

乳がんチーム医療の現状と今後の課題

日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部

芳林 浩史 *Hiroshi Yoshibayashi*

はじめに

なぜ、当センターで乳がんチーム医療を始めることになったのか？

2011年に乳腺外科部が設立するまでは、当センターの乳がん診療は外科部が自身の診療に加え、年間30例ほどの新規乳がん症例の診療を担っていた。しかしながら、急速に進歩する乳がん診療を満足に提供できる体制ではなかった。

2009年4月に京都大学外科（乳腺外科）からの人事として当センター外科部に赴任後、乳がん検診から診断、手術、薬物療法と緩和治療まで一手に、それも一気に引き受けることになった。しかしながら、現実的には、一人でこのような広範囲にわたる乳がん診療の質を維持しながら行うことは不可能であった。そのため、今後乳がん症例が増加（和歌山の新規乳がん罹患数から換算して年間最大200例を想定）しても、最小人数の医師（2人）で質を維持した乳がん診療ができる体制の構築を考えた。

これが、当センターにおける乳がんチーム医療のはじまりである。

目標は3つ

乳がんチーム医療を構築するにあたり、3つの目標を掲げた。

1つ目は、乳がんチーム医療を導入し、患者に多職種で高度急性期医療を安全かつ適正に提供できる体制を構築すること。

2つ目は、乳がんチーム医療において、各々の職種で診療の負担を適正化すること。つまり、特定の職種に負担がかかりすぎないようにすること。

3つ目は、乳がんチーム医療を院内だけに留めず、地域医療施設を巻き込んだ和歌山全体の乳がん診療とすることである。

乳がんチーム医療の立ち上げ

(図1)

乳がんチーム医療の立ち上げには大きく前半の(I)外科部(乳腺専門外来)から乳腺外科部新設までの間と、後半の(II)乳腺外科部新設から現在までの間に分けられる。

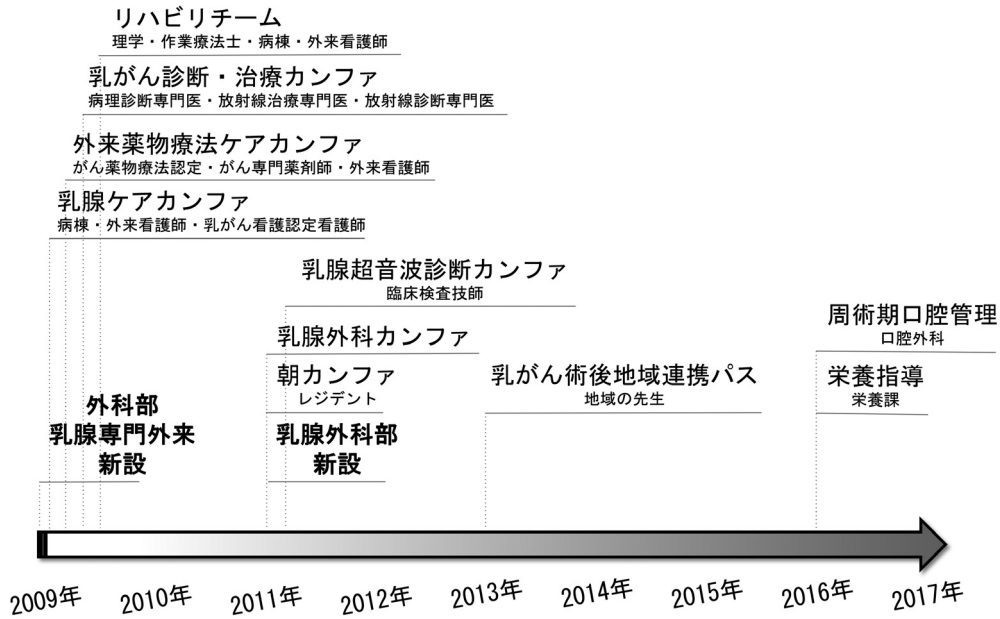
I) 外科部(乳腺専門外来)から乳腺外科部新設まで

2009年4月、外科部の中に乳がんを専門的に診療する乳腺専門外来が新設された。まずは乳がん患者さんの支援体制を強化すべく外来と病棟の看護師を巻き込み、「乳腺ケアカンファレンス」(毎週開催)を立ち上げた(図2A)。これは乳がん患者さんを外来から入院、そして再び外来へスムーズに治療が移行できるよう情報共有ならびに議論するカン

(平成31年1月21日受付)(平成31年1月30日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
乳腺外科部

芳林 浩史



【図1】当センターにおける乳がんチーム医療の構成
乳がんチーム医療の構成を2009年から経時的に示した

A 乳がんケアカンファレンス

B 乳がんキャンサーボード



【図2】カンファレンスによる検討、共有そして教育
代表的なカンファレンスとして「乳がんケアカンファレンス」(A)と
「乳がんキャンサーボード(通称乳がんボード)」(B)

ファレンスである。そして、看護師が急速に進歩する乳がん診療を十分理解し、興味を持ってもらえるような勉強会も兼ねた。ケア(看護)の専門的な知識と技術を兼ね備えている看護師からの提案を得ることができるこのカンファレンスは、患者を全人的に診療していく上で大変効果的であった。さらに、このカンファレンスに参加していた看護師の中から、2012年と2015年に乳がん看護認定看護師が誕生した。ちなみに、乳がん看護認定看護師が2名もいる日本赤十字社医療施設は当セン

ターだけである¹⁾。このようにして、それぞれの専門性を活かしながら患者さんを診療する体制ができた。また余談であるがこの当時、当センターには医師と看護師が話し合うカンファレンスは皆無であった。そのため、看護部にカンファレンスの立ち上げを相談する際は賛同が得られるかどうかとても不安であったが、看護部長はじめ病棟の看護師長とも当時肩書きのない一人の医師の話を良く聞いてくれ、快諾してくれたため、乳がんチーム医療の立ち上げに向けて明るい未来が見えた。

次に、薬剤師を巻き込んで「外来薬物療法ケアカンファレンス」(毎週開催)を立ち上げた。乳がん治療は手術、薬物療法、放射線治療を3本柱として成り立っている。その内、薬物療法は入院でなく外来治療が主流となりつつあった。そうは言っても乳がん薬物療法は強度な治療であり、外来で安全に薬物療法ができる体制の構築が必要であった。そのため、薬物療法担当の薬剤師と通院治療室(現通院治療センター)の看護師、外来看護師でカンファレンスを行なった。この中で治療中の患者の情報共有、症例検討や新規薬剤の勉強会を行なった。現在でこそ患者さんへの説明・指導は、「がん患者指導管理料3」として算定できるようになったが、それ以前から当科においては薬剤師が薬物療法に関する説明を外来で行っており、多職種から何度も話を聞くことにより、患者さんの多くが十分理解して外来薬物治療を受けることができている。また、患者さん自身が、副作用を記録し、適切な支持療法をマネジメントする体制を構築するために当科独自の「自己管理ノート(治療と副作用記録ノート)」を「外来薬物療法ケアカンファレンス」のメンバーで作成した。最近では、このカンファレンスに参加している薬剤師ならびに看護師からの提案も増加し、目指すべきカンファレンスになってきた。

ここまでは順調に進めることができたが、最後に難関が待っていた。それは複数の専門医で乳がん診断・治療を行う体制の構築である。今でこそ当然のようにカンサーボードや多職種カンファレンスが開催され、またこれらを開催することはがん診療連携拠点病院の認定要件にもなっているが、乳がんチーム医療立ち上げ当時は複数の専門医が協働で診療する体制はほとんどなかった。この体制の立ち上げは、自分の日常業務をこなすのが精一杯という雰囲気の中での究極のチャレンジであった。特に乳がん診療の中で病理は命綱

であった(と教えられてきた)。なぜなら、病理結果が信頼できないと自信を持って乳がんの診断・治療はできないからである。そのため、病理部が不参加の乳がんチーム医療は考えられなかった。「乳腺ケアカンファレンス」の際に看護部へ相談に行った時と同様に、恐々ながら病理部長にお伺いに行ったところ、「うん、いいよ」と二つ返事で了承を得たのを今でも鮮明に覚えている。

さらに、乳がんの診断において術式の決定や対側乳がんの発見をする上で重要な乳腺MRI検査の診断や、乳房温存術後ならびに進行がんや再発乳がんに対する放射線治療についてもその場で議論するために放射線科部(現放射線診断科部と放射線治療科部)から放射線画像診断医と放射線治療医が参加してくれ、「乳がん診断・治療カンファレンス」(通称乳がんボード)を通して複数の専門医で診断・治療を行う体制ができた(図2B)。尚、毎週開催しているこの乳がんボードは2018年12月末で400回を超えた。

また、原発性乳がんの手術入院期間は、術式にもよるが5日から10日である。術後すぐに離床可能であることが多く、入院期間を有効的に使うことができるようリハビリの体制を考えた。それまでの問題点として、術後の患者で、痛み、不安やリハビリ不足を原因とした患側上肢の挙上困難を訴える人が一定数存在した。従来は病棟看護師が術後に患側上肢のリハビリを担当していたが、各々の職種で診療負担を適正化することから理学・作業療法士(当時は人数が少ないため両方の療法士が担当)とリハビリチームを作り、指導を依頼した。その結果、患者さんは入院中にリハビリを積極的におこなうようになり、当センターで手術をおこなった患者さんで上肢挙上困難を訴える人はいなくなった。さらに、現在のリハビリチームは上肢のリハビリだけでなく、高齢の患者には下肢のリハビリも同時に行い、入院による筋力低下を最小限

にすることでスムーズに退院し、再び日常生活を送れるように進んで働きかけてくれている。また、当センターのリハビリは機能面だけでなく、不安が多い患者さんへの心理面におけるリハビリもさりげなく働きかけてくれるのは言葉ではうまく言い表せないが、退院後の外来診療の際に大いに助かっている。

II) 乳腺外科部新設から現在

そのような中で順調に乳がん症例数も増加し、2011年4月に外科部から独立し、乳腺外科部が新設された。また、これをきっかけに医師3人体制で診療することになった。この時にまず取り組んだことは、診療科を個人開業の集まりとしない事、そして、医員の誰が診療しても乳腺専門医同等の診療を提供できる体制を築く事である。そのために「乳腺外科カンファレンス」(毎週開催)で病理診断を伴う症例と、術前・術後症例を全例検討し、診療科内で意思統一をおこなった。また、乳腺外科は入院よりも外来診療が中心となり、外来診療は待たなしの迅速で正確な判断が要求される。そのため、「モーニングカンファレンス」(週3回開催)とって就業前にみんなが集まり、その日の外来患者さんならびに入院患者さんについて気兼ねなく相談できる体制を構築した。

また、この頃から外来患者数の増加により、外来診療の圧迫を感じていた。乳腺外科の外来診療は問診、視触診などの診察、マンモグラフィ検査、乳腺超音波検査、針生検や細胞診などの病理検査とそれぞれの結果説明に分けられる。この中で律速段階ならびに他職種の参入が可能な領域として乳腺超音波検査があった。そのため、臨床検査技師と相談し、乳腺超音波検査を外来で医師が行うのではなく、検査を中央検査部に移行して診療効率を高める事にした。当センターで臨床検査技師が乳腺超音波検査を行うことは初めてのことであったため、症例検討や意思統一を図るた

めに「乳腺超音波診断カンファレンス」(毎週開催)を立ち上げた。当センターの臨床検査技師は、乳腺領域以外の超音波検査には多数携わっていたため、瞬く間に上達した。さらに、自らの意志で乳腺領域の超音波検査の資格取得や、論文投稿など向上心には頭が下がる思いであった。このような体制を導入する事により、医師は多くの患者さんの診察や結果説明に時間を当てる事が可能になった。近年、入院期間をさらに有効に使用するために歯科口腔外科と連携して周術期口腔管理や、栄養課と連携して栄養指導を積極的に行っている。

院内における乳がんチーム医療を立ち上げたことにより、3つの目標であるうちの1つ「患者に多職種で高度急性期医療を安全かつ適正に提供できる体制を構築すること」が達成できた。しかしながら、今後さらに乳がん症例が増加すると見込むと、最小人数の医師で質を維持した乳がん診療を続けていくには限界が予想された。質を維持した乳がん診療を行うためには院内だけで診療が完結するシステム(院内完結型)ではなく、院外つまり地域医療施設を巻き込んだ乳がん診療(院外完結型)を目指す必要があった。2011年度から取り組み始めた「乳がん術後地域連携パス」は、この院外完結型を意識した医療連携である。詳細は次の項目で記載するが、この頃から乳がんチーム医療を院内から院外へ拡げて、「乳がん術後地域連携パス」の運用を確立させることを当科の最重要課題として乳腺外科医師、外来看護師が中心となり取り組みはじめた。

このように院内における乳がんチーム医療を行うにあたり、カンファレンスを大事にし、そこで症例の検討や情報共有ならびに教育をして、乳がん診療の精度管理を行っている。その結果、多職種の医療スタッフにより複数回検討することでミスが減少し、より最善の診療が提供できるようになった。

乳がん術後地域連携パスを用いた医療連携

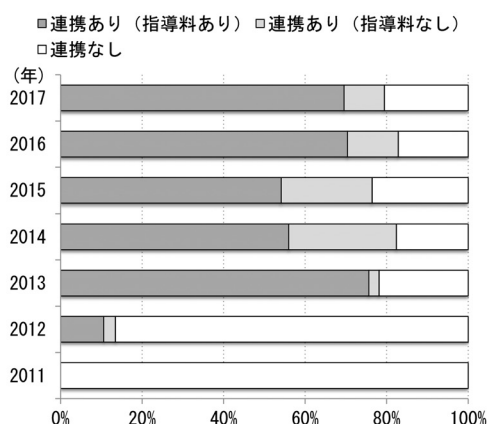
もともと2009年の外科部乳腺専門外来の時から地域医療施設との病診、病病連携を考えていた。当時は患者さんの大病院志向が多く、乳がん検診から良性病変の長期経過観察、10年以上経過した乳がん術後の患者さんなど、検診や慢性期の患者さんも多く診察していたため外来は溢れていた。乳腺外科部を立ち上げてからは、ますます新規の乳がん患者さんが増加し、このままのペースでは診療が回らない事態になることは容易に予想された。また、当センターは高度急性期病院ならびに地域がん診療連携拠点病院であり、当センターでしか提供できない診療を提供する責務があった。そのため、地域医療施設で可能な診療は地域医療施設にお願いし、当センターでしか提供できない診療は当センターで行う乳がん診療の役割分担を導入する事にした。このように書くと聞こえはいいが、内心はせっかく和歌山に赴任してきたのだからぜひ和歌山の先生と仲良くなりたいたいという強い思いがあった。そして、地域医療施設と仲良くなれるツールがないかどうか探していたところ厚生労働省が推奨していた乳がん術後地域連携パスに出会った。

乳がん術後地域連携パスは患者さん、地域医療施設（連携医療機関）、当センター（計画策定病院）の3者にメリットがあると言われている。例えば、患者さん目線で考えると、2人の主治医により手厚い診療が受けられ、地域医療施設目線で考えると、患者さんの増加や医療の質の向上が期待され、さらに当センター目線では、慢性期の外来患者さんを減らし高度急性期医療に時間をかけられるなどである。乳がん術後地域連携パスを利用するにあたり、現状に添って、より利用していただきやすい内容にするために、ご年配で面倒見がよかった開業医の先生に相談し、何度も夜遅くまで議論したことを今でも鮮明に覚えている。そしてその甲斐もあり、2011年度から開始した乳がん術後地域連携パスは開始当初こそ年間0件であったが、2012年度から徐々に増加して2013年度以降は年間手術症例数の約80%の患者さんが利用するようになった（表1A）。さらに、乳がん術後地域連携パスに必要な施設基準届出施設数は年々増加し、2016年度からは200施設以上と連携する事になった。連携先の内訳をみると病院の増加も見られるが、それ以上に医院やクリニックの増加が目立った（表1B）。

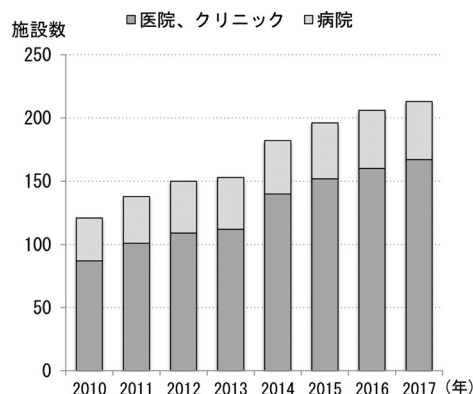
また、地域医療施設と連携をするにあたり大事にした点が2点ある。それはお互いが顔の見

【表1】乳がん術後地域連携パスを用いた病診連携

A 病診連携が年間手術数に占める割合の推移



B 施設基準届出施設数の推移

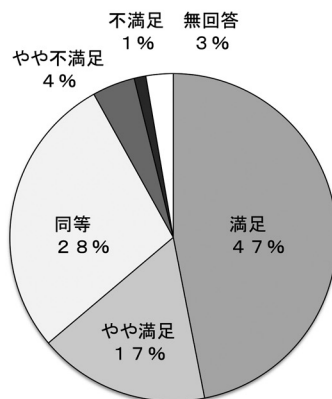


病診連携が年間手術数に占める割合の推移（A）と乳がん術後地域連携パスの指導料算定に必要な施設基準届出数の推移（B）を示す

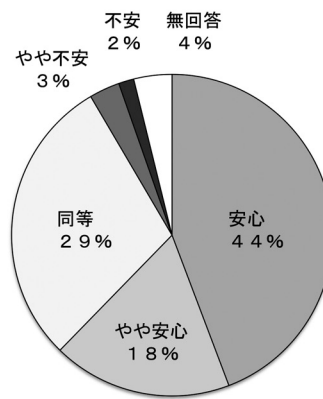


【図3】地域医療施設と定期的な乳がん連携会議
定期的に行っている地域医療施設との会議風景

A 連携パスに対する患者さんの満足度



B 連携パスに対する患者さんの安心感



【図4】乳がん術後地域連携パスの患者満足度調査
乳がん術後地域連携パスに参加している患者さんの満足度 (A) と安心感 (B)

える連携をする事と報連相（ほうれんそう）である。顔の見える連携として、講演形式やスクール形式ではなく、机をコの字に配置し、お互いの顔を見ながら会議形式で、本音で議論する場を作った（図3）。そこで、当科の標準治療に基づく診療方針を全て明らかにし、その中で連携医療機関としての役割分担をお願いした。乳がん診療の専門領域は当科が責任を持ってこなうため、特に乳がん診療の専門領域以外の乳がん診療（主に慢性期の薬物療法と経過観察）と地域医療施設が得意とする生活習慣病などの予防や日常の健康管理をお願いした。そうして

いるうちに地域医療施設と当科は満足のいく連携を構築しつつあった。顔の見える連携の会の中で、開業医の先生から乳がん術後地域連携パスに参加している患者さんはこの医療連携に対してどのように思っているのか気になっているという意見をいただいた。そのため、乳がん術後地域連携パスに参加している患者さんへ連携パスに対する満足度と安心感に関するアンケート調査を行い260人より回答を得た（回収率71%）。その結果、「連携医療機関での診療は日赤の診療と同等もしくは同等以上の満足」との回答が92%あり、同様に「連携医療機関での診

療は日赤の診療と同等もしくは同等以上の安心」が91%であった(図4A,B)。その理由としては、地域医療施設の先生により手厚い診療を受けているため、多くの患者さんが安心と回答されていた。乳がん術後地域連携パスの方法と患者満足度調査についての詳細な内容は別論文²⁾³⁾を参照していただく事にして、ここでは割愛する。

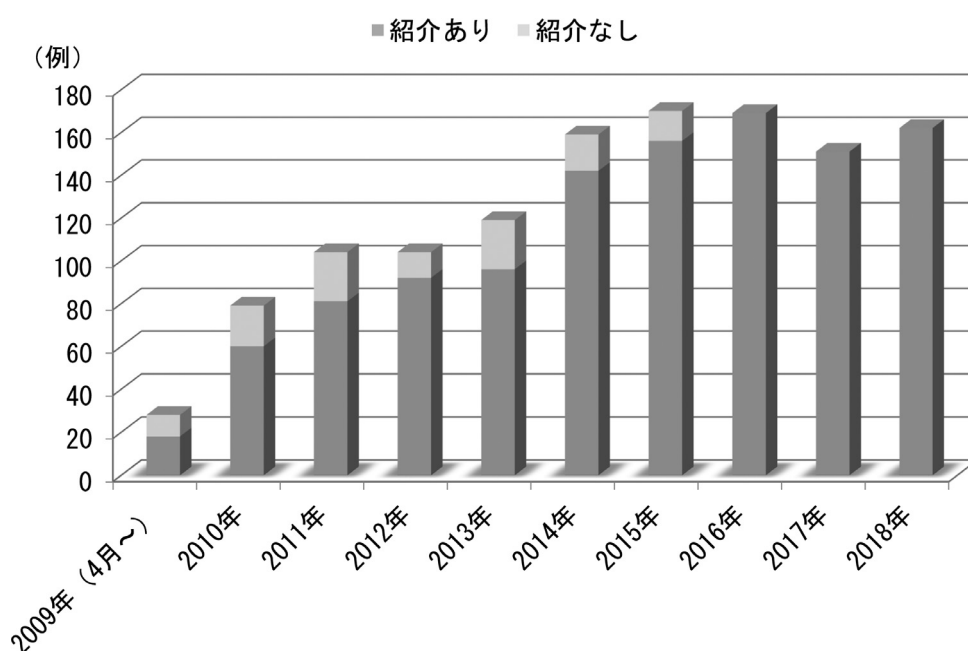
原発性乳がん手術症例数の推移と紹介制の導入

原発性乳がん手術症例数の推移を図5に示す。これによると2009年から2010年と2013年から2014年の間に症例数の大幅な増加を認める。前半の増加要因は、当センターに乳がん診療を専門とする外科部(乳腺専門外来)が新設された事により、当科で発見した乳がん患者さんは当科で治療を選択することが増加したためと考えられる。一方、後半の増加の要因は、2013年から本格的に軌道に乗り出した乳がん術後地域連携パスによる地域医療施設と連携を図りだした事が考えられる。原発性乳がん手術症例数

を他院からの「紹介あり」と「紹介なし」で分けると、「紹介なし」の症例数は毎年一定数であったが、「紹介あり」の症例数は年々増加傾向にある。紹介件数増加に伴い、全体の手術症例数も増加した。これは先ほど記載した地域医療施設との連携、特に医院やクリニックの先生と密に連携をした結果だと思われる。このような背景から当科はより高度急性期医療を迅速に提供する体制を構築すべく、2016年度から原則紹介制とした。

医療連携による外来診療の負担軽減

高度急性期病院において外来診療の負担が多ければ、その本来の役割である高度医療や入院診療が十分満足にできないため、外来診療の改革を行なった(表2)。乳腺外科部が新設された2011年度から2012年度にかけて新患者数を減少させた。これは今まで行なっていた乳がん検診や良性疾患の経過観察を地域医療施設へ移行したためである(新患者数は2011年度2,256人、2012年度1,792人)。また、2013年度から



【図5】原発性乳がん手術症例数の推移と紹介の内訳

原発性乳がん手術症例数の経時変化を示す。濃い棒線が他院からの「紹介あり」で薄い棒線が他院からの「紹介なし」を示す。2016年度から原則紹介制とした。

【表2】医療連携による外来診療の負担軽減

	初診患者数	乳がんが初診に占める割合	再診実患者数	再診延べ患者数	一人当たりの再診回数
2011年度	2,256	4.6	1,750	5,840	3.3
2012年度	1,792	5.8	1,693	7,785	4.6
2013年度	1,608	7.4	1,613	8,166	5.1
2014年度	1,502	10.6	1,657	8,019	4.8
2015年度	1,782	9.5	2,052	8,870	4.3
2016年度	1,225	13.8	2,168	8,829	4.1
2017年度	1,057	14.3	2,814	8,216	2.9

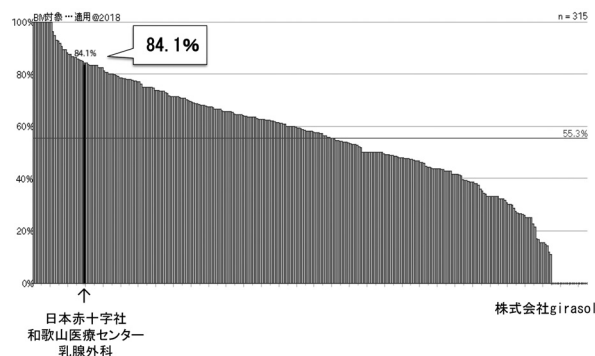
外来診療の負担軽減に関して初診患者数と再診患者数の推移を示す

乳がん術後地域連携パスが本格的に稼働した。その結果、慢性期の治療を地域医療施設でおこなう事により一人当たりの再診回数が減少した（一人当たりの再診回数は2013年度5.1回、2017年度2.9回）。さらに、2016年度から原則紹介制を導入する事により、新患者数も減少させた。しかしながら、新患者数に占める乳がん患者さんの割合は多くなった（2015年度9.5人、2016年度13.8人、2017年度14.3人）。これらは全て、前述している地域医療施設との連携を密にしている結果であり、この結果から当科が始めた地域と一緒に乳がんチーム医療が遂行できていると確信した。このように当科は高度急性期病院の役割として、乳がん診療の急性期を担当することを地域へ明確に打ち出した。

医療連携による適正在院日数の維持

近年、高齢者や多くの併存症のある患者さん、がん患者さんの増加に伴い終末期医療を必要とする患者さんが増加している。これらの患者さんは長期入院を余儀なくされることがある。しかしながら高度急性期病院における長期入院はその役割を考えると難しい。このような患者さんが増加しても適正在院日数を維持しないとい

けない。そのため、長期入院が予想される患者さんにおいては、入院前から地域医療施設と連携をおこない、急性期から回復期、慢性期、終末期への治療をスムーズにおこなっている。特に力を注いでいるのが、終末期がん患者さんへのAdvance Care Planning（以下ACP）である。あらかじめ本人の意思決定能力がある内に、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことで、患者さんが、今後の流れについてイメージを持つことができ、急性期離脱直後の慢性期病院への転院を含めた医療に対する不安が軽減し、満足度が向上したように感じる。このような取り組みを通じて、適正在院日数（DPC期間II退院率84.1%）を維持している（図6）。2018年11月より当センターにも待望



【図6】医療連携による適正在院日数の維持
2018年4月から10月まで入院した乳房悪性腫瘍（MDC6）の期間II退院率をヒラソルの分析ソフト（girasol）でベンチマークを測定

の緩和病棟「ひなげし」が開設したので、こちらともうまく連携しながらより有意義な終末期を過ごせるよう支持していきたいと思う。

考 察

最小人数の医師で質を維持した乳がん診療ができる体制の構築を目的とした乳がんチーム医療は、気がつく和歌山全体を巻き込むチーム医療となった。乳がんチーム医療を導入することで4つのメリットを得た。1つ目は、医師の負担が多職種医療スタッフの活躍で質を維持もしくは向上させながら大幅に軽減された。2つ目は、複数の専門医療スタッフと検討する機会を持つ事で、高度急性期医療を適正に提供できるようになった。3つ目は、院内のチーム医療だけでなく、地域医療施設と連携を推進する事で、乳がん患者さんの紹介件数が増加した。

4つ目は、地域医療施設が乳がん術後慢性期の診療や緩和治療における在宅医療や入院を担ってくれるため、終末期の療養場所や手段の選択肢が増加した事である。

しかしながら、今後も急速に進歩する高度急性期医療への対応を維持するためには、現状に満足することなく、多職種ならびに地域医療施設と役割分担をしっかりとこないながら地域全体で乳がん診療をしていくことが大事である。また、病院経営を考えると、高度急性期病院としての役割からは少し逸脱するが、まだまだニーズのある乳がん検診への関わりは避けて通れない。しかしながら、現場の少ない乳腺外科医のみで対応することはその本来の責務である高度急性期医療の提供が不十分になることが予想される。そのため、地域において乳腺外科医を増やす努力が必要となる。ここ和歌山でも若い乳腺外科医を増やすべく、大学から積極的に学生実習を引き受け、乳腺外科の魅力ならびに和歌山の魅力を伝えている。

まとめ

院内、院外において、お互いの役割を明確にし、乳がんチーム医療を行う事で、少数の医師でも質を維持しながら当センターの役割である高度急性期医療の提供を維持できる体制を構築した。今後は乳がんチーム医療をさらに発展させた次世代のチーム医療の構築を思案している。

謝辞：乳がんチーム医療を構築するに当たり、非常に多くの日本赤十字社和歌山医療センターの医療スタッフならびに事務スタッフにお世話になりました。また、乳がん術後地域連携パスを構築するに当たり大変ご指導をいただきました故 星野英明先生（星野胃腸クリニック）、中山崇先生（中山レディースクリニック）、濱田寛子先生（はまだ産婦人科）、金田倫幸先生・典子先生（葵町クリニック）、その他連携医療施設の先生に深謝いたします。

文献

- 1) 平岡眞寛, 芳林浩史, 直川匡晴ほか.
日本赤十字社医療施設のがん医療—地域癌診療連携拠点病院 34 病院のアンケート調査から見えるもの—.
癌の臨床 2018; 64(3): 203(51)-208(56)
- 2) 芳林浩史, 中木村朋美, 岩谷里恵ほか.
乳がん術後地域連携パスを利用した病院機能分化と役割分担.
日本赤十字社和歌山医療センター医学雑誌 2016; 34: 35-41
- 3) 芳林浩史, 中木村朋美, 林雪ほか.
乳がん術後地域連携パスを利用している患者さんに対する不満足度調査.
日本赤十字社和歌山医療センター医学雑誌 2017; 35: 29-34