

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 土浦協同病院 看護師

研修者氏名 松本 俊子



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) MSKCCで行われている最新のがん看護、緩和ケアの現状について学ぶ
- 2) MSKCCで行われているスタッフ教育、人材育成のあり方について学ぶ
- 3) MSKCCで行われている施設内、外の多職種における連携のあり方について学ぶ
- 4) MSKCCで行われている倫理的諸問題への対応について学ぶ
- 5) MSKCCにおけるリソースナースとその役割、課題について学ぶ

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)

はじめに

14年前、1996年に初めての海外研修ということでMSKCC視察研修を経験しました。当時、私は院内に併設された地域がんセンターの開設に伴い異動となり、がん看護の専門性や緩和ケアの提供について模索していました。そのような中、MSKCC視察研修を通して、① がん看護の専門性はCNSと呼ばれる、がん看護の専門看護師が中心となり提供されていること ② 社会情勢、保健医療制度、医学・看護学教育等を把握、自分の職場の現状について予測をふまえた上で熟知し、自施設及び自分の強みと弱みを知ることが重要であるという大きな学びを得ることができました。振り返るとこのときの経験が私のキャリアにおいてひとつのターニングポイントになり、3年後、緩和ケア認定看護師教育課程に進む原動力となりました。

前回の視察研修において、行われている手術や、化学療法などのがん治療やがん看護については日本と大きな差は感じられませんでした。しかし医療制度等の違いはあるものの、① 在院日数の短さ ② 入院治療から外来治療への移行 ③ 医療職種の多さ ④ 上級看護職（CNS、NP）の多さには目を見張るものがあり、欧米と日本の格差はここにあるのではないかと考えました。

前回の視察研修から14年を経て、現在の日本（当院）の現状を比べてみると、① 在院日数の短縮（25日→13日） ② 外来ベースの治療、短期入院治療（外来化学療法、腹腔鏡下手術、内視鏡下手術） ③ がん領域においてもPT、OT、ST、臨床心理士等多職種の介入、サポートチーム（緩和ケア、褥瘡対策、NST、呼吸ケア、リンパ浮腫ケア）との連携 ④ 専門看護師、認定看護師の台頭（0人→13人）などその格差は確実に縮まってきている感があります。このように社会制度の違いはあっても日本は欧米の10年位あとを、日本独自の形で追いかけているように思われます。

ということで今回の視察研修においても、前述した①～④がどのように変化してきているのか、また、これとは別な視点や新しい取り組みはあるのかなどについてはとても興味がありました。それらを見いだすことができれば、これから目指すべき活動のヒントになると考えたからです。

I 研修の成果：学んだこと、今後役立つと思う点

1. MSKCCで行われている最新のがん看護、緩和ケアの現状について学ぶ

1) 外来化学療法が病院から地域クリニックへ

今回、開設間もない「外来化学療法専門の地域クリニック」に移動し、そこでの視察研修をする機会に恵まれました。以前は、化学療法といえば入院治療が当たり前でしたが、現在では外来ベースが標準となり、その先にある形のひとつとして地域におけるクリニックがあるのだと思いました。患者の状態をはじめ検査データ等はすべてオンラインでセンターと結ばれているため、都市部の大病院に出向かなくても、自宅近くのクリニックにおいて大病院と同等レベルの医療ケアが受けられることになります。化学療法前日にクリニックを訪れ採血し、その結果をふまえて翌日の抗がん剤の準備がなされ、当日は予約時間通り、待ち時間なく化学療法を個室（患者用リクライニングチェア、家族用ソファ、TV、コンピューターシステム完備）で施行、体調チェックと健康相談、有害事象対応指導を受け帰宅とスムーズに治療が行われるシステムに感銘を受

けました。また、そのクリニックの責任者は、がん看護専門看護師の師長であり、必要に応じて医師が来院し診療にあたる仕組みでした。看護師が施設全体の運営面、経営面などすべてにおいて自律的に采配しており、将来、日本においてもこのような方法を取り入れられる日が来るのではないかと考えられました。

2) 禁煙の指導の充実

禁煙指導に専門的に取り組んでいる専門看護師の取り組みにも興味を持ちました。がんの発病原因に煙草があげられているにもかかわらず、日本では呼吸器疾患や循環器疾患患者のケア領域ほどには、がん領域の看護ケアは禁煙指導に熱心ではないように思われます。国を代表するがんセンターにおいて禁煙指導に正面から取り組む姿勢に感動しました。喫煙は、がんの治療期においても様々な弊害をもたらすことを重く受け止め、日々の看護ケアに禁煙の視点を取り入れた対応が必要であると思いました。

3) 患者の教育・指導

患者教育・指導の方法を専門に開発、運用している部門があり、教育学を専門的に学んだ看護師が専従で勤務していることに感銘を受けました。特に、何百とある患者指導用パンフレットなどは、その部門において開発から、実際の運用、改訂や見直しのすべてを取り仕切っているということに驚きました。効果的で活用できるパンフレットを作成するために、現場の看護師に何度もリサーチし話し合いを持つことや、他民族都市であるニューヨークにおいては、多言語対応のもの、また、難しい医療用語も小学生レベルの文章内容に落とし込んで簡潔明瞭な表現にすることなど工夫をしていることが分かりました。在院日数短縮、外来治療への移行を実現するためには、患者教育の充実のもとに患者の自立とセルフケアの確立が不可欠です。患者の教育・指導部門を独立させて力を入れていることに納得できました。

2. MSKCCで行われているスタッフ教育、人材育成のあり方について学ぶ

スタッフ教育については、基本的にはクリニカルラダーに基づいたものであり、大学卒業後（看護学士取得）に就職する看護師が多いこと以外は、日本の状況と大きな差はないように感じました。しかし、一度就職してから大学院や上級コースを目指す仕組みやその対象の多さは目を見張るものがありました。前回視察のときに比べると、日本においても、就職してから再度勉強する道筋（大学、大学院、専門看護師、認定看護師、認定看護管理者など）は整いつつありますが、まだまだ一般的とはいえません。

人材育成について MSKCC 独自の考え方なのかもしれませんが、スタッフ看護師の育て方について、日本との考え方の違いに気づいたことがありました。それはひとりの看護師がどこの部署でも一通りのことが平均的にできるよう意図的に配置換えをすることは基本的にしないという仕組みのようでした。CNS、NP 等上級看護職を目指すものや師長等現場のマネジメントをする者は、ポストが空き次第、公募と試験で採用します。スタッフ看護師は希望がない限り同一部署に留まり、経験を積む様子でした。中堅の師長のもとに、若い CNS や NP、勤続 20～30 年のベテランスタッフ等の所属部署も多い印象を持ちました。がん専門病院であるからこそ、疾患の部位によっては専門性も異なることからこのような配置方法をとっているということでした。

3. MSKCCで行われている施設内、外の多職種における連携のあり方について学ぶ

欧米の医療システムは日本と比べものにならないくらい職種の役割分担がなされていますので、前回視察のときはこれに面食らってしまった感がありましたが、今回はこれらはその国の制度としての特徴にとらえ、その中でのあり方について見聞できるよう努めました。そうしてみると連携の要はやはりコミュニケーションであり、顔の見える関係作り、風通しの良い職場風土作りと日本の状況と変わらない現状が見えてきました。

例えば、外来化学療法室担当の看護師の場合、日本では、患者の予備診察、採血、データを医師に提示、医師の診察介助、決定処方の確認、薬剤準備、穿刺準備・介助、点滴管理、患者のモニタリング、患者指導等一連の流れに携わる看護師は1名ないし2名のことも少なくありません。しかし、視察先では、決定処方の確認から実施に至る過程においても、①医師の診察に同席して処方の決定にかかわる専門の看護師 ②処方されたオーダーを見直し、それが患者の状態に即したのか見直す専門の看護師（例：前回処方において有害事象が強く出現したため、今回は70%の低量ドーズで行う予定が同量オーダーとなっている状況等を発見し、処方した医師に報告相談するなど）③抗がん剤の最終チェックと投与ルートを穿刺し確保する専門の看護師など、役割が細分化されマニュアルに沿って何人もの手を経て行われていました。システムとして人海戦術で何重にも見直しできる仕組みになっているようでした。それでもインシデント・アクシデントは起こりますし、人を何人もかえすことによるコミュニケーション上の摩擦のようなことは日常的に起こり、それを少しでも改善できるよう力を尽くしている様子はどこの国も同じではないかと思いました。

4. MSKCCで行われている倫理的諸問題への対応について学ぶ

この点については自己の課題として最も興味がありましたが担当講師の都合上、単元としては割愛されてしまったのは残念でした。しかし、緩和ケアを担当し、前回視察のときから毎回深い示唆を得ることができた講師である Nessa Coyle 氏から臨床倫理の内容にふれてもらうことができたのは有意義でした。

この中で一番心に響いたことは、ネッサ氏も緩和ケアチームの一員として、がんセンターにおいて横断的に緩和ケアを必要とされる患者・家族、あるいはスタッフに関わっているが、同時にセンター内の倫理委員会の一員として、現場の倫理的問題に対して、緩和ケアのラウンドを通していち早く対応しようと心を配っているということでした。私も、緩和ケアチームの専従看護師であり、また、院内の看護倫理委員会の責任者として、どのように倫理的問題に対応すべきかと模索の日々であったため、尊敬するネッサ氏も同じような立場で同様なアプローチを試み、実践に結びつけていることを知り大変勇気づけられました。また、緩和ケアというと終末期ケアに重きを置きがちであるが、がんセンターにおいて緩和ケア及び倫理的問題を今一番抱えている部署はICUであり、救急部門のスタッフからの例えば、救急で運びこまれたがん患者に対して、どの治療をいつまで、どこまでやるのかなどの相談を受けることが多く、重い問題を限られたスタッフで抱え込んでしまう現状を何とか病院全体の問題として皆で解決できるような多職種メンバーによる倫理委員会での取り組みを強化しているということでした。私自身、自施設においてICUでの看護倫理カンファレンスにオブザーバーとして定期的に参加したり、救急看護認定看護師と共にがんセンター病棟のデスケースカンファレンスに参加するなど、必要性に迫ら

れた形で連携、協働を図ってきました。ネッサ氏とレベルに違いはあるでしょうが、その発想や取り組みの方向性には間違いはないようだということが分かり安心できました。

5. MSKCCにおけるリソースナースとその役割、課題について学ぶ

MSKCCはベッド数452床、看護職員2036名、内訳は、Director 11名、Res.NP 8名、clinical Nurse I～IV 1463名、CNS 42名、Nurse Leader 38名、NP 240名、NP, Coord 6名でした。看護職員の約15%がリソースナースということになります。リソースナースといってもその役割や職務権限は様々であり、州によっても違いもあり、また、細かい運用に至っては地域や施設により違いがあるようでした。例えば、視察したMSKCCはNPを240名も配置、病棟の夜勤帯も医師を常駐させずにNP中心に運用するほど、上級看護職に対する扱いは高いものがありました。しかし同じニューヨーク、マンハッタンにある隣のマウントサイナイ病院（大規模総合病院）はNPは0名ということでした。つまり米国においては日本のように、どの地域でも平均的に同じというような構造ではないようでした。MSKCCにおいては、医学校を卒業したてでローテーションを繰り返すインターシップや若いレジデントよりも、経験豊富なNPを主体とした病棟運営の方が有益であるという考えのようでした。ということもあり看護師という職種に関する尊敬と協働の精神は、他の施設より強いという伝統があるということでした。しかし反面、CNSやNPにかかる責任は大きく、処方権を行使するにあたっては病態整理、薬理作用など幅広く深い知識とアセスメント力を問われるということでした。現在、日本でもNP制度導入の論議が本格化しつつあります。米国と同じようにはなくても、今後、看護の専門分化は確実に広がると思われるため、それに備えてまずは自分が関連する分野から情報をとっていく必要性を強く感じました。

Ⅱ 今後の課題

前回の視察研修で印象に残った① 在院日数の短さ ② 入院治療から外来治療への移行 ③ 医療職種の多さ ④ 上級看護職（CNS、NP）の多さのすべてに関して、今回の視察研修で、ますます拍車がかかっているように感じました。その上でMSKCCではこれらを大きな強みとして「マグネットホスピタル」に関する施設基準をとる取り組みに着手するという展望についても知ることができました。私の施設においても規模やスピードに違いがあっても、前述した①～④について歩みを進めており、これを基盤にマグネットホスピタルとして新病院建築構想が本格化してきました。

私もこれらの情勢をふまえて、今回の視察研修前に自分なりに3つの課題

（① 緩和ケアに関連する人材育成 ② 院内外の多職種との「顔の見える連携体制」の強化 ③ 現場のスタッフが遭遇する倫理的ジレンマへの速やかな対応へのシステム作り）をあげていましたので、これを中心に少しでも具体化できるよう取り組みを進めたいと考えました。これに先立ち励みになったことは、現在までに試行錯誤で進めてきた独自の取り組み（例：連携強化のために意図的にコミュニケーションをとり風通しの良い関係作りをしたことや緩和ケアのラウンドを通して倫理的問題の抽出及び対応に努めていることなど）が視察先でも実践され、それが良い評価につながっていることが分かったことでした。

今後は自分のやってきたこと、今後取り組みたいことに自信を持ち、ぶれることなく少しずつ歩みを進めていこうと考えています。

Ⅲ 研修助成についての改善点及び財団に対する意見、要望

昨年までの助成は海外留学を対象にしたものでしたが、臨床現場で働く看護師の場合、英語力の問題、また日程的にも難しいものがありました。しかし、今回の研修は、日本語通訳がつき、また石垣先生のような専門家の同行もあり、また日程的にも施設側と比較的交渉しやすいものであり大変助かりました。助成のあり方は様々だと思いますが「日本財団ホスピスナースネットワーク登録会員」の現状においては、今回の助成方法は適していたのではないかと思います。年間のタイムスケジュールにしても、3月のホスピスナース研修会のときに案内を受け、4～5月、申し込み、8月、助成決定、10月、視察研修、12月、報告書提出、3月、ホスピスナース研修会において発表報告と1年間を通して無理なく取り組むことができていることは良かったと思いました。また、この研修助成のことを知ってからは「秋には頑張ってニューヨークに行くぞ!」という目に見える形で目標を持つことができ、単調になりがちな日常業務の中において、前向きな気持ちを持ち続けることができました。今回のように自分に対して海外研修という褒美を設定することは、仕事への意欲やモチベーションを保つためには効果があるということを改めて感じました。ということで今回のような助成のあり方は今後も継続してもらいたいと思いました。選択できる研修もホスピス緩和ケアに関するものなど、複数あってもよいのではないかと思います。

日本財団に対する要望に関しては、先の研修助成申請書においても記載しましたが「緩和ケア認定看護師連絡協議会（清瀬の卒業生主体）」の存続とこれに関する支援の継続を希望しています。昨年で日本看護協会看護研修学校主催の認定看護師フォローアップ研修が終了となりました。このため看護研修学校が主催する研修は、現在運営されている学科に限定され、緩和ケア分野は教員もおらず開催はされません。緩和ケア認定看護師教育基準カリキュラムは開設から2回の改正があり、学ぶべき特化技術なども増えています。それを学ぶ機会として一番多いのは、母校におけるフォローアップ研修であり、清瀬の卒業生も昨年まではそのようにしてきました。しかし今年度からはその機会を逸してしまいました。他の教育機関に合同研修を依頼しましたが現在のところ承諾は得られていない状況です。ということもあり当面の間は、スキルアップの機会を「緩和ケア認定看護師連絡協議会」において展開することになり、清瀬の卒業生の拠り所になる場として、その存在価値もあがっていくものと思われます。これらをふまえて今後ともご指導及びご支援をよろしくお願いいたします。

おわりに

今回の視察研修は、最新のがん看護を学ぶと同時に「この分野の専門性について本格的に取り組みたい」と思った原点に戻り、そこから振り返る機会となりました。このような貴重な経験をサポートくださった笹川記念保健協力財団に心から御礼申し上げます。

松本俊子（土浦協同病院）