Kochi
Health
Sciences
Center

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
〒781-8555　高知県高知市池2125番地1
TEL：088（837）3000（代）

Kochi
Health
Sciences
Center

診療連携手帳パス

前立腺

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

高知医療センターの基本理念

「医療の主人公は患者さん」

（平成 20 年 4 月 1 日改訂）

1. 患者さんが主人公の病院にします

お一人おひとりの人間性を尊重させていただくようにつとめます
十分な説明で納得していただき、診療には患者さんにも参加していただくようにします
患者さんを「待たせない」、物を「持たせない」、「わかりやすい」病院にします

2. 高度な医療を普段着感覚で提供します

高度な医療機器を備えて高度医学を提供します
いつでも、どなたでも、どのようなことでも、気易く診療させていただくようにします
高度な救命救急センター機能を備え、24 時間 365 日受け入れられる体制とします
一日も早い日常生活への復帰に協力します
日帰り手術・日帰り検査などを積極的に行います
緩和ケアを基本とし、すべての患者さんの心と体の痛みを和らげることにつとめます

3. 自治体病院としての使命を果たします

高知県立中央病院と高知市立市民病院の使命を引き継ぎます
モラルと向上心を持った模範となる病院になるようにつとめます
医療や保健・福祉の向上のため、県下の病院や診療所、関係機関と連携します
大地震などの災害時にも、医療機能が発揮できる病院にします
医療職員、学生などの教育・研修・研究に力をいれ、今後の医療・保健・福祉の人材を育てます

連携手帳（パス）とは

この手帳は、高知医療センターとかかりつけ医療機関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。

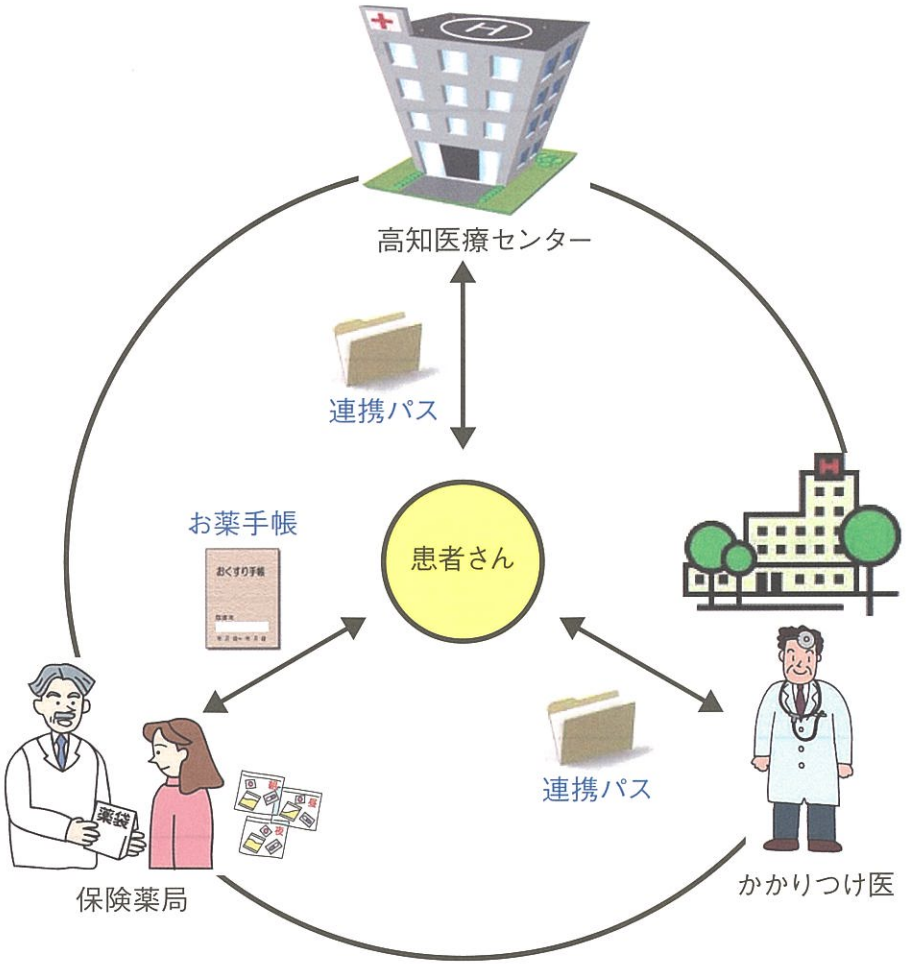
手帳によって、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、連携手帳をお持ち頂ければ、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。（右図参照）

日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療を行った専門病院へは節目に受診して頂きます。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。
また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、高知医療センターまでご連絡ください。

なお、前立腺がん以外のがん（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、肝がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に診ていただくか地域の健康診断などをお受け下さい。

この連携手帳の予定表は、診察・検査を行う時期の目安です。病状に応じて診察・検査の時期を変更することもありますが、その場合は主治医の判断に従うようにしてください。

連携手帳（パス）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	明・大 昭・平	年	月	日
身長	cm	体重	術前	kg
			退院時	kg

手術病院	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
TEL	088-837-3000（代表）
ID番号	
担当医	

かかりつけ医療機関	
医師名	
TEL	
ID番号	
連携開始日	

既往歴

なし　・　あり

アレルギー

現在治療中の病気及び内服薬

生検所見

癌陽性コア数　：（　/　）

グリソンスコア：　＿＋＿　＝＿

治療前 PSA 値　：＿＿＿ ng/ml（　　年　　月　　日）

手術記録

治療前病期	T＿N＿M＿　（転移部位　　）Stage ＿＿
手術日	年　　月　　日
術　式	：根治的前立腺全摘除術 開腹手術（恥骨後式・経会陰式手術） 腹腔鏡下手術 腹腔鏡下小切開手術 ロボット補助下腹腔鏡下手術 海綿体神経温存：無・片側・両側
補助療法	有（　術前　・　術後　）・　無
内分泌療法	（右項参照）

摘出標本病理所見

組織型：グリソンスコア　＿＋＿　＝＿

pT ＿＿ p N ＿＿ p M ＿＿

cap（＋、－）　ew（＋、－）　ly（＋、－）

v　（＋、－）　pn（＋、－）　sv（＋、－）

ur（＋、－）　b（＋、－）　r（＋、－）

リンパ節転移　無　・　不明

有（　/　　部位　　）

内分泌療法

病期：T＿N＿M＿（転移部位　　）Stage ＿＿

精巣摘除術：有（　　年　　月　　日）・　無

LH-RH 製剤（　　）

年　　月　　日より開始

抗アンドロゲン薬

（　　）　年　月　日～　　年　月　日

（　　）　年　月　日～　　年　月　日

（　　）　年　月　日～　　年　月　日

エストロゲン製剤

（　　）　年　月　日～　　年　月　日

ステロイド

（　　）　年　月　日～　　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

あなたの治療内容

全摘除術	内分泌療法
□ 開腹摘除術	□ 去勢術 （　　年　　月　　日）
□ 腹腔鏡下手術	□ LH-RH アゴニスト （　　）
□ 小切開手術	□ 抗アンドロゲン薬 （　　）
□ ロボット手術	□ 黄体ホルモン （　　）

1年目		許容範囲	医療センター 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
目　標		◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない				
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0			
		AST	正常上限の 3 倍			
		ALT				
		ALP	正常上限の 2.5 倍			
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度			
		尿もれ				
		排尿困難				
		体重	前回より ± 1kg 以内			
かかりつけ医・医療センターの実施欄	検査	採血				
	治療	注射				
		処方				
	指導など	体重測定				
		運動指導				
		残薬確認				

専門施設への再受診の基準	かかりつけ医の方へ
全摘除術後　：　PSA ≧ 0.2 または　強い副作用	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です
内分泌療法中　：　PSA ≧ 2.0 または　強い副作用	3 ヶ月毎の水色欄は必須です

4ヶ月 年 月 日	5ヶ月 年 月 日	6ヶ月 年 月 日	7ヶ月 年 月 日	8ヶ月 年 月 日	9ヶ月 年 月 日	10ヶ月 年 月 日	11ヶ月 年 月 日
◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い							

あなたの治療内容

全摘除術	内分泌療法
□ 開腹摘除術	□ 去勢術 （　　年　　月　　日）
□ 腹腔鏡下手術	□ LH-RH アゴニスト （　　）
□ 小切開手術	□ 抗アンドロゲン薬 （　　）
□ ロボット手術	□ 黄体ホルモン （　　）

2年目		許容範囲	医療センター 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
目　標		◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない				
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0			
		AST	正常上限の3倍			
		ALT				
		ALP	正常上限の2.5倍			
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度			
		尿もれ				
		排尿困難				
		体重	前回より±1kg 以内			
かかりつけ医・医療センターの実施欄		検査	採血			
		治療	注射			
			処方			
		指導など	体重測定			
			運動指導			
			残薬確認			

専門施設への再受診の基準	かかりつけ医の方へ
全摘除術後　：　PSA ≧ 0.2 または　強い副作用	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です
内分泌療法中　：　PSA ≧ 2.0 または　強い副作用	3ヶ月毎の水色欄は必須です

4ヶ月 年 月 日	5ヶ月 年 月 日	6ヶ月 年 月 日	7ヶ月 年 月 日	8ヶ月 年 月 日	9ヶ月 年 月 日	10ヶ月 年 月 日	11ヶ月 年 月 日
◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い							

あなたの治療内容

全摘除術	内分泌療法
□ 開腹摘除術	□ 去勢術 （　　年　　月　　日）
□ 腹腔鏡下手術	□ LH-RH アゴニスト （　　）
□ 小切開手術	□ 抗アンドロゲン薬 （　　）
□ ロボット手術	□ 黄体ホルモン （　　）

3 年目		許容範囲	医療センター 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
目　標		◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない				
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0			
		AST	正常上限の 3 倍			
		ALT				
		ALP	正常上限の 2.5 倍			
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度			
		尿もれ				
		排尿困難				
		体重	前回より ± 1kg 以内			
かかりつけ医・医療センターの実施欄	検査	採血				
	治療	注射				
		処方				
	指導など	体重測定				
		運動指導				
		残薬確認				

専門施設への再受診の基準	かかりつけ医の方へ
全摘除術後　：　PSA ≧ 0.2 または　強い副作用	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です
内分泌療法中　：　PSA ≧ 2.0 または　強い副作用	3 ヶ月毎の水色欄は必須です

4ヶ月 年 月 日	5ヶ月 年 月 日	6ヶ月 年 月 日	7ヶ月 年 月 日	8 ヶ月 年 月 日	9 ヶ月 年 月 日	10 ヶ月 年 月 日	11 ヶ月 年 月 日
◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い							

あなたの治療内容

全摘除術	内分泌療法
□ 開腹摘除術	□ 去勢術 （　　年　　月　　日）
□ 腹腔鏡下手術	□ LH-RH アゴニスト （　　）
□ 小切開手術	□ 抗アンドロゲン薬 （　　）
□ ロボット手術	□ 黄体ホルモン （　　）

4年目		許容範囲	医療センター　年 月 日	1ヶ月　年 月 日	2ヶ月　年 月 日	3ヶ月　年 月 日
目　標		◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない				
あなたの状態 医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0				
	AST	正常上限の3倍				
	ALT					
	ALP	正常上限の2.5倍				
ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度				
	尿もれ					
	排尿困難					
	体重	前回より±1kg 以内				
かかりつけ医・医療センターの実施欄	検査	採血				
	治療	注射				
		処方				
	指導など	体重測定				
		運動指導				
		残薬確認				

専門施設への再受診の基準	かかりつけ医の方へ
全摘除術後　：　PSA ≧ 0.2 または　強い副作用	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です
内分泌療法中　：　PSA ≧ 2.0 または　強い副作用	3ヶ月毎の水色欄は必須です

4ヶ月　年 月 日	5ヶ月　年 月 日	6ヶ月　年 月 日	7ヶ月　年 月 日	8ヶ月　年 月 日	9ヶ月　年 月 日	10ヶ月　年 月 日	11ヶ月　年 月 日
◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い							

あなたの治療内容

全摘除術	内分泌療法
□ 開腹摘除術	□ 去勢術 （　　年　　月　　日）
□ 腹腔鏡下手術	□ LH-RH アゴニスト （　　）
□ 小切開手術	□ 抗アンドロゲン薬 （　　）
□ ロボット手術	□ 黄体ホルモン （　　）

専門施設への再受診の基準	かかりつけ医の方へ
全摘除術後　：　PSA ≧ 0.2 または　強い副作用	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です
内分泌療法中　：　PSA ≧ 2.0 または　強い副作用	3 ヶ月毎の水色欄は必須です

5 年目		許容範囲	医療センター 年 月　日	1ヶ月 年 月　日	2ヶ月 年 月　日	3ヶ月 年 月　日	4ヶ月 年 月　日	5ヶ月 年 月　日	6ヶ月 年 月　日	7ヶ月 年 月　日	8ヶ月 年 月　日	9ヶ月 年 月　日	10ヶ月 年 月　日	11ヶ月 年 月　日
目　標		◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない					◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い							
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0											
		AST	正常上限の 3 倍											
		ALT												
		ALP	正常上限の 2.5 倍											
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度											
		尿もれ												
		排尿困難												
		体重	前回より ± 1kg 以内											
かかりつけ医・医療センターの実施欄	検査	採血												
	治療	注射												
		処方												
	指導など	体重測定												
		運動指導												
		残薬確認												

あなたの治療内容

前立腺全摘除術後の記入例

全摘除術	内分泌療法
☑ 開腹摘除術	☐ 去勢術（　　年　　月　　日）
☐ 腹腔鏡下手術	☐ LH-RH アゴニスト（　　）
☐ 小切開手術	☐ 抗アンドロゲン薬（　　）
☐ ロボット手術	☐ 黄体ホルモン（　　）

1年目			許容範囲	医療センター 24年 7月 3日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 24年 10月1日
目　標			◇全摘除術後：PSA が 0.2 以上に上昇せず経過する ：強い排尿障害がない				
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0	0.009			0.010
		AST	正常上限の3倍				
		ALT					
		ALP	正常上限の2.5倍				
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度				
		尿もれ		±			
		排尿困難		−			−
		体重	前回より±1kg 以内				−
かかりつけ医・医療センターの実施欄		検査	採血	✓			✓
		治療	注射				
			処方				
		指導など	体重測定				
			運動指導	✓			✓
			残薬確認				

医療センターで記入します。

あなたの治療内容

内分泌療法の記入例

全摘除術	内分泌療法
☐ 開腹摘除術	☐ 去勢術（　　年　　月　　日）
☐ 腹腔鏡下手術	☑ LH-RH アゴニスト（リュープリン）
☐ 小切開手術	☑ 抗アンドロゲン薬（ビカルタミド）
☐ ロボット手術	☐ 黄体ホルモン（　　）

1年目			許容範囲	医療センター 24年 7月 3日	1ヶ月 24年 8月9日	2ヶ月 24年 9月11日	3ヶ月 24年 10月2日
目　標			◇内分泌療法：PSA が 2.0 以上に上昇せず経過する ：継続困難な副作用が無い				
あなたの状態	医療機関で記入	PSA	＜0.2＜2.0	0.140			0.150
		AST	正常上限の3倍	35			45
		ALT		38			49
		ALP	正常上限の2.5倍	176			216
	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度	±			±
		尿もれ		−			−
		排尿困難					
		体重	前回より±1kg 以内	59kg			60kg
かかりつけ医・医療センターの実施欄		検査	採血	✓			✓
		治療	注射	7/10	8/9	9/11	10/12
			処方	✓	✓	✓	✓
		指導など	体重測定	✓			✓
			運動指導	✓			✓
			残薬確認	✓			✓

医療センターで記入します。

通信欄

年.月	コメント	サイン

通信欄

年.月	コメント	サイン

通信欄

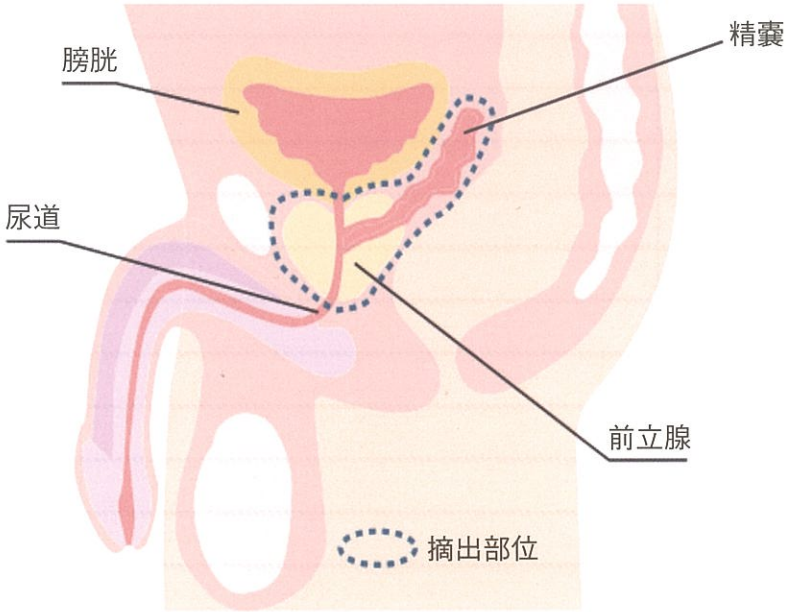
年.月	コメント	サイン

通信欄

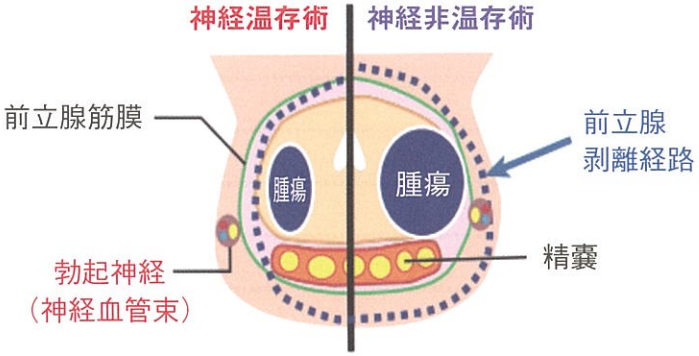
年.月	コメント	サイン

手術（前立腺摘除術）の説明

前立腺と精嚢を摘出し、尿道を膀胱と縫合する手術です。同時に、周辺のリンパ節を摘出することもあります。



勃起神経を温存する手術としない手術があります。



手術後の主な合併症

● **勃起不全**

ー 神経温存を行わなかった場合は必発です。
ー 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**

ー 多くは数ヶ月で改善します。

● **その他、術後に起こる副作用**

ー 吻合部狭窄　尿の出が悪くなることがあります。
ー 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担当の先生に伝えてください。

外来での注意点

● 手術をしても残念ながら再発する場合があります。担当の泌尿器科の先生、ならびにかかりつけの先生の指示に従って 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が、5 年以降に再発することもあります。5 年経過したら、担当医からその後の経過観察の方法について説明をうけ、相談してください。

● 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/maximum androgen blockade（CAB または MAB）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（グリソンスコアが低い）がんではホルモン療法がよく奏功し、逆に、分化度が低い（グリソンスコアが高い）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。

● 去勢術

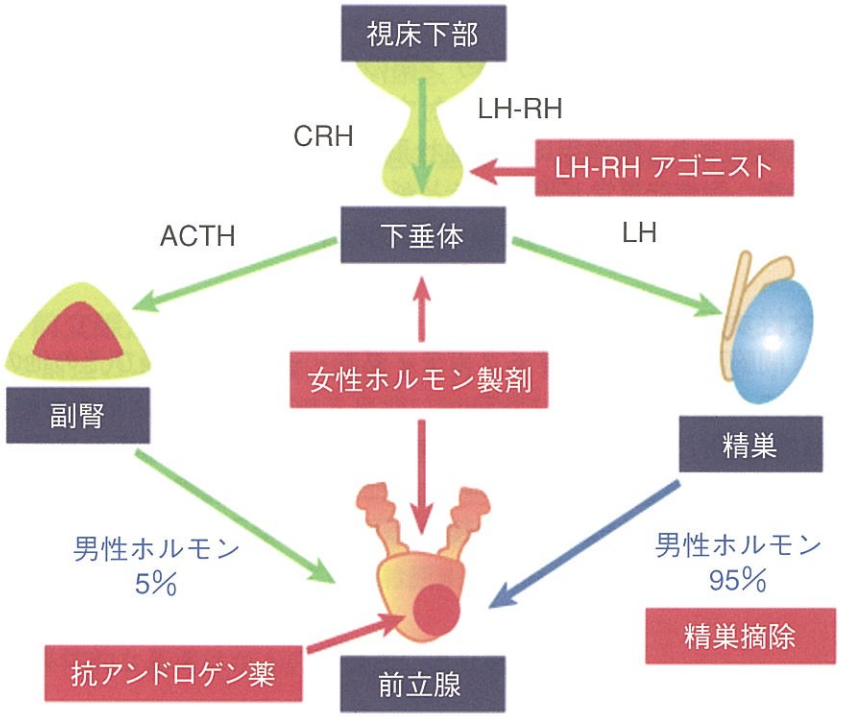
精巣由来の男性ホルモンを除去する方法です。両側精巣を手術によって摘除する「外科的去勢術」と、LH-RH アゴニスト（★）という薬を使って精巣の男性ホルモン産生を抑制する「内科的去勢術」があります。LH-RH アゴニストには 1 ヶ月ごとの皮下注射が必要なものと、3 ヶ月ごとの皮下注射で済むものがあります。

● 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、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。

★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 アゴニストは、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。



ホルモン療法の説明

● 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が、LH-RH アゴニストと併用して使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、オダインで注意が必要）、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 の説明

Q1：PSA とは何ですか？

A1： PSA は Prostate Specific Antigen の略で日本語では前立腺特異抗原と言い、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、受精を助ける役目をもつものですが、血液中の PSA を測定すると前立腺 の腫瘍マーカー（後述）として用いることができます。

Q2：腫瘍マーカーとは何ですか？

A2： 腫瘍マーカーはがん細胞の出現、その後の増加や減少を把握する目安となり得る物質のことです。よって、これを測定することで、がんの有無の診断、がんの経過の追跡、がん治療後の再発の有無の判定に役にたちます。前立腺がんでは血液中の PSA 値が腫瘍マーカーとなります。

Q3：前立腺治療後の PSA でどのようなことがわかるのですか？

A3： 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・再燃を早期に診断することができます。この早期とは、他のどの診断法よりも早い時期です。よって、基幹病院の専門医も経過観察には先ず PSA を測定し、この値から再発・再燃を疑います。これは、地域のかかりつけ医でも基幹病院の専門医でも同じ基準で判断しますから診断精度は同じです。

＊具体的な基準はがんの治療法により異なります。

MEMO

MEMO

この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切に取り扱って下さい。
手帳の記入は、患者さんと医療者が共同して行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、3，4ページのお名前・アレルギー・既往歴などを記入して下さい。7ページ以降の診療結果（採血データなど）についてはご覧いただき、ご自分の病状把握に努めてください。

高知医療センターの先生は、5，6ページの記載をお願いします。また、7-16ページの診療検査予定表は、17，18ページの記入例に従って、専門施設・かかりつけ医・患者さん自身がそれぞれの場所を記入して下さい。
検査予定表に入らない情報は19－22ページの通信欄にご記入ください。通信欄に書き切れない場合は、診療情報提供書をご利用下さい。

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
がんセンター　がん地域連携パス運用委員会