

阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. 03

Issue : January 2015

Journal of Kansai Rosai
Hospital Cancer Center

第7回 阪神がんカンファレンス

第8回 阪神がんカンファレンス

2013年症例 部位別・治療法別 実績

[連載] 気をつけたいがん診療の陥とし穴
第1回 治らない気胸に隠れる
見えない癌

[特集]

手術支援ロボット

da Vinci Si 導入



独立行政法人 労働者健康福祉機構

関西ろうさい病院

Contents

- 2 がんセンター長あいさつ
- 3 手術支援ロボット「da Vinci Si」導入
- 5 連載：気をつけたいがん診療の陥とし穴「第1回 治らない気胸に隠れる見えない癌」
呼吸器外科部長 岩田 隆
- 7 **第7回阪神がんカンファレンス（婦人科がん）**
- 9 症例検討1 「複数の合併症を有しADLが低下した高齢者子宮体癌の1例」
産婦人科 塩見 真由
- 11 症例検討2 「根治手術を完遂し得た大腸癌合併の子宮頸部腺癌の1例
～当科における地域・他科との連携～」
産婦人科 桑鶴 知一郎
- 13 ショートレクチャー 「子宮体がん治療ガイドライン2013年版の変更点と
子宮体がん地域連携パスについて」
産婦人科第二部長 堀 謙輔
- 15 **第8回阪神がんカンファレンス（頭頸部がん症例について）**
- 17 症例検討 「分子標的薬を用いた新しい頭頸部癌治療
～当科における分子標的薬の使用経験～」
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 平井 崇士
- 19 ショートレクチャー 「頭頸部癌の腫瘍マーカー」
耳鼻咽喉科部長・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗
- 21 トピックス
- 24 がん診療に関連する診療報酬実績の推移／
今後の「阪神がんカンファレンス」について
- 25 2013年症例 部位別・治療法別 実績
- 26 編集後記

Message



がんセンター長あいさつ

平素より大変お世話になっております。2014年は、がんセンター棟が竣工し、新しく導入された放射線治療装置（IMRT）での治療が開始されました。また、「がんセンター」内に設けられた「がん相談支援センター」や患者サロンそして、カンファレンス室での勉強会の開催など、がん診療機能の向上に日々、取り組んでおります。

“地域がん診療連携拠点病院”では、わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）の診療等に関して、地域のがん医療の核となることが求められており、指定を受けた病院においては、がん診療状況等を公開し、がん医療水準の向上に努めなければなりません。手術、放射線治療及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施や治療の初期段階からの緩和ケアの実施など専門的ながん医療の提供や、研究会や診療支援、患者受入・紹介等を通じて地域のがん診療の連携協力体制の構築、そしてがん患者に対する相談支援や情報提供などが重要な役割となります。

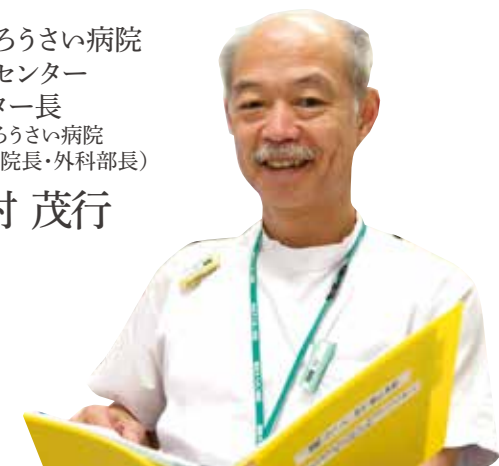
関西ろうさい病院「がんセンター」には、“放射線治療部門”、“化学療法部門”、“緩和ケア部門”、“情報管理・連携・教育部門”、“患者サービス部門”、“勤労者がん治療支援部門”を配しており、『チームで支えるがん治療』をスローガンに、より質の高いがん治療の提供を目指してまいります。地域の先生方との連携を更に深めていくため、「阪神がんカンファレンス」などを通じて一緒に勉強させて頂きたいと考えております。

年4回定期的に開催しております「阪神がんカンファレンス」も軌道に乗り出し、2014年までで8回の開催を数え、この記録集の発刊もこの号がNo. 3となります。カンファレンスの内容はもちろん、がんセンターの活動や診療の情報提供もお届けしてまいります。2015年の「阪神がんカンファレンス」は、食道がん（1月15日）、泌尿器科がん（4月）、脳腫瘍（7月）、その後血液腫瘍・皮膚がん（10月）等を予定しております。今後も継続してご参加いただき、ご意見をいただければ幸いです。

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、地域のみなさまとともに実践していきたいと考えております。「関西ろうさい病院 がんセンター」に引き続きご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

関西ろうさい病院
がんセンター
センター長
(関西ろうさい病院
副院長・外科部長)

田村 茂行



手術支援ロボット da Vinci Si



da Vinci チームのメンバー

実際の手術風景。術者は奥のコンソールから遠隔操作で手術を行います。

手術支援ロボット「da Vinci Si」導入について

当院泌尿器科では、従来から腹腔鏡下手術を主軸とする低侵襲治療に鋭意取り組んでおり、腎癌、腎盂尿管癌、膀胱癌、前立腺癌などの悪性腫瘍のみならず、副腎腫瘍、腎盂尿管移行部狭窄症のような良性疾患に対してもほぼ全例に腹腔鏡下手術を適応しております。

特に前立腺癌に対してはいち早く腹腔鏡下前立腺全摘除術を導入し、現在まで400例以上の実績があります。一方、アメリカで開発された手術支援ロボットによる前立腺癌の手術は、平成24年4月より本邦でも保険適応となり急速に導入が進んでおり、現在では保有台数で世界第2位となっております。当院でもこの度、満を持して手術支援ロボットの最新機種である「da Vinci Si」を導入し、平成26年11月より前立腺癌に対するロボット支援根治的前立腺全摘除術を開始いたします。今までの経験をふまえ、ロボットによる更に質の高い手術を提供していく所存であります。今後ロボット支援手術は様々な領域に対して適応が認められていく事が予想されますので、引き続きの御指導をよろしくお願い申し上げます。

関西ろうさい病院 泌尿器科部長 川端 岳

手術支援ロボット「da Vinci Si」の概要



Surgeon Console (サージョンコンソール)

医師がPatient Cartの鉗子进行操作する機械です。拡大された高解像度3次元立体画像を見ながら操作します。

画像が3次元化されたことにより従来の腹腔鏡下手術と異なり、奥行きを読み取って鉗子を動かすことができるようになり、より正確かつ安全に手術を行うことが可能になりました。



Patient Cart (ペイシェントカート)

Surgeon Consoleからの指示を受けて、手の動きを正確かつ繊細に再現して、手術を行うのがPatient Cartです。3本の鉗子を取り付けるアームとセンターの内視鏡カメラを取り付けるアームからなります。Patient Cartの鉗子には人間のよう関節があり、腹腔鏡下手術では不可能だった「手」のような動きを再現できます。



Vision Cart (ビジョンカート)

高解像度の3次元(3D)ハイビジョンシステム及びタッチスクリーンモニタを搭載しています。

「da Vinci」を操作している医師以外のスタッフは、周囲に配した2つの3Dモニターを見ながら、手術をサポートします。チームメンバーの的確なサポートにより手術が行われます。

第1回 治らない気胸に隠れる 見えない癌

関西ろうさい病院
呼吸器外科部長
岩田 隆



はじめに

今回より「気をつけたいがん診療の陥とし穴」と題して、多忙な日常診療の中で見過ごしがちな「がん診療」に関するコツやtips、ちょっとした工夫などを当院各科のがん診療に携わる医師から地域へ発信していくためにこのコラムを設けました。先生方の日々の診療に少しでもお役立て頂ければ幸いです。第1回は「治らない気胸に隠れる見えない癌」です。気胸はありふれた病気で日常よく遭遇します。再発は少なくありませんが、ほとんどが良性で、適切な治療をすれば再発も十分抑えることが出来ます。予後が良いため、多くの施設では長期の経過観察をされることはほとんどないでしょう。そんな気胸診療に潜むピットフォールをご紹介します。

症 例

59歳男性。居住歴は18歳まで山口県宇部市。19歳より尼崎市。職業歴は48歳まで近隣の某電機工場。既往歴は特記すべきことなし。某年11月 右気胸にて当科受診、入院ドレナージ。初診時胸部レントゲン単純X線像を供覧する（Figure 1）。CTにて気腫性変化やブラを認めず、胸膜にも結節陰影はなかったが、胸水ヒアルロン酸濃度を測定したところ24万ng/ml。胸腔鏡検査を提案したが受け入れられずドレーン抜去後退院。退院一ヶ月後にすで

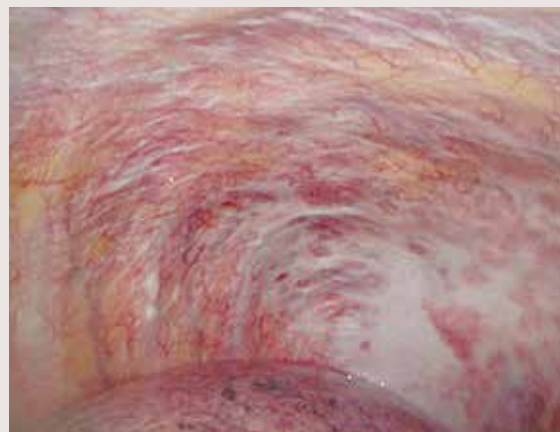
に軽度気胸を認めた。毎月外来受診にて胸部レントゲン検査を行ったが気胸の改善はなかった。3ヶ月後再診時にも気胸を認めたため、胸腔鏡下生検を提案。翌年6月胸腔鏡検査を施行。胸腔内にびまん性に扁平な白色の腫瘤を認めた（Figure 2）。迅速診断では悪性所見なしであったが、免疫染色にて上皮型悪性胸膜中皮腫と診断した。FDG-PET検査にて転移のないことを確認し、7月に胸膜切除／肺剥皮術を施行し、術10日目に軽快退院。病理診断はT1bN0M0にてIb期であり、その後、シスプラチン＋ベメトレキセド併用による化学療法を施行中である。



Figure 1.
気胸初発時の胸部単純X線像。右気胸を認める。

考 察

当院では2009年4月から2013年12月まで58例の気胸手術症例のうち、およそ5%（3例）が悪性胸膜中皮腫による続発性気胸であった。50歳以上に絞ると25例中3例（12%）であった。濃厚なアスベスト汚染のある地域柄とは言え、かなりの高率である。3例の気胸を初発症状とする悪性胸膜中皮腫患者のうち2例が数ヶ月以上持続する気胸であった。いずれも術前CTでは悪性胸膜中皮腫を疑うような胸膜の結節や肥厚像、胸水貯留などの所見はなかった。ブラがない気胸は悪性胸膜中皮腫を疑って注意して診療に臨めるが、気腫性変化やブラのある気胸であればこれらの所見がなければ悪性中皮腫を疑うことは一般に難しいと思われる。また悪性胸膜中皮腫は病理診断も難しい疾患である。まれな疾患であり診断をしたことがない病理医も全国的には多いことや、ケースによっては腺癌や単純な胸膜炎との鑑別も容易ではないとされている。悪性胸膜中皮腫は今後、本邦では患者数の爆発的な増加が見込まれている。気胸診療に潜むピットフォールとして気をつけて診療にあたりたい。当科では右記に気をつけて気胸診療に臨んでいる。



Fibure 2.
胸腔鏡下胸膜生検の所見。
壁側及び臓側胸膜にびまん性に白色で扁平な病変を認める。

- ① 50歳以上の気胸患者では中皮腫を疑い、ドレーン排液からが十分得られれば胸水ヒアルロン酸を測定する。できれば細胞診も出す。
- ② 気胸の手術を行うときには、胸膜もよく観察する。少しでも異常所見があれば胸膜生検を行う。ブラがない気胸の場合は必ず胸膜および肺生検を行う。
- ③ 切除したブラは必ず病理検査に出す。中皮腫の病理診断は難しいので、その可能性を予め病理医に伝え、必要なら免疫染色もお願いする。
- ④ 長期に完全膨張が得られない50歳以上の気胸患者は慎重に経過観察し、胸腔鏡下胸膜生検をしつこく勧める。
- ⑤ 原則、術後2年間は経過観察を行う。

結 語

中皮腫の多くはかなり進行した状態で見つかることが多い。しかしありふれた気胸患者の中には画像診断は不能でも病期の浅い悪性胸膜中皮腫が隠れていて、おそらくその多くは見過ごされていると思われる。しかしそれらの多くは浸潤傾向がまだあまり強く見られない「治療可能な」時期の中皮腫と考えられる。とくに50代以上の気胸患者の中にはこれら治療可能な中皮腫が紛れている可能性があることを常に思い出し、慎重な経過観察と積極的な胸腔鏡下生検にて早期の発見と治療に結びつけていきたいと考える。

第7回 阪神がんカンファレンス

概 要

日 時：平成26年7月3日(木) 18:00～19:30

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター棟2階 カンファレンス室1

テーマ：婦人科がん

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：産婦人科部長 伊藤 公彦

症例検討 1

「複数の合併症を有しADLが低下した高齢者子宮体癌の1例」

演 者：産婦人科 塩見 真由

症例検討 2

「根治手術を完遂し得た大腸癌合併の子宮頸部腺癌の1例
～当科における地域・他科との連携～」

演 者：産婦人科 桑鶴 知一郎

ショートレクチャー

「子宮体がん治療ガイドライン2013年版の変更点と子宮体がん地域連携パスについて」

演 者：産婦人科第二部長 堀 謙輔

質疑応答

閉会挨拶

産婦人科部長 伊藤 公彦

第7回阪神がんカンファレンスの様子



症例検討 1



症例検討 2



ショートレクチャー



開会挨拶



座長



質疑応答

症例検討

複数の合併症を有しADLが低下した高齢者子宮体癌の1例

関西ろうさい病院 産婦人科医師
塩見 真由

我が国では子宮体がんにかかる人は年間約1万1千人と言われており、子宮体がんで亡くなる人は約2千人となっている。子宮体がんは食生活の欧米化などに伴い増加している。今回、複数の合併症を有しADLの低下を認めたが、地域との連携により良好な術後経過をたどった高齢者子宮体がんの1例を経験したので報告する。

症例は76歳女性。主訴は、不正性器出血。現病歴としては、X年12月より肺炎疑い・意識障害・食思不振・腰椎圧迫骨折に伴うADL低下のため他院入院中であり、入院中に判明した深部静脈血栓症のため、ワーファリンを内服中であった。血性帯下あり、婦人科で子宮内膜吸引組織診を施行。低分化腺癌あるいは未分化癌の疑いのため、当科紹介となった。前医組織診、MRI所見より子宮体がんの診断となり、X+1年2月に手術目的に転院。既往歴は2経産、52歳閉経。うつ病で抗うつ薬内服中であった。

転院受け入れまでの流れとして、合併症に腰椎圧迫骨折・深部静脈血栓症・うつ病を有し、ADLは低下しているため、手術により離床が進まず退院調整に難渋することが予想さ

れた。身体的に侵襲の大きい、リンパ節廓清や術後補助化学療法は行わない方針とした。次に、術後経過が問題なければ再転院で受け入れていただき、その後の退院調整を依頼した。家族にも初診時より、急性期病院の役割を理解してもらい、リハビリのための入院期間延長はできないことを了承していただいた。

転院前の内診所見では、帯下は茶褐色漿液性で、子宮体部に3cm大と5cm大の子宮筋腫あり、子宮内腔は腫瘍で充満していた。

採血検査では、腫瘍マーカーの上昇はなし。前医MRI画像では子宮は軽度腫大し内腔は拡大。底部から前壁の筋層浸潤を疑うが、漿膜浸潤の所見はなし。臨床病期はcT1bの診断であった。

入院後経過は、第1病日にワーファリンを中止しヘパリン置換を開始。第2病日、血栓評価のための下肢静脈エコーでは血栓を認めず、ヘパリン置換を中止した。

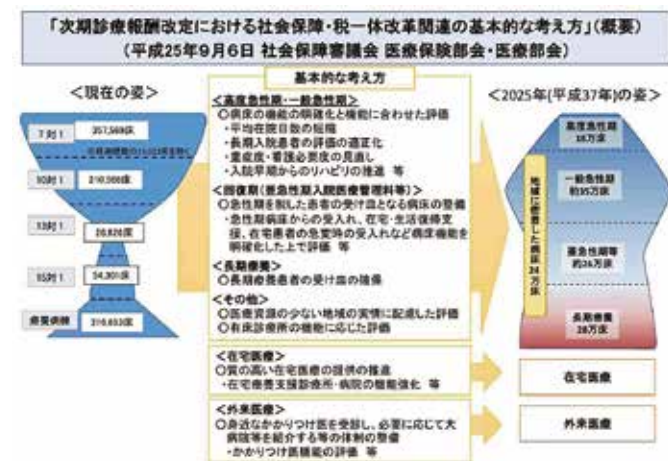
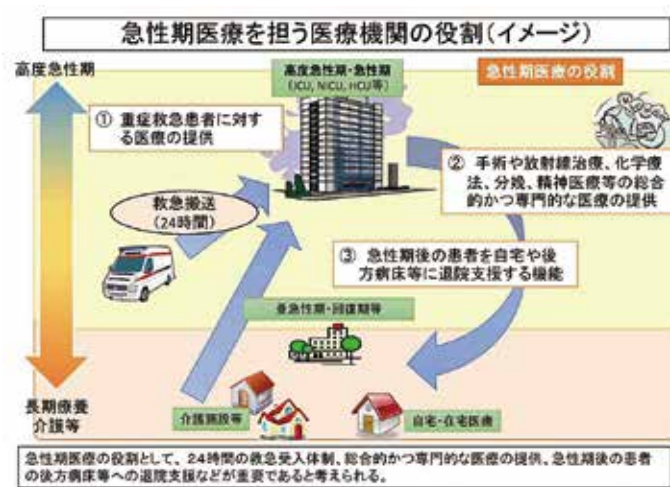
第7病日に手術施行（単純子宮全摘術および両側付属器摘出術）し、術日より退院調整を開始。

※当科では血栓リスクに応じて周術期に抗凝固療法を行っており、術前よりヘパリンカルシウムを投与し、術後3日目よりエノキサパリンナトリウムに切り替えた。

手術時間は1時間16分。出血量は252ml。摘出標本の子宮に割を入れたところ子宮底部より乳頭状発育を認めた。第9病日（POD3）急激な貧血の進行あり、腔断端に血腫を認め、術後血栓予防のための抗凝固薬を中止し、RCC4単位を輸血した。その後、血腫は徐々に縮小。第13病日（POD6）リハビリ開始、第21病日（POD14）紹介元へ転院となった。

術後病理組織結果は、子宮体癌Endometrioid adenocarcinoma, Grade 3でpT1bNxMx, ly(-), v(-), FIGO stage IB, 筋層浸潤20/28mmで術後再発リスク中リスク以上となり、術後補助化学療法が考慮されるが、先述のように行わない方針とした。転院後、ただちにリハビリを行い、退院調整が開始され、入院期間は転院後43日間であった。当院入院中に消失していた左下腿深部静脈血栓が再発したため、ワーファリンを再開した。腸閉塞を認めたが保存的治療のみで改善した。

平成26年診療報酬改定における、短期入院（TCR, LEEP）は短期滞在手術基本料で算定となり、平均在院日数の算定から除外され、90日以上入院患者を算定に組み込むようになったことにより、当院においても、昨年並みの入院期間で対応していると、平均在院日数はおよそ2日延長する計算になる。当院の位置づけは平成26年4月よりDPCⅡ群（大学病院に準じた診療機能を有する病院：全国で99病院）であり、一定以上の「診療密度」「医師研修の実施」「高度な医療技術の実施」「重症患者に対する診療の実施」などが条件となる。平均在院日数は、急性期病院としての「診療密度」の指標と考えられており、この位置づけを維持するには短縮を目指す必要がある。今回、我々は地域との連携を通して、合併症を有しているADLの低下した患者のスムーズな転院から手術、退院調整を実現した。今後も、様々な状態の患者様をご紹介いただき、地域との連携を強固なものにしていきたい。



症例検討 2

根治手術を完遂し得た大腸癌(盲腸癌)合併の子宮頸部腺癌の1例
～当科における地域・他科との連携～

関西ろうさい病院 産婦人科医師
桑鶴 知一郎

当院は地域がん診療連携拠点病院としての役割を担っており、当科は阪神南圏域を中心とした地域の先生方からご紹介いただいた悪性腫瘍の症例の診断・治療を、他科やご紹介いただいた先生方と連携を取って行っている。今回、子宮頸部腺癌と盲腸癌の重複癌の症例に対して、他科スタッフとの連携によって診断し、一期的根治術を完遂し得た症例の報告と、当科の診療の取り組みについて紹介する。

症例は69歳の女性。右側腹部痛自覚、不正性器出血も認めたため近医（産婦人科）を受診した。初診時に施行した子宮内膜細胞診・子宮頸部細胞診にて異常所見（内膜：class IV、頸部：ASC-H）を認めたため、精査・加療目的に当科紹介となった。当科初診時の診察所見は特記すべき異常所見は認めず、子宮頸管、体部内膜から組織採取を行った（組織の混入がないように頸管内膜→体部内膜の順に搔爬施行した）。病理組織検査結果はadenocarcinoma（組織は頸管内膜優位、CK7+,CEA+）であり、子宮頸部腺癌として精密検査を行う方針とした。造影MRI検査で子宮頸部背側に悪性腫瘍を示唆する所見が得られた。造影CT検査では他臓器転移やリンパ

節転移を疑う所見は認めなかったが、胆嚢内に胆石を認め、消化器外科と相談し、術前に上腹部の超音波検査を行ったが悪性は否定的であり、術中に再度手術適応に関して決定していただく方針とした。血液検査所見は特記すべき異常は認めなかった。術前検査を終了したところで、産婦人科部長の術前外来診察（部長診）にて手術加療の方針の最終決定がなされ、日程の決定も行われた。本症例において術前部長診の前日より下血があると本人から訴えがあり、急遽、下部消化管内視鏡検査を消化器内科に依頼したところ、盲腸に虫垂開口部の悪性腫瘍を疑う出血を伴う腫瘤を認め、生検にてAdenocarcinoma, Group 5が検出された。子宮から採取した組織もadenocarcinomaであったため、病理診断科に再検査と両者の鑑別を依頼した。それぞれの組織について免疫染色による検討を行ったところ両者は別々の起源であることが判明し、術前診断は子宮頸部腺癌（cT1bN0M0、c Stage I b1）と盲腸癌（cT1N0P0H0M0、c Stage I）の重複癌の診断となった（図1を参照）。

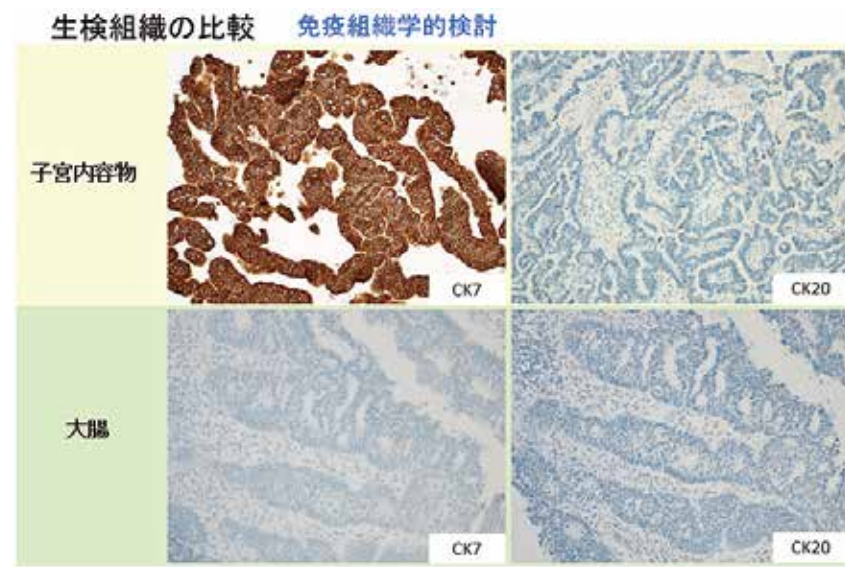


図 1

根治手術として広汎子宮全摘術（骨盤リンパ節郭清術含む）、両側付属器摘出術、傍大動脈リンパ節郭清術、回盲部切除術＋D3郭清を施行した。摘出標本の病理診断により、術前と同様の子宮頸部粘液性腺癌（pT1b1 N0 cM0、p Stage I b1）と盲腸癌（pT1b1N0cM0、p Stage I）の重複癌の確定診断となった。患者は術後13日で軽快退院し、現在は当科外来通院中である。本症例において約1月半で診断を確定し、治療を完遂し得たのは、症例を紹介していただいた先生と診断・治療に携わった当院の複数の科の医師やスタッフとの連携の結果であると考ええる。

日本国内での他施設からの報告において、重複癌のなかでも婦人科癌、とくに子宮頸癌に関しては症例数も多く、重複癌となり得る割合も低くはないと考えられる。治療前に他の消化器癌などの合併がないか、治療後も他の部位に癌が発生してこないかを注意深く経過観察する必要があると考えられる。

当科では紹介していただいた症例に対する診断・治療が最初に診察した医師により大きく異なるといったことがないように、毎朝行われる症例検討会で十分に検討を行い、手術適応と判断した場合は部長診にて再度診察し、最終的に手術適応の決定としている。手術決定した後、もしくは手術適応とならなかった症例に対しても当科の中で再度症例検討を行い、放射線治療部の医師と放射線治療の適応を話し合う機会を毎週設けている。また、治療後もMRIカンファレンスでの振り返りや病理カンファレンスにて疾患の知識や今後の対応について科全体で共有し、その後の診療に生かせるよう心がけている（図2参照）。

地域がん診療拠点病院としての役割を担い、紹介していただいた悪性腫瘍の症例に関して、産婦人科としてだけでなく、関西労災病院全体で連携を取り合い、診療にあたり、地域の皆様に安心と信頼の気持ちを持っていただけるように、今後も日々の診療に取り組んでいきたい。

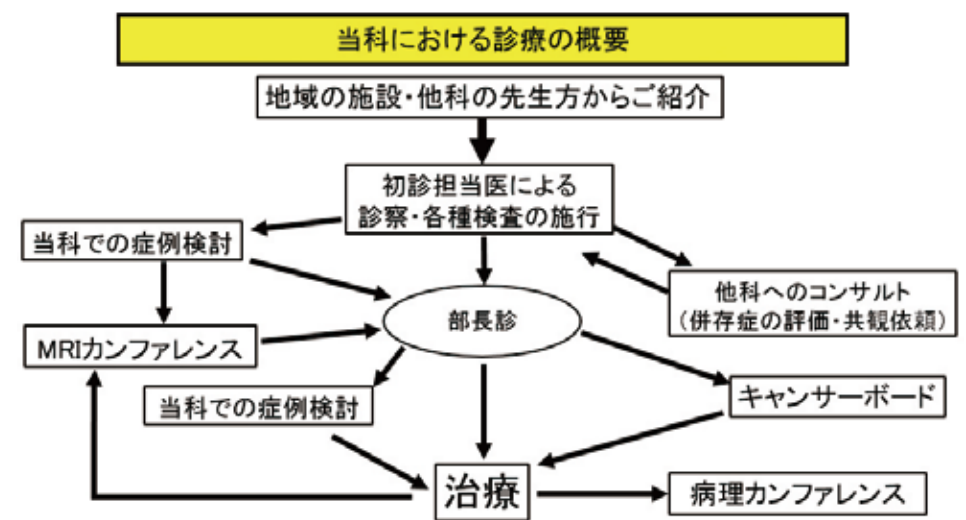


図 2

ショートレクチャー

子宮体がん治療ガイドライン2013年版の変更点と 子宮体がん地域連携パスについて

関西ろうさい病院 産婦人科第二部長
堀 謙輔

子宮体がん治療ガイドライン2013年版における大きな変更点は、第1に2012年4月に改定された「子宮体癌取扱いい規約第3版」の進行情分りに準ずるものである。

新分類では、①0期を削除、②I期における筋層浸潤の程度による細分類が1/2未満をI A期、1/2以上をI B期として、I C期を削除、③頸管腺のみへの進展をII期とせず、頸部間質浸潤のみをII期とした。④腹腔細胞診を進行情分りから除外、⑤所属リンパ節転移を骨盤リンパ節、傍大動脈リンパ節で細分類し、それぞれへの転移をIII C 1期、III C 2期とした。

2つ目には、これまで日常診療では推奨されないとしていた腹腔鏡下手術について、子宮内膜増殖症や病巣が子宮に限局して子宮頸部間質浸潤がないと予想される早期子宮体癌（I期）に対して、日常診療での実践も考慮される（グレードB）と踏み込んだ表現を用いている。婦人科内視鏡学会ガイドラインにおいても同様の表現を用いて、保険収載の機運を高めるという政治的な意図もあり、本年4月から施設要件は厳しいものの保険適応が認められている。医育機関を中心に一部の施設では、リンパ節廓清や広汎子宮全摘など適応拡大を試みている施設もあるが、あくまで臨床試験の範疇であり日常診療として患者に提示できる根拠はない。

3つ目には術後のホルモン補充療法について、初めて一定の見解が示されたことである。これまでの報告に基づいて、少なくとも50歳未満でI、II期で残存腫瘍のないものに関しては、ホルモン補充療法を行うことが考慮されること

となったが、行うにあたっては、患者にホルモン補充療法のリスクとベネフィットを説明したうえで行うこととしている。

以上が大きな変更点であるが、細かい部分になるが、治療後の経過観察について、内診、細胞診、血清腫瘍マーカー、画像診断に関して、欧米では医療経済的に否定的な意見もあるが、実施を推奨するという踏み込んだ表現になっている。このことは、地域医療に従事される診療所の先生方にとりましても、「子宮体がん地域連携パス」に参加していただきやすくなるものではないかと考える。

「子宮体がん地域連携パス」は、平成20年3月1日の厚労省健康局長通知によるところの、がん診療における医療機関の役割分担と地域連携を進めることで、がん診療を質の保証と安全の確保を図る目的の一環として、兵庫県がん診療連携協議会が主体となり策定したものであります。これまで、地域連携パスに関する施設基準の届け出書類は、参加していただく連携医療機関（かかりつけ医）にも義務化

されていましたが、24年4月の診療報酬体系の改定で、簡略化され、施設基準の届け出書類は不要となり、以下の手順で連携パスの運用開始が可能となりました。

①連携医療機関からがん患者を兵庫県内のがん診療連携拠点病院（準じる病院も含む、以下、拠点病院）に紹介時に、パス参加の意思表示を行う、もしくは、パスの適応と思われた場合に拠点病院から連携医療機関にパス参加の意思確認を行う。

②連携医療機関がパス患者の受入れ可能の場合には、拠点病院から連携医療機関宛てにパス関連の書類などを送付する。

③拠点病院から近畿厚生局兵庫事務所へ施設基準の届出書類を提出する。

以上より、地域の先生方によりパス参加をしていただきやすくなったものと考えます。

また、「子宮体がん地域連携パス」の対象となる患者の条件は、原則として以下のすべてを満たす方としています。

- 告知済み
- 子宮体癌 I A期（日産婦2011、FIGO2008）
- 子宮体がん治癒切除術後（単純子宮全摘術あるいは準広汎子宮全摘術±骨盤内リンパ節郭清術）原則、骨盤内リンパ節郭清術実施症例
- 組織型が類内膜腺癌G1かG2
- 術後追加治療の必要なし
- 術後状態が安定している
- 直近の検査で異常なし

今後、当科においても、近隣の連携医療機関の先生方にご了承いただけるのであれば、パスの運用を開始させていただければ幸いです。

（医事課より）
阪神南北圏域においては、準拠点病院を含めたがん診療連携拠点病院（12施設）が連絡会を作り、南北それぞれの代表である関西労災病院、近畿中央病院が、それぞれの圏域分をまとめる形で施設基準の届出を希望される開業医の先生方の募集を行っています。

子宮体がん（治療基本情報）

患者氏名	性別	生年月日	年齢	〒	市	区	町	番	号
病歴	過去1年間の経歴								
（1）既往歴（手術歴）									
（2）既往歴（内科・外科）									
（3）既往歴（婦人科）									
（4）既往歴（その他）									
（5）既往歴（アレルギー）									
（6）既往歴（その他）									
（7）既往歴（その他）									
（8）既往歴（その他）									
（9）既往歴（その他）									
（10）既往歴（その他）									
（11）既往歴（その他）									
（12）既往歴（その他）									
（13）既往歴（その他）									
（14）既往歴（その他）									
（15）既往歴（その他）									
（16）既往歴（その他）									
（17）既往歴（その他）									
（18）既往歴（その他）									
（19）既往歴（その他）									
（20）既往歴（その他）									
（21）既往歴（その他）									
（22）既往歴（その他）									
（23）既往歴（その他）									
（24）既往歴（その他）									
（25）既往歴（その他）									
（26）既往歴（その他）									
（27）既往歴（その他）									
（28）既往歴（その他）									
（29）既往歴（その他）									
（30）既往歴（その他）									
（31）既往歴（その他）									
（32）既往歴（その他）									
（33）既往歴（その他）									
（34）既往歴（その他）									
（35）既往歴（その他）									
（36）既往歴（その他）									
（37）既往歴（その他）									
（38）既往歴（その他）									
（39）既往歴（その他）									
（40）既往歴（その他）									
（41）既往歴（その他）									
（42）既往歴（その他）									
（43）既往歴（その他）									
（44）既往歴（その他）									
（45）既往歴（その他）									
（46）既往歴（その他）									
（47）既往歴（その他）									
（48）既往歴（その他）									
（49）既往歴（その他）									
（50）既往歴（その他）									
（51）既往歴（その他）									
（52）既往歴（その他）									
（53）既往歴（その他）									
（54）既往歴（その他）									
（55）既往歴（その他）									
（56）既往歴（その他）									
（57）既往歴（その他）									
（58）既往歴（その他）									
（59）既往歴（その他）									
（60）既往歴（その他）									
（61）既往歴（その他）									
（62）既往歴（その他）									
（63）既往歴（その他）									
（64）既往歴（その他）									
（65）既往歴（その他）									
（66）既往歴（その他）									
（67）既往歴（その他）									
（68）既往歴（その他）									
（69）既往歴（その他）									
（70）既往歴（その他）									
（71）既往歴（その他）									
（72）既往歴（その他）									
（73）既往歴（その他）									
（74）既往歴（その他）									
（75）既往歴（その他）									
（76）既往歴（その他）									
（77）既往歴（その他）									
（78）既往歴（その他）									
（79）既往歴（その他）									
（80）既往歴（その他）									
（81）既往歴（その他）									
（82）既往歴（その他）									
（83）既往歴（その他）									
（84）既往歴（その他）									
（85）既往歴（その他）									
（86）既往歴（その他）									
（87）既往歴（その他）									
（88）既往歴（その他）									
（89）既往歴（その他）									
（90）既往歴（その他）									
（91）既往歴（その他）									
（92）既往歴（その他）									
（93）既往歴（その他）									
（94）既往歴（その他）									
（95）既往歴（その他）									
（96）既往歴（その他）									
（97）既往歴（その他）									
（98）既往歴（その他）									
（99）既往歴（その他）									
（100）既往歴（その他）									

兵庫県がん地域医療連携パス
（子宮体がん）診療スケジュール1～3年

●注：計画外手術等へ対応して経過します。
○注：通常診療時間外に実施して経過します。

経過	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
内診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
細胞診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
血清腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
画像診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
その他	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

経過表（1年目）

経過	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
内診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
細胞診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
血清腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
画像診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
その他	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

〇〇〇〇病院→連携医療機関（かかりつけ医）

FAX送信票
子宮体がん地域連携パス（連携依頼用紙）

連携医療機関（かかりつけ医）
〇〇〇〇病院
〇〇〇〇先生 御侍史

平素よりお世話になりありがとうございます。
この度下記患者さんが子宮体がんの手術を受けられ退院となりました。
今後は再診連携にて術後の経過観察をお願いしたいと思いますので、よろしくお願ひ申し上げます。

1）患者氏名（ ）
患者番号（ ）
退院日 平成 年 月 日

2）退院時特記すべき状態
なし、あり

3）退院時処方
なし、あり

〇〇〇〇病院 地域医療連携室
TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

連携医療機関（かかりつけ医）→〇〇〇〇病院

FAX送信票
子宮体がん地域連携パス緊急予約依頼

〇〇〇〇病院
地域医療連携担当〇〇〇〇様

この度、がん地域連携パスを用いて共同診療しております。

____様にご異常が認められました。

再発、術後合併症、その他（ ）
で予約診療・緊急診療が必要と思われます。
よろしくお願ひします。

〇〇〇〇病院 地域医療連携室
TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

第8回 阪神がんカンファレンス

概 要

日 時：平成26年10月16日(木) 18:00～19:30

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター棟2階 カンファレンス室1

テーマ：頭頸部がん症例について

進 行

開会挨拶

挨拶：副院長・がんセンター長 田村 茂行

カンファレンス

座 長：耳鼻咽喉科部長・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

症例検討

「分子標的薬を用いた新しい頭頸部癌治療
～当科における分子標的薬の使用経験～」

演 者：耳鼻咽喉科・頭頸部外科 平井 崇士

ショートレクチャー

「頭頸部癌の腫瘍マーカー」

演 者：耳鼻咽喉科部長・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

質疑応答

閉会挨拶

副院長・がんセンター長 田村 茂行

第8回阪神がんカンファレンスの様子



症例検討



ショートレクチャー



開会挨拶



カンファレンスの様子

症例検討

分子標的薬を用いた新しい頭頸部癌治療 ～当科における分子標的薬の使用経験～

関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
平井 崇士

はじめに

頭頸部癌に対する化学療法が始まったのは1950年代である。1970年代には導入化学療法や化学放射線療法が始まった。2000年代に入って分子標的薬であるセツキシマブが使用され始めた。セツキシマブは1994年にアメリカで臨床試験が開始され、2006年にアメリカ、ヨーロッパで承認された。日本では2008年に臨床試験が開始され2012年に承認された。セツキシマブの作用機序は細胞膜に存在する上皮成長因子受容体 (EGFR) に結合することでシグナル伝達を阻害し抗腫瘍効果を発揮する。

臨床試験

セツキシマブの代表的な臨床試験が3つある。1つめは放射線療法との併用に関する試験のBonner試験である。Stage III、IVの遠隔転移のない局所進行癌をセツキシマブ併用放射線療法群と放射線療法単独群に割り付けた。主要評価項目は局所病勢コントロール期間であり、セツキシマブ併用群では中央値が24.4 ヶ月、放射線療法単独群では中央値が14.9 ヶ月と有意差をもって延長を認めた (図1)。2つめは導入化学療法後の放射線療法との併用に関する試験のTREMPIN試験である。前治療歴がなく喉頭全摘術が適応となる頭頸部癌に導入化学療法を行い、奏功した症例をセツキシマブ併用放射線療法群と化学放射線療法群に割り付けた。主要評価項目は治療後3 ヶ月の喉頭温存率であり、セツキシマブ併用放射線療法群では93%、化学放射線療法群では95%と有意差を認めなかった (図2)。3つめは再発または遠隔転移に関する試験のEXTREME試験である。再発・転移頭頸部癌をセツキシマブ併用化学療法群と化学療法群に割り付けた。主要評価項目は全生存率であり、セツキシマブ併用化学療法群では中央値が10.1 ヶ月、化学療法群では7.4 ヶ月と有意差をもって延長を認めた (図3)。

Bonner試験

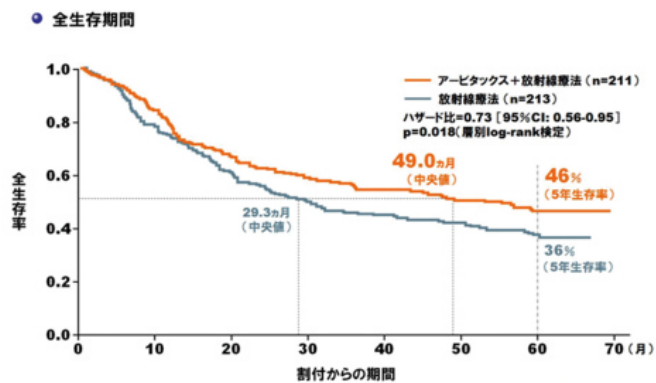


図 1

TREMPIN試験

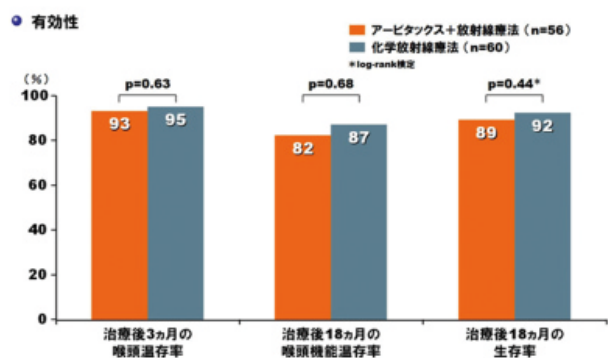


図 2

EXTREME試験

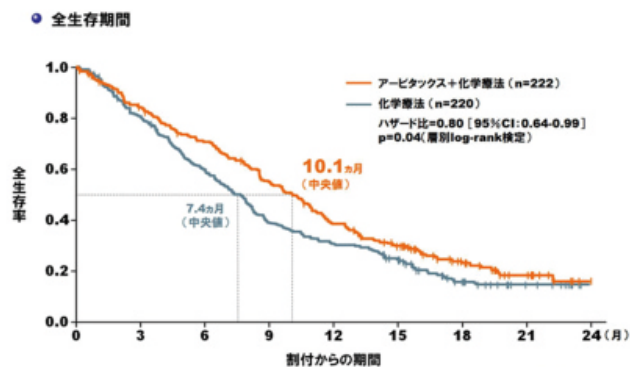


図 3

セツキシマブの副作用

皮膚障害、インフュージョンリアクション、低マグネシウム血症、間質性肺炎があり、代表的な副作用は皮膚障害である。顔面や頭部、前胸部、背部を中心とするざ瘡様皮疹、皮膚乾燥、爪囲炎がおこる (図4)。Grade3以上でセツキシマブの投与中止が必要になり、体表面積の30%を超えるざ瘡様皮疹や皮膚乾燥、外科的処置を要する爪囲炎が該当する。臨床試験での発現頻度は75～100%でGrade3以上は10～18%である。発現時期はざ瘡様皮疹が1～4週、皮膚乾燥や爪囲炎は3週目以降とされている。治療はミノサイクリンの内服、ステロイド外用などである。インフュージョンリアクションは薬剤の輸注に伴う有害な反応の総称であり、発頻度は4～13%である。予防的に抗ヒスタミン薬やステロイドを使用することが大切であり、発現時にはエピネフリンなどを使用する。低マグネシウム血症は腎からのマグネシウムの再吸収を阻害することで生じる。間質性肺炎は咳嗽、呼吸困難などで発症しCTでびまん性のすりガラス影を呈する。発症時は被疑薬を中止し、状況に応じてステロイドを使用する。

セツキシマブの位置づけ

Stage III/IVの局所進行癌と再発転移癌に推奨されており、亜部位は喉頭、中咽頭、下咽頭が対象である。年齢では75歳以上の化学放射線療法が使用しにくい高齢者にセツキシマブ併用放射線療法を考慮する。局所進行癌では放射線治療との併用が標準治療の1つとされているが、化学放射線療法との比較試験はなくどちらが優れているかは不明である。再発遠隔転移癌では一次治療での投与が推奨されており、プラチナ製剤とフルオロウラシルとの併用が標準治療である。

重症度



図 4

症例1

【患 者】81歳、女性 【主 訴】左頸部腫脹

【現病歴】前医整形外科通院中に左頸部腫瘍を指摘され前医耳鼻咽喉科を受診した。左扁桃の肥大を認め生検にて中咽頭癌と診断した。治療目的で当院紹介の運びとなった。

【喫煙飲酒歴】なし

【現 症】左口蓋扁桃の肥大を認め上極に硬結を触知。左頸部に多発するリンパ節を触知。

【検査結果】血液検査で腎機能の低下、SCCの上昇を認める。CTで左扁桃の肥大を認め、左頸部にリンパ節腫脹を2個認める。

【治療経過】左中咽頭側壁癌 (T1N2bM0 Stage IVA) と診断し、高齢であるためセツキシマブ併用放射線療法の方針とした。Grade2のセツキシマブによる皮膚障害、Grade3の粘膜炎症、Grade3の放射性皮膚炎が出現したが、70Gyの照射を完遂した。治療終了後に発熱がありCTで両側肺野にすりガラス影を認め間質性肺炎と考えたが無治療で病状は安定していた (図5)。治療後のCTでは奏功状態と考える。

症例2

【患 者】77歳、男性 【主 訴】咽頭違和感

【現病歴】食事後の咽頭の違和感を主訴に前医を受診した。喉頭ファイバーで舌根部に潰瘍を伴う腫瘍を認め、精査目的で当院を紹介受診の運びとなった。

【喫煙飲酒歴】喫煙：30本/日×40年、飲酒：5合/日×45年

【現 症】舌根部正中から左側へ潰瘍を伴う腫瘍を認め、両側上頸部にリンパ節を触知

【検査結果】血液検査でSCCの上昇を認める。CTで左舌根部に造影効果を伴う腫瘍を認め、両側上頸部にリンパ節腫脹を認める。

【治療経過】中咽頭前壁癌 (T4aN2cM0 Stage IVA) と診断し、高齢であるためセツキシマブ併用放射線療法の方針とした。Grade1のセツキシマブによる皮膚障害、Grade3の粘膜炎症、Grade3の放射性皮膚炎が出現したが、70Gyの照射を完遂した。治療後のファイバーでは奏功状態と考える。

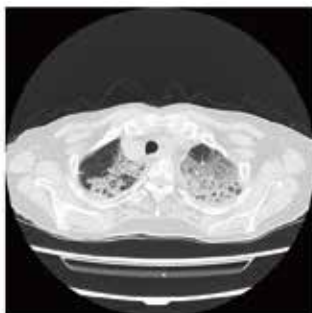


図 5

ショートレクチャー

頭頸部癌の腫瘍マーカー

関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長
赤埴 詩朗

腫瘍マーカーは非侵襲的に採取された生体材料から検出され、癌を完治し得る段階で患者を選別できる特異性と感受性を備えた物質の総称であり、簡便に測定できてスクリーニングに役立つ体液中の物質ということになる。癌のスクリーニング、ハイリスクグループの選択、再発の予知と治療効果の判定、鑑別診断や治療法の選択に応用できれば有意義であるが、残念ながら現在のところその概念に合致するものはほとんどない。

渡邊による各種臓器癌別の腫瘍マーカーを表1に記す。なかでも前立腺癌の腫瘍マーカーの一つであるPSA（prostate-specific antigen）の値は生検による前立腺癌発見率と相関し、これを用いた前立腺癌検診システムが確立されている。すなわちPSAの基準値は4.0 ng/mlとした場合、感度は88%、特異度は97%となり、検診基準値として適しており、精密検査法としては、PSA値が10 ng/ml以上であれば前立腺生検が推奨され、PSA値が4～10 ng/mlであった場合には直腸診所見、経直腸的超音波所見、その他PSA関連マーカーを参考に生検適応を判断する。またPSAは前立腺良性疾患や尿路疾患で偽陽性となるが、他臓器疾患による偽陽性の出現はまれである。

扁平上皮癌が圧倒的に多い頭頸部癌の場合、皮膚、肺、子宮頸部や食道など他臓器でも同じ組織型の癌が発生するため、これら臓器の癌はもとより慢性疾患でも偽陽性になりうるため、スクリーニングや鑑別診断が難渋になることが予想される。

今回われわれは癌や他臓器の慢性疾患を既往を有さない頭頸部癌患者について、扁平上皮癌の腫瘍マーカーであるSCC抗原（以下SCCと記す）、CYFRA21-1（以下シフラと記す）と抗p53抗体の陽性率を比較検討したのでここに報告する。

対象と方法

2009年1月より2011年12月までの癌の既往を有さない頭頸部扁平上皮癌一次例163例と対照36例の計199例につ

いて初診時採血によってSCC抗原、シフラと抗p53抗体を検査し癌症例の臨床病理学的特徴と腫瘍マーカー陽性率、平均値と敏感度／特異度により各種腫瘍マーカーの有用性を比較検討した。平均値の検定にはt検定、敏感度／特異度の検定には χ^2 乗検定を用いた。なお各群において扁平上皮系臓器の慢性疾患を有すものやグロブリン分画異常を有すものはあらかじめ除外した。

結果

癌症例の内訳は鼻副鼻腔癌14例、口腔癌14例、上咽頭癌7例、中咽頭癌34例、下咽頭癌38例、喉頭癌55例と原発不明癌頸部リンパ節転移で扁平上皮癌の転移と判明したもの4例であった。年齢は（平均±標準偏差）65.01±11.34、男女比は男性153例と女性10例、病期は早期癌57例と進行癌106例、カルテで確認できた癌分化度は高分化癌48例と中・低分化癌45例であった。

各種腫瘍マーカーの陽性率を図1に示す。対照群でSCC5.5%、シフラ0%、抗p53抗体13.8%に対し、癌症例ではSCC30%、シフラ23.9%、抗p53抗体20.8%であった。腫瘍マーカーの平均値比較を図2に示す。SCCとシフラについては癌症例で有意に高値となったが抗p53抗体は2群間で有意差を認めなかった。

次に各種腫瘍マーカーの敏感度・特異度を図3～5に示す。SCCは敏感度30%、特異度94.4%、シフラは敏感度23.9%、特異度100%、抗p53抗体では敏感度20.8%、特異度86.1%であった。最後に腫瘍マーカーの平均値の病期別比較を図6に示す。シフラは早期癌症例に比し進行癌症例で有意に高値となることが示唆された。

結論

シフラは陽性率は低いもののスクリーニング検査でその特異度は100%を示し、頭頸部扁平上皮癌の確定診断に有用で、シフラの高値は進行癌の存在を示唆すると考えられた。

肝 癌	: AFP, AFP-L3, PIVKA- II
膵 癌	: CA19-9, DUPAN-2, NCC-ST-439, SPan-1
胃 癌	: pepsinogen isozyme I / II, CA19-9, NCC-ST-439, CEA, sialyl-Tn
大腸癌	: CEA, CA19-9, NCC-ST-439
乳 癌	: CEA, CA15-3, NCC-ST-439, (ErbB-2)
子宮癌	: SCC, CEA, CA19-9, CYFRA21-1
卵巣癌	: CA125, CEA, CA19-9, CA72-4, (AFP, β -hCG)
前立腺癌	: PSA, γ -Sm, PAP
肺 癌	: CYFRA21-1, CEA, LCAP, proGRP, SLX
胚細胞腫瘍	: AFP, β -hCG, LDH

(渡邊 2007)

表 1 各種臓器癌別の腫瘍マーカー

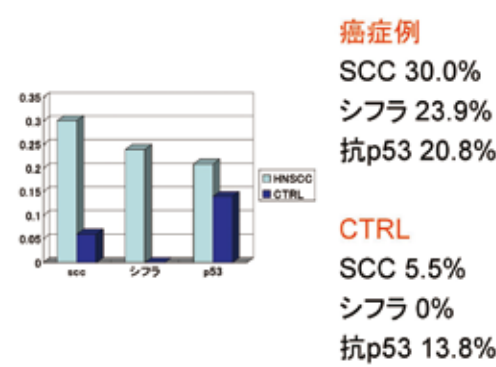


図 1 腫瘍マーカー陽性率

	癌症例	CTRL
SCC陽性	49	2
SCC陰性	114	34

敏感度 30.0%
特異度 94.4%
正診率 96.0%
 $p=0.002$ (Chi-square test)

図 3 SCC 抗原敏感度・特異度

	癌症例	CTRL
抗p53陽性	34	5
抗p53陰性	129	31

敏感度 20.8%
特異度 86.1%
正診率 87.1%
 $p=0.340$ (Chi-square test)

図 5 抗 p53 抗体敏感度・特異度

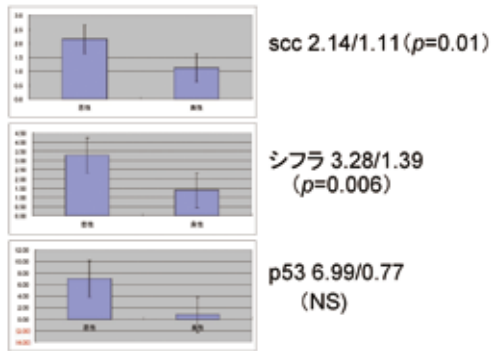


図 2 腫瘍マーカー平均値（癌／CTRL）

	癌症例	CTRL
シフラ陽性	39	0
シフラ陰性	124	36

敏感度 23.9%
特異度 100%
正診率 100%
 $p=0.001$ (Chi-square test)

図 4 シフラ敏感度・特異度

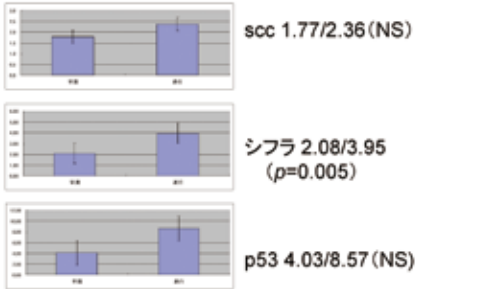


図 6 腫瘍マーカー平均値（早期 / 進行）

トピックス

がん相談支援センター

がん相談支援センターは、どなたでも無料でご利用いただける『がんの相談窓口』です。

相談内容に応じて、看護師、医療ソーシャルワーカーなどが対面や電話で相談を受けています。医学用語や社会制度をわかりやすく解説したり、医師にどうやって質問するか、家族ががんになったときにどう接すればいいか、などについて一緒に考えます。

また、がん相談支援センターでは、がん患者様やご家族様が、がんとうまく付き合い、自分らしい生活を過ごせるよう支援することを目的として、“がん患者と家族のサロン”『寄りみち』を定期開催しています。

がん患者様やそのご家族様など、同じ立場の人が語り合う交流の場や、当院の医師、看護師、薬剤師などによる療養に役立つ勉強会などを企画しています。

おひとりで考え込まずに『がん相談支援センター』にご相談ください。

がん相談支援センター 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。

時 間：8:15～17:00（12:00～13:00除く）

TEL：06-4869-3390（直通）

相談日：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。

“がん患者と家族のサロン”『寄りみち』 利用方法

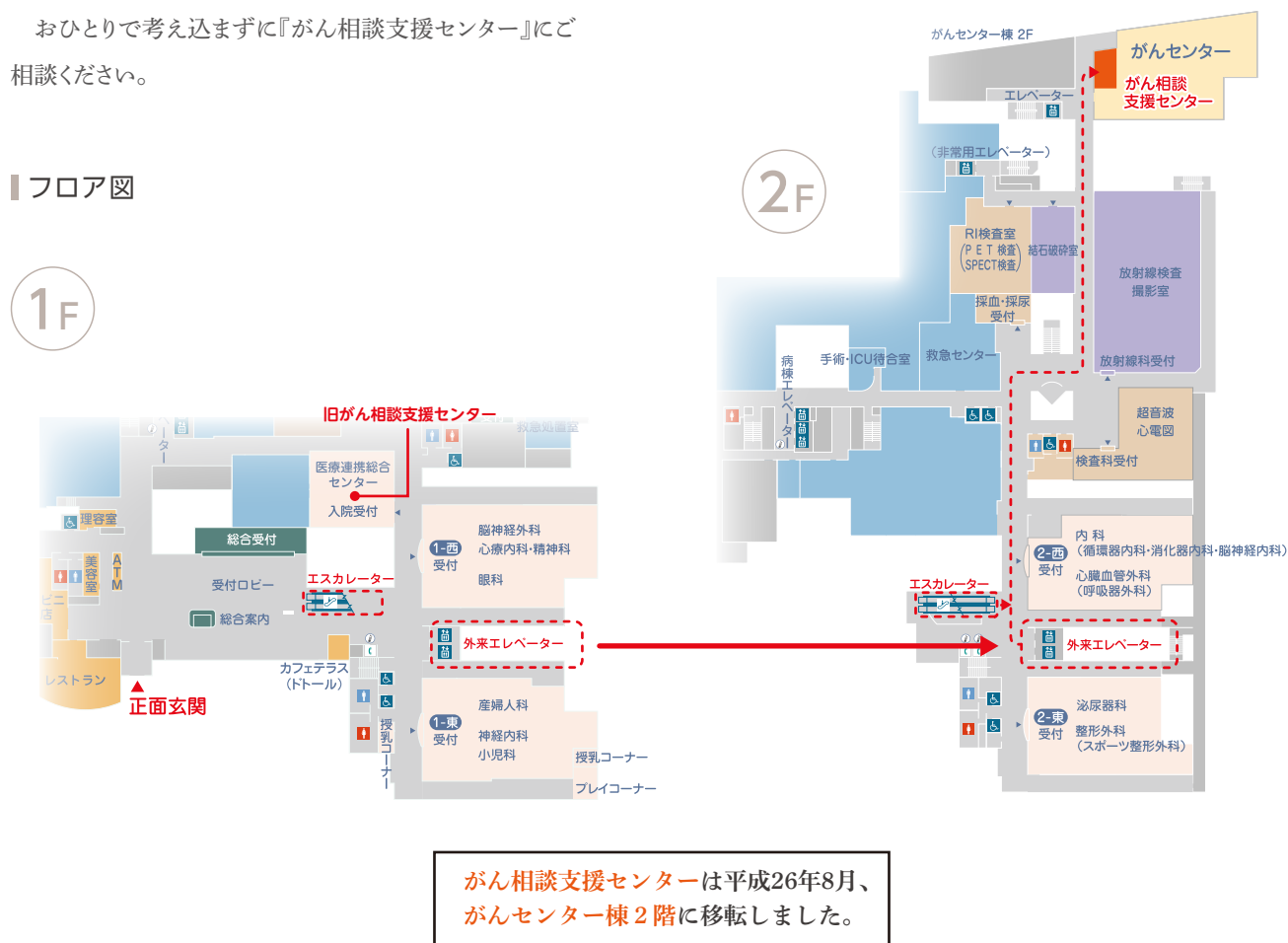
日 時：毎月第2木曜日14時～16時（定期開催）

場 所：がんセンター内カンファレンス室など

対 象：当院におかかりでなくてもご参加いただけます

※日時や場所など急に変更する場合があります。
ご希望の方は上記のがん相談支援センターまでお問い合わせください。

フロア図



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。

緩和ケア研修会の開催

がん診療に携わる医療従事者を対象として、下記のとおり、がん診療に携わる医師に対する研修会を開催いたしますので、多数の方々のご参加をお願いいたします。参加を希望される方は、お手数ですが募集要項を参照のうえお申込ください。なお、詳細は決まり次第、当院ホームページにて掲載いたします。

1. 開催日時

A課程 平成26年3月 8 日（日）

B課程 平成26年3月15 日（日）

2. 開催場所

関西ろうさい病院

3. 対象者

がん診療に携わる医師・歯科医師・看護師及び薬剤師等の医療従事者。

4. 研修内容

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（兵庫県・阪神南圏域）プログラム」をご参照願います。

A課程（1日目）修了後にB課程（2日目）を受講できるものとします。2日間の参加が難しい場合は、B課程を他施設で受講することができます。（他施設の開催予定は、兵庫県がん診療連携協議会のホームページをご覧ください。）

5. 募集人数

20名程度

お問い合わせ先（申込先）

関西ろうさい病院 医事課

E-Mail：ijika@kanrou.net

TEL：06-6416-1221（代表）

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
乳癌	乳腺外科
胃・食道癌	上部消化器外科
肝・胆・膵臓癌	肝・胆・膵外科
大腸癌(結腸がん・直腸がん)	下部消化器外科
子宮癌・卵巣癌	産婦人科
脳腫瘍	脳神経外科

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
肺がん
縦隔腫瘍
中皮腫
乳がん

消 化 管
食道がん
胃がん
小腸がん
大腸がん(結腸がん・直腸がん)
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

がん診療に関連する診療報酬実績の推移

	23年度	24年度	25年度	26年度4-10月
がん診療連携拠点病院加算	595	958	1,065	649
緩和ケア診療加算	163	671	835	451
外来緩和ケア管理料	-	21	14	23
がん治療連携計画策定料1	5	24	50	28
がん治療連携管理料(化学療法)	-	4	45	25
がん治療連携管理料(放射線治療)	-	6	62	24
がん性疼痛緩和指導管理料1(緩和ケア研修済)	39	106	186	117
がん性疼痛緩和指導管理料2(緩和ケア研修未)			2	3
がん患者指導管理料(24年度までカウンセリング料)	3	91	118	53
外来化学療法加算1A	6,771	4,150	4,035	2,795
外来化学療法加算1B		2,559	2,501	37
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	-	172	422	713
放射線治療管理料	666	534	610	372
ガンマナイフによる定位放射	221	249	264	165
PET検査	1,045	905	932	492
術中迅速病理組織標本作製	421	430	443	293
セカンドオピニオン	46	39	39	29

今後の「阪神がんカンファレンス」について

第9回 阪神がんカンファレンス

平成27年1月15日(木)18時～

がんセンター棟カンファレンス室

テーマ:「食道がん」

症 例 検 討:「舌がんと食道がんの同時性重複がんに対して一期的根治術を施行した一例」
外科 橋本 直佳

ショートレクチャー1:「食道がんに対する集学的治療」
消化器外科 竹野 淳

ショートレクチャー2:「食道がんの放射線療法」
放射線治療科部長 香川 一史

第10回 阪神がんカンファレンス(予定)

テーマ「泌尿器科がん」

平成27年4月

詳細は決まり次第、ホームページよりご確認、お申込みいただけます。
皆様のご参加をお待ちしております。
(「第〇回阪神がんカンファレンス」でご検索ください)



2013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	7	60	105	38	7	11	3	24	1	30	19	118	9	32	2	44	21	15	1	8	570
内視鏡のみ	0	9	41	70	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	1	0	0	1	148
手術+内視鏡	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
放射線のみ	0	0	1	0	0	0	0	7	44	0	0	0	2	0	11	0	1	2	0	2	6	76
薬物療法のみ	0	2	18	4	3	2	12	0	1	0	1	8	1	0	55	2	1	2	0	30	4	146
放射線+薬物療法	8	7	1	0	0	0	2	2	1	0	0	0	5	0	27	0	0	2	0	2	1	58
薬物+その他	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	18
手術／内視鏡+放射線	2	5	0	1	0	0	0	0	10	0	0	9	0	0	0	2	1	0	0	0	1	31
手術／内視鏡+薬物療法	3	12	44	72	4	2	9	0	16	0	2	58	12	21	3	44	4	0	0	1	6	313
手術／内視鏡+その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
手術／内視鏡+放射線+薬物療法	6	9	0	0	0	0	4	1	3	0	0	79	0	0	0	1	0	6	0	2	1	112
他の組み合わせ	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	14
治療なし	1	2	6	1	5	3	1	1	4	0	1	0	9	0	13	1	5	11	1	10	5	80
合計	35	53	173	257	79	16	41	14	103	1	34	173	148	30	141	76	56	45	16	51	33	1575

編集後記

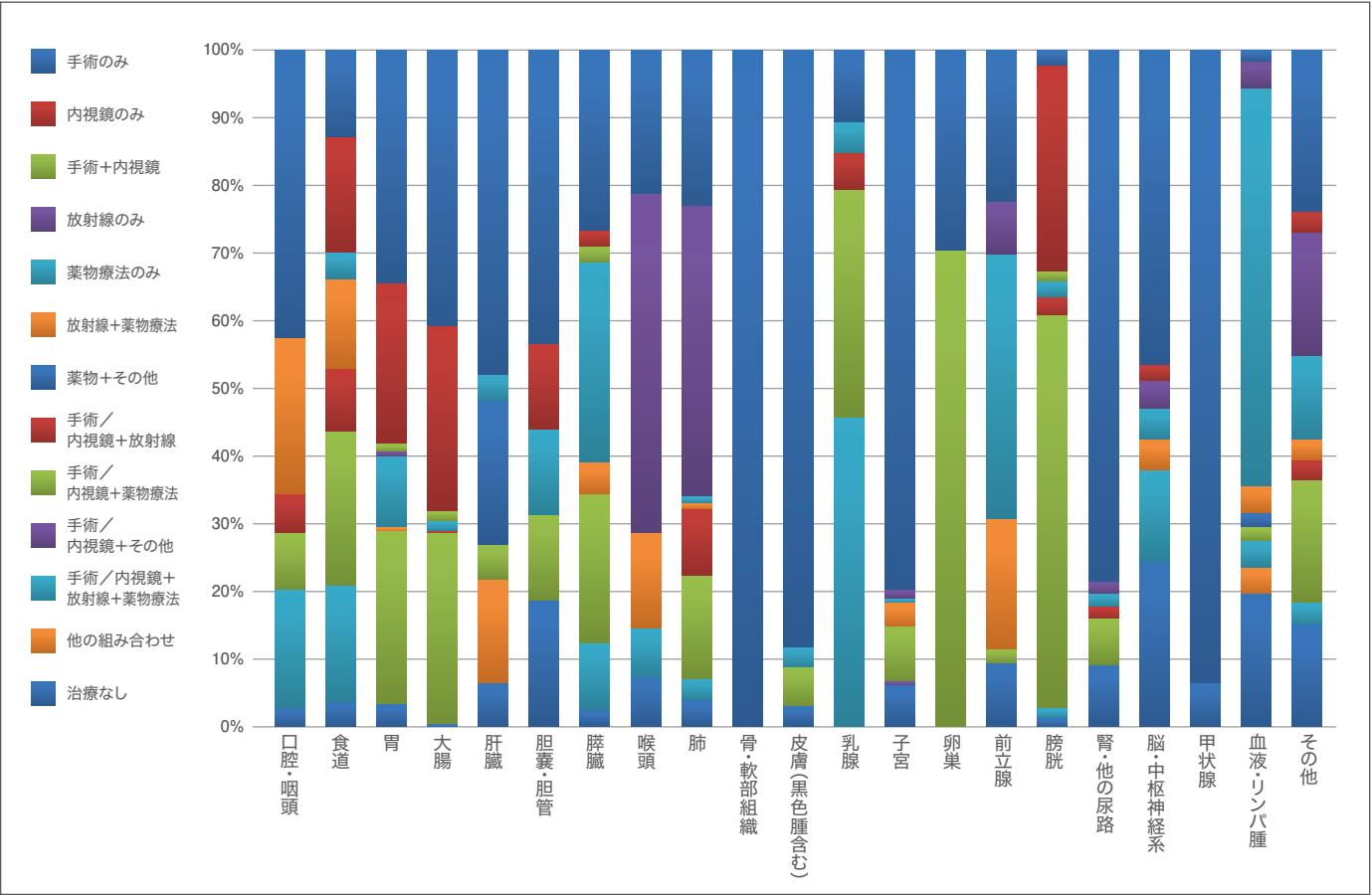
みなさま、明けましておめでとうございます。慌ただしい年末の喧噪のなかで 1 年を振り返る暇も無いまま、私のようによく新年を迎えた方も多いのではないのでしょうか。そして皆一様にあれよあれよという間に齢を重ね、時代は移り変わっていくものでございます。

関西ろうさい病院がんセンターも昨年 5 月に建物が完成し、新しく増設された放射線治療装置が 8 月から本格稼働を始めました。目玉となる強度変調放射線治療(IMRT) は、施設基準の認定に 2 ヶ月間で 5 例必要なところ、9 月から 10 月にかけて前立腺がんに対して 8 例施行し、その実績をもとに他の部位でも保険診療が可能となるように 11 月より申請していますので、おそらくこの原稿が出版されている頃には、他部位への照射も可能となっていることでしょう。

移り変わりゆく時代に合わせて最先端のがん診療を、決して移り変わることがない患者さんへの愛情や情熱を通じて本年も提供させていただきたいと思います。本年もご愛顧いただきますようよろしくお願いいたします。

関西ろうさい病院がんセンター
情報・教育・連携部門 部門長
呼吸器外科部長

岩田 隆



関西ろうさい病院がんセンター雑誌

阪神がんカンファレンス No.03

発行：独立行政法人労働者健康福祉機構
関西ろうさい病院

〒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