

前立腺がん術後地域連携パス 医療者用

患者名 ()

連携医療機関：_____

T e l ()

主治医 _____

_____大同_____病院 (代表) :

T e l (052-611-6261)

主治医 _____

開始 _____年 _____月

終了予定 _____年 _____月

前立腺がん地域連携パスのダウンロード（1）

愛知県がんセンター中央病院
Aichi Cancer Center Hospital

〒464-8681 名古屋市中種区徳子1番1号 電話：052-762-6111(代)
文字サイズ：[小] [標準] [大] [検索]

トップページ | 外来・入院のご案内 | 診療内容 | 病院の紹介 | 施設案内

私たちは患者さんの立場にたって、最先端の研究成果と根拠に基づいた最良の**がん医療**を提供します。

ご来院(外来・入院・お見舞い)の方へ
医療関係者の方へ **Click!**

治療の流れ | 検査・治療待ち日数 | 各種ご相談 | がんの知識 | 公開講座 | がんセンターNEWS

受付時間

初診	午前8時30分～11時30分	再診	午前8時30分～11時30分(自動再来受付機による受付は8時から) 再診予約直通電話：052-762-2911 電話受付時間：平日午前9時～午後5時
休診日	土・日・祝日、年末年始	配達情報	診療案内 外来診療担当一覧 検査・治療待ち日数
急患	月曜日～金曜日：午後2時～午後8時 土曜日、日曜日並びに祝日（振替休日を含む）及び年末・年始の休日：午前10時～午後8時		

診療部門一覧 各診療科・部門へはこちらから

- 消化器内科学 | 内臓腫瘍 | 呼吸器内科学 | 血液・細胞療法部
- 薬物療法部 | 臨床検査部 | 遺伝子病理診断部 | 輸血部
- 腫瘍部外科学 | 形成外科部 | 呼吸器外科部 | 乳癌科部
- 消化器外科部 | 整形外科部 | リハビリテーション室 | 泌尿器科部
- 婦人科部 | 脳神経外科部 | 皮膚科部 | 放射線診断・TVR部
- 放射線治療部 | 外来部 | 循環器科部 | 緩和ケア部
- 精神腫瘍科部 | 臨床試験部 | 外来化学療法センター | サルコームセンター
- リスク評価センター (遺伝カウンセラー) | 個別化医療センター | 地域連携連携・相談支援センター | 緩和ケアセンター
- 外来 | 薬剤部 | 看護部
- 眼科 | 放射線部 | 栄養管理部 | 皮膚科
- リンパ浮腫外来

新着情報 一般の方へ | 医療関係者の方へ | 入札関係

過去の一覧へ



愛知県がんセンター中央病院
Aichi Cancer Center Hospital

〒464-8681 名古屋市中種区徳子1番1号 電話：052-762-6111(代)
文字サイズ：[小] [標準] [大] [検索]

トップページ | 外来・入院のご案内 | 診療内容 | 病院の紹介 | 施設案内

トップページ > 医療関係者の方へ

医療関係者の方へ

病院の紹介

- 当病院の理念と目標(院長挨拶)
- 学会等 認定施設取得一覧
- 医療安全に対する取組
- 病院機能評価

医療連携

- 医療連携 (医師)
- がん診療連携拠点病院
- 愛知県がん診療連携拠点病院地域連携パス部会 **Click!**
- 口腔管理医療連携 (歯科医師・薬剤師・歯科衛生士)

治験

- 治験 (委託研究事務局)

人材募集

- 人材募集
- 病院の臨床研究教育

その他

図書室 | テレピカファンレンスへのご案内 | 中部地区がん医療連携学術講演会のご

前立腺がん地域連携パスのダウンロード（2）

愛知県がん診療連携協議会
地域連携パス部会

更新情報

- 2018/09/06 [前立腺がんパスを新設しました。](#)
- 2018/09/06 [大腸がんパス、胃がんパスを改訂しました。](#)
- 2018/08/20 [平成30年度がん連携パス担当者一覧を掲載しました。](#)

掲載されているファイルには一部、マイクロソフト オフィス 2007形式のものがあります。
2007より前のオフィスで開くには [Microsoft Office 互換機能パック](#) をインストールして下さい。



愛知県がん診療連携協議会
地域連携パス部会

前立腺がんパス

前立腺がん術後地域連携パス 運用要綱	2018/9/6	運用要綱Ver1.0
前立腺がん術後地域連携パス 患者用説明とデータ	2018/9/6	患者用説明とデータVer1.0
前立腺がん術後地域連携パス 同意書	2018/9/6	同意書Ver1.0
前立腺がん術後地域連携パス 共同診療計画書+診療情報提供書	2018/9/6	共同診療計画書+診療情報提供書Ver1.0
前立腺がん術後地域連携パス 結日記	2018/9/6	結日記Ver1.0

地域連携パスの概念

- 基幹病院で手術治療をされた患者に対して、連携医と基幹病院の両方で連絡を取り合い、術後の定期的検診を行っていくために作られた一連の書式（パス）です。
- これにより、患者は基幹病院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間からも解放されます。連携医への通院も継続できます。また、複数の主治医によるサポートを受けられる長所が生まれます。

前立腺がん術後地域連携パス 運用要綱

【目的】

- 1) 地域医療機関の機能分化と、連携を密にすることで見落としのない十分な医療を提供しうる。
- 2) 連携医と基幹病院が連携し、がんの再発を早期に診断し適切な対応を行う。

【対象症例】

前立腺癌にて前立腺全摘除術を受けた術後の PSA nadir <0.2 ng/ml の症例。

【パスの名称】

「前立腺がん術後地域連携パス」とする。

【達成目標】

PSA は 0.2 ng/ml 未満

前立腺がん術後地域連携パス 運用要綱(2)

【基本原則】

- 1) パスへの登録症例は基幹病院で決定する。また連携医への通院開始の時期も基幹病院で決定する。
- 2) 術後10年間（観察期間）で実施する。目標が達成されていても1年に一度は基幹病院を受診する。
- 3) パス用紙（結（ゆい）日記及びデータ記入用紙兼診療情報提供書）は基幹病院と連携医で共有して、患者が医療機関受診時に医師に必要事項を記載してもらおう（患者自身が保管する）。
- 4) 診察・PSA検査は観察期間の10年以内は原則2～3ヶ月ごとに連携医で行う。**結果はデータ記入用紙兼診療情報提供書に記入して基幹病院へFAXする**。連携医からのFAXに対する返事については各基幹病院での対応に一任する。また異常が発生した場合は速やかに連絡を取り合う（診療情報提供書の形式が望ましい）。約1年ごとの基幹病院受診時には、基幹病院主治医が、PSA検査に加えてCT（施行時）結果などを記入して患者に渡す。
- 4) 目標が達成されなくなると基幹病院が判断した時は、パスは中止の旨を連携医に連絡して以後の治療は基幹病院で行うことを基本とする。
- 6) 当該疾患以外の疾病に対しては、基幹病院と連携医が相談のうえ対処する。
- 7) パス内のPSA採血以外の検査項目については連携医の判断に委ねる。検査した場合はチェックボックスに印をつける。異常があればコメントをチェックボックスの下に記載する。
- 8) セルフチェックとして排尿困難、頻尿、尿漏れについては患者にチェックしてもらおう。
- 9) 枠外の「備考」及び「メモ」欄には、それぞれ連携医からの連絡及び患者自身に気づいたことや質問したいことなどを記載してもらおう。尚「備考」欄については基幹病院は連携医へ、文書で回答することが望ましい。

前立腺がん術後地域連携パス 運用要綱(3)

【基本的事項】

- 1) PSA 測定は高感度のものを使用する。
- 2) PSA 採血は 原則2～3カ月毎（PSAが上昇傾向があれば1カ月毎）
に行う。その他の諸検査の実施は連携医の判断に委ねる。
- 3) PSA値が術後5年目で0.01ng/ml以下で安定しているときは、検査
間隔を3か月以上に延長も可能。

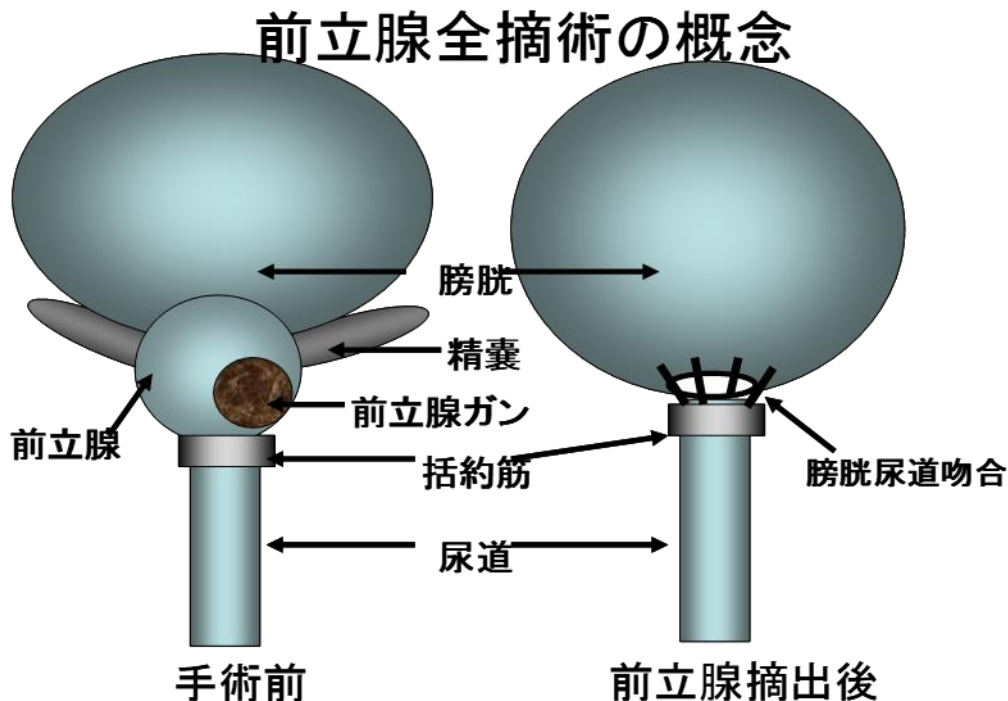
前立腺全摘除術の知識整理

1) PSA (Prostate specific antigen:前立腺特異抗原) とは

- PSA・前立腺上皮細胞から分泌される物質でセリンプロテアーゼ（セリン蛋白分解酵素）に分類される。本来、精漿中のゼリー化成分である蛋白を分解して精子の運動性を高める役割を果たす。
- 正常人でも精液中にはたくさんある。
- 他の前立腺疾患（前立腺肥大・前立腺炎）さらには触診でも上昇。
- 前立腺と精嚢が完全摘出されれば0になる。すなわちPSA<0.002ng/mlになる。
- ただし特に勃起神経温存手術では正常前立腺組織が残ることもあり、<0.002ng/mlにはならないことがある

2) 前立腺全摘除術

- 前立腺を膀胱と尿道で切断して、精嚢と一緒に摘除（精管切断）して尿道膀胱吻合する手術。骨盤内リンパ節郭清は高リスク症例に対して行われることが多い。
- 手術方法には開腹手術、小切開手術、腹腔鏡手術、ロボット支援腹腔鏡下手術（RARP）があるが、2012年のRARPの健康保険適応後ダヴィンチ サージカル システムの導入が進み現在手術患者の約8割がRARPで施行されている。



3) 前立腺術後合併症と症状

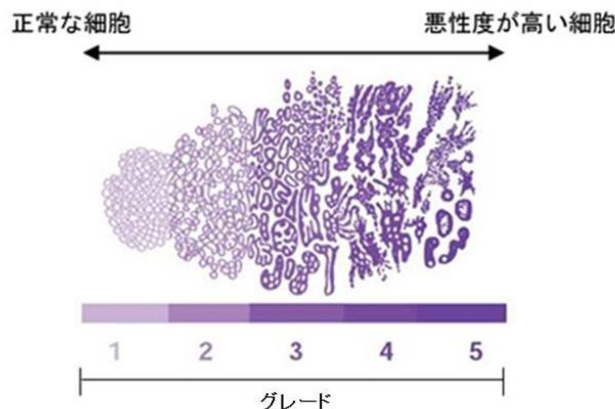
- ①尿失禁 腹圧性 立ち上がった時や咳・くしゃみで尿漏れ
- ②鼠径ヘルニア
- ③吻合部狭窄 尿勢低下 排尿時間増大
- ④吻合部結石 血尿 排尿痛など
- ⑤創感染 創の発赤と膿排出など
- ⑥勃起不全 神経温存しなかった場合は完全ED、温存した場合でもED治療薬（PDE5阻害薬）が必要となることが多い。

4) 前立腺全摘術後再発の定義（前立腺癌取り扱い規約第4版 2010）

- 術後1カ月以上経過してPSA<0.2ng/mlとなっている状態→PSA再発なし
- その後の経過でPSA値が上昇して>0.2ng/mlとなったとき→PSA再発と判定
- PSA値を2-4週あけて測定し、2回連続して ≥ 0.2 ng/mlとなった時の初回の上昇日を再発日とする

5) グリソンスコアについて

- 前立腺がんの細胞には、正常な細胞に近くて進行が遅いもの（高分化腺がん）と、正常細胞からかけ離れた性質の悪いもの（低分化腺がん）、そして両者の中間に位置するもの（中分化腺がん）がある。この組織型は、5段階に分けられていて、グレード1が最もおとなしいがん、グレード5が最も悪性のがんである。しかし現在では前立腺がんの組織型はグレード3から5で診断されていることがほとんどである。
- 前立腺がんはしばしば同じ前立腺のなかに悪性度の異なるがんが発生する。そこで、生検で採取したがん細胞の組織構造を調べ、最も面積の大きい組織型と2番目に大きい組織型のグレードを足して、悪性度の判定に用いている。
- これがグリソンスコアと呼ばれるもので、グレード3とグレード4の組織があれば、スコアは「3+4=7」になる。つまり悪性度の最も低いスコア2から、最も高いスコア10まで、9段階に分類されているが、現在では6から10までの5段階で分類されている。
- 悪性度の判定基準は次の通りとなる。
グリソンスコア 6：比較的進行の遅い高分化型の前立腺がん
グリソンスコア 7：中等度の悪性度の前立腺がん
グリソンスコア 8以上：悪性度の高い低分化の前立腺がん



6) 病期分類について

【TNM分類】

病期は、TNM分類に基づいて判断されるのが一般的です。

- ・ T (tumor) 「がんが前立腺のなかにとどまっているか、それとも周囲の組織や臓器にまで広がっているか」を表します。
- ・ N (nodes) 「リンパ節転移があるかどうか」を表します。
- ・ M (metastasis) 「離れた組織や臓器への転移があるかどうか」を表します。




T1		直腸診でも画像検査でもがんは明らかにならず、前立腺肥大症や膀胱がんで手術を受けて偶然に発見された場合、もしくは針生検で確認された場合
	T1a	前立腺肥大症などの手術で切り取った組織の5%以下にがんが発見される
	T1b	前立腺肥大症などの手術で切り取った組織の5%を超えた部分にがんが発見される
	T1c	針生検によってがんが確認される
T2		前立腺の中にとどまっているがん
	T2a	左右どちらかの1/2までにがんがとどまっている
	T2b	左右どちらかだけに1/2を超えるがんがある
	T2c	左右の両方にがんがある
T3		前立腺を覆う膜(被膜)を越えてがんが広がっている
	T3a	被膜の外にがんが広がっている(片方または左右両方、膀胱の一部)
	T3b	精のうにまでがんが及んでいる
T4		前立腺に隣接する組織(膀胱、直腸、骨盤壁など)にがんが及んでいる
N0		所属リンパ節への転移はない
N1		所属リンパ節への転移がある
M0		遠隔転移はない
M1		遠隔転移がある

【ステージ分類】

分類	内容
ステージA	触診でも超音波検査でも発見不能なごく小さな腫瘍で、前立腺肥大症などの手術の際に、偶然に見つかったものを指します
ステージB	前立腺のなかにとどまっているものを指します
ステージC	前立腺被膜を越えて進展しているが転移はないものを指します
ステージD	すでに転移がみられるものを指します

6) リスク分類について

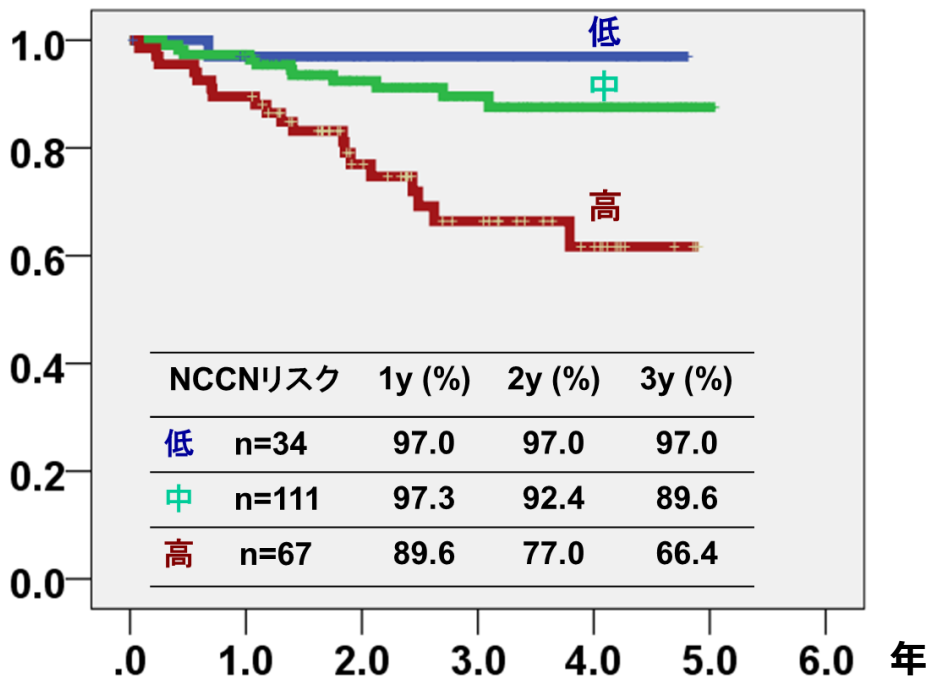
前立腺がんは経過の多様ながんであるため、TNM分類、グリソンスコア、PSA値などを組み合わせて再発の可能性や生命予後などを推測するリスク分類も、何種類か考案され（NCCN分類など）、臨床の場で参考にされている。

NCCN分類	がんの広がり (T分類: 直腸診とMRI)	PSA値 (ng/ml)	グリソン・スコア (病理検査での悪性度)
低リスク	T2a以下 片葉の1/2以内 	≤ 10 &	≤ 6 &
中リスク	T2b-c 片葉の1/2以上から両葉 	10~20 &/or	7 &/or
高リスク	T3a 被膜の外に広がる 	20 ≤ or	8 ≤ or

7) リスク分類別PSA非再発率（中京病院）

PSA再発の定義：PSA > 0.2ng/ml

対象：中京病院でRARP施行した庄2012.10から1年以上観察の212例



前立腺がん術後地域連携パス 運用手順

患者から入院中に地域連携パスに入ることを口頭で同意を得る。



患者と相談し連携医とする医院や病院を決定する。



連携医に将来定期フォローのため通院することを主治医あるいは連携室から連絡し同意を得る。



注1) 連携医は厚生局に「前立腺がんパス参加」の届け出が必要

前立腺全摘除術を施行



退院後30日以内に必ず同意書と共同診療計画書をそれぞれ患者用と医療者用の2通を作成、医療者用はスキャン等を行い基幹病院と連携医双方で保管する。

**基幹病院：
がん治療連携計画策定料 1
750点算定可能**

(病院保管用)

① 前立腺がん地域連携クリニカルパス (術後) 説明・同意書

このたび●●病院と特定の地域連携医療機関との間で行われる地域連携クリニカルパスを用いた医療について、患者様 (ID) に対し下記の説明を行いました。

1. 目的と意義
 - 病院で治療を受けた患者さんの定期的検診を、あらかじめ作られた一連のスケジュール表(パス)にしたがって、お近くの連携医と●●病院の両方で連絡を取り合って行っていくシステムです。
2. 方法
 - 血液検査など通常の通院はお近くの連携医で行い、●●病院では一定期間ごとに(1年に1回)画像検査と診察を行います。病気の再発や新たな疾患が発見された場合は、このシステムを中断して●●病院へ通院していただきます。
3. 期待されること
 - このシステムにより、●●病院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間から解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所が生まれます。
4. 同意と撤回の自由
 - このシステムに参加されるかどうかはあなたの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくてもあなたの診察に影響は全くありません。
5. 有害事象
 - このパスでは血液検査によるPSA値のフォローが中心ですので、有害事象は稀です。
6. 費用負担
 - このシステムでは、個別に策定される連携計画や診療情報提供書の作成に対して、費用をご負担いただくことがあります。抗がん剤の副作用に対する診察は、ご自身が加入されている健康保険による一般診療として行います。
7. 個人情報
 - 学会発表等の研究目的で個人情報を使わせていただくことがありますが、個人の同意はできないように配慮いたします。
8. このシステムに関して不明な点がありましたら、お気軽にお尋ね下さい。
9. クリニカルパスの開始時期は、疾患の腫瘍学進行度、術後尿失禁の強度などによって異なります。また、退院後のあなたの体調、地域連携医療機関の利便性等によっては、クリニカルパスは適応されない場合があります。

説明日 年 月 日
●●病院 科 説明医師名

●●病院 病院長殿

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。

地域連携クリニカルパスの利用について同意します。

患者本人 同意日 年 月 日

患者氏名

② 共同診療計画書 (前立腺がん術後地域連携パス) 術後～4年後

基幹病院名: _____

連携医療機関名: _____

患者氏名: _____

患者さん用

手術日: _____

項目	基幹病院	基幹病院	基幹病院	基幹病院	基幹病院	基幹病院	基幹病院	基幹病院
目標	①術後後遺症	②再発の有無	③早期発見					
連携	術後連携の説明	■パス説明						
連絡	緊急時の連絡	再発疑われる場合 (PSA0.2ng/ml以上) は連絡						
検査	末梢血一般	+6ヶ月毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生化学	+6ヶ月毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー (PSA)	+2~3ヶ月毎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	尿検査	+2~3ヶ月毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

医師の判断で必要時

必ず実施

例)
1通は基幹病院
がスキャンして
保存したのち連
携医に送付。
もう1通は患者に
渡す。



術後合併症とくに尿失禁が改善し、PSA値が安定したところ
(例PSA<0.01ng/ml)で連携医に通院を依頼する。

注2) 連携医への通院開始時期は基幹病院が決定

基幹病院主治医は結日記に患者データを記入して渡す



③

あなたのデータ

- ◇手術年月日 年 月 日
- ◇前立腺全摘除術の術式
開腹 腹腔鏡 ロボット支援
- ◇術前ホルモン療法 (あり、なし)
- ◇術前PSA値 () ng/ml
- ◇病理学的ステージ
ステージA ステージB
ステージC ステージD
- ◇術後TNM分類
T (2a、2b、2c、3a、3b)
N (0、1、X)
M (0、1)
- ◇術後グリソンスコア： + =
- ◇尿道側あるいは膀胱側の断端にがんは (あり、なし)
- ◇前立腺被膜にがんは (あり、なし)
- ◇リンパ節郭清は施行 (しています、していません)
施行した場合、リンパ節にがんは (あり、なし)
- ◇パス開始時PSA値 () ng/ml



連携医でPSA値の測定と診察を継続し (目安：
PSA値安定していれば3か月ごと) データ記入用
紙兼診療情報提供書を基幹病院にFAXする。



**連携医：
がん治療連携指導料
300点算定**

注3) 連携医はFAXしたデータ記入用紙兼診療情報提供書のコピーを保管する。

年に1回あるいは状態変化時（PSA>0.2ng/mlあるいは症状発症）は基幹病院を受診する。状態変化時は連携医は別に診療情報提供書を記入する。

**連携医：がん治療
連携指導料
300点算定**

**④ 前立腺がん術後地域連携パス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書（1年目）**

基幹病院名：
主治医：
患者氏名：
生年月日：
連携医療機関名：
医師名：
基幹病院ID：

診察日	連携医での診察							基幹病院
	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	1年後
年	年	年	年	年	年	年	年	年
PSA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
CTなど								<input type="checkbox"/> 未実施 CT結果+コメント
セルフチェック	排尿困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	頻尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	尿漏れ (パット枚数/日)	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日

備考(連携医)：何かあればご記入ください

メモ(患者さん記入用)：気づいたことや質問したいことなど

**⑤ 前立腺がん術後地域連携パス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書（1年目）**

JCHO 中京病院
基幹病院名：**辻 克和**
主治医：
患者氏名：**前立 太郎**
生年月日：**1953年1月1日**
連携医療機関名：**〇〇クリニック**
医師名：**△△ □□**
基幹病院ID：**0456-789-9**

診察日	連携医での診察							基幹病院
	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	1年後
年	年	年	年	年	年	年	年	年
PSA	0.036 ng/ml	0.016 ng/ml						0.011 ng/ml
血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input checked="" type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
CTなど								<input type="checkbox"/> 未実施 CT結果+コメント {再発・転移なし}
セルフチェック	排尿困難	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	頻尿	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	尿漏れ (パット枚数/日)	1 枚/日	0 枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	0 枚/日

備考(連携医)：何かあればご記入ください

血尿ありますが大丈夫でしょうか？ ➡ FAXで返事

メモ(患者さん記入用)：気づいたことや質問したいことなど

勃起が不十分です。 ➡ 口答で返事

記入例

PSA>0.2ng/mlの時は基幹病院にてパス継続可能の可否を判断して連携医に連絡する。計画の変更があるときは右記算定可能。

**基幹病院：がん治療
連携計画策定料2
300点算定**

基幹病院でPSA再発確認されたらパス終了を、患者にムンテラして連携医に連絡。以後は基幹病院で治療を行う。

① 前立腺がん地域連携クリニカルパス (術後)

説明・同意書

このたび●●病院と特定の地域連携医療機関との間で行われる地域連携クリニカルパスを用いた医療について、患者 _____ 様 (ID _____) に対し下記の説明を行いました。

1. 目的と意義

●●病院で治療を受けた患者さんの定期的検診を、あらかじめ作られた一連のスケジュール表(パス)にしたがって、お近くの連携医と●●病院の両方で連絡を取り合っていくシステムです。

2. 方法

血液検査など通常の通院はお近くの連携医で行い、●●病院では一定期間ごとに(1年に1回)画像検査と診察を行います。病気の再発や新たな疾患が発見された場合は、このシステムを中断して●●病院へ通院していただきます。

3. 期待されること

このシステムにより、●●病院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間から解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所が生まれます。

4. 同意と撤回の自由

このシステムに参加されるかどうかはあなたの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくてもあなたの診療に影響は全くありません。

5. 有害事象

このパスでは血液検査によるPSA値のフォローが中心ですので、有害事象は稀です。

6. 費用負担

このシステムでは、個別に策定される連携計画や診療情報提供書の作成に対して、費用をご負担いただくことがあります。抗がん剤の副作用に対する診療は、ご自身が加入されている健康保険による一般診療として行います。

7. 個人情報

学会発表等の研究目的で個人情報を使わせていただくことがありますが、個人の同定はできないように配慮いたします。

8. このシステムに関して不明な点がありましたら、お気軽にお尋ね下さい。

9. クリニカルパスの開始時期は、疾患の種類や進行度、術後尿失禁の程度などによって異なります。また、退院後のあなたの体調、地域連携医療機関の利便性等によっては、クリニカルパスは適応されない場合があります。

説明日 年 月 日

●●病院 科 説明医師名 _____

●●病院 病院長殿

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。

地域連携クリニカルパスの利用について同意します。

患者本人 同意日 年 月 日

患者氏名 _____

②

共同診療計画書（前立腺がん術後地域連携パス）

術後～4年後

基幹病院名： _____

連携医療機関名： _____

患者氏名： _____

患者さん用

生年月日： _____

手術日： _____

項目		基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		
		連携医		連携医		連携医		連携医		連携医		
		退院～ 連携パス 開始 /		1年後 /		2年後 /		3年後 /		4年後 /		
目標		①術後後遺症 ②再発の有無・早期発見										
連携 / 連絡	術後連携の説明	■パス説明										
	緊急時の連絡	再発疑われる場合（PSA0.2ng/ml以上）は連絡										
検査	末梢血一般	*6ヶ月毎	<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"/>
	生化学	*6ヶ月毎	<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"/>
	腫瘍マーカー (PSA)	*2～3ヶ月 毎	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	尿検査	*2～3ヶ月 毎	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CT		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- 医師の判断で必要時
- 必ず実施

④

あなたのデータ

◇手術年月日 年 月 日

◇前立腺全摘除術の術式

開腹 腹腔鏡 ロボット支援

◇術前ホルモン療法 (あり、なし)

◇術前 PSA 値 () ng/ml

◇病理学的ステージ

ステージ A ステージ B
ステージ C ステージ D

◇術後 TNM 分類

T (2a、2b、2c、3a、3b)
N (0、1、X)
M (0、1)

◇術後グリソンスコア： + =

◇尿道側あるいは膀胱側の断端にがんは (あり、なし)

◇前立腺被膜にがんは (あり、なし)

◇リンパ節郭清は施行 (しています、していません)
施行した場合、リンパ節にがんは (あり、なし)

◇パス開始時 PSA 値 () ng/ml

4

前立腺がん術後地域連携パス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書 (1年目)

基幹病院名:
主治医:

患者氏名:

連携医療機関名:
医師名:

生年月日:

基幹病院ID:

		2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	1年後	
		連携医での診察						基幹病院	
診察日		年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	
検査	PSA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
	血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	
	尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
[]		[]	[]	[]	[]	[]	[]		
CTなど	/						<input type="checkbox"/> 未実施 CT結果*コメント []		
セルフチェック	排尿困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	頻尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	尿漏れ (パット枚数/日)	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	

備考(連携医):何かあればご記入ください

メモ(患者さん記入用):気づいたことや質問したいことなど

5

前立腺がん術後地域連携パス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書 (1年目)

JCHO 中京病院
基幹病院名: 辻 克和
主治医:

患者氏名: 前立 太郎

〇〇クリニック
連携医療機関名: △△ □□
医師名:

生年月日: 1953年1月1日

基幹病院ID: 0456-789-9

		2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	1年後	
		連携医での診察						基幹病院	
診察日		2018年 11/2	2019年 1/9	年 /	年 /	年 /	年 /	2019年 9/12	
検査	PSA	0.036 ng/ml	0.016 ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	0.011 ng/ml	
	血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input checked="" type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input checked="" type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
			[]	[ALP 330]	[]	[]	[]	[]	[]
	尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input checked="" type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input checked="" type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
	[Rbc10-20]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	
CTなど	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/> 未実施 CT結果*コメント [再発・転移なし]		
セルフチェック	排尿困難	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	頻尿	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	尿漏れ (パット枚数/日)	1 枚/日	0 枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	0 枚/日	

備考(連携医): 何かあればご記入ください

血尿ありますが大丈夫でしょうか? ➡ FAXで返事

メモ(患者さん記入用): 気づいたことや質問したいことなど

勃起が不十分です。 ➡ 口答で返事