

<様式3>

平成 30 年 10 月 29 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 京都第二赤十字病院 外来化学療法センター 係長

研修者氏名 浅野 耕太

平成 30 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 2018
- 2 研修期間 平成 30 年 8 月 30 日～平成 30 年 10 月 6 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 年 月 日

平成30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 2018

所属機関・職 京都第二赤十字病院 外来化学療法センター 係長

研修者氏名

浅野 耕太

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

化学療法を受ける患者に栄養や食事に関するに質の高いケアの提供を行い、食べることの喜びを見つけること。看護師が最新のEBMの知識を蓄積することを保証することで、看護介入による、より良い患者アウトカムを持つこと。

(英語)

To provide chemotherapy patients with the highest quality of care regarding nutrition and meal, and finding joy of eating. By ensuring nurses are equipped with the knowledge of the latest evidence based practice. And patients have better patient outcomes because of these nursing interventions.

●Vision:

(日本語)

全ての化学療法を受ける患者が、味覚障害や食欲不振を軽減するケアを受けながらも **QOL** を大切にして、栄養や食べる喜びをどのように楽しむかをサポートすること

(英語)

To support every chemotherapy patient on how to enjoy their quality of life most importantly, their nutrition and joy of eating even while taking care to reduce taste disorder and loss of appetite.

I 目的・方法

Page. 1

目的

MD Anderson Cancer Center で行われているチームオンコロジーを実際に見学して、チーム医療における医師、看護師、薬剤師の役割やあり方を学ぶ。

方法

- MDACC での現地研修において、病棟・外来での多職種チームでのそれぞれの役割や協働方法を見学する
- リーダーシップ研修を通して、自己のあり方を再考して、チーム医療に必要なスキルについて考察する
- キャリア開発についての研修を通して、自己のキャリアについて考察する
- 多職種（医師・看護師・薬剤師）と協働して、それぞれの専門性を活かしたオンコロジープログラムを創出する

日程：2018年8月30日～2018年10月6日

参加者：医師3名、看護師2名、薬剤師2名

目次：

I 目的方法

1. MD Anderson Cancer Center について
2. 今回の MDACC での研修先と研修内容

II 内容・経過

1. チームオンコロジーとMid-level Providerについて
2. 外来でのチームオンコロジー
3. 病棟でのチームオンコロジー
4. APN (Advanced Practice Nurse)について
5. 放射線治療室
6. 外来化学療法
7. キャリア開発
8. リーダーシップ
9. 看護管理
10. 医療者間のコミュニケーションやシステムについて

III 成果

IV 今後の課題

V 謝辞

(つづき)

I

Page. 2

1. MD Anderson Cancer Center について

今回、私が訪問した MD Anderson Cancer Center(以下 : MDACC)は、テキサス州ヒューストンにあるテキサスメディカルセンターの一角に位置する施設である。MDACC は、US. News & World Report が行う病院ランキングのがん部門で、毎年ベストホスピタルに選ばれているアメリカを代表するがんセンターである。

MDACC が発行する Quick Facts 2018 によると、2017 年の患者数は、137,000 人 (うち、44,000 人は新患者)、手術や処置を受ける外来患者数は、1,441,403 人とかなり多い反面、入院の平均ベッド数は 681 床と病院規模から考えると意外と少ない印象であった。MDACC は入院期間が短いだけでなく、多くの通院患者が診察や検査だけではなく、治療に通院で通っていることが再確認できた。日本ではあまり考えられないが、病院に隣接する建物にホテルが入っており、患者はホテルで採血を行い、ホテルから通院できるようになっているのも頷けた。

また、職員数は 19,530 人と多くのスタッフが施設を支えているだけでなく、ボランティアスタッフも 1,141 人と多く在籍しており、多くの関係者によって支えられていることもわかった。MDACC は、シャトルやバスを使用して建物間を移動しなければならないほど複数のビルディングに渡る広大なキャンパスを有していたため、まさに施設規模に関しても巨大な病院であった。

2. 今回の MDACC での研修先と研修内容

- 多職種チームやチーム医療について学ぶ(Dr. Ueno Meeting)

Inpatient Round: 病棟での Multidisciplinary Rounds : NP(Nurse Practitioner), Clinical Pharmacy の多職種チームのシャドーイング

Clinic Round: Breast Clinic, Breast Surgical Oncology Clinic: MD, NP, RN, Clinical Pharmacy

- チーム医療の中の看護について学ぶ

Nursing Round(移植病棟や緩和ケア病棟での RN のシャドーイング)

Clinical Nurse Leader (CNL) rounds: CNL のシャドーイング

外来での NP や看護師のシャドーイング

看護管理についてのレクチャー

Nursing Ethics Rounds

- MDA やアメリカのがん医療を学ぶ

Mays ATC, Breast Surgical Oncology, Radiation Oncology, Infusion therapy, WOC Nurse round, Houston Hospice Tour, Breast Survivorship.

➤ Meeting

Pathology Meeting, IBC Clinical Consensus Meeting,

➤ Lecture

Dr. Ueno Meeting, Leadership development, Ethics

➤ Others

Patient Education, Service Excellence Modules, GU clinic, Antimicrobial Stewardship Discussion, Attending Conference: 22nd Annual Interdisciplinary Conference on Supportive Care, Hospice and Palliative Medicine.

II 内容・実施経過

Page. 3

1. チームオンコロジーとMid-level Providerについて

MDACCでは、多職種がそれぞれの職業的な特性を活かして、がん患者を取り巻くチームオンコロジーが行われていた。医師だけではなく、Mid-level Provider(Practitioner)とよばれるNurse Practitioner (NP), Physician Assistant (PA), Clinical Pharmacistなど日本にはない職種が、チーム医療の中でそれぞれが専門的な能力を発揮して、チーム医療の質の向上に貢献していたことを学んだ。

2. 外来でのチームオンコロジー

MDACCでの外来で行われていたチームオンコロジーでの診療について言及する。今回の外来での研修では、乳腺内科・外科の医師、APN、RN、臨床薬剤師の診察に同行する機会を得た。多職種が連携してチームとして、1人の患者を取り巻くチームとしてサポートとしていたことがわかった。

外来の実際の場面を振り返ると、最初、患者は待合室でから呼び出された後、Nurse assistantがバイタルサインを測定して、外来の個室となっている診察室(Exam Room)に入る。日本では一つの診察室に患者が呼ばれて入る方式のため、患者が待つExam Roomに医療者が順々に訪れるこの方式に大変驚愕した。日本の一般的な施設の診察室では、カーテン越しに隣の診察の様子さえも伺える施設もあり患者のプライバシーが問題であるが、MDACCの場合、診察室が個室になっていることで、患者のプライバシーが守られており、安心して患者が自分の思いを話すことができていることが実感できた。

その後、Registered Nurse(RN)がEPICシステムと呼ばれる電子カルテ内の症状テンプレートで、痛みや薬物療法の副作用、術後の創部の具合など症状をアセスメントしていた。身体的な症状だけではなく、精神的な症状、社会的な側面に関しても状況に応じて、テンプレートツールを使用することで統一したアセスメントをすることができていた。また内服の有無についても確認していた。RNが身体的な症状だけでなく、全人的なアセスメントをトリアージすることで、その後の他職種の効果的な連携に繋がっていた。外来によっては、転倒のリスクについても外来の時点でアセスメントしており、後述するが、病棟での転倒リスクに対する取り組みにも繋がり、看護の質の評価に対する意識の高さに大変驚いた。

看護師としては、症状アセスメントをテンプレート化していくことで、どの看護師が行ってもある程度のレベルでの観察ができること、医師の診察前にトリアージをすることで、問題を焦点化していき、その後のNPやDrの診察により繋げることでより患者としても満足度の高い外来につながっていることを感じた。外来のRNの観察事項として、日本とは異なったのは、内服の状況の一つ一つ確認していたことであった。その状況を確認することやアセスメントすることは、治療が効果を最大限に発揮するだけではなく、内服管理のコンプライアンスの問題やセルフケア支援にもつながることとして重要なことだと考えた。

RNは、患者の診察が終わると、いったんWork Roomに戻り、観察とアセスメントした内容についてNPとコミュニケーションをとり、患者に何が起きているについて問題を焦点化して、その後のNPの診察に繋げていた。外来でのNPの役割としては、自らも診察を行い、アセスメントを行った結果から、血液検査や画像検査のオーダーもできることで、診断に繋がっていることや、処方ができることであった。患者や家族からの質問も、上級看護師のNPが丁寧に対応することで、患者はより聞いてもらっている、受け止めて頂いているという気持ちを持つのではないかと考えた。また画像検査の結果説明や画像検査の検査結果レポートをカルテに入力するなど、医師のルーチン業務を代行して行っていた。その後NPはDr. とコミュニケーションを取り、患者に起きている問題を話し合い、更に必要なオーダーを追加するなど医師の代行業務をおこなっていた。

Dr. の診察では、治療や疾患に対する疑問に客観的なデータも踏まえて、患者主体の治療の意思決定をサポートしていることが感じられた。私が見学した全てのDr. の診察においても、患者との関係性を大切にして、心身とも患者に向き合って会話をし、一つ一つの質問に対して丁寧に答える場面を見受けた。上野教授よりアメリカの医療現場でPCに向かって診療することは文化的にも患者に対してあり得ないことであるであると聞いた。医師も診察の場で、真剣に患者と向き合いながら、患者が納得するまで質問に答えるなど、患者主体の医療を実現するためのサポートをしていることが感じられた。診察中の患者で内服抗がん剤を指示通り内服せずに、自己調整している患者がいた。その場面では、あくまで患者の主体的を尊重しながらも、少し力強くアドバイスをする場面があった。本当に患者が希望する医療の実現するためには、患者にも主体的に参加することを医療者が求めて行く姿は、日本の「お任せします」との文化との違いを強く感じた。また診察の場で患者や家族との握手やハグなどのスキンシップ、時には辛い治療に頑張ってきた患者をエンパワメントする場面に立ち会うことができ、MDACCの医師たちの本当にハートフルな部分にも大変、感銘を受けた。

また臨床薬剤師が、医師に患者の情報を訪ねておおり、実際にステージがどれくらいかを尋ねていた。薬剤師の記録の中もGoalやassessmentの項目があった。外来の薬剤師もまた治療の意思決定に関わっていることが再認識した。

このように、多職種がチームで診察する意味は、患者から多くの声を聞くことで患者の満足度も高い個別性の高い医療の実現や、症状の見落としやリスクを未然に防ぐことで、質の高い医療を提供することができるのではないかと考えた。また医師の仕事が、治療の意思決定に集約しているなど、それぞれの職種のプロフェッショナルな部分を最大限に引き出している効率的なシステムであることも実感した。日本での診察の場を振り返ると、患者は、疾患や治療の疑問や、それに付帯する感情も短時間に医師のみに伝えるために、患者としては、治療が主体的とも受け止められず、結果的に一部の患者にとっては、満足度が上がらない可能性も考えた。

3. 病棟でのチームオンコロジー

今回、血液内科病棟を訪問することができた。病棟では、RN、CNLのシャドーイングとNP、薬剤師のチーム回診に同行した。

私が訪れた血液内科病棟でのRNは、日本の看護師の役割と同様に患者訪問した際に、ベッド周囲の環境整備、食事後の配役介助などの療養上の世話をしながら、痛みを含む症状マネ

ジメント、内服の服薬状況などの直接ケアや輸液の管理など診療上の補助的な役割を行っていた。朝に病棟所属のClinical Leader Nurse (CNL)と患者の情報を共有して、看護の方向性を確認した後に、担当患者の巡回を行っていた。

また朝に行われていた患者カンファレンスにも参加させて頂いた。ソーシャルワーカー (SW)、RN、CNL、Physical Therapist (PT)が一同に集まって、患者状態のカンファレンスをして、多職種で患者のケアやゴールについて話し合っていた。ここでも多職種での積極的なコミュニケーションが行われていたことが印象的であった。

RN1人が担当する患者数は病棟によるが、3-5人程度であった。主治医を含む多職種チームが病棟に来たときは、カンファレンスで患者の状態を伝えて、指示をもらうなどコミュニケーションを図っていた。外来同様に、EPICシステムに記載されたアセスメント項目に従って、患者の症状を観察していた。EPICシステムには、to do listのような使われ方もしており、例えば、「同意書の取得などできましたか？」のように業務も確認できるようになっており、一つのシステムで看護業務が全て完結できるようになっていたことが効率的であると考えた。テンプレートでは、様々なスケールを使用しているテンプレートであったため、どの看護師が行なっても一様に観察ができるようになっていた。また看護の質評価と関連しているようなスキンチェックや転倒のアセスメントも毎勤務されていた。スキンチェックの場合、簡単なブレデンスケールのような評価を行い、転倒リスクのアセスメントも入力していた。これに関しては、患者の部屋にはTwo way communication Boardと書かれた大きなホワイトボードがあり、Daily Plan of Care Goalとして患者と共同して日々のゴールの設定がされ、Information/Question for My Care Teamにおいては、患者から質問があれば記入できる欄があったり、痛みのゴールが書かれていたり、Care Teamの情報として、担当医、担当RN、担当CNLの名前が記載されていた。RNだけでなく、医療者は、患者とコミュニケーションを行い、患者主体の医療を実践していることがここでも伺えた。日本でも入院療養計画書や、患者と共同して看護計画を考えて立案するというものがあるが、どちらかと言えば実効性が低く、書類だけのものになっている場面も見受けられるため、このようなボードはとても参考になった。毎日、ボードを見ながら、医療者が目標をコミュニケーションしながら修正していくことが本当の意味での患者主体的な計画であり医療であることを実感した。これは、MD Anderson Cancer CenterのWoodlandsに隣接するSt. Luke hospitalを見学したときにも同様にコミュニケーションボードがあった。

Communication Boardの患者目標には、多くが”Pease Call don’t Fall”と記載されており、患者自身にも転倒転落のリスクを共有してもらうことや、注意して転落しないように意識してもらっていることが伺えた。患者の部屋の壁にも” Movement is medicine” と書かれたボードが貼ってあり、具体的に 1.Get up to eat. (食事は起きて食べる)、2.Eercise. (運動)、3.Groom yourself. (身なりを整える、4.Use a spirometer (スピロメーターを使用)することが患者の役割として推奨されていた。これらも患者の役割として主体的に取り組むことを促していた。これらは看護の質の評価において、転倒や褥瘡予防、肺炎予防などの項目にも直結しており、現場で患者とともに取り組んでいる姿に少し衝撃を受けた。

転倒転落や褥瘡発生などは、アメリカでの看護の質評価プログラムであるNDNQIの評価項目であり、NDNQIはMagnet Recognition Programの要件の一つとなり、Magnet Recognition ProgramはU.S newsのHospital Rankingの要件にも繋がるために、現場で取り組んでいることが病院

の評価にまで全て繋がっていることがわかった。

病棟では、Clinical Nurse Leader (CNL) が病棟の患者のケアの方向性を考えて、リーダーシップを発揮していたのが、大変印象的であった。CNLは、大学院を卒業しているが、正確には、NPのような Advanced Practice Nurseではないため、質の評価ができる、リーダーシップを教育されたジェネラリストであるとされている。CNLは日本には認定されていないため、実際に何をやっている看護師なのかがわからなかったが、実際に業務を見学することで少し明確になった。

CNLの業務の実際としては、朝の多職種カンファレンスで、自分が担当する担当患者のプレゼンを行い、多職種で積極的なコミュニケーションを行っていた。カンファレンスに使用される患者一覧表には、CAUTIやFallなどの患者リスクが書かれており、これも多職種で協働されていた。CNLが評価している項目としては、褥瘡や転倒リスク、看護師満足度、再入院率などをデータにして、現場の看護の質向上に繋げていた。またこれらのデータが、Creating a Culture of High Reliability in Patient SafetyやCreating a Culture of High Reliability in Patient Experienceとして、病棟に掲示されており、患者や家族も病棟看護の質の評価を目にすることができるようになっていた。

CNL自身も患者の前でFallにかなり注意していた。高齢の女性患者が入院していたが、彼女はベッドを離れるとセンサーコールが鳴るようになっていた。部屋に飲料水が溢れる場面に出会った。日本であれば、清掃業者を呼んで拭いてもらう場面であるが、CNLは転倒リスクを考慮して、自らが床を即座に拭いていた。

CNLが実際に退院前の患者指導をする場面にも立ち会えた。退院指導の項目が日本に比べて多かったことや、映像などのリソースの活用、退院後に受診する医療機関の確認などを一つ一つ患者に理解の確認をしながら、進められていたことが印象的であった。日本にもリーダーとして病棟にこのようなCNLがいればと羨ましく思った。

血液内科のMultidisciplinary teamのNPに同行して病棟をラウンドするチーム医療について学ぶ機会があった。NPは看護師であるが、病棟に属さずに、multidisciplinary teamに属していた。チーム回診の際は、カンファレンスで順番に自分の担当患者の症例提示をしていた。さらにカンファレンスで話し合った結果で、その患者の処方提案をする、レントゲン、CTなど画像検査や採血のオーダーを出していた。また他職種からのコンサルテーションを受ける、他職種と協働するなどの役割も担っていた。

4. APN (Advanced Practice Nurse)について

日本でがん看護専門看護師である私は上級看護師が実際の場面でどのような役割があり、どのように質向上の取り組みに貢献しているかに大変興味を持っていた。上野教授曰く、MDAでの医師は、以前は、慢性的な医師不足に陥っていた。そこで、NP、PA、Clinical PharmacistなどのMid-Levelの医療者を採用することになったという経緯を聞いた。こうしたMDACCの歴史があって、今の体制に至っていることに意味があると考えた。

Nurse PractitionerやPhysician Assistantとの違いを以下に記載する。

Nurse Practitioner (NP): RN取得後に看護系大学院で2年間、臨床的なトレーニングを受けて、修士号を取得して、その後、資格試験を得て認定される。5年間の更新が必要(試験は不要) 処方権や開業権あり。医師の監督下、医療行為を行うことができる。

Physician Assistant (PA): 大学卒業後にMedical Schoolで2年間トレーニングを受けて、修士号を取得する。医師の監督下、医療行為ができる。

PAはMedical Schoolでのトレーニングを受けているため、NPに比べて、どちらかと言えば、診察スキルに優れており、一方でNPはNPよりも患者教育を行ったりするなど、看護ケアの視点を持ち合わせているのは、それぞれの修士号取得の課程をみたら合点がいく。

MDACCの見学するに当たり、今回は、NPの見学を複数回する機会を得て、実際に、カンファレンスの後にオーダーをする場面に出会った。

日本の上級看護師との最大の違いは、州法によって、診断や処方ができることや開業権がなどの法的な裁量権が認められていることだと考える。日本では、現在、修士号を終了したCNS(Certified Nurse Specialist)と6ヶ月研修終了後に取得できるCN(Certified Nurse)があるが、あくまで看護協会認定制度であり、アメリカのようにRNとは異なった法的な部分での裁量権のある業務もないため、実質はRNと同じ仕事の業務範囲となる。そのため、他の職種からすれば、どういったことができるのかが一瞥することが難しく、どうコラボレーションを行い、チーム医療の中での有用性が判断し難い部分もあるのではないかと考えた。実際にメンターであるTheresaに聞くと、MDAは、Middle-Levelのナースや博士号卒のDoctorate in Nursing Practice(DNP)はもっと必要としているとのことであった。理由としては、研究や臨床の実践レベルを上げるために必要なためであるとのことだった。日本では、そこが管理者と一致していない施設もまだまだ多くあることを聞くことがあり、今後の課題かと考える。そのためには、恐らく、上級看護師がケアの質だけではなく、もう少し、医療のアウトカムと共通するところに関与できるかを考えていくことも必要かとは考える。

5. 放射線治療室

MDACCには、IMRTやSBRTを行うリニアック室やproton(陽子線療法)センターがあった。今回、訪問したのは、7つの治療機があるリニアック室に訪問した。リニアックは7室あり、IMRTとSBRTなどを行っていた。SBRT(治療器はVarian製)の治療の実際の場面を見ることができた。リニアック室では放射線技師と医学物理士が患者を治療室に入室させて、治療台に横になってもらい、固定具やバスタオルの準備を行っていた。医学物理士と放射線技師が線量のチェックをして、最終的には、巡回する医師がダブルチェックをして治療を行っていた。

またリニアックでの定期的診察に同行した。診察方法は他の部署と同様にチーム医療を実践していた。最初にRNがトリアージをして、NPが診察、医師が診察をする方法であった。他の外来同様に、それぞれの職種が情報を共有して、職種間でコミュニケーションをとって、患者を丁寧に診察していた。治療後のフォローの患者の医師の診察に同席する場面では、患者から「放射線で死んだ細胞はどこに行くのか?」という質問であったが、医師は丁寧に患者の質問に回答していたことが印象的であった。ちなみに治療が全て終わると、リニアック室にある鐘を鳴らすことで患者にエンパワメントすることを大切にしている文化を感じた。

6. 外来化学療法

今回、Mays Clinicの調剤の見学とMain10階のInfusion centerに見学することができた。MDACCでの化学療法の基本は、外来でできる治療は外来で行うことを原則としている。そのため、MDACC内でも5箇所へ渡って治療室が存在していた。

治療センターはすべて個室になっており、個室の中身も、シリンジポンプ、モニター、テレビ、吸引ポンプ、酸素が備え付けてあった。患者がゆったり、くつろいで治療を受けられる環境となっていた。日本の一般的な病院の1病床のスペースも大きいため、圧迫感など存在しなかった。

治療が開始になると、看護師が点滴を持って訪問していた。看護師は、患者に名前やID番号を尋ねると、患者はきちんと答えることができた。IDが答えられるのは、驚いたために、患者になぜ覚えているのかと尋ねてみると、「治療を受けるので当然だ」という回答があった。患者が主体的に治療を受ける意識の高さがIDや自分の治療薬について名前を覚えていることにもつながっていることを感じた。私がRNと訪れた際に、話をしてくれた患者がいた。彼は中国から治療を受けに来たとのことであった。自国の医療環境よりも、お金がかかっても、より一層良い治療を受けたいということで、治療のためだけにMDACCに来ていた。彼のように世界中からやってくる患者にとっては、MDACCへの期待の大きさがあることを実感した。患者の指導はRNだけでなく、NPが診察を行っていた。NPはさらに主治医やClinical Pharmacistと情報を共有していた。

抗がん剤は、手持ちのiPhoneにて確認後、RNがダブルチェックで確認した後に接続されて投与されていた。ガウンやマスク、二重手袋など必要な曝露対策もきちんとされていた。

別の日には、Maysの調剤部門にも見学に行くことができた。そこでは、薬剤師ではなく、テクニシャンと呼ばれる職種が点滴の混注を行っていた。薬剤師は詰められた内容をチェックする、レジメンをチェックするというように仕事が集約されていた。調剤部門に入室する際に、曝露対策としては、帽子とフットカバーと手袋が二重にして入室したことから調剤の曝露対策が日本より厳重にされているように感じた。薬剤師の仕事で意外であったのは、IPポンプを管理していたことであり、ポンプは病院用と5FUの帰宅用があった。

7. キャリア開発

上野教授からキャリアについての話を毎週、お話しを伺うことができた。MissionやVisionについては、具体的なアドバイスを頂いた。Visionは理想的な世界像であり、決してゴールではないことを最初に教わった。MissionやVisionは、人に覚えてもらえることや、自分で言うことが大切であることやVisionに基づいて仕事を選ぶことを学んだ。またMissionやvisionにおいては、ユニークな部分がとても大切であることを教えられた。

そして、キャリア形成には欠かせないメンターとメンティーについても学ぶことができた。自分がメンターとしては、何とか成功させたいという気持ちでメンティーに関わること、自分のメンターとは、コミュニケーションを取って、良いメンティーでいることも大切であるなどメンティーとしての役割を果たしながら、関わることなどを学んだ。

またCV(Curriculum Vitae)の書き方についても学んだ。CVが単なる履歴書だけではなく、書き方一つで、自分のことをアピールできるものだと学んだ。またPersonal Statementにおいても、Mission & Visionも入れて、自分がどういった人間でどういった活動をしているのかということを書き記入することと学んだ。日本では、書く機会を持たなかったため、日々、アップデートしていくことを教えてもらい、大変勉強となった。

8. リーダーシップ

Janis先生の講義の中や上野教授からリーダーシップについての講義を受けることができた。こういったリーダーシップの研修自体日本では存在すること自体があまりないため、今回、受講のできることで、大変貴重な機会となった。

リーダーシップは、**Leaner**であり、誰でも実践できるスキルと能力であることを学んだ。また、リーダーは地位ではなく、個々の態度や姿勢であり、学習していくことでより洗練されることを学んだ。また優秀なリーダーを育成することで生産性の向上を目指していることを教えてもらった。リーダーとしてのあるべき姿としては旧来型の支配的なリーダーではなく、周囲に対して尽くすことや、チームにとっての安全な環境を作る、メンバーの成功をサポートすることで、自らの成功とチームの目標を達成するようなリーダー(**servant Leadership**)が望ましい。リーダーは**Good Listener**であること、**Reading**することで多くの事を学び続けることが大切である。

またリーダーシップとして大切な5つのスキルとして、1) **Model the way**(模範となること)、2) **Inspire a shared vision**(共通したビジョンを示す)、3) **Challenge the process**(プロセスに挑戦する)、4) **Enable others to act**(他人に行動するようにする)、5) **Encourage the heart**(心から励ます)ということ学んだ。実際にMDACCで行われていたことを振り返ると、”**Model the way**”は、MDACCは多くの学生や私たちのような留学生を受け入れており、指導する場面で、自らがMDACCで行われている大切な事を語る事が該当するのではないかと考えた。“**a shared vision**”は、恐らく、多職種チームでコミュニケーションをとっていた場面にこれが該当するのではないかと思う。

上野教授の講義では、**Leadership**には、**Positional Leadership**と**Individual Leadership**の2種類がある。理想は、誰もがリーダーシップを持つことができ、正しいことや信じたことに基づいて行動すること。自分の**Core Value**や**Mission & Vision**に基づき行動すること、コンフリクトを恐れないことが大切であることを学んだ。

Janis先生の講義では、**Core Value**を実際にリストの中から選んでみて、自らの**Core Value**を知ることと、それをお互いが知ることが大切であることを学び、**Core Value**が人間関係や自らを理解することに有効であり、**Core Value**は自分たちの基本となるもので、優先順位を決めるときにも有益であると学んだ。

Daniel Pinkの**Drive**という書籍のレポートを通して、モチベーションをどのように高めるのかということ学び、モチベーションを高める要素には、**Autonomy**(自律)、**Mastery**(熟練)、**Purpose**(目的)の3つの要素があることを学んだ。環境においては、サイコロジカルセーフティーがないとリスクが高まる。そのためにはできるだけディスカッションすることが大切であることを学んだ。

9. 看護管理

MDACCには2,450人の看護師が直接ケアに関わっており、そのうち88%がBSN、3%がMSN、7%がDNPであることがわかった。**Magnet Recognized Program**とはアメリカ看護協会が行っているプログラムで、簡単に言えば、看護師が集まっている病院を調査して、なぜそこに集まっているかを調査するプログラムである。看護の質や安全性やコミュニティーなどの項目を評価する必要となっており、MDACCはすでに4回受賞しており、再認定が来年度に行われる予定であった。**Magnet Recognized Program**は全米の5%の病院しか受賞できないという意味からも

MDACCの看護の質のレベルの高さも伺えた。

新人看護師対象のプログラムを学ぶ機会を得た。MDACCは毎年300人の新人を受け入れており、新人向けの教育プログラムがあることを学んだ。新人オリエンテーションは、3つのパートに分かれており、1つ目としてMDACCのことを学ぶ、コンピュータの使用法、コードブルーを学ぶようなGeneralなパートがあり、2つ目として、病棟には、どんな患者がいるのかなどClinical Immersionのパート、3つ目には、化学療法のこと痛みや症状のコントロールなどのオンコロジーのレジデンシーとしての学習を行う。教育部門には、教育担当の看護師 (Nurse educator) が30人ぐらいいるので、その担当者が講義を行うことや、個人の進達状況に合わせてのプログラムも組まれていることについても感銘を受けた。

新人看護師のマンスリープログラムでは、技術、プロジェクト、プレゼンテーションを学習する。具体的にはシュミレーションセンターで本番さながらの状況を作って、シュミレートさせることで、より臨床現場に近い形での学習をさせることであった。

Advanced Practice Nurseについても12ヶ月のfellowshipが組まれており、オリエンテーション期間には、APNは2-3週間で場所をローテートさせる、認定に向けての提出書類のフォローなどの教育が用いられていた。

また看護の提供モデルについての講義では、CNLを中心として小チームの看護実践モデルが紹介された。その中で、転倒リスクの介入についても紹介された。転倒リスクが高い患者には、イエローのリストバンドの装着、滑り止め付きの靴下の着用、移動用の腰ベルトを装着することが求められる。基本的に、自立 (independent) を重んじるため、決して身体抑制はしない。日本ではまだ身体抑制が行われていることを伝えると、かなり驚いた様子であった。またTeam discussion をすることでsocial safety をもたらすことを学んだ

10. 医療者間のコミュニケーションやシステムについて

どの職種においても、医療者間の主なやりとりは、電話ではなく、E-mailを使用していたのに驚いた。どの職種も始業時に大量のメールをチェックしている姿が大変、印象的であった。メールも要件が1行にまとめられるようにトレーニングされており、日本のように長々と電話で話すことはほとんどなかった。

これについては、現代のコミュニケーション自体がメールやSNS に変わってきているため、医療の世界でも当然そのような流れがあると教えてもらった。むしろ、多くの日本の医療施設で未だに電話や長々としたメールについて、費用対効果の面からも再考すべき時期なのかと考えた。また患者とのやりとりにおいても、メールでの問い合わせがあることや My MD anderson というサイトを通して、自らの治療結果にアクセスできるシステムに大変驚いた。

患者の説明や同意書も手書き用紙もなく電子書面であった。アメリカでは、紙媒体は間違いの元になること、偽造される恐れがあるため、危険とされると聞いた。処方箋に関しても、PCよりFAXもしくはデータで送られる。持ち込まれた紹介状はスキャンされてすぐに破棄される。今後、日本政府が電子書面化に向けて推進しているニュースを聞いたため、医療でも取り入れられる視点として、大いに参考になった。

チームオンコロジーで学んだこと

私は、今回の研修でチームオンコロジーの実際を入院・外来で見ることができた。上野教授の講義の中でチーム医療は「1. 満足度が高い医療の提供、2. 医療レベルの向上、3. 患者力の向上、4. 医療従事者の満足度の向上」の4つが達成できて初めてチーム医療が行えているといえることになることを聞いた。

それは単に多職種が集まって、チーム医療をするという意味ではなかった。チームオンコロジーによってもたらす **Outcome** が、患者にとっての満足度が高いものになっており、医療のレベルとしても高いという意味は大変意義深い。今後、私が日本でチーム医療を展開していく中で、4つのポイントは、大変参考になる視点であると考えた。

またその実現のために必要な **Leadership** を学びそれぞれが身につけること、身につける機会を作ることが必要であることも学んだ。

その前提としてチームメンバーが保障された環境で、専門性を活かした積極的なコミュニケーションを図ることが重要だと考えた。

また医療チームを取り巻く環境についても考えてみた。よりポジションの高い人間は、より責任のある仕事を行うことが責務であることを学んだ。そのほかの仕事は、部下が代理で行う、その他の医療者が代行することで、医師は医師、看護師は看護師、薬剤師は薬剤師の仕事に集中できることを学んだ。

日本でも同様のことが起これば、どうなるかを想定すると、おそらく、下のものが疲弊するのではないかと想像する。なぜ **MDACC** がうまく行くか考えると、下に委譲する仕事が単に委譲されているだけではなく、プロトコルの作成、電子化やシステム化により業務の質を落とさないように工夫されているのではないかと考えた。**PICC** を入れる看護師においては、心電図を用いた特殊なエコーを用いて確実に下大静脈に入るようになっていた。**WOC** ナースは **iPhone** の写真機能を使って、カルテ上で創傷の情報を医師とも即座に共有できる、化学療法のオーダーは医師がダブルチェックするなど、医師でなくても質と安全性を担保できる、再現性を高めるためのシステムの形成や方略を持っているように思えた。

がん看護の質向上で学んだこと

NP だけでなく、今回、**CNL** の役割や働きが現場の実践レベルを高めることに寄与していることがわかった。**NP** や **PA** に関しては、法整備的な問題もあるため、日本で現実的には早期の実現性は難しいと考えるため、今、自分自身を含め何ができるかを考えた。がん医療の質向上という点において、今回、感じた日本での課題としては、私自身ががんのリーダー看護師として、ジェネラリストとしてのがん看護師の育成をしていくことを考えた。上野教授も指摘されていたが、日本では看護師がある程度の年数を経過すると異動となる。そのため、「この **Ns** に聞いたら何でもわかる」ようなジェネラリストだけど、スペシャルな看護師が生まれにくい土壌が少ない。日本では、異動がないことで組織が膠着することを危惧して異動する傾向が多いと考えるため、中堅になると異動する。逆に、**MDA** に在籍している **RN** 数人に異動の話を実際に聞くと、「異動はない。私が希望しない限り」とのことであった。医療やケアが複雑化専門化しているため、それぞれの分野で、より実践に優れたジェネ

ラリストとしての看護師が必要になってくるため、そのような看護師を育成して、結果的にプライマリーチームとしての質を高めていくことが必要だと考えた。

オンコロジープログラムの創出

今回、JMEのメンバー7人が2チームに分かれてオンコロジープログラムを考えた。私たちのメンバーの共通項を重ねて考えると、全員が薬物療法に何らかの形で携わっており、しかも男性。乳がんなど女性のケアはメジャーではあるが、男性患者のケアができているのか？という疑問が沸いた。そこで、私たちのグループは男性患者の性機能障害にどのようにサポートできるかについて注目をした。

Vision: 男性がん患者が性問題に悩むことなく、その人らしく生きる社会をつくる

Mission: 患者、パートナー医療従事者に教育と介入プログラムを提供し、男性がん患者の性問題を減らす。

この問題では、がん患者の性機能障害の患者を特定して、アセスメントのアルゴリズムを使い、適切な介入プログラムを行うことやMen's Health Teamの介入を行うことを目的とした。

このプログラム作成を通して、3人のメンバーで毎晩のようにディスカッションを行った。全体を通して、3人で職業毎の価値観の違いを認めながらも、同じMission & Visionに向けてコミュニケーションをとることができたこと、プロセスを共有できたことが、今回の成果だと考えた。

<様式3－別紙(A)>

<様式3－別紙(A)>

私自身の今後の課題としては、日本でのチームオンコロジーの実践をどのような形で広めていくかが最初の課題だと考える。そのためには、自施設に限らず、講義や執筆などの機会を使って広めていくことや日本での J-TOP 参加者を自施設でも増やしていくこと、仲間を増やすことが重要だと考えている。

患者主体の医療の実現に向けては、患者の声を丁寧に聞いていき、患者教育などの機会を使いながら、患者を常にエンパワーすることを意識して、主体性を高めて自らが意思決定できることをサポートすること。それによって、患者の満足度を高めることをチームとして、取り組んでいく。加えて、医療の安全と経済的な観念からも患者主体の医療は重要であることを頒布していく。

リーダーシップの課題としては、Janis 先生から教えられた言葉の一つに「リーダーは skill であり、学習するもの」という言葉があった。今回、帰国してからも先生から薦められたリーダーシップに関する本を読むなど、意図して自己研鑽を続けていくことが大切だと考えた。

また、MDACC での 5 週間で感じたのは、医療者である自分たちが他者から承認されることも大切だと考える。今後の日本でも新人看護師自体の人口が減少することや看護師自体が高齢化することで、組織自体のありかたも変化せざるを得ないとは考える。もう少し自己を承認される仕組みも必要かと考える。病棟に飾ってあった Celebrate a Star のようなシステムは本当に素敵だと感じた。頑張っている自分たちをしっかりと認め合うようなシステムも構築していきたい。

最後になりましたが、JME2018 のプログラムに関わって頂いた全ての関係者に感謝申し上げます。

J-TOP の Founder の上野教授には、今後、私たちが活躍するために、本当に暖かい励ましの言葉をたくさん頂きました。今回の chair である Joyce には、ご自宅までご招待して頂き、渡米した私たちを暖かく包んでくれました。Mentor の Theresa には、今後の臨床でのヒントや看護管理のアドバイスをたくさん頂きました。Nick には、私の希望する訪問に対しても無理なお願いも調整して頂きました。Bora 先生には、個人的にアドバイスといつも Heartful な言葉をかけて頂きました。倫理について深く教えて頂いた Theriault 先生、統計についてのアドバイスを頂いた Shen 先生、私たちを色々な所に連れ出してくれた Le-Petross 先生、家にご招待して頂いた Jeff やヒューストンの色々な所に連れて行ってくれた、Dr.Teshome、Neelam、Brandon、色々な本を紹介してくれた Janis 先生、最後の外来を見せてくれた Reyna 先生、リニアックでの診察に同行させて頂いた Liao 先生、全ての Mentor の皆様に感謝しております。

また私たちのアメリカでの困り事にすぐに対応して頂いた Marcy さん、ありがとうございました。

そして、医局でお世話になった喜多先生、岩瀬先生、色々なアドバイス本当にありがとうございました。

また、渡米前から帰国後までご支援くださった、笛木様に感謝申し上げます。また渡米前から色々なアドバイスを頂いた JME2017 のメンバー始め、JME の OB,OG の皆様に感謝申し上げます。

今回の研修の実現に向けて、ご寄付頂きました関係会社の皆様に感謝申し上げます。

そして、一緒に参加した 6 人の仲間にも感謝いたします。渡米中、少し体調を崩したときもありましたが、最後まで頑張れたのは、6 人がいたからだと思います。いつも気を配って頂いた Yoko さん、職人氣質の俺についてこい的なリーダーシップが素敵な Kazu さん。聡明でスマートな Shu さん、エネルギーッシュなパワーがところが本当にすごいルームメイトの Ryo くん、何でもすぐに行動にできるところが素敵な Masami さん、居てくれるだけで癒やされる Nao さん、本当にありがとうございました。

また、私を渡米まで送り出して頂いた小林院長始め、京都第二赤十字病院の関係者の皆様に感謝いたします。田中看護部長を始め看護部の皆様、いつも後押しして頂いた緩和ケア科部長の柿原先生、西谷副部長、5 週間不在する中で本当に頑張ってくれた化学療法センターの八木師長、靱井係長、能勢係長、全てのスタッフの皆様に感謝申し上げます。

最後に京都で首を長くして待っていてくれた家族、ありがとう。