

(例: 休日、様子を確認するため、看護師が単独でターミナルの患者を訪問。意識レベル、SP02 も下がっていたが、医師不在で、当番の先生も他の診療所に行き不在で、電話で指示を受け、酸素を付け、様子をみた。その後、また連絡が入り、血圧は計れたが、明かに呼吸状況が悪く、医師が着くまで(1時間)に間に合わないことと病院に行っても救命が難しいことが考えられた。看護師は対応に悩んだが、死亡を予測し、この急変に家族の心の準備できていないことを考え、一般的に医師が死亡を予測した時に行う「家族を呼ぶことを勧める、死亡に近いことを説明し、家族に枕元にいくことを勧める」を行った。)

状況によっては看護師のこのような対応があっても、医師が到着した時の処置もスムーズに行く。このまま酸素濃度が下がっていくのを黙ってみているべきか、(たとえ死亡が予測されても、家族は心配しているので) 医師に電話し指示を仰ぐべきか、医師が来るまでの最期の2時間を自分で考えて仕切ってしまうかについて看護師は判断している。

看取りで医師からの指示無しで自ら判断してケアを実施している中で、医師から得ようとする指示は、

(例: 前日の往診より明かにレベル下がり、顔色も悪い肺がんターミナルの患者を看護師が単独で訪問し、このままの状態でおいておけば、死亡することを予測できたとする。このような場合に医師のタイプとして「自分が対応処置に細かく指示をしたいという考え方をする医師」と「包括指示を出し、あとは看護師に任せる医師」がいて、そこら辺の見極めが看護師に必要。医師によってどういう対応の仕方(例: 挿管して病院に送る、裁量権を渡すかどうか)になるのかを看護師は考えることが求められる。この時は看護師に任せるとなり、①亡くなるまでの1、2時間の繋ぎのための指示をもらうのか、②家族が患者が亡くなるまでに何かしてもらったという安心感が得られるためのケアの指示をもらうのか、を考える。そして、医師に状況を説明し、医師の指示のもと看護師の判断で、本人と家族が安らかな死を迎えられるようなケアを行った。)

ここでの医師と看護師の役割分担については、患者とその家族の状況によって考えることを優先している。次に医師と看護師、お互いの信頼関係やコミュニケーションによって考える。ただし、医師によって、医師の能力を看護師が考える必要がある。例えば当番医が若い医師ならば、今までの状況も分かっていないため、救急車搬送や延命処置を言い出す場合がある。こういう時は主治医に確認をすることが必要となる。

患者の情報を共有し、患者の状態もこれまでみている場合—今の状態なら、まだ大丈夫と医師は判断し、看護師に任せる。ただし医師が若い医師で、延命処置を優先したとき、看護師からすると医師という壁があり、看護師のアセスメントとも異なるとしても相手が医師だから、従わないといけないうジレンマが看護師に生じる。しかし、これまで往診等でみていて、家族の希望(家で最後を看取る)も聞いていて、スタッフの中でも同じ情報が伝わっている場合は、若い医師がどういう対応をとるかを予測し、看護師が若い医師を止めている。

⑤患者・家族の情報共有: 看護師は患者の服薬状況や普段の検査値、健康状態の情報も把

握しており、その情報を医師に提供し、医師はその情報から診療方針を変更する。医師は、患者に合ったアレンジをしないと良いケアにならないという考えがある。

(例:医師は、診断により1日3回分の薬を処方した。看護師は訪問などにより、全く服薬していない、本人に合った服薬の仕方ではないことを把握。その情報を聞いた医師は薬の量を減らす又は止め、往診時に服薬の有無(飲まずに残っている薬の量)を確認した。)

(例:診察室と公民館など医師がいないところでは態度が異なる患者がいる。診察室で、必要以上に自分の状態を悪く言う患者については、医師に日頃の状況を説明し、正確なケアを行う。)

b. 適応範囲

特に訪問看護のノウハウが必要とは思わない。これまでの教育で、看取りの対応はできていると考える。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

取り決め等はなく、不文律で行っている。どうしたら良いかとなった場合にはディスカッションをしている。ただしこれは医者の方から切り出すようにしている。看護師からは切り出せないだろうという配慮による。

E-2. 役割分担・連携を行った背景

E-2-2. 背景

看護師は勤務年数が長く(20年以上)、地元の間人が多いため、最近着任した医師より患者を見ており、家族関係等も熟知している。僻地では医療を支えているのは医師ではなく地元に住居している看護師の力が大きい。住民も診療所の人員が少ないことを分かっているため、医師が不在の時でもある程度、理解してくれる。住民が診療所の動きに慣れてくれてきたこともある。

医師が休日の当番体制をとったことで、医師がいないことは殆どないが、たまたま医師がいなかった時に患者が来て、医師不在についてかなりの剣幕で怒られたということがあった。今後は新しい世代(自分の思い、権利を主張する世代、情報を持っている世代)にどう関わっていくかが課題だと考える。世代によって、患者の態度や考え方が違ってくると思われる。あるとき今まで関わっていなかった家族(娘など)がでてきて、例えばケアマネージャーとの関係がうまくとれなくなった等の事例もあり、これからはコミュニケーションをとることが大変になってくるかもしれない。益々、この地の文化が分かっているスタッフが重要になってくる。

E-2-2. 準備状況

特に話し合うわけではないが、自宅で亡くなった後、死後の処置を看護師から指示をもらって医師が動いている。これは医師自身が教わってきたやり方とのことで、看護の役割となっているかもしれないが、医師も普通にするものと思ってきた。

ターミナルの場合は、これまで経過を見ており、かつ医療行為は殆どない（ほぼ見守る）ため、今のままの役割分担で良い。しかし心筋梗塞などの時は、診療所での救急時の経験は滅多になく、挿管して良いと言われても技術に自信がない（血管確保ぐらいならば可能）。訓練して自信がつけば実施しても良いとは思う。

E-3. 役割分担・連携の実践プロセス

E-3-1. 役割分担・連携のプロセス

医師はスタッフ全員に感想を聞くなど、話すチャンスを設けている。最初は躊躇するが、良い意見がでるし、それが教育にあたりと考えている。これでチーム意識も出てくる。（例：栄養士が看取りの経験ができ、発表をしてもらった。そして、その患者、看取りに関わったことのない事務職にも聞いてもらった（この時の状況は、まず医師と看護師が呼ばれて行って死亡が予測され、この患者に関わっていた栄養士とリハビリを呼び、一緒に看取りをおこなった。）

やったことが見やすい、お互い対等の討論がなりやすいこの診療所の特徴をいかして話し合いの場と機会を設けるようにしている。お互いに価値観が固まる前の、スタッフが若い時からとりかかると良い。

また研修医や医学生を受け入れて、いろいろな視点からの学びの発表を聞くことも積極的に行っている。彼らの経験を通して、スタッフも他職種のことを改めて知ることもあり、実際、勤務してしまうと、他の職種のことは体験できないので、実習-発表を通してスタッフも学んでいる。学生実習のときだと、スタッフの育て方については、大学から指導をもらうこともできる。例えば、診療所以外の看護師の底上げをどう体系的に行うかについては案が無かったが、看護実習の教育方法を真似て、教育を試みようとしている。

研修医、学生の受け入れは、受ける側の刺激になる・・・できあがった自分を振りかえることができる（初心を思い出す）。絶えず、カンファで学びの感想を聞いて共感するなどを繰り返すことで、スタッフも成長していける。色々な職種が研修にきているので、各々の独特の視点が知れるし、お互いの職種を尊重しようとする気持ちになれると考える。

E-3-2. 役割分担・連携についての今後の課題

後継者不足による後継者の育成（看護師がこの地域に嫁いで、診療所看護師に勤務することを期待又は、学生の時からここで指導し、10年後なりに戻ってくることを期待。）

E-4. 役割分担・連携の成果

E-4-1. 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

夜間帯の往診での看取りの際、看護師一人では対応は無理なので、医師が手伝いながら二人で死後の処置を行う。（北向きに寝かすまでやってくる・・・病院ならベッドにねせて、業者が来ておわりだが、関わったスタッフが全員、手を合わせて帰ってくる。そこに、学

生、ヘルパー、理学療法士が関わっていれば皆で一緒に処置を行う。この診療所ではその場にいわせたものが職種に関わらず看取りを行っている。

これは地域医療の定義とか、特に意識してきてやってきたことではないが、限られたお金、限られた人員で最大限の効果を出すことはやらざるを得ないことで、医師と看護師しかいなかったら、医師の役割ではないからやらないは無く、看護師だけ保健師の役割(例えば看護師は診療所以外に公民館での健康教育も実施している)をするなどしないと回っていかない。

きっちり線を引いてここからここまでが医師の仕事、看護師の仕事、ヘルパーの仕事と区別するのではなく、入り組んでいるところがある。医師がデイサービスの車を運転して、病院から退院してくる人を迎えに行ったり、患者の送迎することもある。

事務が往診についていくこともある(往診料の徴収が目的だが、診療所内での元気な姿しかみてないため、家に行くことでどういう生活をしているのかが分かる。)

ここでは、役割分担を決めないというのではなく、看取りも含め、住んでいる人々、地域がこうあって欲しいというのをこのスタッフ全員が共有するようにしている。それがあれば、自分の役割ではないことも出来るし、そういう視点も持つことが可能である。事務が会計の管理だけではなく、患者の困窮した生活をみれば、声のかけ方も変わるのではないかと考える。いろいろな職種がいろいろな場面を体験できるよう医師として配慮している。

ここは人員が不足した状態でやっている。逆にそれがあって、調整もしやすい。他職種にいろいろな経験ができるようにすること、役割分担の申しあわせではなく、共通の学びの場をどうつくるかを考えていくこと、医師が旗振り役としてこういうことをすれば、これもできると考える。

医療過疎地域領域事例F：

- ①慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練
- ②内科・外科の症状による定期外受診者への対応
- ③緊急時の対応
- ④診療報酬又は介護報酬を伴わない訪問支援
- ⑤薬剤管理
- ⑥死亡時の対応
- ⑦専門科へのコンサルテーションによる患者支援
- ⑧島外の受診医療機関を決定できるための援助
- ⑨診療所の事務処理

F-1. 役割分担・連携の概要

F-1-1. 医療機関の概要

村営のへき地診療所で病床はなし。

村は南北160kmにわたる7つの有人離島からなり、人口は約700人、高齢化率は約30%（平成19年10月現在）。船は週2便が就航しており、島民にとって重要な生活航路となっている。島の中には、本土まで13時間を要する島もある。

7つの離島すべてに村営の無床診療所が設置されている。調査対象の4診療所の常勤職員はいずれも看護師各1名であり、看護師の代替要員として3島は島内に居住する看護職の有資格者を雇用できる体制にある。4診療所の看護師は、3名が看護師、1名は准看護師で、現在、勤務している診療所の経験年数は3～5年であった。診療所では異動制をとっており、准看護師は以前、別な島で12年間の勤務経験を有する。看護師は外来業務のほか、地域包括支援センター業務も行っており、また健診や予防接種などの保健サービス、介護予防事業の運営にも携わっている。島民の介護状況については、要介護になっても島に残って療養する者は少なく、要介護者、医療処置が不可欠な者が多い状況にはないこともあり、訪問看護の対象は現在1例もない。

医師はすべて非常勤で、医師滞在日数は月平均1～5日である。医師はへき地医療支援病院である公的病院から派遣されている。平成14年から7島の内、本土に近い方の上4島は3ヶ月交替で医師1人の常駐化が図られた。他の3島は巡回非常勤である。診療機器は、採血セットや心電図は各診療所に設置されているが、胃カメラ、エコーは巡回の医師が携行する。インターネットに接続したパソコンが設置されているが、メンテナンスは行われておらず、故障した際の部品・機器の入手が困難である。現在7島の内、4島が工事中である。

診療所以外の保健医療福祉施設はなく、島ではなく本土にある役場に保健師が2名常駐している。そのため、保健師や栄養士は、月3回程度出張により島を巡回しているが、定期船の出航も週2回と少ないため、個々の島へは年に数回しか住民に会う機会がなく、保健師・栄養士による保健活動は島には届きにくい状況である。島内にいる保健医療従事者は看護師1人のため、前述したような様々な保健師的な役割を看護師が担うことになる。

緊急時の搬送は、主として県の防災ヘリが使用されるが、自衛隊のヘリも利用できる。他に、行政船、海上保安庁の巡視船による移送も可能である。救急搬送の頻度は、平成17年度で10件であり、その内、医師が当該島にいたのは2件のみであった。搬送事由は骨折、脳出血の疑い、肺結核、小脳梗塞等であった。

島外の医療施設への受診が必要な場合は、住民は距離・船便などの状況により本土等の病院へ行くことになる。7島の内、本土に近い方の島では、本土の病院に行くことを住民

が比較的、気楽に考えている感じだが、遠い方の島では、本土の病院に行くのは一大事の時、と住民が考えている様である。

次に調査対象の4診療所の概要を表に示す。

図表7-1 4診療所の概要

診療所	A	B	C	D
人口、高齢化率	約120名、約50%	約70名、約25%	約50名、約10%	約120名、約40%
診療所職員	医師:巡回常駐(3ヶ月) 看護師:1名常駐 島内代替看護師:有	医師:巡回常駐(3ヶ月) 看護師:1名常駐 島内代替看護師:有	医師:巡回非常駐 看護師:1名常駐 島内代替看護師:無	医師:巡回非常駐 看護師:1名常駐 島内代替看護師:有
診療体制 利用状況	巡回診療日4~5日/月 医師診療日平均患者数 15人/日 医師非診療日5人/日 ほぼ全員が何らかの形で診療所を利用	巡回診療日5日/月 医師診療日平均患者数 10人/日 医師非診療日2人/日 ほぼ全員が何らかの形で診療所を利用	巡回診療日1~2日/月 医師診療日平均患者数 10人/日 医師非診療日 0~2人/日 ほぼ全員が何らかの形で診療所を利用	巡回診療日1.5日/月 医師診療日平均患者数 18人/日 医師非診療日 4~5人/日 ほぼ全員が何らかの形で診療所を利用
医師不在時の 連絡体制 *利用可能な 連絡手段	①常駐医師 ②医師派遣元の公的病院 *固定・携帯電話、 メール、FAX	①常駐医師 ②医師派遣元の公的病院 *固定・携帯電話、 メール、FAX	①医師派遣元の公的病院 ②①の病院の別の医師 *固定電話、FAX インターネット使用不可	①医師派遣元の公的病院 ②①の病院の別の医師 *固定・携帯電話、FAX インターネット使用不可
専門科 コンサルテー ション	窓口・体制なし	窓口・体制なし これまで必要性なし	窓口・体制なし 医師派遣元の公的病院 以外に看護師が自分で 開拓	窓口・体制なし 医師派遣元の公的病院 以外に看護師が自分で 開拓
ドキュメント化と 利用	アセスメントツールの 活用	アセスメントツールは 未利用	慢性疾患で通院中の 患者のサマリーを作成	患者情報録(基礎情 報、疾患情報、生活背 景)を作成
看護師の 業務範囲	薬剤管理、訪問看護、 保健事業、健康教室へ の関与、緊急時対応、 地域包括支援センター 業務、診療費徴収	薬剤管理、訪問看護、 保健事業、介護予防事 業運営、緊急時対応、 地域包括支援センター 業務、診療費徴収	薬剤管理、訪問看護、 保健事業、介護予防事 業運営、緊急時対応、 地域包括支援センター 業務、診療費徴収	薬剤管理、訪問看護、 保健事業、介護予防事 業運営、緊急時対応、 地域包括支援センター 業務、診療費徴収

F-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慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練(変化を想定しておくなど事前指示による対応):

- ・ C診療所: 高血圧症患者の血圧チェック、高脂血症や甲状腺機能低下症の患者の、診療日と診療日の間の採血をしている。医師に事前に確認の上で、血圧が変動した場合に降圧剤の量を変えることもある。以前、脳梗塞後遺症のある患者に、歩行訓練や筋力アップの体操などのリハビリを週2回、診療所で実施していた。また、温泉で足を動かすリハビリを実施したりもした。
- ・ B診療所: 事前に医師に了解を得て、脳梗塞後遺症のある患者に温泉を利用した下肢筋力アップのリハビリを実施した。自宅の風呂ではなく温泉に入りたいとい

う患者の希望があり、家族と共に夕方、温泉へ行き、水中歩行訓練を実施し、また入浴もした。患者は広い浴槽にゆっくりつかり、喜んでいた。以前には、週2～3回、リハビリを実施していたこともあった。他には爪切りや散髪など家族がしない場合には、看護師が実施していた。しかし、あまり入り込むと診療所業務に影響するので、離れて見守るようにすることもある。

- A～C診療所：フェリーが入港する日に合わせて、入港する日の朝に採血をする。生化学の分離機はある。

②内科・外科的症状による定期外受診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外受診者への初期対応・フィジカルアセスメント)：

- A診療所：観光客が内服中の薬を忘れたので出してくれ、と受診する。その場合、看護師が、本人から薬の情報を聞いて、医師派遣元のへき地医療支援病院の医師に連絡し、FAXでやりとりする。
- B診療所：打撲の場合、湿布は出す。
- C診療所：風邪など以前受診した時と類似した症状で受診した場合、患者が「前の薬がよく効いたから、今回も」と希望する場合がある。看護師が同じ薬でよいと判断したときは、医師に患者の状態を報告し、患者の希望(薬)を伝える。前回とは違うと判断した場合には、患者に違う薬がでる場合もある、と事前に説明し、その後、医師と相談する。胃薬等で以前に処方されたことがあり、同様の症状のときに同じ処方と構わないという確認が事前にとれている薬についてはそのまま処方する場合もあるが、風邪薬の場合は以前処方された薬と変わる可能性があるため、医師へ連絡する。
- その他：外傷に対して、消毒と軟膏塗布を指示する医師もいる。自分の判断で洗浄など対応する場合もあると答える看護師もいる。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断)：

- C診療所：急を要する創処置やテーピング等は行う。
- D診療所：夏場は海岸へ行って岩場での外傷が多い。この場合、傷口も複雑であり、島外の病院へ行ってもらうようにしている。洗浄ぐらいはできるが、縫合などはできない、と思っている。あるケースでは、創洗浄を行った後、医師に連絡を取り、指示を仰いだ。医師が島外の病院への受診を決定した。

緊急時の対応については、診療所と住居は一体となっており、夜間でも看護師に連絡がくる。急患が発生した場合は、医師、役場、支所職員・出張員、地域の消防団と協力しながら対応する。

- A～C診療所：急患の時は、点滴確保をして、ヘリ搬送する。

- A～D診療所：ヘリ搬送するか、船による搬送にするか、その判断は医師がすることになっている（現場にいる看護師の状況の説明が重視される）。医師は最終的に、医学的判断プラス社会的判断を加味して決定する。
- その他：医師の指示や患者の希望により、島外の医療機関を受診することになった場合、情報提供書を書く看護師もいる。巡回診療で医師が島にいる場合は医師が記載するが、医師が島にいない場合はほとんど看護師が記載し、医師に確認してもらっている。中には、患者の状況を一番知っているのは看護師だからという理由で、看護師に任せる医師もいる。

別の例で、外傷患者に創洗浄を行った後、医師派遣元のへき地医療支援病院の医師に相談し、消毒と抗生剤の投与を指示された。その後、その医師が島外の別の医療機関受診を決定した。実際には、医療機関への連絡は看護師が行ったが、事前に医師同士の連絡があれば、よりスムーズに連絡がとれたと看護師が考えている事例もあった。

④診療報酬又は介護報酬を伴わない訪問支援(看護師の往診とよばれている):

- C診療所：高齢者から「少し具合が悪い」と電話連絡がきた場合、訪問する。バイタルサインを測定し、食欲、便・尿の排泄状態を把握し、胸音・腹鳴を聴診する。内服管理中の疾患による症状と判断した場合には、直ぐに医師に連絡し、電話により指示を得る。それ以外の場合は、症状によって判断しており、重い症状であれば即連絡、軽症状であれば経過観察を行いながら、次回の巡回診療日などに医師に事後報告するなどしている。いずれにしても必ず医師に報告する。以前、脳梗塞後遺症のある患者に対しリハビリを週2回、診療所で実施していたが、天候が悪いときなどは自宅に訪問して実施することもあった。日中独居のため、10時になっても、まだベッドの中で、食事も摂取していない状態が続いたので、リハビリの時間になっても来所しない時には必ず様子を見に訪問していた。
- A、C診療所：（日中独居の要支援・要介護高齢者等?に）おにぎりを作って自宅にもっていくこともある。

⑤薬剤管理:

- B診療所：薬剤調合をしている。また患者が薬を飲んでいなかったら、残数調査を行い、看護師が分包している。
- A～D診療所：看護師が薬剤管理をやっている。

⑥死亡時の対応:

- 島民が心肺停止状態になると第一に看護師に連絡がくる。看護師は医師に連絡をして指示を受け、また医師が来るまで心肺蘇生を続ける。看護師が死亡診断を行うことはない。村の過去10年間の死亡例は4～5件。事故死が1～2例で県警が死亡を確認した。病死等は3～4例で医師が行政船又は漁船で来て確認した。

⑦専門科へのコンサルテーションによる患者支援:

- C診療所：看護師の判断で相談できる医師を探し、その助言に基づき患者に対応

している。例えば、乳歯不完全脱臼の2歳児のケースの場合、へき地医療支援病院に連絡し、抗生剤の指示をもらった。今後の歯の形成や骨膜への影響が心配であったので、歯科医師会口腔保健センターに連絡し、状態を伝え、今後の経過や注意点を教えてもらった。

⑧島外の受診医療機関を決定できるための援助:

- B診療所: 検査目的で島外の医療機関への受診が必要になった場合以外は、特定の医療機関を紹介することはできないので、提案という形で患者に説明し、患者が島外の受診医療機関を決定できるよう援助する。自家用車を持っていない場合は、看護師が船までの送迎を行う。

⑨診療所の事務処理:

診療所の事務職としての仕事は看護師が全面的に行っている。以前は、診療後にレセプトの計算まで行っていた。

b. 適応範囲

①慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練(変化を想定しておくなど事前指示による対応):

- 全体: 新規の患者以外。
- C診療所: 高血圧症や高脂血症、甲状腺機能低下症など慢性疾患患者で医師の診療日以外の場合。

②内科・外科的症状による定期外受診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外受診者への初期対応・フィジカルアセスメント):

- B診療所: 打撲の場合。
- C診療所: 風邪など以前受診した時と類似した症状で受診した場合、看護師が以前と同じ薬でよいかどうか判断し、その判断に応じて医師に連絡し、また患者に対応する。胃薬等で以前に処方されたことがある薬についてはさすが、風邪薬の場合は医師へ連絡するなど、症状の種類によって対応を決めている様子も伺えた。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断):

- D診療所: 岩場での外傷など傷口が複雑な場合は、医師に連絡を取り、指示を仰ぎ、島外の病院へ行ってもらっている。
- その他: 情報提供書を書くのは、医師が島にいない場合。

⑦専門科へのコンサルテーションによる患者支援:

- C診療所: 船便の都合が悪く、直ぐに専門病院を受診できない場合で、経過をみてよいか、急を要するのか判断が難しい場合。命にはかかわらなくても、後遺症がでる可能性がある場合や苦痛を長期間伴う場合など。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

診療所業務に関する厳密なガイドラインやプロトコルは作成されていない。そのため、看護師は手順について自分たちで話し合ったり教え合ったり、自分でつくったりしながら、探索、実施している状況である。中には、地域で得られた患者の生活歴や家族歴、他の医療機関を受診している場合は処方されている薬名などを記録し、患者情報として管理している看護師もいる。

①慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練(変化を想定しておくなど事前指示による対応):

- ・ C診療所: 降圧剤の服用量と血圧の変動を考え、血圧が変動した場合に降圧剤の量を変えてよいか、医師に事前に確認しておく。
- ・ B診療所: 診療の補助業務については大まかなガイドラインがあり、文書化されている。要介護者の機能訓練についてガイドライン等は特にない。包括指示はリハビリくらいであり、事前指示は採血くらいである。療養上の世話についてはない。

②内科・外科的症状による定期外受診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外受診者への初期対応・フィジカルアセスメント):

医師が主体となって作成したフィジカルアセスメント用のツールがある。医師と看護師が連絡を取り合うに当たって、看護師が患者から必ず聴取することなどを標準化し(腹痛の場合は、嘔吐の有無、下痢の有無、いつ食事をしたか、腹部の触診・聴診、などのように)、それらを看護師が把握した後に医師に連絡するという流れになる。医師側が必要性を認識して作成し、それに基づく対応を看護師に依頼した。看護師の反応は「便利である」、「大まかなものであり、患者の個別性に配慮したものではない」など、様々であった。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断):

- ・ へき地医療支援病院に巡回担当医がいない場合に、対応する医師の順番や最終的に誰もいない場合の対応は、決められており、対応する医師が誰もいないということは、絶対にならないようにしている。
- ・ 文書化された「救急発生フローチャート」があり、ヘリ搬送までの連絡・要請体制が記載されている。
- ・ 「急患・災害等の連絡体制及び対処について」という文書があり、急患発生時には、診療所から村住民課へ連絡し、住民課が総務課、へき地医療支援病院へ連絡することとなっている。
- ・ 「急患発生時の役割分担表」という文書があり、医師、看護師、役場、支所職員・出張員、消防分団の役割が記載されている。
- ・ D診療所: 急患発生時(ヘリ搬送)マニュアルはある。急患が発生した場合は、診療所看護師、医師、役場、支所職員・出張員、地域の消防団の役割分担・連携体制ができています。

緊急時の判断に関する取り決め(経過観察でよいか、即医師への連絡を要するか、など

の基準)はない。緊急時は即、医師に連絡するというよりは、看護師の判断で対応する。

④診療報酬又は介護報酬を伴わない訪問支援:

C診療所: 医師への連絡の判断基準など特に取り決めはない。

⑥死亡時の対応:③参照

F-2. 役割分担・連携を行った背景

全体として、島に医師が常駐しておらず、また医師の診療所も月に数日であり、さらに保健医療福祉介護に関わる島の常勤従事者が診療所の看護師のみであることに尽きる。

看護師は現行法の範囲で業務を担い、遂行することに務めている。以前は、「ちょっと縫合するのに本土の病院へ行くのはばからしい、なぜ診療所でしてくれないのか」という住民もいたが、徐々に住民の意識が変化してきて、それに合わせて看護師の役割も変わってきている。しかし、医師非常駐の離島では、島に医師不在の時、やむを得ず医師の業務を代行することもある。但し、医師から依頼された業務をすべて行うわけではない。

②内科・外科的症状による定期外受診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外受診者への初期対応・フィジカルアセスメント):

- ・ その他: 看護師は他の病院で褥瘡や創傷看護の経験がある。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断):

- ・ D診療所: 診療所には医師不在であり、看護師一人しかいないため。
- ・ その他: 医師が常駐していないため。

⑤薬剤管理:

診療所に薬剤師がいないため。

⑦専門科へのコンサルテーションによる患者支援:

- ・ C診療所: 船便の都合が悪く、直ぐに専門病院を受診できないため。

⑨診療所の事務処理:

診療所に事務職がいないため。

F-3. 役割分担・連携の実践プロセス

F-3-1. 役割分担・連携のプロセス

①慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練(変化を想定しておくなど事前指示による対応):

- ・ 医師は、包括指示をしておくことや看護師の判断をそのまま採用することもあるが、新規の患者ではない。現行法に則り、医師の指示や判断に基づいている。

②内科・外科的症状による定期外受診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外受診者への初期対応・フィジカルアセスメント):

- ・ 看護師に喉は赤いか、胸の聴診、雑音の有無など医師が診察時にするようなこと

をしてもらい、その情報に基づき、医師が判断している。看護師の伝える情報は信用して、それに基づいて医師が判断している。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断):

基本的には、医師が島に不在で、看護師からの情報だけで医師は重篤性を判断し、診療所では対応できないと判断した時には、ヘリコプターを依頼し搬送となる。運ぶべき人を搬送せずに死亡することがあっては決していけないので、医師としては過剰に診断するようにしているとのことであった。搬送してみたらたいしたことはなかったという場合もあるが、そこは割り切って、また看護師や役場にも理解を得ている。また、判断に時間がかかると、医師からすれば「まだヘリは来ないのかと島中が大変なことにならないか」と考え、医学的な判断だけではなく、社会的な判断もやや加味する。そのニュアンスは島にいる看護師が感じているので、看護師が苦しむことがないように配慮している。

⑥死亡時の対応:

看護師に連絡が入った後、第一に役場の出張員を現場に呼ぶ。次に医師に連絡をとる。医師が3ヶ月常駐する島の場合は巡回している常駐医、非常駐の島の場合はへき地医療支援病院にいる巡回担当医に連絡をとる。そして、医師から指示を受ける。原則、天候や常駐医のいる場所によって異なる対応はしない。

看護師は医師が来るまでどれだけ時間がかかっても心肺蘇生を続ける。看護師が死亡診断を行うことはない。巡回常駐医の場合は、チャーター船や行政船でかけつける。夜間の場合はヘリを飛ばせないため、医師が朝までにかけつけることは不可能である。

F-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

具体的な業務分担の取り決めやガイドラインがない中で、症状によらず、看護師が「おかしい」と感じた場合は、医師への連絡が取れる体制になっていた。しかし、医師が常駐していないため、遠隔地にいる医師との電話等の機器による通信となることから、看護師側の課題として、時間のロスや医師・看護師間でのコミュニケーションの齟齬があげられた(医師と看護師が患者の症状を理解共有するまでが大変)。このような課題に対し、看護師は、

- 実際のアセスメントよりも、やや重症化して伝える
- 患者と医師を直接電話で会話させるという技を、医師によって、また状況によって使い分ける
- 医師の視点を共有できるように、医師の診断学を学習する(「適確に患者の状態を医師に伝えられるように、医師の手や目になれるように、医師の診察技術をよくみている。医師が診る視点になれるようなスキルアップを図っている。」「『～だと思えますが…』、と自分の判断を伝えるようにしている。中には曖昧な表現による報告を好まない医師もいるが。」)

といった方法で対応していた。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断):

- ヘリ搬送の基準となる重症度については、「(過剰傾向の判断を)しなすぎで、運ぶべき人を搬送せずに死亡したり後遺障害が残るようなことがあっては決していけない」ため、医師・看護師が双方に過剰傾向の判断(オーバーダイアグノーシス)を伝えることで、搬送するかどうかが決まっていた。そのような判断の結果、「生命にかかわる」と医師が判断したケース(ある程度広い範囲の対象となる)が、救急搬送の対象となっていた。また、島では、医学的判断のみではなく、看護師から伝わる患者・住民に配慮した社会的判断を医師は重視していた。このオーバーダイアグノーシス原則は、長い離島医療における医師間の了解事項とのことであった。
- その他: 情報提供書は医師が島にいない場合はほとんど看護師が記載し、医師に確認してもらっているが、中には、患者の状況を一番知っているのは看護師だからという理由で、看護師に任せる医師もいる。この理由に看護師が納得しているわけではないが、誰かが書かなければ住民が不利益を被るので看護師が対応している。

⑧島外の受診医療機関を決定できるための援助

- B診療所: 医師が検査目的で島外の医療機関受診を勧めても、片道8時間以上の船旅や交通費・宿泊費の負担は大きく、患者は「悪くなるまで島にいたい。」と言い、医師と患者の板挟みになることがある。症状によるが、最終的には患者の意思決定による。
- C診療所: 医師の指示と患者・家族の希望が異なる場合は、ケースバイケースで対応する。医師の指示に従った方が患者のためになると思えば、患者・家族を説得する。しかし、それでも拒否すれば、患者自身に決定権があると考えている。看護師は中立的な立場にいるようにしないと、次から患者に信用されなくなる。看護師は、医師と患者、双方の意向を伝える立場にいると考えている。

F-3-3. 役割分担・連携についての今後の課題

医師は、積極的にマニュアルを作成したり、看護師への医師の関わり方を標準化したり、看護師へ事後フォローしたりするなど、一定以上の標準化したケア提供体制づくりの必要性を認識していた。

①慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練(変化を想定しておくなど事前指示による対応):

- B診療所: 以前あった業務マニュアルがあるとよいと思う。
- * 以前は、全島を通じて准看護師が多かった(平成16年時点で7島の内6島が准看護師)ことなどから、島に派遣された若い医師が必要を感じて看護師用として業務マニュアルを作成した。しかし、現在は看護師資格をもった者が大半を占めていること(平成20年時点で7島の内5島が看護師)、住民意識の変化、医師の一部駐在化などにより、その必要性は変化している、と考えられた。

- ・ D診療所：誰が異動してきても業務がわかるように、業務手順を作成中である。

②内科・外科の症状による定期外診者への対応(薬の処方に関する医師との連携及び定期外診者への初期対応・フィジカルアセスメント)：

- ・ 患者が風邪薬を希望したとき看護師は医師に連絡するが、風邪薬の種類も1～2種類しかないのだから、看護師が判断できるのではないかという患者の意見は多い。一方でいつもと同様の事として対応したが、本当は医師の意見を聞きたかったというような全く逆のこともある。
- ・ 摘便でも医師に連絡をしていたことがあり、その際「そのくらい看護師が判断しなさい」と言った医師がいた例もある。医師の判断が得られない時には、保健師や他の島の看護師に聞くこともある。

③緊急時の対応(初期対応と島外医療機関への受診が必要となった場合の連絡、搬送方法の判断)：

- ・ その他：医師に指示を仰いで、島外の医療機関受診が決定され、受診を判断した医師の勤務する病院とは別の医療機関へ受診することになった場合の医師同士の連絡について、実際には、医療機関への連絡は看護師が行うことが多いが、事前に医師同士の連絡があれば、よりスムーズに連絡がとれる。

⑦専門科へのコンサルテーションによる患者支援：

- ・ 医師への一次連絡体制はある程度確立されていたが、高次の専門医療機関へのアクセスは課題である。看護師は個人的なつながりを使ったり、自分で探して直接連絡を取ったりと工夫しながら対応していたが、専門領域へのコンサルテーション体制と、その際の医師・看護師の役割分担が明確でないことは課題である。
- ・ C診療所：専門医とのコンタクトが取りやすい環境を整えて欲しい。

⑨診療所の事務処理：

業務量は少なく、時間的に逼迫して事務処理がこなせないという状況にはなっていないが、事務職員としての役割すべてを背負っているので、看護師の負担は非常に大きいと医師は考えている。

F-4. 役割分担・連携の成果

F-4-1. 医師の勤務への影響

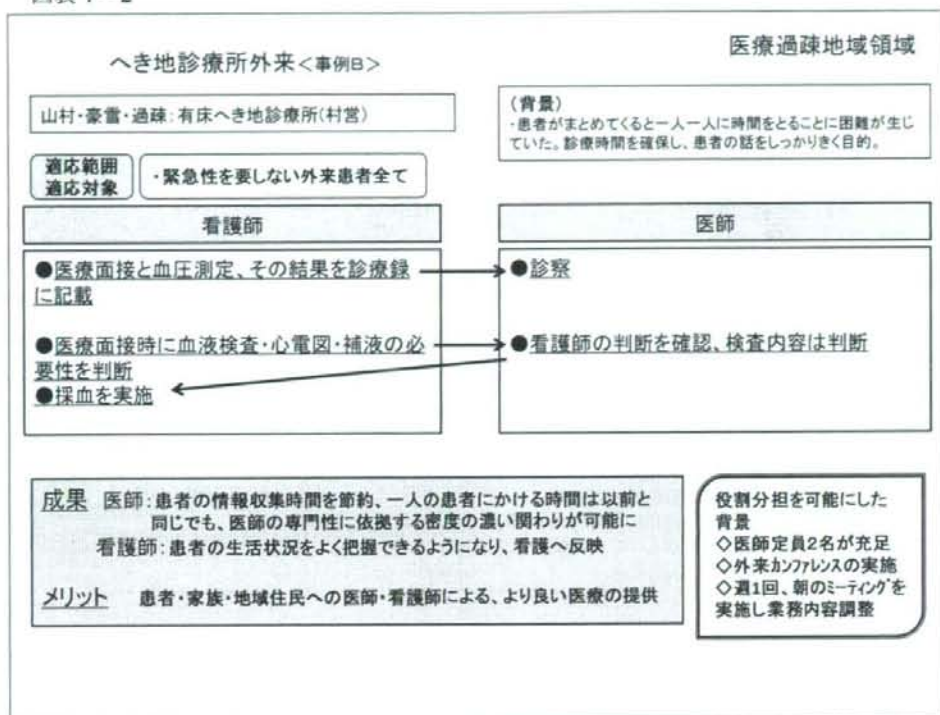
島に医師が常駐していないため、また医師による診療が月数日であるため、医師不在時に、島民に何らかの医療ニーズが生じた場合には、看護師からの情報やアセスメントにより、医師が医学的判断をできる状況である。また、診療日と診療日の間の患者へのフォローは看護師に依る。

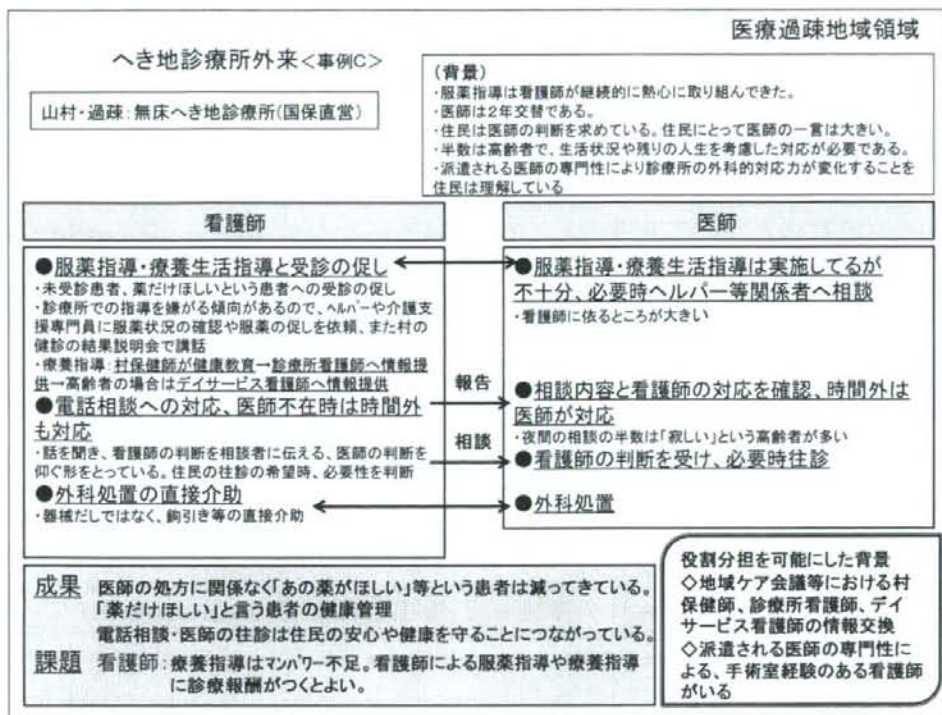
F-4-2. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

医療サービスの確保や継続につながっていることはもちろんのこと、保健福祉や介護支援の提供にもつながっている。

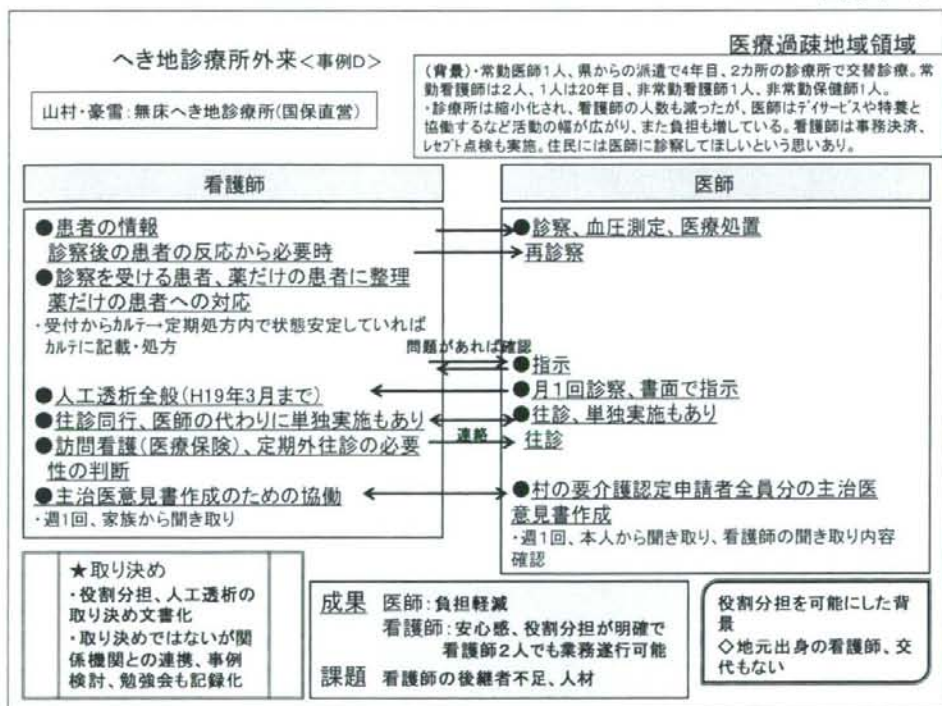
以下、へき地診療所外来について、について事例ごとに図を作成した。

図表 7-2



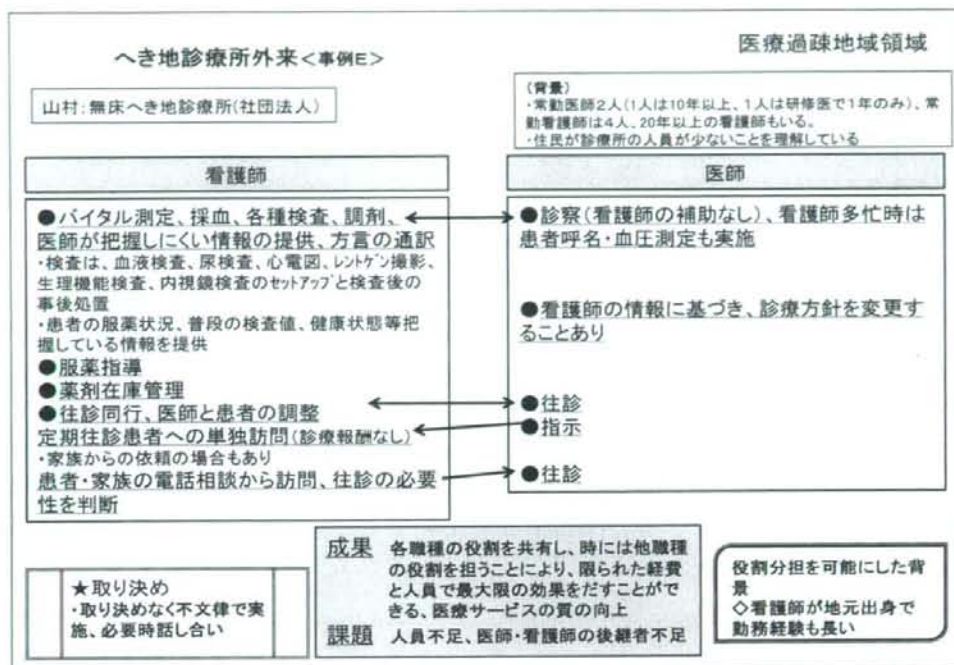


図表 7-3

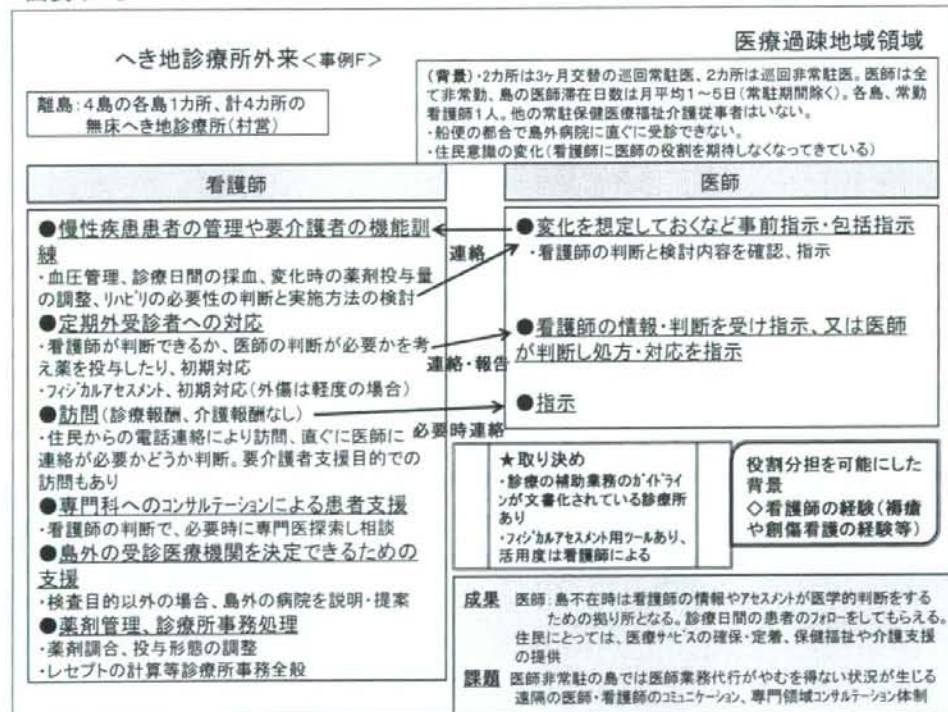


図表 7-4

図表 7-5

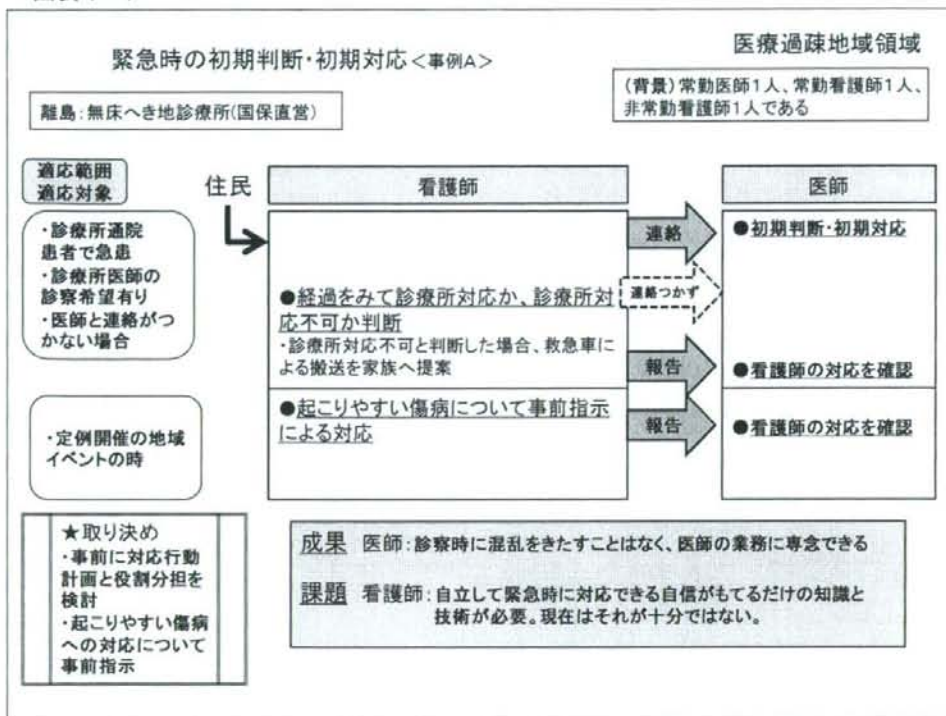


図表 7-6

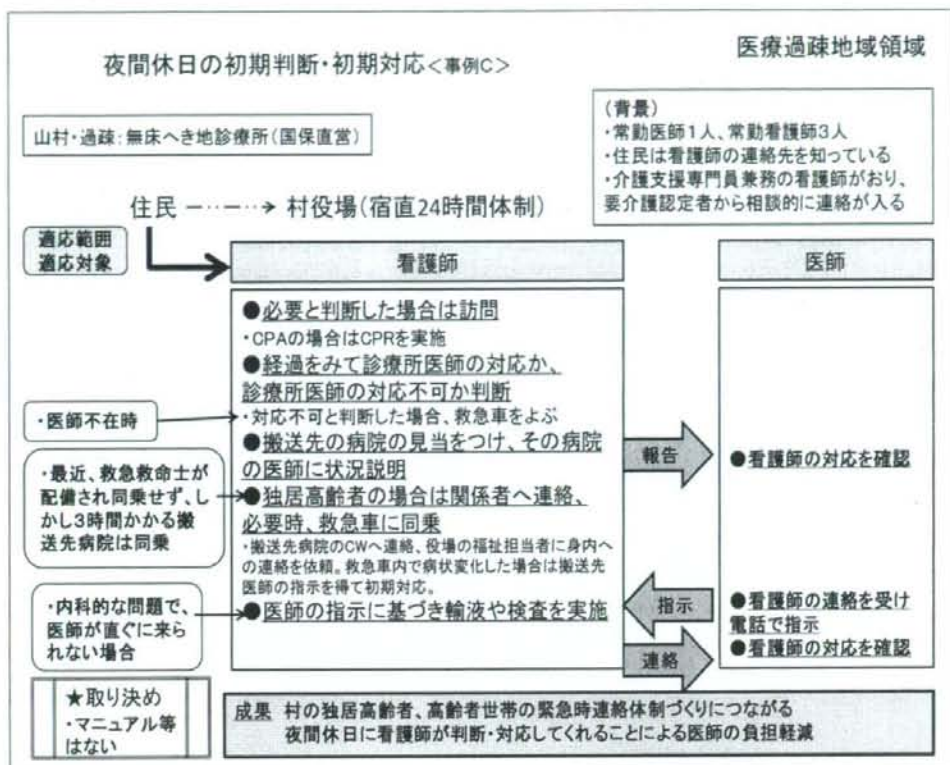


以下、緊急時の初期判断・初期対応について事例ごとに図を作成した。

図表 7-7



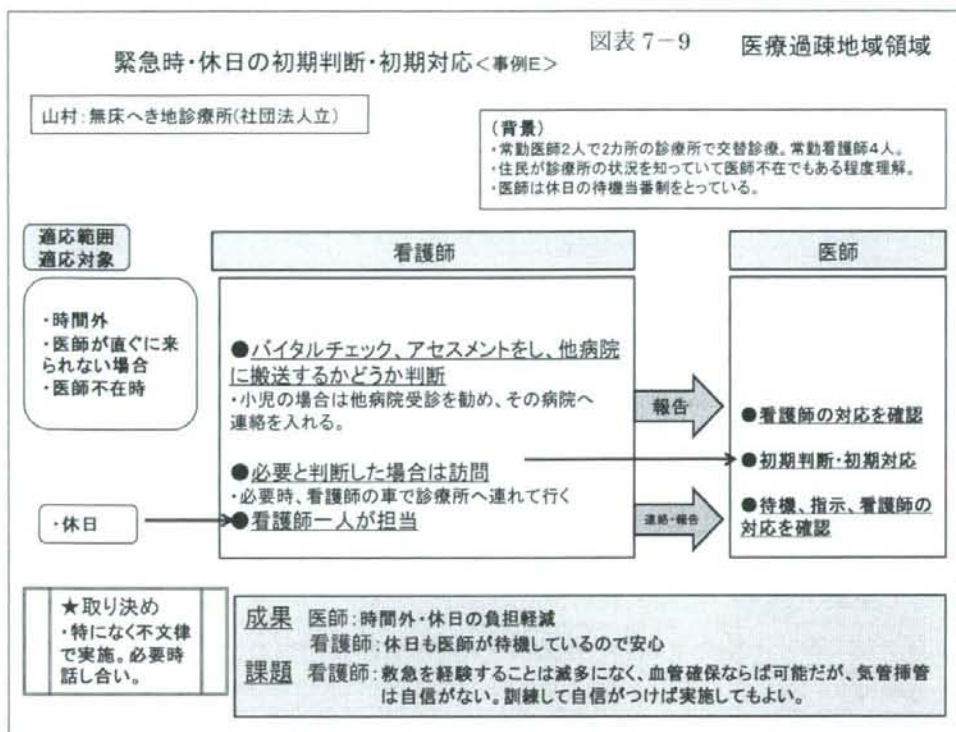
図表 7-8



緊急時・休日の初期判断・初期対応<事例E>

図表 7-9

医療過疎地域領域



緊急時の初期判断・初期対応<事例F>

医療過疎地域領域

図表 7-10

