

研究報告

訪問看護師と病棟看護師の  
切れ目のない緩和ケアを提供するための課題  
——A 地域のがん診療連携拠点病院との連携に着目して

柄澤邦江<sup>1)</sup>，安田貴恵子<sup>1)</sup>，伊藤みほ子<sup>2)</sup>，  
清水美穂子<sup>3)</sup>，小林明子<sup>4)</sup>，大石ふみ子<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> 長野県看護大学，<sup>2)</sup> あち訪問看護ステーション，

<sup>3)</sup> 飯田市立病院，<sup>4)</sup> 元長野県看護大学，

<sup>5)</sup> 聖隷クリストファー大学

長野県看護大学紀要

第22巻別刷

2020年3月

## 訪問看護師と病棟看護師の 切れ目のない緩和ケアを提供するための課題 ——A 地域のがん診療連携拠点病院との連携に着目して

柄澤邦江<sup>1)</sup>，安田貴恵子<sup>1)</sup>，伊藤みほ子<sup>2)</sup>，清水美穂子<sup>3)</sup>，  
小林明子<sup>4)</sup>，大石ふみ子<sup>5)</sup>

**【要 旨】** A地域唯一のがん診療連携拠点病院の病棟看護師と同じ二次医療圏で活動する訪問看護師の地域緩和ケアに関する実践と認識を明らかにし、切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を検討することを目的に、自記式質問紙調査を実施した。訪問看護師28名、病棟看護師47名から回答が得られた。訪問看護師は本人と家族に対するコミュニケーションと患者・家族中心のケア、病棟看護師は疼痛と呼吸困難のケアを実施している認識が有意に高いことが示された。がん診療連携拠点病院と訪問看護の連携については、自由記述から両者どちらも連携を図ることを課題として認識していることが明らかになった。A地域においては今後、患者・家族を中心としたケアの実践や両者の連携の在り方を具体的に検討する必要性が考えられた。さらに、訪問看護師と医師との相談や協議をしやすい体制の構築、病棟看護師自身が在宅緩和ケアを知る機会を増やすとり組み、訪問看護師が病棟看護師にフィードバックする実践の必要性が示唆された。

**【キーワード】** 切れ目のない緩和ケア，訪問看護師，病棟看護師，地域緩和ケア，がん診療連携拠点病院

### 緒言

がんは1981年から我が国の死因の第1位であり（厚生労働省，2019），がん患者と家族に対する質の高い治療と療養を目指した全人的な緩和ケアの充実は重要な課題である。国は1984年に「対がん10か年総合戦略」，2007年には「がん対策基本法」を施行するとともにがん対策推進基本計画を策定し，以降総合的かつ計画的にがん対策を推進している。全国どこでも質の高いがん医療を提供するためのがん診療連携拠点病院（以下，がん拠点病院）においては，専門的ながん医療の提供，がん診療の地域連携協力体制の構築，が

ん患者・家族に対する相談支援及び情報提供等が行われている（厚生労働省，2019）。2012年の第2期がん対策推進基本計画では、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を重点的に取り組むべき課題として挙げ，がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう，在宅緩和ケアを含む在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要性が示された（厚生労働省，2012）。また2015年には地域緩和ケア提供体制について、「がんと診断された時から，入院・外来・在宅等の診療の場を問わず，また，がん治療の有無に関わらずいつでもどこでも切れ目の

<sup>1)</sup> 長野県看護大学

<sup>2)</sup> あち訪問看護ステーション

<sup>3)</sup> 飯田市立病院

<sup>4)</sup> 元長野県看護大学

<sup>5)</sup> 聖隷クリストファー大学

2019年11月1日受付

2020年3月19日受理

ない質の高い緩和ケアの提供を推進すべきである。」として、拠点病院、緩和ケア病棟、訪問看護ステーション等が協力して、それぞれの地域の状況に応じた地域緩和ケアの提供体制を構築することを推進している（厚生労働省、2015）。現在進行中の第3期基本計画においても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目標の一つに掲げ、切れ目のない質の高いがん医療の提供するための地域における緩和ケア体制の充実を目指している（厚生労働省、2018）。

地域緩和ケアに関する近年の研究では、緩和ケア情報共有ツールを用いたシームレスな地域連携の取り組み（友松ら、2018）や在宅療養者への外来看護師の支援（伊藤ら、2018）、訪問看護師による緩和ケア（石川ら、2017）などが報告されている。また、在宅緩和ケアの質向上のためには、主治医との連携強化とがん拠点病院と地域が一体となることが必要であり（松下ら、2012）、訪問看護師は退院前に、病棟看護師、ケアマネジャー等と共に様々なことを調整する役割がある（谷口、2018）ことが示唆されている。特に退院後も看護・介護を継続するためには、病棟看護師は訪問看護師と連携し、継続看護につなげることが重要である（小林ら、2013）が、病棟看護師は、訪問看護や在宅生活のイメージが付きにくい現状に置かれていること（川嶋ら、2015）や訪問看護導入時期の遅れ（奥村、2013）などが指摘されており、これらの課題は、地域緩和ケアを実践する上で喫緊の課題である。

本研究の研究者らは、A地域において日常的に緩和ケアに携わる中で、訪問看護師と病棟看護師との連携の必要性を感じていた。そこで、A地域に唯一のがん拠点病院の病棟看護師とA地域で活動する訪問看護師の切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を明らかにすることで、今後のA地域の看護職の緩和ケアの質向上に寄与し、病院と在宅との切れ目のない緩和ケアについて有用な示唆が得られると考えた。

### 研究目的

本研究の目的は、A地域唯一のがん診療連携拠点病院の病棟看護師と同じ二次医療圏で活動する訪問看護師の地域緩和ケアに関する実践と認識を明らかにし、

切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を検討することである。

### 研究方法

#### 1. 研究デザイン

本研究は、量的記述的研究である。

#### 2. データ収集方法

A地域は14の市町村からなる二次医療圏域を構成しており、約110の医療機関がある。人口約15.7万人、高齢化率は33.8%であり高齢化が進んでいる地域である（長野県、2019）。A地域に唯一のがん拠点病院の病棟看護師とA地域の訪問看護師との地域緩和ケアに関する実践と認識を明らかにするため、以下の研究手順を進めた。なお、A地域に緩和ケア病棟、ホスピスなどが専門とした病棟はない。

A地域のがん拠点病院の看護部長およびがん拠点病院と同じ医療圏内で活動している全訪問看護ステーション10か所（内、病院併設型6か所）の管理者に電話で研究の目的、方法など主旨を説明した。後日依頼文書を送った後、再度電話して研究協力の同意を尋ねた結果、がん拠点病院の看護部長及び9か所の訪問看護ステーションの管理者の承諾が得られた。がん拠点病院には研究者が病院に出向いて全8病棟師長に文書を用いて説明した。研究協力の了解が得られた6病棟の病棟師長から、日頃から緩和ケアに関わっている病棟看護師数を把握し、該当する病棟看護師に各病棟師長から説明文書および調査票を配付するように依頼した。研究協力の了解が得られた9の訪問看護ステーションの管理者には、予め電話で日頃から緩和ケアに関わっている訪問看護師を把握し、該当する訪問看護師に管理者から説明文書および調査票を配付するように依頼した。後日郵送で管理者に対象者への説明文書と調査票等を郵送した。対象者は、病棟看護師は116名、訪問看護師は43名。調査は無記名自記式質問紙調査とし、調査票の回収は個々に郵送での返信とした。返信をもって調査協力に同意が得られたものと判断した。調査は2013年12月に実施した。

#### 3. 調査内容

対象者の概要として看護職として勤務した経験年数、現在の職場の勤務年数を尋ねた。訪問看護師には職場

の病院併設状況を尋ねた。地域緩和ケアに関する実践を明らかにするために、信頼性と妥当性が検証（中澤, 2010）されている「緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度（中澤, 2008）」を用いた。尺度は〔疼痛〕・〔呼吸困難〕・〔せん妄〕・〔看取りのケア〕・〔コミュニケーション〕, 〔患者・家族中心のケア〕の6ドメイン（領域）からなり、各ドメインは3項目から構成されている。全18項目を「常に行っている」5点～「行っていない」1点の5段階で尋ねた。地域緩和ケアに関する認識を明らかにするために、①がん拠点病院と訪問看護との連携についての考え、②地域緩和ケアについての考えを「非常によく思う」5点～「全く思わない」1点の5段階で尋ねた。これらの質問項目は、訪問看護認定看護師および緩和ケア認定看護師の資格をもつ共同研究者2名と成人看護学及び地域・在宅看護学の研究者4名からなる研究チームの協議により作成した。また、地域において切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を自由記述で尋ねた。

#### 4. 分析方法

訪問看護師および病棟看護師の概要については、両者および全数の回答の単純集計を行った。緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度は、尺度の分析方法に則り、6ドメインの合計点で評価した。尺度の使い方（中澤, 2008）に則り、合計点が高いほどケアを実践している認識が高いことを意味するとした。地域緩和ケアに関する認識については、各項目の平均点を算出し、Mann-Whitney U検定を用いて両者を比較した。有意水準は0.05未満とした。統計ソフトはIBM SPSS Statistics24を用いた。自由記述は、意味内容から要約例を作成した。要約例の意味内容を比較検討して小分類しネーミングし、さらに小分類の類似性から大分類しネーミングした。

#### 倫理的配慮

調査票は個人が特定されないように無記名とし、個々に郵送により回収してプライバシーを保護した。調査への協力は対象者自身の自由意思であること、調査の不参加によって不利益を受けることはないこと、研究目的以外にデータを使用することはないこと、学会・論文などで公表する際には施設や個人が特定され

ないことなどを書面で説明した。本研究は長野県看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2013-06）。

## 結果

### 1. 対象者の概要

訪問看護師28名（回収率65.1%）、病棟看護師47名（40.5%）の計75名（回収率47.2%）から回答を得た。その内、緩和ケアに関する医療者の態度尺度について無回答があった病棟看護師2名を除き、73名を分析の対象とした。病棟看護師は男性1名、女性44名、訪問看護師は全員女性であった。訪問看護師の所属施設は病院併設53.6%、病院併設以外46.4%であった。看護職として勤務した経験年数は21.5（SD±8.9）年、訪問看護師として勤務した経験年数6.6（SD±5.3）年であった。病棟看護師は看護職として勤務した経験年数は14.4（SD±10.7）年、現在の部署での勤務は3.5（SD±2.8）年であった（表1）。

表 1. 対象者の概要

	人数 (人)	女性 (人)	男性 (人)	看護職としての 経験 (年±SD)	現在の部署の 経験 (年±SD)
訪問看護師	28	28	0	21.5(±8.9)	6.6(±5.3)
病棟看護師	45	44	1	14.4(±10.7)	3.5(±2.8)

### 2. 地域緩和ケアに関する実践

中澤の「緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度」について、6ドメインは〔 〕, 18項目は (1) ～ (18) と示す。

訪問看護師は、〔コミュニケーション〕と〔患者・家族中心のケア〕を実践している認識が最も高く（表2）、18項目では「(18) 患者・家族のつらさについて、少しでも分かろうとしている。」が平均4.4と最も高かった。病棟看護師は、〔疼痛〕を実践している認識が最も高く、「(1)患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みが強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている」と「(3)鎮痛剤を臨時（レスキュー）で使用した場合、その効果を把握している」が平均4.2と最も高かった。〔せん妄〕は両者とも最も低い評価であった。

18項目の2群間の比較では、訪問看護師が病棟看護師に比べて実践している認識が有意に高かった項目

は、〔せん妄〕「(9)患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている」(p<0.01), 〔看取りのケア〕「(12)死が近づいてきた時、家族にどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている」(p<0.01), 〔コミュニケーション〕の3項目「(13)患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話している」(p<0.01) 及び「(14)患者に質問をする時、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている」(p<0.05), 「(15)患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している」

(p<0.01), 〔患者・家族中心のケア〕の「(17)患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている」(p<0.05)であった。病棟看護師が訪問看護師に比べて実践している認識が有意に高かった項目は、〔疼痛〕「(1)患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている」(p<0.01), 〔呼吸困難〕の「(4)苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている」(p<0.05)であった。

表 2. 地域緩和ケアに関する実践

ドメイン	項目	訪問看護師 n=28		病棟看護師 n=45		合計 n=73		p値		
		平均値	標準偏差	平均 ランク	平均値	標準偏差	平均 ランク		平均値	標準偏差
疼痛	(1) 患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	3.4	1.1	26.8	4.2	0.7	43.3	3.9	1.0	**
	(2) どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	4.1	0.9	38.1	4.0	0.7	36.3	4.1	0.8	n.s.
	(3) 鎮痛剤を臨時(レスキュー)で使用的場合、その効果を把握している	4.1	0.5	36.3	4.2	0.6	37.5	4.2	0.6	n.s.
	計	11.6	2.0	31.0	12.4	1.8	40.8	12.1	1.9	*
呼吸困難	(4) 息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	3.3	1.1	31.0	3.8	0.9	40.7	3.6	1.0	*
	(5) どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	4.1	0.6	41.7	3.7	0.9	34.1	3.9	0.8	n.s.
	(6) 息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・温度調節・換気など環境を快適に保つようしている	4.1	0.5	37.0	4.0	0.8	37.0	4.0	0.7	n.s.
	計	11.4	1.9	35.3	11.5	2.2	38.1	11.5	2.0	n.s.
せん妄	(7) 時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている(指示をしている)	2.9	1.2	36.9	2.9	1.0	36.2	2.9	1.1	n.s.
	(8) せん妄症状を悪化させる不快な症状(尿意・便秘・疼痛・不安など)がないか、評価している	3.5	1.0	41.5	3.2	1.1	34.2	3.3	1.1	n.s.
	(9) 患者がせん妄になった時、家族がどう思っているか、聞いている	3.8	0.9	44.4	3.1	1.0	31.7	3.4	1.0	**
	計	10.1	3.0	42.2	9.1	2.5	33.8	9.5	2.7	n.s.
看取りのケア	(10) 死が近づいてきた時、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	3.5	1.1	34.3	3.7	1.0	38.7	3.6	1.0	n.s.
	(11) 死が近づいてきた時、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価している(体位変換・吸引・抑制・血液検査・尿量測定・点滴など)	3.6	1.1	34.6	3.8	1.0	38.5	3.7	1.0	n.s.
	(12) 死が近づいてきた時、家族にどんな心配を抱えているか、定期的に聞いている	4.2	0.6	46.6	3.4	1.0	31.0	3.7	1.0	**
	計	11.3	2.5	38.7	10.8	2.6	35.9	11.0	2.5	n.s.
コミュニケーション	(13) 患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話している	4.3	0.6	45.4	3.7	0.8	31.8	3.9	0.8	**
	(14) 患者に質問をする時、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	4.3	0.6	43.3	3.8	0.8	33.1	4.0	0.8	*
	(15) 患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	4.0	0.8	45.3	3.5	0.8	31.8	3.7	0.8	**
	計	12.5	1.8	46.5	11.0	2.0	31.1	11.6	2.1	**
患者・家族中心のケア	(16) 患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	4.1	0.7	42.4	3.6	1.0	33.6	3.8	0.9	n.s.
	(17) 患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.2	0.5	42.1	3.9	0.8	33.1	4.0	0.7	*
	(18) 患者・家族のつらさについて、少しでも分かろうとしている	4.4	0.6	42.5	4.0	0.8	33.6	4.2	0.7	n.s.
	計	12.5	1.8	42.7	11.5	2.3	33.4	11.9	2.2	n.s.

\*: p&lt;0.05, \*\*: p&lt;0.01, n.s.: not significant

### 3. 地域緩和ケアに関する認識

#### 1) がん拠点病院と訪問看護との連携について

がん拠点病院と訪問看護との連携が十分できているかについて表3に示した。訪問看護師は平均2.9(SD±0.7)点、病棟看護師は、3.4(SD±0.6)点であり、有意差が認められた(表4)。「非常によく思う」と「よく思う」の割合の計が、訪問看護師は12.5%に対し、病棟看護師は40.0%であったが、「どちらともいえない」は、訪問看護師が70.8%、病棟看護師57.8%であった。「全く思わない」と「あまり思わない」の割合の計は、訪問看護師が16.7%、病棟看護師は2.2%であった。

#### 2) 地域緩和ケアについて

訪問看護師および病棟看護師の平均点の比較では、11項目中6項目に有意な差が見られた(表4)。6項目のうち、訪問看護師の方が病棟看護師に比べて平均点

が有意に高い項目は、「在宅療養するための訪問看護が地域で機能している」(訪問看護師3.9(SD±0.6)点、病棟看護師3.4(SD±0.8)点)、「通院が可能であってもかかりつけ医による訪問診療(往診)の必要がある」(訪問看護師3.7(SD±1.2)点、病棟看護師3.4(SD±0.8)点)、「通院が可能であっても訪問看護の必要がある」(訪問看護師4.0(SD±0.9)点、病棟看護師3.5(SD±0.7)点)の3項目であった。病棟看護師の方が訪問看護師に比べて有意に平均点が有意に高い項目は、「在宅療養するためのがん診療連携拠点病院が地域で機能している」(訪問看護師2.7(SD±0.7)点、病棟看護師3.4(SD±0.7)点)、「がん診療連携拠点病院の医師とかかりつけ医の主治医二人体制が機能している」(訪問看護師2.3(SD±0.7)点、病棟看護師2.9(SD±0.8)点)、「この地域の地域緩和ケアは充実してい

表 3. がん拠点病院と訪問看護との連携についての考え

	全く 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	よく思う	非常に よく思う	平均点	標準偏差	平均ランク	p値
訪問看護師 n=24	1	3	17	3	0	2.9	0.7	26.9	**
病棟看護師 n=45	0	1	26	17	1	3.4	0.6	39.3	
計 n=69	1	4	43	20	1	3.2	0.6		

\* : p<0.01

表 4. 地域緩和ケアについての考え

項 目	訪問看護師 n=28			病棟看護師 n=45			計 n=73		p値
	平均点	標準偏差	平均ランク	平均点	標準偏差	平均ランク	平均点	標準偏差	
1) 緩和ケアが必要な患者とその家族の不安が軽減するようなケアができています	3.0	0.8	36.1	3.0	0.7	36.8	3.0	0.7	n.s.
2) 在宅療養するための訪問診療(往診)が地域で機能している	3.1	1.1	38.1	3.0	0.7	35.6	3.1	0.9	n.s.
3) 在宅療養するための訪問看護が地域で機能している	3.9	0.6	43.7	3.4	0.8	32.2	3.6	0.8	*
4) 在宅療養するための介護保険のサービスが地域で機能している	3.7	0.9	41.8	3.4	0.6	33.3	3.5	0.7	n.s.
5) 在宅療養するためのがん診療連携拠点病院が地域で機能している	2.7	0.7	25.0	3.4	0.7	42.4	3.2	0.8	***
6) がん診療連携拠点病院の医師とかかりつけ医の主治医二人体制が機能している	2.3	0.7	25.9	2.9	0.8	40.5	2.7	0.8	*
7) 患者の住んでいる地域で利用できるサービスがわかりやすい	2.7	1.0	33.8	2.8	0.7	38.1	2.8	0.8	n.s.
8) 患者が望む療養場所にスムーズに移行できている	2.6	0.7	31.4	2.8	0.7	39.5	2.8	0.7	n.s.
9) この地域(二次医療圏)の地域緩和ケアは充実している	2.4	0.7	26.2	3.0	0.7	42.0	2.8	0.7	***
10) 通院が可能であってもかかりつけ医による訪問診療(往診)の必要がある	3.7	1.2	42.4	3.4	0.8	33.0	3.5	0.9	*
11) 通院が可能であっても訪問看護の必要がある	4.0	0.9	45.9	3.5	0.7	30.9	3.7	0.8	*

\* : p<0.05, \*\* : p<0.01, \*\*\* : p<0.001, n.s.: not significant 注) 無回答を除く

る」(訪問看護師2.4 (SD±0.7) 点, 病棟看護師3.0 (SD±0.7) 点) の3項目であった。

#### 4. 地域において切れ目のない緩和ケアを提供するための課題

訪問看護師20名から32の自由記述が得られ、22の要約例にまとめた。その要約例を12に小分類し、さらに5つに大分類した。大分類は【】、小分類は《》とした。大分類として、【緩和ケアの知識・技術を学び質向上を図る】、【在宅での生活を支援するために医師、看護師等と連携を図る】、【医師等による24時間体制の相談・往診ができる体制を整備する】、【医師と相談して疼痛・症状コントロール等ができる環境をつくる】、【在宅看取りについて社会に発信する】が得られた(表5)。

病棟看護師25名から66の自由記述が得られ、33の要約例にまとめた。その要約例を23に小分類し、さらに10に大分類した。大分類として、【緩和ケアに関わる医師・看護師等の関係者間の連携を図る】、【患者・家族の意向を把握して支援する】、【療養中の疼痛・症

状への対応と入院・通院での緩和ケアの実施】、【患者・家族が安心して在宅で生活できるような相談・指導をする】、【在宅での様子や困っている事について情報共有して診療・治療に活かす】、【安心してその人らしい生活を送るために本人・家族との関係を構築する】、【緩和ケアに関する知識・技術の向上】、【緩和ケアの早期介入と情報共有】、【緩和ケアに関わる看護職・専門スタッフの確保】、【地域の人々への緩和ケアの理解の推進】が得られた(表6)。

表 5. 訪問看護師の切れ目のない緩和ケアを提供するための課題

大分類	小分類	要約例	データ数
緩和ケアの知識・技術を学び質向上を図る	緩和ケアの知識・技術の向上	緩和ケアに対する知識 スタッフの質向上	12
	緩和ケアの認識の統一して理解する	緩和ケアの認識の統一 緩和ケアに対する理解	
	専門性の高い看護や適切な判断のための研修	一人で判断し対応するための研修 専門性の高いナースの育成	
在宅での生活を支援するために医師、看護師等と連携を図る	緩和ケアチームの一員として病院との連携を図る	病院との連携 本人と病院とのパイプ役となる関わり	8
	退院時の指導・カンファレンスの実施	退院時指導、カンファレンスを行う 本人・家族の思いを考慮した退院指導	
	開業医との連携を図る	開業医医師との連携	
医師等による24時間体制の相談・往診ができる体制を整備する	医師または緩和ケアナースによる往診	医師または緩和ケア看護師による往診 開業医の往診	7
	医師による24時間体制の相談・対応	医師による24時間体制の相談・対応 かかりつけ医による夜間の対応	
	緊急対応する訪問看護師の確保	訪問看護師の人数確保 緊急対応できるスタッフの確保	
医師と相談して疼痛・症状コントロール等ができる環境をつくる	疼痛・症状コントロールが相談できる環境づくり	オピオイドや症状コントロールについて相談できる環境づくり 疼痛コントロール	4
	医師との対話と相談	主治医と訪問看護師との対話と相談 医師に寄り添う	
在宅看取りについて社会に発信する	在宅看取りについて社会に伝える	在宅での看取りを社会に伝える	1
			計 32

表 6. 病棟看護師の切れ目のない緩和ケアを提供するための課題

大分類	小分類	要約例	データ数
緩和ケアに関わる医師・看護師等の関係者間の連携を図る	主治医と在宅医との連携を図る	主治医と在宅診療所との連携 主治医・在宅医との連携	19
	緩和ケアの関係者間の連携を図る	緩和ケアチームとの連携強化 担当科・緩和ケア外来とのスムーズな連携	
	拠点病院と訪問看護との連携を図る	病院医師・看護師が在宅看護の実際を知って連携を図る 訪問看護と拠点病院との連携	
	在宅へのスムーズな移行のために連携を図る	ターミナル期の患者の退院のための迅速な連携 時期を逃さずにスムーズに在宅へつなげる	
患者・家族の意向を把握して支援する	本人・家族の意向を把握する	本人・家族の思いを大切に 各外来でのトリートメントか患者・家族の要望を把握する	9
	本人・家族の意向を調整して支援する	したい事の確認と適切な施設を提案する 患者・家族が希望する療養場所を知り医師に働きかける	
療養中の疼痛・症状への対応と入院・通院での緩和ケアの実施	在宅での疼痛・症状への適切な対応	在宅において疼痛など予測される状況への対応 定期的・緊急時への訪問	7
	入院・通院による緩和ケアの充実	訪問看護師による受診のタイミングについての指導 急性期病院、一般病院での緩和ケアの充実	
患者・家族が安心して在宅で生活できるような相談・指導をする	本人・家族が安心して在宅で生活するための相談・説明を行う	患者・家族への在宅で可能な対応についての説明 本人・家族の不安を取り除く援助	6
	本人・家族の負担や不安を考慮して指導・説明を行う	介護負担にならないような医療処置等の指導 苦痛緩和のための服薬の認識と患者・家族への説明	
在宅での様子や困っている事について情報共有して診療・治療に活かす	在宅での様子を情報共有して診療・治療に活かす	在宅での様子についての情報共有 在宅での情報把握を診療・治療につなげる	6
	在宅で困っていることの情報共有する	在宅で問題になったことの情報共有 在宅で患者が困っていることの情報共有	
安心してその人らしい生活を送るために本人・家族との関係を構築する	本人・家族と関係を築く	人間関係 本人・家族との会話	6
	安心してその人らしく生活を送るように関わる	病院看護師との連携を感じて安心につながる関わり その人らしく在宅での生活を送る関わり	
	看取り後のケアをする	看取り後のグリーフケアの実施	
緩和ケアに関する知識・技術の向上	医師・スタッフ・訪問看護師の緩和ケアに関する意識・知識の向上	医師の緩和ケアに関する意識や知識の向上 スタッフの知識向上	5
	緩和ケアや在宅移行の知識を得る	緩和ケアの基礎知識を学ぶ 在宅移行のための知識を得る	
緩和ケアの早期介入と情報共有	緩和ケアの早期介入	早期からの緩和ケア介入 早期からの緩和ケアチームの導入	3
	個別の支援計画の早期情報共有	個々の緩和ケアの支援・介入計画の早期情報共有	
緩和ケアに関わる看護職・専門スタッフの確保	看護職の確保	頻回訪問できる訪問看護師の確保 外来患者に対応する外来看護師の確保	3
	緩和ケア専門スタッフの充足	緩和ケア専門スタッフの充足	
地域の人々への緩和ケアの理解の推進	地域の人々に緩和ケアを理解してもらう	地域の人々の緩和ケアチームについての理解 地域への広報	2
計			66



## 考察

訪問看護師の看護職の経験は平均21.5年、病院看護師は平均14.4年と訪問看護師の経験が長く、現在の部署も訪問看護師が平均6.6年、病棟看護師が平均3.5年と訪問看護師の経験が長かった。このことから、緩和ケアの経験も訪問看護師が長いことが推察される。地域において切れ目のない緩和ケアを提供する上では、互いの経験を活かし実践知を共有できるような関係づくりも今後必要であると考え。以下に、訪問看護師と病棟看護師の地域緩和ケアに関する実践と認識における課題を考察し、A地域において切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を検討する。

### 1. 地域緩和ケアに関する実践における課題

訪問看護師は、〔コミュニケーション〕と〔患者・家族中心のケア〕を実践している認識が最も高く、病棟看護師に比べて有意に高い項目では、6項目中5項目が本人だけでなく家族に対しても実践している内容であった。これらのことから、訪問看護師は、本人だけでなく家族に対しても緩和ケアを実践していることが推察され、本人・家族を対象とする在宅看護の特徴が示されたと考えられた。また、〔コミュニケーション〕の3項目では、プライベートな在宅という空間で、本人と家族の病状の理解度の確認や心配を知ろうとする実践が示された。谷口（2018）は、日々のケアの中で、とにかく話を聞いて語り合うと述べており、これらの〔コミュニケーション〕のケアは、本人・家族の意向を中心とした在宅看護に不可欠なケアであることから、その実践が示されたと考えられる。

病棟看護師は、〔疼痛〕を実践している認識が最も高く、訪問看護師に比べて実践している認識が有意に高かった項目は、疼痛や苦しさの評価をして患者の痛みを知ろうという内容であった。井上ら（2015）は、一般病院の看護職を対象として〔看取りのケア〕、〔コミュニケーション〕、〔患者・家族中心のケア〕の3ドメインについて調査した。その結果、「患者・家族のつらさについて、少しでも分かろうとしている（18）」が平均4.8と最も高く、本研究の病棟看護師も平均4.0と最も高く一致していた。これらのことから、病棟看護師が患者の苦痛や症状への対処を実践していること

が推察され、患者の辛さに寄り添う実践をしていることが考えられた。

2018年に改訂された『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』（厚生労働省、2018）においては、「医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である」と示されている。また山本ら（2013）は、病棟看護師は終末期の療養の場の決定という局面において、患者や家族と話し合うことが難しい現状があると述べている。本研究においても、訪問看護師は病棟看護師に比べ家族への緩和ケアを実践していることから、居宅を訪問する訪問看護師に比べて病棟看護師は本人・家族と話し合う機会が少ないことが考えられた。しかしながら切れ目のない緩和ケアを提供するためには、在宅、病棟に関わらず、患者・家族を中心としたケアの視点が重要であり、病棟看護師も本人・家族と話し合う機会を得られるような取り組みの必要性が考えられた。

また、6ドメインの内、訪問看護師も病棟看護師も実践している認識の平均が低かった〔せん妄〕の3項目は、せん妄の予防・改善のケア、せん妄の症状の評価、家族に対するケアであった。先行研究も同様にせん妄の予防・改善のケアは対応が困難であることを述べており（澤田ら、2018、野上ら、2018）、終末期にせん妄が生じた場合は医療チームで総合的に評価することが重要である（明智、2015）が示唆されている。したがって、せん妄が出現した際には、訪問看護師も病棟看護師も在宅ケアチームあるいは緩和ケアチームの医師等と共にせん妄のケアを検討し、実践する必要性が考えられた。

### 2. 地域緩和ケアに関する認識における課題

A地域における緩和ケアの考えについて、訪問看護師は「在宅療養するための訪問看護が地域で機能している」、「通院が可能であってもかかりつけ医による訪問診療（往診）の必要がある」、「通院が可能であっても訪問看護の必要がある」の3項目が病棟看護師に比べて有意に高かった。これらは在宅の療養者が利用している訪問看護やかかりつけ医による往診の内容を示しており、訪問看護師は在宅における活動について把

握している内容が高い評価であった。一方、病棟看護師は「在宅療養するためのがん診療連携拠点病院が地域で機能している」、「がん診療連携拠点病院の医師とかかりつけ医の主治医二人体制が機能している」、「この地域の地域緩和ケアは充実している」の3項目が訪問看護師に比べて有意に高かった。これらの内容はがん拠点病院の地域での機能やがん拠点病院の医師とかかりつけ医との主治医二人制、地域緩和ケアの充実であり、病棟看護師ががん拠点病院の機能や活動について把握している内容が高い評価として示された。したがって両者はそれぞれの立場で把握しやすい内容について評価が高いことが考えられた。地域において切れ目のない緩和ケアを提供するためには、両者の地域緩和ケアに関する実践や認識を共有し、今後の取り組みについて検討することが必要である。

がん拠点病院と訪問看護との連携が十分できているかについては、病棟看護師が訪問看護師に比べ有意に十分にできていると認識していた。しかしながら「どちらともいえない」と訪問看護師70.8%、病棟看護師57.8%が回答し、「全く思わない」と「あまり思わない」の割合の計は、訪問看護師が16.7%、病棟看護師は2.2%と訪問看護師の方が低い評価であった。訪問看護師は、地域において切れ目のない緩和ケアを提供するための課題についての自由記述においても、「緩和ケアチームの一員として病院との連携を図る」、「退院時の指導・カンファレンスの実施」を課題に挙げていた。これらのことから、訪問看護師ががん拠点病院との連携について課題を感じていることが推察された。病棟看護師もまた自由記述において「拠点病院と訪問看護との連携を図る」、「訪問看護師と病棟看護師等の看護職間の情報共有と連携を図る」を挙げていたことから、両者どちらも連携を図ることを課題として認識していることが明らかになった。また、訪問看護師は「開業医との連携を図る」、病棟看護師は「主治医と在宅医との連携を図る」、「緩和ケアの関係者間の連携を図る」を課題に挙げていたことから、多職種の連携の在り方を具体的検討する必要性が考えられた。さらに、訪問看護師は【医師等による24時間体制の相談・往診ができる体制を整備する】、【医師と相談して疼痛・症状コントロール等ができる環境をつくる】を挙げ、

医師と相談できる環境や体制づくりを課題に挙げていた。米澤ら(2014)は、独居がん終末期患者に対して訪問看護師が医師との積極的な連携を行い、治療方針の確認や患者に必要な薬剤処方を含めた緩和ケアについての協議を行うことによって、適切な症状コントロールが行われていたと述べている。訪問看護の実践は緩和ケアに関わらず医師との連携は不可欠であるが、がん終末期の様々な症状に対応するためには、医師との相談の必要が生じた時に迅速に相談して対応する必要があることから、今後、医師との相談や協議をしやすい体制を構築する必要性が考えられた。

多職種の連携の課題のほか、訪問看護師と病棟看護師は共通して緩和ケアの知識・技術の向上、スタッフの確保を課題として挙げていた。また、訪問看護師は【在宅看取りについて社会に発信する】、病棟看護師は【地域の人々への緩和ケアの理解の推進】と、両者共に地域の人々に在宅看取りや緩和ケアの理解を促すことを課題に挙げていた。これらは地域の人々に対して質の高い緩和ケアと安定したサービスを提供する上で基盤となるものであり、今後具体的な取り組みを検討する必要性が考えられた。病棟看護師は【患者・家族の意向を把握して支援する】、【療養中の疼痛・症状への対応と入院・通院での緩和ケアの実施】、【安心してその人らしい生活を送るために本人・家族との関係を構築する】、【緩和ケアの早期介入と情報共有】を挙げ、緩和ケアを早期介入し、患者・家族の意向を捉えて関係を構築すること、療養中の緩和ケアを支援することを課題としていた。白髭ら(2012)は、各病院での退院支援部署の設置や病院看護師を対象とした退院支援の講習会などの介入によって、病院看護師が「実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うように」なり、「自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにする」などの実践に変化が生じたことを示している。このような病棟看護師自身が在宅での緩和ケアを知る機会を増やす取り組みによって在宅への移行がよりスムーズになることが考えられた。さらに病棟看護師は、【患者・家族が安心して在宅で生活できるような相談・指導をする】、【在宅での様子や困っている事について情報共有して診療・治療に活かす】を挙げ、在宅に向けての

相談・指導の実施や退院後の在宅での様子を共有することを課題として挙げていた。終末期においては、がん患者の「家に帰りたい」、家族の「家に帰らせてあげたい」という思いは切実で、時間の猶予がない（谷口，2018）ことから、タイミングを逃さずに訪問看護師と連携して退院前の相談・指導を行うことが必要である。また退院後の患者の状況や医療処置のトラブル、家族の状況を病棟看護師にフィードバックすることは、病院と在宅間で継続看護を提供する上で意義がある（宮下ら，2018）ことから、今後、病棟看護師へのフィードバックの方法を模索して実践することで、切れ目のない看護が提供されることが考えられた。

### 3. A地域において切れ目のない緩和ケアを提供する上での課題

筆者らはこれまでに、本研究と同じがん拠点病院の緩和ケア外来の通院患者を対象に地域緩和ケアの課題を調査し（柄澤ら，2016）、家族も利用できる相談の場と機会を増やす必要性や患者が在宅で安心して生活するために、関係者間の入院中からのつながりの必要性などを示した。本研究の訪問看護師と病棟看護師も、患者・家族が安心して在宅で生活できるような相談の体制や多職種間の情報共有についての課題が得られていることから、患者の視点から得られた課題と一致していることが確認された。先行研究において本研究のような特定の地域に限定してがん拠点病院と訪問看護を対象とした調査が見当たらないことから、他地域との比較は容易にはできないが、川嶋ら（2015）が地域にもどる患者が安心して暮らすためには、病院における退院支援を充実させ、病棟看護師と訪問看護師との連携の強化が必要であることを示唆しているように、A地域における課題は他地域にも共通していることが推察される。今後のA地域の地域緩和ケアの基盤として、地域の人々の緩和ケアの理解を促すと共に訪問看護師と病棟看護師の緩和ケアの知識・技術の向上、スタッフの確保、緩和ケアに関わる多職種との連携は重要である。特にせん妄のケアにおいては、緩和ケアチームあるいは在宅ケアチームの医師等と共にケアを検討して実践する必要性が考えられた。また、A地域において切れ目のない緩和ケアを提供するためには、患者・家族を中心としたケアの視点が重要であり、訪問看護

師と病棟看護師が互いの地域緩和ケアに関する認識や実践を共有し、共に連携について具体的に検討する必要性が考えられた。また、訪問看護師と医師との相談や協議をしやすい体制の構築、病棟看護師自身が在宅緩和ケアを知る機会を増やすと組み、訪問看護師から病棟看護師へのフィードバックの方法を模索することが必要である。

### 結論

A地域唯一のがん診療連携拠点病院の病棟看護師と同じ二次医療圏で活動する訪問看護師の地域緩和ケアに関する実践と認識を明らかにし、切れ目のない緩和ケアを提供するための課題を検討した。訪問看護師28名、病棟看護師47名から回答が得られた。「緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度」により、訪問看護師は〔コミュニケーション〕と〔患者・家族中心のケア〕、病棟看護師は〔疼痛〕を実践している認識が最も高いことが明らかになった。がん拠点病院と訪問看護との連携が十分にできているかについては、病棟看護師が訪問看護師に比べ有意にできていると認識していたが、「どちらともいえない」と訪問看護師70.8%、病棟看護師57.8%、「全く思わない」及び「あまり思わない」と訪問看護師16.7%、病棟看護師2.2%が回答した。自由記述から、両者どちらも連携を図ることを課題として認識していることが明らかになった。A地域における緩和ケアの考えについて、訪問看護師は「在宅療養するための訪問看護が地域で機能している」など3項目、病棟看護師は「在宅療養するためのがん診療連携拠点病院が地域で機能している」など3項目が有意に高く、それぞれの立場で把握しやすい内容についての評価が高いことが推察された。A地域において切れ目のない緩和ケアを提供するためには、患者・家族を中心としたケアの実践や両者の地域緩和ケアに関する実践や認識を共有し、連携の在り方を具体的に検討する必要性が考えられた。さらに、訪問看護師と医師との相談や協議をしやすい体制の構築、病棟看護師自身が在宅緩和ケアを知る機会を増やすと組み、訪問看護師が病棟看護師にフィードバックする実践が必要である。

### 研究の限界と今後の課題

本研究は、A地域唯一のがん診療連携拠点病院の病棟看護師と同じ二次医療圏内の訪問看護師を対象とした。そのため対象者が少ないことが限界である。しかし、A地域に限定した地域緩和ケアの課題を検討することができたことから、他地域において地域緩和ケアを考える際の一助になるものと考えられる。今後は、本研究で明らかになった訪問看護師および病棟看護師との連携や医師等との連携の課題を踏まえ、A地域以外の現状や取り組みについて追究する必要性が考えられた。

### 謝辞

本研究にご協力くださいましたA地域のがん診療連携拠点病院の看護職の皆様及び訪問看護師の皆様に感謝申し上げます。なお、本研究は平成25-27年度JSPS科研費（基盤研究（C））25463641の助成を受けて実施した。利益相反なし。

### 文献

明智龍男（2015）. サイコオンコロジー がん患者に対する精神神経学的アプローチ, 日本耳鼻咽喉科学学会会報, 118, 1-7.

井上恵子, 後藤順子, 佐藤寿晃（2015）. 一般病棟におけるがん終末期看護に対する看護師の意識調査, 山形県立保健医療大学紀要, 18, 43-49.

石川孝, 福井小紀子, 岡本有子(2017). 訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連, 日本看護科学会誌, 37, 123-131.

伊藤眞由美, 野村理賀子, 新井田敬子, 他1名(2018). 外来での在宅療養中の患者・家族への支援, 日本看護学会論文集慢性期看護, 48, 75-78.

柄澤邦江, 清水美穂子, 伊藤みほ子, 他3名(2016). 緩和ケア外来に通院するがん患者の地域緩和ケアに関する認識—地域緩和ケアの充実を図る上での課題—, 長野県看護大学紀要, 19, 11-22.

川嶋元子, 森昌美, 松宮愛, 他1名(2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心し

て戻るために—, 聖泉看護学研究, 4, 29-38.

小林千穂, 高橋祐介, 大園康文, 他2名（2013）. 訪問看護師と病院看護師の連携—慢性呼吸器疾患認定看護師の立場から—, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 23（1）, 66-68.

厚生労働省(2012). がん対策推進基本計画（第2期）, [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan\\_keikaku02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf) (2019.9.18).

厚生労働省(2015). 地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理), <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095435.html>(2019.9.18).

厚生労働省(2018). がん対策推進基本計画（第3期）, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (2019.9.28).

厚生労働省(2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>(2019.10.25).

厚生労働省（2019）. 2018年人口動態統計月報年計（概数の概況）, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/gaikyou30.pdf> (2019.10.11).

厚生労働省(2019). がん診療連携拠点病院等, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/gan/gan\\_byoin.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html) (2019.10.11).

松下弥生, 伊藤みほ子(2012). A県B地域における訪問看護師の在宅緩和ケアに関する研究～訪問看護師が取り組む在宅緩和ケアの現状と課題～, 第13回日本赤十字看護学会学術集会講演集, 94-95.

宮下真子, 大槻久美, 五十嵐ひとみ, 他3名(2018). 病棟看護師の退院支援における連携に対する認識—がん患者の訪問看護連絡票実施後の評価—, 東北文化学園大学看護学科紀要, 7(1). 27-38.

長野県（2019）. 県内市町村別人口高齢化率等の状況について, <https://www.pref.nagano.lg.jp/iidaho/toukei/fukushi.html> (2019.12.19).

- 中澤葉宇子(2008). 緩和ケアに関する医療者(医師, 看護師, コメディカル)の知識・態度・困難感の評価尺度, 緩和ケア増刊号, 18 (10), 102-106.
- 中澤葉宇子(2010). 緩和ケアに関する医療者の態度・困難感を評価する尺度の信頼性と妥当性. 日本緩和医療学会ニューズレター, 49, [https://www.jspm.ne.jp/newsletter/nl\\_49/nl490906.html](https://www.jspm.ne.jp/newsletter/nl_49/nl490906.html) (2019.9.18).
- 野上弥生, 白瀧直子, 古俣夢香(2018). 緩和ケア病棟でのがん終末期せん妄ケアについての意識調査, 死の臨床, 41 (2), 409.
- 奥村美奈子(2013). A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題, 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 103-113.
- 澤田幸穂, 東條衣里子, 諏訪さゆり, 他2名(2018). せん妄を発症した在宅高齢者に対する訪問看護師の困難, 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 40, 35-42.
- 白髭豊, 野田剛稔, 北條美能留, 他10名(2012). OPTIMプロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化, Palliative Care Research, 7(2), 389-94.
- 谷口さやか(2018). 訪問看護師ができること, 日本臨床内科医学会誌, 33 (1), 44-47.
- 友松裕子, 井戸智子, 壁谷めぐみ, 他5名(2018). がん患者を対象にした緩和ケア情報共有ツールを用いたシームレスな地域連携の試み, Palliative Care Research, 13(2), 163-167.
- 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真山美, 他2名 (2013). がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状, 富山大学看護学会誌, 13 (1), 15-21.
- 米澤純子, 杉本正子, 新井優紀, 他1名(2014). 独居がん終末期患者の在宅ケアにおける訪問看護師の支援と連携, 日本保健科学学会誌, 17(2), 67-75.

【Report】

## Issues for providing seamless palliative care activities for visiting nurses and ward nurses : focusing on the designated cancer hospital in region A

Kunie KARASAWA<sup>1)</sup>, Kieko YASUDA<sup>1)</sup>, Mihoko ITO<sup>2)</sup>,  
Mihoko SHIMIZU<sup>3)</sup>, Akiko KOBAYASHI<sup>4)</sup>, Fumiko OISHI<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>Nagano College of Nursing, <sup>2)</sup>Achi visiting nursing station,  
<sup>3)</sup>Iida Municipal Hospital, <sup>4)</sup>Former Nagano College of Nursing,  
<sup>5)</sup>Seirei Christopher University

**【Abstract】** This study aims to describe the palliative care and awareness of visiting nurses working in the same secondary medical area with ward nurses of the solitary designated cancer hospital in region A, and also to examine issues for providing seamless palliative care. For these purposes a self-rating questionnaire survey was conducted, and responses from 28 visiting nurses and 47 ward nurses were collected. Visiting and ward nurses showed a very strong awareness of conducting the following activities: communication with patients and families, patient- / family-centered care (visiting nurses); and pain and dyspnea care (ward nurses). In regard to the designated cancer hospital's cooperation with visiting nursing, from self-rating questionnaire survey, the both types of nurses recognized the cooperation as issues. In region A, it is necessary to discuss specifically the practice of patient- / family-centered care and the way of cooperating with each other. The findings suggest the necessity to establish an environment where visiting nurses can consult and discuss with physicians, to increase opportunities for ward nurses to learn about home palliative care, and for the visiting nurses to provide feedback to ward nurses.

**【Keywords】**seamless palliative care, visiting nurses, ward nurses, the regional palliative care, designated cancer hospitals

---

柄澤邦江  
〒399-4117  
長野県駒ヶ根市赤穂1694番地  
長野県看護大学  
Tel: 0265-81-5138 Fax: 0265-81-5138  
E-mail: kkarasawa@nagano-nurs.ac.jp  
Kunie KARASAWA  
Nagano Prefecture  
Nagano College of Nursing  
1694 Akaho, Komagane, Nagano, 399-4117 JAPAN  
TEL: +81-265-81-5138 FAX: +81-265-81-5138  
E-mail: kkarasawa@nagano-nurs.ac.jp