

がんセンター年報

目次

三重大学がんセンター 年報第1号の発刊に寄せて	中瀬 一則	1
連携部門	櫻井 洋至	5
教育部門	野本 由人	7
調査部門	院内がん登録	田畑 務 8
	生物統計	西川 政勝 10
治療部門	化学療法	影山 慎一 11
	手術療法	三木 誓雄 13
	放射線療法	山門 亨一郎 14
	緩和医療	中村 喜美子 15
	患者支援	成田 有吾 17
	先進医療	水野 聡朗 19
診断部門	Tumor Board	松峯 昭彦 20
	Tumor Board記録	松峯 昭彦 22
三重県がん登録研修会	第1回	川俣 晴美 36
	第2回	岡田 康子 37
	第3回	倉田 知江子 38
	第4回	倉田 知江子 39
	第5回	江頭 恵 40
がんセンターこの1年の歩み	中瀬 一則	41
がんセンター2007年関連イベント日程表		47
がん関連施設・資格認定		49
がんセンター名簿		50
がんセンター規程		51
がんセンター運営委員会内規		53
化学療法レジメン審査委員会規程		55
がんプロフェッショナル養成プラン募集要項		57
編集後記		58

三重大学がんセンター 年報第1号の発刊に寄せて

中瀬 一則



平成19年8月1日付けで、前任の整形外科楠崎克之先生の後を引き継いで三重大学医学部附属病院がんセンター長を命ぜられました血液内科の中瀬一則です。

がんセンターというと、まだ、聞きなれないという方が殆どであると思われるので、この場をお借りして、まず、がんセンターの紹介からはじめさせていただきます。当院のがんセンターは平成18年8月に設立され、従来より各診療科で個別に行われてきたがん診療を一元化し、三重大学医学部附属病院の総力を結集して、効率的で全人的ながん診療が行えるように活動を開始しております（図1）。

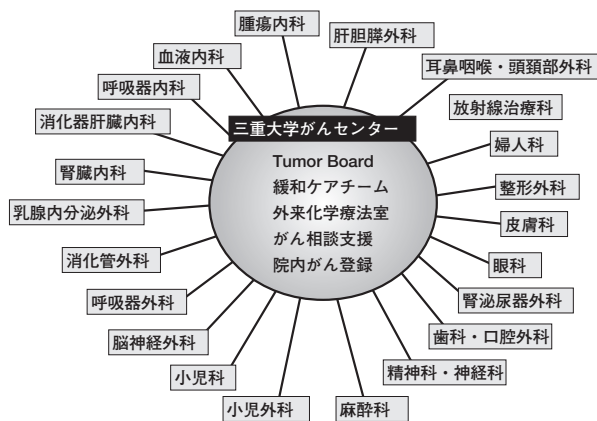


図1 がんセンターの役割

三重大学医学部附属病院は平成19年1月に三重県のがん診療連携拠点病院の指定を受けたことから、平成19年4月のがん対策基本法の施行とともに、三重県のがん診療の中核施設としての役割も果たすことになり、院内だけでなく、三重県全体を視野に入れたがんの連携医療体制の構築、教育施設としての幅広いがん専門職の人材育成、三重県民の方へのがんに対する教育啓蒙活動にも取り組んでいくことになりました。

それでは、現在、行っているがんセンターの具体的な活動について、主なものをご紹介します。

【Tumor Board (腫瘍症例検討会)】

がんの診断や治療方針の決定が困難な症例について、毎月定期的で開催されるTumor Boardで病理医、放射線科医とともに関連の各専門診療科の医師が一同に集まって協議することにより、正確な診断、適切な治療法の選択を迅速に進めております（図2）。



図2 第1回 Tumor Board

このTumor Boardは毎月第3水曜日に午後6時より、臨床第二講義室で開催されており、大学病院以外の病院・施設からの症例も受け付けておりますので、問題症例がありましたら、是非、ご連絡頂きたいと思っております。現在、毎回、医師、薬剤師、検査技師、看護師等含めて90名前後の参加者がおり、各診療科間の連携がスムーズに行われるようになり、集学的治療の円滑な遂行には欠かせない検討会になっています。現在までのTumor Boardでの検討症例の詳細については、別稿の「Tumor Board記録」に掲載されておりますのでご覧ください。

【外来化学療法室】

抗がん剤による治療は、必要に応じて、入院せずに自宅での生活や仕事を続けながら、外来通院で安心して治療が受けられるように本格的な外来化学療法室の整備を行っています。専任の薬剤師、看護師を配置して、各診療科の外来で行われている外来化学療法を一

元化し、安全管理上、院内の化学療法レジメン審査委員会の承認を得てレジメン登録された治療のみ実施可能な体制となります。

【緩和ケアチーム】

身体症状と精神症状をそれぞれ担当する医師2名とがん専門看護師1名、薬剤師1名が緩和ケアチームを結成して、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアをがん治療の早期の段階から提供することを目的として毎週病院内の全病棟を回診するとともに、月1回全体の症例カンファランスを行っています（図3）。



図3 緩和ケアカンファランス

平成20年4月より、看護師が専従となり、患者さんの療養生活上のさらなるQuality of Life向上と満足して頂けるケアを目指しています。

【がん相談支援】

がんの治療方針についてのセカンドオピニオンや経済的、社会的問題などがん診療に関わるさまざまな問題についての相談支援を院内の福祉支援センターの協力のもとに実施しています。平成20年度より、臨床心理士も加わり、さらに相談支援体制は充実しており、きめ細やかな対応が可能となっております。

【院内がん登録】

各種がんの罹患患者数、治療方法、治療成績など、がん対策の企画、立案、評価を行う上で不可欠な基礎データとなる院内がん登録に関連診療科の先生方のご協力を得ながら、精力的に取り組んでいます（図4）。



図4 がんセンター内での院内がん登録の様子

県内のがん登録実務者を集めて、がん登録勉強会を継続的に開催しており、将来的に三重県の地域がん登録を視野に入れた検討を進めています。

【市民公開講座】

がんに関するさまざまな情報について、市民公開講座を開催して、普及、啓蒙に努めています。平成20年3月1日に開催された第1回市民公開講座は300名様様の募集に900名を超える応募があり、がんに対する市民の皆様の関心の深さを痛感しました。この講座の内容については別稿の「三重大学がんセンターこの1年の歩み」の中で紹介させて頂いております。今後はさらに大きな会場を用意して開催していく予定にしています。

【講演会、セミナー】

がんチーム医療研究会をはじめとして、多数のがん関連セミナー、講演会を主催、共催で開催して医師、薬剤師、看護師などのコメディカルの教育、啓蒙活動を行っています。がんチーム医療研究会は、現在年2回3月と9月に定期的に開催しており、毎回、三重県内の各病院から150名前後のがん医療に携わる多数の方にご参加頂き、活発に活動を続けています。

【がん専門職の育成】

文部科学省が募集した大学院プログラムのがんプロフェッショナル養成プランに京都大学、滋賀医科大学、大阪医科大学と共同申請したプランが採択されてお

り、がん専門の医師、薬剤師、看護師の人材育成を進めています（図5）。大学院の学位とがん医療の専門資格を同時に取得できるプランです。このプランの募集要項を別稿で紹介しておりますので、がんの専門家を目指す方に是非、このがんプロフェッショナル養成プランの大学院受験を進めて頂ければと思います。

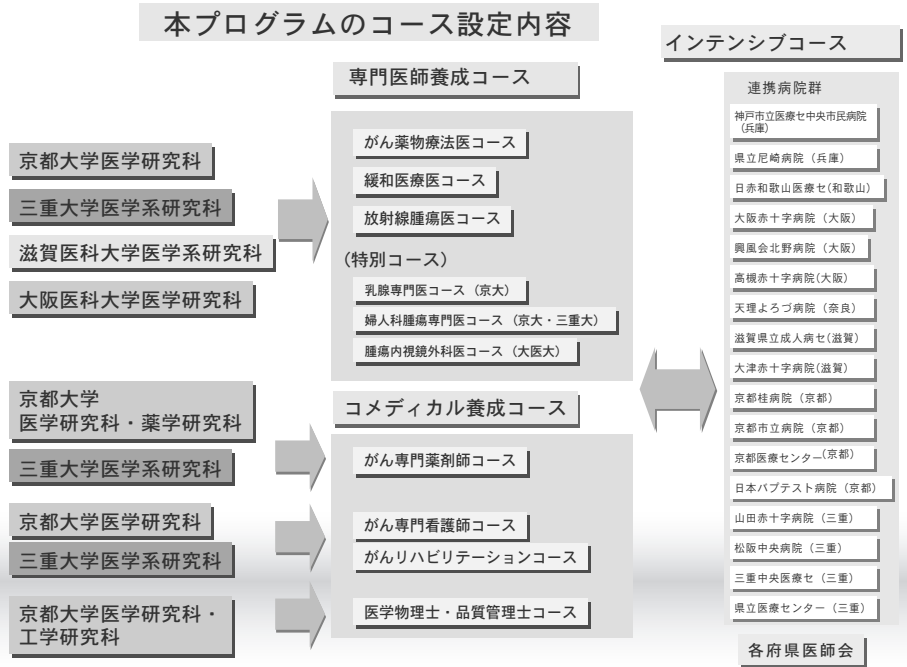


図5 がんプロフェッショナル養成プラン連携図

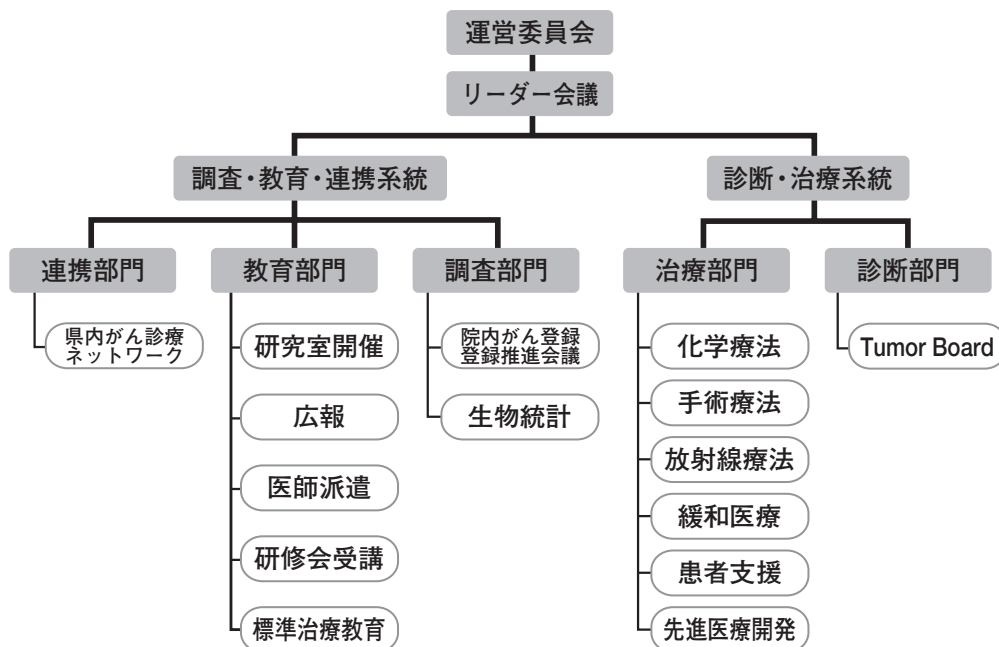


図6 がんセンター組織図

がんセンターの組織は、図6のように連携、教育、調査、治療、診断の5つの部門に分けられ、調査部門が院内がん登録と生物統計の2部署に治療部門が化学療法、手術療法、放射線療法、緩和医療、患者支援、先進医療開発の6部署にさらに分けられており、計11人のリーダーが決められ、毎月1回、リーダー会議を開催しています。各部門、部署はそれぞれ医師、コメディカル、事務職員を含めた10人前後のメンバーから構成されており、各リーダーがそれぞれの部門、部署での活動を進めていく上での問題点を持ち寄り、リーダー会議で協議を行うことにより、解決を図っています。がんセンターの運営上の基本方針に関する事項、施設、設備に関する重要事項については病院長、副病院長、病院の各部門長、施設長の参加する運営委員会で審議しています。これらの詳しい内容についてはがんセンターのホームページ <http://www.medic.mie-u.ac.jp/ca-center/>（図7）をご参照ください。



図7 がんセンターホームページ

三重県のがん診療連携拠点病院としても、県内の4箇所の地域がん診療連携拠点病院（図8）と定期的に協議会を開催して、三重県内のがん診療の問題点について検討し、がん医療を行う医師、薬剤師、看護師等の研修計画や地域連携クリティカルパス、地域がん登録の推進等、三重県のがん医療発展のための体制づくりの活動を行っています。

がんは高齢者の方に多いため、糖尿病や循環器疾患、呼吸器疾患などの他の合併症を抱えた方もたくさんおられます。大学病院はそれぞれの専門診療科が揃っていますので、がんの治療とともに、それらの合併症に対してもきめ細やかな治療が可能です。このようながんに特化したがんセンターにはない大学病院のがんセンターの利点を生かして、がん医療に関わる多職種の連携によるチーム医療、各診療科の連携による集学的治療、さらに各病院、各診療所間の機能的な役割分担による病病連携、病診連携医療を推進し、三重県全体のがん診療の発展向上のために活動を続けておりますので、三重大学がんセンターに対するご支援、ご協力を何卒よろしくお願い致します。

この年報は平成19年度1年間の三重大学がんセンターの活動記録です。各部門、各部署のリーダーの先生方、がんセンターの事務職員の方により、それぞれの活動報告をしてもらいました。今後のがんセンターのさらなる発展のために皆様からの忌憚のないご意見を頂戴できればと考えておりますので、どうぞご指導の程、よろしくお願い申し上げます。



図8 県内のがん診療連携拠点病院

連携部門

櫻井 洋至

本年4月より地域連携部門のリーダーを仰せつかりました肝胆膵外科の櫻井といたします。

がん拠点病院が発足した昨年度は、地域連携といっても、疾患ごとに、また医療圏によっても診断、治療、術後リハビリ、術後補助療法、緩和医療に至るまで、患者の動線は多岐にわたっているため、がん診療連携とはどのようなものが具体的に明らかになっていない状況でした。

しかしながら本年3月に突然厚生労働省健康局長より、「都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について」（健発第0301001号）の通達があり、これによりますと都道府県がん診療連携協議会を設置し、その行うべき6項目ほどの事業の中に「当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。また、我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパスを整備すること」というのが記載されていて、にわかに身边が騒々しくなってきました。

この地域連携クリニカルパスというのは、「がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表」と定義づけられております。我が国に多いがんというのはここでは五大がん（＝胃癌、大腸癌、肺癌、乳癌、肝臓癌）をさしています。これらに対して院内で整備・運用を進めているクリニカルパスをさらに医療圏レベルへ拡大し、共通化しなければならなくなってきました。このことは単に患者の移動に伴う治療を円滑に申し送ると言うことだけでなく、おそらくがん登録制度の徹底、診療情報の共有化、共通データベースの作成など壮大な話に発展する可能性も考えられます。

病床数がどんどん少なくなり、中小の病院も閉鎖あるいは老健転換が進んでいるこの数年間の情勢を見ますと、がんの診断から治療、術後リハビリ、術後補助療法、緩和療法、看取りに至るがん診療の一連の流れ

を急性期病院だけで担当するのは最早困難な状況です。今後100床規模の中小病院の中から、DPCに移行する病院、地域密着型病院(地域一般病床)、開業医、在宅支援施設などが、それぞれ得意の分野(リハビリ、緩和ケア、訪問診療)などに特化した病院が出てくると思われ、これらの施設にがん診療機能を分担していただく、さらにはがんプロフェッショナルの養成活動の中から、減り続ける医師や病床数をカバーし、在宅でも手厚く均質ながん医療が提供できることを目標としなければならないという将来像が透見され始めているように思われます。

一方、医療圏の中での診療技術の均てん化ということも、がん拠点病院計画の重要目標に含まれています。特に一般病院とのレベルに大きな差違を認められるのは、消化管・肺癌などに対する鏡視下手術、肝細胞癌に対するラジオ波治療や肝切除術、乳癌に対するマンモトーム生検やセンチネル郭清などであり、一般病院に於いてこれらの特殊な診療技術を大学のレベルに引き上げることは、設備投資、ラーニングカーブ、コストベネフィットも考慮すると現実的には不可能といわざるを得ません。このようなことを書くと関連病院の先輩方からお叱りを受けるかも知れません。しかし個々人の技術的にはそれぞれハイレベルなものを持っていても、それを医療圏のどこにいてもすべてのがん患者に提供できるようにすることは不可能であることを認識する必要があります。大学でしかできない手技を広めるのではなく、まず全国のレベルを意識しながら三重県の中で手術手技の標準化を行う必要があるといったようなことです。少なくとも乳癌に関して、診断システムは全国の模範となるものがすでにできているわけですが、治療に関しては全国の標準に達しているのは乳腺センター(大学)しかないわけですから、こと乳癌に関しては大学のクリニカルパスを県内の病院に共有して頂き、がんの進行度に応じて乳腺センターで提供すべき特殊なものに関してはパスに従って紹介頂けるシステムが必要と思われるわけです。

肝癌に関しても診療ガイドラインは存在するものの実際の治療に関してはラジオ波治療や肝切除は個々の施設、術者によって適応や術式はまさにバラバラであって、その術後成績や予後にも大きく反映されます。とくに大学では内科、放射線科、肝胆膵外科がそれぞれ専門的な医療を展開し、患者さんもその中で複雑な動きをしておりますので、3科共通の治療指針、クリニカルパス、データベースを作ることが望まれます。

このように5大がんの各疾患ごとに、また地域ごとにその治療、術後フォローの進め方も異なっております。そこでまず優先的に取り組むべき課題として、各がん診療科において院内のクリニカルパスの整備を進めつつ、当院で治療を受けるがん患者さんの動線を分析し、まず患者紹介など関係の深い病院間での小さなネットワークから運用が可能な拡大型パスの作成を依頼致しました。

また今後のがん地域連携の鍵を握るのは緩和医療であります。とくに患者のステータスに応じた適切なかかりつけ医の選定と紹介業務は実際に連携パスの運用が始まると、最も重要かつ中心的な業務になると考えられます。医療福祉支援センターの成田先生には大変ご苦労をおかけすることになると思いますが、現在稼働している病診・病病連携をさらにがん診療機能に特化して、在宅での術後補助療法や緩和医療に精通した「かかりつけ医」の抽出やネットワーク作りを依頼しております。

さらに連携クリニカルパスの評価、データベースも念頭に置いてクリニカルパス委員会と医療情報部より西川師長や安積先生にもメンバーに加わって頂きました。

現時点では各都道府県でがん地域連携クリニカルパスの導入を基本戦略にあげてはいるのですが、具体的な要件や手法については明確な指針が示されていないのが現状であります。そのため中央のがん拠点病院である国立がんセンターが4カ所ほどの先進的な拠点病院の取り組みを諮問することにより具体的な指針を明

らかにしようと進めている段階にとどまっております。今後数ヶ月以内にはがん地域連携クリニカルパスのモデルが明らかにされると思われれます。それまでの間に少なくとも5大がんに関して、1)自院での5大がんクリニカルパスの整備、2)各疾患毎に診断・治療・術後補助療法・術後リハビリ・緩和医療までを共通化した拡大パスを作成(診療担当科によるグループ討議)、3)三重大学を中心とした患者の動線を把握し、周辺病院・老健施設・かかりつけ医を含めたパスの共通化(津・中勢地区医療圏)、4)医療圏として地域連携パスの運用に至る4段階に分けて考えて、できるところから少しずつ進めていきたいと考えております。

がん診療拠点病院の次期見直し(4年後)までにどこまでできるのか全く霧中ですが、標準レベルのものができなければ、県がん診療拠点病院の取り消し・降格という事態も起こりうるという危機感をもって、皆様のご協力、ご指導を仰ぎながら微力を尽くしたいと考えております。ご意見やアイデアがありましたら気軽にお寄せ頂きたいと存じます。今後ともよろしくお願い申し上げます。

がんセンター教育・研修部門は、組織上では調査・教育・連携系統に属し、研究会の開催、広報、医師派遣、研修会受講、標準治療教育を主な活動内容としています。がんセンター設立初年度にあたる本年度は、広報活動としてがんセンターのホームページの作成と、啓蒙活動として市民公開講座の開催を主な目標としました。

1. がんセンターホームページ

ホームページを作成するにあたって考慮したのは、患者さんやご家族を対象とし、三重大学医学部附属病院で受けられる治療内容や、がんの情報が得られるようにするということでした。それぞれの診療科の紹介はすでに病院のホームページにありますので、がんセンターとしては疾患別、臓器別に治療内容を紹介する形にしました。例えば乳がんでは、外科と腫瘍内科の先生にご提供頂いた原稿を同じ項で掲載し、患者さんが乳がんの治療法について理解しやすい様にしました。また、各疾患の治療法の紹介の他、緩和ケアチームやがん相談窓口の紹介、専門治療外来として化学療法外来、放射線治療外来、ラジオ波外来などの紹介を掲載しました。さらに、国立がんセンターや愛知県がんセンターなどのがん専門病院のホームページ、あるいはがん治療に関する情報ページなどをリンク集として掲載しました。

この様な内容でホームページを構成し、平成19年12月に三重大学医学部附属病院のホームページ上にアップ致しました。それぞれの内容に関しては更新可能ですので、変更点などありましたら、ご連絡頂ければ幸いに存じます。このような形でスタートしましたが、これを出発点と考えて、今後もよりよいホームページ作りに努力したいと思っています。

2. 市民公開講座

がん治療の啓蒙、あるいはがんに関する情報を知って頂く目的で、市民公開講座を企画致しました。対象

は主に一般市民の方々ですが、医療関係者にもがん治療の現状を知って頂くよい機会になればと考えました。第一回目ということもあり、テーマは国のがん対策基本法における重点項目、すなわち化学療法、緩和医療、放射線治療の3つをとりあげました。それぞれのテーマについて院内のスタッフを講師として講演会を行い、その後、パネルディスカッションを行う形式としました。化学療法は呼吸器内科の田口医師、緩和療法は精神神経科の松本医師とがん専門看護師である中村看護師、放射線治療は私、野本が担当しました。またパネルディスカッションは看護学科の辻川准教授を座長として、講演会の演者がパネリストとなり、あらかじめ応募された方から頂いた質問についてディスカッションをすることとしました。

平成20年3月1日（土）に三重県総合文化センター小ホールにて開催されましたが、予想以上に反響が大きく、300名の定員のところ917名の応募があり、半数以上の方々に聴講券をお送りできない状況でした。当日は飛び入りやキャンセルもありましたが、305名の方々のご参加を得て盛況のうちに終了できました。終了後にお願いしたアンケート結果からも、がんに対する関心の高さが伺われ、このような公開講座による啓蒙や情報の提供の必要性をあらためて感じた次第です。今回の経験をふまえ、今後は年1～2回の開催を目標として企画していきたいと考えています。

調査部門 院内がん登録

田畑 務

平成18年8月に三重大学がんセンターが設立され、平成19年度より三重大学医学部附属病院内で本格的ながん登録が開始されました。このがん登録業務は、がんセンターの根幹をなすものと考えております。

がん治療を行うには、まずは、がんの現状を正確に把握することが重要です。そして、次に現在行っているがん治療の評価を行い、さらには、今後のがん対策に生かしていかなければなりません。院内のがん登録は始まったばかりで、その精度にはまだまだ問題がありますが、三重大学医学部附属病院内で年間のがん登録ができましたことは、がんセンターとしての第一歩を踏み出せたと思っております。そこで、今回、平成19年度の活動状況を報告致します。

平成19年度の1年間の当院がん患者数は、全体1,323名で、その内訳は、脳神経領域34名、耳鼻咽喉領域106名、肺領域172名、消化器・肝胆膵領域435名、乳腺領域114名、婦人科領域131名、泌尿器科領域141名、皮膚科領域90名、血液・リンパ節領域71名、その他29名でした。治療法別に見てみると、内視鏡治療を含めた外科的治療が820名、放射線治療183名、化学療法520名、内分泌治療68名でした（表1）。現段階では、その治療法の評価までは行えていませんが、今後の課題と考えています。

これまで、各診療科では独自にがん登録が行われてきましたが、それを横断的に登録するには各診療科の先生方のご協力無くしてはなす事ができません。ただでさえ、日常診療に追われ、さらに先生方の業務が増えることは大変申し訳なく思います。しかし、この登録業務は、がん診療拠点病院となりました三重大学にとりましては、義務と考えております。そこで、先生方の登録業務を少しでも軽減することを考え、平成20年4月より“がん一発ボタン”を考案しました。第一線で診療を行っている先生方が、新規がん患者を診察した際には、コンピューター画面上でワンクリックし、がん登録画面に入り新規がん患者が再発がん患

者かをクリックするだけで登録できるようになりました。

以降の登録業務は、がんセンター内の事務員が登録をし、不明な部分を医師にお聞きするだけでよくなり、先生方の業務の軽減ならびに登録漏れの減少につながると考えています。

がん対策を実施するためには、正確ながんの実態把握は必須です。まずは、その病院、次にその地域、さらには日本におけるがん登録を行い、がん罹患の動向を正確に把握しなければ、がん対策を講じることはできません。今後は、がん登録の整備と精度の向上を目指し、さらには三重県内でのがん登録へと勧めなければならないと痛感しております。

表1 院内がん登録者数

単位：人

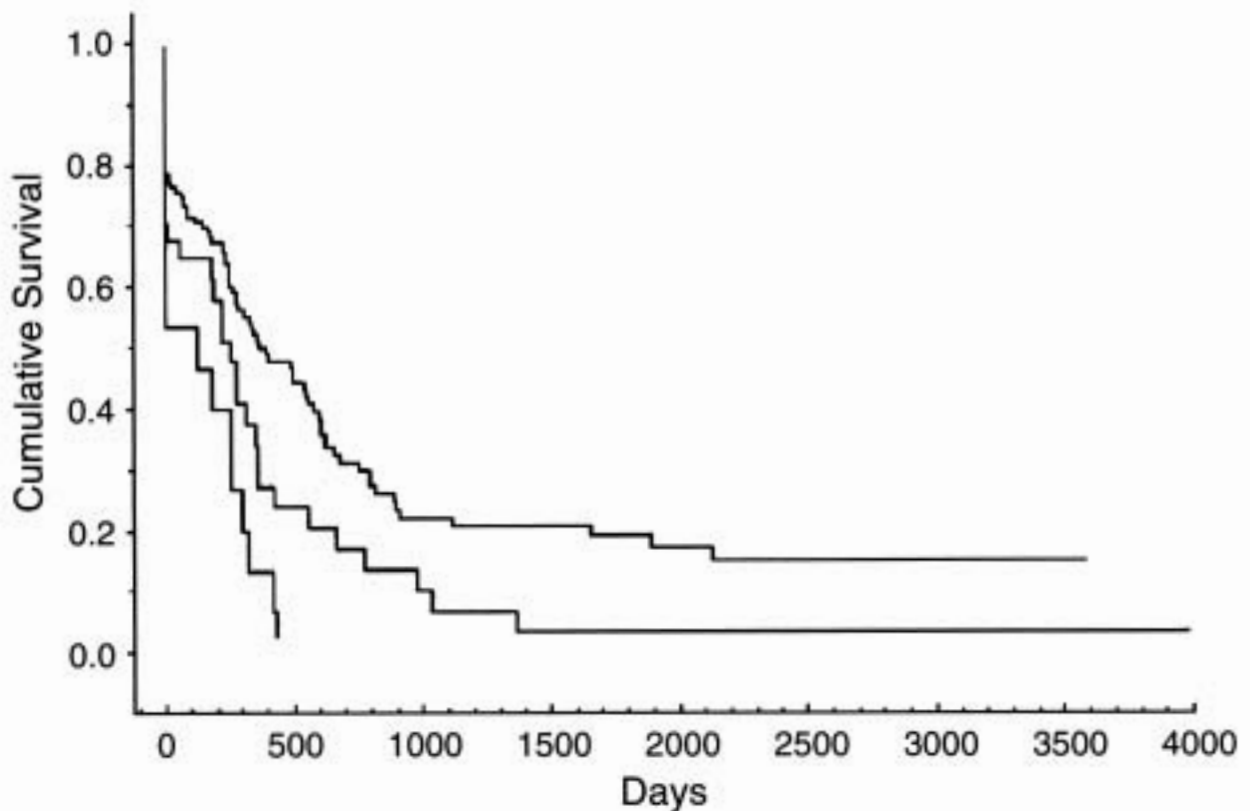
部位	患者数	治療実施状況					
		外科的切除	内視鏡的切除	放射線治療	化学療法	内分泌治療	その他
全部位	1323	711	109	183	520	68	285
脳	34	20	0	5	7	0	5
喉頭・声門	17	13	0	4	2	0	2
口腔・咽頭	46	17	0	2	29	0	6
甲状腺	43	36	0	4	3	1	0
肺	172	89	5	38	83	2	19
食道	27	8	6	14	16	0	3
胃	113	41	49	2	19	1	10
大腸(結腸・その他)	77	46	16	2	27	1	25
大腸(直腸)	52	28	9	11	25	0	10
肝臓	132	32	3	15	83	0	128
膵臓	34	15	0	17	24	1	3
乳房	114	93	0	25	43	32	8
子宮(頸部)	63	42	0	0	23	0	15
子宮(体部)	31	29	0	0	18	0	7
卵巣	37	32	0	0	28	0	6
陰嚢	3	3	0	2	0	0	0
前立腺	46	7	0	0	7	22	2
精巣(睪丸)	8	8	0	2	5	0	1
腎	39	21	0	0	2	5	2
腎盂・尿管	13	10	2	2	5	0	4
膀胱	32	10	18	12	11	2	6
皮膚	90	78	0	8	12	1	5
骨髄	40	12	0	4	23	0	5
リンパ節	31	4	1	4	16	0	3
後腹膜	2	1	0	0	0	0	0
軟部組織	14	13	0	1	2	0	7
内分泌腺及び関連組織	1	0	0	0	0	0	0
原発不明	12	3	0	9	7	0	3

※ 外来も一部含んでおります。再発がんも一部含んでの数となっております。

調査部門 生物統計

西川 政勝

生物統計部は、調査部門に属し各診療科の先生からの情報を元に事務部が「がん登録フォーム」に記載しデータベースを作成、この資料をもとに附属病院のがんの疫学調査、治療法別の生存率などの治療成績や予後を解析、年次がん登録報告書を作成する部門である。リーダーは西川政勝（臨床研究開発センター）、メンバーは各診療科がん登録責任者、生物統計担当者（臨床研究開発センター山田知美）、病院事務部である。附属病院内のがん登録は病院事務部が入力することにより迅速に達成されることとなりがん登録データベースが約1年間蓄積されたので今後解析が進行する予定である。将来的には三重県内のがん拠点病院のがんに関する資料を統合、分析および統計解析を行い、将来的には地域圏におけるがんの予防、治療の均てん化、予後の改善に寄与することを目的としている。



化学療法部門

平成18年8月に院内がんセンター設立と同時に化学療法部門が設置されています。部門では、腫瘍内科の影山慎一が委員長を拝命し、委員会は腫瘍内科水野聡朗（以下敬称略）、血液内科山口素子、呼吸器内科田口修、消化管外科井上靖浩、小児科出口隆生の各医師、薬剤部岩本卓也、向原里佳の各薬剤師、看護部小野幸子、堀口美穂の各看護師より構成されています。抗癌剤を中心とするがん薬物治療を三重大学附属病院内で適切かつ安全に行うために活動を続けております。

平成19年度の中心的検討課題は、外来化学療法推進でした。現在、各診療科で施行されている化学療法の外来から一元化管理するためのインフラ整備を行うために、以下の活動を行ってきました。

外来化学療法室設置

独立したユニットとしての設置は既に院内では承認を受け、スペースの内定に至っています。平成20年度設置と稼働を目指して院内調整などを行ってきました。図に平成19年度の院内での化学療法（内科、外科）の件数を示します。月当たり350件、年間のべ4,200件程度の外来治療が行われております。内科、外科とほぼ同数の割合で、内科においては腫瘍内科、呼吸器内科、血液内科の順と件数となっています。

乳癌、消化管腫瘍（胃癌、大腸癌、食道癌）、肺癌、悪性リンパ腫が主な疾患と推察できます。

この現状を一元化した外来化学療法室で対応した場合、1日当たり17件以上の治療を施行できる設備が必要となります。中瀬センター長とともに設置に関する院内検討を行いました。

H19年度 化学療法件数

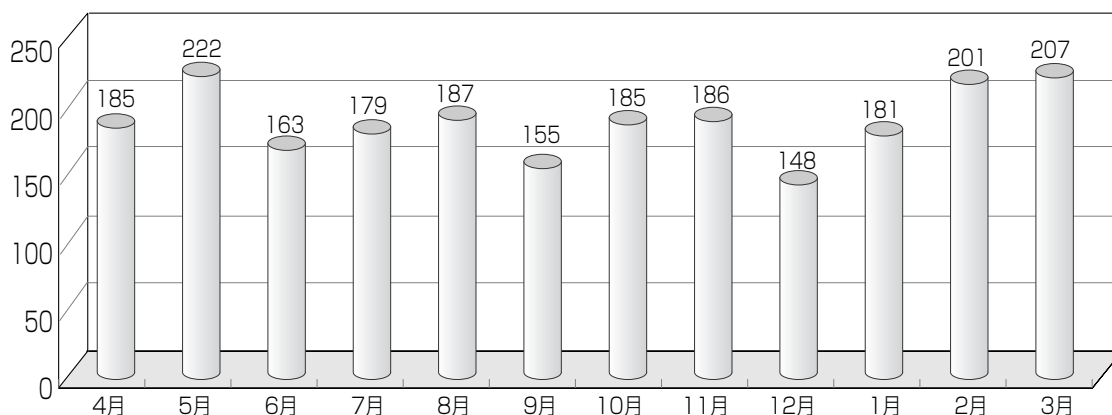
● 外来化学療法件数（外科+内科）

1ヶ月平均延べ350件

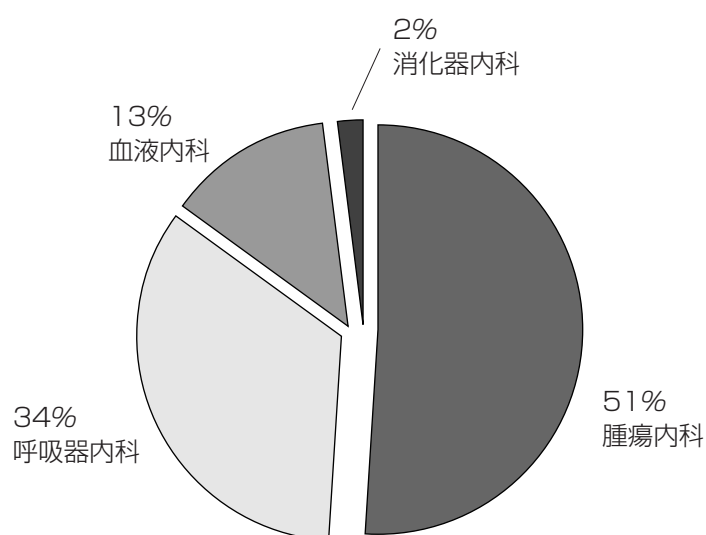
● 内科外来化学療法件数

1ヶ月平均187.2件（2007年度）

2007年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
化学療法のみ	185	222	163	179	187	155	185	186	148	181	207	207	2205	184



H19年度 診療科別（内科）月のべ比率



化学療法レジメン登録制

化学療法を適切かつ安全に施行するために、化学療法レジメンの登録を導入することが院内で承認され、H21年度から開始することが決定されました。

化学療法剤は一般に薬理的に用量依存性があり、重篤な副作用が発症する一段階低い用量で効果を最大限に引き出すように用量設定がなされているため、過剰投与による重篤副作用を起こし、過小投与により効果が得られないというリスクを本来持ち合わせています。また臓器機能、全身状態により投与量を減量することも重要です。レジメン登録制の導入により、あらかじめ登録された抗癌剤の投与量、スケジュールと実際の処方との照合による安全性ダブルチェックが可能となります。

また、薬剤師、看護師、医師が投与薬剤情報を共有することにより、化学療法時の患者教育を始めとする

チーム医療を促進するものとなります。厚生労働省も診療報酬請求点数にレジメン登録制を加算要点とするなど、登録制が抗癌投与の基本要件となってきました。

院内の化学療法レジメン審査委員会には当化学療法部門から委員が選任されました。

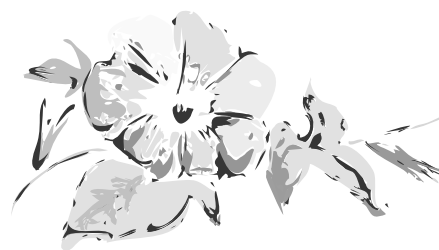
専門医によるがん薬物療法

平成19年度において当院では、がん薬物療法専門医、婦人科腫瘍専門医ががん治療認定医が常勤し、これら専門医による安全な化学療法の施行が今後促進されると期待します。当化学療法部門はそのとりまとめ役として任を全うしてまいります。

治療部門 手術療法

三木 誓雄

三重大学がんセンター手術療法部門は、内田恵一先生（消化管・小児外科）、木瀬英明先生（腎泌尿器外科）、櫻井洋至先生（肝胆膵・乳腺外科）、高尾仁二先生（呼吸器外科）、竹内万彦先生（耳鼻咽喉・頭頸部外科）、谷田耕治先生（女性骨盤外科）、三木誓雄（消化管・小児外科）のメンバーより構成され、手術療法を円滑に進めるためのシステム構築、全科的な手術療法関連必要物品の整備、手術療法に関する新しい情報の発信などを目的として設立されました。分野が広範に及んでいるため、全科的な活動が難しいことも事実ですが、昨年度は、臨床麻酔部の奥田先生を中心に行ってきた新病院の手術室設計に、一部参画させていただきました。手術を担当する全ての科が、それぞれの分野の新しい技術をくまなく発揮できるよう、きめ細かな工夫が随所に見られるものとなっていますので、ご期待いただけたと思います。さらに本年度は、手術術式・標準化programme確立の端緒を開きたいと考えております。昨今、関連学会のpublicityにより、様々な領域のがん治療ガイドラインがEBMに基づいた標準治療法として示されてきました。その一方で、手術手技に関しては、各施設それぞれのいわゆる伝承的know-howが標準術式となっていることが多く、欧米ではすでに一般的な概念であるevidence-based approaches to best practiceが十分に根付いているとはいえません。従って、三重県全体としての医療レベルを均一的に向上させるためには、県内がん診療連携病院5施設の、手術手技に関する共有情報量を飛躍的に上昇させる必要があると考えます。同じteamの肝胆膵・乳腺外科、櫻井洋至先生がcritical pass作成部門の責任者も兼任しておられますので、本年度は互いに密に連携を保ちながら、まずは手術術式・標準化programme確立のための、スタートラインの設定に取り掛かりたいと考えています。



治療部門 放射線療法

山門 亨一郎

日常診療

放射線治療部門での癌治療は、放射線治療とラジオ波凝固療法を中心としたIVR治療です。平成19年度の患者数は放射線治療部門で約1500人でした。

内訳は以下の通りです。

放射線治療で治療した患者数は496人でした。内訳は以下の通りです。

頭頸部	77人
乳腺	76人
胸部	67人
婦人科	44人
血液疾患	44人
肝胆膵	41人
消化器	41人
泌尿器	30人
脳腫瘍	27人
皮膚・軟部	22人
その他	27人

最近の傾向として、膵癌・胆管癌に対してゲムシタピンを併用する術前照射や、直腸癌に対して5Gyを4回照射する術前照射が増えました。また、平成20年に入ってから三重県内で小線源治療が可能な施設が大学のみとなったことから、子宮頸癌の放射線治療患者が増加傾向です。

IVR部門で治療した患者数は1050人でした。内訳は以下の通りです。

腹部血管造影：600人
ラジオ波凝固療法：350人
ドレナージ：100人

肝癌に対するラジオ波凝固療法のみが現在保険適応です。平成19年10月からは肺癌、腎癌、骨腫瘍に対

するラジオ波凝固療法が先進医療に認められました。また、脊椎の圧迫骨折（癌転移もしくは骨粗鬆症）に対する経費的椎体形成術も先進医療として承認されています。

臨床試験

平成20年4月からは肺癌、腎癌に対する使用確認試験が始まります。これまでは高度先進医療あるいは時限的先進医療技術として保険診療との併用が可能でしたが、平成19年3月をもってこの措置が終了するため、厚生労働省医政局研究開発振興課より、予め申請のなされた施設で「臨床的な使用確認試験」を行う旨が平成19年8月16日に通達されたことを受けて行う臨床試験です。

各科共同での臨床試験も始まりました。

“上顎癌に対する動注化学療法併用放射線治療の有用性の検討”は耳鼻科、放射線治療科の共同臨床試験です。現在まで、上顎癌に対して動注療法や放射線療法がなされ、良好な成績が多数報告されてきました。しかし、治療の有用性を証明する臨床試験はほとんど行われていません。三重大学発の臨床試験で、上顎癌に対する動注化学療法併用放射線治療の有用性を示していきたいと考えています。

今後も各科との連携を強化しながら大学病院がんセンターとしての特色を生かした活動をしていきたいと考えています。

治療部門 緩和医療

中村 喜美子

私たち緩和ケアチームは、活動を開始し4年目を迎えます。平成19年度は、コアメンバーも充実し、身体症状の緩和を担当する臨床麻酔部佐藤佳代子医師、精神症状の緩和を担当する精神科神経科松本卓也医師、岡本明大薬剤師、そして私の4名で、週2回各病棟をラウンドしてまいりました。新規の依頼や継続的に介入している事例のある病棟はもちろんですが、特に依頼はなくても週1回は必ず顔を出すようにして、非公式な相談にも応じております。また、コンサルテーション活動だけでなく、メンバー自身が研修を受講したり、研究会で活動報告を行うなど自己研鑽活動も積極的に行い、よりより緩和ケアの提供に努めています。さらに、チームメンバーが研修会の講師を努めるなどの教育的活動を通して、医療者の緩和ケアの質の向上にも貢献しています。

では、具体的な活動を報告します。

1. 依頼件数とその内容

(平成19年4月～平成20年3月末)

① 依頼件数と依頼内容(1件で複数の内容あり)

痛みのコントロール	53件
痛みに関連した補助薬や副作用対策	21件
不安・抑うつなど心理的サポート	19件
痛み以外の身体症状のコントロール	14件
せん妄などの精神症状のコントロール	12件
家族のケア	12件
医療者のサポート	9件
計	140件

② 依頼元病棟

整形外科	14件
肝胆膵外科	12件
呼吸器消化器肝臓内科	8件
小児科	7件
耳鼻咽喉科	6件
口腔放射線科	5件

泌尿器	5件
消化器外科	4件
血液腫瘍内科	4件
皮膚科	2件
婦人科	1件
総合内科	1件
脳神経外科	1件
外来	2件
計	72件

これらの内容を見ると、痛みのコントロールはやはりがん患者にとって大きな問題であることが分かります。また、身体症状のみでなく、精神症状や心のケアに関する依頼も最近増えつつあり、これは、今まで表面上に現れにくかった心の問題に対して、医療者がより問題意識を持つようになったと同時に、患者自身も周囲に向けて助けを求めるようになったということではないかと考えます。また、患者自身だけでなく、患者を取り巻く家族、さらに医療者も私たちチームのケアの対象であると改めて実感しております。このように多様かつ複雑なニーズに、より適切な関わりができるよう、改めて気を引き締め多職種メンバーで頑張っていきたいと思います。

2. 研究会等での報告

① 平成19年9月8日

大学病院の緩和ケアを考える会 第12回研究会
於:東京大学

「三重大学医学部附属病院での緩和ケアの取り組み」
臨床麻酔部 佐藤佳代子医師

② 平成19年9月21日

がん患者の会 秋の勉強会 於:三重大学
「緩和医療について」

臨床麻酔部 佐藤佳代子医師

がん看護専門看護師 中村喜美子

③平成19年9月21日
第3回 がんチーム医療研究会 於:アスト津
「三重大学がんセンター緩和ケアチームの取り組み」
臨床麻酔部 佐藤佳代子医師

④平成20年1月25日
第11回 呼吸器トータルケア研究会 於:津都ホテル
「在宅への移行が良好に行えた終末期肺がん患者への関わり」
リハビリテーション部 石井千菊理学療法士

⑤平成20年2月24日
がんプロフェッショナル養成プラン 緩和医療コース 第1回研修会 於:京都大学
「三重大学医学部附属病院での緩和医療への取り組み」 精神科神経科 松本卓也医師

⑥平成20年3月7日
第4回 がんチーム医療研究会 於:アスト津
「多発性骨転移のある肺がん患者の在宅療養へ向けての緩和ケアチームの取り組み」
リハビリテーション部 石井千菊理学療法士

3.市民公開講座

①平成20年3月1日
「これからのがん医療を考えて 緩和ケア1」
がん看護専門看護師 中村喜美子
「これからのがん医療を考えて 緩和ケア2」
精神科神経科 松本卓也医師

4.研修受講

①平成19年11月17日、および平成20年1月13日
国立がんセンター主催 「がん拠点病院緩和ケアチーム研修」
臨床麻酔部 佐藤佳代子医師 精神科神経科 松本卓

也医師
薬剤部 岡本明大薬剤師 がん看護専門看護師 中村喜美子

5.研修会講師

①平成20年3月10日 院内緩和ケアナース学習会
「がんに伴う精神症状と看護師のメンタルヘルス」
精神科神経科 松本卓也医師
②院内認定「がん看護研修」初級コース
「がんの痛みのメカニズム」平成19年12月26日
臨床麻酔部 佐藤佳代子医師
「がんの痛みに対する薬剤」平成20年1月11日
薬剤部 堀川恒樹薬剤師
「がん性疼痛薬物療法と薬物以外の治療」
平成20年1月11日 臨床麻酔部 佐藤佳代子医師
「がんの痛みのアセスメント」平成20年1月17日
がん看護専門看護師 中村喜美子
「がんと痛みと看護師の役割」平成20年1月30日
がん看護専門看護師 中村喜美子
「看護師にできる痛みのケア」平成20年2月12日
師長 奥川直子
がん看護専門看護師 中村喜美子
「化学療法の基本的知識」平成20年2月20日
腫瘍内科 水野聡朗医師

治療部門 患者支援

成田 有吾

三重大学がんセンター発足にあたり、平成19年より当院医療福祉支援センターが、がん相談チームとして各種相談の受付窓口として対応することになりました。従来より当院の医療福祉支援センターでは、悪性腫瘍ばかりでなく各種疾患の、医療費、利用可能な諸社会資源、自宅への退院に際しての支援、他の医療機関への転院支援などの相談が多く、医療ソーシャルワーカー（MSW）および医事事務に特化した職員が担当してきました。がんに関連する相談件数では平成19年度の総数は225件（平成18年度203件、前年比10.8%増）18.8±6.3件/月（平均±SD）で、今後さらに増加することが予想されています。相談内容の内訳を円グラフ（図1）にお示しましたが、経済的問題の相談が1/3を占めています。なお、平成19年6月には、がん相談に関する当センター開設以来の活動について日本経済新聞の取材を受けました。相談体制が比較的整備されているとして「がん相談チーム会議」の様子をまじえて平成19年7月15日に全国版に掲載されました（図2）。医療福祉支援センターでは毎月「がん相談チーム会議」を開催し、院内緩和ケアチームの担当者も交えての検討会を行っています。特にMSWの関与が大きく、平成19年度には「がん相談センター」としてのパンフレット作成や、がん患者とその家族向けの書籍の選定を行い、最近の書籍を中心に50冊ほどを用意し、患者図書室に配置しました。また、医療福祉支援センターの医師とMSW2名が月例の「緩和ケアチーム事例検討会」にも出席しています。症状緩和には経済的問題の解消や各種社会資源の利用は重要な意味を持つことが少なくありません。これまで、患者の心理的支援について、入院中には病棟看護師が、外来では外来看護師や医療福祉支援センターMSWが担当してきましたが、「がん」相談件数の増加とともに心理的支援への専門職の対応が必要となってきました。平成20年度にはがんセンター予算での臨床心理士等1名の増員が予定されています。

平成20年2月24日（日曜日）淡雪の舞う京大会館

にて第一回の緩和医療研修会が京都大学の主管で開催されました。本学からは精神神経科の松本貴之助教（本院緩和ケアチーム）が本学の取り組みについて紹介され、成田（医療福祉支援センター）が座長を担当しました。がん専門職養成プロジェクトの一環として他大学の取り組みを知ることができた貴重な経験だったと思われます。平成20年度には三重大学が同研修会を担当する予定です。

相談内容内訳

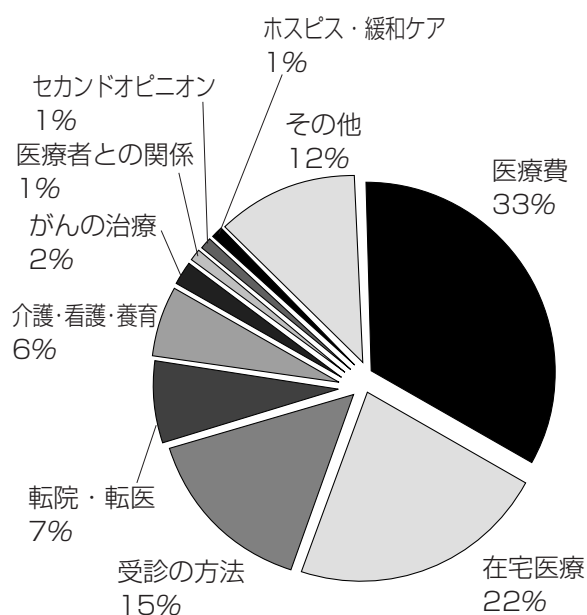


図1 医療福祉支援センターが受け付けた「がん相談」の内容



図2 日本経済新聞2007年7月15日記事から



図3 平成20年2月24日 緩和医療研修会（京大会館、がん専門職養成プロジェクトの一環）にて開会の挨拶をされる平岡真寛 京都大学大学院教授（放射線腫瘍学・画像応用治療学教授、京都大学ナノメディシン融合教育ユニット長）

治療部門 先進医療

水野 聡朗

この1年間は、三重大学がんセンターにおいて、先進医療開発という部門が、はたしてどのような役割を期待されているか？どのような貢献ができるのか？こうした根本的な問題と向き合いながら試行錯誤する1年間でありました。

昨年度の主な活動としては、全国、または東海地方規模で実施されている多施設共同研究等への参加でありました。最も期待されているかもしれない事案の一つである、当部門独自のプロジェクトにつきましても、準備不足もあり、残念ながらスタートさせるまでには至りませんでした。ただ、いくつか新たな取り組みのための土台作りは、少しずつではありますが、この1年間で準備することができました。

今年度は、限られた人材・資材の中ではありますが、先進医療開発部門独自の探索的研究を開始したいと考えております。また、多施設共同研究への継続的参加と、さらに付随研究などを通じて、こうした研究により積極的に関わりが持てるよう努力する所存であります。今後も御指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



診断部門 Tumor Board

松峯 昭彦

三重大学医学部附属病院は創立以来三重県内の癌診療の中心的役割を担ってきましたが、がん対策基本法の施行により2007年1月に都道府県の診療連携拠点病院に指定され、これにより名実ともに三重県のがん治療の中心施設としての責任を果たすことになりました。そのなかでもTumor Boardは三重大学が“がん拠点病院”として位置づけられるためには極めて重要な活動として位置づけられています。そのような重要な任務を、初代がんセンター所長・楠崎克之先生(現在、大台厚生病院院長)が、(おそらく“頼みやすい”という理由で!!)私(松峯)をTumor Board担当に任命してまいりました。

私自身のTumor Boardなるものの理解が全くないまま、早急にTumor Boardを開催する必要があったので、面識のある先生方10名に声をおかけし、Tumor Board世話人会を結成、4月18日に第1回世話人会会議を開催しました。当初「3ヶ月に一回ぐらい小さなカンファレンス室でやればよいか?」と軽く考えていたのですが、世話人会会議で決まったことは「どうせやるなら来月から毎月一回、大きな教室でやりましょう」という、私が想像もしていなかった大変な事態となりました。

がんセンターと相談の上、毎月第3水曜日に臨床第二講義室で定期開催することに決定しました。Tumor Boardでは、画像の読影と病理組織の検討が議論の基礎になると考えました。放射線科：村嶋先生、医療情報部、がんセンター事務の方々の獅子奮迅の努力により臨床第二講義室でCISが使用可能となり、すべての画像を適宜取り出し、議論できるようになりました。また、病理組織は病理部：小塚祐司先生が検討し、事前にスライドを作成して頂くこととなりました。以上のような準備の上、5月16日に「第一回がんセンター主催Tumor Board」を開催致しました。事前のアナウンス不足にもかかわらず、150名もの聴衆

の皆様が集まり、Tumor Boardへの関心の高さが窺われました。内田淳正教授の病院長挨拶、安全管理部：兼児敏浩先生によるショートセミナーの後、検討希望症例5例を順次検討しました。各症例で予測していた以上の白熱した議論が行われ初回としては素晴らしいTumor Boardとなりました。

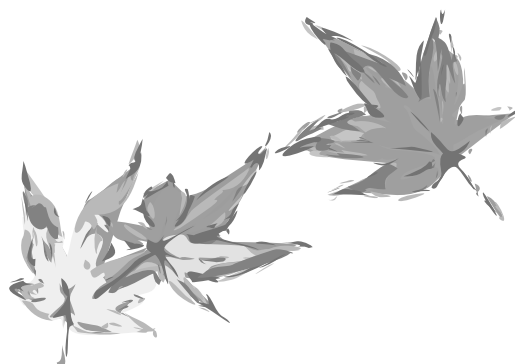
2007年度は2回応募演題が無かったため残念ながら開催できませんでしたが(演題が無いというのは、患者さんにとっては良いことなのかもしれませんが…)、毎回素晴らしい議論が行われました。病理診断は、小塚祐司先生が転任されたため現在は今井裕先生にお任せしておりますが、バーチャルスライドを駆使されて素晴らしい解説を毎回行って頂いています。

三重大学のTumor Boardには以下のような特徴があると思います。

- 1) 「特に相談したい診療科」を事前に指定することにより、その場で問題点をスピーディーに解決出来ること。
- 2) CISから画像を引き出し、その場で画像の解説を受けつつ議論が出来ること(放射線科：村嶋先生 どうもありがとうございます)。
- 3) 病理診断にバーチャルスライドを駆使して今井裕先生にリアルタイムに見事に解説して頂けること。
- 4) 他病院の先生方にも症例呈示して頂けるよう門戸を開いていること。
- 5) 発表者に過大な負担がかからないこと。
- 6) 遠慮無く自由に発現できる雰囲気。
- 7) 参加者は医師だけでなく、看護部、薬剤部、理学療法部、検査部、看護学部学生、医学部学生など多方面にわたること。

これからの癌治療で重要なことは、従来各診療科で個別に行われてきた癌治療を、診療科間の横のつながりを強化することで、効率的で全人的ながん診療に発展させることであり、Tumor Boardがその足がかりになることが期待されています。そのために、Tumor Board 世話人会のメンバーを、少しずつ増やしており、現在20名となっています。今後もさらにメンバーを増やす予定です。

我々のTumor Boardに興味ある方は、職種にかかわらず是非ご連絡ください。



2007年4月18日に第1回世話人会会議を開催し、Tumor Boardの概要を議論した後、毎月第3水曜日に臨床第二講義室で定期開催することに決定しました。そして、5月16日に「第一回がんセンター主催 Tumor Board」を開催致しました。

2007年度は9回Tumor Boardを開催しましたが、いずれの会も活発な議論がなされました。

貴重な資料として検討症例および検討内容の概要を記録します。

なお、検討内容の概要は、原則として発表者に原稿依頼致しましたが、原稿の提出がなかった症例に関しては松峯が記載致しました。不正確な部分がある場合はご容赦ください。

第1回 (平成19年5月16日開催)

司会：松峯昭彦 (整形外科)

参加者数：150名

症例1：生体肝移植を検討している小児肝癌

診療科：小児科 発表者：細木興亜

年齢：11才

性：男児

家族歴：母 HB carrier、父 1994年B型肝炎の既往 → 2007/4 治癒確認

既往歴：生後6ヵ月 B型肝炎

現病歴：平成17年5月に眼球黄染が出現し、近医にて画像検査、針生検から肝細胞癌を疑われ、当院第一外科に紹介入院となった。入院時HBs Ag+。入院時画像所見は肝右葉前区域、内側区域、外側区域にび漫性の浸潤を伴う最大径12×7cmの腫瘍。右葉から門脈は腫瘍塞栓あり。傍大動脈リンパ節腫大あり。下大静脈圧迫あり。肝細胞癌と診断後Intra-arterial chemotherapy、epirubicin、CITA(CDDP、THP-ADR)を施行した。入院時AFPは690050 ng/mlあったのが35 ng/mlまで低下した。画像検査では肝左

葉から前区域にかけて腫瘍残存するも、造影後期相で造影、かなりの線維化が期待。左腎静脈に腫瘍栓または血栓あり(治療後半から変化なし)。傍大動脈リンパ節腫大(治療後半から変化なし)あり。FDG-PETに異常集積の所見はない。肝機能の状態はChild-Pugh class Aである。Anthracycline induced cardiomyopathyが出現したため2007/5/8からGemcitabine、Oxaliplatinによるchemotherapyを行っている。

問題点

先行して行った放射線科、肝胆膵外科、小児科の合同カンファレンスでは、現状ではriskは伴うもののLDLT(living donor liver transplantation: donor candidate: his father) は手技上さほど困難ではない、画像検査からは肝外の腫瘍は消失している可能性があるとの結論からLDLTは根治術となりえると判断。LDLT以外の治療法としてはpalliative chemotherapyしか残されておらず、予後は極めて不良である。御両親の希望はLDLTであり、児の現在の状態、移植のrisk、移植後の再発の可能性、cost (depositとして1500万円)全て理解されている。Cure を目標にLDLTを前提に治療計画を進め、Chemotherapy (Gemcitabine、Oxaliplatin)を開始している。その間腫瘍の増大、転移があるならLDLTは中止とする方針である。過去に肝外病変を認めていた症例でLDLTを行った例は報告されていない。今回cureできる可能性のあるLDLTの是非につき検討をTumor Board、倫理委員会にお願いします。

特に相談したい診療科：全科

討論内容：

この症例のLDLTの妥当性が最後まで議論の焦点となった。化学療法が奏功しているとはいえ、統計上このような症例でLDLTを行ったところで救命できる可能性はかなり低いのではないかという指摘があった。患者が小児という特殊性があるものの、より客観的に治療方法を選択する必要があるとの結論となった。今後

移植学会の倫理委員会で議論することになっており、その結果をふまえて最終的に結論を出すこととなった。

症例2：大腸癌を合併する下腿悪性顆粒細胞腫

診療科：整形外科 発表者：加藤弘明

年齢： 73

性：男性

現病歴：

10年以上前から右膝外側にφ3cm程度の腫瘍を自覚していたが放置していた。

2年ほど前から徐々に増大してきたためH19年になり、鈴鹿中央病院受診。

MRIにて内部に神経血管を含む腫瘍性病変を認めた。生検の結果悪性顆粒細胞腫と診断され、加療目的にて当院紹介となった。

転院前にCT、MRIにて全身検索を行ったところ直腸腫瘍性病変を認め、内視鏡下に「型進行型直腸癌と診断、生検の結果は中～高分化型腺癌であった。

問題点：

1. 下腿軟部病変と直腸癌は独立した病変（つまり Double cancer）と考えて良いか？
2. 2箇所に悪性腫瘍を認めるが、どちらから治療を開始するか？
3. 患肢温存術（切断しない手術的治療法）にて治療するためには血行再建術が必要になるが、73歳という高齢でも可能か？

特に相談したい診療科：

- ① 消化器外科
- ② 血管外科

討議内容：

1. 下腿軟部病変と直腸癌は独立した病変（つまり Double cancer）と考えて良いか？

→Double cancerと考えて良い。病理組織学的に別

物

2. 2箇所に悪性腫瘍を認めるが、どちらから治療を開始するか？

→緊急性から考えると大腸癌を優先すべきである

3. 患肢温存術（切断しない手術的治療法）にて治療するためには血行再建術が必要になるが、73歳という高齢でも可能か？→動静脈が完全に腫瘍に巻き込まれている。従って血管を残すことは不可能（胸部外科：駒田先生）。年齢から考えて血管の再建は不可能。切断しかないという結論となる。

症例3：大腸癌を合併するDLBCL

診療科：内科診療チーム 発表者：佐藤圭

年齢：75歳

性：M

現病歴：

2007年4月上旬に左頸部の腫脹を自覚し近医受診したところ、頸部リンパ節腫脹として4月中旬、当院耳鼻科紹介受診となった。耳鼻科にて施行された左口蓋扁桃生検の結果Malignant lymphoma、diffuse large B-cell lymphomaと診断され内科入院となった。

PET-CT：扁桃腫大、多発リンパ節腫大、S状結腸・直腸集積あり。右陰嚢集積あり。MLstage、疑い。

CF：S状結腸に高分化型管状腺癌RSにTubulovillous adenoma

造影CT：大腸癌：周囲脂肪織の濃度上昇あり、浸潤の可能性あり。所属リンパ節転移疑い。悪性リンパ腫：stageⅢ以上、右下葉に小結節あり。正常の評価困難。

問題点：

- #1 DLBCL
- #2 colon ca.（高分化管状腺癌）
- #3 DM

特に相談したい診療科：

血液内科、消化器外科、泌尿器科、放射線科、病理

討議内容：

現在の病態をさらに詳しく精査する必要がある。しかし頸部の腫瘍はすでにかかなり大きく、急速に増大した場合は急性呼吸不全の原因となる。早急にリンパ腫の治療を開始すべきであろう。大腸癌の治療はリンパ腫の治療の合間に行うことになるであろう。

症例4： 悪性黒色腫

診療科：皮膚科 発表者：仙波祐子

年齢：83歳

性：F

現病歴：

左上腕原発の悪性黒色腫(tumor thickness 5.5mm)。切除マージン1cmと取扱い規約上マージン不十分であるが標本上腫瘍は取り切れていた。拡大切除目的に当院紹介。83歳と高齢で、Ccr20ml/min、糖尿病合併あり。

術前検索にて、CTで縦隔リンパ節腫大が複数個あり。PET-CTで縦隔に集積あり。所属リンパ節である左腋窩リンパ節の腫大は認めないものの、縦隔リンパ節転移の可能性を疑い、消化器内科にてEUS下に吸引細胞診と針生検施行された。リンパ節の大きさは、20.5mm, 17.5mm, 11.5mm, 7.3mm大など複数個あり。生検標本では悪性メラノサイトを認めないものの、細胞診にてメラニンを有するマクロファージの存在を指摘されており、転移の可能性を否定できず。腎機能と骨髄抑制の点から、縦隔リンパ節転移が(-)でも、規約上推奨されている化学療法は不可能と判断。縦隔リンパ節に対する放射線照射を検討したが、線量が多く必要で、リンパ節の範囲が広いこと、また放射線療法を施行してもコントロール困難な可能性が高いことなどから、積極的な適応とは考え難かった。

現在インターフェロン β による免疫療法のみ施行予定。

問題点：

縦隔リンパ節は転移か？リンパ節転移につき侵襲が少ない他の検査法はあるか？

転移ならpT4bNoM1 stage IV, 転移でないならpT4bNoMo stage IIC

stage IVなら集学的治療、5生率13%

stage IICなら原発巣拡大切除+センチネルリンパ節生検+免疫療法、5生率60-70%

他に現時点で副作用少なく行える有効な治療法があるか？

特に相談したい診療科：

放射線科、病理、消化器内科、胸部外科？

討議内容：

・PETでの縦隔への集積はさほど高くない（明らかに病的と言いつけるほど高くない）

・全身状態を考えると化学療法は侵襲が大きく、リンパ節については画像等でフォローしたらどうか。

・縦隔リンパ節について、IMPシンチをしてはどうか
その後の経過：

・縦隔部への放射線照射は侵襲も大きく、また転移かどうか確定もできていないため、本人もご家族も希望されず。また腋窩リンパ節転移検査目的のセンチネルリンパ節や、縦隔リンパ節転移検査のための更なる検索も、ご本人・ご家族とも希望されず。ご本人は、「早く（自宅のある）尾鷲に帰りたい」とのこと。今後は自宅近くの尾鷲総合病院にて、定期通院、免疫療法継続、CTなどでの縦隔リンパ節のサイズフォローを予定している。

症例5： 多発骨転移を伴う肺癌

診療科：呼吸器内科 発表者：小林裕康

年齢：69

性：F

現病歴：

平成15年秋、当院整形外科にて右上腕骨骨腫瘍広範切除術が施行され、その後の精査にて#1.原発性肺癌(cT4N2M1) #2.多発性骨転移(脊椎、肋骨、両大腿骨、右上腕骨)と判明した症例。これらに対して、当科転科の上で、全身化学療法(CBDCA+PTX)開始。また、胸椎・肋骨及び両側大腿骨の転移病巣に対して、それぞれ、総線量40Gy、30Gyの放射線照射も併用した。同年12月のCTでは右肺の原発巣・縦隔リンパ節はともにサイズの縮小を認め、また右胸水の減少を認めた。しかし、一方で、右上腕骨において、腫瘍の再発を認めたため、翌年1月より、同部位に対して、更に総線量30Gyの放射線照射を施行した。2月当科退院後は引き続き、外来にて全身化学療法を施行したが、137.7から一旦49.5まで下がったCEA値が62.0へ再上昇するとともに、化学療法に伴う高度の骨髄抑制のため、平成16年3月から、Gefitinibに変更した。結果、2ヶ月後にはCEA値は5.7まで急激な減少を認め、以後、平成17年12月まで正常範囲内を推移した。この間、同薬剤に伴うと考えられる、爪周囲炎などの副作用にて250mgの連日服用から隔日服用への減量を行っていたが、平成18年に入ってからCEA値の再上昇を認めたため、連日服用に変更。また、同年3月には胸椎に新たな骨転移が認められ、同部位に対して、総線量30Gyの放射線照射を施行した。その後、CEA値は再び正常範囲内に復した。しかしながら、平成19年になり、再上昇を来し、PET-CTでは胸腔内へのFDG集積はほとんど認められなくなった反面、骨転移病巣の更なる広がりが確認された。

問題点：

#1.原発巣はコントロールされている一方で、増大す

る骨転移病巣に対して、如何に対処していくべきか。

#2. Gefitinibの登場によって、治療前に既に遠隔転移のみられる症例でも比較的長期にわたり通院加療が可能となってきている。しかし、その反面、ADLが低下し、日常生活が困難になる方も。活用できる社会的資源あるいは在宅医療の整備を希望。

特に相談したい診療科：

整形外科

討議内容：

#1.原発性肺癌(cT4N2M1) #2.多発性骨転移(脊椎、肋骨、両大腿骨、右上腕骨)で加療中の69歳女性。これらに対して、平成15年10月から、全身化学療法が開始され、一時腫瘍マーカーおよび全身状態の改善をみたものの、徐々に骨転移病巣の増悪が認められ、放射線照射が併用されるも、ADLの低下が進行している。一方、原発巣の再燃は認められていない。

#1.原発巣はコントロールされている一方で、増大する骨転移病巣に対して、如何に対処していくべきか。

①ビスフォスフォネート製剤の投与を一度、行うべきではないか。

②ADLを落とす病巣については積極的に放射線照射を施行すべき。

③しかしながら、整形外科的にも転移性骨腫瘍に対する治療の指針についてはまだはっきりとした見解の一致はみていない。今後、他科と協力しながら検討を行う必要あり。

#2. Gefitinibの登場によって、治療前に既に遠隔転移のみられる症例でも比較的長期にわたり通院加療が可能となってきている。しかし、その反面、ADLが低下し、日常生活が困難になる方も。活用できる社会的資源あるいは在宅医療の整備を希望。

①県内で癌患者を在宅で診ていただける開業医は非常に少数であり、末期に自宅で過ごすことが可能な患者は極めて限られているのが現状である。

②加えて、入院で最期まで看取るということになると

病棟が回らなくなってしまう。

③バックベッドの確保をもう少し楽に出来ないだろうか。

④これら現状をふまえて、県内全域を視野に入れた癌診療ネットワークを早急に構築すべきである。

第2回 (平成19年6月20日開催)

司会：熊本忠史 (小児科)

参加者数：70名

症例：再発を繰り返す若年男性の頸部横紋筋肉腫症例

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科 発表者：竹内万彦

年齢：37歳

性：男性

現病歴：

平成7年5月(患者25歳)左頬部腫脹出現。同年7月に咬筋腫瘍摘出術にて横紋筋肉腫(多形型、IRS Group II)と診断され、electron 40Gy, VAC療法13クールを施行した。退院後も8クール施行した。

平成12年左耳下腺深部より再発し、摘出術施行、退院後ライナック40Gyを照射した。

平成15年左上頸部再発し、頸部郭清術施行。

平成17年左頸下部に再発し摘出。CDDP,VP-16を2クール施行。

平成18年2月左頸部再発し摘出。

平成18年11月左頸部再発し摘出、このとき左内頸動脈、左迷走神経、左舌下神経、咽頭粘膜の一部を合併切除し、大胸筋皮弁で咽頭粘膜再建。術後も残存腫瘍が見られたためVAC療法8クール施行。平成19年4月に痙攣発作出現し、抗けいれん薬内服開始。

現在外来にて経過観察中。

問題点：

再発予防のための有効な化学療法は？

再発を早期発見する有効な(画像)検査は？

治療が長期にわたる際の心のケア

特に相談したい診療科：

整形外科、小児科、放射線科

討議内容：

1. 再発予防のための有効な化学療法は？

VACが基本であるが、これで効果が少ないのであれば、エポトシドを用いてはどうか。

化学療法は繰り返すと効果が期待できなくなることもあり、放射線照射の余地があれば検討すべきである。

2. 再発を早期発見する有効な(画像)検査は？

造影剤を用いないMRIを2,3カ月おきにすればよい。

PETも有効である。

3. 治療が長期にわたる際の心のケアについて

緩和ケアチームに入ってもらうのがよい。

第3回 (平成19年7月18日開催)

司会：前田佳代子 (麻醉科 / 緩和療法部)

参加者数：45名

症例：多発軟部腫瘍の1例

診療科：整形外科 発表者：中村知樹

年齢：44歳

性：女性

現病歴：

4, 5ヶ月前より全身に多発腫瘍を自覚し、近医を受診した。症状軽快せず総合病院外科を受診し、肉腫疑いで当院紹介受診となった。来院時全身に多発する腫瘍を認め (figure供覧)、37~38度の発熱と、一部のmassに疼痛を認めた。血液データではanemia(H

b 8.8g/dl),LDH1179 IU(LDH2 39.1, LDH3 28.5),IL-2receptor 864.2,CRP35mg/dl、その他の腫瘍マーカーは陰性であった。画像上は四肢、体幹の皮下に多発性軟部腫瘍を認め、また上腹部（腹腔内または後腹膜）にもmassを認める。術前はLymphomaなど疑い、切除生検を行った。形態学的にはrhabdoid細胞が増殖し、免疫組織学的所見は、S100+, Desmin-, Vimentin+, Cytokeratin-, EMA-, CD1A-, HMB45-, LCA- であった。

最終的にamelanotic melanomaが考えられた。現在は左腋窩部腫瘍が増大傾向にあり、疼痛が増強しており、放射線治療を予定している。

問題点：

- ・ 腫瘍の病理組織学的診断
- ・ 治療方針

特に相談したい診療科：

皮膚科 腫瘍免疫内科 放射線治療科

討議内容：

腫瘍の組織学的診断は悪性黒色腫のrhabdoid phenotype、あるいはmalignant rhabdoid tumorとすべきであろうとの病理医の意見があった。しかし、皮膚科医師の指摘では、このような臨床経過をとる悪性黒色腫は存在しないとの指摘がなされた。malignant rhabdoid tumorはこの年齢では通常発症しないため却下された。下腹部に周囲に色素沈着を伴う、白斑の様な皮疹があり、患者の話では以前もう少し黒かったとの話であったため、これが悪性黒色腫の原発巣であり、原発巣は自然消退したのではないかとの意見もあった。（しかし、後日同部の生検も行ったが、明らかな悪性黒色腫は認めなかった。）治療は悪性黒色腫に準じた化学療法を行うこととした。

第4回 （平成19年8月18日開催）

司会：野本由人（放射線治療科）

参加者数：90名

症例1：2ヶ月間続く嘔吐で発症した第4脳室内脳腫瘍3歳女児例

診療科：小児科 発表者：坂田佳子

年齢：3歳5か月

性：女児

現病歴：

【既往歴】 特になし、発育、発達年齢相当

【周産期】 仮死なし

【家族歴】 母：てんかん。アレビアチン、エクセグラン、カルバマゼピンを妊娠前から継続して内服している

【現病歴】

6月9日頃から嘔吐を認めた。7月に入り、次第に嘔吐の回数は増加し、臥床していることが、多くなった。歩行時および坐位時にふらつきを認めた。7/2前医を受診し、頭部CTを施行され小脳虫部に直径5cm程度の占拠性病変および水頭症を認められ精査加療目的で当科に紹介入院となった。

【入院時現症】 身長86.6cm 体重11.7 kg、 頭囲47cm、意識；清明 体温37.1℃、脈拍108/分、呼吸数24/分、血圧96/60、心肺；清、腹部；陥凹、軟。

坐位をとらせると左右にふらつきあり、眼振なし。

眼科受診では両側視神経乳頭浮腫を認めた。

入院後、グリセオール/デキサメサゾンにより、ふらつきと嘔吐の改善を認め、食事摂取も十分に可能となった。

8/1 小脳腫瘍摘除術施行された。

術中迅速診断にて髄芽腫、脳幹部に肉眼所見で播種を認めた。

→年齢 3歳以上、かつ画像、髄液細胞診および手術

所見で腫瘍の転移、播種あり

とのことで、→東海脳腫瘍研究会プロトコルでは Group Bとなる

全脳全背髄24Gy、後頭蓋窩40Gy、腫瘍（腫瘍床）+1cm周辺に55Gy。

大量化学療法、PBSCTを行う予定である。

問題点：

病理診断、治療方針（特に放射線照射）、予測される後遺症、予後

特に相談したい診療科：

病理、放射線科、脳神経外科、神経内科

討議内容：

病理診断は髄芽腫であるとの結論になった。プロトコルに沿った化学療法を行うべきであるとの統一した意見となった。脳神経外科にて手術を行ったが、手術の様子が脳神経外科医師（松原先生）により示された。全摘は不可能であった。術後大きな後遺症は残さずに退院できたが、これまでの統計から考えると、予後が不良であることが予想された。

症例2：De-escalation chemotherapyにて良好な経過を得ている虫垂癌腹膜播種の1例

診療科：消化管外科 発表者：尾嶋英紀

年齢：50歳

性：女性

現病歴：

虫垂癌腹膜播種(P2)にて回盲部切除、転移性卵巣腫瘍切除術施行。術後直ちにCPT-11 based chemotherapy、続けて oxaliplatin based chemotherapyを施行。1年後にCTにて脾転移を認めしたが、他部位に転移は認めなかったため、cytoreduction目的で手術施行したところ、腹膜播種も認めなかったため、脾摘術施行した。病理所見で

は原発巣と同様、中分化型腺癌であった。現在、5-FU based chemotherapyを行っているが、明らかな再発徴候は認めていない。

問題点

現在、我々は進歩する大腸癌化学療法の奏功率に着目して1st lineの化学療法を選択し、物理的 cytoreductionを目指す治療コンセプトをDe-escalation chemotherapyと名付け、実践しています。今回、同コンセプトにより良好な経過を得ている虫垂癌腹膜播種症例を経験しました。また、物理的 cytoreductionの意義についても分子生物学的観点から検討したため、併せて報告させていただきます。特に、難渋している症例ではありませんが、進行・再発大腸癌に対する当科の治療コンセプトを含めてお話ししたいと思います。

特に相談したい診療科

特にありません

討議内容：

De-escalation chemotherapyの有効性について報告された。

症例3：骨盤内GISTの症例

診療科 泌尿器科 発表者 木瀬 英明

年齢：59歳

性：男性

現病歴：

平成19年1月より頻尿あり近医泌尿器科受診したが、前立腺肥大症として内服治療されていた。

平成19年6月 仕事先のインドネシアにて頻尿悪化、骨盤内腫瘍を指摘され帰国。

平成19年6月29日 山田日赤病院にて経直腸的腫瘍生検施行され、平滑筋肉腫と診断された。

平成19年7月18日 当科紹介受診。

CT、MRI上膀胱、前立腺を右側に圧排するように径

13cmの腫瘍を認めた。腫瘍の境界は比較的明瞭であった。

明らかな遠隔転移、リンパ節転移は認めなかった。血管造影では、腫瘍は左内腸骨動脈より栄養されていた。

当院での病理結果は、GIST、前立腺浸潤ありであった。(c-kit(+), CD34(+;focal))。

以上の所見より、骨盤内臓器由来GIST、前立腺浸潤と診断、腫瘍切除術を予定していますが、手術日が8月23日と手術までの日数があることもあり、平成19年8月3日よりグリベック(メシル酸イマチニブ)を開始しております。

問題点：

①腫瘍の発生母地の検討

②今後の治療方針について

特に相談したい診療科：

放射線科、病理、消化器内科、消化管外科

討議内容：

巨大な腫瘍である。まず診断の妥当性が議論となった。細胞形態からはGISTというより平滑筋肉腫の可能性が高いことが指摘された。さらに詳しく調べる必要があるとの事であった。GISTと言うことであればまず十分な投与期間を設けて、グリベックで腫瘍の縮小化を図ることが議論された。平滑筋肉腫であれば、たとえばc-kit陽性であってもグリベックの有効性は少ないとの意見もあった。ADM, IFMを中心とした化学療法は少し期待できるが、劇的な腫瘍縮小は望めないであろうとの指摘もあった。手術に関しては適宜消化器外科などとの協力で行われることが確認された。

第5回 (平成19年10月17日開催)

司会：山口素子(血液/腫瘍内科)

参加者数：45名

症例1：多発転移をともなった横紋筋肉腫の1例

診療科：泌尿器科 舛井先生、木瀬先生

年齢：22歳

性：男性

現病歴

H19年7月ころより腰痛を認め近医整形外科にてフォローされていた。腰痛悪化のためMRIを施行したところ両側水腎症を認めたため精査、骨盤内を占拠する腫瘍病変を認めた。精査加療目的で同年9月当科紹介受診。

当院入院後、ただちに腎後性腎不全に対し両側腎瘻造設、さらに経直腸的腫瘍部針生検にて横紋筋肉腫の診断を得た。通過障害により同月人工肛門造設した。入院後精査では、さらに多発性骨転移と左DVTを認めた。10/3よりヘパリン、ワーファリンを開始、10/5よりジェムザール+ドセタキセルによる化学療法を開始した。

問題点：

治療およびQOLも含めて、Endpointをどこにおくか？

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、整形外科、麻酔科、消化器外科

問題点：

治療およびQOLも含めて、Endpointをどこにおくか？

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、整形外科、麻酔科、消化器外科

討議内容：

両側尿管圧迫による腎不全をきたし多発性骨転移を伴った極めて厳しい状況の症例である。やはり横紋筋肉

腫は基本的に抗癌剤に良く反応する腫瘍である。従って抗癌剤で押すのが妥当であろう。このような腫瘍に対して、ジェムザール+ドセタキセルが有効だとは思われない。横紋筋肉腫に対する化学療法に準じた薬剤選択をすべきではないかとの意見があった。QOLも含めて、Endpoint は高い所には置くことは出来ないが、抗癌剤が奏功すれば日常生活に戻ることも可能ではないか。

症例2：原発不明絨毛性疾患の1例

診療科：婦人科 発表者 長尾賢治

年齢：38歳

性：女性

【現病歴】

みたき総合病院にて不妊治療後、平成19年2月3日正常分娩。1ヶ月検診の際エコーにて子宮内不整陰影を認め、また、妊娠検査反応(+)。胎盤遺残が疑われ、経過観察およびhCG値フォローアップとなった。出産3ヶ月後に不正性器出血あり、hCG値持続高値のため6月21日内膜搔爬および腹部MRI施行された。病理組織では胎盤組織遺残および絨毛性疾患を疑う所見を認めず、また、腹部MRI上も明らかな異常認めなかった。搔爬後も下記の如くhCG高値が持続するため、精査目的にて2007年7月2日当院紹介受診。

血中hCG 3/22：3353、4/28：1554、6/8：1998

既往歴：なし

妊娠歴：1回目 平成13年 9週 稽留流産

2回目 平成15年 35週 不妊治療後正期
出産 ♀

3回目 平成19年 37週 不妊治療後正期
出産 ♂

【血液検査】

血中hCG値別紙

腫瘍マーカー 7/11：CA19-9 4.7, CA125 4.2
7/17：AFP 3, CEA 1.3

【画像所見】

- ・骨盤部MRI(みたき総合病院 6/21)：明らかな腫瘍病変なし。少量腹水のみ。
- ・子宮・卵巣ダイナミックMRI(7/11)：前回MRIと比較して子宮に形態的な変化なし。遺残胎盤を疑う所見なし。卵巣に明らかな異常なし。
- ・PET-CT(7/13)：左乳腺下部に限局的な集積あり。L3に集積認める。骨破壊像は乏しい。
- ・乳房ダイナミックMRI(7/19)：授乳期の乳腺。明らかな腫瘍指摘できず。
- ・頭部MRI(7/25)：明らかな異常なし。下垂体にも異常なし。
- ・胸腹骨盤CT(7/26)：乳腺の腫脹。わずかな右胸水。軽度脾腫。
- ・上部消化管内視鏡(8/3)：食道、胃、十二指腸に明らかな異常なし。
- ・腰椎MRI(当院整形外科 9/6)：L2に椎体の異常信号あり。
- ・胸腹骨盤CT(9/10)：明らかな絨毛性疾患を疑う所見なし。
- ・PET-CT(9/21)：L3椎体上部の集積は前回同様。左乳腺の集積は消失している。

【病理検査】

- ・子宮内容物(みたき総合病院 6/21)：胎盤組織遺残によると思われる所見は認めず。
- ・子宮内膜(8/29)：核の濃染腫大を示す内膜腺組織。絨毛組織は認めなかった。
- ・CTガイド下生検(9/19)：濃染核腫大と核分裂像を伴う大型異型細胞がごく少数あり。免疫染色にてhCG(+) panCK(+)。絨毛癌の骨転移と考えられる。

【考察】

妊娠性絨毛新生物が考えられた症例であるが、画像および病理診断にて子宮内および骨盤内に原因と思われる病変を指摘できず、また絨毛性疾患の好発転移部位である肺、脳、肝にも明らかな病変を認めなかった。hCG産生腫瘍の可能性も考えたが、脳、胃、肺、肝といった部位にも明らかな病変認めずこれも否定された。

当院紹介後もhCG上昇を認めたため、絨毛性疾患の診断にてMTX20mg×5days投与を8/6より開始し様子観察、9/22までに3コース施行した。

整形外科腰椎MRIにて腰椎に腫瘍性病変を疑わせる異常信号を認めたため、CTガイド下にて生検施行。絨毛癌を認めた。

今回腫瘍が腰椎のみに局在することより局所の治療を優先とし、10/18に手術予定とした。その後病理組織の結果にて化学療法（EMA/CO）等を検討していく予定

問題点：診断、今後の治療

討議内容：

病理診断がまず問題となった。HCG産生の絨毛癌以外の腫瘍の可能性も討議されたが、病理組織学的には絨毛癌と考えたいとのことであった。原発不明と考えるか、腰椎椎体原発と考えるか、絨毛癌が出産の際消失してしまったのかも議論となったが、出産と関連していることから子宮内発生 of 絨毛癌と考えるのが妥当であろうとのことであった。これまでの抗癌剤治療に関しても議論となったが、より強力な化学療法が必要であろうとの指摘がなされた。

第6回（平成19年11月21日開催）

司会：毛利靖彦（消化管外科）

参加者数：45名

症例1：転移性硬膜内髄外腫瘍が初発症状であった扁平上皮癌

診療科：鈴鹿回生病院 整形外科 発表者 福島達樹

年齢：64歳

性：男性

現病歴：

平成19年5月末より仙骨部痛出現した。

7月18日当院整形外科初診し、骨盤MRI、骨シンチ施行するも明らかな異常所見がないため、経過観察となった。その後、徐々に仙骨痛増強、両側坐骨痛が出現し、体動困難となったために8月30日当院入院した。脊髄造影にて仙骨レベル硬膜内中央に紐状の索状陰影を認めたが、悪性所見を疑わず、脊髄終糸係留症候群を疑った。硬膜外ブロック、神経根ブロックにてやや症状改善し、一時退院となった。

10月27日自尿が出なくなり、膀胱直腸障害出現した。10月28日脊髄終糸係留症候群疑いにて緊急手術を行った。

手術所見：仙骨レベルの硬膜切開を行ったところ白色、粥状の脆い腫瘍組織が充満し、馬尾神経を周囲の硬膜に圧排していた。可及的に切除を行ったが、馬尾神経周囲の腫瘍は残存させざるを得なかった。病理結果は扁平上皮癌であった。

その後、胸部CTの右上肺に原発と疑われる陰影を認め、PET-CTでは右副腎にmetaが疑われた。11月19日右上肺陰影に針生検術の予定である。

問題点：

原発の診断は未だついてませんが、今後の治療方針をどうするべきでしょうか。

Radiationの範囲はどの程度行うべきでしょうか。（全脳全脊髄照射は、必要でしょうか。）

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、呼吸器内科、放射線治療科

討議内容：

鈴鹿回生整形主治医：現在、全身検索を行ったが、原発を確認することができておりません。当院胸部外科より、右肺尖部のCT陰影が原発の可能性があるとこのことで、針生検術を施行したが、結果は炎症性変化のみであり、悪性所見は認めなかった。耳鼻科、皮膚科、泌尿器科コンサルトしたが、特に原発巣らしき悪性所見を認めることはできず、現在原発不明であります。

放射線科：画像所見は、右肺尖部のCT陰影は、造影の状態、PET-CTで集積がないことより、悪性所見はなく、炎症性変化であると考えられる。生検術より陰性所見が出ており、右肺尖部の原発は否定されます。それに対してPET-CTでの右副腎部の集積は明らかに転移が疑われる。

全身画像所見からは原発巣を限定することができない。しかも、術前の脊髄造影、造影後CT、造影MRIより仙骨部硬膜内腫瘍を認めることはできない。

脳神経外科：仙骨部にdimpleなどの皮膚所見があったり、二分脊椎などの画像所見はなかったのか？つまり上皮組織が硬膜内に迷入していた可能性はなかったのか？そのような迷入した上皮組織からの癌化の可能性はなかったのか？epidermal cystなどのcyst形成は腫瘍組織付近になかったのか？

鈴鹿回生整形主治医：仙骨部痛が主訴であったために何度も仙骨部の視診、触診は行いましたが、仙骨部の明らかなdimple、多毛などの皮膚異常所見は認めませんでした。X-p、CT上でも椎弓形成不全などの二分脊椎の所見を認めませんでした。手術所見としては、仙骨部硬膜内にcyst形成などのなく、くも膜に沿った腫瘍組織が浸潤しており、一部が索状に頭側に硬膜中心をのびており、これが終糸のように脊髄造影CTでうつったようである。

国内の発表では扁平上皮癌の硬膜内転移は数例のみであり、すべてがLK治療後の転移巣であり、硬膜内原

発の扁平上皮癌の報告は認めなかった。現時点ではこれらのことより我々は、原発不明巣からのmetaではないかと考えている。

鈴鹿回生病院主治医：現時点では原発不明として、仙骨部硬膜内転移、右副腎転移を認め、脳、仙骨部以外の脊髄転移は認めないが、化学療法、放射線療法の治療はどのようにするべきか、ご教授の程よろしく願います。

腫瘍内科：右副腎にmetaがあることにより現在は外科的治療の適応にはならないでしょう。今後、扁平上皮癌に対する化学療法、放射線療法主体に治療となってくる。根治は難しい。

放射線科：現時点の画像所見では脳、仙骨部以外の脊髄に転移はなく、全脳全脊髄照射の適応にはならない。仙骨部の部分照射でよいのではないかと。

鈴鹿回生整形主治医：術中、可及的に腫瘍切除を行ったが、馬尾神経周囲の切除は神経損傷の可能性が高くなり不可能であり、腫瘍は残存しております。また、肉眼的ではないが、microレベルでは髄液播種は間違いなくしていると思います。そのため全脳全脊髄照射を考える必要はないのでしょうか。

放射線科：全脳全脊髄照射の骨髄抑制、放射線による脳・脊髄障害などのデメリットを考えると、あまりメリットがないものと考えます。

鈴鹿回生整形主治医：ありがとうございました。部分照射と化学療法を中心に今後の加療を考えさせていただきます。

症例2： 診断に苦慮した胚細胞腫の1例

診療科：小児科 発表者：坂田佳子

年齢：15歳

性：女性

【主訴】体重減少

【周産期歴、既往歴、家族歴】特記なし

【現病歴】

2007年の1月、体育でマラソンの練習をしていた時に左手足の冷感を主とする体調不良を覚えていた。1/29に近医整形外科受診したが靭帯の炎症と診断され軟膏を処方された。症状改善なく、同院から小児科に紹介となったものの原因不明のまま神経内科を紹介された。同科で施行された頭部CTにて脳梗塞を疑われ、脳MRI検査目的も兼ねて他総合病院に紹介となった。このころから夜中に排尿のためしばしば起床するようになった。同院のMRIでも脳梗塞と診断され、2/8に精査加療目的で入院となり、バイアスピリン内服と左上下肢のリハビリを開始し2/28同院退院となった。4月ころから食欲が減少し始め、また、左上下肢の麻痺、筋力低下が目立ち始めた7月ころから多飲、体重減少を認め、学校の成績が低下し始めた。8/10の時点では1月から-8kgとなり、精神科受診を勧められたが都合により受診しなかった。その後10月になり体重減少著しく（1月から-13kg）、小児であることから当科を紹介され精査加療目的で入院となった。2006年5月に初潮、同年9月に月経1度あったがその後はない。

検討希望事項：

今回のケースは、発症の仕方が稀だそうです。診断がつくまで多数の科にわたって診療されてきました。この機会に情報を共有したいと考えています。

討議内容：

画像上割合典型的な胚細胞腫であるとの指摘もあったが、脳神経専門の放射線科医でなければ読影は困難であろうとの指摘がなされた。同様の胚細胞腫の症例の手術方法と経過が脳神経外科松原先生により示された。

第7回 （平成19年12月19日開催）

司会：小林 裕康（呼吸器内科）

参加者数：45名

症例：舌に発生した若年男性の胞状軟部肉腫

診療科：耳鼻咽喉・頭頸部外科 発表者：竹内万彦

年齢：27歳

性：男性

現病歴：

4ヶ月前より舌先にしびれがあり、2ヶ月前より痛みを伴う舌の腫脹が出現した。11月下旬の当科受診時、舌は全体が腫大し固く触れた。頸部リンパ節の腫脹はみられなかった。外来での舌からの穿刺吸引細胞診ではacinic cell carcinomaが疑われたが、入院後行ったincisional biopsyにて胞状軟部肉腫（alveolar soft part sarcoma）と診断された。

PET/CTでは口腔底に高度のFDG集積がみられる他、右腸骨に2ヶ所軽度の集積が認められる。

問題点：

舌腫瘍に対しては舌全摘術を考慮しているが、その適応について

(術後の)化学療法のメニュー

骨盤病変の診断と治療

特に相談したい診療科：

腫瘍内科、整形外科、放射線科、病理、小児科

討議内容：

Alveolar soft part sarcomaの臨床的特長

- ・まれな腫瘍
- ・緩除に増大するが悪性度は高い
- ・10～30歳台に好発し、女性に多い
- ・四肢に多く頭頸部の発生は希（眼窩と舌）
- ・手術が第一選択の治療
- ・しかし、局所再発や肺、骨、脳への転移がよくおこる

MRIの像の特徴として、flow voidが指摘された。

次の問題点について討論された。

1. 舌腫瘍に対しては舌全摘術を考慮しているが、その適応について
骨盤の病変は転移と考えられ、まだ小さいので、照射あるいは切除で制御可能であると考えられる。よって舌に対して積極的治療を行う適応はある。手術の際には出血が多いので、塞栓術を考慮するのもよい(術中の舌動脈結紮でも対応できる)。
2. (術後の)化学療法のメニュー
化学療法は一般的に効果が期待できない。インターフェロンが有効との報告もある。
2. 骨盤病変の診断と治療
CTで骨融解像がみられ、転移と思われる。治療は1. に述べたとおり。

第8回 (平成19年1月16日開催)

司会：木瀬 英明 (泌尿器科)

参加者数：45名

症例：原発不明の悪性胸壁腫瘍

診療科：呼吸器外科 発表者：島本 亮

年齢：67歳

性：男性

現病歴：平成19年10月初旬に右前胸部違和感を認識し尾鷲総合病院整形外科を受診。精査の結果、右胸壁腫瘍(原発性肺癌の胸壁浸潤疑い)と診断され、同年10月30日、当院呼吸器内科を紹介受診。11月7～20日、精査目的で呼吸器内科入院。CTガイド下生検で腺癌確診(cT3N0M0)。PET/CTでは、同部腫瘍と右肺門部に集積を認めたが、原発は不明(右肺上葉?)。inducton chemoradiationのため尾鷲総合病院へ転院、CBDCA+PTX(1コース)、RTx(50Gy)

施行後、術前精査目的に当科へ転院された。

既往歴：認知症、アルコール性肝炎

喫煙歴：40本/日×47年

右第1趾に悪性黒色腫疑いの病変あり

問題点

原発は肺? 乳癌の可能性は?

治療方針、手術? chemoradiation?

手術の場合の胸壁再建法

悪性黒色腫合併

特に相談したい診療科：

画像診断科、臨床病理部、皮膚科、整形外科、呼吸器内科

討議内容：

画像上やはり肺癌の胸壁浸潤と考えるのがよかろうとのことであった。化学療法により腫瘍は縮小していることが確認された。腋窩部にリンパ節の腫脹があるが、もしこれがリンパ節転移でなければ、肺癌の胸壁浸潤の場合胸壁合併切除をすればかなり良い生命予後が得られるとのことなので、手術適応はあるだろうとの判断となった。胸壁は大胸筋を切除してしまった場合は、メッシュで胸壁を再建したあと広背筋皮弁が必要となるが、大胸筋を切除する必要がない可能性が高いだろうとのことであった。足趾の悪性黒色腫は今回の手術と同時に切除することとなった。

第9回 (平成19年3月19日開催)

司会：奥川利治 (婦人科)

参加者数：45名

症例：慢性腎不全を合併する舌癌頸部転移症例

診療科：顎顔面口腔外科 発表者：乾眞登可先生

年齢：31

性：男性

現病歴：

昨年10月頃より舌をよく噛むようになった。初診約1ヶ月前、強く舌を噛んでしまい出血。その後疼痛が増強し、潰瘍状となった為、来科。初診時に生検を施行し、舌扁平上皮癌との診断を得た為、精査加療のため2月21日より入院中である(初診時：T2N1M0、stage III)。その後撮影した造影CTではオトガイ下リンパ節、左側深頸部リンパ節への転移が指摘されており、PET検査では原発巣およびオトガイ下リンパ節への高い集積が認められた。

既往歴：

慢性腎不全—腎移植されるも生着せず。現在、腎透析施行中

現在までの治療内容：

UFT-E 300mg/day 2月19日-3月5日

タキソテール 90mg 3月6日

今後、放射線治療を施行予定

問題点：

放射線治療後、全身麻酔下での手術(舌半側切除術、左側全頸部廓清術、右側上頸部廓清術)が必要です。心エコー上、壁運動異常の可能性を指摘されているが、手術可能であるかどうか。さらに術中、術後の大量出血のリスクがあるが、透析中であるので輸液、輸血をどのように施行するかが問題点となっています。

特に相談したい診療科：

腎臓内科、循環器内科、腫瘍内科、放射線科

討議内容：

腎臓内科、循環器の医師は参加していなかったが、腎臓内科医師からは腎移植の際用いた免疫抑制剤が発癌の原因となっている可能性を事前に指摘されていた。また循環器内科医からは手術そのものには特に問題がないことを事前に報告された。また腫瘍内科からは最近人工透析を行いつつ化学療法を行う方法がトピックになっており、化学療法が必要であれば腎臓内科と相談しながら厳重な管理の下化学療法が可能であるとの発言



三重県がん登録研修会 第1回

川俣 晴美

第1回 三重県がん登録研修会

平成19年10月25日(木)

18:30~20:40

於：第2会議室

「肺がん」について

講師 高尾仁二先生 呼吸器外科

三重大学附属病院の症例から始まり、死亡率の推移、手術症例、がんの生存率、部位別生存率、病気分類と治療方針、検査、手術方法、原発肺がん、転移性肺がんなど、がん登録を行う上で必要な基礎知識から最近の肺がんの傾向に至るまでを講演して頂きました。先生のお話の中で、最近は無スモーカーに出来る腺がんが多くなっていることと、肺がんが女性に多くなっていると言われた事が、同じ女性として肺がんは人ごとではないと改めて思いました。登録をしていく中で半信半疑だった事が、先生の分かりやすい説明で理解することが出来ました。

「放射線治療」について

講師 野本由人先生 放射線治療科

放射線治療の特徴、がん診療における放射線治療の役割、放射線治療の実際、治療の流れ、方法、放射線の種類、治療方針の決定(根治目的・症状緩和目的)、治療計画、放射線治療の現状、治療に伴う有害事象(副作用)、部位別治療の方法、放射線治療の具体的症例などを説明して頂きました。放射線とは何か、放射線による身体への影響など、興味深い事を詳細に知ることが出来ました。入院・外来を問わず、数回の治療から数十回の治療まで患者への被曝はない事など、不安に思っている事柄についても正しく知ることが出来ました。

参加者30名と盛況の中、講演をして頂きました。実際がん登録をされている方からドクターの方や大学

の先生など多職種の方々が集まって、最近のがん治療の状況から、これからのTNMの変更等のことまで、いろいろな情報を得ることが出来、有意義な時間を持つことが出来ました。基本的なことが分からない私にとって、先生方から教えて頂いたことは、これからのがん登録におおいに役立てていけることと思います。今後も努力し、より正確なデータが出来るよう頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともご指導よろしくお願い致します。

三重県がん登録研修会 第2回

岡田 康子

第2回 三重県がん登録研修会

平成19年11月13日(火)

18:30~20:40

於：三重大学医学部附属病院 第2会議室

下部消化管癌について

講師 消化管外科 三木誓雄先生

ここまで進んだ大腸癌の治療として、まず大腸の構造の説明をして頂き、主要部位別罹患数の年次推移をグラフで説明して頂きました。次に診断と治療では、大腸癌の進行度、施設間、執刀医間での治療実績の差、大腸癌治療の著しい進歩のお話をして頂き、化学療法が進歩が大きく貢献しているとのことで、さらに大腸癌の集学的治療では、手術、放射線療法、特に化学療法について詳しい説明を受けました。PMC療法とは、大腸癌の治療方法で抗がん剤の組み合わせにより抗腫瘍効果を増強させることを目的とした化学療法だそうです。大腸がん、直腸がんの治療に適用され、PMCにより治療された症例の生存率は、PMCを受けなかった対照群と比較して明らかに良好だそうです。続いて手術療法、術前放射線化学療法についてもお話頂き、最後に下部進行直腸がんに対する当科での治療成績の説明をして頂きました。

産婦人科癌について

講師 産婦人科 田畑務先生

婦人科悪性腫瘍についてまず当科における悪性疾患治療症例数の説明と三重大学における子宮頸癌の5年生存率をグラフで示して頂きました。次に子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌についてお話頂きました。子宮頸癌の組織分類、治療方針、手術、放射線療法、子宮体癌の組織分類、手術、治療、子宮体癌におけるリンパ節転移の頻度、臨床進行期と5年生存率、卵巣癌の腫瘍の種類、手術術式、治療方針について教えて頂きました。女性にとって最も身近な疾患であるのでとても参

考になりがん登録に関する講義もよく理解できました。

受講後の感想

三重県内のがん診療連携拠点病院をはじめ、がん診療及びがん登録に携わる院内外の医師、がん登録従事者25人の参加がありました。より精度の高いデータ集積のため、がん診療及びがん登録に精通した講師の講義を受けさせて頂き、院内がん登録についての理解を深め効率的に運用させ今後のがん登録業務に役立てていきたいと思っています。

三重県がん登録研修会 第3回

倉田 知江子

第3回 三重県がん登録研修会

平成20年2月9日(土)

14:00~17:00

於：アスト津 4階会議室

外部講師：福井県立病院 臨床病理科
海崎 泰治先生

○泌尿器癌について

(前立腺癌、腎癌、膀胱癌、腎盂・尿管癌、精巣癌)
解剖的図説をもとに浸潤の仕方や、主たる組織診断名について説明がありました。また、UICCと取り扱いの相違点、がん治療方針、病理レポートの読み方、演習問題等を臓器毎に説明していただきました。それらの中で特に精巣癌においては、血清腫瘍マーカーについて病期分類に加味しなければならなかったことが私にとっては新発見でした。院内症例数的には少数であるが確認をすることができ、より精度の高い登録を実現することに繋がられました。とても重要なポイントをテンポ良く話して下さる事で、整理された状態で頭に入りやすく耳学の素晴らしさを体感できた研修会でした。また是非、来年度も海崎先生の講師のもと、研修会を受けたいと思いました。

○多重癌について

多重癌（SEERのルール）の判断について、非常にわかりやすく、また現場の立場に立って説明してもらえました。ルールと現場の差についてもどう考えればよいのかといったポイントをわかりやすくお話しいただきました。臨床医とこの登録への理解度がSEERのルールと隔たりがあるのではないかといった問題点が見えてくる重要な研修内容となりました。

○福井県の現状

Casefindingについて、福井県立病院で使用しているシステムを使った方法案としての話がありました。病院全体でがん登録の為のシステム変更が出来ていることに、とても感銘を受けた、またそうなっていく為に海崎先生の福井県立病院における存在の大きさを感じた内容でありました。当院も、今以上に何らかの形で病理医を中心としたがん登録、また院内にシステムも含めた色々な働きかけを行っていきたいと感じました。

三重県がん登録研修会 第4回

倉田 知江子

第4回 三重県がん登録研修会

平成20年2月14日(木)

18:30~20:00

於:第2会議室

肝臓・胆道・膵臓・乳がん 講師 肝胆膵・乳腺外科
伊佐地 秀司先生

死亡率の推移表、部位別がん死亡数(2007年版)、がん死亡国際比較(男女別)、肝がん・胆のうがん・膵癌の国内死亡比の地域特性(H12)等を基に全体的ながんの動向における話を学ばせていただきました。

○ 肝がんについて

肝癌の特徴、肝癌の発生・その原因・進行の仕方・肝機能障害の存在について

肝癌の治療方法について、図説を基に切除方法についての話を聞かせていただきました。

その他、取り扱い規約についての話を聞き、肝腫瘍の組織学的分類(WHO, 1994)やUICC 2002年第6版の話を教えていただくことができました。

○ 胆のう・胆管がんについて

胆道癌とは、肝外胆道系に発生した、胆のう癌・胆管癌・乳頭部癌を示しており、胆道癌取り扱い規約(第5版)に乗っ取って、お話いただきました。

○ 膵がんについて

死亡率が高く、難治性癌であること。早期発見が難しく、根治が困難であり、またがん成長速度が速いこと等が特徴であると、臨床的な部分を聞くことができました。

○ 乳がんについて

図説、写真を交えて部位的特徴、治療方法などを教えていただきました。

◎ 受講後の感想

伊佐地先生、肝胆膵外科及び乳腺外科という非常にジャンルの広い部分をわかりやすくお一人で講師をしていただきました。肝癌の国内取り扱い規約については、策定委員になってみえる程の先生で、国際分類UICCと交えた形で話があり難しい中でも、理解しやすかったです。膵癌についての現在の治療状況など、臨床ならではのお話が聞け、とても勉強になりました。乳癌については、写真を交えた形で治療方法など非常にわかりやすく教えていただきました。これらを今後のがん登録実務にしっかり活かしたいと思いました。

三重県がん登録研修会 第5回

江頭 恵

第5回 三重県がん登録研修会

平成20年2月27日(水)

18:30~20:40

於:第2会議室

血液がんについて

講師 血液内科 山口素子先生

悪性リンパ腫(B細胞リンパ腫、T細胞またはNK細胞リンパ腫、ホジキンリンパ腫)の基本治療方針の講義をして頂きました。

悪性リンパ腫は、多くの病型の集合体であり、病型ごとに治療が異なる為、詳細な病型診断が必要・初診診療科と血液専門医の連携が必要です。

固形癌と比べて、化学療法・放射線治療が、有効で、治療も望めます。

診断法・治療法が、急速に進歩(レセプト病名が古いことも・・・追いつかない)

→現在、三重大学オリジナルの治療法を臨床試験で、検証中との事です。

上部消化管がんについて

講師 消化管外科 毛利靖彦先生

胃がんについて、講義をして頂きました。

がんによる死亡-部位別で表わしてみますと、胃がんは、男性-2位、女性-1位で男女ともに、上位に入っています。(全年齢2005年)

胃がんステージ別の5年生存率は、
ステージ

I A・・・93.4%	III A・・・50.1%
I B・・・87.0%	III B・・・30.8%
II・・・68.3%	IV・・・16.6%

講義を受けて

山口先生の講義の中に、患者さんのライフスタイルに合わせ、日常生活を大事にしつつ、良好なコントロールを目標とするとありました。

また、毛利先生の講義の中には、'胃がんガイドライン'があり、その目標としては、無駄な治療を廃して、人的・経済的負担を軽減する・・・などありました。

治療が長期に及ぶ事もあります。無理のない、患者さんにあった治療をされている事を知りました。がんセンターが行っている'がん登録'で、病気の進行具合、治療、治療結果など、データを挙げていく事で、何らかのお手伝いが出来ればと思います。

がん登録に携わって

福本 由美子

平成20年5月1日より新しくがんセンタースタッフになりました福本です。

私のがんセンターに勤務させていただく様になり、約1ヶ月になります。同時にがん登録に携わって1ヶ月になりますが、登録されたデータが、がんの予防と今後の治療などに、役立つという事が分かりました。

これからも、ひとつひとつの登録を大切にしていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

三重大学がんセンターこの1年の歩み

がんセンター長 中瀬一則

平成19年度(平成19年4月より平成20年3月まで)の三重大学がんセンターの歩みをご報告致します。がんセンターが関連した会議、行事などの日程の詳細については、がんセンター関連イベント日程表をごらん下さい。主だった出来事についてご紹介させていただきます。

がん対策への御寄付

平成19年8月16日に6月に死去された百五銀行元頭取の川喜田貞久さんの妻淑子さんより、がん対策に役立ててほしいと百万円の御寄付を頂きました。ご遺族の方の御篤志に心より厚く感謝申し上げます。



川喜田淑子さんより御寄付を受け取る
内田淳正病院長

患者会との交流会

三重県がん患者とサポーターの集い(三重県健康管理事業センター)、みえ生と死を考える市民の会、名張市がん・難病相談室サポーターの会との交流会が平成19年9月21日(金)午後1時30分より三重大学医学部先端医科学教育研究棟3階基礎第二講義室で行われました。30名を超える患者会の方が参加され、ご自分の体験にもとづいたさまざまな質問が交わされ、有意義な会となりました。交流会の内容は以下のように、がん対策基本法で今後のがん治療における重点課題とされている緩和医療と放射線治療(ラジオ波治療を含む)

について三重大学医学部附属病院での取り組みを紹介し、それぞれの講演のあとで質疑応答が行われました。

■ 交流会のプログラム

午後1時半～ 挨拶

- | | |
|------|------------------------------------|
| 吉田美昌 | 三重県健康管理事業センター
診療所所長 |
| 大西和子 | みえ生と死を考える市民の会会長
(三重大学医学部看護学科教授) |
| 清野玉男 | 名張市がん相談室サポーターの会
会長 |
| 内田淳正 | 三重大学医学部附属病院病院長 |

午後2時～ 講演【緩和医療について】

- | | |
|-------|---------------------------------|
| 佐藤佳代子 | 三重大学医学部附属病院臨床
麻酔科医師 |
| 中村喜美子 | 三重大学医学部附属病院副看護師長
(がん看護専門看護師) |
- (質疑応答含む)

<休憩>

午後3時15分～

【放射線療法とラジオ波凝固療法について】

- | | |
|-------|--------------------------|
| 伊井憲子 | 三重大学医学部附属病院
放射線治療科医師 |
| 田中 充 | 三重大学医学部附属病院
放射線部門主任技師 |
| 山門享一郎 | 三重大学医学部附属病院
放射線治療科副課長 |
- (質疑応答含む)

午後4時15分～ 終わりの挨拶

- | | |
|------|------------------------|
| 中瀬一則 | 三重大学医学部附属病院
がんセンター長 |
|------|------------------------|

広野光子 名張市がん・難病相談室
専任相談員

☆司会 辻川真弓 三重大学医学部看護学科准教授



挨拶する内田淳正病院長



ラジオ波について講演する山門享一郎医師



講演を真剣に聞き入る患者会の皆様

第3回がんチーム医療研究会

第3回がんチーム医療研究会が平成19年9月21日(金)午後6時30分よりホテルグリーンパーク津で開催されました。当日は三重大学医学部附属病院はもとより、三重県の地域がん診療連携拠点病院に指定されている三重中央医療センター、山田赤十字病院、三重県立総合医療センター、松阪中央病院から院長をはじめ、医師、薬剤師、看護師、事務部含め多数の方が参加されました。その他にも北は桑名の山本総合病院から南は尾鷲総合病院まで県内の多数の病院からも医療従事者の参加があり、全体で162名の参加者となり、熱気に満ちた雰囲気の中で活発な討論が行われました。研究会の内容は以下の如くで一般演題が3題で三重中央医療センター、済生会松阪病院、山田赤十字病院からチーム医療の取り組みについて発表があり、そのあと本年4月から施行されたがん対策基本法で重点的に取り組むべき課題とされている緩和医療(講演Ⅰ)と化学療法及び放射線療法(悪性リンパ腫を対象)(講演Ⅱ)についてそれぞれ三重大学医学部附属病院の専門医によって講演が行われました。

■第3回がんチーム医療研究会のプログラム

開会の挨拶

三重大学医学部看護学科 学科長 大西和子

一般演題

司会：三重大学医学部附属病院 副薬剤部長
岩本卓也
済生会松阪病院 がん看護専門看護師
村木明美

「放射線食道炎に対する

冷却したアルギン酸ナトリウムの効果の検討」

国立病院機構三重中央医療センター 東7階病棟
堀端志保

「抗体製剤をいかに安全に投与するか
～当院血液内科病棟における取り組み～」
済生会松阪病院薬剤部 中西伸樹

三重大学医学部附属病院臨床麻醉部 佐藤佳代子
講演Ⅱ
司会：山田赤十字病院血液内科 部長 玉木茂久

「患者への病名告知を拒否する家族への関わり」
山田赤十字病院看護部 深世古律子

「悪性リンパ腫の基本治療方針と最近の話題」
三重大学医学部附属病院血液・腫瘍内科
講師 山口素子

講演Ⅰ

司会：三重大学医学部附属病院 がん看護専門
看護師 中村喜美子

閉会の挨拶
三重大学大学院医学系研究科造血病態内科学 教授
片山直之

「三重大学がんセンター
緩和ケアチームの取り組みについて」



第3回がんチーム医療研究会 全体風景

第1回市民公開講座

三重大学医学部附属病院がんセンター主催の第1回市民公開講座～これからのがん医療を考えて～が平成20年3月1日（土）午後1時30分より三重県総合文化センター小ホールで開催されました。申し込み先着順で、300名様参加者を募集させて頂いたところ、917名の応募があり、結果的に多数の方のご希望に添うことができない形になってしまい、反省しております。最終的には305名様参加となり、盛況のうちに終了させて頂くことができましたが、次回は広い会場で、さらに多くの方に参加して頂けるように準備を進めておりますので次回もよろしくお願い致します。

公開講座の内容は以下のように、第1部で日本のがん対策で重点課題となっている化学療法、放射線療法、緩和医療の講演を行い、第2部で「これからのがん医療について」と題してパネルディスカッションが行われました。

■第1回市民公開講座のプログラム

総合司会 山上和美

第1部 13:00～15:00

開会のあいさつ

三重大学医学部附属病院がんセンター
センター長 中瀬一則

講演1

「外来治療を中心とした肺癌治療について」

三重大学医学部附属病院呼吸器内科講師
田口 修

講演2

「緩和医療について」

三重大学医学部附属病院精神神経科助教
松本卓也

三重大学医学部附属病院看護部
(がん看護専門看護師) 中村喜美子

講演3

「がんに対する放射線の治療について」

三重大学医学部附属病院放射線治療科講師
野本由人

休憩 15:00～15:15

第2部 15:15～16:00

パネルディスカッション

「これからのがん治療について」

座長

三重大学医学部看護学科准教授 辻川真弓

パネリスト

田口 修、松本卓也、中村喜美子、野本由人

閉会のあいさつ

三重大学医学部附属病院 病院長 内田淳正



市民公開講座のポスターとパンフレット



市民公開講座の受付風景



会場で講演に聞き入る参加者の皆様



パネルディスカッションの様子



閉会の挨拶をする内田淳正病院長

第4回がんチーム医療研究会

第4回がんチーム医療研究会が平成20年3月7日(金)午後6時30分よりホテルグリーンパーク津で開催されました。三重大学医学部附属病院はもとより、県内の地域がん診療連携拠点病院を中心に多数の病院から医師、薬剤師、看護師、事務部含め148名の方が参加されました。今回も活発な討論が行われ、盛況のうちに終了することができました。研究会の内容は以下の如くで一般演題が3題で三重大学医学部附属病院緩和ケアチーム、鈴鹿中央病院薬剤部、山

田赤十字病院社会事業部からの取り組みについて発表があり、そのあと、がん専門看護師の役割(講演Ⅰ)と放射線治療(講演Ⅱ)についての講演が行われました。

■第4回がんチーム医療研究会のプログラム

開会のあいさつ

三重大学医学部附属病院がんセンター
センター長 中瀬一則

一般演題

司会 三重中央医療センター薬剤科 間瀬広樹
岡波総合病院がん専門看護師 中 凜子

「がん看護専門看護師の役割」

三重大学医学部附属病院 がん看護専門看護師
中村喜美子

I 「多発性骨転移のある肺がん患者の在宅療養に向けた
緩和ケアチームの取り組み」

三重大学医学部附属病院理学療法部・緩和ケアチーム
石井千菊

講演 II

司会 三重大学医学部附属病院産婦人科 准教授
田畑 務

「がんに対する放射線治療と最近の話題」

三重大学医学部附属病院放射線治療科 外来医長
野本由人

II 「外来がん化学療法における薬剤師の役割」

鈴鹿中央病院薬剤部 前川ゆか

閉会のあいさつ

三重大学大学院医学系研究科造血病態内科学 教授
片山直之

III 「当院におけるチーム医療での取り組み
～MSWの立場から～」

山田赤十字病院社会事業部 上部真嗣

講演 I

司会 三重大学医学部看護学科 准教授 辻川真弓



第4回がんチーム医療研究会 全体風景

がんセンター

2007年度関連イベント日程表

4月16日	第3回がんセンターリーダー会議
20日	第2回がんセンター教育・研修部門会議
5月16日	第1回Tumor Board
24日	第3回がんセンター教育・研修部門会議
28日	第4回がんセンターリーダー会議
6月7日	第2回がんセンター運営委員会
20日	第2回Tumor Board
21日	第11回全国がん診療連携拠点病院連絡協議会（東京）
21日	第4回がんセンター教育・研修部門会議
25日	第5回がんセンターリーダー会議
7月2日	第1回三重県がん対策推進協議会緩和医療提供体制部会
18日	第3回Tumor Board
19日	第5回がんセンター教育・研修部門会議
31日	京大、滋賀医大、大阪医大と共同申請した文科省がんプロフェッショナル養成プランに採択される
8月1日	がん診療連携拠点病院及び院内がん登録実施病院情報担当者意見交換会
8日	第4回Tumor Board
23日	第6回がんセンター教育・研修部門会議
27日	第6回がんセンターリーダー会議
9月5日	第3回がんセンター運営委員会
20日	第7回がんセンター教育・研修部門会議
21日	患者会との交流会
21日	第3回がんチーム医療研究会
26日	第7回がんセンターリーダー会議
10月2日	がんプロフェッショナル養成プラン会議
3日	第4回がんセンター運営委員会
16日	第1回がんプロフェッショナルワーキンググループ会議
17日	第5回Tumor Board
18日	第8回がんセンター教育・研修部門会議
25日	第1回三重県がん登録研修会
31日	第8回がんセンターリーダー会議
11月1日	日本がん治療認定医機構の認定研修施設となる
13日	第2回三重県がん登録研修会
14日	がんプロフェッショナル臨床腫瘍コース会議（京都）
16日	国立がんセンター中央病院の院内がん登録見学
21日	第6回Tumor Board
22日	第9回がんセンター教育・研修部門会議
26-27日	院内がん登録初級者研修会（大阪）
28日	第9回がんセンターリーダー会議

12月3日 第2回がんプロフェッショナルワーキンググループ会議
4日 がんセンターホームページ開設
7-8日 院内がん登録初級者研修会（福井）
17日 三重大学がん看護認定看護師院内認定制度開始
18日 第2回三重県がん対策推進協議会 緩和医療提供体制検討部会
19日 第7回Tumor Board
20日 第10回がんセンター教育・研修部門会議
26日 第10回がんセンターリーダー会議

1月16日 第8回Tumor Board
18日 第1回三重県がん対策推進協議会 三重県がん対策戦略プラン策定検討部会
23日 三重県庁3階記者クラブで市民公開講座開催の記者会見
24日 第11回がんセンター教育・研修部門会議
28日 第3回がんプロフェッショナルワーキンググループ会議
29日 三重テレビがんセンター取材
30日 がんセンターホームページリニューアル
31日 第11回がんセンターリーダー会議
31-2月1日 院内がん登録初級者研修会（名古屋）

2月5日 三重テレビニュースのがん対策特集でがんセンターの取り組みが紹介される
7日 がんプロフェッショナル養成プラン薬物療法医コース会議（京都）
9日 第3回三重県がん登録研修会
14日 第4回三重県がん登録研修会
14日 がん専門薬剤師研修事業で「がん診療連携拠点病院の役割」の講義
19日 医療問題対策委員会で化学療法委員会設置の要望書薬剤部長より提出
21日 三重県がん診療連携協議会（第1回）
21日 第12回がんセンター教育・研修部門会議
24日 がんプロフェッショナル養成プラン緩和医療研修会（京都）
26日 第2回三重県がん対策推進協議会 三重県がん対策戦略プラン策定検討部会
27日 第5回三重県がん登録研修会
28日 第12回がんセンターリーダー会議

3月1日 第1回がんセンター市民公開講座「これからのがん医療を考えて」 三重県総合文化センター
2日 第6回がん患者とサポーターの集いフォーラム アスト津
7日 がんプロフェッショナル養成プラン医療フォーラム-がん医療専門職教育の現状と課題-（京都）
7日 第4回がんチーム医療研究会
12日 第3回三重県がん対策推進協議会 緩和医療提供体制検討部会
13日 第13回がんセンター教育・研修部門会議
14日 Tumor Board推奨企画講演会（津）
15日 第2回三重がん看護フォーラム（津）
17日 第4回がんプロフェッショナルワーキンググループ会議
19日 第9回Tumor Board
25日 第3回三重県がん対策推進協議会 三重県がん対策戦略プラン策定検討部会
25日 企画運営会議で化学療法レジメン審査委員会の規約承認
27日 第13回がんセンターリーダー会議
28日 再開発計画推進準備室の廃止に伴い、がんセンター院内がん登録室拡張

■がん関連施設・資格認定（平成20年6月現在）

三重県がん診療連携拠点病院

平成19年1月31日認定

日本臨床腫瘍学会認定研修施設

日本臨床腫瘍学会暫定指導医	11名
日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医	3名

日本がん治療認定医機構認定研修施設

日本がん治療認定医機構暫定教育医	29名
日本がん治療認定医機構がん治療認定医	18名

日本放射線腫瘍学会認定研修施設

日本放射線腫瘍学会認定医	2名
--------------	----

日本婦人科腫瘍学会専門医制度規則指定修練施設

日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医	1名
-------------------	----

その他の資格認定

日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医	21名
日本病院薬剤師会がん専門薬剤師	1名
日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師	1名
日本看護協会がん看護専門看護師	1名
日本看護協会がん化学療法認定看護師	1名

がんセンター リーダー・職員名簿

センター長	中瀬一則（血液内科）
連携部門リーダー	櫻井洋至（肝胆膵外科）
教育部門リーダー	野本由人（放射線治療科）
調査部門	
院内がん登録リーダー	田畑 務（産婦人科）
生物統計リーダー	西川政勝（血液内科）
治療部門	
化学療法リーダー	影山慎一（腫瘍内科）
手術療法リーダー	三木誓雄（消化管・小児外科）
放射線療法リーダー	山門亨一郎（放射線治療科）
緩和医療リーダー	佐藤佳代子（麻酔科）
患者支援リーダー	成田有吾（神経内科）
先進医療開発リーダー	水野聡朗（腫瘍内科）
診断部門	
Tumor Boardリーダー	松峯昭彦（整形外科）
事務部門	
院内がん登録	岡田康子
	川俣晴美
	江頭 恵
	福本由美子
医療サービス課	倉田知江子

三重大学医学部附属病院がんセンター 規程

趣旨

第1条

この規程は、三重大学医学部附属病院規程第15条第6項の規定に基づき、三重大学医学部附属病院がんセンター（以下「センター」という。）の組織及び業務について必要な事項を定める。

目的

第2条

センターは、三重大学医学部附属病院（以下「本院」という。）における高度で集学的ながん診療及び教育推進を目的とする。

業務

第3条

センターは、次の各号に掲げる業務を行う。

- 一 本院のがん患者登録に関すること。
- 二 がん治療成績のとりまとめ及びその公表に関すること。
- 三 診療科間のがん診療連携の企画・運営に関すること。
- 四 次世代がん診療に係る臨床腫瘍学的研究の推進に関すること。
- 五 がん治療に係る医療機関等との連携及びその推進に関すること。
- 六 がん診療及びがん予防についての啓発活動に関すること。
- 七 がん化学療法に関すること。

構成員

第4条

センターは、次の各号に掲げる者で構成する。

- 一 専任のセンター長
- 二 各診療科長
- 三 病理部長
- 四 薬剤部長
- 五 外来部門長
- 六 病棟部門長
- 七 看護部長
- 八 診療科所属の医師のうち、抗がん剤治療に関する専門的知識を有する者
- 九 診療科所属の医師のうち、放射線診断・治療に関する専門的知識を有する者

- 十 診療科所属の医師のうち、前2号に規定する以外の者
- 十一 診療放射線技師のうち、放射線治療に従事する者
- 十二 診療録管理に携わる者
- 十三 その他病院長が必要と認めた者

運営委員会

第5条

センターに、センターの管理運営に関する事項等を審議するため、三重大学医学部附属病院がんセンター運営委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会に関し必要な事項は、別に定める。

事務

第6条

センターの事務は、医療サービス課において処理する。

その他

第7条

この規程に定めるもののほか、センターに関し必要な事項は、病院長が定めることができる。

附 則

この規程は、平成18年6月28日から施行する。

三重大学医学部附属病院がんセンター 運営委員会内規

趣旨

第1条

この内規は、三重大学医学部附属病院がんセンター（以下「センター」という。）
規程第5条第2項の規定に基づき、三重大学医学部附属病院がんセンター運営委員
会（以下「委員会」という。）について必要な事項を定める。

審議事項

第2条

委員会は、次の事項を審議する。

- 一 センターの運営上の基本方針に関する事項
- 二 センターの施設・設備に関する重要事項
- 三 その他センターに関する重要事項

組織

第3条

委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- 一 センター長
- 二 病院長
- 三 副病院長
- 四 中央放射線部長
- 五 中央検査部長
- 六 病理部長
- 七 病棟部門長
- 八 外来部門長
- 九 薬剤部長
- 十 看護部長
- 十一 事務部長

委員長

第4条

委員会に委員長を置き、センター長をもって充てる。

- 2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 3 委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名した者が、その職務を代行する。

会議

第5条

委員会は、委員の3分の2以上の出席により成立する。

2 委員会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

委員以外の出席

第6条

委員長が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見又は説明を求めることができる。

庶務

第7条

委員会の庶務は、医療サービス課において処理する。

その他

第8条

この内規に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この内規は、平成18年10月14日から施行する。

附 則

この内規は、平成19年5月2日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この内規は、平成19年9月5日から施行し、平成19年9月1日から適用する。

化学療法レジメン審査委員会規程

設置

第1条

三重大学医学部附属病院に、三重大学医学部附属病院化学療法レジメン審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

定義

第2条

この規程において、レジメンとは、化学療法で使われる抗がん剤の使用量、使用法及び投与間隔等の取り決めをいう。

審議事項

第3条

委員会は、次の各号に掲げる事項を審議する。

- 一 レジメンの安全性及び有効性の審査に関すること。
- 二 レジメンの承認、削除及び運用に関すること。
- 三 その他レジメンに関すること。

組織

第4条

委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- 一 薬剤部長
- 二 がんセンター長
- 三 化学療法に携わる診療科の医師 8名
- 四 化学療法に携わる看護師 1名
- 五 化学療法に携わる薬剤師 2名
- 六 ゼネラルリスクマネージャー 3名
- 七 医療サービス課長
- 八 その他委員会が必要と認めた者

2 前項第3号から第6号及び第8号の委員は、病院長が委嘱する。

任期

第5条

前条第1項第3号から第6号及び第8号の委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

委員長

第6条

委員会に委員長を置き、薬剤部長をもって充てる。

- 2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 3 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指名した委員が、その職務を代行する。

会議

第7条

委員会は、委員の過半数の出席により成立する。

- 2 委員会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

委員以外の者の出席

第8条

委員会が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見又は説明を聴くことができる。

事務

第9条

委員会の事務は、薬剤部において処理する。

雑則

第10条

この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

この規程は、平成20年4月23日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

「がんプロフェッショナル養成プラン」 入学志願者募集

三重大学大学院医学系研究科の大学院プログラムは文部科学省が募集した2007年度「がんプロフェッショナル養成プラン」に選定されており、がん診療の第一線で活躍する医師、薬剤師、看護師を目指す方を対象として入学志願者を募集しています。「がんプロフェッショナル養成プラン」入学志願者募集

以下のコースが設定されています。

[1] がん医療に携わる専門医師養成コース

がん医療に携わる専門医師養成コースとして、がん薬物療法医、放射線治療医、婦人科腫瘍専門医の3コースを開設し、コアカリキュラムとして臨床腫瘍学を教授し、加えて各コースに必須な知識および技能を修得する専門修練カリキュラムを提供し、このコースの終了時点でそれぞれ日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医、日本放射線腫瘍学会の認定医、日本婦人科腫瘍学会の婦人科腫瘍専門医を取得できるように実地修練し、かつ各分野における臨床研究で学位を取得できるように教授します。

[2] がん医療に携わるコメディカル養成コース

がん医療に携わるコメディカル養成コースとして、がん専門薬剤師、がん専門看護師のコースを開設し、日本病院薬剤師会のがん専門薬剤師、日本看護協会のがん専門看護師の資格を取れるように教育し、同時に臨床研究によって学位を取得できるように教授します。

[3] がん医療に携わる医師の研修（インテンシブ）コース

がん医療に携わる医師の研修（インテンシブ）コースとして、がん薬物療法医インテンシブ・コースと緩和医療医インテンシブ・コースを開設し、既に地域の基幹病院や一般病院でがん医療を行っている医師を対象として、より高度な治療技術や知識にアップデートできるように時間外等の時間を利用した研修を行い、地域医療のボトムアップに貢献することを目指します。

「がんプロフェッショナル養成プラン」の詳細については下記の三重大学大学院医学系研究科ホームページを御覧下さい。

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/gakumu/>

問い合わせは、三重大学医学部医学系研究科チーム学務グループ大学院担当まで。

TEL : 059-231-5424 (直通) e-mail : g-daigakuin@mo.medic.mie-u.ac.jp



がんセンター構成員の紹介

（ 左から医療サービス課 倉田知江子、がんセンター 福本由美子、センター長 中瀬一則、
がんセンター 岡田康子、同 川俣晴美、同 江頭 恵 ）

編集後記

三重大学医学部附属病院がんセンター年報の創刊号を発刊することができました。この年報は平成19年度（平成19年4月より平成20年3月まで）1年間のがんセンターの活動記録です。がんセンター各部門、各部署のリーダーの先生、職員の方々に報告して頂きました。皆様のご協力に感謝致します。また、院内がん登録では、関連各診療科の先生方には大変お世話になっており、この場をお借りしてお礼を申し上げたいと思います。現在、院内がん登録のデータが着々と蓄積されつつあります。できるだけ早く生存曲線等を含めた種々の統計データをお示しし、院内の皆様の診療のお役に立てられればと考えております。

がんセンターは知名度もまだまだ低く、発展途上の部門ですが、今後皆様のご意見、ご要望を拝聴しながら、進化していきたいと思っておりますので、ご支援、ご協力の程を何卒よろしくお願い申し上げます。

（記 中瀬一則）

三重大学医学部附属病院がんセンター年報 Vol. 1

2008年7月8日発行

三重大学医学部附属病院がんセンター