

200732017A

厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業

# 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

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 川越 厚

(ホームケアクリニック川越)

平成20 (2008) 年3月

# 目次

## I. 総括研究報告

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・・・・・・・・・・ 1

## II. 分担研究報告

1. 在宅終末期医療提供機関における連携ガイドライン（事前約束指示書）作成・・・・ 5

川越 厚、阿部郷子、岡部 健、平林勝政、福井小紀子、的場元弘、  
矢野栄二、山田雅子、石川ひろの

2. 在宅終末期医療提供機関における事前約束指示の試験的実践調査・・・・・・・・・・ 13

① 疼痛緩和・死亡診断に関する事前約束指示の実践調査

② 死亡診断に関する症例調査

川越 厚、阿部郷子、岡部 健、山田雅子、石川ひろの

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39

(巻末資料)

1. 末期がん患者に対する医療行為に関する事前約束指示書(例)

2. 事前約束指示の実践に関する調査票

①医療機関用

②訪問看護機関用

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）  
総括研究報告書

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

主任研究者 川越 厚 ホームケアクリニック川越 院長

研究要旨

在宅療養患者、特に様々な医療介入が必要となる末期がん患者では、その生活の質の向上を図るためには、医師と訪問看護師の十分な連携と信頼関係の下で、患者に起りうる病態の急変にも対応可能な医師の指示に基づき、看護師が的確な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護を迅速に行う、連携体制の確立が重要である。

これまで本研究班では、①諸外国と国内の実態を文献的に比較検討し、②国内における連携の実態を明確にするため医師と訪問看護師との連携に関するアンケート調査を行ない（初年度）、さらに③先駆例に対するヒアリング調査（国内医療機関、ならびに米国、英国、オーストラリア、ニュージーランド）を行ってきた。初年度実施した文献検討、アンケート調査を踏まえ、わが国の在宅ケアの現状に見合った形の、包括的指示による連携モデルを作成した（第二年度）。最終年度となる今年度（第三年度）は、上記連携モデルを用いた実践と評価を行った。すなわち密接なチーム連携をとりながら在宅終末期医療を行っている医療機関・訪問看護機関を対象とし、連携モデルの試験的な実践を依頼し、この連携モデルの利点と課題を検討した。

対象医療機関、訪問看護機関の調査報告を基に本研究班で検討した結果、本研究班で作成した連携ガイドラインは、修正なしあるいは若干の修正を行った形で、現場で十分有益かつ実践的な指針となり得ることが確認された。

研究組織

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 阿部 郷子 東電パートナーズ株式会社 事業企画リーダー  
岡部 健 医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長  
平林 勝政 國學院大学法科大学院 教授  
福井小紀子 千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野 准教授  
的場 元弘 国立がんセンターがん対策情報センターがん医療情報サービス室 室長  
矢野 栄二 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 教授  
山田 雅子 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授  
(五十音順)  
研究協力者 石川ひろの 滋賀医科大学 医療文化学講座 准教授

## A. 研究目的

本研究は、在宅療養者の看取りを効率的かつより質が高いものとするため、在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師の連携のあり方、特に看護師が現場で迅速に対応できるための医師からの指示の形を提示することを目的としている。

最終年度となる今年度は、前年度に提示した事前約束指示の形を、在宅終末期医療を先駆的にやっている医療機関とその連携先の訪問看護機関の在宅ケアチームに試験的に実践していただき、この指示の形を評価・再検討し、最終的には、疼痛緩和と死亡診断に関する、訪問看護師と医師との連携ガイドラインを提示する。

## B. 研究方法

### 1. 在宅終末期医療提供機関における連携ガイドライン（事前約束指示書）作成

初年度、第二年度に行った、訪問看護師と医師との連携に関する文献検討、全国的な実態調査（アンケート）、先駆例を対象としたヒアリング調査を基に本研究班で検討し、在宅終末期医療における疼痛緩和と死亡診断に関する連携ガイドラインを作成した。

### 2. 在宅終末期医療提供機関における事前約束指示の試験的実践調査

初年度、第二年度の調査から判断された、在宅終末期医療を先駆的にやっている医療機関とその連携先の訪問看護機関に、疼痛緩和と死亡診断に関して事前約束指示の形で連携を行っていただいた。実践後、これらの在宅ケアチームを対象に事前約束指示の連携に関する調査を行うと共に、死亡診断に関する症例の実態を調査した。

## C. 研究結果

### 1. 在宅終末期医療提供機関における連携ガイドライン（事前約束指示書）作成

作成した連携ガイドライン「末期がん患者に対する医療行為に関する事前約束指示書(例)」を巻末資料として掲載した。

### 2. 在宅終末期医療提供機関における事前約束指示の試験的実践調査

調査対象とした在宅ケアチーム9組から調査票による回答から以下に示す結果となった。

- (1) 文書による事前約束指示書の必要性は多くの機関で認められた。
- (2) 疼痛緩和に比べ死亡診断で実施例が少なく、看護師による死亡報告書の発行は少なかった。
- (3) 試用にあたっての看護師への教育は、ほぼ1時間以内と短時間であるにもかかわらず、十分であったと認識されていた。
- (4) 事前約束指示の試用後、多くの機関で疼痛緩和などの知識の整理や治療方針の理解向上、処置時間短縮などといった有効性が評価された。
- (5) 死亡診断に関する症例調査では、死亡時から医師の死亡診断あるいは看護師による死の三徴確認、ご遺体のケアの開始までの時間について、症例の状況と関連した実態が明らかになった。

## D. 考察

- (1) 対象医療機関、訪問看護機関の調査報告をもとに、本研究班で検討・作成した連携ガイドラインは、修正なしあるいは若干の修正を行った形で、現場で十分有益かつ実践的な指針となり得ると考えられる。ただし、①書式のさらなる簡素化、②緊密な連携基盤が必要であるため使用できる機関に条件を設けるべき等、今後継続して検討が必要な課題も指摘された。
- (2) 死亡診断で事前約束指示の実施例が少ない理由として、医師の患者宅への到着が早かったためである他、医師の死亡診断を希望する家族の心情を考慮したためであり、使用拡大には家族への十分な説明も重要である。
- (3) 試用にあたっての看護師への教育は短時間であった。これは、調査対象が看取りの先駆的機関であり、かねてより良好な連携をしていて相互理解や知識レベルの基盤があるためと考えられる。

## E. 結論

本研究で作成した連携ガイドライン「末期がん患者に対する医療行為に関する事前約束指示書(例)」は、現場で十分有益かつ実践的な指針となり得る。ただし、書式のさらなる簡素化や使用が可能な医療機関・訪問看護機関の要件等の課題があり、今後継続して検討が必要である。

## F. 健康危険情報

特記事項なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

石川ひろの、柏木聖代、福井小紀子、松浦志のぶ、川越厚：「在宅がん末期患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」プライマリケア学会誌、vol.30 No.3 pp232-237, 2007.

Hirono Ishikawa, Koh Kawagoe, Masayo Kashiwagi, Eiji Yano: “Nurse-Physician Collaboration in Pain Management for Terminally Ill Cancer Patients Treated at Home in Japan” Journal of Palliative Care Vol.23 No.4 p255, 2007.

### 2. 学会発表

特記事項なし

## H. 知的財産の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特記事項なし

### 2. 実用新案登録

特記事項なし

3. その他

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  
在宅終末期医療提供機関における連携ガイドライン（事前約束指示書）作成

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	阿部 郷子	東電パートナーズ株式会社 事業企画リーダー
	岡部 健	医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長
	的場 元弘	国立がんセンター がん対策情報センター
	平林 勝政	國學院大学法科大学院 教授
	福井小紀子	千葉大学看護学部 准教授
	矢野 栄二	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 教授
	山田 雅子	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授
研究協力者	石川ひろの	滋賀医科大学 医療文化学講座 准教授

研究要旨

前年度までの調査結果を踏まえ、在宅終末期医療提供機関における連携ガイドラインを作成した。

連携ガイドラインは、終末期に特に重要となる「疼痛緩和」と「死亡診断」に関する、医師から訪問看護師への「事前約束指示」という形式にした。事前約束指示は「標準約束指示」と「個別約束指示」からなり、両者が存在することによって初めて、個々のケースで指示としての効力を持つことができる。

「標準約束指示」は、一定の医行為に関し、医療機関が連携する訪問看護機関に対して、両者が共通した認識を持つために重要な、あらかじめ文書で提示する標準的な約束指示であり、「個別約束指示」は、医師が患者を診察し、将来必要になると判断した医行為に対して、あらかじめ具体的、個別的に出す約束指示である。標準約束指示は、個別約束指示が出た段階で初めて、当該ケースで有効となり、個別約束指示を出す場合には、標準約束指示の扱いについて言及しなければならない。

医療的な指示は各医療機関の医師の裁量権であり、各医療機関ごとに「事前約束指示」を作成することが望ましい。本研究では、参考雛形として「末期がん患者に対する医療行為に関する事前約束指示書(例)」として提示した。この雛形を参考にして、各医療機関で独自のものを作成し、より質の高い在宅医療が提供されることを期待したい。

注) 平成 18 年度調査実施時までは、医師が事前に指示の中で約束した範囲内で看護師の裁量により判断・処置を行うような指示を「包括的指示」としたが、本報告書では調査後の議論により採用した「事前約束指示」に統一した。

## A. 研究目的

在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師の連携のあり方、特に訪問看護師が現場で迅速に対応できるための医師からの指示の形を、連携ガイドラインとして提示することを目的としている。

## B. 研究方法

初年度、第二年度に行った、訪問看護師と医師との連携に関する文献検討、全国的な実態調査（アンケート）、先駆例を対象としたヒアリング調査を基に本研究班で検討し、在宅終末期医療における疼痛緩和と死亡診断に関する連携ガイドライン「末期がん患者に対する医療行為に関する事前約束指示書（例）」を作成した（巻末資料参照）。

## C. 研究結果

### 1. 事前約束指示の概要

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。また同第 20 条には、「医師は、自ら診察しないで治療を…してはならない」との規定があり、治療を行う場合には自ら診察しなければならないことを義務付けている。

保健師助産師看護師法（保助看法）第 37 条には、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行なうのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てをし、又は助産師が…」との規定が設けられており、医師の指示があればその指示の範囲内で看護師など（「保健師、助産師、看護師又は准看護師」のことを指す）が医行為を行うことを認めている。この法律的な規定に則り、日本看護協会は具体的な看護実践の基準（1995 年、日本看護協会 看護業務基準、抜粋）を以下のごとく明示している。

#### 〈看護実践の基準〉 看護実践の内容

5) 医師の指示に基づき、医療行為を行い、その反応を観察する。

医行為とは保健師助産師看護師法（保助看法）第 37 条が定めるところに基づき医師の指示が必要であるが、医師の指示の実施に際しては以下の点について看護独自の判断が必要である。

1. 医療行為の理論的根拠と倫理性
2. 患者にとっての適切な手順
3. 医療行為による患者の反応の観察と対応

一方、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書（平成 15 年度）では、「…看護の質の向上と在宅医療の推進の観点から、医師と看護師等との連携のありかた、…、これらを推進するための方策等」を議論し、医師・看護師の信頼関係の確立を前提に、在宅医療において看護師の裁量権拡大に向けての方向付けがなされている。それらは最終的に患者が受けるケアの質の向上につながるものでなければなら



ず、この点から在宅の現場で特に問題となる「疼痛緩和」と「死亡診断」に関する指示をここでは詳しく取り上げた。今回、「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示」として当医療機関が提示するものは、以上の法律的、歴史的な事情を踏まえたものであるが、医師の指示に関する従来のやり方を越えた部分があるため、実際の運用に当たっては不明な点があれば、指示を医師に確認する必要がある。

### 1) 指示の実際

この事前約束指示書は、診療所の医師が訪問看護ステーション看護師に出す指示の例である。個々のケースにおいては、医師は診察後指示(事前)を出すので、その時点で初めて事前約束指示が有効となる。基本的にはこの約束指示書に従って、必要な医行為を行うこととする。事前約束指示の内容は以下のとおりである。

1. 一般の(疼痛緩和、死亡診断以外)指示
2. 疼痛緩和に関する指示
3. 死亡診断に関する指示

### 2) 留意事項

この事前約束指示の範囲を超えた内容の医行為は、看護師の裁量の範囲外である。従ってそのような医行為が必要だと看護師が判断した場合には、必ず医師の指示を受けなければならない。疼痛管理においては、自分のレベル以上の医行為を行う場合には、医師の指示またはその医行為を行うことが許可されているレベルの看護師に相談し、その判断によらなければならない。

## II. 本研究班における訪問看護師と医師との連携モデルの基本的概念

### 1. 「連携モデル」作成にあたって、重視した原則

- 1) 医師・看護師の連携がケア提供の基本であること
- 2) 法律的に許容される連携の形を取ること
- 3) 高品質のケアを保証すること
- 4) 実現性,実効性があること
- 5) 現場で必要度の高い医行為を対象とすること

### 2. 原則を踏まえた具体的な連携モデル(指示形態)

- 1) 標準約束指示と個別約束指示という形を用いる
- 2) 1)の約束指示が実行されるための条件を整備する
- 3) 1)の約束指示の必要性が高いとする医行為は
  - ① 疼痛緩和
  - ② 死亡診断 である

## III. 「標準約束指示」と「個別約束指示」の定義と指示体系

看護師などによる医行為の実施は、医師の診察とその結果に基づく指示に従ってなされるが、あらかじめ医師から示された指示に基づき、その指示の範囲内で一定の医行為を看護師の裁量で

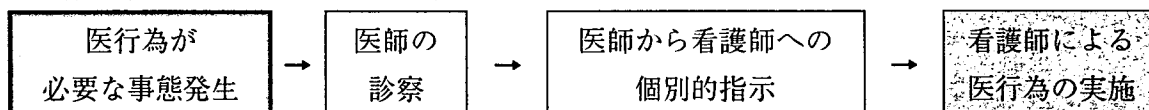
行う場合、そのようにあらかじめ示された指示のことを「事前約束指示」とする。事前約束指示は「標準約束指示」と「個別約束指示」からなり、両者が存在することによって初めて、個々のケースで指示としての効力を持つことができる。

ここで、以下のように定義する。

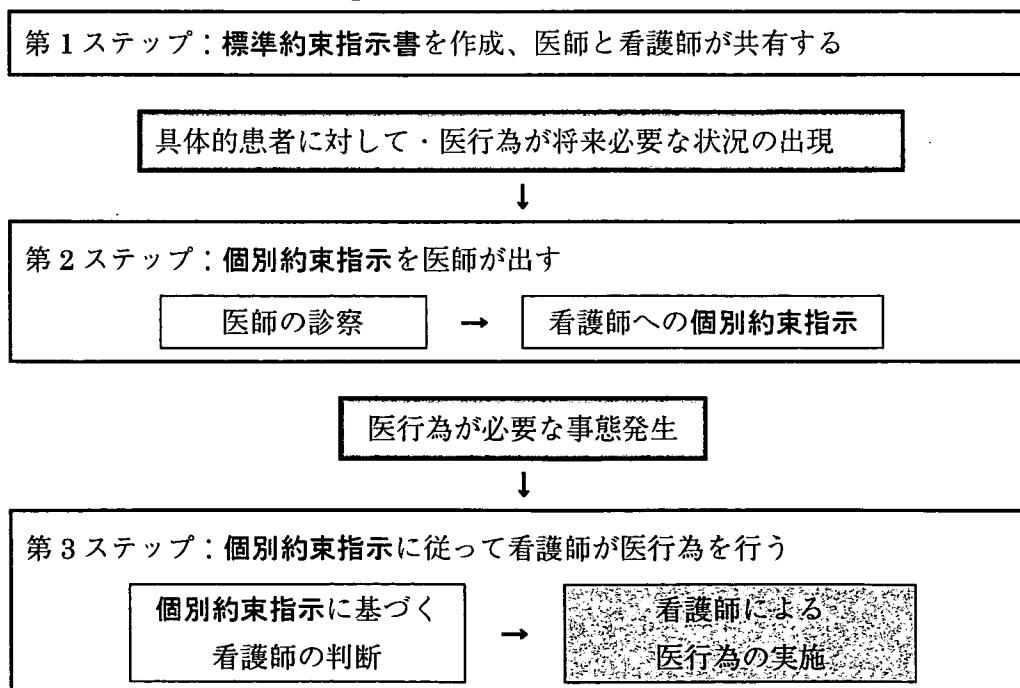
事前約束指示	標準約束指示	<ul style="list-style-type: none"> <li>一定の医行為に関し、医療機関が連携する訪問看護機関に対して、両者が共通した認識を持つために重要な、あらかじめ文書で提示する標準的な約束指示である。</li> <li>個別約束指示が出た段階で初めて、当該ケースで有効となる。</li> </ul>
	個別約束指示	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師が患者を診察し、将来必要になると判断した医行為に対して、あらかじめ具体的、個別に出す約束指示である。</li> <li>この個別約束指示を出す場合には、標準約束指示の扱いについて言及しなければならない。</li> </ul>
この指示体系は、在宅療養支援診療所と連携する訪問看護機関のみで使用できる。		

#### IV. 医行為に関する連携モデル

##### 1. 法律を厳密に解釈した場合の医行為実施



##### 2. 「医行為に関する事前約束指示」を用いた連携モデル



## V. 「疼痛緩和に関する事前約束指示」の原則

本指示は、医療機関と訪問看護機関の連携の基礎を成すものであり、末期がん患者に高品質の在宅ケアを提供するために必須である。

- 【原則】
1. 本指示は医療機関ごとに作成すること
  2. 必須内容（下記）については、必ず明記すること
  3. 連携する訪問看護機関に、あらかじめ文書で明示しておくこと

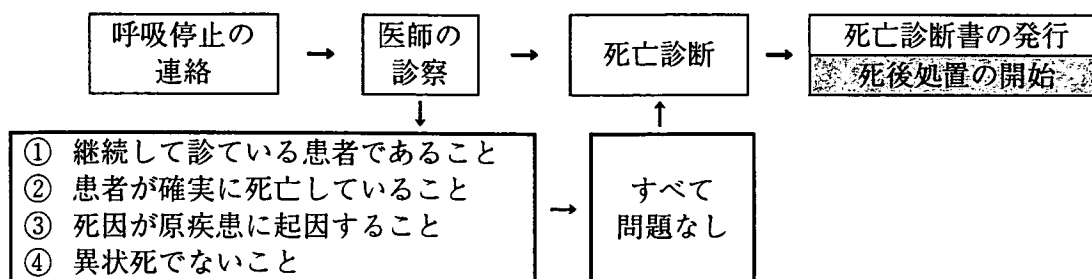
### 必須内容

1. がん疼痛緩和の原則
2. 標準約束指示の実際
  - 1) 痛みのアセスメント
  - 2) 鎮痛剤投与時の観察事項
  - 3) 疼痛緩和の基本的な方法
  - 4) 応用的な疼痛緩和方法
  - 5) 鎮痛剤の頓用（突出痛の緩和）
  - 6) 鎮痛補助薬の使用
  - 7) 副作用対策
  - 8) 過投与の是正
3. 看護師の臨床能力評価基準
4. 看護師の臨床能力評価に基づいた、「行ってもよい医行為」の範囲

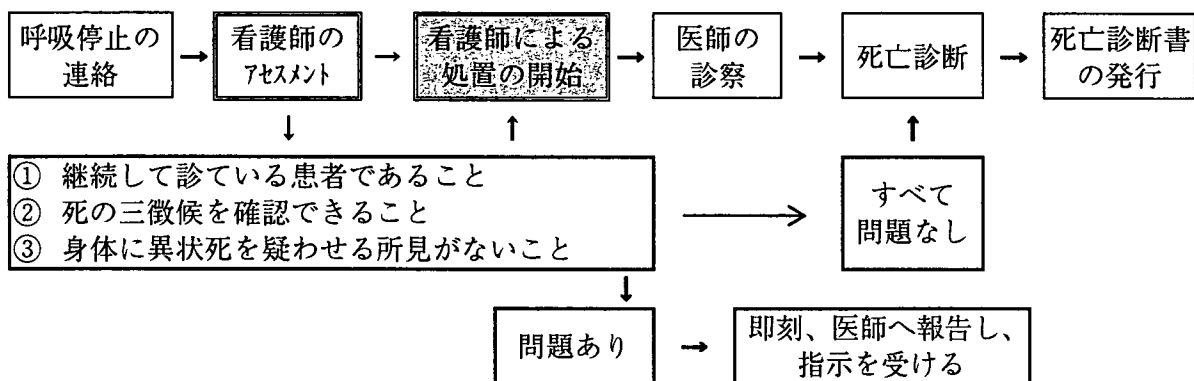
## VI. 死亡診断に関する連携モデル

### 1. 死亡診断プロセス

#### 在宅における死亡診断プロセス（原則）



#### 事前約束指示がある場合の死亡診断プロセス



### 2. 「死亡診断に関する事前約束指示」を用いた連携モデル

#### 第1ステップ

「死亡診断に関する標準約束指示書」を医療機関が作成し、訪問看護提供機関と共有する

医師が患者を診察し、死が間近に迫ったと判断した場合

#### 第2ステップ

- ・ 看護師に「死亡診断に関する個別約束指示」を出す
- ・ この時点で初めて、「死亡診断に関する標準約束指示」が有効となる

呼吸停止の連絡を看護師が受けた場合

#### 第3ステップ

- ・ 事前約束指示に従ってアセスメントし、必要なケアなどの医行為を看護師が行う
- ・ 実施後は速やかに医師に報告する

## D. 考察

連携ガイドライン（事前約束指示書（例））は、多くの医療行為のうち、在宅終末期医療に特に迅速な対応が求められる疼痛緩和と死亡診断に関して詳細に記述したことで、在宅療養者の看取りを支える医療においてより質の高いケアを提供する際の指針になると考えられる。

## E. 結論

在宅終末期医療の疼痛緩和・死亡診断に関する連携ガイドライン（事前約束指示書（例））を作成した。訪問看護師が現場で迅速に対応することが求められる現場で、十分有益かつ実践的な指針となり得ると考えられる。ただし、実際に試用することで課題を探り、さらに改良が必要と考えられる。

## F. 健康危険情報

特記事項なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

特記事項なし

### 2. 学会発表

特記事項なし

## H. 知的財産の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特記事項なし

### 2. 実用新案登録

特記事項なし

### 3. その他

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  
在宅終末期医療提供機関における事前約束指示の試験的実践調査

分担研究者 阿部 郷子 東電パートナーズ株式会社 事業企画リーダー  
岡部 健 医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長・院長  
川越 厚 ホームケアクリニック川越 院長  
山田 雅子 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授

研究協力者 石川ひろの 滋賀医科大学 医療文化学講座 准教授

研究要旨

本調査では、国内で在宅終末期医療を実践している医師と訪問看護師との連携におけるガイドラインを提示することを目的として、昨年度までの実態調査結果に基づき当研究班にて整理したガイドライン（事前約束指示書）案の実際の試用を依頼した。試用後、その有効性や改善点などに関する調査と死亡診断に関する症例調査を、郵送による自記式質問紙方式にて行った。調査の対象は、積極的に在宅終末期医療に取り組んでいる機関で、昨年度の実態調査に協力が得られた機関のうちガイドライン試用が可能と回答があった医療機関（9ヶ所）・訪問看護機関（8ヶ所）である。これらの調査から以下のことが導かれた。

- (1) 口頭のみでなく文書による事前約束指示書の必要性は、多くの機関で認められた。また、ほとんどの機関で、研究班提示の事前約束指示書フォーマットをそのまま用いており、試用にあたって大きな混乱はみられなかった。
- (2) 疼痛緩和に比べ、死亡診断で実施例が少なく、看護師による死亡報告書の発行は少なかった。医師の患者宅への早い到着という理由の他、医師の死亡診断を希望する家族の心情を考慮したためであり、使用拡大には家族への十分な説明も重要である。
- (3) 試用にあたっての看護師への教育は、ほぼ1時間以内と短時間であるにもかかわらず、十分であったと認識されていた。これは、調査対象が看取りの先駆的機関であり、かねてより良好な連携をされていて相互理解や知識レベルの基盤があるためと考えられる。
- (4) 事前約束指示の試用後、多くの機関で、疼痛緩和などの知識の整理や治療方針の理解向上、処置時間短縮などといった有効性を評価しており、提示した事前約束指示書が連携ガイドラインとして使用できうると考えられる。ただし、①書式のさらなる簡素化、②緊密な連携基盤が必須であるため使用できる機関に条件を設けるべき、といった、今後継続し検討が必要な課題も指摘された。
- (5) 死亡診断に関する症例調査では、死亡時から医師の死亡診断あるいは訪問看護師による死の三徴確認、ご遺体のケアの開始までの時間について、症例の状況と関連した実態が明らかになった。

注) 平成18年度調査実施時までは、医師が事前に指示の中で約束した範囲内で看護師の裁量により判断・処置を行うような指示を「包括的指示」としたが、本報告書では調査後の議論により採用した「事前約束指示」に統一した。

## A. 研究目的

在宅療養者、特に様々な医療介入が必要となるがん末期患者の生活の質の向上を図るためには、医師と看護師の十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の急変にも対応可能な医師の指示に基づいて看護師が的確な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護を迅速に行う、いわゆる「事前約束指示」に基づく看護の提供がスムーズに行えることが望ましい。そのためには、訪問看護師は、事前約束指示に基づく看護の提供後、患者の状態についての観察結果や看護の立場からの判断を医師などに適切に伝え、より良いケアを行っていくことが不可欠である。しかしながら、現状においては、医師と訪問看護師の連携の具体的なあり方について双方のコンセンサスの得られたガイドラインやプロトコルは少なく、連携の不十分さを指摘する声も少なくない。

そこで、本研究では、がん末期患者の在宅での看取りに焦点を当て、積極的に在宅終末期医療に取り組んでいる訪問看護師と医師に、昨年までの調査に基づき作成した連携ガイドラインの試用を依頼し、現場における有効性や改善点を検討して、在宅終末期医療における連携ガイドラインとして提示することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 対象と調査方法

調査の対象は、積極的に在宅終末期医療に取り組んでおり、かつ昨年度実態調査への協力が得られた医療機関およびその連携先の訪問看護機関のうち、ガイドライン試用が可能との回答があった医療機関（9ヶ所）と訪問看護機関（8ヶ所）である。自記式質問紙を各医療機関と訪問看護機関宛てに郵送し、郵送にて回収した。必要に応じ、試用開始前に、本研究の分担研究者および研究協力者が電話や訪問により、対象機関にガイドラインの詳細な説明を行った。目標症例数は10件とし、調査期間は、2007年11月16日～2008年1月31日であった。

なお、昨年度の調査対象機関は、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている在宅終末期医療を行っている全565の医療機関のうち、年間10例以上のがん患者死亡例があると登録されている機関である。

### 2. 調査票の作成と調査項目

調査票は、研究班担当部会において研究者が検討し、作成した。本調査では以下の項目について尋ね、事前約束指示を実践した状況と有効性・改善点等につき調査した(詳細は巻末の資料参照)。

#### ①疼痛緩和・死亡診断に関する事前約束指示の実践調査

- (1) 医療機関の在宅ケアに関する規模：年間在宅ケア患者数、在宅死がん患者数
- (2) 標準約束指示について（疼痛緩和、死亡診断）

指示書案の加筆・修正の有無、指示書の必須項目、試用した感想、死亡診断の症例調査票

- (3) 個別約束指示について（疼痛緩和、死亡診断）

事前指示実施数、指示書案の加筆・修正の有無、連携した看護師能力の評価基準、  
看護師教育の状況、看護師からの死亡報告書の状況、使用した感想

(4) その他の医行為について

事前指示書使用の有無、実施した医行為内容、指示書案の加筆・修正の有無、感想

(5) 全体を通しての感想、有効性

## ②死亡診断に関する症例調査

調査項目（症例ごと）

- ・ 性別、年齢
- ・ "呼吸停止の時刻
- ・ ご遺体のケアの開始時刻
- ・ 死亡診断書に記載した死亡時刻
- ・ 呼吸停止～看護師による確認または医師の死亡診断時刻
- ・ 家族からの死亡診断に関わる電話等の連絡時刻
- ・ 看護師の死の三徴確認時刻
- ・ 医師の死亡診断時刻
- ・ 死亡前 24 時間以内の診察
- ・ 特記事項・問題点など

## 3. 倫理的配慮

調査にあたっては、調査の趣旨に賛同した方のみ回答を依頼し、収集する情報は研究に必要な最小限の情報とした。また、調査の依頼にあたっては、回答内容はすべて本研究のみに使用し、他の目的で使用するは一切ないこと、調査で得た個人情報はすべて研究終了後、破棄し、調査結果をまとめ、公表する際にも匿名性を確保することを明記した。調査により得られた情報は全て匿名化して ID 番号により管理し、個人が特定されないよう注意を払っており、研究終了後、全てのデータは破棄する予定である。



## C. 研究結果

### 1. 調査対象の状況

医療機関が9ヶ所と訪問看護機関が8ヶ所の合計17ヶ所が対象となった。それぞれ、医療機関と訪問看護機関は、互いに連携先となっている。調査依頼は各10ヶ所に行ったが、症例がないとの返答があった機関については除いた。

### 2. 医療機関の在宅看取り規模（表1）

対象医療機関の2006年在宅死亡患者数は平均108.7名であり、最少12名、最大291名であった。また、うちがん患者数は平均88.1名で、最少9名、最多215名であり、非常に積極的に在宅看取りを行っている機関が対象となっていた。

表1 医療機関の在宅看取り規模

医療機関 ID	在宅ケア実施数（名）		在宅ケア実施がん患者数（名）	
	患者総数	在宅死数	患者総数	在宅死数
1	634	291	-	215
2	180	12	32	9
3	235	167	204	141
4	-	189	156	153
5	191	57	147	51
6	128	48	48	46
7	170	55	97	45
8	205	64	57	38
9	125	95	124	95

### 3. 標準約束指示について

#### (1) 標準約束指示書フォーマットの修正状況（表2）

疼痛緩和、死亡診断ともに、大多数の医療機関で研究班作成の指示書モデルをそのまま使用した。加筆して用いたのは、1ヶ所であり、疼痛緩和に関してであった。独自の形で行った所（1ヶ所）については、同一医療機関内の訪問看護機関とカルテを共有し、カルテに指示を記載する形で実施していた。

表2 標準約束指示書フォーマットの修正状況

使用状況	疼痛緩和		死亡診断	
	ヶ所	%	ヶ所	%
そのまま使用	7	78%	8	89%
加筆修正して使用	1	11%	0	0%
独自作成して使用	1	11%	1	11%

(2)疼痛緩和に関する必須項目（表3）

医療機関、訪問看護機関ともに、研究班の指示書モデルで挙げた項目を「必須」とする回答が多かったが、「応用的な疼痛緩和方法」や、「鎮痛補助薬の使用」、「看護師の臨床能力評価に基づいた、行ってもよい医行為の範囲」などの項目で、「必須でない」とする機関がみられた。また、医療機関に比べ訪問看護機関では、「必須でない」と答えた機関が少なかった。

また、追加すべき必須項目として、「患者・家族への薬の説明」「呼吸困難に関すること」を挙げた機関があった。

表3 疼痛緩和に関する、標準約束指示の必須項目（数字は機関数）

	医療機関		訪問看護機関	
	(N=9)		(N=8)	
	必須	必須でない	必須	必須でない
1 がん疼痛緩和の原則	8	1	8	0
2 標準約束指示の実際				
1) 痛みのアセスメント	8	1	8	0
2) 鎮痛剤投与時の観察事項	8	1	8	0
3) 疼痛緩和の基本的な方法	8	1	8	0
4) 応用的な疼痛緩和方法	6	3	6	2
5) 鎮痛剤の頓用	8	1	7	1
6) 鎮痛補助薬の使用	7	2	6	2
7) 副作用対策	8	1	8	0
8) 過投与の是正	8	1	8	0
3 看護師の臨床能力評価基準	6	2	7	1
4 看護師の臨床能力評価に基づいた、行ってもよい「医行為」の範囲	7	2	7	1

(3)標準約束指示を使用した感想（自由記載）

① 疼痛緩和に関して

- ・「在宅患者の疼痛緩和においてこのような約束指示があるべきと思う」（2件）と積極的に評価する感想があった。
- ・その他、「既に別のガイドラインを用いて行っている」「書面はないが、日々の密な連携により同様な形式で行ってきた」（各1件）といった感想があり、違和感は少なく実施された様子が見られた。

②死亡診断に関して

## ■医療機関

- ・「現状では、医師が看護師より早く患者宅に到着することが多いため必要性が薄かったが、小規模な機関の場合や今後の発展性を考えると、このような指示書があるとよいと思う」（2件）といった、今後の在宅看取りケアの推進の視点から評価する意見が出された。
- ・ただし、「家族が看護師の確認ではなく医師の診断を望む場合もあり、家族の心情に考慮しケースバイケースで行う必要がある」（2件）との留意点も挙げられた。

## ■訪問看護機関

- ・「死亡時の対応につき前もって整理できた」「効率的にケアを行うことができ、患者や家族からの信頼が高まった」「患者や家族への説明がしやすい」「わかりやすくなった」（各1件）と、円滑に業務が行えるメリットが具体的に挙げられた。
- ・また、指示書雛形の内容について、看護師が医師の診断前に処置を行ってよい時の条件が、呼吸停止後おおむね1時間以上となっているが、「実際には30分程度でケアに入っている」（1件）と、機関によっては実態とのずれがあることが指摘された。
- ・「医師到着が早く、指示書を準備したが使用には至らなかった」との感想も2件あった。

### (4) 標準約束指示を用いて看取った、死亡診断に関する症例

「死亡診断に関する症例調査」にて、呼吸停止時刻や死亡診断時刻、処置開始時刻、各症例の個別状況などの記載を依頼した。結果と分析については、本章第8節(p25)に示す。

## 4. 個別約束指示について

### (1) 個別約束指示書の発行人数および枚数（表4）

個別約束指示書を発行した患者人数および指示書発行枚数は、表4のとおりである。疼痛緩和については、平均11.8名に発行、最少2名～最多37名であった。死亡診断については、平均9.1名、最少0名～最大21名であり、死亡診断の方がやや対象患者数が少ない傾向が見られた。調査期間が約2ヶ月半であったため、該当ケースがなかったなどの理由によるものとみられる。

表4 個別約束指示書の発行人数および枚数

医療機関 NO	疼痛緩和		死亡診断	
	人数	枚数	人数	枚数
1	12	12	12	12
2	3	3	3	3
3	5	5	0	0
4	37	37	21	27
5	5	5	1	1

6	10	10	10	10
7	2	2	2	2
8	25	25	13	13
9*	7	7	20	0

※医療機関9については、医療機関の院内訪問看護部門との連携であることから、電子カルテを共有してカルテ上に指示を記載している。死亡診断については、カルテ記載のみで紙媒体の指示書発行が行われなかったため、発行枚数が0枚との回答になっている。

## (2) 個別約束指示書フォーマットの修正状況 (表5)

標準約束指示書と同様、疼痛緩和、死亡診断ともに、大多数の医療機関で研究班作成の指示書モデルをそのまま使用した。独自の形で行った所のうち1ヶ所については、標準約束指示書でも「独自作成」と回答した医療機関で、同一医療機関内の訪問看護機関とカルテを共有し、カルテに指示を記載する形で実施していた例である。

表5 個別約束指示書フォーマットの修正状況

使用状況	疼痛緩和		死亡診断	
	機関数	%	機関数	%
そのまま使用	7	78%	7	78%
加筆修正して使用	0	0%	0	0%
独自作成して使用	2	22%	1	11%
NA	0	0%	1	11%

## (3) 指示を受ける訪問看護師の能力評価基準 (表6)

昨年度の当班調査において、事前約束指示を実施するには訪問看護師に一定以上の能力が必要であるとの見解が明らかになったことから、医療機関に対し、事前約束指示を受けることができる看護師の能力評価基準を質問した。「(在宅死がん患者の) 受け持ち症例件数」を評価基準とした機関が最も多く、「受け持ち症例件数および臨床経験年数」もあったが、「臨床経験年数」のみで評価した機関はなかった。「その他」は、「訪問看護ステーション内のチームワークに任せた」(2件)、「個別評価を実施」(1件)といった内容であった。

表6 指示を受ける訪問看護師の能力評価基準<医療機関への調査>

基準	疼痛緩和		死亡診断	
	機関数	%	機関数	%
①受け持ち症例経験数	4	44%	4	44%
②臨床経験年数	0	0%	0	0%
①および②	2	22%	1	11%
③その他	3	33%	3	33%
NA	0	0%	1	11%