



上智大学
SOPHIA UNIVERSITY

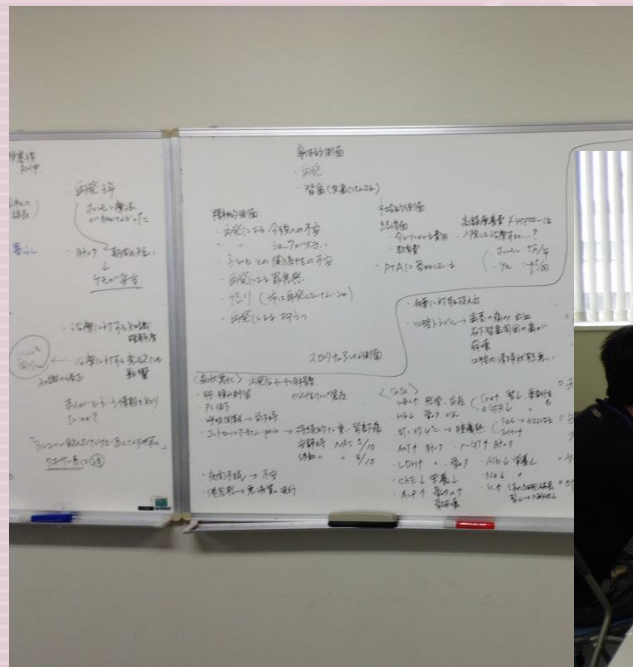
叡智が世界をつなぐ

「問題解決型の総合力をつけるための 分野横断型の学びの進め方」の提案

2016年12月10日

上智大学
総合人間科学部心理学科
横山 恭子

大学院博士後期課程 「がんチーム医療演習」



がんチーム医療演習2016

担当:久田満、横山恭子、毛利伊吹

ファシリテーター

東京慈恵会医科大学

柵山 年和(医学)

宇和川 匡(医学)

佐藤 正美(看護学)

望月 留加(看護学)

細川 舞(看護学)

昭和大学

木内 祐二(医学)

熊木 良太(薬学)

星薬科大学

湯本 哲郎(薬学)

石塚 和美(薬学)

鳥越 一宏(薬学)

上智大学

久田 満(心理学)

横山 恭子(心理学)

毛利 伊吹(心理学)

2016年度当番校は星薬科大学

4大学院がん医療人養成プログラム

東京慈恵会医科大学
大学院医学研究科

昭和大学
大学院医学研究科

授業互換

共通科目

単位互換

がん専門
医療人養成

実習協力

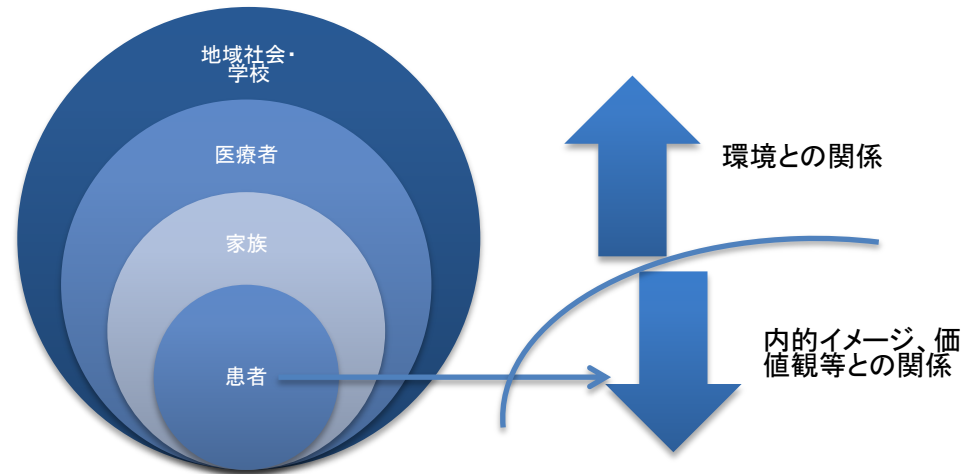
2013年4月1日
連携協定書締結

星薬科大学大学院
薬学研究科

上智大学大学院
総合人間科学研究科心理学専攻
博士後期課程

がん医療心理学 Oncological Psychology

- がん医療心理学演習 I II (各1単位) 上智大学で開講(他大学院生も受講)
- がん医療心理学特殊講義 I II (各1単位) 他大学の授業を上智大学院生が履修した場合の単位
- がん医療心理学実習 I II (各1単位) 他大学病院等における実習
- がんチーム医療演習 I (1単位) 4大学の連携授業



がんチーム医療演習Ⅰ 1日目(2016年 9月10日)

- 9:30 ~9:35 開会の挨拶 亀井淳三(星薬大)
- 9:40 ~10:45 各グループで自己紹介 久田 満(上智大) 「合意形成ゲーム」
- 10:45 ~11:00 コーヒーブレイク
- 11:00 ~11:45 「薬学教育がリードする包括的緩和研究のあり方とリバーストランスレーショナルリサーチ」
成田 年(星薬大)
- 11:45 ~12:00 1日目の作業説明 鳥越一宏(星薬大)
- 12:00 ~13:00 昼食
- 13:00 ~15:00 「症例検討」
- 15:00 ~16:00 各班より討議結果の提示 司会 鳥越一宏 (発表10分、質疑5分)
- 16:00 ~16:20 各職種の視点から 宇和川匡(慈恵医大)、佐藤正美(慈恵医大)、横山恭子(上智大)、鳥越一宏
- 16:20 ~16:25 事務連絡
- 16:30 ~ 意見交換会

Power Point

がんチーム医療演習Ⅰ 2日目(2016年 9月11日)

- 9:00 ~9:20 2日目の作業説明 湯本哲郎(星薬大)
- 9:30 ~12:00 「テーラーメイドがんサポーターケア」
- 12:00 ~13:00 昼食
- 13:00 ~14:30 各班より討議結果の提示 司会 湯本哲郎(発表10分、質疑10分、チューターよりコメント)
- 14:30 ~15:00 プロダクトの修正 木内祐二(昭和大) 倉田なおみ(昭和大)
- 15:00 ~15:15 コーヒーブレイク
- 15:15 ~16:15 全体討論 柵山年和(慈恵医大)、木内祐二
- 16:15 ~16:30 ワークショップ総括 久田 満
- 16:30 ~ 閉会式

A blue speech bubble containing the word "Poster".

Poster

グループ分け

- 4グループ 2症例
- 1グループ6～8名(医師、看護師、薬剤師、臨床心理士が最低1名ずつ入る)+歯科医師、理学療法士、作業療法士等が入ることも
- 1グループにファシリテーター3～4名
- 事前準備のためのファシリテーターミーティング3～4回
- 1日目、2日目ともに、ファシリテーターミーティング 朝30分、昼食時、終了時
- 受講生は最初のスライド分の資料をあらかじめ渡され、治療計画を立てて持参する

1日目のセッションテーマ 症例A

- 年齢：○歳代 男性 身長○cm 体重○kg
 - 診断名：上行結腸がん 腹膜播種
 - RAS遺伝子野生型、UGT1A1*6、*28共になし
 - 活動：PS:1
 - 既往歴：前立腺肥大症、高血圧
 - 併用薬：
 - 副作用：オキサリプラチンによる末梢神経障害 (Grade 1)
 - アレルギー歴：なし
 - 職業：無職(年金暮らし)
 - 性格：几帳面、人に頼るのが不得意、非社交的
 - 家族構成：1人暮らし、独身
 - 住居：
 - キーパーソン：不明
 - アルコール、喫煙：なし
- 上行結腸がん治療中の患者(3次治療)。2週間前より腰背部痛の増強(NRS:7/10)、また、右大腿～下腿にかけてピリッと走る痛み(NRS:5/10)が出現し、歩行に支障をきたしてきたため精査目的で入院。施行したMRIでは腫瘍による脊髄圧迫は認められないものの、右側Th12番目の神経根圧排と胸腰椎への多発性骨転移の所見が認められた。整形外科からは外科的処置の適応はないとの診断を受けている。痛みによる不安とイライラの訴えも認められたため、心理士との面談内容が行われた。心理士との面談では「お金がかかるので早く退院したい」「薬は医師に言われているので服用しているだけで本当は抵抗がある、医師には言えていません・・・。」と話していた。そこで、本症例の今後の治療方針についてカンファレンスが行われた。

1日目のセッションテーマ 症例A

#1 今後の治療方針についてSmall Group Discussionを行ってください

1日目のセッションテーマ 症例A

- 本症例では、オキシコンチン錠とオキノーム散を追加して外来(本人希望)にて治療を開始した。また、リリカカプセル(50mg/日)の併用と、骨転移痛には放射線治療を行うとともに、ゾメタ注の定期投与も開始された。入院中、口が渴いて、固い物が食べられないとの訴えがあり、ゾメタ開始時に医師から歯科受診を勧められたが、放置している。外来にてオピオイドのタイトレーション(10mg/日→30mg/日→60mg/日)が行われているが、オキシコンチン錠(60mg/日)で投与時の腰背部痛(NRS:5/10)、睡眠時にも寝返り等で疼痛が出現していた。また、元来の性格もあり、家に引きこもりがちで生活面や療養上の困難について第三者に相談ができていない。痛みが出現しそうと考えると外出も億劫となり、買い物も十分に行えていない。
- 外来看護師はオキシコンチン錠の増量に伴い一般的な内服方法等の指導は行っていた。その際の患者は「わかりました」と反応し、苦痛や疑問点などの訴えはなかった。
- 本日受診の結果オキシコンチン錠は80mg/日に増量となった(排便は酸化マグネシウム2g/日で2日に1回、悪心・嘔吐なし、眠気なし)。患者は診察時に、「これからどんどん麻薬が増えてしまうのではないかととても不安」と話していた。
- 患者はいつも行っている病院の前の薬局がとても混雑していたために(混雑している門前薬局での待ち時間に苦痛を感じていた)、外来看護師より「処方箋薬局であればどこでも調剤可能」と言われたことを思い出し自宅近くにある薬局に初めて院外処方箋を持って訪れた。薬剤師が、薬や食物の嚥下の状態を質問したところ、特に問題はないとのことだったが、会話中に観察した口腔の衛生状態は不良と思われた。

ここで、動画Aの上映

麻薬の内服処方箋: 当該保険薬局にはじめて訪れた患者。オキシコンチン80mg/日(40mg錠×2回)のところ、在庫が無かったため、「10mg錠を使用して調剤しても良いでしょうか？」との疑義照会 → 医師激怒(※オキシコンチン錠: 5, 10, 20, 40mgの規格あり)

1日目のセッションテーマ 症例A

#2 本症例での問題点の抽出と改善策についてSGDを行ってください

- ディスカッションのポイント(受講者には示さない)
 - 在庫と流通の問題(デッドストック、すぐに入荷できない)、在庫優先
 - 患者がすぐに薬局を変える現状
 - 院内と院外の連携
 - 治療経過と患者心理
 - 薬剤師を育てるための他職種からの提案

1日目のセッションテーマ 症例B

- 年齢：○歳代 男性 身長○cm 体重○kg
- 職業：
- 診断名：膵頭部癌（StageIVb）
- 性格：責任感が強い
- UGT1A1*6ヘテロ接合体
- 家族構成：妻と2人暮らし
- 活動：PS:1
- 両親(○歳代、近所に居住)
- 既往歴：なし
- キーパーソン：妻(○歳代、主婦)
- 副作用・アレルギー歴：なし
- アルコール：なし、喫煙：禁煙中(以前は1日20本)
- 半年前に腹部不快感、食欲不振を認め受診、精査の結果、肝転移、左肺転移、膵癌cT3N1M1(stageIVb)と診断され、FOLFIRINOXを6サイクル施行。しかし、骨髄抑制に伴う発熱のため入院することになり、休薬期間も延長している状況である。さらに、CTで原発部位の増大をみとめ上腹部および腰部痛の増強も認められたため、現在服用中のロキソプロフェン錠では疼痛コントロールが不良(NRS:5-7/10)となりオキシコンチン錠10mg/日が開始された。
- 患者は、近所に居住している両親(患者の実の両親)の介護を自分がしなければならないと考えており、親より先に死ねないと考えている。治療をすればよくなる可能性が少しでもあるなら、できる限りの治療を行いたいと考えていた。妻は、自分が納得しないとどうにもならない夫(患者)であると思っているため「夫が自分で考えて決めたことには口出しをしません」と話している。患者は3人兄弟(弟○歳代:○に単身赴任中、妹○歳代:結婚し隣県に居住、○歳と○歳の子供がいる)の長男であり弟、妹ともに両親の面倒を見られる状況ではない。妻は、最近(妻の)親友が出産したことで諦めていた妊娠を再び希望しているが、夫に言い出せないことをお見舞いするときに対応した看護師に打ち明けた。また、妻はインターネットでがん治療について自分なりに調べているようである。
- 主治医より今後の治療方針についてICが行われ、病勢悪化のため今後の方針として次の2つが提示された。①次の化学療法、②BSC (best supportive care)。

1日目のセッションテーマ 症例B

#1 今後の治療方針についてSGDを行ってください

1日目のセッションテーマ 症例B

- 本症例では、骨髄抑制からの回復後、セカンドオピニオン目的で他院を受診。セカンドオピニオンの結果を受け、当院で次の化学療法を希望した。医師よりnab-パクリタキセル + ゲムシタビン療法が提示されたが、脱毛は避けたいという本人の希望により、TS-1 40mg/回 (80mg/日) による単独療法(朝食後及び夕食後の1日2回、28日間連日経口投与し、その後14日間休薬)が外来にて開始となった。
- 患者は病院の前の薬局に院外処方箋を持って訪れた。

ここで、動画Bの上映

抗がん剤の内服処方箋：妻が処方箋を持参。TS-1カプセルが通常の投与量よりも明らかに少なかった。薬局薬剤師は妻に状況を確認したが、減量されていることを妻は把握しておらず、疑義照会を行ったところ看護師より「担当医に連絡がつきませんでした。カルテにその量での記載があり、そのまま出して下さい」との回答が得られた。

(※FORFIRINOX療法による血液毒性の経緯もあることから、TS-1を80mg/日(医師の判断による)に減量し治療を開始することになっていた。医師記録には減量して治療を開始する旨の記録がされていたが、その理由については記載されていなかった。当日の診療についていた外来看護師は「減量して治療開始」ということの把握はしていたが、理由までは把握していなかった。そのため、問い合わせの際には診療録記載の医師指示を確認し、対応した。)

薬剤師が照会結果を妻に説明したところ、怪訝(げげん)な顔で薬を受け取り、薬局をあとにした。

1日目のセッションテーマ 症例B

#2 本症例での問題点の抽出と改善策についてSGDを行ってください

- ディスカッションのポイント(受講者には示さない)
 - 減量理由(処方意図)が分からないまま調剤、服薬指導
 - 看護師に疑義照会を行う場合
 - 院内と院外の連携
 - 治療経過と患者心理
 - 薬剤師を育てるための他職種からの提案

2日目のセッションテーマ

症例A、症例BともPD (progressive disease) となり、本人の希望により在宅でのBSC (Best Supportive Care) を行うことになった。
考えられる問題点とその改善策をまとめてください。

- BSC: がんに対する抗がん剤などの積極的な治療は行わず、症状などを和らげる治療に徹することをいう。効果的な治療が残されていない場合などに、あるいは患者さん自らの希望に応じて、積極的ながんの治療は行わず、癌による身体的な苦痛や治療の副作用を軽減したり、QOL (生活の質) を高めたりすることを目的にした医療行為に徹することを指す (<http://www.ganchiryō.com/prevention/bsc.php>)

参加者の感想

● 2015年度A(臨床心理士)

- チーム医療の疑似体験を通して感じたのは、職種による立ち位置、関与すべき領域、決定権の大きさなどが予想した以上に身体に染みついているということでした。全員が意見を出し合い、対等に話し合うということが、一見できているようであり、意外と難しいのかもしれないと感じました。日頃の臨床実践を通して分業制が身に着いているためか、各職種が自分の領域でできることを持ち寄って治療に貢献するという意味でのチーム医療が、事例のディスカッションを通して行われていたように思います。その形が、先生方が再三にわたり強調されていた「分担ではなく、チームで治療にあたる」という目的にどの程度合致しているのだろうかという点が疑問として残りました。

● 2015年度B(研修医)

- 今回のワークショップのように多職種での話し合いは学生時代での授業の一環として経験していたため全くの初体験というものではありませんでしたが話し合う内容の深さや進み具合、現実味が全く異なっていました。学生時代でのチームでの話し合いでは知識のない中手探りで探しつつ、指導者からの助言により筋道を補正していくものでしたが、今回のワークショップはチームの一人一人が日常的に臨床の現場で働いている方々であり、それぞれの深い知識と経験から意見を提案していました。それは学生時代には経験できなかったより深い専門家からの意見であり自分では思いもしなかった視点での実践的な意見であり実際の現場でのカンファレンスを間近で経験しているように感じました。
- 私はまだまだ知識も経験も浅く現場でのカンファレンスであっても意見を言えず聞いているだけの場面がどうしても多くあります。今回のワークショップを通して他職種の方々がどのような視点で物事を捉えているか、また先輩医師がどのようにそれらを受け止めまとめているかを間近で経験することができました。経験できたからと言ってすぐにでも実際の現場でのカンファレンスにて積極的に発言することはやはり経験と知識の浅さから難しいことではありますが、他職種の方々、上司の医師の意見をくみ取り理解できる経験となりました。これから研修も終わりの一人の医師として様々な方々と話をし理解をしていくことが増えていきます。その時の最初の一歩として今回のワークショップは良い経験となることができました。

参加者の感想

- 2015年度C(薬剤師)
 - 日々の業務の中では、ここまで時間をかけて1人の患者に対して議論を行うことは難しく、今回の患者のように薬だけではどうしても治せない、現在の医療では治癒が困難な事例も少なくありません。そんな時に他職種の方々が、普段どのように熟考しながら日々業務に取り組んでいるのか、その思いを聞いたことが本当に貴重な体験であり、勉強させられました。一人一人が今回のように一人の患者に対して様々な可能性を考え、議論していくことで、より一層患者をサポートしていけないのではないかと思います。患者や医療スタッフと接していく中で、自分にできることをチームのみんな共有し、日々医療に携わっていきたいと思います。
- 2015年度D(薬剤師)
 - 他職種の方々の意見も貴重で、着眼点や発想の違いに新鮮さを覚え、今後の保険調剤業務に活かせるものを得ることができました。
 - 今回のような末期癌の患者に対して、高度な医療、先端の薬剤という考え方を優先させるのではなく、患者と家族のケアに重点を置くべきであることを学ばせていただきました。社会性やスピリチュアルな面への配慮が患者の限られた人生の質を大きく左右することを考えると、臨床心理士による心のケアを重視した問題解析・解決法の提案には目を見張るものがありました。
 - 薬剤師も薬物治療という専門性だけに捕らわれず、カウンセリング能力の基礎は理解し実践できる能力を身に着ける必要があると感じ、これからの目標にしたいと思います。

参加者の感想

- 2015年度E(看護師)
 - 顔を合わせて話し合うことの大切さを実感したということである。患者の価値観や考え、思いを正確に言葉にすることは難しい。臨床においても、電話やメールではコミュニケーションエラーにつながるものが良くある。今回のように時間をかけてディスカッションすることは臨床の場では難しいが、少しの時間でも顔を合わせて話すよう心掛ける必要があると感じている。
 - 普段、臨床では看護師同士の会話が多く、知らず知らずのうちに『看護師の』言葉を使っている。しかし、他職種と共通理解を図ろうとすると、自分自身が使っている言葉の意味を正しく知っている必要があることを学んだ。よく看護は中身が見えにくいと指摘される。看護の内容を言語化し表現していくことが、これからの自分自身の課題であると改めて認識した。
- 2015年度F(歯科医師)
 - 私たちのグループでは、特にお互いの専門分野をより知ることで、補いあえる部分が増えると考え、専門性の共有、情報共有することが大事であるとなりました。特に治療においては、患者の希望に沿うことが重要ですが、家族の希望、医療者としての提案をそれぞれが行っていくわけで、その過程ではみんなが意見を言い合うことが重要であり、各治療の局面において、誰でも治療の中心になりうるという結論になったことが、印象的でした。
 - 特に、心理面だったり、治療薬の科学的話などはなかなか理解するのが難しく、専門家に質問しやすい環境というのがよかったですと思います。また逆に、歯科については専門でない人たちに分かってもらうように、病名の漢字が分かってもらえないということもあり、実際の医科臨床における歯科の認知度の低さを改めて感じました。

参加者の感想

● 2015年度G(医師)

- 今回一番印象に残っているのは、最後の話し合いで出た「医療が土台で、中心はいつも変化する。」という言葉です。患者に最良な医療を提供するにあたって、家族の協力、社会の協力も必要です。それを医療者が支えていくとの発想であり、中心は患者であることもあるし、家族、社会であることもあるとの発想です。(中略)。本人を一番身近で支えるのは家族であり、患者さんを支えていく上で同じ方向性を持つことができれば一番良いと思います。そのために家族の方にも医療者の支えが必要であると思われ、「医療が土台で、中心はいつも変化する。」という言葉は大変印象に残っております。

● 2015年度H(薬剤師)

- 課題症例を把握した後は、治療方針について、身体・社会・精神・心理・実存的な問題に分けて議論していきました。日常業務の中では、医師、看護師、ソーシャルワーカーとの関わりは多く、身体・社会的な問題については議論しているのですが、精神・心理・実存的な問題については、なかなか踏み込んで考えることができていないのが現状です。今回のワークショップでは臨床心理士の視点から精神・心理・実存的な問題についてどう考えていくか学ぶことができ、治療方針のなかでも身体的なことだけでなく、心のケアも取り入れる計画を立てられました。今後の業務に活かしていきたいと思います。
- 今回の症例は標準治療が抵抗性となったガイドラインのない状況での治療についてどう考えるかという難しい設定でしたが、多職種で意見交換し、患者にとって最良の医療を提供しようという思いをもって検討できたと思います。2日間に渡る討議のなかでは、「**実際には、こんなに時間をとって多職種で集まるのは難しい**」という本音も漏れましたが、忙しいなかでも一人一人が専門知識を持ち、他職種と情報共有し、短い時間でも相談し合う関係を築き問題解決にあたれると、仮想に終わらないチーム医療を実現できるのではないかと考えます。

参加者の感想

- 2015年度I(薬剤師)
 - 多職種の意見を聞くことで、患者とその家族の信頼関係を築くこと、また他職種の職能を理解することや知識の共有など医療従事者間の信頼関係を築くことも、より良いチーム医療を行うためには重要であると感じた
 - 本ワークショップに参加したことで、多職種の視点や考え方を理解するだけでなく、チーム医療におけるコミュニケーションスキルを習得できたため、今後の現場での活動に活かせる貴重な経験ができたと感じている
- 2015年度J(薬剤師)
 - 患者さん及びご家族の望む治療が、必ずしも最先端の薬物治療(承認、未承認を含む)とは限らず、治療法を検討するにあたり、患者さんの「身体的」「精神的」「実在的」「社会的」「心理的」など多方面から、治療方針を提案する必要性を感じました。したがって患者さんに最善の医療を提案するには、多職種からの視点により、精神的ケア、緩和ケア、ご家族のケアまでを必要とする事が理解できました。
- 2015年度K(看護師)
 - このワークショップを通し、チーム医療で得られることは2つあると学んだ。様々な視点で患者・家族を捉えることがより良い医療・ケアにつながるということと、同じ場所で働く互いの職種の理解と信頼感が得られる、ということである。互いを尊重し合える医療のプロフェッショナルに成長したいという気持ちが一層強くなった
 - 他職種と討論することによってどのような益が患者・家族にもたらされるのかを語れる看護師となり、現場で率先してチーム医療を形成できるよう日々の課題としていきたい

参加者の感想

- 2015年度L(臨床心理士)
 - 開始時に「Dr やある職種がリーダーというのではなく、チームとして意見をまとめたい』という話があり、ある面ではもちろんDr の果たす役割の大きさは感じながらも、各個人が一医療者としてという対等の立場を意識することができたように思う。ただ、そういったチームが機能するためには、お互いが自身の専門性を発揮しつつも、職種や専門性を超えて各意見や視点を柔軟に理解したり取り入れる姿勢、多面的な視野を持つとすることが必要であり、それこそがこのワークショップで体験すべきものであったように感じた
 - 今回は発表の形式としてロールプレイがあり、とても印象的だった。実際に行ってみることで、話し合いはどこか机上のものになってしまう面があることにきづくと同時に、ワークの中で考え、話し合ったことをより生身の生き生きとしたものに変えてとらえることができたように思う
 - 心理士としては、心理士の視点や専門性について、他職種に向けて言葉にすることの難しさをかなり突きつけられたように思う。チームで何を求められ、発揮すべきかということは、常にアンテナを広げ調整していく必要があることも感じた。同時に、同じ事象や面を見ても、職種によって視点や捉え方に違いがあるということ、当然のことではあるが改めて実感することができたのが有意義であった
- 2015年度M(看護師)
 - 最後発表の時点では診療方針は確定しませんでした。それは、患者さんと家族の最終的な選択を尊重してから行うべきではないかというチームの結論から、IC を通して決定できるように、私たちはいくつかの選択肢とそのリスクを提示する準備をしました。ここでも、これまで当然のように耳にしてきた「患者・家族もそのチームの一員」という文言を改めて理解することが出来ました。病気に関わるすべての人をチームとして、どのように生きていくのか。IC の場面では患者とその家族がリーダーとなる。

参加者の感想

- 2015年度N(歯科医師)
 - チーム医療をするためには、個々が高度な知識を持つことが大事であり、また他の職種とのコミュニケーションでは共通言語を共有することが必要であることを実感しました
 - 患者さんとのコミュニケーションでも配慮や工夫が必要であることもわかりました
- 2015年度O(薬剤師)
 - 思いを傾聴する、という行動を患者のみならず他職種でも実践することで一般的な答えだけでなく、患者の考え方・生き方に沿った情報提供ができると考える。つまりそれぞれの職種の考え方や患者へのアプローチを理解することで、患者に合った薬物治療のヒントが得られ患者にフィードバックできる。
- 2015年度P(看護師)
 - 事例を通してグループで意見交換をする中で、職種の違いはありながらも、目的は同じであるため、方向性を一致することが大切なのだと感じました。
 - 今までの研修や勉強会などは、看護師同士で話をするばかりであり、他職種を知るという機会がほとんどないのと感じました。グループでの関わりで、職種の違いはありながらも共感するところもあり、また新たな視点で物事を考えるきっかけにもなりました。職種を知れば知るほど、その専門性を尊敬する気持ちが強くなり、同時に自分の専門性も上手く表現する力も必要とされることに気づきました

参加者の感想

- 2015年度Q(歯科医師)

- このワークショップに参加する以前は、「連携」や「チーム」について、本当の意味で考えられてはいなかったと分かりました。以前の私は、他職種と同じ症例について治療にあたるのがチームであり、連携であると思っておりましたが、それは「分担」であり、真の意味での連携ではなかったことに気づきました。一人の患者について総合的に、他職種で意見を交わし、全体を把握すること、そして患者自身もチームの一員として、患者が真に望む医療を提供する事、それがチーム医療であると、今は考えております。それにはこのワークショップの様に、実際に顔を合わせることも重要であるとも感じました

叡智が世界をつなぐ



上智大学
SOPHIA UNIVERSITY