

# 北大式 小児がんの キャンサーボード

連携診療実践ハンドブック

編著 真部 淳

北海道大学大学院  
医学研究院小児科学教室教授

中外医学社

## 4. キャンサーボード会議の注意点

ここで私なりにこの会議（体）の掟を述べる。

通常、会議は「報告と討論」から成り、会議体は「報告はなく、明確な目的を持って集まった関係者が意思決定を行う場」とされている。そうなると、カンサーボードは会議より、会議体に近いと思われる。

注意点を述べる。この会議体は、固定された日時で行い（定期で行う）、予定時間を超えないことが重要であろう。現在は働き方改革の影響もあり、病院の業務としての会議は8時半から17時までには計画される必要がある。そのために、毎週決まった時刻に行い、30分または1時間を目安にあらかじめ時間を設定しておくことが推奨される。北大病院における小児がんの会議は週1回、1回30分以内で行われるものが多い。また開始時刻も8時半が多いのはこの理由による。会議に参加するメンバーは固定されていると良いが、討論の内容によっては、あらかじめ通常は出席しないメンバーを招集しておくことも重要である。いずれにせよ、会議の時刻を守り、その時間になるべく意思が決定されるように努めるべきである。反対に、その日は忙しいからというような理由で急遽、会議を取りやめるのは良くない。カンサーボードは多部門・多職種が出席することに意義があるので、例えば参加人数の多い医師や看護師が、自分たちはメジャーな参加者だと勘違いしてドタキャンを繰り返すと、信頼が著しく損なわれることになり、注意を要する。会議というものは参加者全員の貴重な時間を費やしていることを忘れてはならない。

会議における言葉遣いには、お互いを尊重する礼儀正しさが求められるのは当然であるが、加えて、出席者全員が理解できるように、その領域・分野でしか用いられない専門用語や略語は避けるべきである。カンサーボードで多くの人に理解してもらえるように話をすることは、翻って日常診療に役立つことも銘記すべきであろう。

カンサーボードがうまく運用されるようになると、がんに限らず、小児の他の疾病にも応用が可能となる。主となる診療グループが異なるだけで、他の参加者は同じということも多くなる。本書では3-4で神経変性疾患患者への対応を取り上げた。病院という複雑な仕事場で、新たな治療体系を作り上げるときに、いかに多くの人たちの合意を形成していくかは大きな課題でもあり、また達成されたときの成就感も大きいと思われる。

## B ▶ 小児内科

安部樹太郎  
北海道大学病院小児科

症例検討会における小児科医の役割について説明する。

当科では週に一回症例検討会を行っている。他職種と治療方針について直接共有できる貴重な機会である。ここには小児科医、歯科医、看護師、薬剤師、child life specialist (CLS)、medical social worker (MSW) が参加する。

小児科医は主に入院患者の治療経過の共有と今後の方針の検討を行う。当診療グループは平均して10～20名弱の入院患者の診療をしている。事前に論点を絞っておき、円滑に司会進行することが重要である。プレゼンテーション担当とカルテ操作担当を決めておくとうまい。経過サマリー一覧を印刷して配布すると普段病棟にいないスタッフとの情報共有が容易となる。

小児がんは希少であり、その中でも当科で経験の乏しい疾患・病態の対応をすることも少なくない。治療方針については事前にある程度の方向性を定めておくことで共有するが、より多くの目に触れることで新たな知見が得られることがある。問題がその場で解決せずとも後に解決する手がかりとなることがある。治療や新規薬剤の取り扱い等について病棟薬剤師へ意見を求めることも多い。

がん治療において、口腔内のケアは必要不可欠である。う歯の治療や抜歯など、歯科処置の時期について血球減少期を避けられるように随時相談する。

北海道において、小児がん治療を実施している施設は大学病院と札幌市内の数施設に限られている。地方のかかりつけ患者で協議が必要な場合はここで取り扱われることがある。ビデオ通話を使用するとやり取りがスムーズである。

患者家族の受け止めなどや家庭内問題・経済状況などについては多職種会議で詳しく協議されるが、病棟管理（病状の理解、治療への協力、患者付き添いなど）においても重要であるためここでも共有される。医師とコメディカルとは異なる表出をする患者・家族がしばしば見られ、CLS・MSW・看護師からの報告で医師が把握していなかった問題点が浮き彫りになることがある。

議論を進めるなかで、基礎的または最新の医学知識について医師を含めたスタッフの習熟不足が明らかになることがある。必要に応じて日を改めて勉強会

# 2

## 病棟多職種会議 (多職種カンファレンス)

### A ▶ 重要性

古藤幸子

北海道大学病院看護部

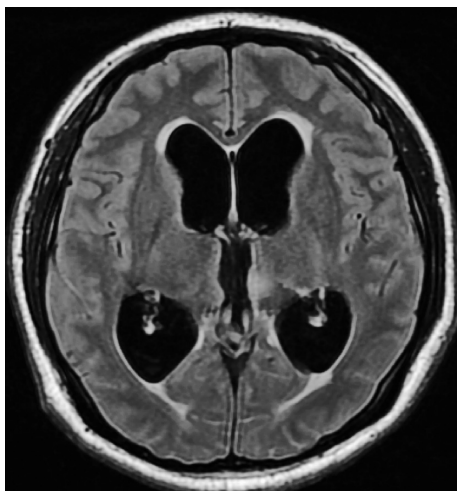
小児がん患者は、長期にわたり治療が必要となる。入院中は、行動範囲が制限され、面会や外出・外泊が制限されるなど、生活は大きく変化する。入院は、患者と付き添いの家族だけではなく、自宅にいる家族への影響も大きく、さまざまな問題が生じることとなる。小児がんの患者が安全に治療を受けるだけではなく、療養中も患者が遊びや学びを通して、その子らしく成長・発達ができるよう支援していく必要がある。また、小児がん患者が病氣と闘う力をつけ、病気があっても自分らしい人生を継続できるようにする必要がある。そのため、医療者は患者や家族が大切にしていることや、どのように治療や療養生活を送りたいと考えているのかを知り、患者の意見や意思を尊重していくことが重要となる。

北海道大学病院小児科では、週1回定期的に、多職種カンファレンスを開催し、患者・家族の状況共有と、継続的な治療・ケアを提供する体制を築いている。多職種カンファレンスの参加職種は、小児科医師、病棟看護師（リーダー看護師）、小児科担当薬剤師、保育士、チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）、医療ソーシャルワーカー（MSW）、リハビリテーション担当者（PT・OT・ST）、地域医療連携福祉ナースセンター看護師、院内学級の教員で構成されている。

多職種カンファレンスの意義としては、異なる視点を持つ専門家が集まることで多角的な視点で患者・家族を捉え、現状や問題を分析することが可能となる。また、患者・家族は抱える多様なニーズに対し、参加者間で役割を分担し、それぞれの専門職が専門性を発揮し介入することで質の高い医療・ケアの提供が可能となる。以上のことから、子どもを中心に、子どもに関わる全ての職

2

病棟多職種会議  
(多職種カンファレンス)



〔図1〕水頭症のMRI画像

う。なお、水頭症に対する治療として脳室腹腔シャント術があるが、髄芽腫やAT/RT など播種を来す腫瘍の可能性もあるため、短絡的に行うべきではない。

#### 4. 小児脳腫瘍の治療

小児脳腫瘍の治療目標は多彩である。胚細胞腫瘍や胎児性腫瘍は、治癒を目指す治療を行う。一方で、現時点では治癒を見込むことが極めて難しいびまん性中心性膠腫などの悪性神経膠腫は、可能な限り良い状態を保つような治療を選択する。毛様細胞性星細胞腫のような良性・低悪性度神経膠腫は、外科的切除で治癒が望めない場合は、可能な限り神経症状や合併症を少なくするような治療選択を行う。経過観察も治療選択の一つである。腫瘍の種類や患者の状態によって治療目標が異なることを理解し、どのような治療を行うことが適切かについてカンササーボードで議論するのが重要である。

代表的な治療法は手術と化学療法、放射線治療（陽子線治療を含む）である。手術加療はほとんどすべての小児脳腫瘍で必要であり、治療の中心である。毛様細胞性星細胞腫や脈絡叢乳頭腫、頭蓋咽頭腫などの組織学的良性腫瘍においては、病変の肉眼的全摘出により治癒を期待できる。また、上衣腫や髄芽腫などの悪性腫瘍においても、摘出度が予後に大きく影響する。一方で、ジャーミ

ル化剤を使用する治療を可能な限り回避する必要がある、それに代わる最適な選択肢を検討する。例えば、Li-Fraumeni 症候群と診断された患者では、放射線照射を回避した治療を選択し、定期的な全身 MRI スクリーニングを行う。近年、造血細胞移植や強度の高い化学療法に代替して分子標的薬や免疫療法などの治療の進歩が目まぐるしく、これが治療選択肢となる可能性もある。一方で、臨床遺伝専門医、遺伝カウンセラーとも密に連携をとりながら、家族内での遺伝学的検査を慎重に進めていく。患者の兄妹を検査対象とする場合は前述同様に、本人の意思確認が難しい場合でも保護者の判断で可能な限り早期に検査をすすめる必要がある。

## 5. 症例提示

以下に遺伝性腫瘍と診断された症例をいくつか提示する。

### 症例 1) 25 歳時に大腸がんを発症した女性

既往歴：5 歳時に白血病，6 歳時に再発して造血細胞移植，20 歳時に乳がん  
家族歴：兄が 30 歳代で軟部腫瘍，父が 30 歳時に脳腫瘍，父方祖父が 15 歳で肉腫，33 歳時に白血病

遺伝性腫瘍を疑う項目を複数有しており，がん種から LFS を疑った。遺伝カウンセリングの受診を勧め，本人の意思を確認後に遺伝学的検査を行った。TP53 の病的バリエーションが確認され LFS と診断となった。振り返ると，5 歳時に発症した白血病は低二倍体の急性リンパ性白血病であり，造血細胞移植の前処置として全身照射も行われていた。全身 MRI などのサーベイランスを開始し，同時に家族内の検査も進めた結果，兄と父も LFS と判明した。

### 症例 2) 生後 4 ヶ月時に両側網膜芽細胞腫を発症した男児

既往歴：胎児期の異常なし

家族歴：遺伝性腫瘍を疑う家族はいない。兄（3 歳）は健康。

乳児期早期に発症した両側性の網膜芽細胞腫であり，遺伝性網膜芽細胞腫の可能性が高いと考えた。両親は 3 歳の兄についても心配していた。本人の意思確認が不可能であるため，両親の意思を確認後，診断後早期に遺伝学的検査を行った。RB1 の病的バリエーションが確認され，遺伝性網膜芽細胞腫の診断と

## おわりに

本症例の経験を通して、術前に神経芽腫の診断とされた全症例に対して、カテコラミン測定を必ず実施する方針となった。小児、特に乳幼児では安静での血圧測定が困難な場合もあり、高血圧を見過ごされる可能性がある。術前にカテコラミン異常高値に気付かないまま腫瘍摘出術を行い、術中に急激な低血圧を呈するという事態を避けるため細心の注意を払っている。本症例を通して、カンサーボードを活用して、様々な専門医が参加することにより、より良い治療方針を提示できるということを再認識することができた。

## 2. キャンサーボードに準じた多職種連携の実例

この症例では、診断・治療の各段階で多職種の連携が必要不可欠であり、キャンサーボードに準じた多職種会議の運用が極めて有効に機能した。特に以下の4つの側面で連携が効果を発揮した。

### a) 早期診断と治療方針の決定における連携

弟の初期症状は斜視と視力低下であり、眼科を受診して視神経萎縮を認めたが、その段階では診断に至らなかった。その後、数週間のうちに痙攣と意識障害を呈し、緊急で小児科に入院となった。ここで脳MRIを施行したところ、後頭葉を中心とした広範な白質病変が明らかとなり、ALDが疑われた。血中 VLCFA（極長鎖脂肪酸）測定にて異常値を認め、小児大脳型 ALD と確定診断された。本院では、小児神経科・小児血液腫瘍科・遺伝科・眼科を含む多職種合同のカンファレンスが迅速に開催され、骨髄移植の適応およびドナー検索の方針が速やかに決定された。

### b) 家族全体への対応：遺伝カウンセリングと心理的支援

この疾患は X 連鎖性であり、家族内発症のリスクが高い。弟の診断後、迅速に遺伝学的検査が行われ、母親が保因者であることが判明した。家族にとっては、短期間に兄弟2人が同じ重篤な疾患であると診断されるという過酷な現実と直面したことになる。特に母親は、「自分が保因者であることで子どもたちに疾患を遺伝させてしまったのではないか」という強い罪責感を抱き、心理的なケアが不可欠であった。この局面では、心理士による個別カウンセリング、医療ソーシャルワーカー（MSW）による家族支援が速やかに開始され、感情面と社会的対応の両面においてサポートが行われた。また、遺伝カウンセラーが丁寧に疾患の遺伝形式や再発リスクについて説明を行い、家族の不安を和らげるとともに、将来的な家族計画や親族への情報共有の在り方についても継続的に支援がなされた。

兄は「弟を助けたい」という強い思いをもってドナー検査に臨んでいた。しかしその検査を契機に、自らも同じ疾患であることが判明し、極めて大きな心理的衝撃を受けた。「弟のために役に立ちたいと思っていたのに、自分も病気だった」という事実は、自己否定感や混乱、不安を生じさせるものであった。