

2013年1月28日

公益財団法人 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

愛知県がんセンター中央病院 看護部
緩和ケア認定看護師

研修者氏名 永田 智子



2012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「包括的緩和ケアシステム」を学び、がん治療専門病院として、緩和ケア領域における看護の質の向上を目指し、院内連携や地域連携システムを構築する。
- ②緩和ケア領域における看護の実践者として、包括的緩和ケアの実践を学び、当院の中でできる教育や援助方法を構築する。
- ③がん診療連携拠点病院として、院内のみならず、地域を意識した緩和ケアチームの在り方について考え、今後のチーム運営とシステムの見直しを図る。

2. 研修期間 2012年 11月 28日 ～ 2012年 12月 6日（9日間）

3. 研修先

「研修名：第13回英国緩和視察研修～包括的緩和ケアシステムを学ぶ～」

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）

第13回英国緩和視察研修

～包括的緩和ケアシステムを学ぶ～

研修報告書

平成25年1月28日

愛知県がんセンター中央病院

緩和ケア認定看護師 永田智子

はじめに

イギリスで先駆的に行われている「包括的緩和ケアシステム」について見聞きし、多くの関心と学びを得ることができた。同時に、医療制度の違いによる独自のシステムや、組織のあり方についても知ることができた。また、この研修を通じ、同じ緩和ケア領域の仲間と学ぶことができ、コミュニティが広がる機会にもなった。本研修からの学びと、今後の課題をまとめ、自分自身の活動に活かしたい。

1、研修目的

- ① 「包括的緩和ケアシステム」を学び、がん治療専門病院として、緩和ケア領域における看護の質の向上を目指し、院内連携や地域連携システム構築のヒントを得る。
- ② 緩和ケア領域における看護の実践者として、包括的緩和ケアの実践を学び、当院の中でできる教育や援助方法を考える。
- ③ がん診療連携拠点病院として、院内のみならず、地域を意識した緩和ケアチームのあり方について考え、今後のチーム運営とシステムの見直しを図る。

2、研修からの学びと今後役立つと思うこと

① 医療制度の違い

イギリスの医療システムに触れ、日本の医療制度との違いに驚くばかりであった。医療費原則無料の国営医療保険制度（以後、NHS (National Health Service)）VS 国民皆保険制度、果たして、どちらの医療制度が望ましいのか、判断し難いというのが正直な感想である。平等に医療を受けることに対し、ハード面でのシステムの違いは、緩和ケアという専門領域の医療や看護（care）に、大きな影響を与えている。

今回の研修を通じ「統合医療」や「包括的緩和ケアシステム」に触れ、様々な専門家による地域連携が確立されていることも知った。しかし、その背景には、文化の違いや、国民性の違い、信仰の違いなどの影響も大きいと考える。また、人的資源の活用への考え方の違いもあり、すべてのことを私たちの日本に持ち込めるかというと、そこには限界があると感じた。例えば、日本人特有の、他者への奥ゆかしさや配慮、個人を大切にするというよりは、他者への思いやりや優しさを持つことなどを習慣として身につけさせられる文化がある。そんな文化を持つ日本人の多くが、個として自分自身のことを中心に考えることや、他者の個性も大切に思い援助できるようになるには、それなりのトレーニングと時間が必要であろう。看護（care）の実践の中でも、ついつい、こちらの価値観や人生観、死生観を押し付けがちになる。また、ボランティアの運用がイギリスでは大きいですが、日本では「ボランティア」という行為や、活動に慣れ親しむ環境が日常

ではない。よって、ボランティア教育や育成は、遅れがちであり、システムの一部として運用することに、困難を極めるであろう。であるならば、日本の文化や生活、人々に合う、「包括的緩和ケアシステム」を構築する必要があると考えている。

がん医療・がん看護に対し、当院の周辺施設でも、新たな治療施設の建築や緩和ケアセンターの設立といった、包括的な緩和ケアへの動きが加速している。当院でも、足踏みをしているわけにもいかないの、「すぐにできること」を、がんセンターの専門領域の専門家として検討する必要がある。

② 統合医療・補完療法

ペニー・ブローン キャンサー ケアの示している「がんとともに生きている方に対する統合的ケアの提供が使命」という考え方に、感慨深さと共感できる思いがあった。がん治療専門病院の当院でも、患者自身へのサポートだけではなく、その人が大切と思う援助者へのサポートも同時に行っている。援助者と表現するには意味があり、一般病床ではあるが、有料個室に所属する私が対面する家族の概念は、フリードマン（Friedman, M.M.）が述べている「家族とは、絆を共有し、情熱的な親密さによって互いに結びついた、しかも、家族であると自覚している、二人以上の成員である」¹⁾に相当する。多様な家族の在り方に、私達看護師の援助レベルも変容させなくてはならない。困難な家族への対応は、がん専門看護師をリーダーにした、家族支援チームによる、サポートで強化している。患者本人だけではなく、その周囲の人々にも相補的なケア、ブリストル・アプローチのような支援が必要で、そのアプローチが支持される意味が理解できる。

当院では、患者本人だけではなく、家族に対しても「身体的な医療だけではない。その人自身も自然治癒力を高めるための精神面や感情への支援」を意識した看護（care）は、まだ十分に提供されていない。今後、多くの患者・家族が、その援助を受けられるような、サービスの提供と、そのサービスを提供するシステム作りに着手する必要がある。

また、「コンプリメント・セラピー」によって、「自然治癒力」を回復することや、「自分自身でよいのである」ということを取り戻すための支援が積極的に行われている。その実際の体験を語ってくれた、64歳の女性に出会った。彼女の今を見る限り、がん疾患を患い、がんサバイバーとして生きている人とは、一見御見受けできない。とても穏やかであり、美しいほどの個性に輝いていた。

彼女は一週間の入院プログラムにより、瞑想、食事療法などといったケアによって、「自分の持っている力があることに目を開かされた」と述べ、「恐怖を破壊し、自分自身を取り戻した」とも語っている。そして病院にはない「愛情を感じられる」と語り、「体は治せないかもしれないけれど、マインド、スピリットを持っていて、Happyである」と笑顔で話してくれた。患者の持つべき力へ働きかけることは、本来あるべき、看護（care）の力である。ナイチンゲールの示す「看護とは、患者に新鮮な空気、太陽の光を与え、暖かさと清潔を保ち、環境の静けさを保持するとともに、適切な食事を選んで与えることによって健康を管理することであるとしている。とりもなおさず、健全な生活環境を整え、日常生活が支障なく送れるよう配慮することが看護なのである。」²⁾ このことに結びつくものとも考えられる。

私達は、緩和ケア領域の専門的なアプローチに目を向ける前に、人として、個人を大切にすることにもっと誠意を尽くすべきであると感じた。そういった看護の原点を見つめ、私自身のスピ

リットが揺れる瞬間でもあった。この出会いに感謝し、今、目の前にいる患者・家族により一層の愛情を持ってサポートすることができる気がする。そして、その看護（care）は、一人ではなく、ともに働く、看護師スタッフとともに、チームとして提供することに努力したい。

③ エンド・オブ・ライフ レジスターシステム

地域にあるドロシー・ハウス・ホスピスでは、終末期疾患の患者・家族に対し、疾患・段階にかかわらず、現実直面する苦しみを克服するための支援を受けられる。さらに、病院内ではなく、生活するコミュニティでのケアが重要であるとも考えられている。このことにおいては、私自身の個人的な見解も同様である。実父のがん闘病を支えた家族としての経験や、非がん疾患で4年という闘病生活を送った義母、それを支えた義父への援助体験から、患者・家族は、生活している人として地域に生きており、そのことへのサポートが重要である。しかし、日本の制度では、まだ不十分な地域の医療や看護、福祉の早急な改善と充実が必要であると考えている。久しぶりに、実父や義母を想い、地域でのサポート力向上や、地域の緩和ケアチーム育成への思いが高まった。

義母の終焉は、家族にとり苦しい結末だった。「ひどかった」の一言に尽きる。長い入院生活から、自宅で看取る覚悟を決めて外泊した夜。食事中に義母は誤嚥による窒息を引き起こす。慣れない素人の父が落ち着いて対処できるはずがない。借りた吸引器もうまく使えず、結局、救急に頼るしかなかった。到着した救急隊員は、人を救うため蘇生を開始する。義父がいくら本人の意思は「蘇生をしないで」であると言っても、とある病院からの外泊中と言っても、聴きとどめるどころか、「あなたは、この人を殺すつもりですか？ほっておけば死にますよ」と脅されるように言われ、どうすることもできなかった。その結果、救急蘇生され、救急病院へ搬送、人工呼吸器装着となった。その姿はあまりにも虚しく、義父の「119番ではなく、間に相談できる電話がほしかった」と話す姿がいたたまれなかった。その日は、皮肉にも翌日から在宅医療チームが介入する日の前夜であり、義父はどこにも相談できず、救急隊員の一言に震え、言われるがまま、自分の妻の意思に反する行動を傍で見守るしかなかったのだ。何もかも納得の上で自宅に帰ったものの、理由は何にしろ、急変時に家族一人で判断し、看るのは難しい。遠方で生活する家族には、事態が起こったときに、駆け付ける時間がない。もう少し、自宅に戻る際の意思の確認やサポート力やサポートシステムが早急にブラニングされていれば、義父の支えになったのであろうと思う。この出来事は、同じ医療の場に身を置く看護師として、生きている人として、私の中で、解決できない課題となって残っていた。しかし、ドロシー・ハウス・ホスピスでの話や、マクミランナースとの交流の中で、イギリスでのパイロットのことを聞いた。それはまさに、義母のような辛い体験をせず、最期の時をどのようにサポートされたいのかといった、個人の尊厳を守るためのシステムである。「エンド・オブ・ライフ レジスターシステム」国営で開発したものと非国営のパイロットが複数ある。そこには、患者の同意のもと、患者の状態や、ケアの内容、最後の時の蘇生に対する希望など病院や地域にいる医師や看護師、ケアワーカーといった職種の人が把握できるようになっている。一言、「これだ!」と思った。イギリスにおいても、本人の意思に反し、家族が混乱するケースや、救急隊員に本人の意思が伝わらず、蘇生されてしまうケースもあるようで、そのための開発システムである。電子版の場合、患者の変化やニードなどデータを常に更新することができ、対応の遅れやニードに合わないといったことは発生しない。救

急の場面での本来あるべき蘇生の重要性を十分に理解したうえで、終末期を自宅や住み慣れた地域で過ごすための、システムの開発は日本でも取り急ぎ必要である。

④ 病院から地域への連携システム

病院という施設は、治療を目的に療養をする場であり、治療後には自宅で生活するということが自然である。もし、入院前と退院の時に、日常生活動作(以後、ADL (activities of daily living))や、パフォーマンスステータス (以後、PS(Performance Status))が変化しているのであれば、それに見合う支援を地域で受けられるだけのマネジメントやケアプランが必要である。日本でも、「シームレスな地域連携」をテーマに大規模な研究も行われている。現実、臨床にいる限り、まだまだ、地域に拡大した視野での、緩和ケア提供には至っていない。

しかし、ある一部の地域や在宅医、訪問看護師などの在宅医療チームが、自宅で最期を看取りたい、自宅で家族と過ごしたいという、難治性疾患の患者・家族へのサポートを行っている。実際に、がんで闘病した実父を私自身が自宅で看取る経験をした。義母の時とは間逆の経験であり、本人の「家族に囲まれた家で死にたい」と言う強い気持ちがあって実現したものでもある。在宅医療チームによる緩和ケアを、十分に受けて、実父は穏やかに旅立っていった。実現可能であった「自宅で最期を迎える」ことができた鍵は、住んでいる地域の在宅専門医の支援と、訪問看護の充実、家族のマンパワーの高さ、ケアマネジメントを担当するケアマネジャーに支えられたからである。同時に、病状の変化や外科的処置が必要な時の、後方支援病院として、治療を受けたがん専門病院との連携があつてこそその実現であった。そう考えると、私達、がん専門病院の医師やメディカルスタッフが、病院内の連携や教育にとどまるのではなく、専門病院から地域の専門スタッフへの教育や支援による、地域連携システムが必要である。

イギリスには、一般開業医(以後、GP(General Practitioner))2～5名に対し、がん看護専門看護師1名 (以後、CNS(Clinical Nurse Specialists)) がおり、専門病院での治療から在宅療養への移行がスムーズに行われている。病院内のCNSは、24時間以内の退院調整であっても患者・家族が望む療養の場が自宅であるならば、ケアの継続が可能な援助をオーダーしていく。そして、地域のCNS Teamにより、緩和ケアが継続され、症状マネジメント等のコントロールが行われている。看護師のイニシアティブの高さが、日本の現実とは異なることが分かる。患者・家族により近い存在、看護師という役割の強みであると感じた。また、CNSとは異なり、訪問看護師や夜間専門のナイトナースも存在し、地域に生活する患者・家族を支援していることに驚く。日本とイギリスでは看護師、CNSの数が違うのかもしれないが・・・。

当院では、急性期のがん治療・がん看護の提供が中心的な役割であるため、治療抵抗性の時期にある終末期の患者・家族への援助が充実しないことも多い。患者・家族がその時期を受容していくまでのプロセスに寄り添い、多様で複雑な症状マネジメントやニードに対するサポートの不十分さが深刻な課題である。若年の罹患率も高く、家族が戸惑うことが多い。実際に臨床の場で向き合い、日々看護に悩むのは、ジェネラリストナースである。緩和ケアチームも、そんな日常の困りごとをすぐに相談でき、解決方法を一緒に考えられるよう、コンサルテーション型の相談スタイルをとっている。そのほかの、スペシャリティを持つスタッフとの連携も大切な援助の1つであり、がん専門看護師、各領域の認定看護師、リンパ浮腫セラピスト、呼吸理学療法士、リハビリテーションを担うメディカルスタッフ、アロマセラピスト、スピリチ

ュアルケアワーカー、栄養士など、人的資源をフルに活用したコンサルテーションを、実現させていきたいと考えている。

⑤ 看護師の育成

イギリスでも色々な研修により、看護師の育成が行われているが、その継続は必要である。当院では、厚生労働省指定のがん診療連携拠点病院16施設、愛知県指定のがん診療拠点病院8施設が協働で行っている「がん看護ジェネラリストナース育成研修 緩和ケア分野」の研修が、5年目を迎えようとしている。がん看護におけるジェネラリストナース育成に向けた研修であり、専門看護師と認定看護師で運営している。緩和ケア分野においては、1回の参加人数が100名ほどになる研修でもあり、その関心の高さが伺える。開設当初は、当院だけの研修であり、ELNEC-J研修に内容が重なるものでもあるが、現在は他施設協働での研修となり、知識・技術を持ったジェネラリストナースが増えることを期待している。研修によって、地域におけるがん看護の質の向上や、緩和ケアの知識向上や実践者の質を高めることへつながるため、今後も研修を継続していく意味はあると改めて感じた。姉妹病院ともいえる、愛知病院で、看護師向けELNEC-J研修を行う予定であり、当院でも統一した看護教育の視点でそちらの研修へスイッチしていく検討も重ねていく予定である。

また、昨年の診療報酬改定にも伴い、外来患者の症状マネジメントに着眼し、気軽な相談窓口として、昨年6月より「緩和ケア・疼痛看護外来」を開設した。これは、緩和ケアチームに所属する、がん性疼痛看護認定看護師と緩和ケア認定看護師御との協働で行っている。当院にはこれより先に、がん専門看護師が開設した「がん看護外来」もあり、専門性のあるメディカルスタッフが、患者・家族への支援を行っている。そして、外来で働く看護師と連携し、少しずつ患者・家族へのアプローチが充実するよう支援している。医師からの相談や看護師からの相談は増え、患者・家族からの評価も増えている。今後も継続させていきたい。しかし、問題もある。緩和ケア・疼痛看護外来においては、曜日別で担当者が変わり、内容と質にアンバランスな状態が生じている。認定看護師として、今回のように研修に参加することによって、専門家としての知識向上や技術向上の努力がいつそう必要である。相談の内容によっては、各分野の認定看護師との協働が必要であるし、専門領域も多いため、多様な方面からの支援が可能である。現在は、院内の相談にとどまっているが、その他病院や地域の在宅医などの難渋する症例のコンサルテーションを受けるシステムなど、緩和ケアチームとして地域にでていくスタイルも形成したい。

緩和ケアチーム10年目の節目として、1つの評価指標となるようにと、東北大学で行われた研究ツールを用い、看護師向けのアンケート調査を実施した。現在の緩和ケアにおける看護師の知識・感じる困難感を分析し、がん専門病院における看護の質の現状把握と課題の明確化を行い、今後の教育システムやケアの本質へのアプローチを導きだして行く予定である。

3、今後取り組んでみたいこと

①「がん患者サロン」の企画・運営

研修前より、認定看護師・専門看護師で成り立つワーキンググループがあり、「がん患者サロン設立」のワーキンググループに参加していることも踏まえ、ペニー・ブローン キャンサー ケアの

示している「がんとともに生きている方に対する統合的ケアの提供が使命」という考え方に習い、「身体的な医療だけではない。その人自身がもつ自然治癒力を高めるための精神面や感情への支援」を意識した看護（care）に着手する。がん看護専門看護師をリーダーに、感染管理看護師、摂食・嚥下認定看護師、乳がん看護認定看護師、化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師をメンバーとして「がん患者サロン」を2月より運営する。はじめは、がんセンターに通院する患者・家族を対象とするが、今後は地域連携を意識した、院外のがんサバイバーの方々へと拡大させていきたいと考えている。この始まりが、地域連携の新たな包括的緩和ケアの構築となればとメンバーは考えている。

② 院内専門家の連携システムの構築

現在がんセンター内のがん看護専門看護師、各分野認定看護師は30名を超えている。その人的リソースの活用をシステム化する必要がある。たとえば、緩和ケアチーム、化学療法チーム、摂食・嚥下チーム、感染管理チームなど、がん患者・家族をサポートするシステムがある。しかし、各々のチームの自主性や独自性を管理するシステムを持つことで、患者・家族の困ることや、必要な支援をタイムリーに実践できる形にする。現在ある CN・CNS 会議というスタイルがより近いシステムと考えるため、今年度より行ってきた、組織に還元できる認定看護師・専門看護師の役割発揮の目標を立て行ってきた、ワーキンググループ（診療報酬・がん患者サロンなど）による活動をさらに発展させていく必要がある。

「がん看護ジェネラリストナース養成研修」の継続。今年度まで、緩和ケア、化学療法、摂食・嚥下、乳がん看護、皮膚・排泄、の5領域の開催は5年目を迎えた。来年度新たに放射線看護領域も加わり、ジェネラリストナース育成の継続と拡大を図る。この研修を通じて、がん診療連携拠点病院、愛知県がん診療拠点病院の中で働く専門看護師、認定看護師の連携も強化され、互いを支えあっていることにもなっている。今後も企画・運営にかかわり、発展的な研修となるよう、活動していきたい。

③ 包括的緩和ケアへ近づくために

地域連携強化のため、カンファレンスに参加することから始めたい。さらに、各種勉強会を定期的に開催し、緩和ケアの知識や地域での難渋症例のコンサルテーションシステムを確立したい。がん登録や連携パスの運用は進んでいるが、看護師間の連携はまだ不十分である。質の高い、緩和ケアを地域で目指すのであれば、がん診療連携拠点病院の専門家として、地域に踏み出し、マネジメントされた質の高い緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアを構築したい。

「緩和ケア・疼痛看護外来」という一つの相談窓口をきっかけに、コミュニティの中で生活する患者・家族に寄り添い、その周囲でサポートする援助者や在宅医療チームとの連携を築きたい。次年度の緩和ケアチームの体制や目標設定の中で、地域を意識した取組を検討していきたい。

参考・引用文献

- 1) Friedman, Marilyn M.: Family Nursing, Theory and Practice, Appleton & Lange, P. 8-9, 1992
- 2) フロレンス・ナイチンゲール/薄井垣子:看護覚え書 第7版 看護であること・看護でないこと.現代社 2011年

4、本研修助成についての改善点及び財団への意見・要望

念願の「イギリス研修」。このことだけでも大変貴重な経験でした。研修できた施設は、緩和ケアの先駆的なところばかりであり、日本のシステムの違いを知る機会となりました。同時通訳の優秀なアシストと、同行して下さった阿部まゆみ先生の御力添えは、大変ありがたいものでした。語学力のない私でも、理解することができ本当に楽しく学べました。今後も、このような研修の機会が継続され、多くの緩和ケアナースの学びの場となることを期待致します。

来年度から「緩和ケアナース養成研修」が開催されなくなるとお聞きしました。清瀬での研修に2000年に参加した際、座学と緩和ケア・ホスピス病棟の研修があり、非常に学びやすかったことを思い出します。今回、同行して頂いた阿部まゆみ先生の講義もあり、専門性の高い内容で学ぶ側としてはとても魅力的でした。当院にもまだまだ緩和ケアについて学びたいと考えている看護師は多いと思います。認定看護師にはちょっと自信がないけれど、養成研修ならば・・・という方々は全国にも多いのではないかと思います。個人的には継続してほしいと思います。

諸外国の緩和ケアを学ぶ機会も貴重ではありますが、イギリスでもお話が出たように、日本国内の緩和ケアシステムを学ぶ研修も悪くない気がします。それぞれの地域で行われている、在宅医療や病院内の緩和ケアのシステムを間近で見ることはありませんので、臨床の場での経験を知るのによい機会となるのではないかと考えます。

5、終わりに

今年度は、所属病棟から、緩和ケア認定看護師教育課程に1名、緩和ケアナース養成研修に1名、そしてイギリス研修に私が参加させて頂きました。笹川記念保健協力財団の支援を受け、専門性を高め、緩和ケアの質の向上、看護の質の向上を目指す、人的資源を生み出す機会となりました。

イギリスで受けた研修が心に響き、看護の原点や緩和ケア領域を高めたいと思った自分のスピリットを見つめなおす機会になりました。貴重な体験をさせて頂き、深く感謝するとともに、その機会を与えて下さったことに、心から御礼申し上げます。