

大腸がん内視鏡治療後

地域連携パス

(医療者用)

お名前： _____ 様

_____ 歳

現在治療中の病気 _____

アレルギー なし あり (_____)

担当医療機関

内視鏡治療： _____

CT (エコー)： _____

大腸カメラ： _____

採 血： _____

投 薬： _____

治療術式

治療日 年 月 日

アプローチ：内視鏡

術式：ESD・EMR

大腸がんの進行度

C A T D S RS Ra Rb P, Lt-Ant-Rt-Post, Circ、 × mm,

Type 0 (I p sp s / II a b c) 1 2 3 4 5

M SM1, 2, 3 , MP

pap tub1 tub2 por por1 por2 sig muc med asc scc NET

INF a b c 、 Ly 0 1 1a 1b 1c X、 V 0 1 1a 1b 1c 2 X

HM 0 1 X、 VM 0 1 X

Stage 0 I

ガイドラインで推奨される治療法

	N0	N1, N2, N3
T1a	ESD・EMR/手術のみ	手術のみ
T1b T2 T3	手術のみ	手術と抗がん剤
T4a・T4b	手術と抗がん剤	

後遺症、合併症の説明

大腸内視鏡治療後の日常生活で気をつけていただきたいことや後遺症、合併症については以下のような種類があります。患者さん用のパスには以下の説明を加えております。

・ 出血

- ESD で病変を取り除いたあとは、潰瘍となります。潰瘍面は弱くなっており、血管が露出して出血する場合があります。
「症状」血便、貧血による倦怠感、動悸、めまいなどがあります。
「治療法」絶食の内視鏡で出血点を確認し、可能な限り止血を行います。内視鏡による治療が困難な場合は、外科手術が必要となる場合があります。必要に応じて輸血や鉄剤の点滴や内服も行います。

・ 穿孔

- きわめてまれですが、治療日から間隔をおいて、穿孔することがあります。多くの場合、腹膜炎を併発します。
「症状」腹痛、発熱に伴い、冷汗をかいたり、不穏になったりします。
「治療法」多くの場合、緊急的に外科的治療が必要です。腸管を切除したり、一時的に人工肛門を造設したりします。

以上のような症状がありましたら投薬などで対応をお願いします。

もし精査や手術の必要がありましたら兵庫県立がんセンターに紹介してください。

よろしく申し上げます。

緊急予約が必要な時

以下のような異常がありましたら、バリエーション（パス逸脱）症例として地域連携室を通じて当院への再診予約をお願いします。また入院可能な医療機関は入院で対応をお願いします。

なおこれらの項目は一元的に決めるのは難しいので柔軟な対応をお願いします。

項目

- ・ 再発
 - ・ 再発が疑われる
 - ・ 腫瘍マーカーの右上がりの増加、または2ヶ月以上持続した腫瘍マーカーの増加がある
- ・ 合併症
 - ・ 出血・穿孔で入院が必要
 - ・ 狭窄
- ・ 異時性のがんの発生
- ・ その他大腸に関連して入院が必要と思われるとき

連絡先

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室

月曜日～金曜日：午前8時30分～午後5時15分

（それ以降は翌日の取り扱い。）

土、日、祝日、年末年始（12月29日～翌年1月3日）はお休みとさせていただきます。

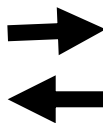
TEL 078-929-1151 （代表—地域医療連携室）

FAX 078-926-5410 （地域医療連携室直通）

【様式1】

F A X 送信票

がん地域連携パス運用開始《依頼》届(兼受入確認票)

兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者： _____ Tel: 078-929-1151 Fax: 078-926-5410 (直通)		連携医療機関(かかりつけ医) _____ Tel: Fax:
--	---	---

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、下記の患者さんが手術を受けられ退院となりました。今後は以下のように、地域連携パスにて術後の経過観察をお願いしたいと存じます。詳細は担当医より報告させていただきます。

今後ともよろしく申し上げます。

機関名称	兵庫県立がんセンター 消化器内科 担当医師名 ()
患者氏名・ 患者番号	患者氏名 ()、患者番号 ()
診断名	大腸がん内視鏡治療後
手術日	年 月 日

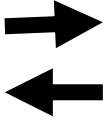
(かかりつけ医で御記入をお願いします。切り取らずにFaxしてください)

受入の可否	1. 受入可 ・ 2. 受入不可
かかりつけ医	医師名 ()
かかりつけ医の受診日	
ご担当いただける項目 (○印をお願いします)	1. 抗がん剤 2. CT (エコー) 3. 大腸内視鏡 4. 採血 5. 一般薬投薬 * 医療機関の役割分担については、患者さんと相談の上、 ご連絡いたします。

Fax 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 Tel: 078-929-1151

F A X 送信票

<p>兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者：</p> <p>_____</p> <p>Tel:078-929-1151 Fax:078-926-5410 (直通)</p>		<p>連携医療機関 (かかりつけ医)</p> <p>_____</p> <p>Tel: _____ Fax: _____</p>
---	---	--

がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種類	大腸がん内視鏡治療後
逸脱の理由	<input type="checkbox"/> 1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更 <input type="checkbox"/> 2. 転出(他県へ転出等) <input type="checkbox"/> 3. 患者本人・ご家族の希望 <input type="checkbox"/> 4. 死亡 <input type="checkbox"/> 5. その他
逸脱日	年 月 日

Fax 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 Tel:078-929-1151

【様式3】

※ 地域連携パス診療経過報告書(連携医→拠点病院)

報告日 年 月 日
 共同診療開始日 年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者： _____ Tel:078-929-1151 Fax:078-926-5410 (直通)	連携医療機関(かかりつけ医) _____ Tel: Fax:
患者情報： 氏名： _____、性別(_____) 生年月日 _____	
<input type="checkbox"/> この度、連携診療しております _____ 様の検査結果を報告します。 _____ の _____ は 正常・(_____) でした。	
<input type="checkbox"/> 下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。 共同診療計画に基づく診療の実施日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 次回の予定共同診療計画に (変更なし・変更あり) 変更となった項目：(診察、観察、検査、治療、薬剤、処置、ケア) 具体的な内容：	
その他の特記する事項 <div style="text-align: right;">画像・検査データ添付 (あり・なし)</div>	

【様式4】

がん地域連携パス・緊急予約依頼
F A X 送信票

兵庫県立がんセンター
地域医療連携担当者： _____ 様
Tel: 078-929-1151
Fax: 078-926-5410 (直通)

この度、がん地域連携パスを用いて共同診療しております

_____様に異常が認められました。

再発、合併症(出血・穿孔)、その他()
で予約診察・緊急診察が必要と思われます。
よろしくお願いします。

連携医療機関(かかりつけ医)

Tel:

Fax:

がんの地域連携パス 緊急時連携体制確認表

(各拠点病院でマニュアルを作成し連絡体制を再確認する)

		対処方法と連絡先		
所見・症状		対処法 * 下記欄外をご参照下さい (直接ご記入も可)	連絡先・担当責任者名 (不在時の担当者名)	緊急連絡方法 (電話番号、Fax 番号) など
再発が疑われるとき	症状がないか、もしくは症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b.極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。	078-929-1151 (代表)。地域連携室担当者。 必要時は当該科担当医、当該科オンコール医師、当該科科长、担当部長の順。	078-929-1151 (代表)。 平日時間内は地域連携室、平日時間外・土日休日は保安員から当直医、当直看護長へ。以下、必要時は同左
治療による副作用が疑われるとき	症状がないか、症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b	以下、すべて同上	以下、すべて同上
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d. 原則として電話連絡の後、即日拠点病院受診を指示。状況に応じて、連携病院(救急病院)受診を指示する(事前に患者家族と相談して決めておく)。		
その他合併症が疑われるとき ・出血など	症状がないか、症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b		
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c,d.		
その他パスから逸脱したとき	たちまちには危険がないとき、今後の症状悪化が心配されるが、差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b		
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c,d.		
*対処方法例： a.2週間をめどに拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 b.極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 c.電話連絡ののち、即日拠点病院受診を指示する。 d.救急病院受診を指示する。 E.その他、ご自由に記入下さい				

不測の事態が発生した場合は、連携する全ての医療者が協力して解決に当たります。
緊急時、重篤症状で、連携医が対応困難な場合は、緊急対応表をご参照下さい。