

東京都医療連携手帳



算定 有・無

※この項目は、治療病院が記載します。

東京都がん診療連携協議会・東京都医師会・東京都福祉保健局

2020年7月改訂



東京都医療連携手帳とは

この連携手帳は、手術・治療を施行した専門病院（以下、「治療病院」）とかかりつけ医が役割分担をして、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。

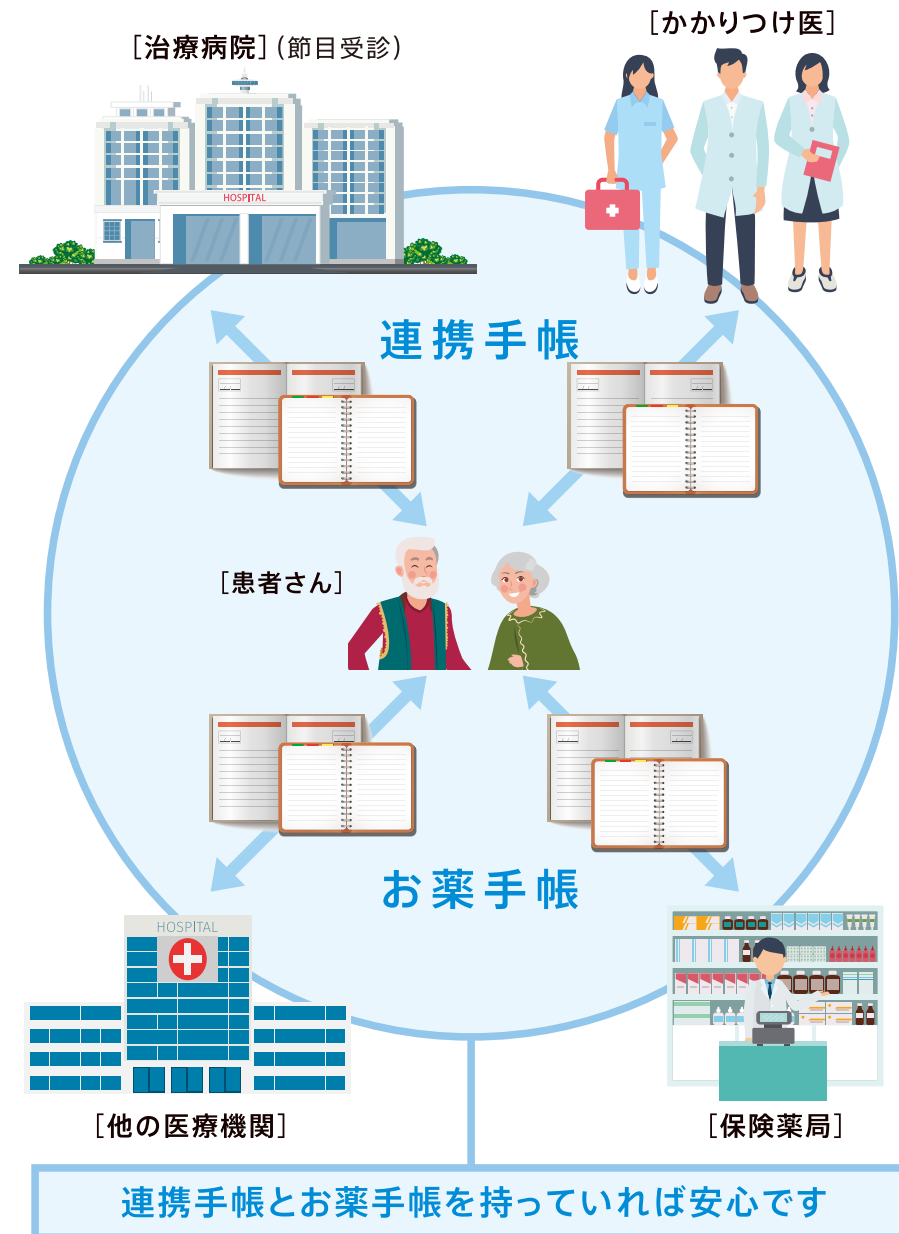
この連携手帳を使用することによって、患者さんは治療病院とかかりつけ医、それぞれの治療計画を知ることができ、安心して診療を受けることができます。



連携手帳を用いた診療の流れ

- 病状が落ち着いているときの日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療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は、まずかかりつけ医にご相談ください。
- 他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの連携手帳をお持ちください。
- この連携手帳の診療計画は、診察・検査を行う時期の目安ですので、病状に応じてかかりつけ医・治療病院主治医の判断に従うようにしてください。

連携手帳を用いた診療の流れ



※この「東京都医療連携手帳」は、東京都がん診療連携協議会で作成しています。

患者さんは、38ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。

お名前
生年月日 (西暦) 年 月 日
身長 cm 体重 kg
治療病院
TEL
ID
主治医
かかりつけ医
TEL
ID
主治医
かかりつけ薬局
TEL

既往歴および現在治療中の病気

--

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)

--

生検

癌陽性コア数 (/) 右葉・左葉・両葉
グリーソンスコア _____ + _____ = _____
治療前PSA値 _____ ng/ml (20 年 月 日)

治療前病期

cT _____ N _____ M _____ (転移部位 _____) Stage _____

全摘除術

手術日: 20 年 月 日
ロボット支援腹腔鏡下手術
開放手術
腹腔鏡下手術
腹腔鏡下小切開手術
海綿体神経温存: 無・片側・両側
リンパ節郭清: 無・有
輸血: 無・有
摘出標本病理所見
組織型: グリーソンスコア _____ + _____ = _____
pT _____ pN _____ pM _____
EPE (0, 1) RM (0, 1) ly (0, 1)
v (0, 1) pn (0, 1) sv (0, 1)
リンパ節転移: 無・不明・有 (/ 部位)
補助療法: 無・有 (術前・術後)
ホルモン療法 (右項参照)

ホルモン療法

去勢術: 無・有 (20 年 月 日)
LH-RH製剤
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
内服薬
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
() 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

放射線療法

	_____ Gy / _____ fr
小線源	: 20 年 月 日
原体照射	: 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
IMRT/SBRT	: 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
重粒子線/陽子線	: 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

合併症に対する治療

尿失禁	: 無・有 (治療)
排尿困難	: 無・有 (治療)
ED	: 無・有 (治療)
骨粗鬆症	: 無・有 (治療)

その他特記事項

--

記入例 前立腺全摘除術後の場合

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	2020年 7月 3日 <input type="radio"/> ロボット手術 <input checked="" type="radio"/> 開腹摘除術 <input type="radio"/> 鏡視下手術	<input type="radio"/> 去勢術 (20 年 月 日) <input type="radio"/> LH-RH製剤 () <input type="radio"/> 内服薬 ()

1年目		許容範囲	治療病院 2020年 7月 3日	1ヶ月 20年 月 日	2ヶ月 20年 月 日	3ヶ月 2020年 10月10日
目 標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態 ご自身で記入してください	医療機関記入欄	PSA	<0.2<2.0	0.009		0.010
		AST	<30			
		ALT	<42			
		ALP	<338			
		LDL-c	<139			
		Cr	<1.0			
		HbA1c	<6.2%			
		ほてり・発汗	軽度			
	尿もれ	軽度	±		-	
	排尿困難	軽度	-		-	
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内				
実施欄	治療病院の かかりつけ医・	検査	採血	7/3		10/10
		治療	注射			
			処方			

治療病院で記入します

かかりつけ医で記入します

07

記入例 ホルモン療法の場合

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20 年 月 日 <input type="radio"/> ロボット手術 <input type="radio"/> 開腹摘除術 <input type="radio"/> 鏡視下手術	<input type="radio"/> 去勢術 (20 年 月 日) <input type="radio"/> LH-RH製剤 (リュープリン) <input type="radio"/> 内服薬 ()

1年目		許容範囲	治療病院 2020年 7月 3日	1ヶ月 2020年 8月 9日	2ヶ月 2020年 9月11日	3ヶ月 2020年 10月 5日
目 標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態 ご自身で記入してください	医療機関記入欄	PSA	<0.2<2.0	0.140		0.160
		AST	<30	35		45
		ALT	<42	38		49
		ALP	<338	176		216
		LDL-c	<139	235		258
		Cr	<1.0	150		170
		HbA1c	<6.2%	100		125
		ほてり・発汗	軽度	±		+
	尿もれ	軽度				
	排尿困難	軽度	-		-	
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内	59kg			60kg
実施欄	治療病院の かかりつけ医・	検査	採血	✓		✓
		治療	注射	7/10	8/9	9/11
			処方	✓	✓	✓

治療病院で記入します

かかりつけ医で記入します

08

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20年 月 日 ○ロボット手術 ○開腹摘除術 ○鏡視下手術	○去勢術(20年 月 日) ○LH-RH製剤() ○内服薬()

1年目		許容範囲	治療病院 20年 月 日	1ヶ月 20年 月 日	2ヶ月 20年 月 日	3ヶ月 20年 月 日
目 標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0			
		AST	<30			
		ALT	<42			
		ALP	<338			
		LDL-c	<139			
		Cr	<1.0			
		HbA1c	<6.2%			
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度			
	尿もれ	軽度				
	排尿困難	軽度				
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内				
実施欄 治療病院の かかりつけ医	検査	採血				
	治療	注射				
		処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名 前: _____ 治療病院ID: _____

放射線療法	治療病院への再受診の基準
20年 月 ~ 月 ○原体照射 ○IMRT / SBRT ○小線源 ○重粒子線 / 陽子線	全摘除術後: PSA ≥ 0.2 または 強い排尿障害
	ホルモン療法中・放射線療法後: PSA ≥ 2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20年 月 日	5ヶ月 20年 月 日	6ヶ月 20年 月 日	7ヶ月 20年 月 日	8ヶ月 20年 月 日	9ヶ月 20年 月 日	10ヶ月 20年 月 日	11ヶ月 20年 月 日
全摘除術後:PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法:PSAが2.0未満で経過する				その他のPSA基準:			

★3ヶ月毎の水色の欄は必須です

治療病院の受診予約はお済ですか?

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20 年 月 日 <input type="radio"/> ロボット手術 <input type="radio"/> 開腹摘除術 <input type="radio"/> 鏡視下手術	<input type="radio"/> 去勢術 (20 年 月 日) <input type="radio"/> LH-RH製剤 () <input type="radio"/> 内服薬 ()

2年目		許容範囲	治療病院 20 年 月 日	1ヶ月 20 年 月 日	2ヶ月 20 年 月 日	3ヶ月 20 年 月 日
目標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0			
		AST	<30			
		ALT	<42			
		ALP	<338			
		LDL-c	<139			
		Cr	<1.0			
		HbA1c	<6.2%			
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度			
	尿もれ	軽度				
	排尿困難	軽度				
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内				
実施欄	治療病院の かかりつけ医	検査	採血			
		治療	注射 処方			

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名 前: _____ 治療病院ID: _____

放射線療法	治療病院への再受診の基準
20 年 月 ~ 月 <input type="radio"/> 原体照射 <input type="radio"/> IMRT / SBRT <input type="radio"/> 小線源 <input type="radio"/> 重粒子線 / 陽子線	全摘除術後: PSA \geq 0.2 または 強い排尿障害 ホルモン療法中・放射線療法後: PSA \geq 2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20 年 月 日	5ヶ月 20 年 月 日	6ヶ月 20 年 月 日	7ヶ月 20 年 月 日	8ヶ月 20 年 月 日	9ヶ月 20 年 月 日	10ヶ月 20 年 月 日	11ヶ月 20 年 月 日
全摘除術後:PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法:PSAが2.0未満で経過する							
その他のPSA基準:							
★3ヶ月毎の水色の欄は必須です							

治療病院の受診予約はお済ですか?

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20年 月 日 <input type="radio"/> ロボット手術 <input type="radio"/> 開腹摘除術 <input type="radio"/> 鏡視下手術	<input type="radio"/> 去勢術 (20年 月 日) <input type="radio"/> LH-RH製剤 () <input type="radio"/> 内服薬 ()

3年目		許容範囲	治療病院 20年 月 日	1ヶ月 20年 月 日	2ヶ月 20年 月 日	3ヶ月 20年 月 日
目標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0				
	AST	<30				
	ALT	<42				
	ALP	<338				
	LDL-c	<139				
	Cr	<1.0				
	HbA1c	<6.2%				
ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度				
	尿もれ	軽度				
	排尿困難	軽度				
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内				
実施欄 治療病院の かかりつけ医	検査	採血				
	治療	注射				
		処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名前: _____ 治療病院ID: _____

放射線療法
20年 月 ~ 月 <input type="radio"/> 原体照射 <input type="radio"/> IMRT / SBRT <input type="radio"/> 小線源 <input type="radio"/> 重粒子線 / 陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後: PSA ≥ 0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後: PSA ≥ 2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20年 月 日	5ヶ月 20年 月 日	6ヶ月 20年 月 日	7ヶ月 20年 月 日	8ヶ月 20年 月 日	9ヶ月 20年 月 日	10ヶ月 20年 月 日	11ヶ月 20年 月 日
全摘除術後:PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法:PSAが2.0未満で経過する				その他のPSA基準:			
★3ヶ月毎の水色の欄は必須です							

治療病院の受診予約はお済ですか?



あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20年 月 日 ○ ロボット手術 ○ 開腹摘除術 ○ 鏡視下手術	○ 去勢術 (20年 月 日) ○ LH-RH製剤 () ○ 内服薬 ()

4年目		許容範囲	治療病院 20年 月 日	1ヶ月 20年 月 日	2ヶ月 20年 月 日	3ヶ月 20年 月 日
目 標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0			
		AST	<30			
		ALT	<42			
		ALP	<338			
		LDL-c	<139			
		Cr	<1.0			
		HbA1c	<6.2%			
		ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度		
		尿もれ	軽度			
		排尿困難	軽度			
		頻尿	軽度			
		血便	なし			
		血尿	なし			
		体重	前回より ±1kg以内			
実施欄	治療病院の かかりつけ医	検査	採血			
		治療	注射 処方			

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名 前: _____ 治療病院ID: _____

放射線療法
20年 月 ~ 月 ○ 原体照射 ○ IMRT / SBRT ○ 小線源 ○ 重粒子線 / 陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後: PSA ≥ 0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後: PSA ≥ 2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20年 月 日	5ヶ月 20年 月 日	6ヶ月 20年 月 日	7ヶ月 20年 月 日	8ヶ月 20年 月 日	9ヶ月 20年 月 日	10ヶ月 20年 月 日	11ヶ月 20年 月 日
全摘除術後:PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法:PSAが2.0未満で経過する							
その他のPSA基準:							
★3ヶ月毎の水色の欄は必須です							

治療病院の受診予約はお済ですか?

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20 年 月 日 <input type="radio"/> ロボット手術 <input type="radio"/> 開腹摘除術 <input type="radio"/> 鏡視下手術	<input type="radio"/> 去勢術 (20 年 月 日) <input type="radio"/> LH-RH製剤 () <input type="radio"/> 内服薬 ()

5年目		許容範囲	治療病院 20 年 月 日	1ヶ月 20 年 月 日	2ヶ月 20 年 月 日	3ヶ月 20 年 月 日
目標		全摘除術後:強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法:継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0			
		AST	<30			
		ALT	<42			
		ALP	<338			
		LDL-c	<139			
		Cr	<1.0			
		HbA1c	<6.2%			
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度			
	尿もれ	軽度				
	排尿困難	軽度				
	頻尿	軽度				
	血便	なし				
	血尿	なし				
	体重	前回より ±1kg以内				
実施欄	治療病院の かかりつけ医	検査	採血			
		治療	注射 処方			

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名 前: _____ 治療病院ID: _____

放射線療法	治療病院への再受診の基準
20 年 月 ~ 月 <input type="radio"/> 原体照射 <input type="radio"/> IMRT / SBRT <input type="radio"/> 小線源 <input type="radio"/> 重粒子線 / 陽子線	全摘除術後: PSA \geq 0.2 または 強い排尿障害 ホルモン療法中・放射線療法後: PSA \geq 2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20 年 月 日	5ヶ月 20 年 月 日	6ヶ月 20 年 月 日	7ヶ月 20 年 月 日	8ヶ月 20 年 月 日	9ヶ月 20 年 月 日	10ヶ月 20 年 月 日	11ヶ月 20 年 月 日
全摘除術後:PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法:PSAが2.0未満で経過する							
その他のPSA基準:							
★3ヶ月毎の水色の欄は必須です							

治療病院の受診予約はお済みですか?

5年目以降の経過観察の方法について主治医と相談してください。

通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用）

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン



通信欄 (かかりつけ医・治療病院 兼用)

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン



通信欄 (かかりつけ医・治療病院 兼用)

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン



自由記載欄（患者さん用）

年 月 日	メ モ



年 月 日	メ モ



自由記載欄（患者さん用）

年 月 日	メ モ



年 月 日	メ モ



自由記載欄 (患者さん用)

年 月 日	メモ



年 月 日	メモ



前立腺全摘除術後の主な合併症

勃起不全

- 神経温存を行わなかった場合は必発です。
- 神経温存を行った場合は回復が可能です。
(回復しないこともあります)

尿失禁

- 多くは数ヶ月で改善します。

その他、術後に起こる副作用

- 【吻合部狭窄】 尿の出が悪くなることがあります。
 - 【鼠径ヘルニア】 鼠径部に腸が飛び出してくることがあります。
- いずれも処置が必要になる場合がありますので、主治医に伝えてください。

放射線療法後の主な合併症

頻尿・排尿時痛

- 治療中や治療直後に多い合併症です。
- 軽度であれば経過観察、必要時は頻尿改善薬や鎮痛剤を使用します。

直腸出血

- 治療後1～3年に発症しやすい合併症です。
- 大腸内視鏡による処置を必要とする場合があります。

膀胱出血

- 膀胱鏡による原因評価後、多くは経過観察となります。
- 膀胱の中で血液が固まって尿が出なくなってしまうこともあります。
その場合はすぐに救急外来を受診してください。

外来での注意点

手術や放射線療法をしても再発する場合があります。主治医の指示に従って、PSAの定期的な測定を施行してください。

この手帳は、術後5年までとなっています。5年以降に再発することもありますので、5年経過したら、その後の経過観察の方法について主治医から説明を受け、相談してください。



ホルモン療法について

前立腺がんのホルモン療法

前立腺がんは、男性ホルモン依存性のがんです。男性ホルモンを減らすか、その作用を抑えることにより前立腺がんを治療するのがホルモン療法です。ホルモン療法には、精巣からの産生を絶つ方法(去勢術)、男性ホルモンが前立腺がん細胞に取り入れられるのをブロックする抗アンドロゲン薬を用いる方法、両者を併用する方法〔combined androgen blockade (CAB)療法〕があります。

ホルモン療法は、がんの分化度によって効果が異なり、分化度の高い(グリーンスコアが低い)がんではホルモン療法がよく奏効し、逆に、分化度が低い(グリーンスコアが高い)がんでは、短期間でホルモン療法が不応となる傾向が認められます。

去勢

精巣由来の男性ホルモンを除去する方法です。両側精巣を手術によって摘除する「外科的去勢」と、LH-RH製剤(★)という薬を使って精巣の男性ホルモン産生を抑制する「内科的去勢」があります。LH-RH製剤には、1ヶ月ごとの皮下注射が必要なものと、3ヶ月や6ヶ月ごとの皮下注射で済むものがあります。



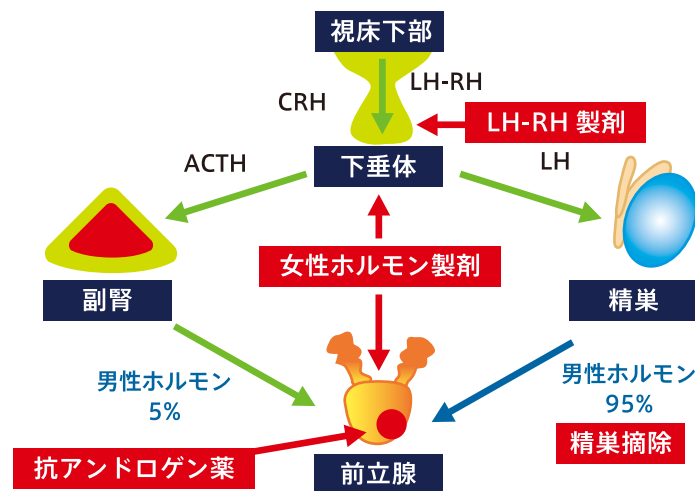
去勢の副作用

去勢の副作用には、男性ホルモン低下に起因する諸症状である、勃起障害、性欲低下、身体のほてりと発汗(hot flash)、関節痛、肥満、筋力低下、耐糖能低下、高脂血症、貧血、骨粗鬆症などがあります。長期投与の際には注意が必要です。

また、LH-RH製剤注射部位の局所反応(硬結など)が見られることがあります。

★ 血液中の男性ホルモンの95%は精巣で、5%は副腎で造られます。精巣の男性ホルモンは、脳にある下垂体から分泌される黄体形成ホルモン(LH)の刺激によって産生されます。下垂体のLH産生は、脳の視床下部から産生される黄体形成ホルモン放出ホルモン(LH-RH)により刺激されます。

LH-RH製剤は、下垂体でのLH産生を抑制して、精巣の男性ホルモン分泌を抑える薬です。



ホルモン療法について

抗アンドロゲン薬

抗アンドロゲン薬は、基本的に、男性ホルモンが前立腺がんの男性ホルモン受容体に結合するのを阻害し、抗腫瘍活性を発揮する薬剤です。これには、非ステロイド性のものと、ステロイド性のものがあります。単剤で使用されることもあります。LH-RH製剤と併用されることが多い薬剤です。

非ステロイド性抗アンドロゲン薬の副作用には、女性化乳房、乳房圧痛、肝機能障害(特にフルタミドで注意が必要)、下痢、勃起力低下などがあります。

ステロイド性抗アンドロゲン薬の作用機序には、抗アンドロゲン作用に加え、間脳下垂体系に対するネガティブフィードバック機構があります。副作用には、血栓形成、体液貯留(心不全)、肝機能障害、耐糖能異常が現れることがあるので注意が必要です。その他には、女性化乳房、乳房圧痛、勃起力低下、性欲低下などがあります。

女性ホルモン製剤

間脳下垂体系に対するネガティブフィードバック及びその他の作用により効力を発揮します。

副作用として、血栓形成、体液貯留(心不全)などの心血管系障害には特に注意が必要です。その他には、肝機能障害、耐糖能異常、女性化乳房、乳房圧痛、勃起力低下、性欲低下などがあります。

PSAについて

Q1 PSAとはなんですか？

A PSAとは Prostate Specific Antigenの略で、日本語では前立腺特異抗原と言います。主に前立腺上皮細胞で生成される糖タンパクの一種です。PSAは前立腺液として精液中に分泌され、その凝固を阻止して精子の運動性を助け、受精を助ける役割を持つものですが、血液中のPSAを測定することで、前立腺の腫瘍マーカーとして用いることができます。

Q2 前立腺がん治療後のPSA測定でどのようなことがわかるのですか？

A 前述のように、治療後に腫瘍マーカーであるPSAを測定すると、前立腺がんの再発・再燃を他のどの診断法よりも早く、早期に診断することができます。よって、治療病院の専門医も経過観察にはまずPSAを測定し、この値*から再発・再燃を疑います。これは、かかりつけ医でも治療病院の専門医でも同じ基準で判断するため、診断精度は同じです。

※ 具体的な再発・再燃の基準はがんの治療法により異なります。

- 前立腺全摘除術: 0.2を超えて上昇を続ける場合。
- 放射線療法: 手術と異なり前立腺が身体に残っているので、PSAが0.2未満で維持されないことがほとんどです。2.0を超えて上昇を続ける場合は、主治医にご相談ください。
- ホルモン療法: 値によらずPSAが上昇を続ける場合は、主治医にご相談ください。

自由記載欄

この連携手帳の使い方について

患者さんへ

- 連携手帳を受け取ったら、3～4ページの各項目をご記入ください。
- 受診の前に、7～8ページの記入例を参考に、9ページ以降の「あなたの状態(ご自身で記入してください)」をご記入ください。
- 医療機関を受診される際は、必ずこの連携手帳をお持ちください。
- 25ページ以降の自由記載欄は、ご自由にご記入ください。
- 連携手帳に関するお問い合わせは、治療病院へご連絡ください。

治療病院の主治医へ

- 患者さんにお渡しする前に、5～6ページをご記入ください。

かかりつけ医および治療病院の主治医へ

- 7～8ページの記入例を参考に、9ページ以降に診療内容をご記入ください。簡単な記載で結構です
- お互いに伝達が必要な場合は、19ページ以降の通信欄にご記入ください。

