

連携ノート



名前

.....

がん診療連携拠点病院
○○○○病院

大腸がんESD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

ESD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

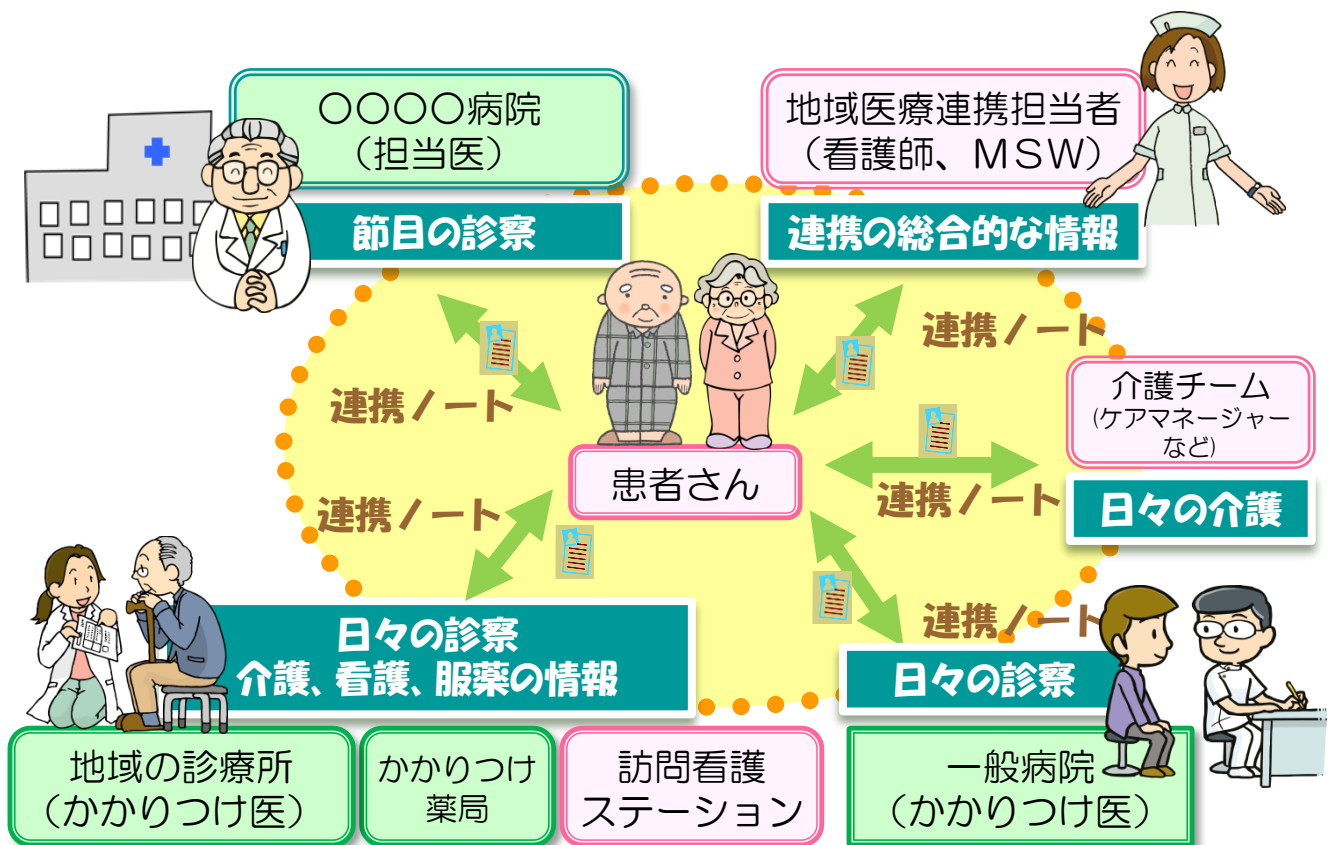
後遺症、合併症の説明

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」のことです。「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。

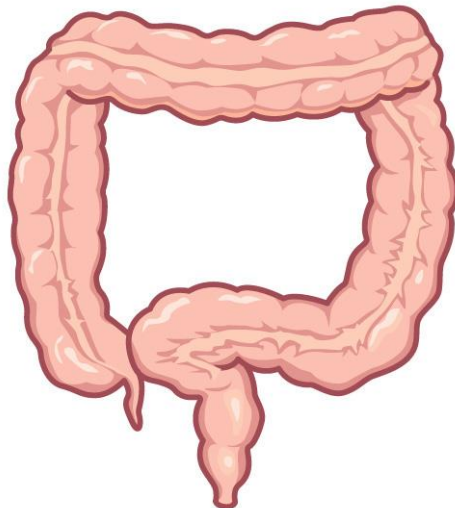
私の診療情報

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 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 心臓の病気 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 消化器の病気 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 介護情報について | | | | | |

ESDについて

| | | | |
|-------------|---|--|-------|
| E の 部 | S | D 日 | 年 月 日 |
| 部 | 位 | <input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 上行結腸 <input type="checkbox"/> 横行結腸 <input type="checkbox"/> 下行結腸 <input type="checkbox"/> S状結腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> その他 () | |



術後治療について

- ESD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（SM浸潤/脈管侵襲）が高いほど頻度が高くなりますので、術後の検査の間隔が変わってきます。
- 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。
- 術後に診察・採血・検査・投薬の4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ESD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脈管侵襲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）
- 脈管侵襲（ly0・ly1・v0・v1）
- 簇出（grade1・2・3）
- ステージ（0・I）

治療法は以下ようになります。

ガイドラインで推奨される治療法

| | | |
|-----|-------------------|-----------|
| 深達度 | Tis, T1a / 脈管侵襲陰性 | EMR/ESDのみ |
| 深達度 | T1b / 脈管侵襲陽性 | 手術 |

術後治療・検査の要約

ステージ0（粘膜内がん）

まず再発することはありません。

1年後の腫瘍マーカー検査、大腸内視鏡検査等。再発なければ2年毎の大腸内視鏡等の検査が推奨されます。

ステージI(粘膜下層浸潤がん)

再発率は2.3－5.6%で、治療後3年までは6か月ごと（以降は6－12ヶ月）の腫瘍マーカー検査、CTないし腹部エコー等の検査、及び治療半年後の大腸内視鏡検査（以降は年1回程度）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。
- 大腸内視鏡は切除部の局所再発と異時性多発がんチェックのために必要です。
- 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(1～1年6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) | 1～5ヶ月 | 6ヶ月 | 7～11ヶ月 | 1年 | 1年1～5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) | | ■(CTが望まし | | |
| | 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 | | |
| | 大腸内視鏡 | | ■ | | ●(M癌用) | | | | |
| 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 ■ SM癌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(1年7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) | | | 1年7～11ヶ月 | 2年 | 2年1～5ヵ月 | 2年6ヶ月 | 2年711ヶ月 | 3年 |
| | | | 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 | | | □ | | ■ | | ●(M癌用) |
| 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～4年6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) | 3年1～5ヶ月 | 3年6ヶ月 | 3年7～11ヶ月 | 4年 | 4年1～5ヶ月 | 4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 | | | | | | | |

● 必ず実施します □ 必要に応じて実施します

■ SM大腸がんの場合に実施します

大腸がん治療に関する連携計画書(4年7ヶ月～5年)

| | | | | | | | |
|-----|-------------------|---------------|----------------|--|--|--|--|
| | | かかりつけ医 | 〇〇〇〇病院 | | | | |
| | | (術後) 4年7～11ヶ月 | 5年 | | | | |
| | | 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 | | | | | | |

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。

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。

γ -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-chol（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。



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。

連携の総合的な情報

看護、介護、服薬の情報



日々の診察

節目の診察

* 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

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