

集談会抄録

第36回県立がんセンター新潟病院集談会

The 36th Annual Meeting of Niigata Cancer Center Hospital

第36回県立がんセンター新潟病院集談会プログラム

開催日：平成31年2月23日(土)

午前10時～12時50分

会場：講堂

開会の辞 佐藤 信昭 院長

〈第1部 テーマ演題『高齢者に対するがん医療の現況』〉 座長：演題1～4 金子耕司乳腺外科部長
演題5～6 (招待講演) 今井洋介内科部長

- 1 「高齢者胃癌医療の現状」
○松木 淳, 藪崎 裕, 會澤雅樹, 角田知行, 井田在香, 番場竹生, 中川 悟, 山田沙季, 林 裕樹, 眞鍋高宏, 石川博補, 高野可赴, 野上 仁, 丸山 聡, 野村達也, 瀧井康公(消化器外科)
- 2 「当院における高齢者食道がん患者に対する治療の現状」
○栗田 聡, 井上良介, 青柳智也, 塩路和彦, 佐々木俊哉, 小林正明, 成澤林太郎(内科), 番場竹生, 中川 悟(消化器外科)
- 3 「総合的機能評価を用いた80歳以上の高齢者肺癌手術患者の背景」
○青木 正, 岡田 英, 吉谷克雄(呼吸器外科)
- 4 「当院頭頸部癌CRTにおける栄養サポート体制について」
○長橋 拓, NST, 佐藤雄一郎, 富樫孝文, 高橋剛史, 倉橋崇史(頭頸部外科)
- 5 「認知症看護研修 認知症の基礎知識を学び対応力を高めるための取り組み」
○鷺尾公子, 山本美穂, 高田由美(看護部)
- 6 「高齢がん患者の退院支援の現状」
○西潟幸江, 神保圭子, 植本洋平, 布施紗希子, 大矢明子, 小池みどり, 大澤知佳, 波多野千津子, 中島志保, 田村恵美子, 竹之内辰也(地域連携・相談支援センター)

招待講演「身寄りのないがん患者の対応に困らないために」 須貝秀昭氏 身寄りなし問題研究会代表

〈第2部 テーマ講演『家と病院の緩和ケア そして看取り』〉 座長：今井洋介内科部長

- 1 「がんを看取る がんセンター新潟病院の看取り」
本間英之 新潟県立がんセンター新潟病院緩和ケア科部長
- 2 招待講演「住み慣れた家で最期を過ごすために必要なこと」
塚田裕子先生 在宅ケアクリニック川岸町院長

〈第3部 一般演題〉 座長：金子耕司乳腺外科部長

- 1 「大腸がんベバシズマブ併用化学療法における血栓塞栓症発症の実態調査」
○大平直樹, 吉野真樹, 樽松尚子, 佐々木奈穂, 田川千明, 田中佳美, 関崎和美(薬剤部), 山下弘毅(加茂病院薬剤部), 大倉裕二(内科), 瀧井康公(消化器外科), 圓山優子(薬剤部)
- 2 「手術実績状況から手術動向を探る」
○高岡勝利(看護部), 手術部委員
- 3 「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラムASUISHI (あすいし) に参加して」
○佐藤雄一郎, 富樫孝文, 高橋剛史, 倉橋崇史(頭頸部外科)

閉会の辞 関 裕史 副院長

1-1 高齢者胃癌治療の現状

消化器外科 ○松木 淳, 藪崎 裕
 會澤 雅樹, 角田 知行
 井田 在香, 番場 竹生
 中川 悟, 山田 沙季
 林 裕樹, 眞鍋 高宏
 石川 博輔, 高野 可赴
 野上 仁, 丸山 聡
 野村 達也, 瀧井 康公

【はじめに】

胃癌は高齢者に起こりやすい疾患であり、罹患率、死亡率は年齢とともに上昇している。人口構成の高齢化に伴い高齢者胃癌が増加しているが、高齢になるほど手術率は低くなっている。また、高齢になるほど根治手術後の予後（5年生存率）は低下している。

【目的・方法】

超高齢者胃癌手術78例（1991-2011年）を対象とし臨床病理学的因子、合併症、予後について調査を行い、問題点、対策について検討した。また、65歳以上の高齢者胃癌手術43例（2016年4～10月）に対し術前に高齢者総合的機能評価を行った。

【結果】

高齢者胃癌の手術治療においては、術前の併存症が多く、周術期合併症や術後経過中の他病死が高率であった。また、再発予防や再発時の治療は限定されることが多い。術前的高齢者総合的機能評価では、ADL不良例は術後の入院期間延長に影響するが、超高齢者の手術例においてはADL良好例が100%であった。

【結語】

高齢者では合併症が予後に影響するため安全確実な手術を心がけることが重要である。また、高齢者の併存症やADL不良は術後経過に影響するため必要に応じて周術期ADLリハビリ、呼吸器リハビリ、NST介入、術後嚥下リハビリを行っている。

1-2 当院における高齢者食道がん患者に対する治療の現状

内科 ○栗田 聡, 井上 良介
 青柳 智也, 塩路 和彦
 佐々木俊哉, 小林 正明
 成澤林太郎
 消化器外科 番場 竹生, 中川 悟

【目的】

高齢のがん患者は、複数の併存症や臓器機能の低下などから、がんの治療により合併症が発生しやすい、副作用が遷延しやすいなどの傾向がある。その一方で、全身状態が良好である高齢者においては、若い患者と同様の治療効果が期待できるため、米国

のNational Comprehensive Cancer Networkによる「高齢者のがん治療」のガイドラインでは、高齢という理由だけで治療の対象から除外すべきではないと指摘されている。

わが国を含む多くの国で、高齢者は暦年齢65歳以上と定義されているが、この高齢者の定義が現状に合わないことから、日本老年学会・日本老年医学会は65-74歳を准高齢者、75-89歳を高齢者、90歳以上を超高齢者と区分することを提言した。

そこで2010年1月から2015年12月までの6年間に当院にて新規に登録された75歳以上の食道がん患者に対し、どのような治療が施行されているか検討した。

【方法】

2010年1月から2015年12月までの6年間に、当院にて新規に登録された食道がん全症例718例のうち、75歳以上の209例を対象とし検討した。

【成績】

新規食道がん全症例718例のうち75歳以上は209例（男169女40）で29.1%、平均年齢79.3歳（75-95歳）。治療法は手術37例（17.7%）、CRT 73例（34.9%）、RT49例（23.4%）、ESD32例（15.3%）。これを年齢別にみると75-79歳131例では手術34例（26.0%）、CRT50例（38.2%）、RT17例（13.0%）、ESD21例（16.0%）に対し、80-84歳52例では手術3例（5.8%）、CRT21例（40.4%）、RT14例（26.9%）、ESD9例（17.3%）、85歳以上26例では手術0例、CRT2例（7.7%）、RT18例（69.2%）、ESD2例（7.7%）。CRT73例のうち根治目的は47例（64.4%）であり、併用薬として若年層にはシスプラチン+5FU、高齢層には少量分割ドセタキセルを使用している割合が多かった。

全症例209例の5年生存率は44.4%。同じステージで比較した場合、CRT群、手術群ともに年齢層の低い群で施行された臨床試験の成績に比し、予後は悪い傾向にあった。

【結語】

- ①80歳以上は手術症例が少なく、年齢群が上がるごとに姑息目的のRT割合が増加
- ②選択される治療ごとに成績が層別化
- ③早期にフォロー終了や、他病死のケースも多く、厳密な長期成績を検討することは困難

高齢患者に対しがん治療を行う際、その患者の全身状態と予後を考慮し、治療を行うリスクとメリットのバランスを検討することが重要である。

1-3 総合的機能評価を用いた80歳以上の高齢者肺癌手術患者の背景

呼吸器外科 ○青木 正, 岡田 英
 吉谷 克雄

【目的】

80歳以上の高齢者肺癌手術患者の術前背景と手術

成績を明らかにする。

【対象・方法】

2016年5月以降65歳以上肺癌患者に対して区域切除以上施行例312例を対象。

- ①年代別に日常身体能力, 認知機能, 意欲からなる総合的機能評価のアンケート回答率を算出した。
- ②アンケート協力者を年代別に術前因子(性別, 喫煙, 換気障害, PS, CCI: Charlson Comorbidity Index, 総合的機能評価, 臨床病期), 術中因子(術式, 開胸方法, リンパ節郭清, 手術時間, 出血量), 術後因子(ドレーン留置期間, 合併症, 在院期間)を比較検討する。
- ③これまでに報告されている高齢者リスクと当院の成績を比較検討し, その有用性を検証する。

【結果】

①回答率は, 60歳代54.3%, 70歳代59.2%, 80歳代50.0%。②最終対象は222例。60歳代69例, 70歳代135例, 80歳代18例。それぞれ, 男性(例)44, 91, 13。喫煙あり(例)43, 90, 12。換気障害あり(例)14, 45, 8。PS0(例)62, 111, 6。CCIO(例)37, 54, 9。日常生活能力 99.9 ± 0.6 , 99.6 ± 2.7 , 100 ± 0.0 。認知機能 28.3 ± 2.3 , 26.7 ± 3.6 , 25.0 ± 4.4 。意欲 0.67 ± 0.85 , 0.62 ± 0.95 , 0.67 ± 0.77 。臨床病期I期(例)56, 101, 11。術式葉切以上(例)62, 123, 17。開胸方法: 鏡視下(例)40, 61, 6。リンパ節郭清ND2a-1以上(例)68, 127, 16。手術時間(分) 170 ± 39 , 187 ± 55 , 172 ± 69 。出血量(ml) 46 ± 72 , 56 ± 80 , 111 ± 327 。ドレーン挿入期間(日) 3.9 ± 3.6 , 4.0 ± 2.7 , 3.3 ± 1.8 。術後合併症CTCAE Grade2以上あり22例31.2%, 42例31.1%, 5例27.8%。術後在院期間(日) 9.5 ± 5.2 , 10.4 ± 9.5 , 8.7 ± 2.4 。在院死が70歳代に2例(誤嚥性肺炎, 気管支断端瘻)③JACS1303と比較するとHigh Risk症例がおらず, 合併症発生率も同等であった。

【まとめ】

手術を受けた80歳代は, 他年代に比較してPSは劣るものの, その他の周術期因子や手術成績は同等で非常に選択された症例であることが客観的に判明した。

総合的機能評価(CGA: Comprehensive Geriatric Assessment)やJACS1303で示された高齢者Risk Scoring systemは有用であり, 高齢者の術前評価として活用したい。

1-4 当院頭頸部癌CRTにおける栄養サポート体制について

栄養課 ○長橋 拓

NST(栄養サポートチーム)

頭頸部外科 佐藤雄一郎, 富樫 孝文
高橋 剛史, 倉橋 崇史

【はじめに】

頭頸部癌化学放射線療法(CRT)治療中は嚥下痛, 味覚異常, 口腔内乾燥などの症状により, 体重減少が高頻度にみられ, 体重減少による副作用の増強, 治療完遂率の低下が報告されている。治療終了後も同様の症状は遷延し, 体重減少リスクは高いと考えられる。また, 高齢者においては治療による嚥下痛, 味覚異常, 口腔内乾燥といった症状だけでなく, るい瘦による嚥下障害, ADL低下を引き起こすこともある。一方, NST介入, 栄養相談が体重減少を抑制し, 臨床症状の改善および治療完遂率の向上に有効であると報告もある。頭頸部癌CRTにおける栄養サポート体制の構築は患者にとって有益と考えられるため, NST, 栄養指導による栄養サポートを行い, その効果を比較検討した。

【対象と方法】

2016年~2017年に根治治療としてCRTを施行したステージ3/4の上中下咽頭・喉頭癌症例12名(男性9名, 女性3名, 年齢中央値68(62~72)歳)を対象に検討した。全例NSTによる入院中の栄養介入を行い, 治療中の体重変化率, 治療の完遂率を2013年~2014年NST未介入例と比較した。退院後1年間は栄養指導の対象として体重変化を評価し, 2013年~2015年栄養指導未介入例と比較した。

【結果】

NST未介入例で体重変化率 -7.6% ($-15.1 \sim -5.7\%$), 化学療法の完遂率63.6%であり, NST介入例では体重変化率 -2.4% ($-9.7 \sim -2.0\%$), 化学療法の完遂率83.3%であった。退院1年後の体重変化率は栄養指導未介入例で -7.8% ($-31.2 \sim -4.0\%$)であり, 栄養指導介入例では $+1.7\%$ ($-14.3 \sim -3.6\%$)であった。

【まとめ】

NST介入によって治療中の体重減少の抑制及び治療完遂率の向上, 外来栄養指導によって退院1年後の体重減少の抑制できる事が示唆された。研究の結果を踏まえて頭頸部癌CRT患者全例において入院時からNST介入を行っており, 外来でも入院から引き続き栄養指導できる体制としている。今後は院内の多彩な癌治療における栄養療法の必要性について検討していく必要がある。

1-5 認知症看護研修 認知症の基礎知識を学び、対応力を高めるための取り組み

看護部 ○鷲尾 公子, 山本 美穂
高田 由美

【はじめに】

一般医療機関における認知症患者数は, 65歳以上の約15%, せん妄の発症頻度は, 高齢者入院患者の約30%に合併すると報告されている。当院において

も、65歳以上の高齢者入院患者数は、過去3年間約60%を占めている。入院患者の高齢化に伴い、認知機能の低下や環境の変化からせん妄を発症し、入院治療の継続に支障をきたすケースが増加している。しかし当院では、認知症看護についての系統立てた研修が行われていない、看護師個々の学習や経験値での対応になっている。

今回、認知症ケアの適切なアセスメントと対応力の向上を目指し、各部署から認知症ケアの推進役となる者へ研修を実施し評価を行った。

【対象・方法】

対象：10部署の主任以上の看護師19名（認知症ケアの推進者）

方法：研修前後に認知症の学習経験や理解度についてのアンケート調査を実施し、6項目中で差異のあった3項目で比較評価した。また、事前に各部署で認知症患者の対応についてスタッフ間で意見交換を行い、研修参加とした。平成30年12月4・5日の2日間の日程で、「認知症研修の必要性と目的」「認知症の基礎知識と対応力について」認知症看護認定看護師による講義と事例検討・グループワークを交えて行った。

【結果】

アンケート結果から、研修前に認知症の中核症状や行動・心理症状(以下BPSD)についての知識があるスタッフは5%だったが、研修後の理解度は89%に上昇した。また、認知症症状とせん妄症状の見極めについては、研修前は42%、研修後には89%の理解度に上昇した。認知症症状とせん妄症状を見極めるためには、アセスメントが重要であり、患者の意図していることを汲み取る看護の関わりが大切であるという意見が複数名から聞かれた。さらに、アセスメントを行うために知識を広め、対応力を向上させていく必要があるという前向きな声も聞かれた。全体を通して、研修対象者の意識向上につながったと考える。

【まとめ】

研修参加者と共に、継続的な学習会や事例検討を通して、看護スタッフの認知症患者の対応力向上を推進していく。また、他部門・多職種との連携・協働を図り、チームとして関わっていくことが今後の課題である。

1-6 高齢がん患者の退院支援の現状

地域連携・相談支援センター

○西潟 幸江, 小池みどり
波多野千津子, 大矢 明子
大澤 知佳, 神保 圭子
中島 志保, 植本 洋平
布施紗希子, 田村恵美子
竹之内辰也

【はじめに】

超高齢化社会を迎えている我が国の医療情勢は変化し、高齢のがん治療を受ける患者の割合は増加している。がん治療を専門とした急性期病院である当院においても例外ではなく、高齢患者の退院支援に携わることが増えている。患者の介護者もまた高齢者であることが多く、様々な要因から退院支援に時間を要することになる。

【通院支援の実際】

高齢がん患者の退院支援の際には、患者と家族の「認知力の低下」「病状に対する受け止め方」「経済力」「予後の見立て」について必ず確認を行う。患者自身の意思はもちろんであるが、家族の意思、介護力の大きさと療養先が異なることもある。患者が在宅療養を希望しても、家族が難色を示す場合には、その理由と背景を情報収集してアセスメントする。家族が在宅療養を躊躇する理由の多くは、患者のADLの低下や医療処置の管理が生じることである。この時、退院時のゴールの状態を設定し、「どう補えば」在宅療養が可能となるかを、制度やサービスを提案しながら、患者・家族と共に、医師、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師等と調整を図る。そして、この間に、可能な限りの患者自身のADLの拡大、家族が患者を受け入れる気持ちの準備、医療手技やケアの手技獲得、サービスの利用調整等、患者と家族の在宅療養への問題一つひとつを解決して、不安の軽減を図り在宅療養につないでいる。

【まとめ】

高齢がん患者については「主介護者も高齢者である」「キーパーソンが遠方である」「経済的基盤が弱い」「認知力の低下がある」など、患者自身の問題と家族・介護者の問題が複雑に絡むため、退院支援に時間がかかり、対応に苦慮することが多い。また、退院後の生活への「患者の思い」と「家族の思い」は必ずしも一致しない。だからこそ、入院早期から、多職種それぞれの立場で、患者・家族とともに「退院後の生活」を想像し、必要な支援を考える必要がある。地域連携・相談支援センターだけで退院支援を行うことはできない。限られた期間で、より良い療養環境を調整するには、家族・多職種・関係機関との連携と協働が不可欠であると考えられる。

2-1 大腸がんベバシズマブ併用化学療法における 血栓塞栓症発症の実態調査

薬剤部 ○大平 直樹, 吉野 真樹
樽松 尚子, 佐々木奈穂
田川 千明, 田中 佳美
関崎 和美, 圓山 優子
内科 大倉 裕二
消化器外科 瀧井 康公
加茂病院薬剤部 山下 弘毅

【はじめに】

近年、がん患者における血栓塞栓症が問題となっている。担がん患者における血栓塞栓症の危険因子として、年齢、性別、血栓塞栓症の既往、治療に関連した危険因子として手術、皮下埋没型中心静脈ポート（以下CVP）留置、放射線の照射、種々の抗がん剤などが報告されている。特に大腸がんの治療では、手術に加え、血栓塞栓症を惹起するリスクの高いベバシズマブ（以下BV）やフッ化ピリミジン系薬剤を使用すること、また多くの場合においてCVP留置下で化学療法を施行することから、血栓塞栓症発症のリスクが高まりやすい背景がある。そこで、本研究では大腸がんBV併用化学療法における血栓塞栓症発症の実態を調査し、発症のリスクを高める要因について検討した。

【対象・方法】

2007年7月～2014年4月にBV併用化学療法適応となった大腸がん患者250症例を対象とし、診療録を後方視的に調査した。既報の血栓塞栓症発症予測モデルを参考として5項目の血栓塞栓症リスク因子を定め、その該当数で発症リスクを評価した。得られた結果を多変量解析にて解析した。

【結果】

血栓塞栓症を発症した症例は24例（9.6%）であり、その内訳は深部静脈血栓塞栓症が21例（8.4%）、肺塞栓症が1例（0.4%）、動脈血栓症が2例（0.8%）であった。5項目の血栓塞栓症リスク因子該当数で評価した結果、各症例における「血小板数 $\geq 350,000/\mu\text{L}$ 」, 「血色素 $< 10\text{g/dL}$ 」, 「白血球数 $> 11,000\text{個}/\mu\text{L}$ 」, 「BMI $\geq 25.3\text{kg}/\text{m}^2$ 」, 「D-dimer $\geq 1.44\mu\text{g/mL}$ 」の該当項目数が多くなるにつれて血栓塞栓症の発症率が上昇し、特に該当数3項目以上を満たす症例群において発症率が高まる傾向が示された。多変量解析をした結果、「血栓塞栓症リスク因子3項目以上該当」が有意な危険因子として抽出された。

【結語】

従来から血栓塞栓症リスクが高いと言われたBV併用化学療法であるが、当院の研究でも同様の結果が得られた。今後はこれまで以上に、リスク因子を意識した治療管理が望まれる。

2-2 手術実績状況から手術動向を探る

看護部 ○高岡 勝利, 手術部委員

【目的】

手術待機患者を減少させ病院経営に参画できるように、手術室稼働の調整を昨年度より取り組んでいる。急性期病院でDPC制度を導入して行われる手術は、出来高請求でき病院運営に影響を与える。手術実績のデータ分析を行うことは組織管理上重要であり、今後の構想設定へ繋がる。手術室運用の合理化に対するの評価及び手術実績から手術動向を探る。

【方法】

手術稼働率を上げるための取り組みとして、平成29年度より手術予定日の入力日時を2週間前として空いている手術室をどの科も利用できるようにし、30年度からは全科が統一した入力方法とした。また9時30分入室の手術件数を増やし手術開始時刻を早めた。手術室運用を変更したことでの3年間の手術実績の比較を図り分析する。

【結果】

（▲平成28年度, ■平成29年度）

平成30年度1月までの手術実績は3,914件（▲4,229件 ■4,129件）稼働率は56.2%（▲55.2% ■57.1%）であった。空き枠利用の手術件数は140件（■140件）、空き枠利用率は28.8%であった。曜日別稼働率では最も高かったのは木曜日の61.8%（▲58.4 ■62%）であり最も低かったのは金曜日の50.7%（▲53.2% ■52.9%）であった。定時外在室時間では549.3時間（▲404.5時間 ■458.7時間）であった。鏡視下手術件数は602件（▲430件 ■504件）、6時間以上の手術件数は274件（▲185件 ■230件）であった。

【考察】

手術件数の減少した要因として9月から10月にかけての病棟編成による手術制限の影響がある。空き枠利用件数は前年比 ± 0 ではあるが、手術制限期間を考慮すれば増加していると考えられる。手術件数が減少しているものの、定時外在室時間は増加している。これは、鏡視下手術は前年比で98件増、6時間以上の手術は44件の増加していることも要因と考えられる。また、手術予定時間よりも実績時間が長いことや、空き枠を有効利用するために一室の手術室に対し複数の科が手術を行うことで複雑化しているなどが考えられる。手術件数は右肩下がりはあるものの手術稼働率の推移は小さく、定時外の手術稼働率は増加している。今後も侵襲の大きい手術や鏡視下手術の増加に伴う定時外在室時間の増加は示唆される。

2-3 明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラムASUISHIに参加して

頭頸部外科 ○佐藤雄一郎, 富樫 孝文
高橋 剛史, 倉橋 崇史

医療システムの質向上には米国医学研究所の提唱する安全性, 有効性, 患者中心, 適時性, 効率性, 公正性が必要とされる。しかし, 現在の医療安全対策はインシデントのたびに効率性や適時性に乏しい手法(新しいマニュアルの導入など)により, 医療従事者の疲弊を招いている。私は以前より安全管理は病院の質管理の一部と考えており, 現代の属人的な医療の意思決定プロセスや医療システム自体の改善など組織マネジメントが必要と考えていた。2015年より「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム(ASUISHI)」が名古屋大医療安全管理部とトヨタの質管理部門の共同で始まった。Patient firstという方針で組織の問題を根本から追求し, 現場から組織運営までのプロセスを見直す質管理手法を習得し, 医療システムのリーダーになる医師を養成するというテーゼに共感した。また, 患者安全学, 感染制御の指針の知見や実践, 産業界が取り組

み結果を出している質管理手法を, トヨタ自動車の品質管理担当者から直接指導を受けられる問題解決コースなどのカリキュラムも魅力であった。新潟県から数人の医師の申請があったが, 今回は私のみ参加を許可され, 2018年1月から6月までASUISHI4期生として研修を続けた。これまで89名の修了生がいるが, 多くが各地域基幹病院の中堅以降の部長, 管理職医師であり年齢中央値は47歳とベテランが多い。月に1回平日4~5日を6か月間続けることは容易ではなかったが, 私も含め全ての受講者の満足度は高く能力の向上が認められた。また, 修了後のアフターケアとして, 各施設における医療安全, 質管理の実践に関わる疑問を議論できる人材ハブセンターというシステムが準備されている点も括目すべきである。問題の見方・考え方の習得に始まる総合的品質管理(TQM: Total quality management)は, 統計, 人間工学, 心理学など多岐にわたる知見を含み, 医療システムのリーダーになる医師にはこのような素養が必要と考えるに至った。今後は当院のみならず近隣のエリアも含めた医療機関にASUISHIマインドを実践していきたいと考えている。