

No.18 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	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. 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4名・非常勤4名
3) 2005年 在宅死がん患者数	
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
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	同一医療法人の医師の場合：診療所の看護師が対応 他機関の医師の場合：①当番制（常勤看護師4名）：指定された連絡先の医師（これは必ずしも受け持ち医が所属する医療機関とは限らない）に報告をし、指示を受けて必要な医行為を行う。
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	
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	
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。

--

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.19 - 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1名（がん以外の疾患を担当）・非常勤6名（うち3名（母体病院の常勤医）が末期がん患者の在宅診療を担当）
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つ
2) 他のSTとの連携の有無	希に有
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	
2) 看護師	①当番制（連携先訪問看護ST）
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	必要がない（週1回ケースカンファを開き、予測的な対応を検討している。また問題が生じたときにはすぐに連絡、相談できる体制にある。）また、一般的な指示があるとそれが手かせ・足かせになって却ってやりにくくなるのではないかと、ということに危惧している。
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	
無いと思う。看護師はその患者の受け持ち医師から指示を受けるが、その医師に連絡がとれない場合は、他の医師（在宅ホスピスケアを担当する他の二人の医師）に相談し、指示を受ける。そこで指示を出す医師は受け持ち患者ではなくても、カンファレンスで患者の状況を把握しているので、適切な指示を出す事ができる。	
2)患者・家族で問題となったこと	
3)その他	
週一回のカンファでケースごとに予測される病状変化を医師とナースで討議し、必要な指示を医師はこの段階で出しているため、問題となることはあまりない。	
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	ナースの報告があって医師が処方し、対応する。ただし患者の手元に薬がある場合は、看護師の判断で開始することもある。
②増量	レスキュー量を参考にし、看護師の判断で増量する事がある。
③頓用	回数の上限を決めて、その範囲内は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	基本的に医師の指示
②増量	レスキュー量を参考にして増量するが、看護師によっては独自の判断で増量してよいことを許可している。
③レオイトローション	医師の指示。
④傾用	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。
他のSTと連携するときは、相手の能力がわからないので、一定の指示の形があるとお互いに助かると思う。
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。
いろいろあるが、とりあえずよいのではないか。

調査担当者の感想

専門看護師がいるので、医師、看護師の間の連携がうまく取れているように思う。専門看護師の存在で医師の意識も変わってきたようであるが、実際は医師による意識のばらつきが強く、苦勞しているようである。また、ここでもうまくいっているのは、ケース毎の情報共有がしっかりなされていることで、定期的なカンファが行われていることが大きく影響しているであろう。
--

No. 19 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	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. 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 名・非常勤 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			
2) 看護師	同一医療法人の訪問看護 ST: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	必要がない（週1回ケースカンファを開き、予測的な対応を検討している。また問題が生じたときにはすぐに連絡、相談できる体制にある。）		
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			
<p>看護師はその患者の受け持ち医師から指示を受けるが、その医師に連絡がとれない場合は、他の医師（在宅ホスピスケアを担当する他の二人の医師）に相談し、指示を受ける。そこで指示を出す医師は受け持ち患者ではなくても、カンファレンスで患者の状況を把握しているので、適切な指示を出す事ができる。</p>			
2) 患者・家族で問題となったこと			
3) その他			
<p>週一回のカンファでケースごとに予測される病状変化を医師とナースで討議し、必要な指示を医師はこの段階で出しているため、問題となることはあまりない。</p>			
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	ナースの報告があって医師が処方し、対応する。ただし患者の手元に薬がある場合は、看護師の判断で開始することもある。		
②増量	レスキュー量を参考にし、看護師の判断で増量する事がある。		
③頓用	回数の上限を決めて、その範囲内は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
②増量	
③ピットローテーション	
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。

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。

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.20 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	九州地方
	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	個人
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	0名（2006年開設以後49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	同一医療機関の訪問看護部門
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（月・金・隔週の土日）
2) 看護師	①当番制（火・水・木、隔週の土日）
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（病院勤務時からの暗黙のルールあり）

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	看護師が判断できているが、患者サイドへの納得のためにも医師への連絡をしてもらっている
2. 医師からの指示方法	薬剤の分量の変更を看護師にどのように伝えるか、と言う点。つまり、皆が常に集まるわけではないので、患者のところにノートを置いて、変更量、理由を記載している。現場に情報があるようにする
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	
無し	
2) 患者・家族で問題となったこと	
無し	
3) その他	
無し	
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。
③頓用	医師の指示。（ロキソニン、ボルタレン座薬）
2) オピオイドの投与	
①開始	医師の指示。リン酸コデイン錠（20）一日3回 1-1-0-1（塩酸モルヒネ一日10mg換算） 頓用1錠
②増量	医師の指示。
③オピオイドローテーション	看護師による 特に便秘は看護師に任せてある その副作用によるローテーション（パッチは2.5mgを1枚、自宅に置いてある）

④ 頓用	医師の指示。
------	--------

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 下顎呼吸になったら、医師あるいは看護師に連絡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。 看護師に裁量権を与えるのは、いいことである。医師の判断を大切に思う患者がいるので、医師との共同作業という姿勢を見せる必要性はあるであろう。
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。 あらかじめ対応策を紙面にて呈示することで、了解は得られるであろう。例えば、痰が多いときは、ハイスコを用います。

No. 20 - N	訪問看護機関	無床診療所の訪問看護部門	九州地方
	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. 訪問看護機関概況	
1) 設立母体	個人
2) 担当看護師	常勤3名・非常勤0名
3) 2005年 在宅死がん患者数	49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	同一医療機関である無床診療所
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
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	無し
2. 医師からの指示方法	便秘に関しては任されている
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	無し
2) 患者・家族で問題となったこと	無し
3) その他	無し
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。
③頓用	看護師が判断（夜中でも医師にコールして報告）
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
③オピオイドローテーション	看護師が判断（夜中でも医師にコールして報告）

④頼用	医師の指示
-----	-------

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。
賛成 患者さんの症状変化に対してタイムリーに対応できる。
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。
褥瘡ケアに関しては、看護師に任せてもいいのではないか。

No.21 - M	医療機関	無床診療所（在宅療養支援診療所）	九州地方
	調査担当	矢元美智子（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
2) 担当医師	常勤3名・非常勤2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	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（10箇所程）。2年前に同一医療法人内に訪問看護ステーションを立ち上げ、利用者の約半分がそこの連携。他の半分は、ステーション立ち上げ以前に連携を組んでいたステーション。連携地域を作るというコンセプトがあり、連携に関して積極的に取り組んでいる。しかし、現時点では、自ら設立したステーションの経営基盤をしっかりとすることと、スタッフの内部教育を行ってから外部との連携を組んでいくことを目標としている。
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 最初の連絡先は院長。他の2人の医師も24時間連絡がとれるようにしており、全員で受ける体制をとっている。主治医制ではなく、3人の医師でグループ診療しており、情報交換は、ITや電子カルテを用いて行っている。
2) 看護師	①当番制（緊急時連絡表は以下の順番で示している。どこにかけてもよいことにしている。誰にかけても、ITのネットワークを使用することで、一人にかかる負担を減らしている。緊急時の連絡順番：1院長、2医師A、3医師B、4当番看護師（STから担当看護師の電話に転送される）、5ST所長看護師が対応する場合は、当番制だが、看護師全員が受けられるようにしている。地域によって、電波がつかない場所があったり、当番が対応できないときは、患者さんの家に近い看護師に訪問依頼することもある。）
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	無（処置やケアに関して、看護師が独自に作ったマニュアルはあるが、医師との間で使用している文書はない）

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	特に理由があるわけではない。今は、看護師への包括的指示を作るより、診療部門内での共通の治療や規範のコンセプトを作る作業を重点化している。本格的な医師間のグループ診療が、うまくいくかは分からないが、トライアル中。そういう青写真が見えてくると、今度は訪問看護との連動が見えてくるのかなという気はしている。
2. 医師からの指示方法	携帯電話を使用した口頭指示が多い。しかし、医師が増え、看護師は文書での指示を求めることがあるので、できるだけ書いたもので指示を出すことは考えており、メールを活用することが多い。例えば、紹介状を訪問先で入力し、事務に送り、書類をFAXする手続きをとってもらうなど。また、処方箋は、訪問先で手書きし、直接渡すなど。
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	
医師が夜対応し、出した指示が看護師に届いていなかった時。	
2)患者・家族で問題となったこと	
特に思いつかない。当番で困った時は、医師と看護師が夜間でも連絡がとれるようにしているので対応できているし、看護師の裁量もあるのだと思う。	

3)その他	
<p>オピオイドの量などは、個別的であり、変化があるものだから、ある程度、看護師の裁量で動かせるようなニーズは出てくると思う。しかし、あくまでもツールであって、全くの包括というのはないと思う。一方で、看護サイドからは、指示を文書にしてもらいたい要望はある。しかし、まだそこに手がつけられていないのと、逆に結構細かい指示系統の連絡網を作っていることで対応できていると思う。</p>	
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。
③頓用	看護師から医師に連絡し、確認後使用。もしくは、家族の判断で使用。
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。
③オピオイドローテーション	医師の指示。
④頓用	医師の指示。ただし、事前確認しておいて、指示範囲の中で看護師判断。医師は、必要時に看護師からの相談を24時間受ける体制をとっている。

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
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：厳密には②、立場上は①。原則として駆けつけるが、看護師が早く到着する場合は、死亡処置は看護師が始めている。しかし、それを明確化してしまうと、保険診療上の問題で、死亡診断前は生きている扱いであるために保険点数がとれないので、原則的には①。

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。
<p>この方向で包括指示のパスを作ってもらうのは非常にありがたく、基本的に有用性はあると思う。ただ、薬の使用は、最終的には医師の判断が必要と考える。情報ツールが発達していない場合は、包括指示が有用で、使って悪いということはないが、医師と看護師の連携をメールや携帯を使って情報交換できる体制を作って確認できることがまずは重要だと思う。看護師が裁量権のある基準をもって広げようという動きに対しては、全く賛成。だから、包括指示に対する方向に賛成するけれども、治療の最終決定と、最終責任を医師がとった上で、看護師が働きやすい環境を整えることが必要だと思う。</p>
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。
<p>糖尿病のスライディングスケールなどは、ある程度包括化できるとよいと思う。これは、家族が利用できるかともよいのかもしれない。また、ヘルパーは医療行為は認められていないが、実際は、家族の代わりに介護している場合も多いので、利用できるかともよいのだが。</p>

調査担当者の感想

<p>本医療機関の医師は、看護師が裁量権のある基準をもって広げようという動きに対しては全く賛成しており、そのためのカンファレンスや、勉強会に力を入れていることが分かった。また、治療の最終決定と、最終責任を医師がとった上で、看護師が働きやすい環境を整えることが必要だと考えており、そのツールの一つとしてIT（携帯電話、メール）を活用し、一人で抱え込まないチーム医療を志していることが分かった。現在は、包括指示という形をとるというよりは、チームでいつでも情報共有できる環境づくりに力を入れている印象を受けた。今後は、ヘルパーとの連携、育成にも力を入れ、家族がいなくてもサポートできる体制をつくっていくためのツールとしてもITを活用したい意向があるとのことだった。</p>

No. 21 - N	訪問看護機関	訪問看護ステーション	九州地方
	調査担当	矢元美智子（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
2) 担当看護師	常勤6名・非常勤2名
3) 2005年 在宅死がん患者数	25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
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 ファーストコールは、同一医療法人の診療所院長。しかし、他の2人の医師も24時間連絡がとれるようにしており、全員で受ける体制をとっている。主治医制ではなく、3人の医師でグループ診療しており、情報交換は、ITや電子カルテを用いて行っている。
2) 看護師	①当番制（緊急時連絡表は以下の順番で示している。どこにかけてもよいことにしている。誰にかけても、ITのネットワークを使用することで、一人にかかる負担を減らしている。緊急時の連絡順番：1院長、2医師A、3医師B、4当番看護師（STから担当看護師の電話に転送される）、5ST所長看護師が対応する場合は、当番制だが、看護師全員が受けられるようにしている。地域によって、電波が繋がらない場所があったり、当番が対応できないときは、患者さんの家に近い看護師に訪問依頼することもある。）
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	ある：（「あなたの家に帰ろう」おかえりなさいプロジェクト作成）
2) その他	

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	（あまり考えたことがなかった、必要がない、など。）主治医が近くにおり、携帯やメールの使用で指示を迅速にもらえるから
2. 医師からの指示方法	携帯電話を使用した口頭指示が多い。看護師は文書での指示を求めることがある。メールや電子カルテの使用で、医師や事務部門と情報共有できている。
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	
・医師が単独で家族に指示してきたことが、看護師に伝わっていなかった時。・学会や不在時、連絡がとれないときの緊急対応（他の医師に指示をみらうが）。・夜中医師がよく起きていない時の指示	
2) 患者・家族で問題となったこと	
訪問看護を手配すると医師が家族に伝えておきながら、看護師に連絡が届いていなかったこと。患者・家族と看護師の信頼関係に関わるので、困る。	
3) その他	
医師が複数関わる場合、考え方のズレが生じると難しい。利用者への影響も出る。	

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。
③頓用	医師の指示。(初回は確認。あらかじめ確認しておいて、看護師判断の時もある。報告はする。)
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
③オピオイドローテーション	医師の指示
④頓用	医師の指示。ただし、事前確認しておき、指示範囲内で看護師判断。医師は、必要時に看護師からの相談を24時間受ける体制をとっている。

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
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：利用者から看護師へ連絡が入り、医師へ連絡。看護師が先に処置することもある。ただし、十分に死期が近いことを説明し、家族が理解されている中でのケース、信頼関係ができてくるケース。

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。
看護師の知識・経験によって、包括指示を受け入れるとよいと思うが、力量がチームの中で統一されていないと難しいと思う。医師との信頼関係があることも重要だと思う。
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。
痛みの指示に関しては、他の医療機関と組んだ時は、病状の評価や症状緩和に関して、医師と考えがずれることがある。他医療機関の医師へのアプローチの仕方に気を使うことは多い。

調査担当者の感想

看護師としては、包括指示に関しては、全員がある程度同じレベルに達していることが必要と考えており、ステーション設立2年目の現在は、看護師の裁量を上げるために励んでいる様子であった。その中で、医師や他職種と連絡がとりやすく、情報を共有しやすい環境にあることは安心感もある様子であった。一方で、指示を文書化してほしい希望ももっており、医師の指示のもと看護業務を行う責任も感じている様子であった。メールの利用に関しては、個人情報の取扱いについて課題もあるのでないかと思ったが、情報共有だけでなく、疑問点を早い段階で解決するツールとして、看護師の業務に活用できるように感じた。

No.22 - M	医療機関	有床診療所（19床）	九州地方
	調査担当	矢元美智子（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
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	10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	患者宅に近い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（同一医療機関内で）
2) 看護師	③その他（診療所の当直看護師2名が兼務）
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	ある：文書名（①ピーターK著「緩和ケア百科」、②的場元弘著「がん疼痛のレシピ」、春秋社、③淀川キリスト教病院「緩和ケアマニュアル」、最新医学者、④鈴木秀子著「死にゆく者からの言葉」文春文庫、⑤系統看護学講座「ターミナルケア」、医学書院）、⑥病院独自のマニュアル

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	毎朝のカンファレンスで確認できることと、症状出現時指示書を患者に渡していることで対応できているから。
2. 医師からの指示方法	毎朝のカンファレンスで看護師に指示。患者に渡す指示書（痛み・発熱・嘔気・嘔吐・息苦しさ・不眠・不安・その他として症状に対する対応を記入して渡す）
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	
病棟が忙しくて、マンパワーが足りない時	
2) 患者・家族で問題となったこと	
連絡がきても、すぐに行けない場合	
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。看護師の判断力も求め、相談に応じる。
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	医師の指示。看護師の判断力も求め、相談に応じる。
③オピオイドローテーション	医師の指示。看護師の判断力も求め、相談に応じる。
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。

①絶対に守るようにしている

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：②に関しては、家族が死を受け入れることが出来ている時しかし、状態が悪化した時点で、看護師より連絡をもらい、亡くなる時に医師がそばにすることが多い。医師自身のスピリチュアルの面に必要で、亡くなっていく時を共有したいと思っている。

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。

痛みのコントロールに対して、看護師が主体をとったらよいと思う。医師も毎回指示を出すのは大変だと思う。看護師自身がレベルアップすることで、在宅医療が広がると思う。

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。

息苦しさ・嘔気・嘔吐・排便・褥創・吸引など

調査担当者の感想

本医療機関では、医師が臨死期には患者の隣にすることに重きをおいており（医師自身のメンタル上重要とのこと）、医師が直接判断して対応する場面も多いのではないかと感じた。ただし、看護師の判断力と実践力を医師が強く求めていることと、看護師も、患者を一番身近に看ているという意識があり、その意味で、包括指示の方向性に賛成していた。指示は文書化していないが、毎朝のカンファレンスで情報共有できることと、症状出現時指示書を患者に渡していることで対応できている様子だった。診療所であり、使用を予測される薬を患者宅に持参し、その場で医師の指示のもと使用できる点は、訪問看護ステーションの看護師が薬局とのやり取りで時間を要すのとは異なり、早い対応が可能だと感じた。

No. 22 - N	訪問看護機関	有床診療所の訪問看護部門	九州地方
	調査担当	矢元美智子（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
2) 担当看護師	常勤 11 名（うち 10 名が訪問）・非常勤 7 名（うち 4 名が訪問）
3) 2005 年 在宅死がん患者数	10 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	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
2) 看護師	③その他（診療所の当直 2 名が兼務）
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	ある：文書名（①ピーターK 著「緩和ケア百科」、②的場元弘著「がん疼痛のレシピ」、春秋社、③淀川キリスト教病院「緩和ケアマニュアル」、最新医学者、④鈴木秀子著：「死にゆく者からの言葉」文春文庫、⑤系統看護学講座「ターミナルケア」、医学書院）、⑥病院独自のマニュアル
2) その他	

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	毎朝のカンファレンスで確認できることと、症状出現時指示書を患者に渡していることで対応できているから。
2. 医師からの指示方法	毎朝のカンファレンスで看護師に指示。患者に渡す指示書（痛み・発熱・嘔気・嘔吐・息苦しさ・不眠・不安・その他として症状に対する対応を記入して渡す）
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	診療所から薬を持っていき、訪問先で状態を把握し、電話で確認して使うことができるので、特に困らない。
2) 患者・家族で問題となったこと	連絡がとれるので、今のところない。
3) その他	医師が複数関わる場合、考え方のズレが生じると難しい。利用者への影響も出る。
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。医師に相談することはできるが、看護師の判断力も求められる。
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	看護師判断で本人・家族に指示し、帰宅後医師に必ず報告を入れる。
③オピオイドローテーション	診療所から在宅に帰ってからの時間が短いので、オピオイドローテーションすることがほとんどない。
④頓用	看護師判断で本人・家族に指示し、帰宅後医師に必ず報告を入れる。

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
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：②に関しては、家族が死を受け入れることが出来ている時

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。
必要。看護師が一番身近で看ているから。
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。
医師と細かく連携がとれているし、看護師にまかせてくれているので、困っていない。

No.23 - M	医療機関	病院 (343 床)	九州地方
	調査担当	川越 厚	

以下の調査内容は同医療法人の診療所（現在は閉鎖）で末期がん患者を診ていた時のこと。医師一人で同時並行で診ていた末期がん患者数は多くて4人程度。

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0名
3) 2005年 在宅死がん患者数	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	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（同一医療機関内で）
2) 看護師	③その他（診療所の当直看護師2名が兼務）
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：指示に関する約束事は特におこなっておらず、共通の参考となる教科書などももちいていない。

指示表の内容

1. 指示表を作成しない理由	必要がない（クリニックとステーションが極めて近い場所にあり、必要に応じていつでもお互いが顔を合わせ、相談することができた。）
2. 医師からの指示方法	お互い24時間体制。医行為が必要なときには、必ず医師が指示を出すようにしている。
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	
2) 患者・家族で問題となったこと	
3) その他	
医師がすべて、いつでも対応しているので、特に問題はなかった。	
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	医師の指示。
②増量	医師の指示。看護師の判断力も求め、相談に応じる。
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	医師の指示。看護師の判断力も求め、相談に応じる。
③オピオイドローテーション	医師の指示。看護師の判断力も求め、相談に応じる。

④頼用	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。

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。 非常に助かる。
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。 →死亡診断の問題を何とかしてほしい。死亡診断、ならびに死後のケアは法律に則った手続きに従っておこなっている（家族、またはナースから呼吸停止の連絡が入ると、必ず往診し、診察をして死亡を確認してから作成するようにしている）が、時に場所が遠くてすぐに駆けつけることができなかつたり、時間的にすぐに往診できない場合は、法律違反を承知で、医師の診察前に看護師が死後のケアに取り掛かることもある。もし、医師の診察前に看護師が死後のケアに取り掛かることを公的に認めてもらえば、ありがたい。 具体的な医行為は、必ず医師が指示を出すようにしている。患者よりの訴えは直接医師のほうに来る場合もあるし、看護師を通して医師に来る場合もあるが、いずれにしろ個々の医行為は医師が直接指示をして、行うようにしている。 それは、もし医師の指示がない状況で何らかの医行為を行った場合には、家族が不信を持ち、トラブルの原因となる可能性があるからである。

その他

1) 非常にやりがいのある仕事であるが、特に 24 時間体制の問題については一人で対応していたせいもあって、医師の負担が大き過ぎ、このままではバーンアウトするのではないかと思ったこともある。
2) ナースの力量に関しては大きな問題である。現状は医師が個々のナースの力を判断すると共に、所長の意見を参考にして相手の力量にあった指示を出している。
3) 包括指示についてはよくわからない点があるが、もしそれがマニュアル化を意味するのであれば、患者の個別性が失われる恐れがあるので、そのまま賛成というわけにはいかない。ただし、事例が増えるとそのような指示のあり方は、役に立つかもしれないが、考えたこともないのでよくわからない。
4) 複数の医療機関が連携することも考えてはいるが、実際問題難しいと思う。情報が共有できなければならぬし、ナースがすぐ話し合える状況になっておく必要がある。

調査担当者の感想

指示関係の問題でうまくいったのは、①医師と看護師の連携が非常に密であったこと②医師が献身的に、文字通り 24 時間体制で即、対応したこと、などが挙げられると思う。そのことが、特別なトラブルもなく、やってこられた所以と言えよう。 ただし、このような態勢は医師の犠牲のもとになりつつあるきらいがあり、規模が大きくなったり、時間が経過すると、無理が昂じ、医師の負担が大きくなって長続きしないおそれがある。 今回のヒアリングを通して感じたことは、死亡診断のあり方を現行の法律の中でできるだけ緩和する必要があること、そのことも今回の研究に含む必要があること。
--