

200501332A

厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師 と医師との連携に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 川越 厚

(ホームケアクリニック川越)

平成 18 (2006) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究	1
---------------------------------	---

II. 分担研究報告

1. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査	7
--------------------------------------	---

2. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究 (1) ～がん末期患者への在宅ケアを実施している医師への調査から	15
--	----

3. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究 (2) ～全国の訪問看護ステーションへの調査から	60
--	----

資料編	97
-----	----

調査票 在宅末期がん患者の看取りにおける医師と訪問看護師の連携に関する実態調査	
在宅末期がん患者の看取りにおける訪問看護師と医師の連携に関する実態調査	

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究

研究班員 一覧

主任研究者	川越 厚	ホームケアクリニック川越 院長
分担研究者	阿部 郷子	東京リビングサービス 介護事業改革推進室
	岡部 健	医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長
	柏木 聖代	筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系 講師
	平林 勝政	國學院大学法科大学院 院長
	福井小紀子	首都大学東京 健康福祉学部看護学科 准教授
	矢野 栄二	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 教授
研究協力者	石川ひろの	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 助手
	佐藤 夏織	訪問看護パリアン 所長
	瀬戸山 修	爽秋会クリニカルサイエンス研究所 代表取締役
	村上登志子	前・大阪大学大学院医学系研究科

(五十音順)

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括報告書

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究

主任研究者 川越 厚 ホームケアクリニック川越 院長

研究要旨

本研究は在宅療養者の看取りをより質が高くかつ効率的なものとするため、医師と看護師の連携のあり方、特に医師から看護師に出される指示の形を包括化する、という観点から検討したものである。研究は、在宅での診療を担当する医療機関、看護を担う看護機関（主に訪問看護ステーション）を対象とし、具体的な指示がどのような形で実行に移されているか、包括的な指示の是非について、質問調査票に基づく調査と分析を行い検討した。

現状では、在宅療養者に対するいずれの医療行為においても、医師主導の指示方法の割合が高く、看護師の裁量を拡大した形の、包括的指示に基づくものの比率は少なかった。しかし包括指示の是非については基本的には望ましい、あるいは必要であるという意見が多く、今後の検討課題であることが示唆された。特にがん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛緩和については、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や鎮痛剤の投与量増減については包括的指示にしたほうがよい項目としても挙げられており、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与などもあわせて、包括的指示の対象行為として検討していく必要性が示唆された。

包括指示が可能となるためには、医師と看護師が連携し協働で在宅ケアを提供していくことや、訪問看護師の知識・スキルの向上が重要な前提条件として考えられるが、現状では医療機関や訪問看護機関によるばらつきがある。今後、どのような行為についてどこまでを包括的指示の対象としていくのかを含め、具体的なガイドラインの作成および法的な整備へ向けた検討を行っていくことは、一定の基準のもとに安全で効率的な在宅ケアを提供する基盤を整えていく上で重要であると考えられる。

A 研究目的

本研究は、在宅療養者の看取りをより質が高くかつ効率的なものとするため、医師と看護師の連携のあり方、特に医師から看護師に出される指示の形を包括化する、という観点から検討することを目的としている。

今年度は、在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査を行うとともに、在宅での診療を担当する医療機関および看護を担う看護機関（主に訪問看護ステーション）を対象とした全国規模での調査を実施し、医師による具体的な指示が在宅療養者の看取りの場でどのような形で実行に移されているか、さらに包括的な指示の是非を明らかにした。

B 研究方法

1. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関するこれまでの知見を整理するために、MEDLINE、CINAHL、および医学中央雑誌を用いて文献レビューを行った。

2. 在宅での診療を担当する医療機関を対象とした調査

「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている在宅終末期医療を行っている全565の医療機関を対象とし、在宅ケアの提供体制、連携の方法と包括的指示の実施状況などについて、郵送による自記式質問紙調査を実施した。

3. 在宅での看護を担う看護機関（訪問看護ステーション）を対象とした調査

社団法人全国訪問看護事業協会において、正会員リストに登録されている全国の訪問看護ステーション3,539件のうち、都道府県別に1/2層化無作為抽出した1,781件を対象として、郵送による自記式質問紙調査を実施した。

C 研究結果

1. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査

文献調査の結果、在宅緩和ケアにおける訪問看護師と医師を中心としたチームケアの重要性については世界的に認識され、その有効性を示す研究知見は蓄積されてきている状況にあるが、一方で、チームケアは、その概念の複雑性・多様性や個別性を重視するという緩和ケアの特徴から、その具体的内容を示すことは難しく、そのあり方についての詳細を示すガイドラインのようなものは未だ存在していない状況であることが明らかになった。

また、在宅緩和ケアを受ける患者へ質の確保された在宅緩和ケアの提供のためには、疼痛管理が適切に行われることが重要であるため、まず、在宅ケアに携わる医師と看護師双方の疼痛緩和を始めとする緩和ケア技術の継続的な教育が、わが国における第一の課題となることを導いた。そして、更なる在宅緩和ケアの質の確保を求めていくためには、第2段階の課題として、英国のマックミランナースのような地域における緩和ケア専門家の養成・配置、もしくは、緩和ケア病棟が地域で在宅緩和ケアに携わる医師や訪問看護師に対するコンサルテーション機能などの地域支援機能を果たす体制を整備していくことが重要であることが示された。

2. 在宅での診療を担当する医療機関を対象とした調査

168 機関から回答を得た。これらの医療機関における 2004 年度の概算でのがん末期患者の在宅看取り率は、平均で 52.9%であった。包括的指示については、基本的には望ましいとする意見が多く、医師と看護師が協働で在宅ケアを提供していく上での連携のあり方として期待されている一方、訪問看護師の知識・スキルの向上が重要な前提条件として考えられていることが示唆された。特に、がん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛コントロールについては、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や鎮痛剤の投与量増減については包括的指示にしたほうがよい項目としても挙げられており、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与などもあわせて、包括的指示の対象行為として検討していく必要性が示唆された。

一方、訪問看護指示書に対する訪問看護師の理解については、ほとんどの医療機関が十分またはおよそ理解されていると考えていたものの、その作成状況や方法、また訪問看護ステーションとの事前の協議、ミーティングなどについては、医療機関によるばらつきも明らかになった。

3. 在宅での看護を担う看護機関（訪問看護ステーション）を対象とした調査

365 件の訪問看護ステーションから有効回答を得た。医師との連携の状況について、在宅医療開始の事前協議は約7割が実施しているのに対し、協定書まで作成しているのはそのうちの0.4%で、施設内でプロトコールを利用しているのは4.4%であった。

施設が実施している66項目の看護とその指示方法について、疼痛コントロール、栄養管理、排便コントロール、排尿ケア、褥瘡ケア、呼吸ケアで薬剤や器具を用いる行為については医師の裁量に基づくものが多く、薬剤や器具を用いない行為については包括的指示や看護師の裁量に基づくものが多かった。連携しやすい医師については、同じ法人内の医療機関の医師、診療所の医師と続いていたが、医師の考え方や人間性、在宅医療への取り組み方などによって連携のしやすさは異なるという意見が挙げられた。

今後の包括的指示への意向については、拡大を望むのが約4割、現状維持が約3割であるのに対し、包括指示がないので分からないという施設も約2割あり、また、具体的な意見として医師の個人的な技量、考え方が異なる、医師との信頼関係によるという意見が挙げられた。今

後、看護師自身が判断して実施していきたい処置として褥瘡処置、下剤の投与、尿留置カテーテルの交換、その他の頓服薬の投与、酸素の流量調整、鎮痛剤、解熱剤の投与が挙げられ、包括的指示の整備に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

D 考察

現状では、在宅療養者に対するいずれの医療行為においても、医師主導の指示方法の割合が高く、看護師の裁量を拡大した形の、包括的指示に基づくものの比率は少なかった。しかし包括指示の是非については基本的には望ましい、あるいは必要であるという意見が多く、今後の検討課題であることが示唆された。特にがん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛緩和については、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や鎮痛剤の投与量増減については包括的指示にしたほうがよい項目としても挙げられており、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与などもあわせて、包括的指示の対象行為として検討していく必要性が示唆された。

包括指示が可能となるためには、医師と看護師が連携し協働で在宅ケアを提供していくことや、訪問看護師の知識・スキルの向上が重要な前提条件として考えられるが、現状では医療機関や訪問看護機関によるばらつきがある。今後、どのような行為についてどこまでを包括的指示の対象としていくのかを含め、具体的なガイドラインの作成および法的な整備へ向けた検討を行っていくことは、一定の基準のもとに安全で効率的な在宅ケアを提供する基盤を整えていく上で重要であると考えられる。

E 結論

1. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査

文献検討では、在宅緩和ケアをうける患者・家族を対象とした症状管理および全人的ケアに関する訪問看護師と医師における連携に関する知見について、わが国に比べて進展している欧米における知見を中心に整理した。この結果から、今後のわが国の在宅緩和ケアの発展のために、かかりつけ医と訪問看護師をコアとしたチームケアの充実が重要であることが示唆されたといえる。

また、同時に、前述のように、チームケアの曖昧性や複雑性という特徴から、そのあり方はいまだ具体化されていない状況にあるが（細田 2001、Maeyama ら 2003）、これらを検討してそのあり方を明示していくこと、すなわち、在宅緩和ケアの対象となる末期の患者に対する症状緩和や全人的ケアに焦点を当てて、これらの連携の実態を今後の本研究にて明らかにしていくことは、わが国だけでなく欧米諸国においても、在宅緩和ケアにおけるチームケアの進展

に大きく貢献する研究知見となるといえる。本文献検討により、このような今後の本研究の意義が示されたといえる。

2. 在宅での診療を担当する医療機関を対象とした調査

医師を対象とした調査では、わが国のがん末期患者の在宅ケアにおける、医師と訪問看護師との連携の実態を特に、包括的指示の実施状況に焦点を当てて明らかにした。

- (1) 包括的指示については、基本的には望ましいとする意見が多く、医師と看護師が協働で在宅ケアを提供していく上での連携のあり方として期待されている一方、訪問看護師の知識・スキルの向上が重要な前提条件として考えられていることが示唆された。
- (2) がん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛コントロールについては、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や鎮痛剤の投与量増減については包括的指示にしたほうがよい項目としても挙げられており、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与などもあわせて、包括的指示の対象行為として検討していく必要性が示唆された。
- (3) 訪問看護指示書に対する訪問看護師の理解については、ほとんどの医療機関が十分またはおよそ理解されていると考えていたものの、その作成状況や方法、また訪問看護ステーションとの事前の協議、ミーティングなどについては、医療機関によるばらつきもあることが明らかになった。

3. 在宅での看護を担う看護機関（訪問看護ステーション）を対象とした調査

訪問看護ステーションを対象とした調査では、末期がん患者の在宅ケアにおける訪問看護師と医師との連携の現状について明らかにした。

- (1) 医師との連携の状況について、在宅医療開始の事前協議は約7割が実施しているのに対し、協定書まで作成しているのはそのうちのわずか0.4%で、ほぼ全数が事前協議を実施しても管理協定書の作成には至っていない現状が明確になった。
- (2) 訪問看護ステーションでプロトコールを利用しているのは全体の4.4%と極めて少なく、在宅医療を行う上で施設としての基準よりも看護師個人、医師個人、またはそれぞれの医師－看護師関係に基づいた判断と連携が個々の対象者に活用されている可能性が示された。
- (3) 疼痛コントロールについて、補助・代替療法は約9割が看護師の裁量で実施されているが、強オピオイド系鎮痛薬の頓用では約7割、それ以外の処置では約9割が医師の裁量に基づいていた。栄養管理、排便コントロール、排尿ケア、褥瘡ケア、呼吸ケアにおいても薬剤や器具を用いる処置については医師の裁量に基づくものが多く、薬剤や器具を用いない処置については包括的指示や看護師の裁量に基づくものが多い傾向が示された。
- (4) 連携しやすい医師については同じ法人内の医療機関の医師がもっとも連携しやすく、次いで診療所の医師となっていたが、医師の考え方や人間性、在宅医療への取り組み方などに

よって連携のしやすさは異なるという意見が挙げられた。

- (5) 今後の包括的指示への意向については拡大を望むのが約4割、現状維持が3割であるのに対し、包括指示がないので分からないというステーションも約2割あり、具体的な意見として医師の個人的な技量、考え方が異なる、医師との信頼関係によるという意見が挙げられた。
- (6) 今後、看護師自身が判断して実施していきたい処置としては褥瘡処置、下剤の投与、尿留置カテーテルの交換、その他の頓服薬の投与、酸素の流量調整、鎮痛剤、解熱剤の投与と続いており、訪問看護師による処置内容と実施の現状、指示の内容への検討を深め、今後、包括的指示の整備に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

F 健康危険情報

特記事項なし

G 研究発表

1. 論文発表

特記事項なし

2. 学会発表

特記事項なし

H 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

特記事項なし

2. 実用新案登録

特記事項なし

3. その他

特記事項なし

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担報告書

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する文献調査

分担研究者 福井 小紀子 首都大学東京 健康福祉学部看護学科 准教授

研究要旨

在宅緩和ケアを望む国民は多いのに対して、8割以上の国民は病院で最期を迎えている。この希望と実際に大きな隔たりが存在している状況を改善し、わが国における在宅緩和ケアを推進するために、チームケアの実現が重要であることから、本研究における第一段階として、在宅緩和ケアにおける訪問看護師と医師における連携に関する文献検討を行い、その後に行う全国調査の具体的な検討のための資料とすることとした。

文献調査の結果、在宅緩和ケアにおける訪問看護師と医師を中心としたチームケアの重要性については世界的に認識され、その有効性を示す研究知見は蓄積されてきている状況にあるが、一方で、チームケアは、その概念の複雑性・多様性や個別性を重視するという緩和ケアの特徴から、その具体的内容を示すことは難しく、そのあり方についての詳細を示すガイドラインのようなものは未だ存在していない状況であることが明らかになった。

また、在宅緩和ケアを受ける患者へ質の確保された在宅緩和ケアの提供のためには、疼痛管理が適切に行われることが重要であるため、まず、在宅ケアに携わる医師と看護師双方の疼痛緩和を始めとする緩和ケア技術の継続的な教育が、わが国における第一の課題となることを導いた。そして、更なる在宅緩和ケアの質の確保を求めていくためには、第二段階の課題として、英国のマックミランナースのような地域における緩和ケア専門家の養成・配置、もしくは、緩和ケア病棟が地域で在宅緩和ケアに携わる医師や訪問看護師に対するコンサルテーション機能などの地域支援機能を果たす体制を整備していくことが重要であることが示された。

以上のように、在宅緩和ケアにおけるチームケアを進展させていくために、訪問看護師と医師の連携の実態を今後の本研究の調査で明らかにしていくことの意義が、本文献検討により示唆された。

A はじめに

1. わが国における在宅緩和ケアの状況

我が国の死亡原因の第一位はがんであり、今後がんによる死亡数はますます増加することが予想されている。かつて我が国では、医療機関で死亡する人の割合が12%、在宅死が83%(1951年)であったが、その後、近年のがん医療の進歩に伴い、病院死が急増し、2000年には医療機関における死は81%、在宅死は14%と逆転した(厚生労働省 2000)。なかでも、がん患者の死亡場所は、93%が病院・診療所などの施設であり、在宅死は1割にも満たない(厚生省 1995)。一方、2001年に国民に行われた全国調査の結果によると、国民の過半数は末期状態になった場合に自宅で療養することを希望していることから(池田 2004)、在宅緩和ケアに対する希望と実際に大きな隔たりが存在しているといえる。

2. 欧米における在宅緩和ケアの状況

欧米では、ここ30年間に、1) 在宅緩和ケアに対する国民の高いニーズ、2) 医療費高騰の抑制を目的とした在宅緩和ケアに対する政府による公的医療保障制度の充実、さらに、3) 質の高い在宅緩和ケア提供の実現という3要素が整い、末期がん患者の在宅ケアが着実に普及してきた(福井 2003)。現在、米国では全末期がん患者のうち2人に1人、英国では3人に1人が在宅ケアを利用し、死亡している(National Hospice and Palliative Care Organization 2002)。

3. わが国における在宅緩和ケア推進のための要素：チームケア

一方、我が国では、上述したように、国民の在宅緩和ケアに対するニーズは欧米と同様に高まってきており、また、末期がん患者の在宅ケアに対する医療保障制度に関しても「在宅末期医療総合診療料」、「24時間体制加算」、「ターミナルケア基本療養費」など近年徐々に充実してきている。このため、わが国における在宅緩和ケアを推進するためには、3つ目の要素である質の高い在宅緩和ケアの提供の実現化を計っていくことが重要な課題となる。

Oxfordの緩和ケアテキストブックには、質の高い在宅緩和ケアを提供するためには、チームケアが重要であると述べられているように(Cummings 1999)、チームメンバー間の連携について検討することは重要な側面であるといえる。

また、チームの中心となる職種は、在宅緩和ケアに関わる医師と看護師であること(菊地 2005、苛原 2001)、また、在宅緩和ケアを行うにあたって重要となるものは、疼痛などの症状管理を大前提として、患者・家族のQOLを高めるための身体、心理、社会、およびスピリチュアルな側面を含めた全人的ケアであることは、WHOの定義をはじめ、数々の報告でも指摘されており(Pooler et al 2003)、世界的にコンセンサスの得られた考え方といえる。

このため、本稿では、在宅緩和ケアを受ける患者・家族を対象とした、症状管理および全人的ケアに関する訪問看護師と医師における連携に焦点を当てて、文献調査を行うことを目的と

する。

そして、この文献調査の結果を基に、今後行う在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する調査内容を検討することとする。

B 方法

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関するこれまでの知見を整理するために、MEDLINE、CINAHL、および医学中央雑誌を用いて文献レビューを行った。MEDLINE および CINAHL による文献検索では、1) home、2) team または multidisciplinary または coordination または cooperation、3) palliative または terminal または hospice のいずれか 1 語ずつを掛け合わせる 12 通りの検索を行って幅広く論文を収集した上で、これらの Abstract を読み、本研究に関連のあると判断した論文を収集した。さらに、1) home、2) team 、3) pain または symptom、4) management または control のいずれか 1 語ずつを掛け合わせる検索を行って幅広く論文を収集した上で、これらの Abstract を読み、本研究に関連のあると判断した論文も収集した。加えて、英国および米国にて出版されている緩和ケアに関するテキストブックにおいても、チームケアや連携に関連する内容を検討した。

また、医学中央雑誌においても、1) 在宅または自宅、2) チームまたは多職種または連携または協同、3) 緩和または末期またはホスピスのいずれか 1 語ずつを掛け合わせる 24 通りの検索、および 1) 在宅または自宅、2) チーム、3) 痛みまたは症状、4) 管理またはコントロールのいずれか 1 語ずつを掛け合わせる検索を同様に行った。

C 結果・考察

文献検索の結果、英文では該当する関連文献が数多く得られた。一方、和文では、在宅緩和ケアの質を確保するためには、病院医師、かかりつけ医、訪問看護師、外来看護師、病棟看護師などの連携がそれぞれに重要であるといった内容の提言や事例報告は散見されたものの(沼田ら 2005、蘆野 2002、谷澤ら 2002)、連携の詳細について調べた最低限の質の確保された研究報告は見当たらなかった。すなわち、欧米に見られるような、医師と看護師間での症状緩和に関する連携の内容について質的な研究手法を用いて明らかにしたもの、在宅死や患者の QOL などの在宅緩和ケアのアウトカムとチームケアの実施との関連を統計学的に検討したもの、および、開発した職種間の連携モデルの有効性を介入研究にて検討したものなど、わが国の在宅緩和ケアの推進にチームケアが重要であるというエビデンスに繋がる知見となる報告は皆無であった。

以下、欧米を中心とした英文に関する文献レビューの結果を述べる。

1. 在宅緩和ケアにおけるチームケアの有効性

Smeenk ら (1998) は、1970 年代より行われてきた研究をまとめ、在宅緩和ケアにおけるチームケアの有効性を示した。すなわち、それまでに行われた研究の質が確保された在宅ケアプログラムの有効性を調べた 9 つの介入研究を選出し、メタアナリシスを行った結果、在宅ケアを受ける末期がん患者の QOL を高めるためには、チームメンバーによる訪問と定期的な多職種によるチームミーティングが有効であることを結論づけた。

また、Pooler ら (2003) は、在宅末期がん患者への症状管理能力とコミュニケーション能力の向上のためのトレーニングを受けた訪問看護師がキースタッフとなって、地域のがん専門看護師であるマックミランナース、薬剤師、ホスピス専門医、GP などとチームを組んで必要時に連携を取りながら患者へのケアを提供するという形式のチームケアの有効性を検討した。その結果、訪問看護師のケアの質が上がり、再入院を回避できたという効果が示された。Grady ら (2003) も、在宅緩和ケアを受ける末期がん患者向けに、訪問看護師がホスピス専門家の即座の助言・サポートのサービスを受けることができる体制を新たに導入するといった内容のチームケアを介入内容とし、その効果を検討した。その結果、有意に患者の症状が軽減し、関わったチームメンバーのほとんどがそのサービスが有効であると評価した。

しかし、これらいずれの報告も、チームメンバーを挙げ、チームケアと銘打ってその有効性を検討して効果を明らかにしているが、具体的なチームメンバー個々のケアの内容やメンバー間の連携の方法などは記載されておらず、その詳細はいずれも明らかにされていない。

2. チームケアの困難さ

以上の研究報告からも明らかなように、在宅緩和ケアにおいて、チームケアが重要であることは広く認識されてきているが (Cummings 1999)、一方で、チームケアを実践していくことの困難さも数多く指摘されている (Cummings 1999, DiTullio & MacDonald 1999, Reese DJ & Sontag MA 2001)。チームケアの難しさは、その概念の曖昧性や複雑性、そして実践やその解釈の多様性に起因するために生じるという論説に見受けられるように (細田 2001)、また、緩和ケアは個別性を尊重するケアであることから (森田 2005)、チームケアに関する詳細は、ほとんど明らかにされていない状況であることが指摘されている (Maeyama et al 2003)。

以上をまとめると、在宅緩和ケアにおける訪問看護師と医師を中心としたチームケアの重要性については世界的に認識され、その有効性を示す研究知見は蓄積されてきている状況にあるが、一方で、チームケアは、その概念の複雑性・多様性や個別性を重視するという緩和ケアの特徴から、その具体的内容を示すことは難しく、そのあり方についての詳細を示すガイドラインのようなものは未だ存在していない状況であることが、本文献検討により整理された。

3. 在宅での疼痛管理の担い手

次に、在宅緩和ケアにおける疼痛管理に関する研究知見について述べる。在宅緩和ケアを受ける患者への疼痛管理は重要であることが、1978 年から 1997 年の緩和ケアに対するニード

をしらべたレビュー論文において示されている (Franks 2000)。また、アメリカ看護協会 ANA や HCFA のガイドラインに述べられているように、欧米では、医師の役割は多職種チームケアのコーディネーターケアプランの監督者として位置づけられており (Creid Gina 2000)、疼痛管理を始めとする症状管理の実質的な担い手として、訪問看護師の活躍が期待されている (Coyle 2001)。

具体的な研究報告としては、2004 年には、無作為化比較試験により、在宅ケアを受ける骨転移後の末期がん患者 174 例 (介入群 93 例、対照群 81 例) に対して、疼痛管理と心理教育に関するトレーニングを受けた訪問看護師が介入提供者となり、鎮痛薬の適切な使用法および疼痛が緩和しない場合の医師とのコミュニケーションの取り方について、複数回にわたる電話連絡と直接の訪問により、患者に対して指導を行った。その結果、介入群の患者の痛みが有意に改善されることが実証にされ、その内容が *Journal of Clinical Oncology* に掲載された (Miaskowski 2004)。また、この他にも、ここ最近、訪問看護師による疼痛管理の有効性に関する報告が見受けられるようになってきている (McDonald et al 2005, Vallerand et al 2004)

欧米におけるこのような看護師主導の在宅における疼痛管理は、まだ先駆的な試みといえるが、これらの研究は、今後、わが国においても、末期がん患者の疼痛管理に看護師が主体的に関わることができる可能性・方向性を示唆するものと言える。

4. わが国における在宅緩和ケア推進のための課題

このように、在宅緩和ケアの進んだ米国においても、訪問看護師は継続的に疼痛管理に関する教育を受けることが必要であると共に、疼痛管理のゲートキーパーである医師と最善のコミュニケーションをとるためのコミュニケーションスキルを身につけることが必要不可欠であることが、近年指摘されている (Vallerand et al. 2005)。この指摘を受けて、在宅緩和ケアが欧米に比して未成熟な状況にあるわが国では特に、まずは、訪問看護師の疼痛管理・症状管理能力を高めるとともに、疼痛緩和に関する医師との適切な連携をとるためのコミュニケーション技術の向上のための看護師教育の充実・普及が第一に重要であるといえる。また、医師においても、同様に、疼痛管理を始めとする緩和ケア教育の重要性が論じられるとともに (森田 2005)、コミュニケーションスキルトレーニングの重要性も指摘されている (Baile et al 1999) ことから、在宅ケアに携わる医師と看護師双方の緩和ケア技術の継続的な教育が、第一の課題となるといえる。

英国では、在宅緩和ケアに中心的に関わる職種として、日本でいう訪問看護師にあたる地域看護師と地域医師である *General Practitioner* に加えて、患者の具体的ケアにあたる地域看護師への指導的な役割を果たす緩和ケア専門看護師であるマックミランナースが挙げられる。このマックミランナースの関わりが評価され、地域におけるチームケアがうまく機能していることが明らかにされていることから (Clark et al. 2002)。わが国において更なる在宅緩和ケアの質の確保を求めていくための第 2 段階の課題として、英国のマックミランナースのような地域における緩和ケア専門家の養成・配置が一つの方策となると考える。また、わが国のいくつ

かの報告に見られるように、緩和ケア病棟がコンサルテーション機能などの地域支援機能を果たす体制づくりという切り口も、もう一つの方策としてあげることができると言えよう（森田 2005、中島 2002）。

D 結論

本文献検討では、在宅緩和ケアをうける患者・家族を対象とした症状管理および全人的ケアに関する訪問看護師と医師における連携に関する知見について、わが国に比べて進展している欧米における知見を中心に整理した。この結果から、今後のわが国の在宅緩和ケアの発展のために、かかりつけ医と訪問看護師をコアとしたチームケアの充実が重要であることが示唆されたといえる。

また、同時に、前述のように、チームケアの曖昧性や複雑性という特徴から、そのあり方はいまだ具体化されていない状況にあるが（細田 2001、Maeyama ら 2003）、これらを検討してそのあり方を明示していくこと、すなわち、在宅緩和ケアの対象となる末期の患者に対する症状緩和や全人的ケアに焦点を当てて、これらの連携の実態を今後の本研究にて明らかにしていくことは、わが国だけでなく欧米諸国においても、在宅緩和ケアにおけるチームケアの進展に大きく貢献する研究知見となるといえる。本文献検討により、このような今後の本研究の意義が示されたといえる。

E 文献リスト

1. 蘆野吉和. 在宅ホスピスケアの普及を妨げる要因. 癌と化学療法 29(SupplIII), 443-449, 2002.
2. Baile WF et al. Communication Skills Training in Oncology. *Cancer*, 86, 887-97, 1999.
3. Clark D et al. Clinical nurse specialists in palliative care Part2. Explaining diversity in the organization and costs of Macmillan nursing services.
4. Coyle N. Facilitating cancer pain control in the home: Opioid-related issues. *Current Pain and Headache Reports* 5, 217-26, 2001.
5. Cummings I 1999, The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds) *Oxford Textbook of palliative medicine*. Oxford University Press, New York, pp19-30.
6. DiTullio M & MacDonald D. The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers. *Am J Hospice Palliat Care* 16, 641-55, 1999.
7. Franks PJ et al. The reveal of need for palliative care: a systematic review of the

- literature. *Palliat Med* 14, 93-104, 2000.
8. 福井小紀子 (2003): アメリカにおける在宅ホスピス事情・1 歴史と現状. *訪問看護と介護*, 8, 62-5.
 9. Grady A & Travers E. Hospice at home 2: evaluation a crisis intervention service. *International J Palliat Nurs* 9,326-335, 2003.
 10. 細田満和子. 「チーム医療」とは何か 各々の医療従事者の視点から. *保健医療社会学論集* 12, 88-101, 2001.
 11. 池田千絵子. 平成 14 年度終末期医療に関する調査結果概要について. *現代医療* 36, 73-78, 2004.
 12. 苛原実. 在宅緩和ケアの様々な取り組み かかりつけ医を中心とした在宅緩和ケア かかりつけ医としての在宅緩和ケアの実際. *臨床看護* 27 巻 11 号. P1631-1636. 2001.
 13. 菊地惇. がん治療後の患者ケア 家庭医に知ってもらいたいこと:ターミナルケア・緩和ケア. *治療*(0022-5207)87 巻 4 号 Page1566-1570. 2005.
 14. 厚生省: 平成 7 年版厚生白書、ぎょうせい, 41, 1995.
 15. 厚生労働省: 平成 12 年人口動態統計上巻、大臣官房統計情報部編, 2000.
 16. Maeyama E et al. Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer* 11, 509-15, 2003
 17. McDonald MV et al. Can just-in-time, evidence-based “Reminders” improve pain management among home health care nurses and their patients? *J Pain Symptom Manage* 29, 474-88. 2005.
 18. Miaskowski C et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology* 22, 1713-20, 2004.
 19. 森田達也. 緩和ケアの課題と将来. *癌と化学療法* 32, 176-181, 2005.
 20. 中島豊. 前立腺がん多発骨転移の在宅ターミナルケア 開業医,訪問看護,緩和ケア施設の連携 開業医の立場から. *緩和医療* 11, 87-92, 2002
 21. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). Stats/Research/Resources. NHPCO Facts and Figures. Online. Available: <http://www.nhpco.org>
 22. 沼田久美子ら. がん終末期患者の在宅療養移行における病診連携のアンケート調査. *癌と化学療法* 32(Suppl I), 44-46, 2005.
 23. Pooler J, et al. Dying at home: a care pathway for the last days of life in a community setting. *International J Palliat Nurs* 9,258-264, 2003.
 24. Reese DJ & Sontag MA. Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health Soc Work* 26, 167-75, 2001
 25. Smeenk F, et al. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable

- cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ* 316, 1939-44, 1998.
26. 谷澤久美ら. 終末期がん患者・家族の在宅移行期における問題と連携上の課題. *死の臨床*. 28, 271, 2005.
 27. Vallerand AH et al. Improve cancer pain management by homecare nurses. *Oncol Nurs Forum* 31, 809-16, 2004.
 28. Vallerand AH et al. Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. *Home Healthcare Nurse* 23, 647-652, 2005.

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担報告書

在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究
～がん末期患者への在宅ケアを実施している医師への調査から

分担研究者	川越 厚	ホームケアクリニック川越 院長
	平林 勝政	國學院大学法科大学院 院長
	矢野 栄二	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 教授
	岡部 健	医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長
研究協力者	石川ひろの	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 助手
	瀬戸山 修	爽秋会クリニカルサイエンス研究所代表取締役

研究要旨

本調査では、国内において在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師との連携の実態を明らかにすることを目的として、在宅ケアの提供体制、連携の方法と包括的指示の実施状況などについて、郵送による自記式質問紙調査を行った。対象は、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている在宅終末期医療を行っている全 565 の医療機関であり、うち 168 機関から回答を得た。これらの医療機関における 2004 年度の概算でのがん末期患者の在宅看取り率は、平均で 52.9%であった。包括的指示については、基本的には望ましいとする意見が多く、医師と看護師が協働で在宅ケアを提供していく上での連携のあり方として期待されている一方、訪問看護師の知識・スキルの向上が重要な前提条件として考えられていることが示唆された。特に、がん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛コントロールについては、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や鎮痛剤の投与量増減については包括的指示にしたほうがよい項目としても挙げられており、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与などもあわせて、包括的指示の対象行為として検討していく必要性が示唆された。一方、訪問看護指示書に対する訪問看護師の理解については、ほとんどの医療機関が十分またはおよそ理解されていると考えていたものの、その作成状況や方法、また訪問看護ステーションとの事前の協議、ミーティングなどについては、医療機関によるばらつきもあることが明らかになった。今後、どのような行為についてどこまでを包括的指示の対象としていくのかを含め、具体的なガイドラインの作成および法的な整備へ向けた検討を行っていくことは、一定の基準のもとに安全で効率的な在宅ケアを提供する基盤を整えていく上で重要であると考えられる。

A 研究目的

欧米においては、過去 30 年間に、居宅の場で看護師が、疼痛コントロールのための薬剤投与などの医療処置を行うときには、その患者に使用できる薬剤量や薬剤投与方法がかなり広い範囲で前もって指示されるという、いわゆる「包括的指示」を受ける体制が整備されてきており、この指示を基に看護師は相当程度の判断能力と裁量権を持って安全かつ効率的に医療処置を行うという状況が定着してきた。わが国においても、ここ数年、医師と連携をとりながら、訪問看護師が医療的判断をし、ある程度の裁量権を持って医療処置を行うことが在宅療養者の QOL を高め、在宅療養の継続を可能にすることが指摘されてきている。

このような中、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書（平成 15 年 3 月 24 日、医政局看護課）においても、在宅医療における医師と訪問看護師との連携の問題が課題の 1 つとして提起された。在宅療養患者、特に様々な医療介入が必要となるがん末期患者の生活の質の向上を図るためのケアを訪問看護師が迅速かつ適切に提供するためには、医師と訪問看護師の十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の変化にも対応可能な医師の指示に基づき、訪問看護師が適切な観察と看護判断を行い、患者に対して迅速にケアを提供できることが望ましい。このような、いわゆる「包括的指示」に基づく看護の提供を行う上で、訪問看護師は、その後の患者の状態についての観察結果や看護の立場からの判断などを医師に適切に伝え、連携を図っていくことが必要である。しかし現状は、医師と医師の指示を受けてケアを実施する看護師との連携は必ずしも十分ではなく、一定の指針も作成されていないため、看護の実施に支障をきたすことも少なくない。

「包括的指示」を考慮した終末期医療における医師と看護師との連携のガイドラインを作成し、それに沿って医療の提供を実施していくことは、医師による適切な包括的指示、患者の生活の質、諸症状の緩和および服薬に対する的確な看護判断と質の高い看護技術を提供する上で不可欠であり、在宅療養患者の QOL の向上と在宅での看取りの推進に役立つことが期待される。

本研究では、このような「包括的指示」を考慮した終末期医療における医師と看護師との連携のガイドライン作成を目指し、まず、国内において在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師との連携の実態を明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

1. 対象と調査方法

「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている在宅終末期医療を行っている全 565 の医療機関を対象とし、自記式質問紙による調査を行った。調査票は各医療機関宛てに郵送し、その機関で中心になって在宅ケアを行っている医師 1 名に、施設を代表して施設の基本

的方針を回答してもらうよう依頼した。

調査票の発送および回収は、(株)サーベイリサーチセンターに委託し、郵送により回収した。また、より多くの医療機関から回答を得るため、当初の回収期限日直後に再度、督促の葉書を郵送し、調査への協力を依頼した。

2. 調査票の作成と調査項目

調査票は、同時に行われた全国の訪問看護ステーションを対象とした調査の調査票とともに、担当部会において研究者が検討し、作成した。医療機関を対象とした本調査では、以下の項目について尋ねた(詳細は調査票参照)。

- ① 施設の特性：医療機関の種類、在宅ケア患者および在宅で死亡した患者数、併設施設、在宅ケアでの実施医療内容、
- ② 在宅ケアの提供体制：他機関との連携状況、往診・緊急時対応の体制
- ③ 訪問看護ステーション・訪問看護師との連携方法：協定書の作成、合議・確認の有無と方法、訪問看護師への指示の具体的方法
- ④ 在宅ケアにおける包括的指示：包括的指示の是非、必要条件、法的問題、包括的指示にすべき行為

3. 倫理的配慮

調査にあたっては、調査の趣旨に賛同した方のみ回答を依頼し、収集する情報は研究に必要な最小限の情報とした。また、調査の依頼にあたっては、回答内容はすべて本研究のみに使用し、他の目的で使用することは一切ないこと、調査で得た個人情報はすべて研究終了後、破棄し、調査結果をまとめ、公表する際にも匿名性を確保することを明記した。調査により得られた情報は全て匿名化してID番号により管理し、個人が特定されないよう注意を払っており、研究終了後、全てのデータは破棄する予定である。

C 研究結果

調査票は、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている在宅終末期医療を行っている全 565 の医療機関に送付された。このうち、宛先不明で返送されてきた機関 7 件、現在は在宅ケアを実施していないと返答のあった機関 1 件を対象外とし、178 機関から調査票が回収された(回収率 32.0%)。回収された調査票のうち、回答数が半分以下であった 4 件、~~メ~~切後に回収された 6 件を除く 168 件を有効回答票とし(有効回収率 30.2%)、これを本報告書の分析対象とした。

以下に、各調査項目についての結果を報告する。