

<様式3>

平成 29 年 9 月 25 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 愛媛大学医学部肝胆膵・乳腺外科 ・ 医員

研修者氏名 村上 朱里

## 平成 29 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 2017
- 2 研修期間 平成 29 年 7 月 20 日～平成 29 年 8 月 25 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 29 年 9 月 25 日

平成 29 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 2017

所属機関・職 愛媛大学医学部肝胆膵・乳腺外科 ・ 医員

研修者氏名 村上 朱里

## 研修を経て創出した Mission and Vision

### ●Mission:

(日本語)

トランスレーショナルリサーチを通じて乳がん患者の個別化治療のプログラムを作ると同時に、  
ペイシエント・エンパワーメント（患者力を高めること）を日本全体に広める。

(英語)

My mission is to create a program of precision/personalized medicine for breast cancer patients through translational research, and to spread along with patient empowerment movement.

### ●Vision:

(日本語)

乳がん患者がエンパワーメントされ、その結果、日本のどこにいても高水準の標準治療と臨床試験のいずれも恐れることなく受けられる社会にする。

(英語)

My vision is to create a society that empowers breast cancer patients so they can get treated for both high-quality standard comprehensive care or clinical trials without fear in anywhere in Japan.

## I 目的・方法

Page. 1

### 目的

患者にとっての最適な医療を MD Anderson Cancer Center (以下 MDA) で実践されているチーム医療を通して考え、必要なシステムやスキルを学ぶ

### 方法

MD Anderson がんセンターにおける Japanese Medical Exchange 2017 プログラムに参加し、チーム医療、キャリア形成、リーダーシップに関する研修を受ける。

また医師・薬剤師・看護師の多職種のチームでオンコロジープログラムのプロジェクトを立案する。

日程：2017年 7月 20日～同年 8月 25日

参加者：医師 4名、薬剤師 2名、看護師 2名

### 目次：

I 目的・方法…1 ページ

### II 研修内容

II-1. Mid-level practitioner…2 ページ

II-2. breast surgical OR…3 ページ

II-3. 外来システムとチーム医療…6 ページ

II-4. 看護外来…8 ページ

II-5. 院外施設

1) Health museum…9 ページ

2) MD Anderson Cancer Center Woodlands…10 ページ

II-6. リーダーシップ…10 ページ

### III 成果

III-1. Patient empowerment …12 ページ

III-2. Group project…13 ページ

IV 今後の課題…14 ページ

謝辞…15 ページ

## II 内容・実施経過

Page.  2

### II 研修内容

MDA での 5 週間の研修内容は、主に臨床現場の見学とリーダーシップに関する講義、メンタリングであった。以下の研修内容にて主に臨床現場で見たこと、またリーダーシップの講義について記す。

#### 1. Mid-level practitioner

米国では日本と異なる職種として Mid-level practitioner、または Mid-level Provider と呼ばれる医療職種が存在する。実際に目にし、MDA でのチーム医療を語るうえで欠かせない職種であると感じたため初めに記載する。

Mid-level practitioner は医師と看護師の間のポジションにあたり、出来ることは診察・処方など日本のレジデントとほぼ同じ印象であった。

看護師のうち Mid-level practitioner とよばれる Advanced Practice Nurse (APN) は、Nurse Practitioner (NP)、Certified Nurse Anesthetist (CRNA) : 認定麻酔登録看護師、Clinical Nurse Specialist (CNS)、Certified Nurse Midwife (CNM) : 認定助産看護師を指し、主に外来や病棟で見かけたのは NP であった。

・ **Nurse Practitioner (NP)** : 看護師資格をもち、看護師経験に加え修士課程で NP となる。単独での外来診療や投薬、処方を行うことができ、また独立開業もできる。

・ **Physician Assistant (PA)** : 修士課程で医学全般を学ぶ。看護師のバックグラウンドを持たない点が APN と最も異なる。APN と同様に医師に準じて患者の診察や処方ができ、出来ることはほぼ同じ。もともとベトナム戦争から帰還した衛生兵がルーツ。

背景として、もともと医師不足解消を目的にできたとのことであるが、MDA のような研修医が少なく physician の業務が多いところではチャンスが広がり、徐々に役割が拡張していったとのことであった。MDA では、これらの Mid-Level Provider が外来や病棟では基本的には医師とチームを組み、また後述するサバイバーシップ外来などでは NP が単独で診察にあっていた。

日本での特定行為に係る看護師の研修制度で目指しているものに近いと思われ、医師不足・地域偏在等が問題となっている日本でも今後広まっていく可能性があると考えられた

(つづき)

2. Breast Surgical Oncology

- ・ 乳腺手術における入院期間が日本より圧倒的に短い
- ・ 手術におけるチーム編成が異なる (PA の存在、医局雇用)
- ・ 手術中の切り出し、病変位置・方針についての病理医とのディスカッション
- ・ 乳腺外科外来 : 説明を各職種で繰り返す

私は乳腺外科医であり、自分の専門分野である手術・外科外来は最も見たいと思っていた部門のひとつであった。乳腺外科の外来と手術見学を行った。

まず初めに驚いたのは多くが日帰り手術、長くても 1 泊入院と日本とは全く異なる短い入院期間であったことである。乳房部分切除術であれば、術後数時間リカバリールームで休んだのち帰宅 (自宅が遠い場合にはヒューストン内で一晚は過ごすようになっているが)、乳房切除術であれば 1 泊入院で翌日には帰宅としており、それぞれ 1 週間から 10 日前後の入院としている日本とは大きく異なっていた。これには保険制度の違いという問題も大きい、やはり Mid-level の活躍が大きいと思われた。

日帰り麻酔体制についてすでに MDA では確立しているが、日本ではこの体制が整っている施設は少ない。先述したように麻酔・手術からの回復を待つリカバリールームが必要であり、手術室のみならずそこでの人員配置も必要になることから、CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetists) と呼ばれる手術麻酔などが可能な看護師や Physician Assistant といった職種の存在する米国では Mid-level とのチーム連携により可能であるが、麻酔科医・外科医でのみ対応しなければならない日本では医師の増員が必要であるため、未だ広まっていないのかもしれない。

< 乳腺手術における入院期間 >

	MDA	日本
乳房部分切除術	日帰り	平均 6.7 日入院
乳房切除術	1 泊入院	平均 10.4 日入院

(つづき)

II

Page. 4

実際の手術そのものについては当然かもしれないが大きな違いはないものの、ここでも私を驚かせたのはそのチーム編成であった。日本では外科医が数名で手術をするのが通常であり、その他、器械だしと呼ばれる術野で外科医師に器械を渡し介助を行う看護師と、外回りと呼ばれる術野の外、手術室内で患者の観察や看護記録・麻酔介助を行う看護師がチームとなって手術を行っているが、見学した MDA の乳腺の手術では外科医師はひとりのみで、Physician Assistant とともに手術を行っていた。PA は止血や縫合といったことも行っており、日本で助手の外科医がすることとほぼ同じことをしていた。ちなみに日本では看護師は看護部の人事管轄になることが多いが、このチームは Breast surgical oncology の医局で雇用しており、同じ外科医師に対して同じ PA やナースという固定されたチームであるとのことであった。外科医としては手術におけるチームは「阿吽の呼吸」とか「手が合う」などといわれるようにお互いの技量が感覚的に理解でき、信頼がおけるチームであれば、ハイパフォーマンスかつストレスなく手術が期待できるのではと実感した。実際に見学したチーム内でも、真剣な場ではもちろんあるが和やかな雰囲気であり、外科医は様々な場面で周囲のチームメンバーであるスタッフに声かけしコミュニケーションを取っていた。

手術中、標本を摘出した時点で外科医が術野を離れ、迅速病理室に持っていくことも大きな違いのひとつであった。それも PA がその間に止血や閉創を術野でしているからこそ為せるわざである。日本では術後数日ホルマリン固定した手術検体を切り出すのが通常で、断端の評価を即座に判断しようとする断端組織の凍結切片での迅速病理診断を依頼するが、MDA では生の状態の手術検体を術中に切り出して評価していた。まず、検体のそれぞれの断端を 3～5 色の絵の具を塗って色分けし、5mm くらいのスライスで切り出し、切片を並べ、迅速病理室にある X 線装置で標本撮影を行い、病変の位置を確認する。画像で病変が断端に近いと、病理医がすぐに画像診断医と外科医に連絡し、追加切除するかどうか、断端を術中迅速に出すかどうかなどをディスカッションする。迅速病理室は手術室と隣り合わせになっており、扉一枚で行き来可能な構造となっている。病理との垣根が低く、外科医と病理医がコミュニケーションをとりやすい環境であることは日本でも見習うべき点であると感じた。

ちなみに、放射線診断医・病理医・外科医というチームのそれぞれの役割は診断時から日本とは異なっており、日本では多くの施設で超音波下の生検は乳腺外科で行われているところが多いと思われるが、乳腺超音波や生検などは MDA では Radiologist が行う。そのため手術前のマーキングなどは放射線科で行うと聞いた。

(つづき)

II

Page. 5

外来において、チームで診療するスタイルは後述する他の科との違いはなかったが、短期入院であるためドレーンを自宅で患者本人が管理する必要があり、術前から NP/PA が中心となった患者教育をデモ用ドレーンを用いたり、図示した説明用紙を使ったり、時間をかけて行っていた。また、日本では通常医師のみがドレーン抜去可能であるが、MDA では NP/PA が抜去可能であり、このことも早期退院を可能にしている一因と思われた。手術の説明も中心は NP/PA が行っており、説明用紙を用いた詳しい説明と同意を取ったのち、医師の診察にて再度説明をし、理解できなかったところはないか、質問はないかと確認をしていた。普段の自分の診療を鑑みても同じ話であっても患者にとっては手術の説明は専門的な、かつ初めて聞く話であり、繰り返して説明を聞く方が理解も深まり、また手術を受ける心の準備も整うのではないかと感じた。

<手術中の切り出し、病理部でのディスカッション>

手術中に標本に割を入れて切る



X線で撮影して病変位置を確認→  
外科医・病理医ディスカッション





(つづき)

### 3. 外来システムとチーム医療

- ・ 外来は患者が診察室で待ち、各職種が訪れるスタイル
- ・ 医療者チームは **work room** で情報共有、ディスカッション
- ・ 医師は患者との高いコミュニケーション能力を持ち、環境も整っている

外来のシステムは日本とは構造自体が異なり、患者が初めに診察室に入室し待機しており、そこへ看護師が行って簡単な問診を行い、次は NP/PA、最後は医師という風に多職種がそれぞれ順番に1人の患者を診察していく。また医療者はチームごとに「Physician Work Room」と呼ばれる小さな Office に集まっており、診察が終わればその office に戻りチーム内の情報共有をし、必要があれば治療方針について議論している。さらに、薬剤師による説明や指導、緩和ケアチームや精神的ケア (social worker) などを必要に応じて依頼する。さらに外来にはスケジューラーと呼ばれる職種があり、患者の予定と調整して検査や診察の予約を取っている。

外来

多数の診察室が並ぶ

Work room

Work roomでチームの情報共有、ディスカッション  
※スケジューラーの存在

それぞれの診察室に患者が入って待つ

看護師：問診→NP：診察・問診→医師：診察  
多職種がそれぞれ順番に1人の患者を診察  
チームで診察に行くこともあり

(つづき)

II

Page. 7

このシステムは日本での混みあった待合でいつ呼ばれるかと待つ患者に比べて、患者が自分専用の空間にいることで、安心感や満足感が得られるのではと感じた。ひとりの患者の受付から診察終了までの時間は必ずしも日本より短くないのではと思われるが、多職種がそれぞれ診察室を訪れるため、医療者と関わり、話している時間は日本より長いように思う。これは患者にとっては詳細に自分の訴えを聞いてもらえることで満足度が上がるのではないかと感じたのと同時に、医師からみても、十分な情報が予め得られ、限りある患者の目の前にいる時間を情報収集に費やすことなく、患者とコミュニケーションをとることに集中できるメリットがあると感じた。また、他科・他部門との連絡手段はメールや Pager を用いており、診察中に電話が鳴ることがほぼなく、患者の目の前では患者に集中できることも患者との信頼関係の構築に重要であると感じた。医師はカルテの記載は work room に帰ってから行っており、カルテを患者の前で眺めざるを得ない日本の状況についてはスケジューラーのような職種の活用などである程度解消できるのではないかと考えられた。

このシステムを通じて MDA のチーム医療を考えたときに、物理的なふれあい、face-to-face でコミュニケーションを取ることを意外にも大事にしており、それがこれだけの症例数の多いハイボリュームセンターでありながら人の温かさを感じることをのける、満足度の高い医療につながっているのではないかと考えた。さらに、患者は my Anderson という PC 画面上で自分の ID を持ち、自分のカルテを見ることができる。またそのシステム内で医療者にメールをして質問をすることが出来る。この医療者と繋がれるという感覚も患者の安心感につながるのではないかと考えられた。まだ数は少ないが日本でもこういったシステムを導入開始した施設があると最近知ったが、今後日本でも広まっていく可能性は高いように思われる。

またハイクオリティ、ハイパフォーマンスという意味では、チームでコミュニケーションをとることで、コンセンサスから逸脱のない定型通りの治療であれば多職種・多人数のチームで効率よく進め、そうすることで何らかの問題症例や逸脱症例に十分に議論をする時間を確保出来る、というチーム構成員の時間の使い方もこのハイパフォーマンスを生み出しているのではないかと考えた。全ての原因をハード面とは考えていないが、人的余裕、時間的余裕が生まれるためのシステム作りは医療者が疲弊しきって burnout という悪循環に陥らないために重要であると感じた。

(つづき)

#### 4. 看護外来

日本でも現在、需要の高まりから設立されている施設も増えてきていると思われるが、MDAではBreast Survivorship Clinicの看護外来の見学と、単独で外来をもつWOCNの話聞くことが出来た。

・ **Breast Survivorship Clinic** : 乳がん治療後5年を経過した患者のフォローアップ外来をNPが単独で行っている。年1回のフォロー受診であり、触診とマンモグラフィが基本、超音波を併用する人はわずかであるが、高濃度乳房の患者には勧めたり、HBOCの方にはMRIが推奨されるなど、個々人に合わせた指導を行う。1人30分間の予約枠で1日10人～15人程度対応。恐らくは術後ホルモン治療を行う方も多いためと思われるが、婦人科検診も同時に行っていた。またその他の遺伝因子も加味し内視鏡検査を勧めたりもしていた。乳がん以外の癌腫でも同様のsurvivorship外来がMDAにはあるとのことであった。

・ **WOCN (Wound Ostomy and Continence Nursing : 皮膚・排泄ケア認定看護師)** : 日本と同様に、ストーマや褥瘡、スキンケアなどを中心にコンサルテーションを受け、もしくは単独で行っている外来で患者をフォローしている。大きな違いは、日本では担当医や皮膚科・形成外科医と処置決定・処置を行うが、MDAのWOCNは基本的には専任看護師のみで対応しているとのことであった。また、患者の教育体制は非常に充実している印象で、書面で渡す資料のほか、患者用のホームページに教育用動画などがあり、さらに看護師は患者宅に電話し、相談できる機会を作っていた。また、他部門でも存在するが、ボランティアによる「Survivor's Support Team」があり、患者・家族のサポート体制を補助していた。

これらの看護外来を見て実感したのは、NPが専門に特化し単独で外来を行うよう任されている分、自信に溢れているように見え、また患者や他職種からよりリスペクトを受けているということであった。こういった通院患者に対する支援については平均在院日数の短縮化を目指している日本においても注目されているが、外来看護についてはまだまだ充実させていくことが必要であり、患者が社会の中で療養生活を送るうえでのサポートをしていくためには、こういった分野に分けて特化したサポート体制を充実させていくことは有用なのではないかと感じた。

(つづき)

II

Page. 9

## 5. 院外施設

### 1) MD Anderson Day at Health Museum

テキサスメディカルセンター内の The Health Museum の見学に行くプログラムがあり、MDA の mission である eliminate cancer, がん根絶に対する予防や啓蒙活動を見ることが出来た。MD Anderson Day と称して午後2時から入場料無料とし、地元の子供たちを中心に開放されたなか、MDA の職員も博物館内でブースを出し、講演を行っていた。一般的な人体についての展示のみでなく、HPV ワクチンによるがん予防の話や、健康な肺と長年喫煙をした肺の模型を比較して置いたブース、人が中に入れるほど大きな女性の体の中に乳癌模型がある展示や太極拳のデモンストレーションなど、内容は多岐にわたっていた。

#### <Health museum: MD Anderson's day>



(つづき)

II

Page. 10

## 2) MD Anderson Cancer Center Woodlands

MD Anderson の本院から離れた MD Anderson Cancer Center Woodlands の見学があり、こちらも乳腺外科のメンターの先生がいらっしゃるのことで楽しみにしていたプログラムのひとつであった。というのも私が現在勤務している病院は地方の国立大学医学部付属病院であり、本院とは離れた地方でのあり方というものが参考になるのではと期待していたからである。距離としては車で約1時間、本院から離れた Woodlands にあり、池や緑の多いのどかさを感じる場所であった。米国や世界中から患者が集まる最先端のがんセンターである本院とは離れるものの、同等のがん医療を Community Hospital で提供しようという趣旨で設立され運営しているとのこと。MDA のみで運営しているのではなく、St. Luke's 病院と提携し、本院よりも規模は小さくなるものの、小さなメディカルセンターの様になっていた。

こちらで見せてもらった施設や治療スタイルはいずれも本院と大きくは変わらず、本院ともオンラインでのカンファレンスをしたりしてアップデートをし、同等の医療提供に努めているとのことであった。印象的であったのは、週1回行われている乳癌の Multidisciplinary conference であった。放射線診断医、病理医、乳腺外科医、形成外科医、腫瘍内科医、放射線治療医、NP、リサーチコーディネーター、ソーシャルワーカーが一堂に会し、乳癌関連の全患者の治療方針について様々な立場から議論をし、決定していた。本院より規模が小さく人数が少ないからこそ可能なことだとは思われるが、こうした多職種顔の見えるカンファレンスは非常に重要であると感じた。

## 6. リーダーシップ

MDA の研修の中で、我々参加者のリーダーシップの育成のため、MDA で Faculty に対して行われているリーダーシップに関する講義を受けることが出来た。具体的には「リーダーシップ」、「difficult conversation」、「mentorship」、「conflict management」についてといずれも重要かつ今後の実践に即役立つような内容であった。その中でも特にリーダーシップ、なかでも「Servant Leadership」について最も感銘を受けたので記す。

サーバント・リーダーシップ (Servant Leadership) とは、ロバート・グリーンリーフ博士が提唱した概念で、「まず相手に奉仕 (serve) し、その後相手を導くものである」という発想に立ちリーダーシップを発揮することを指し、現代社会、医療現場でも重要な考え方であると教えて頂いた。これまで私のもつリーダーのイメージは前からメンバーを強い力で引っ張る人、カリスマを持った人というイメージであったため、この考え方は非常に驚いた。

(つづき)

II

Page. 11

サーバント・リーダーシップにおいて重要なのは、まずリーダーがビジョン、ゴールを明確に示すことであり、そこに一緒についてきてくれる部下等フォロワーに「尽くす」ことである。信頼関係を重要視し、協力して目標達成に向かうため、フォロワーは自主的に工夫をしながら行動し、リーダーは利他の心、フォロワーを思いやり、フォロワーに尽くす心でメンバーを導いていくといったもの。対して前から引っ張っていく、支配型のリーダーは自分が中心の考え方で組織を動かし、競争をし、権力を使って一方的な説明や命令・指示により部下とコミュニケーションを取る。誰もが憧れるほどの強いカリスマ性を持っていれば現代でも可能かもしれないが、特に医療現場のチーム医療で職種を問わず対等にディスカッションをすることが求められている場にはそぐわないように思う。また、サーバント・リーダーシップの中心は奉仕の概念であり、謙虚さにつながるものであると思われる。これは和を重視し、謙虚であることを良しとする日本文化になじみやすいものではないかと感じた。

またこのリーダーシップの講義を通じて学んだのは「リーダーシップはスキルである」ということであった。先述した通り、私はこれまでカリスマ性等持って生まれた資質がリーダーとなるのに必要だと考えており、更に自分はどちらかという内向的でありカリスマ性をもって人を引っ張ることは難しいという自覚があり、今後の自分のリーダーシップを考えるにあたりコンプレックスでもあった。しかし、先のサーバント・リーダーシップでいえば例えば奉仕するといっても自己犠牲や利他的な人間関係が推奨されているわけではなく、傾聴・共感・概念化などのスキルをもってリーダーとしての役割を果たすことが重要であり、後天的に身に着けるべきであるということであった。

### Ⅲ 成果

Page. 12

#### 1. Patient empowerment

臨床現場を見学するうち、MDA の患者は日本と何か違う、という感覚をもつようになった。初めは上手く言い表すことが出来なかったが、チームメンバーも同じ違和感を感じているとわかり、何か日本での診療のヒントになるのではと考えてみた。結果、患者自身が自分の治療について「手綱を引いていよう」としていることではないかと考えた。そのことを話すと、「patient empowerment」という言葉を教えていただいた。日本語では「患者力をつけること」というのが訳になる。現代のアメリカでは医療のプロセスとして①直接医療を提供すること②患者力をつけること③医療を改善すること、の3つがあるとされており、患者力をつける、「patient empowerment」も医療行為のひとつとされているとのことであった。いわゆる「患者教育」という医療スタッフから一方的に提供されるイメージとは異なり、患者自身が主体性をもち、病状を理解し、またそのための医療者と質問を通した対話を出来るようサポートしていく、というあくまで患者が主体となった概念であるとのことで、MDA では確かに診察室で患者が治療方針について医師に質問したり、医療者が患者に質問はないか確認したりといった会話が多くのことに気づいた。そして、患者は診察室を出ても多くはサバイバーであるボランティアの方と病気について話をすることが出来、図書室へ行けば驚くほど多くの資料や本、DVD などが置いてあり、更に尋ねれば文献検索のやり方まで教えてもらえたりと、エンパワーメントするためのサポートが多く為されている。そういったサポートを受けている MDA の患者が「手綱を握っている」という感じを受けるのは、治療方針など方向を示すのは医療者かもしれないが、そこで止まる・進む・向きをかえる、という意味決定に関して、患者自身も自分がそのチームの一員であるという自覚をもって自分自身で意思決定しようとしているように感じた。

日本での自分自身の診療を振り返ると、治療方針の決定にあたり、患者自身が自分の治療について理解してもらえるような説明に努めているつもりではあるが、患者自身が「自分で決定した」と思えるほど意見を聞いて決められているのだろうか和省みた。セルフコントロール感が高まる故か、エンパワーメントされるサポートを感じるからか、MDA の患者は治療中であっても悲観的に見えない人が多いように感じた。日本の患者もそうあって欲しいと感じたと同時に、そのために「patient empowerment」の概念を日本の医療現場、さらに日本の社会に広げていくことをしていきたいと考えた。

(つづき)

III

Page. 13

## 2. Group project

この JME プログラムの中で、私たちは最適な医療とは何かを考え、MDA で見学したことをもとにチームでプロジェクトを作り発表することになっていた。グループ A と B に分られ、2つのプロジェクトを発表する、ということであったが、我々 JME2017 メンバーは全員 8 人で Shared Vision & mission を作り、ひとつの大きなプロジェクトを前半・後半と分ける形で発表した。なぜそのように決めたのかについてはメンバー構成に一因があったように思う。私たち 8 人のうち医師 4 人はそれぞれ放射線診断医・乳腺外科医・病理医・放射線治療医であり、それに加え薬剤師 2 名、看護師 2 名のチームであり、がんの診断から治療における要所をそれぞれが担うメンバーであった。そのメンバーで MDA の臨床現場を見て感じたことを共有するうち、がん治療という一連の流れの中でプロジェクトが浮かんできたように思う。

私たちの JME2017 Shared Vision は「乳癌治療によって日常生活が変化しない社会の実現 To achieve society where patients can maintain their normal lives during breast cancer treatment」とした。また Shared Mission は「医療資源を有効活用しつつ、患者満足度の高い乳がん医療を実現する To provide high-quality breast cancer care to ensure high patient satisfaction and optimal utilization of limited medical resources」とし、ゴールとしては診断～治療までの短縮化を図ることで、乳癌治療によって日常生活が変化しない、MDA のように長期入院せずに治療を受けられるようなプロジェクトを作ることとした。

特に私の担当した乳がん手術の入院期間については先述したように大きな差があった。保険制度など様々な要因は考えられるが、これまで創部ドレーンの抜去を待たずに退院、ということ考えたことのなかった私としては、可能なのだろうかということがまず頭をよぎった。しかし MDA に限らずアメリカでは標準的であり、不可能ではないと思われる。但し、患者は自宅でセルフケアを行う必要があることから、ドレーンのホームケア、廃液管理などの患者教育はツールを含めかなり力を入れられており、看護師による外来での患者教育の重要性を非常に強く感じた。ドレーン抜去が日本では医師のみにしか許されていない、というのも原因かもしれないが、慣習化されてしまっていて見直されてきていない可能性もありうる。今後日本でも実現可能かどうかについても検証していきたい。



#### IV 今後の課題

Page. 14

今回の研修を通して、自分の日常診療において当たり前のように思っていたことが MDA では異なっていることがある、という体験をした。そしてそれを元に、患者にとって最適な医療とは何か、ということを改めて考えさせられた。

チーム医療における医師の役割、また現在の自分の状況を考えると、まずは大学院生として現在行っている基礎研究に邁進し、来年度卒業することが第一の課題である。またその先そこで得た知見や研究内容を活用し、継続して乳癌の **Translational research** に関わっていくことが一つの **goal** であると考えている。

第二に、今回非常に感銘を受けた「**patient empowerment**」について、身近なところから広まるように、さらには日本全国、社会全体にも広まるよう働きかけていきたい。医療者のみでなく、社会全体にもこの考え方が広まることで、時間はかかるかもしれないが、MDA のような「患者力の高い患者」の存在が当たり前になる世の中を目指したい。自分の周囲以外に広めていく具体的な方策はまだ無いが、同じ志を持つ医療者とネットワークづくりをしていくよう努めていきたい。そのためには自分の **mission & vision** を周囲に伝えていくことが重要であると考えている。自分の **mission & vision** を上野先生とのミーティングやメールのやり取り、メンターであった **Dr.Lim** とのメンタリングを通じて研修中に創出したが、帰国後に周囲に伝えると意外なように受け取られることもあり、これまで自分の思っていたことを言語化し周囲に伝えることが出来ていなかったと実感した。

また、グループプロジェクトで計画した乳がん手術入院の短縮化についても具体的に実現可能性、患者利益を含めて考えてみたい。それにはプロジェクトに挙げたように、まさしく多職種でのチーム医療を必要とすると考えられ、今回一緒にプロジェクトを考えた **JME2017** のメンバー、また自施設での多職種チームと協力しながら具体化していくことが課題である。

(つづき)

IV

Page. 15

謝辞

この JME2017 プログラムへご尽力いただいた全ての皆様に心から感謝を申し上げます。

Japan Team Oncology Program (J-TOP) の Founder の上野直人先生、Chair の Joyce Neumann 先生、私のメンターであった Lim 先生をはじめ、J-TOP のメンターの先生方、また渡航前から支えてくださった J-TOP 事務局の笹木様、秘書の Ms. Sanchez Marcy、JME2016 の皆様、滞在中数々のサポートをしてくださった三浦裕司先生、数えきれないほどの皆様のご支援、ご指導を頂いたことに心より御礼申し上げます。

また、本研修の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 の皆さま、オンコロジー教育推進プロジェクトの方々にも深謝申し上げます。

そして研修に送り出してくださった職場の方々、家族、5 週間で共に過ごした JME2017 のメンバーに感謝の意を伝えるとともに、今後はこの研修を生かし精進していきたいと思えます。

最後になりましたが、私たちの帰国直後に来襲したハリケーンにより、MDA を始めヒューストンに被害が及んだとのこと、謹んでお見舞い申し上げます。

一日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。