

平成 25 年 6 月 28 日

平成 25 年度オンコロジー教育推進プロジェクト

研 修 報 告 書

研 修 課 題

MD Anderson Cancer Center Japanese Medical Exchange Program

JME Program 2013

所属機関・職 済生会兵庫県病院 ・ 薬剤師

研修者氏名 下雅意 彩

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

多職種連携チームを創り、その一員としてエビデンスに基づいた最適な支持療法を実践し地域に繋げるにより、入院から在宅までどの段階でも切れ目ない薬学管理を提供します。

(英語)

I will provide seamless pharmaceutical management for all cancer patients on every stage from hospital to community setting by practicing optimal evidence-based supportive care as a part of the multidisciplinary team and connecting it to the region.

●Vision:

(日本語)

すべてのがん患者に対して、がんの痛みや化学療法に関する苦痛から解放し地域全体で支える最適な薬学的管理を提供する。

(英語)

I will relieve all cancer patients of their suffering related to cancer pain and chemotherapy by providing optimal pharmaceutical care wherever he/she lives in the community.

I 目的・方法

Page. 1

【目的】

- 1) MD アンダーソンがんセンター（以下 MDACC）でのがん治療の現場において、チーム医療の実践ならびに各専門医と看護師、薬剤師に期待される役割を学習・習得する。
- 2) 日米の医療環境や医学教育の差違を認識し、その上で日本の医療に適応しうる実践的なノウハウを習得する。
- 3) 上記の学習を通じて、日本のがん専門スタッフ、リーダーの育成に寄与する。

【方法】

●2012年11月2-4日に開催された The 1st. TeamOncology Leadership Academy の中から選抜された医師、看護師、薬剤師の各2名、計6名がプログラムに参加。

医師；ノル シャズリナ ビンティ スライマン（神戸大学医学部附属病院）

医師；小島 康幸（聖マリアンナ医科大学）

看護師；大内 紗也子（京都大学医学部附属病院）

看護師；苅谷 三月（岐阜大学医学部附属病院）

薬剤師；宮道 二葉（北里大学病院）

薬剤師；下雅意 彩（済生会兵庫県病院）

●MDACCで医師、看護師、薬剤師の観点から実際の医療現場で行われている多職種協働体系を見学および講義から学ぶ

●チーム医療におけるリーダーシップスキルを学ぶ

●コアバリューに基づいた自身のキャリア開発を考える

●参加各職種1名からなるチームで、チーム医療・リーダーシップ・キャリア開発メントに関わるプレゼンテーションを行う

II 内容・実施経過

Page. 2

【内容・実施経過】

■MDACC で医師、看護師、薬剤師の観点から臨床現場で行われている多職種協働体系を見学および講義から学ぶ

本研修のプログラムについて以下に詳細を示す。

<講義>

- ・オリエンテーション
- ・リーダーシップ
- ・キャリアデベロップメント
- ・看護師の役割
- ・薬剤師の役割
- ・病理学
- ・臨床統計学
- ・チャプレンシー
- ・Global Academic Program
- ・Inflammatory Breast Cancer Program

<見学>

- ・入院病棟（呼吸器/頭頸部、血液内科、造血幹細胞移植、第 I 相臨床試験、緩和ケア）
- ・外来（乳腺腫瘍内科/外科、消化器腫瘍内科/外科、外来化学療法点滴センターAmbulatory Treatment Center ; ATC、呼吸器/頭頸部、放射線治療、救急センター、サバイバーシップ）
- ・薬剤部（調剤室、抗がん剤ミキシング室、薬剤管理室、手術部サテライト薬局、DI サービス）
- ・看護部（皮膚排泄ケア；WOC、リンパ浮腫ケア）
- ・手術室（乳腺外科）
- ・病理室
- ・乳腺カンファレンス
- ・薬事委員会
- ・IRB（治験審査委員会）
- ・ヒューストンホスピス
- ・プロトンセンター
- ・Children's Art Project

(つづき)

II

Page. 3

チーム医療に関する見学・講義は本プログラムの半数以上を占めている。前半は主に各職種一人ずつ分かれて、マンツーマンで MDACC の医師、看護師、薬剤師につき実際のチームの中での各職種の役割を学んだ。後半は 3 職種同時に同じ臨床現場をみて、それぞれの観点からチーム内でディスカッションを行う機会を得た。特に印象に残ったことについて以下に記す。

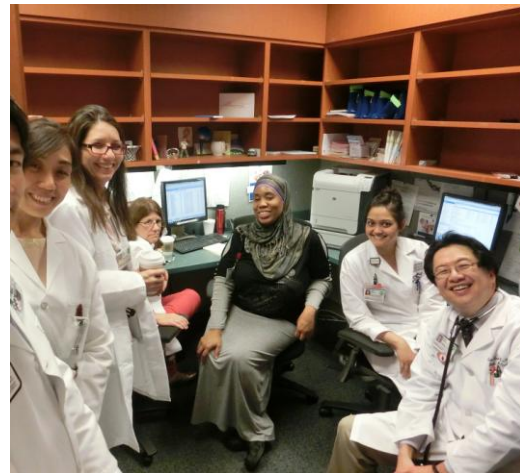
1) 各職種の役割を知る

・医師の役割

<乳腺腫瘍内科・外科/放射線治療科/消化器科>

MDACC における外来の診察スタイルに日本とは全く異なる体制をみた。日本では各医師の待機する診察室に患者が訪れるが、MDACC では医師が患者の待つ診察室に出向いていく。医師の診察前に看護師や薬剤師の診察があり、患者は一室に居ながらにして多職種スタッフとの関わりを持つことになる。医師の診断前に看護師や薬剤師により患者情報の収集とアセスメントが行われるため、医師はスタッフルームで各職種とディスカッションを行いながらこれらの情報を集約した上で診察室に赴く。あくまでも最終的な診断と治療方針決定に関する責任は医師が担っている。

私自身今まで自施設の外来診察に関わるものがなかったため、ここでの見学を通して医師、看護師の視点を知るとも貴重な経験となった。中でも上野先生の診察において、最も印象に残ったことが「患者の理解度確認」であった。化学療法施行に関して、患者自身が抗がん剤の名前を言えるか、現在何コース目か、もしくはもうすでに全コース終了しているのか、放射線治療はどこまで進んでいるのか等、導入時に一度説明したら周知のこととして流れていくのではなく、毎回診察時に



必ず質問されるとのことであった。その際、患者が自分の治療について理解できていないと判断されると、化学療法を中断して主治医のところに戻され、再度自分の治療について理解することが求められる。真の意味で十分な説明の上で得られた同意 “Informed consent” が重視されていると感じられた。がんの治療において医療従事者と患者の関係は、いわばパートナーであると言われた上野先生の表現がとても印象的だった。

(つづき)

II

Page. 4

・看護師の役割

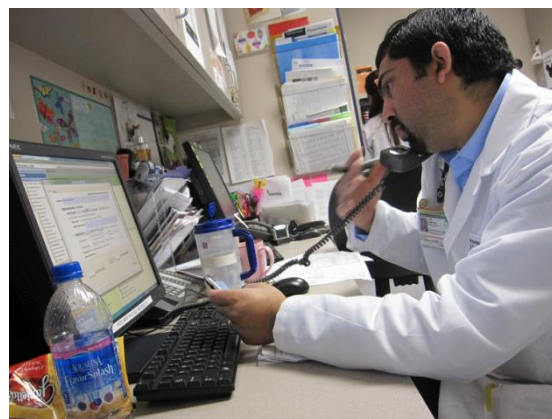
アメリカにおける看護師は上級看護師 (Advanced Practice Nurse; APN) と看護師 (Registered Nurse ; RN) が存在する。APN とは NP (Nurse Practitioner) と CNS (Clinical Nurse Specialist) など修士課程を卒業した有資格者である。APN は医師と同じように治療薬や検査のオーダーを行う権限を持っている。また RN は日本における看護師と同様の役割を担っている。すなわち、受け持ち患者の教育やケアを行い、患者の日々の変化を他職種と共有する。さらには、近年 CNL (Clinical Nurse Leader) と呼ばれる職種ができ、病棟での業務改善に向けて看護ケアのアウトカムを示すサポート役を担っていた。また MDACC では多くの臨床試験が行われていることから、Research Nurse も数多く存在する。RN は最低2年間の臨床経験を積むことで Research Nurse になれる。プロトコルを熟知し医師をサポートする役目として病棟、外来でも Key Person となっていたのが印象的だった。他に、サバイバーシップ外来の運営や WOC (創傷(wound)・ストーマ(ostomy)・失禁(contenance)) やリンパ浮腫に関わる専門看護師など多様な役割を担う看護師の存在を知る大変貴重な機会となった。

・薬剤師の役割

薬剤部の従事者は総勢約 500 人。そのうち Clinical Pharmacist が約 70 人、Staff Pharmacist が約 250 人、テクニシャンが 200 人弱いる。アメリカの薬学課程は6年間で、修了後 PharmD と呼ばれる学位が付与される。その後2年間のレジデンシープログラムに進むと、より専門性を高める経験を積むことができる。MDACC にはがん専門薬剤師が約 60 人、がん以外にも ICU、TPN、循環器、救急専門等の薬剤師が従事している。また緩和ケア専門薬剤師が2人おり、サポートケアチームに所属している。病棟または外来で働く Clinical Pharmacist は皆レジデンシープログラムを修了している。

<Clinical Pharmacist の役割>

薬の適正使用、持参薬の薬剤鑑別を行い、現在使用している薬剤リストを作成する。また、相互作用チェック、薬物動態、副作用管理、入院においては退院時の患者指導などを行い、薬学的管理および患者ケアを担っている。病棟もしくは外来配置があり、医師や看護師と気軽に患者に対するディスカッションする光景を度々目にした。見学時、患者の Clinical Problem として悪心・嘔吐および口内炎対策の必要性があり、薬剤師がリーダーシップをとり処方提案を行い、チームで相談後電子カルテ上の医師オーダーに対して薬剤師が素早く変更指示を入力し薬剤が決定された。



(つづき)

II

Page. 5

また、仕事の10-15%は薬剤師の仕事以外の役割も担っていた。アメリカは日本の医療保険制度と異なりすべての患者が保険に加入しているわけではない。選択する薬剤は時に高額な分子標的薬などの場合、医療費を支払えない患者が路頭に迷ってしまうのを防ぐために、保険会社と患者の間に立って仲介する役割も薬剤師が担う。実際どの保険会社からの支払いも得られなければ、その薬剤の使用を断念し、代替薬を検討する状況も想定される。国民皆保険が存在する日本では保険への関与は必要とされないが。

<Staff Pharmacist の役割>

Staff Pharmacist は PharmD を取得していてもレジデンシープログラムの経験はないため、Clinical Pharmacist とその役割を分けられていた。Staff Pharmacist の役割はここでは実際には病棟や外来で他職種と協働する場面は見られなかったが、化学療法オーダーの監査や、抗がん剤・TPN などの調製後ダブルチェック、DI 業務等を担っていた。



<テクニシヤンの役割>

テクニシヤンと呼ばれる職種が存在するのが日本の薬剤部の現状と最も異なる点といえる。調剤全般に注射薬の調製、病棟・サテライト薬局への薬品運搬から定数補充、輸液ポンプの管理などの役割を担う。調剤、監査、病棟業務をすべて担う日本の薬剤師状況と異なり、より細分化された薬剤部体系があった。このことはそれぞれの



の職種の役割が明確である分、特に Clinical Pharmacist に関して言えば患者ケアにより専念できる環境があり、非常に羨ましく感じられた。一方で細分化されるとそれぞれの連携が必要となるが、お互いの仕事を理解するための時間は必ずしも多く割かれていない現状も見聞きし、連携の難しさを知った。一日約 400 件の調製をこなす環境においては効率的な流れとなっていたが、無菌調製技術に関しては日本のようなガイドラインはなく、日本の方がきめ細やかな手順を確立していると感じた。

(つづき)

<p>II</p>	<p>Page. <u>6</u></p>
<p><薬剤師教育></p> <p>臨床薬剤師のレジデンシープログラムはその内容は各施設に委ねられている。ここ MDACC でも学生の受け入れを行っており、学生が希望する科を中心に1か月毎のローテーションプログラムが組まれている。Emergency Center (EC) 見学の際、ローテートしてきたばかりの学生のオリエンテーションに同席する機会を得た。初日に渡されていたプログラム概要には、EC ローテーションでの目的、MDACC での EC の位置づけや薬剤師の役割を理解する助けとなる情報や、実習の到達目標などの詳細が記されていた。到達目標の内容はエビデンスに基づいた治療設計や他職種とのコミュニケーションを評価する項目が多く盛り込まれていた。それぞれ細かく臨床における行動と結びつけられており、1か月後手にする臨床能力の大きさを容易に想像することができた。参考に自施設における6年制薬学生の実務実習プログラム、新人研修に活かしていきたいと思う。</p> <p>2) チームの協働体系を学ぶ (Multidisciplinary care team)</p> <p>・<u>多職種連携</u></p> <p>MDACC では、医師 (Physician/Oncologist/Surgeon)、看護師 (NP、CNL、RN)、薬剤師 (PharmD)、医師助手 (Physician Assistant ;PA)、フェロー、レジデント、リサーチナース、スケジューラー、ケースワーカー、ボランティアの方など様々な職種が患者を中心に治療を支えている。入院、外来ともに各部署にすべての職種が集まっているわけではなく、構成メンバーは少しずつ異なる。どの職種が関わるかはおそらくそれぞれの科の必要度により決まっているものと思われた。</p> <p>乳腺腫瘍内科外来でのチーム編成は腫瘍内科医、NP、RN、PharmD の各1名ずつであるが、乳腺外科では、外科医、PA が主で PharmD の存在はなかった。手術に際して理学的診断・検査オーダーと解釈、外科手術の補助などの責任を持つ PA の存在が大きいといえる。また、消化器科では非常に多くの化学療法がおこなわれている故に、PharmD が常駐し化学療法オーダー、導入時の説明などに大いに活躍していた。また消化器では栄養士の関わりがあるのも特徴的であると思われた。さらに、緩和ケア病棟/外来では PA ではなく NP や臨床心理士などがチームに参加しており、患者の痛みや気持ちの変化など汲み取りながら治療を進めていく上で看護力の必要性を物語っていた。臨床試験が多く行われている MDACC ではリサーチナースや、コーディネータが関わる場面も多くみられた。あらゆる言語や宗教に対応する通訳ボランティアやチャプレンが存在しているところは、多様な民族性のためと思われた。日本においては単一民族の観点からあまり多様性を考えることがない。しかしここでの見学において言語や考え方の異なる人々が集まる中では、相手を理解し、思い込みで接しないこと、お互いに繰り返し確認し合う姿勢が大切であることを学んだ。このことは、自分自身が今後異なる視点を持つ医療従事者や患者とのコミュニケーションにおいても非常に役立つ感覚を得られたのではないかと思う。</p>	

(つづき)

II

Page. 7

放射線腫瘍内科チームに関わるメンバーは、放射線腫瘍内科医、NP、看護師、医学物理士、線量測定士等。また Supportive Team として、Diet、Speech Pathology、Pulmonary、Cardiology、Pain Management、Integrative Medicine などの要素も関わっており、多職種連携が必須であることがうかがえた。そして、Team が介入するなかで Quality Assurance (QA) と呼ばれる、自分たちのやっていることの最終チェックをし、レビューを常に行い、より良い治療へ Feedback (FB) を重ねる姿勢がとても素晴らしいと感じた。外来では放射線腫瘍内科医、APN、RN、コーディネータを主軸に、必要あれば Patient Advocacy、Social Worker、Researcher が加わり一つのチームを成し、特に医師、APN、RN の連携が素晴らしかった。RN は来院した患者の体重測定・バイタル測定、問診票内容の確認などアセスメントをしっかり行い、医師のスムーズな診察に備える。また、APN も今の状況を患者にわかりやすく伝え、治療スケジュールの確認、禁煙や食事アドバイスなど注意喚起、さらに必要な薬のオーダーを出して医師にボタンタッチする。これにより、医師は患者と十分に時間をかけて向き合い、今後の治療方針を話し合う体制が整えられていた。そしてそれぞれの職種がお互いをよく理解し、信頼し合っているからこそチームが円滑に機能していることを強く感じられた見学であった。



・患者教育

チーム医療の意義を感じた中に、患者教育の充実があげられる。外来の中で説明内容が各職種でオーバーラップすることがあり、一見二度手間のようにも見えるが、それぞれ専門性により説明の力のいれどころが少しずつ異なっていた。すなわち様々な角度での念入りな説明がより患者の理解向上につながっているものと感じた。また、治療のゴールを患者に意識させる点での工夫がいたる所で凝らされていた。病棟において各部屋には大きなボードが設置されており、退院までの道のりと日々の成果を記しながら、常に患者と共に確認できることでモチベーションの維持につながっているものと感じられた。さらに、病院内の Learning Center ではたくさんの図書やパンフレットなど、患者の知りたいニーズに応える体制が整っていた。自主性の強いアメリカの国民性による点もあるかもしれないが、治療に対して患者から出る質問の多さや患者が希望を積極的に伝える姿勢をみて、患者力の強さを支える医療者側の体制を整えることが必要だと思われた。

(つづき)

II

Page. 8

・緩和医療

Houston Hospice は 1980 年に設立され、アメリカにあるホスピスの中で最も古い歴史を持つ。建物の中は、木の温もりに包まれた個室、図書館、チャペルがある他、付添いの家族が一時的に滞在できるようランドリーや喫茶室などの環境が整っている。また壁にはボランティアの方の手による大きなタペストリーがあちらこちらに飾ってあり、医療施設とは一線を画した趣きだった。ここに関わる職種は医師、看護師、チャプレン、ソーシャルワーカー、ボランティア、そしてグリーフケアを行う Bereavement Coordinator と呼ばれる方など多職種にわたり、ここにもチーム医療を感じることができた。提供するケアには 4 段階のレベルがあり、1. 在宅支援 2. 入院ケア 3. 救急時 4. 患者死後の家族ケアで、中でも大部分を占めるのが在宅支援である。輸血を除いて、TPN や抗がん剤治療など治療継続している場合にも受け入れ体制がある点は日本の Hospice での受け入れ状況と異なる点と感じた。テキサス州では余命 6 か月と診断されるとがんでなくとも Hospice 対象となり、ここでは 250 名を超える患者を受け入れていた。Medicare を持つ患者は 100%カバーされるが、他の保険会社では一部負担になる場合も多く、Houston Hospice は非営利組織で必ずしも資金が潤沢ではないため、その運営に興味を湧いた。すなわちその分患者からの寄付を多く受けられるよう信頼あるケアプログラムであることの評価が重要視されていた。これはホスピスに限らず、自分の行っている介入の評価の大切さを実感させられた。見学途中 Hospice に入院されている患者さんのご家族と話す機会を持つことができ、この環境に感謝していることをこみ上げる涙を抑えながら語ってくださったことから、ケアは患者だけでなく家族も必要としていることを改めて考えさせられた。グリーフケアはボランティアの方や LPS と呼ばれる専門の資格を持つ方により患者の死後 13 か月のフォローがされていた。亡くなられてすぐにメールでコンタクトをとり、2 週間後には電話フォロー、その後 3 か月毎に家族の悲しみを支援する体制がとても行き届いている。アメリカのボランティア精神はとても外向きで、より快適な環境になるよう多くの方の支援がそこにあった。また、日本におけるホスピス施設の数が不足しており、終末期医療の患者満足はまだまだ不十分であると感じる。鮮やかな緑が美しい広大な庭が広がっていて、歩くだけで自然と心も体も癒され、



(つづき)

II

Page. 9

今までの人生を振り返る大切な時間を優しくサポートする空間は日本にももっとあって欲しい。



3) チーム医療におけるリーダーシップスキルを学ぶ
Janis から提示されたリーダーのあり方を以下に示す。

- ① Model the way
- ② Inspire a shared vision
- ③ Challenging the process
- ④ Enable others to Act
- ⑤ Encourage the Heart

また、**Conflict Management** が非常に重要であることを学んだ。それには徹底的な **Active listening** の姿勢が欠かせない。スキルとして学んだことを以下に示す。

- ① まずは相手の話をとことん聴くこと。自分の話をするのは最後の最後。
- ② 相手を理解する関わり。(※うなずくのは同意を意味するため、真に同意しているのでなければ、話を聞くときにうなずく行為は危険)
- ③ 相手が理解できないと感じる前に、相手を理解するための質問ができていないかをまず考える。
- ④ 具体性を求める質問としての **Feedback** を行うこと。全体の半分以上は **Positive Feedback** でいいが、**Negative Feedback** も大切である。この場合建設的に代替案を示すことが必要である。
- ⑤ **Conflict** を解決しようと思う必要はない。**Conflict** があることを知ろうとすることが大事。

Ⅲ 成果

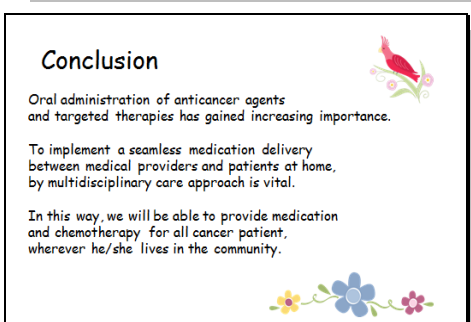
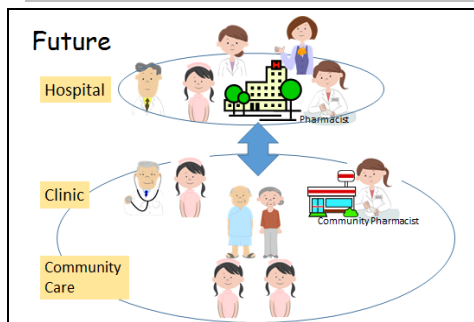
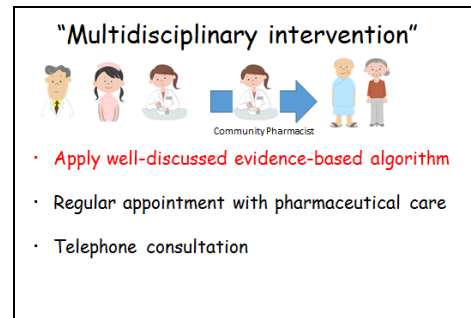
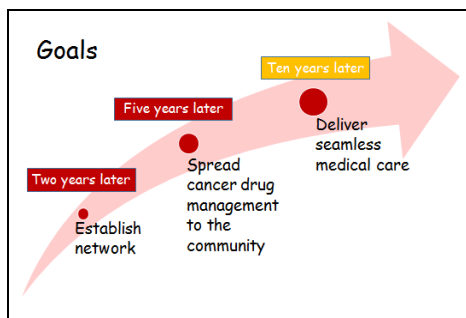
Page. 10

■Final Presentation

- ・ Team A メンバー ; ノルシャズリナ、大内、宮道
- ・ Team B メンバー ; 小島、荻谷、下雅意

本プレゼンテーションへの取り組みは、上野先生が率いる IBC program における Department を越えたチームビルディングのエッセンス、および本研修全体を通して学んだチーム医療・リーダーシップ・キャリア開発の考えをまとめて創り上げた。

Team B は「患者がどこに居ても質の高い医療を受けられるよう、多職種連携をもってシームレスな医療の提供を実現する」ことを Shared Vision とした。日本では 2020 年に高齢化率約 30%となる少子高齢化社会が到来する。国の財政が逼迫することから持続可能な社会保障制度の再構築が社会背景にあり、医療においては在宅医療の取り組みを強化し、地域包括システムの中で役割を果たすことがビジョンとして掲げられている。そこで、がん化学療法治療中の患者を病院と地域でいかに結んでいくかを多職種の関わり、チーム形成と連携を通して考えた。



チーム形成においては各職種のリーダーシップを発揮する部分を考えていったが、時に自分の職種に関しては細かいことに目を向けすぎる傾向があり、全体像を失いかねない場面にも遭遇した。しかし、そこで各職種が Active listening に始まり、お互いの理解を深めるために相手に対する適切な質問を繰り返し、その上でお互いの意見を Assertive に言い合うことでゴールへ向けて一步一步創り上げていった過程を経験することができた。Conflict Management の難しさがあっても、コミュニケーションスキルを用いて、何度でも共通ビジョンを確認するために立ち返りながら、共に同じ方向を見ながら進めていく方法を学んだことは今後のプロジェクト作成に大きな自信となった。

(つづき)

Ⅲ

Page. 11

■薬剤師のリーダーシップ

アメリカの薬剤師にみた薬の適正使用支援など、薬に関することすべてを担っている点は日本の薬剤師が行っている内容と差異はないと感じた。しかしながら、MDACCの薬剤師のClinical Problemを見出し処方提案する姿や、他職種からの信頼の厚さ、臨床試験への参加をみて、臨床能力とエビデンス創出意識の高さを強く感じずにはいられなかった。それにはレジデンシープログラムなどのアメリカにおける臨床教育体制や、病棟や外来でリアルタイムに患者情報を把握し、すぐそばにいる他職種と話し合える十分な時間と場所が確保されている診療体制の違いが少なからず関係しているであろう。しかし、今のアメリカの体制がはじめから整っていたわけではない。過去の薬剤師が自らの職能を考え、チームの中でリーダーシップをとり徐々にその役割を拡張し体制を創ってきた歴史があったからこそと考える。日本においても、薬剤師は患者のためにすべての薬物療法における有効性・安全性向上に向けてリーダーシップを発揮することを常に考え、知識を備えることはもちろんのこと、他職種と円滑なコミュニケーションをとる力を蓄え、その役割を拡張していくことを再認識することができた。

■自身のキャリア開発

本研修を通してより具体的に自らのVision/Missionと向き合う機会を持たせていただいた。そして、Vision実現を可能にするために必要な手法を得ることができた。

Visionは自らの夢、Missionはその夢を実現するための生きる存在理由であり、具体的に次の行動をとることができるものであることと理解した。Missionには具体性が組み込まれているために、本当に自分がやりたいことでなければ前に進みにくい。本当にやりたいことかどうかはコミットできるものかを考えるとわかりやすい。Passion以上にコミットメントが重要であり、コミットするにはその為の行動を普段からしているかが問われる。すなわち過去を振り返り自分を知ることが最も大事である。自分を知るためのツールとして『Birkman method』を紹介いただいた。自分の行動傾向から強み/弱みを見出し、医療現場におけるチーム内のリーダーシップのとり方に十分活かせるものであることを実感した。また、自身の大切な信条となる3つのコアバリューをもとにCareerを考えたとき、Visionに向かう思いが増した。さらに、本研修のプレゼンテーションを通して、プログラムは実際に動かすことを想定したとき、作るだけでなく評価することが非常に重要であることを学んだ。このことは自分自身のMission/Vision達成に向けたGoal設定に関しても、上野先生から再三アドバイスいただいたことであるが、評価指標として質的(qualitative)向上よりも定量的(quantitative)向上となるものを持つことが重要であると気づけた。そして最終的に、期限をつけて今年中にやること、今やるべきことに落とし込んで短期的なGoal設定をすることができた。今後ひとつひとつのGoalを達成する喜びがVisionへと背中を押し続けてくれるものと思う。

IV 今後の課題

Page. 12

本研修において異国の地で出会った多くの方々にたくさんの刺激をいただきながら、自分の人生において大きな学びを得た。インターネットで様々な情報が取れるようになった現在でも、実地で感じ、知る喜びは別物である。今後この経験を生かして自施設でも薬剤師としての役割を確立し貢献していきたい。そのために自身が掲げた Mission/Vision をもとに、以下の点について短期的なゴールを設定した。

1. 薬剤師外来の立ち上げ

MDACCに行く以前より外来化学療法施行患者に対して点滴中に随時訪問を行い薬剤管理指導を行っていた。それに対して一部の医師から好評価を得て、医師の診察前に薬剤師が面談する機会を与えられた。現在主に非血液毒性を中心に有害事象の評価を薬剤師が行う取り組みを計画し、パイロットスタディを始めている。MDACCの外来で薬学的視点による介入が大きな信頼を得ていたように、リアルタイムな患者ケアを実現させるとともに、今後は介入効果の定量的評価を示していきたい。

2. 多職種チームにおける役割拡張

病棟薬剤業務加算が新設され、日本においても病棟に薬剤師が常駐する環境が推進されている。当院では未だマンパワー不足もあり常駐化に至っていないが、カンファレンスへの参加や1対1のコミュニケーションは頻繁に行っている。ただし、多職種が一同に会するメリットを学んだ今、チーム編成を行い、ディスカッションを重ねられる体制を実現させたい。たとえばがん化学療法治療において問題となる有害事象の一つである末梢神経障害は患者にとって QOL を低下させる。対処法が確立されていない有害事象のマネジメントにおいて薬剤師がチームの中でリーダーシップを発揮し、エビデンスに基づいたアルゴリズムの作成にどんどん関与していきたい。さらには上野先生の講義で学んだエビデンスがなければ自ら作成するという視点、今後誰に有害事象が起こりやすいのか、つまり生物学的特性を考える視点に立つことも念頭におきたい。

3. 地域連携

地域へのシームレスな医療提供を実現するために、まずは近隣薬局との連携を強化させたい。先に述べた多職種のコンセンサスを得て作成されたアルゴリズムは、院内だけでなく地域連携のツールにもなり得ると考える。また、自施設の化学療法レジメンに関する勉強会を薬局の先生方を招いて開催することで、薬剤師間のネットワークを構築していく。さらに、病院薬剤科から薬局へ患者情報の共有を行うための方法を確立していきたい。

(つづき)

IV

Page. 13

謝辞

本プログラムを創出し、5週間の素晴らしい経験の機会を与えてくださった上野先生、渡米前から心強いサポートをし続けてくださった Japan Team Oncology Program (J-TOP)事務局の笹木様、小川様をはじめスタッフの皆様、同じ薬剤師として幾度もディスカッションを重ね、励まし導いてくださった私の日米両 Mentor 並びに関わってくださった MDACC の多くの方々、一般社団法人オンコロジー教育推進プロジェクトの関係者の皆様方に心より御礼申し上げます。また、縁あって5週間というこのかけがえのない時を共に過ごした JME2013 の仲間たち、Shaz、KojiKoji、Mitsuki、Sayako、Futaba 本当にありがとうございました。これからもよろしくお願ひ致します。そして、マンパワー不足にも関わらず長期出張へ快く送り出してくださった済生会兵庫県病院 山北博一薬局長、この大きなチャレンジを共に喜び、いつも温かく見守ってくださった薬剤科の皆様に深く感謝いたします。

