

平成 24 年 5 月 31 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 東京都済生会中央病院 呼吸器内科

研修者氏名 宮本京介

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

リサーチマインドをもった臨床家として、全ての肺がん患者さんから痛み、苦しみ、恐れを解放する。

(英語)

My mission is to relieve lung cancer patients from pain, suffering and fear through clinical research and clinical medicine.

●Vision:

(日本語)

総合診療・感染症のスキルを活かした腫瘍内科医として、チーム医療の実践、教育、研究を通して、がん患者さんが感染症に煩わされない世界を創り出す。

(英語)

My vision is to become a prominent oncologist who can manage cancer patients with integrated medical oncology and infectious disease through outstanding multidisciplinary care, clinical research and education, to create the world where cancer patients minimally suffer from infectious diseases.

I 目的・方法

Page. 1

目的：

- 1)MD Anderson Cancer Center (MDACC)におけるチーム医療の実際を経験し、日本の医療に適応可能な事項をフィードバックする。
- 2)リーダーシップ研修を通して、Interpersonal Communication Skills を磨く。
- 3)メンタリングやミッション・ビジョンの創出を通して自分自身のキャリア開発について考察し、実践に結びつける。

方法：

2011年11月に開催された TeamOncology Workshop の参加者から、JME2012 プログラムに選出されたメンバー(医師2人、薬剤師2人、看護師2人の計6人)の一員として、2012年4月19日から5月26日まで、アメリカ テキサス州ヒューストンにあるテキサス大学 MD Anderson Cancer Center(以下 MDACC)に赴き、チーム医療を実際に経験し、リーダーシップに関する研修を受ける。

Mentor とキャリア開発について discussion を行う。

医師、薬剤師、看護師各1人ずつのチームで、経験した症例をもとに学び・気づきを盛り込んだプレゼンテーションを行う。

II 内容・実施経過

Page. 2

プログラムは月曜日から金曜日の概ね午前8時から午後5時まで濃密にスケジュールリングされていた。

主な研修の内容は、

- ① 外来や病棟など、実際の臨床現場の見学
- ② カンファレンスへの出席
- ③ リーダーシップ論や統計学を含む各種レクチャー
- ④ 各種見学に対するフィードバック
- ⑤ メンタリング
- ⑥ プロジェクト(実習最後に行われるプレゼンテーションの準備)

に分けられた。

プログラムの最後に、医師、薬剤師、看護師各1人ずつ計3人の2チームにわかれ、経験した症例を題材に学びや気づきを盛り込んだプレゼンテーションを行い、フィードバックを得た。

① 臨床現場の見学

医師、薬剤師、看護師の役割の見学に大別された。

医師の役割の見学では、腫瘍内科外来、外科手術・外来、放射線腫瘍科外来を見学した。

腫瘍内科外来は乳腺外来5コマで、毎回異なる医師について診療の流れを体験した。

アメリカでは、外来診察室が全て個室であり、患者さんは予約時間になるとそれぞれ一部屋ずつ割り当てられる。診察衣に着替えて待っていると、看護師、ミッドレベル、医師の順番に問診や診察を受け、診察が終了する。この全過程にかかる時間は30分から1時間程度で、それに待ち時間等が加わる。ここで、ミッドレベルとはPA(physician assistant)、NP(nurse practitioner)、Clinical Pharmacistと呼ばれる職種である。PAは医師の補助職であり、医学部を医師の約半分の過程で卒業する。問診・診察から、診断までをこなすが、治療方針は医師が決定する。NPは看護師の役割を医師寄りに拡充した職種で、看護修士課程以上の卒業と、問診や診察の技能などの専門課程の修得を要する。MDACCでは、PAはどちらかといえば外来を主体に配置され、NPは病棟を主体に配置されている。PAもNPも投薬を含む治療に関しては最終的に医師の許可が必要である。Clinical Pharmacistに関しては後述する。

アメリカではPAやNPの代わりに、レジデントやクリニカルフェローの医師が同様の役割をこなしている施設も多い。しかし、レジデントやクリニカルフェローの医師は一般的に教育を優先的に受ける立場にあり、ACGMEという医師の教育内容と質を保証する組織に認定された教育プログラムを持っている教育施設でしか働けない。MDACCはがんセンターという特殊性から、より一般的な疾患をみなければならぬ内科・外科レジデントの初期研修プログラムを持っていない。近隣の施設のレジデントが月単位のごく短期間のみMDACCで

(つづき)

II

Page. 3

研修をすることはあるが、ほとんど実務的な戦力にはなっていない。また、MDACC の腫瘍内科クリニカルフェローは 3 年間のプログラムで、研究に強いため非常に人気がある。その質を保つため、少人数(1 年に 16 人程度)が激戦を経て採用される。研究職を含めた医師が 1900 人いる MDACC の中で、クリニカルフェローは希少な存在なのである。

これらレジデントやクリニカルフェローが十分に確保できないため、MDACC では外来に限らず、PA や NP などのミッドレベルが非常に発達しているのである。

ちなみに、教育施設でも研究施設でもない一般市中病院では、医師を雇うコストを削るために PA や NP を雇っているのが現実である。すなわち、医師より安価な労働力として雇っているため、人数も少なく、かなり労働量が多い。一方で、MDACC はレジデントやフェローが不足していること以外にも、医師の臨床の負担を減らして研究する時間を確保すること、豊富な資金力からかなりの数の PA や NP を配置できることなど、その背景がかなり異なる。PA や NP にとっても、労働力として買いたたかれていないという点で、MDACC は理想的な労働環境なのである。

さて、外来は非常にゆったりと時間が流れていく。日本のように、医師が問診、診察、検査結果の確認・説明、予約、処方などを全てこなす必要がない。予約の患者さんが来ると、先述の順番で診察する。医師、PA または NP、クリニカルフェローは基本的に専用の事務所に詰め、相談しながらその患者さんの治療方針を決める。検査の予約や説明、同意書の取得まで、中間職がかなりの部分をこなす。よって、医師はクリニカルフェローや見学者を教育したり、じっくりと治療方針を考えることに時間を割くことができる。外来の患者数は医師によるが、私がついた医師の患者数は多くて 15 分に 1 人くらいであり、平均的には 1 時間に 3 人程度であった。

腫瘍内科医の役割に関する見学は、外来だけで病棟は予定に組まれていなかった。病棟は誰が診ているのか?と質問すると、常勤腫瘍内科医が持ち回りで年に 4~8 週間程度、入院主治医になるとのことであった。日本のように、外来から入院まで全て主治医が診るシステムではないのだが、これはほとんどの化学療法を外来で投与できることが大きい。それでも、日本人医師として、「外来で自分が診ている患者さんが入院したら心配で診に行ってしまう」と伝えた。すると、MDACC では少なくとも、入院主治医の治療方針に関して外来主治医が口を出すのは、責任を持って病棟を担当している入院主治医に対して失礼であるとみなされるため、絶対にしてはいけないことらしい。誰が入院主治医になっても大きく治療方針が変わらないよう、高い質が保たれていることも理由とのこと。申し送りは電子カルテ上で行われ、合理的なアメリカらしい一面を見た。

外科の見学は手術か外来を選択できたが、自分が内科医であるためか、普段なかなか見られない手術見学を希望した。手術の技術などの差についてはわからないため言及できないが、

(つづき)

II

Page. 4

4回のうち2回はロボット手術を見学させていただいた。手術用補助ロボットは DAVINCI という機械で、MDACC には何と 5 台ある。通常の日本の大学病院が 2 台程度であるので、とても多い。ロボット補助手術の大きな特徴は、従来の胸腔鏡・腹腔鏡手術と比較して、十分な視野の確保と細かい作業が可能にある点にある。日本では、日本人が器用であるからか、胸腔鏡や腹腔鏡補助下でかなりの難手術もこなしているが、アメリカは肥満者が非常に多く、胸腔鏡・腹腔鏡補助下手術が困難なこともあり、日本ほど症例が多くない。代わりにロボット手術が選択されるが、かなりの修練を必要とするため、術者は限られている。この手術のいい点はもう一つあり、見学者が手術内容を十分に把握できる点である。術者によってはかなり細かく説明をしてくださったので、非常に満足することができた。

放射線腫瘍科での研修は、放射線腫瘍科医の診察、放射線科のみに存在する特殊な職種の役割の見学、放射線治療のプランニング、放射線治療に関わるカンファレンスの要素で構成されていた。

今回は特に集学的治療が多い、胸部腫瘍科を見学させていただいた。放射線腫瘍科医の診察の基本的な流れは腫瘍内科医と同じである。しかし、腫瘍内科、腫瘍外科と共同の office に集まっているので、化学療法・手術療法・放射線治療の適応については、その場で容易にコンサルテーションが行われ、まさに multidisciplinary care を体感できた。しかし、その場で結論が出ないことももちろんあり、その場合は後述する multidisciplinary conference で症例提示され、治療方針が検討される。

放射線治療の適応を満たし、治療を行うことが決定すると、今度はどの核種でどのくらいの線量をどのように照射するかが検討される。これは放射線腫瘍科のクリニカルフェローにとって最も重要なトレーニングであり、毎週そのためのカンファレンスが開催され、スタッフの放射線腫瘍科医の指導のもと、治療方法に関する教育が行われている。我々のグループは時間が合わず、残念ながらこのカンファレンスに出席することはできなかった。

次のステップは放射線腫瘍科ならではの特殊チームによる治療のプランニングである。チームは放射線腫瘍科医に加えて、線量測定士(dosimetrist)、物理士(physicist)、放射線治療技師(radiation therapist)で構成される。それぞれ専門性が高く、技術の進歩もめざましいため、質を維持するためには細分化する必要があるのが理由の一つであるという。

一方、日本では放射線治療医が線量測定を行い、放射線技師が物理士と治療技師の役割を担っている。日本の医療業界に関して全般的に当てはまることだが、日本はヒューマンリソースが不足している。現在の日本の医療システムでは、アメリカのような豊富な雇用を維持するだけの売上を確保できないのが大きな理由だと考えられる。医療の専門性が高くなればなるほど、そのための技能・技術を維持できるシステムとヒューマンリソースが必要であるが、今の日本の医療システムでは、どこかで限界がきてしまい、医療の質を維持できない可

(つづき)

II

Page. 5

能性も実感した。

一節ではアメリカにしか存在しないと言われている dosimetrist は、専用の端末のある部屋で、治療の依頼になるべくあった線量計画を立案する。この作業が終わると、放射線腫瘍科医のチェック後、物理士や治療技師による実際の患者さんでのシミュレーションが行われる。治療が困難な症例などに関しては、全放射線腫瘍科の職種が集合して、毎週金曜日の朝に行われる chart round にて検討されていた。このように何度も discussion を繰り返すことで、職種が多すぎることによるコミュニケーションのギャップをうまく埋めていることが実感できた。

薬剤師の役割に関する見学は、主に外来と病棟の臨床薬剤師(Clinical Pharmacist)について業務内容を把握する研修であった。外来は消化器腫瘍科と腎泌尿器腫瘍科を見学した。外来に割り当てられる臨床薬剤師の数は多くないので、ほとんどの臨床薬剤師が数人の医師を担当していた。外来そのものの流れは同じであるが、臨床薬剤師の視点からみるとまた異なる印象をもった。外来臨床薬剤師は担当医師からの化学療法のオーダーを一手に引き受けている。それに加えて、その他の内服薬の管理、処方、患者教育を行っており、多岐にわたる。もちろん、抗がん剤の処方は医師のチェックが必要であるが、医師にとっては方針だけ決めればよいので、医師の負担が非常に少ない。逆に言えば臨床薬剤師の負担が大きい、ということになるが、臨床薬剤師はまさに自分の役割が拡大していることに誇りを持ち、臨床に積極的に関わることを楽しみを覚えているのだという。また、病棟の臨床薬剤師から電子カルテベースで申し送りされており、問題のある症例に関しては直接、口頭で申し送りをするということもあった。

病棟での臨床薬剤師については、白血病病棟と緩和ケア病棟担当の方をご紹介いただき、ついでに緩和ケア病棟を見学することができた。臨床薬剤師の役割としては主治医チーム(主治医、クリニカルフェロー、臨床薬剤師、NP、看護師)に同行し、主治医から出る薬剤に関するオーダーに即座に対応すると共に、薬物血中濃度や血算、電解質、肝機能、腎機能などの必要な検査を追加オーダーする。主治医の回診が8時頃から始まるので、たいてい7時過ぎに来院して主治医チーム担当患者のデータを一通りチェックしておく。午前中はオーダーもたくさん出るのでかなり多忙だが、午後にはゆっくりと症例をアセスメントして主治医に報告する時間が取れるとのこと。かなり医師に近い役割を担っているが、実際に患者さんを診察することはあまりなく、処置に関しては予防接種のみ認められている。

看護師の役割の見学では、いわゆる日本の病棟の看護師(RN: registered nurse)とNPの業務を見学し、外来化学療法センターで外来看護師の役割を見学した。RNの働きはまさに日本の病棟看護師そのものであり、あまり大きな差を感じなかった。NPは先述の主治医チームと行動し、患者さんの診察、検査結果の報告などを行い、主治医チームの回診で出たオー

(つづき)

II

Page. 6

ダーをこなしていた。また、RN が直接主治医チームに何かを報告したり頼むことはなく、NP を通してオーダーをやり取りしていた。NP はレジデントやクリニカルフェローが本来すべき仕事を行い、同時に RN とコミュニケーションをとる、まさに橋渡しの役割を担っていた。

外来化学療法センターは外来化学療法が治療の中心である MDACC らしく、かなりの数の患者さんを治療していた。外来化学療法室は個室で構成され、患者さんがチェックインすると担当の看護師がレジメンの通りの投薬を行なっていく。抗がん剤のミキシング等は基本的に中央薬剤室で行われたものが搬入される仕組みになっていた。

② カンファレンス

カンファレンスは非常に多く、全てに出席できなかったため、特に自分の興味があったカンファレンスについて報告する。

胸部腫瘍内科・外科、放射線腫瘍科、病理による **multidisciplinary conference** は日本では **tumor board** に相当する。もちろん、胸部腫瘍に限らず、乳腺でも、頭頸部でも、全ての分野について開催されていたが、自分が呼吸器内科医であるため、最も楽しみに参加していた。このカンファレンスでは、主に外来で遭遇した、治療方針をその場で決め兼ねる症例を持ち寄り、全体で討議する。外来症例に限っているわけではないが、アメリカではほとんどの症例を外来で治療しているので、入院症例の相談はほとんどない。このカンファレンスでは、手術療法、化学療法、放射線療法の適応があるかどうかについて議論され、必要に応じて臨床試験への登録が可能かどうかを確認する。討論の内容は日本と本質的に変わらなかったが、放射線治療の割合が多いのを実感した。

もう一つは乳腺腫瘍科の新患カンファレンスである。月曜日の朝に1時間程度行われ、その前の週にみた新患全員を、外来診察医全員でレビューする。治療方針もさることながら、**eligible** な臨床試験がないかの確認を含めて討論される。このようなカンファレンスで治療方針を話すことで、お互いに専門医としての質を保っているのだ。これは素晴らしいシステムであり、外来のフィードバックが少ない日本でも何とかして取り入れられれば、お互いに質を維持できるだけでなく、難症例が再診で他の医師の外来日に来院した場合などにも、患者さんに利益が大きいと感じた。

③ レクチャー

このプログラムのレクチャーの目玉は、何といてもリーダーシップ研修だと思う。それくらい、よく考えられて作られている。もう少し時間が欲しい、と感じたくらいである。リーダーシップ研修は日本でも一般企業などではよく行われているが、医療従事者向けのリーダーシップ研修はほとんど受けられる機会がない。

リーダーシップ研修では、Mission & Vision の創出、goals の設定、active listening,

(つづき)

II

Page. 7

assertiveness, conflict management などのレクチャーと実践、MBTI(Myers-Briggs Type Indicator)による性格特性の把握などが行われた。

Mission & Vision や goals を考え、書き出す作業は、自分が今までキャリアビルディングについてもやもやしていた部分を明確にする作業でもあった。このようなことを定期的に繰り返し、自分の信念に基づいて生きていく考え方は、個人の独自性・自立性を尊重するアメリカならではのと感じる一方で、日本の医療業界をより良い方向に導く可能性を感じさせた。

みんながそれぞれの Mission & Vision を持って医療を行うようになると、より良いキャリアを目指して切磋琢磨し、業界のレベルを引き上げる可能性がある。しかし、チームで医療を行うとすれば、たがいの信念の違いもあり、多少なりとも必ず conflict が生じる結果となる。この conflict をどうするか? というスキルが conflict management であり、active listening や assertiveness などの具体的な方法について学ぶことができた。

リーダーシップはコミュニケーションスキルの集大成ともいえるもので、自分がどのような性格特性を持っているのかを知ることも重要である。性格特性については MBTI を用いており、MDACC では主要な職員がリーダーシップ研修と共に受けている。どのようなタイプの人が「教授になりやすい」、「若きリーダー格」など、一定の傾向がみられるらしい。

リーダーシップ研修で得られた貴重な経験は、とても全て文章で語るのは難しいが、今回の研修の目玉でもあり、自分の中で大きな breakthrough にもなった。

④ 各種見学に対するフィードバック

医師、薬剤師、看護師の役割見学に関しては、週1回程度、debriefing が行われた。これはフィードバックを大事にするアメリカらしい素晴らしいシステムで、プログラムの不備についての改善点や、残りの見学で何を優先的に見たいかなどを提案する時間である。今年のメンバーはかなり積極的だったらしく、例年以上にリクエストが多かったらしいが、当然の権利なので、遠慮せず提案してどんどんいいプログラムにするべきだとプログラム責任者の Dr. Feig に褒めていただいた。

⑤ メンタリング

このプログラムで行われるメンタリングは、今回だけの限られた話ではなく、自分のキャリアを良くするため、継続的に関係を保てるというかけがえのない利点がある。

メンタリングは日本で考えられているいわゆる師弟関係とは異なる。自らの力で考え、実践し、キャリアを築いていける人材を育成するための方法で、自分のビジョンを共有できる、あるいはすでに同様のことを実現している人を探し出し、メンターになっていただく。そして、自分のビジョンが実現して自分自身のキャリアがステップアップしていった場合は、必要に応じて新たなメンターを探し出し、お願いしていく。すなわち、メンターは一生同じ人

(つづき)

II

Page. 8

ではなく、自分自身のキャリアの段階に応じて変化していくものである。メンターを頼まれる、ということは責任が大きく負担になるが、メンタリングを行うことそのものが、メンティー(メンターの指導を受ける人)から逆に何かを得ることができる、つまり教えることが自分自身の学びにつながるとされている。

日本ではビジネスやスポーツの世界で浸透してきているが、医学・医療の世界では、アメリカほどはっきりとしたメンターシップはまだ浸透していない。これは、個人的にはいわゆる医局主導型の人事が一因と考えている。私自身、大学の医局に在籍しているが、自分のキャリアを自発的に考えて形成してきたとは言えない。ある程度自分のリクエストが通る一方、医局人事を優先し **autonomy** を破棄せねばならないこともあり、まさに **give & take** であった。今までそういうものだと受容してきたが、最近はもともと専門にしている呼吸器内科から、**general medical oncology** へと守備範囲を変えて、本格的に自分のキャリアを自分で築き上げる覚悟でいたので、まさにこのタイミングで本場のメンターシップを受けられたことは素晴らしい経験となった。

私には **Dr. Liao** と **Dr. Theriault** の2人がメンターについて下さった。お二人ともご多忙だったので、じっくりと時間をかけて話し込む機会は少なかったが、さすがにアメリカ有数の教育施設で教授職に就いていらっしゃるだけあり、短時間でもかなり効果的な、素晴らしいメンタリングを受けることができた。

Dr. Liao は現在の私と同じ年齢で中国から渡米され、アメリカで最難関の科の一つである、**Radiation Oncologist** となった。私自身、臨床留学を目指して米国医師国家試験を受験中なのでわかるが、働きながら、しかも高得点を取るのは非常に困難である。しかも、海外の大学を卒業した場合は、点数だけではなく、強力な推薦状も必要になる。詳しいことまでお伺いする機会がなかったが、とにかくアメリカで認められるためには、**CV(履歴書)**の業績欄が重要になるとのこと。私の **CV** を見ると、いろいろな学会で発表はしているものの、その内容を最終的に論文にまとめていないことが多いので、採用する側としては評価が低くなってしまうとアドバイスをいただいた。これには正直ハッとした。日本では専門医を取得するのに論文数よりも発表数が要求されることが多く、自分も数年前にいろいろな専門医を取得するために発表したままになっており、研究が完結していなかった。医師としてだけでなく、科学者として何かを創りだす **creator** になる必要があり、**creator** だけがアメリカの **academic track** に乗っていける。そうやって厳しいキャリアを築き上げていった **Dr. Liao** のお言葉には説得力があり、自分の心に刻むことにした。

Dr. Theriault はすでに30年近く **MDACC** にいらっしゃる古株のドクターで、倫理委員会の委員長を兼任されるなど、見た目からもわかる人格者である。私がアメリカで腫瘍内科医としてきちんとしたトレーニングを受けることを5年以内のゴールにしていることをお話し

(つづき)

II

Page. 9

すると、具体的な対策について細かくアドバイスをいただいた。そして、いつも Mentee にするとされる「6つの質問」を下さった。この質問は自分の人生をどのようにしたいのか、そのエッセンスが凝縮されており、この答を導き出すことが、この研修の一つのゴールと思えた。

⑥ プロジェクト

研修の集大成として、2チームに分かれて、経験した症例を題材にしたプレゼンテーションをおこなうプロジェクトである。

最初の2週間で症例を選び、見学やレクチャーの合間に作られたプロジェクト用の時間や夜・休みの日を中心に「何を伝えたいか」を考えた。

チームの Mission & Vision を決めることから始まり、選んだ症例と、それまでの研修で得た気づき・学びを盛り込んだ内容を考えた。

お互いに background も違うし、考え方も異なるので、「何を」「どう」伝えるのかに関して、conflict も生じた。しかし、そこはリーダーシップ研修で得た conflict management を用いて、最終的には3人が伝えたいことを盛り込み、それがきちんと「伝わる」形にまとめることができた。

正直な話、当初このプロジェクトについてはもう少し時間をかけたいと思う部分もあったが、あまり細部にまでこだわると全体像がぼやけてしまい、伝えたいことが十分に伝わらないため、結果的にはこれでよかったと思う。

このプロジェクトのキモはチームになった3人が徹底的に話し合い、形にして何かを残すことにある。3人とも職種も背景も違うので、ものの見方・考え方も異なる。それを踏まえて、チームとして一つの方向性に何かをまとめあげるのはまさにリーダーシップスキルであり、学びを実践という形でアウトプットする、最高の learning point であることが実感できた。

Ⅲ 成果

Page. 10

果たして何を日本に持ち帰れるのか？という視点を常に持ち続けながら研修を過ごした。

MDACC の圧倒的なスケールの大きさとヒューマンリソースの豊かさを実感しながら、巨大な、かつ多様性に富んだ社会を受け入れるための秀逸なシステムについて学んだ。しかし、こういったいわゆる「すごさ」を見るためだけの研修ではもちろんない。その背景にあるさまざまな問題点を、MDACC がどのように克服していったのか、その考え方の歴史を知り、実践という形で身につけることができたのが最も大きな成果である。成果の中には **Mission & Vision** の創出、**Goals** の設定に始まり、プレゼンテーションプロジェクトにおけるリーダーシップスキルの実践、メンターシップにおけるキャリア開発といった要素を含む。

今回の留学が決まる半年ほど前、私が個人的に最も尊敬する先輩医師から言われた言葉がずっと心に残っていた。アメリカ研究機関の中核ともいえる **Harvard** にご留学中だったその医師は、アメリカのすごさはシステム構築にあると仰っていた。すなわち、徹底的に個人主義を重んじるアメリカに、特に研究分野でなぜ日本がなかなか勝てないのか？日本の医療や研究の質はアメリカに負けていないし、むしろ優れている点が多い。しかし、個人の力が仮に日米で同等だとしても、アメリカは個人主義を徹底的に活かすために、あえて優れた個人 (**specialists**) からなるチームを形成し、研究を共有しあい、より大きな業績に結びつけている。時にはその結びつき・チームは研究室や施設を越えて **collaboration** しているのだという。なるほど、個人プレーとチームプレーなら、チームプレーに軍配が上がることが多いだろう。個人の能力を最大限尊重し活かすアメリカが、実はより大きなことを成し遂げるため、チームプレーで **science** を推し進めているのだ。そのようなシステムを作るのが非常にうまく、個人主義、多様性を見事にアメリカ流に調和させていたのであった。そしてそれは今回の研修で私も同じように感じた点である。

30年前のMDACCにはまだ **multidisciplinary care** はなかったが、その後の医療の多様化、専門性の高度化、複雑化に合わせて、現在の多職種が効率よく働ける環境を導き出し、洗練させてきた。その走りは一人の病棟薬剤師と、一人の病棟看護師から始まる。彼女らは主治医主導で行われてきた医療に一石を投じ、自らの負担をかえりみず飛び込むことによって、積極的に自分たちの役割を拡大し、現在のミッドレベルの基礎を築いていった。その伝説となった一人は **JME** の看護師の指導教官でもある。

多職種が複雑に絡んだチームを形成する過程で、当然 **communication skills** や **leadership skills** の需要が高まり、チームを導くための **Mission & Vision** が必要になった。これらは偶然ではなく、意図的でもなく、常に“**Kaizen**”を考へて進んできた、まさに必然的な結果だ。社会構造やどのように発展していったのかを踏まえて改めて俯瞰してみると、実に得るものが多い研修であった。

(つづき)

Ⅲ

Page. 11

最後にこの研修で創出し、自分の中で大きな成果となった Mission & Vision & Goals を挙げる。

Mission:

My mission is to relieve lung cancer patients from pain, suffering and fear through clinical research and clinical medicine.

Vision:

My vision is to become a prominent oncologist who can manage cancer patients with integrated medical oncology and infectious disease through outstanding multidisciplinary care, clinical research and education, to create the world where cancer patients minimally suffer from infectious diseases.

Short-term goals:

- 1) I will finish USMLE by August 31 to get into residency program 2013 in the US to become a prominent oncologist.
- 2) I will finish residency by 2016 and get into well-structured medical oncologist fellowship program in the US that has a strong infectious disease fellowship.
- 3) I will take an online leadership program in 2012 to develop leadership skills to organize outstanding multidisciplinary care team.

Long-term goals:

- 1) I will get into school of public health besides fellowship and obtain MPH degree by 2017 to proceed my clinical research.
- 2) As a prominent oncologist, I will be on a care team of University hospital by 2020 and take leadership in care of cancer patients, clinical research, and education.
- 3) I will be also on the member of infection control team of the institution to control infectious disease in cancer patients to relieve their symptoms.

IV 今後の課題

Page. 12

今回の参加者の中で、私は唯一、大学病院やがんセンターなどのがん診療連携拠点病院ではない、腫瘍内科も存在しない一般市中病院から参加させていただいた。よって、その社会的な役割や機能を考える際に、MDACCと自施設を全体像として単純に比較することはできないし、意味を持たないだろう。一方で、かつてMDACCが今では考えられないくらいとっても小さな施設から診療を開始したように、その発展の道筋から、自施設や日本の平均的な施設の現状を変えていくヒントを得ることができる。

私個人としてはアメリカでoncologistとしてトレーニングを積み、日本に何らかの形でフィードバックする、というのが5~10年以内の最大のゴールである。しかし、日本にアメリカのようなgeneral medical oncologistをもっと末端レベル、すなわち一般市中病院や開業医レベルまで根付かせるための具体的な方策についてはまだ見えてきていない。そして、general medical oncologistの数が増えるだけではやはり意味をなさず、どのように機能的に多職種あるいは他科とcollaborationしていくのか？が重要であり、そのためにはより高度なレベルまでleadership skillsを昇華させ、広めていく必要がある。

では、5年間何もしないのか、今すぐにできることはないのか？と自問自答した結果、出てきた答えは自施設で薬剤師、看護師を含んだスモールチームを結成し、まずは一病棟レベルでスモールラウンドを行い、その中で実際にコミュニケーションスキルをお互いにみがき、患者さんへのより良いケアを実践することである。閾値の低い、小さな成功を積み重ねることで、最終的に大きな成功体験へとつなげ、それを少しずつ院内全体のレベルに広げていけると考えている。

学んだことをどう活かすのか？もちろん、社会背景・構造が著しく異なるため、全く同じ形で活かすことはできない。しかし、かつてのMDACCが試行錯誤しながら、全米No.1の地位に上り詰めたように、はっきりとしたVisionを掲げたうえで、たとえ小さくてもそれに向かってはじめての一步を踏み出すことから始めたい。

V 謝辞

このプログラムに関わる全ての方々、スポンサー企業のみなさん、快く送り出してくださった東京都済生会中央病院呼吸器内科の先生方、一緒に乗り越えたJME2012の仲間、そして滞在中も支えてくれた家族に深く感謝申し上げます。最後に、このような素晴らしい機会に恵まれたことを誇りに思い、プログラムの益々の発展に尽力したいと存じます。