

Japan TeamOncology Program (J-TOP)

MD Anderson Cancer Center での研修体験記

②外科医の立場からみた MD Anderson Cancer Center

Department of Breast Medical Oncology

(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ター担当

3. 研修実施報告：

外科の立場からみた Department of Breast Medical Oncology の視察

私は初めの3日間は岩澤医師と共に Department of Breast Medical Oncology で研修し、4日目の半日は全員で MDACC の施設見学を行った。

研修へ行く前の MDACC のイメージと、研修の目的

- 一人の患者に関わる医療従事者の数は日本の倍以上で、圧倒的なマンパワーがある。
しかしその多数の医療者が間違いの無いようにコミュニケーションをとるのは容易ではないと想像できる。
 - 多職種の多数のメンバーからなるチーム内でコミュニケーションを円滑に行う為に我々が使っていないツール、あるいは何かコツの様な物を学ぶ。
- 職種による役割分担は厳密に決まっており、例えば薬剤の副作用や、化学療法を行う際の生活上の注意点などは薬剤師もしくは通院治療室の看護師が行っているのではないかと想像する。
 - 各職種の役割分担とその責任を果たす為のルールの実際を知る。
- 患者さんが一流の医師から一流の治療を受ける事を希望し、遠方から多数訪れている。その様な患者は乳癌という病態そのものや、その治療法に対する学習意欲が旺盛で、また理解力も高く、新しい治療法に対しても積極的であると想像できる。
 - 患者さんに対し、どのような体制で患者教育を行い、患者のニーズに答えているのか知る。

MDACC を視察して分かったこと

● チームの構成と役割分担

クリニックでは原則として 1 人の患者に Patient Services Coordinator/Scheduler (医療事務)、Nursing Assistant (看護補助)、Registered Nurse (看護師)、薬剤師、医師が対応する。医療事務、看護補助は医師 1 人に対し 1 人ずつ付く訳ではない。診察する患者数と、その医師の診療に対する effort の割合により、看護師が 2 名付いたり、逆に薬剤師は付かなかったりしていた。

Patient Services Coordinator/ Scheduler は、日本で言う所の医療事務さんに相当する職種であると思われるが、検査や他科受診、次回の診察等の予約がその仕事の一つである。以前私が勤務した事の有る、国内の病院でもその様な体制がとられていた事はあり、現在自分が行っている外来時間の半分（は大げさかもしれない）が PC に向かって各種予約の取得や変更に分かれている事を考えると、是非 Scheduler は当院 Breast Center にも導入すべき職種と考える。

Nursing Assistant が問診票（アレルギーの有無や内服薬リストを含む）の確認や、身長、体重、vital sign の測定を行っている。新患さんが診察室に入ってからお薬手帳を探し始めたり、それを持って来ていなかったりして内服薬の確認に時間を要する事は良くある。また自身の外来では治療目的に繰り返し来院している患者さんでも、診察室にお呼びしたものの、毎回お願いしている血圧や体重を測定しておらず、一旦診察室を出て血圧を測定してから戻って来てもらったり、診察室内で体重を測定してもらったりする事は多く、効率が悪い。当院には准看護師がいない中で、必ずしも同様の専門職が必要とは思わないが、以前は看護師が診察前に面談をし、患者さんのニーズや問題点をスクリーニングする中で、それらの確認も含め行ってきていたので、当院の Breast Center ではもう一度その体制に戻る事が望ましいと思われた。

職種による役割分担は確かに厳密に決められていた。一つの例を挙げると、オフィスの壁には右に示す様な Summary of responsibilities for role in the Breast Center という張り紙があり、そこには Registered Nurse、Medical Assistant、Nursing Assistant の果たすべき役割がそれぞれ書かれていた。この様な紙が貼ってあると言う事は、実は役割分担がともすると曖昧になる事を意味するのではないかと思う。さらに Registered Nurse の役割分担欄には “If no Medical Assistant then following responsibilities will be assumed by Registered Nurse” と書かれた項目があり、前にも書いた通り、チームの人数、職種にはチーム毎に多少の違いが有るため、役割分担は決

Registered Nurse	
Clinical	Administrative
Patients as described in flow chart of Care	<ul style="list-style-type: none">MyndandersonsVoicemailsChargingContact IsolationReview all patient forms and signATC cancellation list
Procedures during the clinic day	Future State: Initial chemotherapy follow-up initiation of chemo treatment
and submit	
If no Medical Assistant then the following responsibilities will be assumed by RN	
st daily list	
complete patient forms except FMLA and Disability	
perform close out process	
ent and provide educational material for assigned patients	
Medical Assistant	
list	<ul style="list-style-type: none">Turnover rooms and contact housekeneedsComplete all patient forms ie: return to Medicaid, fmla, etc.Answer voicemails related to patient frcompletionResponsible for printing educational rcopies, faxing, etc.
ll scheduled patients in the lobby, obtain	
s, weight, height if applicable	
age on door if applicable ie: name alert,	
isolation, fall precaution	
ect patient data on all patients approved per	
rt including ePNA	
close out and provide team sheets to each	

して硬直化しておらず、その場にいるスタッフが臨機応変に役割を分担している事がわかった。実際の所、抗癌剤の副作用について、チームに薬剤師が居る時には薬剤師が説明していたが、チームに薬剤師がいない時には看護師が副作用とその対策が書かれた資料をプリントアウトし、患者のもとへ説明に向かっていた。(加えていえば前出の役割分担表にはNursing Assistantがそれらの資料をmaintainすること、Medical Assistantがそれらの資料の印刷、コピーをすること、と書かれており、資料をプリントアウトするのは本来Registered Nurseの仕事ではない。)

- 医療者同士のコミュニケーション

青柳医師、岩澤医師が報告している通り、診察室とは別個のスタッフルームにおけるチームメンバー同士のface to faceによるコミュニケーションは最も誤解が少なく効率が良い事は明白であった。

驚いた事は、医師が他科、他部署、他院の医師とのやり取りに直接電話で話すだけでなく、PCのメールや携帯電話を用いたtextを頻用しており、スタッフルームに居る間は常にそれらをチェックしていた事である。どのような形でも、相手に伝えたい事があれば連絡をしたが良く、長文よりは短文で、頻回にやり取りする事がメールやテキストによるコミュニケーションの極意である様に見て取れたが、他科回しに際して紹介先から段取りが悪いと苦情のメールが届いているのを垣間見るにつけ、円滑なコミュニケーションはMDACCであっても普遍的な課題であることが実感された。

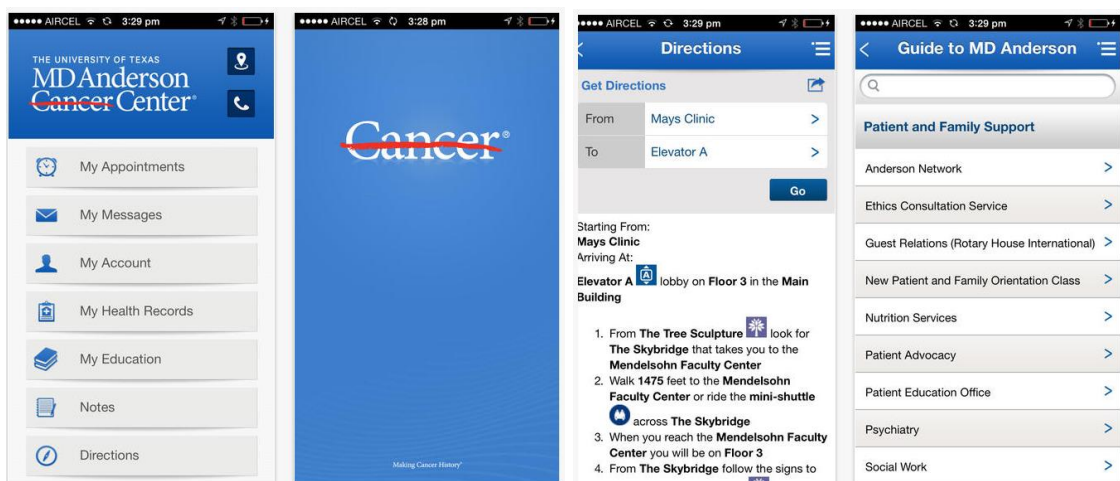
- 外来診療システム

診察は初診も再診も完全予約制であった。予約なしの受診は救急外来の受診と言う事になる。これは通常外来の忙しさを考えれば当然の事であり、効率的に、いつも均一な医療サービスの提供を行うには必須であると考えられた。予約は前出のschedulerが行うが、初診の患者は希望する医師の予約が希望の日程で取れないと分かれば別の先生の外来を予約する事に成る。高名なprofessorの予約はいつも一杯の様であった。

医師は自らの診療に対するeffortに応じて予約枠を設定しており、その数は一律ではない。また、同じeffortの割合であっても予約枠の数には個人差がある。少ないeffortの割合の中で多数の患者を診察すると、それらは人事評価に反映され、またチームのメンバー構成にも影響する様で、仕事をすれば、するほど、より仕事がしやすい環境が作られるシステムになっている様に思われた。この様なシステムは今後、大学職員の年棒制と合わせて導入する事も必要ではないかと考えられた。

- 医療従事者と患者さんのコミュニケーション myMD Anderson

新患の問診票についてであるが、初診の予約を取る際に MDACC のウェブサイトを通じてあらかじめ問診票を記載しておくことが、それが可能な患者さんには求められていた。これによって、医師は初診の患者さんでも、事前にどのような患者さんか予習する事が可能である。患者さんの来院後の待ち時間を短縮するのにも有効であろう。また、患者さんは新患の手続きが終わり患者番号を得ると、myMD Anderson という個人専用のウェブサイトを利用可能になる。



myMD Anderson アプリの iPhone スクリーンショット

これは MDACC のスタッフと連絡を取る為のメッセージツールとして利用できるほか、自分の病気に関する学習用資料や過去の検査結果、レポートの参照、また受診予約の取得や変更まで行う事が可能である。メッセージツールとしては治療に対する疑問や質問、あるいは緊急を要さない現在の体調の報告等にも使用されており、これらには Registered Nurse が初期対応（直接の返信や、他のチームメンバーへ対応の依頼等）をしていた。彼女たちは予約外来患者に対応する合間に、常に自分あてに届くメッセージをチェックしていたが、この様なインターネットを通じたコミュニケーションは電話の様に即時に対応するのとは事なりある程度双方が都合のよい時間を利用して行う事が可能な為、多数の患者対応を効率良く行う為には非常に有用性が高いと考えられた。個人専用のウェブサイトまでは難しいと思うが、インターネットを通じたコミュニケーションツールは将来的には当院 Breast Center でも導入できれば理想的であると思う。また、予約日までの時間をただ不安に過ごすことなく、患者さんが自分の病気に向き合い、自分の病気を学習する為に、当院のホームページ、ウェブサイトを通じてもっと積極的に情報提供をする方法が有ると思われた。

- 患者教育

MDACC に来る患者は、皆 high society の選ばれた患者と言うイメージであったが、

実際はそうではなかった。乳癌と診断を受け、これから MDACC で治療を受ける事を希望し受診される方だけでなく、他院での治療前にセカンドオピニオンを受けに来る方、他院での治療中に何らかの理由で転院してきた方など様々であった。乳房皮膚に潰瘍を形成する程、癌を放置した挙句に MDACC を受診する方や MDACC に来て標準治療を望まない患者さんもあり、我々が普段接している患者さん達と全く変わらない印象を受けた。患者教育にも近道は無いようで、例えば抗がん剤の副作用である吐き気に対して、あらかじめ制吐剤が処方されていたにもかかわらず内服せず、強い吐き気で苦しんだと訴える患者さんに対し、看護師、医師、薬剤師が繰り返しその必要性や内服方法などを説明している事もあった。

研修を終えて

- チーム医療における共通言語 Evidence based medicine

Department of Breast Medical Oncology の新患カンファレンスに参加する機会があった。1 時間弱の間に約 30 人の患者さんのプレゼンテーションが、担当医師ごとに行われた。ほとんどの患者は標準治療や、臨床試験の適応症例であり、その様な場合には discussion する余地は無く、医師の間では治療方針のコンセンサスが得られている様子が一目瞭然であった。一方、いわゆる問題症例についての discussion は高い質のエビデンスが無い為に discussion になるのであるが、それでも複数の医師が、かつて行われた臨床試験の結果、その中のサブグループ解析の結果等を具体的な数字を挙げて説明した後で、自分の意見を述べる姿に感銘し、チーム医療におけるコミュニケーションに際し、職種を問わず共通言語と成り得るのは唯一エビデンスである事を強く再認識した。

- チーム医療による治療成績の向上

上野先生の Clinic を見学している際に上野先生が“MDACC において炎症性乳癌の治療成績が向上している要因としては、薬物療法の進歩もさることながら、チーム医療によってミスが減った事が大きいのではないかと思う。”とおっしゃった事が大変印象に残っている。局所制御が通常の乳癌と比べて難しい炎症性乳癌であるが、腫瘍内科医、外科医、放射線科医が初診時に同時に患者を診察し、あらかじめ治療方法をシュミレーションする事によって、薬物療法後の手術、放射線療法を最善の方法で、間違いなく行う事が可能で、それが治療成績の向上につながっていると上野先生は実感されていた。翻って自分は乳癌の治療成績を向上させる為には、治らない乳癌を治さなければ、とつい考えがちだが、そのような奇跡に漠然と期待をするよりも治る癌をミスなく 100% 治す努力が clinic では大切で、それはチーム医療の実践によって成し遂げる事が可能であると上野先生がおっしゃっているような気がした。

- 我々の Mission と Vision は

もう 1 つ印象的だったのは上野先生が当日の clinic に備えて朝五時から予習をされていた事だ。今回の研修に際しては、頭のどこかで、チーム医療＝役割分担＝医師の負担軽減と診療の効率化、と考えていたところが有った。MDACC の医師がどのようにして診療の効率を上げながら、癌治療において全米 No1 と言われるようになったのか、その種明かしを期待して研修に来たが、癌治療において全米 No1 に選ばれ続けているのはマジックでは無く、そこで働く人々が日々、努力を積み重ねてきた賜物である事を実感した。千葉大学で我々がしている苦勞、努力との違いが有るとすれば、“テキサス、アメリカ合衆国、そして世界から癌を撲滅する” という明確な mission を持ち、世界でも有数のがんセンターで有り続けようとする vision のもとに集まる医療従事者の姿勢、努力の方向性ではないかと思う。

これから当院 Breast Center を開設するにあたり我々が“千葉県の乳癌患者に、日本一のチーム医療を提供する” という明確な mission を掲げ、“千葉大学医学部附属病院 Breast Center は乳癌患者さんにとって日本で最も満足度が高い病院の一つになる。” という vision を持って日々努力すれば、MDACC に引けをとらない Breast Center になる日がきっと来ると勇気づけられた研修であった。

4. 研修の成果：

理想の Breast Center 開設に向けて、目標を明確にできた。

短期的な目標

- ホームページ、ウェブサイトの改訂
- 新患予約制の導入
- Scheduler の雇用もしくは医療事務への予約権限移譲
- 専属看護師による診察前のスクリーニングの実施
- 乳腺・甲状腺外科における治療指針のエビデンスに基づく統一

中・長期的な目標

- ネットを通じたコミュニケーションツールの利用
- 医療従事者が診察室を訪れて患者を診察し、スタッフルームでチームがコミュニケーションを図る診察方式を試験的に試みてみたい。