

「乳がん術後連携パス」にご協力いただける先生へ

1. 対象患者について

乳がん術後連携パスの対象患者さんは、原則として以下のすべてを満たす方としています。

- ・ 乳がん治癒切除術後
- ・ 告知済み
- ・ 放射線治療終了
- ・ 点滴化学療法終了
- ・ 術後状態が安定している
- ・ 直近の検査で異常なし

2. 診療していただく時期

術後状態が安定した時期を基本としています。

3. かかりつけ医の先生の初回診療日の確認(予約)

患者さんから「連携パス」導入の同意が得られれば、担当者から初回診療日の確認(予約)のFaxまたは電話をさせていただきます。予約が必要な場合は、予約日時をお知らせください。

4. かかりつけ医の先生の初回診療時と毎月診療時

初回診療時には、患者さんに以下のものを持参していただきます。

- ・ 乳がん術後連携パス(医療者向け)
- ・ 診療情報提供書
- ・ その他の資料一式

毎月診療時には、投薬と可能な範囲での検査等をお願いします。

また、患者さんには「連携ノート」(患者用乳がん術後連携パス)をお渡しし、自己チェックで気になることや日常の健康管理で気になることがあれば、かかりつけ医の先生に相談するよう伝えておりますので、よろしくをお願いします。

5. 兵庫県立がんセンター受診の前に

兵庫県立がんセンターへの定期受診前の診療時には、可能であれば診療情報提供書を記載していただき、患者さんにお渡しください。

6. その他

- ・ 投薬については、基本的にかかりつけ医の先生にお願いしております
- ・ 投薬間隔は1~3ヶ月毎(かかりつけ医の先生のご判断)でお願いします
- ・ 副作用等が疑われるときは、先生のご判断で適宜、投薬の中止・再開をしていただいで結構です
- ・ 投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の先生のご判断でお願いします(できれば3~6ヶ月毎)
- ・ 兵庫県立がんセンターでの定期受診は5年目までを目途としています
- ・ 定期受診日以外でも必要があれば兵庫県立がんセンターの受診を患者さんに案内してください

7. お問い合わせ先

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 電話 078-929-1151(代表)

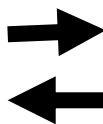
患者情報(診療情報提供書や退院サマリーなどでも可)

治療経過	手術日	年 月 日	退院日	年 月 日	
	月経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後 ()歳頃に閉経			
	原発部位	<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 ()			
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> DCIS その他 ()			
	TNM分類	T () N () M ()			
	臨床病期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III A <input type="checkbox"/> III B <input type="checkbox"/> III C <input type="checkbox"/> IV			
	術式	<input type="checkbox"/> 乳房切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 (<input type="checkbox"/> 全摘 ・ <input type="checkbox"/> 乳頭温存) <input type="checkbox"/> その他 () ⇒ 同時乳房再建 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	病理組織学的腫瘍型	() × () cm 断編 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 乳管内進展 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 脈管浸潤 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
	異型度	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		Ki67 %	
	ホルモン受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10%~49% <input type="checkbox"/> 50%以上) PgR <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10%~49% <input type="checkbox"/> 50%以上)			
	HER2 発現状況	ICH <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 未実施 FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施			
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 SLN (/ /) <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清実施 腋窩リンパ節転移 (/ /)			
	化学療法	<input type="checkbox"/> 術前 ⇒ レジメン () 期間 : 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 術後 ⇒ レジメン () 期間 : 年 月 ~ 年 月			
	術後放射線治療	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ Fr 期間 : 年 月 ~ 年 月 部位 : <input type="checkbox"/> 残存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 領域リンパ節			
術後薬剤処方(スケジュール)	<input type="checkbox"/> リュープリン 3.75 (1M) (年 月 まで) <input type="checkbox"/> リュープリン SR11.25 (3M) (年 月 まで) <input type="checkbox"/> ゴラデックス 3.6 (1M) (年 月 まで) <input type="checkbox"/> リュープリン PR022.5 (6M) (年 月 まで) 投与開始日 年 月 日 当院最終投与日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン (年 月 から) <input type="checkbox"/> トレミフェン (年 月 から) <input type="checkbox"/> アリミデックス (年 月 から) <input type="checkbox"/> アロマシン (年 月 から) <input type="checkbox"/> フェマーラ (年 月 から)				
	<input type="checkbox"/> ハーセプチン (年 月 から) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他(合併症など)					

【様式1】

F A X送信票

がん地域連携パス運用開始《依頼》届(兼受入確認票)

兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者： _____ Tel:078-929-1151 Fax:078-926-5410(直通)		連携医療機関(かかりつけ医) _____ Tel: Fax:
---	---	---

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、下記の患者さんが手術を受けられ退院となりました。今後は以下のように、地域連携パスにて術後の経過観察をお願いしたいと存じます。詳細は担当医より報告させていただきます。

今後ともよろしく申し上げます。

機関名称	兵庫県立がんセンター 乳腺外科 担当医師名()
患者氏名・ 患者番号	患者氏名()、患者番号()
診断名	乳がん術後
手術日	年 月 日

(かかりつけ医で御記入をお願いします。切り取らずにFaxしてください)

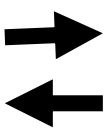
受入の可否	1. 受入可 ・ 2. 受入不可
かかりつけ医	医師名()
かかりつけ医の受診日	
ご担当いただける項目 (○印をお願いします)	1. 乳腺エコー 2. 腹部エコー 3. X線 4. CT 5. 採血 6. 抗がん剤 7. ホルモン剤 8. 一般薬投薬 *医療機関の役割分担については、患者さんと相談の上、 ご連絡いたします。

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

兵庫県立がんセンター 地域医療連携部 Tel:078-929-1151

【様式2】

F A X 送信票

兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者： 担当医： _____ Tel:078-929-1151 Fax:078-926-5410 (直通)		連携医療機関 (かかりつけ医) _____ Tel: Fax:
--	---	--

がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種類	乳がん術後パス
逸脱の理由	<input type="checkbox"/> 1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更 <input type="checkbox"/> 2. 転出(他県へ転出等) <input type="checkbox"/> 3. 患者本人・ご家族の希望 <input type="checkbox"/> 4. 死亡 <input type="checkbox"/> 5. その他
逸脱日	年 月 日

Fax 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

兵庫県立がんセンター 地域医療連携部 Tel:078-929-1151

【様式3】

※ 地域連携パス診療経過報告書 (連携医→拠点病院)

報告日 年 月 日
共同診療開始日 年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域医療連携担当者： 担当医： <p style="text-align: right;">_____様</p> Tel:078-929-1151 Fax:078-926-5410 (直通)	連携医療機関 (かかりつけ医) <p style="text-align: right;">_____</p> Tel： Fax：
患者情報： 氏名：_____、性別（_____） 生年月日 _____	
<input type="checkbox"/> この度、連携診療しております_____様の検査結果を報告します。 _____の_____は 正常・（_____）でした。	
<input type="checkbox"/> 下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。 共同診療計画に基づく診療の実施日（_____年 月 日） 次回の予定共同診療計画に _____（変更なし・変更あり） 変更となった項目：（診察、観察、検査、治療、薬剤、処置、ケア） 具体的な内容：	
その他の特記する事項 <div style="text-align: right;">画像・検査データ添付（あり・なし）</div>	

【様式4】

がん地域連携パス・緊急予約依頼
F A X 送信票

兵庫県立がんセンター
地域医療連携担当者： _____ 様
Tel:078-929-1151
Fax:078-926-5410 (直通)

この度、がん地域連携パスを用いて共同診療しております

_____様に異常が認められました。

再発、合併症、抗がん剤副作用、その他
() で予約診察・緊急診察が必要と思われます。
よろしくお願ひします。

連携医療機関 (かかりつけ医)

Tel:
Fax:

がんの地域連携パス 緊急時連携体制確認表

(各拠点病院でマニュアルを作成し連絡体制を再確認する)

対処方法と連絡先					
所見・症状		対処法 * 下記欄外をご参照下さい (直接ご記入も可)	連絡先・担当責任者名 (不在時の担当者名)	緊急連絡方法 (電話番号、Fax 番号) など	
再発が疑われるとき	症状がないか、もしくは症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b.極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。	078-929-1151 (代表)。地域連携室担当者。 必要時は当該科担当医、当該科オンコール医師、各科科長、担当部長の順。	078-929-1151 (代表)。 平日時間内は地域連携室、 平日時間外・土日休日は保安員から当直医、当直看護長へ。以下、必要時は同左	
内服薬(内分泌治療薬)その他治療による副作用が疑われるとき	症状がないか、症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b	以下、すべて同上	以下、すべて同上	
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d. 原則として電話連絡の後、即日拠点病院受診を指示。状況に応じて、連携病院(救急病院)受診を指示する(事前に患者家族と相談して決めておく)。			
その他合併症が疑われるとき ・患側上肢の炎症など	症状がないか、症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b			
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d.			
その他パスから逸脱したとき	たちまちには危険がないとき、今後の症状悪化が心配されるが、差し迫った生命の危険はないと思われるとき	b			
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d.			
*対処方法例： a. 2週間をめぐりに拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 b. 極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 c. 電話連絡ののち、即日拠点病院受診を指示する。 d. 救急病院受診を指示する。 e. その他、ご自由に記入下さい					

不測の事態が発生した場合は、連携する全ての医療者が協力して解決に当たります。
緊急時、重篤症状で、連携医が対応困難な場合は、緊急対応表をご参照下さい。

かかりつけ医からの緊急相談における電話対応の具体例

この電話対応の具体例は、病院・診療所はじめ地域連携に関係する皆さんのために、診療所かかりつけ医からの緊急相談時の対応について、よくある普通のやり取りを例にあげて記載しておりますので、参考にいただければ幸いです。電話でのやり取りは簡単そうで案外難しく、とくに時間外や深夜には短い言葉で意思疎通を図ることからややもすれば言葉足らずになりかねず、時に言葉ひとつでお互いの感情を害することは絶対避けたいものです。地域連携を担う者同士、円滑な連携のために敬意を持って丁寧な会話を心がけていただきたくことを切にお願い致します。

ケース1：病院の通常診療中における対応（午前10時頃）

ケース2：病院の診療がほぼ終了し、診療所では午後診が続く時間帯における対応（午後6時頃）

ケース3：深夜、患者の様態が急変し、近隣での受け入れが困難で診療相談を受けた場合の対応

ケース1（午前10時頃）

病院（電話交換士）：

こちらは〇〇〇〇病院です。どのようなご用件でしょうか？

診療所：

こちらは〇〇市〇〇区の〇〇クリニックの院長〇〇です。がん地域連携パスを利用している患者さん、〇〇さんの件で、緊急に担当の方にご相談したいのですが。

病院（電話交換士）：

地域連携室の担当者におつなぎしますので、しばらくお待ち下さい。

病院（地域連携室）：

もしもし、お待たせしました。地域連携室のMSWの〇〇（看護師の△△、事務の□□）と申します。いつも大変お世話になりありがとうございます。

診療所：

こちらこそお世話になっております、〇〇クリニックの〇〇です。お忙しいところ急な連絡で申し訳ないのですが、地域連携パスを利用されている〇〇さんが、今朝の3時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、今朝10時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液を続けながら経過を見ましたが、状態が悪化しており、入院する必要があると判断し、近隣の連携病院に依頼をしましたが、あいにく対応困難とのことで困っております。診察をお願いできないでしょうか・・・。

病院：

わかりました。主治医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のため、医院の電話番号を教えてくださいませんか？

診療所：

電話番号は・・・です。よろしくお願ひします。

.....

病院：

もしもし、〇〇クリニックですか、こちらは〇〇病院地域連携室の〇〇と申します。先ほど貴院からご連絡を頂きました〇〇さんの件で、〇〇先生とお話したいのですが。

診療所：

はい、わかりました。院長と代わりますので、しばらくお待ち下さい。

.....

もしもし、院長の〇〇です。

病院：

もしもし、地域連携室MSWの〇〇です。〇〇さん担当の〇〇医師に変わります。

.....

もしもし、担当の〇〇です。現在どのような状態でしょうか。

.....

以下続く

ケース2(時間外、午後6時頃)

病院(電話交換士)・・・この場合はケース1とほぼ同様の対応

病院(救急外来、電話交換士から救急外来)・・・救急外来の窓口で対応する場合でも、がん地域連携パスを利用している患者さんであることを伝えることによって、それなりの対応をお願いします。

病院(保安員など)・・・保安員などに対して、診療相談への対応の研修が十分に行われていない病院あり。以下、このケースについて記載します

病院(保安員)

こちらは〇〇〇〇病院です。どのようなご用件でしょうか。

診療所:

こちらは〇〇市〇〇区の〇〇クリニックの院長〇〇です。がん地域連携パスを利用している患者さん、〇〇さんの件で、緊急に担当の方にご相談したいのですが。

病院(保安員):

わかりました。当直におつなぎします。

病院(保安員)

もしも、〇〇クリニックの〇〇先生から、がん地域連携パスを利用している患者の〇〇さんの件で、緊急相談の電話が入っています。

病院(緊急対応担当の、当直医師または当直看護師)

わかりました。代わります。

.....

もしも、当直医師(看護師)の〇〇です。日頃お世話になっております。どのような状況でしょうか。

診療所:

こちらこそお世話になっております、〇〇クリニックの〇〇です。時間外に申し訳ないのですが、地域連携パスを利用されている〇〇さんの件でお願いしたいのです。今朝の3時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、10時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液を続けながら経過を見ておりましたが、状態が改善せず、入院する必要があると判断し、近隣の連携病院に依頼をしましたが、あいにく対応困難とのことで困っております。患者さんも希望されているのですが、診察をお願いできないでしょうか.....

病院:

わかりました。主治医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のため、そちらの電話番号を教えてくださいませんか?

診療所:

番号は.....です。

.....

病院:

もしも、〇〇クリニックですか、こちらは〇〇〇〇病院地域連携室の〇〇と申します。先ほどそちらの〇〇先生からご連絡をいただいたのですが.....

診療所:

はい、わかりました。院長と代わりますので、しばらくお待ち下さい。

.....

もしも、院長の〇〇です。

病院:

〇〇さん担当医師の〇〇です(担当医不在のため、代わりに〇〇が対応させていただきます)。お世話になっております。診察させていただきます。夜間受付でお名前を言って下さればわかるように連絡しておきます。到着は何時頃になりますか。

診療所:

ありがとうございます。助かります。なるべく早く午後7時頃には行けると思います。

.....以後続く

ケース3 (深夜、午後11時頃)

病院(保安員)

こちらは〇〇〇〇病院です。どのようなご用件でしょうか。

診療所:

こちらは〇〇市〇〇区の〇〇クリニックの院長〇〇です。こんな時間に申し訳ないですが、がん地域連携パスを利用している患者さんの件で、緊急にご相談したいのですが。

病院(保安員):

わかりました。当直医師におつなぎします。

病院(保安員)

もしも、〇〇クリニックの〇〇先生から、がん地域連携パスを利用している患者さんの件で、ご相談があると電話が入っています。

病院(当直医師または当直看護師)

わかりました。代わります。

.....

もしも、当直医師(看護師)の〇〇です。日頃お世話になっております。どのような状況でしょうか。

診療所:

こちらこそお世話になっております、〇〇クリニックの〇〇です。こんな時間に大変申し訳ないのですが、がん地域連携パスを利用されている〇〇さんの件でお願いしたいのです。今朝の3時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、10時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液や浣腸で症状が軽快したため一旦帰宅し明日再診の予定でしたが、先ほど患者さんから電話があり、状態が改善せず非常に苦しいそうです。そちらの病院で診てもらえないかとの相談を受けました。とても苦しくて朝までまてないとのことで、近隣の連携病院にも入院依頼をしましたが、受け入れ困難とのことで困っております。何とか診察をお願いできないでしょうか.....

病院:

わかりました。担当医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のために連絡先の電話番号を教えてくださいませんか?

診療所:

電話番号は.....です。

.....

病院:

もしも、〇〇先生ですか、先ほど電話を頂いた〇〇〇〇病院の〇〇です。担当の〇〇に連絡済みですので、どうぞすぐに来て下さい。夜間受付でお名前を言って下さればわかるように連絡しておきます。到着は何時ごろになりますか。

診療所:

ありがとうございます。助かります。なるべく早く、午後12時頃には行けるとお思いますので、どうぞよろしくお願ひします。

.....以後続く

以上