

# 胃がん内視鏡治療後

## 地域連携パス

### (医療者用)

お名前： \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 歳

現在治療中の病気 \_\_\_\_\_

アレルギー  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

担当医療機関

内視鏡治療： \_\_\_\_\_

CT (エコー)： \_\_\_\_\_

胃カメラ： \_\_\_\_\_

採 血： \_\_\_\_\_

投 薬： \_\_\_\_\_

## 治療術式

治療日            年            月            日

アプローチ：内視鏡

術式：ESD・EMR

## 胃がんの進行度

E U M L D, Less-Ant-Gre-Post-Less, Circ、            ×            mm,

Type 0 ( I   II a b c   III ) 1 2 3 4 5、 m sm1, 2, 3、

mp ss se si ( )、

pap tub1 tub2 por1 por2 sig muc med int sci、

INF  $\alpha$   $\beta$   $\gamma$ 、 ly 0 1 2 3、 v 0 1 2 3、 n ( / ) 0 1 2 3、

H 0 1 X、 P 0 1 X、 CY 0 1 X、 M 0 1 X、 PM - + X、 DM- + X

D 0 1 2、 R 0 1 2、 Stage IA IB IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV

### ガイドラインで推奨される治療法

	N0	N1, N2, N3
T1a・T1b	ESD・EMR/手術のみ	手術のみ
T2	手術のみ	手術と抗がん剤
T3	手術のみ	手術と抗がん剤
T4a・T4b	手術と抗がん剤	手術と抗がん剤

## 後遺症、合併症の説明

胃内視鏡治療後の日常生活で気をつけていただきたいことや後遺症、合併症については以下のような種類があります。患者さん用のパスには以下の説明を加えております。

- ・ 出血
  - ESD で病変を取り除いたあとは、胃潰瘍となります。潰瘍面は弱くなっており、血管が露出して出血する場合があります。  
「症 状」吐血や下血、黒色便、貧血による倦怠感、動悸、めまいなどがあります。  
「治療法」絶食の上内視鏡で出血点を確認し、可能な限り止血を行います。内視鏡による治療が困難な場合は、外科手術が必要となる場合があります。抗潰瘍剤による治療とともに、必要に応じて輸血や鉄剤の点滴や内服も行います。
- ・ 穿孔
  - きわめてまれですが、治療日から間隔をおいて、穿孔することがあります。多くの場合、腹膜炎を併発します。  
「症 状」腹痛、発熱に伴い、冷汗をかいいたり、不穏になったりします。  
「治療法」多くの場合、緊急的に外科的治療が必要です。胃を切除したり、腹膜で穴をふさいだりします。
- ・ 狭窄
  - 胃の入口や出口はもともと多少狭くなっており、食べ物が逆流しないようになっています。入口や出口のあたりにある病変を治療した場合、できた潰瘍が治る時に、さらに狭くなることがあります。一定以上狭くなると、食べ物が通りにくくなります。  
「症 状」おなかがはったり、食べ物が食べにくくなって詰まるようになります。  
「治療法」内視鏡で確認しながら狭くなったところを、バルーン（風船状のもの）で押し広げます。どうしても困難な場合は外科手術が必要になる場合があります。

以上のような症状がありましたら投薬などで対応をお願いします。

もし精査や手術の必要がありましたら〇〇〇〇病院に紹介してください。

よろしく申し上げます。

## 緊急予約が必要な時

以下のような異常がありましたら、バリエンス（パス逸脱）症例として地域連携室を通じて当院への再診予約をお願いします。また入院可能な医療機関は入院で対応をお願いします。

なおこれらの項目は一元的に決めるのは難しいので柔軟な対応をお願いします。

### 項目

- ・ 再発
  - ・ 画像上再発が疑われる
  - ・ 腫瘍マーカの右上がりの増加がある
  - ・ 画像上異常はないが2ヶ月以上持続した腫瘍マーカの増加がある
- ・ 合併症
  - ・ 出血・穿孔で入院が必要
  - ・ 狭窄
- ・ 異時性のがんの発生
- ・ その他胃内視鏡治療後に入院が必要と思われるとき

### 連絡先

〇〇〇〇病院 地域医療連携室

月曜日～金曜日：午前〇時〇分～午後〇時〇分

(それ以降は翌日の取り扱い。)

土、日、祝日、年末年始(12月29日～翌年1月3日)はお休みとさせていただきます。

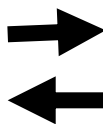
TEL △△△-△△△-△△△△ (地域医療連携室)

FAX □□□-□□□-□□□□ (地域医療連携室直通)

【様式1】

## F A X 送信票

### がん地域連携パス運用開始《依頼》届(兼受入確認票)

○○○○病院 地域医療連携担当者 :  _____ Tel: ○○○-○○○-○○○○ Fax: △△△-△△△-△△△△ (直通)		連携医療機関(かかりつけ医)  _____ Tel: _____ Fax: _____
---	---	---

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、下記の患者さんが手術を受けられ退院となりました。今後は以下のように、地域連携パスにて術後の経過観察をお願いしたいと存じます。詳細は担当医より報告させていただきます。

今後ともよろしく申し上げます。

機関名称	○○○○病院 消化器外科 担当医師名 ( )
患者氏名・ 患者番号	患者氏名 ( )、患者番号 ( )
診断名	胃がん内視鏡治療後
手術日	年 月 日

(かかりつけ医で御記入をお願いします。切り取らずにFaxしてください)

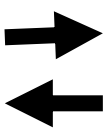
受入の可否	1. 受入可 ・ 2. 受入不可
かかりつけ医	医師名 ( )
かかりつけ医の受診日	
ご担当いただける項目 (○印をお願いします)	1. 抗がん剤    2. CT (エコー)    3. 胃内視鏡 4. 採血        5. 一般薬投薬 * 医療機関の役割分担については、患者さんと相談の上、 ご連絡いたします。

Fax 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

○○○○病院 地域医療連携室 Tel: ○○○-○○○-○○○○

【様式2】

# F A X 送信票

<p>〇〇〇〇病院 地域医療連携担当者 :</p> <p>_____</p> <p>Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 Fax: △△△-△△△-△△△△ (直通)</p>		<p>連携医療機関 (かかりつけ医)</p> <p>_____</p> <p>Tel: _____ Fax: _____</p>
--	---	--

## がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種類	胃がん内視鏡治療後
逸脱の理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更</li> <li>2. 転出(他県へ転出等)</li> <li>3. 患者本人・ご家族の希望</li> <li>4. 死亡</li> <li>5. その他</li> </ol>
逸脱日	年 月 日

Fax 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

〇〇〇〇病院 地域医療連携室 Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【様式3】

## ※ 地域連携パス診療経過報告書（連携医→拠点病院）

報告日 年 月 日  
 共同診療開始日 年 月 日

<p>〇〇〇〇病院          地域医療連携担当者：</p> <p>_____</p> <p>Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇          Fax: △△△-△△△-△△△△ (直通)</p>	<p>連携医療機関（かかりつけ医）</p> <p>_____</p> <p>Tel: _____          Fax: _____</p>
<p>患者情報：</p> <p>氏名： _____、性別（ _____ ）</p> <p>生年月日 _____</p>	
<p><input type="checkbox"/>この度、連携診療しております _____ 様の検査結果を報告します。</p> <p>_____ の _____ は 正常・（ _____ ）でした。</p>	
<p><input type="checkbox"/>下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。</p> <p>共同診療計画に基づく診療の実施日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <p>次回の予定共同診療計画に _____（変更なし・変更あり）</p> <p>変更となった項目：（診察、観察、検査、治療、薬剤、処置、ケア）</p> <p>具体的な内容：</p>	
<p>その他の特記する事項</p> <p>_____</p> <p>画像・検査データ添付（あり・なし）</p>	



【様式4】

がん地域連携パス・緊急予約依頼  
F A X 送信票

〇〇〇〇病院

地域医療連携担当者： \_\_\_\_\_ 様

Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

Fax: △△△-△△△-△△△△ (直通)

この度、がん地域連携パスを用いて共同診療しております

\_\_\_\_\_様に異常が認められました。

再発、合併症（出血・穿孔・狭窄）、その他  
（ ）で予約診察・緊急診察が必要と  
思われます。

よろしく申し上げます。

連携医療機関（かかりつけ医）

\_\_\_\_\_

Tel:

Fax: