

平成22年6月30日

平成22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 2010

所属機関・職 国立がん研究センター中央病院 がん専門修練医

研修者氏名 朝倉 義崇

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

- ✓ リンパ腫に対する標準治療を、特に幹細胞移植の領域において、確立すること。
- ✓ がん診療において、チーム医療・ケア (multidisciplinary care) を広めること。
- ✓ 日本において、がん患者さんのサバイバーシッププログラムを造り上げること。

(英語)

- ✓ First is to establishment of the standard care for lymphoma patients, especially in the field of the stem cell transplantation.
- ✓ Second is to popularize the multidisciplinary care in cancer medicine.
- ✓ Third is to establish a program for survivorship medicine or care in Japan.

●Vision:

(日本語) がん患者さんとその苦しみから解放すること

(英語) My vision is to liberate cancer patients from their sufferings.

I 目的・方法

Page. 1

目的：

- ・MD アンダーソンがんセンター(以下 MDACC)におけるチーム医療(multidisciplinary care) 理念及び実際を学ぶ。
- ・MDACC における faculty development、特に communication skill や leader ship の教育を学ぶ。
- ・血液内科領域(白血病・リンパ腫/骨髄腫・幹細胞移植)における、外来診療・入院診療の実際を見学する。
- ・自分の vision、mission、そして plan を明確化する。
- ・ともに参加する 5 人の仲間と共有できる vision(shared vision)、mission、plan あるいは program を見いだす。

方法：

- ・2010年4月23日から2010年5月28日にかけて、MDACCで研修を行い、実地臨床の見学および各部門や communication skill や leader ship の講義を受講し、職種毎に mentor と様々な discussion を行う。
- ・2009年11月の国内ワークショップで選抜された、医師2名、看護師2名、薬剤師2名で参加し、時には職種毎に、時には3人ずつのチーム毎に、あるいは個人に分かれて研修は行われる。
- ・それぞれのチームで患者さんのための診療プログラムに関するプレゼンテーションを作成する。

II 内容・実施経過

Page. 1

我々は4月22日木曜日に Houston に到着したが、4月23日金曜日は簡単なオリエンテーションで、本格的な研修は4月28日月曜日から開始された。4月28日の週を第1週として、以後5月24日の週までの5週間が正味の研修期間であった。

第1週は、オリエンテーションの続きから始まり、病院や周辺施設の紹介、病院のシステムに関する講義が中心であった。第1週で、特に印象深かったのは、職員全体に対するオリエンテーションのシステムである。

MDACC の新規採用者は、全員が定められたオンラインのオリエンテーションプログラムを受講することを義務づけられている。このプログラムは、映像による講義が中心であるが、タイミングよく学習内容を確認する質問が挿入されていたり、間違い探しのような形式で重要事項を確認させたりと、非常に工夫されている。講義は、多数の職員、それも管理職ではない、恐らく一般の職員が自身の経験を交えながら、ポイントを説明していくのであるが、時にパロディを交えた映像－私が見た映像の中には、映画「007(ダブルオーセブン)」のパロディと思われる映像があった－もあり、数時間ものプログラムにも関わらず、飽きの来ない構成であった。また、内容も MDACC の vision や mission の説明から始まり、コミュニケーションや守秘義務、医療安全管理・利益相反に関する事項など、多岐に渡っていた。

このオンラインプログラムの中で、はじめは「We are M.D. Anderson.」を合い言葉に MDACC を紹介しているが、途中から「You are M.D. Anderson.」という呼びかけに変化している。これは、vision と mission の共有、そして職員の意識統一に非常に役立っていると思う。

このほか、MDACC のツアーでは、ボランティアの方に詳細に院内を案内していただいたが、MDACC 全体で約 1500 名のボランティアが勤務しているとのことであった。ボランティアの方の業務内容としては、院内の案内や家族待合室の受付業務などの他、がんの体験を持つボランティアの方は、患者向けのサロンや休憩室で、患者さんの話を聞いたり、ご自身の体験を話されたりもしている。米国では日本と比較し、一般の人々のボランティア精神が強く、またボランティアに対する評価も高いが、病院側がその受け皿をきちんと用意している点は、なかなか日本ではみられない。

第2週目の前半は、放射線治療部門を中心に見学を行った。放射線治療部門では、部門の性質上、薬剤師はいないが、他部門にはみられない職種である放射線治療技師や医学物理士、線量計算師が勤務している。放射線治療は、IMRT や LINAC による定位放射線照射の導入

(つづき)

II

Page. 2

により、より高度な技術と精度が要求されるようになってきているが、彼らは放射線治療医と協力して、より効果的かつ安全な治療が可能となるように日々努力している。つまり、内科や外科とは異なる形でのチーム医療が存在していた。

放射線治療外来においては、後述する他の外来と同じく、physician assistant(PA)がmid-level practitionerとして勤務していたが、放射線治療の主毒性である皮膚障害に関しては、そのケアや患者教育に対して一般の看護師(RN: registered nurse)が大きな役割を果たしていた。見学中に、頭頸部のがんの患者さんを対象として勤務しているRNに話を聞く機会に恵まれ、かなり具体的に説明していただくことができた。米国でのチーム医療を語る上で、専門性の高いmid-level practitionerの存在は欠くことはできないが、RNもかなり専門性が高い。これは、日本の看護師と異なり、原則として本人が希望しない限りは、同一部署で継続して勤務していることが、その理由だろう。

第3週目は、病理や看護師部門、薬剤師部門の見学に加え、2回目のJanisによる「Your Development as a Leader」の講義を受講した。5週間の研修期間で、Janisによる講義は3回あり、1回目は自己分析(MBTI法など)やleadershipの概念についての紹介を行い、2回目は主にコミュニケーションの方法(active listeningとassertive skill)、3回目は研修の最終日で、さらに深く掘り下げてleadershipに関する講義であった。Janisの講義は、2009年11月のワークショップでも受講しているが、特にleadershipについては、Janis自身も言及していたように”huge theme”であり、理解したと言うにはほど遠い。しかし、研修終了後も参考として教えていただいた資料などを読み、徐々に理解できてきているように思う。

JanisはMDACCにおけるfaculty developmentの一環としてcommunicationやleadershipの教育を行っている。こうした教育の成果は実地臨床に比較するとdirectに効果が見えにくいものであるが、長期的に見ると組織が発展を続けるために無くてはならない要素であると思う。MDACCの素晴らしい点の一つは、成果を得るまで時間がかかる事柄に対しても、十分な時間と費用を惜しまないことである。

第4週は、各部門の見学に加え、第5週に予定されたpresentationに向け、講義以外の時間を使用して、チーム内での話し合いを進めた。この中で最も苦労したのは、shared visionの決定であった。

(つづき)

II

Page. 3

まず、Presentation の症例を決定する際に、お互いがテーマとしたいことが微妙に食い違ったため、すぐに具体的な症例を決定することができなかった。このため、私の mentor である Dr. Theriault の助けを借りて、ようやく症例とテーマを絞ることが可能となった。この議論を経て、我々国立がん研究センターグループは、妊孕性が問題となる若年乳がん患者さんを症例として選択し、さらに Dr. Theriault から、妊娠合併乳がんや妊孕性に関して造詣の深い Dr. Litton を紹介していただき、詳細な情報を得ることができた。

この週には、さらに上野先生との個人面談やグループ毎の面談があり、自分の vision や mission を明確化するとともに、グループの presentation の方向性についてのアドバイスも得られた。この際の面談にて、上野先生は我々の目指している方向性が、妊孕性だけにあるのではなく、がん患者のサバイバーシップ全体にあることを喝破された。この面談後、私たちは、サバイバーシップ全体に対するプログラムを考え、その一部として妊孕性が問題となる若年乳がん患者さんに対するプログラムを presentation することに決定した。グループ全員が、がん患者のサバイバーシップについて良く理解していなかったため、これを機にサバイバーシップについて、インターネットで情報収集を行い、日本のサバイバーシップに対する認識は米国と大きな隔たりがあり、その整備も遅れていることを認識することができた。

ところが、お互いがプログラム全体に対して抱いている vision を形にする、つまり言葉としてまとめ、shared vision として提示することは容易ではなかった。もちろん英語という言葉の壁もあるが、何よりもお互いの認識をすりあわせる事が非常に困難であった。一つ案ができて、意味が広すぎたり、あるいは限定しすぎていたりして、全員の同意を得ることができず、何時間もかけて議論をしてようやく shared vision を見いだした。この vision はそれぞれの mentor による意見を取り入れ、最終的には「Making History: Developing Survivorship in Japan.」に決定した。

妥協して vision を決定すれば、もっと簡単に決定したと思う。しかし、全員が妥協せずに議論したことで、真にお互いが share できる vision を決定することができた。これは我々がチームとして取り組む上で、何よりも大きな糧と成ったことを確信している。

第5週目は、木曜日に予定された presentation の準備に多くの時間を費やしたが、その他に、手術や外来見学を行い、幾つかの講義を受けた。最終日の Janis の講義は前述したように leadership に関する講義であり、さらに知識を深めることができたが、Clinical Safety and Effectiveness の研究に関する講義も大変参考になった。第4週目の金曜日に、Clinical Safety

(つづき)

II

Page. 4

and Effectiveness の研究の発表会があり、我々の mentor である Joyce や Jeff も、それぞれ発表チームの一員として参加していたが、この講義は研究手法に関する講義であった。

かなり難しい内容であったが、私が特に印象に残っているのは、Fish bone chart であり、先に述べた Clinical Safety and Effectiveness の研究では、ほぼ全ての発表者が Fish bone chart を用いていた。私はこの研修で初めて Fish bone chart について知ったのであるが、もっと驚いたことに Fish bone chart は、日本の工学博士である石川馨博士により考案されたということであった。Fish bone chart は日本の産業界ではよく知られた手法であるが、私の知る限り医療界、特に医者の世界では殆ど使用されていない。講義をしていただいた Dr. Doris Quinn によれば、日本の産業界で有用な手法を米国の医療界で取り入れているとのことで、自国で開発された素晴らしい解析手法を知らないことを恥ずかしく感じた。こうした事実は、わが国の医療界が他の産業界と比して閉鎖的であることを反映しているのではないだろうか。

研修の集大成と位置づけられる presentation は、やはり一朝一夕に完成させられるものではなかった。第4週目に shared vision を決定した後も、小さいことでは英語の文法から、大きな事では、まとめとなる mission の内容まで、たくさんの事柄に対して長時間の議論を要した。時々感情的になってしまったりしたこともあったが、Janis に教えていただいた active listening を意識し、可能な限り他者の意見を受け入れようと努力できたことは大きな成果であった。

もう一つの重要な要素である assertive skill については、私自身がこの時点でうまく理解できていなかったこともあり、うまく活用できていたとは言い難い。しかし、帰国後の講義や書籍を通して、自分なり理解が深まったと感じている。assertive skill に関する講義や資料は、今までであれば見過ごしていたが、この研修期間中にその重要性を理解したことで、自分から積極的に assertive skill に関する情報を得る姿勢になることができた。今後の私が他者とコミュニケーションする上で、大きな財産となったことは間違い無いと思う。

実際の presentation についても大成功であったと思っている。サバイバーシップ全体のプログラムから始め、妊孕性に関するプログラムを通して具体的なプランを提示し、さらに将来的に他の分野を含めたサバイバーシップ全体のプログラムの立案を志す、という流れは、聞いていた方々に非常に好評であった。Presentation 後の質疑応答も、日本でサバイバーシッププログラムを充実させていくために必要な費用から発展して、日米の医療経済の問題に

(つづき)

II

Page. 5

まで議論が白熱した。おりしも、オバマ政権が公的保険制度の拡大政策を推進していることもあり、日米の医療制度比較など、活発に意見が出て、楽しい一時となった。

ところで、全体の研修期間を通して、学んできたことが、大きく二つある。一つはチーム医療、もう一つは私の専門分野である血液内科の実地診療である。

チーム医療については、外来や病棟の見学、看護師や薬剤師部門の講義などを通して様々なことを学んだ。外来は、乳腺腫瘍内科、乳腺外科、消化器外科、消化器内科、放射線治療部の他、個人的な希望で、リンパ腫外来、GVHD 外来も見学させていただくことができた。どの外来でも共通しているのは、一人の **physician** に対し、PA や ANP(**advanced nurse practitioner**)、臨床薬剤師(**clinical pharmacist**、**pharm. D.**)など、一人以上 **mid-level practitioner** が協力して業務を行っている点である(**fellow** は人数の関係か、いないときの方が多かった)。患者さんは、RN の **vital check** や問診(内容は患者さんの状態に応じた **check list** が用意されている)を受けた後、**physician** もしくは **mid-level practitioner** の問診・診察を受け、グループ内で簡単に方針の確認をして、処方や検査のオーダーがなされていた。

入院では、白血病、幹細胞移植、緩和科を見学したが、外来よりもさらに大きなグループで診療が行われている。すなわち、一人の **physician** に対し、0-1 人の **fellow**、数人の ANP(病棟毎に異なる)、1-2 人の **pharm. D.**、**social worker** (特に緩和病棟) や **chaplain** などがメンバーである。入院診療で驚いたことは、外来で患者さんを担当していた診療グループと入院患者さんを診るグループは全く異なる、ということだった。つまり、外来と入院の **mid-level practitioner** は全く別の部署であり、お互いに **rotation** することはあっても、一人の **mid-level practitioner** が外来も入院も担当することはない。また、**physician** も外来で診ていた患者さんが入院すると、入院担当の **physician** に患者さんをお願いしている。入院担当の **physician** は、それぞれの診療科に属する **physician** が 2 週間~1 ヶ月の **rotation** で決定されている。

こうした事が円滑に進むためには、お互いの **communication** も大事であるが、何よりも診療内容に関するコンセンサスが得られていることが必要である。外来担当の **physician** と入院の **physician** で診療方針が異なっていると、こうしたシステムはうまくいかない。研修中に上野先生がおっしゃっていた、殆どの会議はお互いのコンセンサスをすりあわせるために行っているという点は、こうした事情を反映しているのだろう。

米国による **physician** と **mid-level practitioner** を中心としたチーム医療、診療システムと

(つづき)

II

Page. 6

日本の診療システムを比較すると、mid-level practitioner は日本における研修医の役割を果たしているように思われた。しかし、研修医(や米国の fellow)と異なり、診療科をまたいで rotation することはないので、診療の質を一定に保つことができるということは、患者さんにとって何よりも有益なことだろう。

続いて、看護師部門及び薬剤師部門の講義や見学について述べる。看護師部門で非常に印象に残っているのは、看護週間である。たまたま研修の第2週目が看護週間であったため、院内で行われた様々なイベントを目にすることができた。中でも、看護研究のポスター発表は素晴しかった。日本では、看護研究というと、どちらかというと看護師独自の業務、つまり心やからだのケアの仕方に関する内容が多いように思うが、こちらでの発表は、医師が作成したのではないかと思われるほど、治療に直結した発表が多数見受けられた。そして多くの発表で EBM を重視し、PECO 形式の clinical question が提示されており、非常に質の高い研究が成されていることを感じた。これは、mid-level practitioner としての ANP だけでなく、全ての看護師が高い専門性を持って勤務しているからこそ為しえる事ではないかと思う。

薬剤師部門の講義で印象に残っているのは、医療安全管理に関する講義である。現在のがん診療において、抗がん剤はきわめて多くの役割を果たしているが、薬剤師部門で詳細な医療安全管理の講義を聴講することになるとは思っていなかった。しかも、ミスを防ぐシステム作りが非常に詳細に行われており、中でもお互いの情報伝達が間違い無くされるように、指示の書き方一つとっても、細かな規定が決められていた。日本でも、指示のミスをなくそうとする動きはあるが、実際に指示を出す医師と、指示を受ける看護師が中心で、薬剤師が積極的に関与していることは少ないように思う。

最後に、毎週金曜日にかかなりの時間を割いて行われた mentor との面談について述べたい。私の mentor は先にも述べたように Dr. Theriault である。乳腺腫瘍内科である Dr. Theriault は、私が血液内科専攻であることを考慮して、何人かの血液内科スタッフとの面談を設定してくれた。この面談で、私は MDACC の実地臨床を知ることができ、大変参考になった。

また、最初の金曜日に Dr. Theriault から尋ねられた質問は、研修期間を通して私の心に大きな影響を与えた。すなわち、「君は私に何をしてもらいたいと思っているか？」あるいは「私は君のために何ができるか？」という言葉である。その言葉を聞いて、自分はこの研修に対して漠然とした希望はあったが、それが全く明確でないことに気付かされた。以後、自分の vision や mission を考えて行く過程で、何度も Dr. Theriault はアドバイスをくれ、私

(つづき)

II

Page. 7

を導いてくれた。私のために、何時間もの貴重な時間を割いていただき、本当に感謝している。

Ⅲ 成果

Page. 1

まず、チーム医療(multidisciplinary care)に関して、MDACC での実際の臨床を経験し、米国と日本の違いをより明確にすることができた。米国流の mid-level practitioner が参加した、高度に専門化され、細分化されたチーム医療は、密接なコミュニケーションと EBM に基づいたお互いのコンセンサスがなくては成立しないものである。翻って mid-level practitioner が存在しない日本では、一人の physician が自分流に診療を行う事が多かったため、コミュニケーションやコンセンサスについては重点が置かれてこなかった。今後、日本流の mid-level practitioner の導入が予想されるが、同時にコミュニケーションやコンセンサスの重要性について再認識した。

また、何よりも重要なことであるが、チームの、あるいは診療科全体の vision が、こちらでは明確にされていた。日本では、vision があまり明確にされておらず、また重要視されていないように感じる。私の所属する幹細胞移植科でも同様である。チームメンバー全員が共有できる shared vision 策定の必要性を理解することができた。

MDACC における faculty development については、Janis のチームに代表されるように、長期的な成果を期待して行われる時間と費用の投資は、日本ではまだまだ実現されていない。しかし、日本の医療をさらに発展させるために、mentor ship、communication skill、leadership training は、全てが欠くことのできない重要な要素であり、早急に日本に導入していくことが必要と感じた。

血液内科領域の診療について、自分の専門分野であるが、何人かの臨床医との面談、外来や病棟の見学により、今後の実地臨床に生かせる事が多数得られた。例えば、移植科病棟では、医師と看護師、薬剤師の共通した診療プラン・ガイドラインがあったが、現在の日本では、同じ患者さんを診療しているにも関わらず、医師のガイドラインと看護基準は異なるものとして、分離されている。医師と看護師では、重点とすべき点が異なるとされているが、お互いのコンセンサスが形成されていないことに一因があるように思う。

自分個人の vision、mission について、真剣に考えることができたのは初めての機会であった。自分の家族のことも含めて、真剣に mentor と議論することができ、貴重な経験となり、また家族、特に妻や同僚と自分の vision について明確に会話していないことが問題であることを自覚することができた。

presentation を作成する過程において、お互いが share できる vision を、何時間もかけて話し合うことは、非常に大変な作業であったが、それだけ苦勞したが故に、完成された vision はお互いが協働する上で、強固な拠り所となったと確信している。

IV 今後の課題

Page. 1

チーム医療の推進については、今後の医療制度の動向も重要であるが、それよりも医療従事者、特に医師に対する **communication** や **leadership** に関する教育が必要と思う。当院でも看護師を中心として **communication** に関する様々な講義が行われているが、医師を対象とした講義は、患者さんに対する **communication** はあっても、職種間の **communication** についての教育は皆無に等しい。**Leadership** についても、同様である。従って、**communication** や **leadership** に関する教育プログラムを作成していくことを一つの目標としたい。これは、**faculty development** にもつながる課題である。

加えて、現在のチーム医療の現場では、チームの **vision** が重要視されていない。私が所属する幹細胞移植科チームを含め、各診療科のチームにおける **vision** を明確にしていきたい。

自分の **vision** と **mission** に関連して、チーム医療に関しては、上述するように、**communication** や **leadership** に関する教育を進めていきたい。

専門分野である幹細胞移植、特にリンパ腫の幹細胞移植については、常に自分の **vision** を見失わず、ゴールあるいは目標に向かって、着実に業務をこなしていけるようにしたいと思っている。これまでの私は、**time management** も苦手であったが、時間を最大限に有効に活用するため、課題の **priority** を常に意識しながら **vision** に取り組んでいきたいと思う。

また、サバイバーシッププログラムの確立に関しては、日本での認知度が低いことがあり、その啓蒙を行うこと。今回の **presentation** でも取り上げたように、妊孕性を問題とする患者さんに対する情報提供やケア、治療に関するプログラムから、まず目指していきたいと考えている。

謝辞

最後になりましたが、上野先生、Dr. Theriaultをはじめ、Joyce、Dina、Jeff、Hillary、Dr. Feig、その他の **mentor** の方々、日本で我々を支えてくださった笛木さん、小川さんをはじめ、J-TOP スタッフの方々に深謝いたします。また、今回の研修費用を負担してくださった、オンコロジー教育推進プロジェクト、中外製薬、ノバルティス ファーマの皆様、ありがとうございました。

4 月末という多忙のなか、快く私を研修に送り出してくださいました、高上先生はじめ国立がん研究センター幹細胞移植科の皆様、どうもありがとうございました。この経験を生かし、幹細胞移植領域を中心として、日本のがん診療の発展に尽くしたいと思います。

本当にありがとうございました。