

日米医学医療交流財団 留学助成 A項 研修報告書

氏名：熊倉純子（平成20年度 助成者）

作成日 平成22年10月5日

研修先	期間
University of California Riverside Extension (UCR Ex), Global Nursing Review Program (GNRP), California	2008.9.22～2009.6.11
Riverside Community Hospital, California	2009.3.8～2009.6.8
North Okaloosa Medical Center, Florida	2009.9.14～2010.7.12

留學生活の前半1年間は、各国からの学生とともに、米国で医療、看護に携わる準備段階として UCR Ex, GNRP にて、現役 RN の講義を受講し、Riverside Community Hospital では Clinical Care Extender として CNA レベルの看護介入を体験することで医療、看護システムなどを学んだ。(GNRP に関しては、渡米中の報告書に記載してあるため、今回の報告書では割愛する。)その後、RN として就職活動を開始した。以前、UCLA や Children's hospital of Los Angeles など有名な病院を見学したこともあり、評判の良い teaching hospital や magnet hospital への就職を希望していた。日本での6年半の看護師経験とともに、CV 作成、インタビュー準備など用意周到で望んだが、徐々に有名病院への就職は現実的ではないことを目の当たりにする。F-1 visa/Optional Practical Training (OPT) という1年間限定の就労ビザ保持ということ、米国にて看護師経験が皆無であり米国の看護学校を卒業していないという点、米国が過去に例をみない不景気であったため就職活動は困難を極めた。GNRP 修了後、一定期間内に就職が決定しないと、学生ビザ (F-1/OPT) の規定上、日本への帰国が余儀なくされるという厳しい状況の中、全米70余病院へアプライし、書類選考後、数カ所より簡単な電話面接を受ける。その後2病院(いずれも飛行機で乗り継ぎ6~7時間かけ面接へ。)から対面の面接のオファーを受ける。その後、やっとの思いで NOMC への就職が決定し、California 州の RN license を Florida 州への endorsement を申請。米国では人事課、看護部長等とのインタビューに加え、必ず、アプライしているポジションの直属の上司となる師長がインタビューを行う(率直に、この上司のもとで働きたいか、また、上司もこの RN と働きたいかを決める機会となる。)日本とは異なり、新人一斉募集のようなことは一般的ではなく、通年、各ポジションへの応募が可能である。実力主義社会の米国では、専門分野においての知識、経験、RN 資格以外の取得資格など自分の経歴をいかに効果的に CV にまとめ、自分を売り込むかということが書類選突破の鍵となる。(私も RN ライセンスのほかに、新たに BLS など3つの certificates を取得した。)そのため、現場のニーズは新人より経験者の方が遥かに高い印象があった。米国では特定の科の特定のポジションへアプライするため、日本のように希望していない病棟に

配属されることはない。勤務していた NOMC は、人口 20000 人の小さな町にある、地域に根ざしたベッド数 100 床余りの community hospital である。日本で 6 年半勤務していた慶應義塾大学病院とは規模的にはだいぶ異なるが、全米 29 州に 120 の病院を運営する Community Health Systems(CHS)というヘルスケアカンパニーが経営しており、小さな病院でありながら、JCAHO accredited ということから、システムは整備されている印象があった。就職後、1 週間の病院全体のオリエンテーション後、試験と課題を終え、小児科病棟での勤務が開始した。同僚および、管理職とともに 30 日、90 日の評価をながらプリセプターの指導のもと徐々に病棟業務に慣れていった。一般小児科であったため、以前日本で勤務していた NICU などより、仕事のペースは緩やかであったため、時間をかけてプリセプターや、同僚から技術、業務の指導を受けることができたのは幸いであった。1 ヶ月ほどプリセプターの指導を受け、業務を身につけた後、夜勤に移行した。日本で勤務していた大学病院とは違い、数名の hospitalist を除いて、ER 以外は医師が常駐しておらず、医師は病院とは異なる場所でクリニックを運営しているか、病院併設の外來クリニックで勤務している。患者はそういった ER やクリニックから送られてくるため、入院オーダーや、医師への問い合わせは電話で行うことが多く、Florida 州北西部の南部訛りも手伝い、最初は苦戦した。日本より遥かに RN の autonomy が発達しており、医師も RN の裁量に任せている部分が多くあった。小児への鎮痛剤（麻薬）の投与であっても、医師からの幅持ちの頓用オーダーをもとに、RN が患者の状態をアセスメントし、投与量、時間を決定することさえできるのには驚いた。一方、日本では当たり前のようにおこなっていた患者への気配り、丁寧で繊細なケアが、米国では、患者や同僚から驚かれると同時に感謝されることも多くあり、驚くとともに日本で得た基礎看護教育の有り難さを感じた。看護システムや看護業務範囲などに関してはいくつか顕著な違いがあったように感じる。日本では大学病院の NICU および小児科で勤務していたため大半の手技は研修医が行っており、看護師が行う技術は比較的少なかったが、NOMC では RN が病棟での手技は、新生児、乳幼児の採血、点滴挿入、血培採取などの大半を行う。小児病棟は 8 床のみ全室個室、患者は新生児から 16 歳頃までであり、家族の 24 時間付き添いが義務づけられていたが、一長一短であった。病床稼働率の変動時への対策として、オンコールシステムの他に、多くの RN が cross training を受け、必要に応じて 2 病棟以上の病棟で勤務できるようになっていた。私は med-surg unit での cross training を受け、稼働率低下時に Med-Surg Unit(一般外科)で成人看護を行う機会も得ることができた。米国の医療現場では RN は LPN、CAN、RT(呼吸療法士)などに業務を移譲できる。日本の病棟看護師は急性期の病棟であっても患者の寝衣交換、食事介助、排泄介助などありとあらゆるケアを行い、残業時間も長く 煩

雑な印象がある。しかし、米国においてはこういった業務は全て CNA が RN から移譲されている。入院時のアセスメントや、ICU, Pediatrics を除き、バイタルサイン測定は CNA が行う。CNA が収集したデータを RN に報告し、最終責任は RN が負うというシステムになっている。日本では馴染みのない業務委譲システム下では十分なコミュニケーション、アセスメント能力なしには、患者の安全性は確保されない。現場では業務移譲することに抵抗を感じている RN もいた。また、患者の権利に重きを置くばかりに過剰な Pain Control や、長年の食生活を変更する食事管理の困難な現状も見受けられた。日本の医療は依然パターンリズムであると言われることもある一方、米国では、患者の権利主張の強さが治療過程や、看護過程に及ぼす影響が日本より大きいように感じる場面があった。米国は 50 州それぞれに Nursing Board があり州により看護の規律は異なる。California 州では nurse-patient ratio が 1:5 と決められているが、私が勤務していた Florida 州では基準はなく、Med-Surge Unit では多いときでは 1:8~9 人であり、労働環境は州、病院ごとに異なるといえる。日本とは異なり、nurse-patient ratio は 1 日を通して同じであるため、勤務によって業務量の差がさほどなく、この点においては nurse の負担は軽減されているといえる。勤務体制は 12 時間勤務、2 交替制の固定シフトが主流である。米国の看護師免許は 2 年ごとの免許の更新が義務づけられており、州ごとに決められている継続教育の要件のクリアが必須である。継続教育のためのプログラムは幅広い分野から自由に教材を選び自分の興味のある分野において単位を稼いでいくことができるシステムである。また、多くの病院で就労要件となっている心肺蘇生法 (BLS, PALS, ACLS, NRP) の certificate も講習、テストを受けての 2 年更新が必須となっている。講習時間は、仕事とみなされ給与の支給および受講料も病院持ちであり無理なく受講できるようになっていた。Quality Assurance の一環として NOMC では退院した患者へ継続的にアンケートや、投書箱を設置し患者の声を収集していた。クレーム対応チームもあり、患者の不満に対しては 24 時間迅速な対応がなされている。また、訴訟が起きた際などに状況証拠として用いられるツールとして始まった小さなデバイス、NST(nurse trucking system) というものがある。これをつけることにより、RN, CNA がいつ、どこで、どのくらいの時間を過ごしたのかがコンピューターにデータとして取り込まれ保存される。このシステムは米国ならではといえる。本来、患者から訴訟を起こされた際などに、証拠データとして使用する目的で考案されたようであるが、使用目的の 1 つに看護師が決められたラウンドを行っているか上司が把握するためのツールとなっているという話もあった。次に、指紋認証システムを搭載した薬のコンピューター管理に関して、使用目的の 1 つに薬剤取り出し時のエラー防止の他に、医療者による麻薬乱用など不適切な使用への対策というものがあつた。(採用時のスタッフへの厳

重なドラッグテストにも驚かされた。) NST とともに使用することで、薬品の使用状況を追跡することが可能である。米国では、エラー防止のためのソフト面に時間をかけるよりもシステムの改善、コンピューター導入などハード面に力が注がれているような印象を受けた。また、**pain control** に関して、近年日本でも **pain clinic** など普及してきてはいるが、一般的に、日本人は痛みの耐性が高いといわれている。米国では **JCHAO standard** や、**American Pain Society** が、**pain check** は第5のバイタルサインとし、バイタルサイン測定時には **pain scale** を用い、アセスメントすることを義務づけている。患者は痛みを訴えやすい環境にあり、術後は特に早期離床を促すため積極的に **pain control** を行っている印象があった。米国は日本と比較すると圧倒的に短期入院であるため、手術後も麻薬性の鎮痛剤を退院処方されるケースが多く、退院後の処方薬内服のコンプライアンスの維持が困難であることもあり、過剰摂取で **ER** へ搬送されてくるケースも頻繁に見られ問題視されていた。また、日本と異なり処方薬がメディアで自由に宣伝できるため、患者の薬に対する関心、知識も多いように感じた。余談ではあるが、米国では日常生活においては **feet, oz, lbs, F** などの単位を使用しているが、医療現場では **ml, mg** などメートル法を用いるのが主流である。しかし、患者に説明する際には **oz** や **lbs** に再度換算する必要があり慣れるまで不便であった。勤務した **NOMC** は **community hospital** であったため、**NP** や **CNS** などと仕事をすることがあまりなかったことは残念だったが、看護システムや、その文化的背景について多くを日本と比較、考察することができたことは有意義であった。今後も米国の臨床で学び続けたい希望はあったが、不況やテロの影響を受け、看護師用の **H1-C** ビザ 2009 年に関してはカテゴリーそのものが撤廃されるなど、**OPT** 終了後の就労ビザの取得が現状では不可能であった。今回の留学は **CGFNS, NCLEX, IELTS** の準備など多大な時間と労力と資金をかけての念願叶ったの渡米であったため、外国人看護師の就労が非常に厳しい中、米国の **RN** と同等のポジションに就き、米国の医療、看護を知る貴重な体験できたことを心から嬉しく思っている。また、周囲に看護師として臨床留学する者が少ない中、**JANAMEF** の助成者として、留学することができたことは心強く励みになった。この留学の経験を生かし、今後も視野を広く持ち、日本の看護をより良くしていくため努力していきたいと思う。この場をかりて支援して下さいました全ての方に深く御礼申し上げます。