

携には一定の基準を設定することが必要であり、その上で個別のかかわりを展開することが重要と考えられる。このような理由から、在宅での看取りを推進していくためには、基準作りが急務であることが再確認された。

疼痛緩和においては、すでにかかなりの看護師裁量となっている。特に NSAID's の頓用の場合は、70%以上が看護師判断で実施されているなどである。しかし、法的裏づけがない状態なので連携が十分とれている医師以外では、どこまで協働してくれるのかといった不安感が訪問看護師にはある。また、オピオイドローテーションやオピオイドの使用開始は、医師自身が判断する割合が高いという結果となっており、看護師能力のレベル等によって裁量範囲に違いが現れていることから、看護師の能力の評価が必要となってくると考えられる。

死亡診断においては、患者の家が遠方で到着までに時間がかかるなどのやむをえない場合を含め、現状では9割近くの例で医師の診断前に看護師が死後処置を開始している。死亡診断に関しては、指示の原則が在宅末期患者の実状に見合っていないことが示唆された。

あらかじめ看護師の裁量範囲を明示し、その中での看護師の判断による処置を行う事前約束指示そのものについては、実現の方向にほぼ全員が賛成の意を表している。特に患者数が増えた場合に医師が対応しきれないとの意見が強いことから、在宅終末期医療の充実のために事前約束指示の積極的な推進が必要と考えられる。がん末期患者の在宅終末期医療に携わる医療機関は、一医療機関あたりの医師数が少なく、負担が大きいので、看護師裁量の拡大は医師の負担減になるが、さらに看護師の能力向上などにおいても意義があると考えられる。

ただし、事前約束指示に関しては条件が整えば有効、と条件つきでの賛同の意見もあり、その実施に当たっては、①医師が看護師に任せきりにするのではなく、24時間連絡がとれる体制などを看護師と協働していく体制、②ミーティングや電話連絡など、医師と看護師の密接な情報共有ができる体制、③看護師の一定レベル以上の能力④医師の一定レベル以上の能力⑤文書化され、誤解を引き起こさない取り決めなどが担保されることが必須で、単なる導入は危険を伴うため、その実施にあたっては慎重でなければならない。特に、今回調査で対象となった医療機関・訪問看護機関は、先駆的な連携をとっているところが多く、技能・意識ともに高いと思われることから、一般の医療機関・訪問看護機関に広げていく際には、一定の基準が必要と考えられる。

事前約束指示が必要と思われる処置としては、疼痛緩和や死亡診断以外に、酸素流量調整などの呼吸ケア、褥瘡処置、排便コントロール、点滴による補液、睡眠ケア等が挙がっており、今後、事前約束指示の整備と拡大に向けてさらに検証していく必要が示唆された。

訪問看護機関が実際に実施している66項目の医療行為とその指示方法について我々が報告した前回の研究報告（「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～全国の訪問看護機関への調査から」2006年3月）で、疼痛緩和に関連する医療行為に関して言えば、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、それ以外の医療行為では約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看護師の裁量に基づくものが多い傾向が示された。

E. 結論

積極的にがん末期患者の在宅ケアに取り組んでいる訪問看護機関と医療機関の現地調査を行い、訪問看護師と医師との連携の現状と事前約束指示に対する考え方の方向性について以下の結論を得た。

- (1) 事前約束指示表を作成しているのは38ヶ所中4ヶ所(2組)のみで、全体の半数以上が連携先と共通のマニュアル等を持っていなかった。ミーティングや電話等の緊密な連絡でその不足を補っているものの、時に指示の遅れや口頭指示による誤解、互いのスキルの見誤りによる連携不十分といった事態が起きていた。
- (2) 疼痛緩和において、NSAID'sの頓用の場合は、70%以上が看護師判断で実施されていた。法的な保証がないままに、すでにかかなりの医療行為が看護師裁量で行われていることが明らかになった。ただし、オピオイドローテーションやオピオイドの使用開始は医師判断の割合が高く、看護師能力のレベルに応じて裁量範囲に違いが生じていた。
- (3) 死亡診断には、遠方で到着に時間がかかるなどのやむをえない場合を含め、現状では調査対象となった医療機関や訪問看護機関の9割近くが医師の診断前に看護師が死後処置を開始しており、法で定められた死亡診断の原則が在宅がん末期患者の現状に見合っていないことが示された。
- (4) 事前約束指示については、実現の方向にほぼ全員が賛成の意を表していた。特に患者数が増えた場合に医師が対応しきれないとの意見が強く、在宅末期医療の充実のためには積極的な推進が必要と考えられた。
- (5) ただし、事前約束指示の実施に当たっては、①医師が看護師に任せきりにするのでなく、24時間の連絡体制などを保証した上で協働していくこと、②ミーティングや電話連絡など、医師と看護師の緊密な情報共有を行っていること、③個々の看護師の能力に見合った指示が出されること、④医師は一定レベル以上の能力を持っていること、⑤文書化された事前指示書が作成されていること、などが必要と考えられる。
- (6) 事前約束指示が必要と思われる処置としては、疼痛緩和や死亡診断以外に、酸素流量調整などの呼吸ケア、褥瘡処置、排便コントロール、点滴による補液、睡眠ケア等が挙がっており、今後、事前約束指示の整備と拡大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

特記事項なし

G. 研究発表

特記事項なし

H. 知的所有権の取得状況

特記事項なし

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担報告書

在宅療養患者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携
—死亡確認に関する事前約束指示—

分担研究者 平林 勝政 國學院大学法科大学院 院長

死亡診断後に許されている御遺体への処置が速やかにできるようになれば、在宅での看取りにおける看護師の働きがより円滑となり、ひいては患者家族（ご遺族）の益につながる事が考えられる。確かに死亡診断は法的にも非常に重要な意味を持っており、医師の専権事項となっているが、実地調査における医師・看護師の共通した意見は、在宅において診断プロセスの一部（死亡の確認）を看護師に委譲し、その後の処置をより速やかにしてほしいということであった。そのことを受けて当研究班でこの問題を検討したところ、一定の条件をつけ、その有効性と妥当性を検討すれば、死亡診断に関する事前約束指示と言う形で、診断プロセスの一部（死亡の確認）を委譲することが可能であると言う結論に達した。当研究班で検討した事前約束指示に関する一定条件とは、以下の内容である。

- (1) 事前約束指示の出せる医師は、一定数以上のがん在宅死（一応の目安として年間20症例）に関わっている在宅療養支援診療所に所属する医師とし、指示を受けることのできる看護師はその在宅療養支援診療所と契約を結んでいる訪問看護機関（訪問看護ステーションまたは院内訪問看護部門）に所属する看護師であること。
- (2) 対象となる患者は末期状態のがんとAIDS患者であり、死が極めて近い（1週間以内）と予測される状態であること。
- (3) 指示は医師が診察をした後、文書の形で出すこと。一定期間（報告では1週間としている）有効であり、診察をすれば再発行できること。
- (4) 異常所見が認められない場合、看護師は以下の要件を満たしているとき、医師の診察を待つことなく、身体への処置に入ることができる。
 - ① 原疾患：末期状態のがん、AIDS
 - ② 事前指示：1週間以内に、死亡診断の事前約束指示が出ていること
 - ③ 経過時間：呼吸停止後、一定時間（おおむね一時間以上）が経過していること
 - ④ 確認事項：死の三徴（聴診による心拍の停止、自発呼吸の停止、瞳孔の対光反射消失）を確認すること
 - ⑤ 異常所見が認められないこと：原疾患との因果関係を認めたい異常所見が、身体に認められないこと。
- (5) 異常所見が認められた場合、看護師は直ちに医師にそのことを報告し、医師の判断、指示を受けなければならない。この場合、医師の指示があるまで、看護師ならびに家族などは患者の身体に触れてはならないこと。
- (6) 看護師は「死亡診断に関する事前約束指示」に従って処置を行った場合、可及的速やかに医師にその旨を報告しなければならない。また医師は、看護師の処置後であっても原則として必ず診察に赴き、死亡診断をしなければならないこと。

A. 研究目的

在宅末期医療を行う医療機関と訪問看護機関の現地調査において、在宅において診断プロセスの一部（死亡の確認）を看護師に委譲し、その後の処置をより速やかにしてほしいという意見が多かった。死亡診断後に許されている御遺体への処置が速やかにできるようになれば、在宅での看取りにおける看護師の働きがより円滑となり、ひいては患者家族（ご遺族）の益につながることを考えられる。そのため、本研究班でこの問題を検討し、死亡診断に関する事前約束指示という形で、指示が可能となる条件を提示することを目的とした。

B. 研究方法

死亡確認に関する事前約束指示の必要性につき、現地調査の対象となった医療機関および訪問看護機関に意見を求めた。また現地調査の意見を反映する形で平林班員が事前約束指示案を作成し、それを叩き台として、研究班内でこの問題について議論を重ねた。その結果、合意した内容を報告書としてまとめた。

C. 研究結果

はじめに

死亡診断書は、死体検案書と同様、死に関する公文書であり、虚偽の記載は許されない。これらの書類は火葬許可、戸籍末梢、遺産相続権喪失、保険請求など、死に関する刑事・民事・行政責任の認定に用いられる。また、死因統計の基礎資料ともなる¹。その意味で、死亡診断は、単に医学的な死の診断だけではなく、患者の法的人格ないしは人権と関係する非常に重要な医行為であるといえよう。医師法第 17 条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定し、医師のみに「医行為を業として行うこと」を認めている。死亡診断が医行為である以上、これを行うことができるのは、医師(または、歯科医師)のみである^{*1}。死亡診断書の発行に関して、医師法第 20 条は、以下のように規定している。

*1 歯科医師については、歯科医師法第 17 条が「歯科医師でなければ、歯科医業をなしてはならない。」と規定している。

1. 医師法 20 条の解釈

第 20 条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

(1) 国語的理解

医師法第 20 条は、ややわかりにくい規定の仕方をしているので、その意味するところを、煩をいとわず列挙すれば次のようになる。医師は、

[I] 自ら診察しないで①治療、②診断書の交付、③処方せんの交付をしてはならない。

[II] 自ら出産に立ち会わないで④出生証明書の交付⑤死産証書の交付をしてはならない。

[Ⅲ] 自ら検案をしないで⑥検案書の交付をしてはならない。

[Ⅳ] ただし、診療中の患者が受診後 24 四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

ここでの問題は、[Ⅳ] の医師法第 20 条但書をどのように解釈するかにある。

(2) 医務局長通知「医師法第二十条但書に関する件」(昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号)

医師法第 20 条但書の解釈については、昭和 24 年に、次のような厚生省(当時)医務局長通知医発 385 号(以下、通知第 385 号という。)が発出されている。これはまた、いかなる場合に死亡診断書を交付し、いかなる場合に死体検案書を交付するか、という問題にも関連してくる。

以下、通知の全文を引用する。

<p>医師法第二十条但書に関する件 (昭和二四年四月一四日 医発第三八五号) (各都道府県知事あて厚生省医務局長通知)</p> <p>標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方特に御配意願いたい。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <ol style="list-style-type: none">1. 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。 法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。2. 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。3. 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。
--

この厚生省の通知は、次のように整理することができる。

ア 診療中の患者が死亡した場合

①死亡の原因が、診療にかかわる疾病と関連している場合 → 死亡診断書

a) 受診後 24 時間以内の死亡：死後診察しなくても死亡診断書を交付しうる

b) 受診後 24 時間以降の死亡：死後診察をして死亡診断書を交付する

②死亡の原因が、診療にかかわる疾病と全然別個のものである場合

→ 死体検案書*2

イ 診療中の患者以外の者が死亡した場合

*2 「検案」とは、「死亡後初めて、医師が死体の検査をすることによって医学的判断を下すこと」とか、「死体について、死亡の事実又は死因を医師が医学的に確認すること」と定義される。また、最高裁は、「死体の『検案』とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをい」と判示した(最判平成 16 年 4 月 13 日最高裁判所刑事判例集 58 巻 4 号 247 頁)。

(3) 死亡診断書が交付される場合

通知第 385 号に従うと、「死亡診断書」が交付されるのは、① 診療中の患者が死亡したこと（第 1 項）と ② 死亡の原因が、診療にかかわる疾病と関連していること（第 2 項の反対解釈による）という 2 つの要件が満たされた場合ということになる。

通知第 385 号によると、診療中の患者であれば、たとえ死亡の際に立ち会っていなかった場合でも「死亡診断書」を交付しうるが、この場合の原則は、医師法 20 条本文に規定されているように「死亡後改めて診察をしなければならない」のである。

① 診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合

この原則に対する例外として、同条但書は、「診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。」と規定する。「この限りでない」の意義について、通知第 385 号は、「受診後 24 時間以内に死亡した場合に限り」、本来行うべき死後診察を省略し、「改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得る」と解釈している*3。

死亡診断書を交付する以上、医師は、その患者の死因を特定する必要がある。死因の特定のためには死後診察をすることが原則であるが、法は、その例外として、治療中ないし診療中の患者が、最後の診察から 24 時間以内に死亡した場合*4には、生前の診察に基づきその死因を診療中の疾病であると推定できるから、換言すれば、内因死であって外因死（＝異状死）ではないということが推定できるから、あらためて死後診察は不要であると考えたのであろう。この推定により、死亡診断書交付のための第二の要件が満たされることになる。

このように通知第 385 号は、診断書と検案書をその名称から形式的に分類し、死亡診断書が診断書の一種であること（すなわち、診断書は、普通の診断書と死亡診断書からなり、検案書は、死体検案書と死胎検案書からなるということ）を前提に、医師法 20 条但書を本文前段（すなわち、医師は、自ら診察しないで診断書を交付してはならない）に対する例外を定めたものと解する。

*3 このように通知第 385 号は、診断書と検案書をその名称から形式的に分類し、死亡診断書が診断書の一種であること（すなわち、診断書は、普通の診断書と死亡診断書からなり、検案書は、死体検案書と死胎検案書からなるということ）を前提に、医師法 20 条但書を本文前段（すなわち、医師は、自ら診察しないで診断書を交付してはならない）に対する例外を定めたものと解する。

これに対し、これらの文書をその性質に基づいて、診断書と死亡証書に二分し、死亡診断書も死体検案書と同じく死亡証書に分類した上で、同条但書を 20 条本文後段（すなわち、医師は、自ら検案をして検案書を交付しなければならない。）に対する例外として、あらためて検案（「死後診察」ではない。）をすることなしに「死亡診断書」を交付することができる旨を定めたものと解する説がある。これは、死亡証書を作成する際には患者の死因を確認しなければならず、そのためには死体を検査（すなわち、検案）しなければならないのが原則であり、それに対する例外として、診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に、あらためて検案をせずに「死亡診断書」を交付することができるというのである。したがって、この説によれば、診療中の患者が受診後 24 時間を超えて死亡した場合には、「死後診察」ではなく「検案」をして、「死体検案書」が作成されるべきことになる。

*4 旧医師法（明治 39 年法律第 47 号）第 5 条は、現行医師法第 20 条と同趣旨の規定であるが、当初、「医師ハ自ら診察セスシテ診断書、処方箋ヲ交シ若ハ治療ヲ為シ又ハ検案セスシテ検案書若ハ死産証書ヲ交付スルコトヲ得ス」とするのみであった。「但シ治療中ノ患者死亡シタル場合ニ交付スル死亡診断書ニ付テハ此ノ限ニ在ラス」との但書は、明治 42 年の第一次改正（法律第 44 号）において追加されたものである。この規定から明らかなように、旧医師法には「受診後 24 時間以内に死亡した場合に限り」という条件は付されていない。この条件は、戦後の全面的法改正によって新たに付け加えられたものであるが、これは、「診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。」といわれている。厚生省健康政策局総務課編『医療法・医師法（歯科医師法）解』（1991 年・医学通信社）388 頁参照

② 診療中の患者が受診後 24 時間を超えて死亡した場合

診療中の患者であっても、その者の死亡が最後の受診時から起算して 24 時間を超える場合は、

医師法第 20 条本文の原則にもどり、あらためて死後診察をしてから死亡診断書を交付しなければならない。

(4) 死体検案書が交付される場合

① 診療中の患者が、診療にかかわる疾病と全く別の原因で死亡した場合

この場合、医師は、死体を検案した上で「死体検案書」を作成しなければならない。診療にかかわる疾病と全く別の原因の具体例として、通知第 385 号は交通事故死をあげているが、在宅の場面においては、「転倒死」あるいはベッドや階段からの「転落死」が考えられる。しかし、たとえば、高血圧中の患者が階段から転落して死亡したような場合、直接の死因は仮に「脳挫傷」と診断されたとしても、原死因が「高血圧症」なのか、それとも「外力」によるものなのか、その判断には困難な場合がある。いずれの例においても、原死因が「外力」による場合は次に検討する「異状死」に当たり、医師法第 21 条に基づき、検案医は 24 時間以内に所轄の警察署に届けなければならない。なお、「検案」は、「当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解するのが相当である」と解されている²。

② 診療中の患者以外の者が死亡した場合

この場合も医師は、死体を検案した上で「死体検案書」を作成しなければならない。「検案」の結果、死体に異状があれば、医師法第 21 条に基づき、24 時間以内に所轄の警察署に届けなければならない。

2. 医師法 21 条との混同

第 21 条 医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

在宅終末期医療の現場においては、患者の死亡が、最後の診察（往診）から 24 時間以上経過していた場合、異状死体として警察に届けないといけないというように、医師法第 20 条と同第 21 条とを混同した、間違った解釈がしばしばなされているようである。

(1) 「異状死(体)」の定義

異状死について、たとえば、日本法医学会の「異状死ガイドライン」（平成 6 年 5 月）は、「病気になる診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡すること」が「ふつうの死」で、これ以外は異状死であるとしている。

また、「異状死体とは、外因死（不慮の事故死・自殺・他殺・その他）や死因の明かでない死体、又は死亡前後の状況に異常がある死体をいう」と定義されることもある³。

(2) 死亡診断書（死体検案書）における「死因の種類」

死亡診断書（死体検案書）の「死因の種類」の分類からすると、死因は、大きく①病死・自然死、②外因死、③不詳死の三つに分けられ、①の病死・自然死が、所謂「普通の死」としての内因死であり、②の外因死及び③の不詳死に分類されるものが「異状死」ということになる。したがって、外因死は全て異状死であるということになる。

不慮の外因死に分類されている「交通事故、転倒・転落、溺水、煙・火災及び火焰による傷害、窒息、中毒」の6種類の死は、所謂「災害死（事故死）」にあたり、「不詳の外因死」は、その原因が明らかでない外因死をいう。また、不詳の死は、内因死か外因死かの区別ができない場合をいう。

(1) 最後の受診時から24時間を超えて患者が死亡した場合、異状死と考えるべきか

ところで、最後の診察より24時間以上経って患者が死亡した場合、そのような死体に異状死体と判断されるものが増える確率は高くなるかもしれないが、最後の診察から24時間以内の死亡の場合には病死であって異状死でないとか、24時間を超えた場合には異状死であるとは当然には言えない。最終診察から24時間以内の死亡であるか24時間を超えての死亡であるかは、死体の異状性とは直接の関係はないのである。換言すれば、診療継続中の患者は、受診後24時間を超えて死亡した場合でも改めて医師による死後診察を行い、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、医師は死亡診断書を発行できる。警察署への届出は、異状があると認めたときのみ必要である。また、最後の診察から24時間以内の死亡の場合にも異状死はあり得るのであって、その場合には24時間以内に所轄の警察署に届け出なければならない。

この点は、たとえば、平成14年度版「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」6頁は、「診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異状がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めています。」と述べていることの反対解釈からも明かであろう。「受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異状がない限り」という以上、「診療中の疾患で死亡した場合」についても「異状がある」場合があるということが論理的には前提とされていると思われるからである。

診療中の患者の死因が「診療にかかわる疾病と全然別個のものである場合」には、最終診察から24時間以内であろうとなかろうと、死体が検案され、その結果「異状」が認められなければ死体検案書が交付される。これに対し、検案の結果「異状」が認められれば、医師法第21条により、24時間以内に所轄の警察署に届け出ることになる。診療中の患者以外の者が死亡した場合も同様であり、死体が検案され、「異状」が認められなければ死体検案書が交付される。また、「異状」が認められれば、24時間以内に所轄の警察署に届け出ることになる。

もっとも、実務的には、患者を診療中の医師が、死後に最終診察から24時間以内に死亡した患者に対して「死亡診断書」を書いたところ、警察に「患者の死に方がおかしい。」という通報が入り、警察医が死体検案をしたらやはりおかしいということになり、あらためて監察医が司法解剖したところ殺人であったというようなケースがないではないようである。この場合には、一つの死体に対し、死亡診断書一通と死体検案書二通が作成されることになる。この意味において、医師法20条但書による例外的死亡診断書と死体検案書とは、相互に排他的なものではないといえよう⁴。

3. 在宅医療における死亡診断と事前約束指示

平成14年5月31日に設置された「新たな看護のあり方に関する検討会」では、「在宅で死を迎える患者への対応」というタイトルのもと、在宅医療の分野での死亡診断のあり方を取り上げ、厚生労働大臣次のように答申している。

○ また、他の患者の診察中であるなどやむを得ず医師が直ちに現場に駆けつけることができないが、患者の死亡前 24 時間以内に医師が診察し、患者の死が近づいているとの判断がなされていたときは、事前に確認されていた連絡方法や対応に即して、患者の死に立ち会った看護師等が、医師に連絡をとって状況を報告し、医師の判断、指示に沿って、患者の尊厳や家族の気持ちに十分に配慮し、点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある。

しかしながら、これはあくまでやむを得ない場合における家族などへの配慮として行われるべきものであり、在宅医療に取り組む医師は、患者の死亡に際しては、求めに応じて、速やかに対応するものであることは言うまでもない。

○ これらの点を踏まえ、看護師等が、関連制度を十分に理解した上で、医師と連携をとりながら、在宅患者の死亡に際して個々に適切な対応ができるよう支援するためのマニュアルを作成、普及することが有益である。

上記抜粋は、たとえば、「在宅で死を迎えたい。」といつも娘たちに言って在宅医療を続けていた 89 歳の母親が、訪問看護師が看家にたどり着いたときすでに死亡しており、しかし、医師による「死亡確認」がなされていないため、看護師は、「カテーテルを抜くことも、身体を清めることも、手を触れることも」できなかったというような在宅医療の現場からの問題提起に対し、どのような対応が可能であるかについて検討した結果である。

ここでは、以下の 6 つの条件を満たしている場合に限り、「患者の尊厳や家族の気持ちに十分に配慮し、点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある。」と結論され、医師の死亡診察前であっても、看護師が患者の身体に対して行う一定の処置を行うことが認められている。

以下、それぞれの条件の意味するところについて検討する。

(1) やむを得ず医師が直ちに現場（患家）に駆けつけることができないこと

報告書が指摘するように、この措置は、あくまでやむを得ない場合における家族などへの配慮として行われるべきものであって、在宅医療に取り組む医師は、患者の死亡に際しては、求めに応じて、速やかに対応しなければならない。とりわけ、在宅療養支援診療所の届出を行っている医師には、「当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し」ていることが要求されている⁵。

(2) 患者の死亡前 24 時間以内に医師が診察し、患者の死が近づいているとの判断がなされること

この要件のポイントは、患者の病態の変化を予測し、その死が近づいているとの判断がなされ得るところにある。ここで、患者の死亡前 24 時間以内の診察が求められているのは、より直ちに診察することにより患者の死の予測をより確実にするためであり、また、前述したように、最後の診察から 24 時間以内に患者が死亡した場合には、その死因を診療中の疾病であると推定で

き、あらためて死後診察は不要であると考えたからであろうか。

しかしながら、実務の対応としては、常に患者の死亡前 24 時間以内の診察を厳格な要件とすることは必ずしも現実的ではないようであるので、本研究班としては、後に述べるように、死が極めて近いと予測される状態を「1 週間以内」として、来年度のモデル事業を試し、その妥当性を検証しようと思う。

(3) 連絡方法や対応の仕方が医師と看護師とで事前に確認されていること(事前約束指示)

ここでのポイントは、連絡方法や対応の仕方について医師から看護師に対して、「事前約束指示」が出されていない点にある。

「事前約束指示」とは、患者の予想される病態の変化に応じて看護師が判断すべきチェックポイントが明示され、それぞれに対応して看護師が行う複数の医療処置の内容があらかじめ決められているものをいう。

このような指示を出すことによって医師は、あらかじめ決められた医療処置の適切性に責任を持たなければならない。他方、看護師は、このような指示に基づき、患者の症状の変化に応じて最も適切な医行為を、その責任において選択して実施することになる*4。看護師には、より正確な観察と適切な判断とが要求されるのである。そして、看護師の行った処置の結果は、主治医に報告されなければならない。

また、患者の予想外の病態の変化に対しては、患者の症状を医師に報告し医師の診察を受け、あらためて具体的指示を得ることが必要になる*5。

このような「事前約束指示」が十分に機能するためには、医師と看護師との間に信頼関係がなければならず、また、指示されたい医療処置を実施する看護師に、一定の能力が担保されなければならないであろう*6。

*4 患者の症状の判断や指示された処置そのものを誤った場合は、看護師の責任が問われる。また、当該看護師の能力以上の指示を出した場合や指示した処置そのものに誤りがあった場合には、医師の責任が問われることになる。

*5 なお、一般的には、患者の生命、身体にさし迫った危険が現に存在し、他にとるべき方法がないような緊急避難的状况が存するときには、保健師助産師看護師法第 37 条但書に基づき、いわば例外的に、医師の指示がなくとも医行為を行なうことができる。

*6 その制度的実現のためには、訪問看護を専門とする「専門看護師制度」を確立し、教育課程を充実させること等により、一定の範囲の医行為を看護師の裁量に委ねることができるようなシステムを構築する必要があるだろう。

(4) 看護師等が、患者の死に立ち会っていること

この条件は、患者の死が異状死でないという点の確認をいかにして行うか、という点にかかわるものである。

医師の死亡診断書発行前に、看護師が死の三徴候（心拍の停止、自発呼吸の停止、瞳孔散大）を確認し、実質的な死後の処置を「事前約束指示」に基づいて行うことを認める以上、患者の死に「異状」のないことが必須条件となる。

しかしながら、看護師には検案をする法的な権限はなく、また、その能力も看護師免許によって担保されているわけでもない。したがって、看護師が、患者の死に異状がないことを確認できる唯一の確実な方法は、患者の死に行く過程（dying process）に立ち会って、その目で異状がないことを確認することであろう。

以上のような趣旨でこのような厳格な要件が加えられたのであるが、実務の対応としては、常に患者の死に行く過程に看護師が立ち会うことを厳格な要件とすることは必ずしも現実的ではないようであるので、本研究班としては、後に述べるように、患者の死に行く過程に立ち得なかった看護師には、異常所見が認められないことを確認する義務を課してモデル事業を来年度に試行し、その妥当性を検証しようと思う。

(5) 看護師等が医師に連絡して状況を報告し、事前約束指示に従った対応がなされること

看護師には、事前約束指示に従った結果をも医師に報告することが求められるが、この報告を受けた医師は、看護師の行ったその処置が適切であったか否かの確認をしなければならない。

4. 事前約束指示のあり方

在宅ケアにおける医師・看護師の連携のありかたを検討する本研究班では、上記報告書の結論と検討をふまえ、医師と看護師との緊密な連携のもと、死亡診断前における看護師の処置を可能にする・医師の事前約束指示の雛形を以下のごとく作成した。この指示は、在宅における死亡診断の一部を実質的に看護師に委譲することを含むものであるが、その実施にあたっては診断の一部を移譲される看護師だけではなく、指示を出す医師にも一定の基準が必要である。事前指示の形を本研究班で提示し、今後その妥当性と実現可能性とを検討する必要がある。

死亡診断に関する事前約束指示

1. 事前約束指示を出すことが許される要件（医療機関）

- (1) 事前約束指示の出せる医療機関：在宅療養支援診療所に所属する医師。その診療所は年間 20 症例以上のがん在宅死に関わっていないなければならない。
- (2) 原疾患：末期状態のがん、AIDS
- (3) 疾患の状態：死が極めて近い（1 週間以内）と予測される状態
- (4) 指示書：事前に出された、一定の文書
- (5) 発行の時期：死亡事前指示は、死が予測される 1 週間以内に出すこと
- (6) 再発行：予測される死が 1 週間を超える場合には、医師はあらかじめ診察をし、必要ならば事前指示を再度出すことができる
- (7) 死亡診断：医師は、看護師の処置後であっても必ず診察に赴き、死亡診断をしなければならない。但し、看護師が死の三徴候を確認した時から逆算して 24 時間以内に診察をしており、かつ相当の理由が認められる場合には、死亡診察を省略して死亡診断書を発行することができる。

2. 事前約束指示を受けることのできる要件（訪問看護機関）

- (1) 死亡診断に関する事前約束指示を受けることのできる看護師

死亡診断に関する事前約束指示書を発行した在宅療養支援診療所と、訪問看護についての契約を結んでいる訪問看護機関（訪問看護ステーションまたは院内訪問看護部門）に所属する看

看護師であること

(2) 異常所見が認められない場合の看護師による処置

看護師は以下の要件を満たしているとき、医師の診察を待つことなく、身体の処置に入ることができる。

- ① 原疾患：末期状態のがん、AIDS
- ② 事前指示：1週間以内に、死亡診断の事前約束指示が出ている患者
- ③ 経過時間：呼吸停止後、一定時間（おおむね一時間以上）が経過していること
- ④ 確認事項：死の三徴候（聴診による心拍の停止、自発呼吸の停止、瞳孔の対光反射消失）を確認すること
- ⑤ 異常所見が認められないこと：原疾患との因果関係を認めがたい異常所見が、身体に認められないこと。
- ⑥ 報告義務：看護師は「死亡診断に関する事前約束指示」に従って処置を行った場合、可及的速やかに医師にその旨を報告しなければならない。

(3) 異常所見が認められた場合の看護師の責務

- ① 疾患との因果関係を認めがたい異常所見が、身体に認められた場合、看護師は直ちに医師にそのことを報告し、医師の判断、指示を受けなければならない。
- ② この場合、医師の指示があるまで、看護師ならびに家族などは患者の身体に触れてはならない。

(4) 終了後、可及的速やかに医師に報告すること

参考文献

1. 川越厚『演習形式で学ぶ在宅ホスピス・緩和ケア』（メヂカルフレンド社、2003年）p163
2. 最判平成16年4月13日（都立広尾病院事件）本文注*3 参照
3. 標準法医学・医事法制 第5版 264頁<柳田純一>（2000年）
4. 竹中郁夫「死亡後24時間以上経過した在宅療養患者は異状死体として警察に届け出なければならないか。」 http://www.m3.com/tools/Lawyer/que_ans/009.html?pageFrom=dr003
5. 特掲診療料の施設基準等（平成18年3月6日厚生労働省告示第94号）第三医学管理等、五在宅療養支援診療所の施設基準、(3)を参照。

D. 考察

死亡診断は法的にも非常に重要な意味を持っており、医師の専権事項となっているが、実地調査における医師看護師の共通した意見は、在宅において診断プロセスの一部（死亡の確認）を看護師に委譲し、その後の処置をより速やかにしてほしいということであった。そのために必要な整備が「死亡診断に関する事前約束指示」であるが、その有効性と妥当性を今後検討する必要性がある。死亡診断後に許されている御遺体への処置が速やかにできるようになれば、在宅での看

取りにおける看護師の働きがより円滑となり、ひいては患者家族（ご遺族）の益につながることを考えられる。

E. 結論

本研究班において、上述の報告書の結論と検討を踏まえ、医師と訪問看護師との緊密な連携のもと、死亡診断前における看護師の処置を可能にする・医師の事前約束指示の雛形を作成した。この指示は、在宅における死亡診断の一部を実質的に看護師に委譲することを含むものであるが、その実施にあたっては診断の一部を移譲される看護師だけではなく、指示を出す医師にも一定の基準が必要である。事前指示の形を本研究班で提示し、今後その妥当性と実現可能性とを検討する必要がある。

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

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担報告書

在宅療養患者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携
—疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討—

主任研究者	川越 厚	ホームケアクリニック川越 院長
分担研究者	岡部 健	医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長
	下山 直人	国立がんセンター中央病院 手術部長
	瀬戸山 修	爽秋会クリニカルサイエンス研究所 代表取締役

疼痛緩和の事前約束指示が成立するためには、いくつかの基準を満たしておく必要がある。その第一は事前指示を出すことのできる医師の基準であるが、「一定数以上の年間がん在宅死（ここではとりあえず40例以上とする）に関わっている、在宅療養支援診療所の医師」とした。次に事前約束指示を受けて実行できる看護師の基準であるが、「事前約束指示を出す医師が所属する在宅療養支援診療所と連携関係にある訪問看護ステーションまたはそれに類する機関の看護師」である。事前約束指示を用いる場合、①医師は連携して指示を実行する看護師につき、臨床経験や臨床能力などを評価する一定のルール（能力評価基準）をあらかじめ作成しなければならない。また、②事前約束指示の内容は、その評価基準による看護師の評価を反映するものでなければならない。

事前約束指示が成立するためには、協働する訪問看護師と診療所医師は24時間体制の連携が取れていなければならない。また情報の共有に基づく連携がなされていなければならない。それは①看護師からの医師への報告、②医師と看護師が参加する定期的なケースカンファレンスなどが行われていることである。

診療所の医師は、疼痛緩和に関する定型化した事前約束指示（実際の医療機関で使用されている指示書を本報告書第二分冊資料編に示す）をあらかじめ文書で示し、事前約束指示の内容を補足する解説書（独自のものでもよいし、市販のマニュアルや教科書でもよい）を用意し、あらかじめそれを看護師に示しておかなければならない。

疼痛緩和に関する事前約束指示は、診療所ごとに作成されることになるが、その中には共通して必ず記さなければならない、以下のような必須の指示内容が存在する。①痛みの評価方法、②具体的に用いる鎮痛薬、③鎮痛剤投与時の観察事項、④副作用対策、過剰投与の対策、⑤鎮痛剤投与の開始、⑥鎮痛剤の増量、⑦オピオイドの等鎮痛量、⑧オピオイドローテーション、⑨DDS(Drug delivery system)の変更、⑩鎮痛補助薬、である。

A. 研究目的

末期がん患者を苦しめる症状は多種類存在するが、そのなかで痛みは高頻度に発生し、しかも患者に多大な苦痛を与えるので、医療者は可能な限り迅速かつ確実に痛みを緩和しなければならない。しかし医師が常在しない在宅では、必要な医療（この場合は疼痛緩和）を常時（たとえば夜中など）すみやかに提供することが難しい。その結果、患者を長時間にわたって、しばしば疼痛のために苦しめることになる。

このような不都合を解消するためには、訪問看護師の働きが重要な鍵を握っている。すなわち、いかに看護師の持つ力を有効に活用するかということである。看護師は医師との密接な連携を取りつつ、自己の裁量で疼痛緩和を迅速に行なうことができるような、医療環境の整備を行わなければならない。具体的には、予測される痛みに関する指示を医師はあらかじめ出し（事前約束指示）、発生した痛みに対しては看護師の裁量で対応するというものである。

わが国における在宅医療の現状を考えると、このような事前約束指示を医師が出し、訪問看護師がその指示に従って動けるようにするためには、いくつかの取り決めが必要なことは当然である。そこで本研究では、実地調査、文献調査などをもとに、この事前約束指示に関する取り決めを提示することを目的とした。この妥当性と有効性は今後検討する必要がある。

B. 研究方法

前述の文献調査、実態調査、死亡診断に関する検討、本研究で収集した各医療機関の疼痛緩和マニュアルをもとに、疼痛緩和に関する事前約束指示をまとめた。

C. 研究結果

1. 疼痛緩和に関する事前指示が成立するための条件と取り決め

1) 事前指示を出すことのできる医師の条件

がん疼痛緩和のために使用される鎮痛剤は、原則としてベースに存在する痛みの緩和と、不定期に突発する痛み（突出痛、Breakthrough pain）の緩和のために用いられる。

がん疼痛緩和の原則の一つは痛みの予防であり、時間を決めた鎮痛剤投与が行われる。また投与される鎮痛剤の種類や量などは痛みの性質、程度などを参考にして決められるが、十分な疼痛緩和を行うためには痛みを正確に評価し、その評価に基づいて適量の鎮痛剤を投与し、患者の状態などを考慮して投与経路の変更を行ったり、用いる鎮痛剤の変更を行う必要がある。疼痛緩和の切り札として用いられる強オピオイド（モルヒネがその代表）導入に際して医師は患者・家族へ適切な説明をし、用いる適当なオピオイドや鎮痛補助薬を決定し、副作用の対策を講じて、安全かつ有効な形で疼痛緩和を行わなければならない。突出痛に対しても、適切な緩和方法を講じなければならない。

末期がん患者の医療を担う医師にとって、疼痛緩和はもっともありふれた医行為ではあるが、その医行為は専門的な知識、技術や経験に裏打ちされたものでなければならない。事前約束指示が成立するための第一条件は、携わる医療者（医師と看護師など）が専門性、経験を有するということである。しかし遺憾ながら現在のところ、そのような資質を客観的に評価する基準がわが

国にはない。

医師に関して現行制度で考えられる基準は、「一定数以上の年間がん在宅死（ここではとりあえず 40 例以上とする）に関わっている、在宅療養支援診療所の医師」である。この基準が医師の経験を反映していることは十分考えられるが、疼痛緩和に関する専門性の客観的な評価は困難である。

2) 事前約束指示を受けて実行できる看護師の条件

事前約束指示を受けてそれを実行できる看護師も、医師と同様現行の制度化では基準を設定することが難しい。（関連する領域の専門看護師、認定看護師が確かに存在するが、その絶対数は明らかに不足している）

そこで訪問看護師に関する基準は、「事前約束指示を出す医師が所属する在宅療養支援診療所と、連携関係にある訪問看護ステーションまたはそれに類する機関の看護師」である。この基準では看護師の能力、経験を評価するのが難しいので、以下に述べるその他の条件を追加する必要がある。

3) 看護師の能力評価とそれを反映した指示

医師と共に疼痛緩和の役割を担う看護師にも、がん疼痛の緩和に関する専門的な知識、技術や経験が必要であるが、実際には個々の看護師の能力には差がある。

従って事前約束指示を用いる場合、①医師は連携して指示を実行する看護師につき、臨床経験や臨床能力などを評価する一定のルール（能力評価基準）をあらかじめ作成しなければならない。また、②事前約束指示の内容は、その評価基準による看護師の評価を反映するものでなければならない。

4) 協働する訪問看護師と診療所医師との連携

疼痛緩和に関する事前約束指示が有効であるためには、指示を出す医師と指示を受ける看護師との間で、24 時間体制の連携が取れていなければならない。すなわち、医師には 24 時間いつでも訪問看護師から連絡がとれ、看護師の要請に基づいて医師は往診し、必要な処置を講ずる体制にあること。在宅療養支援診療所はこの条件を満たしている。

この指示を用いる場合には、「看護師の観察、アセスメント、実施計画」と「医師への報告」が重要となる。従って、医療・看護介入の根拠（観察、アセスメントの要点）、実施内容、介入後のフォローアップ（副作用など、観察、アセスメントの要点）、医師への報告（事前、事後、報告内容）などを看護師は明らかにしておく必要がある。

5) 情報の共有に基づく連携

事前約束指示に則って疼痛緩和を行った場合、看護師は医師に報告しなければならない。また医師と看護師は定期的なケースカンファレンスを開き、日頃から患者に関する情報を共有し、親密なコミュニケーションを図る必要がある。

6) 定型化した事前約束指示

診療所の医師は、疼痛緩和に関する定型化した事前約束指示（実際の医療機関で使用されている指示書を本報告書第二分冊資料編に示す）をあらかじめ文書で示す必要がある。その指示文書の中には、看護師の能力評価に基づいた裁量範囲を示す必要があり、訪問看護師はそれに則った形で指示を実行する。

7) 診療所医師と訪問看護師が共有するテキストまたは解説書

診療所の医師は事前約束指示の内容を補足する解説書（独自のものでよいし、市販のマニュアルや教科書でもよい）を用意し、あらかじめそれを看護師に示しておかなければならない。

8) 医師の診察と事前約束指示の有効性

事前約束指示は医師の診察が終了し、当該ケースに対する具体的な指示が医師から出て初めて有効となる。

2. 事前約束指示に記す指示内容

疼痛緩和に関する事前約束指示は、診療所ごとに作成されることになるが、その中には共通して必ず記さなければならない、必須の指示内容が存在する。

事前約束指示の中で明確にしておく必要がある指示内容とは、以下のものである。

- 1) 痛みの評価方法
- 2) 具体的に用いる鎮痛薬
- 3) 鎮痛剤投与時の観察事項
- 4) 副作用対策、過剰投与の対策
- 5) 鎮痛剤投与の開始
- 6) 鎮痛剤の増量
- 7) オピオイドの等鎮痛量
- 8) オピオイドローテーション
- 9) DDS(Drug delivery system)の変更
- 10) 鎮痛補助薬

3. 事前約束指示の参考例（資料参照）

今回の実地調査で明らかとなったことは、事前約束指示を使用して診療所の医師と訪問看護ステーションの看護師が連携しているところは、数がまだきわめて少ないことである。本研究報告書第二分冊資料編にそれらを掲げた。

D. 考察

末期がん患者を苦しめる症状は多種類存在するが、そのなかで痛みは高頻度に発生し、しかも患者に多大な苦痛を与えるので、医療者は可能な限り迅速かつ確実に痛みを緩和しなければならない。しかし医師が常在しない在宅では、必要な医療（この場合は疼痛緩和）を常時（たとえば

夜中など) すみやかに提供することが難しい。その結果、患者を長時間にわたって、しばしば疼痛のために苦しめることになる。このような不都合を解消するためには、訪問看護師の働きが重要な鍵を握っている。すなわち、いかに看護師の持つ力を有効に活用するかということである。看護師は医師との密接な連携を取りつつ、自己の裁量で疼痛緩和を迅速に行なうことができるような、医療環境の整備を行なわなければならない。具体的には、予測される痛みに関する指示を医師はあらかじめ出しておく(事前約束指示)、発生した痛みに対しては看護師の裁量で対応するというものである。

わが国における在宅医療の現状を考えると、このような事前約束指示を医師が出し、訪問看護師がその指示に従って動けるようにするためには、いくつかの取り決めが必要なことは当然である。この事前約束指示に関する取り決めは、本研究における実地調査、文献調査などをもとに作成したものであるが、その妥当性と有効性を今後検討する必要がある。

E. 結論

疼痛緩和の事前約束指示を出すことのできる条件を以下の通り検討した。

(1) 疼痛緩和の事前約束指示を出すことのできる医師の基準

- ① 一定数以上の年間がん在宅死に関わっている
- ② 在宅療養支援診療所の医師

(2) 事前約束指示を受けて実行できる看護師の基準

事前約束指示を出す医師が所属する在宅療養支援診療所と連携関係にある訪問看護ステーションまたはそれに類する機関の看護師

(3) 事前約束指示を用いる条件

- ① 医師は連携して指示を実行する看護師につき、臨床経験や臨床能力などを評価する一定のルール(能力評価基準)をあらかじめ作成する。
- ② 事前約束指示の内容は、その評価基準による看護師の評価を反映するものでなければならない。

(4) 事前約束指示が成立するためには、協働する訪問看護師と診療所医師は 24 時間体制の連携が取れていなければならない。また情報の共有に基づく連携がなされていなければならない。具体的な条件として以下のことを行っていることである。

- ① 看護師からの医師への報告
- ② 医師と看護師が参加する定期的なケースカンファレンス

(5) 診療所の医師は、疼痛緩和に関する定型化した事前約束指示(実際の医療機関で使用されている指示書を本報告書の第二分冊資料編に示す)をあらかじめ文書で示し、事前約束指示の内容を補足する解説書(独自のものでもよいし、市販のマニュアルや教科書でもよい)を用意し、あらかじめそれを看護師に示しておかなければならない。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

特記事項なし

H. 知的所有権の取得状況

特記事項なし

資 料 編

在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

①事前調査 質問紙

②実地調査 各医療機関・訪問看護機関 調査報告書

(第二分冊 掲載資料)

1. 諸外国（米国、ニュージーランド、オーストラリア、英国）の在宅緩和ケアにおける訪問看護師と医師との連携に関する現状 （岩本喜久子 滋野みゆき）
2. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討
 - ①事前約束指示 使用例
 - ②在宅終末期医療 疼痛緩和マニュアル 実例
 - (1)岡部医院
 - (2)要町ホームケアクリニック
3. 「処方教室 ケーススタディ がん性疼痛」 Rp(レシピ)2005年春号 Vol.4 No.2