

<様式3>

平成 29 年 10 月 30 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 福島県立医科大学附属病院 副看護師長

研修者氏名 保坂ルミ

平成 29 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 2017
- 2 研修期間 平成 29 年 7 月 20 日～平成 29 年 8 月 25 日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 29年 10月 30日

平成 29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 2017

所属機関・職 福島県立医科大学附属病院 副看護師長

研修者氏名 保坂ルミ

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

看護師間における相互の・・・ コラボレーション、パートナーシップを通して、エビデンスに基づいた緩和ケアシステムを構築する。

(英語)

Establish an evidenced based palliative care system through mutual exchange, collaboration, and partnership of nurses.

●Vision:

(日本語)

看護師への教育とサポートを通して、すべてのがん患者とその家族に質の高い緩和ケアを提供できる社会を創る。

(英語)

Create a society that provides high quality palliative care for all oncology patients and their families through nursing education and support.

I 目的・方法

1. 目的

- 1) MDアンダーソンがんセンターにおいて展開されているチーム医療を学び、チームオンコロジーを推進するための概念やスキルを学ぶ
- 2) MDアンダーソンがんセンターにおける医師、薬剤師、看護師の役割と日本におけるその違いを理解し、日本におけるチームオンコロジーの展開について示唆を得る。
- 3) MDアンダーソンがんセンターでの学びから自己のミッション及びビジョンについて創出し、看護師としてのキャリアを再構築する。
- 4) 医師、薬剤師、看護師の医療チームにおいて、チームオンコロジーを実践しつつ日本で展開するオンコロジープロジェクトを立案する。

2. 方法

- 1) JME2017に参加し、MDアンダーソンがんセンターで実践されている各部門におけるチーム医療の見学、スタッフとの交流、カンファレンスやレクチャー、イベント等に参加する。
- 2) MDアンダーソンがんセンターのチーム医療と日本の現状との違いを多方面から検討し、日本における課題や方向性について検討する。
- 3) キャリアディベロップメント、ミッションやビジョン、リーダーシップ、メンター制度や倫理等におけるレクチャーやディスカッションに積極的に参加し、考察を重ねて自己の今後のキャリアについて明確にする。
- 4) 医師、薬剤師、看護師で構成されたチームでミッションおよびビジョンを掲げ、エビデンスに基づいたオンコロジープロジェクトを創出し、そのプレゼンテーションを行うという一連のプロセスを通してチームオンコロジーを学ぶ。

【研修期間】 2017年7月20日～2017年8月25日

【参加者】 医師4名、薬剤師2名、看護師2名

《目次》

I 目的・方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1頁

II 内容・実施経過・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1頁

- 1. MDアンダーソンがんセンターにおけるチーム医療の実際・・・・・・・・2頁
- 2. MDアンダーソンがんセンターの看護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5頁
- 3. Mid-Level Provider・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
- 4. Patient Education・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7頁
- 5. 自己のミッションとビジョンの構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9頁
- 6. オンコロジープロジェクトの創出・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9頁

III. 成果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11頁

IV. 今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12頁

II 内容・実施経過

Page. 2

1. MD アンダーソンがんセンターにおけるチーム医療の実際

(1) 外来クリニック

外来診療部門では、主として Brest Cancer Oncology Clinic、Gynecology Oncology Center 等の見学を行った。外来の診療チームは、医師、Nurse Practitioner (NP)あるいは Physician Assistant (PA)、看護師 (Registered Nurse)、薬剤師 (Clinical Pharmacist CP)、Medical Assistant (MA)で構成されており、そのほかにスケジューラー、Medical Social Worker(MSW)、Case Manager 等の職種が関わっていた。診療時には必要に応じて通訳野方が加わった。医師、NP・PA、RN、薬剤師は Work Room という部屋に集まり、チームを形成していた。その部屋で情報収集、診療に関するディスカッション、検査や治療のオーダー、記録、他部門・他施設との連絡調整を行っていた。相互にコミュニケーションを取るには適当な広さの部屋であった。MD アンダーソンがんセンターの分院である Woodland においても同様であった。

患者は受付が終了するとバイタルサインなどの測定や簡単な問診を受けて診察室へ案内される。これらは基本的に MA や Licensed Vocational Nurse(LVN)という職種が行っており、看護師はその情報の確認や追加情報を聴取する。その後 NP や PA が患者を診察、アセスメントを行って医師に伝え、医師の診察に至る。おおよそこの職種の順番かあるいは一緒に患者に関わっていた。全診察室ドア横には色のついたランプが取り付けられ、現在どの職種が入室しているのかが一目瞭然であった。医師は診察前後、NP や PA らと患者の身体・精神、社会的状況や治療に関するディスカッションを行い、その後の具体的な方針を決定していた。NP や PA は必要に応じて、検査や治療の説明、検査予約や薬物処方、外来化学療法薬のチェック、専門職からの指導等のオーダーを行っていた。Mid-Level Provider という NP や PA、CP の存在によって効率的に外来が展開しているように感じた。患者の外来受診という短い時間の中で、多職種が異なる視点で患者をアセスメントし、方向性について専門的立場から相談し合える環境にあることが最善の診療に繋がっているのだろうと理解した。特にディスカッションに参加するメンバーが職種や地位に関わらずに対等だったことが印象に残った。外来見学中、NP が患者の前医等への情報提供請求や連携先の施設への電話連絡を行っていたが、すぐに返答が送付されてきたり、電話でディスカッションが行われたりして、迅速に患者への対応に活かされていた。連携システムの整備ができ、それが効率的・効果的に運用されていることに驚いた。

(2) 記録システムと患者からのアクセス

MD アンダーソンがんセンターでは電子カルテシステムとして EPIC System を採用している。同じ System を採用している施設であれば、診療情報が共有可能とのことだった。

(つづき)

II 内容・実施経過

Page. 3

患者は、my MD Anderson というウェブサイトからすぐに簡潔に患者自身の診療情報や治療およびケアの計画等を閲覧できるほか、メールにて医療チームの各職種とコミュニケーションが可能である。例えば、抗がん剤の有害事象や健康補助食品の摂取、検査データの数値の意味や不安などについての問い合わせができる。特に MD アンダーソンがんセンターでは遠方からの患者も多い。的確な対応方法についてアドバイスがあることや不明点の説明が適宜受け取れることによって、自宅で安心して療養できることや不必要な受診の減少につながるものと考えられた。対応には、患者からの電話/メールのためのガイドラインに沿って RN、APN's (Advanced Practice Nurse)、Fellows、Pharm D's、Faculty 等が行うことになっていた。NP や薬剤師に件数を尋ねたところ、1日平均7件~10件程度とのことであった。このシステムにより Bad News を患者が先に知ることもありうる。状況に応じて患者に連絡をする等の対応を行っていた。日本でも診療カルテが閲覧可能な施設はあるが、今後促進されているためにはセキュリティの問題の他にどの職種がどのように対応するのか等多くの課題があると思われた。

(3) ATC (Ambulatory Treatment Center)

外来化学療法センターを見学した。化学療法のオーダーは医師と NP/PA、CP の2人以上のサインが必要とされている。抗がん剤調剤前には薬剤師 (Operational Pharmacist OP) の厳密な監査があり、投与前には RN のダブルチェックを経て患者に投与されていた。MD アンダーソンがんセンターには大きく5つの外来化学療法センターがあり、他関連病院である Woods Lands、Bay Area、Katy、Sugar Land にも設置されていた。5つのセンターでは1日約400件以上、土・日曜日にも約200件の化学療法が行われていた。センターの稼働率は、逐一グラフとなって表示されており、平日の稼働率は90~99%であった。

私は外来化学療法センター (Mays clinic Blue & Purple) で RN のシャドウイングを行った。このセンターは午前7時から22時30分まで稼働している。はじめ、本日の受け持ち患者数を質問するとわからないとのお答えがあつて不思議に思った。システム上、主任看護師 (Charge Nurse) が患者の待ち時間やプロトコル、進捗状況に合わせて担当 RN を決定していたためである。担当が決まると大きな電子ボードに部屋番号、担当 RN、患者の Initial、待ち時間、開始時間等が表示され、フロアの状況が把握可能となっていた。RN の執務室および抗がん剤等が保管されている部屋への入室にはカードキーが必要であった。患者が案内されたことが確認できると RN が点滴を持って訪室する。氏名、ID 番号、抗がん剤名、ポートや身体状況等について確認後、点滴を開始していた。患者が自分の ID 番号と抗がん剤名をしっかりと答えることができていた。自施設では医師の説明を除いて、抗がん剤薬に関する説明や指導を外来化学療法センター所属の CP や RN が行うことが多い。MD アンダーソンがんセンターにおいては、医師、NP が外来で説明や指導を行っており、患者が十分に理

II 内容・実施経過

Page. 4

解していることを前提に治療がすすめられるとのことであった。携帯用の輸液ポンプも操作等指導を受けていたのには驚いた。また、患者のベッドサイドの CALL Board には「CODE BLUE」があり、その場を離れずに緊急対応可能なシステムを整えていた。抗がん剤等の投与に使用する輸液ポンプには予め抗がん剤名が入っており、抗がん剤名を選択、輸液量、速度をインプットすることで電子カルテの経過表に記載されていた。患者の部屋 (Treatment Room) のほとんどは個室であり、TV やクローゼット、洗面台が備え付けてあり、枕は1回ごとのディスプレイ、プライバシーが保たれるようガラス戸にカーテンが引かれるようになっていた。血管確保のための保温にはリネンが用いられ、大きな保温器に大量のリネンが保温されていたことは看護師として興味深かった。日本ではホットパック等が使用されることが多い。PACT (Professional Action Coordinating Team) に参加して保温による熱傷例からの業務改善の取り組みを拝聴したばかりであったので、コスト面を除けば感覚鈍麻のある患者への使用やリネンが腕の形状や広範囲に合わせられることなどを考えると患者にとって有益と思われた。徹底した役割の細分化と安全と安心を確保するためのシステムが効率的・効果的に構築されていると感じた。

(4) サバイバーシップ・クリニック

がん治療を終えて5年を経た患者はサバイバーシップクリニック (11 部署) で対応しているとのことで、今回 Breast Survivor Clinic を見学することができた。患者は年に1回程度受診するが、通常はコミュニティのプライマリドクターがフォローしている。クリニックに医師はおらず、NP らが主になって展開している外来で患者1人につき30分の予約枠がある。対応してくれた NP はサバイバーの病歴等をチェックし、MD アンダーソンがんセンター Breast Cancer Survivorship のアルゴリズムに則り、患者の問診や診察、指導、必要に応じて院内外の職種と連携を図っていた。アルゴリズム (Invasive Breast Cancer) では、治療後5年が経過しかつ再発等の兆候がない場合、サーベイランス (検査・診察、マンモグラフィなどのスクリーニング、ホルモン療法等の治療の評価など)、モニタリング (骨密度、心機能や倦怠感、神経障害の評価、治療後の患者教育、リンパ浮腫やセクシュアリティ・妊孕性に関することなど)、リスク回避や早期発見 (婦人科検診、大腸検診、栄養・体重管理、運動療法、喫煙予防、予防ワクチン、遺伝子検査など)、心理社会的機能評価 (ストレス・心理社会的マネジメント、ボディイメージや経済的問題、社会的支援など) の項目に沿って対応が示されていた。診察室には各種パンフレットが置かれており、症状や予防・早期発見、健康増進への意識を高めていたように思う。NP は診察時、効果的にコミュニケーションを使って患者の状況を把握し、評価するとともに多様な質問に対応していた。サバイバーシップ外来の特徴上、同じ患者に何度も対応することは少ないように思う。短時間でも必要不可欠な情報を収集し、ケアを提供するために高いコミュニケーション能力が発揮されていたように思う。

II 内容・実施経過

Page. 5

がん患者の罹患数が増加する日本では、サバイバーへのケアが課題となるだろう。現在の医療現場における十分なフォローは困難である。解決策としては、その領域における NP のような専門家の育成と地域医療連携システムの整備であると考え。たとえば日本には専門看護師や認定看護師という専門的な資格を持つ看護師が存在するが、施設や地域でその分野に特化した実践ができない場合が多い。要因として人的資源が少ないことや役割の理解が進まないという点あげられる。専門性を有効に活かすこと、施設のみならず地域全体に貢献できる機会をつくること、さらに高度な専門性を持つ人の育成などが求められていくと考える。

2. MD アンダーソンがんセンターの看護

MD アンダーソンがんセンターでは、看護に関するスペシャリストが活躍していた。NP や CNL (Clinical Nurse Leader) 、 Nurse Manager、 Ph.D. や MSN、学会認定看護師等であり、ネームプレートに記載されていた。日本の正看護師のような役割を果たす RN は 3500 人以上おり、今回私は病棟勤務の RN のシャドウをさせていただいた。医師や NP、薬剤師とのチームカンファレンスへの参加、MSW や PT や OT 等と適宜コミュニケーションを図って、情報を共有し患者にケアを提供していた。チームカンファレンスでは RN の立場から情報を提供するばかりではなく、RN としてのアセスメントと看護の方向性を示していたことは印象的であった。この日、夜間せん妄様の症状を呈した患者に対して、通訳を介しながらコミュニケーションを図りつつ、意識障害、検査データ等の評価を行い、せん妄の要因となる疑わしい薬剤を特定してチームメンバーに提言していた。業務の合間における RN 相互の意見交換も活発で、適宜声をかけ合ってはディスカッションをしていた。それぞれの発言力や行動力には目を見張るものがあった。

1 人の患者に対して質の高い看護が提供されているのは、RN1 人 1 人のスキルや意識の高さも当然であるが、専門的な職種の分業がなされていること、また RN1 人が担当する患者が 3 名であり、日本の病棟看護師の場合とは異なることなどもあるだろう。

看護師の質向上に対する意識の高さはどの病棟でも垣間見ることができた。各病棟の廊下の掲示板には表題「Creating a Culture of High Reliability in Patient Safety」 として自部署の看護の質に関する情報や Action Point がポスターになって示されていた。質の項目 (Quality Indicator) は、患者の転倒・褥瘡・カテーテル感染・手指衛生・疼痛アセスメント、病院の環境、医師や看護師コミュニケーションなどに関する内容であり、時系列あるいは病棟間などで数値により比較されており、患者・家族からのメッセージと共に公表されていた。看護師は自らのケアが数値となって反映されることで取り組むべき課題が明確になる。病棟の看護の質管理全般については、看護管理者とは別に CNL がその役割を担っているとのことだった。日本では看護管理者が看護の質管理も同時に担っている現状にあり、なすべき業務は多岐にわたっている。質管理という重要なポジションにこうした専門家を配置することの意義は大きいと思われた。

II 内容・実施経過

Page. 6

MD アンダーソンがんセンターでは、質の高い看護の提供のために臨床における看護の課題への取り組みの場として Nursing Practice Congress や前述の PACT がある。看護の課題の明確化、調査、推奨される改善策等が検討され、根拠に基づいた結論が示される。このプロセスには多職種がメンバーとして参加しており、多様な視点が盛り込まれ展開されていることが伺えた。実際に PACT に参加する機会を得たが活発な意見が飛び交い、これらのことは、改善策を臨床での実施（実践）に繋げることを容易にするものと思われた。MD アンダーソンがんセンターの看護師は、それぞれが職務に誇りをもち、尊重し合い、そして高め合い、非常に高い能力（Competencies）を持ち合わせ高業績につなげていた。

3. Mid-Level Provider

アメリカには医師の監督下で診察・診断・治療（薬剤の処方や縫合、腰椎穿刺など）を行うことができる医療専門職が存在する。MD アンダーソンがんセンターでもチーム医療の一員としてこれらのスペシャリストが活躍していた。それが Mid-Level Provider である。

看護における Mid-Level Provider として、①NP（Nurse Practitioner）、②認定看護助産師 CNM（Certified Nurse - Midwife）、③認証麻酔看護師 CRNA（Certified Registered Nurse Anesthetists）、④専門看護師 CNS（Clinical Nurse Specialist）があげられる。これらの看護師は、高度実践看護の役割を果たすため APN（Advanced Practice Nurse）とも呼ばれる。認証された大学院の教育プログラムを終了しており、コンピテンシーを評価する国家試験に合格し、役割や対象集団に対する国家試験の資格更新によって APN として実践するライセンスを得ている（なお、CNL は大学院教育を受けていても APN ではない）。

MD アンダーソンがんセンターでは約 500 名の NP（看護部所属ではない）がおり、専門領域を持ちながら病棟部門や外来クリニックに所属していた。残念ながら CNS はアメリカで減少傾向にあり、MD アンダーソンがんセンターにはいなかった。理由としては、APRN（Advanced Practice Registered Nurse）規制によって CNS の試験が減少していること、APN レベルの認証試験に加え州の認証試験も受験しなければならないこと等が要因になっているようだ。

MD アンダーソンがんセンターでは、文書「Advanced Practice Registered Nurses (APRN) POLICY」の中で Policy Statement、Definitions、The Employment Process Credentialing、Privileging、Scope of Practice、Patient Care Orders、Documentation、Delegated Authority for Prescriptions(DPA) and/or Medication Orders、Professional Development and Education Leave など詳細に明記されていた。日本における専門看護師や認定看護師の場合、所属施設において職務記述書など役割や責任、役割開発等を明確にしていることがあるが、知る限りにおいてこのように構造的に詳細に明記している施設はない。チーム医療においては、この人は何をする人なのか、何ができる人なのかについて誰もが知り得ているとすれば、チームとして機能しやすいのではないかと考えた。

II 内容・実施経過

Page. 7

一方、PAは大学卒業後に認定されたPAプログラムのある大学院にて修士号を取得後、国家試験を経て合格、州免許取得する。資格継続のための教育や再試験が行われる（アメリカには156校でテキサスには7校 - 2015年）。MDアンダーソンがんセンターでは、乳腺の手術室にて外科医と共に手術を行っているPAを見学することができた。止血や縫合等医師と同じような動きをしており、はじめPAであることに気が付かなかった。PAも医局の雇用であり固定されたチームの一員となっていた。

私はMDアンダーソンがんセンターにおけるAPRNやPAらがどのようにして役割開発をしていくのかについて関心があった。日本の専門看護師や認定看護師も認定を受けてすぐに役割が遂行できるわけではない。MDアンダーソンがんセンターでは、Advanced Practice Provider Professional Development Model (PDM)があり、個人の専門家としての能力を認識すること、APPとしての能力を強化することにある。PDMのタイムラインに沿ってPDMの目標を設定（管理、教育、患者ケア、開発、研究から）、上司らの承認を受け、PDM委員会に提出、既存のシステムの中で展開していく。1年後に成果を上司らと話し合い次年度に繋げていく。日本では専門看護師等にこのような機会を提供している施設は少ないと思われる。スペシャリストとして能力開発の機会が耐えられることは素晴らしいと思った。

4. Patient Education

MDアンダーソンがんセンターでは、Patient Educationが強化されている。患者力の向上であり、これはチーム医療のゴールでもある。

Patient Educationは決して一方的に患者や家族に知識を提供することではない。患者の主体性を強化し、自らが状況に対処できる力を培うことである。前述の自己のカルテの閲覧 - MyMDアンダーソン、Learning Centerや図書館の設置、Patient Education Classの開催、充実したパンフレット、DVD、病院内TV、Uチューブでの視聴、ボランティアからサポート等が整備されていた。NPやRNが行う乳がんの術前準備の説明に同席したが、実際の診療の中でもDVDの視聴、術後ドレーン挿入時の計測方法をデモンストレーションする等患者教育が徹底されていた。医療者は、患者に質問はないかと何度も聞き、患者も積極的に質問することで相互のコミュニケーションが促進され、患者自身の理解を促すと共に患者の不安や懸念の表出とその解決を図り、患者自身が前に進む力を多彩な職種でサポートしていた。

そして今回、The Health Museumの見学ツアーに出かける機会があった。MDアンダーソンがんセンターのがん根絶に対する取り組みとして「MDアンダーソンDay」と称し、一般市民に向けたがんの予防や医療に関する啓蒙・啓発活動が展開されていた。肺の模型を使って喫煙の影響を示したり、HPVワクチンによるがん予防のプレゼンテーション、太極拳や瞑想のデモンストレーションなどが開催されていた。このイベントは、地域に向けたがん教育の一環であり、MDアンダーソンがんセンターとしての社会貢献であると思われた。日本

でも地域に向けたイベントや子供へのがん教育が少しずつ普及してきている。MD アンダー

(つづき)

<様式3-別紙(A)>

II 内容・実施経過

Page. 9

ソンがんセンターでの Patient Education を知って、日本における Patient Education はどうあるべきなのか、患者力の向上のためには何が必要なのかについて考えてみる必要を感じた。

5. 自己のミッションとビジョンの構築

これまで自己のミッションやビジョンについて深く考察することはなかった。勤務する施設では、毎年ごとに部門および部署の目標に沿って自己の目標立案、展開、評価することを求められている。組織から求められる役割としてそれに焦点化してきたことや上司以外のだれにも自分の目標について周知してこなかったことが反省された。まずは、自己のキャリアをもう一度見直すことから始まった。上野先生、私のメンターの方々からの指導を受けながら、時間をかけてミッションとビジョンの創出に至った。途中、自分のコアバリューについても言語化し、「ワクワクするようなビジョン」とは何か、自己の「ユニーク」性をどう表現したらよいか悩みつつ何度も修正していった。また、SMART ゴール (Specific、Measurable、Attainable、Relevant、Time Based) の考え方についても深く理解することができた。

自己のミッションとビジョンを明確に言語化し、私は何に関心がある人なのか、何が出来る人なのかを示すことで更なる新しい考え、新しい機会、ネットワークの構築に結びついてくことを学んだ。さらに今回、メンターシップについても学んだことで、メンターとミーティングを持ちつつ自己のキャリアを見つめ直し、ゴールに向けて進めていくことが大切であると考えた。

6. オンコロジープログラムの創出

今回、JME2017 の A チーム 4 名と B チーム 4 名が合同のミッションとビジョンを掲げてオンコロジープログラムを創出した。テーマは、MD アンダーソンがんセンターの臨床現場から自らが感じ、学んだことを日本でどのように展開できるかということからディスカッションが始まった。

Shared Vision：乳癌治療によって日常生活が変化しない社会の実現

To achieve society where patients can maintain their normal lives during breast cancer treatment.

Shared Mission: 医療資源を有効活用しつつ、患者満足度の高い乳がん医療を実現する

To provide high-quality breast cancer care to ensure high patient satisfaction and optimal utilization of limited medical resources

(つづき)

<様式3-別紙(A)>

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 10

A チーム Goal:

- ① To improve patient satisfaction by shortening turnaround time from surgery to treatment decision-making / informed consent / patient education.
- ② To improve the patient satisfaction by multidisciplinary informed consent approach.
- ③ To minimize the burden of post-operative radiation by implementing hypofractionated radiotherapy.

MD アンダーソンがんセンターでは、NP が医師とのディスカッション後に Informed Consent を行う場面を見かけた。私は、日本においても医師以外の職種が乳癌術後の病理結果説明と治療における意思決定支援のプロセスに効果的に関わるとどうなるかという Trial design と MD アンダーソンがんセンターで実践していると考えた Information Sharing – Consensus model の提示を行った。日本においては人材と時間的問題が山積しているのは承知しているが、がんに特化した資格を持つ薬剤師や看護師は年々増加している。早期から多職種がチームで関わることのメリットは大きく、何らかの形で実践可能なのではないかと思われた。例えば患者教育や精神的・社会的支援等が可能になる。

この Program の創出のプロセスでは当然のことながら、今回講義等で学んだ「Leadership」、「Conflict Management」、「Difficult Conversation」、「MBTI」などの概念を意識するようになった。

特に「Leadership」は、リーダーだけが持つものではなく、組織やチームの一人ひとりが発揮すべきものであり、権限やカリスマ性とは無関係で誰もが学習して高めていくことができる。そして人間性に関わるものであり、集団の中でよりよい関係性を築き上げながらビジョン・ゴールに向かって組織を動かし、変革するために重要とされている。そして Leadership の発揮においては、真に何が起きているのか、全体を俯瞰して把握することも大切である。今回、Leadership では特に「Servant Leadership」について学んだ。サーバント・リーダーに「Servant First」、すなわち「相手に尽くす気持や奉仕の精神が最初に来る」精神があってこそ、それに関わる人が信頼を寄せて同じゴールに向かって喜んで同行するという考え方である。Servant Leadership の特性としては、傾聴、共感、癒し、気づき、利他心、説得、先見性等がある。実際に変革を起こす場合、いかに周りの人たちの共感を引き出すか等具体的な手法や対策も必要となる。チームのやる気を引き出し、創造性を発揮し、高い成果を上げるチームへ導くリーダーがサーバント・リーダーだと考えた。

私は、メンバーの価値観を知るためにコアバリューを聴いて相手を理解しようと試み、またディスカッションにおいてはよく傾聴し、チーム内のダイナミクスを見極めて行動するつもりではあったが、どれほどチームに貢献できたか全く自信がない。今後、学んだ概念について深め、自分自身の変革の必要性は感じており、学習を重ねていきたいと思う。まずは創出した Program をどのように展開するのか、今後も JME2017 はチームとしての実践を継続しなければならない。

今回、MDアンダーソンがんセンターにおける研修で以下を学ぶことができた。

1. MD アンダーソンがんセンターで展開されているチーム医療を実際に学ぶことができた。チームにおけるそれぞれの職種が互いにその専門性を認識し、尊重し合いながら、良好なコミュニケーションのもとでチーム力を高めていた。多職種で構成されたチーム力の高さは、患者が受ける医療の質に反映されていると理解した。看護面においてもその質の高さと推進力の大きさには目を見張るものがあり、その背景にある要因についても理解できた。
2. チームオンコロジーを推進するための概念やスキルを学ぶことができた。具体的には「Leadership」、「Conflict Management」、「Difficult Conversation」、「MBTI」、「Mentoring」、「Ethics Program」等である。講義やディスカッションを通してリフレクションにも繋がった。
3. MDアンダーソンがんセンターにおける医師、薬剤師、看護師の役割と日本におけるその違いを理解することができた。日本におけるチームオンコロジーの展開について、がん看護専門看護師としての実践に示唆を得ることができた。今後はチームオンコロジーを自施設および地域に向けて発信・展開していくための戦略に結びつけたい。
4. MDアンダーソンがんセンターでの学びから自己のミッション及びビジョンについて創出し（前記）、看護師としてのキャリアを再構築することに繋がった。ミッションおよびビジョン、SMARTゴールに対する理解を深め、今後を見据えて考察する機会になった。これまでの専門職としての経験と未来への展望が整理され、繋がったように感じた。
5. 医師、薬剤師、看護師の医療チームにおいて、チームオンコロジーを実践しつつ日本で展開するオンコロジープロジェクトを立案することが出来た。

今後の課題として次の項目をあげた。

1. 自己の Mission および Vision の展開
 - ・自己のキャリアにおける Mission および Vision、ゴールに向けて実践をし、評価していくこと。
 - ・メンターとの関係性を創ること。

1. がん看護専門看護師としてチーム医療における役割の探索
 - ・自己のおかれた環境や立場を鑑み、看護の専門性をどう活かせるかを考えること。
 - ・チームオンコロジーの普及（自施設および地域）について戦略を立てる。
 - ・コミュニケーションスキルを駆使して、患者および他職種と関係性を推進する。
 - ・実践にたいする評価方法を検討する。

2. JME2017 で創出したオンコロジープロジェクトの展開
 - ・オンコロジープロジェクトの展開計画を具体化すること。
 - ・Mission および Vision、ゴールの評価をすること。
 - ・チームメンバーとの協働

3. Team Science に関する概念の継続的学習と実践への展開
 - ・Leadership、Conflict Management、Difficult Conversation、MBTI、Mentoring、Ethics 等の概念についての学習が圧倒的に不足している。これらを踏まえて、Team Science への学びを継続していく。
 - ・実践力を身につける。
 - ・チームオンコロジープログラムへ積極的に参加する。

(つづき)

謝辞

Page. 13

JME2017 のプログラムに関し多大なるご支援くださったすべての皆様に深く感謝申し上げます。

本研修の貴重な機会を与えてくださり、また熱心なご指導と温かいご支援をくださった Japan Team Oncology Program (J-TOP) の Founder の上野先生、Chair の Joyce Neumann 先生、メンターの Ms. Theresa Johnson、J-Mentor/Tutor、US-Mentor/Tutor の皆様に厚くお礼申し上げます。

そして、渡米前からご支援くださった J-TOP 事務局の 笹木浩様、秘書の Ms. Sanchez Marcy、生活面のサポートまでもして下さった三浦裕司先生、研修準備段階から心強い励ましとアドバイスをくださった JME2016 の皆様にお礼申し上げます。

この研修の実現にあたり、ご寄付いただいた中外製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、NPO 法人 Run for the Cure Foundation の皆様、オンコロジー教育推進プロジェクトの皆様にも深く感謝申し上げます。

快く研修に送り出してくださった福島県立医科大学附属病院の目黒看護部長、福島県立医科大学腫瘍内科主任教授佐治重衡先生、緩和ケアセンターの皆様にも心より感謝申し上げます。そして、5 週間を共に過ごして下さった JME2017 のメンバーの皆様感謝申し上げます。

最後になりましたが、私たちが帰国後にヒューストンに襲ったハリケーンより被害を受けた皆様に謹んでお見舞い申し上げます。