

<様式3-別紙(A)>

平成 16 年 7 月 23 日

平成 16 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

Training Program 2004

所属機関・職 聖路加国際病院 看護師

研修者氏名 細川恵子 印

I 目的・方法

Page. 1

2004年5月17日から6月4日までの3週間、チーム医療を学ぶためアメリカテキサス州ヒューストンにある MD Anderson Cancer Center で研修を受けました。MD Anderson Cancer Center はがん専門病院で職員数約1万人、病床数480床、年間新患数約2万人弱、がん病院全米評価ランキング第1位の病院です。今回の目的は、①MD Anderson におけるがん治療の実際を学ぶ、②チーム医療における各専門医とコメディカルスタッフに期待される役割を学ぶ、ということでした。2003年9月に上総で行われた3日間の研修でチーム医療を学びましたが、実際にはイメージもつかず医師、看護師、薬剤師がどう職種をこえて一緒に働き学びあい、何を得ているのかわからない状態でした。

MD Anderson では Steering Committee のレクチャー、外来診察の見学、入院患者の回診、各職種の方のレクチャー、外来点滴センターの見学、Multi-disciplinary meeting、CRC meeting などを通して各職種の専門をいかし、協力しあい患者のために働いている姿を実際に見学し、各職種の役割を理解し、やっとなチーム医療とはどういうものかということがわかりました。また今私たちがこの日本の医療になぜチーム医療をとりいれようとしているのか、どうやってとりいれていけばいいのか考えさせられる研修でした。

3週間の研修の始まりは2日間にわたるオリエンテーションでした。職種を問わず入職者が集まっていますが医師、看護師、薬剤師だけでなく臨床工学士、施設科の方など病院に携わるすべての職種の入職者が集まっていました。オリエンテーションの内容にも「がんとは何か」、「外国人に接するときのマナーの違い」など MD Anderson ならではのと思われるものが盛り込まれていました。実際いろいろな部署を見学していかに外国からの患者が多いこと、また医療スタッフも外国人が多いことに驚き、差別などまったく感じないことに感心しました。病棟で働いていたスタッフナースが MD Anderson で実習を行い、いい病院だと思って入職したけれど実際にとっても働きやすいといっていました。研修を終えてその言葉を改めて実感しました。そしてスタッフ皆が患者のために、がんを治すために働いていることを実感しました。



《全体オリエンテーション》

II 内容・実施経過

Page. 2

外来診察の見学をし、はじめて医師、看護師、薬剤師がどうチームとして成り立っているのかということがわかりました。まずスタッフナースが問診をとり Fellow または APN が診察をし、Attending Physician に別室で報告、治療方針などを相談し、ともに患者の待つ診察室におもむき Attending が診察を行っていました。Fellow が勧めようとしている治療と Attending が勧めようとしている治療が異なったときがありました。別室で Fellow と Attending が相談しているときにはリサーチや文献で治療成果が証明されている、いないのディスカッションもありましたが最終的には Attending が Fellow の治療方針に賛成する形となり見学していた私たちはとても驚きました。日本ではまだまだ上下関係がきびしく研修医の意見などは頭から否定されることが多いことをみているので職種を超えるということと同時に他の医療者の意見も上下の関係ではなく良い悪いで正しく判断、尊重する大切さを感じました。またすべての治療が evidence based で行われており、患者への説明も evidence が加えられていました。医師のチャートニングはすべてディクテーションでおこなわれていましたが電子カルテに記載されるまでに2-3日かかるとのことでした。



《左から Fellow, Attending, PharmD》

同じく外来では新しく薬剤の投与がきまれば外来にでている専門薬剤師により薬の説明が行われ、治療が治験にあてはまればリサーチナースが呼ばれ患者に説明が行われていました。医師が診療し治療の話などをして薬剤師、看護師と話しあうということができるようを目の当たりにして、皆が医師と同等またはそれに近い知識を持っていると確信しました。

薬剤部の見学でまず驚いたのは、調剤がオートメーション化されており内服薬は機械が調剤しチェックのみを薬剤師が行っていることでした。360人の人々が薬剤部では働いており、約半分が薬剤師だということでした。抗がん剤の調剤もテクニシャンという職種の人が行っており、チェックのみを薬剤師が行っていました。抗がん剤の調剤室から調剤済みの薬剤を出す場合は薬剤師がチェックするときも病棟や外来点滴室に運ばれる時も、ジップロック付きのビニール袋にいれられバイオハザードマークがつけられていました。抗がん剤を調剤しているテクニシャンの健診など（抗がん剤に被爆をしているかなどの）はどうしているのか

とたずねたら特に被爆に関しては防御をしっかりしているため問題ないのでしていないとのことでした。ミキシングは安全キャビネットの中で、テクニシャンは帽子、マスク、靴カバー、ダブル手袋で行っていました。また薬剤師は感染コントロールの問題にも携わっているとのことでした。PharmD と呼ばれる専門薬剤師は患者教育やリサーチなどにも携わっており薬剤師としての専門知識をいかしてチームの一員となって活躍していました。PharmD は日本にはない職種ですが薬学部を卒業したあとに、臨床での経験、専門分野での臨床の経験が必要になっておりそこではじめてライセンスがもらえるとのことでした。外来点滴センターでは上級看護師とともに患者をラウンドし必要な薬があれば上級看護師にアドバイスしたり患者教育をしたりしていました。外来点滴センターは4つのユニットがあり、臨床試験をうけている人だけのユニット、椅子のみのユニット、骨髄移植後の輸液を行う患者のユニットなど特徴のあるものもありました。チャーターリングは電子カルテとペーパーとが入り混じっていましたがあまりやりにくそうな感じもありませんでした。また、入院中の患者も医師、上級看護師とともに回診していました。外来では昼食をサービスし、専門薬剤師によるホルモン剤の説明会も開かれており、医師や看護師が参加していました。教育のレベルによりそれぞれの専門知識をいかし業務が分担されていました。またそれぞれの人が自分の仕事に誇りをもって働いているのが印象的でした。

看護師もそれぞれの教育レベルによって役割が違っていました。日本のようにスタッフナースが雑用から上級看護師のような役割すべてをこなすのではなく上級看護師が多く雇われており、日本でいう研修医と同等もしくはそれ以上の役割を担っていました。病棟を見学したときにスタッフナースが「看護師本来の仕事ができる」といっていました。ベッドメイキングなどはナースエイドがやってくれており雑用をしなければならなかった時間がなくなったためもっとゆっくり患者の話が聞けるし、患者にかかわっていけるといっていました。また上級看護師が病棟にいってくれるため判断に困ったとき、患者の状態が急に変わったときでも相談できて安心だといっていました。上級看護師は医師、専門薬剤師とともに回診をしたり患者の状態をアセスメントしたりして治療決定にも携わっていました。外来点滴センターでは、上級看護師が患者を一人ずつ診察し、**physical assessment** を行い、状態をきき、教育などをしていました。たとえばここで **GVHD** の兆候がみられれば上級看護師の判断で皮膚生検も行われるのです。このように、上級看護師が患者のアセスメントをして、治療および患者教育を行うことにも対しても基本的には医師との信頼関係が築きあげられているからこそ成り立っているということです。その信頼関係を築きあげるにはやはりそれだけの教育背景があり医師と同等またはそれ以上の専門知識をもっていなければ同じ場で意見を言い合い話し合いをもつことは不可能と思われました。また専門知識を高め医師の分野、薬剤師の分野と重なりあうところがあるからこそ「看護とは何か？」という基本を常に保ち、またいつでも基本に忠実であることが大切であることが改めてわかりました。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 4

外来にはただ中心静脈の点滴を挿入する部署 (Infusion therapy department) がありました。点滴挿入後、患者やその家族は中心静脈のケアを自分たちでおこなうのですが医療者による指導もさることながら患者やその家族にその能力があること、指導に忠実に実行できることにおどろきました。医療者と同様に **sterile technique** を使ってガーゼ交換をしていました。とにかくできるだけすべてを外来で、そして患者、患者家族で行うということが基本でした。中心静脈のガーゼ交換は教えるすべての看護師が共通してまったく同じやり方で行っていること、これも基本に忠実で、まるで看護学校で習ったとおりのやり方でした。すべて統一されていることに驚かされました。患者教育をみて感じたことは患者や患者家族は医療行為を家で自分たちが行うということに怖れながらもそれを達成できる能力を持っている事、また医療者によってその能力がひきだせることに驚きました。例えば、乳房切除術が施行され、ドレーンが挿入されていても術当日に帰宅してケアは自宅でおこなっていて問題がないわけですからただただ驚くばかりです。Infusion therapy Department の看護師に「どうしても自分でガーゼ交換が出来ない人はいないのですか？」と聞いてみました。「いますよ。」との返事を聞いてなぜか少し安心してしまいました。そういう患者は外来通院でガーゼ交換をしてもらっているそうです。患者には日本もアメリカも共通する点があり面白く感じました。外来診察である1人の患者が親戚や友達がこれを飲むとガンにいいなどいってお茶やきのこをくれたりするのそのまま服用していいのかという疑問を医師に投げかけていました。日本でもまったく同じ場面をみることがあるので、ガンをどうにかして治したいという思いは万国共通なのだなど痛感しました。このような **alternative medicine** もイントラネットサイトにのっており患者が院内の学習センターで閲覧することもできるようになっていました。院内学習センターではいろいろな病気や治療についての本や医学生の教科書などもあり、病気や治療について調べる事ができます。

倫理委員会、治療研究など多岐にわたりいろいろな職種の人がメンバーとして加わっていました。倫理的問題に関しては日米の考え方に違いがあるのかと興味がありましたがレクチャーを聞いてあまり考え方に差はないことがわかりました。いつでも答えのない難問であり、また倫理委員会にも看護師ほか多職種のメンバーがおりいろいろな分野の見方を意見し、また話し合っているとのことでした。同じく **CRC** ミーティングでも多職種の人々が参加しそれぞれの専門的な見方を意見し討論しあい結論に達していました。いろいろなミーティングを見学させていただきましたが皆が互いの意見を尊重しあい話をすすめていてそれだけ信頼関係が築きあげられていることを感じました。

Steering Committee のレクチャー、各職種のレクチャーにてそれぞれの役割を学び、医師、看護師、薬剤師のみのチームではなく栄養士、ソーシャルワーカー、ボランティア他多彩な職種とかかわりあいチームとして存在していることを学びました。医師、看護師、薬剤

師をチームとすると、看護師や薬剤師は彼らの専門領域の知識を高めるためにどのような教育が必要かという説明も受けました。役割の説明を受けた上でいろいろな部署を見学したため、各部署でどういう人がどういう働きをしているのか分かりやすかったです。

Safety management も徹底していました。外来で治療を行う患者が果たして本当にその本人であるのかという根本的な問題も、病院にきて受付をしたときに毎回ネームバンドをはめてもらい解決しているとのことでした。治療をおこなう際には必ずそのネームバンドを確認して行っていました。また患者も自分の病院の ID 番号を憶えているとっていました。これはたずねられる機会が多いからとのことでしたが感心するばかりでした。患者を守るという意味では HIPAA という **regulation** もありこれも厳しく守られていました。

パスウェイやガイドライン、オーダーセットなどもイントラネットのサイトで参照できるようになっており新人の看護師などはこれをみれば治療が正しく行われているのかなど再確認できるようになっていました。また臨床試験のプロトコールも閲覧できるようになっていました。患者教育のガイドラインも項目ごとにわかれており皆が統一して教育を行うことができるようになっていました。薬剤、抗がん剤に関してはその薬ごとにガイドラインが作られており、効果や副作用、マネージメントの仕方など記載されていました。これらのパスウェイやガイドラインは医師、看護師、薬剤師などによって作成されています。

医師が治療選択に困った場合、**Multidisciplinary meeting** という場で話し合うことができます。ここでは外科、腫瘍内科、病理、放射線などの医師が集い、検査から診断までを主治医が説明し治療の意見を乞うというものです。これもまたそれぞれの分野の医師がそれぞれの見方を意見しアドバイスを得るというものです。日本のように変な確執がなくいろいろでくる意見を尊重し、患者のために一番いい治療を見出すのに皆必死でした。また珍しいケースなども発表され 検査から診断、治療などが話し合われます。みなそれぞれ意見を尊重しあい1つの目的に向かっていることが感じられました。また外来診療中でもとなりの部屋で診療している医師に意見を聞きにきている医師もいました。また遠方からの患者も多いため検査をホームドクターにおこなってもらったり、検査の結果や資料をもらってきたりという場面も多くみられました。ホームドクターまたは地域の医師に連絡が密にとれており患者の治療の妨げになるようなことはないようでした。



《Multidisciplinary meeting》

日本では主治医が治療方針の選択肢を主に決定し、患者と話し合い決定していくシステムになっていますが、一人の医師が治療を決定してしまえばそれは彼らにとって責任が重すぎ

るのではないか、という質問を受けました。アメリカでは訴訟の問題などを含めて難しい治療選択、倫理的問題が絡んでくる時などは必要に迫られている色々なエキスパートの意見を聞き、話し合わなくてはいけないそういう場が多いからこそチーム医療が一番いい手段であったのかもしれないと感じました。

いろいろな部署を見学しました。レクチャーをうけ、それぞれの職種の役割を学ぶことができました。また日本での役割との違いを目の当たりにしました。

看護師の役割の違いとしては、日本ではまだ事務的な役割や雑用も多く本来の看護師の役割を果たしていないような気がしました。たとえば、検査の予約をとったり、抗がん剤のミキシングをしたりといったこともやっており、患者教育や患者ケアに携わる時間が必然的に少なくなっています。また専門看護師の認定をもっているスタッフナースと同じ仕事をしているといった話も聞いたことがあります。MD アンダーソンでは専門分野を大いに活用していました。リサーチへのとりくみも積極的に行われており、パスウェイやガイドラインの作成にもかかわっていました。また上級看護師は医師の片腕として活躍していました。

薬剤師の役割の違いとしては、日本では調剤がメインの仕事であり患者とのかかわりがまだまだ少ないのが実際です。臨床薬剤師としての役割はまだ少数であるからです。また日本では教育のレベルで病態生理などは学んでいないのか、治療、病気、薬剤がつながって考えることができていないような気がします。一方 MD アンダーソンではパスウェイの構築、リサーチへのとりくみ、患者教育などが主なる役割でした。また病態生理も教育されており薬剤、治療、病気がつながって考えることができおり、医師や看護師と同等の立場で話し合い、意見を言うことができているようでした。

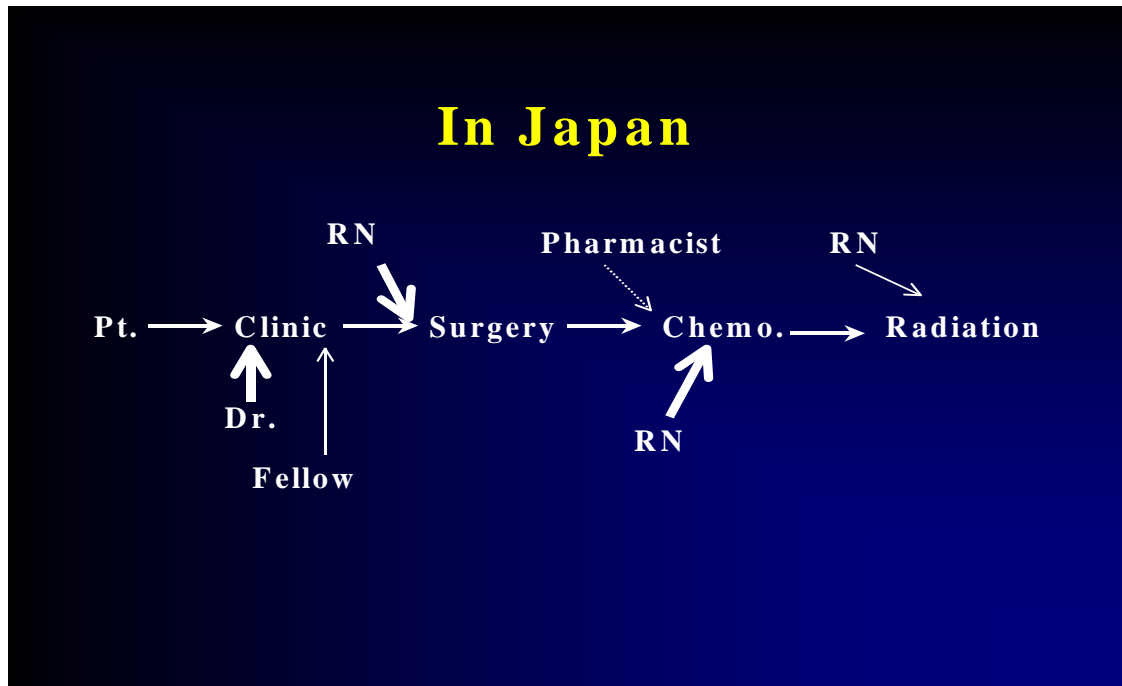
このように役割が発展していくためには必要性があることで変わっていけるのではないかと思います。法律が邪魔をして本来の役割が担えなかったとしても必要があれば長い時間がかかっても新しい役割にかかわっていけると思いました。

またチーム医療といっても2つの意味があることがわかりました。1つは医師、看護師、薬剤師、ほか栄養士、ソーシャルワーカーなど多職種で医療をおこなっていくことです。もう1つは、腫瘍内科医、外科医、放射線科医、病理医などいろいろな分野の医師が意見を交わしあい医療をおこなっていくことです。2つをあわせてチーム医療とするのかそれともどちらか1つなのか、また皆がこの2通りあるチーム医療を理解しているのか、また理解できるのか疑問に思うと同時にこれからのチーム医療の課題でもある気がします。

日本でこれらの看護師や薬剤師の役割に近づくことはできてもこのチーム医療をそのままとり入れるのは無理かもしれないと感じました。なぜなら文化の違いがあるからです。MD アンダーソンのようにいれかわりたかわり患者に何度も話を聞くのは患者を怒らせてしまう原因にもなりかねません。また自分の主治医以外の人に自分の病気の話をしたくないという患者もいます。アメリカのように会話を楽しむということもあまりないようです。何人もの医療者が1人の患者にかかっていると時間が長くかかってしまう可能性もあります。ただ何人もの医療者の目がおおっていくので事故の歯止めにはなっています。雇用に費用がかかるため医療費が上がってしまうなどの問題もありますが、アメリカでは何人もの医療者が患者を診ることで患者の満足度にもつながっています。このような文化の違いをのりこえて日本の医療はどのような方向にすすんでいくべきなのか考えてみました。

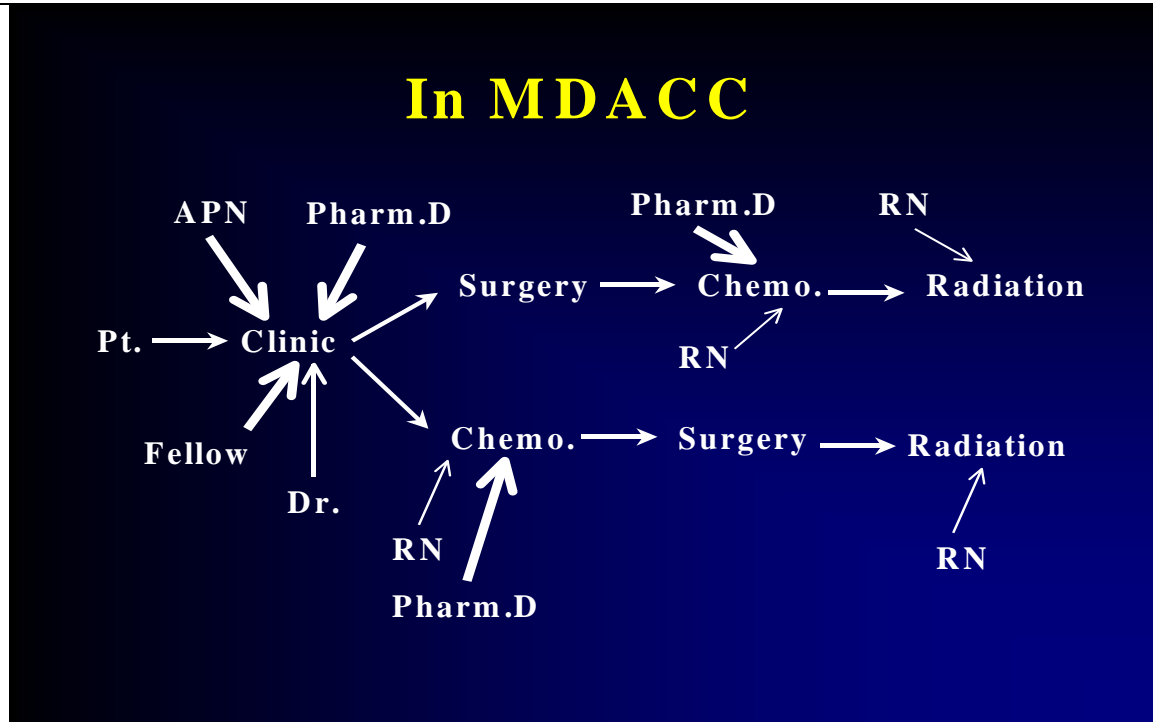
チーム医療をとり入れることによってどんなメリットがあるのでしょうか。まず医師の仕事量を減らす事ができます。各自の職種にて高い知識が必要とされます。またその知識や役割を尊重しあい、お互いに役立てることが出来ます。いろいろな職種の人々がかかわる事によって、安全性がたかめられます。各職種で協力し合いガイドラインやパスウェイを作成することによりスタンダードケア（標準治療）が可能となります。またデータ収集もしやすくなりリサーチへの貢献にもなります。

下の図をみてもわかるとおり現在の日本の外来診療では主なかかわりは医師のみというのがほとんどです。太い線はかかわりの深い職種をあらわしています。医師も主治医のかかわりのみの場合がほとんどです。治療が始まったり、手術がきまったりすれば看護師もかかわってきますが、薬剤師のかかわりはまだまだ少ないのが現状です。抗がん剤の副作用、マネージメントを教育するのは主に看護師の役目で臨床薬剤師はまだ数も少なくかかわりがほとんどありません。

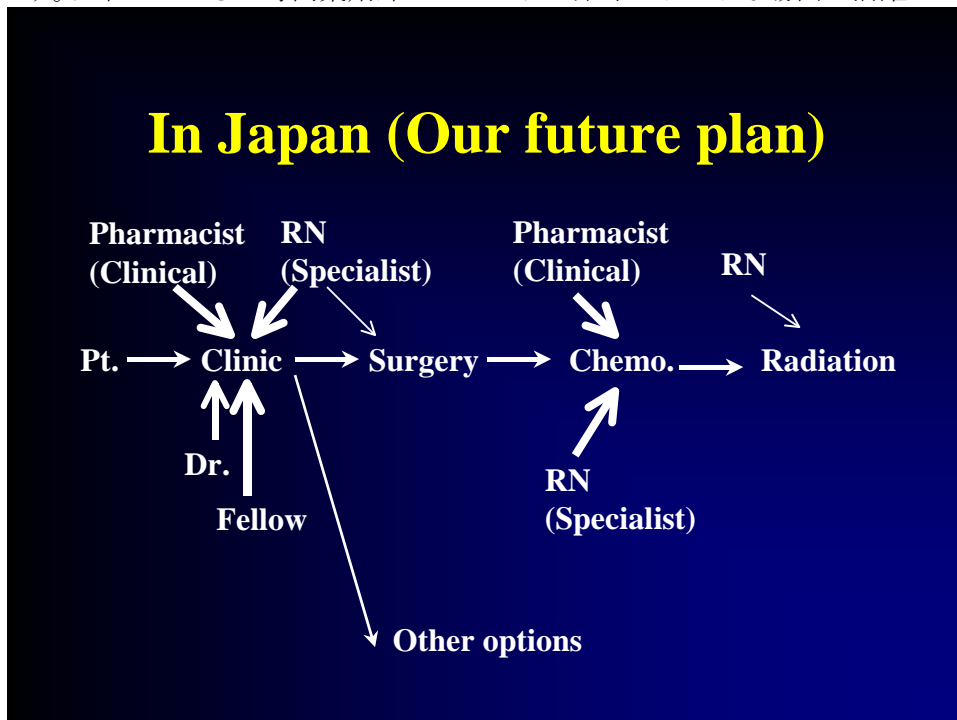


(つづき)

IV 今後の課題

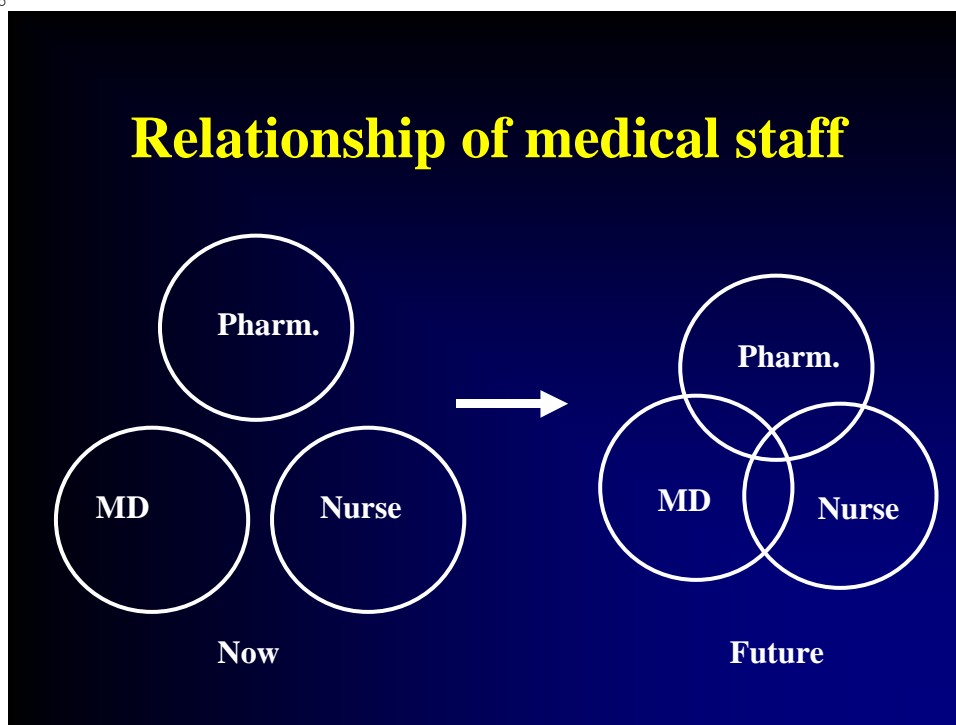


それにくらべて、MD Anderson では（上図）外来診察時にいろいろな職種の人がかかわっています。医師が1つの線でしかありませんが実際はいろいろな専門分野の医師がかかわっています。日本に比べると専門薬剤師のかかわりが深いいろいろな場面で活躍しています。



将来的には専門薬剤師がもっと外来診察時にかかわるようになればいいと思います。(前ページ図) 臨床専門薬剤師は抗がん剤の副作用について説明したり、副作用症状がでたときのマネージメントの教育にかかわったりすることもできます。また専門看護師や上級看護師も外来診察にかかわり医師の診察をスムーズにできるのではないかと思います。例えば問診をとったり必要な検査をオーダーしたりして、その後の検査データをもとに医師に診察をおこなってもらうことも可能であると思います。薬剤師も患者教育に携わりながら、看護師とともに抗がん剤のパフレットを作成し患者が家に帰って振り返る事が出来るようにすることができます。各職種が外来診察時に集合できることがまずは短期目標ではないかと思います。

現在日本の医療では医師、看護師、薬剤師の役割が重なっている事はありません。(下図) 時々かさなることはあってもそれは本当に少しです。この役割が重なることによりチームとして機能し、中心の全て重なったところが患者満足に値するところだと思います。将来的には私たちの役割が重なり、また重なりが大きくなることによって患者の満足度も増大するはずです。



この役割が重なるようになるにはもっと各職にて専門知識が要求されます。また知識を身につけることによって同じ場で話し合いが出来るようになります。この仕事はこのスタッフに頼む事が出来るなどといったこともそれは信頼関係からなりたっていくものですから、その信頼関係を築くためにも専門知識を身につけていくことが要求されます。役割が重なることによって自分の専門領域に踏み込まれたような違和感を最初は持ち続けることになるでしょう。「ここは自分の専門領域だから入ってほしくないけれど、こちらのほうはあなたに任せます。」「これは私たちの分野ではありません。」などの議論は何度も繰り返されないと役

割分担はうまくいかないはずですが。スタッフ間の教育もみなおされるべきだと思いますが、医学生、看護学生、薬剤師の学生たちの教育も見直されるべきだと思います。学生にはそれぞれの医療者の役割を教え、また各役割をふまえたうえでそれらを活用しチームとして医療をすすめていくことがなぜ大切なのかということも教育していくべきだと思います。最初からそういう教育をうけていれば実際の現場にはいってもチーム医療になじみやすいと思います。教育改革はチーム医療を行うにあたっての長期目標であると思います。今すぐチーム医療をはじめましょうとってはじめるものではないと思いますが、今の医療現場を変えていくよりも教育システムから変えていくことのほうがより早くチーム医療に近づけるのではないかと思います。

知識や専門性を高めていくことで役割分担を明確化していかなくてはなりません。またその役割をアピールすると同時に相手に十分理解してもらわなければなりません。各職種に専門性があることにより業務が分担化されますが、その分担業務がばらばらの医療行為になってしまうように、平行線の医療がおこなわれてしまわないようにするためにもチーム医療が必要であることが分かりました。



《今回研修に参加したメンバー6人》

今回 MD Anderson への研修に参加させていただき、ありがとうございました。