

在宅療養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Ⅱ

「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

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。

昨年は、厚生労働科学研究の「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」に御協力くださり、ありがとうございます（研究報告書を同封いたします）。お蔭様で問題点を整理することができ、引き続き研究をさらに深めることができることになりました。

さて、今年度は、①医行為に対する具体的な指示をどのように行うのがよいのか、②あらかじめ約束事を作っておいた方がよい指示（包括指示）にはどのようなものがあるか（疼痛緩和はその代表と考えています）、③包括指示を受ける看護師の資格はどのように考えたらよいか、などについての調査を行い、指示の雛形を作成することを計画しております。

本調査の質問事項は、できるだけ簡素に回答していただけるよう工夫しましたので、ぜひ御協力くださいますようお願いいたします。なお、包括指示作成に際して参考にさせていただきたい医療機関には、班員が直接赴いての現地調査を考えています。そのこともお含みおきいただけると幸いです。

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3ページで構成されています。

2. 調査対象

本調査は、「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、2001年の在宅死がん患者数が10以上の医療機関を対象としております。貴機関で中心となって在宅ケアを行っている医師の方1名に代表して貴機関の方針をご回答くださいますよう、お願いいたします。

3. 回収方法と期限

同封した返信用封筒にて、平成18年10月14日（土）までにご返送をお願いいたします。

4. 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、本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、本調査における皆様に関する資料はすべて匿名にいたします。

5. 同封文書

- ① 調査票
- ② 返信用封筒
- ③ 医行為一覧（参考資料1）
- ④ 平成17年度の本研究報告書（参考資料2）

6. 調査内容に関するお問い合わせ先

ホームケアクリニック川越 川越 厚、松浦志のぶ

〒130-0021 東京都墨田区緑1-14-4 両国TYビル3F

TEL:03-5669-8301 FAX:03-5669-8303/e-mail:koh4705@pallium.co.jp, s-matsuura@pallium.co.jp

訪問看護師への指示や情報交換に関して、該当するものに○を付けてください。

8. がん末期疼痛管理に関し、訪問看護師と協定書やマニュアルなど文書での取り決めに交わしているか	1. 交わしている 2. 場合により交わす 3. 交わしていない
9. 在宅ケア開始前に、訪問看護師と治療方針について協議を行っているか	1. 必ず行う 2. 場合により行う 3. 全く行っていない
10. 訪問看護師への治療方針の通知方法にはどのようなものを用いているか (該当するもの全てに○をつけてください)	1. 勉強会の開催 2. マニュアル 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
11. 訪問看護師とのミーティングやカンファレンスを開催しているか	1. 定期的に開催している 2. 必要に応じて開催している 3. 全くしていない

以下、該当するものに○を付けてください。

1 2. 疼痛緩和に関して、訪問看護師と共通認識を持つための文書がありますか。

1. はい 2. いいえ → 1 6にお進みください

1 3. 問1 2の文書は、貴医療機関で独自に作成された文書ですか。

1. はい 2. いいえ → 可能であれば使用している文書の出典を教えてください。
()
→ 1 6にお進みください

1 4. 問1 3の文書を、本研究のために資料として提供していただくことは可能ですか。

1. はい 2. いいえ → 1 6にお進みください

↓
後日、お送りする返信用封筒にてご送付ください

1 5. 本研究の現地調査*にご協力いただくことは可能ですか。

※本研究班の班員が、貴医療機関と連携先訪問看護機関にて、各機関1時間ほど、連携の現状について詳しくお伺いします。連携のあり方のガイドライン作成の際に参考にさせていただきますので、ぜひご協力をお願いいたします。

現地調査についてご質問がありましたら、別紙の連絡先までお問い合わせください。

1. はい 2. いいえ → 1 6にお進みください

↓
後日、改めて調査依頼をさせていただきます

■現状について：同封の参考資料1をご参照の上、お答えください。

1 6. 訪問看護指示書とは別に、訪問看護師に医行為に関する文書化した指示を出しますか。

1. はい 2. いいえ → 2 0にお進みください

17. その指示書は医行為を網羅した定型の指示書ですか。

1. はい 2. いいえ → 20にお進みください

18. 問17の指示書は、貴医療機関で独自に作成された文書ですか。

1. はい 2. いいえ → 可能であれば使用している文書の出典を教えてください。
[] → 20にお進みください

19. 問18の文書を、本研究のために資料として提供していただくことは可能ですか。

1. はい 2. いいえ → 20にお進みください

↓
後日、お送りする返信用封筒にてご送付ください。

■今後の指示について: 同封の参考資料1をご参照の上、お答えください。

20. 訪問看護師への各医行為に関する指示は、文書化した方がよいと考えますか。

1. はい 2. いいえ → 23にお進みください

21. 訪問看護師に指示する際、医行為を網羅した定型の指示書がある方がよいと考えますか。

1. はい 2. いいえ → 23にお進みください

22. 当研究班で作成予定の、医行為に関する指示書式を使用したいとお考えですか。

1. はい 2. いいえ → 23にお進みください

↓
後日、作成した指示書式を送りますので、ご意見をお返しく下さい

23. 訪問看護師への指示の形に関し、今後の計画として考えていることがありますか。

1. はい 2. いいえ → 25にお進みください

24. 今後、訪問看護師への指示をどのような形にするか、差し支えなければ教えてください。

25. 訪問看護師への事前指示に関するプロトコールについてお伺いします

1. 疼痛緩和のプロトコールのみでよい
2. 疼痛緩和以外の医療行為のプロトコールも必要
→他にどの医療行為のプロトコールがあるとよいか
[]
3. プロトコールは必要ない
4. その他 ()

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究
「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」
実地調査協力 依頼状

拝啓

川越班実地調査をお受けいただき、ありがとうございます。当班の研究目的は在宅医療特に在宅ホスピスケアの現場で、看護師が一定の裁量権を持って医師から委託された医行為を実行するには、どのような医師－看護師間の連携が望ましいか、そのためにどのような環境整備を行えばよいか、を明らかにすることにあります。

この目的に沿い、

- ① 現場で医師の指示がどのような体制の中で、どのような形で出され、実行されているか
- ② そのシステムで、患者サイドへの不利益、看護師の医行為の実施にとって不都合となることはないか、などを具体的にヒヤリングをすることにしていきます。

本研究の成果は、制度改革の際の参考資料となりますので、よろしく願いいたします。

当研究班で指示の雛形を今年度中に作成しなければなりません、いま特に計画しているのは疼痛緩和の包括指示、死亡時の包括指示です。この二つの点を特に入念にお伺いしたいと思います。

また調査は、原則として医療機関とそこが提携する訪問看護ステーションの二つを行うことにしています。できれば別々に行うことが望ましいのですが、同席する場所でそれぞれに対してヒヤリングを行うのもかまいません。

御協力を感謝しつつ、先生のますますの御発展をお祈りいたします。

敬具

年 月 日

ホームケアクリニック川越 院長 川越 厚
〒130-0021
東京都墨田区緑 1-14-4 両国 TY ビル 3F
TEL 03-5669-8301/FAX 03-5669-8303

訪問実地調査 報告A（包括指示を用いている医療機関と連携先訪問看護ステーション）

No. 1 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	関東地方
	調査担当	阿部郷子	

在宅ホスピスケア、医師、看護師連携の概況

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	個人
2) 担当医師	常勤2名・非常勤1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	88名
2. 連携先の訪問看護ステーション(ST)について	
1) 最も連携数が多いST	同一グループの訪問看護ステーション
2) 他のSTとの連携の有無	無
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制（同一医療機関）
2) 看護師	①当番制（同一訪問看護ステーション）
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書等、特定の文書の有無	有：「在宅ホスピスケアを始める人のために」メヂカルフレンド社、「演習で学ぶ在宅ホスピス緩和ケア」医学書院、訪問看護ステーション独自のマニュアル

指示表の内容

1. 指示表を作成した理由	看護師が均一のサービスを提供できるために、新看護師が入った時の手引（疼痛緩和等、包括化の内容が書かれているもの）がほしいと思った。
2. 指示表作成の経緯	所長看護師から作成したいとの声が出、聖路加大博士課程のパート看護師を中心に作成委員会を作り、2005年度1年間で作成。（作成委員：医師1名、看護師13名、研究職1名、こころのケア担当2名）
3. 指示表の内容	① 疼痛緩和 痛みのアセスメントと初期介入、オピオイド薬の基本、具体例、導入・増量・ローテーション、麻薬の処方取り扱い、薬剤資料
	② それ以外 呼吸困難の緩和、便秘対策、死亡後のエンゼルケア
4. 指示表があることのメリット	医師からみると医療行為を行うときの指示があらかじめ徹底されていれば安心して看護師に任せられる。また、細かい指示をいちいち求められず、手間が省ける。
5. 指示表があることのデメリット	ほとんどない。慣れて変更などの報告を忘れることがたまにあったが、今はほとんどない。
6. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	
包括指示が確固たる形になっておらず、書いてあることと医師の言動が違うことがあって看護師がとまどうことがあるかもしれない。	
2) 患者・家族で問題となったこと	
ほとんどないと思われる。医師は冒険的指示（モルヒネ量など）をする傾向があるが、痛みのアセスなどしながら都度対処しているので、特に問題は起こっていない。	
7. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDsの投与	

①開始	医師はあらかじめ患者宅に準備しておき、看護師判断で開始する。(ボルタレン座薬、ナイキサン等)
②増量	同上
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。慣れてくると(経験約1年、在宅死看護20例が目安)看護師が行うこともある。(おおまかに指示の中に含まれる)
②増量	同上。看護師経験目安は半年。(看護師は1~2割の慎重な増量の傾向)
③レオイトローション	同上。看護師経験目安は1年。(モルヒネ計算があるため)計算は医師・看護師で必ず確認する。
④頓用	看護師判断。

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合(呼吸停止)、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
④その他：家族から看護師に呼吸停止の連絡がくる。看護師が訪問、心肺停止の判断をし、夜中なら夜明けてから医師に連絡。その間、死後処置開始OKとしてある。(事後報告する) 理由：①週2回がん患者全例のカンファレンスをし、状態を把握しているため、死亡は十分予測済。②呼吸停止から看護師到着まで30分~1時間かかり、その間家族が呼吸停止状態をきちんと確認できるため、死亡の判断精度は高い。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。 医師個人の指示の意味合いが強いので、指示の出し方を提示しても意味がない。包括化には賛成だが、「こういう指示を出してよい」と国が保証してくれるというところに意味があり、全部決まった形で行うことはできない。看護師がのびのび判断し活動できるのは今後の在宅に非常に必要なこと。医師が細かい指示を全部出すのは現実的に難しい。ただし、看護師の力量・経験・知識が問われる。
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。 痛み・死亡のように頻度が多くかつ一刻を争うものには、包括化で約束を作った方がよい。(呼吸苦対応(例.酸素流量)など。)その他の細かい指示は、各医師のやり方でよく、余裕があるところは約束を作ればよい。細かい指示(便秘等)は、班研究のマニュアルがあるので、これを示してあげればよいのでは。

調査担当者の感想

看護師にゆだねる部分が非常に大きく、先駆的スタンスにあると感じた。同一建物内で医師と看護師が顔のわかる関係で、双方のスキルも方針も十分信頼しあっているからこそできる形と思う。また、研究的人材がおりノウハウの文書化、基準の明確化を行えることも大きな点。

No.1 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	関東地方
	調査担当	阿部郷子	

在宅ホスピスケア、医師、看護師連携の概況

1. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	株式会社
2) 看護師	常勤8名・非常勤1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	88名
2. 連携先の医療機関について	
1) 最も連携数が多い医療機関	同一グループの無床診療所
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	無
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制（同一医療機関）
2) 看護師	①当番制
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書など特定の文書の有無	有：「在宅ホスピスケアを始める人のために」メヂカルフレンド社、「演習で学ぶ在宅ホスピス緩和ケア」医学書院、訪問看護ステーション独自のマニュアル

指示表の内容

1. 指示表を作成した理由	訪問看護の現場で、症状のある患者を目の前にしたら医師の指示をきくのではなくその場でアセスして対処する必要があるが、そのために指示表が必要と思ったため。使える量を限定されると適切な対処が難しい。
2. 指示表作成に訪問看護師は参加したか	した（13名、全員）
3. 指示表作成の経緯	パリアンの全般マニュアル（理念・看護基準等）を1冊にまとめたいと思った。その中で癌特化ステーションとして必要なものとしてオピオイド等の記述を盛り込んだ。
4. 指示表の内容	①疼痛緩和 痛みのアセスメントと初期介入、オピオイド薬の基本、具体例、導入・増量・ローテーション、麻薬の処方取り扱い、薬剤資料
	②それ以外 呼吸苦、副作用（吐き気止め、便秘薬）
5. 指示表があることのメリット	その場で看護師判断で症状緩和できる。とくにオピオイド、副作用に対応できる指示は有効。
6. 指示表があることのデメリット	看護師の力量による。医師と看護師の信頼関係が確立されていること。これなしに包括指示そのものが一人歩きすると、看護が安全でなくなる危険がある。
7. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	
特になし。基本は変わらないので、医師が指示表と異なったことを言っても、基本が分かっているならば今すべきことかどうか判断でき、医師の言うことを鵜呑みにせず再度確認をとる（看護師の力量と関係あり）。特に看護師のきちんとしたアセスメントが重要になってくると思う。癌疼痛なのか「痛い」で何か訴えたいのか、しっかり聞く姿勢が必要。在宅は精神的痛みも多い。一般に医師は薬で対処しがちだが看護師としてオピオイドのみで解決しない部分もきくことが大切。	
2) 患者・家族で問題となったこと	

指示書というより、処方箋そのものが多く出るので、処方箋記載の服用方法（1日3回2錠など）がその通り必要ない場合もある。しかし薬局で薬を変えたこととたん、薬局の説明を聞いて飲んでしまうこともある。→対応策として、①薬局への連絡表を作成（こちらから説明するので薬局からの資料は不要としてもらう）、②当日に患者を訪問して説明、③薬局への声かけ などをやっている。	
3) その他	
現在の連携先の診療所以外の医師とは同じようにはいかないと思う。包括指示を解釈し使いこなすのは看護師であるので、指示を出しっぱなしで指示を出したから良いと言う医師が出ることは不安。	
8. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDs の投与	
①開始	看護師判断、事後報告
②増量	同上
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	始める時期か、というカンファがあれば看護師判断で開始。
②増量	同上
③オピオイドローテーション	同上
④頓用	同上

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
③まず看護師が患者の状態を観察し、心肺停止の判断をし、その結果を医師に連絡する。医師はその報告をもとに、医師が診察をする前に御遺体の処置を行ってよい旨の指示を行う。死亡診察は、その後に必ず行う。
④その他：常勤医の1人は看護師に任せ翌朝訪問、もう1人は夜に訪問 のことが多い。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。
医師との連携においてはお互いの関係性が非常に強く絡んでくると考える。包括かされた指示書を提出されただけでは、実際には安心して患者および家族へ指示することは難しい。そのため、包括化されたフォーマットは基準としてあることが望ましいが、その指示書の使い方は慎重に行わなければ、訪問看護師は安心してそして安全に看護を提供することができないと思う。訪問看護師は法制度に守られた中で看護を提供できていないのが、実態である。そのため、包括化された指示とともに訪問看護師の責任について法の整備も必要だと考える。（包括指示の紙のみが出る形でなく、医師と顔あわせしての会議など関係作りなどのハードルが必要と思う。確認があいまいなままでは難しい。地域の医師が、どこの訪問看護ステーションにも包括指示を出すならば、看護師の負担が過大になる。）
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。
オピオイドを使用する上では副作用は無視できない。そのため副作用（たとえば、吐き気・便秘）に対する包括的指示は必要であると考え。また、癌末期患者が抱える症状について（例えば発熱・身の置き所のない感じなど）についても検討が必要だと思う。

No.2 - M	医療機関	病院（200床以上）	東北地方
	調査担当	川越 厚	

在宅ホスピスケア、医師、看護師連携の概況

インタビュー回答医師はこれまで病院をベースに往診、訪問診察を含めた在宅ケアを行ってきたが、2006年4月から、原則として病院外に医師自身が出ることはなく、地域の先生方にアドバイスする形、退院支援、院内の症状緩和のコンサルトなどのかたちで、在宅ケアを推進している。医師の所属は地域連携室と外科。

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	県
2) 担当医師	常勤2名（外科、呼吸器外科 各兼任）
3) 2005年 在宅死がん患者数	20-30人
2. 連携先の訪問看護ステーション(ST)について	
1) 最も連携数が多いST	市内6機関、隣接市1機関
2) 他のSTとの連携の有無	上記の他、近隣ステーション
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制（同一医療機関）
2) 看護師	①当番制（同一訪問看護ステーション）
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書等、特定の文書の有無	無：ただし、痛みの評価ノートを作成している。
2) その他	痛みのアセスメントノートの共有、地域共有マニュアルの作成中

指示表の内容

1. 指示表を作成した理由	回答医師が本病院へ赴任した当時、疼痛緩和が十分行われてなく、そのため入院患者が痛みで苦しんでいた。その大きな理由は、痛みの客観的な評価がなされていなかったため、院内で使用する「痛みの評価ノート」を作成するきっかけとなった。
2. 指示表作成の経緯	本病院に赴任してまもなく、院内で看護師、薬剤師の協力を得て「痛みの評価ノート」作成に取り組みはじめた。3年前に完成し、改良を加えつつ、現在も院内で広く使用されている。その痛みの評価ノートは、医師が往診するようになってから、地域の訪問看護 ST の看護師が使用したところ好評で、現在は医師が協働する ST は全てこれを利用するようになった。
3. 指示表の内容	① 疼痛緩和
	② その他
4. 指示表があることのメリット	① これまで痛みに対して無関心であった医療者が、痛みに対して目を向けるようになった。 ② 今まで十分把握されていなかった痛みの程度などの情報が、患者からの情報として看護師が把握できるようになった。これは院内でも院外でも同じである。 ③ 本インタビュー回答医師以外の医師とチームを組む際、この表をもとに医師に鎮痛剤の増量などについて説明しやすくなった。

	④ 地域の医師も「痛みの評価ノート」の有用性を認めて積極的に使用するようになった。
5. 指示表があることのデメリット	「痛みの評価ノート」には患者が直接記入するので、煩雑だと記入を中止するケース（全体のおよそ3割）がある（しかし、患者は痛み程度などの表現の仕方をすでに知っているなので、痛みに関する情報は取りやすい）。
6. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	
特に聞いていない	
2) 患者・家族で問題となったこと	
退院してから、自宅につけない人がいる	
7. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDs の投与	
①開始	医師の指示
②増量	医師が患者に直接指示する
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	医師が直接指示する
②増量	同上
③オピオイドローテーション	同上
④頓用	同上

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
③まず看護師が患者の状態を観察し、心肺停止の判断をし、その結果を医師に連絡する。医師はその報告をもとに、医師が診察をする前に御遺体の処置を行ってよい旨の指示を行う。死亡診察は、その後に必ず行う。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。 あれば非常に助かる。ただし、痛みはパターン化するのは難しいかもしれない。
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。 特に感じていない。

調査担当者の感想

回答医師が作成した「痛みの評価ノート」は非常に重要なものであり、在宅で使いやすい形に整理して、本研究の成果として提示したいと考えている。 班員の下山医師にがんセンター医師としての意見をいただき、川越班独自のものを作成する。
--

No.2 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	東北地方
	調査担当	川越 厚	

在宅ホスピスケア、医師、看護師連携の概況

1. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	財団法人
2) 看護師	常勤 11名、非常勤 2名（他、理学療法士 1、作業療法士 2）
3) 2005年 在宅死がん患者数	15名（2006年 10月現在 10名） 10月現在 利用者数 163名、利用件数 774件
2. 連携先の医療機関について	
1) 最も連携数が多い医療機関	経営母体の病院（利用者数の 56%）
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	有 その他 28 医療機関（主治医(指示書を受けている医師)数：65名)
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	②主治医、③その他（主治医が所属する医療機関の当直） 医療機関による患者から緊急電話があった時は看護師は基本的に訪問するよう心がけている。必要に応じて医師の指示を受けるが連絡が取れないことも多々有。
2) 看護師	①当番制（1st.1名、2nd.2名（所長と主任がアドバイスと 1st のバックアップ））
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書など特定の文書の有無	無

指示表の内容

1. 指示表を作成した理由	「痛みの評価ノート」（連携先病院から提供）	
2. 指示表作成に訪問看護師は参加したか	していない。（県立北上病院で作成されたもの）	
3. 指示表作成の経緯	連携先病院の医師のヒアリング参観	
4. 指示表の内容	①疼痛緩和	評価
	②それ以外	なし
5. 指示表があることのメリット	① 痛みのコントロールをしない先生に参考にしてもらう。 ② ①以外の先生から依頼されることもある。	
6. 指示表があることのデメリット		
7. これまで問題となったこと		
1) 訪問看護で問題となったこと		
看護師で判断できないもどかしさがある。医師の指示で入院となる症例がある。また、看護師の知らないところで事が動いていることがある。		
2) 患者・家族で問題となったこと		
① 指示が受けられなくて待たされる		
② 少しの調整で家で過ごせるのに医師が入院させる。本人も看護師も悔しい思いをする		
8. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか		

1) NSAIDs の投与	
①開始	医師の指示。
②増量	医師の指示。
③頓用	医師の指示。(前もって看護師がお願いすることあり)
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。
②増量	同上
③オピオイドローテーション	同上
④頓用	同上

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
③ 原則として守るようにしている。ただし、なんらかのやむを得ない事情（遠方ですぐ駆けつけられない、などなど）のため、「医師の診察が後になるので、先に看護師による御遺体の処置が行われること」も例外的にありうる。（往診にくる医師が主治医の場合、看護師が患者の状態を観察し、心配停止の判断をし、その結果を医師に連絡する。医師はその報告をもとに往診（このような医師はすぐに往診）。死亡診察を行った後、ご遺体の処置を行う。医師が診察をする前に御遺体の処置を行ってよい旨の指示を行うこともある。
④その他 主治医が往診を行えない場合、状態に応じて救急車を養成する場合がある。また、救急搬送できない場合、ご家族の車で医療機関を受診し、死亡診察を受けてもらう場合がある。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。
対応する看護師の知識や技術を高めていく必要があると思います。痛みの緩和について詳しい主治医の場合はいいのですが、そうでない場合、十分量の鎮痛剤が使用されないまま永眠される場合が、あります。そのことが、その後の家族の精神的な部分まで影響されることもあります。どこにいても、穏やかな時間をすごすことができるようであれば良いと思います。
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。
なし

実地調査 報告B(包括指示を用いていない医療機関と連携先訪問看護ステーション)

No.3 - M	医療機関	無床診療所 (在宅療養支援診療所)	北海道地方
	調査担当	小林友美 (研究協力者)	

在宅終末期医療における医師と看護師との連携の概況

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	医療法人社団
2) 担当医師	常勤2名・非常勤1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	10名 (2006年17名)
2. 連携先の訪問看護ステーション(ST)について	
1) 最も連携数が多い訪問看護機関	同一医療法人の訪問看護ステーション
2) 他のSTとの連携の有無	有：がん死亡患者の40%が他機関ステーション
3. 緊急時(特に夜間、日曜祭日)の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制(同一医療機関)：緊急時は全て医師に連絡がいく。少し猶予のある事なら看護師に連絡が行く。それは患者さんの判断。
2) 看護師	①当番制(チームを組んだ他機関の訪問看護ステーション)
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書等、特定の文書の有無	無
2) その他	デス・エデュケーションに対して家族に配るものはステーションが作ったものを添削し共有している。今後マニュアルを作る必要性は感じているが、まだできていない。

指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	特に理由はない。その都度カルテやチャートに指示を出したり、口頭指示で足りなくできている為。
2. 医師からの指示方法	同一医療法人のST：カルテ、チャートに指示を出す。 他機関のST：指示表をFAXしたり、その都度電話などで口頭で指示を出す。
3. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	連絡が取れない事があった。年に1回ぐらい。
2) 患者・家族で問題となったこと	医師に連絡がとれない事で、看護師が指示を受けられず、患者への対処が遅れたり不安になったりするかもしれない。
3) その他	口頭で伝えた事と違う事がなされることがある。行き違いみたいな事はある。
4. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDsの投与	
①開始	カルテによる医師の指示。まずは医師が診察をしてから指示を出す
②増量	医師の診察後に増量・看護師の報告による増量の両方ある。カルテ、口頭による事前の指示あり。
③頓用	開始時に指示を出す。初めて使う場合は効果を報告してもらう。その後は何回まで、何時間で使用してよいなど幅広い指示を出す。

2) オピオイドの投与	
①開始	医師の診察後、薬の作用・副作用をしっかりと説明してから開始する。
②増量	一度使い始めたら、医師が判断する事もあるし、看護師の報告で増量する事もある。
③オピオイドローテーション	医師が診察して判断する。看護師から必要性を報告されても、医師が一度診察してから判断する。
④頓用	開始時に指示を出す。初めて使う場合は効果を報告してもらう。その後は何回まで、何時間で使用してよいなど幅広い指示を出す。

死亡診断の実態

患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
②原則として守るようにしている。ただし、なんらかのやむ得ない事情（遠方ですぐ駆けつけられない、などなど）のため、「医師の診察が後になるので、先に看護師による御遺体の処置が行われること」も例外的にありうる。
④その他：本医療機関の地域だと距離的にすぐに行けない場所もある（40kmをカバーしている）。訪問看護ステーションは現地の近いところをお願いしているので、家族と看護師の信頼関係があれば、看護師が死亡判断、処置をしてもよいと思う。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。 どんどん進めてほしい。しかし看護師のスキルアップや資格は必要だと思う。今は法的な事など、これでいいの？と疑問を感じながらもやっているの、はっきりと法的に今のやり方を認めて欲しい。専門的な資格を得た人に死亡の確認をさせるなど必要。特にこの地域など広い範囲をカバーする必要のある地域では看護師のスキルアップや裁量権を認める事は都市部より必要だと思う。
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。 ・ 静注 ・ 輸血など最初は医師が立ち会うがその後は看護師のみでも行えるようにして欲しい。 ・ 褥瘡の処置、薬剤の選択 ・ 輸液（脱水時など）

調査担当者の感想

基本的に初めて使用する薬は医師自身が患者を診察し、判断して使用している。看護師は患者宅ではレスキュー対応し、事務所に帰ってきてから医師に報告し増量やオピオイドローテーションなどが検討される。末期がん患者は基本的に看護師は毎日訪問で対応しているので、この時間の猶予も許されているのかとも思う。地域的に高齢者が多く、激しい疼痛が現れる人は少ないようだ。また、がん以外も含めたの全自宅死亡者は2005年18名、2005年28名とがん以外の患者も多い。その為、がん以外の患者も含めた包括指示が必要かとも思う。
--

No.3 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	北海道地方
	調査担当	小林友美（研究協力者）	

在宅終末期医療における医師と看護師との連携の概況

1. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	医療法人社団
2) 担当看護師	常勤5名・非常勤2名
3) 2005年 在宅死がん患者数	4名（2006年14名）
2. 連携先の医療機関について	
1) 最も連携数が多い医療機関	同一医療法人の無床診療所
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	有：1割（通院患者のみ他の医療機関）
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制
2) 看護師	①当番制
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書など特定の文書の有無	無
2) その他	看取りに関しては共有のマニュアルがある。

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	現状で問題はない。状況によって指示が変わるし、患者によっても違うので、そのつど指示を受けている。
2. 医師からの指示方法	カルテに記入してあるか口頭で指示を受けている。レスキューなら何回まで、何時間あけてならよいなど。カルテに記入されていない・レスキューを使用しても効果ない時、突発的な事は携帯に連絡して指示をもらう。
3. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	電話連絡がとれない時。サンビレッジクリニックはそういう事は少ないが他の病院の時は迅速に処置、対応ができなく困る。
2) 患者・家族で問題となったこと	電話で連絡がつかない時。そうすると、先生の指示である事を伝えられないので患者・家族は不安を感じたり、麻薬の副作用やせん妄にすぐに対応ができない。往診にすぐに来てもらえないなど。
3) その他	予測できる事は前もって指示をもらっているが、せん妄など突発的に予測していない事が起こると、その場で電話連絡などで指示をもらわないと困る。
4. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDs の投与	
①開始	医師に状況を報告してから開始。カルテに指示を書いて受けるか、口頭で受けるかは両方ある。
②増量	医師に状況を報告してから開始。カルテに指示を書いて受けるか、口頭で受けるかは両方ある。
③頓用	前もって指示を出している事が多い。状況を看護師が判断して使用。カルテ、口頭両方あり。

2) オピオイドの投与	
①開始	状況を報告し、処方を出してもらい開始。カルテか口頭で指示をもらう。
②増量	事前に予測なされる場合は訪問前に指示を受ける。または、状況を報告してから増量する。カルテ、口頭ともあり。
③レピオイドローテーション	事前に状況を報告してから指示をもらう。カルテ、口頭ともあり
④頓用	可能な頓服を1種類指示が事前にある。何回まで、何時間間隔で使用して良いか細かい指示が出る。それで効果がない時は電話連絡し指示をもらう。

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。
②原則として守るようにしている。ただし、なんらかのやむ得ない事情（遠方ですぐ駆けつけられない、などなど）のため、「医師の診察が後になるので、先に看護師による御遺体の処置が行われること」も例外的にありうる。
④その他：医師と連絡がとれない時、ご家族の希望で早く処置をして欲しい時は看護師が先に処置をする。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。
現在も指示範囲をカルテで広く受けており、その範囲内で看護師判断で行う方向は賛成。しかし文章化するのは難しいと思う。心不全とか腎不全とかでの判断に迷ったり、状態の変化時に包括指示で対応できるのか、また看護師が判断する事に対してご家族の理解が少なかったりするとその場で医師に電話連絡して確認した方が良いのではと思う。個別に頻回に指示を書いたり、追加したりは時間的に難しく結局口頭指示になってしまうのでは。死亡診断は、ケア期間が長く、信頼関係が出来ている人なら死亡診断まで看護師でやっても問題ないと思うが、医師に信頼をよせている人も多いので、すべてと看護師となるのは難しいと思う。
2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 点滴の指示（脱水時の補液） ・ 酸素投与量の増減。または緊急時の酸素開始。 ・ 褥瘡の処置、使用薬剤の判断 ・ 排便に必要な処置。浣腸、下剤（座薬）など

調査担当者の感想

褥瘡や酸素の開始・増量などは看護師の判断でその場で対処しているのに対して、オピオイドの指示は、施行前に医師に指示を確認してから動いている事が多い。 医師と頻回に電話連絡が取れているから成り立つ事だと思う。

No.4 - M	医療機関	病院（200床以上）	北海道地方
	調査担当	佐藤 夏織（研究協力者）	

在宅終末期医療における医師と看護師との連携の概況

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	医療法人社団
2) 担当医師	常勤 2名（1名兼務） 非常勤 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	0名
2. 連携先の訪問看護ステーション(ST)について	
1) 最も連携数が多い訪問看護機関	他機関の訪問看護ステーション
2) 他のSTとの連携の有無	有
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	①当番制
2) 看護師	①当番制
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書等、特定の文書の有無	無
2) その他	

指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	訪問看護指示書以外に必要な指示は、その都度電話連絡にて対応。特に必要性を感じていなかった。
2. 医師からの指示方法	
3. これまで問題となったこと	
1) 訪問看護で問題となったこと	
無し	
2) 患者・家族で問題となったこと	
無し	
3) その他	
モルヒネ注射剤の管理（麻薬管理庫がなく、迅速に皮下注射などの対応ができなかった）現在は、クリニックに管理庫を設置しており、解決した。	
4. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDsの投与	
①開始	医師
②増量	医師
③頓用	レスキューに関しては看護師
2) オピオイドの投与	
①開始	医師
②増量	医師
③オピオイドローテーション	医師

④ 頼用	レスキューに関しては看護師
------	---------------

死亡診断の実態

1. 患者の死が疑われる場合（呼吸停止）、医師の診察→死亡診断→御遺体の処置というように、まず医師の診察が法的には必要である。そのことを守っているか。

③まず看護師が患者の状態を観察し、心肺停止の判断をし、その結果を医師に連絡する。医師はその報告をもとに、医師が診察をする前に御遺体の処置を行ってよい旨の指示を行う。死亡診察は、その後に必ず行う。

今後の指示のあり方に対する意見

1. 現在、医師の出す指示を包括化する方向で検討を進めているが、これに関してどう思うか。

地域により異なるが、基本となるものが提示されることは必要であると思う。しかし、包括的指示を活用した時の主治医への連絡をより密に行う必要があると思う。

2. 指示のあり方に関する意見：特に痛みの指示、死亡診断に対して包括化を検討しているが、そのほか必要な医行為はあるか。

発熱時・制吐剤や下剤の調整や点滴などオピオイド使用中の副作用を含めた指示

調査担当者の感想

北海道は非常に広く、地域差があり訪問看護ステーションのレベルも違う。また地域性においては、室蘭市の市民の多くは在宅での看取りに対して消極的な面がある。しかし、去年は2名の方を在宅で看取ることができ、少しずつであるが在宅医療が広まっている。

地域では、家で最期を過ごすためのサポート力が弱い。訪問看護ステーションは少なくないが、ステーションに勤務するNsがオピオイドなどに対応できないという理由だけでなく、独立型緩和ケア病棟で最期を過ごしたいと願う市民が多くいることに在宅死数の増加が見られない現状であった。包括的指示は施設内であれば問題なく行われているが、訪問看護ステーションの力量によりかなりの差があることを感じた。

No.5 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	東北地方
	調査担当	川越 厚	

在宅終末期医療における医師と看護師との連携の概況

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	医療法人社団
2) 担当医師	常勤4名・非常勤2名
3) 2005年 在宅死がん患者数	150名
2. 連携先の訪問看護ステーション(ST)について	
1) 最も連携数が多い訪問看護機関	同一医療法人の訪問看護部門。看護師16名を3つのグループに分け、各グループに電話当番がいる。
2) 他のSTとの連携の有無	有（希に）
3. 緊急時（特に夜間、日曜祭日）の患者からの医療者への連絡先	
1) 医師	患者からの普段の連絡先は診療所、夜間は事務当直。これを基本原則にしている。事務から看護師へ電話が入る。看護師の当番は電話当番1名。事務を通して連絡が入るが、直接看護師から入ることもある。患者を振り分けている。医師は5人で当番。曜日単位で当番を担っている。 ①当番制（同一医療機関）
2) 看護師	①当番制（同一医療法人の訪問看護部門）
4. 訪問看護との連携における約束事	
1)共有する教科書等、特定の文書の有無	有：「在宅がん疼痛治療手順解説書」院内で作成

指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	これまで、連絡がよくとれていて問題はなかった。が、外のステーションなどと連携する場合、簡単なマニュアルがあったほうがよいと思っている。また、このマニュアルを地域の他の医療機関などにとって参考になればと考え、現在、マニュアルを作成しつつある。また、電子カルテの中にマニュアル化した形で指示が示してあるので、それを使えば事足りる点も、これまでマニュアル作りが後回しになった理由でもある。
2. 医師からの指示方法	指示はできるだけシンプルをモットーに、疼痛はアセトアミノフェン→NSAIDs→リンコデ→強オピオイドという形にしている。
3. これまで問題となったこと	
1)訪問看護で問題となったこと	
電子カルテを使用し、そこに指示をきちんと書くようにしているので、多分ないと思う。	
2)患者・家族で問題となったこと	
特にないと思う。	
3)その他	
口答で伝えた事と違う事がなされたり。行き違いみたいな事はある。	
4. 疼痛緩和の指示はどのようにしているか	
1) NSAIDs の投与	
①開始	医師が処方箋を書いて、投与するように看護師に指示する。
②増量	薬があるときには患者に直接指示し、ないときは医師が処方箋を書いて、増量するように看護師に指示する。