

【総説】

がん医療の実践における多職種協働アプローチの介入内容とその成果： 文献レビュー

Details on the Interprofessional Collaborative Approach in the Practice of Cancer Care: A Literature Review

鈴木 久美, 南口 陽子, 土井 智生, 津田 泰宏

Kumi Suzuki, Yoko Minamiguchi, Tomoki Doi, Yasuhiro Tsuda

キーワード：多職種協働, がん医療, 文献レビュー

Key Words : interprofessional collaboration, cancer care, literature review

抄録

[目的] 本レビューの目的は、がん医療の実践における多職種協働アプローチの介入内容やその成果の根拠を明らかにした。[方法] MEDLINEとCINAHL, 医中誌Webを用いて「cancer」AND「collaborat*」AND「interdisciplinary OR multidisciplinary OR team approach OR team medicine OR interprofessional health care team」で検索を行った。重複文献や解説を除き英文献179件, 和文献183件となった。[結果] 英文献15件, 和文献1件の計16件を分析対象とした。研究デザインはRCT8件, non-RCT3件, 観察研究が5件であった。介入の内容や方法として, 多職種による段階的アプローチ, 各専門職の役割の明確化を図ったアプローチ, 多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用などが用いられていた。成果として, 術後合併症や終末期の苦痛症状の軽減, あらゆる治療状況における心理的苦痛の緩和, QOLの改善, 終末期患者の自宅滞在日数の延長や再入院率の抑制などに効果があることが示された。[結論] 日本では多職種協働アプローチの導入前後の観察研究が多く, 術後合併症や苦痛症状, 自宅滞在日数など医学的な視点から評価していた。今後は患者の視点からのQOLや満足度などの評価も含めた研究の成果やエビデンスの蓄積が重要と考える。

Abstract

Purpose: The purpose of this review was to identify the content and outcomes of interprofessional collaborative approach in cancer care. **Methods:** A search was conducted using MEDLINE, CINAHL, and Medical Journal Web databases. The search terms used were "cancer" AND "collaborat*" AND "interdisciplinary OR multidisciplinary OR team approach OR team medicine OR interprofessional health care team". A total of 179 English and 183 Japanese references were found, excluding duplicates and commentaries. **Results:** A

total of 16 studies (15 in English and 1 in Japanese) were analyzed. The study designs included eight RCTs, three non-RCTs, and five observational studies. The content and methods of the interventions used included an interprofessional step-by-step approach, an approach that clarified the role of each professional, and the use of meetings and conferences for information sharing and problem solving among multiple professions. Outcomes showed that the interventions were effective in reducing postoperative complications and distressing symptoms at the end of life, reducing psychological distress in all care settings, improving quality of life, increasing the number of days patients stayed at home at the end of life, and reducing readmission rates. **Conclusions:** In Japan, most of the studies were observational studies before and after the introduction of the interprofessional collaborative approach, and were evaluated from a medical perspective, including postoperative complications, distress symptoms, and length of stay at home. In the future, it will be important to accumulate research and evidence, including evaluations of quality of life and satisfaction from the patient's perspective.

I. はじめに

日本における「チーム医療」は、1970年代から言葉が用いられるようになり（細田，2021），よいケアを提供するために必要なアプローチとして注目されてきた（田村，2012）。「チーム医療」は1970年代から用いられているが、「職種間連携」は1990年代、「専門職連携」は2000年代と遅れて増加しはじめ、「職種間連携」「多職種協働」は2000年代に急増し、2010年代になり「チーム医療」に匹敵する頻度で使用されるようになった（藤井，2019）。このように医療のなかで職種間連携や多職種協働の概念が広がり、関心が高まっている。

がん医療においても、がんゲノム医療による個別化治療が進み、専門分化、複雑化しているなかで、がんとの共生を支える患者本位の医療を提供することが求められており（厚生労働省，2023），多職種の連携や協働は重要な課題となっている。がん患者は、がんを診断されると死に直面しながら治療の意思決定をしたり、術後障害や化学療法の副作用を自己管理したり、治療と就労を両立させたりするなど、治療経過に応じてさまざまな課題に対処しなければならない。このようながん患者に対して、治療の軌跡に応じた質の高いがん治療やケアを提供するためには、多様な専門家チームが参加する多職種協働のアプローチが必要である（Levit et al., 2013）と提言されている。

実際に協働チームは、職種間でエビデンスに基づく実践を共有することを促進したり（Reeves et al., 2010），患者の意思決定を改善する（Propp et al., 2010）と報告されている。また、協働チームワークは、入院期間の短縮、薬剤処方基準の遵守の改善、品質監査結果の改善（Reeves et al., 2010），症状および心理社会的苦痛の軽減につながる可能性があること（Elsayem et al., 2004）が示されている。このように多職種協働のアプローチの有効性や重要性が明らかになっているが、がん患者への多職種協働によるアプローチに関する文献レビューはみられない。そこで、がん医療の実践においてどのような多職種協働アプローチがなされ、成果が得られているかその知見を統合することは、今後の多職種協働や多職種連携のあり方を検討する上で重要であると考えられる。なお、本研究では、多職種協働の実践内容や方法を明らかにするために多職種協働アプローチという用語を用いることとする。

本レビューの目的は、がん医療の実践における多職種協働アプローチの介入の内容や方法、その成果の根拠を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 用語の定義

多職種協働を意味する Interprofessional Work（田村，2012）は、「2つ以上の異なる専門職が患者・

クライアントとその家族とともにチームとして、彼らのニーズやゴールに向かって協働すること」と定義されている。この定義を参考に、本研究はがん医療の実践における多職種協働アプローチを「医師、看護師、薬剤師など異なる分野の医療専門職者が、がん患者や家族のニーズを充足したり、Quality of Life (QOLとする) を高めたり、治療やケアの目標を達成するために協力して実践すること」とした。

2. 文献検索の方法

文献検索のデータベースは、MEDLINEとCINAHL、医中誌Webを用いた。MEDLINEやCINAHLの検索は「cancer」AND「collaborat*」AND「interdisciplinary OR multidisciplinary OR team approach OR team medicine OR interprofessional health care team」の用語で行った。和文献は英語のキーワードに該当する用語で検索した。検索期間は、2010年1月からとし、2023年10月21日時点で検索した。検索期間を2010年以降とした理由は、日本において多職種連携や多職種協働という言葉の使用が2010年代から急増してきたからである(藤井, 2019)。文献の選定基準は、がん患者への治療やケアに対して多職種協働アプローチにより介入している実験研究(ランダム化比較試験, 非ランダム化比較試験)や多職種協働アプローチの導入前後の観察研究とし、必ずチームの中に看護師が含まれている論文とした。除外基準は、介入のプロトコルや実行性を評価した研究、調査研究、解説、症例・事例報告、会議録とした。

3. 分析方法

文献の所見を整理するために、著者名、発行年、国、研究デザイン、対象者、研究目的、多職種協働アプローチのチーム構成メンバー、介入の内容や方法、主な成果の概要を含むレビューシートを作成した。レビューシートをもとに、対象者、治療の状況、チームの構成メンバー、介入の内容や方法の項目ごとに共通性を見出した。

Ⅲ. 結果

1. 検索結果

検索結果は、MEDLINE 140件、CINAHL 89件、

医中誌Web 690件の合計919件であった(2023/10/21検索)。重複文献50件および解説507件を除き、英文献179件、和文献183件となった。選定基準と除外基準に基づいてスクリーニングを行い、最終的に英文献15件、和文献1件の計16件を分析対象とした。

2. 研究の概要

文献の概要は表1の通りである。年代は2010年代が7件、2020年以降が9件と最近増加傾向であった。研究デザインはランダム化比較試験が8件(No.2, No.3, No.5, No.6, No.10, No.13~15)、非ランダム化比較試験の2群前後比較が2件(No.1, No.4)、1群前後比較が1件(No.16)であった。また、観察研究の2群比較が5件(No.7~9, No.11, No.12)で全て日本の研究であった。対象国は、日本が6件(No.7~9, No.11, No.12, No.16)、中国が5件(No.1~3, No.5, No.6)、英国が3件(No.13~15)などであった。

3. 対象者と治療の状況

対象者は、小児がんの患児を対象にした研究が1件(No.7)で、その他は成人や高齢がん患者を対象にしていた。また、治療の状況として化学療法を受けている患者を対象とした研究が2件(No.1, No.9)、手術療法を受けた患者を対象とした研究が5件(No.3, No.6, No.8, No.11, No.16)、終末期で緩和ケアを受けている患者を対象とした研究が4件(No.2, No.4, No.5, No.7)、がん診断後にうつ病になった患者を対象にしている研究が3件(No.13~15)であった。また、骨転移患者を対象にしている研究(No.12)、進行がん患者のコミュニケーションに焦点をあてた研究(No.10)もみられた。

4. チーム構成メンバー

全ての研究に医師が含まれており、その他薬剤師(No.5, No.6, No.8, No.9, No.11, No.12)、理学療法士(No.8, No.11, No.12)、言語聴覚療法士(No.8)、作業療法士(No.12)、栄養士(No.1, No.2, No.5, No.6, No.8, No.11, No.16)、臨床心理士(No.1, No.2, No.5, No.7)、カウンセラー(No.6)、ケースマネージャー(No.2)、医療ソーシャルワーカー(No.7, No.12)、チャイルド・ライフ・スペシャリスト(No.7)、鍼灸師(No.16)であった。また、患者

表1 がん医療の実践における多職種協働アプローチに関する研究の概要

文献番号	1)筆頭著者 2)発行年 3)国 4)デザイン	5)対象・人数 6)年齢 (標準偏差 または年齢範囲)	7)研究目的 8)チーム構成メンバー 9)介入の内容・方法など	主な成果
1	1)Liu C 2)2023 3)中国 4)非ランダム化比較試験	5)化学療法を受けている大腸がん患者60人 (介入群30人, 対照群30人) 6)介入群: 65.8歳 (SD=7.59) 対照群: 61.67 (SD=11.49)	7)化学療法を受ける大腸がん患者の心理的苦痛およびQOLに対する多職種協働チームによるエンパワーメント教育の効果を検討した。 8)腫瘍専門医, 心理士, 栄養士, がん専門看護師, 一般看護師で構成された。 9)介入群: 日常的な健康教育と多職種協働エンパワーメント教育を実施した。(1)患者の問題の識別, (2)パートナーシップによる多職種協働チームメンバーの関係構築, (3)患者の目標設定, (4)行動計画の立案, (5)計画の評価と修正というステップを踏み, 多職種との話し合いのもと介入していた。そして, 腫瘍医は化学療法に関する情報を提供し, 心理士は心理カウンセリングと指導を行い, 栄養士は栄養セルフモニタリングに関する情報提供と指導を行い, 看護師は教育セッションとフォローアップの電話を担当した。1回30分の集学的セッション5回と15分の電話によるフォローアップを3回実施した。 対照群: 日常的な健康教育を担当看護師が1対1で実施。教育内容は, 化学療法の副作用に関する情報, 化学療法中の栄養, 食事, 運動, 心理的リハビリテーションに関する指導などであった。また, 各化学療法の退院後に看護師は患者に15分間のフォローアップの電話をした。	・介入後, 心理的苦痛得点は, 介入群の方が対照群よりも低かった (P=0.008)。 ・介入後, 介入群はQOLとして身体機能 (P=0.051), 感情機能 (P<0.001), 認知機能 (P=0.028), 社会機能 (P=0.006), グローバルな健康状態 (P=0.004) の得点が対照群より高かった。また, 介入群は疲労と不眠が有意に減少し (P=0.004; P=0.001), 疲労と不眠の減少は対照群よりも有意であった (P=0.007; P=0.030)。しかし, その他の症状 (痛み, 呼吸困難, 食欲不振, 便秘, 下痢) においては両群で有意差がみられなかった。
2	1)Liu YJ 2)2023 3)中国 4)ランダム化比較試験	5)終末期がん患者84人 (介入群42人, 対照群42人) 6)介入群: 65.4歳 (SD=2.5) 対照群: 63.2 (SD=1.2)	7)緩和ケアモデルを組み合わせた多職種協働チームを末期がん患者に適用し, その臨床効果を評価した。 8)臨床医, 看護師長, 看護師, 栄養士, リハビリテーション, 心理士から構成され, チームリーダーはケースマネージャーであった。 9)介入群: 緩和ケアモデルと多職種協働チームを組み合わせて介入した。該当患者がいる場合は, 医師は患者の予後予測の期間を評価し, 24時間以内に各専門家の患者評価を行い, 48時間以内に多職種で協議して診断・治療計画を共同で立案した。そして, 週に1回計画の評価・修正をした。医師は患者の緩和治療と症状コントロールを担当。看護師長は看護チーム全体を管理し, チーム全体の看護の質に責任を負った。ケースマネージャーはチームの調整と, 看護業務を評価するためのミーティングの手配を担当。看護師チームは, 看護師長の取り決めに従って健康教育プログラムをチームで作成・実施し, 心理士から心理カウンセリングのトレーニングを受けて患者に心理的支援介入を行った。また, 患者にコンフォートケア, 痛みのケア, 心理・社会的サポートを提供した。心理士は看護師に心理カウンセリングを指導した。臨床栄養士は, 患者の栄養状態や嗜好に応じた適切な栄養食を作成し, 患者の栄養サポートを行い, 退院後は週1回, 患者の栄養状態を改善するためのフォローアップを行った。 対照群: 通常の看護介入 (患者のバイタルサインのモニタリング, 基本的な看護, 健康教育, 食事指導など)	・不安と抑うつ得点は介入前において両群ともに有意差はなかった。介入後, 介入群は対照群よりも不安得点 (43.7±7.4 vs. 54.2±9.3) および抑うつ得点 (38.4±6.5 vs. 53.1±8.4) が有意に低下した (P<0.05)。 ・ソーシャルサポート総得点と下位尺度得点は, 介入前において両群ともに有意差はなかった。介入後, 介入群は対照群よりもソーシャルサポート総得点, 主観的支援得点, 客観的支援得点, 支援の利用度が有意に高かった (P<0.05)。 ・QOL総合得点は, 介入前において両群ともに有意差はなかったが, 介入後, 介入群は対照群よりもQOL総合得点が高く, 統計学的に有意であった (79.5±4.5対73.2±3.6, P<0.05)。各機能尺度の得点も介入群は対照群より有意に高かった (P<0.05)。
3	1)Ma W 2)2022 3)中国 4)ランダム化比較試験	5)手術を受けた進行臓器がん患者100人 (J群50人, Q群50人) 6)J群: 53.2歳 (SD=7.5) Q群: 54.6 (SD=7.8)	7)多職種協働チーム看護モデルとマインドマップ教育法の組み合わせが, 進行臓器がん患者の術後合併症とメンタルヘルスに及ぼす影響を分析した。 8)専門職グループは臓器外科専門医3人と指導看護師3人, サブ専門職グループは栄養専門看護師1人, 心理専門看護師1人, 疼痛専門看護師1人, 集中治療専門看護師1人で構成された。 9)J群: マインドマップ教授法を用いた看護を行った。術後合併症とメンタルヘルスの看護について患者に指導を4週間行った。 Q群: マインドマップ教授法と組み合わせた多職種協働チーム看護モデルを用いて介入を行った。関連メンバーは, 多職種協働チームのディスカッションに必ず参加することが義務づけられた。また, タイムリーなコミュニケーションと交流を図るためにWechatを作成した。責任の分担として, 臓器外科の専門医は症例の選択と疾患の評価を担当。指導看護師は, 患者の身体状況, 心理状態, 合併症, 痛みの程度, 栄養状態などの基本情報収集を行い, 専門医と看護師とで看護上の問題について話し合い, 看護計画を立てセルフケア指導と健康教育を行った。栄養専門看護師は患者の食事指導を行い, 疼痛専門看護師は術後の疼痛を観察し, 症状緩和を行った。心理看護師は心理カウンセリングを行い, 患者のニーズに合った心理的サポートを実施した。重篤な患者に対しては, 集中治療専門看護師が介入し, 看護を指導した。	・不安得点, 抑うつ得点は, 介入前は両群で差はみられなかったが, 介入後に両群とも低下し, J群に比べてQ群で有意に低下した (P<0.05)。 ・QOL得点は, 介入前は両群で差はみられなかったが, 介入後, 両群とも上昇し, J群に比べてQ群で有意に高かった (P<0.05)。 ・痛みのNRS得点は, 介入前は両群で差はみられなかったが, 介入後に両群とも低下し, J群に比べてQ群で有意に低下した (P<0.05)。 ・合併症発症率は, J群24%に比べてQ群8%であり, Q群の方が有意に低かった (P<0.05)。 ・看護満足度は, J群68%に比べてQ群98%と有意に高かった (P<0.05)。

文献番号	1)筆頭著者 2)発行年 3)国 4)デザイン	5)対象・人数 6)年齢 (標準偏差 または年齢範囲)	7)研究目的 8)チーム構成メンバー 9)介入の内容・方法など	主な成果
4	1)Pomrattana kavee P 2)2022 3)タイ 4)非ランダム 化比較試験	5)進行期がんで、 対症療法により入 院している患者 122人 (PCT群61 人, MD群61人) 6)PCT群: 63歳(20 ~88) MD群: 59歳 (22 ~81)	7)緩和ケアナースと腫瘍内科の協働ケアモデルが、進行がん 入院患者のQOLおよび退院後7日目および30日目の再入院率 に及ぼす効果を明らかにした。 8)緩和ケアチームは、緩和ケアナース、ナース・プラクティ シヨナー、腫瘍内科医で構成された。 9)Professional Collaborative Team(PCT) 群: 緩和ケア専門 看護師と腫瘍内科医を含む専門職間協働チームによる緩和ケ アを実施した。緩和ケアナースとナースプラクティシ ヨナーが患者の身体的、心理的、社会的側面のアセスメント を行ったのち、チームでコミュニケーションを図りながら 治療計画を立案した。そして、緩和ケア専門看護師と腫瘍 内科医の両者により、身体的、心理的、スピリチュアルな 側面からの評価し治療を実施した。がん性疼痛やその他の 不快感は主に薬物療法、骨痛や肺炎は緩和的放射線療法 によって治療した。退院時には、緩和ケア専門看護師が介 護者に対して終末期患者の在宅ケアに関する健康教育を 行った。 Medical Oncologists (MD) 群: 腫瘍内科医単独による緩和ケ アを実施した。	・不安の中央値は、ベースライン時において両群ともに有意差 はみられなかったが、PCT群はMD群よりも入院1日目と7日目 において有意に低下した (P<0.003)。 ・抑うつ中央値は、ベースライン時において両群ともに有意 差はみられなかった。PCT群とMD群において入院1日目と7日目 において有意に低下し (P<0.001, P<0.006)、両群間での有意差 はみられなかった。 ・主観的幸福感の得点は、ベースライン時において両群ともに 有意差はみられなかった。PCT群は入院1日目と7日目で有意に改 善していたが (P=0.043)、MD群では入院1日目と7日目で改善 していなかった。 ・退院7日後の再入院率は、PCT群4.92%、MD群19.67%であり、 有意差がみられた (P=0.013)。しかし、退院後30日目の再入院 率は両群で統計学的有意差はなく、PCT群32.8%、MD群40.9% であった。
5	1)Liu Y 2)2022 3)中国 4)ランダム化 比較試験	5)終末期高齢がん 患者166人 (ICHC 群=83人, LST群 =83人) 6)ICHC群: 69.52 歳 (SD=2.99) LST 群: 69.20歳(SD= 2.92)	7)多職種協働ホスピスケア (Interdisciplinary collaborative hospice care : ICHC) と延命治療 (Life-sustaining treatment : LST) の終末期高齢がん患者に対する効果を比較・検討し た。 8)医師、臨床薬剤師、看護師、栄養士、心理士、患者、家族 介護者で構成された。 9)ICHC群: 価値観と倫理、役割と責任、コミュニケーション 、チームワークという4つのコアコンピテンシーの領域に 基づいて実施した。ICHCチームは、ハイブリッド学習モデ ルを用いて、患者とホスピスケアのチームビルディング、 知識、スキル、質向上のための評価方法、専門家のコンサル テーションや地域リソースへのアクセスに焦点を当てた カリキュラムを提供した。そして、ICHCチームメンバ ーは、問題解決とビジョンを共有し、各専門職がそれぞれの 業務範囲内で活動できるよう、柔軟な役割定義を策定し た。医師は、ホスピスケア、包括的な疾患評価、症状管 理、遺族カウンセリング、患者とその家族の要求へのタイ ムリーな対応、スピリチュアルサポート、効果的なコミュ ニケーションなどを提供した。臨床薬剤師は、服薬相談、 服薬指導、症状緩和のための最も効果的な方法の提案、服 薬指導、服薬評価などを行った。看護師は、看護評価、症 状の記録、コンフォートケア、心理カウンセリングなどを行 った。 LST群: 医師が積極的な治療、必要な症状管理、コミュ ニケーションなどを行った。必要に応じて薬剤師が服薬指導 とモニタリングを行った。看護師は日常的なケアと情緒的 コミュニケーションを提供した。	・生存期間の中央値は、介入後、両群に有意差はみられなかつ た。 ・介入後、LST群では痛みと便秘のみが介入前と比較して有意に 改善した (P<0.01) が、ICHC群では感情機能と症状の領域 (痛 み、息切れ、不眠、食欲不振、下痢、便秘、不安) が有意に改 善し (P<0.01)、それらはLST群よりも有意に良好であった (P <0.05)。 ・1日の薬価と、最期2日間の薬価は、ICHC群がLST群よりも統 計的に低かった (P<0.01)。 ・医療スタッフと患者、家族介護者の総合的な満足度と協力の 程度において、ICHC群はLST群に比べて有意に高かった (P< 0.01)。
6	1)Han D 2)2021 3)中国 4)ランダム化 比較試験	5)手術後の子宮頸 がん患者132人 (介入群66人, 対 照群66人) 6)介入群: 44.4歳 (SD=8.2) 対照群: 45.5歳 (SD=7.9)	7)多職種協働による継続看護が子宮頸がん患者の心理状態お よびQOLに及ぼす影響を検討した。 8)医師、管理栄養士、薬剤師、心理カウンセラー、性カウ ンセラー、看護師長、担当看護師の医療スタッフで構成され た。 9)介入群: 通常の看護に3か月間の多職種協働の継続看護を 追加し実施した。メンバーの責任として、医師は患者の術 後の赤みや腫れなどの創傷、その他の手術や病気に関連し た問題の質問に答える責任を負い、薬剤師は患者への投薬 計画を立てる責任を負い、心理カウンセラーは患者の心理 的問題を担当した。管理栄養士は食事処方を立てる責任を 負い、看護師長はチームメンバーの仕事調整し、進捗と その質を保証するための手配をする責任を負った。担当 看護師は患者とその家族への退院後のセルフケア指導、健康 教育、フォローアップファイルの作成と指導の責任を負 った。そして、看護計画の作成と計画に沿った看護を実施 し、Wechat (チーム内で子宮頸がん関連のリハビリ、食 事、セルフケアなどの知識を毎日共有し、患者からの相談 に専門的なアドバイスをを行う) を立ち上げて情報共有を 図った。また、看護師は5日ごとに電話フォローアップをし た。医師、看護師、心理士、栄養士、薬剤師からなるチ ームを結成し、患者の家庭訪問を2週間に1回実施した。看護 介入を2週間ごとに評価し、計画を修正した。 対照群: 通常の看護として、術後合併症予防、食事指導、 状態観察、定期的な退院指導、1週間に1回の電話フォロ ーアップによる問題点の把握と指導を含む継続看護を実施 した。	・不安と抑うつの得点は、介入群の方が対照群よりも有意に低 かった (いずれもP<0.001)。 ・QOLの身体機能、一般的健康、社会的役割機能、感情的役割 機能、精神的健康の得点は、介入群の方が対照群よりも高か った (いずれもP<0.01)。 ・がん関連疲労における行動/重症度、感情的意味、感覚、認知/ 気分の得点は、介入群は対照群に比べて低かった (すべて P<0.001)。 ・合併症発生率は、介入群が術後の悪心3例、腹痛2例の 7.58%、対照群が悪心7例、腹痛3例、創部感染3例、腸閉塞1例の 21.21%であり、介入群の方が有意に低かった (P=0.025)。 ・睡眠の質の得点は、介入群の方が対照群よりも有意に低く (すべてP<0.001)、良好であった。

文献番号	1)筆頭著者 2)発行年 3)国 4)デザイン	5)対象・人数 6)年齢 (標準偏差 または年齢範囲)	7)研究目的 8)チーム構成メンバー 9)介入の内容・方法など	主な成果
7	1)Iwamoto S 2)2021 3)日本 4)後ろ向き観察研究	5)がんの一次治療を受けた後、治癒不能の小児緩和ケア治療に移行した患者112人 (MET群20人, pre-MET群92人) 6)MET群: 診断時6歳11か月 (0か月~9歳5か月), 死亡時11歳0か月 (7か月~22歳2か月) pre-MET群: 診断時6歳2か月 (0か月~17歳7か月), 死亡時9歳3か月 (9か月~24歳5か月)	7)2014年から多職種専門家チーム (Multi-professional expert team: MET) による在宅小児緩和ケアを導入し、その導入前(pre-MET群)と導入後 (MET群) において小児・思春期がん患者のQ-EOL (Quality of End Of Life) ケアに与える影響を評価した。 8)小児がん専門医, 緩和ケア専門医, 小児緩和ケアの訓練を受けた看護師, 臨床心理士, チャイルド・ライフ・スペシャリスト, 医療ソーシャルワーカーで構成された。 9)MET群: 院内の小児緩和ケアチームや地域のかかりつけ医などの医療者と連携し, 入院から在宅まで継続的に小児緩和ケアと心理社会的支援を提供した。在宅小児緩和ケアに移行した後も, チームは地域の医療提供者と協力し, 定期的に自宅を訪問してサポートや輸血などの医療ケアを行った。チームメンバーは, 患者の家族や介護者の要望に応じて, 電話でアドバイスを実施した。	・自宅滞在日数の中央値は, MET群はpre-MET群よりも最期7日間における日数が有意に長く (1.5日 vs 0.0日, P=0.020), また, 最期30日間における日数も長かった (12.0日 vs 3.0日, P=0.042)。 ・血液悪性腫瘍患者では, EOL期の自宅滞在日数の中央値が, MET群の方がpre-MET群よりも有意に延長した (最期7日間で2.0日 vs 0.0日, P=0.031, 最期30日間で14.0日 vs 0.0日, P=0.002)。 ・2ヵ月以上小児緩和ケアを受けた患者の割合は, MET群 (20人中18人, 90.0%) の方がpre-MET群 (92人中56人, 60.9%) に比べて統計的に多かった (P=0.014)。 ・死亡患者における小児緩和ケア期間の中央値は, MET群 (150.0日, 範囲30-1,285日) は, pre-MET群 (78.5日, 範囲4-766日) よりも有意に長かった (P=0.008)。 ・自宅での死亡は, pre-MET群が3.3%, MET群が25.0%と増加し, 大学病院での死亡はpre-MET群が89.1%, MET群75.0%に有意に減少した (P=0.002)。この変化は血液悪性腫瘍と固形腫瘍の患者で統計的に有意であったが (P=0.026, 0.010), 中枢神経系腫瘍患者では有意でなかった。
8	1)Kawata S 2)2020 3)日本 4)後ろ向き観察研究	5)食道がんまたは食道胃接合部がんのため食道切除と胃管再建術を受けた患者125人 (HOPE群63人, Pre-HOPE群62人) 6)HOPE群: 68歳 (SD=10) Pre-HOPE群: 65歳 (SD=10) ※開胸術 HOPE群: 25人 Pre-HOPE群: 3人 ※胸腔鏡下手術 HOPE群: 38人 Pre-HOPE群: 60人	7)2017年に多職種医療チームであるHamamatsu perioperative care team(HOPE)を発足し, その導入前 (Pre-HOPE群) と導入後 (HOPE群) において食道切除と胃管再建術を受けた患者の短期・長期成績を評価した。 8)外科医, 看護師, リハビリテーション医, 理学療法士, 言語聴覚療法士, 栄養士, 薬剤師で構成され, 栄養サポートチーム, 感染管理チーム, 緩和ケアチームと協力して活動した。 9)HOPE群: 術前は歯科医師による歯科検診と専門家によるクリーニング, 医師と看護師による禁煙・禁酒指導, リハビリテーション医と理学療法士による体力測定と機器を使った呼吸訓練, 栄養士と栄養サポートチームによる栄養スクリーニングとサポートを行った。術後は, 医師や看護師による十分な疼痛コントロールと早期離床, 空腸瘻チューブによる早期の経腸栄養補給, リハビリテーション医と言語療法士による嚥下評価を行った。退院後1年間は管理栄養士とリハビリスタッフが定期的に介入した。 ※Pre-HOPE群では, 術前リハビリテーションと口腔ケアは初回指導後は自己管理に委ねられていたが, HOPE群では医療スタッフが積極的に患者に術前リハビリテーションと口腔ケアの実施を促した。	・グレードIII以上の吻合部リークの発生率において, 両群ともに有意差はなかったものの, HOPE群がpre-HOPE群より低かった (5% vs 15%, p=0.060)。 ・心房細動と肺炎の発症率は, いずれもHOPE群がPre-HOPE群に比べて有意に低かった (心房細動6% vs 19%; p=0.027, 肺炎14% vs 29%; p=0.037)。 ・経口摂取の開始期間は, HOPE群がpre-HOPE群より有意に遅く (11日 vs 8日, p=0.003), 術後の入院期間はHOPE群がpre-HOPE群より有意に長かった (31日 vs 23日, p=0.010)。 ・術後1, 3, 6, 12か月時点の体重減少は, HOPE群がPre-HOPE群に比べて有意に少なかった (p<0.001)。
9	1)Matsuoka H 2)2020 3)日本 4)前向き非ランダム化多施設共同観察研究	5)CapeOX療法 (+ベバシズマブ) による一次治療を受けた進行・再発大腸がん患者80人 (チームアプローチ群59人, 非チームアプローチ群21人) 6)全体の平均年齢63.5歳 (36.0~75.0)	7)多施設共同前向き観察研究を実施し, 各施設におけるサポートレベルが, 手足症候群(Hand-foot syndrome: HFS)の発生率およびQuality of Life (QOL) と関連するかを検討した。 8)医師, 薬剤師, 看護師によるチームで構成された。 9)医師による患者教育 (有害事象の説明), 薬剤師による用法・用量指導, 看護師によるスキンケア指導, 多職種チーム (看護師, 医師, 薬剤師) による管理, 看護師による週1回の電話サポートを実施した。3職種すべてが管理に関与した群をチームアプローチ群, チームによる管理なし群を非チームアプローチ群とした。また, チームアプローチ群のうち電話サポートした群を電話介入あり群, しない群を電話介入なし群とした。	・治療開始から6か月以内にBlumの分類でグレード2以上のHFS発症率は, チームアプローチ群16.9%, 非アプローチ群14.3%で, 有意差はなかった (P=0.44)。さらに, HFSの発症率は電話介入あり群(11.1%)の方が電話介入のなし群(20.5%)より低かったが, 有意差はなかった (P=0.26)。 ・不安, 抑うつ得点は, チームアプローチ群の方が非チームアプローチ群よりもいずれも低かったが, 有意差はなかった (それぞれP=0.58, P=0.92)。 ・健康関連QOL得点は, チームアプローチ群と非チームアプローチ群の間に有意差はなかった(P=0.44)。
10	1)Voruganti T 2)2017 3)カナダ 4)パイロットランダム化比較試験	5)III期以上の進行がん患者42人 (介入群21人, 対照群21人) 6)介入群: 60歳 (SD=12.8) 対照群: 59.5歳 (13.8)	7)Loop (Web-based tool for clinical collaboration, called Loop) のようなツールを現在のケアプロセスに統合することの実現可能性を評価し, ケアの継続性, ケアの質, 症状の苦痛, および医療利用に対するLoopの効果の予備的尺度を把握することであった。 8)緩和ケア医や臨床腫瘍内科医, 看護師, その他の医療従事者で構成されている。 9)介入群: ケアマネジメントに関わるコミュニケーションを促進する目的で, 患者とケアチームを仮想空間に集合させるウェブベースの臨床連携ツール「Loop」を開発したLoopを利用したケアを実施した。Loopはチームベースの安全なオンラインコミュニケーションツールである。患者や介護者が, 直接ケアを提供する医療チームの複数のメンバーとコミュニケーションをとることができるほか, 医師, 看護師, 医療従事者を含む医療提供者同士がコミュニケーションをとることもできる。 対照群: 通常のケアを受けた。	・1人の患者につき平均3人の医療従事者が参加した。 ・介入3ヵ月目で, 介入群の方が対照群よりもケアの継続性と連携を測定するPicker尺度得点は高かった (介入群+10.2[SD 31.5] vs 対照群-1.1[SD 30.3])。 ・ケアの質とウェルビーイングを評価する緩和ケアアウトカム得点 (POS) は両群にごくわずかな変化 (介入群+0.8[SD 4.4] vs 対照群+0.5[SD 5.4]) がみられた。 ・症状苦痛得点は, 介入群よりも対照群の方が高かった (介入群+2.3[SD 10.7] vs 対照群+3.4[SD 8.7])。 ・救急外来受診患者数は, ベースライン時において介入群で3人, 対照群で1人であった。介入3ヵ月目では, 介入群は救急外来受診の報告はなく, 対照群では3人であった。 ・患者とのメッセージのやり取りは, 医療管理, 症状報告, 予約調整に関する内容が多かった。

文献番号	1)筆頭著者 2)発行年 3)国 4)デザイン	5)対象・人数 6)年齢 (標準偏差 または年齢範囲)	7)研究目的 8)チーム構成メンバー 9)介入の内容・方法など	主な成果
11	1)Watanabe M 2)2016 3)日本 4)後ろ向き観察研究	5)食道がんで食道切除術を受けた患者218人 (PeriCan群105人, pre-PeriCan群113人) 6)PeriCan群: 64.2歳 (SD=9.0) pre-PeriCan群: 65.7歳 (SD=8.9)	7)2013年に周術期の患者ケアを組織的に行うことを目的とした集学的周術期ケアチーム「Perioperative team in cancer institute hospital (PeriCan)」を発足させ、PeriCan導入前 (pre-PeriCan群)と導入後 (PeriCan群)のPeriCanの効果を評価した。 8)外科医, 歯科医師, 看護師, 薬剤師, 理学療法士, 栄養士で構成され, リエゾン精神科チーム, 嚥下リハビリテーションチームとも協働する。 9)PeriCan群: 術前に患者は歯科医師による歯科検診と口腔清掃を受ける。外科医と看護師は, 初診時に患者の喫煙と飲酒の状態を調べ, 禁煙を勧める。手術が計画されると, 外科医と看護師は患者にオリエンテーションを行う。薬剤師は, 手術前に中止が必要な薬をスクリーニングする。理学療法士は患者の体力を測定し, 訓練装置を用いて呼吸運動を行うよう指導する。また, 経腸栄養剤を術前5日間使用することを患者 (糖尿病患者を除く)に推奨した。術後は, 集中治療室でリハビリテーションと口腔清掃が定期的に行われる。経腸栄養剤を使用するが, 患者の合併症に応じて栄養剤を変更する。患者が不眠症やせん妄に罹患している場合は, リエゾン精神科チームが管理サポートを行う。術後4日目以降は, 器具を使用した高度なフィジカルトレーニングプログラムが提供され, 術後7日目から透明ゼリーの経口摂取を再開される。誤嚥を疑う症状があれば, 嚥下リハビリテーションチームが嚥下機能を評価し訓練を開始する。看護師は退院時に患者に経腸栄養の取り扱いを指導する。	・術後合併症の発生率は, pre-PeriCan群で73%, PeriCan群で49%と, 導入前に比べて導入後有意に減少した (P= 0.0003)。特に術後肺炎の発生率は, pre-PeriCan群43%, PeriCan群13%であり, PeriCanの導入後で有意に減少した (P<0.0001)。吻合部のリーク, 反回喉頭神経麻痺 (RLNP), 創部感染症の発生率は両群において同等であった。 ・pre-PeriCan群は, Recurrent laryngeal nerve palsy (RLNP) 患者の70%近くが術後肺炎を経験しており, その発生率はRLNPのない患者の約2倍であった。PeriCan群は, RLNP患者でも肺炎発生率は有意に減少した (P= 0.017)。
12	1)Hayashi Y 2)2015 3)日本 4)後ろ向き観察研究	5)転移性骨腫瘍患者121人 (SREカンファレンス導入前群56人, 導入前群65人) 6)SREカンファレンス導入群: 63.6歳 (12~84) SREカンファレンス導入前群: 66.1歳 (37~92)	7)2011年に転移性骨腫瘍患者のリハビリテーションの管理にあたり, 骨関連事象 (Skeletal related events: SRE) 管理チームを設置し, 転移性骨腫瘍患者を対象にリハビリテーションチームの活動内容および活動内容が転帰に及ぼす影響を後ろ向きに検討した。 8)整形外科医, リハビリテーション科医, 理学療法士, 作業療法士, 担当医, 病棟・外来看護師, 緩和ケアチーム, 医療ソーシャルワーカー, 薬剤師で構成されており, このメンバーでカンファレンスを実施した。 9)SRE管理チームの活動内容: 腫瘍専門の整形外科医 (リハビリテーション科所属) とセラピストによるSRE回診, SREカンファレンスを実施し, 複数の医療従事者からなるチームによって, 各患者の目標と計画, 治療方針に基づいた安静度, ベッド上での日常生活動作の方法, 放射線治療後の抗重力姿勢の開始時期, 脊椎装具や歩行補助具の処方などを話し合った。	・自宅退院する患者の割合は, SREカンファレンス導入群 (自宅退院48人, 他院転院8人)の方が, SREカンファレンス導入前群 (自宅退院21人, 他院転院16人)と比較して有意に高かった (p=0.0032)。 ・麻痺のある患者でサブ解析したところ, 自宅退院率はSREカンファレンス導入群とSREカンファレンス導入前群では有意差はみられなかった (p=0.1042)。
13	1)Duarte A 2)2015 3)英国 4)多施設ランダム化比較試験	5)がんと診断された予後良好なうつ病を有する成人患者500人 (DCPC群253人, 通常ケア群247人) 6)DCPC群: 56.6歳 (SD=10.0) 通常ケア群: 56.1歳 (SD=10.2)	7)医療サービスの観点から通常ケアと比較したうつ病治療において協働ケア治療プログラム (Depression care for people with cancer: DCPC) との費用対効果を推定することであった。 8)プライマリケア医, 腫瘍科医師と協力してがん看護師と精神科医のチームによって体系的に構成された。 9)DCPC群: 患者のがん治療と統合されるように設計された協働ケアに基づく多要素から構成された治療プログラムである。看護師は患者と治療関係を築き, うつ病とその治療に関する情報を提供し, エビデンスに基づいた心理的介入 (問題解決療法と行動活性化療法) を簡潔に行い, 患者の経過を観察する。精神科医は治療目標の達成と維持を目標に治療を監督し, 抗うつ薬の処方についてプライマリ・ケア医に助言し, 改善しない患者には直接相談を行う。初期治療段階では, 4ヵ月間に最大10回の看護師とのセッション (がん診療所またはプライマリ・ケア診療所, 必要に応じて電話)を行う。さらに8ヵ月間, 毎月電話 (自動システムおよびナースコールによる補足) でモニターし, 治療目標に達していない患者には看護師の追加セッションを提供する。 通常ケア群: 参加者の担当医と腫瘍医は, がん患者のうつ病の診断について知らされ, 通常通りに治療やケアするよう求められた。患者には治療を受けるために担当医に相談するように勧める。	・健康関連QOLは, DCPC群ではベースラインから36週まで平均して改善がみられたが, 通常ケア群では24週までしか改善がみられなかった。 ・48週間の試験期間中に得られた総QALYs (質調整生存年) の平均値は, DCPC群の方が通常ケア群よりも高かった (患者1人当たり0.4913 vs 0.4413) ・DCPC群は通常ケア群よりも0.066QALY多く, 患者1人当たり631.30ポンドの追加費用がかかり, 追加QALY当たりのICER (増分費用対効果比) は9,549ポンドとなった。また, QALYあたり約10,000ポンド以上の閾値では, DCPC群の方が通常ケア群よりも費用対効果の高い治療となる確率が0.5以上であることが示された。

文献番号	1)筆頭著者 2)発行年 3)国 4)デザイン	5)対象・人数 6)年齢 (標準偏差 または年齢範囲)	7)研究目的 8)チーム構成メンバー 9)介入の内容・方法など	主な成果
14	1)Sharpe M 2)2014 3)英国 4)多施設ランダム化比較試験	5)がんと診断された予後良好なうつ病を有する成人患者500人 (DCPC群253人, 通常ケア群247人) 6)DCPC群: 56.6歳 (SD=10.0) 通常ケア群: 56.1歳 (SD=10.2)	7)がん患者に対するうつ病ケア (Depression care for people with cancer: DCPC) が通常のケアよりも優れているかどうかを確認することであった。 8)プライマリケア医, 腫瘍科医師と協力してがん看護師と精神科医のチームによって体系的に構成された。 9)DCPC群: 患者のがん治療と統合されるように設計された協働ケアに基づく多種構成の治療プログラムである。看護師は患者と治療的関係を築き, うつ病とその治療に関する情報を提供し, エビデンスに基づいた心理的介入 (問題解決療法と行動活性化療法) を行い, 患者の経過を観察する。精神科医は治療目標の達成と維持を目標に治療を監督し, 抗うつ薬の処方についてプライマリ・ケア医に助言し, 改善しない患者には直接相談を行う。初期治療段階では, 4ヵ月間に最大10回の看護師とのセッション (がん診療所またはプライマリ・ケア診療所, 必要に応じて電話) を行う。さらに8ヵ月間, 毎月電話 (自動システムおよびナースコールによる補足) でモニターし, 治療目標に達していない患者には看護師の追加セッションを提供する。 通常ケア群: 参加者の担当医と腫瘍医は, がん患者のうつ病の診断について知らされ, 通常通りに治療やケアするよう求められた。患者には治療を受けるために担当医に相談するように勧める。	・2群における治療効果のオッズ比は8.5 (95%CI 5.5-13.4; $p<0.0001$), 治療に必要な数は2-24 (95%CI 1-90-2-73) で, DCPC群は通常ケア群よりも優れていた。 ・DCPC群の患者のうち72人 (33%) がうつ病の寛解に達成したが, 通常ケア群の患者はわずか8人 (4%) であった (OR 13.1, 95%CI 6.1-28.2)。 ・24週, 36週, 48週のタイムポイントを平均した抑うつ得点は, DCPC群の方が通常ケア群よりも0~78ポイント低く (95%CI 0-66-0-90), 標準化平均差, すなわち効果の大きさは1~13 (95%CI 0-96-1-30) であった。24週時点におけるうつ病の自己評価による改善は, DCPC群の方が通常ケア群よりも有意に高かった ($p<0.0001$)。 ・不安, 疼痛, 疲労, 身体的機能, 社会的機能, 役割機能, 全般的健康のQOLすべてにおいて, DCPC群の方が通常ケア群よりもすべての時点で一貫して良好であった (すべて $p<0.05$)。 ・うつ病ケアの質に対する参加者の評価は, 両群ともにベースライン時には低かったが, 12週時点でDCPC群の72%が「優れている」または「非常に優れている」と評価したが, 通常ケア群では25%にとどまり, 有意差がみられた ($p<0.0001$)。
15	1)Walker J 2)2014 3)英国 4)多施設ランダム化比較試験	5)うつ病を有する肺がん成人患者142人 (DCPC群68人, 通常ケア群74人) 6)DCPC群: 63.6歳 (SD=8.8) 通常ケア群: 63.9歳 (SD=8.7)	7)肺がん患者のための統合治療プログラムであるうつ病ケア (Depression care for people with cancer: DCPC) と通常のケアを比較した有効性を検討した。 8)がん看護師, コンサルテーション・リエゾン精神科医, 患者の主治医で構成されている。 9)DCPC群: 肺がん患者のためのうつ病治療プログラムは, 以前予後良好ながん患者のために開発したものを応用したものである。このプログラムは, 多要素からなる体系的なチーム提供の治療プログラムで, 協働ケアモデルに基づき, 肺がん治療と統合されている。看護師は患者と治療的関係を築き, うつ病とその治療に関する情報を提供し, エビデンスに基づいた心理的介入 (問題解決療法と行動活性化療法) を行い, 患者の経過を観察する。精神科医は治療を監督し, 目標の達成と維持を目指して, 抗うつ薬の迅速な開始と積極的な調整を確実にするためにプライマリケア医に処方について助言し, 改善しない患者には直接相談を行う。 通常ケア群: 参加者のプライマリケア医と腫瘍医は, がん患者のうつ病の診断を知らされ, 通常通りに治療するよう求められた (英国では, 医師は抗うつ薬を処方するか, 評価や心理的治療のために精神保健サービスに患者を紹介することを決定するかもしれない)。患者には治療を受けるためにプライマリケア医を受診するよう勧める。	・SLC-20 (0~4点) の抑うつ得点は, DCPC群 (1.24点) の方が, 通常ケア群 (1.61点) よりも有意に低かった ($p=0.0003$)。 ・参加者の自己評価によるうつ病の改善, 不安, QOL, 役割機能, ケアの質の認識において, DCPC群の方が通常ケア群よりも優れていた。 ・介入後12週の時点で治療効果 (SCL-20のうつ病得点がベースラインから50%以上減少) があった者は, DCPC群の患者のうち27人 (51%), 通常ケア群9人 (15%) であり, DCPC群の方が有意に多かった ($p<0.0001$)。 ・DCPC群の患者のうち41人 (91%) が, 治療役に立ったと報告し, 46人 (96%) が同じような状況にある友人に勧めたいと回答した。
16	1)白田 2)2013 3)日本 4)1群前後比較試験	5)手術を受け自宅療養中の消化器がん患者22人 6)66.0歳 (SD=6.9)	7)手術などの侵襲的治療を受け, 退院後自宅療養中の消化器がん患者に, 多職種チームのサポートプログラムによる介入を行い, その効果を検討した。 8)臨床看護師, 医師, 管理栄養士, 鍼灸師, 看護教員で構成された。 9)サポートプログラム: 退院後1ヵ月が経過した当該患者を対象に, 看護師が作成した冊子 (「よりよい生活のためのアドバイスブック」) をもとに, 1回目「病気・治療について学ぶ」「日常生活におけるさまざまな症状に対する対応」についての講義を行い, 1週間後の2回目に「栄養と食生活に関すること」「リラクゼーション」についての講義を各60分間行った。各講義後に60分間ディスカッションを実施した。	・介入前に比べ介入後, 気分を評価するProfile of Mood Stateの「緊張 - 不安」「怒り - 敵意」「疲労」が有意に低下した ($P<0.01$)。 ・介入前に比べ介入後, QOLの「日常役割機能 (身体)」, およびサマリースコア身体的健康の得点が有意に高くなった ($P<0.01$)。

や家族介護者をチームの一員として明確に位置付けている研究 (No.5) もみられた。

5. 介入の内容と方法

多職種協働アプローチの内容や方法は、【多職種による段階的アプローチ】【各専門職の役割の明確化を図ったアプローチ】【多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用】【プログラムやツールの協働開発】【電話によるフォローアップ】に分類され、殆どの研究はこれらの内容や方法を組み合わせて取り入れていた。

1) 多職種による段階的アプローチ

パートナーシップによる多職種の関係構築をしたうえで、チームのビジョン、患者目標や課題を共有し、治療やケアなどの計画立案、実施、計画の評価・修正を協働で行うというステップを踏んだ段階的アプローチを取り入れている研究が5件 (No.1～3, No.5, No.6) みられた。

2) 各専門職の役割や責任の明確化を図ったアプローチ

多職種でチームを編成し、各専門職者の役割や責任の明確化を図り、各専門職者が果たすべき実践内容が明文化されていた研究が15件 (No.1～9, No.11～16) みられた。たとえば、Liuらの研究において (No.1)、患者に対して腫瘍医は化学療法に関する情報提供、心理士は心理カウンセリングの指導、栄養士は栄養セルフモニタリングに関する情報提供と指導、看護師は教育セッションと電話によるフォローアップを担当するなど、各専門職の役割の内容や実践における責任の範囲が明確にされていた。

3) 多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用

多職種が一同に会して患者を中心とした症例報告を行いながら、患者の目標や治療・ケアの方針、問題や課題について情報共有したり、解決のための話し合いをするミーティングや、定期的なカンファレンスを取り入れていた研究が9件 (No.1～5, No.12～15) みられた。また、お互いの専門分野の知識の共有などの勉強会もカンファレンスの場を利用して行われていた。さらに、対面でのカンファレンスではなく、タイムリーなコミュニケーション

と交流を図るためにChatやWebを活用しながら専門職間で情報交換している研究 (No.3, No.6, No.10) もあった。

4) プログラムやツールの協働開発

がん患者に提供する健康教育プログラムを多職種で作成したり (No.1)、Webサイトを活用して患者と医療者のコミュニケーションを促進するツールを多職種で開発している研究 (No.10) もみられた。そして、これらのプログラムやツールを用いて介入していた。

5) 電話によるフォローアップ

手術後や化学療法を受けているがん患者の自宅での生活や終末期がん患者の在宅療養について状況を確認しながら、相談・助言したりする電話によるフォローアップを取り入れている研究が7件 (No.1, No.6, No.7, No.9, No.13～15) あった。患者の電話によるフォローアップをする役割を担っていたのは看護師が多かった。

6. 介入の主な成果

介入成果は、主な治療の状況ごとに1) 化学療法を受けているがん患者への成果、2) 手術療法を受けたがん患者への成果、3) 終末期で緩和ケアを受けているがん患者への成果、4) がん診断後にうつ病になった患者への成果に分けて述べる。

1) 化学療法を受けているがん患者への成果

Liuらの大腸がん患者の非ランダム化比較試験 (No.1) では、介入群は対照群の日常的な健康教育に追加して多職種協働エンパワメント教育を患者に実施し、介入群と対照群において心理的苦痛とQOLの評価指標を用いて比較していた。介入後、心理的苦痛は介入群の方が対照群よりも有意に低かったこと ($P=0.008$)、QOLの身体機能 ($P=0.051$)、感情機能 ($P<0.001$)、認知機能 ($P=0.028$)、社会機能 ($P=0.006$)、グローバルな健康状態 ($P=0.004$) の得点が対照群より高かったことが報告されていた。

Matsuokaらの進行・再発大腸がん患者の前向き非ランダム化多施設共同観察研究 (No.9) では、医師や薬剤師、看護師の3職種による副作用管理を患者に指導したチームアプローチ群と非アプロ

チ群について、手足症候群の発生率と不安・抑うつ、QOLの評価指標を用いて比較していた。化学療法開始から6か月以内におけるグレード2以上の手足症候群の発症率は、チームアプローチ群が16.9%、非アプローチ群が14.3%と有意差はなく、さらにチームアプローチ群のうち電話介入あり群(11.1%)の方が電話介入のなし群(20.5%)より発症率は低かったが有意差がみられなかったことが示されていた。また、不安と抑うつ得点および健康関連QOL得点も両群で有意差が認められなかったことが報告されていた。

2) 手術療法を受けたがん患者への成果

Maらの進行膵臓がん患者のランダム化比較試験(No.3)では、マインドマップ教授法を用いたJ群とマインドマップ教授法と多職種協働チーム看護モデルを組み合わせたQ群について、不安・抑うつ、QOL、痛み、合併症発症率の評価指標を用いて比較していた。不安と抑うつの得点は、介入後に両群とも低下し、J群に比べてQ群で有意に低下していたこと($P < 0.05$)、QOL得点は、介入後両群とも上昇したが、J群に比べてQ群で有意に高かったこと($P < 0.05$)が示された。さらに、痛みのNRS得点は、介入後に両群とも低下し、J群に比べてQ群で有意に低下したこと($P < 0.05$)、合併症発症率は、J群24%に比べてQ群8%であり、Q群の方が有意に低かったこと($P < 0.05$)が報告されていた。

Hanらの子宮頸がん患者のランダム化比較試験(No.6)では、術後合併症予防や食事指導、退院指導等の通常の看護を実施した対照群と、通常の看護に3か月間の多職種協働の継続看護を追加した介入群について、不安・抑うつ、QOL、合併症発症率、睡眠の質の評価指標を用いて比較していた。不安と抑うつの得点は、介入群の方が対照群より有意に低く(いずれも $P < 0.001$)、QOLの身体機能、一般的健康、社会的役割機能、感情的役割機能、精神的健康の得点は、介入群の方が対照群よりも高かったこと(いずれも $P < 0.01$)が報告されていた。術後合併症総発症率は、介入群が7.6%、対照群が21.2%で、介入群の方が有意に低かったこと($P = 0.025$)、睡眠の質の得点は介入群の方が対照群

よりも有意に低く(すべて $P < 0.001$)、良好であったことが示されていた。

Kawataらの食道がんまたは食道胃接合部がんのため食道切除と胃管再建術を受けた患者の後ろ向き観察研究(No.8)では、多職種医療チームである「Hamamatsu Perioperative Care Team (HOPE)」発足前のpre-HOPE群と発足後のHOPE群について、術後の合併症発症率と経口摂取開始時期、体重減少率の評価指標を用いて比較していた。術後合併症発症率として吻合部リークは両群ともに有意差がみられなかったものの、HOPE群がpre-HOPE群より低かったこと(5% vs 15%, $P = 0.060$)、心房細動と肺炎の発症率は、いずれもHOPE群がPre-HOPE群に比べて有意に低かったこと(心房細動6% vs 19%; $P = 0.027$, 肺炎14% vs 29%; $P = 0.037$)が報告されていた。逆に術後の経口摂取開始時期は、HOPE群がpre-HOPE前群より有意に遅く(11日 vs 8日, $P = 0.003$)、術後入院期間はHOPE群がpre-HOPE前群より有意に長かった(31日 vs 23日, $P = 0.010$)。一方、術後1, 3, 6, 12か月の体重減少は、HOPE群がPre-HOPE群に比べて有意に少なかったこと($P < 0.001$)が報告されていた。

Watanabeらの食道がんで食道切除術を受けた患者の後ろ向き観察研究(No.11)では、周術期患者のケアを多職種協働で組織的に行う「Perioperative Team in Cancer Institute Hospital (PeriCan)」発足前のpre-PeriCan群と発足後のPeriCan群について、術後合併症発症率の評価指標を用いて比較していた。術後合併症の発生率は、pre-PeriCan群で73%、PeriCan群で49%と有意に減少し($P = 0.0003$)、特に術後肺炎の発生率はpre-PeriCan群43%、PeriCan群13%と有意に減少したこと($P < 0.0001$)が報告されていた。しかし、吻合部リーク、反回喉頭神経麻痺、創部感染症の発生率は両群において同等であったことが示されていた。

白田らの消化器がんで手術を受け退院した患者の1群前後比較試験(No.16)では、多職種チームのサポートグループによる介入を行い、気分を評価するProfile of Mood StateとQOLの評価指標を用いて前後比較していた。介入前に比べ介入後、気分

の「緊張-不安」「怒り-敵意」「疲労」が有意に低下し ($P < 0.01$)、QOLの「日常役割機能(身体)」およびサマリースコアの身体的健康の得点が有意に高かったこと ($P < 0.01$) が報告されていた。

3) 終末期で緩和ケアを受けているがん患者への成果

Liuらの終末期がん患者のランダム化比較試験(No.2)では、患者の基本的な看護や健康教育、栄養指導等の通常の看護介入を実施している対照群と、緩和ケアモデルと多職種協働チームを組み合わせた介入群について、不安・抑うつ、ソーシャルサポート、QOLの評価指標を用いて比較していた。介入後に介入群は対照群よりも不安と抑うつの得点が有意に低下したこと ($P < 0.05$)、ソーシャルサポート総得点、主観的支援得点、客観的支援得点、支援の利用頻度が介入群の方が対照群よりも有意に高かったこと ($P < 0.05$)、QOL総合得点 ($P < 0.05$) と各機能尺度の得点 ($P < 0.05$) も介入群の方が対照群よりも有意に高かったことが報告されていた。

Pornrattanakaveeらの進行期がん患者の非ランダム化比較試験(No.4)では、緩和ケア専門看護師と腫瘍内科医を含む専門職間協働チームにより緩和ケアを実施するProfessional Collaborative Team (PCT) 群と、腫瘍内科医単独で緩和ケアを実施するMedical Oncologists (MD) 群について、不安・抑うつ、主観的幸福感、再入院率の評価指標を用いて比較していた。不安得点は、PCT群はMD群よりも入院1日目と7日目において有意に低下した ($P < 0.003$) が、抑うつ得点は入院1日目と7日目においてPCT群もMD群も有意に低下し ($P < 0.001$, $P < 0.006$)、両群での有意差はみられなかったことが報告されていた。主観的幸福感の得点は、PCT群は入院1日目と7日目で有意に改善していたが ($P=0.043$)、MD群では入院1日目と7日目で改善していなかったことが示されていた。さらに、退院7日後の再入院率は、PCT群4.9%、MD群19.7%で有意差がみられた ($P=0.013$) が、退院後30日目の再入院率において両群で有意差がみられず、PCT群32.8%、MD群40.9%であったことが報告されていた。

Liuらの終末期高齢がん患者のランダム化比

較試験(No.5)では、医師や薬剤師、看護師による延命治療を受けるLife-sustaining treatment (LST) 群と、多職種協働ホスピスケアを受けるInterdisciplinary collaborative hospice care (ICHC) 群について苦痛症状と薬価、医療スタッフや患者・家族介護者の満足度の評価指標を用いて比較していた。介入後、LST群では痛みと便秘のみが介入前と比較して介入後に有意に改善した ($P < 0.01$) が、ICHC群では感情機能と症状(痛み、息切れ、不眠、食欲不振、下痢、便秘、不安)が有意に改善し ($P < 0.01$)、LST群よりも有意に良好であった ($P < 0.05$) ことが報告されていた。また、1日の薬価と死亡前2日間の薬価は、ICHC群がLST群よりも低かったこと ($P < 0.01$) が示されていた。さらに、医療スタッフと患者・家族介護者の総合的な満足度と協力の程度において、ICHC群はLST群に比べて有意に高かったこと ($P < 0.01$) が報告されていた。

Iwamotoらの小児緩和ケアに移行した患者の後ろ向き観察研究(No.7)では、多職種専門家チーム(Multi-professional expert team; MET)による在宅小児緩和ケアの導入前のpre-MET群と導入後のMET群について、自宅滞在日数、場所による死亡率の評価指標を用いて導入前後で比較していた。自宅滞在日数は、MET群はpre-MET群よりも死亡前7日間における日数が有意に長く(1.5日 vs 0.0日, $P=0.020$)、また、死亡前30日間における日数も長く(12.0日 vs 3.0日, $P=0.042$)、血液悪性腫瘍患者でもMET群の方がpre-MET群よりも有意に延長したこと(死亡前7日間で2.0日 vs 0.0日, $P=0.031$ 、死亡前30日間で14.0日 vs 0.0日, $P=0.002$) が報告されていた。さらに、自宅での死亡は、pre-MET群が3.3%、MET群が25.0%と増加しており、大学病院での死亡についてもpre-MET群が89.1%、MET群75.0%と有意に減少したこと ($P=0.002$) が報告されていた。

4) がん診断後にうつ病になった患者への成果

Duarteらのがんと診断された予後良好な患者でうつ病を発症した成人の多施設ランダム化比較試験(No.13)は、Sharpeらが行った研究(No.14)を経済的側面から検討したものである。Sharpeら

と Duarte らは、担当医と腫瘍医が通常通りの治療やケアを行う通常ケア群と、プライマリケア医や腫瘍科医師、がん看護の看護師、精神科医のチームを体系的に構成して介入する Depression Care for People with Cancer (DCPC) 群について、うつ病が寛解に達成した割合、抑うつ得点、QOL、総 QALYs (質調整生存年)、費用対効果の評価指標を用いて比較していた。DCPC 群は 72 人 (33%) がうつ病の寛解に達成したが、通常ケア群はわずか 8 人 (4%) であったこと、抑うつ得点も DCPC 群の方が通常ケア群よりも低かったこと、介入後 24 週時点における抑うつの自己評価による改善は DCPC 群の方が通常ケア群よりも有意に高かったこと ($P < 0.0001$) が報告されていた。また、不安、疼痛、疲労、身体的機能、社会的機能、役割機能、全般的健康の QOL すべてにおいて、DCPC 群の方が通常ケア群よりもすべての時点で一貫して良好であったこと (すべて $P < 0.05$) が示されていた。さらに、介入後 48 週間で得られた総 QALYs の平均値は、DCPC 群の方が通常ケア群よりも高かったこと (患者 1 人当たり 0.4913 vs 0.4413) が報告されていた。一方、DCPC 群は通常ケア群よりも 0.066QALY が高いが、患者 1 人当たり 631.3 ポンドの追加費用がかかること、そして DCPC 群の方が通常ケア群よりも費用対効果の高い治療となる確率が低いことが示されていた。Walker らの研究も Sharpe らの介入内容と同等であり、肺がんと診断されうつ病になった患者を対象に介入したところ、抑うつ得点は DCPC 群の方が通常ケア群よりも有意に低いこと ($P=0.0003$)、介入後 12 週の時点でうつ病に対して治療効果 (SCL-20 の抑うつ得点がベースラインから 50% 以上減少) があった者は、DCPC 群の方が通常ケア群よりも有意に多かったこと ($P < 0.0001$) が報告されていた。

以上のことから、多職種協働アプローチは、術後合併症や終末期の苦痛症状の軽減、あらゆる治療状況における不安や抑うつ等の心理的苦痛の緩和、QOL の改善、そして終末期患者の自宅滞在日数の延長や再入院率の抑制、患者や医療者の満足度の向上につながり効果があることが示された。その一方

で、化学療法に伴う手足症候群の発症率や、胃管再建術後の経口摂取開始時期や入院期間、食道切除術後の合併症 (吻合部のリークや反回神経麻痺、創部感染) の発症率などに関しては、多職種協働アプローチを用いた介入をしても効果が示されず、殆どが日本で行われた観察研究であった。

IV. 考察

1. 研究の概要

がん医療の実践における多職種協働アプローチに関する研究は、2010 年代が 7 件、2020 年以降が 9 件と増加傾向にあり、特に中国や日本で多くの報告がみられた。この結果から、多職種協働アプローチはアジア圏での関心の高まりがうかがえる。多職種協働の IPW は、2000 年前後から英国で注目され用いられてきた概念であり、英国が国際的発展の中心となってヨーロッパや北米、カナダ、オーストラリアにその関心が広まった (田村, 2012)。しかし、日本では 2010 年代から多職種協働への関心が高まったため、2020 年代になってからその成果が研究として発表され始めたと考える。

2. チーム構成メンバー

多職種協働アプローチにおけるチーム構成メンバーは、医師と看護師以外は治療の状況に応じて関与する専門職が異なっていた。なかでも患者や家族介護者をチームメンバーに位置づけている研究が 1 件みられ、これは重要な点と考える。種田 (2016) は、医療の質と安全性の向上をめざすためのチーム体制を整える際に患者・家族もチームのパートナーまたはメンバーとして含まれていることを確認し、その参加と協働を促進することが求められると述べている。そのため、Liu らが医療者のみならず患者・家族を敢えてチームメンバーとして位置づけたことは、終末期がん患者の苦痛緩和や満足度を高めるために重要な視点と考える。2023 年 3 月に示された第 4 期がん対策推進基本計画のなかで、新たな取り組みの一つとして患者・市民参画 (Patient and Public Involvement) が推奨されている (厚生労働省, 2023)。今後、日本でもチームメンバーとして患者や家族を巻き込んだがん医療の実践を展開する

ことにより、さらなる患者の苦痛緩和やQOL向上につながると考える。

3. 介入の内容と方法

介入の内容と方法では、【各専門職の役割の明確化を図ったアプローチ】が殆どの研究で取り入れられ、論文のなかには各職種ごとの役割や責任が明文化されていた。Hamricら (2014) は、専門職種間の協働的イニシアティブ領域とコンピテンシーのひとつとして「コラボレーションのための役割と責任」をあげ、メンバーの役割と責任を明確にするためのコミュニケーションの重要性を示している。したがって、本レビューで明らかになった【各専門職の役割の明確化を図ったアプローチ】は、多職種協働アプローチに不可欠な要素であると考えられる。そして、各専門職の役割と責任を明確にするためには、患者に誰がどのような実践をするのか言語化することが重要となるため、殆どの研究で各専門職の果たすべき役割や責任などが明記されていたと考える。

【多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用】も多くの研究で取り入れられていた。カンファレンスは、多職種のメンバーが集まり患者の情報や問題を共有する場として有効であり(鈴木, 2005)、成員間のコミュニケーションを促進し、情報交換や課題解決にその効果が期待できる(鷹野, 2002)とされている。したがって、がん患者の治療やケアの方針の決定、治療に伴う副作用や合併症などの課題や問題をタイムリーに解決していくためには、多職種で情報共有や課題解決するためのカンファレンスが有用であり、多職種協働アプローチに多く取り入れられていたと考える。また、医療者間の情報共有のツールとしてChatやWebを活用している研究や、患者とのコミュニケーションを促進するツールとしてWebサイトを立ち上げて介入している研究もみられた。現在はITの時代であり、ChatやWebは時間や場所を問わず便利に活用できるため、今後このようなITツールも上手に活用していくことが重要であろう。

パートナーシップによる多職種の関係構築をしたうえで、チームのビジョンや目標を共有したり、治療やケアなどの計画立案、実施、計画の評価・修正

を協働で行ったりしてステップを踏む【多職種による段階的アプローチ】を取り入れている研究が5件(No.1~3, No.5, No.6)みられた。このアプローチを取り入れている研究は【各専門職の役割や責任の明確化を図ったアプローチ】や【多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用】も含んでいた。松下(2022)は、効果的な多職種連携に必要な要素として、「信頼感とオープンさ」「ミッション」「責任の共有」「エンパワメント」「相互尊重と支え合い」「互いに学び合う姿勢」「振り返りと意見交換」をあげている。【多職種による段階的アプローチ】を取り入れた介入にはこれらの要素が多く含まれており、効果的な多職種協働につながると考える。実際にこのアプローチを用いた研究は、患者の心理的苦痛や身体症状、合併症発症率の低下、QOL改善がみられ、介入成果が得られていた。

4. 介入の成果

多職種協働アプローチの成果として、術後合併症発症率や終末期の苦痛症状の軽減、あらゆる治療状況における不安や抑うつ等の心理的苦痛の緩和、QOLの改善、そして終末期患者の自宅滞在日数の延長や再入院率の抑制、患者や医療者の満足度の向上などが示された。コラボレーションの利益として、「改善されたケアの質」「増大した患者満足」「死亡率の低下」「改善された患者アウトカム」など(Hamric et al., 2014)があげられており、今回のレビューで具体的な成果が明らかになった。また、チームマネジメントの効果として「疾病の早期発見、回復促進、重症化予防などの医療・生活の質の向上」「医療の効率の向上による医療従事者の負担の軽減」「医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上」などが報告されているが、実証的研究は少ない(篠田, 2011)と言われている。今回のレビューで多職種協働アプローチの成果を統合して示したことは意義ある知見と考える。しかし、一部は観察研究の成果であり、これらは全て日本の研究であった。そして、日本の観察研究は医学的な視点からの評価指標である術後合併症の発症率や苦痛症状の程度、入院期間などで評価されていた。今後は日本においても、患

者の視点からの評価指標である心理的苦痛やQOL, 満足度などを用いて, 多職種協働アプローチの成果を可視化することが重要であると考え。そして, 多職種協働アプローチの成果を可視化することにより, 日本における多職種協働や多職種連携がさらに促進されると考える。

一方, 多職種協働アプローチによる介入の効果がなかった研究もみられた。Matsuokaらの研究において化学療法に伴う手足症候群発症率に有意差がみられなかった要因として, 医師や薬剤師, 看護師が副作用管理をする3職種のチームアプローチ群と非アプローチ群の介入内容の違いが明確でないことや, 対象数の偏りがあったことが考えられる。また, Kawataらの研究では胃管再建術後のHOPE群はPre-HOPE群よりも経口摂取開始が遅れ, 入院期間が延長しており, これは吻合部リークなどの合併症が経口摂取開始の遅れに影響し, 入院期間が延長したと考える。この背景には表1に示したようにHOPE群はPre-HOPE群よりも開胸術の患者が多かったことが影響したと考える。Watanabeらの研究では, 食道がん術後のPeriCan群はPre-PeriCan群よりも術後肺炎発症率は有意に減少したが, 吻合部リークや反回神経麻痺, 創部感染の発症率は同等であった。これは患者の身体状態や手術操作の影響を受けやすい医学的な評価指標であったことが, 介入効果につながらなかった要因と考える。以上のことから, 多職種協働アプローチの介入効果を検証する際には, 研究デザインや介入内容や方法をよく吟味して研究を蓄積することが重要と考える。

V. 研究の限界

本研究の限界は, 限られたデータベースでの検索であり, 言語を日本語と英語に限定したため, 幅広い範囲の研究を網羅できていない可能性がある。

VI. 結論

本レビューでは, がん医療の実践における多職種協働アプローチの介入内容や成果が明らかになった。文献は2020年以降に多くみられ, アジア圏で増加していた。また, 介入内容や方法として, 多職

種による段階的アプローチ, 各専門職の役割や責任の明確化を図ったアプローチ, 多職種による情報共有や課題解決のためのミーティングやカンファレンスの活用などの方法が用いられていた。また, 成果として, 術後合併症発症率や終末期患者の苦痛症状の軽減, あらゆる治療状況における心理的苦痛の緩和, QOLの改善, 終末期患者の自宅滞在日数の延長や再入院率の抑制, 患者や医療者の満足度の向上などの効果があることが示された。一方で, 日本では多職種協働アプローチの導入前後の観察研究が多く, 術後合併症の発症率や化学療法の副作用, 入院期間など医学的な視点からの評価指標を用いて評価しており, 多職種協働アプローチの介入成果が見られない研究が多かった。今後は患者の視点から心理的苦痛やQOL, 満足度などの評価指標も含め, 研究デザインや介入内容や方法をよく吟味した上で研究のエビデンスを蓄積していくことが重要と考える。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- Duarte A, Walker J, Walker S, et al. (2015): Cost-effectiveness of integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer, *Journal of Psychosomatic Research*, 79 (6), 465-470.
- Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, et al. (2004): Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: Clinical and financial outcomes, *Journal of Clinical Oncology*, 22 (10), 2008-2014.
- 藤井博之 (2019): 地域医療と多職種連携, 勁草書房, 東京.
- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, et al. (2014) / 中村美鈴, 江川幸二 (2017): 高度実践看護 統合的アプローチ, へるす出版, 東京.
- Han D, Wang D, Yang J, et al. (2021): Effect of multidisciplinary collaborative continuous nursing on the psychological state and quality of life of patients with cervical cancer, *American journal of translational research*, 13 (6), 6654-6661.
- Hayashi Y, Nagaoka M, Takagi T, et al. (2015): Effectiveness of Interdisciplinary Team Conference to Manage

- Skeletal Related Events in Rehabilitation for Patients with Cancer, *Juntendo Medical Journal*, 61 (4), 426-436.
- 細田満和子 (2021): 「チーム医療」とは何か 患者・利用者本位のアプローチに向けて第2版, 日本看護協会出版会, 東京.
- Itokazu M, Higashimoto Y, Ueda M, et al. (2022): Effectiveness of Rehabilitation for Cancer Patients with Bone Metastasis, *Prog Rehabil Med*, 7, 20220027.
- Iwamoto S, Hori H, Sakata K, et al. (2021): Impact of a multi-professional expert team on EOL care of children with cancer, *Pediatr Int*, 63(12), 1451-1457.
- Kawata S, Hiramatsu Y, Shirai Y, et al. (2020): Multidisciplinary team management for prevention of pneumonia and long-term weight loss after esophagectomy: a single-center retrospective study, *Esophagus*, 17 (3), 270-278.
- 厚生労働省 (2023): がん対策推進基本計画, <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077913.pdf>. (参照 2023年10月30日).
- Levit L, Balogh E, Nass S, et al. (2013): Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis, National Academies Press, Washington, D.C.
- Liu C, Li W, Liu T, et al. (2023): Effect of multidisciplinary collaborative empowerment education on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy, *Supportive Care in Cancer*, 31 (2), 116.
- Liu Y-J, Wu L-P, Wang H, et al. (2023): The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study, *BMC Palliative Care*, 22 (1), 71.
- Liu Y, Shen Y, Pan Q, et al. (2022): Application of interdisciplinary collaborative hospice care for terminal geriatric cancer patients: a prospective randomized controlled study, *Support Care Cancer*, 30 (4), 3553-3561.
- Ma W, Zhang L, Wang C, et al. (2022): Effect of Multidisciplinary Team Collaborative Nursing Model Combined with Mind Mapping Teaching Method on Postoperative Complications and Mental Health of Patients with Advanced Pancreatic Cancer, *Iranian journal of public health*, 51 (3), 535-543.
- Matsuoka H, Ogata Y, Nakamura M, et al. (2020): An Observational Study of Team Management Approach for CapeOX Therapy in Patients with Advanced and Recurrent Colorectal Cancer: SMILE Study (The Study of Metastatic colorectal cancer to investigate the Impact of Learning Effect), *J Anus Rectum Colon*, 4 (2), 79-84.
- 松下博宣 (2022): 多職種連携を推進するコラボレーション大全, 日経研出版, 名古屋.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2013): Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis, National Academies Press, Washington, D.C. <https://doi.org/10.17226/18359>.
- Pornrattanakavee P, Srichan T, Seetalarom K, et al. (2022): Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting, *BMC Palliative Care*, 21(1), 229.
- Propp KM, Apker J, Zabava FW, et al. (2010): Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes, *Qualitative health research*, 20 (1), 15-28.
- Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. (2010): Interprofessional teamwork for health and social care, Wiley-Blackwell, New Jersey.
- Sharpe M, Walker J, Hansen CH, et al. (2014): Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial, *Lancet*, 384(9948), 1099-1108.
- 篠田道子 (2011): 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル, 医学書院, 東京.
- 白田久美子, 吉村弥須子, 前田勇子, 他 (2013): 手術後の消化器がん患者に対する多職種チームのサポートによるQOLの変化, *日本がん看護学会誌*, 27(3), 71-76.
- 鈴木久美 (2005): チーム医療とケア, 射場典子監修, 乳がん患者へのトータルアプローチ, 261-270, PILAR PRESS, 東京.
- 鷹野和美 (2002): チーム医療論, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 種田憲一朗 (2016): 多職種チームをまとめ, 患者の多様なニーズに応える「地域包括ケア・コンシェルジュ」の育成, *病院*, 75(6), 414-419.
- 田村由美 (2012): 新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門, 看護の科学社, 東京.
- Voruganti T, Grunfeld E, Jamieson T, et al. (2017): My Team of Care Study: A Pilot Randomized Controlled Trial of a

Web-Based Communication Tool for Collaborative Care in Patients With Advanced Cancer, *Journal of medical Internet research*, 19 (7), e219.

Walker J, Hansen CH, Martin P, et al. (2014): Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer, *The Lancet. Oncology*, 15 (10), 1168-1176.

Watanabe M, Mine S, Nishida K, et al. (2016): Improvement in short-term outcomes after esophagectomy with a multidisciplinary perioperative care team, *Esophagus*, 13 (4), 337-342.