

# がん地域連携パスの取り組み



大阪医科薬科大学病院  
がんセンター (H28/3改訂)

# 1.がん地域連携パスとは？

1. 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、患者の視点に立った安心で質の高い医療を提携する体制 →  
「がん治療の均てん化」

2. 長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減

3. 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

## 【かかりつけ医の役割】

1. 計画病院の作成したパスに則った診療を行う。

2. 病気の予防、日常の健康管理、専門的治療の必要性の判断

## 【がん診療連携拠点病院の役割】

1. かかりつけ医と情報交換しながら、パスに則り節目の診療を行う。

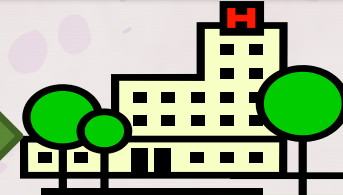
2. 専門的な検査や手術の実施

3. 緊急を要する場合は、必要な対応を行なう。

がん拠点病院



地域の医療機関  
(かかりつけ医)



連携(がんパスで情報交換)

かかりつけ  
薬局

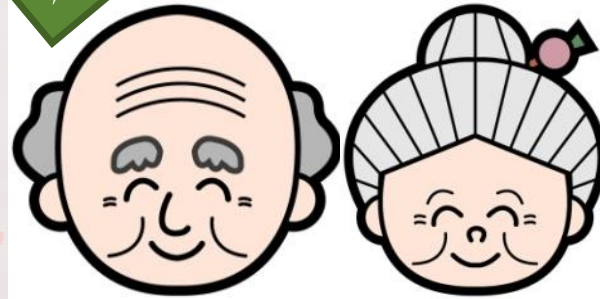


節目の診療

患者手帳  
持参

日々の診療

患者手帳  
持参



患者

2.がんパス患者の治療連携イメージ (循環型パス)



# 3.実際の現行のパス

二鳥癌症がん地域連携クリティカルパス  
大腸がん術後連携パス(フォローアップ)

患者情報

カルテ番号 @PATIENTID  
F014 @PATIENTNUMBER  
患者氏名 @PATIENTNAME 性別 性別 S性別  
生年月日 @PATIENTBIRTH  
大腸医科大学附属病院 @HOSPITALNAME @USERNAME

手術情報

病名 ( )  
手術 平成 年 月 日  
術後 平成 年 月 日  
手術内容  
① 腹腔鏡下手術-根治手術  
その他 ( )  
術後経過  
R: N0, M0, D0, S0, G0, H, P, M, Stage  
合併症  
 なし  
 あり ( )

投薬情報

一般薬  
 エオスリー-配合錠 ( )錠 経口少量投与  
 マゾロドール 250mg ( )錠 経口少量投与(自己調剤用)  
 大腸中薬 23g ( )包 経口少量投与  
 その他 ( )

○は必須項目 △は必要時実施項目 ●は術前検査十分な場合 □は3ヶ月以上経過の際には実施

検査	検査項目	かかりつけ医		大腸医科大学		かかりつけ医		大腸医科大学		かかりつけ医		大腸医科大学		かかりつけ医		大腸医科大学	
		1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月
診察	術後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血象・生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	術前シリンゲンあるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	術後経過観察あるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

\* 投薬はかかりつけ医のみで  
実施期間は1~3月(かかりつけ医の判断で)  
大腸医科大学附属病院での定期受診は5年目まで  
定期受診日以外でも必要があれば大腸医科大学附属病院を受診  
出来れば大腸医科大学附属病院受診科にてCT(胸・腹部)を受けて下さい

【外来カルテ】

パスと診療情報提供書で運用中

# 平成28年4月以降の胃がん・大腸がん・肺がん術後がん地域連携パス について

---

**大阪府統一がん地域連携パスがリニューアルされます！**

# 4-1.新大腸がん術後フォローアップパス導入用（見本）

診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（導入）  
 （大阪医科大学附属病院⇒連携医療機関）

@SYSDATE

医療機関情報 〇〇〇病院 先生 御侍史		@hospital_name 外科 担当医（記入医） @USERNAME 連名医（指導医等）
患者情報 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 性別 \$性別 患者氏名 @PATIENTNAME 生年月日 @PATIENTBIRTHN		
上記の患者さまですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。 当院では CT 検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。		
症状経過など		
※検査データ・処方薬一覧も添付		
病名 @DISEASE		
手術情報 手術日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 or <input type="checkbox"/> 開腹 退院日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 最終診断 T N M Stage その他 ( ) ◆人工肛門 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		

【治療計画】 CT検査（胸部・腹部・骨盤など）および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。

○：サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
診察	問診・視触診	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
	大腸内視鏡検査		◎		◎		◎		◎

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
診察	問診・視触診	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	(○)	◎	(○)	◎	○	◎	○	◎
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
	大腸内視鏡検査		◎		◎		◎		◎

診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（かかりつけ医⇒病院）平成 年 月 日

医療機関情報 〒 569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号 @hospital_name 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史	
患者情報 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 性別 \$性別 患者氏名 @PATIENTNAME 生年月日 @PATIENTBIRTHN	
平素より大変お世話になっております。 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。	
症状経過など <input type="checkbox"/> 異常所見無し <input type="checkbox"/> 異常所見有り	

【治療計画】

○：サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				



# 4-2.新大腸がん術後フォローアップパス経過報告用（見本）

診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（経過報告） @SYSDATE

（大阪医科大学附属病院⇒連携医療機関）

医療機関情報		@hospital_name 外科
〇〇〇病院 先生 御侍史		担当医（記入医） @USERNAME 連名医（指導医等）
患者情報		
当院ID @PATIENTID	性別 \$性別	
ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA	生年月日 @PATIENTBIRTHN	
患者氏名 @PATIENTNAME		

平素より大変お世話になっております。  
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

再発転移無し       異常所見有り

【治療計画】 CT検査（胸部・腹部・骨盤など）および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。

○：サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医		病院		連携医		病院	
		月日	場回	月日	場回	月日	場回	月日	場回
(術後)			2週間		1年		1年半		2年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				○

		連携医		病院		連携医 or 病院		病院	
		月日	場回	月日	場回	月日	場回	月日	場回
(術後)			2年半		3年		4年		5年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				○

診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（かかりつけ医⇒病院）平成 年 月 日

医療機関情報		
〒 569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号 @hospital_name 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史		
患者情報		
当院ID @PATIENTID	性別 \$性別	
ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA	生年月日 @PATIENTBIRTHN	
患者氏名 @PATIENTNAME		

平素より大変お世話になっております。  
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

異常所見無し  
 異常所見有り

【治療計画】

○：サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医		病院		連携医		病院	
		月日	場回	月日	場回	月日	場回	月日	場回
(術後)			6 月		1 年		1 年半		2 年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				○

		連携医		病院		連携医 or 病院		病院	
		月日	場回	月日	場回	月日	場回	月日	場回
(術後)			2 年半		3 年		4 年		5 年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査 (胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				○

## 4-3.新がん術後パス患者の治療連携イメージ

### 新大腸がんフォローアップパスの場合

・大阪医科薬科大学  
病院を退院①

新大腸がん術後パス導入  
用に記載する。連携医が  
記載する連携パスを一緒  
に患者に渡す。

大阪医科薬科大学病院を受診  
の際に連携医がパスを記載し、  
患者に渡す。

・連携医療機関を定期受診する（受診の  
月毎に連携指導料が算定可能、但し、  
連携パスを記載して、大阪医科薬科大  
学病院へ送る必要有り）②

・大阪医科薬科大学病院を受  
診③

新大腸がん術後パス経過観察  
用に記載する。連携医が記載  
する連携パス（経過観察用）  
を一緒に患者に渡す。

上記②～③の運用を繰り返す。患者手帳は患者自身が記載するものとし、自覚症状などの記載が無いかわ受診時に確認する。連携医療機関を受診する際は、患者手帳+大腸がん術後フォローアップパス+連携側で記載する大腸がん術後フォローアップパスを患者が持参する。



## 5-1.がんパス運用の現状

何で導入しなあかんねん！パスは記載がややこしくって面倒くさい！診療情報提供書も記載しているし、紹介元へ戻ってもらっている。患者説明も面倒だ！

院内  
医師



患者さんもパスの説明をすると手術をした病院から見捨てられたような気持ちになってしまうのか…快く思われていないような気がします。



がんパスって何？患者の支払いが増える説明が面倒！わざわざパスに乗っけなくても今までどおり診療情報提供書でいいじゃないのか

院外  
医師



## 5-2.がんパス運用の利点

新しいがんパスなら診療情報提供書と同じような記載なので簡素化できる。



がんパスを使えば、日頃の診察は連携医療機関で、節日の診察や検査は本院が行います。パスによって互いの情報が共有できるので、患者さんも安心して連携医療機関を受診していただけます。

28年4月～大腸がん、胃がん・肺がんの術後フォローアップパスの様式が診療情報提供書一体型で、毎回、新しい用紙に記載することになり、受診内容を記載していただくか、チェックボックスにチェックするかどちらかになります。

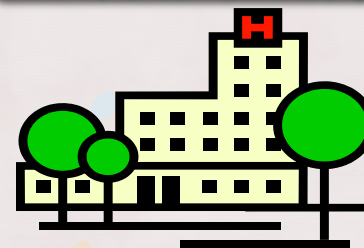


# がん地域連携パスの推進に ご協力の程よろしくお願いいたします。

がん診療連携拠点病院



地域の医療機関  
(かかりつけ医)



かかりつけ  
薬局



ご不明な点は、大阪医科薬科大学病院がんセンターまでお問い合わせください。