

2009年度(平成21年) 在宅医療助成 一般公募(後期) 完了報告書

提出年月日：2011年2月26日

— テーマ —

在宅療養支援診療所医師と訪問看護に携わる看護職との連携
～在宅での“看取り”におけるインタープロフェッショナルワークの実態～

〈申請者〉

慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科
修士課程2年 鈴木 朋子

慶應義塾大学 看護医療学部
教授 原 礼子

〈所属機関所在地〉

〒252-8530 神奈川県藤沢市遠藤 4411

1. はじめに

わが国では、1970年代後半を境に自宅で亡くなる人と病院で亡くなる人の割合が逆転し、現在の在宅死の割合は全死亡の2割にも満たない。

終末期医療に関する調査等検討会の報告¹⁾によると、在宅死が実現困難な理由が多かったのが“家族に介護の負担がかかること”、“病状急変時の対応に関する不安があること”であった。在宅死を希望する人が、このような不安を軽減し安心して最期まで自宅で生活するためには、在宅療養生活の開始から死亡に至るまで、医師と看護師が連携して療養者と家族の生活を支援していくことが重要であるといえる。特に、疾患が悪性新生物(以下、がん)の場合は、在宅療養の期間が短く家族と共に過ごす時間が限られること、病状が不安定で変化しやすく痛みや苦痛を伴うことも多いことなどから、療養者本人と家族は不安を抱えながら療養生活を送っているのが現状である。

在宅終末期医療において、医師と看護師は緊密な連携によりさまざまな療養者の異常の早期発見や症状コントロールを行うこと、家族の介護負担にも配慮し療養生活の環境を整えること、必要なケア・処置を適宜行なうことなどによって症状を緩和し不安を軽減することなどが求められている。

2. 先行研究

1) 在宅医療の中心的な役割と看取りの推進が期待されている在宅療養支援診療所

平成19年版厚生労働白書²⁾によると、在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅の主治医が中心となり、他の医療機関、介護や看護職、ケアマネジャーや薬剤師等、多職種による連携をこれまで以上に強化する必要があること、自宅以外にも療養の場を広げること、継続的な療養管理・指導、症状が急変した際の緊急入院体制や終末期における看取りの体制の整備等が急務の課題であるとしている。

このような流れの中で、2006年度に在宅療養支援診療所の制度が新設された。在宅療養支援診療所は、在宅医療における中心的役割と看取りの推進を期待されている。現在、全国約110,000ヶ所の診療所のうち届出施設数は約10%の11,260ヶ所³⁾であり、制度新設から5年が経過したが届出数は伸び悩んでいる。在宅療養支援診療所の届出には、いくつかの要件を満たす必要があり、その中に24時間の往診や訪問看護の体制を確保することなどが含まれている⁴⁾。しかし、約60%の診療所は医師が1人体制であり、24時間体制の整備が困難とする医師が多い⁵⁾。また、訪問看護ステーションの施設数は、10年以上経ってもゴールドプランで掲げた目標の9,900ヶ所を下回る5,434ヶ所にとどまっており、マン・パワー不足が指摘されている⁶⁾。また、各都道府県の社会保険事務局を通して行なった調査⁷⁾では、在宅療養支援診療所が1年間に行なった看取り実施数は全国で27,072人であったが、在宅看取り実績を全く認めなかった診療所が3,168ヶ所あったと報告している。

このような中で、在宅療養支援診療所の医師と訪問看護ステーションの看護師には、病状が変化しやすい療養者とそれを見守る家族の看取りの過程において、これまで以上の連携が求められている。

2) 連携、協働、インタープロフェッショナルワーク(inter-professional Work : IPW)に関する文献

池川ら⁸⁾は、inter-professional : 専門職種間という用語を、専門職である人々を中心としたソフト面での協働関係とし、専門職としての成熟した人間関係が基盤になるとしている。吉本⁹⁾はインタープロフェッショナルワークの目的について、相互に関連している複雑な利用者のニーズを広い視野で捉えることであると述べている。田村ら¹⁰⁾は、専門職種間が協働できない原因には、コミュニケーションの欠如、使用言語の違い、葛藤を引き起こす力関係、イデオロギーの違い、役割の不明瞭さなどがあると述べている。

しかし、国内における現在のインタープロフェッショナルワークに関する研究や教育などの取り組みはまだ途中である。

吉池ら¹¹⁾は、わが国の保健医療福祉領域における「連携」の概念整理(定義、構成要素、展開過程など)を行っている主要な文献から、「連携」概念について検討したことを報告している。その中で、「連携」とは共有化された目的をもつ複数の人及び機関(非専門職を含む)が、単独では解決できない課題に対して主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程であると定義している。このような「連携」の展開過程として、ある主体が単独では解決できない課題の確認をした場合、課題を共有し得る他者を確認し協力の打診をする。そして、課題を解決するために複数の主体は目的を一致させて役割と責任の確認をし、情報の共有を行なう中で連続的な協力関係へ展開すると述べている。これらから、連携の構成要素には目的の一致、複数の主体と役割、役割と責任の相互確認、情報の共有、連続的な協力関係過程の5つがあることを報告している。

3. 目的と意義

1) 目的

本研究の目的は、療養者と家族が在宅での看取りを希望した場合、それを決定し在宅療養を継続する中で、在宅療養支援診療所の医師(以下、医師)と訪問看護ステーションの看護師(以下、看護師)の連携や協働(インタープロフェッショナルワークの概念を含む)の実態を分析し、医師と看護師の役割と相手への期待、連携や協働が成功する要因とうまくいかなかった要因などを明らかにすることである。

2) 意義

療養者と家族が最期の時間を自宅で過ごしたいと希望する場合、医師と看護師が連携して不安を軽減し、在宅で死を迎えることができるように支援することは、在宅医療を担う医師と看護師の重要な役割である。本研究は、その連携の実態の明確化や役割を検討するための基礎資料として位置づけられると考える。また、医師と看護師の連携や協働について検討することは、今後の在宅医療における職種間の連続的な協力関係に貢献するためにも意義のあるものになると考える。

4. 方法

1) 調査期間

平成 22 年 7 月～12 月

2) 質問紙調査

対象の選定は、平成 22 年 6 月に、看護師はA県の看護協会ホームページ¹²⁾で訪問看護ステーションを検索し、医師はWAM NET (ワムネット) ¹³⁾でA県内の在宅療養支援診療所を検索した。その結果、訪問看護ステーション 322 ヶ所、在宅療養支援診療所 652 ヶ所であった。質問紙調査の全対象者は、看護師 1 ヶ所につき 2 人で計 644 人、医師は 1 ヶ所につき 1 人で計 652 人の合計 1,296 人とした。A県内の診療所数は、歯科診療所を除く 6,392 ヶ所であり¹³⁾、在宅療養支援診療所は診療所全体の約 10%である。

なお、対象地域であるA県の特徴は、人口約 900 万人、世帯数約 386 万世帯、1 世帯当たり人員 2.3 人、高齢率 20.0%、在宅死亡率 14.2%である^{14,15,16)}。

質問紙は、先行研究を参考に無記名自記式で医師用と看護師用を作成し、在宅療養支援診療所は 1 ヶ所につき医師用質問紙を 1 部、訪問看護ステーションは 1 ヶ所につき看護師用質問紙 2 部を郵送により配布・回収した。

3) 面接調査

対象者の選定は、質問紙調査の中で「インタビューに協力できる」の回答者である。面接調査は、半構成的面接法で行い対象者の許可を得て IC レコーダーに録音し逐語録を作成した。分析は、類似の内容に分類しラベルをつけ、ラベルを整理してテーマとした。

4) 倫理的配慮

本研究は、所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得た。調査は、個人情報保護や研究参加の自由意志の尊重について文書と口頭で説明し同意を得た。回答者の質問紙および面接調査の内容は、個人が特定できないよう全て符号化・匿名化し保管・管理に注意した。

5. 結果

1) 質問紙調査

(1) 回収数(回収率)

質問紙全対象者は、看護師 644 人、医師 652 人の合計 1,296 人であったが、移転先不明や施設閉鎖などにより郵送ができなかった施設があり、実際の配布数は看護師 612 人と医師 642 人で計 1,254 人であった。回収数は看護師 151 人(回収率 24.7%)、医師 130 人(回収率 20.2%)計 281 人(回収率 22.4%)である。

(2) 回答者属性

回答者の属性は、表 1 の通りである。

訪問看護ステーションについては、開設年数は平均 10.2 年であった。職員は、常勤看護師が平均 4.1 人でそのうち 24 時間体制従事者は平均 3.2 人、非常勤看護師が平均 4.0 人でそのうち 24 時間体制従事者は平均 0.7 人であった。訪問看護ステーションの 24 時間体制は、「介護保険と医療保険の両方に届出あり」118 ヶ所(78.1%)、「医療保険のみ届出あり」

4ヶ所(2.6%)、「介護保険のみ届出あり」1ヶ所(0.7%)、「両方の届出なし」22ヶ所(14.6%)、「その他」3ヶ所(2.0%)、「未回答・不明」3ヶ所(2.0%)であった。

在宅療養支援診療所については、開設年数は在宅療養支援診療所の届出前の活動を含めて平均17.6年であった。職員については、常勤医師が平均1.3人でそのうち24時間体制従事者が平均1.0人、非常勤医師が平均0.9人でそのうち24時間体制従事者が平均0.1人であった。在宅療養支援診療所の主たる診療科は、「内科系」122ヶ所(93.8%)、「外科系」8ヶ所(6.2%)、「未回答・不明」9ヶ所(6.9%)であった。医療提供体制は、「外来診療と訪問診療の両方」112ヶ所(86.2%)、「訪問診療のみ」9ヶ所(6.9%)、「未回答・不明」9ヶ所(6.9%)であった。

表1 回答者の属性

属性		回答者	看護師 n=151	医師 n=130
勤務形態 (名)	常勤 (所長/院長)		142(77)	128(115)
	非常勤		8	2
	無回答		1	0
平均年齢 (歳)			46.3	55.5
平均経験年数 (年)			22.5	29.1
平均訪問経験年数 (年)			9.0	13.4

(3) 結果の分析

① 新規依頼を受ける頻度

新規依頼を受ける頻度は、看護師は「毎月1人くらい」83人(55.3%)が最も多く、次いで「半年に1人くらい」33人(21.9%)「毎週1人くらい」27人(19.9%)未回答・不明が8人(5.3%)であった。医師は、「半年に1人くらい」81人(62.3%)が最も多く、次いで「毎月1人くらい」20人(15.4%)「毎週1人くらい」10人(7.7%)であった。

② 新規依頼元

新規依頼元は、医師も看護師も「病院の退院調整部署」が最も多く、看護師94人(62.3%)医師44人(33.8%)であった。次いで、看護師は「ケアマネージャー」30人(18.9%)、医師は「療養者本人または家族介護者」27人(20.8%)であった。

③ 新規依頼の受託

新規依頼の受託については、「受ける」看護師121人(80.1%)医師66人(50.7%)、「受けない」看護師0人医師11人(8.4%)、「場合による」看護師25人(16.6%)医師43人(33.1%)、「未回答・不明」看護師5人(3.3%)医師10人(7.6%)であった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間に有意差があった($p<0.01$)。

④ 終末期がん療養者の主治医の条件

看護師に対して、「終末期がん療養者の主治医として在宅療養支援診療所の届出をしている医師の方がよいと思うか」の問いには、「思う」97人(64.2%)「思わない」5人(3.3%)「どちらともいえない」44人(29.1%)「未回答・不明」5人(3.3%)であった。

「よいと思う」と回答した看護師の半数は、“24時間いつでも連絡がとれて指示を受け

られる”、“24 時間相談できることは看護師としても安心”などを理由に挙げた。

⑤ 医師による訪問看護の必要性

医師に対して、「終末期がん療養者の安全・安楽な療養生活のために訪問看護は必要と思うか」の問いには、「必要と思う」114 人(87.7%)「必要と思わない」0 人(0.0%)「場合による」7 人(5.4%)「未回答・不明」9 人(6.9%)であった。

⑥ 看取りを行なう医師または看護師の認知

「訪問の地域内で、終末期がん療養者の訪問(看取りを含む)を行なっている在宅療養支援診療所の医師または訪問看護ステーションの看護師を知っているか」の問いには、「知っている」看護師 141 人(93.4%)医師 113 人(86.9%)、「知らない」看護師 8 人(5.3%)医師 15 人(11.5%)、「未回答・不明」看護師 2 人(1.3%)医師 2 人(1.5%)であった。

⑦ 連携のメリット

「終末期がん療養者の在宅終末期医療を一緒に行なうメリットがあるか」の問いに、「ある」看護師 110 人(72.8%)医師 113 人(86.9%)、「ない」看護師 3 人(2.0%)医師 1 人(0.8%)「どちらともいえない」看護師 35 人(26.3%)医師 14 人(10.8%)、「未回答・不明」看護師 3 人(2.0%)医師 2 人(1.5%)であった。「ある」と回答した医師と看護師各々の約半数が、“24 時間体制をカバーし合えること”や“役割を分担できること”を理由に挙げた。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間に有意差があった($p<0.05$)。

⑧ 連続的な協力関係にある連携相手の有無

医師と看護師に対して、「お互いに信頼し連続的な協力関係にある訪問看護ステーションまたは在宅療養支援診療所があるか」の問いには、「ある」看護師 110 人(72.8%)医師 113 人(86.9%)、「ない」看護師 3 人(2.0%)医師 1 人(0.8%)、「どちらともいえない」看護 35 人(23.2%)医師 14 人(10.8%)、「未回答・不明」看護師 3 人(2.0%)医師 2 人(1.5%)であった。

⑨ 相手から期待されている役割

在宅医療を行なう場合の看護師から医師へまたは医師から看護師へ期待することを複数回答で問うと、「24 時間の連絡体制」「24 時間の訪問体制」「判断の一致」「知識・技術がある」「臨機応変な対応」のいずれも概ね 70%が期待していた。 χ^2 検定の結果、「24 時間の連絡体制」は医師と看護師の間に有意差があった($p<0.05$)。

⑩ 療養状況判断が一致していることの確認

看護師に対して、「終末期がん療養者の療養状況判断が一致していることの確認をしているか」の問いには、「している」109 人(72.2%)「していない」4 人(2.6%)「どちらともいえない」29 人(19.2%)「未回答・不明」9 人(6%)であった。

⑪ 医師からみた看護師の療養状況判断の的確性

医師に対して、「医師から見て看護師が行なう終末期がん療養者への療養状況判断は的確であるか」の問いには、「的確である」が 70 人(53.8%)「的確ではない」3 人(2.3%)「どちらともいえない」52 人(40.0%)「未回答・不明」5 人(3.8%)であった。医師は、「どちらともいえない」と回答した 17 人が“訪問看護ステーションや訪問看護師によってバラつきがある”を理由に挙げた。

⑫ ケア・処置方法が一致していることの確認

看護師に対して、「看護師と医師は終末期がん療養者のケア・処置方法が一致していることの確認をしているか」の問いには、「確認している」113人(74.8%)「確認していない」3人(2.0%)「どちらともいえない」27人(17.9%)「未回答・不明」8人(5.3%)であった。看護師の確認手段として、42人が電話やファックスで最も多く、次いで直接会いに行く12人であった。看護師は、「確認している」理由として、12人が“医師と看護師の意見が一致していないと療養者が不安になる”、“家族が混乱する”などを挙げた。

⑬ 医師から見た看護師のケア・処置方法の的確性

医師に対して、「看護師が行なう終末期がん療養者へのケア・処置方法は的確か」の問いには、「的確である」が74人(56.9%)「的確ではない」1人(0.8%)「どちらともいえない」48人(36.9%)「未回答・不明」7人(5.4%)であった。医師は、「どちらともいえない」と回答した13人が“訪問看護ステーションや看護師によりバラつきがある”を理由に挙げた。

⑭ 初回訪問実施後の情報提供：発信

初回訪問実施後の情報提供の発信については、情報提供を「する」看護師105人(69.5%)医師90人(69.2%)、「しない」看護師0人(0.0%)医師6人(4.6%)、「場合による」看護師41人(27.2%)医師30人(23.1%)、「未回答・不明」看護師5人(3.3%)医師4人(3.1%)であった。

⑮ 初回訪問実施後の情報提供：受信

初回訪問実施後の情報提供の受信については、情報提供が「ある」看護師44人(29.1%)医師105人(80.8%)、「ない」看護師17人(11.3%)医師2人(1.5%)、「場合による」看護師85人(56.3%)、医師19人(14.6%)「未回答・不明」、看護師5人(3.3%)医師4人(3.1%)であった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

⑯ 訪問開始期の情報提供・共有の内容

「訪問開始期の情報提供・共有の内容について」複数回答で問うと、医師と看護師は全身状態やケア・処置については、概ね80.0%以上が「情報共有する」としたが、療養の目的・目標や役割と責任については約半数が「情報提供・共有しない」であった。 χ^2 検定の結果、「療養の目的・目標」は医師と看護師の間に有意差があった($p<0.05$)。

⑰ 訪問スケジュールの相談と決定

「初回訪問以降の訪問スケジュールを相談して決めているか」の問いには、「決めている」看護師62人(41.1%)医師64人(49.2%)、「決めていない」看護師18人(11.9%)医師19人(14.6%)、「場合による」看護師62人(41.1%)医師39人(30.0%)、「未回答・不明」看護師9人(6.0%)医師8人(6.2%)であった。

⑱ ファーストコールを受ける体制

ファーストコール(緊急連絡)を受ける体制は、看護師は「その他」が56人(37.1%)で最も多く、そのうち35人は“ファーストコールは看護師または訪問看護ステーションが受ける”、“初回訪問に行くと医師がすでに療養者や家族にまず訪問看護に電話するように説明しているので、訪問看護ステーションが受ける”ということに記載していた。

医師は「訪問看護ステーションの看護師と相談して決めている」45人(34.6%)が最も多

かった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

⑱ 定期的な事例検討会の実施状況

定期的な事例検討の実施状況は、「行なっている」看護師 13 人(8.6%)医師 28 人(21.5%)であった。また、看護師は「行なっていない」76 人(50.3%)、医師は「場合による」49 人(37.7%)が最も多かった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

⑳ 意識レベル低下時の対応

終末期がん療養者の意識レベル低下時の対応は、医師と看護師は共に「自ら状況確認し場合によっては訪問する」が最も多く、看護師 61 人(40.4%)医師 49 人(37.7%)であった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

㉑ 痛み増大時の対応

終末期がん療養者の痛み増大時の対応は、看護師は「医師と看護師で相談し、訪問も含めて対応を検討する」56 人(37.1%)が最も多く、次いで「自ら状況確認し場合によっては訪問する」52 人(34.4%)であった。医師は、「自ら電話などで家族に状況確認や経過観察を指示し、場合によっては訪問する」55 人(42.3%)で最も多く、次いで「直ちに自ら訪問」30 人(23.1%)だった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

㉒ 緊急訪問実施後の情報提供：発信

緊急訪問実施後の情報提供の発信については、情報提供を「する」看護師 105 人(69.5%)医師 62 人(47.7%)、「しない」看護師 1 人(0.7%)医師 13 人(10.0%)、「場合による」看護師 39 人(25.8%)医師 47 人(36.2%)、「未回答・不明」看護師 6 人(4%)医師 8 人(6.2%)であった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

㉓ 緊急訪問実施後の情報提供：受信

緊急訪問実施後の情報提供の受信については、情報提供が「ある」看護師 37 人(24.5%)医師 94 人(72.3%)、「ない」看護師 16 人(10.6%)医師 3 人(2.3%)、「場合による」看護師 91 人(60.3%)医師 25 人(19.2%)、「未回答・不明」看護師 7 人(4.6%)医師 8 人(6.2%)であった。 χ^2 検定の結果、医師と看護師の間には有意差があった($p<0.01$)。

㉔ 看護師：訪問看護指示書に関することで困ったことの有無

看護師に対して、「終末期がん療養者の訪問看護指示書に関することで困ったことはあるか」の問いには、「ある」72 人(47.7%)「ない」68 人(45.0%)「未回答・不明」11 人(7.3%)であった。困ったことが「ある」とした看護師 24 人が“24 時間対応の連絡先が記載されていない”、“疾患名に「終末期」という記載がされていない”、“ペインコントロールのための麻薬量について書かれていなかった”などを挙げた。

㉕ 医師：訪問看護指示書の記載で困ったことの有無

医師に対して、「終末期がん療養者の訪問看護指示書を記載する際に困ったことはあるか」の問いには、「ある」20 人(15.4%)「ない」102 人(78.5%)「未回答・不明」8 人(6.2%)であった。

㉖ 看護師：事前の包括的指示の有無

看護師に対して、「終末期がん療養者の看護を行なう上で医師から事前に包括的指示を

受けることがあるか」の問いには、「ある」67人(44.4%)「ない」67人(44.4%)「未回答・不明」17人(11.3%)であった。包括的指示を受けることが「ある」場合、20人が“薬の使用方法(痛み、吐気・嘔吐、不眠、不安、消化器症状など)”についての指示があるとした。

㊦ 医師：訪問看護報告書の活用

医師に対して、「看護師からの訪問看護報告書と計画書は、医師が終末期がん経過を把握する上で役に立っているか」の問いには、「役に立っている」98人(75.4%)、「どちらともいえない」が18人(13.8%)、「役に立っていない」6人(4.6%)であった。医師は、「どちらともいえない」と回答した理由に“報告書がタイムリーに届かない”“がんの場合は特に今の状況と報告書の内容は変わっている”などを理由に挙げていた。

「連携メリット」「訪問看護の必要性」「終末期がん療養者の主治医としての条件」などの結果から、医師と看護師双方とも9割は継続した連携相手がいると答えており、両者は互いになくってはならない存在であると認識していた。役割については、医師と看護師の間で有意差があったのは「相手に期待している役割」であり、医師は看護師に臨機応変な対応を、看護師は医師に24時間の連絡体制を最も期待していたが、役割分担の具体的な内容については不明であった。情報の共有については、初回訪問開始期の情報提供・共有の内容として、「療養の目的・目標」については、医師と看護師の間に有意差が見られた。また、初回訪問実施後および緊急訪問実施後の情報の受信については、医師と看護師の間に有意差があり、看護師は医師からの情報提供が少ないと感じている傾向があった。

2) 面接調査の結果

(1) 面接対象者属性

対象者は、看護師24人、医師28人の計52人で、属性は表2の通りであった。

表2 面接対象者属性

属性	回答者	看護師 n=24	医師 n=28
平均年齢 (歳)		50.8	52.2
平均経験年数 (年)		26.0	25.3
平均訪問経験年数 (年)		10.7	11.0

(2) 面接内容の分析

面接内容の分析は、以下ラベル名は〈 〉、テーマ名を【 】にて表記し、対象者の語りを「 」で示す。その結果、【実働を伴う24時間体制を確保する】【それぞれの立場でデス・エデュケーションを行う】【情報の発信と受信後のフィードバックをする】【お互いを尊重し合い同じ方向にすすむ】の4つのテーマが抽出された。

① 実働を伴う24時間体制を確保する

医師と看護師は、療養者や家族介護者の症状緩和や不安軽減のために「いつでも連絡がつながるという安心感は大きい」「緊急性がなくても不安軽減のための訪問も必要」など、〈いつでも連絡を受ける〉と〈いつでも訪問する〉ことが必要という考えは一致していた。

特に医師は、外来診療中や急変が重なっている際に、療養者および家族介護者から発熱、チューブ管理のトラブルといった緊急事態の連絡があった場合は、看護師に医師より先に療養者宅に訪問することを期待していた。一方、「24 時間待機体制(オン・コール)に入れる常勤看護師が少ない」「ステーションが小規模」「地域によっては 24 時間体制があるステーションは全体の半数くらい」などの現状から、予定外の訪問や緊急訪問にすぐに対応することが困難と語る看護師もいた。その結果、医師と看護師は、お互いにカバーし合う形で【実働を伴う 24 時間体制を確保する】ことをしていた。

また、医師の中には、24 時間体制で〈いつでも連絡を受ける〉〈いつでも訪問する〉ことは在宅療養支援診療所の届出要件の一つと認識はしているが、「ちゃんとやっているとは言えない状況は心苦しい」「グレーゾーンにいる」の語りや「24 時間を掲げている診療所はあるが、実際は体制のない所もある」との語りもあった。一方、「外来が少ないため訪問はまだ余裕がある」「自身のできる範囲で外来や訪問診療をする」「外来を 30 分閉めて看取りに行く」と語る医師もいた。看護師の中にも「(訪問看護ステーションの)規模が小さいため、公には 24 時間体制を申請していないが、連携のある医師の場合は 24 時間体制で看取りをする」と語り、訪問に行く条件や制限を自ら設定する医師と看護師もいた。

② それぞれの立場でデス・エデュケーションを行なう

医師と看護師は、在宅終末期医療について「在宅をせっかくやっても死にそうになると家族が慌てちゃって『入院、入院』ってなる状況の方が多い」「マニュアルどおりにはいかない、ケース・バイ・ケースだから環境とかトータルで考えなきゃいけない」など、療養者本人の病態だけでなく家族の性格や介護状況も含めて、療養環境を全体的に捉えて支援していくことが必要であり、そのためには、「デス・エデュケーションを進めること」「死の教育」「今後どのようになっていくかを説明する」ことが必要であると語った。

デス・エデュケーションの介入のタイミングについては、「『自分だけ置き去りになる』『家族の中から消える』と療養者が話した時」、「悩んでいる時」、「会話の流れでなんとなく分かる」など、これまでの経験と訪問時の療養者や家族を観察する中で判断していると語った。また、医師と看護師は、訪問前の初回の相談時から「気持ちを聴く」「家族の話聴く」「家族の本音を聴く」「療養者や家族が言いたいことがいえるように話す」「どういふふうにご覧したい人、何を大事にしているのか」「その時の家族の反応を知る」など、療養者と家族の両方から〈意向・要望を確認する〉とし、「一度決定したことでも迷ったり揺れ動いたりする」、「意向や希望は介護者の体調が変化しただけでも変わる」、「決められない人もいる」こと等を認識していると語った。そして、医師と看護師それぞれが訪問時毎に継続して療養者や家族の身体的・精神的な状況を観察し、その時々に応じて継続的に意向・要望の確認をしながら〈説明を繰り返す〉と語った。この説明の中には、現在の病状について、療養者が今後どのような経過をたどると予測できるか、ホスピスや後方病院などの情報提供なども含まれると語った。

医師と看護師は、療養者と家族が療養生活の中で、「揺れ動くことは結構あって、それは O.K」とし、その時々〈要望に沿ってできる方法を検討し対応する〉、「決められない

人にもこういう方法もできる」、「ぴったりずーっと寄り添っていく」、時には「本人と家族の意見が食い違い大変な場合があるが、その場合は家族を説得することもある」など〈意思決定を支援する〉と語った。

特に、互いに連携相手として認め合っていた医師と看護師は、「家族が落ち着いて看取ることができる」「ほとんどの場合、家族が看取って亡くなった後に連絡が入る」と語り、「療養者が亡くなった後『先生の言ったとおりになっていったから、最期まで看取ることができた』、『前もって言ってくれた看護師さんのアドバイスで、慌てずに不安無く準備できてよかった』などと家族介護者から言われた」などの経験を語った。

医師と看護師の語りの中から、自身が自覚している役割、相手から期待されている役割、共通の役割の3つについて一部が明らかになった。その内容は、表3に示す通りである。

医師自身が自覚している役割は、「訪問診療の依頼をなるべく受ける」「病院医療から在宅医療への移行がスムーズにいくためにも、退院前カンファレンスに参加する」とし、「訪問診療の合間にカンファレンスに参加する」「医師が出席できない場合は診療所の看護師が参加するようにしている」と語った。

また、「最期の場所の意向が自宅から病院に変更しても対応できるように後方病院を確保する」、「退院後は病棟主治医に在宅での経過を報告・連絡しておく」ことで「救急搬送になった場合も対応してもらえるようにしている」と語った医師がいた。

この他に、医師は「疼痛コントロールのための医療用麻薬や抗生剤などメインの薬を決めて処方をする」「専門分野はあるが在宅医療は頭先从から足の先まで診ることが必要」であるとし、基本的には主治医としてトータルで診るが、皮膚科、眼科、歯科、精神科などは「必要に応じて専門医へ診療の依頼や相談もしている」と語った。

看取りについては、医師は「夜中であっても看取りに行き死亡診断書を記載する」ことを医師しかできない役割と自覚していた。

この他には、「最後は自分が責任をとるがある程度のことは看護師に任せている」、「医師の責任のもと看護師にある程度の裁量権を与える」、「医師の見方の偏りをなくすために看護師に意見を求める」、「(看護師が作成した)栄養指導やADL低下予防のためのプランなどは療養者にあったプランかを医師として確認し一緒に取り組む」など、看護師と医師が連携しながらも医師自身の役割として自覚していることの一部が明らかになった。

一方、医師が看護師から期待されている役割には、「療養者の緊急事態や看取りの時に医師にすぐ駆けつけてきて欲しい」「訪問に熱心に取り組む」など、フットワークがいいことがあった。また、看護師は「看護師の話を聴いてほしい」「最期まで自宅で過ごすことを希望していても病状を報告したら医師から『それだったら入院だ』と言われるとそうするしかなくなる」とし、在宅死を希望している療養者の意向を反映する方法について、看護師の意見にも耳を傾けて共に検討し、最期まで看取(死亡診断書を記載する)までを医師に期待していた。

その他には、会議や研修で訪問地域を離れる場合などは、「事前に療養者と家族、看護師に緊急時の連絡先を必ず伝える」「医療的な管理・処置が必要な療養者には、医師が在宅

の管理料を診療報酬で算定した上で、必要な衛生材料を払い出すことは医師しかできない」とし、期待していた。しかし、看護師は「1人医師と体制の医師が多いが、複数医師体制でないが無理ではないか」「訪問診療の医師が限られており先生が集中してしまう」など、医師の多忙さを認識していた。

看護師自身が自覚している役割には、「積極的に訪問看護の依頼を受ける」「二つ返事ですぐに行ってくれるから助かる」「訪問看護の依頼を断らない」と語った。また、「本人と家族の意見が違ふ時は大変」「同居していなくても決定権のある人が居る場合もあり、その人を確認することも大切」など、「介護評価をして経済的な負担も考えて家族の意見が一致できるようにサポートしている」ことを語った。そして、訪問看護の時間やサービス内容についても「療養者や家族に合わせて柔軟に対応する」「訪問時の状況を医師に報告する」と語った。

看護師が医師から期待されている役割には、「医師と異なったアプローチをする」「より身近な医療者として療養者や家族の相談にのって欲しい」「本音を聞いて欲しい」など、療養者や家族の相談相手となること、「療養者と家族介護者、病院の医師や看護師、介護保険サービスの提供者である他機関とのコーディネーター」となること、「療養者と家族介護者の今現在の状態について連絡をくれる」ことなどが挙げられた。また、「褥瘡処置や排便コントロールなどの薬については、看護師に意見を求める」と語った医師もいた。

共通の役割は、「24時間体制」、「療養者や家族の状況把握、繰り返し意向や要望を確認する」、「説明を繰り返す」、「大事な方針・意思決定の支援をする」、「メンタル面のフォローする」、「療養者や家族介護者との信頼関係をつくり関わる」などがあると医師も看護師も語った。また、医師と看護師の「顔と顔の見える関係」、「定期的なカンファレンスや勉強会・研修会を一緒にする」、「チームの一員としての意識・言動が必要」と語った。

医師と看護師は、それぞれの関係性の中で自身が自覚している役割、相手から期待されている役割を相談し、〈ある程度役割分担する〉ことにより責任をもって〈それぞれの役割を果たす〉ことをしていた。

表3 医師と看護師が自覚している役割、相手から期待されている役割、共通の役割

	自身が自覚している役割	相手から期待されている役割	共通の役割
医師	依頼をなるべく断らない 退院前カンファレンスに参加する 後方病院(バックベツ)を確保する 病棟主治医に在宅での経過を報告・連絡する メインの薬を決め処方する 苦痛の除去・症状の緩和をする 医療機器の管理をする トータルで診る(内科や外科に関係なく) 夜中でも看取りに行く 医師の責任のもと看護師にある程度の裁量権を与える 医師の見方の偏りをなくすため看護師に意見を求める 療養者にあったプランか確認し一緒に取り組む	フットワークがいい 最期まで看取る(死亡診断書を記載するまで) 複数の医師体制 療養者と家族、看護師に緊急時の医師の連絡先を伝える 在庫の管理をして必要な衛生材料を払い出す 看護師の情報に耳を傾け一緒に考えてくれる 在宅医療に情熱をもっている	24時間体制 療養者や家族の状況把握 繰り返し意向や要望を確認する 説明を繰り返す 大事な方針・意思決定の支援 メンタル面のフォロー デス・エデュケーション 療養者や家族介護者との信頼関係 医師と看護師の顔と顔の見える関係 デス・カンファレンス グリーフケア 勉強会・研修会
看護師	積極的に依頼を受ける 報告する 家族の意見が一致できるようにサポートする 家族の中で決定権がある人を判断する 柔軟に対応する 介護評価をする 経済的負担の検討	医師と異なったアプローチをする より身近な医療者としての存在 コーディネーター 連絡をくれる	チームの一員としての意識・言動

③ 情報の発信と受信後のフィードバックをする

医師と看護師は、在宅医療では「それぞれの組織でバラバラに活動している」、「関わる人全員が情報共有の意識と努力が特に必要」、「情報の共有が大切」という認識は一致していた。特に看護師は、「医師よりも訪問回数も多い」「ケアを行なう際に直接身体に触れ、どのような姿勢でどの位の痛みがどの程度あるのかを知ることができる」という強みを生かし、「療養者の病状や変化について医師へ情報を提供する」と語った。一方医師は、看護師の情報提供については「終末期は、血圧やサチュレーション(経皮的酸素飽和度)の値などは急性期の報告」、「今本人が何を思っているのか、家族は看取れると思っているのかいないのか知りたい」、「そのままの情報ではなく看護師のアセスメントを聞きたい」、「訪問看護報告書は、終末期のがんの方の場合は昔の話になるので役に立たない」「報告書は形式的でサマリー的なものであまり読まない、介護状況などを書く欄もない」「遅れて届くのでタイムリーでない」などを語った。一方、「情報が足りない」「(医師自身が)こちらからも連絡することが必要」と語る医師もいた。

医師と看護師の中には、「細かなこと些細なことに重大なことが隠されていることがある」とし、〈情報をアセスメントし相手に発信する〉ことをしていた。また、「医師が外来などで忙しい場合は、その時に直接話ができなくても後から看護師に連絡をくれたり、医師が外来の合間に直接療養者や家族に連絡を入れたりしてくれて、家族から『今先生から連絡があった』とステーションに連絡が入る」、「医師から看護師に連絡がなくても、療養者や家族に連絡してくれることによって、看護師と療養者や家族との信頼関係が保たれる」と語った。医師と看護師は、「何らかの形で看護師、療養者や家族にレスポンスがある」「返答をくれる」など、〈相手の情報を受信しフィードバックする〉ことをしていた。

その他に看護師は、「診療所の看護師との連携がよい」「患者のことを把握している看護師がいる」とし、外来や訪問診療中などで医師とすぐに直接相談や報告ができない場合も〈橋渡し役の看護師がいる〉ことによって情報の共有が図られると述べた。

④ お互いを尊重し合い同じ方向にすすむ

医師と看護師は、「同じ地域で一緒に勉強会をする」「会議・研修では特徴がみられる部分がある」「(相手が)どういう考え方っていうのを知るのがうまくいく秘訣」と語り、訪問している地区ごとの勉強会に参加することや合同で研修会を開催するなど〈顔と顔の見える関係〉を重視していた。特に、カンファレンスや勉強会・研修会などでは、医師と看護師がお互いの顔を見ながら〈意見を交換する〉ことによって、「誰がどういうことを言うのかによってその人を知ることができる」というように、発言の内容を通して〈お互いを知り合う〉と語った。医師と看護師の中には、「定期的なカンファレンスを行なっている」「訪問看護ステーションでデス・カンファレンスをしている」と語る一方、多くの医師と看護師は、「定期的なカンファレンスや事例検討会を開催したい」「振り返りが十分できていない」と語った。また、医師と看護師は連携の中で「ケースを重ねるごとに形ができてくる」、「チームの和を乱すのはダメ」、「言葉や態度が相手にとって不十分で、患者・家族から辛い言葉を言われて帰ってきててもその後カバーする」、「信頼して任せる」など、〈お互いを尊重した関係をつくる〉ことを語った。また、医師と看護師は「病状を家族介護者に不用意に説明したため、家族の不安が増して後で困った」、「説明するのはいいんだけど、不安にさせたり突っ走ったりしないほしい」、「療養者や家族と一緒にいるのではなく専門職としての行動が大事」、「すぐに『入院』と言わず、どうやったら在宅に居られるか考えてほしい」「考え方が違うとダメ」、など〈同じ方向にすすむ〉ことの必要性を語った。

6. 考察

本研究結果は、質問紙調査の回収率が20%であり、面接調査は質問紙調査の中で面接調査への協力の意思表示をした者を対象に選定したことなどから、結果には偏りがある。

1) 医師と看護師の連携や協働の実態

(1) 実働を伴う24時間体制を確保のための連携

医師と看護師は、療養者の不安定な病状への対応や家族介護者の不安軽減のためには、〈いつでも連絡を受ける〉必要時は〈いつでも訪問する〉という体制を確保することが必

要であると認識していたが、単独ではこの体制の確保や維持をすることが困難な現状があった。つまり、医師と看護師は【24時間実働を伴う体制を確保する】という課題を共通して認識していることが示された。

吉池らの連携の展開過程¹¹⁾では、単独では解決できない課題を認識した時、課題を共有し得る他者を確認し協力の打診をする段階がある。医師と看護師は、他の職種では連携が困難な課題をカバーし合う連携関係があり、【実働を伴う24時間体制を確保する】ことは医師と看護師の重要な役割の一つとしても認識していることが示された。

(2) 医師と看護師の定期的なカンファレンス実施に向けての検討

定期的なカンファレンスは、療養者や家族の在宅医療に関する目的や今後の方針を検討する場の一つとして考え、質問紙調査の中で実施状況を確認したが、医師と看護師の有意差があった。その理由には、1ヶ所の在宅療養支援診療所は、複数の訪問看護ステーションに指示書を記載していることが考えられ、その中でも定期的なカンファレンスを実施している訪問看護ステーションは限定されていること、「場合によっては開催する」の割合が医師も看護も約40%であり療養者と家族の状況によって定期的ではないが実施していることなどが推測できる。また、面接調査においては、互いに連携相手と賭して認め合い連続的な協力関係にある3組の医師と看護師以外は定期的なカンファレンスの実施には至っていなかったが、実施することの必要性や実施したいという思いを語った医師と看護師がほとんどであった。今後、定期的な事例検討会を開催するためには、医師と看護師が開催時間、参加者、カンファレンスのもち方などの実施方法を検討することが課題である。また、開催している医師と看護師がなぜできているのか、どのようにして開催しているかを参考に検討することも有効であると考えられる。

(3) 医師と看護師の情報の交換や共有についての課題

質問紙調査では、初回訪問実施後に「情報提供をするか」と「情報提供があるか」という問いには、医師69.2%看護師69.5%が「情報提供する」と回答し有意差は認められなかったが、「情報提供がある」と回答したのは医師が80.8%に対し看護師は29.1%であり、医師と看護師の間に有意差があった。緊急訪問実施後の情報の共有についても同様の結果が得られた。すなわち、看護師自身は情報を発信しているが、医師からの発信が少ないと感じていることが考えられる。この理由には、看護師は療養者の病状や家族の介護場面を観察する機会が多いこと、その結果病状の変化や介護負担などについて医師に報告・相談する機会が相対的に多くなっていることなどが推測できる。また、面接調査では、医師は看護師に療養者や家族の意向・要望に関する情報を期待していることが明らかになった。

一方、看護師は主にバイタルサインや療養者の病状などを報告する傾向があり、その結果、発信する側の情報と受信する側が欲しい情報にはズレが生じていることも考えられる。これらから、医師と看護師は、療養者や家族の意向・要望とその変化に関する情報を報告し合い、意見を含めたフィードバックを相互し合う【情報の発信と受信後のフィードバックをする】ことの必要性が示された。

2) 医師と看護師の役割と相手への期待、連携や協働が成功する要因とうまくいかなかった要因の検討

(1) 在宅終末期医療における医師と看護師の役割と期待

面接調査では、医師と看護師の共通の役割の一つとして、「揺れ動く気持ちを受け止める」、「家族に労いの言葉をかける」、「精神的な支援」、「最期の場所などの意向・要望の確認をする」、「療養者の病状について説明」など【それぞれの立場でデス・エデュケーションを行なう】ことが示された。特に、在宅医療は、訪問した者しかその時の状況を把握できないこと、療養者や家族の意向や希望は変化することなどから、訪問毎に医師と看護師が状況や情報を発信・受信し合うことで共有し、デス・エデュケーションをつないでいくことが重要である。季羽¹⁷⁾は、家族に教えるのではなくて、自分たちで納得し、答えを見つけていくというかたちでそこに関わっている人が、人生の総決算と死に直面する不安を乗り越えるために必要とされる精神的なサポートであると述べている。すなわち、デス・エデュケーションは、医師や看護師が療養者や家族に教え導くではなく、療養者や家族の意向や要望を受け止める覚悟の上でどのようにしたらそれが可能になるのかを一緒に考え、悩み、決めていくなどの過程を共有することが重要であることが示された。

(2) お互いを知り合うことによって同じ方向にすすむことの重要性

医師と看護師は、面接調査の中で「顔と顔の見える関係が大事」、「相手がどのような考えかを知ることはうまくいく秘訣」、「カンファレンス、研修会や勉強会に参加してその人の発言を聞くと、どんな考えの人なのかを知ることができる」など、「相手を知るとは連携がうまくいく要因」の一つであると語った。すなわち、カンファレンスの実施は、療養者や家族の今後の方向性の検討の場としてだけではなく、顔と顔の見える関係づくりや相手の発言を聞いて相手を知る場としても捉えており、連携や協働が成功する要因の一つであった。一方、「不用意な説明で療養者や家族が不安になる」「(医師や看護師が)突っ走る」「チームの和を乱すことはダメ」など、それぞれが専門職として【お互いを尊重し合い同じ方向にすすむ】ことの重要性が示された。

7. おわりに

インタープロフェッショナルワークは、多職種間の連携や協働についての概念であるが、今回は医師と看護師の2者間の連携について検討した。

医師と看護師は、お互いに連携の相手として欠かせない存在であるという認識は一致しており、医師も看護師の約90%が信頼できる連携相手の存在があったとした。その中で、医師と看護師は、病状が変化しやすく不安を抱える終末期の療養者や家族に対応するために、24時間連絡を受けることや必要時に訪問するという対応が必要であると認識していたが、単独では解決できない課題であり、現状はお互いにカバーし合いながらの何とか体制を確保している現状があった。

また、医師と看護師の共通の役割は、デス・エデュケーションを途切れることなく行なうことであり、そのためには訪問毎の情報の発信と受信を相互に行い、フィードバックし

合うことによって情報が共有される必要性が示された。そして、定期的なカンファレンスの実施は、療養者や家族の目標や目的の一致や方法の検討を行なう場としてだけでなく、医師と看護師が顔と顔の見える関係でお互いを知る場としても重要であることが分かった。すなわち、顔と顔の見える関係はお互いをよりよく知り合うことにもなり、その結果連続的な協力関係へと展開することが示された。しかし、現状では 24 時間体制をカバーし合う医師と看護師各々のマン・パワー不足、定期的なカンファレンスの実施は必要であると認識しながらも多忙な業務の中、一堂に会して実施することが困難とする現状もあり、課題の解決に向けては取り組みの途中であることも明らかになった。

今後は、連携している医師と看護師が、どのようにしたらもう少し余裕をもって実働を伴う 24 時間体制を確保することができるようになるか、多忙な業務の中でも一堂に会して定期的なカンファレンスを実施することができるか、医師と看護師以外の多職種間連携についての検討などが必要である。また、本研究では療養者と家族の意見が反映されていないため、医師と看護師の連携がどのように受け取られたかを含めた検討も必要である。

謝辞

本研究において、ご多忙の折、貴重なお時間をいただきましたA県内の在宅療養支援診療所の医師の皆様と訪問看護ステーションの看護師の皆様に、心より御礼申し上げます。

なお、本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団からの助成による研究です。ここに御礼申し上げます。

引用文献

1. 終末期医療のあり方に関する調査等検討会編『今後の終末期医療の在り方』(東京:中央法規, 2005).
2. 厚生労働省編『平成 19 年版厚生労働白書—医療構造改革の目指すもの—』(東京:行政, 2007).
3. 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成 20 年医療施設調査(静態調査 動態調査) 病院報告上巻(全国編)』(東京:財団法人厚生統計協会, 2010).
4. 田城孝雄『在宅医療ガイドブック』(東京:中外医学社, 2008:30-39).
5. 早坂裕子『がん患者の在宅ターミナルケアを実践する医師の調査 2006 年の調査を基に』『日本医事新報』4417 号(2008):77-84.
6. 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成 20 年介護サービス施設・事業所調査』(東京:財団法人厚生統計協会, 2010).
7. 阿部文彦『在宅での看取りは今:在宅療養支援診療所の全国調査報告』『読売クォーター』春号(2008):40-49.
8. 池川清子, 田村由美, 工藤桂子「今、世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは—21 世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道—第 1 部: Inter-Professional とは何か—用語の定義および英国における発展過程—連載 1」『Quality Nursing』4 巻 11 号(1998)73-80.
9. 吉本照子「インタープロフェッショナルワークによる専門職の役割遂行」『Quality Nursing』7 巻 9 号 (2001) 4-10.
10. 田村由美, 工藤桂子, 池川清子「「今、世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは—21 世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道—第 1 部: Inter-Professional とは何か—Rawson, D の概念モデル—連携 2」『Quality Nursing』4 巻 12 号(1998)52-60.
11. 吉池毅志, 栄セツコ「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—」『桃山学院大学総合研究所紀要』34 巻 3 号 (2005):109-122.
12. 神奈川県看護協会, 『平成 21 年度「かながわ訪問看護ステーション一覧(冊子)」について』
<http://www.kana-kango.or.jp/newsview/view.cgi?ncd=20090601085714>
13. WAM NET ワムネット『病院・診療所情報』
http://www.wam.go.jp/iryoappl/homecare_search.do
14. 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子「介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討」『富山大学看護学会誌』7 巻 2 号(2008):51-60.
15. 神奈川県, 「平成 20 年衛生統計年報」
<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/fukusisomu/joho/nenpo/H20/tokei/03JinDo/03Shibo/Shibo0900.xls>
16. 総務省統計局, 「平成 22 年版 高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/pdf/1s1s_2.pdf

17. 嶺学,時田純,季羽倭文子他『高齢者の在宅ターミナルケア その人らしく生きること
を支える』(東京:お茶の水書房,2002).

参考文献

1. Laurie N.Gottlieb, Nancy Feeley, Cindy Dalton 著, 吉本照子監訳, 酒井郁子訳,杉田由加里訳『協働的パートナーシップによるケア 援助関係におけるバランス』(東京:エンゼルピア・ジャパン,2007)
2. Leathard, Audrey. *Going Inter-Professional :Working Together for Health and Welfare.* London and New York : Routledge, 2010.
3. 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編『在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』(東京:中央法規,2004)
4. 竹生礼子「日本における 1990 年以降の在宅死と病院死に関連する要因の文献的検討」『日本地域看護学会誌』11 巻 1 号(2009):87-92.
5. 平田泰彦, 島田政則, 神津仁他「在宅医療における療養支援診療所機能アンケート」『日本臨床内科医会誌』23 巻 4 号(2008):398-408.
6. 日本医師会総合政策研究機構, 福岡県医師会, 福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構編『日医総研ワーキングペーパー在宅医療支援診療所実態調査-2007 年 1 月実施-』(東京: 医療・福祉研究機構, 2007).
7. 石川ひろの, 柏木聖代, 福井小紀子他「在宅末期がん患者のケアにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究」『プライマリ・ケア学会誌』30 巻 3 号(2007).
8. 鈴木央「在宅療養支援診療所を考える 一般診療所の立場から」『日本在宅医学会雑誌』8 巻 2 号(2007):41-45.
9. 太田秀樹「在宅療養支援診療所の課題とこれから」『日本在宅医学会雑誌』8 巻 2 号(2007):51-53.
10. 荒井康之「在宅療養支援診療所の現状と課題」『日本在宅医学会雑誌』8 巻 2 号(2007):61-63.
11. 二ノ坂保喜「在宅ホスピス における「在宅療養支援診療所」の役割を考える」『日本在宅医学会雑誌』8 巻 2 号(2007):71-77.
12. 野末聖香, 金子仁子, 上野まり他「訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権拡大に関する研究報告書」『平成 17 年度社団法人日本看護協会看護政策研究事業』(2006).
13. 太田喜久子,青木和恵, 石垣和子他「医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究 平成 20 年度総括研究報告書」『厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業』(2008).
14. 社団法人日本看護協会『訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究』『平成 18 年度看護政策研究事業』(2007).
15. 橋本恵美子, 正野逸子, 大田直美, 「在宅療養患者の終末期における家族・看護職・意思による療養評価の一致度と療養状態の検討」『在宅ケア学会誌』17 巻 1 号(2003):68-76.
16. 青木万由美, 渡部啓子, 吉崎由希子他「在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割」『ホスピスと在宅ケア』16 巻 3 号(2008):218-224.