

療導入の円滑化（看護師による病棟案内や安心感の持てる説明、病棟スタッフとの連携、外来と病棟の架け橋

- ・ 退院後の適応促進による再入院予防、家族相談・指導
- ・ 看護スタッフへのメリットとして、中堅ナースの能力発揮、実践力向上の機会

#### ii 看護部長の力量

看護部長の力量と意欲の高さ、交渉力も背景としてある。さまざまな新しい試みが発案された際、具体化の采配を担っているのが看護部長（副院長兼務）であり、看護部長は忍耐強く物事を成し遂げていく力量がある。そのため看護部の意向が理事会でほとんど受け入れられる状況がある。

このような看護部長のもと、専門看護師は、その活動を限定せず、ある程度自由に、変化する組織のニーズを常にキャッチしながら、新しいニーズに向けて新たなケア方法を試み開拓してきたということがある。

#### iii 病院の組織文化

初代院長が、精神科医療の偏見を改善したいという願いが非常に強く、早くからストレスケア病棟の建築や病棟の機能分化を推し進めるなど、常に社会の変化に合わせ、変革にチャレンジしていこうとする病院であった。そのため、さまざまな活動を通じて、職種間の信頼関係が深まり、連携しながら一つの目標に向かうという組織文化が知らず知らずのうちに出来上がってきた。その風土が何かを始めるときにも反発や抵抗感とならず、前向きな協力体制をつくることを支えている。

(医師の意見) もともとは、家族や患者のことを考えていくうえで始まった。実施した結果、患者・家族の評判がよかったことで中止しなかった。病院のなかに、患者のためになることで、長期的に結果が出ると想定されることは、すぐにマイナスとしてとらえず、継続することを許容される風土がある。

#### b. 準備状況

- ・ 実践事例の積み重ねがある、人材育成をおこなってきた 等
- ・ 専門看護師が、研究的な外来面接の実施、訪問看護システムの構築、退院促進のためのクリティカルパスの作成と導入、思春期デイケアの立ち上げ、うつ病患者へのデイケアの立ち上げや個別面談などを行う中で、組織の中で実績と信頼を積み上げてきた。

(医師の意見) 専門看護師にはいろいろなことを任せており、実績と信頼を積んでいた。

### C-3. 役割分担・連携の実践プロセス

#### C-3-1. 役割分担・連携のプロセス

- ① 決定プロセス、合意を得るための関係者との調整（具体的にどのように決めたのか、特に、医師との調整状況）

専門看護師が準備し、師長会に原案を提示し意見を得たのち、看護部長が理事会に提案し、理事会の承認を得て実施する運びとなった。

#### ②役割分担・連携までの準備スケジュール

専門看護師が準備し、理事会の承認を得た。

#### ③役割分担・連携統合に必要な事務手続き

理事会、周囲の合意を得て実施。

#### ④役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更

カウンセリングナース制度により、病棟看護師が外来に降りる形をとるため、特に大きな組織変更はなし。

(医師の意見) 何か活動を進める際に、一時的に赤字になっても、必要と判断されたところには人員を増加している。

#### ⑤役割分担・連携統合をおこなうための準備(ガイドライン、プロトコル等作成など)、教育・訓練

ガイドライン、教育訓練制度等は、専門看護師が準備。

##### (教育訓練について)

最初は能力の高い看護師 2~3 名を想定。ワーキングチームという形でどのような患者にはどのようなケアや対応ができるかを、勉強会を開催して練っていく。経験が豊富で病棟のモデルとなるような看護師を候補にしているので、どのような理論、勉強、工夫が必要かは、クリエイティブな話し合いの中でお互いに見出し、確認していく方法で行う。

#### ⑥患者・利用者への説明等

専門看護師が説明も実施しているが、ケースによっては医師が説明。

### C-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応(解決策)

- 医師や PSW、心理士との役割分担、プロトコルやカウンセリング Ns の養成方法などの詳細な具体化など、課題が多いが、これまで新たな部門開発において多くの職種が協力してきた実績が土台となる。
- 看護師の判断や情報をどれだけ、医師に参考にして受け入れてもらえるかが、連携がうまくいかどうかの要になる。看護師にその力量があるかが重要である。
- 看護師によるその能力に差があり、限られた診療時間の中で焦点を定めた面談ができるように、看護師を訓練する必要がある。
- 症例検討会や学会発表を通じて、看護師が何を判断しケアしているかを、医師に理解してもらいつつあることが、連携にも役立っている。機能評価を契機にして定例化された病棟での多職種カンファレンスも、相互理解と連携により効果をもたらした。

##### (医師の意見)

- 成果が、専門看護師の能力が優れていることによるものであるもので、後継者が必要

という課題がある。解決策として、教育により同様に実施できる者を育成していく必要がある。

- 患者のためになることは、人員を増やすなど、一時的には医療経営を圧迫することがある。しかし、病院のなかに、長期的に結果がでる（患者の症状が改善されるなど）と想定されることはマイナスとしてみずに続けることを許容される風土がある。
- 解決策として、全体の医療経営とのバランスをみていろいろな試みを進めていく予定。

### C-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

#### a. 役割分担・連携の拡大

- 看護カウンセリング外来準備室を作り、看護カウンセリング外来を本格始動する。専門看護師主導で教育・サポート体制を構築する。
- カウンセリングナースの教育訓練をゼミ形式で行う。次年度からは、今年の実績をもとに、教育訓練をある程度組織化していく。
- 病棟や師長会にも動きや経過は伝えて、共有意識をもってもらおう。
- 心理士によるカウンセリング研修を実施予定。
- 専門看護師は、ナースカウンセラーのサポートを行うとともに、職種間の調整や打ち合わせを行い、職種間でのパートナーシップができるよう調整していく。

（医師の意見）患者・家族の評判もよいため、どんどんやってもらいたい。需要もあり、今後も必要だと思う。

#### b. 役割分担・連携を担う人材の育成 等

（医師の意見）学習会や症例検討会などにより、看護師のみならず人材を育成することをいつも心がけている。

### C-4. 役割分担・連携の成果

#### C-4-1. 役割分担・連携による変化

##### a. 医療サービスの質への影響

（医師の意見）医療サービスの質は向上していると思う。

##### b. 看護職の勤務形態・時間への影響

特になし。

##### c. 医療機関経営への影響

現状では特になし。

（医師の意見）トータルで黒字なので、マイナスが出ている活動も継続することができている。



### C-4-2. 医師の勤務への影響

a. 医師が本来業務に従事する時間の増加（具体的に何にどの位の時間をかけられるようになったのか）

（医師の意見）看護師が聞いた内容に医師も関与するため、話が広がっていくことが多く、負担は増すことが多い。

b. 医師の労働負担の軽減

発達障害患者の家族への説明など、医師が何回も同じことを説明しなければならない現状がある。これを看護師が担うことで、医師の外来業務の軽減につながる。

（医師の意見）外来では、患者の問題について医師が一人で背負っていると感じることがあるが、看護師も一緒に担ってくれるという感覚があり、精神的負担が減る。

c. 医師、他の医療専門職からの評価等

（医師の意見）実施している専門看護師が、他医療専門機関に講演を依頼されるなど、（外来での面接も含め）実績が認められている。

### C-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

（医師の意見）数値的なものはないが、患者・家族の評判が非常によいことから、感触としては患者・家族のメリットが高いと感じている。デメリットは、医療経済的に保証がなく、赤字となる。その他の経営上の工夫によりなんとか成り立っている状態である。

#### 精神看護領域

図表 5-4<事例 No.3 : C病院>

#### 精神科における看護カウンセリング外来（C病院）

北海道：民間精神科病院（約200床）

活動内容：外来患者への一対一の看護師による面接  
 対応：統合失調症、人格障害、発達障害、うつ病  
 ねらい：外来移行時の継続的なケアによる再発・再入院予防、地域生活を視野に入れた病後ケアの充実・退院促進

医師：全責任

●看護カウンセリング外来対応患者の指示  
 （「精神科継続外来支援・指導科」、コ・メディカル40点として算定）  
 ●患者への説明（必要時）  
 ●記録から実施内容の把握、問題発生時には手助け

リスク管理  
 医療安全委員会、倫理検討委員会、リスクマネジメント委員会により、リスク対応

<成果>

●医師の外来業務の軽減、精神的負担の軽減、本来業務への専念  
 ●患者・家族の評判が非常によい  
 ●専門看護師の実績の評価（他病院からの講演依頼など）

背景  
 ・外来患者の増加と医師の多忙  
 ・看護師ももとの職量の広さ  
 ・看護部長の力量  
 ・病院の組織文化（改革へのチャレンジ）

導入までの経緯

・研究的な取組として、専門看護師による外来面接を開始  
 ・副院長からの「院内カウンセリングナース制度」の発足の提案  
 ・専門看護師がリーダーとなり、養成方法・活用方法の検討  
 ・看護部長から理事会への提案と承認

看護師

●カウンセリングナース：中堅の看護師（両様看護師が外来に降りる形式）  
 ●専門看護師がカウンセリングナースを退出、一定の教育  
 ●専門看護師がカウンセリングナースの実践をサポート  
 ※研究的に実施していたときのプロトコルあり  
 ※現在、ガイドライン作成中  
 ●外来主治医からの情報把握 ●患者への説明  
 ●疾患・症状の査定 ●家族への説明・相談・指導

今後の課題

●医師、PSH、心理士など多職種間の相互理解  
 ●養成方法の詳細な具体化 ●人材育成  
 <デメリット>  
 ●医療経済的な保証が十分ない  
 （その他の経営上の工夫により成り立っている）



## (2) 精神看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

### 1. 役割分担・連携の特徴

#### a. 精神科医療のニーズと医師不足を背景とした先駆的实践

今回対象とした先駆的实践は、長期入院患者の退院促進、うつ病患者への外来集団認知行動療法、看護カウンセリング外来（外来看護面接）であった。これらは、長期在院患者の問題、入院の短期化や精神科医療サービスの地域化に伴う外来患者の増加、うつ病患者の増加などを背景とし、現在の日本の精神科医療サービスに求められる課題や重点的な施策が必要とされる課題をそのまま映し出すものであった。精神科医師不足を背景としながら、特に臨床でニーズの高い課題に対して、看護師による先駆的な実践が展開されていたと言える。

#### b. 高度な専門教育を受けた看護師の牽引的役割

専門看護師や大学院修士・博士修了者など高度な看護専門教育を受け、高い専門性を有する者が、看護師の先駆的な実践を推進し、看護師の役割拡大や医師との連携において、牽引的役割を果たしていた。患者・利用者サービスの質の向上を目的とした看護師の役割拡大や医師との良好な連携のためには、医師に看護師の判断や意見を尊重し、診療行為の参考にしてもらう必要があるが、精神看護領域においては、高度な看護専門教育を受けた者が、実践における実績を通して、その判断能力や実践能力を医師、特に組織の運営に関与する地位にある医師から認められており、医師からの信頼を基盤として積極的な役割拡大を推進していた。

また、これら先駆的な実践を推進するうえで中心役割を担っていた看護師は、研究的視点からその活動成果を報告する能力や力量を持っており、多くの場合その成果を誌上発表していた。さらに、病院が看護教育機関と連携していることが多く、教育的資源や人材の活用を意図的に行っていた。

#### c. 組織の管理運営を担う医師等の積極的な後押し

院長、医局長など組織の管理運営を担う者、組織の中で高い地位を持ち、経営にも関与する医師などが、看護師の先駆的な活動を積極的に後押ししていた。またこれらの者は、精神科医療の実践に高い理想を持ち、自らの病院運営においても高い理念を掲げており、経営的には一時的にマイナスの影響が出たとしても、病院運営の全体的で長期的な見通しの中で、患者サービスの質を向上させる活動を積極的かつ柔軟に取り入れる戦略をとっていた。同様に看護部長も先駆的な活動を積極的に推進する立場をとっており、看護部長が理事に入っているなど、組織運営に高い権限を持っている場合があった。したがって、組織運営の権限を持つ医師や看護部長からの理解が、看護師の役割拡大を伴う先駆的な活動を推進するうえで、一つの要となっていると考えられた。

#### d. 医師の指示と責任による取り組み

ほとんどの事例において、医師が指示を行い、看護師は医師の指示のもとに動き、医師

が看護師の実施したことに対して全責任を負う形で、先駆的な実践が展開されていた。

「看護師によるうつ女性のための外来集団認知行動療法」、「精神科における看護カウンセリング外来」など、看護師が実質的にほとんどの役割を任せられている事例もあったが、これらの場合も医師が適応患者の指示を行い、記録等で経過を把握するなどの方法により、医師の責任のもとで行われていた。

また、この運用や、取り決めの作成において、日常的にカンファレンスを行う病院文化や、医師と看護師の信頼関係が基盤となっていることが認められた。

#### e. 看護師による患者に関する情報提供に基づく医師の指示

看護師は患者の生活に密着しながらケアを行うため、患者の生活や状態をリアルタイムで把握しており、介入のタイミングをはかるための情報を多く有していた。したがって、すべての事例において、医師が指示をするうえでの判断根拠となる情報の提供が、看護師から医師に対してなされていた。また、カンファレンスや委員会などにおいても、情報提供やその共有がなされていた。形式的には医師が指示を行っている場合でも、看護師がその判断根拠となる実質的な情報を提供したり、意見を伝えたりする形で、医師と看護師の連携が行われていた。

#### f. チーム医療としての基盤・背景

すべての事例において、チーム医療を背景に、医師と看護師の連携が推進されていた。対象施設では、各職種の役割を尊重し職種間での意見交換がスムーズに行われるチーム医療の基盤が整っており、看護師が担っている先駆的な活動についても、必ずしも看護師でなければと職種が限られているわけではなく、役割が担える者であれば、精神保健福祉士や心理士など、さまざまな職種にもその活動が開かれている場合があった。

#### g. ガイドライン、プロトコル等の整備と遵守

すべての事例において、判断基準となる指針やガイドライン、プロトコルが整備され、それが遵守されていた。



②役割分担・連携による医療サービス提供体制への効果（図表5-5）

|                      | プラスの影響   | マイナスの影響   |
|----------------------|--|---|
| 医師の本来業務の時間等への影響      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は外来などの業務により常に病棟にいる状況ではなく、実質的には看護師中心に病棟での取り組みはなされており、本来業務に専念できる。</li> <li>・医師以外も可能な取り組みに対して、看護師の能力を効率的に活かすことにより、医師の労働（精神的な面も含む）負担は軽減する。</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護カウンセリング外来では、看護師が聞いた内容に対して医師も関与するため、話が広がることが多く、医師の負担が増すことがある。</li> </ul> |
| 患者・利用者への医療サービスの質への影響 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・CBGTでは参加者の抑うつ、自動思考、非機能的態度において有意差を認めたという報告がある。</li> <li>・介入前後の比較により、ACTについては心理社会的機能、日常生活機能、精神症状、CBCMについては心理社会的機能、日常生活機能、精神症状、ケア満足度が有意に改善したことを報告している。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> </ul>   |
| 看護師のサービス提供等への影響      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ACT・CBCMでは、患者の生活のありようがみえ、疾病的な側面・健康的な側面の両方を捉えた看護実践ができる。</li> <li>・CBGT、看護カウンセリング外来では、看護スタッフ全体の意識が向上し、看護師が主体的に取り組む姿勢が育まれつつある。</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> </ul>   |
| 医療機関の経営への影響          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ACT・CBCMでは、患者の退院の円滑な促進により入院在院日数の減少につながる可能性がある。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が行っていることに対して医療経済的に保証がないために赤字となるところをその他の経営上の工夫により成り立たせている。</li> </ul>   |

③役割分担・連携の促進要因（図表5-6）

| 事例より導き出された各項目の内容 |                               | 対応事例                                 |       |
|------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------|
| 背景               | 医師の不足と多忙さを補うための打開策            | 医師の不足、仕事の煩雑さ                         | B,C   |
|                  | 患者の生活の質の向上を目指すための先駆的な研究としての導入 | 同じ患者が入退院を繰り返す状況を回避し、地域生活を支援する必要性     | A     |
|                  |                               | 外来通院中の患者の精神状態の改善・安定、生活の質の維持・向上       | B,C   |
|                  |                               | 患者の生活困難、自我強化、対人関係などに焦点をあてた直接的支援      | A,B,C |
|                  |                               | ガイドライン・プロトコルに則った実践                   | A,B,C |
|                  |                               | CBGTの適応に関する患者の選定                     | B     |
| 問題解決方法           | 病棟全体による問題意識                   | 看護部長の力量、理事会への提案と承認                   | C     |
|                  | 実績・根拠のあるガイドラインの提示             | 海外の取り組みや先行研究の結果に基づいた判断基準の運用、結果の報告と改善 | A,B   |
|                  |                               | (電子)カルテや口頭による報告、意見                   | B,C   |
|                  | 責任の所在の徹底                      | 実質上は看護師が行う項目でも、全責任を医師がもつ             | A,B,C |
|                  | 卒後教育による看護師の実践能力の育成            | 研究対象者の能力に依拠しているため、後継者が必要             | B,C   |
|                  |                               | 必要性と効果に関する勉強会・事例検討会の実施               | A,B,C |
| 患者・家族へのIC        | 患者・家族への説明を行い、同意を得られた場合に実施     | A,B,C                                |       |

## 2. 課題

### a. 看護師の高度な実践能力の育成

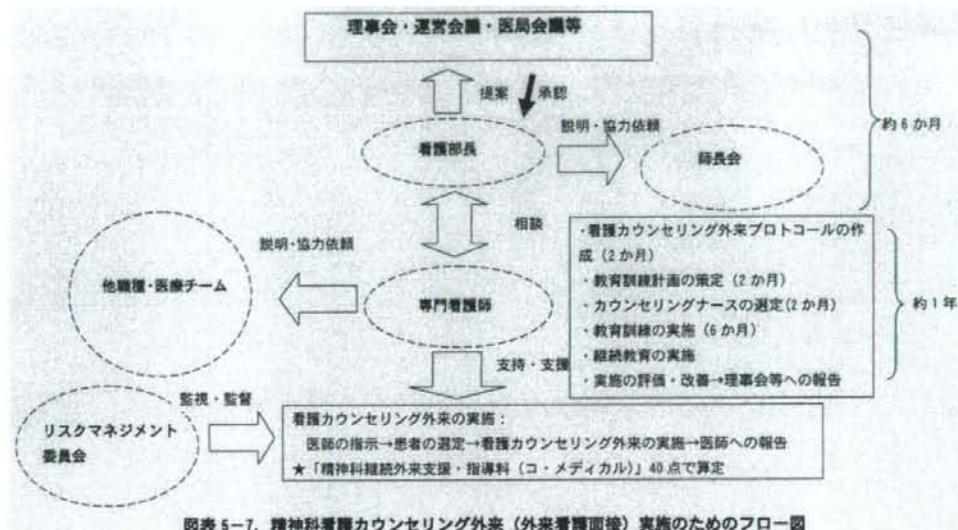
現状では、先駆的な実践を担っている看護師の高度な専門能力に依拠しているところが大きく、後継者の育成という課題がある（看護カウンセリング外来、看護師によるうつ女性のための外来集団認知行動療法）。大学院等での高度専門教育や継続教育を通して、高度な専門性と実践能力を身につけた看護師を育成していくこと、ならびに専門看護師制度の推進が課題である。

### b. 看護実践に対する診療報酬評価

全ての事例に共通して、看護師が実質的に判断し、形式的に医師が指示を出している場合がみられる。看護師が実施しても、診療報酬上では算定されないか、もしくは制限を受ける場合がある（例：看護師による外来面接の場合、外来患者とその家族に医師の指示のもとでコメディカルが療養生活環境の支援を行った場合として、「精神科継続外来支援・指



導料」を算定できるが、この指導料は医師の外来診察料とは併用できないため、週に2回以上外来通院する人にしか実施できない)。したがって、患者サービスを向上させると見込まれる看護師による先駆的な活動に対して、診療報酬上で適切に評価され、病院経営上でも保証を得ることが課題である。



### ⑤組織内で実施するためのフロー図（精神看護領域事例 C 図表 5-7）

精神看護領域事例 C（「精神科における看護カウンセリング外来（外来看護面接）」）を例として、組織内で実施するためのフロー図を図表 5-7 に示す。

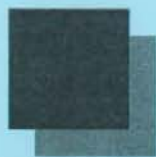
図に示したように、専門看護師が中心となり、看護部長と相談のうえ、看護カウンセリング外来（外来看護面接）の企画を作成し、看護部長より理事会等への提案を行う。理事会等からの承認を得られたならば、看護部長より師長会等への説明を行う。事前に師長会等を通して、看護部長の意見を聞いた後に、理事会等に提案する場合もあるであろう。この組織内合意を得るためのプロセスに約 6 か月がかかると予測される。

理事会および師長会等での承認と了解を得られたならば、専門看護師は、看護部長もしくは担当看護師長等に相談しながら、看護カウンセリング外来（外来看護面接）のプロトコルを具体化させる。さらに教育訓練実施計画を立て、プロトコルに基づいて条件に該当する看護師の中から、カウンセリングナース（外来看護面接者）を選定し、約 6 か月程度の教育訓練を実施する。その間に他職種・医療チームにも説明を行い、協力依頼をする。適宜、他職種を教育訓練の講師として活用してもよい。これらの具体的な準備に約 1 年がかかると予測される。

以上の合計約 1 年半の準備期間を経て、看護カウンセリング外来（外来看護面接）が実施される。実施後は、専門看護師は、カウンセリングナース（外来看護面接者）を支持・

支援するとともに、継続的な教育訓練を行う。診療報酬上は、「精神科継続外来支援・指導料（コメディカル）」40点で算定する。

看護カウンセリング外来（外来看護面接）自体は、医師の指示のもとに行われ、医師への報告をもってリスク管理にあたるが、専門看護師（もしくは担当看護師長）が、定期的の実施の評価を行い、理事会・医局会議等への報告を行う。合わせて、必要時にはリスクマネジメント委員会等への報告を行う。



6) 在宅看護領域の  
役割分担・連携



## 6) 在宅看護領域の役割分担・連携

### (1) 個別事例の各概要

A, B, C, Dの4事例の報告を以下に記す。

#### 在宅看護領域事例A:

フットワークよく往診する医師と連携した訪問看護活動に内在する先駆的看護実践 都市型在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの例

#### A-1. 役割分担・連携の概要

##### A-1-1. 事例の概略

住宅密集地域において、患者宅を病室と見立て、医師と看護師がそこに向いて治療に当たるといった考えの下にフットワークよく往診する医師と連携した訪問看護ステーションの活動である。訪問看護師は、医師による診療情報の開示や、日頃から治療方針や症状の説明などを受け、医師との濃密な連携が当たり前となっており、医師も患者を通じたやり取りから看護師への信頼が増す。

これらを背景に、医師からの信頼の厚い訪問看護師は“看取り”、“排便コントロール”、“褥創ケア”などに代表されるように(後述の表を参照)、自立した心身アセスメント、それに基づく薬量の調整を含めたケアを多様な場面でやっている。しかし内実は看護師による自立したケアであっても、医師への報告は可能な限り速やかに行い、万が一の場合の医師のフォローが可能となるようにしており、また家族のセルフケア能力を育てるケアも併せて行って、安全で確実なケアが提供され、かつ法を踏み外すことも防いでいる。

医師の信頼が得られていない看護師の場合は、連絡を受けた医師は安全策をとって往診してから指示を出す。

急性期の患者や、医療依存度の高い状況の患者の場合は、医師の考案したケアプロトコルを看護師も協働して使用し(抗生物質の投与のプロトコルなど)、医師の信頼のもとに医師がやるべきことであっても医師の都合によっては看護師が代行したり、逆に訪問看護が行えることであっても訪問看護の都合によっては(土日にあたってしまう場合など)医師が代行したりする。

|    |              |  |
|----|--------------|--|
| 看護 | A 訪問看護ステーション | 利用者 70 名 (内訳、医療保険対応 37、介護保険対応 33) 精神訪問看護、小児訪問看護含まれる。<br>常勤看護師 5 名 非常勤看護師 6.6 名<br>訪問半径 5km、在宅見取り 11 人/年<br>所在地: 首都圏市街地       |
| 医師 | B 在宅療養支援診療所  | 患者 220 名、延べ訪問回数 492 回<br>常勤医師 10 名、研修医もいる<br>看護師 7 名 (往診同行や、診療所近隣の患者宅への訪問看護を行う)<br>訪問半径 5km、在宅見取り 51 人/2008 年<br>所在地: 首都圏市街地 |

a. 医師とステーション看護師の連携の特徴

- i 看護師と医師との診療情報の共有（医師が積極的に開示）
- ii 即時的な携帯電話や対面での医師と看護師との情報交換ができる関係性
- iii 訪問看護指示書はあまり活用せず、診療所独自の様式で看護と連携
- iv 定期的な連携の機会を設定
  - 週1の定期連絡。  
用事の有無に関わらず定期的にステーション所長と診療所担当看護師が連絡。
  - 月1回合同カンファレンス 報告は時系列でカルテに貼り残す。  
診療所医師、診療所看護師(2名)、ステーション看護師（所長、他2名）  
連携している患者すべての3者からの近況報告  
問題点の討議、必要な診療情報の確認、双方の方針（診療、看護）の説明
  - 半年に1回の飲み会
  - 急病は原則として毎日連絡を取り合う

b. 診療所の特徴

- i 看護師と医師の連携は、患者宅を「医師と看護師が回診している」というつもりで行う。
- ii 地域連携を重視し、密室医療となることを避け、かつ訪問看護師や薬局の質向上を図っている。
- iii ステーションセットを作り、必要となるかもしれないと思うもの（採血スピッツ、点滴、三方活栓など）を訪問看護ステーションに渡している。カンファレンスの時に補充する。
- iv 診療所看護師も訪問をしている。（訪問看護ステーションとは重ならない）
- v 診療所看護師は担当訪問看護ステーションを決めてあり、週1回の定期的な連絡に対応している。

c. 訪問看護ステーションの特徴

- i 医療依存度の高い利用者が多い。
- ii 医師との連携を重視しており、特定の診療所にかかっている利用者が30名。
- iii 往診の状況で変化があった場合は診療所から報告をもらっている。

## A-2. 先駆的实践

| 看護師からの聞き取り結果   | 医師からの聞き取り結果  |
|--|--|
| <p>&lt;バルントラブルの応急処置について&gt;</p> <p>バルンのトラブルに対する応急処置の例</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①看護師が訪問時に尿の色も出も悪いことを判断し、事前の指示なしで膀胱洗浄してみる。</li> <li>②診療所に状況を事後報告する。</li> <li>③家族には、膀胱洗浄した旨を伝え、その後の流れの観察を依頼。具体的な例を示し（12時間以上流れの悪さが続くかどうか、おなかの苦痛の有無）、異常を見つけたら診療所に連絡を入れるように伝える。</li> <li>④家族への依頼内容を診療所には事前（家族から診療所に入る連絡より前に）に報告して情報を伝えておく。家族にはその旨理解してもらって待ってもらう。</li> <li>⑤医師の往診がすぐにできないときは、翌日訪問看護が経過観察するために訪問する。（そうしなければ入退院の繰り返しになる。）</li> <li>⑥女性の場合のカテーテル交換は訪問看護師がする。男性の場合はやらないのが医師との約束。前立腺肥大があったりトラブルを起こしやすいという理由。膀胱洗浄はする。男性の場合でも医師がすぐに来れないときは、やっておくよう指示されることもある。</li> </ol> |  |
| <p>&lt;看取りについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看取りの時期になると医療保険に切り替え、本人・家族の安心のためにも毎日行く。そうすると医師が頻繁に行かなくても済む。</li> <li>● 診療所との連携で、亡くなる24時間以内には必ず往診してもらい、ムンテラだけはしてもらっておく。医師に往診を進言する場合もあれば、医師からその時期が来ているかどうかという観点からこちらの見立てを聞いてくる場合もある。その際にはこちらの判断を伝えたりする。</li> <li>● 医師には病状の変化を刻々と説明、家族には看取りの仕方、体の変化の説明をする、再三の説明をし、高齢でも看取れている。家族から初めての経験だけどこれがそうかなと思ったなどの電話をもらうことがある。</li> <li>● 死を家族が認めきれない場合の看取りは混乱もある。看護は家族も含めたケアを行い、当人のからだを見てくれるのが医師という整理をしている。家族からは、こういうときにはどちらかといえば看護に来てほしいということばももらうこともある。それができるようになるのが理想と考えている。</li> </ul>                                | <p>&lt;看取りは看護師のケアが中心&gt;</p> <p>がんの看取り段階とわかれば、毎日訪問看護が入って訪問看護が主になる。診療は週1から2になってモルヒネの調整などをするが、それ以外は看護師のケアが中心である。</p> <p>看取りの場面では夜中であっても医師に連絡してもらうことはもちろんである。</p> <p>死亡時は、ステーションはエンゼルケア、医師は死亡診断のために行く。</p> <p>死亡時は、家族からすれば、夜または明け方に看取ってから朝まで医療者が来るのを待てるというのは家族も怖いだろうし、かわいそうだと考えている。</p> |
| <p>&lt;褥創ケアについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 褥創の薬の変更は看護師から提案することがある。</li> <li>● 薬を使った結果を判断して処方の変更を進言し、医師からも変えた方がいいかと質問される。</li> </ul>  | <p>&lt;傷の治療は、短期的には看護師に任せ、長期的には医師が判断する&gt;</p> <p>傷処置は医師と訪問看護師共有の記録書式でやっているが、</p>   |



|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● デブリートマン適応の判断はできるが、法律上してはいけないのではしていない。デブリートマンをまかされたらできるという思いはある。</li> <li>● デブリートマン、ラップでの被覆は経過見ながらやっていく。ラップで覆うことは薬を使わないから訪問看護師の判断でやり、その旨医師に事後報告する。</li> <li>● 病院所属医師が主治医の場合は往診も少なく、かといって距離的な関係で通院もできないので、家族の了解を得たうえでデブリートマンしてラップ被覆しておく。滅多に往診しない医師が主治医の場合は看護師がやってしまうのしかたない。</li> </ul>               | <p>あまり活用はしていない。<br/>軟膏や医療材料だけ利用者宅において、適宜、訪問看護師に使ってもらう。<br/>1日1日の評価より1週間くらい使ってから改善してかどうかを見て、変更の必要性は医師が判断する。その間には往診も入り、看護師と相談しながら決めていく。単独で決めているというより、常に一緒に考えているという感じでやっている。</p>  |
| <p>&lt;排便コントロールについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 下剤の必要性を看護師が判断した場合は、往診の時に家族から医師に言ってもらるか、看護師から医師に直接進言する。薬がすでに処方されている場合は、量の変更は看護師の判断です。</li> <li>● 浣腸は浣腸液処方を出してもらおう。摘便は抵抗が強いので家族にイチジク浣腸を買ってもらってやる。グリセリン浣腸は医師に必要性を伝えて処方してもらおう。</li> <li>● 摘便は必要に応じて判断して行っている。</li> </ul>   | <p>&lt;便秘薬の調節は看護師に任せる&gt;</p> <p>便秘薬は、患者にすら自己調節してもらっているから、まして看護師は当然、判断を任せている。やや多めに処方しておいて調節していいと看護師に話してある。こと薬剤に関することは、現行法上は医師でないとは不可能なので当然医師の仕事と理解しないとイケないが、下剤の種類に関しては看護師の意見を尊重したほうがうまくいくと思う。医者は便秘の専門家ではないから・・・。</p> |
| <p>&lt;利尿剤の調整について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● むくみと利尿剤の関係では、患者の薬に対する感受性を訪問看護師がアセスメントし、その場で薬量の調整を電話などで医師に進言してすぐの対応をしている。</li> <li>● 次の往診を待たずに済むよう、利用者の負担が少ないようなことを重視して医師と連携している。</li> <li>● 医師の方からも電話連絡の際に訪問看護師で何とかするか、診療所医師が診るレベルか質問してくる。看護師の判断できると思えばそうする。往診が翌日になるとときには、緊急で応急的な対応ができるところまでは家族に周知して訪問看護師が行う。</li> </ul> |  |
|   | <p>&lt;輸液は包括指示、かつ事後報告も可&gt;</p> <p>下痢に対する点滴は、薬の効き具合や経口摂取の程度など、行ってみないとわからない面がある。<br/>指示書には「経口摂取が安定化した場合は輸液中止可」という包括的な指示の仕方をする。</p>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>もともと診療所独自の点滴のプロトコールを作成しており、それを用いて看護師の判断のもとに点滴を中止し、医師には事後での報告をもらうことも可としている。</p>  |
| <p>&lt;家族に関する情報を積極的に集め、家族の自立に向けた支援を行う&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 往診の時は家族も硬くなる、医師は十分な時間がとれない場合もあり、患者も医師の前では姿を変える。</li> <li>● 家族についての情報量としては訪問看護師の方が多い。</li> <li>● 普段訪問看護師が見ている情報を医師へ伝えることで診療の目から見た治療などへの影響も出てくる。往診する医師の見えない部分を訪問看護師は把握している。</li> <li>● 家族が自立できないと、訪問看護が毎日行く必要が生じたりするので、家族の支援は大切である。</li> </ul> | <p>&lt;家族：メディカルなこと以外で訪問看護師がよくカバーしてくれる。&gt;</p> <p>家族には裏表があり、経済的な問題、治療の決定に重要なことを看護師ならではの密着度で、看護師が知っている。</p> <p>すなわちよく家族を見ている。医師より看護師を信頼して医師に言えないことを看護師に漏らしてくれたりする。</p> <p>高熱、病態が急に変わった時にもだれに相談するか、どっちをより信頼するかを試されていると思う。医師としてはどちらでもかまわない。</p> |

### A-3. 裁量に関連した考え

| 訪問看護ステーション   | 診療所医師   |
|--|---|
| <p>&lt;経験の浅い看護師に対する管理者の裁量&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 経験の浅い看護師の場合は、管理者が訪問看護師から報告・相談を受けて医師に上申すべきか判断することもある。</li> <li>● 訪問看護師からの連絡に対して管理者が診療所に連絡を取って訪問看護師に返事を返すこともある。管理者の判断で医師に相談せずに返事することもある。</li> </ul> | <p>&lt;看護師はミニドクターではなく看護をして欲しい・研修医よりわかる&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師はポイントポイント、全体を支えるのが看護師。</li> <li>● 医師がいちいち行けば忙しすぎる。途中を看護師にお願いする。</li> <li>● 研修医よりは看護師の意見を尊重したほうがいいと思うことがある。</li> </ul> |

**在宅看護領域事例B：協働する主治医のネットワークを組織する訪問看護ステーションが、一般開業医との連携において示す先駆的看護実践  
都市型一般診療所と訪問看護ステーションの例**

**B-1. 役割分担・連携の概要**

**B-1-1. 事例の概略**

訪問看護ステーションは積極的に地域の緩和ケアネットワークに参加するとともに、自ステーションの利用者の主治医を集めて勉強会を開き、常時最新の知識・技術を取り入れ、かつ医師との顔の見える関係も築いている。訪問看護師は自立したアセスメントや判断力を持ち、経験も豊富である。

そのような訪問看護ステーションが、その地域において世襲制で長年その界隈の地域医療を担ってきた医師と組んで、どちらかといえば訪問看護側が誘導して医師から指示や処方を引き出しながら療養者から満足されるケアを提供している。

|           |                     |   |
|-----------|---------------------|---|
| <b>看護</b> | <b>C 訪問看護ステーション</b> | <p>営利法人立</p> <p>看護師常勤 8 人、非常勤 7 人、理学療法士非常勤 1 名、事務職員 2 名、認定看護師（緩和ケア 1 名）</p> <p>利用者数は約 120～130 名、月間訪問回数は約 760-780 回、サービス提供範囲は周囲 4km 圏内、年間に看取る利用者が約 35 名</p> <p>所在地：首都圏市街地</p>  |
| <b>医師</b> | <b>D 一般診療所</b>      | <p>医療法人立</p> <p>医師 1 名、看護師非常勤 6 名、事務職員非常勤 3 名、</p> <p>現院長の親の代から数十年に亘り当該地域の地域医療に貢献、</p> <p>外来受診患者数約 60 名/日、訪問診療を要する患者は 8 名/月、</p> <p>訪問範囲は診療所より約 1km の範囲に限定</p> <p>昼の外来の休憩時間に訪問診療に 1 件行う。</p> <p>年間に看取る患者は約 3 名。</p> |

**a. 医師とステーション看護師の連携の特徴**

- i 診療所と訪問看護ステーションは 500 メートルの距離にあり、こまめにメールでのやり取りや近隣であるため時間のできたときお互いに顔を出して、看護師と密に情報交換を行っている。
- ii D 診療所では外来の診察だけで忙殺されているのが現状であり、訪問看護との連携により外来診療に集中することが可能となり、診療を中断することは今のところなくきている。
- iii 電子メールの活用（情報の漏えい等の心配もあるが、独立した事業所同士であるので、メールなしではやっていけない）

**b. 診療所の特徴**

- i 一般診療所であり、訪問診療を中心にしているわけではない。



ii 訪問看護と対でなければ自分のような診療所では在宅はできなかったと考えている。

iii 学会や旅行で不在にしている時などは、24 時間対応の在宅療養支援診療所の医師にもサポートしてもらっている。

### c. 訪問看護ステーションの特徴

i C 訪問ステーションでは、利用者の主治医数名をステーションに招きカンファランスで意見交換を密に行っている。

ii 地域の医師の中での緩和ケアのネットワークが形成されていて、そこに C 訪問看護ステーションの管理者を誘い、日頃から顔の見える関係を形成している。患者についてのカンファランスや医療の勉強だけではなく、人間関係を築くために懇親会などで歓談することも大切。

## B-2. 先駆的実践

| 看護師からの聞き取り結果  | 医師からの聞き取り結果   |
|---|---|
| <p>&lt;麻薬の処方量について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院から退院時に使用されていた貼付剤の麻薬の量が明らかに多すぎる症状が見られたので看護師が医師に先行して判断して中止し、その後に主治医に速やかに連絡したケースがあった。</li> <li>● そういう場面に適切に判断できるよう医師や看護師の勉強会で緩和ケア専門医に講演をしてもらい、在宅の医師・看護師で情報を共有し、状況に応じて同様な判断ができるように日々努力している。</li> </ul> | <p>&lt;麻薬、レスキュードーズの使用については看護師の提案や助言が重要&gt;</p> <p>疼痛緩和のための麻薬、特にレスキュードーズの使用については、看護師の提案や助言が重要なのでそのように行われている。</p>   |
| <p>&lt;看取りについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看取りを行う家族には、すぐに医師が往診に行けなくても問題はないので心配しないよう、事前によく説明しておくことが大切である。</li> </ul>  | <p>&lt;看取りは看護師のケアが中心&gt;</p> <p>看取りの時期には医師と看護師とで良く連絡を取るようにして、対応できるようにしているが、学会や旅行で不在にしている時などは、24 時間対応の在宅療養支援診療所の医師にもサポートしてもらっており、安心感がある。</p> <p>現状としては患者が死亡した際には、家族やステーションから連絡をもらって訪問で対応しているが、限られた医師の数でやっているのが、責任の面で問題がないような形にして、看護師等がある程度柔軟に対応できる方がよい。アメリカでは看護師ができる範囲が広いようだが、そういうのも見習ってやったらどうか。</p> |
| <p>&lt;皮膚のケアについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 感染が疑われる褥瘡への処置や真菌症が疑われる発疹などに対して、必ずしも専門ではない内科医から適当と思われな</li> </ul>  |   |

|  |  |
|--|--|
| <p>指示を出されるとどうしたものか悩んでしまう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対応としては、看護師側から内科医に状況や薬品名を具体的に伝えたり、カンファランスを開いたりしている。</li> </ul>   |  |
|  | <p>&lt;便秘薬の調節は看護師に任せる&gt;<br/>実際に下剤などは患者が自分の判断で調整している場面もある</p> |
| <p>&lt;主治医との連絡が取れない場合の対応について&gt;</p> <p>原則は医師との情報交換を密にしているが、訪問中に尿閉が疑われ患者が苦しんでいるが、主治医が外来で処置中などで連絡が取れない場合に指示に先行して導尿を行ったなど、医師との連絡がつかない場合に、看護師が患者の状況を的確に判断し必要な処置や採血、薬の中止などを行う。</p> |  |
| <p>&lt;嚥下障害者への食事の判断について&gt;</p> <p>嚥下障害のある在宅療養者へのケアの中で、患者の状況をみて日々の食事を「中止する・食べる」の判断は看護師の方で普通に行っている。</p>   |  |

### B-3. 裁量に関連した考え

| 訪問看護ステーション   | 診療所医師  |
|--|--|
| <p>&lt;勉強会にて専門家から学んで訪問看護師の力量をつける&gt;</p> <p>病院を退院して在宅で受け取った利用者への医師の処方の妥当性を看護師の立場でも適切に判断できるよう、日頃から医師や看護師の勉強会で緩和ケア専門医に講演してもらい、在宅の医師・看護師で情報を共有し、状況に応じて同様な判断ができるように日々努力している。</p> | <p>&lt;看護師に指示を誘導してもらって助かる&gt;</p> <p>ずっと患者を診ていられるわけではないし、入院—在宅療養の継続等は患者家族の価値観・介護の状況なども踏まえて考えるべきなので、ある程度、看護師から指示を誘導してもらって医師が助かっており、それによって医療が成り立っている現実もある。</p> <p>診療所の医師同士は利害が対立する立場でもあるが、訪問看護が間に入り、不足した物品や薬剤などを融通してくれることで、患者に迅速に提供することも可能になり、無駄な在庫を抱える必要もなくなる。またそうしたプロセスから医師同士のつながりも深まる。</p> <p>&lt;在宅医療は看護師が頼りである&gt;</p> <p>在宅医療は本質的に看護師やヘルパーによるケアの要素が7割8割で、緊急時に一緒に訪問するにせよ、それまでのかなりの部分は看護師が担っている。</p> <p>一般の診療所を医師1名で担当しているため、訪問看護との連携しなければ成り立たない。〔訪問看護ステーションがなければ、在宅医療に関われなかった。〕</p> <p>&lt;一定以上の質の看護師であれば、医師不在時には看護師が処置を行っても問題にならない&gt;</p> <p>処置については、一定の経験もあって患者の病状・病態を的確にアセスメントして、どのようなリスクがあるか分かり、問題が生じたときへの対応が分かっている看護師であれば、医師が対応できない時に必要な処置を行っても問題になることは今のところない。</p> |

## 在宅看護領域事例C：

### 農村型の医師-看護師連携における先駆的看護実践 農村型一般診療所と訪問看護ステーションの例

#### C-1. 役割分担・連携の概要

##### C-1-1. 事例の概略

人口約5万人の市に約20年前に開設された医療法人立のE訪問看護ステーションと、古くからその地域に開業し代々医師をしている診療所の医師との在宅看取りの連携について報告する。この地域は市の東側に農村地域が広がり、西の海岸側に工場地帯があり新興住宅地も多い、準農村地域である。E訪問看護ステーションは、市の中央に位置する母体である319床の総合病院に隣接し、関連施設に老人保健施設や特別養護老人ホームなど福祉施設をもつ。母体病院の設立者が精神科医ということもあり、精神疾患を持つ利用者への訪問看護に力を入れている。また精神障害者地域支援センターも同法人内に併設しているため、近隣の市からの精神疾患患者への訪問要請もあり、訪問範囲は片道20kmを超える場合もある。

E訪問看護ステーションが在宅看取りの連携をしている市内の開業医は6名程度であり、近隣の開業医に限られ、年間10~20名程度の看取りを行っている。一方診療所の医師は、この地で約350年前から開業しているため、先代が培ってきた土壌の信頼関係の上に成り立っている。外来にきた患者の約8割の家族背景がわかり、顔と名前が一致するという。つながりのある患者を大事にする一方、関係が希薄でリレーションシップがとれない患者の往診は断る。大学病院からの紹介で、新しい住民で縁もゆかりもない癌の末期の患者を看取ったが、それは家で死にたいという強い希望があって診たもので非常に特殊な例であった。

この医師が看取りにおいて訪問看護師とうまく連携をとることができるのは、医師と患者家族の信頼関係が良く、その医師に死亡診断書を書いてほしいといって診療所に通う患者に限られるという。訪問看護師としては、母体病院をはじめこの地域の医師に対し、協力体制を取って在宅看取りを支援してほしいと訴えているがかなわないため、緊急時に主治医と連絡がとれないと大変なことになると日頃の連絡には細心の注意を払っている。

|    |             |  |
|----|-------------|--|
| 看護 | E訪問看護ステーション | 利用者140名（医療保険 98名 介護保険 42名）<br>常勤看護師 5名 非常勤看護師 3名<br>訪問範囲 半径 20km<br>在宅看取り 10-20名/年 |
| 医師 | F診療所        | 往診利用者30名 延べ訪問件数40件<br>医師1名 看護職員4名 事務4名 24時間緊急携帯での対応<br>訪問範囲 半径 10km                |