



未来

第61号

2023年を迎えて

病院長 宮本 勝也

明けましておめでとうございます。皆様におかれましては健やかに新年を迎えられましたこと、心よりお喜び申し上げます。昨年もコロナ禍で明け暮れた1年でしたが、当院にご支援を賜り誠に有難うございました。本年も引き続き、よろしくお願い申し上げます。

今年の干支は、十干が癸(みずのと)、十二支が卯(う)で、癸卯(みずのと)になります。癸には「物事の終わり」と始まり」を意味し、卯には「門が開いている様子」を意味することから、今年はこれまでの努力が花開いて実り始める年になることが期待できます。コロナが落ち着いて、新たな時代が来ることを切に願っています。

十干と干支の組み合わせは60種類あり、前回の癸卯である60年前、昭和38年に何が起こったかをみると、伊藤博文の肖像画がのった新千円札が

発行され、第1次マンションブームが始まった年です。日本で初の連続テレビアニメとして、鉄腕アトムが放送が開始され、日本レコード大賞は、梓みちよの「こんにちは赤ちゃん」でした。今年はどうなるのでしょうか。



当院にとって今年の最大の関心事は、広島都市圏における今後の医療提供体制の在り方です。広島における医療提供体制の課題は、救急搬送困難事例の割合が高いこと、急性期病床が過剰で回復期病床が不足していること、若手医師が減少し、無医地区数が全国ワースト2位であることに加えて、2024年から医師の働き方改革が始まることなどが挙げられて

次ページへ続く

前ページから続く

います。昨年3月の広島県地域保健対策協議会から提言のあった「高度医療・人材育成拠点ビジョン」を踏まえて、昨年11月に、広島県から基本構想が発表されました。それによると新たな拠点として広島駅北に新しい病院を設立し、新病院に必要な医療機能や、広島都市圏における医療機能の分化・連携・再編の方向性、及び医療人材の確保・育成・循環の仕組みについて示されました。課題を引き起こす2大要因として医師不足、医療資源の分散があげられ、それを解決するため、各病院が役割分担を明確にして地域完結型医療を目指す必要があります。

その中で示されたのが、急性期病床を集約して回復期病床を増床する広島都市圏における病院再編案です。それによると県立広島病院とJR広島病院、中電病院が統合して、急性期・小児医療を集約した1000床程度の新病院をつくるとされました。この案の中で、当院は同じ国家公務員共済組合連合会の

仲間である吉島病院と統合し、一部の医療機能を新病院に集約することを検討することとなりました。我々としては今回の広島県の基本構想には賛成であり、特に公的な病院としてその役割を果たす必要があります。ただ吉島病院と統合となると色々と問題もあり、今年1年をかけて議論を進めたいと思っています。また一部の急性期病床は回復期病床に移行する必要があるかもしれませんが、当院の伝統である消化器疾患を中心とした急性期機能は、何としてでも継続するつもりです。引き続き、ご支援をよろしくお願いいたします。

昨年の広島県からの基本構想発表以降、皆様方には大変ご心配をお掛けしていると思いますが、当院の理念、基本方針は全く変わりありません。これからは患者さん、地域の方々、また紹介医の先生方に信頼される病院運営を継続していきますので、本年もどうぞよろしくご厚意申し上げます。

消化器センター便り

消化器センター長 村上 義昭

胆道癌の術後補助化学療法のエビデンス

消化器領域の癌は、根治的切除術を施行してもその再発率は高く、術後の補助化学療法の重要性が指摘されており、胃癌、大腸癌、膵癌などでは多くの臨床試験をもとに術後補助化学療法が確立されてきた。しかし、同じ消化器癌である胆道癌においては、胃癌、大腸癌、膵癌に比べその罹患者数が少ないこと、胆道癌に対する有効な抗癌剤が少ないことなどの理由により、胆道癌に対する補助化学療法の有用性を検証する臨床試験の報告も少なく、後述するJCOG1202試験(ASCOT試験)の結果が、本年の2022年2月にASCOGI学会で報告されるまで、確立された術後補助化学療法は存在しないのが実状であった。

今回は、胆道癌の術後補助化学療法のエビデンスについて紹介したい。



次ページへ続く

そもそも、上述したように胆道癌に対して有効な抗癌剤は少なく、本邦で胆道癌に対し保険適用となっている抗癌剤は、ゲムシタビン(G)、シスプラチン(C)、S-1(S)の三剤のみで、切除不能胆道癌に対しては、これらの薬剤を併用したGC療法、GS療法、GCS療法が標準一次治療として用いられている。したがって、胆道癌に対する術後補助化学療法もこれらの薬剤を中心に国内、海外で臨床試験が施行されてきた。ゲムシタビンを用いた術後補助化学療法の臨床試験は、ヨーロッパ(ESPAC-3試験)と日本(BCAT試験)で施行されたが、いずれの試験もゲムシタビンの胆道癌術後患者の生存率の向上を証明できなかった。また、フランスでは、胆道癌の術後補助化学療法としてゲムシタビン+オキザリプラチンを用いた臨床試験(PRODIGE 12 -ACCORD18試験)が行われたが、この薬剤も胆道癌術後患者の生存率の向上に寄与しなかった。英国では、S-1と同様のフッ化ピリミジン系抗癌剤のカペシタビンを用いたBILCAP試験が施行されたが、per-protocol解析ではカペシタビンの有用性が証明されたが、主要評価項目のintent-to-treat解析ではカペシタビンの有用性は認められなかった。

以上、いずれの試験も確たる術後補助療法の有用性を証明できなかったが、本年、本邦で施行されてきたJCOG1202試験(ASCOT試験)により術後S-1投与による胆道癌術後患者に対する有用性が報告された。本試験は、根治切除術が施行された胆道癌術後患者を対象に、手術単独群と術後S-1補助化学療法投与群の全生存率を比較する試験で、手術単独群に220例、術後S-1補助化学療法投与群218例が登録された。主要評価項目の3年生存割合は、intent-to-treat解析で、手術単独群、術後S-1補助化学療法投与群でそれぞれ67.6%、77.1%(ハザード比0.694、 $p=0.008$)であり、術後S-1補助化学療法の優越性が証明された。今後は、本邦においては、胆道癌術後にはS1を用いた補助化学療法が標準治療なるものと考えられる。

なお、膵癌においても、本邦で施行された臨床試験により術後補助化学療法はS-1を用いた化学療法が標準治療となっている。今回の胆道癌に対する術後S-1補助化学療法の成績から、膵癌、胆道癌ともに術後はS-1の内服が補助療法の第一選択となったことになる。ちなみに、膵癌では、臨床試験の結果より、術前療法としてGS化学療法を施行することが推奨されている。胆道癌に対しても術前補助化学療法の効果が期待される場所であるが、現在、本邦で術前GCS療法の有用性を検証する臨床試験(JCOG1920試験)が進行中である。



MSI検査と大腸癌

外科医師 倉岡 憲正



大腸癌は近年急激に増加しており、2019年の統計では、癌の罹患数は大腸癌が最も高く、年間15万人以上の方が診断されています。2020年では大腸癌による死亡は男性では肺癌、胃癌に次いで第3位、女性では第1位となっています。増加している背景としては、食生活が肉食中心の欧米型になったこと、運動不足、肥満、喫煙、飲酒などがあります。

大腸癌に対する抗癌剤の種類が増えてきています。遺伝子変異の結果により使用する抗癌剤の種類を使い分けていきます。今回は、その遺伝子変異の中の1つである、マイクロサテライト不安定性(MSI)検査について説明します。

MSIとは、DNAの複製の際に生じる塩基配列の間違いを修復する機能の低下により、マイクロサテライト反復配列が腫瘍組織において非腫瘍(正常)組織と異なる反復回数を示す現象のことです。MSIは、リンチ症候群以外の散発性大腸癌でも10-20%程度に認められますが、リンチ症候群の患者では80-90%と高頻度に見られます。

MSI-High固形癌は24種類の癌において確認されています。割合が高い順に、子宮内膜癌、胃癌、小腸癌、大腸癌、子宮頸癌と、多岐にわたる癌の種類の中でも比較的消化器癌、婦人科癌で頻度が高いことが報告されています(図1)。大腸癌は、約6%でみられ、4番目に多いです。

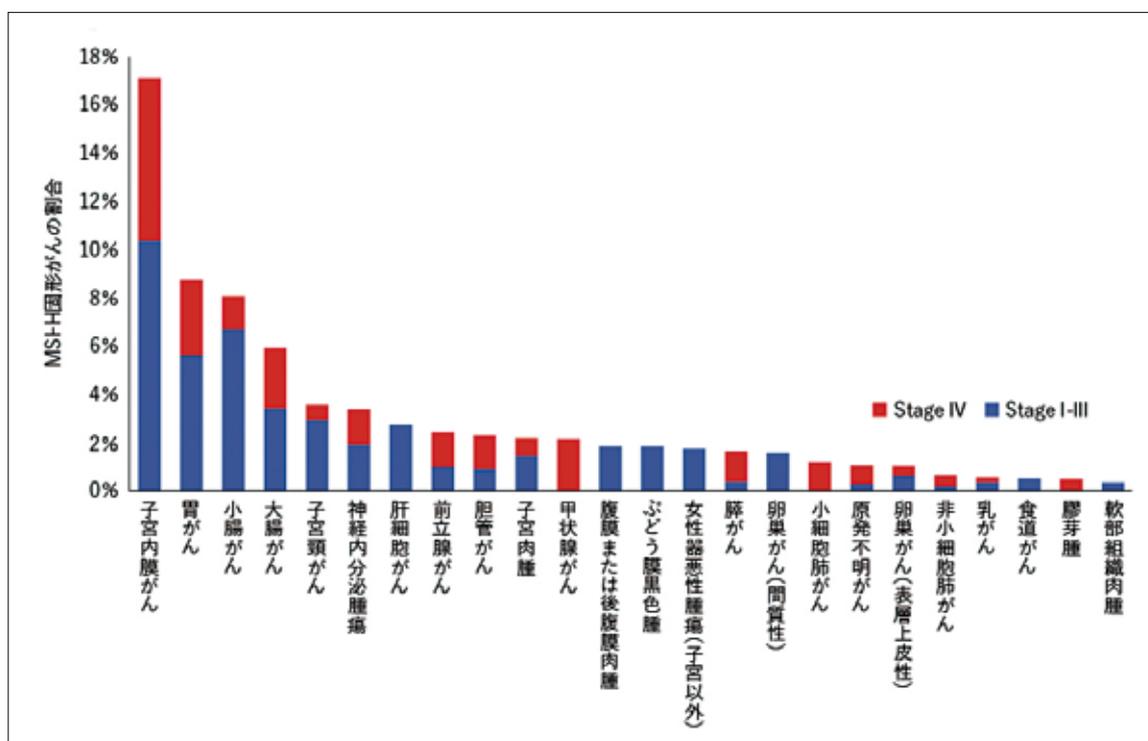


図1 癌腫別のMSI-high固形癌の割合

次ページへ続く

診断の仕方は、5種類の MSI マーカー (BAT-26、NR-21、BAT-25、MONO-27、NR-24) の中で、MSI+ と識別された MSI マーカーの数により判定していきます。MSI+ が2つ以上の場合、陽性 (MSI-high) となります。MSI+ が1つでは MSI-low、MSI+ が認められない場合には MSS と呼びます。マイクロサテライトの異常がそのまま癌の発生につながるわけではありませんが、MSI-high を示す組織は、癌が発生しやすい状態と考えられています。MSI-high の癌は大腸癌に限らず免疫チェックポイント阻害薬の治療効果が高いことが明らかになっており、日本でもその一つである、抗 PD-1 抗体薬ペムブロリズマブに保険適用が拡大されています。

MSI-high 大腸癌の化学療法についてです。術後補助化学療法は、本邦では stage III に対して推奨されています。stage II のなかでも再発リスクの高い症例では術後補助化学療法を行うことが推奨されています。MSI-high 大腸癌では stage II、III において MSS 大腸癌よりも再発率が低く、予後良好であると報告されています。

切除不能進行・再発大腸癌に対する化学療法について、2019年版と2022年版の治療アルゴリズムの違いは、2019年版(図2)の青線で囲った部分です。青線より上の部分についてはの変更はありませんでした。変更点は、遺伝子検査結果による治療法についてでした。BRAF 遺伝子変異陽性と NTRK 融合遺伝子陽性は、2次治療から個々の遺伝子変異によって治療薬を選択できるようになりました。

また、MSI-high 大腸癌において、2019年版では2次治療以降に使用可能でしたが、2022年版では1次治療から使用可能となっています。そのため、以前は1次治療を終える頃に行っていた MSI 検査を今では化学療法を始める前に行うようになりました。

大腸癌の化学療法は、近年選択肢が増えてきています。個々の症例によって、病期、全身状態、考え方が様々です。最新の知見をもとに最適な治療を行うことを心がけ、患者さんとの対話を大切にして安心して治療に望めるように取り組んでいきます。

次ページへ続く



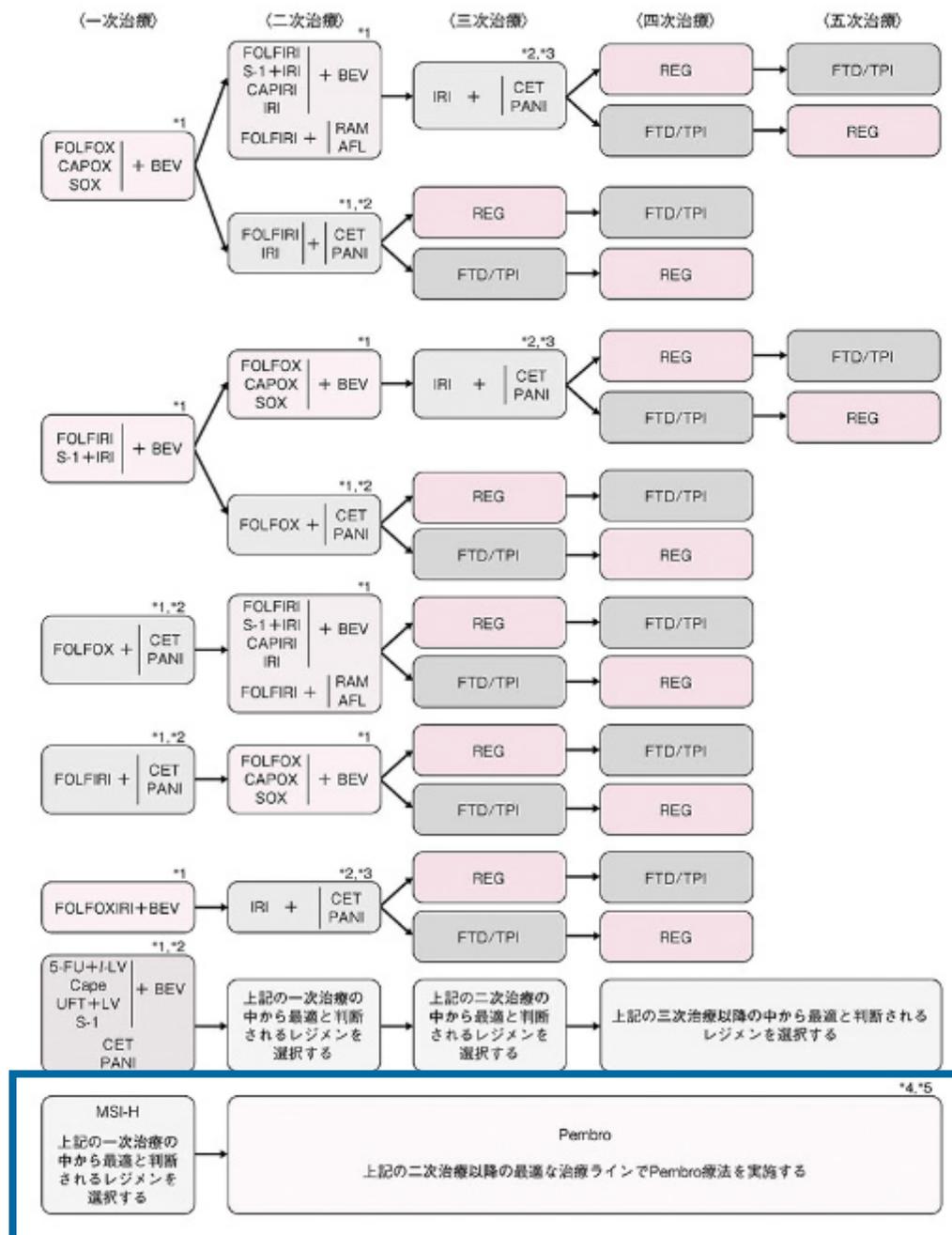


図2 2019年版 切除不能進行・再発大腸癌に対する化学療法のアプローチ



図3 2022年版 切除不能進行・再発大腸癌に対する化学療法のアプローチ (2019年の青線で囲った部分のみ)

2022年度9月 地域医療従事者研修会報告

日時：2022年9月27日(火) 18:30～19:30
場所：広島記念病院 3階 講義室
演題：「医療機関におけるハラスメント防止と対策」
講師：公益財団法人21世紀職業財団 客員講師
ハラスメント防止コンサルタント 宇佐美 理世 先生



「医療機関におけるハラスメント防止と対策」と題しまして、公益財団法人21世紀職業財団客員講師で社会労務士の宇佐美理世先生にご講演いただきました。

そもそも、ハラスメントはなぜ問題なのか？その問いかけからお話ははじまりました。ハラスメントは、被害者の自己肯定能力の低下を招くだけでなく、休職・退職、酷い場合は自殺にまで追い込むことがあります。行為者にとっては、信用・信頼の失墜、キャリアの損失、周囲にとっては職場環境の悪化といえます。そして組織にとっては、信用の低下、それにまつわる損失は計り知れないでしょう。

では、「ハラスメント」にはどのようなものがあるのでしょうか。耳慣れた「セクハラ」「パワハラ」に加え、最近の注目は、男性の育児休業取得率上昇に伴う男性への「マタニティハラスメント」、お客様から受ける「カスタマーハラスメント」といったものがあるそうです。

都道府県労務局に寄せられる相談について、今までは「解雇」が多かったのが、現在では「パワハラ」が増加しているそうです。パワハラの実態類型として、身体的・精神的な攻撃に加え、人間関係からの切り離しがあります。昨今、SNSに代表されるようにコミュニケーション方法が変化しています。小さな発信一つをきっかけに築いてきた企業および個人の信用はすぐに失墜する世の中です。

何がハラスメントになり得るか分からない世の中、よく考えながら仕事に取り組んで行く必要があります。「この程度なら許される」「親しさの表れ」などという思い込み、「個人の責任」という考えは大間違い、事業主責任を問われることもあるのです。

我々の働く医療現場では、医師をトップとしたヒエラルギーがありハラスメントが発生しやすい環境を生み出します。自身でチェックを行い確認することが大切です。ハウレンソウ(報告・連絡・相談)だけでなく、ザッソウ(雑談・相談)も大切にすることで信頼関係を築き、意見が言いやすいパフォーマンスの良い職場、時代に合った働きやすい職場をつくっていきたいと感じました。



2022年度10月 地域医療従事者研修会報告

日時：2022年10月25日(火) 18:30～19:30
場所：広島記念病院 3階 講義室
演題：「がん疼痛マネジメントの実際」
講師：広島市立広島市民病院 緩和ケア科部長 岡部 智行 先生



広島市立市民病院緩和ケア科の岡部智行先生を講師にお招きして、「がん疼痛マネジメントの実際」と題して講演いただきました。

これまでも当院の緩和ケア委員会が主体となって緩和病棟や在宅医療における緩和ケアをテーマにした研修会を開催してきました。しかしながら、実際は一般病棟でケアを受ける患者さんも多くいることから、今回は急性期医療を行う病院で緩和ケア医療に取り組んでおられる先生からお話をうかがいました。

講義は、緩和ケアの定義からはじまりました。痛みというのは緩和すべき苦痛のごく一部であるとの説明がありました。その上で、症状緩和の方法論として、アセスメントの重要性についてお話があり、患者さんの状態と医療者側でできることを知ることが大切で、ベストサポータティブケアであったとしても、アセスメントにつながる検査は実施すべきであるというお話が印象的でした。

また、痛みのアセスメントとして性状と分類について、方法論としての薬剤の使用等についてガイドラインを示しながら丁寧に解説してくださいました。

参加者からは、認知機能の低下したような苦痛の訴えがわかりにくい患者さんへの評価の方法についてや、鎮静へ移行する流れについて、また消化器系がんが多く経口摂取が困難な患者さんが多い当院におけるレスキューの選択、使用についての質問がありました。先生からは、現場で実践・経験なさっておられる生のアドバイスをいただき、大変勉強になりました。



2022年度11月 地域医療従事者研修会報告

日時：2022年11月22日(火) 18:30～19:30
場所：広島記念病院 3階 講義室
演題：「大腸腫瘍内視鏡診療の課題と将来展望」
講師：広島大学病院 内視鏡診療科 田中 信治 教授



11月の研修会は、広島大学病院内視鏡診療科田中信治教授をお迎えする機会をいただきました。田中教授は、2010年、2014年版大腸癌治療ガイドライン作成委員会において、内視鏡領域の責任者を務められるなど、現在も第一線でご活躍なさっておられる名実ともにエキスパートでいらっしゃいます。このたび、直接お話を伺える貴重な機会ということで、会場(院内限定)は早々と埋まり、積極的な質問が飛び交う盛り上がりでした。

厚生労働省の「全国がん登録の概要」によれば、わが国における2016年の大腸癌罹患数は158,000人と部位がん罹患数の第1位です。また、毎年約5万人の患者が大腸癌で死亡しており、大腸癌の検診対策は欧米諸国と比較して遅れています。大腸癌は早期に発見して内視鏡で完全切除すれば根治が得られる疾患であり、内視鏡をもっと活用する必要があるといえます。

近年の内視鏡デバイスの進歩によって、早期大腸がんに対する内視鏡治療手技は進歩をとげています。早期大腸がんが内視鏡治療で根治できる条件は、完全一括切除でき、転移のリスクを認めないか、低いものに限られます。早期大腸癌は、SM浸潤の可能性があるため、粘膜下層が十分に切除できる内視鏡的粘膜切除術(EMR)または内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)で切除の適応となります。手術適応であるSM癌でも先行して内視鏡を行うことによる影響はないといわれています。

内視鏡による治療を効果的に行うためには、病変の正確な診断が重要であり、様々な分類方法が用いられていますが、日本独自のものもあるようです。将来的には、病理診断の標準化がなされることが望ましく、また、内視鏡技術の向上も重要で、先生はハンズオンセミナーを通して、技術の向上にも努めておられるとのことでした。



広島記念病院 第34回 公開講座報告



日 時：2022年11月12日(土) 13:30～14:30

テーマ：腹水治療について

講 師：広島記念病院 副院長 坂下 吉弘

第34回公開講座は「腹水治療について」をテーマに副院長坂下医師よりオンラインで講演をおこないました。

コロナ流行以前、この公開講座は当院3階の講義室で開催していました。毎回、会場で受講するのを楽しみにしてくださる方もたくさんおられました。現在は、WEB開催となり、未だ対面での開催は再開されておられません。冒頭、坂下副院長より「いつかは皆さんの顔を見ながら行いたい」と心温まる挨拶がありました。画面の前で頷いておられた方も多かったのではないのでしょうか。

今回は、テーマが「腹水治療」ということで、一般の方々に加え、医療関係者の方にも多く視聴していただきました。

講義は、「腹水とは？」という基本的な内容から始まりました。そこから、難治性腹水がどんなメカニズムで起こり、どんな症状がおきてくるのか、腹水治療の内容、そして症例、更には今後の展望について順をおって話されました。

当院では、2016年12月に要町病院の松崎圭祐先生にご講演いただいたことをきっかけにKM-CART導入にいたりました。今では遠方からも多くご相談いただいております。紹介された症例の中で、特に印象に残ったのは、治療の4日後にゴルフのラウンドを行ったという例でした。講演にもあったように、早めに導入することでもっと多くの方がいい時間を過ごせるのでは？と思わずにいられません。

今後の展望として、抜いた腹水の中にあるがん細胞を使い、オーダーメイドの抗がん剤を作る、という研究が紹介されました。治療の可能性はまだまだ拡がっていきそうです。

治療についてのご相談がございましたら、お声掛けくださいますようお願いいたします。



ホームページ リニューアルのお知らせ



皆さまには長年ご利用いただいていた当院のホームページですが、このたびリニューアルを行いました。(2022年12月より公開しています。)

より一層、親しみやすく、わかりやすいものになっております。当院とあわせて、今後ともよろしくお願いいたします。

新URL

<https://hiroshimakinen-hp.kkr.or.jp/>



スマートフォンからも
ご利用いただけます。



広島記念病院「理念」及び「基本方針」

理 念

患者の皆様が安心して受診できるやすらぎの環境と、満足や信頼の得られる最良の医療サービスを提供すること。

基本方針

1. 安全で良質な医療を安定的かつ恒常的に提供します。
2. 地域における機能分担と連携の確保を図りながら地域医療に貢献します。
3. 情報の共有化と効率化を目指し医療のIT化を促進します。

地域医療連携室

TEL 082(503)0730

FAX 082(503)1010

代表 広島記念病院

TEL 082(292)1271

FAX 082(292)8175

内科・外科

FAX 082(503)0722

婦人科

FAX 082(503)0723

耳鼻科・皮膚科・泌尿器科

FAX 082(503)1010

合同庁舎診療所

TEL 082(221)9411

FAX 082(223)6204

歯科診療所

TEL 082(294)7858

毎月の診療情報・イベント情報等を配信します。

LINE登録募集



LINE登録QRコード

外来診療担当表 2023年1月1日より下記のとおり診療いたします。

診療科	受付時間	区 分	月	火	水	木	金
内科	8:30~11:00	一 診	赤 木	保 田	赤 木	赤 木	城 戸
		二 診	江 口	内 川	城 戸	江 口	平 松
		三 診	影 本	山 田	平 松	大 野	山 田
		四 診	佐 倉	宇 田	影 本	佐 倉	保 田
総合診療科	8:30~11:00					石田(亮)	
外科	8:30~11:00	一 診	宮 本	橋 本	坂 下	宮 本	坂 下
		二 診	豊 田	小 林	横 山	橋 本	小 林
		三 診	角 舎	村 上	豊 田	村 上	矢 野
		四 診		倉 岡			
	13:00~14:30	一 診	宮 本	橋 本	坂 下	宮 本	坂 下
二 診			小 林	矢 野	橋 本	小 林	
排便機能外来	13:00~15:00 完全予約制※					矢 野	
肛門外科	8:30~11:00			石田(裕)	石田(裕)		手 術
	13:00~14:30		石田(裕)	手 術			
婦人科	8:30~11:00	一 診	横 田	横 田	横 田	横 田	横 田
耳鼻咽喉科	8:30~11:00	一 診	森	森	森	森	森
皮膚科	8:30~11:00		管				
泌尿器科	9:00~11:00			池 田		藤 原	坂 本
眼 科	8:30~11:00	一 診		藤 東		藤 東	涌 田
広島記念診療所 歯 科 電話番号 (082) 294-7858	8:30~11:00		山 田	山 田	山 田	山 田	山 田
	13:00~16:00		山 田	山 田	山 田	山 田	山 田
ストマ外来	8:30~11:00		野 村	野 村	野 村	野 村	野 村

※歯科を除く各診療科の再診受付は8:00よりおこなっております。
 ※排便機能外来は完全予約制です。受診をご希望の方は、地域連携室へお問い合わせください。
 部分は女性医師です。

広島記念病院案内図



交通のご案内

JR 広島駅より市内電車宮島行き・己斐行・江波行にて、
 本川町電停下車、南へ100メートル徒歩1分
 広島バス商工センター行き・祇園大橋行きにて
 本川町電停下車、南へ100メートル徒歩1分
 広島駅前よりタクシーで約10分

駐車場

立体駐車場62台
 身障者専用駐車場5台

詳細は病院ホームページをご覧ください