

平成 24 年 6 月 29 日

平成 24 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 2012

所属機関・職 筑波大学 医学医療系 乳腺甲状腺内分泌外科 講師

研修者氏名 坂東 裕子

## 研修を経て創出した Mission and Vision

### ●Mission:

(日本語)

乳癌診療の専門家として、医療者、非医療者を含め多職種が協力して実践する地域のすみずみまで行きとどいたチーム診療の実現に邁進する。

(英語)

As a general breast oncologist, I will dedicate myself to achieve the most patient centered practice and support by activating multidisciplinary approach in regional network especially in underserved area.

### ●Vision:

(日本語)

乳癌患者、サバイバー、その家族が幸福で希望に満ちていられるように、サイエンスに真心をこめて、日本の地域のすみずみまで環境整備を行う。

(英語)

With warmest cordiality and scientific mind, I will deliver happier and hopeful environments for breast cancer patients, survivors and their family in underserved area in Japan.

## I 目的・方法

Page. 1

### 【目的】

現在世界最高峰のがん診療および研究を行っているMDアンダーソンがんセンターの現状、システム、コンセプトについて学び、日本の乳癌診療・研究の発展に向けての手法を模索する。

診療・研究におけるMDアンダーソンがんセンターの各専門家の役割、連携、協調性を学び、日本においてより発展的なチーム医療実現をおこなうための礎とする。

乳癌患者およびサバイバーに対する支援プログラムを見学し、日本での導入の可能性を検討する。

自分の個性、価値観、visionを踏まえたキャリアディベロップメントを検討する。

### 【方法】

MDアンダーソンがんセンターにおける5週間のJMEプログラムに参加し、医師、看護師、薬剤師その他医療システムを支える関係者とディスカッションを重ね、日米における医療環境の違い、患者および癌サバイバーにとってより望ましい医療や支援のあり方について検討する。

医師、看護師、薬剤師によるチームにより、チームメンバーの特性を生かしつつ、日本の臨床において実現可能な臨床研究プログラムを構築する。

MBTIやキャリアディベロップメントに関するレクチャーおよび、メンターとのコミュニケーションを深め、個人のキャリアディベロップメントについて考える。

現時点でのミッションおよびビジョンを設定する。

## Ⅱ 内容・実施経過

Page. 2

### 1. メンターシップ

研修期間は2012年4月19日～2012年5月25日までであった。しかしながら日本出発前からプログラムはすでに開始した。

今年の試みとして、本研修に期待すること、自分がMDACC（MDアンダーソンがんセンター）で何を見たいのか、知りたいのか、自分のミッションやビジョンが何かということをおおらかじめ各自のメンターと連絡をとりあい、検討することが試みられた。

私のメンターは腫瘍外科医のProf. Barry FeigおよびProf. Paul Mansfieldであり、3月末および4月初めに2回のスカイプによる事前メンターセッションをとっていただいた。緊張しながら臨んだ事前セッションであったが、これにより、これまで自分が描いてきたmissionやvision、キャリアディベロップメントに対する考え方がいかに漠然とした頼りないものであるかが浮き彫りになった。MDACCにおける研修に対する緊張感が高まると同時に、自分についてより深く考える第1歩となり、この短い研修期間がより充実したのではないかと思う。

MDACC研修期間中は各週の金曜日午後がメンタータイムに充てられた。この時間、私はFeig先生およびMansfield先生と個別に話す時間をいただき、医療や研究における自分の興味、今後日本で行いうる研究テーマについての相談、研修における疑問点、今後のキャリアについての人生相談、Work-Lifeバランスに関する各先生の取り組みなどプライベートに及ぶ内容までお話をさせていただいた。先生の外来や手術を見学させていただくことにより、先生の臨床および臨床研究に対するアプローチを拝見させていただくこともできた。また、プログラムには含まれていないが自分が興味ある分野であったサバイバーシッププログラムの運営やBreast Centerのインフラなどに関して見学および担当者とお話をさせていただく時間を作っていただいた。

上野先生にはメンター・メンティー関係はメンティーの成長に伴い対等になること、メンターは上司など直接の利害関係が生じない関係が望ましいこと、メンターは一人とは限らず、自分の問題点や課題に応じて複数いる場合もあることを教えていただいた。

今回の研修においてメンティーとしてFeig先生とMansfield先生という二人の素晴らしいメンターとコミュニケーションを深める時間を十分に取っていただい

(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 3

たことにより、メンターの臨床や研究現場における姿勢に尊敬の念を深めるとともに、メンターシップというのは日本でいういわゆる師弟関係とは異なることが実感できた。メンターはメンティーの価値観を理解し、メンティーの抱えている問題点の解決にヒントを与えたり、自己洞察を深める支援を担う。直接的な支援のみならず、自分で道筋を見つけるためのアドバイスや心理的サポートも重要である。日本においても今回のメンターとの関係を続けていきたいと思う。同時に、今後も自分自身にとり必要なメンターと巡り合うべく、様々な人とコミュニケーションをとること、そして自分がメンターとして求められた場合のコミュニケーションやメンティーへの支援のあり方を学ぶことを継続したい。

### 2. Mission and Visionの設定および実現化するための戦略

本研修を通じて現時点での自己のMission、Visionを明確にすること、およびそれを実現させるための戦略設計が課題であった。上野先生のレクチャー、Janisのレクチャーおよびブラッシュアップするための助言、mission, visionにむけての短期的ゴールおよび長期的ゴールの設定について学んだ。研修中にお会いできたMDACCにおいて魅力的に働いておられる各職種の方々に、それぞれのmission, visionや現時点で行っている実現化に向けて、これまでのプロセスや今後の取りくみについて質問した。

メンターおよび上野先生とのコミュニケーションを通じて、自分のMission, visionを設定することができた。また、その実現に向けてのshort term goal、long term goalを設定した。

これまでの自分のvisionは最善の医療を提供できるようになることであったが、その具体的手法や戦略については熟慮されておらず、あまりに漠然としていた。良い医療者になること、というのは医療者として最低限の責務であり、それのみでは人を引き付ける魅力的なvisionになりえない。また、個人的なvisionでは組織をけん引していくことはできず、shared visionとなりえない。公益性、passion、uniquenessを兼ね備えたvisionの設定が最も重要な第一歩である。

また、自分のvision、missionやそれに向かうステップを文章化することにより、自分自身が常に目標を見失わず、ステップをクリアすることの達成感を感じつつ前にすすむ原動力となることを学んだ。キャリアデベロップメントは自分のmission、visionを達成するための一つの戦略とも考えられる。これまでキャリアについて自分で考えるということは私の場合ほとんど皆無であったが、主体性

(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 4

を發揮してvisionに近づくには、キャリアを考えないわけにはいかない。リーダーシップは必ずしも管理職だけのものではないが、目的の達成のためにはよりリーダーシップを發揮しやすい環境に身を置くことも社会的に有用であろう。リーダーシップスキルを学ぶことから自身のキャリアについて今一度考える機会を与えていただいたように思う。

MDACCにおいても現在の高度に発展した医療システムは一朝一夕にできたわけではない。職員が“ We shall be the premier cancer center in the world, based on the excellence of our people, our research-driven patient care and our science.” というvisionを共有していつつ、それぞれの分野にkeyとなるパイオニアの存在はあるだろうが、試行錯誤しながらのsmall stepの積み重ねで現在があることが理解できた。そして、現在も更なる進化を目指して常に新しい取り組みを行っている。その一例が看護師や薬剤師と協調しての臨床研究の実施、上級看護師など mid-level practitionerや薬剤師による処方システム、外来薬剤師によるmedication therapy management (MTM) の導入、医学統計家の研究協力システム、数多くの、臨床研究支援プログラムや5つの倫理委員会の設置などによる研究開始までの迅速化、臨床研究との連携を踏まえたあらたな動物実験棟の建設プラン、数多くのphase I やtranslational research研究の実現などであろう。

(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 5

3. 現在世界最高峰のがん診療および研究を行っているMDアンダーソンがんセンターの現状、システム、コンセプトについて学ぶ。

5週間の研修期間中、医師(腫瘍内科、腫瘍外科、放射線腫瘍科、病理科、放射線診断科、緩和ケア科など)、看護師、薬剤師、医学統計家などの立場からの医療へのアプローチに関するレクチャーおよび見学からなる研修を受けた。MDACCでは治療方針の検討を中心的にリードする医師、専門家としてのトレーニングを受けるとともにキャリアの第一段階として臨床研究を行っているFellow、Mid-level と呼ばれる Nurse Practitioner等の上級看護師やPhysicians Assistant (PA)、Registered Nurse (RN)、Clinical Pharmacist、Staff Pharmacist、ソーシャルワーカー、アドミニストレーター、スケジューラーなどにくわえチャプレン、緩和チーム、NST、ボランティア、通訳、倫理家などが必要に応じて加わり、外来、病棟ともそれぞれの診療の特性に適したチーム編成がおこなわれている。

たとえばBreast Centerには外科、腫瘍内科、放射線診断医、病理医などが配備され、それだけでも一つのクリニックあるいは病院の様相を呈しているが、診療や治療方針そのものはBreast Center内で細かく規定されているわけではなく、比較的コンパクトなチーム(医師、看護師+/-薬剤師が基本単位)により個々の患者の治療方針が検討され、場合によりさらに多くの専門家でのカンファランスを行い、またその集合体としてbreast centerとして大きなチームが形成されている。臨床試験に関してもまずはどのようなプロトコルを組むのか、初めから全員で検討するのではなく、まずは比較的小さなチームで検討し、その後大勢で練っていくという手法がとられる。

外来、入院診療あるいは研究において、それぞれの医師、看護師、薬剤師は各々が自分のチームにおける専門家としてのリーダーシップを求められていることを自覚している。それぞれの職種が外来、入院など様々な医療環境において、どのような視点で、何を目的として、いかに患者にアプローチし、そのアウトカムがいかに評価されているのかという点が明らかになった。

(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 6

診療におけるMDACCの医師の役割は、日本の現状とそのコンセプトが大きく異なっている。日本では標準治療あるいは適切な診療を行うことが目的のように考えられることがあるが、MDACCではこのことは当然のこと、あるいは最低限レベルのことであるとされる。よって治療方針が決定し、安定して治療を受けられている方への診療は必ずしも医師が行う必要はなく、上級看護師あるいは薬剤師による体調管理、有害事象チェックに基づいた治療継続の確認が可能となるシステムが作られている。

医師に求められるのは最善の治療を現在および将来にわたり行い続けるために臨床研究や臨床試験を行うことである、というコンセプトが医師のみならず看護師、薬剤師、技師その他あらゆる医療者に対し浸透しているように感じられた。当然外科医と内科医の成果を論文数などだけで押し並べて比較することは適さない。医師は雇用段階でそれぞれの医師に求められる職務について、診療と研究のバランスなど設定されているということであるが、それぞれの存在意義を示さねばならない。その際、みんなが横一列に評価されるのではなく、自分のスキルや特性を最大限発揮できているかという視点であらかじめ個々に設定した評価物差しでアウトカムを評価するという点が興味深いと感じた。

また薬剤師や看護師による臨床研究も多く行われている。医師の研究に薬剤師や看護師が、また薬剤師や看護師主体の研究に医師が参加することにより研究そのものの質が、より臨床に即したものとなっている点は研究に参加するすべてのメンバーにとって、やりがいを感じやすくなり、また効果的に研究を実現できる鍵であるという。



(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 7

今回、この点に注目してチームプレゼンテーションを行った。日本の医療の現状をふまえ、MDACCで行われているチーム診療のコンセプトを日本に導入可能か、各職種のリーダーシップはどうあるべきかなど、チームBメンバーはメンターのアドバイスを受けながら討論を重ねた。今回のメンバーはすべて違う病院からの参加であり、それぞれの経験、バックグラウンド、職務内容は異なるが、目指すものや各自が抱えている障害は本質的には差がないと感じた。障害には制度上のもの、そして各施設におけるコミュニケーションやチーム形成にかかわるものなどがあるが、shared visionをもって臨めば乗り越えられるものが多いように思う。今回のプレゼンテーション作成のプロセスは共に利害関係がなく、モチベーションの高い方たちとの作業ができたという点で、私にとってはひたすらに楽しいものであった。看護、薬剤の各職種の方が何を目指しているのか、各教育プロセスで何を学び、どのようなスキルがあり、どのような役割拡大を目指したいと思うのかを知ることができた。自施設、自分の診療地域あるいは日本各地においても高いスキルとモチベーションを有する方が大勢おり、今後、診療科や職種、施設の枠にとらわれることなく発展を目指したいと切に思った。

4. 乳癌患者あるいはサバイバーに対する支援プログラムについて学び、日本の診療における有用性を検討する。

サバイバーシップという概念は日本において現在注目されつつある。乳癌は治療成績も比較的良好であり、いわゆる初期治療が終了し通常のおくられている方やその家族、いわゆるサバイバーが非常に多い。一方乳がんの再発は5年以上もみられ、また体側乳がんの発症リスクも高い。また治療による長期化した有害事象、心毒性、早発閉経や骨密度現象、妊孕性低下、外見的变化、心理ストレス、就労状況の変化、遺伝の可能性や家族関係、セクシュアリティに関する問題など医療として支援が必要ながらも、現在十分に整備されているとは言えない。このようなサバイバーに対する支援がどのように行われているのかという点に興味があり、今回、MDACCの取り組みを見せて頂いた。

MDACC では乳癌患者に対するサバイバーシップ外来が設けられている。術後5年以上経過した、あるいは初期治療を終了した患者を対象とし、患者の意向を確認したうえで看護師によるサバイバーシップ外来への移行が可能である。外科医、あるいは腫瘍内科医の煩雑な外来において、治療がひと段落した患者への対応は、日本においても、また米国においても時間のゆとりがないこともあり十分なケアができないことがある。

(つづき)

## II 内容・実施経過

Page. 8

MDACCのサバイバーシップ外来では患者に対し治療がひと段落し、サバイバーシップ外来に移行ができたことを最初に称える。そして視触診、マンモグラフィーのチェックのみならず日常生活およびフォローアップにおいて患者が何を注意すべきであるか、エビデンスに基づいてどのような検査が必要であるか、乳癌のみならず骨密度測定やほかの癌の検診状況、喫煙・飲酒・体重管理、高血圧や糖尿病などの状況をチェックし、患者にこうしたことに目を向けるよう意識付けを促している。サバイバーは治療が終了した患者ではなく、継続的なケアを提供すべき対象であるという認識が根底にはあると思われる。治療が終了した患者に対し、再発・長期的有害事象などの予後データを得るとともに、患者にとって有用な情報提供を行うことが看護師により実践されている。

サバイバーシップ外来を開設するに至った経緯及びそれに伴う準備、検討事項、今後の方向性などを伺うことができた。治療にあたった主治医の外来にいつまでも通いたいという方や、遠方に居住しており、治療が終了してからは地元のクリニックで経過観察をしたいという方も当然ながらいる中で、もっとも配慮したのは、やはり患者さんにとりサバイバーシップ外来が望ましいものであるかという点であったとうかがった。実際にサバイバーシップ外来を訪れる方は看護師との十分なコミュニケーションの中で疑問を解決し、安心を得、満足されて1年に1度の外来を終えられる方が多かったようである。MDACCにおいては治療中からも看護師による外来が一般的であるため、看護師によるサバイバーシップ外来が受け入れられやすいのかと思う。しかしながら治療がひと段落した方にこそ、必要な視点・診療・ケア・提供及び収集すべき情報があるというコンセプトは非常に重要であり、形態は別にしてもこのコンセプトを有する診療を導入したい。

### Ⅲ 成果

Page. 9

既存の価値観にとらわれずなるべく事実をそのまま受け入れること、現在のMDACCのスケールに惑わされず、どのようにして現状に至ったかのコンセプトおよびプロセス、さらに発展の余地をどのように考えているかということ学ぶよう努めた。この研修を通して得たkey wordは“戦略”である。

診療や研究の規模、医療体系などの違いはあるが、for the patientというコンセプトは日本も同じである。標準的治療とされる診療の質は基本的に変わらないと感じたが、いわゆる医療だけではなくアメニティーやボランティア、非医療者を巻き込んだケアに対する高い意識、将来を変えるという目的意識に改めて感服するとともに、このままの自分たちのやり方では差が開くばかりであり、現状を変えなくてはならないという危機感を強く抱いた。

一番の違いはMDACCでは“癌の撲滅”を全職員が真剣に目指しているということだと感じた。そのうえで一番有効な戦略を常に考えているため、方向性にブレが少なくより効果的にアウトカムを導き出すことが可能なのではないかと思う。

また医師としての役割は何かという疑問に向かい、目の前の患者さん、現在の診療にベストを尽くすのみではなく、現在立ち遅れている医療・ケアの充実および今後の医療を変えられるような診療体系の設計により積極的にかかわっていきたいと思うようになった。そのためには漠然と vision を持つのではなく、実現するための戦略を考えること、キャリアを考えること、自分の vision を積極的に表現して賛同者を募る必要があることを実感した。

自分が発揮しうるリーダーシップを考えるにあたり自己を知るということは、重要である。MBTI などによる自己分析を深めることにより、自分の短所、長所および思考・行動パターンを理解することができた。こうした手法により自己分析および他者の理解を深めることができれば、軽減されるコンフリクトもあろうし、よりよいチームの構築が可能になると思われる。戦略を考えること、有効なスキルを身につけることが vision の実現には効果的であり、そのためのアドバイスを上野先生や Janis の講義、各先生のアドバイスや実践している姿からいただいた。

IV 今後の課題

Page. 10

この研修機会をいただいてこのままではいけない、という焦燥感を感じている。

日本でもチーム医療は様々な形で浸透し、実践されている。そのような中、これまでもましてリーダーシップ、キャリアデベロップメントへの意識改革が求められていると感じた。チームでまとまることが重要なのではなく、チームメンバーが個々の能力を最大限に発揮し発展性を示すこと、チーム力の向上の可能性を示すことが求められる。そのために必要なリーダーシップスキルを身につけること、そしてキャリアデベロップメントと向き合う姿勢が重要である。

MDACCでのメンター、JTOPのメンター、チューター、今回の研修メンバーをはじめ多くのvisionを共有できる方たちと巡り合えたことは大きな収穫である。今回設定したVision and Missionの実現に向けて、まずはチームにおいてshared visionを作ることから始めたい。施設内でのチーム、地域におけるチーム作りや、施設や診療グループを超えた研究ネットワークへの参加により総合的に医療、研究および患者ケア、支援体制の環境整備がはかれるよう尽力したい。

自分にできること、日本の医療において真に必要なもの、教育・指導的立場にもある自分にとって後進に伝えるべきこと、自分の身をもって示さねばならぬことを常に考える必要がある。今後もさまざまな方からのアドバイスを受け、できることからアクションに移していきたい。

謝辞

Barry Feig先生、Paul Mansfield先生、上野先生はじめメンターの先生方、Brenda Reidさん、笛木さん、小川さんをはじめJME2012プロジェクトにかかわってくださった全ての方に深く感謝を申し上げます。大変お忙しい中、私どもに多くの時間とこまやかなお心づかい、ご指導を賜りましたことを心に刻み、今後も精進してまいりたいと思います。また研修を支援していただきまし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、サノフィアベンティスの皆様、誠にありがとうございました。

このプログラムに参加させていただくにあたり、多くのご協力をいただきました筑波大学の皆様、本当にありがとうございました。