

2024

九州がんプロ全体研修会 実施報告書

2024年12月14日（土）
～ 12月15日（日）



次世代の九州がんプロ養成プラン
TRAINING PROGRAM FOR NEXT-GENERATION HEALTH PROFESSIONALS
WITH CANCER CARE IN KYUSHU

令和6年度 九州がんプロ全体研修会

目次

| タイトル | ページ |
|--|-----|
| 1. ご挨拶 | 2 |
| 2. 開催概要 | 3 |
| 3. 参加者一覧 | 5 |
| 4. 講演等の内容 | |
| ・講演1 「がん放射線内用療法の現状と今後」 九州大学医学研究院保健学部門 医用量子線科学分野 馬場眞吾 教授 | 6 |
| ・講演2 「PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法と自然免疫細胞輸注療法の開発」 長崎大学先端創薬イノベーションセンター 田中義正 教授 | 8 |
| ・講演3 「Onco-nephrologist から見た治療継続のための腎障害、蛋白尿マネジメント ～熊大病院における取組も含めて～」 熊本大学大学院生命科学研究部 腎臓内科学分野 栞原孝成 准教授 | 10 |
| ・講演4 「在宅医療のエトセトラ ～最期まで自分らしく地域で過ごすために～」 医療法人 安中外科・脳神経外科 安中正和 院長 | 13 |
| 5. 研修会の写真 | 16 |

1. ご挨拶

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野 教授 芦澤 和人
(長崎大学コーディネーター)

文部科学省『次世代のがんプロフェッショナル養成プラン』の事業として、九州拠点では、令和5年度より「次世代の九州がんプロ養成プラン」を実施しており、九州・沖縄の11大学が連携して、第4期がん対策推進基本計画に記載されている人材育成の強化に取り組んでいます。具体的には、①がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、②がん予防の推進を行う人材、③新たな治療法を開発できる人材、の育成が挙げられています。これらの人材を育成するためには、臨床、教育、研究において様々な問題に的確に対応し、より質の高いがん医療を提供していく取り組みが必要と考えられます。

その一環として11大学のがんプロ履修生と教員が一堂に会し、がん医療や教育における重要なテーマについて情報共有と議論を行うため、「九州がんプロ全体研修会」を、第2期がんプロより毎年開催してまいりました。新型コロナウイルス感染拡大後、昨年、対面での研修会を再開することができました。がんプロ履修生や教員は、講演やグループワークを通じて大学、職種、専門領域の異なるメンバーとの相互の交流を深め、貴重な情報を共有できると考えています。

今回、人材育成の3つのテーマに関連して、4つの特別講演を準備致しました。九州大学の馬場眞吾先生に『がん放射線内用療法』について、長崎大学の田中義正先生に『がん治療の免疫療法』について、熊本大学の栞原孝成先生に『腫瘍腎臓病学』について、安中外科・脳神経外科医院 (Dr. ネット理事) の安中正和先生に『在宅医療』について、ご講演を行なって頂きました。週末にも関わらずご講演を頂きました先生方に、心より感謝申し上げます。また、研修会の準備、運営にご尽力下さいましたがんプロ事業担当の教員、事務の皆様にもお礼申し上げます。

2. 開催概要

1. 目的

がん治療に関して会場参加型の専門的な研修を行う。九州がんプロ各施設間の情報交換を行う。

2. 日時・会場

令和6年12月14日（土）～15日（日）

出島メッセ長崎 会議室110

<https://dejima-messe.jp/>

3. 対象者

九州がんプロ参画大学のがんプロコース大学院生・インテンシブコース履修生、がんプロコース担当者

4. スケジュール

○1日目：12月14日（土）【受付】13：30～14：00

| 時間 | 内容 |
|------------------|---|
| 14:00-14:20(20分) | 開会式 ・開式の辞 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野 芦澤和人教授 ・各大学自己紹介 |
| 14:20-15:10(50分) | 講演：がん放射線内用療法の現状と今後 座長：長崎大学 原爆後障害医療研究所 原爆・ヒバクシャ医療部門 アイソトープ診断治療学研究分野（原研放射） 工藤 崇教授 演者：九州大学医学研究院保健学部門 医用量子線科学分野 馬場眞吾教授 |
| 15:10-16:30(80分) | グループワーク 症例① 司会：長崎大学病院 がん診療センター 本田琢也先生 |
| 16:30-16:50(20分) | 休憩 |
| 16:50-18:00(70分) | グループワーク 症例② 司会：長崎大学病院 がん診療センター 谷口寛和先生 |
| 18:30～ | 懇親会 |

○2日目：12月15日（日）

| 時間 | 内容 |
|------------------|--|
| 9:00-9:50(50分) | 演題：PD-1免疫チェックポイント阻害剤併用療法と自然免疫細胞輸注療法の開発 座長：長崎大学病院 がん診療センター 谷口寛和先生 演者：長崎大学先端創薬イノベーションセンター 田中義正教授 |
| 9:50-10:40(50分) | 演題：Onco-nephrologistから見た治療継続のための腎障害, 蛋白尿マネジメント ～熊本大病院における取組も含めて～ 座長：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野 芦澤和人教授 演者：熊本大学大学院生命科学研究部 腎臓内科学分野 桑原孝成准教授 |
| 10:40-10:50(10分) | 休憩 |
| 10:50-11:40(50分) | 演題：在宅医療のエトセトラ ～最期まで自分らしく地域で過ごすために～ 座長：長崎大学病院 緩和ケアセンター 石井浩二先生 演者：安中外科・脳神経外科医院 安中正和院長 |
| 11:40 | 閉会式 ・閉会の辞 九州大学大学院医学研究院 社会環境医学講座 連携腫瘍学分野 馬場英司教授 |

5. その他

宿泊は参加者が自身で手配。交通費・宿泊費は各大学がんプロ予算で負担（懇親会は参加者自己負担）。

3. 参加者一覧

| No. | 大学名 | 参加者（氏名） | 所属 | 職名 |
|-----|--------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1 | 九州大学 | 馬場 英司 | 医学研究院 連携腫瘍学分野 | 教授 |
| 2 | | 磯部 大地 | 医学研究院 連携腫瘍学分野 | 助教 |
| 3 | | 大村 洋文 | 医学研究院 連携腫瘍学分野 | 助教 |
| 4 | | 上原 康輝 | 医学研究院 病態修復内科学分野 | 大学院生 |
| 5 | | 上野 翔平 | 医学研究院 病態修復内科学分野 | 大学院生 |
| 6 | | 北園 貴史 | 医学研究院 病態修復内科学分野 | 大学院生 |
| 7 | 福岡大学 | 門田 真悠子 | 福岡大学病 院腫瘍・血液・感染症内科 | 助手 |
| 8 | 産業医科大学 | 久岡 正典 | 第1病理学 | 教授 |
| 9 | 佐賀大学 | 勝屋 弘雄 | 血液・腫瘍内科 | 診療准教授 |
| 10 | 長崎大学 | 芦澤 和人 | 医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野 | 教授 |
| 11 | | 本田 琢也 | がん診療センター | 助教 |
| 12 | | 谷口 寛和 | がん診療センター | 講師 |
| 13 | | 石井 浩二 | 緩和ケアセンター | 准教授 |
| 14 | | 福島 文 | 臨床腫瘍科 | 助教 |
| 15 | | 赤城 和優 | がん診療センター | 助教 |
| 16 | | 工藤 崇 | アイソトープ診断治療学研究分野（原研放射） | 教授 |
| 17 | | 林 史子 | 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野 | 大学院生 |
| 18 | | 杉川 知香 | 医歯薬学総合研究科 放射線診断治療学分野 | 大学院生 |
| 19 | | 大沼 瑞穂 | 医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野 | 大学院生 |
| 20 | | 朝野 寛視 | 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野 | 大学院生 |
| 21 | | 福田 崇人 | 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野 | 大学院生 |
| 22 | 道山 智子 | 医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野 | 事務 | |
| 23 | 熊本大学 | 岡部 弘尚 | 熊本大学病院 | 助教 |
| 24 | | 谷崎 卓実 | 熊本大学大学院医学教育部 | 大学院生 |
| 25 | 大分大学 | 内匠 陽平 | 呼吸器・乳腺外科 | 助教 |
| 26 | 宮崎大学 | 東 美菜子 | 放射線医学分野 | 教授 |
| 27 | 鹿児島大学 | 鈴木 紳介 | 鹿児島大学病院腫瘍センター | 特例准教授 |
| 28 | 琉球大学 | 照屋 典子 | 医学部保健学科 成人・がん看護学分野 | 教授 |

参加者合計：28名

4. 講演等の内容

講演1 「がん放射線内用療法の現状と今後」

九州大学医学研究院保健学部門 医用量子線科学分野 教授 馬場眞吾

がんに対する放射線内用療法は本邦においては 1950 年代に甲状腺がんに対するヨウ素 131 を用いた治療が始まって後、長い間新たな治療薬が登場しなかったが、2000 年以降に低悪性度 B 細胞性リンパ腫に対する ^{90}Y 標識モノクローナル抗体 (ゼヴァリン)、去勢抵抗性前立腺癌骨転移に対する ^{223}Ra (ゾーフイゴ) などの薬剤が導入された。その動きは特に近年加速しており、2021 年には神経内分泌腫瘍に対するルタテラ、PPGL に対するライアット MIBG と立て続けに新たな核医学治療薬が保険収載された。近い将来、前立腺癌に対する ^{177}Lu -標識 PSMA の導入も期待されており、今後内用療法は癌治療においてますます重要なオプションになるものと考えられる。放射線内用療法は生体内の特定のターゲットに結合するよう設計された化合物に殺細胞効果を持つ放射線 (アルファ線やベータ線) を放出する核種を結合させ、体内に投与することで腫瘍細胞の近傍で放射線治療を行う方法である。外照射と比較したメリットは全身に分布、転移した腫瘍を治療対象とすることが可能である点や射程距離が短いため、放射線による正常臓器の障害が比較的軽度でよ

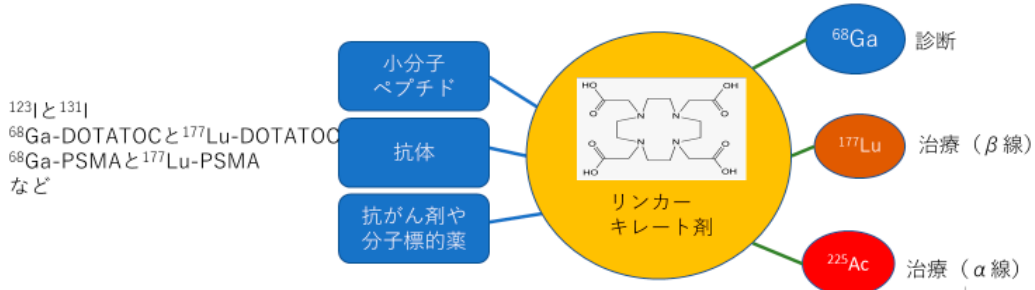
り良い腫瘍線量分布が期待できる点である。ガンマ線を放出する核種を用いたイメージングと併用することで治療対象としている領域を画像であらかじめ確認したり、治療に伴う集積の変化を追跡することが可能である。このように治療と診断の両方の側面をもつことから近年放射線内用療法を形容する概念として Theranostics (therapy と diagnostics を組み合わせた造語) という用語が用いられている。長年ベータ線を用いた治療が主流であったが、アルファ線を用いた治療で非常に高い治療効果が得られることが近年相次いで報告されている。ハイデルベルグ大学の Kratochwil らのグループは ^{177}Lu -PSMA で PD となった前立腺癌全身転移のケースにおいて治療薬の放射性核種を変えた ^{225}Ac -PSMA を用いることで CR となった症例を報告している。このように非常に期待が持てるアルファ線核種であるが、現時点では核種の原材料の供給量などいくつかの課題も存在する。本公演では本邦における代表的な放射線内用療法の実例に加え、海外で現在注目されている最新の治療についても概説する。

Theranostics

Theranostics = Therapeutics 治療 + Diagnostics 診断

Diagnosis : 診断用放射性核種で画像検査(β + 線・ γ 線)

Therapeutics : 同系統の治療用放射性薬品を用いた内用療法



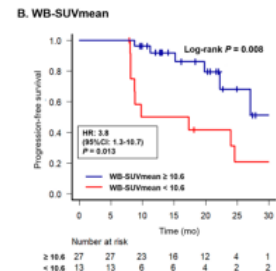
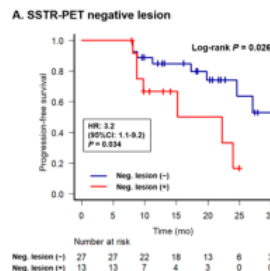
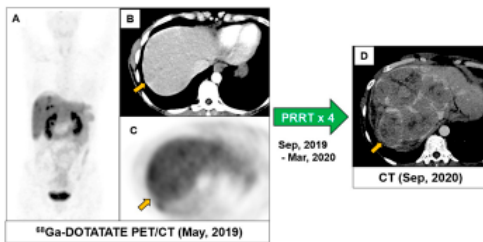
イメージングによる患者選択

SSTR-PETの集積の視覚評価、定量評価から予後を予測
治療効果の期待できる患者選択が可能

SSTR陽性: SUVmax > 3.0
SSTR陰性: 1cm以上で集積 < 肝臓

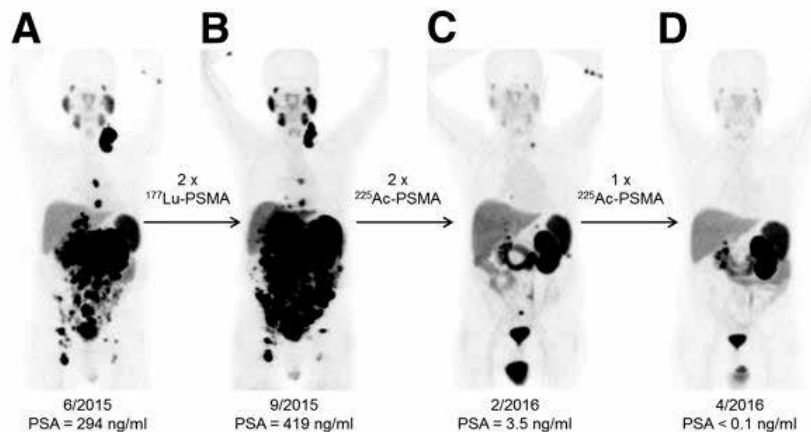
SSTR-PET陰性の病変の存在
SUV-mean (<10.6) が低い症例 → 予後不良

^{177}Lu 治療後にSSTR陰性病変が再増大 (PD)



Hotta M, et al. Ann Nucl Med. 2024

^{225}Ac -PSMA-617 for PSMA-Targeted α -Radiation Therapy of Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer



Kratochwil et al. J Nucl Med 2016;57:1941-1944

「PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法と自然免疫細胞輸注療法の開発」

長崎大学先端創薬イノベーションセンター・センター長・教授・田中義正

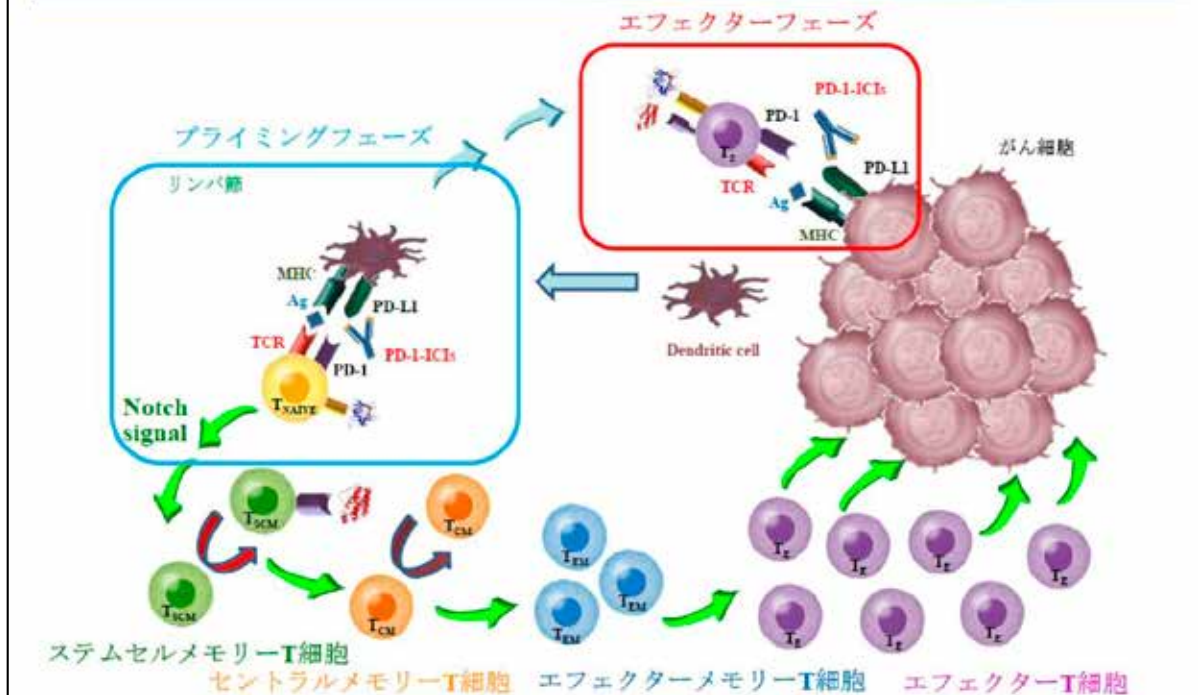
これまでのがん治療開発の歴史を振り返ると、まず 1800 年代中盤から後半にかけて始まる免疫療法に行きつく。1800 年代後半からは、感染症治療薬の開発において大きな成功を取めた化合物ライブラリーを利用したスクリーニング技術が、抗がん剤の開発にも適用された。しかし、感染症治療薬とは異なり、抗がん剤のスクリーニングは困難を極めた。そのような状況の中、第 1 次世界大戦に用いられた化学兵器としてのマスタードガスが本格的な抗がん剤開発の起点となり、アルキル化剤の開発が進むことになった。これ以降、種々の抗がん剤の開発がすすめられ、奏功性の高い抗がん剤が上市されてきたが、副作用ががん患者の大きな負担となっている。1990 年代から免疫チェックポイント阻害剤を用いたがん免疫療法の開発が活発化し、2014 年に PD-1 免疫チェックポイント阻害剤が上市された。しかし、まだまだ、奏効率と副作用を改善できる可能性が高い。

我々のグループは、これまでにマウスモデルにおいて、エフェクターフェーズに焦点を当てた PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法の開発を行ってきたが、最近になって、プライミングフェーズの PD-1/PD-L1 相互作用に焦点を当てた PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法の開発に着手した。その結果、マウスモデルにおいて、これまでの PD-1 免疫チェックポイント阻害剤単剤よりも奏功性が高く、副作用の少ない併用療法の開発に成功した。この

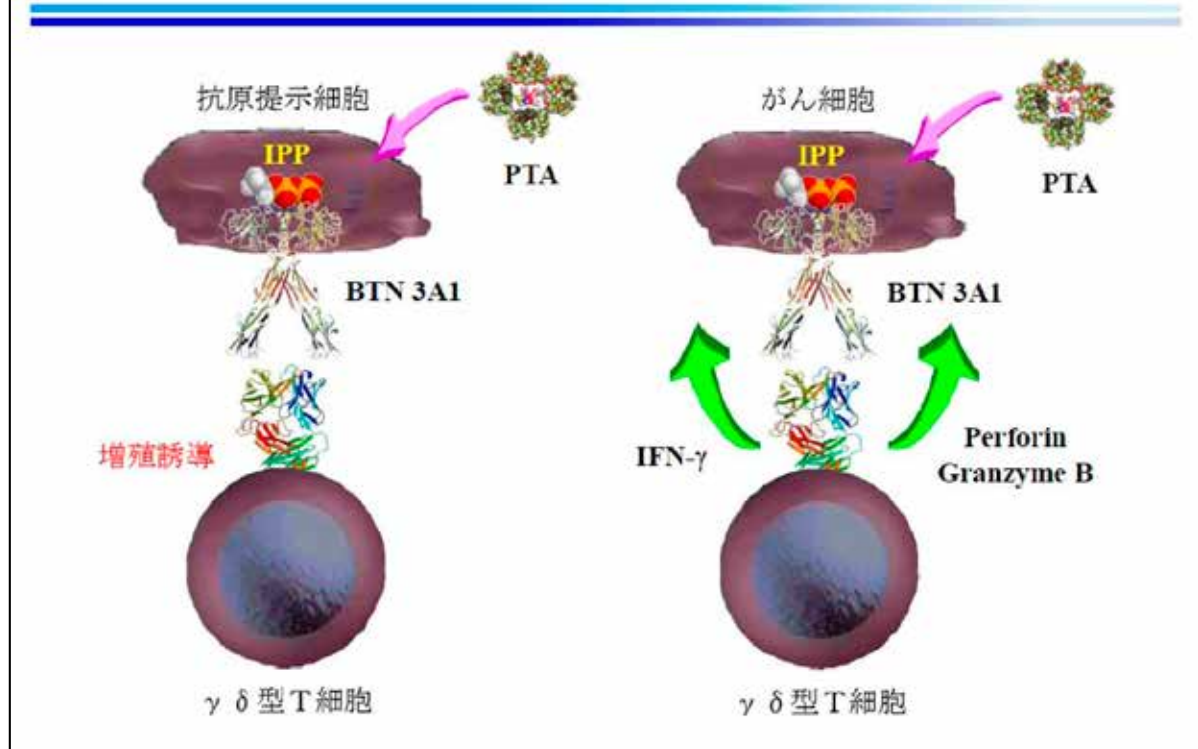
新規併用療法により、ステムセルメモリー T 細胞、セントラルメモリー T 細胞の著明な増加がみられ、効率的ながん細胞の除去が可能であることが明らかとなった。このように、新規 PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法においては、がん細胞を障害することのできる免疫エフェクター T 細胞を効率的に増加・活性化させることが明らかになった。

また、我々のグループは、免疫エフェクター細胞の一種である $V\delta 2$ 型 $\gamma\delta$ 型 T 細胞を利用したがんに対する輸注療法の開発を行ってきた。この種の $\gamma\delta$ 型 T 細胞は、ブチロフィリン (BTN) 3A1/2A1 依存的に、ピロリン酸モノエステルを認識して活性化するが、窒素含有型ビスホスホン酸 (N-BP) で処理したがん細胞も障害することが明らかとなっている。これは、N-BP がピロリン酸モノエステルであるイソペンテニルニリン酸やジメチルアリルニリン酸の細胞内濃度を上昇させるためである。これまでに我々は、N-BP の新規プロドラッグを開発し、PTA と名付け、その $\gamma\delta$ 型 T 細胞活性化能を検討してきた。また、拡大培養した $\gamma\delta$ 型 T 細胞を利用した臨床試験を進め、細胞療法に効果があることを示してきた。今後、PMDA の認可を得て、がんに対する PTA 誘導 $\gamma\delta$ 型 T 細胞輸注療法の開発を行っていきたい。また、 $\gamma\delta$ 型 T 細胞に関するより基礎的な研究を進め、 $\gamma\delta$ 型 T 細胞の機能を最大限に生かした安全で奏功性の高いがん免疫療法の開発を行っていきたい。

エフェクターフェーズとプライミングフェーズでのPD-1-ICIの作用機構



次世代窒素含有型ビスホスホン酸の作用機構



「Onco-nephrologist から見た治療継続のための腎障害, 蛋白尿マネジメント

～熊大病院における取組も含めて～」

熊本大学大学院生命科学研究部 腎臓内科学分野 准教授 栗原孝成

Onconephrology は 2011 年に米国腎臓学会で提唱された概念であり、腎臓専門医、腫瘍治療医、薬剤師が大きな核となるが、透析医、移植医、かかりつけ医、看護師、栄養士、さらには臨床心理士、ソーシャルワーカーなど関与する職種は多岐に渡る。さらに近年飛躍的な勢いで開発、臨床応用が進む分子標的薬の副反応は非常に多彩であり、主治医としてがん治療の投薬指示を出さない腎臓内科医にとって、知識のアップデートが常に求められる領域でもある。実際、ここ数年でがん薬物療法に伴う腎障害に関するコンサルトは指数関数的に増加している。我々はこのような状況を踏まえて、2022 年にがん薬物療法に伴う腎障害診療ガイドライン 2022 の大幅な改訂を行った。詳細は本 GL を参照されたいが、いくつか留意いただきたい点がある。一つは推定糸球体濾過量 (eGFR) である。CQ1 では、P30 を指標とするシステムティックレビューが行われ、血清クレアチニン値に基づいた日本人のための GFR 推算式の使用を「行うことを強く推奨する」ことが提唱されている。しかしながら、この記載の根拠となった元論文はいずれも標準体重における検討であり、極度のやせ、超高齢者、そして一部のがん患者など筋肉量が少ない患者においては過大評価のリスクを常に念頭に置くべきである。詳細は割愛するが、eGFR と併せて比較的良好に用いられる CG 式 CCr 値との乖離を認める

際には注意すべきである (スライド①)。もう一つは今回の改訂から新たに CQ に加わった免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) に関連する部分である。irAE に伴う腎合併症の頻度は内分泌、消化管、皮膚などと比較して頻度は低い。加えて irAE によって認める症状は急性尿細管間質性腎炎 (AIN) に伴う急性腎障害が主体ではあるものの、検尿異常を呈する種々の糸球体疾患、電解質異常、そして酸塩基平衡異常など極めて多彩である。このようなことから、本 GL の irAE 関連部分の大半は AIN に関する記述に限られる。また irAE-AIN 一つとっても、その原因となる病態は複数存在しており、実臨床の現場では丁寧なアセスメントと適切な対応が求められる (スライド②)。

GL 作成におけるシステムティックレビューの過程でエビデンス、そして各施設での経験症例数が限られていることを痛感するに至り、腎臓学会 Onconephrology ワーキンググループ主導による、世界でも有数の登録規模を誇る日本腎生検レジストリーデータベース (J-RBR) を用いた全国コホート調査 (SUBARU-J) 研究を行った (スライド③)。本研究の結果、腎臓内科コンサルトを経て腎生検精査が行われた、がん薬物療法に伴う腎障害症例では尿細管間質性腎炎と血栓性微小血管症 (TMA) で 8 割以上を占める、PPI 投与が全死亡と強い関連を認める、TMA として同じ病理型診断カテゴリー

に属する症例であっても、ゲムシタビンをはじめとする古典的化学療法に伴う症例（CTx-TMA）と、主に血管新生阻害療法に伴うそれ以外の TMA（Others-TMA）では生存率が明らかに異なること、などが明らかとなった。さらに着目すべき微小変化型ネフローゼは全例 ICI 関連であり、ATZ+BEV レジメンなど ICI と抗 VEGF 療法併用患者におけるネフローゼは ICI が原因の可能性も否定できないことが示唆さ

れる。

これらの現状を踏まえて、熊大病院では独自の取り組みを行っている。免疫関連有害事象対策チーム（iREACT）、オンコネフロロジー外来、腎臓内科・消化器内科協働による ATZ-BEV レジメンと連動した尿蛋白自動アラートシステム、eGFR/CCr 電カル同時掲載などである。

筋肉量低下患者における各腎機能推定指標の比較

※がん患者ではシスタチンCの産生が高まり、シスタチンCに基づくeGFR値はGFRを過小評価しうることが報告されている¹⁾

1) がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン：巻頭2

| 入力値① | 単位 | |
|---------|--------------------|-----------|
| 身長 | 158cm | |
| 体重 | 35kg | |
| 体表面積 | 1.28m ² | |
| 年齢 | 66歳 | |
| 性別 | 女性 | |
| 血清Cr | 0.53mg/dL | (酵素法：現行法) |
| 血清Cys-C | 1.69mg/L | |

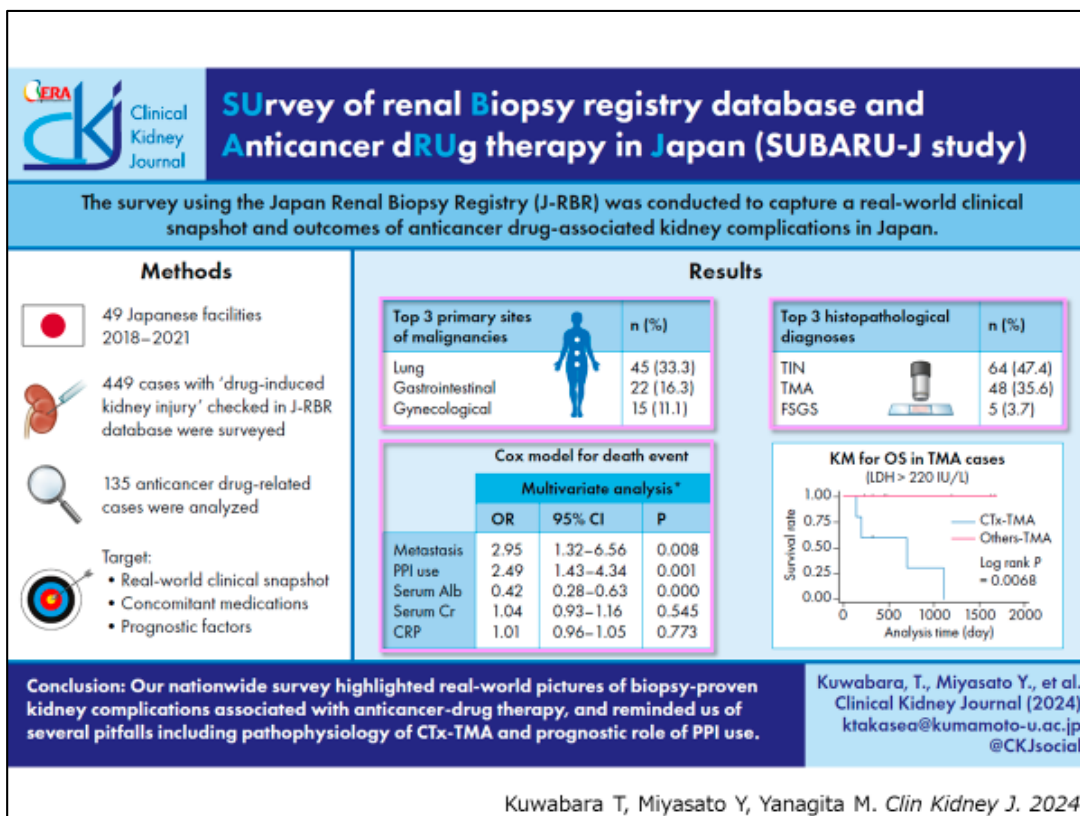
| 結果値① | 単位 | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| eGFRcreat | 86.2mL/min/1.73m ² | <div style="font-size: 2em; color: yellow;">}</div> <div style="color: yellow; font-weight: bold;">この乖離に気づくことが重要！</div> |
| 体表面積未補正eGFRcreat | 63.8mL/min | |
| eGFRcys | 35.5mL/min/1.73m ² | |
| 体表面積未補正eGFRcys | 26.2mL/min | |
| CG式推定CCr | 57.7mL/min | |
| CG式推定CCr x 0.789 による推定GFR | 45.5mL/min | |
| 24時間蓄尿実測CCr | 37mL/min | |
| 24時間蓄尿実測CCr x 0.715 による推定GFR | 26.5mL/min | |

一般内科医が知っておくべきCKD診療のTIPS「CKD患者への薬物投与の基本戦略」
葉原. 内科 128(5), 965-9: 2021より引用改変

ICIs投与中に認められる腎障害の原因病態

- ① T細胞異常活性化による自己免疫反応
- ② 自己抗体産生
- ③ 閾値低下による薬剤性4型アレルギー
- ④ 腫瘍に合併する2次性腎障害（膜性腎症、TMAなど）
- ⑤ 併用薬（血管新生阻害薬、白金製剤、他の細胞毒性を有する古典的化学療法、NSAIDs, PPI, 抗生剤など）が原因の2次性腎障害
- ⑥ 全身状態悪化もしくは腫瘍進展に伴う腎障害
- ⑦ その他（造影剤使用など）
- ⑧ 肝腎症候群（低Alb血症、血管内脱水、低血圧、低灌流など）

栞原、向山, 日腎会誌 2021を改変



講演 4

「在宅医療のエトセトラ ～最期まで自分らしく地域で過ごすために～」

医療法人 安中外科・脳神経外科 院長 安中正和

1. 在宅医療の意義と役割

在宅医療は、外来や入院治療に次ぐ「第3の医療」として位置づけられています。その目的は、患者が住み慣れた自宅で最期まで自分らしく生活を送れるよう支援することです。

重要なのは、定期的な訪問診療や24時間対応体制の整備、多職種連携による全人的なケアの実現です。これにより、患者とその家族が安心して在宅での療養生活を送れる環境を整えることが可能となります。

2. 地域連携の重要性

長崎在宅 Dr. ネットの取り組みは先進的でした。このネットワークでは、主治医と副主治医による24時間診療体制や複数の医師によるグループ診療を導入しており、これが患者と医師双方に大きな安心感をもたらしています。また、ICT（情報通信技術）を活用した「あじさいネット」による情報共有も進めており、在宅患者の受け入れをスムーズにするための基盤となっています。さらに、「がんプロフェッショナル研修」の取り組みにも触れました。この研修では、病院と診療所間の連携強化に役立つ知識やスキルが提供され、参加した医師からは「在宅医療現場を見ることで大きな刺激を受けた」といった声が寄せられています。このような研修は今後も継続される予定であり、多職種間の協力や地域連携のさらなる強化につながることを期待しています。

3. 緩和ケアと ACP（アドバンス・ケア・プ

ランニング）

緩和ケアでは、患者の QOL（生活の質）の向上を目指し、身体的・心理的な支援が重要視されています。特に、適切なタイミングで往診を行うことや、患者やその家族との対話を通じて安心感を提供することが求められます。また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践は欠かせません。ACP では、患者自身の価値観や希望を共有します。きちんとできているかは自信がないところもありますが、このプロセスにより、患者が望む形で最期まで自分らしい生活を送れるようサポートすることが可能となることを在宅医は実感することも多いです。

4. 臨床研究（ZEVIIOUS 研究）について

在宅医療における臨床研究として「ZEVIIOUS 研究」が進められています。この研究では、「在宅患者は本当に幸福なのか？」という問いに答えるべく調査が行われています。在宅療養という選択肢が患者にどのような影響を与えるのか、その質的向上に向けた具体的な課題を明らかにすることが目的です。2021年～2024年までに4本の原著論文を出稿することができました。2025年以降はさらに仲間を増やし、新たな研究を進めている。この研究が、今後の在宅医療の発展に寄与し、高品質なケア提供への道筋を示すものとなるでしょう。

5. 今後の展望

最後に、今後の展望について述べます。在宅

医療や地域医療には、多職種連携や ICT 活用などによる患者中心の医療提供が不可欠です。そのためには、病院勤務の先生方にも地域医療や在宅緩和ケア現場への理解と協力が求められます。また、診療報酬改定への提案や在宅専門クリニック振興など政策面での取り組みも重要です。これらを通じて、日本全体で在宅医療体制をさらに充実させ

ていく必要があります。私たちは今後も、多様なステークホルダーとの協力関係を深めながら、「最期まで自分らしく生きる」という理念を実現するため努力してまいります。在宅医療は地域社会全体で支えるべき取り組みであり、その意義と可能性はますます広がっていくことでしょう

まとめ 在宅医療の充実のためには

1) 在宅医療に参入する診療所医師の増加

Dr.ネットの活動、まちななかラウンジ

2) 多職種連携促進

3) ITネットワーク（あじさいネット）の活用

4) 在宅専門診療所の振興

5) 人口減少地域・診療所減少地域では、病院からの訪問診療が重要な役割→病院医師の在宅への参入促進

6) 訪問看護利用促進

がんプロフェッショナルについてのアンケート

- 概ね病診連携にはこのプログラムは役に立つでよいと思われる。
- 専門医が在宅実習をすることに大きな意味があるのでは？。
- 最新の医療知識や勤務医の実情がわかり我々開業医も確実に
- 刺激になっている。開業医の人となりを知ってもらう良い機会である
- 現場でしかわからないことが多々あることを実感してもらえた。
- もう少しアンケートの質を上げる必要がある
- 5段階評価の4を選んだ理由についてなぜなのかを聞くべきだった

ZEVIIOUS研究2020・2023からの提言

- 「先生・皆さんありがとう」と言ってくれる（落ち着いて、在宅サービスに満足している）
- 在宅患者さんであっても、予後が半年以内になると、他社との交流、社会参加の機会を、含めた生活機能は全般的に低下傾向にある。
- このような患者さんでは、希望（生きがい、健康、他者とのつながり）が低下している可能性に留意する。
- 「Stable（安定）」で終わるのではなく、身体症状への介入とともに、心理的な支援を心がける。
- 在宅医療においても「適時の往診」・「相談しやすさ」・「アドバイス」・「本人の深い理解」・
- 「本人にあったサービスの提案」などを通じた患者中心性の向上が「希望」「QOL」の維持
- につながる可能性がある。

まとめ

- 長崎は、地域医療・在宅医療における独自の取り組みを続ける先進的な地です。
- この地で培われてきた在宅医療の経験を共有し、さらに高めていくために、
- 私たちは日々努力を重ねていきます

- 「ZEVIIOUS研究」を通じて、在宅医療の質を科学的に検証し、向上させる取り組みを進めていきます。
- 患者の生活に寄り添った医療を提供するためには、その質を常に見直し、改善していくことを継続します。

- 学会の保険委員会委員長として、在宅医療の現場で得られた知見や課題をもとに、
- 診療報酬制度の改善に向けて取り組んでいきます。
- これにより、医師たちが安心して在宅医療に専念できる環境を整えていきます

- 患者一人ひとりが「その人らしい最期」を迎えられる社会を実現をめざします。
- 病院、地域、在宅が無理なく連携し、医師たちが多様な経験を積むことで、
- 医療の本質を深く理解する世界を目指します。

5. 研修会の写真



◎開式の辞



◎講演 1 「がん放射線内用療法の現状と今後」



◎グループワーク



◎講演2 「PD-1 免疫チェックポイント阻害剤併用療法と自然免疫細胞輸注療法の開発」



◎講演3 「Onco-nephrologist から見た治療継続のための腎障害, 蛋白尿マネジメント
～熊大病院における取組も含めて～」



◎講演4 「在宅医療のエトセトラ ～最期まで自分らしく地域で過ごすために～」



◎閉式の辞



◎集合写真



文部科学省『次世代のがんプロフェッショナル養成プラン』採択事業



令和6年度 九州がんプロ全体研修会 実施報告書

発行 令和7（2025）年2月
編集・発行 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍学分野
nganpro@ml.nagasaki-u.ac.jp
<https://www.mdp.nagasaki-u.ac.jp/ganpro/jisedai/>
<https://www.k-ganpro.com/>