

第5回 宮城県立がんセンターフォーラム

PROGRAM ABSTRACT

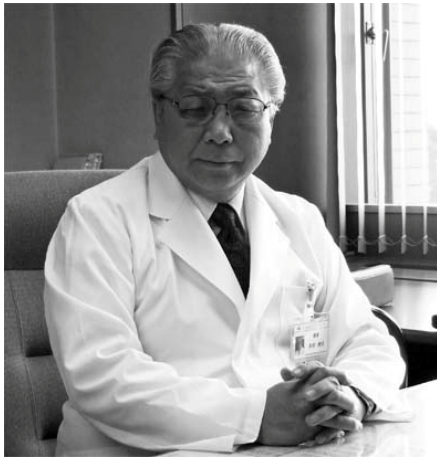
FIFTH FORUM of MIYAGI CANCER CENTER



平成21年 2月14日(土)
宮城県立がんセンター大会議室



<http://www.pref.miyagi.jp>



ごあいさつ

総長 木村 時久

TOKIHISA KIMURA, M.D., Ph.D.
President of Miyagi Cancer Center

第5回宮城県立がんセンターフォーラムを開催するにあたり心からお慶び申し上げます。

本フォーラムは、がんセンターのモットーとする“基礎と臨床医学の両立”の成果を発表する場であります。今年度の成果としましては、既に研究部門では知事褒状・年間 MVP 大賞、臨床部門では病院事業管理者表彰等を受賞しております。その他、研究、臨床、看護部門で多くの発展、進歩があります。また、特別講演として仁平義明先生、吉田茂昭先生をお招きして貴重なお話を伺えることはこの上ない喜びであります。

本日は日頃の成果について発表し、お互いに知識を共有して本センターのさらなる発展に繋げ、がんで苦しむ患者様への福音に貢献できればと思っております。

ご案内

参加登録 基本的に参加は事前登録制としています。当日参加受付は大会議室前で申し出てください。

参加受付 8:50AMよりがんセンター大会議室前にて行います。

参加費 300円
コーヒー・お茶代としてお支払いいただきます。
なお、700円のお弁当を事前予約制で準備しております。各部署ごとに予約者名簿を作成し集金をお願いします。

休憩 コーヒーサービスがありますのでご利用ください。

撮影および録音 会場内の写真撮影や録音はフォーラム実行委員会の許可を受けてください。

携帯電話・PHS マナーモードでご使用ください。

演者の方へ

1. 発表時間は発表7分、討論3分です。6分・9分で予鈴、7分・10分で本鈴が鳴ります。時間厳守をお願いします。なお、受賞講演は各15分、特別公演は各60分となります。
2. 全てPCでの発表となります。発表内容はCD-ROM, USBフラッシュメモリー等のメディアに記録して2月13日までに総務・鈴木班長まで提出してください。試写・確認を必ず行ってください。なお、Macでの発表はPCの持ち込みをお願いします。
3. 発表時のPC操作は演者ご自身でお願いします。
前演者の発表が始まりましたら、次演者席にお着きください。

座長の方へ

1. ご担当セッション開始の5分前までに次座長席にお着きください。
2. セッションの進行は座長にお任せしますので、時間厳守に努めてください。

大学院講義受講の方へ 特別講演については東北大学大学院医学系研究科「がん医科学（2単位）」として認定されており受講が可能です。

連絡先 総務班 鈴木（内線108）

第5回がんセンターフォーラム プログラム

平成21年 2月14日(土)

開会の挨拶	9:00-9:10 AM	木村 時久 (総長)
セッション1 診断と治療1		
		座長:高橋 ちあき (放射線治療科)
	9:10-9:20 AM	西野 善一 (研究所・疫学部) 日本における組織型別肺がん罹患率の推移
	9:20-9:30 AM	松原 信行 (呼吸器科) コンベックス型走査式超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)の導入
	9:30-9:40 AM	高橋 徳明 (整形外科) 転移性大腿骨腫瘍患者の治療
	9:40-9:50 AM	内海 潔 (消化器科) 進行食道癌化学放射線療法におけるPEGを用いた栄養管理
セッション2 診断と治療2		
		座長:佐々木 治 (血液内科)
	9:50-10:00 AM	加藤 健吾 (NST) 頭頸部癌放射線化学療法におけるストレス係数の推定
	10:00-10:10 AM	村川 康子 (化学療法科) 乳癌患者のFEC100+DTX治療完遂における検討
	10:10-10:20 AM	大友 圭子 (産婦人科) 再発卵巣癌の治療
	10:20-10:30 AM	谷口 和代 (機能回復室) リンパ浮腫患者に対するリハビリテーション
セッション3 受賞記念講演		
		知事褒状・年間MVP 座長:片倉 隆一 (副院長)
	10:30-10:45 AM	田沼 延公 (研究所・薬物療法学部) 肺癌・脳腫瘍で見つかった解糖系酵素遺伝子のスプライシング異常
		病院局長表彰 座長:小池 加保児 (副院長)
	10:45-11:00 AM	佐藤 朗 (医療支援情報室) (財)日本医療機能評価機構の病院機能評価(Ver5.0)受診について
休憩	11:00-11:10 AM	
特別講演1		座長:村川 康子 (化学療法科)
	11:10-12:10 PM	仁平 義明 (東北大学大学院文学研究科心理学 教授) がん患者と家族の心の回復力(レジリエンシー):研究の動向

セッション4	基礎から臨床へ	
	座長:磯野 法子(研究所・免疫学部)	
	13:10-13:20 PM	山口 壹範 (研究所・生化学部) がんで発現異常を示すシアリダーゼの遺伝子構造解析
	13:20-13:30 PM	佐藤 郁郎 (研究所・臨床研究室) 臨床研究室の取り組み
	13:30-13:40 PM	山下 洋二 (脳神経外科) 中枢神経系悪性リンパ腫に対するVP-16維持療法の試み - ACNU動注・放射線併用療法と組み合わせ -
セッション5	業務改善への取り組み	
	座長:松本 恒(放射線診断科)	
	13:40-13:50 PM	田中 伸幸 (研究所・免疫学部) 東北大学医学系研究科との連携による大学院制度について
	13:50-14:00 PM	竹内 美華 (臨床検査技術部) ホルムアルデヒド規制強化に対する病理検査室の取り組み
	14:00-14:10 PM	小山 洋 (診療放射線技術部) がんセンターにおけるPACS(画像サーバ)の運用とこれから
	14:10-14:20 PM	船迫 好子 (看護部) 看護部の目標管理にバランスト・スコアカード(BSC)活用して
休憩	14:20-14:30 PM	
セッション6	医療の質と安全	
	座長:高橋 雅彦 (麻酔科)	
	14:30-14:40 PM	油井 美紀 (看護部) 当センターの熟練した看護技術と知識を有した認定看護師活動
	14:40-14:50 PM	長井 吉清 (研究所・医療情報・緩和学部) 病名告知のQOLへの影響
	14:50-15:00 PM	齋藤 美香 (医局 MEセンター) 医療機器の安全管理について-医薬品・医療機器安全管理委員会の組みと課題-
	15:00-15:10 PM	菊地 義弘 (院内感染防止・医療廃棄物対策委員会ICT) 当院における感染管理の現状とInfection Control Teamの活動報告
セッション7	チーム医療	
	座長:高橋 玲子 (看護部)	
	15:10-15:20 PM	渡邊 美穂 (看護部・HCU) 多職種連携によって危機的状態を脱出した症例について
	15:20-15:30 PM	佐々木 睦 (薬剤部) 緩和ケアチームにおける薬剤師の関わり
	15:30-15:40 PM	藤谷 恒明 (外科) 胃手術パス作成の試み-がんクリニカルパスデータベース構築に関する班研究-
	15:40-15:50 PM	山崎 宗治 (頭頸科) 口腔ケアと再建手術術後合併症の検討
休憩	15:50-16:00 PM	
特別講演2	座長:西條 茂 (院長)	
	16:00-17:00 PM	吉田 茂昭 (青森県病院事業管理者・青森県立中央病院長) 進歩するがん治療と今後の課題
閉会の挨拶	17:00-17:10 PM	宮城 妙子 (研究所長)

抄録

S1-1 日本における組織型別肺がん罹患率の推移

西野 善一 (研究所・疫学部)

厚生労働省研究班が宮城を含む全国の地域がん登録からの提供を受けて作成した全国がん罹患モニタリング集計データベースを利用し、1993年から2003年までの日本における組織型別肺がん年齢調整罹患率の推移を Joinpoint analysis を実施し変曲点と各期間の APC(annual percent change)を算出することにより検討した。男性の年齢調整罹患率(昭和60年モデル人口を標準人口)は1994年より腺癌が扁平上皮癌を上回り2003年には扁平上皮癌が人口10万対19.5に対して腺癌は27.7となっている。最近年の APC(95%CI)は扁平上皮癌が-4.9%(-7.7- -2.1)、腺癌は1.6%(1.1-2.0)であった。女性では2003年時で組織型判明例の77.1%が腺癌であり、その年齢調整罹患率は1993年より増加し最近年の APCは1.6%(1.1-2.0)となっている。男性では扁平上皮癌の年齢調整罹患率が減少し近年における肺がん全体の罹患率減少に寄与する一方、腺癌は減少を認めていない。このような傾向は多くの欧米諸国で今回の観察期間の前より認められている。推移の背景には各世代の喫煙状況に加えて1960年代以降の低タールフィルター付たばこの普及等の影響が考えられ、今後も組織型別罹患率の推移を引き続き検討していく必要があると考えられる。

S1-2 コンベックス型走査式超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)の導入

松原信行, 前門戸任, 前田寿美子, 高橋里美, 佐藤雅美, 小池加保児, 小犬丸貞裕 (呼吸器科)

気管支鏡検査は胸部腫瘍性病変の診断に有用であり、比較的侵襲も少ない。しかし気道内に病変がない場合の中枢型肺癌や、解剖学的な腫瘍の位置によりアプローチできない場合には診断できない。末梢擦過の場合には検体採取が直接見えず、腫瘍への到達を胸部 X 線透視下で確認するため、細胞診陰性の場合には到達していない可能性が残り診断に苦慮する。従来の気管支鏡は、これらの原因により診断率は70-80%といわれている。また非小細胞肺癌の手術適応の判断には、縦隔リンパ節転移の有無が重要であるが、縦隔リンパ節転移の画像診断能は限界がある。組織診が得られる縦隔鏡下リンパ節生検は、全身麻酔を要し侵襲が大きいため、日本では一般的には行われない。そこで当院では一昨年よりコンベックス型走査式超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を導入し、末梢擦過や経気管支肺生検が困難で縦隔リンパ節が腫大する症例の診断や、縦隔リンパ節転移の診断に日常的に施行している。まだ宮城県内では EBUS-TBNA を施行している施設は数施設しかないため、前門戸・佐藤・高橋が中心となって、この技術の普及をめざして、EBUS-TBNA ハンズ・オン・セミナーを昨年開催した。操作法とコツを直接学べるセミナーは東北地方では初めてであり、東北6県から参加者を限定して32名が集まり好評を博したが、希望者が多いため今年も開催を予定している。

S1-3 転移性大腿骨腫瘍の治療

高橋徳明, 村上 享, 鈴木堅太郎 (整形外科)

【目的】近年、患者のQOL向上を目的に、大腿骨病的骨折に対して積極的に手術療法が行われている。当院でも、腫瘍用人工骨置換術や髓内釘固定を行っているが、様々な理由で手術療法が行えない場合もある。今回大腿骨転移例の治療法の成績を報告する。【対象と方法】手術例は女15例、男11例で平均65歳、保存例は女5例、男1例で平均70歳であった。各々の治療法別の移動能力、合併症について検討した。(結果)手術を行えなかった理由は麻酔適応外が4例、局所状態による適応外が2例であった。移動能力については、手術例では、髓内釘固定で86%、腫瘍用人工骨置換術で82%が歩行可能であり、保存例では、松葉歩行16%、車椅子50%、ベット上33%であった。全例で疼痛が軽減された。合併症については、手術例では大量出血が1例みられ、保存例では関節拘縮(83%)、筋力低下(50%)がみられた。【考察】病的骨折に対する治療の目的は支持性の獲得、歩行能力向上、疼痛緩和によりQOLを向上させることである。病的骨折に対しては手術療法が第一選択であり、当科の手術治療成績は良好である。手術が全身状態悪化等のために行えない場合は保存療法を選択せざるを得ない。今回の検討では、適切な療養指導を行えば、歩行能力の改善率は低い、重篤な合併症は少なく、比較的良好な疼痛緩和が得られた。

S1-4 進行食道癌化学放射線療法におけるPEGを用いた栄養管理

内海 潔 (消化器科)

【目的】化学放射線療法を行った進行食道癌患者に対するPEGを用いた栄養管理の妥当性や問題点について明らかにすること。【方法】2007年4月から2008年4月までに、当科で化学放射線療法もしくは放射線療法を行った進行食道癌21例中、治療前に栄養ルートとしてPEGを造設した14例を対象として、PEGの使用頻度、体重やアルブミン値などの栄養指標の推移について検討した。治療は放射線療法単独では70Gy、化学放射線療法では5-FU800mg/m²(day1-5)+CDGP(アクリプラチン)90mg/m²(day1)の4週毎投与を2~4クールと放射線量60Gyを標準とした。【成績】PEGを造設した14例中、治療中に実際にPEGを使用したのは12例で、2例では使用しなかった。治療後にPEGを抜去したのは4例であった。PEG使用例における投与カロリーは最大で1600kcalだが、他の例は400~1200kcalであり、静脈栄養を併用した例が多かった。投与量が増やせない原因としては、栄養剤の逆流や腹満感を理由とする例がほとんどを占めた。半固形栄養では逆流や腹満感はむしろ増悪する例が多かった。栄養指標としては、治療開始後に速やかに経口摂取が可能となった1例を除いては他の全例で2kg以上の体重減少、アルブミン値の基準値以下への低下が認められた。【結論】食道癌化学放射線療法においては治療が進むに従い、腫瘍縮小効果に先行して狭窄症状が増悪することが多く、PEGの治療前留置は栄養ルートの確保として有用である。しかし、腹満感や逆流で投与量が制限されることが多く、半固形化でも改善がみられなかった。栄養摂取の不足により体重やアルブミン値などの栄養指標は低下することが多かった。これらの傾向は治療が進み、狭窄が改善してからも同様であり、放射線や化学療法による食道や胃に対する直接の影響(運動能低下など)に起因する可能性も示唆された。食道癌化学放射線療法においてはPEGによる栄養管理に工夫の余地があると考えられる。

S2-1 頭頸部癌放射線化学療法におけるストレス係数の推定

加藤健吾, 佐藤正幸, 内海 潔 (NST)

【背景】頭頸部癌の放射線化学療法(CRT)は口腔咽頭の粘膜炎、摂食障害等の合併頻度が高く、オピオイドを用いた鎮痛や胃瘻を併用した栄養管理により栄養状態の維持に努めても、10kg 程度の体重減少を伴う例も稀ではない。必要エネルギー量の指標として、Harris-Benedict 等の式により基礎代謝量を算定し、これに活動係数、ストレス係数を乗じたものを用いることが多い。熱傷や主な外科手術のストレス係数は知られているが、放射線化学療法のストレス係数については十分な検討がなく、頭頸部癌 CRT における適切な投与エネルギー量の推定は困難である。【目的・方法】頭頸部癌 CRT における適切な投与エネルギー量を推定することを目的とする。対象は口腔・咽頭に照射野を含む頭頸部癌 CRT 症例とした。治療期間中の総摂取熱量と体重変化を比較し、これから体重維持に必要な投与熱量およびストレス係数を推定した。【結果】治療前のストレス係数は既に 1.2-1.6 程度を示していた。CRT 中のストレス係数は CDDP 週毎投与群で平均 1.30 ± 0.13 、CDDP/5 FU あるいは CDDP/TXT/5 FU 群では平均 1.58 ± 0.12 と高い値を示した。以上より頭頸部癌 CRT 施行中の必要エネルギー量は予想以上に多く、適切な栄養管理のためには経口・経胃瘻・経静脈栄養を併用した積極的な栄養管理が必要であると考えられた。

S2-2 乳癌患者の FEC100+DTX 治療完遂における検討

村川康子¹, 酒寄真人¹, 角川陽一郎², 多田 寛² (¹化学療法科, ²乳腺科)

当センターでは乳癌患者に対する抗がん剤治療を、乳腺科と化学療法科で協力して行っている。術前および術後抗がん剤治療として、最も強力なレジメンは FEC100 (5-FU, Epi-ADM, CPM) を 3 週毎 4 回の後に、Docetaxel 3 週毎 4 回行う方法である。今回、化学療法科で施行した術前治療例 32 例、術後治療例 65 例の内、このレジメンを選択した術前治療例 21 例 (平均年齢 48.6 歳)、術後治療例 25 例 (平均年齢 52.2 歳) について検討した。完全完遂例は 25 例、抗がん剤量を 80% に減じて治療を最後まで施行した非完全完遂症例は 19 例、副作用のため治療中止した症例は 2 例で、平均年齢は各々 49.5 歳、50.9 歳、58.5 歳であった。完全完遂例のうち術前治療例は 14 例 (術前治療例の 66.7%)、術後治療例は 11 例 (術後治療例の 44.0%) であった。非完全完遂症例における抗がん剤減量の原因は好中球減少 (<500/mm³) が 16 例 (84.2%)、ついで筋肉痛・嘔気・嘔吐が 3 例 (15.8%) であった。好中球減少は、ほとんどの症例において、FEC 100、Docetaxel とともに 2 回目の投与までに出現した。また、治療中止は Docetaxel による皮疹、FEC100 による Grade3 の悪心・嘔吐の遷延が原因であった。

S2-3 再発卵巣癌の治療

大友圭子, 田勢 亨 (婦人科)

卵巣癌は急速に増加しており、年約 8000 人が罹患し 4500 人が死亡している。卵巣癌は 60%以上が III 期・IV 期の進行癌であるため、5 年生存率は 30%、10 年生存率は 10%と予後不良で、多くの卵巣癌が再発する。再発卵巣癌の治療には、主として化学療法を行なう。前化学療法が無ければプラチナ+タキサン製剤の標準化学療法を行なう。前化学療法がある場合には 最終化学療法から再発までの期間で薬剤が異なる。化学療法終了後再発までの期間が 6 か月以上あれば、プラチナ製剤感受性再発癌として初回と同じプラチナ+タキサン製剤の化学療法を行う。6 か月未満であれば、プラチナ抵抗性再発癌として前治療薬と交叉耐性のない薬剤を選択するが、臨床試験への積極的な参加も推奨されている。一方、再発卵巣癌は根治が困難で治療の限界を認識することも必要であり、化学療法の奏功期間は、初回化学療法の奏功期間を超えることは少ない。そのため、再発卵巣癌の治療の目標 は症状緩和による QOL を維持しながら 延命をはかることとされている。さらに、再発では化学療法のみならず照射や 2 期的減量手術を含め、積極的な姿勢で生存延長のためのあらゆる可能性を考える必要がある。当科では、再発卵巣癌に対して 1) エトポシド経口薬を用いた外来緩和化学療法、2) 化学療法による休眠療法、3) 2 期的腫瘍減量手術、等を行なっているので報告したい。

S2-4 リンパ浮腫患者に対するリハビリテーション

谷口和代, 中島由樹, 村上 亨, 高橋徳明 (機能回復室)

リンパ浮腫とは、リンパ節郭清を伴う手術後などに起こることがある、リンパの循環障害に起因する患肢領域の四肢および体幹のむくみのことを言う。症状進行とともに、患肢の周径増大に加えて皮下組織の線維化を伴い難治性となり、蜂窩織炎等の合併症を起ししやすい状態となる。よって、症状が出現した際には、できるだけ早く治療を開始することが重要である。

リンパ浮腫に対する保存的治療法は複合的理学療法と呼ばれ、「スキンケア」「徒手リンパドレナージ (マッサージ)」「圧迫療法」「圧迫下での運動療法」を組み合わせて行う。徒手リンパドレナージでは、身体を上下/左右の 4 つの領域に分けた上、患肢領域ではなく、隣接する領域にリンパ液を誘導するようにマッサージを行なう。はじめはセラピストが治療し、徐々にそれを患者自身で行えるように支援していく。

当機能回復室においては、平成 19 年度から、リンパ浮腫患者に対する指導・治療を行なっている。対象としているリンパ浮腫患者は、主に以下である。1) リンパ浮腫発症予防目的の症例 (婦人科がん・乳がん周術期)、2) リンパ浮腫治療目的の症例、3) 緩和医療対象の症例
本報告では上記について紹介し、その問題点と対策について考えていきたい。

受賞講演

S3-1 肺癌・脳腫瘍で見つかった解糖系酵素遺伝子のスプライシング異常

田沼延公（研究所・薬物療法学部）

我々は癌治療開発のための脱リン酸化酵素研究で、“スプライシング”と称される mRNA 成熟ステップがその主要な標的の一つである事を報告した。今回、当センターにおける肺癌および脳腫瘍症例で、高頻度な、癌特異的なスプライシング現象を発見した。この異常は、結果として、癌細胞における解糖系の異常亢進（ワールブルグ効果；FDG-PET 検査での癌検出の理論根拠）・低酸素適応に寄与している可能性が高い。固形癌一般に広く適用可能な新たな診断・治療標的候補として、非常に有望だと考えている。

解糖系酵素ピルビン酸キナーゼ M (PKM) の酵素型が、動物モデル発癌系等で「M1 型（成人型）」から「M2 型（胎児型）」へ転換する（原因はスプライシング異常）現象が知られていた。しかし、臨床検体の系統だった解析は無くその普遍性は不明だった。我々は、微量解析系を確立し、肺癌約 70・脳腫瘍約 20 例をパイロットケースとして解析を行った。驚いたことに、それらの大半において、M2 型へのスプライシング転換がみとめられた。他グループの報告から、この異常はワールブルグ効果と、それによる低酸素適応に通じている可能性が高い。治療標的として開拓すべく、関連分子のリン酸化を中心に、さらに研究を進めたい。

受賞講演

S3-2 財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価 (Ver5.0) 受審について

佐藤 朗（医療支援情報室）

【目的】平成 15 年 5 月に（財）日本医療機能評価機構の「病院機能評価 Ver 4」を取得し、有効期限は 5 年間で平成 20 年 5 月までに更新を行うこととした。【方法】病院全体として活動していくため、平成 18 年 12 月「病院機能評価受審準備委員会」及び下部組織「病院機能評価受審作業部会」を設置し、受審に向けての活動を開始した。トータルで十数回の部会等を開催した。本審査に先立ち、平成 19 年 9 月機構の「訪問受審支援（予備審査）」を受審。その内容に基づき改善事項の洗い出しを行い、それらの対応を行って、平成 20 年 1 月機構に、サーベヤー 7 名による計 3 日間にわたる本審査を受審した。【結果】平成 20 年 2 月「中間的結果報告」が機構より通知。内容的に要改善項目 4 項目が指摘され、それらの補正を要求された。文書にて回答し、その後、同 5 月に、機構の補充的審査受審（サーベヤー 1 名、1 日間）が実施され、可否の判断を行う医療機能評価機構内の審査会の結果待ちとなった後、6 月機構において認定決定、7 月に認定通知、認定証交付となった。【考察】今回の Ver 5 は前回の審査項目に比し、評価項目の増加など領域の変更など、Ver.3、Ver.4 と比べさらに要求事項が厳しくなっており、大項目 55、中項目 162、小項目 532 について審査を受け全ての項目で合格した。今回の認定は当がんセンター各部門の総合的バランスのとれた水準の高さを示した物と考える。

特別講演 1

がん患者と家族の心の回復力（レジリエンシー）： 研究の動向

仁平義明 （東北大学大学院文学研究科心理学講座）

レジリエンシー（resiliency）研究は、発達上問題が起こっても何ら不思議はないだろうと思われるような強い持続的ストレス下（たとえば親による虐待、育児放棄、他の逆境）にあっても、精神的に健康に成長できた子どもたちが存在するのはなぜか、という疑問に発している。とくに1990年前後に、それまで盛んだった頑強な心（ハーディネス）の持ち主の条件の研究にとって替わって、柔軟な心、回復力のある心、しなやかな心の条件というかたちで時代精神のように研究が急増した。これまでのレジリエンシー研究からは、レジリエンシーを持っていた人間の特徴には、次のようなものが共通してみられたことが報告されている：①自分を信頼して、あきらめないで努力をすれば、問題は解決し成功できると信じる（自己信頼）。②つらい時期があっても、未来は必ず今より良くなると思っている（未来志向・楽観主義）。③自分にはこの世に存在する意味があり、人生には何か意味があると思ひ、自分を大事にする（自己尊重・自分の存在の有意義性）。④少々の欠点や失敗があることをみとめながらも、自分を愛せる（自己受容）。⑤人間というものは本質的には良いものだと思う（肯定的人間観）。⑥自分を見守ってくれる人は必ずいると信じ、必要なときには人の助言や助けを求めることができる（他者の信頼と利用）。⑦困難な状況や危機にあっても、事態をある程度客観的にみることが出来る（平静さ）⑧困難な状況を解決するために必要な情報を求める（情報収集）。⑨必要なときには、リスクを冒すことができる（リスク・テイク）。⑩自分の人生は、自分のもので、自分で立ち向かう必要もあることを知っている（実存的孤独）。

その後、レジリエンシー研究は、逆境にある子どもたちの発達研究から、さらに広い対象へと拡張されてきた。がんに関わる領域でのレジリエンシー研究は、患者本人やサバイバーの研究だけでなく、家族やその治療に携わる医療者のレジリエンシー研究も行われるようになってきている。がん領域でのレジリエンシー研究の現状についても概説する。

S4-1 がんが発現異常を示すシアリダーゼの遺伝子構造解析

山口壹範, 和田 正, 塩崎一弘, 秦 敬子, 森谷節子, 塩崎 桃, 宮城妙子 (研究所・生化学部)

正常細胞は外界からの刺激を細胞内で適切に処理し、秩序だった増殖や細胞運動を行っている。がん細胞ではこのシグナル伝達のシステムが破綻しているため、異常な増殖や転移・浸潤といった形質を示す。我々が研究を進めている NEU3 シアリダーゼは、このようながんにおけるシグナル伝達の異常に深く関与している。NEU3 は酸性糖であるシアル酸を脱離する糖鎖分解酵素である。これまで臨床各科との共同研究により、本酵素が大腸がん、前立腺がん、頭頸部腫瘍など多くのがんで異常亢進し、上皮増殖因子受容体 (EGFR) などを介したシグナル伝達の活性化を介して、がんの細胞死を抑制し、転移能を亢進させていることを明らかにしてきた。現在、siRNA や抗体などを用いた NEU3 抑制による新規がん治療法や血中の遊離シアリダーゼをマーカーとしたがん診断法の開発研究を臨床研究室、病理学部、及び臨床各科との共同で進めている。一方、この NEU3 機能の調節やがんにおける異常発現機構の解明を目的として、遺伝子構造を決定し、発現調節のメカニズムを解析している。遺伝子構造としては、細胞に広く必要とされる遺伝子、いわゆる house keeping 遺伝子の特徴を示すが、脳とそれ以外の組織で転写開始領域が異なること、転写活性化因子 Sp1 が NEU3 遺伝子に関しては抑制的に機能していることなど、興味深い特徴が明らかになってきた。このような転写発現機構が、がんにおける異常亢進にどのように結びつくのか、さらに解析を進めている。

S4-2 臨床研究室の取り組み

佐藤郁郎¹, 島田由美¹, 春日井勲², 和田正³, 塩崎一弘³, 栃木達夫⁴, 藤谷恒明⁵, 山並秀章⁵ (¹臨床研究室薬物療法学部, ²生化学部, ³泌尿器科, ⁴外科)

2007 年 7 月にティッシュ・バンクがスタートした。TB は保存中の乾燥による劣化が避けられず、2 年以内に検体処理する必要がある。2008 年 12 月末における在庫、検体処理および利用状況について手短かに説明したい。臨床研究室の第一の役割はテーラーメイド医療を担うことであるが、脳腫瘍に対する薬剤耐性遺伝子解析による効果予測は治療効果とよく合致することが報告されている。当院脳外科における成績では 8 例中 8 例に一致がみられた。そのため、微量検体からの検出と解析結果を実際の治療にすみやかにフィードバックすることと併せて、高度先進医療に申請、2008 年 9 月に認可された。一方、GIST (消化管に発生する間質性腫瘍) に対する遺伝子解析は中核となる c-kit exon11 に技術的な問題が山積み状態なのだが、早晚クリアし外部からの受注を始めたいと考えている。第二の役割である治験に関して、がんセンターのような先端治療病院ではがん診断薬・治療薬のシーズ開発が求められている。残念ながらまだ満足できる治験状況にはなっていないものの生化学部・和田を中心として進められている診断薬開発の試みについても紹介したい。

S4-3 中枢神経系悪性リンパ腫に対する VP-16 維持療法の試み- ACNU 動注・放射線併用療法と組み合わせて-

山下洋二, 松本恒, 片倉隆一 (脳神経外科)

【目的】中枢神経系悪性リンパ腫(PCNSL)の予後は、放射線療法に加えて化学療法の導入により改善しつつあるが、早期再発をしばしば経験し、その予後は依然として不良である。当科では1995年よりPCNSLに対してACNU動注・放射線併用療法を施行し、median PFSと median OS、それぞれ26ヶ月と39ヶ月の治療成績を報告してきた。現在、更なる治療成績の向上を目指した寛解導入後のVP-16を用いた維持療法を試みている。【方法】PCNSL6例(28-60歳)。初期寛解導入療法としてACNU(100mg/m²)を全脳照射開始と同時に動注する。全脳照射は36Gyとし、加えて14-24Gyの追加局所照射を行った。この治療によりCRあるいはPR導入後に、維持療法としてVP-16(50mg)21日間連続経口投与・1-2週間の休薬を1クールとし、投薬を繰り返した。【結果】初期治療の効果はCR5例、PR1例。初期治療後PRの症例でCNS内遠隔再発を認め(13ヶ月)、診断から28ヶ月の経過で死亡した。初期治療後CRの1例で、VP-16による全身倦怠感が認められ維持療法継続困難となり、診断から22ヶ月でCNS内遠隔再発を認めた。この症例を含め初期治療でCRが得られた症例は各々9、12、17、26、46ヶ月とKPS 80以上を維持し生存・経過している。長期内服例でVP-16によるリンパ球減少が認められたが、その他のCTCAE grade3以上の有害事象は認められなかった。【まとめ】今後更なる症例の積み重ねと解析が必要であるが、当科における治療方針の紹介を兼ね報告した。

S5-1 東北大学医学系研究科との連携による大学院制度について

田中伸幸 (研究所・免疫学部)

質の高いがん医療の提供は県民にとって関心の高い課題であり、臨床、研究、予防の各観点から職員一丸となって取り組んでいる。特に、当センターと東北大学病院はともにごん克服の都道府県拠点として認定され、協力・連携して県民の健康増進を図ることとなった。一方、がん研究における相互連携を目的として、平成20年3月に東北大学医学系研究科とがんセンターの間で「がん研究・人材育成に関する連携協定」が締結された。

以上の経過を経て、平成20年4月に当センター研究所に「東北大学がん医科学講座」が設置された。これにより、当センターにいながらにして大学院修士・博士課程の取得が可能となった。本講演では、社会人入学制度を含む大学院制度について説明し、レジデントを含む若手医師・コメディカル等を対象とした「がん専門家」育成への取り組み、今後の医師確保に向けた戦略などについて紹介する。

S5-2 ホルムアルデヒド規制強化に対する病理検査室の取り組み

竹内美華¹, 名村真由美¹, 小室邦子¹, 立野紘雄², 佐藤郁郎¹ (¹臨床検査技術部,²病理部)

病理組織検査では、生検や手術で採取された検体の変性を防ぐために、ホルマリン (= 40%ホルムアルデヒド) による組織の固定が不可欠である。その一方、ホルムアルデヒドは近年化学物質過敏症 (シックハウス症候群) や、発癌のおそれなど、健康面への影響が問題視されている。そのため、特定化学物質障害予防規則 (特化則) 及び関連政省令が改正され (平成 20 年 3 月施行)、ホルムアルデヒドはこれまでの第 3 類物質から第 2 類物質に変更となり、取り扱いに対する規制が厳しくなった。大きな変更点は以下に挙げるとおりである。①作業環境中の管理濃度が 0.1 ppm 以下に設定。②局所排気装置又はプッシュプル型排気装置の設置。③作業環境測定を 6 ヶ月に一度行い、記録は 30 年間保存する。④作業記録を付け 30 年間保存する。⑤作業員の健康診断を 6 ヶ月に一度行い、記録は 5 年間保存。⑥特定化学物質作業主任者を置く。当病理検査室でのホルマリンを扱う主な場所は検体処理室であるが、既存の換気装置ではこの基準を満たすことができない。あらたな換気装置の設置を申請するとともに、作業空間のレイアウトの見直しや整理、また作業主任者の資格取得などの取り組みを行っている。「臭くない病理検査室」を目指し、我々の取り組みと課題について述べたい。

S5-3 がんセンターにおける PACS (画像サーバ) の運用とこれから

小山 洋, 鈴木昌人, 板垣典子, 末吉 茜, 今野千香子, 島倉満男 (診療放射線技術部)

2006 年 1 月より稼動した新オーダーリングシステムと同時に PACS (ボックス: ピクチャー・アーカイビング・コミュニケーション・システムの略で画像サーバのこと) の運用を開始した。導入前の議論では見送り (購入しない) も示唆されたが、何とか導入したのち運用も 3 年たった。導入後の効果について検証し、特に何が変化したのか、業務改善はどうなのか?、どのように情報の共有化がなされているか関連する CT や MR の画像モダリティ、3D 画像作成装置などの利用方法も絡めてまとめてお話しする。また、浮き彫りになってきた PACS の運用上の問題点やデメリットについても合わせて紹介する。また、最近 PACS の利用に合わせてデジタル (コピー) オーダが急増している。特に今年の診療報酬改定よりフィルムレスでの運用する病院も増えてきているのが原因ではないかと思うが、外来でのオーダー端末では CD に書かれた他院からの画像情報についてはセキュリティのため起動しないよう設定されていて利用できないと問い合わせが多かった。私どもは 10 月ごろより、いろいろトライアルした結果うまく CD に書かれたデジタルの画像を PACS に登録できるようになったのでその仕組みや方法について説明する。最後に、今後ますます PACS の重要性、多機能性、管理などが重要になってきており、撮影業務の後、片手間での作業も負担が大きくなってきている。そこで一元的に管理運営できるよう PACS の運用に必要な「画像工学センター (仮称)」について短期・中期的な構想をまとめたので紹介する。

S5-4 看護部の目標管理にバランス・スコアカード（BSC）を活用して

船迫好子，星しげ子，高橋 ゆり子，高橋 玲子（看護部）

第3次宮城県立病院経営健全化計画及びアクションプランの策定に当たり、チーム医療の推進するため、BSCを参考とした目標管理方法を導入するため、BSC作成意義とその手法について、病院局職員を対象に17年度、18年度、19年度、20年度にわたり、研修会が行われた。看護部では1. 病院を取り巻く環境の分析をSWOT分析する 2. 看護部の理念、目標 戦略テーマの設定 3. 戦略マップの作成。戦略テーマは、患者及び病院利用者の視点、経営の視点、外部連携の視点、内部業務の視点、学習と成長の視点の5つの視点で分類した。18年度に看護長会で研修会を受けながら検討し、平成19年度から看護部の目標管理にバランス・スコアカードを導入した。また、各病棟で、病棟目標をBSCで作成し、効果的に進めることができ以下のような、成果につながっているため報告する。1、目標値を可視化され、目標達成度が明確になる。2、病棟毎に検討することにより、スタッフの意見も取り入れられ、コミュニケーションが図られる。3、個人目標管理に活用している。

S6-1 当センターの熟練した看護技術と知識を有した認定看護師活動油井美紀^{1,2}，菊地義弘^{1,3}，高子利美^{1,4}，早坂 利恵^{1,5}（1看護部：²緩和ケア認定看護師，³感染管理認定看護師，⁴がん化学療法看護認定看護師，⁵がん性疼痛看護認定看護師）

認定看護師とは、日本国の看護師免許を有し、実務経験5年以上が必要で、それらを満たした上で、認定看護師教育機関にて認定看護分野に応じた認定看護教育課程を修了し、認定審査に合格すると認定看護師認定所が交付される。当センターには現在、感染管理、がん化学療法看護、緩和ケア、がん性疼痛看護の4つの看護分野で活動し、その活動状況について紹介する。

感染管理認定看護師：感染管理認定看護師は、疫学の視点でサーベイランスを実施し、それらを基に感染対策を計画・実施することが特化技術とされ、ICTの一員として、感染率の低減、医療・看護の質の向上を目指し組織横断的に介入している。

がん化学療法看護認定看護師：化学療法を受ける患者とその家族に、情報の提供と心理的サポートはもちろんのこと、セルフケアの支援や副作用症状のマネジメントを行っている。病棟看護師からのコンサルテーションも増加傾向にあり、直接病棟に伺って対応している。

緩和ケア認定看護師：緩和ケア認定看護師は「徹底した苦痛症状の緩和及び療養の画に応じた患者・家族のQOLの向上」「患者・家族のグリーフケア」である。現在、全国で573名、宮城県では5名の緩和ケア認定看護師が活動している。

がん性疼痛看護認定看護師：がん性疼痛看護認定看護師の役割は、がん性疼痛を有する患者の疼痛マネジメントや全人的苦痛のアセスメントを行い、その患者にとってのEBMの実践により苦痛を和らげ、個々の患者さんのQOLを高めること。また、他の看護師の指導・相談を行なうことである。現在は緩和ケア病棟のスタッフとして終末期患者の苦痛症状の緩和に取り組むと共に、緩和ケアチームのメンバーとして、週に1回他病棟をラウンドし院内の緩和ケア活動を行なっている。

S6-2 病名告知の QOL への影響

長井吉清¹, 小笠原鉄郎², 星しげ子³, 上田由喜子⁴ (1 研究所・がん医療情報・緩和学部, 2 緩和医療科, 3 看護部, 4 石川県立看護大学)

【目的】 癌病名告知は、医療法の 97 年末の「医療の担い手は、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない」との改正から告知推進となっている。しかし、bad news を知りたくない患者も 6%ほど存在する（第 1 回フォーラム）。本研究では、当センターの QOL データベース（回収率 70%）に付随する IC 調査を基に、疾患別 IC 別に QOL を縦覧し、QOL が低いことがないか検討する。【方法】 97 年末より毎月 2 回、全入院患者に EORTC の QLQ-C30J による QOL 調査を行っており、現在 6 万件のデータがある。00 年 6 月までは、バージョン 2、その後はバージョン 3 による。00 年 7 月からは、0) 癌にみならず 1) 説明なし 2) 仄めかし 3) 病名だけ 4) 転移、拡がりまで 5) 予後まで全部 6) 偽病名の 7 カテゴリーで調査した。データベースを癌登録とリンクし、00 年 7 月から 07 年 5 月までの PCU を除く癌 3 万 374 件につき報告する。【結果】 重複癌 2,788 件を除外し、各人最新の 1 件とすると、7,259 名であった。対象としたのは、胃癌 1,060 名である。7 カテゴリー毎の QOL 全般の 95% Confidence Interval の図より 2) と 3) に 3) がより QOL がよいという有意差を認めた。この有意差は、性別では男性において、年齢別では 75 歳以上において認めた。肺癌 961 名、大腸癌 754 名では有意差を認めない。

S6-3 医療機器の安全管理について－医薬品・医療機器安全管理委員会の組みと課題－

齋藤美香（医局・MEセンター）

昨年、医療機器安全管理責任者（医療局長）が任命され、各部門から医療機器に詳しいメンバーを集結して医薬品・医療機器安全管理委員会が設置された。委員会の医療機器部門（以下委員会）の取り組みと解決すべき課題などについてまとめた。委員会では、院内保有機器の現状把握の為、資産台帳を見直し、情報書きこみを行いデータベース化の検討をしているが、様々な問題点をクリアできる、よりよい方法を模索中である。安全性情報は各部門の委員が取りまとめ、重要度に応じて、院内 LAN・MEセンターだより・責任者名の緊急文書などを用いて周知を図る。取扱説明書や添付文書等の保管は各部署で管理されているが、安全性情報と同様、従業者が院内どこでも閲覧できるようなシステムの構築が必要と考える。

保守点検に関しては、MEセンターで集中管理されている機器は、ほぼ万遍なく点検が行われている。その他の機器は、計画・実施・報告書の管理を各部門で行い、事務処理を事務部門で行っている。いずれは予算申請なども考慮して、病院全体として一元管理できる仕組みが必要となるだろう。安全研修は AED について行われ大変好評であった。今後は委員会と MEセンターが連携し、効果的で充実した内容の研修を計画・実施する必要がある。解決すべき点として、機器固有台帳の早期データベース化・膨大な量の情報をいかに効率よく扱い、院内全体で共有化できるかなどがある。

S6-4 当院における感染管理の現状と Infection Control Team の活動報告

菊地義弘，奥田光崇，山並秀章，前門戸任，高村千津子，曾根美千代，高橋ゆり子，星しげ子，片倉隆一（院内感染防止・医療廃棄物対策委員会 ICT）

感染管理とは、保健医療施設における全ての人を感染から守るための組織的活動で、強いては医療や看護の質の向上を目指すものである。当院では、感染対策委員会とその下部組織で実践部隊である ICT(Infection control team)、感染対策リソース会が組織化され、ICTは組織横断的にサーベイランス、ラウンド、マニュアル改定、コンサルテーション、環境・廃棄物対策、職業感染防止対策等々介入している。サーベイランスは、院内に留まらず厚生労働省院内感染サーベイランス事業(JANIS)の手術部位感染部門、全入院（耐性菌感染症）部門にエントリし、他施設と自施設の感染率を客観的に評価し、自施設のベースラインとして対策に役立てている。また、耐性菌感染症対策の一環として、直接的に診療に利用して頂けるよう自施設の抗菌薬感受性表(antibiogram)を作成し間も無く公開予定でいる。コンサルテーションは、標準予防策や経路別予防策についての依頼件数が多く、感染対策の基本である標準予防策(Standard Precaution)の浸透が課題であることが示唆されている。病院機能評価受審を追い風とし、感染管理活動が進んだ感がある。今後は実施した事柄を評価し課題を整理し、見直し介入の時期にあると考える。他施設との比較を含めた当院の感染管理の現状と、ICTの活動について報告する。

S7-1 多職種連携によって危機的状態を脱出した症例について

渡邊美穂， 菊池かづ子（看護部・HCU）

今回HCUでは、手術中危機的大量出血と、術後脳梗塞を併発し生命も危ぶまれた事例の治療・看護を82日間にわたり経験した。

その間、看護師が中心となり患者さんのおかれた状態・状況に合わせ、各診療科や多職種への連携が持てるように働きかけた。また他職種との度重なるカンファランスを開催することで、治療方針や看護展開等について互いに確認を行うことができた。救命後、がん専門病院のHCUにおいて脳梗塞急性期から回復期の過程を経験しリハビリテーション専門病院に転院するまでの過程で、多職種連携の大切さを実感することができた。多職種連携の重要性と問題点を看護の視点でまとめたので紹介する。

S7-2 緩和ケアチームにおける薬剤師のかかわり

佐々木 睦¹、百川和子¹、菅原隆一¹、村川康子²、小笠原鉄郎²、片倉隆一²、早坂利恵³、油井美紀³、高子利美³、船迫好子³、三浦宏明（¹薬剤部、²医療局、³看護部、⁴医療支援情報室）

【目的】当院の緩和ケアチーム(以下PCT)はH18年12月にコンサルテーション型チームとして発足、H19年9月からは薬剤師も活動に参加している。薬剤師のPCTにおけるかかわりと当院の医療用麻薬(以下麻薬)の使用状況、疼痛緩和ケアへの取組みについて報告する。

【PCTの活動状況と薬剤師の役割】H20年上半期依頼件数：46件(7.7件/月)、依頼内容内訳：身体的苦痛45件；疼痛33件（依頼時オピオイド使用26件、うち速効製剤不足14件）、精神的苦痛；22件(不安8件)、薬剤師の役割：病棟ラウンド、定期カンファレンスの参加、服薬指導、薬剤情報提供、薬歴・薬剤相互作用のチェック、緩和ケア教育への参加、在宅時の地域連携など

【麻薬の使用状況と疼痛緩和ケアへの取組み】採用状況(H20上期)は37品目（内服20外用7注射10）、処方箋枚数(H19下期)は内服・外用薬16.9(13.7)枚/日、注射薬21.8(23.8)枚/日で、内服・外用が増加、製剤別ではオキシドロン徐放錠(モルヒネ換算量)が、剤型別では貼付剤が増加している。調剤時には、処方箋と同時出力される薬歴から、徐放性製剤の増量や速効性製剤の処方の有無の確認を行なっている。PCT薬剤師は活動で得た情報を服薬指導担当者と共有し、服薬指導時に麻薬使用患者に対して麻薬の薬効・服用方法等の情報だけではなく、麻薬に対する偏見・誤解に対する説明、副作用対策、疼痛の評価等を行なっている。また、在宅移行時は在宅担当薬剤師とも情報を共有し、在宅ケア会議(1回/2週)等で地域の連携先に情報提供を行っている。

S7-3 胃手術パス作成の試みーがんクリニカルパスデータベース構築に関する班研究ー

藤谷恒明¹、山並秀章¹、佐藤正幸²、酒井謙次²、椎葉健一²、小野由美子³、亀山実穂子（¹外科、²総合外科、³看護部・⁴看護部・³西病棟）

胃癌の手術は件数が多く術式が一定しているため術前後の処置の定型化が可能で、周術期にパスを適応しやすい外科疾患と思われる。平成19年5月より「がんクリニカルパスデータベース構築に関する研究※」に参加し、本邦の医療機関が胃手術のパスを作る際に参考になる標準的パスを班研究として共同で作成している。既に胃幽門側切除術のパスが完成済で、現在参加7施設#)で試用中である。また、胃全摘術のパスも作成中で今年中には検討を終え、完成時には国立がんセンターホームページ(パスデータベース)に掲載される予定である。このパスではエビデンスの有無を基本として各処置を再検討したため ①術前日の昼食まで可が夕食まで可に、②術前日除毛が当日に、③全例ドレーン留置が原則無留置に、④経鼻チューブは翌日抜去が手術室で抜去に、⑤抗生剤は1～3日投与が当日のみに、⑥離床の状況で抜去の尿道カテが第2病日に、⑦排ガス後経口摂取が第1病日水分可、第3病日食事開始に、⑧第7病日の抜糸まで創処置が第3病日に創を開放しシャワー可に、⑨第8病日で退院許可 となった。当院で試用した結果ほぼ適応可能で、退院日は中央値で術後第14病日であった。作成過程で生じた問題点についても報告したい。

※) 厚労省科研費補助金、第3次対がん総合戦略研究事業分野7

#) 山形県立中央病院、国立がんセンター東病院、愛知がんセンター、岐阜市民病院、大阪市立豊中病院、四国がんセンター

S7-4 口腔ケアと再建手術術後合併症の検討

山崎宗治，松浦一登，加藤健吾，浅田行紀，西條茂（頭頸科）

近年、頭頸部再建手術症例に対し積極的な口腔ケアを導入することで、術後合併症が有意に減少したという報告がされている。そこで今回我々は、同一再建術者による頭頸部癌手術症例を対象とし、口腔ケアと術後合併症について検討を行った。

当院には歯科がないため、手術までの期間に近医歯科に紹介受診、専門的口腔ケア及びセルフケア指導を2~3回行った。手術直後などセルフケアが困難な場合は看護師による口腔ケアを1日数回行い、必要に応じ歯科紹介再診を行った。対象は2004年6月~2008年9月に当院で手術を行った遊離再建手術例95例であった。症例の内訳は男性76例、女性19例であり、原発部位は上顎・鼻腔7例、口唇・口腔34例、中咽頭24例、下咽頭・頸部食道23例、喉頭4例、唾液腺2例、その他1例であった。再建材料は腹直筋皮弁39例、前外側大腿皮弁19例、空腸29例、前腕皮弁4例、その他4例であった。

術後合併症の発生率の検討において、口腔ケア介入しない群が62.5%であるのに対して介入した群では38.3%であった。特に口腔ケア介入した群では術後の創部感染、縫合不全の割合が少なかった。その他、治療成績と現在の我々の取り組みについて報告する。

特別講演2

進歩するがん治療と今後の課題

吉田茂昭（青森県病院事業管理者・青森県立中央病院長）

最近、わが国でもがん治療に関わる無作為化比較試験の結果が次々と公表されています。これを見ると、胃がん、噴門がん、膵がんなどでは、何れも「拡大手術」の生存率が「標準手術」を上回らないことが示される一方、術後に化学療法を追加する補助化学療法の有効性（生存期間の延長）が明らかにされております（食道、胃、大腸、膵臓、肺がん等）。つまり、侵襲の大きな手術は否定され、早期がんを除いて術後の補助化学療法が必須と言えます。更に、食道がん等では、放射線治療と化学療法を組み合わせた放射線化学療法が、外科手術と同等の治療成績が得られるなど、陽子線治療や重粒子線治療を含め、「切らずに治す」臓器温存療法の開発も推し進められております。

これらの進歩に共通するのは、治療に伴う患者さんのQOLの低下をいかに抑え、良好な治療成績を得るかという点に尽きます。事実、外科治療では以前には考えられないような早期退院が可能となり、化学療法も外来治療が当たり前の状況となっています。しかし、入院期間の短縮は、これまで院内で培われてきた医療者と患者との人間関係を希薄にし、患者や家族にとっては、将来への不安等の持って行き場を失わせる状況を作りつつあります。更に、治療の外来化は在宅療養患者を急増させ、常に別の可能性を求めてさまよう「がん難民」を増加させる要因ともなり得ます。

これを回避するには、正しいがん情報や地域の医療資源情報、あるいは在宅支援や在宅ホスピスを提供できる社会医学的な支援システムの構築が必須となります。つまり、がんはもはや病院という枠だけの中で捉える病気ではなく、「がんになっても安心して暮らせる街づくり」（千葉県柏市）といった、大きな枠組みの中で、多職種力を結集して支え合う疾患となっているのです。本講演では青森県の現状等をお示ししながら、今後の課題について皆様と一緒に考えてみたいと思います。

第 5 回宮城県立がんセンターフォーラム・実行委員会

委員長：松浦一登

委員：立野紘雄，田中伸幸，前門戸 任，高橋玲子，
高村千津子，鈴木昌人，村田孝次，鈴木 稔