

<様式3>

平成 30 年 11 月 3 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 静岡県立静岡がんセンター
看護師

研修者氏名 河村 奈緒

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 30年 11月 3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 静岡県立静岡がんセンター・看護師

研修者氏名 河村 奈緒

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

患者教育を通して自宅で生活しながら化学療法を受ける終末期の消化器がん患者のその人らしさを守る

(英語)

To protect patient's wishes by providing education to gastrointestinal cancer patients at end of life and their families who receiving chemotherapy while living at home

●Vision:

(日本語)

終末期の消化器がん患者が外来でがん治療を受けながら自分らしく生活できる

(英語)

End-of-life gastrointestinal cancer patients live their own way at home, who receiving cancer treatment by creating a premier educational team to patient's wishes

I 目的・方法

Page. 1

1. 目的

- 1) チーム医療におけるメンバーの役割、行動、コミュニケーション、リーダーシップについて理解し、チーム医療のためのスキルを学ぶ
- 2) アメリカの看護師制度を学ぶとともに、高度実践看護師（NP・CNS・DNP など）の役割と活動を知り、今後がん看護専門看護師としての活動について考える
- 3) JME2018 のプログラムを通して、他の参加者と連携、協働するコミュニケーションやスキルについて実践を通して学ぶ
- 4) 研修を通して、個人の Mission、Vision を再構築し、キャリア形成のプランを明確にする

2. 方法

JME2018 に参加し、以下のことを行った。

- 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の取り組みを見学し、日本で行われているチーム医療と比較し類似点や相違点を理解する
- 2) MD アンダーソンがんセンターの看護師の働き方や看護の教育システムを見学し、日本の看護師の働き方と比較し、類似点や相違点を理解し、日本における課題や方向性について検討する。
- 3) JME2018 メンバーと Mission、Vision を作成し、プレゼンテーションを行い、その過程を通してチームとしての活動を理解する
- 4) 上野先生やメンターの指導を受けて、個人の Mission、Vision を再構築する

II 内容・実施経過

Page. 2

1. チーム医療におけるメンバーの役割、行動、コミュニケーション、リーダーシップについて理解し、チーム医療のためのスキルを学ぶ

1) MD Anderson Cancer Center で展開されているチーム医療の現状の理解

MD Anderson Cancer Center(MDACC)で行われている外来診療スタイルは、日本の診療スタイルとは大きく異なり、患者が診察室で待っているところに、医師、薬剤師 (Clinical pharmacy)、NP (Nurse Practitioner) または PA (Physician Assistant)、RN (Registered Nurse) が訪室し、診察を行うスタイルであった。そして、その多職種で診療チームを作り一丸となって患者の診察を行っている。

診察は、RN が患者を診察室へ案内し、カルテを見ながら問診するところから始まった。RN のカルテ記載が、選択項目をチェックしていくことであり、記入することは稀であったことは特徴的であった。次に NP (または PA) が問診と診察を行い、その後、化学療法で治療内容が変更となる場合や新たに治療を開始する場合は薬剤師が訪室して患者に指導を行う。薬剤の変更や開始がなければ薬剤師は訪室しないことが多かった。最後に医師が訪室するが、医師は診察室でカルテを開くことは少なく、患者と対面し、症状の問診から診察まで行う流れであった。全体の診察時間は 30 分～1 時間程度と状況により様々であるが、明らかに日本より長く、患者が落ち着いて診察を受けている印象があった。一方で、診察をしていない間、チームのメンバーは別室の診察室と同規模程度の部屋に待機し、診察を終えてきたチームのメンバーから情報を得て患者の状況や治療方針について討論し、カルテ内の確認と記載を行っていた。診療チームが外来で患者が受診しているその場で時間をかけて患者と治療方針について討論できる時間が持っており、常に多職種カンファレンスが開かれているこの環境は望ましいと感じた。また看護師が医師や薬剤師へ容易に相談できる場も理想的であると感じる一方で、看護師が自分の職種から診た情報をアセスメントし、多職種へ簡潔に伝える技術は身に付けなければならない術であることも理解できた。MDACC や米国で取り組まれているこの診療システムにおいては、医師や薬剤師は日本よりもゆとりをもって外来診療ができていた印象を受けたが、RN や NP は必ず患者の診察に入らなくてはならず、時間をかけて患者の問診をできる一方で次から次へと診察に向かう看護師の姿があり、看護師の忙しさは万国変わらないと感じた。

日本では少ないと思われるチームメンバーの存在があった。Chaplain, Bereavement Coordinator, Social Worker (SW) である。

Chaplain は日本の病院でも、緩和ケアチームなどに所属している場合もあるが、少数派である。しかし、米国では緩和病棟や Hospice では Chaplain がチームのメンバーに含まれており一緒に患者を支えている。日本人は宗教的な活動が少なく、スピリチュアルペインに対する捉え方が難しいと私自身は感じる部分があった。Hospice に関わる

(つづき)

II

Page. 3

Chaplain の話からは、患者とその家族が根底に何を大切にしているかを一番にしていること、その話を聞くときは患者と信頼関係を築くことから始めることが重要であること、神の話をするのではなく日常的な会話をして過ごすことであると伺った。米国と日本において、信仰する宗教の違いがあってもケアの根底にあるものは変わらないことを理解することができ、またそれが一番患者ケアにおいて重要ではないかと感じた。

Bereavement Coordinator は Hospice で患者が亡くなったあと、家族のグリーフケアを担当しているカウンセラーである。私はこの 1-2 年の間で消化器内科病棟や呼吸器内科病棟で多くの患者の看取りを経験したが、その家族に対するグリーフケアが充実しているとは言えないと感じている。Bereavement Coordinator から 13 ヶ月において患者の家族を支援していると話を伺った。看護師がグリーフケアまで行うことは、米国の看護師からみると欲張りではあると思われるが、私は終末期に関わる看護師としてグリーフケアについての知識と技術を身に付け、残された家族などが亡くなった患者を思いながらも元の生活に戻り精神を安寧させることができるように努めていきたいと感じ、Bereavement Coordinator の活動を参考にしたいと思う。

また、SW の役割の違いも感じた。米国で患者の治療は保険会社によって決まると言っても過言ではない。患者が加入している保険によって、使用できる薬剤も決まるため必然的に治療方針も決まる。そのため、医療チームの中に SW が加わり、使用できる薬剤について医師や薬剤師、看護師と密に相談している様子は日本では珍しい状況であると感じた。NP が患者の受け持ち一覧表を印刷していたが、そこにも保険会社の名前が記載しており、NP も保険会社を意識して看護を含めた医療の提供をおこなっていることには驚いた。その他にも MDACC の特性でもあると思われるが、病棟は常に満床であり、午前中に退院があれば午後に入院患者を入れていることが当たり前に行われている。これは、毎日 SW を含めて RN、NP、CNL(Clinical Nurse Leader)などによりカンファレンスが開かれているため患者の状況把握ができており、円滑に入退院を行っている成果である。それが比較的入院期間の長い移植病棟であっても、毎日全ての患者において状況報告がなされており、私自身は少し過度ではないかと移植病棟の NP に確認したが、それでも患者の状況をつかみ、入退院を円滑に行うためには必要なことであると返答があった。私の所属する病棟では在宅支援について働きかけが弱いと感じている。それは、看護師が治療方針について担当医と共通認識できていない場合や、入院日数に関しての意識が MDACC と比較して低いためであると思われる。在宅転院支援室の看護師や SW と連携をとり、退院を円滑に行っていく必要性を改めて感じる事ができた。しかしながら、現状の日本の医療現場における患者は米国と比較して長く入院期間できることで心身の安楽が得られたり、通院の負担が少なかったり、医療処置を自宅で

(つづき)

II

Page. 4

行わなくて済むこと、保険による薬剤の使用制限がないことは必ずしも悪いことではないと感じた。両方をバランスよく行えるように SW と相談しながら退院支援についても取り組みたいと思う。

2) Middle-Level の役割の重要性について

MDACC において以前は、医師の業務量が多く、診療が終わらない、医師が不足しているという歴史があったという。しかし現在は、医師不足の補填や医師の業務を担うために特に MDACC は、PA や NP が活躍をしている。診療チームには医師の他に PA または NP が含まれ、高い技術と知識を持って、医師の診察や治療を支えより良い医療の提供に一役買っている。医師が責任を負ってはいるが、診察を PA と NP のみで終える場合もある。それでも患者の満足を得ることができる診察スタイルを築きあげている。

日本においても NP 制度が開始されているが処方権や医療処置の範囲における業務可能域や役割の広さは、米国との差が大きい。米国での PA や NP の役割が医師よりであるのに対して、日本の CNS や NP はやはり Ns であるのだと改めて感じた。しかし、私は看護師が処方権や医療行為の拡大ができることが望ましいことであるとは考えないが、Middle-Level の充実や充足は、患者が満足のいく外来診療を提供するシステム作りにおいては参考になるのではないかと感じた。今後、日本においても看護師が医療職としての知識と技術を高め、診察の場で重要性と必要性が求められる日が来ると思われる。私自身もがん看護の CNS であり Middle-Level として活躍できるように、活動する環境の整備と日々医療の知識と技術を高める努力を続けたいと感じた。

3) コミュニケーション技術について

JME2018 に参加しチームで働く医療スタッフを見学して、文化の違いを感じたのは対話についてである。講義やカンファレンスの見学の中で質問があればその場で問いかけることがよくあった。日本ではなかなかそのような活発な意見交換は少ないと思われる。講義を受ける側は、質問を通して理解していくし、講義する側は反応から理解できているか確認する。講義の場で、受けて側が質問することや意見を述べることにしても心理的安全性が保たれているのだと感じた。日本において、心理的安全性が保たれていると前もって提示したとしても、会議などでは発言がない場合も少なくない。私は本当に心理的安全性が保たれているのか疑っていることもある。活発に意見交換ができる環境にするには何が必要であるかを考える研修であった。それはやはり自分の考えに自信を持つことと意見を持つということと、互いの意見と認め合うということではないかと考える。米国においてどちらでもよいという考えやお任せするという考えが少ないのかもしれないと感じた。5 週間の研修で感じたことであり、ダイバーシティが広がる米国で、それが米国らしさかはわからないが、少なくとも自分の意見を言わな

(つづき)

II

Page. 5

いと伝わらないためコミュニケーションが活発に行われていることを感じ取ることができた。そして、いろんな文化が混じり合っているため、まずは他者の意見も受け止めるという姿勢が日本よりも寛大であるように感じた。日本の医療に現場においても、チームが活発に働くにはやはり互いの意見を言い合うところと他者の意見を聞くということから始めなくてはならない。活発に意見が言い合えたなかで、チームの意見を調整していくことで、チームはより良くなっていくのではないかと感じた。日本においてリーダーが独裁的に述べることや少数の意見しか出ない環境ではなく、皆が意見を言いある雰囲気作りをして、心理的安全性について考え、環境を作っていきたいと思う。

米国によるコミュニケーション力は国民性の部分も大きいように感じるが、MDACCではコミュニケーション技術の教育、研修も充実していた点も大きいのではないかと感じた。米国でのコミュニケーションを見学して、質問がないか必ず聞くことが特徴的であった。診察の見学でも、看護師のラウンドの見学でも、必ず最後に「質問はありますか」と聞く。その答えを待たずして患者のもとから離れることはない。時間的余裕の影響もあると思うが、日本においてもその習慣が身に付き、患者は自分の病状や治療に興味をもって医療者に確認できること、医療者は患者の不安や迷いを軽減できるように質問には答えると良いと思う。まずは、自分が病棟に関わる患者さんにおいては質問を受ける時間と環境を整えていきたいと思う。

困難な対話についての講義の中で、患者の怒りを買わない質問の仕方について学んだ。患者さんが話を理解できたか確認する方法は、医療者が説明した後に患者さんにも同じように話してもらうことが良いと学んだ。しかし、患者を試すように聴くと患者の怒りを買うため、具体的には「今日のことを、家族にどのように伝えますか?」と問うと良いのだと学んだ。そのような細かく気を使ったコミュニケーションに技術によって患者の怒りを買わずに確認できること、難しい場面での対応ができるのだと学んだ。国民性としてコミュニケーションが活発であることに加えて、やはりきちんとしたコミュニケーション技術があつてこそ、直接的で密なコミュニケーションが展開されていることを知ることができた。そして、しっかりと時間を設けて患者の話を聞くこと、医療者の考えていることを患者に伝えることという当たり前のことを繰り返すことで互いを理解して信頼関係が築かれていくことを学んだ。日本において察する文化や共感する文化がある。時間がなく、会話ができなくても察してくれるやお任せすることや皆と同じであることが安心を呼ぶ。日本においてこの文化があるからこそ、忙しく短い時間の診察や会話で成り立ってきた部分は大きいと思う。しかし、医療が複雑化と専門性が高まってきたことやがん医療においても選択肢が広がってきたことから察することや共感だけではなくきちんと言葉でコミュニケーションとる必要性を感じた。

(つづき)

II

Page. 6

2. アメリカの看護師制度を学ぶとともに、高度実践看護師（NP・CNS・DNP など）や看護師（RN）の役割と活動を知り、今後がん看護専門看護師としての活動について考える

1) 看護師の業務の分業化について

研修期間中に多くの看護師の業務を見学した。RN, NP, CNL, WOCNS, IVNs, Assistant Ns, Nursing Educator などである。他にも看護師の業務は日本と比較してかなり細分化されている印象があった。私は日本で病棟看護師として勤務しているが、業務内容はバイタル測定から、清潔ケア、意思決定支援や在宅支援まで行っており、病院内の教育に関わる場合もあり、米国の Assistant Ns から RN, NP, Nursing Educator の内容を含んでいる。私が看護師になった当時は、さらに食事配膳や病室内の掃除、ベッドメイキングまで行っていた。全てが看護行為であると思うが、現在では食事配膳や掃除は委託されていることから、これから看護の仕事が細分化され分業していく方向にあるのではないかと私自身は感じた。しかしながら、専門性の高さは今の日本の看護師の職場環境ではうまく活用できない部分もある。例えば、IVNs は PICC の挿入のみを専門として行っており、その技術力の高さはあるが日本のように部署移動して他部署で働くことになった場合は適応が困難であるように感じ、同じ職場で働き続けるには全体の看護師数が不足している。また、看護師業務が細分化されることで、さらにコミュニケーションの必要性が感じられ、互いに自分の業務を明示し、状況を報告し依頼することを密に行わないと本質的な看護の提供はできないのではないかと感じた。それだけではなく、コミュニケーションの欠如によるインシデントやアクシデントは発生しやすいと思われた。したがって、看護師業務が細分化されることは課題点も残るが、業務が進むことやより専門性を高められるメリットもあると感じられた。特に私が以前勤務していた外来の化学療法センターにおいて、点滴交換する看護師とデータチェックや副作用の確認と指導する看護師が業務分担することで、専門的な知識を持った看護師が患者支援を行い、一方で投与管理の看護師は安全な投与を第一に行うことで、互いに目的をひとつにして協働することでよりよい看護が提供できるのではないかと感じられた。現状では化学療法室の看護師はデータチェックから患者支援、点滴交換を行っており、患者数が増えるにつれて看護師の業務負担が増加し疲弊しているように感じられる。看護師の細分化や分業化を見学し、看護の専門性と一般性についてさらに学びを深め、よりよい看護を提供できるシステム作りと看護師の職場環境の改善について知識を深めていきたいと感じた。

(つづき)

II

Page. 7

2) 高度実践看護師の活動について

前項の Middle-Level の役割についてでも述べたが、日本における NP と MDACC における NP の医療処置が行える範囲には大きな違いがあるように感じた。しかしながら、看護的視点と専門性の高い医学的知識をもって患者をケアする役割は変わらないことが分かった。本研修の見学を通して、NP は高い知識と技術を患者さんに提供する看護師であり、CNL は臨床において高い知識と技術で看護師のケアをフォローしている看護師であると感じた。私自身は病棟に配属された CNS であり、病棟業務を行いながら、病棟看護師の質を上げ、患者さんへのケアの向上させる活動をしており、私が取り組んでいることは CNL の活動に類似していた。CNL の役割と活動を参考に、今後の自分の活動を行っていきたいと思う。

3) 看護師の国際化について

MDACC の病棟や外来を見学し、多くの看護師と出会い、中国、韓国、フィリピン、タイ、インドネシアと多くのアジア圏内の看護師が多く在籍していることに驚いた。海外で働く理由は様々であったが、MDACC において、外国籍の看護師の受け入れが進んでいると明らかに感じる事ができた。この点においては、MDACC も以前は看護師不足に陥った歴史から、外国籍の看護師の勧誘を始め、今に至る発展を遂げたことを学んだ。今では、MDACC は看護師を魅了する病院として本年も含めて Magnet Designation を 5 度獲得している。MDACC における看護師に対しての教育システムとリソースの充実度は明らかである。外国籍の看護師であっても、RA から NP などへキャリアアップを目指せる環境があり、働きたいと思うのは明らかではないかと感じた。

日本においても外国籍の看護師を受け入れるシステムがあるが、看護国家試験合格率は 10% 程度であり、日本で外国籍の看護師が働くハードルはかなり高いと感じる。更に、患者側の受け入れにも違いがあることが分かった。米国は基より移民が多い国であり、人種は様々で、ダイバーシティの考えが浸透していると感じた。日本は島国という閉鎖的環境でありかつ察する文化の国で、この背景を理解して看護を提供するとなると、外国籍の看護師が働くことに難しさを感じることも理解できた。日本において様々な面で国際化は進んでいるものの特に看護師は国際化が乏しく、MDACC で勤務または研修する日本人看護師と会うことはなく看護師の国際化がまだ進んではいないのではないかと体感した。

(つづき)

II

Page. 8

3. JME2018 のプログラムを通して、他の参加者と連携、協働するコミュニケーションやスキルについて実践を通して学ぶ

JME2018 のプログラムにおける私のチームは、外科医、画像診断医、薬剤師と看護師の私の 4 人のチームであった。今回の研修を通して各々が感銘を受けた部分があったが、共通していた点は MDACC における「患者力」の高さであった。患者力とは、患者自身が自分の病状や治療における理解度、理解しようとする意欲や姿勢のことである。MDACC で見学した患者や家族は、診察室でノートを広げて医療者の説明を待っている患者が多かった。患者は質問したいことをノートにまとめていたり、医師へ説明内容をノートに記載するように依頼したりする姿も見られた。また、患者は自分の内服している薬剤について内服タイミングだけではなく、薬剤量なども当然のように応えられていた。そこで、私たちチームはいかに患者力を向上できるかに注目して「Patient Education」をテーマに Vision ,Mission を作成することとした。

チームで Vision, Mission を作成するにあたって困難であった点は、各々が「患者力」に感銘を受けていたが、職種によってそれぞれ捉える視点が異なり、ズレが生じて共通のゴールを導くことが難しかった点である。患者力が向上することによって、主に医師は入院期間の短縮を期待し、薬剤師は Medication Error の減少を期待、私は患者が意思決定をできることを期待していた。私たちはチームで同じ患者を診ていて、同じように患者によりよい医療を提供したいと考えていても、職種が違えば見ている視点が異なることや、各職種で自分の視点の捉え方が自然であり疑いのない部分でもあることも改めて理解できた。そして、互いにその視点は、職種の専門家として譲れない部分でもあり、何度も話し合いを行い、互いの考えを理解する作業を繰り返した。そして私たちは、共通の理解を持って Vision, Mission, Goal, Plan を作成することができた。

今回はこの課題を達成させるために多職種で話し合いを重ねたが、今後自施設においても同様に患者の治療方針について話し合う際も職種によって視点にズレが生じている可能性が高いことを改めて理解し、詳細に理解し合うために自分の職種の強みを示しながら話し合いを重ねる必要があることを理解した。その話し合いの中で、自分の意見をまとめ述べる技術、直接的であるが他者を否定することのない技術を介したコミュニケーションはどのようなものであるか更に学びを深めていく必要があると感じた。

患者力についても高める活動をしていきたいと感じた。患者やその家族が患者力を高めることで治療方針についての意思決定ができることや医療ミスを防ぐことにつながると思うが、医療者も患者力が高まることで説明がスムーズに進むことや医療者側のモチベーションの向上にもつながるのではないかと考える。

(つづき)

II

Page. 9

4. 個人の Vision と Mission の再構築し、キャリア形成について明確にする
研修中に、上野医師より自分自身の将来を見据えた Vision, Mission の形成について教授頂いた。Vision, Mission は残りの職業人生を逆算し、達成可能なものでありかつユニークで、人を惹きつける魅力的なものであることが望ましいということであった。

私は個人の Vision と Mission を作成するにあたり、3つ課題があった。

一つ目は、人を惹きつける魅力的な Vision と Mission を考えるという点である。私自身は、看護師として外来のがん化学療法に関わる看護がしたいと考え、これこそが私にとって魅力的な仕事であると考えていた。私は、外来化学療法という分野は看護師の中では限られた分野であると認識していたが、それでは対象が広過ぎるという指摘を受け、最初は驚いた。看護師としては、general に働くことが求められ、教育されてきた中で、専門性を絞るという作業はかなり困難を強いられた。しかし、上野医師よりまずは対象者を絞り Vision と Mission を達成させて自分の専門性を付けることの利点とそこから対象者を広げて Vision と Mission も広げていくことができる道筋を聞き、専門性を示す必要性を理解した。それから、外来がん化学療法の中でもどのようなことに取り組みたいかということ研修期間中に常に考えるようになった。その中で、自分の関わってきた臨床や研究を振り返り、終末期近くなくても外来でがん化学療法を行う消化器がん患者と家族という対象者を絞ることができた。

2つ目は、看護人生を考えるということである。今までに、看護で関わりたい分野や毎年の目標などは考えてきたが、看護人生における Vision, Mission を集中して考える機会がなかった。また、今まで残りの看護人生を逆算して考えることはなかった。今回の機会は、自分の看護人生を振り返り、更に今後の看護人生においてより効率的に Vision を達成するための方略的な考え方を学ぶ機会となった。昨年がん看護専門看護師となり、教育する機会が増えたが特に内容は絞らずに仕事に取り組んできた。これからもがん看護師としての活動をしていく際に、限られた看護人生の時間であることを意識して、自分の Vision と Mission に照らし合わせながら、取り組んでいくべきか検討することを学んだ。

3つ目は Vision と Mission はユニークであるということである。私は、今まで外来化学療法の看護に関わりたいと周りにアピールしてきたつもりである。しかし、ユニークさはなかったと反省する。周りに自分の Vision と Mission を認識してもらうためにもユニークさは必要であることを学んだが、今回の Vision と Mission においてもユニークさはまだ足りないと感じている。これは今後も課題であり、自分 Vision や Mission が変化したときもユニークさについてよく考え取り入れるようにしていきたい。

Ⅲ 成果

Page. 10

今回の研修を通して、MDACCで行われているチーム医療と日本で行われている医療の違いや類似点を見出すこと、チームメンバーの職種や役割についてと看護師の多様性と行われている看護の相違点や類似点を学ぶことができた。

MDACCは巨大な病院であり、スタッフの数が多く、機械なども新しいもので溢れていた。看護の仕事は細分化分業化されており、同じNurseとして捉えていいかも迷うほどであった。しかしながら、提供する看護には大きな違いはなく、患者さんによりよい看護を提供したい思いは変わらないことも分かった。日本の看護師の環境は細分化や分業化されていないメリット、デメリットがあることも今回の研修を通してMDACCの看護師と比較することで知ることができた。

自分のVision、Missionを明確にし、それに基づくPlanとGoalを明確にでき、残りの看護人生を見据えて自分が何をすべきか考える術を身につけることができた。今までは自分の看護人生の全体像を通して、今を考えることができていなかった。また専門性を高める必要性の理解が乏しかった。今回の研修を通して、自分のVisionとMissionにおける専門性を高める必要性と、それを達成させるためのPlanとGoalを詳細に考える機会を得ることができた。

最後に、チームで活動することや組織で働くこと、リーダーシップとメンバーシップ、コミュニケーションの技術についても学ぶことができた。最終プレゼンテーションを作成するにあたり、多職種で同じMissionとVisionを作り上げるための何度も同じように理解しているかコミュニケーションをとりながら確認する作業を繰り返していった。より良い医療を提供したい思いが同じであっても職種が違えばかなり捉える視点が異なることも理解でき、コミュニケーションの必要性を理解することができた。

IV 今後の課題

Page. 11

私は、自分の専門性を高めること、看護教育に力を入れること、看護師の働く環境を変えていくことに取り組んでいきたいと考える。

まずは、自分の専門性を高めることである。本研修を通して、個人の Vision と Mission を明確にし、それに伴う Plan と Goal も明確にできたことで、何をすべきかはかなり明確となった。Plan に基づき、行動を進めていきたいと思う。そして、自分の専門性を高めるとともに専門的知識、技術に基づいた看護を提供できる看護師になりたいと思う。二つ目に、看護教育に取り組むことである。私は病院に勤務する看護師であり、臨床で働く看護師の教育に関わる活動をすることで、看護師の技術や知識の専門性を高めることで、患者さんとその家族によりよい看護を提供していきたいと考える。

最後に、看護師の働く環境の整備である。MDACC と当院や日本における看護師の働く環境には大きな違いがあった。業務の細分化や人数の違い、国民性の違いなどがあり、全てを取り入れることは困難であり、全てを取り入れることが望ましいわけでもないが、看護師にとって魅力ある職場であり、看護の質が高められる環境を作ることに努めていきたいと思う。

謝辞

JME2018 においてご支援くださった皆様に心から感謝申し上げます。

上野先生、Joyce L. Neumann 氏、メンターの Nicholas Szewczyk 氏をはじめ、J-TOP メンターの皆さま、スタッフの皆さま、時間を割いてご指導くださったことを心から感謝申し上げます。

また、研修を支えてくださった J-TOP 事務局 笹木様、研修費用を負担してくださったオンコロジー教育推進プロジェクト、企業の皆さま、誠にありがとうございました。

最後に、研修参加をご承認くださった総長、病院長、副院長、看護部長、副看護部長と不在の間ご迷惑をお掛けした 9 東病棟のスタッフの皆さま、CNS の皆さまに感謝申し上げます。