

関西労災病院がんセンター雑誌

# 阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. **01**

Issue : April 2014

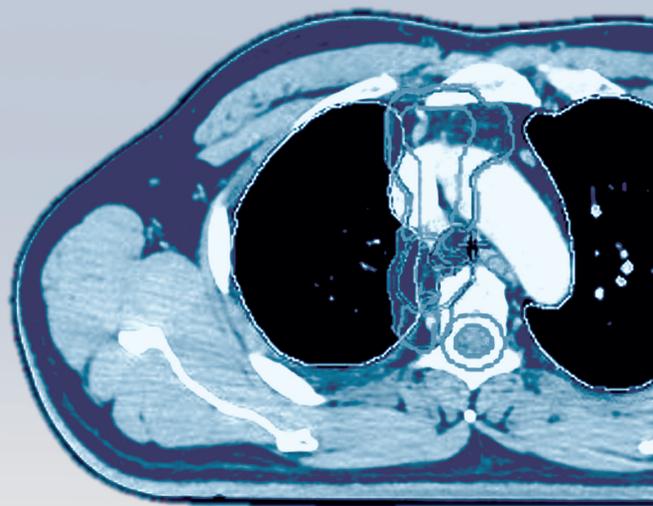
Journal of Kansai Rosai  
Hospital Cancer Center

がんセンターについて

2012年症例 部位別・治療法別 実績

[特集]症例紹介・ショートレクチャー

## 阪神がんカンファレンス について



独立行政法人 労働者健康福祉機構

関西労災病院

Copyright ©2007, Varian Medical Systems, Inc. All rights reserved.

# Contents

- 1 院長あいさつ
- 2 センター長あいさつ
- 3 がんセンター フロア図
  
- 4 **第1回阪神がんカンファレンス (胃がん)**
- 5 症例検討 「化学療法により根治切除し得た腹膜転移を有する胃がんの一例」  
外科 濱中美千子
- 7 ショートレクチャー 「胃がんに対する術前・術後補助化学療法の現状」  
上部消化器外科副部長 谷口博一
  
- 9 **第2回阪神がんカンファレンス (乳がん)**
- 10 症例検討 「眼窩リンパ節腫脹を主訴とする乳がんの一例」  
外科 日馬弘貴
- 12 ショートレクチャー1 「当院における乳がんの診断」  
乳腺外科 沖代格次
- 14 ショートレクチャー2 「乳がん看護認定看護師によるがんカウンセリングの取り組み」  
乳がん看護認定看護師 上野洋子
  
- 16 **第3回阪神がんカンファレンス (肺がん)**
- 17 症例検討 「化学療法の困難な高齢者BulkyN2肺癌に対し  
外科治療及び術後放射線治療を行った3症例」  
呼吸器外科 戸田道仁
- 19 ショートレクチャー 「肺がんの放射線治療」  
放射線治療科部長 香川一史
  
- 20 **第4回阪神がんカンファレンス (大腸がん)**
- 21 症例検討 「大腸憩室症を契機に発見された上行結腸癌の一例」  
外科 佐藤泰史
- 23 ショートレクチャー1 「大腸癌に対する外来化学療法の現状と支持療法」  
下部消化器外科 賀川義規
- 24 ショートレクチャー2 「大腸癌に対する最新の手術」  
下部消化器外科副部長 向坂英樹
  
- 26 トピックス
- 28 2012年症例 部位別・治療法別 実績
- 29 編集後記／次回阪神がんカンファレンスについて

## 関西労災病院がんセンター雑誌発刊に当たり



関西ろうさい病院 院長  
林 紀夫

日頃より当院の運営にご協力いただき有難うございます。当院は阪神間の中核病院として、病院機能を高め、職員の能力向上を図ることにより、患者様にご満足いただける病院になるよう努力してまいりました。特にがん診療につきましては、当院の多くの診療科がその診療に関わっており、多くのがんの専門医がおられますので、当院の最も重要な診療領域であります。

当院は2007年1月に厚生労働省より阪神南医療圏における「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、阪神間のがん診療の中心病院として、患者様に適切ながん医療を受けていただけるように病院の整備を行ってまいりました。手術待機患者様の入院待ち時間を改善するため、2011年5月より新しい手術室を4室稼働し、現在手術室13室体制で当院に課せられた高度医療を提供させていただいており、がんの手術件数も大幅に増加しております。2011年11月には外来化学療法室を拡充移転し、窓のある明るい環境で、患者様にゆったりと治療に臨んでいただけるようにいたしました。また、手狭であった内視鏡室も、2012年2月増設移転し、「内視鏡センター」と

して検査件数も大幅に増加いたしました。昨年からは放射線治療装置の更新のため、新しいがん治療棟の新築工事を始めましたが、今春「がんセンター」として竣工いたします。最新の強度変調放射線治療装置（IMRT）などが導入されるだけでなく、開業医の先生方や患者さまとの情報交換やカンファレンス開催などの設備も設置させていただきました。これらの病院機能の向上と環境整備により、手術療法、抗がん剤治療、放射線治療など、より質の高いがんに対する集学的治療を受けて頂くことができるようになります。また、余裕のある環境で検査・治療を受けていただくことが可能になり、患者様にもご満足いただけていると思っております。

最近のがんに対する医療の進歩には目を見張るものがあります。この進歩を患者様に実感していただくには、医療を受けていただく病院の医療機器を含めた環境の整備も重要ですが、最も重要なのは職員の医療に対する能力と患者様に対する思いやりの心です。今後も、良質で安全な医療を提供することにより、患者様に安心して医療を受けていただけるように職員一同努力してまいりますので、宜しくお願いいたします。

## がんセンターについて



関西ろうさい病院 副院長  
がんセンター長  
田村 茂行

わが国の死亡原因は「がん」がトップであり、今では国民の2人に1人が「がん」を患い、3人に1人が「がん」で亡くなる時代です。その中でも尼崎市は、がん死亡率が特に高い地域です。2006年にがん対策基本法が制定され、がんの予防や早期診断とともに、全国どこでも、がんに対する標準的な治療が受けられるようにと、「がん医療の均てん化」を目標として、各都道府県に都道府県がん診療連携拠点病院が設置されました。そして、この都道府県がん診療連携拠点病院を中心に、二次医療圏ごとに「地域がん診療連携拠点病院」が指定され、「がん難民」をなくすための取り組みが行われています。

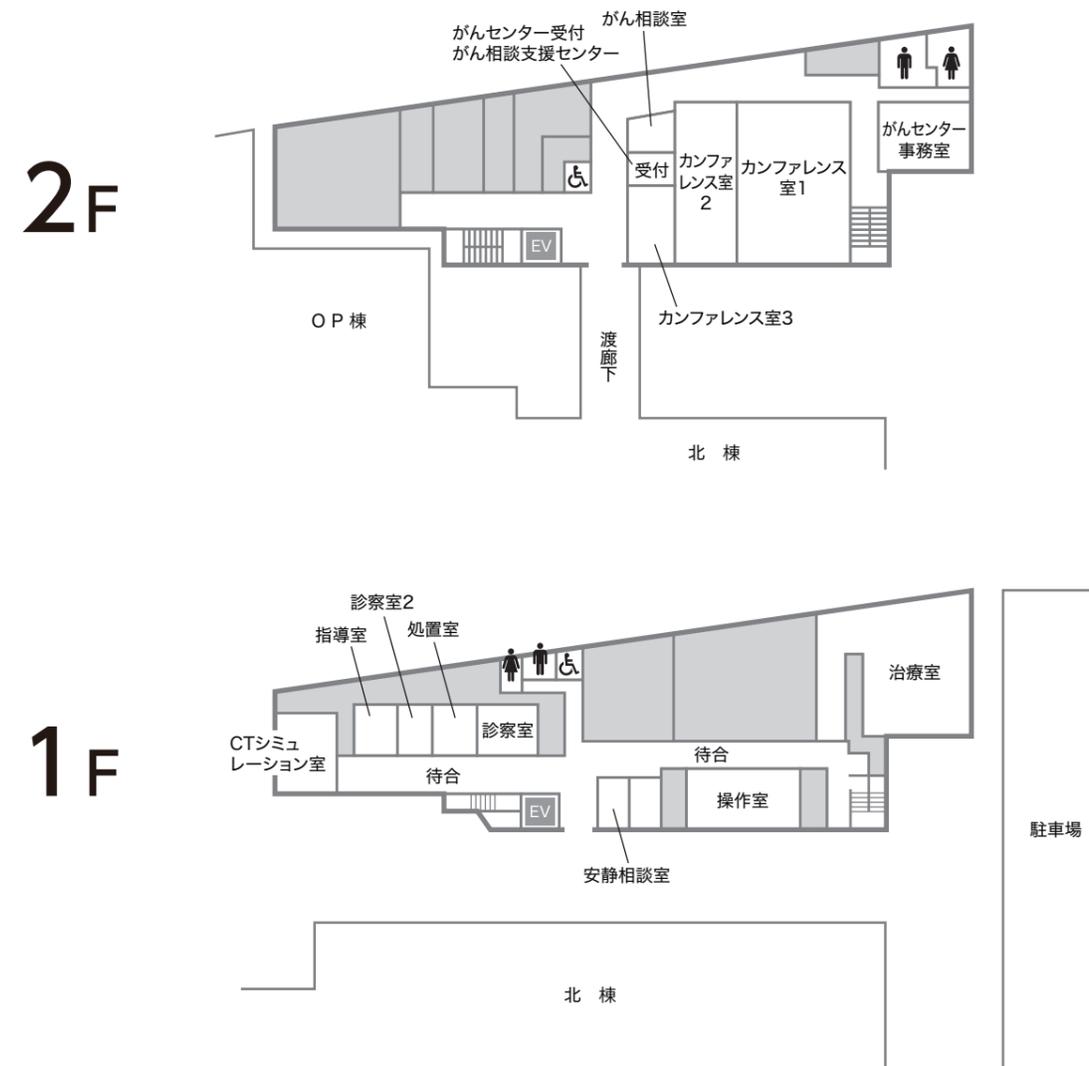
当院も2007年1月に兵庫県の推薦を受けて、厚生労働省より阪神南医療圏における「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、がん医療水準の向上とがん診療実績等の公開に努めてまいりました。当院はがん治療機能拡充のため、手術室の増築(2011年5月)、外来化学療法室(2011年11月)と内視鏡センター(2012年2月)の増設移転、そして放射線治療部門の増設(診療開始は8月を予定)を中心としたがんセンター棟が今春竣工いたします。

この「がんセンター」設立により、手術療法(手術および内視鏡治療)、抗がん剤治療、そして放射線療法による高度ながん治療を組み合わせることで、質の高い集学的治療が提供できる体制が整います。「がんセンター」は、がん診療機能を統括する部門であり、各診療科や検査・診断部門等の枠を越えた診療、がん相談や緩和ケア、地域の医療機関との連携、がん登録、そして働く世代のがん治療支援などを支えています。

「がんセンター」内に新しく設置するカンファレンス室では、手術療法、放射線療法、化学療法の各専門医に加え、コメディカルも参加できる症例検討会(カンサーボード)や地域の先生方との検討会(阪神がんカンファレンスなど)・研修会を開催していきます。約100名程度の収容が可能ですので、外部の先生方による会合等にもご利用いただける予定です。また、緩和ケアチーム及びがん相談部門の設備も充実させ、「地域がん診療連携拠点病院」として、更なる役割を果たしてまいります。高度かつ患者様にやさしいがん治療、緩和ケア、チーム医療を実践する「関西ろうさい病院 がんセンター」にご期待ください。



がんセンター  
フロア図



# 第1回 阪神がんカンファレンス

## 概要

日時：平成25年1月17日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 管理棟4階大会議室

テーマ：胃がん

## 進行

### 開会挨拶

副院長・外科部長 田村 茂行

### カンファレンス

座長：上部消化器外科 竹野 淳

### 症例検討

「化学療法により根治切除し得た  
腹膜転移を有する胃がんの一例」

演者：外科 濱中 美千子

### ショートレクチャー

「胃がんに対する術前・術後補助化学療法の現状」

演者：上部消化器外科副部長 谷口 博一

### 質疑応答

### 閉会挨拶

副院長・外科部長 田村 茂行

## 症例検討

# 化学療法により根治切除し得た 腹膜転移を有する胃がんの一例

関西ろうさい病院 外科

濱中 美千子

症例：60代男性、心窩部痛を主訴に近医受診。GIFにて胃体部後壁に3型進行癌を指摘され、加療目的に当院紹介となった。血液検査ではHbA1c 6.1と軽度上昇を認めるのみで、貧血・腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。GIF(図1)では胃体中部後壁大弯より3型進行癌を認め、生検結果はadenocarcinoma,tub2>porであった。腹部造影CT検査では胃体中部後壁に造影効果を伴う壁肥厚を認め、深達度SSと診断、有意なリンパ節腫脹、他臓器転移、腹水は認めなかった。術前診断はcT4a(SS)N0M0,cStageIIAで根治切除可能と判断し、胃全摘術を予定した。

腹腔内を観察、ダグラス窩・小腸間膜・腹壁・大網に多数の白色結節を認め、術中迅速診断により腹膜播種と診断した。原発腫瘍は胃体中部後壁小彎に位置し、漿膜に露出しており深達度SEと診断した。術中診断はsT4a(SE)NxH0M1P1CY0,sStageIVで、閉腹し胃癌治療ガイドラインに基づき化学療法を行う方針となった。

術後第7病日よりS-1(80mg/m<sup>2</sup> day1-21)内服を開始、術後第8病日退院。術後第14病日にCDDP(60mg/m<sup>2</sup> day8)投与を行った。S-1+CDDP治療2コース終了後に効果判定を施行した。GIF(図2)では潰瘍底は縮小、周堤隆起は低くなっており、効果判定はPRであった。さらにS-1+CDDP治療を2コース施行、計4コース終了時(療開始より5か月1週間後)、再度評価を行った。GIF(図3)では潰瘍底はさらに浅くなり、周堤隆起は低くなっており効果判定はPRであった。腹膜病変に対する効果を評価する目的で審査腹腔鏡を施行した。

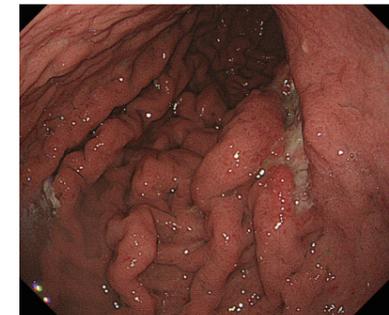


図1



図2

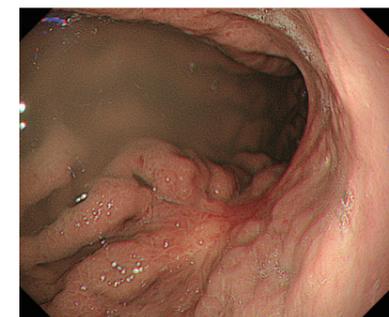


図3

腹壁・大網に癒痕結節を認めるも、腹膜播種を疑う白色結節は認めず、癒痕結節は術中迅速診断で悪性所見は認めず、左横隔膜下・ダグラス窩より洗浄腹水細胞診でも悪性所見は認めなかった。審査腹腔鏡にてP0、CY0と診断し根治切除可能と判断し、治療開始から7か月後、胃全摘術、D2郭清、R-Y再建、胆嚢摘出術を施行した。最終病理診断はypT1b2N0M0,pStageIAであった(図4)。術後経過は良好で、術後16病日退院。根治術より1か月後S-1(100mg/日)内服を開始し、治療開始後より1年10か月現在も無再発生存中である。



図4

#### 高度進行胃癌に対する診断・治療

当院では2002年10月よりCTにてT4a(SE)以上が疑われた症例に対し腹腔鏡検査を導入。CTにてT4a以上が疑われた場合、幽門狭窄症状を有する症例・腫瘍からの出血を伴う症例を除いて、まず審査腹腔鏡を行い、腹膜播種の有無・洗浄腹水細胞診にて悪性所見の有無を診断し、P0、CY0の場合は手術を行い、P1もしくはCY1の場合は化学療法を行っている。化学療法無効例は2nd-lineの化学療法を実施し、効果を認めた場合は2回目の審査腹腔鏡検査を行い、再度評価をし、P0、CY0の場合は根治術を行っている。

当院における腹膜転移を有する高度進行胃癌に対する治療成績  
対象は2002年10月～2010年12月における腹膜転移陽性あるいは洗浄細胞診陽性例に対し化学療法を行った71例で、結果は腹膜転移消失例33例中11例で、腹膜転移消失率は33%であった。

#### まとめ

腹膜転移を有する進行胃癌に対し、化学療法が著効し、根治切除し得た1例を経験した。腹膜転移を有する進行胃癌に対する外科手術の適応は、化学療法の効果が認められる症例であり、これらを識別するためには、正確な腹腔鏡診断と有効な化学療法の実施が必要である。

#### ショートレクチャー

## 胃癌に対する術前・術後補助化学療法の現状

関西ろうさい病院 上部消化器外科副部長  
谷口 博一

2010年3月に胃癌取扱い規約が第14版に、2010年10月に胃癌治療ガイドラインが第3版に改訂され、これに則った診断・治療が基本となっている。ガイドラインに記載された治療が標準として推奨されているわけであるが、これは多くの臨床試験を経て確立されてきたものであり、新たな治療の確立には臨床試験においてその優越性が証明されなければならない。

胃癌治療において内視鏡治療で切除可能な一部の早期癌を除けば、胃切除以外での根治は極めて困難であるがその胃切除においても臨床試験によって現行のものが確立されている。JCOG9501試験によって大動脈周囲リンパ節の予防的郭清が、JCOG9502によって食道浸潤胃癌における左開胸・下縦郭清がそれぞれ否定され現在の2群リンパ節までの郭清が標準手術となった。今後、摘脾・姑息的切除・網嚢切除の可否など結果が待たれる試験も多い。

化学療法については古くから術後補助化学療法を行うことで再発率の低下が期待されていたがなかなか有意な結果が出なかった。JCOG9206-1(MMC+5-FU+Ara-C→経口5-FU), JCOG9206-2(CDDPi.p.→5-FU+CDDP→経口5-FU)がいずれもnegativeな結果となり、2004年の胃癌治療ガイドライン第2版では手術単独が標準治療と記載されていた。その後、NSAS-GC試験によって術後UFT投与の有用性が示唆された後、ACTS-GC試験によって術後TS-1投与による予後の改善が示された。この試験が術後補助化学療法の有用性を示した初めての試験であり、これによってStageII/IIIの症例に対しては術後1年間のTS-1投与がガイドラインにも記載された現在の標準治療となっている。課題としてはStageIIに比べてStageIIIにおいては予後改善効果が十分でないことが挙げられ、さらに強力なregimenを用いた様々な臨床試験が進行中である。一方、海外ではCLASSIC試験(XELOX,韓国)、SWOG9008/INTO0116(5-FU/LV+放射線治療、アメリカ)、MAGIC trial(ECF:エピルピシン+CDDP+5-FU, イギリス)な

どの結果、それぞれを標準治療としており global standard は存在しないのが現状である。

一方、術前化学療法についてはまだまだ臨床研究の段階である。Stage III(切除可能例)においてはmicrometastasis(微小転移)のコントロールを図り、Stage IV(切除不能例)においてはdown-stagingして根治手術を目指すことで、予後の改善につなげるのが目的ではあるが、現在、本邦で明らかな延命効果を示す第Ⅲ相試験はない。JCOG0501(TS-1+CDDP)、COMPASS試験(TS-1+CDDP or PTX+CDDP)、JCOG1002(DTX+CDDP+TS-1)など進行中の試験の結果によって今後の展望が期待される。

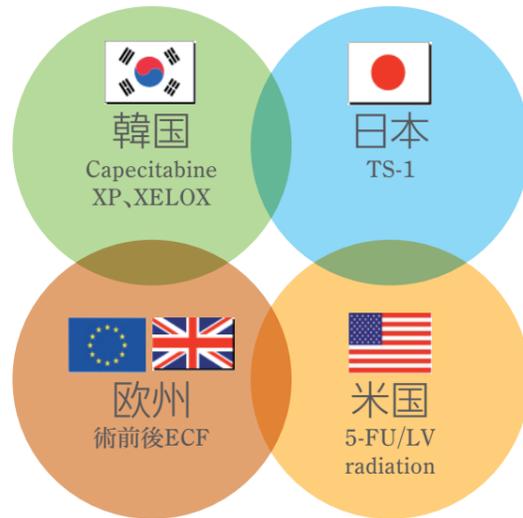
従来、経験則で行われてきた胃癌治療が近年、エビデンスに基づいて手術・化学療法ともかなり固められてきたもののまだまだ課題は多い。化学療法においては術前化学療法・分子標的薬の位置づけなども含めて更なるエビデンスの確立が望まれる。

## 本邦の胃癌治療をめぐる近年の動向

- 2001年 胃癌治療ガイドライン第1版が出版
- 2002年 腹腔鏡胃切除が保険適応に
- 2004年 胃癌治療ガイドライン第2版が出版
- 2006年 ESDが保険適応にJCOG9502試験の結果、3cm以内の食道浸潤胃癌には開腹・経横隔膜アプローチが標準
- 2007年 2007年:ACTS-GC試験の結果、S-1が補助化学療法の標準治療に
- 2008年 JCOG9501試験の結果、予防的D3郭清が否定
- 2010年 胃癌治療ガイドライン第3版が出版
- 2011年 ToGA試験の結果、HER2陽性胃癌にHerceptinが標準治療に

## まとめ

- 現時点でStageII, III根治切除後の標準治療はTS1の1年投与
- しかし、StageIII、特にIIIB症例に対しては十分ではない
- 海外ではECFの術前後投与や術後CRTが標準であり、Global standardは存在しない。



## 胃癌治療 / 今後の課題と展望

### 手術

- 腹腔鏡下胃切除術の評価と適応拡大
- ESDの適応拡大

### 化学療法

- StageIIIにおけるadjuvantの改良・再発抑制
- 術前化学療法の有効性の検証 → 根治切除率の上昇
- 分子標的薬の位置づけ → 治療の個別化
- 補助化学療法後の再発 / 1次治療 failure 後の治療戦略
- 高齢者・合併症例

# 第2回 阪神がんカンファレンス

## 概要

日時：平成25年4月18日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 管理棟4階大会議室

テーマ：乳がん

## 進行

### 開会挨拶

副院長・外科部長 田村 茂行

### カンファレンス

座長：乳腺外科副部長 柄川 千代美

### 症例検討

「腋窩リンパ節腫脹を主訴とする乳がんの一例」

演者：外科 日馬 弘貴

### ショートレクチャー1

「当院における乳がんの診断」

演者：乳腺外科 沖代 格次

### ショートレクチャー2

「乳がん看護認定看護師による  
がんカウンセリングの取り組み」

演者：乳がん看護認定看護師 上野 洋子

## 質疑応答

### 閉会挨拶

副院長・外科部長 田村 茂行

症例検討

腋窩リンパ節腫脹を主訴とする乳癌の一例

関西ろうさい病院 外科  
日馬 弘貴

患者：63歳女性

主訴：左腋窩腫瘍

現病歴：左腋窩腫瘍を自覚し近医受診。触診にて左腋窩に約20mmの可動性良好な腫瘍を触知し、超音波検査で25mm大の腫瘍を認めた。マンモグラフィ (MMG) で左乳房に区域性多形性石灰化を認め、精査加療目的で当院紹介となった。

初診時現症：左乳房に腫瘍を触知せず、皮膚陥凹や乳頭異常分泌も認めなかった。左腋窩に可動性良好な20mm大の腫瘍を触知した。

MMG所見：MLOでU～M領域にかけて乳頭方向へ区域性に広がる多形性石灰化を認め、CCでもO領域から乳頭方向へ広がる区域性の石灰化を認めた。(図1a)

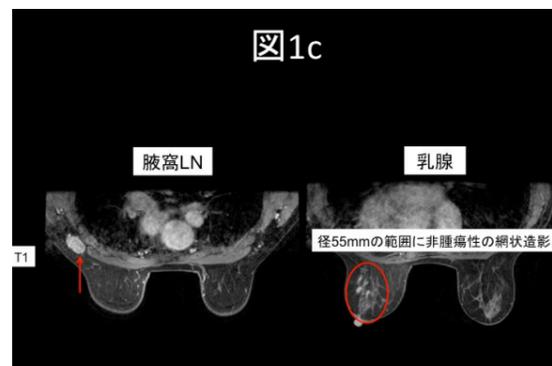
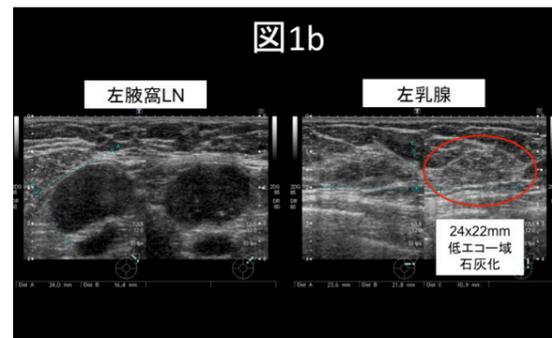
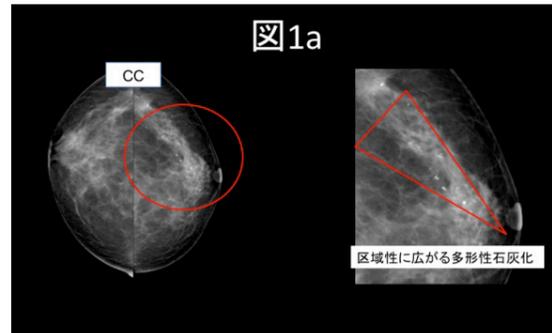
超音波検査所見：左腋窩に24x16mm大の腋窩リンパ節腫脹を認め、左乳腺に24x22mm大の石灰化を伴う低エコー域を認めた。(図1b)腋窩リンパ節、乳腺の低エコー域に対して穿刺吸引細胞診 (FNAC; fine needle aspiration cytology) を施行。腋窩リンパ節は悪性で腺癌の診断、乳腺は判定困難であった。

造影MRI検査：腋窩リンパ節に造影効果を認め、乳腺は径55mmの範囲に非腫瘍性の網状造影効果を認めた。(図1c)

針生検：左乳腺の低エコー域に対して針生検 (VAB; vacuum-assisted biopsy) 施行。Ductal carcinomaの診断で、石灰化やcomedo type necrosisを認めた。

診断：左乳癌、腋窩リンパ節転移。T3N1M0 stage IIIA

手術：MMGやMRIで腫瘍の広がり認め、また腋窩リンパ節転移を認めていたため乳房切除術と腋窩リンパ節郭清を施行した。病理診断は腫瘍径56x22mmのうち8x6mmに浸潤部を認め、浸潤性乳管癌 (Scirrhous carcinoma) であった。f,ly(+),v(-),EIC(+),n=5/24,nuclear grade-3,ER(-),PgR(-),HER2(3+)(原発、リンパ節ともに)であり、非浸潤部にリンパ侵襲を多く認めていた。(図2a,b)

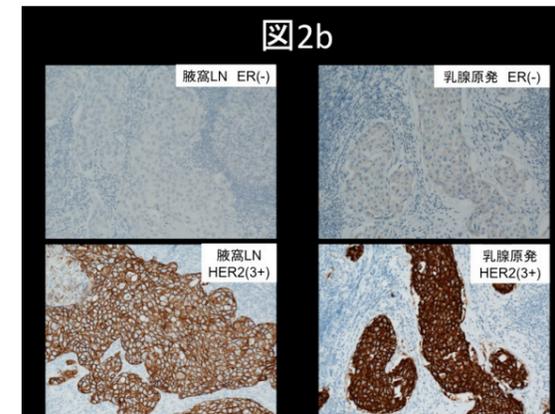
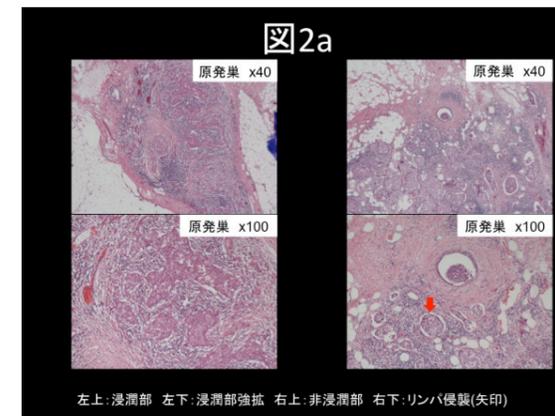


術後経過：HER2 typeであり、リンパ節転移も5個陽性であったため、再発のリスクは高いと考え、アンスラサイクリン系、タキサン系とトラスツズマブによる術後補助化学療法を開始。またリンパ節に4個以上転移を認めていたため胸壁への放射線照射とした。化学療法による消化器症状は出現しているものの、現在も外来通院治療中である。

考察：乳癌の初発症状としては乳房腫瘍が約80%を占め、腋窩腫瘍を主訴とする場合は約1%とまれである。現在は検診のMMGでの発見例が増加傾向にある。

腋窩リンパ節腫脹の診断手順は、腋窩リンパ節のFNACと並行して乳癌のスクリーニング (MMG、超音波検査、MRI) を行っていく。表のとおり診断をしていくが、いずれにせよ腋窩リンパ節転移を認める場合は遠隔転移や原発の精査のため全身精査が必要となる。(表1)

乳癌の術前、術後化学療法は現在、hormone receptor、HER2 receptorの感受性によってsubtypeを決定し、subtypeをもとに治療方針を決定していく。(表2)



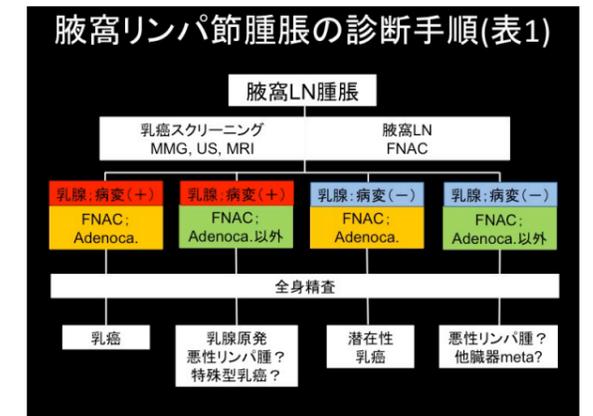
本症例はHER2 typeであった。HER2 typeも以前はtriple negativeと並び予後不良であったが、トラスツズマブが術後補助化学療法で使用可能となり、予後の改善を認めている。<sup>1)</sup>

放射線治療は、もともと乳房温存術に行われていた局所療法であるが、EBCTCGにて局所リンパ節再発率の低下、生存率の改善を認め、リンパ節転移が4個以上ある症例ではガイドラインで放射線療法の推奨グレードAとしている。<sup>2)</sup>

上記のエビデンスをもとに、今回の症例もエビデンスに沿った治療を行っている。しかしアンスラサイクリンベースの治療は副作用も大きく、今後もタキサン、放射線療法と治療が続いていく。副作用対策や患者の精神的負担も含め、看護師、薬剤師とのチーム医療が大切であり、当院の信頼のおけるスタッフと連携を取り、今後も治療に当たっていく予定である。

(参考文献)

- 1) Issa J. Dahabreh et al, *The Oncologist* 2008, 13:620-630.
- 2) Darby S et al, *Lancet*. 2011 Nov 12;378(9804):1707-16.



乳癌subtype分類法・治療法(表2)

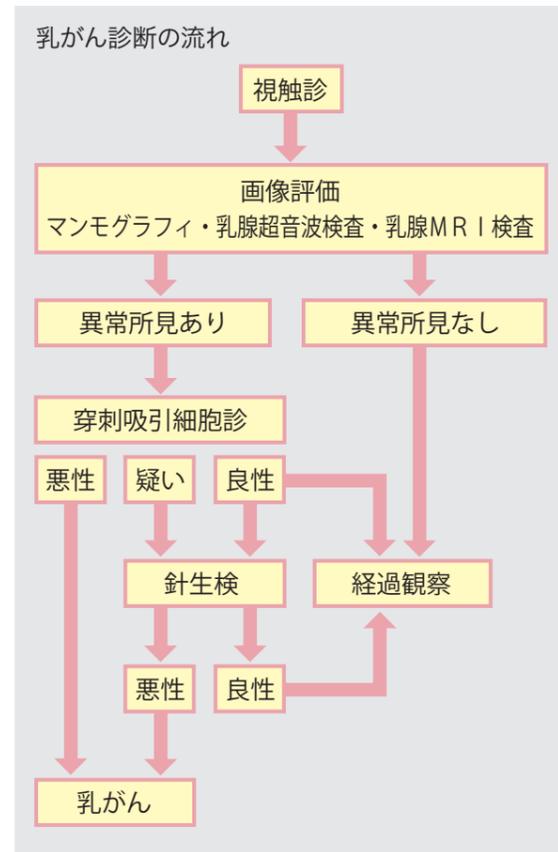
Subtype	病理学的意義	治療法
Luminal A	ER(+)/HER2(-) Ki-67 ≤ 14%	ホルモン療法
Luminal B	HER2(-) ER(+)/HER2(-) Ki-67 > 14%	ホルモン療法 ±化学療法
	HER2(+) ER(+)/HER2(+) Ki-67 any	化学療法 +ハーセプチン +ホルモン療法
HER2 type	ER(-)/HER2(+)	化学療法 +ハーセプチン
Triple negative	ER(-)/HER2(-)	化学療法

ショートレクチャー 1

# 当院における乳がんの診断

関西ろうさい病院 乳腺外科  
沖代 格次

乳がんを診断するには、視触診、画像診断(US,MMG, MRI)、病理診断(細胞診、組織診)を組み合わせ診断します。当院における乳がん診断の流れを示します。



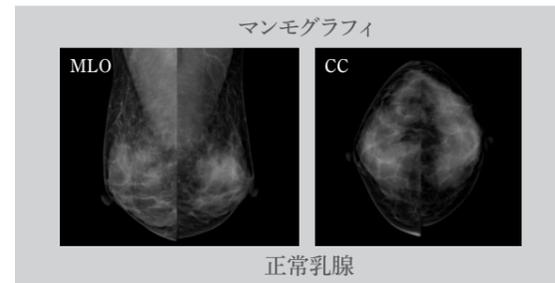
## 視触診

**視診:** 乳房左右差・変形・皮膚の陥凹や隆起、乳頭変形・浮腫・潰瘍などを評価します。

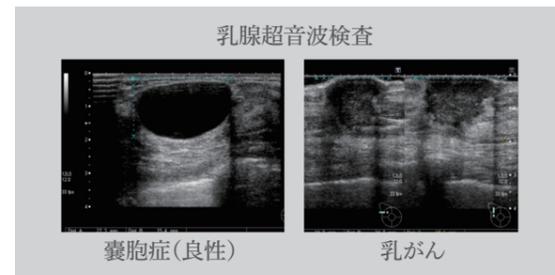
**触診:** 腫瘍・硬結・乳頭分泌・所属リンパ節(腋窩、鎖骨上)などを評価します。

## 画像診断

**マンモグラフィ(MMG):** 腫瘍、微小な石灰化を検出し、その形状・分布などにより良悪性の鑑別に用いられます。内外斜位方向撮影(MLO)と頭尾方向撮影(CC)により左右両側を撮影するのが基本です。

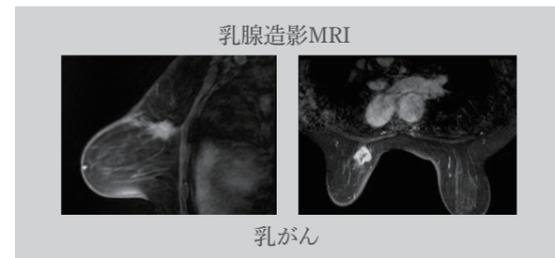


**乳腺超音波検査(US):** 侵襲が少なく、乳がん検出手段、良悪性の鑑別、臨床的腫瘍径の評価に用いられます。



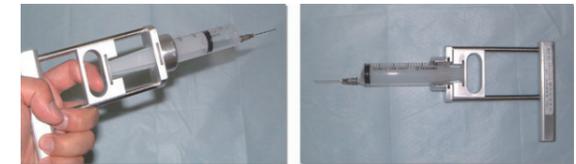
**乳腺造影MRI検査:** 造影剤を用いて高い解像度を抽出するMRIは、良悪性の鑑別診断のほかに、術前の広がり診断などに有用です。

視触診・画像診断で異常が疑われた場合、病理診断にて確定診断を行います。



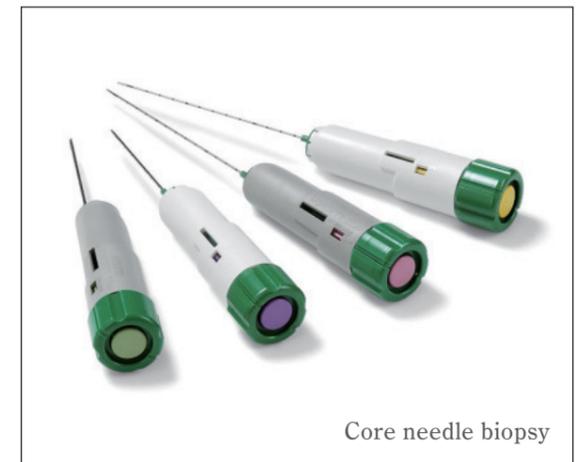
## 病理診断

**穿刺吸引式細胞診(Fine needle aspiration cytology):** 病変部位を注射器(通常22G)で穿刺し、直接細胞を吸引して採取し、癌細胞の有無を調べます。患者様への体への負担は少ない検査です。診断を確定するのが難しいことがあります。

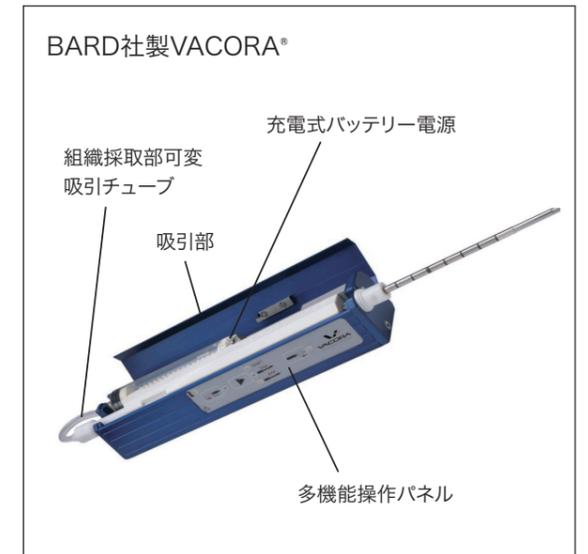


**組織診断:** 病変部位を穿刺し組織を採取する。局所麻酔が必要となります。穿刺吸引細胞診に比べより正確な診断が可能です。バネ式針生検(Core needle biopsy: CNB)と吸引式組織生検(Vacuum-assisted breast biopsy system: VAB)の2種類があります。

**CNB:** 16Gを使用しています。組織採取量は約15mg。抗凝固剤内服中でも中止せずに施行できます。



**VAB:** 当院では、BARD社製VACORA® 10Gを使用しています。組織採取量は約150mg(CNBの10倍)。良質で豊富なサンプルを採取できるため確定診断には最も有用です。



## まとめ

以上当院では、画像診断・病理診断を総合的に評価し診断を行っています。診断を正確にすることにより、個々の患者様適に最適な治療を提供できると考えています。

ショートレクチャー 2

# 乳がん看護認定看護師による がん患者カウンセリングの取り組み

関西ろうさい病院 乳がん看護認定看護師  
上野 洋子

◆乳がん看護認定看護師とは

認定看護師とは、公益社団法人看護協会の専門・認定看護師制度により一定の研修を受けた看護師が認定審査に合格し、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいう。現在21領域あり、乳がん看護認定看護師は2006年に誕生し全国に187名、兵庫県では9名(平成24年度)が在籍している。主に乳がん患者・家族に対し、集学的治療を受ける患者のセルフケア及び自己決定の支援、ボディイメージの変容による心理・社会的問題の支援などを行っている。

◆当院での乳がん看護認定看護師の活動

乳がん患者への直接ケアを中心に乳腺看護外来の運用、院内教育、乳腺外科チームでの活動を行っている。

◆乳腺看護外来の運用内容

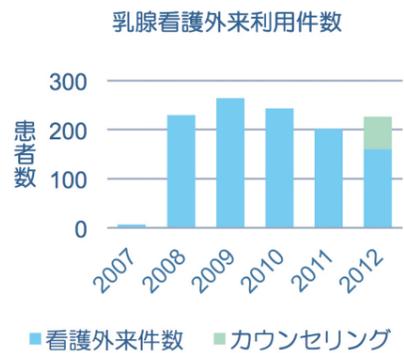
実施日：火・木曜日の午後 2回/週実施 完全予約制

最大対応人数5人/日

時間：30～45分/人

対象者：当院で通院歴がある患者

予約は医師、看護師が患者の状況に応じて取る。



◆がん患者カウンセリング料とは(原文より一部抜粋)

悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

◆当院でのがん患者カウンセリング料算定までの経緯

2010年4月より診療報酬の中にがん患者カウンセリング料の算定が導入される。当院では、導入に際し2011年からがん看護専門看護師が中心となり算定要件を満たし、かつ患者のニーズに応じることができるシステム作りを幾度に渡り検討した。結果、2012年6月からすでに乳腺看護外来を運用している乳腺外科から算定を開始する。現在は乳腺外科以外で消化器外科患者の算定も行っている。

◆乳がん患者へのがん患者カウンセリングのフロー(看護師の動き)



◆がん患者カウンセリングの実際

2012年6月から2013年3月までで対応した件数は66件。50～70歳台、stageI～IIの患者が多く占める。主な相談内容は、治療経過と入院生活について、術式選択(乳房再建術を含む)、療養中の生活について、妊娠・出産、子供や親への告知、術前の不安、就労に関する事など様々である。これらの内容に対して情報提供や治療に関する補足説明、オリエンテーション等を行っている。また、一度限りの外来支援ではケアの質として不十分であると考えているため、入院時に訪問し継続支援できるようにしている。

介入した患者からは「相談するところがあってよかった。」「手術まで安心する事が出来た。」等、満足したと返答を頂いている。

◆カウンセリング患者の事例紹介

右乳がん患者への介入の実際を以下の図で示す。告知直後から治療を継続するための心理的支援などを行い現在も治療を中断することなく経過している。

カウンセリング事例の紹介

**●背景**  
右乳がん 女性  
血性分泌物を主訴に来院 T2N0/stage II A  
広範囲に浸潤している可能性があり  
Bt+SLNB 予定となる。

**●初回面談時の状況**  
診察には一人で来院。自己表現が乏しく、不安をうまく表出できない印象。「治療を今うけないとダメなのか。」と何度も尋ね、質問すると「わからない。」と返答する事がたびたびあった。

**手術結果**

- 手術：Bt+Ax
- 病理検査結果  
NG2 ER+ PGR + HER2:0  
Ki67:14%以上 n:4個以上
- 治療方針：本人に全身検索後方針提示(CT+RT+ET)

◆がん患者カウンセリングの課題と展望

現時点では、乳がん患者への心理的介入で生存期間が延長したという根拠は認められない。しかし、事例に示したように告知後から看護介入し心理的・社会的支援を行うことは、患者の安心につながり治療を継続する事につながっている。治療の継続は再発の軽減につながり、患者にとって利益となると考える。

その為には、さらに介入件数を増やす体制を構築する事、患者にとって良いカウンセリングが提供できるように知識やケアの質を向上する事が必要である。カウンセリングを充実させるために、業務内容の調整や自己研鑽に努め認定看護師として自分の役割を果たしていきたいと思う。

介護介入の実際



## 第3回 阪神がんカンファレンス

### 概要

日時：平成25年7月18日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 管理棟4階大会議室

テーマ：肺がん

### 進行

#### 開会挨拶

挨拶：血液内科部長 橋本 光司

#### カンファレンス

座長：呼吸器外科部長 岩田 隆

#### 症例検討

「化学療法の困難な高齢者BulkyN2肺癌に対し  
外科治療及び術後放射線治療を行った3症例」

演者：呼吸器外科 戸田 道仁

#### ショートレクチャー

「肺がんの放射線治療」

演者：放射線治療科部長 香川 一史

#### 質疑応答

#### 閉会挨拶

血液内科部長 橋本 光司

### 症例検討

## 化学療法の困難な高齢者BulkyN2肺癌に対し 外科治療及び術後放射線治療を行った3症例

関西ろうさい病院 呼吸器外科

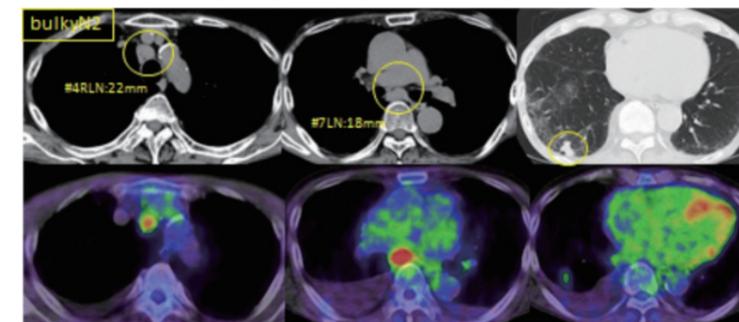
戸田 道仁

Bulky N2肺癌とは短径2 cm以上の縦隔リンパ節転移を伴うⅢA期以上の肺癌症例のことであり、ガイドライン上では外科切除は推奨されていない。だが、特に高齢者では十分な化学療法を行うことができないことも多い。当科では、そのような症例に外科切除と放射線療法を組み合わせで治療しているので紹介する。

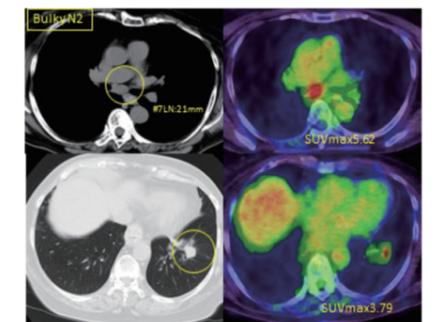
**症例1**：75歳男性。既往に2013年1月右腸骨動脈瘤に対して人工血管置換術、高血圧。2013年1月当院心臓血管外科にて右内腸骨動脈瘤手術施行。術前より胸部CTにて右肺腫瘍指摘。2013年2月右内腸骨動脈手術後4週間に胸腹水貯留と呼吸苦が出現し、心不全加療のため入院。心不全は入院後も増悪し、EF38%まで心機能の低下が見られた。2013年3月酸素化不良により人工呼吸器・PCPS管理、血圧低下のためIABP管理必要とした。心不全増悪の原因は不明であったが、ステロイド投与にて徐々に循環・呼吸機能は改善した。右肺腫瘍はさらに増大したため、2013年6月手術加療目的に当科転科。CT・PETにて右S10腫瘍および右#4R(22mm)と#7リンパ節の腫大を指摘された。cT2aN2(BulkyN2)Mx cStageⅢA.と診断し、右S10楔状切除術+#4RLN sampling. 施行。Large call neuroendocrine

carcinoma. pT2aN2Mx pStageⅢAと診断した。高齢・PS不良のため術後補助化学療法施行せず。術3週間後より縦隔照射60Gy/30回。現在も照射加療中。

**症例2**：86歳女性。【既往歴】2007年11月左乳癌に対し左乳房切除術(StageI)後、高血圧、糖尿病・糖尿病性腎症。【現病歴】2007年11月左乳癌手術。術後経過観察中CEA上昇を認め、精査にて左肺下葉腫瘍指摘され。2013年1月当科紹介受診。CT・PETにて集積を伴う左肺S8腫瘍及び#7LNに21mm大の腫脹を確認(BulkyN2)。cT1bN3M0 cStageⅢBと診断し、2013年1月左肺下葉切除術+ND2a-1 施行。Adenocarcinoma pT1aN2Mx pStageⅢAと診断した。高齢・腎機能不良のため術後補助化学療法施行せず。術1か月後より縦隔照射50Gy/25回を追加し、術後4か月間再発なく経過観察中である。



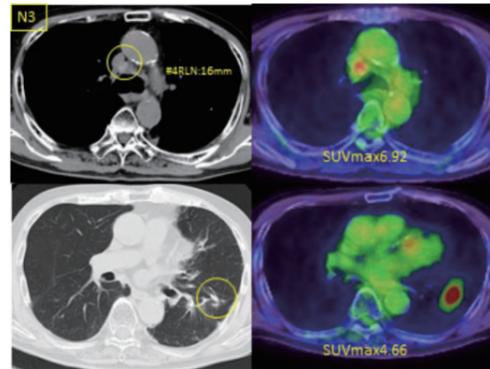
症例1:胸部CT・PET



症例2:胸部CT・PET

症例3：84歳男性。【既往歴】H18年前立腺癌(経尿道的前立腺切除術)治療後、2型糖尿病、逆流性食道炎。【現病歴】2011年8月健診の胸部レントゲンで左肺異常陰影を指摘。他院受診し気管支鏡検査施行するも診断つかず経過観察されていたが、左肺腫瘍増大傾向のため2012年3月精査加療目的に当科紹介受診。CT・PETにて集積を伴う左肺S8腫瘍、#4RLN腫大を確認(N3)。2012年3月左肺S8楔状切除術施行し、Squamous cell carcinoma, pT1bN3(#4RLN)Mx pStageIIIbと診断された。高齢のため化学療法実施せず、術1か月後より左肺門-縦隔LNに放射線治療60Gy/30frを追加した。術後16か月間再発・LN増大傾向なく経過観察中である。

考察：IIIa期肺癌治療には未だ議論が多く、明確な治療方針は出ていない。通常、IIIa4期・IIIb期の肺癌では手術療法は推奨されず化学療法・放射線化学療法が選択される。だが、本症例のように化学療法施行が困難な高齢者の肺癌は現在のところ推奨される治療方針はなく、今後の検討課題である。手術と放射線治療を併用することで腫瘍の局所制御を行い、少なくとも1例は一定期間の無再発生存を得ている。今後も慎重な経過観察が必要であるとともに、さらなる症例の蓄積が待たれる。



症例3:胸部CT・PET

## ショートレクチャー

# 肺がんの放射線治療

関西ろうさい病院 放射線治療科部長  
香川 一史

### (1) 疫学

日本の2006年の肺がん罹患数は男性59,934例(全がん種のうち第3位)、女性25,543例(第5位)だが、2010年の肺がん死亡数は男性50,395例(第1位)、女性19,418例(第2位)で、2015年には女性の死亡数も胃がんを抜いて第1位になると推計されている。

### (2) 組織型、バイオマーカー、ステージ

肺がんは組織型により、小細胞肺癌(SCLC)(全肺がんの15%)と非小細胞肺癌(NSCLC)(85%)に分けられる。小細胞肺癌は限局型(LD)と進展型(ED)に分けられるが、全身の再発、転移が多いため化学療法が優先され、部分的に放射線治療が追加される。

NSCLCは腺がん(Ad)(50%)、扁平上皮がん(Sq)(25%)、大細胞神経内分泌がん(LCNEC)(5%)、その他(5%)に分けられる。NSCLCのうち非扁平上皮がん(non-Sq)で、EGFRの遺伝子変異が陽性であればEGFR-TKI(ゲフィチニブやエルロチニブ)、ALKの遺伝子転座があればALK-TKI(クリゾチニブ)による分子標的治療を考慮する。肺Adの50%でEGFR遺伝子変異が、5%でALK遺伝子転座が増殖・転移の鍵になっていると推計されている。

肺がんのステージ分類(UICC 2009年)ごとの治療法では、I期(T1-2aN0)、II期(N1まで)、IIIa期(N2まで)までが通常の手術適応である。IIIb期(N3まで)、IV期(M1)には化学療法または支持療法(BSC)が行われる。IIIa期の切除不能例とIIIb期の照射可能例に化学療法と併用で放射線治療が行われる。

### (3) IIIb期/IV期NSCLCの化学療法

IIIb期/IV期NSCLCに対する化学療法では、1995年頃までは第1世代レジメン(CDDP+α)によりBSCと比べても全生存率(OS)の改善効果がほとんど得られなかったが、プラチナ製剤(CDDPまたはCBDCA) + 「old drug」(VDS, ETP, MMC, IMC)による第2世代レジメン、プラチナ製剤 + 「new drug」(PTX, VNR, GEM, IRI)による第3世代レジメン(プラチナダブレット)の普及により成績が向上した。ECOG1594試験(2002年)、FACS

試験(2007年)でプラチナダブレットによる治療効果が確立され、日本ではPTXやDTXのS-1への置換(LETS試験, CATS試験)も試みられた。2010年以降、EGFR遺伝子変異陽性NSCLCへのゲフィチニブの有効性、Adへのペメトレキセド(PEM)の有効性、non-Sqへのペバシズマブ(BV)による上乗せ効果、ALK遺伝子転座NSCLCへのクリゾチニブの有効性、AdへのCDDP+PEMによる一次治療後のPEM維持療法の有効性が明らかになり、状況が激変した。

### (4) III期NSCLCの化学放射線療法

III期NSCLCの化学放射線療法では、WJLCGの初期報告(1999年)で同時併用の方が逐次併用よりOSが良いことが示された後、化学療法を第2世代(MVP)から第3世代(DP)に換えたOLCSG 007試験(2010年)が行われ、WJTOG 0105試験(2010年)でCBDCA+PTX同時併用の60Gy/30回が標準治療となった。薬剤の種類だけでなく、照射技術も1980年代の2次元照射から2010年代のPETベースのIMRTに大きく進歩したため副作用が減少し、線量増加が試みられているが、RTOG 0617試験の中間解析(2013年)では、X線IMRTで60Gy以上に線量増加しても治療成績の改善は見られなかった。他にもCDDP+S-1と同時併用で60Gy照射したWJTOG 3706試験(2011年)やゲフィチニブと同時併用で60Gy照射したパイロットスタディ(2011年)の初期成績が報告されている。

### (5) I期NSCLCの定位放射線治療

医学的に手術不能のIA期NSCLCでは、原発腫瘍(T)に限局して大線量を短期間で照射すれば、外科切除と同等の治療成績が得られることが分かっており、定位(体幹部)放射線治療(SBRTまたはSABR)として2004年に保険収載されている。日本の肺がん診療ガイドライン(2013年)、米国のNCCNガイドライン(2013年)の両方で、医学的に手術不能のI期肺がんでは外科切除の代替治療として記載されている。5cm以下で重要臓器に隣接していないことが適用条件であり、これらの条件に加えて、3個以内で他病変が制御されていれば、転移性肺がんでも保険診療として定位放射線治療を行うことができる。

## 第4回 阪神がんカンファレンス

### 概要

日時：平成25年10月10日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 管理棟2階 C・D会議室

テーマ：大腸がん

### 進行

#### 開会挨拶

挨拶：下部消化器外科部長 加藤 健志

#### カンファレンス

座長：下部消化器外科部長 加藤 健志

#### 症例検討

「大腸憩室症を契機に発見された上行結腸癌の一例」

演者：外科 佐藤 泰史

#### ショートレクチャー1

「大腸癌に対する外来化学療法の実状と支持療法」

演者：下部消化器外科 賀川 義規

#### ショートレクチャー2

「大腸癌に対する最新の手術」

演者：下部消化器外科副部長 向坂 英樹

#### 質疑応答

#### 閉会挨拶

下部消化器外科部長 加藤 健志

### 症例検討

## 大腸憩室症を契機に発見された 上行結腸癌の一例

関西ろうさい病院 外科

佐藤 泰史

症例：50歳代 男性

主訴：右下腹部痛、ふらつき

現病歴：2013年2月腹痛と貧血症状認めた。近くの総合病院を受診し貧血および炎症反応の上昇を認めた。CTにて憩室炎と診断され、抗生剤による加療行っても腹痛および貧血が持続するため6月当院を受診。

既往歴：胃潰瘍、胃粘膜下腫瘍(経過観察中)、高血圧、高脂血症

来院時現症：血圧 109/80mmHg 脈拍 75/分

腹部 間欠的な右下腹部痛、反跳痛なし、筋性防御なし

血液検査：WBC 9800 / $\mu$ l, Hb 7.4 g/dl, PLT 65.5万 / $\mu$ l Na 137 mEq/l, K 4.6 mEq/l, Cl 100 mEq/l, Alb 3.6 g/dl, BUN 12.3 mg/dl, Cre 0.83 mg/dl, CRP 5.0mg/dl CA19-9 10以下 U/ml, CEA 3.8ng/ml

CT検査：腸管壁肥厚あり。周囲脂肪織濃度上昇周囲リンパ節腫大



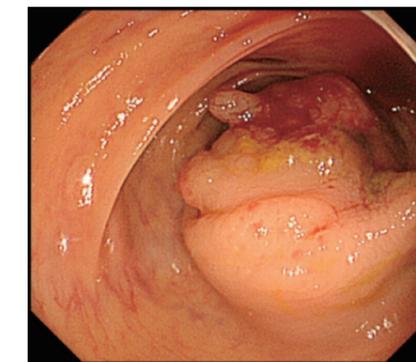
下部消化管内視鏡：

上行結腸に半周性の1型病変

生検→Group5 por

Raに10mm大のIspポリープ。基部に陥凹あり

生検→Group5 tub1



直腸癌に対してEMR施行：

Adenocarcinoma, pSM(1800 $\mu$ m), tub1, ly0, v0

→SM深達度1000 $\mu$ m以上であり、直腸癌に対して追加切除を行う方針となった。

術前診断：上行結腸癌 T4(SE) N1 M0 Stage IIIa

上部直腸(Ra)癌 T1b(SM1800 $\mu$ m)N0 M0 Stage I

手術所見：腹腔鏡補助下回盲部切除術、D3郭清 腹腔鏡補助下低位前方切除術、D2郭清 時間：262分出血：少量

病理所見：上行結腸癌 Adenocarcinoma, pSE, N2,por1, ly2, v1 pStage IIIb

直腸癌 Adenocarcinoma, pSM(1800 $\mu$ m), N0,tub1, ly0, v0 pStage I

考察：●一般的に憩室炎は抗生剤の投与で、比較的早期に治癒することが多いが、自験例では長期間にわたって症状が持続していた。

●貧血や腹痛など右側大腸癌の初発症状として頻度の高い症状を認め、またCTにて結腸壁の肥厚の改善もみられなかった。→憩室炎は大腸がんと類似した症状、検査所見、画像所見を呈する場合があるので当院では憩室炎治療後に悪性腫瘍の有無の確認目的で下部内視鏡検査を施行している。

右側大腸癌の初発症状

症状		91例
症状あり 47例	腹痛	29
	貧血症状	6
	食欲低下、嘔気	5
	便秘	2
	下痢	2
	腹部不快感	2
	腹部腫瘍触知	1
症状なし 44例	便潜血陽性	29
	採血上貧血	11
	CTで腫瘍陰影	2
	腫瘍マーカー高値	2

左側大腸癌の初発症状

症状		156例
症状あり 110例	血便、下血	58
	腹痛	22
	便秘	10
	腹部不快感	6
	下痢	5
	全身倦怠感	5
	頻尿、排尿時痛	2
	腸閉塞	1
	体重減少	1
症状なし 46例	便潜血陽性	36
	CTで腫瘍陰影	4
	腫瘍マーカー高値	2
	採血上貧血	2
	CTで偶然	1
	直腸診で偶然	1

がん早期発見術：見逃してはいけない訴え、症状 大腸(結腸・直腸)のがん 望月 泉他 治療 Vol.90, No.1 2008.1

結語：

- 憩室炎を契機に見えられた上行結腸癌の一例を経験した。
- 憩室炎は大腸癌と類似した症状、検査所見を認める場合があり、大腸癌を念頭に検査を進める必要があると考えられる。

ショートレクチャー1

大腸癌に対する外来化学療法の現状と支持療法

関西ろうさい病院 下部消化器外科  
賀川 義規

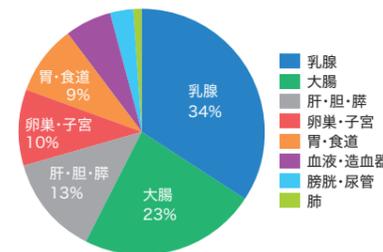
大腸癌の化学療法は、この10年で大きく進歩しています。分子標的薬の導入により治療成績は、格段に向上しています。また、患者のQOLを維持しながら外来で化学療法を行えるようになってきました。当院の化学療法室には、昨年度でのべ4237人の患者が利用し、このうち大腸癌患者は約23%の975人もの患者が利用していました。

大腸癌の化学療法の種類には、(1)手術後の再発を防ぐために実施される化学療法(補助化学療法)と(2)初発大腸がん手術の対象となり得ない場合や再発に対し実施される化学療法(進行・再発大腸癌に対する化学療法)があります。補助化学療法は、主に原発巣の根治的切除ができたが、手術時に郭清したリンパ節が転移陽性だった患者(StageIII)に半年間行われます。補助化学療法によって、再発率を5~10%低下させるといわれています。また、進行・再発大腸癌の化学療法は、予後無治療に比べて約2年間延長することが報告されています。しかしながら、化学療法には副作用が伴います。主に、骨髄抑制(感染症にかかり易くなったり、貧血が現れたりします)、消化器症状(吐き気など)、脱毛、末梢神経障害(しびれたり、ものが持ちにくくなったりします。オキサリプラチンの投与で出現しやすいことが知られています)、下

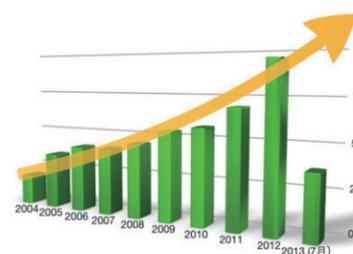
痢などが代表的で、分子標的治療薬の出現しやすい副作用としては、ベバシズマブでは高血圧、鼻出血など、セツキシマブ、パニツムマブでは皮膚症状などが挙げられます。このため当院外来化学療法室には、1名の「専属薬剤師」と2名の「がん化学療法看護の認定看護師」がいます。レジメンのチェックだけでなく、導入前の治療の説明や副作用に対する相談窓口になっております。また、我々の施設は大腸癌化学療法の日本でまだ未導入の新規薬剤を使用出来る治験施設にもなっております。一定の条件を満たす患者さんには、治験の同意を頂いた上で新規薬剤を使用することが出来ます。これも、当院の外来化学療法のサポート体制が整っているからと考えます。

大腸癌化学療法を行っている患者は年々増加傾向にあります。新しい抗癌剤の導入やレジメンの工夫だけでなく、支持療法の拡充とそれをサポートする薬剤師、看護師の献身的な支援のおかげで、外来での化学療法は患者さんに安全で安心して治療を受けてもらえるようになっております。今後も、「安全」と「安心」をキーワードにチームで化学療法を受けている患者をサポートしていこうと考えております。

平成24年度 外来化学療法室を利用した患者 (n=4237)



大腸癌 化学療法件数



24時間365日体制でサポート



## ショートレクチャー2

## 大腸癌に対する最新の手術

関西ろうさい病院 下部消化器外科副部長  
向坂 英樹

関西労災病院の外科は上部消化器外科、下部消化器外科、肝胆膵外科、乳腺外科の4つの疾患別グループとレジデント8名で日常業務を行っています。今回は大腸癌の最新の外科治療についてご紹介させていただきます。

当院は2011年に手術室を4室増設し、現在13室が稼働中です。新しい手術室は広さが約80平米あり、麻酔器、手術台だけでなく、モニターや手術器械など多くの道具を必要とする腹腔鏡手術を行うのに十分なキャパシティがあります。この10年の当院の大腸外科の手術件数の推移をみますと数年前までは開腹手術がほとんどでしたが、この数年で腹腔鏡手術が増え、昨年はおよそ95%を占めるまでになりました。

腹腔鏡手術では腹壁に通したポートから鉗子を腹腔内に挿入手術を行います。開腹手術では、腹部に20 cm以上の大きな傷が必要でしたが、腹腔鏡手術の傷は、内視鏡と鉗子を挿入するための0.5~2cm程度の傷を4~5箇所を開け手術を行い、切除した臓器を取り出すための傷も4~5 cmほどです。そのため、腹腔鏡手術では、従来の開腹手術と比べ、術後の痛みが少ない、離床が早い、腸蠕動の回復が早い、侵襲が少ない、整容性に優れるなど多くの利点があると考えられ

多くの施設で行われています。当院ではさらに挿入するポートの少ないReduced Port Surgery(以下RPS)を行っています。RPSでも、臍部に開けた3~4 cmの小開腹のみから三つのポートを挿入し一カ所の傷だけで行う手術を特にTANKO手術と呼びます。補助的にポートを追加挿入する場合でも5 mmまたは2 mmの鉗子を使用していますので、傷はわずかで、とても整容性に優れています。当院ではこのRPSを上行結腸や横行結腸の癌の予定手術や虫垂炎などの緊急手術に対して積極的に行っています。

当院の昨年の大腸癌の手術件数は約160件で、そのうち直腸癌が50例でしたが、永久的人工肛門造設を伴う肛門非温存手術を行ったのはわずか3例でした。その理由として、以前なら肛門括約筋の切除を行っていた下部直腸に発生した大腸癌やGISTといった悪性腫瘍に対し、肛門括約筋温存手術である内肛門括約筋部分切除術(ISR)を行っていることが挙げられると思います。肛門括約筋は肛門の均整を保っていますが、ISRでは癌からのマージンを確保するため内肛門括約筋を部分切除しつつ肛門機能を温存する術式です。以前なら肛門温存が行われていなかった、腫瘍の下端が歯状線から

2~3 cm以内にあるような症例でも、肉眼型が1型もしくは2型の境界明瞭な腫瘍で、深達度が筋層にとどまっているなどの条件を満たせば行うことが可能です。ただ、高齢者や術前から排便異常がある場合などは、便失禁や排便回数の増加などを合併しやすく、術後の排便機能が期待できず、生活の質を落としかねないため、患者様にこの手術の特徴について詳しく説明し納得していただいたうえで受けていただくようになっています。

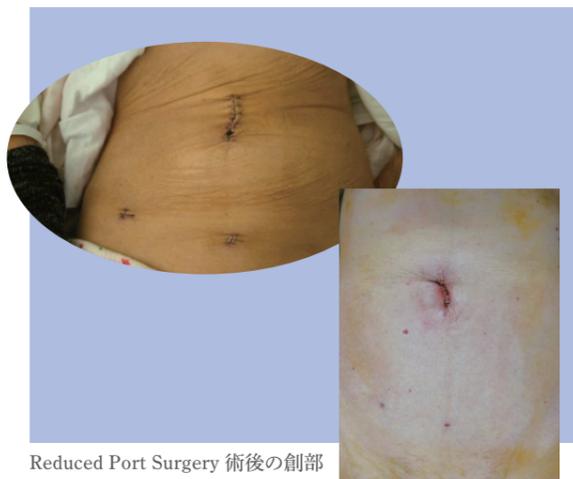
最後に、当院ではまだ導入に至っていませんが、世界で広まりつつあるda Vinci サージカルシステムについて少し触れます。「サージョンコンソール」と呼ばれる操作装置で神経や血管などの微細構造の3D画像を見ながら、ロボットアームに装

着された腹腔鏡の鉗子よりも自由度の高い手首や手指のように動く手術器具を遠隔操作し手術を行います。世界では2800台近く、また日本国内でも既に120台以上が販売されています。今のところ日本では保険適応は泌尿器科領域の前立腺摘出術のみですが、自費診療では直腸癌に対しても行われております。腹腔鏡手術でも困難を伴う狹骨盤症例や肥満症例などの直腸低位の手術において、このシステムの利点をいかし、精細な手術を行うことができると期待されています。

当院下部消化器外科で、引き続き、大腸癌の手術をより低侵襲で、生活の質を落とさない安全な治療となるよう、努力していきたいと考えています。



新しい手術室



Reduced Port Surgery 術後の創部



Reduced Port Surgery (RPS) の実際

# トピックス

## セカンドオピニオン外来

当院以外で診療中の患者様を対象に、診断や治療に関して当院の専門医が患者様の主治医からの情報をもとに意見を提供します(完全予約制)。当院で治療をご希望の場合は対象とはなりません。

### 必要資料

- 診療情報提供書
- 検査データ
- 画像データ
- 同意書(患者様本人以外の場合)

### 申込手順

申込み：必要資料を下記へご持参ください

予約日時決定：後日のご連絡となる場合があります

受診当日：各外来受付へ直接お越しください

### 費用

30分まで10,800円 以後15分毎に5,400円(税込)

### 予約・手続き等の問い合わせ

医療連携総合センター(地域医療室)

TEL：06-6416-1785(直通) 13:30～16:30

月曜～金曜(祝日を除く)

※ご相談は「がん相談支援センター」でお受けしています

対象疾患・担当診療科	
肺癌	呼吸器外科
肝・胆・膵臓癌	肝・胆・膵外科
胃・食道癌	消化器外科
直腸・大腸癌	消化器外科
乳癌	乳腺外科
子宮癌・卵巣癌	産婦人科

## がん相談支援センター

がん相談支援センターは、当院で治療をしていない患者様やご家族様等、どなたでも無料でご利用いただけます。相談内容に応じて看護師、医療ソーシャルワーカー等が対面や電話で相談を受けています。プライバシーに十分配慮し、秘密を守り、問題を解消するために一緒に考えます。また、がんに関する資料や書籍を取り揃え、院内外の情報集約に努めています。

あふれるがん情報に振り回されたり、短い診察時間で十分に主治医に質問できないなど、患者様やご家族様は孤立してしまう傾向にあります。相談しても仕方がないと思えるようなことであっても、情報や気持ちを整理するために相談が有効な場合もあります。

がん相談支援センターを是非ご利用下さい。

### 利用方法

直接お越しいただくか、下記までお電話ください。

TEL：06-4869-3390(直通) 8:15～17:00

月曜～金曜(祝日を除く)

※随時、受け付けていますがご予約をおすすめします。

## 当院が専門とするがん

頭部 / 頸部
脳腫瘍
脊髄腫瘍
口腔・咽頭・鼻のがん
喉頭がん
甲状腺がん

胸部
肺癌
縦隔腫瘍
中皮腫
乳がん

消化管
胃がん
食道がん
大腸がん
小腸がん
GIST

肝・胆・膵
肝がん
胆道がん
膵がん

泌尿器
腎がん
尿路がん
膀胱がん
副腎腫瘍

男性
前立腺がん
精巣がん
その他の男性生殖器がん

女性
子宮頸がん・子宮体がん
卵巣がん
その他の女性生殖器がん

皮膚 / 骨と軟部腫瘍
皮膚腫瘍
悪性骨軟部腫瘍

血液・リンパ
血液腫瘍

## 緩和ケアチームによるケア提供について

当院の緩和ケアは、固定した病棟をもたず、緩和ケアチームが現場に出向いてスタッフとともに考えるという横断的活動を中心として提供されています。

緩和ケアチームのメンバーは、医師、看護師、薬剤師、MSWで構成されており、定期的継続的なカンファレンスとラウンドを行い、多様なニーズに適切に対応できるよう活動しています。退院後も、必要に応じてチームメンバーが面談し、退院後の症状コントロールを中心に、お気持ちや生活の面も継続してサポートしています。

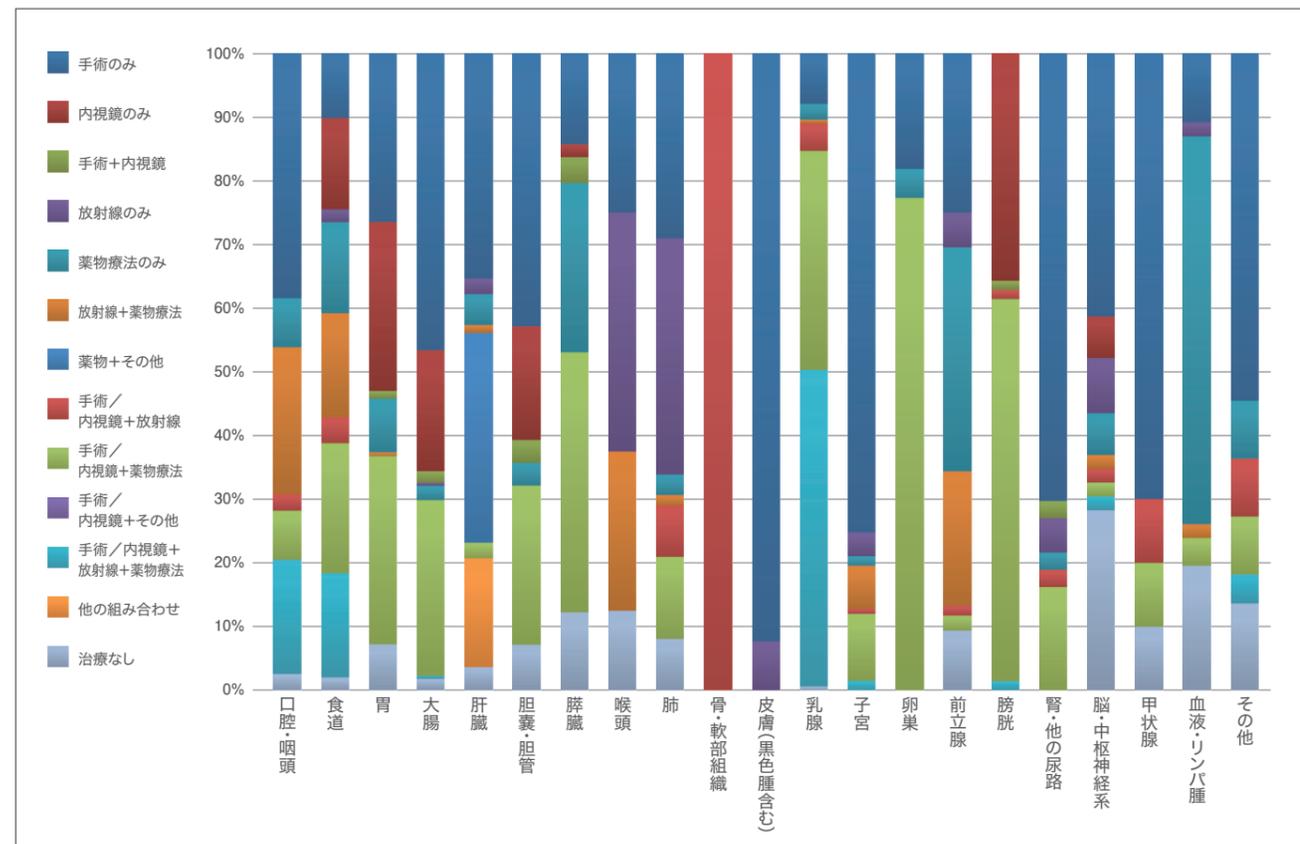
その他にも、「地域全体における緩和ケアの提供」を目標に地域医療機関とのシームレスな連携を目指し、地域連携研修会や緩和ケア研修会を開催しております。ふるってご参加いただけますようよろしくお願いいたします。

なお、緩和ケアについてのご相談や診察をご希望される場合は、現在のところ紹介予約制で行なっておりますので、詳しくは、医療連携総合センターまでお問い合わせください。

# 2012年症例 部位別・治療法別 実績

(UICC7版、自施設診断/自施設治療、他施設診断/自施設治療の症例のみ)

原発部位	口腔・咽頭	食道	胃	大腸	肝臓	胆嚢・胆管	膵臓	喉頭	肺	骨・軟部組織	皮膚(黒色腫含む)	乳腺	子宮	卵巣	前立腺	膀胱	腎・他の尿路	脳・中枢神経系	甲状腺	血液・リンパ腫	その他	合計
手術のみ	15	5	44	103	29	12	7	4	18	0	24	13	100	4	32	0	26	19	7	5	12	479
内視鏡のみ	0	7	44	42	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	25	0	3	0	0	0	0	127
手術+内視鏡	0	0	2	4	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	11
放射線のみ	0	1	0	1	2	0	0	6	23	0	2	0	5	0	7	0	2	4	0	1	0	54
薬物療法のみ	3	7	14	5	4	1	13	0	2	0	0	4	2	1	45	0	1	3	0	28	2	135
放射線+薬物療法	9	8	1	0	1	0	0	4	1	0	0	1	9	0	27	0	0	1	0	1	0	63
薬物+その他	0	0	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
手術/内視鏡+放射線	1	2	0	0	0	0	0	0	5	1	0	7	1	0	2	1	1	1	1	0	2	25
手術/内視鏡+薬物療法	3	10	49	61	2	7	20	0	8	0	0	56	14	17	3	42	6	1	1	2	2	304
手術/内視鏡+その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手術/内視鏡+放射線+薬物療法	7	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	81	2	0	0	1	0	1	0	0	1	102
他の組み合わせ	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
治療なし	1	1	12	4	3	2	6	2	5	0	0	1	0	0	12	0	0	13	1	9	3	75
合計	39	49	166	221	82	28	49	16	62	1	26	163	133	22	128	70	37	46	10	46	22	1416



## 編集後記

### がん診療の地域化を通じて、がん患者さんのサポートを

ロシア・ソチで行われた真冬の熱い戦いもいつの間にか終わりました。毎夜眠い目をこすりながら羽生結弦選手や浅田真央選手の氷上での華麗な舞いに魅了され、葛西紀明選手の執念のメダルに我がことのように勇気づけられた方も多いことと思います。さて、我が国では2人に1人ががんに罹患し、4人に1人ががんで亡くなる時代を迎えています。がん診療はますます高度化、複雑化し、患者ばかりか一般開業医の先生でも常にあらゆるがん診療に関する最新の知識をアップデートしておくことはまず無理でしょう。阪神南医療圏域において、厚生労働省より「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受けている当院においても、年々増加するがん患者数、また高度化、複雑化する専門医療に対応すべく日々研鑽を続けており、この度、強度変調放射線治療装置(IMRT)の導入に併せて「関西ろうさい病院がんセンター」を新設することとなりました。

実際の化学療法や手術などはこれまでどおり病院本館で行われますので、センターでは主にがん患者さんの相談や教育、開業医の先生方との情報交換や連携、多職種によるカンサーボードや在宅・緩和ケアカンファレンスの開催など、いままでも重要視されていなかったがん患者さんへの職種横断的、地域的、全人的なサポートを主眼に使用される予定になっています。各種がんの地域連携パスの充実も国の方針でもあり、兵庫県でも続々と各種パスが整備されてきていることから、今後、がん患者さんの診療に

おける病院と診療所の連携はますます重要になってくるでしょう。その際、一般開業医の先生方と当院の高度ながん診療機能をつなぐ架け橋として「関西ろうさい病院がんセンター」をご利用頂ければ幸いです。開業医の先生と連携して「地域でがん患者さんを診る」環境を整えることが当センター設立のねらいです。

当院で従来行われていた開業医の先生をお招きしての「症例検討会」は現在、増加し複雑化するがん診療に焦点を絞って「阪神がんカンファレンス」として名前を変え、年4回開催されています。参加された先生方から「カンファレンスで供覧された資料が欲しい」とのご要望を多くいただいたことから、今回、「阪神がんカンファレンス」誌として発表した内容をお届けすることになりました。地域開業医の先生からご紹介頂いて当院で実際に治療した症例報告と、関連する分野での最新の知見をダイジェストにし、単なる宣伝パンフレットにならないよう、学術誌スタイルを意識して編集しています。内容の充実を図りながら今後も継続していく予定です。私たちはがん診療の地域化を通じて、がん患者さんのサポートをしたいと考えています。

関西ろうさい病院がんセンター  
情報管理・連携・教育部門 部門長  
呼吸器外科 部長

岩田 隆

### 次回(第6回)阪神がんカンファレンスについて

新しく開設したがんセンター内覧会と併せて5月10日(土)に開催します。当日は開設記念として、近畿大学学長 塩崎均先生の特別講演も開催いたします。どうぞ多数のご参加をお待ちしております。

内覧会 14時～14時45分  
阪神がんカンファレンス 15時～16時50分  
特別講演 近畿大学学長 塩崎均先生  
講演 当院放射線治療科部長 香川一史

関西労災病院がんセンター雑誌

## 阪神がんカンファレンス No.01

発行：独立行政法人労働者健康福祉機構  
関西労災病院

〒660-8511 尼崎市稲葉荘3丁目1番69号

URL：<http://www.kanrou.net>

TEL：06-6416-1221

FAX：06-6419-1870

医療連携総合センター(地域医療室)

TEL：06-6416-1785

FAX：06-6416-8016