

<様式3>

平成26年 6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 ベルランド総合病院看護科長

研修者氏名 江藤 美和子

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25日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 26 年 6 月 30 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 社会医療法人生長会ベルランド総合病院看護科長

研修者氏名 江藤 美和子

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

病院と周辺コミュニティにおいて、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)

To establish the evidence-based palliative care system in the hospital and the surrounding community.

●Vision:

(日本語)

シームレスな多職種による緩和ケアシステムを通じて、全ての進行がん患者と家族に安楽と安心を提供する環境を創出する

(英語)

Create an environment that provides comfort and relief to all advanced cancer patients and their family through the seamless multidisciplinary palliative care system.

I 目的・方法

Page. 1

目的

- 1) M.D.アンダーソンがんセンター（以下MDACC）におけるチーム医療および医師、看護師、薬剤師各々の役割を学ぶ。
- 2) MDACCにおける医療の実際を見学し、自施設で実施可能な多職種チーム活動のあり方について考察する。
- 3) MDCAAにおけるAdvanced Nurse Practiceの活動の実際を学び、がん看護専門看護師としての活動のあり方とリーダーシップについて考察する。
- 4) MDACCでの見学実習およびメンターとの話し合いを通じて、自己のビジョンおよびミッションを作成する。

2. 方法

- 1) 2014年4月17日～5月25日の期間においてMDACCにおいて、医師2名、看護師2名、薬剤師2名で見学研修を実施する
- 2) MDACCのメンターとのメンタリングを通じ、自己のビジョンとミッションを作成する。
- 3) 見学研修、グループワーク、メンターからの指導を通じ、多職種協働の研究プロトコールを作成し、プレゼンテーションを行う。
- 4) Oncology Nursing Society Annual Congressに参加する。

II 内容・実施経過

Page. 2

1. MD アンダーソンがんセンター概要

MD アンダーソンがんセンターは、がん治療とケア、研究、教育、予防において世界最先端の施設である。総スタッフ数は19000名を超え、うち1500名はアカデミック部門で勤務している。施設のミッションは、テキサス州、アメリカ国内、世界のがんをなくすことにあり、その実現に向けて多施設にはない最先端の研究、治療、ケアの実践を追及している。年間10万人を超える患者の治療とケアを実践しており、US News & World Reportの選ぶBest Hospitalに8年間連続で選出されている。研究に関しては、National Cancer Instituteと連携し、科学的な知識を新薬の開発や実践にとりいれ臨床試験を実施している。教育についても年間7000名の実習生を受け入れ、多彩な教育プログラムを提供するなど人材育成にも力を入れている。

2. がんチーム医療の実際

・外科

乳房全摘出術の見学においては、執刀医とPhysician Assistant (PA) と看護師との連携で手術が円滑に行われていた。医師は腫瘍の摘出を主に行いその後の縫合等処置はPAが行っていたことは印象的であった。手術室の横には病理部があり迅速組織検査が行われており追加切除の必要性もすぐに判断されていた。乳腺部分切除の検体は、直ちに迅速診断部にあるレントゲン装置で撮影が行われ、病変が検体のどこに位置しているかを確認した触診も病理医が行う。日本とは異なり、迅速に追加切除の必要性が判断されるシステムは興味深かった。また良性か悪性かの診断に難渋する症例の多職種カンファレンスに参加した。このカンファレンスには病理医、外科医、放射線科医など多領域の医師が参加しており症例の病理診断および適切な治療方針について熱く討論がなされ、MD アンダーソンがんセンターにおけるチーム医療のビジョンが浸透しているのを感じた。

・内科

主に血液内科病棟において、チームラウンドと病棟スタッフについて見学する機会があった。チームラウンドは毎日開催され、血液内科72床をみるために5つのチームが編成されている。それぞれのチームに医師、Advanced Practice Nurse(APN)、薬剤師が所属していた。医師が診察を行い、APNと薬剤師はそれぞれの視点から意見を提示し、治療と処方についてミーティングを行う。その結果処方の変更が行われる際には医師が直接変更の指示をだすこともあるが、大抵の場合は薬剤師もしくはAPNが処方オーダーを記載する。医師は最終確認をしてサインをし、病棟看護師に指示が出される。こうすることで医師の負担が減って処方変更もタイムリーに実施されるだけでなく、看護師と薬剤師も治療方針の決定に参画し状況を把握しているので、患者への説明やケアにも適切に反映され、結果患者および医療従事者にとっても満足の高い実践につながっていた。

・外来

外来の各クリニックにはワークステーションと呼ばれる部屋があり、医師、薬剤師、PA、看護師、事務がその部屋で仕事をしている。それぞれが専門的な視点をもって患者に接し、得た情報をもとにチームでディスカッションを行っていた。

初診の患者が来た時には、まずは看護師が問診、診察を行い、丁寧にこれまでの経過をたどっていく。その情報を医師に伝えると、医師は医学的な視点で更に深く問診と診察を行う。そして検査の結果をもとに治療方針について患者に提示する。**Breast Medical Oncology**の上野教授の診察についたが、乳がんであることを告げる際も患者の心理面に配慮し、言葉を慎重に選びながら時間をかけて説明を行っていたのは印象的であった。この際には薬剤師も診察室に入り、医師による診察終了後、薬剤師が使用する薬剤と治療計画について説明して患者から同意を得ると言う流れがみられた。そして治療に用いる抗がん剤の説明を丁寧にっており、薬剤師が専門的な知識を活かして活躍し患者の安心感にもつながっていた。日本では医師一人で行っている業務が APN と薬剤師にも分担されており、またその業務に関する裁量権も委譲されており、カンファレンスとカルテとメールを通じて情報共有が行われていた。

各部門に臨床薬剤師は4名在籍しており、1日15-25人の患者を担当する。薬剤師の仕事としては抗がん剤治療のオーダー入力、副作用の説明、医師・看護師からの相談対応等であった。副作用説明には初回であれば30-40分程度かけ、資料をもちいて患者が自宅でセルフケアができるように指導を行っていた。またMDアンダーソンがんセンターには、「My MD Anderson」というサイトがあり、MDアンダーソンがんセンターで治療をうけている患者すべてがアクセスすることができる。このサイトを通じて医師、APNともメールで情報交換や相談をすることができる。州外や国外から治療に訪れる患者も多いため、このシステムは患者にとっても安心感となっていた。

MDアンダーソンがんセンターには50名程度のソーシャルワーカーが所属し、各病棟と外来に専属として配置され、不安など心理的な問題を抱えている患者に対して介入を行っていた。アメリカではソーシャルワーカーは全員修士号を持っており、主にカウンセリング業務を中心として活動を行っている。日本のソーシャルワーカーとは役割機能が異なり、退院調整はcase managerという専門の看護師が行っている。日本では多数の役割を一つの職種が抱えているが、MDアンダーソンがんセンターにおいては役割機能が分化されており各専門職の役割が明確になっていること、また実践の効果もデータ化していることは印象的であった。

頭頸部放射線科での見学の機会もあった。放射線科も臓器によって部門が別れており、頭頸部だけでも7人の医師が在籍していた。見学につかせていただいたDr. Beadleは1日20人程度の患者に対応していた。この部門でもやはり医師、レジデント、PA、看護師、栄養士などがチームとなっており、それぞれの職種が診察室で問診と診察を行い、必要な患者教育を行っていた。Dr. Beadleは痛みの部位・程度や食事量、皮膚の状態など、放射線治療中の症状と生活の様子を確認していた。頭頸部がんであると食事摂取も困難な場合が多い。この部門には専属の栄養士が在籍しており、食事摂取が困難で流動食を摂取している患者からの訴えを傾聴し、その様子からカロリー濃度の高い経腸栄養剤への変更を医師に提言していた。がんの進行、治療による副作用から栄養状態などに支障をきたし、患者のQOLにも影響を

及ぼすことが少なからずある。MD アンダーソンがんセンターでは患者の状況をチームで把握し、QOLの維持のためにアプローチしている。症状の重症化を防ぐだけでなく、複数の専門家がタイムリーに相談対応を行うので患者の安心にもつながっていた。

3. がんサバイバーへのケア

MD アンダーソンがんセンターでは、サバイバーシップ外来が開かれており、治療終了から5年以上経過し未再発の患者を対象として Nurse practitioner (NP) が診察対応を行っていた。この外来では医師は診察をしておらず、NP が検査オーダー、診察、問診を行っており、治療終了後のフォローアップを行っていた。再発が疑われる場合には元の診療科の診察の予約をとり、経過サマリーの記載とメールで情報共有が行われていた。多くの患者が遠方から治療に訪れているが、治療終了後の定期フォローもセンターで希望される方が多い。しかし各診療部門で大勢の患者をフォローすることは困難であり、サバイバーシップ外来に委譲する形となっている。この外来では身体診察、薬剤の副作用のフォロー、画像検査に基づく再発有無の確認が主として行われ、受診の頻度は1年に1回ということであった。通常の体調確認やフォローアップはプライマリケアドクターのクリニックで行われていた。

がんサバイバーへのケアについては世界的に関心が高いトピックスとなっており、MD アンダーソンがんセンターでは研究も盛んに行われていた。乳腺外科の Dr. Ganz はそのような乳がんサバイバー倦怠感に着目した研究を数年にわたって行っており、その記念講演によると、多くの乳がんサバイバーは治療の影響によると考えられる倦怠感を体験しており、治療が体内の内分泌・代謝系に影響し炎症性サイトカインが分泌され症状となって出現しているとのことであった。この研究をもとにケアモデルも検証されており、このようにエビデンスに基づいて治療とケアが展開されていることは世界最先端治療を行っている施設特有で印象深いものであった。

MD アンダーソンがんセンターでは小児がんの治療も数多く行っている。治療中および治療後のフォローにおいて、子供たちの教育やストレスマネジメントも課題であり、MD アンダーソンがんセンターでは早くからこの問題に取り組んできた。約40年前より Children's Art Project を展開し、小児がん研究および学習支援を行っている。

プロジェクトは、主にサマーキャンプやアートセラピー、学習支援等が行っており、MD アンダーソンがんセンターで治療した経験のある子ども・その兄弟・両親が参加できる。また、アートセラピーで子どもたちが描いた絵をポストカード等のグッズとして商品化し、収益の一部で進学支援を行っているということであった。

4. 看護専門家の役割と活動

アメリカには Advanced Practice Nurse (APN) と称される看護専門家が存在する。APN には Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse anesthetist, Nurse Midwife などがある。NP も日本の CNS のように専門分野があり、MD アンダーソンがんセンターには数百名在籍しているということであった。4年ごとに資格更新が必要であり、その際には NP の資格維持にふさわしい実践をしているかが審査され、実践の証明も事細かに記載して提出する必要があるということであった。

そのような NP の活動を実際に見学する機会があった。血液内科の外来治療室においては、

NPは幹細胞移植後のフォローアップを主に行っていた。具体的には、症状のモニタリング、使用している薬剤や採血データもチェックし、必要なリソースの調整や患者教育を行っており、医学的・看護学的知識の基盤に基づいた専門的な看護を展開していた。

Wound Ostomy Care Round（皮膚・排泄ケアラウンド）を見学する機会もあった。横断的に活動するWOCナースは5名在籍し、依頼に基づいて患者への直接ケア、病棟看護師への教育を行っていた。見学の際に日本とMDアンダーソンがんセンターにおける看護専門家の活動状況について情報共有し討議を行った。スペシャリストとして直接ケアを行える範囲は限られており、基本的には現場スタッフに継続ケアを任せることになる。基本的にはコンサルテーションに徹した活動になるが、患者の状態評価が遅れてタイムリーなケア介入とならない場合もあり、いかに現場と情報共有し協働するかが課題であることを話し合った。

APNは活動のアウトカムについても記録に残しており、介入件数、介入にかかる時間、コストもデータベースに残し、上司であるナースマネージャーが査定しているという話も伺った。看護のアウトカムについては、アメリカではClinical Nurse Leader(CNL)ナースリーダーという新たな看護職が登場し、アウトカムの明示、質の向上について結果を残している。

MDアンダーソンがんセンターでは積極的にCNLを登用している。CNLは1つの病棟ユニット(12床)を担当し、ケアのモニタリング、看護の質の評価を行い、また実践で悩んでいる看護師のメンタリングとサポートも行っている。実際に見た場面では、検体採取ができていたにも関わらず提出されていなかったという業務の抜けが生じていた。その際にもミスをした看護師を責めるのではなく、CNLはスタッフとミーティングを行ってそれぞれの考えと意見を聞いていた。そのうえで、業務がどのように、誰によって行われたのかが一目でわかるようなシートを作成してはどうかという解決策を提示し、実施に向けてはスタッフを巻きこんでいた。このようにスタッフとプロセスを共有して実践することで、スタッフ自身も自分も対策をとともに考えたというコミットメントと達成感を感じることができる。自分自身の実践の成果を出しながらも、スタッフ育成とメンタリングを行うという実践を目の前で見学することができ非常に大きな学びとなった。

また看護管理者、スタッフとの間にコンフリクトが生じ、それに対応するCNLの姿も目の当たりにし、アサーティブに対応しようとするCNLの姿があった。その状況にCNLは「コンフリクトマネジメントは日常でよく起こるが、その解決プロセスを見せることで現場の看護師も学びになる。CNLのやりがいとしては、例えば転倒無発生が～日である、などCNLがコミュニケーションを促進したことで達成できたことというのを認識したときに感じている」と話していた。日常実践していることをより意識して実践すること、そしてそれを目に見える形にして示すことは自分の実践成果の可視化だけでなく、現場のスタッフにとっても教育効果とモチベーションにもなるということを感じ重要であると考えた。

5. がん医療・ケアと研究における倫理

臨床研究に関する倫理委員会での検証プロセスについて講義を受けた。常時多数の臨床研究を実施しているMDアンダーソンがんセンターでは倫理委員会が頻回に行われている。対象となる患者のリスクや負担、利益を慎重に考慮し、リスクが最小限になるような配慮の有無、対象者の選択と説明の適切さ、個人情報保護などが吟味されていた。倫理委員会は研究を承認した後も、研究プロセスのモニタリングも行っている。研究者には定期的な報告義

務もあり倫理委員会は報告書をもとに研究の継続の可否も審査している。センター内には患者の安全、個人情報を守るためのガイドラインも整備されており、携わる医療者の教育やコンサルテーションも行われている。

研究者自身の責任として、研究計画書を順守すること、倫理委員会の決定と指示に従うこと、対象者からインフォームドコンセント（IC）を得ること、ICの記録を倫理委員会に提出すること、変更時には速やかに倫理委員会に連絡し、年1回進捗報告を行うことが規定されている。このように独立した倫理委員会を設置することで、対象となるがん患者の個人情報と安全を守り、問題が起きても早期に対処することができる。がん患者の安全を確保し、かつ適切に研究を進めエビデンスを創出するために何重にもチェックすることの重要性について学ぶことができた。

看護ケアを提供するうえで日々倫理的な問題は発生している。MD アンダーソンがんセンターには、Nursing Practice Congress（NPC）が存在しそのような問題討議を行う場が設けられている。現場スタッフによって問題が特定された場合、スタッフはNPCに問題提議し担当委員が活動を行う。委員は問題についてスタッフとやりとりし、調査とフィードバックを行った結果をNPCに報告する。NPCはこの結果に基づいた実践の推奨を問題提議したスタッフだけでなく、センター内の職員にも啓発する。看護実践においては日々問題が発生するリスクが潜んでおり、このリスクについて職員は共有し発生の予防に努める必要がある。いかに透明性をもって問題を拾いあげ、討議し、実践改善のプロセスを歩んでいくのかは組織の発展において非常に重要であると感じた。

6. チーム医療におけるリーダーシップ

JMEプログラムでは個人のリーダーシップについても講義や演習を受ける機会があった。精神腫瘍学教授 Dr. Baile からはコミュニケーションスキルのトレーニングを受けた。プログラム参加者は普段怒りを表出する患者とのコミュニケーションに困難を感じており、そのような事例検討とロールプレイを行った。怒りを表出する患者の背景には、疾患と治療に対する恐怖や不安、孤独感などが考えられること、共感を示しながら関わることが重要であることを学んだ。

Bad News をいかに伝えるか、というテーマで緩和ケア医 Dr. Epner の講義を聴講した。がんであること、がんが治癒しないという事実、治療効果がもはや見込めないことなどが伝え辛いと医療者は感じていることが多い。Dr. Epner より SPIKES というコミュニケーション方法の紹介があった。SPIKES とは、Setting up（適切な面談環境の設定）、Perception（患者の認識を知る）、Invitation（どこまで知りたいかを把握する）、Knowledge（診療情報を伝える）、Empathy（共感を示す）、Strategy and Summary（方針を提示する）というコミュニケーションスキルのことである。ロールプレイを通じて実際の診療における課題も討議された。真摯な態度で細やかな配慮のうえでコミュニケーションをとることは重要であり、またチーム医療で医師の負担を減らし時間を確保すること、各専門的視点から患者や家族とコミュニケーションをとって情報提供を行うことは、患者や家族の安心と満足感につながるのではないかと感じた。

上野教授からは、ビジョンとミッションについて講義をいただいた。ビジョンとは個人や組織がめざす理想的でユニークなイメージであり、ミッションとはその実現にむけて自分が

何をする人間なのか、どのように実践するのかを明示したものである。リーダーとは自分のビジョンを明確に持ち、他者と対話して引きつけて実現にむけて活動する人間であるということであった。ビジョンに基づいたシステムの構築、関係者との連携はチーム医療に不可欠であり、各専門職がリーダーシップをとれるように研鑽をつむこと、根拠に基づいた意見を明確にしめすということは重要であると感じた。

上野教授からは CV(CURRICULUM VITA)の作り方についても講義をいただいた。CVは履歴書のようなものであるが、これまで成してきた業績についてまとめることで、自分自身もたどった道筋を確認し、また他者に見せることで自分が何者か、何に関心をもち仕事をしているのかを知ってもらうことができる。そのためこれまでの教育歴、職歴、所属学会や委員会、担当する役割と実績なども詳しく書く必要がある。この CV をまとめることにより、あらためて自分のたどってきた看護とは何かを確認することができ、自分自身のビジョン・ミッションの見直しともなった。

7. MD アンダーソンがんセンターとヒューストンにおける緩和ケアの実際

・ヒューストンホスピス

研修中には Houston Hospice を見学する機会もいただいた。Houston Hospice は 1985 年に設立され、アメリカで最も古くから存在するホスピスの一つである。ヒューストンの街中にあるが、木々に囲まれた大きな庭には患者と家族が憩えるようにたくさんのベンチと教会があり、穏やかな時間を過ごすのに最適な場所であった。ボランティア活動も実践されており、活動にあたっては様々な教育をうける。ボランティアは 1 日に 15-20 人程働いていて傾聴などケアを行っている。在宅医療においても、患者や家族の希望確認や関係性構築においてリーダーシップを発揮している。

ホスピスでは看護師、ソーシャルワーカー(SW)、チャプレン、医師、ボランティア、Bereavement Coordinator と多職種でチームが構成されている。Bereavement Coordinator は患者の死後、家族のフォロー(emotional support など)を行う。ケアの種類は 4 つにわけられ、1. 在宅支援 2. 入院ケア 3. 救急時のケア 4. Respite care で、在宅支援が最も多いとのことであった。所属する職員は計 72 名(パートを含む)であり、医師は 2 名、看護師は患者数に応じて日勤・夜勤に割り振りをする。薬剤師は常駐していないが、契約している薬局が 24 時間で対応し、必要時は医師の処方した薬剤を患者宅に届けるという連携も行っていった。

後日管理面の話を伺うために再度看護師長と話をする機会を設けていただいた。年間に受け入れる患者数は 300 名を超え、患者層については、以前はがん患者がほとんどであったが、現在は心疾患、神経疾患、小児がん患者など様々な疾患と年齢層の患者を受け入れていた。ホスピスには入院施設のほかに、ボランティアの運営、教育部門、管理部門がある。ホスピスは州からの予算と募金で運営されており、潤沢に予算があるわけではないので、有効的な資源の活用を進めていく必要がある。実際ホスピスでは血液疾患患者の例以外は輸血を行っていない。また骨折が発生し QOL が著しく損なわれ予後も検討して治療が優先されるべきであると判断された場合、一時的に転院し治療をしたのちにホスピスに戻るという処置をとることもある。

ホスピスは外来を有しておらず、ホームホスピス(在宅ケア)チームとの連携で在宅患者

の受け入れを行っている。ヒューストン内に5つホームケアチームがあり、うち一つは小児ホームケアチームとして活動を行っている。患者の多くは在宅でケアを受けながら過ごす、症状の増悪など自宅で過ごすことが困難になった場合にはホームケアチームから **charge nurse** に連絡が入る。そこで **charge nurse** はホスピス内のベッドを確保し、担当の看護師を決めて入院の準備をするという流れであった。

在籍するスタッフの経験はさまざまであり、終末期患者の看取りを熟知していない看護師もいれば経験豊かな看護師もいる。このようなスタッフを育成するために様々な形の教育が行われている。入職時のオリエンテーションは3週にわたっておこなわれる。1~3階まである大きなユニットとなったので、時間をかけて職場に慣れるように配慮している。基礎的な知識についてはオンラインの教育ツールも用いられている。また月に1回のミーティングの際にも10分程度の研修が行われる。この研修はスタッフが担当し、お互いに教えあって現場の状況に即した学びをすることも効果的であるということであった。看護スタッフだけでなく、医師、看護助手、薬剤師が講義を提供することもあり、多職種の話し合いや交流ともなっている。様々な疾患の患者を受け入れるため、看護師には多くの知識と柔軟な対応が求められるが、その際にもスタッフで協力しあって学びながらケアをしていくということであった。

・ MD アンダーソン緩和ケア病棟見学

MD アンダーソンがんセンターには急性期緩和ケア病棟があり、全個室の12床を有していた。病棟スタッフは4名程度の患者を受け持ち、症状の観察とアセスメント、薬剤の実施、記録を行っていた。病棟には **charge nurse** がいてチームラウンドにも一部参加している。毎日午前中に病棟チームラウンドが行われる。ラウンドには医師（緩和ケア部門准教授）、薬剤師2名（うち1名記録係）、SWが参加していた。APNは一部参加であった。各患者をラウンドし、医師を中心に患者と家族から症状と気がかりなことを傾聴し、薬剤の変更の検討、社会資源の調整を検討していた。

ラウンド前にはメンバーで円陣を組んでお祈りし、気持ちを落ち着けて一致団結したあとに患者へのラウンドを開始するという姿も印象的であった。ラウンドを見学した際には、状態が悪化し看取り期にある患者への対応、家族への説明に同席した。医師とSWは折りたたみ椅子をもってラウンドし、傾聴するときには腰を落ち着けて相手の話を聞いていた。穏やかにうなずきながら家族の動揺を受け止め、現状の認識を確認したうえで、現在は呼吸状態が悪化しており数時間で看取りとなる可能性が高いことを伝えた。家族が動揺するとそばで寄り添い気持ちが落ち着くまでSWとともに傾聴し納得のいくまで説明を行っていた。そして「最後の時に祈りをささげるために宗教家の手配も今からしておいたほうがよい」、「兄弟や親せきも連絡しておいたほうがよい」など状況に対処できるように家族に対してアドバイスも提供していた。症状が強く気持ちが安定しない患者についても、まず薬剤の調整などを確認し、さらにSWに心理面への対処を個別に行うなど連携した実践を行っていた。

ラウンドにおいて主要な役割は医師が行って、薬剤など症状緩和に関する最終指示をだしていた。ラウンドで薬剤師はノートパソコンをもって記録と処方変更を入力し、他の薬剤師は医師と訪室して実際の症状の確認を医師とともに行っていた。医師が主に患者と家族から話を引き出して傾聴を行っていたが、SWも腰をおろして話を聞き、心理的に不安定で介入が必要と判断された場合には個別に介入を行なうなど、チームメンバーで連携して実践して

いた姿は印象的であった。

Ⅲ 成果

Page. 3

研修前は、看護科長と専門看護師をいかに両立していくかで葛藤し、悩むことも多かったが、5週間の見学研修にてAPNとマネージャーの役割を実践しているメンターのDr.Joyce Newmanと話し合い、またロールモデルとしての実践を見学させていただき、自分自身のビジョンとミッションを再確認し明確にすることができた。そして5週間を通じ、同じ研修参加者と時間を共にしてチーム医療について話し合ったこともよい経験となった。同グループメンバーと研究プロトコルを作成し、プレゼンテーションを行った。この研究を日本で実践するために現在も協力し合っていることは大きな成果である。

今後自分自身は緩和ケア病棟の管理者となるので、実践と管理面について学べたことも有意義であった。緩和ケア病棟を運営していくうえで、限られた資源の中で、患者の症状緩和と療養のために何を優先すべきかを検討し、治療とケアを提供していく必要があると考える。ヒューストンホスピスの看護師長は職員のパフォーマンスについてツールを用いて評価しており、また日常的な評価とフィードバックも行っており、もし職員がよいケアをしたときにはそのことをタイムリーに返し、モチベーションへの関わりを行っていた。

MDACC、ヒューストンホスピスでも、各職種やスタッフに権限が委譲されており、管理者や責任者がスーパーバイズしてスーパーバイズして全体を管理しているということは印象的であった。各自がリーダーシップをとって、アサーティブにコミュニケーションし、また互いの強みと弱みを把握してケアを実践している様子は大いに学ぶことがあった。

当院の状況で毎日多職種ラウンドを行うことは現実的ではないが、週に1回病棟チームラウンド、院内ラウンドが実施できるように効率性と効果性を検討する必要がある。今回の研修で見学したラウンドの方法や各職種の協働のあり様、情報共有の様子などはそのためのヒントとして有用であった。

IV 今後の課題

Page. 4

JME プログラムを通じて、メンターである Dr. Joyce Newman(血液内科 Nurse practitioner)とともに、自分自身のミッションとビジョンについて繰り返し対話を行った。また CV の作成を通じて自分が看護専門家としてたどってきた道筋をあらためて振り返り、自分は緩和ケアの実践と発展を目指して活動してきた人間であることを再確認した。

今後のビジョンとして「Create an environment that provides comfort and relief to all advanced cancer patients and their family through the seamless multidisciplinary palliative care system (全ての進行がん患者と家族に対し、シームレスな緩和ケアを提供するシステムを構築し、心地よさと安心を提供する)とした。この実現に向けて、自分自身リーダーシップスキルとマネジメント能力を身につけ、看護スタッフと多職種チームメンバーが自分の意見を述べることができる環境を構築していきたい。緩和ケアの実践においてもエビデンスが重要であり、そのような研究能力を身につけて緩和ケアと看護の実践効果の可視化を目指していく。

今後所属施設で緩和ケア病棟が設立され、緩和ケア外来・病棟・チームというシステムに求められることとして、各科患者の症状緩和のサポート、在宅もしくは緩和ケア病棟移行の支援が主なものと推測される。関連部門と関係者とで協議し、連携体制の在り方と明確化が課題である。MD アンダーソンがんセンターとは異なり、人的リソースに限りがある中で、多様なニーズに対応するには各職種と各科との連携は必須である。自分自身のビジョンとミッションをもとにぶれることなく、アサーティブなコミュニケーションを大切にして関係者と協働しながら、患者と家族の望む緩和ケアシステムの構築に携わっていきたいと考える。

<謝辞>

JME2014研修においてご支援くださった皆様に心より感謝申し上げます。

Joyce Newman氏、研修中ご指導くださった上野先生、Nicholas Szewczyk氏、MDACCのメンターの皆様、プログラムの調整をしてくださったDeAnna L. Sosa氏に感謝申し上げます。研修において継続的にご支援くださった笛木様、オンコロジー教育推進プロジェクト、後援企業の皆様、誠にありがとうございました。

最後に、今回快く研修参加をご承認くださった生長会法人本部、ベルランド総合病院の皆様、緩和ケアチームの皆様心より感謝申し上げます。