

「化学療法センター ～設立からの歩みと展望～」

日時：令和5年12月28日(木)18時～ 場所：第3会議室(総合研究棟12階)

司会・まとめ	化学療法センター	センター長	後藤 昌弘
出席者	消化器内科(肝・胆・膵)	科長	西川 浩樹
	化学療法センター	副センター長	山口 敏史
	化学療法センター	助教(准)	由上 博喜
	緩和ケアセンター	副センター長	浅石 健
	病院看護部	看護副師長	有田 由美
	病院看護部	看護主任	黒木 由美
	病院薬剤部	薬剤師長	後藤 愛実
	病院薬剤部	主任	細見 誠 (敬称略)



前列左より後藤愛実薬剤師、後藤昌弘先生、西川先生、有田看護師、
後列左より由上先生、山口先生、浅石先生、細見薬剤師、黒木看護師。

後藤(昌) 本日はお忙しいところ、有難うございます。化学療法センター長の後藤です。国民病である「がん」に対する対策のため、本邦では2007年に「がん対策推進基本計画」が作成されました。重点的に取り組むべき課題として、化学療法の推進ならびにこれらを専門に行う医師等の育成が挙げられ、具体的な施策として「すべての拠点病院において、5年以内に外来化学療法を実施できる体制を整備」という内容が明記されました。当時、すでに当院では故・瀧内比呂也教授を中心に外来化学療法センターの運営が開始されていました。その後15年以上が経過し、化学療法を取り巻く環境は大きく変わりました。がん患者さんの高齢化のみならず、免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬剤、がんゲノム医療などの新しい治療概念の出現により、多職種連携がより一層重要な部門となりました。当センターが2022年7月に本館A棟12階に移転したことを一区切りとし、今回座談会では当センターの設立から現在までを振り返り、今後の展望を話し合いたいと思います。みなさん、どうぞよろしくお願いいたします。



後藤 昌弘先生

後藤(昌) それではまず薬剤部の後藤愛実薬剤師長と看護部の有田副師長にそれぞれの立場から説明をしていただきます。その後、簡単にディスカッションを行いますので、その際に看護部の黒木主任と薬剤部の細見主任からもコメントをお願いします。

▶ がん薬物療法の安全・確実・安心な医療・看護を目指して

有田 看護部の有田です。よろしくお願いいたします。私からは「がん薬物療法の安全・確実・安心な医療・看護を目指して」のテーマでお話したいと思います。私と後藤愛実先生だけが化学療法センターの開設準備から今まで継続して携わっておりますので、これまでの歴史を踏まえてお話しします。化学療法センターの開設は2006年ですが、私は2005年に病棟から外来に異動となり、そこから1年間開設準備をしました。増床を繰り返し、最終2022年度には35床となり今年度に至るまで、多くのことを実践してきましたので、その一部をご紹介しますと思います。

開設前は、1号館1階の旧救急外来横の時間外外来で、外来点滴室として化学療法と通常の点滴を12床、看護師3名で対応していました。2005年7月からは化学療法センター開設前準備として、化学療法だけを実施しています。私も含めて看護師は化学療法の専門知識や安全な抗がん薬の取り扱い(職業性曝露対策)、または患者モニタリングなどまだまだ十分ではなく、課題が山積している状態でした。今でこそミキシング室がありますが、開設準備時は時間外外来の処置室でミキシングしていました。各外来で薬剤をミキシングして、できあがった薬を時間外の点滴室に持参していただいていた。その頃から薬剤部の先生方と協力して化学療法センターの払い出し運用を開始しました。当時はまだ紙媒体でしたが、プロトコルの提出やオーダー控えを提出して個人セットを調剤していただいて各外来へ搬送するという、今でいうSPD (Supply Processing and Distribution)の流れをこの時期に開始しました。内科は患者さんが多かったのも、薬剤は点滴室に搬送され、内科の処置係の先生とダブルチェックを行い、医

師が抗がん剤、看護師は抗がん剤以外をミキシングしていました。このような小さな場所で、色々なことがありながら実施し、これらは“現在の化学療法オーダーのはじまり”になるかと思えます。

前センター長の瀧内先生から院長へ宛てた上申書がありますが、当時から化学療法の安全性確保をすごく重要視されていて、その頃は各診療科で同じレジメンでも投与方法や制吐剤などが違っていたので安全性のためにレジメン統一を上申されていて、当時の薬剤師の先生方がとても一生懸命やってくださったと思います。現在は「システムへのレジメン登録」をはじめ安全管理が網羅されていると思います。

次に2006年4月の開設時には病床数は10床で、看護師は2名ですが、リリース体制を行いながら年間で3,000件くらい行っていました(図1)。2008年から2020年におきましては、最初に増床した時が22床、2020年には本当にたくさんの患者さんにご利用いただいております、2床増床し24床、その時でも看護師は4～6名でしたので、病棟から応援体制を

とっていました。2008年に年間5,000件でしたが2020年までには10,000件を超えるようになっていきます。消化器内科化学療法班の先生方の診察に関しては、当初は瀧内先生だけが化学療法センターで診察していましたが、7号館へ移転後、化学療法班の先生方はすべて化学療法センターで診察をすることになりました。がん患者さんが集まるところが化学療法センターでしたので、前センター長の思いもありまして、緩和ケアチームの活動拠点として、緩和ケア室の設置や緩和ケア外来の環境を調整しました。また、今でこそ生物学製剤の患者さんを受け入れておりますが、当時は各外来の処置ベッドやストレッチャーで受けておられました。外来化学療法加算が算定になってからは、患者さんの安全性と外来業務の整理としても受け入れをして今もご利用いただいております。また、2015年からIVナース(化学療法静脈注射院内認定看護師)の育成を実施しています。2015年に職業性曝露対策ガイドラインが出て、そこから院内で対策が行われています。職業性曝露対策とともに閉鎖式輸液システムの導入を順次行っておりまして、薬剤部と協働し看護部への周知等を行っております。

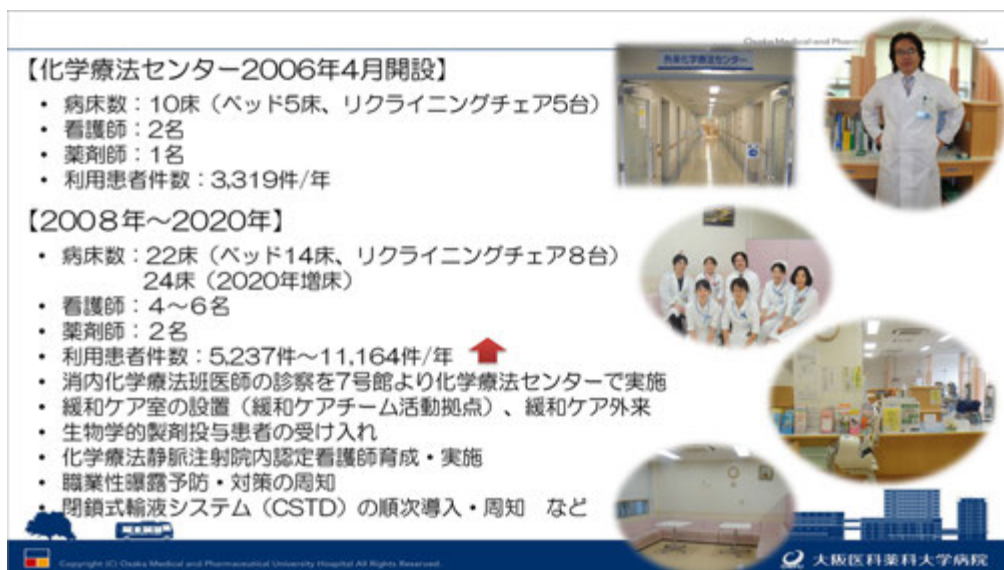


図1：化学療法センター 2006年4月開設から2020年までの流れ

2005年に瀧内先生が「化学療法の腫瘍内科の病棟を作ってほしい」という上申をされています。多職種チームでがん患者さんを支援することや化学療法の安全性、がん医療の教育、人材育成の目的で言われていたのですが、ようやく2013年に24病棟に化学療法の病棟ができたという経緯があります。

次に2022年の新棟移転では病床数が35床に増えて、私も看護師の増員を要望し、看護師12名、薬剤師の方も6名で化学療法センターの先生方と一緒に運営しています。利用患者数は年間12,000件くらいです。新たに取り組んでいることは、がん看護領域CN/CNS(認定看護師/専門看護師)が、医師と共同し患者さんが納得した上で、治療方針を選択できるように意思決定支援を行うことを目的に初診患者さんの診察に同席(がん患者指導管理料イ:500点)しています。また、医師、MSW(医療ソーシャルワーカー)との多職種カンファレンスやケアカンファレンス、デスクカンファレンスを行っています。本院は教育機関ですので、看護学研究科大学院からの研究協力依頼等もありまして、その協力や看護学生の実習にも対応しています。看



有田 由美看護師

護に関しては安全・確実・安心を中心に、いくつもの安全管理や、患者さんに安心して治療を受けていただけるように環境を整え日々頑張っています。開設後の私たちのまとめとしましては、がん薬物療法における安全システムの構築、化学療法センターでの安全な薬物療法の提供、患者指導、院内の職業性曝露対策に関連した取り組み、各外来との連携や業務整理などです。IVナースの育成は、2015年から化学療法センターの医師、薬剤師にも協力いただきながら継続しています。現在およそ210名が在籍しており、今年度も40名近くが修了しています。以前は化学療法センターにIVナースが数名でした

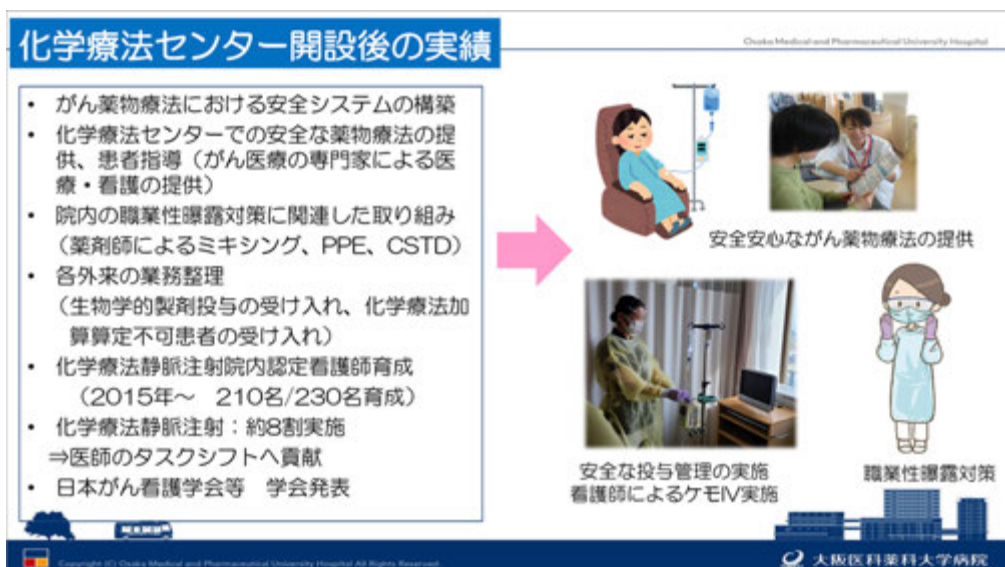


図2: 化学療法センター開設後の実績

が、今はすべての看護師が化学療法静脈注射の認定を持っていますので、約8割の静脈穿刺を看護師が実施することができ、医師のタスクシフトという点では貢献できていると思います。日本がん看護学会等、学会発表も行っています。(図2)。

今後の展望としては、患者さんファーストのがん医療と看護の提供、がん治療を受ける患者さんご家族が安心して生活を送れる在宅調整・環境調整、安全・確実・安心ながん薬物療法看護の実践と更なる教育、チーム医療の推進では看護師が患者さんと多職種間の橋渡しができるばと考えております。以上になります。

後藤(昌) ありがとうございます。2005年12月に瀧内先生が化学療法センター設置の上申書を提出されてから数えますと化学療法センター誕生から18年になります。2006年に利用患者数が3,319人だったのが2020年の時点で3倍以上の12,037人ですね。各診療科・部門のご協力を得ながら安定して運営されてきたことがよく理解できました。しかしながら限られた看護スタッフ数で大きな医療事故が無かったのは、継続的な院内認定看護師の育成と職業性曝露予防に真摯に対応いただいた病院長をはじめとする病院経営サイドの温かいご支援のおかげであり、深く感謝申し上げます。それでは



後藤 愛実薬剤師

薬剤部の立場から後藤愛実先生、お願いします。

過去・現在・未来に向けて がん専門薬剤師の役割と使命

後藤(愛) 薬剤部の後藤です。よろしくお願いします。私も開設当初から化学療法センターに携わってききましたので設立時の話と、現在と未来に向けての話ができたと思っています。2006年4月に10床で開設した時のスタッフは瀧内先生と有田副師長を含む看護師2名と薬剤師は私1名のみでした。それから、病床数は16床、22床、35床と増床され、スタッフの数も増えました。併せて、ミキシング室も広くなり、開設当初は安全キャビネット1人用が3台でしたが、現在は2人用が3台と倍になっています。さらに、抗がん薬調製支援装置(DARWIN™ Chemo)のロボットも導入しています。

2006年4月1日に化学療法センター開設の内覧会があり、その際に使用した前センター長の瀧内先生と私のスライドを提示します(図3)。当時掲げた「化学療法センターの課題と展望」の、「専門性の高い医療者の育成・専任配置」や「診療科、職種を超えた横断的院内カンファレンス」など、すべてが実現できているというのを今回確認しました。特に、「医療者の役割分担やチーム医療」については、化学療法センターはとて充実していると誇れる部分だと思います。「院内運営組織の強化」については、化学療法センター運営会議をはじめ、がん医療総合センターもでき、院内を横断した活動ができています。開設当初はオーダリングシステムでしたが、電子カルテが導入され、クリニカルパスやレジメン機能も充実しています。「評価に耐えうるがん治療」については、がん登録の仕組みや、患者さんへの情報提供、啓蒙活動という色々な取り組みがされ、がん診療連携拠点病院の化学療法

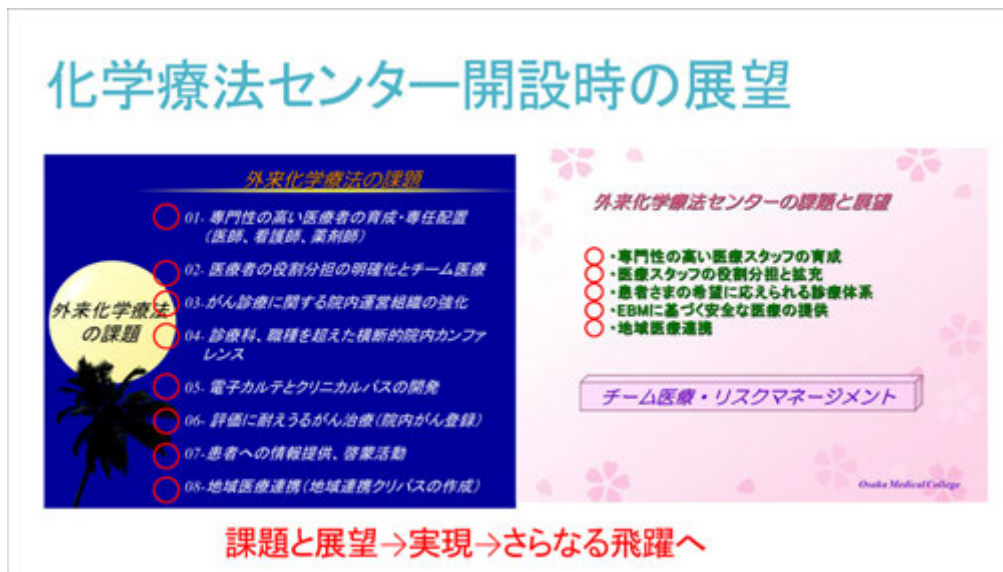


図3：化学療法センター開設時の展望

センターとして活動できています。「地域医療連携」という点では、地域連携クリニカルパスを作成し、関連病院、地域のクリニックとも連携が取れていると考えます。

私のスライドも瀧内先生と同様の展望を掲げておりますが、薬剤師としては「EBM (Evidence-Based Medicine)に基づく安全な医療の提供」が最も大切だと、当時から考えていました。レジメン審査委員会の事務局としての役割を担うことで、レジメンの整理ができてきたと考えています。化学療法センター設立当初に受けた取材の記事で、外来化学療法センター開設前の2003年5月に入院化学療法センター(56病棟)ができていたおかげで、部署の壁を取り払った組織運営が可能になったと瀧内先生が回答されています。この取材に同席くださった婦人・腫瘍科の寺井義人先生(現神戸大学特命教授)がレジメンの統一方法や化学療法スケジュール表の原案を作成され、レジメン管理にご尽力いただきました。化学療法センター設立に関わる委員会としてはレジメン審査委員会とクリニカルパス委員会を発足させ、各診療科のレジメンを集めて整理をし、文献を集

め、ディスカッションを重ねてきました。当時のレジメンはエビデンスに基づくというより、医師の匙加減や当院独自の方法なども存在しており、どう整理していけばいいのかわかりませんでした。例えば、診療科ごとに制吐薬の種類や投与方法が異なっていたので、支持療法を統一したいと考えましたが、なかなか上手く進められないこともありましたが、しかし、同じレジメンを使用している診療科で話し合い、共通レジメンを作ることから始めました。レジメン登録作業も大変だったと記憶しています。クリニカルパスは医師と看護師さんが主になって作成していただき、投与中のバイタル測定のタイミングなどを統一し、治療の標準化が可能となりました。このようながんの薬物療法のレジメン管理の必要性が日本で高まったのは、2000年頃から相次いで発生した抗がん剤の医療事故により、薬剤師のレジメン管理が不十分であったことが原因として取り上げられ、レジメンを管理しなくてはならないという風潮が広まったからです。薬剤師というのは基本ジェネラリストですから、すべての薬剤を網羅して把握しなければならないという役割を持ちます。複雑化するがんの薬物療法には薬剤師の専門家が不可欠ではないかという気運が高まっ

連携充実加算算定件数

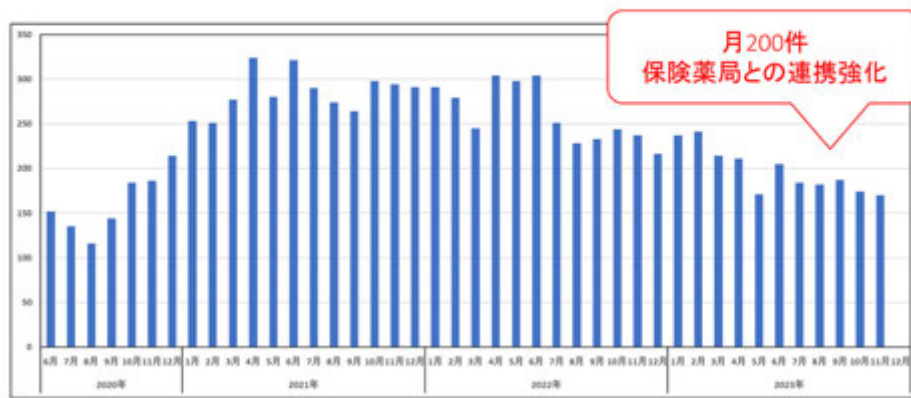


図4：連携充実加算算定件数

た時期でもありました。そこで、「がん専門薬剤師」が発足したのが2006年、ちょうど化学療法センターの発足の年です。また2006年というのは「がん対策基本法」が制定された年でもあり、「その他の医療従事者の育成が必要」と明記されたこともあります。また、薬学部が4年制から6年制になった年でもあります。私はその年に国立病院機構四国がんセンターに3カ月の研修に行かせてもらい、がん専門薬剤師に認定されました。現在、本邦で日本医療薬学会のがん専門薬剤師は786名、がん指導薬剤師は351名が認定されています。そのうち、当院にはがん専門薬剤師が7名、がん指導薬剤師が2名在籍しており、がん薬剤専門薬剤師が育成されています。

化学療法センターが設立した当初から専任薬剤師は、ベッドサイドで患者さんの副作用モニタリングを行うようにしています。そこで、副作用だけではなく、アドヒアランスの確認や患者さんの困りごとを確認し他職種につなげることも役割であると思っています。多職種カンファレンスやがんセンターの参加、関連マニュアルの整備、院内外の啓蒙活動など、化学療法センター

の強みはがんチーム医療の実践ができていることだと自負しています。

2014年から薬剤師外来に診療報酬が算定可能になり、当院では点滴の患者さんも経口抗がん薬の患者さんも、がん専門薬剤師が関わる仕組みになっています。2020年の診療報酬改定では外来がん化学療法の質の向上を目的に、連携充実加算が新設され、保険薬局と病院薬剤師が連携をすることで月1回150点が加算できるようになり、月200件程度、保険薬局との連携で算定しています(図4)。

2022年7月に新棟建設に伴い導入した



図5：DARWIN™ Chemo

DARWIN™ Chemo(図5)は、薬剤師の曝露軽減と業務の負担軽減に寄与しています。現在、入院化学療法は約60%をこのDARWIN™ Chemoロボットが調製しています。このロボットの導入効果により、薬剤師の抗がん薬の曝露への不安が軽減したというアンケート結果が得られており、薬剤師の職場の環境改善にも役立っています。

今後の展望として、がん薬物療法の進歩により、がん患者さんの生存期間は延長しており、社会とつながりを持ちながらがん治療の継続をしなければならなくなっています。薬剤師の業務は、ロボットやAIに移行し、もっと対人業務を強化することが可能になっていく中で、薬剤師もがん患者さんの人生に寄り添う必要がありますし、薬剤師だけでなく、医療人の育成が私たちの使命だと思っています。がん診療連携拠点病院として、三島圏域全体の医療人の育成も必要ですし、研究、学術活動の強化も必要だと考えています。

後藤(昌) がん専門薬剤師の育成に関しても、当院では化学療法センター開設時の1名から7名と確実に増加しており、より院内全体の化学療法を行う体制が強化されてきたことがよくわかります。ロボット調剤の導入により薬剤師への抗がん薬曝露対策がさらに進み、より安全な治療環境が整い大変うれしく思います。また毎月の化学療法センター会議でがん専門薬剤師から院内発生でPMDA(独立行政法人 医薬品医療機器総合機構)に挙げるような重篤な有害事象の情報共有をいただいています。診療科横断的に有害事象の情報共有ができていますね。他にも実臨床において具体的な抗がん薬の安全管理の観点から心がけていることがあると思います。細見主任一言お願いできますか？

細見 そうですね。薬剤師が関わるとい



細見 誠薬剤師

うところであれば、外来のサポートというところで、内服の抗がん剤や分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬も増えてきているので、その副作用のモニタリングというところをサポートしながら先生と一緒にフォローしていければいいかなと考えています。

後藤(昌) 細見主任はがん専門薬剤師ですが、がん専門薬剤師を目指したきっかけや、今後さらにがん専門薬剤師を育成する観点から意識されている点はありますか？

細見 私は2004年に研修生というかたちで入職させていただいておりまして、2年間の研修を経て2006年に正職員として採用していただいています。職員になって最初に配属されたのが75病棟、消化器内科の主に抗がん剤治療や緩和ケアをされている病棟だったので、そこでがん治療に興味を持ちました。その後、化学療法センターに配属が決まった時に、後藤愛実先生が四国がんセンターに研修に行かれてそのまま産休に入られるということで、レジメン審査委員会の仕事などを引き継ぐこととなったため、必死に勉強したということもありまして、がん治療に深く関わっていきたいと思うようになりました。そして、後藤愛実先生ががん専門薬剤師の資格を取られたことで、私自身もより専門性を活かして患者さんに関わっていきたくと思

うようになり、今まで取り組んできたというのが背景にあります。

後藤(昌) 黒木主任はいかがでしょう？化学療法センターで現在勤務中ですが、今後化学療法の認定資格取得のため研修に行かれるとお伺いしています。化学療法センター勤務を通して感想などあればお聞かせください。

黒木 はい、認定資格を取るために1年研修に行きます。私は病棟経験が長くて、数多くのがん患者さんに関わってきました。自分には抗がん剤や患者さんの精神面についての専門知識が足りないということを痛感しておりまして、外来へ異動させていただいて、そこをもっと勉強するために今回学校に行かせていただくことになりました。やはり診察室や治療室を通して患者さんと多く接してきていると、患者さんの抗がん剤治療に臨むまでの思いであったり、その後のケアであったり、先ほどの先生方の発表にありましたが、患者さんに関わる場面では、やはり専門性が大切だということでしたので、今後たくさん学んで、貢献できるようになっていきたいと思っています。

後藤(昌) 黒木主任も細見主任もそれぞれ看護師、薬剤師の立場からがん患者さんと接する中で、さらにがん患者さんに対する専門性を上げるべく努力され、その結果院内のがん化学療法レベルの向上につながってきたことがわかります。続きまして、がん薬物療法専門医の立場から山口先生お願いします。

▶ がん治療の進歩と医療者の育成

山口 よろしく申し上げます。私は医師パートということでがん治療の進歩と医療者の育成についてお話しさせていただきます。まず、



黒木 由美看護師

当院の化学療法センターについてですが、先ほど後藤愛実先生から詳細に創設期から現体制への移行までお話しいただきました。歴史を振り返ってみると、「そうだったのか」と思うところが沢山ありまして、感慨深いものがあります。現在の体制は後藤昌弘先生がセンター長、私が副センター長という体制で運営しています。今年度からは治療ベッドを増床し、新病棟へ移ったことで、多くの患者さんの治療環境が改善され、私たちの診療も行いやすくなりました。メンバーに関しては、専門医師スタッフは後藤昌弘先生を筆頭に4名、緩和ケア部門では浅石先生にサポートしていただき、抗がん剤治療と緩和ケア治療を密に連携しながら運営しています。利用患者数も年々増加し(図6)、昨年度は年間12,000件を超え、北摂地域でトップクラスの件数を誇っております。始動当初は年間3,000件程度で、小さい部屋で抗がん剤も手詰めで、すごく一生懸命やっていたのだと思いますが、その時代から4倍に増えているということに、先人達の相当な努力を感じました。実際の利用件数の詳細は、IBD (Inflammatory Bowel Disease)など生物学的製剤もさることながら、化学療法の実施件数は消化器内科がトップとなっています。

では、化学療法センターの成り立ちについてですが、私たちは基本的に大阪医科薬科大学

病院の第二内科、消化器内科の中に属しておりまして、その中の一部門が化学療法グループです。現在の化学療法センター所属は5名、そこに緩和ケア部門の浅石先生を加え院内では6名です。他にも諸先輩方では北摂総合病院の化学療法センター長の西谷先生、国内留学されている先生方など、若手も育成している状況ではあります。

次のがん薬物療法専門医の育成と教育についてお話しします。がん薬物療法の進歩は目覚ましく、例えば大腸癌では1999年頃の5-FUしかなかった時代は半年～1年も満たないくらいの生存期間だったのがこの20年ほどでぐっと延びていまして、現在は30ヶ月に及ぼうとしています。この10～20年で3倍くらい生存期間が延びたと言っても過言ではありません。ただし、その背景には様々な薬が開発されてきたことがあります。これがきっかけで、抗がん剤を扱う医師や薬剤師に要求される知識や理解が膨大なものになり、専門化が進んできました。特に2000年の後半は、薬剤の開発速度が飛躍的に上昇し、分子標的剤をはじめとする、様々な薬剤が登場しました。さらに、2010年代に

は免疫チェックポイント阻害薬が登場しました。結果として、副作用もすごく多様化しました。これまでは、抗がん剤の代表的な副作用として発熱や吐き気、脱毛などが多かったのですが、最近では免疫関連有害事象など今まで経験した事がない副作用も加わり、慎重な取り扱いと経験が求められるようになりました。

さらに、一つ一つのがん種における複雑な治療戦略があります。例えばこちらは大腸がんの治療ガイドラインの一部抜粋ですが(図7)、非常に複雑です。治療方針を決定するために、患者さんの身体機能、原発部位、遺伝子変異(RAS、BRAF、MSI、HER2)を計測した上で治療方針を決定します。これが治療ラインごとにエビデンスが異なり、さらに複雑になってきます。

今までの治療は選択肢が1つか2つしかなかったのですが、そんなに迷うことはありませんでしたが、日々新たな選択肢が生まれることと、検査のデバイスも進歩していますので、様々なことを考慮して治療を決めなければなりません。がん種ごとに、こういった多くのことを学ばなければならないということ、薬物療法に長けた専門医が必要ということのがん薬物療法専門医が創

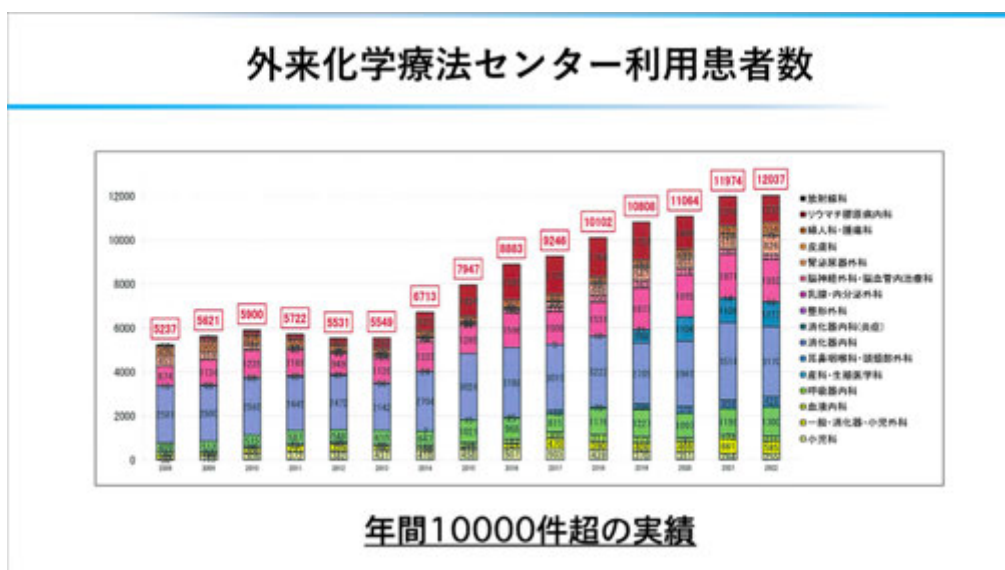


図6：外来化学療法センター利用患者数



山口 敏史先生

設されました。

私の場合は、がん治療修練医として国立がん研究センター中央病院へ留学し、がん治療に関して3年間研鑽を積みました。消化器内科の他にも血液内科、乳腺腫瘍内科、呼吸器内科、肝胆膵内科、他にもIVR(Interventional Radiology)など様々な科を3ヶ月ずつローテーションし、それぞれの科での病棟管理、副作用対応、新規薬剤使用症例の管理や臨床研究などを行いました。国立がん研究センターの一番の特徴は、医師、看護師、薬剤師、事務に至るまですべての人ががんの治療の進歩のために人生を捧げている方が集まっているので、すごく熱心な指導

があり、病院全体からがん治療に対するエネルギーをすごく感じる場所だということです。また、そういったモチベーションの高い同世代の医師とのつながりもできます。第二内科ではこういった所に一定期間留学して学ぶという機会を若い学年のうちに設けていただいています。

それでは、がん薬物療法専門医とはいったいなんぞやということですね。『ブラックジャックによろしく』という15年くらい前の漫画に「腫瘍内科」という単語が出てくるのですが、先ほど後藤愛実先生がお話しされたように、昔は外科医や内科医が数ある治療のひとつとして抗がん剤治療を行っていました。エビデンスや使用できる薬剤も少なく、病棟の隅っこの方で抗がん剤を詰めて実施するといったような、専門性に乏しく、医師ごとに治療方針も異なっていました。そういう事も背景に、適切に薬物療法を実施できる医師の育成を掲げて、2005年に日本臨床腫瘍学会が薬物療法専門医制度を制定しました。この資格は非常に難しい資格で、症例サマリーも多岐にわたる症例が必要かつ詳細な記載が必要で、筆記試験を受け、さらに口頭試問と面接があります。内科、外科も含め



図7：複雑な治療ストラテジー～大腸癌～

た専門試験の中では最難関で、最も合格率が低い試験のひとつになります。まだまだ少数で日本には1,689名しかおらず、消化器病専門医17,679名の10分の1しか日本にはいないという資格になります。また資格を取った後も5年ごとの更新試験があります。更新時も毎回ペーパーテストがありますので、勉強を止めたとたんに資格を失うような高度な資格になっています。

私が抗がん剤を専門としたきっかけは、後期レジデントの時、主治医としてがん患者さんを担当した時に知識や経験もなく、何一つ自分が主体的に治療できなかったという経験が大きいと思います。早期がんや大腸ポリープの患者さんは無症状で、体調も問題なく、内視鏡切除などを治療していても調子が良くなったということもないんです。一方で、がん患者さんは初めから体調が悪い方が多く、そういう患者さんに自分は何をするのがベストチョイスなのかがわかりませんでした。そこで、国立がん研究センターへ行かせていただいて知見を広げ、3年間の研修を積んで大阪医科薬科大学に戻り、がん薬物療法専門医を取得し、色々な治験への登録やがん診療を行って、ようやく少しずつ「最良の選択」が理解できてきました。ここまで至るのに10年以上かかっています。

最近では自分の専門領域の習熟はもとより、若いうちからのがんへの適切な対応が可能ながん専門医の育成が大事だと感じています。こういった若手のがん専門医教育に関して、何が重要かというのは色々あると思いますが、私はやはり若いうちから様々な場所で刺激をもらう事も大事だと考えています。例えば海外学会発表など、昔は医師10年目でやっと行く所でしたが、今はもう4~5年目からチャレンジして発表していただいています。海外のモチベーションの高い様々な人たちと交流してもらい、1回目は

先輩にサポートしてもらって行ったから次は自分の力で行こうというようにモチベーションを上げていただくようにしています。他に毎週木曜日に外国人講師を招いて小グループでの英会話のレッスンも行っています。最近は学会活動やミーティングにおいても英語が基本ですので、教育にも力を入れています。

また、院内だけで完結するのではなく外部組織との交流も重要です。日本には様々ながんの治療開発を行っている臨床試験グループがあります。JCOG(日本臨床腫瘍研究グループ)やOGSG(大阪消化管がん化学療法研究会)、CIRCULATE Japan(リキッドバイオプシーによるがん個別化医療の実現を目指すプロジェクト)という非常に大きな母体で、世界を股に掛けるような団体にも参画しています。我々のグループの医師は、こういうところで若手選抜や、運営委員、事務局を任せていただいています。こういった外部の研究組織においても活躍できる人材の育成に努めています。またガイドライン作成など日本の治療指針を決めるような仕事も一部させていただいています。その他、産学連携、企業との連携も大事にしています。例えば、私が試験事務局をしている前向き第2相試験(イーライ・リリー社より資金提供)などの治療開発も行っていて、今後のがん患者さんに対して有効な薬を届けるように日々努力しています。化学療法グループの全スタッフが薬物療法専門医資格を持ち、国内留学もしています。来年度から留学予定の先生もいますし、現在国内留学している先生方にはいずれ帰ってきて、現場に還元してもらいたいと考えています。

最近の話題で言えば、遺伝子パネル検査と治験についてお話しします。2015年にオバマ大統領が“Precision Medicine Initiative”を発表しました。今まではみんな同じ治療を受けていたのですが、一人ひとりの遺伝子(遺

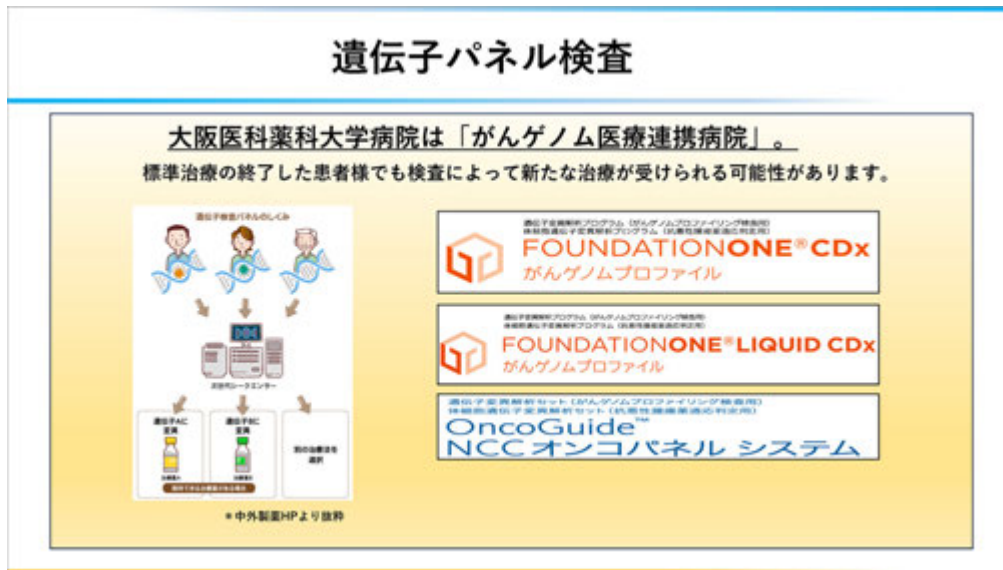


図8：遺伝子パネル検査

伝子パネル検査)を調べ、それをターゲットとした治療、がんの個別化治療を進めていこうということが提唱されました。そして本邦でも2019年6月にがん遺伝子パネル検査が保険適用になりました。OncoGuide™ NCCオンコパネル、もしくはFoundationOne® CDxがんゲノムプロファイルです。約300種類の遺伝子を調べ、他に適切な治療薬がないかゲノムプロファイルを用いて調べる検査です。現在、大阪医科薬科大学病院は「がんゲノム医療連携病院」に指定されていますので、FoundationOne® CDx、FoundationOne® LIQUID CDx、OncoGuide™ NCCオンコパネルシステムの3つの検査が受けられます(図8)。高槻でも指定されている病院が少ないので、検査依頼が来るようになりました。遺伝子パネル検査実数は2023年4月1日～9月30日でトータル31症例、この上半期でみると消化器内科が21症例でトップの症例数でした。検査を実施した21症例中、4症例で新規治療が見つかりました。遺伝子パネル検査を積極的に行うことで、約10程度の新規薬剤に結びついています。遺伝子パネル検査をしなければ亡くなっていた患者さんが今も社会生活、お仕事もされながら、しっ

かり生活をされているということは医療の発展に他ならないと思います。遺伝子パネル検査の提出は様々な部署が連携・協力いただく事で実施できますが、煩雑な手続きが必要です。しかし、忙しい診療の中でも、こういったパネル検査を積極的に行って、新しい薬につなげる努力を日々しています。遺伝子パネル検査と同様、現状受けられるベストな標準治療に加え、更に次世代につながるような治験についても当センターでは実施しています。

最後にがん診療における多職種連携についてお話しします。1日に30～40人くらいの患者さんを診察するとなると、実際の診療は5分くらいしかありません。その中で様々な事象への対応が必要とされるのが診療現場です。例えば、消化器がん患者特有の腸閉塞や胆管炎などが生じた場合は化学療法センタースタッフは消化器内科に所属していますので、グループ間のサポート体制、連携はスムーズに行えます。消化管グループ、胆膵グループ、肝臓グループ、どのグループの先生にも電話一本ですぐに相談を受けていただけて、その日のうちに各グループでの診察を受けていただくことも可能です。

様々な専門家による強力なサポート体制を得られるのも消化器内科特有のものかと思えます。外科とも毎週カンファレンスを行い、いずれの症例においても、困った時はいつでもその日のうちに連絡して、治療の方針を決められるような診療体制が構築できています。

そして最後に欠かせないのが、がんを専門とする薬剤師と看護師のサポートです。様々な専門領域からサポートいただくことで診療における病状の把握や治療方針についても多面的に相談ができます。また、診察が終わった後に看護師さんが患者さんに家で様子や家族環境など直接お話を聞いたり、点滴中に薬剤師さんが副作用の注意点なども話したり、医師が診察中に診きれなかった部分をサポートいただき、フィードバックしていただけるおかげで、より適切で質の高いがん治療を届けられていると思えます。その根幹には有田副師長や後藤愛実先生のお話にありましたように、色々な方の教育であるとか、熱意であるとか、それらが化学療法センターに行き渡っているからだと思えます。実際に働いていて看護師さんも薬剤師さんも熱意のある方ばかりです。色々な副作用のマネジメントや社会的なサポートに至るまで、すべてがこういった方々に支えられて行えているのだと、今回の座談会を通してより再確認できました。がん治療はチーム医療です。たくさんの専門家が手を取り合って一人の患者さんを支えるために、日々努力していかなければならないと考えています。

後藤(昌) 自身のがん薬物療法専門医を目指すに至ったきっかけからグローバルな視点での研究活動、実臨床における消化器内科、一般・消化器外科との密な連携、さらに多職種連携に至るまで広範囲に解説いただきました。ゲノム医療に関しては今後さらに普及しますので化学療法センターに所属するがん薬物療法専門医が院内で果たす責務は大きいと感じます。当院のがん薬

物療法専門医は現在化学療法センター 4名、臨床研究センター 1名、呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科1名 合計6名ですが、診療科の枠にとらわれず院内の化学療法の質の更なる向上に協力したいですね。そして、院内での専門医の数も増やしていく必要があると思いますが、先ほどのお話にもありました5年ごとの更新試験ですね。抗がん薬の進歩は極めて速いので、5年ごとの更新試験は必須かもしれませんが、ここまで厳しい更新条件を課す専門医は国内では類を見ないように思います。もう少しハードルを下げれば専門医の数も増えるのでは?と思うこともありますが、それだけ取得・維持が困難な資格を継続しているとプライドを持ちたいと思えます。続きまして由上先生、昨年国立がん研究センター東病院から帰ってきたばかりの、新進気鋭の若手オンコロジストです。よろしくお願いします。

▶ 化学療法センターを選択した理由

由上 3年間国立がん研究センター東病院に国内留学に行っていた由上です。私がどういった経緯で消化器がん、がん診療に携わるようになったかというところをお話したいと思えます。私は研修修了後の診療科に関して、胃カメラや大腸カメラなどの内視鏡診療におもしろさを感じて消化器内科を選択しました。関連病



由上 博喜先生

院では、山口先生もお話をされていましたが、消化器内科として働く中で、胃がん原発出血のため輸血依存に陥っているとか、体は比較的元気でもがんによる消化器症状でごはんがあまり食べられないとか、膵がんや腹膜播種によって閉塞性黄疸やイレウスを起こしているとか、食道がんによる通過障害とか、大腸がんの原発狭窄とか、色々な症状を抱えているがん患者さんを診て、どう対応すればいいのだろうと、消化器内科1年目、2年目の頃はいつも困っていました。主治医として患者さんと接する中で、患者さんの訴えとしては、しんどい、抗がん剤治療で良くなりたいとおっしゃっていても、こんなに色々な症状を抱えている患者さんに抗がん剤治療をして本当に大丈夫なのか…。自分の経験のなさもあって、患者さんに届けている治療が適切なものなのかという不安を常に感じながら診療にあたっていた記憶があります。患者さんが抗がん剤を希望されているけれど、今の体調で抗がん剤をすることが本当に患者さんにとってプラスになるのか、緩和に専念してもらうのがいいのか、患者さんの希望に沿ってやった方がいいのかとぐるぐる考えていました。先輩の先生方もそこまで抗がん剤治療に詳しいわけではなく、どうしようかとよく悩んでいました。

そういう中で、しっかりがん患者さんの治療を行えるようになりたいと思い、化学療法グループを選択しました。さらにより詳しく、また先端の治療にも触れたいという思いから国内留学で国立がん研究センター東病院に行かせていただきました。戻ってきて、消化器内科の化学療法グループとして働いていますが、実際に今でも消化器がん特有の症状で、治療方針を悩むことが多いというのが実状です。ただ、私たち化学療法グループは消化器内科に所属しておりまして、山口先生のお話にもありましたように、消化器内科内の他のグループとの連携は非常にスムーズですし、定期的に消化器外科との

カンファレンスも行っていますので、手術が必要になった症例や当初は切除不能だった症例でも抗がん剤が奏功して根治手術が実施でき、長期生存につながるような症例もあり、診療科内や外科との連携が非常にスムーズだからこそ、良い医療が届けられていると実感することも多々あります。特にまとめというわけではないのですが、消化器内科1～2年目の頃は非常に悩むことが多かったのですが、化学療法グループを選択して、色々な経験をさせていただくことで、今でも悩むことは確かに多いですが、それでも以前よりは良い医療が届けられているかと思えますし、これから勿論私ひとりだけの力ではなく、化学療法の外来スタッフ、薬剤師、看護師のみなさんと力を合わせながら、より良い治療を患者さんに届けていきたいと考えています。以上です。

後藤(昌) 由上先生の場合も消化器内科医としての研鑽を積むうちに化学療法に興味を持ってくれたようですね。先生は先ほどの山口先生の説明にも出てきたCIRCULATE-JAPANの大腸癌circulating tumor DNA(ctDNA)の結果を、来月サンフランシスコで開催される国際学会(ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium 2024)で数千人の前でoral発表予定です。日頃の英語でのカンファレンスの成果を世界中のオンコロジストに発信してきてください。今後も「外に目を向けた仕事」を心がけるとともに、化学療法センターの運営に協力お願いします。続きまして浅石先生、よろしく申し上げます。浅石先生も消化器内科入局後緩和医療に興味を持ち、現在は当院の緩和ケアセンター専従医師です。緩和ケアはがんと診断された時から始まるため、化学療法センターと緩和ケアというのは切っても切れない関係にあり参加いただきました。



図9：がん医療総合センター組織図

緩和ケアセンターとは ～患者さんのQOL向上のために～

浅石 よろしくお話しします。緩和ケアセンターの浅石です。本日は緩和ケアセンターとはどういうところなのか、また消化器内科の先生方、化学療法センターの先生方とどのような連携を行っているのかについてお話ししていきたいと思っております。まず緩和ケアセンターですが、病院の下にがん医療総合センターという統括的な部門があり、その中のがん治療支援部門に化学療法センターと私たちの緩和ケアセンターが含まれています(図9)。緩和ケアセンターの主な役割は、臨床としては緩和ケアチームや緩和ケア外来の管理・運営を行っております。臨床以外としては、各種勉強会や緩和ケアセミナーの企画・運営に加えて、院内の緩和ケアに関する様々な相談を受けたりしています。こういったものに化学療法センターの後藤昌弘先生や山口先生にも講師をお願いしたり、ご挨拶をいただくなど、毎年ご協力いただいております。

緩和ケアチームとしての活動についてお伝えします。緩和ケアチームは院内のがん患者さん全

体を診るため、抗がん剤の副作用や治療経過などの把握が重要ですが、後藤先生などに教えていただいた知識をもとに日々の診療にあたっております。私たちは、化学療法センターの先生方、ひいてはもちろん第二内科の先生方の多大なご協力のもと日々活動を行っております。化学療法センターは2006年から始まりましたが、緩和ケアチームは翌2007年の2月に、第二内科の川部伸一郎先生によって立ち上げられました。その後2010年から10年間、桑門心先生が専従医師を務められ、その退職に伴い2020年の4月から、ちょうどコロナが始まった時期と同時に私が引き継いでおります。他にも何人



浅石 健先生

かスタッフがおりまして、現在国立がん研究センター中央病院に1名、緩和専従で留学しています。また、4月に若手の先生が1名帰局予定です。共通点は全員が第二内科の医局員であることです。緩和ケアチームの開設から現在に至るまで、一貫して第二内科の医局から院内及び関連病院の人事を調整しながら緩和ケアチームを担当しています。西川教授をはじめ、第二内科の先生方には改めて御礼を申し上げます。

当院のような拠点病院には、院内全体の緩和を担う組織として緩和ケアチームの設置が求められています。このため私たちが診ているのは消化器に限らず多くの診療科のがん患者さんに加え、最近では心不全など、がんではない患者さんも診ていくことが大事です。そのためには内科としての知識が非常に重要ですし、イレウスや閉塞性黄疸など、色々な消化器関連の合併症に関しても対応することが求められています。私たち第二内科の専門知識を持った者が緩和の専従医師として働いているということは、患者さんにとって大きなメリットと考えており、第二内科の強みではないかと考えます。

緩和ケアチームは院内のチームラウンドを行っています。緩和ケアチームの新規依頼件数ですが、主にがん患者さんを中心に、一部心不全や感染症も含まれていますが、特に近年は毎年300件を超える勢いで依頼をいただいています(図10)。痛みが一番多いのですが、その他、呼吸困難であるとか精神症状、不安などにも携わっております。各科ごとの依頼数を見ましても、この2年、消化器内科の紹介は確実に増えていまして、昨年は100件を超えており、院内全体の3分の1が消化器内科からの依頼になります。どの診療科に対しても垣根の低い対応を目指していますが、特に医局員同士での相談ができるという強みをもとに専門性を生かした対応を心がけています。症例によっては化学療法チームのカンファレンスに参加することで、よりシームレスな連携につながることも多く、消化器内科の先生方から定期的に依頼をいただいているものと考えています。また病棟ラウンドに留まらず、緩和ケア外来というのも行っています。新棟移転の前から化学療法センターの横で外来を行っており、最近は紹介いただく患者さんが増えたこともあって、週1回だった診察日を2



図10：緩和ケアチーム 新規依頼件数

回に増やして対応しています。抗がん剤治療中の患者さんは急に体調が悪くなったりすることが多いですが、物理的な距離の近さもあり、常に切れ目なく診療できる体制を整えております。

先ほど山口先生から薬物療法専門医に関する話があったかと思いますが、緩和ケアでも2010年より専門医制度が始まっています。専門医機構の認定は受けておらず参考記録ではありますが、現在専門医は全国で330人と非常に少なく、口頭試問を含めた薬物療法専門医に匹敵する難しい試験をクリアする必要があります。ただ専門医制度開始以降の常勤医師はいずれも専門医を取得しており、がん薬物療法専門医である化学療法センターのスタッフと共に専門性を生かしてがん患者さんの診療にあたっています。今後、若手の先生にも取得できる環境を整備中です。

ここまで全体的なお話をしてまいりましたが、化学療法センター、緩和ケアセンターともに多職種連携は欠かせません。最後に多職種連携の一例を示したいと思います。70代後半でADL (Activities of Daily Living)の保たれていた女性が大腸がんの化学療法中に薬剤性肺炎で緊急入院となり、抗生剤やステロイド治療にも反応せず、会話もできないほどの呼吸困難があり緩和ケアチームへ紹介となりました。最初は呼吸困難でしゃべれない状態でしたが、化学療法センターの先生方の治療によって話ができるまでに改善しました。この患者さんについては私たちもカンファレンスに参加していたため、タイムリーに緩和ケアチームが介入することができました。当初、退院は難しいと考えられていましたが、本人とご家族に強い帰宅願望があると分かり、化学療法センターの先生方に加えて病棟スタッフやMSWともスムーズに連携し、在宅医の全面協力をいただき自宅退院となりました。この症例のように、化学療法センターの先生方の

的確な初期治療、また多職種間での緊密な連携により患者さんの希望に向き合えた症例も多く経験しています。今後も、緩和ケアセンターとしては医師、病棟看護師を含めた院内スタッフと連携し、患者さんにご家族のつらさを和らげる支援を継続したいと考えております。ご清聴、ありがとうございました。

後藤(昌) 浅石先生には毎朝8時半からの化学療法センターカンファレンスにも参加していただき、研修医やレジデントの先生へも緩和ケア専門医の立場としてのコメントをいただいたており、病棟患者さんへのきめ細かい緩和医療のみならず、後進の育成にも協力いただいています。これからは総合討論に移ります。

外来で化学療法を受けられる患者さんは、病院内に束縛される時間が少ないというメリットもありますが、入院治療より病院スタッフと接する時間が短く不安も多いと思います。今後さらに安心して外来化学療法センターを利用させていただくために、取り組みや案があれば意見をいただきたいと思います。後藤愛実先生、有田副師長お願いします。

後藤(愛) 抗がん剤治療が安全にできたら終わりではなくて、患者さんの社会生活が継続できる支援をもっと広げていければ良いと思います。例えば、入院患者さんのアピアランス支援とか、今でも十分できているとは思いますが、がん相談支援センター、MSWや専門看護師など協力してくれるスタッフが近くにいるので実現可能だと思います。

後藤(昌) ありがとうございます。有田副師長、どうでしょうか？

有田 私も安全第一というか、安全は大前提にあります。当初2名から始まった看護師

は投与管理をするのが精一杯だったのですが、今は看護師の数も増えていきますし、治療もどんどん変わってきています。今まで薬剤師さんにお世話になっていることが本当に多くて、本来だったら看護師が患者さんの症状マネジメントも含めベッドサイドへ行くべきなのかもしれませんが、そこは役割分担をして、生活に困っていたり、心理社会面で何か患者さんが訴えられたりする場合、薬剤師さんから私たちに声をかけてくださっているのです、そういった連携は継続していければと思っています。新棟へ移転後35床に増えているので、利用件数については増やすことも可能ですが、現在の予約システムが私の永遠の課題でありまして、予約がいっぱいであっても薬剤師さんと協力してがんばってなんとか受けてはいるのですが、システムがちゃんとできれば、本当にもっと安全に、私たちも患者さんへタイムリーに対応できると考えています。そして、本院はがん専門病院ではないので、やはり病棟の曝露対策ひとつにしても、温度差がすごくあるので、看護の部分でもがん医療、看護を均てん化できるようにもっと働きかけをしていきたいと思っています。がん看護領域では他の領域に比べると研修をよく実施しているので、引き続き強化していきたいと考えています。他にもいっぱい実践したいことはありますが、少しずつ実現できればと思っています。

後藤(昌) 山口先生、安全・安心の化学療法に



関して、先生のお考えをお願いします。

山口 そうですね。難しいですね。安全はみなさんがおっしゃるようにベースにあるものですから、やはり医師を一人育成すること。抗がん剤を扱える医師を育てるには10年弱かかると思うんです。そのバックグラウンドにはパラメディカルスタッフや看護師さんとの連携をきちんと行えること、自分が思う治療を実践するためだけでなく、チーム医療を行えるような人材の育成がかなり重要で、その一人の医師を丁寧に、着実に育てていくということでしょうか。これから件数を増やしていくにしても、安全に実施していくにしても人が必要なのかなと思います。

後藤(昌) それぞれの担当部署内での継続的な人材育成が重要ですね。安全面、特に副作用管理という点では、免疫チェックポイント阻害薬が臨床導入されてから、他科との連携がより一層重要になりました。内分泌、呼吸器、消化器、心血管系や神経内科関連の有害事象など多岐に及ぶようになりました。当院化学療法センターの医師スタッフは消化器内科関連の専門医を取得後、がん薬物療法専門医になりましたので、消化器関連の副作用に対する敷居が低いわけですが、呼吸器・呼吸器腫瘍内科の先生方は呼吸器関連の肺臓炎等の副作用マネジメントは悩みが少なくても消化器関連の肝障害や下痢等の管理に苦慮する場合もあると思います。同じことは、泌尿器科系や婦人科系領域等の専門の先生方の場合も同様だと思います。そのような様々な診療科横断的な問題解決のために院内外の研究会を定期的で開催してきましたが、COVID19によるパンデミック以降休止していますので今後の課題ですね。

後藤(愛) コロナ禍以降は、ウェブ配信の講義になっているので、集まって行うのが良いと思

いますね。

後藤(昌) そうですね。新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行しましたので、副作用管理の研修会も集合研修という形で再開してほしいと思いますが、山口先生どうですか？化学療法センターとして主導的に行うことは可能でしょうか。

山口 はい。それは、できるかと思います。

後藤(昌) 毎月化学療法センター運営会議では1ヶ月間に院内発生した化学療法に伴う副作用のうち全体に周知した方がよい症例を共有していますが、院内周知という点ではまだまだ不十分です。できれば安全の研修会と共催という形で年に1～2回開催できればと個人的には考えております。

それでは山口先生もおっしゃっていましたが、化学療法のスペシャリストの継続的な育成が今後さらに重要になると思われませんが、浅石先生、緩和ケアの方ではいかがですか？後進の育成に関して何か心がけていることはありますか？

浅石 人を育てることはすごく大事なことだと思います。緩和ケアについて、実際患者さんと話していると終末期ケアと捉えている方が大半で、早期から始める緩和ケアが広がるには長い道のりとなりそうです。医療者と話していても、「まだ緩和ケアは早い」という声が聞こえることも多く、ターミナルケアだと思っている人が結構多いです。毎週回ってくる研修医全員に、短期間ではありますが緩和ケアについて教えています。麻薬の使い方などに加えて、最近のトピックス等についても草の根運動ながら教える機会をいただいています。教えることが即、緩和ケアへの興味につながるかどうかは微妙ですけども、正しい知識や考え方をPEACE

(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)を含めた研修会で教えていく、私たちのやっている色々なセミナー等に来ていただいて、少しでも興味を持ってくれる人を増やしていくことが大事だと思っています。

後藤(昌) 後藤愛実先生、薬剤部は順調にがん専門薬剤師を育成されていると思うのですが、何かコツがあるんでしょうか。

後藤(愛) 特にコツを意識している訳ではありませんが、当院は、がん専門薬剤師研修施設に認定されているため、他施設からも研修にこられるような仕組みがあり、カリキュラムも各学会のコアカリキュラムに従い作成しています。研修生対象の座学講義には、当院の薬剤師も参加可能ですし、他施設から研修に来られる先生方から、良い刺激を受けていると思います。

後藤(昌) がん専門薬剤師が7人いる大学病院は全国的に見てもトップクラスだと思います。我々化学療法センター医師の場合は若いうちに全国の志を同じくする仲間たちと切磋琢磨する環境を提供し背中を押してあげることだと考えています。上級医が生き生きと楽しそうに仕事をしていないと誰もついてきませんよね。

細見 そうですね。まず興味を持ってもらうということが大事だと考えています。あとはルールに乗せてあげるというか、フォローできていればと考えています。

後藤(昌) 有田副師長はどうですか？

有田 私たちもがん看護領域CN/CNSやがん医療総合センター等、色々な部門で研修を行いながら、その中で興味のあるスタッフをで

きただけお誘いして、キャリアアップ支援を行っています。私とがん化学療法看護認定看護師が1名、次年度研修予定者が1名おり、今後もがん看護領域の人材育成を行っていききたいと思います。そして、引き続き彼女たちにも一緒にがんばってほしいなと思います。

後藤(昌) IVナース研修に関しては230名育成ですね。私も講義をさせていただいていますし、放射線科の山本先生も毎年講義を担当してくださっていますね。やはりそういった院内全体の協力体制で、専門の看護師の方も増えてほしいと思います。山口先生どうですかね、やりがいを実感してもらうということですかね？

山口 そうです。日々、楽しそうに見せるというのはなかなか難しいですけど、やはり若いうちに色々なことに触れさせるということで、抗がん剤を志望していない人にも積極的に海外発表をさせてみたり、そういった世界を早めに見せるといったことをまずやっています。がんに興味を持つかどうかというのはどうですかね。

後藤(昌) 研修医やレジデントとしてローテーションしてくる先生たちを見ていると、医師という経験が浅いうちからがんという疾患自体に興味を持つ先生とそうでない先生が分かれる場合も多いですね。

山口 そうなんですよね。

後藤(昌) 化学療法の治療成績も大きく改善しており、卒前教育から腫瘍学に興味を持つ人材を育成したいですね。医療系ドラマでもたまたま化学療法に焦点が当たりますが盛り上がりにかけますね。

幸い大阪医科薬科大学には腫瘍学講座が設置され、教授に藤阪保仁先生が就任されました

ので、同じ志を持つ腫瘍内科医として協力したいと思います。

山口 みんなが困る症例の治療方針をパシッと決めてやっていくということを若い人にカンファレンスを通して伝えていければと思いますが、なかなか難しいです。由上先生どうですか？

由上 私自身が実際診療している中で困っていることを解決していくために、診療科、グループ、専門性を決めていったので、例えば大学病院なら化学療法グループというのがあって、紹介してくれた先生は患者さんと途切れてしまいますよね。もちろん私たちが診療を引き受けて診ていくんですけども。関連病院に出ている先生とか、若い先生は自分でしなければならないシーンがあるので、どうすれば良いかという程度のサジェスチョンを指導的なところで関わりながら…。そうですね、やはり自分で経験する中で、こういう領域でやっていきたいとか、別の所に興味があるのかがわかってくると思うので、関連病院でもがん患者さんはいらっしやるので、そういったところで若い先生にもしっかり診療していただくこと、私たちが外勤で行っているところでフォローアップして、しっかりした治療の経験を積んでもらうことで興味のある人ががん診療の方向へ進んでくれたらいいなあと思います。

後藤(昌) やはり若いうちから色々経験し指導医がしっかりフォローすることが重要ですね。来月の国際学会では化学療法センター関連ではスタッフの山口、由上、門埜先生のほかにレジデントや大学院生の桶本、坂口、内海、池上先生の7人が演題採択となりました。若手の先生方も上級医から良い刺激を受けますと思います。私は一人、国内で留守番ですが(笑)。もちろん一人で留守番といっても全ての外来、入院、緊急受診・入院を一人で対応するわけではありませ

ん。当院の化学療法センター医師は消化器がんの治療を主に担当しており、西川教授をはじめ第二内科医局員の温かいバックアップのおかげで日常診療が成り立っています。学会期間中も第二内科からの全面的なサポートのおかげで円滑に日常臨床を遂行予定です。西川教授をはじめ医局員のみなさま、これからもよろしく願います。

海外で発表することは大変良い経験になりますが、そのためには研究費の獲得が不可欠です。山口先生からお話いただいたように、様々なクリニカルクエストに答えるための臨床試験を企画したり、あるいは新薬の治験のリクルートや契約症例の完遂等により研究費を獲得し、化学療法センターを安定して運営し、これから医師になる先生方にもがん薬物療法専門医を視野に入れてもらえるよう、今後も活動を継続したいと思います。

色々化学療法センターの皆さんからお話を伺い、皆さんの熱い思いを感じることができました。

そろそろお時間ですのでまとめたいと思います。化学療法といえばチーム医療ですね。化学療法センター設立当時の瀧内比呂也先生のマインドを引き継ぎ、風通しの良い関係が培われてきました。その関係は今後も変わることがないように、それぞれの部門が意識し密に連絡を取り合いながら、安全・安心の外来化学療法センターの運営に努めたいと思います。そして化学療法に興味のあるスタッフの育成をより意識したいと思います。日本がんチーム医療研究会など様々な職種が同じセッションで発表できる機会も大切にし、若手に発表の機会を与えるとともに院内のチーム医療の充実につなげたいと考えます。最近ゲノム医療が脚光を浴び、将来的には治療方針の決定の多くがAIに委ねられる時期が来ると言われています。しかし、ソ



西川 浩樹先生

フトスキルと言われる共感力・コミュニケーションスキルはがん患者さんに寄り添う我々化学療法センタースタッフにはこれまで以上に重要になります。その点は常に意識しながら、日常臨床や、あるいは後進の育成を行っていきたいと思います。風通しの良いチーム医療とソフトスキルの向上が化学療法センターの更なる発展につながります。みなさん引き続きご協力をお願いします。

また、がん患者さんの高齢化や治療の複雑化に伴い様々な診療科のお力添えをいただく機会が今後益々増加します。今までのご協力に感謝いたしますとともに今後ともよろしく願い申し上げます。

最後に西川先生、総括と終わりの言葉をお願いいたします。

▶ 強固な地盤を築く化学療法センター 今後の更なる発展に期待

西川 みなさん、今日はありがとうございました。プレゼンテーションを拝聴していて、どの人も実体験に基づいた説得力のあるプレゼンで、大変わかりやすく、かつ有意義な時間を過ごせたと思います。2006年の開設ということですが、その当時からおられた有田副師長と後

藤愛実先生の大変なご苦勞があつて今に至るということがわかりました。おそらくは良いことばかりではなく、メンタルな部分でも挫折したり、色々なことがあつた上での今だと思います。3,000件が12,000件を超えるということには、その陰にはそういう薬剤師さんであるとか看護師さんの血の滲むような苦勞と努力があつてのことと感じました。ましてがん専門薬剤師、指導員2名、専門薬剤師7名と非常に強力な布陣が構築され、かつ安全・確実・安心をモットーとする看護サイドのソーシャル、あるいはメンタルの部分でのサポートというのも痛感しております。一方、医療に関しては、がん治療専門医を様々な角度からサポートするという形が整いつつあるということです。

またASCOの演題採択が7演題ということは、おそらくは教育に関しても強固な地盤が構築されつつあるから、7演題が採択されたということなのだろうと思いますし、今後も続けていただきたいです。私の理解するところでは、緩和医療については、学問的な側面も重視されつ

つあるというところだと思いますので、緩和医療の専門医の育成を目指して、治療と連携しながらより発展していったほしいと感じました。最後にお話を聞いて思ったのは、結局ドクター側はいきなり化学療法の専門家となつたわけではなく、最初、若かりし頃に消化器内科にいてきっかけはともかく、進行がんの患者さんと真面目に、真剣に向き合う、そういう引き金となるようなことがあつて、がんの専門医になつたということだと思います。ということであれば、わたしたち第二内科の他のグループは、そういう進行がんの患者さんと真面目に向き合う彼らの情熱を理解して、その上で私たち、私は肝臓が専門ですが、第二内科の他のグループからの惜しみない協力が得られるべきであると思いますし、またそういう形でサポートして、化学療法センターの発展に、横からですが、第二内科を主宰する立場として力を尽くしていきたいと思いました。私からのコメントは以上です。本当に素晴らしい会だったと思います。ありがとうございました。

