

鳥取県西部地区がん地域連携診療計画書 運用マニュアル

2015年10月 ver 1.2

2012年4月 ver 1.1

2011年10月 ver 1.0

公益社団法人 鳥取県西部医師会

鳥取県西部地区がん地域連携パス推進委員会

鳥取県西部地区がん地域連携診療計画書運用マニュアル

2015年10月 ver 1.2

目次

背景と目的	1
参画施設	1
鳥取県の地域連携診療計画策定病院	1
がん診療連携拠点病院	
がん診療連携拠点病院に準じる病院	
本マニュアルの適用	1
がん地域連携パス等の書類の流れ	2
運用の実際	3
・計画策定病院	
・連携医療機関	
がん地域連携確認書	4
・胃がん 大腸がん 肝がん 肺がん 乳がん	
がん地域連携パス	9
・胃がん 大腸がん 肝がん 肺がん 乳がん	
がん地域連携診療報告書	14
・胃がん 大腸がん 肝がん 肺がん 乳がん	
がん診療の機能分担表	19
各がん地域連携パスの運用	
胃がん	20
大腸がん	23
肝がん	26
肺がん	29
乳がん	32
がん地域連携診療計画に関する保険診療に係る事項	35
がん地域連携診療計画書運用マニュアルの検討について	37
運用開始について	37
参考資料	38
がん病期分類	

【背景と目的】

我が国では、1981年にがんが国民の死亡原因の第一位となり、その後も増加の一途をたどり、2人に1人はがんになり、約3人に1人ががんで亡くなっている。鳥取県内でも毎年約2,000人ががんのため死亡している。がん患者の急速な増加に現在の医療体制では対応が困難であり、在宅医療を含めたがん医療の必要性が提唱されている。

がん医療を地域で支えるために、退院後の経過観察を地域連携診療計画に沿って、かかりつけ医と専門医とが役割分担を明確にすることで、がん患者に対して、安心と利便性を与え、地域における切れ目のない医療を提供することが本連携パスの目的である。

【参画施設】

鳥取県および周辺地域における連携する医療機関

【鳥取県の地域連携診療計画策定病院】

がん診療連携拠点病院

病院名	所在地	電話番号
鳥取大学医学部附属病院	米子市西町 36-1	0859-33-1111
鳥取県立中央病院	鳥取市江津 730	0857-26-2271
鳥取市立病院	鳥取市的場 1-1	0857-37-1522
鳥取県立厚生病院	倉吉市東昭和町 150	0858-22-8181
米子医療センター	米子市車尾 4-17-1	0859-33-7111

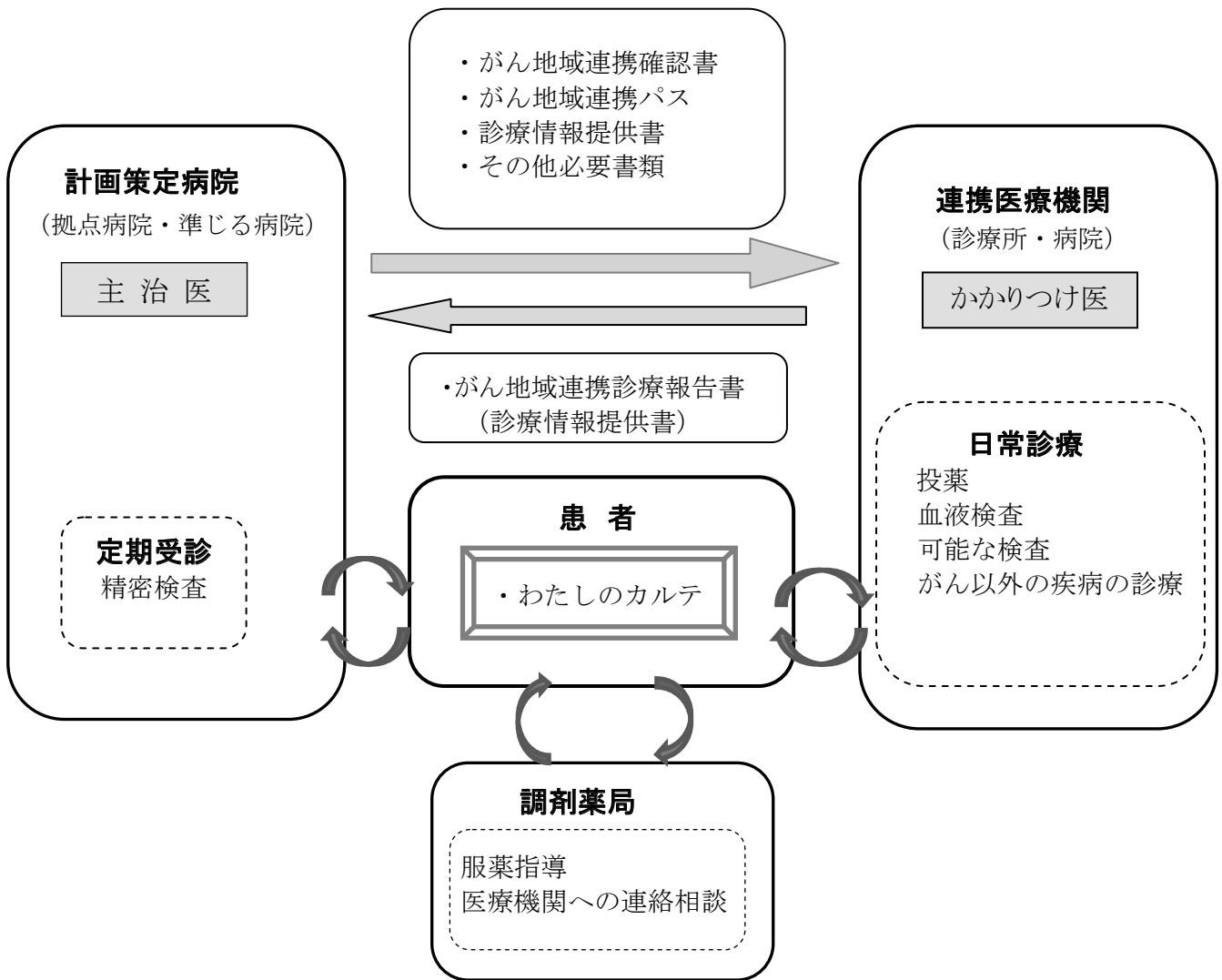
がん診療連携拠点病院に準じる病院

病院名	所在地	電話番号
鳥取赤十字病院	鳥取市尚徳町 117	0857-24-8111
鳥取生協病院	鳥取市末広温泉町 458	0857-24-7251
野島病院	倉吉市瀬崎町 2714-1	0858-22-6231
山陰労災病院	米子市皆生新田 1-8-1	0859-33-8181
博愛病院	米子市両三柳 1880	0859-29-1100

【本マニュアルの適用】

鳥取県西部地区の「がん診療連携拠点病院」及び「がん診療連携拠点病院に準じる病院」が、鳥取県西部地区の連携医療機関間において、鳥取県下統一の「がん地域連携パス」を運用する場合に適用する。

【がん地域連携パス等の書類の流れ】



【運用の実際】

・計画策定病院

1. 対象症例のがん地域連携診療計画適用を確認する。
2. 使用するがん地域連携パスを確認する。
3. 患者ならびに家族への説明の上、がん地域連携診療計画について署名にて同意を得る。
また写しを患者家族に渡す。
4. 連携医療機関との連携調整をがん地域連携確認書により地域連携診療計画の運用開始前に行う。
5. 連携医療機関との連携に必要な書類・資料を確認する。
{がん地域連携確認書、がん地域連携パス（病院説明者と受けた患者家族の署名の入ったもの）、診療情報提供書、その他必要資料等}
6. わたしのカルテ（患者用地域連携パス手帳）への記載。

・連携医療機関

1. がん地域連携パスの受け入れの可否についての事前連絡を確認する。
2. 計画策定病院との連携に必要な書類・資料等を確認する。
がん地域連携パス（病院説明者と受けた患者家族の署名の入ったもの）
がん地域連携確認書
がん地域連携診療報告書
診療情報提供書
その他必要資料等
3. 計画策定病院への必要事項を報告する。
 - ・がん地域連携診療報告（診療情報提供）
 - ・がん地域連携パスが他医療機関との間で運用されることになった場合または中断された時
4. わたしのカルテ（患者用地域連携パス手帳）への記載。

胃がん地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

連絡先
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	・	有				

2) 治療方針

3) 治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 腹部超音波検査
- CT検査
- 胃内視鏡検査

* 返信先は下記の部署へお願い申し上げます。

大腸がん地域連携確認書

連携医療機関
所在地 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

連絡先
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される術後晩期合併症							
再発リスク	低	中		高			
併存疾病							
告知	無	・		有			

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 腹部超音波検査
- CT検査
- 大腸内視鏡検査

* 返信先は下記の部署へお願い申し上げます。

肝がん地域連携確認書

連携医療機関
所在地 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

連絡先
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	・	有				

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 凝固機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- CT/MRI検査

* 返信先は下記の部署へお願い申し上げます。

肺がん地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

連絡先
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中	高				
併存疾病							
告知	無	・	有				

2) 治療方針

3) 治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法

4) 検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 腫瘍マーカー
- 胸部X線
- CT検査

* 返信先は下記の部署へお願い申し上げます。

乳がん地域連携確認書

連携医療機関
所在地 〒 _____

TEL _____

担当科名 _____
医師氏名 _____ 先生侍史

連絡先
担当科名 _____
医師名 _____

1) 病院・診療所共有情報

ID		氏名		年齢		性	
病名				部位			
病理診断							
病期	T		N		M		stage
手術	無・有(年 月 日 術式)					根治度	
予想される 術後晩期合併症							
再発リスク	低	中		高			
併存疾病							
告知	無	・		有			

2) 治療方針

3) 術後治療(貴院で可能な治療をチェックしてください)

- 経過観察
- 既存疾病(高血圧、糖尿病等)
- 内服抗がん剤治療
- 外来化学療法
- 入院化学療法
- リンパ浮腫指導

4) 術後検査(貴院で可能な検査をチェックしてください)

- 血液一般検査
- 肝機能検査
- 腎機能検査
- 検尿
- 腫瘍マーカー
- 胸部X線
- CT検査
- マンモグラフィ

* 返信先は下記の部署へお願い申し上げます。

鳥取県胃がん地域連携パス

受診間隔	連携医療機関 計画策定病院	退院後2週間	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
臨床症状	食事量 体重	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
検査	血液一般検査	○	○	○	○	○	○	○
	肝機能検査	○	○	○	○	○	○	○
	腎機能検査	○	○	○	○	○	○	○
	検尿	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○
処置	腹部超音波検査	○	○	○	○	○	○	○
	CT検査	○	○	○	○	○	○	○
	胃内視鏡検査	○	○	○	○	○	○	○
処方	投薬							
	注射・点滴							
診療のポイント	この時期は消化管の運動はまあ不十分です。吻合部の浮腫もあまりまずいので食事は十分に食べられませんが、その事を理解の上、ゆとりよく噛んで食べられるように指導してください。また、食事の量は手術前の30%を目標にしてください。	この時期は消化管の運動は正常に戻ってくる時期です。食べ方の注意を再度お願いいたします。	食事はある程度順調になり始めるころです。タンピング症状の説明(ゆとりよく食べる)は低血糖状態であれば糖分を摂取するなど)を行ってください。	残胃や小腸の運動も正常に戻ってくる時期です。食べ方の注意を再度お願いいたします。	この時期からは心配するべき点は、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生再発です。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生にも注意してください。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生にも注意してください。	再発のチェックが重要で、鉄やビタミンB12の吸収障害による貧血と腸閉塞の発生にも注意してください。

連携医療機関: _____ 計画策定病院: _____

本人・家族への説明: _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名: _____

説明を受け、同意をした者: 本人・家族(_____)

患者氏名: _____ 同意者署名: _____

鳥取県大腸がん地域連携パス

		退院後2週間	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診間隔	連携医療機関							
	計画策定病院	2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回	3～6か月に1回
臨床症状	食事量	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	検尿	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腫瘍マーカー	○	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腹部超音波検査		3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	CT検査			○			○	6か月に1回
処置	大腸内視鏡検査					○	1年に1回	2年に1回
	投薬							
注射・点滴								
診療のポイント		便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。イレウスが疑われる場合には直ぐに紹介をお願いします。	便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。イレウスが疑われる場合には直ぐに紹介をお願いします。	便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。食べ方の後、慣れた頃です。食べ方の注意を再度お願いします。再発のチェックも重要です。	再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。	再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。	再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。	再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。

連携医療機関：	計画策定病院：
本人・家族への説明：	年 月 日
説明者署名：	
説明を受け、同意をした者：	本人・家族()
患者氏名：	同意者署名：

鳥取県肝がん地域連携パス

		退院後1か月	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診間隔	連携医療機関		1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回
	計画策定病院	○	○	○	○	○	○	○
臨床症状	黄疸	○	○	○	○	○	○	○
	浮腫・腹水	○	○	○	○	○	○	○
	肝性脳症	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	凝固機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	検尿	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
処置	CT/MRI(腹部)検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	投薬							
診療のポイント	注射・点滴							

連携医療機関:	計画策定病院:
本人・家族への説明: 年 月 日	
説明者署名:	
説明を受け、同意をした者: 本人・家族()	
患者氏名: 同意者署名:	

鳥取県肺がん地域連携パス

		退院後2週間	3か月	6か月	1年	2年	5年
受診間隔	連携医療機関	○	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回	3～6か月に1回
	計画策定病院		○	○	○	6か月に1回	6か月に1回
臨床症状	咳・痰	○	○	○	○	○	○
	息切れ(呼吸困難)	○	○	○	○	○	○
	疼痛	○	○	○	○	○	○
	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
検査	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	胸部X線	○	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	CT検査(胸部～上腹部)			○	○	○	○
処置	投薬						
	注射・点滴						
診療のポイント							

連携医療機関：	計画策定病院：
本人・家族への説明：	年 月 日
説明者署名：	
説明を受け、同意をした者：	本人・家族()
患者氏名：	同意者署名：

鳥取県乳がん地域連携パス

	退院後1か月	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年	10年
受診間隔		2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回	3～6か月に1回	3～6か月に1回
連携医療機関								
計画策定病院	○		○		○		6か月に1回	6か月に1回
患側上肢の浮腫	○	○	○	○	○	○	○	○
体重	○	○	○	○	○	○	○	○
血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
胸部X線			6か月に1回		6か月に1回	6か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
CT検査(胸部～上腹部)					1年に1回	1年に1回	1年に1回	1年に1回
マンモグラフィ					1年に1回	1年に1回	1年に1回	1年に1回
リンパ浮腫指導	○							
処置								
投薬								
注射・点滴								
診療のポイント								

連携医療機関：	計画策定病院：
本人・家族への説明： 年 月 日	
説明者署名：	
説明を受け、同意をした者： 本人・家族()	
患者氏名： 同意者署名：	

胃がん地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

食事量 増加 不変 減少
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査（検査日： 月 日）

検査項目および所見：

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

大腸がん地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

食事量 増加 不変 減少
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査 (検査日: 月 日)

検査項目および所見:

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

肝がん地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

黄疸 なし 軽度 重度
 浮腫・腹水 なし 軽度 重度
 肝性脳症 なし あり
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査（検査日： 月 日）
 検査項目および所見：

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
TB			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
PT			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定
 再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

肺がん地域連携診療報告書

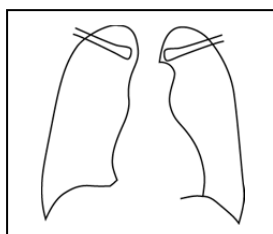
連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

咳・痰 なし 軽快 不変 増悪
 息切れ なし 軽快 不変 増悪
 疼痛 なし 軽快 不変 増悪

2. 胸部 X 線 (検査日: 月 日)



胸水: なし 減少 不変 増量
 結節: なし 出現
 縦隔: 不変 拡大

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

乳がん地域連携診療報告書

連携医療機関 _____
 所在地 〒 _____
 TEL _____
 担当科名 _____
 医師名 _____

ID		氏名		年齢		性	
----	--	----	--	----	--	---	--

1. 臨床症状

浮腫 なし 軽度 重度
 体重 増加 不変 減少 (kg)

2. 画像検査（検査日： 月 日）

検査項目および所見：

3. 血液検査

	月 日	月 日	月 日
赤血球			
白血球			
好中球 (%)			
血小板			
BUN			
クレアチニン			
AST			
ALT			
γ-GTP			
ALP			
腫瘍マーカー ()			

4. 総合判定

再発徴候なし 再発徴候あり

5. 連絡事項

がん診療の機能分担表

機能	計画策定病院	連携医療機関	調剤薬局
診断	確定診断、精密診断 病期診断 再発時の診断	初期診断、再発時の診断 精密検査の必要性の判断	
検査	精密検査 (画像、血液検査) 経過観察のための検査 (画像、血液検査)	スクリーニング検査 経過観察のための検査	
治療	手術 化学療法(抗がん剤治療) 放射線治療、臨床試験 症状緩和治療 経過観察	日常の指導・管理 連携した化学療法とその継続 症状緩和治療とその継続 経過観察	
ケア	メンタルケア	メンタルケア	服薬指導 内服状況・副作用の チェック 医療機関への連絡 ・相談
診療連携 パス	診察 補助化学療法 (抗がん剤治療) 定期的精密検査 (画像・血液検査) 副作用・合併症の対応 再発時の対応	診察 連携した化学療法の継続 経過観察のための 日常的検査 (主に血液検査) 副作用・合併症の対応 再発時の対応	服薬指導 内服状況・副作用の チェック 医療機関への連絡・ 相談

胃がん地域連携パスの運用

(内 容)

○「胃がん地域連携パス」にご協力をいただける先生へ

1. 対象患者について
2. 診療して頂く時期と期間
3. 連携医療機関の先生の診察
4. 計画策定病院への定期受診の前に
5. バリエーション（パス逸脱）と対処法
6. その他

「胃がん地域連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

- ①胃がん内視鏡切除後あるいはステージⅠ，Ⅱの手術後症例
- ②告知済み
- ③直近の検査で重篤な異常なし
- ④地域連携パスを用いた診療の同意が得られていること

2. 診療して頂く時期と期間

- ①退院後1ヵ月（30日）以内の受診を基本とする。
- ②パスの運用期間は原則がん切除後5年間とする。

3. 連携医療機関の先生の診察

- ①胃がん地域連携確認書の事前提示と確認をする。
- ②初回診療日については確認（予約の）電話を受ける。
- ③初回診察時には以下のものを確認する。
 - ・胃がん地域連携パス（計画策定および連携医療機関用）
（説明医師並びに説明を受けた本人または家族の署名のあるもの）
 - ・胃がん地域連携確認書
 - ・胃がん地域連携診療報告書
 - ・診療情報提供書
 - ・わたしのカルテ
 - ・その他必要資料
- ④診察時には、胃がん地域連携パスと診療情報提供書を参考に、必要な投薬と血液検査をする。
- ⑤血液検査（可能ならば以下の検査をする）
 - ・一般血液検査：
血算 生化学（BUN クレアチン AST ALT γ -GTP ALP）
 - ・腫瘍マーカー：CEA、CA19-9等
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑥超音波検査、胃内視鏡検査
 - ・定期または必要に応じて行う。
実施困難な場合計画策定病院で行う。
- ⑦CT検査（胸部～上腹部）
 - ・原則として計画策定病院で行うが、必要に応じて実施してもよい。
- ⑧胃がん以外の疾病の診療は、基本的に連携医療機関が担う。

4. 計画策定病院への定期受診の前に

- ・胃がん地域連携診療報告書を記載し、患者に手渡す。
- ・患者が受診する前に届くように郵送してもよい。

- ・わたしのカルテへの記載。

5. バリエンス（パス逸脱）と対処法

- ①バリエンスはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。
 - (ア) 原疾患の再発や原病死
 - (イ) 他疾患による通院不能状態や他病死
- ②バリエンスが発生した場合は速やかに計画策定病院と相互連絡をとり、情報を提供する。
- ③バリエンスの可能性となる兆候、検査異常とその対処法

兆候、検査異常	対 処 法
創感染の場合	紹介
嘔吐がある場合	吻合部の一時的な浮腫が先ず考えられます。この場合は点滴と軽めの食事或いは経管栄養剤で数日様子を見て軽快しない場合は紹介
食事が上手くとれない、体重減少が止まらない	紹介
イレウスが疑われる場合	直ぐに連絡
腫瘍マーカー高値や再発が疑われる場合	紹介

- ・以上の兆候を疑う場合、紹介時期は以下のとおりとする。

症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われる場合	2週間をめぐりに計画策定病院を受診
症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われる場合	電話連絡の後に計画策定病院あるいは救急外来受診

- ・計画策定病院の医師は、速やかに精査を行う。

- ④再発が否定された場合にはパスを継続する。
- ⑤急変時についての問い合わせ先は、計画策定病院の担当科あるいは医師とする。

6. その他

- ①投薬については、基本的に連携医療機関が行う。抗がん剤治療は原則的に計画策定病院で行うが、経口抗がん剤の処方連携医療機関でも行える。
- ②パスの運用は基本的に術後5年であるが、病院での定期受診は原則10年以上とする。
- ③定期受診以外でも必要があれば計画策定病院への受診を患者に案内する。
- ④別紙記載したがん診療の機能分担表を参考とする。
- ⑤がんの再発や転移などによる治療方法の変更が行われた場合、計画策定病院はその旨を連携医療機関に診療情報提供書をもって連絡する。

大腸がん地域連携パスの運用

(内 容)

○「大腸がん地域連携パス」にご協力をいただける先生へ

1. 対象患者について
2. 診療して頂く時期と期間
3. 連携医療機関の先生の診察
4. 計画策定病院への定期受診の前に
5. バリエーション（パス逸脱）と対処法
6. その他

「大腸がん地域連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

- ①Stage 0、I、II 大腸がん切除術後（内視鏡切除例を含む）
および 補助化学療法を行わない Stage III 大腸がん
- ②告知済み
- ③直近の検査で重篤な異常なし
- ④地域連携パスを用いた診療の同意が得られていること

2. 診療して頂く時期と期間

- ①退院後 1 ヶ月（30 日）以内の受診を基本とする。
- ②パスの運用期間は原則がん切除後 5 年間とする。

3. 連携医療機関の先生の診察

- ①大腸がん地域連携確認書の事前提示と確認をする。
- ②初回診療日については確認（予約の）電話を受ける。
- ③初回診察時には以下のものを確認する。
 - ・大腸がん地域連携パス（計画策定および連携医療機関用）
（説明医師並びに説明を受けた本人または家族の署名のあるもの）
 - ・大腸がん地域連携確認書
 - ・大腸がん地域連携診療報告書
 - ・診療情報提供書
 - ・わたしのカルテ
 - ・その他必要資料
- ④診察時には、大腸がん地域連携パスと診療情報提供書を参考に、必要な投薬と血液検査をする。
- ⑤血液検査（以下の検査をする）
 - ・一般血液検査：
血算 生化学（BUN クレアチン AST ALT γ -GTP ALP）
 - ・腫瘍マーカー：CEA、CA19-9 等
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑥腹部超音波検査、大腸内視鏡検査、上部消化管内視鏡検査
 - ・可能であれば、実施する
 - ・実施した場合には、計画策定病院紹介時に情報提供を行う。
- ⑦CT 検査（胸部～骨盤部）
 - ・原則として、計画策定病院で行う。
- ⑧大腸がん以外の疾病の診療は、基本的に連携医療機関が担う。

4. 計画策定病院への定期受診の前に

- ・上記検査を、計画策定病院で行う必要がある場合には、日程に合わせて計画策定病院に

診療情報提供書をもって紹介する。

- ・大腸がん地域連携診療報告書を記載し、患者に手渡す。
- ・患者が受診する前に届くように郵送してもよい。
- ・わたしのカルテへの記載。

5. バリエンス（パス逸脱）と対処法

①バリエンスはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。

（ア）原疾患の再発や原病死

（イ）他疾患による通院不能状態や他病死

②バリエンスが発生した場合は速やかに計画策定病院と相互連絡をとり、情報を提供する。

③バリエンスの可能性となる兆候、検査異常とその対処法

兆候、検査異常	対処法
創感染の場合	紹介
イレウスが疑われる場合	紹介
血便・下血が疑われる場合	紹介
食事量低下が著しい場合	紹介
腫瘍マーカー高値や再発が疑われる場合	紹介

・以上の兆候を疑う場合、紹介時期は以下のとおりとする。

症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われる場合	2週間をめぐりに計画策定病院を受診
症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われる場合	電話連絡の後に計画策定病院あるいは救急外来受診

・計画策定病院の医師は、速やかに精査を行う。

④再発が否定された場合にはパスを継続する。

⑤急変時についての問い合わせ先は、計画策定病院の担当科あるいは医師とする。

6. その他

①投薬については、基本的に連携医療機関が行う。抗がん剤治療は原則的に計画策定病院で行うが、経口抗がん剤の処方連携医療機関でも行える。

②パスの運用は基本的に術後5年であるが、病院での定期受診は原則10年以上とする。

③定期受診以外でも必要があれば計画策定病院への受診を患者に案内する。

④別紙記載したがん診療の機能分担表を参考とする。

⑤がんの再発や転移などによる治療方法の変更が行われた場合、計画策定病院はその旨を連携医療機関に診療情報提供書をもって連絡する。

肝がん地域連携パスの運用

(内 容)

○「肝がん地域連携パス」にご協力をいただける先生へ

1. 対象患者について
2. 診療して頂く時期と期間
3. 連携医療機関の先生の診察
4. 計画策定病院への定期受診の前に
5. バリエーション（パス逸脱）と対処法
6. その他

「肝がん地域連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

- ①肝がん治療後（初発・再発は問わない）
- ②告知済み
- ③直近の検査で重篤な異常なし
- ④地域連携パスを用いた診療の同意が得られていること

2. 診療して頂く時期と期間

- ①退院後1ヵ月（30日）以内の受診を基本とする。
- ②パスの運用期間は原則がん治療開始後5年間とする。

3. 連携医療機関の先生の診察

- ①肝がん地域連携確認書の事前提示と確認をする。
- ②初回診療日については確認（予約の）電話を受ける。
- ③初回診察時には以下のものを確認する。
 - ・肝がん地域連携パス（計画策定および連携医療機関用）
（説明医師並びに説明を受けた本人または家族の署名のあるもの）
 - ・肝がん地域連携確認書
 - ・肝がん地域連携診療報告書
 - ・診療情報提供書
 - ・わたしのカルテ
 - ・その他必要資料
- ④診察時には、肝がん地域連携パスと診療情報提供書を参考に、必要な投薬と血液検査をする。
- ⑤血液検査（可能ならば以下の検査をする）
 - ・一般血液検査：
血算 PT 生化学（BUN クレアチン TB AST ALT γ -GTP ALP）
 - ・腫瘍マーカー：AFP、PIVKA II 等
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑥腹部超音波検査・腹部CT検査・腹部MRI検査
 - ・原則として計画策定病院で行うが、必要に応じて実施してもよい。
- ⑦肝がん以外の疾病の診療は、基本的に連携医療機関が担う。

4. 計画策定病院への定期受診の前に

- ・肝がん地域連携診療報告書を記載し、患者に手渡す。
- ・患者が受診する前に届くように郵送してもよい。
- ・わたしのカルテへの記載。

5. バリエンス（パス逸脱）と対処法

①バリエンスはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。

（ア）原疾患の再発や原病死

（イ）他疾患による通院不能状態や他病死

②バリエンスが発生した場合は速やかに計画策定病院と相互連絡をとり、情報を提供する。

③バリエンスの可能性となる兆候、検査異常とその対処法

兆候、検査異常	対処法
再発が疑われる場合 (腫瘍マーカーの持続的高値)	紹介
腹水のコントロール不良	利尿剤の増量でもコントロール不良の場合には紹介
肝性脳症	紹介
吐血・下血	直ぐに連絡

・以上の兆候を疑う場合、紹介時期は以下のとおりとする。

症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われる場合	2週間をめぐりに計画策定病院を受診
症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われる場合	電話連絡の後に計画策定病院あるいは救急外来受診

・計画策定病院の医師は、速やかに精査を行う。

④再発が否定された場合にはパスを継続する。

⑤急変時についての問い合わせ先は、計画策定病院の担当科あるいは医師とする。

6. その他

①投薬については、基本的に連携医療機関が行う。抗がん剤治療は原則的に計画策定病院で行うが、経口抗がん剤の処方連携医療機関でも行える。

②パスの運用は基本的に術後5年であるが、病院での定期受診は原則10年以上とする。

③定期受診以外でも必要があれば計画策定病院への受診を患者に案内する。

④別紙記載したがん診療の機能分担表を参考とする。

⑤がんの再発や転移などによる治療方法の変更が行われた場合、計画策定病院はその旨を連携医療機関に診療情報提供書をもって連絡する。

肺がん地域連携パスの運用

(内 容)

○「肺がん地域連携パス」にご協力をいただける先生へ

1. 対象患者について
2. 診療して頂く時期と期間
3. 連携医療機関の先生の診察
4. 計画策定病院への定期受診の前に
5. バリエーション（パス逸脱）と対処法
6. その他

「肺がん地域連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

- ①非小細胞肺癌術後（IV期肺癌は除く）
- ②告知済み
- ③直近の検査で重篤な異常なし
- ④地域連携パスを用いた診療の同意が得られていること

2. 診療して頂く時期と期間

- ①退院後1ヶ月（30日）以内の受診を基本とする。
- ②パスの運用期間は原則肺切除後5年間とする。

3. 連携医療機関の先生の診察

- ①肺がん地域連携確認書の事前提示と確認をする。
- ②初回診療日については確認（予約の）電話を受ける。
- ③初回診察時には以下のものを確認する。
 - ・肺がん地域連携パス（計画策定および連携医療機関用）
（説明医師並びに説明を受けた本人または家族の署名のあるもの）
 - ・肺がん地域連携確認書
 - ・肺がん地域連携診療報告書
 - ・診療情報提供書
 - ・わたしのカルテ
 - ・その他必要資料
- ④診察時には、肺がん地域連携パスと診療情報提供書を参考に、必要な投薬と血液検査をする。
- ⑤血液検査（可能ならば以下の検査をする）
 - ・一般血液検査：
血算 生化学（BUN クレアチン AST ALT γ -GTP ALP）
 - ・腫瘍マーカー：CEA、シフラ 等
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑥胸部X線検査
 - ・定期または必要に応じて行う。
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑦CT検査（胸部～上腹部）
 - ・原則として計画策定病院で行うが、必要に応じて実施してもよい。
- ⑧肺がん以外の疾病の診療は、基本的に連携医療機関が担う。

4. 計画策定病院への定期受診の前に

- ・肺がん地域連携診療報告書を記載し、患者に手渡す。
- ・患者が受診する前に届くように郵送してもよい。

- ・わたしのカルテへの記載。

5. バリエンス（パス逸脱）と対処法

①バリエンスはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。

（ア）原疾患の再発や原病死

（イ）他疾患による通院不能状態や他病死

②バリエンスが発生した場合は速やかに計画策定病院と相互連絡をとり、情報を提供する。

③バリエンスの可能性となる兆候、検査異常とその対処法

兆候、検査異常	対処法
咳、痰の増加、性状の変化（血痰、膿性痰など）	風邪を引いていないかどうか確認 症状改善がなければ紹介
38.5度以上の発熱	風邪を引いていないかどうか確認 症状改善がなければ紹介
持続する胸痛	改善がなければ紹介
進行性の呼吸困難	紹介
ふらつき、めまい、嘔気	改善がなければ紹介
検査値異常	高度異常は直ちに連絡 軽度異常なら再検して、異常が継続すれば紹介
腫瘍マーカー上昇時	正常の2倍以上は直ちに連絡 軽度の上昇は1ヶ月後再検し、上昇時は紹介
胸部X線やCT検査で異常	直ちに連絡

- ・以上の兆候を疑う場合、紹介時期は以下のとおりとする。

症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われる場合	2週間をめぐりに計画策定病院を受診
症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われる場合	電話連絡の後に計画策定病院あるいは救急外来受診

- ・計画策定病院の医師は、速やかに精査を行う。

④再発が否定された場合にはパスを継続する。

⑤急変時についての問い合わせ先は、計画策定病院の担当科あるいは医師とする。

6. その他

①投薬については、基本的に連携医療機関が行う。抗がん剤治療は原則的に計画策定病院で行うが、経口抗がん剤の処方連携医療機関でも行える。

②パスの運用は基本的に術後5年であるが、病院での定期受診は原則10年以上とする。

③定期受診以外でも必要があれば計画策定病院への受診を患者に案内する。

④別紙記載したがん診療の機能分担表を参考とする。

⑤がんの再発や転移などによる治療方法の変更が行われた場合、計画策定病院はその旨を連携医療機関に診療情報提供書をもって連絡する。

乳がん地域連携パスの運用

(内 容)

○「乳がん地域連携パス」にご協力をいただける先生へ

1. 対象患者について
2. 診療して頂く時期と期間
3. 連携医療機関の先生の診察
4. 計画策定病院への定期受診の前に
5. バリエーション（パス逸脱）と対処法
6. その他

「乳がん地域連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

原則として以下の全てを満たす方。

- ①乳がん術後
- ②告知済み
- ③直近の検査で重篤な異常なし
- ④地域連携パスを用いた診療の同意が得られていること

2. 診療して頂く時期と期間

- ①退院後1ヵ月（30日）以内の受診を基本とする。
- ②パスの運用期間は原則術後10年間とする。

3. 連携医療機関の先生の診察

- ①乳がん地域連携確認書の事前提示と確認をする。
- ②初回診療日については確認（予約の）電話を受ける。
- ③初回診察時には以下のものを確認する。
 - ・乳がん地域連携パス（計画策定および連携医療機関用）
（説明医師並びに説明を受けた本人または家族の署名のあるもの）
 - ・乳がん地域連携確認書
 - ・乳がん地域連携診療報告書
 - ・診療情報提供書
 - ・わたしのカルテ
 - ・その他必要資料
- ④診察時には、乳がん地域連携パスと診療情報提供書を参考に、必要な投薬と血液検査をする。
- ⑤血液検査（可能ならば以下の検査をする）
 - ・一般血液検査：
血算 生化学（BUN クレアチン AST ALT γ -GTP ALP）
 - ・腫瘍マーカー：CEA、CA15-3等
実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑥胸部X線検査
 - ・定期または必要に応じて行う。
 - 実施困難な場合は計画策定病院で行う。
- ⑦CT検査（胸部～上腹部）
 - ・原則として計画策定病院で行うが、必要に応じて実施してもよい。
 - ・造影検査が禁忌でなければ、造影を行った方がよい。
- ⑧乳がん以外の疾病の診療は、基本的に連携医療機関が担う。
- ⑨他のがん検診受診を勧める。
- ⑩運動や食事・適正な体重維持などについてのアドバイスを行う。

4. 計画策定病院への定期受診の前に

- ・乳がん地域連携診療報告書を記載し、患者に手渡す。
- ・患者が受診する前に届くように郵送してもよい。
- ・わたしのカルテへの記載。

5. バリエンス（パス逸脱）と対処法

①バリエンスはパスを逸脱した場合とし、以下の2点がある。

(ア) 原疾患の再発や原病死

(イ) 他疾患による通院不能状態や他病死

②バリエンスが発生した場合は速やかに計画策定病院と相互連絡をとり、情報を提供する。

③バリエンスの可能性となる兆候、検査異常とその対処法

兆候、検査異常	対処法
患側上肢の炎症	・ 抗生剤と消炎鎮痛剤の服用と安静 ・ 上記が無効の場合には紹介
胸部X線検査やCT検査で変化がある	紹介
内分泌治療薬による副作用 (更年期障害、月経異常等)	紹介
・ 再発が疑われるとき ・ 腫瘍マーカー上昇時	紹介

・ 以上の兆候を疑う場合、紹介時期は以下のとおりとする。

症状がなく、差し迫った生命の危険がないと思われる場合	2週間をめぐりに計画策定病院を受診
症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われる場合	電話連絡の後に計画策定病院あるいは救急外来受診

・ 計画策定病院の医師は、速やかに精査を行う。

④再発が否定された場合にはパスを継続する。

⑤急変時の問い合わせ先は、計画策定病院の担当科あるいは医師とする。

6. その他

①投薬については、基本的に連携医療機関が行う。

②定期受診以外でも必要があれば計画策定病院への受診を患者に案内する。

③別紙記載したがん診療の機能分担表を参考とする。

④がんの再発や転移などによる治療方法の変更が行われた場合、計画策定病院はその旨を連携医療機関に診療情報提供書をもって連絡する。

【がん地域連携診療計画に関する保険診療に係る事項】

・計画策定病院

1. 計画策定病院とは以下の2つの病院をいう

- ① がん診療連携拠点病院：「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健康発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。
- ② がん診療連携拠点病院に準じる病院：都道府県が当該地域において、がん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

2. 中国四国厚生局への届出

退院後の治療を担う複数の医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、中国四国厚生局長に届け出る。

3. 「がん治療連携計画策定料」の算定

- ① 「がん治療連携計画策定料1」は、一定の諸要件を満たした上で、がんと診断され、がんの治療目的で初回に入院した際に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に、患者ごとの治療計画を策定して患者に説明し、文書により提供するとともに、別の医療機関に診療情報を文書により提供した際に所定点数を算定する。
- ② 「がん治療連携計画策定料2」は、①の「がん治療連携計画策定料1」を算定した患者であって、当該患者の状態の変化等に伴う連携医療機関からの紹介により、患者を診療した上で治療計画を変更した場合に月1回に限り所定点数を算定する。

4. 連携医療機関の厚生局への届出

- ① 鳥取大学医学部附属病院は、西部医師会経由の連携医療機関の届出を中国四国厚生局鳥取事務所に行うと共に、他の計画策定病院に対して届出依頼があった連携希望医療機関に関する情報提供を行い、厚生局への届出を依頼する。
- ② 鳥取大学医学部附属病院から届出を依頼された他の計画策定病院は、連携希望医療機関に関する情報を確認の上、中国四国厚生局鳥取事務所に届出を行う。

5. 連携医療機関の厚生局への届出取り下げ

- ① 鳥取大学医学部附属病院は、西部医師会経由で依頼された連携医療機関の届出取り下げ手続きを厚生局中国四国厚生局鳥取事務所に行うと共に、他の計画策定病院に対しても同様に厚生局への届出取り下げを依頼する。
- ② 鳥取大学医学部附属病院から届出を依頼された他の計画策定病院は、連携医療機関に関する情報を確認の上、中国四国厚生局鳥取事務所に届出を行う。

・連携医療機関

1. 中国四国厚生局への届出

連携医療機関とは、計画策定病院と地域連携診療計画を共有するとともに、あらかじめ中国四国厚生局長に届け出た医療機関をいう。

- ・連携医療機関の「がん治療連携指導料」算定のための施設基準に係る厚生局への届出は

計画策定病院（鳥取大学医学部附属病院）にて一括して行う。

1) 連携医療機関における手順

◎ 連携医療機関の届出をしたい旨を西部医師会に連絡する

西部医師会への必要な連絡内容

- ① 医療機関名
- ② 所在地
- ③ 開設者名
- ④ 保険医療機関コード
- ⑤ 連絡先
 - ・ 担当者氏名
 - ・ 電話番号
 - ・ FAX 番号

⑥ 連携する計画策定病院の名称

P1に記載の【鳥取県の地域連携診療計画策定病院】の10病院

⑦ 連携診療を行うがんの種類（下記の5つから選択 いくつでも可）

胃がん、大腸がん、肝がん、肺がん、乳がん

*西部医師会への連絡方法は文書（FAXでも可）または電子メールで連絡する

西部医師会連絡先

〒683-0824 鳥取県米子市久米町136

鳥取県西部医師会事務局

TEL 0859(34)6251 FAX 0859(34)6252

E-mail office-seibu@tottori.med.or.jp

◎ 後日、連携医療機関は厚生局から届出受理の通知書を受け取る

（[がん治療連携指導料]の算定は、原則として受理通知日の属する月の初日から可能）

◎ 特掲診療料における「がん治療連携指導料」算定医療機関であることを院内に掲示する

2) 西部医師会における手順

連携医療機関の情報を鳥取大学医学部附属病院に文書(FAXでも可)または電子メールで連絡し中国四国厚生局鳥取事務所への届出を依頼する。

2. 連携医療機関の厚生局への届出取り下げ

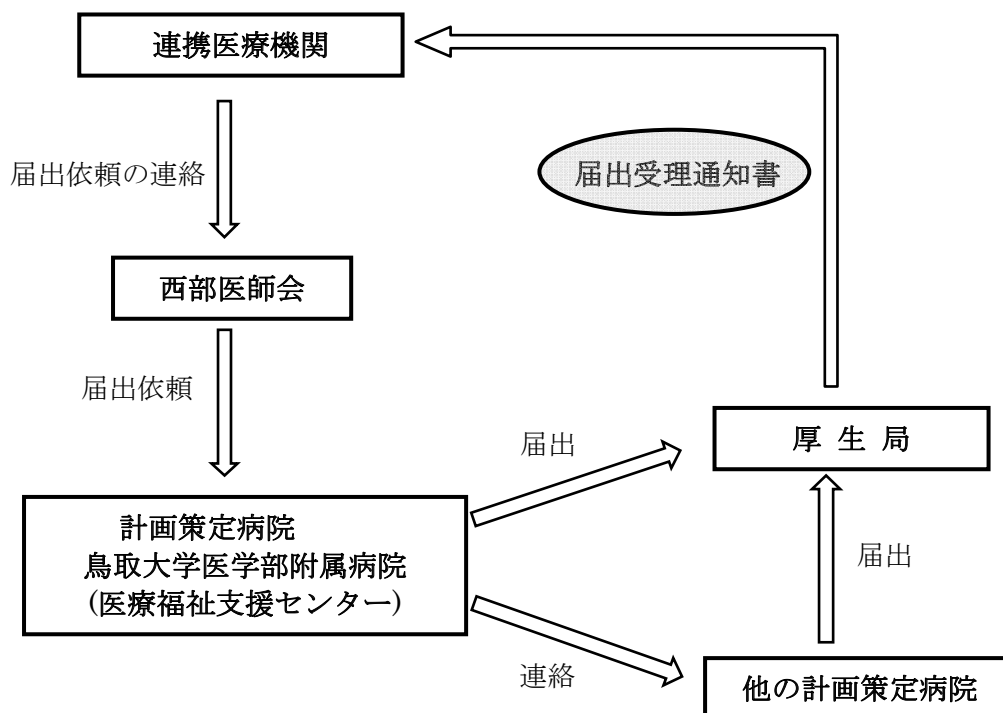
1) 連携医療機関における手順

連携医療機関の取り下げをしたい旨を西部医師会に連絡する。

2) 西部医師会における手順

連携医療機関の取り下げをしたい旨の連絡があったことを鳥取大学医学部附属病院に文書（FAXでも可）または電子メールで連絡し中国四国厚生局鳥取事務所にその手続きを依頼する。

【 連携医療機関の届出フロー図 】



3. 「がん治療連携指導料」の算定

連携医療機関が「がん治療連携計画策定料1」又は「がん治療連携計画策定料2」を算定した入院外(外来・在宅)の患者に対して、地域連携診療計画に基づいた診療を行い、患者の同意を得たうえで、対象患者に関する診療情報を、計画策定病院に対して文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

但し、計画策定病院への文書の提供に係る診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれる。

尚、本指導料は、患者の計画策定病院受診の有無にかかわらず、上記の要件を満たしていれば月1回に限り算定できる。

【がん地域連携診療計画書運用マニュアルの検討について】

1. 鳥取県西部地区がん地域連携パス推進委員会において適宜検討を行う。
2. がん診療連携拠点病院並びにがん診療連携拠点病院に準じる病院に変更があった場合には該当項を変更する。

【運用開始について】

計画策定病院が「がん治療連携計画策定料」の施設基準を満たして中国四国厚生局長あてに届出を行い受理された時点から、当該病院において地域連携診療計画書の運用を開始する。

【参考資料】

がん病期分類

(1) 胃がん

(2) 大腸がん

(3) 肝がん

(4) 肺がん

(5) 乳がん

(1) 胃がん

進行度分類(胃癌取扱い規約 第14版)

	病 期				T/NにかかわらずM1
	N0	N1	N2	N3	
T1a (M), T1b (SM)	IA	IB	IIA	IIB	IV
T2 (MP)	IB	IIA	IIB	IIIA	
T3 (SS)	IIA	IIB	IIIA	IIIB	
T4a (SE)	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	
T4b (SI)	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	
T/Nにかかわらず M1					

壁深達度	
TX	癌の浸潤の深さが不明なもの
T0	癌がない
T1	癌の局在が粘膜(M)または粘膜下組織(SM)にとどまるもの
T1a	癌が粘膜にとどまるもの(M)
T1b	癌の浸潤が粘膜下組織にとどまるもの(SM)
T2	癌の浸潤が粘膜下組織を越えているが、固有筋層にとどまるもの(MP)
T3	癌の浸潤が固有筋層を越えているが、漿膜下組織にとどまるもの(SS)
T4	癌の浸潤が漿膜表面に接しているかまたは露出、あるいは他臓器に及ぶもの
T4a	癌の浸潤が漿膜表面に接しているか、またはこれを破って遊離腹腔に露出しているもの(SE)
T4b	癌の浸潤が直接他臓器まで及ぶもの(SI)
注)SM への浸潤を亜分類する場合は粘膜筋板から 0.5mm 未満のものを SM1、それ以深を SM2 とする。	
リンパ節転移	
NX	領域リンパ節転移の有無が不明である
N0	領域リンパ節に転移を認めない
N1	領域リンパ節に 1~2 個の転移を認める
N2	領域リンパ節に 3~6 個の転移を認める
N3	領域リンパ節に 7 個以上の転移を認める
N3a	7~15 個の転移を認める
N3b	16 個以上の転移を認める
肝転移	
HX	肝転移の有無が不明である
H0	肝転移を認めない
H1	肝転移を認める
腹膜転移	
PX	腹膜転移の有無が不明である
P0	腹膜転移を認めない
P1	腹膜転移を認める
腹腔洗淨細胞診	
CYX	腹腔細胞診を行っていない
CY0	腹腔細胞診で癌細胞を認めない
CY1	腹腔細胞診で癌細胞を認める
その他の転移の有無と部位	
MX	領域リンパ節以外の転移の有無が不明である
M0	領域リンパ節以外の転移を認めない
M1	領域リンパ節以外の転移を認める

(2)大腸がん

進行度分類(Stage)

取扱い規約(大腸癌取扱い規約【第8版】)

	M0			M1
	N0	N1	N2, N3	Any N
Tis	0			
T1a,T1b	I	IIIa	IIIb	IV
T2				
T3	II	IIIa	IIIb	IV
T4a				
T4b				

【病期分類】

*壁深達度 [T]

TX	壁深達度の評価ができない。
T0	癌を認めない。
Tis	癌が粘膜内(M)にとどまり、粘膜下層(SM)に及んでいない
T1	癌が粘膜下層(SM)までにとどまり、固有筋層(MP)に及んでいない。
T1a	癌が粘膜下層(SM)までにとどまり、浸潤距離が1000 μ m未満である。
T1b	癌が粘膜下層(SM)までにとどまり、浸潤距離が1000 μ m以上であるが固有筋層(MP)に及んでいない。
T2	癌が固有筋層(MP)まで浸潤し、これを越えていない
T3	癌が固有筋層を越えて浸潤している。 漿膜を有する部位では、癌が漿膜下層(SS)までにとどまる。 漿膜を有しない部位では、癌が外膜(A)までにとどまる。
T4a	癌が漿膜表面に露出している(SE)。
T4b	癌が直接他臓器に浸潤している(SI/AI)。

*直接浸潤の最深部よりも深い脈管/神経侵襲病巣は壁深達度として判定する。

*リンパ節転移 [N]

NX	リンパ節転移の程度が不明である
N0	リンパ節転移を認めない
N1	腸管傍リンパ節と中間リンパ節の転移総数が3個以下
N2	腸管傍リンパ節と中間リンパ節の転移総数が4個以上
N3	主リンパ節または側方リンパ節に転移を認める

*リンパ節構造を伴わない壁外非連続性癌進展病巣(EX)のうち、脈管/神経侵襲病巣でない場合(tumor nodule:ND)は転移リンパ節として取扱う。

肝転移

HX	肝転移の有無が不明
H0	肝転移を認めない
H1	肝転移巣4個以下かつ最大径5cm以下
H2	H1、H3以外
H3	肝転移巣4個以上かつ最大径5cmを超える

腹膜転移

PX	腹膜転移の有無が不明
P0	腹膜転移を認めない
P1	近接腹膜にのみ播種性転移を認める
P2	遠隔腹膜に少数の播種性転移を認める
P3	遠隔腹膜に多数の播種性転移を認める

※卵巣にのみ転移が存在する場合にはP2とする。

※腹水細胞診陽性(Cy1)の予後への影響は、現時点では不明であるため、Cy1はStageを規定する因子に加えない。

※洗浄細胞診で癌細胞を認めた場合は、Cy1とはしない。

肺転移

PULX	肺転移の有無が不明
PUL0	肺転移を認めない
PUL1	肺転移が2個以下、または片側に3個以上
PUL2	肺転移が両側に3個以上、または癌性リンパ管炎、癌性胸膜炎、肺門部、縦隔リンパ節転移を認める。

遠隔転移 [M]

MX	遠隔転移の有無が不明
M0	遠隔転移を認めない
M1	遠隔転移を認める
M1a	1臓器に遠隔転移を認める。
M1b	2臓器以上に遠隔転移を認める。

*肝転移、肺転移、腹膜転移の場合は、それぞれの転移程度を付記する

(3)肝がん

進行度分類(原発性肝癌取り扱い規約 2015 年 7 月第 6 版)

病期		因子	T 因子	N 因子	M 因子
I			T1	N0	M0
II			T2		
III			T3		
IV	IVA		T4		
			T1,T2,T3,T4	N1	
	IVB		T1,T2,T3,T4	N0,N1	M1

T 因子：肝細胞癌破裂は S₃と明記するが T 因子は変更しない。

肝内腫瘍	T1	T2	T3	T4
①腫瘍个数 単発 ②腫瘍径 2cm 以下 ③脈管侵襲なし (Vp ₀ , Vv ₀ , B ₀)	①②③全て合致	2 項目合致	1 項目合致	全て合致せず
リンパ節転移				
N0	リンパ節転移を認めない			
N1	リンパ節転移を認める			
遠隔転移				
M0	遠隔転移を認めない			
M1	遠隔転移を認める			

(4) 肺がん

(肺癌病期分類 第7版)

因子病期		T 因子	N 因子	M 因子
		潜伏癌	TX	
0		Tis	N0	M0
I	I A	T1a、T1b		
	I B	T2		
II	II A	T1a、T1b、 T2a	N1	
		T2b	N0	
	II B	T2b	N1	
		T3	N0	
III	III A	T1a、T1b、 T2a、 T2b、T3	N2	
		T3	N1	
		T4	N0、N1	
	III B	AnyT	N3	
		T4	N2	
IV		AnyT	AnyN	M1a、M1b

TNM 因子	内 容
T _x	潜伏癌
Tis	上皮内癌 (carcinoma in situ)
T1	腫瘍の最大径 ≤ 3cm
T1a	腫瘍の最大径 ≤ 2cm
T1b	腫瘍の最大径 > 2cm かつ ≤ 3cm
T2	腫瘍の最大径 ≤ 7cm、気管分岐部 ≥ 2cm、臓側胸膜浸潤、部分的無気肺
T2a	腫瘍の最大径 > 3cm かつ ≤ 5cm、腫瘍の最大径 ≤ 3cm で臓側胸膜浸潤
T2b	腫瘍の最大径 > 5cm かつ ≤ 7cm
T3	腫瘍の最大径 > 7cm、胸壁、横隔膜、心膜、縦隔胸膜への浸潤、気管分岐部 < 2cm、一側全肺の無気肺、同一葉内の不連続な副腫瘍結節
T4	縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部、同側の異なった肺葉内の副腫瘍結節
N1	同側肺門リンパ節転移
N2	同側縦隔リンパ節転移
N3	対側肺門、対側縦隔、前斜角筋前または鎖骨上窩リンパ節転移
M1	対側肺内の副腫瘍結節、胸膜結節、悪性胸水、悪性心嚢水、遠隔転移
M1a	対側肺内の副腫瘍結節、胸膜結節、悪性胸水、悪性心嚢水
M1b	他臓器への遠隔転移

(5) 乳がん

T-原発巣^{注1}

乳癌取扱い規約【第17版】

		大きさ (cm)	胸壁固定	皮膚の浮腫、潰瘍 衛星皮膚結節
TX		評価不可能		
Tis		非浸潤癌あるいは Paget 病		
T0		原発巣を認めず ^{注3,4}		
T1 ^{注5}		≤2.0	-	-
T2		2.0<, ≤5.0	-	-
T3		5.0<	-	-
T4	a	大きさを問わず	+	-
	b		-	+
	c		+	+
	d	炎症性乳癌 ^{注6}		

注1：Tの大きさは原発巣の最大浸潤径を想定しており、視触診、画像診断を用いて総合的に判定する。

乳管内成分を多く含む癌で、触診径と画像による浸潤径の間に乖離が場合は、画像による浸潤径を優先する。

乳腺内に多発する腫瘍の場合はもっとも大きいTを用いて評価する。

注2：胸壁とは、肋骨、肋間筋および前鋸筋を指し、胸筋は含まない。

注3：視触診、画像診断にて原発巣を確認できない。

注4：異常乳頭分泌例、マンモグラフィの石灰化例などはT0とはせず判定を保留し、最終病理診断によってTis、T1miなどに確定分類する。

注5：a (≤0.5)、b (0.5< ≤1.0)、c (1.0< ≤2.0)に亜分類する。

ただし、組織学的浸潤径が0.1cm以下のものはT1miとして付記する。

注6：炎症性乳癌は通常腫瘍を認めず、皮膚のびまん性発赤、浮腫、硬結を示すものを指す。

腫瘍の増大・進展に伴う局所的な皮膚の発赤や浮腫を示す場合はこれに含めない。

N-所属リンパ節^{注1}

a. 腋窩リンパ節

レベルI、II、IIIに分ける。

レベルI：小胸筋外縁より外側のリンパ節

レベルII：小胸筋より背側および胸筋間(Rotter)のリンパ節

レベルIII：小胸筋内縁より内側のリンパ節

注：乳房内リンパ節は腋窩リンパ節に分類する。

b. 胸骨傍リンパ節

c. 鎖骨上リンパ節

	同側腋窩リンパ節 レベルI、II		同側 胸骨傍 リンパ節	同側腋窩 リンパ節 レベルIII ^{注2}	同側 鎖骨上 リンパ節
	可動	周囲組織への固定 あるいは リンパ節癒合			
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能				
N0	-	-	-	-	-
N1	+	-	-	-	-
N2	a	+/-	+	-	-
	b	-	-	+	-
N3	a	+/-	+/-	+	-
	b	+		+	-
	c	+/-	+/-	+/-	+

注1：リンパ節転移の診断は触診と画像診断などによる。

注2：UICC TNM分類【第7版】でいう鎖骨下リンパ節に相当する。

M-遠隔転移

- MX 評価不可能
- M0 遠隔転移なし
- M1 遠隔転移あり

注：転移を認めた臓器は **UICC** 分類に準じて 3 文字コードで別個きに記載する。

肺 (PUL)、骨 (OSS)、肝 (HEP)、脳 (BRA)、遠隔リンパ節 (LYM)、 骨髄 (MAR)、
胸膜 (PLE)、腹膜 (PER)、副腎 (ADR)、皮膚 (SKI)、その他 (OTH)

TNM 分類(病期)

		腫瘍				
		T0	T1	T2	T3	T4
M0	N0	X	I*	IIA	IIB	IIIB
	N1	IIA	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	N2	IIIA	IIIA	IIIA	IIIA	IIIB
	N3	IIIC	IIIC	IIIC	IIIC	IIIC
M1		IV	IV	IV	IV	IV

※病期0*

Tis 非浸潤癌

I*.:わが国では
早期乳癌と定義される

