

平成23年6月30日

平成23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 2011

所属機関・職 神戸大学医学部附属病院 看護師

研修者氏名 中田 登紀江

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

I create the model unit of oncology providing high- multidisciplinary care for medical ethics.

私は医療倫理について高度なチーム医療を実践するがん医療のモデル病棟を創ります。

●Vision:

I contribute to the creation of healthcare environment in which cancer patients are ethically protected by their care.

私はがん患者が倫理的に擁護された医療環境を創ることに貢献します。

I 目的・方法

Page. 1

1. MDアンダーソンにおけるチーム医療の実践を見学することで、日米のチーム医療のコンセプトと実践の違いを学ぶ。
 - ・乳がん患者の外来診療の見学
 - ・消化器疾患患者の外来診療の見学
 - ・病棟（白血病病棟・造血幹細胞移植病棟・緩和ケア病棟）の見学
 - ・放射線治療の見学および講義
 - ・病理部の見学と病理学についての講義
 - ・ATC（外来化学療法センター）の見学
 - ・病棟の多職種カンファレンスの見学
 - ・看護部門についての講義
 - ・薬剤部門についての講義
 - ・GVHDクリニックの見学
 - ・サバイバーシップクリニックの見学
 - ・サバイバークラスの見学
 - ・ディスチャージクラスの見学
 - ・統合医療について講義
 - ・チャプレンについての講義
 - ・WOCナースの実践の見学
 - ・手術室の見学
2. MDアンダーソンにおけるファカルティ・ディベロップメントのプログラム、特にコミュニケーションスキルとリーダーシップについて学ぶ。
 - ・コミュニケーションスキルについての講義
 - ・リーダーシップについての講義
 - ・コンフリクトマネジメントについての講義
 - ・MBTIについての講義
3. 自分の今後のビジョン・ミッション・ゴールを明確にする。
 - ・メンターとの面接
4. プログラムを作成する。
 - ・医師・薬剤師・看護師が各1名でチームを結成し、チームのビジョン・ミッションを共有し、問題を解決するためのプログラムを作成する。

(つづき)

I

Page. 2

5. その他の見学や講義・プロトンセンターの見学

- ・統計学についての講義
- ・臨床倫理についての講義
- ・ホスピスの見学
- ・IRBミーティングの見学
- ・看護実践会議の見学
- ・臨床の安全性と効率の研修へ参加
- ・MDアンダーソンがんセンターのジェネラルツアーへ参加
- ・チルドレンアートプロジェクトの講義
- ・エデュケーションセンターのトレーニング
- ・その他

6. ONSカンファレンスに参加する。

II 内容・実施経過

Page. 3

1. 職種について

チーム医療を構成する職種は日本と違っていた。MD アンダーソンがんセンター (MDACC) では、医師、看護師、上級看護師、医師補助師、臨床薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、チャプレン、ボランティアなどがメンバーであった。特徴的だったのが、上級看護師、医師補助師、臨床薬剤師であった。これらは日本にない職種であるが、3職種のチーム医療の中での存在は大きかった。また、チャプレンが存在する施設も日本ではほとんどないと思う。

上級看護師と医療補助者はミッドレベル・プラクティショナーと呼ばれていたが、彼らの資格について確認することができた。上級看護師は看護師免許を取得したあと、大学院で専門分野の修士課程を修了し、試験を受けて資格が得られるということであった。大学院への進学は働きながら可能で、大学院へ進学するかどうかは仕事に対する考え方の違いだけでなく、仕事と家庭とのバランスをどのように考えるか、つまりライフステージが影響するということであった。役割は州によって違っていた。MDACC では処方権があり、医師の管理下ではあるが一般的な薬剤であれば処方が可能だった。患者に対しては直接ケアはせずに、看護計画の立案、修正、記録、患者教育などを行っていた。

医師補助師は医師の指導の下で医療行為を行っていた。大学卒業後に専門学校を卒業し、資格を得るということであった。病歴や症状などの問診や診察を行い、治療方針の決定などに参加していた。上級看護師と医師補助師の役割は似通っているため、チームの中に両者が存在することはなかった。明確な基準はないが、内科系は上級看護師で外科系は医師補助師がいるということであった。

MDACC の薬剤部は臨床、研究、教育、予防などの分野に分かれていた。臨床薬剤師は外来や病棟で医師と協働しながら働いていた。臨床薬剤師は薬剤師免許取得後、さらに2年間のレジデンシーを経て専門分野の資格が与えられる。抗がん剤や麻薬以外であれば、自分の判断で処方していた。外来や病棟でも臨床薬剤師が処方し、その後に医師が内容を確認してサインをしていた。しかし、この臨床薬剤師の処方権の程度は、チームの医師との関係性(信頼関係)によって異なっていた。

放射線治療に関連する職種も日本と大きく違っていた。日本では放射技師が多くの役割を担っているのが実情である。しかし、MDACC では放射線腫瘍医、放射線物理士、放射線技師、線量測定士、看護師など多くの職種が協働していた。

2. チーム医療について

1) 病棟

チーム医療の要は医師、看護師、薬剤師の3職種であった。病棟では医師毎に担当する上級看護師、臨床薬剤師が決まっていた。朝のカンファレンスでは、医師がリーダーとなって患者の情報収集をしていた。カンファレンスに参加するメンバーは医師、上級看護師、臨床薬剤師、リサーチナース、夜勤の一般看護師だった。カンファレンスの後、同様のメンバー

(つづき)

II

Page. 4

で回診が行われていた。一般看護師は担当患者の回診のみ参加し、必要時意見を述べていた。

日本では医師が一人で治療を決定しているような感じがある。しかし、MDACCでは医師がリーダーシップを発揮していたが、カンファレンスから回診までの間、多職種によるディスカッションが頻繁に行われ、治療方針などの決定について多面的に議論がされていた。患者の部屋には患者の目標や予定などが記載されたボードが掲げられていた。これは、患者が自分の病気や治療に対する目標は何であるかを意識できるひとつの工夫のように感じた。患者は治療や様々な意思決定において意見を述べ、医療者と意見交換をしていた。つまり、患者を中心に多職種が十分にディスカッションしながら、エビデンスに基づく医療が提供されていた。

2) 外来

乳腺クリニックでは、一般看護師が患者の間診やバイタルサインの測定を行い、それを上級看護師あるいは臨床薬剤師に報告していた。その後、上級看護師あるいは臨床薬剤師が患者を診察していた。ここで得られた情報をもとに、医師と上級看護師あるいは臨床薬剤師が治療方針などについて意見交換を行っていた。この時点で治療方針などがある程度決定されていた。その後、医師が患者に説明を行い、患者の意向を確認しながら最終的な治療方針が決定されていた。化学療法や副作用の説明、また同意書を得るのは臨床薬剤師が行っていた。また、医師は薬剤の調整や薬剤情報の収集などについて臨床薬剤師に相談していた。

GVHDクリニックでは、上級看護師が医師の診察の前に患者の一般状態の間診や観察を行っていた。上級看護師の診察の後に医師が診察していたが、皮膚科医（必要時）と上級看護師も同席していた。関係するチームメンバーと一緒に診察することは、その場で患者を交えてディスカッションしながら治療方針が決定でき、また患者が診察場所を移動する必要がなく負担軽減にも繋がっていた。

サバイバーシップクリニックでは、上級看護師が医師の診察後に面接を行っていた。対象患者はドナー移植後の患者であった。ドナー移植後の患者は自己管理が重要であるため、特に移植後18カ月間は面接回数が多いということであった。その後、通常は年2回の面接を行い、患者をフォローアップしていた。

3) 多職種のカンファレンス

病棟では週1回、医師、看護師、道徳家(ethicist)、ケースワーカーなどが集まり、合同でカンファレンスが開催されていた。司会は医師によって行われ、患者の治療だけでなく、社会的あるいは精神的な問題も話し合われていた。日本でも臨床倫理への関心が高まっているが、カンファレンスに道徳家(ethicist)が参加する施設は少ないのではないだろうか。MDACCのチーム医療のコンセプトの一端と職種の多さを実感した。

(つづき)

II

Page. 5

3. 患者教育について

1) 病棟

患者教育の一環である「退院指導」「食事指導」「化学療法の副作用」「サバイバーシップ」のクラスに参加した。指導は個別ではなく、対象患者が家族と一緒に自由に参加し集合教育として行われていた。指導内容は、例えば「食事指導」のクラスでは、各患者にパンフレットが手渡され、ソーシャルワーカーが司会をしていた。栄養士が食事に関する詳細な説明を行い、上級看護師が緊急時の対応の方法などを説明していた。サバイバーシップクラスでは、上級看護師ががん患者の退院後の生活全般についての指導や退院後に必要となる情報収集の方法などについて説明していた。所要時間はいずれも約2時間であった。

患者教育は看護実践の中で日本よりもさらに重要な位置づけになっているように思われた。日本では患者指導は個別に行うことが主流であるが、MDACCでは多くの内容を効果的かつ効率的に実施していた。また、指導する看護師はほとんどが上級看護師で指導場面でのプレゼンテーションの質の高さを実感した。

2) 放射線外来

診察後、放射線治療が決定した患者に対して、看護師は放射線治療の導入についてビデオとパンフレットを使用して説明していた。ビデオの所要時間は15分間で、内容は放射線治療の基本と治療中に受けることができるサポートであった。ビデオ視聴後、看護師は患者と面接し質問を受けるといった形式であった。

また、放射線治療に関しては「シミュレーション・治療・チーム」が結成され、患者に系統的な教育が行われていた。患者教育は週2回開催され、ビデオを使用して看護師が指導していた。特に治療中のシミュレーションは患者教育に非常に効果的のよう感じた。

4. その他のチームメンバーの活動

緩和ケア病棟ではカウンセラーがカンファレンスや回診に同行していた。カウンセリングが必要な患者に対しては、回診後にタイムリーにカウンセリングを行っているのが印象的だった。

チャプレンは特定の宗教に基づくことなく、患者の話に傾聴することで患者の苦悩を軽減し、あるいは患者が自らの気持ちに気づくために支援していた。彼らは24時間体制で、患者あるいは医療者からの依頼で活動していた。白血病病棟において、チャプレンが患者を訪問した後にチャージナース（日本でいうチームリーダー的存在の看護師）と情報交換している場面があった。看護師は、患者の苦悩に対して看護師だけでは支援できない部分をチャプレンとの連携によって支援できると話していた。

ボランティアは約1500団体あり、MDACCの患者である人が多いということであった。ボランティアはブルーのジャケットを着用しているため容易に認識できた。活動内容は多岐

(つづき)

II

Page. 6

におよび、病棟の患者を一人一人訪問して買い物などの依頼に応じていた。また、施設内の患者がくつろげる場所ではピアノやフルートなどの演奏活動も行われていた。

5. プログラムの作成について

医師、薬剤師、看護師各1名の計3名でチームを結成した。まず、チームのミッションとビジョンについて考えた。ビジョンは患者と医療者のどちらもが満足できるようなコミュニティを創ることとした。プログラムの内容については、架空のものではなくて研修終了後に必ず実行できることも考慮して決定した。満足できるコミュニティを創るためには良好なコミュニケーションが重要である。そこで、プログラムのテーマをチーム医療に必要な医療者間のコミュニケーションに関する調査とした。調査の目的・対象・日程・方法、評価などを検討した。

6. ONS について

第36回 ONS Annual Congress に参加した。この会議は4月28日から5月1日にかけてボストンで開催され、国内にとどまらず、世界各国から参加者があった。全体会議では、世界中の緩和ケアに関与している看護師の活動内容について報告があった。また、サバイバーシップや患者教育などのセッションに参加した。この会議に参加することによって、現在の ONS でのトピックス、また、がん専門看護師に何が必要とされているかなど新たな知見を得ることができた。

Ⅲ 成果

Page. 7

1. チーム医療について

チーム医療についての解釈は様々である。例えば、患者にチームで関わっていると、それがチーム医療であると認識している人もいる。これについては以前から疑問があった。しかし、MDACC の研修を経てひとつの回答を得た。それは、チーム医療ではディスカッションが重要であり、ディスカッションが十分なされていないものは、チーム医療といえないのではないかということである。MDACC では外来や病棟で、医師、看護師、薬剤師を中心にディスカッションが頻回に行われ、治療方針の決定や患者状態のアセスメント時などに専門職として各々の見解を述べていた。

チーム医療に必要なディスカッションの要素について考えた。それは専門性の高さ（エビデンス）、信頼感、コミュニケーション能力であると思った。日本と米国は文化的背景や民族性が違う。それはチーム医療の在り方に影響しているかもしれない。しかし、私たちも医療の専門職である。今後、チーム医療を推進するうえで多くのヒントを得た。

2. 個人の専門職性について

MDACC では、医療者の一人一人が自律し、自らの仕事に対して誇りや満足感を得ていた。例えば、外来勤務の一般看護師の仕事の専門性が高かった。その看護師は勤続年数が10年以上で、専門性を高めるために同じ部署に長く勤務することは当然だと話していた。また、病棟の一般看護師は研修会や学会への複数の参加証を自慢そうに見せてくれた。MDACC では専門性を高めることが重要であると認識されていると感じた。そして、高度な専門性が仕事に対する誇りや満足感につながっていると思った。日本では部署異動が当たり前のようになっている。今回の研修は、自らの専門をもつことの重要性やそれを育む職場環境について考える機会になった。

3. ビジョン・ミッションについて

メンターから指導を受けて、自らのビジョン・ミッションを明確にすることができた。当初はビジョンを広く捉えていたが、ビジョン・ミッションを考える過程の中でそれを絞り込むことの意味と重要性を学んだ。

また、MDACC の職員は生き生き働いているように感じた。それは組織のビジョン・ミッションが明確であるため職員は同じ方向を目指し、自らの役割を發揮することができるのではないかと考えられた。MDACC に就職すると、エデュケーションセンターでトレーニングを受けなければならない。ビデオではミッション・ビジョンが伝えられ、誇りと満足を得て働いている職員が紹介される。トレーニング内容に代表されるように、ビジョン・ミッションを職員に意識付けする仕組みと組織におけるビジョン・ミッションの重要性を学ぶことができた。

(つづき)

Ⅲ

Page. 8

4. コミュニケーション・リーダーシップについて

コミュニケーションやリーダーシップについての講義は非常に有意義だった。コミュニケーションスキルは具体的な事例を通して学ぶことができた。また、MBTIを実施したが、この結果は自分を客観的に理解できるだけでなく、他者も理解することができるツールとして有効であった。これらの講義は多職種と協働することやチーム医療の推進など、良好なコミュニケーションやリーダーシップが要求される中で実際に役立つ学びであった。

5. メンター・メンティー関係について

キャリア発達においてメンターの存在が大きいことは研修前から知っていた。MDACCにはすばらしいメンターがたくさん存在し、一流の人たちの考えや実践を知ることができた。人間的に尊敬できること、信頼できること、ビジョンが明確であること、専門性が高いこと、コミュニケーションスキルがあることなど、メンターに必要なヒントをいくつか得た。

6. プログラムについて

文献検討をした結果、医療者間のコミュニケーションに関する調査研究は、これまでほとんどされていなかった。今回の研修で、私たちのチームはこれに関するプログラムを創った。まず、私たちの施設で調査する予定である。その後、MDACCでも調査が可能であれば、日米の比較検討ができるのではないかと考える。また、「The Team Oncology」のワークショップで研修前後の調査をすれば、ワークショップの成果を評価できるツールのひとつとなる可能性がある。

IV 今後の課題

Page. 9

1. がん看護を専門に実践する看護師（ジェネラリスト）のキャリア発達を支援する。
‘真’のチーム医療を実現するには、看護師が医師や臨床薬剤師と同等にディスカッションできることが必要である。それには特にエビデンスに基づく看護実践ができて、良好なコミュニケーションができるということである。現在、日本でも米国の上級看護師と同様な看護師の養成について検討している。しかし、それは始まったばかりである。がん患者に関わる多くの看護師はジェネラリストである。日本の医療メンバーと役割を考えると、チーム医療の実現にはがん看護を専門に実践するジェネラリストの育成が重要であると思う。彼らが専門性を高めることができる環境を整備し、キャリア発達を支援する必要がある。

2. 自分のミッション・ビジョンを達成する。
看護倫理に焦点をあてたミッション・ビジョンを考えた。それは看護師を育成し、モデル病棟を創ることもある。そのため、自分のミッション・ビジョンを達成することは、前述の看護師の育成にもつながる。ミッション・ビジョンの達成には、メンターとの関係を大切にしながら、短期・中期目標を立てて具体的に行動する必要がある。

3. 医療者が良好なコミュニケーションができる環境を創ることが必要である。
今回の研修で、チーム医療を基本的に支えるものは良好なコミュニケーションであることに改めて気づいた。研修中にチームで創ったプログラムを自分の施設などで実施する予定である。プログラムを実施することは、医療者間の良好なコミュニケーションが重要であることを組織内に浸透させる一つの方法になる。さらに、それは‘真’のチーム医療を実現することに繋がると思う。また、このようなプログラムの実施や変革にはリーダーシップが重要である。今後もコミュニケーションスキルやリーダーシップについて学び続けたいと思う。