



九州がんプロ養成基盤推進プラン
第1回九州がんプロ全体研修会

九州がんプロ養成基盤推進プラン
第1回九州がんプロ全体研修会

実施報告書 目次

ご挨拶	九州大学 馬場 英司	1
研修会概要		3
参加者一覧		4
症例検討		5
症例検討グループ		8
症例検討グループ発表		9
課題検討グループ		15
「Oncologist とは」グループ討論		16
講演「medical oncologist の役割」	福岡大学 田村 和夫	18
ソウル・アサン医療センター視察報告	九州大学 在田 修二	26
アンケート集計結果		29
感想コメント集		30
編集後記	九州大学 岩間 映二	38

ご挨拶

九州がんプロ養成基盤推進プランでは、がん医療分野の様々な専門家・リーダーを育成するとともに、これらの多職種の専門家が連携してさらになん医療の向上を図ることを目指しています。この専門教育は、本プランに参加している九州 12 大学において精力的に進められてまいりました。各大学の独自の教育内容や取組みを、本プラン参加校の間で共有してゆくことは、専門家育成の上でも有意義なことと思われます。これまでの九州がんプロでも複数の大学が共同で開催する講演会などが行われています。しかし大学院生や履修生、そして教育に携わる教員が一堂に会する機会はまだありませんでした。

平成 25 年度第 1 回九州がんプロ全体研修会は、本プランに参加する各大学の学生、教員が集い、2 日間の症例検討とワークショップを通じて互いの教育、臨床、研究についての意見を交換する事で、より良いがん医療への理解を深めることを目的に開催いたしました。そして同時に、九州内でがん医療に携わる本プランの人々との繋がりを深め、九州内のがん医療連携がより円滑になることも期待しました。

この報告書には全体研修会の講義や議論など豊富な内容が掲載されています。さらに参加いただいた学生、教員の方々の多くの提言や感想もあり、来年度のより内容の充実した全体研修に反映される予定ですので、ご高覧いただければ幸いに存じます。

今回の全体研修会におきまして特別講演を賜りました福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学 田村和夫教授に深謝申し上げます。また会の開催にご尽力いただきました各大学の教員、事務担当の皆様にご心より御礼申し上げます。

九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学講座

教授

馬場英司

研修会概要

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

日時：2013年7月13日土曜日～7月14日日曜日

会場：志賀島 国民休暇村
〒811-0325 福岡県福岡市東区勝馬 1803-1
TEL 092-603-6631

宿泊：志賀島 国民休暇村 (2-3名/室)

参加対象者：九州がんプロ養成基盤推進プランコース大学院生・履修生
九州がんプロコース担当者

参加者：35名 (学生18名、教員17名)

<1日目 7月13日 土曜日>

- 12:50 博多駅筑紫口集合
- 13:00 博多駅発
- 13:40 会場着
- 14:00 開会式 (九州大学 教授 馬場)
- 14:15 オリエンテーション (5分)
- 14:20 アイスブレイキング (35分)
- 14:55 症例提示 (15分×2臓器 (乳腺、消化管)) (30分)
(担当) 乳腺：徳永えり子 (九州大学 准教授)
消化管：鈴木 紳介 (鹿児島大学 助教)
- 15:25 症例検討1 (40分)
各グループに分かれて治療方針について検討
- 16:05 チェクイン (30分)
- 16:35 発表+ミニレクチャー (乳腺) (35分)
- 17:10 発表+ミニレクチャー (消化管) (35分)
- 17:45 症例検討2 (40分)
- 18:25～21:00 夕食、情報交換会
(アサンメディカルセンター研修予定説明)

<2日目 7月14日 日曜日>

- 8:45 会場集合 (症例検討のグループ)、
前日のまとめ、打合わせ (10分)
- 8:55 発表+ミニレクチャー (消化管) (45分)
- 9:40 発表+ミニレクチャー (乳腺) (45分)
- 10:25 休憩 (10分)
- 10:35 課題検討「Oncologistとは」
(グループ討論) (30分)
- 11:05 「Oncologistとは」(発表) (30分)
- 11:35 講演「medical oncologistの役割」
(60分) (福岡大学医学部腫瘍・血液・
感染症内科学 教授 田村和夫先生)
- 12:35 閉会式 (10分)
- 12:45 アンケート回収
- 12:55 宿舎発
- 13:25 博多駅筑紫口着、解散



参加者一覧

参加者 number	研修参加者氏名		所属	性別	職種	身分	参加者 number	研修参加者氏名		所属	性別	職種	身分
	氏	名						氏	名				
1	宮園	真美	九州大学	F	看護師	教員	19	原	幸稔	九州大学	M	薬剤師	がんプロ学生
2	豊福	佳代	九州大学	F	看護師	がんプロ学生	20	中村	太祐	長崎大学	M	医師	がんプロ学生
3	永松	有紀	九州大学	F	看護師	がんプロ学生	21	藤富	真吾	長崎大学	M	医師	がんプロ学生
4	上野	真一	鹿児島大学	M	医師	教授	22	芦澤	和人	長崎大学	M	医師	教授
5	鈴木	紳介	鹿児島大学	M	医師	教員	23	飯田	哲也	長崎大学	M	医師	教員
6	大久保	啓史	鹿児島大学	M	医師	がんプロ学生	24	西田	暁史	長崎大学	M	医師	教員
7	野田	昌宏	鹿児島大学	M	医師	がんプロ学生	25	小林	和真	長崎大学	M	医師	教員
8	馬場	英司	九州大学	M	医師	教授	26	本田	琢也	長崎大学	M	医師	教員
9	徳永	えり子	九州大学	F	医師	准教授	27	楠葉	洋子	長崎大学	F	看護師	准教授
10	吉武	忠正	九州大学	M	医師	教員	28	村田	節子	福岡県立大学	F	看護師	教員
11	在田	修二	九州大学	M	医師	教員	29	新垣	亮太	福岡県立大学	M	看護師	がんプロ学生
12	岩間	映二	九州大学	M	医師	教員	30	岩崎	玲奈	福岡県立大学	F	看護師	がんプロ学生
13	中野	倫孝	九州大学	M	医師	がんプロ学生	31	西坂	恵子	福岡県立大学	F	看護師	がんプロ学生
14	奥村	祐太	九州大学	M	医師	がんプロ学生	32	内藤	淑子	福岡大学	F	医師	がんプロ学生
15	相良	浩輔	九州大学	M	医師	がんプロ学生	33	白橋	顕彦	福岡大学	M	医師	教員
16	大田	恵一	九州大学	M	医師	がんプロ学生	34	戸板	孝文	琉球大学	M	医師	准教授
17	藤本	典子	九州大学	F	医師	がんプロ学生	35	前本	均	琉球大学	M	医師	がんプロ学生
18	河野	裕子	九州大学	F	医師	がんプロ学生							

症例検討

グループでの症例検討の課題として今回は乳腺症例と消化器症例をそれぞれ九州大学の徳永先生、鹿児島大学の鈴木先生に提示していただきました。乳腺は「妊娠期乳癌」、消化器は「骨髄癌腫症を伴った進行胃癌」であり、医学的に非常に興味深い症例でありましたが、実際に先生方が担当されるなかで医学的観点だけでなく全人的ケアが必要な症例を提示していただきました。

1グループあたり4～5名、A～Fの6グループに分かれて検討を行いました。A～Cグループは乳腺症例、D～Fグループは消化器症例について検討を行いました。1日目は主として1次治療について、2日目は2次治療以後の治療と全人的ケアについて検討をしてもらいました。

「症例検討」課題 <乳腺>

妊娠期乳癌に対する治療の考え方

九州大学大学院 九州連携臨床腫瘍学講座

徳永えり子

症例は30歳代の女性。201X年7月頃（妊娠初期）に右乳房腫瘍を自覚し、同年9月近医を受診した。2cm大の腫瘍で線維腺腫疑いと診断され、経過観察となっていた。その後腫瘍が急速に増大したため、同年12月妊娠26週時に当科紹介受診となった。

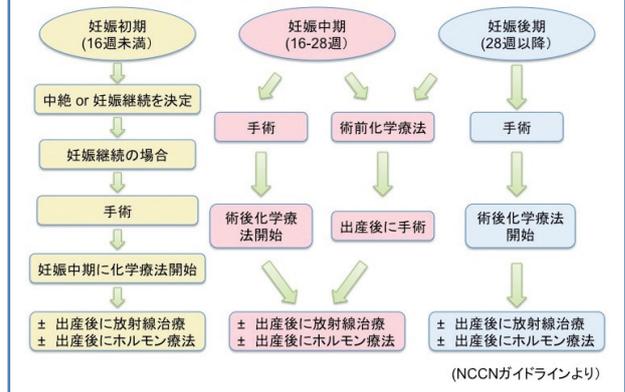
当科初診時右乳房C領域に径6cmの腫瘍を認めた。針生検の結果、浸潤性乳管癌、核グレード2、エストロゲン受容体(ER)陰性、プロゲステロン受容体

(PR)陰性、HER2陰性（triple negative breast cancer, TNBC）、Ki67 index 40%、臨床病期はcT3N0M0, stage IIBと診断された。検査終了時には妊娠27週となっていた。

治療方針は？

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ 乳がんの性質
浸潤性乳癌、核グレード2
ER(-), PgR(-), HER2(-)
Ki67 40% ❖ 乳がんの進行度
cT3N0M0, Stage II B ❖ 妊娠中である
初診時 妊娠26週
検査終了時 妊娠27週 | <ul style="list-style-type: none"> ❖ 妊娠はどうか？ <ul style="list-style-type: none"> ● 継続 ● 出産 ● termination ❖ 手術はどうか？ <ul style="list-style-type: none"> ● 時期 ● 術式 ❖ 薬物療法はどうか？ <ul style="list-style-type: none"> ● 抗がん剤, ホルモン剤, 分子標的治療の適応 ● 時期 |
|--|--|

妊娠期乳癌の治療の進め方



この症例の治療方針を考えるにあたっては、妊娠をどうするか（継続、出産、termination）、手術はどうか（時期や術式）、薬物療法をどうするか（薬剤と時期）を十分に考える必要がある。妊娠期乳癌の治療は、上図のように、妊娠の時期によって方針が異なる。本症例では妊娠後期に入っており、手術あるいは術前化学療法の選択肢があるが、腫瘍が6cmと大きいこと、腫瘍増大がはやく、TNBCという腫瘍の性格から化学療法は必要であることを考慮し、まず術前化学療法を行うこととした。抗癌剤としては妊娠中にも安全性が高いとさ

妊娠と乳癌の予後

- 妊娠期乳癌は、非妊娠期乳癌よりも予後が不良な症例が多い。
- その理由として、①比較的進行した状態、②リンパ節転移が高度、③ホルモン受容体陰性が多い、④若年であることなど挙げられる。
- さまざまな予後因子を合わせると妊娠期乳癌の予後は必ずしも悪いわけではなく、特に早期乳癌では非妊娠期乳癌と予後に差はない。
- 妊娠の選択的中絶により予後が改善するということは示されていない。
- 妊娠期乳癌の妊娠継続に関しては、安易に中絶を勧めることなく、乳癌の進行度や予後、患者の希望などを考慮して慎重に対応するとともに、治療が不必要に遅れたり、不十分となることのないように注意すべきである。

(日本乳癌学会乳癌診療ガイドライン)

妊娠中の化学療法

- 妊娠前期には化学療法は行なうべきではない。
- 妊娠中期以降の化学療法曝露による胎児奇形リスクは、非曝露例のリスクと差がない。
- アントラサイクリン系抗癌剤ベースレジメンの安全性が高いとされ、エビルピシンよりはアドリアマイシンの方が勧められる。
- モトレキサートは流産や胎児奇形発生の可能性が高い。
- タキサン系抗癌剤やトラスツズマブに関してはデータ不足の段階で現在のところ使用すべきでない。

(NCCNガイドライン、日本乳癌学会乳癌診療ガイドライン)

れている、アントラサイクリン系抗癌剤を用いた化学療法を行った。妊娠29週からアドリアマイシン/シクロホスファミド(AC(60/600))を2サイクル施行し、腫瘍は著明に縮小した。妊娠35週4日で分娩。その後すぐに断乳し、ACをさらに2サイクル施行し、腫瘍は径1.9cmまで縮小した。予定通りドセタキセル(DOC, 75mg/m², q3w)に移行した。しかし、DOC1サイクル終了後腫瘍径2.9cmに増大した。DOC耐性と判断し、AC2サイクルを追加したあと、手術(右乳房部分切除、センチネルリンパ節生検)を施行した。術後右乳房に放射線治療を行った。

術後約1年、子どもも1歳になり、保育所に預けて職場復帰することを考え始めた。本人の希望で胸腹部CTを行ったところ、両肺に複数の小さな結

節を認め、多発肺転移の診断となった。再発後の治療方針として、DOC耐性であること、アントラサイクリン治療後の再発であることを考慮する必要がある。また、治療効果だけでなく、副作用、費用、心理的ケア、家族のケアも同時に考えていかなければならない。経口抗癌剤で、これまでのTNBCにある程度の効果が報告されているカペシタビン/シクロホスファミド併用療法(XC)を選択し、現在も継続中である。

妊娠期乳癌の治療法選択においては、乳癌の生物学的特性、治療効果、患者・家族の意思・価値観などを総合的に考慮した柔軟な対応が必要である。



「症例検討」課題 <消化器>

骨髄癌腫症を伴った進行胃癌

鹿児島大学大学院 臨床腫瘍学講座 鈴木紳介

症例は20歳代の女性。主訴は腰痛と食欲不振。

2013年1月18日微熱、紫斑、腰痛が出現し、近医整形外科を受診し、椎間板ヘルニア疑いと診断された。1月21日鼻出血、紫斑が増大し、血液疾患が疑われたため総合病院の血液内科を受診した。血液検査でDIC（血小板 $4.8 \times 10^4 / \mu\text{l}$ ）を伴うleukoerythroblastosisを認めた。更にLDHとALPの著増、腫瘍マーカーは、CEA, CA19-9が上昇していた。1月22日更なる精査加療目的で当院血液・膠原病内科に入院となった。

骨髄生検では充実性蜂巣を形成する腫瘍細胞が骨髄内に充満。細胞質に粘液を持つ腫瘍細胞が診られる。管腔構造の形成はみられなかった。造影CT検査では、胸水貯留、胃壁肥厚、腹膜播種を認めた。また胸骨や鎖骨、肋骨、椎体、骨盤骨、大腿骨など全身骨に無数に骨硬化・不均一な吸収値を示し、多発骨転移の所見であった。上部消化管内視鏡検査では、体下部から前庭部小湾にかけて不正な潰瘍性病変を認め、潰瘍部は粘膜下腫瘍様の隆起も呈しており、粘膜下以深への浸潤が疑われた。胃の生検標本では、大型の異型核を持つ腫瘍細胞が充実性の胞巣を形成しており、一部では細胞質内に粘液を持つ細胞も見られ、骨髄の転移巣と同様であった。以上の所見から、Gastric cancer, L, ant, cType 3, por, cT4N2M1 (LYM, MAR, OSS, P1), StageIVと診断した。

本邦での進行胃癌の標準治療は、S-1 + CDDPと考えられる (Koizumi W et al. *Lancet oncol*, 2008)。しかしこの試験では血小板 $10 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 以下、胸水貯留、広範な骨転移を有する症例は除外されている。DICを合併した進行胃癌の化学療法の有効性

については、これまで単一施設からの報告しかない (Chao Y et al. *Jpn J Clin Oncol*, 2000; Hironaka SI et al. *Gastric Cancer*, 2000; Huang TC et al. *Anti Cancer Res*, 2008; Takashima et al. *J cancer Res Clin Oncol*, 2010)。

我々は、MF療法 (MTX 100mg/m² bolus, day1 + 5-FU 600mg/m² bolus, day1 1週間毎) (Takashima et al. *J cancer Res Clin Oncol*, 2010) で一次治療を開始した。DIC治療としてトロンボモデュリン アルファ (Saito H et al. *J Thromb Haemost* 2007)、疼痛に対してオキシコドンと鎮痛補助薬デュロキセチンを併用した。MF療法は4コース目以降外来化学療法に移行し、6月まで19コース施行。DICと疼痛は改善し、PSは2から1となった。

2012年11月に第2子を出産し、6歳の第1子もいる癌患者であったが、外来化学療法中は家事・育児も可能であった。若い子育て世代の親が癌に罹患した際に、その未成年の子どもたちにどのように親の疾病を理解させるべきかは検討課題であった。我々は母親に成人した子供たち一人一人への手紙を書くことを提案した。

6月のCTで両側腋下リンパ節腫大出現。リンパ節穿刺でmetastatic carcinomaの診断。PDと判断。DICの再燃はなかったため、2次治療としてS-1 + CDDPを選択し、現在治療中である。

症例検討グループ

グループ	研修参加者氏名		所属	職種 (医師・看護師等)	専門臓器 (無ければ記載不要)	身分 (がんプロ学生/教員等)	グループ	研修参加者氏名		所属	職種 (医師・看護師等)	専門臓器 (無ければ記載不要)	身分 (がんプロ学生/教員等)
	氏	名						氏	名				
A (乳腺)	西坂	恵子	福岡県立大学	看護師	消化器	がんプロ学生	D (消化器)	宮園	真美	九州大学	看護師		教員
A (乳腺)	野田	昌宏	鹿児島大学	医師	消化器・乳腺	がんプロ学生	D (消化器)	原	幸稔	九州大学	薬剤師		がんプロ学生
A (乳腺)	藤本	典子	九州大学	医師	呼吸器	がんプロ学生	D (消化器)	河野	裕子	九州大学	医師	呼吸器	がんプロ学生
A (乳腺)	中野	倫孝	九州大学	医師	消化器	がんプロ学生	D (消化器)	内藤	淑子	福岡大学	医師		がんプロ学生
B (乳腺)	新垣	亮太	福岡県立大学	看護師	泌尿器	がんプロ学生	D (消化器)	在田	修二	九州大学	医師	消化器	教員
B (乳腺)	大久保	啓史	鹿児島大学	医師	消化器・乳腺	がんプロ学生	E (消化器)	岩崎	玲奈	福岡県立大学	看護師		がんプロ学生
B (乳腺)	奥村	祐太	九州大学	医師	消化器	がんプロ学生	E (消化器)	前本	均	琉球大学	医師		がんプロ学生
B (乳腺)	藤富	真吾	長崎大学	医師	消化器	がんプロ学生	E (消化器)	大田	恵一	九州大学	医師	呼吸器	がんプロ学生
C (乳腺)	楠葉	洋子	長崎大学	看護師		准教授	E (消化器)	中村	太祐	長崎大学	医師		がんプロ学生
C (乳腺)	小林	和真	長崎大学	医師	消化器	教員	F (消化器)	村田	節子	福岡県立大学	看護師		教員
C (乳腺)	本田	琢也	長崎大学	医師	消化器	教員	F (消化器)	西田	暁史	長崎大学	医師		教員
C (乳腺)	白橋	顕彦	福岡大学	医師	消化器	教員	F (消化器)	戸板	孝文	琉球大学	医師	婦人科	准教授
C (乳腺)	相良	浩輔	九州大学	医師	消化器	がんプロ学生	F (消化器)	飯田	哲也	長崎大学	医師	呼吸器	教員
support	徳永	えり子	九州大学	医師	乳腺	准教授	F (消化器)	吉武	忠正	九州大学	医師		教員
support	上野	真一	鹿児島大学	医師	肝・胆・膵	教授	support	鈴木	紳介	鹿児島大学	医師	血液内科	教員
support	岩間	映二	九州大学	医師	呼吸器	教員	support	馬場	英司	九州大学	医師	消化器	教授
							support	芦澤	和人	長崎大学	医師		教授

症例検討グループ発表

A グループ

九州大学 がんプロ学生 藤本典子

[1日目]

検査終了後(妊娠 27 週)出来るだけ早期に乳房切除術(Bt+Ax)を施行し、術後化学療法を開始する直前に胎児を出産する。Triple negative 乳がんのため、ホルモン療法は無効であることから、術後化学療法のレジメンは FEC を考えた。

[2日目]

まずは PET-CT、頭部 MRI などの全身精査にて再発病変部位の評価を行う。本症例では再発様式、組織診の悪性度より再発病変の外科的切除は困難と判断し、全身化学療法が妥当と考えた。レジメンは ① ADM ② PTX ③ CPA、5-FU、S-1、Capecitabine、VNR などが考えられ、いずれのレジメンにおいても可能であれば bevacizumab 併用を考慮することとした。レジメンの選択にあたっては、副作用(脱毛、痺れなど)による日常生活への影響を考慮する必要がある。

本症例においては根治困難であり、本人とご家族に段階的に予後説明を行っていく。緩和ケア介入を依頼し、本人と家族の心理的サポートを行っていく。また、小さな子供がいるという社会的側面からも、化学療法時は可能であれば chemoholiday を考慮するなどして、無理なく治療を継続できるようにサポートする。

B グループ

九州大学 がんプロ学生 奥村祐太

[1日目]

症例は妊娠 26 週の時点で乳癌と診断された 32 歳女性。乳癌は局所病変ではあるが悪性度の高い組織型であり、短期間で腫瘍が著名に増大を認めていた。経過を考えると早期の治療介入が必要な状況であった。しかし、患者は妊娠中期であり、その点を考慮し方針決定をしなければならなかった。議論すべきポイントとしては、①妊娠はどうか、②手術はどうか、③薬物療法はどうか、以上 3 点を中心に検討を行った。

まず、妊娠については、まずは母体の治療を優先させつつも、一般的に児が母体外で生きるために必要な生理機能を獲得できるとされる 28 週までは妊娠の継続が必要であると私たちは考えました。

また、病状としては手術が必要であり、進行が早く高悪性度の組織型の乳癌でもあることから、術後補助化学療法が必要であると判断しました。しかし、妊娠中期～後期における全身化学療法の胎児に対する安全性については、グループ内で十分な判断根拠を持っておらず、乳癌に対する治療を遅滞なく行うことを最優先とすることが妥当ではないかと判断した。そして、まずは乳房切除術+センチネルリンパ節郭清(または腋窩郭清)を先行し、続いて 28 週を超えた時点で帝王切開による分娩を行い、その 1 ヶ月後より術後補助化学療法を行う方針とした。triple negative 乳癌であったことから、ホルモン製剤や Trastuzumab の適応は無いと判断し、術後補助化学療法のレジメンはアンスラサイクリン系薬剤、タキサン系薬剤を用いたレジメンを考慮した。

以上の検討を行った後、本症例の経過について

主治医がどのように考えマネジメントを行ったかについて実際の治療経過を提示していただき、各グループの治療方針との相違点について確認を行った。

[2日目]

2日目は術後1年で両肺に多発転移再発を認めた本症例において、①再発後の治療方針をどうするか、②治療を行っていく上で考慮すべきこと、以上の2点について検討した。

再発後の治療については、多発肺転移を認めていることから根治目的の外科的切除よりも、延命目的の全身化学療法を行うべきであると考えた。使用可能な薬剤を sequential に続けて使用していき、生命予後の延長と QOL の維持を目的とした治療できるだけ行うこととした。本症例では術前補助化学療法として AC (アドリアマイシン+シクロフォスファミド) 療法が行われており、その後1年経った後の再発であった。そのため、再発した腫瘍についてはアドリアマイシンやシクロフォスファミドについても感受性が保たれている可能性が十分あるものと考え、同薬剤を含むレジメンを選択していく方針とした。現時点で腫瘍は比較的小さく、無症状であることより治療レジメンは外来治療可能であり、有害事象の少ないものから選択していく方針とした。

治療を行う上で考慮すべきこととしては、夫や両親等に対するサポートや、また子供の世話を誰がしていくのか、基本的な生活の場を移すべきかどうかといったことなどが挙げられた。また治療に伴う有害事象が本人の身体、精神、社会生活に与える影響にも配慮をしていく必要があると考えた。

C グループ

九州大学 がんプロ学生 相良浩輔

[1日目]

治療内容と、その治療方針で妊娠が継続可能かを本人に提示し、本人の意思が重要であることを確認した。検査終了時は妊娠27週であり、妊娠を継続しながら28週以降も可能な限り手術は先送りしたい。妊娠中の全身麻酔の安全性が担保される場合は、手術+術後放射線療法を行う方向で議論を進めていった。妊婦の全身麻酔の安全性が担保されない場合は、妊娠を継続したまま放射線療法を先行するという意見でまとまった。薬物療法に関しては、TNBC、妊娠中であるためホルモン療法、分子標的治療は適応外である事は意見が一致した。術前/術後に化学療法を施行するかまたその際のレジメン、術後であればどのくらいの期間空けてから化学療法を行うか、といった具体的な化学療法に関する議論も行ったが、最終的には手術療法が可能か、手術の可否で放射線療法を先行させるかどうか決定していくという方針で発表を行った。

術前化学療法として AC 療法を4コース施行し、DTX に薬剤変更後病勢増悪みられた。患者の復職希望により術後1年の時点で CT を撮影したところ、両葉に単発の転移巣を指摘され、術後再発と診断された。そこで、再発後の治療方針並びに治療で考慮すべきことについてディスカッションを行った。

[2日目]

治療方針については、術後1年での肺転移再発なおかつ TNBC であり、脳転移巣の確認は必須と考えた。また、骨転移の検索を進める方針となった。

全身化学療法の適応と判断し、レジメンとしては VNR、エリブリン、カペシタビン+エンドキサン内服、S-1、PTX+B-mab(DTX 耐性とあるが、

本邦での1つの選択肢として)、アンストラサイクリン系の再投与が挙げられた。患者は復職希望があり、育児の問題もあることから、通院間隔、有害事象の管理からレジメンを検討する方針となった。有害事象に関しては、仕事を行ううえでの美容(脱毛など)、家事・育児の妨げとなるような末梢神経障害、手足症候群なども考慮することが重要だという意見が出た。

両葉に単発の転移のため暫く経過観察できないかという意見も出たが、術後1年での再発である事、また本例では neo-adjuvant chemotherapy で悪性度が高くなっており (Ki67 が 40→80%)、そのような症例では予後不良とされている事も考慮して、何らかの化学療法が必要であるとの見解で

最終的に一致した。

治療を進めていくうえで、相談支援も含めた早期からの緩和ケア体制、有害事象のセルフケア指導に加えて、社会的な問題が数多く挙げられた。具体的には、育児希望の確認、就労世代であり治療費の問題、就労、育児や家族構成、授乳(離乳)や母子の physical contact の問題、本人や夫のサポート(患者会や家族会など)が挙げられ、また医療者のストレスについても配慮が必要であるとの意見が出た。



D グループ

九州大学 がんプロ学生 河野裕子

[1日目]

症例検討では、診断時に DIC、多発骨転移を認め、6歳と0歳の子供がいる既婚若年女性の進行胃癌に対する治療方針を議論した。まず、化学療法、DICの治療、疼痛治療の3つに関して検討した。骨転移による疼痛に関しては、WHO ガイドラインに従い、まずは NSAID から内服し、コントロール困難な場合は、オピオイドを追加する、緩和照射も検討する方針とした。DIC に対しては、トロンボモジュリン製剤を用いる、血小板輸血を必要に応じて適宜行うこととしたが、DIC の原因は胃癌であり、胃癌に対する治療を行わなければ、DIC の改善は見込めない状況で、未治療であれば、かなり予後の厳しい、切迫した状況である。そのため、化学療法を行うのであれば、診断後できるだけ早急に開始する必要がある。胃癌に対する治療をどうするのか、その中でも、化学療法をどうするのかを議論の中心となった。若年者であり、BSC とするよりは、やはり何らかの化学療法を試みるべきだという意見で一致した。PS2、血小板も低い状況であり、全身状態不良で、化学療法に耐えられるのか、難しい判断を迫られた。副作用の危険は高いものの、この状況であれば、最も効果の期待できる治療を行わなければ、改善は難しいであろうと考え、本邦で一次治療の標準治療とされる、SP 療法を第一に考えた。まず S-1 を内服し、数日様子を見て、副作用が許容できるものであれば、Day8 にとらわれず、早めに CDDP を投与し、なるべく治療を急ぐこととした。状態が改善するまでは、輸血は必須となり、その他の副作用の危険もあるが、マネジメントをしっかりと行う方針とし、もし、全身状態が増悪し、SP 療法継続が難しくければ、DIC を合併した DIC に有効との報告もある MTX/5-FU 時間差療法に切り替えるといった案も出た。

[2日目]

実際の1次治療の経過は、MTX/5-FU 療法を行い、DIC、PS が改善し、外来で通院可能となったという状況であったが、残念ながら病状が増悪し、2次治療が必要となった。

そこで、2次治療をどうするか、HBV の再活性化対策、子供への説明をどうするか、この3点について、再度、議論を行った。まず、2次治療については、DIC が改善、PS0 と全身状態良好であったことから、SP 療法を行うこととした。HBV の再活性化については、HBs-Ag(-)、HBs-Ab(+)、HBs-Ac(-)、HBV-DNA(-)であり、既感染パターンと考えられた。化学療法により B 型肝炎再燃の可能性があると知られていることから、ガイドラインに沿って、HBV-DNA を月1回測定し、陽転化するようであれば、エンテカビルを内服する方針とした。ここでは、6歳と0歳への子供への説明をどうするのかという所に最も時間を割いた。まず、誰から子供に話すのか。これについては、患者本人(母親)の精神状態にもよるが、両親からがよいであろうという話となった。医療従事者も可能な限り介入し、子供、夫、両親のケアも必要であると考えた。次に、どこまで子供に話すのか。6歳児に「死」「がん」という概念が理解できない可能性もあり、紙芝居や絵本などのツールも用いながら、医療従事者も介入し、母親が病気であること、薬が必要で、きつときもあることは話しておいた方がよいだろうと考えた。子供の精神状態にも十分な注意を払う必要があると思われる。また、0歳児は、今すぐに母親の病状を理解することは難しいため、今後の状況にもよるが、必要に応じて、将来読めるような形で手紙などを母親から書いておくのも一つの方法ではないかと考えた。

DIC を合併した全身状態不良といった状況で1次治療をどうするのか、子供への対応をどうするのか、特に判断の難しい症例であった。今回のグループには、医師、薬剤師、看護師が含まれて

おり、様々な視点からの議論が行われたと思う。実際の日常診療でも、既に行っていることではあるが、診療方針の決定に、多職種間の連携が重要であることを再認識した。

E グループ

九州大学 がんプロ学生 大田恵一

[1日目]

① 一次治療について

悪性腫瘍に随伴する DIC であるため、DIC よりも悪性腫瘍そのものの治療を優先し、なお且つ全身状態の悪化および血小板低下のリスクを考慮しつつもフルドーズで行うべきと考える。血小板低下などの有害事象に対しては、輸血などで対応する。レジメンについては本来の標準治療である CDDP+TS-1 が適当であると考え、万が一用いることの出来ない場合には、CPT-11, OHP, PTX, S-1 などの単剤療法も検討する。

② DIC の治療

化学療法と同時に、リコモジュリンでの治療を開始する。血小板数や凝固系のデータ、DIC スコアを参考にして適宜血小板や FFP の補充を行う。

③ 癌性疼痛・夜間に増悪する痛みの治療

腰痛に関しては、荷重部への骨転移であれば放射線緩和照射を検討する。

その他にも骨転移が散在していればゾメタやランマークを使用する。

鎮痛に関しては WHO ラダーに従い、NSAID s および経口摂取可能であればオキシコンチン内服、不可であれば貼付剤、静脈投与、皮下投与を検討する。

「夜間に増悪」からは精神的要因も考えられるため緩和ケアチームと連携し精神的ケアも行う。本人のみならず夫や子供に対するケアも同時に行う。

[2日目]

④ 二次治療について

腹水・胸水の消失および DIC や PS の改善を確認出来ていれば、本来の標準療法である CDDP+S-1 を開始する。場合によっては S-1, CPT-11, PTX などの単剤治療も検討する。

⑤ HBV 再活性化について

HBc-Ab 陽性、HBs-Ab 陽性、HBs-Ag 陰性であれば HBV-DNA の定量を一か月毎に行う。もし HBV-DNA 定量にてウイルスが確認されれば核酸アナログ製剤の投与を開始する。

⑥ 未成年の子供への対応

基本的には、本人および主人の希望を聞きそれに従う。親族とも意見を一致しておいていただく。病状の正確な把握は困難と思われるものの、理解できる範囲で説明する。また、今後大人になってからもいつでも母親の病気について説明できる準備があることを伝える。

「おりこうにしてたらお母さんよくなるよ。」などの発言は控えるとともに家族・親族へも発言に留意するよう促す。

母親からは将来の子供のために手紙をしたためておくことを提案する。

F グループ

九州大学 吉武先生

[1日目]

まず、DIC を合併した進行胃癌についての治療法ですが、化学療法が第一選択となると思います。標準的には CDDP+TS-1 を考えるのですが、これは PS2 の方にやるのは辛いのかなと思われますので、まず TS-1 内服単独から始めることを考えます。肝炎については詳しいデータがちょっとわからなかったのですが、必要ならば核酸アナログにて肝炎の治療も並行していきます。また、化学療法とともに栄養状態を改善が落ちてくる可能性もある

ので、例えば TPN などを行っていきます。もちろん、これらの治療の前には治療意欲について確認が必要となります。

DIC の治療についてですが、原則は原疾患の治療が第一ですが、データによっては輸血、抗凝固剤、フサン、ミラクリッドなどを投与します。

Pain control については、WHO のガイドラインに従い、まず NSAIDs から初めて、その後、オピオイドを併用します。また転移による局所症状がある場合や脊椎などに溶骨性変化を伴うような転移があれば、骨折すれば ADL 低下の原因にもなりますので、放射線治療も検討します。また、デノスマブやビスフォスフォネート製剤も併用していきます。また夜間に痛いとのことですが、痛みの性状にもよるとは思いますが、眠剤や抗不安薬投与を追加していきます。また、不安が強い場合は、緩和ケアチームにも介入していただいて、本人だけでなく、夫や子供の心のケア、働いていたことで収入の面などもあると思いますので、ソーシャルワーカーの方に相談して対策を立てていくと。以上、話し合いました。

[2日目]

F グループが考えました2次治療としましては、やはり CDDP+TS-1 を用いて治療するのがいいのではないかと考えました。PET 検査などで全身の状態を評価し、症状がある病変があれば、それに対して放射線治療を行って緩和を行っていったらどうかという話が出ました。

B 型肝炎の再活性化についてですが、既感染の状態と考えられますので、月 1 回の DNA 測定を行っていき、陽性化すれば治療を行う必要があると思います。

3 番目の子供への説明をどう行っていくか、ということに一番時間がかかりました。なかなか明快な結論というのは出なかったのですが、子どもと一緒にいる時間を確保していく、できるだけ接して、その間にそれとなく伝えていく。両親同士が、どう伝えたいかを話し合って進めていく。家族、親類も含めて、意見を調整していく。心理療法士など第三者によるサポートを得る。また、ビデオレターを残して、子供さんが物心ついた頃に伝えて理解してもらおう。医師から特に直接子供に説明をしていいのかという意見がでましたが、結局は明らかな答えは出ませんでした。というのは私自身も直接子供さんに伝えた経験はありませんので、なかなか難しいなと思います。子供の気持ちを手紙などに書いてもらう。看護師などチームを組んで、特に小児専門看護師に介入してもらう。社会的資源の活用児童相談所などに相談する、そういう事が可能かどうかわかりませんが、そういう話もできました。子供に予後伝えるかどうか、これについても家族は脆いこともあるので、慎重な対応が必要ではないか、という意見がでました。以上のような様々な意見が出ましたが、具体的に意見が、なかなかまとまらず、難しい議題でした。



課題検討グループ

Group	研修参加者氏名		所属	職種 (医師・看護師等)	身分 (がんプロ学生/教員等)	Group	研修参加者氏名		所属	職種 (医師・看護師等)	身分 (がんプロ学生/教員等)
	氏	名					氏	名			
0	西坂	恵子	福岡県立大学	看護師	がんプロ学生	R	奥村	祐太	九州大学	医師	がんプロ学生
0	楠葉	洋子	長崎大学	看護師	准教授	R	藤富	真吾	長崎大学	医師	がんプロ学生
0	宮園	真美	九州大学	看護師	教員	R	本田	琢也	長崎大学	医師	教員
0	原	幸稔	九州大学	薬剤師	がんプロ学生	R	河野	裕子	九州大学	医師	がんプロ学生
0	村田	節子	福岡県立大学	看護師	教員	R	内藤	淑子	福岡大学	医師	がんプロ学生
P	新垣	亮太	福岡県立大学	看護師	がんプロ学生	R	大田	恵一	九州大学	医師	がんプロ学生
P	岩崎	玲奈	福岡県立大学	看護師	がんプロ学生	R	鈴木	紳介	鹿児島大学	医師	教員
P	豊福	佳代	九州大学	看護師	がんプロ学生	S	藤本	典子	九州大学	医師	がんプロ学生
P	永松	有紀	九州大学	看護師	がんプロ学生	S	中野	倫孝	九州大学	医師	がんプロ学生
Q	野田	昌宏	鹿児島大学	医師	がんプロ学生	S	白橋	顕彦	福岡大学	医師	教員
Q	大久保	啓史	鹿児島大学	医師	がんプロ学生	S	相良	浩輔	九州大学	医師	がんプロ学生
Q	小林	和真	長崎大学	医師	教員	S	中村	太祐	長崎大学	医師	がんプロ学生
Q	前本	均	琉球大学	医師	がんプロ学生	S	飯田	哲也	長崎大学	医師	教員
Q	西田	暁史	長崎大学	医師	教員	support	上野	真一	鹿児島大学	医師	教授
Q	戸板	孝文	琉球大学	医師	准教授	support	岩間	映二	九州大学	医師	教員
support	在田	修二	九州大学	医師	教員	support	馬場	英司	九州大学	医師	教授
support	吉武	忠正	九州大学	医師	教員	support	芦澤	和人	長崎大学	医師	教授
support	徳永	えり子	九州大学	医師	准教授						

「Oncologist とは」グループ討論

あるべき Oncologist についてグループ討論を行いました。

グループは O,P,Q,R,S の 5 グループに分け討論を行いました。グループの構成メンバーの職種はできるだけ統一し、職種ごとに異なる意見が出ることを期待しました。

グループ内で司会、書記、発表者を決め、討論の形式として KJ 法を用い、模造紙に意見をまとめてもらって、各グループ毎に発表を行いました。

O (看護師主体)

コミュニケーション能力、人間性、倫理、対象理解を基礎としてオンコロジストとして培われた英知が存在すべきである。それを元に患者や家族の自己実現を目指す人であるべきである。

P (看護師主体)

治療の中心は患者さんであり、患者さんの希望を聞いて優しさを持って接してほしい。患者さんの家族背景とか状況を考慮に入れたうえで治療方針を決定してほしい。患者さんへの説明の時には医療スタッフも同席して一緒に話をしたい。医療スタッフを使って、何かの時にはお互いが助け合えるような関係を作り上げてほしい。医師間においても垣根をなくして話し合い、患者さんの選択枝を増やしてほしい。

Q (外科、放射線科医師主体)

日々勉強し、新しい知識を取り入れるがんの専門家。チーム医療を行う。患者さんとの関わりに対して情熱や思いやり誠実さなどの資質を持っていることが重要。チーム医療、患者さんとの関わりどちらにおいてもコミュニケーション能力が必要。それに加えて医師自体も健康でなければならぬためワークバランスが必要である。

R (内科医師主体)

真摯な姿勢でがん治療をおこなう。研究、臨床、教育という大きな柱があると思う。がんの治療を進歩させるために研究を行い、臨床に結びつけ、後輩への教育をおこなうことが重要。患者の気持ちが分かる、患者の死生観を尊重することも重要である。チーム医療においてリーダーシップは Oncologist がとるべきであると思う。

S (内科医師主体)

横断的（臓器横断的、多職種、他施設）に診療を行うために、人格者、バランスが取れる人間でなければならない。

いずれのグループにおいても、あるべき Oncologist は人間性が重要であり、チーム医療が出来る人、医師としてのスキルがあるということでは共通していたが、看護師を主体としたグループは医師を主体としたグループよりも、人間性や患者さんへの接し方などに重きを置いている発表が多いと思いました。この討論を通して、各職種が考えている Oncologist の姿が浮き彫りになり、より良い治療の手助けになるものと考えられました。



講演「medical oncologist の役割」

福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学 教授 田村和夫先生

こんにちは。福岡大学の田村です。今日は腫瘍内科医の役割、そして何をを目指しているのか、ということをお話したいと思います。

はじめに、がんの自然史からお話したいと思います。まず、遺伝あるいは環境要因により何らかの遺伝子異常が起こり、それが蓄積することによって前癌状態、そして小さながんになります。さらに進行がんとなって浸潤・転移が起こります。合併症を生じ、悪液質となり、癌死を迎えることとなります。この経過の中で、みなさんがどの段階の医療を担っているかをまず知っておく必要があります。例えば HPV、C 型肝炎ウイルスを除去したり、口腔内ロイコプラキアなどの前癌病変を切除するなどの、発がん予防というのが本当は一番重要なのだと思います。しかし癌になった場合でも早期がんで発見すれば、手術や放射線などで治る可能性が高いのですが、不幸にして進行がんになってくると、治療の目的が QOL の向上、延命というところにシフトしていくこととなります。

2006 年、がん対策基本法が国会で可決され、そして 2007 年 4 月 1 日に施行されました。その基本理念は研究の推進と啓発、医療の均てん化、患者の尊重です。そして、これを実際に動かすために基本計画が閣議決定されました。第一次の基本計画として、2007 年 6 月より、専門家を育成すること、治療の初期段階からの緩和ケアの実施、そしてがん登録について、重点的に取り組むべき課題として取り組んできました。がんによる死亡を 20%減らすというのが一番の大きな目標でした。そして第一次基本計画の 5 年間のまとめを受けて、昨年 6 月に第 2 次の重点的に取り組むべき課題が出されています。放射線治療と化学療法を専門に扱う医師、看護師、薬剤師を含み、さらに第 2 次

基本計画では手術療法というのも入りました。2 つ目の大きなポイントは、腫瘍と診断された時からの緩和医療を行う、ということです。そして 3 番目は、がん登録の推進です。これまでがん診療連携拠点病院が中心になって実施されてきたのですが、今後は一般病院を含めてがん登録が行われるようになります。それから 4 番目は、働く世代や小児がん対策です。小児がんでは家族も含めケアを行いますので、大変な労力と設備が要りますね。これらは非常に難しい問題ですが、今色々と検討されている段階です。

さて、腫瘍内科学、medical oncology の定義は、担がん患者のケアにあたって全身的な治療を研究する discipline、学問であり、それを実践する専門医が腫瘍内科医ということになります。腫瘍内科学の実際の臨床とは、基本的な腫瘍学全般を理解した上で、それを臨床の場に応用することです。具体的に言いますと、診断、悪性度の確定、病期決定、患者家族との治療法の決定、がん薬物療法、疼痛の効果的な緩和、そして他の関連科やサービスとの連携を行うことです。これをすべて実践することが集学的治療すなわち multidisciplinary treatment となります。

腫瘍内科にはどのような知識と技術がなければならぬか、ヨーロッパの腫瘍内科学会と、アメリカの臨床腫瘍学会が、global curriculum in medical oncology というものを作成し、2004 年に発表、2010 年に改定されています。悪性疾患の診断・治療の総論、基本的なところを抑えたうえで各種がんの治療、管理を行う。それから psychosocial な問題や患者教育です。若い医師や看護師や薬剤師を教育するというのもそうですが、実は患者教育というのも重要な我々の仕事で

す。bioethics、法的・経済的な問題もあります。最近の抗癌剤はすごく高価ですよ。高額医療制度があったとしても年金生活を送っている人などにとってはとても大変なことです。それから最後に技術的な問題として、抗癌剤を投与できること、骨髄穿刺・生検できること、その結果を解釈できること、オンマヤリザーバー、腰椎穿刺、これらを腫瘍内科医はできなければならないということです。腫瘍内科の役割を一言で言いますと、薬物療法で治せる可能性のあるがんを、副作用を最大限コントロールして、徹底して治療する、つまり手を抜かないということです。これは治癒を目指す腫瘍についての話です。ただし、これには代償があります。治癒を目指す治療だと、患者さんがへとへとになるまでやるわけですね。本人が理解、納得して、まず何よりも家族、それから医師、看護師、薬剤師さんなどの医療者による心身、経済的なサポートが必要です。今はNK1受容体拮抗薬、アプレピタントがありますが、以前はそれこそガールベースを離せないぐらい、吐いたわけですね。眠らせないとなかなかうまく行かないことさえあったわけです。でもそれだけの代償がないと治癒は目指せないということです。患者さんと向き合って、徹底して治療しないとイケない。我々腫瘍内科医そして薬剤師や看護師さんが一緒になってチームでやらないとイケない。これがプロだと私は思っているわけです。

次に代表的な技術だけお話ししますが、癌性髄膜炎では、薬剤は血中から髄液内に十分入りませんので、腰椎穿刺をして、薬を髄液内に投与します。しかしながら髄腔内は癌細胞によって癒着を起こしますので、オンマヤリザーバーを頭頂部に作って、薬を直接脳室内に入れます。こういった治療の適応を知って、実際に自分がこれできないとイケません。また、固形がんでも、原因不明の貧血、血小板減少症、出血傾向、DIC、白赤芽球症という病態、これらの所見をみたら骨髄癌腫症を疑って、骨髄穿刺をし、骨髄検査所見

の解釈ができないとイケない。その中には薬物療法が奏効する患者さんがいるので、選び出してきちんと治療しないとイケません。また、FOLFOX、FOLFIRIのように24時間のインフュージョンポンプを用いた治療の場合にはポートの作成・管理が必要になります。それから入院中では中心静脈のラインを入れる技術も、きちんとできないとイケません。造血幹細胞移植についても、その適応を理解しておく必要があります。

治すことができるがんというのは支持+療法を駆使して、徹底して治すことに努力するということとなりますが、進行再発癌は、残念ながら現在の我々の実力では治せません。だからQOLの改善、延命、すなわち支持緩和医療をするということとなります。乳癌をモデルにして紹介したいと思いますけれども、乳癌は手術療法と放射線療法と薬物療法の3つを駆使して、治す、あるいはいい状態を保つことが計られています。乳房内に腫瘍があると、その周りにすこし浸潤した細胞があるかもしれませんし、リンパ節転移、小さな転移が肝臓にあるかもしれませんが、こういう小さな細胞は見えません。手術ではセーフティマージンをとって腫瘍を取ります。根治的な手術をして、その周囲に腫瘍細胞が残っているだろう、あるいは残っているかもしれないという時には、局所に放射線照射をすることになり、一方で肝臓に小さな転移巣があった場合には、薬物療法をやっていくこととなります。私は乳癌もリンパ腫等と同じように、早期がんでも目に見えない転移があると思っています。ドイツのグループが千数百例の患者さんの骨髄を全部採って調べたところ約20%に上皮系の細胞が骨髄にあり、その人達は予後が悪い、再発が多いということが言われています。すなわち、早期癌と言いながら、乳癌の場合にはかなり初期の段階から、小さい転移が存在していると思っています。では乳癌の手術療法の意義というのは何かというと、まず腫瘍を手術で取る、すなわち腫瘍量を減らすということです。腫瘍量が

減れば治療がやりやすい、抗癌剤も放射線も小さいほうが効果がいいです。それから組織学的に、癌であることを確認し、ホルモン受容体、HER2、あるいは遺伝子タイプなどの生物学的な特徴を知って、予後の予測それから治療方針を決定するということだと思います。そしてリンパ節生検などによって、病気の広がりを知る、すなわち病期を決定するということになります。これが私達腫瘍内科医から見た、乳癌の手術療法の意義と思っているところです。

われわれの仕事は、薬物療法の副作用、トラブルをできるだけコントロールしながら患者さんをいい状態に持ってくるということです。薬には大きく分けて2種類あります。殺細胞性のいわゆる抗癌剤、それからホルモン薬、分子標的薬です。従来型の抗癌薬について、薬の量と副作用との関係を見てみますと、薬を増やせば増やすほど毒性が増します。そしてもちろん効果は上がるけれども、これ以上毒性が増すと危険であるという閾値があります。一方で、せめてこれぐらいは効果があって欲しいという、抗腫瘍効果の最低のところがあります。この間が使用できる薬剤の量で、比較的安全で、ある程度の効果が望めるということですが、その安全域は非常に狭いんですね。従来の抗癌薬を十分に効かせるためには予定した抗癌薬をスケジュール通りに使用することが重要です。治療強度、dose intensity、そして総投与量も重要になります。治療強度の表し方についてですが、例えば乳癌のAC療法では、1コースあたりアドリアマイシンが60mg/m²使われますけれども、3週間に60mg/m²ですので、1週に20mg/m²になります。それを治療強度、dose intensity (DI)といいます。乳癌にはCAF療法というのがありますが、標準量のCAF療法では普通8割ぐらいの奏効率が得られるのが、例えば50%ぐらいのDIですと、奏効率が40%ぐらいに落ちるわけですね。奏効率と治療強度というのはわりと直線的な関連があり、有効な抗がん治療をするためには単位時間あたり

の薬剤量が保たれないといけないということになります。次にCALGBというグループの研究ですが、CAF療法でエンドキサン600mg/m²、アドリアマイシン60mg/m²、5-FU600mg/m²の3週間毎4コースを、400mg/m²、40mg/m²、400mg/m²を6回、300mg/m²、30mg/m²、300mg/m²を8回にしても総投与量は変わりませんが、治療強度は落ちていきます。この結果を見てみますと、300mg/m²、30mg/m²、300mg/m²の群はやはり10%以上成績が落ちていました。次に、もっと増やしたらどうかという研究も同じグループがやっています。AC療法で、エンドキサンを600mg/m²に一定にしておいて、アドリアマイシンを60mg/m²から75mg/m²、90mg/m²に増やしてみたらどうなるか。結果は、再発率も死亡率も変わらなかったんです。ということは、アドリアマイシンは60mg/m²が至適量で、それ以上増やしても意味がない、ということです。治療強度と効果はある程度直線的な関連がありますけれども、ある一定以上になるとプラトーになって、それ以上の効果は得られないということですね。至適投与量というのがあるということをやまず押えてください。次に総投与量です。これはイタリアのグループがやったstudyですけれども、エンドキサン、メトトレキサート、5-FUで、CMF療法というのがあります。これを6コース群と12コース群で比べてみても差はなかったんですが、次に3コースにしたところ、成績が落ちるということになりました。したがって一定の治療回数、総投与量のある程度超えてもプラトーになるので意味がない、しかし、ある一定以上無いと効果が落ちるということを示しているんですね。総投与量も必要だし、治療強度も必要ということです。次に治療強度を強くする方法として、dose dense というのがあります。これは3週間毎を2週間毎にしましょうということです。通常骨髄毒性が回復するまで、大体3週間ぐらいは待っているわけですね。腫瘍細胞もちろん回復するんですけども、骨髄機能のほう

が先に回復するので、3週間待てば、次の治療が入ります。そうしますと、腫瘍と正常細胞の間が開いてきて、腫瘍がゼロになれば治る、ということになります。悪性リンパ腫などの治療はこれに当たるわけですね。それを G-CSF を使って2週間毎にすると、もっと早くて深いレミッションに入れられるんじゃないかということです。これを **dose dense** と言います。3週毎を2週間毎にすると、治療強度も上がるわけですね。これも CALGB という同じグループが、本当に **dose dense** の意味があるのかという研究をしました。AC 療法の後のパクリタキセル8コースで、3週間毎と2週間毎と比較したわけですね。そうしますと2週間毎にやったほうが、全生存率で上を走っています。わずかな差ですけれども、1000例ぐらいの規模ですと、有意差をもって良いという結果が出ています。なかなか **dose dense** で維持する、定期的に薬をやるのは難しいですね。悪性リンパ腫の場合ももっとひどくて、83%以上の治療強度であれば、5年で8割以上は治るわけですが、わずか17%の治療強度の低下、すなわち2週間ぐらい治療予定日を延期してしまうだけで50%の生存率の差がでるんです。だから薬は安易に減らしたら、もう治療は成り立たない。ここは腫瘍内科医のプロとして、薬を使うプロとして、治りたいのであれば決して手を緩めてはいけません。今日のメッセージとしては是非伝えたいと思います。次に総投与量の方ですけれども、これは CMF 療法、術後補助療法なんですけど、総投与量が85%以上投与できた群とそうでない群で見ると、85%以上はコントロール群よりも上をいっていますが、そうでない群はほとんどコントロール群と変わらないんです。つまり、CMF 療法を総投与量で85%以下しかできないのであれば、むしろやらないほうが良いと、いうことです。まとめると、治療効果には治療強度と総投与量が関わっています。ある一定の治療強度とある一定の総投与量がないと、望む治療効果が得られないということを是非覚えておいてくだ

さい。

次に分子標的薬について簡単にお話したいと思います。現在私達が使えるようになっている新薬の、7割から8割は分子標的薬になります。分子標的薬の場合は、いわゆる従来の抗癌薬、**cytotoxic agent** と違う **toxicity profile** を持っています、血球減少は比較的軽いですが、皮疹や間質性肺炎、抗体薬では **infusion reaction**、アバスタチンでは高血圧などがあります。エベロリムスあるいはテムシロリムスといったような **mTOR** 阻害薬では、間質性肺炎が35-50%と、かなりの確率で起こるということは知っておかないといけない。一方で、抗体薬、高分子化合物では **infusion reaction** が結構多いですね。これらの毒性と効果とのバランスが最も良い所を推奨容量として使っています。

分子標的薬として最初に出たイマチニブは、これが出るまでは大体3年半から4年ぐらいで急性転化してほとんど亡くなっていた慢性骨髄性白血病の薬ですけれども、この一剤を内服するだけで5年生存率90%と、かなり高いレベルで維持ができます。たった一剤で10年以上前とまったく治療戦略が変わってしまいました。イマチニブは **driver gene** である **BCR/ABL** という遺伝子、その蛋白に対して、まさにそこに嵌るようなお薬なんです。こういう薬がでてくればいいんですけど、多くの分子標的薬は、従来の化学療法をしっかりとやって、それに併用することによって上乘せ効果が得られる薬です。がん薬物療法専門医のもっとも重要な役割は、がん薬物療法を安全で効果的に実施できること、そして従来の抗癌薬の効果を障害しないで、分子標的薬を上手に使うことが求められます。従来の抗癌薬による標準的な治療をスケジュール通りに完遂させるのがまず第一で、分子標的薬が標準的治療を障害してはいけません。この分子標的薬を使うことで、たとえば **rituximab** でだいたい10%の嵩上げなんですね。我々は分子標的薬といいながら、まだそれぐらいの効果を得られる薬剤しか持っていないことをよ

く知っておいていただきたいと思います。

最後に、がん薬物療法を安全で効果的に実施するという事は患者さん、すなわち年齢、パフォーマンス、臓器機能、それから psychosocial な問題点をよく理解する。腫瘍の生物学的な特性、病期、悪性度などをよく理解してそして治療方針を決定する。そして支持療法を安全に整えて、そして局所療法である外科、放射線療法、そして全身療法であるがん薬物療法を駆使して治療を行っていくということになります。そこには医師のプライマリケアをやってくれる人、病理医、血液の専門医、腫瘍内科医、そして専門看護師、専門薬剤師さんたちがチームを作って、治療を行っていく必要があります。

それから、もうすでに問題になっていることですが、癌は高齢者の病気であって、若い人の病気じゃないんです。癌の罹患者の 61 歳以上の方が 78%、65 歳以上の方が 67%。3 分の 2 の人が 65 歳以上で発生するんです。死亡する人の 8 割は 65 歳以上です。ということは、がんは高齢者の病気であって、若年者のほうが例外的なんです。このことを知っておいてください。というのも高齢者はまず寿命が短いんですね。そして、さまざまな併存症も持っています。糖尿病、高血圧、脳卒中、心筋梗塞などですね。私達の検討では、65 歳以上の人で 8 剤の薬を飲んでいました。ヨーロッパの報告では 11 剤と書いてあります。薬物相互作用はとても難しいですね。生理学的機能が低下している。認知能や、社会的、経済的にも制限がある。そして、一番難しいのは個人差がものすごく大きいということです。我々はアルゴリズムを使って、包括的な高齢者の機能評価をして、治療方針を決めています。みなさんと一緒に日本人に合ったツールを作らないといけないと思います。

そして最後に集学的治療の話をしてします。集学的治療とは、専門家がそれぞれの専門性を最大限発揮して、連携して患者さんを診療することです。連携してやっていくことが重要ですが、お互いに

オーバーラップしても構いません。James Holland という Roswell Park にいた非常に有名な腫瘍内科医が腫瘍学のテキストブックを書いてまして、この中で腫瘍内科医の役割を書いています。腫瘍学治療の担い手は、すこしずつシフトしていく可能性があります。外科医、放射線科医は主として根治的な治療を担いますので、病初期の段階の役割が強いと考えられます。初期の段階から緩和ケアを行う話が出ていますけれども、緩和ケア医が重要な役割を担うのは特に後半部分でしょう。看護師、薬剤師さん、ソーシャルワーカーなどは最初から終わりまで大変なご苦勞をかけていることになろうかと思えます。すなわち癌の進行に伴って、ある程度役割がシフトしていくことは考えておかないといけないと思います。それから私達は病院の中だけではなくて、地域との連携の中で患者さんを見ていかないといけないと思います。患者さんは今や外来治療にシフトしてきています。外来治療中の患者さんをどのようにケアしていくかについては、地域との連携が重要ということになります。

まとめますと、支持療法、緩和医療の上に外科治療、放射線治療、化学療法、あるいは免疫細胞療法があります。患者家族と医療関係者が協力して、がんの治療を行います。がんの集学的な実際の治療はチームで行われます。各専門家は患者の状況に応じてシフトします。この中で腫瘍内科医はどの段階においてもある一定の役割を担います。限られた医療・社会資源の中で、それを最大限活用するためには、機能的な体制とそしてそれぞれの専門家のレベルと質をあげるということと、お互いの連携が重要であろうと思えます。以上で私の話を終わりにさせていただきます。

質疑応答

*九州大学 九州連携臨床腫瘍学講座
岩間映二先生

Q ご講演ありがとうございました。オンマイヤリザーバーのことでお聞きしたいのですが、もしオンマイヤリザーバーを入れた場合に、いつまでそれを続けたいか、その適応などについて、教えていただければと思います。

A 固形がんで適応になるのは限られていると思います。髄腔内に入れられる薬剤というのは、4剤しかありません。そして、固形がんでメトトレキサートと AraC に感受性がある腫瘍というのはあまりありません。乳癌と小細胞癌の一部には効くかもしれませんが、あくまでも palliative な治療なので、固形癌の場合は入れるまでの適応はないんじゃないかと思います。一方でリンパ腫と白血病などの血液の領域では、かなり有用な可能性があって、特に移植を前提として、髄腔内に播種している場合にはなかなか lumbar puncture からでは薬が十分脳室内まで行かないので、ここから入れることが多いです。最初は週2回で4週間程度やって、そして週1回、月1回、3ヶ月に1回と減らしながら、ある意味で延々とやっていくことになります。

*九州大学 九州連携臨床腫瘍学講座
在田修二先生

Q 先生の今日のご講演の中で、キュアを目指す場合に決して手を抜いてはいけない、と強調されていらっしやいましたけれども、固形がん、特にその進行がんを診ていると、なかなか治療のゴールをキュアに置けない方が多くて、いつも病棟の担当医と治療のゴールをどう設定するか、話し合いながら治療を進めています。今日お伺いしたいのは、血液腫瘍の一部にはキュアがかなり難しいと考えられるような方もいらっしやるかと思うんですが、そういった方にどこまで積極的な治療を考えていくのかとか、どこからがキュアを目指す治療からケアを目指した治療にシフトしていくのかというのを伺いできればと思います。

A これはまさに毎日悩んでいる問題を挙げて

いただいたと思うんですけど、固形がんで治療を目指すというのは、adjuvant 療法だと思うんですよね。乳癌で本当に adjuvant 療法で患者さんのキュアの確率をすこしでもあげたいのであれば、手を抜くべきではない。悪性リンパ腫にしる急性白血病にしる、curable disease なんですね。だから、成人で PS も良くて、臓器機能も良ければ、徹底してやるということになると思います。一方で高齢者で PS 不良、臓器機能障害があったりすると dose reduction して始める、あるいはやらないほうがいいたらうと考えれば、やりません。その状況でも患者さんの中には是非やりたいという人もいますよね。その場合には curative を目指した治療ではなくて、palliative な治療にシフトしていきます。そこでは、いくつかの指標などのツール、あるいは全身状態とかを考慮して、患者さんの治療方針を決めていくということになると思います。80歳の悪性リンパ腫でも問題ない人は、きちんとやれば治ります。それから60歳の人でも脳卒中があって、心臓が悪い人はうまくいかないですね。だから年齢だけではない患者さんのバックグラウンドと、腫瘍の治療に対する感受性を勘案してやっていく必要があります。これには100%の公式はないと思いますので、そこはある意味でプロ的なところになるんじゃないでしょうか。

*長崎大学 移植消化器外科
小林和真先生

Q 欧米の medical oncologist というのは、化学療法のレジメンを決めることと、その副作用のマネジメントだけを、肺癌から乳癌まで全部やるような方が多いと思います。日本でも JSMO (日本臨床腫瘍学会) が多分これを目指してきているのかと思ですけど、今の日本でこのような化学療法だけをやるような medical oncologist という在り方は難しいと思いますが、いかがでしょうか。

A アメリカもピンキリです。例えば、テキサ

スの田舎で medical oncologist がクリニックを開いたら、それこそ全部見ないといけない。ヒューストンの MD Anderson であれば乳腺しかしらない腫瘍内科医、それから肉腫しかしらない腫瘍内科医がいます。そういうところでは、general oncologist の上に subspecialty がなりたっているということです。だから JSMO のがん薬物療法専門医がまず目指しているのは、臓器横断的にがん薬物療法ができるということです。私達腫瘍内科医というのは腫瘍を持った患者さんを治療しているんですね。腫瘍をもった患者さんを全身的に見ながら、そしてがん薬物療法をそのなかでアプライしていくんです。だから臓器横断的にがんを持っている患者さんをきちんとみることができるといのが oncologist として、われわれが最初に目指しているところなんですね。それが充足して、そしてがん診療連携拠点病院や医育機関などでは、その上で subspecialty として例えば乳腺専門の腫瘍内科医、あるいは肺癌だけを専門にする腫瘍内科医というのができてくればと思っています。あくまでもベースは general oncologist の知識と技術があった上での subspecialty というスタンスは崩したくないと思っています。

*九州大学 九州連携臨床腫瘍学講座
徳永えり子先生

Q 手術療法の意義に関しては、おそらく日本の乳腺を専門にしている外科医は先生の考え方に同意されると思います。ただ残念ながら腫瘍内科の先生が足りないので、私達は外科医と言いながら、診断から adjuvant 療法、転移の治療、緩和医療、そして死に至るまで、全てをみているのが現実で、もちろん adjuvant のときは徹底的にやりますし、meta.になればその患者さんの生活を見ながら、やんわりと優しい治療をしているというのが現状だと思います。先生に腫瘍内科のプロとしてひとつお聞きしたいのですが、今後出てくる新しい治療薬、特に分子標的薬は非常に高価です。そ

れにかかる費用と伸びる予後のバランスをどう考えて、どう使うべきか、先生はどのようにお考えでしょうか。

A これは重要な問題で、われわれもそれは実際にかん対策推進協議会で議論しているところです。費やされた費用に対して、得られる結果がどれぐらいであればいいのか、つまり1年間延命をするために皆さん納得してどれだけお金を出すかということです。先生がアバスチンとパクリタキセルをやって2,3ヵ月伸びたとしたとき、その2,3ヶ月にはアバスチンがプラスで費用でかかりますよね。そこのバランスをどう考えるかなんですよね。ただし、例えば大腸癌等は、最初は数ヶ月しか予後が伸びなかったのが、治療法を色々変えたり、プラスαしながら、だんだん伸びてきて、半年が2年になったわけです。だから今は目に見えないような差かもしれないけれども、それが修正や改良を重ねる事によって伸びてくる可能性もあるので、やめなさいということとはできないんです。私は、それは臨床研究のなかでやっていくべきと思っています。投下したお金に対して、どれくらいの結果・効果が得られたか、いろんなやり方がありますので、そういうのも参考にしながら分子標的薬は使っていくようにすべきだと私は思っています。そうしないと、医療に使えるお金はもうありません。

Q 高額医療だから患者さんの負担はほとんどありませんよ、と言っているお医者さんもいるっていう状況が非常に問題かなと思います。

A 今は質の評価をすべきだということで、指標をいろいろつくっていますので、そのようなものが一般化してくれば皆さんの前に提示できると思います。ものすごく難しいですが、みなさんも考えておいていただきたいと思います。我々が出せる医療費というのは限りがありますので、どこまでだせるかというのはいつも考えてやらないといけない、むだな医療はすべきではないと思っています。

*長崎大学 臨床腫瘍学分野

芦澤和人先生

Q コミュニケーション・スキルについて質問です。当院のがん相談室では一年に一回解析をしているんですけども、ほとんどが告知について、それから心のケアについての相談が一番、二番に上がってくるんです。そのなかの原因を解析すると残念ながら一種のコミュニケーション・エラーが非常に多いんですね。FD 等色々なことが行われていますが、いわゆる医師のコミュニケーション・スキル、ぼくら医学教育の問題にも関係することですが、今後どのようにしていいとお考えでしょうか。

A これはいつも問題になることの一つですよ。コミュニケーション・スキルは実は OSCE から始まるんですけども、OSCE（客観的臨床能力試験）の時代に育った人がまだ教育者として育って来ていません。医学部、学部学生の中から、あのようなきちんとしたトレーニングを積み重ねて、そして卒後の研修の2年間の中にそれを取り込むべきだと思うんですよ。まだこの点はきちんとしたカリキュラムをつくってやっているところは見たことが無いので、先生是非モデルを作ってください、やっていただければいいと思います。それはがん告知とかそういう前の問題だと私は思います。それから日本臨床腫瘍学会はアメリカの ASCO と連携をして、がんの告知を含めたそういう患者さんあるいは家族とのコミュニケーションについて少し学ぼうとしています。そういう学会活動と、学部、卒後のカリキュラムとを、うまくマッチしてプログラムを作っていければいいんじゃないかなと思っています。



ソウル・アサン医療センター視察報告

九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学講座 助教 在田修二

研修会初日（2013年7月13日）の夕食時を利用し、九州大学の在田助教より「ソウル・アサン医療センター視察報告」がなされた。これは、がんプロ教育の一環として行う予定としていた同院への訪問研修のための視察であった。この訪問研修は、後日、2013年11月4日に実施された。

尚、文章内に複数記載されている「写真」はその際に用いたスライド内の写真であり、本冊子には掲載されていない。

皆様、今日は一日研修お疲れ様でした。九大、九州連携臨床腫瘍学の在田です。

さて、皆様にはお食事をとっていただきながら、少しお時間を頂きたいと思います。こちらの写真、韓国ソウルのアサン医療センターに、九州がんプロの企画として研修派遣を計画していきまして、3月20日と21日の2日間で、馬場教授と事前視察に行ってきましたので、その時の様子をご紹介しますと思います。

タイトルのこの写真は、景福宮とあって、古い時代の宮殿だったところですが、豊臣秀吉の文禄・慶長の役の際に戦火で焼けてしまったものを、近代になってすこしずつ再建を進めているものです。日本との歴史を感じさせます。

さて、このアサン医療センターは、ソウル市の東の少し外れたところにあって、周囲をハンガンという大河と広い緑地に囲まれた立地にあります。病床数は2680、1日の平均外来患者数が10000人を超える巨大病院です。この写真のように、巨大ビルがいくつも連なったようなつくりをしています。こちらの川沿い全体が病院で、そのほかに、

生命科学研究所、大学などが併設されています。ほかに、葬儀場なんかも施設内に併設されていたりします。韓国と日本の文化の違いなのですが、日本だと病院に葬儀場が併設されているというのは死を強く連想させてありえないことですが、韓国では葬儀までを医療の一環と考えているところがあって、いい葬儀を病院と連携して挙げてもらうことが患者満足度につながる重要なポイントだということで、ちょっと面白いなと思いました。

病院の方は、巨大な建物が3つあるのですが、そのうちの西側、全体の3分の1くらいでベッド数が770ということですが、これ全体がアサンがんセンターとして、この一つの棟でがん診療を集約的に行っています。この写真が、その建物です。

胃がんの診療・研究をしていると、大きな臨床研究のデータが韓国からたくさん出てくるのに驚かされます。これには、臨床の症例数が大きく物を言っていて、このアサンがんセンターだけで韓国全土のがん診療の10%を担っているということです。どういう規模か、ちょっとピンとこないかもしれませんが。日本に置き換えてみると、日本の全人口の10%というと東京都くらいでしょうか、この東京都全体のがん診療を1施設でやっていると考えたら、それがどのくらいの規模なのかというのがよくわかると思います。それだけの大変な数の症例数を抱えていて、そこで臨床研究を精力的にやるわけですから、次から次へと臨床のデータが出てくる仕組みになっています。

その胃がんなどの診療をしている腫瘍内科のリーダーのKang先生という方がいらっしゃるのですが、教科書に載るような臨床試験をいくつも発表してきたようなリーダーの先生で、そちらを伺おうということで、訪問してきました。

これは入り口のロビーの写真ですが、最近の新しい病院に多い、ホテルのような造りになっていて、一見、ハングルが書いてなければ日本の病院と全く同じような印象です。歩いている人たちも日本人と顔が似ています。

この日 Kang 先生はお忙しかったようなので、少しの時間しかお会いすることができなかったのですが、写真左に写っている、Kang 先生の部署の助教授でいらっしゃる Ryu 先生に一日案内をしていただきました。最初に連れて行っていただいたのが、CRC、臨床試験コーディネーターさんの事務室です。消化器を担当している腫瘍内科の CRC さんだけで 4-5 名いらっしゃって、そのリーダーをされているのがこちらの方です。各 CRC さんのデスクにパソコンが 2 台ずつあり、院内と臨床試験関係の方に続いているシステムで仕事をしていました。いくつくらい臨床試験をやっているのかと尋ねたのですが、消化器がんだけでも「いくつあるかな・・・？」とすぐに数えきれないくらい多くの試験を同時にやっている状況でした。

そういった臨床試験の運営について、Hospital Official Tour という形で紹介してもらいました。こちらの写真右側の女性が案内役の方ですね。ものすごくたくさん臨床試験をしているのですが、臨床試験を進めやすいような環境をどうやって院内で整えているのか、という話をいろいろと聞いてきました。このあと、院内を見学したのですが、一番印象に残ったのが、がんセンターの外来です。広いカンファレンスルームのような部屋がいくつあるのですが、乳腺や食道領域では、この部屋を利用して、新患患者さんのワークアップが済んで一番最初に患者さんに治療方針を説明するときに、放射線治療医と腫瘍内科医、外科医がそれぞれ患者さんの診断画像を見ながら、こちら側に患者さんとご家族が座って、その前で一緒にディスカッションと説明をしながら治療方針を決めていく、というスタイルでやっているそうです。これは、我々にとっても重要で、大変参考になること

だと思いました。

次の写真ですが、CRC さんたちも、国際的な資格認証を取得することが勧められていて、とった資格はこのように証明書が壁に張り出されています。みんなこういう資格を取りなさいよ、ということです。CRC さんもレベルアップを求められているという環境でした。

治験では、採血したサンプルをストックしておいたり、会社から提供された薬剤などを、決められた条件で、温度や湿度などの管理を厳密にした上で保存しないとイケなかったりと、様々な決まりがあります。これらをストックする部屋も、病院の中に準備されていて、冷蔵庫などの温度が正確に保たれているかなどの記録を残す機械も整備されています。

もう一点、こちらの写真です。大きな病院なので、救急外来が 3 箇所にあります。一般の循環器等の救急と、小児科用の子供の救急があるのと、もう一箇所、がんセンターには腫瘍救急があります。これは腫瘍救急の入り口ですが、なんとビルの 6 階にあります。なんでこんなところに救急があるのか質問しますと、この反対側に、第 1 相試験センター、抗癌剤の第 1 相の臨床試験をやるユニットがあるということでした。第 1 相試験というと、ヒトにはじめて投与する薬を扱うわけで、どんな有害事象が出るかわからないのですが、そのため、何かあったときにすぐにこちらに運べるようにということで、そういう作りになっているそうです。

最後に、生命科学研究所の中も見せてもらってきました。こちらが Ryu 先生のチームで働いているスタッフのみなさんです。かなり広大なスペースで実験をしているのですが、こちらのビルはまだ出来たばかりで、このスペースを十分活かすだけのスタッフが確保できていないということでした。よく見ると、むこうのほうのブースはほとんど使われていなくて、これからの伸びしろとも考えられます。

これは付け足しで、病院の地下の写真なんです
が、一見、福岡だと博多駅の地下街みたいな雰囲気
ですね。衣料品店とか日用品店とか、カフェと
かがあります。一日に数万人の人が利用しますから、
食堂も何軒も軒を連ねていました。

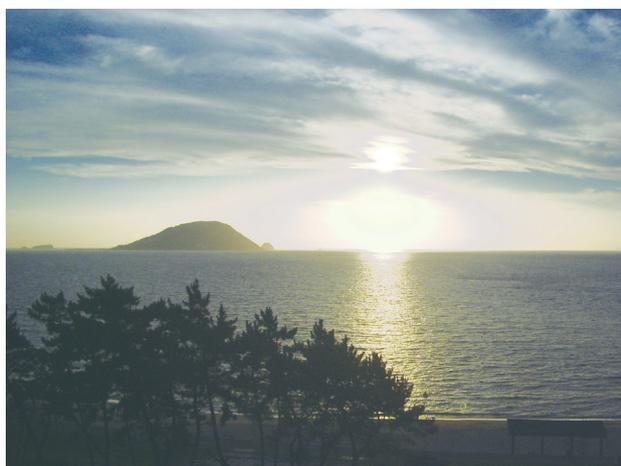
このように、どんどん新しいビルを建てて、臨
床も研究も盛り調子の大変エネルギッシュな病院
で、そのパワーを感じる視察となりました。

こういったことを見てきて考えましたが、こち
らでの研修は、日本のがん臨床が国際的に見てど
のような立ち位置にあるのか、ということを感じ
ることが出来るものになるのではないかと思います。
ほかに、世界的に認められるような臨床研究を
していくにはどういった準備が必要なのかを理
解したり、あるいは、韓国の臨床の現状、つま
り地理的な問題などに関係して生活に根ざした

診療が行われていますが、それを理解することで、
反対に自分たちがいつも当たり前と思っている日
本での臨床環境の特徴を理解する機会になればい
いなあとと思っています。

現在日程は最終調整中ですが、11月の上旬、4
日～5日を第1候補に、月曜日～火曜日という曜
日だけは固定で検討しています。月曜日の朝福岡
から出て、次の日の夕方に福岡に帰ってくるくら
いの予定なので、福岡以外から来られる先生は場
合によって前泊が必要になったりとお時間が大変
かもしれませんが、こちらの、ソウル・アサン医
療センターの Kang 教授のもとで研修ができるよ
うに、調整を進めています。詳細はガンプロ担
当者会議などでも皆さんに随時お伝えしていくこ
とになると思いますので、ぜひ積極的な参加をお
ねがいたします。

以上です、ありがとうございました。



感想コメント集

2013年7月の開催後、約1ヶ月経過した時点でフィードバックコメントを募りました。参加者中、20名よりコメントをいただきました。

長崎大学 芦澤先生

2日間の研修会は若干スケジュールがタイトでしたが、極めて充実した研修プログラムだったと思います。

こちらに戻ってから、早速、妊婦の担癌患者のマネジメントに関して、皆で討論しました。

当大学がんプロのHPを見て、今回参加できなかったがんプロ学生から、来年はぜひ参加したいとの声を聴いています。

旧がんプロでは不十分であった、大学の垣根を越えた大学間交流、多職種連携が実践できたものと嬉しく思っています。

来年度以降も、ぜひ継続していきたいと思いません。

九州大学 宮園先生

病院の機能分化や複雑な業務内容の中で、それぞれの医療者の関心もいかに事故を起こさずに日々の業務を終えるかという方向へ流され、今回のように時間をかけて一人一人のケースについて、多職種者が集い話し合う機会は少なくなっていると思います。

今回改めて、それぞれの専門性を突き合わせることによって生み出される結果が非常に有意義なものであると実感いたしました。日常の忙しい中でも、効率的に他職種の有意義な意見交換の場を設けるようなシステム作りができればいいのと思いました。私は、現在医療現場にはおりませんが、教育的な側面から学生へ、今回のような専門職種間教育ががん医療やがん看護の発展に有効で

あることやその重要性について広めていきたいと思えます。

<今後の研修会開催に際して>

2例とも、グループワークに適した、病態的にも心理・社会的にも話し合う側面の多いケースで、研修の進め方もとても効果的でした。ご準備が大変だったと思います。感謝申し上げます。

他の大学の先生方とも親しくなることができ、それぞれの意見を出し合い、検討することができました。是非今後もこのような実りある研修を企画していただけますようお願い申し上げます。

鹿児島大学 野田先生

7月13日、14日に、福岡県志賀島で開催された九州癌プロ全体研修会に参加させていただきました。他大学の先生方と一緒に研修するという事で、程よい緊張感でした。

研修会は、グループディスカッション中心でした。他己紹介することで緊張もほぐれ、ある程度打ち解けることができたと思います。

実際の症例に対するディスカッションでしたが、当然一筋縄ではいかないことばかりで、疾病の勉強にもなりましたが、個々の患者さんに対していろいろな側面から治療を検討していかなければならないと改めて感じました。

夜の懇親会も、他大学の先生方のお話や、活動を聞くことでモチベーションが高まった気がします。

2日目のディスカッションも、講演も我々のオンコロジストとしてどうあるべきか、ということのを再認識させられる内容でした。

全体として練られた、充実した内容であったと思います。ありがとうございました。

<改善点として>

専門分野外は特に知識不足のためディスカッションの際に、タブレット端末などで調べる必要がありました。調べていいものか少し戸惑いました。調べて OK、もしくはだめ、と最初に教えてもらえるよりスムーズであった気がします。

九州大学 中野先生

私はがんプロ大学院生として参加させていただいた腫瘍内科医を志す医師 5 年目の中野倫孝と申します。

幅広い職種の方たちと意見を交換することで、腫瘍内科という領域がどういう方向を目指していけばいいのか、また医師という立場からどう関わっていけばいいのか、ということに関して改めて再確認できたと思います。

議題はシンプルで多くの方達にとってわかりやすいものだったと思います。平易な内容だったからこそ、我々も連帯感をもって望めましたし、結果、主催者の伝えたい意図、つまり、今後の腫瘍内科が目指すべき方向性を理解しやすかったのではと思います。個人的には、医師として、まだ十分に理解できていない点を確認することができました。実診療では消化器癌を診療する機会が多いのですが、他の癌腫への知識、あるいはコメディカルからの観点に対する理解など、勉強すべきことはまだまだあります。普段診療する機会の少ない分野に敢えて人を振り分けるという配慮もまた、問題意識を提起し、議論を活発にする礎になったのだと思います。

腫瘍内科はあまねく認知されている領域ではないので、このような形で、多くの人たちへ、その裾野をひろげていく活動はとても意義があると思いますし、国立大学の組織が腫瘍内科という領域を啓蒙していることは、我々としても大変有り難い追い風に感じました。しばらくは、このような幅広い方達を対象としたワークショップを続けることこそが重要だと思います。長期的な視点からは、この機会に知りあうことのできた各参加施設

との連携を通じてがん治療を推進するようなプロジェクトにつながれば、面白いかもしれません。

長崎大学 本田先生

開催時期は夏季の 3 連休の前半 2 日間で、翌日も休日であり、良い日程だと思いました。開催場所は、福岡市中心部から離れてはいたものの、バス移動の時間も長く、美しい浜辺と整った施設でほどよくテンションが上がる場所で、すばらしかったです。

内容は、プログラムが適切な分量で、熟慮され構成されており、たいへんに勉強になりました。医師としては申し分ないと感じました。看護師の方々、薬剤師の方々の活躍される場が若干少なかったような気もしましたので、その方々のご意見をお伺いしてみたいと思いました。

全体を通しては、第 1 回としてたいへん有意義なすばらしい会であったと思っております。企画・運営にあたられた九州大学の皆様にあらためてお礼申し上げます。

九州大学 河野先生

研修会から約 2 カ月が経過した。研修会では、「Oncologist とは」というテーマでも議論が行われた。印象的だったのは、看護師・薬剤師で編成されたチームと医師のみで編成されたチームでの「Oncologist」像が異なることであった。医師が診療・研究もできてこそ「Oncologist」と考えていたのに対し、看護師・薬剤師のチームからは、医師の人間性や、コミュニケーション能力などが重要であるといった趣旨の意見が目立ったと思う。これは至極当然といえば当然のことであるのだが、研修会後の診療では、患者様に対する姿勢を見つめなおす様、心がけている。他職種の医師に対する正直な思いを公の場で聞ける、貴重な機会であったと思う。

また、他の大学の先生方と、フランクに意見を

交わすのも有意義な機会であった。

今後も、研修会等を通して、多施設・多職種間での活発な議論が行われることで、日々の診療に生かせればと思う。

鹿児島大学 鈴木先生

私は、造血器腫瘍が専門にもかかわらず、馬場教授の前で消化器領域の症例提示を担当し、後から考えると恥ずかしい限りです。大規模臨床試験のない、合併症の多い進行期胃癌症例で、薬物療法の選択については、もう少し理論武装すべきだったと反省しております。

造血器腫瘍医として、これまで何度も痛い目にあってきた、*de novo* B型肝炎についてお話しできた事は、良かったと思っております。

堅苦しくない自由な会ですが、質問をその場でタブレット端末で調べてしまうのは、少々興ざめではありました。

討論者が教員から大学院生、医師だけでなく多職種特に及び、大変勉強になりました。

福岡県立大学 西坂先生

他職種の方々との意見交換やグループワークが貴重な体験となりました。

事例について、医学的視点だけでなく、心理社会的側面からも考えることができ、有意義な時間となりました。同時に、自分に足りない知識についても気づくきっかけとなりました。

ありがとうございました。

長崎大学 中村先生

医者だけではなく、他職種からの様々な意見があり、二日間を通して非常に有意義な討論が出来たと思います。また、福岡大学の田村和夫教授による講演を拝聴し、腫瘍内科医の役割についての理解を深めることが出来ました。

二日間を通して非常に多忙でしたが、各大学の

癌治療を担う先生方や同じ志を持つ大学院生との親睦を深めることが出来て、非常に有意義な研修会だったと思います。

このような機会を設けていただいた、九州大学の臨床腫瘍学のスタッフの方々には誠に感謝しております。

今後の研修会に期待することとしては、大学院生の臨床試験の *idea* について討論したり、研究発表を行う機会を頂ければ、より建設的な研修会になるのではと愚考いたしております。

機会があれば次回も是非参加したいと思います。

九州大学 原先生

今回、九州大学大学院薬学府より薬学関係者として参加いたしました。最初は私自身、薬剤師という職種には分類されるものの、臨床現場における経験が全くないということで、少々不安な面もある中での参加でしたが、症例検討会をはじめ、ひとつひとつのプログラムが意義のあるものだったと実感しております。

私は将来、がん専門、がん指導薬剤師というところを目指しており、まずその一環として現在は薬学府大学院博士課程に所属し、がんプロ養成基盤推進プランの下、がんをテーマとする研究に携わっております。そのため今回のような医師や看護師など多職種の方々が参加している研修会では、未だ臨床を経っていない私にとって、現場で他の職種の方々がどのような判断、考え方でがん医療を進めているのか、そこで必要な知識も含めて学ぶ貴重な機会だと思います。それはまた私が今後、がんを専門とする薬剤師として郁々どういった専門的働きと連携をしていくべきかを考える場でもあると考えております。

今回の症例検討会や課題検討会を通して、私は各がんの病態やその治療ガイドラインに即した現在の治療法など勉強していかなければならない内容が多々あることを実感いたしました。研修会を終えて、改めて薬に関わる者として、多職種の皆

様と学んでいくことのできるこのような機会を大切に、これからも積極的に参加し、勉強していきたいと思えます。

研修会では九州連携臨床腫瘍学講座の先生方をはじめ、参加者の皆様には大変お世話になりました。次の機会には、私もできる限り、周りの薬学関係者に参加を促し、より多くの同分野の方々と研修に臨めたらと考えております。ありがとうございました。

琉球大学 前本先生

平成 25 年 7 月 13 日、14 日と 2 日間にわたって福岡県志賀島で平成 25 年度第 1 回九州がんプロ全体研修会が行われた。研修会の参加者数は、がんプロの学生が 19 名、教員が 17 名の計 36 名であり、参加者の所属は九州大学、鹿児島大学、長崎大学、琉球大学、福岡大学、福岡県立大学、久留米大学であった。私は琉球大学から、教員の戸板と 2 名で参加した。研修会には医師だけでなく、看護師の参加も目立った。看護師の参加は 9 名であった。薬剤師の参加者も 1 名いた。学生の年齢は 30 代が殆どであり、27 歳の私は最年少であった。

7 月 13 日の午後 12 時 50 分に福岡市博多駅に集合し、バスで 40 分ほどかけて志賀島へ移動した。会場に到着後はすぐに開会式が始まり、教員の挨拶のあと、アイスブレイキングが行われた。アイスブレイキングを終えると、乳腺症例グループと消化器症例グループにわかれた。教員より症例提示がなされ、各々のグループで治療方針を検討した。私は消化器グループで胃癌の治療について検討した。グループは各自の専門領域とは異なる症例が当たるように分けられており、私は胃癌の治療経験がなかったが、他のメンバーも同様であり、各自ほぼ対等な立場で相談しながら検討をおこなった。症例検討後は、各グループの発表にうつり、私は発表を担当した。

夜は懇親会が行われ、他大学からの参加者と交

流を深めた。

7 月 14 日には、「Oncologist とは」という題でグループワークを行った。KJ 法にてあるべき Oncologist 像について意見を出し合い、集約した。医師は知識面について、看護師は人格面についての意見が多かったような印象を持った。グループワークのあとは、福岡大学の田村和夫先生より、講演「medical oncologist の役割」を拝聴し、研修会は終了した。

今回の研修会は、腫瘍内科医、外科医、放射線腫瘍医、看護師、薬剤師など色々な立場の参加者が集まっていた。そうした中で症例検討やグループワークを行い、交流を深めることは、学生としても医師としても向学心を刺激される非常に良い機会であった。

九州大学 豊福先生

研修会ではお世話になりました。これまでに、このような多職種合同の研修会に参加する機会が、あまりなかったもので、大変興味深い、貴重な時間となりました。

1 日目の多職種での討議は都合で参加できず、2 日目の発表からの参加でした。症例検討だったので、どこも同じような発表内容だったとは思いましたが、看護師としては、知らない用語もあり、個人的には臨床を離れて 3 年ほど経っているので、とても参考になりました。その後の「Oncologist とは」についてのグループ討議は、職種別での組み合わせになっていたもので、発表内容に職種の特徴が表れていたように思います。どちらの討議でも職種間での患者さんに対する役割が明確になっているのが表れていて、改めて多職種協働の重要性と必要性を感じました。

いろいろなグループ編成とテーマでの討議と講義で、時間的にもよかったかと思えます。今回、医師の参加が多かったのですが、医師以外の参加者も、もう少し増えるといいと思いました。

鹿児島大学 大久保先生

この研修会を受講し、まだがん治療の臨床経験が浅い私にとって、様々な考え方を聞き、考える良い機会となりました。がん治療とは実に多面的であり、がんプロとは経験、知識だけではなく、色んなサポートと共に一緒に作り上げていくチームであると思いました。今回、他職種でこのような研修会が行われ、ワークショップ形式で勉強できたことは、貴重な経験で、実際の臨床現場にも通じるものでした。

期間的な点でも集中して学ぶことができ、タイムスケジュールも充実していたと感じました。

また、他大学の方々とも話をする事ができ、今後のつながりが出来たという点でも貴重な研修会でした。

九州大学 奥村先生

今回のような医師やコメディカルの方々等、他職種を交えての研修会に参加したのは初めてでしたが、症例検討会やレクチャー等を通して各専門分野の方の意見を聞くことができ貴重な経験となりました。具体的には治療戦略をたてる上でその障壁となる問題点を有する患者において、どのように最良の治療を行っていくべきかを患者背景を元にして建設的に議論していく過程は大変勉強になりました。医師としての視点とはまた違った角度から患者の問題点を評価し、それをどのように解決していくのかというその過程では新たに気付かされる事も多く、自身が今後臨床を行っていく上で実践可能な内容でもありました。他職種が集まりお互いに意見を出し合い患者の治療方針を決定していく場というのは実際の臨床現場ではまだ十分ではないと感じています。患者に最良の医療を提供するために日頃からそのような議論をすることの重要性を改めて感じました。

患者に関わるすべての職種が一度に集まり議論を行うことは実際にはなかなか困難ではあります

が、このような研修会を通して、それぞれの職種の方がその重要性を改めて認識することで、他職種連携がより円滑になると思います。また、個人的にはオンコロジストとしてチームの中心となり、様々な職種の方と密にコミュニケーションを取りながら診療を行っていかねばならないと強く感じた研修会となりました。

この研修会が今後も継続され、がん診療に関わる多くの方とさらに連携を深めていく事ができればと願っております。

福岡県立大学 岩崎先生

研修会の事例検討では、他職種間で治療法や心理社会的な支援についてディスカッションすることで、治療法選択までの考え方など多くの学びを得ました。また、グループごとのディスカッションも有意義でしたが、他のグループの発表を聞くこともとても参考になりました。事例検討に参加するにあたり、事例の内容がわかるのかという不安もありましたが、看護職でも理解できる内容で提示していただいたのでディスカッションにも積極的に参加することができました。

看護職は、医師が治療法を選択した後に事例について共に検討する場面が多いように思います。今回、治療法選択までの医師の葛藤なども伺いました。今後は、治療法を選択するまでについても他職種間でディスカッションして、他職種間でがん患者を支える医療を実践できるようになりたいと感じました。

また、私たちの大学は看護職と福祉職しかないので、このような研修会場で他大学の多職種の方とお会いする機会を持って貴重な体験でした。今後、がんプロの学生や卒業生が毎年参加し、研修会が広がることを期待します。実際の事例の相談や短期間の現地実習などにも広がれば、他職種間や大学間の更なる連携にもつながると思います。九州のがん医療をつなぐ架け橋としさらにがんプロが発展していくことを期待します。

研修を企画していただき、本当にありがとうございました。

九州大学 相良先生

アイスブレイキングでお互いの事を把握してからディスカッションに移ったので、自分が今までに経験したグループワークよりも意見交換しやすかった。

自分の専門分野とは異なる症例でのディスカッションであったが、各専門の先生方のフィードバックが非常にためになった。また、医学的な事柄、社会背景も含めたディスカッションであったため誰でも発言しやすく、また様々な意見を聞くことが出来、多職種間の相互理解にもつながったと思う。

長崎大学 西田先生

私は放射線診断学が専門で、日常診療では癌に関して、術前の画像診断や、癌化学療法後の画像評価など行っていますが、本研修会のように、さまざまな職種の方が集まる研修会にはこれまであまり参加したことがありませんでした。アイスブレイキングから始まり、よく練られた会の進行で、初対面の他職種の方ともすぐになじみ、ディスカッションすることができました。KJ法などは初めて経験しましたが、大変よい方法だと感じました。症例検討ではさまざまな意見が出され、癌に対するそれぞれの分野のプロ意識の高さを感じました。私の日常診療においては、読影する患者さんの治療の背景をより広い観点で考えるようになったと思います。

今後の研修会については、できるだけ若いがんプロ学生の参加を増やすこと、研修会の企画、運営もできるだけがんプロ学生の手でできれば良いと思います。あと、海水浴などのリラックスタイムも少し入れていただけたらなお良いと思いました。

九州大学 永松先生

研修会の事例検討は、それぞれの職種が事例のどのような情報にフォーカスをあて、分析し予測しているのかといった思考を知る貴重な機会でした。また、日常の診療の場でも意識的に職種間で意見交換を行うことによって、治療だけでなく今後の生き方にも大きな影響を及ぼす選択の場におられる患者・家族を支える幅が広がる可能性を感じました。

今回の研修会の中で、再発などのバッドニュースを患者や家族にどのように伝えるのかといったことについて意見交換が行われた場面がありました。聞く技術、伝える技術について学ぶことは、医師だけでなく看護師、薬剤師、MSWについても基盤となる技術であり、独学でスキルアップしていくことは困難であると考えます。初歩的なことかもしれませんが、現場で求められている技術だと思いますので、研修会で技術の研修として取り入れていただければと思います。

琉球大学 戸板先生

<多職種の連携に関して>

症例検討会は、エビデンスを踏まえつつも患者さんの様々な条件を勘案しながら治療方針を決定するプロセスに加え、患者さんや家族の精神的・社会的な側面のマネジメントも包括的に学習できる内容で、大変有用であったと思います。特に、患者さんの家族も含めた全人的な緩和ケアについて、看護師さんから医師への忌憚のない意見（注文？）を聞いたことは非常に有意義でした。今後は薬剤師さんのより積極的な議論への参画も期待したいと思います。2日目の検討課題、田村先生の講演も、多職種の連携の重要性を強く認識させる内容で、とても効果的であったと思います。

<大学間の連携に関して>

腫瘍内科医（教官）が非常に少ない我々の大学の学生にとって、今回の研修会は medical

oncology の考え方に触れる大変貴重な機会になりました。私も胃がんの化学療法について大変に勉強になりました。大学により、職種、分野（内科、外科、放射線治療）、臓器等に、ある程度の得手不得手があることが想像されます。複数の大学の教官と学生が集まり、ディスカッションを深める本研修会は、E-learning などの座学では得られない生きた知識を補完しあえる点において、非常に有意義であると思いました。

<がん医療・教育について>

一人の教官として、今回の研修会ががんに関する教育方法のレベルアップという点で大変勉強、刺激になりました。症例検討⇔課題発表⇔ミニレクチャーのスタイルは、今後われわれの大学においても教育に取り入れていければと思います。アイスブレーキング、意見の島は、私は初めての経験でした。研修会は、各大学でのがん教育に関するファカルティディベロップメントにつながる効果の可能性をもっていると思います。

<その他>

1泊2日という日程で、今回のような家族的なリゾート地の会場でリラックスした気持ちで研修をともにする事により、通常のテレビ会議やメール等では得難い大学間・職種間の強い連携を構築できる可能性があると思いました。

長崎大学 楠葉先生

看護系大学教員として参加させていただきました。事例検討会は治療中心の内容ではありましたが、看護職としての立場からも発言ができるものであったと思います。多職種の中でがん看護専門看護師が果たす役割について考える機会になると思いました。

今回は、集中講義受講日程とブッキングしたため大学院生が参加できませんでした。次回は是非参加させたいと思います。集中講義が土日に開催されることが多いので、ブッキングを避けるためにはできれば4月初め頃までに、日程のご連絡を

いただけると助かります。

鹿児島大学 上野先生

平成25年度第1回九州がんプロ全体研修会が、7月13～14日福岡県志賀島休暇村にて行われました。九州12大学から総勢35名が参加し、グループに分かれての症例検討や課題検討を行いました。鹿児島大学からは、私と鈴木の両教官と大久保、野田の大学院生計4名が参加しました。卒業後5～9年目ぐらいの医師大学院生ばかりではなく、薬剤師・看護師などのがんプロ大学院生も含まれ、多方面からの熱いディスカッションが繰り広げられました。とくに2日間にわたって行われた症例検討では、本講座の鈴木医師から「骨髄癌腫症をきたした若年者胃がん」、また徳永医師（九大）からは「妊娠期乳がん」が症例提示され、一次、二次治療方針や合併症対策、また御本人への説明や緩和ケアのあり方、さらに御家族とくに小さな子供さんへの対処等について、討論が繰り広げられました。総まとめとしてミニレクチャーを行った両医師に対しては、大学院生から集中的に質問や意見がぶつけられ、その中には互いにより解決策を探らねばならないもあり、非常に有益なものとなりました。課題検討では、「Oncologistとは」ということについて、KJ法を用いたグループ討論がなされ、臨床、研究、教育面でのあり方や多職種連携、患者教育やWork balanceに至るまで幅広い意見が出されました。職種に分かれてのグループ討論により、若手医師は他職種からみた意見も受け止めることになり、将来に向けての“気づき”になったことと思います。研修会最後には日本臨床腫瘍学会理事長で福岡大学腫瘍・血液・感染症内科教授田村和夫先生より、「medical oncologist の役割について」の講演を拝聴しました。がん対策基本法から、薬物療法を中心とした全身的治療としてのmedical oncology、また治るがんに対する薬物療法の治療強度維持や総量の重要性等について講義がなされ、これらについても

また多くの質問や意見が出されました。とくに今後、大きな社会問題になるであろう医療費から見た分子標的治療剤の適応や国の方針についても、田村先生より興味深い御意見を伺うことができました。

日程や討論時間等については第1回目にも関わらずよく練られたものであり、夜の懇親会も大学

間の垣根を越えて本音をぶつけられる時間が持てたと思います。九大、長大、また本学臨床腫瘍学講座を中心として来年度以降の開催も確認されたわけですが、より多くの大学からの参加者を募るためにも、課題症例を当該大学へ振ることも1つの方策ではないかと思われました。今後、ますます充実したものになることを期待しています。



編集後記

今回、第1回九州がんプロ全体研修会の企画と運営をさせていただき、まず感じたのは九州・沖縄の先生方（研修会では参加者全員を先生と呼ばせていただきました）のがん診療に携わる真摯な姿勢と温かい心です。第1回ということで手さぐりの状態で始めましたが、先生方に支えられて無事に研修会を終えることが出来ました。参加された先生方で作り上げた今回の研修会は大成功であったと考えております。この会の主旨の一つは、互いの連携を深めることです。九州・沖縄のがん診療に携わる医療者ですから、必ずどこかで出会うと思います。この約24時間の研修会を通し、共通の課題に対してディスカッションを行った経験と深めた親睦は必ずや日常臨床における連携に生かされ、少しずつ発展し、九州・沖縄のがん診療の発展に繋がるものと考えております。第2回の研修会開催を2014年の夏に考えております。さらに充実した内容になるよう努力いたしますので、是非、再度の参加をお願いします。

この度はご参加有難うございました。

今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学講座

助教

岩間映二



平成 25 年度
第 1 回九州がんプロ全体研修会 実施報告書

編集者

岩間 映二

九州がんプロ養成基盤推進プラン

九州大学大学院 医学研究院 九州連携臨床腫瘍学講座

発行 平成 26 年 2 月

発行者

九州がんプロ養成基盤推進協議会

馬場 英司

九州がんプロ養成基盤推進プラン

九州大学大学院 医学研究院 九州連携臨床腫瘍学講座

812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1

TEL. 092-642-6921 / FAX. 092-642-6922