北海道がんセンター通信

2014 第25号 JANUARY

「支笏湖の日の出」撮影者：副院長 加藤秀則

CONTENTS

●開催報告「第８回市民公開講座」「市民のための北海道がんフォーラム」…… 2

●各科トピックス

「治癒および延命も考えた肺がん手術について」 院長 近藤 啓史 … 3

「ここまで進んだ肺がんの個別化治療」 呼吸器センター長 原田 眞雄 … 4

「ここまで進んだ肺がんの放射線治療 ～ピンポイント照射と粒子線治療について～」 放射線診療部長 沖本 智昭 … 5

「日本の乳がんの現状 ～遺伝性乳がんを含めて」 統括診療部長 髙橋 將人 … 6

「チームで支える患者中心のがん緩和ケア」 緩和ケア診療部長 岩波 悦勝 … 7

「手術を受ける前に知っておこう！～糖尿病や冠動脈疾患を合併した症例の周術期管理」 呼吸器外科医師 水上 泰 … 8

「動脈硬化性疾患予防のための危険因子管理」 北海道医療センター 循環器内科医長 竹中 孝 … 9

●研修会報告 がん相談支援情報室 認定医療社会福祉士 木川 幸一 … 10

●開催報告 がん相談支援情報室 相談支援係長 一戸真由美 … 10

地域医療連携係長 菊地久美子 … 10

●お知らせ・ボランティアコンサートについて …… 11

●地域医療連携室より …… 12

北海道がんセンターの理念

私たちは、国民の健康のために、良質で信頼される医療の提供に努めます。

（基本方針）

1 特に、「がん克服」に寄与することを目指します。

2 常に医療の質と技術の向上を目指します。

3 医療安全を確保し、安心できる医療を提供します。

4 患者さんの権利を尊重し、誠実な医療を実践します。

5 研究、教育研修を推進し、医学・医療の発展に寄与します。

開催報告

第8回　市民公開講座
市民のための北海道がんフォーラム

9月28日に行われた市民公開講座は第8回の開催となりました。当院の近藤院長と原田呼吸器センター長、沖本放射線診療部長の3名の講演がありました。肺がんの手術や個別化治療、ピンポイント照射についてそれぞれわかりやすい内容で、約140名の参加がありました。

10月5日に行われた市民のための北海道がんフォーラムは「がん専門医と語り合う会」というテーマで当院の髙橋統括診療部長から「日本の乳がんの現状」と患者会　山田富美子さんの「がん治療のつらさをカバーするには」、岩波緩和ケア診療部長からは「チームで支える緩和ケア」について講演がありました。160人の方の参加があり、在宅で過ごす患者さんの様子を写したDVDが、会場の涙を誘う内容でみなさん感激されていました。その後のパネルディスカッションでも活発なご意見がありました。

10月26日は「がんと生活習慣病のテーマ」で当院水上呼吸器外科医師、北海道医療センターの竹中循環器内科医長、栗原内科の栗原院長に心臓疾患・高血圧や糖尿病の治療の重要性と、手術を受ける前の重要性を講演いただきました。約120人の方が参加されました。

くわしくは各科トピックスをご覧ください。

近藤院長

原田呼吸器センター長

沖本放射線診療部長

第8回市民公開講座　9月28日

髙橋統括診療部長

岩波緩和ケア診療部長

市民のための北海道がんフォーラム　10月5日

水上呼吸器外科医師

北海道医療センター　竹中循環器内科医長

栗原内科　栗原院長

市民のための北海道がんフォーラム　10月26日

呼吸器外科

「治癒および延命も考えた肺がん手術について」

呼吸器外科
院長　近藤　啓史

肺がんにかかると、なぜ死亡率が高いのか？　いつも聞かれる質問です。

死亡率の高い理由は１）咳や血痰、痛みなど症状が出てしまうと、その時点で進行していることが多いこと、２）早く見つけるための検診（健診）率が低いこと（とくに北海道は11.5％とかなり低い）、３）検診・健診の胸部レントゲン写真は肺がんを見つけるための精度が低いこと（精度が高い低線量CTの検診率は低い）、４）喫煙は肺がんの原因になり、かつ増殖進行を早めると考えています（喫煙率は北海道では男女ともトップです）。また５）喫煙しない人、女性にも肺がんになる方がおり、肺がんなどのがん家系の方です。症状が出て受診した症例を紹介します。

症例１：71歳男性。入院まで重喫煙者です。近医を６年来不整脈で通院中、体重減少があるということで胸部レントゲンとCTを撮影、左上葉に影があり、専門病院を紹介されました。しかし受診せず。４年後咳と痰が出現し、当院を受診しました。図１は胸部レントゲン写真です。左上肺野全体が白っぽくなっています（肺がんが広がっていることを示す）。胸部CTをとり、PET検査（図２）は全身に赤いスポットが点在しています。これは全身転移を表します（脳と膀胱は評価できません）。また脳MRIで多発脳転移もありました。４年前の胸部CTも後日見ましたが、左上葉に早期の肺がんがありました。４年間に早期の肺がんがいわゆる末期の肺がんになったことを示します。喫煙者は肺がんの進行が早いというCTをお見せします（図３）。

手術に来られる患者さんは、なぜ症状が無いのに肺がんなのか？とよく聞かれます。それは肺がんができる肺の中は痛みを感じないからです。大きくなり肺を包んでいる胸膜を突き抜け、肋骨側の壁側胸膜や肋骨まで浸潤すると痛みを感じます。また気管支内に顔を出せば、咳や血痰がでますし、脳や骨に転移して初めて手足の麻痺や痛みを感じます。この時は既に３期や４期で手術治療はできません。

「肺がん」から命を守るためには１）症状が出る前に毎年検診・健診を行うこと。２）タバコの煙はがん増殖を早めるので吸わない、禁煙をすること。３）検診には精度の良い低線量胸部CTをとること。４）肺がんなどのがん家系の人は、積極的に検診・検診を受けることをお勧めしたい。

肺がんの治療は１）手術療法　２）化学療法　３）放射線療法があります。手術が可能な方は、肺内に肺がんがとどまり、リンパ節転移がない、あっても肺内のリンパ節に限局し、肺の外に遠隔転移がない１期や２期までのものになります。図４のように肺がんの標準手術は肺葉切除＋リンパ節郭清を行います。右３葉、左２葉あり、がんのある部位の１葉を切除します。早期の肺がん患者さんには、なるべく肺を残す縮小手術を行っています（図５）。肺外のリンパ節転移がある３期の人も場合によっては手術することがあります。また当院では３期の人の中で放射線治療＋化学療法（導入療法とも言う）を行い、肺がんを縮小させて肋骨なども含め切除することがあります（図６）。また４期で１～２カ所の脳転移あるいは骨転移があるがリンパ節転移がない場合、呼吸器内科と慎重に検討して遠隔転移を制御できれば原発巣の肺がんを手術することがあります。現に治った方もおられます。肺がんの患者さんの多くは進行例が多く、治療も大変ですが一人一人慎重に検討して、治る手術（標準手術のほか、拡大手術、縮小手術）や延命を計る手術を行うことが重要です。

図１　胸部レントゲン写真

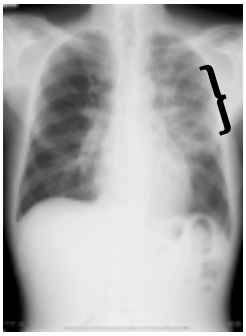


図２　PET検査

図３　肺がんの推移

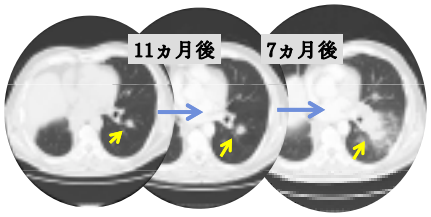


図４　標準手術

図５　縮小手術

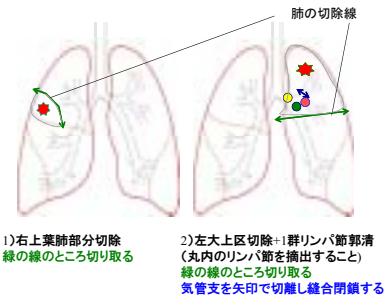
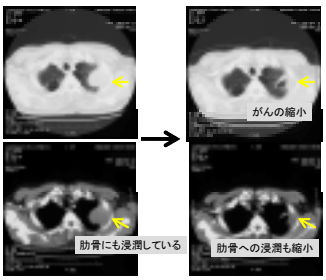


図６　化学放射線療法（前と後）



呼 吸器内科

「ここまで進んだ肺がんの個別化治療」

今回の講演では「ここまで進んだ肺がんの個別化治療」と題し、5～6年前からようやく新しい時代に入った肺がんの抗がん剤治療について個別化治療の観点からわかりやすくお話ししました。

個々の患者さんの病状やがん細胞の特徴に応じて最適の治療を行うというのが個別化治療です。

近年がん細胞に特有の遺伝子異常、特にがんを引き起こす原因遺伝子が数多く発見されるようになりました。それに伴いそれらの遺伝子から作られるタンパクを標的とし阻害する薬の開発が活発に進められるようになり、現在肺がん領域においてもEGFR遺伝子変異とALK融合遺伝子という2つの原因遺伝子に対する分子標的薬が使われています。

分子標的薬は対象となる標的をもつがん細胞に限って大きな効果を発揮する薬で、標的のないがん細胞には全く効きません。また、標的ごとに特有の副作用が出るものの、一般に軽いというのが従来の抗がん剤とは異なるところです。これまでは小細胞がん／非小細胞がんによって使用する抗がん剤の種類が少し異なるだけでしたが、将来的には、個々の患者さんのがん細胞がもっている遺伝子異常に対してそれぞれの分子標的薬を用いる、という治療が主流になっていくことでしょう。

講演では早期がんに対する術後再発予防治療についても触れましたが、ここでは進行した非小細胞がんについて簡単に述べます。

肺がんの個別化治療を担う薬剤は、❶ゲフィチニブ（イレッサ®）、❷エルロチニブ（タルセバ®）、❸クリゾチニブ（ザーコリ®）、❹ベバシズマブ（アバスチン®）、❺ペメトレキセド（アリムタ®）の5剤です。私はこれを「KBT5」と勝手に名付けましたが、このうち❶❷❸は肺の腺がんを引き起こす原因遺伝子に対する分子標的薬です。❶と❷はEGFR遺伝子変異（が作る異常EGFRタンパク）、❸はALK融合遺伝子（が作るALK融合タンパク）の阻害薬であり、それぞれの遺伝子異常のある腺がんに限定して使用されます。❹は血管新生阻害薬という全く別のジャンルの分子標的薬で、従来の抗がん剤に上乗せして効果を強めるという特徴がありますが、扁平上皮がんでは肺出血のリスクのために使用が禁じられています。❺は従来型の抗がん剤で、腺がんには優れた効果を示す反面、扁平上皮がんに対する効果は劣ります。したがって❹と❺も腺がんに対して使用する薬ということになりますが、遺伝子異常の有無とは関係なく使われる点が❶❷❸と異なります。

呼吸器センター長
原田　眞雄

個別化治療の蚊帳の外に置かれていた扁平上皮がんや小細胞がんについても着々と研究が進んでいて、当院でも扁平上皮がんの治験（イピリムマブやニモツズマブ）を行っています。また、一歩先んじている腺がんではさらに活発な分子標的薬の開発が進んでいますので、「KBT5」のメンバーが増えて「KBT48」になる日もそう遠くはないと思います。

放射線治療科

「ここまで進んだ肺がんの放射線治療 ～ピンポイント照射と粒子線治療について～」

放射線診療部長
沖本　智昭

近年、放射線治療技術は著しく進歩しました。その結果、多くのがん患者さんがその恩恵を受けていますが、その中でも肺がん患者さんには特にお役に立てるようになりました。

その例を三つに分けて説明します。

第一は定位放射線治療と呼ばれる肺がんに対してピンポイントに放射線を照射する技術がほぼ確立した事です。図１に示すように小さな肺がんであれば、１回約30分のピンポイント放射線治療を４から６回（１日１回なので約１週間）行うだけで90から65％の肺がんは消えます。日本全国で既に１万人を超える患者さんがこの治療を受けており、北海道がんセンターでも日常的に行われています。ピンポイント照射の大きな利点は90歳を超えるような高齢者や脳梗塞等の重い合併症がある患者さんでも受ける事が可能という点です。

第二は放射線治療装置の進歩です。図２は今春から北海道がんセンターで稼働する最新の放射線治療装置です。この装置には素晴らしい機能が備わっています。

一つは、マルチリーフコリメーター（以下MLC）です。MLCとは放射線を照射する範囲をがんの形に合わせる、つまりがん以外の正常組織への放射線を遮蔽する装置です。現在の１㎝幅から５㎜幅となり、より精度が高くなります。

二つ目は放射線治療の直前にがんの位置を正確に確認する事が可能になります。これはOBIと呼ばれる機能です。放射線治療装置とCTが合体したと考えるとわかりやすいと思います。患者さんは一切動く事なくCTと類似した装置でがんの位置を正確に把握し、直ぐに放射線治療を行えるようになります。この放射線治療方法はイメージガイド下放射線治療（IGRT）と呼ばれています。（図３）

三つ目は、呼吸で動く肺がんに対して、肺がんがある一定の位置にある時だけ放射線を照射する機能です。図４に示すように現在の装置と比較して照射する範囲が狭くなるため、正常組織へのダメージが軽減されます。

第三は最先端の放射線治療についてです。陽子線治療や重粒子線治療という名称を最近目や耳にする事が多いと思います。これらは粒子線治療と呼ばれ放射線治療装置の一種です。通常の放射線治療がエックス線を利用するのに対して水素イオンや炭素イオンを利用します。日本は粒子線治療における世界トップの技術と経験を有しています。患者さんやご家族が知りたいのは、ピンポイント放射線治療と粒子線治療のどちらが良い治療かという事だと思います。結論から言うと、現時点では、早期肺がんに対しては、ピンポイント放射線治療、陽子線治療、炭素線治療の治療成績に明らかな差はないという結論です。ただし粒子線治療はまだまだ発展途上なので、今後の研究結果ではより良い成績が出てくる可能性を秘めています。

以上のように放射線治療の進歩により、非常に手ごわい肺がんでも上手に治療できる可能性が高くなっています。肺がんの治療法を選択する際は、是非放射線治療医にもご相談ください。

図１

ピンポイント照射で肺がんが消えた！
（外来で一回30分計５日間の照射）

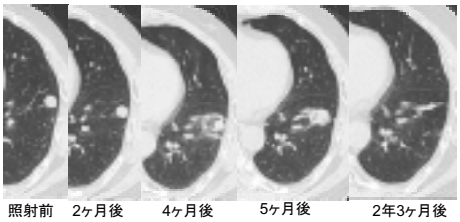


図２

北海道がんセンターで今春稼動する
最先端の放射線治療装置

図３

北海道がんセンターで今春稼動する
最先端の放射線治療装置について

・凄いところ　その1
癌の位置が照射直前に正確にわかる！

現在の装置　　**最新の装置**

図４

北海道がんセンターで今春稼動する
最先端の放射線治療装置について

・凄いところ　その2
呼吸で動く癌を正確に狙い撃つ！

現在の装置
肺癌は呼吸で動くので照射範囲が広くなる

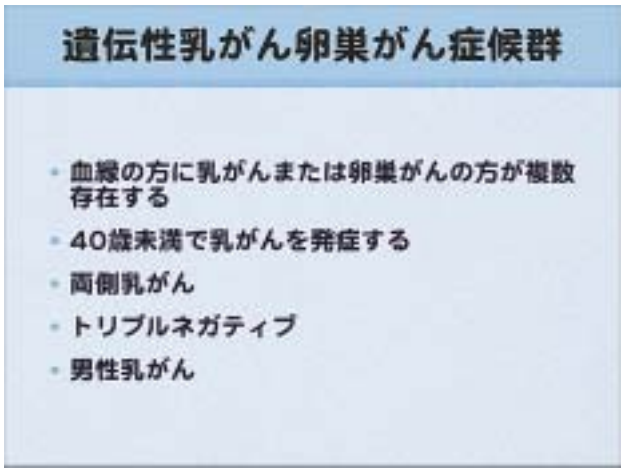
最新の装置
呼吸同期照射により照射範囲が狭くなる

乳腺外科

「日本の乳がんの現状 ～遺伝性乳がんを含めて」

最初は日本での乳がん発症率と死亡率の話題から始めた。日本の乳がん年間罹患率は約６万人と考えられており（がん登録が義務化されていないので正確な値は不明）、女性固形がんの罹患第一位を占める。1950年の７倍に罹患率は上昇しており、本邦の女性の16人に１人が生涯に発症する数である。欧米では罹患率が上昇していても、死亡率の減少傾向がみられていたが、本邦では死亡率の上昇に歯止めがかかっていなかったが、本年初めて本邦でも乳がん死亡率が減少傾向にあることが発表された。この原因は、適切な検診の普及と周術期および再発後の治療法の進歩が関わっていると考えられる。

次に女優のアンジェリーナ・ジョリーさんが自ら予防的な乳房切除を行ったことで大きな話題となった、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）についてお話をした。



乳がんの多くは遺伝に関係ない散発性乳がんであるので、血縁に乳がんが発症しても遺伝とは断言できないこと、反対に血縁に乳がん患者がいないから、自分は罹患しないとはいえないことをまず説明した。HBOCは散発性乳がんとは別の概念で、父方からまたは母方から受け継いだBRCA1またはBRCA2という遺伝子に変異があり機能しないため、修復がうまくいかず遺伝子異常が集積し、がん化することを説明した。常染色体優性伝という形式をとることを家系図を用いて説明した。

HBOCの方にまず必要なことは、遺伝カウンセリングであるが、遺伝子検査は、健康保険でカバーされていないため非常に高額であることと、結果を知ってしまったら、知る前には戻れないこと。この検査の結果は本人だけでなく、子供や兄弟など血縁のかた全員に影響してくることを説明した。また、HBOC患者が乳がんで命を落とすことのないようにするための方針は、予防的乳房切除だけでなく、MRIを利用した綿密なフォローアップも有効な手段であることを説明した。また、乳がんだけでなく、卵巣がんへのフォローも重要であることを強調した。

統括診療部長
髙橋　將人

最後に最近巷で話題となっている近藤 誠氏が書いた「医者に殺されない47の心得」について自分の考えを述べた近藤氏の主張は、がんと診断されるのは「がんもどき」と「本物のがん」から成り立っていて、「がんもどき」は治療が不要で、「本物のがん」は治療しても無駄であると書かれている。したがって、乳がん検診は無駄で、がんが見つかっても放置しましょうという主張である。この本はベストセラーになっているが、中にはこの主張を本気にして、がんが見つかっても治療しないと選択する人が出てこないとも限らない。この本がこれだけ世の中に受け入れられているのは、嘘八百ではないからなのである。たとえば検診不要論これは一部のところを抜き出すとある意味正しいのである。説明の最初のdataは正しいのだが、そのあとの論理展開でごまかしがあることを説明した。

50歳以上では検診の恩恵は高く、実際乳がん死亡率も下がってきている。乳がん検診については、現在適応となっている40歳以上から、もっと若い人も対象にしたほうがいいのではないかという意見もある。なぜ若い方に検診を積極的に勧めていないのかということも、そのメリットとデメリットを説明した。科学的根拠を説明しない「みんな検診に行きましょう」などという無責任な札幌のピンクリボン運動では、近藤 誠氏につけ込まれ、あやまった主張を多くの市民に植え付けることになる。

当院ではこれからもブームに流されるのではなく、科学的根拠に基づく治療方法を皆さんに提供していくように心がけていきたい。

緩和ケア内科

「チームで支える患者中心のがん緩和ケア」

緩和ケア診療部長
岩波　悦勝

以前の緩和ケアは、がん治療が終わった後の終末期のケアという印象だったかと思いますが、最近はこれが大きく変わっています。がんと診断された時から、がん治療と並行して、そして療養の場に移るまで、がん医療中切れ目無く緩和ケアが行われるようになってきています。がん患者さんの困っている事、気がかりなこと、つらい事に焦点をあて、これらに対して治療を行っていき、患者さんががん治療としっかり向き合えるようにサポートしていくことが、非常に重要な緩和ケアの仕事となってきています。

がん患者さんそれぞれで困っている事、悩んでいる事が違いますが、それも一つではなく色んな面から複数重なっていることもよくみられます。また、なかなか人には話しにくかったり、我慢されていることも多いかもしれません。そこで様々な医療の職種（スタッフ）が集まって、それぞれの専門性を生かして、チーム全員で色々な情報を持ち寄り意見を出し合い、患者さんの抱えている苦痛が少しでも改善されるように考え、対応して行きます。

例えば、気持ちが落ち込んでいたり、不安で夜も眠れない患者さんには、臨床心理士（カウンセラー）がゆっくり話を聞いたり、心の問題の専門の医師がしっかり対応します。痛みで食事が進まなくなったり、横になる事が多くなった場合には、疼痛治療の専門の薬剤師、看護師、医師が、鎮痛薬の調整や生活の仕方の工夫などについて、指導、援助していきます。仕事や経済的な問題には、社会福祉士（メディカルソーシャルワーカー）やがん相談室の看護師が、少しでも活用できる社会資源や優遇処置などについて説明、援助します。その他、リンパ浮腫やリハビリテーション、食事と栄養、歯科の問題などといった事についても、相談に乗り対応していけるようになってきています。

これらは、入院中はもちろんの事、外来通院中でもがん治療科の受診とあわせて、緩和ケア外来が毎日受診可能です。また最近では、往診での訪問診療医や訪問看護や、ヘルパーなどの介護福祉と連携して、がん治療中や自宅療養中でも在宅での緩和ケアが可能となってきています。

これまでの終末期の緩和ケアの中心であった緩和ケア病棟（ホスピス）も、全国的にも、北海道内でも徐々に増床されてきています。緩和ケア病棟の特徴の、個室が中心、静かな環境、生活援助をしっかりと対応して、家族との時間を有意義に持てるように工夫されていて、人生の締めくくりをしっかりと生ききれる環境が整備されています。

これからも、緩和ケアはがん治療と並行して、がん患者さんを中心にそしてご家族も含めて、それぞれの苦痛に焦点をあて、できるだけ苦痛を軽減できるようサポートしていきたいと考えております。何かありましたら、お気軽に院内スタッフにご相談下さい。

呼 吸器外科

「手術を受ける前に知っておこう！～糖尿病や冠動脈疾患を合併した症例の周術期管理」

皆さんは御自分の病気について御存知ですか？「じぇじぇじぇ」なことにならないようによく知っておきましょう。

日本の糖尿病患者は、1000万人もいると言われ、予備軍も含めると1500万人（総人口１億２千万人中）にもなり、とても身近な病気として知られています。

一方、冠動脈疾患は、心臓を栄養する血管の病気であり、いわゆる、狭心症や心筋梗塞などの病気のことです。患者は80万人もいると言われており、糖尿病が危険因子として知られています。

糖尿病とは三大合併症（腎、神経、眼）が有名ですが、手術への影響で問題となるのは、動脈硬化と免疫力の低下です。動脈硬化は脳梗塞や心筋梗塞などになりやすい状態であり、免疫力が低下すると、傷が治りにくく、感染症にかかりやすくなってしまいます。

このような、リスクをできるだけ減らすために、糖尿病の周術期管理で重要なのは、術前からの血糖コントロールです。食前・食後血糖がコントロールされていることや、尿にケトン体という物質が出ていないこと、術前はHbA1c７％を超えないのが目安になります。インスリンという薬を使用し、血糖を落ち着けていきます。

冠動脈疾患の手術への影響は大きく分けて３つあります。まず、この病気を持つ方は、抗血小板剤（血をさらさらにする薬）を飲んでいることが多く、手術中の出血量が増えることが問題となります。２つめに、万が一、周術期に心臓の発作を起こした時が問題です。カテーテル治療が必要になるようなことがあれば、血をサラサラにする薬を使用せねばなりません。そうなると、術後出血を起こすことがあり、非常に危険です。３つ目に、冠動脈疾患を患っていると、心臓の機能が悪いために、全身麻酔が危険で手術を受けられないことがあります。

呼吸器外科医師
水上　泰

冠動脈疾患の周術期管理で重要なことは、症状があるか？いつ、手術・ステント治療をしたか？抗血小板剤（血をサラサラにする薬）は飲んでいるか？等の情報が大切です。必要に応じて検査・治療をしなければなりません。また、大きな手術をする場合には、出血量を減らすために、抗血小板剤を休む必要があります。抗血小板剤の効果が切れるには１～２週間もかかるため、休む時には、効果がすぐに切れるヘパリン（血をサラサラにする点滴）を使う必要があります。点滴なので長期間の入院が必要です。最近では、薬剤溶出性ステント（治療のために冠動脈に入れる土管のようなもの）が入っているかは大きな問題です。これが入っている場合、抗血小板剤を飲むのを止めると、突然、冠動脈が詰まってしまうことがあり危険です。

最後に、皆さん検診は受けるようにしましょう。早期発見・早期治療が大切です。倍返しを受けないために、手術を受けることに備えて、持病の事はよく知っておきましょう。

循 環器内科

「動脈硬化性疾患予防のための危険因子管理」

動脈硬化とは、元来弾力性に富んだ血管が加齢とともに硬くなったり、血管壁が肥厚して内腔が狭くなったりする状態です。心臓を栄養する冠動脈では狭心症や心筋梗塞、脳や頸の動脈では脳卒中、足の血管では末梢動脈疾患、大動脈では大動脈瘤などを惹き起こします。これら動脈硬化性疾患は日本人死因の第２位、介護原因の第１位となっています。

動脈硬化は加齢・高血圧・糖尿病・脂質異常症・喫煙など多くの因子が重なって進行し、これらを危険因子と呼びます。ご自身の危険因子をチェックしてみましょう。①LDLコレステロール140mg/dL以上、②HDLコレステロール40mg/dL未満、③中性脂肪150mg/dL以上、④狭心症や心筋梗塞と診断されたことがある、⑤糖尿病や境界型（糖尿病予備軍）と言われたことがある、⑥高血圧と判定されている、⑦タバコを吸う、⑧おへそ周り男性85cm以上、女性90cm以上、⑨両親や兄弟姉妹で心臓病や脳卒中で亡くなられた人がいる、⑩食生活が偏っている、⑪普段あまり体を動かさない、⑫脂質異常（高脂血症、高コレステロール血症）の薬で治療中、これらの中に当てはまるものが多い方ほど要注意です。

動脈硬化予防のためには脂質異常症の管理が極めて重要ですが、加えて喫煙・高血圧・糖尿病などの改善可能な危険因子すべてをまとめて管理する必要があります。2012年に改訂された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」では、各人が今後10年以内に冠動脈疾患で死亡する確率（絶対リスク）を評価し、それに応じて脂質管理目標を設定することとなりました。高血圧や糖尿病も年齢・合併疾患に応じて管理目標が設定されます。目標達成のための手段は、あくまでも生活習慣の改善が基本です。

北海道医療センター
循環器内科医長
竹中　孝

具体的には、①禁煙、②食べ過ぎない、標準体重を維持する、③肉の脂身・乳製品・卵黄を少な目にし、魚類・大豆製品を多く摂る、④野菜・果物・未精製穀類（玄米や大麦など）・海藻を多く摂る、⑤塩分制限（６ｇ/日未満）、⑥アルコールの過剰摂取を控える（日本酒１合、ビールなら１本、ワインならグラス２杯まで）、⑦有酸素運動（速歩やゆっくりしたジョギングなど）を１日30分以上、週３回以上（できれば毎日）行う、などです。

特に内蔵周囲に脂肪が蓄積する「メタボリックシンドローム」では、食事療法・運動療法が重要です。これらを一定期間行っても不十分であれば、薬物療法を考慮します。

最後に、動脈硬化と「がん」には喫煙・アルコール多飲・塩分摂取過剰・動物性脂肪摂取過剰・野菜や果物不足・運動不足など、共通する危険因子が数多くあります。

生活習慣を改善して、動脈硬化と「がん」を予防しましょう。

平成25年度 第２回北海道がん専門相談支援実務者研修会を終えて

がん相談支援情報室
認定医療社会福祉士：木川 幸一

去る10月12日、北海道と当院、函館地区のがん診療連携拠点病院の共催により主に北海道内のがん専門相談員及び医療関係者、患者会団体、行政の方を対象とした研修会を開催しました。がん相談員のスキルアップを目的に企画され、道外参加者を含め65名の方にご参加いただき大好評でした。

函館３病院（市立函館病院 新井山ちづる相談員、函館五稜郭病院 高橋玲子相談員、国立函館病院 酒本清一相談員）より道南地区におけるがん患者サロンの活動内容、課題について報告された後、大松先生より、ピアサポートの背景、がん患者サロンの背景、課題や効用など解りやすく講演いただきました。

また、長谷川先生からはサロン運営にかかわる相談員の役割、ファシリテーションについての講義のほか、参加者同士でのグループワークを行い、がん患者サロンに関する意見交換や今後の相談支援に関する情報共有も行いました。

企画者としてがん相談員に限らず、すべてのがん相談に携わる方に今回の研修内容を活用いただき、相談支援の輪が広がっていくことを願っています。

「がん患者サロンの課題と方針」
～ 兵庫医科大学 社会福祉学 准教授　大松 重宏 先生

「相談員の役割とファシリテーションについて」
～ 北海道医療大学 看護福祉学部 臨床福祉学科 准教授　長谷川 聡 先生

報告　第８回 がん専門相談実務者会議

がん相談支援情報室 相談支援係長：一戸 真由美

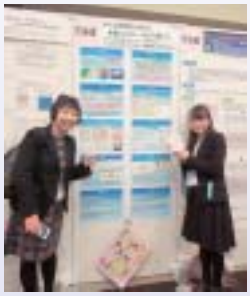
昨年10月２日、札幌厚生病院にて第８回がん専門相談実務者会議を開催しました。この会議は、当院の相談支援情報室を事務局として年４回開催しています。出席者は、当院および北海道がん診療連携拠点病院と北海道がん診療連携指定病院などの相談実務者、北海道保健福祉部健康安全局地域保健課担当者の総勢43名でした。また、今回は患者サロン代表２名の方にも参加していただき、それぞれ「ウィッグレンタルサロン」と「北海道委託がん患者相談支援体制整備促進事業」の活動報告をしていただきました。

会議内容は、札幌厚生病院の化学療法内科部長　阿部雅一先生による「がん相談に求めたい理解と知識」の講義後、「地域からの相談」についての検討を行いました。医療ソーシャルワーカー今野雄太さんからの「札幌厚生病院の地域事例」の報告後グループ討議し、日頃困難と感じていることや各施設での対策などを忌憚なく話し合い、各自今後の活動に向けての更なる課題や、改善のヒントを得ることができました。また、他院とのコミュニケーションも深められました。

次回は年明けの１月に開催予定です。今後も充実した会議となるように企画をしたいと思います。

報告　第67回 国立病院総合医学会

地域医療連携係長：菊地 久美子



先日、金沢で開催された第67回国立病院総合医学会にて、栄養・感染・安全・教育・看護・MSW・放射線・薬局・治験・診療科の医師などが発表しました。その中で栄養の「がん治療時の良好な血糖コントロールを目指して」の発表がベストポスター賞をいただきました。

発表内容は、当院で使用している栄養指導のパンフレットやランチョンマットについての紹介や、基本的な食事療法のアドバイスと共に、免疫力を高める食事や、放射線治療・化学療法などの副作用で食事に困ったときの対処法についてなどの取組についてでした。

受賞した栄養管理室 大宮さんから「栄養指導や食事相談を受けた患者さんが、笑顔で帰ってくれるような指導を目指し今後も取り組んでいきたいと思っています」とのコメントがありました。当院は今後も毎年行われる学会で、日頃の成果を発表していきたいと思います。

お知らせ

褥瘡対策チームの活動について

皮膚科医長
佐藤　誠弘

北海道がんセンターでは、病院の特徴としてがん終末期の患者が在院していること、また、高齢者の比率が高いことから、院内における褥瘡予防に積極的に取り組んでいる。

院内における褥瘡の予防ならびに治療において中心となるのが、多職種から構成される褥瘡対策チームである。２名の皮膚・排泄ケア認定看護師が中心となり、皮膚科医、形成外科医がサポートする形でチーム医療を行っている。また、チーム内の薬剤師、管理栄養士がカンファレンスに積極的に参加し、様々な観点より意見を出し合い、褥瘡の早期発見、治癒を目指している。

当院では、毎月、各病棟別に褥瘡患者数と発生率を正確に把握しており、皮膚・排泄ケア認定看護師から各病棟の褥瘡担当看護師に速やかに褥瘡に関する情報が共有できるようになっている。また院内の教育活動においても、主に経験年数の少ない看護師を対象に、チーム内の専門家が褥瘡に対する知識を効率的に伝授するレクチャーシリーズを本年度より始め、好評を得ている。また、褥瘡予防に必須である体圧分散マットを数種類展示して、職員に実際に寝てもらい、その感触を体感してもらうイベントも開催した。

近年、がん治療において分子標的薬が普及し、分子標的薬を使用中の患者は褥瘡の治癒が通常よりも遅れる傾向にあることがわかってきた。このような例もあることから、がん診療において、褥瘡対策チームが積極的に患者に関わることにより、包括的な意味でがん診療を充実させることができると考えている。

ボランティアコンサートについて

「落語会」

平成25年度３回目の院内コンサートとして、３月４日（月）以来の「落語会」を３階大講堂において開催しました。

今回も前回と同じく現在北海道内でご活躍されている落語家 桂 枝光 さんにご出演いただきました。

前回もそうですが、プロの落語家の方に行っていただけるのですが、十分な会場設営も出来ないなか、対応いただき感謝しております。

会場は外来ホールではなく、大講堂の椅子が堅いようで途中退席されてしまう患者さんも多少見受けられましたが、それでもそこはさすがプロ、会場に集まった皆様を笑いの渦に巻き込み楽しい時間となりました。

ご照会いただいた婦人科がんのサポートグループ「アスパラの会」に感謝いたします。

「アコースティックギター演奏」

平成25年度第４回目の院内コンサートを11月10日（日）外来ホールにて13時30分より開催しました。

今回は初めて日曜日ということで人手も少なく、患者さん方にも集まっていただけるのか大変不安の中での企画でした。

演奏いただいた、馬道 まさたか さんは、まだ20歳ということでしたが、主に関西方面でギタリストとしてご活躍されている方で、今年７月にデビューアルバムをリリースされました。

今回は、入院中のお婆さまを元気づけようと、はるばるお越し下さいました。コンサート開始前の心配をよそに、たくさんの患者さんまたは馬道さんのご友人の方たちが集まって下さり、大盛況となりました。歌のないギターの演奏のみでしたが、迫力ある生のギター演奏を聴き、集まった皆さん方も大変喜んでいらっしゃいました。後日お伺いしたところでは、馬道さんのお婆さまもギター演奏で元気をもらい、その後退院されたとのご一報をいただきました。

休日の中でのコンサートではありましたが、参加された方全員が満足したコンサートになったのではないでしょうか。

この場をお借りしまして出演された方々に、深く感謝申し上げます。

地域医療連携室より

「画像の事前取り込みのためのお願い」

地域医療連携係長　菊地 久美子

当院では、10月より外来診療予約の患者さんの画像などの事前取り込みを行っております。

従来までは、当日資料をご持参していただいていたため、診療前に画像を見るのに時間を要し、お呼びするのに時間がかかっておりました。中には持参された画像が読み込めない場合もあり、診療に支障をきたしておりました。連携医療機関の方にはご面倒をおかけしておりますが、外来診療予約を取った後に、診療日前日までに当院の地域医療連携室まで郵送していただきますようご協力をお願いします。

また、すでに医療機関から画像をもらっている患者さんは、お手数ですが地域医療連携室まで持参していただきたいと思います。

遠方で持参出来ない方はご相談下さい。

●患者さんからの直接予約について

当院は予約制のため、当日来院された患者さんはすべて予約外の扱いとなります。診療時間は予約の患者さんが優先になりますので、何時間も待ち時間が発生しておりました。そのため10月より患者さんからの直接予約を受けるようになりました。ただし診療情報提供書を持参されている患者さんだけを対象にしております。

検診センターなどでがん検診を受けた結果、精密検査を要する患者さんにも対応可能です。このことにより、昨年より今年度は予約外の患者さんが減っております。待ち時間を減らすことで、少しでも患者さんが来やすい病院へと日々努力していきます。

くわしくは当院ホームページをご覧ください。

http://www.sap-cc.go.jp/

独立行政法人 国立病院機構

北海道がんセンター

Hokkaido Cancer Center

都道府県がん診療連携拠点病院

〒003-0804
北海道札幌市白石区菊水4条2丁目3-54
代表 TEL (011) 811-9111
FAX (011) 832-0652
ホームページ http://www.sap-cc.org/

●相談窓口

がん相談支援情報室
直通電話 (011) 811-9118

地域医療連携室
直通電話 (011) 811-9117
直通FAX (011) 811-9110
メールアドレス hcccis00@sap-cc.go.jp

交通のご案内

【地下鉄】 地下鉄東西線「菊水駅」下車、3番出口より徒歩3分

【自動車】 駐車場につきましては数に限りがありますので、できるだけ、公共の交通機関をご利用下さい。