

<様式3>

平成 年 月 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 鳥取大学医学部附属病院輸血部・講師
(元鳥取県立中央病院腫瘍内科・部長)

研修者氏名 陶山久司

平成 27 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 2015
- 2 研修期間 平成 27 年 9 月 17 日～平成 27 年 10 月 24 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 年 月 日

平成 27 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 2015

所属機関・職

鳥取大学医学部附属病院輸血部・講師
(元鳥取県立中央病院腫瘍内科・部長)

研修者氏名

陶山久司

研修を経て創出した Mission/Vision and Goal

●Mission:

(日本語)

私のミッションは免疫チェックポイント阻害薬や細胞療法を用いて肺癌を治すことです。このような治療戦略により肺癌の治療アルゴリズムに変化をもたらすと考えます。

(英語)

My mission is to cure lung cancer using immune checkpoint blocker and cell therapy, which will result in change of the treatment algorithm for lung cancer.

●Vision:

(日本語)

私のビジョンは免疫療法による新しい治療戦略を開発し肺癌患者の生存率を改善することです。

(英語)

My vision is to improve survival rate among lung cancer patients through inventing a new therapeutic strategy by innovative immunotherapy.

●Goal

(日本語)

肺癌の免疫療法に関連して3年以内に留学する

鳥取大学発の臨床試験を行う

鳥取県の肺癌生存率を改善する

治癒可能性のある肺癌患者の治療成績を2年以内に改善する

腫瘍内科を2年以内に立ち上げ、医師に対して教育と就労の機会を提供する。

少なくとも治癒可能性のある治療（術前後の薬物療法や化学放射線療法）では腫瘍内科医が薬物療法を担当する制度を5年以内に創る。

(英語)

Study abroad about lung cancer immune therapy within 3 years.

Produce a clinical trial from our institution.

Improve the survival rate among lung cancer patients in my province.

The survival rate among lung cancer patients in our province is now almost the worst in Japan. Then, I will improve it at least above average in Japan within 5 years.

Contribute to cure more cancer patients at least when they have a chance to cure within 2 years for lung cancer.

Create a new division of clinical oncology, and make environments for doctors in the point of view of education and employment within 2 years.

Make a new system that only medical oncologists give chemotherapy to solid-tumor patients at least in curative setting within 5 years.

I 目的・方法

Page. 1

【目的】

- M. D. Anderson Cancer Center (MDACC) はU.S. News and World Reportによる評価で全米トップのがんセンターに返り咲いた。がん診療において世界最高峰と考えられる施設である。この施設で5週間にわたる研修を受けさせて頂けるという貴重な機会を頂いた。この研修および様々な方々との交流を通じて、日本のがん診療・研究を発展させる方略を模索することを目的とした。
- 5週間の研修を通じて自身の内面やJ-TOP参加時点およびその後に考案したvision/missionを見つめなおす。リーダーシップを学ぶことで、今後の自身の成長のみならず、良きチームを構成し、その一員として周囲に好影響をもたらし、医療環境改善や患者満足度の向上などを旨とする。本研修で学んだことを礎とした、医療関連の社会貢献について模索することを目的とした。

【方法】

- 講義や見学を通じてMDACCの現状や日米における医療環境の違いなどを理解する。その際に出会うことができる医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・ケースワーカー・サバイバーなどとのディスカッションや交流を通じて、帰国後に地域におけるチーム医療の構築や医療環境改善を検討する。
- mentor/mentee timeやリーダー論に関する講義を通じてvision/mission/goalを設定する。直接のmentorのみならず、上野先生からは毎週の講義など指導を頂いた。また、Yadiny先生への面談を個人的に申し入れ、自身を見つめなおすための指導を頂いた。
- 他のFacultyでの見学や面談を希望し、今後自身が希望する領域に関する助言を頂くなど貴重な機会も頂いた。

チーム医療の実際

先ず、MDACCで実践されているチーム医療に関して述べる。研修を通じて常に感じていたのは、「MDACC職員であることの誇り」である。非常にプロ意識が高く、かつMDACCに対する愛情を強く感じた。結果として情熱や主体性を持った診療に反映されていると考える。患者に親切であるのは勿論であるが、我々見学者に対しても敬意を払いつつ接して下さった。多くの見学で数時間にわたるshadowingになることが多かった。施設の特性上、我々意外にも同様の見学者もあると思われるがコミュニケーションをとり、要望や質問に対しては可能な限り対応するという姿勢をどの方からも感じることができた。「I am MD Anderson」という文言が入ったネームカードホルダーなどを使用しており、職員教育のみならず、MDACCのブランド戦略も高いプロ意識の一助になっていると思われた。

職員教育に関して種々の方々に話を伺うと、米国では多くの大学や病院でリーダー論やキャリア教育を行うという。MDACCでも多くの職員にこのような教育を行っており、その結果としてチームの良き一員としてチーム全体の生産性改善について個々の職員がよく理解している。更に、米国では日本には存在しない上級職の制度がある。

日本に存在しない上級職の制度とはnurse practitionerや clinical pharmacistなどである。病棟の回診に同行するだけでなく、外来診察時にも診察室とは別の部屋で待機している。医師は患者診察前にnurse practitionerや clinical pharmacistなどを含むチームで問題点を議論し、方向性を確認してから診察室に向かう。外来診察室は全て個室で、患者は診察衣に着替えて待っている。医師の診察前に他職種により問診や問題点の抽出などは終わっている。医師は検査結果などを基にした治療方針の相談を中心に行っていた。臨床試験への参加が決まると、research nurseが呼ばれ患者への説明を行っていた。

MDACCにおけるこのような職種はJ-TOPで学んだhigh performance teamの重要な構成要素であるが、制度上日本ではそのまま踏襲することはできない。では、どのようにチームを構成するか。特に日本の地方では依然として医師の権限が強くチームとして機能していないと思われる側面が強いと感じるので、良好なコミュニケーションを心掛け、各職種からの発言がしやすい職場環境を率先して構築する礎に医師自身が必要があると感じる。チーム医療を構成するための良き医療文化とでもいうような環境づくりからが課題である。そもそも、医師・看護師・薬剤師が一同に会して治療方針の議論をする場を作る（チーム自体を創生する）ことが現在の勤務施設での第一歩となる。

(つづき)

II

Page. 3

医療保険制度やソーシャルワーカー・ケースワーカーの対応範囲など日米の違いが非常に大きかった。がん患者の心理的問題のほとんどをソーシャルワーカーが対応することだった。日本でも、都道府県がん診療連携拠点病院や地域がん診療連携拠点病院を中心に複数の専門家が包括的に一患者の診療に関与する仕組みは構築されつつあるが、MDACCの人的資源の豊かさは圧巻であった。

手術療法に関しては乳癌の手術見学をさせて頂けた。手術室用の病理部が隣接しており、執刀医は摘出標本の断端を上下左右方向のみではなく前後方向でもレントゲンで確認できるようになっていた。読影は放射線科医が行い、直ちに報告が入る。この方法を導入することで、術後断端陽性の割合が全米平均の1/6にまで減少したという。

放射線治療に関しては定位照射とプロトンセンターの見学をすることができた。radiation oncologist、dosimetrist、physicist、radiation therapistによるチーム医療の説明を受けた。プロトンセンターのtreatment planning roomをみせていただいた。治療計画用の専用端末が何台も設置してあった。治療計画が作られると、設定どおりの線量が照射されるかどうかのチェックが行われる。装置の作動確認などもありプロトンセンターは24時間体制で稼働していた。放射線治療に関して極めて印象的であったことは、若手医師を対象としたカンファレンスである。実際の症例を提示しながら指導医が解説を加えていた。症例提示もこれまでの歴史や現在のエビデンスを交えながら行っており理解しやすかったのであるが、解説が極めて詳細でただ驚くばかりであった。我々では年次総会などで拝聴できるかどうかというレベルの解説を日常的に学ぶことができる環境には羨望の念を感じるのみであった。

薬剤師に関しては、外来と病棟のclinical pharmacistについて業務内容を見学させていただいた。clinical pharmacistには化学療法をオーダーする権限が与えられている。前述のnurse practitionerには与えられていない権限である。このように医師に近い権限をそれぞれの専門職が共有し、補完しあうことでチームを形成している。

看護師に関してはregistered nurseと上級職であるnurse practitionerの業務内容を見学させていただいた。registered nurseの業務は日本の病棟看護師と変わらない。一方、nurse practitionerの業務を医師と区別することは困難であった。早朝から担当患者を回診し、血液検査データを評価し、病棟のregistered nurseからの報告や質問を受け対応している。化学療法支持出しなど権限を与えられていない領域もあるものの、ほぼ医師と同じ業務を担当していた。更に、MDACCでは移植後の外来診療をnurse practitionerが担っていた。このように、実臨床におけるclinical pharmacistやnurse practitionerの担当領域は極めて広範囲である。負担も大きいとは思われるが、誇りをもって対応される姿が印象的であった。

(つづき)

II

Page. 4

サバイバーシップ

多くを学ばせていただいた今回の研修の中で、幸運であったことの一つに survivorship conference に参加させて頂いたことを挙げるができる。survivor は積極的に楽しみながら conference に参加していると感じ、その時は conference の規模と雰囲気にも日米の違いを感じた。更に、会場で出会った方に貴重なお話を伺うことができた。その方は、「癌になったことで喜びをもって日々を生きることができるようになり、以前より充実した日々を過ごしている。一方で、何故自分がサバイバーであり続けるのか苦悩するときがある。」と教えてくださった。多くの友人が再発するなかで、無病生存を続けることの苦悩である。診断時、治療中のみならず、治癒したと思われる後も末永いフォローが必要であることを実感した。MDACC では survivorship conference がその役割を果たしているのかもしれないが、特に日本の地方ではどのような対応が可能であるか難しい。

survivorship conference の印象が極めて強かったこともあり、チームプレゼンテーションのテーマとした。当初は myCancerConnection というボランティア団体が行っている個別対応の心理ケアを取り上げようとしていたが、チーム内で議論を重ねるうちに次第に内容が変わっていった。最終的には、患者家族、特に子供に焦点をあてたテーマを選択した。がんの親を持つ子供の心理的サポートである。チーム全員が一からの勉強となった。Nicholas Szewczyk 先生の尽力により、我々は Martha Aschenbrenner 先生に講義していただいた。Aschenbrenner 先生は、親ががんになったことを子どもに伝えるための KNIT (Kids Needs Information Too) プログラムを考案された方である。子供に対して正直であり続けることが信頼関係を損なわない方法であると教えてくださった。がんであることを隠さないこと。がんであることと、体調がすぐれないことを分けて理解できるようにすること。子供や親のしたことが原因でがんになったのではなく、体調がすぐれないときも子供が原因ではないということなどを伝え理解させることが非常に重要であると教えてくださった。子供の年齢による反応の違いもあるが、学童期は担任の先生が最も子供の変化に気付きやすいため、学校とも連携した子供のサポートが必要であることなどを教えて頂いた。

(つづき)

II

Page. 5

ビジョン・ミッション

事前にcurrent work experience、individual career development、specific requests for experiences/observationsについて提出を求められた。もともと呼吸器内科であることから乳癌以外にも肺癌、肉腫などの診療に興味があり要望として提出した。担当してくださったmentorはRichard L. Theriault先生とGildy V. Babiera先生であった。どちらもプログラムで定められた時間にお会いすることは困難であったが、時間を調整しながら面会していただいた。自身のvision/missionを相談し、助言を頂きながら5週間を過ごさせていただいた。そのうえで、上野先生は毎週講義してくださった。個人的には、今回の研修を通じて自己のvision/missionを明確にすることが最も重要な課題であると考えていた。J-TOPへの参加を通じて考えたvision/missionがあり、そのような背景を含めて今回の研修に選抜頂いたと考えていたので、事前に提出したindividual career developmentにはJ-TOP時と同様の内容を記載していた。ところが、上野先生の講義や指導を通じ、これまで考えていたindividual career developmentが如何に漠然としたものであるか思い知らされた。当初は地域性を鑑みgeneral oncologistの養成に力点を置いていた。腫瘍内科を設立し、がん薬物療法を通じて社会貢献を考えていた。講義して頂いたうえで振り返ると、当初考えていたvision/missionは具体性を欠き達成の評価が非常に難しいものであった。このためMDACCの研修開始直後からvision/missionを再検討することにし混迷に陥った。そもそも、自身の「本当にやりたいこと」を考えるにあたり混迷に陥ること自体が問題であり、これまで如何に戦略的視点に欠けていたかを物語っている。Theriault先生の勧めもあり、Janis Yadiny先生との面会を個人的に申し入れた。特にTheriault先生には人生相談までさせて頂き、多くの貴重な助言を頂いた。このような過程を経て最終的なvision/missionを作成した。夢のようなvision/missionであると考えている。それでも短期的ゴールおよび長期的ゴールを設定し、一つずつ達成するために努力を続けていきたいと考えている。

vision/missionが定まると具現化するためのgoalを設定する。非常に難しく、残念ながら研修期間中に全てのgoalを描き切ることはできなかった。それでも、上野先生にMDACC内で助言を頂ける方を紹介いただき、実際に面会して頂けた。中には、真に現時点で思い描いているような臨床試験の具体的デザインを教えてくださいました先生もおられた。MDACCのすばらしさ奥深さを改めて実感することができ、機会があれば再度MDACCで学びたいと願うきっかけとなった。goal設定については継続してご指導いただけるようお願いし、研修を修了した。

(つづき)

II

Page. 6

リーダー論

Yadiny先生にはリーダー論などを講義していただいている。J-TOPの時と同様にMyers-Briggs Type Indicator (MBTI)により16種類に割り当てられる性格パターンのうち、何に該当するのかを参加者がそれぞれ確認した。これまでを振り返り、J-TOP参加以前にはリーダー論について学んだことはない。イメージとしてはリーダー論を学ぶことはポジションを獲得することのようであるが、J-TOPでも教育があった通りで全く異なる。前述の通り、米国では多くの大学や病院でリーダー論やキャリア教育を行うという。優秀なリーダーを育成する目的も有するが、多くに教育することで組織の生産性向上を目指しているということだった。Yadiny先生に教えて頂いた“A leader is a learner.”という言葉が非常に印象的であった。これからも研鑽を重ね、良きleaderとして周囲に思われるような人物を目指したいと考えている。

このような講義をして頂きつつ、vision/missionの構築に関連して個人的にも面会をお願いした。本当に自分がしたいことは何かを問われた。他者から求められることではなく、自身を見つめなおすことを求められた。難しい作業であり、vision/missionの構築には随分と苦勞した。最終的には、がん診療のことを何もわかっていなかった学生時代に思い描いていた夢をもう一度考えてみることにした。Yadiny先生には研修終了後も相談があれば連絡させていただけることになっている。mentorになっていただけた先生方は勿論であるが、Yadiny先生のように継続して対応してくださる方々に多く巡り合うことができる。本研修により得ることができる極めて大きな収穫である。

Ⅲ 成果

Page. 7

MDACC では自由な空気から生まれる柔軟な発想を強く感じた。勿論 EBM を遵守した診療を展開されるのであるが、臨床試験や一部の実臨床においてこれまで空想していただけた診療内容も展開されていた。MDACC は EBM を遵守する一方で、evidence がなければ創出する組織力も併せ持つ。自由な空気は国民性もあるのだろうが、前述のリーダー論・キャリア教育の影響を強く受けていると思われた。個々の職員が自信と誇りを持って業務と向かい合う源泉はそのような教育にあると感じた。日本ではなかなかこのような教育を受ける機会すらないのが現状である。研修中に紹介いただいた書籍などを通じて更に理解を深め、好影響を提供できるリーダーの一人あるいはチームの一員になりたいと考えている。MDACC の壮大なスケールに圧倒されながら、何を持ち帰ることができるかを考えながら研修期間を過ごした。MDACC では特に人的資源が豊かであるばかりでなく、その重要性に対する理解が深く、戦略的に人的資源の育成や確保を行っている。このような背景を基に、世界から優秀な人材が MDACC を目指すという好循環を生み出している。

チーム医療への理解

5 週間の研修期間は予想通り短いと感じるもので、他の研修参加者と良好な関係を保ちながら研修期間を過ごすことができた。これは、研修中の講義でも指摘があった通り、我々は実際の利害関係がないチームであることが大きい。では、自施設に帰ってからのチーム医療をどのように展開していくのが良いか。MBTI による自身の性格パターン把握は今回の研修を通じて行うことができた。そのうえで、可及的に明確な vision を持ちながら他者との良好な communication を保つことが重要である。個々が望んでいることが同方向でなければチーム自体を構成することはできない。その逆に、vision とまではいかなくとも方向性が同じであれば後述する通り conflict は解決可能であることが多いと思われる。次に、他者の MBTI による性格パターンを把握する。これはメンバーを選抜するために行うのではなく、チームを円滑に運営するために重要なことであると教えて頂いた。このようにして自己を知り、他者を知ること意見の相違や conflict を当然のものとして受け入れ解決する第一歩になる。信頼関係に基づき診療能力の高いチーム構成されると自然と人も集まってくると想像する。

(つづき)

Ⅲ

Page. 8

グループプレゼンテーション

グループの vision/mission は以下のようにした。

“Our vision is to heal patients and their family members by advocating for survivorship activities.”

“Our mission is to support children’s resilience whose parent is diagnosed with a cancer by informing healthcare providers about education program throughout Japan.”

MDACCに限らず、Houstonで感じたことの一つにdonationやvolunteerの精神がある。どのような社会貢献ができるかをより強く意識するようになった。これまでは、自身が専門医を取得し、指導医になり、勤務する施設を研修施設などに認定していただくことで次世代の専門医を輩出することが医療面での社会貢献であると考えてきた。実際、行ってきたのはそれだけで、具体的なsurvivorshipへの貢献は皆無であったと思う。何かもっと他にできないだろうか考えるようになった。今回のグループプレゼンテーションで、我々はがんの親を持つ子供の心理的サポートに焦点を当て、様々な方々に教えていただきながらプレゼンテーション用のスライドを作成した。MDACCで実際に講義いただいたAschenbrenner先生だけでなく、日本でCLIMBプログラムの指導を行っているHope Treeの方々にもご指導いただきながらプレゼンテーション資料を作成した。CLIMBプログラムとは、がん治療中の親をもち、親ががんであることを伝えられている学齢期の子供を対象としたサポートのプログラムである。日本でもCLIMBプログラムは浸透しつつある一方で、実施可能施設はまだ限られているのが現状である。そこで我々は成人患者を診療する医療者（医師、看護師、薬剤師、臨床心理士など）を対象として問題意識をもっていただけるようなプログラムの作成することを目的とした。各施設がCLIMBプログラムを提供できる施設になることは大きな目標ではあるが、せめて問題意識をもって各施設での独自の対応であっても実施できるように一歩前進するというのが当面の目標であると考えた。プログラム（ワークショップ）を実行するにあたり、実際には資金・企画・広報など種々の問題がある。どのような形になるかは解からないが、再度Hope Treeの方々にご相談しながら実現したいと考えている。

当グループ内ではプレゼンテーションに関する conflict は殆どなかった。重要な点では個々のメンバーに意思確認をしながら方向性を調整したつもりではあるが、それぞれがメンバーを尊重しながら自身の課題に対応できていた。意見の相違があっても方向性ははっきりとしていたので調整は比較的容易であった。チームの vision/mission を決めることでこのような効果が生じると実感できた。

(つづき)

Ⅲ

Page. 9

ビジョン・ミッション

今回の研修を通じて自身の vision/mission を以下のようにした。

“My vision is to improve survival rate among lung cancer patients through inventing a new therapeutic strategy by innovative immunotherapy.”

“My mission is to cure lung cancer using immune checkpoint blocker and cell therapy, which will result in change of the treatment algorithm for lung cancer.”

前述の通りで、今回の研修参加にあたり当初は general oncologist の普及・育成に力点を置いていた。このような vision/mission では達成の評価や goal の設定が困難であった。上野先生のご指導もあり疾患と領域を絞ることで特徴を出す方向に転換し、今年米国臨床腫瘍学会で大きな話題になった免疫チェックポイント阻害薬を意識しながら免疫療法を取り上げた。免疫チェックポイント阻害薬や免疫療法という用語が今後どのように用いられるかはわからないが、少なくとも MDACC では” immune therapy” または ” immunotherapy” という言葉で患者さんに説明されていたので、ここでは免疫療法として述べる。研修に参加させていただいた際は pembrolizumab を中心に、抗 PD-L1 抗体も用いた免疫療法の臨床試験が企画または実施されていた。かつて固形腫瘍に対するミニ移植や樹状細胞療法などが期待される免疫療法と目されていた時期があった。残念ながら臨床効果を証明することは困難であったが、そのころに「免疫療法は腫瘍量が最小の時に有効性を発揮しやすい」と教えて頂いたことがある。現在、注目されている免疫療法も進行癌だけではなく、局所進行癌に応用できれば治癒可能性が広がるのではないかと期待している。夢を現実にしていくステップをどのように設定するかは今後も課題として残り続ける。goal の設定は果てしなく続く。今後も機会を頂きながら MDACC でお会いできた先生方に相談を続けていきたいと考えている。

IV 今後の課題

Page. 10

県のがん対策推進評価専門部会の委員にして頂き、部会で知った県のがん治療成績に衝撃をうけた。自身が興味を持ち精力的に診療していた領域の成績が県全体では全国と比較して特に悪かったことも「何とかしなければならぬ。」という衝動に駆られる理由になった。このような気持ちで参加したJ-TOPを経て、全国最小の県からMDACCでの研修に参加させて頂けた。研修を終えた現在は、MDACCの圧倒的なスケールに呆然となりながら焦燥感に駆られている。何かを始める覚悟を強く求められた研修であった。見学させていただいた医療現場では、米国と日本という比較以外にも、日本の都市と地方という差異もある。MDACCで見学させていただいたスケールの大きな医療そのものを外挿することは勿論不可能である。では、どのような一歩を踏み出せばいいのか。mentorであるBabiera先生は「MDACCも2人の医師から始まった。どのような戦略でどのような人物を雇用してきたかを学ぶとよい。」と教えてくださった。小さな一歩から始め、止まることなく歩み続けることが大きな変革につながることを繰り返し教わった。

自施設の場合、小さな一歩とは先ずチームを立ち上げることで考えている。明確なvisionを持ち、他職種の方とcommunicationを重ねることで先ずは少人数のチームを立ち上げたい。以前勤務していた施設では素晴らしい方々と巡り合うことができた。看護師・薬剤師の方々と投薬やカテーテル管理などに関して意見を述べ合い、時に指示を頂いて方針を変えることもあった。J-TOP参加前には意識していなかったが、チーム医療を行うことができていた。現在の施設でも既に数名の素晴らしい方々に出会っており、communicationを重ねながらチームを形成していきたいと考えている。そして、個々のメンバーがリーダー論やキャリア教育に出会えるよう支援していくつもりである。このような取り組みを通じてチーム内で個々のメンバーが能力を最大限発揮できる環境を創ることで実臨床や臨床試験における組織としての生産性向上を目指したい。

MDACCでお会いした先生方のように、他者を感動させるshared visionをもちチームとその成長を牽引するリーダーになることがJ-TOPとJMEで学ぶ機会を頂いた者として目指すべき目標なのだろう。極めて難しい目標であるうえ、このような目標設定では、踏み出すべき小さな一歩すら具体化できず、焦燥感だけがつる。MDACCで教えて頂いたリーダー論やキャリア教育に対する理解を深め、visionを具体化し歩みの一步一步であるgoalを繰り返し考え達成することで少しでも目標に近づけるよう努力を続けたいと考えている。J-TOP、JMEを通じて多くの方々に巡り合うことができたことは極めて大きい。今後は実臨床・臨床試験・後進の指導など様々な領域に今回得た貴重な人脈を生かしていきたいと希望している。

がん診療の向上に尽力し続けることを誓い、研修報告を終えさせていただきます。

(つづき)

IV

Page. 11

【謝辞】

Theriault先生、Babiera先生、上野先生、Yadiny先生、大沢先生をはじめ、ご指導くださった全ての皆さまに深謝申し上げます。笛木さま、J-TOP・JMEに関わってくださる全ての皆様、研修を支援くださったオンコロジー教育推進プロジェクトおよびスポンサー企業の皆様に深謝申し上げます。J-TOP・JMEへの参加を支えて下さった鳥取県立中央病院・鳥取大学の皆様に感謝申し上げます。今回の話は三味さまから頂いた1枚のJ-TOP参加申込書から始まりました。本当にありがとうございました。