



第 33 回日本がん看護学会学術集会

日本がん看護学会 教育・研究活動委員会企画

がん看護専門看護師 海外研修報告会



日時：2019年2月23日（土）15：00—16：00

場所：福岡国際会議場（401・402・403） 第5会場

一般社団法人 日本がん看護学会
平成 30 年度 がん看護専門看護師海外研修助成事業

第 4 回がん看護専門看護師海外研修報告書

筑波大学附属病院 入江 佳子 東京女子医科大学病院 小山 美樹
市立岸和田市民病院 高見 陽子 松江市立病院 吉本 歩

I. はじめに

日本がん看護学会では、公益財団法人小林がん学術振興会による「がん看護専門看護師海外研修助成事業」の助成を受け、2015 年度より専門看護師を対象とした海外研修を行っている。本研修は、がん医療の最新の知見および、がん看護に関する専門的な知識を深め、がん看護専門看護師としての臨床能力の質向上を図ることを目的としており、今年度は、2018 年 9 月 8 日～14 日の日程で、UCSF Medical Center に 4 名が派遣された。研修は、講義、ワークショップ、UCSF Medical Center などの見学やシャドーイングから構成されており、研修者それぞれが多くの貴重な学びを得ることができた。学びの中から、本稿では、がん薬物療法（免疫療法、経口抗がん薬のアドヒアランス、通院治療センター）、緩和ケア、サバイバーシップ支援、ICT（Information and Communication Technology）の利活用、医療・看護の質向上の取り組み（医療政策、INEx）、CNS（Clinical Nurse Specialist）の役割について報告する。

II. 研修の概要

日程／場所	項目／研修場所（講師）	内容
9 月 8 日（土）	サンフランシスコ到着	
9 月 9 日（日） ホテル会議室	1. オリエンテーション（石井素子氏） 2. ワークショップ 1（石井素子氏） 3. レクチャー 1（S Gonzalez, RN, MSN）	1) 研修オリエンテーション 2) 米国看護師の背景、米国医療制度 3) ヘルスポリシー（医療政策）
9 月 10 日（月） ホテル会議室	1. レクチャー 2（M Nixon, RN, NP; Genentech） 2. レクチャー 3（T Freitas, RN, MSN） 3. オリエンテーション（石井素子氏）	1) 最新のがん治療薬 2) 経口薬のアドヒアランス 3) 病院見学、シャドーイングのオリエンテーション

<p>9月11日(火) / 9月12日(水) UCSF Medical Center (Mission Bay) / UCSF Medical Center(Parnassus)</p> <p>*2名ずつにわか れて、それぞれの 施設で研修</p>	<p>【Mission Bay】</p> <p>1. Infusion Center (C Mitsuoka, RN) 2. Adult Oncology Unit (L Tsang, RN) / Child Hematology Unit (J Alcantar, RN) 3. Art for Recovery (Cyndy, Art director)</p> <p>【Parnassus】</p> <p>1. Adult Hematology & BMT (Bone Marrow Transplant) Unit (K Ballard, RN. Elaine Esler, RN) 2. CNS シャドーイング (L Griffith, CNS)</p>	<p>【Mission Bay】</p> <p>1) 通院治療センター見学、シャドーイング 2) 成人固形腫瘍病棟 / 小児血液腫瘍病棟見学、シャドーイング、ディスカッション 3) アート・フォー・リカバリー見学</p> <p>【Parnassus】</p> <p>1) 血液・移植病棟見学、チャージャー・スミューティング見学、ディスカッション 2) CNS シャドーイング、ディスカッション</p>
<p>9月13日(木) UCSF Medical Center(Mount Zion)</p>	<p>1. Cancer Resource Center (T Abts, MSW) 2. レクチャー4 (C Viele, RN, CNS, MSN) 3. レクチャー5 (S Barbour, NP, CNS) 4. レクチャー6 (A Cooper, RN, MSN)</p>	<p>1) キャンサーリソースセンター見学 2) CNS の役割 3) 緩和ケア 4) INEx (Institute for Nursing Excellence) & Evidence Based Practice</p>
<p>9月14日(金)</p>	<p>サンフランシスコ出発</p>	

Ⅲ. 研修での学び

1. がん薬物療法について

1) 免疫療法

製薬会社で薬の開発に携わっている NP (Nurse Practitioner) から、最新の免疫療法について、症例を交えた講義を受けることができた。中でも特に興味深かったのは、日本では未承認である、CAR-T (キメラ抗原受容体発現 T 細胞) を使用した治療法の実際についてであった。

CAR-T 療法とは、患者から採取した T 細胞に対して、標的能をもつキメラ受容体 (CAR) を発現させるために、T 細胞の二重特異性抗体を利用し遺伝子の再プログラム化した後、患者の体内に自家移植で戻す治療方法で、最先端の免疫療法である。米国では急性リンパ性白血病、B 細胞性リンパ腫などに対して承認されており、日本においても承認申請、及び臨床

試験が行われていることを知った。また、米国では免疫チェックポイント阻害薬の単剤治療だけでなく、殺細胞性の抗がん薬との組み合わせによる臨床試験も様々ながん種で盛んに行われており、日本国内でも徐々に増えつつある併用療法が、今後さらに増加し、そのパターンもより複雑化する見込みであることを学んだ。

日本でも 2014 年 7 月にニボルマブが悪性黒色腫に承認されて以降、免疫療法が急速に発展している。がん看護専門看護師として、今後益々発展していく免疫療法に関心を寄せ、治療のメカニズムや有害事象に関する情報を常にアップデートしておくことの重要性を改めて実感した。さらに、免疫チェックポイント阻害薬に特有の有害事象に医療チームで即座に対応できるよう、体制づくりを行っていくことの重要性も感じた。

2) 経口抗がん薬のアドヒアランス

米国におけるがん薬物治療は、主に外来で実施されている。特に、経口抗がん薬の場合、薬剤が薬局から郵送で自宅に届けることも多く、対面での指導が希薄になっているとの説明を受けた。このように、医療者の不十分なサポートによるアドヒアランスの低下は米国においても問題視されていた。

アドヒアランスの低下は、患者自身が治療をコントロールしてしまう可能性や予期せぬ副作用を引き起こす。そのため、このような患者のアドヒアランスを高める具体的な関わり方として、Attitude、Behavior&Skill、Environment の 3 側面からサポートすることの重要性を学んだ（写真 1）。

3) 通院治療センター

通院治療センターでは、メディカルスタッフが通院治療部門の中核的な役割を担っていた。例えば、投与日のバイタルサインや身長・体重の測定はアシスタントが担当し、実施の適/不適の判断は、担当看護師が患者のデータやオーダーからアセスメントして準備を進め、実施の最終確認はがん専門薬剤師が行っていた。看護師の役割も細分化されており、ナースマネージャーは看護師の管理や部署の安全管理、その日のチャージナースは当日の運営管理、NP はスタッフの教育や最新の知見に関する情報提供、研究支援、データ分析を行っていた。この中で CNS は、部署全体の看護業務や患者のケアを見渡し、必要に応じて介入するなど、各職種と密に連携を図っていた。

血管外漏出の予防や曝露対策など、抗がん薬の投与に関する必須の知識やスキルに関しては、全てのスタッフが採用時に Oncology Nursing Society (ONS) の Chemotherapy and Biotherapy Provider の資格を得ていることが条件となっており、勤務スタッフの知識レベルが保障されていた。また、UCSF Medical Center で実施されている e-Learning で定期的に知識が確認されるため、どのスタッフも非常に高いスキルで患者ケアを実践していた。さらに、各スタッフには年間 40 時間の自己学習時間が確保されており、学会や研修会への参加が業務として保障されていたり、UCSF 大学院への進学者には学費の免除や勤務軽減など、スキルアップやキャリアアップのための手厚い支援が行われていた。

一方日本には、がん薬物療法に携わる看護師のコンピテンシーに関する統一した基準は

ない。そのため、どのように知識を伸ばしていくかは、各組織での研修や個人の学習に委ねられていることが多い。しかし、日本においても多様化するがん薬物療法に対応できる看護師の知識や技術を担保することは必要であり、ONS Chemotherapy and Biotherapy のような認定制度があれば、知識の均てん化や患者ケアの質向上に繋がるのではないかと感じた。

2. 緩和ケアについて

緩和ケアの CNS から講義を受ける機会に恵まれた(写真2)。米国における緩和ケアの困難として、①緩和ケア・ホスピスケア=死というイメージは米国にもあり、患者・家族に対する緩和ケア・ホスピスケアについての情報提供の難しさや、②予後説明についての難しさ、③緩和ケア実践やその成果の可視化の難しさなどがあり、日本と共通する困難が存在していた。このような現状の中、CNS は患者とのコミュニケーションや症状コントロールについて受け持ち看護師が対応できるようにサポートするなど、看護師に対してサポートティブに関わることを意識して活動していた。

日本の実状と異なり特に印象的だったのは、米国ではビリーブメントケアの提供が法により定められており、病院で家族を亡くした人が、地域でビリーブメントケアを受けることができるという点であった。地域の中で患者・家族の悲嘆を支える米国での支援について学び、がん看護専門看護師として、がん患者とその家族を、患者の死別後も含めて社会全体の中で支援する体制づくりに貢献する大切さについても気づくことができた。

3. サバイバーシップ支援について

UCSF Medical Center では、MSW (Medical Social Worker) やボランティアスタッフ、ピアサポーターなど、多様な人々ががん患者とその家族を支援していた(写真3)。

Cancer Resource Center では、がん患者が抱える様々な問題や、患者会の紹介・イベントの案内などのリーフレットが無料で提供されており、駐在する MSW が、がん患者・家族のニーズに応じたサポートの調整に関する重要な役割を担っていた。また、アートディレクターにより運営されている Art for Recovery では、がん患者とその家族に加えて、患者をケアする医療者が、様々な作品 (Art) の製作を通じて、自分と向き合い、自分の思いを表現し、自分らしく生きることを支えていた(写真4)。院内には多くの Art 作品が展示され、作品を見る人々にとっての支援にも繋がっていた。この Art for Recovery の立ち上げに際しては、ボランティアスタッフが中心となって資金獲得のための企画書を作成したことや、制作した本の売り上げを運営資金としていることを知った。このようにボランティアスタッフが発信して自律して活動できる UCSF Medical Center の風土や、様々な職種や立場の者がより良いケアの提供のために尽力している姿に感銘を受けた。

さらに、UCSF Medical Center では、患者・家族に配布するリーフレットの多くを、レターサイズ (日本の A4 サイズに近いサイズ) 1 枚で作成していた。リーフレットには、困りごとへの対処方法やリソースの活用に関する情報がわかりやすく記載されており、患者・家

族が情報を得て、より主体的に問題に対処できることを重視しているように感じた。

日本でも、地域包括ケアシステムによる地域完結型医療への転換が進められ、がん看護専門看護師には、院内外のリソースと連携したり、患者・家族が自分自身で生活の質を向上できるよう、患者や家族の持てる力を引き出す支援が今後さらに求められる。UCSF Medical Center での、多様な職種や立場の者が自律して活躍できる風土づくりや患者・家族の持てる力を引き出す支援は、今後、がん看護専門看護師に求められる役割や活動のあり方を考える上で重要な視点になると感じた。

4. ICT の利活用について

米国では医療保険制度の特徴から、患者は必要最低限の日数で退院する。そのため、医療者には、限られた入院期間の中で患者・家族が自宅で医療を継続できるよう教育することが求められ、このような患者教育に ICT が上手く活用されていた。例えば、すでに電子カルテに入力されている治療情報や患者の使用言語に応じて自動的に教育資材が作成され、電子カルテからいつでも印刷ができるように工夫されていた。必要時は、その資材に直接コメントを書き込むこともできる。また、必要な指導項目があらかじめリストアップされており、実施すればチェックボックスが埋まるため、多職種や看護師間で、指導の進捗状況がタイムリーに共有されていた。さらに、退院日から3日後には、電話によるメッセージが自動で患者に送られるシステムも導入しており、ちょっとした不安や心配事に関する相談をためらっている患者には大変効果的な方法だと感じた。

病室ではテレビモニターで、患者が医師や看護師の説明文書を自由に読めたり、学習動画を好きな時間に見ることができるシステムが導入されていたり、患者に装着されている院内全ての心電図モニターの波形は一カ所で集中管理され、波形の観察が ICT を活用することで効率的に行われていた。一方、通院治療センター (Mission Bay) では、安全な管理と患者待ち時間への配慮として、患者の待ち時間やスタッフの動きを GPS (衛生測位システム) 機能がついたバッジでトラックし、その情報をフロアモニターで表示し、管理していた。また、薬品バーコード認証やオーダーを読み込ませると必要な薬剤の引き出ししか開かない薬品庫が設置され、スタッフの業務負担の軽減にも繋がっていた。

日本においても、高齢者の増加や労働人口の減少などの問題から医療現場の更なる多忙化が予測されている。ICT の利活用は国の政策としても進められており、ICT を医療の現場で上手く活用し、安全かつ効率的に働くことの重要性について学ぶ事ができた。

5. 医療・看護の質向上の取り組みについて

1) 医療政策 (Health Policy)

医療政策とは、医療に関する問題の解決策のことを指し、繰り返される問題や社会的に重要な問題について、問題を定義付け、その問題の背景や関連要因、文化、段階、関係者のアドヒアランスなどを明らかにして解決するプロセスである。医療現場では多くの問題が

日々起こるため、解決するための介入の他、監査のために行われるプロジェクトなども含まれる。

CNS として医療政策へ介入する際には、そのポリシーに関する自分の役割は何かを考え、プロセスの中での必要な役割（問題分析、実行、評価など）を担い、どのように広めていくのか、ステークホルダーを見極めて働きかけたり、個々人や組織、社会に対してどのように働きかけるのかについて検討する必要がある。解決方法の検討には、関係するエビデンスの蓄積や関連の情報収集、代替案の検討が必要である。また、説得力を持たせるためにデータが必要な場合には、研究担当者の協力を得るなどのコーディネートも必要となる。多くの管理者、教育者、研究者、情報管理者、図書館司書、他の専門看護師などと協働していく必要があり、効果を分析するための評価指標や評価を可視化するための検討も重要である。

このように、それぞれ独立した立場の専門家が連携を図り、大きな組織を動かしていけるよう調整をしていくためには、組織や医療チームのニーズに合った医療政策に対応できる能力が求められると考えられる。また、対応する問題を、一患者や家族の問題、もしくは一部署のスタッフの問題として捉えるのではなく、社会情勢や組織全体の動向に加え、医療の動向をも視野に入れた、短期的・長期的なビジョンを持ち取り組む必要があることを学んだ（写真 5）。

2) INEx (Institution of Nursing Excellence)

INEx は、2013 年に運営が開始された UCSF 独自の部門である。INEx の前身であった以前の教育部門では、CNE (Clinical Nurse Educator) のみが在籍し、教育に対して CNS の参加や協働が希薄であった。そこで、UCSF では院内に INEx 部門を立ち上げ、現在、CNS、CNE、CNR (Clinical Nurse Researcher)、CRL (Clinical Research Librarian : 3 名) が在籍し、互いに連携・協働しながら看護の質向上に向けた活動を行っていた。例えば、CNS が現場の問題点を拾い上げ、その問題に関する質の高い文献を CRL が収集する。CNS はこれらの知見を参考にエビデンスに基づく介入方法を検討し、プロジェクトを立ち上げ、ケアの質の改善を試みる。評価のための研究的な視点は CNR との連携で担保される。また、プロジェクトの実行過程で、スタッフへの教育が必要な場合は、CNE がその役割を担うなど、エビデンスを現場に普及させるために必要な体制が整備されていた（写真 6）。

さらに INEx では、UCSF Clinical InQuERI モデルを掲げている。「Qu」は Quality Improvement を示し、エビデンスの現場実践におけるプロジェクト活動の実施をサポートしている。院内の看護師に対しては、6 ヶ月間のフェロープログラムも実施しており、CNS や CNE がプロジェクトの計画から評価までを支援し、年間 6~9 人の看護師がプログラムを受講していた。「E」は Evidence Based Practice を示し、問題状況に応じたエビデンスの活用をサポートしている。また、「RI」は Research、「I」は Innovation を示し、このように、看護の卓越性を促進するスキルの習得、生涯学習を支援していた。

日本においても EBP (Evidence Based Practice) の重要性が言われて久しいが、現場のスタッフの中にエビデンスの活用が浸透しているとは言い難い。エビデンスを上手く活用

して医療・看護の質を向上するために INEx のような部門が果たす役割の大きさを感じた。

6. CNS の役割について

The State of California Board of Registered Nursing の定義する CNS の役割は、1. 熟練した看護実践・直接ケア（実践）、2. 教育（特に看護師に対して）、3. 研究、4. コンサルテーション、5. 実践でのリーダーシップ（組織の中で問題点を見出しそれに取り組む）、の5つである。日本の CNS（Certified Nurse Specialist）との大きな違いは、「実践でのリーダーシップ」が明記されていることであり、今回の研修中、CNS のシャドーウィングからリーダーシップの実際を学ぶことができた。

UCSF Medical Center(Mount Zion Campus)で勤務する Adult Oncology CNS の主な役割は、看護師教育や院内の方針・プログラム作りであり、看護師の教育を通じてがん看護の質を高めることであった。CNS の支援のフォーカスが看護師であるのに対して、NP の支援のフォーカスは患者に向けられ、NP が直接患者と関わる診療やケアに重点が置かれている点が CNS の役割との相違点であった。また CNS の資格を持っていても患者に直接関わりたい看護師は RN（Registered Nurse）として雇用されていた。CNS の役割が組織の中で明確に位置付けられ、雇用契約の段階から個々の看護師がキャリアビジョンを持っていることに驚いた。

今回シャドーイングをしたある CNS は、5 時に出勤し 14 時に帰宅するという雇用契約を病院と結んでいた。その理由を尋ねると、特にトラブルが発生しやすい夜勤帯の看護師を支援する目的と、家族との時間を持つために早く帰宅する 2 つの目的があり、自身の生活と CNS としての役割遂行のバランスを上手くとりながら活動していることを教えてくれた。このような考え方や働き方は、院内外で多くの仕事を抱える研修生にとって大変興味深く、CNS としてのワークライフバランスについても考えさせられるきっかけとなった。

IV. おわりに

今回の研修を通して、米国でのがん医療の実際や UCSF Medical Center で活躍する APN（Advanced Practice Nurse）の実践を直接学ぶことができた。米国における臨床上の課題や APN が果たしている役割を直接見聞きしたことで、日本の医療・看護の良い部分にも改めて気づききっかけとなり、研修生それぞれが、がん看護専門看護師として取り組むべき今後の課題をより明確にすることができた。また、今回の研修を通して出合った異なる立場で活動する研修メンバーや、米国の一線で活躍する APN の方々との出会いから大きなパワーを得られたことは、かけがえのない経験であり、この学びを糧に CNS として今後のがん看護の発展に寄与していきたい。

このような貴重な機会を与えていただいた、小林がん学術振興会と日本がん看護学会に心より感謝申し上げます。また、研修の準備段階から研修後まで、細部にわたり手厚くご支援をくださった、現地コーディネーターの石井素子氏、石井哲氏、金森祐子氏、米国でご指導くださった皆様、そして、所属施設の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。



写真1
「経口薬のアドヒアランス」のレクチャー



写真2
「緩和ケア」のレクチャー



写真3
「Cancer Resource Center」の見学



写真4
「Art for Recovery」の見学



写真5
「Health Policy」のレクチャー



写真6
「INEx & EBP」のレクチャー