

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2022.1

No. **91**

基本理念

人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。

基本方針

- 1 最速で質の高い医療を提供し、患者に優しい病院を目指します。
- 2 多職種によるチーム医療を実践し、安全・安心な医療を提供します。
- 3 地域の医療機関、保健・介護・福祉と連携を図り、急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害医療、国際救護活動の充実を図り、赤十字事業を推進します。
- 5 将来を担う人材の確保と育成に努めます。
- 6 一人ひとりが生き生きとし、働きがいのある病院を目指します。
- 7 健全経営の維持に努めます。



院長 横田 英介

明けましておめでとうございます。

連携医療機関、施設の皆様には日頃から地域医療支援病院としての当院の運営にご協力いただき心から感謝申し上げます。

新病院建設は2014年10月に着工し、2018年1月の北棟に続き昨年3月に南棟が完成し順調に稼働しております。病床数は632床から585床に削減したなかで、重症集中治療室はICU・CCUが8床から12床へ、HCUが4床から8床へ増床し、手術室、循環器センター、脳卒中・脳神経センターと隣接して配置しており機能的にも充実し高度急性期医療をさらに推進しております。病棟部門は入院される患者の皆様にとって快適な療養環境となるようにアメニティに配慮し、安全で安心な医療を提供すべく多職種によるチーム医療を推進し医療の質の向上に努めております。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、昨年は3月からの第4波、7月からの第5波で愛媛県でも多くの感染者が発生し当院も感染症指定医療機関として入院患者を受入れてきました。新病院オープンに際して病床数を削減した中でコロナ専用病棟を設置することで一般診療への影響が心配されまし

たが、診療制限することなくホットラインを含めた救急入院患者等の受入れにも対応できております。COVID-19の影響で患者さんの受診抑制が見られ令和2年度は入院、外来ともに患者数の減少が顕著にみられましたが、令和3年度になり徐々に回復傾向にあり、11月の病床稼働率は89%で、コロナ専用病棟を除くと92%（平日は96%）となり病床管理室のスタッフがご紹介いただく新入院患者の受入れのために奔走しております。

第5波は予想外の経過でいったんは収束しましたが、新たな変異株の出現により今後の見通しは不透明な状態になっており愛媛県では第6波に向けての検討が始められております。当院は引き続き感染症指定医療機関としてのCOVID-19の診療について求められる役割と地域医療支援病院としての高度・専門医療、救急医療等を両立して担っていく所存です。

現在、今年中のグランドオープンを目指して旧棟の解体工事を進めており、来院される患者、関係者の皆様には、今しばらく、ご不便ご不自由をおかけしますが、ご理解の程お願い申し上げます。

新しい年が皆様にとって素晴らしい一年になりますようお祈り申し上げます。

診療科紹介 病理診断科

病理診断科部長 大城 由美

病理は2008年に標榜科として認可され、当院でも2010年に「病理部」から「病理診断科」に改名しました。現在は、病理専門医2人、病理レジデント1人、臨床検査技師9人で、年間9,000件超の組織診断、6,000件超の細胞診断等に従事しています。病理医は患者さんを診察しないため、連携病院の先生方と直には接する機会がありませんが、最近では、連携病院で診断された標本をお借りして術前の追加検討を行うこともあり、ご協力に深く感謝申し上げます。

病理診断はヘマトキシリン・エオジン(HE)染色標本を、細胞診断はパピニコロウ染色標本を、顕微鏡で観察して行います。これらは現在まで一貫しており、あまり進歩がないのでは？と思われるかもしれませんが、しかし医療の発展に伴って大きく変化した部分もあるのでご紹介します。

免疫組織化学

免疫組織化学染色を始めて30余年になりますが、2008年には自動化し、診断精度が格段に向上し処理量も多くなりました。HE染色標本による診断の補助だけでなく、リンパ腫から肺癌に至るまで、確定診断に免疫染色が必須とされる疾患も増えています。また、抗CD20抗体やHer2阻害薬、ALK阻害薬など分子標的薬の適応を見る「コンパニオン診断」にも応用されています。いずれも治療法の発展に連動した変化であり、そのニーズは拡大する一方です。

細胞診断の進化

細胞診断は、細胞検査士の資格を有する臨床検査技師が主に従事し、病理医はその診断の確定を行う、という共同作業によってなされます。近年EUS-FNA・EBUS-TBNAが行われていますが、その検体採取が適切かどうかを検査中に判断する方法(検査中迅速細胞診; rapid on-site evaluation; 通称ROSE)を2018年に正式に導入しました。検体不足による検査の失敗が無くなり、痔瘻や縦隔腫瘍の術前診断がいち早くできるようになりました。また、液状化細胞診(liquid-based cytology; LBC)という集細胞性や視認性に優れた標本作成法が開発され、当院でも2014年に開始し、検体数の多い子宮頸癌スクリーニング検査等で活用しています。

がんゲノム医療との関わり

癌の病理検体からDNAやRNAを抽出してゲノム診断を行い治療法を模索する「がんゲノム医療」が



浸透してきました。しかしゲノム診断を成功させるためには良質な核酸をサンプリングする必要があります。検体の扱いに繊細な配慮が求められます。検体の採取・保管・評価・提出、精度管理などを、臨床と協力して行っています。

電算化と危機管理

プレパラート標本を作成してそれを顕微鏡で観察する、というきわめて手動的な仕事が軸ではありますが、機械化・デジタル化も進んでいます。2008年に病理管理システムを導入、2013年に電子カルテと連携することにより、診断すると即時に電カル端末で閲覧できるようになりました。組織標本をPC上で自在に観察できるバーチャルスライドシステムも2014年に導入し、術前術後カンファレンス等で活用し、臨床との強力なコミュニケーションツールとなっています。標本作成では、多数の診療科から提出される大量の検体に関して、検体取り違い等のミスを防止するため、依頼用紙、検体ブロック、プレパラートなどをバーコード化しています。

病理診断科では臨床医との密な対話を心掛けています。連携病院の先生とは主治医を通しての対話となってしまうかもしれませんが、今後ともどうかよろしくお願い申し上げます。



「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

災害時の医療連携 ～地域で連携し“命”と“生活”を守る～

患者支援センター

令和3年10月2日(土) 第20回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催しました。今年度は新型コロナウイルス感染症対策のため、Zoomを併用したハイブリット形式での開催となりました。院内98名、Zoom35名(合計133名)のご参加をいただき、関係者一同心よりお礼を申し上げます。

基調講演は、「災害時の医療連携－2019年台風19号長野県内豪雨災害の救護体験から－」をテーマに、前大津赤十字病院 高度救命救急センター長・救急部長 滋賀県参与 松原峰生先生に講演していただきました。実際の救護活動の体験について写真を用いて、臨場感のある講演を頂きました。想定外の事が起こることが災害であり、想定外の事に対応するためには、平時から分かりやすいマニュアルの作成、繰り返しの訓練、地域との連携が重要であると教えていただきました。

パネルディスカッションでは4名のパネリストをお迎えし、「災害対応の現状と課題～地域と連携し“命”と“生活”を守るための提言～」をテーマにそれぞれの立場から、取り組みや課題について提言をしていただきました。

愛媛県医療対策課 救急・災害医療グループ担当久保係長は、行政の立場から、愛媛県の災害時医療体制や、広域災害救急医療情報システム、平成30年度西日本豪雨災害の活動について講演されました。

松山赤十字病院の患者支援センター 塩崎看護師長は、災害拠点病院の立場から、当院の備えや、患者支援センターの取り組み、災害時の連携上の課題について講演しました。

衣山クリニック副院長藤方先生は、クリニックの立場から、災害対応の現状と課題について、衣山クリニックでの平時からの災害に備えた取り組みについて講演されました。災害時にも慌てずに透析を受けるために、患者のみならず、家族や介護関係者との関係作りをしておくこと、同じ透析施設でのネットワーク作りの重要性について講演されました。

認知症対応型通所介護事業所ウエルケア高浜 乗松所長は、地域密着型介護老人福祉施設の立場から、西日本豪雨被災地、高浜地区の災害復興支援について、地域との連携・ネットワーク作りのため、施設でサロンの取り組みや高浜地区防災連合会に参加し、地域の一員として動き、顔の見える良い関係を継続することの重要性について講演されました。

この合同研修会を通して、いつ起こるか予測の付かない災害に、どのように向き合うか、私たちに出来る事は何か、改めて考える機会になったと思います。自施設だけでなく、地域で連携して災害に備えることができるように取り組みたいと感じました。

最後に、この研修会の開催に関し多くの方々にご支援をいただいたことを心より感謝いたします。

文責 元木



開催要領

開 会	13:00～13:10	(敬称略)
開会挨拶	松山赤十字病院	院長 横 田 英 介
基調講演	13:10～14:10	
講師	大津赤十字病院 高度救命救急センター長・救急部長	松 原 峰 生
座長	松山赤十字病院	副院長 藤 崎 智 明
パネルディスカッション	14:20～15:45	
座長	松山赤十字病院 循環器内科部長・患者支援センター副所長	盛 重 邦 雄
	松山赤十字病院 看護副部長・患者支援センター副所長	酒 井 富 美
パネリスト	行政の立場から 愛媛県医療対策課 救急・災害医療グループ担当係長	鳥 谷 茂 樹
	災害拠点病院の立場から 松山赤十字病院 患者支援センター看護部長	塩 崎 博 子
	クリニックの立場から 衣山クリニック 副院長	藤 方 史 朗
	介護老人福祉施設の立場から ウエルケア高浜 認知症対応型通所介護事業所ウエルケア高浜所長	乗 松 雄 希
閉 会	15:50	
閉会挨拶	松山赤十字病院	副院長兼看護部長 児 島 二 美 子



泌尿器科領域での癌治療において手術は大きな柱の一つであります。手術は癌に侵された部位を取り除くことで根治をさせることと病理検査によって診断を確定させ、術後の経過観察、補助療法の適応に活用されます。

手術療法とは皮膚の切開、術野の展開、対象臓器への到達、目標とする操作(全摘除、部分切除、形成など)、閉創のプロセスで成り立っています。従来から行われていた開腹手術はこれらを段階的に実施していました。21世紀になると腹腔鏡手術が主流となり、小さな創部から腹腔あるいは後腹膜腔へ二酸化炭素を注入し一気に展開から到達までの操作が可能となりました。さらに気腹圧による出血の低減、近接・拡大視野による精緻な操作、正確な解剖の理解・把握により大幅な低侵襲を実現しました。医療機関にとっても早期離床、入院期間の短縮により効率的な運営が可能となっています。内視鏡画面を出力することで、術者・助手のみならず、麻酔科医、看護師、研修医、学生などのすべての参加スタッフが術野を共有しています。これらは教育的には極めて有用であり、他施設との比較により術式の標準化にも寄与しています。特定の医師にしかできない、いわゆるGod Handが不要となり比較的若いうちから手術を実施できるようになりました。手術の内容はデータとして保存されており、医療安全の側面からも有用であるといえます。一方で体腔内での運針や結紮は難易度が高く、改めてトレーニングが必要であり、これらを補うために新しい技術体系の構築が必要となり腹腔鏡手術から10年を経て、ロボット手術が導入されるようになりました。ロボット手術は正式にはロボット支援腹腔鏡手術のことであり腹腔鏡手術の進化版ととらえることができます。現在、泌尿器科領域では前立腺癌(全摘除術)、腎細胞癌(部分切除術)、膀胱癌(全摘除術)、が適応となっており、他の領域では直腸癌、胃癌、食道癌、肺癌、縦隔腫瘍、子宮体癌などを対象に多くの術式が保険適応となっています。当初泌尿器科で開始したロボット手術も別紙のように産婦人科、外科、呼吸器外科でも実施されるようになりました。さらには悪性腫瘍だけでなく骨盤臓器脱に対する仙骨腔固定術や腎盂尿管移行部狭窄症に対する腎盂形成術の適応、実施しています。全国的には他科領域での運用も広がりつつあり、外科手術における必須アイテムといえそうです。開腹手術から腹腔鏡手術まで数十年以上の月日を要しましたが、腹腔鏡からロボット手術までは実に10年で移行しています。医療技術は加速度的に進歩しており、その速さに驚きを隠せません。二次元モニタが三次元視野に進化し、カメラを通して見られる映像がより精緻、より実感的です。操作を行う鉗子の自由度が

高くなることにより腹腔鏡手術では難易度の高かった切離・縫合・結紮操作が自在にできる

ようになりました。前立腺癌における尿道膀胱吻合の質の向上や腎部分切除術における阻血時間の短縮につながるものです。操作に手ぶれがなく、クラッチ操作でギア比を変更することにより手元を1cm動かしても鉗子は2mmしか動かなく設定することも可能です。本セミナーでは手術手技の内容を動画で供覧していただきました。前立腺癌では確実な尿道膀胱吻合、術後早期に尿禁制が回復していることをお示しました。また腎癌に対する部分切除術では出血のない良好な視野での手術操作をご覧いただきました。病理学的検討により根治性が高いこと、阻血時間の短縮や腎機能が温存できていることを検証することができました。癌に対する根治性と生活の質の両立が高い次元で可能となりました。ロボット手術を積極的に活用することによって患者さんはもとより、連携医療機関の先生方からもよりご支持をいただけるようになったと考えています。

当院におけるロボット手術の実施状況

	前立腺癌	腎細胞癌	膀胱癌	直腸癌	子宮摘除	肺癌
2019 (4~12月)	37例	6例	3例			
2020	57例	12例	5例	9例	16例	
2021 (1~5月)	21例	10例	1例	3例	14例	1例

その他；腎盂形成術 3例、仙骨腔固定術 1例

ロボット支援手術後の尿禁制(2019-2021)

対象 105例(術者:5名)

術後4~5日で留置カテーテル抜去 7日目退院

経時的変化	ロボット	vs	腹腔鏡
1M	32.5%		30%
3M	78.9%		65.5%
6M	87.1%		92%

RAPN(ロボット手術) vs LPN(腹腔鏡手術) 腎部分切除術における腎機能の変化

	RAPN	LPN	p値
術前eGFR	66.65	69.95	0.13
術後3か月eGFR	59.95	61.75	0.44
術前後eGFR 変化量	-5.1	-10.2	0.08
術前後eGFR 変化率	-7.5	-14.1	0.12

有意差は得られなかったが、RAPNでは術後腎機能低下率は低い

病理学的断端陽性率

RAPN 0/20 0% LPN 3/50 6%



血液疾患の予後は徐々に改善しています。これは抗菌薬や防護環境など、補助療法やハード面の改善に加えて、各分野における治療の進歩も反映されています。

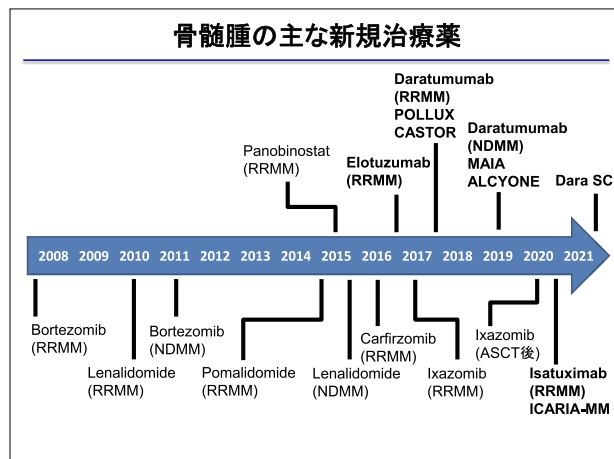
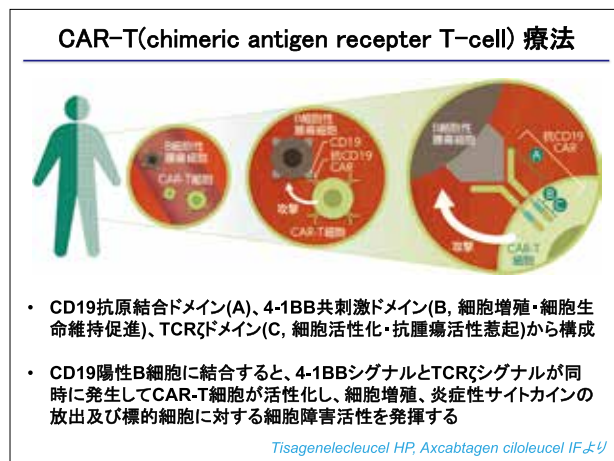
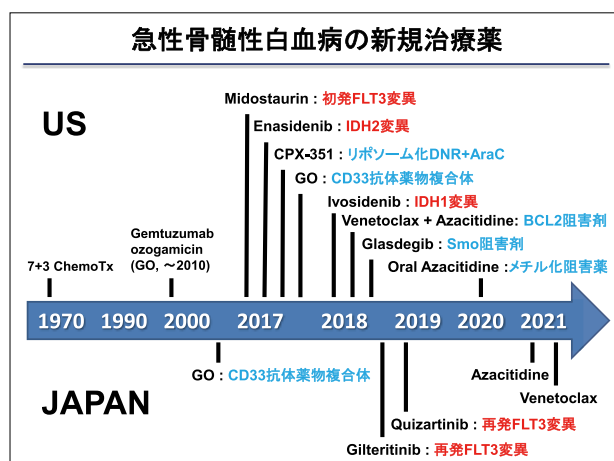
高齢化に伴い日本の白血病罹患率は10万人当たり11人程度と増加傾向にあり、発症年齢の中央値は68歳を超え、強力な化学療法や同種移植が難しい患者さんが増えています。同種移植以外の急性骨髄性白血病(AML)に対する新規治療は、1970年代に開発された化学療法から長らく進展がありませんでしたが、2017年以降様々な分子標的治療薬が登場しました。日本においても2018年に再発難治性FLT3変異陽性AMLに対してGilteritinib、Quizartinibが、2021年にはAzacitidine + Venetoclax 療法が使用可能となりました。特にAzacitidine + Venetoclax 療法は強力な化学療法の適応とならない高齢者AMLに対する有効性と予後の延長効果が示され、今後の高齢者AMLの標準治療と位置付けられています。

悪性リンパ腫の分野では、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)に対するCAR-T療法が登場しました。CAR-T療法は、投与を受ける患者さんのT細胞に、CD19を標的とするキメラ抗原受容体(CAR)を遺伝子導入した、遺伝子改変自家T細胞製剤です。リンパ腫細胞の表面に出ているCD19に結合することでCAR-T細胞が活性化して、リンパ腫細胞に対する特異的な細胞障害活性を発揮します。再発難治性DLBCLの約半数に奏効が期待され、今後施行可能施設の拡大に合わせ、適応症例の増加が期待されます。

多発性骨髄腫に対してはこの15年で多くの新規薬剤が登場しました。抗体薬に関してはElotuzumab、Daratumumab、Isatuximabが使用可能となり、2019年に初発骨髄腫に対してDaratumumabが適応となりました。Daratumumabは分子標的治療薬としての側面と、免疫賦活薬としての側面を持つと考えられています。従来の標準療法に上乗せすることで全生存期間の延長や、微小残存病変陰性化率の改善が示され、D-VMP療法及びDLd療法は、移植非適応初発骨髄腫に対する新しい標準治療となり、骨髄腫も長期生存が期待できる時代となってきてい

ます。

当科ではこれらの新規治療を積極的に取り入れており、患者さんに最適な治療を遅滞なく提供できるよう、日々の研鑽を積んでいきたいと考えています。





肺がんは罹患数が年々増加し、部位別死亡率が最も高いがんとなっています。原因の半分はタバコと考えられていますが、今回の免疫療法は喫煙者の肺がんには有効なデータが見られています。

私たちの体には生まれつき外敵(ウイルスや細菌)から身を守るため免疫という仕組みが備わっています。この外敵をやっつけるために備わった免疫が、自分の内側から出てきた敵(がん細胞)を排除するとすれば、夢のような話ですね(図1)。ノーベル医学・生理学賞を受賞した本庶佑先生はPD-1に対する抗体を開発、生体でそれを用いることでがん細胞が消滅したと報告されたのが2010年の話でした。人を対象とした臨床試験を経て実際に免疫チェックポイント阻害薬を使用できるようになったのが2015年のこと。オプジーボ[®]上市当初は、想像していた万能薬のイメージはやすやすと覆され肺がんという病気が一筋縄では太刀打ちできないことを思い知らされました。以降CheckMate、KeyNote、IMPowerなどのマイルストーンとなる臨床試験の結果が報告され、免疫療法は化学療法(抗がん剤)と組み合わせることでその効果を発揮することが知られるようになりました。数字の上ですが化学療法のみでは生存期間が中央値で12か月程度と考えられていましたが、現在では24か月と大幅に向上し(図2)、さらに長生きしている患者の中に治療を終了しても再燃してこない現象が見られるようになりました。免疫ががんを抑え込んでしまったのでしょう。免疫療法が極めて有効であると判明したことで、基礎医学の腫瘍免疫分野は近年凄まじい進歩を見せています。あたかも分子標的治療薬ががん治療に有効であることが分かり、がん遺伝子の検査法や創薬が飛躍的に進んだ状況に似ています。オピニ

オンリーダーの名古屋大学・西川博嘉先生はがん周囲の微小環境に着目され制御性T細胞やMyeloid由来制御性細胞の制御機構の解明に注力されています。

松山赤十字病院には免疫治療に見られる多彩な副作用に対応すべく、各診療科医師・薬剤師・看護師を中心としたチーム(Team MICI、図3)を組織しています。これまでの抗がん剤治療では見られなかった内分泌異常・皮膚障害・消化器障害・間質性肺炎等に速やかに対応します。

図1. みんな持っている免疫ががんを攻撃するなんて夢物語じゃないか

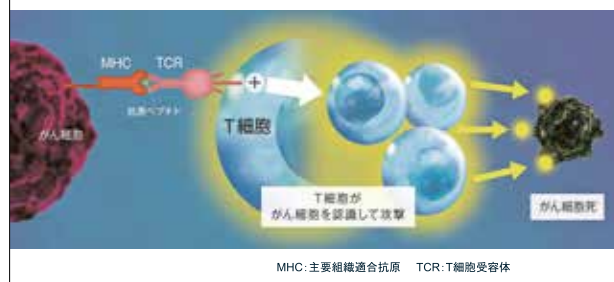
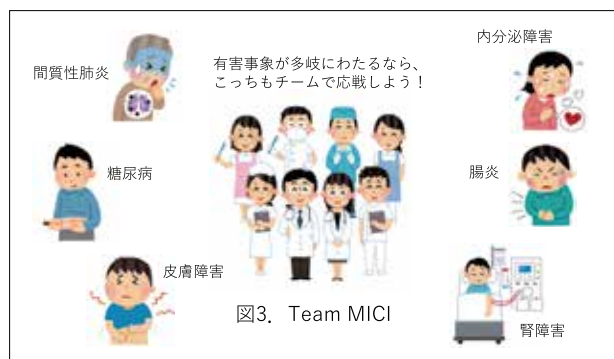
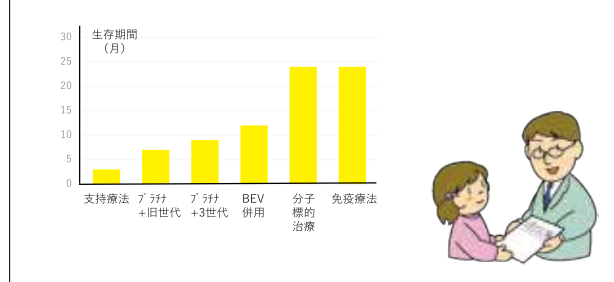


図2. この20年少しずつ成績が向上、肺がん治療





肝細胞癌のこの10年の大きな変化として2つのことが挙げられます。

I 原因肝疾患の変化：肝細胞癌は慢性肝炎が継続した肝硬変の状態から発がんすることが大多数です。以前まではC型肝炎が原因の大多数でありましたが、近年C型肝炎の治療は目覚ましい進歩を遂げています。肝硬変になっても多数の方で治療が可能となり、当院でも約700名の方が治療しておりまして、98%の方が1回の治療で完治できております。肝細胞癌治療後でも早期の状態でも根治していれば、C型肝炎ウィルスを排除することで、その後の生存率再発率を有意に改善させることがわかっており、当院でも積極的に導入しています。一方で近年B型肝炎とC型肝炎以外の肝硬変からの肝細胞癌が増えてきています。その原因として、アルコール性や、糖尿病などの生活習慣病が併存した非アルコール性脂肪肝炎(NASH)が増加傾向にあります。肝疾患は自覚症状に乏しいために、肝硬変や肝細胞癌が進行した状態で発見されることは、現在でも珍しくありません。肝疾患は肝線維化の状態を診断して、早期に介入していくことが重要であります。当院では、検査部の先生方のご尽力で、血液検査で肝線維化の指標となるFIB4-indexが、必要な項目を検査すれば(AST,ALT,血小板)、電子カルテ上で自動表記できるようになりました。FIB4-indexが高値で、糖尿病や肥満やアルコール多飲歴などがあれば、一度当科にご紹介をいただく様に、他科の先生にもお願いをしております。また肝線維化診断に有用な、約5分で肝線維化が判定できるFibroscanが施行可能となっております。この様に、さまざまな方法を用いて、肝線維化の状態を正確に診断して、適切な指導や治療ができるように努めております。

II 治療方法の進歩：以前から当院では、早期の肝細胞癌に対しては積極的にラジオ波焼灼術を行っており、おかげさまで全国トップレベルの施行件数を維持しております。現在新しいマイクロウェーブ機器やラジオ波焼灼術の機器を導入して、安全で低侵襲な治療を行っております。また、進行肝

細胞癌の全身化学療法の進歩は目覚ましく、免疫チェックポイント阻害剤のアテゾリズマブとVEGF

抗体薬のベバシズマブの併用療法(AB療法)が2020年9月に適応承認されました。2016年まではソラフェニブ単剤のみであった全身化学療法は、現在2ndlineまで含めて6剤が使用可能となりました。今後遠隔転移などを含む局所療法が不適となった肝細胞癌に対してはAB療法が中心となります。臨床試験(IMbrave150)において、病勢制御率は30%、完全奏効率は8%と、以前の治療方法よりも高い治療効果が得られております。当院でも局所療法で奏功を得られないと判断したとなった症例には肝予備能を見ながら導入するようにしています。またレンバチニブなどの全身化学療法と肝動脈塞栓術などと組み合わせることで、奏効が得られる症例も見られており、以前は治療が難しいとされた症例でも集学的治療を行うことで、生存期間を延長させることが可能となっています。ただ、肝細胞癌の治療は他癌種と違って、全身化学療法で肝予備能は低下するために、常に肝予備能を維持しながら治療を継続することが生存期間延長に最も重要であります。

以上の様に肝細胞癌の治療方法は、原因肝疾患への介入も含めて目覚ましい進歩を遂げております。肝細胞癌の治療は患者様の肝予備能に合わせて治療方法を考えることが最も重要であり、個々の患者様にベストな治療を提供できるように努めていきたいと思っております。





大腸癌の罹患率は男性では3位で女性では2位、死亡率でみると男性では2位で女性では1位となっています。治療法は手術が唯一の根治的治療となりますが、薬物療法の進歩により治療成績が急激に改善しています。1. 現在の治療方針、2. 最近の話題、3. 今後の展望について順に紹介します。

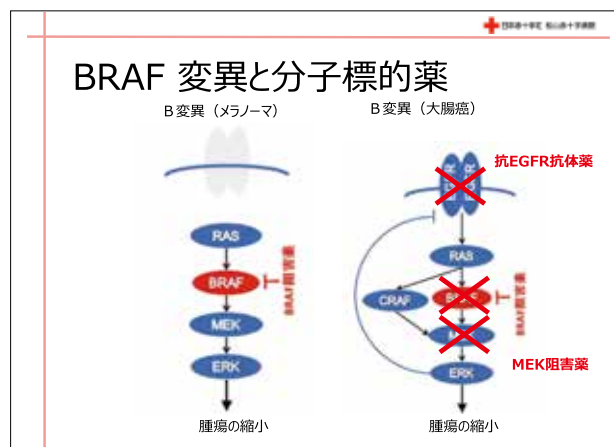
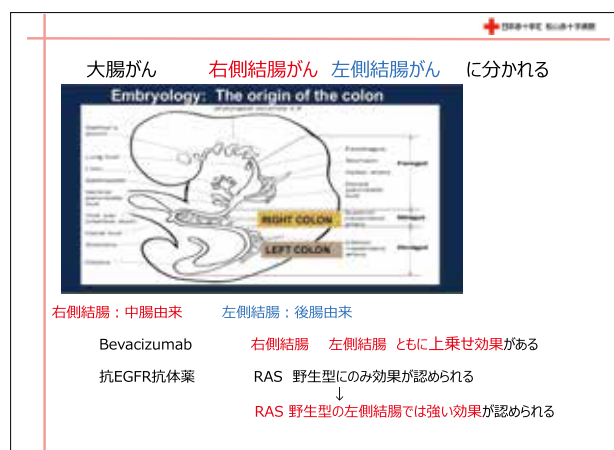
1. 現在の治療方針：ステージ IVの大腸癌は遠隔転移を伴う状況ですが、肝・肺の転移で完全に切除可能な状態であれば根治切除が選択され3割程度は根治します。腹膜播種・遠隔リンパ節転移・多発の転移では薬物用法が選択されますが、治療の目的は“QOLの保持と予後の延長”となります。成績は、この30年間で生存中央値が10ヶ月から約35ヶ月に延長し、当院でも治療期間が5年を超える事例が複数あります。治療は、5FUの持続投与にプラチナ製剤(オキサリプラチン)/CPT-11を加えた殺細胞性抗癌剤を基本とし、分子標的薬であるVEGF(血管新生因子)阻害剤やEGFR(上皮成長因子)阻害剤を同時に投与します。薬剤の選択は大腸癌の部位とras遺伝子の変異の有無で決定します。大腸癌は脾臓の曲がり角(脾角)で右側結腸と左側結腸に分かれます。抗EGFR抗体薬は左側結腸のras野生型に高い治療効果を認めますが、その他では効果を認めません。薬剤の選択法に加え、TAS102、Regorafenibといった後方ラインで使用できる薬剤の開発も予後の延長の理由とされています。

2. 最近の話題：raf変異型大腸癌は大腸癌の10%で認められ、右側結腸に多い/進行が速い/抗がん剤に抵抗性を持つといった特徴があり、FOLFOXIRI + BEVという3剤の殺細胞性抗癌剤に分子標的薬を加えた強力なレジメンで対応しています。raf阻害剤は既に開発されており皮膚癌の一つであるメラノーマで有効性が確認されましたが、大腸癌では効きませんでした。効果がないのは、raf阻害剤で増殖のシグナルを止めると別の経路の流れが活性化することによるのですが、抗EGFR抗体薬とMEK阻害剤を同時に投与するという方法が開発され使用可能となりました。話題の免疫チェック

ポイント阻害剤も遺伝子の不安定性が高いMSI-H大腸癌で高い治療効果がある事が分かり承認されています。

ただし、MSI-H大腸癌は切除不能進行再発大腸癌の3.7%であり対象は限定されます。

最後に3. 今後の展望について紹介します。松山赤十字病院では、地域がん診療連携拠点病院として、がんゲノム医療にも参加しています。“遺伝子の病気であるがん”の治療において、遺伝子の異常に合わせた個別化医療の開発が望まれます。遺伝子異常の検査は、がん組織の一部を解析するのですが、最近、担がん状態(がん罹患した状態)では、末梢静脈血に傷の入ったDNAが高率に流入している事が報告され検出法が確立しました。治療薬の選択に加え、治療効果の判定、再発の判定、そしてがん検診への応用が期待される技術です。世界に先駆けて日本で臨床試験が始まっています。





現在、高齢化に伴い、日本では2人に1人(男性65.0%、女性50.2%)が、がん罹患する時代となっています。また、がんの検査・診断・治療の進歩により、5年生存率、10年生存率も上昇し、早期に適切ながん治療が行われた場合、がん罹患後も長期生存が望める時代になってきました。(図1)。こうした状況を踏まえ、現在、国の政策である第3期がん対策推進基本計画では、「がん予防」、「がん医療の充実」に加えて、「がんと共生」が目標として掲げられ、就労、妊孕性、小児・Aya世代、高齢がんサバイバーに対する支援等、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことを目指すといったサバイバーシップの理念が盛り込まれています。

サバイバーシップとは、「がんと診断された時から、死を迎えるその時まで、一生を通じて、がんサバイバーとしてがんとともに充実した生を生き抜いていく、その生き方のありようそのもの」と定義され、4つの時期(急性期・生存が延長された時期・長期的に安定した生存の時期・終末期の生存の時期)に応じた支援が求められています。一方で、第3期がん対策推進基本計画の中間評価として行った「患者体験調査」では、身体的、精神的なつらさに対する支援を必要としている人は5割以上であり、さらに、仕事と治療の両立支援や妊孕性、外見ケア(アピアランスケア)に関する情報提供の必要性も感じられます。(図2)

当院は、地域がん診療連携拠点病院として、質の高いがん医療・ケアを提供する役割を担うとともに、多職種が協働し、がん患者さんやご家族が安心かつ納得して治療を受けられるような意思決定支援や、がん罹患後もその人らしく日常生活を送るための療養支援を提供しています。

しかし、専門的な治療・ケアを提供する病院の関わりは、がんサバイバーにとっての時間の一部

であることを認識し、今後ともがんと共存しながら治療や療養生活を続けていくがん患者さんを、地域の医療機関と連携しながら医療チームとして支援していくことを大切にしていきたいと思います。

【図1】

がん相対生存率

2009～2011年追跡症例

	5年相対生存率	10年相対生存率
90%以上	前立腺(100%) 乳(女)(93.7%) 甲状腺(92.4%)	前立腺(97.8%)
70%以上 90%未満	子宮体(86.4%) 大腸・子宮頸(76.8%) 胃(74.9%)など	乳(85.9%) 甲状腺(84.1%) 子宮体(81.2%)
50%以上 70%未満	腎臓など(69.4%) 膀胱(69.0%) 卵巣(66.2%)	子宮頸(68.8%) 大腸(67.8%) 胃(65.3%)腎臓(64.0%等)
30%以上 50%未満	食道(46.0%) 肺(45.2%) 肝(37.0%)	卵巣(45.3%) 肺(30.9%) 食道(30.9%)
30%未満	胆のう胆道(28.6%) 脾(9.9%)	胆のう胆道(18.0%) 肝(15.6%)、脾(5.3%)

出典：国立がん研究センターがん情報サービス

【図2】

厚生労働省委託事業 患者体験調査報告書 平成30年度調査

設 問 内 容	全体	愛媛
身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できる	45.6	49.2
心のつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できる	31.9	38.6
身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分である	42.5	46.5
がんの診断～初回治療が始まる前に、退職した	56.7	85.3
治療開始前に就労の継続について医療スタッフから説明を受けた(在職中の人)	38.6	40.1
治療開始前に、妊孕性への影響に関して医師から説明があった(40歳未満)	51.6	25.3
外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた	28.5	34.7

*第3期がん対策推進基本計画評価を目的とした患者体験調査 (％)

こんなときは「がん相談支援センター」をご利用ください。

心配事や不安な気持ちを独りで抱えず、何でもお気軽にご相談ください。



がん相談支援センター ☎ 089-926-9630



※相談は無料です。
※予約なしの相談も可能ですが、予約の方を優先させていただきます。

松山赤十字病院登録医制度について

現在、当院の登録施設は388施設、登録医は550名です。

今後も随時、受付けておりますので当院「患者支援センター」までお問い合わせください。TEL(089)926-9516

登録医制度にご登録いただいた場合

(1)共同診療病床の利用

患者さんの診療等を病棟担当医と共同で行う目的で共同診療病床を利用できます。

(2)高度医療機器の共同利用

検査目的で紹介した患者さんに関して、病院が保有する高度医療機器を主治医と共同して利用することができます。

(3)研修、セミナーへの参加等

病院が行う公開された研修会・セミナー・症例検討会・講演会等に参加することができ、必要な情報(医師紹介パンフレット・外来診療担当医表・連携室報)を提供します。

(4)付属施設の利用

病院内の指定された控室、多目的ホール、会議室、図書室及び駐車場等を利用することができます。

(5)登録医証等の発行

登録医証(掲示用・名札用)をお渡しします。

(6)駐車料金の無料

研修・セミナーの参加及び紹介患者の状態確認等で来院された場合、料金は無料です。

(7)ホームページ掲載

当院ホームページの「地域の医療機関一覧(当院の登録医)」でご紹介します。

FAXによる受診予約について

患者支援センターでは、従来より地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者さんの受診予約を承っております。当日、患者さんは正面玄関左の「院外紹介患者受付」にお越しいただくことで初診受付の手続きが不要となり、待ち時間の短縮になります。是非、FAXによる受診予約をご利用いただきますようお願い申し上げます。

FAX (089)926-9547(24時間受付)

TEL (089)926-9527(平日8:30~17:10)

※17:00以降にいただいたFAXにつきましては、翌日のお返事とさせていただきます。

バックナンバーにつきましては当院ホームページからご覧いただけます。

■発行責任者 / 副院長(患者支援センター所長) 藤崎 智明

■編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒790-8524 松山市文京町1番地

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>