

<様式3-別紙(A)>

平成 20 年 6 月 26 日

平成 20 年度聖ルカ・ライフサイエンス研究所

研 修 報 告 書

研 修 課 題

M. D. Anderson Cancer Center Medical Exchange Program

JME Program 2008

所属機関・職 北里大学 外科・助教

研修者氏名 杉山（吉村） 直子 印

研修を経て創出した Mission and Vision

- **Mission:**

最高の医療を提供するために必要な知識や心構えを、医療者、患者さん、および社会へ教育することによって、集学的チーム医療の育成に尽力します。

I will foster multidisciplinary care through providing education about important elements for the best medical care to health-care providers, patients, and the public.

- **Vision:**

若い医療者および研究者が、彼らのミッションとビジョンを達成するのを手助けできるような、良いメンターになりたい。

I will become a good mentor who helps junior providers and researchers to achieve their missions and visions.

I 目的・方法

Page. 1

目的

- MD アンダーソンがんセンターで行われている集学的治療において、各専門医とコメディカルスタッフがチームとしてどのように協力しながら関わっているか、各職種がどのようにリーダーシップをとっているかを実際の臨床を見学することにより理解する。
- 日本における集学的治療を発展させるために、ここで得られた経験をどのように適用してゆくべきかを考え、実践に結びつける。

方法

- 医師2名、看護師2名、薬剤師2名の計6名が5週間にわたりMD アンダーソンがんセンターにおける研修に参加する。研修中は各自質問するなど積極的に参加し、感じたことや考えたことを互いに話し合うことで刺激しあい、疑問点があれば解決するよう努力し、一つの価値観に偏らない考え方を身につける。
- 最終日に医師、看護師、薬剤師の3人で1チームとなり、集学的医療における各職種のリーダーシップに主眼を置いた症例報告を発表した。

II 内容・実施経過

Page. 2

4月18日(金)

まず Program Manager の Angie に連れられ、Office of International Affairs で check-out form などを記入し、MDA での研修を行うにあたって必要な書類の申請などを行いました。Angie にはこの日から最終日まであらゆる事柄でお世話になりましたが、いつもいやな顔一つせず、的確な対応ぶりにはいつも感謝するばかりでした。

その後院内の e-mail などの説明があり、上野先生から最終日の症例プレゼンテーションにおいて何が求められているかなどについての話がありました。発表形式は自由だが、プレゼンテーションの中にチームとしての各職種のリーダーシップを織り込むことなどが課題にあげられました。

4月21日(月)―25日(金)

この週はすべて講義またはオリエンテーションでした。月曜日は1日 New Employee Orientation に参加しました。これは職種を問わず、これから MDA で仕事をする人たちに対するオリエンテーションで、ビデオなどを使用してこの病院の Mission と Vision、MDA の Core Value が徹底的にたたきこまれます。MDA で働く限り、職種を問わずがん患者さんを助ける一員であるということが強調されていたと思います。また、病院の歴史や、現在の規模について具体的に説明があったり、各部署(輸血センター、ファイナンス、警備(警察)など)の役割を理解したというサインをもらわないと研修が終わらないなど、職員を熱心に教育する姿勢は、このあとの分野へ行っても感じることでした。

またこの日は Dr. Baile による Core Curriculum Lecture “Breaking Bad News”がありました。日本でも定着しつつある SPIKES の話などを、ユーモラスなビデオを交えて講義してくださいました。このような Core Curriculum Lecture は(以下、MDA Palliative Care のフェローDr. Mori より教わりました。)1年目のフェローを対象とした各疾患、各項目に関するレクチャーで、基本的には最低限知っておかなければならない Core になるような話題に関して、教科書的なバックグラウンドから最先端のエビデンスまでが論じられます。一定パーセント以上出席していないと研修を修了できませんが、直接出席できなくてもイントラネット上で当日のレクチャービデオが再生でき、web 上でレクチャーの evaluation を提出できるので、落とすことはないそうです。

New Employee Orientation でも、その後の講義、見学でもこのイントラネットがかなり充実した内容で整備されており、これだけの規模のものが整備されていることは驚きました。

イントラネットとは別に、院内の電子カルテである Clinic Station の紹介もありました。日本の電子カルテに比べると、一目でわかる項目が少なく、煩雑な印象がありましたが、このシステムは実は莫大な費用をかけて開発され、現在も進化を続けているもので、臨床研究に必要なデータをすぐに抽出できるように作られていました。ただ、最近の傾向として画像イメージが多くなっているのもサーバーを増やす必要がある、というのは、日本でもアメリカでも同じようです。外来カルテや手術記録などは口述したものを外の会社が入力してくれるようになっていきます。口述というのは日本

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 3

ではまだなじみが少なく、整然としたカルテを口述するには結構な技術が必要なのではないかと思いました。

この週のその他の講義では、実際の臨床というよりはそれを取り巻く環境の部分を知ることができました。

まず、病院内のツアーを専門に行う職員の方に病院内を案内してもらいました。MDAには1万6千人の職員が現在働いており、年間8万人の新患がこの病院を訪れています。病室は520床とこの規模の病院にしては、日本と比較すると驚くほど少ない病床数で、すべて個室です。ここで印象深かったのは、全職員の1割ほどを占めるボランティアの働きです。移動キヨスク、図書館、売店をはじめ、がんのサバイバーとなった患者さん自らがボランティアになって他の患者さんの話を聞くなどの活動をしています。また、患者さんへの情報提供を目的とした図書館や、日本とは宗教的背景が異なるゆえだと思われませんが、祈りの場、教会やChaplain(宗教を問わず、牧師など。日本で言うとお坊さん?)の存在も日本にはまだあまり浸透していないものと感じました。MDAには患者さんに医療を提供するTeam Aだけではなく、患者さんを一人の人間として尊重するためのTeam Bまで充実していることに気付かされました。

ボランティアについては改めて講義があり、がんの子供たちの絵をカードや文具などの商品にして販売するChildren's Art Projectの紹介がありました。このProjectだけで昨年1億5千万円ほどの収益を上げており、がんの子供たちやその家族への活動に使われています。このプロジェクトの絵がかかれたバスが、病院間を走っていました。他にも、全米にちらばったMDAの患者さんたちが連絡をとりあう形で参加するAnderson Networkというボランティアの組織もありました。Team Cの部分にもMDAが入り込んでいるのだと感じました。

日本と違ってボランティアという考え方がおよそ当たり前のように広まっていることが印象的でした。この事実を知った時の私の疑問は、ボランティアと一言でいっても様々な価値観の人たちがいるので、向き不向きもあるのではないかと、もっと極端なことを言えば、問題も起こることがあるのでは?という少々意地悪な考えだったのですが、ここではボランティアにも採用にあたってはActive Listeningや、自分の経験のみを語るが、アドバイスはしない、などがん患者と対応するためのスキルを教育したり、人によっては患者さんと話をするよりは図書館で仕事をするほうがよい、などと活躍する場を選んだりするというマネジメントがしっかりとされており、問題はあまり起こらないとのことでした。

Integrative Medicine Programの講義では、代替医療、補完医療といわれる分野をがんの治療と一緒にすることによって患者さん個人の全体的な健康を改善したり、副作用を軽減したり、免疫機構を増強することができるという考えに基づいた活動を紹介されました。日本では漢方薬が広く使われ

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 4

ることは特筆すべきだと思いますが、まだ病院内に代替医療を取り入れているところは少なく、エビデンスも限られているためむしろ毛嫌いされる傾向にもあるように思います。ここでは科学的な裏付けをするための臨床試験を行ったり、薬効や投与量、副作用情報などを提供するための website の案内があり、このようなアプローチを積極的にがん治療にも取り入れていこうとする姿勢がみられました。その内容は、瞑想、リラクゼーション、イメージング、マッサージ、カイロプラクティック、鍼、アーユールヴェーダ、ホメオパシー、ハーブ、食事、ビタミン、レイキヒーリングなど多岐にわたっています。緩和ケア部門に Integrative Medicine Clinic まであり、患者さんの診察をしているそうです。また、Place of Wellness という場所が病院内に 2 か所あり、病気についての情報やパンフレットを集めた図書館があるほか、太極拳や Music therapy などのクラスがあり、これらによってストレスを減らしたり、活力を与えたり、正しい情報による患者教育を行っています。患者さんなら誰でも参加でき、1998 年 9 月に 15 クラス、60 名の参加者で始まりましたが、いまでは 200 クラスに増え、参加者も 500~700 人に成長しています。また、患者さんや介護者のためにマッサージや鍼治療も行っており、特に疼痛コントロールや副作用対策として利用されていることが印象的でした。実際に鍼治療をする部屋なども見学できました。

MDA の Palliative Care のフェローをしている森先生による講義もありました。アメリカでも緩和ケアのある病院はまだ少なく、医師も兼任であったり、一人しかいないところもあるそうです。おそらく、ホスピスがその役割を担っている部分が大きいためとおもわれますが、現在は 10 人の Faculty と 20 人ほどのフェローが在籍している MDA の緩和ケアも最初は少人数から始まったようで、現在のような Unit として機能するようになったのは最近のことだそうです。

ここでは症状の緩和と精神的な問題の解決が図られており、最も多い症状は疼痛と不眠です。症状改善のみではなく、不要な治療をなくすことや患者さんの尊厳を保つこと、家族や環境とのかかわりを調整することも含まれています。大きく分けて Acute Palliative Care Unit (APCU) と Mobile team、そして外来の 3 つの部分によって成り立っており、APCU には 12 床のベッドと Family room があります。Faculty 1 名、Fellow 2-3 名、と Advanced practice nurse (APN)、Associate director、Assistant nurse managers、Registered Nurse、Pham D、Medical Social Worker、Case Manager、Chaplain、PT、OT などがチームを形成して治療にあたっており、毎週すべての職種が集まってミーティングが開かれます。1 人の患者さんにかかわる職種の多さ、手厚さにまず驚嘆しました。また、他職種がかかわるため、誰が見ても患者さんの症状が一目でわかるような Symptom Assessment tool が数多く活用されていました。入院の Criteria はかなり厳しく、symptom management が主な目的で平均入院期間は 7-11 日と短く、次のホスピスへのつなぎか、家へ帰すことを目的としています。APCU でなくなる患者さんも結構いるとのことでした。APCU 創設当初は、院内死亡率が上がるのではないかと心配されていたそうですが、結果的には症状は改善し、院内死亡率は変わらないというデータがでたため、Palliative Care Unit の存在意義が認められるようになったそうです。このようなデータによる評価が行われているところは日本も見習いたいと思いました。日本と比較するとホ

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 5

スピスの数が多いことと、家に帰る場合でも Home health aid がしっかりしており、在宅へ移行しやすいところは、患者さんの終末期を考える上でとてもうらやましく思いました。

Mobile Team は入院している他科患者のコンサルテーションを行っています。APCU と同様の他職種によるチームが形成され、症状緩和を通して Primary team をサポートしています。介入として多いのは、ハロペリドール、GE、オピオイドローテーションで、コミュニケーションに特に時間を割くことも多いと聞きました。

外来は Supportive Care Center と呼ばれ、毎日 2 人の Faculty が出ています。Cahexia Clinic というものがあり、悪液質の患者さんの CRP 上昇に対して β -blocker や NASIDS を処方したりなどが行われています。また Pediatric clinic にも出張し、小児がんの緩和にも積極的にとりくんでいます。予約外の患者さんに対してはバックアップチームが対応し、救急外来、ホスピス、APCU への入院などを振り分ける態勢が整っていました。

緩和ケアに限らず MDA で感じることは、新しい部署が必要だとされると、まず小さいながらもチームが形成され、医療やケアが行われていき、それが必要とされれば柔軟に人員を育て、増やしてゆき、大きなユニットに成長するという過程が、常に見られるということです。これを行うには明確なビジョンのもとに、教育を行っていくことと、周囲の理解が不可欠だと思います。MDA にはそのような土壌とシステムが整っているのだと思いました。個人的な見解ですが、日本では、せっかくそのような活動が起こっても、周りのサポートが得られないために結局やっている当人たちだけが大変になってしまい続かないというケースが多いように思っているため、このような考え方をどうしたら日本に根付かせることができるのかを、この研修中は常に考えていました。現在出来上がっている日本のシステムを下から変えてゆくのは大変なことです。たとえば多くの人に共感を得られるようなモデルを提示してゆくなど、地道な努力を続けていくしかないのかなとも思っています。

ホスピスの見学もありました。MD アンダーソンから徒歩 10 分ほどのところにあり、25 ベッド、7 名の医師と多数のナースにより終末期医療が行われていました。1931 年に建てられた以前の市長さんの家に 14 年前に増築されてつくられたもので、とても美しい庭のある落ち着いた建物でした。ここでも週 1 回は医師、看護師、ソーシャルワーカー、そして Chaplain が集まり、チームとしてのカンファレンスを行っています。Chaplain は Clinical Pastoral Education (臨床的霊的教育?) の修士をもっており、宗教を問わずスピリチュアルな話をする役割を担っています。そのような教育が確立されていて、修士号が存在するところもすごいと思いました。

ここでは入院は主に症状コントロールが目的であり、多くの患者さんが在宅で通院という形をとっているようで、ほとんどの患者さんは家で亡くなるそうです。在宅でのケアが充実しているということもここでも実感しました。日本でも在宅を増やす方針を政府が打ち出しており、開業医の間でも緩和への取り組みが見られるようになってきていますが、規模と水準においてはまったく太刀打ちできていないように感じてしまいます。日本ではまだ外科医が終末期医療まで行っていること

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 6

がほとんどなので、今後ますますの発展を期待したい分野です。

もう一つ私たちが非常に興味をもった講義がありました。Mr. Slieper による Clinical Ethics の話です。治療において、何が患者さんに一番よいかということは、すべての医療において常に考えられていることですが、実際の医療の現場では迷うことも多くあります。ここで挙げられた例として、「白血病の20歳の少女が終末期になり入院し、両親はDNRに同意したが、本人には病状を伝えたくない。本人は意識がしっかりしており、全身状態は悪化していることを自覚している。化学療法はこれ以上続けられない状況だが、家族は化学療法をやめると死期が近いことを本人が悟ってしまうのではと恐れ、治療を止めないでほしいと言っている。」さて、この患者さんに対して化学療法を続けることは倫理にかなっていることでしょうか、という問題です。

このようなケースは日本でも起こりえますが、日本では医師、看護師が家族と話し合うことで解決が図られるのが一般的でしょう。しかし、時間に追われている日本の医療者は十分なエネルギーを必ずしも費やせず、中には本人の意思が十分に反映されないまま納得できずに終末を迎えてしまうこともあると思います。

この部署(Clinical Ethics)は、医療者が方針決定に迷うような状況が発生した時に、法律のバックグラウンドを持った専門家が方針決定におけるよりどころを挙げることにより、決定をサポートする役割を担っています。日本ではまだこのような職種は存在しないと思います。

医師または看護師からの依頼を受けると、まずカルテなどの記録や、精神的—社会的な事実その他の要素を確認し、誰が意思決定をするかをはっきりさせます。次に、何が問題かを洗い出し、倫理的サポートが可能なオプションを、あるきまった原則や方法にのっとり提示し、場合によっては他職種と患者、家族と面接と再評価を繰り返し、その経過と決定された方針を公式な文書にすることでその仕事を終了とします。

ここで挙げられた事例は、介入に難渋し、最後まで両親が譲らず大変だったようで結局患者さんは(たしか)化学療法による副作用が主な原因で亡くなりました。しかし、あとでわかったことですが、患者さんは担当の看護師に「自分はもうすぐ死ぬことも知っているし、両親が私にそれを知らせたくないことも分かっている。両親が自分を大切に思っているゆえにそうしていることなので、両親を責めないでほしい」と話していたということが分かって、かかわった人たちは慰められたそうです。

結局は日本もアメリカも同じような事例を経験していると思いました。しかし、医師、看護師以外の職種がこれだけの専門性を持った分野にかかわる力をもっていることに驚きました。信頼できる専門家が育つまでには相当の時間がかかりそうです。日本でこのような職種ができ、広まることは、まだ先のことのように感じています。

リハビリテーションの見学もありました。入院、外来両方の患者さんに理学療法および作業療法を行っています。入院ベッド500床のうち、毎日220人の入院患者さんのリハビリを行っており、ほと

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 7

んどはベッドサイドリハだそうです。外来は、遠方の方は通ってこないのので、毎日 50-60 人程度でした。スタッフは 65 名の資格を持った療法士と 15 名の事務職がおり、作業療法士は修士号、理学療法士は博士号を必要とされています。特に MDA はがんセンターなので、がんによる病態や薬の副作用を理解する必要があり、高度な専門的知識を要求されるそうです。また、血小板 1 万の患者さんに対しても可能であればリハビリを行っているというアグレッシブな部分も知りました。

多いのは、化学療法による末梢神経障害や、治療に伴い使用されるステロイドによる筋症です。末梢神経障害については、転倒のリスクになりますが、患者さん自身が訴えないことも多いため、外来で質問票によるスクリーニングを行っています。そこで拾われたハイリスクの人は、外来の看護師がリハビリの依頼を出すシステムになっていました。

Hydrotherapy はいわゆるお風呂のようなもので、こころリハビリで T 細胞リンパ腫の患者さんの皮膚病変の処置なども行っています。また、リンパ浮腫専門のセラピストが 5 名おり、患者教育、運動、バンデージ、リンパドレナージなどを行っています。他にも骨髄移植後の患者さんのためのプロトコル、肺リハ、料理リハ(自宅に帰ってからの生活に問題が無いか、実際に料理などをさせて確認する)などのプロトコルがあり、ここでもリハビリによってどれくらい効果が上がるか等进行评估するため、臨床試験も行われていました。

毎週土曜日にはボランティアによるペットセラピーもあり、効果を上げています。

この週のその他の講義は、Health Information Management では、MDA での病歴の流れを知ることができました。Risk Management and Legal Issues の講義では、医療訴訟、医療過誤などが起こった場合には Patient Advocacy、ソーシャルワーカー、会計、前述の Ethics などが医師、看護師と共同で対応するシステムができていました。

また、統計学の講義が 2 コマあり、臨床試験デザインに必要な統計学の講義を、ベイズ統計学の権威である Dr. Barry にしていただいたほか、Dr. Lee と Dr. Shen の講義では、医療の質を高め、患者さんにその利益を還元できるような EBM を作るために、統計が必要なのだということが具体的なスタディを通して理解できました。

ここまで述べてきたことは、実際の医療を支える基礎の部分とも言えると思います。その部分の層の厚さ、内容の充実さに圧倒された 1 週間でした。

その他の講義は、2 週目以降の見学と重なる部分もあるので、それぞれの分野に分けて見学したものについて述べたいと思います。

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 8

● 看護師

看護師と一言にいても、仕事内容はかなり専門的な分野まで細分化されていました。Register Nurse(RN)はいわば日本の看護師と同じような仕事内容でしたが、Advanced Nurse Practitioner (APN)やClinical Nurse Specialist(CNS)は、患者の診察、評価を行ったり、自分の外来を持っていたりします。職場によっては APN が皮膚生検や脊髄穿刺、中心静脈カテーテル挿入まで行っていました。ただ、強調されていたのは、APN はあくまでも看護の視点から、QOL や心のケアを含めて全人的に患者さんを見る視点を保っているということでした。また、ほかに印象的だったのは、どの職場、どのレベルの看護師においても、リサーチに参加し、エビデンスを作っていくことの大事さが強調されていました。日常の診療から発生する Clinical Question を公募し、その中から実際に研究を行う価値があると判断されたテーマについて、臨床研究を行う体制(Nursing Congress)ができていました。リサーチをしたことのない人に、どのように研究を進めていったらよいかを助言するテキサス大学との協力体制や、通常業務をしている看護師が積極的にリサーチに参加できるような職場のサポートシステムもあり、日本とは違い、余裕が感じられました。どの病棟、外来にも看護師が行った発表のポスターが貼られており、それがまた刺激になっているようです。

● 薬剤師

MDA の薬剤部には約 500 人の職員がおり、うち 230 人が Registered Pharmacist、残りはテクニシャンといわれる薬剤の混注を専門に行う人たちなどからなっています。仕事の内容は、大きく分けて直接患者さんの治療にかかわる臨床分野と、リサーチ、教育、予防にわかれています。臨床分野も薬剤の混注などにかかわる Pharmacy Operation と Clinical Pharmacy にわかれており、私たちがよく見学させてもらった病棟や外来で医師と共同しながら患者さんの治療にあたっている人達が Clinical Pharmacy に属しており、70 名ほどがいます。Pharm D という資格はいわば entrée degree で、その後 1 年の Clinical Pharmacy Residency と、その後 1 年の Specialty Residency を終えた Clinical Pharmacy Specialist という資格を持つことがスタンダードになっています。このクラスの薬剤師が Midlevel Provider(他にも APN や CNS、PA が Midlevel Provider)と呼ばれ、化学療法と麻薬以外の薬剤について、自分の判断による処方権があります。化学療法においては、指示は医師が出しますが、腎機能などによる投薬量の調節は薬剤師が行っていました。

他にも、リサーチや教育にたずさわっている薬剤師がたくさんいました。これだけ多くの薬剤師を雇っている病院は、アメリカでも珍しく、話をした薬剤師たちはみな、この病院では薬剤師に大きな権限を与えて仕事をさせてくれるので、仕事にやりがいがあり、満足している、と言っていました。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 9

● 病棟

MDA の病棟はすべて個室で、大部屋は存在しませんでした。見学した骨髄移植の病棟は 13 室の病棟が 4 つあり、計 52 ベッドでした。この病棟ではかならず家族または介護者が付き添う決まりになっていました。身の回りのことは、患者自身と介護者の自立が求められます。

患者さんに一番近いところがかかわっているのが、Register Nurse (RN) です。2 交代制、12 時間シフトで患者さん 2-3 人に対し看護師 1 名、24 時間その割合は変わらないそうです。(その他の病棟では患者さんの重症度が軽くなるので、1 対 4~6。)患者さんのバイタルや移動、環境整備などは看護助手、ポーター、掃除の人の仕事になっており、純粋な看護業務のみに専念できます。夜間も病棟クラークや助手がいるので、日本のようにナースコールに走り回るといったようなことはなさそうでした。主な仕事内容は内服薬や点滴を指示通り患者さんに投与することですが、発熱などがあれば上級看護師や医師の指示を受ける前に、採血や培養をオーダーすることができます。点滴製剤は薬局で作られたものが毎時間病棟に届けられるので、自分で抗生剤等を混注することはほとんどないようでした。週末の間の電解質の補正や輸血などは、あらかじめオーダーが出ているので、採血データを確認し、RN が指示どおりに投与できるようになっています。又、何かあれば、いつでも上級看護師や医師に確認をとれる体制になっていました。

病棟では週 1 回 RN (Staff Nurse)、ソーシャルワーカー、ケースマネージャー、Chaplaincy が集まり、Multidisciplinary care meeting が開かれています。実際に参加することはできませんでしたが、患者さんの治療だけではなく、社会的、精神的な問題についても話し合われるようで、全人的なケアがされていると感じました。

また、病棟での重要な役割の一つに、退院する患者さんに対する教育があります。退院の決まった患者さんとその家族に、退院後どのように過ごしたらよいか、リハビリをどのように行うかなどを、指導する教室が毎週開催され、看護師、薬剤師、リハビリ、MSW などの他職種が一緒になって行っています。患者さんに対する教育という点は、他の部門でも感じましたが、内容、わかりやすさなどの点で大変充実していました。

治療方針は、チームによって決定されます。主治医 1 人につき APN が 1-2 人、薬剤師 (Pharm D) が 1-2 人からなるチームが毎日回診をしています。APN や薬剤師などの Midlevel Provider は、期間は不明ですがある時期は A 先生のチーム、しばらくすると B 先生のチーム、というようにローテーションをしていました。主治医によって回診のタイミングが違うので、RN は回診が来るとそれに合わせて行動していました。

A PN や Pharm D は回診の前にデータチェックをしたり、患者さんの情報を RN から集めます。電子カルテ内に患者さんのバイタルなどの経過も記録されるので、カルテを参照するだけでもかなりの情報が得られます。回診のやりかたは、チームによってスタイルが違いますが、APN が患者さんの状態や採血結果などをプレゼンテーションし、そのあとチーム全員で患者さんの部屋を訪問し、診察をします。所見などを総合的にディスカッションしながら投薬変更などがあれば指示を出す、

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 10

という感じでした。回診が終わると、APN は回診時にでた指示がちゃんと実施されているかや、出ていなかった採血の結果をチェックしたり、他部署への依頼の確認や、次回外来の手配などをします。薬剤師も回診時にじっくりできなかった指示の確認や、退院時の服薬指導などを行います。

医師は最終的な方針決定権と責任を負っていますが、治療方針に大きくかわらない細かい部分は、APN や薬剤師が自分の裁量内で判断、決定していました。それぞれの職種が分業しつつ、リーダーシップを発揮し、互いにコミュニケーションをとっており、チームがうまく機能しているのを見ることができました。

● ATC(Ambulatory Treatment Center)

骨髄移植後の患者さんは、退院後 100 日間はこの外来治療センターへ通院します。この間、管理の対象となる病態は、おもに感染症や GVHD、そして電解質管理、特に免疫抑制剤による低マグネシウム血症です。ここでは、医師の診察は週 1 回で、それ以外の日は RN、APN、薬剤師がより独立して患者さんの管理を行っていました。APN と薬剤師は毎日患者さんのベッドサイドを回診し、方針通りに治療が進んでいるかを確認します。病状の変化などがある場合には、主治医と相談しながら抗生剤を変更したり、皮膚生検を行うなど、医師の方針決定をサポートしています。患者さんのデータがどの程度なら医師に相談するべきかという厳密な基準が存在するわけではないのですが、これくらいのデータ変化なら、この先生なら知りたがるので報告するし、他の先生なら様子を見る、というような APN と医師との間の不文のコンセンサスが存在しており、信頼関係の上に成り立っているようでした。もちろんそのベースにあるのは EBM であることは言うまでもありません。

どの職場でも、看護師や薬剤師たちは「医師は忙しいのでなかなか患者さんをすぐ診られないことが多い。そのために自分たちのような Midlevel provider が存在し、患者さんの変化にきめ細かく対応しているのだ。」と言っていました。医師もそのように言ってくれる彼らを信頼して、コミュニケーションをうまく図ることで自分の仕事に集中することができ、全体として質の高い医療を提供するという目標を達成しているのだと思います。

● 外来

Breast Medical Oncology、Breast Surgical Oncology の外来を見学しました。Medical Oncology では Dr. Litton、Dr. Booser、Dr. Morrow、Dr. Theriault、Dr. Ueno の、Surgical Oncology では Dr. Feig、Dr. Babiera の外来を見学することができました。どの先生方も、またそれぞれついているコメディカルたちも、私たちの見学に対してとても好意的に受け入れてくれたことを、本当に感謝しています。また患者さんたちも、診察に同席した私たちに対し、多少の思いはあったかもしれませんが、大変好意的に接してくださったことも印象的でした。患者さんと医療側の信頼関係があるからこそだとおもいます。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 11

患者さんは、まず血圧などのバイタルを測り、診察室に入ります。まず RN が問診をし、それを APN(内科)または Physician assistant(PA)(外科)に報告し、問題点などが整理されます。次に APN または PA が診察に入ります。ここでの診察は医師が行うものとほとんど変わりがありませんでした。化学療法中で、Hb が 8.0 台の患者さんが、息切れがする、という訴えがありましたが、その時点で APN が輸血を考えてもよいのではと患者さんに説明をしていました。さらに、APN が診察の結果を医師に伝え、輸血のオプションについて提示したことを話し、最後に医師が診察に訪れ、最終的に輸血が決定する、という流れでした。患者さんにとっては 3 回診察を受けるわけで、日本ではここまで時間はかけられません。特に、初診や何か問題がある患者さんに対しては、APN は自分で診察したあと、医師の診察にも同行し、その後も必要があればフォローもしていました。

また、APN/PA によっては自分の外来を持っており、内分泌療法のみで安定している人や、特に問題なく、フォローアップだけの人は医師ではなく APN の外来でフォローされます。もし、再発などが疑われた場合には、生検をオーダーして医師の外来へ来るよう手配したりするのだそうです。ここでは病棟と異なり、医師と APN、医師と PA は長年のコンビを組んで仕事をしていることが多いようです。APN と PA は、重なる部分も多いようでしたが、科によってどちらの職種が置かれているかが多少違い、APN はより看護的な視点が求められる分野に、PA は手技などが医師的な機能を持つ分野に起用されており、どちらかという内科系には APN が、外科系には PA が多かったです。医師は自分が不在の時に、どのような考え方で、どんな鑑別診断をあげて患者さんを診るかということ APN/PA に教育していると言えます。ATC のところで、お互いのコンセンサスが存在すると書きましたが、原則としては NCCN guideline や、MDA のガイドラインなどに従って治療をすることが前提になっています。あくまで Evidence Based が基本でした。薬剤師は常にすべての医師についているわけではないようでしたが、外来には常駐し、薬剤についての説明や、化学療法の指示ができればそのオーダーなどを行っていました。また、化学療法のインフォームドコンセントをとるのも薬剤師の仕事になっていました。

急に具合が悪くなり救急外来へ直接来院する患者さんもいるのですが、そのような場合にも、主治医が手術中などで連絡が取れない場合には、担当の APN や PA が当面の対応にあたっています。医師と患者さんとのクッションの役割をする人が、大勢いるような印象です。1 日に何十人も、基本的には一人で見なければならない日本人の医師が、我ながらかわいそうになってしまいます。患者さんに話している内容や、実際の治療は日本とアメリカではほとんど変わりありません。日本の医療の質も決して劣っているとは思いませんでした。しかし、患者さんにかかわっている職種の多さ、人の多さという点では、現在の日本ではどうしても限界があります。患者さんの側からすれば、そこに差があるといわれても仕方がないと思いました。特に日本ではまだ腫瘍内科医は少なく、外科医が化学療法や内分泌療法を行っているのが現状です。個人的にはそれはそれで、両方(そしてさらに終末期まで)見られるのが日本の外科医の面白いところだと思って

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 12

いますが、今後さらに治療が個別化していく時代になれば、より専門的な知識をもとめられるようになり、今のような体制で続けることは難しいと思います。

逆にいえば、日本ももうすこしシステムや職種を工夫すれば、もっと素晴らしい医療を提供できる可能性を持っているとも言えます。ぜひ、そのようにしていきたい、とも思いました。

もう一つの大きな日本との違いは、臨床試験の数の多さです。MDA 全体で年間 3,500 本ほどの臨床試験が行われているとのことですが、乳がんの分野でも例外ではなく、臨床試験のプロトコールに乗りそうな人がいれば、担当の医師や看護師がすぐ来てくれます。試験の内容や説明は、彼らに任せておけばよく、ここでも徹底した分業がなされていました。臨床試験が多いということは、標準治療では治療の見込みのない人に対しても、その他のオプションが提示できることにもなります。がんの撲滅をミッションとしているこの病院が、臨床試験を多く持っていることは当然とも言えますが、実際にこれだけのものを動かせるシステムと人材(とお金)を作り上げてきた MDA のエネルギーの大きさも、垣間見た気がしました。

● Multidisciplinary meeting

これは文字通り、治療方針決定において、内科、外科、放射線科の医師が集まり、方針にコンセンサスが必要な患者さんについてディスカッションしていました。面白いと思ったのは、患者さんをまずプレゼンテーションしたあとに、実際にその患者さんを全員で診察しに行くことです。その上で各科医師との話し合いの上で、こうしたほうがいいのかという結論がでると、主治医の先生はそれをそのまま患者さんに伝えに行っているようでした。たとえば、肺転移があり、Stage IV で化学療法を行っていた患者さんが、治療によって肺転移が消失し、原発巣のみ残っている場合に、手術適応があるかどうか、というような症例が話し合われます。術式についても、患者さんは同時再建を希望していましたが、術後放射線照射が必要になるだろうということで、再建術は見送る、という方針になりました。おそらく、日本でも同様の結論になるのだと思いますが、日本ではこれが極端なところでは、ほぼ一人の医師の中で行われるのに対し、多数の医師のコンセンサスが得られることで、安定した、質の高い医療につながるのではと思いました。

● New patient planning conference (Breast Medical Oncology)

ここでは、すべての新患がプレゼンテーションされていました。これまでの経過と今後のプランがものすごい早口で述べられていきます。医師、フェローのほかにも、おそらく薬剤師や看護師も同席しているようでした。治験担当の人や、遺伝子 assessment の部門の人も同席しており、アドバイスをしたり、エビデンスが明確ではないところで、治療方針を迷うような症例に関しては、活発なディスカッションがなされていました。このようなカンファレンスは日本にもあるところにはあると思いますが、まだ限られているのが現状でしょう。少人数で多数の患者さんを抱えている現状で、どのようにシステムをつくったらよいかを考えさせられました。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 13

● Surgical operation

手術室見学もしました。今回のチームには、消化器系の仕事をしている人が多かったので、Dr. Feig にはとても気を使っていたが、乳腺以外にも肝臓、大腸など他分野の手術も見学させてもらえました。私は乳がんの手術を中心に見学しました。

アメリカでは朝が早く、手術も 7:30 から開始です。毎週水曜日のみ、Quality insurance conference があるため 8:30 からだそうです。手術室は Main Building に 27 室、ACB に 8 室あり、おもに ACB では日帰りを、Main では入院で行う大きい手術を行っています。乳房の部分切除程度の手術は外来で、日帰り手術でした。同時再建などの長い手術でも、入院は 1-2 泊のことが多く、ドレーンは通常外来で抜いています。Dr. Feig に聞いたところ、お金がかかるからというのが最初の理由だったが、そうして初めてみると、患者さんは意外と早く帰る方がいい、と考えるようになったのだと。別に、長くいたいという人を早く追い払っているわけではないとのことでした。日本で患者さんが早く帰りがたらない理由は、何となく不安だから、というのと、家に帰っても十分なサポートがない場合があると思いますが、患者教育をしっかりすることと、現在の時間外診療の体制があれば、日本でも十分可能なのではないかとも思いました。

こちらでは、片方が乳がんになると、対側乳腺も予防的に切除し、両側同時再建をする人が多いのにびっくりしました。もしかしたら、保険の関係でそうなっているのかもしれませんが、日本人とはあきらかに異なるメンタリティーをまのあたりにした感じです。腹部の脂肪と筋肉の一部を、血管吻合して乳切部に移植する Tram flap を 2 例見学しました。手術は外科医 1-2 名、PA 1 名で乳腺を、形成外科のフェロー 2 名(と PA 1 名?)で行い、血管吻合は形成外科のスタッフとフェローで、マイク口を使って行っていました。こちらの人は、おなかにたっぷり脂肪があるので、再建もおおざっぱ(失礼!)にやってもきれいな形になっていました。

ここでも Midlevel provider が活躍していました。麻酔の導入、覚醒は麻酔科医が行っていますが、術中の維持は APN が行っていました。手術の助手にはフェローのほかに PA が入っており、閉創などは PA が行ったりしていました。また、機械出しは看護師だけではなく、専門のテクニシャンが行っており、ここでも分業が徹底されていました。

その他印象に残ったのは、ロボット手術です。まるでガンダムの操縦席のような操作台に座った医師が、ロボットを遠隔操作して腹腔鏡下の子宮全摘をやっていました。実際にのぞいてみると、中は 3D になっており、臓器が立体的に見えました。フェローに教えているスタッフの先生は、別のモニターの前に座り、モニターに線を引いては「ここをはがせ」とか、「ここをこっちにひっぱれ」などと指導していました。外科医も背中で手術を学ぶ時代は終わったのだなー、と感慨深く感じてしまいました。

● Pathology

手術と病理は非常に密接に関連しています。Dr. Sahin の講義と、実際の見学で、病理部門の

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 14

規模の大きさにも感嘆しました。病理医が55人おり、Breast, GI, Genitourinary, Bone/ Sarcoma/ Dermatology, Neuro, Hematology, Thoracic, Head & Neck, Gynecology の9つの専門分野に分かれ、Dr. Sahin のいる Breast には11名の病理医がいます。MDA はこのように subspecialty に分かれています。通常の病院では病理医は浅く広く見ることの方が一般的です。

手術をして標本が出ると、隣接した病理部の部屋に提出され、すぐに病理部が調べます。乳腺の場合、まず受け取った標本をPAが断面に彩色し、割を入れます。放射線技師が標本のマンモグラフィをとりまわります。画像は放射線科医に送られ、読影されると、放射線科医から病理医へ電話がかかってきます。画像は電子カルテで見られるので、2人の医師は同時にモニターで画像と標本を見ながら、所見に関してディスカッションを行うことができます。切除断端が腫瘍に近いと思われる場合には、病理医が術中迅速診断を行ったり、外科医が直接部屋を訪れて、病理医と相談の上、外科的に追加切除標本が出されたりします。

物理的な距離が近く、外科医と病理医が直接顔を合わせてディスカッションをしやすいのは良いと思えました。日本でも病理を視る外科医はだんだん減ってきているので、病理医との連携はますます大事になってくると思います。また、迅速診断を行うための標本作製や、永久標本を作製する過程も見学し、実際に顕鏡して診断をするところも見ることができました。Dr. Sahin は実際に顕鏡しながら、乳がんの病理についての講義もしてくださり、とても貴重な経験になりました。

● Radiation Oncology

Dr.Liao の案内で放射線腫瘍科におけるチーム医療も見学しました。MDA の放射線治療部は、35台のリニアックがあり、1日600人が治療を受けているという、めまいがしそうな規模の大きさです。まず患者さんに放射線治療が必要とされた場合、まず外来の看護師に依頼がきます。この時点で、病理結果、CT、PET が必要です。その後医師の診察によって治療可能と判断されると、まず看護師による患者教育が行われます。CT の場所、治療の場所から始まり、放射線治療とはどのようなものか、どのような副作用が起こりうるかというような情報を、パンフレットなどを使って患者さんに説明し、同意書もとっています。その後 Planning CT が取られ、医師が照射の範囲を決定します。Dosimetrist(線量士)が正常臓器に許容以上の放射線がかからないよう、照射の方向と線量を計算し、治療計画を作成します。Physicist(物理士)が実際の現場でその治療が可能かどうかをチェックし、計画ができあがったところでカンファレンスにかけられ、承認を得ます。実際に治療を行っているのは Radiotherapist とよばれる技師で、彼らの仕事についての講義を別日に聞くことができました。

ここには92人のtherapistがおり、ここでも Multidisciplinary treatment approach が教育されています。治療の期間中、患者さんは週に1回しか医師や看護師の診察を受けません。Therapist は毎日患者さんに会うことになるので、変化があれば看護師に報告するなどのコミュニケーションをとるよう指導されています。普段からプロトコールについても知らなければならず、看護師とのコミュニケ

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 15

ーションは重要だと強調されていました。また、therapist 自身も身体的、精神的な側面から患者さんおよび家族を診られるよう、血小板の少ない患者さんは出血しやすいなどの病態生理、急変時の対応や、さらには倫理的な側面に関しても教育がなされています。Therapist のレベルでもリサーチが行われており積極的に学会発表や論文作成も行われているとのことでした。この話をしてくれた人は、我々は医師ではないが、自分の仕事によって患者さんの治療の一助になっているという良い気持ちがあり、患者さんからモチベーションをもらって仕事をしている、と言っていました。同様の意識をこの病院の随所で感じることができ、job satisfaction という点では非常な成功を収めているのではないかと思います。

治療の過程で皮膚炎などの副作用はよくみられます。その程度を評価し、外用薬などを用いて治療するのは看護師の役割になっていました。

● Infusion Therapy

この部門は中心静脈ラインを管理する部門で、中心静脈および PIC (Peripheral inserted central line) ライン挿入、ポート挿入、ライン刺入部の包交の指導、感染の管理などを行っています。医師は一人だけで、あとの業務は APN と RN が中心になって行っていました。自分たちが行ったりリサーチの結果をもとに、身長から適正なカテーテルの長さを出す表を使用しており、また、各種の学会で行った発表のポスターが廊下の壁にずらりと貼ってあり、どこでもリサーチの成果を見ることができます。

APN が、エコーガイド下に静脈ラインを入れるのを見学しました。準備はすべて RN が行き、APN は患者さんに会うと、そこで IC を取ってサインをもらっていました。大概はミダゾラムを使用して鎮静して行っており、たしか心電図などのモニターはつけていなかったように思います。太い血管があったので、難なく入り、最後の固定は RN が行っていました。

ポートは透視下で入れるので、別の場所で医師が行っているとのことでした。

患者さんは自宅に帰ってからもカテーテルの管理を自分でしなければなりません。刺入部の包交や、カテーテルのフラッシュの方法を、ビデオや、実技を通して指導しています。どれくらい理解しているかが評価され、理解していないと判断されるともう一度最初から指導しなおし、ということもあるようです。

病棟では通常のカテーテル刺入部の包交は病棟看護師が行っていますが、カテーテル感染が疑われる患者さんがいると、依頼があり、この部門の看護師が見に行きます。Site infection のプロトコルに沿って、培養提出、カテーテル挿入部位の消毒、包交、抗生剤投与を行っていました。大概の感染はこれでコントロールがつくそうですが、つかない場合には APN、医師と相談の上、当然抜去することもあるそうです。

この部門は医師よりも看護師が主導で動いていたことが印象的でした。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 16

● IRB meeting

Dr. Thelault が chair をやっている IRB meeting に出席しました。現在行われている臨床研究のプロトコルを倫理的、化学的側面から、特に副作用について review します。新しく行われる臨床研究のプロトコルの承認または否認の議決、プロトコルの見直しがされた場合、その承認が行われます。

このような IRB committee が 5 つあり、Dr. Theriault のグループは、第 1、3 水曜日の午後に開催されています。医師、看護師、薬剤師、宗教の人、統計学者、そして一般の人で構成されており、メンバーの半数+1 人以上の出席が求められます。臨床研究はすべて Journal of American Medical Association の Ethical code に合っていなければいけません。

臨床研究はまず各科で承認されたのち、Clinical research committee の承認を経て、やっと IRB に挙げられます。実際の meeting では、5cm ほどありそうな分厚い資料が手渡され、私たちには理解不能なスピードでプロトコルのプレゼンテーションが行われ、投票によって承認がなされていきます。疑問点があればディスカッションがなされますが、全体として非常に落ち着いた雰囲気の中で穏やかに進んでいきました。

通常の見学ではここまではなかなか入れてもらえないと思います。貴重な体験でした。

● リーダーシップ

リーダーシップについての Janis の講義は計 3 回ありました。初日は、リーダーシップとは、という基本的な問いから始まり、Myers-Briggs の Type を使った自分自身の分析や、Mentor- Mentee の関係などについての話がありました。P と J がちょうど 3 人ずついたのですが、それぞれに分かれて旅行の計画をつくりなさい、という課題では、本当に対照的な結果が出されて興味深かったです。自分としては、まじめな、つまらない(?) 自分、というのを改めて認識して、少々落ち込みましたが、大事なことは、自分自身を知り、よい部分を伸ばし、短所は自覚した上でカバーするという方向に持っていくことが大事なのだと慰めています。

2 回目の講義では Active listening を実際に行ってみて、その難しさを実感したのと、Emotional intelligence を用いて周りとの関係を築くことが、チームワークを作るためにかに大事か、というような話を聞きました。実際には途中から、Janis がどうしてこのようなキャリアに行き着いたかという話をしてくれたのですが、その中でも人々に参加させて何かに従事させるには、"participative management"が必要である、という話があり、それがとても興味深く、示唆に富んでおり、貴重な話が聞けたと思っています。

2 回目の後半には、実際に MDA のリーダーシップコースで行われている、Self development のためのゴールを決める、という作業を行い、ここでの経験を日本にどのように伝えたらよいか、などを頭をフル回転させながら考えました。3 回目の講義は、寝不足で迎えたケースプレゼンテーションの後に行われました。このころにはだいぶ自分のミッションやビジョンについて揉まれた後だったの

(つづき)

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 17

で、日本に帰ってから何が壁になるか、どのようにしてそれを乗り越えたらよいか、周囲に影響を与える人間になるために、何が必要か、などの質問に対して、かなりリアルに考えることができたと思います。

● Meeting with Dr. Ueno

上野先生と週1回、お話する機会を持っていただきました。この時間は今回の研修のなかでも、非常に重要な位置を占めていたと思います。分厚い言語の壁のむこうから得られた曖昧な情報を、背景も含めて日本語で説明して下さっただけでなく、常に研修の目的を修正して頂きました。ご自身の哲学、ミッションとビジョンがこれほど多くの人々に影響を与えている、そのご本人のお話は、種々の話題にわたりとても興味深く、個人的にもかなり影響を受けました。

● プレゼンテーション

研修の最終日に、症例報告を通して自分たちなりのチーム医療の形をプレゼンテーションするという課題がありました。私たちのチームは、私が乳腺外科だったために、乳腺チームとしての発表になりました。実際は看護師は血液内科系、薬剤師は消化器系だったので、わかりにくい部分もあり、苦勞をかけたのではないかと思います。

症例は、Dr. Morrowの患者さんで、もともとStage IVの乳がんでしたが、転移巣のコントロールがついたために外科治療を予定している人でした。経過中に化学療法のプロトコール選択に、合併症などがからんだ複雑な経過を持っており、プレゼンテーションにすると少々複雑すぎて、まとめづらかったと思っていますが、診断において、また、治療法変更において、医師、看護師、薬剤師それぞれの役割を取り入れることができ、まずまずの出来だったのではないかと思います。

プレゼンテーションのあと、メンターたちからコメントをいただきました。その中で、Dr. Sahinから、今回のプレゼンテーションでは、各職種が自分の役割におけるリーダーシップをとるように発表していたが、本来はすべての局面で、全員がリーダーシップをとるべきなのではないかという指摘を受けました。自分もプレゼンテーションを作りながら、なぜかしっくりこなかった理由を言い当てられたような気がして、今後のチームの作り方を考える上で重要なヒントを与えてもらいました。

Ⅲ 成果

Page. 18

今回のプログラムでは、昨年までと異なり 3 職種が一度に渡米してスタートすることになり、振り返ってみるとこれは大変に良かったと思います。これまでずっと他職種と一緒に仕事をしてきたのに、実際に彼らがどのような視点を持って医療提供にかかわっていたのかをあまり深く知る機会はありませんでした。もしかしたら、医師同士でさえ、あまり意識したことがなかったかもしれません。お互いに感じたことを率直に話し合うことによって、これまでよりも他職種に対する理解が深まったと思います。コミュニケーションの大事さを、改めて実感しました。

実際のプログラムにおいては、臨床の現場を見ることはもちろん大変有意義なことでしたが、その現場を支えている MDA 全体としてのシステムを理解する上で、特に最初の週のレクチャーは大変興味深かったです。あの講義がなく、ただ臨床を見学するだけでは、この巨大なシステムの表面しか理解できなかったと思います。おそらく私たちが受けた講義ですらごく一部なのだと思いますが、たとえてみれば、車のエンジンの部分を垣間見ることができたような気がして、面白かったです。

すべての機会に感じたことですが、見学者である我々に対して医師、コメディカルたち、さらには患者さんも、非常に好意的に接してくれました。横柄な態度や、めんどくさそうなそぶりは見受けられません。また、仕事内容についての質問には明確な返答が返ってくるが多く、常になぜこれを行っているか、という理解をもって業務を行っていると思われました。

また、自分たちの仕事内容を人に説明することがうまく、マネージャークラスになると組織についてのプレゼンテーションまで何なくこなしているのを見ると、このおかげで教育も成り立っているのではないかと感じられました。その背景には、それぞれの明確な Mission と Vision があり、さらに各々がリーダーシップをとって仕事を推進しているためであると思いました。

さまざまなレベルにおいて、「教育」が非常に重要視されており、力が注がれていました。日本の医療者のレベルは決して MDA に劣ってはいないと思うので、ミッションとビジョンを明確にした教育できれば、日本の現在の医療をもっとよいものにできると、確信しています。

患者さんの教育も含めて、どのような教育をしたらよいのか、または教育の仕方、などについてはまだ学ぶ点があるのではと思いました。

リーダーシップ論は、今回の研修でも特に力が入れられていた部分だと、Dr. Ueno もおっしゃっていました。リーダーシップとは、という問いに対して、初めの頃は強いワンマンタイプのリーダーをイメージしていたのですが、リーダーシップはポジションではなく、心構えであること、さまざまなレベル、または形のリーダーシップがあること、などがわかりました。まだ抽象的ですが、自分のミッションとビジョンをはっきり持ち、それを周囲の人たちにも理解してもらい、常にコミュニケーションをとりつつ周囲を励ますことにより、おしつけがましくない影響(インパクト)を与えることができるリーダーが、自分の理想なのかな、と考えています。あまりに壮大すぎて、一朝一夕にできるものではないので、まずは Emotional intelligence を鍛えることから始めるくらいかなと、のんびり考えています。

(つづき)

Ⅲ 成果

Page. 19

また、自分自身がかなりネガティブな思考の持ち主だということがわかったので、もう少し前向きに物事に取り組む気持ちを持つように心がけようと思いました。まだ帰国してからひと月もたっていませんが、物事を前向きにとらえることにより、今のところ普段感じるストレスが少し減ったような気がします。(気のせいかもしれませんが。)

IV 今後の課題

Page. 20

アメリカでは、専門医になるためにはプライマリーケアができることが前提になっており、日本とアメリカの医療教育の差が存在するという指摘を受けました。医師になってからの医療教育にも、かなりの差があることを実感しました。それでも日本の医療水準はかなり高く保たれていると思います。これは、日本人が勤勉で、ほぼ単一民族からなっていることも関係しているのではないかと思います。アメリカは特に多民族国家であり、共通のコンセンサスが自然発生しにくい環境にあり、それゆえにマニュアルが多いという話を聞きました。その点日本では、あうんの呼吸や、行間(最近では空気)をよむことができ当然と考えられているところがあります。そこが日本の良いところだと思いますし、日本にあったチーム医療を考える上では非常に大事だと思いますが、逆にそれが障害になって、明確なメッセージの発信や、わかりやすい教育につながりにくいという点にもなっているのではないかと思います。

また、最終日に発表した課題を作る過程で感じたことは、それぞれの職種が持っているチーム医療のイメージにはまだギャップが存在しているのでは、ということです。今回の見学中も、同じものを見ても各職種によって感じ方やとらえ方が異なっていることがありました。それぞれ異なる施設から来ていることも一因かもしれませんが、今後の課題としては、各職種間の持っているビジョンのギャップを埋める努力が必要なのかもしれません。普段から、相手の意見を尊重して聞く、コミュニケーションを図る、お互いを教育しあうことができるような努力をしていきたいと思っています。

そして、医療者の間だけではなく、患者さんや、医療をとりまく社会にも、チーム医療に対する理解を深めてもらえるような活動をしてゆくことが、自分の今後のミッションだと思っています。今回得た貴重な経験を、どのようにしたらよいインパクトを持って人に伝えられるかを、現在模索中です。

また、EBMを推進するためには、まず自分がEBMをよく勉強しなければならないと強く感じました。今回同行した国立がんセンターのチームからは、臨床試験について自分の知らなかった知識をいろいろと教えてもらうことができ、自分の無知にも気づきました。まだまだ先は遠いと思いますが、自分も小さなことからでもリサーチクエスチョンを起こして、研究し、エビデンスを作るという過程を実践したいと思いました。そのために必要な知識の吸収や、実践する行動力をつけることが今後の課題です。

最終的には、将来を担う若い世代に人たちに、さらに発展した形のミッションとビジョンを実現してもらうための手助けができるようなメンターに、自分自身になることを、自分のビジョンとしました。自分でも立派すぎるとしていますが、まずは、夢は大きく、というところです。

最後に、今回の研修にあたり、6週間にわたり合宿のような生活をし、プレゼンテーション作成で少々つらい時間も一緒に過ごした大里さん、北山さん、高島先生、橋本さん、佐藤さん、メンターになってくださったDr. Feig、滞在中のすべての面でお世話になったAngie、プログラムの総監督者である上野先生、関わって下さったすべてのメンター、医師、コメディカルの方々と、今回のプログラムをサポートして下さった各関係のすべての方々に、この場をお借りして感謝の意を表したいと思います。ありがとうございました。