

<様式3>

2019年10月28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 医療法人社団やまと
やまと在宅診療所
がん看護専門看護師

研修者氏名 富澤あゆみ

2019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 2019
- 2 研修期間 2019年 8月22日～2019年 9月27日
- 3 研修報告書 別紙のとおり

<様式3－別紙(A)>

2019年 10 月 28 日

2019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 2019

所属機関・職 医療法人社団やまと

やまと在宅診療所 がん看護専門看護師

研修者氏名 富澤 あゆみ

研修を経て創出した Mission and Vision

●Mission:

(日本語)

在宅のがん患者に遠隔診療の容易な臨床アクセスを提供することにより、患者とその家族のがん症状マネジメントの質を向上させる

(英語) Improving the quality of cancer symptom management for patients and their families by providing teleclinic ease of clinical access for cancer patients at home

●Vision:

(日本語)

がん患者の恐怖と不安を軽減するためにセルフケア能力を向上させる

(英語)

Improve self-care ability to reduce the fear and anxiety of cancer patients.

I 目的・方法

Page. 1

1. 目的

- 1) MDAnderson Cancer Center のがん患者に対するチーム医療体 (Multidisciplinary Cancer Care Approach) の実際を Showing とスタッフコミュニケーションを通して学び、地域におけるがん患者の在宅ケアチーム構築に向けたアプローチを学ぶ
- 2) がん患者及び家族が、がんのチーム医療の中心となるための意思決定支援の実際を学ぶ
- 3) チームビルディングと Career デベロップメントにおける、多様なマネジメント能力を獲得し、自己のミッション、ビジョンを創出する

2. 方法

《内容》

- 1) MDACC で実践されている各部門のチーム医療の実際の見学、カンファレンスの参加
- 2) キャリアディベロップメント、リーダーシップ、チームビルディングについての講義とディスカッション
- 3) 医療における倫理の講義、倫理カンファレンスの見学
- 4) 医師、薬剤師、看護師で構成されたチームでミッションおよびビジョンを構築し、オンコロジープロジェクトの創出とプレゼンテーションを行う。

《研修期間》 2019 年 8 月 22 日～2019 年 9 月 27 日

《参加者》 医師 2 名、薬剤師 2 名、看護師 2 名

目次：

1. 背景	2
2. Outpatient における Multidisciplinary team approach	2
3. Inpatient Multidisciplinary team approach	4
4. MDA における退院支援	4
5. 緩和ケアの状況	6
6. 倫理ミーティングと倫理コンサルテーション	7
7. 看護教育	7
8. 患者教育	8
9. デイフィットカナルトカンバセーションとリーダーシップ	9

10. Carrier Development	9
11. 成果	10
12. 今後の課題	11
13. 謝辞	12

<様式3-別紙(A)>

1 背景

国は、2025年の超高齢社会を迎えるにあたり、様々な医療改革を行なっている。1つに地域医療の充実と在宅医療の推進である。がん患者の多くは、現状では治療が終了した患者も病院に留まり、最終的に廃用症候群をきたし不必要な医療費が増大している。早期退院に向けて病院は、退院調整看護師やソーシャルワーカーの増員などを調整している。しかし患者、家族の在宅療養への負担感や不安があり在宅医療の推進はさほど進んでいない。それは、なぜか？大きな理由は2つあると考える。1つは、在宅医療のリソースと質が向上しないこと、2つ目に患者家族の教育が十分ではないことである。

そこで、今回の研修を経て、この2つの問題点を解決するために、自らのミッション、ビジョンを作成した。

2. Outpatient における Multidisciplinary team approach

1) Outpatient Breast

3

外来チームは、医師ごとにチームが異なっている。医師1名、NP、RN、薬剤師 スケジューラーの5名が主なメンバーである。メンバーの役割分担は明確にされており、スケジューラーが患者の到着をチェック、看護師は新規患者の情報整理や他の患者の状態確認をしている。見学時の新患は炎症性乳がんのトリプルネガティブの患者であった。看護師と薬剤と医師で情報共有したのちに、ブレストチームの医師でのショートミーティングを行い、診察室に医療者が移動する。この仕組みは、日本と大きく異なる。RNが最初の問診や情報整理を行い、患者は診察がすぐ可能なように着替えをして診察室で待機している。次のコンタクトは、NPで詳細なフィジカルアセスメントを行い、経過などを確認したのち情報を共有する。そして、主治医（腫瘍内科）、外科医、放射線治療医も含めNP、リサーチナース等の全てのチームスタッフが診察室に揃い、治療の内容についての意思決定にむけての説明に立ち会っていた。視診は全員で確認し、治療方針の方向性はチーム全員が患者の言葉を確認する。外科の場合はどうかと患者が質問した際には、外科医がその場で返答し、日本のように患者が長時間待機して各科を受診するシステムではない。説明内容は 1) 治療のオプション（どんな種類があるのか）2) 手術について3) 化学療法について4) 放射線治療について5) クリニカルトライアルについて すべてに治療期間や副作用について、効果などについて説明される 患者の多くは前医から、MDAで行われている治験についての説明を受けているケースが多い。患者は、少しでも有効な治療を求めてMDAに受診している。治療の決定がされたのち、主治医が再度、診察に行き意思決定を確認しながらメモに記入して同意書にサイン（電子サイン）。説明に際しては、SPIKSセッティングがしっかり実施されており一方的な説明ではなく、スキンシップや同意、家族への配慮、不安への対処、患者からの質問など懸念がないようにその場で解決されていた。その後は治験コーディネーターが治療の流れを説明していた。チームオンコロジーとして役割を分担することだけでなく、チームで情報を同時に共有することで、視点のずれや価値観の違いで患者の言葉の受け取りが異ならないということも重要と感じた。患者にとっては、専門医までのアクセスに時間を要しており不安はかなり高い。診察スタイルにはよりコミットメントはもとより、

いかに快適な環境で診察にむけられるかということ。女性外来であるがゆえにプライバシーの配慮や声がけも十分におこなわれていた。

ブレストサバイバークリニックでは、術後5年-10年のホルモン療法を中心として患者の経過観察を行う。通常、医師は常駐しておらず、NPがフォローアップしている。診察、定期検査や処方も全てNPが対応している。変化があった際は担当医師の診察を受ける仕組みになっている。患者は待ち時間も少なく、患者はリラックスしており、家族の話や旅行の話など笑顔の多い外来だった。

2) GVHD クリニック

幹細胞移植を受けている。移植片対宿主病 (GVHD) は死に至る可能性もある合併症である。GVHD は複数の臓器系を損なうため、その治療には、皮膚科医、眼科医、呼吸器科医、およびその他の専門医の連携が必要となることがある。クリニックでは、GVHD 専門医と皮膚科医、APRN, (診療と患者指導) RN, 薬剤師でチームが構成されている。GVHD の皮膚症状は顕著であり、早期発見、治療が2次がんの発生を予防する。皮膚科医がチームにいることは重要だと感じた。MD アンダーソンおよび米国のほぼすべての幹細胞移植センターでは、患者は幹細胞移植後の血球数回復により生着が明確に確認できるまでの期間、移植チームが移植後約100日まで詳細にモニタリングする。免疫系が回復し、感染症を発症せず、そして最も重要なことは、GVHDを発症していないことを確認する。幹細胞移植を受けた患者は、約100日後に居住地の医師に引き継がれる。MD アンダーソンの移植チームは地域の医師と密接に連携している。幹細胞移植サバイバーシップ・クリニックは、地域の医師に必要な情報をすべて提供し、医師は慢性GVHDスクリーニングに役立つツールやGVHDが疑われる場合の対処法に関する情報を得ている。医師は、質問や懸念がある場合はサバイバーシップ・クリニックの医療スタッフにいつでも連絡することができる見学の際に、100日経過し、地域に戻る患者の指導を見学した。患者の日常生活に関わる全ての内容を詳細に指導していた。感染管理から異常時の早期発見、対処についても資料を用いて患者のみならず、家族にも十分な指導が行われていた。患者、家族が安心して自宅に戻り、セルフケア能力を獲得できるようにケアされていた。

3) Outpatient GI

消化器外科外来では、異なったチーム編成だった。医師、RN、PA、栄養士で構成されていた。薬剤師は別室ではあったがすぐコンサルできる場所にいた。術前後の患者でドレーンが留置されたまま帰宅する患者も多い。高齢の患者で歩行器を使用しながら通院していたが、患者は自分の薬の残薬管理、ドレーンの管理を自己管理できていた。消化器がんの患者は栄養状態が著しく低下することが多いため栄養士の関わりは重要である。詳細な栄養アセスメントと体重管理なども行っており栄養に関するオーダーは栄養士が行なっている。ここでは、PA(physician Assistant)がフィジカルアセスメントや問診を行っていた。⁴

それぞれの外来で、特徴のあるオンコロジーチームが構築されており、がん患者が自宅で不安なく過ごせるように患者教育が行われていると感じた。

4) Ambulatory Treatment Center(外来化学療法室)

MDA には 5 箇所の外来化学療法室がある。1 日 4 0 0 件もの治療が行われている。今回は RN のシャドーイングを行い治療の実際を見学した。治療センターは 7 時 3 0 分から 2 2 時 3 0 分までの間、一人の担当看護師は 1 日 10 人平均で受け持つ。同時に 3-4 室の担当を行い部屋ごとに終了次第、次の患者の治療を担当する。日本でも同様に治療患者が多いためベッドの調整が大変そうであった。ベッド調整はリーダーが行い、ベッドが空くと助手が片付けやベッドメイキングを行う。これだけ回転の早いなかで、安全に治療を行うためのシステムがあった。もちろん抗がん剤のミキシングは調剤センターでテクニシャンが専門的に行う。治療室に運ばれた薬剤は電子認証とダブルチェックで患者の元に行く、患者とのダブルチェックを行い薬剤開始という流れで、自分が行っていた化学療法センターと同様なチェックシステムであった。患者の治療室は全室個室対応になっており、入院病室同様の広さと備品が揃っていた。個室であるがゆえに、動線やダブルチェックの際に他のメンバーを探すことに時間のロスがあったように感じた。全てにおいて安全に配慮することは重要であるが、患者の待ち時間などの配慮を考えるとペアナーシングなどの導入も効果的かもしれないと感じた。ハードな業務の中で RN のジレンマもある様子だった。しかし患者との信頼関係は厚く、数年に渡り治療を継続している患者もいる。何度も困難を乗り越えた治療の場面に立ち会う患者へのケアや声かけがとても丁寧だった。

3. Inpatient Multidisciplinary team approach

入院病棟については、幹細胞移植病棟の見学を行なった。MD アンダーソンの幹細胞移植および細胞療法センターは、幹細胞移植のための世界最大の施設の 1 つと言われている。とてもシビアな疾患であり経過の困難な患者が多く、より一層のチームワークが必要である。今回の見学では、移植当日の患者、2 日目、退院前とそれぞれ別々の患者ではあったが移植後の患者の流れを見ることができた。ここでも、NP、RN の役割、薬剤師、テクニシャン、リハビリスタッフなど多くコメディカルと医師との情報共有に十分な時間を持っていた。多くの患者が待機していることもあり、ベッドコントロールや退院調整はとても困難なケースが多い。また、感染管理においては他の病棟よりも厳しい管理下で行う必要がある。移植後の検査データや発熱の症状においても急なガウンテクニック再開が必要になることもあり、ドアサインやカルテ内にも表示され、各スタッフへの周知をすることも配慮がされていた。この病棟から退院しても病院近くのレジデンスを借りるなどして待機が求められる。退院指導は NP や RN など看護師のみならず、薬剤師も行うが、感染管理をはじめとした内服管理が主な内容であった。

5

4. MDA における退院支援

MDA の 2018 年での入院ベッド稼働数は 5 8 7 である。それに対し入院患者総数は年間 2 9 1 1 8 人である。ここから算出する平均在院日数は、約 5 日となる。日本の平均在院日数は約 1 2 日であり現状の違いが明らかである。以前自分が退院調整やベッドコントロールを行っていた経緯もあり、地域のリソースの低さが在院日数に影響していたこともあり、巨大な MDA における退院調整の実際について学ぶことを目的の 1 つとしていた。今回、メンターのご配慮をいただき、血液移植病棟のケースマネージャーや MSW とのコンタクトを取ることができ、退院調整に関する各職種の間わりを詳細に学ぶことができた。流れとしては、

NP が症状マネジメントを中心に、患者家族に退院の希望について確認、ラウンド前に退院オーダーや方向性についてチームで検討している。不安な点やどこの州に退院するのも大きな違いである。回診の際に退院の同意が得られれば、CNL からの患者指導、ケースマネージャーから退院先の調整。更に、多職種チームは病院内のみならず、院外においてもサテライトの構築やグループクリニックを通じて、医療連携を行なっている。ケースマネージャーは看護師のライセンスを持っている。1フロアに3人のケースマネージャーがいる。一番大変なのは保険のカバーが何をどこまでできるのかによって行く先も異なる。治療は継続しながら自宅に帰る人もいるが、主にナーシングホームやホスピス入院病棟が多い。住み分けとしては、ホスピスは疼痛マネジメントや症状マネジメントが必要な患者を中心に選択して紹介している。紹介の方法は直接患者、家族のメールにナーシングホームの情報を3箇所ほど紹介し、添付資料に紹介状をつけてメールする。あらかじめ、ファックスで家族や患者が受診する日付を入れて送付するなどの紹介先への配慮がされている。紹介状は当日の状態も詳細にデータをつけている（血液病棟のため必要な情報をできるだけ送付している）その他、予防接種の情報や保険の種類なども含まれていた。これまでの治療歴に加えて、ICUに入室した履歴や内容も加え、かなり詳細な情報提供のテンプレートがあり、とても簡単にサマリーが作れるカルテシステムがある。（記録を選択して貼り付ければ雛形どおりに作成される）特に医師の確認などは必要なく、外部とやりとりをしている。血液がん患者は、輸血を必要とするケースも多いが、

在宅で輸血もしている。しかし、かなりトレーニングや研修があり、それをクリアしていない施設はできない仕組みになっている。在宅クリニックは、日本と近いシステムで医師と看護師やPT、OT、介護関連など。主にはNPが運営していることが多くRNと共同して訪問看護を行なっている。地域のリソースは十分にあり、メディケアなどのサイトから患者宅の近隣のホームケアクリニックや訪問看護ステーションを選択する。地域のリソースは評価されており、評価の高いところを選択して患者に情報提供しているとのことだった。日本と異なり、患者は、金銭的問題からも早めに退院を希望することが多いため急な退院希望がある。週末などは、情報提供書の作成が1日に10通以上のこともある。3人のケアマネージャーで分担しているが、それぞれ協力して行う。退院調整で困難なケースでは、当初の希望があっても転院先で治療の継続が出来ないことや保険のカバーの問題などで再調整になることも多い。血液内科では数人、半年以上も入院しているケースがある。治療の継続や症状のコントロールが困難であること。受け入れ先の困難や何よりも保険のカバーがどの程度あるかで退院先が狭まる。日本のように国で保険が保証されていないため、大きな医療問題となっている。

6

MSWの役割は多岐に渡っているが、退院調整チームとしてどのような関わりがあるのかを確認した。MSWは常に医療チームと協力し情報共有は電子メール、電話で問題の緊急度によって選択している。MDAや周辺のほとんどがEPICによる電子カルテを使用しているためほとんどの診療所には、何らかの形式のグループメーリングリストがあり、テキサス州はTMCというメディカルセンターという大きな組織にある。MSWは入院の調整をすることもある。身体的な症状や問題に対処するために緊急入院が必要な場合もある。緊急入院の一部は、患者や家族が自分の病気について非現実的な期待を抱いているか、診断、治療目標、

予後を十分に理解していないことが原因伴っている。また DNR の明確化も障壁になる可能性がある」と述べていた。また多くの職種が関わることについては、Ethics Consultation Service、Patient Advocacy、Patient Advocacy、Psychiatric services、Social Work、Spiritual Support、Supportive Care Center

Case manager と比較してソーシャルワークが何をやるかについての理解の欠如があることはやや困難に感じることがある。しかし重複する領域はたくさんありアプローチではそれぞれに特徴があること、そして支援チームが相互的に働いているときに最高の仕事ができると述べていました。

5. 緩和ケアの状況

緩和ケア病棟ヒューストンホスピス（入院ホスピス）について講義と見学を行なった。

1) 緩和ケア病棟

RN のシャドーイングを通してケアの見学を行った。1日に3人の患者の受け持ちを行う。症状観察項目は痛み以外にも詳細な症状についての評価基準があり、NCCN のガイドラインを元に評価基準が作成されている。RN は症状観察を評価表に沿って実施し入力。NP が事前に評価していることもあるが、1日2回勤務ごとに実施している。疼痛評価は NRS を使用している。疼痛マネジメントが不良と判断する基準は1シフトで3回のボーラスを使う時は NP、医師にコンサルする。緩和ケア病棟では、他の病棟と比較してさらに多くの多職種が関わる。PT、OT、フィジカルセラピスト、WOC は1日1回ラウンドしている。緩和ケア病棟は日本のイメージとは異なり、治療中の患者も入院する。時にはベッドコントロールを目的として、化学療法目的の患者も入院する。全ての部門を対応するため多くのスタッフの出入りがあり、多忙な印象があった。病棟には約20人の緩和ケア NP と PA がいる。NP は麻薬の処方オーダーも可能である。処方の際は多くのチェック機構があり5つの確認がある。NP はチームの回診前にアセスメントのラウンドを行い症状評価する。その後ミーティングで情報共有を行い、チームラウンドを行う。疼痛コントロールのベースは、ヒドロモルフォンを使用することが多い。日本でポピュラーな、オキシコドンは高価でありファーストチョイスでは無い。オピオイドの過量が問題になりつつあり、鎮痛補助薬や合剤などから開始するという WHO の rudder を遵守する方向にあるとのことだった。退院先は自宅、ホスピスが多い。緩和ケア病棟で当日退院する患者の退院時アセスメントを見学した。ADL、IADL に加えスキントラブルの有無、褥瘡の観察があるが、皮膚状態のチェックについては看護師2名でWチェックをおこなっていた。退院後の生活の支障の有無とサービスの必要性についてアセスメントが十分行われている。責任のあるケアを意識されると感じた。

2) Huston Hospice

Houston Hospice は Houston で最初のホスピスであり 1980 年に設立。今回は入院ホスピスのみの見学だったが、在宅チームもあり、130人程度の患者のケアを行なっている。在宅と入院の連携もできるため、症状緩和のための一時入院や家族の負担軽減のためのレスパイト入院も受け入れている。主な紹介先は、MDA であるが、テキサス州全体から受け入れている。メディケア、メディケイドのカバーが受けられる。ヒューストンホスピスは、テキサスメ

ディカルセンター、テキサス非営利ホスピスアライアンス、テキサスニューメキシコホスピス機構のメンバーである。

Hospice Interdisciplinary Team は Nursing staff、Social worker、chaplain、Dr、volunteer、Bereavement Coordinator で構成されている。それぞれが専門として関わりながら、多方面からの視点で患者、家族を支えている。ここでは、がんのみならず、余命半年の告知を受けたすべての疾患の患者を受け入れています。認知症患者も同様に受け入れつつ、年間1200人もの患者を看取りしている。治療は継続していることもあり、時には緊急入院もあり、ICUからの受け入れをしている。また、このホスピスの特徴として、家族ケア、グリーフケアも多様なサービスが展開されていた。volunteerも100人以上の登録があり、買い物援助や整髪、ネイルなどのアピランスクエアもあり、自宅で過ごすかのような環境が整えられている。また、24時間のオンコールサービスもあり、家族への不安に対応していることが特徴。教会も24時間開いており、いつでも出入りできる環境にある。窓の外は素敵な庭と噴水などもあり家族が連れて来たペットと散歩ができるなど自宅のように過ごせる環境作りがされていた。

6. 倫理コンサルテーションと倫理ミーティング

Dr. Theriault からの倫理調整についての講義とディスカッションを通して、治療選択や治療の終了などの状況などにおいて、患者、家族、医療者の価値の対立があった時、医療者は質問ばかり患者、家族に投げかけることが多い。MDAでは24時間の倫理相談窓口がある。そのほかにもアドボケイトセンターやMSWの窓口も医療者と離れた場所での相談窓口になっている。患者、家族はたくさんの質問に戸惑い、正しい選択が困難な心理状況に陥ることが多い。そのような時には、患者の生活背景や価値観を引き出し、医療の選択を迫るのではなく患者自身の姿を引き出すようなアプローチが重要である。コミュニケーションの中で医療者はもう少し、十分な時間をコミュニケーションに費やし、自分の心の余裕もなければ患者の真意を引き出すことはできない。また症状マネジメントができていない中では正しい判断はできない。倫理的な視点とは、常に視野を広く持ち、患者、家族が自分の言葉で話せるように、ただゆっくり話を聞かせてほしいという態度を示さなければならない。

また、Dr. Joyceによる病棟で行なっている、倫理カンファレンスはとても重要である。看護師は医師、患者、家族の希望や価値観の違いにジレンマを抱えることが多い。同じチーム内でのミーティングは同じく価値の対立に巻き込まれることが多い。チーム外からのコンサルテーションを受けることにより俯瞰して現象を捉えることができる。今回の症例も療養場所の選択について、それぞれの思いや意見を自由に討論できていた。

7. 看護教育 (Mid-level-Career)

MDAには、3700人以上の看護師が所属している。そのうち、400人がAPRNの資格を持っている。APRN(高度実践看護師)は以下の通り分類されている。

8

1) 麻酔看護師(CRNA)：さまざまな年齢層の患者に麻酔をかけ、麻酔をかけた患者に対するケアを提供する。その活動領域は、患者に麻酔を行うあらゆる場面が含まれ、活動場

所は病院の外科や手術室、産科、急性期 ケア、ペインマネジメント、外科外来、歯科、足痛治療、眼科、形成外科など様々である。

2) 助産師 (CNN) : 女性の生涯にわたるプライマリ・ヘルスケアサービスを行う。その活動領域は、家庭、病院、産院、種々の外来、会社の医務室、公衆衛生分野などである。

3) クリニカル・ナース・スペシャリスト (CNS) : 患者・看護師・システムの連続体を総体としてとらえてケアを統合するという独特な役割を担う。ケアの改善、RN の教育、質改善、実務推進、問題解決、専門家とのコンサルテーション、患者の個別対応、ケアの開発、研究、出版などの組織横断的な業務を行う。

4) ナース・プラクティショナー (NP) : 患者にプライマリ・ケアや急性の疾患・傷害に対するケアを提供する。診察、診断、治療の他、慢性疾患の管理や検査のオーダーを行う権限がある。その活動の中心は直接的な患者ケアであり、健康増進・疾病予防・健康教育・カウンセリングも重要な役割である。

上記以外の資格としてクリニカルナースリーダーという資格がある。今回の研修では、CNL の活動を見学した。CNL は臨床環境のリーダーとして機能し、実践と品質改善に重点を置いている。自分のがん看護専門看護師 (OCN) として活動しているが、担当になった CNL は OCN の資格を持っており、5 年前に CNL の資格認定も受けた。CNL の役割は OCN に類似していると述べていた。CNL は、Multidisciplinary team としてゼネラリストとしての役割を果たしている。看護教育については、Professional Practice Model を基準に、研究とエビデンスに基づく実践を上げている。専門的価値と患者ケアの提供と研究への積極的な参加を促している。看護師は、EBP および研究への参加が、臨床進歩プログラムの中核要件であると認められている。EBP (Evidence Based Practice) EBP とは、最新のエビデンスをケアに取り込み実践することにより、最善なケアを提供することを目的とした活動である。EBP チームは、最前線で看護を提供している部署内に結成し、専門的視点からケアの実践に向けて活動している。

8. 患者教育

9

患者は多くの無料で配布されるパンフレットや図書室を通じていつでも学習する機会が得られる。特に図書室には治験の詳細についても学ぶことができるようにコーディネーターが常駐している。オンラインでも患者教室は栄養や運動、サバイバーシップケアプログラムなど多様な環境が整えられている。患者自身の管理は自分で行うことを診断された時から指導を受けている。薬剤の管理や食事管理など早期退院であるために、患者は自分自身で様々な医療知識を獲得している。多くの日本のがん患者は未だに「先生にお任せします」という言葉を聞く。医師も「お任せください」というが、自分体の痛みの強さは自分しか知り得ないのではないか。患者に知識が加わることで、疑問や質問が多くなり医療者は余計な時間を費やすことになるかもしれない。しかし結果的にセルフケアマネジメント能力が向上すれば、急な病状の変化をきたすことなく、緊急の外来患者は減少し余計な時間は不要になる。医療は医療者だけに特化したものではなく、いかに自分の病気と向き合い、知っておくことが必要かということから教育しなければならない。まだ「がん」という病気も言われて動じない世の中にはなっていないが、メディアや芸能人の方が「がん」を告白することで「知る」こと

の怖さを軽減し、「お任せ医療」の日本のがん患者に少しずつ地域での教育を進めていることが重要だと感じた。MDAがNo. 1である理由の1つに「患者力の高さ」も含まれていると感じる。外来患者はいつも笑顔で、私たちを迎えてくれ気遣ってもらいどちらが患者かわからないこともあった。学ぶ環境の提供が患者力の高さに繋がっていると感じた。

9. リーダーシップとディフィカルトカンバセーション

1) Difficult Conversation

チームビルディングの際に必要なことは、多くのコンフリクトをどうマネジメントして、チームのミッション、ビジョンを達成するかが重要である。そこで今回の講義では、難しい場面の会話をどのように交渉して進めていくかということを学ぶ機会を得た。これまで難しい場面に置いては、できるだけ避けて沈黙していた方が良いと考えることが多かった。しかし講義の中では、それに直面し、ナビゲートすることを学ぶことは、で成功するのに役立つ貴重なスキルである。まず大切なことは、**思いやりを持つこと**。思いやりとコミュニケーションをとると、言葉が聞き取りやすくなり、希望する結果にプラスの影響を与える可能性が高くなる。次に**正直であること**、コミュニケーションをとろうとしている人の目に信頼性を失う危険性があり、本当に満足できる結果に到達しない可能性がある。医療の現場では難しい内容や理解の不一致が多くある。「Sugar-coating」の技術を使い伝わりやすい言葉に置き換えることも必要である。最後に **Active リスニング**は最も強力なコミュニケーションツールの1つである。耳を傾けることで、相互の解決に関するコミュニケーションを容易にする貴重な情報が得られる。価値観や文化の違いを知り、相手を知りたいという質問と聞くことがギャップを埋める重要な技術であると学ぶことができた。「Speak Up」は素直に質問するという解釈もできるのではないか。沈黙を美德とする文化がある地域で、どのように疑問を伝え患者、家族の希望を支えていくか、今後トレーニングを積んでいく必要があると感じた。

10. Carrier Development

Dr.上野より、キャリアについて意識し、自分のミッション、ビジョンが世の中にどの程度インパクトがあるのか、自分のユニーク性はどこにあるのかを考えた。まずは自分をどう捉えているかを知る、アピールすることを学ぶための「Individual Development Plans」を構築した。これまで自分の強みについて意識してキャリアを築いてきたつもりではあるが、社会に対する「Impact to Play, Wining to Play」を意識してはいなかった。なんとなくこうしたいというイメージのみでは、自分のモチベーションも低下し持続しないと改めて感じた。自分の組織の強みを活かした、ネットワークどこに何を活かすのかを意識することが重要であると感じた。そして決定したミッション、ビジョンは公言するが、組織へのコンフリクトは公言しないことを遵守したい。日本の医療分野はヒエラルキーが強く上司に意見をするという事は難しい。しかし「言わない」ことは「考えていない。意見がない」といことと同様であること、意識して難しい会話を経験しナビゲートできるような技術を持つことが重要と感じた。メンターメンティーの関係性についても改めて学ぶことができた。メンターは指導者、メンティーは教わるものという上下関係と捉えていたが、「メンティーがメンターを育てる」であることを学び、常にミッション、ビジョンを共有し意識的に関わりを持

つことでお互いの成長を促す機会になると感じた。組織における「有言実行」という言葉がいかに重要であるかを改めて学ぶことができた。

Ⅲ 成果

以上の研修の成果を踏まえ、グループで創設したオンコロジープログラムについて、
チーム B (チーム名チーム Best) Rurina Watanuki Ayaka Kashimura Ayumi Tomizawa

➤ Mission

To improve patients satisfaction in oncology outpatient clinic through multidisciplinary collaboration

多職種専門的なコラボレーションを通じて腫瘍学外来クリニックの患者満足度を向上させる

➤ Vision

To optimize medical care for cancer patients to improve their self-care management skills and make them actively participate in their treatment by offering information and education from multidisciplinary team

がん患者の医療を最適化して、セルフケア管理スキルを向上させ、多職種専門職チームから情報と教育を提供することにより、患者を積極的に治療に参加させる

上記より得られた知見は、外来患者向けの集学的チームを新たに編成。異なる分野が何をするか、そしてそれらが得意なことをお互いに知ることにより、信頼できる関係を構築し、患者のケアや研究のために効果的に協力することができる。各専門知識と経験を使用して、優れた教育を提供し、各患者とコミュニケーションをとる十分な時間を確保できる。

そうすることにより、患者の知識とセルフケア管理は完全に改善されると期待される。患者さんが積極的に治療に参加でき、安心して、治療を成功させ、良好な症状管理スキルを獲得できると考える。結果患者の満足度が大幅に向上すると言える。プログラムについての考察を以下の通り報告する。

診療：目標：各分野の専門知識と経験を効果的に活用して、外来患者に最高のケアを提供すること、計画として、薬剤師が外来チームに参加する、多職種チームで治療方針の決定を行う。いくつかの作業を他の専門分野に委任する。

教育：目標：すべてのヘルスケア提供者は、最高の臨床実践を提供し、絶えずスキルを向上させるためにコミュニケーションスキルを獲得する。患者のセルフケア管理スキルを向上させる教育プログラムを提供する。計画：ケア提供者向けコミュニケーションスキルトレーニングプログラムと待ち時間を効果的に使用する患者向けの教育プログラムの開発。

研究：目標：集学的ケアの介入により患者の満足度が向上することを明確にする

計画：前向き介入研究

<様式 3 – 別紙 (A) >

ここで得た学びを、地域在宅における、がん患者のケアにあたる職種全てを対象にした教育体制を構築する。ミッションに上げている、遠隔医療の導入と患者の自己管理能力向上のための教育については次年度中に実施に向けて計画を進行中である。

スタッフ教育についても、院内研修をはじめとし、大学院、専門看護師に向けた講義を計画実施に向けている。また、J-TOP のメンバーとの連携を強化し、東北地方でのオンコロジーチームケアプログラムの開催に向けて活動していきたい。そして目標である在宅クリニックの増設をはかり、がん患者が希望する自宅で、質の高い療養場所の提供していきたい。

チームビルディング、リーダーシップにおいては、コアバリューである、繋がり、情熱、思いやりを忘れず、価値を脅かすことなく困難な関係性に対しアクティブリスニングを心がけたいと思う。今後在宅の分野のみならず、高度成長の時代にこれまでに確立された医療システムをパラダイムシフトする必要があります。がん患者の在宅サポートには、患者の家族だけでなく医療専門家の意識改革が必要です。入院に価値のある日本の戦略を家庭に移すという国家政策に対応して、私たちは専門知識と在宅ケアとしての位置付けを活用して目標を達成するための行動と努力をします。そのためには、在宅医療の質を向上させ、信頼性を向上させていきたい。

<様式3－別紙(A)>

(つづき)

今回の素晴らしい研修を企画していただいた、J-TOP の皆さま、上野先生、Joyce Neumann 先生、メンターの Ms. Theresa J-Mentor/Tutor、US-Mentor/Tutor の皆様に厚くお礼申し上げます。また、JME2019 のプログラムに関し多大なるご支援くださったすべての皆様に深く感謝申し上げます。

そして、渡米前からご支援くださった J-TOP 事務局の笛木浩様、秘書の Ms.Marcy、生活面のサポートまでもして下さった、佐々木裕哉先生、岩瀬先生、研修準備段階から心強い励ましとアドバイスを頂きました JME2018 の皆様にお礼申し上げます。この研修の実現にあたり、ご寄付いただいた企業の皆様、オンコロジー教育推進プロジェクトの皆様にも深く感謝申し上げます。

また、5 週間もの長期の研修を快く送り出してくださった、家族、やまと在宅診療所のスタッフの皆さま、理事長田上先生、院長大藏先生、東北大学大学院 がん看護学分野教授 佐藤富美子先生、大学院の皆様にご心より感謝申し上げます。

最後に 5 週間を共に笑って、泣いて、たくさん話して過ごした JME2019 のメンバーに感謝します。みんながいたからこそ実りある 5 週間にすることができました。本当にありがとうございました。

今後とも益々協力して日本の医療を変えていけるように研鑽してまいります。