

関西ろうさい病院がんセンター広報誌

阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. 19

Issue : Summer 2024

Journal of Kansai Rosai
Hospital Cancer Center



関西ろうさい病院がんセンター広報誌

阪神がんカンファレンス No.19

発行：独立行政法人労働者健康安全機構
関西ろうさい病院

〒660-8511 尼崎市稲葉荘3丁目1番69号
URL : <https://www.kansaih.johas.go.jp>
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

第33回阪神がんカンファレンス

「頭頸部がんについて」

[連載]

がん診療の話題

第16回 ロボット支援下肝胆膵手術のエビデンスと取り組み

— 膵切除手術を中心に —



独立行政法人 労働者健康安全機構

関西ろうさい病院

Contents

- 2 巻頭言
- 3 連載：がん診療の話題 第16回
「ロボット支援下肝胆膵手術のエビデンスと取り組み
— 臍切除手術を中心に—」
関西ろうさい病院 消化器外科 部長 武田 裕
- 6 **第33回 阪神がんカンファレンス (頭頸部がんについて)**
- 7 講演要約1：「当科における下咽頭癌治療」
関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 松本 健
- 9 講演要約2：「頭頸部癌における免疫チェックポイント治療 — 基礎研究を交えて—」
関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 平井 崇士
- 11 トピックス
- 14 編集後記

編集後記

今年是比较的おだやかな初夏となりました。チューリップ、ネモフィラ、バラ、菖蒲、紫陽花などが順に咲き乱れ、行楽にもちょうど良く、ますます厳しさを増す医療環境ではありますが、その激務の合間を縫って、ハイキングやバーベキュー、旅行など、ご家族やご友人とともにほっと一息ついた先生方も多いのではないのでしょうか。

さて、今回の阪神がんカンファレンスvol.19では、当院で国内でも先行して開始された肝胆膵外科ロボット支援下手術の現況について、武田裕医師による解説をお届けしております。また下咽頭癌の臨床に関するオーバービューを基礎的な観点も踏まえてご紹介しており、同領域での免疫チェックポイント阻害薬の意義などに加えて、早期病変に対するESDや、進

行症例に対する拡大手術についても言及しております。本誌での情報発信が微力ながらも患者さんやご家族さま、地域の先生方のお役に立つことができれば、本誌編集に携わるものの一人としてこの上ない喜びです。

関西ろうさい病院がんセンター
情報・教育・連携班 班長
呼吸器外科 部長

岩田 隆

Message



巻頭言

関西労災病院は、2011年に医療連携総合センターを開設し、「顔の見える医療連携」を推進してきました。地域の先生方との連携を強化することで、患者さんに対する包括的かつ地域完結型の医療サービスを提供することを目指しています。2023年度には、地域医療室経由では11,437人の患者さんをご紹介いただき、その中には多くのがん患者さんも含まれています。多くの患者さんをご紹介いただき、誠にありがとうございました。

地域がん診療連携拠点病院である当院は、2014年3月のがんセンター竣工に伴い、医療連携総合センターの相談支援部門から、がん相談支援センターを独立させました。がん相談支援センターでは、がん看護専門看護師やメディカルソーシャルワーカーなどのがん相談員が、がん患者さんやそのご家族が抱える様々な問題や悩みに対して、より充実した専門的な相談サービスを提供しています。また、地域とつなぐことを重視し、個別の相談に応じた治療や生活上の支援を提供することで、安心して治療に専念できる環境づくりをサポートしています。がん相談支援センターは、当院に通院中の患者さんだけでなく、他の医療機関に通院している方、地域住民の皆様や地域医療関係者にもご利用いただいております。2023年度のがん相談支援センターでの相談実績は1,204件でした。本年からはオンライン相談も開始し、さらに幅広い支援体制を整えました。オンライン相談は当院ホームページからも予約可能です。

また、がん相談支援センターでは、社会保険労務士の協力のもと、がん患者さんの就労支援に取り組むとともに、がん患者サロン「寄り道」を年5回開催しています。このサロンは、患者さんやご家族が、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、患者さん同士の交流

や情報交換の場を提供し、ミニ勉強会や交流会を通じて、参加者同士が支え合うコミュニティの形成を目指しています。

関西労災病院は、これらの取り組みを通じて、地域医療機関との連携を重視するとともに、地域全体でがん患者を支える体制を構築する役割を果たしています。地域の先生方と協力しながら、関西労災病院は今後もさらなるがん診療の質の向上と患者支援に努めてまいります。これからも関西労災病院をどうぞ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
がん相談支援センター長

(副院長・消化器内科部長・医療連携総合センター長)

萩原 秀紀





ロボット支援下肝胆膵手術の エビデンスと取り組み — 膵切除手術を中心に —



関西ろうさい病院
消化器外科 部長
武田 裕

平素より大変お世話になっております。関西労災病院にて、肝・胆・膵外科を担当しております武田裕です。関西労災病院の肝・胆・膵外科は、進行癌に対する拡大手術とともに、低侵襲性と整容性に優れたロボット支援下手術・腹腔鏡下手術を得意としております。今回は、ロボット支援下肝胆膵手術のエビデンスと、関西労災病院での取り組みを紹介させていただきます。

日本内視鏡外科学会の内視鏡外科手術に関するアンケート調査では、膵疾患に対する内視鏡下手術は、右肩上がりが増加しております。術式は膵体尾部切除が多くを占めていますが、膵頭十二指腸切除も増加しております。対象疾患は、以前は神経内分泌腫瘍、粘液性嚢胞性腫瘍、膵管内乳頭粘液性腫瘍など低悪性度腫瘍が多くを占めていましたが、近年では膵癌が多くなっています。また、ロボット支援下手術も増加しています。低侵襲膵頭十二指腸切除は、オランダとアメリカ

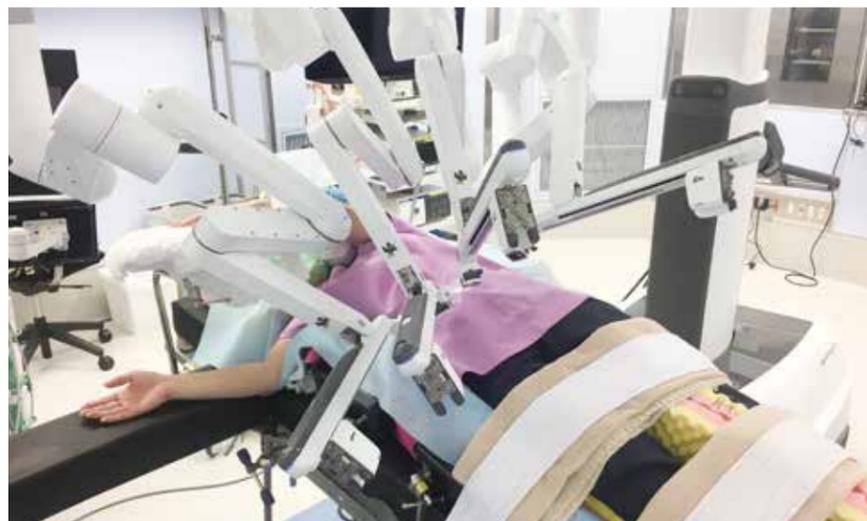
からのいずれの報告でも、ロボット支援下膵頭十二指腸切除が増加し、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除は減少しています。(Ann Surg. 2022; 276 (6) : e886-e895. Ann Surg. 2023; 278 (3) : e563-e569.)

ロボット支援下手術の利点は、多関節機能、手振れ防止機能、motion scaling、高拡大倍率のカメラです。一方欠点は、触覚の欠如、視覚-手指運動協調が必要、斜視鏡、エネルギーデバイスが少ないことが挙げられます。ロボット支援下膵体尾部切除は2002年に (Surg Endosc. 2002 Dec; 16 (12) : 1790-2)、またロボット支援下膵頭十二指腸切除は2003年に初めて報告されています (Arch Surg. 2003 Jul; 138 (7) : 777-84.)。日本では腹腔鏡下膵体尾部切除は2012年に、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除は2016年に保険収載されました。そして2020年にロボット支援下膵頭十二指腸切除、ロボット支援下膵体尾部切除が保険収載されました。ロボット支援下膵体尾部切除の施設基準は、「膵臓に係る手術を年間20例以上実施していること」、ロボット支援下膵頭十二指腸切除の施設基準は、「膵臓に係る手術を年間50例以上実施しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間20例以上実施していること」となっています (厚生労働省 保医発0305 第3号)。

さて、低侵襲膵体尾部切除のエビデンスについて説明します。日本での腹腔鏡下膵体尾部切除は、開腹手術と比較して、出血量が少ない、術後在院日数が少ない、膵液漏が少ない、合併症が少ない、手術時間が長いと報告されています (J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2015 Oct; 22 (10) : 731-6.)。欧米での低侵襲膵体尾部切除では、術後の回復が早い、出血量が少ない、手術時間が長いと報告されています (Ann Surg. 2019 Jan; 269 (1) : 2-9.)。欧州での膵癌に対する低侵襲膵体尾部切除では、開腹手術と無再発生存期間、全生存期間に差を認めなかったと報告されています (Lancet Reg Health Eur. 2023 Jul 6; 31: 100673.)。ロボット支援下膵体尾部切除では、腹腔鏡下手術と比較して、開腹移行が少ない、膵臓温存が多いと報告されています。(Br J Surg. 2021 Mar 12; 108 (2) : 188-195.)

次に低侵襲膵頭十二指腸切除のエビデンスについて説明します。腹腔鏡下膵頭十二指腸切除は、開腹手術と比較して、出血量が少ない、術後在院日数が少ない、手術時間が長いと報告されています (Br J Surg. 2017 Oct; 104 (11) : 1443-1450.)。日本での腹腔鏡下膵頭十二指腸切除の合併症率は非常に低いと報告されています (J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2020 Feb; 27 (2): 47-55.)。また、ロボット支援下膵頭十二指腸切除では、腹腔鏡下手術と比較して、開腹移行が少ない、合併症が少ない、術後経過が良いと報告されています (Ann Surg. 2023 Sep 1; 278 (3) : e563-e569.)。

日本では、腹腔鏡下膵体尾部切除及び、ロボット支援下膵体尾部切除、低侵襲膵頭十二指腸切除は熟練した施設で行うことが推奨されています。



ロボット支援下DP体位

さて、低侵襲膵体尾部切除のエビデンスについて説明します。日本での腹腔鏡下膵体尾部切除は、開腹手術と比較して、出血量が少ない、術後在院日数が少ない、膵液漏が少ない、合併症が少ない、手術時間が長いと報告されています (J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2015 Oct; 22 (10) : 731-6.)。欧米での低侵襲膵体尾部切除では、術後の回復が早い、出血量が少ない、手術時間が長いと報告されています (Ann Surg. 2019 Jan; 269 (1) : 2-9.)。欧州での膵癌に対する低侵襲膵体尾部切除では、開腹手術と無再発生存期間、全生存期間に差を認めなかったと報告されています (Lancet Reg Health Eur. 2023 Jul 6; 31: 100673.)。ロボット支援下膵体尾部切除では、腹腔鏡下手術と比較して、開腹移行が少ない、膵臓温存が多いと報告されています。(Br J Surg. 2021 Mar 12; 108 (2) : 188-195.)

次に低侵襲膵頭十二指腸切除のエビデンスについて説明します。腹腔鏡下膵頭十二指腸切除は、開腹手術と比較して、出血量が少ない、術後在院日数が少ない、手術時間が長いと報告されています (Br J Surg. 2017 Oct; 104 (11) : 1443-1450.)。日本での腹腔鏡下膵頭十二指腸切除の合併症率は非常に低いと報告されています (J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2020 Feb; 27 (2): 47-55.)。また、ロボット支援下膵頭十二指腸切除では、腹腔鏡下手術と比較して、開腹移行が少ない、合併症が少ない、術後経過が良いと報告されています (Ann Surg. 2023 Sep 1; 278 (3) : e563-e569.)。

日本では、腹腔鏡下膵体尾部切除及び、ロボット支援下膵体尾部切除、低侵襲膵頭十二指腸切除は熟練した施設で行うことが推奨されています。

日本での腹腔鏡下膵体尾部切除及び、ロボット支援下膵体尾部切除、低侵襲膵頭十二指腸切除は熟練した施設で行うことが推奨されています。

日本では、腹腔鏡下膵体尾部切除及び、ロボット支援下膵体尾部切除、低侵襲膵頭十二指腸切除は熟練した施設で行うことが推奨されています。

日本では、腹腔鏡下膵体尾部切除及び、ロボット支援下膵体尾部切除、低侵襲膵頭十二指腸切除は熟練した施設で行うことが推奨されています。



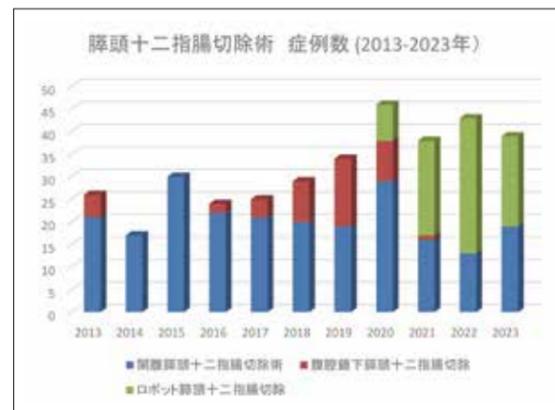
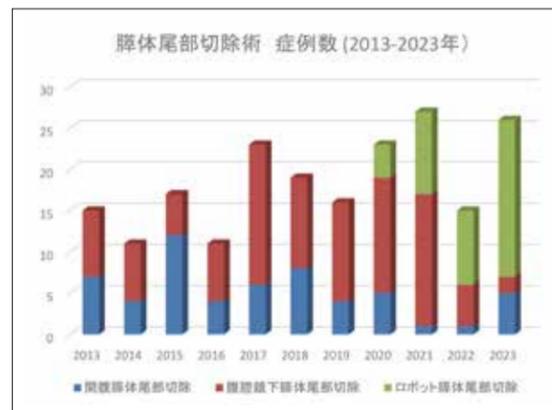
(膵癌診療ガイドライン 2022年版 第6版 編集 日本膵臓学会)

関西労災病院では、2024年5月までに低侵襲膵頭十二指腸切除159例(ロボット支援下96例、腹腔鏡下63例)、低侵襲膵体尾部切除174例(ロボット支援下52例、腹腔鏡下122例)を施行しています。関西労災病院での解析では、低侵襲膵頭十二指腸切除は、開腹手術と比較して、出血量が少ない、術後膵液漏が少なく、手術時間が長い、ロボット支援下膵体尾部切除は、腹腔鏡下手術と比較して、難しい(Difficulty scoreが高い)手術をしているという結果でした。また75歳以上の高齢者に対する低侵襲膵頭十二指腸切除の短期成績は、74歳以下と比較して手術時間、出血量、膵液漏、胃排出遅延、術後在院日数に差を認めず、良好な成績でした(癌と化学療法 49(13) 1506-1508. 2022.)。

腹腔鏡下・ロボット支援下、膵頭十二指腸切除・膵体尾部切除の習熟には「腹腔鏡下膵頭十二指腸切除47.9例、ロボット支援下膵頭十二指腸切除44.4例、腹腔鏡下膵体尾部切除12.3例、ロボット支援下膵頭十二指腸切除28.5例のラーニングカーブが必要」(Surgery. 2021 Jul;170

(1):194-206.)とされています。一方、「初めて腹腔鏡下・ロボット支援下手術を開始する第一世代と比較して、第一世代の手術を見て教育を受ける第二世代のラーニングカーブは半分以下、トレーニングを併用すると1/3以下になる。」(JAMA Surg. 2020 Jul 1;155(7):607-615.)と報告されており、多くの施設では未だ第一世代ラーニングカーブ中ですが、関西労災病院では既に第二世代へと移行しつつあります。当施設でのロボット支援下膵切除のプロクター(指導者資格)は4名になっており、2名は他施設に移って指導をしております。いずれはロボット支援下膵切除が標準的な治療となると願っております。

関西労災病院ではロボット支援下肝胆膵手術を適応に従って標準治療として行っております。ご希望の患者様がおられましたらご紹介頂ければ幸いです。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。



第33回 阪神がんカンファレンス

概要

日時：令和6年5月30日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 (ハイブリッド形式※) ※会場参加またはWeb参加

テーマ：頭頸部がんについて

進行

- 開会挨拶 -

座長：耳鼻咽喉科・頭頸部外科 部長 赤埴 詩朗

- 講演1 -

「当科における下咽頭癌治療」

演者：耳鼻咽喉科・頭頸部外科 松本 健

- 講演2 -

「頭頸部癌における免疫チェックポイント治療 - 基礎研究を交えて -」

演者：耳鼻咽喉科・頭頸部外科 平井 崇士



(座長)
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 部長
赤埴 詩朗



講演1(演者)
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
松本 健



講演2(演者)
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
平井 崇士



カンファレンスの様子

頭頸部がんについて

講演要約1 当科における下咽頭癌治療

関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 松本 健

はじめに

“頭頸部がん”とは、鎖骨より上の脳を除く部位にできるがんです。日本人では全がんの約3%と、かなり稀ですが、近年罹患数が上昇しております。本項目では下咽頭がんについて、当院での治療内容を中心に紹介します。

下咽頭がんとは

のど（咽喉頭）は空気と食事が通過するところが同じ空間になっている場所があり、食事が通過する後ろ側が下咽頭で、そこに発症するがんが下咽頭がんです（図1）。

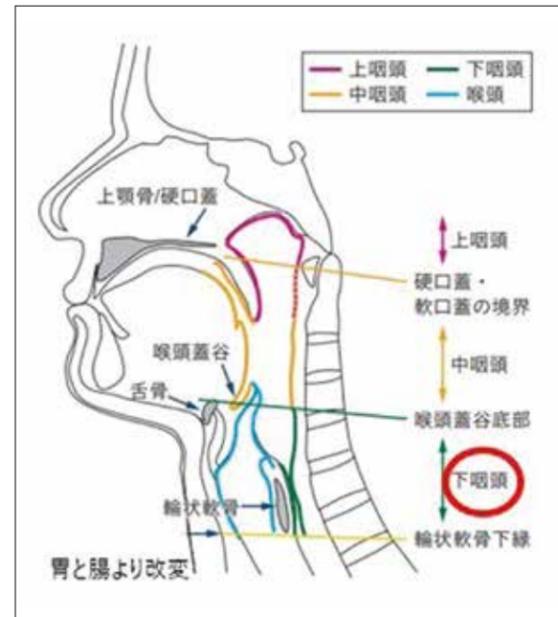


図1

下咽頭がんは男性が約90%を占め、60～70歳代に多く見られます。飲酒・喫煙が多い人が罹患しやすいです。下咽頭がんは進行するまで症状がないことが

多く、進行した状態で発見されることが約70%になります。当院で2013年から2023年までに新たに診断し、治療を行った下咽頭がんは144例でした。当院では早期がんでは経口切除か放射線治療を、局所進行がんでは化学放射線治療か手術を、遠隔転移例では全身化学療法を主に行っております。

進行がんに対する化学放射線治療

局所進行下咽頭がんに対する治療法は、手術か化学放射線治療を選択します。後述する手術では喉頭全摘による失声が発症します。近年では喉頭機能を温存した化学放射線治療（抗がん剤併用の放射線治療）を選択する機会が増えています。副作用として治療中には粘膜炎による咽頭痛が発症で、時に経管栄養が必要となります。治療後遺症として味覚障害、嚥下障害が出る場合があります。

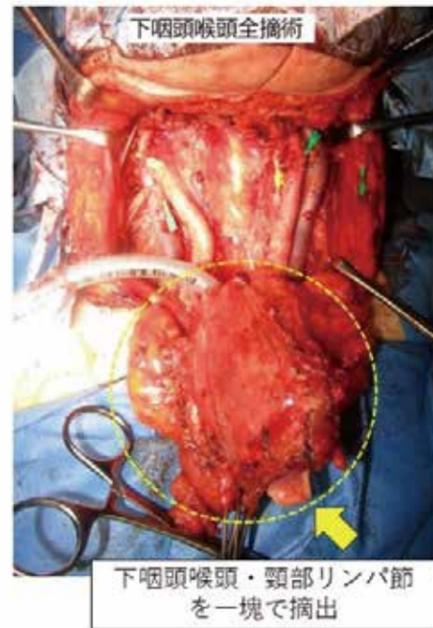
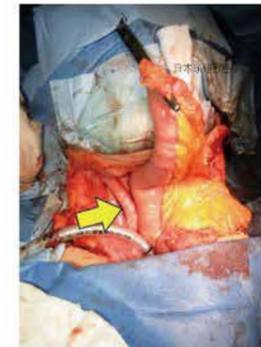
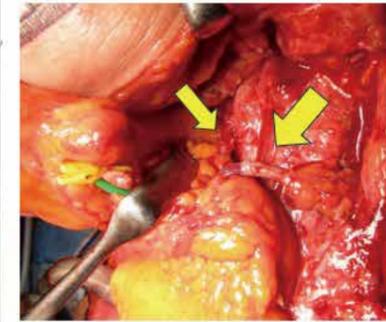


図2

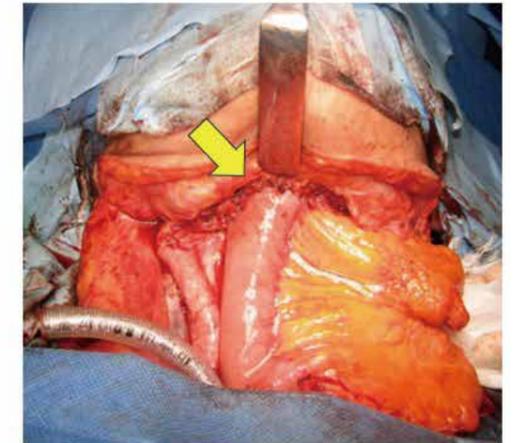
遊離空腸による再建



遊離空腸を採取(開腹) 空腸尾側と頸部食道を吻合



頭微鏡下に血管吻合



空腸口側と咽頭側の吻合

図3

進行がんに対する手術～下咽頭喉頭全摘・遊離空腸再建

局所進行切除可能下咽頭がんの手術では下咽頭と喉頭を全摘出します。また頸部リンパ節への転移があれば同時に摘出します。気管の断端は永久気管孔を作成し、咽頭腔は遊離空腸を使用した再建を行っております（図2）。遊離空腸再建では、消化器外科にて開腹手術で小腸の一部を摘出し、頸部食道と空腸尾側を吻合します。その後、形成外科にて頸部の細い血管と遊離空腸の血管を吻合します。最後に耳鼻科にて残った頭側咽頭と空腸口側を吻合します（図3）。

手術では下咽頭原発巣の根治性は高いです。後遺症として失声の他、嗅覚障害などがあります。また重篤な合併症として遊離空腸壊死があり、再手術を要します。

下咽頭早期がんに対するESD

上部消化管内視鏡検査の技術発展により、無症状で発見される下咽頭早期がん症例は増加しています。当科では低侵襲治療として、主に消化器内科と合同で、全身麻酔下に内視鏡によるESDでの腫瘍切除を行っています。通常、1週間程度の入院治療となります（図4）。

まとめ

当科における下咽頭がんの治療を中心に紹介しました。下咽頭がんの治療では、手術、放射線、化学療法をうまく選択し、これらを組み合わせて行うことが大切です。当科では今後もそれぞれの患者さんに応じた最適な治療を検討し行ってまいります。地域の先生方におかれましては、是非ご紹介いただけますと幸いです。



下咽頭早期癌に対するESD 耳鼻咽喉科・消化器内科合同での腫瘍切除

図4

頭頸部がんについて

講演要約2 頭頸部癌における免疫チェックポイント治療 —基礎研究を交えて—

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

頭頸部がんに対する化学療法はEGFR阻害薬であるセツキシマブが2012年に承認され、セツキシマブとプラチナ製剤と5-FUを組み合わせた3剤併用治療が標準治療であった。2017年に最初の免疫チェックポイント治療薬であるニボルマブ、2019年にはペムブロリズマブが頭頸部がんにおいて承認された。今回、がん免疫、ペムブロリズマブの臨床試験、免疫チェックポイント治療抵抗性に関する基礎研究について解説する。

がん免疫とは

がん免疫編集の概念では、がん免疫系の関係を、排除相、平衡相、逃避相の3つの相に分類している。排除相ではがん細胞は免疫の監視機能により排除されるが、免疫原性が低く排除されなかったがん細胞は休眠に入り平衡相に移行する。そこで免疫を抑制する環境を構築する。続いて免疫監視から逃れることができる逃避相に移行し、増殖を開始すると発がんに至る。

発がん後の腫瘍微小環境は浸潤した免疫細胞の構成や局在、活性化の状態により分類される。腫瘍環境内にエフェクター細胞の浸潤が多いほど免疫治療は奏功しやすいといわれており、この状態をHot tumorと呼んでいる。がん免疫の主役はCD8陽性T細胞であり、活性化には抗原提示細胞からの抗原提示が必要である。がん抗原を認識した抗原提示細胞がCD8陽性T細胞にプライミングを行い、CD8陽性T細胞は腫瘍環境へ遊走し、がん細胞に攻撃を行う(図1)。またCD8陽性T細胞の活性化にはCD28への共刺激が重要であることが知られている。しかし、反対に活性化を抑制する分子も存在し、免疫チェックポイント分

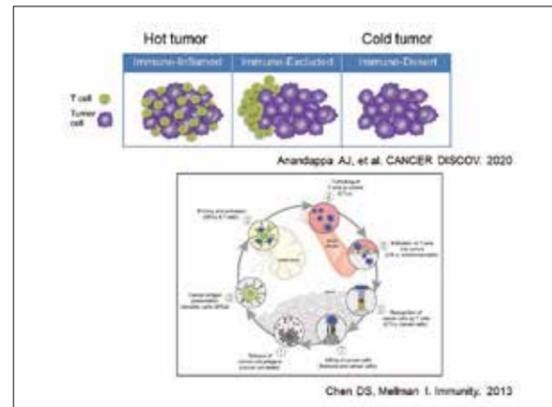


図1

子と呼ばれている。代表的なものとしてPD-1、CTLA-4、LAG-3、TIM-3、TIGITなどが存在し、PD-1、CTLA-4を阻害する抗PD-1抗体、抗CTLA-4抗体、PD-1のリガンドであるPD-L1を阻害する抗PD-L1抗体が実用化されている。

臨床試験について

現在、頭頸部がんにおいてペムブロリズマブが標準治療とされており、その臨床試験(KEYNOTE-048試験)のデータを紹介します。この試験では従来の標準治療であったセツキシマブ、プラチナ製剤、5-FUの3剤併用治療と、ペムブロリズマブ単剤もしくはペムブロリズマブ、プラチナ製剤、5-FUの3剤併用治療を比較した。結果はCPS (Combined positive score) という腫瘍環境におけるPD-L1の発現レベル別に解析された。CPSはがん細胞と免疫細胞のPD-L1発現細胞数/がん細胞数×100でスコア化され、1未満、1以上、20以上に分類して評価した。ペムブロリズマブ単剤では、対照群と比較して、全生存率がCPS≥1、

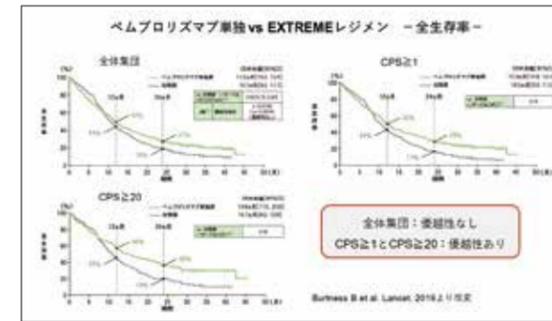


図2

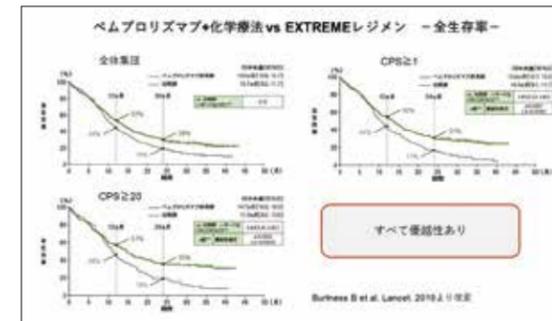


図3

CPS≥20で有意に延長したが、無増悪生存率に有意差はなかった(図2)。ペムブロリズマブ併用群では対照群と比較して、全生存率は全体集団においても有意に延長を認めたが、無増悪生存率に有意差はなかった(図3)。また有害事象の発現率は対照群と比較して差は認めなかった。免疫チェックポイント治療薬の有害事象は多彩であり、全身に及ぶ。発現頻度の高いものは間質性肺炎、大腸炎、小腸炎、肝機能障害、甲状腺機能障害、腎機能障害などがある。発現時期は様々で

長期投与後に発症することもあるため、注意が必要である。

免疫チェックポイント治療抵抗性に関する基礎研究

免疫チェックポイント治療薬の登場により、頭頸部がん患者の生存期間が延長したが、その恩恵にあずかれない患者が存在し、臨床的課題となっている。そこで、免疫チェックポイント治療抵抗性の改善をテーマに研究を行ったので紹介する。Semaphorinという分子は免疫細胞の移動、分化、エフェクター機能に関連していることが報告されている。Semaphorinはクラス3からクラス7のサブタイプに分類されている。公開された腫瘍組織のRNAシークエンスのデータを解析すると、Sema6DがCD8陽性T細胞やその活性化のマーカーと負の相関関係を示すことがわかった。そこで、Sema6Dを除去したマウス(Sema6d KO)を作成し、実験を行うこととした。野生型マウス(WT)とSema6d KOに頭頸部がん細胞を移植し、頭頸部がんモデルマウスを作成した。生存率はWTと比較し、Sema6d KOで有意に延長し、腫瘍の重量も有意に縮小した。腫瘍環境のCD8免疫染色を行ったところ、WTと比較して、Sema6d KOでCD8の数が有意に増加していた。また、WTとSema6d KOに抗PD-1抗体治療を行うと、WTは抗PD-1抗体に治療抵抗性を示したが、Sema6d KOでは治療抵抗性が改善し腫瘍が縮小した(図4)。以上のことから、Sema6Dは免疫チェックポイント治療抵抗性に対する新たな治療ターゲットになりうる。

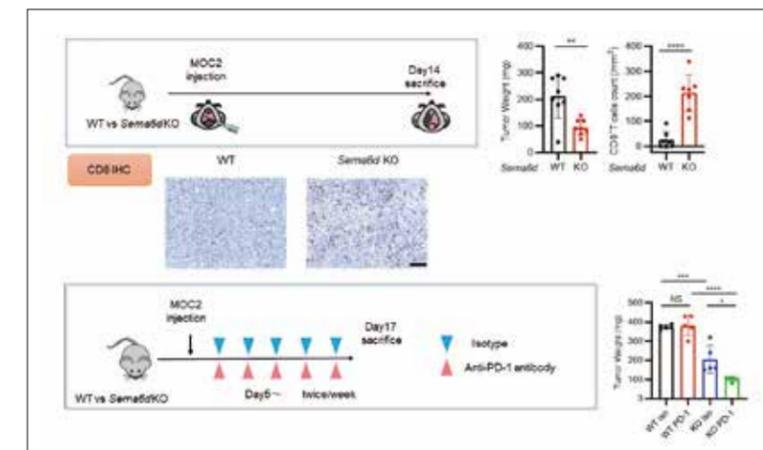


図4

第34回 阪神がんカンファレンスのご案内

テーマ 「胃がん・食道がん」

日時

2024年11月13日(水)
18:00～19:00
(本セミナーは会場開催並びにWeb配信のハイブリット形式で実施予定です。)

お問い合わせ

詳細については決定次第、当院ホームページにてご案内いたします。皆様のご聴講をお待ちしております。
問い合わせ先 関西ろうさい病院 医事課 担当者 岸上(内線7302)

セカンドオピニオン外来

当院以外で診療中の患者さんを対象に、診断や治療に関して当院の専門医が患者さん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。

対象疾患	対象診療科	担当医	実施曜日	時間
肺がん	呼吸器外科	岩田	木	14:00～
乳がん	乳腺外科	大島	金	10:00～
胃・食道がん	上部消化器外科	杉村	月	13:00～
肝・胆・膵臓がん	肝・胆・膵外科	武田	水	14:00～
大腸がん	下部消化器外科	村田	月	15:00～
子宮がん・卵巣がん	産婦人科	伊藤	水	午後
脳疾患全般	脳神経外科	豊田	第2・第4木	9:30～10:30～
原発不明がん・肉腫	腫瘍内科	太田	木	15:00～
多発性のう胞腎・腹膜透析	腎臓内科	大田	第4週金	16:00～

必要資料

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

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。
※申込みと受診の計2回の来院が必要です。

費用

30分まで11,000円
以後15分毎に5,500円(税込)

予約・手続き等のお問い合わせ

医療連携総合センター(地域医療室) TEL: 06-6416-1785(直通)

月曜～金曜(祝日を除く) 13:30～16:30

※ご相談は「がん相談支援センター」でお受けしています。

TEL: 06-4869-3390(直通)

何かお悩みごありますか？



相談ゴトいろいろ 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、がん患者さんやご家族の方が、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。

がん患者さんやそのご家族の方など、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、受付16:30まで)
相談日: 月曜～金曜(土日祝を除く)

※随時、受け付けていますがご予約をおすすめします。

オンライン相談も実施しております。(事前予約制) 当院ホームページより予約可能です。

「がん患者と家族のサロン」『寄りみち』について

『患者サロン』を下記の日程で開催予定です。今年度は対面形式による開催です。(定員20名)
当面は参加人数を限定し、事前申し込み制とさせていただきます。
当院に受診されていなくても参加可能です。この機会にぜひご参加ください。

2024年度 患者サロン「寄りみち」日程表(予定)

開催日	時間	内容(予定)
9月12日(木)	14時～15時30分	交流会
11月14日(木)	14時～15時30分	ミニ勉強会+交流会
2025年 1月9日(木)	14時～15時30分	交流会
2025年 3月13日(木)	14時～15時30分	ミニ勉強会+交流会

【参加方法】

申込み用紙(設置場所:がんセンター)に氏名、連絡先をご記入の上、がんセンター受付にお持ちください。お電話でも申込みを受け付けておりますので、ぜひご参加ください。

ひとりで悩みを抱え込まないで、分かち合しましょう。
無料のがん相談をぜひご利用ください。下記までお電話を。

お問い合わせ がん相談支援センター TEL: 06-4869-3390(直通)

「つらさと痛みのサポートチーム」による緩和ケアの提供について

当院の緩和ケアは、固定した病棟をもたず、「つらさと痛みのサポートチーム(旧称: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。

「つらさと痛みのサポートチーム」のメンバーは、医師、看護師、薬剤師、公認心理師、ケースワーカー、理学療法士など多職種で構成されており、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に活動しています。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、多職種カンファレンスや緩和ケア研修会を開催しております。

お問い合わせ 医療連携総合センター TEL : 06-6416-1785 (直通) 現在、紹介予約制です

※当院では平成29年4月より従来の「緩和ケアチーム」から「つらさと痛みのサポートチーム」に名称を変更しました。

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
大腸がん(結腸がん・直腸がん)

血液・リンパ
血液腫瘍

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