

200732017B

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17～19年度 総合研究報告書

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. 総合研究報告	
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
A. 研究目的 -----	2
B. 研究方法 -----	2
C. 研究結果・考察-----	4
1. 医師と看護師の連携と指示のあり方	
1) 本研究班が組織されるまでの経緯	
2) 在宅末期がん患者を対象に医師が出す指示と訪問看護師が行う医行為の実態	
3) 「事前約束指示」、「標準約束指示」と「個別約束指示」の定義と指示体系	
4) まとめ	
5) 文献	
2. 疼痛緩和に関する事前約束指示	
1) はじめに	
2) 疼痛緩和に関する事前約束指示が成立するための条件	
3) 疼痛緩和に関する標準約束指示の原則	
4) 標準約束指示に必須の内容	
3. 死亡診断に関する事前約束指示	
1) はじめに	
2) 心肺停止の患者に対して事前約束指示を用いる場合の原則	
3) 死亡診断に関する事前約束指示	
4) 文献	
D. 提言 -----	12
1. 前文	
2. 提言	
E. 研究発表 -----	15
F. 知的財産の出願・登録状況 -----	15
II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	16

## 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  
柏木 聖代 (17) 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻  
保健医療政策学分野 講師  
下山 直人 (18) 国立がんセンター中央病院 手術部長  
瀬戸山 修 (18) 爽秋会クリニカルサイエンス研究所 代表取締役  
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 (19) 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 (19) 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授

※ ( )内の数字は研究参加年度を示す。数字なしは全期間参加

※ 所属は平成 20 年 3 月末時点

### 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  
岩本喜久子 ホームケアクリニック川越 研究員  
滋野みゆき St. Christopher's Hospice 看護師

(五十音順)

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。

本研究班では、初年度に諸外国と国内の実態を文献的に比較検討し、国内における連携の実態を明確にするため、在宅医療を提供する医療機関と訪問看護機関を対象に、訪問看護師と医師との連携に関するアンケート調査を行なった。

第二年度は、初年度の調査を基に、在宅終末期医療に先駆的に取り組む医療機関と訪問看護機関を対象にヒアリング調査を行った。また、米国、英国、オーストラリア、ニュージーランドの在宅医療における訪問看護師と医師との連携の実態を調査した。

これらを踏まえ、わが国の在宅終末期医療の現状に見合った形の、包括的指示による看護師と医師との連携ガイドラインを作成した。

最終年度（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。すなわち密接な連携を取って在宅終末期医療を提供する医療機関・訪問看護機関のチームを対象とし、連携ガイドラインの試験的な実践を依頼し、この連携ガイドライン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検討した結果、本研究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。

## 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た。

## B. 研究方法

### 1. 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文献調査

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これまでの知見を整理するために、MEDLINE、CINAHL、および医学中央雑誌を用いて文献レビューを行った。

### 2. 在宅での診療を担当する医療機関を対象とした調査

「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 の医療機関を対象とし、在宅ケアの提供体制、連携の方法と包括的指示の実施状況などについて、郵送による自記式質問紙調査を実施した。

### 3. 在宅での看護を担う看護機関（訪問看護ステーション）を対象とした調査

社団法人全国訪問看護事業協会において、正会員リストに登録されている全国の訪問看護ステーション 3,539 件のうち、都道府県別に 1/2 層化無作為抽出した 1,781 件を対象として、郵送による自記式質問紙調査を実施した。

### 4. 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海外実態調査

米国、カナダ、オーストラリア、および英国の 4 カ国における在宅緩和ケアに関する看護師教育の状況を把握するために、文献レビューを行った。MEDLINE、CINAHL および医学中央雑誌において関連論文を収集した。さらに、各国の緩和ケア団体や緩和ケア協会など代表的な在宅ケア関連機関のウェブサイトから情報収集し各国ごとに現状をまとめた。

### 5. 在宅終末期医療の実践機関における訪問看護師と医師との連携の実態調査

2 の調査対象医療機関のうち、2001 年の年間在宅がん患者看取り数が 10 以上の医療機関 63 を対象とし、訪問看護師との連携について、郵送による自記式質問紙調査を実施した。この結果を踏まえ、在宅終末期医療に先駆的に取り組んでいる医療機関 21 と、その連携先の訪問看護ステーションあるいは医療機関内の訪問看護部門計 16 を対象に、インタビュー式実地調査を実施した。

### 6. 死亡確認に関する事前約束指示

死亡確認に関する事前約束指示の必要性に関して、実地調査の対象となった医療機関および訪問看護機関に意見を求めると共に、研究班内で検討し、死亡診断に関する事前約束指示案を作成した。

## 7. 在宅終末期医療における医師から訪問看護師への指示に関する検討

文献調査、実態調査、死亡診断に関する検討、本研究で収集した各医療機関の疼痛緩和マニュアルをもとに、疼痛緩和に関する事前約束指示をまとめた。

## 8. 在宅終末期医療提供機関における連携ガイドライン作成

上記1～7の調査を基に検討し、在宅終末期医療における疼痛緩和と死亡診断に関する事前約束指示書の形で連携ガイドラインを作成した。

## 9. 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行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を用いた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。

### (倫理面への配慮)

各医療機関・訪問看護機関対象の調査にあたっては、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ことは一切ないこと、調査で得た個人情報すべて研究終了後、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・考察

### 1. 医師と看護師の連携と指示のあり方

#### 1) 本研究班が組織されるまでの経緯

在宅療養者の QOL(Quality of Life)を向上し、効率的な医療サービスを提供するためには、医師と訪問看護師との密接な連携が重要な意義を持っており、その連携をベースにして看護師が主体的に働けるような環境を作ることが、今、求められている。

看護師が行う医行為に関して、法律は次のように規定している。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 条では、治療を行う場合には医師自らが診察しなければならないことを義務付けている。一方、保健師助産師看護師法（保助看法）第 37 条によれば、医師の指示があればその指示の範囲内で、看護師などが医行為を行うことを認めている（図 1）。

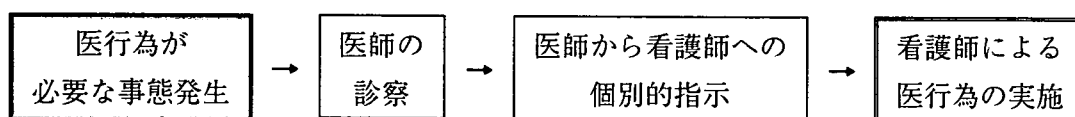


図 1 法律を厳密に解釈した場合の医行為実施

医師法、保助看法の規定は、医師と看護師とが距離的にも時間的にも近い場所（病棟、外来）で行われることを前提としており、在宅（一般的には、両者は遠い存在）で行われることを想定していなかった。従って、病棟や外来で行われている指示やそれに基づく医行為の形態を、そのままの形で在宅に持ち込むことには、大きな危惧があった。

そのような事情を踏まえ、「新たな看護のあり方に関する検討会」が組織されたが、その報告書（平成 15 年度）<sup>1)</sup>では、「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」がなされた。この報告書を受け、平成 17 年に本研究課題である「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」が開始され、3 カ年計画で研究を進めることとなった。

#### 2) 在宅末期がん患者を対象に医師が出す指示と訪問看護師が行う医行為の実態

この問題に関する検討は本研究班の初年度になされ、以下の 3 点が結論である<sup>2)</sup>。

- ① 一つの医行為に対して医師が出す指示は、医師あるいは看護師の主導度という面からみた場合、医療機関によってばらつきがあり、それを統一するのは現実的に不可能と考えられる。また、医療機関の医師の思いと、訪問看護ステーションの看護師の理解との間にギャップがある。
- ② 疼痛緩和に関する指示は頻度が高く、かつ緊急性を要することが多い。しかし医師の主導度が大きく、実施までに時間がかかる可能性が高く、患者に多大の不利益を与える恐れがある。
- ③ 包括的な指示を採用する場合には、看護師の裁量権が拡大すると共に、それに伴う責任が生ずる。

初年度の結論を受け第二年度は実地調査を施行し、連携モデルを作成した。連携モデル作成にあたって、重視した点は以下の通りである。

- 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に
- 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

上記の原則を踏まえた具体的な連携モデル(指示形態)を、研究班で以下のように規定した。

- ① 医師から看護師に出す指示は、事前約束指示の形をとり、事前約束指示は標準約束指示と個別約束指示の形をとること
- ② この二つの約束指示が実行されるための条件を整備すること
- ③ 標準約束指示の必要性が高い医行為として、(1) 疼痛緩和と (2) 死亡診断があり、これらの医行為についての約束指示を作成すること。

### 3) 「事前約束指示」、「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。その場合、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とき、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」と定義する。

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。

ここで標準約束指示とは、「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」と定義する。従って、標準約束指示は、診療所が訪問看護機関に対して出す standing order (固定的な継続指示) である。一方、個別約束指示とは、「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、個別に出す約束指示」であり、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(表1参照)。

以上の「医行為に関する事前約束指示」を用いた連携モデルを図2に示す。

本研究の初年度は、事前に医師が指示を出し、その指示の範囲内で、看護師が判断・処置を行う場合、このような指示のことを「包括的指示」という言葉を用いて表現した。しかしこの言葉にはあいまいなニュアンスが強く、厳密な議論を行う際に支障をきたすので、研究班では同じ内容の言葉を「事前約束指示」という用語に置き換えて用いることにした。



表1 標準約束指示と個別約束指示の定義

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。</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、個別的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。		

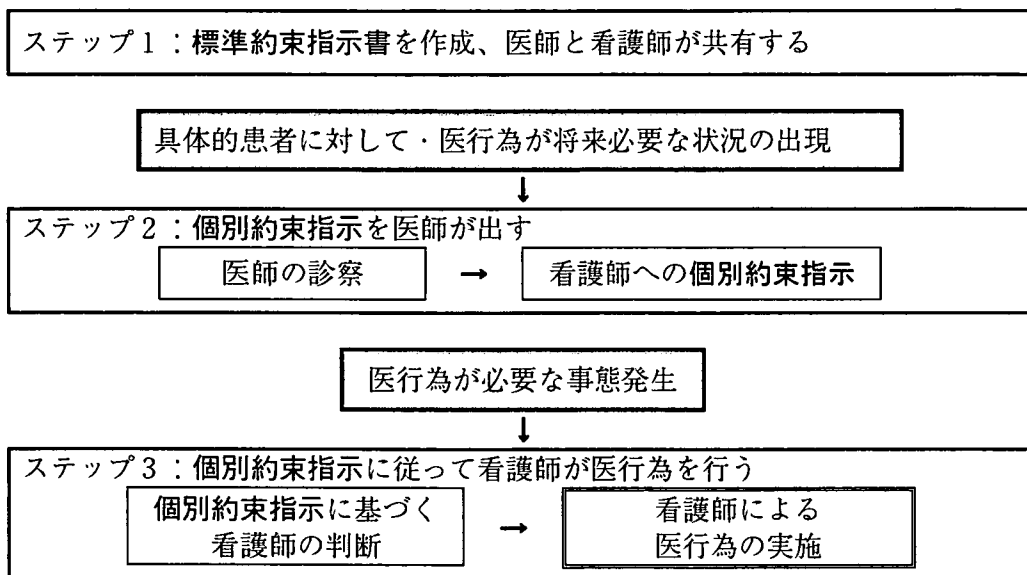


図2 「医行為に関する事前約束指示」を用いた連携モデル

#### 4) まとめ

- 1) 末期がん患者の在宅ケアは、「医療機関と訪問看護機関が可能な限り一体化した連携を持った形で提供する」ことが重要である。
- 2) 連携の基本は、在宅療養支援診療所とそれに連携する訪問看護機関であるが、両者の連携をより緊密にし、考え方と具体的な方法について、共有することが重要である。
- 3) 法律的な制約の中で、訪問看護師の裁量権を最大限活用する方法は、医師の指示体系を整備することであり、具体的には、「事前約束指示」を用いることである。
- 4) 「事前約束指示」は、医療機関と連携先の訪問看護機関とが共通の認識をもつための「標準約束指示」と、個々の症例に対して出される「個別約束指示」からなり、両者相まって初めて指示としての効力を発揮する。

- 5) 「事前約束指示」の必要度が高い医行為には、「疼痛緩和」と「死亡診断」があり、本研究でその雛形を作成した。
- 6) 事前約束指示が有効かつ安全に機能するためには、看護師の資質の担保が必要である。

#### 5) 文献

- 1) 看護問題研究会監修：厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書 日本看護協会出版会 2004年。
- 2) 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ケア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, 30(3):242-247,2007.

## 2. 疼痛緩和に関する事前約束指示

### 1) はじめに

痛みは末期がん患者を苦しめる症状の代表で、高頻度に発生する。医師が常在しない在宅では、必要な医療（この場合は疼痛緩和）を常時（たとえば夜中など）すみやかに提供することが難しい。その結果、疼痛のために患者を長時間にわたって苦しめることになる。このようなことがないように、看護師は医師との密接な連携を取りつつ、自己の裁量で疼痛緩和を迅速に行なうことができるような医療環境の整備が必要である。

### 2) 疼痛緩和に関する事前約束指示が成立するための条件

末期がん患者の疼痛を緩和することは、もっともありふれた医行為であるが、それは専門的知識、技術、経験に裏打ちされたものでなければならない。また看護師の裁量権を拡大するためには、医師と看護師の密接な連携が保障された環境の中で、個々の看護師の臨床的な力量に応じた形で指示が実行されるような条件を整える必要がある。

#### (1) 診療機関と訪問看護機関の密接な関係

両者は 24 時間体制の連携が取れており、情報の共有に基づくサービス提供がなされていること。具体的な基準として、「事前約束指示を出す医師が所属する在宅療養支援診療所と連携関係にある訪問看護ステーションまたはそれに類する機関の看護師」との規定を設けた。

#### (2) 標準約束指示の存在

診療機関は疼痛緩和に関する標準約束指示（定型化した事前約束指示）と内容を補足する解説書（独自のものでもよいし、市販のマニュアルや教科書でもよい）をあらかじめ作成し、訪問看護機関に示しておかなければならない。

#### (3) 医師の基準

本研究の基準としては、「一定数以上の年間が在宅死（ここでは 40 例以上とする）に関わっている、在宅療養支援診療所の医師」としたが、この基準に絶対的な意味はない。

#### (4) 看護師の基準

- ① 医師は連携して指示を実行する看護師につき、臨床経験や臨床能力などを評価する一定のルール（能力評価基準）をあらかじめ作成する
- ② 事前約束指示の内容は、その評価基準による看護師の評価を反映するものでなければならない。

### 3) 疼痛緩和に関する標準約束指示の原則

標準約束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不可欠である。

本指示は各医療機関ごとに作成し、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。その中では必須内容（以下に示す）を明記するとともに、医療機関は看護師の臨床能力評価基準、看護師の臨床能力評価に基づいた、行ってもよい「医行為」の範囲を示さなければならない。

#### 4) 標準約束指示に必須の内容

標準約束指示には、以下のような内容を必ず記さなければならない。

- (1) がん疼痛緩和の原則
- (2) 痛みの評価（アセスメント）
- (3) 鎮痛剤投与時の観察事項
- (4) 疼痛緩和の基本的な方法
  - ①鎮痛剤投与の開始
  - ②鎮痛剤の増量
  - ③突出痛（breakthrough pain）の緩和
- (5) 応用的な疼痛緩和方法
  - ①オピオイドの等鎮痛量
  - ②オピオイドローテーション
  - ③DDS(Drug delivery system)の変更
- (6) 用いる鎮痛薬、鎮痛補助薬
- (7) 副作用対策
- (8) 過投与の是正

### 3. 死亡診断に関する事前約束指示

#### 1) はじめに

死亡診断書は、死体検案書と同様、死に関する公文書である。法は死亡診断を医師（歯科医師を含む）にしかできない医行為と定めている（医師法 20 条、21 条）。死亡診断書は、「①継続して診療している患者が、②その疾患が原因で死亡したと医師が判断し、③医師自らが死亡を確認した場合」に発行できる<sup>1)</sup>。医師が死亡診断を行うまでは、患者のからだに人工的な操作を加えることは禁止されており、現状の保存が義務付けられている。

ただし、平成 15 年度の「あらたな看護のあり方に関する検討会」報告書<sup>2)</sup>では、一定の条件を満たしている場合に限って、「点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある」という表現で、医師の死亡診察前に看護師が患者のからだの処置を行うことを認めている。この表現は現場で働く看護師に救いの手を差し伸べた形をとっているが、その意味するところは「たとえ心肺停止が起きていたとしても、医師が死亡の宣言を行うまで患者は死亡していない」ということを前提としているので、苦肉の策で急場をしのいだことは否めない。

#### 2) 心肺停止の患者に対して事前約束指示を用いる場合の原則

- (1) 対象疾患：がん末期
- (2) 対象患者：死が極めて近い（1 週間以内）と医師が予測した患者
- (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できる。
- (4) 以下の時系列にそって指示は実行される。
  - ① 医師の事前指示書発行：患者を診察し 1 週間以内に死亡すると判断した医師は、死亡診断に関する事前約束指示書を発行することができる。この指示書は原則として 1 週間有効であり、診察を行えば再発行することができる。
  - ② 患者、または家族の了解：心肺停止の患者に対する事前約束指示を用いる場合、医師あるいは看護師は口頭または文書で説明し、あらかじめ了解を得なければならない。
  - ③ 看護師による処置：事前指示の範囲内で、看護師は必要な処置を行うことができる。
  - ④ 医師による死亡診断：診断書の発行

#### 3) 死亡診断に関する事前約束指示

##### (1) 異状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
- ② 事前指示：1 週間以内に、死亡診断に関する事前約束指示が出ていること
- ③ 経過時間：呼吸停止後、一定時間（おおむね 30 分以上）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）を認めること

- ⑤ 異状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状所見が、身体に認められないこと
- ⑥ 報告義務：看護師は「死亡診断に関する事前約束指示」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。
- ⑦ 報告内容：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

(2) 異状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状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。

4) 文献

- 1) 川越厚：演習形式で学ぶ在宅ホスピス・緩和ケア、メヂカルフレンド社、2003、p163。
- 2) 看護問題研究会監修：厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書 p95  
日本看護協会出版会 2004年。

## D. 提言

### 1. 前文

EBM (Evidence Based Medicine) の推進、がん治療病院における入院期間の短縮や病院死の排除、末期がん患者受け入れ入院病床の減少などにより、在宅で最期の時を過ごす末期がん患者が増加している。患者の QOL(Quality of Life)や患者・家族の満足度から考えると、在宅で過ごす患者が増加しているのは喜ばしい事であり、末期がん患者の在宅ケアを推進する方向は決して間違っていないが、同時に解決しなければならない課題が多く残されているのも事実である。

表 2 に医療依存度に基づいた在宅医療における分類を、図 3 に専門性の高さに基づいた在宅医療における分類を示す。末期がん患者を対象とした在宅ケア（その理想の形として、在宅ホスピスケアがある）は、ケアを開始してから終了（死亡）するまでの期間が極めて短く、しかもその短期間に症状の進行と急変が起るので、患者を苦しめる症状を適切に緩和し、自宅で過ごす患者・家族に安心を提供するものでなければならない。この点は、非がん患者を対象とした在宅医療の中で、症状が暗視し、医療依存度が比較的低い疾患（図 3 の G-1A）で扱うプライマリケア型在宅医療とは大きく異なる。

末期がん患者を対象とした在宅医療（図 3 の G-2）においては、提供するサービスが十分でない場合、患者は不安を抱えながら自宅での生活を続け、最終的には生活を中断して入院せざるをえない。このことは患者・家族にとって決して喜ばしいことではなく、また結果的には入院施設の負担を増すことになる。

在宅ホスピスケアは極めて専門性の高い医療領域である。専門的な知識と技術を持った在宅医療機関（仮にこのような診療所を緩和ケア診療所、PCC=Palliative Care Clinic と呼ぶ事にする）、訪問看護機関等が密接なチーム連携を築くことによって初めて、質の高いケアを提供することができる。

表 2 医療依存度に基づいた、在宅医療における分類

1. 非がん患者を対象とした在宅医療(G-1)
1)G-1A:医療依存度が低い 症状が安定
2)G-1B:医療依存度が高い 専門的な医療支援が長時間必要
2. 末期がん患者を対象とした在宅医療(G-2)
医療依存度が高い 専門的な医療支援が短期間必要

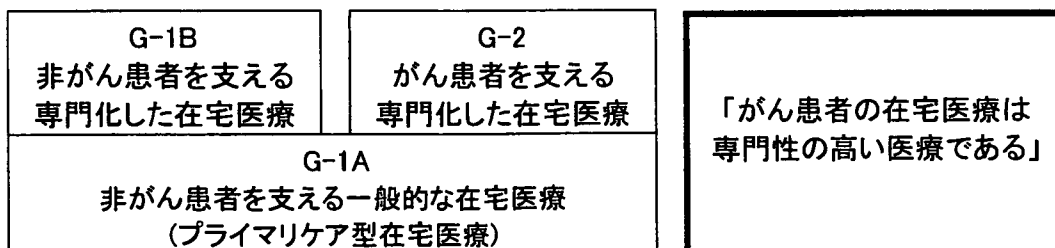


図 3 専門性の高さに基づいた、在宅医療における分類

より高品質のケアを迅速、安全かつ効率的に在宅で提供するためには、医師と訪問看護師の密

接な連携は不可欠であり、その前提条件を満たした上で、医行為実施における訪問看護師の裁量範囲を拡大する必要がある。医師と看護師の連携の絆となるものは、在宅医療機関が訪問看護機関に文書で示す「標準約束指示」であり、個々のケースに対して発行する「事前約束指示」である。事前約束指示が機能するためには、標準約束指示の存在が不可欠である。また、このような形の指示が有効に機能するためには、医師と看護師の連携は必須であり、しかもこのような指示形態は両者の絆をますます深めるものである。

我が国における今後の在宅がん医療は、がん対策基本法の枠組みを重視しつつ（例えば、緩和ケア診療所はがん登録の義務を負うなど）、緩和ケア診療所と一体化したチームで担われる方向で整備されるべきである。専門的な知識、技術を持ち、厳密な 24 時間体制をとる診療機関、訪問看護機関が一つのチームとなって医療サービスを提供すべきことを考えるならば、今回本研究で検討してきた内容は、これからの在宅がん医療提供チームの在り方まで踏み込まざるを得ない。その意味では、本研究の研究成果をたたき台として、今後の在宅がん医療の理想実現に向けて、更なる検討が急務であると考えられる。

本研究では、「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」を 3 年間にわたって検討してきた。最終年度にあたり、以上のような視点に立って以下の提言を行う。



## 2. 提言

### 1) 緩和ケア診療所

緩和ケア診療所の要件は、標準約束指示を作成し、その約束指示を共有する特定の訪問看護機関と連携を取る在宅療養支援診療所とする。

### 2) 在宅緩和ケアチーム

末期がん患者に対する在宅ケアは、緩和医療に専門的に特化した在宅医療機関である緩和ケア診療所（がん特化型在宅療養支援診療所）に属する医師と、同じく緩和医療に専門的に特化した訪問看護機関（がん特化型訪問看護機関）に属する看護師が密接な連携をとり、在宅緩和ケアチームとして行なうべきである。

### 3) 事前約束指示

在宅緩和ケアチームに属する訪問看護機関の看護師は、連携する医師の個別約束指示があれば、標準約束指示をベースにして、個別約束指示の範囲内で当該患者に対する医行為を行う事ができる。

### 4) 標準約束指示

緩和ケア診療所が作成する標準約束指示は、医師と看護師の連携の絆を深める意味があり、ケアの哲学、具体的な指針を明確にしなければならない。標準約束指示を作成していない医療機関や標準約束指示を受けていない訪問看護機関は、個別約束指示に基づいた医行為を行う事ができない。

### 5) 標準約束指示の対象医行為

標準約束指示の形を取らなければならない医行為は、疼痛緩和、死亡診断に関するものである。

### 6) 今後の更なる検討

- ①在宅がん医療提供のあり方については、がん対策基本法の骨組みを重視しつつ、総合的かつ具体的な提供体制を検討し、政策に反映すべきである。
- ②がん特化型在宅療養支援診療所ならびにがん特化型訪問看護機関は、在宅緩和医療の提供の他に、地域の他の医療機関・訪問看護機関に対する教育等の展開も考えられるが、その役割を明確に提示することは今後の課題である。

図4に、本研究の成果から今後目指すべき形として提示する、在宅がん医療提供チームの形を示す。

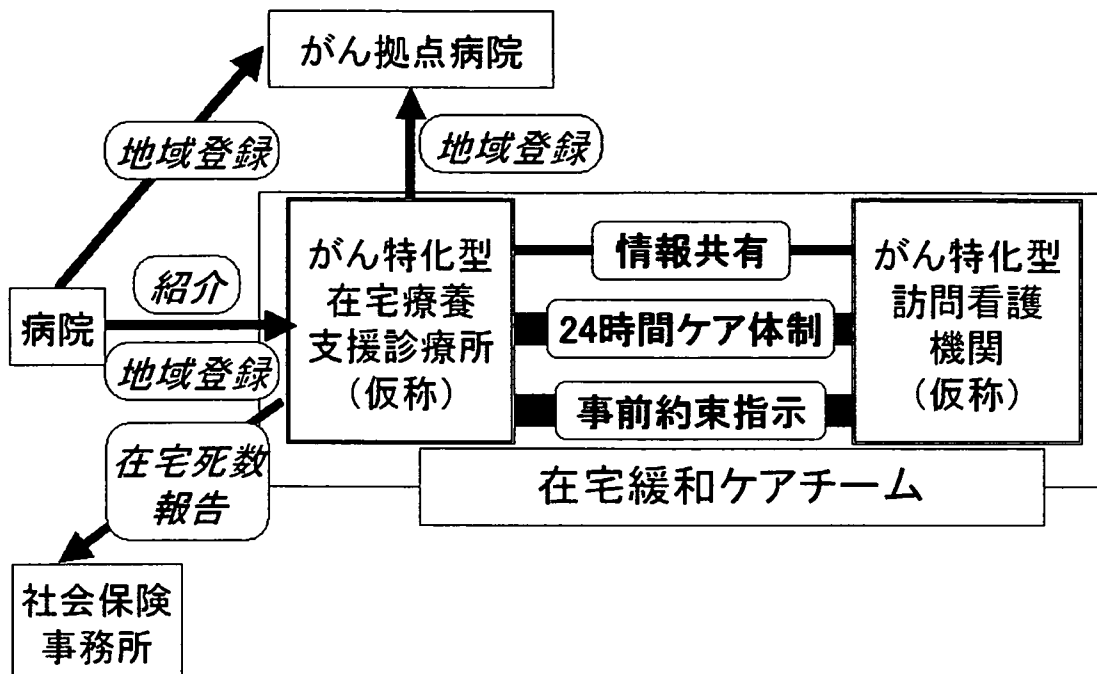


図4 今後の在宅がん医療提供チーム

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

(1) 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.

(2) 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

## F. 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

## II. 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