 月 日	2年6ヶ月 月 日	2年7~11ヶ月 月 日	3年 月 日
診察	問診												
	視触診												
採血													
検査			(CTが望ましい)		(CTが望ましい)				(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬													

		かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	病院
		3年1~5ヶ月 月 日	3年6ヶ月 月 日	3年7~11ヶ月 月 日	4年 月 日	4年1~5ヶ月 月 日	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 月 日	5年 月 日
診察	問診								
	視触診								
採血									
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬									

必ず実施します
 Stage 大腸がんの場合に実施します

必要に応じて実施します

術前検査不十分の場合に実施します
 補助化学療法施行時に実施します

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

< 肝がん地域連携パスの改訂版の変更点について >

肝がん地域連携パスについて、検査項目・内容の簡略化および抗ウイルス療法の変遷等をうけて、以下の点について変更・改訂いたします。

1) 医療用、患者用連携計画書について

かかりつけ医での検尿やレントゲン（胸）を削除。

AFP や PIVKAIⅡ の腫瘍マーカーは、かかりつけ医では削除、3 ヶ月ごとの拠点病院での check とした。

拠点病院での 3 ヶ月ごとの投薬や注射（点滴）の項目は削除。

1 年後の上部内視鏡は『必要に応じて』を追加。

2) 患者用連携ノートの説明文について

P6 「マイクロターゼ」は削除。

P6 6) 全身化学療法に「分子標的薬」を追加。

P7 3) その注射を の「を」削除。

P9 「脚気、こむら返り」の「脚気」は削除。

P12 2.1) 「病態によっては・・・インターフェロンと内服薬の併用療法が行われることがあります」から「病態によってはウイルスの排除を目的として、抗ウイルス療法を行うことがあります」に変更。

P12 2.3) 「インターフェロンを少量、長期間注射することがあります」から「続けて抗ウイルス療法を行うことがあります」に変更。

肝がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

患者氏名:	様		計画策定病院(A):	病院	担当医師:	連絡先:
			連携医療機関(B):		担当医師:	連絡先:
	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
退院後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) AFP・PIVKA - 腎機能 検尿 腹部US・CT (MRI)	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) AFP・PIVKA - 腎機能 検尿 腹部US・CT (MRI)
投薬	投薬	投薬		投薬	投薬	
注射(点滴)	注射(点滴)	注射(点滴)		注射(点滴)	注射(点滴)	
	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
退院後	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) AFP・PIVKA - 腎機能 検尿 腹部US・CT (MRI)	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) 腎機能	血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) AFP・PIVKA - 腎機能 検尿 腹部US・CT (MRI) 必要に応じて胃内視鏡
投薬	投薬	投薬		投薬	投薬	
注射(点滴)	注射(点滴)	注射(点滴)		注射(点滴)	注射(点滴)	

2年目以降も上記スケジュールを継続します。

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。
かかりつけ医における採血に関して、原則はパスの通りに行いますが、症例により採血期間の決定は、かかりつけ医の裁量にて行うことができます。

< 乳がん地域連携パスの改訂版の変更点について >

1) パスの考え方の整理（簡略化）

医療側からは、基本的には診療拠点病院の外来での負担を軽減するために、かかりつけ医と分担して患者さんを経過観察するという考え方には変わらない。外来再診患者数を減らすことで、より多くの新患患者、問題の多い再発患者に診療時間を割くことが可能になる。患者側とすれば、遠方病院への通院回数の減少、待ち時間の減少が図れ、診療ガイドラインで推奨され連携パスに導入されている、標準的な経過観察、治療継続ができる。異常時には、すぐに基幹病院への再診も可能であり、明確なデメリットはないと考えられる。（がんセンター）過去3年間で200件、年間手術症例の1/3がパス使用

2) ガイドラインの変更に伴う修正

2015年版乳癌診療ガイドラインでの術後フォロー項目に大きな改訂はない。ただ、術後ホルモン療法の期間が、5年標準から、10年投与に延長する症例があり、これらの症例の継続経過観察の計画表を追加する必要がある。

3) パス内容の改修（提案）

LH-RHa（新規）6ヶ月製剤を追加

処方：抗エストロゲン剤、アロマトラーゼ阻害剤：具合的な薬剤名を記載

自己触診（1ヶ月ごと）を行った記録の追加

4) 電子化に向けての提案

連携ノートの記載を確実にし、簡単に電子カルテに反映、記入可能なようなフォーマットを作る。経過観察中の状態も反映するような記載欄をもうける。ただし、連携医師に記入を依頼するのが困難。

5) その他

パスの運用に当たっては、初診時あるいは、手術決定時より、地域連携パスをもちいた連携フォローについての説明を患者さんに行い、早いうちから、患者の理解を得ておくことが重要。入院中も、主治医、看護師や地域連携室スタッフにより繰り返し説明を行い、連携先かかりつけ医を見つけておく。

基本的には、紹介医が受け入れ可能であれば、患者を返す、受け入れ不可であれば、乳癌診療可能な施設を探す。

連携施設のフォローで、1年間一度も触診をされなかった例があった。

連携フォローの実態を確認する、基幹病院と開業医の情報交換の機会が必要

（例）播磨乳腺疾患連携懇話会

患者が通院時、連携ノートを忘れる、連携医も記載忘れあり、十分利用されていない場合がある。

記載方法を指導、具体的な記入例を提示

必要性を再確認する

乳がん治療に関する連携計画書（医療者用）

計画策定病院(A)：〇〇〇〇病院

担当医師：

連絡先：

患者氏名

様

連携医療機関(B)：

担当医師：

連絡先：

	施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	
		年				年				
		3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヵ月後	12ヵ月後	
不要な部分は斜線		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
達成目標	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									
診察	問診	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	
	視触診	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	
	患側上肢の観察	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	
検査	マンモグラフィ(1年毎)	()年			●				●	
	乳腺エコー(温存)	()月	□		●				●	
	腹部エコー	()日	症状があれば適宜実施							
	胸部X線		症状があれば適宜実施							
	CT	()年	症状があれば適宜実施							
	骨シンチ	()月	症状があれば適宜実施							
	腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)	()日		□		□		□		□
	末梢血一般			□		□		□		□
	生化学検査			□		□		□		□
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤	()年	□	□	□	□	□	□	□
		□3ヶ月製剤	()月	□	□	□	□	□	□	□
		□6ヶ月製剤	()日	□	□	□	□	□	□	□
処方	□抗エストロゲン剤： ノルバデックス、フェアストン		□	□	□	□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤： アリミデックス、フェマーラ、アロマシン		□	□	□	□	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	□	□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※		□	□	□	□	□	□	□	
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要			□要 □不要	
	骨密度					□要 □不要			□要 □不要	

※ハーセプチン投与患者は3ヶ月毎に心エコーのこと
 ●必ず実施します
 □必要に応じて実施します

再発のない限り、上記スケジュールを5年間継続します。
 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。
 マンモグラフィ以外の画像検査はがん診療ガイドラインで推奨される項目には指定されていません。
 フォローアップの検査項目と実施間隔の妥当性は今後の検証が必要です。