平成 28年 11月 16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 聖路加国際大学 大学院 看護学研究科 博士前期課程1年

研修者氏名 藤原登茂

平成28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 <u>MD Anderson Cancer Center Japanese Medical Exchange Program JME Program 2016</u>
- 2 研修期間 平成 28年 9月 1日~平成 28年 10月 8日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

平成 28年 11月 16日

平成28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 2016

所属機関・職 聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士前期課程1年

研修者氏名 藤原登茂

研修を経て創出した Mission and Vision

•Mission:

(日本語)

がんと生殖に関する患者のケアとQOLを向上させるため、EBMに基づく教育と基礎知識を 発展させることによって、妊孕性の問題意識を高めるための看護プログラムの開発を行う。 (英語)

Developing an Oncology Infertility nursing program to promote awareness of infertility issues by improving education and knowledge base through the use of EBM in order to improve patient care and QOL.

●Vision:

(日本語)

全てのがん患者が妊孕性の問題に関して自由に選択でき、がん治療中も妊孕性に関するサポートを得られる社会の構築。

(英語)

To create a society in which cancer patients has a freedom of choice for their infertility issues and has the support related to fertility during their cancer treatment.

I 目的・方法

Page. ____1

1. 目的

- 1) MD Anderson Cancer Center (以下 MDACC とする) で展開されているチーム医療の実践を見学し、チーム医療のためのスキルを学ぶ。
- 2) これまでのキャリアを振り返ると共に、MDACCでの学びを通じて自身のキャリア、Mission/Visionを再構築する。
- 3) 医師、薬剤師、看護師とチームを作りそれぞれの専門性を活かしオンコロジープログラムのプロジェクトを立案する。

2. 方法

JME2016 プログラムに参加し、以下のことを行った。

多職種で横断的に MD アンダーソンがんセンターの複数の部署を見学し、講義を受ける (表 1 参照)

場所:アメリカテキサス州立大学 MD アンダーソンがんセンター

期間:2016年9月1日~10月8日の5週間

参加者: 2015 年 12 月に開催された J-TOP(Japan Team Oncology Program)主催の「The 4th Team Oncology Leadership Academy」より選抜された医師 3 名、薬剤師 2 名、看護師 2 名

表 1: JME Program Schedule

見学	乳腺腫瘍内科外来、乳腺遺伝カウンセリング外来、乳腺外科手術、放射線治
	療外来、婦人科外来、Oncofertility 外来、消化器外来、移植後外来、GVHD
	フォローアップ外来、WOCNs ラウンド、輸血センター、外来化学療法室、
	乳腺腫瘍内科病棟、血液内科(移植病棟)、緩和ケア病棟、ヒューストンホ
	スピス見学
講義	Division of pathology and Laboratory Medicine、MBTI、哲学、倫理、リー
	ダーシップ、Safety & Quality、Statistical lesson、GAP presentation
	Mentor-Mentee time, J-mentor Mission/Vision/Goal
	20th Annual Interdisciplinary Conference on Supportive Care, Hospice and
	Palliative Medicine、グループワーク、

I Page. 2

1-1)チーム医療の実際:

①コミュニケーション

まず日本と大きく違うのは外来の診察スタイルと、保険システムの違いにより入院は短期間で、主に外来でがん治療が行われているということだった。日本では、患者が医師の部屋へ行き診察を受け、必要に応じて看護師や薬剤師が介入する。MDACCでは、 Registered Nurse(RN), Nurse Practitioner(NP)あるいは PA(Physician Assistant), Physician の順に患者が待機している Exam Room へ診察に行く。また、一人の医師に一部屋ずつ Work Roomがあり、ここで各職種(Physician, NP, Pharmacist, RN)も共に待機し、情報を共有していた。印象的だったのは、職種間の上下関係が感じられずお互いの意見に耳を傾け、コミュニケーションをとっている姿だった。毎週のミーティングで上野先生が「良いチームを作るにはサイコロジカルセーフテイを作ること」と仰っていた。それぞれの職種が最大限の力を発揮するためには、高い専門性と知識を身につけることはもちろんのことだが、発言しても良いという安心感を持てるチームを作るという意識は非常に重要だと感じた。

②業務の細分化、各職種の役割の拡大

アメリカでは日本と比較すると様々な看護師の職種があるが、今回の研修では RN をフォ ローする機会が多かった。RN は日本の正看護師と比較的似たような業務をしている。婦人 科外来では、RN が問診表を使用し患者の情報を聴取する時に、身体的苦痛のみならず、精 神的苦痛がないかを確認していた。ここまでは日本と同様であるが、さらに、精神的苦痛は 誰もが同様に評価できる scale を使用するようになっていた。特に「家事の困難」や「育児 への不安」があるかどうかをチェックできる項目まで網羅されていることに驚いた。婦人科 では、多くの子供をもつ患者が来院する。従ってこのような項目を重要視し、注目すること で、より専門的な介入が必要な時は MSW、精神科医やチャプレンへ紹介できるようになっ ていた。アメリカでは患者の精神的ケアは主に MSW が行っていると聞き、看護師が精神的 ケアを行っていないのかと始めは困惑したが、看護師も精神的ケアを行うため業務が重なっ てしまうが、より専門的な職種が関わることで、不安をタイムリーに適切に対応していると のことだった。細分化された職種間で連携をとるためには、評価も一般化する必要があり、 そのために scale を使用し看護師のみの視点だけではなく、様々な職種の視点からアプロー チできるというチームダイナミクスの効果を感じた。一方、緩和ケア病棟では、他職種(医 師、フェロー、ナースプラクティショナー、RN、薬剤師、ソーシャルワーカー、ナースケ ースマネージャー)で病床を訪れ、患者や家族と共に今後の方針の確認をしていた。また、 各病室には、Patient Goal /Communication Board というホワイトボードが貼ってあった。

Ⅱ 内容・実施経過

Page. 3

ホワイトボードには毎日のゴール(例えば痛みのコントロールをする。痛みのスケールが下がる等)と目標退院日、Care Team Member の名前、家族の名前が書けるようになっていた。チームで患者を訪れ、ボードに書かれた内容を変更する必要がある時は、RN が書き直し、目標に向かって患者や家族と共に一丸となる姿に感動した。また、そのためには各々が、職種間の違いを理解し尊重し合うことが大事であるということも学んだ。さらに、看護師は患者のそばに一番近くにいる存在であり、患者の思いを聞きながら他職種チームへ伝える姿は、日本と同様だと感じた。

現在、チーム医療が成功しているMDACCでも、以前は外科医・腫瘍内科医・放射線治療医といった医師のみが連携してカンファレンスを行う、医師が非常に忙しい野戦病院のような状態だったと聞いた。それを補うために看護師、薬剤師が高度な技術を身につけ職務を拡大し、各職種の専門性を高め、より質の高い現在のようなチーム医療に発展したということも知った。このように、医師のみで開始されたチーム医療は、現在では看護師や薬剤師も含まれ、今では医師に近い仕事も担っている。看護師や薬剤師の専門性を高めることで、医師、薬剤師、看護師の職務が重なり、お互いを補うチームとなる。また、患者の状況により内科医、外科医、放射線医、病理医、看護師、栄養士など多くの専門家がメンバーとなり、患者に対する一定の治療方針を話し合い、多方面から患者をサポートしていた。その実現のためには、コミュニケーションスキルが必須であり、お互いを信頼することで、発言できる場所も確保されているということを学んだ。チームの中心となるのは基本的には医師だが、医師は全体像を見極め、個々の部分に関しては、その分野の専門家に任せているように感じる。一方で、看護師や薬剤師は自分の役割を拡張し、責任と専門性を高めていくことがチーム医療を成功へ導くカギだと考える。

③患者教育

MDACC の患者教育の一環として、患者用の一般的な化学療法パンフレットには生殖に関する情報もあり、化学療法の影響、妊孕性温存方法、相談方法まで詳細に記載されていた。他には各薬剤の詳細な説明書をダウンロードできるようになっており、資料の豊富さを目の当たりにした。各外来では事前に薬剤師がこのパンフレットを使用し長時間かけて丁寧に説明をしている。そして、その上で化学療法を行う患者はATCで抗がん剤治療を受けている。

外来化学療法室のRNは、患者の採血データを把握し、初回の面談時に患者が自身の治療を理解できているかを確認し、理解できていなければもう一度主治医の元へ戻ってもらい、患者教育をし直すということを聞いた。日本では、未だ「主治医におまかせ医療」が多く見られ、徹底的な患者教育は行っていないように感じる。しかし、MDACCに来院する患者は比較的治療を理解し、自立しているように感じた。保険システムの違いや文化的な背景もあるが、入院期間が短いためセルフケア能力を引き上げる必要がある。

 Π Page. $\underline{\hspace{1cm}}$

そのために徹底的に患者教育を行い、部署をまたがって様々な職種で支持的なサポートをしていることを学んだ。

このように病院全体で患者教育を実践した結果、患者の自立につながり、総合的なケアの質の向上につながるということが分かった。一方、がん患者の高齢化、認知症の患者のケアは日本と同様 MDACC でも今後の課題であるということも知った。

1-2)看護職種の違い

緩和ケア病棟で見学した看護師の役割を記載したいと思う。緩和ケア病棟は患者や家族が少しでもリラックスできる空間作りを目指しており、穏やかな BGM が流れる等、工夫がこらされていた。日本の看護師は、日勤帯で7人程度の患者を担当することが多いが、MDACCの RN は1日に2~3人程度の患者を担当していた。また、日本の看護師が毎日行っているバイタルサインのチェックや、清拭、ベッドリネンの交換、排泄の処理はナースアシスタントが行い、それに対して RN の業務は薬の管理、身体症状のアセスメント、医師への報告、安全の管理を含めて、患者の生活を守ることに徹していた。 もちろんナースアシスタントが忙しく業務ができないときは RN が行うこともあり、双方でコミュニケーションをとり、流動的に協力しながら働いている姿を観察した。さらに、こちらの緩和ケア病棟の平均在院日数は1週間で、症状コントロールがメインだった。一般的に、診断時から緩和ケアが開始されるべきであるという考え方は広まってきているが、積極的治療が終了し、緩和ケアに移行することに恐れを抱く患者は日本と同様、アメリカにも多くいるようだった。そのような恐れを抱いている患者に対し、高い技術で安楽を提供し、恐れを消していく、それが RN のやりがいであり、その根源は MDACC が全米1位のがんセンターであること、それに期待している患者や家族に応えたいという思いがあると、RN は言っていた。

さらに、日本とアメリカの大きな違いはNPの存在であると考える。NPは、医師の管理下で全身の診療、診断を行い血液検査や放射線検査を勧め、結果に判断を下す。薬を処方し、必要に応じて医師やほかの医療者に紹介する。一般的には「ケアとキュアの両方を重要視すること」と、「治療のほかに、健康促進、予防医学、患者教育とカウンセリングに焦点をあてる」ことが特徴であるが、私が質問した多くのNPの仕事のやりがいは「高い専門性を持って患者に還元できること」だと話していた。しかし、NPと話しながら「NPの看護の視点は何か」という疑問が湧き、医師のサイドに近いNPを理解することは難しいと感じたのが本音だった。ところがJ-TOPのChairでもあるDr.JoyceのGVHD外来を見学した際に、何十年も

GVHDと闘っている患者との会話の中で、生活に密着した会話を通して、ただ診察するだけではなく全人的に患者ケアを行っている看護師の視点を強くもった姿が印象的だった。

 Π Page. 5

このように看護師には様々な職種があるが、患者の生活に密着しているという点は変わらず、 看護の視点を持ちながらそれぞれの職種の許された範囲で患者へ還元しているということを 学んだ。

2)研究

乳腺腫瘍内科では50件ほど臨床試験が同時に行われており、CRCが6人、データコーディネーターが5人おり、Exam Roomを頻繁に出入りしていた。研究がMDACCの中心となっており医師は研究に十分時間がとれるよう配慮されていたと考える。例えば、入院病棟の医師は担当制ではなく持ち回り制としていること、それは看護師や薬剤師の業務の拡大でサポートできていると考える。上野先生は、製薬メーカーが提案するプロトコールではなく、自分のアイディアでメーカーに提案して資金を獲得していく必要があると仰っておりそれはMDACCのMissionの「がんを撲滅するために研究を作り出す」ということにもつながっていると感じた。

また、看護師の講義でも研究に関する内容があった。私は MDACC には研究専門の看護師(Nursing Researcher)が所属していることに非常に驚いた。日本の場合、医師は研究と臨床を同時に行うことは一般的だが、看護の場合は、主に看護大学に所属する教員が看護研究を行い、臨床で看護研究を行うことは非常に難しいという現状がある。そして Nursing Researcher で Ph.D.をもつ方を Faculty(教育研究職)として3名雇用し、サポートナースが7名いる。さらにはグラントとして4,000万円ほど集まってきているということだった。Faculty というのは、MD アンダーソンでは Ph.D.に値する方々で、Faculty にならないとdepartment chair 以上に昇進できないという制限があるようだった。日々のリアリティーのある Clinical Question の改善をするためには、 臨床と研究が密接につながる必要があり、看護師にも役立つ研究を行い、ケアの質を改善していき、病院内でも看護師が自部門長を含めて幹部になる資格を得られるということで、Nursing Researcher は非常に認められている存在であるということだった。自分たちで EBM を作り出し評価されることが看護師のモチベーション向上につながるという環境は、看護研究を学んでいる私にとって非常に恵まれている環境であると感じた。

II Page. 6

3)その他の見学

①Gynecologic OncoFertility Clinic

2012 年より開始した外来で週 2 回、NP と Physician の 2 名で対応している。ここでは MDACC で治療中または過去に治療をした患者全てが対象となり、主治医のコンサルテーションあるいは本人の希望で受診できることになっている。MDACC では妊孕能温存のための 配偶子凍結保存や胚凍結保存は行っておらず、他院を紹介している。そのため妊孕性に関する情報提供、意思決定支援、カウンセリングを主に行っており、その中でも情報提供の割合が大きかった。

見学した際には妊娠のしくみ、化学療法が妊孕能に与える影響、妊孕性温存の方法について資料を用いて説明していた。また、生殖に関する問題は、診断後すぐ、なおかつ治療前に意思決定しなければならないという繊細な問題でもあり、診察をしてフォローが終了というわけではなく、少なくとも1回は自宅に電話し、フォローアップしているとのことだった。私の関心分野はOncoFertilityであり、日本と多少の違いがあったものの、患者の悩みやそれに対するケアは似たようなものだった。さらに、Healthcare provider への教育も重要視しているとのことで、自身のVision/Missionの必要性も再確認できる良い機会となった。

②Genetic Counselling

週に3回(火、水、木)の午前中に遺伝外来を行っており、乳腺の遺伝カウンセラーは6名、消化器2名、神経内分泌には1名、婦人科には3名配属されている。アメリカでは遺伝カウンセラーがかなり不足しているため、NCCNガイドラインからカウンセリング基準を決め、その基準を通った者のみカウンセリングを行うことができる。乳腺遺伝カウンセリングは15年前に開始し、ここ5年程度で需要が増えてきているとのことだった。実際の乳腺遺伝カウンセリング場面では、なぜカウンセリングを受けに来たのか、Family Tree を確認しながら情報をとり、BRCAの検査説明をしていた。また、ただ検査説明をするだけではなく、emotional support や聞く耳を持たなくなってしまう counselee に対するコミュニケーションスキルを要し、倫理的にも難しいケースもあり、counselor だけではなく NP と協力してカウンセリングを行っていた。

Ш	成果	Page.	7	

2. Career Development

1)Mentorship

Mentorship とは人の育成、指導方法の一つであり、対話による気づきと助言により Mentee の長期的なキャリアや人格形成、方向性や価値観などの答えを自発的、自律的な発達を促す方法である。日本の看護師の場合は、practice を伸ばす目的をもった Preceptorship があるが、Mentorship は私には初めての経験であった。また、MDACC の看護師も Preceptorship 制度をとり、Mentorship があるのは Faculty のみだった。

私は Mr.Nicolas に Mentor をしていただいた。Career Development を作成する上で、多くのアドバイスをいただいたが、その中でも「(Vision を考える上で)あなたは本当に何になりたいのか」「(Mission を実現することによる)結果は何になるのか」という質問や、Oncofertility に漠然と貢献したいと考えていた私にとって「大きな全体的な絵を描いているのは良いが、もっと狭く絞った goal からスタートするべきではないか」という質問は非常に考えさせられた。さらに「私自身が家族との時間や幸せになることも大切な goal である」という言葉は Career だけではなく私自身を尊重し、人間として成長できるように考慮していただいたアドバイスであり、自分自身を大切にするという意味も含んでいたと感じる。不慣れな言葉の壁があったにも関わらず辛抱強く聞いて下さり、この週 1 回の mentor/mentee time は、非常に助けられた時間だったと感じる。

2)Leadership

良きリーダーは学び続ける必要がある。学ぶとは、自分自身を知ること、そして自分が直すべき Behavior を 1 から 2 つ決めて、 1 から 2 年かけて徹底的に直すこと。自分が直すべき Behavior を決めるためには自分の価値観を知り、自分の思考を知ることから始まる。 これは Career Development にも通じていると感じた。

Leadership は行動変容が重要なキーワードの一つで、自分の行動そして他人の行動を如何に良い方向へ変容するかにもかかっていると Ms. Janis は話しており、まさに「自ら解決するのではなく、他者を良い方向へ導く」というスキルがリーダーシップには必要であることを学んだ。そしてそのために必要なのはコミニュケーションスキルである。MDACCでは、多職種間でコミュニケーションを密にとっていることが印象的だった。それぞれが自分自身のことを知ると共に、違いを理解すること、そのためには対人スキルが必須だと考える。またリーダーに必要なスキルとして 1.Modet the way(模範となる)2.Inspire a shared vision(vision を共有する)3.Challenge the process(プロセスにチャレンジする)4. Enable others to act(相互に協力できるようにする)5. Encourage the heart(成果を励ます)というスキルを示してくれた。

Ⅲ Page. ____8___

それぞれがこの行動を意識することでハイパフォーマンスチームの育成につながるということだった。また、Ms.Janis は、医療者は clinical や scientific training を十分に受けてきたが、management や leadership skill については十分に勉強できない環境にあると言っていた。十分に勉強できなかったからこそ、これから少しずつ学び続けていこうと思う。

3)Mission/Vision

個人の Vision, Mission,作成するにあたり、メンターや上野先生から様々な質問やアドバイスを受けた。キャリアを作るとは、なにかを実現することである。夢 (Vision) を持たないとキャリアを達成することは難しい。その夢は感動的なものでばかばかしいくらいのものでも良い。そして、自分がどんな人間で、Core Value は何か、何に情熱を持つかを知ることから始まる。そのため、IDP シートは、自分自身の関心や実際の状況を客観的に把握する上で非常に重要なツールだと考える。自分がプロフェッショナルとして達成しなくてはならない課題、さらには、フォーカスを定め、一つを極めること、そして、自分が輝いているか。という質問に対して常に内省する日々だった。また、Vision, Mission, Goal は一貫性のあるものでなければならず、Goal は SMART Goal (具体的かつ時間軸がはっきりしている。成功したかしないか評価ができなければならない) でなければならない。このように一貫したVision から Goal が導かれると、自ずと自分自身が優先して行うべきことが導かれる。自分自身のキャリアを形成できる時間には限りがあるため、取捨選択しながら Vision へたどり着く必要がある。

私はこれまで自分のキャリアについて深く振り返ったことがなかったため、Career Development の作成は非常に困難な作業であった。また、漠然とした Vision, Mission はあったが、看護師として特にどこにフォーカスをあてるのか、そのために必要な Goal は何かを考えることが必要だった。今回は日本のメンターと話す機会を頂いたため、アドバイスを頂きながら自分自身の頭の中の整理ができ、現段階の日本の看護師として考慮すること、日本で成し遂げられる方法を考慮に入れて再度 Vision, Mission を検討することができ、感謝している。

Ⅲ Page. ____9

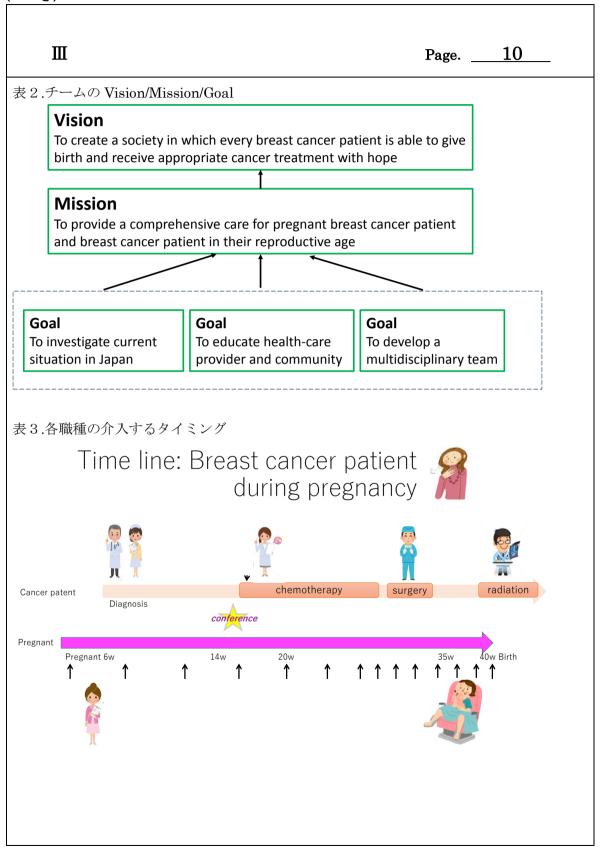
3) Final Presentation

私たちグループ A は腫瘍内科医、病理医、薬剤師、看護師の 4 人で構成している。まずテーマを決めるためにお互いを知ることから始めた。例えば、メンバーの今までの経歴や Core Value、Mission、Vision をシェアした。話していくうちに、メンバーの共通した関心分野は若年乳がん患者であり、中でも妊娠期乳がん患者に焦点を当て、プロジェクトを作成することとなった。今回 MDACC で学んだハイパフォーマンスチームを導くカギは、各々の職種が専門的な知識を持ちコミュニケーションスキルを活かし、患者と共にゴールへ向かって進んでいくことである。私の考える看護師の役割は、患者の近くで患者の声を聞き、時には患者の代弁をしながら生活の支援をすること、また、多職種との調整役だと考える。そのため、まず私は、妊娠期乳がん患者との臨床での関わりの経験を通して、メンバーがより患者の全体像を把握できるよう情報提供をすることに努めた。そしてがん領域と産婦人科領域との具体的な連携方法、看護師と助産師の連携を提案した。さらに、全体の流れがぶれていないか、全員が納得しているかを頻繁に確認するよう努めた。

プロジェクトの制作過程で困難だったことは、普段全く違う分野で仕事をしている4人が、新たなチームを作り、全員が専門性を発揮できるプロジェクトを作り上げることだった。特に、今まで関わりを持てなかった病理医とどのように連携するべきかを悩んだ。そのために何度も話し合い、最終的に、全職種が常に同じ場で患者に関わるのは難しいため、患者の時間経過の中でそれぞれが活躍できるように関わっていくという方法にたどり着いた。何度も話あい、メンバーが納得して進んでいることを確認すると共に、MBTIのレクチャーを事前に受けていたことで、自分やメンバーの傾向を知ることができたのもプロジェクト成功へのカギとなったと考えられる。

一方、他のメンバーは、多くの論文を読み進め、最新の知識をシェアする者、論理的な思考でプロジェクト全体をまとめる者、締め切りまでに終わらせられるようにタイムマネージメントをする者というように、各々が個人の能力を発揮していた。プロジェクトでは、他職種を理解し、適切なタイミングで適切な人にバトンタッチするという方法を掲げたが、我々も実際に同様に動き、納得したプレゼンテーションを作成していくことができた。

また、妊娠期乳がんの研究の先駆者である Dr. Theriault に相談できたことは非常に恵まれた機会だったと考える。今回は日本でも実現可能なものをリサーチテーマとしたため、今後メンバーと実現させることが目標となった。



IV 今後の課題

Page. 11

私は現在、大学院の修士課程でがん看護を学んでいるが、それまで看護師として病院で勤務 してきた。今までは目の前の患者が今後どうあるべきか、苦痛を減らすためにはどうしたら 良いかばかりを考えてきた 13 年間で自分を振り返る時間を持たずに過ごしてきた。

がんと生殖の看護という分野に関心を持ち、自分自身がまずは看護研究のスキルを身につけ、 EBM を構築していきたいと思い大学院に入学し、Vision/Mission を掲げているつもりでは あったが、それはあまりにも漠然としたものだったことが分かった。さらには、今まで自分 を深く内省することがなかったため、非常に困難な道程であった。

しかし、少しずつ自分や自分の傾向を知り、ワクワクするような夢を他の人に share することで共感してもらえる Vision に近づいてきていると思っている。

帰国してから看護研究の授業で、看護研究を論文にしていく作業は、自分を内省し、自分が必要だと感じた Clinical Question をどのように社会に役立てていくのかを考えることだと学んだ。それは Vision, Mission への道程と通じるものがあった。Career Developmentを考える過程は、今の私に非常に重要なものであり、今後もさらに具体的かつ実現可能なGoal を整理した上で Career を展開していきたいと考える。Goal を整理することは私の苦手な部分でもあるが、小さな Goal の積み重ねが Mission, Vision へと続いているため、まずは時間を作って Goal を詳細に立てていくことが課題である。さらに、自分自身の Vision を達成していくためには、臨床と研究の架け橋という役割が必要だと考える。現在は臨床で研究を行っていきたいと思っているが、確実な Goal を立案することで、自分自身がどのように力を発揮できるかが自ずと明らかになってくると思う。今後も mentor に継続して相談しながら、現状に満足せず自分が掲げた夢は本当に必要なことなのかという視点を常に持ち続けていきたい。

現在は臨床から離れているため、直接的にチーム医療に還元することはできないが、学び続けること、その学びを還元できる立場になった時には、十分に還元できるよう今は準備する期間としていきたい。また、機会を与えて下さったJ-TOPで自分なりに還元していきたいと思う。そして「全てのがん患者が妊孕性の問題に関して自由に選択でき、がん治療中も妊孕性に関するサポートを得られる社会の構築」ができるよう、「がんと生殖に関する患者のケアとQOLを向上させるため、EBMに基づく教育と基礎知識を発展させることによって、妊孕性の問題意識を高めるための看護プログラムの開発を行う」ために、臨床と研究の橋渡しができるような看護師となることが、最終的な私の課題である。

IV Page. <u>12</u>

謝辞

JME2016 プログラムを支えてくださった全ての方に感謝申し上げます。

本研修の参加機会を与えていただき、あたたかいサポートと熱心なご指導をいただいた Japan Team Oncology Program (J-TOP) の Founder の上野直人先生および Chair の Joyce Neumann 先生をはじめ、Mentor の Mr. Nicolas A Szewczyk、J-mentor、US mentor の先生方に深く感謝申し上げます。

本研修実現にあたりご寄付を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、

エーザイ株式会社、日本イーライリリー株式会社、オンコロジー教育推進プロジェクトの方々にも深く感謝申し上げます。

渡航前よりサポートしてくださった笛木様、秘書の Ms. Sanchez Marcy、三浦裕司先生、 渡航中に様々なアドバイスを下さった藤原紀子看護師、千葉育子看護師、大内紗也子看護師 に深く感謝申し上げます。

5 週間の研修に送り出してくださった、聖路加国際大学 大学院看護学研究科 がん看護学・ 緩和ケア/成人看護学分野 林直子教授に深く感謝申し上げます。

また、長期間の不在に理解をしてくれた家族にも感謝します。

最後に、英語力の未熟な私を支えて下さり、5週間励ましサポートして下さった JME2016 のメンバーである尾崎由記範さん、島久美子さん、田澤咲子さん、松本奈都美さん、山上睦実さん、吉井由美さんに深く感謝申し上げます。ありがとうございました。