

平成 22年 12月 1日

財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職名
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

研 修 者 氏 名 千葉恵子



平成22年度日本財団ホスピスナースネットワーク会員に対する海外研修助成
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

- ①看護教育、患者教育についてどのように行っているのかを学ぶ。
- ②統合医療についてどのように取り組まれ活動しているのかを学ぶ。
- ③看護の専門性と多職種との連携について

2. 研 修 期 間 平成 22年 10月 10日 ～ 平成 22年 10月 17日 (8日間)

3. 研 修 先 メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター (米国/NY)
「研修名：がん看護の専門性を学ぶ米国視察研修」

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、FD・MO・CDR等 [有 (枚) ・ ~~無~~]

(注 研修報告書はA4判横書き8,000字程度)

I 本研修の成果：学んだこと、今後役立つと思う点について

【看護師の役割と教育について】

「在院日数を減らすと言われており、がん患者では難しいが、上手くやっている」と話されていました。①色々な働きをする看護師を入れる。②患者教育は外来で行う。患者教育の責任は看護師。セカンドオピニオンなどで来られた患者を対象としている。③疾患別チームによるアプローチを行っている。④看護師に対する敬意を医療者全体から持たれている一同じような立場であり、自分達の仕事をしていくこと、周囲を変えるのではなく、自分達の仕事の仕方を変えていく、そして自分達でアプローチをしていくことで周囲に対して看護師の地位向上をおこなっている。⑤患者に対して静に確信をもってケアを行う。この5つをもって上手くやっている、と話されていました。そこで色々な動きをする看護師という点で特徴的なものが、専門看護師（CNS）の役割と診療看護（NP）であり、その役割について話を頂きました。NPは医師と同意書を交わした上で直接医学的処置を行うことができます。医療処置の内容は病院や州によって違いがあり、ニューヨーク州ではNPは処方権を持っていないと話をしていました。州や病院によって処方権を持っているというところもあります。NP制度は、もともと医師不足が予測された経緯から医師会からの提案として労働力を補うためにNPの制度ができています。そのため、医師会が反対するというのではなく、スムーズな導入になっていると話されていました。地域によって、特にGPと連携している場合や、施設によっては、NPが医療的処置を行う際に医師との同意書にサインをもらえない事もあるようですが、「MSKCCでは、看護師も医師と対等として扱われているため、サインをもらえないことはない」と話されていました。ただ待っているだけではなく、病院の重要な決定には看護師が入り、看護師の存在をアピールすること、看護師が自分達の仕事を理解してもらう努力をしていること、静にかつ確信をもって行動することが大切であると話されていました。今度は、看護師同士、CNSとNPの業務分担や役割が重なる部分があり、専門性といった点から役割分担などで線引きが難しいことが考えられます。その点について、NPは医学的処置を行い、CNSは、病棟で看護ケアにおける質向上のために看護師に対して相談指導を行うものであるため住み分けされていると話されていました。しかし、コンサルテーションという部分では同じように行っていることを話されていることから、日本で言うところの専門看護師（処方権や医学的処置はできない）と認定看護師、という印象をもちました。もちろん修士課程が終わっている、博士号を持っている、といったところが日本でも違うところではありますが、どちらも臨床でケアを行っているには代わりがないことがわかります。CNSは42名で各病棟1名、ICUに2名配属されています。NPは106名で各セクションに2～33名配属されており、病棟によっては必ず夜勤に1名はNPがいることになっています。RNは1463名、その他研究者、管理者を合わせると1800名以上の看護師が病院においてそれぞれの役割を持ってケアにあたっています。看護師の多さに驚きましたが、それでも看護師不足でどのように人材を集めていくのが課題となっているとのことでした。そのための一つとして、マグネット病院の申請を出しているとのことでした。マグネット病院の承認を得ると、看護教育にもより積極的に取り組んでいる指標となり、看護師が病院を選ぶ基準になっているとのことでした。また、アメリカの看護師は、自分の専門を決めたらそこに就職する形となるため移動することがないことを聴き驚きました。早い段階から自分がどの分野の看護をしたいのかが決まっていることに驚きました。日本であれば自分の意思とは無関係に病棟へ配属されるケースも多いためストレスも多くなり、離職につながっていることもありますが、その一方で、どの病棟にも看護師が同じように配置できること、病院内をローテーションすることで色々学びを深めながら自分のやりたい専門が決まってくることもあるため、どちらもいい点と悪い点があると思いました。看護大学生に夏休みに実践・研修を行いなっています。この制度を『CAPプログラム』と言っていました。学生には自分の今後を決めるきっかけになっています。CAPを受けた学生の60%が就職につながっていること、実習を通して生徒の人となり分かるため安心して採用につながります。その他、一度就職後、大学院に戻る看護師には補助制度を設けており積極的にスキルアップを応援しています。このように看護師に対して病院全体で質の高い看護を提供するために積極的に取り組まれていることが羨ましく思いました。

スタッフに対するストレスマネジメントにも意識的に管理者が力を入れていることが話されていました。感情に意識を向ける作業を通し話し合うこと、また、内省を行い振り返る、といったことを意識的に行っていると話されていました。その場合、安全・安心して話ができる場所を提供し、一人一人の看護師が尊重されることを実感できる環境を提供していると話されていました。様々な努力を行い看護師の離職軽減、看護師確保に力を入れておられました。

【骨髄移植の講義】

小児の移植が何歳から行われているのか、親から子供へ、子供から親への移植があるのか、などといったことを伺いました。移植年齢は4歳から行われること、臍帯血からの移植が多いこと、親から子供への移植はあるが逆はないことを話されました。移植に関しても倫理的問題がかなり含まれており、とても難しいと考えます。兄

弟・親が高齢であり、ドナーになれないケースに話を伺うこともありますがとても難しいと感じました。とにかく、小児の意思決定には、医師、NP、看護師、MSW、コーディネーターなどが集まって話し合いを行っていくことが大切であると話されていました。説明は全ての子供のいるところで話をし、12〜18歳であれば、患者と家族で話をして決定してもらうようにしているとのことでした。4歳からドナーになれること、小児科医と確認し、4歳以下でも行うこともあること、スクリーニングにかけ、移植を受けることで害があると思われる場合は、他のオプションを探していく、と話されていました。当院では、子供が親のドナーになるかもしれないというケースがあり、緩和ケアチームにコンサルテーション依頼がだされたことがありました。子供が受験も近いこと、患者（親）に対して子供は反発心を強く持っており、受け入れられずにいました。親と子のそれぞれの気持ちを考えるとあくまでも中立な立場で介入することにはなるのですが、とても難しかったことを思い出します。一つ一つ事例を丁寧に多職種で話し合うこと、院内倫理委員会と考えていく姿勢が大切であることを感じました。

【創傷管理の講義】

NPが積極的にケアを行っていること、特に創傷・ストーマ外来を専門に行われていることが話されました。日本でもWOC（排泄・皮膚・創傷管理）認定看護師が積極的に活動していますが、まだまだアメリカのような活動を行う環境がある病院は少ないと思います。処置方法に関しては同じでした。褥創を作ることは看護師のケアが不足していることとされています。このほか、在院日数や保険の支払いに関係するため、日本より徹底されており予防に力を入れていました。

【統合医療の講義】

以前は代替補完療法、代替補完医療と言われていましたが、ここMSKCCでは意図的に統合医療、統合腫瘍学と使っているとのことでした。メインストリートともに恒久的な医学的、看護的ケアとともに使われるものです。安全、安価で薬剤に基づくものではなく、しかも医学的根拠のあるものでなければならないという理念のもとに提供されています。代替補完療法と統合医療はイコールではなく、代替補完療法をがん治療と同等に扱ってはいけないと話されていました。代替補完療法の中には、科学的根拠に基づいて行われているものだけではなく、根拠もない中で『誰でもが治る』と謳っていたり、高い金銭を要求したりするものがあります。代替療法を受けている患者が適切な治療を受けずに代替療法のみを行うことで治療を遅らせることにつながったり、化学療法を同時に行うことで効果が薄くなったりすることにつながる場合もあります。MSKCCの取り組みについて伺いました。76名の医療スタッフ（医師・看護師、リハビリ、薬剤師、栄養士、事務）、ボランティアやパート職員により院内・外来でケアを提供しています。MSKCCでは、鍼灸、マッサージ、レイキ、音楽療法、栄養（サプリメント）についてのアドバイス、ヨガなどが行われていました。栄養の分野では、サプリメントと治療効果についての相談やダイエットに対しての食事指導、運動療法などが取り入れられていました。現在行われている統合医療は、エビデンスがあるものを提供しているとのことでしたが、臨床研究にも積極的に取り組んでいるとのことでした。外来患者1300名に対して症状マネジメント軽減に有効であったかどうかというアンケートを行ったことを述べていました。その内容は、実際20分、マッサージ、レイキ、リフレクソロジーを提供し、多かった苦痛症状の倦怠感、嘔吐、うつ、ストレスが50%軽減していることが結果でした。そして、ケア前後、2時間後、24時間後、48時間後と継続調査し、症状軽減が継続していることを付きとめました。また、マッサージが困難だと判断された患者に対して、マインドボディーテクニック、ガイドセラピー、瞑想、音楽療法が代わりにを行い、鎮痛薬軽減、副作用の軽減につながったという研究もされていました。その結果、乳がんの術前の患者様に瞑想を行うことで治療に対するストレス軽減につながったことがわかりました。この結果を取り入れ、現在セルフメディテーションができるようにCDを作成し、患者自身が自宅で取り入れられるように指導しているとはなされていました。現在研究段階のものがいくつかあるようですが、今後どのようなものが発表されるか楽しみです。

【痛みと緩和ケアの講義】

倫理的問題について事例を基に話されました。MSKCCの緩和ケアチームへの依頼の中に、意思決定に関わる場所から、人工呼吸器を外すといったICUでの倫理的問題などの相談も含まれており、倫理的問題を感じた段階で病院の倫理委員会に行く前に緩和ケアチームに依頼がある場合も多くあると話されていました。倫理問題を話し合うことで一番大切なことは、他職種でそれぞれの立場で意見を出し合うことです。十分なディスカッションを行うことで医療者の中で統一した意見をもって関わるのがとても大切です。医療者にとってもとてもストレスになりやすい問題も多い倫理問題に対して積極的に話し合いができるように開かれたものとなっています。病院全体で取り組み始めて数年というところのようでしたが、その前から緩和ケアチームで取り組んでいたこともあり、医療者が倫理的問題について考えることに対して開かれている感じを持っていました。日本では倫理問題を病院全体で取り組むようになってきていますが、その取り組みは病院によってとても差があります。もっと積極的に行っていけるようになるためにも、緩和ケアチームとして関わり、広めていくことも必要だと感じました。

また、治療の移行期や病院から病院へ変わるときに対して患者家族への心理的サポート強化、外来でのコンサルテーションも含め幅広い活動が行われていました。医療者に対して、患者家族に対しても積極的に関わっていることがわかりました。

【患者指導・教育の講義】

患者指導パンフレットを作り運用する専門部署があることが話されました。専門部署があるということはとても驚きました。内容は870タイトルあり、それを2年に1回見直していくこと、発注や手直しをしていくことを行っているとのことでした。また、ホームページにも全て掲載しています。これだけの指導パンフレットがあるので専門部署があっても当然とおもいました。指導についても修士号を取られた専門スタッフがおられ、研究に基づき、指導用パンフレットを工夫していました。つつい色々詰め込みすぎたりしてしまうのですが、新しいことを学ぶにはよりシンプルな文章で書くこと、小学6年生が分かるくらいの文章で作っています。また、月1回の患者教育委員会を開かれており、患者に関わる全ての部門の医療者が関わっています。その中には患者代表者も含まれています。患者の視点から知りたい情報を載せることでよりわかりやすいものになると思います。パンフレットも冊子と1枚でみられるものの2種類を用意し、より手にとって持って帰りやすいようにしていました。作りだされたパンフレットは、外来を中心に関連部署85箇所を送り、患者様や家族が手に取れるようにしています。指導用ビデオも以前作っていましたが、流れを観るだけで終わってしまい記憶に残らないという研究結果から、パワーポイントを作成し、自分のタイミングで一緒に動作を行いながら処置を行っていくように工夫し、看護師が病棟で指導する時間を減らすことが出来ていると話されていました。滅菌手袋を使用して行うCVポートの針穿刺を指導する場合、パワーポイントのスライドを自分のタイミングで変えるためにフットボタンを使用していると話されていました。このような指導で95%の患者は理解し、実際に手順を身に付けており、これで看護師の指導すると言ったところにかかる業務時間を減らすことにつながっていると話されていました。

【禁煙の指導の講義】

治療によっては、喫煙による合併症で入院期間が長くなることもあるため、守られない場合は手術や治療を拒否するケースもあると話されていました。再発のリスク低下、合併症、二次がん予防につながるため積極的に禁煙を行うように指導を行っています。あくまでも喫煙は身体的依存と考え、ガイドラインに沿ってケアを行っています。終末期であっても、気道分泌を減らすことで誤嚥性肺炎の予防や血流改善につながるため禁煙を勧めることを行っていると話されていました。確かに、終末期であっても痰が多く呼吸困難で辛い患者もありますが、それでも吸いたい人もいて、その方のQOLと医学的な判断を天秤にかけるとQOLを優先してしまいます。「最後だから好きにさせてあげたい」という気持ちが強くなってしまふからです。終末期の患者に対しての禁煙指導については賛否両論であり、これは医療者の考え方、患者家族の考え方をすり合わせながら行っていくことが大切であると思いました。この研修で一番の衝撃的であり、自分の中では「最後だから好きにさせてあげたい」と言う気持ちは当たり前だと思っていたので、考えさせられた講義でした。

【放射線治療の講義】

分子や元素の話から放射線治療の歴史、現在の治療まで理論を詳しく話してくださいました。現在化学療法と並んで日進月歩の世界であるため、ここも重要なポイントであると考えます。NPの知識が医者と同じであり、分かりやすく説明して下さるこのテクニックはすばらしいと思いました。どんどん治療も副作用が少なくなっている中、色々な障害を後から起こすこともあるため副作用についてしっかり理解し、対応できるようにしていくことが大切であり、指導していけるように勉強しようと思いました。

【外来化学療法の講義】

仕事をしながら治療をしている患者や自宅近くでケアが出来るように外来専門の化学療法センターがNYでいくつか施設がありました。そのうちの一つ1カ月前にできたマンハッタンにある化学療法室を見学しました。ニューヨークの若手アーティストによる季節に合わせた装飾がとても目を引き、病院にいるような感じがしないというのが特徴でした。

そこでは、NP、CNS、看護師、薬剤師が常駐しています。何かあれば本院と連絡を取りスムーズに処置ができるようになっています。以前、診察から点滴を開始するまでの待ち時間が平均71分であったが、仕事帰りなど前日に採血をすることで待ち時間を短縮し現在は平均35分程度で開始できるようになった、と話されていました。待ち時間が少ないことは患者にとって負担が軽減することにつながります。患者ケアに対してあらゆる視点で質の向上にスタッフで取り組んでいました。

II 今後の課題等

日本では一人の看護師が行うケアの幅が広く、その上に専門性を求められています。その中でも細やかな配慮や気遣いができる日本人だからできる看護であると思いました。

現在、がん治療の選択肢が増えることでがんサバイバーの患者様が増えています。このサバイバーの患者様にどのようにサポートしていくのか、ということが課題となっています。MSKCCでは、外来でのサポートを強化していました。日本でも、看護師による相談外来を設けて外来サポートを強化している病院ができていますが看護師不足もあり増えていないのが現状です。外来で治療を受けることが多くなっているため外来看護師を巻き込んで一緒にサポートできる体制を作っていきたいと思います。

私自身での取り組みとして、約2年前から限られていますが乳腺・婦人科・泌尿器系術後で治療中や終了後の患者様への不安・相談のための窓口にもなっています。リンパ浮腫外来の予約が2ヶ月先までいっぱいであり、効率よくサポートできる体制作りを考えていきたいと思います。また、患者家族教育も大切であり、パンフレットの作り方や指導について今回の方法を参考にし見直しを行いたいと思いました。

MSKCCでは、外来受診時に緩和ケアチームのサポートが必要かどうかを問診時にチェック項目があり、チェックが入れば連絡が入り介入をしていくようなシステムになっていました。当院でも昨年、外来化学療法を行う患者様に対してつらさの寒暖計を用いた問診表に緩和ケアチームへの依頼について何うチェック項目を入れました。しかし、『緩和ケアチームへの依頼を希望します』にチェックが付いて依頼があったのは1件だけでした。「必要時に依頼します」というコメントがかかっていたのは数名、大多数は『今はその時期ではない』という意見でした。まだまだ緩和ケアに対するイメージが『終末期』というものであるため、地域に対しての啓蒙活動が必要であると思いました。年に1回地域住民と一緒に緩和ケアについて知っていただくようなセミナーを開いています。また、地域医療と連携しカルテの共有や勉強会なども行っています。しかしまだまだ敷居が高いのか集まる場所は同じだったりするため、現在出向いて勉強会を行うように企画調整を始めました。コツコツと活動を行っていききたいと思います。また、当院でも救急からICU、CCU、透析室まで幅広くコンサルテーションがあります。日本では人工呼吸器を外すことが認められていないため、一度つけてしまうと外せないため、ALSの患者の呼吸器をつけるかどうかということを主治医が話をした後にサポートで入ることはあります。実際に呼吸が苦しくなった時に適切に対処ができなくて呼吸器がつくことになるため、主治医、関係医療者、患者家族と連携しながらサポートすることが必要となります。倫理的問題に医療者が築き、相談することが大切ですが、日本ではまだまだその点が不足しており、自分達だけで行ってしまいます。医療者に対して倫理問題を考えるような教育・指導が必要だと思いました。看護師に対しての緩和ケア勉強会に昨年から話はしていますが、倫理問題だけを取り上げることをしていなかったのも、来年度はしっかり組み込もうと考えています。

これから私自身のテーマとして、統合医療と治療が安全に安心して受けられるようになることでより相乗効果があるような活動ができればと考えています。患者や家族に対して医療者として、情報提供とコーディネートを行うことができるように何かできればと考えています。とくに、終末期になると治療困難となった場合、化学療法や放射線治療などが出来なくなっても何か治療をしているということを生きる支えとしたいという患者や家族がいます。『最後まで生きることを支える』緩和ケアの理念のもと、安全にかつ安心して行うことができるものを勉強していくと同時に、自分自身も調査研究を行うことも大切であると思いました。

Ⅲ 本研修助成についての改善点及び当財団へ対するご意見ご要望など

今回、語学に自身のない看護師に対して海外研修が行われたことはとても感謝しております。海外の実情を見ることで私たちも実はがんばってやっていることも分かりとても自信につながると感じました。イギリス・カナダ・オーストラリアと言った緩和ケアの先進国も研修の対象になると色々比較ができておもしろいと思います。個人的には、インドやタイ、ネパール、カンボジアなどアジアのホスピスに興味があります。どのように行っているのか、その国での取り組みや課題を知り、実際に関わってみたいと思います。とても貴重な体験をさせていただきありがとうございました。