

# 肝がん連携パス



大阪市立総合医療センター



大阪府がん診療連携協議会



「連携パス」とは地域のかかりつけ医と大阪市立総合医療センターの医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と総合医療センターの医師が協力してあなたの治療を行います。

肝がんの患者さんの約9割が、C型肝炎やB型肝炎というウイルス感染を合併しています。そのため、慢性肝炎や肝硬変といった病気を合併しています。この治療には平素から、注射や投薬が必要となりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行ってください。

CTやエコーといった肝がんの専門的な定期検査は総合医療センターで受けていただきます。肝がんは高率に再発する病気ですが、CTなどで再発が見つかった場合は総合医療センターに入院して治療を受けていただきます。





この「連携パス」を活用することで、総合医療センターと地域のかかりつけ医が協力して、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。このことは、長い待ち時間の解消や通院時間の短縮などの患者さんの負担の軽減にもなります。さらに、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消などにも貢献します。



大阪市立総合医療センター  
肝臓内科・肝胆膵外科

電話 06-6929-1221(代表)



## 【もくじ】

- 🍃 あなたの主治医の役割 : p.4~ p.5
- 🍃 退院後の日常生活について :  
p.6 ~ p.7
- 🍃 肝がん連携パス : p.9~ p.20
- 🍃 総合医療センターの各部署・担当等のご案内 : p.21~ p.22
- 🍃 メモ : p.23 ~ p.26





# 【あなたの主治医の役割】

## 1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し、総合医療センターを退院された後は、地域のかかりつけ医の先生に平素は診療していただきます。

おもに、

- 1) 1ヶ月毎の肝炎の血液検査
- 2) 肝炎治療薬を含めたお薬の処方
- 3) 肝炎治療の注射が必要な方は、その注射を
- 4) 腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
- 5) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療などを行っていただきます。

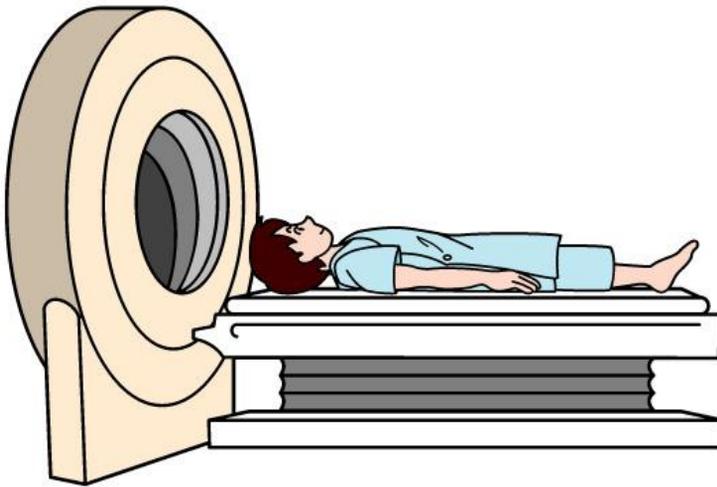




## 2. 総合医療センターでは

**原則として3ヶ月毎**に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査(または腹部CT検査、腹部MRI検査)を3ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医に報告致します。肝がんの再発が疑われた場合は、入院していただきます。また、肝性脳症(意識がおかしくなる)や難治性の腹水が出現した時も入院してきます。





# 【退院後の日常生活について】

## 1. 安静と運動

過去には安静が強調されてきましたが、適度な運動が必要です。

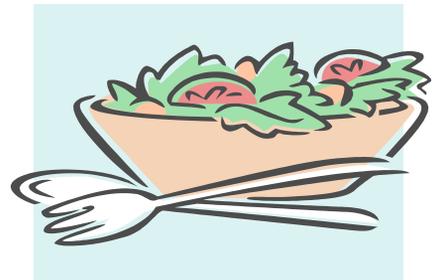
適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症(意識がおかしくなる)があるときや、AST(GOT)、ALT(GPT)が高い時(200以上)は安静が必要です。



## 2. 食事

穀類を中心に野菜を多くとって下さい。脂肪はとりすぎないようにして下さい。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆・豆腐など)のものを多くとって下さい。食後1時間は安静にして下さい。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質(特に肉類)のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は塩分を控えて下さい。





### 3. アルコール

基本的に肝臓が悪い人は飲酒できません。



### 4. 風呂

熱い風呂・長風呂は避けて下さい。食後1時間は入浴をさけて下さい。



### 5. 旅行

腹水・黄疸・肝性脳症がなければ、可能です。ただし、無理のないスケジュールで。

### 6. 肝炎ウイルス感染予防

出血時の血液付着物の処理は自分でして下さい。かみそり・歯ブラシなどは共用しないようにして下さい。乳幼児との接触は特に問題はありませんが、食べ物の口移しはしないようにして下さい。



メモ



# 肝がん連携パス（1～6ヶ月）

診療場所	医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH <sub>3</sub>				
AFP				
PIVKA-Ⅱ				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg	kg
メモ				

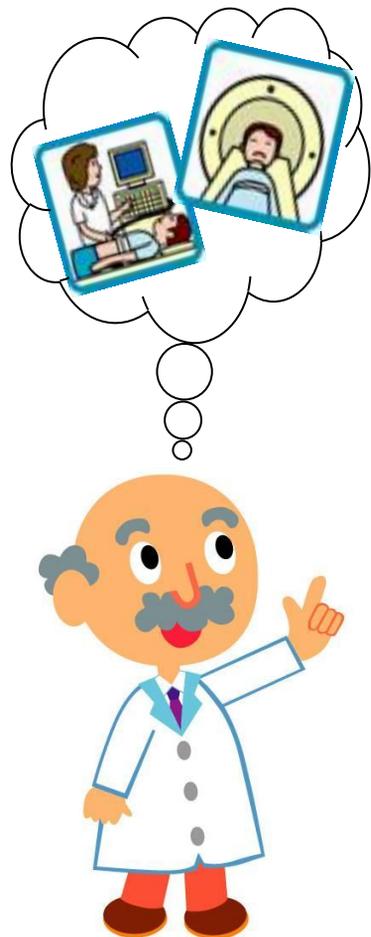


かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 肝がん連携パス（7ヶ月～1年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH <sub>3</sub>			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			



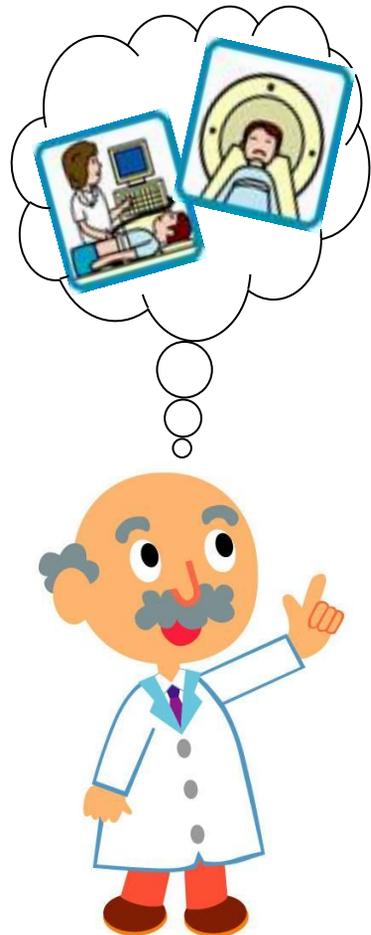


かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 肝がん連携パス（1年1～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH <sub>3</sub>			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			



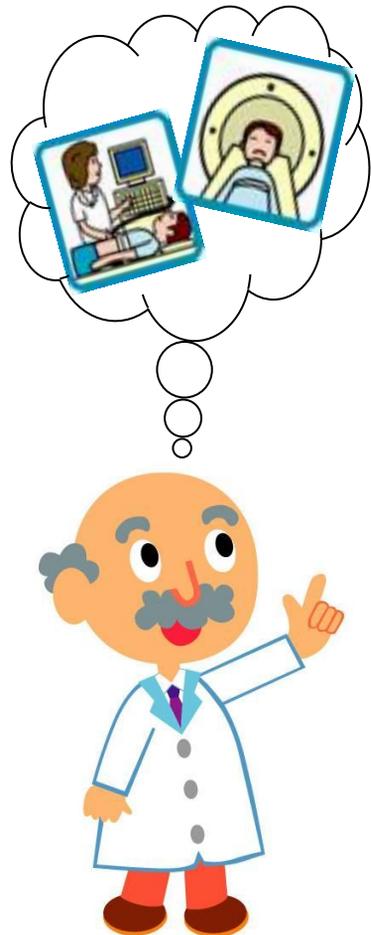


かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 肝がん連携パス（1年7ヶ月～2年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH <sub>3</sub>			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			



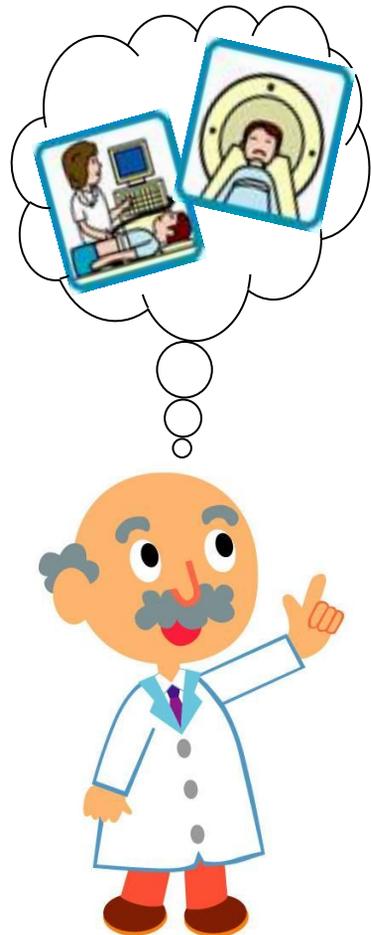


かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 肝がん連携パス（2年1～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH <sub>3</sub>			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			



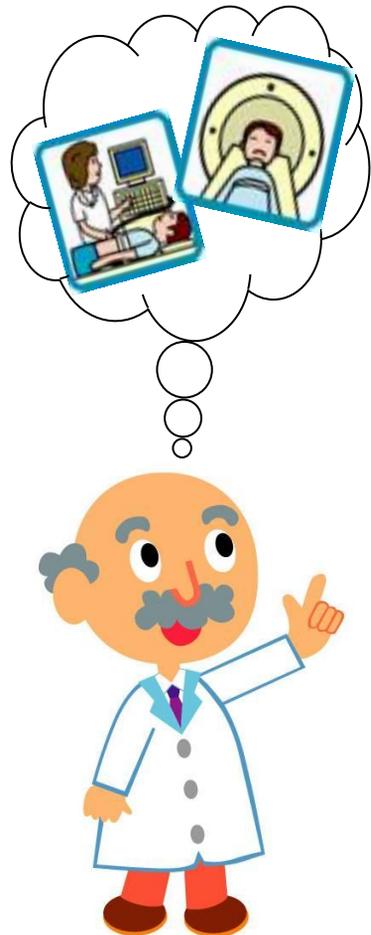


かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 肝がん連携パス（2年7ヶ月～3年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH <sub>3</sub>			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			





かかりつけ医	かかりつけ医	医療センター
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

# 総合医療センターの各部署・担当のご案内

## 【がん相談支援センター】

当センターでは、総合医療相談窓口に「がん相談支援センター」を併設し、看護師及びソーシャルワーカーにより、患者さんやご家族あるいは地域の方々からのがんに関する相談や心理相談、がん診療に関わる医療情報や医療機関に関する情報の収集・提供等を行っております。

窓口開設時間：月曜日～金曜日の午前9時～午後5時  
(休日と年末年始を除く)

電話番号：06-6929-1221 (代表)

## 【患者支援担当】

患者支援担当は当センターに入院・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センター内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度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行っています。

## 【地域医療連絡室】

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センター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】

がんの治療中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医療相談窓口へお申し出ください。

## 【予約センター】

予約センターでは、診療予約の変更を承ります。なお、検査予約の変更は予約センターでは受付できませんので、直接来院のうえ、主治医にお申し出ください。

電話番号：06-6929-3634

(予約センター直通)

## 【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、診療受付①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、総合医療センターまでご連絡ください。

電話番号：06-6929-1221 (代表)



メモ





メモ





お名前

\_\_\_\_\_ さん

かかりつけ医

\_\_\_\_\_ )  
(電話 — — )

大阪市立総合医療センター

肝臓内科・肝胆膵外科

電話 06-6929-1221 (代表)

平成25年11月 (第2版)