

岐阜県

地域連携パス

令和2年改訂 第2版



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会



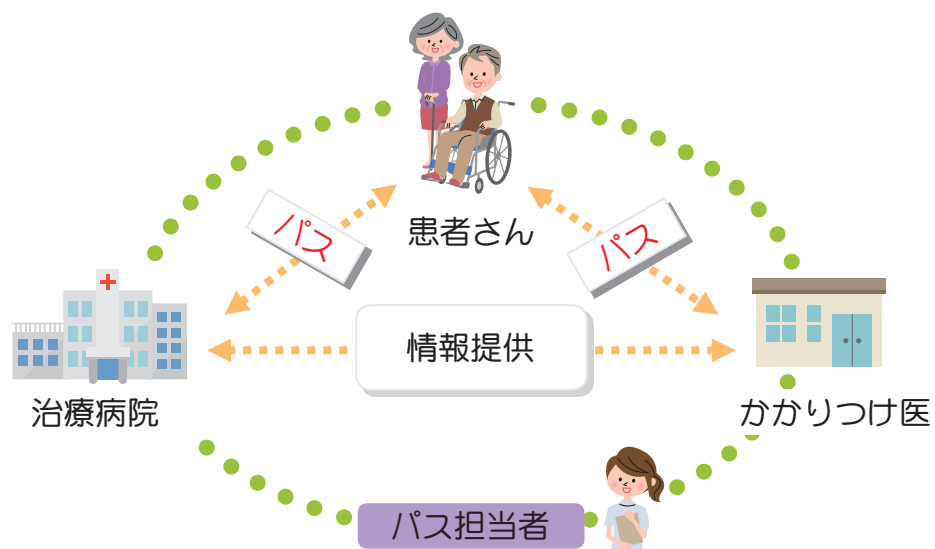
氏名

「岐阜県地域連携パス」とは

がんの治療は、専門的・集中的治療を行う病院と、お住まいの地域のかかりつけ医療機関などが連携し、患者さんの診療計画を共有の上、役割分担をしながら、患者さんやご家族を支える仕組みに変わりつつあります。

今回、皆さまにお渡しする「岐阜県地域連携パス」は、日本人に多い6種類のがん（胃、大腸、肝、肺、乳、前立腺）の患者さんで、早期発見と治療により、状態が安定された方々を対象としています。

皆さまが地域のかかりつけ医にかかっても、共通化された診察や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるよう、岐阜県内の多くの病院と医院・クリニックが協力して作成した「5年間の計画書」です。



この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切にしてください。手帳の記入は、患者さんと医療者が共同で行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、お名前・連絡先・アレルギー・過去の病歴などの情報を記入してください。

かかりつけ医ならびに治療病院の先生は、共同診療計画書の記載をお願いします。また、計画書の項目を選び、□にチェックしてから患者さんにお渡しください。検査を行った場合は結果を簡単にご記入ください。

検査データ結果についてもご記入いただき、診察月のページのコピーを治療病院へ送付することで、診療計画の経過報告とすることができます。

令和2年4月

こちらのページはご自由にお使いください

「岐阜県地域連携パス」における役割分担

治療病院の主治医とかかりつけ医とが連携し、役割を分担して患者さんの治療にあたります。

治療病院



定期的な精密検査や手術、放射線治療、化学療法など高度な医療を担当します

- ・精密検査
- ・各種治療
- ・服薬指導
- ・栄養指導
- ・療養指導 など

かかりつけ医



日常の診療や療養指導を担当します

- ・血液検査
- ・尿検査
- ・お薬の処方
- ・併存する病気の治療（持病）

パス担当者



パスに関する質問、相談、また中止など相談を承ります



受診の際には、検査や治療がスムーズに進むために、この「岐阜県地域連携パス」の自覚症状の欄（オレンジ色の欄）をご記入の上、医師にお見せ頂こう、お願い致します。

お名前			
生年月日	昭・平（西暦）	年	月 日
住 所			
T E L		緊急時 連絡先	
身 長	cm	体 重	術 前 退院時 kg
治療病院			
T E L			
I D			
担 当 医			
手 術 日	20	年	月 日
退 院 日	20	年	月 日
手 術 日	20	年	月 日
退 院 日	20	年	月 日
かかりつけ医療機関			
医 師 名			
T E L		F A X	
かかりつけ薬局			
T E L			
F A X			

地域連携パス同意書 確認

6か月毎（CT・エコー等施行時）の採血を行う機関（病院・かかりつけ医）

フォローアップ内視鏡を行う機関（病院・かかりつけ医・その他）

別表 検査項目一覧表 胃がん連携パス

診 察 月	開始時	3か月	6か月	9か月	1年	1年 3か月	1年 6か月	1年 9か月	2年	2年 3か月	2年 6か月
自他覚症状	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)			●		●		●		●		●
消化管内視鏡検査					[○●]				[○●]		

診 察 月	2年 9か月	3年	3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 3か月	4年 6か月	4年 9か月	5年
自他覚症状	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)		●		[●]		●		[●]		●
消化管内視鏡検査		[○●]				[○●]				[○●]

参考事項

●病院 ○かかりつけ医 []は何れで実施しても可、予約時に確認する。

赤は必須項目、青は任意項目

検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

一般採血・腫瘍マーカー：採血を全てかかりつけ医で施行することも可能

検査項目	一般採血	: AST, ALT, ALP, Tbil, TP, Alb, BUN, Cre, Fe, 血糖, WBC, RBC, Hb, Ht, Plt
	腫瘍マーカー	: CEA, CA19-9 (必須)

胸腹部造影CT：3年間は半年に1回。1年以降は1年に1回は必須。
(半年に1回はオプション)

消化管内視鏡：1年に1回
(病院、かかりつけ医、その他の医院でも可能)

：全摘であれば行わなくても可とする

連携パス運用の継続が難しい場合、理由を記載し治療病院医療連携（電話・FAX）にご連絡下さい。

- (理由： 1. 死亡 2. 転居 3. 再発 4. 他疾患の発症
5. 通院困難 6. 病院のみ受診 7. かかりつけ医のみ受診
8. 未受診 9. その他)

術後の注意点について

☆日常生活について☆

退院後はいつも通りの生活を心がけてください。体力の回復や筋力低下防止のために、散歩などを日課に取り入れて、規則正しい生活をしましょう。

傷の痛みが少なくなり傷がきれいになりましたら、温泉や旅行など、どんどん行動範囲を広げてみましょう。

退院直後のバイクや自動車の運転は注意が必要です。短距離から徐々に慣らしてください。

お仕事をされている方は、体の調子と相談しながら、疲れない程度からはじめて、徐々に通常の仕事に戻して行ってください。

お酒は小腸に急に入ると、すぐに吸収されるので、以前より酔いやすく、さめやすい状態になります。医師と相談してからはじめるのが良いでしょう。

☆内服薬について☆

処方された薬は忘れずに、時間を守って飲んでください。

☆定期受診について☆

退院後にご自分の体の状態や再発の有無を知るためにも必ず、忘れずに受診してください。

☆緊急時の連絡について☆

まず、かかりつけ機関に、ご連絡ください。手術病院での診察・治療が必要と判断された場合には、手術病院の外科（救急外来）を受診していただきます。

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病、心臓疾患、脳血管疾患、腎疾患

その他

アレルギー（薬、食べ物等）

アレルギー あり なし

（ありの場合、ご記入ください）

造影剤アレルギー あり なし

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

手術記録

手術日 20____年____月____日

手術法 開腹、腹腔鏡、ロボット支援

術式 幽門側胃切除、胃全摘、噴門側胃切除、
幽門保存胃切除、分節胃切除、部分切除

郭清 D0、D1、D1+、D2、D2+

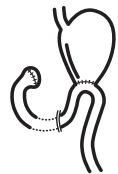
合併切除 なし、あり(胆嚢、脾臓、結腸、)

再建

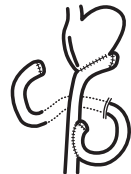
幽門側胃切除術後



Billroth I



Billroth II

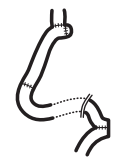


Roux-en Y

胃全摘術後



Roux-en Y



空腸間置

噴門側胃切除術後



食道残胃吻合



Double tract



空腸間置

病期 T____ N____ M____ (部位:)
Stage _____

術後の注意点について

☆胃のもたれ☆

残った胃に長時間食物が残ったり、消化する力が弱くなることによって起こると思われます。手術後、日が経つにつれて症状は落ち着いてきますが、市販の消化剤を飲んでみてもいいでしょう。症状がなかなか改善しなかったり、吐き気や食欲が極端に落ちてしまうような症状が出た時には、かかりつけの医師に相談してください。

☆下痢☆

手術後は、食後すぐにトイレに行きたくなる事があります。また下痢や軟便が長期にわたり続くことがあります。早期ダンピング症状や消化力が落ちていることが原因となります。症状が数週間と長く続くようであれば、かかりつけの医師に相談してください。

☆便秘☆

“2～3日に1回は排便があることを確認してください。便秘の場合は市販の下剤を飲んでいただいてもかまいません。

ただし、腸閉塞が原因で便秘症状が起きている場合に下剤を飲んでしまうと逆効果です。症状がひどくなってしまうます。

腸閉塞の症状とは、「ガスがでない」「お腹が張る」「吐気・嘔吐がある」「お腹が激しく痛む」などです。このような症状が出現した時には、すぐにかかりつけの医師の診察を受けてください。”

胃がん 手術日 20 年 月 日		3か月後		6か月後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		病 院	かかりつけ医	病 院
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	CA19-9 (必須)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	他腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
画像検査	CT (腹部超音波検査)			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	消化管内視鏡			
	<input type="checkbox"/> 病院、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
体 重		kg	kg	kg
食 事 量		術前の 割	術前の 割	術前の 割
こちら は、患者さん が 診察前に記入 ください	便 通	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘
	吐き気・嘔吐	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	食後の腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	逆流症状	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	ダンピング症状	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
そ の 他				
内 服 薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

術後の注意点について

ダンピング症候群について

“胃の出口には「幽門」という部分があり、胃にたまった食事を腸へ送り込む際に送り込む食事の量の調節を行っています。胃全摘術や幽門側胃切除術を受けた場合、幽門がなくなってしまうことから、食べた食事が大量に腸へ流れ込むこととなります。そのことで腸は強く刺激され腸液を多量に放出し、激しくぜん動運動を繰り返します。その後、腸では流れ込んだ食事が一気に吸収され血糖値が一時的に上がったり、その後急激に下がったりと激しく変動します。このような食事を食べた後に引き起こされる症状をまとめてダンピング症候群と呼んでいます。

ダンピング症候群の症状としては、食後すぐおこる早期ダンピング症状と、食後2時間くらい後におこる後期ダンピング症状があります。”

◆早期ダンピング症状

“食事中や食後30分の間に「冷汗が出る」「動悸がする」「めまいがする」「お腹がぐるぐる鳴る」「下痢をする」などです。腸への強い刺激によっておこる症状です。

症状が出た時には、食事を中断し腸を安静にしてみると良いでしょう。

予防するためには、特に食べ始めに注意して、少しずつ食べるように心掛けること、食事中の水分を控えること、そして食べ方の基本を守ることです。ただし、食事中の水分を控えると1日分の水分量が不足しがちです。食後しばらくたってから水分を補給するようにしてください。”

術後の注意点について

退院後の食事について

手術後に一番大きく変化するのは食生活です。食事を一時的にためておく胃の働きが失われるために、手術前と同じような量や速さで食事を食べることは困難になります。

一歩でも手術前の食生活に近づけ、できる限り胃切除後の症状が起こらないような手術後の食事の食べ方を示します。しっかり守って、前向きに頑張りましょう。

◆食べ方の基本

- ・食事を食べるときには、必ず座って食べましょう。
- ・一口ずつよく噛むようにして、30分以上かけて、ゆっくり食べてください。
- ・食事のあとはすぐに横にならず、30分以上座っていきましょう。
- ・入院中は5～6回の分食になっています。退院後も1回の食事量は少なめにし、必要な栄養量は補食（2～3回の間食）で補いましょう。また、お粥ではなく普段どおりのご飯を食べてみましょう。
- ・食事内容は入院中の栄養指導の内容、パンフレットを参照してください。
- ・食事と食事の間は、歩行など、体を動かすようにしましょう。
- ・食べ方の基本を守っていただければ、食事内容に制限はありません。少しずつ慣らしてください。

◆アルコール・嗜好品

- ・胃の切除後は、アルコールが早く吸収されるため酔いやすくなります。量を少なめにし、少しずつ時間をかけて飲みましょう。
- ・炭酸飲料やビールは、炭酸でおなかが張って食事の量が減ってしまうことがあるため、控えめにしましょう。

かかりつけ医（ ） 医師名（ ）

9か月後	1年後	1年3か月後	1年6か月後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-))		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-))
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-))		
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
kg	kg	kg	kg
術前の 割	術前の 割	術前の 割	術前の 割
普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

胃がん		3年6か月後	3年9か月後	4年後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		病 院	かかりつけ医	病 院
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	CA19-9 (必須)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	他腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
画像検査	CT (腹部超音波検査)	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	消化管内視鏡 □病院、□かかりつけ医			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
体 重		kg	kg	kg
食 事 量		術前の 割	術前の 割	術前の 割
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	便 通	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘
	吐き気・嘔吐	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	食後の腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	逆流症状	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	ダンピング症状	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
そ の 他				
内 服 薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

4年3か月後	4年6か月後	4年9か月後	5年後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
kg	kg	kg	kg
術前の 割	術前の 割	術前の 割	術前の 割
普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘	普通・下痢・便秘
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。