

# 大腸がん地域医療連携クリニカルパス 運用要綱

松江赤十字病院 消化器外科  
地域医療連携課

## はじめに

大腸がん地域医療連携クリニカルパスは、松江赤十字病院で大腸がんの入院手術を行い、外来通院中の患者を対象に使用します。大腸がん地域医療連携パス運用要綱ですので活用ください。

＜運用要項で使用する主な言葉＞

大腸がん地域医療連携クリニカルパス → 連携パス  
がん診療連携拠点病院 → 拠点病院  
がん診療連携拠点病院主治医 → 担当医  
地域のかかりつけの開業医・病院医師 → 連携医  
がん診療拠点病院地域医療連携課 → 連携課  
連絡・調整係（がん拠点病院地域医療連携課が担当） → コーディネーター

## 1. 目的

大腸がん連携パスは、大腸がん患者に

- 1) 全人的な疾患管理を地域でおこなう。
- 2) きめ細かい医療サービスを提供するために、連携医と担当医が協力をおこなう。
- 3) 身体・精神の異常に対し早期に対応をおこなう。

以上のことを目標に、患者に関する情報を共有、安全で質の高い医療を提供するツールとして活用することを目的とします。

## 2. 連携パスの構成

連携パスは、「大腸がん地域連携パス」、「診療情報提供書」、「同意書」、「私のカルテ」、「FAX返信票」、「その他各種説明用書類」から構成されています。

名 称	概 要
大腸がん 地域連携パス	連携医と拠点病院が情報共有に使用する書類です。 「共同診療計画書（医療者用パスシート）」パススケジュールに沿って、 検査・診察内容が記載してあります。
診療情報提供書	担当医と連携医の患者情報を共有する為の用紙です。拠点病院受診時に 簡単な情報（紹介状）をお願いします。
説明書・同意書	連携パス導入時、患者の同意を得た時に使用します。
私のカルテ	「行った手術の記録」・「治療方針」・「退院後の生活について」・「共同診療計画書（患者用パスシート）」・「自己チェックシート」・「連絡メモ」の構成です。 「行った手術の記録」・「治療方針」・「共同診療計画書（患者用パスシート）」～患者・家族が自身の状態、治療計画を医療者と共有し把握してもらうページです。パススケジュールの●は必ずおこなう項目、△は必要時おこなう項目です。 「自己チェックシート」～『私のカルテ』を記入することにより、患者が自己の健康管理ができることを目的としています。3ヶ月に1度の

	<p>体調チェックの結果をカルテに記入し、診察時に提出されますので、診察に役立ててください。</p> <p>「連絡メモ」～患者・家族が医療者に聞きたいことや知らせたいこと等を書き込みページです。必要に応じ医療者も記入してください。（紹介状の代わりではありません。）</p>
FAX 用紙	<p>拠点病院より連携依頼があった後、地域連携クリニカルパス承諾可否を FAX 返信票にて返信をお願いします。</p>
その他 各種説明用 書類	<p>「がん診療の地域連携と地域連携パスについて」～厚生労働省が示しているがん診療の地域連携と連携パスについての文章です。</p> <p>「大腸がん地域連携パスのしくみ」・「三者にお願いしたいこと」～連携パスのしくみや方法を患者へ説明する際に使用しています。</p> <p>「松江赤十字病院／相談窓口」～拠点病院の相談窓口について患者へ情報提供しています。</p>

### 3. 大腸がん地域連携パス運用方法

大腸がん地域連携パスは、患者の同意のもと、拠点病院からスタートします。

#### 【適応基準】

地域連携パスを希望する方

- 1) 大腸がん術後、無治療で経過観察する病期Ⅰ～Ⅱ期の患者

#### 【除外基準】

- 1) 病期がⅢ～Ⅳ期の方
- 2) 再発・転移に対する治療中の方
- 3) 地域連携クリニカルパスに同意の得られない方

#### 【達成目標】

**連携医と担当医が協力し、連携パスに沿った最適な医療が提供できる**

#### 【方法】

- 1) 術後、病理結果・治療方針が決定後、地域連携パスの適応の患者に情報提供をおこなう。
- 2) 連携医へ連携依頼の書類（診療情報提供書、病理結果、検査レポート、共同診療計画書（医療者用パスシート）連携承諾可否 FAX 返信票、登録施設の可否 FAX 返信票、算定のお知らせ等を郵送する。
- 3) 連携医は拠点病院に承諾可否を FAX 返信する。
- 4) 治療開始後、落ち着いた時期（退院後3～6ヶ月）から連携開始となり、術後5年間経過観察する。連携医へ開始依頼の書類を郵送する。
- 5) 術後3年間までは半年毎に、3年目から5年目までは1年毎に松江赤十字病院で専門的な検査・診察をおこなう。連携医への受診間隔や検査は連携医の判断に委ねる。
- 6) 術後経過観察のための検査項目についてガイドラインで推奨されているのは、再発リスクに応じて計画的にフォローアップし、内視鏡・CT・腹部エコーなどの検査をおこなうことである。これは生活指導と再発や二次がんの早期発見のためにおこなうとされている。

#### 〈検査項目〉

胸腹部骨盤 CT（造影）

胸部レントゲン・腹部超音波検査・内視鏡検査

採血・腫瘍マーカー（必須 CEA・CA19-9）

※連携医で行える検査は積極的に委ねます。

検査した場合は、私のカルテの自己チェックシートの診察内容の欄に☑をおこない、**検査結果は別用紙に記載するか、レポートを紹介状に添付する**。上記以外の項目を実施した場合は、枠外に直接記載し、結果は同様に報告する。

内服の処方方は、基本的に連携医がおこなう。

- 7) 医師は、『私のカルテ』の連絡メモに患者の記載があるか確認し、記載があれば問診時に活用する。
- 8) 医師同士は紹介状のやりとりで情報共有する。  
連携医は拠点病院受診時に、紹介状を郵送または患者に手渡しする。  
担当医は次回受診日を紹介状に明記する。共同診療計画書（医療者用パスシート）に変更がある場合には、訂正したものを改めて連携医に郵送する。  
問題が発生した場合には速やかに連絡を取り合う。  
定期受診以外に拠点病院を受診される際は、連携医からの紹介状を持参し受診する。
- 9) 大腸がん以外の疾患に対しては、担当医と連携医の相談の上、対処する。
- 10) アウトカム評価は、6ヶ月毎（拠点病院受診時）に担当医がおこなう。
  - (1) アウトカムが満たされない場合は、担当医が継続の可否を検討する。
  - (2) バリエーションが「有」の場合は、コーディネーターがバリエーションコードを参考に台帳に入力する。連携パス脱落、中止が決定した際は連携医へ報告する。
  - (3) 再発が確認された時点で、パスは中止とし拠点病院で治療をおこなうことを原則とする。
  - (4) 連携パスで何らかの原因で逸脱、中止した場合でも、かかりつけ医としての機能は継続する。（再発の場合も含む）
- 11) 症状発現時の対応について、大腸がんチームで勉強会の運用や内容など協議する。拠点病院が中心となって定期的な勉強会で、予想される症状とその対応について検討する。
- 12) 症例検討会、地域連携パスの見直しを定期的におこなう。  
企画運営方法は、大腸がんチームで協議し決定する。

平成 23 年 4 月 11 日	作成
令和 2 年 4 月 1 日	改訂
令和 7 年 8 月 1 日	改訂
令和 7 年 11 月 19 日	改訂
令和 8 年 1 月 8 日	改訂