

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	頁	出版年
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)	232 - 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)	255 - 261	2007
川越 厚	在宅末期がん患者に対する医療行為 1. 医師と看護師の連携と指示のあり方 2. 疼痛緩和に関する事前約束指示 3. 死亡診断に関する事前約束指示	訪問看護と介護	13 巻 1 号 2 号 3 号	46-49 128-131 222-226	2008

資料編

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. 事前約束指示実践に関する調査票
 - ① 医療機関対象
 - ② 訪問看護機関対象

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)

訪問看護ステーション

への事前約束指示

医療機関名：_____

医師名：_____

(年 月 日作成)

目次

I.概要

1. 事前約束指示書の概要…………… 1
2. 「標準約束指示」と「個別約束指示」の定義と指示体系…………… 1
3. 「事前約束指示」を用いた場合の連携モデル…………… 2
 - 1) 医行為の実施
 - 2) 死亡診断の実施

II.事前約束指示1

- 医療行為の内容と指示の種類…………… 3

III.事前約束指示2

疼痛緩和に関する事前約束指示

1. 原則…………… 4
2. 看護師の臨床能力評価基準…………… 4
3. 事前約束指示の実際…………… 5
 - 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) 応用的な疼痛緩和の方法
 - 5) 鎮痛剤の頓用(レスキュー)・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
4. 事前約束指示と看護師の臨床能力評価…………… 8

IV.事前約束指示3

死亡診断に関する事前約束指示

1. 原則…………… 9
2. 死亡診断に関する事前約束指示…………… 9

V.関連する文書(個別約束指示書と死亡報告書の雛形)…………… 10

1. 一般的な医行為に関する個別約束指示書…………… 文書 1
2. 疼痛緩和に関する個別約束指示書…………… 文書 2
3. 死亡診断に関する個別約束指示書…………… 文書 3
4. 看護師からの死亡報告書…………… 文書 4

I. 概要

1. 事前約束指示書の概要

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. 死亡診断に関連した指示

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。

2. 「標準約束指示」と「個別約束指示」の定義と指示体系

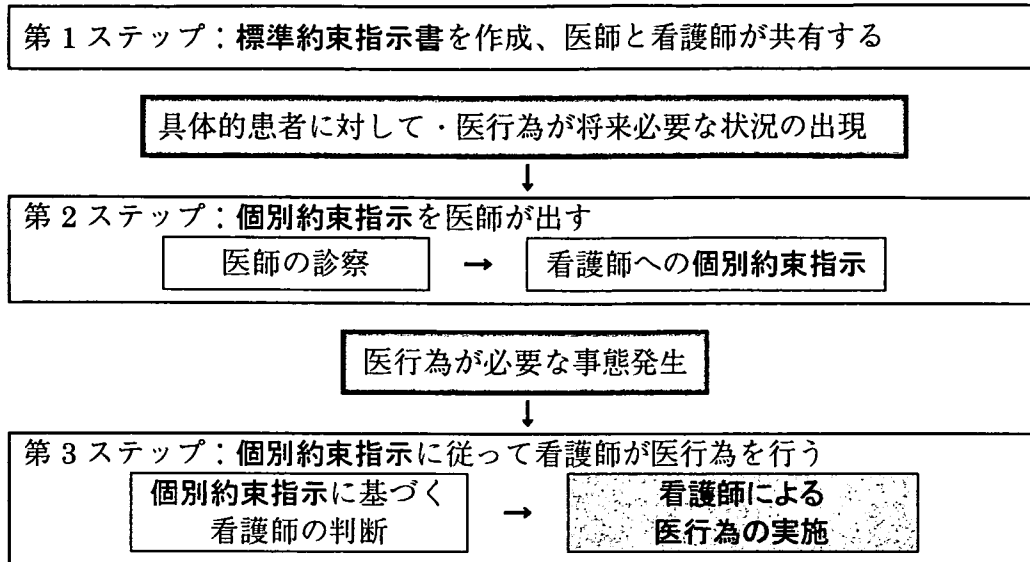
看護師などによる医行為の実施は、医師の診察とその結果に基づく指示に従ってなされるが、あらかじめ医師から示された指示に基づき、その指示の範囲内で一定の医行為を看護師の裁量で行う場合、そのようにあらかじめ示された指示のことを「事前約束指示」とする。事前約束指示は「標準約束指示」と「個別約束指示」からなり、両者が存在することによって初めて、個々のケースで指示としての効力を持つことができる。

ここで、以下のように定義する。

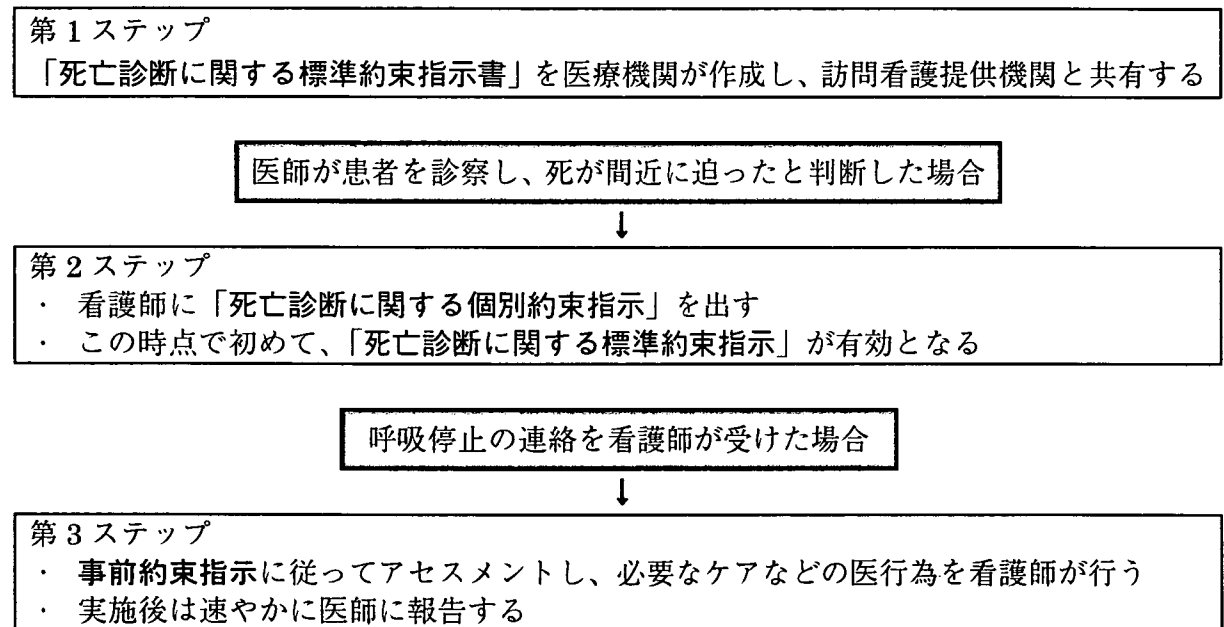
事前約束指示	標準約束指示	・ 一定の医行為に関し、医療機関が連携する訪問看護提供機関に対して、両者が共通した認識を持つために重要な、あらかじめ文書で提示する標準的な約束指示である。 ・ 個別約束指示が出た段階で初めて、当該ケースで有効となる。
	個別約束指示	・ 医師が患者を診察し、将来必要になると判断した医行為に対して、あらかじめ具体的、個別的に出す約束指示である。 ・ この個別約束指示を出す場合には、標準約束指示の扱いについて言及しなければならない。
	この指示体系は、在宅療養支援診療所と連携する訪問看護機関のみで使用できる。	

3. 「事前約束指示」を用いた場合の連携モデル

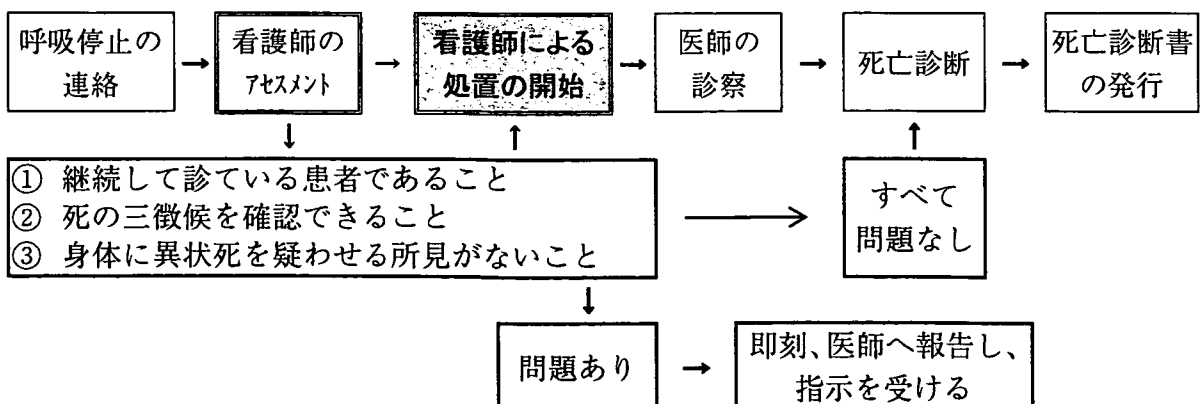
1) 医行為の実施



2) 死亡診断の実施



事前約束指示がある場合の死亡診断プロセス



Ⅱ.事前約束指示 1

医療行為の内容と指示の種類

治療・処置の内容	看護師が実施 医師が指示なし	医師が実施 看護師が指示 診後、看護師に指示、 看護師が実施	医師が訪問診察・往 診後、看護師に指示、 看護師が実施	医師が指示 看護師が報告し、 医師が実施	医師が確認後、実施 看護師が判断 予め約束の範囲内で 看護師が判断	医師へ事後報告 看護師の判断で実施	医師は指示しない 看護師の判断で実施
1)がん性疼痛の緩和	事前約束指示 2. 疼痛緩和に関する事前約束指示参照						
2)補助・代替療法（呼吸法、アロマセラピー等）							
3)患者・介護者に対する水分摂取・食事指導							
4)経鼻胃チューブの挿入							
5)経鼻胃チューブの抜去							
6)経管栄養の注入							
7)経管栄養の注入量・回数の変更							
8)経管栄養の中止							
9)経管栄養の管理							
10)末梢点滴の実施							
11)中心静脈カテーテルの管理（体外式、埋め込み式）							
12)点滴の薬剤投与量増減							
13)腹部マッサージ							
14)温罨法							
15)膀胱留置カテの挿入							
16)膀胱留置カテの抜去							
17)膀胱洗浄							
18)下剤の投与							
19)下剤の投与量増減							
20)浣腸							
21)吸入（ネブライザー）の実施							
22)肺理学療法の実施							
23)口腔、鼻腔の吸引							
24)気管カニューレの管理							
25)胸腔・腹腔ドレーンからの排液（ドレーン管理）							
26)輸血の実施							
27)圧迫止血							
28)ポピオンヨード剤やアズレン剤等による含嗽							
29)褥瘡の処置							
30)家族への死亡確認の説明							
31)患者への病状の説明・指導							
32)家族への患者の病状の説明・指導							
33)死亡の確認（三兆候の確認）	事前約束指示 3. 死亡診断に関する事前約束指示参照						

※同一医行為で二箇所にも○があるものは、状況によって看護師が適宜判断して対処してよい。

Ⅲ. 事前約束指示2

疼痛緩和に関する事前約束指示

1. 原則

1) 指示対象

この事前約束指示は、医療機関_____の医師が、訪問看護機関_____の看護師に対して、患者が経験する疼痛を緩和するための医行為として、あらかじめ事前指示として出すものである。

2) 指示の有効性

この事前約束指示は、個別の患者に対する医師の診察後、医師からその患者に対する指示（V-2、疼痛緩和に関しての個別約束指示書）があつてはじめて有効となる。従つてそれ以前に行う疼痛緩和に関しては、医師の指示を別に受けなければならない。

3) 医師への報告

事前約束指示に則つて疼痛緩和を行った場合は、医師に報告しなければならない。その時期は、①内容的に重要だと判断した場合はできるだけ早く、②そうでない場合は定例のケースカンファレンス（開催日・曜日：_____）の席で報告すること。

4) 事前約束指示に書かれていない内容、看護師が疑問に思う内容

疼痛緩和に関する事前約束指示は、あくまで日常的にしばしば遭遇する形の痛みを対象とし、定型化された指示である。従つて、この指示範囲を超えた疼痛緩和を看護師が自己判断で行うことは許されない。必ず、事前に医師に報告・相談し、医師の指示を受けなければならない。

5) 参考資料

詳しい解説については、①川越厚他、ケーススタディ、がん性疼痛、レシピ 2005 年春号、南山堂（添付資料 1）、②日本緩和医療学会、「がん疼痛治療ガイドライン」（真興交易医書出版部 2000 年 7 月）を参考にすること。

2. 看護師の臨床能力評価基準

疼痛緩和に関する事前約束指示を安全かつ有効に行うため、当医療機関の医師は看護師の臨床能力レベルに応じた指示を出す。看護師の臨床能力レベルを当医療機関では、以下の基準に従つて 3 段階に区別する。

表 臨床能力評価基準

臨床能力 レベル	受け持ち患者の在宅死数	訪問看護の経験期間
L1	10 例未満	約半年間
L2	10～19 例	約半年以上
L3	20 例異常	約 1 年以上

なお、このレベル設定にあたって受け持ち患者としてカウントされる症例とは以下の通りとする。

- ①担当症例であること
- ②在宅死したがん患者症例であること
- ③ケースカンファレンスの席で、死亡報告をした症例であること

3. 事前約束指示の実際

1) 痛みのアセスメント

(1) アセスメントの種類

初期アセスメント、その他のアセスメントに分類される。

(2) 痛みの強さのアセスメント

NRS (Numeric rating scale) を用い、一日の中での痛みを
(一番痛くなかったとき→今の痛み→一番強かったときの痛み) のように表現する。
たとえば (1/10→3/10→6/10) のように記載する。

(3) 痛みありの判断

鎮痛剤の投与開始、増量などを考慮する場合の「痛みあり」とは、原則として現在の痛みが 3/10 以上の場合とする。2/10 以下の痛みの場合でも、本人が「痛い」と言っている場合は痛いのであって、その場合は症状に見合った疼痛緩和を本人が希望するかどうかが重要となる。

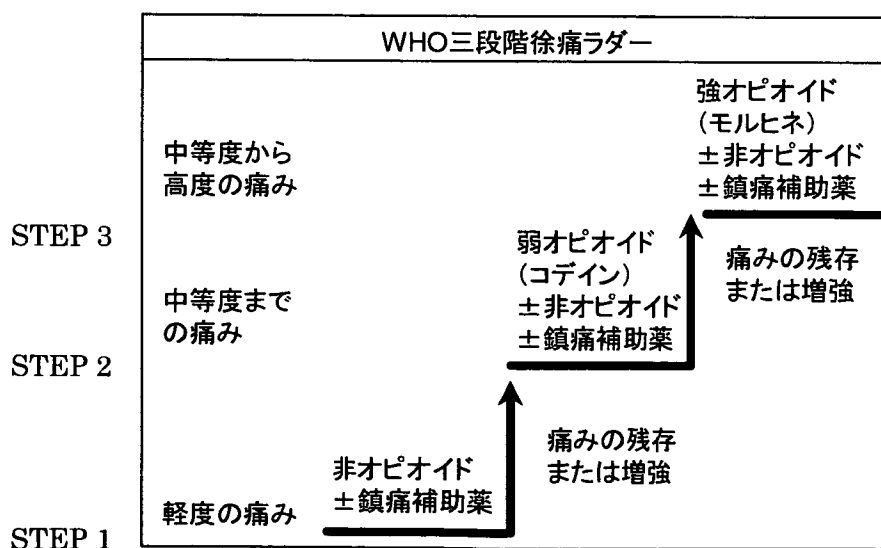
2) 鎮痛剤投与時の観察事項

- ・ オピオイド投与の際は、瞳孔の状況、呼吸数を特に注意深く観察する。
- ・ 睡眠時の呼吸数が 10 回/分以下、あるいは瞳孔径が 3 mm 以下になれば注意し、睡眠時の呼吸数が 5 回/分以下、あるいは瞳孔径が 2 mm 以下になれば即ちに医師へ報告しなければならない。

3) 疼痛緩和の基本的方

(1) 基本となる疼痛緩和方式

当医療機関では、WHO 方式に準拠した疼痛緩和法 (WHO 三段階除痛ラダー) を基本的な疼痛緩和方法として採用する。



STEP 1 (第一段階) 非オピオイド ± 鎮痛補助薬

STEP 2 (第二段階) 弱オピオイド ± 鎮痛補助薬 ± 非オピオイド

STEP 3 (第三段階) 強オピオイド ± 鎮痛補助薬 ± 非オピオイド

(a) 痛みの評価と疼痛緩和のパターン

痛みのアセスメント（上記 1）参照のこと）

- 緩和すべき痛みがある（NRS で 3 以上、かつ本人の同意がある場合）
- 同一製剤の増量、または STEP 1～3 の上の段階へ。

(b) 各ステップで使用する薬剤（具体的商品名）と使用量

STEP 1	非オピオイド鎮痛薬	ナイキサン 300mg 分 3 （600mg 分 3 まで増量可） ボルタレン座薬 75mg 分 3（5 日以上の定時投与に用いないこと）
STEP 2	オキシコンチン （弱オピオイド～強オピオイド （多量に使用した場合））	初期投与は 10mg 分 2（12 時間おき）または 15mg 分 3（8 時間おき）。痛みのアセスメントを行いながら増量していく。
STEP 3		

(c) オピオイドの増量

オピオイドの増量は痛みのアセスメントをもとに行われるが、およそ 30～50%増を目途に量を調節する。

増量方法の例

薬剤	増量の方法
オキシコンチン	10→（15 分 3）→20→30（分 3）→45→60→90 mg→と増量していく
経口モルヒネ （MS コンチン）	20（分 2）→30（分 3）→60→90→120→（150）→180mg→と増量していく
フェンタニル貼付剤	2.5→5→7.5→10→15→20→30mg→というように増量していく

4) 応用的な疼痛緩和方法

(1) 同一オピオイド（モルヒネを例にとって説明）の投与経路変更

① 経口投与→経直腸投与

経口服用が不可能となり、かつ生命予後が短い（3 日未満）と判断される場合。換算量は（経口）3＝（経直腸）3 または 2

② 経口投与→CSI（持続皮下注射）

経口服用が不可能となり、かつ生命予後が長い（3 日以上）と判断される場合。換算量は（経口）3＝（CSI）1

③ 硬膜外持続投与→経口投与

患者の QOL を考慮した変更。実際には硬膜外持続投与→CSI→経口投与の形で、投与ルートの変更が行われる。換算量は（硬膜外持続投与）1＝（CSI）5＝（経口）15

(2) オピオイドローテーション（オピオイドの変更）

- ① 経口モルヒネ→フェンタニル貼付剤への変更：経口摂取不能の場合、消化管に通過障

害がある場合、使用モルヒネ量が多くなった場合、副作用のためモルヒネ使用が困難な場合などは、経口モルヒネからフェンタニル貼付剤への変更の適応である。この場合の換算量の目安は、(経口モルヒネ) 60mg = (フェンタニル貼付剤) 2.5mg である。

- ② 経口モルヒネ⇔オキシコンチンへの変更：換算量は (経口モルヒネ) 3 = (オキシコンチン) 3 または 2

(3) タイトレーションによる疼痛緩和

タイトレーションとは、低用量から始めたオピオイド製剤を、除痛するために必要な量まで段階的かつ速やかに（通常は 1 ないし数日以内）増量していくことを言う。在宅でタイトレーションを行うことはまれであり、医師が直接行う医行為、あるいは看護師に個別に指示する医行為である。

5) 鎮痛剤の頓用(レスキュー)・突出痛の緩和

- (1) レスキューがうまくいくためにはベースとなる痛みが十分緩和されていることが必要。
- (2) そのためには痛みの程度のアセスメントを的確に行って、必要な量の強オピオイド鎮痛薬を投与しなければならない。
- (3) レスキューは、原則として主鎮痛薬と同じ薬剤で速効性のもの（経口剤あるいは座剤）が用いられる。
- (4) 経口のモルヒネ速効剤はオプソ、経口オキシコドン（商品名オキシコンチン）の速効剤はオキノーム散である。オプソの代わりにアンペックを使用してもよい。フェンタニル貼付剤のレスキューには、モルヒネあるいは NSAIDs を用いる。
- (5) レスキューに用いられる速効性剤の 1 回量は、患者に維持量として 1 日あたり投与しているモルヒネの 1/6（フェンタニル貼付剤は経口モルヒネに換算した量）を目安とする。
- (6) 投与回数に特別な制限はないが、投与間隔は最大効果を発揮するまでの時間（モルヒネ水やモルヒネ錠は 30～60 分、アンペック坐剤の場合は 1～2 時間）を参考にして決める。
- (7) レスキューの使用回数が頻繁になる場合には、維持量を増やして対応する必要がある。その目安は 1 日 4 回以上のレスキューを必要とする場合とし、レスキューで使用したモルヒネの 1 日量を、それまでの維持量に上乗せした形で新たな維持量を設定する。
- (8) CSI の早送りで用いるレスキュー量は、(5) に順ずる。

6) 鎮痛補助薬の使用

強オピオイド鎮痛薬だけでは疼痛緩和が難しい場合（神経障害性疼痛など）、鎮痛補助薬（第一種鎮痛補助薬）を使用する。第一種鎮痛補助薬を使用する場合には、オピオイド製剤を至適投与量まで増量して使用することが前提である。

第 1 段階：抗痙攣薬または抗うつ薬

第 2 段階：抗うつ薬または抗痙攣薬

第 3 段階：抗不整脈薬またはケタミン を用いる。

具体的には、①トリプタノール 10～25mg、1Xvds→②テグレートール 100 または 200mg、1Xvds→③メキシチール 300mg、3Xnde④注射薬：キシロカイン持続皮下注 30～50mg/h、または筋注用ケタミン 100～200mg/日というように段階的に用いる。

7) 副作用対策

- (1) 強オピオイド鎮痛薬の投与初期に起こる副作用（悪心・嘔吐：約3割、眠気：約2割、混乱・幻覚など：数%以下）は、多くの場合投与開始後1～2週間以内に自然に改善する。
- (2) 悪心・嘔吐の対策：悪心・嘔吐は女性に頻発する副作用であるので、女性患者の場合は原則としてオピオイド投与開始と同時に、制吐剤投与（ノバミン 30mg、3X）を併用する。薬物介入の順序は①ナウゼリン座薬 30mg 頓用→②ノバミン 30mg、3Xnde→③セレネース 1.5mg、1Xvds→④ホモクロミン 3Tab、3Xnde→⑤リンデロン 1～2mg・日とする。
- (3) 便秘はモルヒネやオキシコンチン投与時では必発であるため、フェンタニルを除くオピオイド使用の際は、副作用の便秘に対して、必ず下剤を使用する。モルヒネなど投与開始と同時に①腸管蠕動運動促進剤（プルゼニド、ラキソベロン）を投与し、②症状にあわせて量を調節し、必要に応じて③他の下剤（酸価マグネシウムなど）の投与や④浣腸、摘便などを行う。
- (4) 呼吸抑制は通常の導入、増量方法では起こりにくいが、特に誤って服用した場合には早急かつ慎重に対応する必要がある。臨死期でなければ、①オピオイド投与量を減量（もとの量にもどす）する。②それでも呼吸抑制が続くようであればナロキソン（1/10A=0.1ml。ナロキサン 1ml を生食 9ml と混じ、その 1ml）を静注する。呼吸数が10回以上/分になるまで投与。臨死期の場合は、基本的にそのまま観察する。

8) 過投与の是正

睡眠時の呼吸数が5回/分以下、あるいは瞳孔径が2mm以下になれば、ただちに医師へ報告しなければならない。医師は診察の上、ナロキサン使用の指示を出す。上記(4)を参照のこと。

4. 事前約束指示と看護師の臨床能力評価

指示項目	L1	L2	L3	注意
痛みの初期アセスメント	×	×	○	
それ以外の痛みのアセスメント	○	○	○	
WHO 第一段階の開始	×	×	○	使用薬剤はナイキサン
WHO 第一段階での増量	×	○	○	同上
WHO 第二段階の開始	×	×	×	使用薬剤はオキシコンチン
WHO 第二段階での増量	×	○	○	同上 WHO第三段階へ連続する
モルヒネ徐放剤からモルヒネ座薬への変更	×	○	○	オキシコンチンからモルヒネ座薬への変更も同じ
モルヒネ徐放剤からモルヒネ CSI への変更	×	△	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認
モルヒネ硬膜外持続投与からモルヒネ CSI への変更	×	×	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認
経口モルヒネ⇄フェンタニル貼付剤の変更	×	△	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認
経口モルヒネ⇄オキシコンチンの変更	×	△	○	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師またはL3の看護師が確認
タイトレーション	×	×	×	看護師は痛みの評価を医師にできるだけ早く報告
NSAIDs の頓用	○	○	○	
強オピオイドの頓用 CSI の早送り	△	○	○	△:L2以上の看護師、または医師と相談して実施
鎮痛補助薬の使用	×	△	○	△:L3の看護師、または医師と相談して実施
副作用(悪心・嘔吐)に対する対処	○	○	○	
副作用(便秘)に対する対処	○	○	○	
呼吸抑制、縮瞳の観察	○	○	○	臨死期以外は、すぐに医師へ報告し指示をもらう
過投与の是正	×	×	×	
患者・家族に対する薬の説明	△	○	○	

IV. 事前約束指示 3

死亡診断に関する事前約束指示

1. 原則

1) 原疾患

末期状態のがん、AIDS で心肺停止を起こした症例に適応される。

2) 疾患の状態

死が極めて近い（1 週間以内）と予測される状態

3) 死亡診断

医師は、看護師の処置後であっても必ず診察に赴き、死亡診断を行う。但し、看護師が死の三徴候を確認した時から逆算して 24 時間以内に診察をしており、かつ相当の理由が認められる場合には、死亡診察を省略して死亡診断書を発行することがある。

4) 以下の時系列にそって指示は実行される。

(1) 医師からの事前指示（V. 関連する文書 3 参照）

これは、医師が 1 週間以内に死亡するであろうと判断したときに出す指示書で、各ケース毎にそのつど発行する。原則として 1 週間有効。患者または家族の了解 死亡診断書発行の過程を医師あるいは看護師が口頭で説明し、了解を求める。看護師がこの説明を行ったときは、看護記録にその旨を記載すること。

(2) 看護師による死亡診察

(3) 医師による死亡診断、診断書の発行

(4) 死亡確認に関する看護師から医師への報告（V. 関連する文書 4 参照）

2. 死亡診断に関する事前約束指示

1) 異常所見が認められない場合の看護師による処置

看護師は以下の要件を満たしているとき、医師の診察を待つことなく、身体の処置に入ることができる。

(1)原疾患：末期状態のがん、AIDS

(2)事前指示：1 週間以内に、死亡診断の個別約束指示が出ている患者

(3)経過時間：呼吸停止後、一定時間（おおむね一時間以上）が経過していること

(4)確認事項：死の三徴（聴診による心拍の停止、自発呼吸の停止、瞳孔の対光反射消失）を確認すること

(5)異常所見が認められないこと：原疾患との因果関係を認めがたい異常所見が、身体に認められないこと。

(6)報告義務：看護師は「死亡診断に関する個別約束指示」に従って処置を行った場合、可及的速やかに医師にその旨を報告しなければならない。

2) 異常所見が認められた場合の看護師の責務

(1) 疾患との因果関係を認めがたい異常所見が、身体に認められた場合、看護師は直ちに医師にそのことを報告し、医師の判断、指示を受けなければならない。

(2) この場合、医師の指示があるまで、看護師ならびに家族などは患者の身体に触れてはならない。

3) 医師への報告内容

(1) 異状死を疑わせる身体所見の有無

(2) 以下の日時

- ① 呼吸停止などの連絡が家族などから受けた時間
- ② 家族が確認した最終の呼吸停止時刻
- ③ 看護師が死の三徴を確認した時刻
- ④ 医師へ連絡した時刻

V. 関連する文書（個別約束指示書と死亡報告書の雛形）

1. 一般的な医行為に関する個別約束指示書
2. 疼痛緩和に関する個別約束指示書
3. 死亡診断に関する個別約束指示書
4. 看護師からの死亡報告書

一般的な医行為に関する個別約束指示書

患者氏名：	年齢：	診断名：
記 上記患者の疼痛緩和、死亡診断に関する医行為以外は、 ☐ 「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示」に、すべて則っておこなってよい。 ☐ 以下の指示に則っておこなうこと。 「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示」の内容と異なる指示内容 以上 年 月 日 医療機関名：_____ 医師名：_____		

疼痛緩和に関する個別約束指示書

患者氏名：	年齢：	診断名：
記 上記患者は 年 月 日、医師が診察を行った。 この患者の疼痛緩和は、 ☐ 「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示」に、すべて則っておこなってよい。 ☐ 原則として「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示」の記載通り行ってよいが、以下の追加点を優先して行うこと。 「末期がん患者に対する医療行為に関わる事前約束指示書」の内容と異なる指示内容： 以上 年 月 日 医療機関名：_____ 医師名：_____		

死亡診断に関する個別約束指示書

患者氏名:	年齢:	診断名:
記 上記患者は 年 月 日、医師が診察を行った。その結果、原疾患に起因する死が極めて近いと考えられる。 家族から呼吸停止の連絡があり、かつその時間から起算して 1 時間以上経過しても呼吸が再開しない場合、以下の要領で患者の死を確認し、死後の処置を行ってもよい。 1. 死の三徴の確認 2. 異状死でないことの確認 年 月 日 医療機関名: _____ 医師名: _____		

なお、主治医 _____ には電話連絡すると共に、以下のことを看護記録に記載すること。

1. 本件に関し、家族からの連絡時刻
2. 家族が確認した呼吸停止の時刻
3. 看護師による死の三徴の確認時刻
4. 死後処置を開始した時刻
5. 異状の有無と内容
6. 医師に報告をしたこと
7. その他

主治医には以下のことを連絡すること。

1. 本件に関し、家族からの連絡時刻
2. 家族が確認した呼吸停止の時刻
3. 看護師が死の三徴、異状死でないことを確認した時刻
4. 死後処置を開始した時刻
5. 死亡確認を行った看護師氏名