

様式 2-別添 1

基幹施設が備えるべき要件

I. 遺伝性腫瘍を扱う臨床遺伝部門の設置、臨床遺伝専門医・乳腺専門医・婦人科腫瘍専門医・認定遺伝カウンセラーの配置・勤務等

① 臨床遺伝部門の名称 (遺伝診療部)

② 臨床遺伝部門の責任者名 (所属および職名)
(遺伝診療部 部長/教授 東京太郎)

③ 遺伝専門外来の予約方法、受診方法を具体的に記載 【記載例】(電話番号は必須)

① 初診 (院内他科受診歴がある場合) : 各診療科から遺伝診療部への紹介相談の連絡をする。受診適応有りの確認がとれたら、紹介元の主治医から患者に遺伝診療部の外来予約用電話番号を伝える。遺伝診療部は患者からの連絡を受けて、同診療部外来受診予約枠を確保する。遺伝診療部外来 (電話番号 xxxxxx)

② 初診 (院内受診歴が無い場合) : 医療連携室 (電話番号 xxxxx) を通じ遺伝診療部外来受診の依頼を行い、遺伝カウンセラーが折り返し電話をかけてプレカウンセリング下で情報収集等を行う。毎週〇曜 17 時開催の HBOC 合同カンファレンスで検討し受診方針を決定したら、再度依頼者へ電話して受診の日程調整を行い、外来予約を確定する。

④ 申請時までの過去 1 年間 (例 : 20XX 年 9 月 ~ 20XX 年 8 月) の遺伝性腫瘍 (HBOC を含む) 臨床遺伝に関する診療実績 (自費・保険含む) . . . 【更新申請では記載不要】

(過去 1 年間)	数
HBOC の遺伝カウンセリング実施患者数	100 例
HBOC の遺伝学的検査実施患者数	50 例
BRCA 陽性者患者数 (病的変異 + 病的変異疑い)	10 例
リスク低減乳房切除 (RRM) の実施患者数	1 例
リスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) の実施患者数	3 例
乳房サーベイランス	
MMG (自施設/他施設) 実施患者数	15 例/0 例
US (自施設/他施設) 実施患者数	15 例/0 例
乳房造影 MRI (自施設/他施設) 実施患者数	13 例/2 例
卵巣サーベイランス実施患者数	12 例
その他の家族性腫瘍診療実績患者数	
① リンチ症候群	3 例
② リ・フラウメニ症候群	1 例
③	

専門医取得・セミナー受講の有無にかかわらず、HBOC 診療に携わる医療者を記載してください。

⑤ HBOC 総合診療に参画する医療者の連携協力体制 (氏名・専門職名と具体的職務分担)

- (・ 京都花子 乳腺外科医師 : HBOC 患者拾い上げ、乳腺サーベイランス、RRM の施行
- ・ 大阪次郎 婦人科医師 : HBOC 患者拾い上げ、卵巣サーベイランス、RRSO 施行
- ・ 東京太郎 遺伝診療部医師 : 遺伝カウンセリング、遺伝学的検査と結果解釈
- ・ 名古屋月子 認定遺伝カウンセラー : 遺伝カウンセリング)

3 領域の専門医が参加する HBOC に関する定期的なカンファレンス (新規は過去 1 年間、更新は 2019 年に施設認定を受けてからの 4 年 (コロナによる 1 年延長) 分の記録 (出席者《日付、参加者 (診療連携の出席者がある場合は記載) 氏名、診療科目、所属》日時、開催場所 (Web) を記載した内容を含む会議記録。症例に関しては症例検討した事が分かるように記載。個人情報

を含む具体的且つ詳細な内容の記載は不要)

カンファレンスの記録は必須事項記載の上、別用紙にてご提出頂いても構いません。

II. 遺伝学的検査体制

BRCA 遺伝学的検査の実施方法・検査会社/内部実施

(外部委託：□◇遺伝子検査会社)

内部実施の場合は院内解析実施用「様式2-別添5」を提出して下さい。

III. 総合診療体制 (HBOC 診療連携協定書を締結している施設)

① 連携している連携施設名 (○○ 医療センター)

② 連携している協力施設名 (○○ 総合病院)

IV. HBOC 症例登録

過去1年間の症例登録の登録家系数及び担当者名・・・【更新申請では記載不要】

(50例 東京雪子)