

乳がん地域医療連携クリニカルパス 運用要綱

松江赤十字病院 乳腺外科
地域医療連携課

はじめに

乳がん地域医療連携クリニカルパスは、松江赤十字病院に外来通院中の患者を対象に使用します。乳がん地域医療連携パス運用要綱ですので活用ください。

＜運用要項で使用する主な言葉＞

乳がん地域医療連携クリニカルパス → 連携パス
がん診療連携拠点病院 → 拠点病院
がん診療連携拠点病院主治医 → 担当医
地域のかかりつけの開業医・病院医師 → 連携医
がん診療拠点病院地域医療連携課 → 連携課
連絡・調整係（がん拠点病院地域医療連携課が担当） → コーディネーター

1. 目的

乳がん連携パスは、乳がん患者に

- 1) 全人的な疾患管理を地域でおこなう。
 - 2) きめ細かい医療サービスを提供するために、連携医と担当医（調剤薬局）が協力をおこなう。
 - 3) 身体・精神の異常に対し早期に対応をおこなう。
- 以上のことを目標に、患者に関する情報を共有、安全で質の高い医療を提供するツールとして活用することを目的とします。

2. 連携パスの構成

連携パスは、「乳がん地域連携パス」、「診療情報提供書」、「同意書」、「私のカルテ」、「FAX返信票」、「その他各種説明用書類」から構成されています。

名 称	概 要
乳がん地域連携パス	連携医と拠点病院が情報共有に使用する書類です。 「共同診療計画書（医療者用パスシート）」パススケジュールに沿って、検査・診察内容が記載してあります。
診療情報提供書	担当医と連携医の患者情報を共有する為の用紙です。拠点病院受診時に簡単な情報（紹介状）をお願いします。
説明書・同意書	連携パス導入時、患者の同意を得た時に使用します。
私のカルテ ①（2011年～2022年7月） ②（2022年8月～）	①「術後の記録と病理結果」・「術後治療方針」・「共同診療計画書（患者用パスシート）」・「自己チェックシート」・「連絡メモ」の構成です。 「術後の記録と病理結果」・「術後治療方針」・「共同診療計画書（患者用パスシート）」～患者・家族が自身の状態、治療計画を医療者と共有し把握してもらうページです。パススケジュールの●は必ずおこなう項目、△は必要時おこなう項目です。 「自己チェックシート」～『私のカルテ』を記入することにより、患者が自己の健康管理ができることを目的としています。1ヶ月に1度の体調チェックの結果をカルテに記入し、診察時に提出されますので、診

	<p>察に役立ててください。</p> <p>「連絡メモ」～患者・家族が医療者に聞きたいことや知らせたいこと等を書き込むページです。必要に応じて医療者も記入してください。（紹介状の代わりではありません。）</p> <p>③「術後の記録と病理結果」・「術後治療方針」・「カラー版治療のスケジュール表」・「乳房チェック方法」・「ホルモン療法を受けられる方へ」・「自己チェックシート」・「連絡メモ」の構成です。</p> <p>「カラー版治療のスケジュール表」は医療者と患者の予定が一覧となっておりスケジュールの共有ができるようになっています。</p> <p>「乳房チェック方法」・「ホルモン療法を受けられる方へ」は治療継続のために作成したリーフレットです。</p> <p>「自己チェックシート」は毎日の内服と体調チェックのシートです。連携医と薬局に提出時、押印をする欄も設けています。</p>
FAX 用紙	<p>拠点病院より連携依頼があった後、地域連携クリニカルパス承諾可否をFAX 返信票にて返信をお願いします。</p>
その他 各種説明用 書類	<p>「がん診療の地域連携と地域連携パスについて」～厚生労働省が示しているがん診療の地域連携と連携パスについての文章です。</p> <p>「乳がん地域連携パスのしくみ」・「三者にお願いしたいこと」～連携パスのしくみや方法を患者へ説明する際に使用しています。</p> <p>「連携医採血検査表」～連携医で採血する際、検査項目の参考にしてください。</p> <p>「松江赤十字病院／相談窓口」～拠点病院の相談窓口について患者へ情報提供しています。</p>

3. 乳がん地域連携パス運用方法

乳がん地域連携パスは、患者の同意のもと、拠点病院からスタートします。

【適応基準】

地域連携パスを希望する方

- 1) 乳がん術後、無治療で経過観察するか補助療法として内分泌療法のみで経過観察をする**病期 0～I 期の患者**（温存乳房に対する放射線治療後も含む）
- 2) 高齢、または当院に通院困難な方で内分泌療法のみで経過観察する**病期 II 期の患者**

【除外基準】

- 1) 病期が II～IV 期の方（適応基準 2）を除く）
- 2) 化学療法施行中の方
- 3) 再発・転移に対する治療中の方
- 4) 地域連携クリニカルパスに同意の得られない方
- 5) かかりつけ医はあるが、かかりつけ医がパス連携をできない場合

【アウトカム：達成目標】

- 1、患者の健康生活のために、担当医と連携医が協力し、連携パスに沿った最適な医療が提供できる。
- 2、生活習慣病（高血圧・糖尿病・高脂血症等）の発症と進展を防ぐ。

【方法】

- 1) 術後、病理結果・治療方針が決定後、地域連携パス適応の患者に情報提供をおこなう。
- 2) 連携医へ連携依頼の書類（診療情報提供書、病理結果、検査レポート、パスシート）連携承諾可否 FAX 返信票、登録施設の可否 FAX 返信票、算定のお知らせ等を郵送する。
- 3) 連携医は拠点病院に承諾可否を FAX 返信する。
- 4) 治療開始後、落ち着いた時期（退院後 3～6 ヶ月）から連携開始となり、術後 5 年間（～10 年間）経過観察する。連携医へ開始依頼の書類を郵送する。
- 5) 術後補助療法の投薬の有無に関わらず、術後 5 年間までは半年毎に拠点病院で専門的な検査・診察をおこなう。（※一部、乳腺専門医との連携の場合は 1 年に 1 回の受診）連携医への受診間隔や検査は連携医の判断に委ねる。
- 6) 術後サーベイランスとしての検査項目について

〈検査項目〉 必須

マンモグラフィ、乳腺超音波検査

採血・腫瘍マーカー（6 ヶ月毎）

婦人科診察（TAM・TOR 剤内服の場合）

骨密度（AI 剤内服の場合）

生活習慣病に関する検査・診察

（体重・血圧・血糖・HbA1C・LDL コレステロール・中性脂肪 等）

〈検査項目〉 必要に応じて

胸部レントゲン・腹部超音波検査・胸腹部骨盤 CT、骨シンチ、PET-CT

※リンパ節転移陰性の場合には骨シンチや PET-CT は行わず、CT での骨条件で骨転移を評価することもあり

検査結果は、紹介状に記載するか、レポートを添付する。上記以外の検査項目も結果は同様に報告する。

採血・腫瘍マーカー（必須 CEA・CA19-9）

- 7) 担当医が内服による有害事象チェック後、内服の処方は、基本的に連携医がおこなう。
- 8) 医師は、『私のカルテ』の連絡メモに患者の記載があるか確認し、記載があれば問診時に活用する。
- 9) 医師同士は紹介状のやりとりで情報共有する。
連携医は拠点病院受診時に、紹介状を郵送または患者に手渡しする。
担当医は次回受診日を紹介状に明記する。パスシートに変更がある場合には、訂正したものを改めて連携医に郵送する。
問題が発生した場合には速やかに連絡を取り合う。
定期受診以外に拠点病院を受診する際は、連携医からの紹介状を持参し受診する。
- 10) 乳がん以外の疾患に対しては、担当医と連携医の相談の上、対処する。
「生活習慣病の予防と発症と進展を防ぐ」アウトカムに関しては、診察・検査・指導を必要時おこなう。
 - ①連携医は検査結果等より「私のカルテ」のパスシート内「私の目標」を、患者と相談して決め記入する。
 - ②連携医は生活習慣病予防。進展を防ぐことについて生活指導、処方等をおこなう。

- ③患者が「私のカルテ」の自己チェックシートに検査結果を記入し、生活指導をもとに健康管理（セルフケア）できるよう連携医・担当医で関わる。
- ④担当医は、連携医の情報を基に協力して生活習慣病に関する対応をおこなう。
尚、婦人科受診については担当医が患者と相談し、受診先を決定する。
- 11) アウトカム評価は、6ヶ月毎（拠点病院受診時）に担当医がおこなう。
- (1) アウトカムが満たされない場合は、担当医が継続の可否を検討する。
 - (2) バリエーションが「有」の場合は、担当医がバリエーションコードを参考にバリエーションシートに記入する。連携パス脱落、中止が決定した際は連携医へ報告する。
 - (3) 連携医が連携パスの継続に問題や疑問があると判断した場合は、速やかにコーディネーターに連絡し、コーディネーターは担当医へ連絡する。
 - (4) 再発が確認された時点で、パスは中止とし拠点病院で治療をおこなうことを原則とする。
 - (5) 連携パスで何らかの原因で逸脱、中止した場合でも、かかりつけ医としての機能は継続する。（再発の場合も含む）
- 12) 症状発現時の対応について、乳がんチームで勉強会の運用方法や内容など協議する。
がん拠点病院が中心となって定期的な勉強会で、予想される症状とその対応について検討する。
- 12) 症例検討会、地域連携パスの見直しを定期的におこなう。
企画運営方法は、乳がんチームで協議し決定する。

平成 23 年 4 月 11 日 作成
令和 2 年 4 月 1 日 改定
令和 7 年 8 月 1 日 改定