



福岡医発第 2587 号 (地)

平成 30 年 12 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

「肺がん地域連携クリティカルパス (術後 U F T)」について

今般、がん診療連携拠点病院と「かかりつけ医 (連携医療機関)」(以下、「連携医療機関」とする。)が連携をとりつつ協力して治療を行うことにより、良質で切れ目のない医療を患者に提供することを目的として「肺がん地域連携クリティカルパス (術後 U F T)」(以下、「肺がん U F T パス」とする。)の素案が福岡県がん診療連携協議会により作成されました。

肺がんにおける地域連携クリティカルパスについては、平成 24 年より術後の患者を対象にしたものがすでに運用されておりますが、肺がん U F T パスは術後補助化学療法の内服治療患者を対象に、連携医療機関とがん診療連携拠点病院が連携を図るものです。

肺がん U F T パスの作成については、平成 30 年 11 月 8 日開催の本会第 24 回全理事会及び平成 30 年 12 月 5 日開催の第 2 回福岡県がん対策推進協議会で承認されました。

今後は、がん診療連携拠点病院で運用の準備が整い次第、順次運用を開始することとしております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員に対する周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

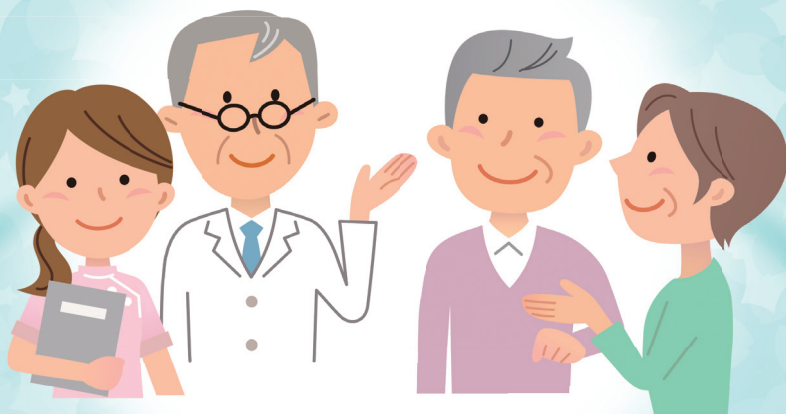
小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

私のカルテ

肺がん連携パス

【術後UFT】



福岡県がん対策推進協議会

私のカルテ

肺がん連携パス



●	私の情報	P 3
1	はじめに	P 4
2	肺がんの術後経過観察について	P 5
3	退院後の日常生活と手術後の後遺症	P 6
4	退院後もこれだけは忘れずに	P 7
5	相談支援・情報センター、地域連携室のご案内	P 9
6	肺がん術後連携パス	P10
	1) 退院後の診療と地域連携クリティカルパスについて	P11
	2) 同意書	P12
	3) 同意撤回書	P13
	4) UFT 用法・用量	P14
	5) 診療情報提供書	P15
	6) 共同診療計画書	P16
	7) 医療者用シート（肺がん術後）	P19
	8) 患者さん用シート（肺がん術後連携パス）	P25
	9) 連絡用メモ	P28
7	決定した連携医療機関の一覧	P30
8	知っておきたい私の診療情報	P31

◎連絡用メモ：随時加えて綴じていきます

◎検査所見：随時加えて綴じていきます

私 の 情 報

氏 名 生年月日 T・S・H 年 月 日

住 所

電 話 緊急連絡先

血液型 型 ・ 身長 cm ・ 体重 kg

肺がん手術日

年 月 日

アレルギー歴

あり なし

術式 アレルギー

いままでにかかった病気

- ・ 心臓の病気 ()
- ・ 腎臓の病気 ()
- ・ 肝臓の病気 ()
- ・ 消化器の病気 ()
- ・ 呼吸器の病気 ()
- ・ アレルギー性疾患 ()
- ・ その他 ()

くすりの副作用情報

- ・ くすり：
- ・ 症 状：
- ・ いつ頃：

記載日 年 月 日

1. はじめに

『連携パス』とは、地域のかかりつけ医と当院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。『連携パス』を活用し、かかりつけ医と当院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は当院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて当院を受診していただきます。

また、**緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、**

までご連絡ください。

この『連携パス』を活用することで、当院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、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の負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

2. 肺がんの術後経過観察について

手術を受けた病院・担当医

病院

科

担当医：

医師

【病気について】

1. 術後病理病期（進行度）は別にお話しします。
2. 術後は「かかりつけ医」の先生と一緒に診させていただきますので、下に大体の予定を書いてあります。当院の担当医と「かかりつけ医」の先生が共通の診療計画書にしたがって、あなたの術後の経過観察をします。

【観察時期】

1. 術後経過観察の患者さんシートには、ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、体調などによって多少変更します。
2. 最初の「かかりつけ医」の先生の受診日は、あなたの都合を聞いて当院で決めます。
3. それ以降の「かかりつけ医」の外来受診日はあなたと「かかりつけ医」の先生で決めてください。
4. 定期的な当院の受診日は、当院の担当医と決めてください。
5. 5年を目標に頑張りましょう。
6. あなたの健康の状態によっては、来院期間を変更する事もあります。

【緊急時など】

1. 緊急時には、「かかりつけ医」の先生の判断で、当院に連絡をしてくれますので心配ありません。
2. 「かかりつけ医」受診時に再発が疑われる時には、当院に連絡してくれますので心配ありません。精密検査を早めて行います。

【血液検査】——主にかかりつけ医にて

1. 血液検査はかかりつけ医の先生をお願いします。
2. 当院受診時にも採血を行うことがあります。来院時直前に「かかりつけ医」で採血した場合は、当院での採血は省略することもあります。

【画像検査予定】——当院にて

私のカルテの中の患者さん用シートをご覧ください。

上記にかかわらず、症状がある場合は直ちに検査を予定します。かかりつけ医の先生にご相談して予約を取ってもらってください。

3. 退院後の日常生活と手術後の後遺症

しばらくは坂道などで少し息切れがするかもしれませんが、次第に慣れてきます。

体の調子に自信がついたら仕事にも復帰できます。

肺の手術後の後遺症について、次のようなものがあります。

疼痛（いたみ）

術後の創部痛や肋間神経痛として、以下のような痛みや違和感、感覚異常が起こることがあります。

- 1) 手術を行なった肋間神経に沿って感じる痛みや鈍痛：
前胸部（乳房下部）やみぞおちにかけて感じるが多い。
- 2) 手術の創部から前方への皮膚の感覚の異常：ピリピリした感じや鈍い感覚

咳（せき）

術後2～3ヶ月頃まで、痰を伴わない咳（から咳）が続くことがあります。気管支を切断したことによる一種の気管支炎であり、痰を伴わない場合はおおむね害はありませんが、しばらく咳止めの薬を服用することがあります。気管支が治癒するとともに軽減・消失していきます。

色のついた痰（黄色、緑色、血液など）を伴う場合には、必ず申し出てください。

誤嚥

手術の内容によっては、むせやすくなる場合があります。主には、声帯を動かす反回神経麻痺によるものですが、麻痺がなくても気管の偏位によって声帯が閉まりにくくなる場合があります。声帯の閉まりが悪いとそのすき間から唾液や飲食物が気管に流れ込みます。これを誤嚥といいます。飲食の際にゆっくりと飲み込むように心がけることで、誤嚥を回避できることが多いので、注意してください。

気管に流れ込んで肺まで吸い込まれると、誤嚥性肺炎を起こしますので、調子が悪い場合は、必ず申し出てください。

4. 退院後もこれだけは忘れずに

定期的な診察や検査に行きましょう

術後5年をめやすに、定期的な診察や検査を行います。

診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、担当医の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。

なお、定期検査は肺がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありませんので、注意してください。



定期的な
診察や検査を

術後補助化学療法について

手術で、がんを完全に切除できた場合でも、再発する可能性があります。この危険性は手術時点のがんのステージ（進行度）が進んでいるほど高くなります。

進行度によっては、手術後に化学療法を行うことで、ある程度再発を予防することができ、生存率が高くなることがわかっています。このような治療を術後補助化学療法といいます。術後補助化学療法には点滴の抗がん剤と、経口の抗がん剤があります。

今回は経口の抗がん剤を用います。

指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、鎮痛剤や消化薬など手術後の状態を安定させるためや、抗がん剤など再発を予防するために必要なものです。薬を服用するように担当医から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。

副作用がある場合には、担当医に申し出てください。



悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、この病気のことを理解し、一緒に闘っていく気持ちが大切です。まだまだ、不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。

5. 相談支援・情報センター、 地域連携室のご案内

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように、相談支援・情報センターもしくは地域連携室で相談をお受けしています。

がん専門相談員として研修を受けたスタッフ（看護師、医療ソーシャルワーカー）が、がん治療や療養生活全般の質問や相談をお受けしています。

入院時から退院後の生活を視野に入れ、不安なく療養していただけるように、患者さんやご家族の状況にあわせて、退院後の生活に必要なサポートについて、主治医、病棟の看護師、地域の医療・福祉関係者とともに考えてまいります。

地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院の医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

窓口

6. 肺がん術後連携パス

- 1) 退院後の診療と地域連携
クリティカルパスについて
- 2) 同意書
- 3) 同意撤回書
- 4) UFT 用法・用量
- 5) 診療情報提供書
- 6) 共同診療計画書
- 7) 医療者用シート
- 8) 患者さん用シート
- 9) 連絡用メモ

退院後の診療と地域連携クリティカルパスについて

当院では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「診療計画書（クリティカルパス）」を活用しています。「診療計画書（クリティカルパス）」では病気の経過を予測して一番いい診療の計画を立て、患者さんに納得していただこうと医師・看護師・薬剤師などが協力して診療にあたります（チーム医療）。診療の方針について患者さんと医療側が共同で利用できる形を表わしています。

1. **【目的】** 私たちは、地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）を用いて地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「地域連携クリティカルパス」では、患者さんを中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで、協力体制を作ります。患者さんには「私のカルテ」（患者さん用の携帯ノート）を利用していただきます。
2. **【方法】** 具体的な地域医療連携について、治療開始後の落ち着いた時点（およそ退院3ヶ月後くらい）から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察（1、2ヶ月に1度）と、投薬（処方）を担当し、当院が節目（6～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間休日でも安心していただけるような連携の体制を作ります。
3. **【期待されること】** 「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」に基づくことは、患者さんの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めます。病院や診療所の混雑が解消される効果もあるでしょう。地域連携診療計画書を利用することで、患者さんやご家族のお話を、もっとお聞きできるようになるものと考えています。
4. **【同意と撤回の自由】** 私たちは、地域連携診療計画書が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用の方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さんやご家族と十分ご相談しながら、運用を進めます。途中で中止することもかまいません。
5. **【有害事項、費用負担】** 地域連携診療のために有害事項や特別な費用のご負担はありません。
6. **【質問の自由】** ご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

連絡先

同意書

患者さん用

____病院
病院長殿

このたび、地域連携クリティカルパスの利用について説明医師に下記事項について十分な説明を受けました。

地域連携クリティカルパスについて、その

- ☐ 1. 目的
- ☐ 2. 方法
- ☐ 3. 期待されること
- ☐ 4. 同意と撤回の自由
- ☐ 5. 有害事項、費用負担
- ☐ 6. 質問の自由

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

『患者さん本人』 同意日 平成 年 月 日

患者さん氏名 _____

私は、地域連携クリティカルパスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医 師』 説明日 平成 年 月 日

説明医師 _____

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者 _____

同意撤回書

_____病院
病院長殿

地域連携クリティカルパスについて、担当の医師から説明を受け、実施に同意いたしましたが、撤回させていただきます。

平成 年 月 日

御署名 _____

代諾者 _____

(本人との関係： _____)

用法・用量

【専門医が記入】

本人の投与量＝U F T			mg/日		(顆粒・カプセル)		
朝：		mg	昼：		mg	夕：	mg

☐ 投与スケジュール

連日投与(2年間)	2年間を越えての投与は行わない
-----------	-----------------

☐ 併用注意の確認 (有・無)

併用注意： ワルファリンカリウム フェニトニン
他の抗悪性腫瘍剤 放射線照射

休薬・減量 検討基準

- ☐ WBC 2000mm³未満
- ☐ 好中球減少 1000mm³未満もしくは発熱38.5℃以上
- ☐ Hb 9.0g/dl未満
- ☐ 血小板減少 10万/mm³未満
- ☐ T-Bil 施設基準値上限の2倍以上
- ☐ AST・ALT 施設基準値上限の2倍以上
- ☐ クレアチニン 施設基準値以上
- ☐ 下痢
 - ・ペースラインと比べて4-6回/日の
 - ・排便回数増加
- ☐ 口内炎
 - ・中等度の疼痛
 - ・経口摂取に支障がない
 - ・食事の変更を要する
- ☐ 悪心
 - ・顕著な体重減少
 - ・脱水または栄養失調を伴わない
 - ・経口摂取量の減少
- ☐ 嘔吐
 - ・24時間に3-5エピソードの嘔吐
 - (5分以上間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする)
- ☐ 食欲不振
 - ・顕著な体重減少や栄養失調を伴わない
 - ・摂食量の変化
 - ・経口栄養剤による補充を要する
- ☐ 疲労
 - ・休息によって軽快しない疲労
 - ・身の回り以外の日常生活動作の制限

上記のような症状が見られた場合は、計画策定病院にご連絡ください。
休薬・減量・中止は計画策定病院で判断します。

参考資料

【減量基準】

投与を休止し、休止の原因となった事象と薬剤との因果関係がある(薬物有害反応)と判断される場合は、下記の表の減量基準に従って減量する。

レベル0	400mg/body/day	300mg/body/day
	↓	
レベル1	300mg/body/day	中止

診療情報提供書をお貼り下さい

診療情報提供書をお貼り下さい

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: 担当医 (電話:) 患者ID:

連携医療機関名 担当医 (電話:) 患者ID:

氏名

		病院	病院	病院	病院	病院	連携医療機関 (病院も可)		病院	連携医療機関 (病院も可)					病院
		1年													
		退院後初回	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	
手術後の月日 術後補助化学療法の月日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標	術後連携によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
連携、連絡	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡	→													
	術後連携の説明	☐													
	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	☐													
教育・指導	服薬指導(保険薬局)	☐													
	生活指導	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	手術後後遺症の確認	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	創痛														
	咳														
	痰														
	息切れ														
	嘔声														
	UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	UF併用注意の確認		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
診察	全身状態	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	PS														
	血圧														
	体温														
	体重 (kg)														
	問診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	全身症状														
	胸部症状														
	視触診・聴診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
検査	末梢血一般、生化学	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	腫瘍マーカー(CEA/)	☐	☐		☐			☐		☐	☐	☐	☐	☐	
	胸部X線	☐	☐	(☐)	(☐)	☐	(☐)	(☐)	☐	(☐)	(☐)	☐	(☐)	(☐)	
	胸腹部CT							(☐)						☐	
	頭部MRI・CT													(☐)	
	骨シンチ													(☐)	
投薬	一般薬	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	抗がん剤	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	その他	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

病院名:	担当医	(電話:	)	患者ID:
連携医療機関名:	担当医	(電話:	)	患者ID:

17

病院名:	担当医	(電話:	)	患者ID:
連携医療機関名:	担当医	(電話:	)	患者ID:

18

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏 名

UFT内服(/ / ~ 2年間)			
朝:	mg	昼:	mg
夕:	mg	夜:	mg

UFT内服(/ / ~)			
朝:	mg	昼:	mg
夕:	mg	夜:	mg

		病院	病院	病院	病院	病院	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)
		退院後 初受診	内服 開始前	術後2ヶ月		術後3ヶ月	術後4ヶ月	術後5ヶ月
		/	/	内服2週間	内服1ヶ月	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
	PS							
	体重							
	VS(体温、血圧)							
	以下の症状が見られない							
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	検査	検査結果に異常がない						
		末梢血一般、生化学		※	※		※	※
		腫瘍マーカー(CEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
		骨シンチ						
	投薬管理	内服確認						
		処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用 症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢						
		その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になる こと:傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

非実施項目

各施設により必要時実施

※各施設の判断で実施

ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏 名

UFT内服(/ / ~)			
朝:	mg	昼:	mg
タ:	mg		

			病院	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院
			術後6ヶ月	術後7ヶ月	術後8ヶ月	術後9ヶ月	術後10ヶ月	術後11ヶ月	術後1年
			/	/	/	/	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない							
		PS							
		体重							
		VS(体温、血圧)							
		以下の症状が見られない							
	問診	呼吸器症状							
		全身症状							
	聴診	胸部							
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大							
	検査	検査結果に異常がない							
		末梢血一般、生化学		※	※		※	※	
		腫瘍マーカー(CEA/)							
		胸部X線検査							
		胸部CT検査(腹部CT検査)							
		頭部MRI/CT検査							
		骨シンチ							
	投薬管理	内服確認							
		処方確認							
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない							
	副作用 症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢							
		その他:口内炎(部位) 体がだるい							
		副作用症状以外で気になる こと:傷が痛い・息切れがする等							

* 異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

非実施項目 各施設により必要時実施 ※各施設の判断で実施
ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏 名

UFT内服(/ / ~)			
朝:	mg	昼:	mg
タ:	mg		

		連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院	連携医療機関 (病院も可)
		術後1年1ヶ月	術後1年2ヶ月	術後1年3ヶ月	術後1年4ヶ月	術後1年5ヶ月	術後1年6ヶ月	術後1年7ヶ月
		/	/	/	/	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動、PSの悪化がみられない						
	PS							
	体重							
	VS(体温、血圧)							
	以下の症状が見られない							
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	検査	検査結果に異常がない						
		末梢血一般、生化学	※	※		※	※	※
		腫瘍マーカー(CEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査						
		頭部MRI/CT検査						
		骨シンチ						
	投薬管理	内服確認						
		処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢						
		その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になること: 傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には情報交換、または当院にて対応



非実施項目



各施設により必要時実施

※各施設の判断で実施

ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

(内服量変更)

氏 名

UFT内服(/ / ~)			
朝:	mg	昼:	mg
タ:	mg		

		連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	連携医療機関 (病院も可)	病院	連携医療機関 (病院も可)
		術後1年8ヶ月	術後1年9ヶ月	術後1年10ヶ月	術後1年11ヶ月	術後2年	術後2年1ヶ月
		/	/	/	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動, PSの悪化がみられない					
	PS						
	体重						
	VS(体温, 血圧)						
	以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状					
		全身症状					
	聴診	胸部					
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大					
	検査	検査結果に異常がない					
		末梢血一般、生化学	※	※	※		※
		腫瘍マーカー(CEA/)					
		胸部X線検査					
		胸部CT検査(腹部CT検査)					
		頭部MRI/CT検査					
		骨シンチ					
	投薬管理	内服確認					
		処方確認					
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない					
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢					
		その他:口内炎(部位) 体がだるい					
		副作用症状以外で気になる こと:傷が痛い・息切れがする等					

* 異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

非実施項目

各施設により必要時実施

※各施設の判断で実施

ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

氏 名

			連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関
			術後2年3ヶ月	術後2年6ヶ月	術後2年9ヶ月	術後3年	術後3年3ヶ月	術後3年6ヶ月
			/	/	/	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動, PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温, 血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	検査	検査結果に異常がない						
		末梢血一般、生化学						
		腫瘍マーカー(CEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
		骨シンチ						
	投薬管理	内服確認						
		処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢						
		その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になること: 傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には情報交換、または〇〇〇病院にて対応

非実施項目

各施設により必要時実施

ただし、状況に応じて施行可

【医療者用シート】術後UFT

氏 名

			連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関	連携医療機関	病院
			術後3年9ヶ月	術後4年	術後4年3ヶ月	術後4年6ヶ月	術後4年9ヶ月	術後5年
			/	/	/	/	/	/
医師記入	全身状態	10%以上の体重変動, PSの悪化がみられない						
		PS						
		体重						
		VS(体温, 血圧)						
		以下の症状が見られない						
	問診	呼吸器症状						
		全身症状						
	聴診	胸部						
	視触診	鎖骨上窩リンパ節腫大						
	検査	検査結果に異常がない						
		末梢血一般、生化学						
		腫瘍マーカー(CEA/)						
		胸部X線検査						
		胸部CT検査(腹部CT検査)						
		頭部MRI/CT検査						
		骨シンチ						
	投薬管理	内服確認						
		処方確認						
患者記入	体の状態	以下の症状が見られない						
	副作用症状	消化器症状: 食欲不振が続く 吐き気・嘔吐・下痢						
		その他:口内炎(部位) 体がだるい						
		副作用症状以外で気になること: 傷が痛い・息切れがする等						

* 異常が認められた場合には速やかに計画策定病院に連絡する。

非実施項目

各施設により必要時実施

ただし、状況に応じて施行可

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様 I D : _____

患者様氏名 : _____

診療内容		退院後 初回	内服 開始前	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	1年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問 診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診 聴 診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検 査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	○	○	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)	○	○		○			○			○			○
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)							(○)						○
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)													
投 薬	薬が処方される場合があります	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
説 明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。

※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様 I D : _____

患者様氏名 : _____

診療内容		1年 1ヶ月	1年 2ヶ月	1年 3ヶ月	1年 4ヶ月	1年 5ヶ月	1年 6ヶ月	1年 7ヶ月	1年 8ヶ月	1年 9ヶ月	1年 10ヶ月	1年 11ヶ月	2年	2年 1ヶ月
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問 診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診 聴 診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検 査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)	(○)	○	(○)
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)			○			○			○			○	
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)						(○)						○	
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)													
投 薬	薬が処方される場合があります	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
説 明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。

※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

【患者さん用シート】 肺がん術後連携パス

患者様 I D : _____

患者様氏名 : _____

診療内容		2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	呼吸器症状・傷の痛みの有無、体重、食事量のチェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診 聴診	頸部・鎖骨上リンパ節腫大の有無、呼吸音の異常の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査 (肝機能、腎機能、貧血、腫瘍マーカー)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線検査 (肺の異常をチェックします)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部CT (肺やリンパ節の異常をチェックします)		(○)		○		(○)		○		(○)		○
	腹部超音波・CT/頭部MRI・CT/骨シンチ/PET (全身の臓器の異常をチェックします)												
投薬	薬が処方される場合があります												
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※○印以外は必要時行うようになります。特に血液検査は全身状態を見ながら適宜行っていきます。

※(○)は、患者さんの状態に応じて検査を予定します。

連絡用メモ（気になったことやメッセージ・コメントを共有記録）

緊急の対応性について

1. 現在の方法で満足している
2. それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい

3. 我慢できないことがあり、対応してほしい
4. 我慢できない症状がずっと続いている

患者さん・ご家族が記入	医師・看護師・薬剤師が記入
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日

連絡用メモ（気になったことやメッセージ・コメントを共有記録）

緊急の対応性について

1. 現在の方法で満足している
2. それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい
3. 我慢できないことがあり、対応してほしい
4. 我慢できない症状がずっと続いている

患者さん・ご家族が記入	医師・看護師・薬剤師が記入
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日
年 月 日 緊急の対応性について（ 1 2 3 4 ）	年 月 日

7. 決定した連携医療機関の一覧

(病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など)

	医療機関 1	医療機関 2
連 絡 先		
担 当 医		
担当看護師		
連携室の担当者		

	調 剤 薬 局	
連 絡 先		
担 当 者		

	訪問看護ステーション、 居宅介護支援事業所など	
連 絡 先		
担 当 者		

【上記への連絡方法と順番】

平日：

夜間休日：

8. 知っておきたい私の診療情報

_____ 病院 (医療関係者が記入、共同記録)

ID _____ 氏名 _____ 性別 M F 年齢 _____

診断：1 _____ 組織型： _____ 病理病期： _____ 期

2 _____

3 _____

最近の入院

1 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

今までの治療経過（主な手術、化学療法、放射線療法治療歴など）



診療内容説明書

説明年月日 西暦20 年 月 日

1. 病名、病状

病名：肺がん術後

病状：肺の摘出標本の病理結果は、ステージ（ ）でした。

2. 治療の目的と内容

ユーエフティの術後2年間内服治療（術後補助化学療法）

今回の手術で目に見えるがん（腫瘍）は全て取りきれましたが、目に見えないがん細胞がある可能性があります。その目に見えないがん細胞を死滅させるために、手術後に抗がん剤治療を行う事を「術後補助化学療法」と言います。

ユーエフティ療法（内服薬）は、身長と体重から計算される体表面積によって投与量が決まります。投与量により1日2～3回内服します。毎日内服し、2年間内服の予定です。

3. 治療の効果と有益性（治療成績など）

ユーエフティ療法は、ステージⅠの肺がん手術後の患者さんを対象に実施された複数の臨床試験において、ユーエフティ療法を行わない場合と比較し、全体で約3～5%の5年生存率の改善が認められ、ユーエフティ療法を2年間内服することで生存期間を延長させました。

（全腫瘍径3cmを超えるステージⅠにおいては、11%の5年生存率の改善が認められました。）

4. 治療の必要性と治療を受けないことにより予想される結果（治療拒否権の尊重）

ユーエフティ療法を行わない場合は、ユーエフティ療法を行う場合に比べ、生存期間が短くなる可能性があります。

5. 危険性：副作用、治療後の障害（後遺症）など

副作用とは、薬剤投与などの治療過程において、本来病状を改善させる方向に効果がでるべきところが、治療に伴う二次的な障害が発生したり、本来の病気とあまり関係のない病気が発生したりすることです。結果的に病状が悪化する場合や、重篤になり生命に関わることもあり得ます。一般的に、検査や内科的治療、外科的治療全ての領域において、100%安全な手法というものはありません。つまり、どんなに小さな治療でも、副作用がおこる可能性は0%ではないということです。

様々な病気に対して、抗がん剤は大変有効な治療法です。しかしながら、少なからず副作用があります。そういった副作用が生じた場合、即座に最善の処置がとられます。一般的に、副作用の可能性があっても、その治療を受けることの利益のほうが大きい場合、抗がん剤を受ける意味があります。

有害反応	発現率	有害反応	発現率
白血球減少	3.1%	ALP上昇	0.1%
貧血	0.8%	食欲不振	3.8%
血小板減少	1.1%	悪心／嘔吐	2.4%
ビリルビン上昇	0.2%	下痢	1.5%
AST上昇	0.5%	脱毛	0.1%
ALT上昇	0.5%		

（ユーエフティ総合製薬情報概要より）

6. 他の方法：他の治療法とそれとの比較

術後補助化学療法を行わない場合は、術後約5年間経過をみさせていただきます。

肺がん術後補助化学療法に関する同意書

施設名 _____

病院長 _____ 院長殿

担当医 _____ 殿

本治療を受ける事に同意されなくても、ご本人の自由意志による決定を尊重し、適切に対処します。また、同意後でも随時これを撤回することが出来ます。

説明の中でわかりにくい事がありましたら、遠慮なくお尋ね下さい。また、別の病院や医師へのセカンドオピニオンをご希望される場合も、遠慮なくお知らせ下さい。

上記の治療について、診療内容説明書を受領し、担当医から説明を受け十分理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要が生じた場合は、適時緊急処置を受けることについて、

1. 同意します
2. 同意しません

＊ 患者さんが未成年または何らかの理由で署名ができない場合には代理の保護義務者（後見人、配偶者、親権者あるいは扶養義務者）の方にご署名を御願い致します。

患者さん（代理）御署名： _____ TEL（ ） _____

代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん（代理）御署名： _____ TEL（ ） _____

代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん（代理）御署名： _____ TEL（ ） _____

代理の場合は、続柄（患者さんの _____ ） 署名年月日 西暦20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明年月日 西暦20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 _____

診療科 _____

医師名 _____

同席者 _____