

福山市民病院

がん地域連携クリティカルパス

運用マニュアル

目次

運用の概要	1
連絡様式	8
地域連携診療計画書	10
連携パス冊子の記載要領	17
Q&A	24

がん地域連携クリティカルパス運用の概要

1. 作成・運用の目的

かかりつけ医療機関（＝診療所・病院等・以下「連携医療機関」という）と計画策定病院および、地域がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院である福山市民病院（以下「福山市民病院」という）が協力して、同じ診療方針の下に治療経過を共有しながら、患者により安全で質の高い医療を提供するためのツールとして「がん地域連携クリティカルパス」（以下「連携パス」という）を作成し、運用することを目的とします。

2. 対象医療機関

連携パスを共有し、連携パスによる連携医療を希望される医療機関を対象とします。

福山市民病院と連携する場合は、中国四国厚生局に施設基準の届出が必要になります。

3. 連携パス運用開始時期

個別の患者に対する連携パスの運用開始は福山市民病院の主治医が判断します。概ね次に掲げる「適用基準」を満たした状態の安定した症例であり、かつ連携医療機関での治療が可能な患者とします。

4. 対象患者「適用基準」

連携パスの対象患者は、原則として次を満たす者とします。

- ① 今回適用でがんと診断されて初回の入院治療
- ② 主治医が連携パス適用と判断
- ③ がんの告知済み・連携パスの同意がある
- ④ 福山市民病院と連携医療機関双方の同意がある
- ⑤ 点滴化学療法・放射線治療終了

※ 治療後、症状の安定した再発リスクの少ない患者を連携パスの対象患者とします。

5. 連携パス冊子の構成

連携パス冊子の主な構成は次のとおりです。

- ① 連携パスの説明（概要・使い方）
- ② 治療情報（病状・治療に関する情報）
- ③ 治療計画書（診察・検査等のスケジュール）
- ④ 受診記録（診察や検査の記録）
- ⑤ 療養の注意事項

6. 運用手順（フロー図参照）

連携パスによる連携・診療の流れは次のとおりです。

福山市民病院	連携医療機関		
<p>(1) 患者の希望確認・同意の取得</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんと診断され、がんの治療目的の初回入院時に、退院後の地域連携診療について説明し、同意を得たことを診療録に記載する。 			
<p>(2) 連携先の選定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則、紹介元である連携医療機関と連携する。紹介元なしの患者の場合、患者の希望する連携医療機関を聴取し、連携の可否を確認する。 ・連携医療機関の初回受診に間に合うように、「がん地域連携パス運用依頼票兼受入確認票（様式1）（以下「様式1」という）」をFAX送信する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携パス運用の可否について回答する。（様式1） ・「様式1」の受入確認票の欄に受入れ可否および初回受診日時を記載して、福山市民病院の地域医療連携課へFAX送信する。診察予約の必要がなければ、「初回受診日時」の欄は記入不要。診察予約票がある場合は併せて福山市民病院の地域医療連携課にFAX送信する。 		
<p>(3) 連携パス冊子の交付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携パス冊子を用いての診療について説明する。 ・連携パス冊子に必要事項を記載し、患者に交付する。交付のタイミングは「退院時」もしくは「退院後の外来受診時」とする。 			
<p>(4) 診療情報提供書の送付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携開始の準備が整ったら診療情報提供書を連携医療機関に郵送する。 <p>〔がん治療連携計画策定料1（750点）は、退院時または、退院後30日以内に保険医療機関に診療情報を文書により提供した場合に算定可能。〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・福山市民病院から受け取った診療情報提供書は患者の診療録に保存する。 		
連携診療開始			
<ul style="list-style-type: none"> ・「情報提供書／予約依頼【がん地域連携診療】（様式2）（以下「様式2」という）」をFAXで受け取り、診療録に保存する。（ヤギー取り込み） ・様式2に添付された診療情報提供書がある場合は、診療録に保存する。（ヤギー取り込み） 	<p>(5) 連携医療機関の受診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療計画に沿って診察・検査等を実施する。 ・診察結果を連携パス冊子に記載し、サインか押印した後、記録部分をコピーする。 ・コピーと「様式2」を合わせて、福山市民病院の地域医療連携課へFAX送信する。 ・FAX送信した書類は診療録に保存する。 ・連携パス冊子に記載しきれない場合等は、別に診療情報提供書を作成し、福山市民病院へ送付する。 ・連携パス冊子は患者が管理し、受診時に持参する。 <p>【診療報酬の算定について】</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">算定項目</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">がん治療連携指導料 （300点）</td> </tr> </table>	算定項目	がん治療連携指導料 （300点）
算定項目			
がん治療連携指導料 （300点）			

<ul style="list-style-type: none"> ・「様式2」受け取り後、診察・検査の予約を取り、連携医療機関に「予約票」をFAX送信する。 	<p>(6) 福山市民病院での診察・検査の予約</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療計画にある検査について、連携医療機関で対応できる検査は実施する。 ・実施できない検査については、福山市民病院受診時に合わせて、事前に「様式2」により診察・検査を福山市民病院地域医療連携課へFAXで依頼する。 ・「予約票」を受け取り、患者に手渡す。 <p>※胃、大腸、肺、肝、前立腺がんについては予約申込不要。</p>
<p>(7) 福山市民病院の受診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療計画に沿って診察・検査を実施する。 ・診察・検査の結果を連携パス冊子に記載する。 ・検査結果などについて「診療情報提供書」を連携医療機関に送付する。 ・連携パス冊子は患者が管理し、受診時に持参する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「診療情報提供書」を受け取り、診療録に保存する。
<ul style="list-style-type: none"> ・患者を診察・検査し、治療計画の変更が必要な場合は、治療計画を変更する。 ・診察・検査の結果を連携パス冊子に記載する。 ・治療計画が変更になったことについて「診療情報提供書」を連携医療機関に送付する。 ・治療計画が変更になった場合に限り、がん治療連携計画策定料2（300点）を算定する。 	<p>(8) 治療計画の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況の変化により治療計画の変更が必要な場合は「様式2」を福山市民病院の地域医療連携課へFAX送信し、紹介する。 ・「診療情報提供書」を受け取り、診療録に保存する。

患者への注意事項（医療機関での指導）

患者は連携パス冊子＝「わたしの手帳（乳・肺・胃・大腸・肝・前立腺）」および福山市民病院や連携医療機関で必要に応じて交付された検査結果等の写しを保管してください。

また、連携パスの対象疾患以外で他の医療機関を受診する際も、できる限り連携パス冊子を持参してください。

(9) 連携パスの脱落・中止が発生した場合	
<ul style="list-style-type: none"> ・「様式2」に記載し、連携医療機関にFAX送信する。 ・「様式2」を受け取り、内容確認後診療録に保存する。 ・患者管理台帳に入力する。 <p>⇒患者管理台帳のバリエーションデータを基に年度末に評価を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「様式2」を受け取り内容確認後診療録に保存する。 ・「様式2」を福山市民病院地域医療連携課にFAX送信する。

7. 治療計画の変更（連携パスを継続して運用する場合）

連携先医療機関を受診されている期間に、連携パス運用中の患者の状態の変化により、治療計画の変更が必要と思われるときは、福山市民病院にご紹介ください。（様式2により報告）

福山市民病院の医師が患者を診察・検査し、必要と判断されたときは治療計画を変更します。

8. バリアンス（連携パスから逸脱する場合）

連携パス運用中の患者に著しい状態の変化を認め、連携パスによる治療継続が困難と判断された場合は連携パスによる治療は中止し、個別に適切な対応をお願いします。

※別疾病による他医療機関への入院があった場合には、必ず福山市民病院にご連絡くださいますようお願いいたします。（様式2により報告）

9. 緊急時の対応

連携パス運用中の患者が自宅で急変した場合の最初の相談窓口は原則、連携医療機関でお願いします。

連携医療機関において対応が難しい場合は、福山市民病院へご連絡ください。

福山市民病院	084-941-5151（代表）
--------	------------------

※平日時間内：代表⇒各外来で対応します。

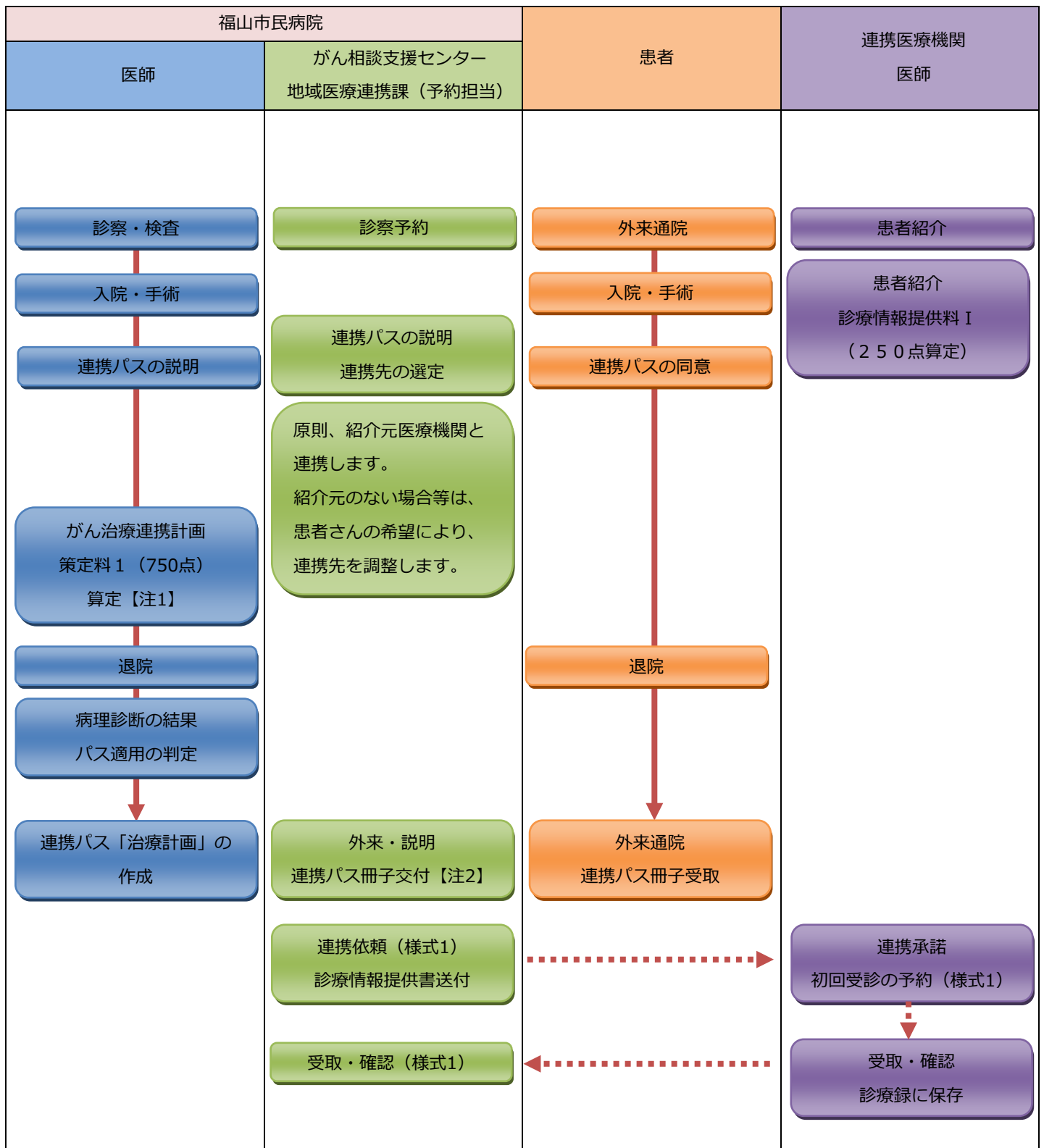
※平日時間外、土日祝祭日：代表⇒救急担当医師が対応し、必要に応じて担当医師に連絡します。

10. 連携パスお問い合わせ先

	窓口	連絡先
がんパスの運用について	がん相談支援センター	084-941-5151 (内線3147)
外来予約・報告書について	地域医療連携課 予約担当	084-946-5167（直通） 0570-550-318 (ナビダイヤル 1を選択)

がん地域連携パス運用フロー図①

連携診療開始前

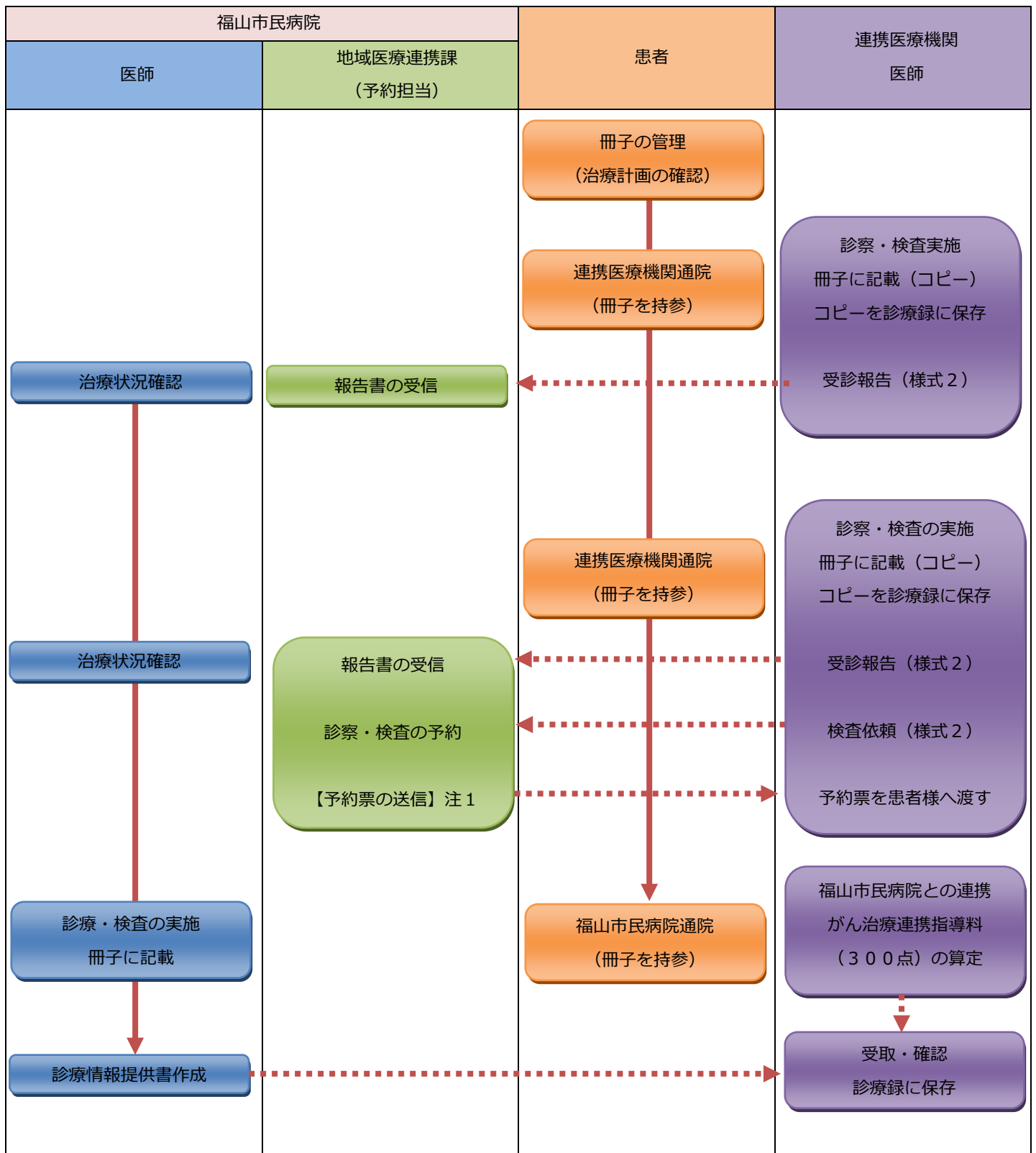


【注1】 がん治療連携計画策定料1（750点）は、退院時または、退院後30日以内に保険医療機関に診療情報を文書により提供した場合に算定可能となります。

【注2】 前立腺がん、胃がんは基本的に入院中に説明し、外来受診時にパス冊子を渡します。

がん地域連携パス運用フロー図②

連携診療開始後



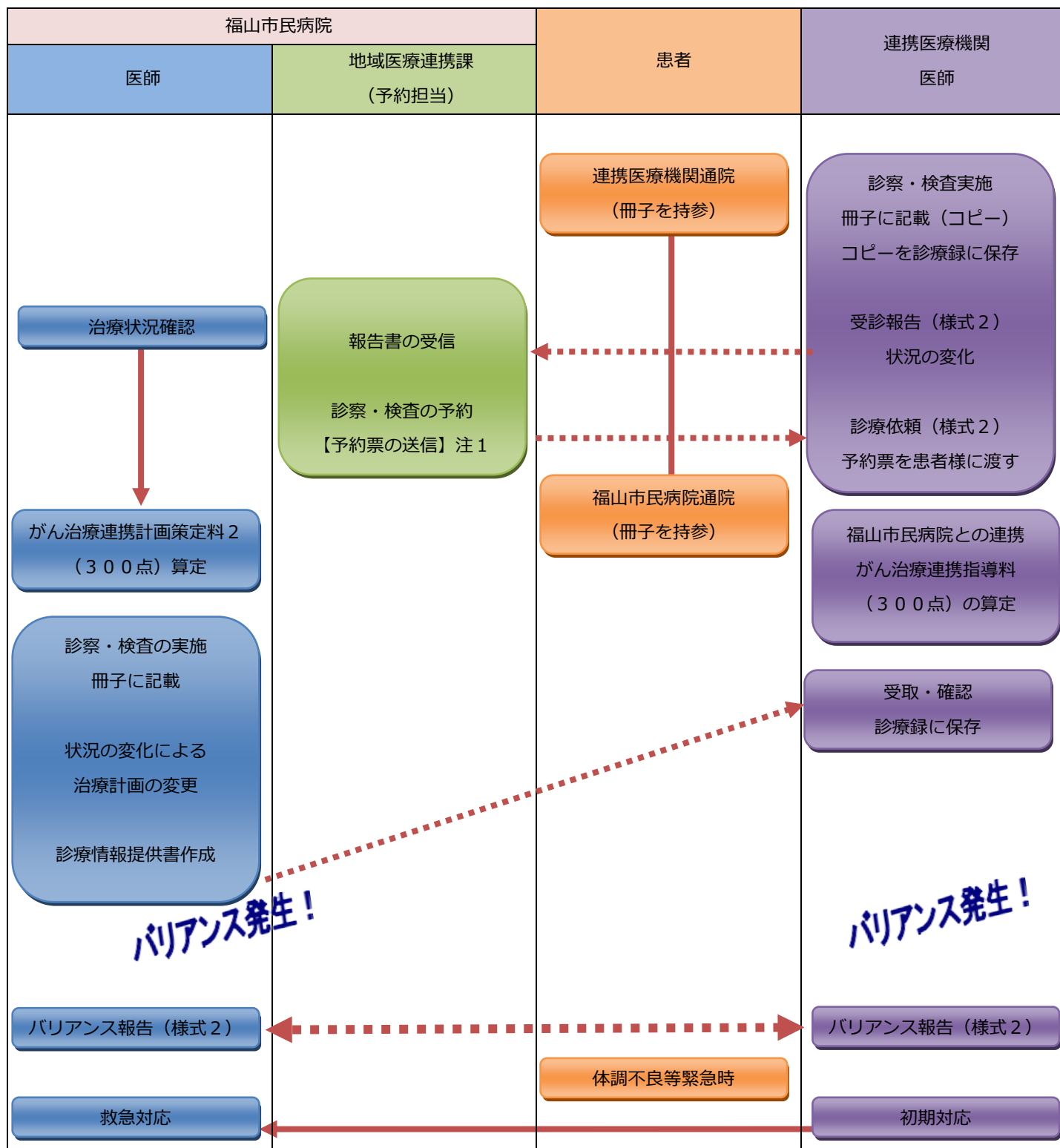
注1 乳がんについては連携医療機関に予約票を送付します。

※胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がんについては**外来予約申込み不要**です。

※連携診療のサイクルはがんの種類ごとの治療計画により異なります。

がん地域連携パス運用フロー図③

治療計画変更時



注1 乳がんについては連携医療機関に予約票を送付します。

※別疾病による他医療機関への入院された場合も、連絡をお願いします。(様式2)

がん地域連携パス運用依頼票

様式1

年 月 日

【連携医療機関】	
医療機関名	
診療科名	
医師名	先生侍史
電話番号	
FAX番号	



【計画策定病院】	
病院名	
福山市民病院	
診療科名	
医師名	
電話番号	084 -941-5151
FAX番号	084 -946-5209

いつも大変お世話になっております。

つぎの患者さまにつきまして、がん地域連携パスを利用して貴院とともに経過観察をさせていただきたいと考えております。つきましては、ご多用のところ恐縮ですが、「受入確認票」にご記入のうえ、FAXにてご返信くださいますようお願い申し上げます。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	生 歳
患者名					
住 所			電話番号		
診断名	1. 乳がん 2. 肺がん 3. 胃がん 4. 肝がん 5. 大腸がん 6. 前立腺がん				
がん治療連携指導料	算定可	・	算定不可	連携開始予定月	月予定
受診希望日	第1希望	年	月	日 ()	時 分頃
	第2希望	年	月	日 ()	時 分頃
備 考					

受入確認票

年 月 日

FAX番号: 084 -946-5209
福山市民病院
診療科名:
担当医師:
電話番号: 084 -941 -5151



【連携医療機関】
医療機関名
診療科名
医師名
電話番号
FAX番号

上記患者さまの受入れについて、次のとおり回答します。

受入れの可否	1. 受入れ可	2. 受入れ不可
担当医師名	先生	診療科名 科
初回受診日時	年 月 日 ()	時 分

※貴院の「診察予約票」がある場合は、お手数ですが合わせてFAX送信してください。

パス

乳がん ・ 肺がん
胃がん ・ 肝がん
大腸がん ・ 前立腺がん

情報提供書 / 予約依頼

様式2

【がん地域連携診療】

年 月 日

FAX番号: 084-946-5209	
計画策定病院(地域医療連携課)	
福山市民病院	
所在地	福山市葦王町5-23-1
診療科名	
担当医師	
電話番号	084-941-5151



【連携医療機関】	
医療機関名	
所在地	
診療科名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

患者情報

ふりがな		男・女		患者住所	
患者名					
生年月日	年 月 日生(歳)			電話番号	
福山市民病院カルテ番号					

□予約依頼

□診察

□検査

診療科名		<input type="checkbox"/> CT 部位(胸部~骨盤)(単影・造影) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 血液検査 ※以下の検査は実施済です <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他()	
担当医	医師		
診察希望日	1. 年 月 日 時 2. 年 月 日 時	検査希望日	1. 年 月 日 時 2. 年 月 日 時
備考	糖尿病薬(あり・なし) ありの場合は薬剤名() 体内金属(あり・なし) ペースメーカー(あり・なし) アレルギー・喘息(あり・なし) 妊娠(あり・なし) 甲状腺機能亢進症(あり・なし) ありの場合6か月以内の採血結果() 造影剤使用歴(あり・なし) 造影剤アレルギー(あり・なし) 検査日3か月以内の採血結果(腎機能eGFR値データ)→(あり・後日)		

※受診報告のみの場合は記入不要です。

□情報提供

紹介目的	1. 受診報告 2. バリانس報告 3. その他()
報告医師名	
がんの種類	【乳がん・肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・前立腺がん】術後経過観察
受診報告	1. 年 月 日 の受診結果を別紙のとおり報告します。
バリانس報告	2. 下記の理由でバリانسが発生しました。 <input type="checkbox"/> 再発・再燃合併症による治療方針の変更 <input type="checkbox"/> 患者本人・ご家族の希望 <input type="checkbox"/> その他 () 【バリانسに関する経過・追加情報】
治療経過患者の状態等	3. その他報告事項

検査・治療に関する計画書について

がんの種類や進行度合いに応じて、治療ガイドラインに則り、検査および治療の計画書を作成しています。

計画書の中には、術後の経過観察に必要な検査や診療項目と、連携医療機関と福山市民病院間における役割分担や受診サイクルが記されています。

患者はこの治療計画を守って医療機関を受診することになります。

患者ごとに治療計画書を交付します。大切に保管し、連携パスが適用になる患者について、該当するがんの治療計画書をコピーして診療録に保存してください。

乳がん地域連携診療計画書

年目	月	受診予定 年月	科学療法	放射線治療	マンモグラフィ	胸腹部CT	骨シンチ	スクリーニング採血 (血算・生化学・脂質)	腫瘍マーカー (CEA・CA15-3)	腰椎骨密度 (AI内服例)	子宮体癌検診 (TAM内服例のみ)	連携施設	手術病院
1年	／	～	／	○	-	-	-	-	-	-	-	-	○
	／	～	／	○	-	-	-	-	-	-	-	-	○
	3ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	6ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	9ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
2年	12ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	15ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	18ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	21ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
3年	24ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	27ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	30ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	33ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
4年	36ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	39ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	42ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	45ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
5年	48ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	51ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	54ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	57ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
6年	60ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	66ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
7年	72ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	78ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
8年	84ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	90ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
9年	96ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	102ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
10年	108ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○
	114ヶ月目	／			-	-	-	○	○	-	-	●	-
	120ヶ月目	／			◎	○	○	◎	◎	○	○	●	○

※ ◎の検査項目は「連携施設」・「計画策定病院」のどちらで行ってもよい

肺がん地域連携診療計画書

◆ 肺がん0期、I A1期、I A2期/手術後の検査・治療連携計画書

名前： _____ (ID: _____)

手術日： _____ 年 月 日

●は手術した病院で行います。

○はかかりつけ医()で行います。

・定期受診以外にも必要があれば受診しましょう。

・5年以降は、毎年がん検診を受けましょう。

施設	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	連携医療機関	手術病院	
術後期間	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9か月	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3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年	
受診年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
達成目標	手術前の生活に近づける								手術前の生活に近づける								安定した生活を送る					
	再発がない								再発がない								再発がない 新たな病変の出現がない					
診察	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
血液検査(生化学)	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
腫瘍マーカー★	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
胸部X線検査	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
胸腹部CT					●				●				●				●				●	

・手術病院と連携医療機関（地域のかかりつけ医）に受診する場合は、結果を持って受診してください。

・腫瘍マーカー：腺がん・・・CEA / 扁平上皮がん・・・CEA、シフラ、SCC

胃がん地域連携診療計画書

■ 診察・検査予定表

I D :

様

●は手術病院で行います。
○はかかりつけ医（ ）で行います。

手術日 年 月 日	1か月	3か月	6か月	9か月	1年	1年6か月	2年	2年6か月	3年	3年6か月	4年	4年6か月	5年
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
問診・診察、P S、体重	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、 2年目以降は症状がある場合に行います。					●				●				●
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査			●		●		●		●		●		●

大腸がん地域連携診療計画書

■ 診察・検査予定表

ＩＤ：

様

●は手術病院で行います。
○はかかりつけ医（ ）で行います。

手術日 年 月 日	2週	3か月	6か月	9か月	1年	3か月	6か月	9か月	2年	3か月	6か月	9か月	3年	3か月	6か月	9か月	4年	3か月	6か月	9か月	5年	
	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
問診・診察	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
採血検査 (CEA含む)	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
胸腹部骨盤CT検査			●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
大腸内視鏡検査*					●								●									●

* 大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリープ検索目的に行います。
1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。

終了した検査は「レ」（チェック）を入れます。

肝がん・肝疾患 診察・検査予定表

【肝がん・肝炎の場合】

	1年目											2年目	
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1ヶ月	
問診・診察	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
血液検査	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
腫瘍マーカー（AFP・PIVKA-II）	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
HBs-Ag（定量）	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
HBV-DNA（TaqMan-HBV）	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
HCV-Ab（定量） ※初回受診時に実施													
HCV-RNA（TaqMan-HCV）	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
上部消化管内視鏡検査													●
腹部超音波検査	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
腹部CTまたはMRI						●							●

【肝がん・肝硬変の場合】

	1年目											2年目		
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1ヶ月		
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
血液検査	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
腫瘍マーカー（AFP・PIVKA-II）	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
HBs-Ag（定量）	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
HBV-DNA（TaqMan-HBV）	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
HCV-Ab（定量） ※初回受診時に実施														
HCV-RNA（TaqMan-HCV）	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
上部消化管内視鏡検査														●
腹部超音波検査	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●
腹部CTまたはMRI				●					●					●

- ・ かかりつけ医の判断により、検査項目は変更してください。
- ・ 2年目以降も同様のサイクルで診察・検査を行ってください。

●は連携拠点病院で行います
○はかかりつけ医で行います

前立腺がん5年間の通院スケジュール

名前 _____ 様 (ID: _____)

手術日 _____ 年 月 日

- ・当院への受診⇒あらかじめ予約を取らせていただきます
- ・かかりつけ医 (_____) への受診
⇒予約日の連絡がない場合は該当月にご自身で受診して下さい

PSA検査とは

がんや炎症により前立腺組織が壊れると、PSAが血液中に漏れ出し、増加します。血液検査でPSA値を調べることによって前立腺がんの可能性を調べます。

1年目

術後期間	1か月後	3か月後	6か月後	9か月後	1年後
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
受診施設	福山市民病院	福山市民病院	かかりつけ医	かかりつけ医	福山市民病院

2年目

術後期間	1年3か月後	1年6か月後	1年9か月後	2年後
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月
受診施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	福山市民病院

3年目

術後期間	2年3か月後	2年6か月後	2年9か月後	3年後
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月
受診施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	福山市民病院

4年目

術後期間	3年3か月後	3年6か月後	3年9か月後	4年後
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月
受診施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	福山市民病院

5年目

術後期間	4年3か月後	4年6か月後	4年9か月後	5年後
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月
受診施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	福山市民病院

福山市民病院 2026年 3月改定

乳がん連携パスの記載要領

術後1か月～6か月の治療計画

自己チェック項目

※毎月1度、日を決めて自己チェックを行い、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
自己視触診	手術側	皮膚・乳頭のへこみ、ひきつれ					
		しこり					
手術していない側	皮膚・乳頭のへこみ、ひきつれ						
	しこり						
その他 気になる症状							

治療計画に則して、連携開始後の経過月に記入してください。

患者が自身の状態・症状について記入します。

医療機関チェック項目


(主治医が記入してください。)

術後		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
術後疼痛						
問診	<input type="checkbox"/> タモキシフェン	更年期症状				
		帯下の変化				
視触診	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤	更年期症状				
		関節痛・こわばり				
局所・リンパ節						
患肢：リンパ浮腫・炎症						
*検査	採血結果					
	腫瘍マーカー	CEA				
		CA15-3				
	画像検査	マンモグラフィ				
乳房エコー						
その他						
投薬	ホルモン剤処方					
	内服状況確認					
	併用薬チェック					
備考 施設名・主治医名サイン欄						

受診日・問診・診察所見や検査結果等の診療内容を記入してください。最後にサインまたは押印してください。

MEMO

特記事項等あれば、メモとして活用してください。



検査結果や薬等の記載は、メモ欄をご利用ください。

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

肺がん連携パスの記載要領

術後 1 ヶ月～6 ヶ月の治療計画

達成目標：
手術前の生活に近づける / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう	1ヶ月 月 日	2ヶ月 月 日	3ヶ月 月 日	4ヶ月 月 日	5ヶ月 月 日	6ヶ月 月 日
気になる症状						

患者が自身の状態・症状について記入します。

MEMO

あなたのメモ

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察						
※検査	血液検査					
	腫瘍マーカー	CEA				
		SLX				
		シフラ				
	SCC					
胸部X線検査						
胸腹部CT						
精密検査	□MRI □PET-CT	□MRI □PET-CT	□MRI □PET-CT	□MRI □PET-CT	□MRI □PET-CT	□MRI □PET-CT
	□骨シンチ □喀痰細胞診	□骨シンチ □喀痰細胞診	□骨シンチ □喀痰細胞診	□骨シンチ □喀痰細胞診	□骨シンチ □喀痰細胞診	□骨シンチ □喀痰細胞診
その他						
症状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
投薬	内服状況確認					
	併用薬チェック					
特記事項 (所見・説明事項等)						
備考 施設名・主治医名サイン欄						

治療計画に則して、連携開始後の経過月に記入してください。

受診日・問診・診察所見や検査結果等の診療内容を記入してください。

最後にサインまたは押印してください。

かかりつけ医メモ

特記事項等あれば、メモとして活用してください。

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

14

15

胃がん連携パスの記載要領①

診療記録(術後1年まで)



治療計画に則して、連携開始後の経過月に記入してください。

- 治療病院
- かかりつけ医
- ◎ どちらでも可

手術日	退院後2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	メモ	
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	あなたのメモ	
受診機関	●	○	◎	○	●	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 原則、患者が自身の状態・症状について記入します。 </div>	
体重	kg	kg	kg	kg	kg		
腹部理学的所見	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> かかりつけ医メモ 特記事項等あれば、メモとして活用してください。 </div>	
下記の症状が持続する場合はチェックを入れてください							
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他気になる症状							
採血 CEA CEA19-9	●	○	◎	○	◎	診断治療施設担当医メモ 薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。	
内視鏡検査					◎		
CT / US					◎		
診察所見・検査結果 (書ききれない時は通称欄へ)	<input type="checkbox"/> 著変なし	<input type="checkbox"/> 著変なし			<input type="checkbox"/> 著変なし		
サイン欄							

受診日・問診・診察所見や検査結果等の診療内容を記入してください。

最後にサインまたは押印してください。

大腸がん連携パスの記載要領

診療記録(退院後1年まで)

●治療病院
○かかりつけ医
◎どちらでも可



手術日	退院後2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	メモ
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	あなたのメモ
受診機関	●	◎	治療計画に則して、連携開始後の経過月に記載してください。		●	かかりつけ医メモ 特記事項等あれば、メモとして活用してください。
体重	kg	kg	kg	kg	kg	
腹部理学的所見	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし	患者が自身の状態・症状について記入します。
気になる症状があれば、ご記入をお願いします。						
採血(CEA含む)	●	◎	◎	○	◎	診断治療施設担当医メモ 薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。
直腸指診(直腸がんの場合)			◎		◎	
胸腹部骨盤CT検査					◎	
大腸内視鏡検査					◎	
所見	<input type="checkbox"/> 著変なし	<input type="checkbox"/> 著変なし	受診日・問診・診察所見や検査結果等の診療内容を記入してください。 最後にサインまたは押印してください。		<input type="checkbox"/> 著変なし	
サイン欄						

肝がん・肝疾患連携パスの記載要領

合併症	・糖尿病 ・高血圧 ・脂質異常	背景疾患	HBV	治療法	TACE	RFA	肝切除	肝性脳症	無	有	治療後
	・脳神経疾患 ・心疾患		HCV	治療日	年 月 日			食道・胃静脈瘤	無	有	治療後
	・他 ()		NBNC	Stage TMN分類	福山市民病院で記入します。			腹水	無	有	治療後
Child-pugh score	A B C		他 ()								

診療記録 (年目)

	回目	回目	回目	回目	回目	回目	メモ
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
受診日							あなたのメモ
受診機関							患者が自身の状態・症状について記入します。
腹部理学的所見	○異常あり ○異常なし	○異常あり ○異常なし	○異常あり ○異常なし	○異常あり ○異常なし	○異常あり ○異常なし	○異常あり ○異常なし	
採血							かかりつけ医メモ 特記事項等あれば、メモとして活用してください。
AST							
ALT							
γ-GTP							
TP							
Alb							
T-Bil							
AFP							
PIVKA							
WBC							
Plt							
PT							
HBs-Ag (定量)							
HBV-DNA (TaqMan-HBV)							
HCV-Ab (定量)							
HCV-RNA (TaqMan-HCV)							
CT							診断治療施設担当医メモ
US							
MRI							
その他気になる症状							
診察所見・検査結果	○著変なし	○著変なし	○著変なし	○著変なし	○著変なし	○著変なし	薬、治療内容等の記載や治療に関する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。
サイン欄							

前立腺がん連携パスの記載要領

手術(前立腺全摘除術):検査・治療連携計画書および診療情報提供書

手術(術後1年目)

かかりつけ医	病院名: 担当医:
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関	○治療病院					○かかりつけ医					○治療病院	
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
1年目 受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄 採血 PSA 値 (ng/mL)												
患者記入欄 自覚症状 排尿症状			排尿症状 なし・あり						排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり

治療計画に則して、連携開始後の経過月に記載してください。

患者が自身の状態・症状について記入します。

メモ

患者が、薬、治療内容、治療に対する思いや気になることをメモ欄に記入します。

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

Q & A

1 連携パス（冊子）と様式1と様式2はどこで手に入りますか？

⇒連携パス（冊子）は広島県（広島がんネット）のホームページからダウンロードしてご利用ください。<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/iryuu-watashi-no-techo.html>

様式1と様式2は、福山市民病院ホームページからダウンロードすることができます。ただし、ダウンロードできない場合は、福山市民病院のがん相談支援センターにご連絡ください。

2 患者が連携診療に同意した後、福山市民病院は連携先をどのように決定しますか？

⇒連携パスによる連携診療の連携先は次のように決定します。

(1)原則、紹介元医療機関と連携します。

(2)紹介元医療機関はあるが、個々の事情等により連携できない場合

⇒患者の希望により連携先を調整します。

(3)紹介元医療機関がない場合

⇒患者の希望により連携先を調整します。

(4)かかりつけ医と紹介元医療機関が異なる場合（紹介元が検診により、紹介する場合等）

⇒原則、かかりつけ医と連携します。（患者と協議のうえ決定）

3 連携パスの導入について、患者への説明はいつ誰が行いますか？

⇒福山市民病院の主治医の説明後、連携パス導入について、患者さんの同意を得ることができれば、がん相談支援センターのスタッフが説明いたします。連携診療開始後、連携医療期間の受診時に患者から質問があった場合は、Q & Aを参考に連携医療機関においても説明をお願いします。

4 連携パスの対象と運用期間の基準はありますか？

がんの種類	パスの期間	対象
胃がん	術後5年間	福山市民病院で手術を行った、I A、IB期
大腸がん	術後5年間	福山市民病院で手術を行った、I、II期
肺がん	術後5年間	福山市民病院で手術を行った、非小細胞肺がん0期、I A 1期、I A 2期
前立腺がん	術後5年間	福山市民病院で手術あるいは、放射線治療を行った、限局性前立腺がん
乳がん	術後10年間	I期～III期の福山市民病院で初回治療後（手術、内分泌療法、放射線治療など）、HBOCは対象外
肝がん	パスの期間設定なし	原発性肝がん

5 連携する医療機関同士の定期的な連絡はどのように行えばよいですか？

⇒運用マニュアルの1～9頁をご参照ください。

患者が持参する連携パス冊子の「受診記録」欄（記載後）のコピーと「情報提供書／予約依頼」（様式2）を合わせて福山市民病院にFAX送信してください。FAX送信した書類は診療録に保存してください。（これは、患者が連携パス冊子を保管しているためです。福山市民病院の記載部分があれば、これもコピーし診療録に保存してください。）

また、連携パス冊子内に記載しきれない場合や、特に連絡を要する場合等は必要に応じて診療情報提供書を発行してください。

福山市民病院の受診時は連携パス冊子の記載と合わせて、診療情報提供書を連携医療機関に送付します。

6 受診時に、患者が連携パス冊子を忘れた時はどうしたらいいですか？

⇒各連携パス冊子の該当する受診記録のページをコピー、もしくは広島がんネットのホームページからダウンロードし記載してください。記載後はコピーし、様式2とともに福山市民病院に送付してください。コピーは診療録に保存し、原本は患者に渡してください。

7 治療計画内の検査項目について、結果が出るまでに時間がかかるのですが、受診報告はどうすればいいですか？

⇒検査結果が出てから、福山市民病院に報告してください。検査結果が後日に出る場合は、検査結果を患者に説明されることと思います。その際患者に連携パス冊子を持参してもらい、受診報告をしていただきたいと思います。

8 がん治療連携指導料(300点)はどうすれば算定できますか？

⇒福山市民病院と連携パスを実施する場合、算定することができます。

先ず、福山市民病院で中国四国厚生局に施設基準の届出を行います。

届出後、治療計画に基づいた診療を行い、福山市民病院に診療情報を文書により提供した場合は、がん治療連携指導料が月1回に限り算定することができます。上記5に示したとおり、FAXによる受診報告により算定できます。治療計画にない受診について文書で報告しても、指導料は算定できませんのでご注意ください。

9 連携パス普及のための取組みや説明は、どのように行いますか？

⇒連携パスを普及・発展させるためには、医療従事者はもちろんのことですが、特に患者の理解が必要です。連携パスに関する啓発活動や情報提供は地対協、各計画策定病院、その他関係機関等が連携して行う必要があります。

また、連携パスを初めて運用する連携医療機関については、福山市民病院のがん相談支援センター担当スタッフが運用手順等について説明を行います。

1 0 緊急時の対応はどのように行えばよいですか？

⇒緊急時の対応は原則、連携医療機関でお願いいたします。連携医療機関において対応困難な事例であれば、福山市民病院に連絡してください。（運用マニュアル4頁「1 0. 緊急時の対応」参照）

1 1 想定されていない問題が生じた場合はどうしたらよいですか？

⇒想定外の問題が生じた際は、福山市民病院の地域医療連携課（予約担当）か、がん相談支援センターにご連絡ください。個々のケースに応じて、連携医療機関とともに柔軟に対応したいと考えています。

1 2 連携パスを導入することによる、かかりつけ医・地域の医療者のメリットは何ですか？

⇒連携パスはがんの連携診療を推進するツールであり、患者の情報を共有する基盤となるものです。情報の共有を通じて、よりよい医療を短時間で効率的に提供することができます。連携パスを通して、地域のがん診療のレベルアップと均てん化を図ることができます。治療計画による診療後、診療情報を福山市民病院へFAX報告いただくと、月1回がん治療連携指導料300点の保険請求が認められます。

1 3 連携パス冊子の所有権は？

⇒連携パス冊子は患者のものです。患者が保管し、紛失の責任は患者に帰します。万が一紛失した場合は福山市民病院で再発行します。

1 4 連携パス冊子が不要になったら

⇒患者ご自身の記録として保管されるか、または患者ご自身・ご家族の判断で処分していただくようお願いしてください。

2026年 3月作成