

<様式3>

平成 27 年 11 月 17 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 名古屋第一赤十字病院
化学療法内科

研修者氏名 近藤 千紘

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 27 年 11 月 17 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 名古屋第一赤十字病院 化学療法内科

研修者氏名 近藤 千紘

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

1. 膀胱癌の化学療法と免疫療法の分野で日本の腫瘍内科医のなかで第一人者になる
2. 日本の基礎研究者が開発した薬剤のうち新しく期待できる治療薬があれば、それを製品化するのを助けるためのヒトを対象とした臨床試験を推進できる人間になる
3. 膀胱癌患者に世界標準の治療が可能となるよう日本の腫瘍内科医の知識と技術を高める

(英語)

1. Become a leader of genitourinary medical oncology in Japan at the area of bladder cancer chemotherapy and immunotherapy.
2. Become a clinician to help the new promising compounds developed by Japanese basic researcher to promote to human clinical trials.
3. Brush up the Japanese medical oncologists' knowledge and skills to treat advanced bladder cancer patients that they can perform the international evidence-based chemotherapy.

●Vision:

(日本語)

日本の膀胱癌患者が世界規準で最も効果が高い治療を選択できる世の中をつくる

(英語)

Create the environment for bladder cancer patients in Japan that let them choose the most effective cancer therapy in the world.

I 目的・方法

Page. 1

目的

1. 患者中心の医療環境を構築するための基本理念とチームアプローチを理解する。
2. よりよい医療を探究するために個人およびチームに必要な方法論を理解する。

方法

2015年9月17日より10月24日まで、Japanese Medical Exchange 2015プログラムに参加しMD Anderson がんセンターにおけるチーム医療の研修を行う。

II 内容・実施経過

Page. 2

A. はじめに

Japan Team Oncology Program; J-TOP 2014年の研修より3ヶ月が経過したある日、Japanese Medical Exchange; JME 2015メンバー決定の報告を受け取った。さっそく職場の上司に相談し、快い返事。私のヒューストン短期留学が決定した。私にとって、がん化学療法の時代をリードするアメリカへの留学は、日々の診療に追われ過ぎ去っていく日常から次の目標を定めるための起爆剤になるのではないかという期待と、言葉で苦戦しないかという不安が入り混じっていた。

しかし、おそらく私だけでなく他の5人のメンバーも、日本人特有の受け身な性格であり、夏にJME 2014の先輩メンバーから連絡をもらって顔合わせをするまでは、「本当に自分は選ばれたのだろうか?」という疑念も浮かび、具体的な渡航準備をしていなかった。先輩メンバーからの激励と渡航書類の具体的な手引きをいただかなければ、必要書類を留学前にそろえることはできなかつたろう。

後から振り返るとこのときの経過は、自分のVISIONやMISSIONの中に留学が入っていなかったため、情報不足や自覚不足の結果がもたらしたと思われる。私自身、留学への憧れもあり英会話レッスンを週1回続けていたが、何のためにいつ留学するのか、という明確な目標は定めていなかった。腫瘍内科になろうと固く決意した大学6年生時からすでに9年が過ぎ、初期研修の終了、内科一般の研修修了と認定医取得、消化器化学療法を専門とするがん専門病院でのレジデント時代を経て薬物療法専門医を取得、地域の一般病院に腫瘍内科が設立されたためその立ち上げを手伝おうと決意し3年前より現職を務め、念願であった泌尿器悪性腫瘍の化学療法を引き受けるようになった。学生時代に思い描いていた目標とする腫瘍内科の臨床医像は実現した。同時に「何か足りない」とも少しずつ感じており、その一部に研究者としての向上ができていないことへの危機感があった。

JME2015では、今後の自分の考え方をがらりと変えるようなインパクトある研修ができた。VISIONを持つこと、MISSIONを定めること、そこに至るためのGOALSを具体化し、意識して生きること。MD Andersonがんセンター(MDACC)の上野直人教授をはじめ、多職種のJ-TOPメンターたち、医局や外来のメンバー、Mid-level practitioner(専門資格をもつ看護師や薬剤師など医師以外の職種)たちは、とくにこの自覚や気概をもって向上しようとする意識が強く、まさに共通のVISIONをもったHigh-performance teamが、そこにあった。

B. 院内研修

B-I 外来におけるチーム医療

B-I-1 外来診療

乳腺腫瘍内科、乳腺外科、消化器腫瘍内科、泌尿器腫瘍内科、婦人科の外来見学を行った。各科において若干構成は違っていたが、たくさんの職種が同じ部屋にチームごとに集まる構図はどこも同じであった。たとえば消化器腫瘍内科外来では、医師、医師診療補助者

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 3

(Physician assistant; PA)、専門看護師(Nurse practitioner; NP)、薬剤師(Pharm D)、一般看護師(Registered nurse; RN)、スケジュール係(Scheduler)が1グループとなり同じ部屋で仕事をする。初診の患者さんは、外来受付で呼ばれると、RNかNurse aidがバイタルサインを測定し、診察室に通す。PAが診察に行き情報をまとめ、医師に報告。医師はチームメンバーに声をかけ治療方針の概要を話し、診察に行き患者さんと方針を決定する。治療の詳細をPharm Dに説明を依頼、治療開始までの画像評価や他科コンサルトなどのスケジュール調整をスケジュール係に依頼する。Pharm Dとスケジュール係が診察室に出向き、それぞれ仕事をこなして診察は終了。1人が終了するのに1時間以上を要する。(Figure.1)

Figure.1 消化器腫瘍内科外来の多職種チーム



いっぽう再診患者さんは、化学療法投与日には必ずしも医師の診察があるわけではない。医師は、2-3か月に1回画像評価のときのみ診察し次の数か月の治療方針を決定する。ではどのように毎回の化学療法が実施されるのか。この部分の診療はNPかPharm DのMid-level practitionerが全権を担っている。投与基準はあらかじめ決まっているため、Mid-level practitionerが診察に出向き検査結果を解釈、規準を満たしていれば、その日の投与を決定し、医師に報告しsignをもらったら治療が実行される。

医師は診察内容を記録する際、カルテ記載ではなくディクテーションを多用していた。その内容は、初診から本日までの情報をすべて網羅しており、私たちがつい日々のカルテで書

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 4

いてしまっている数行の記録とは全く異なっていた。MDACCの医師のカルテは2-3か月に1回しか更新されないため、かなり重厚感があった。医師の仕事は、診察以外のときは、ディクテーション結果の見直しとサイン、PAの記録の見直しとサイン、病名登録を常に行っていた。

B-I-2 他病院との連携と My MD Anderson システム

MDACCには国内に4か所(ニューメキシコ州、ニュージャージー州、フロリダ州、アリゾナ州)に分院がある。また、患者さんが全米(ハワイ含む)からまた隣国のメキシコをはじめ世界から受診しており、診療連携の強化は必須である。MDACCの主治医が治療方針を決め、化学療法を遂行してもらう病院を患者さんが選択する。医師は先方に電話で患者さんの受け入れを打診し了解を得たら、Pharm Dに依頼。Pharm Dは地域の病院あてにMDACCの化学療法実施計画書を送付、診察スケジュールの連絡を行う。2-3か月間は自宅近くの病院で化学療法を受け、2-3か月ごとにMDACCの主治医の診察に飛行機や5時間近く運転する自家用車で来院する。また患者さんは随伴症状や副作用で不安があったり、スケジュールの変更を希望したりする場合は、My MD Anderson システムを利用し主治医や主NPにメールを送ることができる。受け取った医療者は、質問内容に応じてチーム内で返答者を決めて各自が対応していた。患者さんが病院から遠くてもMDACCの診療を受けられる仕組みに感嘆した。医師は、こんなに少ししか患者さんに会わないのに、最大限の尊敬を患者さんから獲得しており、日本と同じく偉大にみえたが、これもシステムの為せる業と思われる。

B-I-3 サバイバーシップ外来

これは「目から鱗とはこういうことか」と思った外来であった。泌尿器と乳腺のサバイバーシップ外来を見学したが、いずれもNPが取り仕切るがん治療後の再発フォローアップと生活指導を行っていた。がん治療後には、局所の機能障害のみならず、再発や妊孕性への不安、二次性糖尿病、高血圧、高脂血症、神経障害の残存、二次がんのリスクなどの問題が残存している。治療完遂後には一般社会に戻る若い患者さんたちが抱える問題を総ざらえてフォローしてくれる外来であった。各科は、治療後再発がない期間が2年経過した患者さんを、この外来に紹介することができる。フォロー年限の決まりはなく、患者さんの希望に応じ一生フォローしたり、地域の医師につないだりしている。問題が生じたときには必要部署に適切な紹介を行い、解決にあたる。

私たちが、つい再発の有無のフォローのみに偏りがちな現状を見透かしているかのような外来であり、ここのNPのSurvivorship診療ははるかに自分を超越していることに敬服した。

B-I-4 外来化学療法センター(Ambulatory Treatment Center)

度肝をぬかれたのは、24時間Openという事実。最初耳にしたときにはサービスにも限度

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 5

があるのでは?と思ったが、入院で化学療法を行うと\$10,000~20,000の治療費がかかってしまうアメリカならではの制度かもしれない。日本ではおそらく入院レジメンである、食道癌の5FU+CDDPも外来で実施している。PICCカテーテルかCVポートを挿入し、5日間の化学療法を外来に毎日通い治療薬を交換してもらうとのこと。

もちろん、スタッフの配備は8:00~16:00がもっとも手厚くなるように組んであるが、外来化学療法センターでは看護師の勤務を少しずつずらしたシフトで深夜も運営していた。私が見学した日は16:00の時点でその後27人の来院予定が組まれていた。メインビルに60床の化学療法用ベッドと30床の輸血用ベッド、他にも皮下注専用スペースも設けられていた。May's clinicという外来診療専門のビルには各科外来のほかに外来手術室や外来化学療法センターも併設されており、こちらは平日日中だけの運営となっていた。

B-I-4 Physiotherapist/ Occupational therapist 外来

治療後の患者さんのリハビリプログラムを見学した。病気の勢いは落ち着いたかあるいは完治した患者さんであっても、体力の低下や体の局所の運動機能障害が残ることがある。脳腫瘍摘出後の左上肢知覚障害があったため、肩をドアに挟んでしまったために腋窩神経麻痺が生じた患者さんの神経機能改善を目的としたリハビリや、乳がん術後のリンパ浮腫に対しリンパドレナージの実施、腎癌骨転移や骨髄移植後で下肢廃用性筋力低下の生じた方の筋力強化リハに立ち会った。2週間から8週間のリハビリプログラムを週2-3回で組んでおり、自宅が遠い方は近くのホテルに滞在してリハビリに通院し、終了後によりやく帰宅する。事情を伺うと、地元のリハビリ施設では、Oncology リハビリは十分ではないということで、MDACCでのリハビリを希望する方も多いとのことだった。

がんのリハビリを外来でも実施可能な施設は日本でも多くはないのではないだろうか。治療の有害事象の知識をもち患者さんとのコミュニケーションができるのはがん専門理学療法士ならではの仕事である。MDACCの外来リハビリ室には、9人の理学療法士と3人の作業療法士が在籍し、日々の診療は各職種のアシスタントも入って患者さんに1対1で指導をしていた。このような仕組みが施設にあると、患者さんによりきめ細かいケアが提供できるだろう。

B-I-5 救急外来・救命救急室

アメリカでは救急不応需は許されないのだそう。救急車で運ばれた患者さんがたとえ保険に入っていないなくても、入院病床が不足していても診療しなければならない。徒歩で受診する救急外来もあり、1カ所のセンターに約40床の観察床を用意してあった。センターはA~Cの3ユニットに区切られ、それに対応するために医師(レジデント・スタッフ)・薬剤師・看護師のチームも3つ作られていた。観察床の中に、ひときわハイレベルのケアができる蘇生専用病床が2床用意され、呼吸不全や循環不全の患者さんに対応していた。患者さんが多

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 6

くきてしまった場合に備え、センター内の廊下に簡易ベッドを据え付けられるスペースと酸素などの配管が用意されていた。なんらかの理由により入院を決定できない場合には、48時間まで経過観察できる Overnight bed も用意されていた。遠方の患者さんが主治医の外来日を待つ場合や、入院費用が高いため抗生剤の効果や好中球数の推移次第で自宅で経過観察できるかどうかを判断する場合に使用するとのことであった。

B-II 入院におけるチーム医療

日々の患者さんの検温・採血・配薬管理などは基本的には病棟所属の看護師(RN)と薬剤師が対応する。病棟担当医(Attending physician)を中心としたラウンドチームが1日1回病棟を見に行く。病棟担当医は、各科でシフト制となっており、その科の患者さん全員の入院治療の全責任を負う。ある科では1人1週間でまわし数か月に1回担当し、別の科では1年に4~8週間連続で担当しそれ以外の時期は外来業務に専念するという仕組みであった。年次に関係なくまわってくる病棟担当医の時期は、皆死ぬほど忙しくなると恐れていた。ラウンドチームの構成メンバーは、Physician の他に、NP 2名、Clinic pharmacist 1名、Physician fellow 1名が基本で、我々のような Observer や大学生も回診に参加する。NP が基本的に病棟担当医の回診前に情報を収集していただきたいのプランを立て、病棟担当医が来たら確認し、同意を得て処置や次の検査の入力を実行する。コンサルトが必要な場合は、他科とのやりとりも NP が行っていた。私が日々行っている仕事の大半は NP が行う仕事であった。

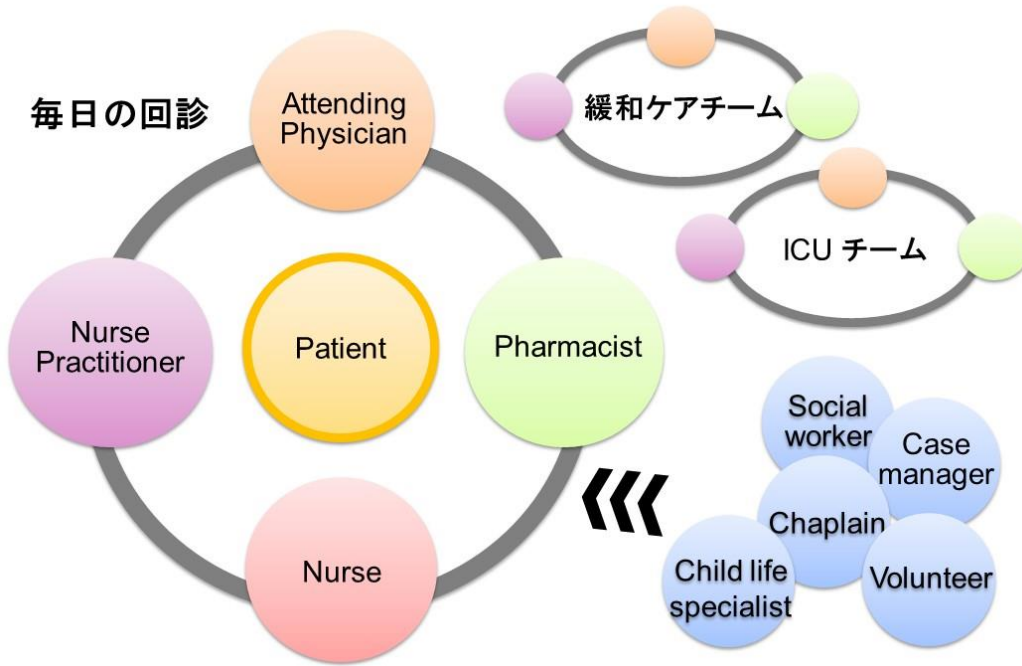
ラウンドチームのなかには、特殊病態のラウンドチームも存在する。総合的に診断・方針をアドバイスする内科ラウンドチームや感染ラウンドチーム、褥瘡(WOC)ラウンドチーム、ICU ラウンドチームなどで、ここでは NP が主に活躍していた。(Figure.2) NP は州ごとに規定された専門資格をとるために研修をするようで、テキサス州の Wound, Ostomy, Continence (WOC) Nurse はそれぞれの項目で 40 時間ずつの研修を受けて、Advanced nurse practitioner (Mid-level practitioner) になれるのだそうだ。このような資格を取得すれば、日々の仕事がラウンドチームの所属となり、病棟業務から離れ時間が確保できることから、臨床研究にも時間を割くことができる。Mid-level practitioner には研究業績も求められていることにたいへん驚いた。

一見病棟担当医制は、医師にとって仕事が分業となり楽そうだったと思っただけで、これまで知らなかった患者さんが常に緊急あるいは予定で入院が決まるなか、即時に治療経過や方針を頭に叩き込み、チームをまとめないといけない仕事のため、密度が濃いハードな仕事であろうと想像する。NP は年間通して同じ病棟でのラウンドチームに携わるため、Attending で交代する医師は彼らに入院患者さんの状況を尋ねながら診療するのが実際であった。入院管理をするための医療チームは、NP なしでは成り立たないと感じた。

(つづき)

II 内容・実施経過

Figure.2 チーム・多職種で支える入院診療



B-III 多職種によるサポート体制

患者さんの心理や情動の問題、言語の問題などを解決するために出勤するのがこの病院での Social worker の仕事である。心理士や教育を学んだ方が Social worker として勤務しており、日本でよくある退院調整や保険業務の調整役は Case manager という別職種の仕事となっていた。

患者さんとの直接のやりとりはないが、保険も支払い能力もない患者さんが治療をした場合に病院が大損をしてしまうことを避けるため、あらゆる社会的な支援プログラムを通じて金銭的補助を受けられるよう仲介する(Prescription reinversement という業務)経済の専門家も勤務していた。新規抗がん剤を開発した製薬会社はたいいてい社会貢献のため、特許がきれるまでの間、無料で薬剤を提供するプログラムを用意しておりとくに高額な分子標的薬に関して、それを利用し病院は経費を削減できるのだそうだ。政府主導の皆保険がない国家でがん治療を受けられる患者さんを増やすための仕組みが垣間見えた。

小児がん患者さんの診療やがんの親をもつ子供の心理サポートなどは Child life care specialist が常に寄り添い理解を助ける仕事を担っていた。彼女たちのバックグラウンドは看護師ではなく教育の専門家が多く、MDACC では Social worker の求めに応じてチームラウンドに参加したり、子供のケアに従事したりする。

がん患者さんのスピリチュアルケアも重要である。院内にはチャペルが併設され患者さん・家族が祈りを捧げるスペースが設けられていた。その Chapelin が病棟で入院してい

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 8

る患者さんの求めに応じて訪室してくれる。

C. マインド研修

C-I リーダーシップ研修

5週間の研修期間中に3回、Ms. Janis A. YadinyによるLeadership development sessionsに参加した。Myers Briggs Type Indicator; MBTIを用いて自分を理解し、他人との違いを認識する方法を学んだ。そのような多様な個人をまとめるのがリーダーであるが、リーダーに求められる資質をメンバーとのディスカッションで次々と列挙していくことで、各々がそれを自覚する助けになった。

C-I-1. Myers Briggs Type Indicator; MBTI

1962年にアメリカ人作家のBriggs, KおよびMyers, Iにより考案された、心理学的類型論の性格分類技法である。日本人的な感覚では、性格判断は血液型占いや相性占いなどを連想してしまうが、MBTIは自己理解を高めることで、他者との違いを認識しやすくする効果をもたらすものである。

MBTIは、正式には93問の性格に関わる質問をYes/Noで回答し以下の16タイプに分類する。ユング類型論の3指標である、エネルギー源(内向:Iと外向:E)、情報収集(感覚:Sと直観:N)、決定方法(思考:Tと感情:F)に、社会認識法(判断的態度:Jと知覚的態度:P)の1指標を加えて、4指標16タイプで性格を考える。自分自身はINTPに分類されると知った。Eの人と一緒にいると、なかなか考えをすぐには口に出せないことに引け目を感じたり、自己嫌悪を感じたりしていたが、性格特性なのかとわかり安心できた。

MBTIは多くのカウンセリングの場面で用いられていると教わり、確かに人と人との間のコンフリクトが起きた際、あるいは、それを未然に防ごうと考える際には、有効な指標のように思った。

C-I-2. 理想のリーダーとは

リーダーとはグループをまとめる人の総称だが、特別なグループ(〇〇委員会や△△クラブなど)を指すもののみが大切なわけではない。その場に集まった人の中で昼食に何を食べるか決める場合や、後輩とともに1対1となる場面でもリードする側の役割を求められる場面など、日常的に遭遇する状況である。おそらく年齢を重ねるにつれ、自分がその役を担うことも増えると思われ、よりイメージを具体的にすることが大切である。

我々のディスカッションにより創出された理想のリーダー像を表にまとめる。(Table.1)よいリーダーに出会うと個人の力は100~200%になって発揮されるが、リーダーが悪いと個人の力は10~35%程度にまで落ちてしまうものである。

(つづき)

II 内容・実施経過

Table.1 リーダーの資質

Multiplier	Diminisher
Heartfelt	Arrogant
Tender	Stubborn
Supportive	Denying
Receptive	Overpowering
Motivating	Criticizing
Active listener	Poor listener
Successful	Compulsory
Knowledgeable	Forgetting easily
Experienced	Sorrowful
Enthusiastic	Selfish
Trusting you	Neglecting you

リーダーは個人の素質やエネルギー、能力に大きく影響する役割であることを認識しなければならない。この授業を通じ、よいリーダーになることを日々意識していこうと考えるようになった。

C-II. Mentor-Mentee

「人生には3人のメンターが必要である」という乳腺腫瘍内科教授の上野直人氏の言葉を理解するのに5週間要した。彼は我々にメンター/メンティーの概念を理解させるため、毎週1回グループでの面接と、個人的な面接の時間をとってくれた。

まず最初に、メンターの理解に欠かせないのは「上司≠メンター」ということである。一部の理解ある上司はメンターになり得るが、利害関係が生じたり、守秘を守られなかったりする可能性があり、職務上の上下関係はあってもメンターとはならないことが多い。メンターとメンティーの共通項として Core value が近いことは重要である。そのうえで、利害や損得をぬきにして経験や知識を惜しむことなく伝え、道標となってくれる存在がよいメンターとされる。メンティーが求めるべきメンター像は、エキスパート性があり、自分にコミットしてもらえる人である。

一方で、よいメンティーとは、自分の目標をもちそれを達成するためのアイデアを持つ人である。実践する積極性と主体性があり、その実行に際しメンターに意見を求め、柔軟に修正できる気構えが必要である。この関係を維持するには、定期的に連絡をとる必要があるが、その際は Mentee から連絡をし、Mentor は 48 時間以内に返信をするのが礼儀と考えるとよい。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 10

C-III. VISION, MISSION and GOALS

よいチームを作るためにも、個人的なスキルを伸ばすためにも、VISION や MISSION を明確にすることは重要な手法である。お世話になった MDACC のスタッフは自施設で働いていることに誇りを持っており、お互いが他を認めつつ自己を向上させようとする気概に満ちているようだった。MDACC の MISSION は、「がんをテキサス州から撲滅すること」であり、VISION は「素晴らしい人材、研究に基づいた患者ケア、そして科学に根差した特別ながんセンターであること、がんの歴史をつくること」である。この理念が 20000 人の職員、1000 人のボランティアの心を動かし、アメリカ No.1 の病院(US NEWS ランキング 2015-2016 より)と評価された源である。

個人の MISSION & VISION の創造に関し、メンターとのディスカッションはとても有用であった。最初に自分が設定した MISSION & VISION は、実現の可能性を考慮に入れていないものであった。夢をみることと目標をつくることは似て非なるもので、内容を具体化すること、実現性をもたせることに頭を絞った。さらに具体性を高めるために、MISSION&VISION の下部に GOAL を複数設定することも大切である。この際、注意しなくてはならないのは、評価のできない GOAL は作らないことや、期日を決めた GOAL とすることである。いつまでに何を達成するかを定めた「SMART GOAL」や、他人に共有してもらうための「SHARED GOAL」という考え方はより効率的に目標を達成するための指標となると思われる。また、MISSION&VISION や GOAL の達成ができていないか、振り返り軌道修正をすることは大切である。3 年程度が振り返りにはちょうど良いかと考えていたが、半年～1 年程度が妥当だと指摘をうけたため、今後は気をつけていきたいと思う。

1. グループワーク

JME2015のAグループは、薬剤師の森田一さんと、看護師の藤澤陽子さんと3人と私で構成され、グループでの研修を通じて若いがん患者さんの治療後のケアに焦点を当てたプロジェクトを検討した。

2005年に米国医学研究所が「フォローアップケア」を提案し、2014年には米国臨床腫瘍学会(ASCO)がサバイバーシップガイドラインを出版した。日本においては2012年に提案された政府のがん対策推進基本計画では、ライフステージに対応したがん医療のあり方が議論され、サバイバーシップの充実は重要な課題のひとつである。米国各地のがんセンターや大学など専門施設で Survivorship Care Plans(SCP)が数多く実施され近年報告が相次いでいるが、その患者満足度は70-96%と非常に高いが、生活の質(QOL)の改善には寄与していない。私たちは日本にも同じ問題が当てはまるため、日本版SCPの確立と、評価尺度の妥当性を検討する必要があると考えた。

SCPは、従来米国では、治療後の生活習慣のアドバイスや再発・二次がんのフォロー、精神的・経済的サポートなどを外来で資料を用いて情報提供するものが多い。ケアをする担当者は、がんセンターの Nurse practitioner や、地域の General practitioner などである。日本においては、医師がこの内容をすべてカバーすることは事実上困難であるため、医師以外に看護師や薬剤師、栄養士やソーシャルワーカーの多職種チームで専用プログラムを作ると機能させられる可能性がある。

また、多職種で構成したSCPに患者さん同志のコミュニケーションを加えることでサバイバーのQOL向上が期待できるのではないかという仮説をたてた。

そこで、Survivorship program として、1. サバイバー用冊子の作成、2. サバイバー教室(講義と患者さん同志のコミュニケーションタイムあり)を2週毎3か月間の実施、3. 9か月間のフォローアップタイムの実施を行うことを提案した。

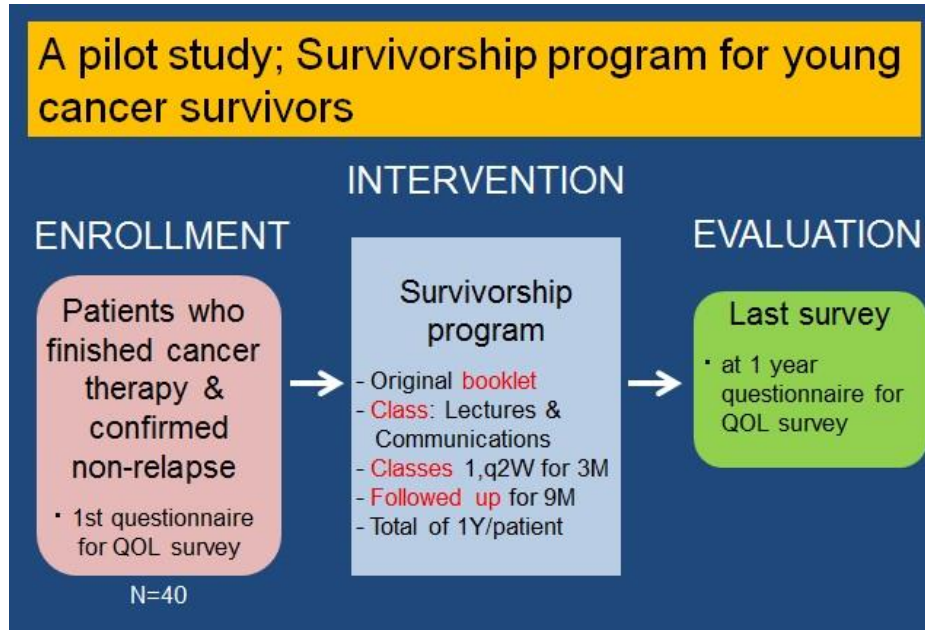
サバイバーシップは社会復帰が前提であるため、忙しいサバイバーも参加できたり、全国の講師の講義が聞けるよう、双方向通信や On demand のインターネット環境も利用する。このプログラムの妥当性を評価するため、40例規模の Feasibility study を計画し、1年後に60%以上(95%信頼区間 0.46-0.73)のサバイバーが6回中4回以上のサバイバー教室に参加したらプログラムは妥当と評価する統計仮説とした。(Figure. 3)

このプログラムが妥当と評価された暁には、Survivorship program あり vs なしのランダム化比較試験を行う方針としたい。

(つづき)

Ⅲ 成果

Figure. 3 グループ A のプロジェクト



2. 泌尿器腫瘍内科医になる決意

研修先は乳腺腫瘍内科であったが、私が腫瘍内科になりたいと考えた当初の目標である泌尿器腫瘍内科への道をメンターは支えてくれた。自分では地道に現職での取り組みを進めてきたが、彼らはさらに先を見据えた目標を持つことに自信をもたせてくれたといえる。実際に、MDACC の泌尿器腫瘍内科へのアクセスを認めてもらい、外来見学やカンファレンスへの参加を許可していただいたおかげで、具体的なロールモデルを目に焼き付けることができたのは大きな収穫であった。

IV 今後の課題

Page. 13

1. グループワークの GOALS

グループでの MISSION が確立したため、その実現を目指すための GOALS を設定していく必要がある。日本では別々の施設で働く他職種であるため、定期的な Web ミーティングを持つなど、風通し良くタイムリーなコミュニケーションをすすめ、プロジェクトの具体化を目指していく。

2. 泌尿器腫瘍内科医としての GOALS

奇しくも泌尿器腫瘍学会が 2015 年 11 月に第 1 回の学術集会を開催し、その設立 1 年目のメンバーになることができた。主に泌尿器科腫瘍外科医としてオピニオンリーダーである医師たちの呼びかけに賛同した、放射線科医や病理医、腫瘍内科医が集う学会の活動が始まった。この学会での活動に参加しながら、膀胱がんをはじめとした泌尿器がんの化学療法で新たな貢献ができるよう、臨床試験の考案や運用を目指していきたい。

また、分子標的療法や免疫療法の発展が目覚ましい近年、個人的には、最新の知識を更新し、より深くがんと治療の病態を理解できるよう研鑽を積む所存である。

謝辞

この場をお借りし、私の JME2015 での達成にご尽力いただいた皆様に御礼を申し上げたい。私のメンターである、Dr. Naoto Ueno、Dr. Bora Lim にはとくに熱心なご指導を頂いた。Group A のメンターである Ms. Joyce Neumann、Ms. Theresa Johnson、Ms. Neelam Patel、Ms. Katie Tipson Patel には何度もグループワークで個別の指導を頂いた。乳腺外科の Dr. Gildy Babiera や、生物統計家の Dr. Yu Shen、放射線治療科の Dr. Zhongxing Liao は多忙ななか多くの時間を私たちに割いてくださった。そして、日々の思考過程における大きな変革を与えていただいた Dr. Richard Theriault や Ms. Janis Yadiny には感謝してもきれない思いである。いつも最大限の気遣いと思いやりをもって接してくれた Mr. Nick Szewczyk と Mr. Jeffrey Bryan には心から感謝しており、私たちの愛する兄貴と呼ばせてほしい。渡米前からプログラム中、そして終了後まで、お世話になりっぱなしだった、Mr. Hiroshi Fueki と Ms. Miwa Ueno、秘書の Ms. Sanchez Marcy、JME2014 の先輩方のお力添えなしにはこのプログラムは実現しようがなかった。また、留学中でご自身もたいへんな最中にもかかわらず、同じアパートで日々の生活の術を伝授し、サポートしてくださった、Dr. Kenichi Harano、Dr. Naoko Matsuda、Dr. Miho Kono との思い出は一生忘れられないものとなった。

日本において、仕事の増加を顧みず私の渡米を許容してくださった、化学療法内科の Dr. Michitaka Nagase、Dr. Yasuyuki Nakano をはじめ、名古屋第一赤十字病院の皆様、「ぜひ勉強してきて」と送り出してくださった患者さんたちの優しさにも敬意を表したい。

皆様、本当にありがとうございました。