

《呼吸ケア》

呼吸ケアについて実施率をみると、“吸引”が78.5%と高く、一方、“胸腔・腹腔ドレーンからの排液（ドレーン管理含む）”は34.9%と低い割合となっていた。実際の指示方法をみると、“酸素療法の実施”は「医師が実施するので、訪問看護師への指示はない」が27.6%、「医師が訪問診察、往診した上で指示を出し、訪問看護師が実施」が46.4%と医師主導で実施される傾向にあった。反対に、“吸引”は「訪問看護師が判断し、実施しているため、医師の指示を必要としない」が39.8%と高い割合となっていた。

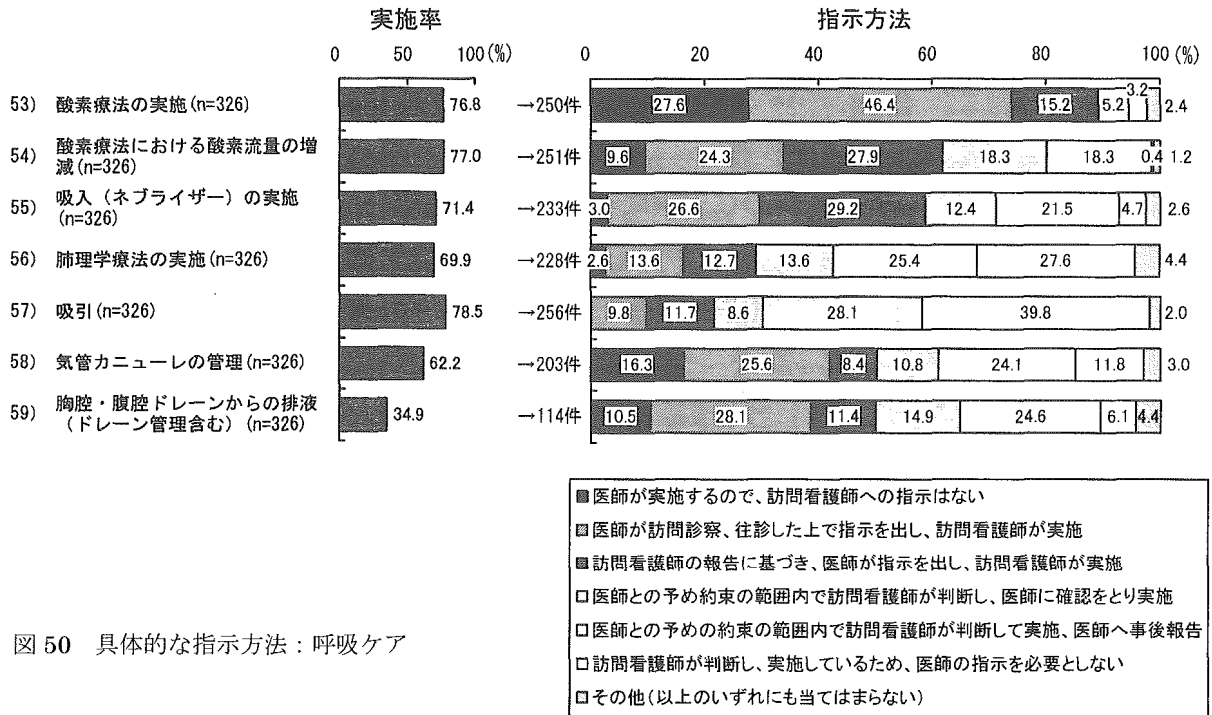
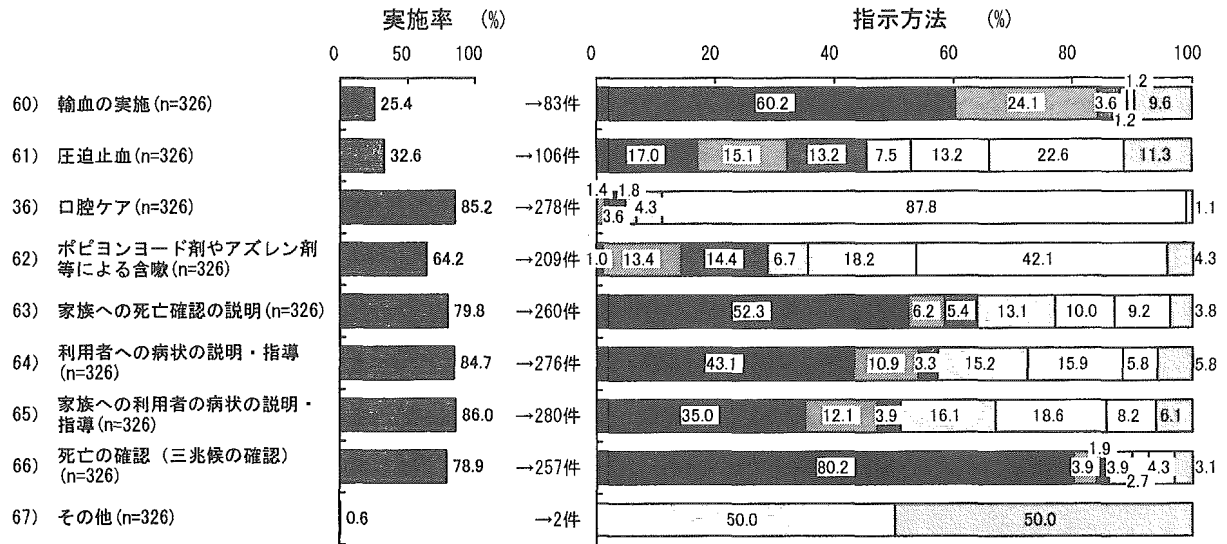


図 50 具体的な指示方法：呼吸ケア

《その他》

その他について実施率をみると、“輸血の実施”が25.4%、“圧迫止血”が32.6%と出血ケアに関する実施率が低い割合となっている。実際の指示方法をみると、口腔ケアでは看護師主導の割合が高くなっていた。それ以外の項目では医師主導の傾向が目立ち、特に“死亡の確認（三兆候の確認）”では「医師が実施するので、訪問看護師への指示はない」が80.2%と高い割合となっていた。



■ 医師が実施するので、訪問看護師への指示はない
 □ 医師が訪問診察、往診した上で指示を出し、訪問看護師が実施
 ■ 訪問看護師の報告に基づき、医師が指示を出し、訪問看護師が実施
 □ 医師との予め約束の範囲内で訪問看護師が判断し、医師に確認をとり実施
 □ 医師との予め約束の範囲内で訪問看護師が判断して実施、医師へ事後報告
 □ 訪問看護師が判断し、実施しているため、医師の指示を必要としない
 □ その他(以上のいずれにも当てはまらない)

図 51 具体的な指示方法：その他

6. 包括的指示について

1) 連携しやすい医師について

医師から指示をうける際、どのような医師が連携しやすいかをたずねたところ、「同じ法人内の医療機関（病院・診療所）の医師」が 37.0%と最も高く、次いで「診療所の医師」が 31.8%となっているが、「この分け方では決まらない」との回答も 28.0%を占めていた。

「この分け方では決まらない」と回答した人に、具体的にどのような医師が連携しやすいかをたずねたところ、主な回答として「医師の考え方や人間性など医師個人によって異なる」、「在宅医療に関心・理解がある医師」、「すぐに連絡がとれ連携しやすい」などがあげられた。

《連携しやすい医師》

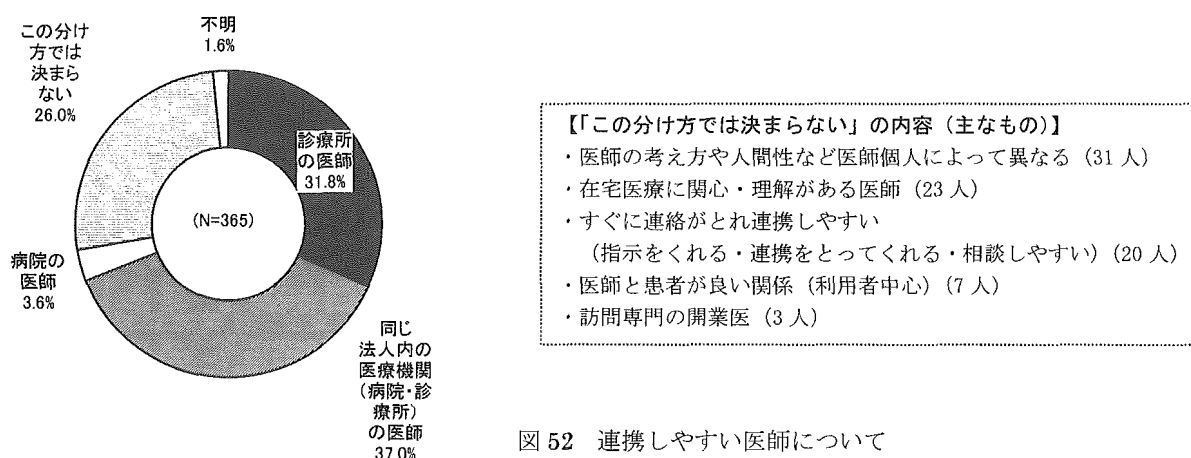


図 52 連携しやすい医師について

2) 医師からの包括的指示への意向について

包括的指示への意向をたずねたところ、「今後、包括的指示の範囲を拡大して欲しい」が 37.5%と最も高く、次いで「現在の包括的指示で問題がない」が 30.7%、「包括的指示がないのでわからない」が 22.5%と続いていた。「この分け方では決まらない」と回答した人に、具体的な意向をたずねたところ、主な回答として「医師によって指示・考え方・技量が異なる」、「医師との信頼関係による」などがあげられた。

《包括的指示への意向》

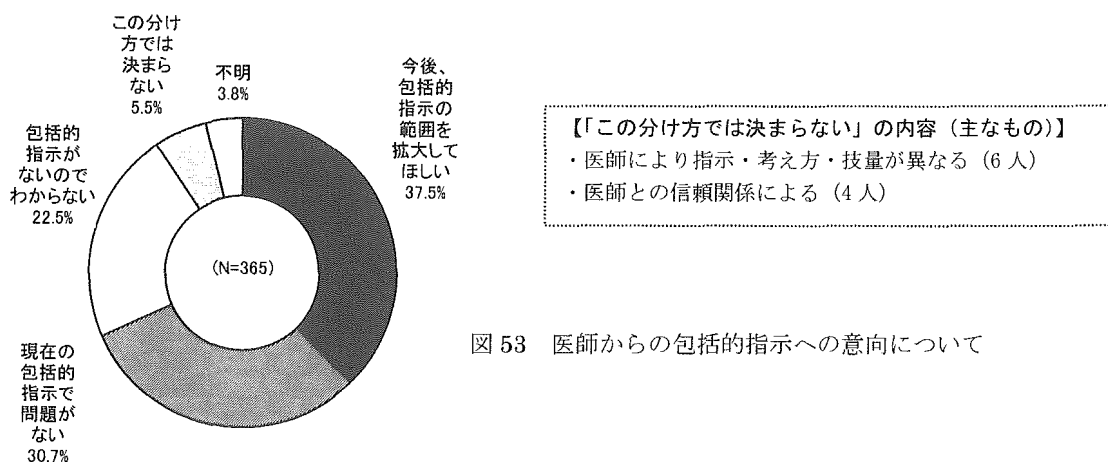
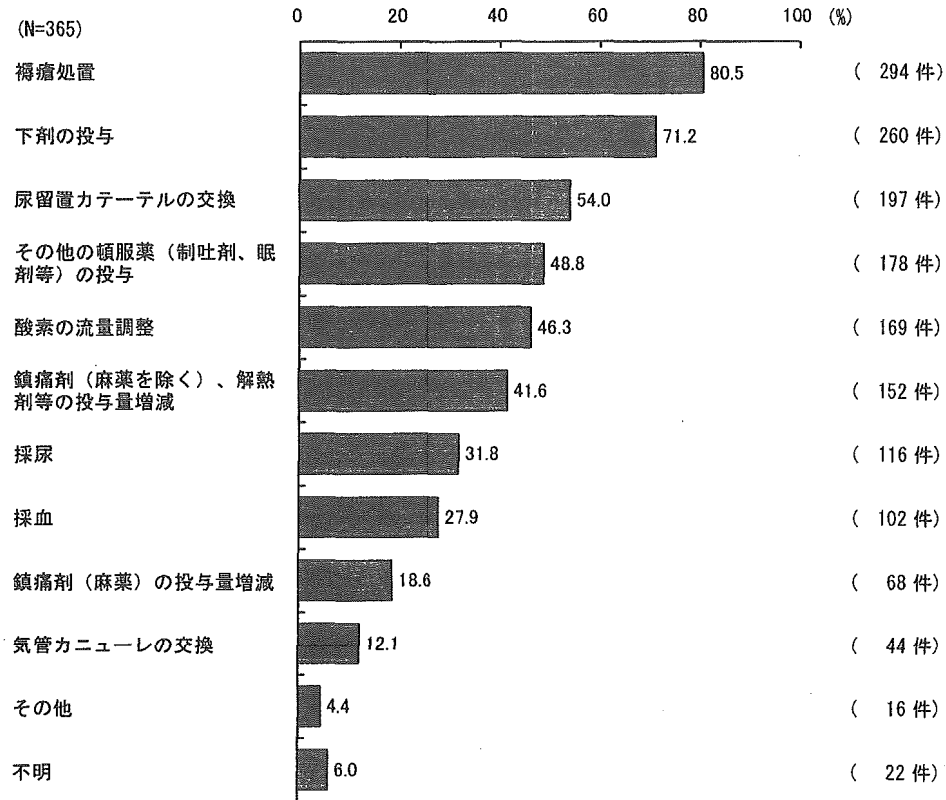


図 53 医師からの包括的指示への意向について

3) 看護師自身が判断して実施したい処置について

今後、看護師自身が判断して実施したい処置についてたずねたところ、「褥瘡処置」が80.5%で最も高く、次いで「下剤の投与」が71.2%、「尿留置カテーテルの交換」が54.0%などと続いていた。

《看護師自身が判断して実施したい処置》



【その他の内容】

- ・安静度
- ・浣腸
- ・経管栄養の増減
- ・軟膏処置
- ・バルーン式胃瘻の交換
- ・ルート確保
- ・気軽に相談しながら進めていきたいです
- ・それぞれの利用者で違うのでいいない
- ・胃瘻ボタンの交換
- ・浣腸、摘便などの排せつ処置
- ・水分補給の点滴
- ・軟膏の処置、内容の変更。抜糸の時期。膀胱洗回数内容
- ・膀胱瘻のカテーテル交換
- ・レスキュー使用の判断・投与

図 54 看護師自身が判断して実施したい処置について

7. 自由意見

在宅ケアにおける訪問看護師と医師との連携に関して、ご要望、お気づきの点等がございましたらご自由にお書きください。

有効回答であった 365 件のうち、164 件 (44.9%) の訪問看護ステーションから意見をいただいた。これらを研究者 2 名により、内容別にラベルをつけ、カテゴリー化した結果、「在宅ケアの体制整備」「主治医－看護師間の連携」「医師の所属機関による対応の違い」「病院との連携」「医師間の連携」「夜間・緊急時の連携」「連携する医師への不満」「指示書の内容」「在宅医療に関する医師の理解不足」「包括指示でのケア推進」「在宅医療に関する医師の理解不足」「在宅終末期ケアに関する医師の理解不足」「看護師の専門性向上の必要性」「アンケートについて」「その他」の 15 のカテゴリーに分類された。
記載内容について、カテゴリー別に分類した結果を別添 1 に示す。

D 考察

本研究では、在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関するガイドライン作成への基礎資料を得るため、がん末期患者の在宅での看取りに焦点を当て、訪問看護師と医師との連携の実態や問題点などを明らかにすることを目的に調査を行った。

医師との連携の状況について、在宅医療開始の事前協議は約7割が実施しているのに対し、協定書まで作成しているのはそのうちのわずか0.4%で、ほぼ全数が事前協議を実施しても管理協定書の作成には至っていない現状が明確になった。また、訪問看護ステーションでプロトコルを利用しているのは全体の4.4%と極めて少なく、在宅医療を行う上で施設としての基準よりも看護師個人、医師個人、またはそれぞれの医師－看護師関係に基づいた判断と連携が個々の対象者に活用されている可能性が示された。

在宅終末期という個別性の高い状況ではあっても提供する看護、医療、連携に一定の基準を設定し、その上位に個別的なかわりを展開していくことが必要であり、在宅での看取りを推進していくためには基準づくりが急務であることが再確認された。

訪問看護ステーションが実際に実施している66項目の看護とその指示方法についての現状が明らかとなった。疼痛コントロールについて、補助・代替療法は約9割が看護師の裁量で実施されているが、強オピオイド系鎮痛薬の頓用では約7割、それ以外の処置では約9割が医師の裁量に基づいていた。栄養管理、排便コントロール、排尿ケア、褥瘡ケア、呼吸ケアにおいても薬剤や器具を用いる処置については医師の裁量に基づくものが多く、薬剤や器具を用いない処置については包括的指示や看護師の裁量に基づくものが多い傾向が示された。

連携しやすい医師については同じ法人内の医療機関の医師がもっとも連携しやすく、次いで診療所の医師となっていたが、医師の考え方や人間性、在宅医療への取り組み方などによって連携のしやすさは異なるという意見が挙げられた。また、今後の包括的指示への意向については拡大を望むのが約4割、現状維持が3割であるのに対し、包括指示がないので分からないというステーションも約2割あり、具体的な意見として医師の個人的な技量、考え方が異なる、医師との信頼関係によるという意見が挙げられた。

今後の包括的指示について約7割が現状維持や拡大を希望する中、連携のしやすさの観点からも医師の個別的な人間性、技量、考え方の相違を挙げる意見があり、医師の在宅医療に対する理解や関心の拡大、技量の向上の必要性を望む現状がうかがえた。

今後、看護師自身が判断して実施していきたい処置としては褥瘡処置、下剤の投与、尿管留置カテーテルの交換、その他の頓服薬の投与、酸素の流量調整、鎮痛剤、解熱剤の投与と続いていた。褥瘡ケア6項目ではデブリードメントや薬剤使用で医師の裁量が約9割と大きく、一方、消毒・ガーゼ交換、閉鎖性ドレッシングの貼用では看護師の裁量に基づくものが約3割と処置内容によって異なるが、患者の状況によって必要な処置は異なるため、看護師が適宜必要な処置を実施していくことが重要であり、裁量の拡大を望む意見が多か

ったと考えられる。排便コントロール6項目においても看護師の実施率はすべて8割を超え、看護師の裁量が、下剤や浣腸の使用については約6割、一方、それ以外では8～9割と高いことから、終末期の患者の大きな苦痛の一つである便秘の緩和のためには下剤や浣腸の調整を含めた排便コントロールが適宜重要であり、看護師の裁量の拡大を必要としていると考えられた。本調査の結果から、訪問看護師による処置内容と実施の現状、指示の内容への検討を深め、今後、包括的指示の整備に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

また、今回の調査より、在宅で実施されるケア66項目のうち、訪問看護師の実施率が高く、看護師の判断に基づいて実施される項目は存在するにもかかわらず、医師との管理協定書作成や施設内でのプロトコールの利用の頻度は極めて低い現状が明確となった。今後、末期がん患者の在宅ケアを推進していく上で、医師と訪問看護ステーションにおける管理協定書やプロトコール、包括的指示に関する具体的なガイドラインを作成、啓発し、安全かつ効率的、効果的なケアを標準化していく必要があると考えられた。

最後に、本調査の限界について述べる。今回、調査の協力が得られたのは365施設で、回収率37.5%、有効回収率は20.6%と低い。訪問看護ステーションの開設者については、平成16年度介護サービス施設・事業所調査の結果よりも医療法人の構成割合が5.8ポイント低く、社団・財団法人の構成割合が7.6ポイント高いほかは、全国調査とほぼ同様の設置主体の割合であった。しかし、24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算、重症者管理加算の採用状況、末期がん患者の死亡数の平均および在宅末期がん死亡数における在宅死亡数の割合（それぞれ順に83.8%、86.6%、83.0%、3.38人、46.7%）は、平成17年度に川越らが全国訪問看護事業協会の機関名簿等からがん末期患者のケアを実践していると思われる施設、総数588ヶ所を抽出し、実施した全国調査（回収率80.3%）の結果（89.2%、90.7%、84.2%、2.96人、41.5%）とほぼ同様の結果であった。このことから、本グループは、末期がん患者の在宅ケアを積極的に実施しているグループである可能性が高く、本結果を一般化するには注意が必要である。

次年度は、在宅医療に関して包括的指示を含め先駆的な連携体制をとる診療所等・訪問看護ステーションを対象としたヒアリング調査を行い、本調査および本年度実施した文献検討を踏まえて、在宅ケアにおける医師と看護師との連携モデルを作成する予定である。

E 結論

本調査では、がん末期患者の在宅ケアにおける訪問看護師と医師との連携の現状について明らかにした。

- (1) 医師との連携の状況について、在宅医療開始の事前協議は約7割が実施しているのに対し、協定書まで作成しているのはそのうちのわずか0.4%で、ほぼ全数が事前協議を実施しても管理協定書の作成には至っていない現状が明確になった。

- (2) 訪問看護ステーションでプロトコールを利用しているのは全体の 4.4%と極めて少なく、在宅医療を行う上で施設としての基準よりも看護師個人、医師個人、またはそれぞれの医師－看護師関係に基づいた判断と連携が個々の対象者に活用されている可能性が示された。
- (3) 疼痛コントロールについて、補助・代替療法は約 9 割が看護師の裁量で実施されているが、強オピオイド系鎮痛薬の頓用では約 7 割、それ以外の処置では約 9 割が医師の裁量に基づいていた。栄養管理、排便コントロール、排尿ケア、褥瘡ケア、呼吸ケアにおいても薬剤や器具を用いる処置については医師の裁量に基づくものが多く、薬剤や器具を用いない処置については包括的指示や看護師の裁量に基づくものが多い傾向が示された。
- (4) 連携しやすい医師については同じ法人内の医療機関の医師がもっとも連携しやすく、次いで診療所の医師となっていたが、医師の考え方や人間性、在宅医療への取り組み方などによって連携のしやすさは異なるという意見が挙げられた。
- (5) 今後の包括的指示への意向については拡大を望むのが約 4 割、現状維持が 3 割であるのに対し、包括指示がないので分からないというステーションも約 2 割あり、具体的な意見として医師の個人的な技量、考え方が異なる、医師との信頼関係によるという意見が挙げられた。
- (6) 今後、看護師自身が判断して実施していきたい処置としては褥瘡処置、下剤の投与、尿留置カテーテルの交換、その他の頓服薬の投与、酸素の流量調整、鎮痛剤、解熱剤の投与と続いており、訪問看護師による処置内容と実施の現状、指示の内容への検討を深め、今後、包括的指示の整備に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

F 健康危険情報

特記すべきことなし

G 研究発表

特記すべきことなし

H 知的所有権の取得状況

特記すべきことなし

別添 1 在宅ケアにおける訪問看護師と医師との連携に関するコメント（自由記載）

1) 在宅ケアの体制整備

記載内容	設置主体
地域性によるかと思いますが、当ステーション地は町で選べる程の医療機関はない。指示を具体的に聞き出すことができず、医師に忙しさがあり、充分しようとはできていず、連携は取れていず。また、往診姿勢の取れる医療機関が少なく、利用者家族の負担が大きい。今後も医師との連携が取れるよう働きかけるが、私達訪問看護師が働きかけるだけではなく、違う側面からの働きかけを望みます。	医療法人
1. 在宅における治療方針が、型通りの一方通行的な場合が少なくない。また、治療計画に御家族の思いが反映されていないことが多く、御家族と医師のコミュニケーション不足を感じる。訪問看護師の役割として、主治医に情報提供を行っているが、御本人、御家族、主治医、その他各種サービス機関等の方向性が統一できていないのが現状である。御本人、御家族の気持ちや取り巻く環境を踏まえた上で充分な話し合いを行い、そのケースに適した方針を打ち出し、同じ方向性を持って関わっていただけたいと思う。 2. 皮膚疾患、褥創治療に関して、長期に渡って同じ治療を続ける医師がある。原疾患が関係している場合もあるが、在宅におけるチーム医療の確立が必要であり、課題である。	医療法人
在宅末期緩和ケアを志す医師が近くにいてくださり、今までは看護のジレンマを感じていましたが、そのような不安やストレスがなくなり助かっています。川越先生の考え方に賛同され、その医師は頑張っています。現場で働く看護師として、24時間、小さなステーションが看護師を当直させることは難しいことでもありますので、地域のステーションが連携して24時間の訪問ができるような試みもあってよいのではないかと思います。また、医師も一人で24時間業務を行うには大変だと思いますので、医師の地域での連携もあってよいのでは…。看護師も医師も患者さんのためにという目的意識があれば、利用される方々からも受け入れられると思います。	医療法人
家族と本人との意向を取り組んで連携でき、少しでも自分らしい在宅生活を1日でも多く送れる人が増えるよう支援していきたいです。そのためにはチームワークを取れる医師、看護師が増えていけることが今後最も要望することです。	医療法人
在宅で最期を希望する方は、主治医がいつでも往診してくれる体制をとらないと実現できないようです。病院に入院中でも在宅に戻りたい方はたくさんいると思いますが、病院内での在宅へ戻らせる体制と、戻ってからの主治医との関係がスムーズに連携をとれるような体制でないといけないと思います。病院の看護師と、訪問看護師の連携もとても大事です。今後は地域全体でのチーム医療を考えていくことがとても大切だと思います。	医師会
がん末期の訪問診療をしてくれる医師がいない町があり、在宅ホスピスがいっこうに推進していかない。隣の医師は気兼ねして訪問してくれない。	看護協会
在宅ケアにおける看護師と医師との連携も大切であるが、安心して在宅で過ごせるよう*****の確保、医師と医師が書面のやりとりのみでなくやりとりを深めていってほしい。医療のコーディネーターがうまくいかない在宅での療養生活の継続はむずかしい。	看護協会
在宅介護疲れが生じた場合、速やかに入院等（レスパイト）を考慮してほしい。	看護協会
医師も看護師も安全が（リスクなく行えるような環境）が必要。信頼関係が一番大切であり、いかにコンタクトを持ち、協働してゆかが個人の中での課題となっております。	看護協会
コミュニケーションが円滑にとれることが大切であると考えます。訪問看護ステーションは限られた器材しかないことと、データが貧しいという状況の中、判断に必要な情報をいただけるシステムが充分であったら大変助かります。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
利用者を中心にして、同一のケア方針を、ケアを提供するスタッフ全員で話し合える場が少ないと感じています。	消費生活協同組合及び連合会
治療や療養の方針(在宅死か否か、在宅死でもどこまで治療を行うかなど)を医療チームとして統一した姿勢を利用者に示せるようこまめな話し合い、連絡が必要。ターミナル期は利用者本人の容態によって日々、介護者の気持ちは揺れ動くものであるため、それをサポートする側は連絡を密にし、柔軟に対応できるようなチームでありたい。主治医が治療や療養の方針をうやむやにすると、いくら看護師の方で深く関わろうとしても、本人・家族の本意が明確にならないケースが多い。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
①往診、②麻薬処方(ペインコントロール)、③訪問看護との連携、④死亡時の確認ができる医師が増えればありがたいと常々思っております。がんの末期の方については特に退院後、主治医になって下さる先生が少ないです。	その他の法人
地域包括ケアシステムを構築する中、当院にある緩和ケア病棟(5床)や一般病棟と連携を図り、開業医を巻き込みながら在宅ケアを行っている。病診連携を図り、退院前カンファレンス、退院後のカンファレンスへの同席により、在宅療養がスムーズに行えるよう対応しています。	市町村
在宅ケアを担う医師が少ないのですが、今後は増えていくのですね。夜間も対応して下さる開業医の先生が増えると在宅ケアはもっと充実してくると思われれます。よろしくお願ひします。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)

同じ法人内の病院医師の患者さんが在宅に帰れる場合、又は在宅死を希望する場合、往診の頻度が少ないことに問題があるように思う。在宅に帰るとき事前カンファレンスは2～3回持っているが、在宅での患者さんの病状急変等、その都度に応じて報告しているが、徐々に終末に近い時など、往診の回数が少ない。増やせば患者さんや家族に安心感が得られると思う。往診体制の件については、今後又院内の先生方とカンファレンスをしていきたいと思う。	医療法人
病院の医師とステーションの看護師が連携をとることはなかなか難しく、できれば診療所の医師を紹介してもらい、応診して下さる医師がいると大変助かります。ターミナルケアを行うには、お互い24時間体制が整っていないと患者様も安心して在宅ケアを受けることができないと思う。そのためには、やはりスタッフを揃えたり、医師との連携をとったりしていかなければならないと思う。	医師会
私の住んでいる町は3ヶ所の開業医とひとつの病院があります。しかし開業医は夜間不在が2ヶ所あります。病院は大学の方針とやらで医師が撤退してゆき、病院の経営、存続すら難しい状況になりまして、在宅で療養できる状況ではありません。医師不足の中では在宅ケアは成立しないのです。この先心配です。この中で連携をとろうと思っても難しく、どうにも施設へと移ることしかないので。	市町村
現在、当ステーションでは末期対応の実績がありません。理由として、どこの法人にも属さず、民間の訪問看護ステーションのためか開設当初より介護的看護の引き合いが多く、その対応で一杯の状況でした。今後において、重症患者に対する医療的看護にも取り組んでいきたいのですが、上記立場を踏まえ、主治医との連携および急変時の対応(病院から在宅に戻る際の急変時の受け入れ等構築されると思いますが)含め、連携システムの確立をしなくてはと考えております。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
緊急時の受け入れ先や家族及び利用者の相談等が円滑に図れるシステムがもっと整えられていれば、ターミナルの在宅ケアが展開されていくと思います。	市町村
当ステーションにおいては、まだまだターミナルの患者は少ない。また、ターミナルや緩和ケアを専門とする医師が少ないためということもあるが、在宅においてのプロトコルなども整備できていない状況である。在宅でターミナルケアが今後強化されていくこととなるが、リーダーシップをとる医師が、まず第一条件となる。また、訪問看護師として24時間、医師と連携をとりながら看護を行うには、看護師の体制も不十分である。	医療法人
当地域においては、在宅医が夜間不在という状況からターミナルの受け入れに消極的で、利用者が在宅を望んでも、最終的には病院へというケースが多い。今後、在宅での看取りを希望されるケースが増えると思われるので、在宅医との信頼関係を築き、包括的指示の拡大を図ることにより、利用者が望む在宅療養生活を継続させていきたいと思う。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
エンドステージでの対応の包括的指示、家族が在宅で看取れなくなったときの受け入れ施設(病院)の確保・担保、往診。これだけはきちんとしてほしい。	農業協同組合及び連合会
当施設は病院の中の訪問看護センターで、在宅専属の医師でないため、訪問できる医師が限られる。結果的に在宅の看取りが少なく、入院して最期を迎えられる人が多いのが現状。今後、訪問できる医師が増えることを期待すると同時に訪問看護師のスキルアップをしないといけないと思っている。	医療法人

2) 主治医－看護師間の連携

緊急時の連絡の際、直ちにスムーズに返事があると助かります。家族へのメンテラ内容や処方変更、指示変更、検査の結果なども教えていただけるといいと考えます。	医療法人
担当医師が所属する医療機関とステーションは近距離で、日常的な会話や交わらせる方が情報を交換しやすいと感じます。又、医師及び医療機関と患者との信頼関係が成り立っていると、異常時や緊急時にも安心して対応ができ、良い方向性を持つてと思えます。	医療法人
他医療機関の医師との連携がとにかくむずかしい。どのような時間帯に電話すればいいのか、毎度報告してもよいものかどうかなど。	医療法人
お互いにスムーズな情報交換ができるよう努力が必要。ターミナル患者を往診する医師が少ないことが最大の難関です。	医師会
看護師のアセスメントも尊重しながら、自分の治療方針をしっかり持てる医師と連携できると良い。	医師会
医師会立のため、FAX やメール便(会の職員が集配している)に集まるような大勢を利用しており連絡はスムーズにできている。	医師会
ケアはチームプレーですので、看護師の判断だけで行動したり言葉を発することはありません。看護師はステーションの代表として訪問するので、ステーションの意向を踏まえての言動です。ステーションは医師はじめケアマネ他、サービス、本人、家族、全てのチームの一員ですので、そのチームの方向性を脱した言動はありえません。ですので医師との連携では、報告上申を聞いてくださり、指示を下される医師、相談に応じて下さる医師であってほしいと思います。うちは医療法人のステーションではありませんので、すべてが外部の医師ですが、連携して下さる医師が多く、また、病院ですと退院調整室の看護師が医師と連携をとって情報交換して下さるので助かっています。	看護協会
連携を意識し、しっかりリーダーシップをとって、一方的な報告を待つことなく医師の方からも往診時に気になったことは連絡していただけるようになるといいと思います。そういう医師が一部ですがいらっしゃって一緒に見ているという連帯感、安心感があります。	看護協会

医療機関の医師と往診医の連携を早朝からとれると、在宅生活の期間が少しでも長くとれると考えます。同時に医療機関の看護師も在宅での看護の方向をとらえてケアを提供していただけると、利用者のとまどいは多少緩和できると考える。	看護協会
連携は比較的スムーズだと思います。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
レスキューの使用やオピオイドローテーションを含む副作用への対応についても看護師から上申しやすいような関係作りを希望します。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
指示を出して下さっている医師は理解があり、報告によって対応して下さるのでよい。指示書発行の80%の病院は往診体制定期になく、在宅看取りにくい。病状の流れの中で要所でカンファレンスし、日々は情報交換を電話でやりとりし、速い対応できるよう連携していきたい。	農業協同組合及び連合会
在宅に向けて、よく理解していただける医師のもとでは本当にサービスに入りやすく、また、サービスの目的も決まり、利用者の状態に応じたサービス内容が取り入れることができる。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
在宅療養、特に末期がんの患者の過ごし方は、医師の生死感が大きく関わってくるという印象を持っている。私たちは患者の深い思いを伝えるべく努力しているが、医師との関わりが円滑な程よいケアを提供できると考えている。別問題ではあるが、現在医師は簡単に告知するが、その後のフォローが不十分であると痛感している。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
診療所の医師とは連携が取りやすい。Face to faceの関係ができるため、急ぎの時には電話やfaxも利用できる。	日本赤十字・社会保険関係団体
診療所の医師とは病院退院時からスムーズに連携、意見交換ができ、緊急時も指示をもらいやすい。	医療法人
国公立の病院の医師の協力により成り立っています。訪問看護がなければがん患者の在宅は困難だと思われることが多いです(自分たちで言うのも何ですが本当です)。当ステーションにおいては、全く関係のない公立病院の医師と連携して報告を密にしながらできています。ステーションにとってはいろいろ苦労する点多多いのですが、本人・家族から必要性を伝えられたり、感謝されたり、自分たちの未熟な点等反省したりと貴重な体験(大切な時期においてのかかわり)等、いつも実感することが多いです。これからも在宅末期がん患者さんのため、少しでも協力させていただけたらと思っています。	医療法人
患者や家族にどのようなメンテラが入っているのか同行する機会を増やして欲しい。訪問看護師への連携を取ってほしい。退院し在宅へ戻る時の医師のメンテラと今後の治療方針を聞かせて欲しい。	市町村
主治医との連携がスムーズでないことが問題です。必ず連絡がとれる体制を整えてほしいと思っています。	医療法人
看護師側から報告はしても、先方から連絡されることは少ない。(処方の変更や症状(検査データ)などの変化があっても主治医より連絡がなく、訪問したときに家族から情報を得ることが多い)→チームでケアを行うことの必要性を理解してもらい、報告、連絡、相談を密に行えるような体制をつくる必要がある。	医療法人
利用者様と家族様が安全・安楽な在宅生活を送るために、医師とナースの連携は今まで以上に大切と思われます。活発なことに走るのではなく、在宅ケアを受ける利用者様一人一人の考えやQOLに沿ったケアができればと思います。	医療法人
医師とステーションが充分に連携をとるためには、充分なコミュニケーションが必要だと思う。所長になって6年でやっとツーカーでお互いの仕事について、突っ込んだ話ができる医師が数人に増えた。医師の信頼を得るのには時間がかかる。利用者さんにとって、在宅で安心して過ごすためには、細かい対応と、看護師と医師が信頼関係にあり、お互いをベストと思い連携を図っていることが必要不可欠と感じている。主治医から細かい指示をとるのは看護師の技量でもあり、包括的な指示で動くためには指示、伝達、報告の徹底が必要と思う。	医療法人
当ステーションの利用者は高齢者が多いため、排便コントロールなど看護師の判断で行うことも多いです。同じ法人内の医師には褥瘡や湿疹、白癬等の軟膏の処方、変更は依頼しやすいのですが、他院の主治医とはコミュニケーションが取りにくい場合もあります。	医療法人
主治医と方向性の確認ができれば、看護師としてケアしていく上で安心感が持てます。	医療法人
一人の利用者に一人の医師というケースも多く、いろいろな医師との連携が必要な状態。医師によりいろいろな考え方があり、難しいと思うこともある。お互いに時間制約の多い中で連携していくことも大変と思うが、メールやFAX等の利用も上手に取り入れていければ良いと思う。	医療法人
ずっと関わりを持っていて、私たち訪問看護師の判断を信頼して下さっている主治医は、包括的指示のもとケアさせていただいています。関わりの浅い医師は、私たちの方もその都度連絡をとり、指示をいただいています。	医療法人
日々の治療、看護に対する内容については電話・FAX等で連携をしているが、高齢者の場合は長期的視点で利用者の今後の生き方をどう支えるべきか。家人(本人)の意向を確認した上で、方針をある程度決定しておくべきだと思う。こういった内容については医師・看護師間で話し合いがもたれることは少ない。(特に法人以外の医師の場合)	医療法人
医師とナースのアセスメントは異なること、患者・家族は医師へ本音を言わないことをふまえて、カンファレンスを多く持ちたいと思います。夜間・休日などの連絡体制をきちんと整えることにより、ナースだけで判断しなくてよいので、緊急時にいつでも連絡がとれ、往診できる環境が増えればと思います。	医療法人
在宅ケアに力を入れている主治医は、患者をきちんと把握している的確な指示をもらえる。しかし多忙で、在宅患者の名前を言っても「誰？」という感じの主治医の場合は状況をつかんでいないため、訪問看護師の報告の仕方により指示も変わるため、性格に判断して指示をもらえるように訪問看護師の判断力	消費生活協同組合及び連合会

が問われてくるように感じる。在宅医療に経験の浅い医師は、法律や医療、福祉のシステムまで説明していかねばならないので…。入院中の患者の様子を見て、訪問看護が在宅で必要でないか、入院中に主治医へ主張してスムーズに在宅へ移行できるようにする場合もある。主治医との連携では「計画書」「報告書」と提出しているが、多忙で見てもらえないことが多いので、必要なことは口頭での連携を心掛けている。	
---	--

3) 医師の所属機関による対応の違い

法人内の医師以外と看取り時連携を行ったことがなく、これまで全く問題なかった。他の医療機関との医師との連携は難しいのではないかと考えている。法人の理念が「家で死ぬ」(家とはその人らしさの象徴、その人らしく最期まで過ごしていただくという意味)であり、医師である理事長が精神科医でもあることから、メンタル面も含めたいい形で看取りの支援が行えている。	医療法人
同法人内の診療所の医師は在宅に力を入れており、連携がとりやすいのですが、その他の診療所や医院の医師の場合、御本人、御家族が在宅を希望されていても、最終的に入院となってしまうこともあり、在宅ターミナルに重荷を持ってみえる医師がもっと必要だと感じています。	消費生活協同組合及び連合会
いろいろな医師がいるため、その都度先生の考え方を理解するのにエネルギーを使うことが多い。いつも関わりの多くなっている医師へは報告もしやすく、また、その後の患者対応もスムーズになることが多いことから、日頃のコミュニケーションをどれだけとっているかということが大切だと考えている。	消費生活協同組合及び連合会
当ステーションでは提携病院からではなく、多くの病院、医院の患者さんへ訪問しています。医師により対応が異なり、時に混乱してしまうことがあるため、良いアドバイス等あれば教えていただきたいと思えます。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
その地域による医師の人数、往診の頻度、医師の緊急時の対応の仕方に差があります。我々の活動する地域でも、在宅医療に理解はあるが外来の多忙のため、往診等に十分な時間がとれない先生が多いです。	医療法人
個人病院、医院の医師は、末期がん患者の受け入れはあまり積極的ではないのが現状。地域性もあるかもしれませんが。	医療法人
診療所や往診専門の先生の場合、常に往診して判断されるので、看護師も患者・家族も不安をあまり持たずに過ごせていると思う。	医療法人
診療所の先生と勤務時間が違うため、連携がとりにくい。診療中等に電話もかけにくい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
診療所や開業医との連携はとりやすく、細かい対応はできる。在宅でターミナルの場合は、家庭医による診療がベストと思われる。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
近隣の開業医の医師も消極的な方と積極的な在宅診療をされる方と各々です。訪問看護を導入していただいても、最後は声がかからないこともしばしばあります。最後の看取りは連絡をとりあい、双方で実施できると良いと思います。	農業協同組合及び連合会
開業医で麻薬の処方できる医師は、私のいる市では二名です。その内一名は総合病院の提示で処方するとの考え、もう一名は時折首をかしげる状態のときがあり、なかなか在宅で開業医と手を結ぶことは困難です。往診医も少なく、医師会として、一医師は三名まで往診とか方針を立て、その中で活発な地域医療が育ち、麻薬処方が可能な医師になるうとの発想になるといいのですが。以前、医師会の訪問看護ステーションで働いた私としては、困難な状況と判断。今は総合病院と往診しサポートしてくださる先生たちと地域を支えているのが現状。(麻薬免許なし)	特定非営利活動法人(NPO)
特に同じ法人以外の病院から退院された場合、疼痛コントロールも含め、諸症状に対しての相談や指示受けができていない。	医療法人
病院の医師が主治医の場合、連携がとりにくい。	医療法人
病院の医師は物理的距離の問題があり、TELでの連携が多くなってしまい、なかなか医師と連絡がつかない場合が多い。忙しい訪問看護業務の中で医師との連携がスムーズにいかず、報酬もつかないという点でジレンマがある。	医療法人
病院の医師は往診してもらえないので、家族に負担がかかり、これも大変な労力を要する。	医療法人
病院の医師との連携がとりにくい。	医療法人

4) 病院との連携

在宅での看取りを家族が希望されても、病状悪化となると最後は入院希望してしまうのが現状です。その際に、当直医または担当医が、在宅看取りなのにどうして入院させたがるのか、というやりとりがあり困ってしまう。	農業協同組合及び連合会
勤務医の場合、不在時に連携が取り難い。窓口がしっかりしていないところがある	市町村
母体に病院があるため、利用者の病状悪化、薬剤に関する指示、また、往診については早めに対処していただいているので、とても心強いです。	市町村
病院は何をするにも時間がかかることが多い。	日本赤十字・社会保険関係団体

主治医が病院だった場合、昼夜問わず救急対応したものの、受け入れができず、転院することとなったことがあった。ENT 前でのムンテラでは、受け入れ態勢を取る説明があるものの、実際受け入れてもらえないのが実情である。	医療法人
病院医師からの指示書の場合、病院の窓口になる相談員(ケースワーカー)がいると連携がスムーズになると思います。	医師会
病院併設の訪問看護ステーションですが、病院の医師との連携は図りにくい。病院では訪問診療はできるが、往診は難しいようです。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
病院の医師とは連絡がとりにくい。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
大学病院、総合病院が主治医で、最終末は病院という利用者はホームドクターを持たれません。麻薬管理の調整が必要な場合、コンタクトが取りづらいです。週末ですと主治医不在のとき(アクシデント発生時)、すぐに日直、当直医の受診を進められたり、そのまま入院となってしまう、「もう少し在宅で…」と悔やまれる症例もあります。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
当ステーションでは、利用者の80%は併設している病院の医師が主治医になります。連絡がとりやすいことは良いことなのですが、主治医制をとっており、終末期のICがタイミングよくできなくて最後の看取りになってしまいうこともあります。総合病院からの適宜の診察が中々難しいからだと思います。	農業協同組合及び連合会
在宅では連絡がとりにくいというのが一番の悩みです。特に大きな病院の医師は往診医を入れたがらず、しかし病院にtelしてもつながらないことがほとんどです。電子メールなどでも見ていただけるなら、と思いますが、なかなかそこまでお話しするのは難しいのが現状です。ターミナルでは特に、密に連携をとってほしいなと思っています。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
訪問看護の導入にあたって、時間的余裕がなく(退院日に指示書が突然来る)、慌ててカンファレンスを実施ということもよくある。計画的な退院及び事前準備を希望する。	市町村
病院から急に退院するからと依頼してくるケース。病棟ナースからの情報さえとれないうちに帰宅、家族も困惑して医療者側に不信を抱く。得てして大学病院など大病院にありがちで、緊急時の受診・往診のことなど、患者の状態・状況を無視して「何かあったら病院に来なさい」と自宅からはるか遠いところまでどうやって行くのか。訪看より事情を説明しても理解してもらえないに苦勞で、必要な衛生材料も提供してもらえない。患者さんと医療機関とのほざまで、怒りと不満で爆発している日々です。「在宅医療連携室」などに所属しているソーシャルワーカーにしても、ただの連絡係であって連携していなかったり。診療所の医師でターミナルの方の往診に来ていただいても、麻取扱いができない、他の診療科につなげるのを嫌がるなど、あまりにも自分本位な医師も目立ちます。往診で在宅支診をとるのなら、きちんとした体制を掲げてほしい。	医療法人

5) 医師間の連携

大病院の医師(特に大学病院)に連絡をとりにくい。地域の医師につなげて、医師間で連携をとってけるとやりやすい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
指示書を出す医師においての専門外の領域である場合、専門医師に相談するなど医師間の連携は取ってほしい。	市町村
大病院で入院、退院後は近医で往診してもらうが、あまりにも処置の内容に(指示書も大病院でいただく)差がありすぎて、看護師は大変です。	医療法人

6) 夜間・緊急時の連携

開業医の主治医については、夜間不在となる主治医もあるため、異常時、緊急時には対応も困ることがありますが、医師会の先生方との話し合いもあり、現時点では大きなトラブルも起こらず、連携がとれていると思います。ただ、在宅で末期状態を過ごす利用者が少ないのが現状です。	市町村
緊急時の医師への連絡方法が不十分なことがある。夜間早朝深夜等、通常業務時間以外連絡がとれない(携帯が通じない)こともある。複数の連絡先を伺っておく必要あり。(特に診療所の医師が主治医の場合)	市町村
診療所の医師に比べ総合病院の場合、医師との連絡がつきにくく、迅速な対応ができにくいと感じます。	医療法人
病院の医師が主治医だと、緊急時に連絡が取れず入院を余儀なくされるので、できる限り近隣の医師を主治医にさせていただきようとしている。	医療法人
病院の休日、夜間体制がアルバイト当直医になっていることが多い。主治医が24時間オンコールと休日、夜間の病院との連絡(当直医、外来医)がとれるシステムが不可欠だと思う。	医療法人
御利用者の急変時や指示を受けたいときなどに、医院の連絡先しか教えてもらえず困ることがあるため、指示書を記入してくださる先生は緊急時にすぐに連絡が取れる体制を整えてもらいたいと思います。	医療法人
訪医師の訪問が少ないと感じられます。死亡確認も遅れる場合が多かったり、夜間どうしても出られないことが多いため、これも全面的負担大きい。	医療法人
夜間での往診体制が医師側に少ないこと、又、携帯での連携にしても夜間対応が不確かな場合があり、困ったことがあった。	医療法人

24時間対象者を支える看護体制があり、必要に応じて往診して下さる医師と連携をとれたらよいと考える。また、いざというときのバックベットの確保にも力を注いでいただきたい。	医師会
24時間体制がとれていない(人員不足のため)。風土上、この管理体制をとると、主治医の出動が必要となり、快く賛成してもらえない(これは私の考えかもしれない)。	医師会
訪問看護も24時間緊急時対応させていただいていますが、在宅で往診に行かされている医師にも24時間こちらから連絡がとれる体制をとっていただければ、利用者の方も私たちも安心して在宅で療養生活を送っていけると思います。(最近では携帯の番号を教えてくださいます医師もおられます。)特に末期がんの方は、いつ何がおこるか不安がいつばいです。また、在宅で看取ろうと思っておられても、痛みが強くなったり苦しくなったりすると御家族が見ておられず病院へ、というケースもあります。そういうときの入院できる受皿があれば安心だと思います。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
末期がん患者の在宅療養において、医師、看護師が24時間体制でサポートできる(医師-看護師間も常時連絡がとれる)ことが望ましいと思いますが、難しい現状でもあります。	社会福祉協議会
24時間、緊急時も往診してくれる医師が少ないので、末期患者が自宅へ帰るのが難しい。	農業協同組合及び連合会
当市内においては、24時間を通じて往診して下さる開業医の先生が少ないため、夜間の異常時は病院受診となってしまう、安心して療養できる環境にない。包括的指示等により訪問看護師の判断でできることが増えたら良いと思う。	市町村
大病院等だと主治医にうまくつながらない。ターミナル、在宅で看取りになると、24時間対応できる医師か包括的指示がいただける医師と連携したい。ご自分が24時間、日・祭日も対応できないのであれば、早期に対応できる医師へつないでほしい。	医療法人
往診できる医師の数、24時間連携の取れる医師が増えること。・泌尿器科や耳鼻科の訪問診療	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
当地域では指示医の高齢化や受け入れ先がないため、なかなか24時間体制を取っている診療所がわずかしかなかった。緩和(在宅ホスピス)を受けてくださっている先生は診察もありますし、緩和の患者さんを引き受けるのも限られています。24時間連絡体制をとっていない指示医ですと、正確に情報を伝えたとしても「がん」だから痛いのは仕方ないでしょうとの答え。もっと診療報酬をあげ、積極的に名乗りを上げてくださる指示医がいたらいつも切に願っています。	医師会
医師が土・日の急変時の対応ができないとの理由で、それまで在宅で看取りの方で行っていたケースが入院になることがある。医師同士の連携がうまく整えば、希望通り在宅で看取ることが可能となるのだが(死亡確認の説明も含め)。	医師会

7) 連携する医師への不満

看護師の観察したことを報告すると、そんなことはないや否定されるので困る。急変時に報告しても医師(担当医)が不在で、他の医師では対応できず困った。(医師間の申し送りができない場合など)	市町村
患者のことで電話をした際に面倒くさそうに対応されることが多い。もっと親身になってもらいたい。新しいことをもっと勉強してもらいたい。(同じ軟膏ばかり使い続けたり、新しい方法を試そうとしないので。)	医療法人
連携など考えていない医師が多い。	看護協会
とても困難な状況にあります。ご本人、家族の状況について相談したいこと、病状についての確認、緊急時の対応について面接することがありますが、医師により「それを聞いてどうするのか」「何かできるのか」「病院に受診しない者に病院から行ってくれというのか、それはおかしいでしょう」とか「すぐにあえろと思わないでほしい」等、とても病院との連携には疲れています。そのため、当ステーションでは在宅死は行っておらず、病状の悪化時には入院させています。訪問治療が行われると、在宅で療養されている方も***良く、家族も安心されると思っています。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
訪問看護師やヘルパーの話に耳を傾けてほしい。本人やご家族と密に接しているのは看護師、ヘルパー、ケアマネジャーなど在宅に関わるユメディカルスタッフです。本人や家族の思いや意向を一番把握し、一番汲み取って接しているのは訪問看護師やヘルパーであるため、理解し、助言・指導をしてほしい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
本人、家族と医師との認識の違い(入院希望など)・医師によって対応が違う。プライドが高すぎる医師との連携が難しい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
同じ法人内の医療機関にしても協力機関にしても、利用者や家族のことを第一に考え、その方を取り巻く支援者の動きやすい環境を作り、指示を出して下さる医師が一番連携をとりやすく、利用者に対し、最善のケアを実施することができると思います。専門でない科の疾患を、その専門の科の医師にアドバイスをもらおうとせず、勝手に判断して指示を出す医師には不安が募ります。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
衛生材料を適切に提供してほしい。・看護師を信頼して任せてほしいと思う。頻繁に医師が往診する必要があるようでも頻繁に行く医師がいる。ここぞというときに以行けば良いのではないのか。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
医療処置等の指示を出された場合、それに伴う衛生材料の必要物品の調達方法についても配慮していただきたい。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)

総合病院からの退院や通院では連携がない。当地域の中核病院は在宅療養へのコーディネーターが全くされておらず皆困っている。医師は病院の中だけのことにしか目が向かず、在宅生活する上で何が障害か、何が必要かを見極める必要性を感じていないように思える。こちらが寄り添って話しをしようとする「看護師のくせに」と機嫌を損ねる医師が多いのが現状である。「誰のために話を進めようとしているのか」ということがプライドが先立って防御されている。インフォームド・コンセントも医師中心で、患者が理解していないことが多い。	医師会
私はH14に訪問看護ステーションを開設して現在に至っております。公立病院のナースをしていた頃は医師が横にいました。指示もいつでもいただけましたが、今は公立病院の医師からの指示をいただくのがとても大変です。医師は(最近の)は話しやすくなりましたが、まだふんぞり返っている医師もいるので、一足引くところもあります。医師との連携で仕事を辞めてしまいたくなること、多々あります。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
訪問看護サイドの方から主治医、協力医師の方に連絡、お願いにて往診、その後指示あり。また、状態変化時、ターミナル時と指示遅れあり。家族の不安も訪看サイド全面的負担大きい。	医療法人
緩和ケアの病棟があり、家族が自宅を希望されていても、医師より進められ、最後の数週間は入院するケースが多い。	医療法人

8) 情報共有

在宅→往診→入院時状況把握しておく。お互いの情報交換を密に行っておく。本人、介護者、ヘルパーの情報を聞いて希望通りの在宅ができるよう連携をとる。	消費生活協同組合及び連合会
情報の共有を具体的に時間的にスムーズに行う方法について今後検討が必要と思う。何か用紙が共通で要る。	医療法人
訪問帰宅後気になる症状や指示をお願いしても一方通行なことが多く、再度依頼する時がある(特に大きな病院の医師)。すぐに指示がいただけない分、看護師は次の訪問まで待っていることと急ぐことをその時に判断する必要があり、高度な技術を必要とされ、それが在宅看護師の増加できない原因であると思います。また、検査データなどの情報もなかなか催促しないといいただけない。もう少し医師は看護師を認めて情報の共有化をしていただきたい。	医師会

9) 指示書の内容

病院の医師の指示のように細かい指示が欲しい。(血圧上昇時や体温上昇時等)状態報告後の医師からの返信コメントがないことが多いため、何か変わった処置等施行した場合、連絡が欲しい。	医師会
開業医から指示書をいただいて訪問しているが、医師によって指示内容から往診等いろいろ細かい部分が全て違うので、ステーションとしては対応が大変な面がある。	医療法人
指示書の内容がコピーで使用されているが、状態の変化が起きているのにコピー指示書を出す。(酸素使用中止、尿管抜管しているのに指示書記入)指示書の内容があまりにも簡素化しすぎている。何ヶ月も指示書なしで訪問していることが多い。催促しても3~4ヶ月なしがある。	医療法人
指示書の記入の仕方のマニュアルを出していただき、医師に提示して良い書き方などを示していただくととても助かります。	医療法人
医師によっては専門性(得意分野)が違い、身体的な問題に対し明確な指示がないこともある。	医療法人
特にターミナルであれば、事前の医師との確認をきちんと行う必要があり、疼痛管理や輸液管理等、どういう指示なのか事前に確認し、バイアンス等あれば医師に報告して指示をもらう。指示を受けたら、きちんと記録に残し医師にも記録を残してもらう。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
指示書の記入がとても簡単になっているので、内容が充分伝わらないことが多くあります。すぐ相談したり報告できるといいと思います。最近はFAXを使って早い報告をして指示をお願いすることもしています。	農業協同組合及び連合会
指示をもっと具体的に、状態の変化に合わせて拡大してほしい。	消費生活協同組合及び連合会
連絡の方法(TEL or FAX or メール etc)についても具体的に事前に調整が必要であると思う。現在重複して指示書を頂けないが、条件付きで可能にしていきたい。例えば精神疾患のある方のストーマケアの場合、精神科医と外科医両方の指示書の交付を受けることができるなど。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
訪問看護指示書の内容が毎回同じである。訪問看護報告書を読まれていあるのか、いつも疑問に感じる。内容もごく簡単で、指示書の意味をなさないものもある。	医療法人
1992年に開設したときは医師の指示書がなかなかいただけなくて「誰のために医療をしているのか?」とよく言い争いをしましたが、最近は真面目によこす医師と、半年分まとめて書く医師とさまざまであり。医療者としての常識を疑う例もあり。1ヶ月単位で看護師はきちんと報告しているのだから、少なくともこれに答えるべきではないかと思う。まだまだ不十分な例が多い。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
医師によっては指示書に細かい指示がなかったり(ほとんど何も書いていない)、診療時間に連絡されることを嫌われることが多く、全く訪看が身動きの取れないケースがある。指示書の充実、包括的指示により、訪看の活動に幅を持たせることができれば、医師にとっても看護師にとっても患者にとっても有意義だと感じている。	医師会

在宅においては、まだ医師との連絡方法がFAX、電話または報告書という形である。個人の医院では診察の合間での連絡であり、パソコンからの電子情報交換がとれたら、もう少しスピーディーな対応ができるのではないかとと思うときがある。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
---	---------------------

10) 在宅医療に関する医師の理解不足

在宅ケアに関し、医師として認識が薄い人が多いように思います。私たち看護師の思いと医師の思いのギャップが大きすぎ。患者との間に立って悩むことがしばしばです。	医療法人
在宅末期がん患者の看取りまで一緒にやっという医師が少ない。状態が悪くなると入院を勧める医師が多い。また、一緒にやっという医師が一人いるが麻薬免許を持たず、ペインコントロールのため、別の医師に受診し、処方してもらっている。在宅で看取りができるかどうかは医師に左右されると考える。	看護協会
医師が訪問看護師の力量を評価して包括的指示や経過中の報告指示を密にとることへ協力してほしい。利用者の在宅での看取りの強い希望があれば、医師は引き受ける積極的な姿勢がほしい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
プロトコルを知っているが、実際、医師に説明して利用することに至っていないため、今後は包括的指示をもらってきちんと形に残る仕事をしたいと思う。	農業協同組合及び連合会
ほとんどはあらかじめ約束の範囲内で看護師が判断し実施、事後報告のパターンです。ただし酸素の流量調整については、***の増減について包括的指示をいただいても、なお呼吸困難感や胸内苦悶を訴えられる場合、SPO2だけの判断では危険があるので、指示をいただく場合があります。	医療法人
当訪問看護は昨年11月に開設しましたが、法人内のみ活動で現在行っています。3月1日より、地域の開業医と密に連携をとり、在宅看護を充実していきたいと考えています。その際、看護師の判断にて実施できる処置を迅速にできればと思っています。医師との連携、信頼関係にて効率よく適切な看護を提供できるよう努めていきたいと思っています。	医療法人
私の所属する医療法人にはホスピス医がいます。患者さんがたくさんいても一人の医師で抱えることができる人数には限りがあります。連携に関しては質問項目にもありましたが、いちいち医師へ報告せずに、訪問した看護師の判断で(その場で)次の対応をしてあげられるようになってほしいと思います。	医療法人
利用者について、想定される問題を考慮した上で予め指示を確認(もらう)しておくべきであると思います。緩和ケアの疼痛コントロールについても同様ですが、その判断ができるまでの専門性を持つ看護師の育成が必要です。	医師会

11) プロトコルの必要性

疼痛コントロールの指標となる施設の基準を設けてほしい。	市町村
当地域では在宅末期がん患者を受け入れる環境(体制)ができておりません。連携をとれるように病院、医師へアプローチ中です。当ステーションでも適切なケアができるよう、プロトコルを作成していただきたいと思っています。	医療法人

12) 在宅医療に関する医師の理解不足

医師が在宅をチームで組んで対応するという認識に欠けることが多い。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
今後、ますます医師、看護師との連携が必要になると考えられますので、医師の教育には是非ターミナルケアを追加してほしいと考えます。“看取り”は敗けではないと思います。その人らしく最善の“看取り”ができれば良いと思います。ターミナルケアは24時間精神的にも拘束され、昨年は同時に2人のターミナルステージの方がおり、私事ですが体調を崩してしまいました。社会的に在宅でのターミナルケアが認知され、支援する医師、看護師の労力が報われるようになることを望みます。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
ターミナルケアを実施するには、その地域で生活していて相談しやすい開業医がいないと、なかなか在宅は安心して過ごせないと思います。包括的指示を出されても、御利用者、御家族が安心して過ごすには訪問看護師だけでは限界があると思います。もっとターミナルケアにも関心のある医師が多かったらと思っています。	医療法人
地域の開業医の中で、訪問看護師を在宅医療チームのパートナーとして認識していただけない場合、連携はむずかしい。(時間がかかる。)	医療法人

在宅でがんの終末期を過ごす方が増えている一方で、緩和ケアを含む医療従事者の体制と連携の難しさを感じております。地域の開業医は、訪問診療は行いますが、週1回または2週に1回程度、それ以上必要となった場合は対応できないからと、医師から入院を勧めてしまいます。そのため、できる限り御本人、家族の姿勢により訪問看護師が間に入り、随時医師に報告して指示を受け、薬の使い方やケアの方法など家族に指示または実施して、在宅にいられる時間を長く持てるように援助しています。看護師は自分の休養が危ぶまれてしまう状況になってしまうため、もう少し医師の協力が得られないかいつも考えています。開業医も外来の合間で訪問しているため、時間的にも体力的にも限界があるようですが、やはり、家族の介護力よりも医師の力にかかっていると感じています。	医療法人
往診(特に末期がん患者への)してくれる診療所医師が少ないため在宅が難しい。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
病院での治療を終了し、在宅へ帰られた患者さんに対しての医師の態度が冷たいことがあり悲しい思いをしました。積極的治療をしなれば、あとは本人様の苦痛がどれだけであろうと「どうしようもない」と答えられることもあり、看護師の思いだけでは在宅ホスピスの方を十分にケアすることはできないと感じています。もっと在宅ケアに熱心な医師が増え、往診してくれることを希望します。	医療法人
現在、訪問治療を行っている医師は一人で、定時の訪問以外に看取りを行う場合に負担があり、死亡確認してもらえる医師の増員を希望しているところである。(同じ法人内の病院。)	医療法人
病院医師の在宅ケアの理解がまだまだ不足していると感じます。ホスピスに関する理解、在宅での生活についてももう少し分かっているなら、利用者さんがどうすれば末期がんでも希望した所で最期を安心して過ごせるか、かなり違ってくと思うのですが。	医療法人
もう少し在宅ケアに関心を持つ医師が増えてくれることを望みます。	医療法人
医師がまだまだ在宅のことを知らないために、訪問で何ができる、という昔ながらの意見が多く、在宅ケアが進まない。現状、病院に入院しているよりも在宅の方が、急性期以外はレベルが良くなっています。もっと医師に在宅を見直してもらいたいです。	医療法人
医師の訪問看護への理解がない。	看護協会
医師(医院)は訪問看護師と協力して在宅医療という意向があまり感じられなく、自分の医院独自での開業性が強い。	看護協会
医師の緩和ケアに対する知識がまちまちで、辛い思いをしている患者や家族が多くなってしまうので、早く、緩和ケアに対しての意識の持ち方を浸透させてほしい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
医師が対象者にとって一番頼りたい存在であることを自覚して親身に支えてほしい。そんな在宅医療が理解できる医師が増えてほしい。訪問看護がいくら頑張っても、医師がそうでなかったら在宅ターミナルケアはやっていけない。医師の問題は大きい。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
医師の「訪問看護師の役割」についての理解が足りないと思います。入院と同様の処置を希望されたり、全く何も相談されなかったりと大きな差があります。医師の在宅への理解を期待します。	農業協同組合及び連合会
在宅ケアについて、看護師の学習の場が多くありますが、医師はなかなか研修などへ参加していないと感じる。新しい医療のあり方や考え方を共有できる状況にしてほしいと感じることが多くある。	消費生活協同組合及び連合会
医師も日々の業務が忙しく、なかなか細かい指示までは先にいただけない。いつも、その都度必要なことをTELにて指示をもらっている。事前に予測される範囲で、可能な指示をいただけたらありがたいと思っている。そのため、医師と看護師が一緒に行えるカンファレンスや勉強会の時間が必要である。	営利法人(株式・合名・合資・有限会社)
地域的なことも原因していると思われるが、在宅医療に対して関心の薄い医師が多いように感じる。このため、訪問看護は今以上に発展しそうもない。	医療法人
ターミナルケアを医師と連携して行うとき、利用者、介護者、訪問看護師共に満足することは非常に少なく感じます。(在宅ケアを一生懸命されている医師はいらっしゃるのですが、医師の考えを押し付けたり、的確な処置をしていただけなかったり。)皆が同じラインに立ち、“できるだけ本人の望む最期に向かう”を目標に進むことが重要だと考えます。	医療法人
訪問看護師の在宅ケアに関する知識またケア技術、またコミュニケーション技術などなどのスキルアップは当然必要と日々感じております。しかし、それと同時に医師の在宅医療に関する知識や関心を、ぜひ医師教育のなかで取り入れていただきたいと切に願っています。	医療法人
在宅ターミナルに対する意識が、病院の医師は低いと思う。退院前のカンファレンスの依頼が殆どないため、連携とれにくい。在宅での医師との連携は、殆どメールで行っているが、話し合いが必要であると判断したときはアポをとって、出向いている。在宅医療を熱心にされている医師は、看護師の役割をよく理解していただけており、包括的指示を出してもらっており動きやすい。	消費生活協同組合及び連合会

13) 在宅終末期ケアに関する医師の知識不足

在宅ターミナル(緩和ホスピス)ケアにおいては、その症状のコントロールの良し悪しが在宅での看取りを行う上で大切となってきます。しかし現状として、まだまだ(開業されている医師の中には)オピオイドの取扱いに対する抵抗や、WHOの徐痛ラダーに関しての認識不足から、症状コントロールに難渋しているケースが少なくありません。在宅医はもちろん、在宅で従事するケアスタッフがもっと緩和医療についての知識を学び、認識していくことが今後の在宅医療(末期がん患者でも自宅で症状コントロール可能な)の推進には必要だと思います。	医療法人
---	------

在宅医療を積極的に実施すると広告される医師が増えてきてはいますが、在宅 IVH 等、物品・薬品を多く必要とする場合は、敬遠される医師もいます。ガン末期患者は、急変しやすく、家族がしっかりとした意志を持っていないと入院するケースが多く、リスクの高い IVH 管理は嫌われている。	医療法人
お互いに勉強することが大事です。いつまでも古い知識の上にあぐらをかいてはいけません。家族や看護師の方が御本人と接している時間が長く、情報が豊富です。痛み等に関しては特に信頼していたら、より良いケアにつながると思います。	医師会
医師によってターミナルの苦痛に関する緩和ケアの考え方が違うので、苦慮する時があります。	看護協会
病院から在宅療養に向け、地域の開業医の医師が往診医となる場合にはターミナルということについての理解が得られず、意見の違いが生じるケースがあった。年配の医師で、本人・家族も希望していない状況下で「医師として何も処置を行わないわけにはいかない！」と 1500ml/日もの輸液を行い、家族とスタッフで理解を得てもらうために多大なエネルギーを費やしたことがあった。	医療法人
開業医の先生も定期的な往診はほとんどされていないので、在宅療養中の状態を的確に把握しにくいこともあり、機敏に対処がなされない状況です。在宅療養中は定期的な往診をしてくださる往診医の確保が必要だと思います。	医療法人
開業医で麻薬の取扱いができない医師もいる。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
開業医の中に、麻薬取扱いや在宅酸素のできない方がいる。患者様の状態に合ったかかりつけ医を探すことが少し大変です。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
開業医の医師で高齢な医師は中心静脈点滴管理等の機械が分からず、訪問看護ステーションですべて調整実施を行ったが、まるなげでは Family が医師に対する不安を持ってしまう。地方では麻薬処方医が少なく、開業医も限られる。休診日に主治医の携帯へ電話をかけるが、急変時の対応が困難のこともあり。(主治医が外出中のため(遠方への))	社会福祉協議会
開業医のほとんどは麻薬処方をされず、非ステロイド性消炎鎮痛剤止まり。在宅で末期の方が過ごせるような体制がまだまだ整っておらず、医師の意識も薄く、どの医師も面会しにくい状況です。	社会福祉協議会
診療所の医師は、私たちの観察点等に目を向け、現状改善への意欲持たれ、連携しやすい。ただ麻薬の取扱いには消極的で、ペインコントロールや症状コントロールが私たちの目標レベルに達していないことが今後の問題です。しかし私たちもスケール等を有効に使い、診療所医師にアプローチして行きたいと考えています。	医師会
疼痛コントロールが上手にできる医師がなかなか難しいのかなと感じています。医師の方の末期がんの疼痛コントロール、最新の技術等、研修や勉強会でレベルに格差がないように希望します。在宅にいる患者がどこも等しく治療を受けられるようにしてほしいものです。	市町村
医師により鎮痛剤に対する考え方も違うため、困ることがある。	市町村
在宅での疼痛緩和に対して、積極的に取り組んでくださる医師が少ない。	医療法人
麻薬、その他の疼痛コントロールに必要な薬剤に関し、医師側の知識が極端に少ないことがあり、連携に苦労する。	看護協会
鎮痛剤等の開始時期、増量について学習してもらい、早期から有効となるようなペインコントロールをして ADL を向上させることを目指してほしい。→訪問看護師の報告にての対応が遅い。	看護協会
疼痛コントロールができない医師がいる(病院の診療科の違い、開業医など)	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
在宅でも緩和ケアを充実させたいが、在宅になると処方量が少なくなり、十分な疼痛コントロールができていない。そのため、利用者の苦痛が増すと通院せざるを得なくなり、より利用者の苦痛が増し、本人の意に反し入院せざるを得なくなる。	社会福祉協議会
末期がん患者へのペインコントロールのできる医師が近隣に少なくて困ることが多い。	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
当法人の医師ではないのですが、疼痛ラダー等の知識があまりないのではないだろうかと思える先生がいらっしゃるが、その先生が主治医だと患者様がとても気の毒になってしまいます。私達も連携をとりたいたと思いますが、医師のプライドを傷つけずにどうしたら良い方向に持っていつてもらえるか・・・などとよく考えることがあります。今後、在宅で看取りたい、死にたいという患者様が増えることが予測されますが、医師の知識も全体的に上がってほしいと思います。当事業所にはプロトコール等ありません。もしできがありましたら教えていただけませんか？参考にさせていただきたいと思っております。	医療法人
中にはレベルの低い勉強不足の医師もおり、患者さん自身がつらい思いをしてしまうケースに悩んでいます。医師自身の人柄により、うまく連携とれないケースもあり。	医療法人
モルヒネの使い方をよく理解していただき(家族への説明も含め)、包括指示の範囲で看護師が動けるようにしていただかないと患者が苦痛な思いをする。在宅は熱心なときは少ないのでもっと増えて欲しい。	医療法人
オピオイドの知識、レスキューについて等、疼痛緩和についての知識を深めて欲しい。包括的指示の拡大。	医師会

14) 看護師の専門性向上の必要性

末期がん患者の受け入れ件数が少なく、経験不足を感じます。(医師も看護師も)・家族と共におだやかに過ごせる環境づくりのため、勉強が必要と感じています。	医師会
ステーションの力量が正しく評価されなければ、包括指示を医師は出さないと。ステーション側は、包括指示に応じられる能力が必要となる。	社団・財団法人(医師会、看護協会以外)
特に地方においては、末期がん患者を在宅で看取することは多くの困難を伴う。看護師自身の能力が不十分であること、臨床においても率先して末期がん患者のケアに専念した経験を持つ訪問看護師が非常に少ないこと、医師についても、真正面から患者と向き合う方があまりいらないこと、また、訪問看護の利用に非常に消極的なこと、等々を要因と考える。包括的指示に至っては、「看護師が勝手に何を言うか!」の世界が依然存在しており、法人以外の開業医師との連携には苦勞が多い。(医師に信頼していただける看護師になるべく日々努力を重ねていますが・・・)	医療法人

15) アンケートについて

この調査結果が出たら、ぜひその結果表をいただきたく思います。宜しくお願いします。	医療法人
今年度からの管理者のため、前年度実績については記入できませんでした。	医療法人
平成17年4月に開設した事業所です。多くの設問にお答えすることができず残念です。現在2名の末期がんの利用者の訪問を実施しています。	医療法人
当訪問看護ステーションでは主に精神疾患の利用者はほとんどですので、身体的な看護や介護は実質上行っておりません。お役に立てず申し訳ありません。	医療法人
アンケートに回答しましたが、当ステーションはがん末期の利用者が少ないため、あまり参考にならないかもしれません。しかし、今後は在宅末期がんの利用者にも積極的に取り組んでいきたいと思っています。そのため、まずは主治医との連携の必要性を感じているところであります。	医療法人
貴重な調査をしていただきありがとうございます。このアンケートを通じて自分たちの振り返りができました。結果は必ずお知らせいただきたいです。	医療法人
大変むずかしいアンケートでした。	農業協同組合及び連合会

16) その他

家族への心構えに対する教育、指導。	市町村
医師会立のステーションとして何十人もの医師の指示で動いている。丸投げでこちらに頼りっぱなしの医師もいれば、訪問回数まで指示したり、非常に細々としたことまで指示してくる医師もいる。まるでナースが自分のライバルと思っているような医師もいる。その医師の個性に合わせて患者との間を上手に取り持っていかねばならない。優秀なナースたちが働きやすいように医師と訪問看護師、患者間のクッション役に管理者はならなければ・・・といつも思っているし、そう行動している。医師は患者のことより自分の利益と都合とメンツを最優先にしているので、管理者はいつもナースの心がくじけないようにしている。	医師会
最も困ることは、在宅で亡くなられたときに、連絡してもすぐに対応していただけないときや、家族が看取った時間と医師が確認した時間が大幅に違ってしまったときです。(中山間地に位置するこの地域のため、前もって医師よりお話しておきますが)	農業協同組合及び連合会
特にありません。末期がんについては後方支援を得ることを前提にして訪問開始をしております。	看護協会
少人数の訪問看護ステーション職員で在宅ターミナルを抱えるのは昼夜休日を問わず、時間の拘束を受け、心身共に疲労感が大きい、何人ものご利用者様を受ける受け入れ体制ができない現状がある。	社会福祉協議会
我県内及び東北地域の「緩和ケア研究会」においても、末期がん患者に中心静脈栄養や経管栄養についてはタブーとなっているのに、患者が在宅に帰るのは「家庭人・社会人」として最後の場を選んでいるのにどうして・・・。非人間的な医療行為は質問にあるのでしょうか？まだこの日本では中心静脈カテーテルや経管栄養チューブや留置カテーテルが挿入されたまま最後を過ごす人が多いのでしょうか？ターミナルを在宅では、その方々の生活のあり方を、症状を緩和し続け、本人の納得のいく「死」を支えることではないでしょうか。そのための医師、訪問看護師の連携と考えます。	消費生活協同組合及び連合会
同じ法人内の医師や、法人以外の医師でも包括的指示で看護師の判断で実施できる場合は非常に動きやすく、すばやくケアを提供しやすい。	医療法人

資 料 編

調査票 在宅末期がん患者の看取りにおける医師と訪問看護師の連携に関する実態調査
在宅末期がん患者の看取りにおける訪問看護師と医師の連携に関する実態調査