

図表 18 不安の有無別 ホームヘルパーへの対応（複数回答）

	全体 (n)	通常の連携	留意点など 綿密な情報 提供	同行訪問で の指導・助 言	所内研修
特に不安はない	115	79 68.7%	46 40.0%	31 27.0%	6 5.2%
やや不安がある	90	41 45.6%	60 66.7%	27 30.0%	13 14.4%
不安がある	22	6 27.3%	19 86.4%	9 40.9%	2 9.1%
非常に不安	2	0 0.0%	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%
無回答	84	16 19.0%	3 3.6%	1 1.2%	0 0.0%
全体	313	142 45.4%	130 41.5%	70 22.4%	21 6.7%

### (3) 自由回答(問6)

在宅障害者を訪問介護と協働で支援することに対して、次のような意見が寄せられた。

①訪問看護と訪問介護の同時訪問の利点は大きいと考えられるが、ケアマネからクレームが出ることもあるということ、②医療依存度の高い利用者へのサービス提供は、事前のルール作りや情報共有が、より必要なこと、③ヘルパーの方がサービス提供時間、頻度とも訪問看護を上回ることが多いので、訪問看護はヘルパーに観察のポイントを提示しておくことにより、タイムリーに情報を収集できることがあるということ、④訪問看護によるヘルパーへの指導は、時間的に負担になっている面もあるということ、⑤同一法人内の事業所間では情報交換や指導はスムーズに出来ているが、他の事業所の場合には連携の難しさがあるということ、である。

#### 自由回答の例

##### 【訪問看護と訪問介護の同行訪問について】

- ・ 訪問看護と訪問介護が同時間帯に重なっても支障はないと思うが、ケアマネからのクレームが多い
- ・ 大きな傷のある人の入浴介助などは、ヘルパーとNS同行して行くと、本人に負担が少なく、介護の効率もよく、サービス内容も充実することがあるのに、「同じ時間帯に2つのサービスはもったいない」と判断するケアマネが多い。

##### 【ケアミックス】

- ・ 医療度の高い人の処置の際は、後の責任のこともあり、細かい事前ルール作りが必要。細かい話し合いが必要

- ・ ナースはナース、ヘルパーはヘルパーでケアをするのではなく、同時にケアをして、その中で分担していくことも必要。その方が利用者への負担も少ない

#### 【情報共有】

- ・ 利用者宅の滞在時間が訪問介護スタッフのほうが長く、訪問日も多いケースがほとんどであるため、ヘルパーさんは、利用者のさまざまな情報を持っている。あらかじめ、看護師よりチェックポイントを提示しておけば、必要な情報を得やすいため、連携ノートの活用は大きい。
- ・ 会議等では、提供責任者だけでなく、受け持ちのNs・HPが実際の状況を話すように工夫している。

#### 【訪問看護から訪問介護への指導】

- ・ ヘルパーが24時間に対応しているお宅は、ヘルパーの人数(関わる)が10人～15人と多い。すべてのヘルパーの手技確認、又、新たなヘルパーの手技確認・指導に取られる時間は膨大である。又、十分管理しきれていない現実があります。
- ・ ナースがヘルパーの時間に合わせて指導したり、電話連絡したりすることが多い。時間的に負担

#### 【事業所間の関係】

- ・ 他の事業所のヘルパーさんのため強くも言えず対応に苦慮する
- ・ 併設訪問介護事業所のヘルパーと情報交換、指導は上手くいっていると思われるが、他事務所の場合、ヘルパーの質や医学知識等が把握しにくいいため、指導が困難。対策として、地域のヘルパー連絡協議会の勉強会へ参加させてもらっている。

## 5) まとめ

本調査から、医療を必要とする在宅重度障害者に対して、何らかの行為をヘルパーが行っている場合、その多くは、不安を持ちながら行っていることが分かった。

また、何らかの行為をホームヘルパーが行っている場合は、単なる通常の連携よりも留意点など綿密な情報提供、同行訪問での指導・助言、所内研修の実施率が高く、訪問看護ステーションと訪問介護事業所の連携が特に図られている。

さらに、看護師の不安の状態に応じるように、留意点など綿密な情報提供がなされていると考えられた。

本調査で得られたホームヘルパーが行っている具体的な行為やホームヘルパーの不安の内容の具体的な回答は、今後の対応を検討する上で貴重な資料となると考えられる。

## D. 考察

### I. 訪問看護師、ホームヘルパー等へのインタビュー調査から

#### 1. 利用者宅で、訪問看護と訪問介護が顔を合わせた申し送りの重要性

訪問看護と訪問介護は、サービス提供を開始するにあたり、利用者宅でケアの内容や注意点などに関する申し送りを実施している。具体的には看護又は介護のサービス時間帯に合わせて、利用者宅を訪問してケアの様子を見学したり、必要な指導を受けたりしている。ただし、この場合はどちらかの事業所にとっては、“持ち出し（報酬上の評価なし）”になっている。

しかし、利用者宅で看護職と介護職が顔を合わせて申し送りを実施することは不可欠なことで、サービス開始時点でこの部分に時間をかけると、その後のサービス提供はスムーズに進むことも多いと考えられる。

また、サービス提供開始後も、定期的に訪問看護と訪問介護が同じ時間帯にサービスを提供していた。ただし、サービス提供時間が重なることや連続することは望ましくないと考えるケアマネジャーもいる。訪問看護と訪問介護の同時訪問の利点を現場から発信していくことが必要であろう。

#### 2. 緊急事態の対応方法の確認

訪問看護より頻回にサービスを提供することが多い訪問介護が、利用者の状態の変化を観察し、訪問看護に報告することで適切な対応が出来たという例が多く聞かれた。一方で、必ずしも適切なタイミングで伝えられていないという例もあった。どのような状況が、その利用者にとって緊急事態なのか、観察や報告のポイントを訪問看護から訪問介護に十分指導しておく必要があると考える。

### II. 訪問介護事業所併設訪問看護ステーションへのアンケート調査

医療ニーズをもつ在宅重度障害者の介護をホームヘルパーが行う場合は、当該行為にかかわらず不安はあるが、何らかの行為をヘルパーが行う場合、その多くは、不安を持ちながら行っていた。

そこで、何らかの行為をホームヘルパーが行う場合は、単なる通常の連携よりも留意点など綿密な情報提供、同行訪問での指導・助言、所内研修の実施などで、訪問看護ステーションと訪問介護事業所の連携を特に図られていると考える。

さらに、業務の一部を委任する看護師は、不安の状態に応じるように、留意点など綿密な情報提供がなされる必要がある。

### III. 在宅重度障害者への看護と介護のケアミックスの課題

#### 1. 在宅重度障害者への看護と介護のケアミックスと障害者自立支援法

障害者自立支援法のサービス「療養介護」とは医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をいう。

まさに重度障害者に対するサービスであり、施設、在宅を問わず必要なサービスとして、「療養介護」の在宅版を制度上位置づけ、訪問看護と介護のケアミックスを活用

すべきである。そのことが制度上欠落している為に、教育背景が十分とは言えないホームヘルパー個人への過重な負担を心身共に強いられている。また、在宅重度障害者及び家族、相談援助を担当する福祉関係者に訪問看護利用の認識が薄く、訪問看護の利用が進まない現状がある。

訪問看護ステーションでは、重度障害者の入院先に出向いて、在宅ケアチームメンバーとしてケアカンファレンスに参加したり、退院日に自宅に訪問して機器・衛生材料の確認や家族への相談指導を行ったり、ケアメンバーとなるホームヘルパーと同行して知識・技術指導、技術の確認、相談・報告に対する助言を行うなど、在宅生活が安心して、始められ、継続できるような支援ができる。

障害者自立支援法においては、重度包括支援対象者が重度訪問介護を利用する場合は、単価の15%加算がある。訪問看護においてもこのような活動に対する報酬上の評価が必要である。

## 2. 重度障害者のケアマネジメントの確立

重度障害者は保健医療福祉の多様なニーズを併せ持つため、多様なサービスを提供する職種がケアチームとして継続してかかわるため、いわば一人ひとりの人生の伴走者の共同体とも言える。

障害者自立支援に基づく自立支援給付・地域生活支援事業・自立支援医療、介護保険制度、医療保険制度・公費負担医療制度、難病の場合は難病対策など様々な制度を組み合わせる必要がある。また、経済的支援、住居の問題、学校教育、移動・外出支援など多くの支援を必要とする。

そのため、在宅生活の継続は、ケアマネジャーのケアマネジメント力に大きく影響される。重度障害者の一人ひとりの心身の状態、本人・家族のサービス利用意向、家族の状態などを的確に判断する力量が求められる。また、ケアの質と安全性への配慮も必要とする。最近、看護と介護の連携の必要から同時時間帯に重なって入ることに対して、「もったいない」などとケアマネジャーのクレームが相次いでいる。また、訪問看護は医療サービスであり、本人の状態に応じて時間が延長（又は短縮）したり、頻回の訪問となるなど、医療ニーズの高い重度障害者へのケアニーズを満たすためにケアプランの変更も起こりうる。しかし、ケアプランの変更を拒否したり、クレームを付けるケアマネジャーも多い。訪問看護師がリーダーシップを発揮してケアに責任を持ち実践すればこのような問題も起こらないと考える。訪問看護師に裁量権を持たせる事も考える必要がある。

それぞれの地域にある限られた社会資源に熟知し、中立公平な立場で効率よく資源を活用できたり、創意工夫をこらすことにより地域ケア力を高めて活用できる、在宅重度障害者を専門としたケアマネジャーの養成を検討する必要がある。

## 3. 家族にとってのQOL向上とレスパイト、本人にとっての自立支援のために特殊疾患療養病棟の活用

1) 在宅重度障害者にとっての家族介護者は、コミュニケーションの最も良くとれる

理解者であり、介護者とケアマネジャー的な役割をとることができる人である。家族が疲労困憊すると本人は入院しかない。家族関係を良好に保ち、家族の社会生活を維持するためには定期的なレスパイトが重要で、特殊疾患療養病棟に2、3ヶ月に1回、2、3週間程度の一時入所サービスが非常に有効で、推進すべきである。

2) 当該施設では、「機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話」を提供されるが、特にコミュニケーション、心のケア、機能評価の基づくリハビリテーションなど、医学的管理下での病状の進行をできるだけ遅らせる、あるいは自立を支援するサービスを提供する必要がある。

#### 4. 訪問看護と訪問介護のケアミックスの円滑な実施

在宅重度障害者の個別ケアプランに基づき、個別のケアにおいて、看護と介護のケアミックスをスムーズに進めるためには、医師、看護師、ホームヘルパー等のそれぞれの職種の責任・義務に基づく業務内容を明確にする必要がある。連携協定書のような様式を作成して、相互に確認しあうことも必要と考える。

訪問看護師より頻回にかかわり長く滞在することの多いホームヘルパーが、様々な情報を持っている。訪問看護ステーションから観察のチェックポイントを提案しておけば、情報を共有したり病状悪化予防に役立てることもできよう。連携ノートを活用する場合でも観察のポイントの押さえや吸引技術の確認を本人の住まいで実施する必要がある。

ただ、ホームヘルパーは担当交代が多く、引継と新たな連携の構築に時間を費やし非効率になることもあるので、訪問介護事業所内での引継も必要と考える。

連携の課題では、訪問看護と介護の併設事業所では連携しやすく、情報も早く入手できているが、その他の事業所からは連絡がなく、情報も直接こないのが対応が遅れることが現実起こっている。また、連携や報告がないまま、ホームヘルパーが判断して医療処置や内服薬指導を家族などに直接行い、トラブルになって訪問看護師が困惑することもある。身体介護時にバイタル測定を行って測定値を伝えていることもあり、利用者から解釈を求められて困ることもあるという。併設事業所では、細かい情報交換がタイムリーに可能であり対応ができる。また、同行訪問や所内研修でスキルアップが図られている。

今後、在宅重度障害者の増加も考えられることから、安全性とケアの質を満たすためには、併設事業所のメリットは大きいと考える。

#### 5. 看護と介護のケアミックスに関するケア担当者への教育システムの構築

在宅重度障害者にとって、安心・安全でケアの質が保障されるためには、一人ひとりのケアチームがスムーズに展開することである。

ホームヘルパーが「吸引」を行うことについては、一般的な研修としての知識・技術の研修を強化すること、さらに一人ひとりの在宅重度障害者に対して、ケアチームのメンバーとして関わる場合は、本人の住まいにて、個別具体的な指導を受けることで対応すべきである。

指導者は医師又は看護師とし、定期的な技術確認、相談指導を継続して、不安なく実践できるようにサポートする必要がある。

なお、研修プログラムと方法について今後早急に検討する必要がある。

## E. 結論

在宅重度障害者の支援は、生活全体のケアを俯瞰したケアプランに基づき、それぞれの機能に応じた役割分担をする、チームケアである。看護と介護のケアミックスのみでは成り立たないが、「吸引」に焦点を当てた医行為（診療の補助）は以下のとおりである。

- 本人・家族もケアチームのパートナーとして各機能・能力に応じた役割を遂行する必要がある。
- 介護職員は、利用者個々の日常生活が尊厳を持って、心身ともに自立して快適に継続できることを支援する専門性を持っている。医療ニーズがあれば看護職の協力を得て悪化しないように工夫して生活支援を行う。
- 介護職員は介護の専門家であり、介護の教育内容では医療・看護に関する知識は得られても、医行為への業務拡大を図ることが目的ではない。
- 看護業務に関わる業務（療養上の世話と診療の補助）は看護の専門業務であり看護職が行うことを原則として、周辺業務は介護職員が看護師の指導のもとに協力することがある。
- 日常的に医療ニーズへの対応が必要な在宅重度障害者のケアプランには必ず訪問看護を位置づけ医療・健康面からの支援を確保する。疾病・障害状態の変化の早期発見と悪化予防の観点から日常的により頻回にケアを提供する介護との情報の共有を図るために、看護と介護の連携について、連携協定書（仮称）を活用する。介護職員が看護等医療職に協力して、「気管内の吸引」を行う場合は、個々の在宅重度障害者本人・家族の同意書を得る事で実施責任を明確にする。
- 医療・看護ニーズに関しては、医師、看護職員及び介護職員がそれぞれの裁量範囲と責任、実施内容を明確にして、個々の利用者ごとに実施内容を決定する。実施内容に関しては、それぞれの職種に対して、実質的なサービス提供とその責任に見合った制度上の評価が必要である。

### 【参考文献】

- 介護職員基礎研修テキスト編集委員会編（2006）『介護職員基礎研修テキスト 第1巻 「生活支援の理念と介護における尊厳の理解」』全国社会福祉協議会。
- 介護職員基礎研修テキスト編集委員会編（2007）『介護職員基礎研修テキスト 第5巻 「介護におけるコミュニケーションと介護技術」』全国社会福祉協議会。
- 川村佐和子（2004）『在宅療養支援のための看護プロトコールの研究』厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書
- 川村佐和子（2006）『在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究』、平

- 成 17 年度厚生労働省科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業，青森県立保健大学川村佐和子研究室。
- 井上幸子・平山朝子・金子道子編（1996）『看護学大系第 2 巻 看護とは[2]』日本看護協会出版会。
- 井上幸子・平山朝子・金子道子編（1996）『看護学大系第 7 巻 看護の方法[2]』日本看護協会出版会。
- 松下祥子ほか（2004）『気管内吸引法』平成 15 年度厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業。
- 永井則子(2006)『プリセプターシップの理解と実践 改訂版』日本看護協会出版会。
- 財団法人日本訪問看護振興財団（2006）『2005（平成 17）年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書』2005 年度日本看護協会委託事業，財団法人日本訪問看護振興財団
- 社団法人日本看護協会（2004）『人工呼吸器装着中の在宅 ALS 患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル』平成 15 年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書，社団法人日本看護協会。
- 日本看護協会出版会編（2005）『厚生労働省「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書－新人看護職員研修の充実を目指して』日本看護協会出版会。
- 身体介護を実施する際の医療機関等との連携に関する調査研究委員会（2001）『身体介護を実施する際の医療機関等との連携のあり方に関する事例集』全国社会福祉協議会。
- 鈴木和子・渡辺裕子・野口美和子・ほか（1999）『高齢者を支える看護・介護の知識と技術』日本看護協会出版会。

## インタビューでお伺いしたいこと

### ケアミックスの事例について

- 1) 訪問看護、訪問介護が連携して、在宅重度障害者を支援している例を教えてください。(実際の利用者1名を思い浮かべて、差し障りのない範囲で教えてください)
  - ・ 1週間のケアプラン、ケア目標
  - ・ ケアプラン作成へのかかわり方(ケアマネジャーの所属)
  - ・ 実施内容
  - ・ サービス担当者会議等職種間連携
  - ・ モニタリング方法
- 2) 訪問看護と訪問介護がケアミックスしている業務はありますか?それは、どのような方法で実施していますか?

(例えば、「経管栄養注入中は、利用者の状態を観察する。嘔気、腹痛、呼吸状態の変化などがみられたら、看護師へ連絡する」)
- 3) 緊急避難的な対応について、訪問看護、訪問介護の間でどのような取り決めがありますか?

(例えば、急変時のアンビューバックの使い方)
- 4) 日常的に、どのような方法で連絡、情報の共有を行っていますか?

(例えば、連絡ノートの活用(介護からの質問に答える)、同行訪問)

### 人材育成について

- 5) 職員採用時の留意点について教えてください。
- 6) オリエンテーションと研修計画(所内・外部)はどのようにされていますか。
- 7) 重点をおく内容と「吸引」の研修について教えてください。

### 訪問介護の方へ

- 8) 訪問介護では、依頼されたケアミックスを実施する上で
  - ・ 困ったこと、不安を感じることはありますか。
  - ・ いつごろから自信がもてるようになりましたか。
  - ・ (必要なときはいつでも)看護師に相談できますか。
  - ・ 事業所内の日常的な指導体制についてはどう思いますか。
  - ・ ご自身で努力していることはどんなことですか。
  - ・ 在宅重度障害者を支援するうえで、訪問介護から訪問看護に期待することはどんなことですか。

### 訪問看護の方へ

- 9) 訪問看護から訪問介護にケアミックスを依頼するうえで
  - ・ 困難に感じること、不安なことはありますか。



- ・ 訪問介護が困っているように見えることはありますか。
- ・ 安心してケアミックスができると思うのはいつごろからですか
- ・ 日常的にはどのような指導をしていますか。指導に関して努力していることはありますか
- ・ 在宅重度障害者を支援するうえで、訪問看護から訪問介護に期待することはどんなことですか

#### その他ケアチームメンバー等への要望をお聞かせ下さい

- 1) 在宅重度障害者本人へ
- 2) 介護家族へ
- 3) ケアマネジャーへ
- 4) 診療所へ
- 5) 病院へ
- 6) 通所・一時入所サービスへ
- 7) 医療器具メーカーへ
- 8) 他の訪問看護事業所の看護師へ
- 9) 他の訪問介護事業所の介護員へ
- 10) 市区町村・保健所等へ

#### 在宅医療・在宅ケアに関する制度について

## 医療を必要とする在宅重度障害者の看護と介護の連携実態調査

\* 本調査において重度障害者とは、自力での活動・参加が困難または不可能であり、心身の機能障害に加えて、生命維持機能の障害のために継続的に医療処置を要する者とします。

次の質問にお答えください。また、選択肢の場合は番号を○で囲んでください。

貴ステーション名	所在地 都道府県名	都・道・府・県
----------	--------------	---------

問1 開設主体	1 自治体 (市等) 5 社団・財団 (3, 4 以外) 9 農協・生協	2 医療法人 6 社会福祉協議会 10 NPO 法人	3 医師会 7 社会福祉法人 (6 以外) 11 その他 ( )	4 看護協会 8 会社
問2 併設事業所	1 訪問介護事業所 5 介護老人保健施設	2 居宅介護支援事業所 6 その他 ( )	3 通所介護事業所 4 病院・診療所	( )

	訪問看護事業所	併設の訪問介護事業所
問3 従事者数 (常勤換算) (平成 19 年 2 月 28 日現在)	訪問看護従事者 (PT 等含む) ( ) 人	ホームヘルパー人数 ( ) 人
問4 利用実人数 (平成 19 年 2 月の 1 か月)	( ) 人	( ) 人

問5 次のような医療処置が必要な利用者はいますか。ホームヘルパーはどのようなかわり方をしているかお答えください。かかわる場合にホームヘルパーが具体的に不安に思っていることや貴ステーションの対応方法等があれば教えてください (複数回答)。

(1 人の利用者で複数の医療処置を要する場合はそれぞれの項目に 1 人と数えてください。該当の利用者がいない場合には一を記入してください。)

項目	該当の利用者数 (平成 19 年 2 月中)	関連してホームヘルパーが実施したこと (複数可)	ホームヘルパーの不安の状態	ホームヘルパーの具体的な不安の内容 (自由記入)	貴ステーションのホームヘルパーへの対応
① 点滴の管理が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 [ 具体的に: ]	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )

項目	該当の利用者数(平成19年2月中)	関連してホームヘルパーが実施したこと(複数可)	ホームヘルパーの不安の状態	ホームヘルパーの具体的な不安の内容(自由記入)	貴ステーションのホームヘルパーへの対応
② 中心静脈栄養の管理が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔 具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
③ 経鼻経管栄養が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔 具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
④ 胃瘻より経管栄養が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔 具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
⑤ 膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔 具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )

項目	該当の利用者数(平成19年2月中)	関連してホームヘルパーが実施したこと(複数可)	ホームヘルパーの不安の状態	ホームヘルパーの具体的な不安の内容(自由記入)	貴ステーションのホームヘルパーへの対応
⑥ ストーマケアが必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
⑦ 口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
⑧ 気管内(カニューレ含む)吸引が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
⑨ 褥瘡処置が必要な状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔具体的に: 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )

項目	該当の利用者数(平成19年2月中)	関連してホームヘルパーが実施したこと(複数可)	ホームヘルパーの不安の状態	ホームヘルパーの具体的な不安の内容(自由記入)	貴ステーションのホームヘルパーへの対応
⑩ 心肺蘇生(緊急時対応・アンビューバッグを使用等)の状態	人	1 訪問介護業務のみ 2 観察と看護師への報告 3 何らかの行為を実施 〔 具体的に： 〕	1 特に不安はない 2 やや不安がある 3 不安がある 4 非常に不安		1 通常の連携 2 留意点など綿密な情報提供 3 同行訪問での指導・助言 4 所内研修 5 その他 ( )
⑪合計実人数 ※1	人	⑫(うち)併設訪問介護事業所の利用者 ※2	人	⑬(うち)その他の訪問介護事業所の利用者 ※2	人

※1 実人数で記入してください。複数の項目に該当する場合でも、合計人数は1人として計上してください。

※2 ホームヘルパーを併設事業所とその他の事業所から併用して利用している場合は、⑩、⑪それぞれに計上してください。

問6 在宅重度障害者を訪問介護と協働で支援する上で、日頃、お考えのことをご自由にご記入ください。

訪問看護と訪問介護の連携の工夫、期待すること、日常的に困っていること、負担が大ききことなど

ご協力ありがとうございました。平成19年3月14日(水)までに投函してください。

集計結果を必要とされる方は下記にご連絡先をご記入ください。

〒

## まとめ

本研究報告書は、3ヵ年計画で実施している研究の2年目の研究報告書である。これまでに、「重度障害の定義」、「遷延性意識障害者およびALSによる障害者の生活実態と支援状況調査」を実施し、複雑で重度の障害者の療養生活実態及び支援の実態と支援ニーズを明らかにした。本報告書（平成18年度）では、これらの結果をもとに、「遷延性意識障害者に対する看護プログラムの作成」及び「重度障害者に対する療養生活支援の実態調査に基づく効果的な関係職種連携のモデル作成」を検討し、以下の通りまとめた。

本研究組織は4つの作業班を組み、それぞれが課題を分担して、相互の研究情報を交換し討論してそれぞれの研究結果をまとめた。

### I.在宅ケア関係職種間連携の検討

**研究目的:**米国家宅ケアシステム（HHAを中心に）における「関係職種間連携システム」と日本の法的視点からみた在宅ケア職種間連携の現状の比較検討。

**研究方法:**米国家宅ケアシステム、及び日本の法律専門家の聞き取り調査。文献調査。

#### **結果:**

1. 米国と日本の在宅ケアシステムの違いとして、以下の点が明らかとなった。

①在宅サービスの範囲とケアの業務分担：米国では、サービス利用者に対する「直接的ケア」をより細かい「業務」として分類している。実際は看護師が実施せず、無資格の補助職員である Unlicensed Assistive Personnel（以下、UAP とする）に委譲する業務についても、看護師の責任において委譲するという点を明確にした連携方法をとっている。

② 在宅ケア機関の管理者とその任務及び従事者との契約関係（Job Description 等）：米国では、任務の遂行にあたり、管理者がその所属機関における「提供すべきサービス」や「方針」「連携及び評価手順」等を明示し、各従事者との間で、「契約書」（または「Job Description」）による契約を行っている。

③ 複数のサービス提供機関間の提携：米国では、契約書によりサービス提供について、事業所の任務や責任を明確化している。その契約とは、同一利用者に対して複数の機関が関わる際の、複数機関間の「提携」を執り行なうものである。医師を中心としたケアプランに対する実務レベルの機関間の調整を文書化している。

④提供するケアの決定と外部評価：医療・治療計画について、必ず医師の指示（意見）の下、実施されている点は日米相違ない。しかし、米国の場合はそのケアプラン項目に、「診断」や「薬剤・治療法」等から療養生活に関する幅広い内容が含まれている。ケア評価については、日米ともにモニタリング機能はあるが、米国では看護師による「初回評価訪問」やサービス提供機関組織内でも「専門職従事者グループ」による定期的な評価がされている点が異なっている。

2. 米国と日本の在宅ケア関係職種の連携の違いとして、以下の点が明らかになった。

有資格者である専門職と無資格である職種の間には厳密な委譲の規定（委任業務内容、委任のために必要なUAPの条件、教育・研修内容等）や段階、委譲方法（指示方法と報告方法の明記）が明らかにされている。

米国において「委譲関係」が成立する要素は、①業務における責任の一元化（例：看護業

務についての責務は看護師のみにある)、②「委譲」可能な業務の明確化、③法律による委譲の条件、委譲方法(指示・報告)の明記という点である。

一方、日本の在宅ケアの関係職種についても、米国同様、様々な職種が関係しているが、その業務内容(分担)をはじめ背景要因も日米では相異があるため、米国のシステムを即、応用することは困難である。しかし、一定のケアの質保障のために、医療(看護)と介護の連携を安全かつ効果的に実施できるよう、米国のシステム(ガイドライン)を参考としながら、わが国固有の現状に根ざした、職種間連携方法を確立する必要がある。

## Ⅱ.遷延性意識障害者の療養生活支援の実態調査及び看護プログラム開発・評価

**研究目的:** 1)在宅遷延性意識障害者数の把握および介護の現状、在宅療養の継続に必要な要因の探求、障害者自立支援法施行に伴う介護上の問題の明確化、2)在宅遷延性意識障害者の重度化予防と介護負担の軽減を目的とした看護プログラム開発と評価

### **研究方法:**

目的1)の研究手法:①質問紙調査(対象:訪問看護ステーションを利用している意識障害者と主介護者、遷延性意識障害患者・家族会)、②遷延性意識障害患者・家族会に所属している患者・家族への聞き取り調査

目的2)の研究手法:①長期に在宅療養を続ける遷延性意識障害者の看護による回復過程の分析、②意識障害者の重度化予防、回復を目的とする看護プログラムを作成し、重度の在宅障害者に新看護プログラムを実践・有効性の評価。

### **結果及び今後の課題:**

- 1.平成17年度遷延性意識障害患者の実態調査結果を再検討し、全国調査に向けて新たな調査票を作成し、遷延性意識障害者・家族会員に対して10月に予備調査を実施した。予備調査結果からは2006年に施行された障害者自立支援法において、医療依存度の高い意識障害者はサービス提供の事業所との契約が困難であることや、一部負担金による経済的な圧迫などの問題が生じていることがわかった。この結果を調査票の見直しに反映させ、全国の特性ある主要地域を選択し、調査を進行中である。
- 2.在宅遷延性意識障害者の重度化予防と介護負担の軽減を目的とした看護プログラムを開発した。
- 3.新看護プログラムを5名の対象者に実践した。新しく開発された看護プログラムは、これまで不可能と言われてきた強制姿勢としての除皮質硬直、さらには年余を経た関節拘縮の改善に対して、従来の理学療法訓練より著明な効果をあげることができた。また、身体各所の関節拘縮が改善・解除されたことで、患者の表現手段も拡大し、コミュニケーションをはじめとする生活行為の再獲得を促進させることができた。身体機能の改善のみならずコミュニケーションレベルの向上、ならびに家族の介護負担を軽減する効果を確認した。
- 4.今後の課題は、新看護プログラムを普及させ、その効果を更に確実なものにしていくためには、症例数を増やして改良を加えていくこと、さらには新看護プログラムを実践できる看護師の研修の機会と場を設ける必要がある。また、短期集中的看護を実践できる施設の確保を含めたシステムの構築、ならびにレストパイトプログラムの検討などが必要である。

### Ⅲ. ALS療養者と介護者双方の生活を支援するケア提供のあり方に関する調査

**研究目的：**ALS療養者の介護における諸問題の原因を分析・検討し、障害者自立支援法の制度的枠組みの中で、ALS療養者と介護者双方の生活を支援する介助／介護サービスの在り方について検討

**研究方法：**障害者自立支援法施行と同時に、24時間体制による介護派遣実施事業者や協会支部支援者、ALS療養者に対する事例調査（制度移行に伴う相談事例の検討）、及び聞き取り調査。

#### **結果：**

ALS療養者の介護において現在生じている諸問題の原因を分析・検討した結果、以下のような解決策の必要性が明らかになった。

1. **ALS療養者への支援：**「制度利用の手引き」（仮称）と「自立支援プログラム」（仮称）をそれぞれ用意し、医師によるインフォームドコンセントに平行して受講を進めるシステムを確立する。
2. **同居家族に対する支援：** 家族には介護をしながらも、自由で自己実現が目指せる生活を送ることができるよう支援する。そのため、地域の福祉行政には、家族構成員の個々の福祉がALS療養者の介護によって低下することがないように見守り、支援する体制作りが求められている。具体的には、障害者施策と育児や高齢者の健康増進に関する制度の併用を進める。そのためにも、個々の場面でのソーシャルワークが十分に工夫され、なされること、制度と実際の支援との架け橋になるファシリテーターの活動に対する積極的な評価が重要である。
3. **ケアのプロバイダー（病院・施設、訪問看護、介護派遣事業所など）に対する支援：** ALS療養者の尊厳を守るために必要な介護の具体的内容（日常的ケアの中心は「見守り」、「身体の微調整」「痛みからの解放」、「コミュニケーション介助」「社会参加支援」等であり、医療的ケアに関する内容ばかりではない）の重要性を認識するための研修、および看護と介護、病院施設と在宅における業務の分担と連携（ケアミックス）のためのケアシステムを新たに創設し推進する。また、従業者の安定的確保は制度の持続性を高める上でも最重要課題である。そのために、ケアワーカーの資産形成や福利厚生において、他職種と比較して格差が生じないように行政的に支援することは重要である。
4. **支援の時期：** 告知直後から将来にわたって実施する。
5. **支援の目的・理念：** ALSの療養に関わる全員が、ALS療養者における自立支援の理念を共有すること。また、ケアマネージャーや相談支援員はケアプラン作成において、介護保険と自立支援法のサービスを効果的に組み合わせ、利用者と同居家族双方の生活の支援となるように心がけること。（患者家族の生活をケアプランに合わせるのではない）
6. **サービスの在り方：**在宅と病院施設を柔軟に利用できる包括的な支援の在り方の枠組みとして、重度包括支援サービスが利用できる。ただし、報酬の包括払いから結果的にサービス単価が安くなり、収益減になる恐れから、全国的に、これを実施する事業者がほとんどいない状況にある。よって、重度包括支援サービスの制度設計を再度分析しなおし、上記に掲げたような柔軟性のある支援を実現するシステムを考案することが課題として残された。



#### IV. 看護と介護の連携モデル（ケアミックスモデル）作成に関する研究

##### 研究目的：

訪問看護師による24時間滞在型のケアが困難な実態において、「吸引」など24時間・365日、いつ発生するか予測できない状態では、在宅重度障害者および介護家族を支援するために、看護と介護のケアミックスが必要となる。ケアミックスの実態から現実的な連携の在り方を検討し、研修プログラム作成の基礎資料とする。

##### 研究方法：

- 1) 厚生労働省通知等をもとに、理想的なケアミックスモデル試案を作成した。
- 2) 訪問看護師と訪問介護員あわせて23名にインタビューガイドを用いて1時間30分程度のインタビューを行い、ケアミックスが発生する医行為を伴う在宅重度障害者のケアをどのように連携して実施しているかを把握した。
- 3) 質問紙によるケアミックスの実態調査  
訪問介護事業所を併設している訪問看護ステーション239ヶ所を対象とし、在宅重度障害者への10項目の医行為に関する訪問看護と介護の連携状況を把握した。

##### 結果：

1. インタビュー調査の結果では、個々の在宅重度障害者宅での技術指導や観察のポイントなどの情報共有の必要性が確認された。また、看護と介護が導入されている在宅重度障害者の医行為に関して10項目を抽出した。
2. 訪問看護ステーションへの看護と介護の連携に関するアンケート調査では、抽出した10項目の医行為について、それぞれの職種が関与する状況、関与する不安の有無などの実態把握を行った。

ホームヘルパーがなんらかの行為を実施している割合が高かったのは、「口腔内・鼻腔内吸引及び気管内吸引」が必要な状態で、不安を持ちながら実施していることがわかった。また、その場合は、訪問看護師による同行訪問、指導・助言の実施率が高かった。一方、ケアマネジャーからの両職種が同時間帯に関わることにに対する苦情、医師も含めた連携の必要、ホームヘルパーへの指導時間が負担など制度上の課題が多く出された。

3. 在宅重度障害者のケアミックスの実現に向けて

必要な場合の「吸引」の実施については関係者の了解と責任の所在を明確にするために、「同意書」、「連携協定書（仮）」を作成する。看護師はサービス開始時期から、個々の在宅重度障害者の住まいで、ケアチームのメンバーとケアカンファレンスを実施し、本人の心身の状態、観察のポイントと結果の報告のしかた、ケアを提供するときの注意点を申し合わせておく。また、吸引に関する知識・技術の指導・確認を行うことが不可欠である。体制的には訪問看護ステーションと訪問介護事業所が併設されていること、ケアマネジャーは保健師・看護師の保有資格者であることが望ましい。

実施内容に関しては、それぞれの職種に対して、実質的なサービス提供とその責任に見合った制度上の評価が必要である。障害者自立支援法のサービス「療養介護」の在宅版を制度上位置づけ、訪問看護と介護のケアミックスを活用すべきである。ホームヘルパー個人への過重な負担軽減と、ケアの安全性・質を保障すべきである。

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川村佐和子	在宅看護論	川村佐和子	在宅看護論	放送大学教育振興協会	東京	2007	
紙屋克子	ナーシングバイオメカニクスに基づく自立のための生活支援技術	紙屋克子	ナーシングバイオメカニクスに基づく自立のための生活支援技術	(株)ナーシングサイエンスアカデミー	東京	2006	1-162

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川村佐和子, 佐藤美穂子, 小倉朗子, 田中雅子, 川口有美子, 原口道子	在宅重度重複障害者における看護と介護のケアミックスに関する基礎的検討	日本バイオフィリアリハビリテーション学会第10回大会予稿集		p. 11	2006
原口道子, 川村佐和子	患者の病態の違いによる看護判断の特徴ー慢性モデルと急性モデルの比較ー	日本保健科学学会誌	Vol. 9 No. 2	p. 120-128	2006
日高紀久江, 紙屋克子, 増田元香	遷延性意識障害患者の栄養状態と簡易栄養評価指標の検討	日本老年医学会雑誌	43巻3号	p. 361-367	2006
紙屋克子, 日高紀久江, マイマイティパリダ, 松田陽子, 増田元香, 柏木とき江, 原静子	重度意識障害患者の看護プログラムの開発と評価ー温浴と反射の誘発ならびに背部微振動の組み合わせによる拘縮の解除ー	第10回日中看護学会抄録			2006
川口有美子	自立支援法ダイジェスト	日本ALS協会会報	68号	p. 33-35	2006
川口有美子	在宅ケアをデザインする・1 ケアは乱調にあり	訪問看護と介護	Vol. 11 No. 12	p. 1124-1125	2006
川口有美子	わたしのためから、あなたのためへ	訪問看護と介護	Vol. 15 NO. 2	p. 220-221	2007
佐藤美穂子, 小倉朗子, 田中雅子	訪問看護師と介護職員、ボランティアによるケアミックスの分析ー重度障害者と妻同伴でー泊二日の外出を支援しレスパイト確保	第11回日本在宅ケア学会学術集会講演集		p. 78	2007

## 在宅重度重複障害者における看護と介護のケアミックスに関する基礎的検討

川村佐和子<sup>1</sup>・佐藤美穂子<sup>2</sup>・小倉朗子<sup>3</sup>・田中雅子<sup>4</sup>・川口有美子<sup>5</sup>・原口道子<sup>6</sup>

<sup>1</sup>青森県立保健大学健康科学部(E-mail:s\_kawamura@auhw.ac.jp) <sup>2</sup>(財)日本訪問看護振興財団

<sup>3</sup>(財)東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所 <sup>4</sup>(社)日本介護福祉士会

<sup>5</sup>NPO 法人 ALS/MIND サポートセンターさくら会 <sup>6</sup>青森県立保健大学健康科学研究科博士後期課程

【要旨】家族の支援力の低下や医療改革等による入院期間の短縮化により、在宅で医療と福祉支援を常時必要とする人々の日常生活支援は新しいチーム支援を求めている。つまり平成14年度に国の検討会で得た「一定の条件下でたんの吸引を家族以外の者に容認する」という結論等が示す、従来の医行為を在宅で実行するための条件づくりである。これは縦割りの制度下にある看護職と介護職がどのように連携すると統合したケアを提供できるかという命題に対応することである。以上の目的を達成するために、介護職と看護職のケアミックスができていないと評価できる場面を観察調査し、それぞれのケアの特徴と役割分担法および連携法について検討した。

**Key Words:** ケアミックス, 在宅重度重複障害者, 連携

【目的】在宅重度重複障害者に対する、介護職と看護職のケアミックス場面におけるケアの特徴と役割分担法および連携法を明らかにする。

【方法及び対象】在宅重度障害者の生活実態と看護・介護ニーズを把握するための質問紙調査と、事例調査(タイムスタディ・面接調査)の2段階で実施した。質問紙調査の対象者は、在宅で人工呼吸器を使用しているALS患者や遷延性意識障害者等、重度重複障害者11名及びその家族である。事例調査のタイムスタディの対象者は、質問紙調査対象者の中で実際に看護・介護のケアミックスが提供され、外出(泊まりを含む)を経験している人工呼吸器装着中のALS患者1名と家族1名、及び看護・介護等スタッフ5名である。タイムスタディは、調査員2名が患者の外出及び宿泊時(1泊2日間)のケア内容を1分間隔で記録した。タイムスタディ後、ケア提供をした看護・介護職に対し、ケアの根拠等を顕在化させるための面接調査を実施した。調査期間は、平成18年1月～2月である。

研究に際し、対象者に対し同意書による同意及び、日本訪問看護振興財団の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果・考察】①質問紙調査：回答者は11名(回収率100%)で、対象者の概要は、年齢は10代・20代・30代が各1名、50代・60代が各3名で、男性5名・女性6名である。使用中の医療機器(複数回答)は「吸引器」が10名、「人工呼吸器」は6名、吸入器、気管カニューレ、経鼻カテーテル、胃ろうが各2名であった。コミュニケーションの状態は、「全く意思疎通できない」が4名、「おおむね意思疎通できる」が5名であった。1週間あたりの訪問看護の平均利用回数は4.8回、訪問介護は平均5.3回であった。訪問看護と訪問介護の両方を利用していた9名のケア内容を分析した結果、訪問看護師が「状態観察」を実施していたのは9名全員で、「呼吸ケア」「排泄ケア」「精神的サポート」も7名と実施件数が多かった。介護職では、「清拭」「リラックス・趣味」は8名で、看護師の6名より多かった。「栄養・食事」「精神的サポート」「入浴」「交流」「休息」「散歩などの外出」はいずれも差が2名以内で、両者がサービス提供していた。

また、患者・家族からのケアに関する要望(自由記載)は、訪問看護師に対しては、患者及び家族の双方より、土日祝日の対応、24時間の対応、看護の質の改善や一定性に関する要望が挙げられていた。介護職に対する要望では、訪問看護師と同様にケアの内容・質の統一、夜間・休日の対応の他、医療行為が多いためサービスが受けにくい等の意見も挙げられていた。

②事例調査：対象者は、50歳代の男性で身体障害手帳1級、要介護5である。普段は在宅で訪問看護5～8回/週、訪問介護6回/週、看護や福祉系学生が週2日宿泊、訪問入浴介護2回/週のサービスを利用している。食事は、経管栄養(胃ろう)と経口摂取であり、コミュニケーションは、パソコン等の使用と口の動きにより概ね意思疎通できる。主介護者の妻がサービス利用を調整する役割を担っている。

タイムスタディ・面接調査の結果、以下の場面においてケアの特徴及び役割分担・連携法が明らかとなった。

○外出準備：家族と介護職員で看護師作成の外出時持参物チェックリストに基づき物品の準備をした。看護師は出発前に胃ろうからの栄養剤等注入、呼吸状態と痰の性状及び気分を確認、バイタルサインの観察、吸入・吸引を実施した。呼吸器、吸引器、コミュニケーション機器その他機器の移動準備を行った。

○移乗：スタッフ全員で対応した。

○移送：妻の運転で介護職員3名付き添って移動した。

○宿泊施設：看護師は状態観察、吸入、室内では呼吸器の回路調整、アンビュー等機器チェック、SaO<sub>2</sub>等バイタルサインの観察を主体に実施、介護職員はベッド準備、移動介助、排尿介助、体位調整、ナースコール対応等を主体に実施した。

○夜間：看護師の同宿・オンコール体制のもとに、付き添いの介護職員が吸引した。

本事例のケアの連携方法の特徴は、ケアマニュアル等の変わりに主介護者である妻の存在により、スタッフ間のケアの一貫性を維持していた。週に1回は、訪問看護師と介護職が同時時間帯に訪問し、情報交換、情報共有をしている。

【まとめ】看護・介護のケアミックスを可能にするためには、医行為や状態観察等、職種により標準化・固定化できる業務の明確化・質の一定化や、情報交換・情報共有の機会を設けることが必須である。このようなケアの継続的な実践により、患者・家族との信頼関係を構築しながら、ケア提供していくことが必要である。

(本研究は、厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業の助成を受けた研究の一部である)

■ 研究と報告

患者の病態の違いによる看護判断の特徴  
—慢性モデルと急性モデルの比較—

The features of Nursing Judgment on differences of patient's conditions  
— Comparison between chronic patient's model and acute patient's model —

原口 道子\*, 川村佐和子\*\*

Michiko Haraguchi\*, Sawako Kawamura\*\*

**要 旨**：病態の異なる慢性期・急性期の患者モデルへの看護判断の特徴を明らかにする目的で、療養病棟と一般病棟の看護師（有効回答91部）に対し、同一の慢性・急性2つのモデルへの看護判断を選択式質問紙（両モデル同一：計18設問、平均選択肢数6項目）により調査した。結果、所属病棟別の看護判断で有意差のあった判断項目は両モデル計240項目中10項目で、所属病棟間で有意差のない120項目について、病態モデル間で比較した。両モデル共に、「患者本人の希望」「フィジカルアセスメント」等を優先していた。慢性モデルへの判断の特徴は、【入院時】【退院】の判断で「患者の現在のQOL」「家族の希望の尊重」等の項目を優先していた。急性モデルでは、【入院時】【状態変化時】【退院】の判断で「身体的負担を考慮」「医学的データ」等を優先していた。【緊急時】【終末期療養】の判断場面では、大半の項目で両モデルに対し、同様の判断を優先していた。キーワード：看護判断、判断の特徴、慢性期看護、急性期看護

I はじめに

わが国において、看護判断についての大規模な研究成果報告として、川村ら<sup>1)</sup>の医療処置管理研究プロジェクトの研究がある。また、国は2003年「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書<sup>2)</sup>において、看護の専門性を示すものとして看護判断を重要視した。この報告書を受けて、根拠に基づく判断が進められる中で、看護判断に関する研究は重要なものとなっている。国内では、看護判断を含む高度看護専門技術に関して、水

らにより、看護師の思考と行為のアルゴリズムによる可視化・構造化の方法論が開発されており、ケアの標準化・質保証への取り組みが報告されている<sup>3,4)</sup>。また、外国においてはすでに、看護判断について多くの報告がされている<sup>5-9)</sup>。例えば、Corcoran<sup>10)</sup>は看護の専門性を示す「臨床能力」の構成要素の一因として、判断技能をあげている。しかし、わが国の看護師の看護制度や業務は、米国外の看護師の就業環境や法制度は異なっている。更に、国内においても医療の専

\* 青森県立保健大学健康科学研究科修士後期課程 Doctor Course, Graduate School of Health Science, Aomori University of Health and Welfare

\*\* 青森県立保健大学 Aomori University of Health and Welfare

門分化により、各病棟での看護師の置かれている環境は大きく異なっている<sup>11-13)</sup>。平成13年第4次医療法改正による療養病床と一般病床の病床区分の明確化による慢性期医療、急性期医療の機能分化や医療提供体制の整備により、入院患者の病態は特徴づけられている。看護師は、その所属病棟に入院する患者の病態に即した、専門的な看護判断の必要性が求められる。

そこで本研究は、病態が異なる慢性期モデルと急性モデルに対して、看護師がどのような判断項目を優先するかを比較検討することにより、患者の病態の違いによる看護判断の特徴を明らかにすることを目的とする。

II 用語の定義

慢性モデル：医療法第7条第2項における療養病床、介護保険法第7条第23項「介護療養型医療施設」に入院し、慢性期の病態にある患者の事例とする。

急性モデル：医療法第7条第2項における一般病床に入院し、より急性期の病態にある患者の事例とする。

看護判断：Corcoran<sup>14)</sup>の「Clinical Judgment」の定義より、「適切な患者のデータ、臨床的な知識および状況に関する情報を考慮し、認知的な熟考および直観的な過程により、患者ケアについて決定をくだすこと」とする。

III 方法

1. 調査対象

対象は、同一病院内に一般病棟と療養病棟を有する総合病院に勤務し、現在の所属病棟が療養病棟または急性期患者が多い一般病棟であり、所属病棟勤務経験2年以上の看護師とした。療養病棟看護師（以下、療養看護師とする）は179名、一般病棟看護師（以下、一般看護師とする）は199名である。対象病院は、関東地区（1都3県）にあり、日本医療機能評価機構による認定を受けた病院（病床数80床以上）で、アンケート郵送の許可が得られた14病院である。

2. 調査方法・調査期間

調査協力の得られた病院の看護責任者に、対象

看護師の選出と自記式質問紙の配布を依頼した。質問紙は、記入後に密封され郵送法により回収した。調査期間は、平成16年7月13日から8月31日までである。

3. 調査内容

自記式質問紙の構成は、①対象者の基本属性（年齢・性別・看護経験年数・経験病棟・所属病棟の人員配置）、②慢性モデルに対する看護判断、③急性モデルに対する看護判断である。質問紙は、療養看護師と一般看護師ともに同一のものを使用し、現所属病棟に関わらず、慢性モデル・急性モデル両方への回答を依頼した。

モデルの作成は、厚生労働省患者調査防病分類<sup>15)</sup>と実態調査<sup>16,17)</sup>を参考にし、各病棟の入院患者の平均的な「治療内容・ADL・療養環境・入院期間」および両病棟での看護経験が豊富な専門性の明確な看護師に事前インタビューした資料を用いた。更に、両モデルの年齢・性別・疾患名・家族状況を同一の設定として、調査者が作成した。

質問紙の作成は、経験豊富な看護師にインタビューした資料を用いた。モデルに対する「判断場面」は、患者の入院から退院までの経過に沿い、看護業務基準<sup>18)</sup>、法律規定<sup>19)</sup>を考慮して設定した。設問は、各判断場面での判断項目の中からどの項目を重要視して優先するかという内容である。回答は、設定した判断場面での優先する判断項目に1～3の順位を記す方法とした。両モデルともに同じ判断場面・設問・判断項目とした。

具体的な判断場面（ ）内は場面数）は、【入院時】の判断として「優先情報」・「看護の方向性」(2)、【状態変化時】の判断として「不穏・不眠・体動亢進・便秘時」の判断(4)、【療養環境】に関する判断(1)、【退院】に関する判断として【入院期間】・「在宅移行」・「退院計画」の判断(3)、【緊急時】の判断(2)、【終末期療養】の判断(2)の計14場面（合計18設問）である。

判断項目の構成は、CorcoranのClinical Judgmentの概念<sup>20)</sup>、佐藤の臨床判断構成要素<sup>21)</sup>の性質を参考とし、いずれかの構成要素に該当する内容を盛り込んだ。判断項目数は、1設問につき4～10項目、18設問の合計は各モデルとも120