

がんの集学的治療は患者に 明るい希望を持たせてくれる

がん治療には集学的医療のアプローチが重要といわれるようになって久しいが、聖ルカ・ライフサイエンス研究所（日野原重明理事長）は米国のテキサス大学M.D.アンダーソンがんセンターと共同で「日本型がんチーム医療」の確立に向けた活動を続けている。昨年（06年）11月16日、この活動のチェアマンであるM.D.アンダーソンの上野直人准教授、日本側のスーパーバイザーである聖路加国際病院の中村清吾医師（乳腺外科部長&プレストセンター長）などによる記者会見があり、日本型がんチーム医療の新たな意義や理念、今後の展望が示された。医療者によるこうした積極的な動きは、がんの患者や家族にも明るい希望をもたらしてくれるものであり、注目していきたい。

取材・文/米山義男

会見では、初めに上野准教授からこれまで「がんチーム医療」という言葉を使ってきた活動を、今は「チームオンコロジ」という言葉に統一することが説明された。「チームオンコロジ」では患者さんが中心であり、患者さんの満足度を高めていくために患者さんとの距離や関係が異なる3つのチームが相互に連動していくことが必要です」

上野医師は和歌山県立医大を卒業後、米国の内科専門医を取得し、10数年前からテキサス大学M.D.アンダーソンがんセンターの腫瘍内科医として研究や臨床に携わっている。専門は乳がん、卵巣がん、骨髄移植、遺伝子治療だ。

M.D.アンダーソンは全米評価ランキング第1位のがん専門施設として知られる。ベッド数480床で、研究・臨床スタッフは1万6千人を擁し、世界中から年間2万2千人もの新患がやってくる。

そのM.D.アンダーソンで行われているのがチームオンコロジであり、それを日本にも根づかせようというのが上野医師たちの活動だが、チームオンコロジの柱となる3つのチームとは、次のようになる。

チームA（AはActive Careの略）医師、看護師、薬剤師、放射線技師、リハビリ療法士などの職種で構成。医療を提供することで患

者満足度の達成を目指す。

チームB（BはBase Support）臨床心理士、チャプレン（病院付き牧師）、ソーシャルワーカー、音楽療法士、図書館司書など。患者のさまざまなニーズをサポートし、自己決定を促すことで、患者満足度の向上を図る。

チームC（CはCommunity Resource）基礎研究者、疫学研究者、製薬会社、医療機器メーカー、NPOやNGO、マスメディア、財界、行政機関など。患者およびチームA、Bの役割を知り、包括的にサポートする。

この3つのチームのうち、チームCは最も外側にある大きな輪であり、患者に対しては間接的な関係だが、医療の枠組みや方向性を決めていく力を持っている。そこにマスメディアも関わっていることとの重要性は忘れてはならないことである。

チームAとBは患者に対して直接的に関わる位置にある。この2つのチームにはそれぞれ他のチームの役割を知ることが求められるほか、チームAはチーム内で緊密なコミュニケーションを築くこと（例えば医師、看護師、薬剤師が相互にコミュニケーションを進める）、チームBの技法を実践的に身につけることなどが必要であり、またチームBはチームAと柔軟な

コミュニケーションを持つこと、患者とチームAのコミュニケーションの橋渡し役にもなり得ることが指摘された。

「チームオンコロジ」では、その中心にいる患者さんに対する治療の流れの中で、チームや各職種の役割比率が変化していきますから、常に職種の拡張を考へることが原則の一つになります。そして、チームオンコロジには各々のチームの信頼度とコミュニケーションを上げていくことで達成されていきます」（上野准教授）

上野准教授は最近、「最高の治療を受けるための患者学」（講談社）を上梓。

M.D.アンダーソンの医療に携わる日本人医師として、がんの集学的治療を効果的に行うためのチームオンコロジや、患者さんと医師のコミュニケーションのあり方を変える参加型医療についてもわかりやすく説いている。

日本型チームオンコロジ

チームオンコロジを日本に根づかせるプロジェクトで、日本側のスーパーバイザーを務める聖路加国際病院の中村清吾医師は、1997年にM.D.アンダーソンで研修を受けた経験がある。

「M.D.アンダーソンで一番驚いたのは、内科、外科、放射線科、病理医などの医師だけでなく、看

護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなども集まって、一人の患者さんの治療について対等に議論しているということでした」

そうした集学的治療、チームオンコロジこそが患者を救うためには重要であり、今後の展開としてその流れはもっと広がっていかなくてはならないと話した。

「これからは病院内で診療科の垣根や職種を超えて医療者が集まるだけではなく、患者さんが住み慣れた地域や家庭で生きていくけるように、診療所や訪問看護などの支援とも連携して患者さんの満足度が高い医療を提供していくことが理想的だと思います」

これはチームオンコロジではチームCに相当する。チームオンコロジの目指すものが社会的な広がりを持つていける関係にあることを示しているといえる。

中村医師がM.D.アンダーソンの研修によって、日本のがん医療の課題を見出しつつあったように、この日本型チームオンコロジの確立を目指す活動では、2002年からM.D.アンダーソンで始まったチームオンコロジの研修（「メディカル・エクスチェンジ・プログラム教育セミナー」）に日本の若い医療従事者を送り込んできた。若手の医師、看護師、薬剤師の3職種を1チームとして毎年20組が参加し、この5年間で

00人が研修を受けている。

これにつながる新しい動きとして、M.D.アンダーソンで研修を受けた医師、看護師、薬剤師がチューター（講師）となり、日本国内で行われる「みんなで学ぼうチームオンコロジ」という手作りのセミナーも昨年からは始まった。

第1回が東京の聖路加国際病院、第2回が盛岡の岩手医大病院で開催され、いずれも医師、看護師、薬剤師の3人1組での参加が原則で、8施設から24人が集まったというセミナーについては、チューターを務めた清水千佳子医師（国立がんセンター中央病院・乳腺腫瘍内科）と佐治重衡医師（東京都立駒込病院・臨床試験科・乳腺外科）が報告。そこからは医療現場の現実や医療従事者の意識や頑張りがうかがえて興味深い。

このセミナーが計画されたきっかけには、せっかくながらM.D.アンダーソンで学んだチームオンコロジが日本の医療現場にはなかなか採り入れにくいということがあった。「腫瘍内科医や放射線治療医の不足や各職種の専門教育が立ち遅れているからですが、だからといって諦めたくないし、まずは自分の施設内だけでも変えていきたい。それにはチームオンコロジを講義で理解するのではなく、実際に体で感じてこそ身につくと考えて、みんなが日本語で意見を言い合え

るワークショップ方式を進めました」（清水医師）

セミナーは「ふだん着での参加」を呼びかけて1泊2日で行われたが、初めのうちは医師、看護師、薬剤師という参加者たちは同じ施設ごとではなく、医師は医師、看護師は看護師ごとに固まるなど、職種を超えた日常のコミュニケーションに不慣れな様子が目立った。しかし、夜に入ってグループワークに酒が入り始めると、話し合いの雰囲気はくだけていき、飲みニケーションという日本社会独特の社交術が、一見堅いと思われている医療従事者にとっても有効と確認されたというのは面白い。

「晩経過すると、寝ていない人も多くて、みんなが職種に関係なく発言し合い、本音のディスカッションに変わっていききました。臨床症例を設定したロールプレイでは、患者役をチューターがやり、医師や看護師、薬剤師といった各職種がどんなチーム医療で患者さんに関わっていき、患者さんに満足してもらえるかというシナリオをみんなで作る、実際に発表したのですが、体ではなく頭で考えたからこそ生まれるようなアイデアも飛び出しました」（佐治医師）

臨床症例の設定は、患者45歳・閉経前女性。乳がんの温存治療を受けたが、4年後に肝臓に再発。さらに患者背景も、中学生と小学

チームオンコロジのこれから

この合宿形式のセミナーは、NHKの番組ではないが最後の「しゃべり場」で終わる。参加者全員が反省や期待を述べ合う場である。セミナー終了後のアンケートから意見を拾うと、若手の医師、看護師、薬剤師など医療現場の最前線に立っている医療従事者が何を感ず、何を求めているかが垣間見える。

「病院勤務の日常では接点のない職種と意見を交わせた」（薬剤師）
「本音での話し合いの重要性を実感し、お互いの理解が深まった」（看護師）

「医療には標準治療となるEBMだけでなく、コミュニケーション

大腸がん診療に新たな光 切除不能の転移・再発大腸がんでは 最新標準化学療法FOLFLOX、 FOLFLOXが生存期間を大幅に延長

近年、日本では大腸がんが増加傾向にある。国立がんセンターによると、大腸がん患者数は、2003年の9万7000人が、2015年には19万4000人と、ほぼ倍になると予測されている。この最も大きな原因は、食生活の欧米化により動物性脂肪の摂取が増えてきたことではないかといわれている。大腸がんは、早期に発見されればほとんどが内視鏡または外科的手術で根治が可能だが、手術ですべて取り切ることができない進行・転移性大腸がんでは、抗がん剤による化学療法が中心になる。特に転移・再発大腸がん患者の生存期間延長に有効であることが証明され、いま最も注目されている最新の標準化学療法について、国立病院機構大阪医療センター外科医長三嶋秀行医師にお話をうかがった。

増え続ける大腸がん、早期発見
ならほぼ100%治る

成人で1.5〜2mの長さのある大腸は、食物の最終処理として水分を吸収し排泄に導く消化管である(★図1)。大腸がんには、発生する部位により、結腸がんと直腸がんに分かれ、最も多いのが直腸がんとS状結腸がん、7割程度を占める。年齢では50〜60代が全体

の半数以上、性別では、以前は男性のほうが多かったが、最近では女性患者が増えている傾向がみられる(★図2)。

自覚症状として、よくいわれているのが便秘の変化であるが、初期症状はほとんどない場合が多い。たまたま受けた集団検診の便潜血反応検査で見つかることがあるが、この割合は50%ぐらいといわれる。嘔吐や腸閉塞の症状が出たときには、すでにかなり進行し

国立病院機構大阪医療センター 外科医長

三嶋 秀行 医師



●みしま ひでゆき●
昭和59年 大阪大学医学部卒業 第2外科入局
平成6年 国立大阪病院外科 (大腸を担当)
平成12年 同外科医長 現在に至る

医学ライター/エディター 中島葉子

スキルを身につけることやコンセンサスを得ることの重要性が体感できた(看護師)

「医療者はコミュニケーションスキルを早期に学ばべきだ(医師)」

「メンバー間での知識や目標設定に違いがあると、チームオンコロジーはうまくいかないことがわかった(医師)」

「チーム医療はこうあるべきと頭で考えている人は、この体験的セミナーに参加することで考えが変わるだろう(薬剤師)」

この「みんなで学ぼうチームオンコロジー」は第3回が2月11日と12日、聖路加国際病院(会議室)での開催が決まっている。前2回と同じく、医師、看護師、薬剤師の3人いずれも医師、看護師、薬剤師の3人1組で8施設から24人という参加枠がすでに埋まり、個人で参加したいという要望もあるので、2次募集をかけるかどうかというほど高い関心を集めている。

この第3回の準備委員会でも、佐治医師などとともに代表世話人になっている清水医師に、これからの展望などについて聞いた。

「今のところ、このセミナーは医師が主導しているという形ですが、必ずしもそうではない。チューターの中にはコメディカル(看護師、薬剤師などの医師以外の医療従事者)の人も多くですし、特に第3回は緩和医療をどう選択して

いったらいいかということやコンセプトにして、チャプレンや臨床心理士、ケースワーカーの方にもゲストとして参加してもらいます」

また、このセミナーを含め、チームオンコロジーを日本に根づかせるプロジェクト自体に乳癌領域の医師が多いことに関しては、「集学的治療への取り組みが早くからすすんできたのが乳がんだったので、そうなっているわけですが、他の領域の医療者にとってもチームオンコロジーの重要さは変わりませんから、これからは他科からも参加してもらいたいと思っています。チームA、B、Cという垣根を超えたコミュニケーションを築いていくことは時間がかかることだと思いますが、この活動は続けることに意味があると覚悟して取り組んでいきたいと考えています」。

なお、日本型チームオンコロジーの確立に向けた活動には、会員の学習ネットワーク「チームオンコロジー.com」がすでにありますが、昨年11月には患者さんを始め一般の人たちも利用できる「掲示板チームオンコロジー」も開設されている。ここでは、M・D・アンダーソンの上野准教授のほか、M・D・アンダーソンの研修を受けた医師、看護師、薬剤師などが意見を交換し、患者さんと医療従事者が共有できるコラムも掲載されている。

米国テキサス大学 M.D.アンダーソンがんセンター准教授・腫瘍内科医
上野 直人 (うえの なおと)



1989年 和歌山県立医科大学卒業 横須賀米海軍病院でインターン研修
1990年 米国ピッツバーグ大学付属モンテフィオーレ、プレスビテリアン病院にて一般内科研修
1993年 米国テキサス大学M.D.アンダーソンがんセンターにて、内科腫瘍学および骨髄移植の研修
1995年 米国内科腫瘍専門医取得
1994年 米国テキサス大学生物医学系大学院にて、がんの分子生物学・腫瘍分子細胞学を研究
1999年 博士号取得
1998年 米国テキサス大学M.D.アンダーソンがんセンター 造血幹細胞移植部門・腫瘍分子細胞学部門 アシスタント・プロフェッサー
1998年 アシスタント・プロフェッサー
2003年 アシエート・プロフェッサー 現在に至る

聖路加国際病院プレストセンター長・乳癌外科部長
中村 清吾 (なかむら せいご)



1982年 千葉大学医学部卒業
1982年 聖路加国際病院外科レジデント
1987年 同チーフレジデント
1989年 同病院外科医幹(乳がんクリニック担当)
1993年 同病院情報システム室長兼任
1997年 M.D.アンダーソンがんセンターで研修
1997年 聖路加国際病院外科副部長
2003年 同病院 外科医長
2005年 同病院プレストセンター長、乳癌外科部長
2006年 聖路加看護大学 臨床教授兼務

東京都立駒込病院 乳癌外科・臨床試験科 医長
佐治 重衡 (さじし げひら)



1992年 岐阜大学医学部卒業
1992年 東京都立駒込病院 外科研修医、外科専門臨床研修医
1997年 岐阜大学医学部 生化学教室、第2外科教室 博士課程研究員
1998年 (埼玉県立がんセンター研究所 研修生)
1999年 カロリンスカ研究所 医学栄養学部/バイオサイエンス学部 博士研究員(ストックホルム)
2001年 東京都立駒込病院 乳癌外科医員
2003年 M.D.アンダーソンがんセンター(ヒューストン) 集学的治療メディカルエクステンジブプログラム 修了
2004年~ 東京都立駒込病院 乳癌外科・臨床試験科 医長

国立がんセンター中央病院 乳癌腫瘍内科
清水 千佳子 (しみず ちかこ)



1996年 東京医科歯科大学医学部卒業 同大学第2外科(現腫瘍内科)
1998年 国立がんセンター中央病院レジデント
2001年 同病院がん専門習練医(乳癌・腫瘍内科)
2003年 M.D.アンダーソンがんセンターにて短期研修を経て同年7月より国立がんセンター中央病院 乳癌・腫瘍内科医員。専門は乳がん薬物療法

*チームオンコロジー.comのHPは、<http://www.teamoncology.com/>
問い合わせは、M.D.アンダーソンがんセンター日本事務局:(株)トーレラザール コミュニケーションズ内 tel)03-3547-0599