

意見があった。

また、現状として〈家族以外の者の実施困難〉の内容には、「吸引に消極的なヘルパーセッションが多く、なかなか依頼ができない状況がある」ということや「ヘルパーは不安を抱えている」といった現状に関する意見があった。また、〈安全性確保の工夫〉として、「訪問看護と訪問介護が併設事業所であると療養者のリスク（状態安定の程度）による調整ができる」などの意見があった。更に、〈看護師の協力が困難な状況〉として、「介護職の吸引が可能になったことで訪問看護が入らずに実施されているケースがある可能性がある」という意見や「本人・家族と家族以外の者による同意であり訪問看護が介入できないことがある」との意見があった。

3) 在宅患者・障がい者の適切な医学的管理（厚生労働省通知の条件）

次に、厚生労働省通知の条件であるカテゴリ「在宅患者・障がい者の医学的管理」に関する面接調査結果は以下の通りであった。

本カテゴリは、〈項目内容の不明確（用語の定義）〉と〈項目の順序性（タイムスケール）の制限〉という連携パス自体への意見と、現状としての〈実施困難の課題〉というサブカテゴリにより生成されていた。

具体的には、〈項目内容の不明確（用語の定義）〉として、「『療養者の安定』とは個々の療養者の「安定」の判断基準は疾患や療養期間によって個別性があり解釈が困難である」ということや、「『看護師による実施可能性』の意味するところ（定義）が不明確である」といった意見であった。また、〈項目の順序性（タイムスケール）の制限〉としては、「『家族の心身状態の確認』を初回訪問時にすべて把握することは困難である」ということや「『気道管理の定型化』については事前に確認することではなく長期的に関わらなければ把握できないことである」といった意見があった。更に、〈実施困難の課題〉としては、「療養者・家族・関係職種との定期的な情報共有方法の確認」として「『吸引』だけをテーマにした会議開催は困難である」という意見があった。

4) 家族以外の者に対する教育（厚生労働省通知の条件）

次に、厚生労働省通知の条件であるカテゴリ「家族以外の者に対する教育」に関する面接調査結果は以下の通りであった。

本カテゴリは、〈教育体制（時間確保・報酬・責任・評価・教育対象者の変更・モニタリング）への課題〉〈教育内容への危惧（危険性の説明）〉〈看護師の協力が困難な状況〉〈安全性確保の工夫〉〈訪問看護師主体の役割としての危惧〉というサブカテゴリにより生成されていた。

具体的には、〈教育体制（時間確保・報酬・責任・評価・教育対象者の変更・モニタリング）への課題〉としては、「『手技確認』のためだけに訪問することはできない」など時間確保が困難であること、「指導に要する時間への報酬がない」「他者(家族以外の者)が実施することに対する訪問看護師の責任範囲がわからず困る(評価やモニタリングについても同様)」「指導対象者の変更や対象者が複数となった場合の対応の困難がある」などの意見があった。また、〈教育内容への危惧〉としては、「特に十分な危険性の説明の必要性がある」ということや「医療職の認識する危険性を想定せず、非医療職の認識する危険性を想定した説明の必要性がある」ということ、更に、「現状としては危険性を説明すると『家族以外の者』の不安が増強し消極的になる」といった意見があった。〈看護師の協力が困難な状況〉としては、「訪問看護師の病院への事前訪問は診療報酬上計上できるものの時間が限られて

おり、結局在宅での同行訪問等による指導を要して経営上の困難がある」「同行訪問時、本人・家族は看護師からの吸引を希望するため家族以外の者の技術確認が困難である」などの意見があった。

このほか、〈訪問看護師主体の役割としての危惧〉として、「家族以外の者への教育に関する医師との分担に関する危惧がある」ということなどの意見があった。

5) 患者・障がい者との関係（厚生労働省通知の条件）

次に、厚生労働省通知の条件であるカテゴリ「患者・障がい者との関係」に関する面接調査結果は以下の通りであった。

本カテゴリは、〈責任の所在の課題〉〈同意内容確認の困難状況〉〈同意内容の制限と危惧〉〈患者との関係における利用者意識への課題〉〈訪問看護師主体の役割としての危惧〉〈訪問看護師による同意への困惑〉〈安全性確保の工夫〉というサブカテゴリにより生成されていた。

具体的には、〈責任の所在の課題〉としては、「訪問看護師の責任が明確でない」「医師との関係における責任の所在が不明確である」「家族以外の者に対する教育において公的機関による責任が問われないことに対する疑問がある」などの意見があった。〈同意内容確認の困難状況〉としては、「同意書を交わしたことの確認はできるがその内容までの確認が困難である」という意見があった。〈同意内容の制限と危惧〉としては「同意を交わしたからといって家族以外の者が吸引に関して「判断(アセスメント)」をするということは療養者の安全面での危惧がある」という意見があった。また、〈訪問看護師による同意への困惑〉としては「同意書の様式として指導担当者等の欄に看護師が署名するものをみたことがあるがこの署名には抵抗がある」などの意見があった。

6) 緊急時の連絡・支援体制の確保（厚生労働省通知の条件）

次に、厚生労働省通知の条件であるカテゴリ「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する面接調査結果は以下の通りであった。

本カテゴリは、〈項目(緊急時のベッド確保)の実施困難〉〈緊急時の事前取り決めの困難状況〉〈安全性確保のための工夫〉〈体制整備上の利用者の意識〉というサブカテゴリにより生成されていた。

具体的には、〈項目(緊急時のベッド確保)の実施困難〉としては「実際には緊急時のベッド確保が困難である」、〈緊急時の事前取り決めの困難状況〉としては「この取り決めの情報を関係職種で共有すること自体に時間(手間)を要する」という意見、〈体制整備上の利用者の意識〉として、「利用者自身が緊急時は病院を受診(入院)したいため在宅かかりつけ医を依頼しない傾向がある」などの意見があった。

表Ⅱ-10. 「連携パス(2008年度素案)」の評価(面接調査)のまとめ

カテゴリー	サブカテゴリー	発言内容(要約)	
「連携パス」の構成・全体の内容に関する意見	項目(条件)の厳しさ・細かさ	<p>条件記載部分について、「条件すべて満たされない場合…」というのは、できないことは状況によっていくらでもあり、実現は難しい。例えば、家族との(病院への)同行訪問などは、これで「在宅での吸引が無理」となってしまうとかなり厳しい。事前訪問が無理でも、いくらでも帰ってきてから状況に合わせて家族指導もやっている。条件を厳しくするという事は、いったい「だれのための連携パスなのか」と疑問がわく。</p> <p>今までALSなどの難病患者への在宅ケアに参入してこなかった訪問看護事業所がやりやすくなるようにという意図があるかもしれないが、逆に条件としてガッチリ書かれてしまうと、これで(在宅での吸引の)ハードルが上がってしまう。</p> <p>「条件」としてかっちり書かれてはいるが、細かすぎる。抽象度をあげてもう少し余裕のある書き方にしてもらわないと、「本来の看護師の仕事ではない」というような意見も出てきてしまう危惧がある。</p> <p>「③家族以外の者への教育」以降の内容は整理されているように感じる。しかし、「②在宅患者の医学的管理」以前の項目は非常にハードルが高い。</p>	
	項目の順序性の制限	<p>「連携パス」をみると確かに今まで自分たちがやってきたことをまとめてみるとこのような項目になるのかと思うが、「事前にチェックして」となるとハードルがあがってしまう。</p> <p>「連携パス」の構造として、時系列の枠組みがもう少しわかりやすいとよい。(例えば、入院中・在宅開始時…などのように)</p>	
	連携パスの使用意図への危惧	<p>この「連携パス」が何らかの事故発生時の訴訟資料などとなった場合、「この項目ができていないのにヘルパーにやわせて事故になった」などと責任を問われることになると考えると考えると大変怖い。</p> <p>確認項目が細かく書かれているとやりにくく感じる。しかし、一方で逆に細かく書かれていないと誤解が生じ困ることもある。「パス」までではない「フロー」のようなものと「マニュアル」みたいな細かいもののツープターンあるとよいのかもしれない。むしろ、チェックリストで「今ここまで進んでいるから、これからここを実施していく」というように使用していけるものがよいと思う。</p> <p>「連携パス」の使用方法の説明をきちんとしておかなければ、誤解されてしまう危惧がある。</p> <p>基本的に在宅では、療養者の生活において、「家族以外の者」が生活の中での「吸引」を支えていく上で、看護師が医療職としての視点をもってその吸引を支えていくというスタンスに立たないと現実的に難しいと考える。</p>	
	モニタリング機能を含めた活用必要性	「家族以外の者」による吸引が慣れてきた時期に、チェックする(モニタリングする)機能が、訪問看護師には必要なのではないか。むしろこの機能を「実施中」に行えるような項目が必要ではないか。	
	実施困難時対応を含めた活用必要性	条件が整わない場合(現実はこの場合がほとんど)、どうすればよいのかというような「対応」も含められていないと実施は難しい。	
	項目の重みづけの必要性	「連携パス」は、一律に項目が列挙してあるが、各項目で重みづけが違っていると思う。	
	①療養環境の現状	連携パスへの意見	<p>項目内容の不明確 「①療養環境の管理」の「医師の方針の確認」とは、「治療の方針」なのか「吸引の方針」なのか不明確である。</p> <p>項目の順序性の制限 ただでさえ、家族は「気管切開して」「吸引して」という状況で大変なのに、更にこれらを「事前に指導して」ということになると、難しい状況となる。</p> <p>訪問看護師主体の役割としての危惧 「連携パス」の内容のうち「病院でやるべきこと」については、病院でやらしてもらえないと困る。(病院でやる部分については別のパスにならないとその下の項目が不可能になってしまう)</p> <p>訪問看護師主体の役割としての危惧 「①療養環境の管理」は、ほとんど「病院」が実施すべきことだと思う。</p> <p>「必要な医療機器・衛生材料」などについては、本来看護師の仕事ではない(病院やかかりつけ医)どこまでが医師でどこまでが看護師の仕事なのか不明確になっている) これらの「確認」ということについては、看護師の仕事として大切ではあると思う。</p>
		家族以外の者の実施困難	<p>・「私はヘルパーだから、吸引はやらない」という意識が強いヘルパーが多いと思う。線引きをピッチリしている。</p> <p>・ヘルパーさんは、救急車には乗りませんかとか、事業所ごとにはできること・できないことを細かく規定しているところが多い。</p> <p>・利用者さんは、やっぱり看護師に吸引をしてほしいという思いはある。利用者さんもヘルパーに吸引をしてもらうのが不安。</p> <p>・吸引にやる気のあるヘルパーステーションもあるが、できたらしたくないというヘルパーステーションも多く、それだけヘルパーは不安が強い。</p> <p>・ヘルパーさんは、自分たちを守るって術をよく知っていると思う。だから吸引をすることになっても「こうした時に何かあったらどうするんですか」というふうに見て看護師には直接言わないけれど、ケアマネに言ったりする。そう言われるとそれ以上は依頼できないのが現状。そうすると利用者さんには迷惑はかけられないというのが頭にあって、看護師が犠牲って言う言い方はへんですけれど動きます。</p> <p>・吸引の話がくると正直戸惑う。というのは、患者さんはヘルパーの吸引がないと家に帰れない状況で、その看護師の指導の方法によっては、ヘルパーさんが、じゃあできないって言ったら、家族の在宅療養の期待の道を閉ざしてしまうって、戸惑う。</p> <p>・看護師の選択も家族がするといった家庭もあり、ちょっとそういう方にはヘルパーさんが吸引で入るのは難しいと思う。</p>
		安全性確保の工夫(状況)	<p>・ヘルパーさんでも看護職で働いていた方もいらっしゃるの、その方に吸引など何かあるときは頼む形が多かった。</p> <p>・訪問看護とヘルパーが一緒の事業所であると、細かい部分で「ここヘルパーさんやって」とか「この利用者は状態が変化したから看護師で行こう」とかかっていうのができる。</p> <p>・家族が退院前にもっている在宅でのイメージと医療者のイメージをすり合わせることは大事だと思って、どのくらい家族が理解しているかそのつど確認している。</p>
		看護師の協力が困難な状況	<p>・介護職も吸引をしてもいいようになったということで、訪問看護が入っていないところで吸引をしているケースも多分全国であると思う。</p> <p>・吸引の件に関しては、本人・ご家族と家族以外の者の契約なので、訪問看護が踏み込めない事例もある。</p>

(表Ⅱ-10のつづき)

② 在宅患者の医学的管理	連携パスへの意見	<p>項目内容の不明確(用語の定義)</p> <p>「②在宅患者の医学的管理」で「安定」とあるが、この「安定」の定義＝判断基準がないとわからない。(疾患や療養期間によっても判断がばらばらである)</p> <p>「看護師による実施可能性の検討」とはどういうことを意味しているのかわからない。(看護師による吸引は一日何回なのかということをお願いしたいのであろうか)</p> <p>「家族の心身状態の確認」ということでは、初回訪問時にすべて把握することは難しく、実際には訪問を重ねていく上で徐々に把握していく。</p> <p>「気道管理の定型化」ということについては、「事前に」というのは難しい話で、フォーシーズン通して経過してみないとわからない。この「連携パス」の項目をどのくらいのタイムスケールで考えているのかが疑問である。時間経過とともに、「連携パス」の内容について整えて確認していくものであるので「事前の条件」とされると難しい状況となる。</p>
	現状	<p>実施困難の課題</p> <p>「②在宅患者の医学的管理」の「療養者・家族・関係職種との定期的な情報共有方法の確認」に関連して、介護保険ではサービス担当者会議がケアマネージャ主導で開催されているが、これを「吸引」のためになると、誰が主導で開催するのか、また、テーマは「吸引」だけになるのかということが疑問となり、会議の開催は難しくなると思う。</p>
③ 家族以外の者に対する教育	ケアの現状	<p>教育体制(時間確保・報酬・責任・評価・教育対象者の変更・モニタリング)への課題</p> <p>「③家族以外の者への教育」について、実際に「手技の確認」だけのために訪問するということはほとんどない。次回訪問時までは何かあったら電話してもらうように伝え、本来の訪問看護時に合わせて「吸引の手技」を確認するというようなことになっている。</p> <p>・看護師、ヘルパーそれぞれが、ボランティアと一緒に訪問し、家族がOKを出すまで手技を看護師からヘルパーに指導してもらったこともある。赤字にならない経営ができるだけのシステムが整っていないと難しい。</p> <p>・ヘルパーさんは見ていると人が替わる人が多い、なので訪問看護師のほうからも、ヘルパーさんがどういった方なのか、どういった吸引の技術だったらできるのか把握しきれない。</p> <p>・訪問看護師の方から指導するところで、どのあたりまですればいいのか、ヘルパーさんが替った場合にはまた一からやり直さなくてはいけない状況もあると思う。</p> <p>・家族指導であれば訪問看護で大丈夫だけれど、ヘルパーさんがしているところに看護師が見に行っていくのは、本当にボランティアでトータルしたらほとんど何十時間にもなる。看護師として自分たちの仕事として責任をもってやっているのに責任だけで評価されていないと思う。また他の仕事ができなくなるので、他の利用者の訪問を減らさなければならない。私は責任より思いの方が強くてやってきたように思う。ただ本当に単価がないのに、他のスタッフがヘルパーの指導等の訪問に回っていると思うとこれでもいいのかなって思いながらいままでできてしまった。</p> <p>・誰が責任をもつということは本当に何も決まっていない状況で、吸引を第3者がやっていいですよとなったので、本当にどこが責任があるかわからない状況で、きまっていないなら1か月に1回モニタリングするのか1週間に1回モニタリングするのか、人が変わった時どうするのか、きっちりしたものがあれば指導もしやすいし、受けるヘルパーさんにしても安心してうけられると思うし、実績にもなって評価されると思う。システムができてから吸引をやっていいですよ、ってなればよかったと思う。</p> <p>・医師の管理料の方はあれは10割全部保険からできるようになっているが、それと同じくらいある程度訪問看護等の設定してもらわないと1割負担することも利用者にとっては負担かと思う。</p> <p>・今私たちの仕事うまくいっているから医療費が抑えられていると気づいてほしい。</p> <p>・吸引の手技を確認する場合でも、どこまですればいいのか、どこまで責任があるのか、責任を負わされた場合には困ると思う。</p> <p>・ヘルパーさんは吸引の圧の確認など、みるポイントが意識されてないことがある。そのためいつから適切な圧になっていないのかわからないこともある。そのような時には連絡ノートなどで、ヘルパーさんに周知するのですが、入れ替わりも多いので、統一が難しく同じことの繰り返し結構ある。</p>
		<p>教育内容への危惧(危険性の説明)</p> <p>「③家族以外の者への教育」では、本当に危険性を十分説明しておかなければならないと感じる。例えば、「家族以外の者」がサイドチューブからとても長時間引いているという場面遭遇することがあり、懸念している。</p> <p>「③家族以外の者への教育」では、看護師が考える「危険」を想定するのではなく、非医療職の認識を想定した幅広い説明の必要性を感じる。(例えば、看護師が想定していなかった家族の行動として、実際に、痰が多いからといって口腔内に吸引チューブを入れっぱなしという話を後から聞いたことがある)</p> <p>・一緒にヘルパーと医師と吸引の勉強会を開いたことがあったが、医師もどこまで教えてよいか分からず、解剖とかいろいろ詳しく教えたなら、ヘルパーさんとても不安になってしまった。</p>
		<p>看護師の協力が困難な状況</p> <p>「家族以外の者への教育」については、病院で指導されてくるのが大前提ではないけれども、ヘルパーが病院へ行くことはボランティアになってしまう(看護師の事前訪問としては診療報酬点数はあるが、かなりの部分がボランティアになっている)現実的には、在宅で同時に訪問を組んで、その場で指導ということになる。</p> <p>・時々会ったことのないヘルパーさんと同じ時間に訪問に入ることがあるが、手技を確認するにも、訪問看護師がいるとヘルパーさんは、「吸引お願いします」って言うし、私たちがいる間は少なくとも私たちが吸引しようと思うので、みたことのないヘルパーさんの手技の確認は(私たちがうたがっているようで)できない。</p> <p>・たくさんの家政婦さんが入っているケースもあるが、どこまできちんと吸引ができる人がやっているのか把握することが訪問看護では困難。</p>
		<p>安全性確保の工夫(状況)</p> <p>・訪問看護師が音頭をとって、吸引の勉強会をひらくこともある。利用者に関わるヘルパーさんが利用者宅に集まって、呼吸器の使用法など業者にもきてもらってやることもある。利用者さん宅で勉強会を開くメリットとして、利用者自身もこのヘルパーはここまで勉強しているとか分かるし、利用者が疑問に思ったこともその場で業者や看護師、ヘルパーに確認できるので、利用者家族の安心にもつながっている。</p> <p>・ヘルパーさんも吸引の不安は強いので、時間差で訪問して、先にヘルパーが訪問して、できるところまでの吸引をしてもらい、その後看護師が訪問して吸引する方法をとっている。</p>
		<p>訪問看護師主体の役割としての危惧</p> <p>・医師の方から吸引の危険性についての説明をされるというより、訪問看護師の方からご家族の方などに説明することが多い。</p>

(表Ⅱ-10のつづき)

④ 患者との関係	現状	責任の所在の課題	<p>・独自の同意書をつくって、それが本当に訴えられた時に有効かどうかは訪問看護師の私にもわからない。</p> <p>・この吸引に関しては、公のところが責任をもたなければいけないところもあるのでは？ヘルパーさんが技術が未熟のために何かが起こった時には、じゃあ公のほうでも指導がたりなかったとか。</p> <p>・責任の所在がクリアでない。今いろいろな訴訟とかあるので、自分たちが何の保証もなく訪問看護師としてこの吸引の件に乗っかっていると問題じゃないのかな、って思うこともあるし、どうクリアされて主治医とかを経て私たちに依頼がくるかがわかれば問題ないと思う。</p>
		同意内容確認の困難状況	<p>・家政婦さんの所属されている事業所と利用者さんが、吸引の契約をしていると思うのだが、看護師の私は書類自体は見た記憶がない。</p> <p>「療養者・家族・家族以外の者との同意書及びその内容の確認」については、「同意書」を交わしていることの確認までは可能だが、その「内容」を把握するという点については、難しいことがある。(内容へのアドバイスはできるかもしれないが)</p>
		同意書内容の制限と危惧	「④患者との関係」の訪問看護師と訪問介護職の関係の部分については、とにかく、何かあったら看護師に連絡してもらおうということが大切であり、ヘルパーさんに「判断」してもらおうということは難しい(アセスメントをさせてしまうのは困る)むしろ、「⑥緊急時の連絡・支援体制の確保」での連絡ルートの確立ということが大前提となると思う(この場合、医師との間においても同様)
		患者との関係における利用者意識への課題	・田舎なので、吸引をヘルパーさんがやるということも、利用者・家族の方もなかなかそういう意識づけができていないことがある。
		訪問看護師主体の役割としての危惧	・責任の所在が訪問看護ステーションにないはずなのに、こういう文章(調査票)になっていると、今度何か訴訟があった時にはどうなるんだろうという思いはする。そのヘルパーさん自身が、ちゃんと指導を受けたり、勉強したりしていなかった責任のほうではないのかなという文書上の疑問は感じた。
		訪問看護師による同意への困惑(抵抗?)	・同意書のフォーマットはあると思うが、それだけでは不安なので自分のところで継ぎ足しをしているところがあって、何か所かで見かけたのですが、指導したのは誰かとか、どれくらい指導したかということで訪問看護もサインするとかがあったのですが、サインに少し抵抗がある。
		安全性確保の工夫(状況)	・約束事を1つ1つクリアにすることで、療養者さんもヘルパーさんも看護師の不安も少しは軽減できると思う。
		⑥ 緊急時連絡・支援体制	現状
緊急時の事前取り決めの困難状況	・急変時など、看護師が患者・家族さんに説明することをケアマネジャーにも同じように説明を要求されたり、報告の順番も要求されて、手間がものすごくかかる。		
安全性確保の工夫(状況)	・医師の方からの指示で、家政婦さんから直接医師へ連絡が入ってくると対応しきれないということで、第一報告が命に関わることは別としてまず訪問看護師に入って、そのあとで医師の方に報告という形で連絡を取り合っている。		
体制整備上の利用者の意識	・家族の方がやっぱり何かあった時には病院にいきたいからということで、在宅の往診してくれる先生を入れたがらない傾向もある。		

4. 調査1) 調査2)の結果による「連携フロー(2009年度版)」の作成

調査1)による「連携パス(2008年度素案)」の連携に関する各項目に対する「重要度・内容妥当性・実現可能性」の評価、調査2)面接調査による実施上の課題等の結果に基づき、1)「連携パス(2008年度素案)」を精練する視点・方向性を検討し、その上で、2)連携に関する項目の修正を以下の通り行った。

1) 「連携パス(2008年度素案)」を精練する視点・方向性

調査2)面接調査の結果、連携パスの構成に関する意見として、「『条件』としての表記が厳しく細かい」「連携パスの構造として時系列の枠組みがわかりにくい」「項目の実施は必ずしもこの順番通りにはいかない」「連携パスの使用意図から大まかな流れを示すフローと細かい確認項目を示すチェックリストなどに分けた方がみやすい」などの意見があった。

これらの意見を参考として、「連携パス(2008年度素案)」を精練する視点・方向性を以下の通りに定めた。

<構造について>

- 時系列の枠組みは、行政通知に基づく「家族以外の者による痰の吸引を許容するための条件」の枠組みに基づき、時系列に配置していたが、この「条件」による枠組み及び条件記載部分を削除する。
- 時系列を示す矢印の表記は、大きな流れを示す枠組みのみに使用し、細項目の矢印表記は削除する。
- 本検討においては、大項目及び大項目の具体的な内容を示す細項目双方について検討するが、使用意図を考慮し、「連携パス」ではなく、大項目を時系列で示す「連携フロー」と、細項目を提示する「連携チェックリスト」に様式を分けて提示する。

<内容について>

- 項目の表記内容について、内容の抽象度を上げることで類似する項目を同一項目として集約する。(大項目・細項目ともに)
- わかりにくい表現表記を簡潔にする。
- 調査1)の評価結果において、「実現可能性」が低得点であったものについては、療養者の安全性確保の観点から、「重要度・内容妥当性」で肯定的評価を得ている場合は、表現表記を検討した上で、意味内容として削除しない。

以上を「連携パス(2008年度素案)」の精練の視点・方向性と定めた。

2) 連携に関する項目の修正(表Ⅱ-11、表Ⅱ-12)

1)の「連携パス(2008年度素案)」の精練の視点・方向性に基づき、以下の通り、連携パスを構成する各項目(大項目・細項目)に関する検討を行った(表Ⅱ-11)。

大項目21項目に関する重要度・内容妥当性が低得点であった大項目は、「2. 在宅患者の医学的管理」の大項目「e. 療養者の状態が安定期であるかどうかの査定」「f. 訪問看護師による援助提供状況の確認」「g. 医療処置に関する業務分担の確認」、 「4. 患者との関係」の大項目「a. 療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め」などの項目であった。

以下、「1. 療養環境の管理」「2. 在宅患者の医学的管理」「3. 家族以外の者に対する教育」「4. 患者との関係」「5. 緊急時の連絡・支援体制の確保」の枠組みに従って、検討内容を示す。(以下、修正後の項目の表記については下線で示す)

(1) 「1. 療養環境の管理」の項目の検討

「1. 療養環境の管理」については、大項目「a. 療養者・家族・医師等の在宅療養に関する意思及び医師の判断の確認」「b. 医療処置の説明内容の確認」「c. 援助開始前の医療処置の状況把握」「d. 医療機器・衛生材料の準備及び確認」により構成していた。

これらの大項目について、重要度・内容妥当性の評価は全体的に肯定的評価を得ていた。しかし、項目を集約化していく方向性から、大項目「c. 援助開始前の医療処置の状況把握」について、その前項目「b. 医療処置の説明内容の確認」と統合し、「病状及び医療処置の説明内容の確認」と修正した。また、「a. 療養者・家族・医師等の在宅療養に関する意思及び意思の判断の確認」については「在宅療養をすることの意思確認」、「d. 医療機器・衛生材料の準備及び確認」については「医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備」と表現を変更した。

(2) 「2. 在宅患者・障がい者の医学的管理」の項目の検討

次に、「2. 在宅患者・障がい者の医学的管理」については、大項目「a. 在宅かかりつけ医の診療方針の確認」「b. 療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)」「c. たんの過剰生成予防・効果的な排痰に関する看護法の実施確認」「d. 家族の心身状態の確認」「e. 療養者の状態が安定期(低リスク状態)であるかどうかの査定」「f. 訪問看護師による援助提供状況の確認」「g. 医療処置に関する業務(役割)分担の確認」により構成していた。

これらの大項目のうち、重要度・内容妥当性の評価が低かった大項目「e. 療養者の状態が安定期であるかどうかの査定」については、安定期であることの確認は経過をみて判断するという現状も踏まえて、「定期的な吸引実施体制の見直し」と抽象度をあげて表記し、家族以外の者の実施開始後の段階に実施する項目とした。また、「f. 訪問看護師による援助提供状況の確認」「g. 医療処置に関する業務分担の確認」の大項目についても、前述「定期的な吸引実施体制の見直し」に含まれる項目と解釈して、削除した。また、内容妥当性の評価が低かった大項目「c. たんの過剰生成予防・効果的な排痰に関する看護法の実施確認」については、その前項目である「b. 療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)」を「心身状態の確認」と簡潔な表現にしたうえ、この大項目と統合した。

(3) 「3. 家族以外の者に対する教育」の項目の検討

次に、「3. 家族以外の者に対する教育」については、大項目「a-1・2. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導」「b. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認」により構成していた。

これらの大項目のうち、重要度・内容妥当性の評価が比較的lowだった大項目「b. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認」については、細項目として教育実施直後に実施する「習得状況の評価」については、「a-1・2. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導」と統合し、教育後の長期的な評価等に関連する細項目については、前述「2. 在宅患者の医学的管理」において修正した大項目「定期的な吸引実施体制の見直し」に含める項目として位置付けた。また、「a-1・2. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導」の表現としては、「協働内容」という用語の理解が困難であることから、「『家族以外の者』に対する、その利用者の『たんの吸引』に必要な知識・技術の指導」と変更した。この項では、「『家族以外の者』に対する、その利用者の『たんの吸引』に必要な知識・技術の指導」の細項目について、抽象度を上げて整理し、14項目から6項目に集約化を図った。

(4) 「4. 患者・障がい者との関係」に関する項目の検討

「4. 患者・障がい者との関係」については、大項目「a. 療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め」「b. 医師との医療処置実施に関する取り決め」「c. 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め」「d. 療養者・家族と家族以外の者との「同意書」及びその内容の確認」「e. 療養者・家族と家族以外の者と・医療職等関係職種間の「管理協定」の実施及び確認」により構成していた。

これらの大項目のうち、重要度・内容妥当性の評価が比較的低かった大項目は、「a. 療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め」であった。この大項目において実施する内容(細項目及びそのほかの大項目「b. 医師との医療処置実施に関する取り決め」「d. 療養者・家族と家族以外の者との「同意書」及びその内容の確認」「e. 療養者・家族と家族以外の者と・医療職等関係職種間の「管理協定」の実施及び確認」については、調査2)面接調査の結果から、「本人・家族と家族以外の者の間で取り交わされる同意書に関連して、家族以外の者が「たんの吸引」を実施するにあたり、訪問看護師の責任の所在及び報酬の保障が不明確であるとの意見があり、低得点となった可能性も考えられる。そこで、これらの大項目(a・b・d・e)については、「c. 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め」と統合するとともに、「c. 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め」の表現については、多くの意味内容を含めるために「『家族以外の者』が「たんの吸引」を実施する場合の体制整備の確認」と抽象度をあげた表記に修正をした。更に、この修正に伴い、細項目の抽象度もあげて整理し、15項目から5項目に集約化を図った。

(5) 「5. 緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する項目の検討

「5. 緊急時の連絡・支援体制の確保」については、大項目「a. 急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」「b. 緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有」「c. 重篤化予防のための定期的な情報交換方法および情報交換内容の取り決め」により構成していた。

これらの大項目及び細項目については、重要度・内容妥当性の評価では全項目が肯定的な評価を得ていた。しかし、本検討の方向性として集約化を図る必要性があるため、「a~c」の全項目を「緊急時体制の取り決め」として統合した。更に、細項目についても項目間の類似性を検討し、8項目から5項目に集約化を図った。

以上の検討により、大項目について、表現方法の抽象度を高めて集約化を図った。この修正に伴い、細項目についても項目間の類似性を検討して集約化を図った。(表Ⅱ-11)

「連携パス(2008年度版素案)」の評価に基づく検討により、「連携フロー(2009年度版)」の連携に関する項目については、大項目は21項目から11項目に集約し、その具体的実施内容を示す細項目は全84項目から全40項目に集約化した(表Ⅱ-12)。

表Ⅱ-11-①. 連携に関する項目の検討結果一覧

				重要度	内容妥当性	実現可能性	修正後
1 療養環境の管理							
a	療養者・家族・医師等の在宅療養に関する意思及び医師の判断の確認			3.87	3.90	3.58	在宅療養をすることの意思確認
1	療養者・家族の意思を尊重した医療処置方法であることの確認			3.85	3.90	3.60	療養者の意思確認 家族の意思確認
2	医師の方針の確認			3.80	3.90	3.50	在宅かかりつけ医の診療方針の確認(2-aと統合)
3	在宅療養環境も含めて在宅医療処置が可能かどうかの検討			3.95	3.90	3.65	(削除)
b	医療処置の説明内容の確認			3.88	3.80	3.35	病状及び医療処置の説明内容の確認
4	医師の説明内容の確認			3.80	3.80	3.50	医師の説明内容の確認(7・8・9と統合)
5	療養者の説明の受け止め状況の確認			3.95	3.80	3.30	療養者の医師の説明に関する受け止めの確認
6	家族の説明の受け止め状況の確認			3.90	3.80	3.25	家族の医師の説明に関する受け止めの確認
c	援助開始前の医療処置の状況把握			3.83	3.73	3.32	「1-b」に統合
7	病院側(医師・看護師)からの直接の実施方法の情報入手			3.65	3.65	3.35	医師の説明内容の確認(4・8・9と統合)
8	療養者の現疾患の治療状況(処方薬等含む)・心身状態確認			3.95	3.75	3.20	医師の説明内容の確認(4・7・9と統合)
9	実際に療養者に提供する医療処置の基本的・個別的方法の確認			3.90	3.80	3.40	医師の説明内容の確認(4・7・8と統合)
d	医療機器・衛生材料の準備及び確認			3.90	3.89	3.60	医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備
10	医療機器等の交換頻度の確認			3.80	3.85	3.60	医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認(11・12と統合)
11	医療機器の定期点検方法の確認			3.90	3.85	3.60	医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認(10・12と統合)
12	衛生材料の供給ルート及び頻度の確認			4.00	3.95	3.65	医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認(10・11と統合)
13	衛生材料の管理方法確認			3.90	3.90	3.55	衛生材料の供給・管理方法の確認

(表Ⅱ-11のつづき) 表Ⅱ-11-②. 連携に関する項目の検討結果一覧

				重要度	内容妥 当性	実現可 能性	修正後
2 在宅患者の医学的管理							
a	在宅かかりつけ医の診療方針の確認			3.88	3.84	3.51	(修正なしだが、「1.療養環境の管理」に移動)
14	方針			3.90	3.80	3.40	(修正なし)
15	訪問診療頻度・内容			3.80	3.80	3.60	(修正なし)
16	投薬内容			3.90	3.95	3.80	治療内容
17	身体状態の評価(医学的判断)			3.90	3.80	3.25	(修正なし)
b	療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)			3.80	3.72	3.33	心身状態の確認
18	療養者自身が家族以外の者からの吸引を望んでいることの確認			3.80	3.80	3.35	利用者・家族に「当該訪問介護職員」による吸引の希望があるかどうかの確認 (「利用者・家族の意向・理解の確認」として移動)
19	療養者の病状・状態が安定していることの事前確認			3.75	3.70	3.35	呼吸以外の全身状態が安定していることの確認
20	療養者が、苦しいときに合図が出せることの確認			3.79	3.74	3.42	利用者は、意思伝達・コミュニケーション、もしくは状態変化を把握する方法があることの確認
21	療養者自身が吸引処置が危険を含む医療行為であることの理解状況の確認			3.80	3.65	3.20	吸引処置が危険を含む医療行為であることの利用者・家族の理解状況の確認 (「利用者・家族の意向・理解の確認」として移動)
22	気道管理(排痰ケア方法・気道加湿方法など)の定型化の確認			3.85	3.70	3.35	定期的な排たん法により呼吸状態が安定していることの確認
c	たんの過剰生成予防・効果的な排痰に関する看護法の実施確認			3.90	3.75	3.40	(「2-b:心身状態の確認」に統合)
23	気道管理の定型化(集中的な専門的排痰ケアや気道加湿などの実施)			3.85	3.70	3.40	効果的な排たん法(体位ドレナージや吸・呼気補助、加湿等)の実施 (24・25と統合 2-bに移動)
24	療養者の水分出入バランス管理			3.90	3.70	3.30	(23・25と統合 2-bに移動)
25	気道感染症状の早期発見や対応の実施			3.95	3.85	3.50	(23・24と統合 2-bに移動)
d	家族の心身状態の確認			3.95	3.79	3.46	家族の心身・生活状態の確認
26	家族が家族以外の者からの吸引を望んでいることを確認			3.95	3.95	3.60	利用者・家族に「当該訪問介護職員」による吸引の希望があるかどうかの確認 (「利用者・家族の意向・理解の確認」として移動)
27	家族の疲労度、精神状態、活動状態、経済的状态から家族以外の者に吸引を依頼することによむを得ない状況があることの確認			3.90	3.65	3.30	身体的・精神的状態の確認 生活状況(介護時間、社会生活活動、経済状態)の確認
28	家族が介護困難時及び対応困難時に看護師に連絡できる状態であることの確認			4.00	3.75	3.55	27に統合
29	家族が吸引処置が危険を含む医療行為であることの理解状況の確認			3.95	3.80	3.40	吸引処置が危険を含む医療行為であることの利用者・家族の理解状況の確認 (「利用者・家族の意向・理解の確認」として移動)
e	療養者の状態が安定期(低リスク状態)であるかどうかの査定			3.78	3.56	3.25	「定期的な吸引実施体制の見直し」 (開始後の段階に移動)
30	①事前に吸引による諸症状の出現の有無の確認			3.79	3.58	3.30	療養者の状態変化の有無の確認 (「定期的な吸引実施体制の見直し」の段階に移動)
31	②事前に現疾患等による全身状態が安定していることの確認			3.75	3.55	3.25	
32	③療養者の身体状態が気候などにより変化する可能性があることの前測的な判断			3.74	3.47	3.21	
33	④事前に家族の介護状況(疲労度・精神状態・活動状態)の確認			3.84	3.65	3.25	家族の状況変化の有無の確認 (「定期的な吸引実施体制の見直し」の段階に移動)
f	訪問看護師による援助提供状況の確認			3.78	3.69	3.53	(削除)
34	①家族による吸引の実施可能時間の確認			3.84	3.74	3.58	(削除)
35	②対象者の医療処置の以外の必要援助の確認			3.84	3.74	3.47	(削除)
36	③訪問看護業務での実施可能性(時間、受持ち患者数等)の確認			3.65	3.60	3.55	(削除)
g	医療処置に関する業務(役割)分担の確認			3.77	3.71	3.67	(削除)
37	①介護者(家族以外を含む)が行う医療処置の確認			3.95	3.90	3.75	(削除)
38	②看護師が行う医療処置の確認			3.70	3.65	3.75	(削除)
39	③連絡調整・報告の方法の確認			3.95	3.90	3.80	(73に統合)
40	④医療処置に関する定期的情報交換の内容の取り決め確認			3.60	3.50	3.45	
41	⑤医療処置に関する定期的情報交換の方法確認			3.65	3.60	3.60	

(表Ⅱ-11のつづき) 表Ⅱ-11-③. 連携に関する項目の検討結果一覧

	重要度	内容妥当性	実現可能性	修正後
3 家族以外の者に対する教育				
a-1 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導	3.95	3.94	3.64	「当該訪問介護職員」に対する、その利用者の「たんの吸引」に必要な知識・技術の指導
42 ①家族以外の者に医療処置実施手技についての全体像の説明	3.89	3.84	3.50	たんの吸引の概要に関する説明
43 ②家族以外の者に吸引による身体への影響に関する内容の説明	4.00	3.95	3.53	
44 ③使用物品等の準備の説明	3.95	4.00	3.84	吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導
45 ④起こりうるトラブル及びその対処法の説明	3.95	4.00	3.74	起こりうるトラブル及びその対処法の説明
46 ⑤療養者の状態変化を医療職に伝えられるよう観察内容・報告内容の説明	3.95	3.90	3.58	吸引実施後の観察内容・方法の説明
a-2 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導	3.95	3.95	3.72	(3-a-1に統合・移動)
47 ①療養者の身体状態の確認の手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.70	(44に統合)
48 ②基本的吸引手技手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.70	吸引実施手順の説明 吸引手技の指導
49 ③療養者に適した個別的な吸引手技手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.80	
50 ④吸引時間の手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.85	
51 ⑤吸引圧の確認の手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.80	
52 ⑥気管内吸引の場合、気管内カニューレ内部までとするための手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.65	
53 ⑦吸引の分泌物の確認手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.70	
54 ⑧人工呼吸器装着の場合の人工呼吸器脱着手順及び注意点の説明	3.90	3.95	3.70	
55 ⑨人工呼吸器装着の場合の人工呼吸器の電源および気道内圧値表示の目視の手順及び注意点の説明	4.00	3.95	3.58	(削除)
b 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認	3.85	3.77	3.31	(教育直後は「3-a-1」に統合・移動) (開始後は、別立てで、「定期的な吸引実施体制の見直し」)
56 ①家族以外の者の吸引状況を継続的(定期的)に評価	3.90	3.79	3.25	「当該訪問介護職員」による吸引状況の定期的な確認
57 ②家族以外の者の吸引技術の習得状況の確認表を用いた確認	3.80	3.74	3.40	習得状況の評価 (3-a-1に移動)
58 ③家族以外の者による吸引開始直後の集中的な同行訪問による安全な吸引実施の確認	3.85	3.79	3.35	(56に統合)
59 ④定期的な同行訪問で、家族以外の者による吸引状況の確認	3.90	3.84	3.30	(56に統合)
60 ⑤家族以外の者に対する定期的な研修の実施	3.90	3.84	3.15	(56に統合)
61 ⑥家族以外の者に対して定期的な電話連絡等によりトラブル状況の確認	3.75	3.63	3.40	「当該訪問介護職員」との定期的な連絡・相談・報告の実施

(表Ⅱ-11のつづき) 表Ⅱ-11-④. 連携に関する項目の検討結果一覧

				重要度	内容妥当性	実現可能性	修正後
4 患者との関係(医療処置実施に関する取り決めなど)							
a	療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め			3.76	3.61	3.57	(「4-c」に統合)
62	医療処置の部分的な業務分担の取り決め内容の確認			3.70	3.50	3.60	(削除)
63	訪問看護師による定期的フィジカルアセスメントの実施についての取り決め			3.63	3.47	3.47	(削除)
64	24時間訪問看護及び電話相談体制についての取り決め内容の確認			3.85	3.70	3.65	(78に統合)
65	療養者・家族に対してトラブルを想定した対処法の事前の説明と、その取り決め			3.85	3.75	3.55	(72に統合)
b	医師との医療処置実施に関する取り決め			3.90	3.80	3.68	(「4-c」に統合)
66	①医師との間で、定期的な訪問診療及び定期的な物品補充・交換・処方に関する取り決めをしたことの確認			3.80	3.70	3.55	(削除)
67	②上記内容を含んだ医療処置に関する指示書発行の確認			3.95	3.90	3.80	(削除)
68	③医師との間で、状態変化時の報告内容と対処方法の取り決め			3.95	3.85	3.75	(削除)
69	④医師との間で、当該医療処置の方法に関する療養者の情報の共有方法の取り決め			3.90	3.75	3.60	(削除)
c	訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め			3.90	3.81	3.51	「当該訪問介護職員」が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認
70	①訪問介護職に対する業務分担内容の技術支援(指導)計画の取り決め			3.85	3.72	3.58	(73に統合)
71	②訪問介護職に対する業務分担内容の研修後フォローの取り決め			3.84	3.72	3.37	(73に統合)
72	③訪問介護職に対するトラブル発生時の訪問看護師への連絡方法と報告内容の取り決め			3.95	3.89	3.60	「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への緊急時の連絡・報告方法、対応内容の確認
73	④訪問介護職との間で、定期的な情報共有(交換)方法に関する取り決め			3.95	3.85	3.55	「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法の取り決め
74	⑤訪問介護職との間で、状況に応じて業務分担内容の見直しをすることの取り決め			3.90	3.85	3.45	(73に統合)
d	療養者・家族と家族以外の者との「同意書」及びその内容の確認			3.95	3.95	3.85	(「4-c」に統合)
75	療養者・家族と家族以外の者との間で交わされる「同意書」について、適切な指導のために、その同意内容の確認			3.95	3.95	3.85	「当該訪問介護職員」が「当該利用者」に「たんの吸引」を実施することについての「同意書」は交わされましたか
e	療養者・家族と家族以外の者と・医療職等関係職種間の「管理協定」の実施及び確認			3.85	3.80	3.55	(「4-c」に統合)
76	療養者・家族と家族以外の者と・医療職等関係職種間の管理協定の締結により、スムーズな連携のための取り決め内容の共通認識			3.85	3.80	3.55	「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法の取り決めの文書による関係者への提示 「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への緊急時の連絡・報告方法、対応内容の確認の文書による関係者への提示 (追加)吸引実施体制に関するカンファレンスの実施 (「定期的な吸引実施体制の見直し」の段階として追加)
5 緊急時の連絡・支援体制の確保							
				重要度	内容妥当性	実現可能性	修正後
a	緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有			3.95	4.00	3.71	緊急時体制の取り決め(順番を「1」に移動)
77	緊急時の連絡ルートの確認			3.95	4.00	3.80	緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有(順番を「1」に移動)
78	緊急時訪問看護の確認			3.95	4.00	3.90	緊急時訪問看護体制の確認(順番を「1」に移動)
79	緊急時訪問診療医の確認			3.95	4.00	3.70	緊急時訪問診療体制の確認(順番を「1」に移動)
80	緊急時の入院施設の確認			3.95	4.00	3.45	緊急時の入院施設の確認(順番を「1」に移動)
b	緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有			3.95	3.89	3.79	緊急時体制の取り決め(順番を「1」に移動)
81	緊急搬送対応すべき状態の取り決め			3.95	3.89	3.74	緊急搬送を要する状態の取り決めと関係者との共有(順番を「1」に移動)
82	家族および介護職員等の対応応急処置内容の確認			3.95	3.89	3.74	(72に統合)
83	看護師の対応応急処置内容の確認			3.95	3.89	3.89	(72に統合)
c	重篤化予防のための定期的な情報交換方法および情報交換内容の取り決め			3.95	3.83	3.56	緊急時体制の取り決め(順番を「1」に移動)
84	重篤化予防のための療養者の状態変化に関する情報交換方法・内容を療養者・家族・医師・訪問介護職と取り決め共有			3.95	3.83	3.56	(72に統合)

表Ⅱ-12.「連携フロー(2009年度版)」の連携に関する項目一覧

1. 訪問看護開始時および必要時に、「療養環境を整備する」ために、下記を実施する

a	在宅療養をすることの意思確認
①	療養者の意思確認
②	家族の意思確認
b	在宅かかりつけ医の診療方針の確認
①	方針
②	訪問診療頻度・内容
③	治療内容
④	身体状態の評価(医学的判断)
c	病状及び医療処置の説明内容の確認
①	医師の説明内容の確認
②	療養者の医師の説明に関する受け止めの確認
③	家族の医師の説明に関する受け止めの確認
d	医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備
①	医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認
②	衛生材料の供給・管理方法の確認
e	緊急時体制の取り決め
①	緊急時訪問看護体制の確認
②	緊急時訪問診療体制の確認
③	緊急時の入院施設の確認
④	緊急搬送を要する状態の取り決めと関係者との共有
⑤	緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有

2. 「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施に先立って、下記を実施する

a	心身状態の確認
①	効果的な排たん法(体位ドレナージや吸・呼気補助、加湿等)の実施
②	定期的な排たん法により呼吸状態が安定していることの確認
③	呼吸以外の全身状態が安定していることの確認
④	利用者は、意思伝達・コミュニケーション、もしくは状態変化を把握する方法があることの確認
b	家族の心身・生活状態の確認
①	身体的・精神的状態の確認
②	生活状況(介護時間、社会生活活動、経済状態)の確認
c	利用者・家族の意向・理解の確認
①	吸引処置が危険を含む医行為であることの利用者・家族の理解状況の確認
②	利用者・家族に「当該訪問介護職員」による吸引の希望があるかどうかの確認

3. 「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施のために、下記を実施する

a	「家族以外の者」に対する、その利用者の「たんの吸引」に必要な知識・技術の指導
①	たんの吸引の概要に関する説明
②	起こりうるトラブル及びその対処法の説明
③	吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導
④	吸引実施手順の説明 吸引手技の指導
⑤	吸引実施後の観察内容・方法の説明
⑥	習得状況の評価
b	「家族以外の者」が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認
①	「家族以外の者」から「訪問看護師」への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法の取り決め
②	「文書」による上記①の関係者への提示
③	「家族以外の者」から「訪問看護師」への緊急時の連絡・報告方法、対応内容の確認
④	「文書」による上記③の提示
⑤	「家族以外の者」が「当該利用者」に「たんの吸引」を実施することについての「同意書」を交わす

4. 「家族以外の者」による「たんの吸引」開始後に、下記を実施する

a	定期的な吸引実施体制の見直し
①	療養者の状態変化の有無の確認
②	家族の状況変化の有無の確認
③	「家族以外の者」による吸引状況の定期的な確認
④	「家族以外の者」との定期的な連絡・相談・報告の実施
⑤	吸引実施体制に関するカンファレンスの実施

3) 「連携フロー(2009年度版)」の作成(図Ⅱ-25)

2) による「連携パス(2008年度素案)」の精練の結果、「連携フロー(2009年度版)」を作成した(図Ⅱ-25)。

この図は、調査2)の面接調査において得られた意見を参考として、精練した内容(表Ⅱ-12参照)のうち、大項目のみを流れに従って示した「連携フロー」である。2)において精練した細項目の内容については、別途、「連携チェックリスト」として様式を作成した。

(詳細は、後述「IV. 連携ツール(2009年度版)の作成」の章を参照)

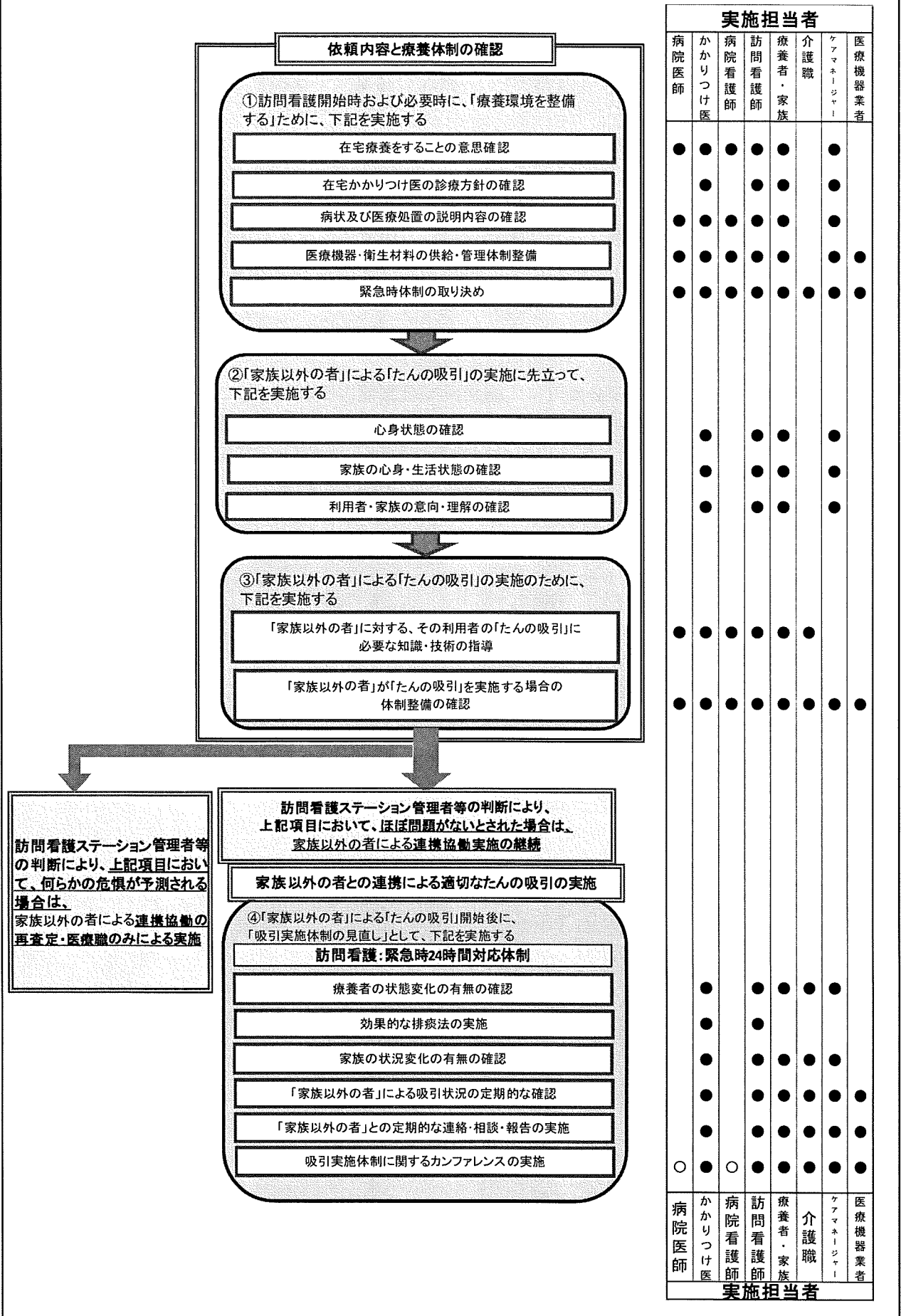
作成した「連携フロー(2009年度版)」の構成は、フローを以下の4段階に分けて示し、各段階において、前述の通り修正した大項目を提示した。

<連携フロー(2009年度版)の実施段階の枠組み>

- ①訪問看護開始時および必要時に、療養環境を整備する段階
- ②「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施に先立って実施する段階
- ③「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施のための準備として実施する段階
- ④「家族以外の者」による「たんの吸引」開始後に実施する段階

更に、連携に関する各項目を実施する際に関わる関係職種・関係者を図示して提示した。

在宅における「たんの吸引」提供に関する看護師の関係職種との連携フロー(2009年度版)



図Ⅱ-25. 連携フロー(2009年度版)

D. 考察

1. 連携に関する項目の評価に基づく課題

本調査「1)質問紙調査による連携パス(2008年度版素案)の評価」の結果、調査項目全84項目を総合した「重要度」の平均得点は3.88点、「内容妥当性」は3.81点、「実現可能性」は3.54点であった。実現可能性は比較的低い評価となったものの、実現困難であっても重要であり、内容も妥当であるとの全体的な評価を得た。

特に、重要度が高いという評価を得た項目は、「家族以外の者に対する教育」に関する「家族以外の者に対する協働内容に関する知識・技術指導」及びその「習得状況の確認」や、医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」、「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する「緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」「緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有」等であった。しかし、これらの項目の「実現可能性」の評価(平均得点)は、「家族以外の者に対する協働内容に関する知識・技術指導」は3.68点、その「習得状況の確認」は3.31点、医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」は医師との間においては3.68点、訪問介護職員との間においては3.51点、「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する「緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」は3.71点などと、いずれも3点以上の評価ではあるものの高得点とはいえない評価であった。

これらの項目に関する「調査2)面接調査による連携パス(2008年度素案)の評価」による具体的な意見としては、「家族以外の者に対する教育」に関する意見として、「手技確認のためだけの訪問はできないなど時間確保が困難である」「指導に要する時間への報酬がない」「他者(家族以外の者)が実施することに対する訪問看護師の責任範囲がわからず困る(評価やモニタリングについても)」「指導対象者の変更や対象者が複数となった場合の対応の困難がある」など、〈教育体制(時間確保・報酬・責任・評価・教育対象者の変更・モニタリング)への課題〉に関する意見があった。また、「患者との関係」に関する意見としては、医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」に関する意見としては、「訪問看護師の責任が明確でない」「医師との関係における責任の所在が不明確である」「家族以外の者に対する教育において公的機関による責任が問われないことに対する疑問がある」など〈責任の所在の課題〉に関する意見などがあつた。更に、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の項目については、「実際には緊急時のベッド確保が困難である」「緊急時の事前取り決め(関係者で共有すること)自体に時間(手間)を要する」「利用者自身が緊急時は病院を受診(入院)したいため在宅かかりつけ医を依頼しない傾向がある」などの意見があつた。

これらの項目について、先行研究¹⁾における平成15年度及び平成18年度の実施状況との比較検討をする(cx. 厚生労働省科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「ALSおよびALS以外の療養患者・障がい者における在宅医療の療養環境整備に関する研究」平成18年度研究報告書：主任研究者；川村佐和子)。尚、平成15年度調査の対象者は、「人工呼吸器の使用があるALS療養者」に限定している。

1)「家族以外の者に対する教育」の実施状況について

先行研究(平成15年度・平成18年度)における「家族以外の者に対する教育」の調査内容のうち「吸引者は療養者の吸引についての研修を受けている」という調査項目の実施割合の結果は、それぞれ、70.0%(H15年度)、87.2%(H18年度)であり徐々に、研修の実施割合が高くなっている傾向にあつた。また、「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」に関する調査内容のうち、「たんの吸引を適切に行うことができているか定期的に確認を

行っているか」という調査項目の実施割合の結果は、21.7% (H15 年度)、26.1% (H18 年度) と実施割合が低い項目であった。本調査結果では、「家族以外の者に対する教育」そのものの重要性の認識が高まっていることが明らかになった一方で、「研修」の定義としてどの範囲までの研修が安全性確保の観点から必要であるのか、研修後の知識・技術の評価(モニタリング)の実施困難という研修体制そのものに関する課題が明らかになった。これらの点については、今後、全国における実施状況を把握した上で、安全性確保のために必要不可欠な「家族以外の者に対する教育」の体制に関する方策を提案していくことが必要である。

2) 「患者・障がい者との関係」に関する項目の実施状況について

先行研究(平成 15 年度・平成 18 年度)における「患者・障がい者との関係」の調査内容のうち「同意書をとっているか」という調査項目の実施割合の結果は、それぞれ、47.1% (H15 年度)、74.3% (H18 年度)であった。本調査結果でも、その重要性は高く評価されていた。しかし、

医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」に関しては、例えば、「患者・家族」と「家族以外の者」による同意書を交わす際に、医師及び訪問看護師が同時に取り決めをすることに関しては、「訪問看護師の責任が明確でない」「医師との関係における責任の所在が不明確である」等の理由により、実現が困難であるとの評価を得ている。これに関連する先行研究(平成 18 年度)の結果としても、「同意書を交わす際の主治医の同席の有無」については、「同席者あり」と回答した者が 9.3%という結果であった。本調査で、重要性の高い項目として評価された、医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」を確実に実施し、療養者の安全性確保に向けた体制整備をはかるためには、今後、全国的な実施状況を把握するとともに、「患者・家族」と「家族以外の者」の間で交わされる「同意書」のあり方についても検討していく必要がある。

3) 「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する項目の実施状況について

先行研究(平成 15 年度・平成 18 年度)における「緊急時の連絡・支援体制の確保」の調査内容のうち「緊急時の関係者連絡体制をとっているか」という調査項目の実施割合の結果は、それぞれ、92.9% (H15 年度)、94.6% (H18 年度)であり、比較的高い実施割合であった。本調査においてもその重要性の認識は高く評価されていた。しかし、一方で具体的には、「緊急時の入院施設の確保」の実現可能性は低かった(平均得点 3.45 点)。この点についての先行研究結果として、「緊急時の入院病床の確保」の実施割合については、それぞれ、86.3% (H15 年度)、74.5% (H18 年度)であった。本結果からも、緊急時入院施設の確保が困難であるとの意見があり、在宅医療を取り巻く状況の中で、緊急時入院施設に関する課題は、在宅医療分野に留まらず、医療機関をも含めた医療提供体制の状況に大きく影響を受けていることが推測される。この点に関しても、全国的な実施状況を把握した上で、在宅医療分野に留まらず医療提供体制全体の問題としての方策を検討していく必要がある。

2. 訪問看護師の関係職種との連携におけるツールを作成するための課題

本研究の目的は、「連携パス(2008年度版素案)」の評価をして、2009年度版の連携ツールを作成することである。「調査2)面接調査による連携パス(2008年度版素案)の評価」の結果では、連携パスの構成や各項目に関する具体的意見があった。連携パスの構成に関する意見として、「『条件』としての表記が厳しく細かい」「連携パスの構造として時系列の枠組みがわかりにくい」「項目の実施は必ずしもこの順番通りにはいかない」「連携パスの使用意図から大

まかな流れを示すフローと細かい確認項目を示すチェックリストなどに分けた方がみやすい」などの意見があった。

これらの意見は、本ツールを実践において有用とするための意見であった。先行研究²⁾では、利用者1人あたり1ヶ月にかかる訪問看護労働投入量を調査した結果、訪問1回あたりに換算すると、利用者宅に平均65分滞在し、その他、準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に58分を要し、すなわち、利用者宅での滞在時間に対して、訪問以外の時間が同程度かかるとの結果が示されている。

本調査において、訪問看護師が「たんの吸引」提供において関係職種との連携をはかるために実施する内容とは、上記の業務内容のうち直接の療養者への訪問看護業務に加えて、「準備・移動・記録・カンファレンス」等に該当する業務内容が加えられることを意味する。更には、「家族以外の者に対する教育」等に関する業務時間の確保が必要となる。

このような状況から、本連携ツールを検討していくにあたり、各連携ツールの使用意図(使用目的)を細分化して、より簡潔かつ簡便に使用できるものを提示する必要性が示唆された。(研究Cにおける課題が明確化した。)

また、上記の訪問看護労働投入量の資料から、訪問看護師が「たんの吸引」提供において関係職種との連携を実現するためには、訪問看護事業所の経営上の問題との関連が推測される。このような点については、全国的な状況を把握した上で、在宅における「たんの吸引」提供体制全体としての課題を検討する必要がある。(研究B・Cにおける課題が明確化した。)

E. まとめ

「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種との「連携パス(2008年度素案)」の評価(重要性・内容妥当性・実施可能性)を得て精錬し、実践活動に有用となる「連携フロー(2009年度版)」を作成することを目的に調査を実施した結果、以下の結果が得られた。

1. 調査1)質問紙調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価

対象訪問看護師は計20名であった。「重要度・内容妥当性・実現可能性」に関する4段階評価の平均得点を算出した(1~4点:高得点ほど肯定的評価を示す)結果、調査項目全84項目を総合した「重要度」の平均得点は3.88点、「内容妥当性」は3.81点、「実現可能性」は3.54点であった。実現可能性は比較的低い評価となったものの、実現困難であっても重要であり、内容も妥当であるとの全体的な評価を得た。「連携パス(2008年度素案)」の構成は、大項目21項目とその下位項目である連携に関する項目全84項目で構成していた。比較的重要度が低かった大項目(平均得点3.8点以下)は、「療養者の状態が安定期であるかどうかの査定」「訪問看護師による援助提供状況の確認」「医療処置に関する業務分担の確認」「療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め」などの項目であった。逆に、「家族以外の者に対する教育」に関する「家族以外の者に対する協働内容に関する知識・技術指導」及びその「習得状況の確認」や、医師及び訪問介護職員との「医療処置実施に関する取り決め」、「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する「緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」「緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有」は、重要度が特に高い項目であると評価されていた。

2. 面接調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価

対象訪問看護師は15名であった。連携活動の実施上の課題等に関する面接調査の結果、連携パスの構成に関する意見として、『条件』としての表記が厳しく細かい」「項目が多すぎ

る」「項目の抽象度をあげたほうがよい」「項目の実施は必ずしもこの順番通りにはいかない」「連携パスの使用意図から大まかな流れを示すフローと細かい確認項目を示すチェックリストなどに分けた方がみやすい」などの意見があった。

行政通知の条件である「療養環境の管理」の項目については「家族はただでさえ気管切開や吸引という状況で大変でありすべて事前指導となると難しい」「病院主体で実施すべきことや『医療機器・衛生材料』に関して医師が主体で実施すべきと思われることがある」等の意見があった。また、「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」の項目については、「個々の療養者の『安定』の判断基準は疾患や療養期間によって個別性がある」「『気道管理の定型化』については事前に確認することではなく長期的に関わらなければ把握できないことである」といった意見があった。「家族以外の者に対する教育」の項目については、「手技確認のためだけの訪問はできないなど時間確保が困難である」「指導に要する時間への報酬がない」「他者(家族以外の者)が実施することに対する訪問看護師の責任範囲がわからず困る」「指導対象者の変更や対象者が複数となった場合の対応の困難がある」など、〈教育体制(時間確保・報酬・責任・評価・教育対象者の変更・モニタリング)への課題〉に関する意見があった。また、「訪問看護師の病院への事前訪問は時間が限られている」「結局在宅での同行訪問等による指導を要して経営上の困難がある」などの意見があった。教育内容として「十分な危険性の説明の必要性がある」「『家族以外の者への教育』における医師との分担が不明確である」などの意見があった。「患者・障がい者との関係」の項目については、「訪問看護師の責任が明確でない」「医師との関係における責任の所在が不明確である」「家族以外の者に対する教育において公的機関による責任が問われないことに対する疑問がある」など〈責任の所在の課題〉に関する意見などがあった。「緊急時の連絡・支援体制の確保」の項目については、「実際には緊急時のベッド確保が困難である」などの意見があった。

以上の調査1)2)「連携パス(2008年度版素案)」の評価により、連携に関する項目は、大項目及びその具体的実施内容を示す細項目について、表現方法の抽象度を高め、類似性を検討して集約化を図った。その結果、大項目は21項目から11項目に集約し、その具体的実施内容を示す細項目は全84項目から全40項目に集約化した。精練した項目のうち、大項目のみを流れ図として提示するものを「連携フロー(2009年度版)」とした。細項目については、実践における有用性を考慮し、別資料として提示することとした。

上記の結果により、「研究B及び研究C」の実施にあたる課題が明確化した。

謝辞：本研究の実施にあたり、ご協力いただきました訪問看護事業所管理者及び訪問看護師の皆様へ深謝申し上げます。

参考文献

- 1) 厚生労働省科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「ALSおよびALS以外の療養患者・障がい者における在宅医療の療養環境整備に関する研究」平成18年度研究報告書：主任研究者；川村佐和子
- 2) 厚生労働省社会保障審議会第50回介護給付費分科会資料；www.zenhokan.or.jp/pdf/new/shiryou1.pdf：全国訪問看護事業協会，訪問看護の活性化に向けて．2008.3.25.

Ⅲ. 関係職種との連携状況を明らかにする全国実態調査

研究代表者 川村佐和子(聖隷クリストファー大学大学院)
分担研究者 小倉朗子、中山優季(東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所)
本田彰子(東京医科歯科大学大学院)、上野桂子(全国訪問看護事業協会)
研究協力者 板垣ゆみ、原口道子(東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所)
大木正隆(東京医科歯科大学大学院)

【研究要旨】

【研究目的】 前章において精練した「たんの吸引」提供における訪問看護師の関係職種との「連携フロー(2009年度版)」の連携に関する内容について、全国の訪問看護事業所における関係職種との連携状況の実態を明らかにする。

【研究方法】 全訪問看護事業所 3596 事業所の管理者及び訪問看護師を対象とした郵送法による自記式質問紙調査である。調査対象者は、「たんの吸引」を要する利用者への訪問看護経験があり、更に当該利用者に対して訪問介護職員も「たんの吸引」を実施しているという経験がある者とした。調査内容は、1)所属事業所の設置背景、2)「たんの吸引」が必要な利用者(1名)の概要、3)「たんの吸引」に関する関係職種との連携実態(連携に関する項目 40 項目及びその具体的な状況)である。3)の回答は、「実施している」「実施困難」「実施していない」という選択肢からの選択式回答方式とした。

【結果】回収調査票は 420 件 (11.68%) であった。

1)所属事業所の概要 所属訪問看護事業所の設置主体は、「医療法人;142 件(33.8%)」「社団・財団法人;45 件(10.7%)」「医師会;45 件(10.7%)」等が多かった。本調査実施前月時点の訪問看護事業所の実利用者数は、平均 81.07 名(SD=51.44)で、回答事業所 420 か所において吸引を実施している利用者数は、計 3226 名(8.38 名/事業所)であった。また、「吸引を実施している利用者」のうち医療保険での利用者数は平均 4.85 名(SD=5.07)、介護保険での利用者数は平均 4.81 名(SD=4.88)であった。回答事業所 420 か所において「吸引を実施している利用者」のうち、「訪問介護職員が吸引を実施している利用者数」は計 736 名(2.12 名/事業所;訪問看護師が実施している利用者のうち 22.81%)であった。

2)利用者(1名選定)の概要 「当該利用者(計 420 名)」の性別は、男性 224 名(53.3%)女性 193 名(46.0%)であり、年齢は「60 歳代;110 名(26.2%)」「70 歳代;95 名(22.6%)」が多く、「10 歳未満」は 10 名(2.4%)であった。訪問看護利用期間は、平均 32.96 カ月(SD=32.43)であった。420 名中 291 名(69.3%)が気管切開をしており、「訪問介護職員が実施している吸引範囲(複数回答)」は、420 名中 336 名(80.0%)が「口腔内吸引」、「鼻腔内」は 128 名(30.5%)、「気管カニューレ内部まで」は 266 名(63.3%)が実施していた。意思疎通の状況は、「おおむね意思疎通できる」という者は 226 名(53.8%)、「全く意思疎通できない」という者は 74 名(17.6%)であった。ADL の状況は、「全介助」の者が 394 名(93.8%)であった。介護申請の有無は 351 名(83.6%)が申請をし、このうち「要介護 5」は 351 名中 291 名(82.9%)であった。身体障害者手帳の有無については、「あり」という利用者は 301 名(71.7%)であった。