

No. 12 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	関西地方
	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 1名 非常勤 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	20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	院内の訪問看護部
2) 他のSTとの連携の有無	無（やりにくいため）
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（実質的に院長）
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	有（淀川キリスト教病院の緩和ケアマニュアル、「在宅ホスピスハンドブック」関本雅子編著）

指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	必要がない（問題を感じた事はなかった）。
2. 医師からの指示方法	毎朝ミーティングを30分行う。その後、看護師は患者宅に電話し、診察中の医師に報告しつつ指示を受けて訪問する。異常があれば再び指示を仰ぐ。
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	指示が正確に伝わらなかった事がある。
2) 患者・家族で問題となったこと	迅速に対応しているので、多分ないと思う。
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	医師の指示。
②増量	ミーティングと、訪問した看護師の報告を受けて医師の指示。する。
③頓用	手持ちのものがある場合は、看護師の判断でおこなっている。
2) オピオイドの投与	
①開始	情報を受けて、医師の指示。を出す
②増量	同上
③オピオイドローテーション	医師の指示。
④頓用	速効性のものがある場合は、看護師の判断で行なう

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。

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。ただし、その場合は家族の了解をとる。夜中は医師が行く。
これまでの約 100 の在宅死のうち、医師の診察があとになったのは 5 人前後であるが、もしそのような規制緩和が行なわれるならば、現場としては大変助かる。

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。

良いと思う。ただしそれは①医師、ナースの密接な連携があること、②医師自身は看護師の業務が出来やすいように医療面から支える仕事と考えている、という視点をもつようにしている。しかし、当院は院内訪問看護の形をとっているので、このような形でも仕事がしやすく出きるかたちに余地を残して欲しい。介護保険制度が業務上煩雑すぎる。

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。

特別ない。

その他

1) 本医療機関の所在地の市では、現在本医療機関含め 4 つの診療所が末期がん患者の在宅ケアにあたり、連携をとっており、共通の HP を持っていて、必要な情報を市民に流しているとの事。在宅死看取り数は本医療機関が圧倒的に多く、他は年間、各 5 例程度との事。注目すべき事は、本医療機関の開業以来、当市のがん患者の在宅死が 3 倍になったこと（4→12%）で、この事実は全国の在宅死頻度を検討していた医大の公衆衛生学教室の調査で、偶然発見されたとの事。これが注目されて、行政の視察やマスコミの取材があったとの事。当市の人口は約 20 万人なので、年間死亡者（人口の 1%と計算して）は 2 千人、がん死亡者数（死亡者の 30%と計算して）は 600 人となる。本医療機関が関わる年間死亡者は 20 人なので、当該市における年間がん在宅死者数の 3.3%に相当する。従って末期がん患者在宅死増加分 8%のうち、およそ 40%を本医療機関の存在によると考えられる。当市の規模で、在宅死率 40%を目標にするならば、その数は 240 人。本医療機関規模の在宅死（年間 20 例規模）を扱う診療所が、岸和田市に 12 施設あれば十分という事になる。コストパフォーマンスの点から、検討する必要がある。末期がん患者の在宅ケアに熱心な医師の存在により、その地域の末期がん患者の在宅死率が著明に増加した事実は、すでに岩手県北上市にあり、そのような実態を調査して、末期がん患者の在宅ケアを推進する医療機関の存在形態について、メスを入れる必要な時が来た様に思う。

2) 末期がん患者の在宅ケアを提供する場合、介護保険を利用する事の問題を改めて考えさせられた。介護保険の適応を末期がん患者に関しては特別扱いをすべきではないか。あるいは末期がん患者の生活支援を別に考えるべきではないか。この点に関して本調査の回答医師が指摘したのは、①介護保険認定などその手続きにかかる費用は無視できない、②保険適応の期間が短い（平均して 2 ヶ月弱）ので、介護保険の設立趣旨（つまり長期間の生活支援を行なう）と反する。介護認定までに要する時間がかかりすぎる、病状の変化が短期間で起きるので認定時の要介護度とその時点の状態（要介護度）が一致しない、そのため再申請を行わなければいけない場合など、患者にとっての不利益があまりに大きい、③末期がん患者が介護保険を使用して受けるサービスはベッドレンタル、介護マットの使用などが主で、その利用のためだけに介護保険の煩雑な手続きを踏まなければならないのは、患者・家族、審査に当たる者、書類を書く現場の医療者にとって不利益が多すぎる。

調査担当者の感想

本医療機関では診療所内の看護師が訪問看護にあたっている。そのメリットは①介護保険の煩雑な書類から解放されること、②医師と看護師が常時同じ場所にいるので連携を取りやすい、事がある。デメリットは在宅末期医療総合診療料対象のがん患者以外の診療報酬、特に訪問看護料が低い事がある。しかし、介護報酬の煩雑さを考えると、メリットの方が大きいとの事。

No.12 - N	訪問看護機関	診療所 院内訪問看護部門	関西地方
	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. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	医療法人
2) 担当看護師	常勤5名・非常勤1名（外来業務を補佐しながら訪問看護を行なっている）
3) 2005年 在宅死がん患者数	20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	同一医療機関（院内訪問看護部門のため）
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	②主治医 院長1名（まず看護師に連絡があり、その後必要に応じて）
2) 看護師	①当番制（常勤看護師が交代制）
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（淀川キリスト教病院の緩和ケアマニュアル、関本医師著「在宅ホスピスハンドブック」）

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	必要がない（問題を感じた事はなかった）。
2. 医師からの指示方法	毎朝ミーティングを30分行う。その後、看護師は患者宅に電話し、診察中の医師に報告しつつ指示を受けて訪問する。異常があれば再び指示を仰ぐ。
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	指示が正確に伝わらなかった事がある。
2) 患者・家族で問題となったこと	迅速に対応しているので、多分ないと思う。
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	医師の指示。
②増量	ミーティングと、訪問した看護師の報告を受けて医師の指示。する。
③頓用	手持ちのものがある場合は、看護師の判断でおこなっている。
2) オピオイドの投与	
①開始	情報を受けて、医師の指示。を出す
②増量	同上
③オピオイドローテーション	医師の指示。
④頓用	速効性のものがある場合は、看護師の判断で行なう

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。

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。ただし、その場合は家族の了解をとる。夜中は医師が行く。これまでの約 100 の在宅死のうち、医師の診察があとになったのは 5 人前後であるが、もしそのような規制緩和が行なわれるならば、現場としては大変助かる。

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。

特になし

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

No.13 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	関西地方
	調査担当	松本 武敏（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 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	
2) 看護師	
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	
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	
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枕オットローション	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。

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。
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。

No.14 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	関西地方
	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 1名 非常勤 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	33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 しかし数は少なく、初めてのST組む事はない（やり方、考え方が違うから）。他に特養、GHの看護師とチームを組んでいる。
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	③その他：回答医師一人があたっている。家族からの連絡はST所長がすべて対応し、原則として所長が訪問する。そのときの状況によって所長の判断で対応する事もあるし、状況によっては観察した事を医師に伝える。所長からの連絡であれば、医師は原則として時間を問わずすぐ往診するようにしている。とはいえ、実際にはかなり所長の力に頼っているところがあり、そのような事が可能になるのは、医療者と患者側のコミュニケーションが十分あり、内容によっては医師の指示を待つことなく、所長の判断で医行為を行う事を患者サイドが受け入れているからだと思う。また医師・看護師は日ごろからコミュニケーションを十分とり、お互いがお互いを信頼しているから問題なく必要な医行為が実施に移されるのだと思う。他のステーションを使用する場合には、このようなわけにはいかない。
2) 看護師	③その他（ST所長が一人で担当している）
4. 訪問看護との連携における約束事	
1) 共有する教科書等、特定の文書の有無	有：（回答医師作成。ただし現在は未完成の形）

指示表の内容

1. 包括指示表を作成しない理由	現在作成中のため、必要性の理由：日ごろ、連携するステーションとは連絡を密にしており、特別な必要性を感じていなかったが、指示内容を含めて在宅ホスピスケアに関する共有する文書の必要性を感じていた。
2. 指示表作成の経緯	たまたま在宅ホスピスケアについて講演する機会があり、そのとき使用した資料を整理して、新たな共有する資料を作成した ①疼痛緩和：中心的内容 ②それ以外：まだ充分整理されていない
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	
医師と常時連絡が取れるので、特に問題となったことはない。会議のときのみ、連絡に少し時間をとられることがある。	
2)患者・家族で問題となったこと	
特にないように思う。	
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	医師の指示
②増量	医師の指示（電話で指示することもある）
③頓用	看護師の判断
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	看護師の判断

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。
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：死亡診断のルールはできるだけ守るようにしているが、これから患者数が増えたときの事などを考えると、看護師の観察（死の三徴など）をもとに、診察を前に医師が死後ケアに取り掛かることができればよい。ただし、それはがんなどの患者で、死が十分予測された場合に限定すべきであり、医師の診察は必ず行なうようにしなければならないと考えている。

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。そのようなコンセンサスが得られれば、現場にとって大変役に立つと思う。
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。
細かい指示を医師がいちいち出すことはない。細部にわたってまで細かい指示を出す医師がいるなら（そのような医師がいることは驚きだが、いてもおかしくないのかもしれない）、指示一覧の雛形を作ってもらい、それを参考にしてもらったらよいかもしれない。

調査担当者の感想

<p>ルールに忠実に沿った形（指示の出し方、死亡時の診断など）で医行為が行われており、患者・家族の安心も大きく、ある意味で目標となる在宅ケアが行なわれている。</p> <p>指示が実行されるにあたり、①コミュニケーションがしっかりしている事（日ごろのコミュニケーション、緊急時の連絡など）②医師がST所長を信頼している事③看護師も意思を信頼している事③患者の不安、希望を敏感に汲み取り、緊急の往診、訪問看護を密に行っている事、などの特徴が本医療機関のグループにはあると思う。</p> <p>ただし、医師と所長の献身的な働きがなければこのような、目標とすべき医療の実施は難しく、その分、両者の燃えつきが心配。本医療機関の開始が平成2年、在宅医療を開始したのが平成4年、ステーション開設が平成9年なので、かなりの経験をすでに積んでおり、このような、ある意味で医療者の献身で成り立っている在宅ホスピスケアは、本物であるといえよう。しかし、将来のことは医師も所長も心配しているとの事。</p>
--

No. 14 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	関西地方
	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. 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 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	33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 他の訪問看護 ST と連携して末期がんの患者を看たケースが一例のみある。実際はほとんどを当 ST で行なったので、問題となることはなかった
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 家族からの連絡は所長がすべて対応し、原則として所長が訪問する。そのときの状況によって所長の判断で対応する事もあるし、状況によっては観察した事を医師に伝える。所長からの連絡であれば、医師は原則として時間を問わずすぐ往診するようにしている。とはいえ、実際にはかなり所長の力に頼っているところがあり、そのような事が可能になるのは、医療者と患者側のコミュニケーションが十分あり、内容によっては医師の指示を待つことなく、所長の判断で医行為を行う事を患者サイドが受け入れているからだと思う。 また医師と看護師は日ごろからコミュニケーションを十分とり、お互い信頼し合っているため問題なく、必要な医行為が実施に移されるのだと思う。他の ST を使用する場合には、このようなわけにはいかない。
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	無 （診療所の医師が作成中）
2) その他	

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	必要なかった
2. 医師からの指示方法	ナースが把握した事は医師に伝え、必要な指示をもらっている。すべての医行為をそのようにしているわけではなく、内容によっては看護師の判断で行なっている。
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	医師が会議などに出席していて、連絡に時間がかかる事が稀にあるが、問題とはならない。
2) 患者・家族で問題となったこと	ほとんどないと思う。
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	医師の指示
②増量	医師の指示（電話で指示することもある）
③頓用	看護師の判断
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	看護師の判断

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。
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、「医師の診察があとになるので、さきにナース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。
現在、医師がきめ細かく対応してくれるので、あまり必要性を感じないが、医師も忙しく、これから齢を重ねていく事を考えれば、このような形の指示があれば現場は助かる。
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。
無し

調査担当者の感想

所長の献身的努力で成り立っている在宅ホスピスケアである。ホスピスケアには多かれ少なかれ、医療者のボランティア的要素が要求されるが、その点では所長の働きは 120 点。ただし、所長のような働きを他に求めるのは無理だと思う。その意味では、独特の方式と言ってよいであろう。

No.15 - M	医療機関	有床診療所（在宅療養支援診療所）	関西地方
	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 2名 非常勤 0名
3) 2005年 在宅死がん患者数	40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 (95%)
2) 他のSTとの連携の有無	有 (5%)
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、チームを組んだ医療機関、その他）②主治医、③その他
2) 看護師	①当番制（同一訪問看護ステーション、5名のナースで交代）
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	はっきりしたものはない

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	ケースによっては Standing order を出す。
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	
あると思うが、そのときはナースの判断で行なっている。	
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	医師と看護師の両方（半年か一年経験後）。看護師は医師やコンサルタントナースに相談する事がある。
②増量	同上
③頓用	看護師の判断
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。看護師の報告を参考に処方する
②増量	看護師の力量による。コンサルタントナースに相談することもある。
③オピオイドローテーション	医師の指示
④頓用	看護師の判断

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。

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、その後必ず行う。死亡診断は看護師がしてもよいのでは。

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。すでにそのようになっている。

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

調査担当者の感想

経験豊富な看護師が連携先の訪問看護 ST に入職したことによって、看護師中心の在宅ケアが行なわれるようになって来た。彼女は理論的に指導的な立場をとっている（医師の話）。これからの在宅ホスピス普及の大きな鍵のひとつは、医療者の教育ということであるが、その点、彼女が前職場で受けた教育、学んだ事が役にたっていることは、教育の方向性のひとつを示しているように思う。本医療機関は、訪問看護 ST と密接な関係があり、週に 1 回、医師と看護師の約 30 分間のランチミーティングを定期的に行っており、そこでの情報交換が大きな意味を持っているとの事。

No. 15 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	関西地方
	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. 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 1名
3) 2005年 在宅死がん患者数	40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	同一医療法人の有床診療所
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	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、チームを組んだ医療機関、その他）②主治医、③その他
2) 看護師	①当番制（同一訪問看護ステーション、5名のナースで交代）
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	ケースによっては Standing order を出す。
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	看護師の判断で間に合う事が多く、看護師自身が迷ったときには、所長などと相談している
2) 患者・家族で問題となったこと	聞いていない
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	医師と看護師の両方（半年か一年経験後）。看護師は医師やコンサルタントナースに相談する事がある。
②増量	同上
③頓用	看護師の判断
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。看護師の報告を参考に処方する
②増量	看護師の力量による。コンサルタントナースに相談することもある。
③ピオイドローテーション	医師の指示

④頓用	看護師の判断
-----	--------

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。
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、その後必ず行う。死亡診断は看護師がしてもよいのでは。

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
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。かなりのことを看護師は委託されて、自主的に行なっている。たとえば診療所への入院も。しかし、これは一般的でないので、あえて指示に入れる必要はない。

No.16 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	関西地方
	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1名・非常勤 0名
3) 2005年 在宅死がん患者数	34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	院内の訪問看護部門
2) 他のSTとの連携の有無	無（がん患者に関して）
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（医師1名で対応）
2) 看護師	①当番制（木・土・休日は当番。他はチームリーダーが受け、対応者の振り分けを行う）
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	有（「退院後のがん患者と家族の支援ガイド」プリメド社 2004年）

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	現実にはそれに近いことをやっているが、支持票としてはない。今までのやりかたで大体うまくいっている。
2. 医師からの指示方法	①医師の診察、評価→指示（初診時、相聞診察時など） ②看護師が問題点に気づいたとき：1) 医師へ報告→指示、2) 事後報告になることもあり
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	電話で出られないこともあるが、すぐ都合をつけて連絡をとっているため、看護師が困ることはないと思う。
2) 患者・家族で問題となったこと	コミュニケーションその他で問題となったことはないと思う。一人のナースが在宅かかりつけとなっている。
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	医師が患者・家族、ナースに必ず指示を出す（電話指示のこともあり）
②増量	医師が必ず指示を出す（電話指示のこともあり）
③頓用	医師が患者・家族、ナースに必ず指示を出す（電話指示のこともあり）。ナースの事後報告もあり。ナースの力量をある程度判断している
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。看護師の報告を参考に処方する
②増量	看護師からの報告を受けて、医師がナースに必ず指示を出す（電話指示のこともあり）

③オピオイドローテーション	同上
④傾用	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。
死が近づいた場合、ナースが頻繁に訪問しあらかじめ家族に説明をしているので、死の場面に医療者が立ち会うことは積極的に考えていない。 まずナース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。
大賛成
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、排尿、排便のコントロールなど。

調査担当者の感想

経験豊富な看護師が連携先の訪問看護 ST に入職したことによって、看護師中心の在宅ケアが行なわれるようになって来た。彼女は理論的に指導的な立場をとっている（医師の話）。これからの在宅ホスピス普及の大きな鍵のひとつは、医療者の教育ということであるが、その点、彼女が前職場で受けた教育、学んだ事が役にたっていることは、教育の方向性のひとつを示しているように思う。本医療機関は、訪問看護 ST と密接な関係があり、週に 1 回、医師と看護師の約 30 分間のランチミーティングを定期的に行っており、そこでの情報交換が大きな意味を持っているとの事。
--

No.17 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	中国地方
	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. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	社会福祉法人
2) 担当看護師	常勤5名・非常勤4名
3) 2005年 在宅死がん患者数	18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つ
2) 他の医療機関とがん患者での連携の有無	無（過去に1例あったが、実質的にSTでほとんど対応）
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) 看護師	③その他（受け持ち看護師とそのサブが対応）
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	
2) その他	

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	
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	原則として看護師が判断
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
②増量	医師の指示。ただし微調整は看護師が行う。
③オピオイドローテーション	医師の指示

④ 頓用	看護師の判断
------	--------

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。

まずナース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。その指示を必ずもらってから、死後の処置にとりかかる。医師は死亡診察をその後に必ず行う。

一例、呼吸器をつけていた患者がいて、ナースの判断では死亡の確認ができなかったため、医師の往診を依頼した。

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

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。

特に作る必要はないと思う。

調査担当者の感想

呼吸器を在宅で末期がん患者が装着している事は非常に例外的なことであるが、死亡マニュアルを作成するときにはこの問題を避けて通れない。がん患者に関しては、本訪問看護ステーションのように独立型の場合、医師との連携は限られた特定の医師となる。やむをえないというか、当然であろう。

No.18 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	四国地方
	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
2) 担当医師	常勤4名・非常勤4名
3) 2005年 在宅死がん患者数	40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 ST
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	本医療機関に所属する常勤看護師4名が当番制をとって、患者からの緊急電話を受ける。原則として医師に報告をし、指示を受けて必要な医行為を行う。
2) 看護師	
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

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	
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	
2) 患者・家族で問題となったこと	
無	
3) その他	
指示した点滴の内容を看護師が間違えそうになったことがある。	
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	医師の指示。患者に予め薬剤を渡しているため、すぐに開始可能。
②増量	看護師の連絡を受けて医師の指示。する。
③頓用	あらかじめ指示した範囲内で、看護師の判断で投与している。
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示による。あらかじめ患者に処方したものが渡してあることもある。このようなケースでは医師の指示のもと、すぐに開始することができる。
②増量	看護師の連絡を受けて医師の指示。
③オピオイドローテーション	医師の指示。
④頓用	あらかじめ指示した範囲内で、看護師の判断で投与している。

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。

①絶対に守るようにしている。死は在宅ケアのクライマックスなので、患者や家族は医師にまずみてもらうことを望んでいる。

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。
--

反対ではないが、ナースの力量を判断するのが難しいのではないか。

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。

特に意見なし。
