

座談会記録集

がん免疫療法時代における 泌尿器科と腫瘍内科の 医療連携について

Chairperson

笥 善行 先生
(日本泌尿器腫瘍学会 理事長 / 香川大学 学長)

Discussant

辻 晃仁 先生
(香川大学医学部 臨床腫瘍学 教授)

北村 寛 先生
(富山大学大学院医学薬学研究部 腎泌尿器科学講座 教授)

松原伸晃 先生
(国立がん研究センター東病院 乳腺・腫瘍内科)

泌尿器腫瘍の治療は、近年、免疫チェックポイント阻害剤や種々の分子標的治療薬などの新薬が登場しており、パラダイムシフトを迎えている。泌尿器科と腫瘍内科の連携については、治療戦略の複雑化や多種多様な副作用に対応していくためにも、構築が急務と考えられる。そこで今回、泌尿器科と腫瘍内科から泌尿器腫瘍治療のエキスパートにお集まりいただき、両科の連携と役割分担のあり方について議論していただいた。



紹介した内容は臨床効果の一部を紹介したもので、すべての場合で同様の結果を示すわけではありません。
治療に当たっては添付文書等を参考にしてください。

泌尿器科における他科連携の歴史と現状

寛 善行 先生 日本泌尿器腫瘍学会 理事長/香川大学 学長



前立腺がん治療からはじまった泌尿器科と他科との連携

我が国では、泌尿器腫瘍に対する治療は泌尿器科医のみがその役割を担ってきた歴史が長かった。しかし近年、前立腺がんを中心とした罹患率の急激な上昇(図1)、数々の新薬の登場などにより、泌尿器腫瘍の治療はパラダイムシフトを迎えている。海外では限局性前立腺がんのリスク分類で有名なD'Amico氏が放射線腫瘍医(radiation oncologist)であることに象徴されるように、米国泌尿器学会などの学会では放射線腫瘍医や腫瘍内科医など泌尿器科以外の医師も交えて盛んに議論する状況が従来からあった。我々の施設でも、2000年代に入り前立腺がんに対する放射線療法を開始したことにより、放射線治療医など他科のスタッフと連携しながら治療をするようになってきた。また、前立腺がんに対する放射線療法は、治療戦略のなかで大きな役割を担うようになり、放射線治療医の側でも前立腺がん治療の機会が増加した。

そのような背景のもと、日本医学放射線学会(JRS)および日本放射線腫瘍学会(JASTRO)から日本泌尿器科学会(JUA)に提案があり、2003年に合同で泌尿器腫瘍放射線(GUTR)研究会を立ち上げた。2005年10月に第1回の研究会を開催して以降、年1回、泌尿器科医と放射線診断医および放射線治療医が意見交換をしている。当初は泌尿器科医と放射線科医との間で遠慮があったり、議論がかみ合わない場面もあったが、回を重ねるにしたがい忌憚ない意見交換が可能となり、充実した研究会に成長した。

ところで、海外における泌尿器科医と放射線腫瘍医がどのよう

なジャーナルを情報源としているかを調査した報告¹⁾があるが、泌尿器科医はurology関連のjournalはよく読むもののradiation oncology関連のjournalはほとんど読まず、一般的なmedical journalやcancer journalを情報源とすることも比較的少ない。反対に、放射線腫瘍医はurology関連のjournalにはほとんど目を通さないことが示されている。このように、情報源が大きく異なっていることから、異なる領域の専門医が集まり議論を交わすことの意義・重要性がうかがわれるだろう。

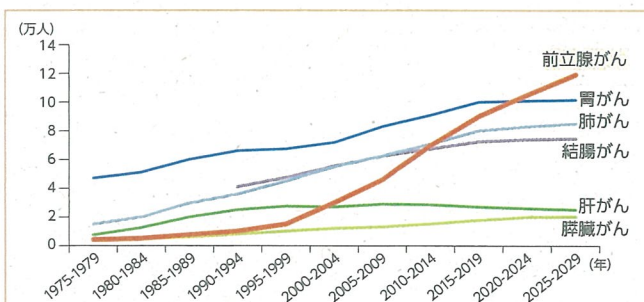
腫瘍内科医・放射線科医にも参加を呼びかけ日本泌尿器腫瘍学会(JSUO)を設立

数々の新薬の登場により、泌尿器腫瘍の治療における薬物療法の役割が今後さらに大きくなっていくと考えられる。例えば、腎細胞がんに対しては、現在もチロシンキナーゼ阻害剤であるスニチニブやパゾパニブなどによる分子標的療法やニボルマブなどによるがん免疫療法が行われている。今後、腎細胞がんに対する適応拡大が期待される薬剤も複数控えている。

近年、米国臨床腫瘍学会泌尿生殖器がんシンポジウムには、我が国からも多くの医師が参加しているが、本シンポジウムの参加者で最も多いのは腫瘍内科医である(図2)。また、泌尿器腫瘍に関する臨床試験の論文にも多くの腫瘍内科医が名を連ねており、その存在感は高い。我々は、今後我が国でも泌尿器科医や腫瘍内科医など、異なる専門医師が対等な立場で泌尿器腫瘍学の発展を図る組織の必要性を感じ、2015年に日本泌尿器腫瘍学会(JSUO)を設立した(図3)。先日、第3回を開催し、会員数は現在1,412名、このうち泌尿器科医1,299名、放射線科医52名、腫瘍内科医25名、病理医8名となっている。この学会には、腫瘍内科医や放射線科医に多く参加していただくことに意味があることから、さらなる会員数の増加を期待したい。

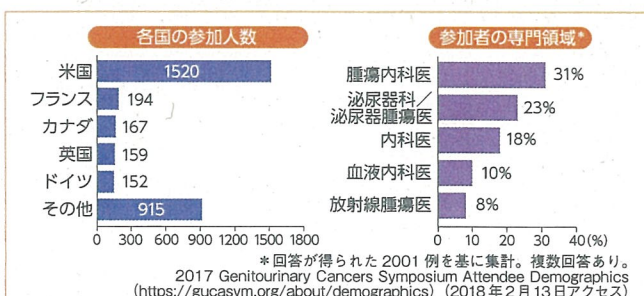
今後、がん免疫療法や分子標的療法が広まるにつれ、従来の臓器別のがん治療ではなく、臓器横断的ながん治療の時代になっていくと考えられる。他臓器のがんで先行して使用されている薬剤があれば、副作用などに関しても情報交換する必要がある。腫瘍治療にかかわる多くの専門医による垣根を越えた交流がますます重要になるだろう。

1) Han LC, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2014; 89: 277-283.



がん・統計白書 2012データに基づくがん対策のために、祖父江孝幸編、徳原出版新社、2012

図1 がん罹患数の年次推移 (男性)



* 回答が得られた 2001 例を基に集計。複数回答あり。
2017 Genitourinary Cancers Symposium Attendee Demographics
(<https://gucasym.org/about/demographics>) (2018年2月13日アクセス)

図2 米国臨床腫瘍学会泌尿生殖器がんシンポジウム 2017の参加者 3,410 名の内訳

- 泌尿器がんは罹患患者数の増加、治療法の進歩と多様化から、泌尿器科医だけで囲い込める状況ではなくなった
- 放射線治療・診断医、腫瘍内科医、病理診断医で泌尿器がんを専門分野とする医師が徐々に増加

異なる専門医師が対等な立場で
泌尿器腫瘍学の発展を図る組織の必要性

JSUO学会の概要 (2017年7月現在)
会員数: 1,412名 (泌尿器科: 1,299名、放射線科: 52名、腫瘍内科: 25名、病理: 8名、研究者・その他: 28名)
代議員数: 49名 (選挙代議員: 40名、推薦代議員: 9名)、理事: 7名、監事: 2名
【参考】泌尿器科専門医+がん治療認定医は1,422名 (全認定医15,215名)

図3 日本泌尿器腫瘍学会 (JSUO) 設立の背景

泌尿器腫瘍薬物治療の特徴と変遷

北村 寛 先生 富山大学大学院医学薬学研究部 腎泌尿器科学講座 教授



泌尿器腫瘍の治療の発展と現状

近年、泌尿器腫瘍に対する治療は外科治療・薬物療法ともに大きく発展しており、より専門的な視点からの治療協力が必要になりつつある。以下、泌尿器科における代表的な4つのがん腫の治療法について最近の状況を述べる。

◆腎細胞がんの治療

腹腔鏡による根治的腎摘除術が可能となり、部分切除術では腹腔鏡手術やロボット手術も可能となっている。さらに低侵襲性の治療として凍結療法も行われるようになった。早期発見例が増えるにつれ低侵襲性手術の割合が増加しているが、依然として大型の腫瘍や下大静脈腫瘍栓を伴う場合に大がかりな開放手術を必要とする例も存在する。一方、薬物療法は従来のサイトカイン療法に加えて、チロシンキナーゼ阻害剤やmTOR阻害剤などの分子標的治療薬が登場し、現在もその種類が増えつつある。今後は免疫チェックポイント阻害剤も含めた、さらなる薬物療法の発展が予想される。

◆膀胱がんの治療

外科治療は現在、経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TURBT) が中心である。ただし、筋層浸潤がんやコントロール不良の筋層非浸潤がんに対しては膀胱全摘除術およびリンパ節郭清術も施行され、腹腔鏡手術および開放手術が行われている。一方、薬物療法では、膀胱内注入療法が行われるほか、転移例に対する治療に加え、術前および術後の全身療法が施行される場合もある。全身療法としてはゲムシタビン+シスプラチン療法が一般的に使用されることが多く、それ以外にエビデンスレベルの高い治療は確立していない。しかし、シスプラチンベース療法後の再発・進行例に対して免疫チェックポイント阻害剤の新しい役割も期待されている。

◆前立腺がんの治療

かつて内分泌療法のみが選択肢とされた時代もあったが、近年、前立腺全摘除術が確立し、腹腔鏡手術・ロボット手術が多く施行されるようになった。また、強度変調放射線治療 (IMRT) が登場し、密封小線源による組織内照射も施行される状況にある。薬物療法ではアンドロゲン遮断療法 (ADT) が施行され、我が国ではLH-RHアゴニスト/アンタゴニストに抗アンドロゲン剤を併用する治療が普及している。また、骨転移病変に対して骨修飾薬も広く用いられており、去勢抵抗性前立腺がん (CRPC) に対しても新たな化学療法の選択肢が複数登場している。

◆精巣がん (胚細胞腫瘍) の治療

外科治療では、根治的精巣摘除術および後腹膜リンパ節郭清術が施行されるが、腫瘍やリンパ節転移の状況によっては大がかりな手術が必要となり、泌尿器科の手術のなかでも最も時間と労力を要するものの一つである。胚細胞腫瘍はシスプラチンへの感受性が高く、薬物療法としては、プレオマイシン+エトポシド+シスプラチン (BEP) 療法をはじめとするシスプラチンベースによる一次治療・二次治療、さらに他剤による三次治療が施行される場合もある。

今後は腫瘍内科医との治療協力が重要に

我が国の泌尿器科医は、診断から終末期医療までトータルに担う自負をもち、手術のみならず薬物療法も自ら実施している (図1)。しかし、泌尿器腫瘍の患者数は年々増加し、治療薬が次々に登場してくる状況のなか、複雑な化学療法の個々の作用機序や薬物動態、代謝経路などを網羅的に把握することは困難になりつつある。さらに近年は、分子標的療法に特有な有害事象の管理に苦慮する場面も増えてきた。

泌尿器腫瘍の治療では、外科治療と薬物療法を組み合わせた戦略が比較的多く、薬物療法に精通した腫瘍内科医の協力を必要とする場面が多くある。また、今回述べた4つの代表的な腫瘍にとどまらず、泌尿器科では後腹膜悪性軟部腫瘍、副腎がん、陰茎がん、尿管がんなど、多岐にわたる希少がんに対する治療も求められ、これらにも腫瘍内科医との治療協力の必要性を感じている (図2)。

寛先生コメント

泌尿器科が扱う悪性腫瘍は、発生母地や組織系が様々であり、治療法も多岐にわたる。そのなかで薬物療法の重要性が高まっており、腫瘍内科医の参加が重要であることはご指摘いただいた通りである。希少がんに対する治療も近年重要な課題であるが、症例が少ないゆえにランダム化比較試験を組めない問題がある。これも腫瘍内科医・泌尿器科医の双方が治療に参加し、症例を集め、議論を深めていくべき領域である。

- 診断 (生検含む) から終末期医療まで担当することが多い
- 外科治療も薬物療法も取り扱う

外科治療	薬物療法
開放手術もロボット手術も 腹腔鏡手術も内視鏡手術も	内分泌療法も化学療法も 分子標的療法も免疫療法も

- 多岐にわたる新治療が次々に導入され、いずれ「泌尿器がん治療専門家」は無理になるのでは？

少なくとも一部の薬物療法は専門の医師 (腫瘍内科医または泌尿器科薬物療法専門家) により実施される時代になる (?)

図1 我が国の泌尿器科がん診療の実態

- 後腹膜悪性軟部腫瘍、副腎がん、陰茎がん、尿管がんの外科治療、薬物療法
- 泌尿器がんすべてにおける支持療法、緩和医療
- 臨床試験、トランスレーショナルリサーチ など

希少がんに対する薬物療法は
腫瘍内科医の治療協力が必要な領域

図2 その他のがん腫に対する治療

他がん腫薬物治療における医療連携の現状の取り組み

辻 晃仁 先生 香川大学医学部 臨床腫瘍学 教授



腫瘍内科のチーム医療・医療連携の形態

がん患者は腫瘍に対する治療のみならず、糖尿病・前立腺肥大・高血圧・骨粗鬆症などの併存疾患に対する治療を必要とする例も多い。我々腫瘍内科医はこれらの疾患に詳しいとは限らず、また腫瘍に対する薬物療法を主に担うべきであるとも考えられることから、他科との連携によるチーム医療が必要となる。さらに、紹介患者の全ての疾患を拠点病院が診療することには無理があるため、既存の併存疾患は他施設のかかりつけ医が担当し、我々のような腫瘍内科医が腫瘍に対する薬物療法を担当する形が望ましい。したがって「拠点病院内におけるチーム医療」と「関連施設とのチーム医療」の両側面をもつのが、腫瘍内科での医療連携の形である。そのような医療連携を推し進めていくなかで感じているのが、対等なパートナーシップと、お互いの医療レベルを向上させることの重要性である(図1)。また、がん治療では多職種がチームに参加することが重要であり、看護師・薬剤師・栄養士・心理士・ソーシャルワーカーなどがそれぞれ患者さんとそのご家族をサポートし、医師はコーディネーターのような役割を担うというのが最近の考え方である。

医師間の連携・ワークシェアリングの推進

新規の分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤の特有の副作用に対応するため、皮膚科、眼科、神経内科、循環器内科などに治療介入を依頼する機会が増えている。腫瘍内科医はこれらの医師に対して適切な対応をタイムリーに依頼できるコンサルテーション能力が求められ、予想される毒性の種類や出現時期について十分に情報共有し、事前に議論を行うことが重要となっている。また、より良い協働のためには、各科の窓口となるチームメンバーを固定しておくことも必要となる。

腫瘍治療における医療連携の先行事例としては、甲状腺がんの診療連携があり、治療にかかわる5つの学会が協働して作成したプログラムにより診療連携が確立された。具体的には、①院内における主治医とがん薬物療法専門医の連携、②施設間連携として、他施設から紹介された患者さんをがん薬物療法専門医が治療し、その後紹介元に戻す連携、③セカンドオピニオン

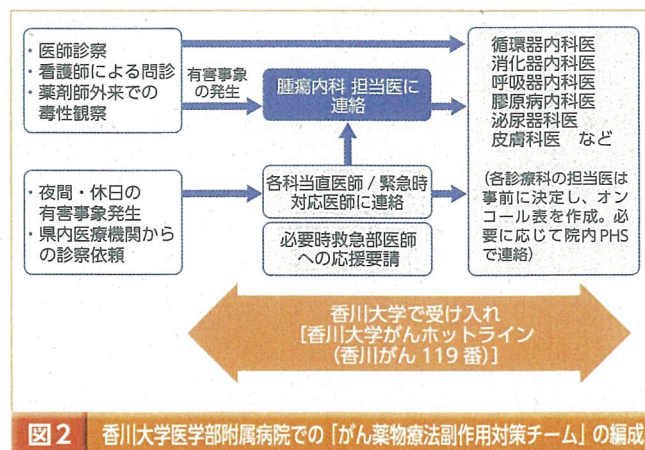
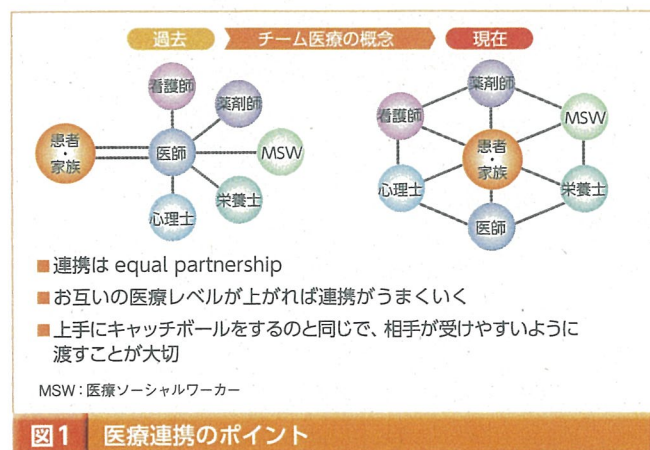
外来などを通じてがん薬物療法専門医がコンサルテーションのみを行い、紹介元医師が薬物療法を実施する連携がある。現在、頭頸部がんでも同様の医療連携が始まろうとしている。

そうした背景のもと、香川大学医学部附属病院では「がん薬物療法副作用対策チーム」を立ち上げた(図2)。その主旨は、がん薬物療法による副作用について即座に相談でき、急患に対応できる窓口をつくることである。また、治療について不安がある場合に事前に相談できる窓口があれば、我々としても状況が悪化する前に対策が取りやすいことも設立の理由である。腫瘍内科担当医は、事前に決められた各診療科の担当医に必要に応じて連絡をとり副作用に対応するが、このプロセスがスムーズに行われることが肝要である。そのため、院内PHSを活用するとともに、院外からは、新しく設置した「香川大学がんホットライン(香川がん119番)」を通じて相談を受けることにした。これにより、院内・院外いずれの医師であっても、がん薬物療法で困った場合には即座にサポートできる体制となっている。

泌尿器科医は、十種競技の選手のように全ての治療をこなす医師が多いが、我々腫瘍内科で術前化学療法を担当した際に手術日を遅らせることなく治療完遂できる例などをみて、徐々に他の薬物療法も依頼されるようになってきている。互いにそうした経験を積み重ねることで今後も連携を深めていきたいと考えている。

寛先生コメント

医療連携では相互のレベルアップが必要であることをご指摘いただき、そのためには医師間のワークシェアリングを通じて症例を互いに診ていくことが非常に重要であると感じた。香川大学では、消化器外科の患者さんのがん薬物療法は全て腫瘍内科が担当している状況となっており、泌尿器科も腫瘍内科とのさらなる連携が必要である。また、「がん薬物療法副作用対策チーム」の取り組みは重要であり、現在の分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤のみならず、さらに新しい薬剤が登場してくる状況であるため、その必要性はますます高まると考えられる。



がん免疫療法時代における泌尿器科と腫瘍内科の医療連携について

松原 伸晃 先生 国立がん研究センター東病院 乳腺・腫瘍内科



多忙な泌尿器科医に必須な医療連携

泌尿器科で施行されるがん薬物療法の種類をみると、他科の腫瘍治療で用いられる化学療法や分子標的療法はもちろんのこと、内分泌療法やがん免疫療法、さらに自己末梢血幹細胞移植(PBSCT)まで施行している(表1)。初回治療以降も長期に患者さんをフォローし、再発治療を行い、さらに緩和治療まで担当する泌尿器科医も少なくない。初期の診断から終末期までを診るということは、その都度、治療方針についてインフォームド・コンセント(IC)を行うことを意味している。終末期に近づくほど濃厚なICが必要となってくるため、この面からも泌尿器科医の負担は大きいと考えられる(図1)。

当院では、泌尿器腫瘍の治療の一部を腫瘍内科が担当している。例えば、前立腺がんに対しては再発後の内分泌療法からは腫瘍内科が担当し、緩和治療は緩和医療科が担う形である。その際、腫瘍内科は治療に関するコンサルテーションのみを行うのではなく、患者さんに泌尿器科から腫瘍内科に転科いただき、全ての治療を担当する。この形での連携の良い面は、腫瘍内科医も患者の状況や症状を目の当たりに診て、泌尿器科医への情報提供や意見ができることに加え、実際に治療を行うことで泌尿器科医からの信頼も得られやすくなることと考えている。

腫瘍内科との医療連携によって 明確なメリットが発生することが重要

腫瘍内科医がコンサルテーションを受けるのみで、泌尿器科医が実際に手を動かしたり体を動かしたりする機会が減少しなければ、泌尿器科医にとって連携のメリットは少ないだろう。我々腫瘍内科と連携することで泌尿器科医に明確なメリットが発生することが必要であり、例えば泌尿器科の手術件数が増加したり、研究・開発のための時間が取れるようになるなどの変化が認められることが重要である。当院では、泌尿器科による腹腔鏡手術の前向き研究や、手術説明用のアプリ開発、TURBTにおける器具の開発が行われるようになり、腫瘍内科との連携が具体的に役に立っていることの一端ではないかと考えている。

腫瘍内科に求められる今後の課題

今のところ泌尿器腫瘍に詳しい腫瘍内科医は少ないのが現状であり、これを増やしていくことは我々の課題である。教育・トレーニングの機会を増やし、泌尿器腫瘍における腫瘍内科医の存在感を高めていく必要があるだろう。

また、日常臨床でも、がん薬物療法に関するコンサルテーションを受けた際には、単にエビデンス・ベースの情報を提供するだけではなく、個々の患者さんの状況を把握したうえで実際の治療と一緒に考える姿勢が必要であると考えている。そのようにして泌尿器科医とともにベストプラクティスを積み上げることが、共同での学術研究などの発展にも結びついていくと考えられる。米国臨床腫瘍学会での我が国からの泌尿器腫瘍に関する研究報告は、乳がんなどに比べてまだまだ少ない状況にある(表2)。今後、日常臨床と研究活動の両面で、泌尿器科と協働していきたいと考えている。

寛先生コメント

全人的医療の観点からすると、従来の泌尿器科の医療は一人の医師と一人の患者さんが向き合う医療であり、それゆえに患者さんから厚い信頼を得ていた。しかし、治療の選択肢が増え、薬物療法や緩和治療のスペシャリストも増えつつあるなか、これらの専門家にバトンタッチするほうが適切な治療が行われ、良好なアウトカムにつながるケースも増えてくるだろう。多科スタッフがかわる形での全人的医療に移行していくためにどうすれば良いのか、今後の医療連携における大きな課題の一つである。

泌尿器科の先生は忙しい 例え前立腺がん

- ・前立腺生検をし
- ・da Vinci 手術をし
- ・PSA 再発をチェックし IC
- ・内科的または外科的去勢をし IC
- ・アビラテロン/エンザルタミドで治療をし
- ・ドセタキセル/カバジタキセルで化学療法を行い IC
- ・緩和治療をする 濃厚な IC

図1 多忙な泌尿器科医の現状

	消化器がん	肺がん	乳がん	泌尿器がん
細胞傷害性薬剤	○	○	○	○
分子標的療法	○	○	○	○
内分泌療法	×	×	○	○
免疫療法	○	○	×	○
自己末梢血幹細胞移植(PBSCT)	×	×	×	○

(2017年12月現在)

表1 各腫瘍領域で施行されるがん薬物療法の種類

セッション	乳がん		前立腺がん	
	全体	日本	全体	日本
口演	18	0	10	0
ポスターハイライト	52	2(3.8%)	24	0
ポスター	215	11(5.1%)	56	1(1.8%)
計	285	13(4.6%)	90	1(1.1%)

表2 米国臨床腫瘍学会 2014 採択演題

泌尿器腫瘍治療における医療連携・チーム医療の確立に向けて

泌尿器腫瘍治療における医療連携の状況

寛 (司会) 今回、各先生から泌尿器腫瘍の患者数が増加の一途をたどっていること、新しい治療薬の登場や放射線療法が進歩などで治療選択肢が非常に増え、従来の1対1の医療が徐々に難しくなっていることなどの指摘がありました。今後は医師間のワークシェアリングの重要性が高まると考えられますが、皆さんの現状についてお聞かせください。

北村 松原先生や辻先生は施設は、国内でも腫瘍内科と泌尿器科のコラボレーションが進んだ施設だと思います。腫瘍内科でがん薬物療法がスムーズに行える背景の一つに、がん専門薬剤師が揃っていることが挙げられると思います。腫瘍内科の外来にかかってくる前に薬剤師外来があり、治療薬の説明がすぐできる、腫瘍内科の先生が現状や今後の治療方針を説明すること、専念できそうかかっています。このような体制がある診療科と一般的な泌尿器科とはかなり状況が違うでしょう。泌尿器科の旧来の形ですと、患者さんは我々に依頼していますので、手術の方法から検査値、薬の説明まで泌尿器科医が行う形になります。

寛 松原先生の国立がん研究センター東病院では、患者さんは薬物療法が必要となった時点から腫瘍内科に転科することでしたが、辻先生は泌尿器科との連携状況はいかがでしょう。
辻 前任の神戸市立医療センター中央市民病院では、全体的な方針は泌尿器科の先生が担当し、腫瘍内科では薬物療法の部分を担う形でした。現在の香川大学では本来的には泌尿器科で薬物療法を実施しており、困った場合に相談していただく形です。我々の施設も含め、全国の多くの施設で腫瘍内科医数は絶対的に少なく、領域に特化した腫瘍内科医は少ないというのが現状ですので、体制づくり・役割分担などはがんセンターの考え方は根本的に異なると思っています。大切なのは、まずは薬物療法の協働から始めて、今あるマンパワーでできるところから手を広げていくことです。香川大学では現在、消化器がんや頭頸部がんでは薬物療法のICや再発後の予後告知なども腫瘍内科医が行うところまでできています。

Discussionまとめ

- 泌尿器腫瘍の治療選択肢は多種多様であり、薬物療法に關しては腫瘍内科との連携の必要性が高まっている。
- 泌尿器科と腫瘍内科のワークシェアリングの仕方は、施設環境により異なる。施設環境により異なる。腫瘍内科のマンパワーが不足している施設では、薬物療法の相談などできる範囲から協力体制を築いていく。
- 医師のみが全ての負担を負わず、がん専門薬剤師、看護師、心理士、ケースワーカーなど多職種が参加するチーム医療によって全人的医療を実現していくことが望ましい。

ICの重圧、外来の負担

寛 我々泌尿器科医にとっては、ICを行う際の精神的重圧と疲弊が小さくないという現実的な問題があります。患者さんの立場から考えると、一人の医師がその役割を担うほうが安心感もあり、これまでは泌尿器科の先生方が全て背負ってきたわけですが、しかし、それもいつまで可能なのか厳しい状況にあると言えます。

松原 泌尿器科の先生方のご苦労は私も分かれます。当科でも、ICのときには、ご家族も含めて数人の方を相手に私一人がお話しさせていただく形です。1日の外来数が40人ぐらいあるなかで、濃厚なICを5人にするような日には精神的負担が非常に高くなります。しかしながら、コンサルテーションのみで実際の診療にかかわらないでいると、我々には任せてもらえないという思いもあり、同じように大変な思いをしながら、それを分かち合うことにも大きな意味があると思っています。

辻 診療科の違いによらず外来のやり方に工夫が必要だと思います。当科では、心理士や専門看護師が同席してくれるので、初回のIC時には患者さんとご家族で4～5名、そして我々が3～4名という構成で話し合いになります。それによって医師の精神的負担が随分軽減されます。また、外科の先生から患者さんを紹介いただく際には「再発して難しい状況だけれども、何とかしてくれ先生がいろいろから」という話をして下さってから当科に来るので、私としては今後の可能性と境界の話をして、そのなかで「可能性はここにあるから、頑張ってみよう」と言えるわけです。連携の仕方によっても、ICの難しさは軽減されるのではないのでしょうか。

寛 送り元と受け入れ側、それぞれの話の仕方も工夫されているとのこと、それでしたら患者さんやご家族にとっても受け入れやすい連携の形になりますので良いですね。

免疫チェックポイント阻害剤の登場以降カンファレンスも盛んに

北村 免疫チェックポイント阻害剤が登場してから、副作用に対する管理がこれまでと違うということで、腫瘍内科が中心となって各診療科、さらにはがん専門薬剤師、看護師なども含めた合同カンファレンスを定期的に開催する施設が増えていると思うのですが、皆さんのご施設はいかがですか。

辻 大学病院でもキャンサーボードなどが立ち上がっています。動いているのはごく限られた診療科だけというのも多いです。大変ですがこれから力を入れたいという課題の一つで、富山大学ではいかがですか。

北村 我々の施設では2～3ヵ月に1度の頻度でミーティングを始めており、回を重ねるごとに参加者が増えています。当初は、実際に薬を処方する医師と薬剤師が中心でしたが、最近は眼科の先生など新規薬特有の副作用にかかわる各科の先生方も参加するようになりました。顔を含わせてディスカッションすることで、普段から気軽に相談できるようになりました。腫瘍内科のなかでもよくに肺がんの担当の先生は免疫チェックポイント阻害剤の処方例数が一番多いので、副作用のことなどよく相談させていただいています。実際に治療をお願いはしていませんが、アドバイスを受けるなかで腫瘍内科との距離が近くなったと感じています。

辻 香川大学では「がん薬物療法副作用対策チーム」を立ち上げたことを紹介しましたが(P4、図2参照)、循環器内科、消化器内科、膠原病内科、皮膚科など、副作用に関して窓口となつて下さる先生を固定化したことで、非常に相談しやすくなりました。消化器のなかでも肝臓癌はこの先生、消化管癌であればこの先生といった形で、はっきりとしています。担当の先生を固定化するにはオンコール表を作成するのが最も近道で、そこに記載されたPHS番号で連絡することで相談できる形になっています。

松原 国立がんセンター東病院は、内科は全てがんの内科です。で、何らかの臓器障害が出た場合にコンサルテーションして下さる方がいます。そこで、役割分担をして、例えば肝臓癌についてはこの方と決めて、指名された方はその点について調

べたり、勉強会に参加するなどして、コンサルテーションを受けられる体制をつくっています。もちろん、実際に薬剤を使用する我々も定期的に集まって勉強しており、やはり使用経験が積み重ねることで全体がレベルアップしてきたと感じています。

寛 冒頭に述べたように、がん免疫療法などをきっかけに臓器横断的ながん治療の時代がやってきました。ぜひ腫瘍内科の先生に音頭をとっていただいで、診療科を超えて話し合う場をつくりたいのだと思います。そして、参加した各科の代表がそれぞれの診療科にフィードバックするとい流れができるとよいですね。

泌尿器腫瘍治療は連携の時代へ

寛 泌尿器腫瘍の治療に關して、腫瘍内科の先生方の仲間を増やしたいというのが正直な思いです。医療連携における今後の課題は様々なありますが、最も大事なものは相互のレベルアップだと思います。相互のレベルアップを通じて全体のレベルアップを図ることが重要です。マンパワーや物理的な問題で施設によって各科の役割分担が異なっているのが現状ですが、今後、連携に基づき泌尿器腫瘍治療の時代に移行していくことは間違いないと思います。本日は貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。



- がん免疫療法の適切な施行には診療科を横断したノウハウの共有が必要であり、腫瘍内科医を中心とした対策チームの立ち上げや合同カンファレンスの開催により顔を合わせたディスカッションを行うべきである。

- 上記の取り組みにより、泌尿器科と腫瘍内科の相互のレベルアップを図ることで、連携全体のレベルアップ、ひいては泌尿器腫瘍治療のレベルアップにつながるかと考えられる。