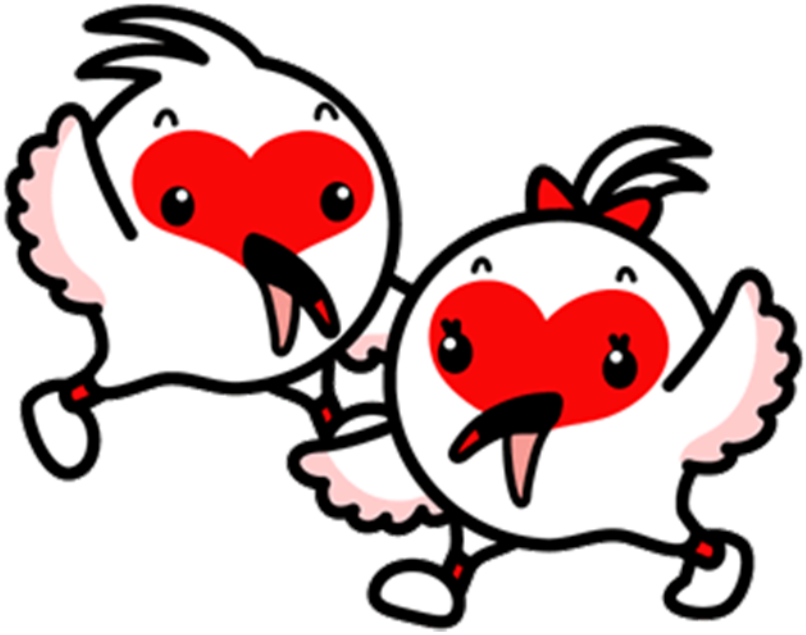
医療連携ノート
(肺)



病院名：

医療連携ノートとは

手術などの治療を行った病院とかかりつけ医が協力して（医療連携）、専門的医療と総合的な診療を適切に提供するために使用する患者さん用のノートです。安全で質の高い医療を切れ目なく提供するため、専門医が協力して新潟県共通のものを作成しました。

★医療連携ノートの内容

①患者さんの病状、治療内容等の診療情報
②今後の診療予定表
③診療予定表に基づく受診日の診療記録

★医療連携ノートを使うことによる利点

①診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいかが分かります
②医療機関同士が患者さんの治療経過を共有でき、より適切な診療が可能となります
③かかりつけ医がもうひとりの主治医となるため、通院時間や待ち時間が短縮し、負担が軽減されます。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。
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、（拠点病院名、窓口名）　（電話番号／内線番号）までご連絡ください。

他の医療機関を受診する際にお持ちいただくと、医療連携ノートから病状や診療状況を把握することができ、迅速で適切な対応が可能になります。また、保険薬局にお持ちいただけば、より適切な服薬指導を受けることができます。

もくじ

医療連携ノートとは：P1

はじめに、基礎情報用紙：Ｐ3

肺がんの治療について ：P4
がんについて：P5
あなたの症状に対する標準的な治療法について：P6
術後化学療法ってなに？：P7
ユーエフティって効くの？ ：P8
副作用について：P9
どうして２年間飲む必要があるの？：Ｐ10

UFT外来治療パス（項目確認用シート）：P11～12
UFT外来治療パス（確認シート）：P13～34
附則①（UFT投与量、投与基準）：P35～36
附則②（術後の評価スケジュール）：P37

メモ：P38～40

相談窓口のご案内： P41～42

はじめに

　この冊子は、肺癌の手術を受けられた方の治療計画をまとめたものです。
　UFT（ユーエフティ）という薬の服用方法や検査を受ける時期について、基幹病院（手術を受けた病院）と関連施設（かかりつけ医）が連携できるように工夫されています。
　わからないところや、さらにくわしく知りたい場合は、担当の医師又は薬剤師におたずねください。

お名前

手術を受けた病院

担　当　医

電 話 番 号

かかりつけ医院

担　当　医

電 話 番 号

薬　局

電 話 番 号

肺がんの治療について

- 肺がんは、肉眼的には手術によってがんを取り切ることができますが、なかには再発してしまうこともあります。これは、目に見えないがん細胞がからだに残っているためと考えられています。

  そこで、再発の可能性を少なくするために術後に抗がん剤を用いて残っているがん細胞を攻撃して、やっつける治療を行います。手術の補助的な役割を担うことから、これを「**術後補助化学療法**」といいます。

- 術後補助化学療法を行うと、手術後に何もしない場合と比べ、再発の可能性を5～10％減少させることが分かっています。肺がんの術後補助化学療法に用いるお薬は、目に見えないがん細胞を攻撃して死滅させ、その増殖を防ぐ働きがあります。しかし、がん細胞だけでなく正常な細胞にも影響を与えてしまうことがあるため、あなた自身によくない影響　（副作用）があらわれることがあります。

- あなたは手術後の病理検査でステージⅠ期の肺がんと診断され、術後補助化学療法の適応があると考えられます。これから術後補助化学療法について説明したいと思います。

【がんについて】

私達のからだはたくさんの細胞からできています。正常な細胞は、細胞の設計図といわれる遺伝子により、秩序正しく増殖したり死滅したりします。

ところが、何らかの原因で遺伝子が傷つくと細胞の増殖がコントロールされなくなり、細胞は無秩序に増え続けていきます。このように異常増殖した細胞を「がん細胞」といい、がん細胞のかたまりを「がん」または「悪性腫瘍」といいます。

【あなたの病期の進み具合について】

● あなたは「非小細胞がんのステージⅠ期」と診断されました。ステージⅠ期とは分類の中では一番病期の進んでいない状態です。また、ステージⅣ期が最も病期の進んだ状態となります。

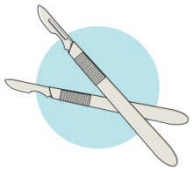
●詳しくは下記の表をごらんください。

がん増殖の進み具合	
ステージⅠ期	病期が最も進んでいない状態
ステージⅡ期	↕
ステージⅢ期	
ステージⅣ期	病期が最も進んだ状態

参考：取り扱い規約2010年11月

【あなたの症状に対する標準的な治療法について】

手術に耐えられる体力があると判断された場合、**あなたに行う最も有効な治療手段は手術によるがん細胞の切除です。**



参考：肺癌診療ガイドライン2005年度版

【手術を行うと完治するの？】

●手術で目に見えるがんを全て取りきっても、目に見えない少数のがん細胞が体内に残る可能性があります。

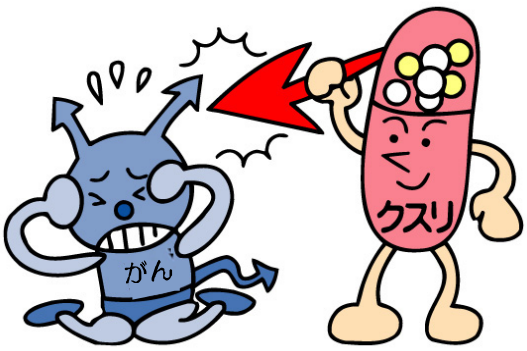
●残っていたがん細胞が大きくなり、目に見えるようになることを「再発」といいます。

●そこで、患者さんには手術を終えた数週間後から「術後補助化学療法」という治療を追加で行うことをお勧めしています。

参考：取り扱い規約2010年11月

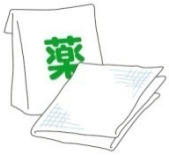
【術後補助化学療法ってなに？】

体内に残っているかもしれない目に見えないがん細胞を抗がん剤でやっつけて、再発を未然に防ごうとする治療を「術後補助化学療法」と言います。



【術後補助化学療法って どのくらい効果があるの？】

非小細胞肺がんのステージⅠ期全体では、ユーエフティ（内服する抗がん剤）を手術後に飲む術後補助化学療法が、手術だけを行った方々に比べ生存期間を延長することが「臨床試験」で証明されています。
「臨床試験」とは「人（患者や健康な人）を対象とした治療を兼ねた試験」のことをいいます。



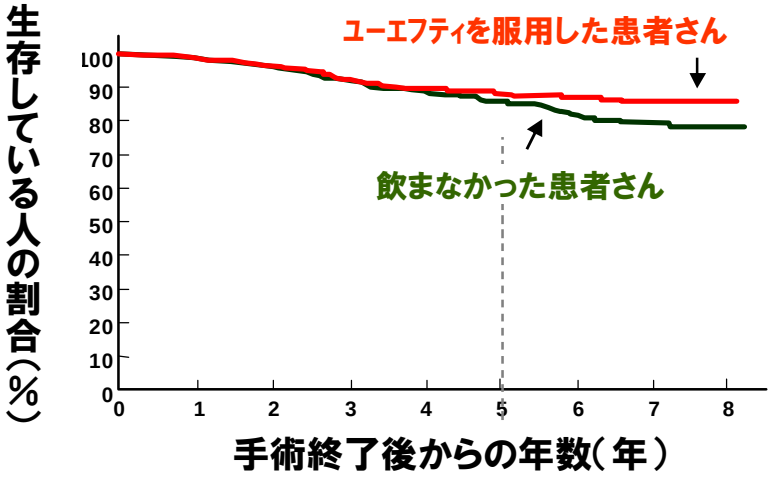
参考：:Kato H, et al: N Engl J Med 2004；350:1713-21

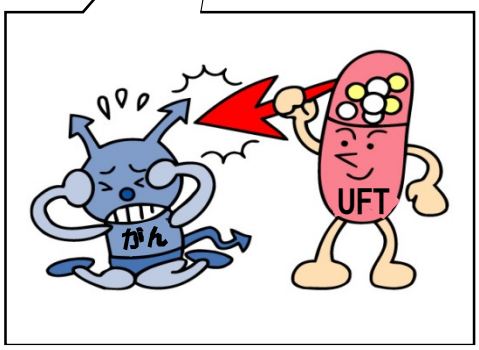
【ユーエフティって効くの？】

ステージⅠ期の非小細胞肺がんの患者さんに手術でがんを完全に切除した後に行う術後補助化学療法としては、ユーエフティ（内服薬）の2年間投与が有効であることが示されており、国内では標準治療の一つとして広く使用されています。

【非小細胞肺癌ステージⅠ期の患者さんを対象にしたデータ】

手術の後にユーエフティを2年間服用することで、100人のうち29人の患者さんに、生存期間の延長効果を示すことが報告されています。





	この調査に参加された患者さんの人数	5年後に生存している患者さんの割合
服用した患者さん	491人	88%
飲まなかった患者さん	488人	85%

参考：Kato H, et al: N Engl J Med 2004; 350:1713-1721

【副作用について】

目的の効果以外に、望ましくない作用が現れることを副作用といいます。
多くの薬と同じように、ユーエフティにおいても副作用が現れることがあります。

- 副作用には、症状として現れるものと、**症状がなく自分ではわかりにくいもの（白血球減少、貧血、肝機能障害など）**があります。
- ユーエフティを服用しているあいだは、からだの状態、症状を観察するとともに、**定期的（特に飲み始めてから2ヶ月間は1ヶ月に1回以上）に血液検査を受けることを心がけてください。**

定期的に

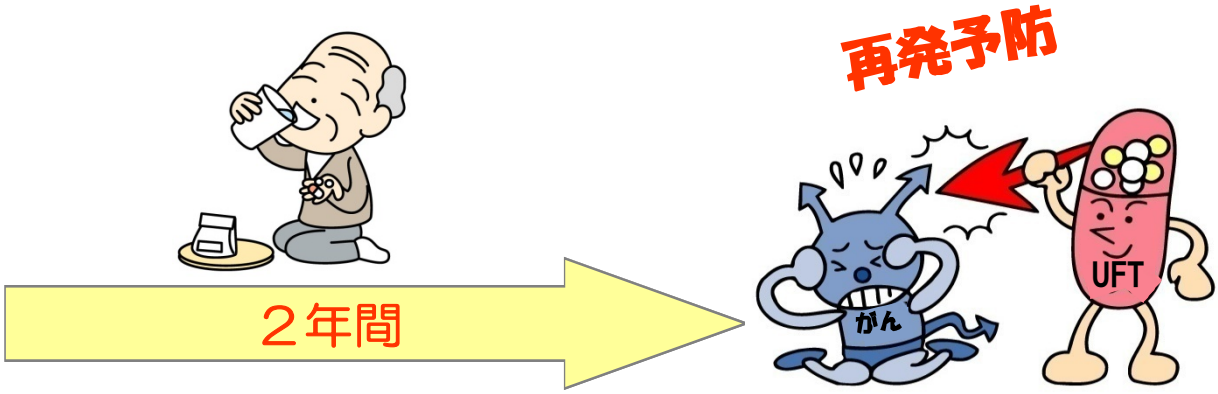
検査を受けましょう

- 気になる症状がある場合には、メモ欄に「症状の程度」「いつ現れたか」などを具体的に書いておき、診察を受けるときにできるだけ詳しく、担当の医師にお話しして下さい。

【どうして2年間飲む必要があるの？】

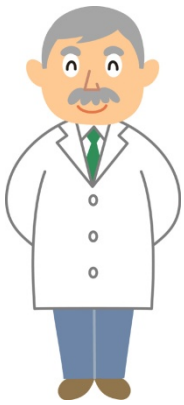
●非小細胞肺がんにおいてユーエフティは、２年間飲み続けることで再発予防の効果を発揮します。（詳しくは2ページ前の【ユーエフティって効くの？】をご覧下さい。）

　また、この他にもユーエフティは、大腸がんや胃がんにおいてもユーエフティを服用することにより、手術のみの場合よりも予後を改善することが示されています。



●このような過去のデータを踏まえ、当院ではユーエフティを2年間服用することを患者さんへお勧めしています。

●治療の方針等にご不明な点がございましたら担当医までお気軽にご相談ください。



UFT外来治療パス（項目確認用シート）

確認項目

		治療前	UFT投与機関（2年間）内 全般
【教育・指導】	医師	□本療法について説明	
	看護師	□治療用のパスの説明 □服薬日誌の説明	
	薬剤師	□服薬指導	□服薬指導
【症状等】	医師	□PS、自覚症状	□PS、自覚症状 □服薬日誌
	看護師	□体表面積換算	□体重測定
【検査等】	医師	□骨髄機能 白血球数＞4,000/mm^3 かつ ＜12,000/mm^3 血色素量＞9g/dL 血小板数＞10×10^4/mm^3 □肝機能 AST,ALT≦99IU/L 総ビリルビン＜1.5mg/dL □腎機能 血清クレアチニン＜1.2mg/dL □血液ガス Sp02＞90%（室内気）	□骨髄機能 白血球数＞4,000/mm^3 かつ ＜12,000/mm^3 血色素量＞9g/dL 血小板数＞10×10^4/mm^3 □肝機能 AST,ALT≦99IU/L 総ビリルビン＜1.5mg/dL □腎機能 血清クレアチニン＜1.2mg/dL □血液ガス Sp02＞90%（室内気）
【処置・決定】	医師	→□投与基準内確認 投与基準 ・白血球数＞4,000/mm^3 かつ ＜12,000/mm^3 ・好中球数＞ 2,000/mm^3 ・血色素量＞9g/dL ・血小板数＞10×10^4/mm^3 ・総ビリルビン＜1.5mg/dL ・AST≦99IU/L ・ALT≦99IU/L ・血清クレアチニン＜1.2mg/dL ・Sp02＞90%（室内気） ・術後8週間以内である	→□減量休薬目安確認 →□休薬指示 →□投薬再開 レベル変更なし →□投薬再開 一段階減量 →□薬剤処置

UFT外来治療パス（項目確認用シート）

確認項目

	投与期間内3ヶ月毎 以降、6ヶ月毎	6ヶ月毎	投与期間内 1年毎
【教育・指導】 医師 看護師 薬剤師			
【症状等】 医師 看護師			
【検査等】 医師	□胸部X線写真	□腫瘍マーカー	□胸部CT
【処置・決定】 医師	投与再開基準 ・白血球数＞3,000/mm^3 かつ ・血色素量＞9g/dL ・血小板数＞10×10^4/mm^3 ・総ビリルビン＜1.5mg/dL ・AST≦99IU/L ・ALT≦99IU/L ・血清クレアチニン＜1.2mg/dL ・食欲不振 ・下痢 ・口内炎 ・悪心・嘔吐 } Grade2以上の発現がないこと ・その他のGrade2以上の毒性 Grade1以下に改善している		

UFT外来治療パス①（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	治療前	投薬開始日	1週間	2週間	1ヶ月
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師	□				
看護師	□				
薬剤師	□	□	□	□	□
【教育・指導】　医師					
看護師	□				□
【検査等】　医師	□	□	□	□	□
		□	□	□	□
		□	□	□	□
		□	□	□	□
【教育・指導】					

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス②（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師					
看護師					
薬剤師	□				
【症状等】　医師					
看護師	□				
【検査等】　医師	□	□胸部CT	□	□	□胸部X線写真
	□	□	□	□	□腫瘍ﾏｰｶｰ
	□	□	□	□	□
	□	□	□	□	□
【教育・指導】					

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス③（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師						
看護師						
薬剤師						
【症状等】　医師						
看護師						
【検査等】　医師		□	□胸部X線写真	□		□胸部CT
		□		□		□腫瘍ﾏｰｶｰ
		□		□		□
		□		□		□
【教育・指導】						

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス④（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	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
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師						
看護師						
薬剤師	□	□	□	□	□	□
【症状等】　医師	□					
看護師	□	□		□	□	
【検査等】　医師	□	□	□胸部X線写真	□	□	□胸部X線写真
	□	□		□	□	□腫瘍ﾏｰｶｰ
	□	□		□	□	□
	□	□		□	□	□
【教育・指導】 【医師コメント】						

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑤（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	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
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師						
看護師						
薬剤師	□	□	□	□	□	□
【症状等】　医師	□					
看護師	□	□		□	□	
【検査等】　医師	□	□	□胸部X線写真	□	□	□胸部CT
	□	□		□	□	□腫瘍ﾏｰｶｰ
	□	□		□	□	□
	□	□		□	□	□
【教育・指導】 【医師コメント】						

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑥（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真	□胸部X線写真 □腫瘍ﾏｰｶｰ	□胸部X線写真	□胸部CT □腫瘍ﾏｰｶｰ
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑦（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真	□胸部X線写真 □腫瘍ﾏｰｶｰ	□胸部X線写真	□胸部CT □腫瘍ﾏｰｶｰ
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑧（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真	□胸部X線写真 □腫瘍ﾏｰｶｰ	□胸部X線写真	□胸部CT □腫瘍ﾏｰｶｰ
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑨（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	5年 6ヶ月	5年	6年 6ヶ月	7年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真	□胸部X線写真	□胸部X線写真	□胸部X線写真
	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑩（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	7年 6ヶ月	8年	8年 6ヶ月	9年
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真	□胸部X線写真	□胸部X線写真	□胸部X線写真
	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ	□腫瘍ﾏｰｶｰ
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

UFT外来治療パス⑪（確認シート）

項目確認用シートで確認しましたら□にチェックして下さい

ID：　　氏名：

	6年 6ヶ月	10年		
受診日	月　日	月　日	月　日	月　日
【教育・指導】　医師				
看護師				
薬剤師				
【症状等】　医師				
看護師				
【検査等】　医師	□胸部X線写真 □腫瘍ﾏｰｶｰ	□胸部X線写真 □腫瘍ﾏｰｶｰ		
【教育・指導】				

医師コメント

～　病院　⇒　かかりつけ医　～

～　かかりつけ医　⇒　病院　～

◆UFTの初回投与量

体表面積	UFTの初回投与量	朝食後	昼食後	夕食後
1.29㎡未満	300mg/day	100mg	100mg	100mg
1.30㎡以上	400mg/day	200mg	－	200mg

◆UFTの投与期間

連日投与(2年間)

※2年を超えての投与を行わない

◆UFT減量基準

基準投与量	400mg/body/day	300mg/body/day
↓	↓	↓
一段階減量	300mg/body/day	中止

上記の減量基準に対応しても減量を要する有害事象が発現した場合はUFTの投与を中止する

◆UFTの毒性毎の投与継続・休止基準

◇血液毒性

白血球数	血小板数	血色素量	発現時	再開基準を満たした後のUFT再投与
3,000＞～≧2,000/μL	―	9.0＞～≧8.0g/dL	休止	レベル変更なし
2,000/μL未満	7.5万/μL未満	8.0g/dL未満	休止	一段階減量

◇食欲不振、下痢、口内炎、悪心・嘔吐

食欲不振、下痢、口内炎、悪心・嘔吐	発現時	再開基準を満たした後のUFT再投与
Grade2以上	休止	一段階減量

◇肝機能障害

AST、ALT	総ビリルビン	発現時	再開基準を満たした後のUFT再投与
―	5mg/dL＜～＜施設基準値上限の2倍以	休止	レベル変更なし
100IU/L以上	施設基準値上限の2倍以上	休止	一段階減量

▽その他

Grade2以上の毒性が認められた場合はUFTの投与を休止し、再開基準を満たしたら一段階減量して再開する

◆UFT投与基準

白血球数	＞4,000/㎣かつ＜12,000/㎣
好中球数	＞2,000/㎣
血色素量	＞9g/dL
血小板数	＞10×10^4/㎣
総ビリルビン	＜1.5mg/dL
AST	≦99IU/L
ALT	≦99IU/L
血清クレアチニン	＜1.2mg/dL
SpO_2	＞　90%(室内気)

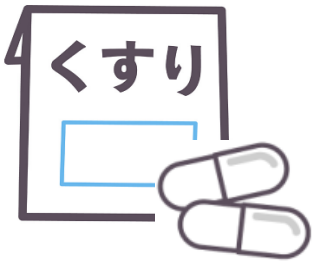
※術後8週間以内である

◆投与再開基準

白血球数	＞3,000/㎣
好中球数	―
血色素量	＞9g/dL
血小板数	＞10×10^4/㎣
総ビリルビン	＜1.5mg/dL
AST	≦99IU/L
ALT	≦99IU/L
血清クレアチニン	＜1.2mg/dL

食欲不振	Grade2以上の 発現がないこと
下痢	
口内炎	
悪心・嘔吐	

※その他のGrade2以上の毒性：Grade1以下に改善



◆術後の評価スケジュール

●：期間中に少なくとも1ヶ月に1回実施

○：期間中に少なくとも1回実施

※6年目以降も治療開始後10年までは、6ヶ月毎に問診・診察・胸部×線を実施する

観察項目＼観察時期		投与前	1年目				2年目			
			3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月
投与状況			●	○	○	○	○	○	○	○
臨床所見			●	○	○	○	○	○	○	○
血液・生化学・動脈血酸素飽和度		○	●	○	○	○	○	○	○	○
問診・診断		○	●	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー				○		○		○		○
画像診断	胸部×線	○		○	○		○	○	○	
	胸部ＣＴ		○			○				○
	腹部ＣＴ	再発が疑われた場合、適宜実施								
	頭部ＭＲＩ（またはＣＴ）									
	骨シンチ									
	ＰＥＴ									

観察項目＼観察時期		3年目		4年目		5年目		6年目以降
		6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月毎
投与状況								
臨床所見								
血液・生化学・動脈血酸素飽和度								
問診・診断		○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー		○	○	○	○	○	○	○
画像診断	胸部×線	○		○		○		○
	胸部ＣＴ		○		○		○	
	腹部ＣＴ	再発が疑われた場合、適宜実施						
	頭部ＭＲＩ（またはＣＴ）							
	骨シンチ							
	ＰＥＴ							

～メモ～

～メモ～

～メモ～

各部署・担当のご案内

医療相談窓口

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で相談をお受けしています。がんに関する相談もお受けしております。
当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して暖かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など病院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの機関と協働・連携をとりながら、より満足の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援をおこなっています。

窓口開設時間：

電話番号　　：

地域医療連携室

地域医療連絡室では、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。

医療心理相談

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対して心理的援助を行います。医療心理相談を希望される方は＿＿＿＿＿＿＿＿へお申し出ください。

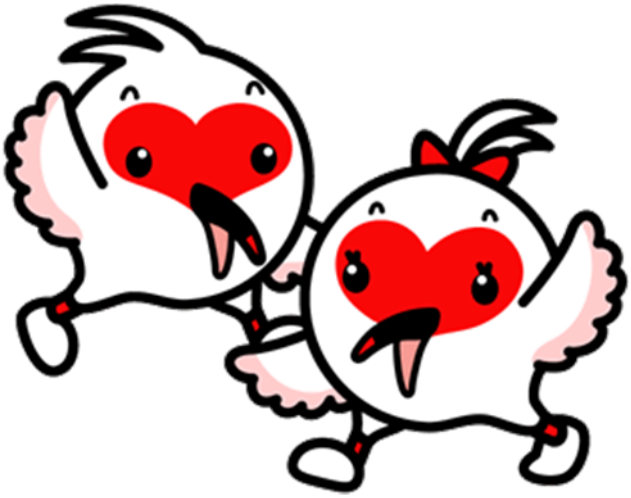
予約外受診

必要があれば、予約外診療も受け付けています。
受診の際は、＿＿＿＿＿＿までお問い合わせください。

夜間・休日などの対応

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ときは、救急外来までご連絡ください。

電話番号：



あなたのお名前

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　－　　－　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成22年12月