

大腸がん

術後連携パス



磐田市立総合病院
Iwata City Hospital

〒438-8550 静岡県磐田市大久保512番地3

TEL: 0538-38-5000 (代表)

FAX: 0538-38-5050 HP: <https://www.hospital.iwata.shizuoka.jp/>

はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と磐田市立総合病院の医師が、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、かかりつけ医と磐田市立総合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磐田市立総合病院とが協力し、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構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、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といったメリットにもつながります。



緊急を要する場合、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合

磐田市立総合病院 ☎0538-38-5000 (代表) までご連絡 ください。

お伝え下さい

**地域連携パス
患者です。**

退院後の日常生活	3
退院後の食生活	4
退院後もこれだけは忘れずに	5
大腸がん術後連携パス	7
メモ	15
磐田市立総合病院の 各部署・担当等のご案内	16
診療情報提供書	18

退院後の日常生活

手術後におこりやすい症状について

大腸を切り取ったために栄養吸収や食事摂取量の低下、それらに伴う体重減少などのトラブルはほとんどありません。しかし、多くの場合、手術後1～2か月でやや軟便の状態となることが多いですが、ときに便秘気味になる場合があります。

一方、直腸を切除した場合には、便をためる能力と便を押し出す能力が低下するため、排便の回数が増加したり、1回の便量が減少したり、残便感などの排便機能障害をきたします。

また、小腸や大腸の癒着^{ゆちゃく}により、内容物の通過不良が生じ、腹部の膨満を感じたり、あるいはひどくなると腸閉塞^{ちようへいそく}となる場合があります。

これらの症状は、多くの場合、食事療法や下剤や消化薬でコントロールすることができ、手術後一定の期間がすぎると生じにくくなります。

社会復帰に向けて

社会復帰が可能となる時期は、年齢や体力、社会的状況、仕事内容、手術術式などにより異なりますので、個々の状況に応じて対応すべきです。ひとつの目安としては、退院後の仕事内容が主にデスクワークであれば手術後1か月程度で、腹筋をよく使う運動や仕事であれば手術後2～3か月くらいを目処に社会復帰が可能と考えます。



退院後の食生活

食生活に注意して

原則的には、食事の種類に制限はありません。つまり、何を食べてもかまいませんが、食物繊維が多く含まれているものや消化しにくいものは、腸閉塞の原因となることがありますので、手術後3か月は控えたほうがよいでしょう。

最も基本的なことは、おいしく、ゆっくり、楽しく、食べることです。次のことに留意して、規則正しく、バランスの良い食事を心がけましょう。また、ほどほどならアルコールを飲むことも可能です。

注意した方がよいおなかの症状について

便秘に対しては、水分や食物繊維を多くとるようにし、生活のリズムを整え、適度な運動を行い、規則正しい食事と排便の習慣をつけましょう。食事・生活習慣に注意しても便秘が続く場合、下剤が必要となりますので、かかりつけ医に相談しましょう。

下痢の場合は、消化の良い食品をとり、水分を制限せずに、むしろ補いましょう。少量ずつの食事を、回数を増やすことで、消化管の負担を軽くしましょう。

頻便の場合は、生活のリズムを整え、食事時間を規則正しくしましょう。過労は禁物です。

腹部膨満感に対しては、1回の食事量を控えるように心がけましょう。それでも治らなければ、一度、食事をやめましょう。食事をやめても腹部膨満が続き、ガスが出ない場合は腸閉塞が疑われます。かかりつけ医にすぐに相談しましょう。



退院後もこれだけは忘れずに！

定期的な診察や検査に行きましょう

手術後 **5 年** を目処に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、**定期検査は大腸がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。** 気になることは、かかりつけ医までご相談下さい。



定期的な診察
や検査を

術後補助化学療法について

手術によりがんを切除できた場合でも、リンパ節転移があった場合に、再発率が高くなることが知られています。このような場合、手術を行った後に化学療法を行うことで、再発を予防するあるいは再発までの期間を延長できることがわかっています。このような治療を、術後補助化学療法といいます。一般には、術後補助化学療法の対象はリンパ節転移があるステージⅢ期の患者さんに対して、半年から1年程度の期間で、飲み薬の抗がん剤を服用することが多いです。



指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、消化薬や化学療法剤で、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、ご家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、
明るく、希望を持って前進し、
病気をしてかえって良かった
と思われるような建設的な生活を送ってください。

不安や心配なことがある時は患者相談窓口や医師、担当看護師に気軽にご相談下さい。



中東遠地域 大腸がん連携パス 1 か月～6 か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1 ～ 2 か月 後	3 か月 後	4 ～ 5 か月 後	6 か月 後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部エコー ☐ 腹部・骨盤部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 7か月～1年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	7～8ヶ月後	9か月後	10～11か月後	1年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 △腹部・骨盤部CT ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 1年1か月～1年6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1年1～2か月後	1年3か月後	1年4～5か月後	1年6か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部エコー ☐ 腹部・骨盤部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 1年7か月～2年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1年7～8か月後	1年9か月後	1年10～11か月後	2年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 △腹部・骨盤部C T ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部C T
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 2年1か月～6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	2年1～2か月後	2年3か月後	2年4～5か月後	2年6か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部エコー ☐ 腹部・骨盤部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 2年7か月～3年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	2年7～8か月後	2年9か月後	2年10～11か月後	3年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便通 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便通 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便通 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便通 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 △腹部・骨盤部CT ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 3年3か月～4年

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	3年3か月後	3年6か月後	3年9か月後	4年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血 (CEA、CA19-9必須)	☐ 採血 ☐ 腹部エコー △腹部・骨盤部CT	☐ 採血 (CEA、CA19-9必須)	☐ 採血 △腹部・骨盤部CT ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 大腸がん連携パス 4年1か月～5年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	4年1～5か月後	4年6か月後	4年7～11か月後	5年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血 (CEA、CA19-9 必須)	☐ 採血 △腹部・骨盤部CT ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部CT	☐ 採血 (CEA、CA19-9 必須)	☐ 採血 △腹部・骨盤部CT ☐ 大腸内視鏡検査 △胸部CT
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
CEA				
CA19-9				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

メモ

磐田市立総合病院の各部署・担当等のご案内

がん相談支援センターのご案内

.....

患者さんが安心して療養に専念していただけるように病院内に相談窓口を設けております。がんに関する様々な悩み、不安、心配ごとの相談はがん相談支援センターでお受けしております。

場 所：磐田市立総合病院 東館 2 階 65 番

時 間：月曜日～金曜日
8 時15分～16時45分
(休日と年末年始を除く)

電 話 番 号：0538-38-5000 (代表)
0538-38-5286 (直通)

予約方法：電話または窓口でお受けします。「がん相談の予約がしたい」とお伝えください。

相談は電話でのご相談、対面でのご相談ができます。

磐田市立総合病院の受診について

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は磐田市立総合病院が行います。

ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて磐田市立総合病院を受診してください。

【連携パス受診】

かかりつけ医から「地域連携のための診療情報提供（18 頁）」を、磐田市立総合病院の地域医療連携室にファックスを送付していただき、受診当日は保険証、診察券、「連携パス」を持って受診してください。

【予約外受診】

必要があれば、予約外医療も受け付けています。

かかりつけ医に相談し、地域医療連携室経由で診療予約を取っていただくか、消化器外科外来に電話でご相談ください。

【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、磐田市立総合病院救命救急センターまでご連絡ください。その際には地域連携パス患者であることをお伝えください。

電話番号：0538-38-5000（代表）



科

先生御机下

診療情報提供書(がん診療地域連携パス)

患者氏名 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記患者さんの診療状況を報告をさせていただきます。

連携パス診療状況

- ☐ 著変なし
☐ 以下の変化・特記事項あり

今後ともよろしくお願いいたします。

発信日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発信医療機関

がん診療地域連携パス ファックス送付先 0538-38-5549

磐田市立総合病院 地域医療連携室

電話 0538-38-5545

※コピーしてお使いください



お名前

様

かかりつけ医(診療所の名称)

(電話 — —)

磐田市立総合病院 消化器外科

担当医

電話 0538-38-5000(代表)

受付時間 8:30~17:00まで(平日のみ) 休診日 土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)