

<様式3>

平成 26 年 6 月 27 日

一般社団法人 オンコロジー教育推進プロジェクト
理事長 福岡 正博 殿

所属機関・職 国立がん研究センター中央病院内科

研修者氏名 下村 昭彦

平成 26 年度研究助成に係る 研修報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

- 1 研修課題 MD Anderson Cancer Center Japanese Medical Exchange Program
JME Program 2014
- 2 研修期間 平成 26 年 4 月 21 日～平成 26 年 5 月 23 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 26年 6月 27日

平成 26 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 2014

国立がん研究センター中央病院内科

下村 昭彦

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

日本において、患者さんが副作用に悩まされることのない新規分子標的薬の開発を通じて、乳癌を根絶する。

(英語)

To eliminate breast cancer by a novel target therapy development which will provide treatment without suffering for patients with breast cancer in Japan.

●Vision:

(日本語)

化学療法なしに乳癌を治癒出来る世界を作る。

(英語)

Create a world that we can cure breast cancer without any cytotoxic chemotherapy.

I 目的・方法

Page. _____

【目的】 5週間のMD アンダーソンがんセンターでの多職種診療の研修を通じて、真の多職種連携とは何か、真のチームワークとは何か、真のハイパフォーマンスチームとは何かを知る。多職種連携の中で自分の役割、リーダーシップについて学び、自分自身のミッション・ビジョンとそれを通じて実現するキャリアについて考察する。

【方法】 MD アンダーソンがんセンター内での多職種連携については、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、チャプレンなどの業務を見学し、講義を受けることによって理解を深める。また、リーダーシップ、キャリア構築については講義およびメンター・メンティーセッションを通して、自分自身と向き合うことによって深める。

II 内容・実施経過

Page. _____

当研修は大きく分けて、MD アンダーソンがんセンター(以下、MDA)での臨床現場の見学と、講義やグループワークを通じたリーダーシップ、ならびにキャリア開発について考察の大きく二つの柱から成り立っている。この二つを中心に、MDA で学んだことについて述べる。

II-1) 講義

MDA の研修の中で、最初の方に集中的に行われたのがキャリア開発の専門家による講義であった。これらは、チーム医療の実践の中でさらに個人のキャリアを考えるのに重要であった。最初に行われた重要な講義は、MBTI についてのものであった。MBTI はユング心理学に基づいた性格分析で、私は ESFP であった。MBTI には二つの側面があり、一つは自分自身の特徴を客観的に捉えてみるということ。もう一つは、こちらが本当に重要なのだが、もてごとの捉え方、表出の仕方において、多様な人がおり、チームはそのような多様な人間の集まりであることを理解することである。我々が物事の捉え方が違うことはよくあり、そのことが原因で諍いやトラブルが起きることは少なくない。チームが多様なメンバーから構成されていることを知ることで、独りよがりにならず人の意見に耳を傾け、チームとしてコンセンサスを形成することが出来る。それが出来て初めて、ハイパフォーマンスチームを作り上げることが出来るのである。多様な背景や性格のメンバーが集まって、多様であるからこそそれぞれに適した役回りがあり、その多様なメンバーが共通のビジョンを持ってチームを形成することが何より重要である。

リーダーシップの講義では、positional leader ではなく、individual leader としてどのようにリーダーシップを発揮するかについて学んだ。リーダーシップを発揮するには5つの方法を用いる。"Model the way"、"inspired a shared vision"、"challenge the process"、"enable others to act"、そして"encourage the heart"である。そして、それらの実践において根底には自分自身とチームメンバーに対する信頼が不可欠である。その中でも特に印象的だったのは、"catalytic leader"と言うものである。触媒なので、自分自身が特に変化がなくても、周囲の人々の行動に変容を与えることが出来るリーダーである。上の5つのなかでは、"enable others to act"と"encourage the heart"があたるだろう。自分が存在することで、周囲のメンバーがより活動しやすくなり、別のリーダーシップを発揮出来るようになるのが非常に重要であると思われた。

II-2) MDA での見学

MDA での見学は、大きく、病棟と外来に分かれている。それぞれの場所で、医師、薬剤師(PharmD)、看護師、およびその他のメディカルスタッフの実務について見学させていただいた。アメリカでは保険制度などの問題もあり、ほとんどの治療は外来で行われる。大き

な手術を受ける患者や状態の悪い患者、同種移植を受ける患者などが入院している。したがって、アメリカ最大のがんセンターである MDA であっても、病床数は 600 床強である(これは、国立がん研究センター中央病院と変わらない)。外来の担当者と病棟の担当者は完全に分かれている。医師は 1 年のうち 2 ヶ月程度病棟担当医として診療し、その他の時期は外来で治療を行っている。薬剤師も同様のローテーションをしている。看護師は配属先によって外来を行うものと病棟を担当するものに分かれている。また、日本にはなくアメリカ特有のスタッフとしては、Physician Assistant(以下 PA)と Nurse Practitioner(以下 NP)がある。

まず、病棟での業務について述べる。病棟見学は、移植病棟、呼吸器頭頸部病棟を見学した。病棟では朝、受け持ち患者に関するチームカンファレンスと回診が行われていた。チームは、attending physician、mid level provider、PharmD で構成されている。mid level provider は PA もしくは NP で構成されており、フェローがローテーションしている場合にはフェローが mid level provider の役割を果たすこともある。mid level provider、PharmD は処方権を有しており、支持療法薬などは自身の判断で処方出来る。PharmD は化学療法も処方しており、投与量の調節も PharmD を中心に行っている。有害事象、心理的問題などは朝のカンファレンスで共有され、多職種で方針を決定する。それぞれの職種で業務は分かれているが、オーバーラップする部分も多く、状況に応じて有機的に動いていた。

PA や NP は日本で医師が行っている業務の多くを担当している。診察、臨床判断、毒性の評価、輸液や支持療法薬の処方、緩和チームへのコンサルト、感染症科へのコンサルトなども行っている。医師の Fellow も同じ業務を行っている。支持療法薬の相談などは、mid level provider と PharmD の間で医師を介さずに行っている場合が多い。

外来でも同様にチーム医療が行われている。ただし、外来では PharmD の数が十分ではなく、担当医や曜日によって協力を得られることも得られないこともあるようだ。外来診察室の構造は日本におけるそれと大きく異なっている。外来患者は受付をすると、受付の前で診察を待つ。診察の順番が回ってくると、診察室に通される。日本のように外来担当医が診察室で待っているのではなく、診察室内で医療チームが来るのを待つ。最初に PA、NP や PharmD が診察を行う。有害事象の評価や、新患の場合には病歴聴取を行う。チームごとに Work room が割り当てられており、診察を終えたスタッフは work room へ戻り、他のスタッフと治療方針についてディスカッションを行う。次いで、チームで診察室へ行き再度診察を行う。新規に化学療法が開始される場合などは、チームの診察の後に PharmD による薬剤指導が入る。化学療法の同意書は PharmD が取得している。診察が終わるとチームは Work room へ戻り次の患者の情報共有を行う。私たちが見学したのは乳腺腫瘍内科外来、乳腺外科外来、消化器腫瘍内科外来、造血幹細胞移植科外来などである。外科外来では薬剤の処方があるため PharmD はいないようである。

MDA では乳癌の手術は外来で行われている。迅速病理診断部は手術室に併設されており、病理のテクニシャンと病理医が待機している。検体が出ると直ちに切り出しを行い、またレントゲンを撮って断端の評価を行う。断端陽性が疑われたときは、凍結標本を作成し組織学的に断端評価を行う。ここにも、違った形のチーム医療が存在し、治療に取り組む患者を助けている。

MDA の見学の中で印象的だったことの一つに、神経腫瘍内科のソーシャルワーカーとの面談がある。アメリカのソーシャルワーカーは全員が修士課程を出ており、修士課程でソー

ソーシャルワーカーの受験資格を取得する。業務は日本のように経済的な制度の紹介や退院調整ではなく(退院調整は看護師を背景に持つケースワーカーが行う)、主として患者の精神的なサポートを行う。特に、脳神経腫瘍の患者は治療の過程で認知機能や身体機能に障害を残すことが多い。また、比較的若年の患者が多いことも特徴である。したがって、ソーシャルワーカーの役割は非常に大きいとのことであった。ときどき一緒に涙を流しながら、患者とともに治療を生きて行く手伝いをしている。このことに非常に感銘を受け、私たちのグループはもう一度このソーシャルワーカーに会いに行った。私たちのグループのテーマについて意見をいただき、反映させた。幸いなことに、お忙しい中私たちの発表を聞きにきてくださった。大変感謝している。

チャプレンの見学では、面談の形式で行われた。印象的だったのは、チャプレンの仕事は“**be there**”だと言うことである。ただただそこにいることが、終末期に近づき苦しみを持つ患者の助けになると言うものである。宗教的な要素もあるが、基本的には宗教に関係なく接するとのことであった。チャプレンの多くはキリスト教徒であるが、チャプレンに関わる患者は仏教徒もユダヤ教徒もいるとのことであった。担当の病棟が決まっており、そこでいつでも患者と接することが出来るようにしている。驚いたのは、チャプレンにもレジデント制度があり、一定の教育を受けてから現場に出ると言うことであった。チャプレンは日本には数人しかいないが、緩和ケアを行う過程で非常に重要である。緩和ケアを行う際に関わるすべての職種がチャプレンとしての役割を果たすことになるが、その難しさを実感した。

ホスピス、緩和ケアの見学では院内では緩和ケアチーム(**mobile supportive care team** と呼ばれていた)の回診について。日本で緩和ケアチームが行っているものと大きくは変わらないと言う印象であった。緩和ケア病棟は急性期の症状コントロールを行うところで、原則として退院を目指すところであるが、約 30%は院内で亡くなるとのことであった。見学を希望したが、残念ながら認められなかった。ホスピスは院内にはなく、徒歩 5 分ほどのところにあるヒューストンホスピスの見学を行った。アメリカの制度の関係で、ほとんどの終末期患者はメディケアを利用して在宅ホスピスを受けている。入院患者もいるが、在宅での症状コントロールが困難な数床のみであった。ホスピス患者の精神的なサポートは多くはボランティアによって担われていた。薬剤師はいないが、薬局と契約しており、在宅にあっても必要なときに必要なだけの麻薬を届けるシステムが整っているとのことだった。医師は死亡診断書を電子署名で行っているため、死亡確認は看護師が行っており医師は診察することはない。**Advanced care planning** の重要性はみんな理解しているが、腫瘍内科医と緩和ケアチームの間で温度差があり、ギリギリになってホスピスに来る例や、うまく **ACP** が形成されていない例も多いとのことであった。ちなみにホスピスに入るにあたり **DNR** は必須ではなく、コミュニケーションがうまく行っていなかったり、宗教的な背景がある場合などに、入院ホスピスに救急車を(家族が)呼び、病院へ搬送され **ICU** で亡くなる場合もあるとのことであった。アメリカは緩和ケアに関しても先進国だと思っていたが、日本と同様の問題を抱えていることがわかった。

その他、**integrated medicine clinic** や **MD Anderson children's art project** など印象的な見学を多数させていただいた。

II-3) メンター・メンティータイム

日本でメンタリングをほとんど受けたことがなく、人生初めてであった。私のメンターは Dr. Theriault が引き受けてくださった。最初は英語でのコミュニケーションが苦手なこと、自分が人見知りをすることから、あまり話を弾ませることが出来なかった。だが、Dr. Theriault は我慢強く私の話を聞いてくださった。最初は仕事やキャリアのことを中心にディスカッションを行い、ビジョンとミッションのブラッシュアップを行った。Dr. Theriault や私自身の個人的な情報を共有するし、お互いをメンター、メンティーとして位置づけて行った。Dr. Theriault がご自身のキャリアの中でどのような仕事が印象的であったかについて伺った際には、妊娠期乳がんに対する化学療法の臨床試験を行った際のことを話してくださった。聞いて行く中で脈が速くなるのを感じるほどに感動的な話であった。世の中の常識を変えるような innovative な仕事を成し遂げるには、強い意志と仲間が必要であること、それを持ち続けるためには明確なビジョンとミッションが必要であることを実感した。

Dr. Theriault との面談の中では、家族・家庭の話をするが多かったように思う。キャリアを作り上げるために仕事をして行くと、どうしても労働時間が長くなってしまう。その中で、どのようにして家庭との両立をはかって行くのかについて重要なアドバイスをいただいた。その場合も、家族と自身のキャリアに対する shared vision が必要であることを理解した。

上野先生とも何度か面談をしていただいた。また CV 作成やミッション・ビジョンの作成を通じて、自分のキャリアの中で何が重要なのか、自分の本当のビジョンは何なのか、と言うことについて気付かせていただいた。

これらの成果として、(求められたわけではないが)自分のミッション・ビジョン・ゴールを一枚の図表にまとめ、いつでも視覚的に捉えるようにした。作成したものは、III で示す。

II-4) グループワーク

看護師の江藤さん、薬剤師の山田さんとともに Group B に配属された。私たちは研修 1 週めに緩和医療に関する臨床研究を行うことを決めた。幸い、私たちは興味の対象が共通であったことと、日々こまめにコミュニケーションを取っていたことで、大きな conflict を生じることなくグループワークを進めることが出来た。それでも小さな conflict は日々生じたが、それはチーム医療を学ぶ醍醐味と言うものであろう。ほぼ、毎日 2 時間程度の話し合いを持った。私たち 6 人は夕食を外で食べることは少なく、ほぼ毎日自炊をしていた。全員そろろうことは少なかったが、多くの場合 4-5 人で集まって夕食をとった。時間的には外食の方が効率的であるが、夕食を作る時間、夕食を食べる時間、夕食後のコーヒーのひとつと、毎日たくさんのコミュニケーションを取る時間があった。私たちのグループは、夕食後にそのまま 3 人で話し合いをすることが多かった。コミュニケーションが十分とれていたことが、大きな conflict を生じなかった理由の一つと思われる。余談であるが、JME2014 全員が例年のように大幅な体重増加を来さず帰国出来たのは、自炊のおかげだと思っている。自炊にはコミュニケーションを取る以外に副次的なメリットもある。来年以降の参加者にも、ぜひ面倒がらずに自炊することをお勧めしたい。

Ⅲ 成果

Page. _____

Ⅲ-1) チーム医療に対する理解

5週間を通して理解したチーム医療の本質は「他者に対する理解」と「Commitment」である。見学や講義は、もちろんチーム医療を理解するのに非常に重要であった。しかしながら、今回のプログラムで本当に重要であったことは、5週間と言う長い期間を、日常業務から完全に切り離して(現在はコンピュータネットワークが発達しているので、以前ほど切り離されていないかもしれないが)、これまで一緒に行動したことの無い6人が過ごすということである。また、その過程の中でグループワークを行うということも、非常に重要な点である。

グループワークをうまく進めるには、自分以外のメンバーに対する理解が必要である。そのためには、他のメンバーには自分と異なる特長があることを理解しなければならない。そのために、最初に MBTI を行うことが重要である。人は自分とは違うからこそ、active listening が必要であり、人は自分と違っていると理解するからこそ、aggressive ではなく、assertive に主張出来るのだと思う。研修期間がより短ければ、表面的にうまくやり過ごすこともおそらく可能であろう。しかし、それでは conflict が生じない。Conflict を乗り越える過程で、人を知り自分を知り、お互いに対する理解が深まって行くのだと思う。

つぎに、6人、もしくは3人のグループでいるときに、時間的空間的に一緒にいる、もしくは近くにいることで、自分たちがチームであると誤解することもある。チーム医療で効率的に仕事をこなすことを目指すのは間違っていると思う。効率的にこなすべきなのは、個々人が自分の与えられた役割(もしくは expanded role)である。チームを形成するのに重要なことは、他者を理解した上で commit することである。時間的空間的に一緒にいる時間が長かったとしても、commit がなければそれはチームではない。Commit するためにはビジョンを共有しなければならない。ビジョンの共有のないチームは存在しない。ビジョンを共有するためにはコミュニケーションが必要である。コミュニケーションは時間がかかって面倒である。チームを形成することは面倒なのである。だが、Commit があれば、一体感が生まれる。一体感のあるチームが関われば、患者もより安心して治療を受けることが出来る。そのようなチームで働くことは楽しい。チーム医療は面倒だが、楽しい!! その楽しさを、多くの人に知ってもらえるようにしたい。

そして、そのチームは医師、薬剤師、看護師のチームにとどまらない。例えば、医師はそれぞれに専門を持っており、がんの集学的治療ではそれぞれの専門性を発揮して患者の治療を行う。薬剤師、看護師もそれぞれに様々な職種な同じ職種内での自分とは異なる専門家と仕事をするようになる。私たちは、それぞれがいくつかのチームに所属し、それらが有機的にかかわり合いながら患者の治療を行うのである。

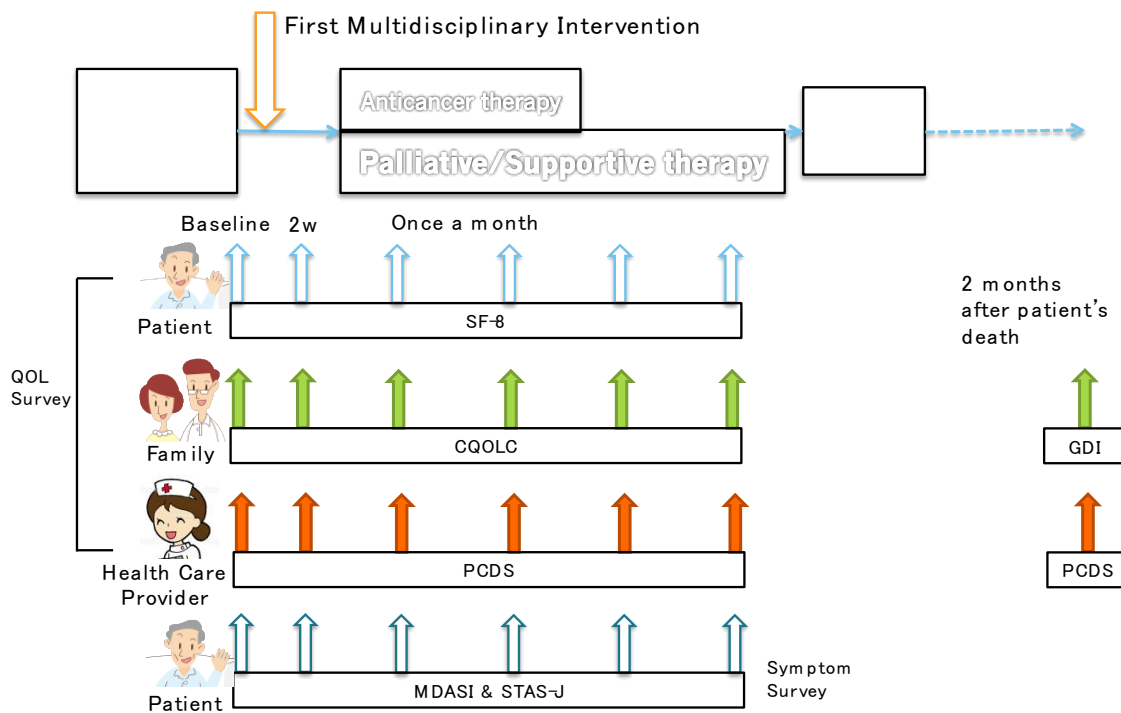
Ⅲ-2) グループプレゼンテーション

Group B のテーマとして、早期緩和ケア介入の効果を日本で初めて証明する臨床研究を立

ち上げることとした。介入を伴う、1群のコホート研究を計画した。進行・再発固形癌と診断された患者を対象とし、診断から癌に対する治療(化学療法や放射線、場合によっては手術など)が開始されるまでの間に緩和ケアチームによる介入を行う。この場合、緩和ケアチームにはかならずソーシャルワーカーと薬剤師を含むものとする。医師による身体マネジメントや看護師による症状・心理両面でのサポートはもちろんとし、ソーシャルワーカーから将来体調が悪化したときに利用出来る社会福祉サービスの情報提供が得られること、薬剤師から今後症状マネジメントに用いる可能性の高い薬剤の特徴や副作用の情報を得られることが、意思決定に大きく影響すると考えるからである。現在、緩和ケア介入が遅くなってしまう、緩和ケアチームと患者、家族との間に十分な信頼関係が築けないまま症状が進行してしまう場合が多いと考えられる。そのことが、急性期病院での死亡率が78%もある理由であると考えた。アンケートなどでは、在宅やホスピスを希望する人が多いにも関わらず、実際には終末期に不安や症状マネジメント不良から急性期病院へ入院し、そのまま死亡するケースが多いと考えられた。私たちの仮説は、早期に介入することにより緩和ケアチームとの信頼関係を築くことが出来、また症状が進行する前から使用する薬剤や利用出来る制度についての理解を深めることが出来、その結果として意思決定がうまく行き、本来の希望する場所で最後を過ごすことが出来る、と言うものである。そこから、主要評価項目を在院死亡率の減少(78%→63%)とした。この仮説は先行研究である Temel et. al. NEJM 2010 のデータを用いた。また、介入は患者家族、さらには医療者の QOL も改善すると考えられ、それらを日本語で validate された質問紙を用いて行うこととした。さらに、そのような意思決定は患者の死後の家族の満足にもつながっていると考え、good death inventory を用いて評価することとした。

症例数は、若干の不適格を考慮して 42 例(片側 $\alpha=0.1$ 、検出力 80%)とした。これは私たちが所属する 3 施設の症例数からは十分集積可能と考えられる。現在、コンセプトシートを作成中であり、今後は実際の臨床試験として実行して行く予定である。研究のシエーマを次に示す。

Scheme



III-3) ミッション・ビジョン

研修、メンタリング、グループワークを通して決めた自分のミッションは「日本において、患者さんが副作用に悩まされることのない新規分子標的薬の開発を通じて、乳癌を根絶する」であり、ビジョンは「化学療法なしに乳癌を治癒出来る世界を作る」である。臨床試験に事務局として関わる機会をいただいたおかげで、ホルモン受容体陽性 **HER2** 陽性乳癌を専門として、病気の理解のための研究と、より負担の少ない治療の開発に関わって行きたいと思っている。ミッション、ビジョンを実現するための、短期的、長期的ゴールをかなり具体的に決めた。自分の前において、いつも心がけられるように図を作成したので示す。

上野先生の講義の中で、ゴールは実現出来ないこともある。それでも、ビジョンベースのキャリアデベロップメントを考えていれば、自分がなすべきことが見え、ぶれが少ないとのコメントをいただいた。それを聞いて、ビジョンを持つことの重要性に、ハッと気づかされた。

IV 今後の課題

Page. _____

MDAでの研修を通して、チーム医療に重要なことは「他者に対する理解」と「Commitment」であることを理解した。そして、それらは時間がかかり面倒なものであるが、その先に自分がチームの一員として働くことはとても楽しいと知った。次は、それを自分の周囲、そして日本国内の多くの医療者に知ってもらうことが必要である。チーム医療という言葉はこの10年で日本中に広まり、チーム医療を理念に掲げる病院も少なくない。時間的空間的に一緒にいることをチームと誤解した形だけのチーム(例えばカンファレンスを行っても、多くの参加者が居眠りしているなど)は、むしろ拘束時間を増やすだけでパフォーマンスを落とすことにつながってしまう。大事なことは、チームがビジョンを共有し、そのためにお互いを尊重して働くことである。今後もJTOPを中心として、日本の津々浦々までチーム医療の本当の楽しさを伝えるために活動して行きたいと考えている。

MDAと自施設を比較して理解したことは、以前は「日本のシステムはダメだ」と思っていたが、少なくとも当院はそれほど悪くないということである。正直な感想を言うと、MDAにも、いいところと悪いところがあるように思う。少なくとも、オーダーリングのシステムは一見コンピュータベースのように見えてPDFに直接入力する仕組みになっており、紙ベースに限りなく近い。その中でもチーム医療が実現出来ているのは、職員の数が多いからに他ならない。当院は症例数は多いが、レジデント、チーフレジデントが多く、また救急病院ではないため、診療面での業務量は一般病院に比べると少なめだと思われる。その点も、MDAと大きくは変わらない。当院の課題は、がんの診療とともに研究をする施設として、MDAのように世界中から優秀なスタッフが集まるようにすることである。優秀な薬剤師、看護師、医師が当院で働きたいと思えるような、魅力的な施設にしなければならない。

当院は、現時点でも十分に診療、研究の面で魅力的だと思う。ハイパフォーマンスなチームが活動していることを対外的にも示して行くことで、MDAのようにより優秀なスタッフが集まり、そこからさらにハイパフォーマンスなチームが生まれると言う正の連鎖を引き起こしたい。幸い、当院にはJTOPでチーム医療を学んだ多くの仲間がおり、チーム医療を実践している。自分は、その中でcatalytic leaderとして各メンバーがそれぞれの力を最大限に発揮出来るような役割を果たしたい。

もう一つの大きな課題は、Group Bとして計画した臨床研究を実現することである。帰国後もチームメンバーでコミュニケーションを取りながら具体的な計画を進めつつある。多施設共同研究となり、介入も伴うため、それなりに困難も多いと思う。しかし、多職種が集まって臨床研究が出来ると言うことを、JTOPから発信して行くために、私たちの研究をなんとしても実現させたいと考えている。私たちがチームとして機能している姿をアピールすることも、日本国内の医療者にチーム医療の楽しさを知ってもらう一助になると思う。

