

Japan TeamOncology Program (J-TOP)

MD Anderson Cancer Center での研修体験記

①腫瘍内科医の立場からみた MD Anderson Cancer Center

(千葉大学医学部附属病院在外派遣研修事業報告書より抜粋・改訂)

この資料は、千葉大学医学部附属病院在外派遣研修事業として行われた研修を、Japan TeamOncology Program (J-TOP) の website 向けに改訂されたものです。

1. 研修先及び研修期間：

Department of Breast Medical Oncology, Division of Cancer Medicine,
The University of Texas MD Anderson Cancer Center,
Houston, Texas, USA



THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD Anderson
Cancer Center

平成 28 年 2 月 7 日～平成 28 年 2 月 13 日（7 日間）

2. 研修参加者および役割分担：

| 所属 | 職名 | 氏名 | 役割分担 |
|----------|------|--------|---------------|
| 乳腺・甲状腺外科 | 助教 | 青柳 智義 | 統括・手術療法担当 |
| 乳腺・甲状腺外科 | 助教 | 三階 貴史 | 医療システム担当 |
| 臨床腫瘍部 | 講師 | 岩澤 俊一郎 | 腫瘍内科部門担当 |
| 薬剤部 | 薬剤師 | 佐伯 宏美 | 化学療法治療担当 |
| 看護部 | 看護師長 | 奥 朋子 | 看護部門担当 |
| 看護部 | 看護師 | 齋藤 美和 | 臨床試験コーディネート担当 |

3. 研修実施報告：

① 腫瘍内科の立場からみた Department of Breast Medical Oncology の視察

MD Anderson Cancer Center (MDACC) の Department of Breast Medical Oncology を主として視察した【写真1】。



左: Department of Breast Medical Oncology の入る Cancer Prevention Building

右: Department of Breast Medical Oncology reception desk にて

【写真1】

同部署で教授をされておられる Dr. Naoto T. Ueno【図2】と、assistant professor の Dr. Bora Lim【図3】の実際の診療について視察をさせていただき、MDACC の診療体制などについて解説と意見をいただいた。日本出身の Dr. Ueno は、患者中心のチーム医療の普及に尽力されており、日本においても Japan TeamOncology Program (J-TOP) の設立者および指導者としてご活躍されている。



Naoto T. Ueno, M.D., Ph.D., F.A.C.P.

【写真 2】



Bora Lim, M.D.

【写真 3】

両医師ともに、炎症性乳がん (inflammatory breast cancer: IBC) の研究・治療に注力されており、IBC research program を主導されている。IBC は乳がん全体の数%を占めるのみの比較的稀なタイプの腫瘍であるが、3 日間の視察の間にも、7 名ほどの IBC の症例が MDACC での治療を求めて新患として訪れていることに、同部署のこれまでの業績と期待の表れを見て取ることができた。

研修者の当初の想定では、世界最高峰の MDACC での診療は主として治験や臨床試験を基本とするものであり、合併症を有するような症例、ある選ばれた症例が主な対象ではないかと勝手に判断していたのだが、実際には、IBC 以外のその他の乳がん症例についても一般診療を行っており、決して選ばれた条件における診療ではなく、複数の問題をかかえた多数の症例を診療しなければならないという状況にもあることを知った。

MDACC がテキサス州立大学の一部であり、公立病院としての役割を果たす必要があるためであり、実際に、臨床試験に参加されている症例の割合について、研修者はおよそ 10-20%ほどなので、もう少し研究に特化した診療も考慮したいとの意見を述べたところ、10-20%であれば Dr. Ueno の状況とそう変わりなく、一般的な医療機関に近い部分も大きいとのご意見をうかがった。MDACC での視察が千葉大学の診療において資するものも大きいと確信したひとつの要因であった。

診療の具体的な状況であるが、米国における腫瘍内科医の外来診療は通常、数人~多くとも 20 人ほどと考えていたが、Dr. Ueno は 1 日に 30 人近い症例の診察と治療方針の決定を行っており、日本の外来診療とそう変わらない状況のあることが意外であった。(Dr. Ueno によれば、多いほうだということではあるが。)

ただし、その診療のアプローチは大きく異なっている。以下に実際の診療のフローを示す。

①患者の vital sign check・検査が行われる

(検査は MDACC 以外の施設で行われることも多く、遠方の州などで実施されていることも多い。)

②患者が多数ある診察室に入る

③nurse（看護師）もしくは nurse practitioner（看護上級職）による問診や診察、簡単な検査結果説明があり、患者の状態が把握される

④チームが待つスタッフルーム（写真）で、nurse もしくは nurse practitioner により oncologist（腫瘍内科医）・pharmacist（薬剤師）に報告が行われ、チームで問題点や確認すべき事項を検討する。

⑤oncologist（状況により nurse や pharmacist も同席する）により患者の問診・診察・検査結果の説明があり、今後の治療方針について検討する。

⑥スタッフルームで、決定された方針に従って

oncologist は保険会社や地域の腫瘍内科医との連絡

nurse もしくは nurse practitioner は、検査オーダーや次回予約の調整

pharmacist は、抗がん薬治療のオーダー

などを、同じ場所で相談しながら設定してゆく。

といったものであった。



診察室に隣接するスタッフルーム

右から Dr. Ueno(腫瘍内科医), 看護師, 薬剤師, 薬学部学生, 上級職看護師

中央は研修者（乳腺甲状腺外科 三階医師）

【写真4】

もちろん、症例によって大きく異なる部分はあるが、①～⑥までにおよそ数時間を要するが、患者がひとりで待つ時間は意外と少なく、医療者と多数接する機会を持つことによって、多面的に状況把握ができるようになってきていることが、当院でも実践したいひとつの方法であると感じた。

【写真4】のように、それぞれが電子カルテ端末を見ながらの検討となるが、実際にはお互いの顔を見ながらコミュニケーションをとりながらの検討が行われ、腫瘍内科医・薬剤

師・看護師との間で積極的な意見交換が行われていた。Joke も少なくないが、険しい表情で上級看護師から腫瘍内科医に、修正すべき点を指摘する場面もあった。

多職種で関わるという点については、進行が早く、集学的治療が迅速に要求される IBC について、初診時から外科医・放射線科医・腫瘍内科医が同時に患者の診察・検討を行って治療方針を決定し、全員が一同に会して患者に今後の方針について説明を行い、同意を得るという課程を踏んでいた。患者の目前でも全ての職種からの説明があることによって、患者の主体性も生まれ、また、チーム態勢をより強く認識してもらうことによって信頼関係が構築されやすい環境が作られていた点は特筆すべき点であった。

当院においてもカンサーボードは開催されているが、腫瘍横断的な症例や合併症のある症例などが主な検討対象となっており、ある一定の領域においても（今回の場合は、乳がん）、多職種が一同に会して検討を行うことが必要であり、取り組むべき課題のひとつと考えた。

Department of Breast Medical Oncology 全体としてのカンファレンスについても参加した【写真5】。1時間ほどのカンファレンスは、新たな電子カルテシステムの運用について討議されたため、診療そのものに関する内容とは少々異なっていたが、数多くの腫瘍内科医と看護師、その他の職種が新しい電子カルテシステムについて苦悩している姿は、どの国でも同様であると感じた。



Department of Breast Medical Oncology 全体のカンファレンスの様子

【写真5】

ただし、大きな違いは腫瘍内科医よりも nurse・nurse practitioner が最も積極的に発言し、意見を表出していたことである。外来での診療でも同様であったように、nurse・nurse practitioner は最も患者に近いところで診療にあたっているという強い責任感と自負があり、それが表れていると感じた。

この電子カルテシステムは、Epic という米国最大の電子カルテシステムであるが、MDACC が数か月以内に全面移行するということがあった。この Epic system は、既に米

国民の50%以上について網羅しており、Epic system を利用する他の医療機関の情報がクラウド化によって共有されるという非常に有用なものであるが、英国の導入でトラブルが多発したということもあり、米国でも注目されている MDACC での移行で失敗が許されないという状況があるとのことであり、どの職員もその有用性は認識しているものの、非常にストレスを感じている様子はとても強く見て取れた。

腫瘍内科医として視察を通して感じたこととしては、Dr. Ueno とも Dr. Lim ともに、異なった様式ではあったものの、患者との接し方について明確なスタイルを持っており、それを基本に患者とのコミュニケーションを確保していることが印象深かった。診療する患者数や人的資源の違いにより、研修者の日常の診療と比べて患者と直接対話する時間は相当に異なるが、電子カルテ端末をみることなく、ほとんどの時間を患者との対話・診察に充てていることについてうらやましくも感じた。これは、検査のオーダー・解釈や次回予約の調整などを、他職種を信頼し、その責任の中で判断を委ねることによって真のチーム態勢を構築し、その役割分担を適切に行うことによって生まれるものであると考えられた。それは、患者に対して ”our team” “私たちが検討します” “私たちが治療します” と患者に伝える姿勢からもはっきりとうかがえ、たいへん重要な課題であると考えた。

一方で、腫瘍内科医として非常に専門化された診療をこなす中でも、患者を”client”として捉え、一人一人の患者について、かかりつけの腫瘍内科医（遠方から来院する患者も多く、MDACC で決定された方針に沿って、地元の腫瘍内科医のクリニックで検査・抗がん薬治療を受け、数か月毎の評価時期に MDACC を受診するといった方法も一般的に行われている。）との連絡・情報共有を自ら行い、治療の可否について保険会社と折衝し（米国の保険制度では、保険会社がどこまでの検査・治療をカバーしてくれるかは、状況によって変動する。）、有利な条件を引き出した時に大変に喜んでいる姿が極めて印象的であり、患者と腫瘍内科医との距離は日本よりもずっと近いのではないかと感じた。

個人的には、研修者は地域医療機関と直接に連絡して患者の訪問診療・転院の受け入れを依頼したりすることは多いほうだとは思うが、MDACC のような世界最高峰のがん診療機関でも、同様な地道な業務を、極めて specialized された腫瘍内科医が行っていることを知り、役割分担の重要性は認識しつつも、基本的な部分では、迅速に知識を共有できる医療者同士での直接のコミュニケーションの意義を再認識した点は意外であったかもしれない。