

(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		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医	
		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
(術後)		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

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・その他の検査を行います。

## 兵庫県がん診療連携協議会の先生方

大腸癌 ESD パス(案)を作製させていただきました。  
作成時に、個人的には以下のような点の検討が必要と考えていました。  
パス(案)を参考にご検討をお願いします。

### 1. 大腸 ESD パス(案)の検討項目

1) M 癌と SM 癌に分けたが、本当に2つ必要か？

胃がん ESD パスは一つだけである。大腸 ESD では、ほとんど転移のない M 癌と転移リスクのある SM 癌にわけた。使い勝手と妥当性はどうか？

2) M 癌の、1, 4, 7, 10年の間隔・年数は妥当か？

M 癌の方は1年後、以降は3年毎とし、10年経過観察とした。欧米では、M 癌は high-grade dysplasia とされている。ほとんど転移がないと考えられ腺腫同様にした。10年としたのは米国ガイドライン(GL)では5-10年後 TCS 推奨とされていることも考慮したためである。

3) SM 癌のサーベイランスの間隔と方法は妥当か？大腸内視鏡検査が半年ごとずれているがよいか？

2. 「SM 癌に対する内視鏡的摘除後のサーベイランス方法として明確な基準はないが、6ヶ月毎の腫瘍マーカー(CEA/CA19-9)測定、胸腹部CT・腹部超音波検査(CTと超音波は交互に行うため各々年1回)、大腸内視鏡検査(EMR 後初回検査は6ヶ月、以降1年毎)は最低限行うべきである。」との大腸ポリープ GL2014 日本消化器病学会編を参考にした。骨盤 MRI は検査に入れていないが、要不要も検討をお願いします。

3. もちろん SM 癌で以下の項目がある場合は、外科的切除を考慮しなければならない。

SM 浸潤距離1,000 $\mu$ m以上、脈管侵襲陽性、低分化腺癌、印鑑細胞癌、粘液癌、浸潤先進部のゾクシュツ(budding) Grade2/3 手術に移行した場合は、現行の大腸癌術後パス対象となると考えている。

また、腺腫に関しては、適宜内視鏡的切除を行っていただく様に考えているが、その点よろしいか？

4. その他、検討すべき項目と変更に関するご意見をいただきたく存じます。

この10年間に新たに加わった施設からのご意見もいただきたいと思っております。

がん地域連携パス部会副部長(大腸がん WG 幹事)

兵庫県立柏原病院 内科

西崎 朗