

<様式3>

平成26年6月27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

千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター・特任助教  
研修者氏名：若杉 歩

## 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27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

千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター・特任助教

研修者氏名

若杉 歩

## 研修を経て創出した Mission and Vision

### ●Mission:

(日本語)

看護実践の場で生き生きと働く看護師で日本を満たすことで、我々看護師のケアを通して、がん患者さんとそのご家族が誇りを失わずに生活できる社会を創造する

(英語)

Making a society that patients with cancer and their families can live proudly by filling Japan with nurses who are able to work energetic in clinical site.

(Energetic or lively, to be able to have happiness to work as a nurse with professional)

### ●Vision:

(日本語)

自律した教育研究者として、がん患者さんとそのご家族、チーム医療に貢献できる高い能力を有する看護師を看護基礎教育から継続的に育成し、臨床実践の場で有用な研究の実践を通して、教育－研究－実践をつなぐ架け橋となる

(英語)

Bridging Education, Research and Practice in Nursing as an autonomic educator and researcher through growing up high competence oncology nurses who can contribute patients and their families, team medicine by providing successive education (undergraduate students, graduate students, clinical nurses) and practicing significant researches at clinical site.

## I 目的・方法

Page. 1

### 【目的】

私は下記の目的をもち、JME2014に参加した。

- ◆ 次世代の TeamOncology を担う看護師として、多職種連携を日本で円滑に実践するために、多職種連携の基盤を有する MD Anderson Cancer Center (以下 MDACC とする) からその実践を学ぶ。
- ◆ 日本で多職種連携を実践するために、MDACC の他職種 (医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケースワーカー、その他のコメディカル、医療従事者と協働する非医療従事者) が有する役割を学ぶ。
- ◆ 多職種連携を円滑に行うためのコミュニケーション・スキルとリーダーシップについて、MDACC のスタッフから学ぶ。
- ◆ JME2014 の参加者もまた多職種である。JME2014 のプログラムを通し、他の参加者と連携・協働を自ら実践する。
- ◆ 日本とは異なるアメリカの看護師制度を学び、Nurse Practitioner (以下、NP) と Clinical Nurse の実践を見学し、日本の看護師との役割の違いを知る。中でも MDACC の看護師の患者・家族、他の職種との関わり方、他の職種からみた看護師について知り、日本の看護師に望ましい期待される役割とは何かを考える一助とする。
- ◆ 自己の実践に結び付けるため、今年の TeamOncology Leadership Academy で学んだリーダーシップ、ミッション・ビジョンの構築、ハイ・パフォーマンスチームのつくり方について、MDACC の実践の見学と講義からより深く学ぶ。
- ◆ 研修を通し、私個人のミッション・ビジョンを明確にし、キャリアパスを考える。
- ◆ 私の関心分野である造血幹細胞移植 (以下、SCT) であり、MDACC は SCT に強い施設である。MDACC での SCT を支える先駆的なシステムを学び、そこから自分の博士後期課程の博士論文のシーズをみつける。

(つづき)

I

Page.   2  

**【方法】**

- ◆ 定められたスケジュールを通し、JME2014の仲間と共にMDACCでの見学・講義を受ける。
- ◆ 定められた共通のプログラム以外に、自分のメンターと自分の関心分野の見学ができるように調整し、その部署や職種について学ぶ機会を得る。
- ◆ 見学は個人とJME2014のグループで行い、講義はグループ形式で受ける。
- ◆ 自己のミッション・ビジョンを構築するため、MDACCのメンターからのメンタリングを受ける。
- ◆ JME2014の参加者との連携・協働を通し、多職種の中での自己の傾向を知り、ハイ・パフォーマンスなチームビルディングの実践を試みる。
- ◆ また看護師のJME2014の参加者は、カリフォルニア州アナハイムで催される第39回アメリカがん看護学会（Oncology Nursing Society：以下ONS）に参加する。

## II 内容・実施経過

Page.  3

### 【内容】

JME2014は、平成26年4月17日（木）～5月25日（日）の39日間に行われた。参加者は、昨年のTeamOncology Leadership Academyから選抜された医師・看護師・薬剤師の各職種2名、計6名であった。各職種1名ずつの3名で1グループとし、2グループ（A・B）に分かれ、プロジェクトの計画立案とプレゼンテーションを行った。私は、Aグループであった。

研修内容の項目を下記のようにまとめた（表1）。

表1：JME2014 学習内容の概要

講義	リーダーシップ、MBTI、コミュニケーション・スキル、メンタルヘルス、バッドニュースの伝え方、ナーシングレクチャー、ソーシャルワーカーの役割、チャプレンの役割、キャリアパス（ミッション・ビジョン）、CVの書き方、医療倫理 等
見学	手術室（乳がん日帰り手術）、病理検査部、WOC、通院治療室、緩和ケアのモバイルチーム、ラーニングセンター、救急外来、IRB、薬事委員会、Children's Art Project、統合医療センター、サバイバーシップ外来（SCT・乳がん）、各部門のPhys・NP・RN・CNL・PharmDのシャドーイング 等（乳腺、放射線、脳神経、幹細胞移植、悪性リンパ腫、消化器）
その他	ヒューストンホスピス見学、Mentor & Mentee Hour、グループワーク、ONS（Oncology Nursing Society）学会へ参加

研修内容は、講義・見学・その他に大きく分類できる。講義では、MDACCの専門家から上記のテーマについて貴重なお話をお聞きすることができた。見学は、グループ別や個人で行い、主にMDACCの各職種の専門家のシャドーイングを通し、各部門や職種の役割・機能について学ぶことができた。また研修には、学会参加やヒューストンホスピスの見学といった、MDACCの施設外での活動も含まれていた。この研修を通し、MDACCのスタッフがメンターとして参加者個人に就いて頂き、メンター・メンティー関係としてサポートを得ることができた。

全ての研修内容についてここで述べることは困難であるため、私の関心分野であるサバイバーシップ支援、多職種連携、MDACCの看護の力の3視点から研修内容の総括を行いたい。

(つづき)

## II

Page. 4

### 1. サバイバーシップ支援

私の関心分野は、SCT後の患者における生活の再構築のサポート体制に関することである。MDACCは、SCTに力を注いでいる施設であり、海外からも多数の患者を受け入れている。そのため私は、本研修でMDACCの患者・家族へのサポート体制について学ぶことを非常に楽しみにしていた。メンターであるNicholas A. Szewczyk氏が調整して下さい、移植後の患者が通院する日本でいう通院治療室にあたるAmbulatory Treatment Center（以下、ATCとする）、SCT後のサバイバーシップ外来と乳がんのサバイバーシップ外来を見学する機会を得た。

#### 1) ATC

MDACCでSCT（同種移植）を受けた患者は、移植後15～20日で入院病棟からATCへ治療が移行される。ATCに通院する間の患者は、通院できる圏内に滞在しなければならない。患者は、おおよそ移植後60～80日経過し、サバイバーシップ外来を受診し、移植後100日頃に自宅へ帰るシステムになっている。日本では通常この期間は、入院を要する時期である。移植後経過日数の短い患者は連日来院する必要があるため、ATCは、土日や年末年始・クリスマスといった祝日に関係なくオープンしている。

私はATCで、SCT後のフォローを担当するNPにシャドーイングさせて頂いた。日本の通院治療センターとは異なり、MDACCのATCは全て個室で且つベッドであった。私が見学させて頂いた日のNPは11名の患者を担当し、患者は移植後19～108日目（平均51）であった。医師の診察は週に1回であり、それ以外はNPとPharmDのペアで患者の個室をラウンドする形をとっていた。免疫抑制剤の量や電解質補正の変更入力、PharmDが行っていた。MDACCは移植件数が多いため、ATCのNPはSCT後患者を大勢診なければならない。日本であれば入院しているため、心身の状態のモニタリングを24時間医療者の眼でみることが出来る。MDACCのようにNPが主力となり外来という短時間で、大勢の患者全員をモニタリングするのは非常に難しい。またこの時期の患者は、その小さな変化を見逃すことで生死やその後のQOLに大きく影響する合併症に至る可能性がある。つまり、非常に重要な時期である。以上のような懸念を防ぐために、そのNPの方は、電子カルテのフローシートの備考欄に、次回受診時に何をチェックしないといけないのか分かるように記載し、モニタリングできるように工夫していた。またNPとPharmDは、ほぼ毎日、継続的に患者・家族と関わっているためか、親しい関係性ができているように感じた。

(つづき)

II

Page. 5

驚いたことに MDACC の患者は、日本の患者よりもずっと顔色もよく、外観的にはあまり筋肉量が落ちているように見えなかった。週末に予定しているバーベキューパーティーのを楽しそうに話している患者もおられ、非常に活気ある生活を送っていた。果たして、日本と何が違うのか？ NP の方にお尋ねしたところ、入院期間が短いことで、家族と過ごす時間が遮断されないからだと理由をお聞きした。私は移植病棟も見学したが、治療中でも歩行訓練やベッドから離れる時間を確保していること、患者が治療において主体性を強く持っていることが影響しているように感じた。MDACC の患者は、日本の患者よりも症状や生活上注意している点、不安等を明確に医療者に伝えることができていた。がんという不確かさの中でも、保険の関係で疾患に関する教育を受けることが必須のためか、治療に主体的に参加することができるため、患者がセルフ・コントロール感を維持できているのではないだろうか。また、NP の方に患者に接する上で大切にしていることを尋ねると、「自分の仕事は患者をコーチングすること」だと教えて下さった。コーチングという姿勢をとっているからこそ、良好な関係性を基盤にした患者の高いセルフケア能力の向上といった、移植後に必要な患者サポートが行え、結果的に患者の QOL を維持・向上できていると学ぶことができた。

## 2) SCT のサバイバーシッププログラム

SCT のためのサバイバーシップ外来は、SCT 外来の中にあり、専属 NP は 1 人だけであった。ここでは、患者が自宅に帰る前、移植後 6・12・24 ヶ月のフォロープログラムが準備されている。患者は、自宅へ帰る前に初回フォローアップを必ず受診することがルールになっている。それ以後は、次回受診の予約をとるが、受診するかどうかは本人次第である。見学当日は、自宅のある州に帰る前の患者とその家族の外来を見学させて貰う予定であったが、残念なことに患者が外来を急遽キャンセルしたため、フォローアップの実際を見学することが叶わなかった。

しかし、NP から実際のフォローアップの様子や用いる資料を沢山頂け、非常に有意義な話をお聞きすることができた。専属の NP の方は、移植病棟での看護経験もあり、移植前から継続的な視点をもった看護が実践できる方であった。フォローアップの初回指導は 1 時間半程かけ、多数の資料を用いて詳細に行っている。移植後の生活の注意点は非常に多岐に渡る上に、性生活といったプライバシー度の高いものや家族員の協力を得なければならないものも多いため、初見の看護師が患者の生活に密着したサポートを行うのは困難だと考える。

(つづき)

II

Page. 6

そのため、受診前に家族構成といったフォローする上で必要な情報を専用のシートに記入して貰っている。アメリカ人は、基本的にはオープンマインドな文化であるが、そうでない人がいないわけではない。そのため、このシートを活用し患者・家族の話を聞くことで、円滑に指導が行えるよう工夫がされていた。日本では、移植前の化学療法や移植といった治療全般に関わった看護師から退院後の生活支援を受けたいというニーズが高いように感じる。この NP の方のように実際の治療に関わっていなくとも、その患者の体験を共有できる工夫と能力を有していれば、緩和できる障壁だと感じた。

### 3) 乳がん患者のためのサバイバーシップ外来

乳がんのサバイバーシップ外来は、各診療科の NP（16 部門位）がそろっているサバイバーシップ外来の一部として位置づけられていた。乳がんのサバイバー担当の NP は、3 名配属されていた。私は、5 年前までメディカルブレストデパートメントで勤めておられた NP の方にシャドーイングさせて頂いた。乳がん患者のためのサバイバーシップ外来は、SCT のサバイバーシップ外来とは異なり、治療終了して 5 年経過された患者を対象としている。NP が 1 人で診断部門の画像診断の結果、体重等をチェックし、患者へ説明している。診察時は、触診・聴診を行い、患者のスクリーニング結果をみた上で、追加検査等の必要なオーダーを入れている。NP の専門外のことが生じた場合は、NP が臨床医に診察を依頼し、引き継いでいた。ここでは、1 年に 1 回フォローアップ外来に来て頂く。そのため、家庭医が何をフォローしているのか患者に尋ね、患者の問診結果から家庭医からのフォローが必要なものがあれば、家庭医に相談するように患者へ説明している。このサバイバーシップ外来には、治療後数十年経過しても通院している患者も多い。その理由は、メディカルブレストセンターと連携をとっていることで継続的な支援ができるため、非常にニーズが高いとお聞きした。かなりシステムティックな体制であるが、必ずしも医師の手を必要としないことを他の職種、ここでは NP が行うことで、疾患だけでなく患者の生活に視点をおいたサバイバー支援が実現できているように感じた。

(つづき)

## 2. MDACC での多職種連携の実際

MDACC が他より優れていることは何かスタッフ尋ねると、どの職種もそろって Multidisciplinary patient care だと答えることが非常に印象的であった。MDACC での多職種連携のチームには、専門分野の医師集団だけでなく、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、チャプレン、その患者に必要な全ての専門家を含んでいた。

MDACC での Multidisciplinary の実践の様子について報告する。

### 1) プレストセンター

まず一つ目は、MDACC で Multidisciplinary を最も効果的に行っているといわれている、プレストセンターである。MDACC は同じ建物の中に、乳がんに関する診断部門、手術部門、外科・内科の診療室、全てが垣根なくそろっていた。

MDACC の乳がん手術は、日帰りがメインのため、看護師は術前から患者教育を行い、術後の処置は専用のパンフレットを患者に渡し、ドレーン管理等は患者の責任にて行われていた。看護師が医師の手術の説明の理解度を確認し、必要があれば補った上で、同意書の取得を行っていた。日帰り手術を可能にしている要因の一つは、外来看護師が初診時から患者・家族と良好なコミュニケーションをとり、関係性を構築しながら、きめ細やかなアセスメントに基づくケアを提供からだと感じた。また医師や看護師が説明する以外にも、MDACC には他のリソース（ラーニングセンター等）が多数あるため、そのリソースを紹介することで患者教育を支持していた。このように同時に多職種が患者・家族に関わるのではなく、互いの専門性から行えることを分担し、患者・家族をその専門家に繋ぐということも連携の形の一つだといえる。

また MDACC の強みの一つに、病理部門がある。プレストセンターの手術室は、廊下一本挟んで隣に病理の部屋がある。そのため、病変の摘出後、外回り看護師はすぐさま、迅速診断のために病理検査室へ検体を持参することができる。病変範囲を見て追加切除の有無を病理医と外科医が対面してディスカッションするため、このような配置のつくりになっている。物理的な隔たりをなくすことも、連携を円滑に行うための有効策と感じた。

(つづき)

II

Page. 8

## 2) 多職種でのチームカンファレンス

私の関心領域は SCT であるため、私は移植関連の部門を見学し、移植の一連の流れとそれに携わる専門職連携について学ぶことができた。MDACC は、SCT 部門に限らず、他の入院病棟、外来でも、全てチームで医療が提供されていた。そのチームの多くは、医師、看護師 (NP)、PharmD のこの 3 職種が含まれていた。移植関連の部門は、この 1 チームで 25 名程度の患者を診ており、担当している患者のチームラウンドが毎日行われていた。チームメンバーは流動的で、医師は研究と両立するため、PharmD は病棟と外来の交代制のため、数週間でチェンジになる。アメリカには、クリニカル・ナースリーダー (以下、CNL) という資格があり、日本でいう病棟のナースマネージャーのような役割を有している。その CNL や病棟看護師は、チームに報告したい内容があると、自発的にナースステーションに集まり、チームのディスカッションに加わっていた。RN だから、医師や薬剤師に意見を言うことが許されないという環境は皆無であった。チームラウンドで印象的だったのは、どのチームも医師が単独で意思決定することではなく、必ず医師が他の医療者に、「じゃあ、どうしたら良い?」、「リコメンドは?」と尋ね、治療の合意形成をチームで確実に行ってから、各職種の専門性で患者に関わっていることであった。互いの専門性を理解し、自然と役割分担が行われており、なぜ流動的なチームメンバーであるにも関わらず、このようなことが実現できているのか、初めは不思議でならなかった。MDACC は、どの部門に行っても職種間の垣根は非常に低く、コミュニケーションを円滑にとることを互いに配慮する文化が根付いている印象を受けた。

MDACC の多職種連携においては、特に医師-看護師 (特に NP) -薬剤師 (特に PharmD) の互いの職種役割で重なる部分が多いこと (オーバーラップ) で、重層的な (インタラクティブ) 手厚いケアを提供できる。アメリカでは、薬剤師、看護師の専門性が日本よりも非常に高い。私たち日本の看護師は、アメリカの RN のよりも担える業務範囲が狭く、また NP のように処方権をもつことができない。アメリカは、各職種の専門性が非常に高いゆえに、職種の分業がかなり進んでいる。日本であれば看護師が担っている業務は、MDACC で他の職種が専門的に行っていることが多いように感じた。たとえば、MDACC のソーシャルワーカーは、全て大学院教育を受けており、患者・家族の情動的なサポート、患者の疾患知識等の教育を担っていた。彼らはカウンセリングを専門に担い、全ての病棟・外来に専属として配置されていた。また、MDACC は分業が進んでいるゆえに、連携しなければならない現状にあるともいえる。

(つづき)

II

Page. 9

MDACCが得意とする多職種連携には、互いの専門性の理解と尊敬が基盤にあるため、円滑に連携が行え、結果的に患者に貢献できているのだと感じた。この基盤が日本には乏しいため、日本で他の職種に繋ぐ連携はできても、MDACCのようなチームとして多職種で協働することがまだ苦手なように思った。私たちのメンターである、乳腺腫瘍内科医の Richard L. Theriault 先生は、「意思決定を行うチームは、話し合うことが大切。医師だけが vote するのではなく、チーム全員で意思決定を行うことが重要であり、チームは Equal voice (対等の発言権) をもつものだ」と教えて下さった。また緩和のモバイルチームの医師は、必ず病棟に行くと、対象患者の受け持ち看護師を自分で探して、患者に会う前に話し合いをしていた。日本の緩和ケアチームの医師らも、多くはそうにしている。しかし、これは私の個人的な経験ではあるが、大変義務的な印象を受け、私自身は何も看護師の助けになってないと感じることが多々であった。MDACCの医師は、ベッドサイドナースの話を親身になって聞いていた。患者自身のことだけでなく、その患者と関わる上で困ったことはないか、それが解決するまで根気よく、看護師と関わり続けている姿に感銘を受けた。MDACCの医師に、「日本では、あなたのように看護師の話を聞いてくれる医師は少ない」という話をすると、「一番患者のことを知っている看護師の話を聞かないで、日本の医師は治療できるのか？」と驚かされてしまった。MDACCでは、看護師の役割が他の職種に理解されており、その地位も確立されていた。これは、看護師によってそれらを得るための努力がなされた結果だと感じた。

(つづき)

II

Page. 10

### 3. MDACC の看護の力

MDACC は、NP に限らず、全ての看護師が専門職としての地位を他職種から認められていた。その理由の一つは、日本の看護師よりも行動力や発言力の行使が非常に上手く、現在の地位をそれらの力を使って勝ち得たのではないかと MDACC の看護師の様子から推察する。MDACC には、研修中の 5 月 4 日～10 日は、ちょうど Nurses week であった。日本の看護の日や看護週間と全く異なり、MDACC は看護管理者や他の職種の方々が看護を称えるバッチを着けており、食事会が催されたりとお祭りのような騒ぎであった。この活動は、他の職種を巻き込んで看護の役割を伝えると同時に、互いを称えることの重要性をメッセージとして啓蒙・啓発できていると考える。MDACC の看護師は、自分の仕事に誇りをもち、笑顔で生き生きと働いており、私もこのような環境下で働きたいと願うほどであった。私のメンターである NP の Nicholas A. Szewczyk 氏、そして Joyce L. Neuman 氏もまた、看護師として専門性を磨き続け、誇りをもって働く姿を教えて下さった。彼らはチームの中でもコミュニケーションの円滑材として役割を果たし、患者・家族、他のチームメンバーをエンパワーする存在であった。私の短い看護師経験の中で、彼らのような高いコンピテンシーをもつ看護師の実践場面を見たり、実際に話を聴いたりという機会に恵まれなかったため、看護の力を再認識できる素晴らしい時間を過ごすことができた。

### Ⅲ 成果

Page. 11

私が本研修を通して得られた成果は、大きく個人のキャリア・ディベロプメントの再考と人としての成長のきっかけを得られたことだと考える。

まず、キャリア・ディベロプメントとして私は、昨年の10月に病棟看護師からプロジェクト担当の教育研究者に転職したため、将来を考える非常に良い機会を得ることができたと感じる。職歴、病棟看護師を辞めた理由、私に対する周囲の期待や自己の強みを振り返り、自分の置かれた現在の状況、目指したいと考えるものといった過去－現在－将来を点としてではなく、線として捉え、自分のミッション・ビジョンを考えることができた。これは自分一人で行ったことではなく、上野先生の講義やCVの作成、JMEの仲間やメンターらとの関わりを通して、見出すことができたと思う。この体験からキャリアの考え方を学べたため、自分が再びキャリアに悩んだ時や人生の岐路に立たされた時にもまた役立つと思う。加えてこの学びは、後輩のキャリア育成をサポートする際にも活かすことができると考える。また、MDACCの看護師の実践を見学し、彼らの看護哲学に出会えたことで、もう一度看護の力を信じることができた。看護とは何なのか？自分の看護哲学を磨き、他の職種にも看護の力を伝えられる努力を続けていきたい。

そして、本研修の参加を通して、自己を振り返ることができたと感じる。MBTI（性格特徴）で私はISTJタイプである。ISTJのタイプは、チームで作業するよりも一人での作業を好む傾向にあると言われている。私はまさにその通りで、学生の頃からグループワークが非常に苦手であった。学生時代の私は、グループワークをしても直ぐに作業を分担して、自分の分をしっかりとめ上げるだけでなく、他の人が信用ならず他の人の分までも自己学習してしまうようなタイプである。そのような私であっても、人と繋がりチームで協働することを楽しむ姿勢・態度が私にとって必要なことだと学べた。そして本研修のグループワークから、ハイ・パフォーマンスなチームビルディングをするためには、互いの尊重を基盤とした信頼関係の構築が不可欠であると身をもって知ることができた。人は、お互いに尊重している思いが失われたり、欠けてしまう状況に自然と陥ってしまうことがある。そのような時こそ、自分がどんな気持ちなのか、その気持ちは何から生じているのかを知り、同じように相手の気持ちを理解するために歩み寄ることを避けてはいけないのだろう。

私にとって本研修は、これまで受けた研修の中でも最大級にストレスフルであった。研修の準備からはじまり、研修参加に伴うストレスは今後も続くだろう。そのストレスをマイナスなものとして捉えず、成長に変えられるように努力したいと考える。このようにポジティブに、前に進む力に変えていこうとするように変化したことは、私にとって大きな成長である。

#### IV 今後の課題

Page. 12

##### 【課題】

本研修を通し、最も浮き彫りになった自己の課題は、私の未熟さだったと感じる。私は、元々慣れない環境の下で最高のパフォーマンスを行うことができない傾向にあると以前から認識していた。認識していたにも関わらず、MDACCでの日々は思うように何かできることがなかったように感じる。それは、なぜか？日本での私は、非常に成熟したチームの中で周りからの支援を受けていたため、自分の機能が維持できていたのだと気付かされた。本研修を通して、私は改めて周囲と自己の関係性を内省することができた。当たり前なことではあるが、自分の感情の多くは人に話さなければ伝わらないことがある。そして、自分の思いを互いに伝えることで関係性が深まり、チームの成熟度が増すことができると体感した。今まではどのチームの中でも私は若手であるため、フォロワーとしての役割が期待されていると信じ、自分を消して指示通りに働いていた。しかし、チームの成熟度を上げ、ハイ・パフォーマンスなチームをつくるために、自分と周囲の関係性を考慮した上で、望ましい役割を担うことを積極的に引き受けなければいけないことに気付かされた。それが、時にリーダー役割であってでもだ。

また自分は人としても、看護の教育研究者としても非常に未熟である。特に非専門分野の方々に自分の考えを彼らに通じるように言語化することが苦手であると分かった。この原因は、自分のコミュニケーション・スキルの不足と、看護の意義を他の職種に伝えるに十分な知識と理解が不足していることだと考える。

今後は、周囲への感謝と尊敬の念をこれまで以上に周囲に伝え、チームという集団とその自分を含むメンバー個人の両方の視点を持ち、成熟度の高いチームビルディングするために必要なことを自ら積極的に行っていききたい。また自己の未熟さを理解し、人として、看護の教育研究者として、この両面での成長を目指して戦略的に精進していききたい。

(つづき)

IV

Page. 13

**【謝辞】**

JME2012プログラムを支えて下さった全ての方に、心より感謝申し上げます。

上野先生、メンターのNicholas A. Szewczyk氏、Joyce L. Neuman氏をはじめMDACCメンター・スタッフの皆様、英語のつたない私を温かく見守り接して下さったこと、一生忘れません。そして、DeAnna L. Sosa氏の人生の岐路の強い悲しみの中でも、慈しみと強さを持ち続ける姿に尊敬の意を表します。

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

そして今回の研修に心より送り出しサポートをして下さいました、千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター 北池センター長をはじめとする先生方、千葉大学医学部附属病院 血液内科 科長 中世古知昭先生、心よりお礼申し上げます。

最後になりましたが、いつも優しく私のペースに合わせて話を聴いてくれた藤田さん、快く私の苦手な英語をサポートして下さった佐々木先生、影から優しく見守ってくれた下村先生、江藤さん、山田さん、誠にありがとうございました。