

MD Anderson Cancer Center 留学日程表

大阪大学医学部 6年 Y

- 2月26日 出発
- 2月27日 到着
- 2月28日 7:00~19:00 (時間は毎日、同様)
先生のミニレクチャー
Stem Cell Transplant Team 回診, Dr.Q
Breast cancer 外来, Dr.T
- 3月1日 Stem Cell Transplant Team 回診, Dr.Q
Breast cancer 外来, Dr.U
- 3月2日 Stem Cell Transplant 外来, Dr.U
Breast Cancer 外来, Dr.A
- 3月3日 Stem Cell Transplant 回診, Dr.Q
Breast Cancer 外来, Dr.T
Discharge class
- 3月4日 Stem Cell Transplant 回診, Dr.Q
Faculty Development
Patient Education
- 3月7日 Breast Cancer 外来, Dr.T
- 3月8日 Leukemia Team 回診, Dr.E
Medical Interpreter
Breast Cancer 外来, Dr.U
- 3月9日 Stem Cell Transplantation 外来
Lymphoma noon conference
Clinical Reseach Conference, Dr.U
Discussion : Dr.O, Dr.U
- 3月10日 Breast Cancer Team Conference
Breast Cancer 外来, Dr.A
Palliative Care, Dr.Z
- 3月11日 帰国

MD Anderson Cancer Center に留学して

大阪大学医学部 6年 Y

2011年2月26日～3月11日に米国テキサス州ヒューストンにある MD Anderson Cancer Center に短期留学しました。期間中、日々の報告を JTOP (Japan Team Oncology Program) の掲示板で発信しておりました。その記事をここにレポートとしてまとめさせていただきます。(掲示板は以下の URL をご参照下さい)

https://www.teamoncology.com/bbs/thread_dtl.php4?coid=0&cid=6&pg=&tid=2858

初めに

私は将来は緩和ケアまたは腫瘍内科を専門にしたいと考えており

在学中、春休みや夏休みを利用して日本やアメリカ、イギリスのホスピスで実習をしてきたのですが緩和ケア医になるにしても、まず患者さんが歩んできた道を自分も一緒に経験する必要があると考え腫瘍内科に関心を抱くようになりました。

最先端の腫瘍内科を本場アメリカの病院で実際に見ることができるのは学生である今がチャンスと思い、国家試験後のこの期間を希望しました。

2月28日(月): 一日目

MDA での見学実習初日が終わりました。

初めてのことで、刺激的な一日でした。

とくにチームワークの素晴らしさには衝撃を受けました。

朝7時過ぎに上野先生のお部屋へ伺い、MDA のことを教えて頂きました。

8時に秘書の Deborah さんに、Stem Cell Transplant の週に一度のカンファレンスへ連れて行って頂きました。

Stem Cell Transplant のスタッフは移植に特化しており、

入院患者さんはほとんどが移植のため(あるいは GVHD 治療のため)に入院しているようです。

カンファレンスには20名以上の医師と30名以上のコメディカルの方(?)が参加しておられ、医師がそれぞれの担当患者さんについて猛スピードで報告をしていき、ついていくのが精一杯でした。

リストに載っていた100人以上の入院患者さんの紹介・報告が瞬く間に終わりました。

現在問題のある患者さんに関しては、症状の原因や対処法について、その場で活発な議論が行われ今週の方針が立って行く様子が目に見えるようでした。

9時から新規入院予定の患者さんや、移植予定の患者さんについて、どのドナーが良いかなど高度な

議論に入りました。

その後、9時半より、Stem Cell Transplant Team B の Dr.Qazilbash の回診に途中から参加しました。Stem Cell Transplant にはチームが A から D まで4つあり、それぞれのチームは医師 1～2名、Advanced Nurse Practitioner 1～2名、Pharm-D 1名、data analyst 1名で構成されており、fellow(後期研修医)や Pharm-D resident(研修中の薬剤師)、栄養士、social worker 等がこれに加わることもあります。

回診は毎日、チームの受け持っている患者さん25人全員を回ると聞き日々どれだけ時間がかかるのかと思いましたが、そこがチームワークの見せ所です！それぞれの患者さんのお部屋でじっくりお話ししており、日本の形式的な回診と全く違うのに4時間足らずで全ての患者さんを回りきったことには驚きました。

患者さんの病棟に行くときまずチームのメンバーそれぞれが紙カルテや電子カルテから患者さんの情報を収集し

得た情報を伝え合い、問題事項を確認したり、方針を議論します。

病棟には看護師だけが常駐しており、患者さんの担当看護師からも様子を聞きます。

この間に Nurse practitioner は検査をオーダーしたり

Pharm-D は処方箋を発行したり

Data analyst は薬による検査値の変化や副作用のデータ収集をしており

皆、それぞれの専門性を生かしてテキパキと動いていました。

一通り目処がつくと患者さんの部屋に入り、医師を中心にメンバー全員が患者さんやご家族と話します。とくに印象的だったのは、患者さんの訴える症状についてその原因や、チームがそれにどう対処しているかや、どれぐらいで改善するかなど、とても分かりやすく説明されていたことです。

また移植前の患者さんには、移植後何日目にどのようなことがおき、それが何日目にはどうなっていくか、と予想される変化を経時的に説明されていました。

移植後の患者さんは、白血球の減少が気になりつつも、

「説明してもらっていた通りだから、減っていてもこれが普通の経過なのよね」と、前々からの入念な説明のおかげで安心している様子でした。

Pharm-D は、薬を飲んでどうだったかや、どちらの薬がよいかなど

患者さんの希望を聞き、それに応じて処方を変更していました。

MDA の Pharm-D は抗癌剤やオピオイド以外全ての薬剤を、医師のサインなしに処方できます。

アメリカの他の病院では処方の権限がある特定の薬剤に限られていることがほとんどで、

Pharm-D の権限がここまで広いのは珍しいけれど、とても効率的だと
医師も Pharm-D もおっしゃっていました。

患者さんやご家族も予め質問事項を用意していたり、メモを取ったりと、
熱心に治療計画に加わっているように見えました。

また病棟でも患者さんを励ます様々な工夫が施されており、たとえば
病室のドアには"I'm Motivated and Moving!"と書かれたシールがたくさん貼られていて、
患者さんが病棟を歩くと、ご褒美に、何分間歩いたかが記載されたシールをもらえるようです。
病室には Patient Goals/Communication Board という白板があり
一日30分歩く、退院教室に出席する、ベッドで座る時間を長くする、など
実現可能な目標を、患者さんと話し合っているようでした。

このように各々の専門性を生かし、患者さんやご家族の積極的な参加もあって、回診はテンポ良く進み
ました。

午後1時から Dr. Theriault の Breast Clinic(乳がん外来)を見学させて頂きました。

こちらもちろんチーム医療です。

医師、fellow、看護師2名がチームとなって、患者さんを次々と診ていきました。

Dr. Theriault が患者さんとお話しするときは、世間話やユーモアも交えて話しやすい雰囲気を醸しだし
つつ、

患者さんの質問には、エビデンスを明示して真剣に答えており
両者のバランスが、患者さんの満足につながっていると思いました。

エビデンスに基づいて、自信を持って断言してもらおうと

患者さんもとてもしっかりするようで、

"You're the first person whose told me the pain would go away!"とおっしゃった患者さんの、安堵の表
情が印象的でした。

症状がよくなることを保証してもらおうことも、症状緩和につながる重要な要素だと思いました。

患者さんは前回来院したときからの経過や質問事項をメモしており、
診察時間をとても有効利用していました。

また夫や娘だけでなく、義理の姉妹が診察に同席していることも多く

日本ではなかなか見られないことだったので驚きました。

こうした患者さんの様子は上野先生が書かれた『最高の医療をうけるための患者学』(講談社+α新書)
で読んだ通りでしたが

上野先生に伺ったところ、これは単にアメリカの国民性のなせる技ではなく、患者がそうなるよう医師が教育していくことが重要だそうです。

また Dr.Theriault は fellow の教育にもとても熱心でした。

fellow の疑問に対して、まず必ず "What do you think?" と考えを聞き、その考えに対するフィードバックを交えつつ、その場ですぐにエビデンスを調べて説明し、その論文を印刷して渡していました。EBM はこうして伝授されていくのだと、実感しました。

午後 6 時には外来が終了し、その後、上野先生とお話ししてホテルに戻りました。上野先生とお話ししている中で、自分の将来についてより明確な Vision を形成しなければ、次なるステップも決まらないことを痛感しました。

この一週間半で腫瘍内科をしっかり勉強するとともに、より確固たる Mission&Vision をたてようと心に決めました。

3月1日(火)

今日も、午前中は Dr.Q のチームの回診を見学しました。

昨日すでにチームワークのなせる技に驚いてばかりだったのですがそれでも Pharm-D や Pharm-D resident の方が Dr.Q の入院患者さんを担当するのは昨日が初めてだったそうで

二日目の今日は、より手慣れた様子で投薬の調整を行っていました。

「燃え尽きを予防するために、入院や外来、研究などそれぞれの持ち場をローテーションしている」と上野先生に教えて頂いたのを思い出しました。

この制度により、上野先生も年に 1 ヶ月ほどは病棟を担当し、残りの期間は研究や教育の合間に週に 2 度の外来をされています。

日本では、職員が燃え尽きないようにするための工夫としてこのようなローテーションの仕組みを取っているというのは聞いたことがないですが、

確かに、どの業務も職員のやる気と元気があってこそいいものを提供できるのですから斬新なやり方だと思いました。

また今日の回診では "Why are we keeping him in the hospital?" という会話が目立ちました。

最重症の患者さんをのぞいて、全ての患者さんについて

何のためにこの患者さんは現在入院しているのか、という根本的なところを全員で確認し

明確な目的がない場合は、すぐさま退院を考慮していました。

アメリカでは日本より在院日数が遙かに短いことは知っていましたが

こんなにも早期退院を常に意識していることには驚きました。

日本では、状態が良くなってくると「では、来週辺りに退院を検討しましょうか」となりそうですがこちらではあまり元気がなくとも、入院治療の必要がなく内服で対処できそうであれば退院ですしそれも、午前11時に回診していて「今日の午後に退院しましょう」と、即座に決定するので切り替えの早さについていくのが背一杯でした。

反面、アメリカでは日本と違って医療保険制度が複雑で、保険適応とするために、移植前の症状のない患者さんが入院していることもあり、チーム方々も少し困っておられました。

午後からは、上野先生の **Breast Clinic** を見学させて頂きました。

上野先生は炎症性乳がんの患者さんを中心に診ておられるため、必然的に若い患者さんが多く

カルテだけ見ていると、もうどうしようもないような転移性乳がんの方でも

実際は、明るく日常生活を送っているというその明らかな対比が、昨日の **Dr. Theriault** の外来とは異なりました。

とくに印象的だったのは、スーツケースに一杯の過去のカルテや画像や診断書を抱えてフロリダからやってきた患者さんでした。

MDAは癌治療や研究において米国一有名なため、遠方から遙々、"the miracle cure(奇跡の治療)"を求めてやってくる患者さんが後を絶たないようです。

この患者さんはアメリカやブラジルの数多くの病院で検査や治療を受けていたため、情報が入り組んでいて非常に複雑でしたが

上野先生はすぐに前医と連絡を取り合い状況把握に努め、

とても明確で現実的なプランを立て、患者さんに分かりやすく説明しておられました。

"If we're going to do it, we've got to do it right (MDAで治療をするからには、きちんとやらなければいけない)"という上野先生の言葉に

先生の真剣さがにじみ出ていました。

また、方針を決める際に必ず、我々はどちらも対応できるので、患者さんがどうしたいのか？という希望を確認していたのが印象的でした。

ほかにも難しい症例が多かったのですが、そういった症例ほど、先生や看護師と患者さんが密に連絡を取り合っている様子がうかがえました。

たとえば病状の理解が思わしくなく、コンプライアンスの面で不安のある患者さんには

内服薬の指示をした上で、Registered Nurse が「明日と明後日にお家に電話して、症状をフォローアップするわ」

と、患者さんが家に帰ったあともこちらから積極的にフォローしているようでした。

また疼痛がひどい患者さんには、鎮痛剤を処方した上で、

「痛みがよくならなければ、すぐに連絡してほしい」と、上野先生がメールでも患者さんをフォローしていました。

患者さんも、困ったらいつでもメールで先生に相談できると思うと安心感が強いようでした。

忙しい外来診察の合間に、MDA の乳がんを扱う科が集まっているエリアや、外来化学療法室を見せて頂きました。

MDA では乳がん外来(Medical Oncology, Radiation Oncology, Surgical Oncology)や、Undiagnosed breast clinic、乳房形成術、生検など、乳がんに関わる全ての部署が同じ建物の同じ階に集まっています。

MDA のような巨大な病院では、これはとても重要なことだと思いました。

外来化学療法室には同時に250人が点滴化学療法を受けることができる設備が整っており、それぞれのベッドも日本のような簡易ベッドがカーテン越しに次々と並んでいるのではなく、ゆったりとした個室に大きなベッドやテレビが用意されているので、患者さんにとって、ゆとりのある環境です。

外来化学療法室の奥には大きな調剤室(クリーンルーム)があり、外来で医師がオーダーした化学療法をすぐにそこで調剤し、投薬できる仕組みになっていました。

またここには専門的な訓練を受けた Nurse Practitioner が大勢いるので、化学療法を行ったり、問題が生じた際の対処においても、医師の出番は少なくその分、医師は外来診察や他の業務に専念できるそうです。

各々の専門性の高さと、見事なチームプレイを今日も存分に見せて頂きました。

3月2日(水)

今日は午前中は上野先生の Stem Cell Transplantation Clinic を、午後からは Dr.Alvarez の Breast Clinic を見学させて頂きました。

こうして外来を見学していると、MDA の効率の良さが際立ちます。

患者さんが来院し一通りの検査を終えると、まず Nurse Practitioner や Physician's Assistant が診察室へ案内し、

問診や身体診察を済ませ、検査結果を説明し、患者さんの簡単な質問にも答えます。

その時間を利用して医師は、前の患者の記録を dictation したり、次の患者のカルテを見たり地元の医師と連絡を取り合ったりしています。

コメディカルが医師のもとへ行き患者さんの現状を報告すると、医師とコメディカルが話し合いながらプランを考え、

今度は医師が患者さんのところへ向かいます。

細かい問診は既に終わっているので必要がなく、医師は

重要な問題に焦点を絞って病歴聴取や診察をでき

患者さんやご家族の方も、医師の診察時間内にたつぷりと質問や相談をすることができます。

医師の診察後、必要な検査は Nurse Practitioner がオーダーし、薬剤は Pharm-D が処方し、

カルテは医師が電話越しに録音すれば、担当者が後日、打ち込んでくれます(dictation)。

医師の診察に 20 分、30 分と時間をかけたとしても

診察室が 8 個ぐらいあり、Nurse practitioner 2 名と、Pharm-D 1 名を加えたチームの総力で外来診療をしているので

とても手際よく進めることができ、時間内に最大限の患者数を診れるのです。

また、日本ではあまり見ない Scheduler や Medical Photographer などの専門職の存在も、外来診療の充実につながっています。

患者さんが来院すると、短期間に多くの検査が必要になり、こうしたケースでの日程調整をするのが Scheduler です。

また炎症性乳癌などでは皮膚の状態を前回と比較することが、癌の活動性の把握につながるので

こういうときは Medical Photographer を呼び、カルテ用に写真を撮ってもらいます。

日本ではこのようなオーダー・処方・調整・写真撮影など全て医師が行っていることがほとんどだと思うので

3分診療の解決の糸口がここに見えてきたような気がしました。

また MDA では "My MD Anderson" というインターネット上のシステムがあります。

患者さんは My MD Anderson に登録すると、次回予約日や検査日を把握できるほか、

検査結果や病理・画像診断のレポート、カルテに記載された事項など、

カルテから医療者と同じような情報を見ることができます。

更に、何か質問や不安なことがあれば、自分を担当している Nurse Practitioner や Pharm-D など、医師以外の様々なスタッフにメッセージを送ることができ、

医師に聞きたいことがある場合は Nurse Practitioner などが転送してくれます。

このシステムは、完全な Informed Consent があって初めて成り立つものだと、関心しました。

病理や画像診断の結果をぼやかして、曖昧に伝えることも少なくない状況では

こうした検査のレポートやカルテを患者さんに見られては困る、といったことになりそうです。

こうした情報開示があるからこそ患者さんも MDA を信頼して医療を受けることができるのだと思いま

す。

信頼のもう一つの鍵として、終末期における患者さんの希望や考え方を初めから相談しておく、ということが挙げられます。

体調が悪く症状が重い状況では、誰しも「助けてください、なんでもしてください」というのが当たり前です。

癌があまり進行していない段階から常に **end-of-life issues** に時間を割き、面と向かって話し合っておけば

終末期に入院したからと言って、挿管や延命治療に伴う問題は起こらないそうです。

日本では緩和ケアが広まりつつありますが、初期の段階から終末期について話し合うことはやはり難しい、ということが多いと思います。

緩和ケア医というよりむしろ、腫瘍内科や臓器別各科の先生方の中で **MDA** のようなコンセンサスを築くことが重要だと思いました。

また今日は、上野先生が将来のことについて少しお話する時間をとって下さったので、そのとき伺ったことを書いてみようと思います。

まずとても耳が痛かったのは、「**Vision** を定めないとアドバイスをしようにも出来ないし、人を紹介することもできない」ということです。

今の私は、確固たる **Vision** なく、あれがしたいこれがしたいと欲張っている状況なので

本当に何がしたいのか、ただ〇〇科の医師になりたいという **goal** ではなく

それによって何を成し遂げたいのか、という部分をもっと深く考えて、少なくともたたき台を作らないと

もやもやとした状態で相談をしても、先生方を困らせるだけだと反省しています。

結局は焦りがあるということ、そして仕事とキャリアの違いを認識できていないことで

Vision が確立せず、だから **Mission** も立てられるず、10年後の自分を想像できないのだと分かりました。

研修医になると、落ち着いて考える時間などほとんどないでしょうし、

そもそも **Mission&Vision** があってこそ有意義な研修ができると思うので

この絶好の機会にじっくり考え、多くの人に相談してみようと思います！

3月3日(木)

四日目の今日は回診、外来、そして病棟をお願いして患者さんの **Discharge Class**(退院指導)を聴講させて頂きました。

午前中の回診では、チームの方々とも大分うち解けてきて、質問もしやすくなってきました。

回診で日々驚かされるのは、やっぱり退院時期の早さです。

これについては二日目の報告でも書いたのですが、今日分かったことは

輸液ボトルをつけたまま退院される患者さんが多いということです。

骨髄移植に伴う化学療法下では脱水が合併症の大きな危険因子となるので、

移植後早期に退院し、その際にリュックサックに2リットルの輸液ボトルを入れた状態で退院するそうです。

患者さんやご家族がルートを抜去できるわけではないので、翌日にまた来院し、抜去または追加の輸液がなされるわけです。

日本では、在宅ケアで輸液をすることはあっても、輸液が必要な状態での急性期の退院は見たことがなかったの

患者さんがそれをどう受け止めるのかが気がかりでした。

けれどそこは国民性なのでしょう、その白人の患者さんは驚きながらも、

「それなら水分が飲み込めなくても心配ないね」と、とても落ち着いていましたし

奥さまに至っては「あら、そんなことは初めてね！面白そう！」と、爆笑されていました。

また今日の回診で一番印象に残ったのは、(チーム医療からは外れてしまいましたが)、回診中の患者さんが目の前で全身痙攣を起こしたエピソードでした。

ごく普通に会話をしていたかと思うと、途端に意識が消失し、四肢の不随意運動が見られ、

その後自分の頭を何度も殴る動作や、大声で叫んだり、泣いているような笑っているような様子も見られ

病室は一気に緊迫した空気になりました。

Ativan を2アンプル投与しても効果がなく、かなり持続したため

モルヒネ 2mg の投与でようやく徐々に落ちつき、意識も回復しました。

骨髄移植に際し投与していたブスルファンの副作用と思われましたが

前投与薬として Dilantin が使われていたはずであり、チームのメンバーは不可解そうでした。

患者が Dilantin を内服したかどうかを看護師が最後まで見届けたかどうかなど、現在確認しているようです。

いずれにせよ、このようなエピソードは、MDA ほど症例の多い施設でさえ3年前の1症例以来ないそうで、珍しい場面に遭遇しました。

午後は Dr.Theriault の Breast Clinic を見学させて頂きました。

今日は初めて MDA に来院する患者さんがおられました。

この患者さんに対して、担当した Advanced Nurse Practitioner は

まず今日の流れを説明し、患者さんが何を期待して来院したかを確認し、ほかに主治医がいるかどうかを聞き、それから現病歴へと移っていました。こうした説明や質問を初めにしておくことで、患者さんも心づもりができるので安心して診察を受けているようでしたし医療者側も、どのぐらい介入し、どういう方向性へ進めたらいいかを把握した上で全身評価に入れるのでこうした心がけは大事だと思いました。これはどこでも簡単に実施できることなので、腫瘍内科に限らず、私も心掛けていこうと思いました。

また喫煙歴を問われ、患者さんが10年間喫煙している旨を答えると、
"Is there anything we could do for your to help you quit?"
"We have things we can do for you here." と、すぐさま禁煙治療を提案していました。

今までの臨床実習で、喫煙歴を何度も聞いてきましたし、聞いているのを見学もしましたがその場で禁煙知慮をすすめる様子は見たことがなかったので、これには関心させられました。確かに、ただ病歴を聴取してそれをカルテに記載するだけでなく、それが主訴と直接に関係していなくとも、それを改善する方法があるのなら提示することが大事だと思います。

患者さんも、これを聞いて"Really! Well, that's a step forward!" と、健康な身体に向けて一歩前進できることを喜んでいました。

また今日は、外来を途中で抜けさせてもらい、病棟での **Discharge Class** に参加しました。骨髄移植で入院中の患者さんは、治療以外にも様々な講義を受けることで大忙しのようです。退院指導、栄養指導、投薬指導などです。これら全てに出席したかどうか厳密にチェックされます。

今日の **Discharge class** は自家末梢血幹細胞移植の患者さん向けで、**Nurse** 3名と患者さん・ご家族あわせて17名が参加していました。内容は退院にむけての準備から、退院後、体調が回復するまでの実に細かい生活指導が組み込まれていました。患者さんによっては、同じ講義を何度も受ける方もいるようで、皆熱心に聞き入っていました。質問も活発にしていたし、患者さん同士の情報交換も盛んでした(あそこで売っているマスクは薄い、どことこのはひもが2本ついていて使いやすい、など)。

参考までに、**Discharge Class** で扱われたことを箇条書きにします。

- ・退院に向けての準備（書類、保険、薬）
- ・どのような症状が予想されるか
- ・運転する上での注意事項(血小板 10 万以下は運転しない！)
- ・スキンケア
- ・外来(最初の 1 4 日間は毎日来院して輸血や化学療法を受ける。一日最低 4 時間はかかる。)
- ・CV ポートのケア（日々のヘパリンロックを自宅でする場合はケア担当者が講義を 2 単位受け、実技試験を受けること。

ガーゼ交換も自宅で行う場合は更に追加の講義を受けること。)

- ・移植後 1 0 0 日間はヒューストンに滞在すること。
- ・常時、介護者がいること
- ・感染予防（一日 2 回の体温測定、手洗い、アルコールジェル、マスクは 2 時間ごとに交換など）
- ・38.0 度以上の熱があれば、何もせず直ちに MDA の救急センターに来ること。
- ・GVHD
- ・口腔ケア
- ・性行為
- ・ペットや植物にあまり近づかない
- ・禁煙
- ・血液型が変わること
- ・移植後は、輸血血液は放射線処理したものでなければならないこと
- ・栄養管理
- ・リハビリ
- ・日光対策
- ・退院までに病棟主治医に確認しておく事項
- ・どういとき救急センターに行くべきか
- ・夜中に気になることがあれば病棟に電話すれば看護師が相談にのるので、朝まで我慢しないこと
- ・退院時に通常、処方される薬剤の名前、容量、用法、適応
- ・癌に関連する倦怠感に効く料理のレシピ集
- ・チャプレンについて
- ・転倒防止について

随分長くなってしまいましたが、以上の項目について、一つ一つ、具体的な方法や数値を交えながらの説明で

情報がぎっしり詰まった 1 時間でした。

この必修の講義以外にも、MDA 院内では全ての患者さんやご家族向けに、日々様々な講義が開かれて

います。

たとえば糖尿病管理、癌による全身倦怠感とのつきあい方、介護者のための講義、などです。

回診や外来での医療者と患者の会話にもたくさんの患者教育の要素がありました

こうした講義などを開き積極的に患者教育を推進していくことで

患者さんは自己管理が上手になり、合併症を減らすことが出来、医療者の負担の軽減につながると思います。

スタッフ不足の日本において、こうした改革をしていくことも、患者さんとじっくりお話する時間を作るためのひとつの方法だと思います。

今日は、一日目から気になっていた **Discharge Class** に参加できたので大満足でした。

講義で配られた分厚いプリント冊子をこれからじっくり読もうと思います。

3月4日(金)

広い院内をバタバタと走り回っているうちに

いつの間にか、見学期間の半分以上が終わってしまいました！

こちらでは先生が休暇を取られることが多いため金曜日は外来が少なく、

今日の午前中は **Stem Cell Transplantation** の回診を見学し、午後は **MDA** を案内して頂いたり、**Faculty Development** を担当されている **Janis Apted** さんとお話する機会を頂きました。

今日の回診では患者さんやご家族が涙を流される場面が何度も見られました。

MDA では外来でも病棟でも、患者さんが医師の前で泣いてしまうことが多いような気がします。

国民性の違いも大いに関係しているでしょうが、医師、そしてチーム全体が、患者さんを真っ向から受け止める姿勢で取り組んでおり

患者さんも心を許しているからこそ、とも思います。

日本では患者さんは医師の前では「優等生」にならなければ、という意識が強いとよく言われますが、確かに診察や説明を受けるときも「素」の部分を見せることがこちらより少ないかもしれません。

また **MDA** では「ずっと知りたかったけれど誰にも言ってもらえなかったことを言ってもらえた」という患者さんも多く、

その内容が良いか悪いかに関わらず、「なんでも話してくれる先生に、ようやく出会えた」というような、安堵の涙を見かけます。

EBM に基づき、かつ患者さんやご家族の希望に応じた '**Truth telling**' のスキルや

患者さんが心の壁を感じずに接することが出来る雰囲気を作り出すスキルを

しっかりと身につけようと思いました。

午後は、Patient Education を担当されている Jane さんに MDA 内のいくつかの施設を案内して頂きました。

まず案内されたのが MDA の職員専用のジムです。

病院の中に用意されたこのジムは、MDA の職員なら誰でも無料で利用でき、トレーニング用の機械が数百個あるほか、ヨガやエアロビクスなどの教室にも参加できます。こうして職員の福利厚生や健康管理にも気を配っているところなど、さすが世界の MDA ですね。

次に案内して頂いたのが Research Library です。

これは主に医療者向けにジャーナルなどを取りそろえています。患者さんも利用して良いそうです。21階にありヒューストン市内を360度見渡せる広々としたこの図書館では自習机やパソコンも充実していて、多くの方が勉強しておられました。

さて、患者さんが自分の疾患についてより知りたいと思ったとき、この Research Library を利用することもできますが、

患者さんが情報を収集するために、別個に The Learning Center という図書館が設けられています。ここでは、癌と診断されたばかりの患者さんなどが利用する最初の手がかりとしてたくさんの無料冊子が用意されています。

冊子を自宅で読み、もっと知りたいと思えばその疾患に関する本や DVD を借りたり、最新の論文を読みたければ職員に教えてもらながらパソコンで検索し、印刷することができます。

先日書いた My MD Anderson という、オンラインで各種検査結果を確認できるシステムを利用して、印刷した病理診断のレポートを持参し

「この部分が分からないから教えてほしい」などと言って来られる方が多いそうで、職員はどの医学書のどのページを見ればいいのかを提案したり、論文を探したりと、様々な形で情報収集に努めるようです。

こういう場合でもやはり患者さんの自主性が重んじられており、なんでも図書館職員がしてしまうのではなく、情報の集め方を手取り足取り教えていくことで、次第に患者さん自ら、ほしい情報に辿り着けるようになるのです。

日本でも「至れり尽くせり」な医療でなく、患者さんの自立を促進するようなやり方で患者教育をしていくことができれば、患者さんもより主体的に治療に参加していけるかもしれません。

その後、Faculty Development に従事しておられる Janis Apted さんが、私の Career Development のために時間を割いて下さいました。

今なぜ MDA で見学をしていて、なぜ緩和ケアや腫瘍内科に興味を持つのか。

キャリアにおいてどのような要素を重視するのか。

そういった質問に答えているうちに、自分の考えが整理されていくような感覚を覚えましたし

それ以上に Janis さんのほうが私の内面を把握している気がして、驚きました。

私が何かを言うたびに、「それなら〇〇先生に会って話をしてみると良い」と、すぐに電話をして下さったり

「そういうことに興味があるなら、この本を読みなさい」と教えて下さったりと

私にとって全く新しい出会いやツールを次々と提供して下さいました。

ひとまず来週までに、私がキャリアに求める要素を7個ほど選ぶ、

そして **Mentoring Handbook for Faculty** 中の **Career Development** に関する箇所を読み、問いに答える、という宿題を頂きました。

充実した一週間を締めくくるにふさわしい、有意義な一日となりました。

土日を挟んであと3日、頑張ります。

3月7日(月)

新しい一週間が始まりました。月曜日は MDA のスタッフも皆さんお忙しそうです。

今日は午前・午後とも、**Dr.Theriault** の **Breast Clinic** を見学させていただきました。

今日の外来ではなんと言っても、**Multidisciplinary Conference** での感動をお伝えしたいです。

MDA の **Breast Clinic** では月曜・木曜の午後4時から **Multidisciplinary Conference** を開いており、乳がんに関わる各分野の当番に当たっている医師が参加し、新患のうち治療方針の判断が難しい症例につき

病歴や画像を見ながら議論し、さらに全員で患者さんの身体診察を行い、再び議論をしながら治療方針を決定していく、という内容となっています。

今日11時に来院した新患さんは、3年前から胸に腫瘍を認めており、色々な病院でバラバラのことを言われ

混乱した状態で、信頼できる情報と方針を求め、MDA に来たのでした。

他院で行われた画像診断のレポートや提案された治療方針に不十分な点もあり、確実には言えないものの

腫瘍が7cmとT3であり、恐らく腋窩リンパ節転移を伴っており、

方針としては腋窩リンパ節の超音波検査を行った後に、

術前化学療法 → 外科的治療 → 放射線療法 → 内分泌療法

という治療計画になるだろうということでした。

Dr.Theriault のご意向により **Multidisciplinary Conference** で検討することとなりました。

これが決定した時点ですすでにお昼前でしたが、午後4時に会議室に行くと早くも研修医などによってプレゼン用のスライドが完成しており、病歴や他院で撮られた画像などが分かりやすく提示してありました。この手際の良さは、とても気持ち良いものでした。

会議では午前中に患者さんを診察した **Dr. Theriault** が患者さんについてプレゼンし、出席していた十数名の腫瘍内科医・放射線科医・乳腺外科医が画像診断の解釈や、考えられるシナリオとそれに応じた治療方針を熱く議論していました。

議論が一通り落ち着くと、その医師たちのうち7人で患者さんの診察室へ向かいました。診察室に見知らぬ先生が次々と入ってくるので患者さんも目を丸くしていました。先生方は、プレゼンで聞いた内容をもとに追加質問や説明をし、そしてそれぞれが患者さんの乳房や腋窩リンパ節を触診していきました。診察後、先生方はまた会議室に戻り、治療方針の議論が続きました。

複数の専門家による入念な診察の上、リンパ節は一切触診できなかったようで当初考えられていた治療方針が大きく変わりました。腋窩リンパ節の超音波検査は必要ですが、それにより腋窩リンパ節に転移が見つからなければ、術前化学療法をせずそのまま乳房切除術を行い、続いて術後化学療法、そして内分泌療法を行うという方針になりました。説明を受けた患者さんは、今まで他院で言われていた治療法との違いに驚き、そして放射線療法を受けなくてよい可能性が高いということをととても喜んでいました。

その後、検査や手術の予定が次々と決まっていき、超音波検査さえ陰性であれば2週間以内に手術が行われる流れとなりました。

30分以上に渡り、各科の専門家が一所に集まって一人の患者さんについて真剣に議論し合うこの状況は

患者さんにとって、大きな恵みであると思います。

全米どこを探しても、これほど乳がん精通した先生方にこれほどじっくり診てもらえるところはありません。

今日の会議に初めて出席した研修医や看護師も

「自分が癌になったら、ここで診てもらいたい」と口々に言っていました。

外来でもう一つとても印象強かったのは、(以前も書いたのですが)EBM の実践です。

Dr.Theriault は、何か事実を述べる時、必ず出展も教えて下さいます。

話し相手が患者さんでも、研修医でもコメディカルでも私のような学生でも、必ず

「何年にどこの施設のどの先生が書いた論文で、〇〇〇という結論が出ている」という形で
例えば骨転移を伴う乳がんの5年生存率や、組織検査と吸引細胞診の違いなどについて教えて下さいます。

また、MDA では原発乳がん患者さんの治療後の経過観察には胸部 X 線や血液検査はせず、
身体診察とマンモグラムだけでフォローすることがほとんどのようですが

これも、エビデンスに基づき **Breast Clinic** に携わる各科で議論した結果決まったことだそうです。

初めは **Radiation Oncologist** の言い分が通り、胸部 X 線を撮っていたけれど

翌年には「胸部 X 線が有用であるというエビデンスはどこにもない」という **Medical Oncologist** の主張が認められ、胸部 X 線はルーチンから外されたそうです。

今まで **EBM** について曖昧なイメージしかなかったため、こうして徹底して実行されているところを見ると

今から英語論文を読み慣れておくこと、そして研修開始当初より常にエビデンスに基づいた診療を行う訓練を積むことの重要性を感じます。

米国では屋根瓦式教育により指導医が **fellow** を、**fellow** が **resident** を、**resident** が **intern** を教えることになっており

intern の頃から何事も出展を添えて述べる訓練を日々繰り返させられ、

resident になると **EBM** を教える立場となるので、"see one, do one, teach one"の要領で

EBM の習慣が着実に身につくようです。

これは各自の意識と努力で少しずつ訓練していけることなので、日本でも実践していけると思います。

と言っても、医療従事者全員が **EBM** を米国ほど意識しているわけではなく

目の前の業務に追われていつの間にか忘れていて、という状況になりかねないので、

人と議論するとき、「その出展は何？何故そう予測できるのか？」と、物事を批判的にとらえ

互いに刺激し合っていくなど、なんらかの相互協力が必要だとは思いますが。

また今日は第一月曜日ということで、外来の合間に、**noon conference** がありました。

今日のテーマはヒトゲノムの研究に関する講演だったのですが

基礎知識の不足から、途中からほとんどついていけなくなりました。詳しくレポートできず、申し訳ありません！

でもこうした抄読会のような場でも、こちらの先生方は講演後だけでなく講演の間にも口々に質問やご

自分の解釈を述べていて

そこから discussion に発展することもあり、日本の(一部の)抄読会とは雰囲気も随分違いました。

今日は、Dr.Theriault とのお話しの中で挙げられた多くの論文のうち一つ、
題名を聞いただけでは結論が分からず、分野的にも興味深いものを、最後に印刷していただきました。
Annals of Internal Medicine の最新号に載っている、David Wendler 氏の "Systematic Review: The
Effect on Surrogates of Making Treatment Decisions for others" です。

どの科においても言えることでしょうか、とくに緩和ケアでは患者さんの代理人が治療方針の決断を迫られることが多く、

その家庭が代理人に及ぼす様々な影響について書かれています。

今日来られた患者さんを思い出しながら、これから読もうと思います。

3月8日(火)

今日も盛り沢山な一日で、病院に12時間いました。

短い期間ですが、日数分以上のことをさせていただいている気がして、とてもありがたいことです。

今日は午前中は Leukemia Team の病棟回診を、午後は上野先生の Breast Clinic を見学させていただきました。

また、これは自分の興味本位でアレンジしたことなのですが、

お昼休みを利用して MDA の Medical Interpreter のもとへお話しを伺いに行きました。

まず午前中の回診について書きます。

MDA の hematology は Leukemia, Lymphoma, Stem Cell Transplant の3部門に分かれています。

先週ずっと見学していた Dr.Qazilbash のチームを含む Stem Cell Transplant では100人以上の入院患者を、

Leukemia も100人程度の入院患者を常時抱えており、

一番小さい Lymphoma も80人程度の入院患者がいるそうです。

今日は Leukemia の4つのチームのうち、Dr.Estrov のチームに付かせていただきました。

なお Leukemia の4チームのうち3チームは活動性の白血病を、1チームは寛解中の白血病を扱うそうです。

Leukemia の病棟では病棟の看護師だけでなくチームの看護師も一つの病棟に常駐しています。

回診ではチームの医師と薬剤師が病棟を回り、各病棟で、チームメンバーである看護師2人と合流し

まずその4人で、その病棟にいる Dr.Estrov チームの患者さんについて順に discussion していきます。

その後チームの4人と病棟看護師とで手早く回診をします。

その病棟の患者さんを回り終えると、細かい指示などは後回しにし、次の病棟へと移っていきます。

discussion や回診が速く、2時間少々でチームの患者さん25人を回りきりました。

Stem Cell Transplant のときと比べてあまりに速いので、質問してみたところ

Dr.Estrov は午後にもう一度、全ての担当患者さんのもとへ足を運ぶそうです。

状態も安定していて、症状もとくに訴えていない患者さんのもとへも毎日2回は回診するというのは MDA でも皆がすることではないようです。

患者さんやご家族は、医師が気にかけてくれていると感じることができ、とても心丈夫だと思います。

回診の合間、9時から10時にかけて、週に一度の Leukemia 全体のカンファレンスがあり、全体で受け持っている100人の患者さんのうち、治療方針が揺らいでいる患者さんなどについてプレゼンし、

今後の方針について話し合っていました。

カンファレンスには医師が30名以上も出席しており、充実した discussion が繰り広げられていました。またこのカンファレンスでは、死亡した患者さんの死因や解剖についても話題にのぼっていました。

午後は上野先生の Breast Clinic でした。

2週目ともなると、先週お会いした患者さんも数名おられたので、先週からの経過が分かり、とても勉強になりました。

やはり同じ患者さんを一定期間フォローしていくことで、MDA の様子がより分かります。

先週初めて来院された転移性乳がんの患者さんは、局所・全身の検査を終え、phase 1 の臨床試験への参加が決まっていました。

こちらでいつも思うことですが、物事がとてもテンポ良く進む場合が多く、こうした配慮も患者さんのための最善のケアやそれに伴う満足度につながっているのを感じます。

また今日は、とてもお若く挙児希望のある新しい患者さんが来院され、癌治療に伴う生殖機能の変化の取り扱い方の難しさと、診断時からの迅速な対応の重要性を実感しました。

今日の患者さんはすぐに外部の Fertility Clinic に紹介され、治療開始前に卵胞保存あるいは体外受精卵の保存をしておくことが推奨されました。

妊娠すると女性ホルモンの分泌が増えるので、乳がん再発のリスクが高まると聞いていたのですが実は妊娠によるホルモン分泌の増加と乳がん再発リスクの関連性にはエビデンスはないそうです。ここも EBM の活用どころです。

ホルモン療法中であっても一時中断すれば妊娠は可能です。

それよりも、一番問題となるのは化学療法です。

術前化学療法の適応と判断されれば初診から2週間後には開始されるため、

それまでに早急に Fertility Clinic へ行き、卵胞や受精卵の保存をしておく必要があります。

幸い、MDA 近辺の Fertility Clinic では MDA からの紹介であれば12時間以内に対応してくれるそうで

こうした地域との見事な連携も MDA の強みの一つだと思いました。

今日の外来は結局7時までかかり、5時には皆が帰り出すアメリカの病院では、

6時にはさすがに辺りも静まりかえっていました。

上野先生はなんと朝4時から病院で働いておられたそうで、そのころには疲れ切っておられました

それでも、患者さんの部屋に入るときにはおおらかな笑顔とお元気な声で挨拶をされ、

最後までじっくりと、親身になって相談に乗っておられて、こうした姿がとても印象的でしたし

患者さんも長い待ち時間があつたにも関わらず満足度も高く、先生にもとても感謝している様子でした。

どんなに疲れていようと、一人一人の患者さんに誠心誠意尽くす姿勢は

実際にはとても難しく、けれど非常に重要なことだと再確認しました。

Leukemia でお世話になった後、お昼休みには International Center の隣にある

Medical Interpreter(医療通訳者)の部屋にお邪魔しました。

アメリカにはスペイン語圏からの患者さんが多く、回診で時々、通訳を介して行われる場合があります。

私は日本でボランティア医療通訳・翻訳をしたり、医療通訳バンク(NPO 団体)の立ち上げに関わるなどして

医療通訳の適切な活用に興味があつたので、回診でお会いした通訳の方をお願いし

医療通訳の責任者の方とお話しさせていただきました。

アメリカでは、全ての医療施設において、英語が苦手な患者さんに通訳をつける義務があります。

これは法で決められており、開業医でも病院でも同じです。

通訳にかかる費用は医療施設(開業医の場合はその医師)が負担しなければならず、

通訳者を雇う形式はその施設の規模により異なります。

MDA ではスタッフ通訳、電話通訳、ビデオ通訳の3種を組み合わせて行っています。

スタッフとしては MDA から28人9言語を雇用し、更に委託業者を通じて不足分を補うことで、24時間365日、医療通訳が出動できる体制をとっています。

また通訳者の少ない時間帯や、まれな言語についてはまた別の業者の電話通訳を利用することで

いつでも電話1本で通訳を介した診療が可能です。

費用は1分当たりの定額制で病院に請求されます。

ビデオ通訳は互いのボディランゲージが分かるという点で電話通訳より優れていると思われていたが

院内の回線の不具合により使いづらく、手話通訳もできず、現状ではあまり使われていません。

そのほか、書類などの医療翻訳ももちろん行っています。

医療通訳システムが進んでいるアメリカでは、医療通訳の認定制度を4つの州ですでに開始していますが

テキサス州ではそのような統一された認定制度はまだありません。

MDAでは医療通訳を雇う際、**health science** あるいは **language** のいずれかのフィールドから来る人のうち

医療通訳の経験が1年以上あり、MDA特有の試験に合格した人を採用し、更に医学や通訳、倫理に関する教育を行います。

MDAの病院スタッフは医療通訳を必要とする患者さんに関し、どういったことが予定されているかを日々、36時間以上前に医療通訳に伝達することになっています。

それにより委託事業から追加で派遣をしてもらう日などを決めているようです。

これは論文なども多く書かれていますが、患者さんの家族や友人知人が通訳をした場合、その通訳の医学・通訳に関する知識や経験不足に加えて、

患者さんが全てを話しにくい、通訳が全てを患者さんに言いにくい、などの障壁があり大きな問題となります。

医療従事者が通訳を代行することも問題視されており、

どうしても自分の見解や自分の理解を挟んでしまい

「情報を加えず削らず100%そのまま伝える」という通訳の大原則が守られないことが多いのです。

患者さんには医療施設側の用意した通訳を断る権利がありますが、

同時に医療者には適切な通訳を用意する義務があるため、

どうしても患者家族が通訳をするという場合でも、

MDA側の通訳が横でモニタリングしておき、危険と判断した際には通訳を交代するようにしています。

MDAではこのようにして世界各国から来院する患者さんに対応しています。

資源不足によりごく一部の病院でしか通訳を望めない日本の現状と比べると、

こちらがとても羨ましく感じましたが、外国人が多いからこそこうした対応のコストパフォーマンス的にも可能となるのだとも思います。

電話通訳が日本でも発達すれば、各病院に通訳が待機する必要性はなく、効果的かもしれません。

以上、本来の見学予定からは多少脱線してしまいましたが、
せっかく学んだことなのでご報告しようと思いました。
長々と失礼いたしました。

見学は明日でいよいよ(ほとんど)おしまいです。あっという間でした。
最後までたくさん吸収してこようと思います！

3月9日(水)

今日は上野先生の Stem Cell Transplantation Clinic や
Lymphoma noon conference、Clinical Reseach Conference を見学し、
Lymphoma の大木先生や奥様、さらに今週から一ヶ月間 MDA で見学される松木先生に
お会いし、お話しすることができました。

上野先生の外来では、患者さんが診察前よりも笑顔になって帰られるので、なんだか不思議な力を感じます。

今日の患者さんは先週来られたときと比べて驚くほど全身状態がよくなっていました。

それについて、こちらから感じたことを押しつけるというより

あえて "What's different with you compared to last week?" と、

患者さん自身が感じた変化を、本人の口から言ってもらうことで

一歩の前進が、二歩にも三歩にもなり得る気がしました。

本人が一週間前を振り返って比較することで、改善していることをより自覚でき、

焦る気持ちも自然とおさまるのではないかと思います。

またこの患者さんは軽度の皮疹が心配で来院されたのですが

「今後、回復するに連れて、今まで気にとめなかった身体の異変に気づき、problem が増えていくだろう」ということを

先週（そして恐らくもっと前にも）すでに上野先生が説明して、患者さんも納得しておられたので
今回の皮疹についても、"You warned me, so I'm alright" とおっしゃっていました。

起こりうる症状を言い過ぎて不安にさせてはいけませんが、

何か症状があっても落ち着いて対応できるかどうかで QOL もアウトカムも変わってくるので

今後いつどのような変化が予測しうるかを、適度に伝えることは大切です。

また、これは先週 Physician's Assistant がおっしゃっていたことなのですが

患者さんの状態を、健康だったときの **baseline** と比較しないよう、常に意識していなくてはいけません。病気が根治して体力が完全に回復すればもちろん言うことはないのですが多くの悪性疾患では体力や身体機能が多かれ少なかれ低下してしまいます。そのとき、患者さんやご家族はどうしても、病気になる前の **baseline** と比較しあれが出来なくなった、これも出来なくなった、と訴えます。なので患者さんやご家族の訴えを聞くときは、この点にとくに注意し、発症後にさらに悪化したのか、それとも発症前と比較してしまっているのかをきちんと聞き分けることが大事だということでした。

少し話は変わりますが、上野先生の医師患者関係テクニックでまだ書いていないものをいくつかご紹介します。

- 患者さんの「職業」と「趣味」を聞き、記録しておく。
これを次に患者さんに会ったときに会話の中に盛り込むことで、患者さんは「この先生は、自分を一人の人間として見てくれている」と感じることができ、良好な医師患者関係につながります。
また職業や趣味を知ること、患者さんの背景もある程度分かるので、その後どのように説明をしていくかなどの参考になるのではないかと思います。
- 詳しい説明を聞きたいか、大まかなイメージを聞きたいかを、毎回聞く
患者さんによっては、またその日の気分によっては、
"No problems!"と聞くだけで安心して笑顔で帰られることも案外多いそうです。
そういうとき、検査結果の細かい部分までいちいち説明して心配させるよりも大きくとらえてとくに問題がないのであれば、そう伝えることも一つの手なので今日はどちらがいいかを、まず初めに確認するのが大切だそうです。
- 初診の患者さんに、がんについてどれぐらい知っているかを尋ねる。
"How much do you know about breast cancer?"
"Did you look it up on the internet?"
こうすることで、患者さんが現状をどうとらえているかや、どのように説明していくかを考える参考になっていると思いました。
- 今日どういうことを期待して来院したかを確認する
これは初診患者さんだけでなくフォロー中の患者さんについても言えることですが患者さんの期待の方向性や度合いを知ること、その後の方針も変わってきますし無謀であったり医学的に無意味なことを期待して来られたのなら早めに「それは根拠が証明されていないので MDA では行えません」ということができます。

話がどんどん脱線してしまいましたが、今日の見聞録に戻ります。

Lymphoma の Noon conference では、Lymphoma の各チームが受け持っている患者さんのうち治療方針の決定が難しい症例について他のチームの医師に意見を求めたり、また興味深い症例や画像を紹介したりする場として開催されています。今日は出席者が少なかったようで、7人ほどの先生方が来られていました。

その後、CRC(Clinical Research Conference)を見学する機会に恵まれました。研究プロトコルを立てると、通常は IRB で審議されますが MDA では膨大な数のプロトコルがあり、IRB だけでは手に負えないのでまずは CRC で審議され、その結果により reject されればプロトコルを書き直すところからやり直しですが、amend や approve であれば指摘された箇所を修正すれば IRB に提出することができます。この八日間、完成したプロトコルが実際に患者さんに適応されていくという、末端の様子は見ていましたが、そもそもプロトコルが誕生するかどうかという、より原点に近い部分を見せてもらえてよかったです。

また今日は、上野先生以外にも MDA に色々な形で来られている3人の日本人の先生方とお会いし皆さん様々な道を歩んで来られたこと、そして様々なキャリアを描いておられるその多様性に、とても刺激を受けました。アメリカに臨床留学する場合は、こうしてこうして・・・と、知らず知らずのうちにルールを意識してしまっていたのですが、落ち着いて考えると、大勢の方がそうだからと言って必ずしもそれしか方法がないわけではなく何事にも道は幾通りもあり、どの道を通ることも必ず自分にプラスになることを再認識しました。こうした熱い先生方との出会いにとっても感謝しています。

さて、実習は3月9日までということだったのですが、私がどうしても緩和ケアの先生にお会いしたいということ、そして出来るならば Breast Clinic の conference も見学してみたいという希望を叶えて頂き明日の午前中も MDA に行けることになりました。MDA の皆さまのご厚意に感謝し、(今度こそ)最終日に挑みたいと思います。

3月10日(木)

おはようございます。皆様、どのように今朝を迎えられたのでしょうか。お一人お一人がご無事であることを願ってやみません。私は木曜日の午後にヒューストンを経ち、太平洋上空を飛んでいる頃に最初の大地震が起こったようで

す。

羽田に到着後そのまま空港内で一夜を過ごし、24時間以上を経てようやく自宅に到着しました。

さて、九日目の見聞録が遅くなってしまいました、書きとどめておきたいと思います。

この日の朝は Breast Clinic の週に一度の Morning Conference を見学し、Dr.Alvarez の Breast Clinic を患者さん一人分だけ見学し、

Palliative Care をご専門とされている Dr.Zhukovsky とお話しする時間を頂戴した後、

11時過ぎには空港へ向かうという、バタバタしたスケジュールを組んでしまいました。

Breast Medical Oncology では患者さんは外来がほとんどなので、その一週間に新しく来た患者さんについて

Morning Conference でそれぞれの外来担当医師が手短に紹介し、

興味深い症例や治療方針を立てるのが難しい例については医師同士で相談し合います。

MDA へ最高の治療を求めて遙々来られる患者さんの傾向なのかもしれませんが、

若い患者さんや転移性がんの方が多く、社会的・精神的要素も治療方針に大きく関与しているようでした。

Morning Conference 後、Dr.Alvarez の朝一番の外来患者さんは、医療保険のトラブルで来られていました。

アメリカでは患者さんが個々に別々の Private insurance に加入しており、

加入する財力のない場合は Medicaid や Medicare などの公的保険を利用することになります。

それぞれの保険会社によって、どういう患者さんのどの疾患について

どの薬や検査をどれぐらいの頻度までカバーするか、などが厳しく決められており

新薬が高くて保険会社に補償を拒否されたり、治験に参加する場合は一切の医療費を補償しないなど保険による制限で困っている看護師をよく見かけました。

通常は患者さんやご家族が保険会社と掛け合うのかもしれないですが、

MDA では看護師や薬剤師が何度も保険会社とやり取りし、場合によっては MDA 専属の弁護士の力も借りるようです。

この日来院した患者さんは Private insurance が PET-CT 検査代を出してくれないことに悩んでいました。

他院で最近撮った PET-CT の画質が悪く何も写っていなかったため、MDA にて再度撮影したのですが、保険会社は「先月撮ったばかりなのだから、補償できない」と言うのです。

こうしたやり取りを、この見学期間に何度も目撃しました。

手慣れた MDA スタッフの説得により、最終的には保険会社が折れることが多いようですが

保険制度に関しては、やはり日本のほうが随分 patient-friendly であることを再認識しました。

MDA で最後のスケジュールは、Palliative Care の先生とお会いすることでした。

私は緩和ケアに関心があり、MDA のような急性期の場合での緩和ケアの位置づけを知りたかったため上野先生や Faculty Development の Janis Apted さんに懇願し、Dr.Zhukovsky を紹介して頂きました。この先生は腫瘍内科、ホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケアチームと、様々な現場で緩和ケアに当たられており

また教育者という立場からも、多くの緩和ケア専門医を育成されていてお話ししているだけでも、その経験の抱負さや人柄の良さがにじみ出るようでした。

時間の都合上、じっくりお話をしたり病棟を見せて頂くことは残念ながらできなかったのですが、私の考えていることや目指していることを、しっかりと聞いてくださり、とても応援して下さいました。何をやるにしても、色々な道があるけれど、とにかく "Do what you like the most!" と、とても勇気づけられるメッセージをいただき、MDA とはお別れとなりました。

最後に

MDA での見学期間があつという間に終わっていきました。

9 日間とは思えないほど多くのものを見て、聞いて、様々なフィールドの方とお話しすることができ、新鮮な刺激に満ちた、楽しい日々でした。

今回は薬剤の種類や投与量といった面よりもむしろ、MDA の医療の仕組みや人の動きなどよりダイナミックな部分での Oncology Team を学ぶこと、そして多くの方とお話しし、キャリアを考えることを目標としていたのですが回診や外来やカンファレンスの見学、そして大勢の方との出会いを通してこれらを見事に達成できるプログラムを組んで頂き、大変感謝しております。

MDA では日本よりコメディカルを中心としたスタッフが充実しており、医師はチームのマネジメントに集中できるため質の高い医療を提供できます。この掲示板を読んで下さっている皆様にもご指摘頂いたように、保険制度や費用面のことを考えると今すぐに日本でこういった体制を作ることは難しく、我々はアメリカを羨むばかりではなく、まずはソフト面から変えていくことで現状で可能な範囲の、日本独自の体制を築き上げる意識も大事です。

けれど上野先生がおっしゃったように、アメリカも初めからこのような体制があったわけではありません。

何かが足りない、だから何かが出来ない。

それが補充されればどんな良い変化が起こるのか？

それを社会へ訴えかけることで、徐々に人々の共感を得て、体制を変えていく資金や人員が集まったそうです。

日本は皆保険だから無理、お金がない・コメディカルが足りないから無理なのではなく自分で知らず知らずのうちにバリアを生み出してしまっているのかもしれないと教えられました。妥協や受け入れも大事ですが、本当に叶えたい Vision があれば、それを周りと共有し、総力で改革していくことで、日本の医療も改善していく余地があると思います。

今回の東北太平洋沖地震では、日本の人々が冷静に、秩序正しく粛々と行動している様子が全世界の感動を呼んでいると聞きます。

災害時にこれほどの思いやりや団結力を発揮できる我々ですから、医療のピンチもきっと救えるはず、と思います。

MDA のスタッフは皆、自分のしていることに誇りを持っているのが目に見えるようでした。洗練されたシステムと、個々人の専門性の高さから、自分のやっていることに自信を持つことができその誇りが、日々の原動力や笑顔につながっている気がしました。チームは信頼できる優秀なスタッフの集まりですから、自分一人で何もかもを抱え込み、不安と疲労に押しつぶされそうになりながら仕事をしなくとも、自分は自分の専門をとことん追求し、周辺分野については仲間を信頼して一緒に向上していけばいいのです。

自分への誇りと他者への信頼は、案外難しいことなのでしょうが研修医としては、まずは一つ一つしっかりと勉強し身につけていくことで少しでも自信が生まれ、他者に信頼されるようになると思いました。

誇りを持つと同時に、生涯学び続ける姿勢も、MDA の先生方を見ていて実感しました。先生方は何か言うときいつも Evidence を添えますが、Evidence を言えないときはすぐに医療用のサイトから検索して提示するか、あるいは「間違っているかもしれないので教えてほしいのだけど」と低姿勢ですし、患者さんのケアにおいてコメディカルにアドバイスを求めたり相談する姿が日常的に見られました。誇りを持つとともに自分の出来ないこと分からないことのラインを自覚しておくことそして周りをしっかり頼ること、こうしたことで MDA はその高いレベルを維持しているのだと思います。

さて、話は変わって私がキャリアですが

何かの資格を取ることや、そうした目先のことに集中しすぎず、本当に成し遂げたいことを見据えて、そのステップは柔軟にとらえていけばいいと思うようになりました（今さらですが）。

ステレオタイプ化してしまうのは良くないですが、私思うに、国民性による終末期ニーズの違いは探る余地があるでしょうし日本人に合う緩和ケアを形成していくプロセスに主体的に関わりたいと思います。

そうした大きな方向性に向かうに当たり、腫瘍内科を勉強する道もあれば、他科で研修をする道もありそのところは、まだもう少し考えていきたいと思います。

この9日間、MDAの方々には外国から来た見ず知らずの学生にとっても親切に色々と教えて下さり、その懐の広さ、暖かさにとっても感謝しています。掲示板でも多くの方々に新しい視点を与えて頂き、導いて頂きながら、見学を進めていくことができ本当に恵まれた環境で勉強することができました。読みづらい文章をいつも読んでくださって、ありがとうございました。何よりも上野先生にこのような貴重な機会を与えていただき、一学生の私の将来を真剣に考えてくださり、どう感謝をしていいかも分かりません。日々の見学前後に、上野先生といろいろなお話しをした時間はその日見たもの聞いたことを消化する、大切な時間となりました。たくさんの得たものを少しずつ自分のものにしていき、成長していけたらと思います。本当にありがとうございました。今後ともどうぞご指導よろしくお願ひ致します。