

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

平成 18 年 2 月 2 日

「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研究」研究班

主任研究者 川越 厚

ホームケアクリニック川越 院長

〒130-0021 東京都墨田区緑 1-14-4 両国 TY ビル 3F

調査ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたび、私たちは厚生労働科学研究費補助金を受け、「末期がん患者の在宅ケアにおける医師と訪問看護師との連携に関する研究」を行うことになりました。ご承知のとおり、在宅ホスピス・緩和ケアの普及と推進は、国をあげての事業となりつつあり、厚生労働省は、そのための制度見直しや改善などに具体的な形で取り組んでおります。本研究は、このような国の大きな流れを受けて、在宅ケアにおける医師・看護師の指示を通しての連携のありかたを検討し、より質の高い医療を提供するためにはどうすればよいかについて、一定の方向性を提示することを目的としています。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本研究の趣旨をご理解いただき、本調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

1. 調査票の構成：調査票は、全 8 ページで構成されています。

2. 調査施設および対象者

本調査は、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に収録されているすべての医療機関を対象としております。貴施設で中心になって在宅ケアを行っている医師の方 1 名に、施設を代表して、貴施設の基本的方針をご回答いただけましたら幸いです。

3. 本調査で用いる用語の定義

「包括的指示」とは、患者の病態の変化を予測した事前の個別・具体的な指示であり、そこで示された指示の範囲で看護師が判断し、適切な看護が行えるようにするもの。例えば、在宅酸素療法を受けている患者の場合、安静時鼻カニューレ 2 リットル/分、活動時（排便・散歩など）鼻カニューレ 2 リットル/分～5 リットル/分まで状況に合わせて調節可といった内容を指すものである（「新たな看護のあり方に関する検討会」中間まとめより）。

4. 回収方法と期限

同封した返信用封筒にて、平成 18 年 2 月 20 日(月)までにご返送をお願いいたします。

なお、調査票の回収については、(株)サーベイリサーチセンターに委託しております。

5. 本研究における倫理的配慮および公表について

本調査ではすべて匿名性をお約束します。ご回答いただいた内容はすべて本研究のみに使用し、他の目的で使用することは一切ありません。また、調査で得た個人情報はずべて研究終了後、破棄し、調査結果をまとめ、公表する際にも、皆様に関する資料はずべて匿名にいたします。

6. 調査内容に関するお問い合わせについて

帝京大学医学部 衛生学公衆衛生学講座 担当者：石川ひろの

〒173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1

TEL：03-3964-1211 (内線 2730)

FAX：03-3964-1058

email: hirono@med.teikyo-u.ac.jp

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

本調査は、末期がん患者の在宅ケアにおける医師と訪問看護師の連携について、貴施設での実態をおうかがいするものです。質問項目中の「在宅ケア」とは、末期がん患者を対象とした在宅ケアを指します。

◆ **初めに、貴施設のことについてお伺いします**

1. 医療機関の種類（当てはまるもの1つに○をつけて下さい）

1) 病院(200床以上) 2) 病院(200床未満) 3) 診療所(有床) 4) 診療所(無床)

2. 貴施設において、**2004年度（2004年4月1日～2005年3月31日）**に、「在宅ケアを実施した末期がん患者数」（一回でも往診した患者の数とします）、「在宅で死亡した末期がん患者数」（診断書の死亡場所が自宅など患者の居宅とされた患者の数とします）を教えてください。

※実数が分からない場合、概数でも構いません。ご記入の上、実数か概数かいずれかに○をつけて下さい。

| | | どちらですか？ |
|-------------------------|---|---------|
| 2004年度に在宅ケアを実施した末期がん患者数 | 人 | 実数・概数 |
| 2004年度に在宅で死亡した末期がん患者数 | 人 | 実数・概数 |

2-1 より詳細な数として以下の数字を実数として把握している場合、その数を教えてください。

| | 全患者 | うち、末期がん患者 |
|----------------------------|-----|-----------|
| 2004年4月1日時点で在宅ケアを行っていた患者数 | 人 | 人 |
| 2004年度1年間に、新たに在宅ケアを開始した患者数 | 人 | 人 |
| 2005年3月31日時点で在宅ケアを行っていた患者数 | 人 | 人 |
| 2004年度1年間に、在宅で死亡した患者数 | 人 | 上の表と同じ |
| 2004年度1年間の、のべ訪問診療回数 | 回 | 回 |

3. 貴施設には、どのような併設施設がありますか？当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。

1) 緩和ケア病棟 2) ヘルパーステーション 3) 居宅介護支援事業所
4) 在宅介護支援センター 5) その他（ ）

4. 貴施設では、施設としての在宅ケアに関する一定の方針・基準を記述した文書(マニュアルなど)がありますか？

1) ある 2) ない

4-1 「ある」と回答された方にお聞きします。その方針について患者・家族に説明していますか？

1) 説明していない 2) 文書のみで説明 3) 口頭のみで説明 4) 文書と口頭で説明
5) その他（ ）

5. 貴施設が在宅ケアで行っている医療内容について、それぞれ該当する番号に○をつけて下さい。

| | あまりしない | することが多い | 必ずする |
|----------------------------|--------|---------|------|
| 1) 痛みのアセスメント | 1 | 2 | 3 |
| 2) トータルペインを考慮した疼痛緩和 | 1 | 2 | 3 |
| 3) 一定の方式(WHO 方式など)に従った疼痛緩和 | 1 | 2 | 3 |
| 4) グリーフケア(遺族に対する悲嘆のケア) | 1 | 2 | 3 |
| 5) 末期がん患者対象のデイケア | 1 | 2 | 3 |
| 6) 代替療法についての助言(副作用等の説明など) | 1 | 2 | 3 |

6. 貴施設では、在宅において以下の治療や検査などを行うことが可能ですか。それぞれ当てはまる番号に○をつけて下さい。

| | 不可能 | 可能 |
|------------------------------------|-----|----|
| 疼痛緩和 | | |
| 1) 経口モルヒネ/オキシコドンを用いた疼痛緩和 | 1 | 2 |
| 2) モルヒネ座薬を用いた疼痛緩和 | 1 | 2 |
| 3) モルヒネ持続皮下注射を用いた疼痛緩和 | 1 | 2 |
| 4) モルヒネ硬膜外持続注入(カテ挿入を在宅で行なうかど | 1 | 2 |
| 5) フェンタニル・パッチを用いた疼痛緩和 | 1 | 2 |
| 6) 抗痙攣剤・抗うつ剤・ケタラールなどの鎮痛補助薬を用いた疼痛緩和 | 1 | 2 |
| 在宅酸素療法 | | |
| 7) 酸素濃縮器を用いた呼吸苦緩和 | 1 | 2 |
| 8) 液化酸素を用いた呼吸苦緩和 | 1 | 2 |
| 9) その他 () | 1 | 2 |
| 栄養・補液 | | |
| 10) 経鼻栄養チューブを用いた栄養・水分補給 | 1 | 2 |
| 11) 胃瘻管理、胃瘻チューブを用いた栄養・水分補給 | 1 | 2 |
| 12) 末梢血管を用いた栄養・水分補給 | 1 | 2 |
| 13) 中心静脈カテーテルを用いた栄養・水分補給 | 1 | 2 |
| 14) その他 () | 1 | 2 |
| 検査 | | |
| 15) 超音波検査 | 1 | 2 |
| 16) X線撮影 | 1 | 2 |
| 17) その他 () | 1 | 2 |
| その他の医療処置 | | |
| 18) 胸腔穿刺 | 1 | 2 |
| 19) 腹腔穿刺 | 1 | 2 |
| 20) 腎瘻、尿管皮膚瘻などの管理 | 1 | 2 |

◆ 貴施設における在宅ケアの提供体制、他機関との連携について、現状をおうかがいします。

7. 貴施設では、訪問看護ステーションと連携していますか？当てはまるもの1つに○をつけて下さい。

- 1) 訪問看護ステーションは利用していない
 2) 同一機関・法人のみで提供（院内訪問看護部門・訪問看護ステーション）
 3) 他機関の訪問看護ステーションとの連携のみ
 4) 同一機関でも提供するが、他機関の訪問看護ステーションとも連携
 5) その他（具体的に： ）

8. 在宅ケアを実践するために連携しているその他の機関がありますか？当てはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1) 調剤薬局 2) 介護支援事業所 3) その他 () 4) ない

- 8-1 「1) 調剤薬局」に○をつけた方にお聞きします。どのような場合に調剤薬局と連携しますか？

- 1) すべての末期がんのケースで連携
 2) モルヒネ注射薬やIVH製剤を扱うときのみ連携
 3) その他（具体的に： ）

9. 貴施設では、入院施設との連携をとっていますか。それぞれ該当する番号に○をつけてください。

施設ホスピス： 1) 全くない 2) 連携はないが必要に応じて紹介 3) 特定の施設と連携
 一般病院： 1) 全くない 2) 連携はないが必要に応じて紹介 3) 特定の施設と連携

10. 貴施設における在宅ケア提供体制についてお聞きします。

10-1 医師の往診はどのような時にしますか。

1) 定期的な訪問診察と必要時の往診 2) 必要時のみ往診 3) その他

10-2 看護師の訪問(連携する訪問看護ステーションからの訪問でも可)はどのような時にしますか。

1) 定期的な訪問と必要時の訪問 2) 必要時のみ訪問 3) その他

10-3 緊急時対応について、当てはまるものすべてに○をつけて下さい。

1) 24 時間、電話連絡を受ける体制にある
 2) 24 時間、往診できる体制にある
 3) その他 ()

10-4 その他の職種の導入、参加(連携先からの訪問でも可)はありますか。

| | ない | 必要に応じてある | 必ずある |
|-----------------|----|----------|------|
| 1) 薬剤師による訪問服薬指導 | 1 | 2 | 3 |
| 2) ヘルパー | 1 | 2 | 3 |
| 3) ボランティア | 1 | 2 | 3 |
| 4) スピリチュアルケア担当者 | 1 | 2 | 3 |
| 5) PT または OT | 1 | 2 | 3 |
| 6) その他 () | 1 | 2 | 3 |
| 7) その他 () | 1 | 2 | 3 |

◆ 訪問看護ステーション・訪問看護師への指示に関して、貴施設での現状をお伺いします。訪問看護ステーションを利用されていない場合は、問3からお答えください。

11. 訪問看護ステーションで受け入れ可能と判断された場合、がん末期疼痛管理協定書を作成するなど、文書での取り決めをしていますか？

1) 全くしていない 2) 場合によってしている 3) 必ずしている

12. 在宅ケア開始前に、訪問看護ステーションと治療方針などについて協議を行っていますか。

1) 全くしていない 2) 場合によってしている 3) 必ずしている

13. 訪問看護師に治療方針を理解してもらうために、何かしていることがありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1) 定期的な勉強会 2) マニュアルの作成 3) ガイドライン・解説書の配布
 4) その他 () 5) 特に何もしていない

14. 訪問看護師とミーティングやカンファレンスをしていますか？

1) 全くしていない 2) あまりしていない 3) 必要に応じてしている 4) 定期的に行っている

15. ミーティング以外に、訪問看護師とどのような方法で連絡をとっていますか？該当する番号にそれぞれ○をつけてください。

| | まれである | 時々ある | よくある |
|------------|-------|------|------|
| 1) 電話 | 1 | 2 | 3 |
| 2) FAX | 1 | 2 | 3 |
| 3) e-mail | 1 | 2 | 3 |
| 4) カルテへの記載 | 1 | 2 | 3 |
| 5) その他 () | 1 | 2 | 3 |

16. 在宅ケア開始に際して、訪問看護師と以下のことについてケースごとに合議・確認をしていますか。該当する番号にそれぞれ○をつけてください。

| | あまりしない | することが多い | 必ずする |
|-----------------------------|--------|---------|------|
| 1) 痛み（原因・強さ・性状・部位・広がり・経過など） | 1 | 2 | 3 |
| 2) 疼痛緩和の目標 | 1 | 2 | 3 |
| 3) 除痛効果の判定 | 1 | 2 | 3 |
| 4) 適切な初期投与量の設定 | 1 | 2 | 3 |
| 5) 痛みが増強した際の対応 | 1 | 2 | 3 |
| 6) 鎮痛薬の副作用 | 1 | 2 | 3 |
| 7) 日常生活に関すること | 1 | 2 | 3 |
| 8) 心理状態に関すること | 1 | 2 | 3 |
| 9) 排便に関すること | 1 | 2 | 3 |
| 10) 経口摂取に関すること | 1 | 2 | 3 |
| 11) 精神症状 | 1 | 2 | 3 |
| 12) 呼吸状態に関すること | 1 | 2 | 3 |
| 13) 肝機能・腎機能 | 1 | 2 | 3 |
| 14) 浮腫・胸腹水の有無 | 1 | 2 | 3 |
| 15) 画像診断上のこと（消化管閉塞を含め） | 1 | 2 | 3 |
| 16) 家族状況 | 1 | 2 | 3 |
| 17) 介護サービスの利用状況 | 1 | 2 | 3 |
| 18) 治療方針に関する看護師の理解 | 1 | 2 | 3 |
| 19) WHO がん疼痛治療法に関する看護師の理解 | 1 | 2 | 3 |
| 20) その他 () | 1 | 2 | 3 |

- 16-1 その合議・確認の際の方法は何ですか。該当する番号にそれぞれ○をつけてください。

| | まれである | 時々ある | よくある |
|---------------|-------|------|------|
| 1) 面談（ミーティング） | 1 | 2 | 3 |
| 2) 電話 | 1 | 2 | 3 |
| 3) FAX | 1 | 2 | 3 |
| 4) e-mail | 1 | 2 | 3 |
| 5) カルテへの記載 | 1 | 2 | 3 |
| 6) その他 () | 1 | 2 | 3 |

17. 在宅ケアにおける訪問看護師への指示の具体的な方法についてお聞きします。 各項目について、次の0)~7)の選択肢から、通常、最もよくとっている方法に該当する番号を1つだけご記入下さい。

【指示・実施の方法】

| | |
|-----------|--|
| | 0) 当施設では、在宅では実施していない |
| 医師主導 ↑ | 1) 医師が実施するので、看護師への指示はしない 2) 医師が訪問診察・往診した上で看護師に指示、看護師が実施 3) 看護師の報告に基づき、医師がその都度指示、看護師が実施 4) 予め約束の範囲内で看護師が判断し、医師に確認をとり実施 |
| ↓ | 5) 予め約束の範囲内で看護師の判断で実施、医師へ事後報告 |
| 看護師主導 | 6) 看護師の判断で実施するので、医師は指示しない 7) その他 |



| 治療・処置の内容 | (最も該当する番号を1つ記入) |
|------------------------------|-----------------|
| 1) 補助・代替療法（呼吸法、アロマテラピー等） | |
| 2) 非オピオイド系鎮痛薬（アスピリン等）の投与 | |
| 3) 非オピオイド系鎮痛薬の投与量増減 | |
| 4) 弱オピオイド系鎮痛薬（コデイン等）の投与 | |
| 5) 弱オピオイド系鎮痛薬の投与量増減 | |
| 6) 強オピオイド系鎮痛薬（モルヒネ等）の経口投与開始 | |
| 7) 強オピオイド系鎮痛薬（経口）の投与量増減 | |
| 8) 強オピオイド系鎮痛薬の経直腸投与 | |
| 9) 強オピオイド系鎮痛薬（経直腸）の投与量増減 | |
| 10) 強オピオイド系鎮痛薬の皮下注射の開始 | |
| 11) 強オピオイド系鎮痛薬（皮下注射）の投与量増減 | |
| 12) 強オピオイド系鎮痛薬の貼付剤の投与 | |
| 13) 強オピオイド系鎮痛薬の貼付剤の投与量増減 | |
| 14) 強オピオイド系鎮痛薬（硬膜外注射）の投与量増減 | |
| 15) 強オピオイド系鎮痛薬（点滴静脈注射）の投与量増減 | |
| 16) 強オピオイド系鎮痛薬の頓用（レスキュー） | |
| 17) 鎮痛補助薬（抗けいれん薬、抗不安薬等）の投与 | |
| 18) 鎮痛補助薬の投与量増減 | |
| 19) 利用者・介護者に対する水分摂取・食事指導 | |
| 20) 経鼻胃チューブの挿入 | |
| 21) 経鼻胃チューブの抜去 | |
| 22) 経管栄養の注入 | |
| 23) 経管栄養の注入量・回数の変更 | |
| 24) 経管栄養の中止 | |
| 25) 経管栄養の管理 | |
| 26) 末梢点滴の実施 | |
| 27) 中心静脈点滴（埋め込み式）の実施 | |
| 28) 中心静脈カテーテルの管理（体外式、埋め込み式） | |
| 29) 点滴の薬剤投与量増減 | |
| 30) 腹部マッサージ | |
| 31) 温罨法 | |
| 32) 下剤の投与 | |
| 33) 下剤の投与量増減 | |
| 34) 浣腸 | |
| 35) 摘便 | |

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。

| | あまり必要 ではない | できれば必要 | 絶対に必要 |
|-----------------------|---------------|--------|-------|
| 1) 訪問看護師の知識・スキルの向上 | 1 | 2 | 3 |
| 2) 医師との定期的なカンファレンスの開催 | 1 | 2 | 3 |
| 3) マニュアルや治療方針の作成・確認 | 1 | 2 | 3 |
| 4) 診療ガイドライン | 1 | 2 | 3 |
| 5) 包括的指示への法的緩和 | 1 | 2 | 3 |
| 6) その他（具体的に書いてください） | | | |

24. 包括的指示を行う場合、法的な問題となることがあると思いますか。

1) ある 2) ない 3) 分からない

24-1 その理由は何ですか。

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。

- | | |
|--------------------------|---|
| 1) 鎮静剤（麻薬を除く）・解熱剤等の投与量増減 | 7) 気管カニューレの交換 |
| 2) 鎮静剤（麻薬）の投与量増減 | 8) 褥瘡処置 |
| 3) その他の頓服薬（制吐剤、眠剤等）の投与 | 9) 酸素の流量調整 |
| 4) 採血 | 10) 下剤の投与 |
| 5) 採尿 | 11) その他（)) |
| 6) 尿留置カテーテルの交換 | 12) その他（)) |

末期がん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。

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。
記入漏れがないか、今一度お確かめいただけましたら幸いです。

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のお願い

「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研究」研究班

主任研究者 川越 厚

ホームケアクリニック川越 院長

このたび、私たちは厚生労働科学研究費補助金を受け、在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師の連携に関する研究を行うことになりました。本研究班は、厚生労働省の「新たな看護のあり方に関する検討会」で議論された看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進をより実現性の高いものするための研究を行うことを目的とし、末期がん患者に対する在宅ケアに積極的に取り組んでいる現場の医師、看護師、当該分野を専門とする研究者、法学者らにより組織された研究班です。

私たちは3年計画で、訪問看護師と医師の連携と信頼関係の下、看護師が患者の状態を的確に観察し判断して、事前の「包括的指示」の範囲内で末期がん患者に対して、最も適切な看護が効率よく行えるようにするためのプロトコルの作成を目指しています。本調査は、全国の訪問看護ステーションにおける末期がん患者に対するケアおよび主治医との連携に関する実態について把握し、より効果的なプロトコルの内容を検討することを目的としています。つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本研究の趣旨をご理解いただき、本調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

1. 調査票の構成 調査票は、全6ページで構成されています。

2. 調査施設および対象者

今回、全国の訪問看護ステーションから層化無作為抽出したステーションに調査票をお送りしています。貴訪問看護ステーションの管理者の方に調査票へのご記入をお願いいたします。

3. 本調査で用いる用語の定義

「包括的指示」とは、例えば在宅酸素療法を受けている患者の場合、安静時鼻カニューレ2リットル/分、活動時（排便・散歩など）鼻カニューレ2リットル/分～5リットル/分まで状況に合わせて調節可といった内容を指すものである（「新たな看護のあり方に関する検討会」中間まとめより）。

4. 回収方法と期限

同封した返信用封筒にて、2006（平成18）年2月20日（月）までにご返送をお願いいたします。

なお、調査票の回収については、（株）サーベイリサーチセンターに委託しております。

5. 本研究における倫理的配慮および公表について

本調査ではすべて匿名性をお約束します。ご回答いただいた内容はすべて本研究のみに使用し、他の目的で使用することは一切ありません。また、調査で得た個人情報についてはすべて研究終了後、破棄し、調査結果をまとめ、公表する際にも、皆様に関する資料はすべて匿名にいたします。

5. 調査内容に関するお問い合わせについて

筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域看護学 柏木 聖代 または 村上 登志子（研究補助）

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1 TEL/FAX 029-853-3405（ダイヤルイン）

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票

はじめに、本調査のご協力の可否につきまして、以下にご回答をお願いいたします。

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | | |
|---|---------------------------|---|
| 1 | 調査に協力します | |
| 2 | 調査に協力できません(理由について: _____) |) |

→ 「2」にご回答されたステーションは、お手数ですが、本調査票をそのまま返信用封筒にいれ、ご返送ください

A 訪問看護ステーションについてお伺いします。

1 経営主体について

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 1 都道府県 | 9 社会福祉協議会 |
| 2 市町村 | 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) |
| 3 広域連合・一部事務組合 | 11 農業協同組合及び連合会 |
| 4 日本赤十字・社会保険関係団体 | 12 消費生活協同組合及び連合会 |
| 5 医療法人 | 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) |
| 6 医師会 | 14 特定非営利活動法人(NPO) |
| 7 看護協会 | 15 その他の法人 |
| 8 社団・財団法人(医師会、看護協会以外) | |

2 利用者の後方支援医療施設および入退院支援の事業所の併設の状況について

(同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。)

| | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1 病院 | 2 診療所 | 3 療養型医療施設 |
| 4 介護老人保健施設 | 5 介護老人福祉施設 | 6 居宅介護支援事業所 |
| 7 1～6との併設はない | | |

※療養型医療施設：医療療養型医療施設・介護療養型医療施設

3 開設年について

| | | |
|------|---|------|
| (西暦) | 年 | 月に開設 |
|------|---|------|

4 訪問看護を実施している従事者数についてお伺いします。

(平成17年11月分について該当する数を記入してください。なお、該当者がいない場合は、ゼロを記入してください。保健師、助産師については、免許の取得の有無でなく、当該免許で従事している者の数を記載してください。)

| 従事者 | 常勤換算の人数(人) | |
|-------------|---|------------|
| | 例) 従事者が常勤者4人、非常勤者の常勤換算が0.2人の場合は、5.2人と記載 | うち、常勤者数(人) |
| 看護師 | 人 | 人 |
| 保健師 | 人 | 人 |
| 助産師 | 人 | 人 |
| 准看護師 | 人 | 人 |
| 理学療法士・作業療法士 | 人 | 人 |
| その他の職員 | 人 | 人 |
| サテライトの従事者 | 人 | 人 |

(注) 常勤者の兼務および非常勤者の常勤換算の算出方法は、以下の計算式により、常勤換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計算してください。

常勤換算 = 職員の1週間の勤務時間 ÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間

5 管理体制について

(該当する番号すべてを○で囲んでください。)

| | | |
|------------|------|------|
| 24時間連絡体制加算 | 1 あり | 2 なし |
| 緊急時訪問看護加算 | 1 あり | 2 なし |
| 重症者管理加算 | 1 あり | 2 なし |

B 利用者・訪問看護の状況についてお伺いします

1 訪問看護利用者および在宅末期がんの利用者の状況について

(2004年4月1日から2005年3月31日までの実績について、該当する数をご記入ください。)

| 区 分 | 利用者実人数 | 延べ訪問回数 |
|--------------|--------|--------|
| 全利用者数 | 人 | 回 |
| うち、末期がんの利用者数 | 人 | |
| 新規利用者数 | 人 | |
| うち、末期がんの利用者数 | 人 | |
| 在宅で死亡した利用者数 | 人 | |
| うち、末期がんの利用者数 | 人 | |

注) 当該年度内で複数回、新規利用となった利用者については、1人として計算してください。

2 末期がん患者に対するケア体制について

(最も該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 受け持ち制 (1名) | 4 受け持ち制とチーム制の混合 |
| 2 受け持ち制 (2名以上) | 5 その他 () |
| 3 チーム制 (スタッフ全員のチーム、少人数のチーム) | |

3 深夜や休日などの時間外の訪問について

(最も該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|-----------|-----------|
| 1 計画的に訪問 | 3 訪問しない |
| 2 緊急時のみ訪問 | 4 その他 () |

→ 前の問いで「1 計画的に訪問」もしくは「2 緊急時のみ訪問」に回答された方のみお答えください。

3-1 末期がん患者への時間外訪問の実施者について

(最も該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | | |
|-------------|---------------|-----------|
| 1 受け持ち担当看護師 | 2 当直等夜間当番の看護師 | 3 その他 () |
|-------------|---------------|-----------|

※ 看護師とは、保健師、助産師、看護師、准看護師をさします。

4 貴ステーションが末期がん患者に対して実施しているケア内容について

(各内容について、最も該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | あまりしない | することが多い | 必ずする |
|------------------------|--------|---------|------|
| 痛みのアセスメント | 1 | 2 | 3 |
| トータルペインを考慮した疼痛緩和 | 1 | 2 | 3 |
| 一定の方式(WHO方式など)に従った疼痛緩和 | 1 | 2 | 3 |
| グリーフケア(遺族に対する悲嘆のケア) | 1 | 2 | 3 |
| 末期がん患者対象のデイケア | 1 | 2 | 3 |
| 代替療法についての助言(副作用等の説明など) | 1 | 2 | 3 |

C 末期がん患者の在宅ケアにおける医師との連携についてお伺いします。

1 主に連携している医師の所属について

(2004年4月～2005年3月までに訪問した末期がんの利用者のうち、該当する数をご記入ください。なお、該当する利用者がいない場合は、必ずゼロをご記入ください。)

| | 利用者実人数 | | 利用者実人数 |
|----------|--------|----------|--------|
| 病院所属の医師 | 人 | 左記以外 () | 人 |
| 診療所所属の医師 | 人 | 左記以外 () | 人 |

2 在宅末期医療総合診療料 (在医総) の算定状況について

(2004年4月～2005年3月までに訪問した末期がんの利用者のうち、該当する数をご記入ください。なお、該当する利用者がいない場合は、必ずゼロをご記入ください。)

| | | | |
|-------------|---|---------------|---|
| 末期がん患者の利用者数 | 人 | →うち、在医総で算定した数 | 人 |
|-------------|---|---------------|---|

3 主治医と訪問看護開始の指示の前に治療方針について必ず事前協議をしていますか。

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

→ 前の問いで「1 はい」と回答された方のみ、ご回答ください。

3-1 訪問看護開始前に主治医との間でがん末期疼痛管理協定書等の協定書を必ず作成していますか。

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|------------------------------------|-------|
| 1 はい → よろしければ返信用封筒にフォームの同封をお願い致します | 2 いいえ |
|------------------------------------|-------|

4 対象者へのケアにおいて末期がん患者のケアに関するプロトコルを必ず利用していますか。

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

※プロトコルとは、施設としての基準やケア手引書、ケアマップ、クリティカルパス等をさします。

→ 4-1 「1 はい」と回答された方のみにお伺いします。

実際に利用したプロトコルについて

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1 貴ステーション以外で作成された既存のプロトコル | 具体的に () |
| 2 貴ステーションが独自に作成したプロトコル | → よろしければ返信用封筒に同封をお願い致します |
| 3 その他 () | () |

5 対象者のためのミーティングやカンファレンスの実施状況について

(該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|------------|-----------------|
| 1 定期的実施 | → 回数 () 回/月 |
| 2 必要に応じて実施 | → 回数 () 回/月くらい |
| 3 実施していない | |

6 ミーティングやカンファレンス以外に主治医ととった最も多い連絡方法について

(2005年11月に訪問した利用者のうち、最も多かった方法について該当する番号を1つ、○で囲んでください。)

| | |
|-----------|-----------------------|
| 1 施設の電話 | 5 文書 |
| 2 医師の携帯電話 | 6 主治医の所属 (施設・診療科) に訪問 |
| 3 FAX | 7 主治医がステーションに来訪 |
| 4 電子メール | 8 その他 () |

7 対象者へのケアに関する主治医からの指示状況について

(2004年4月1日から2005年3月31日に訪問した利用者のうち、各項目のケアの指示状況について最も該当する番号を1つ記入してください)

【各項目のケアに対する指示・実施までのプロセス】

| | |
|---|---------------------------------------|
| 0 | 対象者がいないため、当機関（訪問看護ステーション）では在宅で実施していない |
| 1 | 医師が実施するので、訪問看護師への指示はない |
| 2 | 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 |
| 3 | 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 |
| 4 | 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 |
| 5 | 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 |
| 6 | 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 |
| 7 | その他（以上のいずれにも当てはまらない） |

※この結果は、本研究が目的としているプロトコルの判断樹に活用します。

| 内 容 | 指示・実施プロセス (最も該当する番号を1つ記入) |
|-------------------------------|------------------------------|
| (1) 補助・代替療法（呼吸法、アロマテラピー等） | |
| (2) 非オピオイド系鎮痛薬（アスピリン等）の投与 | |
| (3) 非オピオイド系鎮痛薬の投与量増減 | |
| (4) 弱オピオイド系鎮痛薬（コデイン等）の投与 | |
| (5) 弱オピオイド系鎮痛薬の投与量増減 | |
| (6) 強オピオイド系鎮痛薬（モルヒネ等）の経口投与開始 | |
| (7) 強オピオイド系鎮痛薬（経口）の投与量増減 | |
| (8) 強オピオイド系鎮痛薬の経直腸投与 | |
| (9) 強オピオイド系鎮痛薬（経直腸）の投与量増減 | |
| (10) 強オピオイド系鎮痛薬の皮下注射の開始 | |
| (11) 強オピオイド系鎮痛薬（皮下注射）の投与量増減 | |
| (12) 強オピオイド系鎮痛薬の貼付剤の投与 | |
| (13) 強オピオイド系鎮痛薬の貼付剤の投与量増減 | |
| (14) 強オピオイド系鎮痛薬（硬膜外注射）の投与量増減 | |
| (15) 強オピオイド系鎮痛薬（点滴静脈注射）の投与量増減 | |
| (16) 強オピオイド系鎮痛薬の頓用（レスキュー） | |
| (17) 鎮痛補助薬（抗けいれん薬、抗不安薬等）の投与 | |
| (18) 鎮痛補助薬の投与量増減 | |
| (19) 利用者・介護者に対する水分摂取・食事指導 | |
| (20) 経鼻胃チューブの挿入 | |
| (21) 経鼻胃チューブの抜去 | |
| (22) 経管栄養の注入 | |
| (23) 経管栄養の注入量・回数の変更 | |
| (24) 経管栄養の中止 | |
| (25) 経管栄養の管理 | |
| (26) 末梢点滴の実施 | |
| (27) 中心静脈点滴（埋め込み式）の実施 | |
| (28) 中心静脈カテーテルの管理（体外式、埋め込み式他） | |
| (29) 点滴の薬剤投与量の増減 | |
| (30) 腹部マッサージ | |
| (31) 温電法 | |
| (32) 下剤の投与 | |

【各項目のケアに対する指示・実施までのプロセス】

| | |
|---|---------------------------------------|
| 0 | 対象者がいないため、当機関（訪問看護ステーション）では在宅で実施していない |
| 1 | 医師が実施するので、訪問看護師への指示はない |
| 2 | 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 |
| 3 | 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 |
| 4 | 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 |
| 5 | 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 |
| 6 | 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 |
| 7 | その他（以上のいずれにも当てはまらない） |

| 内 容 | 指示・実施プロセス (最も該当する番号を1つ記入) |
|-------------------------------|------------------------------|
| (33) 下剤の投与量の増減 | |
| (34) 浣腸 | |
| (35) 排便 | |
| (36) 口腔ケア | |
| (37) 女性の膀胱留置カテーテルの挿入 | |
| (38) 男性の膀胱留置カテーテルの挿入 | |
| (39) 膀胱留置カテーテル法の中止・抜去 | |
| (40) 膀胱留置カテーテルの管理 | |
| (41) 膀胱洗浄の実施 | |
| (42) 導尿の実施 | |
| (43) 入浴・シャワー浴 | |
| (44) 部分浴（手浴・足浴） | |
| (45) 清拭 | |
| (46) 洗髪 | |
| (47) 褥瘡予防の為のエアマット・ムートンの導入 | |
| (48) 褥瘡処置（洗浄・消毒・ガーゼ処置等） | |
| (49) 褥瘡部位への閉鎖性ドレッシングの貼用 | |
| (50) 褥瘡部位へ使用する薬剤の選択（変更も含む） | |
| (51) 褥瘡壊死部への薬剤によるデブリードメント | |
| (52) 褥瘡壊死部への機械的デブリードメント | |
| (53) 酸素療法の実施 | |
| (54) 酸素療法における酸素流量の増減 | |
| (55) 吸入（ネブライザー）の実施 | |
| (56) 肺理学療法の実施 | |
| (57) 吸引 | |
| (58) 気管カニューレの管理 | |
| (59) 胸腔・腹腔ドレーンからの排液（ドレーン管理含む） | |
| (60) 輸血の実施 | |
| (61) 圧迫止血 | |
| (62) ポピオンヨード剤やアズレン剤等による含嗽 | |
| (63) 家族への死亡確認の説明 | |
| (64) 利用者への病状の説明・指導 | |
| (65) 家族への利用者の病状の説明・指導 | |
| (66) 死亡の確認（三兆候の確認） | |
| (67) その他（ ） | |
| (68) その他（ ） | |

D 医師との連携や医師からの包括的指示へのご意向についてお伺いします。

1 医師から指示をうける際、どのような医師が最も連携しやすいですか。

(貴ステーションのお考えに最も近い番号を1つ、○で囲んでください)

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 診療所の医師 | |
| 2 同じ法人内の医療機関（病院・診療所）の医師 | |
| 3 病院の医師 | |
| 4 この分け方では決まらない（具体的に |) |

2 医師からの事前の包括的指示への意向について

(貴ステーションのお考えに最も近い番号を1つ、○で囲んでください。)

- | | |
|-----------------------|---|
| 1 今後、包括的指示の範囲を拡大してほしい | |
| 2 現在の包括的指示で問題がない | |
| 3 包括的指示がないのでわからない | |
| 4 この分け方では決まらない（具体的に |) |

3 訪問看護業務において、今後、医師からの事前の包括的指示により、看護師自身が判断して実施したい処置について

(該当する番号すべてを○で囲んでください。)

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1 鎮痛剤（麻薬を除く）、解熱剤等の投与量増減 | 7 気管カニューレの交換 |
| 2 鎮痛剤（麻薬）の投与量増減 | 8 褥瘡処置 |
| 3 その他の頓服薬（制吐剤、眠剤等）の投与 | 9 酸素の流量調整 |
| 4 採血 | 10 下剤の投与 |
| 5 採尿 | 11 その他（ |
| 6 尿留置カテーテルの交換 | 12 その他（ |

E 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。)

| |
|--|
| |
|--|

質問は以上です。ご協力有難うございました。