

<様式3>

平成 26 年 7 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 久留米大学病院 病理学  
元・小倉記念病院 血液内科

研修者氏名 佐々木裕哉

## 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 24 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 26 年 7 月 17 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

久留米大学病院 病理学  
元・小倉記念病院 血液内科

研修者氏名

佐々木裕哉

## 研修を経て創出した Mission and Vision

### ●Mission:

(日本語)

私のミッションは iPS 細胞のような人工的な細胞を利用した造血幹細胞移植ができる技術を構築することです。この技術の利点は、ドナー由来造血幹細胞 (骨髄液、末梢血幹細胞、臍帯血) を必要とせず、また、HLA の適合についてきちんと調整することで、ハイリスクの GVHD (移植片対宿主病) を回避できる可能性があることです。これが私の究極の目標です。

(英語)

My mission is to establish the method to transplant hematopoietic cells derived from artificial source such as induced pluripotent stem (iPS) cells in the field of hematologic malignancies. The benefit of this new method is that patients, requiring HSCT to cure their disease, can receive HSCT without human donors (e.g., bone marrow, peripheral blood stem cell and cord blood). Another benefit of this technology is that patients may avoid the severe type of graft versus host disease (GVHD) owing to select histocompatibility locus antigen (HLA) of stem cells appropriately. This is my ultimate goal.

### ●Vision:

(日本語)

血液がん患者さんが高い QOL を維持しながら長生きできる世界の実現-人工的血液幹細胞の使用による移植方法の樹立-

(英語)

My vision is to create the world, where blood cancer patients live longer with with high quality of life (QOL) by new technology: hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) with artificial source of hematopoietic stem cell.

## I 目的・方法

Page. 1

### 【はじめに MD Anderson Cancer Center で学ぶにあたって】

M.D. Anderson Cancer Center (MDACC) は U.S. News and World Report による評価で全米トップクラスのがんセンターにランクインし続ける、がん診療においてトップランナーとして存在する施設である。このような優れた医療施設で 5 週間の研修を行えるという大変に貴重な機会をいただいた。

MDACC が行う社会貢献の柱は (1) 臨床 (2) 教育 (3) 研究 の 3 本からなる。このいずれの領域においても (研究においては、臨床研究のみならず基礎研究においても) 世界のオピニオンリーダーである MDACC において、Japanese Medical Exchange Program 2014 (JME) メンバーのひとりである私が学ぶべきは、その根底にある「チーム医療」の精神、実践がどういった戦略のもの成り立っているのかということである。また、今回の 5 週間の間に、自身が帰国後に如何にして日本の医療に寄与できるか、ということも併せて学ぶことが研修のテーマである。そして帰国後において JME での学びを診療の質の向上、すなわち、患者さん、ケアギバーさんへと還元していくことが JME の本質であることは言うまでもない。

### 【Multidisciplinary approach によるチーム医療に関する学び】

Multidisciplinary approach や multidisciplinary medicine は概念の変遷を経て、今日は「多職種間連携による集学的医療」と解されることが多い。古典的な医療スタイルである医師主導の医療チームの構成を捨て、各職種医療従事者が対等の立場で医療に携わり、患者中心の医療の実現を目的に診療を実践するというものである。JME での研修では様々なセッションを見学させていただいたが、根底にこの概念の存在を感じる事が非常に多かった。では、それらはどのように形成され、組織全体に浸透していくのか。そのキーワードは (1) リーダーシップ (2) コミュニケーション (3) Evidence Based Medicine (EBM) であることは、TeamOncology Leadership Academy でも強調されている事項である。

さて、上記のように MDACC でのチーム力を分析的に考える前に、MDACC の全体像を見直してみたい。MDACC では職種にかかわらず、全米 No.1 のがんセンターに勤務していることの誇りを感じる。この施設のもつパワーの根底はこの誇りである。そして、この精神を支えるに当たって、職員がシェアしている (職員証に付いている) のが下記のミッション・ビジョンのステイトメントである。

## ◆Mission

The mission of The University of Texas MD Anderson Cancer Center is to eliminate cancer in Texas, the nation, and the world through outstanding programs that integrate patient care, research and prevention, and through education for undergraduate and graduate students, trainees, professionals, employees and the public.

患者への診療、研究、予防を統合したプログラムを通じて、また、各種学生、スタッフの教育や社会への啓発を通じてテキサス州をはじめアメリカ国内、世界からがんを消し去ることがテキサス大学 MD アンダーソンがんセンターのミッションである。

## ◆Vision

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. We are Making Cancer History.

我々は素晴らしいメンバー、研究開発志向の患者診療、サイエンスに根差したがんセンターとして世界のトップランナーであることを使命とする。

このミッションステートメントをシンプルに表現すると「がんの撲滅」が MDACC の目指すところであるということになる。

これらの実現のために自分の立ち位置はどこか、各人がそれを考えるところからチーム医療は始まる。そしてこれらの実践のために先に述べた (1) リーダーシップ (2) コミュニケーション (3) EBM が有機的に繋がり high performance team が形成しているのが MDACC の特長である。今回の研修の主目的は、これらが real world としての診療の現場でいかに機能しているかを見て学び、日本に持ち帰るべき課題を見つけ出すことであった。

**【Yandy Janis 氏 らによる講義】**

MDACC では、チーム医療の実践のためにはまず、「自分を知り、他者を知る」ということの重要性を知らされる。具体的には、Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) を利用し一人ひとりの性格を心の機能と態度の側面から分析的に把握することを行っている。MBTI とはユングの心理学的タイプ論の考えをもとに開発された評価方法であり、1962 年に Katharine C. Briggs と Isabel B. Myers によって提唱された。Closed question 形式で行われる特定の質問に回答することで、回答者は 16 種類の性格パターンのいずれかに割り振られる。JME に先立って行われた The 2<sup>nd</sup> Team Oncology Leadership Academy でも MBTI が採用されている。自分の思考パターンが異なる他者との関わりを認識することで、「分かり合えないことが共同作業をすることの支障になる」という事態を回避することが期待されるのである。JME 参加前に再度 MBTI を受け、他の JME メンバーと MBTI パターンをシェアすることでお互いを分かり合うひとつの助けになった。この講義が研修の最も初めにあったことは、JME の研修の効果を高める上で有効であった。

**【MD Anderson Cancer Center 内で行われているチーム医療の実際】**

さて、本論のチーム医療実践の話に移る。まず、どこの部署にても自然と感じ取れるのは、プロ意識の高さだ。ミッション・ビジョンの形成も去ることながら、専門性を高めるという個の力の発展にも工夫を置いている。最も驚いたのが、看護師全員が 6 年以内に何らかの subspecialty に関する公的な認定を受けることを義務付けられている点である。すなわち、ストーマ・褥瘡ケアであるとか、透析・アフェレーシスケアといった資格を 6 年以内に取得することが必須なのだそう。それ以外にも診療の decision making を行う Nurse Practitioner (NP) Physician assistant (PA) や Pharm D などの日本にはない、いわゆる上級職がある。プロ意識の高さと上級職の存在がチーム医療推進の要となっている。一方で、同じ JME として研修を行った看護師メンバー、薬剤師メンバーの知識は MDACC 内のスタッフの知識と対等であることを実際に見ることで、今後の日本の課題は decision making を含めた業務・権限の拡大をどのように進めていくかが重要な点であるように思われた。

**【日本はどこから始めるべきか】**

個の力を高めつつ、相互が協力し合うという理想的なチーム医療の形成にあたり、これからの日本は、どこから始めるべきであろうか。若杉 (看護師)、藤田 (薬剤師)、佐々木によるグループ A はこれについて、討議を重ねた。先に述べた業務・権限の拡大に関して感じていたことは、「そもそも拡大以前に、お互いが本当にお互いの職種内容を理解できているか」という非常に根本的な問題であった。「チーム医療」に興味を持つ、持たないにかかわらず、標準的に各業種の本質を理解することなしにそれ以降の発展は望めないと考えたのである。この結果、帰国後に我々が現在の医療界に介入できる可能性の場として「教育現場」があるとの結論に至った。その後は「チーム医療の教育」をテーマに研修を続けることになる。

(つづき)

II

Page. 4

**【Interprofessional Work (IPW) と Interprofessional Education (IPE)】**

さて、周知の通り、これまで一般社団法人オンコロジー教育推進プロジェクトによって行われてきた TeamOncology Workshop、TeamOncology Leadership Academy、みんなで学ぼうチームオンコロジーの功績はいまさら語るまでもなく、計り知れないものである。これらのワークショップの参加者は、自施設に戻り実臨床の場でチーム医療の改革へと着手することもあるという。このプロセスにおいて大きな壁として立ちはだかるのが、「自施設内でチーム医療の何たるかを教育するところから始める必要がある」という点である。これはがん診療の領域のみに限った問題ではないようだ。

多職種間（複数の専門職間）の連携を表す言葉に Interprofessional Work (IPW) があるが、医療現場においてこの IPW の理念を導入するに当たり、共通して抱える問題として、現在、現場で働いている医療従事者は、学生時代に専門職間連携の方法論に対する学習経験がないという点である。このような学生時代における多職種間連携の素地となる学びを Interprofessional Education (IPE) と呼ぶが、2014年時点の日本においては、一部の先進的な教育機関で実践されているのみであり、教育の標準カリキュラムの中には組み込まれていない。

対して、MDACC の特に若手スタッフにおいては、学生時代に系統だった IPE 学習の機会を持っていた。私は研修を通じて、がん診療をテーマとした IPE のシステムを日本に持ち帰り、各専門分野の学生に対して IPE を浸透させることがチーム医療推進の素地になり得るのではないかと考えた。そしてそのような取り組みがひいては IPW 導入の際に各施設が抱える困難を解決する大きな助けになるのではないかと考えた。これによって、現在、MDACC で行われているチーム医療と同水準の医療の実践、即ち個々の職種のスキルを個々人が高めつつ、また、職種を越えた医療従事者間で尊重されることで、厚みのある医療の実践を可能にし、患者さんの医療に対するあらゆる意味での満足度の向上に繋がればと願うのである。

こういった課題設定のもと、私の所属したグループ A は、日本流の MDACC 型の IPE システムの構築に繋がるような学びを得るため、MDACC 内の様々なスタッフにご意見を伺い、日本+MD Anderson 型の IPE システムの構築に繋がるような学びを得るために活動していったのだった。

## 【IPW の現場としての MDACC】

IPE の普及、IPW の普及を目標とするに当たって、現実として MDACC で実践されている IPW の形を目に焼き付ける必要があった。これは、JME の研修内容として組み込んでいただいたかくセクションの見学を行っていくことで達成することができた。

血液内科医である私にとって、もっとも印象的だったのが移植後 GVHD 外来である。GVHD とは Graft Versus Host Disease の略で、移植片対宿主病と訳される。主に同種移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）後に発生する免疫疾患で、急性 GVHD と慢性 GVHD があるが、この GVHD 外来では、主に移植後の慢性 GVHD の長期フォローを行っている。構成メンバーは、移植担当医師、皮膚科医、移植担当看護師（Nurse Practitioner）、薬剤師（Pharm D）である。

進行の早い急性 GVHD とは異なり、慢性 GVHD は緩徐に患者の QOL を低下させる合併症である。ゆえに治療の主体となる場合は外来となるが、ここでの医療者間の連携は素晴らしいものであった。

慢性 GVHD の症状が皮膚に出ている患者さんの見学をさせていただいた。そこではまず、移植担当看護師が問診を取ることから始まる。単なるスクリーニング的な無機質な問診ではなく、生活に密着した、患者さんの抱える問題点をあぶり出す *focused question*、*closed question* を多用されていた。これによって、患者さんは *open minded* に診療を受ける心の準備ができていたことは明らかであった。この問診の内容が看護師から移植担当医師に申し送られ、続いて、移植担当医師が GVHD に特異的な質問を行う。このプロセスにより、日常で問題となっている事態は慢性 GVHD のこういった病態の側面によって引き起こされている、という、病態と生活が連続した解釈が可能になっていた。ある患者さんにおいては、皮膚の専門的評価を必要とする状況にあった。事前の情報を把握した皮膚科医が素早く患者さんの皮膚状態を評価し、スタッフ間での討議の結果、免疫抑制剤の強化を患者さんに提案することとなった。ここで薬剤師との連携が生きる。薬剤変更を実施するに当たり考えられる懸念事項を薬剤師の立場で丁寧に説明する。この一連の動きが阿吽の呼吸で成立していたのに、ただただ感動した。病態の素早い解析だけでなく、QOL や不安の除去にまで配慮した *quality* の高いこの診療は、お互いがお互いの得意領域を知り、お互いを *respect* するところが軸になっていることをまざまざと見せつけられた。こうした職種間の連携が移植後のサバイバーシップサポートの核となっているのだ。

日本でもサバイバーシップの重要性が叫ばれて久しいが、浸透は、というとまだまだ十分とはいえない状況にある。IPW としての職種間の連携が各病院でスムーズにできる世の中になれば、QOL への配慮が高まり、サバイバー支援に寄与することは想像に難くない。では IPW の精神はどうやればあまねく日本に広がるだろうか。そこで目を付けたのが IPE である。鉄は熱いうちに打て、という意味もこめている。

(つづき)

【果たして J-TOP 式 IPE を立ち上げられるのか】

願わくは、IPE が医療系学科の必修項目として何らかの形で各学校において教育される世の中になって欲しい、というのが私自身の望みではある。既にいくつかの大学で日本型 IPE の開発研究が進められているが、何らかの立場でこれを推進するお手伝いができればとも考える。その過程で、今までお世話になっている J-TOP の力をお借りして IPE を推進する方法を模索していきたいと考えるようになった。

MDACC のメンター (Sahin 医師、Szewczyk 看護師、Bryan 薬剤師)らにこの希望を打ち明けたところ、「プログラムを立ち上げる場合、それが実施されたことによる効果を認知してもらうことが重要、すなわち、プログラム自体の良し悪しを評価する尺度が重要である」という指摘を受けた。これは至極もったもな指摘である。そこで我々はプログラム作成の技術的側面に関して、Yandy Janis 氏を通じて Faculty Development 部門の Ford 教授を紹介していただき、チームの在り方、プログラムの評価方法の技術的側面等の講義を行っていただいた。この内容を受けて、J-TOP 型 IPE の実践における注意点を把握するに至った。IPE プログラムを立ち上げることを目標とする内容を含むプレゼンテーション行った後、帰国したが、今後は、関係部署に相談を申し上げ、実現の可能性を探っていくことになるだろう。

IPE や IPW 自体の普及が最終目標ではない。新しいことに取り組む際に、患者の幸せをその先に繋げられないと臨床家として意味のある行動とは言えない。IPE や IPW を通じてチーム医療の輪がどんどん広まり、それが標準化された世界において、患者目線の診療が展開されていくよう願うと同時に自らの主体的に活動していきたいと考える。また、チーム医療が強化された環境において、冒頭に掲げたミッション、ビジョンの実現に向かい地道に仕事を続けていければと考えている。すなわち、チーム医療をベースに、質の高い臨床研究を行い、移植医療をさらに発展させ、血液がんをひとつずつ撲滅させていきたいのである。仲間と共に質の高いがん診療を追い求めながら、がんの撲滅に私自身も貢献できればと願い研修報告を終了させていただく。研修終了後も MDACC と密に連絡を取り合い、未解決のがんに関わる問題の解決策を模索していく所存である。

**【謝辞】**

本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ま、留学をご快諾くださいました久留米大学病理学講座の皆様、昨年度までご指導賜りました小倉記念病院血液内科の皆様、一緒に大切な時間を過ごして下さった JME2014 の仲間、そして滞在中も支えてくれた家族に深く感謝いたします。