

● 頭頸部がんユニットのメリットは、治療開始までの時間短縮とさまざまな視点からの治療方針の決定

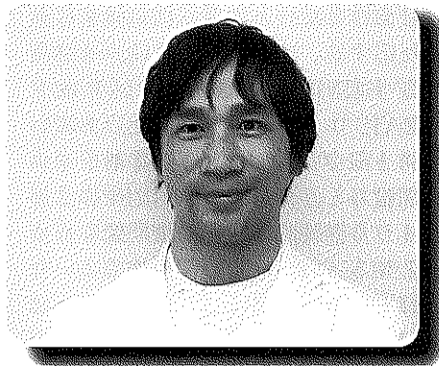
—京大における頭頸部がんの治療体制について。

林 当院には外来がん診療部があり、通常は当院の積貞館1階で各がん患者さんの外来診療を行っています。ただし頭頸部がんユニットは例外で、特殊な医療機器を必要とするため、毎週金曜日の午前中に耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来で診療を行っています。入院は、気道や嚥下の管理などの面から耳鼻咽喉科・頭頸部外科病棟(南病棟5階)となり、基本的に主治医を耳鼻咽喉科医師にお願いしています。頭頸部がんユニットのメリットは、3つの診療科の医師が一緒に診ることで、治療開始までの時間短縮が可能で、3科の医師で最初から討議するのでさまざまな視点から治療方針を決定できることです。

治療方針は頭頸部がんユニットで決定しますが、治療は頭頸部がんユニットだけではなく、形成外科、皮膚科、循環器内科、消化器内科など他診療科の医師、歯科医師、看護師、放射線治療・緩和・嚥下などの専門看護師、理学療法士、言語聴覚士(ST)、薬剤師、がんサポートチーム、ソーシャルワーカーなど、非常に多くの職種が関わるチームで成り立っています。頭頸部がん患者さんのカンファレンスは、毎週水曜日の夕方に行っていて、外来・病棟で診療している全ての頭頸部がん患

多職種連携が必須の頭頸部がん治療 対等の関係がチーム力を生む原動力に ~独自の化学放射線療法対応マニュアルも作成~

京都大学医学部附属病院(以下、京大病院)がんセンターでは、複数の診療科・部門から多数の医療スタッフが参画する臓器別がんユニットが構成され、有機的な連携の下で集学的治療が実践されている。頭頸部がんユニットは2008年に発足し、耳鼻咽喉科、放射線治療科、がん薬物治療科の3科が協力して頭頸部がん診療に当たっている。治療については、3科に留まらないさまざまな診療科・部門のスタッフが協力して治療を進めていく体制が取られている。今回は、同院における頭頸部がんチーム医療と支持療法への取り組みを中心に、がん薬物治療科特定助教の林 智誠氏と看護部で耳鼻咽喉科担当の檜作真澄副看護師長にお話をうかがった。



はやし ともまさ 林 智誠氏

京都大学医学部附属病院 がん薬物治療科 特定助教

●林 智誠氏の略歴 2001年 日本医科大学卒業 東京医科歯科大学耳鼻咽喉科研修医 2003~2008年 国立がんセンター東病院(現: 国立がん研究センター東病院)頭頸科レジデント・研修医にて頭頸部がん診療について研鑽を積む。その後東京医科歯科大学頭頸部外科・千葉県がんセンター頭頸科医長などを経て 2013年より現職。

者さんの状況をディスカッションしています。その際には、例えば嚥下が困難な患者さんがいる場合の嚥下専門の看護師やSTなどのようにさまざまな職種のスタッフにも参加していただき、常に意見をいただいています。

● 外来・病棟の一元化で患者の安心面でのサポートも

—看護体制については。

檜作 私たちは耳鼻咽喉科・頭頸部外科所属の看護師で、通常は耳鼻咽喉科・頭頸部外科病棟のある南病棟5階で勤務していますが、当病棟では病棟と外来の一元化を行っているため、耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来も担当しています。病棟スタッフが全員、外来に降りるのは難しいため、私たち副看護師長3名と病棟看護師の4~5名でローテーションを行い、外来専属の看護師(時間雇用)を含め、外来診療には必ず3名は看護師が入っている体制です。

—外来と病棟看護の一元化のメリットについて。

檜作 入院される前の外来で、診察中に気づいた生活面などの患者さん情報があれば、病棟スタッフに必ず伝達して、入院後もスムーズに介入ができる

よう心がけています。事前に患者さんを知っているということは強みになりますし、これから治療を受ける患者さんやご家族の安心にも繋がっていると思います。退院後も最初は心配なことで、分からないことが多くありますので、退院支援として看護師が必要と判断した患者さんに関しては、病棟看護師が外来で退院後の生活についてお話をうかがったりしています。

● がん薬物治療における標準治療施行のポイントはマニュアルを作成しそれに沿って対応すること

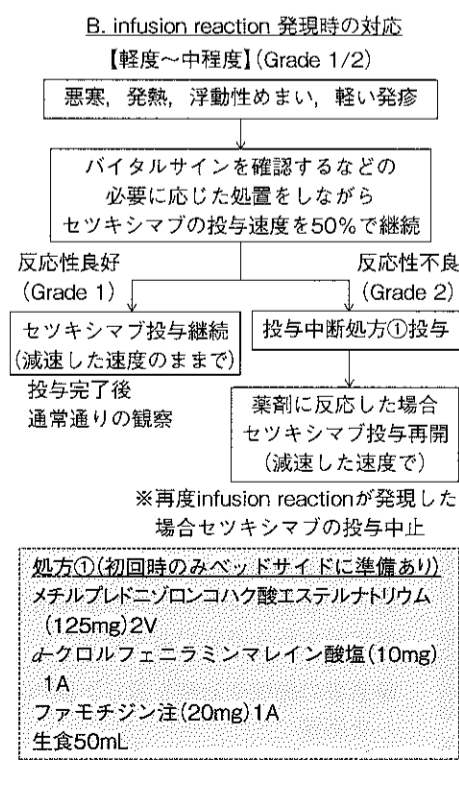
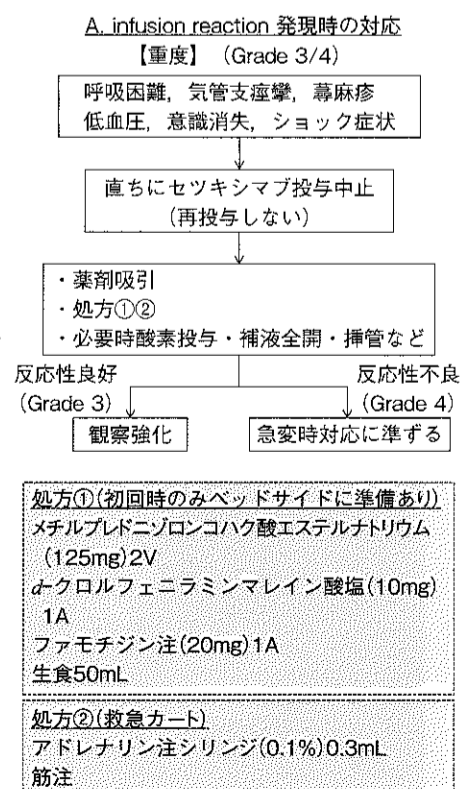
—頭頸部がんの薬物治療について。

林 私が心がけているのは、標準治療を施行するに当たって、例外をなるべく作らないことです。標準治療として決められたレジメンを決められたように施行する。もちろん患者さんの年齢や状態によって多少のアレンジはしますが、それは標準治療の範疇と考えています。がん薬物治療において、最も怖いのは合併症や事故の発生です。決められた標準治療のレジメンに頻繁に変更を加えてしまうと、起こりうる合併症や事故もそれだけバリエーションが増えることになります。したがっ

て、できる限り決められた治療法を変えないということが患者さんの安全に直結すると考えています。また、他の医師が同じ方針に沿って処方できるようにレジメンを作り、合併症に対してもマニュアルを作成しています。

合併症で特に気をつける必要があるのは、導入化学療法の場合には骨髄抑制、化学放射線療法でシスプラチンを投与する場合は腎機能、セツキシマブを投与する場合はインフュージョン・リアクションなどです。当院ではインフュージョン・リアクションを3例ほど経験しています。それに対して例えばインフュージョン・リアクションの対応マニュアルを作成し、そのアルゴリズム通りに対応することで大事に至らず短時間で回復しております。

檜作 セツキシマブは頭頸部がんの治療として当院で開始となり、3年を越えましたが、新しい治療法ですので、導入当初は最も注意をしていました。



●セツキシマブ投与時のモニター管理とDr付き添いの有無に関して

セツキシマブ投回数	モニターの有無	Dr付き添いの有無	バイタル測定	備考
1回目	ベッドサイドモニター	有り 病棟内に30分程度までは待機	投与開始30分間→10分おき 30分以降→投与終了まで→30分おき	トイレ時、モニター除去可
2回目	原則なし (前回有症時はセントラルモニター必要)	無 投与時Drに連絡を行い、何かあれば対応できる状態にしておいてもらう(前回有症時は30分程度病棟内で待機してもらう)	BP4検 (投与時、5分後、1時間後、セツキシマブ終了時)	
3回目	原則なし (前回有症時はセントラルモニター必要)	無 投与時Drに連絡を行い、何かあれば対応できる状態にしておいてもらう(前回有症時は30分程度病棟内で待機してもらう)	BP4検 (投与時、5分後、1時間後、セツキシマブ終了時)	
4回目以降	無	原則なし(前回有症時は必要)	通常ケモに準ずる	

- セツキシマブ投与時準備物品 [infusion reaction時の対応方法]の表: セツキシマブ投与3クール目まで準備 薬液投与物品: セツキシマブ3クール目まで準備
- infusion reaction時の対応 人員要請。 個室へ移動。 救急カート準備。 ショック時の使用薬剤: ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム、ファモチジン、d-クロルフェニラミンマレイン酸塩、生食(病棟常備・薬品簿の欄に保管) アドレナリン注シリンジ(救急カート保管)
- セツキシマブ投与時注意事項 セツキシマブメニュー投与時は点滴の中断を行わない。 検査や放射線治療などは前日に時間調整を行う。

図1 インフュージョン・リアクション発現時の対応マニュアル(ver. 3)

(京都大学医学部附属病院提供)