

政府からのお金はケアにかかわる薬、看護用品などにつかわれ、介護用品は時に支払うこともできるがそうではないこともあるという。そのためこうした寄付金や独自に集められた資金が多ければ多いほど、こうした補助サービスが提供できるという現実のようだ。結果、政府資金に80%頼っているクライストチャーチ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（コメディカル）、マッサージなどのコンプリメンタリーセラピー、デイケア、そしてカウンセリングサービスなどの充実に課題を抱えているという実態である。

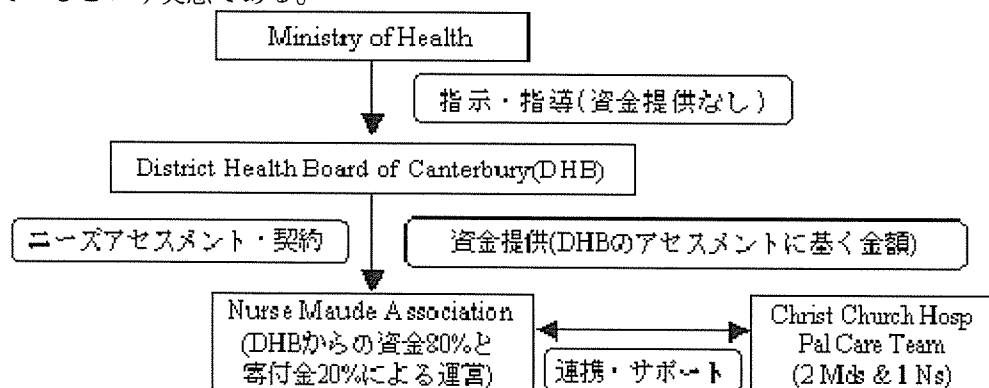


図2 ニュージーランドのホスピスのしくみの例

ニュージーランドのホスピス・緩和ケアは多くが次の場所で行われている：(1)ホスピス病床、(2)病院・医療施設、(3)プライマリーケアサービス（地域ベースの在宅緩和ケアサービス）。クライストチャーチではナースモードアソシエーションホスピスが(1)と(3)を實踐し、連携先のクライストチャーチホスピタルでは(2)のサービスが提供されている。政府が発表したStrategyによると、今後の目標としては地域にGeneral Palliative Careという基本的な緩和ケアを提供できる団体と、Specialist Palliative Careという専門的な緩和ケアまたコンサルティング業専門の緩和ケアサービスの二つのサービスを地域に設立することであるようだ。こうした2段階のシステムを確立することによって双方が提供するサービスの重複を防ぎ、効率のよいシステムを確立すること、基礎、専門というレベルに分けることにより、さらに多くの人が緩和ケアへアクセスすることができること、そしてサービスを受ける患者にとっても質の高いサービスが提供できるということ政府目標とされている。

こうしたシステムを構築することを目的とする背景には、ホスピス・緩和ケア利用者が年々明らかに増えていることがある。National Strategyが発表された2001年現在のデータは1998-99年のものであるが、それによると年間訳4,886人の患者がホスピスにおいてケアされたということであるが、現在では上記に述べたように8,000人以上の患者が終末期医療を受けている。この数字は80%以上の60歳以上のニュージーランド人口に相当する。またこの数字にはサービス設立の遅れからニュージーランド全域において、まだホスピスケアが提供されていない地域（南島の西海岸、北島のワイラウなどの東海岸地域）は除外されている。従って、すべてのニュージーランド国民が平等にホスピス・緩和ケアへのアクセスがあるとは言いがたい状況であり、問題点のひとつである。

※ホスピス・緩和ケアが提供するサービス

表3は現在のニュージーランドのホスピスにおけるサービス形態の分散状況である。

表3 ニュージーランドのホスピス病床で提供されるサービスの種類³

サービスの種類	ホスピスの数	% (対合計)
Inpatient Care (病棟型)	19	59
Night Carer Relief (夜間の介護援助・レスパイト)	11	34
Medical Advisory Service (医療的なアドバイス)	15	47
Nursing Advisory Service (看護的なアドバイス)	21	66
Domiciliary palliative care nursing (医療&看護を合わせたケア)	19	59
Bereavement counseling (ブリーフメント、グリーフケア)	27	84
Spiritual care (霊的・スピリチュアルケア)	18	56
Social Work service (ソーシャルワーク)	9	28
Day Care Program(デイケア)	22	69

この表によると、上述の全てのサービスを提供しているホスピスは存在せず、現存する地域のサービスや病院との連携が大事と言える。

2. 訪問看護師の教育と資格

ニュージーランドの看護師の定義(キーワード nursing, definition, ethics)で検索をしたところ、ニュージーランドの看護倫理などを取り仕切っている Nursing Council of New Zealand にたどり着いた。それによると、看護の定義は以下の通りである⁴。

「看護実践は患者との直接の関係や、組織管理、指導、教育、研究、専門的なアドバイスを与えるなどの行為ほかに看護にかかわる法律やルールに関する発言をする際、看護の知識を使うことである。

(Nursing practice is using nursing knowledge in a direct relationship with clients or working in nursing management, nursing administration, nursing education, nursing research, nursing professional advice or nursing policy development roles, which impact on public safety.)

この意味は、その看護師がナーシングカウンシルが定めた看護師としての責任を持ち、持っている知識を使って患者との直接的な関係があるときには、看護を実践できる認定(Practicing Certificate)を持っていないてはならないということです。患者との直接的な関係がない場合は、この認定がなくても安全に問題を期さないようであれば雇われる場合があるかもしれません。(This means that if a person has the responsibilities of a nurse as defined by the Nursing Council scopes of practice and is using his or her nursing knowledge in a direct relationship with clients he or she should hold a practising certificate. If a nurse is employed in one of the other roles set out in the definition he or she may not require a practising certificate unless his or her role impacts on public safety.)」

ニュージーランドでの看護師は以下2つの資格に分類される：

- ・ Nurse Practitioner (NP)
- ・ Registered Nurse (RN)

一般的にニュージーランドのRNは3年間の高等教育を受けたものである。NPはその後に大学院教育を受けたプラクティショナーとよばれる資格である。NPは諸外国同様(英国、米国、オーストラリア)、薬の処方ができる高等看護職である。ニュージーランドにおいてNPに関してはまだ歴史が浅く、現在現場で働いている看護師は一般のナースが多く、専門看護師は大学院レベルのコースを終了することを条件とされている。たとえばニュージーランドではUniversity of OtagoとVictoria Universityが大学院レベルの看護学部を設置しているため、多くの看護師はこれらの学校の大学院コースを終了している。ほとんどの看護師はフルタイムで働きながらオンラインコースを受講し、約2-3年かけて終了するようである。表4にナースモードホスピスの看護職の職務比較の抜粋を示す。

表4 ナースモードホスピスの看護職の職務比較 (抜粋)

Registered Nurse (ホスピス)看護師	Registered Nurse (訪問)看護師	Palliative Care Specialist 緩和専門看護師
<ul style="list-style-type: none"> ・ RN 資格 ・ NZ 在住・就労許可書 ・ Practicing Certificate 	<ul style="list-style-type: none"> ・ RN 資格 ・ NZ 在住・就労許可書 ・ Practicing Certificate ・ 運転免許 	<ul style="list-style-type: none"> ・ RN 資格 ・ NZ 在住・就労許可書 ・ Practicing Certificate ・ 緩和分野における専門知識 (コース終了書や過去の実績を証明するもの) ・ 大学院レベルのコースの終了証明書 ・ 運転免許書

一般の看護師に関してはホスピス・緩和分野での勤務であっても、とくに専門知識などの要求はない。その代わりに「Personal Qualities」として以下のような言葉が定義されている。

- ・ Demonstrates initiative 自発性
- ・ Down to earth 落ち着き
- ・ Nonjudgemental 批判しない
- ・ Aware of work/life balance 仕事とプライベートのバランスを保てる

- ・ Able to reflect and show insight 振り返りができる
- ・ Actively contributes to team success チームワーク
- ・ Maintains professional/personal boundaries プロとして個人としての境界線を維持

緩和サービスのマネージャーとのインタビューによると、緩和専門看護師には専門知識や指導力を期待するが、その下で働く看護師には専門知識があったらさらにいいけれども、経験や知識は働きながら得られるけれども、こうしたパーソナリティは個人のものだから、こうした内面的なもの・個性・またはプロとしての意識を持っている人のほうが結局はいいサービスを提供できることにつながるので、こうしたことのほうを重視しているということであった。

3. 看護師の業務と裁量権

ナースモードでは日常的な訪問や看護ケアは在宅訪問専門の District Nurse Association に完全に委託していて、完全にコンサルティング専門看護師としての役割が確立されている。この背景には金銭的問題、組織的な問題の他に、スタッフの数に対して患者の数が多すぎるという実状がある。ここでは、平均約 250 人の患者をケアしていて、常駐の Clinical Nurse Specialist と呼ばれる看護師が 6 人いる。そのために、この全てが訪問に出ることは難しく委託せざるを得ない。オーストラリア同様に District Nurse が通常の訪問看護（もちろん緩和看護師の指導のもと）を行い、ナースモードの緩和専門看護師がアセスメントを行っていて、必要な場合のみ訪問を行っている。この背景には、現在ニュージーランドで議論されている、2 段階の緩和ケアサービス：①ジェネラルパリアティブケア、②スペシャリストパリアティブ、の制度確立に対する動きも感じられる。これは、現在通常の指導の下でしか動けない DNS にある程度症状が落ち着いている患者のケアを一任することによって、比較的難しいケースや頻繁なアセスメントを必要とする患者層にスペシャリストサービスを集中できるというものである。まだ決定事項ではないが、ニュージーランドのホスピス・緩和ケアサービスを管理するホスピス・ニュージーランドをはじめとするチームがこの 2 段階の緩和ケアサービス制度を今後進めていく動きがあるようである。

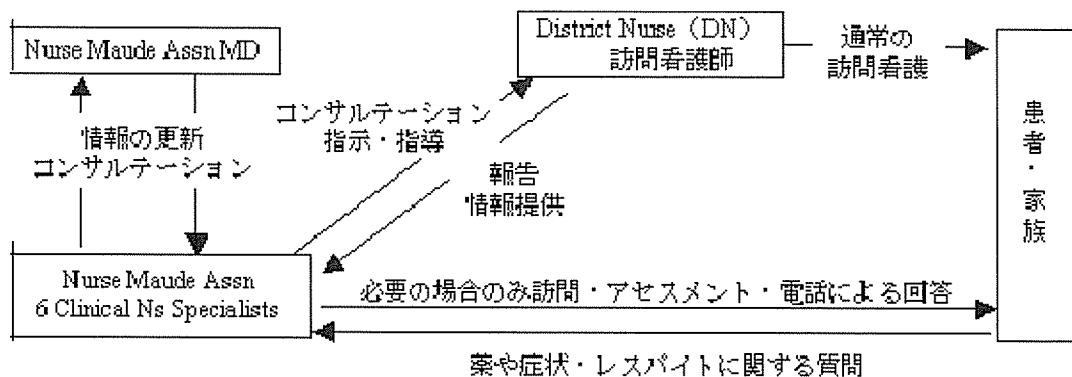


図 3 在宅緩和ケアにおける訪問看護師を取り巻く環境

緩和ケアスペシャリストは在宅、および病院に配置されているが、彼らの職務内容に関してある病院ベースで緩和ケアスペシャリストとして勤務する看護師が以下のように答えた。

「緩和ケアスペシャリストとして期待されていると思う業務内容は、クリニカル（疼痛・アセスメント）にとどまらずに、今後の病状進行について話すこと、また死についても話せること」だという。彼の現在の立場で感じることは、こうして緩和ケアサービスを提供している病院であってもいまだに多くのドクターが死に関して、余命に関して患者・家族と対話することを難しく感じて、そういう面でのサポートも緩和ケアスペシャリストとしての役割だという。このインタビューに答えた看護師によると、緩和ケアスペシャリストの養成過程ではそのような患者との対話・コミュニケーションに関する教育（“Breaking the bad news” というタイトルの授業）もされるということである。緩和ケアの歴史が浅いニュージーランドにおいて、緩和ケアスペシャリストの役割は単に薬や症状のアセスメントではなくこうした精神的ケアに関しての比重が大きいようである。実際、この看護師のシャドウイングを通して以下のような言葉がけをよく聞いた。

“What do you understand is going?”（今何が起っているかわかりますか？）

“What do you live for?”（何を目的に生きましょうか？）

“Talking about dying is OK, isn’ t it?”（死について話すことも悪いことじゃないですね？）

こうした直接的と思われる話しかけも緩和ケアスペシャリストが患者にかかわるスタッフ（担当医師や看護師）から信頼を得て、責任を与えられているからこそ実践できるものであると、この緩和ケア専門看護師は話していた。

※医師と訪問看護師との連携について

いずれの環境でも、看護師がすべての医行為について医師の指示の基に行わなければならないということはない。上述の通り、医師からの指示は Medication Chart のみであって、その内容に書かれていることであれば医師は看護師に裁量権を与えている。この Medication Chart は薬のほかにも、カテーテルの使用なども記載されているので、最初のアセスメント時点で、カテーテルが書かれてあれば、看護師の判断でカテーテル導入ができる。書かれていない場合は、看護師のアセスメントとして医師に提案をし、医師がそれに応じて Medication Chart に追加事項として記載する。このときは医師に報告（事前または事後）を行うが、これはコミュニケーションを円滑にするというチームワークを重視したものである。このように、Medication Chart にある程度の病状の進行を予測した幅広い範囲の薬の用量やカテーテルの使用などを事前に記載することが、看護師へより柔軟な裁量権を与えることにつながっている。

4. 処方について

諸外国同様 RN に関しては処方の権利はなく、医師のみが処方することができる。法的な書面としてはオーストラリア同様、 Medikation チャートと呼ばれるものだけであり、そこに書き記されている薬であればその範囲内で、看護師が変更を指示決定することも可能である。諸外国同様、こうした日常的な薬の変更は経験をつんだ看護師が医師にアドバイスをすることで決定されることが多い。在宅サービスとホスピス病棟の両方を持つナースモードアソシエーションホスピスの場合、看護師は上記に述べたように緩和ケアスペシャリストとしての役割が強く、医師と同等のレベルでのコンサルテーションを提供し、唯一薬の処方に関する署名が必要なものは、医師との直接・電話での確認の後に署名を得る（その場で、または Fax で）という様子が伺えた。またここではホスピス病棟に医師が常駐していることから、薬の変更も特に問題なく潤滑に行われている。在宅患者の場合は、患者の GP からの署名を必要とするが、万が一 GP に連絡がつかない場合も、緊急時はホスピスに在駐の医師が代理で対応し、その後この代理医師が患者の GP と連絡を取るというプロトコルになっていた。病院ベースの場合も、緩和ケアチームに医師がいるために、看護師のアセスメントを考慮し、医師とのコンサルテーションの後、薬の変更・追加がされているという現状である。

5. 死亡確認・宣告

患者の死亡時には医師の確認が必要である。医師の署名が得られるまで Funeral Home には遺体を運ぶことができない。多くの場合は患者の GP、ホスピス病棟の場合はホスピス医、病院の場合も医師が署名をすることができる。看護師にはこの権利はない。在宅緩和サービスの場合も、患者の GP に連絡して、GP が患者宅に行って死亡診断書を完成させることが決まりである。

参考文献

1. The New Zealand Palliative Care Strategy, p3, "Why a palliative care strategy?"
2. The New Zealand Palliative Care Strategy, Appendix 5
3. The New Zealand Palliative Care Strategy, p35, Table A3: Hospice Services in New Zealand, 1998-99
4. Nursing Council of New Zealand <http://www.nursingcouncil.org.nz/>

Ⅲ. オーストラリア ビクトリア州 メルボルン

A. 調査方法

報告者（岩本）は、厚生労働科学研究（医療技術評価総合研究）推進事業に基づく、財団法人日本救急医療財団の外国への日本人研究者派遣事業によりオーストラリアのメルボルンに派遣され、オーストラリアの在宅緩和医療に関して現地のホスピスにて調査を行った。

(1) インターネット・文献による調査

オーストラリアでは各州によってホスピス・緩和ケアに関する環境が異なるため、国の法律に関することはインターネットなどを用いて調査し、実際の現場のサービスにかかわる情報は報告者（岩本）の派遣先であるビクトリア州について調査した。

緩和ケアナースが行う医療行為に関する法律や必要とされる教育課程などに関する検索には以下の団体のホームページを閲覧した。

- ・ Australian Nursing Federation
- ・ Australian Nursing & Midwifery Council
- ・ Nurse Board of Victoria
- ・ Palliative Care of Victoria
- ・ Department of Health and Aging (DoHA)
- ・ Palliative Care of Australia

加えて、各州における活発なホスピス・緩和ケアに関する教育を啓蒙支援するために設立されているNPO団体Palliative Care Of Victoriaの蔵書、図書施設も活用した。

(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

メルボルン市内の緩和ケア病棟、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅ホスピス・緩和団体を訪問し、医師、看護師、またソーシャルワーカーやセラピストなどあらゆる専門職と対話を持ち、彼らの体験や現在の緩和ケアに関する情報、問題などについて話し合う時間を持った。インタビュー形式を用いての情報収集の多くは研究者と現場の専門職が個室で話すというケースで、またその多くの場合は業務中に交わされる対話から情報を得ることができた。インタビューの対象になったのは、主に在宅緩和ケアに従事する医師・看護師であったが、前書きで述べたようにソーシャルワーカーをはじめとする医師、看護師以外の職種と話をする時間も設けた。それはこの研究のテーマである看護師－医師の関係を幅広く捉え、チームとしてのコミュニケーションという点を重視してのことである。また、コメディカルの職種からの話しを得ることでより幅広い情報が得られるという利点があるために、看護師、医師以外の業種とのインタビューもいずれの訪問先で行われた。

インタビューの行われた場所は主に職場（訪問途中の車の中、オフィス）であったが時には就業時間後、時間前に待ち合わせして、職場外によって行われた。これらはプライバシーを保持することを第一に考慮したためである。

(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

メルボルン市内、郊外にある在宅ホスピス・緩和ケア病棟、また、病院における緩和ケアコンサルティングサービスを中心に現場参加をした。訪問看護師、ナースプラクティショナー（大学院レベルの上級ナース）、緩和ケア専門医師、またはソーシャルワーカーのシャドーイングをすることによって実際に行われているサービス内容、また他業種とのコミュニケーションの実態などを探るための主な目的であった。参加した病院施設は以下の通りである。

在宅ホスピス・緩和ケアサービス団体

- ・ バンクシアパリアティブケアサービス
- ・ メルボルンシティミッション
- ・ イースタンパリアティブケア
- ・ サウスイースタンパリアティブケア
- ・ マーシーウエスタンホスピス

緩和ケアコンサルティングサービス提供施設・病院

- ・ ノーザンホスピタル
- ・ オースティンホスピタル
- ・ ロイヤルチルドレンホスピタル

緩和ケア病棟・ホスピス施設

- ・ ブロードメドウホスピタル
- ・ オースティンホスピタルパリアティブケアユニット
- ・ ヴェリー・スペシャル・キッズ(小児ホスピス)
- ・ カリタスクリスティホスピス
- ・ カリタスクリスティ セントビンセントホスピス
- ・ マカリックハウス(ホスピス)

私立病院・ホスピス

- ・ フリンガルホスピタル(ガン科)
- ・ カブリニホスピス(ホスピス病床)
- ・ カブリニホスピタル(ガン科)

B. 調査結果

1. オーストラリアにおけるホスピス・緩和ケア医療の概要

オーストラリアの緩和医療はまだ歴史が浅いが、日々成長を続けている。現在の法律では緩和ケアはメディケア（オーストラリア人、永住資格保持者なら誰でも加入できる医療保険制度で原則無料で公共病院であればどこでもサービスを受けられる）サービスの一部として提供され、メディケア保持者であればホスピス・緩和ケアサービスが受けられる。一般に病院・病棟ベースでは薬や用品も含めて無料、地域でのケアになると薬や用品の負担はあるが、国の金銭的サポートがかなりある。メディケアでカバーされるサービスの例としては、緩和医療自体、入院費、薬代・介護器具（ともに条件によるが多くの場合カバーされる）など、全てにおいて援助がある。国・政府レベル（メディケア）、州政府レベル（Department of Health）、そして地域、民間など、官民の援助がオーストラリアの緩和ケアを支えている。

今回、派遣されたビクトリア州では政府の医療システム「メディケア」を通して緩和ケアを提供する補助が始まる以前から、宗教団体（例・メルボルンシティミッション）が終末期患者の介護を提供してきた。この活動は次第に地域そして州政府の理解を得て、幅広く集められた支援者からの援助もあり1980年代に急速に広がった。このような州内での目に見える成果もあり、1987年には政府レベルの理解を得ることができた。結果的にオーストラリア政府が緩和医療の意義・役割を理解したことにより、メディケアのサービスのひとつとして緩和医療を提供することが可能になった。この政府からの金銭的援助の開始により地域・在宅ベースの緩和医療サービスセンター（例：バンクシア緩和ケアサービス）の設立が奨励され、1991年までには23もの団体が地域に根付いた緩和医療を提供する施設として開業した。以前から緩和ケアサービスを提供している団体を除き、新しくこの時期に設立されたサービス団体には政府から現在存在しているサービスをうまく活用すること、という指示が出された。そのためにこの時期に在宅緩和ケアを開始した団体は、Royal District Nursing Association (DNS)と呼ばれる現存する訪問看護ステーションなどとの連携をするシステムが確立された。この連携システムの一歩の目的はサービスの重複を避けることであり、DNSの看護師ができる看護ケア（例・沐浴、消毒）をスペシャリストケアサービス団体であるホスピス緩和ケア団体の看護師は提供しないこと、それぞれの専門性を生かしたケアをすることという意義を持っている。

現在ビクトリア州ではメルボルン近郊（Metropolitanはビクトリア州のうち3つの地域を指す）に7つ、メルボルン郊外(Rural)の5つの地域を合わせて計27の在宅緩和ケアサービスが存在している。緊急時の対応などのために必要な病院との連携も重視されていて、これら27の在宅緩和ケアサービス団体はメルボルン近郊の9つの病院、郊外(Rural)の21病院施設によって提供される緩和医療病棟とも連携を強く持っている。(病院によってベッド数は3~19と数は限られ、この数は地域のDepartment of Health Serviceが決定する)。オーストラリアにおいては緩和ケア専門医師が不足していることから、メルボルン近郊でも多くの場合、こうした病院で働く緩和ケア担当医師が在宅緩和ケアサービス団体のコンサルタントを兼業している場合が多い。そのほかにも緩和ケア専門ベットの無いが、緩和ケアコンサルタントという役割を果たす医師が常駐する病院もあり、この医師が全ての科に入院している緩和ケアを必要とする患者の担当医師に対するコンサルティングを提供する。こうしたさまざまな形の緩和医療がオーストラリアには存在し、それぞれの役割を果たしている。オーストラリアはいくつかの都会があるが、多くは田舎と呼ばれる地域であり、地域密着のサービスが鍵であるこの緩和医療に関しては、サービスのアクセス頻度や質などに関して地域差が現在最も深刻な問題とされている。

オーストラリアでは緩和医療をPalliative Care（以下Pal Care）と呼び、Hospiceという言葉は使われない。Hospiceという言葉は、死を迎える場所というイメージが強すぎて、使うことができないようである。メルボルン近郊に長い歴史を持つ教会ベースのカリタス・クリスティ・ホスピスは現在もホスピスという名前で呼ばれているが、実質は緩和ケア病棟である。提供するサービス内容も終末期のケアだけではなく、Pal Care（緩和）、Symptom Control（症状コントロール）、またはEnd of life（終末期ケア）と3段階に分けている。また、かつてホスピスという名前でサービスを提供していたベツレヘムホスピスは、今ではベツレヘム緩和サービスと名前を変更している。オーストラリアのPal Careは緩和医療であるものの、特に厳しいガイドラインを設けているわけではない。これは従事者が足りないこと、成長過程の分野であることが大きな理由ではあるが、政府のメディケア、Department of Human Service(以下DHS)もある程度大きなガイドラインを設けながら、そのほかは州政府、市政府、団体に任せているところが大きい。

また、オーストラリアのホスピス・緩和ケアにおいて独特といえるのは異なるサービス形態があげられる。これは多くの場合金銭的な理由が多い。オーストラリアの緩和ケア団体は80%が公的援助で

20%は独自に集めることという国からの指示により成り立っている。団体によっては資金集めが難しく、国の援助だけでは提供できない補助サービス（セラピストやカウンセラー）などを賄えない団体もある。逆に、この補助サービスが充実している団体は金銭的に余裕のある団体とみなすことができる。例えば、米国ではメディケアがホスピスには医師、看護師、ソーシャルワーカー、看護助手、牧師、などを配置しなくてはならないという制度があるが、オーストラリアにはそうした決め事はない。こうしたAllied Healthに関する雇用は、団体を率いる管理者に一任されているようである。そのため、あるPC施設では看護師主体で医師との関わりがほぼなかったり、ある施設ではソーシャルワーカーと牧師が同じサイコソーシャルケアというサービスを提供していたり、ある施設ではソーシャルワーカーの代わりにウェルフェアワーカー（福祉事業担当）といった金銭・物質的な問題に関する相談役を配置している。この背景にはホスピス・緩和ケア分野においてソーシャルワーカーをはじめとするコメディカルの歴史が浅いこと、もともと看護師主体で始まった歴史がまだ変えられないこと、アライドヘルスと呼ばれるコメディカル専門職が在宅緩和医療にかかわってからもまだ日が浅く、どの程度の効果があるか、どの程度の働きができるか、理解されていないということが背景としてある。また同時に、政府の資金援助だけではこれらのスタッフを雇いきれないことから、金銭的な理由でこうしたサービスを提供できない団体もある。ビクトリア州の一部の地域の3つの在宅緩和ケアサービス団体の資金状況を表5に示す。

表5 ビクトリア州南東の3つの在宅緩和ケア団体の資金援助額の比較

ホスピス	A	B	C
対象人口（人）	430,000	460,000	270,000
資金援助額 （オーストリアドル）	220万	110万	120万

Cホスピスは、人口に対して余裕がある資金援助を受けており、周辺地域では資金集め（ファンドレイジング）が歴史的に盛んであり、Auxiliariesと呼ばれる資金集めを専門にやる団体（個人）を援助システムに持っていることから、コメディカルが提供する補助サービス（カウンセリング、マッサージなど）を幅広く提供することができている。一方でBホスピスの地域は、低所得者やマイノリティ人口が多く資金集めが難しい一方で、ソーシャルワーカーなどが提供できるサイコソーシャルケアが最も必要な地域であるにもかかわらず、政府が定める資金援助額は対象人口が約2分の1のCホスピスと同程度しか与えられていない。そのためにコメディカルが提供するサービスが限られたものしかできないという状況にあるらしい。

表6に、在宅団体に支払われる各役職に対する報酬源を示す。全役職に対してフルタイム（40時間/週）が支払われるとは限らない。従って表中の補助サービスを多くの患者・家族に提供できる環境を整えるためには、上述のように団体独自の資金集めが非常に重要になる。団体によってサービスの幅に差があるが、ほとんどの施設が医師・看護師ではまかなえないサービス（家族のカウンセリング、死の前後のグリーフケア、子供の心のケア、介護者のストレスなど）を提供するために、ソーシャルワーカー、カウンセラーを増やそうと金銭的な援助獲得に奮闘しているのが現実である。そのほかにMusic Therapist（音楽療法士）やMassage Therapist（マッサージ師）、Art therapist（アートセラピスト）なども週に1～3回の頻度で活躍している現場が多い。

表6 コメディカル専門職の報酬源

タイトル	報酬源
パストラルケア ウェルフェアワーカー ボランティアコーディネーター カウンセラー ソーシャルワーカー	Social & Community Service Award (SACS)
OT（作業療法士） MT（音楽療法士） PT（理学療法士）	Allied Health

2. 訪問看護師の教育と資格

オーストラリアでの看護師は以下の3つの資格に分けられる。

- ・ Nurse Practitioner (NP)
- ・ Registered Nurse (RN)

・ Enrolled Nurse (EN)

ほとんどの州では以上の3つで呼ばれているが、ビクトリア州ではNPまたはRNである。NPはDivision 1 看護師が大学院レベルのコースを終了した後得られる資格であり、RNとENについては以下の表7のように分けられる。

表7 ビクトリア州における看護師の資格

Division 1 Registered Nurse (RN)	Includes graduates from accredited university courses, as well as midwives, maternal & child health nurses and psychiatric nurses and nurse practitioners by endorsement. Accreditedされた大学の看護コースを終了し、どの分野においても働けるトレーニングを受けたもの。日本における正看護師に相当。 Grade 1, 2, 3, 4: Post Graduate Certificate/Diploma、臨床経験、Performanceによって昇級する。一般的に、Grade 3は約10年の経験と専門分野のCertificate/Diplomaがあることが期待されている。ホスピスのClinical managerはGrade3が最低レベルの場合が多い。
Division 2 Enrolled Nurse (EN)	includes graduates from accredited courses in the VET sector 専門学校教育における看護コースを終了したもの。Division 1 看護師の指示において業務を行える。日本における準看に相当。ただし薬剤には関与しない。
Division 3	closed - psychiatric nurses 精神科看護専門 (登録受付していない)
Division 4	closed - mental retardation nurses 障害者看護専門 (登録受付していない)
Division 5	closed - maternal and child welfare nurses 産科専門 (登録受付していない)

ホスピス・緩和ケアで働くために必要な条件という点で調査を進める中で、法的な根拠は見つけられなかったが、以下の情報を主にインタビューから得ることができた。

現在、ビクトリア州で看護師としての登録はDivision 1と2だけが可能で、その中でも在宅ホスピス・緩和ケア団体では、主にDivision 1を募集する。理想ではCertificateまたはDiplomaと呼ばれる大学院レベルのホスピス・緩和ケアに関するコース(代表的なのはアデレードのプリンダース大学、またメルボルン大学。オンラインコースで緩和医療、終末期にかかわる問題、疼痛管理、オピオイド薬品、心理学などのコースが履修可能)終了している看護師を雇いたいという団体が多いのだが、看護師不足が深刻なオーストラリアにおいてそれを絶対条件にすることは難しいとの事であった。各団体のJob Descriptionに書かれている内容を参照すると、こうしたコースを終了、または現在履修中であることが望ましい、ということが多く書かれているようである。現場からも以下のような意見があった。

「資格があつてGrade3の看護師を雇ってもコミュニケーション能力がない人の場合もあるので、実際のところ選択肢がないからあまり厳しいルールを設定できない」

「Division 2であっても、Grade 1であっても、チームプレーができる人、緩和ケアに理解があつてコミュニケーション能力がある人のほうが雇うほうとしては欲しい人材」

また、そのほかにも地理的な問題があり、上記に述べたような教育コースに関する情報が集めやすくまたアクセスしやすいメルボルン市内近郊ではこの条件をクリアできるとしても、看護師不足という現実の上にそうした情報に乏しく地理的にもさまざまな弊害が伴う田舎・郊外では不可能だという声が多数であった。そのために施設によってはこうしたExtra trainingを要求しているところもあれば、あれば好ましい、と定めているところもあり、現時点ではオーストラリアの緩和ケアにおける教育面での絶対条件というのはまだ設定されていない。

多くのホスピス・緩和ケア分野でDivision 1を募集し、Division 2を募集しない理由としては以下の通りである。ホスピス・緩和ケア看護師には、業務内容が常に医師の指示待ちではないため、判断力、薬に関する知識、そして患者のアセスメントなどほぼ自立して行える(医師からの信頼を受けられる)力が要求される。Division 2は基本的に指示を受けてのみ動けるという限定のついた看護師であり、州によっては薬の投薬、注射などの行為が認められていない場合もある(ビクトリア州では不可能)ためにこうした「自立して動ける」という面で弊害となる。また、高齢であるほうが人生経験を積んでいるために好ましいとは言いが絶対条件ではない。またそれに加えある程度の臨床経験、ホスピス・緩和ケアに理解があること、そのほかチームワークを理解しチームメンバーとしてCommunicationができるだけの精神的なMaturity(これも先に述べた人生経験に関連)、他業種への理解、そして自立心

などが主に Job description に書き記されているものである。また高度教育（大学院レベルの緩和・パリアティブコース）を終了していなくても、仕事に応募した時点で始めている、またはこれからは始める予定であるということが要求されていて、継続的な知識の向上という点を重視しているようである。現場の多くではチームリーダー、コンサルティングレベルのスタッフを採用する際には Grade 3（臨床経験 10 年以上）を要求している。RDN と連携したサービスを実践している団体では特に平均 Grade 3 のスタッフのみでまかなわれているために、平均年齢は約 40 歳であるようだ¹。

※訪問看護師と緩和ケア看護師の教育

Royal District Nurse Association に代表する一般の訪問看護師は Division 2 と呼ばれる看護師（日本で言う準看に相当）で、Division 2 の役割内で Division 1 の指導下でのみ業務可能である。これらのナースは、TAFE と呼ばれる日本では専門学校に相当する学校を卒業し、特定された業務、基本的な看護業務のみが可能な看護師である。一人で患者を訪問することはあっても、アセスメントをしたり、薬の変更を決定したりということはできない。こうした「決断」を必要とするものは必ず Division 1 看護師が実行することになっている。

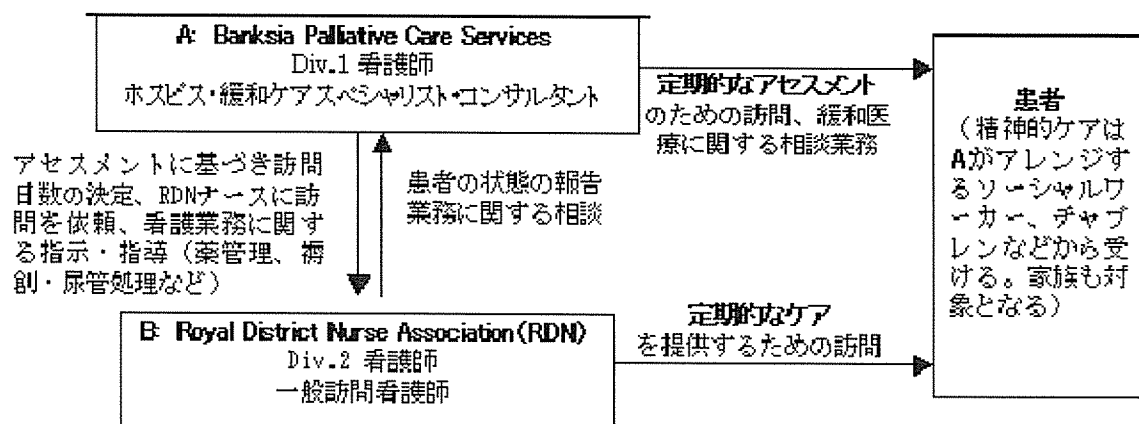


図 4 訪問看護師の資格と業務範囲

3. 看護師の業務と裁量権

前述のように、患者に使われる薬・用品に関しては一般的に在宅の場合は患者が薬や用品を負担し、病院にいる場合はすべて提供される。しかし実際は、在宅の場合でも負担する場合もあれば、金銭的に負担が困難な患者には援助がある場合がある。多くの在宅緩和ケアサービス団体では、ベツトファンとよばれる経済的に困難な患者・家族に提供できる資金を確保しており、それを利用して薬や物品を提供することができる。この援助の可否の決定は全て団体に任されており、この点も「Flexible」と象徴されるオーストラリアの緩和ケアのシステムの一面である。管理に関しては、オーストラリアでは訪問看護師が薬を持ち歩けないルールがあるために、患者が自分の薬（モルヒネなどを含む）を薬局から家に持ってきて管理する。看護師の役割としては患者・家族に管理法、使用法を説明し、訪問の際に薬の用量をチェックし記載するなどであるが、基本的には訪問看護師は一切薬に関しては管理しない。注射を必要とする患者に関してはそれらに必要な針なども自宅で管理し、訪問看護師が来た際に患者や家族の監視の下にその管理箱から使用するというシステムである。ある看護師によると「訴訟を避けるため」でもあるが、基本的には法に定められているからである。介護用品に関しては前述の通り、原則的には患者・家族が購入するが金銭的に困難な場合は援助が可能である。また、病院から自宅に帰る患者の場合、どの病院にも Hospital In the Home という在宅支援サービスが必ずあり、一定の期間はこのサービスを使ってあらゆる器具（酸素を含む）を使うことができる。しかし、このサービスは退院後 6 週間までという決まりがあり、その後は自分で購入またはサービスを受けている在宅緩和ケア団体から借りるなどしなければならない。退院時の介護用品は、OT（作業療法士）、または地域の緩和ケアサービスを利用する場合は必要に応じて緩和ケア看護師がアセスメントを行い、手配する。オーストラリアの緩和ケアに関する制度はある意味「曖昧」なところがあり、日本の介護保険法のような定まった制度を見つけることは困難であった。

オーストラリアにおいて在宅医療（Community health/Home health）は一般医療と緩和医療に分けられ、緩和ケアにかかわる専門職は以下のように定義されている²。

- ・ 一般医 (GP:General Practitioner)
- ・ 緩和ケアスペシャリスト (医師)
- ・ 緩和ケア看護師
- ・ 専門緩和医 (例・放射線医など)
- ・ ソーシャルワーカー
- ・ カウンセリング職
- ・ パストラルケア (宗教者、スピリチュアルケア提供者)
- ・ アライドヘルス (作業療法士、理学療法士、音楽療法士、薬剤師など)

在宅緩和ケアの分野で主に活躍しているのはやはり看護師であり、オーストラリアで一般の訪問医療に関しては District Nurse と呼ばれる看護師が訪問看護を行っている。District Nurse は一般的には基礎的な看護治療のみ提供でき、高度な技術、知識が必要な場合はコンサルティングが必要となる。緩和ケアに関してはこの District Nurse に加えて緩和ケア専門看護師がかかわり、この多くは在宅ホスピス・緩和ケア団体に所属する看護師である。たとえば、病院から自宅に帰った患者に関して、この患者が緩和ケアが必要な場合は病院から緩和ケア団体に紹介が届き、緩和ケア団体の看護師によるアセスメントによって基本的なナーシングケア (床浴、スキンケア、薬の管理) は District Nurse が行い、提起的なアセスメントを緩和ケアナースが行うというような仕組みである。これらすべてのナースは Division 1, または Division 2 と呼ばれる看護師であり、そのどちらかであることはどこにおいても資格として必要条件となっている。この看護職のタイトルである Division に関しては次項目で説明する。ホスピス・緩和ケアナースも同様に Div 1 または 2 であるが、理想的な関係図は Palliative Care Organization がコンサルティングとアセスメント業務のみを行い、District Nurse Organization が実際の Hands-on といわれる介護・看護業務を行うことである。オーストラリアのシステムのユニークなところは団体によって提供するサービスが異なるということである。看護師の役割や実際に行っているケアも幅があり、ある団体では患者宅への訪問は緊急時のみで、別の団体では毎日訪問するという具合である。

地域での在宅緩和ケアでは、看護師はさまざまなレベルで患者にかかわっている。在宅ケアを受けるがん患者は、地域の訪問看護センター (DNS) から派遣される District Nurse と呼ばれる訪問看護師の訪問と緩和ケア団体の Palliative Care Nurse (PCN) 緩和ケア看護師、2 種類の看護師の訪問を受ける。前者の訪問看護師 (DN) は、創傷の処置や、簡単な予薬を行う。後者 PCN は DN に対して指示をし、必要の場合に患者を訪問してアセスメントを行い、また症状緩和のためのアドバイスをしたり、必要な場合は社会福祉部門との連携をとったりしている。PCN はある意味ケースマネージャーのような役割ともいえる。PCN の DN に対する指示に関してはたとえば患者が在宅において、排泄の補助や、清潔の補助が必要な場合、ケアを行う人が一日何回、週何回というような具合である。また夜間に患者の観察が必要な場合、ケアパッケージにトワイライトナースと呼ばれる夜間担当の看護師の派遣が含まれる。このケアパッケージが社会福祉部門からサポートされるのか、またはプライマリケアトラスト (GP 中心の地域のヘルスセンター) からサポートが出るのかは、地域や団体によって差がある。この違いは上記に述べたように団体の金銭的状况によって大きく変わってくる。

※医師と訪問看護師との連携

まず最初にオーストラリアにおけるホスピス・緩和ケアにかかわる医師についてだが、この分野で働ける医師が不足していて、メルボルン市内でも多くの医師が掛け持ちでいくつかの緩和ケアサービス団体の仕事をしている。一般的にメディカル・コンサルタントと呼ばれる医師は NP 同様、大学院レベルのコースまたは臨床研修を終了していることが望まれているが、現状はいろいろである。

医師から訪問看護師への指示項目は法的には処方のみである。上記に述べたように多くの現場では看護師が GP と連絡を取り、変更・追加の提案、意見をし、それに基づいて GP が決定するという過程になっているようである。薬剤の指示に関して、在宅ホスピス・緩和ケアでは主に、「Medication Orders」というフォームが使われており、最初のアセスメント、患者の病気、今後の状態を予測して、幅広いレンジで薬を処方するのが一般的である。たとえば、モルヒネであれば、経口だけではなく皮下注射でも処方しておけば、万が一経口が不可能になった場合、ナースの権限で皮下注射に移行することができるからである。GP は患者のケアにかかわって入るものの、連絡をとって処方を取ってとなると時間がかかり、時にそうしたことが患者のケアの質にかかわることから、最初から幅広いレンジで処方することにより、後に変更がナースの権限で変更できやすいようにするためである。

褥創、酸素ケア、尿管管理についてはナースの権限で十分であり、必要なケアを行った後、GP に連絡をするというプロトコルである。

近年 NP の役割の拡大が活発に論議されており、英国での看護師が処方できる権限を持った動きにもおされ、オーストラリアでもそうした看護師の役割拡大を期待する声が多く聞こえるようである。しかし、現状は高度教育を受けた NP に限って薬の処方ができるということにとどまり、またホスピス・緩和ケア現場ではやはり患者の GP からの処方を一番に考慮するのが一般的である。

医師から訪問看護師への指示内容で日本の保健師助産師看護師法のリストにあるような、医師の指示項目と看護師の行為に対するリストは法的資料の中から見つけることができなかった。上記に述べたとおり、医師から訪問看護師への指示は薬剤の処方に関するものだけであり、収集可能な書面は Medical Order フォームだけである。

4. 処方について

オーストラリアにおいて、看護師はいかなる場合も処方の権利はない。医師のみが処方できることになっている。近年の Nurse Practitioner (NP) の資格は処方が可能であるが、ホスピス・緩和分野においては患者の GP が一番であるために、GP が処方の資格を持ち、もし緩和ケア施設（団体）が NP を雇っていても、その NP は緊急時以外は処方しないのが常である。たとえば唯一 NP をスタッフとして雇っているバンクシアパリアティブケアサービスでは、NP はクリニカルマネージャーというタイトルで、訪問看護師の相談役の役割を担っている。NP 自体まだ歴史の短い資格（業種）であり、今後、ホスピス・緩和ケアにおいて現在の GP のような役割をするであろうことは予測されている。

バンクシアパリアティブケアの NP（2名）はビクトリア州で初めての NP であり、彼女たちが資格を取得して以来さまざまなルールが設定された。NP としてどの程度の薬を処方できるか地域の医師を始めとする医療関係者約 20 名ほどが認証したルールを設定した。こうすることにより、地域の医師に NP の役割を理解してもらうことが必要だからである。そのとき決められた薬のリストは以下のとおりである。このリストは常に Review されており、必要に応じて Update しているが、その際もやはり上記に述べた医療関係者からの認証を得て行っている³。

- | | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------------------|
| • Amitriptyline | • Gabapentin | • Non Steroidal Anti Inflammatory |
| • Amphotericin | • Haloperidol | Drugs- Common precautions, |
| • Antiemetics | • Hydromorphone | adverse effects and |
| • Aspirin | • Hyoscine | interactions |
| • Aspirin/Codeine | • Lactulose | • Nilstate Oral Drops |
| • Atropine | • Loperamide | • Oxycodone |
| • Carbamazepine | • Lorazepam | • Paracetamol |
| • Clonazepam | • Macrogel | • Paracetamol/Codeine |
| • Codeine | • Metoclopramide | • Pholcodine |
| • Coloxyl with Senna | • Metronidazole Gel | • Prednisolone |
| • Dexamethasone | • Miconazole | • Prochlorperazine |
| • Diazepam | • Microlax | • Progress Mouth Wash |
| • Diclofenac Sodium | • Morphine | • Ranitidine |
| • Diphenoxylate | • Naproxen | • Sodium Valproate |
| • Domperidone | • Nitrazepam | • Temazepam |
| • Fentanyl | • | • Tramadol |

病院施設においては Standing Order と呼ばれる看護師の判断で処方できる薬が決められており、この薬は病院によってまた、専門科によって異なる。例として、表 8 はメルボルンのある私立一般病院のリストで、これは Nurse Initiated Medication と呼ばれる。こうしたリストが作られる理由は、看護師にある程度の裁量権を与えることであるが、このリストに書かれている薬を患者に投与することができても、与えてから 24 時間以内に医師のサインを得ることが絶対条件である。24 時間以内にサインをもらえなかった場合は Nurse Incident として報告義務がある。

表 8 メルボルン市内のある病院における Div 1 看護師が処方できる薬剤

薬剤名	注意事項
パラセタモルエリキシル PARACEMAMOL ELIXIR	エリキシルはボトルに記載された指示とおりに処

パラセタモル PARACETAMOL 500MG	方すること。1-2 錠。24 時間以内に 6 錠以上の処方 はしないこと。
リンクタスフォルコデイン LINCTUS HOLCODINE セネガ&アンモニア SENEGA & AMMONIA	ボトルに記載された指示通り処方すること
パナデイン PANADEINE (パラセタモル PARACETAMOL 500MG/リン酸コデイン CODEINE PHOSPHATE 8MG)	1 錠、または 2 錠患者がほかの種類のパラセタモル を処方されていないか確認すること
CITRAVESCENT/UTI (Urinary Tract Infection) のための薬	指示に従い処方する
アンタシド (制酸剤) ANTACIDS ペパーミント水 PEPPERMINT WATER DEXSAL マイランタ MYLANTA, 水酸化アルミニウム AMPHOJEL (ブランド名)	ペパーミント水を除き、1-2 時間以内に同種の Antacid に関する薬剤は与えないこと。
経口下剤 ORAL LAXATIVES セノコ SENOKOT コノキシル及びセナ COLOXYL WITH SENNA NU LAX	分量は製造元の指示に従うこと。患者が授乳中の 場合は製造元の指示を考慮すること。
座薬—グリセリン SUPPOSITORIES—GLYCERIN CONTRAINDICATED IF BOWEL OR PERINEAL SURGERY (OTHER THAN EPISIOTOMY)	インパクション、閉塞、痔などのアセスメント。 座薬処方 は 1 つに限る
アンジニン (半錠) ANGININE (HALF TABLET)	患者を寝かせた状態に (リクライニング) ハドソンマスクから酸素 血圧を測り、100mgHg シストリックならばもう半分 のアンジニンを与える 医師にアセスメントのリクエストをする
塩化ナトリウム SODIUM CHLORIDE 0.9 % 酸性水 NORMAL SALINE	10mls at time of IV cannula insertion and 6 hourly thereafter to maintain cannula patency

先に述べたとおり、原則的には医師の指示なしでは看護師は動けないのだが、例外の一つ目は田舎・郊外で医師や病院へのアクセスが非常に難しい地域で働く看護師に与えられる Standing Order、二つ目はこのような Nurse Initiated Drug のような病院が定めるルールがあると看護師はあとで医師のサインさえもらえれば自己判断で動くことが可能である。病院の場合はまた医師と看護師の信頼度によってある程度の裁量権が与えられているところも数多くあった。看護師からのインタビューでは、” things you are supposed to do, and things you are actually doing ” (やるべきことと実際やっていること) という言葉がよく聞かれ、医師がすぐ近くにいないなどの緊急の場合によっては法に触れない程度 (24 時間以内に医師のサインをもらえればいいものに関して) にある程度の裁量権を発揮していることが伺えた。

こうしたルールは在宅では存在せず、そのためバンクシアのような NP をもつ団体が患者の緊急時に対応するときに有利といわれることもある。一方、看護師に処方の権利はないとはいえ、GP に薬の変更、追加に関してアドバイス、意見することは可能であり、日常的に行われている。Palliative Care of Victoria の報告書によると一般的に GP が一年間にみる緩和ケア対象の患者は 3-4 名であるとのことである。それゆえに GP 自身が緩和ケア、Opioid に関する知識が足りないことが多く、緩和ケアサービス担当ナースの指示を仰ぐことも日常的であるようだ。Catheter に関しても医師の指示が在宅では必要であるが、これも法的にしたがっているだけであり、実際には看護師からの報告で医師が指示を出すというのが通常である。褥創ケアに関しては医師の指示がなくても治療をすることができる (多くの場合は実行前に医師に連絡を入れるという過程を経る)。また Medical Order に書かれているレンジであれば、看護師の権限で分量の変更は可能である。そのために、最初のアセスメントの際に、幅広いレンジで処方・処置を指示してもらうことが後に看護師に裁量権を渡すことにつながるようである。

また近年改正された Authority Script for Opioid (1ヶ月単位のオピオイド薬処方) に関する法律で、医師 (GP-1) が自分以外の医師 (GP-2) と Consult (話し合い、同意) することが求められるようになった。1ヶ月未満の処方に関しては必要ないのだが、アディクションの危険性を踏まえて、近年新

しく制定された。しかしながら、前にも述べた Gray Zone、曖昧な部分が残っており、たとえばこれは特に書面でのサインを必要とすることはなく、GP-1がGP-2と対話したと書き込めばGP-2のサインは必要ないし、患者を訪問することも要求されない。

最後に、通常の処方薬のほかに緊急時の場合(Emergency Medications for Palliative Care Patients)の処方オーダーも医師からのサインが必要である。このフォームを最初に完成させておくことで、先に予備の(緊急時の)薬を家に常備しておくことができる。そうした準備をしておくことで万が一患者が通常以上の痛みを感じていたり、症状の変化があった場合にすぐ対応できることが目的である。表9にメルボルンのある在宅緩和ケアサービス団体のEmergency Medicationのリストを示す。

表9 緊急時の処方オーダーリスト

Drug	Indication	Dose	Route	*Frequency	*Signature	*Date
ミスト・モルヒネ Mist. Morphine	突出痛/ 呼吸困難	*_____mg	Oral			
硫酸モルヒネ 10mg/ml amps	突出痛/ 呼吸困難	2.5-5mg 5-10mg	SCI			
硫酸モルヒネ 30mg/ml amps.	突出痛/ 呼吸困難	20mg 30mg Other	SCI			
ハロペリドール (5mg/ml amps)	吐き気・嘔吐 混乱	0.5-2.5mg	SCI			
メトクロプラミド (10mg/2ml amps)	Nausea/Vomiting	10-20mg	SCI			
クロナザパム 経口・液体 (2.5 mg/ml)	不穏状態	0.3-0.6mg (approx 3-6 drops)	Sublingual			
硫酸アトロピン (0.6mg/ml amps)	死前喘鳴	0.3-0.6mg	SCI			
アルプラゾラム (0.25mg)	パニック・呼吸困難	0.125-0.5mg	Sublingual			

*は主治医が記入。

※薬に関して

オーストラリアのMedicareシステムにおいて薬はPharmaceutical Benefits Scheme (PBS)というシステムの中で管理されている。このシステムはおよそ80%の処方を管理し、2006年1月現在の制度によると、PBSの処方薬に関して最大\$29.50 (Concession Card保持者は\$4.70) 支払い残りは政府によってカバーされる⁴。

ホスピス・緩和ケアに関しては全額薬剤をカバーされるわけだが、これに関しては近年さまざまな議論が交わされながら必要な制度を改革しているようである。この動きとともに2004年2月にはPBSにおいて緩和ケア部門が設立された。この緩和ケア部門が設立以来、緩和ケアに使われる薬の情報などをインターネットや文書を通して伝える教育活動も活発になっている。表10は2004年以來PBSの緩和ケア薬品として追加されたものを載せている表のひとつである。

表10 Pharmaceutical Benefitsの薬品追加リスト - 緩和ケア部門

2004年2月	カルメロースナトリウム Carmellose Sodium (four items) * 臭化ブチルスコポラミン Hyoscine Butylbromide (two items)* 塩酸プロメタジン Promethazine Hydrochloride (six items)* ビスコジル Bisacodyl (six items) ドクセートビスコジル Ducusate Sodium with Bisacodyl (two items) フラングラ樹皮 Sterclia with Frangula Bark (four items) ビスコジル Bisacodyl enema (two items) ソルビトール (クエン酸ナトリウム&ラウリル硫酸ナトリウム) Sorbitol with Sodium Citrate and Sodium Lauryl Sulfoacetate enema (two items) グリセロール Glycerol (six items)
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	パラセタモール座薬 Paracetamol suppositories (two items)* クロナゼパム Clonazepam (six items)*
2005年4月	パラセタモール Paracetamol modified release tablets (two items)*
2005年12月	ジクロフェナクナトリウム 6種 Diclofenac Sodium (six items) インドメタシン 4種 Indomethacin (four items) スリンダク 4種 Sulindac (four items) イブプロフェン 4種 Imuprofen (four items) ナプロキセン 8種 Naproxen (eight items) ナプロキセンナトリウム 2種 Naproxen Sodium (two items) ダイアゼパム 4種 Diazepam (four items) オキセゼパム 4種 Oxazepam (four items) ナイトラゼパム 2種 Nitrazepam (two items) テマゼパム 2種 Temazepam (two items)
2006年8月	ラクツロース 2種 Lactulose (two items) マクロゴール 3350 2種 Macrogol 3350 (two items) 硫酸モルヒネ 6種 Morphine Sulphate (six items) 塩酸ベンジタミン 2種 Benzylamine Hydrochloride (two items) ナプロキセン 2種 Naproxen oral suspension (two item)

* Represents those medications that are not dual listed

さらにメディケアは Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)の承認を得てこれらの緩和薬剤に関して繰り返し処方できることを認めた。こうした繰り返して処方できるのはPBSが定めた以下のような患者層に対してである。

“A patient with an active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life.” (病気が進行し、末期の状態にあり、余命が与えられ、ケアの中心がQOLである患者であること) (以上PBSWebsiteより)

注意事項としては、Drug Addict、中毒者に関するケアである。こうしたメディカルヒストリーを持つ患者に対してはケアを提供するときは、団体が中毒者(中毒過去のある)に対するオピオイド使用の許可を州政府から得なくてはならないことになっている。一般的にDrug Addict(中毒者)とみなされたものは、政府のシステムに登録されているために、患者がケアセンターに紹介されたときは過去のMedical Historyとともにのせられている。ほかの患者と同様にケアを提供するわけだが、過去にこうした中毒の歴史がある患者に限って、州政府はPermitを得るように要求している。

※その他の薬剤管理に関する国内の動き

薬剤管理に関しては各州政府のDrug & Poisons Regulation Groupがオピオイドや麻薬に関して管理していて、医療団体での薬の管理はここが発表するルールに基づいて行われている。州によって多少違いはあるがここで例を挙げるのはビクトリア州のものである⁵。

オピオイド系の薬はSchedule 8 Drugとして分類されていて、1981年に施行されたDrugs, Poison and Controlled Substances Act 1981によると以下のように定められている⁶。

Medical Condition:

Pain caused by cancer or complications arising from cancer, where “cancer” means a malignant growth of human tissue which if unchecked is likely to spread to adjacent tissue or beyond its place of origin and which has the propensity to recur, and, without limiting the generality of the foregoing, includes carcinoma, sarcoma, any mixed tumour, leukaemia, any type of lymphoma, melanoma and non-invasive, in situ carcinoma. (痛みががんやがんが原因で起こる痛みで、がんが臓器の悪性新生物である、または隣接の臓器に転移または再発の傾向があり、進行を止めることが難しい、これにはカーシノーマ(癌腫)、サーコマ(肉腫)、またはあらゆるタイプの腫瘍、白血病、リンパ腫、メラノーマや非浸潤性癌も含む。)

Applicable circumstances

a) Diagnosis of pain caused by cancer, or complications arising from cancer, is made by

- a) a registered medical practitioner (医師が診断した痛みががん、またはがんが原因で起きている。)
- b) The Schedule 8 poison administered, supplied or prescribed is an opioid analgesic. (与えられているスケジュール8 (麻薬系) 薬はオピオイド系鎮痛剤である)

※The Palliative Care Medicines Working Group (PCMWG) について

多くのオーストラリア国民が緩和ケアを選択し、在宅で死を迎えたいと感じ始めている今、地域におけるケアで緩和薬剤へのアクセスや管理がオーストラリア政府緩和ケアプログラムで2002年以来大きな問題として取り上げられている。そのために設立されたのがこのPCMWG (Palliative Care Medicines Working Group) である。このプロジェクトは以下の問題点の解決を中心に取り組んでいる。

- ・ 緩和ケア薬剤へのアクセス
- ・ 緩和ケア薬剤の使用に関する質の向上
- ・ PBS で認証されている薬剤だけでなく、さらに継続的な研究を続けてさらに質の高い緩和ケア薬剤を提供できるようにする

参考までこのPCMWGは以下の団体からの代表者によって成り立っている。

- ・ Palliative Care Australia
- ・ Palliative Care Intergovernmental Forum
- ・ Joint Therapeutics Committee for Palliative Care Australia, Australian New Zealand Society for Palliative Medicine and the Clinical Oncological Society of Australia
- ・ Cancer Council Australia
- ・ National Prescribing Service (NPS)
- ・ Australian Pharmaceutical Advisory Council
- ・ Drug and Therapeutics Information Services
- ・ Medicines Australia
- ・ Rural Doctors' Association of Australia
- ・ Community Nursing
- ・ Pharmacy Guild of Australia
- ・ Consumers Health Forum
- ・ Medicare Australia
- ・ Therapeutic Goods Administration (TGA)
- ・ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) Secretariat
- ・ Department of Health and Ageing
- ・ Cancer Australia

※薬剤師独自処方

オーストラリアではいまだ薬剤師の処方 は Over-the-counter medicine に限られているが、2001年に発表された Home Medicines Review (HMR) というプログラムは、ある程度の範囲で薬剤師が医師と連携を取って働くことを許可されたものである。たとえば患者が自分が処方されている薬について知りたい場合、医師が薬剤師に Referral をだし、薬剤師が患者宅を訪問し説明をするという仕組みになっている。オーストラリア政府が援助しているこのプログラムは希望している人になら誰でも無料で提供される。薬剤師のアセスメントによって薬の変更や中止も可能ではある。この決断は医師とのコンサルテーションによって決定される。今後このHMRプログラムが薬剤師独自の処方権利につながるのかという議論は現在も引き続き行われているようである⁷。

※コントロールドラッグの扱い

一般的には準備の時点から実際に患者に薬を投与し、完了するまで看護師二人が確認することが定められている。確認する点は、薬の名前、分量、残量、患者の名前、時間、などである。これらは病院ベースでの指示であり、在宅の場合、これらは当てはまらない。

最後に

“From 2003-2008, the Australian Government made available a total of \$201.2 million for palliative care. Of this \$188 million is broadly allocated on a per capita basis to States and Territories for continued service provision, and \$13.2 million for the Australian Government

to implement a national program of initiatives.”⁸

オーストラリアにおけるホスピス・緩和ケアは政治的にも重要なアジェンダとしてとりあげられている。上記のとおり、2003年から2008年の間に2億120万ドルをホスピス・緩和ケアのために予算を立てている。そのうち1億8800万ドルは各州に継続的なサービスを提供するための援助として、残りの1320万ドルは国としてホスピス・緩和ケアに関するプログラムを設立するために使われるということである。このプログラムはサービスのみならず、この報告で述べた医療専門職に対する教育プログラムや、地域の意識啓蒙教育などにも使われることが可能である。そうした背景を考慮すると、国としてホスピス・緩和ケアの利点を理解していることが伺える。団体や地域によってのサービスの差はあるにしても、国や州政府の柔軟な対応が印象的なオーストラリアのホスピス・緩和ケアを取り囲む環境である。

参考文献

1. Nurse Board of Victoria <http://www.nbv.org.au>
2. Therapeutic Guidelines Palliative Care Version 2, pp.7-9.
3. Banksia Palliative Care Clinical Manual, Drug Formulary
4. Australian Government Department of Health and Aging: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pbs-general-faq.htm-copy2>
5. Victorian Government Health Information: http://www.health.vic.gov.au/dpu/downloads/summary_for_nurses_acutecare.pdf
6. Australian Government Department of Health and Ageing: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/palliativecare-pcmwg-report-nov06>
7. Qurke, J., Wheatland, B., Gilles, M., Howden, A., & Larson, A. (2006). Home medicines reviews-do they change prescribing patient/pharmacist acceptance? *Australia Family Physician*, 35 (4), 177-258.
8. Australian Government Department of Health and Ageing <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/palliativecare-program.htm>
9. National Institute of Health, Hospice vs. Palliative Care On-line Interactive Textbook on Clinical Symptom Research. <http://symptomresearch.nih.gov/>
10. National Hospice and Palliative Care Organization website. <http://www.nhpco.org>
11. State of Oregon Department of Health website. <http://www.oregon.gov/DHS/spd.legal.shtml>
12. Oregon Hospice Association website. <http://www.oregonhospice.org>
13. Oregon Health Science University Center for Ethics website. <http://www.ohsu.edu/polst/>
14. American Association of Colleges of Nursing website. <http://www.aacn.nche.edu>
15. Oregon State Board of Nursing Licensing website. <http://www.osbn.state.or.us>
16. American Academy of Nurse Practitioners website. <http://www.aanp.org>
17. American Nurses Association website. <http://www.nursingworld.org>
18. National Board for Certification of Hospice and Palliative Care Nurses website. <http://www.nbchpn.org>
19. American Academy of Hospice and Palliative Care Medicine website. <http://www.aahpm.org>
20. The New Zealand Palliative Care Strategy. Ministry of Health. February, 2001.
21. Nursing Council of New Zealand: www.nursingcouncil.org.nz
22. Activity Implementation Report: National Palliative Care Strategy. *Australian Department of Health and Ageing*. 2005.
23. Australian Department of Health and Ageing Website: <http://www.health.gov.au/palliativecare>
24. Qurke, J., Wheatland, B., Gilles, M., Howden, A., & Larson, A. (2006). Home medicines reviews-do they change prescribing patient/pharmacist acceptance? *Australia Family Physician*, 35 (4), 177-258.
25. State of Victoria Department of Health and Ageing Website: <http://www.health.vic.gov.au>
26. Nurse Board of Victoria Website: <http://www.nbv.org.au>

IV 英国

A. 調査方法

本件の調査において、まずインターネットにて資料収集を実施した。nurse prescription をキーワードとし、英国の Department of Health においての薬剤の指示、供給、与薬に関する文書を収集した。また看護師の行為への法律に関しては、看護師助産師評議会 (nursing midwifery council) のウェブサイト、および王立看護大学 (Royal College of Nursing) の図書館において文書の収集を行った。また、英国での在宅ケア特になん患者の在宅ケアに関しては、さまざまな看護職が関与しており、仕組みが日本と異なるため、それぞれの看護職の役割について、在宅ケア部門をもつホスピスの看護師にインタビューを行い、日本との違いを明らかにした。

B. 調査結果

1. 英国におけるホスピス・緩和ケア医療の概要

英国での公衆衛生において、日本における訪問看護師または保健師に当たる人々は、第一医療ケア信託 Primary Care Trust (PCT) において働いている。地域で働く看護師には、家庭訪問を行う district nurse や health visitors、また地域ヘルスセンターにて、家庭医の代わりに簡単な処置や患者教育、予防接種を行う practice nurse などがいる。また、訪問看護の他の形として、夜間の在宅訪問を行う twilight nurse がいる。さらに、在宅緩和ケアの領域においては、Macmillan nurse (マクミランナース；マクミラン財団から教育のための資金を得て、緩和ケアのコースをとり、緩和ケアのスペシャリストとなる) や home palliative care nurse (ホスピスベースの看護師で、ホスピスケアの経験または公衆衛生看護の経験が3年以上あり、その経験の中で緩和ケア専門看護師としての教育をホスピスで働きながら取得している。この場合の養成コースはほとんどが地元の大学により提供されている) が、緩和ケアのスペシャリストとして家庭訪問を行っている。

英国では、現場で経験を積む中で、大学が提供する各スペシャリストのためのコースをとり (マクミランやホスピスナースの場合は緩和ケアのコース)、モジュールをこなし、ディプロムや学位を取得することが多い。どの学位を取得するかは、看護師の教育背景による。マクミランナースは特にマクミラン財団から教育の補助を得たためそのような名称になっているが、ホスピスでの経験をつむナースと同じように緩和ケアスペシャリストとして働く。これらの看護師たちは、地域ヘルスセンターがベースではなく、国民保健サービス (National Health Service: NHS) の病院の緩和ケア部門や、ホスピスに属している。

地域での在宅緩和ケアでは、看護師は様々なレベルで患者にかかわっている。在宅ケアを受けるがん患者は、地域のヘルスセンターからの district nurse の訪問がある。District nurse は、身体的看護ケアやサポートを行い、創傷の処置や、簡単な与薬が含まれる。District nurse の訪問回数は、患者のケアの必要性で決められるが、district nurse の依頼件数が多いため、週一回以上になることはない。在宅で暮らすがん患者には、病院の緩和ケア部門の看護師やホスピス看護師が訪問を行い、症状緩和のためのアドバイスをしたり、社会福祉部門との連携をとったりしている。患者が在宅において、排泄の補助や清潔の補助が必要な場合、ケアを行う人が一日何回、週何回とケアパッケージが組まれる。夜間に患者の観察が必要な場合、ケアパッケージに夜間専門に家庭を訪問する看護師 twilight nurse が含まれる。このケアパッケージは、公的なサポートだが、社会福祉部門からサポートされるのか、または Primary Care Trust (PCT; General Practitioner (GP) 中心の地域のヘルスセンター) からサポートが出るのかは、地域の公的サービスの運営の違いによって異なり、利用可能な社会資源の差によるものと考えられる。例えば、セントクリストファーホスピスはロンドン南西部に属するが、Croydon, Southwark, Lambeth, Lewisham の四つの地域の患者をカバーしている。患者がそれぞれの地域に帰る場合に必要な、連絡表などは、各地域によりフォームが異なっている。

※セントクリストファーホスピスにおける在宅ケアの例

セントクリストファーホスピスは、病棟と在宅部門をもっている。NHS と地域議会は、継続的在宅ケアへの資金援助の義務がある。緩和ケアが必要な患者のほとんどが NHS の完全資金援助の対象者となりうる。在宅部門で患者にかかわる職種は、表のとおりである。

セントクリストファーの緩和ケアナースは、身体的ケアは行わず、在宅を訪問し、患者の症状コントロール、ケアのアレンジを行う。訪問回数は週1回または週2回など、患者の状態で看護師が判断

して訪問している。緩和ケアナースは、症状コントロールのために薬剤の処方が必要になった場合は、処方の権限をもっている GP とファクスで連携をとる。

表 11：セントクリストファーホスピスにおいて在宅療養患者にかかわる専門職

セントクリストファーチーム	緩和ケアスペシャリストナース、医師、ソーシャルワーカー、その他必要に応じて他の職種が入る
家庭医(GP)	患者が在宅療養する際に中心となる医療従事者であり、薬の処方を行う。セントクリストファーチームは GP と患者のケアについて話し合う。
District Nurse	患者を訪問してケアを行う。District Nurse が身体的ケアをすべての患者の提供できない場合はソーシャルサービスへ紹介される。
ソーシャルサービスケア提供者	患者の清拭や、買い物などのサポートを提供する人をアレンジする。これらのケアを受ける際に支払いをしなければならない場合があるが、補助を受けている場合は無料で、アレンジはセントクリストファーナースが行う。
Hospice at home	患者の最後の日に追加の患者ケアを提供する看護師。
夜間ケアを行う看護師	患者が具合が特に悪い場合、セントクリストファーナースまたは、プライマリトラスト (GP が所属している) が、夜間専門ナースをアレンジすることがある。この場合、他のチャリティーからのナースが来る。
地域作業療法士	在宅で必要な物品を用意する。セントクリストファーナースまたはディストリクトナースにどのような物品が必要か、相談できる。
地域理学療法士	患者が在宅で過ごすときの動きのコーディネーション、呼吸方法などを指導する。
プライベート看護師	患者が 24 時間ケアが必要と思った場合、セントクリストファーチームが、24 時間ケアを提供するプライベートな組織に依頼する看護師。この場合は、患者はケアへの支払いがある。

District nurse は、電話やファクスで連携をとり、ケアや物品の調整、アドバイスを、ソーシャルサービスを含め行う。夜間ナースは必要な場合のみアレンジされ、頻度や訪問回数は一定していない。

患者が夜間に問題が生じた場合は、セントクリストファーホスピスの夜勤の代表ナースに電話がつながる。この夜勤代表ナースが対応できる場合は、電話でアドバイスを行う。訪問が必要だと判断された場合は、オンコール担当のセントクリストファー緩和ケア在宅看護師が訪問する。患者が在宅でケアを受けることが困難な場合は、病棟に紹介される。このときの判断は緩和ケア専門医が緩和ケア在宅看護師とともにやっている。

2. 訪問看護師の教育と資格

英国では、地域看護師としての Specialist community public health nurse(SCPHN) は NMC に登録する。SCPHN になるには、まず看護師か助産師としての登録をし、公衆衛生で働く中でスペシャリストとしてのコースをとり、コース終了後登録する。全てのコースは 5 2 週間で、フルタイムまたはパートタイムで学習することができ、実践と理論が 50% ずつ学ぶようになっている。

SCPHN の登録の基準は以下のとおりである。

- ・ 公衆の健康に関する監督およびアセスメント
- ・ 公衆の健康のために他との協働
- ・ よりよい健康を提供するための地域社会への働きかけ
- ・ 不均衡をなくすための健康教育やサービスの実施
- ・ よりよい健康を提供するための健康政策の開発と実施
- ・ よりよい健康を提供するためのリサーチや開発
- ・ 公衆の健康を守り発展させる、文化の中でのリスク管理および質の向上を図る
- ・ 健康のための戦略的なリーダーシップ
- ・ よりよい健康を提供するために、倫理的な自己管理、人々と資源の管理

看護師および助産師として公衆衛生で働きながら、大学などでのコースをとり、コース終了後に、SCPHNとして登録できる。この登録免許があると、前述の看護師処方規定により、公衆の場で看護師独自の処方ができる。

このコースは、地域看護師がスペシャリストとして働くためのものなので、看護師の自立性を重視したものになっている。ロンドン大学のキングスカレッジでのモジュールは、ポリシー、リサーチへの分析と企画。学位論文、実証的研究、ヘルスケアにおけるエビデンスベースの意思決定、プロフェッショナル発展の促進、ヘルスケアリサーチ、ヘルスエコノミック、ヘルスケアリサーチ実施における問題、ヘルスケアリサーチでの主要な方法、地域公衆衛生の原則、職業開発と機関の変化、サービス開発プロジェクトとなっている。

日本においては、訪問看護師は看護師の免許において働くことができるが、英国でもまず看護師免許において地域で働くことができる。この場合上記に記載した教育をうけている必要はない。その後、職場で経験をつみながら、The English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (ENB)、職場の教育、王立看護大学の教育、などの教育プログラムを経て、その現場でのスペシャリストとしての資格を得る。

SCPHNは上記の看護師助産師評議会(Nursing Midwifery council ; NMC)に登録する。在宅緩和ケア看護師は、SCPHNよりも特に緩和ケアの専門職としての教育を受けている。

英国では訪問看護師にあたる看護師は、district nurse とよばれる、地域のヘルスセンターに所属しているそのヘルスセンターの管轄する地域の在宅での患者を訪問し、包帯交換や、浣腸などの行為を行う。地域で働く看護師は、看護師免許で行うが、さらにスペシャリスト公衆衛生看護師としての52週間のトレーニングを受ける。このスペシャリスト公衆衛生看護師となると、nurse prescribers' formulary for community practitioners という規定にもとづいて、訪問時に看護師が判断し、浣腸液や、アスピリンなどの処方が独自にできるようになっている。

医師がある一定の範囲内の処方をおおまかに行い、そのレンジ内で看護師が処方を行うという方法は、以下にあげる supplementary prescription にあたると思われる。しかしながら、健康省や看護師助産師評議会のガイドラインでは、長期療養の患者への適応であるというアドバイスが行われている。

看護師が独自に処方する場合は、そのトレーニングを受ける必要がある。独立処方者としてのトレーニングは、すべての第一レベルの登録看護師、登録助産師、登録地域看護スペシャリストおよび登録薬剤師は、独自の処方者として教育を受けることができる。しかし健康省の実行ガイドおよび看護師助産師協会の熟達規定においては、独自の処方者としてのトレーニングを受けるには登録してから最低3年間の経験があることとしている。薬剤師においては登録後最低2年の経験が必要としている。高等教育協会 (higher education institutions) は、独立処方のための特別なプログラムを設けている。これらのプログラムはNMC 看護師助産師協会およびROSCB 英国王立薬剤師協会の承認を受けている。このプログラムを終了した看護師は、処方を行う前に独自処方免許の登録を看護師助産師協会 (NMC) にしなければならない。

独自処方のトレーニングコースは、Strategic Health Authority (SHA) Workforce Directorates において中心的に基金供給されている。看護師、薬剤師へのトレーニングは6ヶ月の期間に行われる。この間に最低26日のトレーニングおよび12日の実施における教育が含まれる。指名された医師は、学生をスーパーバイズし、サポートを与えなければいけない。教育内容は自発的な学びになっている。他の独自処方の有資格者と組んで学ぶ方法も有用である。以前に受けた教育も、高等教育協会 (HEI) が決定するが、Accreditation of Prior learning (APL) を通して認められる。また、いくつかの教育の内容は遠隔教育を通して受けることができる。コース終了後に、試験に合格しなければならない。

看護師、薬剤師独自処方者および補助処方者は、処方するための条件を維持するためと、関係する薬剤の使用に関する最新の根拠とよい実践を維持しなければならない。看護師は、看護師助産師協会の継続登録のための根拠としての、専門家としての継続開発 (CPD) が個人の実践プロファイルに組み込まれていなければならない。Association for Healthcare Philanthropy (AHP) の登録者は、医療従事者協会 (HPC) の専門家としての継続開発 (CPD) のための基準に沿わなければいけない。国立処方センターは、「処方する能力の維持」のための枠組みを開発している。

専門家としての継続開発サポートは、国立処方センター (www.npc.co.uk) により取り寄せることができる。

独自処方また補助処方は、雇用下の組織に含まれていなければならない。組織の中において、看護師、薬剤師、Allied Health Professions (その他のケア従事者) が安全に、しっかりとした実践をおこなうためにすべての臨床における枠組みがなければいけない。詳しいガイドラインは、www.dh.gov.uk/nonmedicalprescribing にある。(medicine matter July 2006)

3. 看護師の業務と裁量権

※英国での看護師の医行為実施の法的根拠

現在、英国での在宅緩和ケアにおける看護師の働きは、上記のように、地域看護師 (district nurse)、ホスピス訪問看護師、病院緩和ケアチームの看護師などがかかわっている。彼らの働きの法的な根拠は、看護師助産師評議会 (Nursing Midwifery council ; NMC) における看護師職業規定である。

NMC は、公衆を守るために規定をつくり、看護師、公衆衛生看護師、助産師へのアドバイスや、ガイダンスを与えている。看護職は、この評議会の職業規定のもとに実践を行う。看護職を行うにあたり、根拠となるものは、NMC code of professional conduct である。

これは、

- ・ 患者、対象者を一人の人間として尊重すること
- ・ 治療やケアを行う前に対象者の同意を得ること
- ・ 守秘義務を守ること
- ・ 他のチームメンバーと協同すること
- ・ 自分の職業の知識、レベルを保つこと
- ・ 信頼できる人であること
- ・ 患者、対象者のリスクを明らかにし、リスクを最小限にするために動くこと

という項目ごとに規定を設けている。この内容は、英国医療従事者の共通した項目としてあげている。

(Code of professional conduct, NMC)。

※医師と訪問看護師との連携

医師から訪問看護師への指示内容で日本の保健師助産師看護師法のリストにあるような、医師の指示項目と看護師の行為に対するリストは、看護師助産師評議会 (NMC) 内の書類、また法的資料の中から見つけることができなかった (Health Act 1999, Medicines Act 1968, Nurses, Midwives and Health Visitors act, 1997)。

看護師助産師評議会 (NMC) は、MEDICINES MANAGEMENT というタイトルで、看護師、助産師、地域看護師が薬剤の与薬をする場合のアドバイスをあげている。処方の原則は、すべての登録者はその人の行動または行動しないことにおいて責任がある。登録者は与薬をする場合、与薬の補助をする場合、患者本人の服薬を観察する場合において職業的判断を行い、知識と技術を使わなければならない。登録医師または他の登録処方者からの書面による薬剤処方の場合、以下のことをしなければならない。

- ・ 原則では、患者、対象者への説明を行い彼らの同意をうけて与薬をする。
- ・ 明らかに記載された書類またはコンピュータによりプリントされた消すことのできない処方を使うこと。
- ・ 与薬を行おうとする人がその人であるかはっきり確認する。
- ・ 与薬する薬剤が患者対象者の体重と関連する場合は、処方用紙に患者の体重がきちんと記載されていること。
- ・ 与薬する薬剤名がブランド名、または一般名により明らかにされていること。
- ・ 処方権限者によるサインと日がかかれていること
- ・ 処方箋は、患者対象者がアレルギーがあったり服薬することができないものでないこと。
- ・ 規制薬剤の場合、投薬量および投薬量の回数と合計量が明らかに記載されていること、また外来や地域での場合、処方箋は処方権限者により書かれていること。処方箋がプリントされているものでよい場合でも、必ず処方権限者のサインおよび月日がかかれていなければならない。

この原則のほかに、処方の種類として、患者グループ指示、患者特別指示や詳しい与薬の方法が記載されている。