

前立腺がん放射線治療後 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 _____

_____ 病院地域連携室：

T e l ()

主治医 _____

開始 _____ 年 _____ 月

終了予定 _____ 年 _____ 月

前立腺がんの基礎知識（1）

前立腺がん検診

PSA（Prostatic Specific Antigen: 前立腺特異抗原）を測定するもので、判定は日本泌尿器科学会の前立腺がん検診ガイドラインでは、全年齢で4.0ng/ml以上あるいは年齢階層別では50-64歳では3.0ng/ml以上、65-69歳では3.5ng/ml以上、70歳以上では4.0ng/ml以上が異常値で、前立腺生検が可能な泌尿器科専門医に紹介することとなっている。またPSA値が1.0ng/ml以下では3年後の検診を、1.1ng/mlから異常値までは1年後の検診が勧められている。

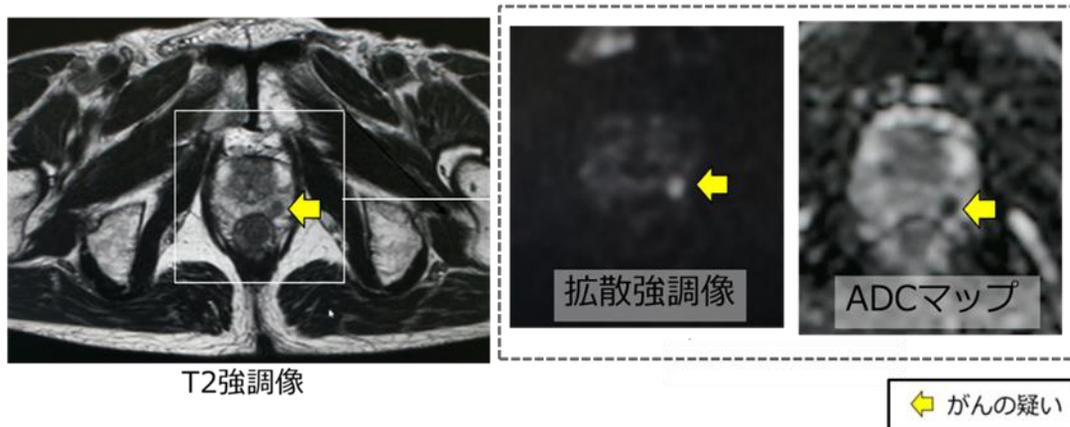
PSAとは

本来は正常前立腺細胞から分泌されるタンパク分解酵素の一種で、精液中の蛋白を分解して精子の運動を高める役割を果たしている。主に精液中に分泌されるが、一部は血中にも入る。前立腺がんが特異的に分泌する物質ではないので、他の前立腺疾患（前立腺肥大・前立腺炎など）さらには直腸診や尿道カテーテル留置などの医療行為でも上昇する。他部位のがんと同様に確定診断には生検が必要となる。

PSA高値で泌尿器科を紹介いただくと

PSA値の再検と直腸診で硬いかどうか、さらにMRIでがんの局在の有無を診断しその後前立腺針生検が予定される。

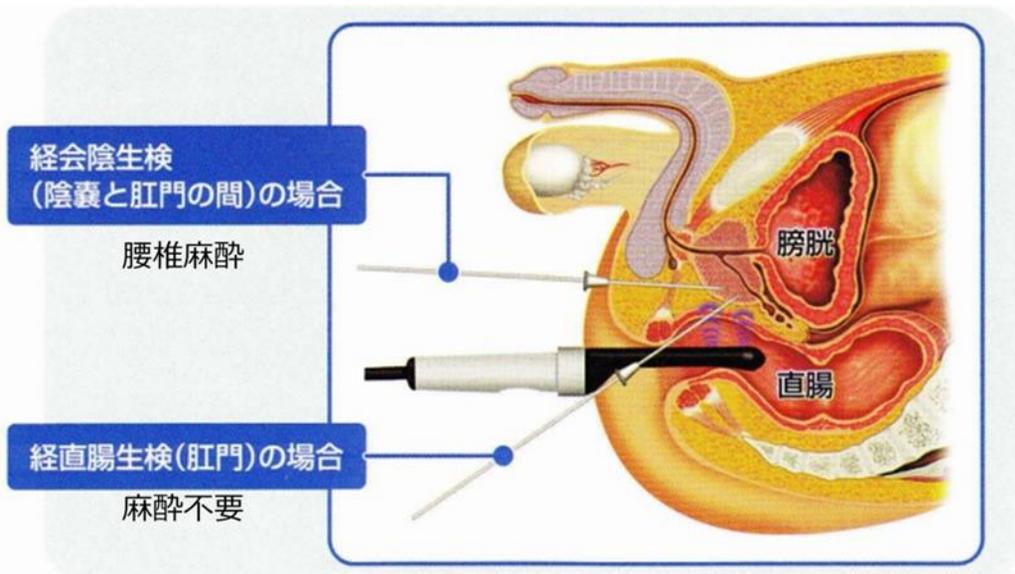
T2強調像でlow, 拡散強調像 (DWI) でhigh, ADCマップでlowな部位は強く前立腺がんが疑われる



前立腺がんの基礎知識（2）

前立腺針生検

生検は超音波ガイド下に前立腺左葉と右葉から一般的には6本ずつ合計12本を採取するが、MRIで疑わしいところがあれば追加で生検される。通常は初回は麻酔不要の経直腸的生検を行うが、直腸が狭くエコープローブ挿入で強い痛みがある場合や直腸から針が届きにくい腹側の部位にMRIでがんを疑う所見があるとき、また再生検を行うときは腰椎麻酔を行って、経会陰的に行う。合併症は経直腸生検における生検後急性前立腺炎があるが、1%程度の頻度である。



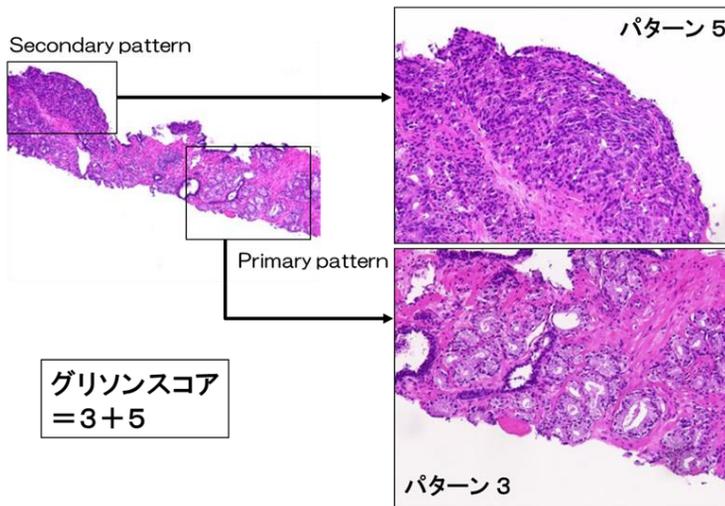
グリソンスコア

前立腺がんの悪性度を表すのに1-5の5つのパターンがあるが、実際にがんとして病理医がつけるのは3-5の3つである。パターン3は低悪性度で、パターン5が高悪性度となる。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パターンを足して、悪性度の判定に用いている。

前立腺がんの基礎知識（3）

これがグリソンスコアと呼ばれるもので、パターン3とパターン5の組織があれば、スコアは「3 + 5 = 8」になる。

- 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



病期診断（ステージング）

CTと骨シンチで骨盤内リンパ節転移や他臓器転移とくに転移しやすい骨転移の有無を調べて、生検前のMRI所見と合わせてステージングを行う。転移のない前立腺がんに対するリスク分類と全体をカバーするTNM分類がある。

早期がんリスク分類（NCCN）

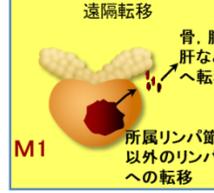
	がんの広がり (T分類: 直腸診とMRI)	PSA値 (ng/ml)	グリソン・スコア (病理検査での悪性度)
低リスク	T2a以下 片葉の1/2以内 	≤ 10 &	≤ 6 &
中リスク	T2b-c 片葉の1/2以上から両葉 	10 ~ 20 &/or	7 &/or
高リスク	T3a 被膜の外に広がる 	20 ≤ or	8 ≤ or

前立腺がんの基礎知識（4）

TNM分類

- ・ 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」を表す。
- ・ N (nodes) 「リンパ節転移があるかどうか」を表す。
- ・ M (metastasis) 「離れた組織や臓器への転移があるかどうか」を表す。

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見えられた場合、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までにか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	左右の両方にかんがある
T3	前立腺を覆う膜(被膜)を越えてがんが広がっている
T3a	被膜の外にかんが広がっている(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)にかんが及んでいる
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

T1 偶発または触知不能	T2 限局性	T3以上 局所浸潤	転移あり
TUR-PやPSA検診で偶発的に発見	直腸診で触知MRで診断	被膜を越えて進展MRで診断	所属リンパ節転移
 <p>T1a 切除組織の ≤5%</p>  <p>T1b 切除組織の >5%</p> <p>触診や画像では診断できず、PSA上昇等による針生検で確認</p>  <p>T1c</p>	 <p>T2a 片葉の 1/2以内</p>  <p>T2b 片葉の 1/2を超える</p>  <p>T2c 両葉へ進展</p>	 <p>T3a 被膜 被膜の外へ進展 (片葉または両葉)</p>  <p>T3b 精嚢 精嚢に浸潤</p>  <p>T4 膀胱頸部 外括約筋、直腸、肛門拳筋、骨盤壁 精嚢以外の隣接組織に固定または浸潤</p>	 <p>N1 所属リンパ節への転移</p>  <p>M1 遠隔転移 骨、肺、肝などへ転移 所属リンパ節以外のリンパ節への転移</p>
注) T1~4と診断された場合でも、リンパ節や前立腺以外の臓器に転移が認められた場合は転移性となる			
TNM分類(UICC2002年改訂第6版)をもとに模式化			

前立腺がんに対する治療法

転移のない前立腺がんの治療には下記の1 - 6があるが、1 - 4が根治治療、2 - 4が放射線治療後パスの対象である。

1. 根治的前立腺切除術

- ・ 開腹手術
- ・ 小切開手術
- ・ 腹腔鏡手術
- ・ ロボット支援手術 (RARP)

2. 外照射放射線治療 ≒IMRT (強度変調放射線療法)

根治治療

3. 内照射放射線治療 = 密封小線源治療 (ブラセラビ[®]-)

パス対象

4. 放射線治療 (粒子線治療) 陽子線・重粒子線

5. ホルモン治療 (男性ホルモン遮断)

超高齢者や
全身状態不良

6. 監視療法 (active surveillance)

低リスクかつ
十分理解あり

治療法の選択

	リスク分類 (NCCN)			局所進行 (T3b-T4)	転移・進行	
	低リスク (T1)	中リスク (T2)	高リスク (T3a)		N(+)	M(+)
監視療法	■					
前立腺全摘	■	■	■			
外照射 (IMRT)		根治的照射				
内照射 (密封小線源治療 : ブラキセラピー)		単独	外照射併用			
粒子線治療		根治的照射				
ホルモン治療			ホルモン治療併用			

トリモダリティ

パス対象

放射線治療の特徴：

- ・ 中リスク以降はホルモン治療が併用される。
- ・ 前立腺全摘より局所進行性のがんまで含まれる。

前立腺がん放射線治療 総論

施行状況と合併症

愛知県下における施行状況

1. 外照射療法 強度変調放射線治療 (IMRT)

多くのがん拠点病院

2. 内照射療法 密封小線源治療

名古屋大学医学部附属病院、藤田医科大学病院、
愛知県がんセンター、JCHO中京病院の4施設

3. 粒子線治療 陽子線治療

名古屋市立大学医学部附属西部医療センターのみ

共通した合併症

- 1) 血尿（膀胱照射）、血便（直腸照射）、頻尿などの排尿障害
- 2) 対策としてなされている処置
 - ①前立腺内にマーカー挿入
外照射、粒子線治療で
 - ②直腸と前立腺の間にハイドロゲル挿入
すべての放射線治療で

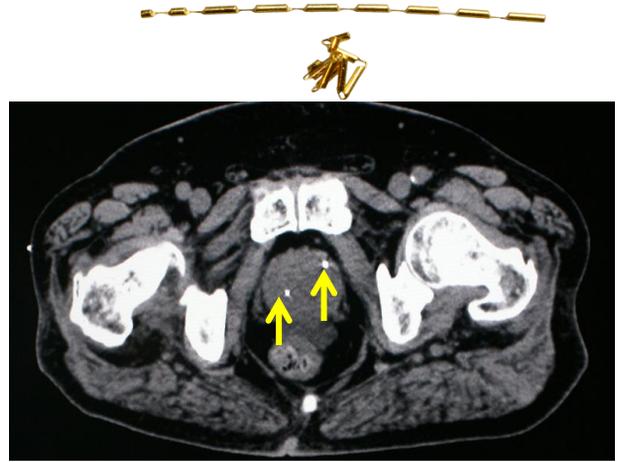
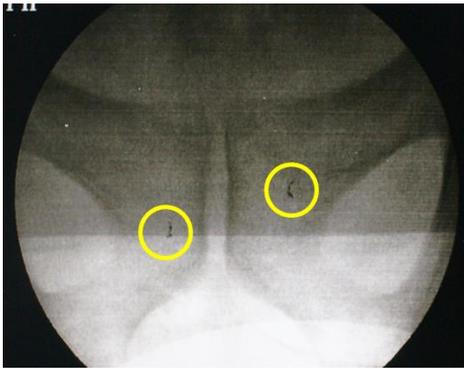
入院して腰麻下であるいは外来で局麻下で施行される

前立腺がん放射線治療 総論

マーカー挿入とハイドロゲル挿入

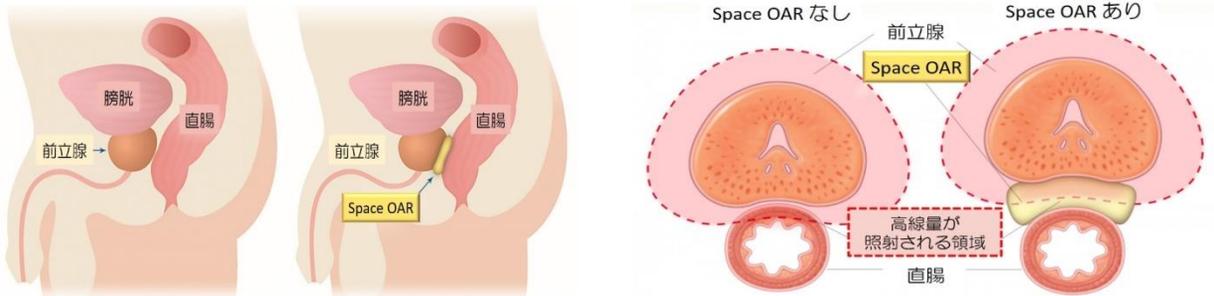
マーカー挿入

1. 前立腺の位置は直腸ガスや膀胱内の尿量より治療計画より位置がずれるので、前立腺の位置を確認するために挿入
2. 直腸や膀胱への照射による副作用を低減
3. 金マーカーを1-2ヶ挿入



ハイドロゲル（スペースOAR®）挿入

1. 前立腺と直腸の間にゲル状の物質を細い針を用いて挿入して前立腺と直腸の距離を広げ、直腸への線量を低減することで、放射線直腸炎の発症を大幅に減らす
2. 約3カ月間存在しその後6カ月かけて吸収



Space OAR 留置前後のMRI 画像



前立腺がん放射線治療 総論

再発の定義とバウンス

再発の定義（世界共通）

フェニックス定義：（PSA最低値 + 2）ng/ml
Nadir

放射線治療では手術症例よりPSA値はゆっくり低下する
パス開始時には最低値は決定されない

PSAバウンス

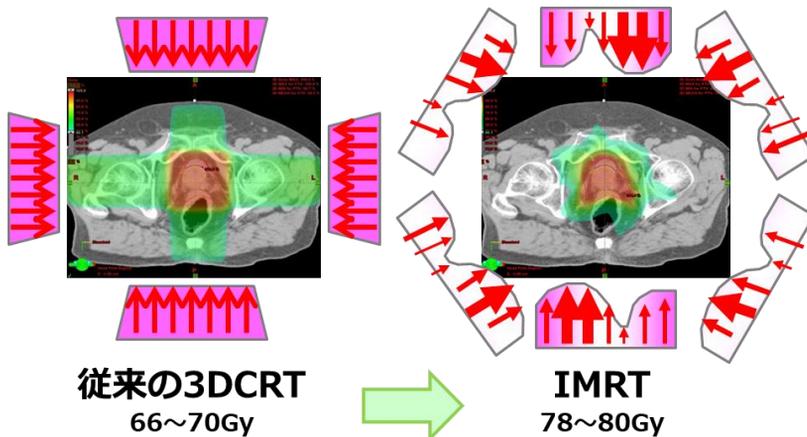
- ・ RT後経過観察中、一過性のPSA値が上昇し、
無治療にて前値より下降していく現象
- ・ 上昇は+0.1~0.4ng/ml以上と決まった定義なし
- ・ 治療後3年以内が多い
- ・ 患者の20-40%、若年患者に多い
- ・ 原因：不明
放射線により前立腺上皮細胞が破壊される
ことで生じる良性の過程
- ・ バウンスがあるとPSA再発が有意に少ないが、知らないとな再発の兆しと間違えやすく、注意する必要あり。

放射線治療法 各論

1. 外照射療法 強度変調放射線治療

IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy)

照射野の形状を複雑に変化させ、放射線の強度を変化させ腫瘍の形に適した放射線治療を行う照射方法。
腫瘍に放射線を集中、一方 周囲正常組織への線量を低減させている。



- ①一般には入院不要
施設によっては前立腺マーカー挿入±ハイドロゲル挿入目的で入院することがある
- ②治療期間が長い
通常は28~33or34回で6or7週間かかったが
寡分割照射20回（4週間）も可能
- ③ホルモン治療の併用
中リスク：RT前3-6か月
高リスク：RT前6か月、全体で2-3年間

放射線治療法 各論

2. 内照射療法 密封小線源治療 ブラキセラピー (brachytherapy)

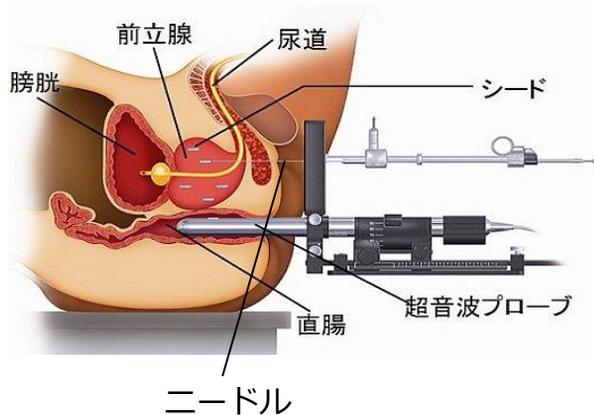
I (ヨウ素125)を内包したチタン製カプセル(線源)を
約50~100個前立腺内に永久挿入する組織内照射

- 放射線(γ 線)の飛程距離: 2~5mm

組織内では約2cm離れると放射線量が半減

- ^{125}I の半減期: 59.4日

約60日で放射線量1/2、約300日で1/30、約400で1/100



穿刺したニードル

- ①短い治療期間 (入院4日)
- ②治療後、頻尿や排尿困難の悪化が数か月続く
- ④治療後1年以内の死亡は前立腺摘出が必要
- ⑤ホルモン治療併用あり

中リスクで治療前3-6か月

高リスクで治療前6か月



挿入された
シード

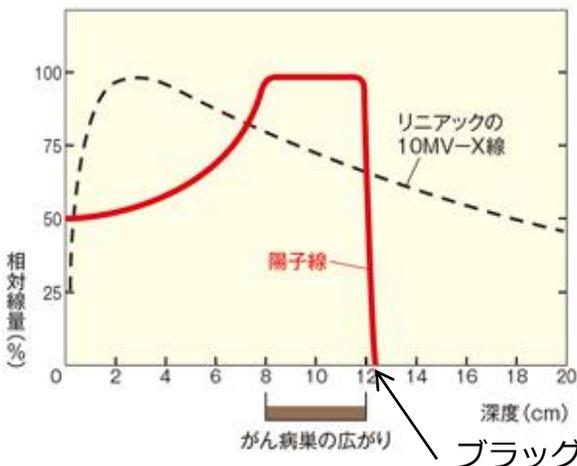
さらに外照射併用で合計2-3年間 (トリモダリティ)

放射線治療法 各論

3. 粒子線治療 陽子線治療

X線は、からだに近いところで放射線が強く、その後徐々に弱くなっていくのに対し、陽子線はある深さで放射線量が最大になり、それ以上先に到達しない特性を持っています。この特性はブラッグピークと呼ばれています。ブラッグピークを腫瘍に合わせることで、腫瘍に放射線を強くあて、正常組織にあたる放射線を減らせるので、例えば、重要臓器の近くにあるがんなど、X線で治療しづらいがんにも高い治療効果が期待できます。

(西部医療センター 陽子線治療科HPより)



① 一般には入院不要

施設によっては前立腺マーカー挿入±ハイドロゲル挿入目的で入院することがある

② 治療期間

12~20or21~37or39回 (3~4~8週間)

③ ホルモン治療の併用

中リスク：RT前6か月

高リスク：RT前6か月、全体で2年間

前立腺がん放射線治療後地域連携パス

運用要綱（1）

【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。

【パスの名称】

「前立腺がん放射線治療後地域連携パス」とする。

【対象症例】

前立腺癌にて根治的前立腺放射線治療を受けた症例。
ただし前立腺全摘後の救済放射線治療例は除外する。

【達成目標】

毎年基幹病院受診時に決定される達成目標PSA値未満とする。

【基本原則】

- 1) パスへの登録症例は基幹病院で決定する。基幹病院は放射線治療のための入院時あるいは退院後30日以内に患者から連携パスの同意を取得して、連携医の選択とその承諾を得なければならない。また連携医へのパス運用開始の時期も基幹病院で決定する。
- 2) 基幹病院は放射線治療のための入院時あるいは退院30日以内に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通を作成し、スキャン等を行い基幹病院と連携医双方で保管する。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」は患者自身が保管し、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う。
- 3) 放射線治療後原則10年間（観察期間）で実施する。

運用要綱 (2)

【基本原則】

- 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。結果は基幹病院に「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。また肉眼的血尿や血便などの異常が発生した場合は速やかに基幹病院に受診させる(診療情報提供書の形式が望ましい)。
- 5) 約1年ごとに基幹病院を受診する。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。また達成目標PSA値を「データ記入用紙兼診療情報提供書連絡」に記載する。また連携医に確実に伝える目的で別に診療情報提供書に達成目標値を記載し連携医に送付することも推奨される。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) 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。
- 9) セルフチェックとして排尿困難、頻尿、血便、血尿については患者にチェックしてもらう。
- 10) 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。

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) 放射線治療終了時に治療プロトコールで、ホルモン治療が継続されている場合は、原則ホルモン治療終了後に、連携医とのパス運用開始とするものとする。ただし連携医が泌尿器科を標榜しているなどホルモン治療の経験が豊富な場合は、ホルモン治療も連携医に依頼可能とする。
- 3) 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。
- 4) PSA値が術後5年目で最低値の下降が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である。また基幹病院の判断でパスを終了することも可能である。

前立腺がん放射線治療後地域連携パス

運用手順（1）

患者から放射線治療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。

入院中あるいは退院後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 1750 点算定

根治的放射線治療を施行

① ②

(病院保管用)

前立腺がん放射線治療後地域連携クリニカルパス
説明・同意書

このたびは●●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治療について、患者様（ID：_____）に対し下記の説明を行いました。

- 目的と意義
 - 病院で治療を受けた患者さんの定期的検査を、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。
- 方法
 - 血液検査や診察など通常の診療はお近くの連携医で行い、●●病院では一定期間（1年に1回）ごとに画像検査など診療を行います。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。
- 期待されること
 - このシステムにより、●●病院への頻りに通院が不要となり、通院の不便さや外業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じます。
- 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。一旦同意した上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。
- 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、有害事象はまれです。
- 費用負担
 - がん医療における「地域連携パス」を利用した診療は保険診療で認められています。このシステムでは、個々に策定される連携計画や診療情報提供書の作成と連携医からの情報提供に対して、費用をご負担いただくことがあります。
- 個人情報
 - 学術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。
- 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。
- クリニカルパスの開始時期は、PSA 値の動向、治療後合併症の有無、ホルモン治療継続の有無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用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 病院長印 _____

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 _____

共同診療計画書（前立腺がん放射線治療後地域連携パス） 治療後～4年後

基幹病院名： _____ 連携医療機関名： _____

連携医療機関名： _____ 連携医師名： _____

患者氏名： _____ 患者さん用

生年月日： _____

放射線治療名： _____

治療期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

再発繰り返る場合：PSA値が基幹病院が毎年決定する連携目標値以上の時法連絡

項目	再発	再発繰り返る場合				再発繰り返る場合			
		1年後	2年後	3年後	4年後	1年後	2年後	3年後	4年後
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発
PSA	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発	再発

□ 基幹の科で治療
■ 必要あり

同意書は1通は基幹病院がスキャンして保存したのち連携医に渡す。もう1通は患者に渡す。

運用手順 (2)



治療後は早期合併症が改善したところで連携医に
通院を依頼し運用を開始する。患者用説明とデータ用紙を記入、データ
記入用紙兼診療情報提供書(1年目)に達成目標PSA値を必ず記入する。
継続してホルモン治療を行う場合は原則基幹病院で施行する。ホルモン
治療終了後に運用してもよい。

結日記と一緒に
バインダーに
挟み患者に渡す

③ 患者用説明とデータ用紙

前立腺がん放射線治療後地域連携バスについて

- 基幹病院で根治的放射線治療をされた患者さんに対して、お近くの連携医と基幹病院の双方で連絡を取り合い、術後の定期検診を行っていくために作られた一連の置き(バス)です。
- これにより、基幹病院への頻繁な通院が不要となり、また不便さや外来での長い待ち時間からも解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所がうまれます。
- バスについての詳細な説明は「結(ゆい)日記」をご参照ください。

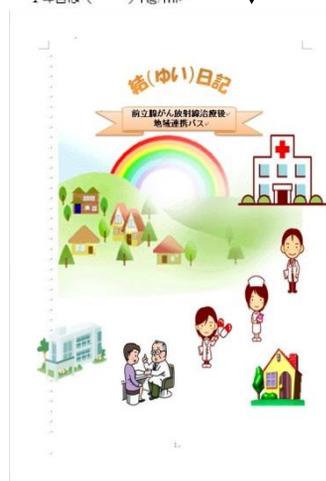
通院の基本

- 通院の基本は、診察とPSA採血などの通常の通院は連携医で行い、基幹病院へは1年に一度受診し必要に応じて画像診断などの検査を行います。
- どちらに受診する場合もこのバス冊子を必ず持参してください。
- 放射線治療効果については一般にPSA値が(最低値+2) ng/ml未満の時は照射後再発なしと判断されます。最低値については経過で変動があるので、毎年達成目標となるPSA値を基幹病院で決定していきます。またPSA値の軽微な上下があっても全体として下降傾向があるときは再発の心配はありません。これをバワンスと呼んでいます。バワンスは放射線治療後3年からは続くといわれています。
- PSA値が毎年基幹病院受診時に決定されるPSA値以上が続くときは、再発と判断されバスは中止となり、基幹病院で治療を開始することになります。

あなたのデータ

- 放射線治療期間
年 月 日から 年 月 日まで
- 根治的照射の方法
 IMRT (外照射)
 密封小線源治療 (組織内照射)
 閉子線治療
 外照射併用密封小線源治療
 定位放射線治療 (外照射・サイバーナイフ)
- 治療前ホルモン療法 (あり、なし)
- 治療前PSA値 () ng/ml
- 治療後ホルモン療法 (あり、なし)
有の場合
ホルモン治療終了予定日 年 月
- 病理学的ステージ
 ロステージA ロステージB
 ロステージC ロステージD
- 治療前TNM分類
 T (1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4)
 N (0, 1, X)
 M (0, 1)
- 生検時グリソスコア : + = -

- バス開始時PSA値 () ng/ml
- PSA最低値 (nadir) (ブディア)
 - () ng/ml
 - 下降中で未決定
- 達成目標PSA値
 - 基幹病院が毎年決定する達成目標値
1年目は () ng/ml



④ データ記入用紙 兼 診療情報提供書

- この用紙を使って連携医と基幹病院との間でPSA値などのデータのやりとりをFAXで行う。
- 達成目標値を忘れずに記入する。

達成目標
PSA値
[]
ng/ml未満

前立腺がん放射線治療後地域連携バス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書 (1年目)

基幹病院名: _____ 患者氏名: _____

主治医: _____ 連携医名: _____

連携医連携名: _____ 生年月日: _____

医師名: _____ 基幹病院ID: _____

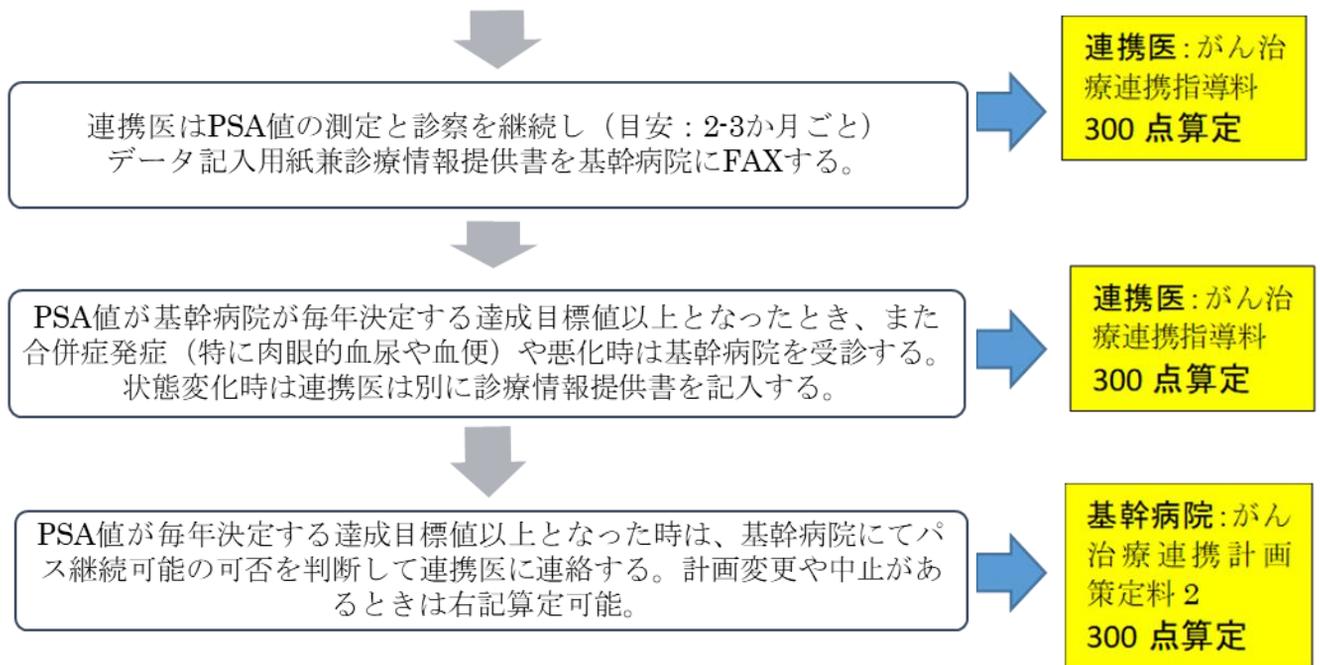
達成目標 PSA値 (ng/ml未満)	連携医での診察						基幹病院
	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	2~3ヶ月毎	
診察日	年	年	年	年	年	年	年
PSA (ng/ml)	ng/ml						
血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常あり						
尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常あり						
CTなど							<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 結果コメント
尿原因	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
尿原	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
血原	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
血液検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
その他	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

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

結日記と一緒に
バインダーに
挟み患者に渡す

運用手順（3）



注) 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。

データ記入用紙 兼 診療情報提供書の記入例

前立腺がん放射線治療後地域連携バス
データ記入用紙 兼 診療情報提供書 (1年目)

基幹病院名: JCHO中京病院

主治医: 辻 克和

患者氏名: 前立 次郎

連携医療機関名: OOKリニック

生年月日: 1956年 2月1日

医師名: 連携 一郎

基幹病院ID: 0504-691-7

達成目標 PSA値 [2.5] ng/ml未満	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	2022 年 10/2	2022 年 12/5	年 /	年 /	年 /	年 /	2023 年 2/11
PSA	0.425ng/ml	0.509ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	0.365ng/ml
検査	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 checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり []
	尿検査	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 異常あり [Wbc10-19/uf]	<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 checked="" type="checkbox"/> 異常あり [Wbc10-
	CTなど	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/> 未実施 CT結果*コメント 再発転移なし 右腎萎縮 35mm]
セルフチェック	排尿困難	<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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有
	血尿	<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
	血便 [回数などのコメント]	<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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []

備考(連携医):何かあればご記入ください

経度の尿尿を認めます。どうでしょうか。⇒ FAXで連携医に返事 尿培養性なので経過みましょう。

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

尿が近く、我慢できないです。⇒FAXで連携医に返事 週活動量少ないので抗コリン剤を処方します。

前立腺がん放射線治療後地域連携パス

利点と欠点

	利点	欠点
基幹病院	<ul style="list-style-type: none">・がん治療連携計画策定料 1750点算定・連携医との関係を深めてPSA検診を推進し、がん患者の増加が期待できる・外来患者混雑の解消	<ul style="list-style-type: none">・放射線科医（泌尿器科医）と一緒にフォローしにくい
連携医	<ul style="list-style-type: none">・がん治療連携指導料 300点算定・逆紹介患者の増加	<ul style="list-style-type: none">・合併症が術後パスよりやや多い
患者	<ul style="list-style-type: none">・基幹病院での待ち時間をなくせる・連携医に受診するだけで専門医の判断が受けられる	<ul style="list-style-type: none">・計画策定料や指導料の負担・外照射単独ではパス登録のため入院する必要がある

- ・術後連携パスと同じく、連携医にPSA値を測定しFAXしていただくだけの簡単な連携パスです。ご協力よろしくお願いたします。