

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18年度 総括・分担研究報告書

(第一分冊 研究報告 本編)

主任研究者 川越 厚

(ホームケアクリニック川越)

平成19 (2007) 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海外の実態調査・9
—諸外国（米国、カナダ、オーストラリア、英国）における在宅緩和ケアに携わる
看護師教育の状況と日本への示唆— 福井小紀子
(第二分冊資料)
 - ・諸外国（米国、ニュージーランド、オーストラリア、英国）の在宅緩和ケアにお
ける訪問看護師と医師との連携に関する現状 岩本喜久子 滋野みゆき
2. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査 29
川越 厚、阿部郷子、岡部 健、瀬戸山 修、矢野栄二、
石川ひろの、佐藤夏織、小林友美、松本武敏、矢元美智子
(資料)
 - ・事前調査 調査票
 - ・在宅終末期医療を行う各医療機関における医師と訪問看護師との連携の実態報告
3. 死亡確認に関する事前約束指示 41
平林勝政
4. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討 53
川越 厚 岡部 健 下山直人 瀬戸山 修
(第二分冊資料)
 - ・事前約束指示の例
 - ・疼痛緩和マニュアル
 - ・「処方教室 ケーススタディ がん性疼痛」Rp. (レシピ)2005 年春号 Vol.4 No.2

研究組織

- 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 東電パートナーズ株式会社 事業企画リーダー
岡部 健 医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長
下山 直人 国立がんセンター中央病院 手術部長
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
平林 勝政 國學院大学法科大学院 院長
福井小紀子 国際医療福祉大学 小田原保健医療学部看護学科 助教授
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
岩本喜久子 ホームケアクリニック川越 研究員
小林 友美 訪問看護パリアン 看護師
佐藤 夏織 訪問看護パリアン 所長
滋野みゆき St. Christopher's Hospice 看護師
松本 武敏 前・ホームケアクリニック川越 副院長
矢元美智子 訪問看護パリアン 看護師

(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）
総括研究報告書

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

本研究の第二年度の目標は、先駆的な連携体制をとる在宅医療機関（その大部分は診療所）や訪問看護提供組織（そのほとんどは訪問看護ステーション）に対して、主に包括指示のあり方に関する実地調査を行い、「訪問看護師と医師との連携モデルを確立する」ことであった。本研究を進める中で研究班内で、本来の研究目的や用語の定義の厳密性などを考慮すると「包括指示」という言葉は適切ではないという意見があり、協議の末、「事前約束指示」という言葉を用いることにした。

実地調査対象となった医師・看護師のほぼ全員が、事前約束指示の必要性を訴えていた。数ある医療行為の中で、特に緊急性を要しかつ放置することのできない疼痛緩和と死亡診断について、事前約束指示を早急に整備してほしいとの意見が強かった。それ以外の医療行為に関しても事前約束指示を認めてほしいとの意見もあったが、本研究ではこの二つの医療行為に限定し、事前約束指示作成に関する基準作りを行った。

疼痛緩和に関する事前約束指示のルール作成にあたっては、細かい指示内容を規定することよりも、そもそも事前約束指示が成立するためにはどのような条件が必要か、という枠組み作りに重点を置き、実地調査を行った。その結果、事前約束指示の枠組み作りに必要な条件とは、①指示を出す医師の臨床能力評価、②訪問看護師の臨床能力の評価とそれに応じた指示内容の規定、③医師と看護師との密接な連携、④必須の指示内容、などであることが明らかとなった。

①と②に関しては現行の制度範囲では、一定の条件で規定することは困難なため、「連携する医療機関と訪問看護機関とが一定の基準を作成して用いている」ことにとどめた。③に関しては、一定の指示書の形で共有する約束事（事前約束指示）があること、指示内容に関する詳しい解説書が用意されていること、24時間体制で医師と看護師との連絡が可能な状態であること、定例のケースカンファレンスを開いていること、などが挙げられた。④に関しては、痛みの評価方法、使用する鎮痛薬、投与時の観察事項、副作用や過剰投与対策、鎮痛剤の投与開始、同増量、オピオイドの当鎮痛量、オピオイドローテーション、投与経路の変更、鎮痛補助薬などが挙げられた。

死亡診断に関する事前約束指示では、一定のルールを設けて訪問看護師が死亡診察（死亡の確認）できるような形にすべく、事前約束指示が成立するような仕組みを検討した。すなわち疾患を末期がんに限定し、継続して診察していた患者が医師の診察後一定期間内に心肺停止した場合につき、あらかじめ指示した方法によって看護師が死亡確認をし、必要な処置に入れるようにするものである。

事前約束指示は、在宅医療の現場で働く医師や看護師にとって大変便利で歓迎すべき指示のあり方と考えられる。但し重要なことは、この指示を活用して患者・家族に高品質の医療を安全かつ確実に提供することであり、そのためにはこの指示を用いるための条件を厳密にすることである。今後、このような形の指示の有効性を検討する必要がある。

A. 研究目的

本研究は、在宅療養者の看取りを効率的かつより質が高いものとするため、在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師の連携のあり方、特に看護師が現場で迅速に対応できるための医師からの指示の形を提示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して、海外の実施例や国内の取り組みとの比較調査を行うとともに、在宅終末期医療に先駆的に取り組んでいる医療機関と訪問看護機関を対象としたインタビュー形式の実態調査を実施し、医師と看護師との実際の連携のあり方を明らかにし、特に迅速な対応が求められる疼痛緩和に関する事前約束指示の形を提示した。また、死亡確認に関する法令・文献調査を行い、在宅療養者の看取りにおける死亡確認に関する事前約束指示の形を検討した。

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海外実態調査

— 諸外国（米国、カナダ、オーストラリア、英国）における在宅緩和ケアに携わる
看護師教育の状況と日本への示唆 —

米国、カナダ、オーストラリア、および英国の4カ国における在宅緩和ケアに関する看護師教育の状況を把握するために、文献レビューを行った。まず、MEDLINE および CINAHL を用いて、次に医学中央雑誌において関連論文を収集した。さらに、各国の緩和ケア団体や緩和ケア協会など代表的な在宅ケア関連機関のウェブサイトから情報収集するとともに、上記の関連論文の中で出てきた緩和ケア機関や大学のウェブサイトの検索などにより、各国の在宅緩和ケアに関する看護師教育の状況に関する情報を収集した。以上の情報から各国ごとに状況をまとめた。

2. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

「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医療機関のうち、2001年の年間在宅がん患者看取り数が10以上の医療機関63を対象とし、訪問看護師との連携について、郵送による自記式質問紙調査を実施した。この結果を踏まえ、訪問看護師と連携をとって在宅終末期医療に先駆的に取り組んでいる医療機関21と、その連携先の訪問看護ステーションあるいは医療機関内の訪問看護部門計16を対象に、インタビュー式実地調査を実施した。

3. 死亡確認に関する事前約束指示

死亡確認に関する事前約束指示の必要性につき、実地調査の対象となった医療機関および訪問看護機関に意見を求めた。また実地調査の意見を反映する形で事前約束指示案を作成し、それを叩き台として、研究班内でこの問題について議論を重ねた。その結果、合意した内容を報告書としてまとめた。

4. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討

文献調査、実態調査、死亡診断に関する検討、本研究で収集した各医療機関の疼痛緩和マニュアルをもとに、疼痛緩和に関する事前約束指示をまとめた。

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海外の実態調査

米国では、緩和ケア実践の看護師への教育は、実践上では全チームメンバーが共有するケア基準が作成され活用されているとともに、看護師の所属する機関に非常勤でホスピス専門医が勤務しているため、常時この専門医からの助言体制が整備されていた。一方、在宅緩和ケア専門看護師の確立・普及は課題であり、国レベルでの準備が進行中であった。カナダでは、我が国と同様に緩和ケアの提供は一般病棟や緩和ケア病棟といった病院内が主流であり、在宅緩和ケアはまだ未整備といえる。病院内では正看護師(RN)または準看護師(LPN)が緩和ケア実践で働いており、現在、病院内を中心とした緩和ケア専門看護師の確立・普及が計られるとともに、病棟では、カナダ緩和ケア協会が定めた各医療者向けの緩和ケア水準を基に、独自にチームメンバー間で共有できるプロトコルが作成され活用されているといった努力が行われていた。オーストラリアでは、看護師に対する学部と大学院の両方の教育カリキュラムが緩和ケア分野において確立し、多岐の形態で提供されていた。また、在宅、一般病棟、緩和ケア病棟の医療者間の連携体制が整っており、これに連動して、看護師教育に関しても各機関の看護リーダーらが協力して緩和ケア教育にあたる状況が整備されていた。英国における在宅緩和ケアに関する看護師教育に関しては、看護師のキャリアラダーが制度として根づいており、病院、ホスピス、学部、大学院といった各機関にて多様な期間設定で、在宅緩和ケア専門看護師になるための教育カリキュラムが用意され、ルートが確立していた。

2. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

事前調査では、32 機関（回収率 50.8%）から回答を得た。4 分の 3 は無床診療所であり、常勤医師は 1 人、非常勤医師なしがそれぞれ最も多かった。2005 年に在宅で死亡したがん患者数は 10-19 人である機関が半数近くを占めたが、最も多いところでは 100 人以上という医療機関が 2 機関あった。事前約束指示の文書化に対する医療機関の意向では、約 7 割の機関が、訪問看護師への医行為に関する指示は文書化すべきであり、網羅的な定型の指示書があった方が良く考えていた。また、事前約束指示に関するプロトコルについて、疼痛緩和以外の医療行為についてもあるとよいとした機関が 21 機関であり、具体的には呼吸ケア、精神症状に対する対応などがあげられていた。

実地調査では、医療機関 21 と訪問看護機関 16 にインタビュー式の訪問調査を行った。最も多い連携先は同一経営母体のものが多く、医療機関では 66.7%、訪問看護機関では 75.0% を占めている。しかし半数以上が、それ以外の連携先を他に持っていた。連携先との定型の約束事や共有マニュアルなどは半数以上が持っていなかった。事前約束指示の形をとっていない機関では、現状では都度、医師と看護師の連絡が取れているので文書化の必要がないことや、変化が大きく

文書化しづらいことが主なものとして挙げられた。投与開始やオピオイドローテーションに関しては、医師の判断で行われることが多く、特にオピオイドの開始は80%以上が医師判断となっていた。しかし、頓用については看護師の判断に委ねられていることが多く、NSAID'sの場合は、医師の71.4%、看護師の76.5%が「看護師判断」としていた。事前約束指示を推進することについては、ほぼ全員が賛成あるいは条件付で賛成であった。理由として、患者数が増えてくると医師の診察後指示を出すという形が現実には不可能となること、看護師の資質さえ担保できれば必要な医療行為を早く行うことができ、患者と家族に不利益を与えることが少なくなる、などが多かった。

3. 死亡確認に関する事前約束指示

死亡確認に関する事前約束指示を出せる条件としては以下のことが挙げられた。

- (1) 事前約束指示を出せる医師は、一定数以上のがん在宅死（一応の目安として年間20症例）に関わっている在宅療養支援診療所に所属する医師とし、指示を受けることのできる看護師はその在宅療養支援診療所と契約を結んでいる訪問看護機関または院内訪問看護部門に所属する看護師であること。
- (2) 対象となる患者は末期状態のがん患者とAIDS患者であり、死が極めて近い(1週間以内)と予測される状態であること。
- (3) 指示は医師が診察をした後、文書の形で出すこと。一定期間（本報告では1週間としている）有効であり、診察をすれば再発行できること。
- (4) 異常所見が認められない場合、看護師は以下の要件を満たしているとき、医師の診察を待つことなく、身体への処置に入ることができる。
 - ① 原疾患：末期状態のがん、AIDS
 - ② 事前指示：1週間以内に、死亡診断の事前約束指示が出ていること
 - ③ 経過時間：呼吸停止後、一定時間（おおむね一時間以上）が経過していること
 - ④ 確認事項：死の三徴（聴診による心拍の停止、自発呼吸の停止、瞳孔の対光反射消失）を確認すること
 - ⑤ 異常所見が認められないこと：原疾患との因果関係を認めがたい異常所見が、身体に認められないこと
- (5) 異常所見が認められた場合、看護師は直ちに医師にそのことを報告し、医師の判断、指示を受けなければならない。この場合、医師の指示があるまで、看護師ならびに家族などは患者の身体に触れてはならないこと。
- (6) 看護師は「死亡診断に関する事前約束指示」に従って処置を行った場合、可及的速やかに医師にその旨を報告しなければならない。また医師は、看護師の処置後であっても原則として必ず診察に赴き、死亡診断をしなければならないこと。

4. 疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討

以下の項目に関して疼痛緩和に関する事前指示が成立するための条件と取り決めを検討した。

- (1) 事前前指示を出すことのできる医師の条件医師

- (2) 事前約束指示を受けて実行できる看護師の条件
- (3) 看護師の能力評価とそれを反映した指示の基準
- (4) 協働する訪問看護師と診療所医師との連携に関する基準
- (5) 情報の共有に基づく連携に関する基準
- (6) 定型化した事前約束指示に関する基準
- (7) 診療所医師と訪問看護師が共有するテキストまたは解説書
- (8) 医師の診察と事前約束指示の有効性

D. 考察

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海外実態調査

海外の実態との比較により、わが国が今後目指すべき3つの示唆が得られた。第一に、米国やオーストラリアで活用されている緩和ケアチーム全体で共有できる、緩和ケア理念から症状管理までを包括的に含むケア基準の作成が急務である。第二に、在宅でも質の高い緩和ケアが提供できるように、米国、英国、オーストラリアのような病院と地域との連携体制の整備が重要と言える。第三に、諸外国では、在宅緩和ケア専門看護師が活躍していることから、今後は、我が国も、緩和ケア専門ナースが在宅で活躍できるような環境の整備が必要であると考えられる。

2. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

各機関、訪問看護師と医師との連携は、症例ごとの個体例による差が大きく、状況変化の多い末期患者に対しては約束事の文書化が必須であるがなかなかその作業に着手できない現状があると考えられた。在宅がん末期患者に対しては、確かに個別性の高いケアを行わなければならないが、提供する医師と訪問看護師の連携には一定の基準を設定することが必要であり、その上で個別性的かかわりを展開することが重要と考えられる。このような理由から、在宅での看取りを推進していくためには、基準作りが急務であることが再確認された。

疼痛緩和においては、すでにながりの看護師裁量となっているが、看護師能力のレベル等によって裁量範囲に違いが現れていることから、看護師の能力の評価が必要となってくると考えられる。

死亡診断に関しては、指示の原則が在宅末期患者の実状に見合っていないことが示唆された。

在宅終末期医療の充実のために事前約束指示の積極的な推進が必要と考えられる。がん末期患者の在宅終末期医療に携わる医療機関は、一医療機関あたりの医師数が少なく、負担が大きいので、看護師裁量の拡大は医師の負担減になるが、さらに看護師の能力向上などにおいても意義があると考えられる。また、一般の医療機関・訪問看護機関に広げていく際には、一定の基準が必要と考えられる。

事前約束指示が必要と思われる処置としては、今後、事前約束指示の整備と拡大に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

3. 死亡確認に関する事前約束指示

死亡診断は法的にも非常に重要な意味を持っており、医師の専権事項となっているが、実地調査における医師看護師の共通した意見は、在宅において診断プロセスの一部（死亡の確認）を看護師に委譲し、その後の処置をより速やかにしてほしいということであった。そのために必要な整備が「死亡診断に関する事前約束指示」であるが、その有効性と妥当性を今後検討する必要性がある。死亡診断後に許されている御遺体への処置が速やかにできるようになれば、在宅での看取りにおける看護師の働きがより円滑となり、ひいては患者・家族（御遺族）の益につながるということが考えられる。

4. 疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討

末期がん患者を苦しめる症状は多種類存在するが、そのなかで痛みは高頻度に発生し、しかも患者に多大な苦痛を与えるので、医療者は可能な限り迅速かつ確実に痛みを緩和しなければならない。しかし医師が常在しない在宅では、必要な医療（この場合は疼痛緩和）を常時（例えば夜中など）速やかに提供することが難しい。その結果、患者を長時間にわたって、しばしば疼痛のために苦しめることになる。このような不都合を解消するためには、訪問看護師の働きが重要な鍵を握っている。すなわち、いかに看護師の持つ力を有効に活用するかということである。看護師は医師との密接な連携を取りつつ、自己の裁量で疼痛緩和を迅速に行なうことができるような、医療環境の整備を行なわなければならない。具体的には、医師は予測される痛みに関する指示をあらかじめ出しておく（事前約束指示）、発生した痛みに対しては看護師の裁量で対応するというものである。

わが国における在宅医療の現状を考えると、このような事前約束指示を医師が出し、訪問看護師がその指示に従って動けるようにするためには、いくつかの取り決めが必要なことは当然である。この事前約束指示に関する取り決めは、本研究における実地調査、文献調査などをもとに作成したものであるが、その妥当性と有効性を今後検討する必要がある。

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海外実態調査

諸外国の実態と比較を通しての日本への示唆として、緩和ケアの基準作り、病院と地域との連携体制、緩和ケア専門ナースが活躍できる場の3側面の環境を整えていくことで、かかりつけ医と訪問看護師双方の緩和ケア能力・技術の向上、病院と地域との連携促進、およびかかりつけ医の訪問看護師への信頼獲得が進み、ひいては地域全体の在宅緩和ケアの質の向上につながっていくと考えられる。また、近年の傾向として、訪問看護師不足と訪問看護師・事業所の負担の軽減の問題も顕著になり、今後の大きな課題の一つであると言える。

2. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

積極的にがん末期患者の在宅ケアに取り組んでいる医療機関と訪問看護機関の実地調査を行い、訪問看護師と医師との連携の現状と事前約束指示に対する考え方の方向性について以

下の結論を得た。

- (1) 事前約束指示表を作成しているのは 38 ヶ所中 4 ヶ所 (2 組) のみで、全体の半数以上が連携先と共通のマニュアル等を持っていなかった。ミーティングや電話等の緊密な連絡でその不足を補っているものの、時に指示の遅れや口頭指示による誤解、互いのスキルの見誤りによる連携不十分といった事態が起きていた。
- (2) 疼痛緩和において、NSAID's の頓用の場合は、70%以上が看護師判断で実施されていた。法的な保証がないままに、すでにかかなりの医療行為が看護師裁量で行われていることが明らかになった。ただし、オピオイドローテーションやオピオイドの使用開始は医師判断の割合が高く、看護師能力のレベルに応じて裁量範囲に違いが生じていた。
- (3) 死亡診断には、遠方で到着に時間がかかるなどのやむをえない場合を含め、現状では調査対象となった医療機関や訪問看護機関の 9 割近くが医師の診断前に看護師が死後処置を開始しており、法で定められた死亡診断の原則が在宅がん末期患者の現状に見合っていないことが示された。
- (4) 事前約束指示については、実現の方向にほぼ全員が賛成の意を表していた。特に患者数が増えた場合に医師が対応しきれないとの意見が強く、在宅末期医療の充実のためには積極的な推進が必要と考えられた。
- (5) ただし、事前約束指示の実施に当たっては、①医師が看護師に任せきりにするのではなく、24 時間の連絡体制などを保証した上で協働していくこと、②ミーティングや電話連絡など、医師と看護師の緊密な情報共有を行っていること、③個々の看護師の能力に見合った指示が出されること④医師は一定レベル以上の能力を持っていること、⑤文書化された事前指示書が作成されていることなどが必要と考えられる。
- (6) 事前約束指示が必要と思われる処置としては、疼痛緩和や死亡診断以外に、酸素流量調整などの呼吸ケア、褥瘡処置、排便コントロール、点滴による補液等が挙がっており、今後事前約束指示の整備と拡大に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

3. 死亡確認に関する事前約束指示

本研究班において、上述の報告書の結論と検討を踏まえ、医師と訪問看護師との緊密な連携のもと、死亡診断前における看護師の処置を可能にする・医師の事前約束指示の雛形を作成した。この指示は、在宅における死亡診断の一部を実質的に看護師に委譲することを含むものであるが、その実施にあたっては診断の一部を移譲される看護師だけではなく、指示を出す医師にも一定の基準が必要である。事前指示の形を本研究班で提示し、今後その妥当性と実現可能性とを検討する必要がある。

4. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討

疼痛緩和の事前約束指示を出すことのできる条件を以下の通り検討した。

- (1) 疼痛緩和の事前約束指示を出すことのできる医師の基準
 - ① 一定数以上の年間がん在宅死に関わっている
 - ② 在宅療養支援診療所の医師
- (2) 事前約束指示を受けて実行できる看護師の基準

事前約束指示を出す医師が所属する在宅療養支援診療所と連携関係にある訪問看護ステーションまたはそれに類する機関の看護師

(3) 事前約束指示を用いる条件

- ① 医師は連携して指示を実行する看護師につき、臨床経験や臨床能力などを評価する一定のルール（能力評価基準）をあらかじめ作成する。
- ② 事前約束指示の内容は、その評価基準による看護師の評価を反映するものでなければならない。

(4) 事前約束指示が成立するためには、協働する訪問看護師と診療所医師は 24 時間体制の連携が取れていなければならない。また情報の共有に基づく連携がなされていないとされない。具体的な条件として以下のことを行っていることである。

- ① 看護師からの医師への報告
- ② 医師と看護師が参加する定期的なケースカンファレンス

(5) 診療所の医師は、疼痛緩和に関する定型化した事前約束指示（実際の医療機関で使用されている指示書を本報告書の第二分冊資料編に示す）をあらかじめ文書で示し、事前約束指示の内容を補足する解説書（独自のものでもよいし、市販のマニュアルや教科書でもよい）を用意し、あらかじめそれを看護師に示しておかなければならない。

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研究

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海外の実態調査
—諸外国（米国、カナダ、オーストラリア、英国）における在宅緩和ケアに携わる
看護師教育の状況と日本への示唆—

分担研究者 福井小紀子 国際医療福祉大学 小田原保健医療学部看護学科 助教授

研究要旨

本稿では、我が国の在宅緩和ケアに関する看護師教育のあり方の示唆を得るために、緩和ケアの進展している欧米の4カ国（米、加、豪、英）の状況を把握した。

米国では、在宅での緩和ケアが病院などの施設に比べて発展しており、緩和ケア実践の看護師の大部分は在宅で正看護師(RN)の資格を持って活動していた。これら看護師への緩和ケア教育の現状は、実践上では、全チームメンバーが共有するケア基準が作成され活用されているとともに、看護師の所属する機関に非常勤でホスピス専門医が勤務しているため、常時この専門医からの助言体制が整備されていた。一方、在宅緩和ケア専門看護師の確立・普及は課題であり、国レベルでの準備が進行中であった。

カナダでは、我が国と同様に、緩和ケアの提供は一般病棟や緩和ケア病棟といった病院内が主流であり、在宅緩和ケアはまだ未整備といえる。病院内では正看護師(RN)または準看護師(LPN)が緩和ケア実践で働いており、現在、病院内を中心とした緩和ケア専門看護師の確立・普及が計られるとともに、病棟では、カナダ緩和ケア協会が定めた各医療者向けの緩和ケア水準を基に、独自にチームメンバー間で共有できるプロトコルが作成され活用されているといった努力が行われていた。

オーストラリアでは、看護師に対する学部と大学院の両方の教育カリキュラムが緩和ケア分野において確立し、多岐の形態で提供されていた。また、在宅、一般病棟、緩和ケア病棟の3箇所それぞれにおける緩和ケア提供が普及しており、各機関の医療者間の連携体制が整っており、また、これに連動して、看護師教育に関しても、各機関の看護リーダーらが協力して緩和ケア教育にあたる状況が整備されていた。

英国では、緩和ケア提供の場に関しては、家庭医を中心としたプライマリケアが浸透していることから、在宅がベースとなっており、病状悪化などの必要に応じて病院やホスピスとの自由な行き来ができる在宅と施設との連携体制が確立していた。また、在宅緩和ケア実践では、マックミランナースなど在宅緩和ケア専門看護師が多数存在し、その役割が確立しており、ケアの質の確保に貢献していた。また、在宅緩和ケアに関する看護師教育に関しては、看護師のキャリアラダーが制度として根づいており、病院、ホスピス、学部、大学院といった各機関にて多様な期間設定で、在宅緩和ケア専門看護師になるための教育カリキュラムが用意され、ルートが確立していた。

以上よりわが国が今後目指すべき3つの示唆が得られた。第一に、米国やオーストラリアで活用されている緩和ケアチーム全体で共有できる、緩和ケア理念から症状管理までを包括的に含むケア基準の作成が急務である。第二に、在宅でも質の高い緩和ケアが提供できるように、米国、英国、オーストラリアのような病院と地域との連携体制の整備が重要と言える。第三に、諸外国では、在宅緩和ケア専門看護師が活躍していることから、今後は、我が国も、緩和ケア専門ナースが在宅で活躍できるような環境の整備が必要であることが導かれた。

A. 研究目的

2006年6月に「がん対策基本法」が成立し、2007年4月からの同法の施行に向けて、国全体が在宅医療の推進・整備に向けて、充実した在宅医療の提供体制を整えていくことを課題とする気運が高まっている。中でもこれまで施設を中心として発展してきた緩和ケアを在宅へどう展開していくか、また、最後を在宅でどう看取るかという点が大きなテーマとして掲げられている¹⁾。

一方、我が国の現状は、がん患者の死亡場所に関して、93.6%が病院・診療所などの施設であり、在宅死はわずか6.0%と少数である（終末期医療に関する調査等検討会 2005）。がん以外の全疾患における在宅死の割合を見ても、ここ数年は十数%と低い（厚生労働省 2000）。今後、在宅において緩和ケアを受け、最期を在宅で迎える人を増やすためには、地域のかかりつけ医とともに、訪問看護師により在宅緩和ケア提供体制を整備し、緩和ケアの質を保っていくことが必要不可欠である。

そこで、本研究では、すでに在宅緩和ケアが浸透し、その中で看護職が活躍している4カ国（米国、カナダ、オーストラリア、英国）における

- (1) 在宅緩和ケアに関する看護師への教育の状況を把握すること
- (2) これらの状況把握を基に、我が国の訪問看護師への緩和ケア教育のあり方、そして、我が国における在宅緩和ケアの質の向上と進展に関する示唆を得ること

を目的とする。

B. 方法

米国、カナダ、オーストラリア、および英国の4カ国における在宅緩和ケアに関する看護師教育の状況を把握するために、文献レビューを行った。

まず、MEDLINE および CINAHL を用いて、1) 国名 (US および America, Canada, Australia, または UK および England)、2) home, 3) palliative または hospice, 4) Nurse, 5) Education のいずれか1語の計5語全12通りの検索を行い、関連論文を収集した。

次に、医学中央雑誌において、1) 国名（米国およびアメリカ、カナダ、オーストラリア、または英国およびイギリス）、2) 在宅、3) 緩和またはホスピス、4) 看護師、5) 教育の計5語全12通りの検索を行い、関連文献を収集した。

さらに、各国の緩和ケア団体や緩和ケア協会といった代表的な機関のホームページから情報収集するとともに、上記の文献検索にてヒットした文献の中で出てきた緩和ケア機関や大学のホームページの検索、また、可能な場合は、現地における実践書入手することで、各国の在宅緩和ケアに関する看護師教育の状況に関する情報を収集した。

そして、これらのプロセスを経て収集した文献および情報を読み、内容を整理することで、以下に各国ごとにその状況をまとめた。

C. 結果・考察

1. 米国

1. 米国の看護教育システム

米国では、看護師のキャリアラダー（段階付け）が確立している。看護師の段階付けとして、大学院で修士号を取得した Clinical Nurse Specialist (CNS)を含む Advanced Practice Nurse(APN)、学士を取得した Registered Nurse(RN)、そして1年間の看護専門学校を修了した Licensed Practical Nurse(LPN)の3つに主に分けられる。

●大学院教育（修士課程）

APNになるための修士のコースを修了した看護師は APN(Advanced Practice Nurse)の資格が得られる。APNは4つ：Clinical Nurse Specialist(CNS), Nurse Practitioner(NP), Nurse Midwife(NM), Nurse Anesthetist(NA)に分類される。CNSの1領域として緩和ケア専門看護師が存在する。その他、看護学の修士課程および博士課程に進むことで、Nurse Manager, Nursing Faculty, Researcherのルートも用意されている(Paice et al. 2006)。

●学部教育（学士）

4年間の看護学部を修了し、試験に合格すると州政府が認定する Registered Nurse(RN)となる。緩和ケア領域で働く看護師は、がん看護師団体 (Oncology Nursing Society)などに属しているが、このような団体への所属は日本と同様に自らの選択で加盟するもので、強制されたものではない(Ferrell et al. 2005)。

●専門学校教育

1年間の看護専門学校を修了すると、Licensed Practical Nurse (LPN)の資格が得られる。LPNは日本でいう準看護師にあたる。在宅緩和ケア領域では、大抵1人の担当看護師が患者宅を訪問するという特徴から、緩和ケア領域で働く LPNは少ない(National Hospice Palliative Care Organization ホームページ)。

2. 米国の専門看護師への教育(CNS教育)の状況

米国の看護師は約280万人おり、うち APNが占める割合が約6%、そのうち CNSとして働いているのは全体の1.9%の4万8000人である(久木元2005)。

アメリカ看護協会では、「CNSは、修士以上の学位を持つ看護師で、特定の分野において優れた看護を実践できるもの」と定義されている。しかし、この定義からわかるように、CNSの役割は、確立されておらず、CNSの所属機関や一緒に働く医師の考えにより大きく影響されてくる(上野2005)。また、4つの APNのうち、CNSとナースプラクティショナー (NP)の違いに関しても、明確な役割の区別はできていない。NPは基本的には、医師の同意があれば薬剤の処方ができるという特徴はあるが、病院の経営方針や患者のニーズによって、これらを CNSが行う場合もある(高橋2004)。

CNSになるために修士課程で学ぶ科目は、理論、看護研究、医療政策、プログラムマネジメントなどの総合的な共通科目と、各専門分野における専門科目の2つに分けられる。また、CNSのカリキュラムでは、授業だけでなく実習にも重点が置かれており、認定試験を受けるために500時間の実習を受けることが課され、実践での学びが重視されている(久木元2005)。

緩和ケア領域を含むすべての CNSの役割は、主として、看護の実践、研究、コンサルテーショ

ン、教育の4つが挙げられる。また、その他に、入院期間、死亡率、治療費などの病院全体のアウトカムを改善する責任もあるなど、CNSの役割は多岐にわたっており、また施設によっても違いがある。このような特徴から、CNSの役割は曖昧であることが指摘されており(Rhonda 1999)、今後は、この“フレキシブルで幅広い役割”をもつCNSという特徴を活かすことで、時代のニーズに合ったCNSの役割を確立していくことが期待されているといえる(久木元 2005)。

3. 米国の緩和ケア領域における看護師教育の状況

米国では、65歳以上の高齢者とかなりの低所得者は、それぞれメディケア、メディケイドという政府による医療保障が受けられるが、それ以外の国民は、主として民間保険を利用するか、全額自己負担で医療を受ける。このため、富裕層は質の高い医療が受けられるが、貧困層の多くは適切な医療が受けられない状況である。ホスピス緩和ケアに関しては、メディケア、メディケイド、および民間保険を利用できる対象はそれらを使ってホスピス緩和ケアの受療が可能である。また、これらの保険が利用できない対象に対しても、ホスピス緩和ケアを支持する市民からホスピス緩和ケア機関へ当てられた寄付金によりケアの受領が可能となっている(福井 2003c)。

米国では、ホスピス緩和ケアの提供形態は、在宅ベースのホスピスケア、終末期に加えて慢性疾患もカバーする在宅ケア、または病院内での緩和ケア病棟の3つに分けられる。在宅ベースのホスピスケアを提供するホスピスプログラムは、全米に約3200あり、大部分の末期患者はこのホスピスプログラムを受けている(鈴木 2004)。このことから、緩和ケア領域で働く看護師の多くは、ホスピス専門のホームケアエージェンシー(HCA、日本でいう訪問看護ステーション)で訪問看護師として働いているといえる。

緩和ケア領域で働く看護師の教育状況は、現状ではCNSは少なく、ほとんどがRN(正看護師)である。このRNおよび医師を含む緩和ケアの全チームメンバーにより提供される緩和ケアの質を保つために、オレゴン州やミズーリ州などの多くの州では、それぞれのホスピスがハンドブックなどのプロトコルを作成し、活用している(福井 2003a)。プロトコルの内容は、緩和ケアの理念や全人的アプローチの必要性などの概念的・総合的な内容に加えて、痛みを始めとする症状別のアセスメント、投与すべき薬剤とその量(治療のスタンダード)、その他の症状緩和法などが具体的に書かれている。このプロトコルを、医師(緩和ケア専門医、家庭医)、看護師(訪問看護師、CNS)、ソーシャルワーカー、チャプレン、ヘルパーを含む全チームメンバーが共有することで、ケアの質の統一を測っている。このプロトコルは、州を代表する緩和ケアの臨床医や看護師や学術専門家らが、その臨床的必要性から、Evidence-based practiceを目指してできる限り多くの研究知見を引用することで、作成されている。また、数年に1回、最新の知識を取り込み、改定が行われている(Seaman LW 1999)。

さらに、ホスピスケアを提供する看護師の所属する多くのホームケアエージェンシー(HCA)にはホスピス専門医が非常勤で勤務しており、看護師は常時この専門医から症状管理を始めとする緩和ケアに関するスーパーバイズが受けられる体制が整備されている(福井 2003b)。以上の状況から、看護師は実践を通して緩和ケアの知識と技術を身につけていくことができる教育環境が整っているといえる。

さらに、米国では、近年、ホスピス緩和ケア領域の専門看護師を増やす動きが出てきている。すなわち、2002年にはHospice and Palliative Nurses Association(HPNA)とAmerican Nurses

Association(ANA)が共同でホスピス緩和ケアナースの役割と基準として、「ホスピス緩和ケアナースは、終末期の患者とその家族に対して、身体的、心理社会的、情緒的、そしてスピリチュアルなケアを包括的に提供するための知識と技術を持つことが必要である」ことを明示した (Tice 2006)。また、近年、The National Board for Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN)がホスピス緩和ケアナースを認定するための試験制度を開始した。ただし、この受験資格は、緩和ケア領域での2年の経験があれば、APNにも RNにも LPNにも与えられている (Tice 2006)。

研究面では、1995年から The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatment (SUPPORT) プロジェクトが全米で大規模に実施された。その結果、米国におけるエンドオブライフケアの質が低いことが明らかにされたため、この結果を受けて、the American Association of Colleges of Nursing(AACN)と the City of Hope Medical Center が共同して、エンドオブライフケアの質を高めるための看護師教育を充実させることを目的に、2000年に、まず全米の看護学部を対象に、the End-of-Life Nursing Education Consortium(ELNEC)プロジェクトを開始した。続いて、2001年に APN を目指す修士課程の大学院生を対象に同カリキュラムが全米規模で実施された。さらに、2003年にはがん看護師を対象に同教育プロジェクトが行われた。そして、これらの看護師教育カリキュラムによって、いずれも、受講生の受講後3ヶ月と6ヶ月の自己評価によるその教育効果が示されるとともに、この大規模調査によって参加機関におけるこのカリキュラムの普及が図られ、プロジェクトは成功を収めた (Paice et al 2006, Ferrell et al 2005)。今後、この ELNEC プログラムの受講をホスピス緩和ケア専門看護師の認定に利用しようという動きもある (Tice 2006)。

この ELNEC カリキュラムの内容について、期間は3日間で行われ、形式は、講義、ロールプレイ、小グループワーク、ケース討議などの様々な形で進められる。内容は、AACN が1997年に作成したエンドオブライフケアのガイドライン(A peaceful death: Recommended competencies and curriculum guidelines for end-of-life care)と米国の内科医向けのエンドオブライフの教育プログラム(the Education for Physicians in End-of-Life-Care (EPEC) program)を参考に、以下の9つの項目から成っている。(AACN ホームページ)。

- 1) 終末期における看護ケア
- 2) ペインマネジメント
- 3) 症状マネジメント
- 4) 倫理的／法的問題
- 5) 文化的考慮
- 6) コミュニケーション
- 7) 喪失／悲嘆
- 8) 質の高いケア提供
- 9) 看取り時のケア

なお、米国では、緩和ケアはがん患者を主対象とする意味合いが濃いことから、近年、全疾患を対象とするより広義の“end-of-life care (エンドオブライフケア)”という言葉の使用が主流になってきている(鈴木 2004)。

以上、米国の状況をまとめると、緩和ケア領域で働く看護師の大部分は在宅で活動しており、これら看護師の大部分は学士号を持つ正看護師(RN)である。これらの看護師への緩和ケア教育の

現状は、実践の場で、医師を含む全チームメンバーが共有するマニュアルやプロトコルが作成され活用されていること、また、緩和ケアで働く看護師の所属するホスピスプログラム（日本でいう訪問看護ステーション）に非常勤でホスピス専門医が勤務するため、常時この医師からスーパーバイズが受けられることから、緩和ケア実践で働く看護師のケアの質を高めるための教育体制が概ね整っているといえる。さらに、今後は、緩和ケア領域で働く看護師のさらなる専門性を高めるために、ホスピス緩和ケア専門看護師の認定者を国レベルで増やしていこうという動きが始まっている。

II. カナダ

1. カナダの看護教育システム

カナダでは“すべての人々に平等の治療を”という医療システムがあり、カナダ市民は、年間数万円の保険料を納めてケアカードをもつことが義務づけられている。このケアカードをもつことにより、医療機関への受診や手術、検査などが無料となる。しかし、一方で、医療費負担がないかわりに、検査や手術を受けるにあたり想像を超えるほど待たなければならないというデメリットがあるため、裕福な市民の場合、隣国の米国に自費で治療を受けに行く患者もいる（高橋 2005）。

●専門性を持つ看護師教育（APN、CNSを含む）

このように、政府が医療費を負担してくれるカナダでは、病院のほとんどは公立であり、すべての医療雇用者は政府に管理されている。このため、何か新しい職種を導入するまでに時間がかかる。緩和ケアを含むすべての領域のAPNやCNSに関しても、質の高い医療提供のために、近年ようやくその必要性が認知されるようになってきた状況である（高橋 2005）。

●学部教育：Registered Nurse (RN)

カナダの多くの大学は公立大学であり、私立の大学はほとんど存在しない。カナダでは、プロビンス（州）によって看護教育は多少異なるが、ビクトリアのあるブリティッシュコロンビア州などの多くの州においては、看護師（RN）になるためには、看護学士（Bachelor Science Nursing：BSN）を取得することが義務づけられている。

カナダの大学教育は、政府に管理されており、政府は金銭的な問題とともに、大学教育の質を保つために、大学の数を制限している状況である。現在、カナダにおいて大学レベルの看護教育を提供している施設は90校しか存在しない。このため、ビクトリア大学の看護学部を例にとると、BSNプログラムに入学するために2～3年ほど待たなければならない。しかし、それでも年々看護職の人気は増加しているといえ、看護職を一度選んだ者は看護職から離れない傾向にある（高橋 2005）。

●専門学校教育：Licensed Practical Nurse (LPN)

カナダでは、大学教育を受けたRegistered Nurse (RN)に加えて、日本でいう準看護師にあたるLicensed Practical Nurse (LPN)の2職種が、主に看護職として働いている。RNの教育は4年であるのに対して、LPNの教育は1年である。

LPNは、これまでは患者の清拭や介助を主として、RNの助手的役割を果たしてきたが、2003年にLPNの教育の一環として薬理学が加えられるとともに、LPNの看護組合の後押しにより、以降、LPNも薬物投与ができるようになり、RNとほぼ同じ仕事ができるようになった。また、RNに比べ

てLPNの方が低コストで雇用できるという理由から、LPNを率先して雇う病院や老人ホームなどの施設も増えてきており、RNとLPNの対立が継続している(高橋 2005)。

このような背景から、RNの職能団体であるカナダ看護協会は、RNの各看護分野の専門性を向上させるために、長年にわたり、各専門分野における看護国会試験を実施してきている。これらの国家試験は、該当する専門分野での3年以上の臨床経験をもつRNのみに受験資格が与えられ、2004年からは、この看護国会試験に緩和ケアの分野も加えられた(Registered Nurse Association of British Columbia)。

2. カナダの緩和ケア領域における看護師教育の状況

カナダで最初のホスピスは1974年にウィニペグで創設された。1993年には、カナダ緩和ケア協会(Canadian Palliative Care Association: CPCA)が創立され、現在、650以上のホスピス・緩和ケアプログラムが国で認められ、2,200人の緩和ケア従事者がCPCAに登録している。カナダでは、緩和ケアの多くは、病院を主体に提供されている(Canadian Hospice Palliative Care Association ホームページ)。

カナダ緩和ケア協会は、緩和ケアにおける医療基準の設定、また緩和ケアが一定の医療レベルにおいてカナダ国内で提供できるように各医療者向けに水準を定めており、看護分野における看護業務水準としては、看護師は患者と家族の代弁者となることや、evidence-based practiceの実施、および精神面・社会面での看護提供などが強調されている(CPCA Nursing Standards Committee)。

1) 緩和ケアにおける学士レベルの教育

現在、カナダでは、15の看護大学で緩和ケア学の選択ができる。一例として、ビクトリア大学の緩和ケア学のコース内容を紹介する(Cummings et al. 2004)。

◆内容

第1章：緩和ケアの発達と動向

第2章：緩和ケアにおける看護師の役割と死にゆく患者とその家族へのかかわり方

第3章：心理社会的面からの患者とその家族の理解の大切さ

第4章：症状マネジメント、疼痛が及ぼす身体的・精神的影響

第5章：死が訪れたときの生命倫理（突然患者が亡くなった場合と看護師が患者の死を予測した上で患者を看取った事例の検討、文献検討）

第6章：緩和ケアの今後と挑戦

この学士レベルでの緩和ケアコースは入門レベルといえる。資格を持つ医療者向けの卒後教育としては、一般医師を対象とした“緩和ケアフェローシップ”という約1年の研修コースが用意されており、ホスピスにおいての実習、研究などがその内容に組み込まれている。一方、看護師を対象にした研修プログラムは、現在カナダには存在しない。

2) 緩和ケアにおける看護師への卒後教育

多くの緩和ケア病棟では新人教育に力を注いでいる。たとえば、ビクトリアホスピスでは、独自に、5日間の緩和ケアコースを看護師向けに用意している。この期間で痛みなどの症状緩和やホスピスのシステムについて、ホスピス医やホスピスカウンセラーから講義を受けられる。ほかに、ビクトリアホスピスではビクトリアとバンクーバーで年に2回全ての医療者を対象にした緩

和医療勉強会を開催している（表1）（Medical Intensive Course 2003）。

表1 ビクトリアホスピスの5日間

1日目 生命倫理	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケーススタディの発表とそのケースをもとに提供できるケアを検討する ・ 病態生理の理解：AIDS、がん、化学療法と放射線治療 ・ がん疾患以外の病態生理（心臓疾患、肺疾患など）
2日目 疼痛コントロール	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般疼痛コントロールのコース ・ 痛みのアセスメントと生理学 ・ オピオイドについて ・ オピオイドローテーション ・ レスキューの使い方 ・ 麻薬以外の疼痛緩和薬 ・ 上級疼痛コントロールコース（緩和医療棟もしくはホスピスに勤務している医療者向け） ・ 痛みのアセスメント ・ 神経痛について ・ 神経痛の治療法と痛みのケア
3日目 緩和医療でみられるその他の症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 吐き気、嘔吐 ・ 腸閉塞 ・ 水分補給、食事について ・ 以上の他症状によるケーススタディの発表とディスカッション ・ せん妄についてとそのケーススタディの発表とディスカッション
4日目 精神的・社会的面から緩和医療をみる	<ul style="list-style-type: none"> ・ スピリチュアルケア ・ 緩和医療を在宅で実践するには ・ 死別の悲痛
5日目 病態生理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 女性もつ病態生理について（子宮癌、乳癌） ・ 男性もつ病態生理について（前立腺癌、膀胱癌） ・ 心疾患について

（高橋2005より引用）

3) 緩和ケアにおける修士レベルの看護教育

カナダには、精神看護や小児がんナースプラクティショナーコースなどの2年間のAPN（CNSを含む）になるための修士教育課程が用意されている。この過程では、プライマリーケア、健康増進、疾病予防、急性・慢性疾患の管理など幅広い分野における学習に焦点が置かれている。また、コースのなかに専門実習があり、ここで個人ごとに専門分野を選ぶ。APNの修士コースを終了した看護師は、看護教育やがんクリニックにおいてAPNとして相談業務、看護教育、市民への教育セミナーに関わったり、ペインクリニックを医師と共有し医師のかわりに病院へ出向いて患者のアセスメントを行うなどの役割を担っている。

一方、緩和ケアやホスピスナースプラクティショナーなどの緩和ケア関連の修士のコースは存在しない（高橋 2005）。このため、カナダで緩和ケア専門看護師としてはたらくには、上記のような一般APNコースをとって在学時に緩和ケア分野で実習を行うか、もしくは大学院で教育学やカウンセリングなどを学び、ホスピス認定コースや勉強会などを受講するという道を辿ることになる。

3. 緩和ケア実践におけるAPNおよびRNの役割（主として薬剤処方に関して）

カナダの緩和ケアプログラムのなかにもAPNを雇用する病院は出てきているものの、病院の経費的な問題からAPNの雇用の普及はあまり進んでいない。その代替策として、多くの病院は、看

護協会が指示している看護実践の範囲内でRNをAPNのように教育し、その役割を担わせている状況である(高橋 2005)。なお、カナダの看護協会では、今後のAPNの増加に向けて、“APNは制限のもと薬物の指示やエコーなどの諸検査のオーダーができるが、RNはこのような業務まではできない”など、RNとAPNのあいだにそれぞれ違う看護実践の規制を制定している(Registered Nurses Association of British Columbia 2003)。

実践現場の状況としては、緩和ケア領域のAPNの薬剤処方業務に関しては、医師の指示のもとで薬剤処方を行っていることが多い。これは医師が事前にAPN用に各症状におけるのプロトコルを用意しており、APNはそれにしたがって、各自のアセスメントと判断により必要なプロトコルを使いこなすことができる。また吐き気止めや緩下剤などの薬剤においては医師の監視なしで処方業務ができる。病棟で働くRNに関しても、APN的な業務もこなしている場合が多い。すなわち、一般的には薬剤業務に関して医師の指示のもと行動することが多いが、ビクトリアホスピスなど、ペインクライシスや呼吸困難などのいくつかの症状緩和におけるプロトコルが用意されている場合には、このプロトコルに基づいて、看護師の判断で薬物投与使用が可能である。さらに、カナダでは、医師不足で悩む村レベルの地域においては、例外的に、開業医なみの処方や仕事ができるようになっている(余 1998)。

以上、カナダの状況をまとめると、現状では緩和ケアの提供は一般病棟や緩和ケア病棟といった病院内が主体であり、そこで働く看護師の大部分は正看護師(RN)または准看護師(LPN)である。現在、緩和ケア関連の専門看護師になるためのコースは用意されていないが、2004年に看護国家試験の専門分野に緩和ケアが加えられるなど、病院内を中心に緩和ケア専門看護師を作っていくという動きが出てきている。緩和ケアの質の保証に関しては、カナダ緩和ケア協会では各医療者向けに緩和ケア水準を定め、看護に関してもケア水準が明示されており、また、緩和ケア病棟では、この水準を基に、独自にチームメンバー間で共有できるプロトコルが作成され活用されているといった努力が行われている。一方、在宅緩和ケアに関しては、まだほとんど普及しておらず、日本と同様に今後の発展が期待される状況である。

III. オーストラリア

1. オーストラリアの看護教育システム

●学部教育と専門学校教育

オーストラリアは、“看護教育先進国”と呼ばれているように、看護教育カリキュラムが充実している国といえる(本間 2002)。オーストラリアにおける看護師の資格は、Registered Nurse Division 1(看護師)、Registered Nurse Division 2(准看護師)の2つに大きく分けられる。Division 1の看護師になるには、大学にて学士の取得が必要であり、Division 2の准看護師になるには、1年間の専門学校を卒業する必要がある。看護師になるための大学就学は3年間であり、4年目にインターン制度のようなGraduate Yearと呼ばれる制度をとる。この4年目に、内科、外科、専門家(緩和ケア、ICU、ICUなど)を4ヶ月交代で回る。このGraduate Year以降、Study Dayというものが毎年5日間設けられており、ナースは勤務扱いで継続教育を受けることができる(下稲葉 2005b)。

●大学院教育

この4年目のGraduate Year後に、多くのナースが自分の専門分野を決め、その分野で勤務し