

第 113 回成医会葛飾支部例会

日 時：平成 27 年 6 月 20 日

会 場：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

5 階 講堂

1. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センターにおける放射線治療の現状と課題

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター呼吸器内科

○児島 章

平成 27 年 12 月より、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）にて放射線治療が開始される予定である。それにあたり、当院における放射線治療の実態を調査し、今後の課題を考察した。

平成 26 年 4 月から平成 27 年 3 月まで、当院から他施設へ放射線治療の依頼が 143 件あった。紹介先は、江戸川病院が 7 割を占め、東京慈恵会医科大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属柏病院の順であった。診療科は、外科がもっとも多く、呼吸器内科、泌尿器科と続いた。臓器別には、乳がんがもっとも多く、肺がん、前立腺がんの順であった。年齢は 60 歳～70 歳台を中心に、女性が 7 割を占めた。以上からは、この期間の治療の対象となったのは、通院可能で、比較的全身状態の良好な症例が選択されたと思われる。当院での治療再開後には、より高齢者で、合併症もあり、全身状態不良な症例も多く含まれるものと予想される。

今後の課題として、まず放射線治療医を中心とした治療チームの立ち上げが急務である。さらに外来・病棟・入退院医療連携センター・救急部との緊密な連携が求められる。また、外部施設からの治療依頼をどのように対応するのか、各診療科との話し合いが必要である。まさにゼロから始まる診療・看護体制の構築について、ワーキンググループでの討議が始まろうとしている。

2. 外科における癌化学療法

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外科

○松平 秀樹

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）外科における外来化学療法について述べる。

外科で行っている外来化学療法は、当院全体の外来化学療法患者の約半数を占めている。外科での外来化学療法の疾患別の内訳では大多数が大腸癌および乳癌である。肺癌に関しては呼吸器内科と連携し呼吸器内科で化学療法を施行しているが、外科での化学療法施行例が多い大腸癌と乳癌は、近年の化学療法の進歩に伴う生存率改善が進んだ疾患と言える。また乳癌と大腸癌に関してはほぼ全ての症例が外来主体に治療が行われており、今後の症例数増加が予測される中で外来化学療法室と外科の連携がより重要と考えている。本カンファレンスでは乳癌と大腸癌の化学療法の適応、歴史的な経緯、現在行っている治療内容などについて報告したい。

3. 外来化学療法室の現状と展望

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部

○並木 佳世

近年は、新規抗がん剤の開発、支持療法の進歩、在院日数の短縮化、外来化学療法に診療報酬が認められるようになったことなどがあり、化学療法の場合は入院から外来・在宅へと移行している。東京慈恵会医科大学葛飾医療センターでは、リニューアルと同時に外来化学療法室が設置された。当初 10 床でスタートしたが、治療件数は約 200～300 件/年ずつ増加し、1 年で 12 床に増床され、別館移設後は 18 床で運用していく事となった。患者の治療時間、生活背景、身体状況などを考慮しながらよりよい治療環境を提供できるよ

う、効率的なベッド運用を目指している。そのために、日々の現状をフィードバックしながらよりよいものへと変化できるよう取り組んでいる。

外来治療の場では医療者が直接患者に提供できるケアには時間的に限りがある。したがって、患者および家族が病気や治療を理解し、治療の副作用に対して予防・早期発見・対処ができるようなセルフケア能力を高めなければならない。そのため患者支援、患者教育が不可欠となり、患者の生活の視点から個別的・継続的に患者を支える看護師の役割はますます重要となってきている。外来化学療法室でのケアに携わる看護師は、外来化学療法を受ける患者の化学療法治療の導入から終了までのよりよいコーディネートができるよう、医師の説明の補足・治療導入時のオリエンテーション・セルフケア指導・意思決定支援・精神的支援などを行っている。さらに外来化学療法を受ける患者のケアの質がより高められるよう、患者・家族の支援体制の整備、多職種によるチーム医療体制の強化、人材育成に取り組んでいきたい。

4. 放射線治療の進歩：現在のがんの標準治療について

東京慈恵会医科大学附属病院放射線治療部

青木 学・小林 雅夫
木嶋 良和・白濱 淳

放射線治療の変遷：1895年レントゲン博士によってX線が発見され、その1ヵ月後には放射線治療に応用されており、その翌年にはVoigtによって喉頭癌の治療に用いられた。直線加速器（リニアック）イギリスにて開発され（1950年）、1951年世界で最初のCo60を用いた放射線治療装置が作られた。1980年ごろから腫瘍マーカーの開発およびスクリーニングの普及が始まり、同時にCTの登場で正確な病期分類が可能となったことから、それまでの手術適応外＝放射線治療の適応→早期癌から進行癌まで、それぞれの病期に応じた最適な放射線治療が可能となった。

放射線腫瘍学の進歩：頭頸部癌、肺癌や前立腺癌など多くの癌で線量の増加と局所制御率の間に相関関係を認めた。一方で正常組織が高線量に耐えられなくなり、生存率を低下させる原因となっ

た。これらを改善する進歩として、治療計画法および放射線の投与方法の研究が推し進められた。近年の進歩には画像の進歩（CT-scan, MRI, PET-scan, 画像の融合プログラム）の他に、治療計画法の目覚ましい進歩が挙げられる。従来の2次元計画（1970年代）→3次元計画（1980年代）→IMRTの登場（1990年代）へと大きく変貌した。また、これまで肺癌や肝臓癌の放射線治療では呼吸の位相による病巣の移動が問題となっていたが、呼吸に同期して放射線を投与する時間軸に対応した治療法の開発が進み、これらは4次元放射線治療と呼ばれ日本はこの領域の先頭を走っている。

現在の標準治療について：脳腫瘍ではテモダールの登場により治療成績に著しい向上が見られ、標準治療となっている。一方乳癌では術後の補助療法としての放射線治療が永らく用いられてきたが、局所再発率の改善のみならず、10年以上の期待余命があれば生存に寄与することが判明した。肺癌における放射線治療も大きく変貌し、化学放射線同時併用が標準的治療となったほかに、線量増加に伴う有害事象が明らかとなるとともに予防照射の概念にも変化が生まれてきている。前立腺癌の放射線治療は極めて多岐にわたり、IMRT、小線源治療（LDR, HDR）、術後照射、緩和治療など様々な進行病期で臨床応用されている。