

医療関係者用

令和 ○年 ○月 ○日

〇〇医師会
会員 各位

がん診療連携拠点病院
〇〇病院
院長 ○〇〇〇

乳がん地域連携パスへの参加について（依頼）

〇〇の候、皆様にはますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、がん治療における当院との連携に格別の御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画及びがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しに伴い、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）の地域連携パスの整備が求められています。がん診療における医療機関の役割分担と地域連携を進めることで、がん医療の質の保証と安全の確保を図ることがパスの目的となっています。

「地域連携パス」とは、患者さんを中心に地域のかかりつけ医（連携医）と〇〇〇〇〇〇病院長の担当医が、患者さんの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことで、関係する医療機関が協力して作成する診療役割分担表、連携診療計画表及び患者用連携診療計画表から構成される、がん患者に対する診療全体を体系化したものをいいます。

この「地域連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医（連携医）と〇〇〇〇〇〇病院とが協力して情報交換を行い、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利点にもつながります。

「がん地域連携パス」の主旨をご理解いただき、地域連携パスの推進に御参加をよろしくお願い申し上げます。

お問い合わせ：がん診療連携拠点病院
〇〇〇〇〇〇病院
地域医療連携室
Tel: 000-000-0000（代表）
Fax: 000-000-0000（直通）

「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. ○○○○病院受診の前に

○○○○病院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

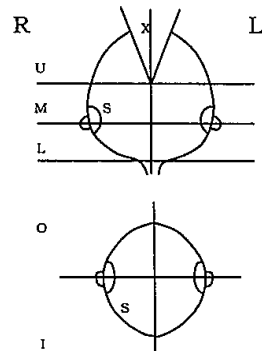
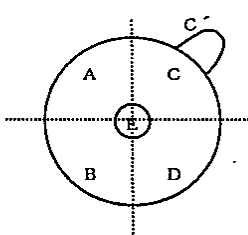
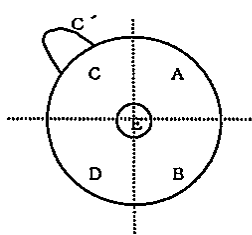
- ・ 投薬については、基本的にかかりつけ医の先生にお願いしております
- ・ 投薬間隔は1～3ヶ月毎(かかりつけ医の先生のご判断)でお願いします
- ・ 副作用等が疑われるときは、先生のご判断で適宜、投薬の中止・再開をしていただいで結構です
- ・ 投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の先生のご判断でお願いします(できれば3～6ヶ月毎)
- ・ ○○○○病院での定期受診は10年目までを目途としています
- ・ 定期受診日以外でも必要があれば○○○○病院の受診を患者さんに案内してください

7. お問い合わせ先

○○○○病院 地域医療連携室 電話 000-000-0000(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)

患者氏名	様 (〇〇病院ID:)		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ()歳
住所	兵庫県(道・府・県) 市・町・村・区			
電話番号	()-()-()			
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		
	感染症	HBsAg (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HCVAb (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 梅毒WaR (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)		
	原発部位	下図に記入		
	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"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV		
	核グレード	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		Ki67 %
	組織的グレード	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		
	術式	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 (<input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 乳頭温存 <input type="checkbox"/> 皮膚温存) 一次乳房再建 : <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 自家組織) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()		
	病理組織学的腫瘍径	(×)mm (断端 : <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"/> -)		
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 非実施 <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		
	術後放射線療法	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ 期間: 年 月 ~ 年 月 部位 <input type="checkbox"/> 全乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 領域リンパ節		
ホルモン受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施 (<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"/> 非実施 (<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	IHC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 非実施 FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施			
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"/> ゾラデックス3.6(1M) (年 月まで)			
	<input type="checkbox"/> リュープリンSR 11.25(3M) (年 月まで) <input type="checkbox"/> ゾラデックスLA10.8(3M) (年 月まで)			
	<input type="checkbox"/> リュープリンPRO 22.5(6M) (年 月まで)			
	投与開始日 : 年 月 日 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"/> アスナトゾール (年 月から)		<input type="checkbox"/> エキセメスタン (年 月から)	
	<input type="checkbox"/> レトロゾール (年 月から)		<input type="checkbox"/> ページニオ (年 月から)	
<input type="checkbox"/> リムパーザ (年 月から)		<input type="checkbox"/> TS-1 (年 月から)		
<input type="checkbox"/> ハーセプチン (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日				
<input type="checkbox"/> パージェタ (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日				
<input type="checkbox"/> カドサイラ (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日				
<input type="checkbox"/> キートルーダ (年 月まで) 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)				



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。	000-000-0000 (代表)。地域連携室担当者(看護師〇〇課長) 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。	000-000-0000 (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。

決定した連携医療機関の一覧

(病院、診療所、調剤薬局、歯科医院、訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所等)

医療機関名	連携医	連携病院	拠点病院
名称 連絡先			
担当医			
担当看護師			
連携室担当者			

	調剤薬局	歯科医院	訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所等
名称 連絡先			
担当者			

【上記への連絡方法と順番】

平日：1
2

夜間休日：1
2

平成 22 年 10 月 15 日

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、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。よろしくお願いします。

.....

病院：

もしも、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、院長の〇〇です。

病院：

もしも、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、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っています。

.....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の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時頃当院に來られました。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もいますので、どうぞよろしくお願ひします。

.....以後続く

以上