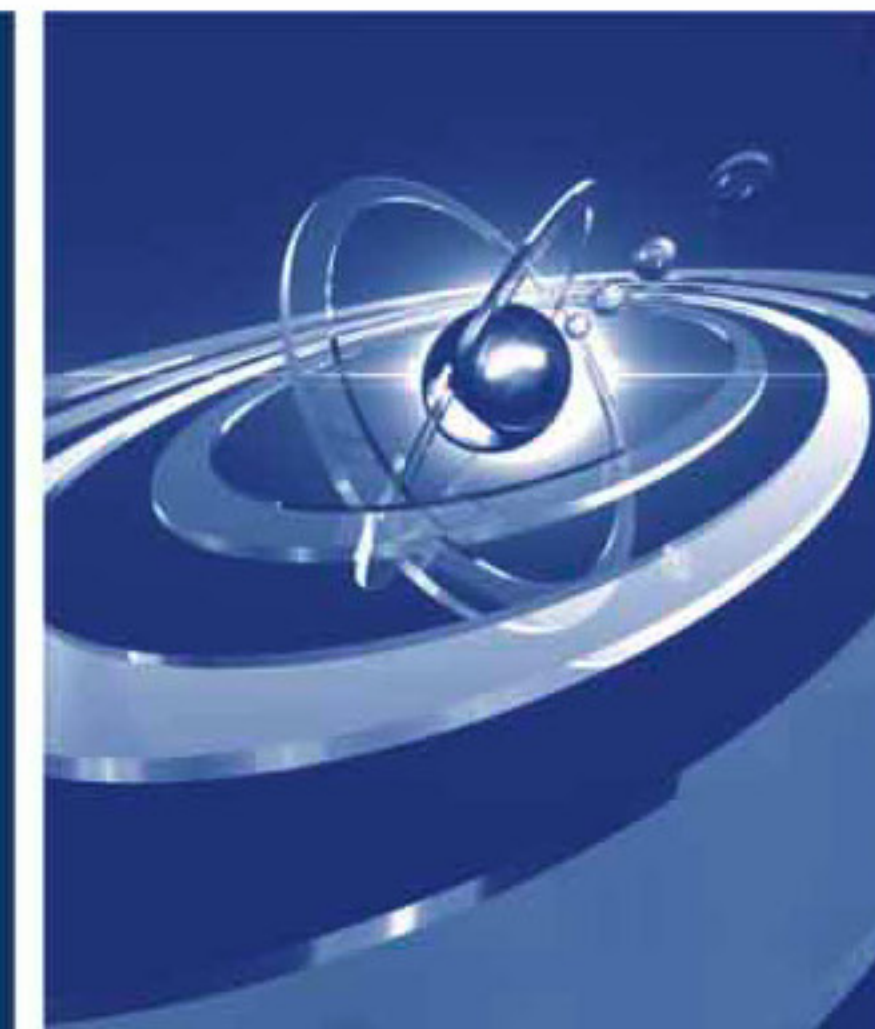


MONTHLY REPORT

MANAGING OFFICE
2-5-1 SHIKATA-CHO KITAKU
OKAYAMA 700-8558 JAPAN
PHONE:086-235-7023 FAX:086-235-7045
<http://www.chushiganpro.jp/>



VOL.13
2009.MARCH

- COLUMN
- MINI REVIEW
- REPORT: EDMONTON, CANADA
- CONSORTIUM MEMBER
- EVENT INFORMATION



愛媛大学
愛媛大学大学院医学系研究科
学務室大学院チーム
TEL(089)960-5868

岡山大学
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科等
学務課大学院係
TEL(086)235-7986

香川大学
香川大学医学部学務室
(入試担当)
TEL(087)891-2074

川崎医科大学
川崎医科大学学務課
教務係
TEL(086)464-1012

高知女子大学
高知女子大学学生課
大学院担当
TEL(088)873-2157

高知大学
高知大学学務部岡豊学務課
大学院教育担当
TEL(088)880-2263

徳島大学
徳島大学医学・歯学・薬学部等
事務部学務課大学院係
TEL(088)633-9649

山口大学
山口大学医学部学務課
大学院教務係
TEL(0836)22-2058

四国がんセンター
TEL(089)999-1111



趣旨・組織

がんは、わが国の死亡率第1位の疾患ですが、がんを横断的・集学的に診療できる専門家が全国的に少なく、その養成が急務とされています。また、近年の高度化したがん医療の推進は、がん医療に習熟した医師、薬剤師、看護師、その他の医療技術者等(コメディカル)の各種専門家が参画し、チームとして機能することが何より重要です。そのため、がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門医師及びがん医療に携わるコメディカルなど、がんに特化した医療人の養成を行うため、大学院等との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムが「がんプロフェッショナル養成プラン」です。

ごあいさつ

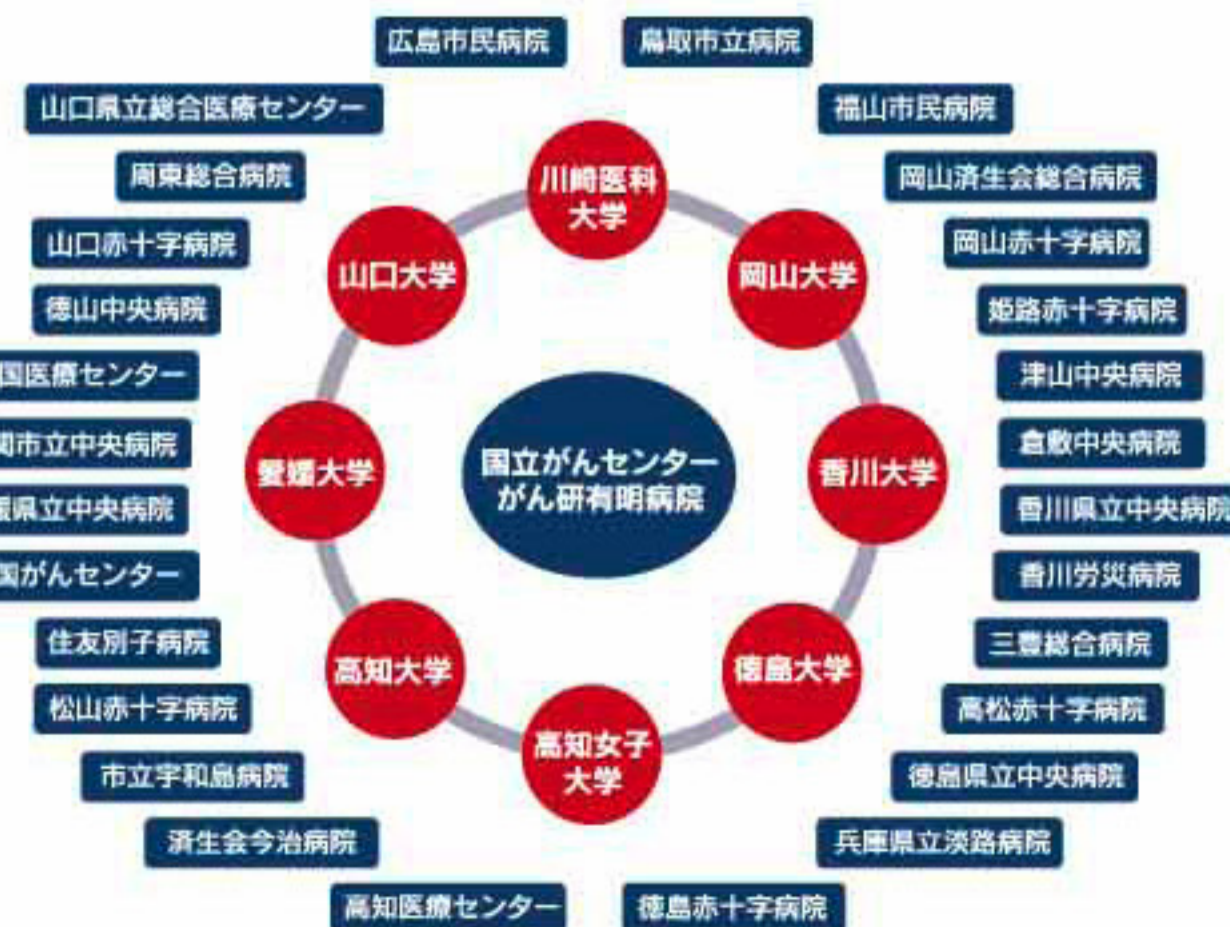
当コンソーシアム事務局では、講演会、海外研修、学生募集などの連絡を目的としたマンスリーレポートを発行しています。

本プランは、中国・四国8つの大学が一つのコンソーシアムを作り、各大学院にメディカル、コメディカルを含む多職種のがん専門職養成のためのコースワークを整備し、これに地域の28のがん診療連携拠点病院が連携することにより、広い地域にムラなくがん専門職を送り出すプログラムです。がんに関わる多職種専門職が有機的に連携し、チームとしてがん診療ならびに研究にあたることのできるよう職種間の共通コアカリキュラムの履修を出発点として教育研修を行います。また、国内外のがんセンターと連携し指導的ながん専門医療人養成のファカルティ・ディベロップメントを連動させ、がん専門職養成の教育能力を強化します。こうして専門的臨床能力、チーム医療や臨床研究の能力をともに身につけたがん専門職が数多く輩出されることにより、地域におけるがん治療の均てん化、標準化が期待されるとともに、臨床研究の活性化が期待されます。

本誌をきっかけに、大学院入学や各種セミナーへの参加等をご検討いただければ幸いです。

中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム事務局

中国・四国全域に広がる拠点病院
組織的・効率的ながん治療の均てん化の実行組織 ■:コンソーシアム参加がん診療連携拠点病院



地域医療を支えるがんプロ

岡山大学コーディネーター 田中紀章



昨年大きな話題になったのは「地域医療崩壊」であった。高齢者が数多く地方に暮らす現実を見ながら医師はなぜ地方を去るのか、なぜ若い医師たちは地域医療に関心を持っていないのか。この事を考えるにつけ、これまでの自らの医学教育と教育者としてのあり方そのものが反省させられる。

さて、私たちは地域医療を支える大学院教育として、昨年からは新しい教育コースをスタートさせた。コースワークとしては脳卒中、心筋梗塞、メタボリックシンドローム、がん、アンチエイジング、高齢者・在宅医療などの科目があるが、その一つとして「がんプロ」コースがある。その人材育成プランの特色は、メディカル、コメディカルのプロフェッショナル相互が有機的に連携しチームとしてがん治療にあたることのできるよう、専門職種間の共通のコアカリキュラムの履修を出発点として教育を進めることにある。

がん対策基本法では、放射線療法及び化学療法などの専門医師・コメディカルの育成とともに、がん患者の療養生活の維持向上のため、治療の初期段階からの緩和医療の推進がうたわれている。

緩和医療が問題として取り組む患者の苦しみは、身体、心理、社会、スピリチュアルの要素からなる。身体的苦痛の多くはモルヒネなど医療用麻薬によって緩和されるが、その現状は欧米と比べかなり低レベルにある。日本の麻薬使用量は欧米の十数分の一と極端に少なく、がん性疼痛に限っても2〜3割に過ぎない。

毎日新聞アンケートによれば、日本においてがんの痛み経験のある患者のうち、実に64%が疼痛の治療を受けていないことが明らかにされた。その内訳は、29%が痛みを主治医に訴えていない、16%は痛みをうまく医師に伝えられなかった、12%は痛みを伝えましたが医師に詳しく聞かれなかった、7%は医師から詳しく聞かれたが治療はされなかったとある。患者からみた原因として

は、患者のがんに対する不安と恐怖のため痛みを認めない、患者がうまく痛みを訴えられない、医師が疼痛アセスメントを実施していないなどが考えられている。

これは患者の心理と医師の認識の間に大きなギャップがあり、これをどのようにして埋めるかが今後の緩和医療の実施に大きな課題となることを示している。このギャップを放置すれば患者は痛みの問題をがん治療への不信へと転嫁し、問題解決を誤った方向に導き、ギアチェンジの機会を失うことにもなる。

患者と医療者間のコミュニケーションギャップをなくすることが緩和医療の実現においてきわめて重要と考えられる。医療者には必要な医療情報を正確に伝える教育、そして患者の苦しみを感知し、その訴えを傾聴する能力が必要であり、患者には自らの苦痛を表現し、医療者に伝える能力が必要である。

患者の苦しみは身体、心理、社会、スピリチュアルの要素からなり、表出のされ方も時と状況によって変わり、対応する医療者も異なる。患者の苦しみを理解するのは一人の専門職だけではできないことで、多職種相互の患者を中心とするコミュニケーションがあつて初めて可能となる。

私たち中国・四国広域がんプロの目的は他職種によるチーム医療が院内から施設単体を越えて地域に広げることであり、多職種理解に基づいた医療実践を可能とする教育を実現したい。

メタ解析

血液腫瘍・呼吸器内科学 堀田勝幸



メタ解析の「メタ」とは「高次の」とか「包括的な」という意味である。メタ解析とは、同様のデザインで行われた複数の独立した研究の結果を統合し、統計的手法を用いて再解析する方法であり、いわば「解析の解析」である。個々の研究ではサンプルサイズが十分でないサブグループ解析にもメタ解析が有用なことがある。

メタ解析の結果は、フォレストプロットと呼ばれる特徴的な図で表される。フォレストプロットでは、個々の対象研究の結果は1行ずつに並べられ、それぞれが四角(=ハザード比など)とそれを突き刺す線(=95%信頼区間)から構成される。四角の大きさは各研究の重みづけの程度を反映する。なお一つの大きな臨床試験結果を構築するがごとく単純に重み付けなく全体のデータをまとめるだけであれば、メタ解析とはいわない。最下段にこれら四角を統合した結果(まとめ値)がひし形で表され、ひし形の中心がまとめ値を、ひし形の横幅がまとめ値の95%信頼区間を示している。たとえば試験治療群と標準治療群との間で生存延長効果に有意差がなければ、まとめ値(ひし形の中心)は1に近くなり、ひし形自体1をまたぐことになる。逆に、ひし形が1をまたいでいなければ、その効果には有意差あり、ということを示す。

メタ解析は臨床的に有益な情報をもたらす一方でいくつかの問題点が存在する。最大の問題点は質の低いメタ解析は誤った結果を導き、それにより誤った医学的判断が下されかねないことであろう。こうした事態を避けるために、そのメタ解析がどれくらい信頼できるか、あるいは信頼できないか、について適切に判断することが必要である。これに対し、「QUOROM(Quality Of Reporting Of Meta-analyses)」という声明が発表されている[1]。これは、メタ解析を行い、学術雑誌に報告するにあたり、解析の質を保つためにどのような点に注意すべきか、ということをもとめた報告である。要は、個々のメタ解析の質は一律ではなく、必ずしも全てのメタ解析の結果が重要視されるべきでないということである。

一方、いかに精度よく解析が行われたとしても、メタ解析の研究テーマが実地医療の疑問に即したものでなければ、単なる研究者の興味を満たすだけの結果に終わってしまい、実地臨床家にとって、そのメタ解析は意味をなさないものとなる。たとえば、併用化学療法と単剤化学療法の有効性を比較検討するメタ解析を行う際に、すでに実地医療で使われなくなった薬剤を含む研究をメタ解析の

対象研究として含めていたり、「X X療法 vs. それ以外の治療法」とか「薬剤Xを含む併用療法vs. 薬剤Xを含まない治療法」のようにかなり大雑把なテーマを設定していたり、いまひとつ結果の解釈に躊躇するメタ解析報告が実際散見される。メタ解析を行うにあたり、得られる結果が実地医療にどのような意義を与えうるかを念頭においた上で、テーマやデザインは決められるべきだし、逆に、臨床家が医学雑誌でメタ解析結果を読む時に、それが自身にとってどの程度有益か、すなわち、どの程度実地医療への還元が可能か、あるいはそのメタ解析がどの程度現実離れた設定のもとに解析されているか、ということの評価しなければならない。

対象とした個々の試験間で異質性(=対象試験間における性質・精度の極端な違い)があると、メタ解析精度に影響を及ぼす。例えば、フォレストプロットを見たときに個々の対象研究の信頼区間が全く重ならない場合、異質性の可能性が考えられる。また、出版バイアスもメタ解析を行うにあたって非常に問題となる。つまり、メタ解析を行う際の対象研究は公表論文が多いが、公表論文はポジティブデータが多く、治療効果が認められなかったインパクトの低い研究結果は発表されにくい傾向にある。したがって、メタ解析の結果もポジティブ方向へバイアスがかかるという懸念もある。さらに、メタ解析の質は、対象にした一つ一つの臨床研究の質に依存するので、メタ解析が臨床研究のエビデンスレベルの最上位に位置すべきかどうかという問題も指摘されている。

メタ解析は臨床腫瘍学で広く用いられるようになり、一般的に高いエビデンスレベルを有するとされるが、その精度を理解し、結果をいかに解釈して実地医療に組み込んでいくかは、個々の臨床家に課せられている大きな課題である。

引用文献

- [1] Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM statement. Lancet 1999;354:1896-900.

研修報告

エドモントン緩和医療研修

中国・四国広域がんプロ養成プログラムの一環として、2009年1月5日から5日間、カナダアルバータ州エドモントンで地域緩和医療提供システムと緩和医療教育の研修を受けてきましたので報告します。

出発前の日本では…

昨年の同研修プログラム参加者より、エドモントン緩和医療システムの充実と各専門職の知識や技術の高さについての報告を聞き、期待に胸を膨らませながらの出発準備となった。しかし同時に、想像できない零下20度の寒さを心配し、増える一方の荷物に頭を抱えることになった。

出発

正月気分も抜けぬ1月4日成田国際空港に集合した。今年は通訳のいないことが伝えられ、期待と英会話への不安を持ちながら機上の人となった。翌日ロサンゼルス国際空港で後発隊と合流し、岡山大学、愛媛大学、徳島大学、香川大学の計13名の2008チームエドモントン全員が揃い、一路エドモントンに向かった。

到着

カナダは飛行機から見ると広大で荒涼とした雪の世界であった。エドモントンへの到着は午後3時、外はすでに薄暗く時間がまわっていた。空港の外に出てみると、さほどの寒さではなかったが、油断して深呼吸すると気管支まで凍りつくような冷気が入り込み咳こむ有様であった。日本人が運転する専用バス(以後、移動時にお世話になった)でエドモントン市内に向かい、高層ビル群を見てエドモントンが大都市であることを認識した。この日はホテルでミーティングを行い、自己紹介をすませ、アジア料理を食べに街に繰り出した。



研修1日目(1月5日)

まだ、夜が明けていない7時30分、時差ボケの目をこすりながら集合し、Grey Nuns Community Hospitalへ向かった。

この日は、Grey Nuns Community Hospitalでエドモントンにおける緩和ケアの概要及び高次緩和ケア病棟(Tertiary Palliative Care Unit, TPCU)について説明をうけ、病棟見学を行った。

エドモントンでは、すべての患者が緩和ケアを受けることのできる体制作りに加え、急性期病棟の削減、在宅医療への移行による医療費の削減を目的として、1995年からRegional Palliative Care Program(RPCP)が開始された。RPCPは、在宅(自宅)療養が基盤にある。患者の病状や病期に応じて、地域一般病院、ホスピス、がんセンター、TPCUが連携し、シームレスケアを可能にしている。TPCUは20床あり、在宅、地域一般病院から症状緩和困難な患者が紹介され、緩和領域でのICU的な役割を果たしている。入院患者の95%ががん患者で、残りがAIDS、COPDやALSなどの神経筋疾患である。症状コントロールができればホスピスや在宅へ移行するが、60%の患者がTPCUで亡くなっている。医師(専門医3、レジデント2、フェロー2)、看護師(約40名、3人1組のチームで受け持ち制、ナース・プラクティショナー1名が病棟のスーパーバイザー)、ソーシャルワーカー、チャプレン、音楽療法士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、心理士などの多職種専門家によるチーム医療が行われている。TPCUではEdmonton Symptom Assessment System(ESAS)、Mini-Mental State Exam(MMSE)、Palliative Performance Scale(PPS)などの評価スケールが用いられている。これらの評価スケールは簡便にて



エドモントン緩和医療研修

きており、在宅、一般病院、ホスピスなどでホームケアチャートとして利用され、いずれの医療機関、職種でも情報を共有することができる。また、診療のほか、レジデントの教育、研究等も担っている。緩和ケア専門医になるには、2年間の研修が必要であるが、家庭医の資格を有する場合には1年間の研修でよい。以上の説明を受けた後、4グループに分かれ、レジデントの案内でTPCUの回診を行った。また、鎮痛方法として使用しているエドモントンインジェクターの説明や、緩和ケアにおけるスピリチュアルケアの講義をうけた。



1日目の研修は、恐れていたとおり、英語づけの1日であった。1日中英語に耳を澄まし続けた疲労は、明日からの研修に差支えるのではないかと心配されたが、それでも空腹はやって来る。スーパーマーケットに買い出しに行き、1人では食べきれない食事を買い込みストレスを発散した。

研修2日目(1月6日)

昨日の英語ショックから十分に回復したかどうか不安であったが、なんとか8:30に時間どおり集合し、Norwood Hospiceに向かった。ここでまず、アルバータ州では、緩和ケアをすべての疾患で早い段階から、すべてのアルバータ州市民が同等な医療サービスを受けることを目標としていると話された。主治医はすべて家庭医であり、緩和ケアも家庭医がコンサルテーションチームからサポートを受けて実施している。緩和ケア専門医が少なく、広大なカナダでは、家庭医が緩和ケアをでき

なければ成り立たないと説明された。

次いで、2グループに分かれ交互にRoyal Alexandra Hospitalと Norwood Hospiceでの説明を受けた。

Royal Alexandra Hospital(RAH)

札幌医科大学出身の樽見医師からカナダの医療制度について説明があった。

カナダでは、収入の約40%が税金として徴収され、医療費は、国税と州税による公費で賄われ、州が医療供給システムを計画、管理している。アルバータ州では入院医療の経費は全額公費負担であるが外来の薬剤費は自己負担である。

在宅緩和ケアプログラムにより、在宅医療の財源増加、地域コンサルテーションチームの設立、家庭医への報酬改善、教育の提供、がん以外の疾患への緩和ケアの提供が可能となった。10年間で在宅医療、緩和医療を受ける患者は増えたが、全体の医療費は増加していない。10年前は90%が病院で死亡し10%が在宅死亡であったが、現在の在宅死亡は20%に増加している。エドモントンでは同居、核家族が多く、家族の支援が難しく、在宅死亡は20%が限界ではないかと予想されている。ただ、死の直前ぎりぎりまで在宅療養をされている方は増えてきている。エドモントン市内のホスピスは59床あり、ホームケアの最期に1週間程度ホスピスに入院することも多い。ホスピスの入院条件は余命2か月以内であることとDo Not Attempt Resuscitation(DNAR)である。

RAHは北米でも有数の救急病院であり、救急にかかる初診の段階から緩和ケアコンサルタントチームにコンサルトされることが多く、各診療科で症状緩和の重要



エドモントン緩和医療研修

性が認識されている。

緩和ケアコンサルタントチームは、医師10人、看護師10人である。医師は全員アルバータ大学腫瘍学緩和ケア科に所属し、州内のあちこちに移動して診療に当たり、週末は1人の医師がオンコールとTPCUの回診をする当番制にしている。TPCU、ホスピスへの入院は、この10人の医師が決定している。コンサルト看護師は州のヘルスケアに所属し、内5名がCCT(地域コンサルタントチーム)メンバーである。

以上説明の後、ナース・プラクティショナーに同行し、診察の見学を行った。

Capital care Norwood

Capital care Norwoodは、clinical complexであり、sub acute care unit, long term care unitなどがあり、Norwood hospiceと連携している。RAHとは地下通路でつながっている。患者の病状や疾患によって、病棟が決められる。hospice unitは長期療養を主とした施設であり、高度な医療行為は実施せず、必要であればsub acute care unitに移行し治療を行っている。看護師がコーディネーターとなり、在宅移行への支援の実施や、自宅療養が望めない患者のナーシングホームへの移行支援も行っている。ここでは、多職種専門家によるチーム医療の実践の解説と病棟見学を行った。

この日は、樽見医師の通訳により内容を正確に把握す



ることができ、そのおかげで質問する勇気も出てきた。質問することにより更に理解は深まっていった。特に看護師チームは積極的であった。病院、ホスピスのスタッフの患者に対するに温かい笑顔、私たちへの丁寧な対応に、私達は心温まる一日を過ごすことができた。夜は、メンバー全員で食事にでかけた。この日1日の研修の充実感と美味しい食事を友に緩和医療に対する熱意を語り、現状の問題を話し合いチームの団結力が深まった。

研修3日目(1月7日)

7:45に集合しCross Cancer Institute(CCI)に出発した。

CCIにおける緩和サービスについて概論講義をうけた。アルバータ州の人口は約350万で、2008年のがん患者は14900人おり、6100人ががんで死亡した。CCIは、3次のがん外来専門病院であり、がん患者の診断や治療方針を決定する目的で家庭医からの紹介を受ける。外来診療が中心であり、病床数は44床のみである。2008年には4700人の新患を受け入れている。CCIの緩和ケアサービスは、複雑な症状を抱える患者に対し多職種専門家チームにより半日かけてアセスメントし、チームカンファレンスを行い、緩和ケア医が治療方針決定する。この治療方針を地域のセンターへ報告し、家庭医、在宅支援チームに情報提供している。

講義の後、いろいろな職種の専門家による実際の診察とカンファレンスを見学した。その後、Palliative Care Telehealth遠隔システムの見学も行った。

最後に樽見医師が「ケアのゴールの設定が非常に重要であり、チームでアセスメントしてその時のプライオリティを定め、ゴールを設定し、プライオリティのリストをつくることから治療が始まり、病気が何かではなく、病期のどこにあるかが判断できることが大切であり、予後予測を行うことは治療過程において非常に重要なことである」と話された。

この日の夜はそれぞれグループに別れ食事にしかけた。

研修4日目(1月8日)

7:45に集合しUniversity of Alberta Hospital(UAH)に出発した。

UAHはショッピングモールと見まがう立派な建物で、可

エドモントン緩和医療研修

愛らしい小児専門救急外来、朝食をしながらつづく大勢の人の集うカフェテリア、さらにお土産コーナーまである。

午前中は、循環器領域での緩和ケアに関する講義を受けた。UAHでは、2008年7月から循環器疾患患者に対する緩和ケアへの取り組みを行っている。循環器疾患治療後(心臓外科術後、ステント留置後、心不全)に、痛み、錯乱、呼吸困難などの身体症状が残存する場合、治療で改善せず心不全の末期症状を呈する場合などがあり、症状緩和の積極的治療が必要な場合がある。オピオイドに関しては、循環器医師は使用に慣れていないためアドバイスしていく必要があると解説した。

この後、樽見医師により、「The pallium Palliative Pocketbook」を用いた緩和医療の臨床講義が行われ、せん妄、意識障害の診断・治療の重要性が述べられ、痛みの患者の症例討論を行った。

研修5日目最終日(1月9日)

7:30に集合しGrey Nuns Community Hospitalに出発した。

Stroke患者の臨床肺炎、誤嚥性肺炎についての講義を聴き、心理療法士、ソーシャルワーカーとカナダの医療体制、緩和プログラム、Grief careについての総括を行った。

この日の研修は午前で終了し、午後には巨大ショッピングモールへ買い物に向かった。ここで、斎藤サブリーダーはエドモントンの土地購入を進められ、少しその気になったような…。研修を終えた開放感でいっぱいのお買い物時間であった。

夜は、ホテルのレストランで祝杯をあげた。長槽リーダーから、一人一人に修了証が渡された。そして、苦労を一緒に乗り越えた仲間同士、互いの労をねぎらい、「2008チー



ムエドモントンは最高だ！」と語り合いながら過ごした。

帰国(1月10日)

4:45に集合し、満月を眺めながら、帰国の途に就いた。日本に着いたのは夜、こちらでも同じ満月が輝いていた。国が違っていようと、いかに医療システムが違っていようと、患者さんの症状を緩和したいと思う気持ちは世界中共通のものだと感じながら家路についた。

今回の研修で、強く印象に残ったことは、エドモントンでは各施設が連携し継続性ある充実した緩和医療プログラムを提供されていること、そしてすべての医療スタッフが、緩和医療の必要性と内容について理解し、実践している事であった。研修を受けた私たちに課された責任は、このシステムの良い所をいかに日本、そしてそれぞれの地域で生かすかである。また日本の医療の良さも再認識でき、日本には日本にあった緩和医療の取り組み方があるような気がする。所属、職種が異なったメンバーが参加した今回の研修は、チーム医療を考える上でも、中・四国の地域連携を深める意味でも大変有意義であったと考えられた。

最後になりますが、エドモントンでお世話になった樽見先生他スタッフの皆様、がんプロ事務局の皆様、忙しい中研修にださしてくれた職場スタッフの皆様、2008チームエドモントンの仲間たちに心から感謝申し上げます。

メンバー:

- | | |
|------|---------------------|
| 愛媛大学 | 長槽 巧(麻酔科蘇生科)リーダー |
| | 武智 健一(麻酔科蘇生科) |
| | 新居 由香(附属病院看護部) |
| | 福原 竜治(精神科神経科) |
| | 光井 綾子(臨床看護学) |
| 岡山大学 | 斎藤 信也(基礎看護学)サブリーダー |
| | 長江 弘子(コミュニティヘルス看護学) |
| | 名倉 弘哲(医療教育統合開発センター) |
| 香川大学 | 片山 陽子(看護学科地域看護学) |
| | 光岡 妙子(もみのき病院、緩和ケア) |
| | 宮脇 有紀(麻酔学) |
| 徳島大学 | 川中 崇(放射線科学) |
| | 長尾 妙子(胸部・内分泌・腫瘍外科学) |

がん拠点病院 済生会今治病院

CONSORTIUM MEMBER



病院長 湯本 泰弘

済生会今治病院は171床の地域がん診療連携拠点病院並びに急性期型病院です。2007年1月31日に厚生労働大臣より地域がん診療連携拠点病院に指定され、今治医療圏におけるがん診療の中核拠点病院としての役割を果たすとともに地域完結型医療を目指して努力しています。

2007年には悪性新生物入院患者は860人でした。肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん並びに乳がんをはじめその他のがんについても各領域のがん診療の専門医が揃っています。これらの専門医は薬剤師、看護師、MSWなどのコメディカルとチームワークを組んで地域の医療機関と連携して悪性腫瘍患者の在宅医療、緩和ケアにも積極的に取り組んでおります。

がん疾患の実態を明らかにするために、今年1月1日より愛媛県の委託を受け、がん診療拠点病院の四国がんセンターを中心として、地域がん診療連携拠点病院が協力して、院内がん登録を開始しています。当院では病理診断部などの診断に基づき診療情報管理室が中心になってがん登録業務を開始いたしました。平成19年は、上部消化管内視鏡検査(GIF)は、外来2446件、入院644件、合計3090件、内視鏡的胃粘膜切除術(EMR)35件(内、内視鏡的粘膜切開剥離法(ESD)32件、胃ポリペク3件、内視鏡的食道胃静脈瘤硬化療法(EISL)50件、内視鏡的胃瘻造設術49件、内視鏡的止血術22件、食道拡張術及びステント留置術4件、上部消化管超音波内視鏡(EUS)18件でありました。

胆膵系の検査処置では、内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査(ERCP)65件、その内、十二指腸乳頭括約筋切開術(EST)44件、胆管ドレーナージチューブ留置術(ENBD + ERBD)55件であった。下部消化管関連の検査処置では、下部消化管内視鏡検査(CF)は、外来649件、入院261件、合計910件、大腸ポリペク216件、内視鏡的大腸粘膜切除術(EMR)3件、下部消化管超音波内視鏡(EUS)3件でした。ダブルバルーン小腸内視鏡検査処置16件でした。胃がん手術41例、大腸がん34例、直腸がん16例、気管支内視鏡検査22例、乳がん手術25例、内視鏡的治療25例が



おこなわれた。肺がん手術は24例で胸腔鏡手術は15例であった。その他、泌尿器科、脳神経外科でも高水準のがん治療実績を挙げています。外来がん化学療法を行うことが多く、消化器がん、肺がん等を中心に月約50人が通院で化学療法を行っています。

現在、当院にはMRI、CT 2台、SPECT 1台、最先端の超音波診断装置などの先進医療機器を整備してがんの診断を行い、がんの手術治療に加えて内視鏡下の治療をも積極的に進めています。また、5年前にサイバーナイフII定位放射線治療装置を導入して頭頸部がんの放射線治療に取り組んでいます。放射線療法は年56例です。さらにリニアックを設置して全身の放射線治療の充実を図ります。がん化学療法等を充実させて、がんの集学的治療を推進しています。地域のがん診療の水準向上させるためにがん診療講演会、がん診療カンファレンスを地域医療機関と連携して開催いたしております。また、外科・内科医と麻酔科に緩和ケア認定看護師が加わり緩和ケアチームを立ち上げて、がんの初期段階からがん患者に対して、疼痛治療を中心に緩和ケアの充実を図っています。一方、がんの相談やセカンドオピニオンのために総合医療支援室を設置して、専従職員4名による最新情報の提供、患者様の療養に関するあらゆる相談に応じております。治療方法、医療費、医師・患者家族との関係などあらゆる相談に対して徹底支援を目指して努力しています。

当院は、日本がん治療認定医機構と日本臨床腫瘍学会の認定研修施設となっています。今後、中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアムのメンバーとして、がん治療医、がん薬物療法専門医、がん化学療法看護師などのがん専門スタッフの人材育成や教育にも力を注ぎたいと考えています。ご指導とご支援をお願いいたします。



済生会今治病院
診療科目：内科・消化器内科・循環器内科・小児科・外科・消化器外科・整形外科
病床数：171床
所在地：愛媛県今治市喜田村7丁目1-6
TEL：0898-47-2500(代表)
FAX：0898-48-5096
URL：http://www.imabari.saiseikai.or.jp/

がん拠点病院 松山赤十字病院

CONSORTIUM MEMBER



病院長 湊上 忠彦

松山赤十字病院は、1997年11月に地域医療連携室を開設し、地域で支え合う医療、地域完結型医療の推進に取り組んできましたが、2005年5月に地域医療支援病院の名称使用の承認を受け、2007年1月には地域がん診療連携拠点病院に指定されました。それに先立ち1997年に日本医療機能評価機構による認定を受け、2008年2月には3回目の更新を受けています。当院は25診療科を有する病床数745床(一般742床、感染症3床)の急性期病院ですが、入院患者の約20%をがん患者が占めています。2005年5月には外来がん化学療法室を設置し、緩和ケアチームも精力的に活動しています。がん診療に携わるスタッフの養成にも力を入れ、現在がん治療認定医9名、日本臨床腫瘍学会暫定指導医4名、日本放射線腫瘍学会認定医1名、がん薬物療法認定薬剤師1名、がん専門薬剤師1名、放射線治療専門放射線技

師1名、放射線治療品質管理士1名、マンモグラフィ撮影診療放射線技師5名、細胞検査士4名、手術看護認定看護師2名、皮膚、排泄ケア認定看護師1名で、近々、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師も各々1名が誕生予定です。診療情報管理士は9名で院内がん登録、地域がん登録に積極的に取り組んでいます。地域医療連携室には事務7名、看護師3名、MSW3名を専任で配置しがん相談支援を積極的に行っています。中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアムのメンバーとして、さらなる地域におけるがん診療のレベルアップに取り組んでいきたいと思っています。



松山赤十字病院

診療科目：内科・心療内科・精神科・神経内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・リウマチ科・小児科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器外科・心血管外科・小児外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・歯科口腔外科

病床数：745床(一般:742床;感染症:3床)
所在地：愛媛県松山市文京町1番地
TEL：089-924-1111
FAX：089-922-6892
URL：http://www.matsuyama.jrc.or.jp/



第7回がんプロインテンシブコースセミナー
「がん治療、がん看護におけるリンパ浮腫に対するケア」
平成21年3月16日(月) 午後6時～7時
山口大学医学部総合研究棟1階 S1講義室

インテンシブ生涯教育コース講演会
「進行期がん病態と緩和ケア」
平成21年3月7日(土) 午後2時～4時
川崎医科大学校舎棟8階 M1800教室

第6回がんプロインテンシブコースセミナー
「がん患者の心理」
平成21年3月6日(金) 午後6時～7時
山口大学医学部総合研究棟1階 S1講義室

中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム Vol.13

- 編集兼発行者
中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム事務局
TEL 086-235-7023
- 印刷所
有限会社 ファーストプラン