

患者の意思尊重と、持続可能なケアの質向上にむけて

山田 享介 (杉浦医院 看護師)

はじめに

私は、2012年3月に埼玉県立大学を卒業後、埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センターで5年間勤務した。この高度救命救急センターでの勤務は、クリティカルケア領域を主体とし、意識障害等で自らの声を上げられない患者の「消耗」を、バイタルサインや様々なモニタリング情報から推測し介入していくことが求められる。そして、主病変だけではなく、ICU入室中は、病状の悪化や侵襲的な処置、騒音や看護ケアによってたびたび、せん妄が引き起こされる。このせん妄が引き起こされると、患者の死亡率が上昇し、社会復帰率も低下する。つまり、良かれと思って行った治療やケアが患者の死亡率を上げる可能性があるということだ。こうした一連の経験から、患者の声以外の部分から介入すべきことを発見し介入する面白さと、「質の高いケア」、「患者のために良いケアとは何か」ということに、強い興味を持つようになっていった。

高度救命救急センターで5年間勤務をした後、訪問看護ステーションへ異動をした。高齢化社会が進む中で、このような高度医療が自宅でも行われるに違いないと考えたからだ。在宅看護の環境は、高度救命救急センターとは全く異なる。患者の変化が分単位から月単位、年単位になる。しかし、根本的な部分は変わらない。特に、在宅看取りにおいて、患者自身がどのように亡くなりたいか、どこで亡くなりたいか、どのようなことを尊重して欲しいかということについて、患者本人が語ることはわずかだ。さらに、患者家族の希望やこれまで生きてきたことの価値観なども大切なケアの根拠となる。つまり、ここでも患者の声にならない訴えを周囲の環境や家族とのコミュニケーションから把握収集し、推定してケアを行う必要があるということだ。しかし、こうしたケア実践はあまりにも複雑で困難を極める。日本では、訪問看護における教育が不足しているのではないかと考えるようになり、修士課程へ進学をすることとした。

修士課程では、新卒・新人訪問看護師の職場内教育について論文を執筆した¹⁾。その上、修士論文ではどのような教育が、訪問看護師のアセスメント力を向上させるのかを調査した。修士課程修了後、現在所属する杉浦医院で勤務することになった。杉浦医院は外来と在宅診療を行っているが、私は主に外来看護を担当している。この外来においても、患者の価値観や希望をどの

ように聴取し、そしてそれをどのように達成させていくのかを日々問われ、そしてそのような方法で良いのか、そしてこれら情報をどのように共有していけば良いのか日々疑問に感じるようになった。加えて、元々質向上や教育に関する研究を行っていたこともあり、どのような方策を行って質の向上や教育の提供を行っていけば良いのかを考えるようになった。その結果、今回のメイヨークリニックでの研修を受講することに決めた。

1 研修目的・目標

(1) 事前に自分が決めた研修目標

① ホスピスプログラム

- i. 本プログラムの対象となる患者について理解する。
具体的には、非がん患者も対象か、年齢や保険などに基準はあるかなど
- ii. 本プログラムの看護師の役割について理解する
- iii. 患者に対し、どのような場でどのようなケアを提供しているのかを理解する
- iv. 家族に対し、どのようなケアを提供しているのかを理解する。特に面会時間の定めや、病状説明のために時間を取る必要があるのか、ベッドサイドでの具体的なケアなど
- v. 多職種がどのように連携しケアを提供しているのかを理解する

② 意思決定支援

- i. どのように患者や家族に対してACPを実施し記録をしているのかを理解する
- ii. 患者の価値観や希望を、日常のケアの中でどのように聴取しケアに活かしているのかを理解する
- iii. 多職種の情報をどのように共有し連携しているのかを理解する
- iv. プログラムに入る前の情報をどのように入手し、記録しているのかを理解する
- v. 自施設以外に対して、どのように患者の情報提供を行っているのかを理解する

③ 終末期の支援体制

- i. どのような勤務体制で、患者に対してケアを提供しているのかを理解する
- ii. 異なる勤務帯のスタッフ同士が、どのように情報共有を行っているのかについて理解する
- iii. 臨死期のケアについて、どのように行っているか理

解する

④ ケアの質の評価と向上

- i. ホスピスプログラムのケアの質をどのように評価しているかを理解する
- ii. ホスピスプログラムのケアの質をどのように向上させているかを理解する

⑤ 看護師教育

- i. 新卒看護師教育について理解する
- ii. 継続教育について理解する
- iii. 病院全体の教育担当者がどのような活動をしているのかを理解する
- iv. 看護師の継続教育における看護研究の位置づけについて理解する

⑥ 看護部の役割

- i. Mayo Clinic の看護部の役割について理解する
- ii. 他医療機関と協働し、どのような教育や研究を行っているかを理解する

※渡航前はホスピスプログラムを希望していたが、ホスピスプログラムはあくまでも1つの部署であり、Palliative Care（緩和ケア）のほうが病院全体に掛かる従前の目標を達成できるとの教育担当者の判断があり、研修はホスピスプログラムだけではなく、Palliative Care でも行うこととなった。

(2) 研修目標に掛かる問題意識や背景

日本では、高齢化社会が進行し、多死社会となり、在宅医療の普及に伴い、がん患者に対する緩和ケアが充実してきた。近年、心不全患者に対する緩和ケアも診療報酬の対象となり、緩和ケアが提供されている一方で、その他の非がん患者は、緩和ケアを中々受けられない環境にある。この原因として、非がん患者の転帰は多様で、緩和ケアの介入タイミングが困難であることがあげられる。そのような状況から、メイヨークリニックではどのような対象に対して緩和ケアを提供しているのかが気になった。

加えて、やはり大切になってくるのが Advance Care Planning (ACP) をはじめとした意思決定支援である。日本においては、名称だけが広まり、正しい実践が行われているような状況には残念ながら、その情報共有も課題となっている。こうしたことから、ACP に対してどのように実践し、記録に残し共有していくのかを知りたいと考えた。

最後に従前より取り組んでいる研究や興味関心のある分野としての質の評価や教育についてである。そもそも、日本は質の評価が途上であり、評価部門があるところもまだまだ少ない。いわんや、小さな診療所においてをや。また、それに付随してどのように看護師を教育しているのか、病院全体の教育担当者がどのような活動をしているのかをすることで、質の評価や向上と、質の向上に欠かせない教育を知ることができたと考えた。

2. 2週間の研修日程

日程	内容	実習場所	担当者
一週目	病棟ラウンド、Care Conference	Palliative Care Team	RN
	受け持ち患者に対するケア	Inpatient Palliative Care	RN
二週目	受け持ち患者に対するケア	Inpatient general/hospice unit	RN
	診察、看護ケアの観察	Ambulatory Palliative Care	RN, MSN
	患者宅訪問 施設訪問	Hospice	MSN, RN
	ケア、服薬管理	Inpatient general/hospice unit	MSN, RN
	Care management について	Care management 部門	MSN, RN

3 研修で得た成果

(1) 緩和ケアについて

① 参考となった技術・知識・経験

私は緩和ケアチームと共に、朝のミーティングと、その日に訪問予定のある患者のもとへ訪問した。緩和ケアチームは、医師、Nurse Practitioner (NP)、看護師、専門看護師 (Clinical Nurse Specialist: CNS)、音楽療法士、聖職者で構成され、Saint Marys Campus のチームは合計 12 人いる。この緩和ケアチームは、18 歳以上の全ての患者を対象としているが、基本的に医師の依頼に基づいて開始される。たとえ、ホスピスに入ったとしても、退院しても Support は継続される (以下では、特に「日本の」と断りがない場合、メイヨークリニックでのシステムを指す)。そのため、がんの患者にかかわらず、心不全や他の疾患の患者との関わりをもっている。日本で行われている緩和ケア教育では、がんの患者を対象としたものが多く、ようやく心不全患者も緩和ケアの対象として診療報酬として認められるようになってきた。裏を返せば、がん以外の疾患の理解や麻薬以外についての知識が必要となるということだ。

毎朝の会議で、その日の患者について、リストに基づき、懸念事項や状況などの情報を共有する。この際に、各専門職がそれぞれの専門的見地から意見をいう。医師が看護師をフォローしたり、CNS が看護師をフォローしたりするイメージではなく、自分達の役割をしっかりと認識した上でミーティングを行う。CNS はチームの中で全体を管理する役割を果たし、看護師は直接的に患者や家族と話す役割を果たす。もちろん、CNS と看護師、NP と看護師など、共に行動する場合もあるため、あくまでも役割が異なっているということだ。

加えて、緩和ケアチームは 1 日の中で依頼のあった患者に関するリストに基づき、訪室し状態の観察や話を聞きに行く。その際に、家族や他の医療職がいた場合、情報収集や情報提供といったコミュニケーションをとる。基本的に同じ病棟ではなく、様々な病棟へ訪問するため、患者に関する懸念事項はその場でチームリーダー看護師へ報告される。したがって、その場その場に合わせた家族と多職種とのコミュニケーション力が求められる。

② オペレーションシステムや設備等

多くのコミュニケーションが電子カルテ上で行われるのが大きな特徴である。例えば、患者さんが自宅で亡くなったとき、それを病棟の看護師に伝えたい時もあるだろう。そのようなときに、電子カルテ上でチャットのようなやりとりができる。もちろん、日本の電子カルテにもメールの機能はあるが、メイヨークリニックの電子カルテでは、気軽にハートマークや笑顔のマークなどを返信でき、堅苦しいやりとりではなく、フランクなやりとりが行えるようになっている。そのため、直接訪問して何かを伝えるだけではなく、先述した朝のミーティングでしっかりと懸念事項を抽出し、その中で自分の役割とは何かを認識した上で、行動していく。もちろん、事前にその患者のスタッフとの調整が必要なのであれば、電子カルテ上でやりとりを行う。

また、この電子カルテ上には膨大なデータが蓄積されている。許諾の取れた他院の電子カルテデータやスキャンされた紙データが入っている。その情報の中から「palliative care」と検索したり、「acp」と検索したりすることで、必要な情報を抽出でき、その情報を確認することで、患者情報を確認できるようになっている。

③ 成果と自身の課題との関係

日本においても、コミュニケーションが大きく発展し、地域医療においては、特にクリニックと訪問看護、介護支援専門員などとつながり、コミュニケーションをとることができる。その一方で、日本のコミュニケーションツールは、医療用になればなるほど、かじこまったやりとりが多く、気軽に質問ができない「雰囲気」を感じることも多い。しかしそれは、発信者側が勝手に捉えている「雰囲気」ことも多い。これ各職種が感じる「ヒエラルキー」なども関係するだろう。各職種が自分達の専門性を認識し、その役割に集中できる環境作りを構築していくことが重要といえる。

(2) ACP について

① 参考となった技術・知識・経験

ACP は、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み」²⁾とされ、あくまでも「プロセス」であることが重要である。その一方で、日本では事前指示書

(advance directive: AD) と混同されることが多く、ときに「ACP を取った」と表現されることもある。厚生労働省は、ACP を人生会議と名付けて普及活動を行っている途上であり、非医療職への広まりも途上にある現状がある。

その一方で、あくまでもメイヨークリニックに関わりのある医療機関に限っての話となるが、ACP という用語は一般的に用いられており、入院前から他院で行われた ACP が文書化され電子カルテや紙面で共有されるようになってきている。また、本人や家族、医療ケアチーム全体で話し合いが行われる場合ももちろんある。今回、いくつかの Care Conference に参加し、日本との大きな違いに気づきを得た。

日本の場合、看護師と家族、看護師と本人、看護師と双方、というように、各勤務帯の中で、情報収集や意思の確認を行うことが多い。おおよその意思決定が済んだところで、退院前カンファレンスが実施され、退院までに必要な事柄について、整理していくことが多い。しかし、メイヨークリニックでは、こうした意思決定の前から、話し合いの場を持ち、本人の意思の表明、家族の意思の表明、医師の病状説明、他科の医師や緩和ケアチーム、Social Workers といった方々の見解などを表明していく。最終的に本人がどうしたいか、そしてそれを家族が同意するかを、「Support」して、ただひたすら「待つ」。その理由は「私達は決められないから」と、あくまでも本人の意思決定を尊重しているのが、大きなポイントであった。

その上で、患者や家族の同意が得られないケースも多々ある。そして入院期間は「一生」ではない。当然限りがある。その際に、どうしているかということ、様々な職種が話し合いの場を設け、各専門職からの説明を行い、彼らが決められるのを「待つ」という。特別、話し合いの場を増やしたところで、意思決定支援までの速度が加速する訳ではないが、決められるように「Support」するには、コミュニケーションしかないから、というのが彼らの答えであった。

② オペレーションシステムや設備等

特に、大きく日本の電子カルテと異なるのが、ACP の項目があることだ。この項目は、メイヨークリニックに勤務する人であれば、誰でもアクセスでき、誰でも記

録することができる。つまり、ACP とは「プロセス」であるということに基づき、日常臨床の中で、患者の変わりゆく希望を記録できるシステムが存在しており、誰でも閲覧できるようになっているということだ。

加えて、メイヨークリニックでは、ミネソタ州の法律に基づいた事前指示書が作成されている。事前指示書というと、先述した日本の状況と重なるが、中身はそうではない。3段階に分かれており、1段階目は自分達の望みや価値などを書く欄になっている。もちろん、自分自身で埋めても良いし、医療者と共に埋めても良い。各段階を経るにつれて、自分自身の病状の理解と、治療方針に関する記述へと移行する。これら書類は、自分自身の気持ちが変わった時点で変更が可能であり、古いものは効力を失う。そして、入院などのエピソードがあると、スキャンされ電子カルテ上に取り込まれ、保存される。この用紙は、対象が定まっておらず、タイミングも定まっていない。つまり、いつ、誰でも記入することができる。あくまでも、1人の看護師の予測ではあったが、5割の患者が事前にこうした用紙に記入してくるという。

③ 成果と自身の課題との関係

多くの日本の病院は、AD つまり、CPR するかしないか、呼吸器を付けるか付けないか、などの記述に留まっていないだろうか。日々関わる医師や看護師、介護支援専門員と患者とのやりとりは、ときに記録され、ときに記録されない。良い実践が引き継がれず、ややもすれば入院中に本人の希望とそぐわない治療やケアを受けることもある。

もし、このような用紙があれば、クリニックの外来から ACP のプロセスを開始することができる。書くことが分からなければ、医師や看護師と一緒に書いたって良い。大切なのは、自分が何を大切にしているのか、そしてその価値は何なのかを認識し、他者に話すこと、そして最終的にそれが尊重されることなのだから。

(3) 終末期の支援体制について

① 参考となった技術・知識・経験

入院病棟では、日勤帯で全身評価し、夜勤帯で集中的なアセスメントを行う。そして、申し送りは直接担当看護師同士で行われ、懸念点などが共有される。もちろん、患者が拒否したケアや、自分達が観察できなかつ

たことについても共有されるため、次の勤務帯でカバーされる。痛みの程度や気持ち悪さ、息苦しさなど、ほとんどがスケール化されているため、数字によるやりとりがなされ、客観的な評価もしやすい。全てのスケールを暗記する必要はなく、電子カルテに項目毎に入力すれば自動的に算出されるため、大変効率的である

ホスピスケアと緩和ケアは明確に区別されている。ホスピスは予後6か月位内と診断された人で、積極的な治療を希望せず、自宅や病院、施設で過ごす人に提供される。緩和ケアは、何らかの病気が診断されたときから提供され、例えホスピスプログラムを利用している人であっても、緩和ケアは継続される。

② オペレーションシステムや設備等

まず、入院病棟では薬剤管理用の指紋認証による金庫管理となっており、基本的にはWチェックを不要としている。麻薬管理も同様である。残薬を入力することにより、適正に管理されているかを評価している様子だった。予薬前にも、バーコード認証により誤薬を防いでいる。したがって、他の看護師の手を止める必要がない。

ホスピスプログラムでは、医師を含めたプロバイダーに薬剤の相談をした後、各自看護師が電子カルテ上でオーダーを入力する。その内容を医師が承諾すると、薬剤が各自自宅や施設へ自動的に配送される。加えて、入浴支援などの介護士によるケアが必要な場合は、すべて看護師が計画を立てる。こうしたCare Managementを通じて、ケアの質を一定に保つ。加えて、夜勤帯も看護師が常駐し、電話の対応や緊急時訪問も対応する。

③ 成果と自身の課題との関係

日本においては、くり返しになるが緩和ケアに関する病気の縛りがある。さらに、緩和ケア病棟が、ときに「ホスピス」と名乗っている場合もあり、緩和ケアとホスピスが明確に区別されていない。メイヨークリニックでは、緩和ケア病棟でも化学療法ができるが、日本の緩和ケア病棟では、できない場所のほうが多いと思われる。その反面、在宅ケアでは、訪問診療医が緩和ケアを提供し、かつ化学療法を行う患者も多い。メイヨークリニックのホスピスプログラムでは、緩和ケアチームも途切れず関わるため、「見放される」という印象を抱く可能性

が低くなる。これらを踏まえると、やはり疾患に囚われず緩和ケアを提供し、そのケアの中で患者の希望をくみ取り、望む場所で最期を迎えるように支援する体制を構築していく必要があると考えた。

(4) ケアの質の評価と向上

① 参考となった技術・知識・経験

この項目で特に重要になってくるのは、各専門家が、自分自身の役割を認識し、行動することである。各病棟には、看護管理者、CNS、NESがおり（NESはない場合もある）、ケアマネジメントの部署で測定された評価結果を基に、自分達の病棟における対策を立て、質の維持・向上を図る。管理者の役割意識が強い日本とは異なり、あくまでもこの3者が一体となって問題解決を図ることが重要という。

その上で、CNSは、各質評価の結果を基に、優先順位を立て、焦点を絞る。その後、どうしてこのような結果になっているのかを、電子カルテやスタッフとのコミュニケーション、全体の環境観察を通じて、原因を究明する。原因に当たりがついたところで、対策を立てる。この上で、スタッフに対する教育が必要な場合には、NESがこれら原因をもとに教育を提供する。また、環境依存的な問題、つまり管理的な問題であれば、管理者が介入し改善するよう試みる。こうした活動は、個々の役割を個々が認識しているからこそできる。

② オペレーションシステムや設備等

1番大きな役割を担っているのが、Care Management部門である。日本でも、医療の質評価の取り組みは広まってきているが、まだ途上である。ときに日本では、病棟の看護師が個々に測定したり、各部門（感染管理や皮膚排泄ケア）が測定したり、改善を試みたりしているケースも散見される。こうした活動は、ときに病棟で患者を看ながら行うことを求められ、その負担も大きい。また、役割が重なっているため、スタッフ看護師との対立も生じやすい。特に、チームからの一方的な発信（評価と改善策の提示）は、病棟事の文脈を無視する事もありうるため、尚更対立を生みやすい。

その一方で、あくまでもCare Management部門は、ケアの質の測定に徹底しており、各対策はそれぞれの病棟に託されている。ここでも分業である。その結果、

各文脈に合わせて病棟側が対策を考えやすく、自分達の役割に専念することができる。

③ 成果と自身の課題との関係

私達の診療所は大変小規模のため、ケアの質評価はもちろんのこと、その向上に向けた対策が立てにくい環境にある。その一方で、定期的なカンファレンスで、課題の共有や対策の方策検討など、医師、看護師、事務職といった多職種で話し合うことができている。こうした事柄は記録されているため、今後の方針の修正や評価などにも有用であるといえる。

その一方で、私が研究テーマとしている訪問看護領域においては、訪問看護管理者が管理業務から教育、質の評価や改善策の提示まで一括して行っている訪問看護事業所が多い。しかし、この件をメイヨークリニックの看護管理者に話したところ、大変驚いていた。つまり、管理者には管理業務があり、それだけで大変にもかかわらず、それぞれが独立している教育や質向上までも行わなければいけないことは、どう考えても業務負担が大きいことを示しているのだ。したがって、教育担当者や質の評価を担当する CNS などの拡充が望ましいといえる。

(5) 看護師教育について

① 参考となった技術・知識・経験

メイヨークリニックでは、1年目に基本的な事柄について広範に教育を提供し、2年目以降は各部署で専門的な教育が提供される。これらは、Web上から実施できるが、多くはコース（複数の講義が連続している）で構成され、最後に QUIZ として問題が用意されており、80%以上で合格などの条件が設定されている。これらは、学ぶと自分自身のポートフォリオとして形成され、これらは実績として評価される。こうしたプログラムは、日本では各会社や学会が有料で提供している現状がある。したがって、メイヨークリニックの看護師達は、必要な教育を、質の高い教材で学び、知識や技術を高めることができる。こうした背景には、アメリカの看護師免許証は、更新するための教育が求められるため、各病院は豊富な教育を提供する必要がある。そして看護師達も、免許証の更新のためにも、日々提供される教育を受け、知識の向上に寄与していた。

加えて、日本のように看護研究が義務づけられておらず、自主的に研究を行うようになっていた。

② オペレーションシステムや設備等

緩和ケア病棟へ行って気がついたことだが、日本とアメリカでは、そもそも看護師の果たすべき役割が大きく異なる。日本では看護師が直接的なケアからアセスメント、薬剤管理などを行うが、アメリカでは直接的なケアはほとんど行わない。基本的にアセスメントを行い、薬剤管理などを行う。特にこのアセスメントに力が入られており、朝のミーティングで集中的にアセスメントを行い、夜間帯は特定の分野においてアセスメントを行うようになっている。これにより、看護師は患者の情報収集と解釈に集中することができる。

加えて、点滴のドレッシング交換や膀胱留置カテーテルの交換、MRIへの搬送など、すべて担当部署が存在する。日本では、点滴のテープが剥がれかけていたら、その場で張り替えるだろう。しかし、メイヨークリニックでは、IV ナースがおり、ドレッシング交換から、必要であれば IV カテーテルの挿入も行う。また、MRIなどの研貞には、輸送担当部署があり、輸送を行ってくれる。したがって、看護師がいかに自分の役割に専念できるような仕組みになっているか、である。

③ 成果と自身の課題との関係

日本の大きな課題は、看護師は法律上自らの資質を維持向上させる必要があることが明記されている一方で、免許は更新制ではない。したがって、現状個々の看護師の意識に委ねられている。そのため、個々人が有料で受けられる学習プログラムが充実していくことも1つであるが、各病院や事業所の電子カルテやデバイス上で、学習資料を載せるなどの支援が、1つの解決策になる可能性がある。

(6) 看護部の役割

（「看護研究」についての講義内容を含む）

① 参考となった技術・知識・経験

1つの主軸として行われているのが、リーダーシップ教育である。リーダーシップの段階を4段階に分け、メンターや管理者による評価を受け、次の段階に進むかどうかを判断される。このリーダーシップ教育を受け、主

体的に自分自身のキャリアに考え学びを深めるほか、他者に対するリーダーシップを発揮して問題解決や革新的な活動につなげることも期待されている。

看護部として、看護研究を義務づけていない反面、看護師の自主性を尊重し、看護研究を行いたいという意欲のある看護師に対し、支援する仕組みを構築していた。

② オペレーションシステムや設備等

看護部がこのリーダーシップを育成するために、豊富な教育資材を提供し、スタッフは勤務時間帯に活用できるほか、Udemyといった外部教材を無料で提供している。つまり、スタッフが主体的に教育を受けようとするれば、その声に応える形で、様々な教材を提供していることを意味している。

加えて、看護研究者が専属で雇用されている研究部門を持つ (Toftthagen, C., et al., 2024)。この部門では、研究を行いたい看護師と看護研究者が協働して2年間で研究を行うプログラムである。また、看護研究者は他機関の研究者とも共同研究を行っていた。

③ 成果と自身の課題との関係

この看護師に対するリーダーシップをどのように育成するかという点に関して、新しい視点であった。どうしても、日本の看護師の多くは頑張りすぎ、自分達の評価が厳しい傾向にある。頑張りすぎる看護師ほど外部研修を受けるような印象もある。したがって、サポート体制を構築しながら、主体的に学習できるような環境を構築することで、日本の看護師も負担少なく学習を深めることができる可能性がある。

日本においても、いくつかの病院で看護研究を自主性に任せ、大学と連携し支援するところが出てきているが、まだ全国に広まっているわけではない。こうした良い取り組みを拡散することにより、看護の質向上にも繋がるのではないかと感じた。

4 今後メイヨー研修参加を目指す後進へのメッセージ

今回、メイヨークリニックでの研修を受けて感じた1つの強い思いがある。アメリカの病院における褥瘡発生率は4 - 10%といわれるなか、日本における調査では3%前後である³⁾。あくまでも、褥瘡に対する評価であ

るが、日本の看護ケアの質は低くない。もちろん、メイヨークリニックでのシステムは確かに素晴らしい。圧倒される部分もあるだろう。されど、日本では、個々の看護師が直接的なケアを行いながらもアセスメントを実施し、質の高いケアを提供していることに誇りを持つと思った。その上で、このメイヨークリニックでの研修を受け、どうやったら日本の環境に導入できるのかを考え、試行錯誤し、より質の高いケアを提供できるような契機にして欲しい。

英語に関しては、私は TOEFL My Best Score 79 点で、Speaking の点数が 20 点に満たないため、ZOOM による面接を受けた。したがって、周囲よりも英語に関して、遅れを取っての研修参加となった。しかしながら、プレゼンテーションでの議論や病棟での実習において、積極的に質問し、一通りのコミュニケーションを行うことができたのではないかと考えている。このことから、英語の点数に臆することなく、知りたいという思い、学びたいという思いを持って、楽しんで参加することもおすすめする。

5 まとめ

私の専門領域は、質の評価と向上、看護師教育、緩和ケアである。この専門領域の事柄について、メイヨークリニックで最大限に吸収して日本に帰ってきたと自負している。この情報をもとに、日本の看護界における質の向上に寄与していきたい。

引用文献

- 1) 山田享介, 野口麻衣子, 沼田華子, 山本則子. 日本の新卒・新人訪問看護師に対する職場内教育プログラムの文献検討. 日本在宅看護学会誌. 2022 Aug;11 (1): 52-61.
- 2) 厚生労働省, 「人生会議」してみませんか, 厚生労働省 web https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html, (閲覧日: 2024年9月27日)
- 3) 紺家千津子, 志渡 晃一, 安部 正敏, 安倍 吉郎, 飯坂 真司, 島田 賢一, 正壽 佐和子, 田中 克己, 樋口 浩文, 水木 猛夫. 療養場所別自重関連褥瘡と医療関連機器圧迫創傷を併せた「褥瘡」の有病率, 有病者の特徴, 部位・重症度. 褥瘡会誌, 2018, 20 (4): 423 - 445.

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved. (本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)