

# 神奈川県医療連携手帳

(乳がん)



済生会横浜市南部病院



いりょうれんけいてちょう

## 医療連携手帳とは(1)

この手帳は、手術や術前・術後の化学療法をおこなった専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制をつくることを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報、②10年間の診療予定表、③10年分の診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」と「連携パス」を活用し、かかりつけ医と横浜市南部病院の医師が協力して、あなたの治療をおこないます。

この連携手帳を使用することで、あなたは今後の診療予定を知ることができ、医療機関では今までの診療情報が共有されます。このためあなたは安心してこれまでとおりにかかりつけ医の診療を受けることができます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（4ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医がおこない、専門的な治療については手術を施行した専門病院がおこないますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて治療を施行した専門病院を受診していただきます。また、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、手術施行した専門病院までご連絡ください。

## 医療連携手帳とは(2)

乳がんの手術・治療を受けられた方は、再発ならびに対側乳房の新規乳がんの発生などを定期的に調べる必要があります。このため手術後10年間にわたり定期検査を受けることが望まれます。この冊子の12～27ページに定期検査の予定・記録をまとめてあります。

初期治療が終了した時点で、かかりつけ医療機関で定期的に検査をおこなってもらい、処方や体調の変化などをみてもらいます。

原則的に1年に1回は手術を受けた病院（手術病院）を受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診してください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合は、その時点で手術を受けた病院を受診していただくことになります。

なお、乳がん以外のがん（肺がん、肝がん、胃がん、婦人科系がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけ医に相談するか、自治体でおこなわれる検診・健康診断などを必ずお受け下さい。

## 医療連携手帳とは(3)

### 【かかりつけ医の役割】

- ☆ 病気の予防・日常の健康管理をおこないます（生活習慣病などの管理は身近なかかりつけ医が必要です）。
- ☆ 専門的治療（病院への受診）の必要性を判断します。
- ☆ 風邪など一般的な病気のことやちょっとした心配ごとなどが気軽に相談できます。

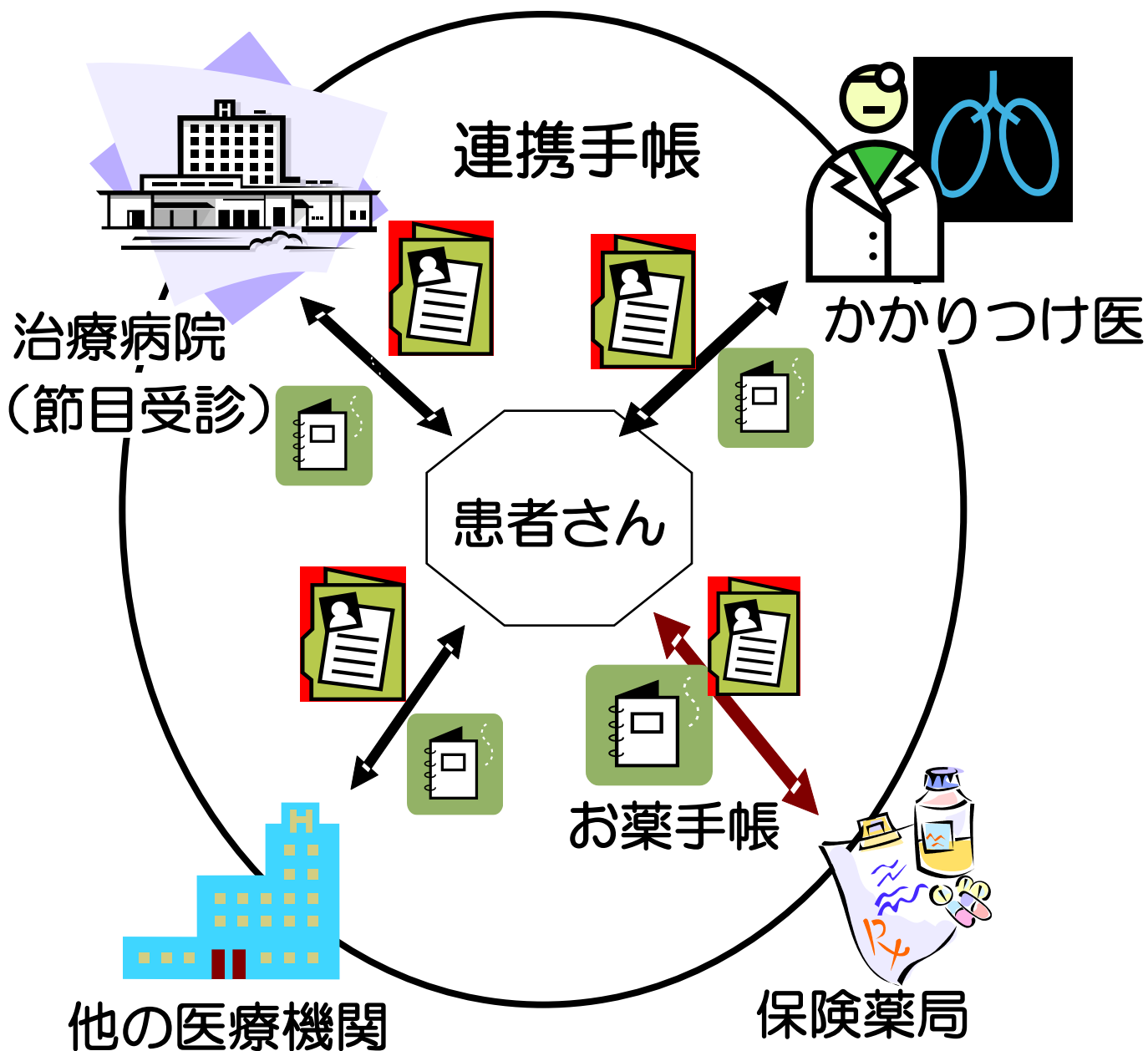
### 【治療を施行した専門病院の医師の役割】

- ☆ 定期的な診療をおこないます（かかりつけ医と情報交換しながら、年に1～2回の診察）。
- ☆ 専門的な検査・診察・手術をおこないます。
- ☆ 緊急を要する場合、必要な対応をおこないます。



（この医療連携手帳は、東京都医療連携手帳を基に作成しています。）

# 連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

記載日： \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## お名前

生 年 月 日 大・昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
平

身長 \_\_\_\_\_ cm                      体重 \_\_\_\_\_ kg

現在の月経状況：前・後・不明  
(初潮年齢 \_\_\_\_\_ 歳) / (閉経年齢 \_\_\_\_\_ 歳)

## かかりつけ (連携)

### 医療機関

TEL \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

連携開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 専門病院 (手術等)

济生会横浜市南部病院

TEL \_\_\_\_\_

045-832-1111 (代表)

診察券番号 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

緊急時連絡方法 ☆診療時間内： \_\_\_\_\_

☆夜間・休日： \_\_\_\_\_

## かかりつけ薬局

TEL \_\_\_\_\_

乳がん以外の現在治療中の病気とこれまで  
にかかった病気や手術

高血圧、糖尿病

アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬

シール貼り付けも可。(お薬手帳がある時は記入は不要です。)



# 手術記録

病期 T\_\_\_ N\_\_\_ M\_\_\_

Stage\_\_\_\_\_

手術日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

手術術式 右/左

- 乳房切除術 ( )
- 乳房温存術 ( )
- センチネルリンパ節生検：なし/あり
- リンパ節郭清：なし/あり (レベル1・2・3)
- 再建術：なし/あり

## 病理所見

組織型：\_\_\_\_\_

腫瘍の大きさ（病理浸潤径）：\_\_\_\_\_ cm

センチネルリンパ節生検：陰性/陽性

腋窩リンパ節郭清：あり/なし

リンパ節転移の数：\_\_\_\_\_個/\_\_\_\_\_個中

エストロゲン受容体：陰性/陽性 (\_\_\_\_\_%)

プロゲステロン受容体：陰性/陽性 (\_\_\_\_\_%)

HER(ハーツ)受容体：

染色法：0・1+・2+・3+

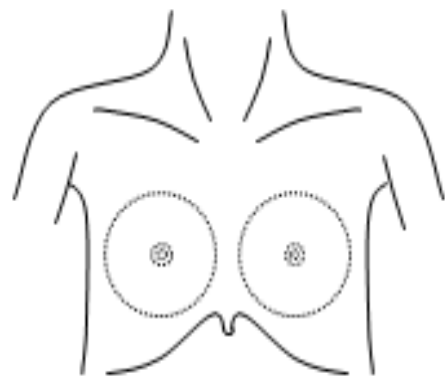
FISH法：陰性/陽性 ( )

脈管浸潤：陰性/陽性

組織学的グレード：1・2・3

断端：陰性・陽性

Ki-67：\_\_\_\_\_ %



## 放射線療法

部位

総線量・回数

期間 西暦\_\_年\_\_月\_\_日～西暦\_\_年\_\_月\_\_日

備考

## 化学療法

内容（薬剤名・投与量（ $\text{mg}$ ）・回数

術前／術後

期間 西暦\_\_年\_\_月\_\_日～西暦\_\_年\_\_月\_\_日

備考

## 抗HER2療法

内容（薬剤名・投与量（/m<sup>2</sup>）・回数

期間 西暦\_\_\_\_年\_\_月\_\_日～西暦\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

備考

## 内分泌治療

内容 予定期間 投与開始日

西暦 年 月 日

西暦 年 月 日

備考

西暦 年 月 日

## その他特記事項（連携時）

# 乳がん 診察・検査予定表

手術日：20 年 月 日

手術後	1年			2年			3年								
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月						
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
手術病院				●			●				●				
連携先	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●	●
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
乳房検査															
マングラフィ (MMG)				◎			◎				◎				
乳房超音波 (US)		○		○		○		○		○		○		○	
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○	
婦人科				○			○				○				
骨密度		○		○		○		○		○		○		○	
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射															

--

4年	3か月	6か月	9か月	5年	6か月	6年	6か月	7年	6か月	8年	6か月	9年	6か月	10年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●				●		●		●		●		●		●
	●	●	●		●		●		●		●		●	
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎				◎				◎				◎		
○		○		○		○		○		○		○		○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○		○		○		○		○		○		○		○
○				○				○		○		○		○
○		○		○		○		○		○		○		○
○				○				○		○		○		○
○				○				○		○		○		○
○				○				○		○		○		○
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

<p style="font-size: 24px; margin: 0;">10年以降</p>
<p style="font-size: 24px; margin: 0;">これ以降は1年に1回の乳房の定期検査</p>

◎ 必須

○ 任意

# 診療メモ

3か月

6か月

9か月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察

患肢の腫れ・運動障害  
患側局所異常所見の訴え  
関節痛や腫脹の有無  
全身倦怠感  
不正出血の有無  
一般的内科診療での異常

マンモグラフィ

乳房超音波

採血

胸部X線

骨密度

内服確認

LH-RH注射施行日

連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

コメント

[連携元：手術病院]

[連携先：かかりつけ医療機関]

自由記入欄

気づいたことなど自由にご記入ください

1年目に行ったその他検査（任意）・その他備考  
CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

必須  
 任意

1年 (専門病院にて)      1年3か月      1年6か月      1年9か月      2年 (専門病院にて)

<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |                              |                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 連携元 | <input type="checkbox"/> 連携元 | <input type="checkbox"/> 連携元 | <input type="checkbox"/> 連携元 | <input type="checkbox"/> 連携元 |
| <input type="checkbox"/> 連携先 | <input type="checkbox"/> 連携先 | <input type="checkbox"/> 連携先 | <input type="checkbox"/> 連携先 | <input type="checkbox"/> 連携先 |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> その他 |

2年目に行ったその他検査（任意）・その他備考  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（                      ）







# 診療メモ

2年3か月    2年6か月    2年9か月

受診年月日                    / /                    / /                    / /

	2年3か月	2年6か月	2年9か月
診察	○	○	○
患肢の腫れ・運動障害			
患側局所異常所見の訴え			
関節痛や腫脹の有無			
全身倦怠感			
不正出血の有無			
一般的内科診療での異常			
マンモグラフィ			
乳房超音波		○	
採血	○	○	○
胸部X線		○	
骨密度		○	
内服確認	□	□	□
LH-RH注射施行日			

<input type="checkbox"/> 連携元	<input type="checkbox"/> 連携元	<input type="checkbox"/> 連携元
<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携先
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他

## コメント

[連携元：手術病院]

[連携先：かかりつけ医療機関]

## 自由記入欄

気づいたことなど自由にご記入ください

3年目に行ったその他検査（任意）・その他備考  
CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（                    ）

必須  
 任意

3年 (専門病院にて)      3年3か月      3年6か月      3年9か月      4年 (専門病院にて)

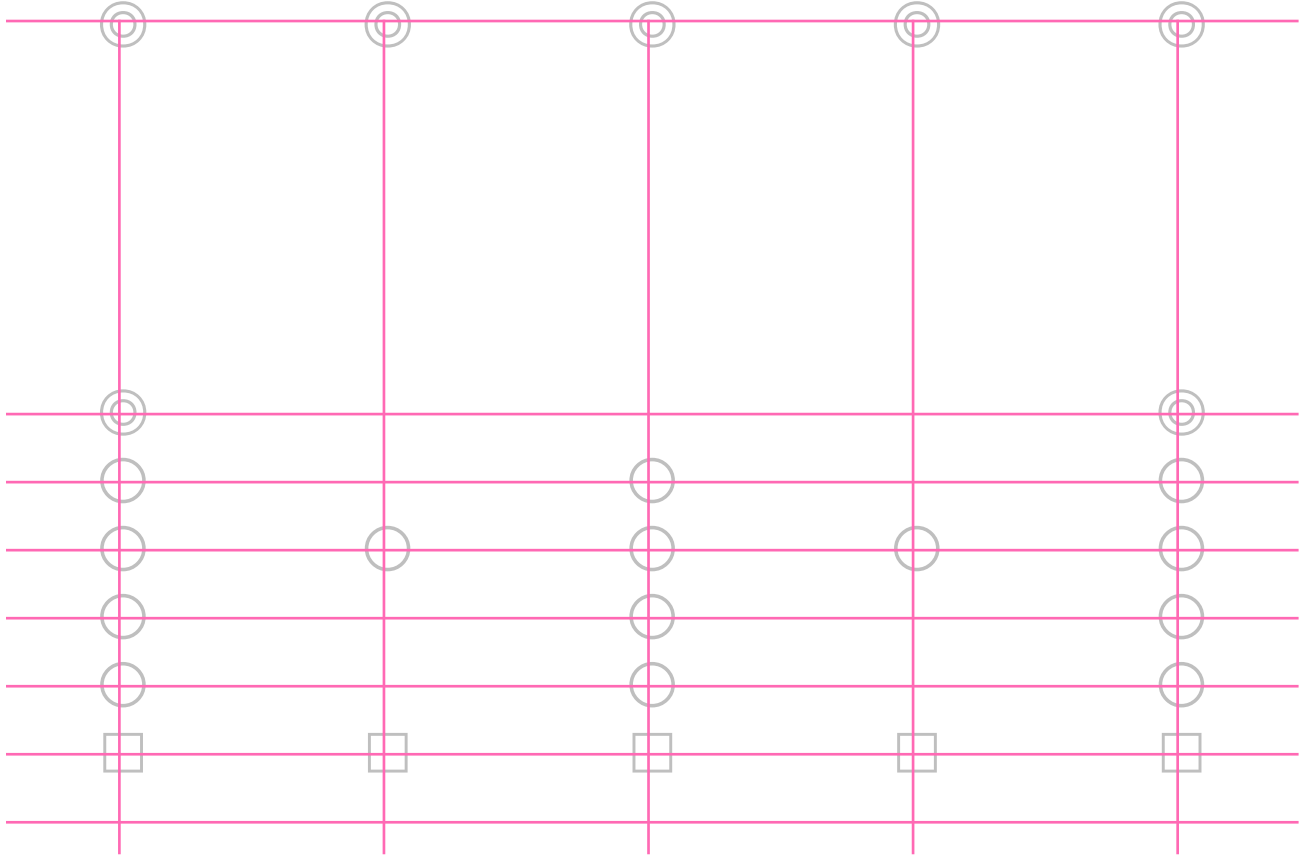
//

//

//

//

//



連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

連携元  
 連携先  
 その他

4年目に行ったその他検査（任意）・その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）





# 診療メモ

4年3か月      4年6か月      4年9か月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察

患肢の腫れ・運動障害  
患側局所異常所見の訴え  
関節痛や腫脹の有無  
全身倦怠感  
不正出血の有無  
一般的内科診療での異常

マンモグラフィ

乳房超音波

採血

胸部X線

骨密度

内服確認

LH-RH注射施行日

連携元

連携先

その他

連携元

連携先

その他

連携元

連携先

その他

コメント

[連携元：手術病院]

[連携先：かかりつけ医療機関]

自由記入欄

気づいたことなど自由にご記入ください

5年目に行ったその他検査（任意）・その他備考  
CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（                      ）

◎ 必須  
○ 任意

5年 (専門病院にて) //	5年6か月 //	6年 (専門病院にて) //	6年6か月 //	7年 (専門病院にて) //
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他

6・7年目に行ったその他検査（任意）・その他備考  
CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）







# 診療メモ

7年6か月

8年

8年6か月

(専門病院にて)

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察

- 患肢の腫れ・運動障害
- 患側局所異常所見の訴え
- 関節痛や腫脹の有無
- 全身倦怠感
- 不正出血の有無
- 一般的内科診療での異常

マンモグラフィ

乳房超音波

採血

胸部X線

骨密度

内服確認

LH-RH注射施行日

連携元

連携先

その他

連携元

連携先

その他

連携元

連携先

その他

コメント

[連携元：手術病院]

[連携先：かかりつけ医療機関]

自由記入欄

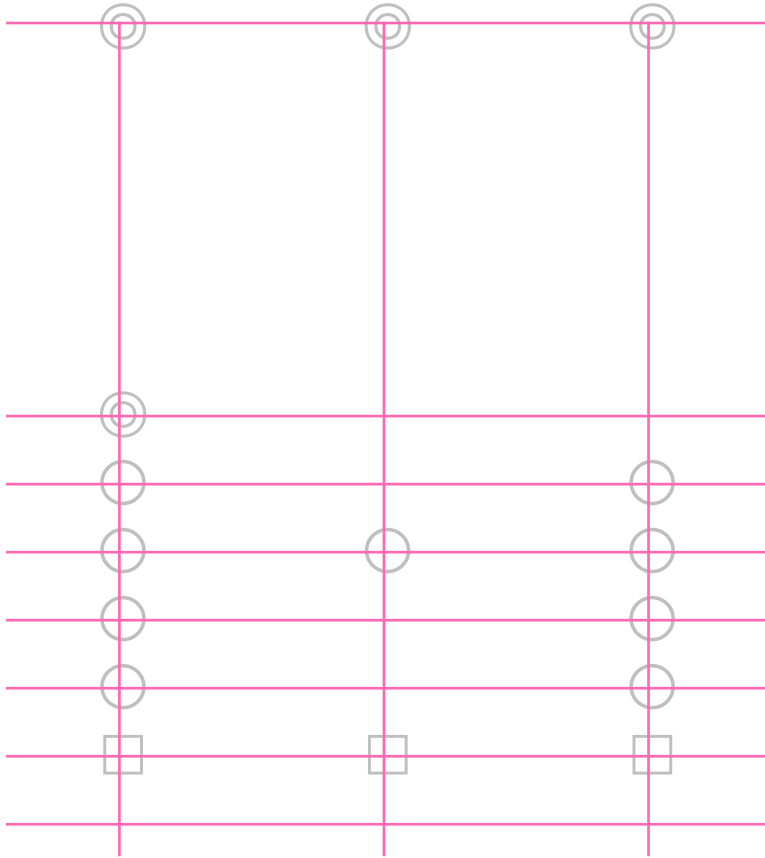
気づいたことなど自由にご記入ください

8年目に行ったその他検査(任意)・その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他( )

◎ 必須  
○ 任意

9年 (専門病院にて) //  
 9年6か月 //  
 10年 (専門病院にて) //



□連携元                      □連携元                      □連携元  
 □連携先                      □連携先                      □連携先  
 □その他                        □その他                      □その他

これ以降は1年に一回  
 乳房の定期的検査をお受けください。

9・10年目に行ったその他検査（任意） ・ その他備考  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（                      ）





# 自由記載欄

# 自由記載欄

# 自由記載欄



# 自由記載欄

# 自由記載欄

# 自由記載欄

## この手帳の使い方について

- 1) **患者さん**は手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
  - a) 5ページ目；お名前など
  - b) 6ページ目；以前や現在かかられている病気・アレルギー・内服薬など（お薬は“お薬手帳”などに使うシールを使ってもかまいません。また、お薬手帳がある方は記載不要です。）
  
- 2) **専門病院の担当の先生**は、患者さんにお渡しする前に下記の部分についてご記入下さい。
  - a) 7ページ目；手術記録
  - b) 8・9ページ目；各種治療歴とその他連携に当たって、かかりつけ医に伝えておきたいこと

## この手帳の使い方について

3) かかりつけ医ならびに専門病院の担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いします。

- a) 診察した日（確認日）の日付記載ならびにサイン（又は印）
- b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
- c) 内服のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
- d) LH-RH製剤の注射を行った場合はその日付を記載
- e) （専門病院の場合）1年毎の任意検査を行った場合  
チェックもしくは内容記載、その結果も簡単に。（問題あり・なし程度でよいです）
- f) 診察を行った際に、問題があること、また、かかりつけ医／専門病院に伝達が必要な項目がある場合は、“コメント”に記載してください。スペースが足りなければ、下の“その他備考”欄もご利用ください。
- g) かかりつけ医・専門病院の担当医のいずれかが、連携中に継続的に注釈が必要なものについては、14ページ以降の空欄の“診療メモ”にそれを記載してください。
- h) 内分泌治療を行っている場合、終了した場合はP.9の備考欄に、終了日をわかりやすく記載して下さい。

## 乳がん術後定期受診を受けられる患者さんおよびご家族の皆様へ

\_\_ 済生会横浜市南部病院では、がん治療の基幹病院として平成18年に制定された厚生労働省「がん対策基本法」に則って、がん患者さんの治療をおこなっています。この「がん対策基本法」は、がんの予防の推進・早期発見・医療の充実について重点的に取り組み、特に「がん医療の均てん化・機能分担化」の促進にも具体的に取り組むこととしています。そのため、国は各都道府県にいくつかの「がん診療連携拠点病院」を指定し、その拠点病院はその地域の医療機関に対して専門的な「がん医療の提供、がん診療連携体制の構築、情報提供・相談支援」をおこなわなければならないと決めています。とりわけ、がん診療の連携体制の構築については、がん治療をおこなう基幹病院（がん診療連携拠点病院やこれに準ずる病院）と地域の診療所や一般病院の先生（以後、かかりつけ医といいます）との適切な役割分担による共同連携診療体制（地域医療連携クリティカルパス）づくりが急務とされています。

具体的には図(神奈川県医療連携手帳(乳がん)の4ページの図「連携手帳を用いた診療の流れ」)に示されるように、がん診療連携拠点病院などの連携元病院で手術などの治療を受けられた患者さんのその後の診療やフォローアップを、同病院と近隣のかかりつけ医との間で共同連携診療をおこなうということです。この連携に必要な「診療情報提供書」には文書料が発生いたします。

2か所の医療機関への通院は大変と感じられるかもしれませんが、主治医が複数になると考えることができ、異常の早期発見やきめ細かな対応が望めるでしょう。

また、患者さんをお待たせする時間や通院に要する時間を短くすることができ、病院の混雑緩和が期待できます。

あなたの病気の進行度、や今後の具体的な診療予定に関しては、連携手帳に沿って主治医より説明があります。神奈川県医療連携手帳を利用することで、今後の診療計画を理解することができ、患者さんの療養生活に役立つと考え、利用をお勧めしています。

これは強制ではなく、あくまで患者さんのご希望に沿うものですので、診療連携をしない、連携承諾後の中止などについては、いつでも遠慮なくお申し出ください。

以上、乳がん術後の地域医療連携についてご説明しました。不明な点がある時、再度説明を希望される時など、いつでもご相談ください。

地域連携クリティカルパスによる診療に同意していただける場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

なお、以上のような地域連携クリティカルパスによる診療を希望される場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

## 乳がん診療連携に関する同意書

私は、済生会横浜市南部病院の\_\_\_\_\_医師より、  
乳がん術後の地域連携パスによる医療連携の説明を受けました。

連携先医療機関のかかりつけ医師（連携元の医師が記入して下さい）

\_\_\_\_\_クリニック・医院・診療所

\_\_\_\_\_先生

（かかりつけ医の医師の署名は必要ありません。）

.....  
平成 年 月 日

済生会横浜市南部病院 外科

説明医師署名\_\_\_\_\_

-----  
神奈川県医療連携手帳（乳がん）を保持し、神奈川県乳がん  
医療連携パスにのっとった連携診療を受けることに、

同意します。

同意しません。

（いずれかに○をお願いします）

平成 年 月 日

患者さんご署名\_\_\_\_\_

または

代諾者署名\_\_\_\_\_（続柄：\_\_\_\_\_）

-----  
原本を連携手帳に保存し、2部をA4にコピーして計画策定病院と連携  
先医療機関（かかりつけ医）に1部ずつわたします。

# 連携共同診療計画に基づく 定期 診療情報提供書

( 年 月 日 経過分)

○の全てと、●の1行目は、異常がない場合でも必ず記載をお願いします。  
○の全ては、コピーされたものでかまいません

○ \_\_\_\_\_ 病院／医院／クリニック  
\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生行

○患者氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日；大正・昭和・平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日生  
患者番号（専門病院）； \_\_\_\_\_

●診察所見：□異常なし □異常あり □疑い  
(異常あり・疑いの場合は下に記載)

所見： 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

検査名と所見： \_\_\_\_\_  
検査1. \_\_\_\_\_  
検査2. \_\_\_\_\_  
検査3. \_\_\_\_\_

検査異常値： • \_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_

●その他異常所見：□なし □あり (異常ありの場合は下に記載)  
(がん再発に関連しないと思われる項目でも結構です。)

• \_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_

○内服確認：□なし □あり

伝達事項： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

以上、連絡いたします。よろしくお願ひいたします。

平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## 【記載者】

医療機関名： 済生会横浜市南部病院 診療科： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

かかりつけ医、連携元医療機関のどちらも使えます。A4サイズにコピーしてカルテ保管や送付に使ってください。



# 用語解説1

## ア行 アジュバント療法（＝補助療法）

再発予防のため手術などの治療の後、あるいは前後に行われる化学療法、内分泌治療、放射線療法など。

## アロマターゼ

脂肪組織などにある酵素。閉経後の女性は、卵巣の機能が低下してエストロゲンの生成が困難となるが、アロマターゼによりアンドロゲン（男性ホルモン）をエストロゲンに変換し女性ホルモンが作られる。このため閉経後でも血中にエストロゲン（女性ホルモン）が存在する。

## アロマターゼ阻害剤

アロマターゼの働きをブロックして体内エストロゲン量を低下させ、乳がんの発育を抑制する。

## 腋窩リンパ節郭清

乳がんのリンパ節転移は脇の下のリンパ節から起こることが多いので、手術の際に脇の下のリンパ節（腋窩リンパ節）を脂肪も含めてまとめて取り除く手術のこと。この治療の目的は腋窩リンパ節への転移の有無や転移の個数を確認する診断と再発を防ぐこと。

## エストロゲン・エストロゲン受容体（ER）

主に卵巣で生産される女性ホルモンで乳がんの発生や増殖に関係している。乳がん細胞にはエストロゲンの影響を受けて増殖するタイプのものであり、エストロゲンを鍵とするとエストロゲン受容体は鍵穴にあたる。このエストロゲン受容体の有無はがん組織を用いて調べる。エストロゲン受容体があると「エストロゲン受容体陽性」でエストロゲンの働きを抑える内分泌治療が適応となり、ないと「エストロゲン受容体陰性」となる。

## LH-RH（エル・エイチ・アール・エイチ）アゴニスト製剤

脳内にある「視床下部」という場所から性腺刺激ホルモン放出ホルモン（LH-RH）が分泌され、このホルモンにより「下垂体」から性腺刺激ホルモン（LH）が分泌され、LHホルモンの作用により卵巣からエストロゲンが分泌されます。LH-RHアゴニスト製剤はLH-RHとよく似た構造の薬で、LH-RHの働きを妨げることにより、結果的に卵巣でエストロゲンが分泌されなくなり閉経状態をつくる薬です。

## 遠隔再発・転移

手術などの最初の治療後に再びがんが発生すること。がん細胞が血流・リンパ流などにより、元の病巣から遠い部位の臓器で再びがんが発生すること。骨転移、肺転移、肝転移や脳転移などがある。

# 用語解説2

## カ行 化学療法

手術の前後や再発した時に、薬による治療を行うこと。乳がんで使用  
する化学療法には抗がん剤と内分泌治療（ホルモン剤）と分子標的薬  
剤があり、がんが増えるのを抑えがんを破壊する。再発した場合でも  
これらの薬を用いて、症状を和らげて毎日の生活がつかくならないよ  
うにする。

## 胸部X線

胸部のレントゲン検査。放射線により肺や心臓また骨などを画像化し  
て、これらの部位に異常がないか、また肺にがんが転移していないか  
を確認する。

## 骨シンチグラフィ

骨にがんがあるかどうかを調べる検査。骨のがんに集まる性質をもっ  
た薬剤（放射性同位元素）を注射して、この薬剤からの放射線を画像  
化する検査。

## 骨密度

骨を構成するカルシウムなどのミネラル成分がどのくらい詰まってい  
るかを表すもので、いわば骨の強さを示す指標。これが低下すると骨  
がもろくなって（骨粗しょう症）骨折しやすくなる。女性の場合は更  
年期に伴う女性ホルモンの分泌低下や、内分泌治療による女性ホルモ  
ンを抑えることにより、骨密度が急激に低下することがある。測定に  
はレントゲンや超音波を用いる方法などがある。

## 抗エストロゲン剤

女性ホルモンであるエストロゲンが女性ホルモンを取り込むのを抑え、  
乳がんの発育を抑制する薬剤。

## 抗HER2（ハーツ）療法

免疫染色によるHER2受容体強陽性やFISH法陽性の乳がんに対しての  
み治療可能な、分子標的療法。薬剤には注射や内服の方法がある。

## サ行 再建術

手術によって失われた乳房を、形成外科の技術によって再建する方法。  
本人の体の一部を使用し再建する方法（自家組織再建）と人工乳房を  
用いる方法がある。また乳がん手術の際に同時に再建する一期再建と、  
乳がんの手術とは別の時期に再建する二期再建とがある。

## 再発

手術などの最初の治療後に再びがんが発生すること。乳がんが再発し  
やすい場所には皮膚・リンパ節・肝臓・肺・骨・脳などがある。

# 用語解説3

## CT

「コンピュータ断層撮影」のこと。X線で身体を撮影しコンピュータで情報を処理して、体を輪切りにしたような写真。最近では画像処理技術の向上により3次元的な写真が表示可能な機械もある。

## 手術術式

定型、非定型、温存の3つの方法があるが、定型手術は現在ほとんど行われない。非定型手術は筋肉を残して乳房全てと脇のリンパ節を切除、温存術はしこりを中心に乳房を部分的に切除し必要に応じて脇のリンパ節を切除する方法。

## 術後補助療法（＝アジュバント療法）

再発予防のため手術などの治療の後に行われる化学療法、内分泌治療、放射線療法など。

## 術前補助療法（＝ネオアジュバント療法）

乳がんが大きくて手術による切除が難しい場合や、手術はできるが温存手術は難しい場合に行う術前の化学療法、内分泌治療、放射線療法など

## 腫瘍

細胞が異常に増えてかたまりになったもの。その場所で大きくなり周りの組織を周囲に押すだけの「良性腫瘍」と、大きくなってまわりに広がり、他の臓器に移り、命に危険が及び可能性のある治療が必要な「悪性腫瘍＝がん」がある。

## 腫瘍（がん）マーカー

がんがあるかどうかの目安になる採血の値。がんが体内にあると、がんがないときには見られない物質が血液や分泌物の中に現れ増加する。この腫瘍マーカーの増加の有無で、再発や治療効果の判断の目安になる

## 浸潤がん

がんが乳管（乳汁を通す管）や小葉（乳汁を作る部位）の中にとどまらず、周囲にひろがっている状態。「浸」はしみること、「潤」はうるおうことで、「浸潤」は水がしみこむように、がんの細胞が周囲の組織を壊しながらしみこみ拡大している状態。

## センチネルリンパ節生検

センチネルリンパ節（見張りリンパ節）とは腋窩リンパ節の中でも最初にがん細胞がたどりつくと考えられるリンパ節。このセンチネルリンパ節を生検（摘出）して、この中にがん細胞がなければその先のリンパ節にも転移はないと判断し、腋窩リンパ節郭清を省略することができる。

# 用語解説4

## 組織学的グレード

がんの悪性度を表す指標、がん細胞の中心にある核の大きさや形、分裂の状態をもとに1-3の3段階で評価する。数値が大きいほど悪性度は高い。

## 組織型

乳がんの種類を分類したもの。転移しにくい非浸潤がん、転移の可能性のある浸潤がんや比較的まれな特殊型がある。

## タ行 断端

手術で切除した組織の切り口（端）の断面のことで、マージンともいう。切り口の断面にがんが見られた場合は、「断端陽性」という。乳房温存術で断端陽性の場合、局所での再発の割合が高くなるため、慎重な検査が必要。ただし切り口にがんが無い状態（断端陰性）であっても、局所での再発は0（ゼロ）にはならない。

## 転移

手術などの最初の治療後に再びがんが発生すること。がん細胞が血・リンパ流などにより、元の病巣から遠い部位の臓器で再びがんが発生すること：骨転移、肺転移、肝転移や脳転移などがある。

## 超音波検査（エコー）

検査部位に超音波をあてて、その反射をとらえて画像にする検査。乳房・リンパ節や肝臓などを検査することができ、小さな病変を見つけることができる。またその内部の性質を判断することも可能。放射線を用いないため、妊娠中でも施行することが可能。

## ナ行 内分泌治療（＝ホルモン療法）

エストロゲン受容体やプロゲステロン受容体が陽性の女性ホルモンに依存して増殖するタイプの乳がんに対して行われる治療。体内の女性ホルモンの量を減らす方法（LH-RHアゴニスト製剤、アロマターゼ阻害剤）と、がん細胞が女性ホルモンを取り込むのを抑える方法（抗エストロゲン剤）の2つの種類がある。

## ハ行 HER2（ハーツー）受容体

がん細胞の表面に存在する、乳がんが増殖するのに必要な刺激を受け取るための蛋白の一つ。乳がん全体の2～3割にHER2受容体が過剰に存在（強陽性）していると言われ、HER2受容体を標的とした治療（抗HER2療法）の対象となる。HER2受容体の有無は、（免疫組織）染色法や遺伝子の増幅の有無（FISH法）で調べる。染色法で3+やFISH法で陽性であれば抗HER2療法の適応となる

# 用語解説5

## 非浸潤がん

乳管（乳汁を通す管）や小葉（乳汁を作る部位）の中にとどまっている状態のがん。適切な治療により、転移や再発はほとんどないと考えられている。

## FISH（フィッシュ）法

乳がん組織のHER2受容体を作るもとなる遺伝子の量を調べる検査方法です。FISH法が陽性であれば抗HER2療法を行うことができる。

## 分子標的療法

正常細胞と比較しがん細胞がより多く持つ特徴を標的にして選択的に治療する方法。内服や注射の薬剤がある。乳がんでは抗HER2療法がある。

## 病期分類

がんの進行状態を分類したもの。しこりの大きさ、リンパ節への転移状態、他の臓器への転移の有無の3つの要素を組み合わせ病気を決定する。0期～Ⅳ期までの5段階に分類し数値が大きい程すすんだ状態。

0期：非浸潤がん（どのような大きさでも0期です。）

Ⅰ期：しこりの大きさが2cm以下。リンパ節や他の臓器への転移が無い。

Ⅱ期：しこりの大きさが2～5cm・しこりが2cm以下でも、脇のリンパ節への転移が疑われる状態。

Ⅲ期：しこりの大きさが5cm以上。多数のリンパ節転移が疑われる状態。

Ⅳ期：しこりの大きさにかかわらず、他の臓器に転移をしている状態。

## 病理浸潤径

顕微鏡で調べたがんの浸潤部の最大径のこと。

## プロゲステロン・プロゲステロン受容体（PgR）

卵巣から分泌される女性ホルモンで、黄体ホルモンとも呼ばれ、乳腺の発達や子宮内膜に作用する。エストロゲン受容体測定時に同時にプロゲステロン受容体も測定し、プロゲステロン受容体が陽性の場合は内分泌治療の対象となる。

# 用語解説6

## 放射線療法

温存術後の残存乳房に残っている可能性のあるがん細胞を根絶し、再発を防ぐ目的で行う治療。この治療を加えることにより乳房内再発が減ることがわかっている。またリンパ節転移の数が多かった場合にも放射線治療を行うことがある。さらに骨転移や脳転移などの再発に対してもこれらによる症状を和らげる目的で放射線治療をおこなう。

## ホルモン療法（＝内分泌治療）

エストロゲン受容体やプロゲステロン受容体が陽性の女性ホルモンに依存して増殖するタイプの乳がんに対して行われる治療。体内の女性ホルモンの量を減らす方法（LH-RHアゴニスト製剤、アロマターゼ阻害剤）と、がん細胞が女性ホルモンを取り込むのを抑える方法（抗エストロゲン剤）の2つの種類がある。

## ホルモン受容体

エストロゲン・エストロゲンレセプター（ER）、プロゲステロン・プロゲステロンレセプター（PgR）の項参照。

## マ行 マンモグラフィ

乳房のX線レントゲン検査。専用のレントゲン検査装置を用い、乳房を圧迫し撮影する検査。触診では診断できない小さな病変を見つけることができる、乳がん診断には欠かせない検査。

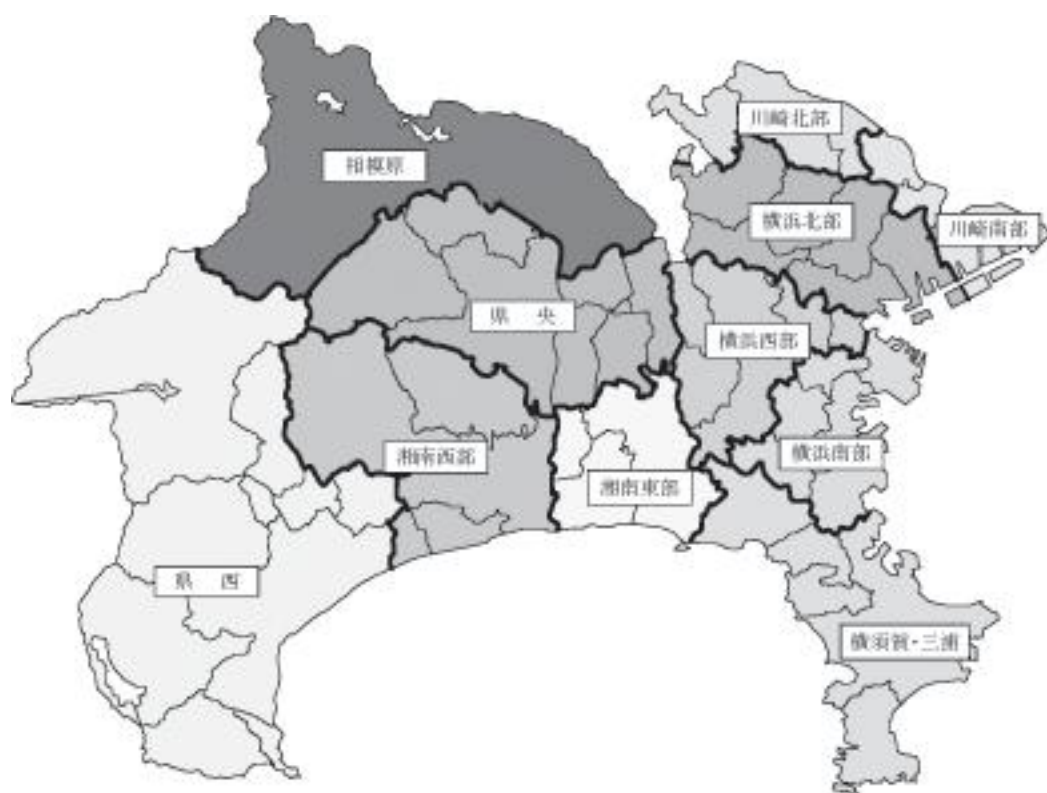
## 脈管浸潤

浸潤がんでがん周囲の血管やリンパ管などの中にがん細胞が見られること。血管やリンパ管の中にがん細胞がある場合は脈管浸潤陽性となり、陰性の場合と比較して転移や再発する割合が高くなる。

## ラ行 リンパ浮腫

腋窩リンパ節郭清などにより脇のリンパ節を切除することにより、リンパ液の流れが傷害されて、手術後に腕がむくむこと。手術後数ヶ月～数年後に起こることがある。このむくみをできるだけ減らす目的で、センチネルリンパ節生検が行われるようになった。完全な予防法はないが、適度な運動やマッサージを行い、手術側の腕を怪我しないことや、締め付けないこと、重いものを持ったりしないことである程度予防できる。





神奈川県がん診療連携協議会  
 神奈川県医師会  
 神奈川県