

a. 医師とステーション看護師の連携の特徴

i 在宅看取りの連携を行える条件

在宅看取りを共に行うことのできるのは近隣の開業医に限られる。

ii 家族と医師と訪問看護師と事前に十分に対応を話し合っておく

最後まで責任を持つ医師は、往診時にターミナルのことを家族に説明しており、例えば医師自身の予定、診療所が休みのときの居場所、連休の時の行き先、夜中の連絡は訪問看護師を通してかなどと具体的に指示を出し説明しておいてくれる。それに合わせて訪問看護師は訪問時間を医師の訪問に合わせてたり、医師の訪問前に行ったり、後に行ったりして、緊急時の動き方のシミュレーションをしておく。

iii あらゆる機会をとらえて意識的に医師とコミュニケーションをとる

普段は電話やFAXなどで、もうちょっとで処方切れそうだから次の処方をどうしますかとか事前に処方された薬の効果を連絡しあっている。ターミナル期のように密にコミュニケーションを取っておく必要のあるときや、緊急で連絡をする時は、訪問の帰りに直接診療所を訪問し医師に面会し相談報告したり、往診の時間に合わせて利用者宅へ訪問看護師が訪問しそこで相談報告したり、意識的にできる限りのコミュニケーションをとるようにしている。

b. 診療所の特徴

この診療所は、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。

c. 訪問看護ステーションの特徴

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 20 km 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。

C-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>＜疼痛コントロールについて＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○痛み止めと安定剤とステロイドが主な3点セットである。ステロイドを調整することはタイミング的にあまりない。安定剤は、訪問看護師が不眠の可能性を前もって判断し、医師から安定剤の予備をもらっておいて、こういうときに使ってくださいと指導する。何か質問があったときに答える。 ○痛みの評価のときは、評価表をつけてもらうので、痛みのレベルに応じて痛みどめの服用を本人・家族と相談しながら調整をし、またその結果を見ながら、服用のタイミングなど(我慢してないで朝一番に起きたらすぐ入れてみたらどうでしょうとか)、具体的な使い方を説明する。 	<p>＜組みやすい訪問看護師＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○乗をしようという発想がない訪問看護師はいい。コモンセンス。患者さんに対する思いが近いから、大変だと思うけどそういう訪問看護師とは看取りも組みやすい。
<p>＜必要と予測される薬を医師に依頼することがある＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○痛み止めしか処方されておらず、その時点では便秘などの症状はなかったが、副作用として当然出てくるべくして便秘などの問題がでてきた場合、問題が固まらないうちに早めに手を打った方がいいと判断し、本人・家族に説明しつつ同時に医師に話をして処方をしていただく。それは症状コントロールをする上での裁量というより、一般の看護であると思う。 ○処方されたあと下剤の調整などはほとんど看護師にまかされる。浣腸は本人の状態によって医師に確認する。緩下剤の種類や形状については、ご本人の飲める状況によって、医師にその状態を説明してそれに合った緩下剤の種類や形状を同時に進言する。本人・家族にはやってみて生活状況と合わせて薬とか水とか使い方の説明をする。 	<p>＜在宅では訪問看護師に教わることが多い＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○在宅ではほとんど訪問看護師へ任せてもいいと思っている。有能な訪問看護師である。 ○褥瘡は、大学病院ではほとんど経験しない(発生しない)。だから在宅にきて訪問看護師に教わっているようなものである。昔はイソジンシュガーだったなあとか。 ○医師は患者が実際どれくらい飲んでいいのかわからない。粉は飲めるとか、玉は飲めないとか、そういうのはあまり医師は気にしない。現場の人間としては飲みづらいつかこういうふうにしてくれと言ってほしい。
<p>＜亡くなったときの医師と訪問看護師の行動は医師と患者家族の関係性で違ってくる＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○亡くなったときの対応は一人一人全部違う。 ○利用者の状態を報告し、急変時の対応を前もって医師に確認しておく。 1. 随時の連絡・随時の往診を可とする医師の場合：家族から訪問看護師に急変の連絡があると夜間でもまず医師に連絡し、医師が訪問するといったら、家族に医師が行くことを家族に伝え、医師が行くために必要な準備をしておいてもらう。この時間をご家族で大切に過ごすように話し、訪問看護師は即は動かない。いつでも呼んでくれと言う医師の面子をつぶさないよう約束どおりそのようにする。 2. 訪問看護師のその時の判断に任せるとする場合：訪問看護師の判断に任せるとする場合でも、死後の処置をしていいかどうかそのつど医師に確認する。医師が訪問する前に死後の処置をしていいかどうか聞く。訪問看護師が訪問して明らかに死の三徴候を確認するまでもなく死が歴然としており、明らかに救急車に乗れない状態の場合、一応医師へ確認し、家族へ説明し、医師の動き方(予定行動)を説明し、その上で家族に断って訪問看護師が処置をする。 ○医師と家族との関係性がきちんとしているので、家族が看 	<p>＜(医師の)妻に夜中でも往診する患者のリストを渡してある＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○24時間携帯に連絡できるようにしてあるととっても、外出や旅行に行くこともある。そういうときは自分の家族の携帯番号を訪問看護師に知らせてそこに連絡をもらう。 ○夜中も往診するが、前は全部やっていたけれど、今は体力が落ちたのでそこまではやらない。

<p>取った時間を大事にするし、トラブルは絶対におこらない。</p> <p>○医師とは事前に打ち合わせているので、訪問看護師は打ち合わせに基づいて医師の行動を家族に説明し、それに従っての看護師のこれからとる行動をさらりと説明する。</p> <p>○医師は訪問する場合もあるし、家族に病院に死亡診断書を取りに行くように説明することもある。医師と家族が長い年月をかけて培われてきた関係性、構築された関係があればうまくいく。</p>	
---	--

C-3. 課題

訪問看護師	医師
<p><予備の医療物品は常備できない></p> <p>○まず医療物品がないこと、看護しかないのでルートまでは予備としてあっても薬品がない。</p> <p>○薬品が必要な時は医師の指示があるし、医師から指示が出たとしてもその医院からの処方箋がでること、それを家族が了解すること、それを取りに行く人がいることと手間がかかる。どうしても取りに行く人がいなければ訪問看護師が代行することもある</p> <p>○ルート確保を医師の指示の前にはしない。訪問看護師から先に点滴をしておくというものは絶対ない。指示を受けて訪問看護師がすることがあっても、そういう手順は崩さない。</p> <p>○ターミナルのときに点滴をする必要性はあまりない。周りの人の安心のために入れることはあり、気休めに1-2本点滴するということはあるが、医師が往診に行ったときに自分で刺してくることが多い。</p>	<p><看護師は患者に気を使ってほしい/やっつけていいことと悪いことのコモンセンスが合う看護師とそうじゃない看護師といる></p> <p>○苦しんでいる患者に医師が「ベンタジンを打っておこうか」というと「じゃあ私が打ちます」という看護師がいる。それは看護師の仕事ではないだろう。患者が早く楽になったほうが良いとある意味思うが、ベンタジンのような劇薬である類麻薬を簡単に、看護師に私たち打ちますよとか言われても、打って、一時間後に亡くなることがよくあること。</p> <p>○医師と患者家族が信頼し合っているからいいのであって、その看護師が何年か実績のある人だったらいいけれど、訪問初めて数カ月で訪問看護師がそんな注射をして何かあったら、それはやりすぎだろうと思う。</p>
<p><亡くなった時に主治医に連絡がつかないことが一番困る></p> <p>○医師がお休みのとき、事前に約束していた携帯に連絡してもつながらないときは大変困る。それが一晩ならいいが、二晩三晩となったときに家族も受け入れられない。</p> <p>○家で亡くなって主治医が死亡確認できないと検死ということになる。そういうときには母体病院に泣きつか、母体病院が応じてくれないときには検死になるかもしれないと家族には説明する。</p> <p>○可能性は低いが主治医ではない母体病院に相談し、その時の当直医が承諾すれば、家の車でそと病院へ連れてゆく。当直医は往診できないし、救急車を呼ぶと警察にすぐ連絡されてしまうので。</p> <p>○亡くなった人は救急車に乗せられないが、暖かいままで呼吸が今止まったんですという状態だったら、救急車を呼んでくださいという。救急車に乗ってしまうと「たらいまわし」にされる可能性はある。</p> <p>○最悪の場合は、母体病院にきて訪問看護師が持っている書類を出し、その中で死因がこうだろうというように判断できる時には、死亡診断書を書いてもらう。</p>	<p><患者と医師とのリレーションシップ></p> <p>○非常にうまくいくのは患者さんと医師である自分との関係が良いからである。地域で代々続いている医院だから患者の家族親戚までわかる。ほとんど新規で診る人はいないくらい、目の前に座るとこの患者さんは誰の子供とか親戚とかもう(情報が)入っている患者さんの看取りがほとんどである。</p> <p>○訪問看護師とうまく連携をとっているのは、患者さんとの信頼関係が良く、僕に死亡診断書を書いてほしいといってうちに通ってくる患者さんである</p> <p>○関係が希薄でリレーションシップとれない他の患者さんの往診は断る。</p> <p>○往診している患者でもめたことは一回もない。急変時に自分が不在でも家で看取るということをお納得しているから、急に死んじゃったなどの文句を言われたことはない。</p>
	<p><死が近づく入院させてほしいという患者が増えた></p> <p>○在宅看取りはすごく少ない。昔のほうが死亡診断書をよっぽど書いていた。今はむしろ</p>

<p>○訪問看護師がかかわった期間が短く、1週間などあまりにも情報が少ないケースで、指示書の状況としても病名と症状しか記載されておらず、その後の記録は訪問看護師の記録のみで医師の診察がないという時には、その間何が起こったかわからない。診断をする材料がないということなので、その際は「死亡証明」を書いてもらう。検死にはならない。自家用車に載せて自宅に帰ることができる。警察もそれを持っていれば事件にはならず、それを持っていれば逮捕されない。葬儀の準備もできる。</p>	<p>ろ警察からの検死依頼の電話のほうが多いかもしれない。</p> <p>○往診している患者で何人も年寄りがいるけど、あと一週間しかもたないという日本人も家族も入院させてくださいという患者が多い。だから開業医はみんな往診したくない。</p>
	<p><国がいうほど在宅看取りは増えないと思う></p> <p>○国がいうほど在宅看取りの体制というか日本人のコモンセンスか心の問題で、そういう環境にはないと思う。だから在宅看取りなんてはるか夢物語。国が在宅看取りを増やそうというのは絵に描いたもち。実際日本人の心の問題として家で看取る気構えなんか誰も教育していない。</p>

在宅看護領域事例D：看護師が開発した記録用紙の活用および教育・研修システムによる看護師の力量形成を背景とした先駆的実践

D-1. 役割分担・連携の概要

D-1-1. 事例の概略

大都市から電車で約1時間の自然豊かな市で活動する、同一法人の訪問看護ステーションと診療所（在宅療養支援診療所ではない）の事例である。同一法人内で、訪問診療・訪問看護・訪問介護・居宅介護支援・グループホーム・デイサービス・高齢者住宅を営んでいる。訪問看護ステーションは介護保険施行前の平成8年から活動しており、訪問介護事業所を併設し、系列ステーションを県内に複数ヶ所擁している。対となる医師は同一法人の総合病院を退職した後に診療所を開設しており、訪問看護ステーションとは開設当初からともに仕事をしており、信頼関係が構築されている。また、この地で20年近く訪問診療を行っており、地域からの信頼が厚い。

本事例は、看護師が開発した記録用紙の活用による自立的実践および、それを可能とする力量形成のための教育・研修システムの構築が図られていることが特徴である。

疼痛アセスメント表や褥瘡評価表の活用により、疼痛コントロールや褥瘡ケアにおける看護師間で統一されたアセスメントの実施やケアの標準化につながっている。また、外来受診伝票や複写式の日々の訪問看護記録の活用により、医師と看護師が同一組織に属していないことが多い訪問看護実践現場におけるタイミングのよい報告や情報共有につながっている。以上のような記録用紙の活用により、看護師のアセスメント・ケア能力の向上が図られると同時に医師をはじめとした多職種に対する看護師のアセスメント・ケア能力のアピールにもなっていると考えられる。

また、医師と看護師との役割分担と連携の推進においては、看護師側（管理者）の考えにもあるように、医師からの指示を看護師が安全確実にを行うこと、必要な指示を医師からきちんともらうこと、そのために看護師は医師へ分かりやすいように報告すること、が重要である。本事例では、教育・研修が系統的に行なわれており、これらを実践するスキルを磨くためのシステムが確立されている点においても優れている。

		施設概要
看護	G 訪問看護ステーション	医療法人。開設年は平成8年。職員数は、看護職常勤12人、非常勤1人、常勤換算看護職員数11.6人。OT1人、PT2人、事務5人。24時間対応体制有。利用者261人/月、延訪問回数1882回/月、訪問範囲半径10km、看取り5人/年。
医師	H 診療所	医療法人（訪問看護ステーションと同一法人）。開設年は平成20年。職員数は医師1人、看護職1人、事務職1人。夜間・緊急時連絡体制有。利用者97人/月、訪問回数45回/月、訪問範囲半径3km、看取り0人/年。

a. 医師とステーション看護師の連携の特徴

i 看護師が開発した記録用紙の活用

看護師が開発した(1)疼痛アセスメント表、(2)褥瘡評価表、(3)外来受診伝票、(4)複写式の日々の訪問看護記録がある。ステーション内に記録改善委員会があり、随時記録用紙の改善に取り組んでいる。

(1)疼痛アセスメント表：バイタルサイン（体温、脈拍、血圧、呼吸数、SP02）、疼痛部位、疼痛スケール（フェイススケール）、排尿、排便、腹部症状（腹満、腸音）、浮腫、肺音、スキントラブルなどが経時的にみられる記録用紙である。

〈効果〉本記録用紙の活用により、新人訪問看護師であっても疼痛コントロールにおいて自立的実践が可能となる。

(2)褥瘡評価表：DESIGN、栄養状態、湿潤、体圧分散、処置内容、評価などが経時的にみられる記録用紙である。褥瘡の写真を貼付するスペースがある。裏面には DESIGN、褥瘡ケアのアルゴリズムが印刷されている。この記録用紙に沿ってアセスメントを行い、主治医に見せて指示をもらい、看護師が処置を行なう。ケアの評価を定期的に行い、1週間同じ薬を使用しても効果がない場合は、薬を変更するために主治医にアプローチする。

〈効果〉本記録用紙の活用により、新人訪問看護師であっても褥瘡ケアにおいて自立的実践が可能となる。

(3)外来受診伝票：看護師から医師に報告したいこと、確認したいことなどの最新の情報や連絡事項を記載したメモであり、外来の受診の際に、利用者、家族に医師へ持ってもらう。

〈効果〉訪問看護報告書は月1回のため、医師への報告、対応が遅れてしまう。また、医師は忙しいため、電話に出ないことがあり、月曜日の朝に電話をすると、怒鳴られることもある。外来受診伝票の活用により、医師との円滑でタイムリーな連携・協働が可能となる。

(4)複写式の日々の訪問看護記録：記録が複写になっているので1部利用者宅に置いている。利用者宅にファイルを設置し、ステーションの連絡先、地域の連絡先（ガス、救急車など）、初回訪問からの病状のアセスメントとともに綴じ込んである。利用者本人や家族にも理解しやすい平易な表現で記載し、医師、看護師、ヘルパーなどすべての職種間でも情報共有できるようにしている。

〈効果〉本記録用紙の活用により、医師をはじめとする他職種との円滑でタイムリーな連携・協働が可能となる。

ii 看護師の力量形成のための教育・研修システムの構築

医師から出された指示（診療の補助行為）を看護師が安全確実にを行い、訪問看護師として成長していけるよう、以下のような教育・研修システムが構築されている。

(1)教育システム

- ステーション内に教育委員会、業務委員会、記録改善委員会があり、適宜、勉強会の実施、技術の練習、記録用紙の改善に取り組んでいる。系列ステーション合同で、各ステーションから役員が出て年間で教育プログラムが作られる。1年に1回、1日ばかりで合同研修を行っている。
- 技術の演習には、トランスファー、スタッフ同士での胃チューブの挿入、手作りの

模型を用いたサーフロー針挿入、1人での膀胱留置カテーテル挿入、などが含まれる。

〈実施の背景〉大学病院から来る人はサーフローを挿入したり、バルンカテーテルを1人で清潔を保ちながら入れたりができない人もいる。また、最近は看護基礎教育での技術習得があまり行なわれていない。対となる医療機関の医師は、看護師にも緊急時はABCの法則に則り、ルートの確保程度はやってもらいたいと考えている。

- ・ターミナルの事例には、新人訪問看護師には一人で訪問させず、必ず経験のある看護師がフォローすることにより、学ぶ機会を設ける。

(2) 研修システム

- ・1年目はプリセプターシップ、2年目は県看護協会訪問看護師養成講習会への参加、3年目以降はリーダーコース研修、主任クラスは県内大学研修センターの研修への参加といったように、研修システムが確立されている。

b. 診療所の特徴

- i 診療所開設当初から当該ステーションとともに仕事をしており、信頼関係が構築されている。
- ii 往診を主に併設のグループホーム、小規模多機能デイサービス、高齢者住宅入居者の健康管理、病状の変化時の対応（内科疾患、がん末期等）をしている。
- iii 当該ステーションと同一建物、同一フロアに位置している。

c. 訪問看護ステーションの特徴

- i 同一系列のステーションが県内に複数ヶ所あり、統括所長を置いている。
- ii 開設当初より医療依存度の高い利用者を訪問してきた経緯があり、現在もがん末期、難病、障害などの方を中心に訪問している。そのため宿直体制を取り、24時間365日訪問の稼働をしている。
- iii 訪問看護ステーションのモデル事業や調査研究事業にもよく協力している。

D-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>〈褥瘡ケアについて〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡を発見したら、全身状態も問題になるのでまず主治医に報告する。 ・専用のアセスメント用紙、プロトコルに沿って（DESIGNを使用、写真も貼付）アセスメントを行い、用紙を主治医に見せて指示をもらい、看護師が処置を行なう。 ・1週間同じ薬を使用しても効果がない場合は、薬を変更するよう主治医に進言する。 	

<ul style="list-style-type: none"> 看護師が褥瘡の深度Ⅲ、Ⅳ度と判断したものは、主治医から皮膚科医へ往診依頼してもらう。 デブリートマンは、写真とアセスメントの内容を用いて、褥瘡の状況を医師へ報告し、医師の指示が出た場合、看護師が施行することがある（看護師が必要に迫られて行った後、医師の指示をもらうこともある）。眼科用のコッヘルもステーションに買って置いてある。 褥瘡については医師もあまりうるさく言わない。また、医師の方から薬は何を使ったらよいか相談されることもある。 看護師が褥瘡のケア方法に迷った場合はステーション内のカンファレンスで相談している。 	
<p>＜看取りについて＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の衰退のプロセスは、定期的な医師の訪問診療にて診察し、家族へ医師から病状を説明する。急変時の連絡はまずステーションへ電話連絡が入るため、看護師が訪問し、病状を医師へ報告する。 疼痛コントロールについては、医師から事前指示を得たうえで、看護師が専用のアセスメント用紙を用いて評価しながら実施する。 	<p>＜看取り-夜間死亡時は看護師に任せている＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 夜間の死亡時は、ステーションへ連絡が入り、看護師が訪問するため任せている。医師は、翌朝一番で訪問し、死亡診断をし、死亡診断書を作成する。
<p>＜緊急時の対応について＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 吐血、下血などによるショック状態で血圧も脈も触れないなどの利用者の生命の危機に関わる緊急事態では、家族から看護師にSOSが入り、看護師の判断で医師の指示なく、エラスターを入れて維持液（診療所においてあるものを使用）を輸液する。 このとき、2人の看護師が関わる。流れは、緊急の連絡を受け、ファーストが病状観察のため訪問、必要物品をセカンドの看護師へ連絡し、セカンドが輸液などの必要物品を持参して訪問する。夜間であった場合には事後に医師へ電話をし、実施した内容、必要であった理由を報告する。その後、朝一で医師が往診し、利用者と家族に説明し、輸液の補正を行う。 	<p>＜緊急時-看護師にもABCの法則に則り、ルートの確保程度は実施して欲しい＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師にも緊急時はABCの法則に則り、ルートの確保程度はやってもらいたいと思う。
<p>＜排便ケアについて＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 下剤はすべて看護師が裁量権をもっている。家族に負担がかかるため、下剤をなるべく使用しないようにしている。 便秘は3日を限度と考え、腹部のフィジカルアセスメント→ジグタール→便の位置を確認し、必要であれば、摘便を実施する。指圧も取り入れている。 市販の下剤薬の内服判断は看護師が行い、水分の摂取量などと合わせて指導を行なう。市販薬の内服状況については、訪問看護報告書を用いて医師へ報告する。 	<p>＜排便ケア-便秘の原因の医学的診断に関与し、浣腸か下剤かの判断を行なう＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、排便がない時、過去の手術歴、腫瘍の有無など通過性障害、器質的疾患の診断に関与し、下剤か、浣腸かの判断を行なう。

<p><インスリンの使用について></p> <ul style="list-style-type: none"> • 医師からの事前指示もあり、利用者本人も指導されている。利用者自身が血糖値を記録しているので、血糖値は表にして月1回医師へ報告する。 • 血糖値や食事摂取状況から導いた看護師のアセスメント（より適正なインスリン使用量や投与方法（何回打ちかなど）について）を医師へ訪問看護報告書を用いて伝え、看護師のコメント通りの変更が医師の訪問看護指示書に反映されることもある。 	
<p><抗生剤の内服について></p> <ul style="list-style-type: none"> • 看護師のフィジカルアセスメント（肺音、尿の色、痰のにおい、色）の内容を医師へ報告し、医師が診断を下す流れがある。 • 事前指示（発熱何度以上に使用）があれば、その場で内服させることもあるが、その他は、医師へ報告する。 	
<p><検体採取について></p> <ul style="list-style-type: none"> • 採血、検尿が必要だと看護師が判断した場合、ステーションへ帰宅後、医師へ状況を報告。医師からの指示に基づき、検体採取を看護師が行う。 • 看護師の勝手な判断で検体を採取することはない。また、看護師は、家族へも検査に出すという説明はせず、「医師へお見せしましょう」と説明する。診断は医師の独占業務であるから、医師の独占業務を侵害するような言い方や態度は慎まなければならない。越権行為になってしまうので。 	

D-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><保助看法を遵守し、医師の独占業務を侵さない></p> <ul style="list-style-type: none"> • 医師の手と足にならないことを念頭に置きつつ、医師から指示されたことを看護師が確実に行うこと、看護師は勝手に行わないで医師から指示をきちんともらうこと、看護師は医師へ分かりやすいように報告すること、を心がけている。 • 看護師は、医師の独占業務、すなわち医師の独占業務である診断業務、治療業務などの領域には足を踏み入れない。処方、処置は医師の業務であり、療養上の世話、風呂、排泄などは、看護師の業務である。越権行為になるため、医師の独占業務を侵害するような言い方や態度は慎むように心がけている。 	

<リスク管理の責任の明確化と自己発生時の迅速で真摯な対応>

- リスク管理の責任は管理者にある。各自、国家資格を持った者であり、事故を起こすと業務上過失致死となるので、それはスタッフに厳しく言っている。実施者が罰せられることをスタッフに自覚してもらおうとともに、何かあったら一人の責任ではなく、管理者、施設長の責任であると考えている。事故発生時は何よりも迅速に対応することを重視している。第一に医師へ報告、次いで管理者へ報告し、管理者は現場へ急行する。医師と相談の上、管理者は病院などへ搬送し、謝罪をする。これまで、利用者、家族とトラブルになったことはない。日頃の関係性の維持と素早い対応、真摯な対応が重要である。

ケア項目別サマリー 1：排便ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携

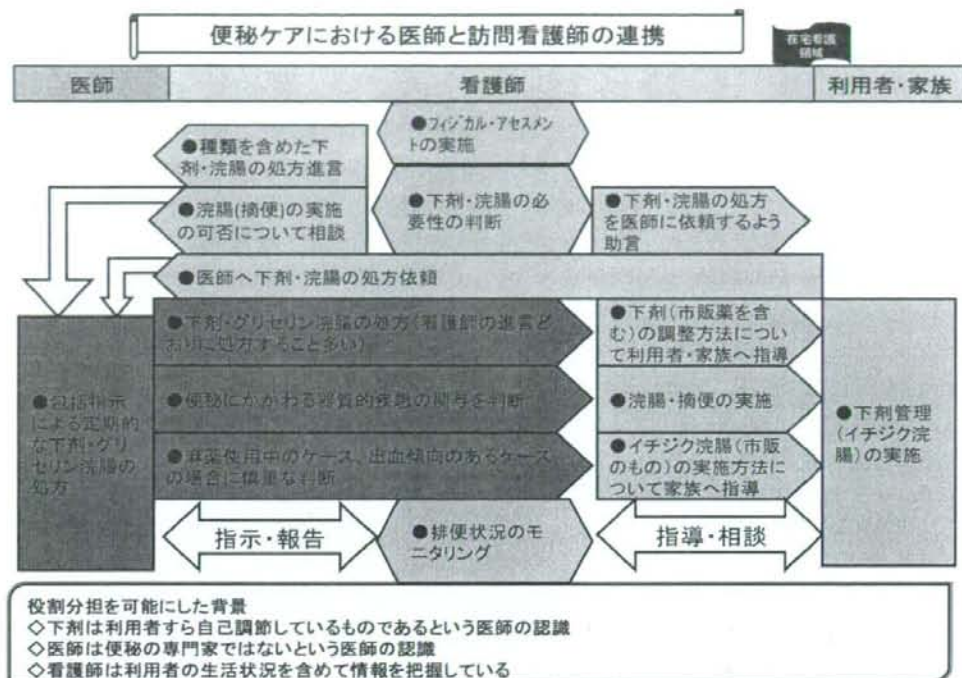
排便ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携の状況については、17 事例のうち、訪問看護ステーション、医療機関ともに 13 事例からデータが得られた（表 2）。

看護師は、利用者や家族への排便状況の聞き取りやフィジカルアセスメントを実施し、下剤、浣腸、摘便の必要性の判断を自立して行なっていた。下剤が必要だと判断した場合には、下剤の種類を含めた看護師の意見を医師に伝え、処方を依頼する事例もあった（事例 3、6）。市販薬については内容を把握したうえで、内服量、内服方法について利用者と家族に助言を行なっていた。

摘便については看護師の判断によって医師の指示を得ずに行なっている事例もあったが（事例 6、11、12、14、16）、浣腸の実施については語られたすべての事例において、医師の許可を得たうえで実行に移していた。

一方、医師側は、下剤の処方や変更について、看護師の進言どおりに処方している事例が多くみられた（事例 3、4、5、10）。出血傾向のある場合の特別な指示（事例 4）、過去の手術歴、腫瘍の有無など通過性障害、器質的疾患の診断（事例 8）などにおいては医師の関与が必要だと考えているが、「下剤の管理は看護師に任せている」（事例 4、5、7、17）、「看護師が下剤を処方してくれてもいいのと思う」（事例 4）、「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」（事例 5）、「細かいところは看護師の現場判断が尊重されるべきだし、実際それで一番うまくいっている」（事例 14）のように、おおむねの医師は下剤管理については看護師にかなりの裁量を任せてよいと考えていた。

以上より、浣腸の可否については医師の指示を仰いでいるが、看護師は下剤の種類・量について自立的な判断・助言を行なっており、医師も看護師の進言どおりに下剤を処方している現状があることから、排便ケアにおいては看護師にかなりの裁量があることがうかがわれる。



図表 6-1

ケア項目別サマリー 2：排尿ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携

排尿ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携の状況については、17 事例のうち、9 の訪問看護ステーションと 4 の医療機関からデータが得られた (表 3)。

1. 利尿剤の使用について

事例 5, 15 において語られた。事例 15 においては利尿剤の増減は医師の判断によるとしていたが、事例 5 では、看護師が利尿剤の作用状況をみてその増減の必要を判断し、必要時には医師に変更の必要について進言することにより、迅速に変更が行なわれるように取り計らっていた。

2. 膀胱洗浄について

事例 5, 12, 15 において語られた。看護師の判断で膀胱洗浄を実施した後に事後報告となる場合 (事例 5, 15) と、連携する医師によっては事前に許可を得る場合 (事例 12) とがあった。事例 5 では看護師の判断で膀胱洗浄を行なったことを医師へ報告するとともに、家族に対してその後の観察点と対処方法について細やかな説明がされていた。

3. 導尿について

事例 8, 11, 12, 13 において語られた。事例 8 においては、実施前に医師へ状況を報告

し、指示を得てから行なわれていたが、医師と連絡が取れない場合には看護師の判断で実施して事後報告をすることもあった事例（事例 12, 13）や、看護師の判断に基づいて実施している事例（事例 11）もみられた。

4. 膀胱留置カテーテル交換（バルン交換）について

女性のバルン交換は、訪問看護師によって実施されていた。男性のバルン交換については前立腺肥大による挿入時の出血のリスクがあるため、原則的には医師が実施することとしている訪問看護ステーションが多かった。しかし、危険性を利用者・家族に十分に説明した上で看護師が実施している事例（事例 6）、初回は医師が実施したうえで問題のない場合には看護師が実施している事例（事例 12）、緊急時には看護師が実施している事例（事例 14）、前立腺肥大等の問題がないことを医師が確認したうえで看護師が実施している事例（事例 15, 16）など、理想的には医師が行なうことが望ましいとしつつも、実際には看護師が実施している場合も多かった。なかには、「若手の泌尿器科の医師を連れて行く」、「看護師 2 人で訪問し、緊急時に備えている」など、不安を抱えながら対応している事例もあった（事例 11）。

上記のようなリスクを負いながらも看護師が利用者宅で男性のバルン交換を行なう背景として、受診が困難な利用者がバルン交換のためにわざわざ外来に行かなくてもよいという看護師側の配慮が語られた。

一方、医師側は、事例 5 においては女性に対しては訪問看護師、男性に対しては医師がバルンカテーテル交換を実施していたが、他は看護師によって実施されていた。

ケア項目別サマリー 3：褥瘡処置における医師と看護師との役割分担と連携

褥瘡処置における医師と看護師との役割分担と連携の状況については、17 事例のうち、13 の訪問看護ステーションと 6 の医療機関からデータが得られた（表 4）。

看護師は、デジタルカメラで撮影した画像や DESIGN（日本褥瘡学会, 2002）のようなツールを活用したアセスメントを行ない、それらを用いて医師に情報提供しながら、軟膏や被覆剤の処方医師から得ようとしていた。医師から指示を得る際には、看護師側から利用者にとって適切と思われる軟膏や被覆剤を提案する事例（事例 2, 4, 5）があった。反対に、医師側から看護師に処置方法について意見を求められている事例（事例 5, 8）もみられた。

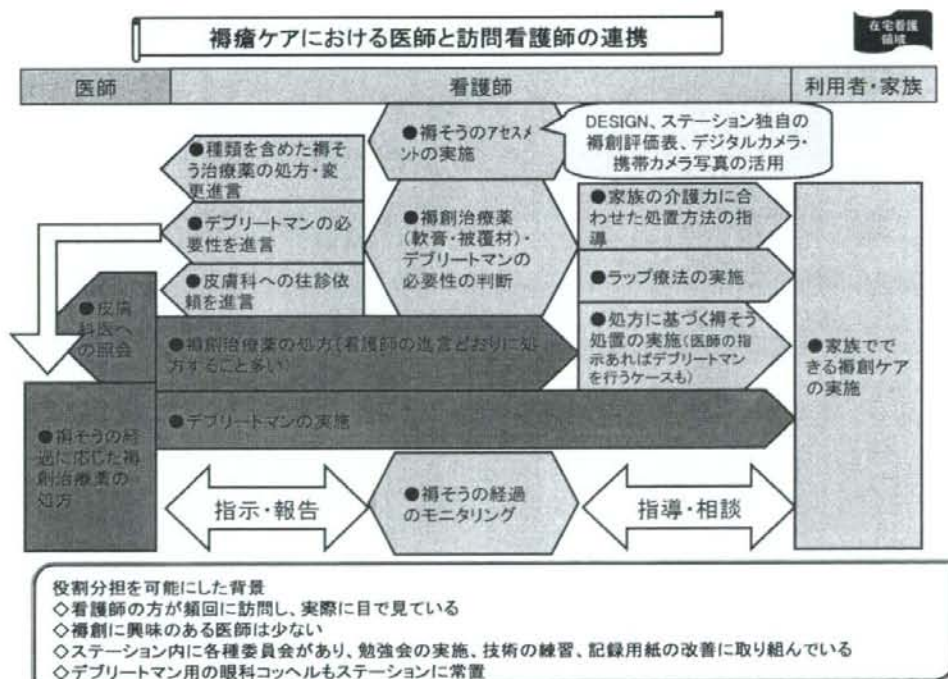
医師の指示と看護師による処置の実施との関連においては、医師の指示に先行して看護師の自立した判断に基づく処置を行った後に医師に報告をし、事後に指示を得ている事例もあった（事例 6, 12）。

デブリートマンの実施については、基本的には医師が実施するものと考えられているが、褥瘡の状態によっては医師の指示に先行して看護師によって行なわれている事例もみられた（事例 5, 8, 15）。事例 5 では基本的に看護師はデブリートマンは行なわない

が、利用者が病院受診できない場合や往診をめったにしない医師が指示書を出している場合において、家族に説明したうえで看護師が壊死組織のデブリートマンを行った経験をもっていた。また、事例8ではステーションに眼科用のコッヘルを備え、医師の指示に基づいてデブリートマンを行っていた（看護師が必要だと判断して医師の指示に先行してデブリートマンを実施した後に指示をもらう場合もあり）。

看護師側が先導して褥瘡のアセスメントやケアを行なっている事例の背景としては、「看護師のほうがより頻回に訪問し、実際に目で見ています」（事例4）という医師の往診との訪問頻度の違いや、「内科の医師などは褥瘡に興味のある人は少ない。普通の内科医が褥瘡学会の最新の知識を知るといのはなかなか難しい」（事例4）、「医師の中でも、古い治療に頼り、褥瘡に関してあまり詳しくない先生が多いと感じる」（事例2）といったような主治医の褥瘡ケアへの関心の低さが挙げられた。

一方、医師側は、看護師の意見を取り入れながら軟膏や被覆剤の変更を行なっている事例が多かった。「軽い褥瘡の処置については事後報告でかまわない」（事例3）、「皮膚科医との連絡調整は看護師に任せている」（事例4）、「褥瘡は医師は特定の薬剤しか知らないため、看護師から処置の方法を教えてもらう。」（事例17）のように、看護師側の裁量で褥瘡ケアを行なうことを認容している事例もみられた。



図表 6-2

ケア項目別サマリー4：看取りにおける医師と看護師との役割分担と連携

看取りにおける医師と看護師との役割分担と連携の状況については、17 事例のうち、16 の訪問看護ステーションと 10 の医療機関からデータが得られた（表 5）。

看取りについては訪問看護ステーションと医師との関係性（医師が看護師の能力をどのくらい信頼しているか）や、医師個人や医療法人の考えによって、連携方法や役割分担は多様であった。

看取りの時期には医師よりも看護師の方が頻繁に訪問しているケースが多く、看取りに向けた家族への説明と支援の大部分を看護師が担っていた。看取りに向けた家族への説明内容としては、死が迫っているときに起こる身体の変化や看護師と医師への連絡の流れを確認する、といったことが行なわれていた。

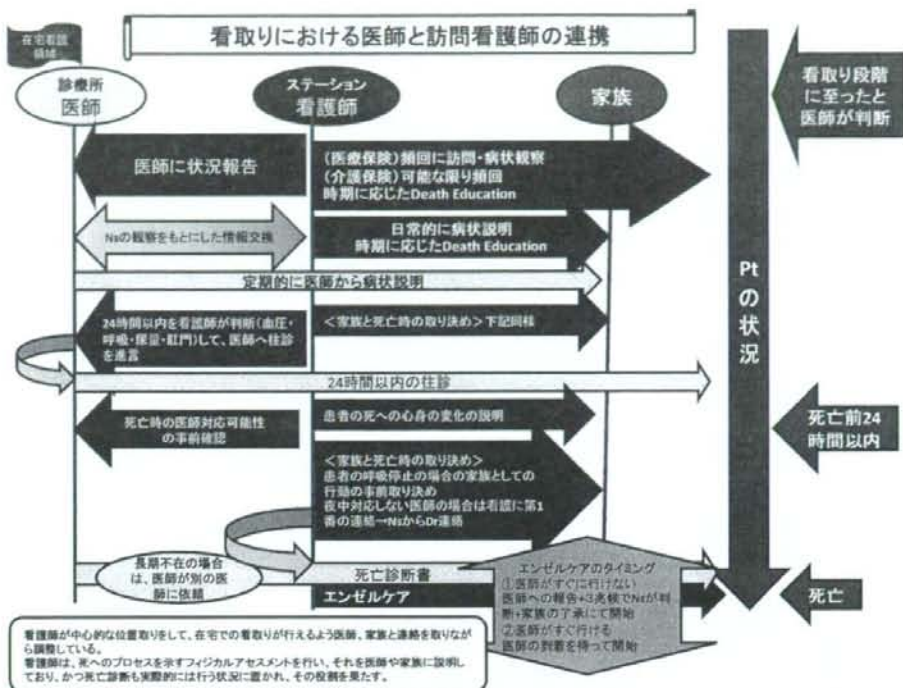
医師との連携については、日々の変化をこまめに伝達することが行なわれており、死亡診断については医師の関与が必要であるため、看護師の予測的判断のもと、利用者の死亡 24 時間以内に医師の往診が得られるように医師へ働きかけているケースもあった（事例 3, 4, 5）。

死亡確認の場面では医師が到着する前に看護師側でも死の 3 徴候の確認をしているが（事例 4, 10, 11）、死亡診断書に記載する死亡時間は、看護師が確認した時刻にする場合、医師が確認した時刻にする場合、21 時や 0 時など特定の時刻を境にどちらを採用するかが異なる場合、など様々であった。死後の処置については利用者の死亡後すぐに医師が到着する場合には問題ないが、夜中などで医師がすぐに駆けつけられない場合には、医師と家族に了解を得たうえで看護師による死亡確認をもって医師が到着する前に酸素投与の中止や清拭などの処置が行なわれるケースと翌朝になっても医師が到着するまで一切処置はしてはいけないという取り決めになっているケースとがあった。

このような、利用者の臨死期の連絡の流れや看護師の動きについては、同一ステーション内においても連携している医師の夜間のフットワークや考え方によって異なっており、看護師は医師の方針に合わせて対応を変えていた。

一方、医師側は、夜間もすぐに往診できる医師の場合は、医師は死亡診断で看護師はエンゼルケアと役割分担を明確に考えていた（事例 5）。しかし、1 人で開業しているなど業務の都合上、すぐに往診できるとは限らない医師の場合、医師が到着する前であっても看護師による死亡確認をもって処置を開始することを許可しているケースもあった（事例 4, 10）。

このような 1 人で開業しながら看取りも行っている医師との役割分担について、「1 人で開業して看取りをしている医師も多いため、そのフォローも 24 時間対応している訪問看護ステーションの役割の一つであると考えている」（事例 4）というように、そのような医師のフォローも訪問看護ステーションの役割として強く意識しているケースがみられた。



図表 6-3

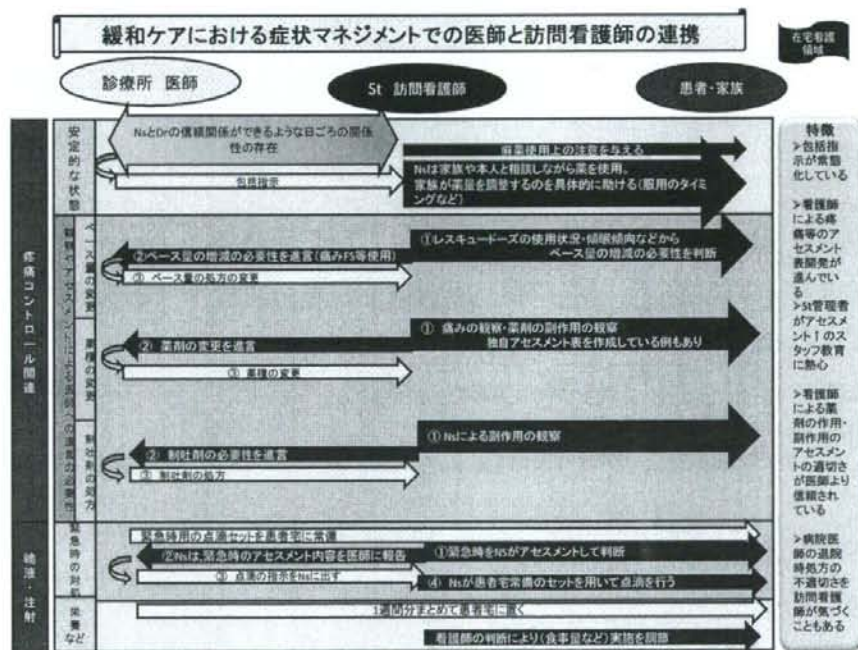
ケア項目別サマリー 5：緩和ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携

緩和ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携の状況については、17 事例のうち、16 の訪問看護ステーションと 10 の医療機関からデータが得られた (表 6)。

緩和ケアに関連して語られた内容は、疼痛コントロール、点滴、酸素吸入、があった。緩和ケアについては、必ずしも慣れている医師が主治医でない場合もあるため、例えばいつまでも輸液量を減らさない医師の場合、絞るように看護師側から進言している場合があった (事例 2, 4)。その際、文献等のエビデンスを示すことで、医師から得たい指示を引き出すための工夫をしているケースもあった (事例 4)。

疼痛コントロールについては看護師は、ベースの薬剤については作用・副作用の状況をアセスメントしながら、変更の必要があると判断した際に医師に報告し、処方内容を変更するよう依頼していた。特に、麻薬導入時のモニタリングや副作用症状の発見においては、利用者への訪問をより頻繁に行っている看護師が担う部分が多かった。その際、看護師が記録している疼痛アセスメント表や利用者・家族に記録を依頼しているフェイススケール等のツールを用いることにより、医師との情報共有の工夫をしていた (事例 8, 11, 17)。レスキュードーズについては医師の事前指示、包括指示のもと、その使用頻度については看護師に裁量が任されていた。また、看護師は、医師の疼痛コントロールの考えを知ったり、医師から包括指示を得るために、医師の往診への同行や、医師の往診前や往診後に合わせて情報交換を行うなど、効果的な連携方法を工夫していた。

一方、医師側は、ターミナル期であっても毎日訪問できないケースもあり、疼痛コントロールについては看護師からの情報を重要視しながら指示を出していた（事例7, 14）。レスキュードーズについては医師の処方した範囲内や事前の看護師との取り決めに基づいての看護師の裁量を尊重しているケースもみられた（事例4, 10, 13, 14）。しかしながら、麻薬の取り扱いについての看護師への裁量権の拡大については、「モルヒネの裁量を看護師がすることはない。裁量権の拡大となった場合、看護師でもやっていいというものではなく、解剖学的な知識であるとか、患者との同意、医師のモニタリングなどの条件が必要であると思う。・・・医師と看護師間の取り決めのプロセスを決めて、それならやっていいとしないとかなり危険である」（事例6）、「類麻薬に属するような薬品の注射や処置を行うことで患者に大きな変化を与えるような薬品の使用は、医師からの指示があっても看護師が行うことではない」（事例17）のように、慎重な意見もみられた。



図表 6-4

(2) 在宅看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

1. 在宅医療の特徴、及び医師と訪問看護の連携の特徴

1-1. 特徴

a. 医師と看護師の所属機関が異なる

在宅領域では、医師と看護師の所属組織が異なることが大きな特徴であり、その結果、両者の連携に際してタイムラグが生じるという特徴がある。また、固定のペアではなく、一ヶ所の訪問看護ステーションと連携する医療機関は多数存在し、その個性もさまざまであり、相手に合わせた連携方法を見つける必要がある。

b. 在宅場面では医療者はそこに常には存在しない

また医師にしても看護師にしても施設内での医療と違って療養者のそばに常に存在するわけではない。療養者の緊急事態を察知するのはまず家族であり、家族は訪問看護か医師のどちらかに一報を入れる。

c. 家族との連携が重要

在宅場面では、療養者とともに暮らす家族との連携が重要である。日々服薬を促し、軟膏の塗布、患者の状態観察など、身の回りの世話だけでなく診療に関わることも家族の眼と手を通して行うため、家族にしっかりと正確な情報を伝え、医療者に連絡すべき状況を伝えておくことが必要となる。

d. 在宅医療では、その背景となる制度が訪問看護活動のネックとなることがある

施設の中の医療と異なり、衛生材料や薬剤のストックは看護師の手元には通常はない。連携する医師側にあり、その扱いについては連携する医師の考えや工夫の影響を受ける。訪問看護師に点滴セットなどを事前に支給しているような医師との連携では、緊急通報を受けた訪問看護師が訪問したその場でまず輸液するなどの裁量も発揮できる。

1-2. 在宅医療の特徴、医師と訪問看護の連携の特徴が、看護師と医師との役割分担に及ぼす影響

a. 多様な医師と協働することによるさまざまな役割分担

訪問看護ステーションは日頃の実践を通じてさまざまな機関のさまざまなタイプの医師と接触している。看護師は医師の考えを汲み取り事情を考慮して、それぞれにあった連携の仕方を編み出している。医師の医療への姿勢や看護師のとるべき役割への期待の差などを感じ取り、看護師の取るべき立ち位置を考えさせられている。

b. 異なる所属の医師との役割分担の根幹をなす情報交換・情報共有の工夫

役割分担は相互の共通認識が前提となる。基本的な情報交換・情報共有の方法としてはカンファレンス、勉強会、がん患者の看取りネットワークなどを組織化することなどが語られ、これによって相互の役割分担の認識ができていた。臨機応変な日々の情報交換・情報共有の方法としては携帯電話、写メ、ファックスの活用などが頻りに語られ、看護師からの報告や医師からの指示には欠かせないアイテムであった。基本的な情報交換・情報共有のシ

システムを持つことは異なる組織に属する看護師の力量を高めることや、医師から看護師への信頼を得ることにもつながっており、また臨機応変な日々の情報交換・情報共有をスムーズに行うためにも有効であることが看護師・医師の双方から語られた。

c. ケアプロトコルの作成と役割分担

医師は診療行為の一端を訪問看護師に担ってもらうために抗生物質投与後のケアプロトコルを看護師にも示して(療養者の自宅に置くこともある)、看護師の分担すべき役割を示したケースがあった。訪問看護師は独自に開発した褥創ケアプロトコルを医師にも示して、看護師の役割を追認してもらったケースがあった。このように双方が同じケアプロトコルを共有することによって役割を明確にしていた。一方で、意識してケアプロトコルを持たない場合があり、それは利用者・家族のためにやむを得ず行う先駆的な看護実践において、法的な責任範囲のグレイゾーンに属すると判断した場合である。訪問看護管理者の頭の中にしまっておき、OJTで指導しているケースもあった。

2. 在宅看護領域における役割分担・連携の課題

2-1. 医師の裁量の範囲と看護師の裁量の範囲

医師からは、生命に直結しない処置やケア、家族の相談指導は看護師の役割と語られた。多くの医師からは、排便コントロールや褥創ケアはそれに該当すると語られたが、薬剤(排便では浣腸)の選択等においては、看護師の判断でよいと考えている医師から医師の指示に従うべきと考えている医師まで幅があった。指示に従うべきと考えている医師であってもこれらのケアには本当のところはあまり関心は高くなく、看護師側は適切な処方得られるような医師とのコミュニケーションの努力をしている実情があった。

看取りや死亡診断においては医師との患者宅の距離、医師の診療体制との関係等により裁量の差が見られたが、基本的に死のプロセスは看護師が十分に説明でき家族からの信頼も得られるという実績が多数語られた。一方、家族の心理的な側面を考慮して医師の口からの説明をセットするようなケースもあった。また、医師の中には在宅ホスピスを専門とするケースもあり、その場合は医師の方が毎日往診するという状況であった。

疼痛緩和においても看護師はよく勉強しており、上記と同様に医師は看護師の判断を信頼して処方を調整するケースも多く語られた。

2-2. 家族を介在した医療における課題

頻繁に往診するような医師であっても、便秘の薬や睡眠薬等の家族に指導しているような薬剤は、看護師が判断して使うことは当然であると語られた。「家族にすら任せているのであるから」という表現であった。そして医師からは、家族がその判断に困ったときの相談役を訪問看護師に期待しているとも語られた。その場合の看護師の力量は重要であり、重要な所見を見逃してもらっては困るという訪問看護師のアセスメント力の条件付であった。信頼を獲ている看護師であれば判断を事後報告すればよく、そして結果がよいとますます信頼を高め、看護師の力量も経験的に高まる良循環になっている構図があった。

別のタイプの医師からは、日常的で変化があったとしても急を要さないような場合には、家族から信頼された訪問看護師に任せ、処方に関しても概ね訪問看護師の訪問時の判断を尊重するというような状況も語られた。どちらかといえば往診範囲が広く小規模な診療所

の医師と組む訪問看護にこのような状況は生まれやすかった。

2-3. 緊急時対応における看護師の役割

訪問看護師と汲まなければ在宅医療はできないと語る医師が複数あったように、在宅医療では訪問看護師の存在が不可欠であると受け止められている。

クリニックを開業している診療所はその時間帯は往診ができないことから、緊急時には訪問看護による訪問と的確なアセスメント・判断・処置・報告を期待している。フットワークのいい往診主体の在宅療養支援診療所は増えてきているが、そのような医師であっても家族からの緊急連絡第一報は訪問看護に行くことがよくあることを認めており、そのような場合、信頼の高い訪問看護師による的確なアセスメント・判断・処置・報告を期待している。

訪問看護師はこれらの対応が的確にできることが必要であり、新人看護師等のことを考慮して、少なくとも管理者は相当の力量を身につけている必要があると思われる。

2-4. 法の遵守の工夫

医師と看護師の所属が異なり、ケアの場所も双方の事業所から離れているため、実際のケア実施と医師からの指示・医師への報告のタイムラグが発生する。しかし、医師、看護師ともに法を遵守しているという証拠となる記録にはとても気を使っており、そのための情報提供が盛んであった。

看護師は、独立してケアを行えると判断してもなるべく医師の指示がもらえるように事前に連絡を入れ、処方の変更も医師が行うように仕向けていた。やむを得ず医師の指示前にケアを行った場合であっても、事後承諾を得ていた。医師の方も、看護師に実際は任せられていても看護師に報告を求め、信頼している看護師を除いては事前の指示を受けることを望んでいた。

また、看護師が看護師の裁量でケアを行うときの手順の多くは管理者の頭の中にあり、意図的に文字化しないケースもあった。現行の医師法に抵触することを行っている証拠を残すことを避ける行動であると思われる。