

《褥瘡ケア》

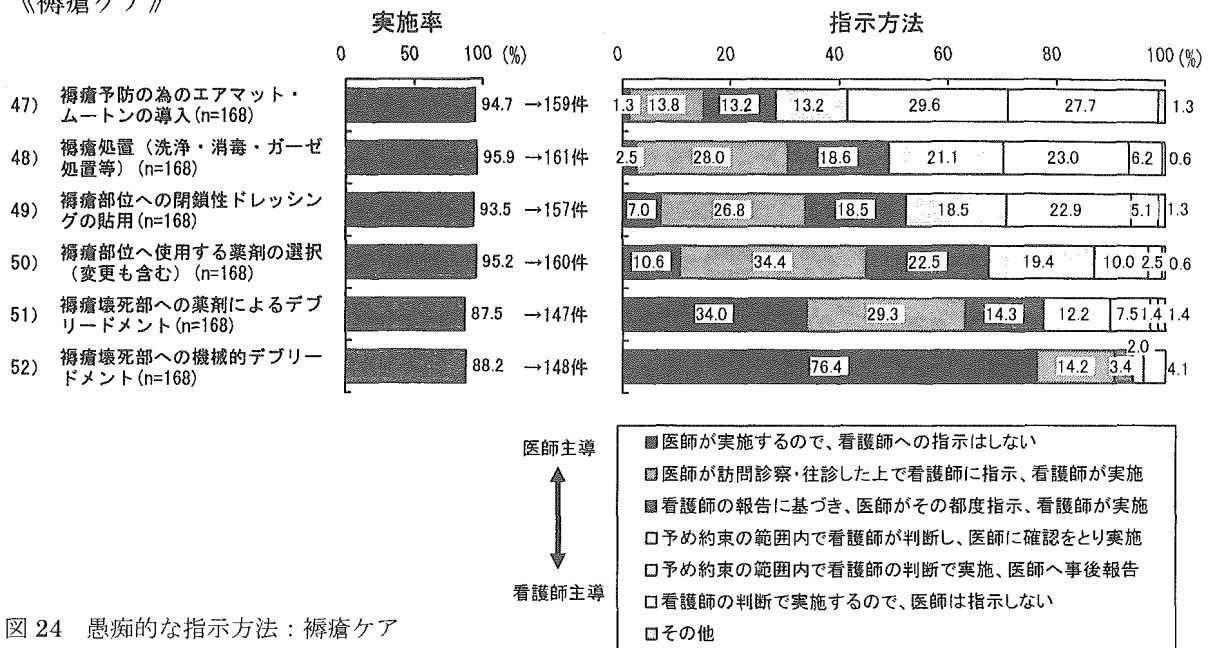


図 24 愚痴的な指示方法：褥瘡ケア

褥瘡ケアの実施率をみると、予防や褥瘡部位への処置は 90% 以上の実施率となっている。指示方法をみると、褥瘡の状態が進むほど医師指導で実施される傾向にあり、“褥瘡壊死部への機械的デブリードメント”では 76.4% が「医師が実施するので、看護師への指示はしない」と回答している。

《呼吸ケア》

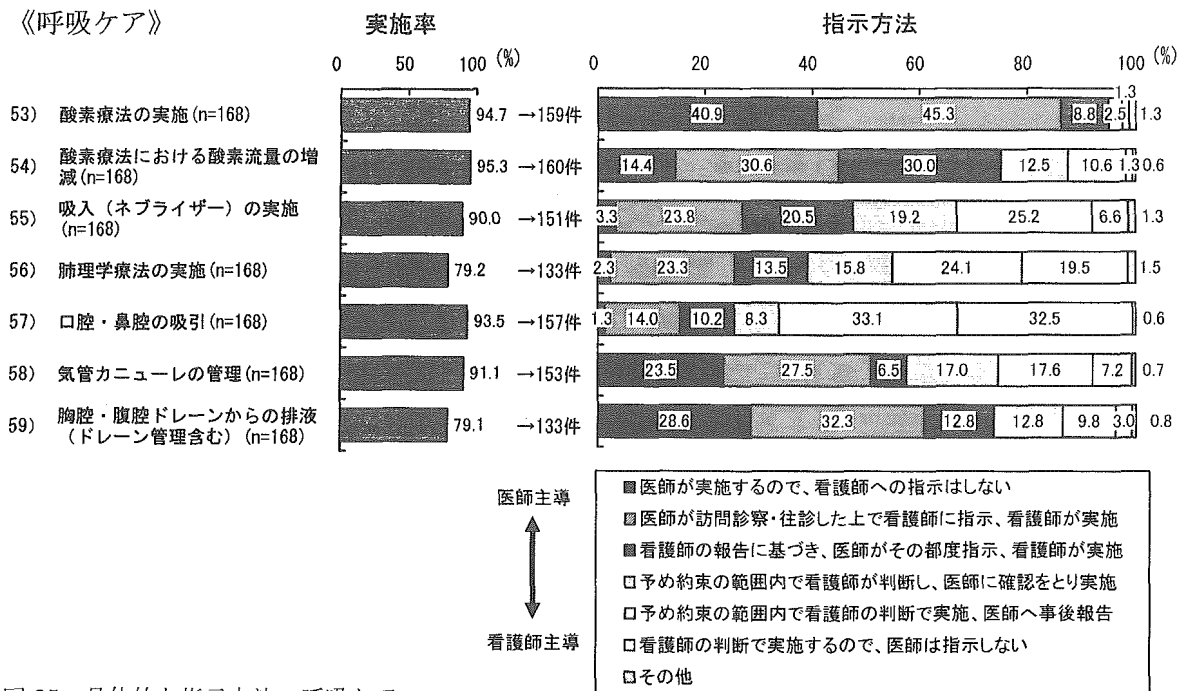


図 25 具体的な指示方法：呼吸ケア

呼吸ケアの実施率をみると、“胸腔・腹腔ドレーンからの排液（ドレーン管理含む）”で79.1%、
 “肺理学療法の実施”で79.2%と他の項目に比べて低くなっている。指示方法をみると、“酸素療法の実施”は「医師が実施するので、看護師への指示はしない」が40.9%と高い。反対に“口腔・鼻腔の吸引”や“肺理学療法の実施”は看護師主導で実施される割合が高くなっている。

《その他》

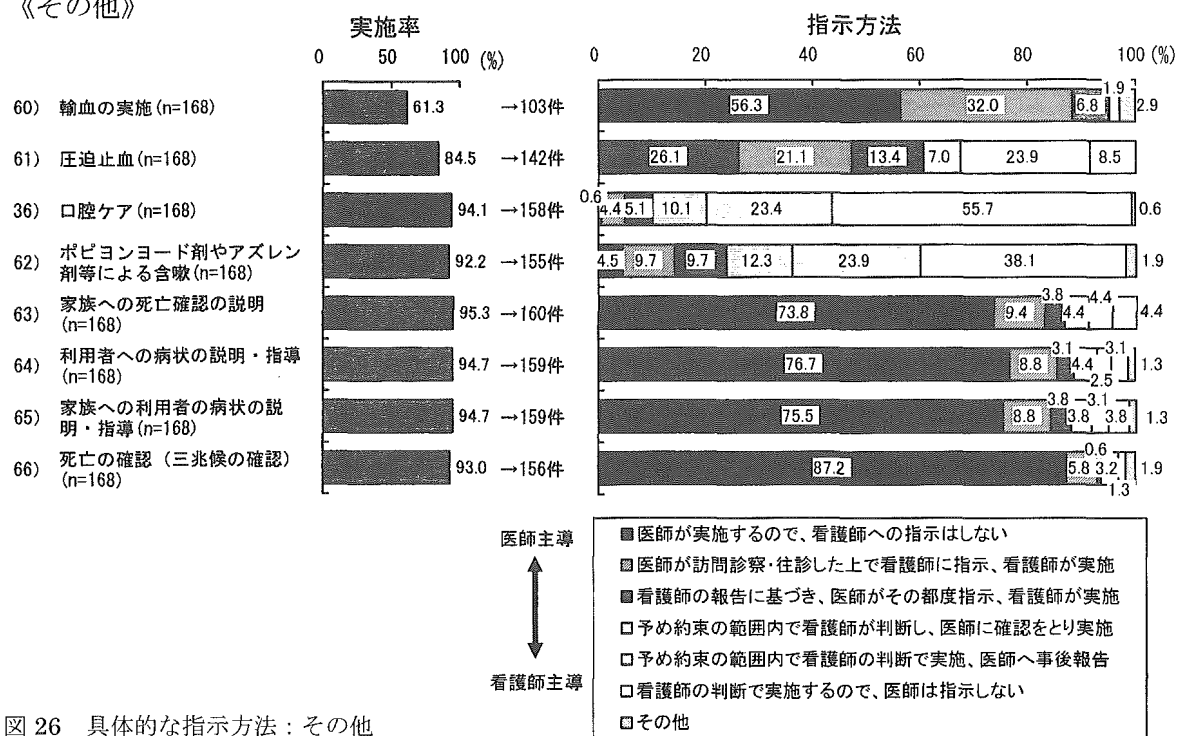


図 26 具体的な指示方法：その他

その他の項目について実施率をみると、“輸血の実施”が61.3%と低くなっている。指示方法をみると、説明・指導、死亡確認の項目では、「医師が実施するので、看護師への指示はしない」が70%を超えている。口腔ケアの項目では看護師主導の割合が高くなっている。

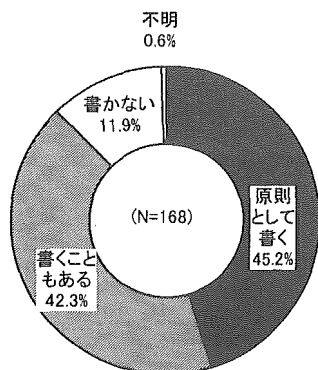
8. 指示書の作成

1) 疼痛緩和に関する指示書

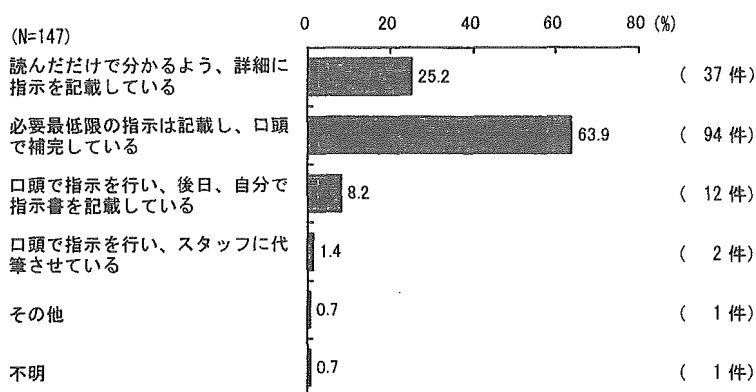
18. 訪問看護指示書に疼痛緩和の具体的な指示を書いていますか。

18-1 1) または 2) と回答された方にお聞きします。その指示書は、どのように作成していますか。通常、最もよくとっている方法に該当する番号 1 つに○をつけて下さい。

《疼痛緩和の指示書作成》



《疼痛緩和の指示書作成方法》



【その他の内容】

簡単なものは指示書に書くが、複雑な場合は別にマニュアルを作る。

図 27 疼痛緩和の指示書作成および疼痛緩和の指示書作成方法について

疼痛緩和の指示書の作成についてたずねたところ、「原則として書く」が 45.2%、「書くこともある」が 42.1%、「書かない」が 11.9%となっている。指示書の作成方法は、「必要最低限の指示は記載し、口頭で補完している」が 63.9%と高い割合となっている。

表 8 疼痛緩和の指示書作成と訪問看護師の理解との関係

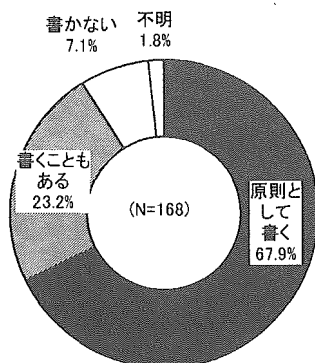
			訪問看護師の指示書の理解				合計
			十分	およそ	あまりない	分からない	
疼痛緩和 に関する 指示書	原則 書く	度数	31	42	1	1	75
		%	41.3%	56.0%	1.3%	1.3%	100.0%
	書く ことも	度数	12	55	0	4	71
		%	16.9%	77.5%	.0%	5.6%	100.0%
	書か ない	度数	4	7	2	4	17
		%	23.5%	41.2%	11.8%	23.5%	100.0%
合計		度数	47	104	3	9	163
		%	28.8%	63.8%	1.8%	5.5%	100.0%

訪問看護師の指示書の理解(問 21)との関係で見ると、「原則として書く」機関において、十分理解されているという評価が多くなっていた。

2) 一定期間ごとの指示書作成

19. 開始後、一定期間ごとに、訪問看護師に対する指示書を作成していますか。
 19-1 1) または 2) と回答された方にお聞きます。その指示書は、どのように作成していますか。通常、最もよくとっている方法に該当する番号 1 つに○をつけて下さい。

《一定期間ごとの指示書作成》



《一定期間ごとの指示書作成方法》

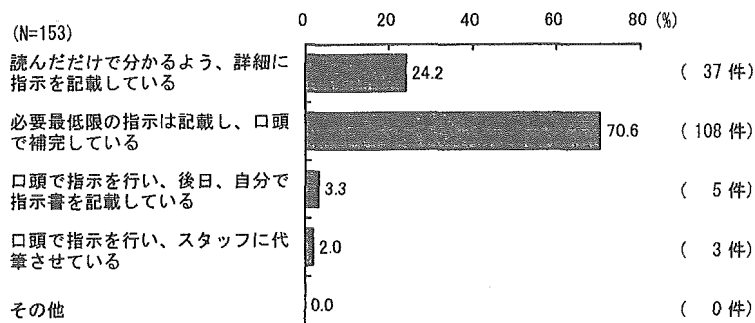


図 28 一定期間ごとの指示書作成状況について

一定期間ごとに指示書を作成しているかどうかをたずねたところ、「原則として書く」が 67.9%、「書くこともある」が 23.2%、「書かない」が 7.1%となっている。指示書の作成方法は、「必要最低限の指示は記載し、口頭で補完している」が 70.6%と高い割合となっている。

表 9 一定期間ごとの指示書作成と訪問看護師の理解との関係

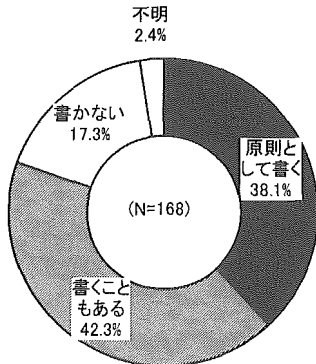
			訪問看護師の指示書の理解				合計
			十分	およそ	あまりない	分からない	
一定期間ごとの指示書	原則書く	度数 %	36 31.9%	75 66.4%	1 .9%	1 .9%	113 100.0%
	書くこともある	度数 %	9 23.1%	25 64.1%	1 2.6%	4 10.3%	39 100.0%
	書かない	度数 %	2 22.2%	2 22.2%	1 11.1%	4 44.4%	9 100.0%
合計			47 29.2%	102 63.4%	3 1.9%	9 5.6%	161 100.0%

訪問看護師の指示書の理解(問 21)との関係で見ると、「原則として書く」機関において、十分理解されているという評価がやや多くなっていた。

3) 治療内容変更時の指示書作成

20. 治療内容の変更時に、訪問看護師に対する指示書を作成していますか。
 20-1 1)または2)と回答された方にお聞きします。その指示書は、どのように作成していますか。通常、最もよくとっている方法に該当する番号1つに○をつけて下さい。

《治療内容変更時の指示書作成》



《治療内容変更時の指示書作成方法》

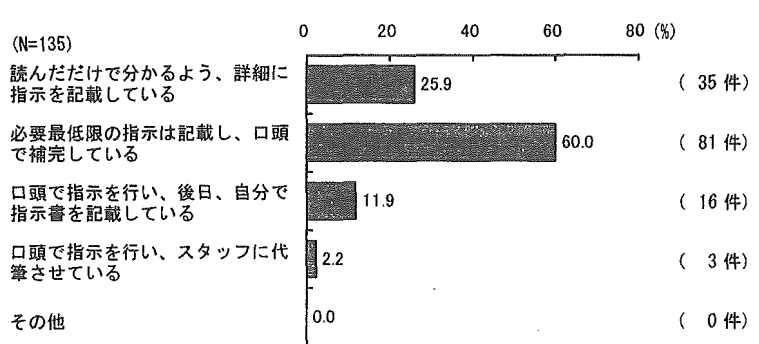


図 29 治療内容変更時の指示書作成状況について

治療内容変更時に指示書を作成しているかどうかをたずねたところ、「原則として書く」が 38.1%、「書くこともある」が 42.3%、「書かない」が 17.3%となっている。
 指示書の作成方法は、「必要最低限の指示は記載し、口頭で補完している」が 60.0%と高い割合となっている。

表 10 一定期間ごとの指示書作成と訪問看護師の理解との関係

			訪問看護師の指示書の理解				合計
			十分	およそ	あまりない	分からない	
治療変更時の指示書	原則書く	度数	25	36	1	1	63
		%	39.7%	57.1%	1.6%	1.6%	100.0%
	書くことも	度数	17	51	1	2	71
		%	23.9%	71.8%	1.4%	2.8%	100.0%
	書かない	度数	5	14	1	6	26
		%	19.2%	53.8%	3.8%	23.1%	100.0%
合計	度数	47	101	3	9	160	
	%	29.4%	63.1%	1.9%	5.6%	100.0%	

訪問看護師の指示書の理解(問 21)との関係で見ると、「原則として書く」機関において、十分理解されているという評価が多くなっていた。

4) 訪問看護師の指示書の理解

21. 訪問看護師の指示書の理解は十分だと思いますか？最も当てはまるもの 1 つに○をつけて下さい。

《訪問看護師の指示書の理解》

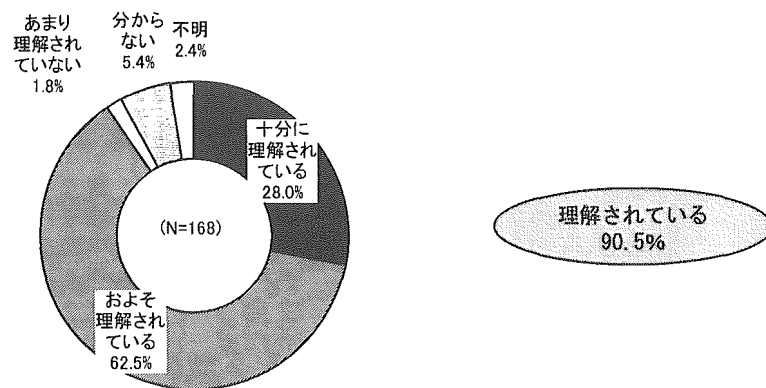


図 30 訪問看護師の指示書の理解状況について

訪問看護師の指示書の理解についてたずねたところ、「十分に理解されている」が 28.0%、「およそ理解されている」が 62.5%となっており、両者を合わせた“理解されている”は 90.5%となっている。

9. 包括的指示について

1) 包括的指示の賛否

22. 包括的指示は望ましいと思いますか。

22-1 2)、3)、4)と回答された方にお聞きします。その理由は何ですか。

《包括的指示の賛否》

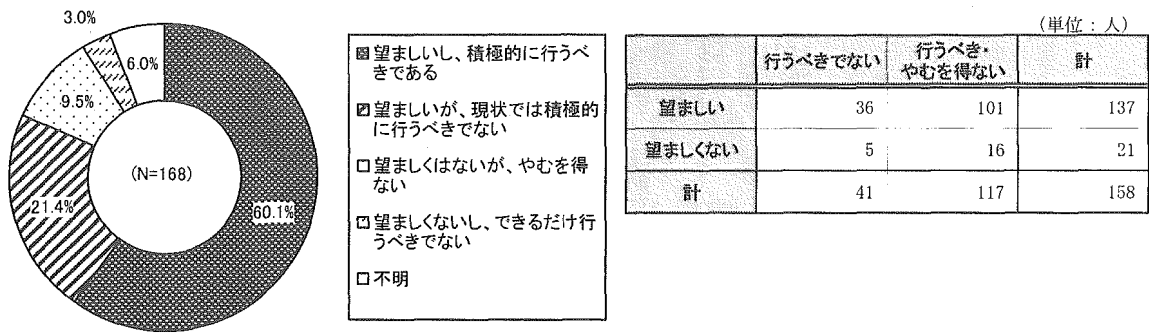


図 31 包括的指示の賛否について

包括的指示の賛否についてたずねたところ、「望ましいし、積極的に行うべきである」が 60.1%、「望ましいが、現状では積極的に行うべきでない」が 21.4%、「望ましくはないが、やむを得ない」が 9.5%、「望ましくないし、できるだけ行うべきでない」が 3.0%となっている。

表 11 2004 年度がん末期患者在宅死数による医療機関別に見た包括的指示の賛否

	2004 年度のがん末期患者在宅死数が					
	5 人未満の機関		5-10 人の機関		11 人以上の機関	
	N	%	N	%	N	%
望ましいし、積極的に行うべき	48	60.8	20	58.8	27	69.2
望ましいが、現状では積極的に行うべきではない	21	26.6	8	23.5	7	17.9
望ましくはないが、やむをえない	8	10.1	4	11.8	4	10.3
望ましくないし、できるだけ行うべきでない	2	2.5	2	5.9	1	2.6
合計	79	100.0	34	100.0	39	100.0

2004 年度がん末期患者在宅死数によって医療機関を 3 群に分け、包括的しじの賛否を見たところ、がん末期患者在宅死数が 11 人以上あった機関で、「望ましいし、積極的に行うべきである」がやや多く、「望ましいが、現状では積極的に行うべきでない」がやや少ない傾向が見られた。

《望ましくない、行うべきでないと考える理由》

●望ましいが、現状では積極的に行うべきでない

- ・ 本当は（１）に印をつけたいのですが、結局どのように変わるかわかりません。
- ・ 訪問看護ステーションにスキルにバラつきがあり、安心して包括指示が出せない。
- ・ 訪問看護師のレベルに差があること。また、その能力を自分が把握していないため。
- ・ 訪問看護師のレベルが施設により違いすぎる
- ・ 訪問看護師の末期がん患者への対応力が十分に確保されていないと思うから
- ・ 訪問看護師の技術、力量にバラつきが大きい
- ・ 法的に違法と適法の区別が曖昧だから
- ・ 法的な問題あり得る
- ・ 法的整備が不十分
- ・ 包括的指示の意味がどの範囲までかわからないが、訪問看護師の能力がそのレベルに至っていないように思われるし、医師は患者を最期まで看取る責任を訓練されているが、看護師は医師任せ、または途中で退職が多く、職業に対するモチベーションがまだまだ不十分と考えられる。
- ・ 能力にバラつきがあり、信頼性が今ひとつである。
- ・ ステーションによる、担当者による
- ・ ステーションによって差が大きい
- ・ 状態の変化が大きい場合、望ましくない
- ・ 指示内容に対する理解の相違を防ぐため
- ・ 指示内容に若干の理解不足があることがある。
- ・ 現状では訪問看護師にすべてをまかせるには不安がある
- ・ 現状、当院の訪問看護師のレベルが足りない
- ・ 患者に対する責任は全て医師にある。また、病状悪化は予想を超えることがある。case by case でなければ行えない。看護師の能力も千差万別である。
- ・ 看護師のレベルが一定ではない、特別な研修と認定を受けることが望ましい。
- ・ 看護師の能力、ステーションの能力に差がある。コミュニケーションが完全とはいかない。
- ・ 看護師の技量・能力に差があること。事故が起こったときの責任の所在が不明確。医師としての存在意義がなくなってしまうのではないかと懸念する。
- ・ 看護師では限界がある（現在の法律ではやれることに）
- ・ 看護師個人の能力の格差、適切な指示を出せる医師が不足している
- ・ 各スタッフのスキルの問題
- ・ 医師には医師の役割がある。リーダーor コンダクターとしての。
- ・ 看護師それぞれによって違いがあるため、プラスの指示が必要。

●望ましくはないが、やむを得ない

- ・ やはり医師の目は違うと思う。指示を出してばかりいると力量が落ち、なお平気で出してよしとすれば、それは驕りとならないか。（患者への責任放棄、失礼になる）
- ・ 本来は医師が行うことも多いが、大問題が現実的
- ・ 訪問看護師一人一人の能力を把握した上でないと、現場での判断に任せていいかわかりません。この看護師なら問題ないという人々には極力現場の判断を任せています。最終責任は医師がとります。

- ・包括的指示という概念がわかりにくい
- ・酸素投与量や導尿程度のことであれば行ってもよいが、薬剤の管理等については量を細かに書いても医療過誤につながる可能性がある。また、その判断する看護師の能力・理解度も個々で異なっているし、これに関しては経験・知識以外に人格・性格も関係してくるから。しかし現場としてはやむを得ないことが多い。
- ・最終的には医師の責任であり、医師の指示通りに行われるかは **100%** 確認できない。
- ・現場での判断は訪問看護師がしないと在宅ケアが進まないが、法的な問題は必ずしもクリアされていないと思う。
- ・具体的がよい
- ・患者ごとに病態が異なるため
- ・多くの患者さんを診ている現実のもと、各々の指示は混乱を招くことあり。
- ・ある程度の実力がある人であれば問題ない

●望ましくないし、できるだけ行うべきではない

- ・訪問看護師はいつも同じ人ではなく、その力量も分からない
- ・その都度尋ねてもらった方が正確に行える
- ・現時点では訪問看護師の看護力は充分と言えない。医師を含めて発展途上と考えている。(医師にも包括指示をするだけの力が不足)
- ・思い違いがあると危険である

2) 包括的指示を行う条件

23. 包括的指示を行う場合に必要だと思う条件はありますか。該当する番号にそれぞれ○をつけて下さい。

《包括的指示を行う条件》

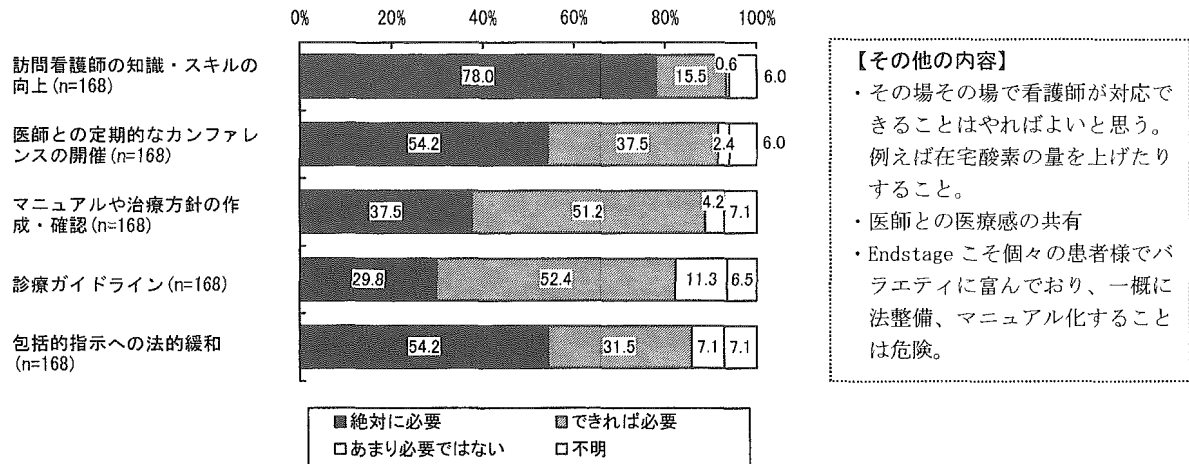


図 32 包括的指示を行う条件

包括的指示を行う条件についてたずねたところ、「訪問看護師の知識・スキルの向上」で「絶対に必要」が 78.0%と高くなっている。

3) 包括的指示を行う場合の法的な問題

24. 包括的指示を行う場合、法的な問題となることがありますか。

24-1 その理由は何ですか。

《包括的指示を行う場合の法的な問題の有無》

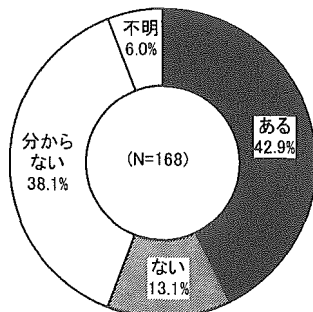


図 33 包括的指示を行う場合の法的な問題の有無

包括的指示を行う場合の法的な問題については、「ある」が 42.9%、「ない」が 13.1%、「分からない」が 38.1%となっている。

《理由》

●ある

- ・連携ステーション間ではないが、第三者から見ると「ある」場合は考えられる。
- ・利用者及びその家族の心情は常に固定されたものではないでしょうから、介入とその結果についての予防受容の点は巾が大きいのです。医師においてでも過誤の有無を問われる事態が少なくない現代であり、配慮はいると思います。
- ・リスクがある行為が含まれるから
- ・薬剤の処方 は看護師でよい（麻薬含めて）
- ・もっと看護師に（医師の裁量にかかわらない限り）権限を与えてもよい。
- ・無診療治療に相当する
- ・麻薬の投与に関するもの
- ・まだ、包括的指示をしてもよいという許可が出ていないから。（数年前まで看護師が点滴をしてもよいという許可が出ていなかったことと同じ。90%以上黙認でやられていたが）
- ・麻酔投与量の変更等は医師の指示によると思われます。
- ・訪問看護師が自ら判断不可能で、主治医への連絡がとれなかった場合、責任の所在は？
- ・法は法。日本は法治国家。
- ・包括的指示の場合はどうしても医学的判断が入るため、現状ではその責任がどこにあるのか、という点が問題になると思います。
- ・包括的指示での責任の所在は。
- ・日本が遅れているから。
- ・何かトラブルが起きたとき、包括的指示が問題になる。
- ・どの程度の法改正が必要か、法律家の専門的な意見が必要。
- ・投薬注射など、医師の診療、指示がないとできないことがあるようにみえる
- ・責任の所在が明確でない。訪問看護師のレベルが高くない。
- ・責任の所在（特に他ステーションに指示した場合）
- ・責任の所在
- ・処方箋の発行を看護師がすることが許されていない
- ・静脈注射
- ・終末期医療では、看護師の実施したことが直接の原因でなくても、タイミングがたまたま全身状態の悪化と重なることもあり、家族の目の前でやられることになるので、責任を追及された場合を想定して法的な整備、十分なバックアップが重要である。
- ・死亡確認や薬剤の増減
- ・指示が正確に伝わらず、事故が発生することが予想される
- ・事故が起こったときの責任問題。
- ・酸素の流量決定など、現在の看護師免許制度では困難。包括的指示に対して、判断し決定する人材に関しては国家資格に相当するものが必要。
- ・在宅医療には医療法での規則が多い。徐々に規制緩和が必要。
- ・在宅医療、訪問看護サービス、それぞれの内容が標準化されていない
- ・最終的責任は医師にあるから。
- ・現状法下では、何かトラブルがあったときに看護師に対する責任の比重が高い。

- ・現実が先行し、法が遅れるから（法による追認が）
- ・現在の医療・医師法の中では、違反になるケースが多くなると考えられる。
- ・現行医師法とのすり合わせ
- ・見解の相違のため
- ・看護師の医療行為の制限
- ・看護師の医療行為がどこまで認められるか、法的に明確にしておいた方がよい。医療事故や訴訟などに関係してくると考える。
- ・看護師に認められていない診療行為が多すぎる
- ・看護師がミスをして医療訴訟になった場合、医師の責任がどこまでに及ぶか？
- ・看護師ができる範囲はどこまでなのか問われる。また、このできる範囲を法的に制限しても、それは個々の症例で異なってくるので意味がないように思われる。**End stage** といえども法的には医療過誤へとつながることが多く、結局は家族が納得するかどうかではないかと思う。
- ・家族からの反発
- ・家族が不信感を抱くとき
- ・家族が不安に思い、不信感のタネになることがある。
- ・オピオイド量の調節等、処方権の問題が生じると思われる
- ・医療法
- ・医師法の解釈
- ・医師法上の問題は如何？
- ・医師法、看護師法
- ・医師の指示が確認できない場合の処置。
- ・医師が行う医療行為と看護処置の明確な区分がない。積極的な（延命）治療を行わないことは日本では合法とされていない
- ・安全性と責任を誰がとるかの問題
- ・訪問看護師のレベル、経験、技術の違いにより、アクシデントが起きた場合、責任の所在はどうなるのか不安。
- ・医師、看護師の間での理解に時間がかかるとされます。また、患者・家族の側も医師への依存が強い状態がまだ続くと思われま。
- ・医師の処方権。医療材料の自由度がない。

●ない

- ・薬剤の選択、増減を含めて提示した範囲内でのみ行っている。
- ・保助看法の改正で問題はなくなったと思います
- ・訪問看護師をやる方は、当然それだけの実力があると思われる。実力がない人は無理です。
- ・制度を守れば問題ないと思う。
- ・すべての医療行為を医師の指示のもとにとは建前にすぎない。ケアが中心となる医療は看護師自身が判断してケアしてもいいのではないか？
- ・従来の指示の方法と大きく変わることはないから。
- ・十分な経験と知識を持っており、医師との頻回なコミュニケーションを図っているから。また、医師の指示の元に行っているから。

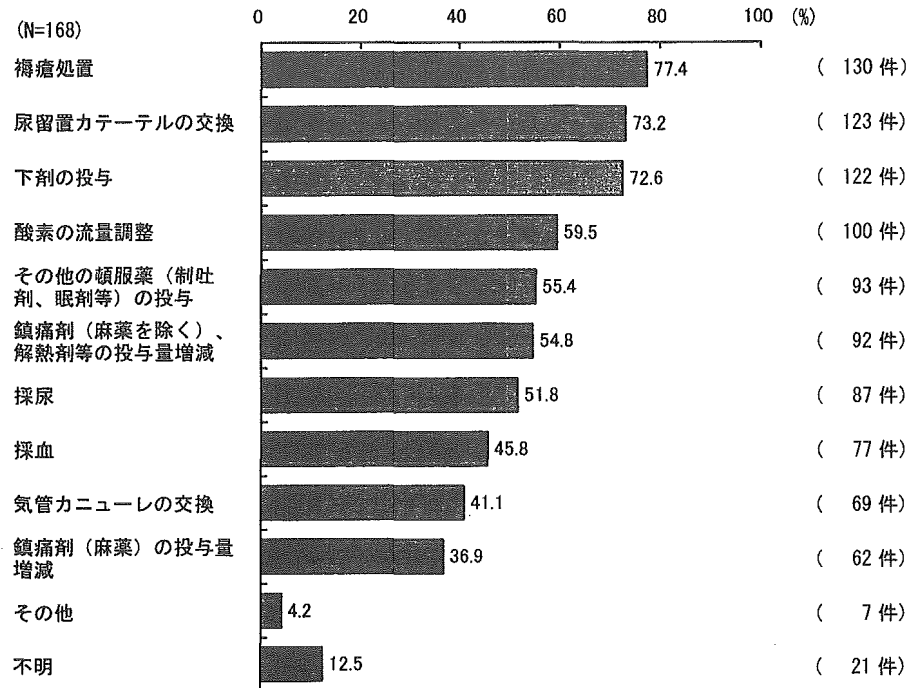
●分からない

- ・やってみないと分からない。
- ・法的なことがどうか分からないが、利用者及び家族が逆に不安になることもあるかもしれない。(Nsが前面にて動いているように見えて)
- ・法的というより患者・家族と我々医療側がどこまで信頼し合い、共通の目的で関わっているかということが問題だと思います。家族にもケアに参加してもらいますし、家族・本人にも判断の決断を促す場面もあります。トータルケアという目的において、信頼関係が最も重要で、法の範囲を超える行為も行われることがあります。
- ・地域、患者サイドの意識の変化がまず必要。行政主導は疑問。
- ・スタッフの数、大きさによって違ってきましょう
- ・現在まで問題となったことがないのでよくわからない
- ・家族の理解度の差
- ・過失が生じたときには責任の所在が不明確になる。
- ・書かない。
- ・今までにはなかった

4) 包括的指示にした方がよいと思う行為

25. 在宅ケアにおいて、包括的指示にした方がよいと思う行為はありますか。当てはまるものすべてに○をつけて下さい。

《包括的指示にした方がよいと思う行為》



【その他の内容】

- ・麻薬（坐薬）のレスキュー
- ・スピリチュアルケア
- ・ストマ交換
- ・グリーフケア
- ・カテ刺入部管理
- ・便秘等の管理

図 34 包括的指示にした方がよいと思う行為について

包括的指示にした方がよいと思う行為について聞いたところ、「褥瘡処置」が 77.4%と最も高く、次いで「尿留置カテーテルの交換」が 73.2%、「下剤の投与」が 72.6%などと続いている。逆に、いずれの行為も選択しなかった機関が 12.5%であった。

10. 自由意見

がん末期患者の在宅ケアにおける医師と訪問看護師の連携、または本調査に関して、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

《在宅ケアについて》 ***は、記載内容が判定できなかったもの

- ◆連携をとるスタッフ全てが在宅ケアの必要性、理念を十分に理解し、高い倫理観をもって臨むべきである。
反面、バーンアウトしないようなバックアップ体制も必要と考える。(病院 (200 床以上))
- ◆2週に1回の訪問看護には必ず同一看護師が同行し、後日カンファレンスにおいて訪問看護ステーション全ナースに***が理解され*** (病院 (200 床未満))
- ◆ALSの末期患者で在宅での看取りを希望され、病院はOKを出しましたが、行政がヘルパーによる症吸引は認められないとのことで、入院したままになっています。話し合いは繰り返し行っているのですが、全く進みません。(病院 (200 床未満))
- ◆家庭医が全くいないことが*** (病院 (200 床未満))
- ◆死亡の確認は看護師でもよいのではないか。(病院 (200 床未満))
- ◆病院の医師には在宅ケアの基本的考え方についてよく理解してほしいと思います。病院での治療をそのまま自宅に持ち込むことが在宅ケアではないと思います。訪問看護師には知識とスキルのアップに努めてほしいです。痰の吸引にしても上手な人、下手な人がいます。あと何日くらい頑張れそうか予後の判断ができるセンスも重要です。午後、看護師が訪問して特別な報告がなく、その日の夜に亡くなられたケースがありました。がんの末期を甘くみてはいけません。(病院 (200 床未満))
- ◆訪問看護との連携は不可欠だが、今後、介護保険における対応が出てくると、介護 or 医療保険の使用区分、介護スタッフのかかわり、教育が心配。特にケアマネ！(病院 (200 床未満))
- ◆末期がん患者の在宅ケアに対しては、訪問看護師やヘルパーの力が今後重要と思っていますので、看護師のみでなく、ヘルパーへの教育も必要と存じます。(病院 (200 床未満))
- ◆少ない人的な限界の中での在宅展開であり、小規模ですが、件数は多いです。公的医療機関の立場で見ていると、強く感じるのは「在宅ホスピスケア」として質の向上のみをよき目標として「在宅ケア」を目指すのは片手落ちのように思えます。介護力の乏しい、また、経済力の乏しいケースや孤独死に近いリスクの例など、利用者にコストを求め難いケースへの対応も地域医療としては避けられないと思っています。(病院 (200 床以上))
- ◆包括的指示についてはケースバイケースで何とも言えない (Ps 間の力量の差があるため) (病院 (200 床以上))
- ◆医師がどこまで信頼できる看護師とチームを組むか、で在宅ケアチームの動きが変わります。ケアマネジャーにしても同様です。訪問看護師なら誰でも良いというわけにはいきません。「あなたはターミナルケアに係わらないでください」と伝えた看護師もいます。法的に守られてしまうと適性のない看護師までターミナルケアに首を突っ込んできかねません。現在3ヶ所の訪問看護ステーションを利用していますが、人を決めて教育していつております。各所長も適性を見抜いた上でターミナルに係わる人を運んでくれるようになって

てきています。連携とはあくまでも人と人の連携であり、お互いの能力が分かり合っていればマニュアルやガイドラインなどの多数を相手とした文面は必要ありません。スペシャリストの集まりとして機能しています。(診療所 (有床))

◆看護師でその指示を実行できるスキルがあれば現在***している。積極的に「行う」とか「行うべきではない」とは言えない。(診療所 (有床))

◆コミュニケーションが良好であること (医師－看護師)。技術が高いレベルにあること。患者・家族のことを中心に考えていること。以上がまずあれば、闇の世界で実現されていくことのようにですが。(診療所 (有床))

◆在宅ケアをしたいのですが、病院が多く、患者の奪い合い気味です。当院は患者が全く来ません。(診療所 (有床))

◆当院は在宅ケアを始めてまだ日が浅く、もっとスキルアップが必要。(診療所 (有床))

◆訪問看護ステーションで末期在宅訪問看護に積極的に取り組んでいるところが少ないため、連携が充分にできていない。近日中に当院で訪問看護部門を立ち上げる予定である。(診療所 (有床))

◆まだまだ在宅でがん患者が最期を全うできる体制が弱い。特に介護力が弱く、また、入院医療への依存と願望及び誤解が大きい。(診療所 (有床))

◆我が国の在宅ケアは医師主導で行われており、看護師の立場は弱い。特に 24 時間連携は訪問看護ステーションの報酬が低すぎるため、24 時間連携をするステーションが低すぎる。(診療所 (有床))

◆「個人情報」「インフォームドコンセント」「リビングウィル」など患者や家族の価値観、認識の多様化と情報の洪水の中で、良好なコミュニケーションを達成、維持する困難さに日々悩んでいます。(診療所 (無床))

◆「末期がん患者の在宅ケア」、特に家で看取るようになってからは、“これは新しい医療・哲学”とさえ思うようになった。これは看護サイドでも同じではないかと考える。医師・看護師への教育がますます必要となる。このアンケートは看護師側にも行い、同意を得なければならないと考えます。(診療所 (無床))

◆①スキルアップした訪問看護の養成、教育とともに、在宅医療の現場で働く意欲のある看護師がたくさん活躍するようになってほしい。②法的整備も必要。(診療所 (無床))

◆24 時間対応している訪問看護ステーションが少なく、医師の負担が大きくなりつつある (患者数が増えると共に) (診療所 (無床))

◆H16 年 (2004 年) 7 月の開業となります。在宅特化型のスタイルは今後急速に拡大すると思われますが、かかりつけ医である一般開業医の先生方が在宅から手を引く傾向には憂慮を覚えます。これらの力の融合が必要と思います。(診療所 (無床))

◆イギリスのように専門看護師として、医師の指示なしでも在宅ケアに対応できる看護師の養成が望まれる。(診療所 (無床))

◆医師、看護師共に、あらかじめ、何が在宅でできて何ができないのか在宅医療を開始する前に確認すること。また、家族や本人にも承諾を得ること。ペインコントロールについては、大学病院等の麻酔科に受診してもらい、ブロックの対応など、在宅に移行する前に可能なことは全てやってもらうこと。ペインコントロールが不十分な状況では、在宅末期ケアは患者さんも辛い、それを見守る家族はもっと辛い。(診療所 (無床))

- ◆医師が訪問看護師の能力をしっかり認識し、また、できれば医師の人生観並びに在宅ホスピスに対する考え方、医師の行い方をしっかり理解してもらっていないと、包括的指示を含め、なかなか難しい。知らないステーションの場合だと、包括的指示はなかなか出せないのも、在宅ホスピスも医師の負担になることがすごく多くなると思っている。(診療所(無床))
- ◆今の医師会(地区医師会)が内部で連携がとれるような場を設ける必要があるのではないかと思います。一人の医師がやれることには限界があります。医師会単位で、この点をもう少し考えていただけたらありがたいのですが。(診療所(無床))
- ◆お互いに顔の見える連携がとれていれば良いと思います。看護師から教わることも多々あります。(診療所(無床))
- ◆介護保険でこの形が一人歩きしており、高齢者の医療は危険な状況にある気がする。包括指示が私の想像通りだとすると、十分に能力のあるチームでは有効であっても、患者の状態、療養環境ごとにきめ細かい配慮が常時求められる終末期医療でマニュアル化は望ましいとは思えない。医療費抑制のもう一つの策戦のように見えて仕方がない。(診療所(無床))
- ◆各訪問看護ステーションを積極的に利用し、地域全体で在宅ケアを支えていくべきだと思います。(診療所(無床))
- ◆技術的問題よりも、家族・患者さんの信頼感をいかに成長させていくのか。その方法において、連携上の検討が必要である。(心のケア、スピリチュアルケアへの取り組み姿勢の差)(診療所(無床))
- ◆現実の在宅における末期がん患者のケアにおいては、訪問Nsの役割が大きくなってきています。また、各職種間の連携が欠かせないことも実感されると同時に、現場でそのネットワークが形成されてきています。今回の在宅療養支援診療所のシステムがうまく機能すると、これらのシステムが発展することが考えられますが、逆に取っ付きにくくなって全体として後退する可能性もあると懸念しています。また、在宅ホスピスケアの対象を末期がんに限定しないやり方を広めたいと思います。(診療所(無床))
- ◆憲法9条、25条あつての医療です。大切に。(診療所(無床))
- ◆今後の在宅医療にニーズを満たすには看護師の役割を大きくすることが欠かせないと思う。十分な知識と経験を積んだNsが役割を担える分野を拡大、それに対する制度上のバックアップを早急に整備すべきであると思う。(診療所(無床))
- ◆自院の看護師中心に活動。深夜など、負担の多い部分を他の訪問看護ステーションに出すのみ。形成的な指示には興味はない。(診療所(無床))
- ◆自院の訪問看護師と在宅ケアを行っているため、コミュニケーションは困難ではないので、その都度簡単に相談できますが、中心職種は看護師だと思います。(診療所(無床))
- ◆全ての訪問看護ステーションを末期がんケアさせてはいけない。今はやはり、特設のステーションのみ(レベルの高い所のみ)にやってもらった方が安心です。(診療所(無床))
- ◆点滴1つでも技術は大きな差が出る。施設基準を定め、「このステーションならここまでの指示は出すことができる」というような目安がほしい。(診療所(無床))
- ◆当院では訪問看護ステーションを併設しているため、訪問した患者情報は日々ノートに記載し、その日に届けられ、目を通して。医師からの指示、情報提供にもノートに記載して(医師から看護師へのノート)

届けている。(診療所(無床))

- ◆当院では末期の患者さんは少なく、受け入れる度に症例に合わせて方針を決めています。訪問看護師さんたちとも同様で、症例に合わせて、最適だと思われる方針でやっています。(診療所(無床))
- ◆当クリニックでは、ほとんど自院看護師による訪問看護で在宅ホスピスケアを行っています。遠距離で他訪問看護ステーションと連携する場合がありますが、看護師の技術、経験、力量、考え方、人柄がわからないため非常にやりにくく感じています。(診療所(無床))
- ◆病院に勤務し、専門分化した診療科で働く医師、看護師たちが地域の医療チームと協力して、より納得のいくがん治療を実施できるよう目指してほしい。病院の管理者もそうして機会を作って地域と連携した医療を提供することで医療界の社会的評価を高めてほしい。(診療所(無床))
- ◆〇〇市医師会立訪問看護ステーションと連携。よく勉強しているので頼りになる。(診療所(無床))
- ◆訪問看護師としての人材がまだまだ不足であり、医師任せの状態が現場(在宅を行っている看護師の現場)にはある。(診療所(無床))
- ◆訪問看護師にお願いできる内容はやはり、看護師のスキル、信頼関係(お互いに)、患者さんの状態によってくると思います。そのためにはカンファレンスは重要だと思います。顔の見える関係が大切だと思います。(診療所(無床))
- ◆訪問看護師が医療看護の中間的な役割を担う必要が既に生じていると思います。例えば、疼痛があるのに適切なオピオイド投与量にしないケースなどでは、看護師サイドで苦しんでいることが多いと思います。先日、ある訪問ナースが末期がん患者に 2000ml の輸液を指示され、家族と相談し、半分としていたところ主治医とトラブルになりました。包括的指示をさらにすすめて、NP レベルまで考えてもよいと思ってしまう。診療所(無床))
- ◆末期がん患者在宅ケアで問題となるのは、急変時の対応方法であり、医師、訪問看護ステーションへの詳細な実態調査が必要である。また、現在の保険制度では、在宅末期医療総合診療料(1685 点/日)ですべてが包括されており、高価なモルヒネ類を頻用すると、直ちに医療機関は赤字になってしまう。また、上記診療料の中に訪問看護費が包括されており、十分な訪問看護をしにくい。在宅医療における問題点は、医師・看護師側にあるのではなく、保険制度に大きな欠点があると考えている。本調査においても、こうした現実を結果に反映すべきと考える。(診療所(無床))

《アンケートについて》

- ◆在宅末期がん患者を対象としたネットワークづくりを当地域では行っており、当院も準備中です。現時点では、経験がないために今回のような回答とさせていただきました。(病院(200 床以上))
- ◆集計結果お知らせください。(病院(200 床未満))
- ◆16~20 までの設問は微妙なニュアンスのある問題なので回答し難かった。同一機関内と他ステーションの差もあるが、今後、より良い連携をとるように進めていこうと思った。(診療所(無床))
- ◆p 5、17)、22)、23) わかりにくい(診療所(無床))
- ◆あらかじめ、調査に応じられる了解を受ける形で調査票をお送りください。データベースに乗せられている

方全体にいきなり調査依頼すると、このデータベースに加入していることの負担になりそうです。(診療所(無床))

◆ご苦労さんでした。(診療所(無床))

◆昨年度はがん在宅死が一例もなかったので、今までの症例で実践してきたことで記入した。(診療所(無床))

◆全ての医療行為は患者個々の状況が千差万別であり、予測不可能な事態も起こり得る。生命の不確実性についての国民の認識と合意が形成される必要がある。アンケートの設問にもこの点を踏まえたきめ細かさがないと答え難い。(診療所(無床))

◆設問を工夫してほしかった。この調査は調査する側とされる側の意図がずれている可能性が大きいように思えます。(診療所(無床))

◆調査期間には在宅ホスピスの患者様はいらっしゃいませんでしたが、当院開業して(2000年7月)から現在まで6人の方を在宅で訪問看護ステーションの方と看取りました。患者様の状態により、在宅ケアの内容、当院でできるだけの努力をしております。(診療所(無床))

◆当院は残念ながら病例数が少なく、あまり寄与できないことを残念に思います。(診療所(無床))

◆申し訳ありませんが、内容になじまないためか理解し難いところがありました。(診療所(無床))

◆私が訪問する際には、特定ではないが訪問看護ステーションと連携しています。カンファレンス、連絡を密にすることが重要と考えます。本アンケートは「包括的指示を行えるようにしたい」との意見を元に作られた物のようですが、回答しづらいものが多く、困りました。調査協力をお願いにある「3. 本調査で用いる用語の定義」が包括的な指示の例ですか？私たちは以前から患者及び患者家族に、この程度の指示ならしています。川越先生をはじめ皆様は、モルヒネ投与などまで含めた判断や医療行為を看護師さんに包括的に行っていただけるようにしたいというお考えなのではないでしょうか？それならば、そのような人材を育成し、医療現場に役立つパートナーとして積極的に支持したいと思います。ただし、そのような high level な看護師さんには国家資格に相当するような身分保障が必要だろうと考えます。(診療所(無床))

◆もっと項目をしぼって調査してください。患者のケースバイケースで異なってくることが多い。臨機応変に対応しています。当在宅ホスピスでは、多くの開業医、病院専門医、訪問ナースステーション、その他多くの専門家と地域ネットワークで活動しています。《在宅ホスピスあおぞら》は医療機関ではありません。あまり医療に偏重した質問に戸惑ってしまい、うまく返答できずごめんなさい。(不明)

D 考察

本調査では、国内において在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師との連携の実態を明らかにすることを目的として、在宅ケアの提供体制、連携の方法と包括的指示の実施状況などについて調査を行った。

調査協力の得られた 168 の医療機関における 2004 年度の概算でのがん末期患者の在宅看取り率は、平均で 52.9%であった。対象とした「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている医療機関のうち、今回調査協力が得られたのは 30%であったことを考えると、比較的熱心に在宅ケアを行っている機関である可能性がある。

包括的指示については、基本的には望ましいとする意見が 80%以上を占めており、医師と看護師が協働で在宅ケアを提供していく上での連携のあり方として期待されていると考えられる。しかし一方で、そのうち約 4 分の 1 は現状では積極的に行うべきではないという慎重な姿勢を示しており、基本的に望ましくないとする意見も全体の 20%近くあった。包括的指示の実施に対して、少なくとも現状では慎重にならざるを得ない理由として多くあげられたのが、訪問看護ステーション・訪問看護師のレベルやスキルに差があるという点であった。包括的指示を実際に可能にしていくための前提として、訪問看護師の知識・スキルの向上が第一条件であると考えられる。一方、それを全ての訪問看護師に要求することは現実的ではなく、専門的な資格をもった看護師の養成が必要であるという意見もみられた。現状では、各医療機関・医師が看護師の適性や力量を見極めながら、連携・指示を行っていることが本調査への回答から示唆されており、これが包括的指示を全面的には支持できないという意見につながっているものと思われる。

今回の調査を通して、在宅ケアにおけるケア行為について 66 項目に渡って、医師がどのように訪問看護師への指示を行っているかが具体的に明らかになった。がん末期患者の在宅ケアにおいて鍵となる疼痛コントロールについては、現状ではいずれも医師による実施・医師主導の指示方法の割合が高かったが、そのうち頓服薬の投与や麻薬ではない鎮痛剤の投与量増減については半数以上、麻薬系の鎮痛剤の投与量増減についても 3 分の 1 以上の医療機関が包括的指示にしたほうがよいと思う行為としてあげていた。また、褥瘡処置、尿留置カテーテルの交換、下剤の投与は 70%以上、酸素の流量調整、採尿は半数以上の医療機関が包括的指示にしたほうがよいと思う行為としてあげており、実状での指示方法で予め約束の範囲内で看護師が判断すると回答した機関の割合を超えていた。これらの行為については特に、実際のケアの現場において包括的指示が求められていることを反映するものと考えられる。

また、疼痛コントロールの各項目について指示方法を見てみると、2004 年度のがん末期患者在宅死数が 11 以上であった医療機関において、包括的指示を含む看護師を主導とした判断がより多く行われている可能性が示唆された。全体として数が少なく、統計的な有意差や項目ごとの結果の一貫性は必ずしも見られていないが、これらの医療機関では、包括的指示に対する賛否についても、「望ましいし、積極的に行うべきである」がやや多く、「望ましいが、現状