

地域医療連携だより



第 22 回市民公開講座を開催致しました



去る 9 月 8 日（土）中央区だいしホールで、当院主催の第 22 回市民公開講座が開催されました。県民の皆様ががんについての正しい知識をお伝えするため、毎年 9 月に開催しております。今年は当院併設のがん予防総合センター開設 20 周年記念大会と銘打ち、がん検診についてのリレー講演・質問コーナー・特別講演と例年以上に多彩なプログラムを用意したところ、当日はあいにくの雨模様にも関わらず、135 名もの多くの皆様にご参加いただきました。

当日プログラム	演題名	演者
基調講演	「がん予防総合センター 20 年を振り返って」	成澤林太郎（がん予防総合センター長）
リレー講座	「検診を受ける・受けなくて何が違うの？」	肺がん：田中洋史（呼吸器内科） 胃がん：成澤林太郎（消化器内科） 大腸がん：船越和博（県立中央病院消化器内科） 子宮がん：菊池朗（婦人科） 乳がん：神林智寿子（乳腺外科）
質問コーナー	がん検診・がん診療に関する Q&A	
特別講演	「健診・検診は、自分を知る大きなチャンス」	新潟大学大学院医歯学総合総合研究科 生活習慣病予防検査医学講座 特任教授 加藤公則先生

基本理念

県民をはじめとする全ての患者さんに、最善のがん医療を提供します。

基本方針

1. 常に診療情報を開示して、患者さんとの信頼関係をもっと大切にします。
2. がん診療連携拠点病院として、すべての医療機関と連携を密にします。
3. がんの研究を行うとともに、患者さんのための医療人の育成に努めます。
4. 病院運営の適正化と効率化に努めます。

contents

市民公開講座開催報告

がん看護外来のご案内

本庶佑先生ノーベル賞受賞後に考えること

平成 30 年 11 月外来診療予定表



市民公開講座報告 つづき

市民公開講座担当 副院長 本間慶一

がん予防総合センターは、①がんの二次検診（精密検査）、②がん予防の啓蒙活動、③がん登録の三つの柱として、1998年9月4日当院敷地内に開設されました。昨年2017年の実績で、胃6131件、大腸2420件、胸部CT5693件、乳腺4592件を検査しています。本県のがん登録は1991年から行われており、がん予防総合センター開設後は当センターで登録業務をおこなってきました。2016年1月から国立がん研究センターで全国のがん登録が集約されることになりましたが、その後も全国がん登録システムのもと当センターで登録作業は続けられています。今後もがん予防総合センターは三つの柱を高く掲げてゆきます。



成澤林太郎センター長

リレー講演では、臨床部長田中洋史、がん予防総合センター長成澤林太郎、県立中央病院内視鏡センター長船越和博（前当院内科部長）、乳腺外科部長神林智寿子、婦人科部長菊池朗の各がん専門医が、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がんのいわゆる5大がん検診のメリットについてデータをお示ししながら、また内視鏡像、レントゲン・CT像、マンモグラフィ像など実際の症例を例に取りながら、詳しくかつ分かり易くお話ししました。

特別講演では、新潟大学生生活習慣病予防検査医学講座の加藤公則特任教授が、「健診・検診は自分を知る大きなチャンス」と題して講演されました。がん検診のみならず健康診断全般、特に高血圧や糖尿病について、アニメーションや動画をまじえながら、大変分かり易くお話しされました。先生は「“検診”は今の自分を知ること、“健診”は10年後の自分を知ること」とおっしゃり、検診・健診の必要性を強調されました。



加藤公則教授

質問コーナーでは、副院長竹之内の司会のもと事前にいただいていた質問や会場でいただいた質問に対して、当院の専門医がお答えしました。

進行したがんは手術のみで対処することは難しく、薬物治療には長い時間や高い費用がかかります。がん検診の目的は無症状のうちのがんの早期発見・早期治療により、がんで亡くなる方をひとりでも少なくすることです。そのためにはより多くの方ががん検診を受けることが重要です。日本のがん検診受診率は欧米諸国に比べて低く、実際欧米ではがん死亡率に減少傾向がみられていますが、日本のがん死亡率はいまだ上昇傾向にあります。今回の当院市民公開講座が市民の皆様のがん検診受診率の上昇に繋がり、ひいてはがん死亡率の減少に繋がっていくことを願っています。

ご参加くださいました皆様には、当院スタッフ一同感謝申し上げます。

がん看護外来のご案内

～安全、安楽な手術をめざして～

手術看護認定看護師 穴沢角弥

当院手術室の手術件数は、13診療科で約5000件実施されています。がん手術療法は侵襲の高い治療法ですが、近年では縮小手術、低侵襲手術も多くなっています。一方、進行がんに対して行う手術の中には、より複雑な機能再建に伴い長時間に及ぶ手術も多くなっています。



手術療法を選択される患者様は、誰もが多かれ少なかれ恐怖や不安を抱き、その一方で、早く「体の中にある病を取り除きたい」、という思いを抱く方が多くいらっしゃいます。

手術看護の目標は、患者さんが安全かつ安楽に手術を受け、最良の状態での回復過程が迎えられるよう援助することです。また、手術による二次的合併症を防ぐことです。手術看護は、手術を受ける患者さん全てが安心して手術を受けることができるよう、手術前から手術後にかけての継続した看護を行います。具体的には、手術前に患者さんの病室を訪問させていただき、手術室に来てからの流れや処置の内容を説明します。また患者さんの希望や思い、相談など十分に聞き、身体状態を確認して、その患者さんに合った準備をしていきます。手術当日は、医師や臨床工学技士などと共に、手術にかかわるチームの一員として、安全、確実な手術が行われるよう取り組んでいます。また様々な事態にも対応できるように、定期的な学習会や症例検討を行ってスタッフの実践能力向上に努めています。

手術室外では、定期的に関連病棟へ行き病棟スタッフと意見交換を行っています。病棟から手術室、そしてまた病棟と連携することによって、周術期看護がより患者さんのためになるよう日々改善しています。また病院内の連携として今年から術前外来を開始しました。術前麻酔科外来に同席し、手術室オリエンテーションの実施や、手術に関する相談への対応、入院までの注意点などの説明をおこなっています。術前外来は、在院日数短縮の動向から今後も増えると予想され、利用が高まるものと考えています。さらに、がん看護外来では手術看護についてのご相談も受けています。手術を検討中の患者さんや、術後療養中の患者様でもどなたでも受診していただけますのでご利用ください。

最後に、手術を受けることは人生の中での大きな出来事の一つになると思います。その手術が少しでも安全に安楽に行えるよう担当させていただきますので、気軽にご相談ください。



本庶佑先生 ノーベル賞受賞に考えること

～免疫チェックポイント阻害剤治療ががん治療の何を変えたのか～

呼吸器内科 三浦 理



～はじめに～

2018年10月1日、本庶先生、ノーベル医学生理学賞受賞という吉報が舞い込みました。今やがんに関わる医師であれば誰もが知るPD-1分子は1992年に本庶先生らのグループにより発見され、1998年にマウスモデルによって免疫チェックポイントの機能があることが示されました。それから16年、2014年7月に悪性黒色腫を対象疾患として初めてニボルマブ（オプジーボ[®]）が適応を取得しました。その後、非小細胞肺癌、頭頸部がん、腎細胞がん、胃がんなど次々に適応疾患に広がりが見られています。

我々の体には毎日3000-5000個のがん細胞が毎日生まれており、これらのがん細胞は免疫担当細胞が担うがん免疫監視機構により日々駆逐されます。そこで免疫が過剰に働きすぎないように重要な働きをしているのが免疫チェックポイント分子です。そのひとつであるPD-1はがん細胞を攻撃するためのリンパ球表面に発現しており、本来、がんを攻撃するリンパ球の過剰な活性化を抑えるための“安全弁”の様な働きを持ちます。近年、がん細胞が免疫からの攻撃を回避するために利用（悪用？）することが明らかにされ、PD-1分子の阻害剤が抗悪性腫瘍剤として脚光を浴びるようになりました。この最初の薬剤がニボルマブです。結果として、多くの前向き第Ⅲ相試験により、従来の抗がん剤と比較して有意に生存期間を延長することが各がん腫において示され、晴れて薬剤として我々の患者さんに届けられるところに至っています。

本稿では免疫チェックポイント阻害剤治療の現状と課題、将来展望などを徒然なるままにまとめさせて頂きました。

～現在の免疫チェックポイント阻害剤 適応がん腫～

表1に2018年10月時点での適応疾患を一覧にまとめました。PD-1阻害剤としてはニボルマブの他にもペムブロリズマブ（キイトルーダ[®]）が承認されています。さらにはPD-1分子の結合分子であるPD-L1分子の阻害作用を有するPD-L1阻害剤として、アテゾリズマブ（テセントリク[®]）、アベルマブ（バベンチオ[®]）、デュルバルマブ（イミフィンジ[®]）の3剤が承認されています。今回、本庶先生が受賞されたことについて我が国では大々的に報道されていますが、MDアンダーソンがんセンターのJames Allison先生も同時受賞されていることも是非注目して頂きたいです。Allison先生はもう一つの重要な免疫チェックポイントであるCTLA-4を発見しました。このCTLA-4は抗原提示細胞による免疫の教育システム（プライミングと呼ばれます）を進める薬剤で、この阻害剤としてイピリムマブ（ヤーボイ[®]）という薬剤がすでに承認されています。イピリムマブは悪性黒色腫に対する単剤療法に加え、ニボルマブとの併用療法として悪性黒色腫、腎細胞がんにも承認されています。併用によりそれぞれの単剤よりも効果も高まることが示唆されていますが、非常に強い有害事象も増えることが報告されており、経験の多い施設で使用されることが

推奨されます。

これらの薬剤は最近、悪性黒色腫の術後補助療法（ニボルマブ）や局所進行期非小細胞肺癌の化学放射線治療後の地固め療法（デュルバルマブ）など、より早期の症例への適応拡大が積極的に進められています。一般には、がんが進行した状態であればあるほど、様々な機序による免疫抑制機構が増えると考えられるため、より早期にこれらの薬剤を用いていこう、という試みはとても理にかなったものといえます。現在多くのがん腫で術後補助療法の試験が進行中です。

表 1 2018 年現在の免疫チェックポイント阻害剤 適応一覧

適応がん腫	薬剤		承認
悪性黒色腫	ニボルマブ	再発 術後補助化学療法	2014 年 7 月 2018 年 8 月
	ニボルマブ/ イピリムマブ	未治療	2018 年 5 月
	ペムブロリズマブ	再発	2016 年 9 月
非小細胞肺癌	ニボルマブ	再発	2015 年 12 月
	ペムブロリズマブ	再発（PD-L1 陽性） 未治療（PD-L1 高発現）	2016 年 12 月
	アテゾリズマブ	再発	2018 年 1 月
	デュルバルマブ	局所進行例の化学放射線療法 後地固め療法	2018 年 7 月
腎細胞がん	ニボルマブ	再発	2016 年 8 月
	ニボルマブ/ イピリムマブ	未治療	2018 年 8 月
ホジキンリンパ腫	ニボルマブ	再発	2016 年 12 月
	ペムブロリズマブ	再発	2017 年 11 月
頭頸部がん	ニボルマブ	再発	2017 年 3 月
胃がん	ニボルマブ	再発	2017 年 9 月
悪性胸膜胸膜中皮腫	ニボルマブ	再発	2018 年 8 月
尿路上皮がん	キイトルーダ	再発	2017 年 12 月
メルケル細胞がん	アベルマブ	再発	2017 年 9 月



さらに、表2に示すように、非小細胞肺癌においては抗がん剤治療と免疫チェックポイント阻害剤の同時併用療法がすでに申請に入っています。今後、がん腫、病期のほかにもこのような抗がん剤、分子標的薬との併用療法の申請、承認が増えることが予想され、免疫チェックポイント阻害剤はほぼすべてのがん腫における Key Drug としての位置づけを得ることになると考えられます。

表2 申請中の適応疾患

高頻度マイクロサテライト不安定性がん	ペムブロリズマブ	申請中	2018年3月申請
非小細胞肺癌	ペムブロリズマブ	化学療法と併用申請中	2018年4月申請
	アテゾリズマブ	化学療法と併用申請中	2018年3月申請

～免疫チェックポイント阻害剤治療の課題～

このように多くのがん腫で大きな期待がもたれている免疫チェックポイント阻害剤ですが、まだまだ課題が多いのは事実です。

①有害事象対策

“副作用のない夢の新薬”とマスコミは煽り立てますが、本来がん細胞に向くべき免疫反応が自分の細胞に向くことにより起こる有害事象(免疫関連有害事象)が起こりえます。その頻度は低いものの、致命的となるものも報告されており注意が必要です。最新の報告では、致命的となった免疫関連有害事象はイピリムマブでは下痢が多く、PD-1/PD-L1阻害剤では肺臓炎、肝炎、神経障害が多いと報告されています(Wang et al. JAMA Oncol, 2018)。このほかにも1型糖尿病、副腎不全、甲状腺機能障害などは直接的には致命的になりませんが、対応が遅れると致命的になり得るものも報告されています。これらの免疫関連有害事象はいつ、どのように発症するかがまったくわかりません。当院でもPD-1阻害剤が1年以上有害事象なく奏効が続いていたにもかかわらず、突然1型糖尿病を発症した症例を経験しています。これらのグリラ的な有害事象を在宅でどのように発症を早期発見するのかが各施設、スタッフの悩みの一つとなっています。さらに、これらの有害事象に基づく症状は倦怠感や感冒様症状など非特異的なものが多く、治療に関わる医師、医療スタッフの臨床的技量も試されます。

このような課題に対して、当院では早くから免疫療法サポートチーム(iSINC)を立ち上げ、多職種が関わることで早期症状発見に務め、さらには患者教育を徹底することで安全性を高める工夫を行っています。今後、免疫チェックポイント阻害剤治療が一般化されるにつれ、このような対応は当たり前にならなければいけません。さらに、開業医の先生方

におかれましても、免疫チェックポイント阻害剤治療を受けておられる患者さんに関わる機会が増えることは間違いありませんので、これらの知識の啓蒙も必要と感じています。例えば、すでに1型糖尿病を発症されている患者さんが、感冒様症状、食欲不振で開業医さんを受診され、何気なく糖液輸液をされてしまったら、と考えると背筋の凍る思いがしませんでしたでしょうか。今後、薬剤アレルギーカードのように、どこの医療機関にかかっても免疫チェックポイント阻害剤治療が行われていることがわかるような工夫も求められています。

②コスト

すでに、免疫チェックポイント阻害剤は高額薬剤として皆様の知るところとなっています。実際、ニボルマブが悪性黒色腫に承認された時の薬価は100mgあたり73万円であり、3mg/kg 2週毎で60kgの方に投与すると約260万/月かかる計算でした。投与継続できる症例は限られていますが、1年投与したら一人あたり約3500万円かかります。当時、米国の薬価は約30万/100mg、英国は約15万/100mgであり、我が国の薬価が異常に高い事が問題視されました。これは、我が国が世界初の承認国であったこと、さらに最初の承認が悪性黒色腫という稀な疾患であったことが原因です。高額な開発費を稀な疾患で回収するために、高額な薬価がついていたのですが、その後罹患率の高い非小細胞肺癌で承認されたために薬価のひずみが出来てしまいました。その後、厚生労働省は異例の緊急薬価引き下げに踏みきました。本来2年に1度の薬価改定を早め、2017年2月、薬価は約半額とされました。さらに2018年11月から薬価はさらに37.5%引き下げとなります。これと同時に残余薬剤の破棄などの問題から、体重換算の投与量計算から固定用量240mg/回となり、1回当たりの薬価は約42万円となりました。月あたりで計算すると約84万円であり、最初の承認薬価の約3分の1となっています。

2019年以降、費用対効果評価が薬価の適切性判断に本格的に適用される予定と言われています。これは医薬品の効果をQALY（質調整生存年）で判断し、既存の治療と比べて1QALY獲得するのにどのくらいの追加費用がかかるのか次第で薬価を再評価する方法です。現在、免疫チェックポイント阻害剤のほか、C型肝炎治療薬、抗体-薬物複合体などの高額薬剤が対象となっています。これは「1年長生きするのにいくら払えますか？」という議論でもあります。実際、厚生労働省は「死が迫っている病気の人を完全に健康な状態で1年だけ寿命を延ばすのに、いくらまでなら公的医療保険で支払うべきですか？」という3000人規模のアンケートを実施しました。ただし、結果として命に値段をつけるなんて言語道断、という意見なども噴出し、アンケートは頓挫しています。現在の我が国の皆保険制度は世界に誇る優良な医療制度と思いますが、あくまでも費用の出所は我々の税金です。米国では、自分の加入する医療保険により、投与できる患者さんが決まります。世界のある国では65歳以上にはまったく保険診療が適用されません。果たして、今後高齢化が進むと同時に高額薬剤がどんどん増える中、我が国の医療制度はどのように変化、対応していくべきなのでしょう。



ところで、「平等」と「公平」はどちらが正しいのか、という議論をご存じでしょうか。「平等」は個人の資質や状況に関係なく、一定の規律に従い遇するシステムです。いわば我が国の国民皆保険制度で、一生懸命働くアリも、働かないキリギリスも平等に治療が受けられます。一方、「公平」は全ての人に対し、機会が均等に与えられており、成果を上げた者が評価され、報われるシステムです。これは米国のシステムに近く、一生懸命働いたアリが遇され、キリギリスは不遇となるシステムです。童話のキリギリスの場合、不遇というより自業自得なのですが、この議論には機会が均等に与えられる、という前提条件が必須です。“働けない”キリギリスと”働かない”キリギリスは同列に評価できません。皆さんは平等と公平、どちらが“正しい”と思われるでしょうか。

③バイオマーカー

免疫チェックポイント阻害剤は従来の抗がん剤と比較して一旦効果が出ると長期に効果が持続することが特徴の一つです。一方で、効果がない症例においては治療していないのと同様、さらには投与前よりも急激な悪化を来す症例（Hyperprogressive disease）も経験します（Ferrara et al. JAMA Oncol, 2018）。

高額な薬剤でもあることもふまえて、より効果の高い患者さんを選ぶ方法、すなわちバイオマーカーの検討が進められています。実際、夢の薬ともてはやされる割には非小細胞肺癌での奏効割合は約20%、胃癌では約10%と、その恩恵を得られる患者さんはまだまだ少ないのが現実です。高い効果を示す患者さんを探索するためのバイオマーカーとして、腫瘍上のPD-L1の発現のほか、腫瘍の遺伝子変異量（Tumor mutation burden/TMB）、末梢血内のリンパ球のプロファイルなどが検討されていますが、未だ確固たるバイオマーカーはないのが現状です。面白いところでは、腸管内の細菌叢により、治療効果や有害事象の頻度が違う可能性、なども報告されています（Routy et al./Matson et al./Gopalakrishnan et al. Science, 2018）。意外なところで免疫チェックポイント阻害剤のバイオマーカーは隠れているかもしれません。

④免疫療法の真実と誤解

今回のノーベル賞受賞により、良くも悪くも免疫療法は現在注目の的となっています。免疫チェックポイント阻害剤のすばらしいところは、多くのがん腫において従来の標準治療薬である細胞障害性抗がん剤、分子標的治療薬の土俵で無作為化試験を行い、全生存期間の延長効果を示したことです。従来から免疫療法といえば免疫細胞療法、ワクチン療法がその多くを占めていました。私も新潟大学第二内科（現・呼吸器感染症内科）で現・新潟医療センター病院長である吉澤弘久先生と、現・埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科教授である各務博先生に師事し、免疫細胞療法の動物実験に関わらせて頂きました。細胞免疫療法はマウスモデルではかなり高い効果を示し、実際それを目の当たりにしていた私はその実現に夢をはせましたが、結局、細胞免疫療法はヒトを対象とした前向き臨床試験では有効性を示すことが出来ていません。

それにもかかわらず、インターネットには玉石混交の免疫療法の情報があふれ



ています。ある調査では、我が国のインターネットブラウザにおける医療情報で正しい情報は約40%にすぎない、と報告されています（Goto et al. J Thorac Oncol, 2009）。症例報告に基づく宣伝を多用し、高額な費用で、有効性が明らかではない治療を患者さんにお勧めするクリニックは未だ減ることはありません。このような自由診療クリニックを批判することは簡単ですが、原因は我々にもあるのかもしれませんが。なぜ“がん難民”と呼ばれる積極的治療を追い求める患者さんが減らないのか。それは我々の適切な情報提供力が不足していること、ひいては緩和医療という概念に対する患者・医療者の誤解が原因のひとつと個人的には考えています。しっかりと正しい治療法は何か、なぜ巷にあふれる免疫療法はダメなのかを説明し、正しい道に導いてあげられるように、我々も努力を続けなければいけないと考えています。

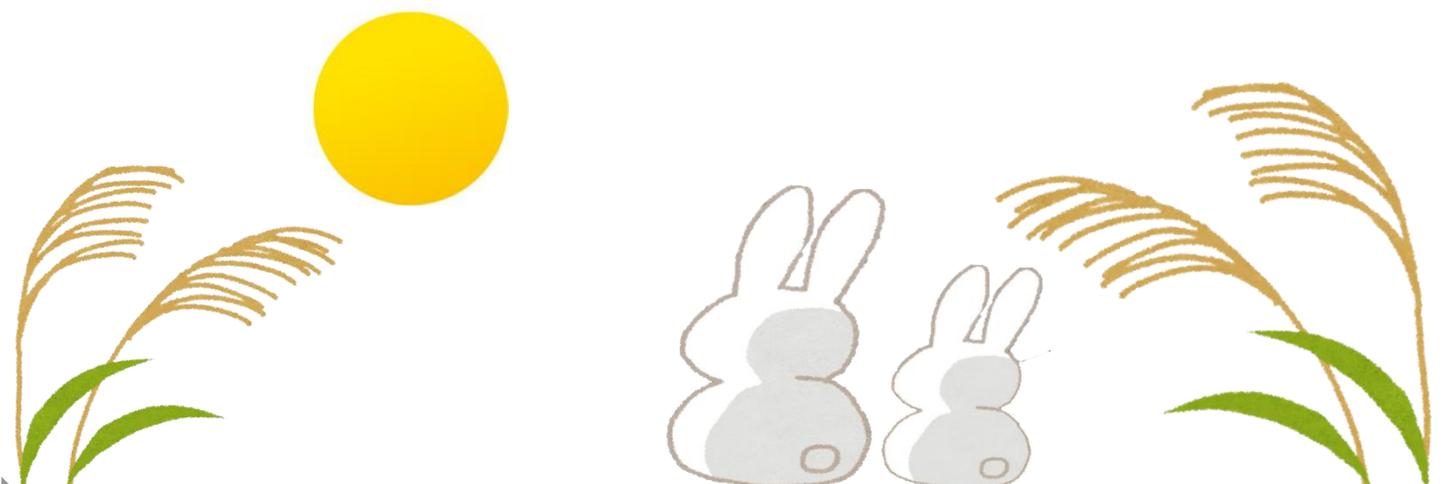
また、夢の薬、と報道されているが故に、その negative な部分の報道はまだまだ少ないのが現実です。現在適応を取得しているがん腫でみると悪性黒色腫、非小細胞肺癌そして腎細胞がんなどでは20%前後の奏効割合が期待できますが、胃がんなどではたったの10%程度です。さらに、いま適応を取得していないがん腫においてはこれ以下である可能性も否定できません。今回の報道により惑わされ、受けるべき標準治療を見失ってしまう患者さんが出ないことを心より祈ります。

～おわりに～

進行期がんに対する治療目標は、単に治療を続けることではありません。がん治療を行いながら、その人らしい生活を送って頂くことが真の目標です。

今回、本庶先生の受賞により、免疫チェックポイント阻害剤治療がさらに脚光を浴びつつあります。先にもご紹介したように有害事象対策、コスト、バイオマーカーなどまだまだ課題は多い治療ですが、患者さんが悩むような有害事象が少なく、長期に効果も持続するこの治療は、がん治療の真の目標に到達できる可能性がもっとも高い薬剤であります。

がん治療、そして免疫チェックポイント阻害剤治療に関する正しい知識を広め、よりよいがん治療生活を患者さんに提供することは、我々ががん治療に関わるスタッフの責務となっています。これからさらに変化、そして進化していくがん治療を患者さんに適切に届けるため、自己研鑽を積んでいかねばと自戒する毎日です。



新潟県立がんセンター新潟病院 平成30年11月外来診療予定表

		月	火	水	木	金
内科 (金曜Cは新潟大学より)	401診	D 張 高明	A 成澤 林太郎	D 廣瀬 貴之	D 栗原 太郎	B 小山 建一
	402診	C 大倉 裕二	D 今井 洋介	C 大倉 裕二	D 石黒 卓朗	D 今井 洋介
	501診		F 谷 長行	F 谷 長行		F 谷 長行
	502診	A 青柳 智也	E 大山 泰郎	A 小林 正明	E 大山 泰郎	B 三浦 理
	601診	B 田中 洋史	A 栗田 聡(隔週)	B 三浦 理	A 栗田 聡	B 田中 洋史
	602診	A 塩路 和彦	A 井上 良介	A 佐々木 俊哉	A 塩路 和彦	C 高山 亜美(午前) C 尾崎 和幸(午後)
	201診	B 呼吸器内科医師		B 梶原 大季		B 馬場 順子
新患 (医師2名隔週交替) ↓*参照	A 成澤 林太郎	B 小山 建一	B 田中 洋史	C 大倉 裕二	A 塩路 和彦	
	F 谷 長行	D 石黒 卓朗	D 今井 洋介	D 廣瀬 貴之	D 張 高明	
*新患は2名の医師が担当します。当日の担当医については内科外来にお問い合わせください。						
A: 消化器 B: 呼吸器 C: 循環器 D: 血液 E: 内分泌 F: 糖尿病						
小児科	1診	小川 淳	渡辺 輝浩	阿部 咲子	小川 淳	渡辺 輝浩
	2診		第3週専門外来(14:00~)	第3週甲状腺外来	専門外来(11:00~ 1週は移植外来)	阿部 咲子
*新患は紹介状が必要です。						
乳腺外科 消化器外科	1診	長谷川 美樹(乳腺)	藪崎 裕(胃)	野村 達也(肝胆脾)	中川 悟(食道・胃)	瀧井 康公(大腸)
	2診	金子 耕司(乳腺)	松木 淳(胃)	瀧井 康公(大腸)	番場 竹生(食道・胃)	丸山 聡(大腸)
	3診	遠藤 麻巴子(乳腺)	會澤 雅樹(胃)	神林 智寿子(乳腺)	森山雅人 (腫瘍内科):午後	野上 仁(大腸)
	4診		角田 知行	高野 可赴(肝胆脾)	井田 在香	林/真鍋/山田
	予防センター-乳腺		金子 耕司	長谷川 美樹	神林 智寿子	神林 智寿子
*乳腺外科は原則予約制です。						
呼吸器外科	1診	吉谷 克雄	青木 正	岡田 英 (~AM10時まで)	青木 正 (~AM10時まで)	吉谷 克雄
	2診		岡田 英			岡田 英
整形外科	新患	吉谷 克雄		吉谷 克雄 (AM10時~)	吉谷 克雄 (AM10時~)	吉谷 克雄
	再 来	骨転移外来 鳥野/佐々木(隔週交替)	鳥野 宏史	小林 宏人	佐々木 太郎	平野 貴文
*完全紹介制です。						
神経内科 (新潟大学より)		齋藤奈つみ		二宮 格		
精神科 (午前のみ)			小林 真理		小林 真理	小林 真理
*当院に受診中であり、主治医より紹介された方のみ対象です。完全紹介制・完全予約制です。						
脳神経外科	1診	高橋 英明		五十川 瑞穂	高橋 英明	五十川 瑞穂
	2診	五十川 瑞穂		高橋 英明	五十川 瑞穂	高橋 英明
	3診					宇塚 岳夫 (4週の午後)
婦人科	1診	横尾 朋和	菊池 朗(午前)	菊池 朗	横尾 朋和	吉田(1,3,5週) 横尾(2週) 菊池(4週)
	2診	吉田 邦彦	高橋 宏太郎	吉田 邦彦	菊池 朗(予約のみ)	高橋 宏太郎
	3診		笹川 基(午前)	遺伝性乳がん 卵巣がん外来 (大学・西野)	遺伝性乳がん 卵巣がん外来 (大学・須田)	
皮膚科	1診 (主に新患)	高塚 純子	結城 大介	竹之内 辰也	竹本 景太	高塚(1,3,5週) 結城(2,4週)
	2診 (主に再来)	結城 大介	竹之内 辰也	結城(1,3,5週) 高塚(2,4週)	高塚 純子	竹之内 辰也
	3診	竹本 景太	竹本 景太	竹本 景太	結城 大介	竹本 景太
泌尿器科	1診	谷川 俊貴	乾 幸平	齋藤 俊弘	齋藤 俊弘	谷川 俊貴
	2診	小林 和博	山口 峻介	小林 和博	山口 峻介	乾 幸平
*新患は紹介状が必要です。						
眼科	1診	原 浩昭	原 浩昭	原 浩昭	原 浩昭	原 浩昭
	2診			佐藤 敬子(午前)	佐藤 敬子(午前)	佐藤 敬子(午前)
頭頸部外科	1診	佐藤 雄一郎(再来)	富樫 孝文(新患)		佐藤 雄一郎(新患)	倉橋 崇史(新患AM)
	2診	高橋 剛史(新患)	高橋 剛史(再来)		富樫 孝文(再来)	
	3診	富樫 孝文	倉橋 崇史		高橋 剛史	
放射線治療科	1診	杉田 公	杉田 公	杉田 公	杉田 公	杉田 公
	2診	松本 康男	松本 康男	松本 康男	松本 康男	松本 康男
	3診	鮎川/金本	鮎川/金本	鮎川/金本	鮎川/金本	鮎川/金本
*木曜日・金曜日は新患の対応ができない場合があります。						
麻酔科	1診	富田 美佐緒	富田 美佐緒	富田 美佐緒	富田 美佐緒	渋江 智栄子
	2診	渋江 智栄子	渋江 智栄子	渋江 智栄子	渋江 智栄子	高松 美砂子
	術前	高松 美砂子	阿部 崇	阿部 崇	阿部 崇	阿部 崇
形成外科		2,4週 13~14時(再来)		坂村 律生	坂村 律生	
緩和ケア科	午前/午後	本間 英之	中島真人	本間 英之	中島真人	本間 英之
	*当院に受診中であり、主治医より紹介された方のみ対象です。					
歯科口腔外科 (日本歯科大学より)	午前/午後		午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後
	*当院に受診中であり、主治医より紹介された方のみ対象です。					
※ 変更となる場合がありますので、事前にご確認ください。(電話:025-266-5111)						

新潟県立がんセンター新潟病院 地域連携・相談支援センター(地域連携部門)

TEL: 025-234-0011 FAX: 025-234-0022 受付時間 月~金 8:30~19:00

がんセンター新潟病院 URL: <http://www.niigata-cc.jp>

原則として予約日当日に行える検査はCT、腹部超音波、MRI、食道・胃・十二指腸内視鏡、PET-CT

時間外のFAXについては、平日夜は翌朝、金曜夜から日曜は月曜の朝にお返事申し上げます