

ながら専門を深めていくことになる。専門を深めるためには、主に3つのルートが用意されている。すなわち、Graduate Certificate（日本の認定看護師コースに相当）と Graduate Diploma（日本の専門看護師コースに相当）というコースをパートタイムや通信教育で学ぶもの、また、もう一つは、修士課程に進むコースがある（本間 2002）。

また、ナースの経験や役割により Grade が存在し、卒後1年目の Graduate Year は Grade1、2年目からは Grade2（この中も9段階に分けられる）、Grade3以上は専門を持つナースとみなされ、Grade4が師長レベル、Grade6が総師長レベルというふうになっている（下稲葉 2005a）。

オーストラリアの専門看護師は、さらに Clinical Nurse Specialist (CNS) と Clinical Nurses Consultant (CNC) に分けられる。CNC は CNS よりさらに専門を極めたナースとして認定されるものであり、州政府の定義に基づいて、雇用する病院などの機関が独自に認定することになっている（下稲葉 2005a）。ビクトリア州政府による CNC および CNS の定義は、以下のようになっている。すなわち、CNC は、特殊病棟や地域における複雑なケアのコーディネートやその提供に責任を持つ。CNC は、“複雑なケアニーズを持つ患者のケアに直接当たるナースと協力して働き、スタッフの専門性の発展を促し、リサーチを行っていく。”一方、CNS は、“熟達した看護実践を行う、または専門分野における専門性をもっている。”と定義されている（State Government of Victoria）。CNC の専門分野として、急性期、感染症、がん、精神、老人、小児、母性、地域などと並び、緩和ケアも確立している。さらに、ナースの専門性の最高資格としてナースプラクティショナー（NP）制度が導入されており、州からの資格が与えられる。NP は制限つき薬の処方、検査処方、他の医療者への紹介状の作成、入退院の処方などができる（下稲葉 2005a）。

表2：ナースの段階付け

ナースプラクティショナー	NP	Grade6
クリニカルナースコンサルタント	CNC	Grade5-6
クリニカルナーススペシャリスト	CNS	Grade3
看護師	RN Division1	Grade1-2
准看護師	RN Division2	Grade なし

2. オーストラリアの緩和ケア領域における看護師教育の状況

オーストラリアでは、医師に対する緩和ケア教育ガイドラインが the Royal Australian College of Physicians により定められている (the Royal Australian College of Physicians) が、ナースに対してはこのような教育基準は設けられていない（下稲葉 2005b）。しかし、看護師への緩和ケア教育は、一分野として確立しており、さまざまな形で数多くのコースが提供されているといえる。

緩和ケアの卒後教育は、短期間の院内・院外教育と大学院教育の2つに区分できる。オーストラリアのビクトリア州を例にとると、在宅、一般病院、および緩和ケア病棟のいずれにおいても緩和ケアが提供できる「ケアの三角形」モデルが採用されている。そして、このケアサービス間が協力することで、患者のサービス間の移行がスムーズに行われ、できる限り患者の望む場所で緩和ケアが受けられる体制が整えられている。このケアモデルは、看護師の卒後の緩和ケア教育にも生かされており、在宅で活躍する緩和ケア専門ナース、一般病院の緩和ケアコンサルタント

チームの緩和ケア専門ナース、および緩和ケア病棟の師長がこの地域の緩和ケア教育に関して責任を持ち、協力して教育に関わっている(下稲葉 2005b)。

●院内・院外教育

一般病棟のナースへの教育に関して、フランクストンという一般病院を例に挙げると、病院の看護部の教育部門が、他の年間に数回、各回8時間(丸1日)を使って、緩和ケアを含むさまざまな分野の教育プログラムを用意する。そして、看護スタッフは、Study Day を使って緩和ケアのプログラムを選択し、病院の緩和ケアコンサルトナースによる教育を受けられるようになっている。緩和ケア病棟のナースへの教育に関しては、ビクトリア地域にあるペニンシュラ緩和ケア病棟を例にとると、緩和ケア病棟の師長、在宅の緩和ケア専門ナース、フランクストン病院の緩和ケアコンサルトナース、およびモナシュ大学の緩和ケアチームが協力して、これらのメンバーや専門家による勉強会を、月に2回のペースで提供している。また、院外教育では、老人ホームで働くナースやスタッフに対して、老人ケアにおける緩和ケア教育も、病院の緩和ケアコンサルトナースと在宅の緩和ケア専門ナースが協力して行っている(下稲葉 2005b)。

●大学院レベルでの専門教育

緩和ケア教育において、多くの大学では、修士1年目のレベルの教育課程として、Graduate Certificate と Graduate Diploma を用意している。Graduate Certificate は Graduate Diploma の半分の単位で終了となり、これらのコースをパートタイムや通信教育で取り、個々のナースが勤務を継続しながら可能な範囲で選択して学べる仕組みになっている。さらに、緩和ケアの修士課程、博士課程が用意されている。

ビクトリア州のペニンシュラ地域での緩和ケア専門看護師の認定に必要なものとして、①少なくとも大学院レベルでの緩和ケアを履修しており、継続教育を受けていること、②一般病棟の看護経験に加えて、緩和ケアの看護経験があること、③その他、緩和ケアに興味があり、チームの一員として働く能力があり、かつ自分自身のケアができることが挙げられている(下稲葉 2004)。

以上まとめると、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、他の主要分野とともに緩和ケア分野においても確立し、多岐の形態で提供されている。また、緩和ケアの提供の場として、在宅、一般病棟、緩和ケア病棟の3つが挙げられるが、患者の望みに応じてこれらの場所の移行がスムーズに行われるような各機関の医療者間の協力体制が既に整っており、このことから、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作られている。このように、オーストラリアでは、ナースの緩和ケア実践と緩和ケア教育が連動し、それぞれの質を高めているといえる。

IV. 英国

1. 英国の看護教育システム

●学部教育(看護基礎教育)

大学の看護学部では、1年間の基礎教育の後に、2年間、成人看護、小児看護、精神看護、学習障害者看護の4つから1つの専門分野を選んで学ぶ(Nursing Midwifery Council 2001)。専門分野での2年間は、病院や地域での実習と大学での関連理論の学習に焦点が当てられる。この早くからの専門分野の選択という教育過程が関係して、英国のナースは狭義の分野での専門性の発揮が基本となる(Information Services of NHS Scotland 2004)。

●CNS への教育

CNS の認定については、日本や米国では、実務経験と学術的基準を満たした者が認定機関から認定を受けるというプロセスがあるが、英国のそれは歴史的にあいまいで、糖尿病やストーマなどを得意とする経験を積んだ看護師をその職業等級の高さや経験年数の長さなどから CNS と呼んでいた形跡もあり、その役割や定義が具体的に明確にされないまま、看護のあらゆる分野でその呼称がさまざまに使われてきている(平田 2005、工藤 2003)。

2. 英国における専門性を高めるための看護教育(CNS 教育を含む)の状況

英国では、看護師のキャリアラダー(段階付け)が制度として根づいている。キャリアディベロップメントはすべて本人の意志に任されており、意欲がある看護師は、自分で教育の機会を院内・院外(在宅で働く看護師の場合は、所属機関のグループ内、グループ外)に見つけ、キャリアアップしていく(平田 2005)。

3. 英国の緩和ケア領域における看護師教育の状況

英国の医療システムは、一般の市民が受ける医療サービスは、主に、国民保健サービス(National Health Service:NHS)である。NHS の提供する医療サービスは基本的に無料である。NHS では、まず家庭医(GP)が初期診療を施し、必要時には GP より NHS の高次医療担当病院に紹介される。高次医療担当病院を受診後は、必要に応じて GP や District Nurse や Community Nurse などの地域の訪問看護師が患者をフォローアップする(平田 2005)。

地域における緩和ケアに関しては、看護師はさまざまなレベルで患者にかかわっている。すなわち、在宅ケアを受けるがん患者は、公的なサービスとして、病院の緩和ケア部門の看護師やホスピス看護師による訪問(症状緩和のためのアドバイスを行ったり、社会福祉部門との連携、ケアパッケージの作成)、地域のヘルスセンターからの州 1 回程度の District Nurse や Community Nurse の訪問(身体的看護ケアやサポートを提供)、および、必要時にはトワイライトナースによる夜間の訪問を受ける(資料:英国の実状レポート参照)。

このような体制で働く英国の緩和ケア領域の看護師に対して、さまざまな形態で教育コースが用意されている。コースは大学教育、各専門病院での教育、ホスピスでの教育、英国政府看護局で行っているコースなどと多様に存在し、それぞれ学ぶ人の目的によって選択可能である。

原則として英国の看護師には6週間の年次休暇と2週間の Study Day(研究休暇)が認められており、それぞれの専門性を高めるためのキャリアアップコースに参加しやすくなっている。英国内では、緩和ケアに関するコースは、ホスピス、専門病院、大学などで1年中開かれており、研修期間もコースによって1~2日間、1~2週間、6カ月間、2年間と多様である。さらに、修士課程、博士課程もあり、本人の目的に応じて、働きながら科目履修をして専門性を高めるために学ぶチャンスが無数にある。

コーステーマも、緩和ケア、遺族へのケア、症状コントロール、死と死にゆく人々へケア、マッサージ・リラクゼーション、がん、ペインコントロール、コミュニケーション、カウンセリング、倫理、スピリチュアル、ストレス、リサーチなどと多様である。

以下、阿部の報告を(阿部1999a、1999b、2006)中心にコースの紹介をする。

●ENB(英国政府看護局)のコース

英国政府看護局で行っているプログラムは、看護の知識と技術を基礎として、各分野の専門性の理解を深めるための教育をマネジメントするコースである。緩和ケアに関しては、「死にゆく患者と家族へのケア」「カウンセリング」「リハビリテーション」「喪失と遺族へのケア」などがあり、これらは臨床の現場であるそれぞれの病院、ホスピス、コミュニティで働く看護師がリーダーシップをとれるようになることが主目的とされている。

●大学病院のコース

「がん看護と緩和ケアコース」など、ヘルスケアサービスの一環としてプログラムが生まれ、他国の看護師も参加している。

●がん専門病院のコース

例として、ローヤルマースデン病院のがん看護コースでは、診断時からの治療過程における一連のCNSの役割についての教育プログラムが組まれている。これは、病態生理学、精神・社会的なリサーチ、臨床での実践、教育まで含めた幅広い内容で構成され、修士から博士課程までである。

緩和ケアコースはレベル1の入門から始まり、精神・スピリチュアル面のサポートとケア、症状コントロール、リサーチ、カウンセリングの理論と実践、リハビリテーション、教育までを学び、その後修士から博士課程に進めるようシステム化されている。

●大学のコース

それぞれの大学の各コースによって教育目的に特色があるが、いずれも専門家としての知識、技術、実践を上達させることが主目的とされており、そのうえでの臨床的分析や創造性も養われるように組まれている。この大学でのコースの多くは、病態生理についての理解を深めるとともに、症状のコントロールとマネジメントができるようになること、そして身体面だけでなく、状況の変化に応じてよいコミュニケーションで対応できるようになることなど、緩和ケアの実践に結びつくような訓練を多面的に受けられるように工夫されている。課目履修として各科目の修了時に試験があり、1カ月後に論文を提出して合格点に達したら修了となる。各コースは1週間に1度3-4時間の講義を受け、コースによって3-9カ月間受講する仕組みになっている。

以下に、大学のコース内容の1例を紹介する。

<サウスバンク大学緩和ケアコース：死と死にゆく患者・家族へのケアコース>

◆目的

- ①死と死にゆくことについて自己の気づきを高める
- ②死と死にゆくことが身体的・精神的・社会的な意味で実践にどのように影響するかを知る
- ③どのような因子が個々人にとって死と死の意味に影響するのか分析する
- ④死にゆく人と家族にとってのケアの必要性について気づく
- ⑤患者の自律との関わり合いを探求する
- ⑥死と死にゆくことのプロセスと情報をよりよく理解する

◆内容

子どもから老人まであらゆる年齢層の死を想定したカリキュラムが組まれている。

- ①医療者としてのポリシー、サービスとケア
- ②死の意味と死のイメージ

- ③死にゆくことのケアと統計学的人口の変化
- ④ホスピスマーブメント
- ⑤緩和ケアサービス
- ⑥死にゆくときに必要となるもの
- ⑦ケアの重要性
- ⑧死と死にゆくことの文化的死生観
- ⑨死にゆくことと社会心理学的な死
- ⑩情報とサポート（法令、自発的行動）
- ⑪死にゆくことの自律と依存性
- ⑫安楽死
- ⑬リビングウイル
- ⑭喪失と遺族へのケア
- ⑮突然死（事故、自殺、乳児突然死症候群、殺人など）

◆形式

講義、セミナー、ディスカッション、ロールプレイ

●ホスピスのコース

全英のホスピスで行われている緩和ケアコースは、大小合わせて毎年200以上にのぼり、数日から2週間のコースまであって、医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士などがキャリアアップのために参加している。トピックスとして、痛みのコントロール、コミュニケーション、倫理的問題、遺族へのケアなどの項目が用意されており、受講者の関心が高い。

例として、聖クリストファーホスピスの教育センターにおいて用意されている教育プログラムを紹介する。ここでは、設立当初の1967年から、英国内外の医師、ナース、ソーシャルワーカー、理学療法士、薬剤師、チャプレン、ボランティアへの教育プログラムが数多く組み立てられている。緩和ケアのスペシャリストを育てるためのコースとしては、1-2年のコースや、緩和ケアに対する文化的・倫理的・生物学的なリサーチ（EBM）をするためのコースなどが提供されている。

また、聖クリストファーホスピスの職員への院内教育としては、看護職のトレーニングに力を入れている。患者さんやご家族の方々への心のこもったケアを充実させ、その人の生涯を締めくくりにあたって安らかな看取りを実現するためのトレーニング、精神面、スピリチュアル面を理解するためのトレーニング、コミュニケーションスキルを学ぶためのロールプレイや、看護実践の中での体験を振り返り、自らの意識を高めるためのトレーニングなどが行われ、同僚との意識の共有を通して、多くの気づきと学びを得るチャンスになっている。

以上まとめると、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施設（一般病棟または緩和ケア病棟）との自由な行き来ができる在宅と病院との連携体制が確立している。在宅での緩和ケア実践では、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る。また、在宅緩和ケアに関する看護師教育に関しては、緩和ケア分野において他の主要分野と同様に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、大学院といったさまざまな機関において、1日から2年間という多様な期間設定で、多岐に渡るカリキュラムが用意され、多くの看護師が受講している。

V. 日本への示唆

1. 日本の緩和ケア領域における看護師教育の状況

●学部教育

日本の看護学部教育では緩和ケアは必修科目として位置づけられていない。しかし、近年、選択科目として、多くの看護大学に緩和ケアやターミナルケアといった科目が設定されたり、緩和ケアを重視したカリキュラムを組む大学が出てきている。

●認定看護師

日本では、日本看護協会の資格認定制度による認定看護師(17 看護領域)が誕生している。認定看護師は、看護師の資格を持ち、5年間の実戦経験をもつ看護師が6ヶ月間の教育プログラムを経て試験をうけて認定されている。がん看護および緩和ケア関連領域として、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、ホスピスケア、乳がん看護の4つの分野があり、現在までに、がん化学療法看護認定看護師148名、がん性疼痛看護認定看護師224名、ホスピスケア認定看護師303名、乳がん看護認定看護師20名の計695名の認定看護師が輩出されている(2006年12月現在)。これらの認定看護師は、地域がん診療連携拠点病院を中心に、それぞれの専門能力を発揮しながら、がん患者・家族への看護の質向上に貢献している。

●がん看護専門看護師

がん専門看護師は看護師の資格を持ち、5年間の実戦経験をもつ看護師が2年間の修士課程における大学院教育を受けて、資格を与えられる。高度のがん上級実践能力を有するがん看護専門看護師は、2006年12月現在、79名が日本看護協会により認定されており、地域がん診療連携拠点病院においてがん対策推進のキーマンとして活躍をしている(日本がん看護学会ホームページ)。

2. 在宅緩和ケア領域における訪問看護師/認定・専門看護師の活躍の状況

日本では、現状として、地域がん診療連携拠点病院などの限られた病院にて、各機関1-2名程度のごく少数のがん看護専門看護師が働いている状況である。現在その数が79名と少ないことから、在宅で働くがん看護専門看護師はほとんどいない状況である。また、ホスピスケア認定看護師については、その多くが病院で働いているが、訪問看護ステーションにおいても、少数ではあるが、緩和ケアを意欲的に行っている訪問看護ステーションにて活躍している状況である。(日本看護協会ホームページ)。

また、米国やオーストラリアでは、Evidence-based practice に基づいて各機関や地域レベルで作成された、医師や看護師を含む全緩和ケアチームメンバー間で共有するプロトコルやマニュアルが活用され、医療従事者間のケアの質の統一が図られている。しかし、わが国では、このような他職種を含むチームメンバー間のプロトコルやガイドラインなどの基準は存在しない状況と言える。また、訪問看護ステーションの看護師間のケアの質を保つための標準化された基準も、大多数の訪問看護ステーションにはないといってよい。

さらに、現在、在宅緩和ケアを提供する訪問看護師へのスーパーバイズ体制は、在宅で働く緩和ケア専門医や専門看護師が数少ないことや病院の緩和ケアスタッフと地域との連携がまだ不十分なことから(森田 2005)、ほとんど整備されていない状況と言える。

表3 5カ国における緩和ケア領域の看護教育状況の比較

国名	医療システム	場ヶ主 所アな 受緩 療和	ナースの資格と教 育機関 (キャリアラダー)	在宅緩和ケ ア領域で働 く主たるナ ースの資格	医療における緩和ケア 専 門看護師になるための教育 課程の整備状況	緩和ケア実践における 看護師への教育的環境
米国	メディケア(65歳以上)・メディケイド(低所得者)保持者以外は民間保険による支払いまたは全額自己負担(ただしメディケア・メディケイド保持者以外でも寄付金で在宅ホスピス受療が可能)	在宅	・ APN ^{*1} (CNS ^{*2} 、NP含む) (修士課程2年間) ・ RN ^{*3} (学部4年間) ・ LPN ^{*4} (専門学校1年間)	・ RN (看護師)	緩和ケアに関しては未整備 ・ 2000年以降在宅緩和ケア専門看護師の大学院コースを普及させる動きあり。一般の CNS を含む APN コース(修士課程2年)は浸透している。多様の院内・院外教育あり。	・ ガイドライン・プロトコールが在宅の各機関にて作成され、チームメンバー間で共有 ・ 在宅ホスピス機関に非常難のホスピス専門医がいることから、RNは専門医からスーパーバイズを受けられる体制が整備されている。
カナダ	医療費無料(全額政府が負担)	一般病棟	・ APN (CNS 含) (修士課程2年間) ・ RN (学部4年間) ・ LPN (専門学校1年間)	・ RN (看護師) ・ LPN (准看護師)	未整備 ・ 2004年に専門看護師向け国家試験に緩和ケアが追加。 ・ 大学院、一般の CNS コースは存在しているがこれもまだ数少ない。	・ 病棟にはプロトコールが存在。(在宅での緩和ケア提供はまだ浸透していない)
オーストラリア	メディケア保持者(65歳以上)は原則的に医療費無料(全額政府(国レベル)が負担)。それ以外は州政府レベル(Department of Health)、民間保険会社、NPO 団体などによる支払い。	宅一般病棟・緩和ケア病棟・在宅の行き来(ケアの三角形)	・ NP ^{*5} ・CNC ^{*6} ・CNS (修士2年間または半年間、3ヶ月間のコース) ・ RN Div1 ^{*7} (RNに相当) (学部3年+4年目のGraduate Year) ・ RN Div2 ^{*8} (准看護師に相当)(専門学校1年間)	・ CNC (専門看護師) ・ CNS (専門看護師) ・ RN Div1 (看護師)	整備済み ・ 大学院修士課程(2年)(Graduate Certificate(3ヶ月)、Graduate Diploma(半年))(パートタイムや通信教育可) ・ 多様の院内・院外教育あり。 ・ 年5日間のStudy Day(有給の勉強のための休暇)がある。	・ 在宅・一般病棟・緩和ケア病棟の3機関それぞれのチームメンバーが共有できるプロトコールが存在。 ・ 3機関の連携により、RNは緩和ケア専門のDrや専門Nsによるスーパーバイズが受けられる。
英国	医療費無料(全額政府が負担)	緩和ケア病棟と在宅の行き来	・ CNS (マックミランナース、マリーキュリーナース、home palliative care nurse) ・ RN (学部3年間)	・ CNS (マックミランナース、マリーキュリーナース、home palliative care nurse) ・ RN (District Nurse, Community Nurse など)	整備済み ・ 大学院・大学病院・がん専門病院・ホスピス・政府看護局による多様の教育コースあり。 ・ 年2週間のStudy Dayあり	・ 在宅、施設ともに各機関や組織レベルでのプロトコールが存在 ・ 在宅緩和ケアが浸透しており、在宅緩和ケア専門Nsにより、RNはスーパーバイズが受けられる。
日本	1-3割が自己負担	一般病棟・緩和ケア病棟	・ 専門看護師(修士2年間) ・ 認定看護師(半年間) ・ 看護師(学部4年間または専門学校3年間) ・ 准看護師(専門学校2年または高等学校3年(定時制4年))	・ 看護師	未整備 ・ がん看護専門看護師になるための修士課程はいくつかの大学にあるが、現在79名と数少ない。また、在宅で働く者はほほいない。 ・ ホスピス認定看護師になるための看護協会等のコースあり(半年間)。現在がん関連の認定看護師は695名だが在宅で働く者は少ない。 ・ 様々な教育団体による教育コースはいくつかある。NSが自発的に教育を受け、系統立っていない。	・ 在宅で緩和ケアを提供するNsへのプロトコールもスーパーバイズ体制も未整備

3. 在宅緩和ケアの普及に関する我が国への示唆

上記に述べてきた諸外国の状況とわが国の状況を比較することで、わが国が今後目指すべき3つの示唆が得られるといえる。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、地域で働くかかりつけ医や訪問看護師が、病院の緩和ケアチームやがん専門病院の医師や看護師から、スーパーバイズを受けられるような、病院と地域との連携体制の整備が重要と言える。第三に、カナダ以外の英国、米国、オーストラリアでは、在宅においても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を整えていくことが必要であると考えられる。具体的には、我が国では病院を中心に、近年、看護師の段階付けが始まったといえるが、今後は、在宅においても訪問看護師の段階付けを明確にし、緩和ケア専門看護師やがん看護専門看護師などの専門ナースが在宅で活躍する場を用意することが重要となると考える。在宅におけるCNSの業務内容の明確化と法的整備、CNSを配置することにより訪問看護ステーションに体制加算が得られるなどの訪問看護事業所への優遇措置化、およびCNSの給与を規定などを整備していくことにより、在宅における専門看護師の普及を図っていくことが重要となると考える。以上の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る。

また、もう一つの重要な課題として、在宅における看護師不足とそれによる訪問看護ステーションの相次ぐ閉鎖が挙げられる。2006年の4月の医療制度改正により、病院の看護師配置が7対1となったことから、訪問看護師が病院に流れていることが日本訪問看護振興財団が2006年10月に行った調査結果で明らかにされた(2006年12月6日、10日朝日新聞)。また、この調査結果から、訪問看護師を辞める理由として、24時間体制への負担などの職場環境の問題を挙げたものが多数に上ることが明らかにされた。この問題への対策として、訪問看護師全体の24時間体制への負担の軽減を含む訪問看護ステーションの職場環境の改善が急務と考える。

また、2006年の4月の医療保険制度の改正に伴い在宅療養支援診療所が新しく設置されたが、この設置による24時間支援体制の負担の多くが24時間体制をとっている訪問看護ステーションに課されている状況を身近な訪問看護管理者等から見聞きする。このため、在宅療養支援診療所の設置による医師と訪問看護師との連携の強化に加えて、訪問看護事業所間の地域連携体制への評価(体制加算)および病院看護師と同程度の完全な休日確保などが、少数で運営する訪問看護事業所の看護師の負担の軽減のために大きな課題となると考える。

参考文献

1. 日経BPホームページ
http://blog.nikkeibp.co.jp/cancernavi/report/1121rep_1.html
2. 終末期医療に関する調査等検討会、今後の終末期医療の在り方、2005
3. 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。

米国

1. American Association of Colleges of Nursing (AACN)：

<http://www.aacn.nche.edu/elnec/curriculum.htm>

2. American Association of Colleges of Nursing . A peaceful death: Recommended competencies and curriculum guidelines for end-of-life care. Report from the Robert Wood Johnson End-of-Life Care Roundtable. Washington, DC. 1997.
3. Ferrell BR et al. Evaluation of the end-of-life nursing education consortium undergraduate faculty training program. J Palliat Care. 8(1). 107-114. 2005.
4. 福井小紀子. アメリカの在宅ホスピス事情・3 各チームメンバーの役割と日本における在宅ホスピスのあり方, 訪問看護と介護, 8:252-259. 2003a
5. 福井小紀子. アメリカにおける在宅ホスピス事情・2 運営システム, 訪問看護と介護, 8:153-158. 2003b
6. 福井小紀子. 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, 8:62-65. 2003c
7. 久木元由紀子. アメリカにおける CNS の教育・役割・現状. 臨床看護. 31(11). 1667-1670. 2005
8. Matzo ML et al. Communication skills for end-of-life nursing care: teaching strategies from the ELNEC curriculum. Nurs Educ Perspect. 24. 176-183. 2003.
9. Paice JA et al. Appraisal of the graduate end-of-life nursing education consortium training program. J Palliat Care. 9(2). 353-360. 2006.
10. Rhonda SA. A description of clinical nurse specialist programs in the United States. Clinical Nurse Specialist. 13. 183-190. 1999
11. Seaman LW. Symptom Management Algorithms: A handbook for Palliative care. Second Edition. 1999. (レガシーマニュアル本)
12. 鈴木正寛. 米国での緩和ケア医の育成. 緩和医療学. 6(4). 292-296. 2004
13. Tice MA. Nurse specialists in home health nursing: The certified hospice and palliative care nurse. Home Healthcare Nurse 145-147. 2006
14. 上野直人. 医師から見た CNS (アメリカ). 臨床看護. 31(11). 1660-1662. 2005
15. National Hospice and Palliative Care Organization :
<http://www.nhpco.org/templates/1/homepage.cfm>

カナダ

1. Canadian Hospice Palliative Care Association :
http://www.chpca.net/education+international_commons.htm
2. CPCA Nursing Standards Committee: Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice, 2001
3. Cummings L, Hutchings D, Nolthrup D et al. Nursing Practice. In Hospice Palliative Care in Philosophy. In: Practice of Palliative Care, The University of Victoria, Victoria, 2004
4. Medical Intensive Course. All right reserved in Victoria Hospice, Victoria, 2003
5. Practitioners in British Columbia, 2003
6. Registered Nurses Association of British Columbia: Competencies Required for Nurses

7. 高橋美奈. 緩和医療チームの一員として看護師に求められる技術と実践：カナダ医療と看護の今日を背景に追求する. 緩和医療学. 6(4). 312-320. 2004.
8. 樽見葉子, Watanabe Sharon. カナダでの緩和ケア医の育成. 緩和医療学. 6(4). 305-311. 2004.
9. 余善愛：ナースプラクティショナーの活躍（第2回）. 週間医学新聞第2278号. 医学書院, 東京, 1998.

オーストラリア

1. 本間チェン繭子. 看護教育先進国オーストラリアに学ぼう：第10回オーストラリアの専門看護コース—緩和ケア. 月間ナースデータ. 23(10). 71-75. 2002.
2. 下稲葉かおり. オーストラリア、ヴィクトリア州におけるCNS(CNC)の役割. 臨床看護. 31(11). 1678-1683. 2005a.
3. 下稲葉かおり. 海外の緩和ケア卒後教育—オーストラリアにおけるナースの緩和ケア卒後教育— . 緩和ケア. 15(1). 36-39. 2005b.
4. 下稲葉かおり. オーストラリアでの緩和ケアチームにおける看護師の役割とその教育. 緩和医療学. 6(4). 321-327. 2004.
5. the Royal Australian College of Physicians :
<http://www.racp.edu.au/public/pallmed.htm>

英国

1. 阿部まゆみ. 英国流“ホスピスマインド”に学ぶ：第3回英国における緩和ケア教育プログラム. ターミナルケア. 9(4). 300-303. 1999.
2. 阿部まゆみ. 英国流“ホスピスマインド”に学ぶ：第5回聖クリストファーホスピスにおけるケアの実践. ターミナルケア. 9(6). 452-455. 1999.
3. 阿部まゆみ. 緩和ケアにおける海外の教育研修プログラムとその実際3. イギリス. ホスピス緩和ケア白書2006.
4. 平田美佳. 英国におけるClinical Nurse Specialist. 臨床看護. 31(11). 1671-1677. 2005.
5. Nursing Midwifery Council: Registering as a nurse or midwife in the United Kingdom Information for application. NMC. 2001.
6. Information Services of NHS Scotland: Clinical Nurse Spacialists Result from Pilot Data Collection. Crown copyright. 2004.
7. 工藤桂子. イギリスとスペシャリストとジェネラリストの変遷：日本の認定・専門看護師への示唆. インターナショナルナーシングレビュー. 26(3). 92-100. 2003.

日本への示唆

1. 日本がん看護学会ホームページ http://jscn.umin.jp/index_ja.html
2. 日本看護協会ホームページ <http://www.nurse.or.jp/>
3. 朝日新聞：2006年12月6日、10日

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と訪問看護師の実態調査—

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) 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
	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
	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
	小林 友美	訪問看護パリアン 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

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、事前調査として郵送による自記式質問紙調査を行い、さらに調査対象医療機関を絞って訪問によるインタビュー式聴き取り調査を行った。事前調査の対象は、「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医療機関のうち 2001 年の年間在宅がん患者看取り数 10 以上の医療機関 63 であり、うち 32 機関から回答を得た。実地調査では 21 の医療機関と 16 の訪問看護機関を対象とした。これらの実態調査から以下のことが導かれた。

- (1) 事前約束の形の指示表を作成しているのは 38 ケ所中 4 ケ所（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。
- (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。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) 死亡診断では、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いた。
- (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。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。

注) 本調査実施時は、医師が事前に指示の中で約束した範囲内で看護師の裁量により判断・処置を行うような指示を「包括的指示」としたが、本報告書では調査後の議論により採用した「事前約束指示」に統一した。

A. 研究目的

在宅療養者、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には、医師と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急変にも対応可能な医師の指示に基づいて看護師が的確な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護を迅速に行う、いわゆる「事前約束指示」に基づく看護の提供がスムーズに行えることが望ましい。そのためには、訪問看護師は、事前約束指示に基づく看護の提供後、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を医師などに適切に伝え、より良いケアを行っていくことが不可欠である。しかしながら、現状においては、医師と訪問看護師の連携の具体的なあり方について双方のコンセンサスの得られたガイドラインやプロトコルは少なく、連携の不十分さを指摘する声も少なくない。

そこで、本研究では、がん末期患者の在宅での看取りに焦点を当て、積極的に在宅終末期医療に取り組んでいる訪問看護師と医師との連携の実態や問題点などを明らかにし、医師から看護師への指示のあり方、特に事前約束指示のあり方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

I. 事前調査

「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の医療機関のうち、年間10例以上のがん患者死亡例があると登録されている63施設を対象とした。自記式質問紙を各医療機関宛てに郵送し、郵送にて回収した。回答が得られた機関は31機関（回収率49.2%）であった。訪問看護師との連携に関する質問の回答を依頼すると共に、研究者の訪問による聞き取り調査の対象となることの可否を確認した。

II. 実地調査

調査の対象は、積極的に在宅終末期医療に取り組んでおり、かつ事前調査の際、実地調査への協力が可能との回答があった、医療機関（21ヶ所）およびその連携先の訪問看護機関（16ヶ所）（訪問看護ステーションまたは医療機関内訪問看護部門）であった。本研究班の班員および研究協力者が対象機関を訪問し、院長や所長など管理者にインタビュー式の実地調査を行った。調査期間は、2006年10月25日～2007年2月9日であった。

2. 調査票の作成と調査項目

調査票は、研究班担当部会において研究者が検討し、作成した。本調査では、以下の項目について尋ねた（詳細は資料の調査票参照）。

I. 事前調査

- (1) 医療機関の概要（名称、医師数、がん患者在宅死数、訪問看護連携先）
- (2) 訪問看護師への指示や情報交換に関する現状
- (3) 訪問看護師への指示や情報交換に関する今後の意向・意見
- (4) 訪問看護師との連携に関する資料提供・実地調査の協力の可否

II. 実地調査

がん末期患者の在宅での看取りにおける訪問看護師と医師との連携の実態について、以下の項目の通り、事前約束指示に対する現状と考え方を調査した（詳細は資料の実地調査報告書参照）。

- (1) 医療機関・訪問看護機関の属性：経営主体、従事者数、年間在宅死がん患者数、連携先、緊急時の連絡体制、連携先との共通マニュアル等の有無
- (2) 指示に関する実態
 - ・疼痛緩和の指示状況について
 - ・訪問看護師や患者に関して指示のことでの問題の有無とその内容
 - ・事前約束指示をしている機関：指示表の作成理由・経緯・内容・長所と短所
 - ・事前約束指示を使用している機関：作成しない理由と指示方法
- (3) 死亡診断の実態
- (4) 事前約束指示に対する賛否、その他事前約束指示が必要と思われる医行為について

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

1. 事前調査

表4に回答の得られた医療機関の基本的な特徴を示す。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。

表4 事前調査回答が得られた医療機関の特徴(N=32)

医師数(人)	常勤医師数			非常勤医師数	
	N	%		N	%
0	1	3.1		16	50.0
1	14	43.8		3	9.4
2	9	28.1		4	12.5
3以上	8	25.0		9	28.1
	医療機関の種類		人数(人)	がん在宅死数	
無床診療所	24	75.0	10未満	3	9.4
有床診療所	2	6.3	10-19	15	46.8
病院(200床未満)	4	12.5	20-29	5	15.6
病院(200床以上)	2	6.3	30-39	5	15.6
			80-89	2	6.3
			100以上	2	6.3

また、医師総数（常勤医師数+非常勤医師数）別に見た、2005年のがん在宅死数を表5に示す。

表5 医師総数別に見たがん在宅死数(N=32)

	人数(人)	がん在宅死数						合計
		10未満	10-19	20-29	30-39	80-89	100以上	
医師総数 (常勤+ 非常勤)	1	—	4	1	2	1	—	8
	2	1	5	1	—	—	—	7
	3	—	1	—	—	—	—	1
	4	1	1	—	2	1	1	6
	5	—	1	2	—	—	—	3
	6	—	2	1	1	—	1	5
	7	—	1	—	—	—	—	1
	12	1	—	—	—	—	—	1

各医療機関における訪問看護師との連携の現状について、表6にまとめた。

表6 訪問看護師との連携状況(N=32)

質問項目	回答	N	%
訪問看護師との連携	同一機関内のみ	7	21.9
	他機関のみ	4	12.5
	両方	20	62.5
	その他	1	3.1
訪問看護師との文書での取り決め	交わしている	5	15.6
	場合により交わす	5	15.6
	交わしていない	22	68.8
訪問看護師とのケア開始前の協議	必ず行う	23	71.9
	場合により行う	9	28.1
	全く行っていない	0	0.0
訪問看護師への治療方針の通知方法(複数回答)	勉強会	16	50.0
	マニュアル	8	25.0
	ガイドライン・解説書の配	9	28.1
	カンファレンス	7	21.9
	電話・FAX	5	15.6
	口頭	4	12.5
	カルテ(指示書)	3	9.4
	その他	2	6.3
訪問看護師とのミーティング・カンファレンス	定期的に開催	17	53.1
	必要に応じて開催	15	46.9
	全くしていない	0	0.0
訪問看護師と疼痛緩和に関する共通認識を持つための文書	独自に作成	5	15.6
	既存のものを使用	4	12.5
	なし	23	71.9
訪問看護師への医行為に関する指示書	網羅的な提携の指示書	1	3.1
	それ以外の指示書	8	25.0
	文書化なし	23	71.9

同一機関・法人内の訪問看護ステーションまたは院内訪問看護部門と、他機関の訪問看護ステーションの両方と連携しているところが多かった。訪問看護師との文書での取り決めはしていない機関が多かった一方、ケア開始前の協議は必ず行うとしたところが7割以上であった。訪問看護師への治療方針の通知方法としては、勉強会を開催している機関が約半数あり、ガイドライン・解説書の配布を行っているところが3割、マニュアルを作成しているところが4分の1であった。本研究で焦点を当てている疼痛緩和に関して、訪問看護師と共通認識を持つための文書を独自に作成している機関が5、既存のものを使用している機関が4あった。訪問看護師に対する医行為に関する網羅的な定型の指示書を出している機関は1機関のみであった。

表7は、事前約束指示の文書化に対する医療機関の意向をまとめたものである。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おり、本研究で作成予定の指示書式の使用を希望していた。訪問看護師への指示の形に関して、今後の計画があるとした機関は8機関であり、定型の指示書の作成・使用（網羅的、または必要性の高い項目についてのみ）、マニュアルの作成、インターネット利用による情報伝達システムの構築、定期的なカンファレンスの開催などがあげられていた。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。

表7 事前約束指示の文書化に対する意向(N=32)

質問項目	回答	N	%
訪問看護師への医行為に関する指示	文書化した方がよい	23	71.9
網羅的な定型の指示書	ある方がよい	23	71.9
本研究で作成予定の指示書式の使用希望	あり	23	71.9
訪問看護師への指示に関する今後の計画	あり	8	25.0
事前約束指示に関する プロトコルの必要性	必要ない	3	9.4
	疼痛緩和のみ	3	9.4
	他にも必要	22	68.8
	呼吸ケア	6	
	精神症状（鎮静・せん妄・不安・不眠）	6	
	栄養管理	2	
	排便・排尿ケア	3	
	褥創ケア	2	
	清潔ケア	1	
	全身状態の管理	2	
	終末期の家族への指導	1	
	輸血	1	
	腹水・胸水	1	
	その他	4	12.5

II. 実地調査

1. 調査対象の状況

医療機関が21ヶ所、訪問看護機関が16ヶ所の計37ヶ所が対象となった。その他、複数の訪問看護ステーションの管理者に同時インタビューを行った。実地調査対象機関のうち、

互いに連携先となっているものは30ヶ所（15組）であった。また、すでに事前約束指示表を作成し使用しているのは4ヶ所（2組）であった。

2. 医療機関・訪問看護機関の基本属性

(1) 経営設置主体（表8）

経営主体は、「医療法人」が医療機関・訪問看護機関とも、過半を占めていた。次いで医療機関では「個人」が4件、「自治体」が1件となっており、訪問看護機関では「営利法人（株式会社・有限会社）」が4件、「その他」3件（内訳は財団法人・社会福祉法人・個人 各1件）であった。なお、医療機関については、在宅療養支援診療所が15件（71.4%）あった。

表8 医療機関・訪問看護機関の基本属性：経営設置主体

経営母体	医療機関(N=21)				訪問看護機関(N=16)			
	医療法人	個人	自治体	計	医療法人	営利法人	その他	計
件数	16	4	1	21	9	4	3	16
%	76.2	19.0	4.8	100.0	56.3	25.0	18.8	100.0

(2) 医師・看護師数

医療機関の医師数は、常勤1.9人、非常勤1.5人が平均値で、常勤数は1~4人と、少人数の構成であった。訪問看護機関の看護師については、常勤5.4人、非常勤2.3人が平均値で、常勤は2~11人であった。

(3) 年間在宅死がん患者数（2005年）

2005年1年間に看取った在宅死のがん患者数は、医療機関・訪問看護機関とも40人以上が最も多く、積極的に在宅終末期医療に取り組んでいる機関であることが確認できた。平均値は医療機関49.6人、訪問看護機関33.9人であった。

なお、医療機関では100人以上が4件（最大150人）あったが、訪問看護機関では最大88名であった（表9）。

表9 調査対象の医療機関・訪問看護機関における、年間在宅死がん患者数（2005年）

在宅死がん患者数(人)	医療機関(N=21)		訪問看護機関(N=16)	
	件数	%	件数	%
1-9	2	9.5	1	6.3
10-19	3	14.3	4	25.0
20-29	3	14.3	2	12.5
30-39	3	14.3	2	12.5
40-	10	47.6	6	37.5

3. 医師と看護師の連携の概況

(1) 連携先（表10）

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。

表 10 在宅末期がん患者の在宅医療における連携先

	医療機関 (N=21)				訪問看護機関 (N=16)			
	最多の連携		その他の連携先		最多の連携		その他の連携先	
	同一経営母体内の 訪問看護機関*	左記 以外	あり	なし	同一経営母体内 の医療機関	左記 以外	あり	なし
件数	14	7	17	4	12	4	9	7
%	66.7	33.3	81.0	19.0	75.0	25.0	56.3	43.8

※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

(2) 患者・家族からの緊急時の連絡対応の体制 (表 11)

緊急時 (特に休日・夜間等) における、患者からの連絡対応の体制は、当番制が最も多かった。担当制の場合は、患者別の担当というより、院長・管理者などが1名で対応するケースがほとんどであり、特に一機関あたり人数の少ない医師に負荷が重くかかっていることが窺われた。

表 11 患者・家族からの緊急時の対応の体制

体制	医療機関 (N=21)		訪問看護機関 (N=16)	
	件数	%	件数	%
当番制	13	61.9	12	75.0
担当制	7	33.3	3	18.8
その他	1	4.8	1	6.2

(3) 連携における約束・共有マニュアルの有無 (表 12)

連携にあたって、連携先とあらかじめ決めている約束事や共有マニュアルなどは、半数以上が決めていなかった。

表 12 連携先と共有するマニュアル等の有無

マニュアル	医療機関 (N=21)		訪問看護機関 (N=16)	
	件数	%	件数	%
有	8	38.1	7	43.8
無	13	61.9	8	50.0
その他・無回答	0	0.0	1	6.2

4. 医師からの指示の内容

(1) 事前約束指示表を作成しない理由 (表 13)

表 13 事前約束指示表を作成していない理由

理由	医療機関 (N=21)		訪問看護機関 (N=16)	
	件数	%	件数	%
常に連絡がとれる状態にあるため	14	66.7	9	56.3
症例や終末期の段階ごと症状変化が大きく 文書化が困難であるため	3	14.3	2	12.5
その他・無回答	4	19.0	5	31.2

すでに事前約束指示表を作成し使用している 4 ヶ所（2 組）以外について、指示表を作成しない理由を質問したところ、現状では都度、医師と看護師の連絡が取れているので必要なことや、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。

(2) 医師からの指示方法（表 14）

指示表を作成していない場合、医師から看護師への指示方法は、訪問看護指示書への記載と、都度の電話・FAX 等による連絡が主であった。連絡においては、医師からのみではなく、ほとんどが看護師からも情報提供や確認等の連絡を頻繁に入れていた。また、同一母体内の連携先では、毎日あるいは毎週、ミーティングを行って情報共有をしていた。

表 14 医師からの指示方法

指示方法	医療機関(N=21)		訪問看護機関(N=16)	
	件数	%	件数	%
訪問看護指示書への記載と都度の電話・FAX	14	66.7	10	62.5
電子カルテに記載	2	9.5	0	0.0
その他・無回答	5	23.8	6	43.8

(3) 指示に関連しこれまでに問題となったこと（表 15）

訪問看護師、患者や家族、その他の視点から、指示に関連して問題となったことを確認したところ、「特に問題がない」とする割合が最も高かったが、急を要する場合の指示の遅れや文書化されていないための誤伝達など、患者に害を及ぼしうる問題も挙げられた。また、医師・看護師が双方の技量不足を指摘していた。

表 15 指示に関連し問題となったこと

問題となったこと	医療機関(N=21)		訪問看護機関(N=16)	
	件数	%	件数	%
連絡が取れず迅速な指示が出せなかった	3	14.3	4	25.0
口頭の指示が異なって伝わった	3	14.3	2	12.5
看護師の技量不足で指示通り実施されなかった	2	9.5	0	0.0
医師の技量不足で混乱した	0	0.0	2	6.3
特になし	12	57.1	8	50.0

(4) 疼痛緩和の指示と実行の概況（表 16、17）

在宅がん患者の疼痛緩和における、指示・判断のなされ方は、以下の通りである。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。また、全般に、医師より看護師の方が、「看護師が判断・実行している」とした率が高かった。

表 16 疼痛緩和の指示と実行（医療機関）

医療機関 (N=21)		NSAIDs			オピオイド			
指示・実行		開始	増量	頓用	開始	増量	ローテーション	頓用
医師が判断	件数	16	13	6	18	15	17	9
	%	76.2	61.9	28.6	85.7	71.4	81.0	42.9
看護師が判断・ 実行する場合あり	件数	5	8	15	3	6	4	12
	%	23.8	38.1	71.4	14.3	28.6	19.0	57.1

表 17 疼痛緩和の指示と実行（訪問看護機関）

訪問看護機関 (N=16)		NSAIDs			オピオイド			
指示・実行		開始	増量	頓用	開始	増量	ローテーション	頓用
医師が判断	件数	11	10	3	14	9	11	5
	%	64.7	58.8	17.6	82.4	52.9	64.7	29.4
看護師が判断・ 実行する場合あり	件数	5	6	13	2	7	4	11
	%	29.4	35.3	76.5	11.8	41.2	23.5	64.7

(5) 死亡診断の実態

患者の呼吸が停止し死が疑われる場合、法的には一定の手順（医師の診察→死亡診断→御遺体の処置）を踏むことが必要だが、その手順を実際どれだけ厳密に守っているかを調査した。必ず医師の死亡診断後に処置としていると回答したのは、医療機関を対象とした調査で 14.3%、訪問看護機関で 11.8% しかなかった。医師に事後報告はするが看護師判断で先に処置を行う形にしている所は、医療機関の回答で 28.6%、訪問看護機関で 41.2% あった。

表 18 死亡診断の実態

死亡診断時の実態	医療機関 (N=21)		訪問看護機関 (N=16)	
	件数	%	件数	%
絶対に医師の診断後に死亡処置等を行う	3	14.3	2	11.8
上記が原則だがやむをえない時は先に看護師が死後処置を開始する	8	38.1	7	41.2
看護師が心肺停止を判断して処置し、医師には事後報告する	6	28.6	7	41.2
その他	4	19.1	1	5.9

5. 事前約束指示に関する意見

(1) 事前約束指示を推進することについての賛否（表 19）

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。

(2) 事前約束指示を実施するにあたって必要なこと（表 20）

事前約束指示が必要なことは、医療機関・訪問看護機関の双方が賛成している。しかし、現行のまま無条件に事前約束指示を認めるといった意見は少なく、様々な条件を整えるべきであると

いう意見が多かった。

表 19 事前約束指示を推進することに対する賛否

賛否	医療機関(N=21)		訪問看護機関(N=16)	
	件数	%	件数	%
賛成	15	71.4	8	50.0
条件付で賛成	6	28.6	4	25.0
反対	0	0.0	0	0.0
回答なし	0	0.0	5	31.3

表 20 事前約束指示が成立するために必要な条件

必要な条件	医療機関(N=21)		訪問看護機関(N=16)	
	件数	%	件数	%
指示後も看護師に任せきりにしない医師の姿勢	3	14.3	2	12.5
医師と看護師の密な連携・情報共有	9	42.9	7	43.8
看護師の技能の向上、個々の資質の見極め	5	23.8	8	50.0
医師の技能の向上、個々の資質の見極め	3	14.3	5	31.3

(3) 事前約束指示があるとよいと思われるその他医行為 (表 21)

疼痛緩和、死亡診断以外に、事前約束指示が必要であるという医療行為には、特に頻発し急を要する症状である呼吸ケアに対する要望が高かった。続いて、褥創処置、排便コントロールといった、看護師が得意とする分野も挙げられた。

表 21 事前約束指示があるとよいと思われる医療行為

(件)	呼吸ケア	褥創処置	排便コントロール	点滴	睡眠ケア	副作用対処	解熱	静脈注射
医療機関	7	4	4	3	2	2	1	1
訪問看護機関	2	2	2	2	1	1	0	0

D. 考察

本研究は、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、ガイドライン作成を目標としている。その基礎資料を得るため、積極的にがん末期患者の在宅ケアに取り組んでいる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調査を行った。

文書の形で、事前に指示表を作成しているのは 38ヶ所中わずか 4ヶ所(2組)のみで、また半数以上が連携先と共通のマニュアル等を持っておらず、指示は訪問看護指示書の他、電話等での都度の指示を行っていることがわかった。ミーティングや電話等の密な連絡で補っているものの、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おきている所もあった。個体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