

# 北海道がんセンター通信

2016 第39号 JULY



「北竜町のひまわり」 撮影者：一戸 真由美

## CONTENTS

|                           |                |        |       |    |    |
|---------------------------|----------------|--------|-------|----|----|
| ● 北海道がんセンター 70周年記念 特集     |                |        |       |    |    |
| 「呼吸器内科の現状と展望」             | 内科系診療部長        | 大泉 聡史  | ..... | 2  |    |
| 「骨軟部腫瘍科の現状と展望」            | 骨軟部腫瘍科医長       | 平賀 博明  | ..... | 2  |    |
| 「がんセンターにおける感染症内科の役割」      | 感染症内科医師        | 藤田 崇宏  | ..... | 3  |    |
| 「病理部門の紹介」                 | 臨床研究部長         | 山城 勝重  | ..... | 3  |    |
| 「呼吸器センターの現在」              | 呼吸器センター長       | 原田 眞雄  | ..... | 4  |    |
| 「サルコーマセンターの現状と展望」         | サルコーマセンター長     | 平賀 博明  | ..... | 4  |    |
| 「高度先進内視鏡センターの現状と展望」       | 高度先進内視鏡外科センター長 | 原林 透   | ..... | 5  |    |
| 「内視鏡センターの現状と展望」           | 内視鏡センター長       | 藤川 幸司  | ..... | 5  |    |
| 「外来化学療法センターの現状と展望」        | 外来化学療法センター長    | 佐川 保   | ..... | 6  |    |
| 「前立腺センター開設後の現況 -PSA検診の勧め」 | 前立腺センター長       | 永森 聡   | ..... | 6  |    |
| 「治験管理室の現状と展望」             | 治験管理室長         | 高橋 康雄  | ..... | 7  |    |
| 「緩和ケアセンターの現状と展望」          | 緩和ケア内科医長       | 松山 哲晃  | ..... | 7  |    |
| 「口腔腫瘍外科の展望」               | 口腔腫瘍外科医長       | 上田 倫弘  | ..... | 8  |    |
| ● 排尿ケアチームについて             | 6B病棟 副看護師長     | 鈴木 綾子  | ..... | 8  |    |
| ● 開催報告「第36回北海道がん講演会」      | 副院長            | 加藤 秀則  | ..... | 9  |    |
| ● 参加報告「肺がんとすい臓がんの市民フォーラム」 | 院長             | 近藤 啓史  | ..... | 9  |    |
| ● 第36回北海道がん講演会 講演要旨       |                |        |       |    |    |
| 「がん登録からみた北海道の乳がん・肺がん」     | がん登録係長         | 齊藤 真美  | ..... | 10 |    |
| 「肺がん薬物療法の現状」              | 呼吸器内科医長        | 原田 眞雄  | ..... | 11 |    |
| 「乳がん治療の現状」                | 統括診療部長         | 高橋 将人  | ..... | 12 |    |
| 「乳がん・肺がんに関わるリハビリケア」       | 理学療法士長         | 井上 由紀  | ..... | 13 |    |
| 「乳がん・肺がんの治療と緩和ケア」         | 看護師長           | 武藤 記代子 | ..... | 14 |    |
| ● ふれあい看護体験を終えて            | 6B病棟 副看護師長     | 星 亜紀   | ..... | 15 |    |
| ● 地域医療連携室からのお知らせ          |                |        |       |    | 16 |

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。

## 呼吸器内科



内科系診療部長  
大泉 聡史

### 呼吸器内科の現状と展望

呼吸器内科では肺がんはもちろんのこと、胸膜中皮腫や胸腺腫瘍などの呼吸器系腫瘍の診断と治療を担当しています。現在当科には5名のスタッフが在籍しており、日夜診療に取り組んでいます。

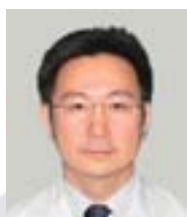
まず診断分野では、気管支鏡を用いた診断や治療に力を入れています。検査による病理診断もちろん重要ですが、最近になって必須となってきた肺がんバイオマーカー（EGFRやALKなどのドライバー遺伝子異常）をきちんと検査して、その結果をもとに全体カンファレンスで最善の治療方針をたてていくように心がけています。

また治療の分野ですが、2016年になって特に肺がんの治療は大きな変遷時期を迎えています。EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺がんにおいては、従来のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤に加えて、新たな第3世代と呼ばれるチロシンキナーゼ阻害剤が本邦でも認可されています。またメディア等で話題になっている免疫チェックポイント阻害剤の本格的な臨床応用も始まり、新たな血管新生阻害剤も非小細胞肺がんに適応拡大されました。これらの多くの薬剤をどのように駆使しながら肺がんに苦しんでいる患者さんに役立てることができるのか、真剣に考えていく時代を迎えています。

そのためにはやはり治験や自主臨床研究を積極的に遂行して、最新の情報を常にアップデートしていくことも重要です。当科でも多くの治験を受諾するとともに、日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）や北東日本研究機構（NEJ）グループなどはもちろん、地元の北海道肺がん臨床研究会（HOT）の事務局施設として、患者さんのご協力のもとに得られた貴重な臨床データを高いエビデンスとして発信し続けています。

以上のことを常に考えながら、スタッフ一同一丸となって、呼吸器腫瘍の診療に取り組んでまいります。

## 骨軟部腫瘍科



骨軟部腫瘍科医長  
平賀 博明

### 骨軟部腫瘍科の現在と展望

骨軟部腫瘍科は、1970年代より骨軟部腫瘍を専門に診療を行っている道内で唯一の診療科です。四肢に発生する肉腫を中心に外科的治療と薬物療法を行ってきましたが、その集学的治療のモデルは骨肉腫に対する治療であります。腫瘍切除と骨再建を同時に行う患肢温存術と、大量メトトレキサート療法などの複雑な薬物療法を早期より積極的に導入してきました。もちろん良性骨軟部腫瘍と悪性軟部腫瘍も専門的に診療しております。

悪性骨腫瘍は国内の年間発生患者数が約600人、悪性軟部腫瘍は推計約4000人程度であり、80を超える施設で骨軟部腫瘍の診療を行っている本邦では1施設での患者集積が乏しく治療開発は困難でありました。そのため、骨肉腫については1980年代より多施設共同研究が行われてきました。当科は当時より積極的に多施設研究に取り組み、現在では日本臨床腫瘍研究グループ骨軟部腫瘍グループの基幹施設として活動を続けております。また、2000年以降には分子標的治療薬を含む新規薬剤についての治験にも参加するなど、治療開発に意欲的に取り組んでおります。

2008年より、専門性を標榜科に反映させる目的で科名を整形外科から腫瘍整形外科に変更いたしました。その後、外科的治療と同様に薬物療法にも力を入れていくことを鮮明にするため、2016年4月より院内標榜の科名を骨軟部腫瘍科に変更いたしました。

肉腫は四肢や体幹の表面だけではなく、後腹膜や縦隔など、他科との連携が必要な場所にも発生します。特に後腹膜は好発部位ではありますが、国内で専門性をもって診療できる施設はほとんどありませんでした。当院では他科との連携を拡大し、2013年10月にサルコマーセンターを開設し、ほぼすべての肉腫診療を当院で行える体制を整えつつあります。

今後ともみなさまのご理解とご協力をいただきますようよろしくお願い申し上げます。

## 感染症内科

がんセンターにおける  
感染症内科の役割

感染症内科医師  
藤田 崇宏

がん患者さんは様々な理由で免疫不全状態にあるため感染症のリスクが高く、昨今のがん治療の進歩に伴い、合併する感染症もより複雑さが増してきています。このため日本各地のがん専門病院に臓器横断的に活動する感染症科が設立されつつある中、2016年4月に北海道がんセンターにも感染症内科が設立されました。

感染症内科には感染症専門医1名が所属し、各科の主治医の依頼を受けて主に入院中のがん患者さんを診察し感染症の診断や治療についてアドバイスを行うコンサルテーションを行っています。また細菌検査室と協力して院内で行われる微生物検査結果をチェックし、血液培養陽性例への介入、臨床的な重要な微生物が検出された際のアドバイスと耐性菌検出のチェックを行っています。さらに感染対策室と協力して院内感染対策業務を行っています。

新型インフルエンザ、ジカ熱を始めとした新興感染症の出現など、21世紀に入っても感染症の問題が絶えることはありません。目下日本を含む先進各国でも問題になっているのが、抗生物質の効きにくい細菌、薬剤耐性菌の問題です。耐性菌の出現は人間が抗生物質を必要以上に使いすぎたことにより引き起こされた人災の側面があります。そのためWHOなどの国際機関を中心として抗生物質の使用量を削減する取り組みが始まっています。これを受けて日本政府も数値目標を掲げて抗生物質の使用削減の方針を定めました。抗生物質を必要な時に必要なだけ用いる適正使用の推進は耐性菌の出現を抑制するのに必須です。感染症内科では国の挙げた目標にも呼応する形で北海道がんセンターにおける抗生物質の適正使用を推進する活動を行っていく予定です。

## 病理診断科



## 病理部門の紹介

臨床研究部長  
病理診断科医長

山城 勝重

病理部門は3名の病理専門医、6名の臨床検査技師の構成からなり、がん診療の顕微鏡診断、すなわち、剖検、生検/手術検体の診断、細胞診の仕事を担っています。組織診断は昨年実績で、5,649件、細胞診は11,109件となっており、これらの検体をおよそ65,000枚のガラススライドを使って17,580枚の診断書を書いています。手術中の迅速組織診断は呼吸器外科を中心に111件を行っており、迅速細胞診は乳がんおよび子宮がんのセンチネルリンパ節検索を中心に331件行っています。診断書を書くために病理医が近年最も頼りとしているのが免疫染色であり、自動免疫装置を駆使して、多数の染色を行っています。臨床医とのカンファレンスも定期的で開催し（年間300回程度）、精緻な診断を作り上げるよう努めています。

がん診療が中心の当院の病理診断では遺伝子診断との関わりを避けて通れません。特定の遺伝子産物や遺伝子発現過程の特定の分子をターゲットとする治療が治療現場で取り入れられ、一定の効果を上げてきているからです。実際の遺伝子検査は多岐にわたるためすべての項目を行うのは困難ですが、乳がんのHER2遺伝子の増幅検査（HER2DISH 昨年実績で115件）を皮切りにその取り組みを始めています。また、北大病院病理部の地域連携コンパニオン診断事業に参加して肺がんのEGFR変異やALK癒合遺伝子の同定も行っています（昨年実績で106件）。提出される検体が穿刺吸引などのため微小なものであることも多く、遺伝子検査と顕微鏡診断を併立させていくには病理検体の適切な処理が重要とされ、細胞検査、病理検査に専門的な知識と技量を持った臨床検査技師の育成が今後ますます必要となっていくでしょう。

当院では、院内の診断業務に加えて地域病院の診断を支えるべく、遠隔病理診断も行っています。術中迅速診断支援は北海道医療センターを中心に88件の診断を行っています。細胞診の遠隔病理診断も市立稚内病院、北海道医療センターからの検体で、総数で約800件の診断を行っています。

## 呼吸器センター



呼吸器センター長  
原田 眞雄

### 呼吸器センターの現在

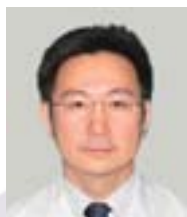
2013年6月に院内センター化構想の第一弾として「呼吸器センター」ができてから3年が経ちました。呼吸器センターは、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線診断／治療科・緩和ケア内科の4つの診療科で構成され、肺がんを中心とした呼吸器悪性腫瘍の診療を統合する新たな枠組みの下、今まで以上に質の高い安心できる医療を提供していくことを目標としています。

肺がんの治療は複数の治療法を併用して行うことが多く、各診療科の連携が不可欠です。患者さんは高齢者が多く、高齢者には合併症や既往症が多いので、そのような患者さんの治療選択には多面的な総合判断が必要となります。また、積極的な治療が難しい場合には緩和治療に専念する道筋を整えてあげることが必要です。さらに、肺がんの治療は近年急速に進歩しています。それに伴い当院では以前に比べ多くの治験が行われるようになりました。肺がんの検体を用いた遺伝子検査などが日常的なものになり、がんのタイプによる個別化治療が追求されています。

新薬には従来の抗がん剤にはない副作用が生じることがあり、呼吸器センター以外の診療科の協力も必要です。したがって、最近の肺がん治療は、関連診療科の協力だけではなく、治験管理部門・病理部門・医療連携部門・他の診療科などとの連携が非常に重要になってきており、病院全体の総合力が試されると言っても過言ではありません。

呼吸器センターでは、肺がんの治療のみならず予防にも取り組んでいます。治療が進歩したと言っても完治する患者さんが増えたわけではなく余命が延びただけです。禁煙による発症予防や検診による早期発見の方がはるかに重要であることは言うまでもありません。喫煙者のための禁煙外来を週1回、レントゲン検診よりも早期発見が可能な低線量CT検診を毎日（平日）行っておりますので、「肺がんで困らない」ためにご活用いただくことをお勧めします。

## サルコマーセンター



サルコマーセンター長  
骨軟部腫瘍科 平賀 博明

### サルコマーセンターの現在と展望

肉腫（サルコーマ）は、体を支える骨や筋肉、脂肪組織などに発生するがんです。当院の骨軟部腫瘍科（旧腫瘍整形外科）では以前より主に四肢に発生する肉腫を扱ってきましたが、肉腫は後腹膜、骨盤、縦隔にも発生します。年間発生数は全国で推定約4000人と少なく、臓器ごとに分担してきた日本の診療体系では少数例を各科で別個に診療してきたため、情報共有はすすまず治療開発は遅れてきました。そこで平成25年10月にサルコマーセンターを開設しました。センターは骨軟部腫瘍科、消化器外科、泌尿器科、呼吸器外科、婦人科、病理診断科、放射線診断科、放射線治療科、腫瘍内科の9領域から構成され、現在までに約50名の方が登録され治療をうけております。電子カルテの機能を利用した迅速な情報共有と、医師間の密な連携やカンサーボードでの議論による適格な診断と治療を特徴としております。

少しずつ道内の医師や患者さんにサルコマーセンターの存在が認知されてきており、現在では主に道内の外科、内科、泌尿器科、婦人科の医師から患者さんの御紹介をいただいています。また、患者さんがセカンドオピニオンとしてサルコマーセンターの受診を希望することも増えてきました。

今後、肉腫のような発生数の少ないがんは希少がんとして集約化が進んでいきます。集約された診療の担い手としてサルコマーセンターが期待されますが、通常の診療のみではなく、治験や臨床試験などを通じて新しい治療の開発を行っていかねばなりません。そのためには国内の他の基幹施設との連携が不可欠です。また、北海道全域の患者さんを受け入れてもすべての患者さんが当院に通院し続けることは難しいので、地域との連携も模索していかねばなりません。

問題は山積していますが非常にやりがいのある分野と思っております。今後ともみなさまのご理解とご協力をいただきますようよろしくお願い申し上げます。

高度先進内視鏡  
外科センター

## 高度先進内視鏡センターの現在と展望

高度先進内視鏡外科センター長  
泌尿器科 原林 透

高度先進内視鏡外科センターに手術支援ロボットが導入され、2年半が経過しました。すでに保険適応のある前立腺悪性腫瘍手術は、2016年6月末までに159件施行しました。七割が近隣の連携病院からの紹介でした。当初は、時間を要しましたが、次第に短縮し全体の平均手術時間は208分、出血量はほぼ0mlで、輸血を要した症例はありませんでした。ロボット手術のメリットは、精密なロボットアームを用いて狭い術野で精密な剥離操作と縫合操作が可能なこと。前立腺は男性の骨盤臓器の中心であり、排尿、勃起にかかわる多くの神経と血管、筋肉がクモの巣のように周囲を取り囲んでいます。ロボット手術では、がん病巣とリンパ節を取り去るだけでなく、これらを最大限温存する操作を追求できます。

また、2016年春の保険改定により、小径腎腫瘍に対する腎部分切除術も保険適応となりました。当院では、さまざまな工夫でもとよりほぼすべての小径腎腫瘍に対して腹腔鏡下部分切除を施行していました。ロボットでは自在な切開操作によって、よりいっそうの手術（腎阻血）時間の短縮、切除断端の陰性率と術後合併症の低減をはかることが期待され、7月から開始しています。

また、当院では泌尿器科だけでなく、婦人科、消化器外科でも積極的にロボット手術を取り入れています。いまだ、保険認可はされていませんが、子宮悪性腫瘍に対する全摘術およびリンパ節郭清術を19例、胃悪性腫瘍に対する胃切除を5例に施行しています。全例に大きな術後合併症なく、順調に経過しています。

安全性とクオリティの高い手術を目標に、外科系医師、麻酔科医師、看護師、臨床工学士が意見を出し、調整しながら日々手術を行っています。

## 内視鏡センター



## 内視鏡センターの現在と展望

内視鏡センター長  
消化器内科 藤川 幸司

内視鏡センターは、前身の内視鏡室から平成26年1月1日付けて新設されました。現在、消化器内科医（7名）と呼吸器内科医（5名）によって内視鏡およびX線透視装置を用いた検査、処置、手術が行われており、総件数は年々増加しています。

平成27年度の食道・胃・十二指腸内視鏡は3008件、大腸内視鏡は1604件でした。検査時の苦痛緩和にも努め、鎮静剤の投与や大腸検査の前処置薬には錠剤型も選択できます。機器もニーズに応じて経鼻内視鏡や、腹部手術後の癒着や狭窄がある症例には極細径の大腸スコープを備え、挿入困難の場合はCTコロングラフィーも行うことができます。希望者には飲む内視鏡＝大腸カプセル内視鏡の選択も可能です。また、食道・胃・大腸の早期がんに対して積極的に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行っています。小腸疾患には小腸カプセル内視鏡を平成23年から導入し、年間40件以上に施行し、精密検査にはバルーン小腸内視鏡を用いています。

特筆すべきは、胆膵エキスパートによる高度な診断やインターベンションが可能となり、平成27年度の胆膵関連の検査・処置が121件（前年比1.9倍）、超音波内視鏡141件・FNA 121件（前年比4.7倍）と大きく増加したことです。

呼吸器領域でも気管支鏡315件、超音波気管支鏡274件（前年比1.3倍）と増加しており、さらなる飛躍が期待されています。

このように内視鏡センターの業務は多岐にわたり、機器も複雑化し、高度な技術や管理が必要とされるため、20年程前から内視鏡技師を養成してきました。現在では、臨床工学技師に機器保守管理だけでなく手技介助にも介入してもらっています。平成26年からは、小腸カプセル内視鏡読影支援技師を取得した内視鏡技師による1次読影を開始しました。これからも安全・安心な内視鏡センターを目指し、チーム一丸となり取り組んでまいります。

## 外来化学療法センター



腫瘍内科  
外来化学療法センター  
医師長 佐川保

### 外来化学療法センターの現在と展望

#### 1. 外来化学療法センターについて

当院では2003年4月から外来で化学療法を実施のために開設された外来治療センターにおいて活動しておりましたが、2014年1月より、これまで以上に外来化学療法全般に関わり、各科との連携、マネジメントをする外来化学療法センターとして新たにスタートしました。外来でがんの化学療法を行うことの最大のメリットは、患者さんが日常生活を送りながら化学療法を受けることによって、生活の質（QOL：Quality of life）を維持することができることです。具体的には、化学療法を外来で受けることで今まで通り仕事も続けることができますし、趣味を楽しむこともできます。休薬中には長期間旅行にも行くことも可能になります。「より快適な環境で確実かつ安全な外来がん化学療法を提供する」という信念に基づき、外来化学療法を提供していきたいと考えております。

#### 2. 取り組み

医療者側にとっては患者さんの自宅でのがんに関連する症状や副作用の状況を外来での診察という比較的短時間に正確に把握する必要があります。そのため、抗がん剤治療に精通する医師、看護師、薬剤師などにより患者さんの情報を医療者間で共有化する多職種によるチーム医療を行っております。センターには抗がん薬皮膚障害対策チーム、抗がん薬口腔ケアチームという二つのチームがあります。これらのチームにより患者さまの安全・安心な外来がん化学療法が可能になっています。

#### 3. 今後について

現在、ベッド4床・リクライニングチェア13台により運用していますが、外来化学療法件数の増加（600～700件/月）に伴い少々手狭になってきております。新病院ではベッド+リクライニングチェア30床に増床されます。治療件数が増えてもこれまで以上に「より快適な環境で確実かつ安全な外来がん化学療法を提供する」という信念に基づいて外来化学療法を提供していきたいと考えております。

## 前立腺センター



前立腺センター  
教育研修部長 永森聡

### 前立腺センター開設後の現況 — PSA検診の勧め

前立腺疾患は加齢とともに増加し、特に前立腺がんの罹患率は2020年には肺がんに次いで2位になると予想されています。このことは、もう既に何度もお聞きでしょうが、非常に重要な問題です。そこで当院では前立腺の2大疾患である前立腺肥大症と前立腺がんの増加に対応すべく前立腺センターを開設致しました。

ただし現在当院では、前立腺センターという表示の外来枠は設けておらず、前立腺疾患は主として泌尿器科外来を受診していただいております。その中でPSA 1時間検診（採血後1時間で結果がわかり、月、木の11時からの受診：要予約）は前立腺センター業務として行っております。今回はこのPSA検診についてご説明致します。

まず検診についてですが、実は検診には二種類あり、一つは対策型検診であり、もう一つは任意型検診です。ここで対策型検診とは住民検診型のをさし、その目的は集団におけるがんの死亡率を減少させることにあるのに対して、任意型検診とは人間ドック型のをさし、その目的は個人のがん死亡リスクを減少させることにあります。日本全国には自治体としてPSA検診（対策型検診）を行っている地域もありますが、現在札幌市及びその近郊では住民検診としては実施しておらず、当院のような任意型検診となります。PSA検診の検診効率化は他のがん検診などと比較した場合においても極めて効率が良くとされており、1人のがん死を減らすために必要な検診受診者数はわずか293人とされています。

さてそれでは当院のPSA検診ですが、センター開設前の2014年度の検診数がわずか6名であったものが、センター開設後の2015年度は33名とまだまだ少ないですが増加傾向にあります。内訳は60歳台が約半数の16名、70歳台6名、50歳台4名でそのうち75歳の1名に早期の前立腺がんが発見され、現在は根治的治療を前提として、PSA監視療法中です。

最近では以前に比較しても50歳台前半から前立腺がんは増加傾向にあり、今後は50歳台の方の受診が増加し、早期診断、早期治療で多くの前立腺がんが根治できることを願ってやみません。

## 治験管理室



## 治験管理室の現在と展望

治験管理室長  
内科系診療部長

高橋

康雄

治験とは、医薬品などの製造・販売承認を得るためにヒトで行う臨床試験です。治験を行うに当たっては、患者さんの人権や安全が守られ、さらに有効性や安全性が科学的な方法で正確に調べられるように、厳格なルールが定められています。

治験管理室は、治験をスムーズに行うための部門で、治験事務局と治験支援室からなっています。治験事務局では治験事務局長と事務担当4名の計5名で治験を行う上での必要な書類の管理を行っています。治験支援室は、治験主任薬剤師と臨床試験コーディネーター（CRC）5名（薬剤師2名、看護師3名）、事務職員で構成されています。その中でCRCは、医師や院内の各部門と連携して、不安と期待で揺れ動く患者さんが安心して治験に参加できるように、しっかりサポートしております。

特に当院の治験は、がんセンターということもあり、殆どががんの治験薬か、がん治療に関わるがんの痛み止めや支持療法（吐き気止めなど）の薬です。

当院では2015年度、98名の方のがんの治療薬の治験に参加いただいております（製造販売後臨床試験や医師主導臨床研究は除く）。その多くは国際共同治験であり、また第Ⅰ相試験（日本人に初めて投与など安全性をみる試験）にも取り組んでおり、がんの新薬が早く誕生できるように積極的に治験を行っています。

がんの治療は最近めざましく進歩しており、新しい有望な治験薬も次々出てきていますが、これまでにないような副作用の問題も起きています。今後更に治験管理室の充実を図るとともに医師との連携を密にとり、患者さんが安心して治験が受けられるよう体制を強化してまいりますので、治験へのご協力宜しくお願いいたします。

## 緩和ケアセンター



## 緩和ケアセンターの現在と展望

緩和ケア内科医長

松山 哲晃

「緩和ケアセンター」は、全てのがん患者やその家族等に対して、診断時からより迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するため、これまでの「緩和ケアチーム」「緩和ケア外来」「緩和ケア病棟」などを統括する院内組織です。既にかん拠点病院には専門的緩和ケアの提供体制を確保することが義務づけられていますが、専門看護師や認定看護師を病棟に配置せざるをえないなど、人的資源が有効に活用されていない状況が指摘されてきました。それを受けて厚生労働省・緩和ケア推進検討会では平成24年より緩和ケアセンターの機能、在り方などを検討し始め、まずは都道府県がん拠点病院に設置が求められることになりました。

当院では平成27年12月までに緩和ケアセンター長（加藤副院長）、同ジェネラルマネージャー（武藤看護師長）を初めとした必要な人員を配置し、緩和ケア提供体制のさらなる強化を図っています。「緩和ケア病棟」はまだ開設されていませんが、これまで入院患者を対象とした「緩和ケアチーム」、通院患者を対象とした「緩和ケア内科外来」が、主治医からの紹介を原則として、専門的緩和ケアの提供に努めてきました。緩和ケアセンターでは、さらに全ての患者へ対象を広げて、心身の苦痛など緩和ケアの需要状況を把握する活動を開始しています。それによって主科での基本的緩和ケアを促進し、必要に応じて「がん看護外来」でのカウンセリングや専門的緩和ケアへの橋渡しを行うことで、必要としている人に必要な緩和ケアが行き渡るよう努めています。具体的には、入院・外来患者に対する質問紙による苦痛のスクリーニング活動、病棟カンファレンスへの参加、緩和ケアに関する広報・啓蒙・院内スタッフの教育活動などを進めています。

今後は院内のみならず、都道府県がん拠点病院として、二次医療圏内、そして道内の緩和ケア提供体制の整備を推進する役割を担うべきと考えています。本年度より道内のがん拠点病院連絡協議会に緩和ケア部会を設置し、まずは各施設・各地域での緩和ケア提供に関する実情や課題、取り組みについて情報を共有させていただければと計画しています。各施設の皆様には、何卒ご理解とご協力のほど宜しくお願い致します。

## 口腔腫瘍外科



### 口腔腫瘍外科の展望

口腔腫瘍外科医長 上田 倫弘

本年7月1日より新規の開設となりました。口腔腫瘍外科の主に扱う疾患は、口腔がん（舌がん、歯肉がん、頬粘膜がん、口底がん、口唇がん、各種唾液腺がん）です。その他、前がん病変、前がん状態と言われる口腔白板症や扁平苔癬、口腔粘膜や顎骨に発生した良性腫瘍を取り扱います。治療内容は、外科的な切除手術が主体となりますが、各科の御協力をいただき放射線治療、化学療法を含めた集学的治療をEBMに基づき進めていく予定です。

口腔がんの治療成績は向上しておりますが、生命予後はもとより治療後の患者さんの社会復帰が重要な課題です。口腔の解剖学的複雑性から切除後の欠損による機能、形態の変化が強く、そのため、放射線、化学療法による手術の回避、縮小手術の可能性、再建手術の工夫が要求されます。今後、論理に基づく新しいエビデンス構築が必要とされ、各種の臨床試験が要求されています。さらにはがん克服の重要な因子として口腔表在がんの早期発見や予防についての啓蒙活動にも力点を置くつもりであります。

科学的根拠に基づいた標準治療を基本に治療を行い、標準治療では対応不能な患者にもベストな治療が行える体制を作っていきたいと思っております。御協力、御指導いただければ幸いです。

## 排尿ケアチームについて

### 【チーム構成】

泌尿器科医長：原林 透

理学療法士長：井上 由紀

理学療法士：菅原 啓祐、肥田 理恵

皮膚・排泄ケア認定看護師：鈴木 綾子

各々の病棟で直腸・子宮がん患者の術後排尿困難の対策として排尿機能評価、間欠自己導尿指導などを実施してきましたが、排尿ケアチームの介入により、個々の患者さんの状態を細かくチェックし、より適切なケアへつなげています。また、トイレへの移動や立ち座り動作、認知機能評価含め患者さんのA

DL向上に向けたリハビリの充実も大きなポイントになることから、リハビリテーション科も積極的に関わりながら排尿指導・支援に取り組んでいます。排泄のケアは、人としての尊厳を守るケアです。

排尿ケアチームを立ち上げたことで、多角的に排尿支援を強化し、早期の退院や患者さんのQOLの維持・向上に努めています。

なお、この取り組みについては、月刊誌『ベストナース』8月号（北海道医療新聞社発行）にも掲載されております。ぜひご覧ください。

当院ではこのたび多職種からなる『排尿ケアチーム』を立ち上げ、「排尿自立指導料」算定施設の道内第1号となりました。「排尿自立指導料」は尿道カテーテルの長期留置を避け、尿路感染を防止しながら排尿の自立を促すことを目的としています。

当院の「排尿ケアチーム」は、泌尿器科医長1名、皮膚・排泄ケア認定看護師1名、理学療法士3名の計5名体制です。これまでは、



チームカンファレンス



各種パンフレット



月刊誌『ベストナース』

（報告：6 B病棟 副看護師長 鈴木 綾子）



毎年恒例の北海道がんセンター主催がん講演会が、6月25日（土）札幌中央区ホテルポールスター札幌にて開催されました。毎年様々なテーマで皆様に聴講いただいておりますが、今回は「都道府県がん診療連携拠点病院の視点で肺がんと乳がんを見てみよう」にいたしました。

皆様ご存知のように、国は2次医療圏（がんや脳卒中など手術や入院が必要な医療を地域内で受けられるように設けた地域単位）毎にがん診療連携拠点病院を指定しています。この病院ではがん診療を「行っている」だけではなく、質の良い、均てん化（どこでも一定の水準に）された医療の提供とそれを支えるための多職種のサポートが求められています。このサポートの部分は、患者になってはじめて実感できることも多く、また直接には関わらないけれど、がん医療の発展のためには不可欠なことなどを含んでいます。

がんに向き合うことを全人的にサポートする「緩和ケア」、患者さんを肺炎や敗血症から守る「感染対策チーム」、院内の事故からまもる「医療安全推進対策」、体動が不自由なかたの「褥瘡ケア」を行うチーム、社会復帰を支援する「リハビリ」、「がん相談・就労支援」「医療連携」などなど、数多くの職種が、がん診療を支えております。

今回はこれらの総まとめ役（都道府県がん診療連携拠点病院）である私どもから、一部ではありますが肺がん・乳がんをテーマとしてこれらの活動を知っていただければと思い開催いたしました。

なお、講演内容については、10-14ページの「講演要旨」をご覧ください。



副院長  
加藤 秀則

報告

### 難治性がん啓発キャンペーン 2016

#### ～がんと共に生きること～ 第2部医療セミナー

### 「肺がんとすい臓がんの市民フォーラム」に参加しました。

6月11日（土）かでの2・7で150名ほどの聴衆が集まり上記フォーラムが開催されました。北海道では肺がんおよびすい臓がんの死亡率が高く、道が定めたがん対策推進条例にも「難治性がん対策の推進」が規定され、理解の普及や研究の促進が望まれています。

今回は私が基調講演「難治性がんの現況について～北海道はなぜ死亡率が高いのか～」を話し、肺がんは喫煙率が高いこと、検診率の低いこと、がん年齢の高齢化などが問題であることを強調しました。すい臓がんは原因が不明で、がんの原因が除去できないこと、早期発見が困難で悪性度が高いことなどが問題であると指摘しました。その後2つの分科会に分かれ、「肺がん」では当院 原田 眞雄 呼吸器内科医長に「肺がんの診断効果と薬物療法」、当院 大泉 聡史 内科系診療部長（呼吸器内科）に「内科治療の最先端」について、検



院長  
近藤 啓史

診から薬物治療特に分子標的薬や免疫療法などについて講演してもらいました。「すい臓がん」の分科会では、旭川厚生病院 柳川 伸幸 内視鏡センター長に「診断のポイント」、当院 林 毅 消化器内科医長に「内科治療の最先端」を、完全切除がなかなかできないすい臓がんの診断と最先端内科治療について話をしてもらいました。

その後の各先生方とのグループディスカッションは、時間が過ぎるまで熱心に行われていました。



# 地域・院内がん登録室

## 「がん登録からみた北海道の乳がん・肺がん」

がん対策の目的は、①がんになる人を減らす ②がんから治る人を増やす ③がんになっても元気で過ごせる期間を増やし、苦痛を軽減することです。がん対策を立案するための基礎となるデータががん登録データであり、がん対策の成果を評価するために、がん登録データから罹患率・死亡率・生存率を算出し解析することは、非常に重要です。

2014年時点で、北海道の75歳未満年齢調整死亡率は、47都道府県中2番目に高く、北海道の死亡率を低下させるために、どのような対策が必要かを検討することを目的とし、現在の北海道内のがんの罹患・死亡の状況を把握するため、地域がん登録データ(2012年)を解析しました。保健医療圏ごとに年齢調整罹患率と年齢調整死亡率を算出したところ、男女問わず、医療圏ごとに大きな差が見られました。

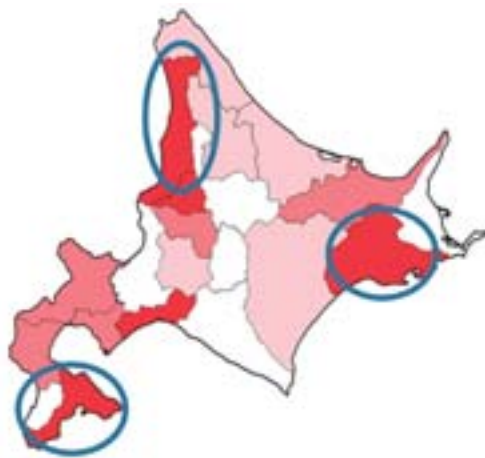
死亡率の高い地域の罹患の状況をみると、死亡率

の高い多くの医療圏で罹患率も高かったことがわかりました。全体の死亡率が高い地域で、どの部位にできたがんが原因で高くなっていたのかを解析したところ、解析した全部位で死亡率が高い地域と、いくつかの部位の死亡率の高さが原因で全体の死亡率が高くなっている地域があることがわかりました。死亡率を低下させるためには、がんにかかる人を減らすことが重要であり、北海道全体としてではなく、地域ごとにがん対策が必要にだということが考えられます。

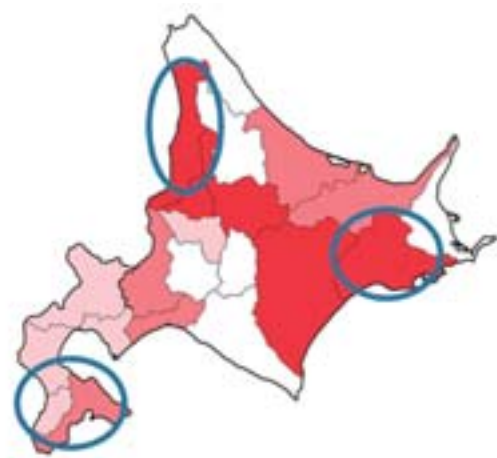
今後は、さらに詳細な解析を行うことで死亡率低下につながるがん対策の立案・評価に役立てていければと考えています。



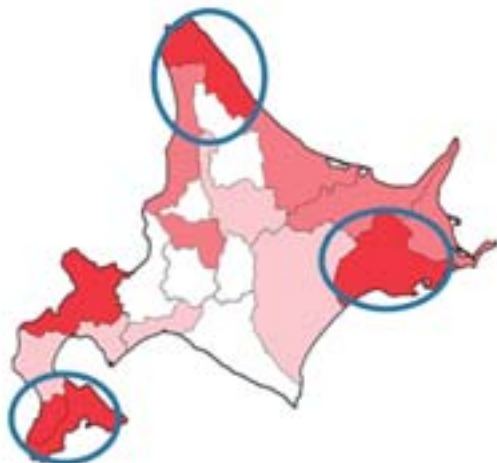
がん登録係長  
齊藤 真美



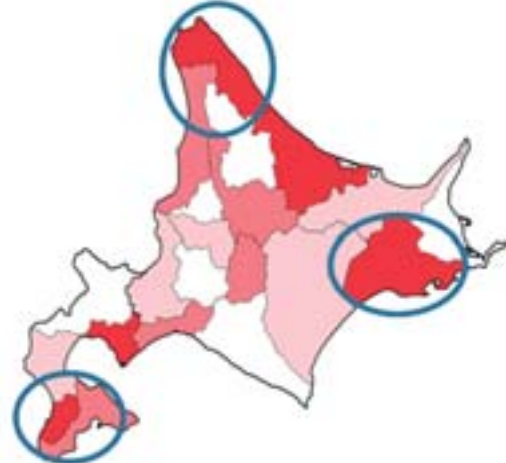
● 全部位年齢調整死亡率 (女性)



● 全部位年齢調整罹患率 (女性)



● 全部位年齢調整死亡率 (男性)



● 全部位年齢調整罹患率 (男性)

## 呼吸器内科

## 「肺がん薬物療法の現状」

2002年にイレッサ®が発売されて以来、新たな分子標的薬が次々に登場し、プラチナ併用療法一辺倒だった肺がんの薬物療法は大きな進歩を遂げてきました。特に腺がんというタイプでは生存期間が大幅に延びており、IV期の患者さんの5年生存は今やめずらしくなくなりました。ここでは、今回の講演会でお話した進行肺がんの薬物療法の現状について簡単に振り返ってみたいと思います。

分子標的薬とは、がん細胞に特有な、がん増殖の急所ともいえるタンパクを標的として、そのタンパクの働きをピンポイントに抑える薬です。正常細胞に対する影響が少ないので副作用は一般に軽いですし、従来の抗がん剤とは異なり、標的となる異常タンパクをもつがんに限定して用いることで大きな効果が得られる、つまり個別化治療を可能にする薬です。

肺がんに対する新しい治療薬は、どのようながんに用いるかによって3つのグループに分かれます。第一のグループは、腺がんのドライバー遺伝子に対する専用薬です。ドライバー遺伝子とは、細胞のがん化を強力に誘導するがんの原因遺伝子のことです。多くの肺の腺がんではこの遺伝子異常が認められており、そのうちEGFR遺伝子変異とALK融合遺伝子（から作られる異常タンパク）に対する阻害薬が使われています。ドライバー遺伝子を持つ腺がんにはとても有効で、以前のプラチナ併用療法の倍の効果を示すため、最初の治療（一次治療）として用いられます。多くの場合、薬は1年弱で効かなくなりますが、そのように耐性となった後に効果が期待できる第三世代のEGFR阻害薬や第二世代のALK阻害薬が今年発売されました。

次に第二のグループは、腺がん全般の専用薬で、血管新生阻害薬のアバスチン®と従来型抗がん剤のアリムタ®の2剤があります。プラチナ製剤+アリムタ+アバスチンは腺がんにおける最強のプラチナ併用療法であり、ドライバー



呼吸器内科医長  
原田 眞雄

遺伝子を持たない腺がんの場合は、これが一次治療となります。両剤は維持療法としても使用可能であり、第一のグループとともに腺がんの患者さんの余命延長に大きく貢献してきました。

第三のグループは、非小細胞がん全般に用いる薬で、免疫チェックポイント阻害薬のオプジーボ®と血管新生阻害薬のサイラムザ®の新薬2剤があります。腺がん以外、すなわち扁平上皮がんにも使えるということが、両剤の注目すべき点です。なお、免疫チェックポイント阻害薬は、免疫療法が本当に効くことを初めて明確に証明してみせた画期的な薬であり、がん治療の新時代を担う主役として大いに期待されています。

以上より、現在の進行肺がんにおいては、①ドライバー遺伝子を持つ腺がん、②持たない腺がん、③扁平上皮がん、④小細胞がん、の順に有効な薬が多く用意され、したがって生存期間もこの順に長いことがわかりいただけると思います。



# 乳 腺外科

## 「乳がん治療の現状」

乳がんの年間罹患数は約85,000人です。これは全女性の12人に1人が、生涯において乳がんを罹患するという数値です。女性にとって最も罹る可能性の高いがんということになります。

乳がんで命を落とさないためには予防、検診、適切な治療の3つがとても大切です。

予防においては喫煙が発症リスクを高めることはほぼ確実です。また受動喫煙も乳がん発症リスクを高める可能性があります。また閉経後乳がんのリスク因子として肥満がありますので、適度な運動が大切です。お酒の飲み過ぎや不規則な生活が乳がんのリスクと関連している事は、意外と知られていません。

次に検診ですが、その最終目的はがんを発見することではなく、乳がんで亡くなる方を減らす事です。北海道の乳がん検診率は他県に比べて低く、まず北海道では検診年齢対象者（40歳以上）の検診率を高めなければなりません。対象年齢以外の若い人もできるだけ乳がん検診を受けるように勧めるべきでしょうか？ 検診をきっかけで自分自身のリスクを知ることが極めて重要ですが、罹患率の低い年代に対する検診は、利益よりも不利益が優っている可能性があります。注意が必要です。

最後に適切な治療ですが、これが一般の方に最も情報が伝わっていません。乳房温存術が適切なのか？ 乳房全摘手術が望ましいのか？ リンパ節はセンチネルと言われる手術がいいのか？ 郭清手術が必要なのか？ 乳房再建術を受けることができるのか？ 受けられるのであればどんな方法が適切なのか？ 乳がんと診断されただけでもパニックになっているのに、矢継ぎ早にこれらの方法を選択しなければなりません。数週間レベルであれば、診断されてから手術までの期間は予後には影響しないと言われています。じっくり考え納得する治療を選択してください。必要があればセカンドオピニオンなどを選択する方法もあります。

手術法の選択も重要ですが、実は乳がんで命を落とさないために最も重要な治療選択は、術前あるいは術後に行う薬物治療の選択です。乳がんは実はそれぞれその生物学的特性が違っているとされています。出来るだけ効果があり、副作用の少ない薬物療法を選択するためには、ホルモン剤が使用可能か？ HER2に関わる分子標的薬が使用可能か？ 抗がん剤を使わなければならないのか？ を考える必要があります。特に抗がん剤はつらい治療であるからこそ、医師の思い込みではなく、科学的根拠のある方法を科学的根拠のある量で行う必要があります。



統括診療部長  
高橋 将人

適切な治療期間を選ぶ方法ですが、乳がんの治療患者数が多い事は重要ですが、手術数はあくまで目安です。大事なのは科学的根拠のある全身治療を行っているかどうかだと思います。信頼のおける施設は学会や論文で自分たちの治療成績を常にチェックし分析しています。

### まとめ

- 乳がんは日本でも着実に増加しています。ただし、適切な治療をすれば治癒する方も多いがんです
- たばこは吸わず、適度な運動を続け、規則正しい生活を心がけましょう
- 40歳を過ぎたら定期的に乳がん検診を受けるとともに自己検診も必ず行いましょう
- 乳がんにかかっても乳房温存術や乳房再建術など貴方らしい生活が送れる方法があります
- 命を失わないためには、時に抗がん剤治療が必要になることがあります。その場合は科学的根拠のある方法を実践している治療機関を選択しましょう

# リハビリテーション科

## 「乳がん・肺がんに関わるリハビリケア」

がんの克服をめざし、診断・治療法などの進歩とその普及によって、がんと「共存する時代」になり、がん診療に伴う身体的・精神的苦痛に対しても、積極的な対応がもとめられるようになりました。2013年「がんのリハビリテーションガイドライン」が作成され、原発巣、治療目的、病期別に、日々どのようなリハビリを实践すべきかが記され、乳がんや肺がんのリハビリについても、「行うよう強く勧める」という高い推奨グレードで評価されています。一般的にリハビリは 何らかの障害が起こってから受けるものと認識されていますが、がんのリハビリは「予防的リハビリ」という分野があり、がんと診断された早期からどのような病状や状況、時期でも受けることができます。これは、手術や抗がん剤治療（化学療法）、放射線療法などが始まる前、あるいは実施された直後から行うことで、治療に伴う合併症や後遺症などを予防するものです。

手術前後のリハビリとして、腋窩リンパ節廓清を伴う乳がんの手術後は、皮膚や軟部組織を切開するために、痛みやしびれ、つっぱり、不安などにより、肩関節可動域の制限や筋力低下が生じます。手術後

早期から生活指導や肩関節可動域訓練、上肢筋力増強訓練などを合わせた包括的リハビリテーションを実施することで、上肢機能が改善されます。また、手術後のリンパ浮腫についても、予防のための日常生活の注意点やセルフケア方法を習得することにより、発症リスクを減少できます。



理学療法士長  
井上 由紀

肺がんは、手術の前から術後の肺炎や無気肺を予防するために、呼吸法・痰の出し方の練習、呼吸器機による呼吸練習や術後早期の体力回復を目的とした運動療法を行います。

化学療法、放射線治療中・治療後は吐気、口腔咽頭粘膜障害、だるさ、骨髄抑制などの有害反応（いわゆる副作用）により、身体活動量低下、栄養障害、感染症、睡眠障害が生じ治療が継続できなくなることがあります。治療の継続には治療に耐えられる全身状態と、さらに寝たきりにならない活動性、体力が必要となります。有酸素運動（歩行、自転車）や筋力トレーニング、それらを組み合わせた運動療法を行うと、運動耐容能や筋力、倦怠感、免疫機能、抑うつや不安感、睡眠障害が改善することが報告されています。また骨転移がある場合は疼痛に注意し、早期発見して骨折を起こさないよう対応することが求められます。骨転移があっても、その部分を守って日常生活が送れるように、装具や介助器具を利用し、体を動かす方法を練習します。



### 運動療法の実際

- 化学療法・放射線療法中、治療後
- 有酸素運動（エルゴメーター、トレッドミル、ウォーキングなど）  
週3～5回
- 強度 60～70%最大心拍数 → 80%  
「やや楽」 → 「ややきつい」
- 時間 10～15分 → 45分

このようにリハビリではがんと診断された時から、障害の予防や身体機能の回復・維持、生活の質の低下を防ぐことを目的として行っています。

## 緩和ケアセンター

### 「乳がん・肺がんの治療と緩和ケア」



看護師長  
武藤 記代子

がんと診断された時からの緩和ケアの推進を国が掲げて進めています。緩和ケアは何かは分かりにくいので、H28年4月緩和ケア推進検討会では、誰にでも理解しやすく受け入れやすいように「緩和ケアは病気に伴う心と体の痛みを和らげること」と表現しました。

がんと診断された時には、誰でも気持ちが落ち込むものです。気持ちのつらさを我慢することで、不安の増強、気力・意欲の低下、日常生活への支障、医師の説明を聞いても考えがまとまらないことで希望する治療ができないこともあります。また、痛みを我慢することで、不眠・食欲低下・体力を消耗により治療を最後まで続けることができなくなることがあります。

治療を続けるためにも緩和ケアは必要な治療なのです。

緩和ケアに関わった患者さんにどんな症状があったかをスライドで紹介します。

#### 肺がんの緩和ケア

肺がんは早期では症状がほとんどない  
症状があって入院の場合

- 肺の腫瘍の影響で起こる咳や痛み
- 骨への転移による痛み
- 抗がん剤による手足のしびれ
- 放射線治療の影響での食道炎による嚥下時痛

#### 治療開始前から鎮痛薬を使用して

一般的な鎮痛薬ではしっかり痛みは緩和できない場合、  
医療用麻薬を使用

- \* 一人一人の痛みの程度に合わせた量を調節
- \* 抗がん剤や放射線治療開始後の効果により、減らしたり中止したりできます

食道炎による嚥下時痛に医療用麻薬を使い痛みを抑える

- \* 放射線治療が終わり食道粘膜が再生すれば痛みもなくなり薬もやめられます

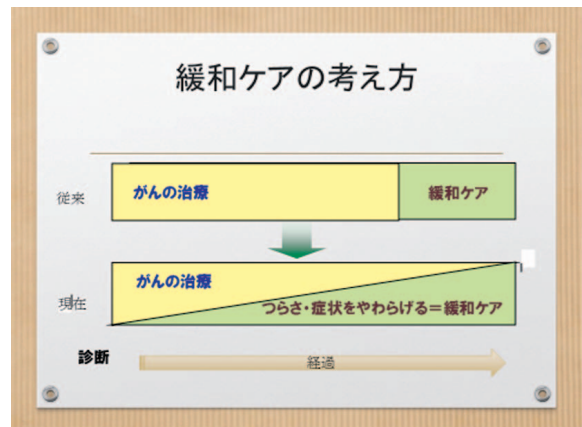
#### 乳がんの緩和ケア

乳がんの発症のピークは40～50歳代  
子育て、仕事と忙しい時期

- 家族に心配がかけられない
- 周囲が私のつらさを分かってくれない
- 再発への心配
- 手術で胸がなくなってしまった悲しさ
- 抗がん剤で髪の毛が抜けてしまったつらさ
- 味覚が変わって食欲もわかない

- 気持ちが落ち込んで何もする気にならない
- 抗がん剤をすると吐き気が起きそうで、点滴を見ただけでドキドキしてくる
- ホルモン剤の副作用による倦怠感、疲れやすさ、不安・焦燥感
- 手術して月日が経つのに痛みやしびれができていく
- 薬の影響で口内炎がひどくて食事が食べられない
- 抗がん剤による手足のしびれが辛い
- 小学生や中学生の子供に病気のことをどのように伝えたいのか相談したい

気持ちを誰かに伝えた時からよりよい治療が始まります。つらい症状がある時にはいつでも主治医や看護師にお話してください。緩和ケアは決して最後の治療ではなく、がんとなった時から緩和ケアは始まるのを覚えておいてください。



# ふれあい看護体験を終えて



当院では毎年看護の日のイベントとして、近隣の高校生を対象に1日看護体験を開催しております。今年も5月19日に高校生12名が来院し、実際に看護を体験しました。

午前中から早速白衣に着替え、病棟の患者さんのもとの看護援助体験をしました。各病棟の副看護師長と共に清拭や足浴、車椅子移送などの看護援助を実際に行なってもらったところ、初めは緊張した面持ちでのスタートでしたが、援助の難しさを感じながらも笑顔で患者さんと接する姿が見られました。

午後からは、血圧測定や車椅子移送、ストレッチャー移送などの看護技術演習や制限食等数種類の病院食の試食をしてもらいました。患者役と看護師役の両方を体験し、患者さんの思いを知ることができたのではないかと思います。

院内見学では、薬剤部門・外来部門・放射線部門・リハビリ部門を見学して他職種の仕事を知らせてもらい、患者さんに最良の治療を受けてもらえるようスタッフ一丸となって患者さんをサポートしている事も体感してもらいました。

今回参加した12名の高校生は看護師志望だけではなく、職種は決めていないけれど医療系に進みたいと思っている、という方もいました。1日という短い時間でしたが、実際に患者さんと関わり、他職種の仕事を体験できたことで看護師をはじめ医療者の仕事とはどのようなものかを考える貴重な体験になったのではないかと思います。終了後には高校生の皆さんから「難しかったけど楽しかった」、「患者さんとの会話が大切だと感じた」、「患者さんの入院している様子を傍でみている看護師さんの仕事について知る事が出来た」等の感想が聞かれました。

実際に患者さんと触れ合うことで患者さんの入院生活を知り、患者さんとのコミュニケーションの楽しさや必要性、患者さんから頂いた「ありがとう」という言葉の力と共に、看護がやり甲斐のある仕事だということを感じて貰えたのではないのでしょうか。企画した私たち自身も、今回このような場を提供できたことを嬉しく思うとともに、看護師という仕事の魅力を再確認する良い機会となりました。

近い将来、この日の高校生が私たちと一緒に働く日が来ることを、心から楽しみに待っています。

(報告：6B病棟 副看護師長 星 亜紀)

# 地域医療連携室からのお知らせ

現在、地域医療連携室は以下のスタッフにて業務を行っております。

看護師・医療社会事業専門員（MSW）を病棟ごとに担当配置し、退院後も安心して生活できるように退院支援や在宅療養支援などを行っており、7月1日より退院支援加算Ⅰの施設基準を取得しました。また、紹介予約の受付調整や何科にかかれば良いのか？などの相談も受けています。セカンドオピニオンなども相談を受けておりますので気軽に声をかけてください。

- 地域医療連携室長・副院長 かとう ひでのり  
加藤 秀則
- 地域医療連携係長・看護師長 きくち くみこ  
菊地 久美子
- 看護師 じょうがさき ゆき  
城ヶ崎 友紀
- 医療社会事業専門員 ますの ひろや  
柷野 裕也
- 医療社会事業専門員 なかじま あや  
中島 綾
- 医療社会事業専門員 しきなみ すずえ  
敷浪 鈴江
- 事務助手 ざま ともこ  
座間 知子



地域医療連携室 ～ 1階正面玄関より入ってすぐ左側でございます。

独立行政法人 国立病院機構

北海道がんセンター

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/>

スマートフォン版ページ

<http://www.sap-cc.org/sp/>

QRコード→



## ● 相談窓口

がん相談支援センター

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](mailto: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。