

京都大学若手人材海外派遣事業 ジョン万プログラム(職員派遣)

平成26年度看護師海外研修報告書

研修者	職名	医学部附属病院
	氏名	角 裕子
研修先等	渡航先国名	カナダ
	研修先機関名	McGill University Health Centre, Montreal General Hospital 及び Montreal Victoria Hospital
	研修期間	平成 27 年 2 月 14 日～平成 27 年 3 月 1 日
研修概要	<p>研修 1 日目 Cedars Oncology Day Centre Workshop</p> <p>2015 年 4 月から 6 月にかけて、The Royal Victoria Hospital、the Montreal Children's Hospital、the Montreal Chest Institute、the Research Institute of the MUHC、the New Cedar Cancer Centre(Oncology/Hematology、Palliative care、Radiation Oncology)が Glen site に移転する。今日は主にこれらの病院から移転に係る部署の看護師、管理者、理学療法士が集まり、ワークショップを開催していた。その目的は、①Cedar Cancer Centre の最新情報を得る②腹腔内、経静脈的な化学療法の新しい運営の基本的な理解を深める③Cedar Cancer Centre のための新しい work flow と変化する実践に慣れること④危険薬物を安全に取り扱う方法の復習と標準化⑤セルフケアのための戦略について学ぶことであった。</p> <p>移転に伴い、違う病院の職員と働くことになる。看護師は管理者が変わり、これまで働いていた方法とは違う働き方をしなければならない。変化は challenge だが、一方でとてもストレスフルなものであるため、このようなワークショップを開催して職員の準備をしているということである。</p> <p>8:00-10:00 は新病院移転についてのプレゼンテーションを聞き、10:00-12:00 は小グループに分かれてのワークショップに参加させてもらった。3 つのグループに</p>	

分かれ、(1グループ 6~7人)それぞれの職場での問題点や実情について話し合っていた。頭頸部の病棟に所属する看護師は主にステージⅢ,Ⅳの患者に対応しており、医師から連絡が次々に入るため対応に追われている現状を話した。また、ある看護師は Pivot nurse をしており、がんと診断された患者を支援していくナビゲーター役をしている。話し合いの中で、多くの患者の中からどのようにして優先度の高い患者を見つけるのか、(How target the people, Who needs most)について議論されていた。

新病院へ移転した後は環境が変わり、一人の看護師が対応する医師の数も増える。そのような中で、どのように仕事をしていけばいいのかを話し合っていた。このワークショップの中で主にファシリテートしていたのは CNS であった。彼女らは移転について、それほど不安はないと話していたが、他のメンバーが現状の問題点や不安に思うことなどを表出でき、ワークショップが進行するよう参加者をサポートしていた姿が印象的だった。

また、このワークショップには看護管理者もメンバーとして参加していた。看護管理者はこのワークショップに参加し各メンバーが話す内容から現場のヒアリングを行っている様子であった。

13:00-14:30 Navigating through change oncology Day Clinic Workshop IPO Group

このワークショップは①変化における人間のダイナミクスと個人や専門職に与える影響をより理解する②合併における文化的な側面に対する感受性を深める③変化の間のセルフマネジメントのヒントを提供する目的で開催された。

変化についてどのように受け止めるのか、違う環境から集まってきた仲間と働く上でどのようなことが大切なのかという事を意見交換しながら行われた。

14:30-14:45 休憩

14:45-15:45 Self-Care in the Context of Change

このプレゼンでは Co-Director Psychosocial, CNS の Anita Mehta によってセルフケアの重要性と方法について説明された。

研修 2 日目

音楽療法士 Deborah Salmon さん

Deborah さんは 30 年間緩和ケアにおける音楽療法に携わっておられる。カナダでは 1975 年から音楽療法が開始された。アメリカではカナダより認知度が高い。カナダでは音楽療法士の必要性は認識されているが、病院の予算の関係で雇用が決められている現状がある。音楽療法は患者や家族だけでなく、スタッフにも良い影響を与えている。

Deborah さんは痛みが強く泣いている患者に対し音楽でリラックスさせ、意識を痛みからそらすよう支援している。看護師などのスタッフはその間にガーゼの交換などを行うことができ、Deborah さんが演奏しながら患者の様子を観察しているので、スタッフは医療行為に集中できる。このように、医療的にも積極的に働きかけていると話していた。

音楽療法は”Whole person care”であり、音楽により physical, psychological, cognitive, spiritual facilitate rituals, social culture, shared decrease isolation に働きかけているとのことであった。

様々な楽器を乗せたカートを運び患者を訪問し、患者には自分から積極的に自己紹介をしているそうである。患者との会話の中から得られた情報をアセスメントシートに記録し、継続的に情報を記録されている。音楽療法においては、一方的な関わりではなく患者とコラボレーションすることを心掛けておられ、患者の好きな音楽を尋ね曲を選び、時には即興で音楽や歌を作ると話しておられた。このような関わりの中で、患者のライフレビューを促しているそうである。ある患者は 20 歳の時に好きだった歌を選び、その時のことを生き生きと話し出した。

Deborah さんの「音楽療法においてコミュニケーションは言葉ではなく音楽である」という言葉が印象的だった。また、音楽を好まない患者には、何が趣味かを聞いている。例えば患者が「釣りが趣味だ」と話した場合、海のさざ波の音を表現することで釣りをしている状況を思い起こさせているということだった。自然の中に必ず音は存在しているので、その音を楽器で表現することができると話されていた。

痛みや不安が強い患者で呼吸が不規則になっている場合には、その患者の呼吸に合わせて演奏することもある。次第に患者は演奏に合わせて呼吸を整えることができるようになるということであった。

また、リラックスさせるために子守歌のリズムを用いて演奏することもある。

Deborah さんは生演奏を大切にしていると話していた。その理由は生演奏は患者や家族の心に響くからである。演奏中は、患者や家族の反応を観察しているということだった。演奏中に患者が涙を流すこともある。また、患者は音楽を聴いているが、家族が反応して泣いている場合もある。しかし患者や家族は泣いた後

は、たいてい彼らは「泣いてスッキリした」と話している。

患者の状態が悪く、音楽を演奏しても反応していないように見える場合もある。しかし、聴覚は最期まで機能しているといわれているので音楽を演奏することで安楽になれるように働きかけている。

患者にとって何が大切なのか、痛みの緩和か、不眠なのかリラクゼーションなのか、音楽療法士が患者や家族に何ができるのかを考えながら関わっていると話されていた。

チームミーティング

緩和ケア医、精神科医、看護師、インターン、ボランティア、スピリチュアルケアワーカーが集まり(15名)、3名の患者についてディスカッションを行っていた。患者の情報を共有し何が問題なのか確認し、それぞれの職種の視点から意見交換を行っていた。

また、遺族の方に手紙を送っており必要であればフォローされており、この日も遺族の状況について紹介していた。

スピリチュアルケアワーカー

Andrew Kearns さん

MGH(McGill University Health Centre)において、30%は緩和ケア病棟で対応しており、主にスピリチュアルと宗教上の問題に対応している。緩和ケア病棟での仕事のうち、10%は宗教的な対応をしており、80%はバッドニュースを伝えた後の対応や、家族関係への支援を行っているということであった。

患者へは病棟の医師や看護師から紹介されて介入することが多い。他には医療者間のミーティングで red flag(優先度の高い)の患者が紹介されれば、自ら会いに行くこともある。入院患者全員に会うのではなく、問題がなければ会わない患者もいる。介入している患者には週に平均1~2回会って話をする。患者への介入は通常数回であり、問題が解決した場合には介入を一旦終了している。スピリチュアルケアワーカーはチームで働いている。オフィスには12人のスピリチュアルケアワーカーがおり、24時間シフトで対応している。勤務は①午前8時から午後4時、②午前12時から午後8時、③午後8時から翌朝8時までとなっている。夜勤は1人体制で夜間はポケベルを持ち、5つの大学病院からの緊急要請に対応している。夜勤は平均で月に2~3回行っている。

夜間に呼び出される内容は、患者が亡くなり家族がパニックになっていたり、新生児が亡くなった場合の両親への対応などである。MGHで夜間に呼び出される

ことはほとんどないが、ICUなどで急に患者が亡くなった場合などに呼び出されることがある。緩和ケア病棟においては、他のスタッフが家族へのケアを十分に行っているため緊急で呼び出されることはないということだった。

遺族ケアは、病院で亡くなったすべての遺族に手紙を出すことから始まる。手紙を出す時期は亡くなった直後と1年後である。1年後に手紙を出しても返事がない遺族には以降は手紙を出さない。

すべての家族に2回の遺族ケアに参加する機会を提供している。

遺族ケアを求めてきた家族には2か月に1度セッションを行っている。基本的に個人のカウンセリングであるが、時には家族同志で集まってセッションを行う場合もある。

通常家族同志のセッションは患者が亡くなる前に行う場合が多い。家族同志で状況を共有したり、悩みを話し合ったりして、コーピングを見つけている。

カナダでは、基本的に患者が病状や予後などのすべての情報を知っており意思決定も患者の意向に沿うことが多い。むしろ家族が「怖いから聞きたくない」という場合が多く、スタッフは家族が受け入れられるよう家族を勇気づけるケースが多い。患者と家族の意向が違う場合にも患者の意思が最優先であり (patient centered care)、患者に焦点を当てている。

何よりも、患者と家族の希望を支えることを一番大切にしている。

患者と家族の希望は変わっていくものであり、そのプロセスも支援している。

時には患者に瞑想を教えることもあると話していた。

患者や家族だけでなく、医療従事者へのケアも行っている。医師や看護師が疲弊していたり、落ち込んでいるような場合に彼ら自ら、または彼らの同僚から声がかかり、教えてもらうことが多い。

院内教育としては1年に2回医師、看護師などのスタッフを対象にスピリチュアルケアについて教育活動を行っている。

Role of the CNS in Supportive and Palliative Care

CNS in Supportive and Palliative Care

Nathalie Aubin Role さん

現在5つのマギル大学関連病院で約60名のCNSが働いている。

Nathalieさんは主に教育と研究に携わっている。17年前からMGHで勤務している。はじめは医師や看護師から症状マネジメントや患者、家族への対応についてのコンサルトが多かったが、現在はスタッフが対応できるようになってきている。教育は主にマギル大学の看護学部の学生に対し、症状マネジメント、アドバンスドケアプランニング、退院支援、ホスピス、サイコソーシャルについて教えている。

病院においては多くの患者プログラムがあり、看護師には年に2回の教育を行っている。主にエンドオブライフケアについて行っているが、数年前からプログラムを編成しサバイバーシッププログラムを行っている。

5年前からリサーチプログラムを立ち上げ主にプロトコルの作成を行っている。

カナダでも一時はNPの数が増えていったが、現在は再びCNSの数が増加している。NPは診察などの対応に多くの時間を費やしているため、看護師の教育を行う時間的余裕はない。CNSの重要な役割の一つは教育し看護師自らが症例に対応できるよう、研究を通じて新しいプロトコルを作成し看護の質をあげていくことだと話していた。

研修3日目

Cancer Rehab clinic

Mary Lou Kelly さん

このクリニックに通っている患者はがんの治療を終了したサバイバーや治療中の人、再発が見つかった人、転移が見つかった人など様々である。またはがんと診断されたばかりの人もいる。食欲不振や疼痛、倦怠感など様々な症状の予防やそのような症状を軽減するように多職種で支援している。

クリニックの主なメンバーは緩和ケア医、看護師、PT、OT、栄養士で構成されている。看護師は主に症状マネジメント、症状アセスメント、薬物の評価、気分、コーピング、精神状況、家族の状況、経済的な問題についてサポートしマネジメントを行っている。また、看護師は患者や家族のコンタクトパーソンであり、電話での内服薬や受診予約などに関して対応をしている。

患者は治療を受けた病院の医師や看護師からクリニックを紹介される。治療を受けた病院でも定期的に診察を受けており、病院間でも患者の情報を電子カルテで共有している。

クリニックを初めて受診した患者には基本的に全職種が関わる。初めての診察では1人の患者に2時間半かかることもある。しかしどの職種が継続して介入するかはその患者によって違う。一日7名の枠があるが、キャンセルなどもあり平均で5~6人の患者に対応している。

PTやOTはこのクリニックでは運動指導を行い、患者は家で運動を行う。多くの患者は家族と来院するが、患者が一人で来た場合には家族と一緒に来るように伝えている。

9:00-9:15 は本日午前中に訪問する患者についてメンバーで情報の確認を行

っていた。

看護師は家での生活の様子や症状、内服状況などについて確認し、一旦部屋を出て患者や家族から得た情報を医師に報告していた。その後は医師と再度部屋に戻り、症状の説明と内服について説明していた。クリニックには薬剤師はいないため、看護師が処方薬について詳しく説明を行っていた。薬剤について確認が必要な場合は薬局などに連絡しているそうである。

症状マネジメントが難しく、ソーシャルサポートが乏しい患者には緩和ケア病棟への入院を勧めていた。ペインマネジメントクリニックではペインだけに焦点を当てられるので、患者の背景などをアセスメントしどこに入院したらいいのかを個別に考えて提案している。クリニックは週に2回(水、金)午前8時から午後4時まで対応している。

看護師はクリニックでの対応の他、週に約10件の電話対応も行っている。夜間は留守電になっており、翌朝かけなおしている。診察終了後の16:30～は研修プロジェクトについてディスカッションを行っていた。

研修4日目

午前中は病棟看護師の業務を見学させていただいた。MGHの緩和ケア病棟は15床のベッドがあり、患者の多くが院内から移動してくるそうである。入院期間は1週間程度のこともあれば、時には半年もの長期入院となる場合もあるということだった。症状のコントロールがつけば、患者は一旦退院して家に帰るか他の病棟に移動する。

病棟看護師は1人で4～5人の患者を受け持っている。各病棟には看護助手が2名いるため、清拭や移動介助などはほとんど看護助手が行っているそうである。

看護師は主にバイタルサインや投薬といった業務を行っている。褥瘡対策などはプロトコルがあり、それに従って予防策やWOCナースに相談するなどの対応が行われている。

病棟において医師や看護師、音楽療法士などのメンバーでコミュニケーションがよく図られており、スタッフは患者や家族について情報を共有していた。

昼食時は病棟で開催されているJournal clubに参加させていただいた。

担当者がトピックスを選んでプレゼンし参加者とディスカッションを行う。この日のトピックスは緩和ケアにおけるYong Adult Adolescentについてであった。

この世代は身体的、特に脳の成長が著しい時期でありまた、社会発達のにも友人や職場の人達と人間関係を構築していくことを学んでいく時期にある。しか

し、病気になると社会とのかかわりが途絶え、孤独になってしまう。しかもこの世代の患者は自分の感情を表出しない。親が過干渉になってしまうこともある。大切なことは、同世代で同じ病気をもつ者が交流でき、気持ちを共有できることではないかといえる。若い世代への緩和ケアはまだ確立されておらず、緩和ケアにおけるチャレンジであるということが討議されていた。

Pivot Nurse

Bernard Larocque さん

Pivot ナースは臓器別毎に分かれており、**Bernard** さんは肺がん患者の担当をされている。一年間に 600 の新規患者がおり、これを 3 人の看護師で担当している。現在 **Bernard** さんは 225 人担当しており、来院した患者に直接会ったり、電話での相談にも対応している。

Pivot ナースは、がんと診断されたばかりの患者やがんの治療中、がんが進行し治療ができなくなった患者などを対象として支援を提供している。

患者には、がんや治療に関する情報を提供し、症状マネジメントや必要なケアが提供されるよう他の医療施設や職種に連絡をしてサポートしている。

患者が地元のクリニックでがんと診断され、精密検査が必要となり **MGH** に来院するとまず **Pivot** ナースのところに紹介される。そして、オンコロジー医師や放射線治療医、呼吸器外科医師に紹介される。いわば、**Pivot** ナースは **MGH** に来院する患者の窓口的な役割を担っている。

また、院外との連携は家族や友人、**Family doctor**、他の合併症(糖尿病や腎障害など)の専門医、薬局、**Community nurse** 等と連携を図っている。

Bernard さんは、緩和ケア病棟での勤務経験もあるため他の部署のスタッフとも顔見知りであり、スタッフとのコミュニケーションをとりやすく連携しやすいと話していた。

Pivot ナースは 7 年前に誕生した。雇用費用は病院と個人の寄付金で賄われている。病院が患者のケアを向上させるために必要であると判断し、このような職種が作られた。かつて患者は個々にオンコロジスト、放射線治療医、外科医、さらに **Family doctor**, **Community nursing** にかかっており、その職種の間を取り持つ専門職はいなかった。しかし、**Pivot** ナースが誕生してからは患者の窓口は一つになり、様々な相談に対応し、他の職種間の連絡も行うので患者や家族にとってはとても利益をもたらしている。ケベック州は **Pivot** ナースを雇用するよう定めているので、組織においてその重要性は認められているとのことだった。

研修 5 日目

7:45 病院のシャトルバスに乗り、McGill 大学に移動した。マギル大学の看護学生を対象に行われる CNS による授業の見学をさせていただいた。

講義は MGH の CNS Nathalie さんが担当し、内容は症状マネジメント(疼痛、呼吸困難、オピオイドによる副作用、せん妄)についてであった。

学生は約 100 名で、半数がすでに看護師の資格をもっていた。彼らは学位取得のために授業に参加しているということだった。

MGH で CNS をされていた方が退職され、マギル大学の教員となられ、緩和ケアの授業を組み立てられた。授業内容は本で行われるがん患者の他に慢性疾患、小児、パーキンソン病、慢性精神疾患、急性期での慢性病、セルフケアなどがあり、とてもバラエティーに富んでいる。

授業はメディテーションから開始され、とても静かで落ち着きリラックスした雰囲気から始まった。

授業において、学生が積極的に質問していたのが印象的だった。授業後に数名の学生が私に話しかけてきてくれた。ある学生は昨日患者の状態が悪くなったが、どのように家族に説明してケアしてあげれば良いのかわからなかったが、今日の授業を聞いてとても勉強になったと話した。また、ある学生は日本の CNS や看護師について尋ねてきてくれて、自分も日本で働けるかと質問してきた。日本に関心を持ってくれていることが嬉しかった。

授業の後は再びシャトルバスで MGH に移動した。

午後は、マッサージセラピストである Michele Bastien さんからお話を伺った。

Michele さんはもともとダンサーとして働いていたが、怪我をきっかけに辞めた。しかし怪我をきっかけにマッサージセラピストになったそうである。Michel さんのスペシャリティーはリフレクソロジーと指圧であり、その技術を使って患者や家族のケアにあたっている。

Michele さんは個人の寄付金で雇用されている。病院の職員ではないため、カルテの閲覧や記載はできない。そのため、看護師から患者を紹介してもらったり、患者の情報をもることが多く、看護師が一番の友達であると話されていた。

Michele さんは緩和ケア病棟の他にも化学療法室や病棟でも患者に対応している。

患者へのアクセスは緩和ケアの患者は医師や看護師から直接紹介されることもあれば、他の病棟からは直接寄付金の施設に連絡が入り、そこから Michele さんに連絡が入ることもある。

緩和ケアにおいては、マッサージを通して患者の不安に対応することが多い。体をリラックスさせることで次第に患者は穏やかになっていく。終末期の患者は骨転移などがあり、圧をかけてマッサージ出来ない場合が多い。マッサージをするこ

とで痛みを増強させる場合もあるので、患者の個々の状態に応じてアセスメントし介入している。例えば、体ではなく頭や手、足など部分的にマッサージを行うことでもリラックスできたり、時には音楽療法士と一緒に介入したり、瞑想とマッサージを組み合わせることもある。ある患者は最初に頭をマッサージするのをとても嫌がった。しかし、Micheleさんが説明しながらマッサージを行うと、患者は泣き始めた。患者は小さい頃痛みがあると母親に頭をマッサージしてもらっていたと話した。それ以来、その患者は頭のマッサージを依頼するようになったそうである。

ケベック州ではマッサージセラピストはまだ認知度が高くない。ケベック州でマッサージセラピストになるためにはプライベートスクールに通い、資格のレベルに応じ、400時間→700時間→1000時間の授業と実習を行う必要がある。さらに特別な技術を習得するためには3000時間のトレーニングが必要で、指圧やスイス式マッサージ、解剖や患者支援などについて学ぶ必要がある。

緩和ケア病棟以外にも化学療法中の患者にも対応している。化学療法の副作用で神経障害性の疼痛を生じる患者には治療開始前から介入し、痛みがない時からマッサージを開始できるように化学療法のレジメンも把握しながら関わっている。外来化学療法では患者は椅子に座っているので、座ったままで受けられるマッサージを行っている。また、一人の患者がリラックスすることで、近くにいる患者もリラックスできることがあり、対一人の介入ではなく、他の患者もリラックスできるような関わりを行っている。患者が一人で来院している場合には、痛いところをさすなど簡単な方法を説明している。

また、家族にマッサージの方法を指導を行い、患者が家でもリラックスできるよう働きかけているとのことだった。

緩和ケア病棟においては、臨終が近い患者の家族に対し患者の手を握るよう促し、Micheleさんがその家族に対してマッサージを行っている。そうすることで、家族を通じて患者にエネルギーが伝わると信じている。死が近づいている患者の家族にそばで手をつなぐように提案し、Micheleさんがその家族をマッサージしたこともある。その時に患者は突然目を開けて反応したそうである。マッサージを行うと身体の血流がよくなり身体的なエネルギーが向上する。マッサージセラピストはこのことを通じて患者の苦痛緩和に貢献していると話されていた。

多くの場合、患者はマッサージと聞くと「痛みが強くなるからいらぬ」と断ることがある。

このような時には、患者に説明し、一緒に介入の方法を考えるようにしている。

また、ある患者はマッサージによってがんが転移するのではないかと心配する。患者には病態学的なことやがんが体に及ぼす影響、マッサージでがんは転移しないことなどを説明している。また白血球や赤血球、血小板などの血液検査も把握し介入している。

また指圧においては、がんがある部分を刺激しないよう指圧するツボにも注意を払っている。

研修 6 日目

Cancer Pain Clinic

Sara Olivers さん

このクリニックは 4 年前に始まった。クリニックは午前中のみ対応している。一日に 7 人の患者を診察する。

メンバーは麻酔科医、緩和ケア医、放射線科医、看護師で構成されている。患者はオンコロジストや看護師から紹介されてクリニックを受診する。多くの患者が MUHC から紹介されるが、他の病院から紹介されて来院する場合もある。

年間、新規患者は 200 名、フォローの患者は 600～700 名である。

患者を診察する前にカルテを見ながら患者の痛みや全身状態についてディスカッションを行う。そして患者を診察した後、一旦部屋に戻り患者から得た情報に基づいて薬剤のプランについて話し合っていた。そして再び患者のもとに戻り、患者に薬剤の提案を行っていた。

診察は月・水・木の 8:30-12:00 に行われている。病院での診察の他に看護師がフォローの必要な患者に連絡したり、患者が自宅で痛みが強くなった場合の電話対応を行っている。

患者は来院すると ESAS のスケールを記入する。

8:30～本日診察する患者のレビューを行う。Sara さんは、スタッフナースとして呼吸器外科、化学療法室で働いていた。2012 年の 3 月からこちらのペインクリニックで勤務している。

看護師は患者の状況をチームに提供したり、積極的に薬剤について提案をしていた。また、高齢患者が新しい薬剤を開始する場合には診察後により詳しい説明を行い、紙に記入して患者がわかりやすいように説明を行っていた。

ほとんどの患者が Pivot ナースをすでに持っているが、まだ持っておらず、支援が必要な患者には Pivot ナースにつなぎ、必要なケアが提供されるように働きかけていた。

また、不安が強いなど精神科医の診察を提案する場合もある。

注意しておかなければならないのは、ペインクリニックはコンサルテーションチームであり、ペインコントロールについて依頼されている。そのため、他のケアを提案する場合にはとても注意を払っているそうである。他のケアを提案するのは、クリニックにとって利益となる場合に行っている。(例えば、MRI のオーダーを依頼したり精神科医につなぐ等)他のスペシャリストに紹介する時には注意が必要で、

自分たちの役割を認識しながら動いているということであった。

疼痛が落ち着いている患者はクリニックの介入を終了することもある。しかしがん患者であり、いずれ状況が厳しくなってくるので **Cancer Rehab Clinic** 等の他の部署につなぎ、どこかで患者が継続して サービスが受けられるように支援している。看護師は患者がいつでも連絡できるよう連絡先を教えている。電話対応は4～10人/日あり、夜間は留守電にメッセージを残すようになっている。夜間緊急の対応が必要な場合には救急外来を受診するように伝えている。

Orientation and education of staff

Diane Lebeau さん

緩和ケア病棟では新人看護師が来ると3週間のオリエンテーションを行っている。部署で行われる場合もあれば、院内のリソースナースから講義を受け、かれらの働きを実際に見学することもある。新人看護師は、これらのオリエンテーションを通じて達成目標について自己評価を行い、用紙に記入する。そして継続的にどの程度達成できたのかを教育担当者や病棟管理者と話し合う。

緩和ケア病棟で開催される勉強会に他のスタッフ(医師、精神科医、ソーシャルワーカーなど)と参加することで、新人看護師も知識を得ることができる。緩和ケア病棟を志望してくるスタッフには、最初に面談が行われている。面談では、今まで死についてどのような経験をしているか(身近で亡くなった人がいるか)、そしてその時どのような対処を行ったかという事を質問している。このような面接を行うことで、看護師のストレスコーピングについて把握でき、バーンアウトを予防しているということであった。

Occupational Therapy

Rabiaa Laroui さん

緩和ケア病棟においてOTは主に嚥下について評価を行い、介入している。その他は患者が歩行するのを支援している。マギル大学関連病院ではOTのみが嚥下評価を許されている。STは主に発声に携わっている。

一番の目標は、**QOL comfort** である。最期まで食べたいと希望する患者には姿勢を整えたり、家族が支援できる方法について提案する。時には患者が嚥下が難しくなっているが、家族が必死に食べさせようとする場合がある。そのような時には家族に教育を行っている。在宅で看取りを希望する家族には在宅でのサポートが受けられるよう、訪問看護に連絡を行っている。

時には、音楽療法士やマッサージセラピストと連携しながら介入している。PT

に身体機能の評価を依頼することもある。

Psychologist

Johanne DeMontigny さん

パリアティブで様々なところで介入している。悲嘆をスタッフとシェアリングできるように介入している。患者は時に死への不安についてあまり自分の感情を共有したくないということがある。そのような時は、「この場所はあなたに安全をもたらします。チームは必要なサービスを提供します。支援が必要な時はいつでも声をかけてください」と話している。

サイコロジーのキーワードは、**presence**、**silence**、**listening**、**flexibility**、**adjustment** であり、患者の感情をアセスメントしリアクションしている。

患者が過去にうつや不安があったのか確認している。もしあった場合は、死のプロセスに影響する。患者とは死についてではなく、希望について話している。

サイコオンコロジーの主な問題は、家族のコンフリクトである。中には、患者と10年以上も会話をしていないという家族もいる。そのような場合は、家族に病院に来るように進めている。時には家族と面談している。サイコロジスト、看護師、数人のキーパーソンで理解するようにしており、家族に対し、「患者は心の平和と許すことを必要としている。」と伝えています。これはとても特別な瞬間である。もし患者の死後、家族が困難な状況にあり、家族が悲嘆を共有することを望む場合には、グリーブメントのフォローアップに参加できるように促している。ケベック州では、人々はそれほど宗教的ではない。もっとスピリチュアルである。現代はあまりにもスピードを求め、ボタン一つで何でもコントロールできる時代であり、人々の不安は年々増加している。また、怒りや罪悪感、後悔が多い。スピリチュアルケアワーカーと協同することもあり、瞑想や意味を見出すこと、人間の価値について支援している。

研修 7・8 日目

Palliative Care Consult Nurse (Royal Victoria Hospital)

Susanne Bless さん

二日間 Royal Victoria Hospital でコンサルテーションチームのラウンドに同行させていただいた。緩和ケア医と看護師がラウンドし主に症状マネジメントを行っていた。コンサルテーションチームは病棟主治医から依頼があり介入している。患者数は 20 名前後で治療中の患者や死が近づいている患者もいる。死が近い患者の家族に対し、不安の軽減が図れるよう患者の状態や症状のコントロールにつ

いて説明されていた。また家族が罪悪感をもっている場合には、家族自身の精神的な安寧もとても重要であることも伝えていた。患者はその数時間後に永眠されたが、家族はとても落ち着いておられ、タイミングのよい介入ができた為、家族が混乱せずに最期を迎えられたのだと思った。

医師は交代するため、看護師が日々に患者の情報について医師に説明を行っていた。病棟の看護師とも良くコミュニケーションを取っており、患者と家族へのケアについて協働していた。

ランチの時間を利用して講義も行われており、この日は「サバイバーシップ」について web で講義が行われていた。

研修 9 日目

Palliative Care Day Hospital

Mary Lou Kelly さん

デイホスピタルは外来患者を対象とし、症状マネジメントが必要な患者に対応している。ペインマネジメントと違うところは、ペインマネジメントは痛みだけに特化しているのに対し、デイホスピタルは輸血が必要な患者へ採血・輸血などの処置を行い、訪問看護師に情報を伝えホスピスへの申し込みを支援したりしている。

高齢でがんの進行が遅く長期にわたってフォローしている患者もいる。しかし、高齢で家族の支援が乏しく、痛みが強くなって緊急で来院する患者もいる。

看護師はこのような患者からの電話対応も行っており、外来に来ることができるのかどうか確認を行っていた。また、患者の状況を医師に報告していた。

ここに勤務している看護師は **Cancer Rehab Clinic** に勤務する看護師と同じであり、また医師も病院の緩和ケア病棟の医師であった。患者は通常一つのサービスから支援を受けているのであるが、スタッフはカルテから情報を共有することができ、患者はどこかのサービスにつながっており、状況の変化に応じて適材適所で対応してもらうことができる。

通常患者は一日 6~7 人来院している。この日は長期フォロー中の患者が来院し輸血が行われていた。看護師は患者が来院すると症状や家での様子、内服薬について問診をとり、採血をし、検査結果を確認して輸血を行っていた。また、緊急で来院した肺がんの患者は今後化学療法をせずに在宅で過ごし、在宅で看取りを行うことを希望していた。オンコロジストから紹介されてデイホスピタルに来たため、看護師はもう一度問診を行い、患者の症状や内服薬について確認していた。また、患者が自分の病状についてどのように認識し、今後の過ごし方をどのように希望しているのかについて確認していた。

患者が在宅で必要なケアが受けられるように訪問看護師に連絡し必要なサービスが受けられるように支援していた。訪問看護師への情報提供は 20 枚にも及ぶ書類を Fax していた。

書類にはデイホスピタルの看護師の連絡先も書かれており、訪問看護師はわからないことがあればいつでも連絡をとることができるようになっている。

外来支援の他に電話対応も行っており、週に 10 件の電話対応をしている。症状が落ち着いている場合には、リハクリニックに移行することもある。反対に痛みが強くなるなど症状が悪化している患者には緩和ケア病棟へ入院できるよう支援していた。

研修 10 日目

Palliative Care Consult Team

Gilda Lebron さん

この日はコンサルティングチームの看護師のラウンドに同行した。午前中は患者のリストからラウンドする優先度を決定し、医師と情報共有していた。ラウンドは状況によって看護師一人で行く場合と医師と一緒にいく場合があるということであった。チームには平均で 20 人前後の患者がおり、これらの患者を医師と看護師で担当している。医師は日によって変わるが、看護師は固定し勤務している。看護師は病棟をラウンドし看護記録を読み、患者の状況について確認していた。また、薬剤投与履歴についても確認し患者の症状を把握し、患者を訪室していた。

患者の状況を観察し症状のアセスメントをしていた。チームが介入する際、一番大切なことは家族にチームの役割を説明し理解を得ることだと話していた。突然訪問すると家族が「緩和ケア」という言葉に反応し介入を拒否することがある。そのため、オンコロジストから依頼があり、痛みや呼吸困難などの症状緩和のために介入することを説明しているとのことだった。

また、病棟の看護師が薬剤投与の方法などが統一できるようにチームの看護師が説明を行い教育的な関わりも行っていった。

家族や病棟看護師はチームの看護師に連絡することができ、わからないことはいつでも確認できるようになっていた。

症状が悪化したため、訪問看護などの支援が必要な場合は通常、病棟担当のソーシャルワーカーに依頼し介入してもらおうが、緊急で早急に連絡しなければならない場合にはチームの看護師が連絡をしていた。多くの書類が必要であり、手続きには時間がかかっていた。また、週末当番のチーム医師が患者の状況を把握できるよう必要な情報はメールで提供していた。チームのかなめは看護師であることがよくわかった。

今回の研修を通じてマギル大学病院の緩和ケアに関連する様々な方から多くのことを学び、実践を見学させていただいた。研修で学んだことを今後の実践に活かしていきたい。

①CNSとして国際的視野を取り入れた緩和ケアの教育・研究

症状マネジメントや患者・家族教育など看護の質の向上をめざすためには、教育が重要となる。エビデンスをどのように活用し、看護ケアに役立てるのか、国内外の研究結果を示しながら教育を行っていく必要がある。カナダのCNSの授業では、多くの学生が積極的に質問を行い授業に参加していた。それは、学生自らが予習をしっかりと行い、課題をもって授業に参加していることと、講師も一方的なプレゼンではなくディスカッションを深められるような授業を行っていたことでより良い教育環境を作っていると考える。今後の院内外の教育に活用していきたい。

②患者・家族への継続的な支援への取り組み

カナダのマギル大学では、臓器別のPivotナースが存在しており、当院における移植コーディネーターの役割に似ていると感じた。

Pivotナースは一人の看護師が患者と家族に継続的に関わっており、経過を把握しながら支援を行っている。このような役割の看護師が存在することで、患者と家族の負担が減り、医療者側にとっても各職種間の連携がスムーズになるというメリットがある。また、Pivotナースはがんと診断された時期から患者と会うシステムになっており、この点がとても優れていると感じた。患者や家族はこれから先どうなのか、どのような治療が開始されるのか等多くの不安を持っている。その時に患者や家族に情報提供を行い、各医療者間のコーディネートを行う看護師が継続的に支援することは患者と家族に大きな利益をもたらすと考えられる。このようなリソースナースを、そのまま日本に導入するのは難しいかもしれないが、入院から外来まで継続した支援の提供を考えていく上で参考にしたい。

③病院、在宅医療との連携

MGHは5つの病院と外来患者をサポートするクリニックが充実しており、患者は常にどちらかの施設で支援を受けていた。患者の状態に応じてフォローする施設間を移行するようなシステムになっていることは、患者が常に医療者とコンタクトを取ることができるだけでなく、医療者が患者に必要と思われる医療やケアをタイミング良く提供できるようになっている。治療期からエンド・オブ・ライフまでをスムーズに移行できるよう支援していく為にとっても有益であると考えられる。

現在当院でも、病院と在宅や他病院と連携はととても重要な課題となっており、患者の情報共有とスムーズな移行のためのシステム構築のためにとっても参考になった。

本学の国際化に
対する研修成果
の活用方法・フィ
ードバック