

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

(第二分冊 研究報告 資料編)

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

資 料 編

目 次

1. 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. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討
 - ①事前約束指示の例 ホームケアクリニック川越

 - ②在宅終末期医療 疼痛緩和マニュアル 実例
 - (1)岡部医院
 - (2)要町ホームケアクリニック（予定）

3. 「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

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

- 調査国： 1) 米国 オレゴン州
2) ニュージーランド カンタベリー州
3) オーストラリア ビクトリア州
4) 英国

報告者：研究協力者 岩本喜久子 ホームケアクリニック川越・研究員
滋野みゆき St Christopher's Hospice・看護師

A. 調査目的

この調査は諸外国において、在宅ホスピス・緩和医療における医師・看護師の連携のあり方、またケアの中での看護師の裁量権について明らかにすることを目的として行われた。医師と看護師の日常的な情報交換、医師が看護師に託す役割や指示の方法に加えて、各国の在宅ホスピス・緩和医療の図式を総合的に理解するために必要のものとして、医師・看護師以外の他の専門職の患者・家族への関わりや必要な援助への関与も調査した。

B. 調査総括

はじめに

この4か国のうち、米国においては緩和ケア（Palliative Care）とホスピスケア（Hospice）が別のものでし位置づけられ、英国、オーストラリア、ニュージーランドにおいては緩和ケアという枠組みの中で終末期ケアを含むすべての緩和ケアが提供されている。これらの国を調査する上ではこうした枠組みの違いがあることを念頭に置く必要がある。また英国と米国の2か国とオーストラリア、ニュージーランドの2か国とでは、前者は緩和ケアにおいて比較的歴史があるが、後者は30年未満の歴史であり緩和ケアにかかわる制度が整っていないことも考慮する必要がある。米国、オーストラリア、ニュージーランドにおいては、政府の政策を超えて州ごとに細かい緩和ケアに関するルールを独自に設定している。そのため本調査では、各国の特定の地域に注目したことを付記しておく。

1. 在宅ホスピス・緩和ケアに関する医療制度

米国の医療保障は英国、オーストラリア、ニュージーランドのように全国民対象ではない。まず、65歳以上が対象となるメディケア、低所得者や身障者対象のメディケイドがあり、それ以外の年齢層はプライベート保険に加入する。今日、ホスピス・緩和ケアサービスに関してはこれらの3つの医療保険がホスピスサービスを含むが、米国においてはホスピスと緩和ケアが別のもので定義されており、化学療法や放射線治療など延命目的であるものはパリアティブケアとみなされ、それらの治療を受けている間は終末期医療で症状緩和のみを目的とするホスピスケアを受けることはできない。言い換えると、メディケアが定めるホスピスケアは緩和目的の医行為のみと定められていて、緩和ケアの範囲内では延命目的の治療も含むからである。これらメディケアが金銭援助を行うサービスは、メディケア Part A (Hospital Insurance) という制度で提供され、ホスピスケアの枠内で指定する「医行為」が対象である。メディケアが定めるホスピスサービスは医師から6ヶ月未満の余命を宣告されていてホスピスサービスを受けることを同意した患者に対して提供される。そのサービスはまたメディケアから認証を受けているホスピスサービス団体から提供されるものであり、患者は一つの団体と契約を結ぶことになる。サービスは90日ごとに評価され、患者の病状の進行を確認する。90日たつて回復が見られる場合（特に、疼痛目的のみでホスピスプログラムを受けている患者、またはアルツハイマーなどの症状の変化が一定しない患者など）は一度プログラムから退院という手続きをとられる。この過程はメディケアが定めている、「患者の症状が悪化している」という証拠を残す義務があるからである（一度サービスから外れても、また症状が悪くなったときにはすぐ戻ることが可能）。米国においてはメディケアが定める範囲内では延命目的の治療（緩和治療）に関しての金銭的援助は提供されない。そのためこうした治療を継続したい患者に関してはホスピスサービスと平行して受けることは難しいことが多々ある（緩和目的の栄養チューブや抗生物質利用などは例外）。まとめると、米国のホスピスサービスではすべてのサービスがほぼ無償（95%がメディケアから、5%が患者負担であるがたいていの場合その5%をサービス団体がまかなう）で提供され、その内容は訪問看護サービスや薬剤な

どすべてのホスピスケアにかかわるものである。一方緩和ケアとなると、こうした全額保証はなく、治療は患者の保険から支払われ（個人負担）、患者のもっている保険・かかりつけの病院システムが緩和ケアのパッケージとして提供できるもののみが与えられる。多くの場合は看護ケア、ソーシャルワーカーによるサイコソーシャルサポートが提供されるが、薬剤、治療費用は患者負担となる。在宅の場合、ホスピスケアでは無償で提供される介護用品もパリアティブケアだと個人負担である。

こうした米国の状況と比較して、オーストラリア、ニュージーランドそして英国においてはパリアティブケアという広い定義の中にホスピスケア・ターミナルケアが含まれている。オーストラリアにおいては特にホスピスケアという言葉が現場で使われることはほとんどなく、パリアティブケアという言葉が米国でいうホスピスケアを意味している。パリアティブケアを受ける対象となる患者のアセスメントは米国とほぼ同じであるが、余命 6 ヶ月という厳しい制限はない。そうした緩い制度ではあるが、米国同様 90 日ごとの Evaluation は行われ、必要がない患者に関しては退院・サービス停止の措置をとっている。余命を与えられるような進行している慢性系病を持っていること、症状が患者、家族の QOL に影響しているなどである。幅広い患者層にケアを提供しているこれらの国ではあるが唯一の違いは、痴呆症状を持つ患者（Dementia、Alzheimer's など）への取り組みである。ニュージーランドではこの患者層は終末期の症状があっても緩和ケア対象にはならず、現存する老人ケア施設でのケアを継続することになっている。一方オーストラリアにおいてはこの患者層が現在最も注目されており、ケアの向上、専門職の知識の向上、そしてナーシングホームやホステルなどの施設スタッフの教育が現在力を入れられている。オーストラリアではがん患者がやはりメインではあるが、そのほかに筋萎縮性側索硬化症（英国圏では Motor Neuron Disease、米国では Lou Gehrig's Disease）の患者層が増えていることが現場から伺えた。

メディケアが特定の医行為に対して金銭的援助を提供する米国とは異なり、英国、オーストラリア、ニュージーランドではメディケアが提供する医療サービスはどれでも混合して使用することができる。この 3 カ国はいずれも英国国王に対する共通の忠誠を持つ連邦国家（Commonwealth）という邦としての政治システムを持つ国であり、これらの国の国民である（または永住権を持つ）と誰でも公共医療サービスへのアクセスが可能である。緩和ケアに関してはそれぞれの国で独自の制度があるが、共通しているのはサービスの幅広さ、フレキシビリティである。先に述べた米国の例と比べると、これらの国では米国の現場では時に“Aggressive Treatment”といわれる治療目的の治療も受けることが可能であるために、通院で化学療法を続けながら在宅緩和ケアサービス団体から訪問ナースによるアセスメントやソーシャルワーカーからのサイコソーシャルケアサービスを同時に受けられるということがこれらの国では可能になる。国の医療システムがパリアティブサービスのコストのほとんどをカバーするが、米国との違いでは薬剤が提供されないことがあげられる。ただし、オーストラリア、ニュージーランド両方ともベットファンド（注：これはビクトリア州での呼び名）という金銭的にそうした薬剤の購入が難しい家族に対して援助を提供できる資金源を持っており、こうした家族にはこの資金を利用して無償で薬剤を提供することが可能である。

こうした制度の違いはサービス提供をする現場に大きく影響している。たとえば米国において栄養チューブや化学療法などが「緩和」ではなく「延命」目的とみなされるものであれば、ホスピスサービスを受けるガイドラインに沿わないために、ホスピスサービスを提供することが難しい。こうしたガイドラインは患者の受け入れの際、細かくチェックされ、メディケアガイドラインに沿わないものがあるときにはそれに対してどうするか、例えば治療をやめるかということについて話し合うことが絶対条件である。特にオレゴン州では Physician's Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) という終末期医療に関する医師の指示書を完成することがたいていの場合実行されており、ここに記載されている「緩和目的の医療のみを受けること」に同意することがホスピスサービスを始めるにあたって必要な項目となっている。そのため看護師、ソーシャルワーカーを含めて病気の進行に関すること、余命に関すること、どのような薬剤が使われるか、などという話は早い段階で話をすることが日常的な業務となっている。一方オーストラリアをはじめとする 3 国では米国のメディケアがホスピスサービスを制度化しているように厳しい規制はないために、緩和ケアを受けている患者層は余命が数日という人もいれば、長期の余命を告げられている人たちもいる。緩和ケアに関してまだ歴史の浅いオーストラリアやニュージーランドでは特に細かいルールが設定されておらず、長所としては幅広い患者層に幅広い緩和サービスを提供できるともいえる。これらの国ではあっても、現実はどこまでどのレベルでというガイドラインを設定する必要性を感じている専門職が現場には多い。また、現状

では米国ほど厳しいルールを設定していなくても、オーストラリアにおいてはチューブによる栄養導入、水分補給、患者の体力を消耗していると思われる治療などに関して、現場の看護師は観察を続け、継続的に患者や家族とそうした治療の必要性について対話をもつことが日常業務である。また特に現場の専門職はこうした治療が緩和ケアという現場で行われることに関してもう少しガイドラインを設けるべきだと感じているものが多いようである。またニュージーランドのカンターベリー州（クライストチャーチがある）のナースモードホスピスにおいては、ホスピス病棟に入院する際に、「緩和ケアのみを受けます」という同意を取ることが書面として近年必要事項になっている。またオーストラリア、ニュージーランド、そして米国においても一般向けの教育として、CPR（蘇生）、IV/SC Fluids（水分補給）、Feeding（栄養）、Antibiotics（抗生物質）、Oxygen（酸素）など終末期において家族がもっとも心配になる項目についての教育パンフレットなどを必ず用意しており、またそれらについての説明を早い段階で実施しているのも目にする事ができた。米国のホスピスにおいては以前から行われている緩和ケア専門職の業務行為であるが、ニュージーランドにおいてこうした動きは新しいもので、多少地域の GP（一般医）をはじめとする医療従事者から反発があったようだが、継続的な教育が現在も続けられ、少しずつではあるが専門職の中の緩和ケアとは本来どういうものかという意識が高まっているようだ。ニュージーランドでは特にホスピス・緩和ケアサービス団体の数が少なく、そのために患者数が増えてきた近年は特に、ホスピスケアの本質、ホスピスの目的、ホスピスが提供すべき医療サービスを社会に明確に伝え、さらに従事する専門職がホスピスを理解する必要があると、現場のディレクターが述べていた。こうした教育は特にホスピス・緩和ケアの歴史が浅く、曖昧な制度が現存しているニュージーランド、オーストラリアという国々で、今後積極的に論議されていくことが期待される。

2. 訪問看護師の教育と資格

英国、オーストラリア、ニュージーランドでは訪問看護師をディストリクトナース District Nurse と総称している。米国においてはビジティングナース Visiting Nurse である。District Nurse の役割である業務内容は米国において Home Health Aid (HHA) という役職が担っている。この HHA は Certified Nursing Assistant (CNA) という資格をもち、業務は看護師の指示を受け、また継続的なスーパービジョンを受ける環境で患者の褥創ケア（ガーゼの交換など）、清潔ケア（シャワー、ベットバスなど）、つめきりなどである。この CNA という職業は地域の短大、職業訓練コースで一定の期間決められたコースを履修し、実習時間を完了（最低 75 時間、15 時間ほどの実習時間を含む）¹し、試験に合格したものが得られる資格としてみなされている。看護師はこうしたパーソナルケアを実践しない。

これに比べてオーストラリアやニュージーランド、英国では District Nurse として働く看護師が上記のパーソナルケアを提供している。オーストラリアにおいては看護師といっても主に Division 2 と呼ばれる薬剤に関わるができず看護業務も Division 1 看護師のもとでしか行うことができない看護師、日本では準看にあたると思われる看護師である。ニュージーランドでは Division 制は存在しないが、オーストラリア同様に、在宅ホスピス・緩和ケアの患者に対するパーソナルケアの役割はディストリクトナースが担い、緩和ケア看護師は定期的なアセスメントとコンサルティング業務を主に担当している。米国においては同じ団体内で確立されている看護師と Home Health Aid の役割がオーストラリアやニュージーランドにおいては他団体と連携をとる形で実践されている。オーストラリアとニュージーランドにおいては新しく緩和ケアが始められる前から存在していたホームヘルスの延長に在宅ホスピスケアがあるために、すでに存在している在宅ケアサービスを活用している例が多いのが特徴である。これはサービスの重複を防ぐことが何よりの目的だが、いずれの国の制度も緩和ケアに従事する看護師の専門化の必要性を感じている。そのために、米国を除く 3 カ国ではディストリクトナースグループと共同でサービスを提供することにより、時間がかかりがちなパーソナルケアを彼らに一任することができ、それによって緩和ケア看護師自身はアセスメントや疼痛コントロールに集中でき、より数の多い患者を訪問することができることが何よりの利点であるようだ。

緩和ケアスペシャリストとしての看護師の役割に関してだが、英国におけるマクミランナースのような確立した名称は他国ではないが、米国、オーストラリア、ニュージーランドにおいても大学院レベル (Post-graduate) の Diploma コース、Certificate コースなどが提供されていて、この分野の専門化を目的に質の高い教育プログラムが少しずつ増加している。どの国においても多くの現場看護師は少なくとも数年の臨床経験が求められ、リーダークラスになると 10 年程度が平均の臨床経験である。英国でも「働きながら」マクミランのような資格取得をすることがほとんどであるように、米国、オーストラリア、ニュージーランドにいる現場看護師もたいていは働きながらオンラインプログラム、パートタイムコースなどのプログラムを履修することによって、緩和ケアに関する上級知識やライセ

ンスを取得している。米国においては看護師の資格更新のためにある一定のコースを履修することが必要であるために、病院やホスピスにおいて In-service という形でこうしたプログラム (Continuous Education:CE) を履修することも場所によっては可能である。オーストラリアのビクトリア州においては、報告者の派遣先の一つであったバンクシアバリアティブケアサービスが政府から「老人に対する緩和ケアサービスの質の向上」という目的で資金を得ており、この資金を地域の看護師や看護助手などを対象にプログラムを設立して、教育の場を提供している。英国においてはマクミラン財団、米国においては Hospice and Palliative Care Association のような独立した団体が教育プログラムを推奨しているのに対して、オーストラリアとニュージーランドでは緩和ケアとして立てられる政府の予算の中に教育のための資金が含まれている。この後者の国は緩和ケアに関しては歴史が浅いために、民間レベルでの教育は今後の成長を担うひとつである。

また各国においてナースプラクティショナー (Nurse Practitioner: NP) の役割が向上していると言える。特にオーストラリアにおいては国全体として NP の数が少ないにもかかわらず、ビクトリア州では特に NP が緩和ケアサービス団体においてコンサルタント的な役割をしていることもあった。米国においては NP がホスピスやホスピス患者を多く抱える老人施設であるナーシングホームなどのメディカルディレクターを務めているところも稀ではない。いずれの国も NP の役割を認識しているにしても、やはり患者のかかりつけ医である GP を最も最優先している状況が確認できた。これはやはり GP の役割を尊重し、また GP を含めたチームワークを重んじるということが、どの国においてもより質の高いホスピス・緩和ケアを実践する上で大事なポイントであるという理解があるようである。

3. 看護師の業務と裁量権

どの国においても看護師はかなりの裁量権を発揮していると言える。医師の役割はどの国においても監督者という印象が強いが、緩和ケア看護師がコンタクトの中核となり、米国で使われる ” Hospice nurses are like the eyes and ears for you and for your doctor” (看護師は患者さんにとって、そして患者の医師にとって耳となり目となる役割) の言葉通りに、看護師は患者、医師、そして緩和ケアを提供するチームのコミュニケーションの核である。看護師は患者にかかわる時間ももっとも長く、状況を把握している専門職であるという認識が看護師の中でも、そしてそのケアを任せている医師の中でも高い。処方や検査のオーダーは医師から得なくてはならないが、医師から現場の看護師が持つ知識と経験に対して理解と尊重があるからこそある程度の裁量権を負かされている背景がある。多くの現場では看護師 (経験年数が少なくとも 10 年以上) がリーダーとして訪問看護師の相談役となっており、この役割にある看護師は現場の看護師とかかわる医師が看護師に対して対等に話ができること、ほかのスタッフの意見を聞けること、もしこうした状況が崩れている場合は、このリーダー的な看護師が仲介に入ることもあるということも伺った。あるメルボルンの緩和ケアチームリーダーによると、「私の仕事はまとめることもあるけれど、この分野に新しい人たちに対していかにチームワークが大事か、なにがチーム医療にとって大事なことか教育することでもある」ということだった。このチームリーダーは緩和ケア分野に新しく入ってくる研修医に対して、継続的なコミュニケーションに関する指導をするという。よくある問題としては医師が看護師やソーシャルワーカーをはじめとするアライドヘルスのアセスメントを受け入れられないなどがあるが、こうしたスタッフの声を聞くことも、患者・家族の状況を総合的にみる緩和ケアにおいては必要であると教育することが緩和ケアに新しい専門職には必要だという。一見チームワーク、異業種混合による医療は当たり前のように実践されているように見えるが、その影にはこうした地道なマネジメントレベルの努力と、専門職それぞれがチーム医療の理念を意識し理解することが必要である。かかりつけ医が緩和ケアの経験が豊富であるという例はどの国でも少なく、(例:ビクトリア州の GP がもつ 2-3 人/年の患者が緩和ケアをうける) こうした医師サイドの緩和専門職に対する尊重の意識がよりよいチームワークを作り出し、円滑なチームケアを実現している背景だと言える。

4. 処方について

英国で行われているような Nurse prescribe formulary という制度は他国では実践されておらず、薬剤の処方に関しては医師の役割である国がほとんどである。この報告にもあるとおりに、こうした制度が整っている英国においてもやはりかかりつけ医や GP が処方をするのがメインストリームとなっているようである。ナースプラクティショナーの資格を持つ上級看護師 (大学院卒業、または同等の Diploma 取得) は処方の権利があるが、看護師は英国を除き処方権利はない。現場において日常的に行われている量の変更は、医師が最初に幅広いレンジで処方を出していることによって可能になる。

この決断は担当看護師に一任されるが、実際の現場で主に行われているプロトコールとしては経験が浅い看護師はやはりチームリーダーにあたる看護師に相談をして、その話し合いを元に決断を下すという行為が一般的である。こうした相談は病棟では簡単にできるが、看護師が複数の患者を担当する在宅の分野では自立した決断が主に求められているのが現実である。そのために、特に在宅ホスピス・緩和ケア現場では看護師の平均年齢が比較的高く、研究者が観察したオーストラリア、ニュージーランド、米国においては特に臨床経験としても最低5~7年以上（多くの場合は10年近く）が平均であった。

医師の処方に関しても、医師側が現場における臨床において患者とのかかわりが一番多い訪問看護師の意見やアセスメントを尊重するシステムが確立されており、こうした看護師の報告を元に新しい薬の処方や、分量の変更などの決定するということが一般的である。薬の変更のために医師が患者を訪問する義務はなく、多くの医師は看護師の報告や日常の話し合いの中で処方を確認しましたという記録のサインをすることが職務となっているようだ。またどの国にも共通しているのは最初の処方時に、ある程度のレンジで薬を処方することによって、後に看護師の裁量で量を変更することを可能にしているということだ。尿管Catheterなどに関しても、最初の時点で必要なくともオーダーとして記載しておくことによって看護師が必要だと感じた時点で実行できることが看護師の裁量権を与える事となる。こうした行為はやはり現場に対して医師が信頼していることから行われていて、そのためにも継続的なコミュニケーションそして教育が必要であるという報告がある。このように看護師は薬剤処方以外でもさまざまな決定に関わっており、英国における看護師の処方という権利が今後他国でも広がるか考察を続けたい点である。

5. 死亡確認・宣告

患者の死亡確認は基本的には医師によって行われるが、米国の場合ホスピスの看護師、または施設の看護師が行うこともできる。その理由としては米国においてはホスピスサービスを受けている患者は死が予期されるものであるために、医師による確認を免除されるからである。これに関してはさまざまな議論があるものの、特にオレゴンでは、このような制度によって死亡確認・宣告が行われている。患者が自宅でなくなった場合、家族はまずホスピスに電話連絡をし、連絡を受けたホスピス担当看護師が患者を訪問し、死亡の確認をした後に必要な書面にサインをして、葬儀サービスへ遺体の引き取りの電話を入れるという行為をすることがホスピス団体には許されている。もし患者が施設（老人施設など）にいる場合でもホスピスがかかわっている場合はこうした手配をホスピスが一任することが常である。一方オーストラリアやニュージーランドでは医師による確認が絶対条件であり、患者のかかりつけ医であるGPにホスピス団体から連絡を入れなくてはならない。週末や夜間でGPがつかまらない場合は地域のそうした時間帯を担当する医師またはホスピスの医師が確認をすることもある。オーストラリアとニュージーランドにおいては患者の遺体はこの医師訪問が終わって必要書類を医師が完成させるまで引き取ることができない制度になっている。オーストラリアの現場の専門職からは米国のような制度ができたほうが良いという声もあれば、GPが年間通して看取る患者は平均2-3人であるから、今のところ患者の家族を待たせてしまったりするような問題は特になく、現状のままでいいのではないかという両方の声が聞こえた。米国、英国に関してはホスピスの歴史が他国に比べて長いことがこうした看護師の付加役割の存在している理由といえるであろう。

6. 緩和ケアに従事する専門職

この4国を比較して共通しているのは確立された異業種チーム構成である。現場のケアを統括する役割に多いのは多くは看護師であり、医師はコンサルティング的な役割が多い。病院ベースの緩和ケアにおいては医師が直接患者と接することがあるが、在宅ベースのサービスにおいては医師はコンサルタント、メディカルディレクターとしての役割を持ち、看護師からの報告に応じて必要な指示を出す役割に徹している状況が多い。メルボルン市内のあるホスピスでは、その施設のメディカルディレクターである医師が、「医師の仕事はホスピスを必要とする患者かどうか見極めることでもある」というほど、裏方に徹している医師は少なくない。患者のGPが訪問をすることがあっても、メディカルディレクターが患者を訪問するという例はほほない。そのために現場にいる看護師の責任は高くなり、医師はその責任を持った看護師の報告を元にさまざまな決断をする。

こういった背景から看護師の裁量権は多くの場所で発揮されており、医師でなくてはならないという業務の内容は処方行為である、ということは何の国においても共通している。また看護師のほかにも緩和ケアに従事する専門職に関するガイドラインという点で言うと米国では緩和ケア・ホスピスケアにかかわる治療行為のみにとどまらず、患者のケアにかかわる専門職についてのガイドラインも細

かく設定されている。そのために米国においてはどの団体でも、メディカルディレクターという職の医師、クリニカルディレクターという職名の看護師を筆頭に、訪問看護師、ソーシャルワーカー、牧師・聖職者、ホームヘルスエイド（ナースエイド）、そしてボランティアが必ず常駐している。これらはメディケアが定めるホスピスサービスということで、サービスを提供している団体はこれらの専門職を常駐させなくては行けないからである。ホスピスは歴史的には看護師中心に始められたサービスだが、どの国にも共通して言えるのは、ホスピスは患者中心のサービスであって、そのためには Interdisciplinary Team（異業種混合チーム）による取り組みが最も重要なことであるという理念を実践していることである。そのため英国でも社会資源を必要とする家族のためにはソーシャルワーカーが存在していたり、またオーストラリアやニュージーランドでもソーシャルワーカーをはじめとするアライドヘルスの存在が目立つ。しかしながら特にオーストラリアやニュージーランドではこれらの業種に関するホスピスにおける雇用の規定がないために、サービス団体によって専門職が異なるのが特徴である。ほとんどの米国の団体ではソーシャルワーカーをはじめとするアライドヘルスがフルタイム雇用であるのに対し、オーストラリア、ニュージーランドでは特にこうした職に対する資金源が薄いことから、パートタイムが多く見られた。しかしこうした違いはサービスの質に差を生むこととなり、緩和ケアにおいて成長を続けるこの 2 国においても、アライドヘルスの必要性を理解しているために、今後は安定した雇用を課題としていると伺った。

最後に

はじめに示したように米国では緩和ケアとホスピスが別枠になっているが、そのためにホスピスサービスを受けるガイドラインには沿わないが緩和ケアだけではサービスが足りない、という患者のために近年アクティブパリアティブケアという” Bridge Program” と呼ばれるサービスを設立しようとしているホスピス団体が増えてきている。この動きは現状のホスピス制度に対する警鐘であり、多くの患者・家族に継続的なサービスを提供するための緩和ケアの意義を問うものである。本報告書で述べたように、英国は GP 主体の国であり、その GP とホスピス・緩和ケアサービスとの連携により、必要な患者層によりよい緩和ケアサービスを提供することが課題であるようだ。オーストラリア、ニュージーランドにおいては新しい分野の医療としての確立、そのために社会の中で理解を高めるための市民への教育そして質の高い従事者を増やすための専門職教育が重要視されている。

世界中で緩和ケアが注目されている。世界中で高齢化が進み、高齢に伴う死は医療の中で扱わなければいけないひとつの分野である。ある調査によると 2025 年にはほとんどの患者が老人人口となり、死亡原因は急性期のものよりも慢性、または進行型の病で亡くなる人が大半になるという。実際に米国において現在メディケアが提供する終末期の医療はメディケアの予算の 27% を占め、そのうちの 12% が高齢者人口に使われている。英国においては病院ベッドの 27% が高齢者によって占められているという。こうした患者には緩和ケアがしばしば使われており、緩和ケアのさらなる活用と幅広いサービス形態の確立の必要性がこうした数字からも伺える²。

今回調査した国の中でニュージーランドが緩和ケアに関する歴史が一番浅く、現在もまだ日々変化をしている国といえる。税金によって支えられる Medicare を支える人口が少ないことは、こうした緩和ケアサービスに回せる予算も隣国のオーストラリアと比べてかなり少ない。オーストラリアは国の予算に余裕があるといっても、都市と郊外との差が激しく、そのサービスの地域差と質の高い専門職を集めることが問題である。米国においては前述のように緩和ケアとホスピスケアの分離によって、サービスを受けたくても受けられない患者層に対するケアが今後の課題のようだ。こうした政府がまかなえない部分の問題は、多くの場合寄付金集めに頼る団体が多い。政府からの資金のみで提供できるサービスには差があり、その違いは団体の金銭的な余裕に関係している。といってサービスの内容に関わるわけではなく、終末期医療に関しては異業種のかかわりがある Holistic approach, Interdisciplinary medicine の実践がなによりも大事であるという理念がどの国においても尊重され、実践されていた。そのために、ホスピス・緩和ケア団体が単なる医療サービス団体としてだけでなく、社会福祉団体のような役割も果たしながら寄付金を集め、（米国では保険を持たない患者に対して、オーストラリアでは薬を購入できない患者のためなど）そうしたお金を社会のため、患者のために利用し、そうした活動がまた今後の緩和ケア・ホスピスケアの質の向上につながるシステムを確立させ、その声が今後の政府の取り組みに影響するよう、という働きかけがある。

最後に、どの国においてもホスピス・緩和ケアのシステム・サービスの向上に関しては、専門職一人ひとりの意識が影響していることが、今回多くの現場専門職とかわったことで気づいたことである。特に、リーダー職にいる医師や看護師が自分の役割、専門分野という意識を高く持ち、その境界線を

保ちながら他業種の役割と専門を理解し尊重することにより、よりよいチーム医療、Interdisciplinary 医療というものが実践されている。ある病院の緩和ケアプログラムディレクターがこのようなことを話してくれた。「ここの病院ではかつて緩和ケアに関してなにも声が上がっていませんでした。緩和ケアサービスが始まって数年経ったころ、院長が変わって、病院スタッフ全員に緩和ケアの必要性、緩和ケアの専門性というものを伝えてくれるようになってから病院のすべての科にいるスタッフが、私たち、緩和ケアチームに相談を持ちかけてくれるようになり、6年たった今では一任してくれるようになりました。やはりそうした上層部の力というのは大きいですよ。」 こうした声はあらゆる場所で聞かれ、またリーダー職にいる看護師やホスピスのメディカルディレクターからもいかにいいチームを作るか、いかにサービスが認められる環境を作るかということが必要であるかということが多く聞かれた。いくら政治的な取り組みが始められても、実際サービスを提供する現場においてそれを実行する環境、専門職それぞれの意識が変わらない限り、変化をもたらすのは難しいからだろう。ホスピス・緩和ケアは成長を続ける医療分野であるが、今後老人人口の増加をはじめとするさまざまな要素からもっとも注目される医療のひとつである。その医療において成長するには、単に医学の知識だけではなく、こうした地道な教育や意識改革も重要な点であることを心に留めたい。

以下参考として、米国、オーストラリア、ニュージーランド、英国における死亡者数を記す。

表1 各国の年間死亡数とがん死亡者数

国名 (人口)	参考年次	全死亡数 (癌による死亡数)	死亡原因で最も多い癌の種類	平均寿命
米国： (301,111,602人)	2004	2,398,343 ³ (550,270)	Male: Lung ca 31%・Colon ca 10% Female: Lung 26%・Breast ca 15% ⁴⁾	74.8(Male) 80.1(Female) (2003)
英国 (59,834,900人)	2004	512,993 (2005) ⁵ (153,397)	Male: Lung ca 24%, Prostate 13% Female: Lung ca 18%, Breast 17% ⁶	76.6 (Male) 81.0 (Female)
オーストラリア (20,339,759人)	2005	130,700 (37,989) (2004)	Male: Lung ca 53%, Prostate ca 36% Female: Breast ca 25%, Lung ca 23% ^{7,8}	78.5(Male) 83.3(Female)
ニュージーランド (4,169,320人)	1999	111,440 (2005) ⁹ (7,174)	Male: Lung ca 22%, Large Bowel ca 16% & Prostate ca 16% Female: Breast 18%, Large Bowel ca 15% ¹⁰	76.3(Male) 81.1(Female)

※斜字は年号

参考文献

1. National Network of Career Nursing Assistant: <http://www.cna-network.org/pages/home.htm>
2. Higginson, I.J. (1999). Evidence based palliative care; There is some evidence- and there needs to be more. British Medical Journal 21; 319 (7208): 462-463.
3. Center for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
4. American Cancer Society: <http://www.cancer.org>
5. National Statistics: <http://www.statistics.gov.uk>
6. Cancer Society of New Zealand: <http://www.cancernz.org.nz>
7. Australian Bureau of Statistics: <http://www.abs.gov.au>
8. Cancer Council of Australia: <http://www.cancer.org.au>
9. Statistics New Zealand: <http://www.stats.govt.nz>
10. Cancer Society of New Zealand: <http://www.cancernz.org.nz>

I. 米国・オレゴン州

A. 調査方法

本報告は、(1)インターネットを用いた文献検索、(2)現地での臨床経験から情報を収集した。

米国のホスピスは国のヘルスケアシステム、MEDICAREによって詳細が定められているサービスである。各州によって大きな違いはないが、本調査は報告者（岩本）が以前在籍したホスピスがあるオレゴン州に重点を置いている。

(1) インターネット

以下は今回の報告で参考にしたウェブサイトである。

- ・ Medicare/Medicaid Hospice Services (www.cms.hhs.gov/medicaid/services/hospice.asp)
- ・ National Hospice and Palliative Care Organization (<http://www.nhpco.org>)
- ・ Oregon Department of Health (<http://www.dhs.state.or.us>)
- ・ National Hospice Association (<http://www.nha.org>)
- ・ American Nurse Association (<http://www.nursingworld.org>)
- ・ Oregon Hospice Association (<http://www.oregonhospice.org>)
- ・ MedLine Plus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/hospicecare.html>)
- ・ Center to Advance Palliative Care (<http://www.capcmssm.org>)
- ・ End of Life Physician Education Center (<http://www.eperc.mcw.edu>)
- ・ Hospice Foundation of America (<http://www.hospicefoundation.org>)
- ・ Project Inform (<http://www.projinf.org>)
- ・ Social Security Disability Insurance/Supplemental Security Income (<http://www.ssa.gov>)
- ・ Death with Dignity (<http://www.deathwithdignity.org>)

(2) 現地における臨床経験

報告者が、オレゴン州の在宅ホスピス団体でソーシャルワーカーとして従事した経験と、その際にスタッフとの関わりを通して得られた情報が主である。そのため臨床に基づくデータはホスピスケアである（ホスピスケアとパリアティブケアの違いについては次項参照）。

B. 調査結果

1. 米国におけるホスピス・緩和ケア医療の概要

比較対象のオーストラリア、ニュージーランド、英国とは、米国のホスピス・緩和ケアシステムは異なる点が多い。ホスピスはメディケアが定めたサービスが提供される”Set of Services”であり、そのサービスに対する費用はメディケア、メディケイド、プライベート保険により95%提供される。多くの場合5%をホスピス団体が負担するので、ほぼ無料である。またサービスが提供される場所は患者が居住する場所であり、現在では約80%のホスピスケアは自宅で提供され、他は高齢者が援助されながら居住しているアシスティドリビング、フォスターホームやナーシングホームである。一方、緩和ケアは、緩和や症状緩和のほかに、メディケアでは「緩和：パリアティブ」という定義に相当しない化学療法なども含まれるために、治癒目的とした治療といわれる。その治療費は保険によりカバーされるものとされないものがあり、基本的には治療を受ける人が負担する。また提供される場所は、現在のところ病院が最も多い場所であるが、通院で化学療法などを受けている患者も対象になる。

米国の医療では、終末期医療（End of life care）、緩和ケア（Palliative Care）、そしてホスピスケア（Hospice）の3つが関連はあるものの異なる理念として存在している。ホスピスという言葉は、建物や病棟を意味するのではなく、専門の知識を持つ専門職が提供する患者のQOLを重んじた症状緩和を一番の目的とするケアモデル・特定のサービスとして定められ、緩和ケアは症状緩和や疼痛など幅広く示すケアや治療、そして終末期医療は残りの日々が週単位、月単位となった患者をケアするという意味で使われている¹。

これらの言葉を別のものと定義するには倫理的な背景もあるが、金銭的な問題もある。ホスピス、緩和ケアともにメディケアによって援助されるプログラムであるが、それであるからこの2つのサービスを同時に受けることはできない。また、ホスピスは全額保証されるが、緩和ケアに関してはすべてカバーされるとは限らない。メディケアにおける緩和ケアとホスピスケアの違いを表2に示す。

表2 米国における Palliative care と Hospice care の違い²

	Palliative Care (緩和ケア)	Hospice Care (ホスピスケア)
対象	緩和ケアを必要とする人、しかし目的には回復、治癒もふくまれる 余命などは関係なし	月単位の余命が与えられている 緩和目的の医療のみを希望するもの
治療内容	緩和ケアと治療は同時に受けられる	緩和ケアが中心
保険・個人負担	すべての治療はカバーされないので 個人負担がある	介護用品などをふくめたすべてのコスト が MEDICARE・MEDICAID または Private Insurance によってすべて支払われる
期間	必要なだけ	ホスピス患者としての(余命が6ヶ月以内 であることをはじめとする) Criteria に 沿っている間は受けられる。6ヶ月を過ぎ ても状況が変わっていない、Decline がみ られる場合は引き続きホスピスサービ スを受けられる
サービス提供者	病院、ホスピス、ナーシングホーム、 クリニック	ホスピスサービス団体(独立、病院付属、 地域)
サービスが提供 される場所	施設、ナーシングホーム、病院、 緩和ケア病棟、自宅	患者が住んでいる場所(自宅、ナーシング ホーム、リタイアメントホーム) 短期間の症状緩和は療養型ホスピス施設 で行われる
専門職	特に規定がない。医師や看護師、ソ ーシャルワーカーが中心だが幅があ る。パストラルケア、ホームヘルス エイドも必要あれば可能	チーム医療：医師、看護師、ソーシヤル ワーカー、牧師(宗教者)、ボランティア、 ホームヘルスエイド(看護助手)、理学療 法士、作業療法士など

メディケアがこのようにホスピスと緩和ケアを別のものと設定している米国では、ホスピス団体はホスピスサービスを提供し、緩和ケアは多くの場合病院ベースで行われている。ホスピス団体の中には、ホスピスチームとパリアティブチームの両方を設定していることもある(上記に述べたようにメディケアでは別サービスに定義されているので、それぞれ別の専門職が従事する)が、この動きはまだ少ない。また上記の表のとおり、緩和ケアではすべてのサービスがメディケアによってカバーされないことから、ホスピス団体が緩和ケアを提供していても、提供されるサービスの内容はホスピス患者とは異なる。たとえば、報告者が在籍していたレガシーホスピスは、2つのホスピスサービスセンターを持っている。一つはポートランド市内にあるポートランドホスピス、もう一つは郊外にあるマクミンビルホスピスである。ポートランド市内では緩和ケアサービスをはじめとするさまざまなサービスへのアクセス(交通面)が容易なために、ホスピスサービスを始める前に患者に対してのコンサルティングで、化学療法と並行して緩和ケアを受けたいという患者に関しては病院ベースの緩和ケアサービスを紹介することが可能であった。一方マクミンビルホスピスが担当する地域に住む人にとっては病院に通うだけでもかなりの時間を要するため、マクミンビルホスピスで緩和ケアを受けている患者の在宅ケアを委託されることがあった。そのため、レガシーホスピスの郊外オフィス(マクミンビル)では、その地域で一番近い病院の患者に対し、必要な場合のみ在宅緩和ケアを提供するという契約が結ばれている。これはまれなことであり、一般にはあまり行われていない。こうしたサービスを受ける患者はいくらレガシーホスピスがサービスを提供しているとしても、緩和治療を受けている間はホスピスサービスのパッケージベネフィットと呼ばれる無料のサービスを受けることはできない。そのため、メディケアが全てをカバーできる緩和ケア患者のための最小限のサービス、看護師とソーシャルワーカー訪問(ホームヘルスエイドとパストラルケアも必要であれば可能)がサービスとして提供され、薬や介護用品は患者の負担となる。こうした並行サービスを受けている患者が後にホスピスサービスのみを受けたいという決断をした場合、一度緩和ケアサービスを中止(discharge)する必要がある。これは上述のように緩和ケアがメディケアのサービスの一部であることから、同じメディケアのサービスであるホスピスに移行するために一度中止して、ホスピスサービスへ入る(admit)する必要があるからである。逆に、一度ホスピスケアを受けることを決めた患者でも、治療を再開したい、または延命目的の治療(チューブ栄養導入など)を受けたいという場合は、一度ホスピスサービスを中止して、これらの治療を受けることになる。これらサービスは同日に2つは受けられないため、緩

和治療を受けている患者がホスピスに移行すると決めた場合、ホスピスのサービスは緩和治療を終えた次の日から始まることになる。万が一ホスピススタッフが緩和治療を終えた日にサービスを提供してしまったという記録が残ってしまった場合は、その日の緩和治療の費用をホスピスサービス団体が負担しなくてはいけなくなる。米国のシステムはメディケアによって支払われるサービスが細かく決められているため、書面に必要な情報を正しく記録し、管理することが重要である。

ホスピスというパッケージサービスはメディケアのみにとどまらず、今日ではメディケイド、マネージドケアやプライベート保険などでもすべて提供される。こうした保険を保持しないことが多い子供や成人年層などには、ほとんどのホスピスが患者・家族の金銭的な状況をアセスメントした後に、寄付金から成り立つ補助金によりサービスが提供されることも多くの場所で実践されている。

今日のほとんどの患者はメディケア保持者であり、メディケアがホスピスサービスにかかわるすべてのサービスを提供する。そのため、1) 患者がメディケアパート A (ホスピタルインシュランス) を保持している、2) 患者の症状に関して担当医師とホスピス医がメディケアが定めるホスピスケアの対象である症状と認める、3) 治癒目的の治療をやめ、緩和目的の治療、ホスピスケアのみを受けることに患者が同意することが必要である。

以下はメディケアが提供するホスピスサービスに含まれるものである。

- ・ 看護師による訪問ケア
- ・ Home Health Aid による清潔に関するケア (入浴, シャワー浴, 清拭, ドレッシングの交換など)
- ・ ソーシャルワーカーによるサイコソーシャルケア
- ・ ブリーフメント・グリーフカウンセリング
- ・ 医療器具 (ベッド, 車椅子, つえなど)
- ・ 医療用品 (ガーゼ, カテーテルなど)
- ・ 作業療法, 理学療法, 言語療法
- ・ 栄養に関するカウンセリング (栄養士)
- ・ レスパイトを含む短期間の病院・ホスピス病棟入院

メディケアはこうしたサービスを患者がいる場所で提供し、医療費の 95% をカバーする。残りの 5% はほとんどのホスピス団体がカバーしているため患者の負担はない。骨折などホスピスとは関係ない症状に関しては、治癒目的の治療を受けられる。

ホスピスに従事する専門職は Interdisciplinary Team (異業種混合チーム医療) としての理念が最も重視されている。

- | | |
|------------------|--------------------------|
| ・ メディカルディレクター | ・ 看護師 |
| ・ ソーシャルワーカー | ・ Home Health Aid (看護助手) |
| ・ チャプレン (宗教者) | ・ 理学療法士/作業療法士 |
| ・ ボランティアコーディネーター | ・ ボランティア |

そのほかに、栄養士や薬剤師のサービスも可能である。

米国のホスピスはこれらメディケアが指定しているサービスを提供しなくてはならず、これらのサービスを提供していることを証明、認証を受けていることで、はじめて金銭的な補助が受けられる。そのほかにも州のホスピス検査管理団体 (オレゴンの場合は Oregon Hospice Association) からの認証を受けていることが、こうしたサービスを提供できるホスピス団体として必要な条件である。

※オレゴン州の終末期医療について

オレゴン州は米国で唯一尊厳死が合法とされている州である。この制度は市民レベルの動きで始まり、そのうち、NPO 団体の Death With Dignity が中心になり、1994 年以来尊厳死を希望するオレゴン州民が、自分で決断をできる法律が施行されている。(注: この法律を施行するためのさまざまな要綱がある) こうした背景や、宗教色が薄い、移民が多いなどの州の文化からオレゴン州は全米でも比較的終末期の問題に関心が高い州といわれている。オレゴンヘルスサイエンス大学の倫理センターによると 1997 年に志望したオレゴン州民のうち、66% が Advanced Directive を完成していたということである。Advanced Directive (AD) とは時に Living Wills (遺言) ともいわれる生きている間に延命治療に関する決断を自分の署名を加えて証明しておく書面のことを言う。1993 年以来オレゴンでは AD が法的な効力を持つフォームとして使われている³。この AD には自分の決断に関して、抗生物質の使用、口から飲み物、食べ物を取り込めなくなったときのチューブによる栄養導入、心臓が止まった

ときに CPR（蘇生）を行ってほしいか、（蘇生は電気ショックや気管切開などをともなう）、点滴による水分補給の有無、自発呼吸が不可能になったときの気管カニューレの導入、そして最後には自分の署名のほかに、「万が一自分が決断を下せなくなった場合」、法的な証明を持って自分のために決断を下せる人（Healthcare Representative, または Power of Attorney in Health と呼ばれる）を 2 名まで指名でき、その人たちの署名を持って万が一の際は彼らが決断する権利を担う、法的に証明される。この AD を完成させている人口は全米で平均 15% であるので、オレゴン州の 66% はかなり高いことが伺える。またオレゴンホスピス協会のデータによると、このオレゴンヘルスサイエンス大学の倫理センターが関わった POLST（Physician’s Order for Life Sustaining Treatment：終末期医療に関する医師の指示書）は 100% が完成され、その希望は正確に反映されているとのことだ⁴。

前述の POLST というフォームはホスピス患者に関しては必要な書面として定められ、ほとんどのホスピスで必ずなくてはならない文書のひとつとして指定されている。POLST はオレゴン医療科学大学（Oregon Health Science University）の Center for Ethics によって作成された終末期の医療行為に関する医師の指示書である。この Center for Ethics は医師、看護師、ソーシャルワーカーなどで成り立つ専門職、研究者の集まりで、医療倫理に関する研究、教育を担っている大学の組織である。このフォームは以下の項目で成り立っている。このフォームは数ページから成り立つ Advanced Directive の省略版、簡潔版として作成されたため、含まれている内容はほぼ同一である⁵。

- 1) CPR の有無
- 2) Comfort Measures only 緩和目的の治療のみ、点滴や治療目的の治療はしない
- 3) Use of Antibiotics 抗生物質の使用の有無
- 4) Use of artificial nutrition チューブ栄養導入の有無
- 5) Name of the Person who discussed with この決断を一緒に話した人
- 6) Name of Health Care representative 法的に患者の決断をできる人

このフォームは法的に有効で、自分とかかりつけ医の署名があれば、自分の意思表示が法的に証明される。オレゴンのホスピスでは特にこのフォームを完成させることが義務づけられているため、このフォームに示されている、CPR（蘇生行為）、治療目的の治療からの Withdrawal で緩和専門の治療を選択すること、抗生物質使用の有無、チューブによる栄養に関する決断、Power of Attorney（患者の代わりに法的な決断をできる人）の名前などを患者がホスピスサービスを受けるにあたってこの POLST を完成する行為が要求される。

2. 訪問看護師の教育と資格

多くの場合、クリニカルディレクターやチームリードに関しては、経験年数を要求することが多いが、これらの RN とコンサルティングで切る立場にいる一般のフィールドナース（訪問看護師）に関しては、少なくとも一年の経験、ホスピスや在宅医療の経験があるとなおよい、というレベルでの教育、経験レベルである。

（参考資料）ホスピスの求人内容

ホスピスサービス
 役職： Hospice Nurse（Registered Nurse）
 職務内容：終末期の患者とその家族にホスピス分野における看護ケアを提供する。訪問、アドミッション、ケアプラン作成、関係スタッフの指導などが主な役割。痛みと症状コントロールを患者のニーズを理解して、適切に行う。また Inter Disciplinary Team（異業種混合チーム）の一員として、他の業種を尊重し、患者・家族のために適切なケアプランをコーディネートする。看護アセスメントを完成し、緩和ケア、症状コントロールを提供する。
 教育：認められている看護学部を卒業し、RN 資格を保持していること。運転免許、CPR 資格を保持していること。国の機関のひとつである Certified Hospice and Palliative Nurse（CHPN）、または National Board for Certification of Hospice and Palliative Nurse（NBOHPN）であることが望ましい。
 過去の経験：ホスピスや在宅医療、または Acute Care の経験があることが望ましい。
 その他能力：看護師としての理念、道徳を実践する、コミュニケーション能力（話す、書く、読む）、他業種やボランティアと適切なプロフェッショナルな関係を気づくことができる、問題解決能力

ホスピスナースになるには RN であることがまず必須条件であり、また在宅という環境で患者のアセスメントを自立してできるだけの知識と経験があることが必要である。ホスピスナースというのは

看護の知識だけではなく、聞く能力、観察能力、コミュニケーション能力、そして在宅という異空間で家族という存在を尊重しながらケアできるセンシティブリティが必要とされる。看護師はまたホスピスにおいてケースマネージャーとして家族から最初にさまざまな連絡が来る立場にあるために、どんな状況も冷静に判断できる態度が必要とされる。コミュニケーション能力に関しては、単に患者・家族とのコミュニケーションができるだけではなく、患者のかかりつけ医、または施設に在住している場合は施設のスタッフとのコミュニケーションなども円滑に行える能力が望まれる。時にホスピスケアの経験がない施設の場合は患者にかかわるケアに関しての教育などでもできることが必要である。ケースマネージャーとして常に患者を観察し、ケアプランを常に再考し、必要なクリニカル判断を適当なときと場所で行える能力が必要である。

米国の看護師は4年生の大学を卒業し、Bachelor of Nursingを取得しているか、短大の看護課程を卒業し、Associate Degreeを取得した後、各州の試験に合格し、Registered Nurse (RN)となる⁶。短大と大学卒、どちらも州の試験を経てRNという資格を取ることはできるが、この違いは短大の教育は主に実践中心で、大学ではそのほかにセオリーやリーダーシップなどのクラスも含まれるということだ。さらに、将来Nurse Practitioner (NP)のような上級看護師を目指す人にとっては、最初から大学を卒業しておくことが後に役立つといわれている。

RNの資格は更新性であり、州によってそのルールが異なる。Continuing Education Creditというカンファレンスや勉強会などに参加することによって得られるCreditを要求するところもあれば、オレゴンのように過去2年間の就業証明のみをRequirementとしているところもある。

看護師免許(Nursing License)は2年間有効で、誕生日の夜中に期限切れとなる。期限は郵送で通知されるが、自分の免許を管理するという自己責任でもある。この過程をクリアするためには以下のいずれかを満たしていることが必要である。

- 1) 過去5年間に960臨床時間がある
 - 2) 過去2年間にRe-Entry(一度免許を失った人がまた現場に戻るためのプログラム)過程を終了した証明書
 - 3) Oregon看護協会が認めている看護学部を卒業した証明書。
- いずれにも相当しない場合は、2)のRe-Entryプログラムを終了することが必要とされている⁷。

前述のように、RNの上にはNurse Practitioner (NP)という資格があり、米国では1965年コロラド大学で最初のNPを輩出して以来、2006年現在115,000人のNPがいる。NPは検査をオーダーしたり、薬を処方したりすることができるために、在宅または老人ケアの分野で顕著な成長をみせている⁸。

上記のあるホスピスでのJob Descriptionの中に示されていたCertified Hospice and Palliative Nurse(CHPN)、またはNational Board for Certification of Hospice and Palliative Nurse(NBCHPN)は米国におけるホスピス・緩和ケア認定機関が定めた認定資格である。母体として存在している代表格のNBCHPNは同種の団体である、Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA)とHospice and Palliative Nurses Foundation (HPNF)と共同で1993年に認定機関として設立された。目的は資格制にすることが、成長し続けているホスピス緩和分野の専門性を高めるためにも、サービスとプロフェッショナルとしての質を高めるためにも必要だということである。現在この団体が提供する資格を持つ認定看護師は約6000人である。このCertificate受験資格は、少なくとも2年間のホスピス・緩和ケア分野での臨床経験があることが条件である。試験は7つのホスピス看護臨床分野から出される約150問の問題からなる。この認定を取得できるのは、看護師または看護助手(Nurse Assistant)で、合格すると、Advanced Certified Hospice and Palliative Nurse (ACHPN)、Certified hospice and palliative nurse (CHPN)、またはCertified hospice and palliative licensed nurse (CHPLN)、またはCertified hospice and palliative nursing assistant (CHPNA)というタイトルが与えられる。こうした資格制はあるとしても、多くのホスピスでは募集する際は特に指定していない。業務を続けていく中でこうした資格を取得する者はいるが、この資格が緩和ケアナースになるための条件というわけではない⁹。

医師に関しては2006年現在全米で約51のホスピスプログラムが100を超えるポジションをフェローシップという教育の場として提供している。米国においてはホスピスのメディカルディレクターの多くはInternal MedicineやFamily Medicineのようなかかりつけ医、内科医の経験を持つものが多く、今後ホスピスの分野に進もうとしている医師はこうした1-2年のフェローシップを終了すること

が期待されている。このプログラムを管理している American Academy of Hospice and Palliative Medicine(AAHPM)では、実践的なプログラムのほかに、現在臨床現場にいる専門職と AAHPM が認証した経験・実績のある専門職をそれぞれの専門分野、研究分野、などの共通なテーマで結びつけるメンターシップというプログラムを介して継続的な教育を受けられることも実践している¹⁰。

3. 看護師の業務と裁量権

The US Code of Federal RegulationによるとホスピスはRNのスーパービジョンのもと、またはRNによってサービスを提供されなくてはならないと定められている¹¹。またこのRegulationではナーシングサービスは患者のニーズを理解しそれにあつたものを提供する、そしてそのサービスはStandards of Practice(看護協会が定めているもの)に沿つたものであること、とも定められている。

American Nurses Association(ANA)が定める看護師の定義は以下のように定められている¹²。

“Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities and populations. そしてその中で、看護というものは以下の5つの行為があると述べている¹³。

- ・ Assessment: 身体的、心理的、社会文化にかかわるホリスティックな情報を集め、分析
- ・ Diagnosis: 病気の原因、現在の状況、または進行に関する医療的な決断
- ・ Planning: 明確なゴールを定めたケアプランの作成
- ・ Implementation: プランを実行、そして経過確認
- ・ Evaluation: プランを継続的にアセスメント

疼痛コントロール、栄養管理、排便コントロール、排尿コントロール、清潔、褥創ケア、呼吸ケア、に関しては全て看護師の訪問においてアセスメントされるものであり、処方薬があればその範囲内で看護師は変更などの決断・実行をすることができる。患者家族にとっては看護師が第一の連絡者であり、かかりつけ医にとっても患者に関する第一の連絡者であり、「Eyes and Ears」という言葉で象徴される。

注射に関しては米国のメディケアが定めるホスピスケアでは行われぬ。疼痛行為は経口が最優先であり、それが無理な場合は貼付薬や塗り薬、または座薬が優先される。それらが無理な場合は、患者が自分で投与をコントロールできるSub-cutのような皮下注射によるモルヒネパンプが利用される。ある看護師との対話では、「注射行為は痛みを伴う。痛みはQOLを下げるから、ホスピスケアの理念に反する」という言葉も聞かれた。実践の中でも、どうしてもモルヒネ投与のための皮下注射をするという看護師には、どうしてもその結論にたどり着いたかということチームリードと話すこと、今まで経口や座薬などを試したが、効果がなかったという記録を残すことが必要である。

排便コントロールに関しては日常の訪問で常に確認をしていて、先を予測して、かかりつけ医から新しい薬の処方を出してもらうことが、先々看護師が裁量権を持って患者のケアができることにつながる。たいてい、排便や排尿に関する処方(カテーテルの使用などを含む)に関しても事前にかかりつけ医から処方をもらっておき、そうでない場合も、電話でのやりとりで決定され、実行されることが多い。褥創ケアに関しては看護師のアセスメントを基に、看護師から行為の指示をうけたホームヘルスエイドがガーゼの交換、消毒などを日常的に行うことが多い。こうした看護行為をホームヘルスエイドに委託するのは、多くの訪問患者を抱える看護師が「効率的」に時間を使うという目的で行われている。清潔に関してはホームヘルスエイドが看護師の指示をうけ、実行する。米国のホスピスにおいてはこの分野に関してはホームヘルスエイドがすべてまかなうことになっている。呼吸ケアに関しても必要があれば酸素をメディケアのサービス内で提供することができるが、この判断も看護師の訪問のアセスメントによって医師に処方を出してもらうことになる。多くの行為はこうして看護師のアセスメントによるもので決められ、かかりつけ医、チームリード、メディカルディレクターには訪問看護師に対してかなりの信頼が寄せられているといえる。

栄養管理に関して、メディケアではチューブフィーディングは医行為としてみなされるために、ホスピスのサービス内ではあまり提供されていない。「緩和目的」の水分・栄養補給ということはまれにあるが、多くの場合はすでにチューブ栄養補給を受けている患者もそのうち取りはずし、最後の日々は自分の好きなものを食べられるだけ、飲めるだけという行為が見られる頻度のほうが高い。こうした行為が多く見られるのは看護師の継続的な教育があるからともいえる。

訪問看護師は主にケースマネージャーとしての役割を持つ。例として、レガシーホスピスでは以下

のような組織体制になっている。

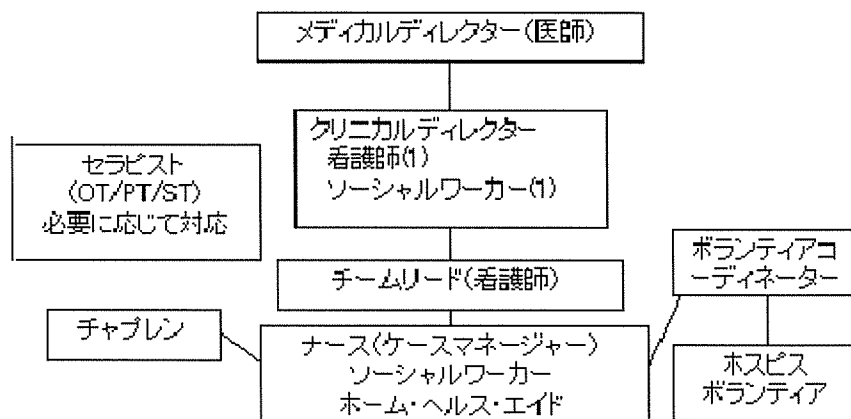


図1 レガシーホスピスにおけるケアチーム

平均訪問看護師は10人程度の患者を担当し、ソーシャルワーカーは平均25-30ケースを担当する。ひとつのチームはナース一人基準に作られることから、ソーシャルワーカーやホームヘルスエイドに関してはいくつかのチームを掛け持つこととなる。National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)では、一人のナースに対して10-12人程度、1人のソーシャルワーカーは20-30が適当な患者数で、それ以上は超えるべきではないと提言している。コアメンバーとしてはナース、ソーシャルワーカーそしてホームヘルスエイドで、そこに必要であればボランティア、チャプレン、そしてセラピストのサービスが加わる仕組みになっている。この必要性は、ナースとソーシャルワーカーのアセスメントにより決められる。プライマリナースはケースマネージャーとしてこうした看護以外のサービスの手配をソーシャルワーカーとバランスを保ちながらアセスメント、実行し、ホームヘルスエイドには褥創ケア、清潔ケアに関する指示を出し継続的な指導を実践し、看護ケアに関するコンサルテーションはチームリードと行う。チームリードはまた難しいケースや問題を抱える患者に関して、クリニカルディレクターに相談する義務があり、クリニカルディレクターはメディカルディレクターとコンサルテーションを行う。患者の訪問は主に看護師によって行われ、医師は行わない。メディカルディレクターは包括的な監督者、コンサルタントとしての役割が強く、必要なときに看護師から電話相談などをうける。また必要なときは患者のかかりつけ医との連絡を持つこともある。レガシーホスピスでは、メディカルディレクターは訪問時間の前後にオフィスにて看護師とコンサルテーションの時間を持つことが多く、主に処方薬の変更や処方量の変更に関する書面を完成させている。処方医師のみが権利を持っているので看護師は医師がサインしたものに関して指示を出せる。また医師がサインしたPhysician's Orderに関しては、電話にて看護師が指示をすることができる。多くのホスピスがMail-order Pharmacyと呼ばれる薬局を利用しており、レガシーでは午後3時までに電話連絡すれば、次の日までには郵送で薬が送られてくるサービスを利用していた。レガシーではMorphineとLorazepamがほとんどの場合常備薬として使われることが多く、たいていの場合、患者がホスピスに紹介された時点で患者のかかりつけ医とこれらの薬の処方について話をし、早い時点で処方を出してもらう手配をする。こうしておくことで、看護師の裁量権が広げられるからである。

※医師と看護師との連携について

メディケアが定めるFederal Regulations (42 CFR 418.54)によるとメディカルディレクターは”全体を理解し、ホスピスプログラムを受ける患者のクリニカル・メディカル面に関して責任を負う“とされている。同様に、オレゴン州HealthCareDepartmentによる定義では、”The medical director must be a hospice employee who is a doctor of medicine or osteopathy who assumes overall responsibility for the medical component of the hospice's patient care program.“とある¹⁴。

レガシーをはじめとする多くのホスピスでは、メディカルディレクターは症状緩和、終末期医療に関する経験を長く持っていることで、患者・家族だけではなくホスピスのスタッフにとってもコンサルティングを得られる専門職として見られている。また患者のかかりつけ医にとってもホスピスのメディカルディレクターが患者の処方薬や症状に関する相談相手となることが多い。時にかかりつけ医がホスピス医療に経験が少ないために、モルヒネなどの薬を処方することを躊躇するときは、かかりつけ医がホスピスのメディカルディレクターにその役割を一任したり、またはメディカルディレクターがかかりつけ医にNarcotic薬についての正しい知識を教育するということもある。

レガシーホスピスにおいてはメディカルディレクターは患者ファイルに目を通し、薬の使用状況（用量・頻度）、痛みの度合い（毎度の訪問で得る患者の痛みレベル）、その他の症状を確認し、看護師が提供しているケアについて必要があればコンサルティングを行う、必要がなければそのままということが多い。ホスピスのメディカルディレクターにしても、患者のかかりつけ医にしても、患者を訪問するということはめったにない。どちらも看護師にかなりの信頼を寄せていること、またホスピスとのコミュニケーションが密にあることから患者に関する情報は常に更新されている。訪問後に、患者の状況についてホスピススタッフ向けに留守電を残すことが必須であるので、メディカルディレクターはファイルに書き込まれた情報、そして最新の看護師訪問情報を得ることで、常に新しい患者の情報が理解できる。必要によってはそうした情報について、患者のかかりつけ医に連絡・コンサルティングすることが主なメディカルディレクターの役割である。そのほかにメディカルディレクターは常に看護師やチームリードに対するコンサルタントとして待機していて、また週に一度のチームミーティングにも参加する。

治療や検査を行わない米国のホスピスにおいては、医師から訪問看護師への文書化された書類は処方箋のみである。訪問看護師に対しての指示は口頭で行われることが多く、文書として医師から指示を得なくてはいけないものは薬剤書法に関するものだけである。

4. 処方について

最初は、看護師のアセスメントによって必要と思われる薬に関する電話をかかりつけ医にする。かかりつけ医がその内容に同意を得ると、薬局に注文を入れることができる。オレゴンでは看護師が薬の注文を電話でできるため、Verbal Order といわれる口頭の指示だけで、薬剤の注文ができる。その薬が Class 2 と定められる薬、Narcotic（麻薬系）の場合は、医師に薬局へファックス注文することを頼む。もしかかりつけ医師がいない場合はホスピスのメディカルディレクターが代わりにサインをして、薬局に注文ファックスを入れることができる。患者がホスピス患者として受け入れられるときにかかりつけ医と文書を取り交わす中で、“ホスピスメディカルディレクターが処方することができる”という項目に関して同意のサインをもらうことが重要な交換文書のひとつとなっている。こうしておくことで、万が一急に薬の変更が必要になった際、またはかかりつけ医との連絡が難しいときに連絡が付きやすいメディカルディレクターが代わりに処方することが患者の QOL を考えたときに一番効率がいいからである。レガシーホスピスにおいてはスタンディングオーダーと呼ばれる看護師が医師の許可なしに処方できる薬というものは定義していない。これはレガシーの医療倫理会がホスピス患者に関する薬は患者それぞれに合わせて処方されるものだという理念があるからだという¹⁵。看護師が電話で注文をできるのはいろんな意味で看護師に裁量権を与えている。

5. 死亡確認・宣告

オレゴンにおいてはホスピスの患者に関しては「死が予期されるもの」であるために、家族が希望しない限りは医師による司法死亡診断が省略できる。患者が息を引き取ったと連絡があると、訪問看護師が患者の下を訪れ、三兆候の確認をし、死亡を確認した時点で、患者が住む地域の Medical Examiner・Coroner（オレゴンでは各区に2名ほど）に電話を入れることができる。遺体の引き取りは死亡証明に作成する Medical Examiner に連絡をした後で、ホスピス看護師またはホスピスの事務所スタッフが電話連絡をしてアレンジすることが多い。なるべく、患者が亡くなる前にソーシャルワーカーを中心に家族とどの葬儀サービスを利用するか確認をしておき、その事前に決められた葬儀サービスに死亡確認で訪問した看護師が連絡をいれている。

最後に

1998年の National Hospice Organization のデータによると、平均サービス在籍日数は25日でありがん患者が最も多い。報告者がソーシャルワーカーとして在籍している間も、アルツハイマーなどの長期を予測される患者以外は在籍日数が最短で1日であり、一般に米国のホスピスケアの在籍日数は短い。この在籍日数からわかるように、ホスピスが抱える問題はかかりつけ医からホスピスへの紹介が遅いことや、ホスピスへの理解不足などから、時間をかけて上記に掲げている理念を持つホスピスケアがなかなか実践できないことがあるという現実がある。メデイケアの制度でパリアティブケアとホスピスケアが分けられている現在、化学療法などの治療を受けながらも緩和ケアを受けられる Palliative care を、いかにホスピスにつなげる形で提供できるかという論議が活発にされている。オレゴンにある病院では、ホスピスプログラムとパリアティブケアプログラムをつなげるブリッジプロ

グラムとしてアクティブパリアティブケアというものを実験的に設立している。現在メディケアがホスピスのみにしか提供していないパッケージサービス（訪問、薬剤、用品などすべてが支払われる仕組み）を、パリアティブケア対象の患者にも広げられないかということで、この病院で実験的に行われている。このプログラムを作成した背景には、先に述べた在籍日数の問題のほかに、余命が未告知なままがんに命に関わる病気の患者を持つ家族に対して、医療的なサービスだけでなく、ホスピスが提供している家族全体を患者として扱うホリスティックサービスを提供したほうが、患者、家族のQOLを上げることに貢献できるのではないかと、またこうした患者が抱える心の痛みや社会的な問題をソーシャルワーカーなどがかわることによって援助できるのではないかという理念からである。上述のように、オレゴンの場合、都市部と郊外での病院への交通アクセス度かなり差があり、郊外においてはかなり孤立した地域に住む患者も多くいることがあり、こうした患者に関してはブリッジプログラムのような在宅プログラムがある必要性が常に論議されてきた。こうしたプログラムは現在は発展途上であり、金銭的な問題から現実にはメディケアが提供できる、看護師、ソーシャルワーカー、ホームヘルスエイド、牧師によるサービスのほかに、保険会社との連携やボランティアの貢献で成り立っているところが多い。こうした取り組みは米国のいくつかのホスピスでも行われており、今後、こうしたホスピスとパリアティブケアをつなげ、より多くの患者にホスピスケアを受けてもらえるような動きが続くことが予想される。

参考文献

1. National Institute of Health, Hospice vs. Palliative Care On-Line Interactive Textbook on Clinical Symptom Research Chapter 18 by Beth A Virnig. PhD, MPH, & Sarah Kind MS : http://symptomresearch.nih.gov/chapter_18/sec6/medicaremodel.htm
2. National Hospice and Palliative Care Organization <http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3469>
3. Oregon Department of Human Services - Seniors & People with Physical Disabilities: Legal issues <http://www.oregon.gov/DHS/spd/legal.shtml>
4. Oregon Hospice Association, <http://www.oregonhospice.org>
5. <http://www.ohsu.edu/polst/docs/sample.pdf>
6. American Association of Colleges of Nursing: http://www.aacn.nche.edu/Education/nurse_ed/nep_index.htm
7. Oregon State Board of Nursing Licensing <http://www.osbn.state.or.us/OSBN/licensing.shtml>
8. American Academy of Nurse Practitioners <http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/evwsnlw2366mgchbliqq4crlfyly7dgwpl7xcg6c35kjsc7dury4bkeehrjcie36mnchdi5jk3ck6ye2juh7aq2rvb/FAQs+-+What+is+an+NP.pdf>
9. National Board for Certification of Hospice and Palliative Care Nurses <http://www.nbchpn.org/>
10. American Academy of Hospice and Palliative Care Medicine <http://www.aahpm.org/about/index.html>
11. The U.S. Code of Federal Regulations (42 CFR Section 418.82) states: "The hospice must provide nursing care and services by or under the supervision of a registered nurse.
12. Nursing's Social Policy Statement, Second Edition, 2003, p. 6 & Nursing: Scope and Standards of Practice, 2004, p. 7.
13. American Nurses Association <http://www.nursingworld.org>
14. Private communication with a Legacy Hospice staff, on Jan 10, 2007
15. State of Oregon Department of Health: <http://www.dhs.state.or.us/policy/healthplan/guides/hospice/142rb0107.pdf>

II. ニュージーランド カンタベリー州 クライストチャーチ市

A. 調査方法

(1) インターネットによる調査

以下のウェブサイトにて行った。

- ・ Ministry of Health
- ・ Nursing Council of New Zealand
- ・ Nurse Maude Association
- ・ Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine
- ・ National Health Committee
- ・ District Health Board New Zealand
- ・ Hospice New Zealand
- ・ Mary Potter Hospice

(2) 現場の専門職、地域のホスピス緩和在宅医療関係者へのインタビュー

訪問先のホスピスの緩和ケアの専門家（医師・看護師）、ディレクター（看護師）、ソーシャルワーカー、プリープメントワーカー、教育プログラムディレクター（看護師）を中心に行った。

(3) 現場でのシャドーイングや会議参加を通じての質的情報収集

以下の医療施設において現場参加型の調査を行った。

- ・ ナースモードアソシエーションホスピス（ホスピス病床&在宅訪問緩和ケアサービス）
- ・ クライストチャーチホスピタル（公立病院）

B. 調査結果

1. ニュージーランドにおけるホスピス・緩和ケア医療の概要

ニュージーランドにおけるホスピス・緩和ケアが正式に国の問題として取り上げられ、取り組み始められてからの歴史はまだ浅い。しかし緩和ケアに関する知識や実践は着実に広がっている。たとえばニュージーランドのホスピスを運営する団体ホスピス・ニュージーランドの報告によると、現在では37のホスピスが存在し、年間8,000人の終末期の患者をケアして、1999年以来、ホスピスケアサービスを利用する人は41%の増加がある。こうした社会での動きと共に、緩和ケアの意義を政府が理解し、国家レベルの問題として取り組むことが決定されたのが2001年である。この年日本の厚生労働省に当たるMinistry of HealthがThe New Zealand Palliative Care Strategyとともに、Palliative Careのための750万円のExtra Funding（補正予算）を発表した。この年の報告では以下のようにこのStrategyを発表した理由を述べている¹。

「ニュージーランドではこれまでホスピス・緩和ケアが正しく理解されずまた受け入れられていなかった。特に病院をはじめとする医療施設では特にそうであったために、亡くなっていく患者が自分自身の受けるケアについて選択肢を持っていないことが多々あった。このStrategyを発表することによりホスピス・パリアティブケアが世界で受け入れられ患者のQOLを向上させているという背景を理解し、わが国の医療サービス提供者が正しい知識と技術の向上に役立てることを目的に作成された」

また、そのなかでニュージーランドの医療現場において緩和ケアに関する現在の問題点は以下の点であると述べられている²。

- ・ （医療現場における）緩和ケアアプローチの不足
- ・ 緩和ケアサービスへのアクセス
- ・ 緩和ケアサービスに対する柔軟性
- ・ スタンダードやプロトコルの不足
- ・ 医療現場において緩和ケアが有効に活用されていない（例・遅すぎるReferral）
- ・ 緩和ケアサービスに当てられる予算不足

こうした問題点を述べ、Strategyではまた今後5-10年間の目標を以下のように定めている。

1. ホスピス・緩和ケアサービスへのアクセスの向上
2. それぞれの地域において少なくともひとつの緩和ケアサービスセンターを設立
3. スペシャリストサービスの確立
4. 病院において専門緩和ケアチームの設立
5. 緩和ケアサービスに対して地域のHealth BoardがQuality RequirementをMonitorし、質を維持する

6. 地域に対して緩和ケアに関する教育
7. 緩和ケア専門職に対してのトレーニングシステム確立
8. Pediatric Review が発表した小児患者に対するケアサービスへの Review を実践する
9. 金銭的援助に関する問題を提起すること（今後この問題に対する制度の成立が必要なため）

このように国としての指針が Strategy で発表されて以来、各地域においてホスピス・緩和ケアサービスは活発化しているようだ。同時に問題も提起され、継続的な Evaluation と必要な Change が必要とされているのが現在の状況といえる。

ニュージーランドでは政府が各州のひとつの団体と Contract（契約）を結び、緩和ケアサービスを提供している。そのため州にひとつであって、多くの場合が広い地位範囲をカバーすることになる。2001年に発表された National Strategy にて、各州に少なくともひとつのプライマリーパリアティブサービスを設立することという要綱があり、これにより各州の District Health Board (DHB) が選択した州内の医療施設 Contract (契約) をすることによって地域ベースの緩和ケアサービスという制度が始まった。

報告者が訪問したクライストチャーチ市のナースモードアソシエーションホスピスはカンタベリー州（人口400,000人）で Designated（指定された）緩和ケア団体である。もともとは老人病院、訪問看護（一般）、在宅サービス（食事、介護援助など）、デイケア、産婦人科などを混合した医療施設であったが、上記に述べたカンタベリー州との契約が始まって以来、産婦人科を閉鎖し、緩和ケアサービスが始められた。ニュージーランドでは終末期の患者、余命を宣告された患者をケアするためには、施設（団体）として District Health Board との「End of Life Support Care」センターとしての契約を得なくてはいけないために、緩和ケアが始まって以来ナースモードではこの契約をもつ医療施設としてカンタベリー州で存在している。現在、ナースモードの緩和ケア科にはホスピス病棟（11ベット）と在宅緩和ケアサービスが含まれる。ホスピス病棟は基本的に「Short stay」、短期間の滞在のみで、目的は症状緩和・症状コントロール・まれにレスパイトである。ニュージーランドの制度では Dementia や Alzheimer などの病気はホスピス・緩和ケアに含まれないためにこれらのみの症状の患者は受け入れられない。こうした病気でケアが必要な場合は老人ケア施設で行われるとのことである。ニュージーランドでは一般的に Palliative Care という言葉は病院ベースや在宅ベースのケアを意味し、Hospice は Nurse Maude の病床のようにホスピス病棟を指す。

クライストチャーチにはこのほかに病院ベースの緩和ケアチームがクライストチャーチホスピタルに設置されている。クライストチャーチホスピタルは公立の病院で、インタビューで得た情報によると緩和ケアチームは設立されて7年目で、現在は専任の医師（MD）、レジストラ（研修医）、と専任の緩和ケアスペシャリストナース（NP）の3人で構成されている。理想ではソーシャルワーカーがほしいそうだが、現在の予算ではまかなえないということである。このチームが設立されたのは病院長をはじめとする病院の経営にかかわるものたちが、“Curative Care “治癒優先のケアの限界と余命を宣告される患者・家族 QOL 向上の必要性を理解したのがきっかけだという。この緩和ケアチームの専門職は、こうした上層部の理解というのは急性期を専門とする病院という施設ベースで緩和ケアを実践するのに何よりも必要なことだと述べている。こうしたサポートもあり、現在では病院内のすべての科から Referral を得て、コンサルティング、アセスメント、症状コントロールを日常的にこなす緩和ケアチームとして成り立っている。このチームはまた在宅サービスを提供しているナースモードアソシエーションホスピスとも連携しており、それは病院から退院して在宅に変える可能性のある患者、または24時間体制での管理が必要な患者に関して週に一度合同ミーティングを開催し、こうした患者について話し合う場を設けている。

ニュージーランドのホスピスは図2のように DHB が行ったニーズアセスメントによって援助される金額が決まる。その数字は必ずしも実際契約された団体が提供しているサービス件数と合致するとは限らずこの点は将来の課題として挙げられている。たとえばクライストチャーチでは80%を公的資金に頼っており、残り20%を寄付金などでまかなっている。80%がカバーされているとはいえ、サービスを提供している患者数は DHB が予測した数よりもはるかに多く、現状では政府からの援助だけではまかないきれないことが多いそうである。一方、ウエリントン（ニュージーランド北島にある首都）の長い歴史を持つあるホスピスでは50%の公的資金と50%の寄付金援助でまかなっている。この違いはどのように出るかという付加サービス（ソーシャルワーク、カウンセリング、セラピー）の内容である。ニュージーランドの現状制度ではこうしたアライドヘルス（コメディカル）のサービスはそれぞれの団体に一任されているために、限られた政府からの資金をこれらのサービスに回すことはできない。