

第 21 回 宮城県立がんセンターフォーラム

PROGRAM ABSTRACT

THE 21th FORUM OF MIYAGI CANCER CENTER



令和 7 年 2 月 8 日(土)
宮城県立がんセンター大会議室
(ハイブリッド開催)



第 21 回がんセンターフォーラム

ご挨拶

総長 山田 秀和

インフルエンザが大流行し、コロナも未だ院内でも多数の感染者が出ている中、今年もセンターフォーラムを開催できることに、学術部会はじめ関係各位に心より感謝申し上げます。今年も十分感染に留意してがんセンターフォーラムが行われるように望みます。

さて、このフォーラムは言うまでも無く職員の日頃の学術的な研究や院内活動の成果を発表する場であります。当院は研究所を併設していることもあり、他の一般病院には見られない学問的な取り組みを臨床・研究の分野だけではなく、あらゆる部門で行っている施設であると自負しています。職員の研究マインドに触れることができるこのフォーラムを今年も楽しみにしています。

今年は一般演題19題を4つのセッション（新たながん医療への取り組み、医療安全・医薬品・専門性の発揮、栄養管理・褥瘡予防、患者支援・ダイバーシティ）に分けて討論が予定されています。今年も各セッションの最も優れた発表を選定し、「ベストプレゼンテーション賞」として表彰する予定です。皆様の素晴らしい発表を期待しています。また、今年の特別講演は医療法人社団やまと理事長の田上祐輔先生にお願いしました。田上先生はITに非常に詳しく、医療DXが大きな課題となっている現在当院が行うべき病院のIT化について貴重なお話を伺えると思っています。そして仙台赤十字病院との統合を控えている当院としては、統合後には緩和医療はじめ様々な分野で在宅医療との連携は欠かせないものと考えています。まさに現在当院が取り組むべき課題解決のヒントを豊富なご経験に基づいてご講演頂けるものと期待しています。

一般演題・特別公演とも盛りだくさんの内容ですが、このフォーラムによってがんセンターの研究や診療の質の高さをぜひ職員で共有し、これを支えている我々のがん治療・研究にかける熱意を末永く受け継いで行きたいと思っています。

感染対策について

第21回がんセンターフォーラムを開催するにあたり、発表者、座長、関係者には、以下の遵守と感染対策の徹底をお願いいたします。

- ・ 発熱、有症状のかたは、参加を控えてください。
- ・ マスクは常時着用してください。
- ・ 手洗い、会場での手指の消毒にご協力ください。
- ・ 定期的に会場の換気を行いますので、暖かい服装での参加をお願いいたします。
- ・ 会場での飲食を禁止いたします。

ご協力をよろしくお願いいたします。 実行委員会 感染対策室

ベストプレゼンテーション賞について

セッションごとにベストプレゼンテーション賞を選出します。選考は、選考委員による評価結果に基づき決定します。

参加者へのご案内

参加方法	オンライン参加 (Zoom) ミーティングID: 843 4605 2834 パスコード: nodayama オンライン視聴 (YouTube) URL: https://youtube.com/live/OGUWcBrQs6A
参加費	無料
録画・録音	映像の録画や録音はフォーラム実行委員の許可を事前に受けてください。
注意事項	・必要時以外は音声をミュートにしてください。 ・演題への質問の際は、ミュートを解除し、所属部署と氏名の後に質問をお話してください。 ※YouTubeからは質問ができませんのでご注意ください。

発表者へのご案内

発表時間	一般演題は、発表7分、質疑応答3分です。時間厳守をお願い致します。
ベル	講演開始から7分後(講演終了時間)、10分後(質疑応答終了時間)にベルを鳴らします。
講演発表	Windows PCでの発表となります。(Microsoft PowerPoint 2019) 発表データはUSBメモリに記録したものを2日前までにご提出ください。 発表は大会議室の端末を使用していただきます。ご自身の端末での発表は不可とします。 スライド操作は発表者ご自身でお願い致します。
着席時間	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。

座長へのご案内

着席	開始5分前までに次座長席にお着き下さい。
進行	時間の管理はセッションごとに超過が無いよう努めてください。

連絡先

事務局総務グループ	高橋 央 (内線 7 7 0 1) 能登 ちひろ (内線 1 7 4)
-----------	---

プログラム

司会 金村 政輝

開会の挨拶 院長 佐々木 治

09:30～09:35

セッション1 新たながん医療への取り組み

09:35～10:35

座長 木内 誠、福原 達朗

1 当施設における肝胆膵外科手術の変遷とこれから

佃 和彦、土屋 堯裕、木村 俊一、佐藤 龍一郎、長谷川 康弘、森川 孝則、木内 誠
消化器外科

2 終末期がん患者における整形外科的外科介入の意義

鈴木 一史
整形外科

3 新CTIによるデュアルエネルギー撮影の試み

後藤 和真
診療放射線技術部

4 パネル検査結果の詳細検討からTP53遺伝子の欠失が同定できたLi-Fraumeni症候群の一例

相馬 聡
研究所・発がん制御研究部

5 臓器横断的なコンパニオン診断薬等の病理検査での取り組み

内城 孝之
臨床検査技術部・病理

6 5年間のがん遺伝子パネル検査の取り組み状況と今後の課題

高山 玲子¹、伊藤 信^{1,2}、竹内 美華^{1,3}、安田 純^{1,2}
1)がんゲノム医療センター、2)発がん制御研究部、3)臨床検査技術部

セッション2 医療安全・医薬品・専門性の発揮

10:40～11:30

座長 鈴木 眞一、原崎 頼子

7 当院におけるバンコマイシンおよびボリコナゾールの治療薬物モニタリングの実践

原崎 頼子^{1,2}、鈴木 義紀²
1)血液内科、2)ICT/ASTチーム

8 臨床検査技術部におけるリスクアセスメント

千葉 圭子、中村 知子、名村 真由美、竹内 美華、植木 美幸
臨床検査技術部

9 がん専門薬剤師による外来患者への診察前面談の取り組み

三上 貴弘、林 克剛、内田 敬、猪岡 京子
薬剤部

10 患者および医療者間情報共有のための心エコーデータラベルの検討

佐藤 美和
臨床検査技術部

11 外来化学療法室における血管外漏出率の報告

門馬 仁美、奥山 淳子
看護部 第一外来

お昼休憩

11:30～12:30

セッション3 栄養管理・褥瘡予防

12:30～13:20

座長 後藤 孝浩、今井 隆之

12 胃切除患者の術後継続した体重とSMIの変化について

齊藤 淳子¹、森谷 鳳太¹、宮内 奈央子¹、土屋 堯裕²、長谷川 康弘²

1) 栄養管理室、2) 消化器外科

13 胃癌術前患者に対する外科外来受診時からの栄養指導及び運動療法導入の試み

森谷 鳳太¹、齊藤 淳子¹、宮内 奈央子¹、阿部 順²、土屋 堯裕³、長谷川 康弘³

1) 栄養管理室、2) リハビリテーション室、3) 消化器外科

14 外来化学療法室における栄養介入状況の報告

宮内 奈央子¹、佐々木 めぐみ¹、佐藤 夏苗¹、高梨 明子¹、佐々木 啓寿²、
高橋 昌宏²、大塚 和令²、太田 健介³、涌井 裕太³、虻江 誠³、鶴見 恭士⁴、
鈴木 綾⁴、渡邊 香奈⁴、福原 達朗⁴、今井 隆之^{1,5}

1) 栄養管理室、2) 腫瘍内科、3) 消化器内科、4) 呼吸器内科、5) 頭頸部外科

15 食材料費から給食を考える

佐藤 夏苗¹、森谷 鳳太¹、齊藤 淳子¹、佐々木 めぐみ¹、高梨 明子¹、
宮内 奈央子¹、今井 隆之²

1) 栄養管理室、2) 頭頸部外科

16 マットレス管理の現状と今後の課題

鈴木 藤子、後藤 孝浩

褥瘡予防対策室

セッション4 患者支援・ダイバーシティ

13:25～13:55

座長 加藤 浩、稲村 佳代子

17 アピアランス支援モデル事業に関する取組み

荒木 瞳¹、阿部 晴奈²、五安城 英由子³、門馬 仁美³、服部 知江³、熊谷 直美³、
佐山 幸⁴、高子 利美⁵、伊東 和恵⁶、渡邊 香奈⁷、

1) 事務局医事経営改革グループ、2) 薬剤部、3) 看護部、

4) 相談支援センター、5) 緩和ケアセンター、6) 頭頸部内科、7) 呼吸器内科

18 アピアランス外来の看護師移行への取組み

看護副部長 熊谷 直美¹、看護部長 小野 由美子²

1) 看護部、2) 看護管理室

19 発達障害のある特別支援学校新卒者の採用を経験して

讃岐 久美子¹、岡崎 那歩子¹、猪股 裕子¹、梅田 貴祝²、齋藤 美香¹、後藤 孝浩¹

1) 診療材料管理室、2) 丸木医科機器

特別講演

14:00～15:00

座長 山田 秀和

「次世代人材育成と持続可能な在宅医療の実現に向けて」

田上 佑輔 先生
医療法人社団やまと 理事長

表彰式・閉会の挨拶 総長 山田 秀和

15:00～15:20

抄 録

1 当施設における肝胆膵外科手術の変遷とこれから

佃 和彦、土屋 堯裕、木村 俊一、佐藤 龍一郎、長谷川 康弘、
森川 孝則、木内 誠
消化器外科

今までの消化器外科は消化管手術が主であったが、肝胆膵外科高度技能専門医が着任し、肝胆膵外科症例が少しずつ増加している。今回我々の取り組みを紹介する。1) 転移性肝癌への積極的治療: 「転移性肝癌に対する国際ガイドライン」では大腸癌だけではなく、卵巣癌、GIST、GEP-NET切除可能であれば適応としている。当施設は多領域の専門家がおり、転移性肝腫瘍切除適応例は可能な限り外科治療に繋げたいと考えている。特に大腸癌肝転移は2015年～2022年で年平均5例の肝切除例が、2023年以降は年平均13例に増加した。2) 低侵襲治療の強化: 低侵襲手術は2024年には肝切14例、膵切7例と過去最高となった。他施設との差別化を狙い、低侵襲治療をさらに推し進める予定。3) 膵胆道癌の周術期治療: 膵胆道癌に対する周術期化学療法はguidelineで推奨されており、切除可能性境界領域の癌に対しても化学療法で切除可能となる症例が増えている。膵胆道癌は外科で周術期治療を行いseamlessな手術への移行、そして手術機会と症例の増加を目指している。4) 肝胆膵高度技能専門施設認定を目指して: 日本肝胆膵外科学会では高度技能手術年50例以上の施設を高度技能専門施設A、30例以上をBと認定している。今まで高難度手術は年20例程度であったが、2024年に40例に到達し現在B施設認定を申請中、将来的にはA施設へのup-gradeも念頭に置いている。開腹用ビデオシステムの導入など認定に必須な機材購入も、この場を借りてお願いしたい。

2 終末期がん患者における整形外科的外科介入の意義

鈴木 一史
整形外科

がん患者は、がんそのものやがん治療に起因する運動器障害、いわゆる「がんロコモ」を発症することがあり、この傾向は終末期患者において特に顕著である。中でも骨転移はその代表例であり、適切な治療が行われない場合、患者はADLの低下が継続することにより、QOL (Quality of Life) およびQOD (Quality of Death) がさらに損なわれる可能性が高い。また、終末期に非腫瘍性変性疾患が増悪するケースも見られ、これも患者のQOLに重大な影響を与える要因となる。

こうした課題に対処するため、当科では終末期がん患者に対して整形外科的介入を積極的に実施している。当科で経験した終末期がん患者における整形外科的介入の症例を提示し、QOD向上を目的とした整形外科的介入の意義について考察する。

3 新CTによるデュアルエネルギー撮影の試み

後藤 和真

診療放射線技術部

CT技術の進化として、近年ではDual Energy CT (DECT) の実用化が進んできている。DECTでは、2種類の異なるエネルギーによるデータを解析することで、従来のCT値のみの診断に加えて、任意のX線エネルギーを計算することで仮想単色X線画像や物質密度、実効原子番号などといった様々な情報を同時に得ることができる。これらの情報により、低keV撮影によるコントラストの改善、肺血栓による虚血領域の評価、金属アーチファクトの低減などが可能となり、診断能の向上を図ることができる。

当院では、対象とする症例においては、これまでも従来の装置でDual Energy撮影 (DE撮影) を施行してきたが、撮影方式による精度面の問題や解析の煩雑さなどから、積極的に使用するまでには至らなかった。

昨年3月より稼働している新装置では、高速kVスイッチング方式によるDE撮影が可能であり、従来よりも高い精度でDE撮影を行うことが可能となった。そのため、新装置によるCT検査では積極的にDE撮影を施行している。

本発表では、当院の特色であるがん診療領域を中心に、DE撮影で得られる画像をこれまで経験した症例と併せて紹介する。

4 パネル検査結果の詳細検討からTP53遺伝子の欠失が同定できた Li-Fraumeni症候群の一例

相馬 聡

研究所・発がん制御研究部

わが国では遺伝性腫瘍症候群の原因となる遺伝子バリエントの同定はBRCA1/2以外は自由診療で、検査は高額 (10万円超) であるなか、生殖細胞系列変異の解析も同時に実施するがん遺伝子パネル検査は臨床の現場では有用性が高い。しかしながら、分子標的薬剤探索が主目的の検査であり、保険診療で利用できる病的バリエントには制限がある。今回我々はがん遺伝子パネル検査であるNCCオンコパネルの結果の詳細な検討からLi-Fraumeni症候群の原因であるTP53遺伝子の3.6kbの欠失の同定につながったので報告する。症例は40代の女性で乳癌の既往歴があり、膵臓癌と診断されていた。家族歴からLi-Fraumeni症候群が強く疑われた。生殖細胞系列のバリエントが同定可能なNCCオンコパネルを受検したが、保険収載された範囲では病的な生殖細胞系列バリエントは同定できず、利用可能な分子標的薬剤もなかった。しかし、同検査の参考情報 (コピー数分布) を他患者の情報と比較し、TP53遺伝子に欠失がある可能性が示された。遺伝学的検査に加えて次世代シーケンサーによる検討からイントロン1からイントロン6までの欠失が確認できた。NCCオンコパネル検査は参考情報も活用することで追加の遺伝学的検査実施に踏み切る際のdecision makingに非常に有用であることが示された。

5 臓器横断的なコンパニオン診断薬等の病理検査での取り組み

内城 孝之

臨床検査技術部・病理

検査試薬のなかでコンパニオン診断薬は、バイオマーカーの解析結果に基づき、特定の医薬品の適応の判断に必須の体外診断用医薬品(検査試薬)であり、必須ではなく考慮することが望ましい検査試薬を、コンプトメンタリー診断薬という。

近年、様々な分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場により、病理検査では新たなコンパニオン診断薬の導入が行われている。昨年、抗Claudin(CLDN)18.2抗体薬(ゾルベツキシマブ)が世界に先駆け臨床応用され、また免疫チェックポイント阻害薬(ペムブロリズマブ)が胃癌においても適応が拡大した。これに伴い、日本胃癌学会より「切除不能進行・再発胃癌バイオマーカー検査の手引き」が策定され、HER2、PD-L1、MSI/MMR、CLDN18の4検査を同時に実施することが推奨された。これらのバイオマーカーは病理検査の免疫染色により検索されるため、病理検体の採取からホルマリン固定、パラフィン包埋ブロック作製、薄切、染色、判定と病理検体の品質管理や精度管理は非常に重要である。

病理検査では2024年7月より、検査体制を整え、患者個別化治療に貢献するため、臨床からの要望に込えている。今回、これまでの実績や、臓器横断的なコンパニオン診断薬等の検査状況などについて報告する。

6 5年間のがん遺伝子パネル検査の取り組み状況と今後の課題

高山 玲子¹、伊藤 信^{1,2}、竹内 美華^{1,3}、安田 純^{1,2}

1)がんゲノム医療センター、2)発がん制御研究部、3)臨床検査技術部

がん遺伝子パネル検査(以下CGP検査)が保険適応となって以来、当センターはがんゲノム医療連携病院として今年で6年目を迎える。がんゲノム医療は、遺伝的情報を網羅的に調べて、より効果的な診断や治療を行う医療である。ゲノム医療は遺伝性疾患に関する情報の取り扱い、がんゲノム医療情報管理センターへの詳細な患者情報のオンライン入力、2段階にわたる徴収システム、がんゲノム医療中核拠点病院によるエキスパートパネルへの参加義務など多段階の複雑な仕組みで運用されているが、当院ではそれらの実施状況について網羅的に検証できていなかった。

満5年間という節目にあたり、当センターでのCGP検査の現況についてまとめた。年度別の検査数と治療提案数、各診療科の実績、遺伝子バイオマーカー別治療提案数などのデータを報告する。当センターでは、2019年9月から2024年11月までに307症例(自由診療5症例含む)のCGP検査を行い、307症例のうち何らかの推奨薬剤・治験があった患者は74名(24.1%)であった。さらにCGP検査後からの生存曲線から、推奨治療なしと推奨治療ありでは予後が違ふことが明らかになったのでその結果も報告する。

最後に今後の課題として①院内エキスパートパネルへの取り組み、②今後導入される造血管腫瘍パネル検査について紹介したい。

7 当院におけるバンコマイシンおよびボリコナゾールの治療薬物モニタリングの実際

原崎 頼子^{1,2}、鈴木 義紀²

1) 血液内科、2) ICT/ASTチーム

Therapeutic drug monitoring (TDM)とは薬物の血中濃度を測定し投与設計を見直すことにより、安全で有効な治療を行うことと定義される。重症感染症患者の薬物動態は複雑であり、併用薬の影響や全身状態の変化により薬物動態が変化するため定期的なTDMが必要である。バンコマイシン(VCM)は耐性グラム陽性菌感染症に対するキードラッグであるが、治療効果の担保と腎機能障害の予防のためにトラフ値とピーク値から算定されるAUC/MICを適正な値に保つ必要がある。また、ボリコナゾール(VCZ)は広い抗真菌活性を持つ抗真菌剤であり、アジア人種ではCYP2C19の遺伝子多型によるpoor metabolizerが15~20%を占めるとされる。

当院では、以前はVCM血中濃度測定、VCZ血中濃度測定は外注で施行されており、結果が報告されるまで少なくとも3、4日を要していた。2023年4月からLM1010高速液体クロマトグラフを導入し、VCM血中濃度、VCZ血中濃度の結果が即日報告され、投与量設定がより容易となった。

2023年4月24日から2024年11月30日まで95名の症例に250件のVCM・血中濃度測定を施行し、23名の症例に74件のVCZ血中濃度測定を施行した。当院でのVCM・TDM、VCZ・TDM院内検査の現状と、VCM・TDMを繰り返し施行することで適正な薬物投与を行うことができた症例を提示する。

8 臨床検査技術部におけるリスクアセスメント

千葉 圭子、中村 知子、名村 真由美、竹内 美華、植木 美幸

臨床検査技術部

臨床検査技術部(以下:検査部)が認定を取得している国際規格のISO 15189は、これまでの2012年版から2022年版(以下:新規格)に改版された。2024年11月の移行審査受審に向けて、同年1月から新規格に対応した活動を開始した。新規格での主な変更点として、検査室のリスクマネジメントが挙げられる。検査室の活動や目標達成、患者ケアに対しリスクの特定および対処をマネジメントシステムに導入することが要求される。

検査部では新たに「リスクマネジメント手順書」を策定し、次の2点を主な対象としリスクマネジメントを行っている。

- ・患者及び要員の安全に影響をおよぼす作業プロセスにおけるリスク
- ・検査結果に影響をおよぼす潜在的な欠陥に関するリスク

これらについて「リスクアセスメント」としてリスクの洗い出し、リスクポイントを算出するリスク分析・評価を行い、「リスク対応」「有効性評価とモニタリング」を管理監督者である検査部長とともに全要員が役割と責任をもって活動している。

2024年1月から8月までに実施したリスクマネジメント活動を手順の流れに沿って紹介する。また、「メトロキサート血中濃度検査」に関連した過去のインシデント事例と、検査方法変更に至る予防的対策について、改めてリスクアセスメントを行った。その結果、それぞれの対策手段から「物理的対策」、「技術的対策」、「人的対策」でリスクポイント低減と有効性評価に差を認めた。

検査部では日常業務の中でリスクアセスメントを行い、インシデント発生を未然に防ぐよう取り組んでいる。

9 がん専門薬剤師による外来患者への診察前面談の取り組み

三上 貴弘、林 克剛、内田 敬、猪岡 京子
薬剤部

近年の抗がん薬治療は入院から外来へ移行しており、当院においても外来でがん治療を受ける患者は増加傾向である。薬剤部では2015年より、がん専門薬剤師が中心となり、外来患者に対して、治療開始時の意思決定支援や抗がん薬の説明、副作用発現状況の確認や支持薬の提案等のサポートを行っている。

2024年6月よりがん薬物療法体制充実加算(100点/件)が新設されたことを機に薬剤部では患者への診察前面談の運用を確立し、算定を開始している。算定要件の一つとして、「がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する薬剤師が、医師診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った場合」となっており、当院ではがん専門薬剤師が対応している。現在、主に腫瘍内科の患者を中心に行っており6月から11月末まで医師の診察前に患者と面談を行った件数はのべ352件、算定した件数は158件、処方提案数は81回で、採択率は94%であった。

当日は、本運用の取り組みの実際、および医師の診察前面談だからこそ対応できた症例を紹介する。

10 患者および医療者間情報共有のための心エコーデータラベルの検討

佐藤 美和
臨床検査技術部

現在のがん診療は、さまざまな治療法が確立し予後は向上してきている。一方でがん治療の影響により経過中のみならず、治療を終えてからも心血管障害が問題となる場合がある。

がん専門病院においても治療終了後などがん専門病院を離れた患者のフォローについて標準化されたものはなくこれからの課題である。当センターでもがん治療前はリスクを層別化し、必要に応じ腫瘍循環器科が介入している。状態が安定すると各診療科が経過観察することも多く、がん治療後の心血管障害のフォローに対し十分な体制を構築できていない状況である。

そこで、心エコーの経過が治療中はもちろん、当センターを離れた後もみすえ、フォローの継続に繋がるような仕組み化を目指し、以下を検討した。

【When?】心エコー終了後

【Where?】生理検査室/腫瘍循環器外来などで、

【Who?】エコー担当者/腫瘍循環器外来スタッフにより、

【What?】心エコーの結果(EF(MOD法)・GLS・TRPG・胸水や心嚢液の有無)が

【Why?】患者にも医療者にもみえ、フォローの継続に繋げるため

【How?】生理検査システムから心エコーの結果(一部項目)をラベルで発行する

印字する項目は、化学療法に伴う心血管障害の疑いとして循環器医が介入した患者(26例)について、腫瘍医が循環器医へ紹介した際、カルテ記載した項目をレビューし選択した。運用は生理検査システムからラベルを発行することが簡便と考えられた。小さなラベルはお薬手帳や化学療法手帳などに貼付できる。

本実現に向け、現在、院内スタッフを対象とした動画配信、かかりつけ調剤薬局向けの研修会等を計画している。これらの活動を通して、患者および院内外医療スタッフの心エコー結果を介した心血管障害に対する意識が向上し、紹介先医療機関の医師や訪問看護師等と経過の共有が行われることで、継続的な患者フォローアップに繋がることを期待したい。

11 外来化学療法室における血管外漏出率の報告

門馬 仁美、奥山 淳子
看護部 第一外来

がんの治療は外来が主流となり、がん薬物療法においても通院で治療を受ける患者が増加している。当院では、外来化学療法室で治療を受ける患者が年々増加し昨年度は8,000件を超えている。外来化学療法室の看護師は、院内認定IVナースの資格を持ち、治療を受ける患者の末梢静脈内・CVポートへの穿刺、皮下注射を実施している。院内認定IVナース承認制度は外来看護師を対象に2016年から開始され、2021年には病棟看護師も対象となりIVナースの資格をもつ看護師は増えている。

化学療法リンクナース会では、2018年度より血管外漏出件数の報告方法を統一し、各部署の集計漏れはなく精度の高いデータの収集ができています。リンクナースは勉強会や、シミュレーションで血管外漏出の予防と対策について知識を深め、各部署の看護師へ周知することで安全ながん薬物療法に寄与している。

先行研究において、血管外漏出が0.5～6.5%程度と報告されているが、当院の外来看護師が実施している末梢静脈内・CVポートへの穿刺での血管外漏出率は令和5年度で0.13%であり医療の質は維持できていると考えられる。血管外漏出は年間1%未満の有害事象でありデータを蓄積することが今後の血管外漏出を予防する糸口になると考える。今回、2018～2023年度の外来化学療法室での血管外漏出率を報告する。

12 胃切除患者の術後継続した体重とSMIの変化について

斉藤 淳子¹、森谷 鳳太¹、宮内 奈央子¹、土屋 堯裕²、長谷川 康弘²
1) 栄養管理室、2) 消化器外科

【背景】胃切除患者は経口摂取量が減少し、体重および筋肉量減少により体組成が変化することや、術後の体重減少や筋肉量減少が予後に影響を及ぼすことが報告されている。今回胃切除患者の術後体重および骨格筋指数(SMI)の変化を検討した。

【方法】2022年4月から2024年3月に当院にて胃切除術を実施した139例のうち、継続的に栄養指導を実施できた99例を対象に、体重とSMIについて退院時、術後1ヶ月、術後6ヶ月の測定値を入院時と比較検討した。SMIの測定にはInbody S10を使用した。

【結果】男性/女性:70/29、年齢中央値72(36-90)歳。術式は幽門側胃切除74例、幽門保存胃切除1例、噴門側胃切除5例、胃全摘19例であった。入院時/退院時/術後1ヶ月/術後6ヶ月の測定値の平均について、全体体重(kg):59.8/56.2/54.9/53.8となり、有意に減少がみられた($p<0.001$)。SMI(kg/m²)変化は男性7.3/6.8/6.9/7.1、女性5.9/5.6/5.7/5.8であり、男女とも入院時は基準値(男性:7.0、女性:5.7)を上回っていたが退院時は基準値を下回り、その後男性は術後6ヶ月で、女性は術後1ヶ月で基準値以上へ改善がみられた。術後6ヶ月での体重減少率は男女に差がなく共に10%、術式別では胃全摘で12%、年齢では70歳以上で11%と大きく減少した。70歳以上ではSMIが術後6ヶ月時点でも基準値まで回復しておらず(男性:6.9、女性:5.5)、体重減少と関連している可能性が示唆された。

【結語】今回の検討では、退院時から術後6ヶ月にかけて体重減少は続くがSMI減少率では改善がみられた。ただし高齢者ではSMIの回復が遅く体重減少率も大きいことから、より入念な周術期の栄養介入が肝要であると思われた。今後は運動療法を取り入れた栄養指導を行うなど、術後体重減少や骨格筋量低下の予防に努めたい。

13 胃癌術前患者に対する外科外来受診時からの栄養指導 及び運動療法導入の試み

森谷 鳳太¹、斉藤 淳子¹、宮内 奈央子¹、阿部 順²、土屋 堯裕³、長谷川 康弘³

1) 栄養管理室、2) リハビリテーション室、3) 消化器外科

【背景】2022年度から、胃切除患者に対し、管理栄養士が入院時より栄養介入を実施した。それに併せて、継続した体重、骨格筋指数(SMI)の変化を比較検討した結果、術後の体重減少の抑制が課題として挙げられた。これを受け2024年6月より胃癌術前患者に対する術前外科外来受診時(術前外来時)からの運動療法を含めた栄養指導を実施したので報告する。

【方法】2024年6月～12月に当院で胃切除術を施行した31例を対象とした。胃切除術患者に対する既存の栄養介入フローチャートを、管理栄養士が術前外来時から栄養介入できるフローチャートに改訂。理学療法士と連携し、周術期における栄養及び運動療法を1冊にまとめた。術前外来時より栄養指導を実施できた症例に対し上記の冊子を配布。入院時栄養指導にて、冊子内にある自記式の習慣記録紙を基に運動療法実施群と未実施群を分け、術前外来時、入院時における体重・SMI減少率の中央値を比較し検討した。SMIの測定にはInBodyS10を使用した。

【結果】男性/女性:26/5、年齢中央値73歳(51-84)、開腹8例、低侵襲23例の手術が行われ、術式は胃切除術19例(DG:12、PG:7)、胃全摘12例であった。また術前外来栄養指導を実施できた20例において入院待機期間の運動療法実施群14例、未実施群6例であり、入院時における外来時からの体重減少率は運動療法実施群/未実施群でそれぞれ0.2%/0.4%、SMI減少率で0.5%/1.9%という結果であった。

【結語】入院待機期間における運動療法の実施によって、体重及びSMI減少率を抑えられる傾向がみられた。今後は更に症例を増やし、術前外来栄養指導、運動療法の導入が術後の体重や骨格筋量減少の抑制に繋がることを期待し検討していく。

14 外来化学療法室における栄養介入状況の報告

宮内 奈央子¹、佐々木 めぐみ¹、佐藤 夏苗¹、高梨 明子¹、佐々木 啓寿²、
高橋 昌宏²、大塚 和令²、太田 健介³、涌井 裕太³、虻江 誠³、鶴見 恭士⁴、
鈴木 綾⁴、渡邊 香奈⁴、福原 達朗⁴、今井 隆之^{1,5}

1) 栄養管理室、2) 腫瘍内科、3) 消化器内科、4) 呼吸器内科、5) 頭頸部外科

【背景】外来化学療法室の専任管理栄養士は、2023年度より血中Alb値とCRP値を用いて悪液質状態をスコア化するmGPSにてスクリーニングを行い、栄養指導対象患者を抽出していた。しかし、対象外となる患者においてもスクリーニング時すでに体重減少をきたしていることがあり、体重関連の項目が必要であることを課題としていた。

【方法】2024年4月から2024年11月までの期間、腫瘍内科、消化器内科、呼吸器内科において、外来化学療法室で治療した全患者に対し、アジア人向け悪液質診断(AWGC基準)より体重減少率とBMIの2項目を使用し、体重減少群、低BMI群、体重減少・低BMI群、正常群の4群に分類した。化学療法室で管理栄養士が初回介入する患者(初回介入群)ではスクリーニング結果に関わらず全例を栄養指導対象とし、2023年度より継続的に介入している患者(継続介入群)では正常群以外の3群を栄養指導対象とした。本報告では、継続介入群においてAWGC基準だけではなくmGPSによる判定を追加し、両者で抽出される栄養指導対象者数を比較した。mGPSでは2023年度と同様に、低栄養群、前悪液質群、悪液質群、正常群の4群に分類した上で、正常群以外を栄養指導対象と判定した。

【結果】スクリーニングを実施した患者は376例であり、年齢中央値71歳、体重中央値59.7kg、BMI中央値22.6kg/m²、がん種は消化器がん59%、肺がん41%であった。初回介入群142例、継続介入群234例であり、継続介入群をAWGC基準で判定すると体重減少群18%、低BMI群18%、体重減少・低BMI群11%、正常群53%となり、109例(47%)が栄養指導対象となった。mGPS判定では低栄養群12%、前悪液質群15%、悪液質群14%、正常群59%となり、栄養指導対象は96例(41%)だった。

【考察】mGPSからAWGC基準を用いたスクリーニングに変更したが、栄養指導対象者数を減らすことなく低栄養リスクが高い患者を抽出することができた。

15 食材料費から給食を考える

佐藤 夏苗¹、森谷 鳳太¹、斉藤 淳子¹、佐々木 めぐみ¹、高梨 明子¹、
宮内 奈央子¹、今井 隆之²

1) 栄養管理室、2) 頭頸部外科

【はじめに】入院時食事療養費は約30年据え置かれたままだったが、昨今の物価高の影響で給食材料費や調理費(光熱水費)など上昇し続けている状況を踏まえ、令和6年6月1日から一食当たり640円→670円へ改定された。

【現状】食事療養費670円のうち患者負担は490円であるが、食材料費としての想定額は290円となっている。当院の委託契約において、栄養補助食品費が食材料費を圧迫している状況を踏まえ、栄養補助食品を含む食材料費の契約を令和2年度より食材料費260円+栄養補助食品費38円の総額で契約し、献立に使用する食材の質の維持に迫力してきた。

栄養補助食品においては、用途や使用状況等見直し、令和元年から令和5年にかけて29→23品目まで品目を減らすことで、年間の使用額も9,101,232円→7,259,938円と約185万円削減に成功した。一方、食材料費については、コロナ禍以降の物価高騰が如実に影響し、一人1食当たりの食材料費が、令和元年度平均245.5円、令和5年度303.9円、本年度309.9円と上昇の一途を辿っている。

【課題】給食における栄養価と質の維持のために、現状の食事内容の大幅な変更は難しい状況にある。食材料費には付加品で提供している果物やプリン、アイス等も含まれているため、今後も適正使用への協力を頂きたい。

16 マットレス管理の現状と今後の課題

鈴木 藤子、後藤 孝浩
褥瘡予防対策室

【目的】演者らは2018年の本フォーラム(第14回)にて、褥瘡用マットレス(静止型)の多くが経年劣化していても破棄されずに使用されており、その原因が褥瘡リスクのない患者用のマットレス(標準マット)が1993年の当院開院以来ほとんど更新されていなかったためであることを報告した。その後、標準マットも含めた院内すべてのマットを褥瘡予防対策委員会が計画的に更新(予算申請)していく体制となったため、現在までの経過と今後の課題などを報告する。

【方法】2018年度の病床稼働率や入院時の日常生活自立度のデータから、各マットの必要数(病棟分)を標準マット150、褥瘡用マット160(静止型120、エアマット40)とし、標準マットと静止型マットは7～8年で、エアマットは10年で更新されるように、各マットの購入と廃棄を行なった。

【結果】2024年12月時点での使用可能な(劣化していない)各マットの数は、標準マット227(外来分27含む)、静止型マット124、エアマット62で、標準マットはすべて2018年以降に購入されたものに更新された。

【考察】2018年に設定した必要数を満たす結果にはなったが、この数年間で褥瘡用マットの必要な患者の割合は増加しており、また各マットも数年前後でモデルチェンジしていくため、今後の院内全マットの適切な管理には必要数や購入計画を随時変更(修正)できる体制も必要である。

17 アピアランス支援モデル事業に関する取り組み

荒木 瞳¹、阿部 晴奈²、五安城 芙由子³、門馬 仁美³、服部 知江³、熊谷 直美³、佐山 幸⁴、高子 利美⁵、伊東 和恵⁶、渡邊 香奈⁷

1) 事務局医事経営改革グループ、2) 薬剤部、3) 看護部、4) 相談支援センター、5) 緩和ケアセンター、6) 頭頸部内科、7) 呼吸器内科

アピアランスケアは、外見変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアである。近年、アピアランスケアは第4期がん対策推進基本計画に盛り込まれ、がん診療連携拠点病院の要件にもなっている。今回、令和6年度の厚生労働省アピアランス支援モデル事業に当センターが宮城県で初めて採択された。この事業は、アピアランスケアを必要とするがん患者に対し「適切なアピアランスケア体制の構築と効果的な支援体制」を検証する目的で令和5年度から始まった。年度ごとに全国で10の医療機関が選ばれ、モデルとしてそれぞれが行った取り組みを報告し、日本におけるアピアランスケア体制の構築・質向上を図るものである。

当センターは以前よりアピアランスケアを行っていたが、個々でのケア・支援にとどまっていた。今回、アピアランスケア支援モデル事業の推進チームを構成し、アピアランス支援対象者スクリーニングの作成や、外見に苦痛を感じる患者をアピアランスケア外来へ紹介するフローの見直しを行った。また定期的な勉強会を実施しアピアランスケア実践技術の向上を図った。さらに院内外に向けた研修会や公開講座の開催、リーフレット等のリニューアルなど広報活動を行った。令和7年1月からは、医療者による医療の知識、科学的根拠に基づいたアピアランスケアの実践を発展させるべく、看護師によるアピアランスケア外来が開始される。

今後も当センターのアピアランスケア体制を整備し、「アピアランスケアを必要としているすべての患者を取り残さない」ことを目指し、活動を継続したい。

18 アピアランス外来の看護師移行への取り組み

看護副部長 熊谷 直美¹、看護部長 小野 由美子²

1) 看護部、2) 看護管理室

第4期がん対策推進基本計画において、がん患者等の社会的問題への対策の一つにアピアランスケアが位置付けられている。当院では、平成29年からアピアランスケアに関し支持療法委員会や化学療法リンクナース会で取り組みを始め、ソシオエステティシャンによるアピアランス外来も開設された。今年度当院はアピアランス支援モデル事業実施施設に承認され、支持療法委員会のコアメンバーで活動を開始した。現在、看護部にはアピアランス研修修了者が15名在籍し、主に外来で患者対応をしている。ソシオエステティシャン中心にアピアランスケアが行われていた背景もあり、看護師が研修の学びを十分活用できていない課題があった。9月に急遽ソシオエステティシャンの12月退職とアピアランス外来の看護部への完全移行が決定し、早急に看護師によるアピアランスケアの充実が求められ、アピアランス支援モデル事業担当者と共にその運営方法の構築が必要となった。外来看護師以外でアピアランス外来担当が可能なアピアランス研修修了者は少なく、認定看護師の協力も得ることとした。アピアランス研修を修了していても実践値にはバラつきがあり、勉強会の開催や活用できる資料の準備、ソシオエステティシャンのアピアランス外来に同席することなどで知識や技術を習得する機会を設けた。規模を縮小した形ではあるが1月から看護師によるアピアランス外来でケア提供を開始したため報告する。

19 発達障害のある特別支援学校新卒者の採用を経験して

讃岐 久美子¹、岡崎 那歩子¹、猪股 裕子¹、梅田 貴祝²、齋藤 美香¹、後藤 孝浩¹

1) 診療材料管理室、2) 丸木医科機器

【目的】当院では昨年度初めて特別支援学校新卒者1名を採用した。広汎性発達障害を持つ採用者が医療現場に円滑に溶け込みかつ仕事を続けられるように行なった取り組みとその結果を報告する。

【方法】採用者は在学中すでに当院の診療材料管理室での職場体験実習を3回行っており、同じ業務を希望しての就職であった。そこで実習当時の経験をもとに準備や就労後のサポートを行なった。

【結果】ルーチンワークを中心とすることで毎日規則正しく業務をこなすことができ、また分かりやすい手順書を作成して一緒にやってみせることで様々な業務もできるようになった。1年間で遅刻や無断欠勤は一度もなく、早出出勤も行えるようになった。障害者職業センターの担当者との面談では不安や不満は聞かれなかった。休日はボランティア活動に参加するなど仕事と余暇のメリハリもきちんとついている。

【考察】病院は多くの職種が働く施設で、対人関係に問題のある障害者にとっては最も適応しにくい職場の一つと考えられる。しかし今回の採用者は非常に上手く環境や業務にも慣れることができ、その仕事内容は障害のない者以上といえるほどである。在学中の実習体験や本人希望が大きな要因であることは間違いないが、周囲の理解や支援があれば今回のような準備を行うことで、コミュニケーションに問題のある発達障害者でも病院で働くことは十分可能と考える。

特別講演

「次世代人材育成と持続可能な在宅医療の実現に向けて」

田上 佑輔先生

医療法人社団やまと 理事長

東日本大震災を機に、2013年宮城県登米市に在宅診療所を開設し、地域医療の課題解決に取り組んできた。都市部と地方の医師の循環型勤務体制を確立し、医師偏在の解消に寄与。ICTを活用した診療情報の統合管理や、約100項目のデータ分析による業務最適化を実現している。特にがん患者の在宅ケアにおいては、電子カルテを核とした多職種連携システムを構築し、病院との緊密な情報共有による継続的な医療提供を可能にした。本講演では、次世代の医療人材育成と持続可能な地域医療モデルの構築に向けた、デジタル技術の活用と多職種連携の実践例を紹介する。

第 21 回宮城県立がんセンターフォーラム実行委員会

委 員 長	金村 政輝 (研)
委 員	遠宮 靖雄 (医)、宮部 真悟 (医)、大久保鉄平 (医)、 伊東 和恵 (医)、虻江 誠 (医)、野村 美有樹 (研)、 熊谷 直美 (看)、江沼 圭一 (薬)、鶉橋 亜希乃 (検)、 成田 伶史 (放)、百川 和子 (研)、能登 ちひろ (事) 高橋 央 (事)