

メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターにおける研修報告

菊池和子¹⁾

A report of the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Kazuko Kikuchi¹⁾

キーワード：メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター，研修報告

I. はじめに

米国では、高度実践看護師（Advanced Practice Nurse）として Nurse Practitioner (NP) と Clinical Nurse Specialist (CNS) が活躍している。ニューヨーク市内にあるメモリアル・スローン・ケタリングがんセンター（Memorial Sloan-Kettering Cancer Center: MSKCC）における研修のなかで本稿では、MSKCCにおけるNPとCNSの役割について、エンドオブライフケアについて、これまで筆者が研究テーマとしている筋肉内注射技術について得られたことを報告する。

II. 研修概要

研修期間は、2012年10月2日～10月5日であった。

病院見学以外は、NPやCNS、ナースリーダーによる講義であり、スピリチュアル・ケアは唯一看護職以外のチャプレンによる講義であった。以下に示すテーマで講義がなされた。

10月2日（火）「高度実践看護師の役割」、「オストミーと創傷ケアの動向」、「乳がん」、「小児腫瘍」、「病院見学」、「MSKCCの看護の概要」

10月3日（水）「化学療法－看護師の役割:外来ケア」、「禁煙の指導」、「がんサバイバーシップ」「放射線治療の動向」、「スピリチュアル・ケア」、「婦人科がん概観」、「肺がん」

10月4日（木）「集中治療室における腫瘍患者のケア」、「痛みと緩和ケア」、「マグネット認証プログラム」、「医療事故防止（患者の安

全）」、「高齢患者の看護」、「統合医療」
10月5日（金）「骨髄移植（外来）」、「倫理」、「化学療法－最新の状況」、「前立腺がん」

III. 研修施設の概要

MSKCCは、米国一のがん治療センターで、がんの予防治療、研究、そして教育に全力を傾ける民間機関で、世界で最も長い歴史をもち最も大きいとされている施設である。1884年に設立され、最初はセントラルウエストにビルが建てられ、手術と緩和ケアが行われた。1910年頃から放射線療法も行われた。MSKCCのビルは当時の看護理念とされた光がたくさん入る円形の建物で、病棟の中央にはナースステーションがあり、病室はテラスに面して光が入るような構造であった。

1960年～1970年に現在の場所に移ってきた。
現在の病床数は437病床で、在院日数は平均5.8日である。見学した神経系の病棟では、手術した患者の在院日数は約10日であり、通常の入院は約5日である。がんではないがギランバーー症候群の患者も入院することがある。

2011年の外来受診件数は53万5千件である。

<看護について>

看護師は2,109人である。その構成は、ポジション別に、Clinical Nurse I（新卒）90人、Clinical Nurse II（卒後1年目）860人、Clinical Nurse III 565人、Clinical Nurse IV（教育と臨床のリーダー）254人、CNS40人、NP300人である。教育背景は、90%が米国で看護教育を受け

た者で、残りの10%は海外で教育を受けた者であり、4%が専門学校卒業者、12%は短大卒業者、57%は大学卒業者である。27%が大学院修了者で、学位は修士、PhD、DPN (Doctor of Nursing Practice) である。看護師の39%は専門看護の認定を受けている。

現在、アメリカの多くの州が大学を卒業していないRNに対して10年以内に4年制の課程を修了することを要件とする法制化を進めている。

センターの看護の特徴として患者中心であること、根拠に基づく看護の提供、自立的ケアを促進する、チームの専門性の相違を尊重しチームワークを大事にしている。

<ロゴマークについて>



横棒の3つは、研究、スタッフ教育、患者教育を示し、矢印はそれらを通してがんのケアを向上させることを意味している。

IV. 研修内容

1. NPとCNSの役割について

NPは、メディカルケアにフォーカスしていく看護ケアを二次的に行っている。NPの役割は州の規則によって異なっているが、ニューヨーク州のNPは独立した専門家として医師と同等に処方権を持っている。麻薬に関する処方も行っている。

米国最初のNPは1960年代後半に小児看護のNPとして誕生し、1980年代から積極的にNPが活用されるようになってきた。元々はプライマリーケアに携わり、医師が不在または不足しているところでNPがプライマリーケアを行っていた。現在は急性期または複数のケアに携わっている。保険支払いとレジデントが減らされ急性期ケアにNPが増えてきた。米国では医師が1名増える毎に医療費が上がることから医師の数を減らした方が医療費を抑えることとなるためレジデントの数を抑え、当初NPがスタートした時のようにプライマリーケアにNPが必要となってきた。プライマリーケアの部門は小児、成人、家族ケア、新生児、助産師、急性期、がん、麻酔科であり、需要が多いのは、新生児NPとがんNPである。

NPは、入院患者の病歴をとり、フィジカルイグザミネーションを行い放射線、腫瘍外科の患者の管理や脊髄穿刺等も行う。

CNSとNPの役割について、NPは、朝回診して、チームミーティングを行い、検査のオーダーを出したり診察をして実践的に患者に関わっている。CNSはその大半の時間をスタッフの教育に関わっている。NPは、メディカルケアにフォーカスしているため、看護の部分を補っているのがCNSである。つまり、NPはメディカルケアが一次的で二次的に看護ケアを行い、CNSは一次的に看護ケアを行い二次的にメディカルケアを行っている。

NPと医師の関係については、例えば、患者には主治医がつき、主治医が疾患の担当、NPは、レントゲン検査やMRIのオーダーをしながら主治医に連絡し、投薬も行っている。NPは医師と連携して仕事をしている。NPは様々な意思決定を行っており、その決定についての説明責任がある。家族のインフォームドコンセントをとる時の例として、外科的処置や臨床試験については主治医が行い、輸血やAラインについてはNPが行っている。

米国では、21世紀は80%がNPのメディカルケアで20%が医師のメディカルケアになるとと言われている。今それがおきつつある。この背景として経済的因素、政治的因素、患者の力が大きい。患者がメディカルケアを受けたいと選択するのは看護師であることから、今後NPのメディカルケアを受ける患者が多くなる。看護師として忘れてならないのは患者に対してベストなケアをすることを第一として考えることである。

MSKCCでは、NPになったが能力が不足している人には教育をしている。教育担当者の方のお話では、NPのレジデントが必要であると思っている、ということであった。そして、日本の高度実践看護師に対して、レジデントモデルで臨床研修を必要とするモデルで行っていけばよいのではないか、というご意見をいただいた。

NPに対して資格が異なるPA (Physician Assistant) がいる。NPは独立した専門職とし

て医師と協働するが、PAは医師の指導の下に仕事をしている、という違いがある。

米国全土で、NPは25万人、PAは5万人であり協力して仕事をしている。

<ICUのNPの役割について>

ICUでのNPの役割についての紹介があった。ICUは20床あるうち、10床は医師が担当し、10床をNPが担当している。受け持ちはランダムに決めているが、NPはチームで患者を受け持ち、それを監督する医師がチームに1名いるということであった。ICUに配属されるNPは全ての処置、介入ができるように1年間の訓練を受けている。医師やレジデントの数が減っているために入院病棟でもNPが必要とされている。

NPの業務についての政府の規制はあるが、一般的には病院で何ができるのか決めている。これまで保険請求できるのは医師のみであったが、NPが直接保険請求できるようになった。

2. エンドオブライフケアについて

エンドオブライフケアをテーマとした講義はなかったが、研修生からどのようにしているのか、という質問に対して説明があった。

疼痛緩和チームが終末期の緩和ケアを提供している。専門の病床はもっていないが、全ての看護師がELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) を受講済みである。ELNECは、2000年にアメリカ看護大学協会 (American Association of Colleges of Nursing: AACN) と City of Hope National Medical Centerが設立した共同体でエンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必要な知識を教育するための系統的・包括的なプログラムを開発し提供している。MSKCCの全ての看護師がこのプログラムを受講済みであることは、エンドオブライフステージにある患者への看護を全ての看護師が提供できる状況にあることを意味している。

患者は、この病院に来れば治してくれるだろうと考え全てのケアをここで受けたいと思って来院する。同時に希少がんの患者や治療がうまくいかずにこの病院に来れば治療してもらえると思って来院する患者もいる。医療者が終末期までみたいと思っても一方では治療を優先する患者も存在するという課題をどの医療機関でも抱えている。どこにバランスを持たせるか、綱

引きの状態である。相反するところを結びつけるのは看護師であり、この状態を調整するのは看護師である。

<エンドオブライフケアと禁煙指導について>

禁煙指導の講義では、禁煙することが緩和ケアにつながること、エンドオブライフにおける禁煙についての講義もあった。

喫煙は緩和ケアにも影響し、禁煙するとQOLを高めることになる。その人が自分で選択するということがQOLを高めることとなる。たとえ終末期が近くても、それまで禁煙しようと試みたができなかった患者が、禁煙できたということで自己効力感が高まることになる。また、禁煙は呼吸抑制にも効果があるためにQOLが高まる。MSKCCでは、エビデンスに基づく禁煙指導を行っている。2008年に国際的なガイドラインができ、それをもとに禁煙指導を行っている。

禁煙指導に当たっては、まず医療職が禁煙しなければ禁煙指導はできない。

患者への指導は、何が障壁となっているのかアセスメントすることが大事である。禁煙を乗り越えるための動機付けがない、時間がない、スキルがない、医療職にスキルがない。看護師に知識がないことが問題となる。患者へ余分なストレスを与えたくない、患者の予後がどちらみち悪いと考える傾向にあるが、医療者が判断しても良いのか、判断は患者がするものである、家族や医療者がするものではない。健康上の効果や終末期の患者が禁煙すれば最期の呼吸が楽になるかもしれない、患者自身もこれまで禁煙に取り組んできたかもしれない、そこに働きかけることが大事である。

患者側の禁煙の障壁の一つとして、禁煙となると患者はすぐに煙草を全部やめなければならないと思っていることが挙げられる。急に喫煙の本数をゼロにするのは安全ではない、ニコチン依存があるかもしれない、身体的心理的依存、ニコチンの離脱症状に気をつけなければならない。煙草は不安やうつの強い人が吸っていることが多い。がんと診断されて不安になる。患者の頭のなかに不安が強く、煙草を突然やめてしまうと患者自身がコーピングの方略を失ってしまうこととなるため、不安に伴う代替のコーピングを考えることが大切である。

多くの患者は他の家族メンバーに喫煙者がい

る。家で吸う人がいて、家族ぐるみの指導をする場合は、患者が他の家族に気遣いすることになるためその点に配慮しながら家族指導をしていくことが求められる。

喫煙患者は煙草に身体的、心理的に依存しているため、代替の方略を考えて時間をかけて禁煙指導をしていくことが求められる。患者のもつている否定的感情や罪悪感を正常な反応であることを伝えること、代替ストラテジーをとついたらほめること、コーピングしようという努力を認めることが大切である。

アドバイスの例として、がんと診断された夜にリラックスするために煙草をすった患者に対して、他にリラックスする方法を見つけてくださいと説明し、いろいろ試してみる。宗教はどうか、スピリチュアルな関係の人や友人との会話、テレビ（凶悪なニュースなどは避け、軽いもの）の視聴、軽い運動を行う、家族と話す、統合医療の部門との連携、ソーシャルワーカーや心理の人との連携でベストなサポートをする。禁煙部門だけでなく他の職種と連携して指導をしている。

＜統合医療について＞

緩和ケアとなる統合医療の講義もあった。センターから6ブロック離れた場所に施設があり、補完医療としてエビデンスに基づきマッサージ、鍼、ヨガ、瞑想等を行っている。マッサージの効果のエビデンスについて質問したところ、数年前に1,300名の患者に20分のマッサージ・タッチを行い0～10のスケールで痛み、不安、うつ、疲労感について処置前後で匿名で記録してもらったところ50%の患者にそのような症状が軽減したという研究を紹介された。日本では同様のエビデンスを構築する研究として、客観的指標を重視する傾向にあるが、症状自体が患者の主觀である場合、主觀的指標を大事にしていることがわかった。

3. 筋肉内注射技術について

乳がんの治療としてホルモン療法があり通常、筋肉内注射が行われていることから「乳がん」について講義してくださったCNSの方に筋肉内注射の際の皮下組織厚のアセスメントについて、Z-track法を行っているのか質問した。その回答は、筋肉内に到達するように注射針を長いものを使用し、中殿筋に注射している、Z-

track法については簡単な方法として、左手の第1指と第2指で注射部位の皮膚をねじる方法で注射を行い、5秒間針を抜かないで薬液が漏れないようにしてから針を抜いている、そして、注射後60秒マッサージをしている、ということであった。

V. おわりに

筆者が2005年に米国ノースカロライナ大学ウイルミントン校（以下UNCWとする）看護学部に訪問した際に、高血圧者が多く健康支援が必要な地区のボルトンヘルス・ウェルネスセンターを訪問した。当時UNCW看護学部が管理し、看護学部の教員も兼ねているNPが管理者を務めている施設であった。NPは高血圧の診断をして合併症がない場合は、処方も行っているということであり、患者の病状によっては医師へ紹介すると話していた。

今回の研修に参加し、MSKCCに配置されているNPの多さに驚いた。そして、NPが医師と同等の医学診断と治療に携わっていることを確認できた。そのなかで、あくまで看護師としての姿勢を大事にしており、ケアリングがその根底にあることを確認できた。

「患者が第一である。患者や家族のために最善を尽くす、患者や家族の言葉を傾聴する、やりがいがあるから看護の仕事を続けている」とICUのCNSの方が話してくれた言葉が印象深い。

今後日本においても高度実践看護師の教育がなされ、制度化されると思われるが看護基礎教育に携わるものとして、看護とは何か、看護職者としての姿勢を教育していくことの重要性を再認識した研修であった。

日本ではエンドオブライフにおいては、患者の望みを叶える、ということから喫煙を認めているように思う。今回、エンドオブライフにおける禁煙が緩和ケアにつながるということ、禁煙できたということで、患者の自信につながることになる、ということは新たな発見であった。

筋肉内注射技術については、筆者が1998年に米国の看護大学の看護技術教育の授業に参加した際に、Z-track法について教員が強調して教えていた。Z-track法は注射部位の横へ皮膚と皮下組織を引き寄せてから注射針を刺入し、薬液注入後に引き寄せていた皮膚と皮下組織を元に戻し、薬液を筋肉内に密封する方法である。

筋肉内注射では、Z-track法を実施していると
考えていたが、簡単な方法を工夫していること
がわかった。手技が困難さを伴うためと考えら
れる。

本稿では、筆者の研修参加目的に焦点をあ
て、研修で得られたことを報告した。

本研修から、がん看護の専門性や看護職員の
職務満足度をあげ、離職率を下げるための方略
について等、多くの示唆を得ることができた。

謝辞

本研修へ快く参加させていただきました基礎
看護学講座の先生方へ深く感謝いたします。

最後になりましたが同行解説者の北海道医療
大学客員教授石垣靖子先生、通訳の重松様、研
修に参加した19名の仲間に感謝いたします。

資料・文献

- 1) Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
2011 fact card
- 2) Bolton Health and Wellness Center pamphlet
- 3) Berman A, Snyder SJ. et al: Fundamentals of Nursing; Concepts, Process, and Practice,
9th ed, Person Education, 2012

Key Words : Memorial Sloan-Kettering Cancer Center A Report