＊ 呼吸器病センター 呼吸器外科 スタッフのご紹介 ＊

診療部長
川野　亮二（かわの　りょうじ）

○ 専門分野
・呼吸器外科

○ 専門医認定／資格など
・日本呼吸器外科学会専門医/指導医/評議員
・日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医/気管支鏡指導医
・日本外科学会認定医/専門医/指導医
・日本呼吸器学会専門医
・日本がん治療認定機構がん治療認定医/暫定教育医
・日本レーザー医学会レーザー専門医
・日本抗菌化学療法学会認定医
・肺がんCT検診認定機構認定医
・日本禁煙学会認定指導医
・日本医師会認定産業医/健康スポーツ医
・日本臨床細胞学会細胞診専門医
・医学博士

医長
小林　零（こばやし　れい）

○ 専門分野
・呼吸器外科

○ 専門医認定／資格など
・日本外科学会専門医/指導医
・日本呼吸器外科学会専門医
・日本呼吸器学会専門医
・日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医
・肺癌CT検診認定医機構認定医
・日本がん治療認定医機構がん治療認定医
・日本結核病学会結核/抗酸菌症認定医
・厚生労働省麻酔科標榜医
・厚生労働省がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会修了
・ライフ プランニング センター「がんのリハビリテーション研修」修了

SAS センター長
高橋　保博（たかはし　やすひろ）

○ 専門分野
・呼吸器外科
・睡眠時無呼吸症候群

医員
永山　加奈（ながやま　かな）

○ 専門分野
・呼吸器外科

○ 専門医認定／資格など
・日本外科学会専門医
・厚生労働省がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会修了

医員
北原　佳奈（きたはら　かな）

○ 専門分野
・呼吸器外科

○ 専門医認定／資格など
・日本外科学会専門医
・日本救急医学会/日本外傷学会/日本外傷診療研究機構
・JATECコース修了
・日本静脈経腸栄養学会/日本外科代謝栄養学会
・NST医師教育セミナー修了

IMS（イムス）グループからのお知らせ

医療・介護のことでお悩みはありませんか？

IMS（イムス）グループイムス総合サービスセンターが、みなさまからの医療・介護のご相談をお受けいたします。
詳しくはホームページをご覧ください。

来訪もしくは、お電話かホームページ〔メールフォーム〕よりお問い合わせください。

FREE **0800-800-1632**（イムスに）
※「050」からはじまるIP電話および国際電話からはご利用いただけません。

☎ **03-3989-1141**（代表）
受付時間／平日8:30～17:30　土曜日8:30～12:30（日祝・年末年始休み）

イムス総合サービスセンターのサービス内容や、IMS（イムス）グループの最新情報をご覧いただけます。
http://www.ims.gr.jp/gscenter/

〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-21-11　オーク池袋ビルディング8F

板橋中央総合病院　地域広報誌
PLAZA IMS（プラザ イムス）Vol.53 秋号
発　行：板橋中央総合病院　企画広報室
発行日：2018年10月

IMS（イムス）グループ　医療法人社団 明芳会
板橋中央総合病院
〒174-0051 東京都板橋区小豆沢2-12-7
TEL.03（3967）1181

―― 理　念 ――
安全で最適な医療を提供し、
「愛し愛される病院」として社会に貢献する。

―― 基本方針 ――
1. 急性期病院として 1人でも多くの患者さまのニーズに応えるために全力を尽くす。
2. 他の組織や施設と密接に連携してシームレスな医療を構築し、地域のニーズに応える。
3. 接遇マナーとコミュニケーション能力を備えた職員を尊重し、かつ育成する。

IMSグループ　広報誌　プラザイムス

PLAZA IMS

プラザイムス 秋号　Vol.53
板橋中央総合病院

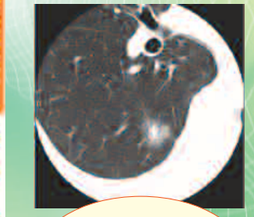
「プラザイムス」は、患者さま、ご家族のみなさまに院内やIMSグループの医療活動、病気に関する情報をお伝えするコミュニケーションペーパーです。

呼吸器病センター 呼吸器外科 のご紹介

当科の歩みは、2014年に三井記念病院やがんセンターなどのがん専門病院で経験を積んだスタッフを中心に診療を開始しました。その後、成長を続け、年間手術件数300件以上（肺癌手術件数100件以上）という板橋区で有数の実績をあげている施設となりました（今回のデータでは、板橋区内で最多の手術件数。尾木和晴、今田俊『週間朝日MOOK手術件数でわかるいい病院2018』朝日新聞出版。2018年）。このような実績を達成するに至ったのは、近隣のクリニックの先生方、地域の皆様に信頼していただいた結果と考えております。この場をお借りして御礼申し上げます。

チームワークで皆様を支えます

当科手術の特徴は、肋骨を切離せず内視鏡を用いて小さな創で行う胸腔鏡下肺癌手術から他臓器とともに切除する大きな手術（心臓血管外科と共同で行う大動脈合併切除（ステントグラフト内挿併用）や左心房合併切除など）まで、患者様の状態に応じた治療を行っていることです。また、手術後退院された患者さまや抗がん剤を投与しながら外来通院されている患者さまに体調の変化があった場合には、年間8000台以上の救急車を受け入れている救急外来にて当科のスタッフあるいは救急外来医師により24時間対応しています。診察・精密検査の結果、手術よりも放射線治療が望ましいと考えられる患者さまは、放射線治療科とともに効果的な放射線治療が可能なサイバーナイフなどを用いて治療を行っています。我々は今後も、最新最良の肺癌治療を追求してまいります。板橋中央総合病院呼吸器病センター呼吸器外科は、親しみやすい専門家をモットーにし、チームワークで患者さまを支えてまいります。
今後ともよろしくお願い申し上げます。



レントゲンやCTで影が見つかった・・・。いったいこの影の正体は？

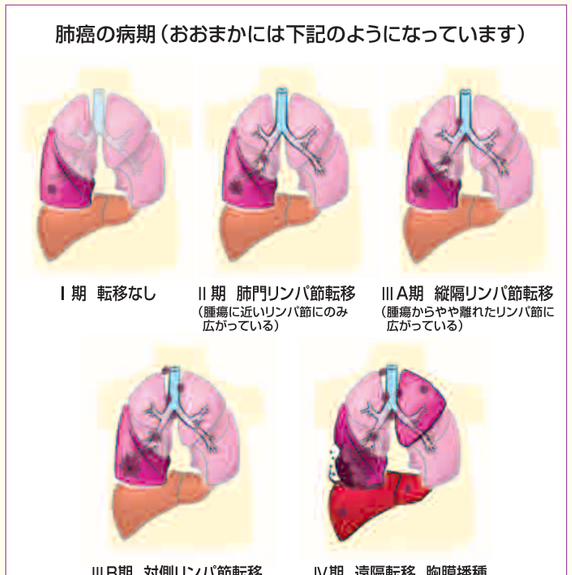
呼吸器センター 呼吸器外科のご紹介

肺癌の分類

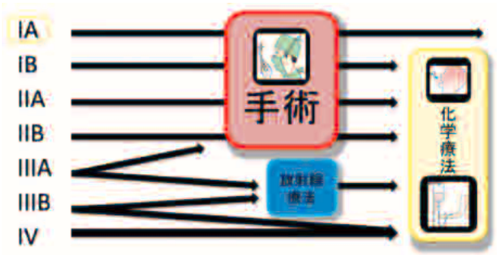
肺癌は、大きく分類すると小細胞肺癌と小細胞肺癌以外（腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌など＝非小細胞肺癌といいます）に分けられます。非小細胞肺癌は、手術による治療が最も根治性が高いといわれています。では、どのような場合に手術を行うことができるのでしょうか。それは、肺癌の進行度で判断されます。

肺癌の進行度

肺癌の進行度（病期）は、大きさ（T因子）、リンパ節への広がりの程度（N因子）、他の臓器への広がり（M因子）などにより決定されます。病期が1期、2期、3期の一部は、局所疾患（がん細胞が狭い範囲にある）であり、手術で取りきれる可能性が高いと考えられます。しかし、3期の大部分、4期は、全身疾患（がん細胞が全身に広がっている可能性が高い）であるため、全身に効果がある全身療法（抗がん剤など）が必要であると考えられます。肺癌治療をまとめると図1、図2のようになります。



肺癌の進行度（図1）

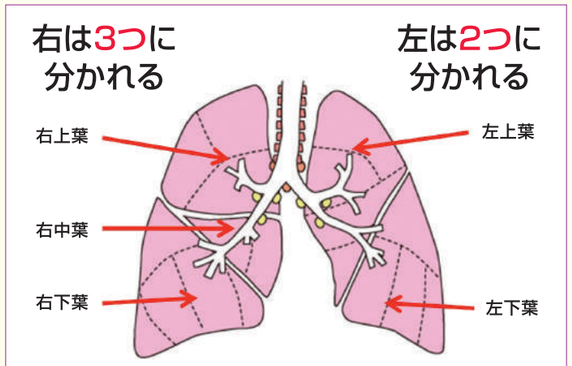


肺癌の臨床病期と治療方針（図2）

肺癌の手術

現時点では、非小細胞肺癌の治療で最も効果的な治療法は手術です。肺癌手術の世界標準は、癌のある部屋を丸ごと切除する肺葉切除です。肺の構造は左右の2つに分けられるだけではなく、右は3つ、左は2つに分けられます。（図3）この部屋を腫瘍とともに切除する必要があります。

近年は、内視鏡手術が発達し、肺葉切除の手段が、開胸手術（過去には肋骨を切断、大開胸にて行っていました）から小さい傷（4-6cm程度）で行う内視鏡手術へ進化を遂げています。（図4）



肺の構造（図3）

肺癌術後の創部（4～6cm）（図4）

術後の治療・通院治療について

癌の治療は、目に見える腫瘍を切除することだけを最終目的としません。術後の再発率を抑える治療を続けて行う場合があります。手術後に確定した病理病期（ステージ）に従って、IB期では抗がん剤の内服を、II期、III期では抗がん剤の点滴を行い、目に見えないレベルの遺残している可能性のあるがん細胞を攻撃することで、更なる治療効果が期待されます。（図2）

また、手術、抗がん剤治療が終了した後も、通院にて再発チェックし、診療を継続いたします。

PLAZA IMS（プラザ イムス） 2018年（平成30年）秋号 発行責任者：板橋中央総合病院

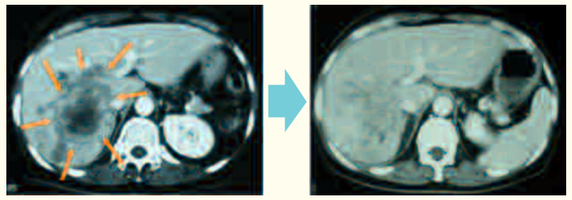
もし手術不可能であると診断されたら・・・

肺癌の精査にて、がんが広く広がってしまい手術では完全切除不可能と診断されたら・・・。そのような場合、がんを完全に消し去ることは、難しいと考えられます。診断された肺癌患者さまの中で、手術が困難であるとされるのは、全体の6割をも占めるといわれています。このような場合、「がんと戦うな」というのが正しいのでしょうか。この概念は、必ずしも全員に当てはまらないと思います。治療の恩恵を受けるはずであった患者さまが、治療を放棄し通院しなくなってしまうことは、我々にとって非常に残念なことです。

近年の化学療法の発達はめざましいものがあり、現在は化学療法（抗がん剤）が「効く」時代となってきました。そのままでは手術できない患者さまに対しては、まず化学療法（抗がん剤）や放射線療法を行っていく。腫瘍を消し去ることはできなくても「コントロール」していくのです。もし、腫瘍が縮小し、限局化して切除可能となった場合には手術（サルベージ手術といいます）を行います。当院でもこのようなサルベージ手術が年々増えてきています。

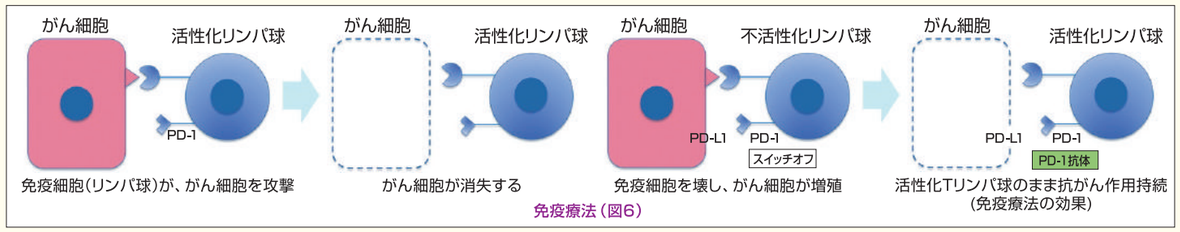
進化の著しい化学療法＝分子標的薬・免疫療法

初回発見時にすでに進行している肺癌や手術後に再び腫瘍が出現した場合（再発）では、目に見えないレベルで肺癌が他部位にすでに広がっていることを考えなくてはいけません。そのため、再発巣に対する治療は、その病変への局所治療（放射線・手術）のみでは充分でなく、ほかにも目に見えないレベルで存在していると考えられる病変に対しての化学療法（抗がん剤）がメインの治療法となります。化学療法（抗がん剤）では、様々な薬剤が使用されますが、検査・手術などでがん細胞を採取し、その遺伝子などを調べ、その患者さまに適した抗がん剤の選択を行っています。化学療法で大きな役割を担っているのが、分子標的薬です。現在、肺癌の治療で用いられている分子標的薬はイレッサ®、タルセバ®、ザーコリ®、ジオトリフ®、タグリッソ®などがあります。たとえば、イレッサ®はEGFR遺伝子に変異があると、変異がない場合に比べて約70倍の効果があるといわれています。（図5）また、分子標的薬の新薬登場が続いており、従来の分子標的薬（イレッサ®、タルセバ®、ジオトリフ®）を長期投与すると効果がなくなる時期が来るのですが、その原因の1つとして発生する耐性遺伝子（T790M）に対する治療薬（タグリッソ®）が近年登場しました。これにより、肺癌が切除できなくても、抗がん剤投与で4年、5年の長期通院されている方も珍しくなくなりました。



分子標的薬　肺がんの肝転移がほぼ消失している（図5）

また、近年の変化として、肺癌に対する免疫療法が広まってきました。現在保険適応されている免疫療法薬剤（ポイントチェック阻害剤）は、オプジーボ®、キイトルーダ®などです。がん細胞は、通常、免疫細胞の活動を抑え（免疫細胞の活動をoffにするスイッチを押している）、自らを守り増殖しているのですが、免疫療法薬剤は、このはたらきを抑えます（免疫細胞の活動をoffにするスイッチを押させない）。それにより、免疫細胞はがん細胞を攻撃し続け、腫瘍を縮小させるのです。（図6）



免疫療法（図6）

非根治肺癌を慢性疾患へ

このように、各個人（各腫瘍）にあった抗がん剤治療が進められている現在でも、抗がん剤で肺癌をすべて消し去ることは未だ不可能です。しかし、抗がん剤によって腫瘍をコントロールすることについては、一昔前に比べて飛躍的に効果が上がっています。抗がん剤投与を続けながら、お仕事や日常生活と治療を両立していく。治療効果が悪くなれば、再度違う薬剤に切り替え治療していく。このように、あたかも慢性の良性疾患（たとえば、リウマチなど）のように治療を行っていくと、数年後にまた新しい抗がん剤や他の治療法が現れている可能性が高いと考えます。

生活の一部として治療を進めていくには、普段の生活の場に近い施設で、高度で専門的な診療を受けられることが非常に重要です。我々がこのような方々のお役に立てることができれば幸いと考えています。何卒、よろしくお願い申し上げます。