資料7

2011年9月26日（月）
第25回がん対策推進協議会

がん医療における チーム医療

梅田　恵
㈱緩和ケアパートナーズ
代表取締役・がん看護専門看護師

チーム医療とは…

- 医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

  第10回チーム医療の推進に関する検討会資料①「チーム医療の推進に関する基本的な考え方について（素案）（2010年2月）」より

- 患者の独自性（自律性）を理解できず、専門家の価値の押し付けを回避する方法。

Interdisciplinary（学際的）teams

- 学際的チームアプローチは、同じ目標に向かって、共に活動する全てのチームメンバーが含まれる。中心的なチームメンバーによる役割の重複があり、他のチームメンバーによって代替が可能である。

Multidisciplinary（多職種） teams

- 多職種チームは、さまざまな専門的介入を必要とする問題に独立して対応する専門家の集まりである。扱われている問題は、個々の専門家が対応すればよい場合と他の専門家に関連する場合もある。

Ferrell, Betty; Nessa Coyle (2006). *Textbook of Palliative Nursing* (2 ed.). Oxford University Press US. p. 35.より講師訳

がん医療におけるチーム医療の必要性

- 医療の高度化
- 治療の長期化
- 慢性疾患と高齢化
- 生活の多様性
- CureとCareの併用
- 集学的医療・専門分化
- 患者の抱える問題の複雑性
- 慢性疾患と高齢化
- 患者の療養の場の広がり

ICFの概念

http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html

	生活機能と障害		背景因子	
要素構成	身体機能 身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域		生活・人生領域	生活機能と障害への外的影響	生活機能と障害への内的影響
構成概念	心身機能の変化 身体構造の変化	能力：標準的環境における課題遂行 実行状況：現在の環境における課題の遂行	物的環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境の特徴がもつ促進的ありは阻害的な影響力	個人的な特徴の影響力

チームオンコロジーのABC

Ito version (C) 2006 teamoncology.com

	Team A 科学に基づく実践	Team B 主観世界に共感的かつ対話的な関わり	Team C 地域のリソース
職種	医師　看護師 薬剤師　など	臨床スピリチュアルケア　MSW　心理職 など	社会福祉　NGO マスコミ　政財界 など
目的	EBMの実践	治療基盤のケア	地域資源の活用
課題	集学的直接医療	自己決定支援 コンプライアンスの実現	医療の公共性 ケアの社会性
技術	Team A内 コミュニケーション	主観への共感 非指示的	情報公開 アクセシビリティ

チームオンコロジーHP;伊藤貴章コラム：
http://www.teamoncology.com/column/column_ito.php4?f=110725.incを一部改編

がんチーム医療の構造

	インプット	過程	アウトカム
がん患者	罹患率 部位　併存疾患 転移・再発の有無 年齢　家族　仕事 経済状態	がん・治療の理解 施設の選択 治療の選択 家族との話し合い	治癒　延命　再発予防 QOL　安心 満足 セルフケア リソースの利用
医療者	資格 学歴 経験 職種 勤務時間	診療　ケア コンサルテーション カンファレンス	がん医療への意欲・能力の向上 学会や研修会への参加 研究活動
組織	病院理念 地域 がん相談支援窓口 緩和ケアチーム（緩和ケア診療加算） 外来化学療法体制 メンバー構成	キャンサーボード 各種委員会 がん医療研修	がん診療連携病院承認 病院機能評価 職員満足度 院内がん医療研修の開催、

早期からの緩和ケアチームの介入

指標	がん治療＋早期緩和ケア（n=77）	がん治療のみ（N=74）
QOL	高い	
抑うつ	高い	
不安	同じ	同じ
終末期の治療	33%	54%
ホスピスの利用	平均11日	平均4日
生存期間	平均11.6か月	平均8.9か月

Jennifer S. Temel, Joseph A. Greer, Alona Muzikansky, etc. ; Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer:
N Engl J Med ;363:733-42.（2010）

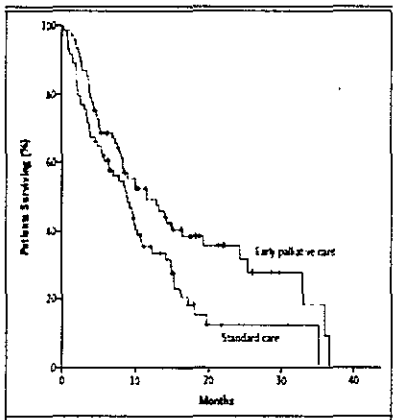


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group. Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) (P=0.02 with the use of the log-rank test). After adjustment for age, sex, and baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, the group assignment remained a significant predictor of survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.70; 95% CI, 1.14 to 2.54; P=0.01). Tick marks indicate censoring of data.

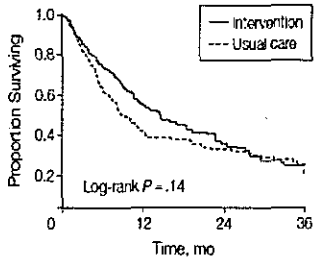
看護師による緩和ケアの介入

指標	介入群（n=161）	対照群（N=161）
QOL	↑	
抑うつ傾向	↓	
リソースの活用	同じ	

介入
・高度実践看護師による包括的、精神的教育的介入（ケースマネジメント・教育・励まし・セルフマネジメント・エンパワーメント）
・4週間ごとの教育セッション
・毎月のフォローアップセッション

Bakitas,M., etc. ; Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients
With Advanced Cancer：JAMA302(7).(2009)

Figure 4. Kaplan-Meier Estimates of Survival According to Treatment Group



No. at risk				
Intervention	161	83	35	16
Usual care	161	62	33	16

Survival was calculated as the time of enrollment (within 8 weeks of diagnosis with new or recurrent advanced stage disease) to the time of death or study completion (May 1, 2008). Median survival for the intervention group was 14 months (95% CI, 10.6-18.4 months) and 8.5 months (95% CI, 7.0-11.1 months) for the usual care group (P=.14).

日本における成果(1)

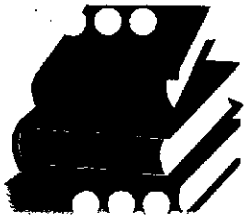
文献	取り組み	CNSの活動の効果
桑田美代子：療養型病床における医療事故とリスクマネジメント，老年精神医学雑誌.17(9).925-932.2006	・データの分析 ・システム作り・職員教育 ・家族への説明 ・チームの調整、推進	・転倒骨折が減少→寝たきり状態の防止、医師の負担軽減 ・高齢者の生活の質の向上、 ・身体拘束回避→家族の安心
西山みどり：超高齢社会に求められる看護とは：老人看護専門看護師の実践：病院67(4),281－284,2008,	・チームの調整、促進 ・嚥下機能訓練の促進 ・積極的なせん妄ケア ・スタッフへの教育	・嚥下機能訓練の推進 ・医師の負担軽減、忘れ物外来の充実 ・地域住民への健康教室の開催 ・スタッフの意欲向上
茂崎恵　横山利香 千崎美登子：CNSへの相談を活用した病棟ナースの実践報告：がん看護10(2),163-165；2005	・がん看護専門看護師によるコンサルテーション	・医療チームへの信頼の回復 ・ナースと多職種との情報の共有 ・患者の希望の実現
近藤まゆみ：がん看護専門看護師のこれまでの活動報告と今後の課題；緩和医療学3（4）,474-479,2001	・スタッフとの信頼関係 ・チーム医療・精神的支援 ・がん疼痛アセスメント	・組織つくり
小山富美子：がん医療チームにおけるがん看護専門看護師の役割：医療63(3),171-175；2009	・多職種でのチームアプローチ ・全人的苦痛へのケアを促す	・複雑な問題を持つ患者への対応
近藤まゆみ：チーム医療の推進役としてのがん看護専門看護師の機能；がん看護6(4),305-307,2001	チーム医療の推進のため、事実を見極め、問題の明確化、合意を形成をサポート、ビジョンやゴールの明確化、情報や人の整理する	・医療チームが患者の痛みを理解 ・痛みや症状だけでなく人間存在として理解しようとしていることが患者に伝わる

日本における成果(2)

文献	取り組み	CNSの活動の効果
菊内由貴：がん診療連携拠点病院における退院支援システムと看護師の役割；看護展望32（10）、971－974,2007	・緩和ケア病棟での退院支援 ・チーム活動による患者スクリーニングとシステムの見直し ・院内調整	患者に医療チームの姿勢が伝わり喜ばれる（安心される）
宇佐美しおりほか：精神看護専門看護師の活動の効果に関する研究報告書,日本看護協会,2001	・精神看護専門看護師によるコンサルテーション	・患者の症状改善 ・看護師や医療者のケア意欲の向上 ・医療チームの橋渡し
野末聖香ほか：精神専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究,厚生科学研究費補助金医療技術評価相互研究事業平成13年度研究報告書,2002.	・精神看護専門看護師の直接ケア	・心身の状態の症状改 ・看護師のストレス対処能力の向上 ・医療チームの連携の促進
宇佐美しおりほか：精神看護専門看護師の活動成果に関する研究,平成14-15年度社団法人日本看護協会研究報告書.	・精神看護専門看護師の直接ケア、コンサルテーション	・患者の心理社会的機能の改善改 ・看護チームが安心したケ ・医療チームの連携や協働の促進
高野洋子：高度看護実践者の存在と活動が看護・医療の質をどう変えたか－ラダーの意義とともに検証する，看護管理，19(6),403-407,2009,	専門看護師の組織横断的な活動 ・摂食嚥下のケア・看護専門外来の開設・認知症高齢者への高照度光療法の導入・退院計画システム導入・退院計画リーダー育成・看護師の倫理教育と倫理カンファレンスの支援・褥瘡対策･栄養サポートのチームビルディング・研究的活動	・実践モデル ・チームの成熟を支援 ・病院全体のリソースとして医療の質向上に貢献

がん患者が勇気づけられた他者の言動

- がん患者が書いた闘病記81冊の分析
- 『勇気づけられたこと』と『勇気づけた他者の言動』をペアで、61冊中112記録単位を抽出
- 著者は男性29名、女性32名
- 年齢は30代～70代
- がん種
  乳がん12冊、肺がん9冊、
  子宮がん8冊、大腸がん8冊、
  前立腺がん5冊、血液がん5冊



兵頭静恵他：がん患者が勇気づけられた他者の言動～闘病記からの分析～;がん看護16（1）,85-90,2011

がん患者が勇気づけられた他者の言動【結果】

カテゴリ	サブカテゴリ	勇気づけた他者（告知前後/治療開始後）							
		がん患者	家族	医療者（医師以外の医療職）	友人 仲間	医療保険	職場	メディア	未分類
私も応援していますよという姿勢	一緒に闘おう		8	4	2				
	思いやりに満ちた励まし				8		4		
	期待以上の看病			2			1		
	妻の笑顔		3						
	頻回の来訪や電話			1	2				
	勤務先の支援					2			
	宗教の加護								2
つらい体験の共有や共感	同じ苦しみを経験した人との出会い	13						3	
	つらい気持ちの傾聴		2		5		2		
	手術痕を見せる	5							
プラス思考の生き方の提示	前向きな考え方の提示	3	1	1	2			3	1
	幼い子や孫とのふれあい			9					
	これからすべきことの提示		1		6				
	歌詞のメッセージ							2	
治癒する可能性の示唆	がんを克服した人との出会い	9						8	
	新しい治療情報の提供							2	
合計		30	15	17	25	2	7	13	3

乳腺クリニックでのチーム医療の実際

都心部に位置、手術100件以上/年、補助療法も実施
メンバー：医師（腫瘍内科・診断）・薬剤師・看護師・OCNS
体験者のスモールミーティング

≪補助療法の必要なケースの流れ≫

▼事前カンファレンス【医師・看護師・OCNS・薬剤師】
提供できる治療の種類や療養体制など情報交換

▼診察前面接【OCNS】治療についての心構え、予備知識　などを確認しつつ、がん治療のおける心のケアなど

▼診察【医師・OCNS・薬剤師】医師の説明に沿って患者の反応を注視、必要時、患者の代わりに質問を医師に問うなど

▼薬剤の説明【薬剤師】ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽについて情報交換

▼生活上の注意の説明【看護師】ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽについて情報交換

※説明のための治療計画書（クリニカルパス）

※放射線・皮膚科・専門緩和ケアなどの連携

チーム医療の課題

1. 患者主体の医療であることの再認識
   ⇒個々の患者の主体性（決定権）を鍛える
2. EBMの促進
   ⇒ガイドラインの則った医療とその限界
3. チーム構成とアウトカムとコストの評価
4. 各専門職の責任ある行動
   ⇒教育・実践・研究の融合
   （特に看護師は専門職としての自律性を高める）