大阪公立大学 Osaka Metropolitan University 学術情報リポジトリ

地域におけるエンド・オブ・ライフケアを拡充するための基盤構築に向けての海外研修：ホスピスハワイならびにハワイ大学でのシミュレーション教育

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-03-28 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 江口, 恭子, 志田, 京子, 香川, 由美子, 松下, 由美子, 深山, 華織, 岡本, 双美子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005663

資　料

地域におけるエンド・オブ・ライフケアを拡充するための基盤構築に向けての海外研修―ホスピスハワイならびにハワイ大学でのシミュレーション教育

The Overseas Inspection Tour Aimed at Building the Foundation to Expand End-of-life Care in the Region – Practice of The Hospice Hawaii and Simulation Education at The University of Hawaii

江口恭子・志田京子・香川由美子・松下由美子・深山華織・岡本双美子
Kyoko Eguchi, Kyoko Shida, Yumiko Kagawa, Yumiko Matsushita, Kaori Fukayama, Fumiko Okamoto

キーワード：米国，ハワイ州，エンド・オブ・ライフケア，経営管理，シミュレーション教育
Keywords: United States of America, Hawaii, End of Life Care, Practice Management, Simulation Training

Ⅰ．はじめに

我が国は多死社会を迎えつつあり，エンド・オブ・ライフケア（End of Life Care，以下，ELC）ならびにホスピスケアが注目されている．1981年，聖隷浜松病院にホスピスが開設されて以降，緩和ケア病棟の基準をクリアした施設ホスピスを中心として発展し，ホスピスとはホスピスケアを提供する施設そのものを指すことが一般的である（川越，2002a）．しかし，元来ホスピスは看取りの哲学，考え方を示す用語であり，その考え方に基づいた具体的なケアをホスピスケアと言い（川越，2002b），米国では，患者の希望に応じて在宅や介護施設に訪問して専門的にホスピスケアを提供する事業所が主流となっている．また，ホスピスケアを含めた地域でのケアの担い手となる看護師の教育手法として，シミュレーション教育が注目されている．しかし，機材費や人件費の面から広く普及するには至っていない（尾原，2011；原島ら，2012）．そこで，わが国におけるホスピスケア実践の普及と担い手となる人材の育成，そして普及に不可欠な経済的基盤の整備といった課題の解決に取り組む基盤とすべく，米国ハワイ州でホスピスケアに先進的に取り組むHospice Hawaii（以下，HH）と医療系専門職を目指す学生を対象としたシミュレーションセンターでの教育を実践しているハワイ大学での研修の機会を得たので報告する．

Ⅱ．研修目的

1．HHの概要と活動ならびにケアの実際を知る．

2．HHの経営を知る．

3．ハワイ大学シミュレーションセンターの概要と取り組みを知る．

Ⅲ．研修スケジュール

【研修一日目】

・Hospice Hawaii Officeにて，HHの概要と組織・経営に関する説明とディスカッション
・HHの短期入所施設であるカイルアホーム；

受付日：2016年9月20日　受理日：2016年12月20日
大阪府立大学地域保健学域看護学類

Kailua Homeを訪問し，施設見学と看護師へのインタビュー

【研修二日目】

・ハワイ大学シミュレーションセンター；University of Hawaii Translational Health Science Simulation Center（UHTHSSC）の視察とその取り組み，ならびにハワイ州の看護教育の現状についての講義

【研修三日目】

・担当看護師（Case Manager）による訪問ケアへの同行とインタビュー

・Hospice Hawaii Officeにおいてホスピスケアに関するディスカッションと多職種ミーティングの見学

Ⅳ．研修内容

１．ハワイ州の医療サービスとHHについて

１）ハワイ州の概要と医療サービス

ハワイ州は８つの主要な島で構成されている．今回，訪問したHHはオアフ島ホノルル市にある．2014年現在，州の人口のうち約70％がホノルル市に住み，その半数以上が先住民系以外の人種と白人系で，日系人が占める割合は約１割である（在ホノルル日本総領事館）．ハワイ州保健局は2015年時点での65歳以上人口は17.0%であり，５年後には19.3%になると予測している．これは，わが国よりは低いが，全米の14.9%(2015)，16.9%（2020）と比べると高い．

米国の公的医療保険は，65歳以上の高齢者向けメディケアと低所得者向けのメディケイドのみであり，他は民間保険に加入している．一方，我が国の介護保険制度に相当するものはない．ホスピスケアを受ける際にはこれらの公的保険制度や民間保険を利用する．民間保険とメディケアは期間が限定されており，これらが使用できなくなると私費での利用，私費での利用も困難となるとメディケイドを受けることになる．しかし，大抵の民間保険は条件に適えば期間延長可能であり，多くの患者が私費での利用なしで最期を迎えることができる．

２）HHの概要

HHはハワイ州において在宅や施設に訪問してELCを実践する事業所の先駆けとして1979年にオアフ島に設立し，1995年には一時的な入所施設であるカイルアホームも開設した．現在，モロカイ島，ラナイ島でもオアフ島と同様のサービスを提供している．

HH組織は，看護師資格を持つ経営者でありCPO（Chief Professional Officer）であるKenneth L. Zeri氏の下，Chief Medical Officerをトップとする医療部門，Chief Strategy Officerをトップとする戦略部門，Director of Clinical Operationsをトップとするケア部門，Director of Counseling Servicesをトップとするカウンセリング部門の他，財政部門，人材部門，情報管理担当者で構成されている．総スタッフ数約150名で運営されており，特に戦略部門のトップは経営学修士を持ち，ロゴマークやオリジナルグッズを用いたマーケティング戦略等を担っている．

看護師は組織の中で医療部門とケア部門に所属している．医療部門にはNP（Nurse Practitioners）が所属し，医療的処置の指示や処方を担っている．患者への直接的ケアと訪問はケア部門に所属するRN（Registered Nurses）が他職種と協力して担っている．患者に対して，RNの資格を持つ担当看護師（CM，Case Manager）が中心となってケアを行い，そこにSW（Social Worker）等の他の専門職と夜間対応のRNであるAfter Hours Nurses，Hospice Aides等のサポートが入る．ケア部門にはこれらの実践家に加えて，CMを統括するPatient Care Managerやケアの質を管理するRNであるQuality Improvement Coordinator，スタッフ教育を担うEducation Coordinator，電子カルテを管理するElectric Medical Record Coordinatorが支えている．

３）HHの活動

ａ．HHのケアのフレームワーク

HHでは，“Bring hope, Reduce fears and Impact lives.”（希望をもたらし，恐怖を軽減し，生命を輝かせる）を理念とし，患者と家族が人生の終焉を迎える過程を８段階に分類し，それに応じたホスピスケアを「コンサルテーション」「導入期のケア」「終末期にスムーズに移行するためのケア」「穏やかな死を迎えるためのケア」「亡くなった後のケア」の５つに分類して示したものをフレームワークとしている．さらにこれらの各段階はEnd of Life Education（ELE），つまり，患者と家族に人生の終焉に向かう過程や必要な準備，ケアを状況に応じて情報提供することを基盤としている．

患者が終末期ケアの適応となってホスピスケアを希望した時点を「１段階：紹介」とし，コンサルテーションが提供される．「２段階：導入」に

は情報収集と訪問のための準備が行われ，訪問が開始されると「３段階：導入から１週間」となる．２，３段階で提供されるのは導入期のケア，患者と家族の生活にケアを統合していくための調整が行われる．その後「４段階：安定期」に入り，次の終末期にスムーズに移行するためのケアが行われる．すでに家族の生活にケアが溶け込んでいるので，今後の成り行きを予測して家族に伝え不安の軽減に努める．さらに，患者の症状を緩和するケアについても考え，患者の状態によっては最後の望みを叶える．「５段階：終末期」には，患者の意識は徐々に薄れ，穏やかな死を迎えるためのケアが行われる．患者と家族に死期が近いことを伝え，患者の最期の思いを引き出し，家族には患者が死を迎えるまでの経過とその対処方法を説明する．亡くなる24時間から72時間前の「６段階：臨死期」には，患者に対しては苦痛の軽減に努め，家族には死の徴候の見方等に加えて患者に話しかけるよう説明する．「７段階：死の直後」に行われる亡くなった後のケアは，家族と共に患者の身を清めて死装束を整え，家族がこれまで患者に行ってきたケアや患者の人生を共に振り返る．また葬儀に参加することもある．死後１週間以降の「８段階：死別期」には，Bereavement Coordinatorによる訪問やカウンセリングが行われる．HHでは，Family CampやA Night to remember（家族が集まってろうそくを灯し故人を偲ぶ）等のイベントを家族を看取った人々向けに行っている．

ｂ．HHのケアの実際

研修では，ケアの実際を知るためにCMによる訪問への同行ならびにカイルアホームの見学を行った．

①CMによる訪問

訪問は在宅，グループホーム，老人保健施設の３件であった．在宅での訪問は脳梗塞後で認知症を持つ80歳代の女性が一人暮らしをしている一軒家に伺った．独居であり，専属の介護人が住み込みでケアをしていた．CMはリビングでリクライニングチェアに座っている患者の手を握ってコミュニケーションをとりつつ，介護人に前回の訪問から変化がなかったかを尋ね，バイタルサインの測定とフィジカルアセスメントを行っていた．結果はパソコンへの入力と患者宅に置いてあるファイルへの手書きの２通りの方法で記録し情報共有を図っていた．訪問時には紙おむつ等の消耗品の配達も行っていた．施設でも同様に患者の状態を確認すると共に，施設の療養記録も見ながらアセスメントを行っていた．１件の訪問は30分程度であった．１人のCMが担当している患者は14人前後で，訪問の頻度は各段階により異なるが，安定期においては週に１～２回であり，１日に訪問する件数は最大４件程度とのことであった．あるCMは病院や診療所で勤務したのちHHで働くようになったが，患者の人生に深くかかわることのできる現在の仕事を誇りに思っていると話していた．

②カイルアホーム

HHから10kmほど離れた閑静な住宅街にあり，在宅で過ごす患者が症状のコントロールのために24時間のケアが必要となった場合や臨死期に在宅での看取りに不安がある場合のための入所施設である．あくまで一時的なもので，症状が安定するまでや患者が亡くなるまでの短い期間の入所が対象である．平屋の一軒家には広い庭とプールがあり，５つの個室，キッチン，リビングが備わっている．家族はいつでも面会でき宿泊もできる．我々が訪問した際も１組の家族が寛いでいた．ナースエイドや調理担当も含めて常時３人のスタッフがケアにあたっているとのことであった．

写真　カイルアホームの庭から見たホームの建物

４）HHの経営

ａ．米国におけるホスピスケア

米国においては，1982年にメディケアホスピスベネフィットが制定されたのちに着実にホスピスケアの利用者は増加傾向にある．全米ホスピス・緩和ケア協会（2015）によれば，2014年では約120万人がホスピスケアを利用した後に死亡していたことを報告している．米国におけるホスピスケアの増加は，キュア医療の場で消費される医療コストの高騰が国費を圧迫していたという背景もさることながら，ホスピスケアによる安らかな死

を迎えることは全人的ケアとして重要なことであるという理念のもとで実施された結果でもある．全米ホスピス緩和ケア協会の報告（2015）によれば、2014年の時点で米国におけるホスピスケア提供事業所の数は6100にのぼり、右肩上がりに上昇を続けている．こうしたホスピスケアのみを対象とした事業所は全米のホスピスケアサービスの中で大きな役割を担っているといえる．

ｂ．メディケアホスピスベネフィットのサービス内容

給付対象は65歳以上でサービス開始時に余命６か月以内と医師に診断を受けた者であり，開始後定期的に再認定を要する．ホスピスケアの種類は，①在宅定期訪問ケア（Routine Home Care, RHC ほぼ96％がこの適応者である），②継続訪問ケア（Continuous Home Care, CHC），③入院療養ケア，④レスパイトケアである．在宅定期訪問ケアのサービス内容は，①医師の診療と医療品（対症的あるいは除痛目的に限定）の提供，②24時間対応の看護ケア，③SWによる相談，カウンセリング，④作業療法，言語療法，理学療法サービス，⑤ホスピスエイド，家事サービス，⑥精神的心理的サポート，宗教家による心のケア，⑦医療用品（カテーテルやドレッシング材）の提供，⑧車いす，歩行器のレンタル，⑨遺族グリーフケアである．

在宅定期訪問ケアとは、１日当たり８時間以内の訪問による看護師による在宅ホスピスケアを意味し、継続訪問ケアとは、８時間を下限とした深夜を含む看護師による在宅ホスピスケアを意味する．

2015年８月６日付のFederal Register（連邦政府より毎日通達される書簡を集めた情報提供サイト）によれば，2016年のホスピス償還額は以下の通りであった．実質ではこれに地域別のレートが付加され支払われる（ハワイは1.15）．

在宅定期訪問ケア	１日当たり	186.84ドル
継続訪問ケア	１時間当たり	39.37ドル
入院療養ケア	１日当たり	720.11ドル
レスパイトケア	１日当たり	167.45ドル

ｃ．HHの財務管理について

HHのCPOであるKenneth L. Zeri 氏にインタビューをし，事業経営における財務について話を伺った．損益計算書の項目は以下の通りである．

１日あたりの見込み契約者数（Average Daily Census, ADC）とは，契約者の延べ人数をケア実働日数で除したもので，月別，年次別で試算をしている．これは病院施設でいう病棟稼働率と同様に，収支バランスを考慮する上で重要な経営指標である．

総利益の内訳は営業利益（ホスピスケアサービスそのもので得た収入）と営業外利益（チャリティ寄付や各種助成金）に分かれる．このほか，投資や預貯金の利子等も加わる．総支出の内訳は人件費，薬剤や検査等の患者関連支出，カイルアホーム運営費，管理部門支出，マーケティング支出，減価償却であった．それらに対し，前年度の予算，決算（見込み）を踏まえて本年度予算を決定する．

ｄ．HHの質管理モニタリングについて

経営者の実施するケアの質管理モニタリング手法として，マネジメント・ダッシュボードを作成していた．マネジメント・ダッシュボードとは，経営者が経営上の意思決定や判断を行うために，さまざまな情報ソースから各種の情報を集約して経営指標とし，統合された画面に数値やグラフの形で表示する情報システムのことをいい，マネジメントコックピットとも呼ばれる．HHでのダッシュボードの情報項目は①サービスの質：契約者の転倒率（全体数と二次障害発生数），サービスの満足度，契約者からのクレーム件数，②利用者獲得状況：１日あたりの契約者数，情報希望者数と新規契約者数，契約後180日以上，60日以上，60日以下の契約者数，死亡者数，契約停止者数，③資源配分：RN，SW，ホスピスエイド，マッサージ師の各従業員数と契約者数比，ボランティア数，④人件費：スタッフの勤務時間数，離職者数，オアフ，カイルア，モロカイ，ラナイでの平均給与との格差，⑤経営状態：利益目標，ROI（Return on Investment），営業収入，手元現金額，会計監査までの進捗状況であった．これらの情報に関して担当者を決めて月ごとに集約し，CPOがモニタリングして前年度や前月との比較をしながら，管理者として取るべき行動を決めていた．

２．UHTHSSC視察

１）UHTHSSCの位置づけ

アメリカではシミュレーション教育は1960年代より見られ，2000年代に入ると学生教育や卒後教育にシミュレーション教育は必須のものとなっていたが，日本では教育やセンター機能の整備は大変遅れている（尾原，2011）．

ハワイ大学にTHSSCを設置しており，ハワ

イ州唯一のシミュレーションセンターであり，HMSA財団，Hawaii Pacific Health, The Queen's医療センター，Kaiser Permanente Hawaiiとハワイ大学マノア校の間でパートナーシップを取っている．THSSCの使命は，シミュレーション教育プログラムを提供することで，臨床能力やチームワーク，学際的な協同を通して安全で，高度なヘルスケアを促進・充実させ国民の健康状態を改善することにある．そのためハワイ大学システムコンソーシアムカリキュラムが構築され，看護学部と医学部，薬学部が連携して教育を進めている．

２）UHTHSSCの教育

ａ．施設の構造

ハワイ大学マノア校のキャンパスの北側にあるWebster Hallの３階フロア全体がシミュレーションセンターである．エントランスには寄付者の名前を連ねたボードとシミュレーションセンターを紹介するディスプレイがかけられていた．そしてシミュレーションセンターのディレクターであるWong教授から説明を受けた．

センターの構造は，Fundamental Skills Training Roomを中央に置き，その周囲には各種のシミュレーションが実施できる部屋とコントロールルームがセットなったシナリオを使ったシミュレーション教育を行う部屋が配されていた．そして多人数収容が可能な広いスペースを有するMulti- Media Roomは，壁面全体を覆う複数の巨大スクリーンがあり，オリエンテーションやディスカッションをする場所となっていた．

ｂ．機能と役割

看護学部は，１年次の第２セメスターよりシミュレーション教育が開始され，基礎技術はテクニカルスキルとしてシミュレーション教育によって習得するようになっている．２年次第４セメスターで事例を用いたシナリオ教育を受ける．また大学院生も使用しており，ナースプラクティショナー等は，ここでオスキーも行い最終段階ではテストも受けている．

Fundamental Skills Training Roomでは，４つのベッドと中央にミーティングができる机を配置し，基礎看護技術に使用している．対象は１年の第２セメスターから２年の第３セメスターであり，シナリオを使用しないシミュレーション教育を行っている．

各種のシミュレーションの部屋は，Home Health Room，ICU，Emergency Operating Room, Labor & Delivery（L&D）にコントロールルームがセットになった構造であった．シミュレーションの部屋には３か所にカメラが設置してあり，学生が行っているシミュレーションを３方向から死角がないように撮影し，デブリーフィングに活用している．コントロールルームではシミュレーションの活動状況を観察・ビデオ収録し，機器類の操作等を行う．Home Health Roomでは，在宅における高齢者や終末期ケア時のコミュニケーショントレーニングに活用している．ICU, Emergency Operating Room, L&Dは中央配管をイメージできるようにアウトレットから酸素（空気）が出るようになっている．薬剤やデバイスボックスも設置してあり，状況に必要な薬剤やデバイスを選択できるようにもなっている．他電子カルテ，電話，救急カート等用途に応じた機器や器具が配置されており，実際の病院と同一のものを設置している．

各部屋に配置されたマネキンは，例えばICUに配置されているものでは，呼吸音，心音のみならず中枢，末梢の動脈の触知が可能である．状況により冷や汗が流れ，唸り声を発することができる．また学生が誤った判断をした場合には，呼吸停止，心停止，瞳孔散大の現象も再現できる．Wong教授は“Mistake is Welcome”として，学生がシミュレーションの中で失敗することをテーマにディスカッションすることで現象の意味と行為の必要性を考えることができると，シミュレーション教育の有用性を強調していた．

L&Dにおいては特別なシナリオも作成している．多くの問題を持った妊婦に対して看護師と医師でどのようにコラボレーションすればいいかを学習するチーム医療のシナリオがあり，多様な学習ニーズにシミュレーションが対応可能であることを示していた．

Malti- Media Roomは遠隔中継が可能であるため，医学部や薬学部とのディスカッション，ハワイ州島嶼のNursing Schoolとのディスカッションも行っている．

ｃ．静脈穿刺コンピューターシミュレーターのデモンストレーション

学生個人で繰り返し修得する技術としてのコンピューターシミュレーターも設置していた．静脈穿刺用シミュレーターはパソコンのディスプレイと前腕のモデルが一体となっており，準備物品の選定，手順，駆血時間，穿刺血管の選定方法，血管への貫通の感覚の取得等が学べるようになっている．学生がどこでエラーをしたのかが明確にわ

かり，静脈血管の破たん（紫斑の出現）等が現れ，デブリーフィングできるようになっている．

シミュレーターであるため緊張することなく挑戦でき，何度でも繰り返せる点，自己の理解の確認と技術に使用する知識の取得と血管穿刺の感触の習得が可能となる．本シミュレーターは数台あり，学生全員が体験できるようになっている．

3）シミュレーション教育マインド

Wong教授が強調していた点は，シミュレーション教育はチェックリストによる技術教育とは全く違い，思考教育をしているということであった．またシミュレーション教育時間は，シミュレーションを行う時間以外の前後に学習時間を取るようにしており，5時間のシミュレーションを行う場合は前後に10時間の学習時間を取るようにしている．技術ができるだけではなく，臨床的な判断が能力を高めるための学習を重視していた．また精神領域のシナリオとして抑うつ・認知症・統合失調症・PTSD等のシナリオも充実しており，その場合は役者（演劇学科の学生等）にメイクアップをしてもらい，リアリティを高めて実施している．当然役者に対しての教育も行っている．

シミュレーション教育には臨場感あふれる環境が重要であり，リアリティを高めるために教員は，様々に準備をして工夫をこらしている．またシナリオ作成や実際のシミュレーション教育の指導に病院から臨床看護師の協力を得ていた．

V．考察

1．HHにおける看護師の役割

我が国においては，自然な死を迎えるための看取りケアが広まりつつある．在宅での看取りケアは訪問看護ステーションが医療的管理の必要な患者の看護と合わせて提供しており，HHのように専門的にホスピスケアを提供する事業所はないため，訪問看護ステーションは医療的ケアを提供するというイメージがある．また，介護保険施設等における看取りケアの多くは施設内の看護師が担い，医療保険による訪問看護が認められていながら一般にあまり知られていないため，人の自然な死を看取った経験がない看護師，介護職が戸惑いつつケアを提供しながら経験を積み重ねている現状がある（山地ら，2013）．今後さらなる高齢化を迎えることが予測される我が国においては，HHのように場所を問わず専門的にホスピスケアを提供できる事業所の普及は高齢者ケアの質の向上に大きく寄与すると考えられる．

HHでは看護職以外にも多彩な職種がそれぞれ独自の役割を担っており，マーケティング等の戦略についてはもちろん，我が国では看護師が担うものとの認識が強く持たれているグリーフケアでさえ，専属のSWが配置されていた．これは小規模の訪問看護ステーションの管理者兼看護師が利用者の獲得，人材採用，シフト管理，保険請求まで行いながらケア全般のマネジメントを担う我が国と対照的であり，看護師が患者と家族のケアに集中して取り組める環境にあると言える．

HHで患者のケアを中心的に担うCMは，ELEを根底とするフレームワークの中でケアを提供している．このことについてZeri氏とディスカッションする中で見えてきたのは，コーディネーターとして意思決定をサポートするという看護師の役割であった．人生の終焉という重大な局面にある患者と家族は，療養の場，症状のコントロール等の治療やケア，患者の最期の望みを叶えるべきか等，様々な選択を迫られる．さらに，同意の上でホスピスケアを受けていても，本当にこれでよかったのかと迷うこともある．困難な選択を迫られて揺れ動く家族の心情を読み取りながら，ELEを基盤として必要な情報を提供し，家族の味方となり，環境を整え，適切な時機に医師やSWやChaplain等の専門職の援助が受けられるように調整し，患者と家族が最善と思える意思決定ができるように支え，その人らしい最期を迎えられるようにすることは，End of Life Coordinationとも言え，看護師の重要な役割であった．

2．損益計算書およびマネジメント・ダッシュボードから得られたこと

2016年予算においては，メディケア償還からの収益は営業利益からの86.8％を占めている．ホスピスケア事業所にとって，連邦政府から提示されるメディケア償還レートや金額が経営上重要な意味を持つことがわかる．人件費は，2015年では営業利益の83％を占めていたが，2016年には77％まで抑える見込みとしていた．具体的対策についてインタビューでは，Chief Medical Officer（医師）の雇用を見送り，現況の医師5名（モロカイオフィス，ラナイオフィスを含む）とナースプラクティショナー3名で対応することにした，とのことであった．看護師の数は減らすことはできず，むしろ夜間対応の看護師が不足しており，雇用を促進したいとのことであった．ホスピスケアにおいて，医師の業務を代替できるナースプラクティ

ショナーの採用は人件費削減に効果をもたらしていることがわかる．

マーケティング費用として利益の３％を予算計上していた．これは，ADCを100とし，契約者全員がRHC対象だったと仮定すると，年間約2000万と試算できる．MBA取得者であるChief Strategy Officer を雇用し，十分な予算を設けて契約者獲得対策を講じており，マーケティングを重要な経営活動と位置付けていることがわかる．

本業以外での収益（寄付や投資）も見込んでおり，経営者は多角的な財源確保を視野に入れ，営業赤字リスクの分散に努力していることがわかる．

マネジメント・ダッシュボードの項目をみると，円滑な経営のためには，より多くの情報を多くの時間をかけて収集するよりも，各指標をシンプルかつモレのないようにまとめ，定期的にモニタリングし素早く行動に移せる工夫が重要であることがわかる．

また、経営管理に関する知見を得たいという要望に対し、他目的での流用をないことを条件に、損益計算書やダッシュボード情報に関する情報を快く提供してくれた姿勢をみて、非営利の地域貢献を使命とするヘルスケア提供事業所の経営状態の可視化と開示が習慣化していることが裏付けられた．管理者の行動や姿勢は職場の倫理風土の醸成に大きな影響をもたらす（Torr & Ofori,2009）．こうした経営者の姿勢が職員の倫理的行動を形成する大きな要因であると考える．

HHは我が国における一般的な訪問看護ステーションの規模よりも大きな規模で運営され，看護師だけでなく多くの専門職によって協働されていた．その理念や経営の姿勢は個々の役割の中で活動指針となって取り入れられていた．今回の学びをもとに，わが国の制度の中でELCの質向上のために取り組める組織づくり等を提案していきたいと考える．

３．シミュレーションセンターの機能や役割からの考察

ハワイ大学マノワ校のシミュレーションセンターは非常に高機能であり多様な医療に対応できるように教育シナリオも個人学習レベルから，多職種でチーム医療を学ぶものまで存在していた．ここでは将来的に地域でのELCを実践できる人材の育成に視察してきたシミュレーション教育がどのように活用できる可能性があるのかを述べる．

地域におけるELCを普及させるためには課題がいくつかある．地域医療（看護）に携わる人を増やすこと，またELCの経験を積むことである．いずれの場合でも，新人や潜在看護師からの復職者，ELCのキャリアの浅い者に教育する手立てとして，シミュレーション教育が最も効果的であると考える．在宅医療の現場で，タイミングよく遭遇できない場面や状況でも，リアリティを高めた再現状況の中から，学習課題をクリアする方策を導き出すことが可能であるからだ．

死を間近にした状況の中，どのように利用者や家族と対峙し，ケアを行っていくのかを試行するとき，高機能シミュレーターは必要ではない．むしろ役者（模擬患者）などの協力でコミュニケーションや心構えを形成することができる．

しかし、教育にもっと経費を計上することも必要と考える．それはこれから向かう超高齢多死社会の中，地域の人たちのELCを支えるための人材育成に大幅な教育が必要であり，それなくして超高齢多死社会は乗り切れないと考えるからである．たとえば米国では，1999年，医療事故はヒューマンエラーの要素が中心であることが判明し，医療チームのトレーニング・プログラムを提供するために，時のクリントン大統領は全米各地に交付金を交付している（尾原，2011）．このように日本における高齢多死社会の問題の根幹を解決するための教育に国家的投資をすることや，大学としての戦略的投資への判断を今後期待したい．

謝辞

今回の研修を快く受け入れて下さったHHのKenneth L. Zeri氏，UHTHSSCのLorrie Wong氏ならびにインタビューに応じて下さった各施設のスタッフの皆様，患者様，ご家族様に心より感謝いたします．

尚，本研修はインセンティブ研究費および日本学術振興会科学研究費　基盤研究Ｃ　課題番号26463291　看護師の倫理的成熟とその影響要因に関する検討（平成26年から平成28年）により実施した．

文献

Federal Register, Medicare Program; FY2016 Hospice Wage Index and Payment Rate Update and Hospice Quality Reporting Requirement, 2016-9-18, https://www.federalregister.gov/documents/2015/08/06/2015-19033/medicare-

program-fy-2016-hospice-wage-index-and-payment-rate-update-and-hospice-quality-reporting
原島利恵（2013）：看護における模擬患者を活用したシミュレーション教育に関する文献検討．茨木キリスト教大学看護学部紀要，４（１），47-56
川越厚（2002a）：治療の歴史　我が国における在宅ホスピスケア．治療学，36（３），91-96
川越厚（2002b）：わたしと在宅ホスピスケア―10数年の経験を振り返って―．緩和医療研究会誌，11（１），５-30
National Hospice and Palliative Care Organization（2015）Fact on Hospice and Palliative Care. http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf（2017/01/07 閲覧）
尾原秀史（2011）：シミュレーション教育の現状と問題点．日本臨床麻酔科学会誌，33（５），762-770
State of Hawaii, Department of Health , Executive Office of Aging（ハワイ州保健局）: Hawaii State Plan On Aging 2015-2017, 2016-９-20, https://www.hawaiiadrc.org/Portals/_AgencySite/State%20Plan/HI%20State%20Plan%20on%20Aging%202015-17.PDF（2017/01/10 閲覧）
Toor, S. R., & Ofori, G.（2009）. Ethical leadership: Examining the relationships with full range leadership model, employee outcomes, and organizational culture. Journal of Business Ethics, 90（４）, 533-547.
University of Hawaii Translational Health Science Simulation Center: Welcome to the UH Translational Health Science Simulation Center, 2016-９-10, http://thssc.nursing.hawaii.edu/2016/９/10（2017/01/10 閲覧）
山地佳代，長畑多代，松田千登勢（2013）：特別養護老人ホームの看護職を対象とした看取りケア教育プログラムの実施．老年看護学，17（２），58-64
在ホノルル日本国総領事館ホームページ：ハワイ州要覧，20216-９-20, http://www.honolulu.us.emb-japan.go.jp/jp/yoran2015.11.pdf（2017/01/10 閲覧）