

# 中国におけるがん性疼痛専門看護師育成に関する一考察

陳秀琴<sup>1</sup> 小西敏子<sup>2</sup> 丸口ミサエ<sup>2</sup> 濱本洋子<sup>2</sup>

1 中日友好病院 2 国立看護大学校  
chenxq\_78@hotmail.com

## Training the Specialist Nurse in Cancer Pain Management in China

Chen Xiu-Qin<sup>1</sup> Toshiko Konishi<sup>2</sup> Misae Maruguchi<sup>2</sup> Yoko Hamamoto<sup>2</sup>

1 China-Japan Friendship Hospital ; Yinghua Road, Chaoyang District, Beijing, 〒 100029, China

2 National College of Nursing, Japan

【Keywords】 緩和ケア palliative care, がん性疼痛看護 cancer pain management nursing, 認定看護師 certified nurse, 専門看護師 specialist nurse

### I. 緒言

WHO (1989) は、緩和ケアを「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的なケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会的な問題、スピリチュアルな問題の解決が重要な課題となる」と定義している。緩和ケアの目的は、患者とその家族ができる限り良好な QOL を実現できるように、患者が家族とともに死に向かってよりよい準備ができるように援助することである。また、緩和ケアの最終目標は、苦痛緩和ではなく QOL を向上させることにある。進行がん患者ではその3分の2以上に痛みが生じ、がんの痛みの治療を主軸とした緩和ケア、つまり患者の身体的苦痛の軽減が最優先とされる。

1977年、日本における最初の緩和ケアに関する研究会として「日本死の臨床研究会」が発足し、1981年には「聖隷三方原病院」に院内独立型のホスピスが誕生した。1990年4月、当時の厚生省は「緩和ケア病棟入院料」を設け、国が医療保険制度内に緩和ケア病棟を認定後、緩和ケア病棟は急速に増加し、2007年9月現在、緩和ケア病棟承認施設として175施設、3,362床が認定されている（日本ホスピス緩和ケア協会、2007）。また、緩和ケアにおいては家庭が最善の場所であることが重視され、がん患者の在宅医療や在宅看護支援システムも積極的に導入されている。1998年には緩和ケア領域の認定看護師制度として、ホスピスカ（現：緩和ケア）認定看護師、がん性疼痛看護認

定看護師が創設された。

一方、中国では、緩和ケアは「姑息治療」と称されている。1980年代に緩和ケアが中国に導入され、1987年に中国で初めての末期がん患者を対象とする「安徽肿瘤康复医院」が安徽省に設立された。1994年には緩和ケア専門機構「姑息治療専門委員会」が発足し、姑息治療も1999年から実施されている（劉、2007）。現在、中国のがん患者は約200万人であるが、緩和ケア病院は非常に少なく、また経営も困難であり、患者のニーズを満たせていないのが現状である。経済的な理由から入院できない患者や適切な治療を受けられない患者は、自宅で最期を迎えざるをえず、また、日本のような在宅医療や訪問看護制度も普及していない。

日本では医療保険制度が完備されており、国民皆保険により誰も差別なく、比較的高度な水準の医療サービスはどこでも受けられる。2006年の介護保険の見直しで、40～64歳の末期がん患者も介護保険の給付対象となった。一方、中国は発展途上国であり医療保険制度がまだ十分には完備されておらず、政府によるがん患者への経済的な援助もない。このため、経済的な理由から適切な治療を受けられない場合もあり、特に農村で生活する多くの農民には深刻な問題となっている。このような社会的背景のなかでは、末期がん患者に対する積極的治療を普及させるのではなく、QOLを向上させるための緩和ケアを充実させることができれば、それは経済的にも有効と考える。

本研究の目的は、文献や資料から日本と中国における緩和ケアの現状を分析すると同時に、国立看護大学校研修部

における認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」の研修を通して、中国の緩和ケアを推進するための方策を専門看護師育成の側面から考察することである。

## Ⅱ. 研究方法

日本については「緩和ケア」「がん性疼痛」、中国については「姑息治療」「癌痛」の各々2つのキーワードを用い、1987年から2006年の20年間における日本と中国の緩和ケアに関する文献や資料を概観し、両国の現状を分析する。また、認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」の研修で経験したことから、中国の緩和ケア専門看護師の養成に是非とも取り入れるべき教育内容について考察する。

## Ⅲ. 結果

### 1. 日本ならびに中国における緩和ケアの現況

#### 1) がんの治療

日本では、世界共通のがんの三大治療方法といわれる外科治療、放射線療法および化学療法を実施している。また、がんの治療成績を向上させるために、診断能力をさらに高めて早期がんを発見する努力とともに、再発・転移症例に対する治療成績の向上にも努めている。中国も日本と同様、がんの三大治療方法を実施すると同時に、がんにかかわる世界の先進的な知識や理念および治療方法などを取り入れている。また、積極的に新薬の開発や新しい治療方法および東洋医学と西洋医学を融合させる研究も行っている。特に中国では東洋医学の歴史が長く、東洋医学の利点を生かして、針灸やマッサージ、生薬の投与、薬膳、気功などを提供している。

#### 2) がん性疼痛に対する薬物療法

がん患者の苦痛を軽減するため、日本は、1986年にWHO方式がん疼痛治療法が日本語に翻訳されて導入され、モルヒネやフェンタニル、オキシコドンなどの医療用麻薬を使用している。日本では現在でも医療用麻薬に対する誤解や偏見があり、2001年の年間国内モルヒネ消費量は843kgであり、2002年においても世界平均の約3分の1にすぎない(鈴木, 2006)。がん患者のなかにも「麻薬中毒になるのでは」「死期が早まる」と考え、痛みを我慢している人も多く存在する。

一方、中国では、1990年にWHOの3段階除痛ラダーを導入し、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンなどの医療用麻薬を使用している。現在、がん患者の約50%が中度から重度の痛みを有し、35%の患者は我慢できないほど重度の痛みを耐えていると推計されている。2002年の年間モルヒネ消費量は253kgにすぎず、中国のがん患者

は痛みの治療を適切には受けられず、痛みを我慢している患者も少なくないと推察される(中国腫瘍康復, 2007)。その原因としては、緩和ケアに関する政策の欠如、医療従事者や医療行政担当者および国民の麻薬に対する認識の不足、資金の不足や薬の供給システムの不備などが挙げられる。

#### 3) 代替補完療法

看護における代替補完療法としては、プリゼンス(寄り添う療法)、積極的な傾聴、意図的タッチ、音楽療法、ペットセラピー、アロマセラピーなどがある。

日本の代表的ながん専門病院の緩和ケア病棟では、代替補完療法を積極的に導入している。看護師は患者のさまざまな要求に応じるために、受け持ち患者のベッドサイドにおいて物理的に「この場にいる」、心理的にも患者と「ともにいる」というプリゼンスを提供している。治療やケアを行うときは、患者の手を握ったり体に触れたりするなどのノンバーバル・コミュニケーションを図りながら、患者の話を傾聴している。また、ボランティアの協力を得て、コンパニオンドッグとしてプードル犬がベッドサイドを巡回したり、患者の苦痛を緩和するためのリラクゼーション法やアロママッサージなどが実施されたりしている。

一方、中国においては、患者の話を傾聴し患者とコミュニケーションを図ることの大切さが徐々に認識され始めてきた段階である。

#### 4) 終末期ケア

日本では、患者と家族の意思を尊重したうえで、患者に残された命をできるだけ安らかに過ごせるよう取り組んでいる。日本の代表的ながん専門病院の緩和ケア病棟における整備された美しい療養環境や病棟の和やかな雰囲気、豊かな人間性に基づき患者の尊厳を重視する医療従事者の姿は、末期がん患者のQOLを向上させるものである。

一方、中国の医師は患者の自己決定を軽視し、衰弱している末期がん患者に対しても、手術や化学療法および放射線療法などといった積極的な治療を実施することがあり、緩和ケアに対する認識が不足している。終末期の患者にとっては、痛みのみならず諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題の解決が最も重要な課題であるという認識が浅い。中国ではがんの治療が最優先であり、終末期ケアはあまり重視されておらず、緩和ケア病院や病棟の数も少ない。

#### 5) 家族ケアと遺族ケア

遺族ケアとは「遺族への支援を意図した個人あるいは集団による態度や行動活動」(相川, 2006)と定義されている。

日本では家族へのケアも重視されており、遺族や友人への死別後のケアを提供している施設もある。

一方、中国では、家族や遺族に対するケアはほとんどなされていない。家族へのアプローチとして、健康教育とい

う名目で、外来や入退院の患者および家族に医学知識や疾患の再発予防などに関する指導を始めたところである。

## 6) チーム医療

緩和ケアでは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、理学療法士、音楽療法士、宗教家などさまざまな分野の専門家に加え、地域のボランティアもチームに加わり全人的なケアを提供している。

現在、日本では診断から治療、ひいては終末期における緩和医療に至るまで、高度の知識をもったがんの専門医や看護師のエキスパートが必要とされており、積極的に養成対策を立て実施している。腫瘍内科医、放射線診断医、放射線治療医などへ専門分化すると同時に、終末期にあるがん患者の症状緩和を専門とする緩和医療医や、がん患者の精神的支援や精神的変化に対応する精神腫瘍医の必要性も認識されている。看護の面でも、がんに関わるエキスパートの育成に力が注がれている。また、緩和ケア病棟でもボランティアの活躍する姿が見受けられ、国民の関心も高まっている。日本の代表的ながん専門病院の認定看護師は、緩和ケアチーム専従看護師として、緩和ケア教育はもとより病棟スタッフのサポート、患者・家族への直接ケアおよび緩和ケアチーム内の管理業務といった役割を果たしている。

一方、中国では、がんに関わる腫瘍内科医、放射線診断医、放射線治療医が分化しているが、緩和医療医や精神腫瘍医はいない。また、がんの看護エキスパートの育成もまだ行われていない。国民の関心も不十分で、ボランティアとして緩和ケアに参加する人も少ない。各分野の医療従事者の連携がうまく図れず、チームで連携し患者の治療やケアにあたるという医療は進んでいない。

## 7) スピリチュアルケア

死に近づく過程では孤独感、疎外感、身近な人とのつながりを失うこと、そして身体機能や自律性を失うことなど多くの喪失を体験する。死を迎える患者に対してはスピリチュアルな痛みへのケアが必要とされている(田崎, 2004)。窪寺(2004)は「スピリチュアルペインとは、人生を支えてきた生きる意味や目的が、死や病の接近によって脅かされて経験する全存在的苦痛である。特に死の接近によって『わたし』意識が最も意識され、感情的、哲学的、宗教的問題が顕著になる」と定義している。スピリチュアルケアは科学的基盤に立つ方法の実践と、個々人のもつ感性や霊性が人同士として働き合うこととの統合あるいは調和である(河, 2005)。また、ホスピスケアの本質はスピリチュアルケアである(山崎, 2005)。

日本の代表的ながん専門病院の緩和ケア病棟では、医療従事者は自らの人生観や死生観を押しつけることなく、患者の個性、信条、価値観を尊重しスピリチュアルケアを提供している。患者の残った時間を尊重し、患者のそばにい

てスピリチュアルペインに沿って共感し、患者と家族の苦しみを緩和し、患者が最期まで人間らしく残された時間を少しでも有意義に過ごせるようにサポートしている。

一方、中国では、スピリチュアルケアは提供されていない。末期がん患者のそばにいて患者の話を書くこと、患者の個性、信条、価値観を尊重することの重要性の認識は、まだ不十分である。

## 2. 認定看護師教育制度と専門看護師教育制度の比較

日本においては1995年の認定看護師制度発足以来、現在まで17の専門分野が設立され、3,383人の認定看護師が育成された。5年以上の実務経験があり、3年以上、特定の看護分野の経験がある保健師・助産師・看護師は、日本看護協会が認定した認定看護師教育課程を受講することができる。認定看護師教育課程の教育期間は6か月以上1年以内とされており、総時間数は600時間以上、そのうち学内演習/臨地実習は200時間以上と規定している。また、認定看護師教育課程の教育科目は共通科目と専門基礎科目、専門科目に分類されており、がん性疼痛看護コースでは、共通科目として、リーダーシップ、文献検索・文献講読、情報処理、看護倫理、教育・指導、コンサルテーション、看護管理、対人関係の8領域がある。また専門基礎科目としては、腫瘍学、緩和医療、がん患者の理解、臨床倫理学などの6領域、専門科目として、がん性疼痛看護概論、がん性疼痛の病態生理、がん性疼痛に関する臨床薬理など7領域がある(日本看護協会, 2007)。日本の認定看護師教育は、看護師の専門能力、対人能力、指導能力などを高めることを重視している。教育内容は実用性が高く、教育方法も多種多様である。たとえば「がん性疼痛看護コース」では、医学的基礎知識の習得だけでなくさまざまな事例についてグループ学習を行うことで、看護師の実践能力を育てることを重視している。研修生は患者の身体面・精神面・社会面をアセスメントして詳細な看護計画を立て、それをグループで討議し発表する。いろいろな演習を通して看護師や患者それぞれの立場で考えられる能力を育成でき、看護師・患者間の相互理解を高められる教育方法である。

国立看護大学校認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」では、研修目的を「がん性疼痛を有する患者の疼痛マネジメントや全人的なケアが実践できる能力、および他の看護師の指導・相談を行うことができる能力をもった認定看護師を育成すること」としている。また研修目標として、①がん性疼痛看護に関する最新の知識をもち、がん性疼痛を有する患者に対して総合的な判断をもとに個別的なケアを計画し実施する、②がん性疼痛に用いる薬剤と薬理作用について理解し、それらを適切に使用し効果を評価する、③がん性疼痛を有する患者や家族が、生活の質をより

高めることのできる効果的な方法を、患者とその家族とともに計画し援助する、④がん性疼痛を有する患者の看護について、他の看護師に実践的モデルを示すと同時に、実践に関する指導を行い相談に対応する、⑤医療チームのなかで他職種と協力しながら、がん性疼痛の緩和を実践する、⑥がん性疼痛を有する患者の人権を擁護するために、適切な倫理的判断を行う、の6つを挙げている。

一方、中国では、中国看護協会（中華護理学会と称し、日本看護協会と類似している）が看護師の継続教育を担う機能を果たしているが、専門看護師資格を認定する権限はもっていない。政府による専門看護師認定システムも完備しておらず、専門看護師の資格審査方法も全国的に統一された基準となっていない。専門看護師は2002年に発足し、ストーマやICU、糖尿病などの専門分野で育成されている。これは2002年、香港で主催したICU専門看護師育成コースを模範としており、所属病院から推薦された勤務年数5年以上でかつ短大以上を卒業した看護師を対象とし、研修修了後は現場に戻り、エキスパートとして活躍している。また、理論学習は150時間、臨床実習は3か月間とされているが、中国においては専門看護師教育課程として統一された科目は定められていない。

北京市にある総合病院の専門看護師は、2002年に香港で主催したICU専門看護師育成コースで育成され、中国で初めてのICU専門看護師となった。現在この2名は、病院のICUとEICUの看護師長になり、看護師の指導や相談の仕事を担当している。また、専門領域における臨床研究にも取り組み、看護の質の向上に貢献している。

#### IV. 考 察

##### 1. 両国の緩和ケアに関する考察

###### 1) 医療用麻薬に対する認識

疼痛ケアが進んでいる欧米では医療用麻薬が早くから普及しており、末期だけではなく初期のがん患者にも積極的に処方されている。日本での1人あたりの消費量はモルヒネの場合、米国の8分の1程度であり、日本も医療用麻薬に対する認識は欧米より低い。しかし、日本の人口は中国の10分の1であるが、モルヒネ消費量は中国の約3倍であった（鈴木、2006）。このことは、中国の多くのがん患者が痛みから解放されていないことを示している。今後、がん患者の苦痛を軽減するために、日中両国とも、特に中国の医療従事者や国民は、医療用麻薬を正しく理解し活用する必要がある。

###### 2) 緩和ケア施設の数

中国の緩和ケア病院は利益を上げられないため、経営難や人員不足などの問題を抱えている。中国の人口は日本の10倍であり、がん患者数も多い。しかし、政府や国民の

緩和ケアに対する関心は低く緩和ケア施設は日本より非常に少ないため、患者のニーズに対応できないことが明らかである。今後、中国は、政府が主導してコマーシャルに力を入れ、慈善機構を利用し国民の緩和ケアに対する理解や協力を高めて、中国の緩和ケア事業を推進していかなければならない。また、緩和ケア施設を増設すると同時に、在宅のがん患者を対象とした在宅医療や在宅看護支援システムの構築も必要である。

###### 3) がんに携わる医療従事者の育成

日本ではがんに携わる医療従事者の育成を重視しており、各分野のスペシャリストが緩和ケアの現場で活躍している。中国ではがん専門医、特にがんに従事する看護師はまだおらず、緩和ケアも重視されていない。今後、がんに携わる医療従事者の育成に力を入れていく重要性を認識した。

###### 4) 医療機関の間の連携

日本は都市部と農村部の医療レベルの差が比較的少なく、どこでも誰でも同じような医療サービスを受けることができる。しかし、中国では地域によって医療条件や医療水準が大きく異なり、大部分の国民が生活する農村部においては医療水準がかなり低い。医療従事者のレベルも低く医療設備も未整備であるため、がん患者が適切な治療を受けられない現状にある。今後、都市部の進んでいるがん専門病院や総合病院が農村部の病院とうまく連携することにより、農村部の医療人材の育成、医療資源の共有を行うことで、中国全体の医療レベルが向上することを期待している。

###### 5) スピリチュアルケア、家族ケアおよび遺族ケアの提供

日本では患者の精神的・霊的苦痛や家族の悩み（たとえば、告知、病状の進行に対する不安、死別体験後の悲嘆など）に対するケアも広まってきている。しかし、中国では心理的なケアは行っているが、スピリチュアルケアや家族ケアは重要視されていない。今後は、心理的なケアばかりではなくスピリチュアルケアにも関心を示すべきだと考える。また、家族への援助も今後の課題である。

##### 2. 中国の看護スペシャリスト育成に関する今後の課題

###### 1) 看護ケアの広がりと言護の質の向上

日本の認定看護師教育制度の歴史は十数年であり、多くの分野で認定看護師が育成されており、認定看護師は現場で活躍して大きな成果を取っている。中国は専門看護師の教育を始めたところであり、限られた少数の分野で専門看護師を養成している段階である。これから中国では、がん性疼痛看護および他の分野で専門看護師を養成し、緩和ケアや看護の質をレベルアップしていく必要がある。

###### 2) 看護師教育制度の確立

中国では専門看護師教育制度および審査制度はまだ定め

られておらず、日本や欧米のよい経験を取り入れて、専門看護師認定管理機構、管理制度、審査制度の確立を急務としなければならない。

### 3) 教育システムの確立と教育科目の基準化

日本の認定看護師の教育内容や教育方法は、十数年の経験を経てレベルの高い教育を実施している。育成された認定看護師は、看護スペシャリストとして現場で他の医療職と連携し指導や相談を行い、看護の質の向上へも貢献している。教育方法は看護師の実践能力や管理能力を非常に重視している。中国では、専門看護師教育カリキュラムはまだ統一されていない。中国社会の高いニーズを満足させるために、専門看護師の教育システムの確立と教育科目の基準化を早急に確立しなければならない。

がん性疼痛看護を例にすると、今後、中国においても、日本のがん性疼痛看護認定看護師教育課程の教科や看護教育方法を参考にし、レベルの高いがん性疼痛専門看護師を育成しなければいけないと考える。

### 4) 業務内容の明確化と専任化

日本では、認定看護師の役割や業務内容および待遇などが明確化されつつあり、認定看護師は専門性を生かしている。中国では、専門看護師の職務内容や待遇などは所属病院によって異なる。今後、専門看護師の業務内容を明確化し、専門性を高めていく必要がある。

### 5) 看護の質の向上と人材の確保

日本では看護業務が広く認知されており、多くの看護師を育て社会に送り出している。看護師は専門職として他職種と連携し協力して、チーム医療の一員として大きな役割を果たしている。中国では、看護に対する偏見が強く看護業務を軽視する傾向にあり、看護師の退職や他の職業への転職も多い。今後、看護師を尊重し重視するよう民意を変え、多くの看護人材を確保しなければならないと考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

中国の緩和ケアを推進するための方策を専門看護師育成の側面から明らかにすることを目的として、日本と中国の緩和ケアに関する文献・資料を概観し両国の現状および認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」研修における経験から、中国の緩和ケア専門看護師の養成に取り入れる

べき教育内容を考察した。しかし、中国における文献・資料は中国本土内に限定されていること、日本における認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」研修における経験が日本の一部地域に限定されていること、両国の緩和ケアの状況には筆者の主観的な経験が反映されている可能性があることなどから、本研究は、両国の緩和ケアに関する結果として一般化するには限界がある。

今後の課題は、客観的なデータの蓄積によって、中国における緩和ケアの状況をよりの確に見極め、緩和ケアの普及とがん性疼痛専門看護師の育成に必要な方策を見出すことである。

## ■文献

- 相川充 (2006). 体験を通じて考える遺族ケア. 家族看護, 4 (2), 16.
- 中国腫瘍康復 (2007). <http://www.cn-cancer.com/Home/Index.aspx> (2007年1月20日)
- 河正子 (2005). スピリチュアリティースピリチュアルペインの探求からスピリチュアルケアへ. 緩和ケア, 9 (増), 373.
- 窪寺俊之 (2004). スピリチュアルケア学序説. 43, 三輪書店, 東京.
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2007). <http://www.hpcj.org/> (2007年9月1日)
- 日本看護協会 (2007). <http://www.nurse.or.jp/> (2007年9月1日)
- 劉淑俊 (2007). わが国のがん治療及び姑息治療 中国医学論壇新聞ネットワーク版. <http://www.cmt.com.cn/> (2007年1月20日)
- 鈴木勉 (2006). がんの痛みと医療用麻薬. 緩和ケア冬季セミナー基調講演1.
- 田崎美弥子 (2004). スピリチュアリティへの理解. 日本サイコオンコロジー学会ニューズレター.
- WHO (世界保健機関) 編 (1989) / 武田文和訳 (1993). がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金原出版, 東京.
- 山崎章郎 (2005). 人間存在の構造からみたスピリチュアルペイン. 緩和ケア, 9 (増), 376.

---

**【要旨】** 本研究は、中国の緩和ケアを推進するための方策を専門看護師育成の側面から明らかにすることである。日本と中国の緩和ケアに関する文献・資料を概観し両国の現状を分析すると同時に、認定看護師教育課程「がん性疼痛看護コース」研修における経験を通して、中国の緩和ケア専門看護師の養成に取り入れるべき教育内容を考察した。がんは日本においても中国においても死亡の第一原因であり、両国の国民の健康を脅かす第一の疾患である。また、今後がん患者数がさらに増えると推測されている。中国は人口大国であり発展途上国でもある。緩和ケアのレベルは日本より遅れており、また、がんに従事する看護スペシャリストの育成もまったく行われていない。しかし、昨今、末期がん患者が自分らしい最期を迎えるために、緩和ケアを充実させることの重要性が認識され始めた。今後、中国は、日本や世界のよい経験を導入しながら、中国の国情に合わせ、緩和ケアの質を向上させることが必要である。そして、そのためには、緩和ケアに携わる専門看護師を育成するための教育システムを整備していくことが急務である。

---