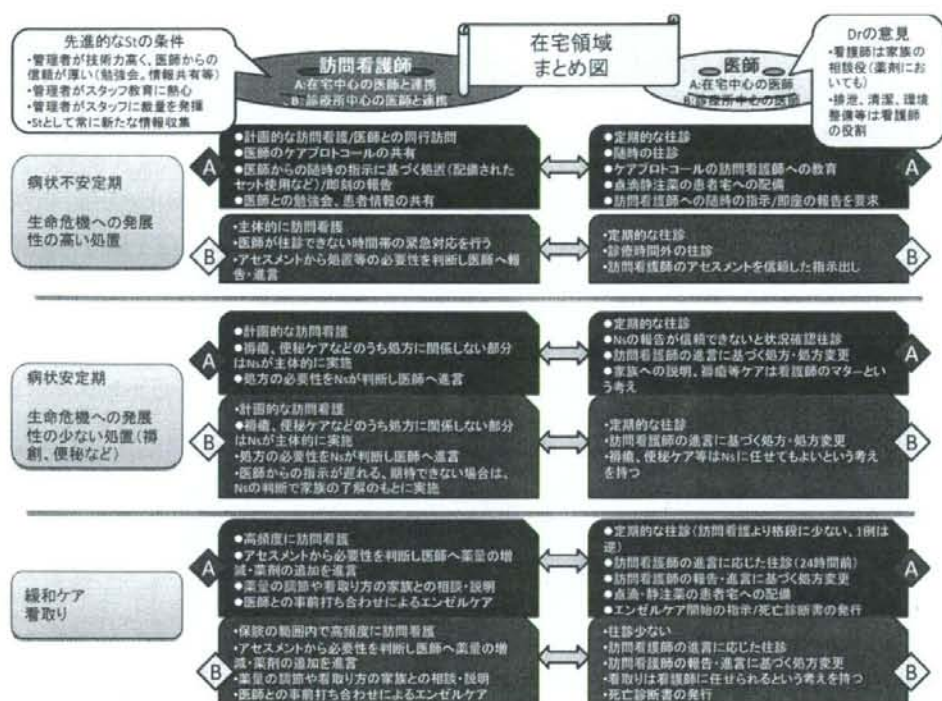


図表 6-5





7) 医療過疎地域領域の
役割分担・連携

7) 医療過疎地域領域の役割分担・連携

(1) 個別事例の各概要

A, B, C, D, E, Fの6事例の報告を以下に記す。

医療過疎地域領域事例A:

①患者・家族の情報共有

②緊急時の対応(②-1医師不在時の初期対応の判断、②-2不特定の患者への予測される事態を想定した事前指示による対応)

③医師の対応を予測した処置等の事前準備

A-1. 役割分担・連携の概要

A-1-1. 医療機関の概要

設置主体は国民健康保険直営診療所。病床数はなし。

職員数は、常勤医師1名(県からの派遣で1年交替)、常勤看護師1名、非常勤准看護師1名(午前中の診療のみ)、事務1名。離島にあるへき地診療所である。二十数年前に本土との間に橋がかかり、島民は本土にある病院も利用しやすくなった。小児を含め半数近く病院を利用しているため、島民のほとんどが診療所に来るものではなくなった。診療所の患者数は約300人/月で、救急車の搬送病院までは20分程度である。

A-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

①患者・家族の情報の共有:看護師は、患者のこれまでの経過、健康状態、生活状況および患者家族の情報を把握しており、治療、指導の参考となる情報を医師に提供している。(入院した児のその後の情報を、その兄弟が診療所に受診したときに得たら良いことを医師に情報提供する等)

また、看護師は治療に関する患者の希望をこれまでの関係などから別に把握しており、その希望に添える可能性があるかと判断した場合は、医師に伝える。たとえば、患者が服用しやすい薬剤の形態(顆粒)を看護師が把握していたため、患者からの申し出はなかったが、医師に情報提供した。

②緊急時の対応:

②-1医師不在時の初期対応の判断:新患は直接病院に行くが、当診療所に通院している患者の急患で、診療所医師の診察を希望する場合、看護師の自宅に連絡が入り、看護師から医師への連絡となるが、医師と連絡がつかない時は、初期対応について看護師の判断が求められる。一例として、肺炎の急患の連絡が入ったが、医師と連絡が取れず、患者の状態から診療所では対応不可と看護師が判断し、救急車による搬送を家族に提案した。

②-2 不特定の患者への予測される事態を想定した事前指示による対応:また、島内で実施されるイベント時の急患に対する対応行動計画と担当・役割分担は事前に検討している。具体的には島内で実施されるマラソン(ロードレース)では、熱中症・脱水症など毎年5~6人運びこまれることから、起こりやすい傷病への対応について事前に指示を得ておけるものは得ておく。

③医師の対応を予測した処置等の事前準備:看護師は、緊急時を除き、医師の指示のもと処置を行っており、単独で判断し、処置等を行うことはない。しかし、医師の指示が必要な処置について、医師の指示がなくても、患者の状況から医師の対応を予測して処置等の事前準備をすることはある。一例では、診療所併設のデイサービス来所者に心疾患症状が見られた際で、救急車搬送が決定したので、医師が対応する前にルート確保の準備をしていた。

b. 適応範囲

看護師は、2か所の総合病院の病棟勤務を経験後(救急、外来の経験は無い)、診療所に13年間、勤務。②-1は緊急時で看護師の自宅に連絡が入り、看護師から医師への連絡となるが、医師と連絡がつかない場合。②-2は島で定例的に実施されているイベントの場合。③患者の状況から医師の対応が予測できる場合。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

文書化されたものは無いが、診療所で起こり得る事態を想定し、医師から看護師に指示を出している。

A-2. 役割分担・連携を行った背景

- ①患者・家族の情報の共有:医師は1年交替のため、島民である患者の性格や家族構成および家族内のキーパーソン、生活状況等に関する情報の把握は困難である。一方、看護師は診療所に長期間(13年)勤務し、患者とその家族の情報を把握している。
- ②緊急時の対応:当診療所に受診している患者で急患で診療所医師の診察を希望する場合、看護師の自宅に連絡が入り、看護師から医師への連絡となるが、医師と連絡がつかない時がある。

A-3. 役割分担・連携の実践プロセス

A-3-1. 役割分担・連携のプロセス

医師と看護師で、その都度うち合わせを行い、情報の共有、意志の疎通をはかっている。

A-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

- ②緊急時の対応、③医師の対応を予測した処置等の事前準備:

看護師は、看護師として自立して緊急時に対応できるようになるためには、自信がもてるだけの知識・技術、そして患者に何が起きているかを判断する知識が必要と考えている。現在はそれが十分ではないので、自信がなくてできないと感じている。また、救急の

最新の技術、知識を習得して派遣されてくる医師の判断、処置は正しく、看護師が？と思うことでも、やはり適切であったと結果から分かる。医師に積極的に意見を述べるまでもないと考えている。

医師は、医師の対応を予測した処置等、事前に看護師が対応することを求めており、たとえばルート確保の指示をしてから準備するのではなく、指示したらすぐにできるようにしておいてもらえることが大事とのこと。そのためには、この患者のこの状態ならば、どういう対応経過をたどるのか、ということの共通の予測ができるようになっていることが必要である。

A-4. 役割分担・連携の成果

A-4-1. 役割分担・連携による変化

1年ごとに医師は交替するが、看護師がこれまでの経過や患者および患者家族の情報を提供していることで、医療サービスの質や内容が大きく変わることはない。

A-4-2. 医師の勤務への影響

a. 患者・家族の情報の共有：看護師からの患者情報の提供により、個々人の状況に応じた治療、指導ができる。

b. 緊急時の対応：事態を想定し、看護師に指示を出しているため、診療時に混乱を来すことはなく、医師の業務に専念することができる。

c. 医師の対応を予測した処置等の事前準備：看護師が医師の対応を予測して処置等の事前対応をしてくれているという信頼が持てたならば、その分、患者の変化・様子を「診る」という医師にしかできない業務に集中できる。指示することの準備まで考えなくても良いこと、これが本当に助かるし、嬉しい。

A-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

1) と同様

A-4-4. その他

看護師としては、医師と看護師の役割分担が明確になっており、医師の業務を代わって行う必要がない。基本的には、医師と常に連絡が取り合え、かつ指示が得られるため、日常の業務、急患の対応において問題は生じていない。

医療過疎地域領域事例B：

①外来における看護師による医療面接と血圧測定の実施

②外来における看護師による血液検査・心電図・補液の必要性の判断

B-1. 役割分担・連携の概要

B-1-1. 医療機関の概要

村立の有床へき地診療所。病床数は19床。山間豪雪過疎地域にあるへき地診療所である。村の人口2,000人弱、高齢化率30%以上。歯科診療所、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所と地域包括支援センター、健康増進施設が併設している。

職員数は、常勤医師2名で1名は週1日換算、1名は週2.5日換算。その他、週1日はへき地医療拠点病院から医師1名。常勤看護師は介護老人保健施設と兼務で、0.5人換算、その他、パート看護師3名。常勤薬剤師1名。併設施設には歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、介護支援専門員（看護師、保健師）がいる。その他、週に数日、言語療法士・作業療法士がへき地医療拠点病院から来る。

外来診療は月～土の午前、月・木の午後1時間半。一日平均約30人、延べ月650人。外来患者は実数460～470人。小児から高齢者を対象としているが、通院者は高齢者が殆どである。水の午前又は午後に村内5地区へ出張診療しており、3地区は月1回、2地区は月2回。訪問診療は医師2名で、火、木の午後実施。有料老人ホームへも行っているため、現在対象は20人弱。その他、緊急時は往診も実施。診療以外に人間ドックも実施している。看護師は、外来診療・出張診療・訪問診療時の診療補助の他、週1～2回訪問看護を実施しており、現在は対象2名。

隣町に二次救急を担うへき地医療拠点病院があり、村内が広いために車で10分程度の地域もあれば、40分かかる地域もある。

B-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

①外来における看護師による医療面接と血圧測定の実施：看護師が最初に医療面接と血圧測定を実施し、それを診療録に記載し、それと共に医師による診察へまわる。

②外来における看護師による血液検査・心電図・補液の必要性の判断：看護師が医療面接時に血液検査・心電図・補液の必要性を判断し、医師の了解を得、採血を実施。検査内容は医師が判断する。

b. 適応範囲

①②ともに緊急性を要しない外来患者すべて。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

②は看護師が血液検査・心電図・補液の必要性を判断するが医師の了解を得、検査内容は医師が判断する。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景

①②共に、診療時間を確保するため。まとめて患者が来ると患者一人一人に時間をとることが難しい。患者の話をしっかり聞くため。

B-2-2. 準備状況

①人間ドックも実施しており、医師一人体制の時にはこのような取り組みをする余裕はなかった。平成20年度になって医師2人体制(もともと定数は2名)となり余裕ができた。以下を実施できるようになったことが、大きかった。

- ・ 外来カンファレンスを実施するようになり、取り組みを検討
- ・ 週1回朝のミーティングを実施、30分集まって業務内容の話し合いと調整を実施

最初は体重測定から始め、血圧測定を加え、するとその際に生活状況を把握しやすく、最初はそれをメモで看護師から医師へ渡していた。その後、看護師による医療面接結果を診療録へ記載するようになった。看護師によって記載の質が異なる可能性もあったが、診療録へ直接、記載することとし、現在、特に問題はない。

B-3. 役割分担・連携の実践プロセス

2に記載のとおり。

B-4. 役割分担・連携の成果

B-4-1. 役割分担・連携による変化

看護師は血圧測定とその際の医療面接で、患者の生活状況をよく把握できるようになり、看護へ反映させていけるようになった。

B-4-2. 医師の勤務への影響

- ・ 一人一人の診療時間が長くなったというよりは、情報収集時間が節約され、同じ時間であっても密度の濃い関わり(医師の専門性に依拠する)ができるようになった。
- ・ 医師は、看護師の実践能力など一定の条件は必要であると思うが、検査内容の判断も看護師でできると考えている。

B-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

患者へ医師・看護師による、より良い医療の提供につながった。

医療過疎地域領域事例C：

- ①服薬指導・療養生活指導と受診の促し ②電話相談への対応
③夜間休日の対応（初期対応の判断） ④患者・家族の情報共有 ⑤外科処置の直接介助

C-1. 役割分担・連携の概要

C-1-1. 医療機関の概要

設置主体は国民健康保険直営診療所。病床数はなし。診療所のある村は、山村・過疎・多雨地域。また県境にあり、2県に接している村である。人口は約1,300人、高齢化率は40%を超える。

職員数は、常勤医師1名（県からの派遣で2年交替）、常勤看護職3名（看護師1名、准看護師2名）。内、1名は調査時休職中で、後方支援病院から看護師1名が派遣されていた。看護師1名は介護支援専門員も兼務している。事務職1名。月1回、後方支援病院から理学療法士が派遣され家族に指導している。看護師もリハビリについて指導を受け、理学療法士による各回の間は週1回、往診又は訪問看護でフォローし経過をみている。

医師は外来診療の他、訪問診療を実施（空いている時）、村内の小中学校の校医も務めている。看護師は外来診療・訪問診療時の診療の補助の他、訪問看護（医療保険）を医師のいない日に週1回、実施している。外来患者は小児から高齢者を対象としているが、半分は高齢者である。

村内に他に医院・病院はない。二次救急を担うのは村外又は隣の県のへき地医療拠点病院である。最短で40分～1時間、1～2時間かかる病院へ搬送することも多い。北方の病院では3時間、かかる。

C-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

①服薬指導・療養生活指導：医師も実施しているが不十分であり、看護師に任せている。必要時、医師からヘルパー等関係者に相談する。また、看護師は何ヶ月も受診していない患者、また薬だけほしい、という患者に対し、受診を促している。薬だけ希望しても3ヶ月以上空けば初診扱いになるので、患者には3ヶ月以上の間を空けずに受診するよう、また電話で言ってきた場合には、カルテを見て受診日を確認し、必要時には受診を促している。

②電話相談への対応：診療所に相談の電話がかかってくる。例えば、「爪が伸び食い込んでいたがどうしたらよいか」とか「手を切った」、「やけどした」など。看護師が話を聞き、看護師が判断したことを伝えた後に、「一応先生に聞いてみます」と相談してきた住民に伝え、医師に相談内容と看護師の対応内容を報告する。

③夜間休日の対応（初期対応の判断）：住民から看護師に直接、電話連絡がくることも多い。本来は役場に宿直があり、24時間体制で対応できるようになっているが、住民は看護師の連絡先を知っているので、直接連絡がくる。介護支援専門員も兼務しているため、既に関係ができていた患者から相談的に連絡が入り、必要時、看護師が訪問する。骨折など明らかに診療所医師の対応の範囲を超えていると判断した場合には救急車をよぶ。一人暮らし

の場合は、その旨を病院のケースワーカーに連絡したり、役場の福祉担当者に連絡を入れ身内への連絡を依頼したりする。その後医師へ報告する。

一例としては、90歳代の一人暮らしの男性高齢者が転倒し、意識はしっかりしていたが、縫合が必要で、それだけならば近くの病院へ連れて行けば済んだが、転倒時に頭を石にぶつけており、CTをとる必要があった。CTがとれる病院となると行って直ぐに帰ってくるわけにもいかず、24時間の付き添いが必要であったが、親戚でも何でもない人や看護師が付き添うわけにもいかない。隣近所の人々が心配して来てくれるが、皆、自分のことで精一杯の高齢者である。同居外の家族に連絡したが車で3時間かかる遠方におり、また車の運転もできない。そこで、救急車に看護師が2人乗って家族が来られる所まで2時間半かけていき、家族へ引き渡した。意識もしっかりしており、歩いていても、状況によって救急車をよぶかどうか判断し、搬送先の病院も見当をつけ、その病院の医師に状況を説明し受け入れてもらった。また一人の看護師が怪我をみて、別の看護師は家族への連絡をするという役割分担をした。このケースでは、介護支援専門員を兼務している看護師が、緊急時の対応や連絡先を同居外家族と話し合い、今後に備えることができた。その高齢者は自転車に乗り、自立した生活をしていたが、このことを契機に正月は子どもの家で過ごすなど同居外家族との関わりが以前より密になった様子であった。このような自立した生活を送っている90代の高齢者が、村内には結構いる。

別のケースでは、頭頂部の皮膚が剥けて血まみれになってきた患者がいた。救急車をよび、看護師が同乗して病院へ向かったが、途中で脈が速くなり、顔面蒼白、出血量も多くなってきた。搬送先の病院に連絡し、状況から点滴をしたいがよいか、と医師に話し、指示を得てルートを確認し、病院まで行ったこともあった。

医師不在時は、搬送先の病院は看護師が判断する。患者の生活状況を考慮して選定する。また、看護師が働いていたことのある二次救急病院には頼みやすい、ということもある。

村にけが人がでると、隣近所から20人くらいあつという間に集まってきて、救急車が入ってきたりすると、さらに大騒ぎになる。心配で、呼吸もやっとの患者に話しかけたり、CPRをしているのに手を握ってきたりする。以前、連絡があつて訪問し、CPRをしようと思ったら、周りを40人くらいに囲まれ、その中で、約2時間、心臓マッサージをしたことがあった。看護師は、患者（住民）が適切な治療を受けられる環境を、そして医師が治療しやすい環境を、つくる又は確保することも重要な役割だと考えている。

内科的な問題は、診療所医師に連絡する。医師がすぐに来られない場合には電話で指示をもらい、輸液や検査を実施する。

いずれにしても、家族が同居していたり、近くに住んでいたりする場合は良いが、一人暮らしで家族が遠方にいる場合は、電話だけでは済まず、看護師が訪問すると共に役場の福祉担当者に連絡を入れるなどする。持ち回りで担当している民生委員はあまり頼れない。

④患者・家族の情報共有:診療所に患者から「医師に来てほしい」という連絡があった時には、看護師が話を聞き、検査の必要性など診療所に来てもらった方がよいと判断した時には説明をして診療所に来てもらう。精神的なものだと判断したら、医師にそのことを説明して往診してもらう。看護師には判断がつかない場合には、医師へ相談する。医学的判断から医師が必要を感じていない様子であっても、説明して、(半ば強制的に)往診にいつ

てもらう。

⑤**外科処置の直接介助**:外科処置が行われる場合、看護師が、直接介助(器械出しではなく、鉤引き等医師の役割である直接介助)をする。

b. 適応範囲

①慢性疾患の外来患者すべて。

③ a. に記載したとおり。

救急車で搬送する場合、搬送先の病院まで距離があるので、その間、病状が変化しそうでなければ医師も看護師も同乗しない。しかし、必要であると判断した場合には、医師が乗るときもあるし、看護師が乗るときもある。救急隊はルートが入っている場合には医師に同乗してもらいたいと考えているが、診療所の手が足りないことも理解している。最近では救急救命士が配備されるようになったので、同乗せずに任せている。ただ、3時間かかる病院へ搬送される場合には、不安なので同乗する。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

特になし。

③救急のマニュアルはない。不測の事態がまず起きない診療、予防接種に関してはマニュアルがあるが、どの段階で搬送するか、二次救急病院に回すかという判断のマニュアルは作りようがない。診療所で診れないものは何やっても送るしかない。

C-2. 役割分担・連携を行った背景

①服薬指導については看護師が継続的に熱心に取り組んできている。医師は2年交代である。患者の療養上の問題をみると、医学的問題だけではなく、生活状況や経済面など生活全てが絡んでくる。約半分が高齢者で、発症予防という段階は過ぎており、通常の治療や療養指導をしなくてもよいのではないかという結論に至る患者も多い。例えば、高齢者で糖尿病がある場合、命に関わったり、顕著な症状がなければ、HbA1cが8や9でも、現状維持でよいとなる人もいる。疾患だけをみた在るべき論ではなく、その人の生活状況を踏まえ、残りの人生がどうあったらよいか考えて指導する必要がある。よって、医師、看護師それぞれの専門性からできることを患者に提供していこう、ということになっている。

②電話相談については看護師でもほぼ対応できると考えるが、住民が医師の判断を求めていることから、医師の判断を仰ぐ形をとっていることと、後で相談してきた住民から医師に話があったり、再度相談があったりした場合に、通じるように医師への報告は必ずしている。夜、時間外の「どこが痛い」、「しんどい」といった医師への連絡の半分は、話を聞いてみると、「夜でさびしかった」というもので、高齢者に多い。出張や研修で医師が不在の場合は、夜時間外の相談に看護師が対応する。

③へき地診療所では、職種に限らず動ける人間が動かないとまわっていかない。ケアよりケアが中心である。よって、医師以外のコメディカルが中心であり、医師はそれをサポートする役割となる。医師は2年交替でもあるため、患者・家族に深く関わっていくことが

難しい。

④このような地域では診療所医師の一言は大きい。外来において、医師が一人一人患者の名前をよぶことに感激し、有り難いと思う住民も多い。特に、これといった健康問題がなくても医師に自分の胸の内を聞いてほしいと思って受診する患者もおり、医師に一言何か言ってもらっただけで、とても安心したり、満足したりするようである。患者は、本当に自分がおかしいと思った時には、ちゃんと救急車をよんだり、自分で村外の病院へ行ったりする。

⑤派遣でくる医師の専門性は様々で、その時の医師の専門性によって実施したり、実施しなかったりする。このことは住民も了解している。実施された場合に、看護師も一部を担う。看護師の中に手術室経験者がいる。

C-3. 役割分担・連携の実践プロセスと課題

①について

- **服薬指導**：薬の説明を繰り返しても効果はないので、手を変え品を変え、工夫して実施している。服薬の目的はもちろんのこと、病識も低く、またそのことを説明されることを嫌がる傾向がある。診療所が狭く、自分の病気のことを周りの人に聞かれるのを懸念している。

そこで、看護師からヘルパーや介護支援専門員に、訪問時に服薬状況の確認や服薬の促しを依頼している。また、村の健診の結果説明会で、診療所看護師が服薬について講話したりしている。さらに、今後は、村保健師と高齢者サロンを巡回して、疾病や薬に関する指導・教育に関わっていく予定である。

- **療養指導**：村の保健師は、年に数回、糖尿病やメタボリックシンドロームに関する健康教室を実施しており、教室で気になった人について訪問しているが、村の地域ケア会議でも情報提供したり、診療所看護師に連絡が入ったりする。そこで、高齢者については診療所看護師からデイサービス看護師にも話をしておく。外来患者への療養指導については、マンパワー不足を感じている。服薬指導や療養指導など看護師がやっても診療報酬がとれるとよいと思う。

④について

一人暮らし高齢者の緊急時の連絡先をつくろう、ということになった。加えて、高齢者世帯の場合も必要であることを確認し、調査中である。地域ケア会議で検討している。

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

①患者の病識を深めていく必要性を感じており、課題は残っている。今も、受診後「あの薬がない」とか医師の処方に関係なく「あの薬がほしい」等という患者はいるが、数は減ってきている。

また、受診の促しについては、「薬だけほしい」と言っていた患者も、診察を受けると色々主訴がでてきて、患者の健康管理につながっている。

C-4-2. 医師の勤務への影響

③夜間や週末に発生した患者の問題について、この状況なら朝まで様子を見てよい、とか、週明けまで様子を見ていい、とか判断してくれている。看護師の判断は必ずしも医師の判断と同じではないが、医師も助かる。

④住民の医師に対する思いや期待が時々、プレッシャーになることもある。往診においても、精神的なものや決めつけずに、その背後に隠れているかもしれない問題を見逃してはいけない、という思いもある。そういう意味で、往診は検査等もできず、その場で判断しなければならないので怖いと思う。

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

②住民の安心や健康を守ることにつながっている。

④患者の中には正月休みが近づいてくると不安になり、往診によって、その不安が落ち着いて、安心して休みがおくれるということがある。

C-4-4. その他

- 看護師が休職するにあたり、今回は診療所医師が勤務していた病院に働きかけて、看護師を派遣してもらったが、医師や看護師の確保は村の責任であり、行政や住民にがんばってもらいたい。定数が確保できないと、医療の質をあげるための医師と看護師の役割分担ではなく、不足の穴埋めをするための役割分担が主目的になり、よろしくない。
- 看護師が研鑽するための研修等の予算が確保されない。また、へき地診療所看護師に役立つ研修も少ない。医師の場合の代診のように、看護師研修中の、助っ人ナースなどがあるとよい。看護師としての役割を発揮し、拡大したいと思っても、現状では、それに伴う知識や技術を深めていくことが難しいと感じる。

医療過疎地域領域事例D：

- ①外来診療での連携 ②緊急時の対応と備え(緊急連絡受けの担当)
- ③往診等在宅医療サービスの連携
- ④ターミナル及び看取り時の役割分担 ⑤患者・家族の情報共有

D-1. 役割分担・連携の概要

D-1-1. 医療機関の概要

設置主体は国民健康保険直営診療所。所属は村役場。病床数はなし。山間豪雪地域にあるへき地診療所である。医師は2箇所の診療所で交替診療している。

職員数は、常勤医師1名(県からの派遣で4年目)、常勤看護師2名(インタビューに対応した看護師は20年目)、非常勤看護師、非常勤保健師それぞれ1名。

数年前より高速自動車道が整備され、消防署が地域内に設置され、救急救命士2人も配置され、救急車による即時対応が可能となり、急患者搬送時の看護師の付き添い及び救急車の同乗が不要となっている。救急車の搬送病院までは45-60分程度である。

1日の患者数は2箇所の診療所併せて、平均30人程度で、患者の年代は高齢者が8~9割と乳幼児が少し。風邪の季節は小中学生もいる。診療所地区住民の5割ほどが診療所を一度は受診している。高齢者が多いため、循環器(高血圧)、整形が多いが、心療内科の診療も多い。地域から精神科の受診を嫌がる傾向がある。頭痛から精神疾患までを含めて様々だが、症状が重度で対応が難しくなるまではこの診療所で対応している。診療科目は特になく、総合診療(医師はプライマリケア、家庭医と表現)。

D-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

①外来診療での連携:医師は診療所内で診察、医療処置を行う。医師が患者全員のカルテをみて、血圧も医師が測定。医師は看護師から提供された情報により診察の方針を変える時もあるが、医師は自分から患者に聞き確認することを重視しており、基本的に医師になるべく聞き漏らしがないように話を聴くように工夫している。診察の後、廊下に出てから「実は、こういうこと相談したかった」「医師に・・と言われたけど不安だ」ということを発言した場合は、看護師がもう一度、診察室に患者を戻すこともある。こういうことはたまにあるが、医師は患者からの情報把握は看護師に任せきっておらず、細やかに患者の相談に対応している。

診療所では看護師が、診察を受ける患者、薬だけをもらう患者に分けて対応している。薬のみの患者には看護師が対応する。看護師が血圧測定を行うことはない。問題が見られた場合は、医師に確認する。

去年の3月まで人工透析を診療所で行っていた。医師は透析には殆ど関わらず、月1回主治医の診察を受け、その書面での指示により看護師が全て行っていた(診療所では20年以上透析を行っていた)。

②緊急時の対応と備え(緊急連絡受けの担当):今は、医師に連絡がつかないこと、指示をもらえないことはない。時間外も医師は電話を常時携帯しており連絡がつくので、自己判断でやらなくてはという実態はない。医師が不在時は不在になることを事前に聞いているので、

状況を報告する。

医師は 2 箇所の診療所と特養併設のデイサービスで、住民や利用者に対応している。デイサービスで利用者に何かあった時は、看護師が近くの診療所にいれば、医師の指示により、看護師が状態を把握し医師に報告する。デイサービスには看護師が勤務しているが、要請があれば、診療所の看護師が様子を見に行く（特養には行っていない）。

医師が一方の診療所に行っている時に別の一方の診療所で何かあった時は、看護師が状態把握と医師への報告を行い、対応は医師が判断する。

看護師が地元出身のため、時間外に看護師自宅に直接連絡がはいる。また他の病院に行くべきかの相談の電話が入る時もある。例）：休日の 22 時頃、90 歳の女性（在宅ダイヤルの対象ではなかった）から摘便の依頼があり、看護師が訪問し、摘便を行った（この時は看護師というより、近隣住民同志の助けとして対応した）。この時は休日、時間外を考慮し、医師へは事後報告を行ったが、状態が悪い時は患者から医師に直接連絡が入る又は自分で救急車を呼ぶ。

③往診等在宅医療サービスの連携: 医師による往診は原則月 1 回、看護師が同行（たまに医師が思い立って一人でいくこともある）。看護師は往診の介助を行う。看護師が医師の代行で単独で行く時もある。

医療保険による訪問看護。定期で行っている人については看護師に任せている（週 1 回程度訪問、患者は 2 人）。月 1 回の往診まで待てない状況になっていけば、看護師から医師に連絡し、往診する。看護師の訪問では処方等は行わず、介護者の支援がメインで、家族の安心感を持たせることを主目的としている。医師は訪問記録で確認しているが、特に変わったことが無ければ、看護師に任せる。

訪問看護は、今は医療保険のもののみを行っている（以前は介護保険による訪問看護もあった）。

村の要介護認定審査の申請全員分（約 80 人）の主治医意見書作成を担当。週 1 回ほど聞き取りを行う。本人と家族の両者にきてもらい、医師が本人から、看護師が家族から話を聞き、最後に医師がそれをチェックするという体制を去年からとっている。この体制にした理由は、家族が医師の前では話しにくいことがあることを配慮したとのことと、看護師が自分自身で聞いているのと医師が話すのを聞いているのでは聞き取る内容の理解も違うだろうと考えてこのような体制にした。

④ターミナル及び看取り時の役割分担: 看取りは多い。当番の看護師と一緒に訪問する。看取りの流れは、家族と一緒に看取った後、看護師が家族と一緒に清拭等の処置を行う（やり方が分からないという家族が多くなったため）。その間、医師は診療所に戻り、診断書を作成し、再度訪問して、診断書を家族に渡し看護師と一緒に診療所に戻る。

終末期は、基本的には往診と訪問看護でつなぎ、毎日医師又は看護師のどちらかがいくようにしている。急変の時は看護師単独で行き、状況を把握しに行くこともある。（肝心なところは医師がいくが）医師が毎日行くのは難しいため、医師が看取りの時期を予測し、家族の心配も考慮した上で、段取りを組み、往診の回数や看護師による往診の指示をだす。

例）：今日は訪問看護のみ、明日は医師の往診の 1 日交替。

例)：急に悪化した場合、先に看護師が単独で訪問(訪問看護ではなく往診の代行)し、診療所の診療がない午後に医師が往診。

例)：2、3日はまだ大丈夫と見込める時は、訪問看護でつないで医師の往診がない日を作る(但し、これは患者の状態、家族の心配具合や家族の労力にもよる)。

⑤患者・家族の情報共有：医師は4年目で、ある程度村の状況を把握しているが、看護師は地元出身で地域の情報を把握している。医師は着任時当初、患者の家族を呼んで相談しないといけない時に「この人は誰と住んでいる、どこに住んでいる」をまず看護師に聞いて、対応方法について考えていたとのことである。

b. 適応範囲

医師からの指示という原則は守っている。条件によって、自分で判断がつかなければ、医師に確認する。外来診療の補助の場合でも、突然に患者が来た場合でもある。

看護師によれば、法律は別として看護師がしても良いと思う医療処置、行為はある。そういう時は、医師に看護師から確認する(自分から血管確保しますか?と尋ねる)。医師の指示や気持ちを考え、受け身ではなく、自ら聞いて答えをもらうことが重要と考えている。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

医師の方針で、取り決めに文書化している。取り決めをおこなったのは、時間外診療の体制について、役割分担、救急について、個人情報の扱いについて、人工透析のやり方(看護師の人数が少なくなってきたため)。取り決めではないが、事例検討、外部機関との連携、福祉との連携について、心肺機能停止時の対応について、勉強会(その時のタイムリーな話題などを取り上げて：例)訪問看護とは何だろう?)についても文書化している。

看護師が自分で判断することもある一方で、医師に聞くというのは、状況を言えば直ぐに対応してくれるため、それを期待している側面もある。医師が何処まで求めるのかをその都度考えて、看護師が医師に聞くことも大切と考えている。

看護師によれば医師のやり方は包括指示というよりも、具体的指示を出してくれる。具体的指示に始まり、ある程度軌道に乗れば、又は訪問で対応できるくらいまで落ち着いてくれば看護師に任せても良いということになる。

D-2. 役割分担・連携を行った背景

D-2-1. 背景

医師が着任して4年目で医師と看護師の関係ができ、慣れてきた。看護師は医師が何をするか、期待するかの予測もできるようになっており、特に指示を得なくても自分の判断で動け、事後報告で済んでいるケースが増えている。救急車の搬送の決定について、今は医師がいるので、医師に確認した上で決めている。

D-2-2. 準備状況

救急体制とその連携について文書化したのは、ここ5、6年の間、看護師の人数が5人から2人になり、医療体制（救急の体制）や医師の配置も1人となり、これまでのやり方は急が変わってきた中で、行政が現場の状況に配慮したというよりも、トップダウンで突然に救急はしなくて良いということになったため、混乱が生じているように感じたからである。

医師が着任してからかなり話し合いを行い、調整を行い、それについて文書化した。医師のやり方として事務を含め、方法等について話し合ったことは文書化している。対行政とのやり取りで文書化が必要な状況（話し合わざるをえない状況）もあるが、医師が自分の方針で進めていくための必要な段取り手順でもある。

D-3. 役割分担・連携の実践プロセス

D-3-1. 役割分担・連携のプロセス

D-1、2のとおり。

D-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

診療所の受け持ち人数が基本的に少ない（1800人ほど）ので、医師がターミナルの患者の状況を把握しているため、看取りを看護師が一人で行う場面に遭遇したことはない。また地区の村民は診療所の患者又は患者以外であっても何かしらの情報を診療所で把握しているため、急に亡くなった場合でも対応はできる。

在宅の患者は、診療所で対応してほしいと村からあり、行政と医師と看護師との話し合いで往診している患者には在宅ダイヤルを設置することになった。

時間外の診療体制について周知していても住民の中には、看護師宅に直接来る者もあり（病院に行ったら良いかの相談も含め）、その場合は看護師が対応する。明らかに救急車搬送が必要な時は看護師が救急車を要請する（医師も合意している）

医師赴任時の頃は月に2、3回の勉強会と、村の問題について話し合う月1回の打ち合わせ会を開いていた。打ち合わせ会には、医師、看護師に、保健師・ヘルパーも加わっていた。何か事例があった時にのみ開催するという方針で、次回のテーマを決めて定期的にやるやり方ではない。現在は勉強会、打ち合わせは行っておらず、定期的な会は担当者会議のみとなっている。

勉強会を開催しなくなったのは、診療所が縮小し、医師は外部の同じ連携機関で話をしたり、デイサービス、特養のスタッフと一緒に何かしたりということで幅がでてきたこと、診療所は看護師が2名のみで看護師交代もないため、往診に行った時に話をするなど話しは伝わるし、意志疎通もできるようになったためである。

D-3-3. 役割分担・連携についての今後の課題

医師不在の時は最近では殆どないことと、医師は急ではない限り先を見越して、診療、往診を行っているため、医師がいなくて対応に困る、看取りを看護師一人で対応せざるを得ない状況は殆どない。住民性もあって、医師が不在の時でも、待てる場合であれば、患者は医師が戻るのを待っていてくれるとも思われる。

深刻なのは、看護師の後継者不足である。看護師の人材不足と高齢化から、看護師を募集しているが、採用者はいない。仕事の内容自体もすぐ出来るというものでもなく、人がなかなか集まらない。今は、0Bの保健師、0Bの看護師に半日ずつきてもらって、それで1年もたせている。こういう状況のため看護師の休みがなかなか取れない。役場の職員になるので初任給が低いということもあるかもしれない。

D-4. 役割分担・連携の成果

D-4-1. 役割分担・連携による変化

在宅ダイヤルが設置され、時間外は救急車で対応できるようになり、さらに診療所の医師が1人配置になったことで、時間外は診療しないということになった。この取り決めと医師と看護師の連絡体制を決めたことで、診療所が24時間365日みていなくても、対応できるようになった。

病棟の看護師は専門分化しているが、診療所の看護師は総合、かつ雑用も多い（診療所の事務（決済なども）、レセプトの点検業務。昔は受付もしていた）看護師は、休日、時間外でも医師に電話連絡ができ、指示も得られるようになったことで、安心感がある。本来の業務に専念できる。

看護師は救急体制が整備されたことで、本来の業務に専念できるようになった。

看護師は、診療所以外のデイサービス、特養の看護師を併せると計4人の看護師で、この地域の住民をみていることになり、看護師4人体制と言える。診療所自体の看護師は2人になったが、デイと特養に看護師がいるようになったことで、今は役割が明確になり2人体制でも診療所はやっていける。

在宅ダイヤルの当番は月の半分で、ある程度自分の都合で訪問することもでき、看護師への手当はないが以前にくらべると時間に余裕がある。

D-4-2. 医師の勤務への影響

医師1人、看護師2人で2箇所の診療所とデイサービスと特養の利用者をみることとなり、医師の役割が増えている。

D-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

医師によると法律は別として、予防接種、訪問看護、外来で状態の落ち着いた患者なら、看護師がみても良いと考える。但し、住民が医師に診療して欲しいという思いがあるので、医師と看護師が役割分担をしようとする場合は村民のコンセンサスを得る必要がある。

例)：以前は看護師が血圧測定をしていたが、患者から医師に測定して欲しいという要望があり、看護師による測定を止めた。白衣高血圧になる患者もいるが、とりあえず医師が計測する（儀式のようなもので、患者も納得して帰る、血圧が高くても低くても、話しをきいてもらえた安心がある・精神的ケア）

時間外診療、休日診療は、診療所が紹介する他市の病院を受診することを住民に周知している。道路が整備されたため、患者が車で行くことは可能となった。

D-4-4. その他

【時間外救急対応のこれまでの経緯】

- 10年程前:看護師と役場の事務の2名で救急(車)の対応をしていた。救急要請時は事務が運転し、看護師が同乗し搬送。24時間体制で当番の看護師が電話対応もしていた。
- 救急車が常駐するようになる:救急車自体は消防が全て受けるようになったが、今の医師が着任する5年ほど前までは時間外診療は24時間365日対応。看護師1人が当番制で電話を受け、医師に連絡をした。その当時は看護師が4、5人いた。
- 現在:在宅ダイヤルのみで時間外は全部受けない:在宅患者(寝たきり中心)や往診・訪問看護で見ている患者については、在宅ダイヤル(時間外専用の電話)を教える。在宅ダイヤルの対応は看護師が当番制で受けもっている。在宅ダイヤルにかかった電話の内容から、医師の対応の要・不要を看護師が考え、医師に連絡を取る。

時間外診療をしないことは住民に周知してあるが、時々、直接看護師宅に電話がかかる、直接、看護師宅に来る、診療所に来ることもある。

この体制前は、診察中でも救急車に看護師が同乗することもあった。1日2回同乗した時は、休息はほとんど無く、次日の勤務していた。また当番制だったことから、連続勤務を強いられたこともあった。今は、救急体制が整備されたことで、こういうことがなくなり、看護師2人でも診療所の業務に対応できている。

このときの連絡体制は、救急の一報は医師にいれていたが、その時の医師からの指示は、「血管確保」程度で、あとの細かいことは自分の判断でしていた(当時は搬送に1時間半程かかっていた。搬送中に亡くなる方もいた)。

医療過疎地域領域事例E：

- ①外来診療での連携 ②緊急時の対応と備え(緊急連絡受けの担当)
- ③往診等在宅医療サービスの連携 ④ターミナル及び看取り時の役割分担
- ⑤患者・家族の情報共有

E-1. 役割分担・連携の概要

E-1-1. 医療機関の概要

設置主体は社団法人。病床はなし。山間地域にあるへき地診療所である。医師は2箇所の診療所で交替診療している。

職員数は、常勤医師2名(内、1名は平成10年から。もう1名は1年のみの研修医)、常勤看護師4名、理学療法士(PT)、栄養士、老健にはPTと介護職、事務2名。救急車の搬送病院までは15分程度である。

患者数30~50人/日で、8割が高齢者(慢性疾患8割、新患2割)。慢性疾患で多いのは、整形(腰、膝)と循環器(高血圧)、糖尿病、喘息。新患は風邪、皮膚疾患が多い)。対象地区住民の9割が1回は診療所を受診している。小児の患者の内、半分が小児科のある病院を受診(地区の昨年の出生数は1名)。※亡くなった人は20名程度/年。

E-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

①**外来診療での連携**:医師は診療所内で診察、医療処置を行う。診療所看護師は一般の病院の看護師の業務とは異なっている。看護師はバイタル測定、採血、薬の準備、医師が聞けない情報の把握、方言の通訳、各種検査(採血および血液検査、尿検査、心電図、レントゲン撮影、生理機能検査、内視鏡検査のセットアップと検査後の事後処置)、など多様な仕事を行っている。インタビューをした看護師は、薬剤を主に準備し、それだけでなく、服薬指導(例:患者の服薬管理能力を考え、薬カレンダーを作成)、在庫管理も行っている。看護師の診療所勤務年数が20年以上だと、研修医の指導も適確である。

少ない人数で効率よく、全職員でこの診療所の役割を果たすことを主眼におき、どの職種もここでは色々な役割を担っている。以前は、看護師が患者を呼び、患者と一緒に診察室に入り、診療補助も行ってたが、今は人員不足で、診察室に入る余裕が無い。効率よくまわすことを優先するために、看護師は待合室で測定する時もあるが、それもできない時は、医師が自分で患者を呼び、血圧はかり、診察も一人で行い、今はこれが多くなっている。但し、白衣高血圧の場合、看護師が診察室以外で測定し、時間がある場合は、測定後、話を聞いて個別対応をしている。こうなった理由は、診療所の構造上、診察室が3つあり、医師2名が診察室を2つ使い、加えて検査、調剤なども行っているため、看護師が診療補助にあたるのは難しい。

②**緊急時の対応と備え(緊急連絡受けの担当)**:時間外、医師がすぐに来られない、医師不在の時は、看護師がバイタルチェック、アセスメントをおこない、他病院に送るかどうかを判断する。また公民館などで行う地域の健康教育も看護師が実施(例:血圧指導の場合、血圧測定、アセスメント、指導までを実施)。状況によって、救急車を呼ぶか、患者を診

療所に連れて行き受診させるか判断を看護師が行う。

(例：看護師が訪問してみると、心筋梗塞の症状がみられた。自分の車で診療所につれてきて、医師に相談し救急搬送した。)

医師と連絡がつかないことは殆どないが、小児の場合は急変しやすいので医師に連絡が付かない(指示が得られない)時は、他病院受診を勧める。勧めるだけでなく、看護師からその病院に連絡を入れる。たまに携帯で電波が悪く、連絡がつかないことがあるが、ほぼ連絡は取れる。しかし、看護師は看護師の判断でその場を解決していき、これまで問題は起こっていない。

今の医師が来る以前は、金、土、日の週末は看護師が一人で対応し、何かあれば隣村の診療所の先生を呼んでいた。例えば、看護師が訪問したところ、既に心肺停止しており、隣村の医師が来るまで、家族への対応を看護師一人で行った。また必要があれば救急車を呼ぶ又は他の病院に送るなどの判断を求められた。今は、休日でも医師が待機しており、医師の指示をえることが可能で、看護師としては安心であるとのこと。看護師は1人で休日を担当。大変な時は、他の看護師に応援を頼むが、医師がいることで、あまり心配はない。

③往診等在宅医療サービスの連携：看護師と医師はペアで行く。看護師は医師と一緒にいる時は、医師を上手くサポートする。特に経験の浅い医師の時は、患者は看護師に向かって話をすることが多く、医師と患者の調整が重要となっている。その他ケアマネジメント、医師には言えない情報の把握を行っている。看護師が単独で行く時もある。

(例：休日、患者家族から「痰がごろごろする」との電話連絡が入る。電話では患者の状態が不明で、実際に見に行く方が良いと判断。看護師が単独で、血圧計を持参し訪問。バイタル、状況の観察、アセスメントを行い、医師の往診が必要かどうかを判断した。)

(例：連日、医師と往診をしている患者の場合、医師からの指示や家族からの依頼で、休日、看護師が単独で訪問(医師が行くと往診料がかかるため)を行うこともある。)

④ターミナル及び看取り時の役割分担：最後の死亡確認は医師が行い、看護師だけで包括指示のもと看取るというのは今のところない。診療所の地区内の住民で診療所未受診者の状況又は定期的に受診していない者の状況は、地域ケア会議(警察、民生委員、保健師らが参加、毎月1回実施)で、生活状況、健康状態の情報を共有している(住民台帳によるローラー作戦)。これにより診療所の患者であっても、無くても診療所の地区内の住民であれば経過等の状況把握ができており、死因についても予測できている。

(例：(今の医師が来る前)医師が不在時は隣村の診療所医師を呼び死亡の確認を依頼。)

(例：看護師自宅(携帯も知っている患者もいる)に患者から連絡が入った。看護師は自宅から血圧計を持って、直接、患者宅へ行き、状態をみた結果、死亡が予測され、医師を呼んだ。医師にいつ来てもらうか(看護師がケアと観察をする中で、いつの時点で医師を呼ぶか)は、看護師の判断。)