

# 連携ノート



名前

---

がん診療連携拠点病院  
〇〇〇〇病院

# 大腸がん術後地域連携パス もくじ

地域連携パスとは

私の診療情報

決定した連携機関の一覧

手術について

術後治療について

大腸がんの進行度

術後治療・検査の要約

大腸がん治療に関する連携計画書

チェックシート

血液検査の説明

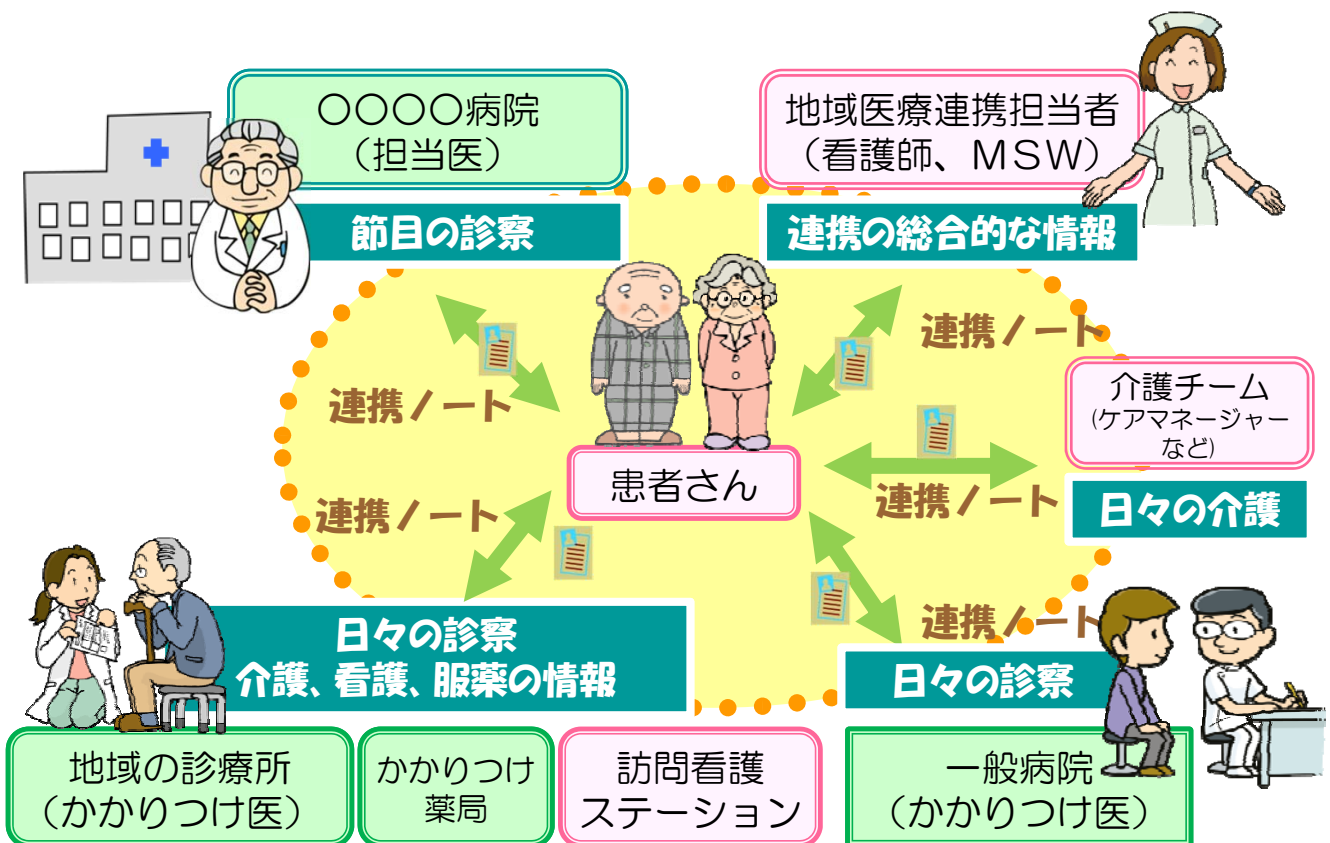
後遺症、合併症の説明

患者さん用メモ

連携ノートの使い方

# 地域連携パスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と〇〇〇〇病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことで、「連携パス」を活用して、かかりつけ医と〇〇〇〇病院の医師が協力してあなたの治療を行います。



この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と〇〇〇〇病院が協力し、患者さんの視点に立って安心して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。

# 私の診療情報

記載日 年 月 日

お名前

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所

電話

緊急連絡先電話番号

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー・今までにかかった病気

- アレルギー性疾患 ( )
- 心臓の病気 ( )
- 腎臓の病気 ( )
- 肝臓の病気 ( )
- 消化器の病気 ( )
- その他 ( )

介護情報について

## 決定した連携医療機関の一覧

かかりつけ医

(電話 ー ー )

調剤薬局

(電話 ー ー )

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等

(電話 ー ー )

連携病院

(電話 ー ー )

〇〇〇〇病院

担当医 ( )

(電話： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

担当医療機関

手術：〇〇〇〇病院

抗がん剤：

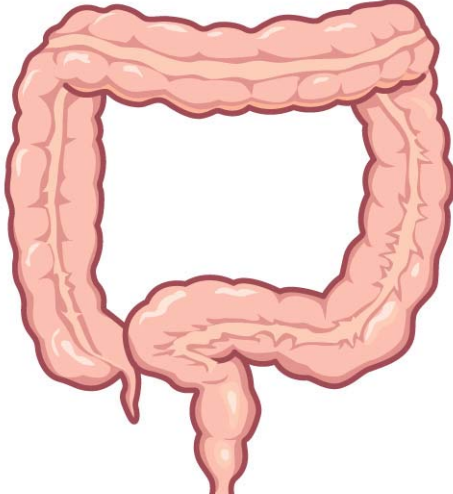
C T：

大腸内視鏡：

採血：

投薬：

# 手術について

手術の日	年 月 日
アプローチ	<input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡
術式	<input type="checkbox"/> 回盲部切除 <input type="checkbox"/> 右半結腸切除 <input type="checkbox"/> 横行結腸切除 <input type="checkbox"/> 左半結腸切除 <input type="checkbox"/> S状結腸切除 <input type="checkbox"/> 高位前方切除 <input type="checkbox"/> 低位前方切除 <input type="checkbox"/> 腹会陰式直腸切断 <input type="checkbox"/> その他（ ）
合併切除	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	

## 術後治療について

- 手術で病変部は全て切除されています。
- しかし、術後経過中に再発をきたすことがあります。再発は進行度（ステージ）が高いほど頻度が高くなりますのでステージによって、術後の検査の間隔や治療法が変わってきます。
- この冊子（地域連携パス）には、進行度に応じた術後検査や治療が要約して記載されています。
- パスとは連携を円滑に運用するための道具です。術後の患者さんは当院と連携病院・診療所と連携して治療を行います。このパスによって患者さんを中心に複数の医療機関によるチーム医療が実現でき、医療の向上が図られます。
- 術後に抗がん剤・CT・大腸内視鏡・採血・投薬の5項目を記載されたスケジュールにそって当院と連携病院・診療所で診察・検査していきます。
- 連携は地域連携室を中心に行われます。連携先は基本的には紹介していただいた病院・診療所になりますが、他を希望される方や紹介先がない方は地域連携室を通じて相談させていただきます。また病状に変化がみられた場合は、連携先の先生を通じて地域連携室にご連絡下さい。連携先から当院への円滑な受診が可能になっております。
- また連携先では大腸がん術後のことのみならず他の疾患などの相談をしていただくことも可能です。お気軽に相談してみてください。

## 大腸がんの進行度

病期の進行度は手術所見と切除された大腸とリンパ節の病理結果から決定されます。

あなたの結果は

- 組織型（分化・未分化）型
- 深達度（Tis, T1a, T1b, T2, T3, T4a, T4b）
- リンパ節転移（N0・N1・N2・N3）
- ステージ（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲa・Ⅲb）

治療法は以下のようになります。

ガイドラインで推奨される治療法

ステージⅠ・Ⅱ

手術のみ

ステージⅢa・Ⅲb

手術と抗がん剤



## 術後治療・検査の要約

### ステージⅠ

まず再発することではなく抗がん剤の必要はありません。  
3か月ごとの腫瘍マーカー検査、6か月に一度のCT等の検査が推奨されます。

### ステージⅡ

再発率は13.3%で、3か月ごとの腫瘍マーカー検査、6か月に一度のCT等の検査が推奨されます。

### ステージⅢ

再発率は30.8%で、6か月間の抗がん剤治療が推奨されています。

3か月ごとの腫瘍マーカー検査、6か月に一度のCT等の検査が推奨されます。

### <注意>

- 術後の検査は大腸がんの再発をできるだけ早く発見するための検査です。主には肺転移、肝転移、リンパ節転移、局所再発の有無をチェックします。ただし検査では再発診断が困難な場合もあります。
- 大腸内視鏡は吻合部の再発チェックのために必要です。
- 5年を超えての再発は全症例の1%以下でした。
- 他の部位のがんなどを全て検査するものではありませんので、通常健康診断やがん検診も必ず受けてください。

# 大腸がん治療に関する連携計画書(1～9ヶ月)

			かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医	
			(術後)	1～2ヶ月	3ヶ月	4～5ヶ月	6ヶ月	7～8ヶ月	9ヶ月
			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	
		腹部症状							
		排便							
	体重								
	視触診	腹部理学所見							
		一般的内科的診察							
直腸指診(直腸がん)		●							
採血	血算・生化学		□	●	□	●	□	●	
	CEA・CA19-9			●		●		●	
検査	胸部レントゲン あるいはCT					● (CTが望ましい)			
	腹部超音波 あるいはCT					● (CTが望ましい)			
	大腸内視鏡					◆			
投薬	一般薬		□	□	□	□	□	□	
	補助化学療法薬		▲	▲	▲	▲	▲		

- 必ず実施します    □ 必要に応じて実施します    ◆ 術前検査不十分の場合に実施します  
 ■ StageⅢ大腸がんの場合に実施します    ▲ 補助化学療法施行時に実施します

# 大腸がん治療に関する連携計画書(10ヶ月～1年6ヶ月)

			かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	
			(術後)	10～11ヶ月	1年	1年1～2ヵ月	1年3ヶ月	1年4～5ヶ月	1年6ヶ月
			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	
		腹部症状							
		排便							
	体重								
	視触診	腹部理学所見							
一般的内科的診察									
直腸指診 (直腸がん)		●	●						
採血	血算・生化学		□	●	□	●	□	●	
	CEA・CA19-9			●		●		●	
検査	胸部レントゲン あるいはCT			● (CTが望ましい)				● (CTが望ましい)	
	腹部超音波 あるいはCT			● (CTが望ましい)				● (CTが望ましい)	
	大腸内視鏡			●					
投薬	一般薬		□	□	□	□	□	□	
	補助化学療法薬								

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。

また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

# 大腸がん治療に関する連携計画書(1年7ヶ月～2年3ヶ月)

		(術後)	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医
			1年7～8ヶ月	1年9ヶ月	1年10～11ヶ月	2年	2年1～2ヶ月	2年3ヶ月
			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●
		腹部症状						
		排便						
	体重							
	視触診	腹部理学所見						
		一般的内科的診察						
直腸指診 (直腸がん)		●						
採血	血算・生化学	□	●	□	●	□	●	
	CEA・CA19-9		●		●		●	
検査	胸部レントゲン あるいはCT				● (CTが望ましい)			
	腹部超音波 あるいはCT				● (CTが望ましい)			
	大腸内視鏡				□			
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	
	補助化学療法薬							

- 必ず実施します    □ 必要に応じて実施します    ◆ 術前検査不十分の場合に実施します  
 ■ StageⅢ大腸がんの場合に実施します    ▲ 補助化学療法施行時に実施します

# 大腸がん治療に関する連携計画書(2年4ヶ月～3年)

		かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		(術後) 2年4～5ヶ月	2年6ヶ月	2年7～8ヶ月	2年9ヶ月	2年10～11ヶ月	3年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	食欲					
		腹部症状					
		排便					
	体重		●	●	●	●	●
	視触診	腹部理学所見					
		一般的内科的診察					
直腸指診 (直腸がん)			●			●	
採血	血算・生化学	□	●	□	●	□	●
	CEA・CA19-9		●		●		●
検査	胸部レントゲン あるいはCT		● (CTが望ましい)				● (CTが望ましい)
	腹部超音波 あるいはCT		● (CTが望ましい)				● (CTが望ましい)
	大腸内視鏡						●
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□
	補助化学療法薬						

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。

また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

# 大腸がん治療に関する連携計画書(3年1ヶ月～3年9ヶ月)

			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医
			3年1～2ヶ月	3年3ヶ月	3年4～5ヶ月	3年6ヶ月	3年7～8ヶ月	3年9ヶ月
			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	食欲						
		腹部症状						
		排便						
	体重		●	●	●	●	●	●
	視触診	腹部理学所見						
		一般的内科的診察						
直腸指診 (直腸がん)					●			
採血	血算・生化学	□	□	□	●	□	□	
	CEA・CA19-9		□		●		□	
検査	胸部レントゲン あるいはCT				■ (CTが望ましい)			
	腹部超音波 あるいはCT				■ (CTが望ましい)			
	大腸内視鏡							
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	
	補助化学療法薬							

- 必ず実施します    □ 必要に応じて実施します    ◆ 術前検査不十分の場合に実施します  
 ■ StageⅢ大腸がんの場合に実施します    ▲ 補助化学療法施行時に実施します

# 大腸がん治療に関する連携計画書(3年10ヶ月～5年)

		かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		(術後)3年10～11ヶ月	4年	4年1～5ヶ月	4年6ヶ月	4年7～11ヶ月	5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	食欲					
		腹部症状					
		排便					
	体重	●	●	●	●	●	●
	視触診	腹部理学所見					
		一般的内科的診察					
直腸指診(直腸がん)			□		□		□
採血	血算・生化学	□	●	□	●	□	●
	CEA・CA19-9		●		●		●
検査	胸部レントゲン あるいはCT		● (CTが望ましい)		■ (CTが望ましい)		● (CTが望ましい)
	腹部超音波 あるいはCT		● (CTが望ましい)		■ (CTが望ましい)		● (CTが望ましい)
	大腸内視鏡						□
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□
	補助化学療法薬						

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。

また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

## チェックシート(1ヶ月～1年)

項目	術後	1～2ヶ月	3ヶ月	4～5ヶ月	6ヶ月	7～8ヶ月	9ヶ月	10～11ヶ月	1年
受診予定日									
チェック リスト	大腸内視鏡								
	直腸がん 指診								
	採血								
	CT								
体重	kg								
食事量(1)	割								
便通(2)	記号								
便の回数	一日に								
採血 データ	Hb								
	Alb								
	T-chol								
腫瘍 マーカー	CEA								
	CA19-9								
症状など (3)	痛み								
	食欲不振								
	不眠								
	不安								
	気持ちの つらさ								
その他									

(1) 食事は術前に対する比率で。

(2) 便通は a 良好、b 便秘がち、c よく下痢、d 下痢便秘をくりかえす。で記載

(3) 症状などは 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載



## チェックシート(1年1ヶ月～2年)

項目	術後	1年 1～2ヶ月	1年 3ヶ月	1年 4～5ヶ月	1年 6ヶ月	1年 7～8ヶ月	1年 9ヶ月	1年 10～11ヶ月	2年
受診予定日									
チェック リスト	大腸内視鏡								
	直腸がん 指診								
	採血								
	CT								
体重	kg								
食事量(1)	割								
便通(2)	記号								
便の回数	一日に								
採血 データ	Hb								
	Alb								
	T-chol								
腫瘍 マーカー	CEA								
	CA19-9								
症状など (3)	痛み								
	食欲不振								
	不眠								
	不安								
	気持ちの つらさ								
その他									

(1) 食事は術前に対する比率で。

(2) 便通は a 良好、b 便秘がち、c よく下痢、d 下痢便秘をくりかえす。で記載

(3) 症状などは 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

## チェックシート(2年1ヶ月～3年)

項目	術後(月)	2年 1～2ヶ月	2年 3ヶ月	2年 4～5ヶ月	2年 6ヶ月	2年 7～8ヶ月	2年 9ヶ月	2年 10～11ヶ月	3年
受診予定日									
チェック リスト	大腸内視鏡								
	直腸がん 指診								
	採血								
	CT								
体重	kg								
食事量(1)	割								
便通(2)	記号								
便の回数	一日に								
採血 データ	Hb								
	Alb								
	T-chol								
腫瘍 マーカー	CEA								
	CA19-9								
症状など (3)	痛み								
	食欲不振								
	不眠								
	不安								
	気持ちの つらさ								
その他									

(1) 食事は術前に対する比率で。

(2) 便通は a 良好、b 便秘がち、c よく下痢、d 下痢便秘をくりかえす。で記載

(3) 症状などは 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

## チェックシート(3年1ヶ月～4年)

項目	術後(月)	3年 1～2ヶ月	3年 3ヶ月	3年 4～5ヶ月	3年 6ヶ月	3年 7～8ヶ月	3年 9ヶ月	3年 10～11ヶ月	4年
受診予定日									
チェック リスト	大腸内視鏡								
	直腸がん 指診								
	採血								
	CT								
体重	kg								
食事量(1)	割								
便通(2)	記号								
便の回数	一日に								
採血 データ	Hb								
	Alb								
	T-chol								
腫瘍 マーカー	CEA								
	CA19-9								
症状など (3)	痛み								
	食欲不振								
	不眠								
	不安								
	気持ちの つらさ								
その他									

(1) 食事は術前に対する比率で。

(2) 便通は a 良好、b 便秘がち、c よく下痢、d 下痢便秘をくりかえす。で記載

(3) 症状などは 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

## チェックシート(4年1ヶ月～5年)

項目	術後(月)	4年 1～5ヶ月	4年 6ヶ月	4年 7～11ヶ月	5年
受診予定日					
チェック リスト	大腸内視鏡				
	直腸がん 指診				
	採血				
	CT				
体重	kg				
食事量(1)	割				
便通(2)	記号				
便の回数	一日に				
採血 データ	Hb				
	Alb				
	T-chol				
腫瘍 マーカー	CEA				
	CA19-9				
症状など (3)	痛み				
	食欲不振				
	不眠				
	不安				
	気持ちの つらさ				
その他					

(1) 食事は術前に対する比率で。

(2) 便通は a 良好、b 便秘がち、c よく下痢、d 下痢便秘をくりかえす。で記載

(3) 症状などは 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

# 血液検査の説明

## 血液学検査WBC（白血球数）

身体の防御等に関係した血液中の細胞です。炎症性の病気などで増加し、抗癌剤で骨髄機能が障害されると低下します。

## Hb（ヘモグロビン）

酸素を運びます。貧血の診断に用います。

## Plat（血小板数）

出血を止める時に働きます。

## 生化学検査AST（GOT）

酵素の一種です。肝機能障害や心筋梗塞で上昇します。

## ALT（GPT）

酵素の一種です。肝機能障害などで上昇します。

## $\gamma$ -GTP

酵素の一種です。肝機能障害、胆道の障害、過度の飲酒などで上昇します。

## ALP

酵素の一種です。肝臓や胆道系の病変で上昇します。

## T-Bil（総ビリルビン）

黄疸の指標です。肝疾患、溶血性貧血などで上昇します。

## TP（総蛋白）

血清中の蛋白の総量です。肝臓病や栄養障害で低下します。

## Alb（アルブミン）

蛋白質の一種で、肝臓病や栄養障害で減少します。

## T-choI（脂質・代謝）

総コレステロール脂肪の一種。栄養障害では低下します。

## BUN（尿素窒素）、Cre（クレアチニン）

蛋白質の老廃物です。腎臓から尿中へ排出されるので腎臓機能の目安になります。

## CRP

人体中に炎症が起こると増加する蛋白です。

## 腫瘍マーカーCEA、CA19-9

再発すると上昇することがあり再発の目安になります。

## 後遺症、合併症の説明

大腸手術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。

### 排便異常

手術した部位により症状が異なりますが、「便秘」や、便が何回も出る「頻便」や「下痢」が起こることがあります。

特に、肛門近くの手術をされた方は、「頻便」となる傾向があり、1日に10回以上になることもあります。

また、2～3日おきに排便があるが、はじまると何回もトイレに行ってしまうことよくあります。

時間はかかりますが、徐々に排便回数は減ってきます。

「下痢」は、大腸での水分吸収の低下が原因です。水分を十分に補給することが必要ですが、1日に10回以上の下痢は、脱水になることがあり、早急に医師に相談してください。

「便秘」は、腸蠕動運動が低下していることが原因ですが、腸閉塞を引き起こす可能性があります。注意が必要です。水分を多くとり、運動に努めて下さい。

### 腹部膨満感

一回の食事量が多かったり、早く食べたりすると、消化・吸収が間に合わず、腹痛や、膨満感、吐き気などが起こることがあります。

毎食、ほぼ同程度の食事をゆっくり食べるようにしてください。食べ過ぎに注意が必要です。

## 後遺症、合併症の説明

### 腸閉塞

腹部の術後、腸と腹壁、腸どうしの癒着が起こります。癒着の部分を中心に腸が折れ曲がったり、ねじれたり、他の腸を圧迫したりして腸がつまった状態を腸閉塞（イレウス）と言います。

症状として、おなかの張り（膨満感）、腹痛、吐き気、嘔吐などが起こります。おならも便も全く出ないことが最初の兆候です。

症状が弱い場合は水分のみ摂取し、1・2食の絶食で改善することがあります。症状の強い場合、持続する場合は連携医療機関を受診して下さい。



## 患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師の コメント



## 連携ノートの使い方


- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携計画書（患者さん用連携パス）
  - ・ 5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
  - ・ 「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか、検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
  - ・ 患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。



\* 医療機関を受診される際には  
忘れずお持ちください



ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医）

TEL：

連携病院

TEL：

〇〇〇〇病院

TEL：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

平日（△:△△-△:△△）：地域医療連携室

平日時間外（△:△△-△:△△）及び土、日、祝祭日：日直/夜間当直