

<様式3>

平成 28 年 11 月 15 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 北里大学医学部・特任助教

研修者氏名 島 久美子

平成 28 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 2016
- 2 研修期間 平成 28 年 9 月 1 日～平成 28 年 10 月 8 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 28 年 11 月 15 日

平成 28 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 2016

所属機関・職 北里大学医学部・特任助教

研修者氏名 島 久美子

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

時代の変化に対応できる次世代リーダーの育成を通して、永続的に患者が EBM に基づいた治療を受けられる社会をつくるために貢献する。

(英語)

Develop a sustainable society which patients can continuously receive an evidence based care through creating next generation healthcare provider leaders.

●Vision:

(日本語)

医療関係者のリーダーシップ育成を通して、以下の実現に貢献する。

- ・ 急性期・回復期・在宅など様々な機能の医療職および介護職と協働することによりシームレスなケアを提供
- ・ 効率的で質の高い医療提供
- ・ 患者の治療に対する主体的な姿勢を引き出す
- ・ 個々の医療者が疲弊しきらず輝け、それぞれの夢に向かって自己実現ができるような環境をつくる

(英語)

To build a diverse multidisciplinary team, which will provide seamless and effective care for patients with efficient operations, empowering a patient to be a part of his/her care team, preventing healthcare professionals from burn-out or compassion fatigue, and supporting healthcare professionals' career development, based on the leadership development for the healthcare providers.

I 目的・方法

Page. 1

目的：

多職種でのチーム医療、チームでの意思決定のプロセスなどを見て、MD Anderson がどのようにチーム医療を実現しているか成功要因を学ぶ。

方法：

Breast Medical Oncology の Dr. Ueno, Dr. Lim, および Dr. Damodaran の外来クリニックでの診療を見学し、どのような多職種アプローチやチーム医療が行われているか考察する。また必要に応じて診療の合間などに現場のスタッフに個別に話を聞く。

目次：

- I. 目的・方法 …1 ページ
- II. 内容と実施経過 …2 ページ
外来診療の流れ …2 ページ
- III. 成果 …5 ページ
Brief Summary …5 ページ
 - 1. MD Anderson でのチーム医療の歴史と精神 …6 ページ
 - 2. 米国の医療保険と多職種で行うチーム医療 …10 ページ
 - 3. チーム医療を機能させるための仕組み …13 ページ
 - 4. MD Anderson におけるチーム医療の利点とチャレンジ …14 ページ
- IV. 今後の課題 …16 ページ
謝辞 …19 ページ

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 2

研修期間：2016年9月1日～2016年10月7日

Breast Medical Oncology 外来観察回数（1回午前または午後の半日）計6回

- Dr. Ueno：3回
- Dr. Lim：2回
- Dr. Damodaran：1回

外来の診療チームは主に、医師、Nurse Practitioner/Physician Assistant、看護師、Medical Assistant、薬剤師により構成され、必要に応じて、スケジューラー、Social Worker、Research Nurse/Research Coordinator、ケースマネジャーやその他の専門的な支援を行うチームがともに連携をして患者の診療にあたっていた。

外来観察中は主に医師のシャドウイングを行い、時折他の職種の臨床業務の見学を行った。具体的には、医師などとともに診察室へ行き、患者さんを診療する様子を見学した。

また、診療の合間には、Physician Work Room という部屋にて、日常業務を観察するのに加え、その日の診療チームのメンバーに色々と質問をして、外来診療におけるチーム医療についてお話を聞いた。

《外来診療の流れ》

外来では、患者が診療科の外来受付終了後以下の Figure 1 のような流れで診療が行われる。まず、Medical Assistant (MA) や Licensed Vocational (Practical) Nurse (LVN) と呼ばれる職種が患者の基本情報などをチェックリストに従って情報収集し、看護師にその情報に引き継ぎ、看護師はその上でバイタルサインの確認や必要に応じて追加情報などを聴取し、電子カルテ上に患者情報を入力する。

その後、その情報をもとに Advanced Primary Practitioner (APP: Nurse Practitioner 又は Physician Assistant) といわれるプラクティショナーが診察し、患者の状態をアセスメントし、主治医にその患者の状態を伝え、この患者にどのような治療やケアが必要かなどを議論し、主治医 (Attending Physician) は患者の治療計画案を持って、患者に会い具体的な患者の病状や治療の選択肢などについて話し合い、治療方針を決める。

その上で、追加の検査や外来化学療法予約、薬剤師などの専門職による指導、ソーシャルワーカーによる精神的なケアなど、更には、緩和などの専門チームによる支援を必要に応じて依頼する。

(つづき)

II

Page. 3

MD Anderson では主治医チーム毎に「Physician Work Room」と診察室などが並んだ廊下
がアサインされその日の診療を行う。APP と呼ばれるプラクティショナーとは、MD
Anderson の外来や入院病棟においては、麻薬の処方以外であれば医師レジデントやフェロ
ーとはほぼ同等の診療活動が行える職種である。主治医の右腕であり、診療の質を大きく左右
するため、主治医と長期的にコンビを組んで日々の診療にあたる。薬剤師や看護師も基本的
には特定の主治医のチームにアサインされるが、曜日によって異なるチームにアサインされ
たり、掛け持ちなどを行うこともあり、必ずしも特定の主治医と常にタックを組んで日々
の診療を行うわけではない。

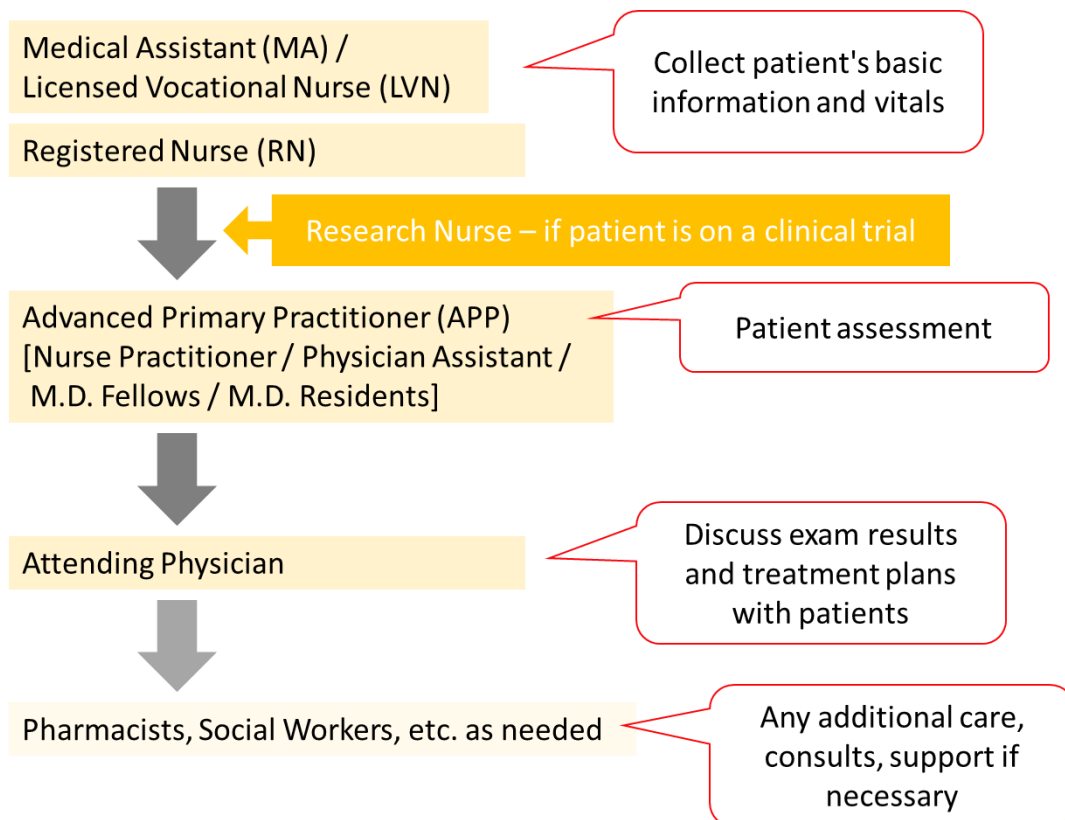


Figure 1: Flow in the outpatient clinic

(つづき)

II

Page. 4

この外来診療の流れの中で、患者は、Figure 2 のように、診察のために呼ばれると Nursing Triage とよばれる場所で体重やバイタルなどの基本情報を確認した後、Exam Room と呼ばれる診察室へ通され、基本的にクリニックでの診療がすべて終わるまでその診察室にいて、APP や主治医などの医療者が順番に、又は同時に患者のいる Exam Room を訪れる。（日本のように患者が医師の診察室を訪れるスタイルではない。）

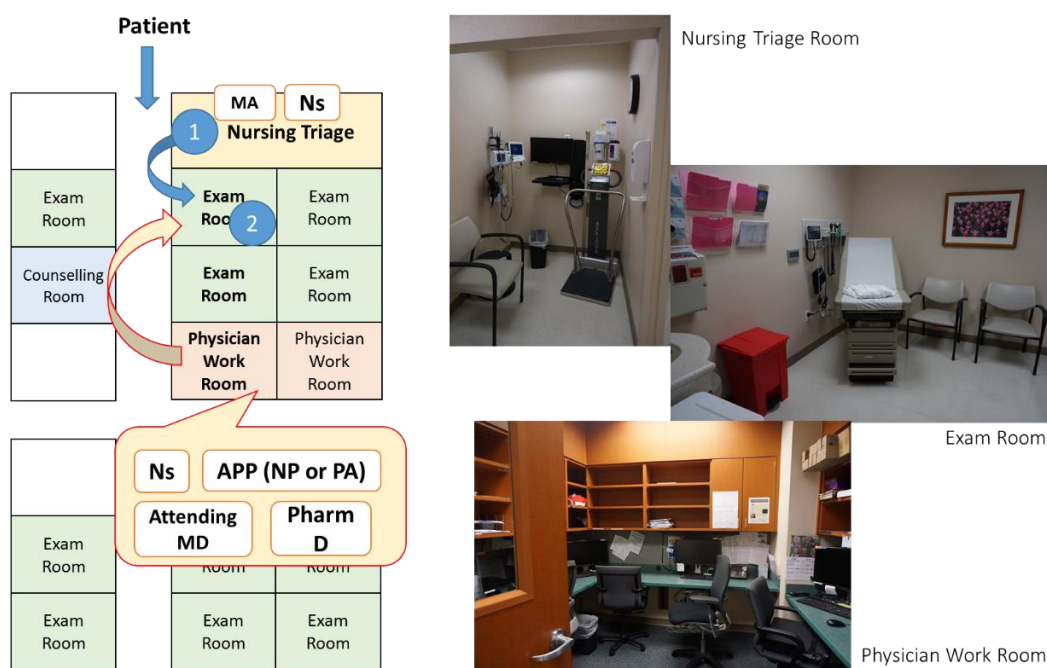


Figure 2: floor map (image) of the outpatient clinic

Ⅲ 成果

Page. 5

Brief Summary

（詳細については次頁以降に記載）

MD Anderson におけるチーム医療の成功要因は、以下の 3 点であると考える。

- チーム医療の一番の目的は、医療の質の向上にあり
- 多職種チーム医療は、医師不足の現場で診療活動が続けるために他職種を有効活用した歴史に始まり、現在では、多職種と共働することにより、医師が本来集中すべき業務である、治療プランの策定や患者とのコミュニケーションに多くの時間を費やせる環境を整えている。
- 必然的にコミュニケーションがとれる物理的な環境と、チームリーダーである医師に対するコミュニケーション教育(リーダーシップ教育)による建設的なフィードバック文化の醸成

そして、MD Anderson のチーム医療の素晴らしさは主に以下の 2 点である。

- 最初に多職種で多角的に患者を全人的にアセスメント、トリアージし、予後予測を行った上で治療方針を決めるとともに、将来必要になるであろう資源へのアクセスをスタッフとの顔の見える関係構築により確保することで、高リスクな難しい症例への治療成果を出している。
- 医師の高いコミュニケーション能力により、患者の治療に対する主体的な姿勢を引き出している

(つづき)

Ⅲ

Page. 6

1. MD Anderson でのチーム医療の歴史と精神

MD Anderson における “multidisciplinary team” の始まりは、やや複雑な症例を中心に外科医、腫瘍内科医、放射線治療医が集まり患者の治療方針を決定していたことにあとで退官された先生から聞いた。

そして、その目的は、複数の異なる専門性で患者を多角的に診ることにより医療の質を向上させることにある。

現在 MD Anderson (本院) では、定期的にこの外科医・腫瘍内科医・放射線治療医による multidisciplinary team のチーム診療を行っていないため、私は研修中にこのチーム診療見学できなかったが、Woodlands という Houston 郊外にある MD Anderson の分院に努める外科医の先生の話によると、Woodlands の分院では、今でも週 1 回この multidisciplinary team で診療しているとのこと。

また、一緒に研修を受けていた医師は研修中にこの team approach による診療の様子を見学しており、その時の様子を以下のように述べていた。

「乳腺外科の外来見学を行った。合併症が多くやや複雑な症例の対応を見ることができた。ほとんど外来診療が終わる夕方頃に、ひとつの work room に乳腺外科医、乳腺腫瘍内科医、放射線治療医、看護師が集まり、患者さんの方針について相談していた。そして、医師 3 人で同時に患者さんの診察室に入り、その議論の内容を説明していた。さらにその後、各医師が一人ずつ順番に診察室に入り、それぞれの分野の詳細を説明し、質問に答えていた。このシステムにより、その日のうちに、3 科の統合した意見を聞くことができ、各医師への詳細な質問もできるため、非常に有効な team approach であると感じた。」

異なる専門性を持つ医師らが同時に患者を診察し、可能な治療オプションについて議論した後、患者も交えて治療方針の大枠について説明・議論し治療方針を決定し、その後個別に専門領域に関する説明を丁寧に行う。

患者にとっては 3 人の医師の診察を別々に受けに行くのが一度にすべてが済んで効率的だが、医療者側から見れば様々な専門的な視点から診察し治療方針を決められるので効果的かもしれないが、多くの人の都合を合わせるなどの調整を要し、合意形成の時間も必要となるため、これは短期的に見れば非効率な手法に見える。

(つづき)

Ⅲ

Page. 7

現在 MD Anderson では、乳腺腫瘍外来のみならず、入院においても外来においても、**multidisciplinary team approach** が定着しており、チームで患者の治療・ケアにあたることが当たり前になっている。

今回の研修を通して、私は行く先々で最初の治療導入時や退院時などにその患者を中長期的にみたときに必要になるかもしれない医療・非医療サービス提供者および、患者とその家族を一堂に会してカンファレンスを行う場合があるという話を聞いた。これには、以下のような利点があり、これこそがチーム医療を面倒なことがあっても効果的なものにするのではないかと考えた。

- ・様々な専門的視点から患者を「まるごと (whole)」診て、多角的にトリアージを行い、予後予測をして、その上で患者に必要な治療・ケアにあたることが可能にする。具体的には、患者の病気のみならず、患者の精神状態、家族の状況、患者の置かれている社会的な状況なども含めて多角的にアセスメントして、全人的なケアを提供している。
- ・患者・家族などと、MD Anderson 側の様々な医療・非医療サービス提供者が一堂に会して治療方針を決めていくので、関係者全員が同じ方向を向いて患者の治療やケアを実践することを可能にする。（患者が行く先々で異なることを言われて混乱するリスクが低い。）
- ・最初に患者と様々な医療・非医療サービス提供者と患者の顔の見える関係を構築しておくことで、病状や患者の社会的な事情が変化したときに、お互い早め早めにコンタクトをとってスムーズに対応することを可能にする。

このように現在では、当初の外科医・腫瘍内科医・放射線治療医という異なる専門性を持った医師チームから、様々な医療専門職種、更には非医療専門職種までが“**multidisciplinary team**”の一員として、患者の治療やケアにあたっている。

特に医療職において、どの専門職種が何を行っているかなどと一つずつプロセスをみていくと、本来医師の権限で行う様々な診療行為が他の職種へ権限ごと委譲されていることに気づく。アメリカの医療制度下においては、州によって、施設によって、個々の実力に伴った契約に応じて、医師以外の職種が決められた条件と合意書に基づいて日本では医師の権限にあたる診療行為を行えるように権限が移譲されることがある。

(つづき)

Ⅲ

Page. 8

今でこそ、保険者のプレッシャーにより、医師の診療行為の権限が他の職種へ移譲されることは珍しくないが、長年多職種によるチーム診療をしていた MD Anderson はどのようにこのチーム診療体制を作り上げたのかについてお話を聞いたところ、約 20 年前の MD Anderson はまるで野戦病院のようで、医療者、特に医師が絶対的に不足している状況下で、当時のレジデントやフェローは自分の担当病棟や外来での診療を行いながら救急も回さなければならなかった。救急では当然、自分の専門領域外のような状態の患者の診療にあたらなければならず、本当に激務の中、研究も行っていた状況であった。そのような人的な資源不足の中で、医師の診療を支える「スーパーナース」や「スーパー薬剤師」が自然発生的に生まれ、彼らに一部の権限を実質的に移譲しながら日々の診療を回すようになったのが、MD Anderson における多職種チーム医療の始まりのとのこと。

また、組織内にこのような「スーパーナース」や「スーパー薬剤師」というロールモデルができるとそのロールモデルを追って新たな「スーパーナース」や「スーパー薬剤師」が次々と生まれ、看護師や薬剤師の職域が組織の中で広がっていった。またコメディカルが職域を拡大する頃から、医師の更なる負担軽減と研究時間の確保を目的に NP を組織としても大量に採用するようになり、現在のような主治医・医師フェロー/レジデント・APP(NP/PA)・看護師・薬剤師を中心とした多職種チーム医療が形成されていったようである。

各職種による役割分担の変化

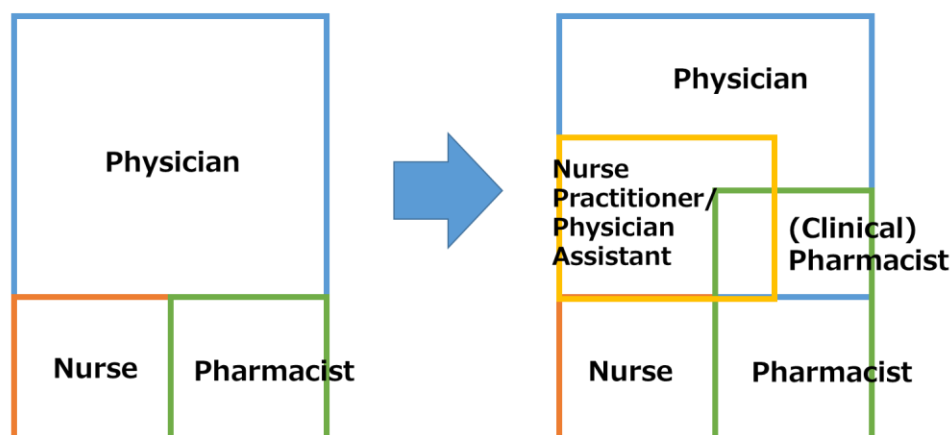


Figure 3

(つづき)

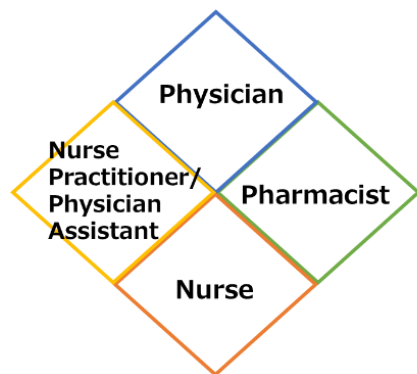
Ⅲ

Page. 9

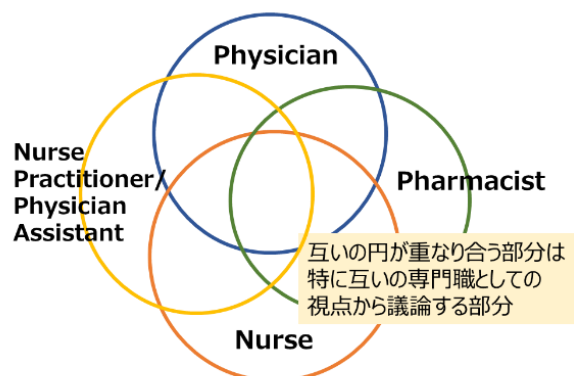
MD Anderson における多職種チーム医療の素晴らしさは、単に保険者から見たコスト削減の手段に留まらず、患者を「まるごと」治療・ケアするための質を向上させるために高い技術と専門知識を持った多職種を十分に活用している点である。具体的には、例えば、薬剤師が薬に関する説明や副作用マネジメントを丁寧に行うだけでなく、標準プロトコルを逸脱した複雑な症例については様々な職種が互いの専門分野を軸に患者を診る範囲を拡大し互いに重なる領域(面積)を増やし、重なり合った部分を各職種ならではの視点を生かして真剣に丁寧に議論し擦り合わせながら意思決定していくことで、医療の質を上げていることにある。

(Figure 4)

標準プロトコルに沿った症例と逸脱症例における チーム医療の違い



標準プロトコルに沿った役割分担にて、診療が行われ、そのプロセスにおいて、お互いの重なる領域は少なく、流れるように分業して行われる



標準プロトコルから逸脱した部分について、互いに診る部分を拡げて、分業ではなく、議論をしながら、細やかな擦り合わせを適宜行いながら診療を進める。

Figure 4

また、医師はプロトコルに沿ってルーチン化できる診療プロセスを他の職種に任せてしまうため自分で行う必要がなく、患者の治療プランを立て、患者の疑問に丁寧に答えるなどの患者とのコミュニケーションを通して、仮に完治できなくても患者に生きる力や安心を与え、患者の治療に対する主体的な姿勢を引き出すことに専念できているのではないかと考える。

(つづき)

Ⅲ

Page. 10

外来クリニックでの医師の役割

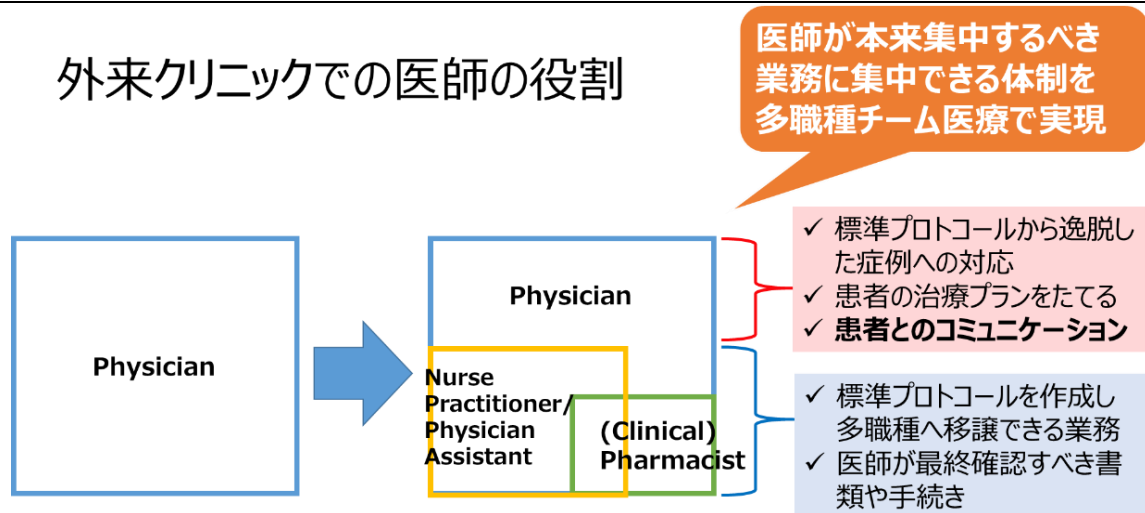


Figure 5

医療技術の進歩などにより人が長生きをする社会の中で、がんに限らず、病気とともに生きる時代に突入しており、特に医師は患者が病気とともに生きる力と安心を、医師以外の医療専門職は病気とともに安全に自立した生活を続けられるようにするための支援を提供することが今後ますます求められていると考える。

2. 米国の医療保険と多職種で行うチーム医療

米国には、日本のような皆保険制度はなく、ほとんどは雇用主提供医療保険と呼ばれる、民間保険会社が提供する医療保険に加入している。その他は、主に高齢者向けの **Medicare**、低所得者が加入できる **Medicaid**、退役将校のためのプログラムがあり、更にこのいずれにも加入できない無保険の人も多く存在する。

よって、米国では日本のように全国一律で診療報酬にてそれぞれの医療サービスに関する点数(価格)が決められている訳ではなく、保険者(payer・ここでは民間の保険会社)の負担率や保険でカバーされる医療行為などのサービスも、保険会社と雇用主や契約者との個々の契約内容により異なる。

(つづき)

Ⅲ

Page. 11

米国の医療には市場原理が働いているため、医薬品の価格をはじめ医療サービスの価格も市場の情勢次第で変化する。(ちなみに日本の医療は価値財、イギリスの医療は公共財である。)近年では、手術ロボットや高額な新薬などの技術革新に伴い、医療費が高騰している。また、米国では、歴史的に **cost reimbursement** 方式(費用計上法)により医療費が支払われていたため、医療においても高度な医療技術を用いたり、医療サービスの質を上げることで治療価格を高くすることにインセンティブが働き、効率化することに対してインセンティブがあまり働かなかったことも歴史的に医療費を高騰させた要因であると言われている。

このような医療費高騰の背景で、民間保険会社は保険サービスで利益を出すためには主に以下の選択肢が考えられる。

- ・保険料を上げる（値上げ）
- ・保険会社が医療機関へ支払う金額を下げる
 - サービスの保険会社がカバーするサービスの範囲(保険適応範囲)を狭める
 - 医療機関に支払う 1 サービスあたりの金額を下げる

よって、当然ながら年々、保険者(payer)から医療費を引き下げようというプレッシャーは大きくなる一方である。歴史的に費用計上法により高騰した医療費に対応するために、現在では多くの病院にて、1 入院包括払いという支払い方式がすでに導入されている。(因みに、現在の日本の多くの急性病院は入院 1 日包括払いという形式をとっている。日本では、1 入院包括払いにした場合の症例間のバラツキを十分に抑えることができなかったのも、より症例間のバラツキに対応しやすいように入院 1 日当たりの包括払いを導入している。)このような流れの中で、多職種によるチーム医療も医療費を削減(資源の効率的な活用)するためにも推進され、各職種の権限については、州や施設ごとに多少異なるものの、多かれ少なかれ何かしらの多職種によるチーム医療を行うことが米国では定着している。

では、この多職種によるチーム医療でどのように医療費を削減できるかということ、診療業務の工程管理により、同じ工程にかかる総人件費用を下げるという考え方である。例えば、クリニックにおける患者の診療工程を分解し (Figure 6-1)、一番人件費の高い主治医にしかできない工程はどれか？次に APP にしかできない工程はどれか？薬剤師にしかできない工程はどれか？看護師にしかできない工程はどれか？MA/LVN などにしかできない工程はどれか？などと割り振っていき、残った工程はだれにどのように割り当てるか？を検討し (Figure 6-2)、患者一人当たりのすべての工程を達成するための総費用を下げようという考え方である。

(つづき)

Ⅲ

Page. 12

Example of an operational flow at the clinic per patient

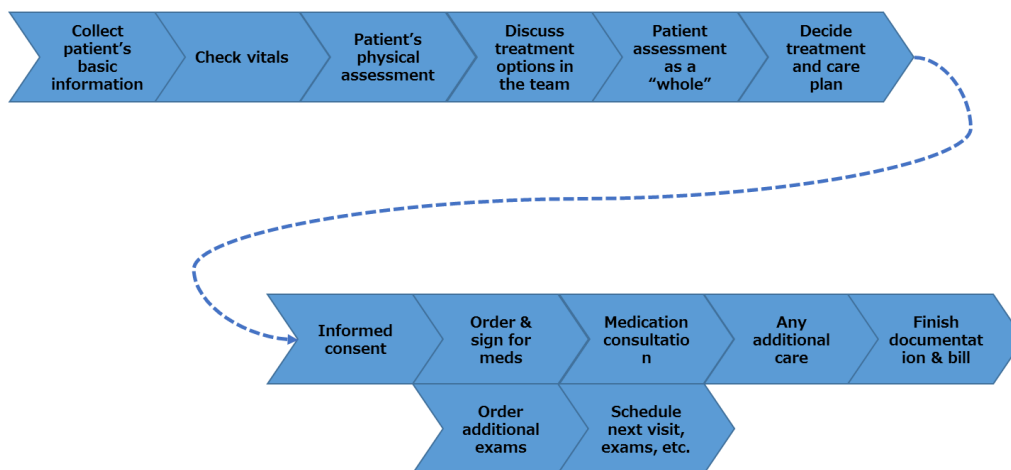


Figure 6-1

Example of an operational flow at the clinic per patient

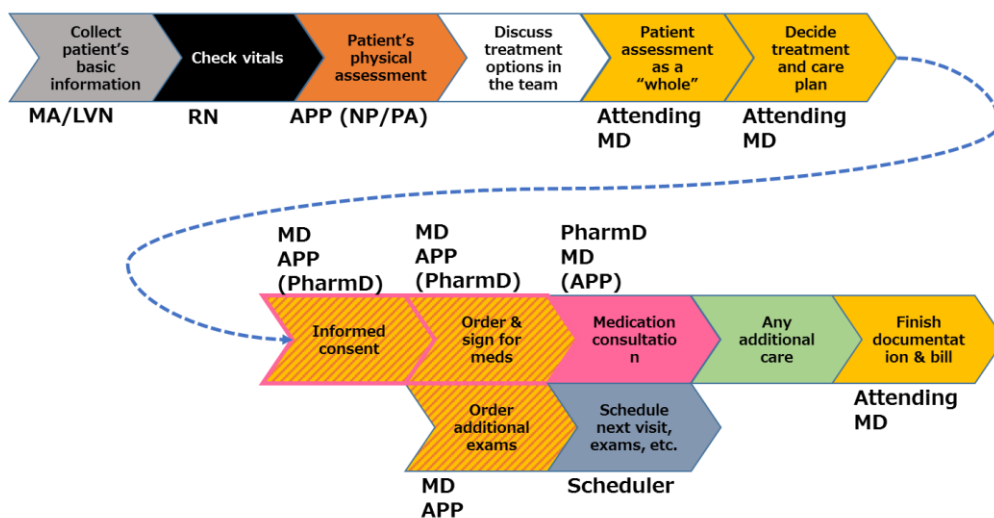


Figure 6-2

(つづき)

Ⅲ

Page. 13

このようにして、MD Anderson の乳腺腫瘍外来においては、Figure6-2 のような工程と役割分担になるのである。

研修時点では、epic という電子カルテのシステムが入って半年が経過したところで、大分落ち着いてきたもののまだ混乱が時折みられるようだったので、もう少し職員全員がこの電子システムに慣れてきたころに、今一度業務工程を見直し、工程の効率的な組み替えや役割分担の変更なども検討していくのではないかと考える。

3. チーム医療を機能させるための仕組み

ハード面：Physician Work Room

各 Attending Physician 診療チームには、それぞれに Physician Work room がアサインされ、その日の主要な診療チームメンバーは、この「Physician Work Room」という小部屋にみんな詰めて一日の診療を行う。伝言ゲームのように次の職種へと情報伝達を行いながら診療するスタイルでは、Figure2 にあるように、小さな部屋に4人程度がひしめき合って互いの会話が丸聞こえの距離感の中で情報伝達を行い、仕事をする事で、直接的に情報を引き継いでいないチームメンバーにも自然と情報共有が行われるだけでなく、必要に応じて議論に参加できる物理的な環境を作っている。

ソフト面：フィードバック文化

MD Anderson では、診療業務に関わらず、日常的に相互フィードバックを行う文化が出来上がっている。

クリニックのスタッフ、職種を問わず、チーム医療を行う上で大切にしていることは何か？と聞くとほぼ全員から「コミュニケーション」という答えが返ってきた。また、チーム医療のチャレンジは何か？と聞いても半数近くの人が「コミュニケーション」ということだった。ここから分かることは、診療業務のオペレーションとクリニックの物理的な構造から、互いにコミュニケーションを取らざるを得ない状況下で常に診療業務を行っているため、日常的にコミュニケーションに神経を遣うことが多く、その重要性和質を認識している。よって、良好な人間関係とコミュニケーションを維持し、毎日気持ちよく仕事をするために、職種や職位に関わらずお互いに気付いたことがあれば、どんなに些細なことであっても相互にフィードバックを行い、チーム一丸となって診療にあたれるようにメンテナンスを行っている。

(つづき)

Ⅲ

Page. 14

また、常に適切で建設的なフィードバックを行えるよう、faculty と呼ばれる医師らは若いころからメンタリングを行うための研修をはじめ、ジュニアクラスになると interpersonal skill に主眼をおいた研修を受けるなどして、コミュニケーションスキルを磨いている。

4. MD Anderson におけるチーム医療の利点とチャレンジ

MD Anderson におけるチーム医療の利点は、様々な職種や専門家が、それぞれの専門分野から多角的に患者を診ることで、予後予測を適切に行いながら、きめ細やかで質の高い治療やケアを実現していることである。さらには、多職種が順に患者に会い、患者本人が自分の治療やケアについて本人が理解できるまで時間をかけて説明し、患者が自らチームの一員として治療に参画することを可能にしている。MD Anderson と日本の医療現場を比較したときの一番の違いは、この患者(およびその家族ら)の自ら治療受けることに対する主体的な姿勢であった。具体的には、患者らは、自分の病状や治療法についてはもちろんのこと、治療薬の副作用や病状進行そのものにより生じる可能性のある症状など、今後の治療の選択肢などについても、診察中などに常にメモを取り、納得ができるまで医療者に質問を繰り返しながら理解をする努力をしていることである。特に外来での治療において、患者自身が生活の中で治療を続けるためには、治療の対する主体的な姿勢がなければ、どんなに素晴らしい医療を受けても十分な治療にはならないからである。また、M.D.の多くは、faculty 教育の一環として、リーダーシップ教育を受けており、この教育プロセスで習得し磨かれたコミュニケーションスキルを診療チームのマネジメントにも患者対応にも有効に活用し必要な情報を整理し、時には周囲の人を勇気づけながら、日々の診療をより良いものになっていると思った。

同時に、「世界一のがんセンター」であり続けるために、常に患者の期待に応え、ストレッチしたゴールを達成するために、コミュニケーションとチームのパフォーマンス向上は常にチャレンジでもあるように感じた。また、MD Anderson で出会った専門職種の方々は皆、優秀で常に最新の論文や治療法などにも精通していたが、faculty である医師と staff であるその他の職種の処遇などには大きな違いがあり、個々のキャリアとしての自己実現への期待もキャリアパスも異なる中で、どのようにモチベーションや performance の期待値を合わせてチームとして共働していくのかも水面下の課題としてあるのではないかと密かに思っている。

(つづき)

Ⅲ

Page. 15

加えて、今後(短中期的には)、益々保険会社からのコスト削減のプレッシャーが強まる中、高度な教育を受けた専門性の高い専門職とその専門職を支える非専門職を多く抱えながら、その人件費などをペイできるだけの効率性と「世界一のがんセンター」であり続けるための医療の質の向上をどのように図るのか？というのが MD Anderson にとっての目下のチャレンジであると考ええる。

なぜならば、時間とスタッフをたくさんかけて最高の治療を提供してもそれがペイされなければ、持続性がないからである。多職種でのチーム医療により分業して1患者あたりに使う人件費を最小限にしてより多くの患者を診るか、今診ている患者数でペイできるだけの費用を計上して保険者に確実に支払ってもらえる体制を確立し、売上と利益を確保しなければ、この体制を維持していくことは困難だと思われるからである。よって今後は、オペレーションを向上して、今と同じ時間と人員体制でより多くの患者を診る必要があるのではないかと考える。

IV 今後の課題

Page. 16

研修を終えた今、何を MD Anderson での学びとして日本で何を行いたいかを考えた時、実際に現在の自分の立場から微力ながらも取り組みたいことは、医療関係者のリーダーシップ育成に関わり続けることである。

医療関係者のリーダーシップ育成を通して、主に以下のことを実現することに少しでも貢献できたならば本望である。

- ・急性期・回復期・在宅など様々な機能の医療職および介護職と協働することによりシームレスなケアを提供
- ・効率的で質の高い医療提供
- ・患者の治療に対する主体的な姿勢を引き出す
- ・個々の医療者が疲弊しきらず輝け、それぞれの夢に向かって自己実現ができるような環境をつくる

なぜ、医療者のリーダーシップ育成が重要だと考えているかというと、日本は時代の変化とともに、国の医療政策も大きく舵を切ろうとしている今、医療現場もこの流れに乗って変革を求められているからである。そして、この変革を成功に導くためには職位に関係なく、個々のリーダーシップが必要になると信じているからである。しかし、日本の医療専門職種は、その専門性を磨くための教育・研修体制はそれなりに整っているものの、リーダーシップ育成に関する研修は何も受けずに年功序列にリーダーになっていくことも珍しくない。リーダーシップとは、性格やキャラクターに依存するものではなく、訓練して習得することが可能なスキルであり、行動やふるまいのことである。よって、「スキル」の大半はコミュニケーションスキルとそのコミュニケーションスキルを支えるための思考の訓練であると考え。このような事を知っているか知らないかで、他人との関係性も変わってくることも多いと思う。また、上級のリーダー職に就くためには、価値観の明確化とともに、vision・mission・ゴールをどのように設定し、共有し、達成するか？そのためには強い情熱と覚悟も必要であることについても理解する必要があると考える。

(つづき)

IV

Page. 17

MD Anderson では、faculty という（実質的に医師がほとんどである）将来組織のリーダー職に就くことが許された職位の従業員を対象に、「Faculty & Academic Development」という部門がリーダーシップ育成のための研修を適宜職位に応じて行っている。私は幸運にも、この「Faculty & Academic Development」が行っている「Heart of Leadership」というジュニアクラス対象の集合研修と、「Faculty Leadership Academy」という department chair クラスの集合研修を見学する機会をいただいた。内容は、職位に応じたレベル感と内容であったが、両方に共通していたことは、「リーダーとは！」「リーダーシップとは！」というような講義はほとんどなく、個々の経験を引き出したり、ケースを用いて議論し内省を迫る内容であり、ロールプレイなどを通して思考を整理し組み立てるための枠組みを活用する訓練や、他人と話をする際の態度や言い方について同僚からフィードバックをもらうことを繰り返して自分をより深く知るとともに、相手の背景や思考を学ぶ機会を提供していた。研修の運び方も、穏やかで humble で参加者の自主性を高く尊重する形で、日本語にそのまま訳しても日本人に受入れやすいのではないかと思うような high context で言葉少なく気づきを多く与えてくれる内容であったのがとても印象的だった。そして、MD Anderson で会った医師たちのコミュニケーション能力の高さはこのリーダーシップ教育の賜物であると感じ、ぜひ日本で患者さんのためにより良い医療を提供しようと頑張っている医療関係者にもこのような機会を提供できたら、現場でのコミュニケーションに関わる混乱や消耗などが少しでも改善し、さらに良い日本の医療現場をつくるきっかけとなるのではないかな？そのようなきっかけになれば良いなと心から思った。

実際に JME Program の中で、「Faculty & Academic Development」の Janis と Vikki による MBTI、メンタリング、リーダーシップについての講義や上野先生はじめ US メンターからのメンタリングを受ける中で、今までリーダーシップに関する研修を受けたことがなかった仲間は、新しい概念に皆それぞれの心に響くことがあり、リーダーシップ教育の必要性を感じるとともに、リーダーシップスキルは日常の臨床業務をより良いものにするためにも有益であると考えているようであった。

(つづき)

IV

Page. 18

今後日本の医療政策においても、益々医療費の総額の伸び率を抑えるべく効率化を迫られるため、今までの医療の質を落とさずに如何に生産性を高めるかがポイントになる。そのためには、自分の職種の価値と強みがどこにあるかを今一度認識し、今までの仕事の仕方を変え、自職種にしかできない業務に集中するためにやらないことを選択し他職種へ任せなくてはならない。これらの変革を徐々にでもおこしながら前に進むためには、病院や医療機関などに勤める全職種(専門職・非専門職を問わず)のリーダーシップ能力が必要になる。

そして、日本での政策モデルになっているような病院を実際に見学へ行った際も、優れたリーダーとその病院職員がそれぞれにリーダーシップを発揮し組織を成功に導いていたため、やはりリーダーシップ教育は日本の医療をより良く進化させていくために必要であると確信している。

本報告書では、「MD Anderson がどのようにチーム医療を実現しているか」についてフォーカスして書いたが、他に Core Values, Vision, Mission を具現化するために必要なこと、Final Project を通した Team building と個々の Leadership スキルの実践、個人のキャリアデベロップメント、Faculty 教育 (Leadership 教育)、および MD Anderson Cancer Center の競争力の源泉について学びたいと思い本研修に臨み、全てのテーマについて十分に研修中に学びけたかはわからないが、学んだ範囲については情報を整理し、学んだことを周囲の人と共有したり、その学びをベースに少しずつでも社会に貢献できるようにステップアップしていけたらと考えている。

特に個人のキャリア形成については、まだ自分のミッションおよびビジョンを作っているプロセスにあり、本報告書の冒頭写到書いてあるものはまだ原案であるため、今後も様々な人との出会いを通して自己研鑽に励みブラッシュアップしていきたいと考えている。

最後に、MD Anderson でのやり方から学び取り入れるべきもの、一方で、全く異なる医療システム下での医療提供を実際に見聞したことで、改めて気づいた日本の医療提供体制や臨床現場の素晴らしさを強みとして、どのように伸ばしブラッシュアップするか、一つ一つ丁寧に検討し、焦らずに仲間を地道に増やしながら一つずつ取り組んで行きたいと考えている。

(つづき)

IV

Page. 19

【謝辞】

本報告書は、Japan Medical Exchange (JME) 2016 Program 研修の学びを MD Anderson での外来チーム医療をテーマにまとめたものである。

本研修の参加機会を与えていただき、研修中はもちろんのこと渡米前から帰国後も常にあたったかいサポートと熱心なご指導をいただいた Japan TeamOncology Program (J-TOP) の Founder の上野直人先生および Chair の Joyce Neumann 先生、当方のメンターとなってくださった Janis Yadiny 先生と Jeffrey Bryan 先生をはじめ、J-TOP のメンターの先生方に深謝申し上げます。

本研修実現にあたりご寄付をいただいた中外製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、NPO 法人 Run for the Cure Foundation、エーザイ株式会社、日本イーライリリー株式会社の皆さまにも深謝申し上げます。

5 週間の研修に送り出してくださった、北里大学医学部「医療経営学（エス・アール・エル）」渋谷明隆教授および佐藤乃理子特任助教、学校法人北里研究所 元統括病院事業本部の皆さま、北里大学医学部 新世紀医療開発センター 佐々木治一郎教授に深謝申し上げます。

いつもあたたかく見守りサポートしてくれる家族に感謝いたします。

最後に、JME 2016 Program にて、5 週間共に学び、議論し、生活し、励ましサポートし合った尾崎由記範さん、田澤咲子さん、藤原登茂さん、松本奈都美さん、山上睦実さん、吉井由美さんと過ごした時間は私の宝であり、感謝とともに心に深く刻みます。