

がん診療の均てん化が進まない地域の診療報酬加算とがん看護の実態

Medical service fee additions and the reality of cancer nursing in areas with unequal access to medical examination and treatment

青木 君恵・梅田 君枝

Kimie AOKI and Kimie UMEDA

【目的】がん診療連携拠点病院が1施設で、がん診療の均てん化が進まないA・B地域のがん看護に関連する診療報酬加算を含めたがん看護の実態を明らかにする。

【方法】A・B地域10市町にある100床以上の一般病院14施設の看護管理者を対象に質問紙調査を依頼した。調査内容は、がん看護に関する12の診療報酬加算項目の有無、専門・認定看護師の在籍状況と必要性、がん看護の満足感と困難感である。集計したデータは単純集計をし、記述については内容分析を行った。

【結果】回収数(率)は、11施設(78.6%)であった。がん看護に関連する診療報酬加算項目は、緩和ケア診療などの7項目で加算が取れている施設はなかった。また、専門看護師がいる施設はなく、がん看護に関わる認定看護師がいる施設は3施設(27.3%)で、計7名であった。がん看護に関する院内研修を実施していたのは4施設(36.4%)で、認定看護師養成の支援が十分にされている、と回答したのは4施設(36.4%)であった。支援が十分でない理由は、希望があまりない、研修中の人的余裕がない、支援制度がない、などであった。さらに、がん看護に対する満足感は、まあまあ満足が2施設(18.2%)で、満足でない理由は、十分な知識がない、スタッフのケアに対する考えの違い、などがあった。がん看護に対する困難感は、とても困難、まあまあ困難、どちらでもない、との回答を合わせて10施設(90.9%)であった。

【考察】A・B地域の施設は、がん看護に関する診療報酬加算を取れず、看護師はがん看護に困難感を持っていた。看護管理者は、専門看護師や認定看護師の必要性を感じているが、支援制度や研修の希望は十分でなく、患者や看護師はがん看護の専門的支援を受けられない状況であった。これらのことから、地域の資源を共有し、がん看護の知識を得る環境や専門家への相談体制、教育研究機関との連携を整えることが重要であり、地域内で協働することによりがん看護の質の向上につながると考えられた。

【結論】がん看護に関する診療報酬加算が取れていない施設では、がん看護に関するスペシャリストがおらず、がん看護に対する困難感を抱いている。困難感を減らすための支援の重要性が示唆された。

1. はじめに

わが国では、昭和56年より日本人の死亡原因第1位ががんであることに對し、平成18年がん対策基本法が成立

連絡先：青木君恵 kaoki@cis.ac.jp

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science

(2018年10月2日受付, 2018年11月28日受理)

し、がん対策推進基本計画によりがん医療の向上に力を入れている。千葉県では、地域がん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院、高度先進医療機関の14施設が質の高いがん医療を目指して県内各地域のがん医療を支えている。しかし、千葉県のA地域・千葉県に隣接する茨城県のB地域周辺のがん診療連携拠点病院は1施設であり、一般病院と連携した医療の提供が重要となり、患者にとっては病院が変わっても看護の質は維持されなければならない。良質な看護サービスを提供できるシステム

は、看護職自身に内的・外的報酬が還元されるシステムであるとされている¹⁾。そのため、平成18年の診療報酬改正で看護必要度が導入され、平成26年の改正ではがん看護においては専門看護師・認定看護師の配置によりがん患者指導管理料として加算されることとなった。このように看護の必要性が認識され、診療報酬という形で看護の質の評価にもつながっていると予測される。しかし、がん看護においては、例えば化学療法センターなどの設備の有無や、施設の専門看護師・認定看護師在籍の有無などによって診療報酬加算は大きく異なるが、加算が少ないことで看護の質が低いとは言い切れない。そこで、がん看護における診療報酬とがん看護の実態を明らかにし、看護の質の評価を合わせて行っていく必要がある。

また、千葉県内二次保健医療圏内別がん罹患率において、ほとんどのがん種でA地域が最も高く、死亡状況においては全国・千葉県に比べるとA地域ははるかに高い結果となっている²⁾ (2008.千葉県)。茨城県では、B地域が全国・茨城県に比べると死亡状況が高い³⁾ (2009.茨城県)。地方都市においては高齢化も進み、がんによる死亡率の高さは深刻な問題である。がん患者ががんとともに生きていくためには、地域住民が頼れる病院、質の高い看護が受けられる病院が近くにある必要がある。そのために、まずは一般病院のがん看護に関する実態を把握する必要がある。そして、看護として取り組むべき課題を明確にすることで、地方都市のがん看護の質を向上させるための看護の示唆が得られるものと考え

2. 研究目的

がん診療連携拠点病院が1施設で、がん診療の均てん化が進まないA・B地域のがん看護に関連する診療報酬加算と看護の実態を明らかにする。

3. 研究方法

3.1 研究デザイン

実態調査による記述的研究である。

3.2 対象者

地域周辺の100床以上の一般病院15施設の看護管理者(看護部長または副看護部長または看護師長)であった。

3.3 データ収集期間

平成29年1月～2月であった。

3.4 データ収集方法

各施設の看護部長に研究の依頼をし、研究対象となる看護管理者に文書と口頭で研究の説明を行った。質問紙

を渡し、約1ヶ月以内を目処に返送してもらった。返送をもって研究への同意とみなした。

3.5 調査内容

調査内容は、がん看護に関する12の診療報酬加算項目の有無、専門看護師・認定看護師の在籍状況と必要性、専門看護師・認定看護師養成支援状況、がん治療・がん看護に関連する施設設備と治療状況、院内におけるがん看護に関する研修会の実施状況、がん看護に対する看護管理者の満足感と困難感である。

3.6 データ分析方法

記述内容について、単純集計および内容分析を行った。

3.7 倫理的配慮

厚生労働省の人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守した。千葉科学大学の倫理委員会の承認を得た(承認番号No.28-14)。研究への参加は任意であること、参加しないことによって不利益な対応を受けることはないこと、アンケート用紙を提出後でも不利益を受けることなく同意を撤回できること、個人情報の取り扱いには十分配慮すること、回収したアンケート用紙は研究終了後にシュレッダー処理をして廃棄することを文書と口頭で提示した。

4. 結果

4.1 アンケート回収結果

アンケート用紙を配布した14施設のうち、11施設から解答が得られた(回収率78.6%)。

4.2 診療報酬加算状況(表1)

がん看護に関連する診療報酬加算項目のがん性疼痛緩和指導管理など12項目について、加算の有無を調査した。緩和ケア診療などの6項目については、どの施設でも加算が取れていなかった。最も加算が取れていたのは、がん性疼痛緩和で5施設(45.5%)であった。

4.3 専門看護師と認定看護師の在籍状況

専門看護師がいる施設はなかった。がん看護に関する領域の認定看護師については、3名在籍が2施設(施設A:がん化学療法1、乳がん看護1、がん性疼痛1/施設B:がん化学療法1、乳がん看護1、緩和ケア1)、1名在籍が1施設(がん性疼痛)であった。がん看護に関する領域の認定看護師の在籍率は、全体で27.3%であった。

4.4 専門看護師・認定看護師の必要性(表2)

専門看護師・認定看護師の必要性の有無については、「とても必要である」とした施設は7施設(63.6%)、

「まあまあ必要である」とした施設は3施設 (27.3%) であり、9割以上の施設が必要を感じていた。その理由として、「専門分野での知識や技術を習得した人材が患者ケアや看護師の教育を担うことで質の高い看護の提供ができる」、「超高齢化で疾患の複雑さや社会的問題を抱えている入院患者が多くなってきている」、「がん患者に優先的・専門的に関わってもらえる」などの意見があった。

4. 5 専門看護師・認定看護師養成支援状況 (表 3)

専門看護師・認定看護師養成のための病院支援状況については、「とても支援がある」とした施設は4施設 (36.4%) であったが、「どちらでもない」「あまり支援がない」「まったく支援がない」とした施設は7施設

(63.6%) であり、半数以上の施設が十分な支援ができない状況にあった。支援がない理由として、「制度がない」、「資金的支援が難しい」、「休暇・人的余裕にも難しい」などの意見があった。

4. 5 がん治療・がん看護に関連する施設設備と治療状況 (表 4)

がん治療・がん看護に関連する13項目の施設設備・体制のうち、半数以上の施設設備・体制が整っている項目は4項目であった。がん検診は行っているものの、がん治療や検査に必要な設備が整っていない施設があった。

治療状況としては、手術療法、入院・通院による化学療法、がん性疼痛緩和は半数以上の施設が行っていたが、放射線療法はがん診療連携拠点病院のみで、他の3

表1 A・B地域の100床以上の一般病院における診療報酬加算状況 N=11

診療報酬加算項目	加算が取れている施設数	割合(%)
1 がん性疼痛緩和指導管理	5	45.5
2 がん患者指導管理料1/2	4	36.4
3 疾患別リハビリテーション料(がん患者に限る)	4	36.4
4 外来化学療法加算1・2	4	36.4
5 緩和ケア病棟入院料	1	9.1
6 がん治療連携指導料	1	9.1
7 緩和ケア診療	0	0
8 外来緩和ケア管理料	0	0
9 がん患者カウンセリング料	0	0
10 がん治療連携計画策定料1・2	0	0
11 がん治療連携管理料	0	0
12 外来がん患者在宅連携指導料	0	0

表2 専門看護師・認定看護師の必要性

N=11

選択肢	施設数(%)	理由(一部抜粋)
とても必要である	7(63.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ・超高齢化で疾患の複雑さや社会的問題を抱えている入院患者が多くなってきている。 ・知識や技術を習得した人材が患者ケア・看護師の教育を担うことで質の高い看護の提供ができる。 ・新しい情報が得られ、スタッフへの指導が充実する。 ・がん患者に優先的・専門的に関わってもらえる。 ・看護師のモチベーションが上がる。 ・がん患者が増え、専門的な知識を提供することが多くなり、スタッフへの教育も必要になる。 ・他の看護師教育、患者への指導ができる。 ・地域性もあり、がん患者は少なくない。 ・認定看護師は最新の情報を持っており、スタッフが相談し良質な看護の提供ができる。 ・医師と一緒に方針決定、治療に対して声かけがしやすいと思う。 ・地域密着型施設のため、外来における専門的な看護・医療の提供が必要である。
まあまあ必要である	3(27.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的なアドバイスをうけられることで患者の個別性に合わせた看護や苦痛緩和につながる。 ・この地区に認定看護師が少ない。 ・専門的知識とそれに伴う看護を適切に行うために必要である。 ・近年、ターミナル患者数が増えてきているが、緩和病棟がない。
どちらでもない	0	
あまり必要ではない	1(9.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医不在、患者受け入れも積極的ではない。
全く必要ではない	0	

項目はどの施設でも治療を行っていないかった。

施設設備・体制が整っていない理由としては、「専門医がない」であった。治療をしていない理由としては、「設備がない」、「専門医がない」であった。

4. 6 院内におけるがん看護に関する研修会の実施状況

院内でがん看護に関する研修会を行っているのは4施設（36.4%）であり、そのうち認定看護師がいるのは3施設であった。研修会を行っていない施設のうち、1施設は院外の研修会への参加の義務付けと費用支給を行っ

ていた。他、「参加促進と支給あり」が1施設、「参加促進はするが支給はない」が3施設、「特に何もしていない」が2施設であった。

4. 7 がん看護に対する看護管理者の満足感と困難感（表 5）

がん看護に対する満足感については、「とても満足している」施設はなかった。「まあまあ満足している」2施設（18.2%）、「どちらでもない」2施設（18.2%）、「あまり満足していない」5施設（45.5%）、「全く満足していない」1

表3 専門看護師・認定看護師養成支援状況

N=11

選択肢	施設数(%)	理由(一部抜粋)
とても支援がある	4(36.4%)	・認定看護師取得のための費用全額病院負担、出張扱い、基本給払いである。 ・養成期間中は出張扱いで、スタッフ・上司からの支援がある。
まあまあ支援がある	0	
どちらでもない	2(18.2%)	・制度がない。資金的支援が難しい。休暇・人的余裕にも難しい。
あまり支援がない	2(18.2%)	・認定看護師を希望するものがいれば勤務扱いで出張できるが、学費は半額病院補助で交通費・宿舍・教科書代は自分もちである。 ・スタッフ個々へ上司が声をかけ促しているが、病院として支援していく体制がない。 ・数年前は補助金制度があったが、利用するものもいなくていつの間にかなくなった。
全く支援がない	3(27.3%)	・人的余裕がない。長期研修期間、費用などの負担の問題がある。 ・希望者がいない。

表4 がん治療・がん看護に関連する施設設備・体制と治療状況

N=11

	設備・体制・治療状況	施設数(%)
施設設備	地域連携室	8(72.7%)
	がん検診	6(54.6%)
	訪問看護ステーション	5(45.5%)
	化学療法センター	3(27.3%)
	がん患者会	3(27.3%)
	PET-CT	1(9.0%)
	リニアック	1(9.0%)
	がん相談支援センター	1(9.0%)
	がんサロン	1(9.0%)
	緩和ケア病棟または病床	1(9.0%)
体制	褥瘡対策チーム	8(72.7%)
	NSTチーム	6(54.6%)
	緩和ケアチーム	4(36.4%)
治療状況	入院による化学療法	7(63.6%)
	がん性疼痛緩和	7(63.6%)
	手術療法	6(54.5%)
	通院による化学療法	6(54.5%)
	放射線療法	1(9.0%)
	免疫療法	0
	補完・代替療法	0
	温熱療法	0

施設 (9.1%)、未記入 1 施設であった。「まあまあ満足している」と回答した 2 施設は、認定看護師が在籍し、院内研修会も行ってた。一方で認定看護師がおらず、院内研修会も行っていない施設は、「どちらでもない」、「あまり満足していない」、「全く満足していない」との回答であった。満足していない理由として、「業務に追われてゆっくり患者・家族との時間が確保できない」、「医師と患者の治療の方向性に食い違いが生じることがある」、「知識が不十分である」などの意見があった。

がん看護に対する困難感については、「とても困難に感じる」3 施設 (27.3%)、「まあまあ困難を感じる」5 施設 (45.5%)、「どちらでもない」2 施設 (18.2%)、未記入 1 施設であった。困難を感じる理由として、「専門看護師・認定看護師がいないこと」、「専門看護師・認定看護師の数が少なく看護師長業務などが忙しいこと」、「医師を含めて専門的な知識を持っている人が少ないこと」、「1 人の患者に関わる時間が短いこと」などがあつた。

5. 考察

5. 1 診療報酬加算とがん看護

がん看護に関連する診療報酬加算（以下、加算という）項目12のうち、半数以上の項目の加算が取れている施設はなく、緩和ケア診療など6項目においては、どの施設でも加算が取れていなかった。この背景には、2

つの要因が考えられる。

1つ目は、がん治療・がん看護に関連する施設設備と治療である。がん治療を行うにあたっての十分な設備が整っていない施設が多く、設備がないために治療ができずに加算が取れない状況であると言える。化学療法に着目すると、外来化学療法加算1・2が取れている施設に対して、化学療法センターがあるのは3施設、外来における化学療法を行っているのは6施設である。このことから、化学療法センターという設備があるからこそ取れる加算と、施設がないために治療・看護として行っても加算が取れない状況にあることが予測できる。がん性疼痛緩和においても同じように、治療として7つの施設で行われているものの、加算が取れているのは5つの施設であった。がん看護に関する加算による看護の質の評価の実際は、その施設の設備や治療状況により大きく影響されていると考えられた。設備がなく、また加算がとれなくても看護は提供されている。よって、診療報酬加算が取れているから看護の質は高いと一概に評価はできないと考える。

加算が取れない2つ目の要因は、専門看護師がどの施設にもおらず、認定看護師も少ないことである。専門看護師や認定看護師により行われることが加算につながる項目が多く、専門看護師や認定看護師がいないために加算が取れない状況であることが明らかになった。しか

表5 がん看護に対する看護管理者の満足感と困難感

N=11

	選択肢	施設数(%)	理由(一部抜粋)
満足感	とても満足している	0	
	まあまあ満足している	2(18.2%)	・チーム医療が充実していることが、看護の満足感につながると思う。 ・患者の希望を叶える環境を作りやすいこともモチベーションになっている。
	どちらでもない	2(18.2%)	・業務に追われてゆっくり患者・家族との時間が確保できない。 ・放射線治療ができなかったり、院内で採用していない薬剤がある。 ・知識の向上に努めているが、まだまだ専門性に乏しい。
	あまり満足していない	5(45.5%)	・医師と患者の治療の方向性に食い違いが生じることがある。 ・一般病棟の中でがん看護をしているとはいええない。 ・メンタルフォローや疼痛コントロールに対して満足のいく看護を行っていない。 ・知識が不十分である。 ・がん患者様の気持ちに添える看護が行えていたか疑問を感じることもある。
	全く満足していない	1(9.15%)	
	未記入	1(9.15%)	
困難感	とても困難と感じる	3(27.3%)	・病床数が多く、1人に対するケア時間が不足している。 ・専門・認定看護師がいない。
	まあまあ困難と感じる	5(45.5%)	・治療の選択や終了など意思決定が多様化していて難しい。 ・患者・家族の話をゆっくり聞くことができない。 ・専門看護師・認定看護師がいない。 ・専門的な知識を持っている人が少ない(医師も含めて精神科医などがいない)。 ・薬剤指導など人手が少なく十分に実施できていない。 ・開業医が周辺に少ない。
	どちらでもない	2(18.2%)	・専門的・最新の情報提供ができない。 ・患者・家族に納得のいく緩和ケアができているのか、常に振り返りを行っている。
	あまり困難と感じない	0	
	全く困難と感じない	0	
	未記入	1(9.15%)	

し、ほとんどの施設でがん患者が治療を受けており、看護師はがん患者に対する看護を求められる状況にある。特に、専門看護師や認定看護師がいない施設におけるがん看護の質を高めるための取り組みを考えていくことは急務であると考えられる。

5. 2 がん看護に対する施設の思いと現状

A・B地域の各施設の看護管理者の多くは専門看護師・認定看護師の必要性を感じていた。日本看護協会は、専門看護師の目的は、「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上を図る。」としている⁴⁾。認定看護師の役割においては、「特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図る。」としている⁵⁾。看護管理者が専門看護師や認定看護師を必要であると考えている理由は、この役割にあると言える。がん専門病院やがん患者が多い病院でない限り、看護師は様々な疾患の看護を行っているであろう。経験が長くても、専門的な研修を受けた看護師と受けていない看護師では知識や技術、考え方などに大きな差があると考えられる。認定看護師などの資格をもつ看護師が1人いることで、他の看護師へのがん看護の知識の提供やアドバイスをを行うことができ、それはがん看護の質向上につながり得る。がん看護における困難感を感じている施設は、理由の1つに知識がないことを挙げていることから、知識が得られるような環境要因として専門看護師や認定看護師が必要である。しかし、専門看護師・認定看護師の養成のための支援として十分な支援が行えない施設が多いのが現状である。専門看護師・認定看護師になる希望者がいない施設もあったが、たとえ希望者がいても行きたくても行けない状況にあるのがほとんどの施設の現状であった。専門性のある看護師が必要だという思いだけでは解決できない資金的な問題、人的問題などの現状が明らかになったことで、専門看護師や認定看護師がいない中におけるがん看護の知識を高めるための取り組みを考えていくことが重要であると考えられる。

また、院内にてがん看護に関する研修会を行っている施設は、認定看護師がいる3施設と、認定看護師がいない1施設のみであった。このことから、認定看護師がいることでがん看護の知識を広める機会が作られていると予測できる。つまり、認定看護師などがいない施設の場合、院外の研修会に自ら進んで参加しなければ知識を得られる場はなく、一人ひとりの看護師のがん看護に対する意識に任されている状況であると言える。現在、多くの病院で院内独自の教育やクリニカルラダーを用いた看

護師教育が行われている。しかし、インターネット検索で確認できる大規模病院のクリニカルラダーを確認してみても、がん看護に関する項目を行う病院は少ない印象がある。よって、院内教育にがん看護を取り入れることや、研修会の情報を容易に得られる環境や、身近ですぐに参加できるような研修会の開催などを通して、満足感を感じている施設が挙げている理由にあるように、看護師のモチベーションを上げていくことが重要であると考えられる。

5. 3 がん看護に対する満足感と困難感

直成ら⁶⁾は、がん看護に関わる看護師の困難感に関する研究において、困難感の関連要因が高いものに【患者・家族とのコミュニケーション】【自らの知識・技術】があったと述べている。宮下ら⁷⁾は、看護師のがん看護における困難感尺度を用いた調査にて、困難感の関連要因として、「コミュニケーションに関すること」のうち10項目で81～93%、「自らの知識・技術に関すること」のうち1項目で76%の人が困難に感じていることを明らかにしている。水内ら⁸⁾や西澤ら⁹⁾は、終末期がん患者に対する困難感を明らかにしており、【患者・家族とのコミュニケーション】【看護職の知識・技術】の項目で困難感が高いことを明らかにしている。どの研究においても看護師はがん看護に困難感を抱いているように、本研究でも多くの施設が困難感を抱いており、中には終末期のがん患者の看護が求められる施設もあった。小中規模の施設でのがん患者数は大規模な施設と比較すれば少ないが、そのためがん看護の経験値は低く、より困難感を抱いていることも考えられる。困難感の原因としてある【患者・家族とのコミュニケーション】においては、コミュニケーションスキルを向上させていく必要があると水内ら¹⁰⁾も述べているように、そのための取り組みが必要となってくる。がん患者のコミュニケーションの困難感を抱く場面として、困難感尺度¹¹⁾では、「死にたいと訴える患者に対する対応に困難を感じる」「患者・家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる」といった内容がある。患者一人ひとりに個別性があるように、看護師の対応もその人に合わせた対応が求められる。様々な場面や事例による対応の検討会などのがん看護の知識を得る環境や、困ったときに専門家へ相談できる体制作りが重要であると考えられる。また、【看護職の知識・技術】においては、困難感尺度を作成した小野寺ら¹²⁾は、「知識や技術が不足して困難を感じている場面を想定し、焦点をあてて教育・支援を行うことで、困難感が減少し、結果的にがん患者に対して十分な看護を提供することも可能となるかもしれない。」と述べている。困難感を減らすためには知識や技術を補える支援が必要であり、専門看護師や認定看護師がいない

施設においては、別の方法での支援をする必要がある。さらに、西脇ら¹³⁾は、経験年数別にみた学習ニーズとして、経験1～2年目の看護師は、がん性疼痛や呼吸器症状のメカニズムなど医学的知識や身体的側面の援助に関する学習ニーズが高く、経験年数の長い看護師は、倫理的ジレンマへの対処や医療チーム内のコミュニケーションなどの学習ニーズが高かったという結果を示した。このように困難感の中にも学習ニーズがあることを念頭において支援していく必要があると考える。

本研究では、満足感を抱いている施設は少なく、困難感を抱いている施設が多かった。困難感を軽減させることで満足感を高めることができると推測される。そのためには、がん患者に対するコミュニケーションスキルや知識・技術の獲得を最優先に考える必要がある。専門看護師や認定看護師がいてもいなくても、知識が得られる環境や、困ったときに専門家へ相談できる体制作りが必要であり、特に専門看護師や認定看護師がいない、または少ない場合は、病院間の連携、さらには教育研究機関との連携を整えることで、がん看護の研修会や勉強会などを開催できる機会も生まれる。このように、がん医療の均てん化が進まない地域においても、地域内で協働することによりがん看護の質の向上につながると考える。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、A・B地域の14施設のみで、さらには満足感・困難感は施設を代表した看護管理者に回答を依頼しているため、看護師一人ひとりの意見を全て集約しているとはいえない。

今後の課題は、A・B地域のがん看護の質向上に向けて、困難感を抱いている施設に対して教育機関として具体的にできることを提案し、地域連携として活動できるようにしていくことである。

7. 結論

がん患者の増加とがん治療が複雑化している現代において、がん診療の均てん化が進まない地域では、がん看護に関する診療報酬加算が取れていない。診療報酬加算は、がん看護の質を評価するための1つの目安になる。実際に加算が取れていない施設では、がん看護に関する専門看護師や認定看護師のスペシャリストがおらず、養成のための支援も難しい状況にある。そして、がん看護に対する困難感を抱いている。スペシャリストの存在ニーズは大きく、養成が難しい状況で看護師の困難感を減らすための支援をしていくことの重要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました施設の看護管理者の皆様へ感謝致します。

参考文献

- 1) 中西睦子, 小池智子他: 看護サービス管理 第4版, 医学書院, 2013.
- 2) 千葉県: 千葉県がん対策推進計画について 公表資料 第2章, <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/keikaku/kenkoufukushi/gantaisaku.html> (2018年9月22日アクセス可能)
- 3) 茨城県: 茨城県地域医療再生計画, 2011, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000095152.pdf> (2018年9月22日アクセス可能)
- 4) 日本看護協会: 専門看護師とは <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> (2018年9月22日アクセス可能)
- 5) 日本看護協会: 認定看護師とは <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2018年9月22日アクセス可能)
- 6) 直成洋子, 小幡明香, 原島利恵, 他: がん看護に関わる看護師の困難感に関する研究—困難感の特徴と関連要因—. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 8(1), 19-27, 2016.
- 7) 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 他: 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因. Palliative Care Research, 9(3), 158-166, 2014.
- 8) 水内砂映, 高見澤裕美, 梅沢知未, 他: 血液疾患終末期患者への看護の一考察—一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度を用いて—. 長野赤十字病院医誌, 28, 66-77, 2014.
- 9) 西澤真千子, 小河原宏美, 中村佑佳, 他: 急性期病院における看護師の終末期がん患者ケアに対する困難感—コミュニケーションに焦点をあてて—. 長野赤十字病院医誌, 24, 50-54, 2010.
- 10) 前掲載8)
- 11) 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 他: 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. Palliative Care Research, 8(2), 240-246, 2013.
- 12) 前掲載11)
- 13) 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子: 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. 死の臨床, 34(1), 121-127, 2011.