

医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

計画策定病院名

所在地

電話番号



地域連携クリティカルパスとは

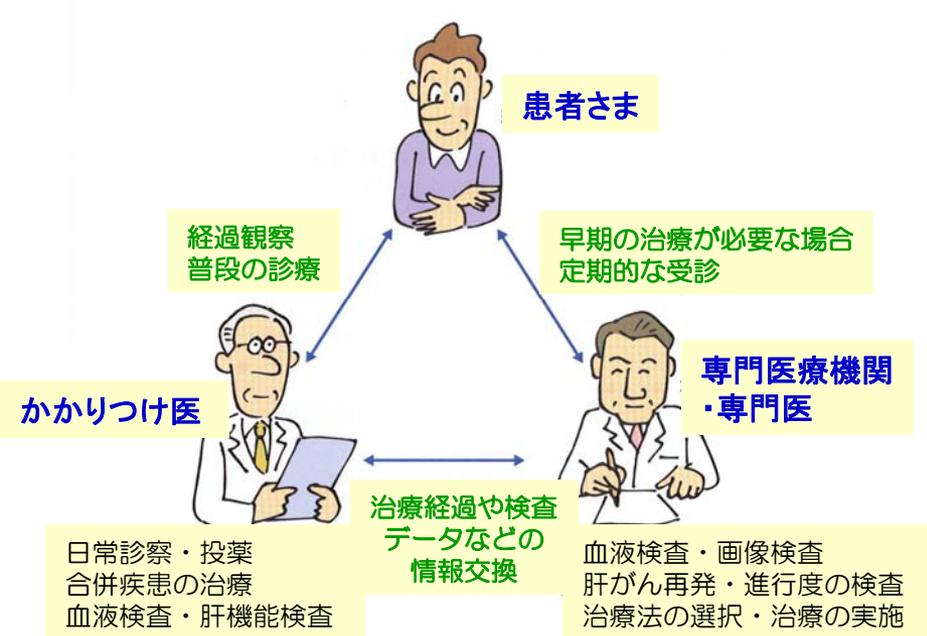
地域連携クリティカルパスとは、地域のかかりつけ医と治療を行った専門病院があなたの治療計画・診療経過を共有できる「診療計画表」のことです。かかりつけ医と専門病院が協力して、日常的な診療と専門的な診療・治療を組み合わせて、患者さま一人々に適した質の高い医療を提供できることを目指しています。

- 地域連携クリティカルパスを活用することで、
- ◎かかりつけ医と専門病院が、それぞれの長所を生かしながら、患者さんに適した医療やケアを継続的に行うことができます。
 - ◎専門病院で治療を受けた後での、検査や治療の大まかな見通しが一目でわかります。
 - ◎検査の結果や治療方針など、かかりつけ医や専門病院が診療するうえで必要な情報を記入します。その情報は必ず共有されます。
 - ◎患者さんにとっても、長い待ち時間や通院時間の短縮などによって、負担軽減になります。

日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療を行った専門病院へは節目に受診していただきます。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談してください。このクリティカルパスに記載された診察・検査の予定は変更されることがありますが、その時には主治医の判断に従ってください。

肝がん地域連携クリティカルパス

患者さま、かかりつけ医、専門医の3者一体の治療が大切



| | |
|--------|------------------------------------|
| お名前 | |
| 生年月日 | 明・大 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭・平 |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 携帯電話 | |
| 家族(続柄) | |
| 電話番号 | |
| 携帯電話 | |
| 家族(続柄) | |
| 電話番号 | |
| 携帯電話 | |
| 治療専門病院 | |
| 病院名 | |
| 科名 | |
| 担当医 | |
| 電話番号 | |
| 所在地 | |
| かかりつけ医 | |
| 院・医院名 | |
| 医師名 | |
| 電話番号 | |
| 所在地 | |

| | | | |
|--------------------------------|----------|----|----------|
| 身長 | _____ cm | 体重 | _____ kg |
| (記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | |
| 飲酒歴 | あり・なし | | |
| | | | |
| 造影剤アレルギー | あり・なし | | |
| その他のアレルギー | あり・なし | | |
| (_____) | | | |
| 並存病 | あり・なし | | |
| 糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患 | | | |
| 腎疾患・その他 | | | |
| (_____) | | | |
| | | | |
| 既往歴 | あり・なし | | |
| | | | |
| | | | |
| 点滴・注射 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 内服薬 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-----------|---|
| 肝疾患 | |
| 肝炎ウイルス | B型肝炎ウイルス: HBe抗原()・HBe抗体() ウイルス量(Log コピー/ml) C型肝炎ウイルス: 遺伝子型() ウイルス量(Log IU/ml) 陰性 (記入: 年 月 日) |
| 抗ウイルス剤 | |
| 薬剤名 | 治療期間 |
| : | ~ |
| : | ~ |
| : | ~ |
| : | ~ |
| その他の肝疾患治療 | |
| 薬剤名 | 治療期間 |
| : | ~ |
| : | ~ |
| : | ~ |
| : | ~ |
| 食道静脈瘤 | なし L() F() C() RC() Lg() |
| 治療日 | 治療方法 |
| 年 月 日 | EVL ・ EIS ・ 手術 |
| 年 月 日 | EVL ・ EIS ・ 手術 |
| 年 月 日 | EVL ・ EIS ・ 手術 |

肝障害度 (2項目以上が該当した肝障害度)

| 肝障害度 | A | B | C |
|----------------|-------|---------|-------|
| 腹水 | なし | 効果あり | 効果少ない |
| T.Bil (mg/dl) | 2.0未満 | 2.0~3.0 | 3.0超 |
| Albumin (g/dl) | 3.5超 | 3.0~3.5 | 3.0未満 |
| ICG R15 (%) | 15未満 | 15~40 | 40超 |
| PT活性 (%) | 80超 | 50~80 | 50未満 |

Child-Pugh分類 A:5~6 B:7~9 C:10~15

| ポイント | 1点 | 2点 | 3点 |
|----------------|-------|---------|-------|
| 脳症 | なし | 軽度 | 時々昏睡 |
| 腹水 | なし | 少量 | 中等量 |
| T.Bil (mg/dl) | 2.0未満 | 2.0~3.0 | 3.0超 |
| Albumin (g/dl) | 3.5超 | 2.8~3.5 | 2.8未満 |
| PT活性 (%) | 70超 | 40~70 | 40未満 |

肝細胞癌サーベイランスのアルゴリズムの一部抜粋

超高危険群: 3~4カ月毎の超音波検査
3~4カ月毎のAFP/PIVKA-II/AFP-L3の測定
6~12カ月毎のCT/MRI 検査(option)

高危険群: 6カ月毎の超音波検査
6カ月毎のAFP/PIVKA-II/AFP-L3の測定

肝細胞癌 地域連携クリティカルパス： 肝細胞癌治療終了時情報提供書

治療病院:

主治医:

担当看護師:

| | | | | |
|--------|------|---|-----|--------|
| ID: | 氏名: | 性別: | 年齢: | 生年月日: |
| 基礎肝疾患: | 合併症: | IC: <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 告知せず | | |
| 処方: | 注射: | | | 記載年月日: |

入院時現症:

黄疸: 無・有 脳症: 無・軽度・時々昏睡 腹水: 無・有・少量・中等量

術前の治療時血液検査・肝機能検査・腫瘍マーカー結果 (検査年月日: _____)

| | | | | | | | |
|-------|-----------|-------|-------------------------|------------------|---------|---------|-------------------------|
| WBC | / μ l | RBC | $\times 10^4$ / μ l | Hb | g/dl | Plt | $\times 10^4$ / μ l |
| T.Bil | mg/dl | AST | IU/l | ALT | IU/l | Alb | g/dl |
| PT | % | NH3 | μ g/ml | AFP | ng/ml | PIVKA-2 | AU/ml |
| Cr | mg/dl | K-ICG | % | Child-Pugh Score | , Grade | | |

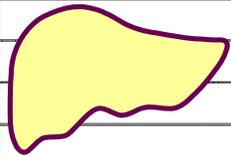
肝予備能についてのコメント:

術前の肝細胞癌の状態 (評価方法: _____、評価年月日: _____)

大きさ: _____ 個数: _____ Vp: _____

主な区域: _____ 他臓器転移: _____ Stage: _____

肝細胞癌についてのコメント:



肝細胞癌の治療 (施行年月日: _____)

手術 ラジオ波焼灼療法 肝動脈化学塞栓療法 動注化学療法

持続動注療法 持続全身化学療法 経口抗がん剤療法 (_____)

放射線療法 緩和ケア・Best supportive care

治療についてのコメント:

| | |
|-----------|--|
| 外来診療 | (_____)カ月に一度、専門病院受診 その他はかかりつけ医: _____ で診療継続 |
| 血液検査・マーカー | 専門病院受診時には専門病院で採血検査 その他はかかりつけ医: _____ で施行 |
| 画像検査 | 3~4カ月に一度 腹部超音波検査: 専門病院、あるいはかかりつけ医、 CTあるいはMRI: 専門病院 |
| 注射・服薬 | 肝臓庇護療法: 無 / 有(_____)、抗ウイルス療法: 無 / 有(_____) |
| 通常診療・処方 | 合併症などの通常診療およびその処方は、かかりつけ医: _____ にて継続 |
| 日常生活・食事 | 通常生活: 可能 / 安静が必要 塩分制限: 必要(g/日) / 不必要 蛋白制限: 必要(g/日) / 不必要 |

肝がん地域連携クリティカルパス：外科切除術・ラジオ波焼灼療法 治療後



目標： 病・病、病・診連携によって、生活の質（QOL）の保たれた肝がん診療・治療を継続します。

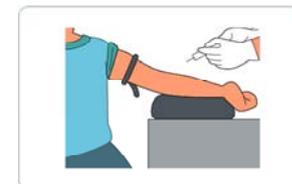
肝臓の病気が進行しないこと、肝がんが再発したときには早期に発見できることを目標とします。

肝がんの治療は、**肝予備能**：肝臓の病気がどこまで進行していて現在の程度の働きがあるかと、**肝がんの進行度**：大きさ、個数、脈管浸潤によって決定されます。**外科切除術**は、肝予備能が良好であること（肝硬変が進行していないこと）、肝がんが切除範囲にあることに行なわれます。

ラジオ波焼灼療法は一般的に3cm以内、3個以内の肝がんに対して適応となります。

肝がんは外科切除・ラジオ波焼灼療法後にも再発します。治療後には下記の検査を行います。

- 1) 2ヶ月に1度（年6回）程度の肝機能検査・血液検査・腫瘍マーカーの検査
- 2) 3ヶ月に1度（年4回）程度の腹部超音波・CT・MRIなどの画像診断（腹部超音波検査が中心）
- 3) 12ヶ月に1度程度の上部消化管内視鏡検査、胸部XP検査、胸部CT検査



診察・検査予定表（治療後1年間の経過観察）

| | 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 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 医療機関 | ◎ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● |
| 肝機能 | ◎ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● |
| 血液検査 | ◎ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● | ○ | ◎ | ● |
| 腫瘍マーカー | | ◎ | ● | | ◎ | ● | | ◎ | ● | | ◎ | ● |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 超音波検査 | | | ● | | | (●) | | | ● | | | (●) |
| CT・MRI | | | (●) | | | ● | | | (●) | | | ● |
| 胸部XP・心電図 | | | | | | | | | ● | | | |
| 胸部CT | | | | | | | | | | | | ● |
| 内視鏡検査・便潜血 | | | | | | | | | | | | ● |

●：専門医への受診 ◎：かかりつけ医への受診 ○：かかりつけ医の指示によりかかりつけ医を受診

- 1) 肝機能変動する人、肝臓の病気がすすんでいる人、糖尿病、高血圧などの合併症のある人はかかりつけ医を月1度受診してください。
- 2) 基本的にお薬はかかりつけ医から処方します。
- 3) 超音波検査、CT、MRI検査で再発が疑われたときには、異なる検査方法あるいは時間をおいて再度検査を行い、診断を確定します。再発が確認されれば、治療目的に専門病院に入院していただきます。

肝細胞癌 地域連携クリティカルパス： データシート

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 退院年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

(予め、受診医療機関の欄に、○かかりつけ医・●専門病院の受診予定を記入します)

| 年 月・日 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 治療終了後期間 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 受診医療機関 | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | | | | | | | | | | | | |
| 自覚・他覚症状 | | | | | | | | | | | | |
| 食欲 | | | | | | | | | | | | |
| 黄疸 | | | | | | | | | | | | |
| 腹水・浮腫 | | | | | | | | | | | | |
| 脳症 | | | | | | | | | | | | |
| 血液・肝機能検査 | | | | | | | | | | | | |
| AST | | | | | | | | | | | | |
| ALT | | | | | | | | | | | | |
| T.Bil | | | | | | | | | | | | |
| アルブミン | | | | | | | | | | | | |
| 血小板 | | | | | | | | | | | | |
| プロトロンビン時間 | | | | | | | | | | | | |
| AFP (L3%) | | | | | | | | | | | | |
| PIVKA-2 | | | | | | | | | | | | |
| Cr | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 画像診断 | | | | | | | | | | | | |
| 方法 | | | | | | | | | | | | |
| UST | | | | | | | | | | | | |
| CT | | | | | | | | | | | | |
| MRI | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| HCC有無 | | | | | | | | | | | | |
| 部位 | | | | | | | | | | | | |
| 個数 | | | | | | | | | | | | |
| 大きさ | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡検査 | | | | | | | | | | | | |
| 肝細胞癌治療 | | | | | | | | | | | | |
| 方法(回数・コース) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡・メモ: 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |

肝がん地域連携クリティカルパス：肝動脈化学塞栓療法（TACE療法）治療後

目標：病・病、病・診連携によって、生活の質（QOL）の保たれた肝がん診療・治療を継続します。



肝臓の病気が進行しないこと、肝がんが再発したときには早期に発見できることを目標とします。

肝がんの治療は、**肝予備能**：肝臓の病気がどこまで進行していて、現在どの程度の働きがあるかと、**肝がんの進行度**：大きさ、個数、脈管浸潤によって決定されます。**肝動脈化学塞栓療法**は、肝がんの大きさが3cm以上、あるいは個数が3個以上のときに適応になります。

肝がんは肝動脈塞栓化学療法後にも再発します。肝動脈塞栓化学療法後には下記の検査を行います。

- 1) 2ヶ月に1度（年6回）程度の肝機能検査・血液検査・腫瘍マーカーの検査
- 2) 4ヶ月に1度（年3回）程度の腹部超音波・CT・MRI検査（CT、MRI検査が中心）
- 3) 12ヶ月に1度程度の上部消化管内視鏡検査、便潜血検査、胸部XP検査、心電図、胸部CT検査



診察・検査予定表（治療後1年間の経過観察）

| | 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 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 医療機関 | ◎ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● |
| 肝機能 | ◎ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● |
| 血液検査 | ◎ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● | ○ | ◎ | ○ | ● |
| 腫瘍マーカー | | ◎ | | ● | | ◎ | | ● | | ◎ | | ● |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 超音波検査 | | | | (●) | | | | (●) | | | | (●) |
| CT・MRI | | | | ● | | | | ● | | | | ● |
| 胸部XP・心電図 | | | | | | | | ● | | | | |
| 胸部CT | | | | | | | | | | | | ● |
| 内視鏡検査・便潜血 | | | | | | | | | | | | ● |

●：専門医への受診 ◎：かかりつけ医への受診 ○：かかりつけ医の指示によりかかりつけ医を受診

- 1) 肝機能の変動する人、肝臓の病気がすすんでいる人、糖尿病、高血圧などの合併症のある人はかかりつけ医を月1度受診してください。
- 2) 基本的にお薬はかかりつけ医から処方します。
- 3) 超音波検査、CT/MRI検査で再発が疑われたときには、異なる検査方法あるいは時間をおいて再度検査を行い、診断を確定します。再発が確認されれば、治療目的に専門病院に入院していただきます。

肝細胞癌 地域連携クリティカルパス： データシート

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 退院年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

(予め、受診医療機関の欄に、○かかりつけ医・●専門病院の受診予定を記入します)

| 年 月・日 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 治療終了後期間 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 受診医療機関 | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | | | | | | | | | | | | |
| 自覚・他覚症状 | | | | | | | | | | | | |
| 食欲 | | | | | | | | | | | | |
| 黄疸 | | | | | | | | | | | | |
| 腹水・浮腫 | | | | | | | | | | | | |
| 脳症 | | | | | | | | | | | | |
| 血液・肝機能検査 | | | | | | | | | | | | |
| AST | | | | | | | | | | | | |
| ALT | | | | | | | | | | | | |
| T.Bil | | | | | | | | | | | | |
| アルブミン | | | | | | | | | | | | |
| 血小板 | | | | | | | | | | | | |
| プロトロンビン時間 | | | | | | | | | | | | |
| AFP (L3%) | | | | | | | | | | | | |
| PIVKA-2 | | | | | | | | | | | | |
| Cr | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 画像診断 | | | | | | | | | | | | |
| 方法 | | | | | | | | | | | | |
| UST | | | | | | | | | | | | |
| HCC有無 | | | | | | | | | | | | |
| CT | | | | | | | | | | | | |
| 部位 | | | | | | | | | | | | |
| MRI | | | | | | | | | | | | |
| 個数 | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 大きさ | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡検査 | | | | | | | | | | | | |
| 肝細胞癌治療 | | | | | | | | | | | | |
| 方法(回数・コース) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡・メモ:年月日 | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | |

患者さんへ

肝がん（肝細胞がん）の多くは慢性肝炎・肝硬変に発生します。がんを根治的に治療しても3年で50～70%の再発を認めます。

しかし、再発しても肝機能が保たれていて個数が限られていれば、再度の根治的治療が可能です。そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が必要となります。

また、肝機能が悪化すると腹水が貯留したり、黄疸が出たり、食道静脈瘤から出血する危険性があります。したがって、肝機能検査や内視鏡検査も行う必要があります。

診察・検査予定表にしたがって、かかりつけ医療機関や専門病院で診察を受けていただき、肝機能の変化やがん再発の有無を確認していただきます。

かかりつけ医療機関の受診日は「◎」「○」、専門病院の受診日は「●」で表示してあります。検査の日程や症状についてお困りの時には、まずかかりつけ医療機関の医師にご相談ください。

退院後の注意点

食事について：慢性肝炎や肝硬変の方は塩分のとりすぎに注意してください。アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝がんの発生の危険性を増加させるので控えてください。

内服薬について：薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

体重測定：肝がん治療後は腹水や胸水が貯留しやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気付くことがあります。毎日決まった時間に体重を計り記録しておくといでしょう。診察時には前もって所定の欄に体重を記入しておいてください。

緊急時の連絡について：夜間・土日・祝日などで、かかりつけ医に連絡が取れない場合は、専門病院に連絡を取ってください。

医療機関の皆さんへ

肝がん（肝細胞がん）は肺、胃、大腸に続いて4番目に多いがんです。肝がんの9割以上は肝炎ウイルスの感染（8割がHCV、1.5割がHBV）が原因で、HCV持続感染者は慢性肝炎で年率0.5～5%、肝硬変で年率6～8%、HBV肝硬変で年率2.5～3%の頻度で肝がんを発症すると言われています。

日本における診断と治療の基本的方針である「科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン2005年版」では、C型慢性肝炎、B型慢性肝炎、肝硬変を肝がんの高危険群としています。さらに男性、高齢、アルコール多飲の因子が加わると超高危険群となり、肝がんのサーベイランスとして3～4か月毎の超音波検査、血液検査（AFP、PIVKA-II、AFP-L3分画）、6～12か月毎のCT/MRI検査を推奨しています。

多中心性発癌による新たな肝がんの発生と転移性再発のために肝がん治療後の再発率は高く、年20～30%、5年間で80%に達すると言われています。したがって、肝がん治療後のフォローアップにおいては、超危険群のサーベイランス以上の綿密な検査が不可欠です。

本手帳を持参された患者さんに対しては専門医とかかりつけ医が協力しながら、これらの検査を行えるように診察・検査予定を組んでいただけるようお願いいたします。

また、患者さんは肝障害に伴う疾患を併発することがあります。食道静脈瘤、高アンモニア血症、消化性潰瘍、糖尿病など比較的症状が露呈しにくい病態についても定期的な診察の中でご配慮いただけますようお願いいたします。

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取り扱いってください。

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、3、4ページのお名前・連絡先・アレルギー・既往歴などを記入してください。

データシートの体重欄に受診日に計測した体重を記載してください。

かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、データシートに記載をお願いします。

通信欄に書ききれない場合は、診療情報提供書の発行をお願いします。

5大がん地域連携バス懇談会