

<様式3>

平成 28 年 11 月 15 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 奈良県立医科大学附属病院
腫瘍センター 助教

研修者氏名 吉井 由美

平成 28 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 2016
- 2 研修期間 平成 28 年 9 月 1 日～平成 28 年 10 月 7 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 28 年 11 月 15 日

平成 28 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 2016

所属機関・職 奈良県立医科大学附属病院 腫瘍センター 助教

研修者氏名 吉井 由美

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

腫瘍内科の知識を持った血液内科医の立場からがん治療を支える血液の専門家となり、がん患者の血液合併症・副作用の最適なマネジメント法を確立する。またそのプロセスを通じ、がん患者さんをサポートする最強の多職種チームを作り上げ、そのノウハウを奈良から日本に発信する。

(英語)

As a hematologist with the knowledge and skill of medical oncology, I will establish the most appropriate management for hematological disorder and side effects in cancer patients and support their cancer therapy with multidisciplinary team.

And through the process, I will create a high performance multidisciplinary team to support cancer patients and disseminate the know-how from Nara to all over Japan.

●Vision:

(日本語)

今までがん治療に関わらなかった医療者の専門性をがん患者のサポートに生かすことで合併症や副作用によるがん治療の中断や中止をゼロにする。またそれが日本のどこでもできるような世の中にする。

(英語)

I will connect all the medical staffs including those who had not been involved in cancer therapy with cancer patients, so that their professional power can eliminate the treatment interruption and termination because of adverse events or complications, wherever in Japan.

I 目的・方法

Page. 1

目的

1. 患者にとって最良のチーム医療を行うために必要なシステムやスキルを理解する
2. 自らのキャリアを明確なビジョンのもとに設計する

方法

2016年9月1日～10月7日の日程で、MD Anderson がんセンターにおける Japanese Medical Exchange Program 2016 に参加し、アメリカの最先端がん専門病院でのがんチーム医療の実際を見学し、リーダーシップ、キャリア形成などについての包括的な研修を受ける。また、多職種がそれぞれの専門性を発揮して患者を支える、患者中心の医療とは何かを考え、発表する。

目次：

- | | |
|--------------------------|--|
| I. 目的・方法 | III. 成果 |
| II. 内容・実施経過 | Individual Development Plan と CV
作成のススメ |
| A. はじめに | IV. 今後の課題 |
| B. MDA で感じた日本とアメリカの違い | V. 感想 |
| 1) 日本にはない職種 | VI. 謝辞 |
| 2) 各職種の専門性 | |
| 3) アメリカの保険制度 | |
| C. 入院診療 | |
| D. 外来診療 | |
| 1) クリニック | |
| 2) 通院治療センター (ATC) | |
| 3) サバイバーシップ外来 | |
| 4) 良性血液疾患外来 | |
| E. その他 | |
| 1) Proton Therapy Center | |
| 2) Blood Donate Center | |
| 3) Houston Hospice | |
| F. 講義 | |
| 1) MBTI | |
| 2) リーダーシップ | |
| 3) メンターシップ | |

II 内容・実施経過

Page. 2

A. はじめに

全ては2013年のJTOPから始まった。その年、臨床をひと休みして外来化学療法室のマネジメントの仕事と大学院での研究を始めた私は、上司から1枚のチラシを受け取った。それが私のJTOPとの出会いだった。今までも血液内科医として、患者さんやその家族に寄り添ってきたし多職種を巻き込んで一緒に考えてきた。チーム医療についてはある程度知っているし、実際にやってきた。JTOPに参加する前まではそう思っていた。だがその自負は、JTOPに参加してすぐに崩れ去った。

3日間にわたる濃厚なプログラム。しかも英語。周りの参加者といえば全国から集まったがん治療の精鋭たち。リーダーシップ、キャリアディベロップメント、メンターシップ、サバイバーシップ。聞き覚えのない単語に加え、ハイレベルで崇高な理念をあの世界一といわれるMDアンダーソンの医療者たちが語っている。すべてが私の経験値を越えていた。

正直、半分も理解できなかった。しかし、そこには何かすごいものがある。夢に向かって努力を惜しまぬ優秀な仲間がいて、私ごとてつもない夢を語ってもちゃんと聞いてくれる安全な場所がある。それだけはひしひしと伝わってきた。

2年がたち、その間に奈良県でチーム医療に関する研修会を立ち上げ、いいチームとは何か？を考える中で壁にぶつかった。JTOPでもう一度学びたい。必要に迫られて、私はもう一度あの場所に足を踏み入れてみた。そこで受けた刺激は、1回目の時と同じく私を圧倒したが、不思議なことにアウェイ感は少し減っていた。気づけば無我夢中で3日間が過ぎ、心地よい疲労感と達成感の中で、ふと気づいた。JTOPで学ぶことは、日常に埋没する中でともすれば過ぎていってしまう大事なことを内省し、人に説明できるように自分のことばで言語化するためのプロセスなのだと。

JTOPから数か月経ったある日、一通のメールが届いた。Japanese Medical Exchange Program 選抜の一報だった。私の前に一枚の扉が思いがけず開かれた瞬間だった。そこからの数か月はJME2015の皆様、事務局の笛木さんのご協力のもと、慣れない英語での手続きや交渉をJME2016のメンバーと助け合い、何度かミーティングを重ねる間にあっという間に過ぎていった。

そしてついに迎えた2016年9月1日。私たちJME2016の7人はヒューストンに向けて飛び立った。出発を前にいただいた言葉で、今でも心に残る言葉がある。

「あなたたちにとっておそらく人生を変えることになる5週間になるでしょう。神様からもらった5週間で存分に楽しんで来てください」

ヒューストンに到着後、右も左もわからない私たちは実にたくさんの人の親切に助けられ、様々なことを学ぶことができた。以下に少しであるが、その内容を紹介したい。

(つづき)

B. MDA で感じた日本とアメリカの違い

MDA での研修でまず感じたことは、アメリカの医療システムや人材の分布、保険制度、教育システムなどあらゆることがあまりに日本のそれと違うことだった。そこでこの研修報告書をはじめにあたり、まずはアメリカの医療制度について日本との違いに着目して考察してみたい。

1) 日本にはない職種

アメリカの医療では日本にはない職種である Mid Level Provider が大活躍している。

Mid Level Provider、または Mid Level Practitioner とは、下記の職種を指す。

看護師	薬剤師	その他
Nurse Practitioner (NP)	Clinical Pharmacist	Physician Assistant (PA)
Certified Nurse Specialist (CNS)		
Nurse Midwife (NM)		
Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)		

Registered nurse となった後、大学院で学び修士の学位と各専門資格を取ったものを APRN(Advanced Practice Registered Nurse)と呼ぶ。また薬剤師の中でも所定の臨床研修を積むレジデント期間を経て、医師のように専門分野(婦人科や造血細胞移植など)を持ち、主に患者指導などの臨床業務に携わる薬剤師を臨床薬剤師(Clinical Pharmacist)と呼ぶ。Physician Assistant (PA)も APRN と同様に医師に準じて患者の診察や処方ができるが、APRN との違いは看護師養成課程を経ず看護師資格を持たないことである。また APRN は修士課程ですでに専門を決めているのに対し、PA の修士課程は医師の教育課程を 2 年間に凝縮したような形で General に学ぶ。PA はもともと衛生兵としてスタートしたこともあり、多くは外科や手術室などで医師の補助として診察や手術の開閉創などを担当する。MDA では、これらの Mid Level Provider たちが基本的には医師とセットで、また後述するサバイバーシップ外来などでは NP が単独で診察にあたり、日本では医師が行う仕事のかなりの部分を引き受けていた。

(つづき)

II

Page. 4

2) 各職種の専門性

医師は日本と同じく医科大学を卒業後に医師免許を取得し、Residency と呼ばれる初期研修の後、それぞれの専門分野に進む。日本と少し違うのは Fellowship と呼ばれる専門科での後期研修が終わった後にほぼ全員が専門医を取得することである。また、人気の高い診療科、例えば血液・腫瘍内科などは数十人の応募に数千人が殺到することも珍しくない。日本と違い、本人が腫瘍内科医と言えは今日からそうなれるという世界ではなく、厳しい競争を生き残ってきたいわゆるエリートが高いスキルと専門性を持って働いていた。

薬剤師も医師と同様、大学卒業後に4年制の薬科大学に進み PharmD となる。さらに、臨床薬剤師になるためには卒業後も2年間にわたる濃厚なレジデンシープログラムが待ち受けており、これは日本の医師の卒後初期研修と後期研修が2年間にぎゅっと凝縮されたぐらいの密度と考えればわかりやすい。

看護師も上述のように看護師になった後にも上級職につくためのステップが用意されていたり、大学院で修士、博士をとるなど、まだまだ少数ではあるがアカデミアで活躍する道もある。

また MSW は日本と異なり、基本的には修士の資格を持っている。

3) アメリカの保険制度

アメリカの保険制度については、あまりに複雑であるため詳細はここでは割愛する。かなりざっくりまとめると、日本のような皆保険ではなく、加入する保険によってカバーされる治療、率が異なる。従って、治療(臨床試験を含む)を行う場合にはどこまでカバーされているか保険者への確認がその都度必要となる。保険者が認めない場合には全額実費で非常に高額となるため、すべての職種がこのことを念頭に置いて診療にあたっている。例えば、内服抗がん剤など高額な薬剤を開始する際には、それぞれの保険が何パーセントカバーしているかを問い合わせる部署があり、今後の治療を見越して臨床薬剤師が個々の患者のケースについてその部署とやりとりするなど、細かく確認をしていた。

(つづき)

II

Page. 5

以下に私が実際に見学した各部署について、次に講義について触れてみたい。

C. 入院診療

日本と違い、そもそも入院日数は極端に短く、入院適応も狭い。従って大規模病院でも、特に固形がんでは、入院患者数は外来患者数に比べかなり少ない。そのためか入院主治医は1~2週間ごとに入れ替わる。その期間中、医師は臨床薬剤師、NPなどからなるチームで複数の病棟にまたがる入院患者を回診し、退院や転院の判断を行う。医師以外の職種に関して、臨床薬剤師はチームに原則1名、NPは病棟に数名おり、フェローやレジデントとともに実質的な医療行為を担当する。回診の前には科にもよるがその日の入院患者全員についてカンファレンスを行い、治療の進捗状況や問題点などにつき上記の職種及び病棟看護師、必要に応じてMSW、Case Managerなどで共有する。同様のカンファレンスは日本でも目にすることはあるが、週に1度程度の間隔で、基本的には医師が中心でその他の職種は聞いているだけのことが多い。MDAではほぼ毎日行われ、また基本的に看護師がプレゼンし、臨床薬剤師やNPが積極的に治療方針を話し合っており、医師は最終的にそれを承認するという形だった。カンファレンスの雰囲気は私の知る日本のそれと大きく異なり、多様な職種がオーバーラップしながら専門的に関わることで生み出される余裕と信頼関係が印象的だった。

また、患者もチームの一員という意識が随所にみられた。病室のホワイトボードには、患者のやるべきことリストとして、「ピークフローを1時間に10回以上やって心肺機能を鍛える」や、「転倒に気をつける」、「とにかく歩く」などが患者ごとに記載されていた。さらに動機付けとして、回診で医療チームが「あなたはよくやっている、この努力は今後必ず報われる」というメッセージを必ず伝えていた。また病棟を1週歩くと1枚シールをもらえる仕組みで、努力が患者自身にも医療者にも見えやすい形になっていた。アメリカの陽気な国民性故かもしれないが、患者の喜びや達成は皆が一丸となって祝福し、やる気を引き出す姿勢が垣間見えた。特に造血細胞移植において、基本的に入院期間は移植後のごく初期まで。その短い間の経験は、これからの治療の長くつらい旅路をくじけずに渡っていくための意識付けとなっているのかもしれない。

(つづき)

II

Page. 6

D. 外来診療

1) クリニック（乳腺腫瘍内科、乳腺外科、白血病科、良性血液疾患外来）

いわゆる一般的な外来において日本と違うのは、患者が検査を終えた後は診察室で待機し、そこに医療者が次々と出向いて問診、診察を行うことである。まず看護助手が行って簡単な問診を行い、次は看護師、その次が NP/PA で最後は医師という風に多職種で1人の患者を診察していく。

それぞれの職種は問診、診察を終えるといったんワークルームと呼ばれる医療者の待機室に戻り、報告する。物理的にひとつの場所に会することで情報が一つに集約され、その情報をもとに方針を確認していく。最終的にはそれぞれの職種が電子カルテ上に書き込むことで、記録としても共有される。また状況によっては、リサーチコーディネーター、MSW、栄養士、他科の医師などにも応援を求めている。患者によっては遠方から飛行機や10時間余り運転してやってくる人もいるため、できるだけ同日に効率よく受診できるような配慮がされていた。外来にはスケジューラーと呼ばれる人が待機して予約をとっており医師や看護師が事務的なことで手を煩わせることが極力ないようになっている。

また、特筆すべきは電子カルテシステムである。今年から EPIC system に変更になり、これにより同じく EPIC を採用している米国内の施設ならば、前医やかかりつけ医の診療情報を紹介状がなくても閲覧することが可能になった。また、これは変更前からであるが、患者は My MD Anderson というウェブサイトから自身の医療情報を閲覧し、直接医療者に電子メールで質問することができる。これに加え、施設内でのやりとりは基本的に電子メールで行われる。医療者はだいたい iPhone を Pager(日本でいうところでの院内 PHS)として支給されており、iPhone もしくはパソコンから絶えずメールを打っていた。1日にやりとりするメールの総数は一人あたりなんと数百通にも上るといふ。ただ考えてみれば電話で1対1で話すよりも、メールなら複数人を Cc とすれば情報の共有を効果的に行うことができ、急ぎでない案件にはあとでゆっくり対応できるなど、効率的でもある。iPhone が院内 PHS というのは案外よいかもしれない。

MDA では一人の医師が一日に外来で診る患者数はわりと少なく、10人から20人程度である。そのため、患者一人一人に納得いくまで説明し、質問にも答えている姿が印象的だった。一方、日本では多い場合には50人以上、時には100人近くを診る場合もあり、また外来中でも入院患者の急変対応があったり、一人の患者にそれほどたくさんの時間が取れない現状がある。だからこそ、日本でも薬剤師外来、看護外来など、医師以外の職種による外来でのカウンセリングが始まりつつある。これは抗がん剤投与を行う上で問題

(つづき)

II

Page. 7

となる症状についてダブルチェックを行ったり、場合によっては患者が診察場で医師には言えなかったことを相談したり、あまり医師が得意ではないセルフケアや薬剤の相互作用などの分野で専門知識を持つ看護師や薬剤師が関わることでよりきめ細かいケアを目指している。しかし、がん専門・認定看護師/薬剤師などのスペシャリストはまだ少なく、マンパワーが少ない中で彼らのモチベーションだけに依存している現状がある。例えば、外来クラークの充実や仕事内容の拡張など、既にあるリソースをさらに有効活用することで、専門職が患者に直接関わる仕事にもっと注力できるような仕組みが必要だと感じた。また MSW や栄養士などの関わりは外来患者ではまだまだ手薄であることが多い。やはりマンパワーの問題もあるだろうが、がんという領域で MSW や栄養士をどう活用するかという理解が、がん治療チームとこれらの職種でお互いにまだそこまで深くないことも一つの要因であろう。近年、がん患者の就労支援が注目され、また 2016 年の診療報酬改定によりがん患者への栄養指導が保険適応となった。今後は癌治療に関わる医療者と MSW、栄養士との連携が進むことを期待したい。

2) 通院治療センター (Ambulatory Treatment Center)

a) 移植後患者用病床

アメリカの入院期間は短い。保険でカバーできる範囲が限られていることから、点滴がまだ必要な時期の退院も珍しくない。このため、外来で点滴治療を行うスペースが必要になる。ここでいう通院治療センター(以下、ATC という)で行われる医療行為は日本のそれよりも広範囲のものを指し、抗がん剤治療に限らず、輸液、抗生剤などすべての点滴加療をカバーする。それゆえ MDA に 2 つある ATC のうち一つは 24 時間 365 日営業で、そのうち 20 床が造血細胞移植後の患者用に確保されている。移植後の患者は生着すると退院し、以後点滴が不要になるまでの間、最初は毎日 ATC に通院する。外来とはいえ移植後の管理が実にきめ細かく行われ、免疫抑制剤の減量、PCR での各種ウイルスモニタリング、キメリズムのモニタリングなどを数人の Mid Level Provider たちが相談しながら行っていた。再発やコントロール不能な GVHD が出現した場合は医師の手に委ねられるものの、順調に経過している場合は事前に決められたプロトコールに従って医師以外が管理する。これは単純に驚きであり、彼らの専門性の高さを思い知らされた。

なお余談であるが、Bone Marrow Aspiration Clinic という、NP がひたすら骨髄穿刺を行う部署まであり、診断に必要な骨髄検査は非常に迅速かつ効率的に施行できるそうだ。

(つづき)

II

Page. 8

b) 外来化学療法

もちろん外来化学療法も ATC で行われる。診療科外来で処方された抗がん剤はなんと、7回チェックの末に ATC で患者に投与される。外来で患者への説明と投与基準を満たしているかはほぼチェックされているため、ATC での投与は正しい患者に正しい薬剤を正しい量投与されているかのチェックが主になる。看護師がその日の CBC や腎機能などを薬剤ごとに決められたプロトコールに従ってチェックし投与可能と入力すると、ATC 薬剤師に情報が伝達され、薬剤師が最終チェックして調剤技師によるミキシングがスタートされる。最終的に調剤された薬剤を薬剤師が鑑査し、さらに看護師のダブルチェックによって患者に投与される。

ATC に来ている時点で患者は十分な説明を受けて自分の治療を理解してきているはずであり、抗がん剤投与にあたってもし自分の治療について説明できなければそこで治療がストップすることもある。やはりここでも、患者が主体的に治療に参加する姿勢が求められていた。

抗がん剤を受ける患者には、仕事や通学の傍ら通う人もおり、化学療法は早朝から深夜まで行われている。看護師や薬剤師はピーク時に最大となるよう、1時間単位でシフトをずらして配置されていた。営業時間が長いことで患者の流れがうまく分散されるためか、看護師が一度に受け持つ人数は多くて2~3人、1日8時間の勤務で8~9人程度と、日本の戦場のような外来化学療法室とは少し趣を異にしていた。

ミキシング室は陰圧となっており、Class II の安全キャビネットが何台も居並ぶ中、数人の調剤技師たちが神業のようなスピードで的確にミキシング業務をこなしていた。昨年、日本でも抗がん剤曝露のガイドラインが発刊され、閉鎖式デバイスの導入がようやく進みつつあるが、MDA では10年以上も前から分子標的薬を含む全薬剤にファシール®が使用されているとのこと。閉鎖式デバイスを使用することで、バイアル内に残った抗がん剤を有効活用することができ、薬剤費の大幅なコストカットに貢献していた。また、抗がん剤バイアルの外側にも抗がん剤成分が付着しており、そこからの曝露も無視できない。MDA でもすべての抗がん剤を一度箱から出して拭き取っていた。抗がん剤曝露から職員の安全を守るべくあらゆる対策が取られている印象だった。

(つづき)

II

Page. 9

3) サバイバーシップ外来

がん治療を終えたサバイバー達にとって、「治療完遂」と「がんからの永遠の解放」は残念ながら同義ではない。医学的には病気がなくても、再発の恐怖や抗がん剤や手術後の体の変化を受け入れながら生活しなければならない。なのに医師はつい忙しさにかまけて、身体や検査所見だけを見て大丈夫と言ってしまいがちである。

このサバイバーシップ外来では、主に NP が長期寛解後の患者を対象に生活面や心理面、さらに二次発がんなどの晩期障害にいたるまで包括的にケアすることを目的としている。問診を聞いていると、普段自分がいかに表面的にしか患者に接していないかを痛感した。現在、日本では移植後の患者の長期フォローアップ外来が徐々に普及し、再発や GVHD がない患者に対してのセルフケア指導やワクチン接種のタイミングなどについて、認定を受けた看護師が患者のカウンセリングにあたっている。今後我が国でもさらに適応となる癌腫が増え、患者さんを全人的に診ることができるスペシャリストたちが一人でも増えることを期待したい。

4) 良性血液疾患外来

MDA の診療科は大きく3つに分けられる。腫瘍内科、外科などのがん治療部門、病理や放射線などの検査部門、そしてもう一つが Internal Medicine である。Internal Medicine はがん治療を受ける患者の非がん性の合併症や副作用を扱い、いわばがん治療の後方支援的な役割を果たす。この中に循環器、膠原病、感染症などと並び良性血液疾患外来がある。ここでは多彩な疾患背景を持ち治験も含め多様な治療を受ける患者の血液異常を、種々の知識を統合して診断、治療に結び付け、解決していく。血球減少、凝固異常などあらゆる合併症、副作用を扱うが、中でも特筆すべきは免疫療法による免疫介在性副作用である。MDA では標準療法、臨床試験ともに免疫療法の症例数は非常に多く、時に副作用として免疫学的な機序による血小板減少や貧血などをきたす症例も散見された。当然ながら一度副作用が出てしまうと抗がん剤治療はストップしてしまう。それゆえ、がん治療医と適切に連携しながら副作用を軽減し、最短距離で抗がん剤治療に戻す手腕が問われる。特に、まだ使用経験が乏しく副作用マネジメントが確立していない免疫療法において、手探りでも着実に症例を蓄積できるのは症例数の多い MDA ならではかもしれない。

日本では悪性疾患以外の血液疾患については専門家が少なく、その少数の専門家は逆になんか治療とはあまり関わらない。がん治療を支える血液の専門家という存在は、これからがん治療やその副作用が多様化する中でますます注目される可能性がある。このユニークな視点に気づけたことは、今回の MDA 研修において個人的に最も大きな収穫であった。

(つづき)

II

Page. 10

E. その他

1) プロトンセラピーセンター

唐突だが、広島平和記念公園にある原爆の子の像をご存じだろうか？大きな折り鶴を捧げ持つこの少女の像は広島に投下された原爆による白血病で亡くなった佐々木禎子さんがモデルであり、彼女の死後に同級生たちが平和を祈って募金活動を行い建立した。この少女が捧げ持つ折り鶴とよく似た鶴が、実は MDA にもある。プロトンセラピーセンターの設立に中心的な役割を果たした小牧律子医師は、あの時募金活動を主導した禎子さんの親友だった。放射線は原爆で人を殺しもしたが、病気の人を救うこともできる。その言葉通り今もたくさんのがん患者さんを、日本製の3台の装置がフル稼働しながら救っている。見学の際、私たちは大きな壁面に MDA のシンボルである赤線で消された Cancer の文字と、たくさんのお寄せ書きが書かれた場所に案内していただいた。その隣には大きなゴングがあり、治療を終えた患者さんはこのゴングを鳴らして壁に心境を書き込む。治療完遂を祝い、そこから次のステップへと踏み出す一種のセレモニーである。壁の言葉には生命への感謝と生きようとする意志があふれ、こちらにも非常に勇気づけられた。それと同時に、患者さんを勇気づけ照らしながら治療完遂まで到達させる医療者のチーム力も感じることができた。実際、プロトンセラピーセンターでは毎週水曜日に看護師や MSW など様々な職種による患者、家族向けのセミナーが開催され、彼らのニーズを満たしていた。

2) Blood Donate Center

MDA では年間の輸血量がとにかく多い。そのため MDA 内に自前の血液センターがあり、自院で使用する輸血の一部を賄っている。日本と同じく献血バスであちこちの事業所、高校などに出向いて献血を行うが、日本をはるかに凌ぐのはその量である。10台の巨大な献血バスで高校に出かけ、数百単位の血液を採取して帰ってくることも稀ではない。またアメリカでも最大の顆粒球採取のプログラムがあり、見学した日も数人のドナーさんから顆粒球を採取していた。日本ではやや侵襲を伴うために顆粒球は基本的に親族からの提供に限られるが、ここ MDA では善意の他人からも提供されているという。

(つづき)

II

Page. 11

3) Houston Hospice

研修終盤、ヒューストンホスピスを見学する機会があった。元は個人の邸宅であったのを改造して作られたという家庭的な施設だった。日本のホスピスのように家族が宿泊することができたり簡単な食事を作るキッチンがあったりと、静かに快適に過ごせるよう配慮されていた。予後が6か月未満と考えられた患者のみ入所でき、積極的な治療や輸血などは行わない。小児の患者に限っては、積極的な治療を行いながらも利用することができるという。最も日本と違うところはホームケアが主体となっている点で、患者は容体が悪化したらホスピスに入院し、落ち着くと自宅に戻りそこでホームケアを受ける。ホスピスが自前の訪問看護ステーションを持っていて、フレキシブルに行き来できるようになっている。これによって病床や人的資源を有効に活用できるようになっている。驚いたのは、日本ではまだまだホスピスの絶対数が少なく転院が数週間待ちとなることも珍しくないが、ヒューストンにはホスピスがなんと60以上あり、依頼を受けてから2時間以内に返事をしなければ患者が他のホスピスに行ってしまうとのこと。ホームケアの担い手は主に看護師やボランティアであり、看護師とともに3日間の研修を受けた数百人のボランティアが活躍していた。非営利団体のためボランティアや寄付などの支援を募りながら限られた資源を適切に配分する工夫や努力が随所にみられた。

F. 講義

1) MBTI

たいていの人には利き手があるように、人間の性格もまた「右利き」「左利き」のようないくつかのタイプに分別できるといわれる。すなわち外向的か内向的か、あるいは理論的か感情的か、といった具合に。ただ利き手と違うのは、すばっと二元論的に分かれるのではなく、あくまでスペクトラムとして「どちらかといえばこっち寄り」といった感じになんとか分かれることだ。こうした傾向を知ることで自分はだいたいどんな人間なのか、どういう行動パターンをとることが多いのかがわかる。そうすると、より客観的に自分を見つめることができるし、また自分だけではなく一緒に働くチームのメンバーがどういう傾向の人なのかを知ることでより深く相手のことを理解することができる。人はそれぞれ違う、ということはもちろんわかっているつもりだが、ではどう違うのか、どういう思考、行動パターンを取る人なのか、ということまでわかればコミュニケーションはもっと取りやすくなる。これはJMEのメンバー間でも日々実践していたように思う。MBTIは他者を理解するための取扱説明書のようなものと考えるといいのかもしれない。

(つづき)

II

Page. 12

2) リーダーシップ

MDA ではリーダーシップについての講義が何度もあった。最初の講義は、自分が尊敬するリーダーとはどんな人か、どうしてその人を尊敬するのか?を考え、理想のリーダー像について紐解くところから始まった。そう考えると、私にとっての良きリーダーとは、人に良い影響を与えることでやる気を引き出し、皆が一つになるのを助けることだと思う。そう考えた瞬間、なんとなく理解できた気がした。つまり、リーダーシップという言葉は「人に影響を与えること」に変換した途端、例えばどこかの国の大統領とか会社の社長といった遠い存在のためにある言葉なのではなく、もっと身近なものになったのだ。これをJME2016のメンバーに当てはめてみると、皆が瞬間瞬間でそれぞれのリーダーシップを發揮していたように思う。専門性もバックグラウンドも異なる7人が、研修や普段の生活やグループワークでそれぞれが自分の得意なこと、できることを進んでやり、それに助けられた人が今度は自分が役に立ちたいと思い、行動につなげていく。そうしてサイクルが回り続けたために、特に誰がリーダーだと決めたわけではないのに思えばいろいろなことが実に上手く回っていった。もちろん今回は小さなグループで、また気のおけない人たちばかりだったからこそ上手くいっただけかもしれない、リーダーに求められることは他にもたくさんあるだろう。ただ、リーダーシップを肌で感じ取ることができたという点で非常に有意義な経験だった。

3) メンターシップ

JME プログラムの最大の売りはなんといってもこのメンターシップであると思う。MDA という最先端の現場で働く医療者が自分のメンターになってくれて、しかも希望すればこの先ずっとメンターシップを継続してもらえるというのだ。私の今までの人生ではまず望むべくもなかったことである。

今回、私のメンターとなって下さったのは乳腺腫瘍内科医の Bora 先生だった。とてもフレンドリーで思いやりにあふれた、私より2歳年上の韓国出身の女性で、同じアジア人ということもありとても話しやすかった。

しかしここで一つ問題が生じた。前提となる医療システムも、職場の環境も、専門分野も違う彼女に、私は何を相談したらいいのか。そもそも、「メンターシップとはいったい何なのか?」からして、よくわかっていない。思いきって、「メンターシップとは何か? どうやったらいいメンターシップを築けるか?を教えてくださいメンターになって下さい。」と言ってみた私に、Bora 先生は次のようなことを素敵な絵を描きながら教えてくれた。

(つづき)

II

Page. 13

メンターとはお道具箱に入った道具のようなものだと思います。何かを切りたい場合はハサミ、釘を打ちたい場合はハンマー、ねじを回したい場合はスパナ、というように目的によって使うメンターも変えたらいい。一人のメンターがあなたの全てをわかっているということはあまりないから。ただしメンターはあなたが尊敬できて、その道のエキスパートであること。メンターとの出会いは、今回のように偶然のこともあれば、自分で探すこともあるし、誰かの紹介でつながることもある。その出会いを大切にしてください。それからメンターには自分から積極的に自分のことを話すこと。あなたがしてほしいこと、教えてほしいことがわからなければ力になりようがないから、と。

何度かのメンタリングの後、ご自身のネットワークの中から数人のMDAの先生を紹介してくださった。ここから上述した良性血液疾患外来へとつながり、後述するように私の中の一つの目標ができたわけである。

Bora先生と上野先生、メンタリングの講義をしてくれたJanisやVikki、そして他のJMEメンバーと共有した各自のメンターたちの話を総合して思ったのは、メンターシップとは人生のエッセンスの共有と他家受粉ではないかということだ。メンティーはメンターの見てきた景色を見たいと思い、触発され、何かを成し遂げようとする中で、他の様々なメンターからも人生観や哲学、教訓といったエッセンスを受粉する。それが結実しさらにそこから育まれた芽が育つことで今度はメンターにも受粉し、メンターもまた成長する。そういったやりとりがメンターシップなのではないかと思う。今回出会ったメンターたちは、メンティーのために時間と労力を惜しまず、自分の経験を語ってくれ、背中を押して下さった。本当にありがたい経験であったし、これからも胸を借りるつもりで飛び込んでいけたらと切に思う。

Ⅲ 成果

Page. 14

Individual Development Plan と CV 作成のススメ

渡米の日が近づいた8月下旬、事務局から届いたメールに添付されていた文書、Individual Development Plan。MDAでの5週間はこれを埋めるために費やされた日々であったといっても過言ではない。今はそこに私の過去、現在、未来が書き込まれている。

過去とはすなわち、今までにしてきたこと。これについては自分が過去にしてきた発表、執筆、患者会活動、研修会や勉強会の運営など、とにかく全部をCVに書きなさいという宿題も並行して出された。いざ一枚の紙の上に並べてみると、興味のむくままに少しずつ手を出してきたなあと思う。あまりにバラバラで節操がないが、自分が血液の稀少疾患にどうもご縁があり興味もあることに気づく。そして腫瘍内科医(見習い)を名乗っていても、自分のアイデンティティを血液内科医と腫瘍内科医の狭間で日々揺らし続けていることに思い至る。それはそうだと思った。なぜなら血液内科医としてのキャリアの方が断然長いから。そこで至った結論は、血液内科のバックグラウンドを持つ腫瘍内科医として、あるいは腫瘍内科のことが少しはわかる血液内科医として、がん患者の血液合併症を管理できる医師になろうということだった。

こうやって、少しだけ未来が見えてきた。ただそれはあまりにもおぼろげな未来であり、目指すにはもう少し確固とした像が必要である。それがMissionとVisionであると私は理解する。Missionは自分がなすべきことで、Visionはそれを達成することでどんな世界になるのか。ここで大事なのは、なぜそうなりたいのか。そうすることでどんな良いことがあるのか。そしてそれは本当に自分が大切にしている価値観にあっているのか。目指すべき未来を間違えると、大きな時間のロスにつながる。人生とはいくつもの目標を追えるほど長くはない。

さて未来が描けたら、いよいよ現在である。今という時間の連なりが未来への道である。すなわち、どうやって理想の未来に至るのか。その漠然とした道のりに、道しるべを置く作業がGOALの設定である。道しるべである以上、GOALは具体的で実現可能なものでなければならない。SMART、つまりSpecific, Measurable, Attainable, Relevant, Time Basedのすべてを満たすものを考える必要がある。そうやって置いた道しるべの一つ一つを乗り越えた先に目指す未来があるわけだが、道路の状況だって常に変わり得るわけで、もしかするともっと近道ができていられるかもしれないし、その先でがけ崩れが起こっているかもしれない。カーナビを更新するように一定の間隔で見直すことが必要だと学んだ。

とはいえ、こうやって自分を見つめ直して将来を描くという作業は時として侵襲を伴う。うまくいっていればまだいいが、壁にぶつかりだすともはや苦痛でしかない。そんな時にうっかり他人の輝かしいキャリアディベロップメントなど見てしまった日には、もう自分のを破り捨てたくなってくる。だが、それでもやはり見つめなくてはいけないのだと思う。なぜなら自分の未来は他の誰でもない、自分のものだから。

(つづき)

Ⅲ

Page. 15

もし自分に向き合う勇気がなくなったら、その時はメンターに話を聞いてもらえばよい。メンターだって人間なのだし、そういう経験を多かれ少なかれしてきているはずだ。

「壁にぶち当たったときだけ連絡してくるのも考えものだが」という上野先生の言葉に少々耳が痛い気もするが、そのうちすぐに壁にぶつかるであろう自分への備忘録として、ここに記しておきたい。

IV 今後の課題

Page. 16

今回の研修を終えて、自分が医師として目指す道はなんとなく見えてきた。それを現時点での Mission, Vision として表すと冒頭のようになる。しかしまあ、あまりに遠い道のりである。というわけで、道しるべとなるゴールを設定してみる。

- ・まずは当面の目標を達成する。
具体的には大学院を卒業することと、がん薬物療法専門医を取得することである。
- ・支持療法の前向き臨床試験に何らかの形で関わってみる。
できればそのメイキング現場をのぞいてみて、臨床試験のノウハウを身につける
- ・並行して抗がん剤の血液関連副作用・合併症の症例数が多い施設で経験を積み、学ぶ
- ・自施設で抗がん剤の血液関連副作用・合併症のマネジメントをすると公言し、実際に経験する中で自施設、他施設から仲間を集める
- ・仲間が集まり、経験症例が増えたところでそれらをまとめてなんらかの結果を出す
- ・奈良の片隅になんか奇特なことをしている人がいるらしいという噂が広まり、さらに仲間の輪が広がれば、血液以外の分野も巻き込んでがん治療の合併症、副作用マネジメントをさらに発展させ、結果を発信する

書いていて気付くのは、途中から途方もなさすぎてほとんど妄想になっているということだ。自分の現在地よりも少し先の目標についてはなんとなくイメージできるものの、その先に関してはメンターなどロールモデルとなる人たちの活躍を参考にしつつ、少しずつ学んでいくしかないのだろう。幸い JTOP にも JME にもロールモデルとなりそうな人はたくさんいらっしゃるのだから、この出会いを通じて学んでいきたい。

なお、上野先生とのミーティングでは、「自分はこういうことをやりたい」ということが誰かの知るところとなれば、それがさらなる出会いや機会を増やし、達成するための原動力となるかもしれないと学んだ。拙文がそれほど多くの人目に留まるとも思えないが、何かを引き寄せられることを祈ってここに公言しておく。

V 感想

Page. 17

今回、思いがけずこのような機会をいただいた。研修を終えた今となっては、出発前のあの言葉の通り、神様からもらったこの5週間は間違いなく私の人生を変えたと思う。

もっと言えば、私の前に突然現れた一枚の扉が開いたというべきか。

覗き込んだ先には、さらに無数の扉があり、こんな声が聞こえた。

あなたはこれから先、これらの扉を自ら選び、自ら開けていきなさい。

新しい経験を積み、結果を残すことで、周りの人に良い影響を与えられる人になりなさい。

どの扉を選ぶか、どうやって開けるか。それを決めるためには、常に次のことを考えなさい。

自分はどんな人間なのか。

自分が大事にしていることは何なのか。

自分がやりたいことは何なのか？

なぜそれをしたいのか？

どうやったらできるのか？

時にはうまくいかないこともある。道に迷ったり、くじけそうになることもあるだろう。

でもあなたの周りには、あなたを見守り、支え、自分の経験を語ってくれる人たちがいる。

だから、遠慮することなくその人たちを活用しなさい。

そしてもし自分が何かを得たら、今度はその経験を他の人にも惜しまず話してあげなさい。

そして、一緒に成長しなさい。

この5週間、長いようでとても短かった。思い返すと実にたくさんのことを学んだが、最も心に残ったのは、夢を実現するためのプロセスを言語化し、自分にも周りにも見えるようにすることで、力に変えていくということ。個人においても組織においてもそれは大事なことであり、MDAで見えてきたのはひとことで言えばその多くの成功例だった。

今、私は扉の中を覗き込んでいる。今回の研修で扉の向こうのイメージが固まりつつある今、せっかく開いたこの扉が閉まってしまう前に自分の夢に向かっての一步をまずは踏み出し、たくさん仲間を得ることでその先の道を築いていってみようと思う。

VI 謝辞

Page. 18

今回の研修にあたり、私たちに有形無形のご支援を賜りましたすべての方々に心からのお礼を申し上げたい。

JTOP、JME program の生みの親でもある上野先生には、お忙しい中多くの時間を私たちのために割いて下さり、その独特の語り口で実に多くのことを教えていただいた。また素敵なお宅にお招きいただいた際に手ずから焼いて下さったあの分厚いステーキは、私の今までの人生で一番おいしいアメリカンビーフであった。

私のメンターでもあった Bora 先生は、常に暖かい笑顔で私に向き合い、私の拙い英語や初歩的な質問にも辛抱強くつきあって下さった。また自らの素敵な経験を語ってくれたり、私のためにいくつかの出会いを作り、扉を開いてくれた。Bora 先生の外来では、病のために不安を抱えた患者さんが安心して涙し、診察室を出る時には彼女に抱きしめられて笑顔と生きる力を取り戻すのを何度も見た。私もこんな風に患者さんを勇気づけられる医師になりたいと心の底から思った。

良性血液疾患外来の Dr. Rojas Hernandez には何度も外来を見学させていただき、その圧倒的な知識量と探偵顔負けの診断能力、さらにはレジデントや私に対する見事に筋道だった説明には感銘を受けた。がんセンターの中で活躍するもう一つの血液内科医の形を提示していただいたことは、私の今後の Career の一筋の光となった。できることならばこれからも教えを受けたいと思う。

JTOP の US Chair でもある Joyce には、上陸初日と出発前夜にメキシコ料理に連れて行ってくれたり、素敵なお宅でのバーベキューにお招きいただいたり、本当によくしていただいた。優しくてわりと豪快でシカゴカブスの熱狂的ファンでもある彼女を、私は勝手にヒューストンの母だと思っている。

薬剤師の Jeff はマイクロバスを借りて NASA に連れて行ってくれたり、憧れのスーパー “Whole Foods” に連れて行ってくれたり、本当に頼れる兄貴であった。また Presentation 前日にはわざわざ私たちのアパートまで来てアドバイスを下さった。実はその直前にみんなで納豆を食べていてさぞ匂ったであろうことと、私たちが開いた Thank You Party でかなり苦いお抹茶をしかも結構な量飲ませてしまったことについてこの場を借りてお詫びしたい。Thank You Party の買い出しに背部痛をおして連れて行ってくれた Carisa 先生、休日を割いて新鮮な Local Food レストランやデパートに連れ出してくれた美しい Theresa、Neelam、私のわがままな見学希望を叶えてくれた Nick、薬剤師のやりがいについてのびのびと語ってくれた Katie、世界を広げる貴重な講義をしてくれた Janis, Vikki, 長いキャリアにおける豊かな経験を慈愛に満ちて私たちに教えて下さった Theriault 先生、美しくクールな外科医の Sarah 先生、病理の Sahin 先生、統計の Shen 先生、そしてプログラムの縁の下の力持ちである秘書の Marcy、他にも MDA で関わって下さったすべての医療者の方々、見学を快く許可して下さい下さった患者様にお礼申し上げます。

(つづき)

VI 謝辞

Page. 19

中外製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、NPO 法人 Run for the Cure Foundation、エーザイ株式会社、日本イーライリリー株式会社をはじめとする関係企業、団体の方々、オンコロジー教育推進プロジェクトの皆様にはこのかけがえのない機会をご支援いただいた。この場を借りて深謝申し上げる。

右も左もわからない異国の地で、陰に日向に私たちを励まし、サポートし、同じ目線に立って貴重なアドバイスをいただいた三浦裕司先生、藤原紀子さん、河野美穂先生、船越洋平先生、森川直人先生、また渡航前からややこしい手続きなど JME 全般につき相談に乗ってくださった JME2015 の皆様、きめ細かく私たちをフォロー下さり、出発前にあの素晴らしい言葉を下さった笛木さん、懐かしい関西弁の柔らかいおしゃべりと美味しいデザートで私のホームシックをすっかり癒して下さった上野美和さんにも心からの謝意を表したい。

5週間にわたる留守を許して下さった職場の皆様、「アメリカでたくさんのことを学んで、ついでに日本と奈良のいいところを宣伝してきなさい」と快く送り出してくれた患者さん、そして家族にはこれから一生懸命、恩返しをさせていただきたい。

最後に、このハードなプログラムをともに乗り越え、楽しみ、高め合った6人の JME2016 メンバー、尾崎由記範さん、田澤咲子さん、島久美子さん、松本奈都美さん、藤原登茂さん、山上睦実さん。彼らと過ごしたあの5週間余りは、濃密で刺激的で温かく豊かな時間だった。この心強い6人の友を得たことを生涯の宝として、これからもお互いに高めあいながら、夢に向かって一歩ずつ歩んでいきたいと思う。