

2020年7月7日

琉球大学病院がんセンター 増田昌人

琉球大学病院における「がんゲノム医療外来」開設について

1 開設期日

2020年7月1日（水）

但し、混乱を避ける意味で、県内の医療機関からの紹介を徐々に受け付けることとする（令和2年度第1回沖縄県がん診療連携協議会で審議済み）。

予定としては、

7月1日～ 地域がん診療連携拠点病院；県立中部病院、那覇市立病院の2施設

8月1日～ 地域がん診療病院；北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院の3施設

11月1日～ 県内すべての医療機関

*第7次沖縄県医療計画に基づき沖縄県が選定した「がんに関する専門医療機関（仮称）」が11月以前に発表されたときは、これらの医療機関からの受け入れを前倒しして行う

2 開設場所

琉球大学病院内科外来

3 担当者

琉球大学病院がんセンター 増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

4 対象

県内の医療機関から、純粹に「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者

*従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外（これまで通り、琉球大学病院の各診療科で対応）

5 補足

- (1) 様々な意味での混乱を避けるために、各医療機関の長により選定された「がんゲノム医療代表医師（仮称）」から、琉球大学病院に紹介していただく（令和2年度第1回沖縄県がん診療連携協議会で審議済み）。既に、「がんゲノム医療代表医師（仮称）」は地域がん診療連携拠点病院と地域がん診療病院では選定済み。また、その他の医療機関にも、同様の体制と仕組みをお願いする予定。
- (2) 昨年開設していた「がんゲノム相談外来」は、本年6月30日をもって終了。同外来で行っていた主治医からの相談（電話も含む）、がん患者の相談、がん患者家族からの相談業務は、一部をセカンドオピニオンに振り分けるほか、大部分はがんセンターが開設当初から行ってきた、がん医療にかかわるすべてのよろず相談の一つとして継続する。

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（Ver. 2.0）

1 「がんゲノム医療外来」の開始日

2020年7月1日（水）

2 開設場所

琉球大学病院内科外来（外来棟2階）

3 担当医

琉球大学病院がんセンター 増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

4 対象患者

「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者

具体的には、資料1の患者チェックリストをすべて満たしている患者

*従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外

5 外来の内容

- (1) 1回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2名程度、合計3～5名程度に同席していただく。おおよそ1時間を想定している。
- (2) 2回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただく。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2名程度、合計3～5名程度に同席していただく。おおよそ30分を想定している。
- (3) 3回目の外来は、初診から約2か月後に、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2名程度、合計3～5名程度に同席していただく。おおよそ1時間を想定している。

6 紹介の具体的な手続き

通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センターを通じて予約を取っていただく（資料2）

7 紹介時に準備していただくもの

資料3を参照

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」紹介のための
事前チェックリスト (Ver. 2.0)

以下のいずれかを満たしている

- 標準治療がない固形がん患者（希少がん、原発不明がんなど）
- 局所進行若しくは転移が認められ、標準治療が終了となった固形がん患者
- 局所進行若しくは転移が認められ、標準治療の終了が見込まれる固形がん患者

- 関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断している

- 他院を含め、過去に「がん遺伝子パネル検査」を受けたことがない

- 検査機関に提出できる既存の腫瘍組織検体がある。または、再生検することができる。

- 経口摂取が可能である

- Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)が定めている Performance Status(PS)が 0～2 である

- 生命予後が 3 か月以上あると推定される

- 「がん遺伝子パネル検査」実施 2 か月後に、造血能や臓器機能が維持され、がん薬物療法が可能である

- 治療を行う医療機関への外来通院が可能である
*注 治療する場合は、本土の医療機関となる可能性が高いと思われます

- 患者の死亡等の理由で医療費の請求ができなくなった場合、検査料金に関しては、琉球大学病院から自院へ請求があることを了解している

チェックした日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

チェックした医師名 _____ (自署)

申込日 平成 年 月 日

琉球大学医学部附属病院

医療福祉支援センター シェント

送信先 (FAX) 098-895-1498

紹介患者・予約 申込書 (FAX 送信票)

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名	診療科
	担当医師	TEL
	申込担当者名	FAX
診療依頼	診療科 (専門外来)	診療科 [科 (専門外来 科)]
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 (医師)
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1週間以降でも可 [特に希望のある日: 月 日] ※外来表を参照して下さい。 ※医師や受診希望日については、ご希望に添えない場合がございます。
	紹介目的 疾患名 (必ずご記入ください)	

紹介患者基本データ

(保険証又はカルテのコピーをFAXしていただける場合は、※印のみ記入して下さい。)

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)			
住所	〒			
電話番号	TEL (- -)			
保険情報	保険者番号		公費負担者番号	
	記号		公費負担医療の 受給者番号	
	番号		公費負担者番号	
	開始日	昭・平 年 月 日	公費負担医療の 受給者番号	
	終了日	平成 年 月 日		
	国民保険の場合の個人負担割合	割	老人保険の場合の個人負担割合	割
※ 当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 - -)			

■ FAX 受付時間 平日 9:00~15:00 (土日・祝日・年末年始は除く)

□ 専用 FAX 098-895-1498

□ 専用 TEL 098-895-1371

琉球大学医学部附属病院 医療福祉支援センター シェント

初診時に紹介元医療機関で用意していただくもの(Ver. 2.0)

- 1 事前チェックリスト (別紙資料 1)
- 2 診療情報提供書 (紹介元医療機関の書式で結構です)
- 3 資料 (実施された画像検査や血液検査など)
- 4 診断に用いた病理標本 (後日お返しします)
- 5 病理診断書のコピー
- 6 剥離防止スライドガラス未染 5 μ m 25 枚
- 7 エキスパートパネル開催前 臨床情報 (別紙資料 4)
- 8 エキスパートパネル開催前 薬物療法詳細一覧と有害事象一覧 (別紙資料 5)

エキスパートパネル開催前 臨床情報 (Ver.2.0)

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に、以下の形式の臨床情報が必要となります。
正確な記載をお願いします。
2. 特に血縁者におけるがん発生の状況は確実に問診を行い、正確な記述をお願いします。
3. 家族歴については、4枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

項目	内容
病理診断名	<input type="text"/>
診断日	(西暦) 2000/01/01
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数 <input type="text"/> 年 1日の本数 <input type="text"/> 本
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
重複がん	<input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="text"/> , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん	<input type="checkbox"/> 有 (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="text"/> 転移① 転移② 転移③ 転移④ 転移⑤) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
肺がん症例	EGFR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	EGFR-type: その他
	EGFR-検査方法: EGFR検査方法
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ALK 融合 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	ALK 検査方法 : ALK検査方法
	ROS-1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	BRAF(V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	PD-L1(IHC) : IHC
	PD-L1(IHC)陽性率 : <input type="text"/> %
アスベスト暴露歴 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

乳がん症例	HER2(IHC) : IHC
	HER2(FISH) : FISH
	ER : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	PgR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA1 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA2 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例	KRAS 変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	KRAS-type : Type
	KRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法、 <input type="checkbox"/> その他、 <input type="checkbox"/> 不明
	NRAS 変異 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	NRAS-type : Type
	NRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	HER2(IHC) : IHC強度
	EGFR(IHC) : IHC強度
	BRAF(V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
肝がん症例	HBsAg : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBs 抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBV-DNA(コピ-数 <input type="text"/>)
	HCV 抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HCV-RNA (コピ-数 <input type="text"/>)
皮膚がん症例	BRAF(V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

家族歴（血縁者におけるがんの発生について）

有 無 不明

家族歴詳細①：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細②：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細③：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細④：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細⑤：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細⑥：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細⑦：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

家族歴詳細⑧：

続柄

がん種

その他の場合:

罹患年齢

エキスパートパネル開催前 薬物療法詳細一覧と有害事象一覧 (Ver.2.0) (/)

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。
これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
2. 右上に○/△(総枚数)の形式で記入してください。
3. 2枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

項目	内容
薬物療法 (EP 前)	治療ライン：ライン
	治療目的：目的
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名： <input type="text"/>
	薬剤名： <input type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認(治験)
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日：2000/01/01
	投与終了日：2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由：理由
	最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
有害事象 (EP 前)	Grade3 以上有害事象の有無(非血液毒性)： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01
	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日 2000/01/01