

③ 頓用	あらかじめすべての患者に頓用に用いる薬を手渡してあるので、その中の鎮痛薬を看護師の判断で用いている。
2) オピオイドの投与	
① 開始	疼痛に使用する薬剤は、たとえ在宅ケア開始時点で疼痛がないとしても、あらかじめ必要最小限のものを患者に渡している。 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。
③ 持続投与（ローテーション）	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。
④ 頓用	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、頓服するように看護師に指示する。

### 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、「医師の診察があとになるので、さき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。しかし、御遺族の気持ちを考えて必ず往診するようにしている。

### 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。
賛成である。
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。
特にない。あまり細かいことまでの指示表を作成すると、かえって窮屈に感じる医師がいるかもしれない。その点は強制するようなものであってはならない。 呼吸苦のマニュアルも必要であろう。

### 調査担当者の感想

本医療機関は日本の在宅ホスピス・緩和ケアの代表的施設。さまざまな取り組みを先進的に行っていることを感じた。気づいたことを以下に列挙する。
1. 当番制であるが、事務が間に入っている。この点は病院との比較で考えればよくわかるのであるが、問題があるかもしれない。というのは、入院患者は看護師コールが看護ステーションに行っているのに、患者宅を病室だとすると看護師が直接相談を受けるのが自然ではないかと思う。それから、事務は医療職ではない事が一般的で、単なる電話取次ぎであるならば別（この場合は電話転送システムで十分ではないだろうか）であるが、そこで患者の訴えを聞いているとすると、時間のロスになるし、患者の訴えが十分伝わらない可能性もあるし、なにより事情がわからない者が電話を取ることによって、患者・家族のイライラが生ずるのではないか。
2. すべての患者に必要最低限の薬をあらかじめ渡している。そのため、看護師が判断してその薬を使用することが可能となっているとのことである。疼痛緩和の包括指示を作成する場合には、この点も配慮しなければならない。
3. マニュアル作成が地域の医師の意識を変える効果がある。だから必要だ、というのは院長の持論。医師の意識を変えることが、看護師が働きやすい環境作りに結果的になるのではないかということ、同感である。

No. 6 - M	医療機関	無床診療所	東北地方
	調査担当	川越 厚	

### 在宅終末期医療に関する医師と看護師の連携の概況

1. 医療機関の概況	
1) 設立母体	個人
2) 担当医師	常勤 1名 非常勤 0名
3) 2005年 在宅死がん患者数	13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	4つのSTと連携している。どのSTに依頼するかは、医師から患者に紹介するようにしている。患者の住んでいる場所などの条件は別として、どのSTを選択するかについて、できるだけ限定しないようにしているが、これはSTの看護師に対する教育的な意味を持っている（この医師と組むことによって末期がん患者の在宅ケアの哲学、実際に看護師は勉強することになることを期待）
2) 他のSTとの連携の有無	無し
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	常勤医師1名で対応
2) 看護師	①当番制（同一医療機関の訪問看護部門）
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	無し

### 指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	あまり考えたことがなかった。必要なときは直接連絡を取って指示するので、今まで必要性を感じたことはなかった。
2. 医師からの指示方法	患者からの連絡は医師が100%受けている。そこで医師が判断して、医師がそのまま往診に行く場合もあるし、看護師に訪問の指示を出すこともある。必要時には、電話指示が中心。
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	
ないと思う。	
3) その他	
死亡診断の項、参照。	
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	医師の直接指示（間接的に看護師を通すこともある）
②増量	同上
③頓用	同上

2) オピオイドの投与	
①開始	医師の直接指示（間接的に看護師を通すこともある）
②増量	医師の直接指示（間接的に看護師を通すこともある）
③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。

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、「医師の診察があとになるので、さき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。

これまであった問題例として、家族から呼吸停止したという報告があつて5～6時間後に診察したことがあるが、そのときまだ手足が暖かかった。実際の死亡は家族から連絡があつたときではなく、それからしばらくしてからではないかと思う例があつた。患者の死亡確認は家族では難しいかもしれない。やはり医療者による確認が是非必要である。これは6の間とも関係するが、死亡確認は医療者でなくてはならないと考えている。看護師が確認して医師に報告するというのも考えられるが、その場合には少なくとも一定の基準（マニュアル化されたもの）が示されていないといけない。

### 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。

賛成である。

死亡診断に関しては、今はなんとか熱意で持っているところがあるが、これから症例が増えたときに、すべてのケースで医師が最初に行くという原則を貫けるかどうか自信ない。一定の約束事があつて、看護師が一部を担ってくれば実際は非常に助かると思う。

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。

特にない。

### 調査担当者の感想

訪問看護師が慣れていないところで、苦戦しながら、熱意でここまでやってこられたと思う。地域医療、特に末期がん患者の在宅ケアを担うのは、やはり医療者の情熱がないと難しいだろう。問題として感じたのは、医師の負担が多すぎるのでは、ということ。このような形を継続するのは大変なことであり、特に本医師も認めていたように、医師自身が年を取ったときにできなくなるのではないかと思う。

入院患者を例にとればわかるように、患者のコールをとるのはまず看護師であり、そこで専門的な判断があつて、医師に報告して指示を受けたり、看護師の判断で医行為を行うこともある。このようなことは看護師もチームの一員であることを考えるならば当然のことであり、本医師の方式だと、医師が行ったこと（看護師が介在していない緊急連絡など）を看護師が知らないままにことが運んでいる恐れがあり、看護師自身のやる気をそぐのではないかと思う。

No.7 - 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1名・非常勤 5名（常勤換算1名）
3) 2005年 在宅死がん患者数	30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
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（同一医療機関）看護師のTELを教えているが、医師に相談がくる。
2) 看護師	①当番制（同一医療機関の訪問看護部）
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：「がん疼痛治療のレシピ」春秋社、（小冊子、1人1冊携帯）
2) その他	

#### 指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	医療行為は法的に医師の指示が必要なため。また、なくてもあまり大きな不自由はない。
2. 医師からの指示方法	時間があるときは医師が現場訪問する。時間がないときは看護師に状況を聞いて違法でない限りで指示を出す。グレーゾーンは家族にやってもらい、それに対してのアドバイスを看護師がする。（看護師は一般論として話し、家族が判断する形をとっている。例えば、「痛がっているが医師から薬を出していいと言われている」と家族から相談されたら、看護師はバイタルをとり一般論として「いいのではないか」と答える）
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	
常に連絡がとれるので、患者をみながらその場ででき・観察したことを返すといった形でやりとりができています。	
2) 患者・家族で問題となったこと	
無し	
3) その他	
基本的にホスピスは家族中心で看取るものと考えてはいるが、看取る前に医師がかけつけてほしい患者もいる。しかし、在宅では、長いこと居られない・すぐ行けないなどの場合あり。癌末期などでなく延命を行わねばならない場合は、とくに問題。	
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	医師の判断。患者・家族がわからないことがあれば医師に連絡する。少しでも痛みがあればすぐ出すようにしている。
②増量	同上

③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の判断。患者・家族がわからないことがあれば医師に連絡する。少しでも痛みがあればすぐ出すようにしている。
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。
①絶対に守るようにしている：外来時でも他の医師がいるので、訪問できる。医師の負担は大きいが何とかやっている。

#### 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。
進めてもらえばありがたい。法的に認められるようになるとよい。
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。
褥創：介護度が重く週3回訪問看護を入れられるならケアできるが、週1なら重症になりやすい。 吸引：基本的に家族にやってもらっているが、どうしても不可能なときは看護師が行っている。 与薬

#### 調査担当者の感想

包括指示は現実には合ったものという考えは根底にある一方、法遵守のため、「家族が判断」等の苦肉の策を用いてきりぬけておられるように見えた。どうしても本来の訪問看護としてあるべき姿・看護の役割に対しひずみが出てきてしまうように思える。
---

No.7 - N	訪問看護機関	無床診療所の訪問看護部	関東地方
	調査担当	阿部 郷子	

### 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 2名 非常勤 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	30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	無し
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（医師が家族にしっかり教育しているので、急変で判断に困ったときしかかかってこない。）
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：「がん疼痛治療のレシピ」春秋社、（小冊子、1人1冊携帯）
2) その他	訪問看護マニュアルを少しずつ作成中。メンバーの入れ替わりであまりノウハウがまとまっていない。

### 指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	
2. 医師からの指示方法	通常の指示の他、毎朝医師を交えて5分程度の短いカンファを行い、訪問に出る直前に不安があるケースについて聞き、指示を受けて行く。（出先から電話をかけることは極力少なくするようにしている）医師は包括指示を出していないとの認識だが、熱発→座薬 等、看護師の経験の中でやっている。処方が出ている薬の中で、痛みの薬を回数を縮めて飲んでもらうなど。オピオイドローテーションについては、院内に知らない看護師はいないので、予測し痛みが出てくる頃には、医師に出してほしい指示を出してもらえようような情報提供をする。医師と看護師の間でやってきた動きの経験値からこういえばこう指示を出すだろうと分かっている。
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	
2) 患者・家族で問題となったこと	
3) その他	
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	

②増量	
③頓用	
2) オピオイドの投与	
①開始	
②増量	
③オピオイドローテーション	
④頓用	

#### 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。

①絶対に守るようにしている

#### 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。

包括的指示には賛成。自由に動けるようになる。医師は、まだ患者数が少ないうちはケースバイケースで個別対応の方がきめ細かいと考えている様子。

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。

特になし

#### 調査担当者の感想

患者への「在宅において必要な覚悟」の説明がきちんとなされることが、連携が成り立つ大きな基本条件であるとのこと。看護師は十分な力量をもっているものの、訪問看護歴の短いメンバーであるためか、表向き医師メインの形での連携となっているように見えた。実際のところは、医師の判断パターンまで踏まえた上、看護師がさりげなく判断を下し医師判断を誘導していたが、毎日顔を合わせられる関係、密な連絡がとれる関係でない場合は、ずれが出てきてしまう恐れも感じられた。

No.8 - 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
2) 担当医師	常勤1名・非常勤3名（常勤換算2名）
3) 2005年 在宅死がん患者数	50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 3つ
2) 他のSTとの連携の有無	有：上記3ヶ所でいけないエリアを依頼
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主治医：在宅患者が経営母体の病院に連絡が言った場合もクリニックで対応
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：特にないが、必要に応じ母体病院内の「がん緩和ケアに関するマニュアル」を配布。
2) その他	月2回、緩和ケアの勉強会開催。（病院と連携先訪看の看護師参加）医師の講演会や研究会に連携先看護師も声かけしている。

#### 指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	あればよいが、刻々と変わるため都度手直しが必要でマンパワーが足りない。基本マニュアルを作ってもらえるとありがたい。
2. 医師からの指示方法	指示書の中に、レスキュー時の対応も書いておく。呼吸苦が出たらSTに連絡し対処してもらうなど。
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	
日曜・夜間など医師に連絡しては悪いのでは、と看護師ががんばってしまう時期があったが、今はFAX等で連絡をくれるようになった。ただし、FAXは病院に来るので、病院がクリニックに流しめれると伝わるのが翌朝になってしまう。	
2) 患者・家族で問題となったこと	
患者としては看護師ではなく医師が診て指示してほしいという人もいる。	
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	予想して多めに出しておく。これでだめならこちら、と2～3ステップ指示しておき、家族にも対応できるようにしてある。不安なら医師にいつでもTELしてもらう。
②増量	同上
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	同上
②増量	同上

③ホトローテーション	同上
④頼用	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。
④その他：患者によりケースバイケース。患者がSTと十分に信頼関係がありかつ家族の死亡の受け入れが十分な場合なら、看護師が先に到着していたら先に処置を始めてもらう。医師も原則夜中には訪問する。（朝まで延ばすと翌日の診療に支障があるため）

### 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。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・鎮痛剤などについて1つ1つ看護師にきかれていては医師は対応しきれないので、すでに3段階分くらい最初に指示で出している。おこりうる事象について最初の段階で包括的に指示しておくのは現実的と思う。</li> <li>・ある程度柔軟にタイムリーな処置ができるようにしておくことは大切。ただし、医療過誤については包括的指示の中ならSTではなく医師が責任をとる形にすべき。</li> <li>・在宅医療は、できるだけ病院ではなく訪問看護が患者指導したほうがよいと考える。病院は清潔・不潔を厳格にする傾向があるが、在宅ではそんな細かいことをやり切れないし、聞いただけで患者はいやになってしまうので。</li> </ul>
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"> <li>・点滴：家族によっては希望される。ポート、ハイカロリーCV等</li> <li>・熱発：抗生剤投与（現在の連携先STあればおいておくとテストまでやってくれる）</li> <li>・バルーン等の処置</li> </ul>

### その他の意見

○連携先の訪問看護ステーションが燃え尽きないようにすることが大きな課題。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・STから頼まれたことは断らないようにしている。</li> <li>・ターミナルケースの連携先を3つのみでなく増やしていきたい。</li> </ul>
○介護を含めた包括的ケアをしたい。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・STをまとめるSTがあつてよい。当クリニックは、2～3月法人化されるので、現連携先STと連携できるSTを作ろうかと考えている。今の連携先STは力量の差がなく同じ処置ができています。ST間で同じ処置ができ、力量も統一できるようコントロールするSTを作りたい。</li> <li>・上記STから、医師・ST・介護センター情報をまとめ、地区をまとめたい。</li> <li>・がん末期が介護保険対象化されたが、骨転移患者も普通に抱き上げ骨折させてしまうなどのケースもあり、知識がまだ不十分。</li> <li>・デイホスピスも広がりを見せていないので、取り組みたい。</li> </ul>
○在宅の特に緩和ケアは、医療・介護・看護が三位一体にならないとやっていけない。先頭が勝手に走ってもだめ。現在の連携先ST以外だと、同じようには連携できない。技量・24時間対応の体制に問題があり、「やって」と言っても拒否されることがある。連携先を増やしたいので、ターミナル経験の少ないがやる気のあるSTには1つずつ教えながら一緒にやるようにしたい。
○どんなSTが連携できるのか、情報がない。包括的指示の前に、地域の訪問看護STの情報一覧がほしい。（24時間対応・点滴・麻薬・看取 がOKか等）医師会STはTELのみで夜間訪問してくれないところが多く連携できない。

### 調査担当者の感想

<p>病院の視点ではなく地域内のレベルアップに力を注がれていた。</p> <p>絞り込んだ連携先と十分な信頼関係のもと、融通のきく処置をされており、今後はさらに連携先を増やすことが課題であろう。要望されている「連携できうるST情報の一覧」は、ST・看護師の評価項目の作成の第一段階につながる。</p>
--

No.8 - 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	有限会社
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	50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	他機関の無床診療所 (約50%)
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	有 病院 約10箇所
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
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	

#### 指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	都度、密に連絡を取っているので必要がない。ベテラン看護師ばかりなので、医師とずれることなく判断できる。
2. 医師からの指示方法	指示書の他、状況が変われば看護師がfaxで報告し、医師からfaxか電話で指示が出る。往診中に指示内容の変更等あれば、その場から携帯電話で連絡が来ることも多い。
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	主連携先について困ったことはない。在宅メインでない診療所などの場合、家族で看取りたい意向にもかかわらず、急変時に医師が訪問できないとのことで入院し死亡となるケースがある。
2) 患者・家族で問題となったこと	
3) その他	
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	医師の判断。(臨時の薬、皮下注、モルヒネセット等が出されており、量も決めてある。主連携先は頻繁に訪問するので、タイムリーに新しい指示が出る。疼痛緩和が必要な患者は、きちんと疼痛コントロールができる医師にしか振られてこない。)
②増量	同上
③頓用	同上

2) オピオイドの投与	
①開始	同上
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。
 

看護師の経験と、医師・看護師間の信頼、コミュニケーションが重要。これがあれば現状で特に問題はない。報告・連絡し、医師の指示を出してもらうという基本は守るようにしている。
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。
 

特になし

### その他

- 医師との関係：
- ・多数の医師と関わってきたが、尊敬できるのは現在の主連携先の医師のみ。初めて本当に連携して仕事できた。データを見るだけでなく患者に手を当てて診られる医師であるべき。
- 看取りについて：
- ・家族に看取り方を教えれば看護師の付き添いは不要との論もあるが、そうではない。看取り者が50代以上であれば覚悟もできていて家族のみで可能な場合もあるが、若い人では動揺が大きく、訪問看護師がついていることが必要。
  - ・主連携先病院は、医療面については心配なくコントロールしてくれているので、むしろ最終段階では、訪問看護師のメインの仕事はこの部分となる。
  - ・死後の処置のやり方にもこだわっている。病院のようにあごが開かないよう布を頭の上で縛るようなことはすべきでない。最後の化粧、服装など、家族とどうしたいか話しておく。綿は下から詰めていき、口に詰めるのは最後にする。

### 調査担当者の感想

人情味あふれる熱血所長だった。包括的指示の意味は十分理解してもらえていないように思える。全て指示の下動しているとおっしゃっているものの、実際は事後報告もあるようで、要町病院と非常に強い信頼関係のもと、意識しない包括的指示の状態となっている様子。すばらしい看護をされているが、所長の生活を犠牲にした献身的な動きで成り立っており、これからの若い世代の風潮になじみにくいこと、このような人材がそうたくさんいるとは思われないことから、今後広く行っていくには、組織的な体制を組むなどの何らかの対策が必要と思われる。今回のテーマではないが「看護師とヘルパーの連携」について掘り下げてみたいステーションだった。

No.9 - 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	個人
2) 担当医師	常勤 1名 非常勤 2名
3) 2005年 在宅死がん患者数	130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ヶ所
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（唯一常勤の院長が対応）
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：「はじめよう在宅医療21（医学書院）」を紹介している
2) その他	

#### 指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	作成したほうがよいかもしれないが、ケースバイケースのことが多いため。（最後まで自宅 or 最後は入院 等様々）
2. 医師からの指示方法	Tel（緊急でないときは fax）で逐次指示。家族の意向もあるのでパターン化するとトラブルになるため、ケアマネ、看護と tel でやり取りしながら決める。
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	
24時間対応や技術レベル（点滴・導尿等）につき差があるため、医師ができると思って指示してもできない場合がある。	
2) 患者・家族で問題となったこと	
訪問看護と医師との方向性のずれがあるとき。看護師によっては自分の思いが強い人もある。家族が点滴希望するためメンタルケア面から IVH ポートをつけても、看護師が自然死を主張し混乱することもある。看護師と医師の仲が悪いと患者が最も困るので、うまくやるようにしているが、必ずしもやりやすい看護師ばかりでもない。	
3) その他	
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	次の薬への変更のタイミング等、あらかじめ指示して、看護師に判断してもらっている。また、1日に何回使ったか等、看護師にきめ細かくチェックしてもらい、連絡をもらって都度必要な指示を出す。
②増量	同上
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	

①開始	同上
②増量	同上
③ホイトローテーション	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。
④その他：ケースバイケース。看護師と患者のかかわりが十分なら、医師の到着前に看護師が処置していることもある。死亡時刻は医師が確認した時刻にしている。（夜間に医師が必ず訪問。翌朝では翌日の訪問に支障が出るため。また、家族も僧を呼ぶなど早く次の行動に移りたいので）

### 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。
良いことと思う。ただし、技術レベルが確保されている必要がある。米国ではエキスパートナースがあり、看護師の判断が多く医師の訪問が少ないが、この形を参考にしてはよいのではないか。講習〇時間・試験合格等の条件をクリアした疼痛管理看護師には包括指示OKなど。看護師の自信にもつながる。最初は、多数の合格者を出さず、全国で10～20人程度くらいの高レベルな格式ある位置づけにした方がよい。また、勤務しながら勉強できる資格制度にすべき。同時に、医師にもモルヒネを使えない者もあり、評価が必要。これから、医師と看護師は上下関係ではなく、お互いに得意分野を教えあう関係になるべきと思う。床ずれ・疼痛緩和などは、看護師の得意分野で、看護師に講演してもらうなどもよい。在宅はもともと、病院のような上下関係でなく、看護師の判断をもとに方針変更することもよくあるものである。
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。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 酸素流量</li> <li>・ 尿カテーテル交換</li> <li>・ 末梢点滴</li> </ul>

### その他の意見

なるべく看護師と顔を合わせたいので、クリニック内に看護師がいるとベストだとは思いますが、管理が大変なので、外のSTと連携している。
STは数が増えてきたので質を問われる時代になった。安心して任せられるSTがあるとよい。
在宅には、技術・メンタルケアの両面が必要だが、育てる環境がないのが現状。指導者が良くないため、訪問看護所長によって大きく変わる。

### 調査担当者の感想

クリニック内に看護師がいず、すべて外のSTとの連携という状況下で、かつ常勤医師1名で夜間対応と、院長の負担が非常に大きいことがうかがわれた。現実的に包括指示でないと不可能な状況と思われる。その分、訪問看護への要望が非常に具体的・切実に感じられた。今後地域内で在宅医療の幅広いネットワークをつくるには、訪問看護師の評価・教育が不可欠である。
---

No.9 - 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	株式会社
2) 担当看護師	常勤 4名 非常勤 2名 (常勤換算 1.2)
3) 2005年 在宅死がん患者数	12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	他機関の無床診療所
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	有 病院 約10箇所
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
2) 看護師	①当番制 夜間は、病院ほど緊急性がないことが多い。心配なケースは帰宅途中に21時頃訪問しているため、緊急呼び出しはほとんどない。バルーンが詰まったとか、ターミナルで2～3ヶ月に1回程度。家族にも緊急時の救急対応等、レクチャーしている。
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
2) その他	

### 指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	ケースバイケースなので。往診メインか、往診と病院組み合わせか、あるいはコントロールのしかた、本人希望のケア、家族の力量等で変わってくる。
2. 医師からの指示方法	指示書にあらかじめ書いてもらう。疼痛緩和については、基本的ルール(オプソ、レスキュー等)があるが、都度連絡しオンコールで指示をもらう。また、翌日の医師の訪問等、後フォローを含め段取りしておく。
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	
とくになし。	
2) 患者・家族で問題となったこと	
病院のように誰かがそばにいるわけではないので、タイムラグが出ることに、口に出さないが不満はあると思う。	
3) その他	
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	看護師が痛みの状況をアセスし、情報提供、医師とセッションしながら決める。ある程度幅をもって指示を出しているものは、次の段階について相談する。
②増量	同上

③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	同上
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。

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。

### 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。

基本的には賛成。患者は医師には言えないが、看護のケアの中で表情などの微妙な判断からアセス評価し、痛いと感じているとわかることも多い。その日のうちに医師に来てもらうのは、医師にも負担である。副作用等のあたりまえの知識をもっていることが必要だが、その上で看護師が情報提供し判断し動くことが必要。これが患者の利益にもつながる。いったん持ち帰るのではなく、その場で判断しやってくれることが、患者や家族からの看護師への肯定的評価にもつながる。家族の状況にあわせた看取り方（家族の力量がある・家族間にトラブルがない等ときは医師なしで家族を中心に看取れる など）ができるようにしたい。今後の課題としては、残薬管理など、柔軟になりすぎず看護師がきちんと管理すべき事項は管理すべく整備していくこと。

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。

- ・ 酸素導入：在宅酸素業者が基本的に導入するので、電話確認・翌朝訪問で十分なケースあり。
- ・ 点滴
- ・ インシュリンのコントロールがしづらいケース（本人病識レベルが低い、家族環境不十分など）

### 調査担当者の感想

若い所長で、従来の訪問看護のイメージにとらわれず合理的な運営を目指していると感じた。包括指示において、看護師・医師のみならず、他職種も含め必要な条件・整備すべき事項を明確にしていくと、さらに現実化しやすくなるのではないかと。

今回のテーマではないが「看護師とヘルパーの連携」について掘り下げてみたいステーションだった。

No.10 - 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 3名 非常勤 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	128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 10数ヶ所
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（チームを組んだ他機関の訪問看護ステーション） ※市内については診療所の看護師（3名）が受持制で対応。他は、連携先の訪問看護STにて対応。患者により、連絡先が医師か看護師か違う
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	自宅に点滴・バルーン・座薬等、早めに置いておき、必要に応じ看護師が使用。トラブルがあれば看護師から医師に電話が来る。

#### 指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	細かい指示なしで動ける信頼できる看護師としか組んでいない。やることは大体決まっている。いつでも医師が電話を受けられる。
2. 医師からの指示方法	電話
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	あまりないと思う。困ったら電話できいてくる。看護師に任せているが、いざとなればすぐ医師が行く。
2) 患者・家族で問題となったこと	
3) その他	
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	医師が判断。
②増量	医師が判断。痛がっている等の情報を看護師からもらい、調整する。突発的なレスキューには座薬を置いておき看護師判断で使用。
③頓用	医師が判断。
2) オピオイドの投与	
①開始	医師が判断。（こちらのケースの方が多い）

②増量	同上
③ホイトローテーション	同上
④頼用	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。

①絶対に守るようにしている

30分くらいずれることもあるが、医師が必ず行く。先に少しきれいにすることはある。

#### 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。

悪くはないと思う。看護師の裁量が増えるのは良い。しかし、医師がこまめに指示を出せばよいことでもある。医師によっては「あとは勝手にやってください」となる恐れもある。元々、在宅は看護師の方が歴史が長く、包括的指示を出す側の医師の資質に不安がある。緩和ケア経験があったり、モルヒネの使い方を熟知している医師ならよいが、そうでない場合は問題。在宅療養診療所は1万件に急増したが、レベルは不明である。

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。

・ 呼吸ケア：O<sub>2</sub>の準備はすぐできないので、前もって出しておき、苦しみそうなら看護師判断で開始する。  
 ・ 睡眠ケア：不穏時、ホリゾン筋注など。  
 末期の患者が苦しむのは、痛み・呼吸困難・睡眠困難。この3つが除ければとりあえず落ち着くことができる。

#### その他の意見

・ 医師として大事にしていることは、良い看護師が長くそばにいたので頼りなさい、と患者や家族に言い続けること。これで患者の安心感が大きく違ってくるし、看護師の仕事もやりやすくなる。  
 ・ 今後の在宅医療の充実のためには、まず大学から改革する必要がある。いまだに緩和ケアの講座がない。病院でも「緩和ケア科」はなく、麻酔科等に分かれてしまっている。国で力になってくれそうな人を見つけ、動き始めているところである。

#### 調査担当者の感想

かなり包括的指示をされているが、その後の確認等、看護師にも患者にも非常にきめ細かな対応をされていると感じた。また、普段から他職種とのコミュニケーションやレベルアップに努められていること、データや資料が良く整理されている様子がうかがわれた。これらは、関わる者全員の安心感や信頼の醸成、必要な情報共有に有用で、包括的指示がきちんと機能するために重要な要素と思った。

No.10 - 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	株式会社
2) 担当看護師	常勤 3名 非常勤 4名 (常勤換算 1.2)
3) 2005年 在宅死がん患者数	75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	他機関の無床診療所
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	有 病院 2箇所
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
2) 看護師	①その他 ファーストコールは管理者が受け、管理者が行けない時や近所に住む看護師がいる場合には、他看護師にふる。
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	無し
2) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 痛みの評価ノート (初回アセス時に看護師が記入、カルテに保管)</li> <li>・ 痛みの評価表 (家族につけてもらい、医師に提示。看護師は、「3以上のとき医師に電話で了解を得てからパッチを増やす」など。患者宅に置き、看護師は書き写してカルテにファイリング。国際訪看にて作成したもの)</li> <li>・ フェーススケール表 (家族への説明用。痛みの評価表をつけるにあたってレベル表現の基準とする。井尾医師が地域勉強会で配布。)</li> </ul>

### 指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	下記方法で特に問題なく行えている。
2. 医師からの指示方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 末期の場合、訪問看護指示書が月1回出るのので、大部分確認できる。</li> <li>・ 往診が入ると頓用薬が複数種類出され、それが指示箋の代わりとなっている。レスキュー時には看護師の判断でこの中でコントロールしている。麻薬の量を増やすのは電話で医師の了解を得てからにしている。</li> <li>・ 医師の往診時に変更事項があれば、FAXで連絡がくる。</li> </ul>
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	主連携先の診療所との連携で困ったことはない。医師の方向性を理解しているため。他 (大学病院等) では指示自体に疑問がある場合もある。ターミナルをどうとらえているのか、なぜこの薬を出しているのか、方針が不明なときなど、患者のサポートにとまどう。
2) 患者・家族で問題となったこと	特になし
3) その他	指示ではないが、病院 (医師・看護師含め) が在宅を理解できていず患者への説明が不十分なことが非常に困る。退院し自宅に帰る時、「看護師が来るから大丈夫」と説明するが実際は在宅では週2回程度しか訪問はなく家族が日常ケアの中心となるので、困惑される。

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	医師の訪問時に薬が出ている。使用するかどうかの判断は看護師がスケールに基づき行う。「5以上の痛みには使用」等）ただし、医師に許可を得たあと使用する。
②増量	同上
③頓用	同上
2) オピオイドの投与	
①開始	同上
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。
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。
④その他：終末期の訪問看護師の仕事は家族指導が8割。どんな状態のとき死が近い（呼吸・脈・意識）を家族に教え、少しずつ心の準備をしてもらう。死亡時刻は主に家族に見てもらう。ファーストコールは医師にかかり、医師から看護師に tel がくる。原則として医師が行くが、往診中などですぐ来れない時は医師に連絡の上、先行して死後の処置を行う。

#### 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。
ぜひ進めるべき方向だが、ベースに医師と看護師の信頼関係が成立している上でなされる必要がある。在宅療養支援診療所でも、夜間受けられない・携帯電話に出ない・看護師が勝手なことをしたと怒る（高齢の医師に多い）といったことはよく見られる。条件をつけ、責任を持って医師も診ると確信できる場合、かつ医師も看護師を信頼できる状況の場合に限定すべき。
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。
無し

#### その他

緩和ケアにおいて、中途半端な医師判断がまだ多い。たとえば、疼痛緩和の麻薬が処方されているのに抗癌剤も投与されていることがある。補助的に疼痛緩和を行っている場合などいろいろあると思うが、看護師が治療方針に疑問を感じ、どういう意向なのか判断に苦しむ場合がある。そのような時は患者への説明もしづらく、よいケアができない。緩和ケアの基準の明確化と、緩和ケアの報酬を国としてきちんと位置づけ、責任をもって緩和ケアを行う医師を支えるしくみがあるべき。
---

#### 調査担当者の感想

医師と看護師の信頼関係には、技術レベルの他、「治療方針の共有」「在宅事業者としての動き方（連絡体制・訪問頻度等）」が重要な点で、包括指示を可能にするか否かの大きなポイントになっていると感じられた。非常に穏やかで論理的な語り口の所長であったが、十分信頼し連携できる医師は少なかったことがうかがわれた。
---

No.11 - N	訪問看護機関	複数の訪問看護ステーション	中部地方
	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  
 複数の訪問看護機関へのヒアリングのため省略

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	医師によって様々
2. 医師からの指示方法	訪問看護指示書・口頭・電話・FAX
3. これまで問題となったこと	
特になし。医師との関係が確立されているのと、関係がないのでは違いがある。	

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。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師が判断して実施可能な行為と必ず医師に確認をする必要がある行為という二つに大別して考えることが混乱を招かない。</li> <li>・ オピオイド増減については幅がありすぎると不安となる。</li> <li>・ オピオイドについては医師により指示の出し方および使用方法が異なるため、その都度確認をしている。確認を必要とするか否かという判断は、看護師のアセスメント能力によるのではないだろうか。要は、医師と看護師の役割分担が正確に行われるようになることが必要だと思う。</li> <li>・ 各々の医師との関係性において対応は異なる。</li> <li>・ 包括的指示というのは具体的ではないため、もし行うなら出した指示に対して全て責任を持つというような文言が必要ではないか。</li> <li>・ 看護師各々の能力にもよる。アセスメント能力および技術など教育・指導によるため、看護師のレベルを均一化しなければ事故は起こる。</li> <li>・ 医師側にとっても包括指示の解釈を統一しなければならないと思う。</li> <li>・ 包括化することのメリットはどこにあるのか。</li> <li>・ 今後地域医療が増えていくことにより、お互いの役割について（医師・看護師）しっかりと認識する必要がある。</li> </ul>
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。
特になし

調査担当者の感想

<p>包括的指示は医師に確認すべき事項と看護師がアセスメントし判断の上実施可能な事項とを認識することが必要と考えている管理者が大半であった。包括的指示の内容よりは、地域医療においては医師・看護師の関係性が非常に大事にされていることを感じた。</p> <p>また、地域性によりオピオイドの使用方法については様々であり、包括的指示の必要性（オピオイドの増減など）を感じている管理者は殆どいなかった。包括的指示がかえって、医師との関係性に溝を作ってしまう可能性があることも示唆された。</p>
---