



病院長就任のご挨拶

病院長 門田守人



新年あけましておめでとうございます。

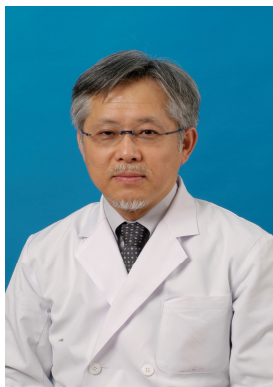
本年1月1日付で、病院長を拝命いたしました門田守人でございます。昨年夏までは大阪大学で財務並びに附属病院担当の理事・副学長として勤務しており、9月よりがん研有明病院に赴任してきております。どうかよろしくお願いいたします。

さて、当がん研究会は昨年4月より新公益財団法人として認められ、公益財団法人がん研究会として新たにスタートを切りました。病院の建物の上に掲げた看板も見てもお分かりのように「癌研有明病院」から「がん研有明病院」へと優しい名称へと変更になっております。さらに、昨年10月1日には、大学病院を除いては民間病院として初めてとなる特定機能病院に承認されました。このように昨年は当病院にとって大きな転換期となりました。この2つのことが同じ年に認められたことは、私たちの日常の活動が公益的であり、かつ、病院としては高度医療の実践病院であることが広く認められたものと理解できます。このように時代とともに変化・進化しつつ、それに長い伝統の中で培ってきた当院の優れたところをさらに発展させていくことで、私たちが当院の使命としている「がん克服を持って人類の福祉に貢献する」を果たせるものと思っております。

本年も全職員一丸となって、患者さん中心のがん医療の実践に努力する所存でございますので、皆様の深いご理解と温かいご支援をお願い申し上げます。

伝統ある呼吸器センター長就任のご挨拶

呼吸器センター長 奥村 栄



平成24年1月より、宝来 威先生の後任として呼吸器センター長を拝命いたしました奥村栄です。西尾誠人呼吸器内科新部長とともに呼吸器センターの更なる発展に尽力する所存ですのでご指導ご鞭撻を何卒よろしくお願いいたします。

器官センターの構想は、当院が2005年3月に大塚からこの有明に病院が移転にした時にその名称とともに開始された構想です。当時の呼吸器科にしましては、大塚の時代から呼吸器内科病棟に呼吸器外科の患者さん達が移動する体制で試験的にセンターもどきの運営が行われていました。内科と外科が一緒の病棟になって病棟運営をすることには、なんの抵抗もありませんでした。現在は、呼吸器内科は毎朝晩に診療グループごとの回診を行い、その後に病棟（8東病棟と8西病棟）ごとに病棟の医師全員が集まって患者さんの情報共有を目的とした検討会を行っています。呼吸器外科は所帯が小さいので、中川名誉院長が呼吸器外科部長の時代から朝晩の回診を全員で行うようになっています。したがって、朝晩には必ずと言ってよいほど呼吸器内科医と外科医が病棟で顔を合わせています。ですから、患者さんの治療方針の相談や術後の化学療法の相談などが実にスムーズにできています。センター構想の一つの大きな目的である患者中心の医療がまさに実践できているものと自負しています。そのシステムの基本を築き上げてこられてきたのが宝来先生と呼吸器内科医が不在の時代から外来の肺がん患者さんの治療方針の検討会を外来のシャーカステン（胸部X線写真や胸部CT写真を見る装置）の前で開催されてこられた中川名誉院長のお二人です。

がん研有明病院に呼吸器内科医がまだいない時代には、化学療法科に肺がんの化学療法をお願いしておりました。その時代から、毎週木曜日の夕方に呼吸器外来（いち早く内科と外科外来が同じ場所になりました）のシャーカステンの前で外来患者さんの画像をみんなで見ながら、その後の検査計画や治療方針を相談（Cancer Boardの前進）していました。患者さんの診断を確実にするためには、画像所見の変化の把握がとても重要です。この検討会を始めるにあたり、当時呼吸器外科部長の中川先生が外来の看護師さん達に依頼したことがありました。初診の患者の場合には、初診から検討会までの胸部X線写真や胸部CT画像だけで十分でしたが、再発肺がんの患者さんの場合には、今回の画像だけでなくそれ以前の画像（何年分の場合もあり）との比較読影がとても重要です。そのために、外来の看護師さん達は、今現在の画像と同じ分だけ昔の画像を出すようお願いされていたのです。今は、電子カルテ上を二画面にして比較読影する画像を選択すればいとも簡単にできますが、それだけのフィルム袋を出すことを考えるとどれだけ大変なことであるかが容易に想像できると思います。当時、私は金曜日（検討会の翌日）の外来でしたので、九時前に外来行くと、外来の看護師さんに時々叱られました。



『もうまったく、医者は、フィルムを使うだけ使って、準備も後片付けも私達看護師なんだから！』それでも、毎週の準備は完璧でした。その準備した画像袋の中から、医者が必要な画像を見てきちんとした治療方針の議論ができることを看護師さん達が知っていたからです。その当時の外来看護師さんには大変にお世話になりました。看護師さんだけでなくクラークさん達にも支えられていました。色々な職種の多くの方々に長年支えられてきた結果、実に機能的な呼吸器センターの外來機能

ができあがりしました。その長い歴史を途中から拝見しておりましたので、伝統ある呼吸器センターと書かせて頂きました。この検討会が、現在の Cancer Board に生まれ変わっています。現在の Cancer Board には、多くの部門が参加してくれています。放射線治療医は大塚の検討会発足当時からですが、有明に移ってからは病理部、細胞診断部が加わり、昨年からは病棟の看護師さんもチラホラ参加してくれています。呼吸器センターは、このように体制的にも機能的にも多くの方々に支えられてかなり効率に機能しています。

昨年末に呼吸器内科の新部長になった西尾先生と私の部長室で話したことがありました。

『僕たちは、二世ですね。』（西尾）

「その通りだよね。」（奥村）

『呼吸器センターをさらに発展させていくためにこれから何をすべきか、二人で考えていきましょう。』（西尾）

私と西尾部長の共通認識は、彼の日常臨床を見ていると同じです。患者さん中心の医療です。患者さんの医療が最善となるための努力は、惜しみません。呼吸器センター全員で一丸となって頑張っ



呼吸器内科部長就任のご挨拶

呼吸器内科部長 西尾 誠人



あけましておめでとうございます。

宝来呼吸器センタ - 長兼呼吸器内科部長の後任とし 2012 年 1 月より呼吸器内科部長を拝命しました。中川前院長、宝来前部長はじめ、皆様のご高配に改めて御礼申し上げます。

1995 年に癌研内科医員として入職後、臓器別診療の先駆けとしての呼吸器グループ、さらには呼吸器センターの一員として当センターの発展を直に見てきました。中川前院長と宝来前部長が築き上げられたこの呼吸器センター

の内科部長の後を引き継ぐことになることに喜び以上に大変な重圧を感じております。

呼吸器内科ではこの5年間で症例は倍増し、8階東・西2つの病棟において約50床を呼吸器内科が担当するまでになりました。また、臨床試験、新薬開発にも積極的に取り組みさまざまな新薬治験を行っております。しかし、がん研が肺癌診療をリードする日本のトップ施設なるためにはさらなる進化が必要であることは自覚しております。

現在の肺癌治療の進歩は薬物療法の進歩が不可欠であります。いかに早く新規薬剤を開発し導入するか、また、その有効性を検証するかが重要であり、今後臨床試験の重要性は増してきます。がん研がこれらをリードする施設となるために日常診療を高質に保ち、さらに臨床試験、新薬開発治験をスムーズに行える体制強化が必要であります。また 当研究会の強みである研究所との連携をはかりトランスレーショナル・リサーチの推進を図りたいと考えております。それにより、他の病院ではできない治療選択を患者さんに提示でき、高質な医療を担保できると考えております。そのために呼吸器内科の体制強化だけでなく、様々な部署との連携が不可欠であります。今後、これまで以上に皆様にご協力をお願いすることと思いますが、改めてよろしくお願いいたします。

呼吸器外科のご紹介

呼吸器外科部長 奥村 栄

呼吸器外科は、肺がんを中心として外科療法を行っています。当院の特徴は、肺がんの外科療法の次に多い疾患が転移性の肺腫瘍であることです。消化器癌の中では大腸癌、整形外科領域の肉腫の肺転移など色々な臓器のがんからの肺転移が対象となります。今までの治療成績からその手術適応を決めておりますが、担当科の先生とも相談しながら手術適応の患者さんを最終決定しています。

肺がんの治療成績は、残念ながらいまだ不良です。その最大の理由は、肺がんの切除率が約4割と低率であることです。従って、肺がんの治療を検討する場合には、外科療法だけでなく化学療法や放射線療法が対象となる患者さんも多く、それらの治療を担当する科とのより強い連携が必要となります。当院は、カンサー・ボード(Cancer Board)と称している検討会（それぞれのがんで行われています）があり、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線治療医だけでなく病理医、細胞診断部に加え入院病棟の看護師も参加している多くの職種で構成された検討会で治療方針を決定しています。

肺がんの外科療法の最近の動向と当院の特徴をご報告させていただきます。

（１）肺がん患者さんの増加と変化

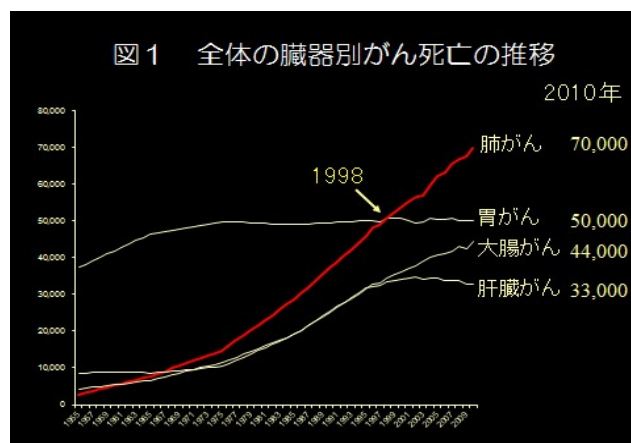


図2 肺がん切除例の大きさ

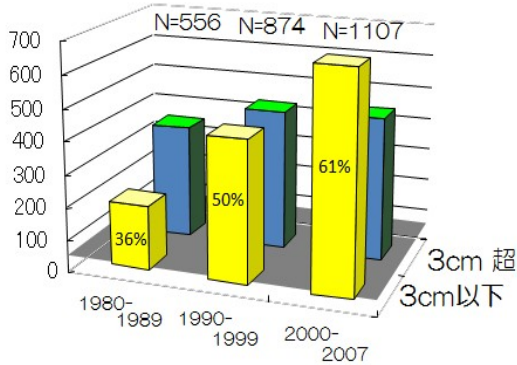
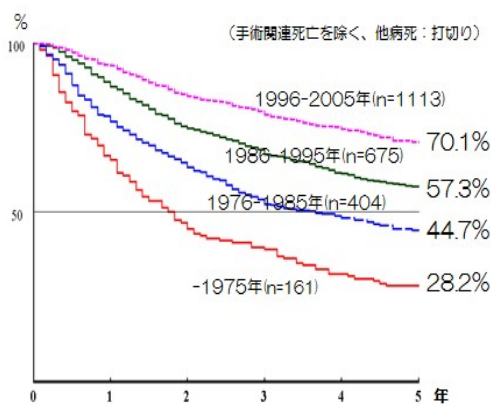


図3 年代別の肺がん手術後の生存曲線



肺がんで亡くられる患者さんが増加(図1)しています。1998年にすでにがん死亡の原因の第1位になっており、今も増加しています。外科療法の対象となる肺がんの患者さんの比率は、10年以上前から約4割のままです。しかしながら、1980年代、1990年代と2000年代に分けて検討してみると、切除対象となる肺がんの大きさが明らかに小さくなってきています。1990年代から普及しはじめたCT検診などにより、より小さな肺がんで発見される比率が高くなってきたこと(図2)が一因となっています。ですから、10年ごとに分けて肺がん患者さんの手術成績(図3)を検討すると徐々に向上してきています。

(2) 胸腔鏡手術(図4)の導入とその増加

施設によっては、肺がんの外科療法の9割以上を胸腔鏡手術で施行しているところもあります。当院では、胸腔鏡手術と開胸手術の適応を決めて二つのアプローチをうまく選択しています。胸腔鏡手術が普及した背景の一つとして、小型肺癌の比率が増加(図1)し、また胸部X線写真では確認できない胸部CT検査でし

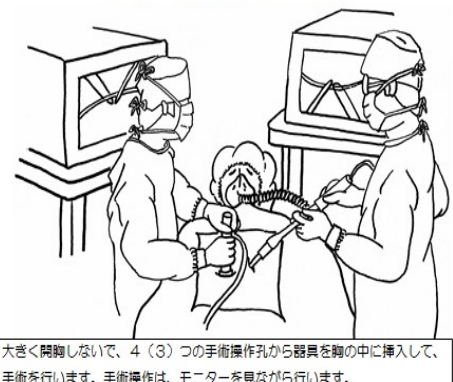
か発見できない肺がんが増加してきたことがあげられます。これらの肺がんに対しては、標準手術である肺葉切除(右肺は上・中・下の三葉、左肺は上・下の二葉に分かれています。)+リンパ節切除(廓清と言います)より縮小した手術方法の選択が検討されています。そこで開胸手術より侵襲の軽い手術アプローチが普及してきました。その対象となる患者さんも増加してきており、当院でも肺がん患者さんのうち4割以上が胸腔鏡手術の対象となってきています。

(3) チーム医療の推進

肺がんの治療は、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科が一体となって治療にあたっています。治療方針もカンサー・ボード(先述)という検討会で、がん研究会有明病院として治療方針が決定され、個人の考えや思い入れで治療方針が決定することは絶対にありません。肺がん治療の外科療法を担当する呼吸器外科でもチーム医療を実践しています。

呼吸器外科は、部長(奥村)・副部長(坂尾)・医長(文(ムン))・医員(上原)にレジデントが2名(来年度は4名)の6名に中川名誉院長(昨年末まで院長)という小所帯です。その利点を生かして、毎日の朝夕には外科チーム全体での回診を行っています。

図4 胸腔鏡手術の風景



形成外科のご紹介

形成外科 矢島 和宜

～「乳がんになっても、いつものわたしらしく」のおもいに応えて～

がん研有明病院の乳がん術後の乳房再建について

Q: あなたが、乳房再建を決意したきっかけはどのようなことですか？

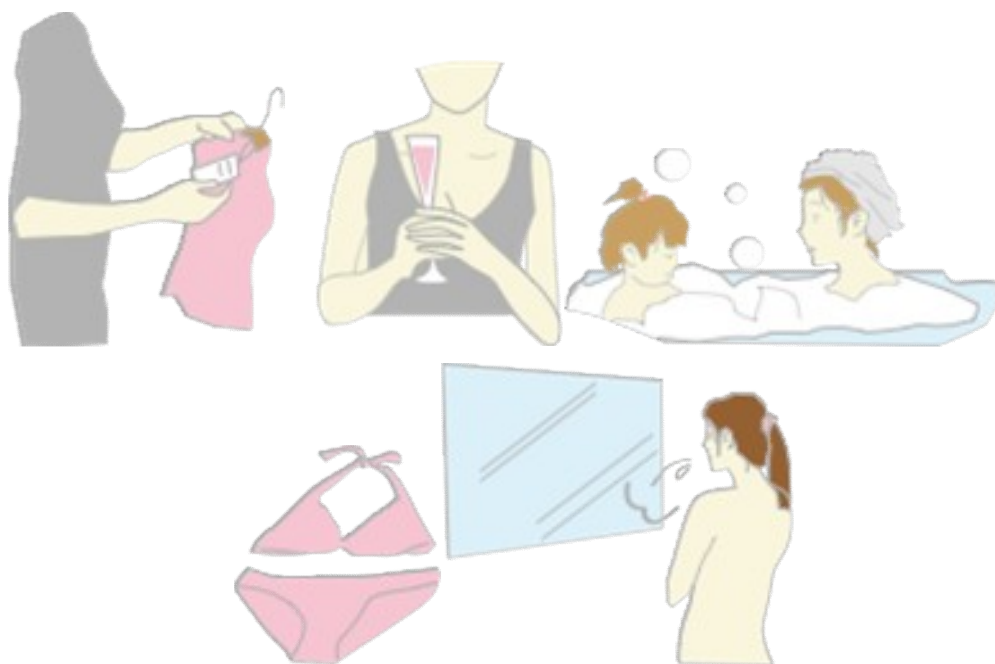
A: おしゃれをしたい。水着を着たい。バランスが悪くて疲れやすい。

「人生まだこれからだ」と思ったから。いつも鏡をみるのがこわい。

自分のからだを取り戻したいとおもったから。一緒にお風呂に入った娘に「可哀想だね」と言われた。胸の開いたドレスが着てみたい。

気兼ねなく温泉に行ってみたい。等

2008年実施 当院研修会での患者アンケートより一部抜粋



テーマは「乳がんから あなたを 日常にもどすこと」

医者（医療者）にとっての「日常」と、患者さんにとっての「日常」にはいつも大きな隔たりがあります。前者にとっては、がん治療の病院の中が「日常」であり、後者にとっては、がんを治療したあとの社会生活にあたります。がん治療を広義にとらえれば、患者さんを罹患前と遜色ないように「日常」に戻す事がすべてのがん治療にかかわる医療者の使命であるといえます。当然、患者さんが形成外科にかかる際の動機は、「いままでどおりの日常をとりもどす」という必然性と言えるでしょう。乳がん治療後の長い予後をどのように過ごしたいかは患者さんそれぞれの選択であり、

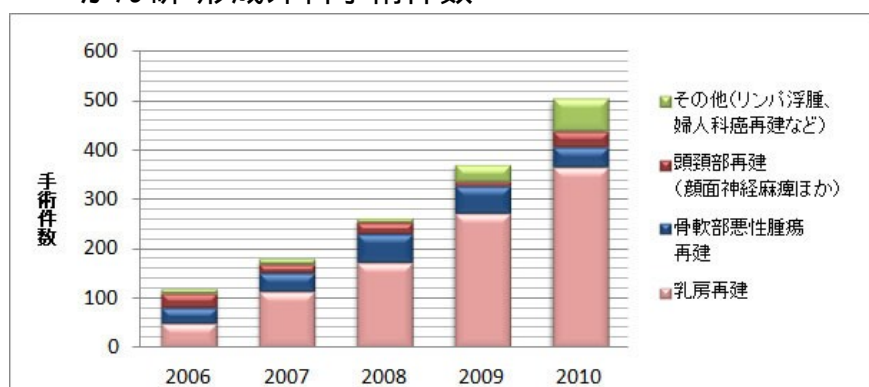
医療者（乳房再建外科医）にとっての最重要課題は、彼女達の描く「日常」の像をいかに具体的に把握し再建後の結果をそのイメージに近づけられるかということにあります。

乳癌オンコロジー（がん治療）には直接触れる機会が少ない形成外科が当院のようながんの専門病院に設置された背景には、『女性が女性らしく社会に積極的に加わり、その尊厳を維持するためには、整容再建は欠くべからざるものである』という認識がようやく認知された結果と言えます。乳腺の機能を除いたとしても、乳房のかたちは女性にとって、『わたらしさ』を支えている重要な臓器なのです。

当院では2005年形成外科設立以後、「乳がんになっても、いつものわたらしく」の思いに応えて、1年を通じて乳がん術後の乳房再建治療を行っております。

従来はがん研院内で乳がん治療を受けた患者さんに限り乳房再建を行っていましたが、国内での社会的背景をふまえて2010年10月より、他院で乳癌切除を受けられた患者さんに対する乳房再建手術の受付を開始いたしました。（条件は当院形成外科ホームページ形成外科内にて掲載）他院での乳がん全摘術治療後、乳がん経過観察を主治医のもとで行い、かつ主治医の判断に基づく紹介状があれば、当院での乳房再建が可能です。

がん研 形成外科手術件数



	乳房再建	骨軟部悪性腫瘍再建	頭頸部再建 (顔面神経麻痺ほか)	その他(リンパ浮腫、婦人科癌再建など)	計
2006	48	32	31	8	119
2007	113	39	18	10	180
2008	173	57	23	8	261
2009	270	56	10	35	371
2010	365	41	31	66	503

乳房再建手術件数



【がん研 他院からの乳房再建（二期再建）の治療の流れ】

人工物（インプラント）を使った乳房再建、自家組織（深下腹壁穿通枝皮弁法）を使った乳房再建、それぞれの術式には、どちらも他にはない利点があり、一概にどちらがよいとはいえず、患者さんの生活様式や希望、（健側がある場合は）乳房の形状にあわせた再建方法を相談して決定していきます。なお、術式の選択に際しては、ある程度の基礎知識が必要になるため、あらかじめ当院内で催される研修会 2 に参加して理解を深めていただいた後ご自身の治療を安心して受けられるシステムにしております。



院内講堂でおこなわれた患者さん向け乳房再建研修会の様子

がん研で行われている乳房再建治療の実際を学び、基礎知識を身につけます。
研修会は当院連携室を通じて、いつのタイミングでも参加可能です。

お知らせ

先生方へのご案内

医療連携課では、医療機関の先生方からご紹介をいただいた患者さんの診察・セカンドオピニオンの予約調整を行っております。また、経過報告書の管理、診察に関するご案内等を行っております。お問い合わせの窓口としてご信頼いただけますように、迅速・確実な対応を心がけて行きます。ご紹介は、下記の電話・FAX でお申込みいただけます。（患者さん自身でお電話いただき予約することもできます。）

電話：03-3570-0506（医療機関様用） 03-3570-0541（患者様用）

FAX：03-3570-0254

連携医療施設の登録のご案内

当院との医療連携にご協力いただけます医療機関さまに、「連携施設」となっております。連携施設にご登録いただけます先生方は、医療連携課へ電話もしくはメールにてお問い合わせくださいますようお願いいたします。

連携施設 352施設（2011年12月31日現在）

公益財団法人がん研究会 有明病院

発行：医療連携課

〒135-8550 東京都江東区有明3-8-31

TEL 03-3570-0506

FAX 03-3570-0254

(E-mail): renkei@jfcrr.or.jp