

2020年9月15日

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. 2.1）

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1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. 2.1)

- 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
- 3回にわたる外来受診時に、その都度、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2～4名程度、合計3～5名程度が同席することが可能である
- 以下の書類及び物品がすべて揃っている
1. 本チェックリスト
 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. 病理診断書のコピー
 5. 診断に用いた病理標本（HE染色） 2枚
 6. 剥離防止スライドガラス未染 5 μ m 25枚
 - ①10%中性緩衝ホルマリンを使用したもの
 - ②伸展・乾燥のための加熱は避け、常温で管理したもの
- ※詳細については、各検査会社へ直接お問い合わせください
7. エキスパートパネル開催前 臨床情報（別紙資料3）（直接入力・手書きのどちらも可）
 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4）
(直接入力・手書きのどちらも可)

チェックした日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

チェックした病院代表医師名 _____ (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] <small>※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。</small>
	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

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	<input type="text"/> (西暦) 2018/01/01
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="checkbox"/> 中枢神経 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>) <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: <input type="checkbox"/> G719 <input type="checkbox"/> exon-19 欠失 <input type="checkbox"/> S768I <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> exon-20 挿入 <input type="checkbox"/> L856R <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
	EGFR-検査方法: <input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
	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: <input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISHのみ <input type="checkbox"/> RT-RCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
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) : <input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
	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) : <input type="checkbox"/> 陰性(0) <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	HER2(FISH) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	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 : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117
	KRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <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 : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117
	NRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
	HER2(IHC) : <input type="checkbox"/> 陰性(0) <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	EGFR(IHC) : <input type="checkbox"/> 陰性(0) <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 or 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
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 父 母 親（詳細不明） 子 祖父母（父方） 祖父母（母方）

祖父母（詳細不明） その他

がん種 脳腫瘍 口腔がん 咽頭がん 喉頭がん 唾液腺がん 甲状腺がん 肺がん 乳がん

食道がん 胃がん 小腸がん 大腸がん 肝がん 胆道がん 膵がん 腎がん 腎盂がん

膀胱がん 子宮体がん 子宮頸がん 卵巣がん 皮膚がん 原発不明

その他

罹患年齢 10歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代

80歳代 90歳以上 不明

家族歴詳細②：

続柄 父 母 親（詳細不明） 子 祖父母（父方） 祖父母（母方）

祖父母（詳細不明） その他

がん種 脳腫瘍 口腔がん 咽頭がん 喉頭がん 唾液腺がん 甲状腺がん 肺がん 乳がん

食道がん 胃がん 小腸がん 大腸がん 肝がん 胆道がん 膵がん 腎がん 腎盂がん

膀胱がん 子宮体がん 子宮頸がん 卵巣がん 皮膚がん 原発不明

その他

罹患年齢 10歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代

80歳代 90歳以上 不明

家族歴詳細③：

続柄 父 母 親（詳細不明） 子 祖父母（父方） 祖父母（母方）

祖父母（詳細不明） その他

がん種 脳腫瘍 口腔がん 咽頭がん 喉頭がん 唾液腺がん 甲状腺がん 肺がん 乳がん

食道がん 胃がん 小腸がん 大腸がん 肝がん 胆道がん 膵がん 腎がん 腎盂がん

膀胱がん 子宮体がん 子宮頸がん 卵巣がん 皮膚がん 原発不明

その他

罹患年齢 10歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代

80歳代 90歳以上 不明

家族歴詳細④：

続柄 父 母 親（詳細不明） 子 祖父母（父方） 祖父母（母方）

祖父母（詳細不明） その他

がん種 脳腫瘍 口腔がん 咽頭がん 喉頭がん 唾液腺がん 甲状腺がん 肺がん 乳がん

食道がん 胃がん 小腸がん 大腸がん 肝がん 胆道がん 膵がん 腎がん 腎盂がん

膀胱がん 子宮体がん 子宮頸がん 卵巣がん 皮膚がん 原発不明

その他

罹患年齢 10歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代

80歳代 90歳以上 不明

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 : <input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明
	治療目的 : <input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助両方 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> その他
	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 : <input type="text"/> 2000/01/01
	投与終了日 : <input type="text"/> 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由 : <input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望通り中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止
	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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 2000/01/01

他医療機関からの紹介患者の算定上の取扱い

① 他院からの紹介患者の算定の流れ

検体提出から結果説明の流れは資料4と同様である。

がん遺伝子パネル検査（検体提出）	8,000 点	（80,000 円）
がん遺伝子パネル検査（結果説明）	48,000 点	（480,000 円）
判断料、遺伝カウンセリング加算	1,100 点	（11,000 円）

② 算定上の留意点

- 検体提出、結果説明ともに外来で実施。（入院中の場合、算定できません）
- 他院で入院中の場合、本院外来受診であっても外来扱いにはなりません。
- 来院日調整の際は、必ず入院中でないか確認してください。

※他院入院中の場合も算定できません。

入院中の場合、退院後に来院していただくよう調整をお願いします。

※退院困難な場合、請求方法を他院と調整できる場合がありますので、必ず事前に医事課までご連絡ください。

- 入院中（他院入院も含む）に実施すると検査費用が算定できず、上記費用が病院持ち出しになってしまいます。他院からの紹介患者は入退院の状況が把握しづらいとは思いますがご留意願います。

がん遺伝子パネル検査にかかる算定方法について

● 診療科でがん遺伝子パネル検査の実施（検体提出料） 8,000点

患者負担 3割負担の場合 24,000円
 1割負担の場合 8,000円
 （※別途、診察料等がかかります。）

外注伝票又は「未染色標本依頼書」の写しを医事課へ送付

- ※ 可能な限り、患者診察日（患者帰宅前）に外来受付票と一緒に医事課へ提出（患者が医事課へ提出）
- ※ 患者診察日に医事課へ提出が困難な場合は、後日追加請求が出ることを患者へ説明をお願いします。

※検体提出は外来で実施（入院中だと算定できなくなります）

エキスパートパネル実施

● 診療科で結果説明（結果説明+判断料+遺伝カウンセリング加算） 49,100点

患者負担 3割負担の場合 147,300円
 1割負担の場合 49,100円
 （※別途、診察料等がかかります。）

処置・汎用オーダから算定情報入力

期間: 2020/09/24 - 2020/09/24 回数: 1回 日時一括指示 行為検索

*21. 眼科 *22. 精神 *23. 放射 *24. 麻酔 *25. 歯科 *26. 形成 *27. 病理診断 *28. 遺伝

遺伝カウンセリング がん遺伝子パネル検査(結果説明時)

がんゲノム相談外来

※結果説明は外来で実施（入院中だと算定できなくなります）