

平成25年11月15日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 喜多悦子 殿

所属機関・職名 医療法人光仁会西田病院
研修者氏名 石橋亜矢



2013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オーストラリアにおける異文化を体験し、医療制度の違いを学び、心をさらに豊かにすることにより、看護観を確立することが出来る。
- ②教育プログラムの「地域緩和～多職種のアプローチ」で、地域における連携システムを学び、在宅緩和へのチーム体制作りを再考することが出来る。
- ③実習を通して緩和ケアナースプラクティショナーに同行し、包括的緩和ケアの実践を学び、緩和ケア認定看護師として今後の活動に活かすことが出来る。

2. 研修期間 2013年9月29日～2013年10月12日（2週間）

3. 研修先

「研修名：オーストラリア モナシュ大学
～心のケア・緩和ケア教育プログラム～」

4. 研修報告書

別紙（正1部、副3部）
（注 研修報告書はA4判横書き）

別紙

- 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
- II 今後の課題等
- 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

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
はじめに

日本の緩和ケアの普及は進歩しつつあるが、海外に比べまだまだ未熟のように感じる。特に私の住みなれた地域の緩和ケアの普及は発展途上で、チーム医療の情報交換がうまく連携されていない場合もあり、また緩和ケアの認知度が低いという事でケアの介入が遅れ、苦しみや悩みを抱えたまま亡くなられている方が多いと推察する。

そこでこの分野に携わる医療スタッフとして、緩和ケアが充実しているオーストラリアで緩和ケアの基礎知識や技術に加え、コミュニケーション能力などをより一層学び、円滑に緩和医療の提供が出来るようにしたいと考え、今回の研修に参加した。この研修での学びを研修課題に基づき、ここに報告する。

1、教育プログラム (2 週間)

MONASH UNIVERSITY School of Nursing
2013 Palliative Care Course for Japanese Nurses and health care professionals
TIMETABLE: WEEK 2

ROOM	E 2.40	H 1.10	H 1.10			H 1.10	
	SUNDAY 29 September	MONDAY 30 September	TUESDAY 1 October	WEDNESDAY 2 October	THURSDAY 3 October	FRIDAY 4 October	SATURDAY 5 October
9:30-11:00	Arrival to Melbourne 9:30-11:00 Orientation	9:30-10:30 Introduction	9:30-10:30 Lecture(4) Introduction to palliative care	9:00 Bus 10:00-12:00 Lecture(6)	10:00-12:00 Clinical visit(3) Frankston Hospital	9:30-11:30 Clinical visit(5) Baxter Village	
MORNING BREAK							
11:20-12:50	11:30 Host family pick up	11:00-12:30 English	10:50-13:00 Lecture(5) PC model and team approach (Rae Rees)	Victorian Paediatric palliative care (Melissa Haywood)			
LUNCH							
13:40-15:00		13:20-14:50 Lecture(3) Australian Health care system	14:00- Clinical visit (2) Peninsula PCU	Exclusion(2) St Kilda & City	14:00-16:00 Clinical visit(4) Peninsula Home Hospice	12:50-14:20 Lecture(7) Loss & Grief	Course B participants leave to Japan
15:15-16:30		Campus tour	Debriefing session			14:30-15:30 Debriefing & Farewell afternoon tea	

MONASH UNIVERSITY School of Nursing
2010 Palliative Care Course for Japanese Nurses and health care professionals
TIMETABLE: WEEK 3

ROOM		E 1.11	E 1.11	E 1.11	E 1.19	E 1.19	
	SUNDAY 6 October	MONDAY 7 October	TUESDAY 8 October	WEDNESDAY 9 October	THURSDAY 10 October	FRIDAY 11 October	SATURDAY 12 October
9:30-11:00		9:30-10:30 Lecture(8) Communication	Clinical(1)	Clinical(2)	9:30-11:30 Lecture(10) Ethics	Lecture(11) Support for HCPs	
MORNING BREAK							
11:20-12:50		11:00-12:30 English			12:00-16:00 Excursion	Debriefing session	
LUNCH							
13:40-15:00		Lecture(9) Family care			Red Hill winery	13:00-15:00 (Seahorse tavern) Farewell Lunch	Leaves to Japan
15:15-16:30		Clinical orientation + Culture and nursing				Free	

2、オーストラリアにおける医療制度について

この度、海外研修生として初めてオーストラリア国に赴いた。オーストラリアは、6つの州と2つの準州からなる連邦国である。イギリスの植民地であったオーストラリアは、1975年に「人種差別禁止法」を制定して、移住手続きや移民者の国内での生活・教育・雇用に関する一切の人種差別を禁止し移民を積極的に受入れた。またこの国は、ヨーロッパ系、アジア系、オーストラリア先住民（アボリジニ、混血を含む）などの民族からなる多民族国家であり、人口の約1/4が海外からの移住者であった。その為、オーストラリアの人口は1980年の約15百万人から毎年平均500千人のペースで増加し、現在の人口は約22.8百万人に達している。

オーストラリア大陸の首都はよくシドニーと間違えられるが、実際はキャンベラである。私が赴いた場所はメルボルンと言って、オーストラリア州の中では2番目に小さいビクトリア州の中に在り、人口密度はオーストラリアの中では一番高い州であった。人口密度が高い理由の一つに、メルボルンは「教育の街」と呼ばれるほど、世界各国からの留学生が集結している大都市で、世界で一番住みやすいと言われている。その街中は、ビクトリア調の建物が並び、イギリス植民地時代の名残りを強く感じた。メルボルンは気候の変化が激しいことが多く、一日の寒暖の差が激しいことから「一日のうちに四季を楽しめる街」とも言われている。私が訪豪した時は、日本と真逆で春から夏になろうとしている季節でありさわやかな気候の時期で、通称「ガーデン・シティ」と呼ばれるほど、緑豊かな場所で桜や椿・つつじの花も咲いていた。

この様な環境の中でホストファミリーと2週間生活を共にしたが、日本人と違った心のゆとりを感じながらオーストラリアでの緩和医療を学んだ。

オーストラリアの医療保障は連邦政府により運営され、財源は主に税金で社会保障制度は存在しない。米国とも英国とも異なる形で進化してきたオーストラリアの医療保障は、税財源で誰もが無料で受診できるように、低所得者に対しても、保険料ではなく給与から一定の割合の税を納入させることで、医療費の財源を確保していた。また、オーストラリアの物価が日本より高いのも、医療保障に繋がっているように感じた。

オーストラリアの医療施設には、かかりつけ医がいる診療所のほかに、救急対応をメインとする病院、慢性期の患者のケアを行うナースングホームなどが存在した。医師はかかりつけ医と専門医に大別され、患者はかかりつけ医（GP）を自由に選択できた。病院も総合病院・専門病院に分けられ、それぞれ公立・私立が存在し、公立病院には、公的患者（public patient）とプライベート患者（private patient）という括りがあった。

メディケア（Medicare）と称する国民皆保障制度が、1984年2月に発足し始まった。メディケアとは、日本の国民健康保険に相当するもので、大学病院や州立病院といった公的な病院に対し国や州から予算が与えられ、公的病院での医療費は一部を除き無料になるシステムである。

この医療費ゼロのメリットを考えると、多くの患者は無料である公的病院への外来を受診するのが当たり前のようだ。しかし、そのことによって公立病院内の外来は受診者でいっぱいになり、頭痛や風邪などの命に別状のない状態で受診した場合などは、数時間は待たされる事が多く、待ち時間中に症状が悪化することもある。ここで優先される患者は交通事故や心筋梗塞など命に関わる救急患者であり、時には看護師の方からかかりつけ医の所へ行くことを薦められる患者もいるという。こういった事情を踏まえ、オーストラリアの医療保障

制度には、プライマリケアシステムとかかりつけ医が確立されている。

民間の病院に行けば、先生を選ぶこともでき、順番待ちも殆どなく安心ではあるが、費用が高くなるケースもある。歯医者や眼科・理学療法などにはメディケアが効かないため、負担能力のある者に対する上乘サービス（混合診療）を認めているため、プライベート保険に入って民間の病院にかかるといった公民混合・効率重視のシステムがあった。メディケアが効かない歯医者や眼科以外にも驚いたことがあった。それは、救急車を呼ぶにも費用がかかり、場所によっても違いがあり、約300ドルの費用が発生する。むやみに救急車を呼べない状況であった。場合により、依頼をしていないのに救急車を呼んだということで、その場にいた者に請求が来ると言う事もあるそうだ。私個人の考えだが、一命を食い止める為に必要な救急コールが、自分自身に害が襲ってくるといったゾッとした気持ちになった。

こういったことから、大きく言える事は、オーストラリアの医療制度は、税金を財源とする国民皆保険制度である為、かかりつけ医（GP）制度が確立している。また病院は急性期・亜急性期の患者のみを受入れ、退院後は在宅医療もしくは介護施設へ移行する仕組みがあると言う事が理解できた。やはり、徹底した国の方針なので、急性期ケアにおいても日帰り手術の増加、入院日数の短縮化、入院の代わりに在宅を基本とするケアを提供する傾向が増えていた。このように日本と医療制度の構造は異なるものの、医療費の増大や主な死因・高齢化社会問題・医師・看護師不足に対しての共通する課題も多かった。

今回、私がオーストラリアの実習でお世話になった病院（Frankston Hospital）でも、入院在院日数は3日が平均で、看護師不足のため50%以上がパートタイムの看護師であった。看護師の年代で最も多いのは45歳～54歳代で、引退する年齢もないという理由もあり看護師の高齢化が課題となっていた。また看護師の国家資格はなく、政府が保証している大学を卒業したら、免許が取得できるといった日本との違いがあった。新卒の看護師は、4ヶ月ごとに病棟を異動する「GNP」という教育を1年間学び、様々な知識とスキルを養うことができる。卒後の教育体制として看護師の役割を拡大する際に、「卒後の継続教育」は欠かすことができない。オーストラリアの看護師免許登録制度は、これまで各州に委ねられていたが、2010年から国家単位の制度に統合され、年間に20時間の継続教育を受けることが免許更新の条件として義務付けられるようになった。

Frankston Hospitalでも色んな人種の患者や医療者がいて、会話も通じないこともあるので通訳を雇うこともあるそうだ。

日本とオーストラリアとの緩和ケアの違いを大きく感じたことは、基本理念である。緩和ケアの目的・基本理念は、オーストラリア保健高齢省がWHOの緩和ケアの概念を基本に作成されており、「緩和ケアを受ける対象は、活発性で、進行性の疾患を持ち、治療の見込みが少ない、もしくはない人である。緩和ケアの目的は、個々の患者、家族へのクオリティー・オブ・ライフの向上を図る」と、捉えられている。

その為、オーストラリアにおける緩和ケアの対象者は、すべての年齢の死を免れない病気にかかっている者とその家族・介護者とされており、がん、HIV/AIDS、運動ニューロン疾患、筋ジストロフィー、多発性硬化症、末期の認知症など、特定の疾患に限らないとされていた。そのような事情の中で実際は、がんやHIV以外の患者様を緩和医療者がサポートしていたので、日本の緩和医療との大きな違いを痛感した。また、オーストラリアにおける看護師の専門性の高

さに脱帽した。

私は緩和ケア認定看護師として在宅緩和で勤務をしているが、今回オーストラリアにおける看護師の知識や技術の専門性を肌で感じた。そこで、WHOの緩和ケアの定義に基づく緩和医療を考えた医療機関や在宅において緩和ケアを必要とする患者・家族が安楽な状態を維持し、尊厳をもって生活できるように、水準の高い看護実践力の向上を磨き貢献していきたいと考える。

3、地域緩和のアプローチ

オーストラリアの緩和ケアは、在宅緩和ケアを中心に治療の見込みのない疾患を持つすべての人が、場所に関わらずシームレスに緩和ケアを受けられることを目指していた。それは、入院在院日数が約3日間と短く在宅ケアが当たり前となっているからである。自宅にいることでの不安感は日本人に比べ少なく、入院費や訪問費用も国からの負担があり、在宅での医療が安心して提供されている事を感じた。

オーストラリアの都市部では、在宅緩和ケアサービス（自宅）・入院緩和ケア施設（ホスピス）・急性期ケアと急性期病棟（病院）における緩和ケアコンサルタントチームが連携を取り合い、適切な療養環境へのスムーズな移行を支援するためのシステムが構築されている。これをTriangle of Care（ケアの三角形）と言い、それはトライアングルのきれいな音色が鳴っているように思えた。また容体が安定していれば、可能な限り社会資源を整え自宅で過ごすシステムが地域ごとに確立されていると感じた。National Palliative Care Program（緩和ケアプログラム）は2003年に始まり、緩和ケアへのアクセスの拡大と質の向上を目的としている。そのため医療サービス・介護サービス・教育・研究などに対し、包括的に政府からの資金供給がなされていた。

今回、オーストラリアのメルボルンにあるEastern Palliative Careという訪問看護に同行した。そこでは慢性疾患の末期・認知症などの疾患を持った約400名の患者が登録され、その中の約85%が悪性腫瘍の患者であった。その上、年間約2000件の紹介状を受け、24時間体制でのケアを行っていた。そこにはナースが約50名配置され、それが3つのチームに分かれ、それぞれにリーダーが指名されていた。一方、ドクターは3名で、24時間のオンコール体制であった。その他の在宅緩和ケアスタッフとして、150名のボランティアや事務、緩和ケア専門医、ナース、ソーシャルワーカー、臨床パストラルケアワーカー、作業療法士、理学療法士、音楽療法士、マッサージセラピスト、心理療法士等が配置され、悲嘆のサポートを一緒に行なっており、訪問看護師がコミュニティへの緩和ケア教育の提供も行っていた。

コミュニティ緩和ケアを受ける場所としては主に在宅であり、訪問看護師等が主体となって緩和ケアアプローチを行っている。オーストラリアの中心部は約80%が砂漠地帯なので居住不可能であり、国土面積は、日本の約20～23倍あるので、訪問看護時間は8時30分から17時までという事だが、訪問する相手宅が遠いので移動時間が長く、一日に何十kmも走るため休憩は殆どなく、昼食も車内でとった。

在宅では、訪問看護師が日常ケアを行う。重要なことは、在宅で薬剤の処方や診察を行うGPと連携を取ることであり、訪問看護師の訪問の回数は、患者のニーズに応じて決められていた。毎日訪問するケース、数週間に一回のみ電話でチェックするだけのケースもある。訪問看護の内容は、症状のコントロール、患者と家族の精神的サポート、教育、身の回りの世話等であり、日本の訪

問看護の内容と比べ、ほとんど違いはなかった。しかし、訪問時のケアに対してオーストラリアでは、自宅での介護を社会的に受容できている傾向なので、訪問看護に対するケアの依存度が低いように感じた。実際日本の場合は、患者・家族の望む看護・介護を提供して当然であり、ケアへの依存度も高く、看護師もそのニーズに答えようと必死でケアを提供している。それは、元来日本人の持つ性格も講じており、自分の手でニーズを満足させたいといった気持ちが強い為、それが却って看護者の精神的・身体的負担にも繋がっていると思う。

ここで感じたことは、訪問看護の件数は日本に比べ多いが、いかに看護者の負担軽減を考えたケアに繋がっていきけるかという介護者へのケアの指導の徹底である。このように患者・家族への教育をしながら、訪問看護師・GPとの連携をとり24時間体制で患者の状態を把握し、継続した介入が行われていた。

以上の事を踏まえ、自施設での取り組みへの足がかりとなったので、これからも地域と現場とのコミュニケーションを密にとり、緩和ケアアプローチの開始時期・施設と緩和ケア専門サービスとの連携・緩和ケアに対する知識・施設で働くスタッフへの緩和ケアアプローチについての教育・適切な施設へのアクセス等々のポイントを中心に、様々な研修会のプロジェクトを考えていきたい。

死に逝く人々とその家族へケアを提供するために、ケアのためのハード面となる設備と、ソフト面である高い質の援助の提供、また効果的な緩和ケアがすべての療養場所で提供できるように、パートナーシップの推進を行い支援していきたい。

4、オーストラリアの緩和領域に携わる看護師の役割の違い

オーストラリア政府の政策として、慢性疾患患者の増加による国の経済的負担を減らすため、また医療従事者の少ない地域での看護師の役割拡大と強化を目的として、2001年よりpractice nurse incentive programが開始された。それによって博士号を持つ看護師が増え、また看護研究機関の設立などにより臨床研究が発展している。

私は、ビクトリア州における医療システムを理解し、日本緩和医療との共通点を見出し、実践に活かすことを目的として、今回、実習に参加した。

オーストラリアのモーニングトンペニンシュラ地域をカバーする、ペニンシュラヘルスの主要病院Frankston Hospitalの実習に赴いた。このFrankston Hospitalは、1941年に開設した歴史ある病院で800床を有し、救命救急・産婦人科・高齢者ケア・リハビリテーション・腫瘍専門病棟・ICU・精神科・ホスピタル・イン・ザ・ホーム等々幅広いサービスを有している。また、医学生・看護学生などの教育病院としても長い歴史をもつ側面がある。

その中にナースコンサルチームといったシステムがあり、緩和ケアチームと同様に独立したオフィスがあり、そこに所属しているナースプラクティショナーの資格を持つレイリーン・リーズ氏に同行した。

ナースプラクティショナーとは、臨床における高度な役割を果たせるよう教育・認定された正看護師である。その役割は、看護知識と技術を用いて患者のアセスメント・管理を行うこと、他の医療専門職への紹介状の発行、薬の処方、診断のための検査の指示を出すなど、医師の手助けが出来るケアとキューアの両方の視点を持っている。継続的にベッドサイドで関わる看護師だからこそ、高度な実践を安全に遂行することができる。ナースプラクティショナーの実践の範囲は、そのナースプラクティショナーがどの実践を認定されているかという背景によって異なる。レイリーン氏は、フランクストン病院に勤務しながらペ

ニンシュラヘルスのナースプラクティショナーとして緩和ケアコンサルタントを行い、そのためレイリーン氏自身が、コンサルタントの役割にとっても意味を見出していた。

私は、この緩和ケアコンサルタントチームの役割に、とても興味を持った。レイリーン氏の役割とは、緩和ケアチームとして独立したオフィス内で、実践に対して政府に報告し理解してもらうことで収益につながり、所属する病院だけではなく、ペニンシュラ州の多くの病院での活動を任せられている。このチームは、地域にとってなくてはならない存在であった。

最近では、レイリーン氏の活動は医師からの信頼も厚いと聞いた。そのことで、以前はオンコロジーや呼吸器疾患の患者の紹介が多かったが、今ではがん患者の紹介が増えてきたと聞いた。そういう状況の中で、緩和医療は予測できないことが突然起こることもあり、また、新たに挑戦しなくてはならないことも多く、ナースプラクティショナーの関わりは、患者・家族に確かな違いをもたらすものとなっているように感じた。例えば、侵襲性の高い処置を行うには、十分な医学的知識によって患者の状況を判別することが必要だが、それらは患者をより深く知ることに通じ、看護ケアに還元できると推察する。また、医師が病棟に滞在する短い時間に、慌ただしく処置をするのではなく、患者と看護師がお互いに時間を調整し、余裕を持って処置を行えるというメリットもあるようだ。実際、患者への直接ケアが増えることによって、以前より患者の側にいる時間が増えていることに気づく。患者や家族から病状説明を求められた際、医学的知識に基づき、看護師がかみ砕いて病状を説明することにより、患者や家族との信頼関係を強めているように思う。日本にはまだ、ナースプラクティショナーの制度化はなされていないものの、医師不足が深刻化する中で、看護師の役割は簡単な初期診療の軽減に繋がると注目されると思う。日本で緩和医療を根付かせるには5年はかかると言われているが、レイリーン氏はこの専門性を認めてもらう為には、その倍の10年以上かかったと言われた。そのレイリーン氏が、私達実習生に「負けない事、継続していく事」と力強く言って下さった言葉が、私の脳裏に焼き付いている。その言葉によって、何故そのようなケアが必要なのか？患者・家族中心に看護を提供していくことについて改めて考えさせられ、看護の本質を学ぶ事が出来たと思う。

緩和ケアの定義に、『生命を脅かす疾患』とあるが、これは、癌はもちろんであるが、脳疾患・心疾患・呼吸器疾患など様々な疾患を指す。日本の厚生省は、緩和ケア病棟の入院について、「がんまたはHIV」と規定している。この定義のあり方に、オーストラリアと日本との緩和ケアの看護の大きな違いがあると思う。私が一番驚いたのは、オーストラリアでは胎児が奇形である妊婦に対し、奇形とわかった時から緩和ケアが介入する。まず、自宅訪問を開始し、心のケアを行い、生まれてくる乳児が今後持つであろう障害に合わせた福祉用具の提供や教育・指導をされていた。このように緩和領域に携わる看護師は、様々な疾患について対応出来るように、十分な医学的知識が必要だと感じた。自分自身がオーストラリアの地で緩和ケア認定看護師であるということを口にすることも未熟で恥ずかしいと感じ、今後の課題にもなった。

オーストラリアでは、大学や大学院に行きたい…という人に対し、職場に関係のあるコースであればStudy Dayという勉強のための休みが有給で取得できる制度がある。これは、今後看護師の役割拡大による「患者への直接ケアの質向上」になると教えられた。看護師が役割拡大に際して、医学的知識を増やし経験を積むことで、状況判断能力やマネジメント力が向上し、患者のアウトカ

ムの向上に貢献しなければならないと考える。2013年3月現在、ビクトリア州に124名のナースプラクティショナーが在籍しており、オーストラリア全体では843名となる。また、緩和ケア専門医が常勤で勤務しているが、高齢化のために人口10万人に対して1名の緩和ケア専門医が今後必要であり、その基準に達するまでには、まだ97名が不足していると言われていたので、専門知識を持つナースプラクティショナーの育成にも力を入れていくべきであると考えられている。在宅・コミュニティでの緩和ケアには、プライマリーヘルスケア提供者の充実が不可欠であり、医療者の教育・GPやコミュニティー看護師への教育が重要視されていた。

所感

今回、ナースプラクティショナーをはじめ素晴らしい講師の方々に緩和ケアの専門性の高い貴重な講義並びに実習での同行をさせて頂き、専門的知識・技術について学びを深めることが出来ました。その中で、患者とその家族の抱える喪失と悲嘆、全人的な苦痛や苦悩とはどのようなものか、など理解を深め、対象者の価値観を理解し尊重することの大切さを学びました。ナースプラクティショナーをはじめオーストラリアの緩和に携わる看護師にも同行したことで、自分の未熟さに気付かされました。私自身、今までの看護を振り返りまた自身と向き合い、反省をしました。

今後は、緩和ケアをうける患者・家族の価値観を尊重したケアの為に、コミュニケーションスキルについて考え、緩和ケア認定看護師はどのような役割を担い、どのようなことができなければならないのか、なぜこのようにケアするのかなどエビデンスを常に意識しながら、連携しているもの同志で再度話し合い、活動の計画を考えていきたいと思います。これらの学びを礎にして、緩和ケア病棟と在宅緩和との連携が密にとれるようにカンファレンスを行い、内容の濃い研修会を行なっていきたいと思います。

これまでに緩和ケア領域に携わる事で思い悩む事や、くじけそうになる事も多々ありました。オーストラリアの研修において温かくご指導を受けたこと、同じ志を持つ仲間との学びで、共に悩み、泣き、高め合い、励まし合う仲間の存在が心の支えになる事に目覚め、今後の活力になりました。そして、この研修で出逢ったレイリーン氏から学んだ「継続していく」という言葉を教訓に、決して諦めない強い精神力をもって、学んだ知識と技術を活かし、緩和ケアの専門性を発揮し、地域や施設に戻った時から、切れ目ない緩和ケアを提供していきたいと思います。

II 今後の課題等

今後の課題

私は、昨年新設された在宅緩和ケアの部署へ勤務異動した。その目的は、在宅で過ごされているがんの患者やその家族の意向を叶える事である。役割として、当院3施設の訪問看護と連携し、がん性疼痛や様々な苦痛の症状を取り除く援助を行なっている。また、自宅での看取りのケアも24時間体制で、日々ケアに臨んでいる。

地域的にみても、患者・家族のみならず医療スタッフの緩和ケアへの認知度が低く、その事由もありケアの介入が遅れることで苦しみや悩みを抱えている方が多いと思われる。このような現状の中で課題は尽きないと考える。

その中で私が考える課題は、緩和ケア領域に携わる医療スタッフが緩和ケア

の実践が出来る為の知識と技術並びにコミュニケーション能力を同じレベルになるような教育体制と、院内の連携体制を改めて確認し、多職種への連携方法を再構築することである。それを成し遂げるには、がん患者・家族が早い段階で緩和ケア（在宅緩和）を選択出来るように、一般の方々に対して啓発活動を行うことだと考える。

教育に関しては、院内外に向けての緩和ケアやがん看護研修等を随時行っており、地域の病院以外でも、看護学校・葬儀社などからの依頼があれば研修を行っており、緩和ケアに関する基本的な知識、技術は身に付いているように感じる。

しかし、緩和領域の医療スタッフは、知識・技術以外に、コミュニケーション能力が必要であり、相手を尊重した看護の提供が求められる。そこで、スタッフ自身が互いの悲嘆のサポートを行い感性を磨きながら、倫理的配慮を基盤としたコミュニケーション能力を上げれるような教育体制を構築していくことが重要と考えている。

また連携の現状として、情報が一方向のみしか流れておらず、連携不足のため支援体制が不十分になり、満足を得られない緩和医療の提供になっていた。今後は当院でも在宅での看取りに重きを置いているので、病棟単位・在宅単位のカンファレンスにならない様に、早い段階から多職種チームでの必要性のある情報収集や交換を行い、それぞれの専門性が活きる「医療・ケアチーム」を構築し、多職種の調整を図ることで、がん患者と家族が望む在宅療養の整備を行い、安心して自宅で最期を迎えられるようなシステム構築が急務である。

そして、今後は医療者の教育体制やチームアプローチを考えながら、医療者に限らず緩和ケアの普及を目指して地域の方々にも啓発し、患者や家族の意向を尊重した医療の提供と、それを実現出来るコミュニケーション促進を考え、コアとなるものをしっかり見定め、課題に対して緩和ケア領域に携わるものと協力していく必要があると考える。そのためには、計画を立て実践し、チェックを行い改善をするという一連の流れを常にやっていきたい。

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

初めての海外研修への不安があり、なおかつどのような内容でどのような実習が入ってどのような異文化であるかといった不安もありました。日本財団の方からは、事務手続きの時から親切丁寧にご指導をいただき、事前学習に取り組みながら少しずつ気持ちも和らぎ、期待以上の研修が出来たと思います。

また、オーストラリアでコースコーディネーターをして頂きました下稲葉かおりさんにおかれましては、通訳だけではなく専門性豊かな講義をして頂き、ホームステイ先、また実習先でのコーディネートをサポートして頂き、精神面の不安もなく自分の課題を十分に学習できました。

財団から送られてくるニュースレポートは、緩和のトピックスが掲載されており、すごく興味を持ち毎回熟読しています。また、研修内容も毎回盛沢山なうえに素晴らしい講師陣で、認定看護師としてのレベルアップにも繋がり、良きアドバイザーにもなって頂いておりますので本当に助かっています。

私は地方から上京して研修をうけていますが、自己負担の研修も多い中財団からの助成は大変助かっています。更なる希望としましては、財団での研修は認定のポイント加算にはならないので素晴らしい講師の方々と素晴らしい内容なので、よろしければ実績の加算につながれば、認定看護師の参加者ももっと増えるのではないかと思います。

財団の研修では、多くの緩和ケアナースの学びの場になっているので、またこのホスピスネットワークを知らない人もいますので、今後も広報活動に力を入れて頂き、多くの方々に活用して頂ければ、より一層日本の緩和ケア領域の発展がみられるのではないのでしょうか。財団での研修は、臨床の場でも多いに活用できるので引き続きのご尽力を願っております。

終りに

今回の研修での経験は緩和ケアが充実しているオーストラリアで、専門性の高い講義が受けられ、教育プログラムの研修以外にも同じ目標を持つ仲間との出会いや異文化体験を学ぶことができ、私の人生にとってかけがえのないものとなりました。2週間の研修でしたが、私にとって看護師としての専門性を高めると同時に、人間性の向上にも役立つ貴重な体験になりました。この研修に参加させて頂く為に、笹川記念保健協力財団様、コースコーディネーターの下稲葉かおり様、院内理事長はじめスタッフの皆様方には、多大なご協力を頂きまして深く感謝申し上げます。この研修で、日本の良い所が改めて頭に浮かび、目標や課題にも気づく事ができ、とても大切な時間となりました。今後、心新たに看護をしていきたいと思っております。