神奈川県医療連携手帳

胃がん内視鏡治療
（Stage ＩA）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

神奈川県がん診療連携協議会

医療連携手帳とは(1)

この手帳は、治療を施行した病院（以下、手術病院）とかかりつけ医療機関（以下、かかりつけ医）が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容は ①共同診療に必要な診療情報
②「共同診療計画表」
③「診療の経過」
④病気に関する説明 の4つに分かれています。

あなたの治療経過を共有できる「共同診療計画表」と「連携パス」を活用し、“かかりつけ医”と連携元の手術病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。
この連携手帳を使用することで、あなたは今後の診療予定を知ることができますし、医療機関では今までの診療情報が共有されますので安心してこれまでどおり“かかりつけ医”の診療を受けることができます。また、ほかの病気で別の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、自治体などで行われる検診・健康診断などを必ずお受けください。

【この連携手帳の使い方】
☆ 最終ページ（24ページ）をご覧ください。

いりょうれんけいてちょう
医療連携手帳とは(2)

【絶対的適応で一括治癒切除の場合】

胃がんの内視鏡的切除は日本で開発/進歩してきた治療法です。絶対的適応の粘膜内癌（16ページ参照）で内視鏡的一括治癒切除しえた場合、転移の可能性は低いとされています。局所再発および新たな胃癌を早期に発見する目的で定期的な内視鏡検査を受けることが望まれます。

原則的に内視鏡治療を受けた手術病院での定期受診は必要ありません。初期治療が終了後は、“かかりつけ医”で定期的に検査を受け、処方や体調の変化などをみてもらいます。

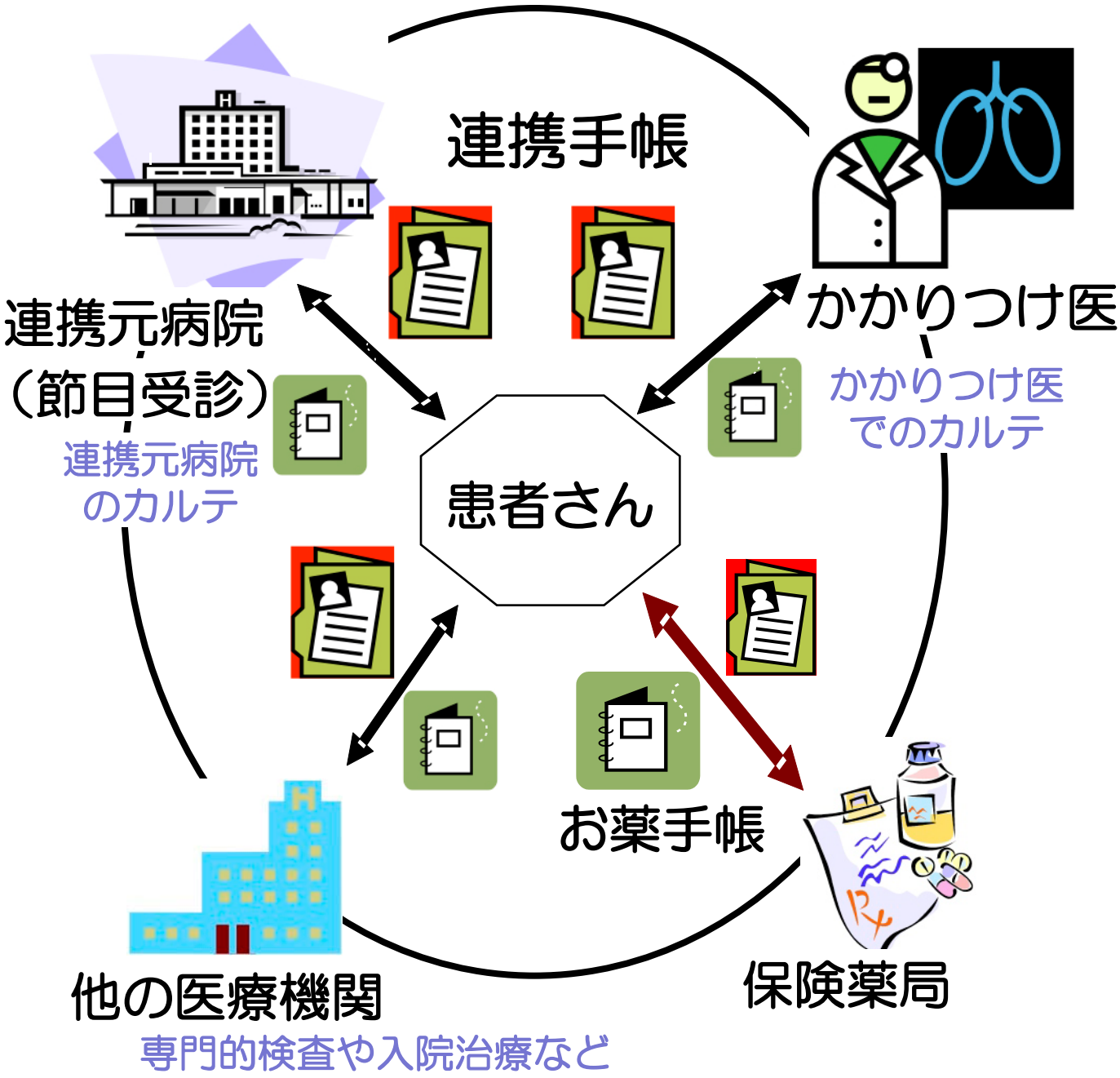
“かかりつけ医”での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合等に手術病院を受診していただくことになります。

【適応拡大で治癒切除の場合】

適応拡大での内視鏡的切除は、まだ十分なデータの蓄積や検討がなされていません。再発の可能性があるかも知れないと考え、内視鏡以外にも血液検査やCTなどでの定期的な経過観察が望まれます。

原則的に1年に1回は手術病院を受診してもらいます。それ以外の時は“かかりつけ医”での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合等に手術病院を受診していただくことになります。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お 名 前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生 年 月 日　大・昭 平 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

身　長 ＿＿＿ cm　体　重 手術前 ＿＿＿ kg ➡ 退院時 ＿＿＿ kg

手 術 病 院 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診察券番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手術日　平成 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

平成 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

緊急時連絡方法 ☆診療時間内：＿＿＿＿＿＿＿＿

☆夜間・休日：＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ
医療機関（1） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ
医療機関（2） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ薬局 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手術記録

手術日	平成 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日
術　式	EMR (Endoscopic Mucosal Resection) ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) 一括切除・分割切除
組織型	分化型癌（pap, tub1, tub2） 未分化型癌（por1, por2, sig, muc） 混在する場合の優勢な組織型　（　　＞　　）
大きさ（長径 x 短径 mm）;	x　　mm
UL	（－）、（＋）
胃癌取扱い規約	壁深達度；T1a (M) , T1b1 (SM1), T1b2 (SM2) 脈管侵襲；　ly（－／＋）、v（－／＋） 切除断端；　HM（X／0／1）、VM（X／0／1）
根治性の評価	治癒切除 適応拡大治癒切除 非治癒切除
ピロリ菌感染	未検査、　検査済み 検査日：　　年　　月　　日 感染なし、　感染あり（除菌済、未除菌） 除菌判定日：　　年　　月　　日

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病など

アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)

自由記載欄

神奈川県医療連携手帳
胃がん内視鏡治療後共同診療計画表

診察内容 手術日　　年　　月　　日	退院後2−3ヶ月	6ヶ月	1年	6ヶ月	2年
問診・診察	●	○	●	○	●
採血 （血算、生化、CEA and/or CA19−9）		○	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査	◎	○	●	◎	○
CT/腹部超音波検査		◎	◎	◎	◎

＊ピロリ菌感染陽性者では除菌を行う

●：手術病院での実施
○：かかりつけ医での実施
●：拡大適応症例の場合は手術病院、
　それ以外はかかりつけ医
◎：拡大適応症例の追加事項

●：　手術病院で実施の場合は黒く（●）塗りつぶしてください

6ヶ月	3年	6ヶ月	4年	5年
●	●	●	●	●
	○		◎	◎
◎	○		○	○
◎	◎		◎	◎

ピロリ菌が陽性であった方は除菌を行っても、
5年目以降も定期的な内視鏡検査をお勧めします。

胃癌内視鏡治療後　診療の経過

手術日	退院後2-3ヶ月	６ヶ月	１年
／　／	／	／	／
受診機関	●	○	●
体重	kg	kg	kg
下記の症状が持続する場合はチェックを入れてください			
胸やけ	□	□	□
腹痛	□	□	□
吐血	□	□	□
下血／黒色便	□	□	□
めまい	□	□	□
その他気になる症状			
採血 CEA / CA19-9 Hb			○ ／
内視鏡検査			○
CT/超音波検査			○
診察所見 （書ききれない時は通信欄へ）			
担当医師サイン			

(1-3年目)H.Pylori除菌（済・未）

● 手術病院
○ かかりつけ医
● 拡大適応の場合手術病院
それ以外はかかりつけ医

●： 手術病院で実施の場合は黒く(●)塗りつぶしてください

１年６ヶ月	２年	２年６ヶ月	３年
／	／	／	／
○	●	●	●
kg	kg	kg	kg
□	□	□	□
□	□	□	□
□	□	□	□
□	□	□	□
□	□	□	□
○ ／	○ ／	○ ／	○ ／
○	○	○	○
○	○	○	○

診療の経過 H.Pylori除菌(済・未)

● 手術病院
○ かかりつけ医
● 拡大適応の場合手術病院
それ以外はかかりつけ医

●： 手術病院で実施の場合は黒く(●)塗りつぶしてください

手術日	３年６ヶ月	４年	５年
／　／	／	／	／
受診機関	●	●	●
体重	kg	kg	kg
下記の症状が持続する場合はチェックを入れてください			
胸やけ	□	□	□
腹痛	□	□	□
吐血	□	□	□
下血／黒色便	□	□	□
めまい	□	□	□
その他気になる症状			
採血 CEA / CA19-9 Hb	○ ／		○ ／
内視鏡検査	○		○
CT/超音波検査	○		○
診察所見 （書ききれない時は通信欄へ）			
担当医師サイン			

通信欄　（かかりつけ医 ⇔ 手術病院）

年月日		サイン

用語の説明

☆ EMR（Endoscopic Mucosal Resection）☆

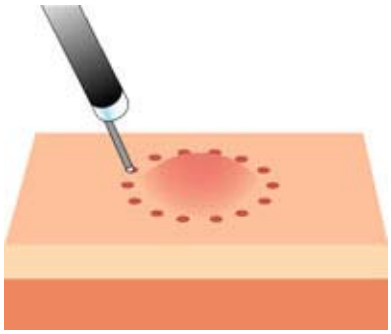
胃の粘膜病変を液体で挙上して鋼線で輪をかけ、高周波で焼灼切除する方法

☆ ESD（Endoscopic Submucosal Dissection）☆

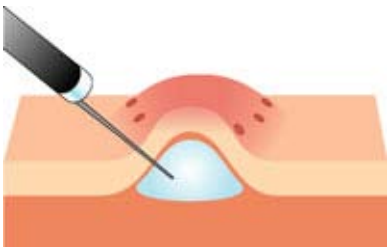
高周波ナイフを用いて病巣周囲の粘膜を切開し、粘膜下層を切開剥離して粘膜を切除する方法

EMRでは切除の大きさに制限があり切除範囲の細かい設定ができないので、現在はESDが治療の主体である

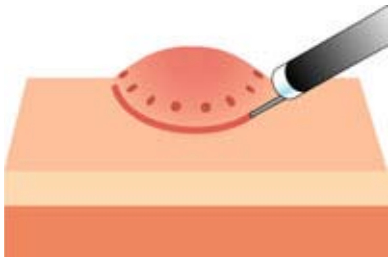
胃癌のESD治療



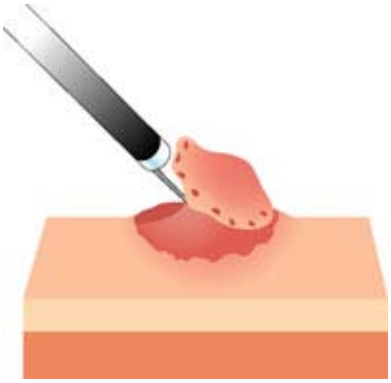
病変の観察
マーキング



粘膜下に
薬剤注入



ナイフで辺縁
を切開



粘膜下層の
切開・剥離

病変の切除
摘出

用語の説明

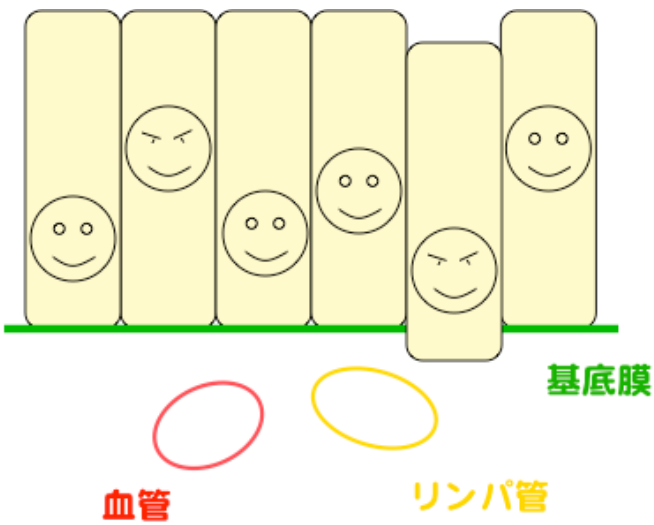
☆ 分化型癌と未分化型癌 ☆

一口に“胃がん”と言っても、性質は皆同じではありません。元の細胞に似ているものを高分化、元の細胞からかけ離れているものを低分化、元の細胞とは似つかないものを未分化としています。

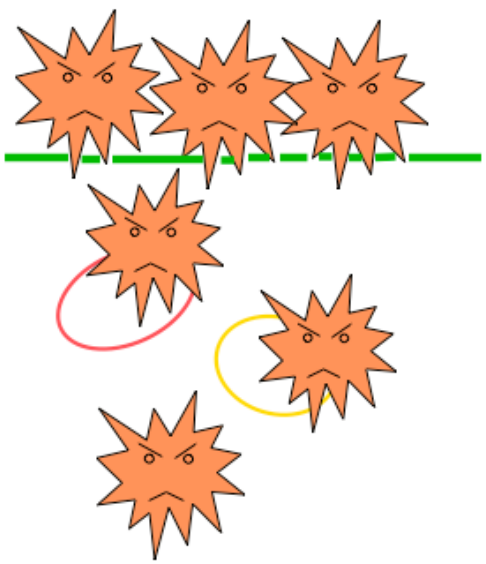
胃癌 治療ガイドライン 第３版では分化型癌と未分化型癌の２つに大きく分類しています。

未分化型癌は細胞間の結合性が乏しい、周囲組織に浸潤しやすい、リンパ節転移の可能性が高いといった特徴があり、性質の悪いがんとされています。 そのため、内視鏡治療の適応にあたり分化型癌と未分化型癌とで区別しています。

分化型癌と未分化型癌のイメージ



分化型癌



未分化型癌

胃がん内視鏡治療の適応

内視鏡治療適応の原則；

リンパ節転移の可能性が極めて低く、腫瘍が一括切除できる大きさと部位にあること

適応拡大病変に対する内視鏡治療にはまだ十分なエビデンスがなく、現時点では慎重に試みられるべき治療法である。

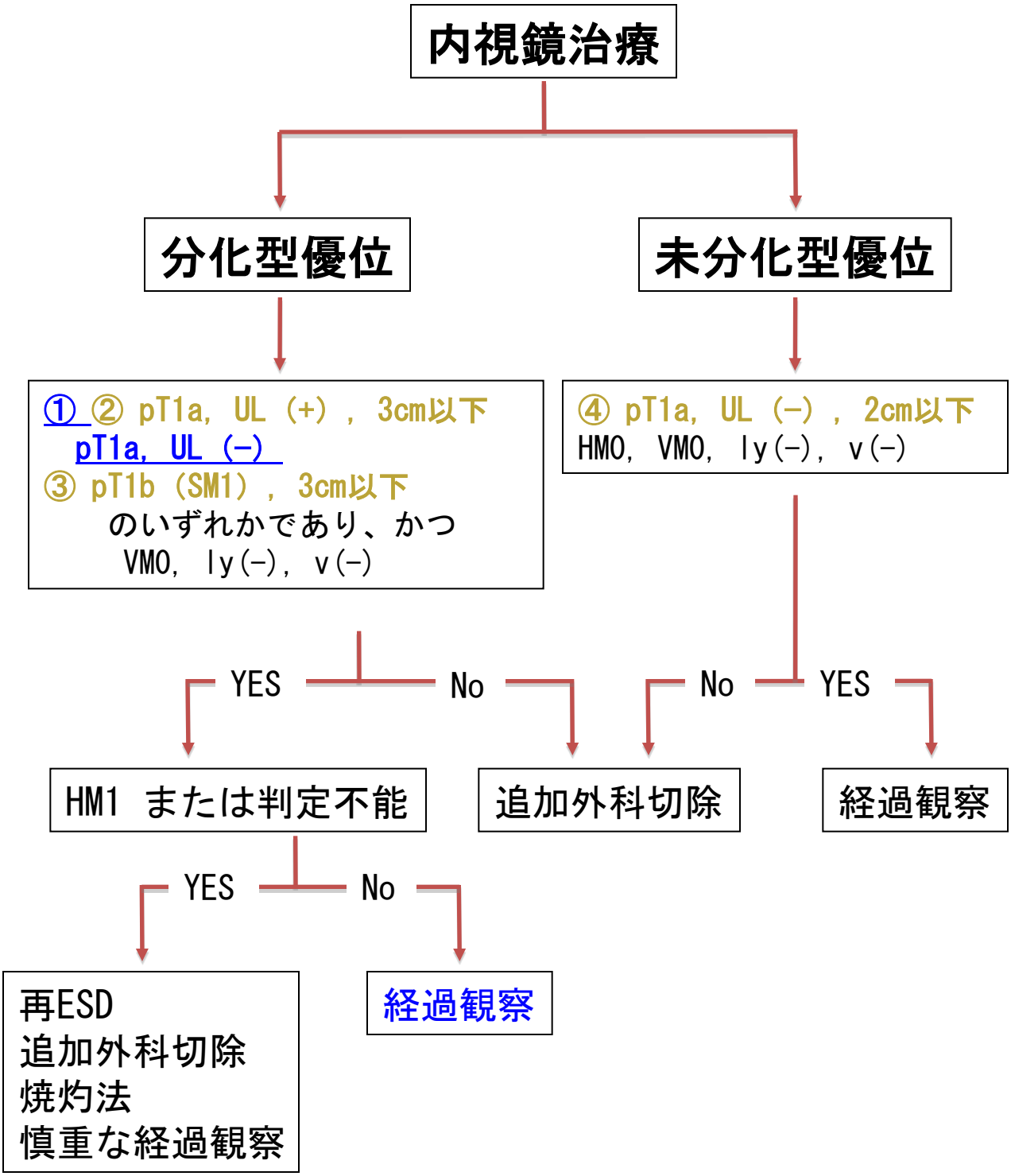
★ 絶対適応病変★

2cm以下の肉眼的粘膜内癌（cT1a）の分化型癌
UL（−）、肉眼型は問わない

★ 適応拡大病変★

① 2cmを超えるUL（−）の分化型、cT1a
② 3cm以下のUL（+）の分化型、cT1a
③ 3cm以下の分化型、cT1b(SM1)
④ 2cm以下のUL（−）の未分化型、cT1a

内視鏡治療後の治療方針



① pT1a, UL (-) で2cm以下；絶対適応病変

ピロリ菌(H.Pylori)と胃がん

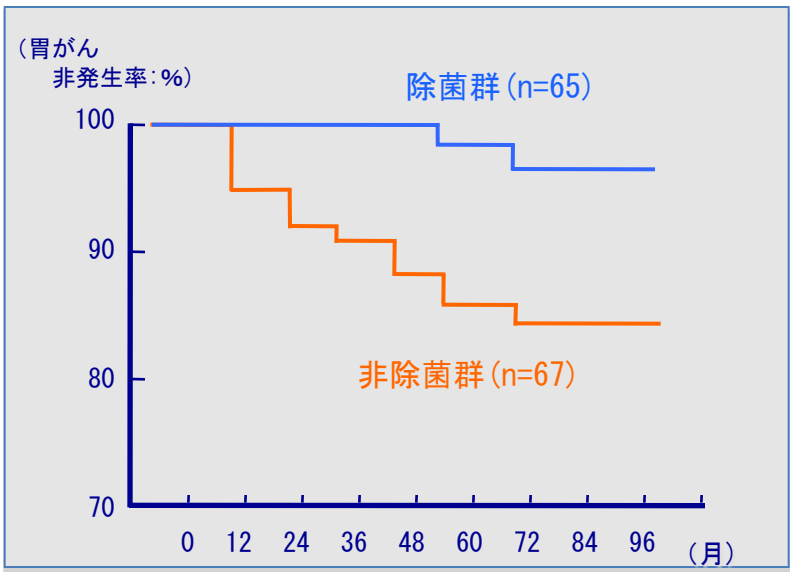
ピロリ菌は1983年に発見された、胃粘膜に感染するラセン状の細菌です。ピロリ菌は幼少時に感染し慢性的に胃粘膜の炎症を引き起こします。慢性炎症により胃粘膜が薄く萎縮した状態(慢性萎縮性胃炎)になっていきます。ピロリ菌の感染のない方は年をとっても胃粘膜の萎縮が進みません。ピロリ菌感染があると、胃潰瘍、十二指腸潰瘍になりやすいばかりでなく、胃がんや胃悪性リンパ腫の発生に関係があることが明らかになってきました。

ピロリ菌の感染があった胃がん患者さんへの除菌は新たな胃がんの発生率を下げることがわかってきましたので、ピロリ菌感染陽性であった方は必ず除菌を受けるようにして下さい。

しかし、除菌を行っても残った胃に新たながんができる可能性はゼロにはなりません。定期的な内視鏡検査を受け早期発見できるようにしましょう。

(参考：日本胃がん予知・診断・治療研究機構)
http://www.gastro-health-now.org

ピロリ菌



胃がん内視鏡治療後の異時性胃がん非発生率

医療機関の皆様へ

適応拡大治癒切除患者さんへの対応

早期胃癌の外科切除症例のリンパ節転移率の検討から、ESD適応拡大症例でも標準治療の外科切除と同等の生命予後が期待されます。

しかし、現時点では十分なエビデンスが得られていないため臨床試験として位置づけられています。

適応拡大症例に対しては内視鏡検査だけでなく、CT検査などで定期的に転移の有無を検索する必要があります。

早期胃癌外科切除症例（ly0，v0）でのリンパ節転移頻度

深達度	潰瘍	分化型		未分化型	
M	UL(−)	≦2cm	>2cm	≦2cm	>2cm
		0%（0/437）	0%（0/493）	0%（0/310）	2.8%（6/214）
		0-0.7%	0-0.6%	0-0.96%	1.0-6.0%
	UL(+)	≦3cm	>3cm	≦2cm	>2cm
		0%（0/488）	3.0%（7/230）	2.9%（8/271）	5.9%（44/743）
		0-0.6%	1.2-6.2%	1.2-5.7%	4.3-7.9%
SM1		≦3cm	>3cm		
		0%（0/145）	2.6%（2/78）	10.6%（9/85）	
		0-2.6%	0.3-9.0%	5.0-19.2%	

上段：リンパ節転移率，下段：95%信頼区間

胃癌治療ガイドライン　医師用　【第３版】　より改変

医療機関の皆様へ

H.Pylori陽性者に対する除菌

2010年6月18日早期胃癌の内視鏡的治療後のH.Pylori除菌に対しても保険適用が拡大されました。H.Pyloriの除菌は異時性胃癌の発生に抑制効果が認められており、胃癌治療ガイドラインでもH.Pylori感染の有無を検査し、陽性者に対してH.Pyloriの除菌を推奨しております。

手術病院でH.Pyloriの感染診断が行われていない場合には感染診断から、手術病院でH.Pylori陽性が確認され除菌治療が済んでいない患者さんに対しては、除菌治療をかかりつけ医の先生にお願いします。

除菌治療に関しては日本ヘリコバクター学会の「H.Pylori感染の診断と治療のガイドライン 2009 改訂版」、日本消化器病学会の「消化性潰瘍診療ガイドライン」に順じた治療をお願い致します。

H.Pylori感染診断と除菌判定

H. Pylori の感染診断には複数の検査法が存在し、それぞれの検査法には長所や短所があります。詳細は日本ヘリコバクター学会の「H. Pylori 感染の診断と治療のガイドライン2009 改訂版
(http://www.jshr.jp/Japanese/06_gakkaishi/guideline2009-2.pdf)
を参照して下さい。

除菌判定は通常除菌治療薬中止後4週以降に行います。感度・特異度からは除菌判定には尿素呼気試験あるいは便中 H.Pylori 抗原測定が適しています。

	感度	特異度
尿素呼気試験（UBT）	95%	95%
便中H.Pylori抗原	95%	97%

胃がん術後定期受診を受けられる患者さんおよびご家族の皆様へ

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院では、がん治療の基幹病院として平成18年に制定された厚生労働省「がん対策基本法」に則って、がん患者さんの治療を行っています。この「がん対策基本法」は、がん予防の推進・早期発見・医療の充実について重点的に取り組み、特に「がん医療の均てん化・機能分担化」の促進にも具体的に取り組むこととしています。そのために、国は各都道府県にいくつかの「がん診療連携拠点病院」を指定し、その拠点病院はその地域の医療機関に対して専門的な「がん医療の提供、がん診療連携体制の構築、情報提供・相談支援」をおこなわなければならないと決めています。とりわけ、がん診療の連携体制の構築については、がん治療を行う基幹病院（がん診療連携拠点病院やこれに準ずる病院）と地域の診療所や一般病院の先生（以後、かかりつけ医といいます）との適切な役割分担による共同連携診療体制づくりが急務とされています。

具体的には図(神奈川県医療連携手帳の4ページにお示しする「連携手帳を用いた診療の流れ」)を基にして連携をします。がん診療連携拠点病院などの連携元病院で手術などの治療を受けられた患者さんについて、その後の診療やフォローアップを、連携元病院とお近くのかかりつけ医との間で共同連携診療を行うということです。なお、共同連携診療に伴う診療情報提供には文書料が発生しますのでご了承下さい。

2か所の医療機関への通院は大変と感じられるかもしれませんが、主治医が複数になると考えることができます。また、生活習慣病などのほかの病気の治療を含めて、異常の早期発見やきめ細かな対応が望めるでしょう。

患者さんをお待たせする時間や通院に要する時間を短くすることができ、病院の混雑緩和が期待できます。

あなたの病気の進行度（ステージ）や今後の具体的な診療予定に関しては、連携手帳に沿って主治医より説明がありますが、神奈川県医療連携手帳を利用することにより、今後の診療予定がわかることで｢見える化｣を図ることができ、患者さんの療養生活に役立つと考え、利用をお勧めしています。

これは強制ではなく、あくまで患者さんのご希望に沿って診療をすすめてまいります。診療連携の拒否、連携承諾後の中止の希望などについては、いつでも遠慮なくお申し出ください。

以上、胃がん術後の地域医療連携についてご説明しました。不明な点がある時、再度説明を希望される時など、いつでもご相談ください。

地域連携クリティカルパスによる診療に同意していただける場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

胃がん診療連携に関する同意書

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院の＿＿＿＿＿＿＿＿医師より、胃がん術後の地域連携パスによる地域医療連携の説明を受けました。

神奈川県医療連携手帳（胃がん）を保持し、神奈川県胃がん医療連携パスに則った連携診療を受けることに、

（　　）　同意します。
（　　）　同意しません。　（いずれかに〇をお願いします）

平成　　年　　月　　日

患者さんご署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院＿＿＿＿＿＿科

説明医師署名

連携先医療機関のかかりつけ医師（連携元の医師が記入して下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿クリニック・医院・診療所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

原本を連携手帳に保存し、２部をA4にコピーして計画病院と連携先医療機関（かかりつけ医）に１部ずつわたします。

（コピー可）

連携共同診療計画に基づく **診療情報提供書**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院／医院／クリニック

＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿先生

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日；T・S・H ＿＿年＿＿月＿＿日 生

患者番号（専門病院）；＿＿＿＿＿＿

報告事項

○ 再発所見: □なし　□あり □疑い（あり・疑いの場合、下記）

検査名・所見:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 検査異常値:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 伝達事項 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ その他異常所見: □なし □あり　（ありの場合、下記）

（がんに関連しないと思われる項目も可です。）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 服薬状況:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上、連絡いたします。よろしくお願いいたします。

平成＿＿年＿＿月＿＿日

医療機関名:＿＿＿＿＿＿＿＿　診療科:＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ医、連携元医療機関のどちらも使えますコピーして使ってください。

この医療連携手帳の使い方について

1）**患者さん**は「医療連携手帳」を受け取ったら、5ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び6ページの各項目の記入をお願いします。

2）**患者さん**は、毎回の受診の前に11ページ以降の「診療の経過」の上半分に（少し色をつけてあります）、体重、症状などを記入して下さい。

3）**手術病院の担当の先生**は、患者さんにお渡しする前に7ページの記載をお願いします。足りない場合は8ページも使ってください。

4）**かかりつけ医／病院の先生**は、診療経過の下半分に検査結果、診察所見などを記入して下さい。

a) 簡単な記載で結構です。（問題あり・なし程度）

b) 書き切れない場合は、通信欄を使用してください。

c) かかりつけ医/病院に対して、情報伝達が必要な場合は、診療情報提供書を発行してください。または、「診療の経過」等の該当箇所をコピーし、それに診療情報提供書と記載して、署名捺印をすることでもかまいません。

5）**かかりつけ医の先生**へのお願い

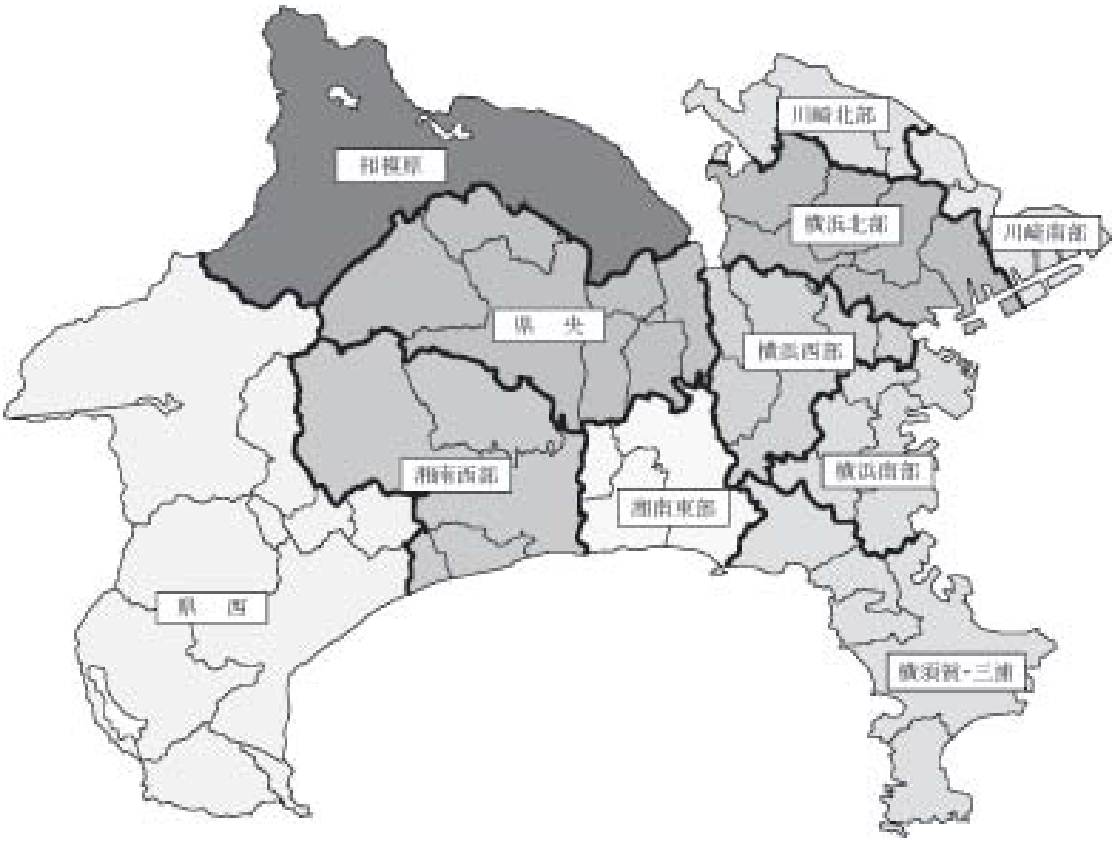
a）「医療連携手帳」の取り扱いについては、別添の「医療連携手帳の使い方」をご参照ください。

b）「共同診療計画書」にあらかじめ決められた診療間隔をお守りください。なお、病状により臨時での受診が必要な場合にはその限りではありませんが、その旨を連携元医療機関に情報提供を行ってください。

c） がん治療連携に関する診療報酬請求の要件に基づいての診療をお願いします。

d） この「医療連携手帳」のことでわからないところがありましたら、連携元の医療機関または神奈川県立がんセンター・企画情報部まで連絡をください（045-391-5761）。

6）5年を経過した後の診療については、連携元医療機関またはかかりつけ医と相談のうえ決めていただくことになりますが、明確な基準はありません。



初版；平成23年3月

神奈川県医師会
神奈川県がん診療連携協議会
神奈川県保健福祉部健康増進課