

<様式3>

平成 27 年 11 月 8 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 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院・薬剤師

研修者氏名 森田 一

## 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 18 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 8 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 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

研修者氏名 森田 一

## 研修を経て創出した Mission/Vision and Goal

### ●Mission:

(日本語)

病院内外の医療者で高機能なチームを形成し、臨床薬剤師として臨床、研究、教育を通して薬物治療においてリーダーシップを発揮して、すべてのがん患者にエビデンスに基づくファーマシューティカルケアを提供する。

(英語)

I will create a high performing team with members in and out of my hospital and play a leadership in the field of drug therapy as a clinical pharmacist thorough clinical practice, research and education, and then provide pharmaceutical care based on evidence for all cancer patients.

### ●Vision:

(日本語)

院内にとどまらず地域薬局や患者会とも連携して治療に対して切れ目ないサポートシステムを構築することにより、全てのがん患者とその家族が治療に伴う不安や苦痛を感じることなく治療を継続できる社会の実現。

(英語)

A seamless system of patient care delivered by both medical staffs, community pharmacists, and patient advocates leads to the society that all patients with cancer and their family could received their treatment without any suffering and anxiety.

### ●Goal (一部):

(日本語)

2018 年の 12 月までに所属施設において化学療法レジメンと副作用に対する支持療法をエビデンスに基づいたものに改善する。

(英語)

I will adjust chemotherapy regimens and supportive care for side effects on the basis of all guidelines in my hospital by Dec. 2018.

## I 目的・方法

Page. 1

### 1 目的

- ・1941年の創立以来長きにわたって築き上げられてきた MD Anderson Cancer Center (以下、MDACC) でのチーム医療の歴史と現状、今後の展望について学び、日本においてがん患者をサポートするためのチーム医療の発展に必要なエッセンスを探索する。
- ・自施設にはアメリカの薬学教育課程を修了し PharmD を取得した2名の薬剤師が活躍している。そのため、これまでにアメリカでの薬学教育やレジデント制度について彼らから学ぶ機会があり、日米の薬剤師育成における差異をわずかではあるが認識している。今回は実際に MDACC で活躍する薬剤師がどのようにして必要な知識を獲得し、それを臨床にアプトプット出来るようになるのかを薬学部教育と MDACC でのレジデンシープログラムの両面から具体的に学び、自身のスキルアップおよび後進の育成につなげる。
- ・JME2012 に参加した当院薬剤部の薬剤師による院内報告会にて mission/vision に関する話題があり、それをきっかけに mission/vision を意識するようになった。その後、The 3rd Teamoncology Leadership Academy においてその詳細を学び、自身の mission/vision を考えたが、はっきりとそれを描き切ることが出来なかった。そこで、JME プログラムの中で多くの MDACC のスタッフの話を聴き、自身のメンターと議論を重ねることで、個人の mission/vision を具体化して確立し、Career development を明確にする。

### 2 方法

2015年9月18日から10月24日まで5週間にわたる Japanese Medical Exchange (JME) Program に下記の6名で参加した。

- 医師：近藤 千紘 (名古屋第一赤十字病院)
- 医師：陶山 久 (鳥取大学医学部附属病院)
- 看護師：市成 陽子 (岐阜大学医学部附属病院)
- 看護師：藤澤 陽子 (千葉大学医学部附属病院)
- 薬剤師：江面 美緒 (新潟大学医歯学総合病院)
- 薬剤師：森田 一 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)

#### 2-1 講義および見学

MDACC における様々な職種やその役割、連携について理解することを目的として数多くの講義や見学が行われた。また、多数のカンファレンスに参加した。そのプログラムを以下に示す。

(つづき)

I

Page.   2  

**【講義】**

- ・オリエンテーション
- ・看護部
- ・病理学
- ・臨床統計学
- ・IRB、研究倫理
- ・Social Work、Case Management
- ・リーダーシップ

**【見学】**

- ・病棟（白血病、造血幹細胞移植、ICU）
- ・外来（乳腺腫瘍内科/外科、消化管腫瘍内科、婦人腫瘍科、乳腺サバイバーシップ外来、泌尿器サバイバーシップ外来、緩和ケア）
- ・Ambulatory Treatment Center（Main building および Mays Clinic）
- ・Emergency Center
- ・薬剤部
- ・手術部
- ・病理部
- ・放射線治療部
- ・プロトンセンター
- ・リハビリテーション部
- ・統合医学
- ・皮膚・排泄ケアチーム
- ・ヒューストンホスピス

**【カンファレンス】**

- ・MDACC Survivorship Conference
- ・MDACC Palliative Care Conference

2-2 グループワーク

医師、看護師、薬剤師を1つのチームとして2チームに分かれ、それぞれJME期間中にオンコロジーに関連したテーマを決定し、プログラムを作成し final presentation にて発表を行った。プログラムは帰国後に実現することを念頭において作成し、随時必要な部署やセンターからのアドバイスを受けて修正を加え、最終形態とした。

(つづき)

I

Page.   3  

2-3 mission/vision の確立

JME program への参加に際し、前もって自身の mission/vision/goals を作成した。MDACC において上野先生より mission/vision/goals とはそれぞれどのようなものか、何に注意して確立するかなどの講義を受けた。また、少なくとも1週間に1回以上は個人のメンターと連絡を取り議論の時間を設け、mission/vision/goals をブラッシュアップした。

## II 内容・実施経過

Page. 4

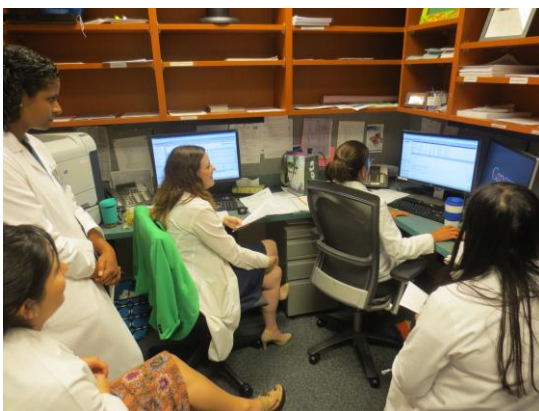
病棟や外来をはじめとして MDACC の多くの部署を見学した。その中で特に印象に残った項目に関して詳細を以下に記述する。

### 1 各職種の役割

#### 1-1 医師の役割

乳腺腫瘍内科外来を例に医師の役割について日本の現状と比較しつつ考察した。日本における一般的な外来診療体系はその荷重の多くが医師にかかっている。例えば化学療法を施行中の患者を診察する際、医師は患者に生じる副作用症状の問診から始まり、症状コントロールのための薬剤処方、レジメンや各種検査のオーダー、次回診察日の予約に至るまではほぼすべてを短い診察時間の中で担っている。その上、予約患者数は多いときには1日 50 人を越えるため、診察の遅れから患者の待ち時間が長くなるだけでなく、医師のストレスが極限に達することは容易に想像できる。一方で MDACC での外来診療はどうであろうか。

MDACC の外来では最初に Nurse Practitioner (NP) あるいは Physician Assistant (PA) の問診があり、その情報が診察室とは別のオフィスにてチームで共有される。その上で医師は診察室に出向き、患者の診察を行うのだが、その際に電子カルテに向くことは基本的に一度もない。必要な処方や検査オーダーなどは NP や PA、薬剤師によって行われる他、診療記録は診察後のディクテーションによって別のスタッフが文字起こすからである。つまり、医師は診断や治療方針の決定に専念し、他職種が行った処方や検査オーダーなどに責任を持つ、いわばチームのファシリテーターとしての役割を担っているのである。外来患者と入院患者を同時に受け持つことがないという点も MDACC の診療体系の特徴であろう。これにより医師は臨床試験などの研究や新たなスキルの習得に努めることができるのである。



#### 1-2 看護師の役割

アメリカでは看護師職は Registered Nurse (RN) と Advanced Practice Nurse (上級看護師; APN) の2つに大きく分類できる。APN はさらに NP と Clinical Nurse Specialist

(つづき)

## II

Page. 5

(CNS) に分類される。APN の中で NP は専門大学院で修士課程を修了し、試験に合格後にその資格を与えられる。NP は患者の診察を行い、必要な薬剤処方や検査オーダーをする権限を持つ、いわば臨床医と看護師の中間職と表現できる。また、上級看護師として RN の教育にも携わる。RN は直接患者に接してケアを提供したり、患者教育を行ったりし、現在の日本の看護師とほぼ同様の役割を担っている。

### 1-3 フィジシャンアシスタントの役割

NP や CNS が看護学をバックグラウンドに持つのに対し、PA はそのバックグラウンドを問われることはなく、専門学校において 24 から 36 ヶ月にわたる研修を修了後、国家試験を通じて州からライセンスを取得する。基本的な役割は APN とほぼ同様であり、検査オーダー、術前サマリや退院サマリの作成、手術同意の取得などを行う一方で、薬剤や検査オーダーをする権限を PA は有さない。そのような違いからか乳腺腫瘍内科外来には NP が、乳腺腫瘍外科には PA が配置されていた。

### 1-4 薬剤師の役割

薬剤部には約 500 人のスタッフが所属しており、流動的であるが故に詳細は不明だが、その大まかな内訳は Clinical Pharmacist が約 80 人、Staff Pharmacist が 250 人、テクニシャンが約 200 人である。

#### ・ Staff Pharmacist (Operational Pharmacist) の役割

PharmD を取得し、PGY1 および 2 を修了していない薬剤師は Staff Pharmacist として活躍する。主な業務として、テクニシャンによって調剤や混注された薬剤の監査、医師や NP、Clinical Pharmacist が処方した薬剤のオーダーリングシステムへの入力などを担っている。最近では Staff Pharmacist に Clinical Pharmacist の業務の一部（退院時服薬指導など）を移管する計画が出てきており、近い将来における実現に向けて教育プログラムが立案されているとのことであった。

#### ・ テクニシャンの役割

テクニシャンと一言で言っても MDACC には様々なテクニシャンが存在する。たとえば注射の混注を行う IV テクニシャンは 9 ヶ月程度のテクニシャン養成課程を修了し、試験に合格して初めてその資格が付与される。また資格は更新制であるため、正確さやスピードなど業務に対する一定の質が担保され、結果として安心して仕事を任せることが出来るのだと感じた。主な役割としては調剤業務や混注業務、病棟への薬剤運搬、配置薬の補充 (Pyxis) などであり、現在の日本の薬剤師が行っている業務の多くを MDACC ではテクニシャンが行っていた。



(つづき)

II

Page. 6

・ Clinical Pharmacist (Clinical Pharmacy Specialist) の役割

PharmD を取得後、Generalist としての臨床スキルを養う PGY1、Specialist としてのトレーニングを行う PGY2 を経て Clinical Pharmacist となる事が出来る（一部は PGY1 のみ修了して Clinical Pharmacist として活躍している薬剤師もいた）。病棟あるいは外来のいずれかに配置されるが、週によってその両方をローテーションしている科もあった。主な役割はエビデンスに基づいた薬物治療の提供のためにリーダーシップを発揮することである。

骨髄移植病棟では毎日半日かけて多職種チームによるラウンドが行われていたが、薬剤師はチームの中で感染症管理のための抗生剤の選択や推奨投与量の提案、医師や看護師のみでコントロール困難な化学療法に伴う副作用のマネジメント、患者の代謝排泄機能を考慮した抗がん剤の投与量の提案とレジメンオーダーの実施など随所でリーダーシップを発揮していた。また、日本と同様に薬物間相互作用の確認やアドヒアランス維持のための患者説明、退院時服薬指導なども薬剤師の責務である。見学した骨髄移植チームの医師から「感染症に対する治療選択など薬物治療の多くの場面で薬剤師の方が多くの最新の知識を有しているから、信頼してその提案を受け入れることができる」というコメントを聞いて、薬剤師の徹底した知識のアップデートとチームへの適切な情報提供がチームの中で薬剤師を必要不可欠な存在にしているのだろうと感じた。



外来においても基本的な役割は同様であるが、Medication Therapy Management (MTM) の提供は外来に特徴的な業務である。MTM は患者に使用される薬剤を薬剤師がリストアップしてレビューし、薬物治療を最適化することにより患者アウトカムを向上させる取り組みとして 2004 年に始まり、その報酬は保険会社によって支払われる。特記すべきは薬剤師による MTM に対するアウトカムがしっかりと評価され、論文化されていることである。薬剤師の必要性をアピールするために取り組みの評価を行うことの重要性を再認識した。

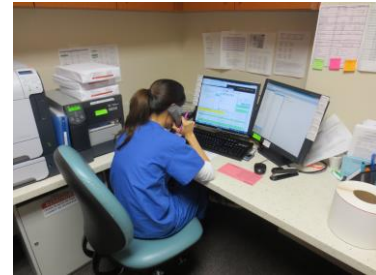
(つづき)

## II

Page. 7

### 2 Ambulatory Treatment Center (ATC)

MDACCにはMain buildingおよびMays Clinicの2カ所に合計約160床の外来化学療法センターがある。移植前の大量化学療法など一部を除いて、基本的に化学療法は外来で施行されている。日本の場合、化学療法施行前には多くは医師の診察を受け、医師が施行の承認を指示することで患者は治療を受けることができる。しかし、MDACCでは異なる。例えば、weekly PTX療法を受ける患者の場合、day1は施行前に医師の診察が行われるが、day8とday15は直接ATCに向かうこととなる。各レジメンには施行基準が定められているため、ATCに勤務する看護師(RN)と薬剤師(Staff Pharmacist)はそれを参考に施行の可否を判断するのである。仮に体重増加により抗がん剤の投与量が元のオーダーより10%以上変化する場合やコントロール不良が必要な副作用が発見された場合には適宜外来に連絡を取り、指示を仰ぐことができる。各レジメンの施行基準を院内コンセンサスとして規定し、それを厳格に遵守することで、エビデンスに基づいた治療を確実に提供することができるだけでなく、外来診療のパンクを防ぐことができるのだ。日本でまれに見られるように「血算データが若干施行基準を下回っているが、医師判断で化学療法を施行する」ということはあり得ない。基準を無視して治療を強行して、問題が生じたときのペナルティは相当大きいということだった。



ATCで施行される化学療法薬の調製はテクニシャンにより全て閉鎖式デバイス(BD PhaSeal)を用いて行われる。BD Chemocatoというコンピューターシステムを導入することで、調製者はコンピューターのモニタに表示される手順に従い、一人で調製を進めることができるようになった。調製終了後は混注室内のStaff Pharmacistにより各薬剤の秤量時に出力されたレシートを参考に監査が行われ、払い出される。調製上での特記事項としては、1つのバイアルを複数の患者の薬剤調製に用いる点を挙げられる。バイアル内の薬剤残存量はコンピューターで管理されており、その使用期限も定められているためにこれが可能となる。医療経済および資源の観点から考えると、日本においても同様の取り組みが必要になる可能性が高いと思われる。

(つづき)

## II

Page. 8

### 3 Learning Center

日本以上に力を入れているように感じられたのが患者教育である。医療者は患者に対して、本人・家族が理解するまで治療に関する説明を行っている。理解が得られなければ治療を開始しないと言っても過言ではない。一方で、患者も自分の治療を十分に理解しようとしている姿が見学した病棟や外来などで多く見られた。その中で、高い「患者力」を維持するために一役買っているのが **Learning Center** である。ここには疾患そのものや手術、化学療法、放射線療法といった各種治療、患者および家族双方のメンタルケアなどに関する多くの書籍、電子媒体、パンフレットが取り揃えられている。もちろんインターネット上にも情報は溢れているが、それを利用する場合患者はその情報が正しいか否かの判断をしなければならない。その点、**Learning Center** に置かれている情報は詳細に吟味されたものであるため、患者は安心してその情報を利用することができる。さらに直接来館できない患者やその家族はメールや電話を通じて情報提供を受けられるという点も素晴らしいと思った。



### 4 MD Anderson Survivorship Conference

2015/9/25-26の二日間にわたってヒューストン市内のホテルで開催された上記カンファレンスに参加した。医療者、がんサバイバー（治療中、治療後）が対象のこのカンファレンスは主に情報提供のための各種ブースと栄養や口腔ケア、予防接種といったがん治療に関連した講演で構成される。驚いたのは参加者に占めるがんサバイバーの割合である。講演の中では多くの質問が出ており、ここでも自身や家族の治療に対して少しでも多くの正しい情報を得ようとする熱意が感じられた。また、情報の獲得以外にもうひとつこのカンファレンスに参加する意義があるということをおあるサバイバーの参加者が語ってくれた。毎年行われるこのカンファレンスにはサバイバー同士多くの仲間がいるため、1年を頑張っただけで、お互いにここで再会出来たことを祝福するのだそうだ。生きる活力をも与えるこのカンファレンスはMD Andersonの予算と個人および企業からの寄付で成り立っているということも驚くべきことであった（企業ブースの出展はない！）。



(つづき)

II

Page. 9

5 リーダーシップ

リーダーシップとは何かということについて Faculty Center の Janis から講義を受けた。J-TOP での学びも含めてリーダーシップに必要な項目について以下に示す。

- ① Model the way / 模範となる
- ② Inspire a shared vision / 共通のビジョンを呼び起こす
- ③ Challenge the process / プロセスに挑戦する
- ④ Enable others to act / 人々を行動に駆り立てる
- ⑤ Encourage the heart / 心から励ます

リーダーとは地位や肩書き、組織や権力とは関係なく存在するものである (individual leader, not positional leader)。それゆえ、誰もが自身の中に他者に前向きな影響を与えることができる力を持っていることを確信し、行動に移すことが重要である。その中で様々な conflict が生じることがあるかもしれない。そこで大切なのが Active listening である。相手の意見が自身と異なる場合、なぜ相手はそのような意見を持つのかを十分に聴くことを怠ってはならない。これらはリーダーシップを発揮する上で必要とされるスキルなのだが、もうひとつ決して忘れてはならないのが「謙虚に人間らしくいること」である。リーダーであることは楽しいし、影響力を持つことは気分を高揚させるが、傲慢さとプライドは気づかない間に自身を破滅に追いやる大きな危険をはらんでいるのだ。リーダーが謙虚で控えめでいれば、その分チームのメンバーが表に出て認められるチャンスも生まれるというメリットもある。MDACC で見学したチームでは確かに、だれか一人がリーダーシップを発揮しているのではなく、敬意を持って各自が互いの専門性を認め、それぞれが自身の分野でリーダーシップを発揮していた。各チームが最高のパフォーマンスを維持できるのは、チームメンバー全員がこうしたスキルを意識して行動しているからであろう。

6 薬剤師教育

アメリカの薬剤師が高度な専門性を持ち、薬物治療においてリーダーシップを発揮することでチームの中で信頼される存在であることは研修中に幾度となく感じたことである。私は Emergency Center で Clinical Pharmacist について研修する薬学部 4 年生の実習風景を見たときに、これまでにない衝撃を受けたことは研修を終えた今でも鮮明に記憶に残っている。実習生は Emergency Center に即日入院となった感染症患者に初回面談を行い、カルテにて得られた情報を統合し、感染症の評価と推奨される治療について指導薬剤師に即座にプレゼンテーションして見せたのである。日本の薬学部の実習生の中でこのようにスムーズに必要な情報の収集と治療の評価、立案をできるものは現状ではほとんどいないであろう。



(つづき)

II

Page. 10

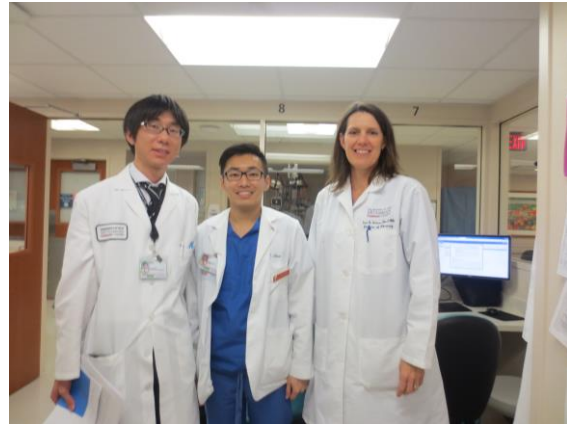
アメリカの薬学部では疾患とその治療についてガイドラインの使い方なども含めて徹底的に学ぶのだそうだ。そして模擬症例などを用いて治療の評価とプランの立案などを練習し、その上で、実習生として早い段階から学んだことを実践するためのトレーニングを積む。日本の薬学部でも近年では臨床に即した講義や実習が組み込まれるようにはなっているものの、まだまだその差は大きいことを感じずにはいられなかった。

アメリカの6年間にわたる薬学教育を終えると PharmD が与えられ、薬剤師として働くことができるが、Clinical Pharmacist としてのスキルを磨くために2年間のレジデンシープログラムを選択することができる。Post Graduate Year (PGY) 1にはジェネラリストとしてのトレーニングを、PGY2では Critical care や Oncology といった専門分野を中心に学ぶスペシャリストとしてのトレーニングを行う。私は Mentor の Katie に PGY2 でどのようなトレーニングを行うのかを質問したのだが、その答えがまた私の驚きを生むことになった。PGY2では Clinical Pharmacist からの講義は一切なく、教科書となるのは論文などの1次資料のみであるとのこと。そして主に入院患者を対象として患者情報を事前に指導薬剤師とディスカッションした上でチームの回診に付いて回り、薬剤師としての治療のプランを提示するという徹底したトレーニングを1年間にわたり行うのだという。

Gynecology の外来を見学した時に私がついたのはレジデンシーを終了してまだ2年目という若い薬剤師であったが、カルボプラチンの投与量計算に用いる GFR の問題をはじめとして様々な質問を投げかけたのに対し、すべて明快な回答が帰ってきたのに当初驚いていた自分がいたが、前述したような徹底的な臨床での訓練を積んできたアメリカの薬剤師の背景を考えるとそれは当たり前のことだったのだ。レジデンシーを終えたら、すでに1人前というアメリカに対し、就職してから本格的な臨床のトレーニングが開始される日本。薬学生教育や入職後のトレーニング内容についても改善すべき点が山積であると感じた。



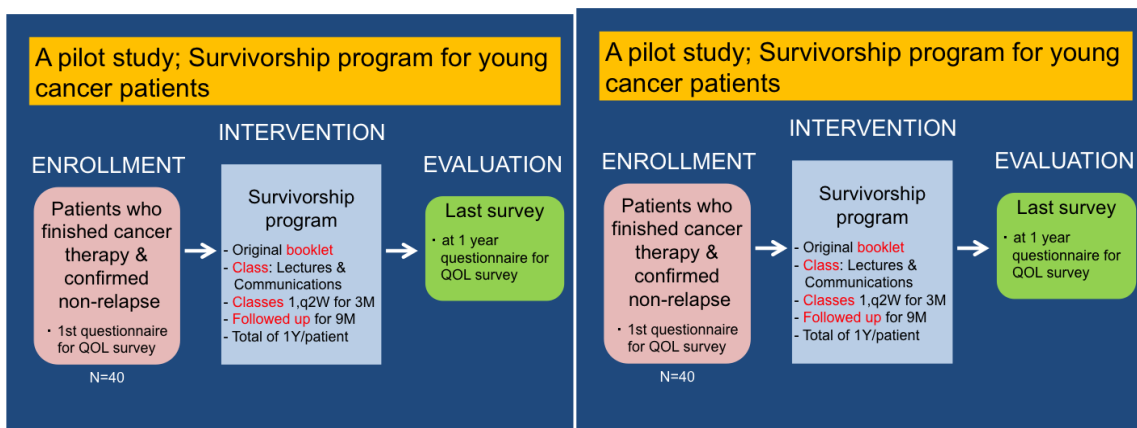
症例についてプレゼンする実習生 (左)



Critical care の専門薬剤師 (右) と実習生

1 ファイナルプレゼンテーション

MDACC Survivorship Conference への参加や乳腺腫瘍および泌尿器腫瘍サバイバーシップ外来の見学を通して、チーム A（近藤、藤澤、森田）はがんサバイバーのケアに関心を持ち、プログラムを作成した。近年日本においても造血細胞移植の分野では主に GVHD へのケアを目的とした多職種による長期フォローアップ外来が創設される施設が登場している。しかし、固形がんの分野では治療終了後に 2 次発がんのリスクや生殖機能障害などの問題が発生する可能性があるにも関わらず、十分なサポートが出来ていないのが現状である。そこで、我々は治療終了直後のサバイバーに着目し、3 ヶ月以内に食事や運動指導、症状マネジメントといった 6 つの講義を病院あるいは web 上で提供し、その後のフォローアップの場を同様に病院あるいは web 上に設けるプログラムを考案した。その上で、患者の QOL がどのように推移するかを見るためのパイロット試験を行い、その結果を踏まえてがんサバイバーへの通常介入群と多職種チームによるフォローアップ群における QOL (Fact-G) の改善率を検討するランダム化比較試験を計画し、研修最終日にプレゼンテーションを行った。このようなプロジェクトを完成させるまでには医師、看護師、薬剤師それぞれの立場や役割の違いから数多くのコンフリクトが生じた。しかし、Leadership Academy や JME プログラムで学んだコンフリクトマネジメントの一つの手法であるアクティブリスニングの活用と MDACC スタッフからの多大なる助言により、最終的にチームメンバー全員が納得するプログラムにすることが出来た。なにより、「若きがんサバイバーに対して現在満たされていない医療ニーズを多職種チームとして提供する」というミッションをチームのメンバー全員が理解し、共有していたことがプログラム完成の一助となったことは言うまでもない。



(つづき)

### Ⅲ

Page. 12

#### 2 Career Development

今回の研修でチーム医療に関する学びやプロジェクト作成と並んで大きなウェイトを占めていたのが自分のキャリア形成について考えることであった。研修前の課題として自分の mission/vision を描いてみたが、自身のメンターである Katie や Neelam、そして上野先生とのディスカッションを重ねることで、それがいかに抽象的であるかを認識させられた。vision とは理想とする世界であり、それに近づくために達成すべきものが mission である。また、mission につながるような具体的な goal の設定が不可欠である (SMARTER: Specific, Measurable, Action oriented, Realistic, Timeframe, Evaluate, Re-evaluate goal であることが重要)。さらに、mission/vision を設定する上で重要なことは他者との差別化であることを学んだ。「自分が他の薬剤師と比較してどこが優れているのか、自分にしかできないことは何かを考えるとよい」というアドバイスは自身の mission/vision をブラッシュアップする上で非常に参考になった。最終的には研修前と比べより具体的な mission/vision、そして「SMARTER」を意識した Goal を作り上げることができたことが本研修における大きな収穫のひとつとなった。

#### 3 チーム医療のエッセンス

MDACC において円滑なチーム医療を可能とする要素はリーダーシップ、コミュニケーション、そして EBM の 3 つであることは間違いないだろう。

MDACC では業務が細分化され、各職種の役割が明確化している一方で一定の範囲内で業務のオーバーラップを許容していることが特徴に挙げられる。そうすることで各職種が高い専門性を発揮できるだけでなく、時には互いの業務の補完をし合うことが可能となる。例えば「処方」という行為は医師以外にも Clinical Pharmacist あるいは Nurse Practitioner の両者に医師の責任の下、権利が与えられている。仮に患者に化学療法に伴う副作用が認められた場合、薬剤師あるいは看護師はそれぞれの専門的な視点から判断して対応に必要な処方をタイムリーにオーダーすることができる。業務のオーバーラップが処方の重複などのエラーを生むこともあるが、たいていはいずれかの職種がそれを発見してエラーを解消するので問題は生じにくい。これもチーム内で頻繁に密なコミュニケーションを取り続けて、互いの業務をよく把握しているからこそできることなのだろう。そしてこのように日本と比べて各職種の役割が拡張された背景には、各職種がどこで必要とされているかを常に考えて行動してきたという歴史があった。医療制度などの違いがあるとはいえ、もし日本において MDACC で行われているようなチーム医療を実現させたいならば、これら 3 つのスキルをすこしずつ磨いていく必要があるだろう。そのためにリーダーシップを発揮するのはまさに JME メンバーの役割なのかもしれない。

## IV 今後の課題

Page. 13

本研修に参加したことで、日米の医療制度の違いやチーム医療のあり方など多くの学びを得ることができた。この学びを忘れることなく、これからの日本の医療に活かしていくために以下のことに取り組んでいきたい。

### 1 mission/vision/goal の振り返りとブラッシュアップ

MDACC では上野先生および 2 人のメンターに助言をいただきながら、mission/vision/goal を前述した内容に発展させることができた。今後も良好なメンター/メンティーの関係を維持しながら、自身の mission/vision/goal について定期的に振り返り、成果の報告や相談などを継続していきたい。また、日本において mission/goal を遂行するには MDA のスタッフだけではなく、現在の所属施設の上司に自身の mission/vision/goal を share し、彼らの意見も取り入れることでより日本の現状に沿ったものになりたいと考えている。

### 2 JME での経験の共有

今回のような長期にわたる、しかも全米有数のがんセンターとして知られる MDACC における研修は誰もが経験できるものではない貴重なものである。故にこれを経験した者の大きな役割の一つは出来るだけ多くの方々とその学びや経験を共有することである。その共有の場として来年 2 月に聖マリアンナ医科大学関連 5 病院の全薬剤師を対象として、研修報告の場を与えられている。そこで特に強調しておきたいのは、チーム医療で優れている MDACC といえどもその中のスタッフは各々の vision 実現に向けた mission/goal を達成すべく日々前進し続けていることである。それを示すことで何かを実現させるためには mission/vision の策定と行動指針となる具体的 goal の設定が必要不可欠であることに共感を得ることができたらよいと思う。さらに薬剤師にとどまらず、医師や看護師など他職種とも MDACC での経験をシェアすることも short term goal の一つとしたい。

### 3 外来化学療法への薬剤師の参画

平成 26 年度の診療報酬改定で外来化学療法を受ける患者に対して薬剤師が介入した場合に保険点数を算定できるようになったが、当院では現在ようやくその準備に関して最終段階を迎えたところである。しかし、ただ単に業務を拡大しただけでは、それは自己満足に過ぎず、その先の発展は見込めない。MDACC で行われていたように、何か新たなことを行う際は必ずその効果を検証していくことが重要となる。そのため、今回開始する外来化学療法患者への薬剤師の介入に関しても QOL の改善などを指標とした患者アウトカムや他職種の業務軽減などを指標とした医療者の満足度など様々な側面からその効果を評価していきたい。



(つづき)

IV

Page. 14

謝辞

本プログラムの企画・運営にあたり、渡米前から心強いサポートをしてくださった **Japan TeamOncology Program (J-TOP)** 事務局の**笛木様**、5週間の素晴らしい経験の機会を与えてくださった**上野直人先生**、同じ薬剤師として多くのディスカッションを重ね、導いてくださった**Katie**と**Neelam**をはじめ、**MDACC**の多くの先生に心からお礼申し上げます。渡米前から研修修了まで細かなスケジュール調整にご尽力いただいた秘書の**Marcy**、多大なるご支援をいただきました一般社団法人**オンコロジー教育推進プロジェクト**の関係者の皆様、**中外製薬株式会社**・**ノバルティスファーマ株式会社**・**サノフィ**・**アベンティス株式会社**の皆様にも厚く御礼申し上げます。また、**JME2015**のメンバーとして5週間というかけがえのない時間を過ごした**陶山先生**、**近藤先生**、**藤澤さん**、**市成さん**、**江面さん**、本当にありがとうございました。そして、現所属施設に異動して間もないにもかかわらず、長期出張を快くご快諾くださった**聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院院長 田口芳雄先生**に深く感謝致します。最後に**聖マリアンナ医科大学病院薬剤部 増原慶壮参与**、**横山美恵子部長**をはじめ**薬剤部**の皆様にお礼申し上げます。

