

<様式3>

平成 26年 6月27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 群馬県立がんセンター
・薬剤師

研修者氏名 藤田 行代志

平成 26 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 2014
- 2 研修期間 平成 26 年 4 月 17 日～平成 26 年 5 月 23 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

<様式3-別紙(A)>

平成 26年 6月 27日

平成 26 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 2014

所属機関・職 群馬県立がんセンター 副主幹

研修者氏名 藤田 行代志

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

高機能なチーム医療による優れた支持療法と医薬品の適正使用を通じて、がん治療における副作用を軽減するとともに、治療効果を改善する

(英語)

My mission is to improve the treatment outcome and to reduce the adverse effects of cancer treatments through appropriate use of medications and excellent supportive care provided by a high performing multidisciplinary care team.

●Vision:

(日本語)

それぞれの患者にとって最高の個別化医療を提供する事によって、がん治療に関する患者の苦しみをなくす

(英語)

I shall eliminate patient suffering related to treatment of cancer by providing the best individualized treatment for each cancer patient.

I 目的・方法

Page. 1

【目的】

- ・ がん医療およびチーム医療で有名な MD Anderson Cancer Center (MDACC) にて、チーム医療の実際を知る。
- ・ 日米の薬剤師の違いを確認し、アメリカの薬剤師が優れていると言われる理由とその背景を理解する。
- ・ 個人の mission / vision を完成させ、career development のための指標を明確にする。

【方法】

1. MD Anderson Cancer Center における見学および講義

2014年4月17日～5月25日に、5週間のMDACCにおける研修プログラム(Japan Medical Exchange Program 2014, JME 2014)に医師2名、薬剤師2名、看護師2名の計6名で参加した。部署、職種を超えて様々なチームを見学した。

<見学部署>

- ・ 入院病棟(白血病、造血幹細胞移植、呼吸器、緩和、救急)
- ・ 外来診療(造血幹細胞移植、消化器、乳腺、脳・脊髄、放射線、GVHD、サバイバーシップ)
- ・ 外来化学療法室 (Main Building, May's Clinic)
- ・ 病理
- ・ 手術室 (乳腺外科日帰り手術 x 2回)
- ・ 薬剤部 (Main Pharmacy, Inpatient Satellite Pharmacy, Emergency Center)
- ・ 薬事委員会
- ・ 治験審査委員会 (IRB)
- ・ Integrative Medicine Center
- ・ Children's Art Project
- ・ Houston Hospice

<講義内容>

- ・ Leadership, emotion control, burnout
- ・ Mission/vision, キャリア形成
- ・ CV の書き方
- ・ Global Academic Program
- ・ IRB, 研究倫理

(つづき)

I

Page. 2

- ・臨床統計学
- ・チャプレンシー
- ・Social worker
- ・緩和ケア

2. グループワーク

本プログラムに参加した6名が医師、看護師、薬剤師1名ずつの2チームに分かれ、それぞれにテーマを決め、そのプログラムについて final presentation にて発表した。Final presentation の前にはメンター達に内容を確認してもらい、様々なアドバイスをもらい、それに従って内容を修正した。

3. MDACC におけるチーム医療の実際

入院、外来それぞれにおいて、多職種チームによる医療の実際を見学し、①具体的にどのようなチームを作り、②各職種の役割、③チーム構築ために必要なもの、などを理解した。

4. MDACC の薬剤師と日本の薬剤師との違い

入院病棟および外来診療における clinical pharmacist の働きを見学し、職能範囲について理解した。薬剤部 (Main Pharmacy, Inpatient Satellite Pharmacy, Emergency Center) を見学することにより、clinical pharmacist, staff pharmacist および technician の違いとそれぞれの業務範囲を理解した。日本の薬剤師の業務と比較することにより、今後、日本の薬剤師が目指していくべき方向性について考察した。

5. Mission / vision の作成および career development

講義を通じて、mission / vision, goals の意味とそれらの作り方について学んだ。また、curriculum vitae (CV) および personal statement の意義と作り方についても学んだ。その後、実際にそれらを作成することにより、自分の強み・弱点を明確にし、それを踏まえた career development についてじっくり考察する時間を設けた。個人の mission / vision や career development については、メンターである Jeff と上野先生と議論を重ねた。

その他、必要と考えることについてはメンターの Jeff に相談し、プログラムに無いことも積極的に経験するよう努めた。

II 内容・実施経過

Page. 3

1. MD Anderson Cancer Center における見学および講義

様々な病棟・外来において、医師、看護師、薬剤師の後に着き、それぞれの業務内容を見学し、その他、幅広い職種、部署に関する講義を受けたり、見学したりした。見学および講義について、印象深かったものを以下に述べる。

Pathology

乳腺専門の病理医 Dr. Sahin について病理部門の見学を行った。まず、最初に病理の基本について講義を受けた。

- ・ 遺伝子やタンパク質の発現による分類が進んでいるが、あくまで形態学 morphology 的判断が最重要

- ・ 病理医の仕事は「がんだという診断を確立すること」「がんを分類すること」

- ・ 手術室と病理の部屋は離れていることがあるが、それは間違いである

その他、乳がんの成り立ちや分類の基本について話を聞いた。病理については、ほとんど勉強したことないため、基本的なことでも新鮮であった。

続いて、迅速診断の部屋で、実際に摘出した乳がんの標本を触らせてもらった。がん病変が石灰化を起こすことは教科書を読んで知っているが、実際に触ってみてどんな感じなのかは知らない。ここだ、と教えられて触ってみると、脂肪組織の中にコリっと固い個所があることが分かったが、他にも固いと感じる場所があり、言われないと見つけられないと思った。次いで上皮内がんの標本も触らせてもらった。確かに乳管の中にだけ白い固いものがあり、異様な感じがあった。がん、というものに実際に手で触れる、貴重な体験であった。

病理部門など薬剤師には関係ないだろうか。病理での作業に、医療用の医薬品は使用されず、確かに直接の業務には関係ないかもしれない。しかし、お互いのパフォーマンスを活かすためには、お互いの仕事を理解していることは最低限の条件だ。病理医・外科医に変わって判断することは無いが、話を理解する必要はある。そのためには必要な経験・知識だと考える。

(つづき)

II

Page. 4

MDACC の病理医 Pathology Faculty の人数は以下の通り。

乳腺 Breast 11

皮膚 Dermatology 7

消化器 GI 10

泌尿（生殖）器 GU 6

婦人科 Gynecology 7

頭頸部 Head&Neck 3

神経 Neuropathology 4

胸部・原発不明 Thoracic,Unknown 3

骨・軟部 Bone&Soft tissue 7

計 58 人もいる。それ以外に assistant 8, Fellow は血液 8, その他の病理全体で 28。血液の病理医は一覧になかったが、HP で見ると 30 人以上いるようだ。つまり、病理医だけで 100 人近い。当院の病理医は 1 名であり、とにかく、MDACC の病理医は日本では考えられないくらい多い。また、臓器ごとに別れていることも驚きであった。

日帰り手術の部屋のすぐ近くにある迅速診断用の部屋以外に、別の建物に大きな部屋があり、見学した。こちらは、標本作製のための機械がたくさん並んでいる。自動で処理されるが、実は臓器によって至適条件が異なるらしい。MDACC は標本数が非常に多いため、何台も機械を持っていて、それぞれの臓器ごとに適切な条件を設定して使用している。施設の内容としては、規模は違うものの日本と似たようなものなのだろう。しかし病理の部屋については一度も見たことがなく、比較ができないため、帰国したら見学させてもらおうと思った。施設見学の後は、clinical management conference。外科医、病理医、APN などが参加。手術をするかどうかを決めるためのカンファであり、さすがに薬剤師はいないとのこと。

Breast surgery

8 時から乳腺外科医（内科と外科はきっちり別れている）Dr. Babiera のオペを見学。行った時には既に乳房全摘が始まっていた。7 時にはスタッフが集まってオペの準備が始まるのだろう。患者さんは目覚めてすぐにまた眠らされるということか。執刀医、研修医、Physician assistant (PA)、器械出しの看護師の計 4 人が患者を囲んでいる。それ以外に、麻酔科医 1 名と外回りの看護師が数名。始まった時間が分からないので明確ではないが、1 時間程度で全摘終了。すぐさま迅速診断へ。オペ室から廊下一本挟んで病理の部屋がある。そこでテクニシャンが摘出乳房を 5-10mm 程度の厚さにスライス。それを並べたものを同じ部屋にある

(つづき)

II

Page. 5

小型の X 線装置で撮影。石灰化が生じている範囲を見て、追加切除の有無を病理医が判断し、外科医に伝える。数十分ほどそれらの作業を見てオペ室に戻ると、既に Dr. Babiera の姿は無かった。代わりに PA が止血や縫合など、後処理をしていた。小一時間ほど休憩を挟んで 2 例目を見学。今度は乳房温存。部分切除と腋窩リンパ節郭清をそれぞれ 10 分強程度で済ませ、Dr. Babiera は帰っていった。分業を徹底させることで効率をあげているのだろう。以上は全て外来の日帰り手術であり。術後の処置はリスト化したものを患者に渡し、患者の責任にて行うのだとのこと。

オペ室における薬剤師の仕事は、救急カートの薬品の補充とブロック薬の用意。さすがにオペ中に同席してチーム医療を、とは行かないが、オペ室の中にも Pharmacy があり、薬剤師 2 名、テクニシャン 1 名が常駐していた。

Patient Learning Center

患者が病気や普段の生活について学習するための図書や冊子がある図書館。Certified Health Education Specialist (CHES) という、日本には馴染みの無い分野の修士号を持つ方が案内して下さった。JME の仲間が「親ががんになったことを子供に伝えるのに難しいと感じることがあるが」と質問すると、子供向けの絵本のようなものもあり、ぱらぱらとめくったところ、子持ちの親としては急に涙ぐんでしまった。この図書館は、誰でも利用可能であり、3 冊まで借りられるということなので、上記の本を借りてみた。ママが死んでしまった後、子供がママの事を捜し、その中でママが生前使用していた物をいろいろ見つけていく。そして、家族がママの死を徐々に受け入れて行く。非常に印象に残る本であった。

Social worker

修士号を持つ Roddy から social worker の業務について講義があった。SW は保険の知識を使って、患者の治療全般に SW として対応している。週 1 回のカンファの他、対応が必要そうな患者のところに行くそうだ。がん患者の社会復帰について佐々木先生から質問が出たが、教会など地域の団体がいろいろあって、患者の支援をしているらしい。基金も充実していて「お金が理由で治療が継続できなかった例はない」と言っていた。最後に質問したところ、MDACC の SW は 55 人。とんでもない人数だ。

また別の機会に Social Worker の Rebecca の話を聞いた。彼女は脳腫瘍の外来におり、脳腫瘍は若い人も多いので、仕事や勉強面のサポートが重要になる事もあるらしい。Social Security Disability Insurance (社会保障身体障害保険) というのがあるらしい。

(つづき)

II

Page. 6

以前、Roddy が「金銭的問題を理由に治療が中止になったことはない」と言っていたが、どのような人が基金からの支援を受けられるのか聞いた。

1. テキサス州に住所があること (6 ヶ月以上)

2. 仕事も保険も無い人

といったことが条件となるそうだ。全体の 5-10%程度だろうということ。ホテル代などもカバーしてくれるらしい。ついでに Case Manager と Social Worker の違いについても質問。

Case Manager : バックグラウンドとして看護師。家に帰ってからのケアを担当

Social Worker : 経済的問題・感情的問題に対応。入院中～退院までをサポート。保険に関する事は手はずを整えてくれる。

2. グループワーク

プログラムの合間の時間を使い、グループワークのための話し合い、準備を行った。しかし、それだけでは時間が足りないため、土日や MDACC での見学が終わり、apartment に帰ってからも時間を作った。深夜まで議論する事も珍しくなかった。

3. MDACC におけるチーム医療の実際

入院・外来のどこの部署に行っても、基本的に医師・看護師・薬剤師を始め、ソーシャルワーカー、チャプレン、栄養士など複数の職種が1つのチームとなって患者に対応していた。日本では週1回のカンファレンスなど、特定の機会に多職種が集まることはあるが、日常的に多職種が集まって一緒に動き、ディスカッションする、という光景は見られない。これらの職種の中でも、臨床の現場では特に看護師と薬剤師の職能範囲が、日本と大きく異なると感じた。看護師といっても Nurse Practitioner (NP) と呼ばれる資格を持つ看護師は、診察や処置、一部の薬剤に関する処方権も持っており、日本の看護師と大きく臨床的な職能が異なる。そのような背景もあってか、NP が患者の症状・病歴・状態などの情報を把握し、それを適切にサマライズして医師に伝え、医師はその情報をもとに患者の状態を把握した後、実際に患者のところに行って診察、その後の治療方針について指示を出す、という流れが基本であった。その後、Clinical Pharmacist が医師の指示に従って具体的な処方内容を提案し、医師はその内容を確認、問題なければサインし、処方として実施される、という流れをとっていた。入院患者については、薬剤師が全ての薬剤についての治療計画を、全ての患者に対して作成し、処方提案していた。

(つづき)

II

Page. 7

4. MDACC の薬剤師と日本の薬剤師との違い

MDACC の薬剤師は調剤部門の薬剤師 (Staff Pharmacist) と、患者担当の薬剤師 (Clinical Pharmacist) がはっきりと分かれている。Clinical Pharmacist は調剤業務を一切せず、staff pharmacist は患者とは話さない (調剤の方は日本と似ている)。もっと言うと、お互いに顔も名前も知らない、ということは珍しくない。なぜなら、MDACC には薬剤師とテクニシャン合わせて 500 人以上の full time staff がいる。当院の全職員数より多いから、顔も名前も知らない人がいてもなんら不思議ではない。そんな中であって、Main Pharmacy を案内してくれた Amy は dispensing から clinical に転向した、非常に珍しいパターンの薬剤師らしい。Amy からもらった資料によると 500 人以上のスタッフの半分程度が薬剤師で、Clinical Pharmacist は 70 人以上。なお、MDACC の Clinical Pharmacist は調剤業務を一切しない。アメリカでも他の病院では、日本と同様に clinical も dispensing も行うことが多いそうだ。MDACC は US の中でも特殊な病院であることは繰り返し述べておいた方が良さそう。Main Pharmacy は 3 交代制で、日中と遅番は薬剤師 26 人+テクニシャン 31 人、夜間は薬剤師 8-10 人+テクニシャン 10 人程度。Main Pharmacy だけで 130 人以上のスタッフが働いている。3 交代に加え、それだけのスタッフがいるため、情報共有はかなり困難で、ミーティングには一部の者しか参加できない。その内容を伝える e-mail が非常に重要な情報共有手段となっていた。内服薬は患者 1 人の 1 日分ずつを調剤し、払い出している。日本では定期処方として 1 週間分をまとめて調剤して払い出したりするわけで、1 日分ずつとは、なんと面倒な！！と思ったが、そこにはしっかり理由がある。MDACC の入院患者は、2,3 日で退院する人が少なくない。回転がすごく速いので、1 週間分まとめて払い出しなんて有り得ない、という訳だ。入院の注射薬 (抗がん薬など) のミキシングは Main Pharmacy の他、Satellite Pharmacy にて行っている。Satellite Pharmacy は 1 カ所だけでなく、14F, 9F (小児), 7F (ICU), 5F (オペ室) などにもあった。そもそも pharmacy と名のつく部屋は Emergency Center にもオペ室にもあり、各部署に薬剤師のいるスペースがあり、それぞれに数人の薬剤師が配属されているという感じだった。注射薬も mixing したものや取り揃えたものを 2 時間ごとに払い出しているということだった。これも大変だが、直前の処方変更による廃棄を減らす効果がある。さすがに夜間は頻度が減るだろう、と思ったが、2 時間ごと、というのは同じだそうだ。夜 10 時から抗がん薬投与、ということも普通にあるので、夜間の搬送も有り得る。

(つづき)

II

Page. 8

5. Mission / vision の作成および career development

上野先生から“Development of Mission and Vision (M/V)” “Development of Career Plan”といったタイトルでそれぞれの基本的な意味、意義、作り方について講義を受けた。一人一人の現在の M/V を聞き、それぞれについてコメントすることで、M/V への理解を深め、さらにブラッシュアップされた M/V を作るためのアドバイスを与えていただいた。自分にしかできないようなユニークな点は何か？それが自分の vision には足りなかったが「自分の経験を語ることでユニークにしやすい」というアドバイスをもとに、研修中、研修後も考え続けた。また、帰国後の発表では「リーダーシップ、コミュニケーション、M/V はいずれも high-performance なチームを作るためのスキルである」ということを元に、それらのスキルについて説明しようと考えた。また、M/V 達成のための goal の作り方について学んだ。一言で言うと、“SMARTER” goals で無ければ実行の可能性が低い、ということである。それぞれの意味は、web で調べてみると違う言葉が引用されている事もあるが、上野先生の講義で使われていたのは次の通りだった。SMARTER = Specific, Measurable/Meaningful, Attainable, Realistic, Time-oriented, Evaluate, Re-evaluate

いずれも大事であるが、これらを盛り込もうとするとき、自分としては実現可能なタイムリミットを判断する (Time-oriented) というのが一番の困難だろうと感じた。自分自身のキャパシティーや能力、起こり得ることを想定して、いつまでに達成できるか、自ら期限を決めること。自分で決めたのだから守らなければならないのだが、昔から苦手であると自覚している・・・対策としてはゴールを細かく設定して掛かる時間を判断しやすくすること、そして、日常的に期限を設定して達成するというトレーニングを繰り返すこと。「スポーツと一緒に！トレーニングでできるようになる！」との言葉を信じて取り組んで行こうと思った。

CV の作り方についての講義もあった。自分がどういう人間であるかを分かってもらうためのツール。仕事での経験や、これまでにリーダーとして取り組んだ事、ユニークアクティビティなど、これまで書いたことの無い事も書き加えるべき項目として教えられました。これらの項目を加えることで、自分自身も自らの経歴を客観的に見直すことができた。

Ⅲ 成果

Page. 9

1. J-TOP Jr. 育成プログラム

私たち Group A は、J-TOP が行っている Leadership Academy において、学生のオブザーバー達に対し、ワークショップの内容理解を助け、チーム医療により深く興味を持ってもらえるような介入のプログラムを作成した。

まず、このテーマに至った背景としては、MDACC において各専門職の専門性を基盤とした多職種連携のレベルの高さを目の当たりにし、チーム医療という物により一層興味を持ったことがある。日本でも多職種連携を広める方法を考えた時、早期からチーム医療・多職種連携の教育をすることは1つの大事な点であると考えた。そこで、Leadership Academy の学生オブザーバーに対する多職種連携教育をテーマとして設定した。我々の mission / vision は以下の通りである。

□Mission:

To train medical students, nursing students and pharmaceutical students in J-TOP Jr. Project, we emphasize to them the importance of patient-centered care based on multidisciplinary approach at early stage of their career.

□ (J-TOP Jr.プロジェクトにおいて医学生、看護学生、薬学生をトレーニングすることで、早い段階で多職種のアプローチに基づく患者中心の医療の重要性を理解してもらう)

Vision:

To create the society in Japan, where patients and their caregivers are extremely happy with their health care, based on interaction of health-care providers.

(医療従事者達の連携に基づいた医療によって、患者や家族が幸せになれるような社会を似本に創造する)

適格条件として、

- ・ Leadership Academy の全日に参加できる、医学生・看護学生・薬学生
- ・実際に臨床において働いた経験の無い者
- ・臨床実習の経験がある者が望ましい

といったことを定めた。これらの条件を満たす学生オブザーバーを対象に、仮想症例を用いて多職種のチームとしてどう関わっていくかについて話し合い、その結果を最終日に発表する、といった内容とした。我々はチューター/ファシリテーターとして学生の理解や準備をサポートする役割を担うこととした。本プロジェクトは、実際の Leadership Academy での実施を目指している。

(つづき)

Ⅲ

Page. 10

2. Mission / Vision, CV の作成

Mission / Vision を決定するにあたっては、もちろん「自分が何をしたいか?」ということ考えたが、上野先生からアドバイスされたように「自分自身のユニークな点は何か?」ということを繰り返し考えた。その際、Individual Career Development Plan (ICDP)の作成を通じて、自分の強み (strength) について考察していたことが役に立った。自分は博士課程において、薬物動態について学んだ事と、研究の経験があることが、他の薬剤師と比較した時の強みであると言える。また、CV を作成するにあたり、上野先生から「JME へは“選ばれて”参加しているのだから書いた方が良い」と教えられた。確かにこれも私自身が成し遂げた結果の1つである。つまり、MDACC でチーム医療の実際を見学したことや、今後もメンターの Jeff を始め、MDACC のスタッフとは連絡をとり続けられることは、誰もができることではなく、ユニークと言って良いだろう。また、私が薬剤師になってから知識・スキルを磨いた事としてはがん化学療法に関する支持療法、そして therapeutic drug monitoring がある。後者は薬物動態学の知識を直接活かして業務に取り組んでいた。これらの強み、独自性から3つのキーワードを mission に盛り込んだ。

1. チーム医療：MDACC で学んだ事

2. 支持療法：現在、日々臨床で取り組んでいること

3. 医薬品の適正使用：薬物動態学の知識・経験を活かせるもの、薬剤師としての存在意義
これらのキーワードを「臨床」で実践するとともに、「教育」として他の薬剤師や医療スタッフに伝え、さらに「研究」の対象として取り組んでいくつもりである。その結果、「副作用の軽減」を目指すのが、同時に、それにより治療を上手く継続できれば「治療効果の改善」も薬剤師の力によって可能であると信じている。特にこの部分について研究を通じてエビデンスを示したいと考えている。最適な「支持療法」「適正使用」は患者により同一ではなく、個々の患者に最適な「支持療法」「適正使用」を提供する事は、まさしく最高の個別化医療であり、それによって副作用や薬が効かないといった患者の不安を取り除くことを自らの夢とした。当初、vision としては「患者を笑顔にする」「苦しみを軽減する」といった言葉を入れていたが、Jeffからは、これらは mission に見えるとコメントされた。MDACC の mission / vision にあるのは「(世界からの) がんの撲滅 to eliminate cancer」「がんの歴史を作る Making Cancer History」と、普通に考えると実現困難な非常に大きな目標である。私自身も mission / vision を作るにあたっては、同等のレベルを求められた。その結果、苦しみを軽減ではなく、なくすことを目標にし、単に優れた個別化医療でなく、最高の個別化医療を目指す事とした。以上のように、メンターである Jeff と上野先生とディスカッションを重ねた結果、1人では築きえない mission / vision を完成させた。

(つづき)

Ⅲ

Page. 11

3. 当院においてチーム医療を推進するために

日本とMDACC、あるいはアメリカとは、法律も保険制度も、職員の数も全く異なるため、MDACC で見たチーム医療をそのまま日本に導入する事は不可能である。しかし、MDACC で見たチーム医療には理想的と思われる点もあり、将来的に、一部でも導入できないかということ、研修の間ずっと考えていた。以下に日本・当院でもチーム医療のために実現可能と思われる事項を挙げる。

3-1. 日本医療薬学会認定がん専門薬剤師の育成

3-2. 外来診療における多職種連携システムの構築

3-3. 多職種連携を目指した研修プログラムの構築

これらは mission / vision にも繋がるものであり、これらを元に goal を作成し、今後の課題とした。

IV 今後の課題

Page. 12

1. J-TOP Jr.育成プログラムの実施

グループワークとして発表した J-TOP Jr. 育成プログラムを、プレゼンテーションのための企画に終わらせず、2014 年の Leadership Academy で実施する予定である。Group A の 3 人で企画したものであるが、Academy では JME2014 の 6 人全員が関与して実施したいと考えている。Final presentation で発表した内容から、実現可能生を重視して一部企画を修正することも考え、J-TOP のメンター達や Leadership Academy の実行委員とも相談しながら、実現に向け話を進めていく予定である。細かい点については Group A メンバーが決め、それに対して Group B メンバーのコンセンサスを得る、という形で進めている。メールでのやり取りが中心だが、メールでの話し合いには限界があり、効率も良くないため、適宜 Skype 会議も利用しながら話を進めている。

2. Mission / Vision の実現に向けて

ICDP の中で Short-term goal (1-5 年後の目標) として掲げた内容を、帰国後、上司とも相談した上で一部見直し、以下の 4 つを goals とする。

Goal 1: 3 年以内に臨床試験を行うためのノウハウを学び、その実行のための直接的な指導を受けるため、J-TOP が行う‘Clinical Research Skill Advancement Workshop’に参加する

Goal 2: 2017 年末までに当院から日本医療薬学会認定がん専門薬剤師を 2 名以上輩出する

Goal 3: 2015 年 3 月までに、外来診療においてチームとして機能する環境を開拓する

Goal 4: 2015 年 3 月までに、多職種連携を目指した研修プログラムを構築する

Goal 1. 臨床試験を行うための経験を積み、指導者を見つける

薬剤師が最適な支持療法あるいは医薬品の適正使用（特に血中濃度などをもとにした用量の調整）に関与することにより、がん化学療法の治療効果（全生存期間や無増悪生存期間、再発率など）を改善できるというエビデンスを創出したいと考えている。現在、自身で計画した相互作用に関する臨床試験を実施しており、また他施設から誘われた多施設共同試験に参加している。しかしそれだけでは大規模な臨床試験を実施するには不十分であり、実際に大規模臨床試験を実施するにあたり指導者が必要である。上記のワークショップに参加し、指導してくれる人脈を見つきたい。

Goal 2. 日本医療薬学会認定がん専門薬剤師の育成

MDACC で見た Clinical Pharmacist の仕事、つまり豊富な知識や経験に基づく積極的な処方提案は、残念ながら日本の薬剤師の誰もがすぐにできる仕事ではない。MDACC の Clinical Pharmacist は薬剤の治療計画を作成するという業務を日常的に行っており、それが

(つづき)

IV

Page. 13

重要なトレーニングになっていると理解した。日本においては、日本医療薬学会が認定する、がん専門薬剤師制度があるが、認定を受けるために薬剤師として介入した 50 症例の要約提出を求められる。これはまさに処方提案の経験を積み、実施できることを求めた要件であり、それをクリアしたがん専門薬剤師は、がん薬物療法に関連したことについては **Clinical Pharmacist** に近い仕事をする能力があると考えられる。そのような人材を当院で増やしていきたい。

Goal 3. 外来診療においてチームとして機能する環境の開拓

今後、経口の新規抗がん薬が次々と発売され、その数は今後さらに増えていくと予想される。しかし、これまで当院は、マンパワー不足が原因で外来には薬剤師が関与できていなかった。そんな中、本年度の診療報酬改定で「がん患者指導管理加算 3」が新設され、保険的にも薬剤師が外来に出ていく理由ができた。薬剤師だけでなく、他の職種も含めた人手不足の問題は簡単には改善されないだろうが、外来における薬剤師業務の開拓にあたり、多職種の連携が少しでもスムーズに進むような環境作りを意識して進めたい。

MDACC では医師ごとに、薬剤師を含めたチームを組んで仕事をしてきたが、そこには圧倒的なスタッフ数の違いがあり、日本では各医師どころか、外来各科に薬剤師が入ってチームを組むことも難しい。そこで、一部の診療科について連携を整えること、あるいは現在、看護師が行っている予診に同席して一緒に患者に問診することを考えている。

Goal 4. 多職種連携を目指した研修プログラムの構築

当院は、がん専門薬剤師および、がん薬物療法認定薬剤師の研修施設として認定されている。いずれの研修においても、到達目標として個々の患者にとって最適ながん薬物療法を提供することはもちろん、チーム医療への積極的な関与や論文の評価・調査研究の実施など、広い知識と経験の習得が求められている。JME では医師・看護師・薬剤師に限らず、多くの職種あるいは部署を見学し、多くの新しい知見が得られた。この研修の優れた点を当院でも取り入れ、薬剤部内だけの研修にとどまらず、様々な職種の業務を十分理解し、他職種と積極的に連携して活躍できる薬剤師を育てる研修プログラムを作成する。これらの研修は他施設から研修生を受け入れるものであり、院外にもがん医療におけるチーム医療の重要性を理解してもらえるものとした。また、この研修に合わせて当院の薬剤師にも他職種を知り、連携を意識することを期待している。チーム医療がうまく機能するためには、相互理解が非常に重要であり、研修を通じてお互いに顔が見えなかった状況を変え、新たな発想・関係が生まれたら素晴らしいだろう。

(つづき)

IV

Page. 14

<謝辞>

JME プログラムのホストとして、MDACC における貴重な経験を提供して下さり、さらにチーム医療とキャリア形成のために重要なスキルを教えた下さった上野先生、MDACC における JME プログラムのスケジュールを計画し、その実施のために様々な交渉と調整をして下さった MDACC メンターの皆様、異国からの見学者を笑顔で迎え、親身になって教えて下さった MDACC のスタッフの皆様、MDACC にて類稀な素晴らしい経験をさせていただき、心より感謝申し上げます。JME プログラムのスムーズな進行のために、研修開始前から研修後に渡るまで、様々なコーディネートをして下さった笛木様、そして家族との大切な時間にも関わらず、変わらぬサポートをしてくれた DeAnna & Dana、研修をより良いものにするために様々なアドバイスを下さった J-TOP メンターおよび JME の先輩方、深謝いたします。ヒューストンでの 5 週間、寝食を共にし、苦勞と喜びを共にした JME2014 のみんな（下村先生、佐々木先生、江藤さん、若杉さん、山田さん）、かけがえのない時間を共にでき、幸せです。今後とも宜しくお願い致します。ただでさえ人手不足の中、長期の研修に送り出し、私がない分の負担をカバーして下さった薬剤部の皆様に、深く御礼申し上げます。貴重な経験から得たものを還元できるよう頑張ります。そして、最後に小さい娘を残して研修に行くことを許してくれた家族。本当に有難う。

仕事や家庭がありながら、5 週間も自分自身のために使える時間を得たことは、非常に貴重で、有難いことです。皆様に重ねて御礼申し上げます。