

器管理」「訪問介護職へのたんの吸引支援」を行うことの重要性が明らかになった。また、訪問介護職は、たんの吸引を引き受ける際に「責任の所在がわからないので不安」などといった不安を抱えており、訪問看護職の役割として、訪問介護職の抱える不安や対処困難を把握するためにも、同行訪問や定期的継続研修の機会を設け、たんの吸引の安全性を保証するための責務を果たすことの重要性が明らかになった。また、「人工呼吸器管理」や「気道管理」については、適切な実施及び対処がなされなければ、致命的な健康問題の発生につながるものであるため、積極的な看護職の介入の必要性が示唆された。

以上の前章の結果を踏まえ、「たんの吸引」について、看護職が現状の連携体制（看護職介護職連携協働型）において安全かつ適切なサービス提供の責務を果たすためには、健康問題発生の危険性を看護職自身が医師との連携のもと事前に十分査定し、危険性が高いと判断される場合には、まず積極的な看護職自身による介入のための訪問調整をする必要性が考えられる。また、介護職との協働による実施の場合にも、人工呼吸器の着脱を伴う吸引など危険性の高い行為（手技）や機器管理については、重点的に看護職が介入していくよう調整していく必要性が考えられる。

2) 「経管栄養・人工肛門」に関する関係職種連携の在り方

「経管栄養・人工肛門」については、前述の「たんの吸引」のような看護職と介護職の連携に関する規定はなく、現行法制度上、非医療職である介護職には医行為である「経管栄養・人工肛門」に関するサービス提供は禁止されている。

医行為であることから、これらの医療処置については看護職が医師の指示の下「診療の補助行為」として責任を持って管理していく必要がある。この体制とは、本結果で提示した4つの関係職種連携シミュレーションのうち、[看護職実施型]に該当するものである。

この連携体制における課題を検討した結果、看護職のみで医療処置管理を実施する際、看護職の訪問時間確保が療養者・家族のニーズに十分対応する必要があること、訪問看護師の訪問時間外で他職種が何らかのサービス提供中に療養者・家族の状態変化が生じた場合の対応及び緊急時対応に遅れを生じてしまう可能性があることが考えられた。そのため予防策として、緊急時対応については、事前に他関係職種に対して、具体的にどのような場合には必ず訪問看護師への連絡がほしいのかということを伝えておく必要があった。更に、看護職が療養者・家族の状況を適切に査定するためには、訪問看護時間外も含めた他関係職種からの情報収集を十分に行っていく必要があった。

また、前章（「Ⅲ.「医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する質的検討」）の結果では健康問題の危険性として、「経管栄養」については、特に、注入前の不適切なカテーテルの胃内への留置確認及び不適切な接続、注入中のカテーテル抜去、注入後の重要薬剤与薬必要時の注入トラブル、インスリン与薬後の不適切な注入などの要因においては、緊急時対応を要し、重篤な健康問題につながりかねない問題であった。また、療養期間中において現疾患による全身状態や経管栄養のコントロールに伴う栄養状態、排泄状態にも変化が生じており、このような状態変化を察知し、タイムリーな対応がなされなければ健康状態の悪化につながる危険性があった。また、「人工肛門」については、人工肛門造設時はセルフケアが可能であっても、療養期間中に療養者自身の認知レベルや家族介護力の低下などにより人工肛門管理が困難になってくるといった状況があり、定期的

な看護職による異常の確認がなされなければ、異常の発見に遅れを生じ、健康問題が重篤化する危険性があった。更に、健康問題を発見した際には、新たな専門的知識による器具及び皮膚保護の工夫や新たな皮膚治療を要する状態であったり、看護職による対応や医師の治療につながらなければ、更なる健康問題の悪化につながる危険性があった。

上記のような危険性を踏まえ、「経管栄養・人工肛門」の適切かつ安全な在宅医療処置のサービス提供のために、看護職は、上記のような健康問題の危険性に関する予防策について積極的な介入をするとともに、連携シミュレーション[看護職実施型]における課題であった療養者・家族のニーズに応じた訪問看護調整及び緊急時対応に関する事前調整、訪問看護時間外の療養者・家族に関する情報の正確かつ十分な把握をしていくことの必要性が示唆された。

2. プロトコール（素案）の検討及び今後の方向性について

本研究では、「たんの吸引」「経管栄養」「人工肛門」の在宅医療処置について、現行法制度及び訪問看護職・訪問介護職への面接調査結果によるリスクマネジメントの分析結果を踏まえて、看護職の判断過程として段階的な確認事項を可視化し、プロトコールの試案を示した。このことで、関係職種継続的な連携システムの運用を可能とし、療養者の安全性の確保につながっていくものと考ええる。

更に、看護職の判断過程を可視化することで、例えば、「たんの吸引」に関する関係職種連携シミュレーション[看護職介護職連携協働型]における課題である「複雑な連携体制」の中にあっても情報共有や連絡体制を円滑にしていくことに寄与できるものと考ええる。また、「経管栄養・人工肛門」に関する現行法制度に従った関係職種連携シミュレーション[看護職実施型]の課題である看護職の訪問時間外の緊急時対応及び正確かつ十分な情報把握を確実に実施していくことが可能となるものと考ええる。

我が国の医療政策では、在宅医療が推進にされる中、関係職種の連携によるサービス提供が重要視されている。

今後は、本結果によるプロトコールについて、確実な行動化及び基準化のための関係職種連携ツールとして活用すべく、プロトコールの内容、関係文書（判断樹・チェックリスト・管理協定書等）を精選し、在宅におけるサービス提供の現場での活用可能性について評価していき、在宅療養者の安全性確保のための体制づくりに寄与していく必要がある。

E. まとめ

本研究は、1) 既存の文献検討、2) 在宅医療処置を要する療養者に対するサービス提供を経験している訪問介護職および訪問看護職に対する面接調査、3) 関係職種連携に関する法律学的検討 を踏まえ、ヒヤリハットの発生を予防するために必要な環境整備事項や発生時の対応方法、たんの吸引に関する看護職・介護職の連携などを含めた4)プロトコールの検討を行った。1)～4)の検討により、以下の結果が明らかになった。

(1) 前章の「医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する質的検討」の面接調査結果から抽出された看護職による予防策及び関係職種連携ニーズにより、以下の4つの健康問題予防のための関係職種連携シミュレーションを作成し、本研究に

において想定する連携タイプを検討した。①看護職実施型、②看護職介護職連携協働型、③看護職介護職独立型、④看護職が管理する連携協働実施型

各シミュレーションについて、現行法制度との照合、各職種の責任の明確さ、健康問題発生予防及び危機回避、健康問題発生時の医療的対応といった視点から特徴及び課題が明らかになった。

(2)(1)の「関係職種連携シミュレーション」について、関係職種の連携体制を示すための「関係職種連携体制図」を作成した。この図は、関係職種間の関係性を「現行法制度上の関係」「たんの吸引の家族以外の者による実施を許容するための6条件による関係」「任意の関係」といった関係性で示し、法律学的な検討を行った。

(3)(2)の4つの「関係職種連携体制図」について、看護職が各連携シミュレーションにおいて安全に在宅医療処置を提供していくための過程として「看護職の関係職種との連携パス」を作成した。各シミュレーションにおける課題が明らかになった。

(4)「たんの吸引」に関しては、厚生労働省通知により看護職と家族以外の者(介護職)の連携体制に関する6つの条件(以下、6条件とする)が提示されており、連携シミュレーションでは、[看護職介護職協働実施型]に該当する。そこで、「たんの吸引」については、このシミュレーションによる関係職種連携パスを行動化するための細項目を提示した。この構成及び内容について、前述の6条件に明記されている内容と比較検討した結果、看護職の役割として以下の点を追加した。

①「療養環境の管理」において、看護職は、在宅医療処置開始時及び入院中の事前訪問による療養者の医療処置の状況把握を事前にしておく必要があった。

②「在宅患者の医学的管理」において、看護職は、医療処置導入初期の集中的な療養者の心身状態の確認及び家族の状況の確認、健康問題の発生予防・危機回避としての「たんの生成・効果的な排痰の看護法の実施確認」看護職のみでの実施可能性の検討、介護職との協働内容及び定期的な情報共有方法の確保といった内容の段階的確認が必要であった。特に、介護職との協働による実施の場合にも、人工呼吸器の着脱を伴う吸引など危険性の高い行為(手技)や機器管理については、重点的に看護職が介入していくことを検討していく必要性があった。

③「家族以外の者に対する教育」においては、家族以外の者に対する指導後の知識及び技術の習得状況の確認をし、継続的な支援をしていくことが必要であった。

④「患者との関係」においては、家族以外の者(介護職)が「文書による同意」を取り交わすに際して、事前に看護職と家族・介護職との間での具体的な協働内容を取り決め、看護職は同意内容を確認し、更に、この内容を関係者・関係職種で共有しておく必要があった。

⑤「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引」においては、看護職は定期的な医師への報告や訪問診療状況の把握、医師・病院への連絡の必要性の査定という役割が必要であった。また、定期的な療養者の心身状態の確認、家族・家族以外の者からの継続的な情報収集による状態変化の確認をしていく必要があった。

⑥「緊急時の連絡・支援体制の確保」においては、看護職は、緊急時連絡ルートや対応方法・重篤化を予防するための定期的な情報交換方法を事前に取り決め関係者と共有

しておく必要があった。

(5)「たんの吸引」に関する「看護職の関係職種との連携パス」を前提とし、プロトコール(素案)を作成した。プロトコールの構成は、連携パスを行動レベルで確認可能とするための「関係職種連携による適切かつ安全なサービス提供のための看護職の判断樹」及び行動化するために有用と思われる文書案(管理協定書・チェックリスト)により構成した。

今後は、これらのプロトコール内容を精選し、実践における活用可能性を確認した上で、在宅医療処置の安全性確保のための関係職種連携のツールを作成していくことが必要であった。

参考文献

- ANA (1992). 2008.11.10:Position Statement:registered Nurse Education Reliiong to The Utilization of Unlicensed Assistive Personnel:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/uap.aspx>
- 介護職員基礎研修テキスト編集委員会 (2007). 介護職員基礎研修テキスト第7巻医療及び看護を提供する者との連携: 全国社会福祉協議会.
- 看護問題研究会 (2004). 厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書. 日本看護協会出版会.
- 川村佐和子,数間恵子,川越博美(2000). 在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール. 日本看護協会出版会.
- 川村佐和子 (2007a). 厚生労働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(筋委縮性側索硬化症)およびALS以外の在宅療養患者・障害者における、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. 15-90.
- 川村佐和子 (2007b). 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「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18年度総括・分担研究報告書. 1-39.
- 川村佐和子 (2008). 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「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19年度総括・分担研究報告書. 1-28.
- 厚生労働省(2003). ALS(筋委縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について. 医政発第9717001号. 平成15年7月17日
- 松下祥子, 小倉朗子, 近藤紀子, 笠井秀子, 稲正之, 小林理恵, 倉嶋紀代子, 小西かおる, 小森哲夫, 谷口亮一, 廣瀬和彦, 牛込三和子, 数間恵子, 川村佐和子 (2003). 気道内の分泌物・飲食物排除のための吸引管理看護プロトコール. 日本難病看護学会誌, 8(1): 72-100.
- NCSBN (2005). 2008.11.10:Working with others:
https://www.ncsbn.org/Working_with_Others.pdf
- 篠崎良勝 (2005), 介護従事者が起こした医療事故の実態と今後の検討課題. 月刊総合ケア, 15(No. 1), 62-68.
- 篠崎良勝(2003). どこまで許される?ホームヘルパーの医療行為. 一橋出版株式会社
- 篠崎良勝, 塩野谷高司(2007). ホームヘルプと医行為. 萌文社

V. 連携パス(2008年度版素案)の評価と連携フロー(2009年度版)の作成

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)
平林勝政(國學院大學法科大学院)
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、平山香代子(東京医科歯科大学大学院)

研究 D

【研究要旨】

【研究目的】 2008年度、医療処置を要する在宅療養者に対するケア提供の実態調査に基づき作成した「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パス(以下、「連携パス(2008年度素案)」とする)」の評価(重要性・内容妥当性・実施可能性)を得て精練し、実践活動に有用となる「連携フロー(2009年度版)」を作成することである。

【研究方法】 調査対象は、「たんの吸引」を要する療養者へのケア提供について先駆的に実践活動をしている訪問看護師である。調査方法は、調査 1)質問紙調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価、調査 2)面接調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価である。調査 1)2)の評価結果を総合して、「連携フロー(2009年度版)」を作成する。

調査 1)の調査方法は、「連携パス(素案)」に図示している「連携に関する項目」の「重要度・内容妥当性・実現可能性・実施上の課題」を評価する質問紙調査である。調査 2)の調査方法は、連携パスに基づく連携活動の実践上の課題等に関する半構成的面接調査である。

【結果】 調査 1)の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 段階評価の回答を得て点数化(1~4 点;高得点ほど肯定的意見を示している)し、平均得点を算出した結果、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。

調査 2)は、調査 1)後に協力の得られた訪問看護師 15 名を対象に、連携パスに基づく連携活動の実践上の課題等に関する面接調査を実施した。面接内容をコード化・カテゴリー化し質的帰納的に分析・整理した結果、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」「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。

次に、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(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、「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、〈看護師の協力が困難な状況〉に関する意見があった。このほか、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」「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。

A. 目的

2008年度、医療処置を要する在宅者の医療的ケア提供の実態調査に基づき、「連携ツール(素案)」の一つとして作成した「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携パス(以下、「連携パス(素案)」とする)」について、先駆的実践活動をしている訪問看護師による「連携パス(素案)」の評価として、連携パスの内容妥当性・実施可能性を明らかにして精練し、実践活動に有用となる「連携フロー(2009年度版)」を作成する。

B. 方法

1. 用語の定義

連携パス：「たんの吸引」が必要な療養者に対する安全適切なケア提供ができる体制を整えるために関わる職種等の連携が効果的に進むように作成された規準。

本研究では、安全適切なケア提供ができるよう、在宅での「たんの吸引」の必要性が生じた段階から実際のケア提供、及び評価まで、関わる職種等との連携をどのようにとっていくかを示した道筋を示したものを「連携パス」と称する。

平成20年度、ヒヤリハット事例分析に基づき作成したものを「連携パス(2008年度版素案)」と称する。(図D-1)

2. 調査対象

調査対象者は、「たんの吸引」を要する療養者へのサービス提供について先駆的に実践活動をしている訪問看護師である。選定方法は、先駆的実践活動として、「たんの吸引」を要する療養者に対する訪問看護実践に関する学会発表等の経験を有する訪問看護師をネットワークサンプリングで抽出し、研究の事前依頼・説明で研究協力の同意の得られた訪問看護師を対象とする。

3. 調査方法・調査内容及び分析方法

平成20年度の実態調査である「たんの吸引」の提供に関するヒヤリハット事例分析に基づき作成した「連携パス(2008年度版素案)」の評価(重要度・内容妥当性・実現可能性)について、調査1)質問紙調査及び質問紙調査後の調査2)半構成的面接調査を実施する。

調査期間は、平成21年8月～11月である。

調査1)：質問紙調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価

調査対象者に、連携パス(素案)の使用を想定してもらい、「連携パス(素案)」として図示(図D-1)している「たんの吸引」の提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目(全84項目)の「重要度・内容妥当性・実現可能性・実施上の課題」を評価する質問紙を作成し、郵送法による無記名の自記式質問紙調査を実施する。

調査内容は、①訪問看護ステーションの設置背景、②回答訪問看護師の背景、及び前述の③「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目(全84項目)」の重要度・内容妥当性・実現可能性、④「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目」における実施上の課題についてである。

設問③の回答方法は、各連携に関する項目(84項目)について、「重要度」については、各項目が「重要な項目であるか」、「内容妥当性」については、「表現は適切か」、「実現可能性」については、「実現可能な項目か」といった質問をして、それぞれ、「全く重要でない～大変重要である」「全く妥当でない～妥当である」「実現不可能である～実現可能である」ということについて、4段階評価尺度を設け、当てはまる評価を選択して回答を得る方法とした。

また、「連携パス(2008年度版素案)」では、上記の連携に関する項目84項目を22のカテゴリーに分類して図示している。設問④の実施上の課題については、この22カテゴリーごとに、自由記載形式による回答を得た。

調査1)の分析方法は、調査内容①訪問看護ステーションの設置背景、②回答訪問看護師の背景については、記述統計処理を行う。

調査内容③「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目(全84項目)」の「重要度・内容妥当性・実現可能性」については、4段階評価尺度の回答について、それぞれ最も肯定的な回答を「4点」否定的な回答を「1点」として、1点～4点に点数化した。各項目の「重要度・内容妥当性・実現可能性」について、それぞれ平均得点を算出し、「連携に関する項目」の精練のための比較検討を行った。

調査内容④「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目」における実施上の課題については、記述内容を分類整理し、調査内容③の結果を説明するものとして、「連携に関する項目」の精練のための比較検討の際の参考資料とした。

調査2)：面接調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価

調査1)の質問紙調査の返送時に、具体的な連携パスに基づく連携活動実践上の課題等を聞き取るための「面接調査」に対する同意の得られた対象者に対して、以下の内容についてインタビューガイドを用いた半構成的面接調査を実施する。

- 「連携パス(素案)」に基づく連携調整活動の妥当性
- 連携する関係職等への連携調整活動の適正性
- 連携パス(素案)実施上の課題の具体的な内容・理由

面接内容は、対象者の許可を得て録音記録する。

調査1) 調査2)の結果を総合して、「連携パス(素案)」を精練し、「連携フロー(2009年度版)」を作成する。

調査2)の分析方法は、面接内容の録音記録から逐語録を作成し、①たんの吸引における連携調整活動の妥当性、②対象連携関係職等への連携調整活動の適正性、③実施上の課題 に関する発言部分を抽出して分析単位とし、それぞれ、コード化・カテゴリー化し質的帰納的に分析・整理する。分析内容については、研究者間で議論し、分析の妥当性を確保する。

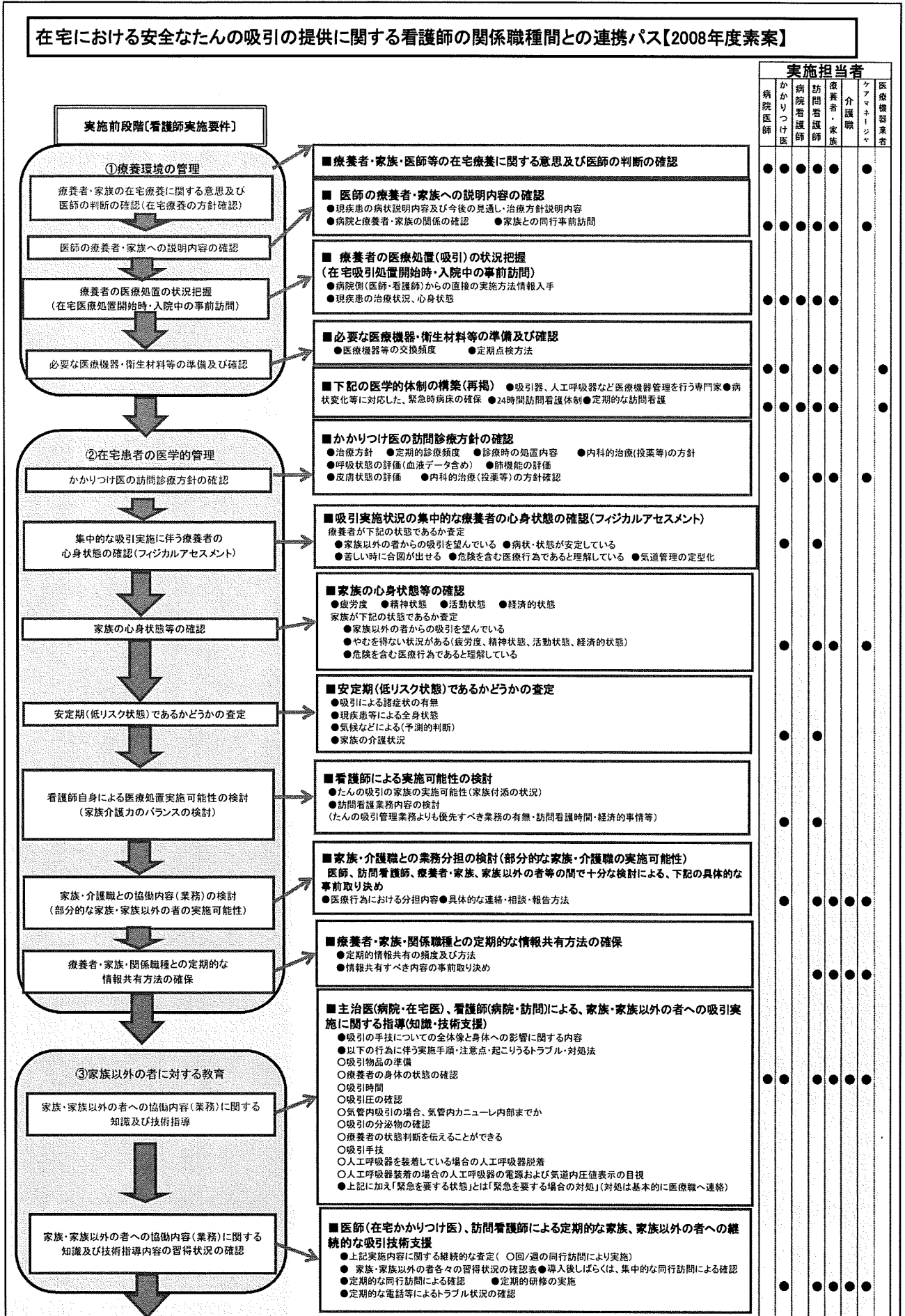
4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、以下のことを遵守し、研究を遂行した。

- 1) 研究への協力は自由であること、研究の途中でも協力を撤回できること、研究協力を拒否した場合でも何らの不利益を被らないことを研究協力依頼書に明記するとともに調査 2) 面接調査の開始時には研究内容について再度説明し同意を確認する。
- 2) 調査 2) の面接調査は、対象者の都合の良い日時・場所を選び業務に支障をきたさないよう配慮する。面接時に精神的・身体的疲労が見られた場合には中止する。
- 3) 面接内容を録音する際には対象者の同意を得る。
- 4) 質問紙調査・面接調査内容に関するデータは匿名化し、公表する際には事業所や個人が特定できないようにする。
- 5) データを保管する USB にはパスワードをかけ、研究終了後は速やかに破棄する。

尚、本研究は、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

図 D-1. 連携パス(2008 年度素案)



C. 結果

1. 対象者及び対象者の所属事業所の概要

「調査1）質問紙調査による連携パス（2008年度版素案）の評価」に協力の得られた訪問看護師は、計20名であった。また、調査1）後に、「調査2）面接調査による連携パス（2008年度版素案）の評価」に対して協力の得られた訪問看護師は、この20名中15名であった。

「対象者の概要」及び「対象者の所属事業所の概要」を表D-1、表D-2に示す。

1) 対象者の概要（表D-1）

対象者の性別は、女性2名、無回答2名であった。年齢は、「30歳代」4名（20%）、「40歳代」10名（50%）、「50歳代」3名（15%）であり、無回答3名であった。平均看護経験年数は、14.78年（SD=8.3）であり、訪問看護経験年数の平均は、7.37年（SD=3.69）であった。役職は、事業所「所長」が7名（35%）、「スタッフ」11名（55%）、無回答2名であった。勤務形態は、「常勤」が17名（85%）、「非常勤」1名（5%）、無回答2名であった。

2) 対象者の所属事業所の概要（表D-2）

対象者の所属事業所の「設置主体」は、「社会福祉法人；8名（40%）」が最も多く、次いで、「看護協会；5名（25%）」「医療法人；2名（10%）」「医師会；2名（10%）」等であった。

「現在の指示書発行施設内訳」は、「病院」が平均15.08箇所（SD=14.18）、「診療所」が平均17.36箇所（SD=11.65）であった。

「在宅療養支援診療所との契約施設数」は、平均1.57箇所（SD=1.61）であった。

「費用請求割合」は、「医療保険」は平均38.34%（SD=19.35）であり、「介護保険」は平均61.66%（SD=19.35）であった。

調査時点の前月（一か月間）の「登録利用者数」は平均84.06名（SD=43.39）で、「延べ訪問回数」は平均498.53回（SD=255.54）、「吸引実施利用者」は平均9名（SD=6.92）であった。

「医療保険・介護保険の加算状況」は、「医療保険」の「24時間対応体制加算」が「あり」と回答した人は16名（80%）、「在宅患者連携指導加算」が「あり」と回答した人は5名（25%）、「在宅患者緊急時等カンファレンス加

算」が「あり」と回答した人は4名（20%）。

「24時間連絡体制加算」が「あり」と回答した人3名（15%）であった。一方、「介護保険」の「緊急時訪問看護加算」が「あり」と回答した人は15名（75%）であった。

「雇用訪問看護師数」については、「常勤看護師数」の平均は4.25名（SD=1.91）、「非常勤看護師数」の平均は4.13名（SD=3.36）、「常勤換算数」の平均は6.74名（SD=3.06）であった。

表D-1. 対象者の概要

対象者数=20名		
性別		
女性	18名(90%)	無回答2名(10%)
年齢		
		n=20
30歳代	4名	(20%)
40歳代	10名	(50%)
50歳代	3名	(15%)
無回答	3名	(15%)
看護経験年数		
看護師経験年数	平均:14.78年	SD:8.3
訪問看護経験年数	平均:7.37年	SD:3.69
役職		
所長	7名	(35%)
主任等	0名	(0%)
スタッフ	11名	(55%)
無回答	2名	(10%)
勤務形態		
常勤	17名	(85%)
非常勤	1名	(5%)
無回答	2名	(10%)

表 D-2. 対象者の所属事業の概要

他施設に関する「設置状況（併設状況）」は、「単独型」が5箇所（25%）、「併設型」が13箇所（65%）、無回答2箇所であった。また、「併設施設」としては、「居宅介護支援事業所」が11名（有効回答中73.3%）で最も多く併設されていた。次いで、「地域包括支援センター」「通所介護事業所」「介護老人福祉施設」がそれぞれ6名（40%）、「総合病院」が5名（33.3%）などの状況で併設されていた。

また、訪問介護事業所を同法人で併設している場合の「訪問看護事業所との距離」については、「同一フロアにある」が5名（有効回答9名中55.6%）、「別の建物にある」が4名（44.4%）であった。

対象者数=20名		
1.設置主体		
社会福祉法人	8名	40%
看護協会	5名	25%
医療法人	2名	10%
医師会	2名	10%
会社	1名	5%
無回答	2名	10%
2.現在の指示書発行施設内訳 n=13		
病院	平均:15.08箇所	SD:14.18
診療所	平均:17.36箇所	SD: 11.65
3.在宅療養支援診療所との契約施設数 n=15		
平均:	1.57箇所	SD:1.61
4.費用請求割合 n=16		
医療保険	平均請求割合38.34%	SD:19.35
介護保険	平均請求割合61.66%	SD:19.35
5.調査時前月（一か月間）の登録利用者数 n=17		
平均:	84.06名	SD:43.39
6.調査時前月（一か月間）の延べ訪問回数 n=17		
平均:	498.53回	SD:255.54
7.調査時前月（一か月間）の吸引実施利用者 n=17		
平均:	9名	SD:6.92
8.医療保険・介護保険の加算状況 n=20		
①医療保険		
24時間対応体制加算		
あり	16名(80%)	なし2名(10%) 無回答2名(10%)
24時間連絡体制加算		
あり	3名(15%)	なし12名(60%) 無回答5名(25%)
在宅患者連携指導加算		
あり	5名(25%)	なし9名(45%) 無回答6名(30%)
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		
あり	4名(20%)	なし9名(45%) 無回答7名(35%)
②介護保険		
緊急時訪問看護加算		
あり	15名(75%)	なし2名(10%) 無回答3名(15%)
9.雇用訪問看護師数		
常勤看護師数(n=18)	平均4.25名	SD: 1.91
非常勤看護師数(n=17)	平均4.13名	SD: 3.36
常勤換算数(n=12)	平均6.74名	SD: 3.06
10.設置状況(併設状況)		
単独型	5箇所(25%)	
併設型	13箇所(65%)	
無回答	2箇所(10%)	
* 併設とは「同法人であり、利用者が利用できる距離にある施設」		
11.併設施設の状況(複数回答) n=15		
居宅介護支援事業所	11名(15名中73.3%)	
地域包括支援センター	6名(40%)	
通所介護事業所	6名(40%)	
介護老人福祉施設	6名(40%)	
総合病院	5名(33.3%)	
介護療養型医療施設	4名(26.7%)	
在宅介護支援センター	3名(20%)	
訪問介護事業所	3名(20%)	
介護老人保健施設	1名(6.7%)	
同法人訪問看護ステーション	1名(6.7%)	
療養通所介護	1名(6.7%)	
12.訪問介護事業所ありの場合の訪問看護事業所との距離 n=9		
同一フロアにある	5名(9名中55.6%)	
別の建物にある	4名(44.4%)	
同一建物内にある	0名(0%)	

2. 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

対象者に、連携パス(2008年度素案)の使用を想定してもらい、「連携パス(素案)」として図示(図 D-1)している「たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携に関する項目(全 84 項目)の「重要度・内容妥当性・実現可能性・実施上の課題」を評価する質問紙調査を実施した結果を示す。

1) 関係職種連携に関する各項目の「重要度・内容妥当性・実現可能性」の評価結果

各連携に関する項目(84 項目)について、「重要度」については、各項目が「重要な項目であるか」、「内容妥当性」については「表現は適切か」、「実現可能性」については「実現可能な項目か」と設問し、それぞれ、「全く重要でない～大変重要である」「全く妥当でない～妥当である」「実現不可能である～実現可能である」という評価について、4 段階評価尺度による選択式の回答を得た。4 段階評価尺度の回答について、それぞれ最も肯定的な回答を「4 点」否定的な回答を「1 点」として、1 点～4 点に点数化した。各項目の「重要度・内容妥当性・実現可能性」について、それぞれ平均得点を算出し、「連携に関する項目」の精練のための比較検討を行った。

全回答者20名の平均得点を表D-3～7及び図D-2～23に示す。

全84項目を総合した全回答者の「重要度・内容妥当性・実現可能性」の平均得点は、「重要度=3.88点」「内容妥当性=3.81点」「実現可能性=3.54点」であった。比較的实现可能性は低い結果となったものの、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。以下にその詳細について報告する。

まず、「連携パス(2008年度素案)」の作成経緯として、在宅における「たんの吸引」提供のための訪問看護師の関係職種との連携の内容を抽出するにあたり、訪問看護師及び訪問介護職員を対象としたヒヤリハット事例調査の検討を踏まえた上で、安全な「たんの吸引」提供のための方策を見出した。この調査から得られた方策について、厚生労働省通知に「家族以外の者によるたんの吸引を、当面のやむを得ない措置として許容するための一定の条件(医政発第0717001号：平成15年7月、医政発第0324006号：平成17年3月)として明記してある条件の枠組みに従って組み込んだ形式により、「連携パス(2008年度素案)」は構成されている。

そこで、以下、前述の厚生労働省通知に明記されている条件に従い、本調査結果を述べる。

(1) 「療養環境の管理」の項目に関する評価結果 (表D-3、図D-2～5)

「療養環境の管理」に関する項目は、大項目を4項目(a～d)として、細項目13項目を設定していた。

「重要度」の評価については、平均得点 3.5 点以下の項目はなかった。平均得点 3.7 点以下の項目は、全 13 項目中 1 項目のみであり、大項目「c. 援助開始前の医療処置の状況把握」の項目「7. 病院側からの直接の実施方法の情報入手」のみであった。また、「内容妥当性」の評価についても、平均得点 3.5 点以下の項目はなく、同様の項目「7. 病院側からの直接の実施方法の情報入手」のみが平均得点 3.7 点以下の項目であった。

一方、「実現可能性」の評価については、全 13 項目中 7 項目が平均得点 3.5 点以下であり、「医師の方針の確認」「医師の説明内容の確認」「療養者の受け止め状況の確認」「家族の説明の受け止め状況の確認」「病院側からの直接の情報入手」「療養者の疾患の治療状況・治療状況の確認」「実際に療養者に提供する医療処置の基本的な方法・個別的方法の確認」の 7 項目

であった。また、この7項目を除くすべての項目(6項目)も平均得点は3.7点以下という評価結果であった。

表 D-3. 「療養環境の管理」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

1 療養環境の管理		重要度	内容妥当性	実現可能性
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				
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
2	医師の方針の確認	3.80	3.90	3.50
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
b 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
5	療養者の説明の受け止め状況の確認	3.95	3.80	3.30
6	家族の説明の受け止め状況の確認	3.90	3.80	3.25
c 援助開始前の医療処置の状況把握				
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
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
9	実際に療養者に提供する医療処置の基本的な方法・個別的方法の確認	3.90	3.80	3.40
d 医療機器・衛生材料の準備及び確認				
10	医療機器等の交換頻度の確認	3.80	3.85	3.60
11	医療機器の定期点検方法の確認	3.90	3.85	3.60
12	衛生材料の供給ルート及び頻度の確認	4.00	3.95	3.65
13	衛生材料の管理方法確認	3.90	3.90	3.55

図 D-2～5. 「療養環境の管理」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

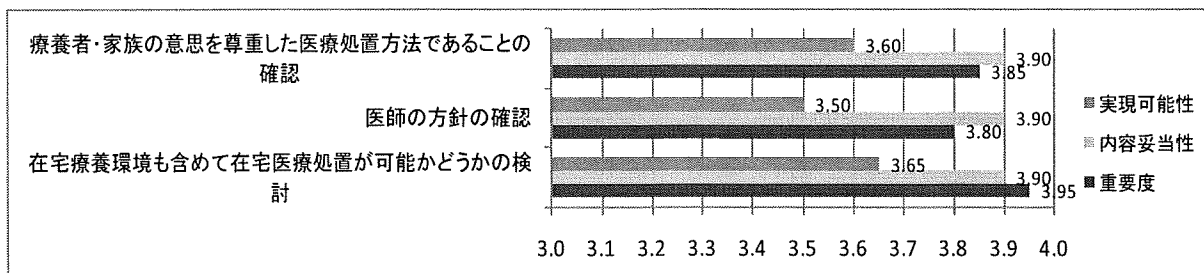


図 D-2 「a. 療養者・家族・医師等の在宅療養に関する意思及び医師の判断の確認」

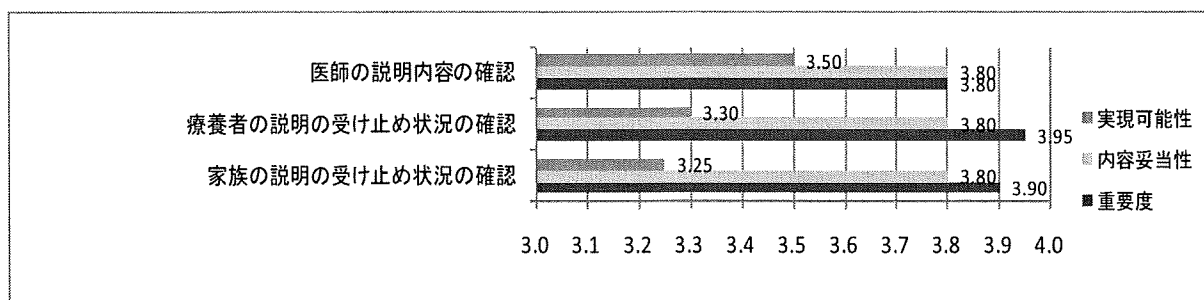


図 D-3 「b. 医療処置の説明内容の確認」

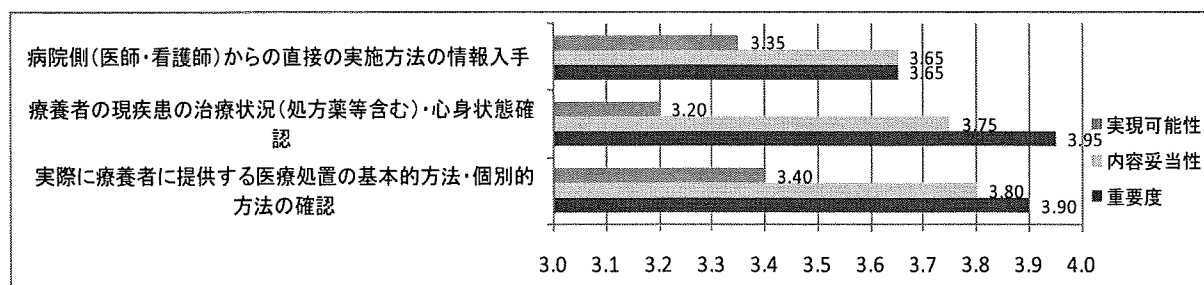


図 D-4 「c. 援助開始前の医療処置の状況把握」

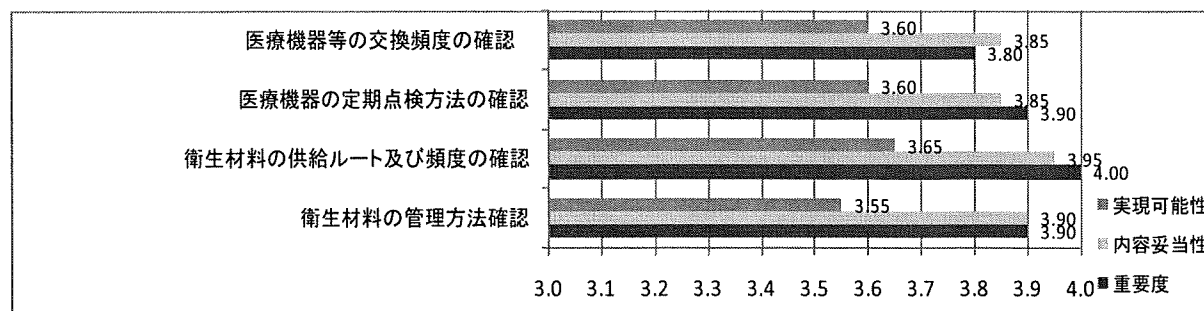


図 D-5 「d. 医療機器・衛生材料の準備及び確認」

(2)「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」の項目に関する評価結果(表 D-4、図 D-6~12)

次に、「2. 在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する項目は、大項目(a~g)7項目において、28項目を設定していた。

「重要度」の評価については、平均得点 3.5 点以下の項目はなかった。平均得点 3.7 点以下の項目は、全 28 項目中 4 項目であり、大項目「f.訪問看護師による援助提供状況の確認」の項目「36. 訪問看護業務での実施可能性の確認」、大項目「g.医療処置に関する業務分担の確認」の項目「38. 看護師が行う医療処置の確認」「40. 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」「41. 医療処置に関する定期的情報交換の方法確認」であった。

また、「内容妥当性」の評価については、平均得点 3.5 点以下の項目は全 28 項目中 2 項目であり、大項目「e.療養者の状態が安定期であるかどうかの確認」の項目「32. 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予測的な判断」、大項目「g.医療処置に関する業務分担の確認」の項目「40. 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」の 2 項目であった。平均得点 3.7 点以下の項目は、全 28 項目中 12 項目であり、大項目「b.療養者の心身状態の確認」の項目「19. 療養者の病状が安定していることの事前確認」「21. 療養者自身の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」「22. 気道管理の定型化の確認」、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」の項目「23. 気道管理の定型化」「24. 療養者の水分出納バランス管理」、大項目「d.家族の心身状態の確認」の項目「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やむを得ない状況があることの確認」、大項目「e.療養者の状態が安定期であるかどうかの査定」の項目「30. 事前に吸引による諸症状の出現の有無の確認」「31. 事前に現疾患阿藤による全身状態が安定していることの確認」「33. 事前に家族の介護状況の確認」、大項目「f.訪問看護師による援助提供状況の確認」の項目「36. 訪問看護業務での実施可能性の確認」、大項目「g.医療処置に関する業務分担の確認」の項目「38. 看護師が行う医療処置の確認」「41. 医療処置に関する定期的情報交換の方法確認」であった。

「実現可能性」の評価については、平均得点 3.5 点以下の項目は全 28 項目中 18 項目、平均得点 3.7 点以下の項目は全 28 項目中 6 項目であった。すなわち、全 28 項目中 24 項目が平均得点 3.7 点以下という結果となった。特に、平均得点が低かった項目は、大項目「a.在宅かかりつけ医の診療方針の確認」の項目「17. 心身状態の評価(医学的判断)」、大項目「b.療養者の心身状態の確認」の項目「19. 療養者の病状が安定していることの事前確認」「21. 療養者自身の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」「22. 気道管理の定型化の確認」、大項目「e.療養者の状態が安定期であるかどうかの査定」の全 4 項目「30. 事前に吸引による諸症状の出現の有無の確認」「31. 事前に現疾患阿藤による全身状態が安定していることの確認」「32. 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予測的な判断」「33. 事前に家族の介護状況の確認」などであった。

表 D-4. 「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

		重要度	内容妥当性	実現可能性
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				
14	方針	3.90	3.80	3.40
15	訪問診療頻度・内容	3.80	3.80	3.60
16	投薬内容	3.90	3.95	3.80
17	身体状態の評価(医学的判断)	3.90	3.80	3.25
b 療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)				
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
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
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
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見解状況の確認	3.80	3.65	3.20
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
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				
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
24	療養者の水分出納バランス管理	3.90	3.70	3.30
25	気道感染症状の早期発見や対応の実施	3.95	3.85	3.50
d 家族の心身状態の確認				
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
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やむを得ない状況があることの確認	3.90	3.65	3.30
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
29	家族が吸引処置が危険を含む医療行為であることの見解状況の確認	3.95	3.80	3.40
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				
30	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
31	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	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見解的な判断	3.74	3.47	3.21
33	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
f 訪問看護師による援助提供状況の確認				
34	家族による吸引の実施可能時間の確認	3.84	3.74	3.58
35	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
36	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
g 医療処置に関する業務(役割)分担の確認				
37	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
38	看護師が行う医療処置の確認	3.70	3.65	3.75
39	連絡調整・報告の方法の確認	3.95	3.90	3.80
40	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	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

図 D-6～12. 「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

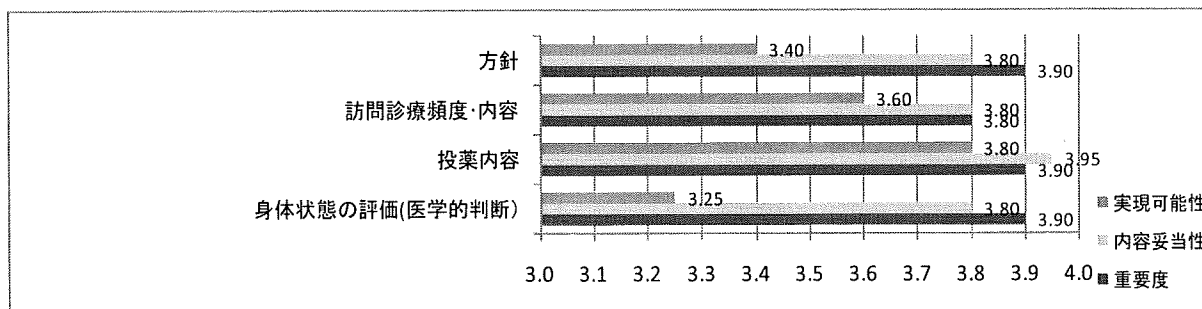


図 D-6 「a. 在宅かかりつけ医の診療方針の確認」

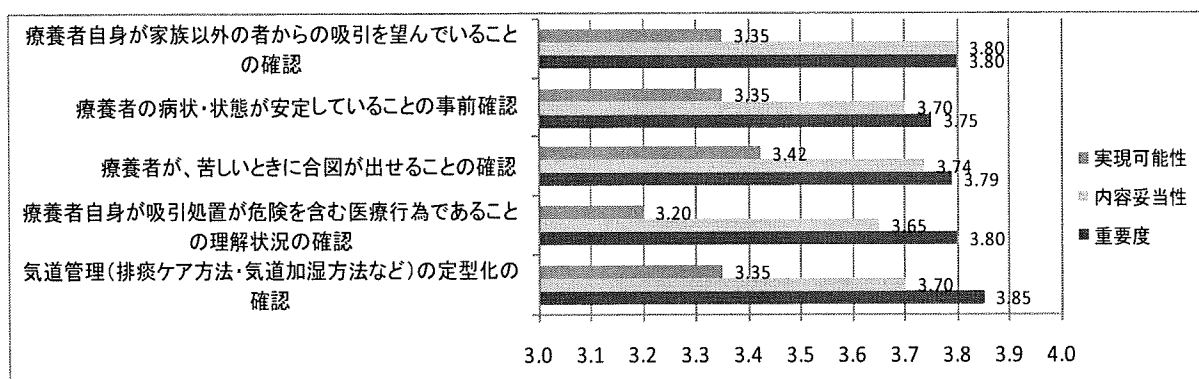


図 D-7 「b. 療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)」

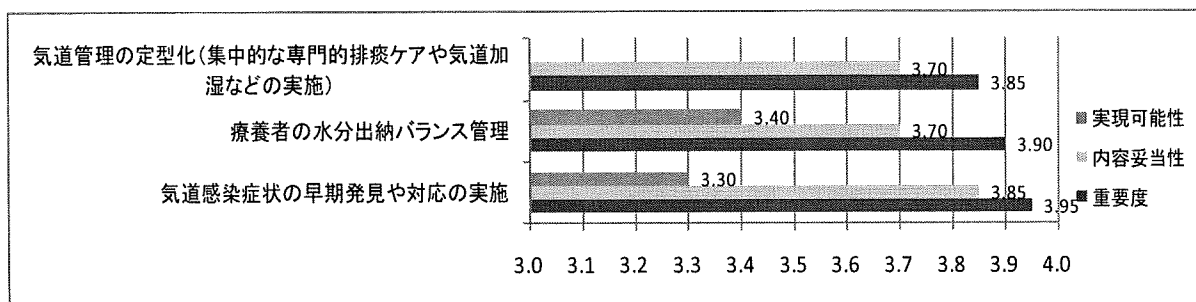


図 D-8 「c. たんの過剰生成予防・効果的な排痰に関する看護法の実施確認」

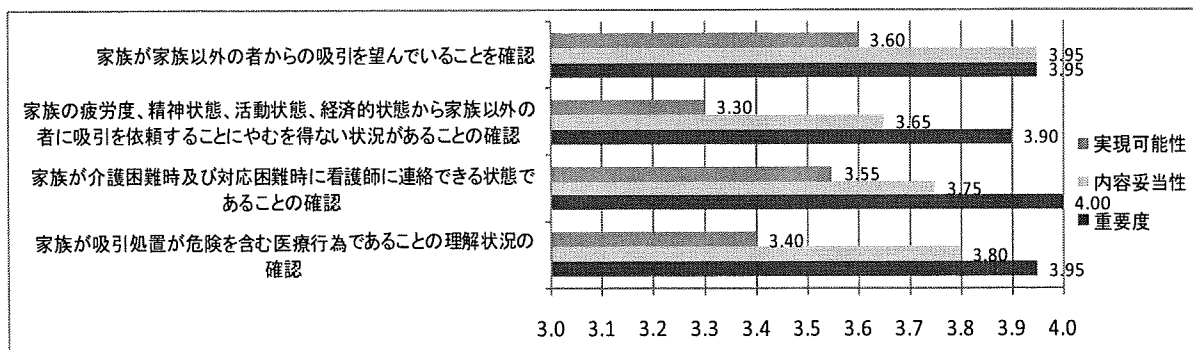


図 D-9 「d. 家族の心身状態の確認」

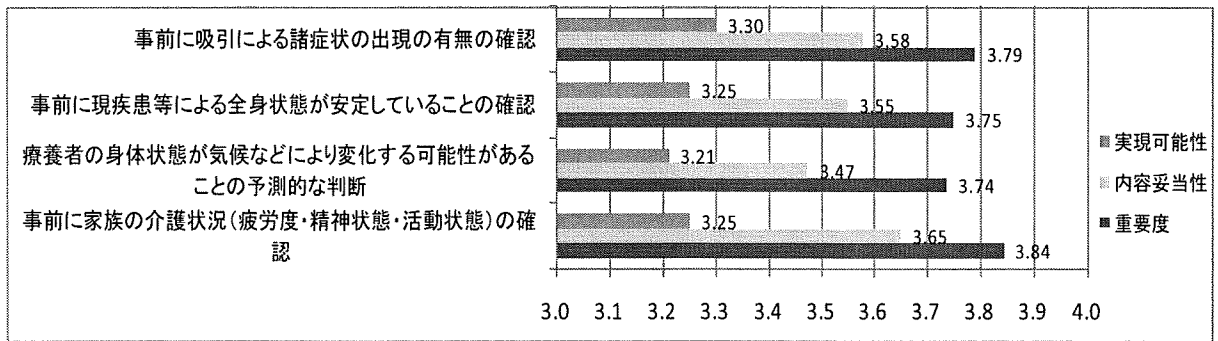


図 D-10 「e. 療養者の状態が安定期（低リスク状態）であるかどうかの査定」

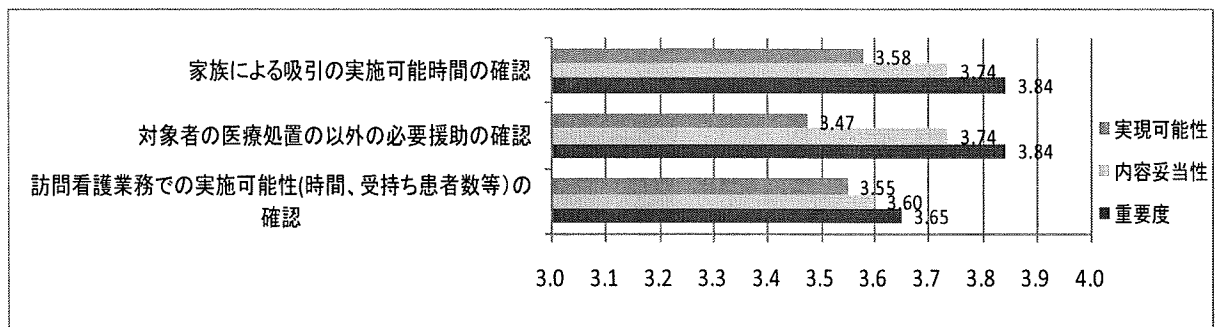


図 D-11 「f. 訪問看護師による援助提供状況の確認」

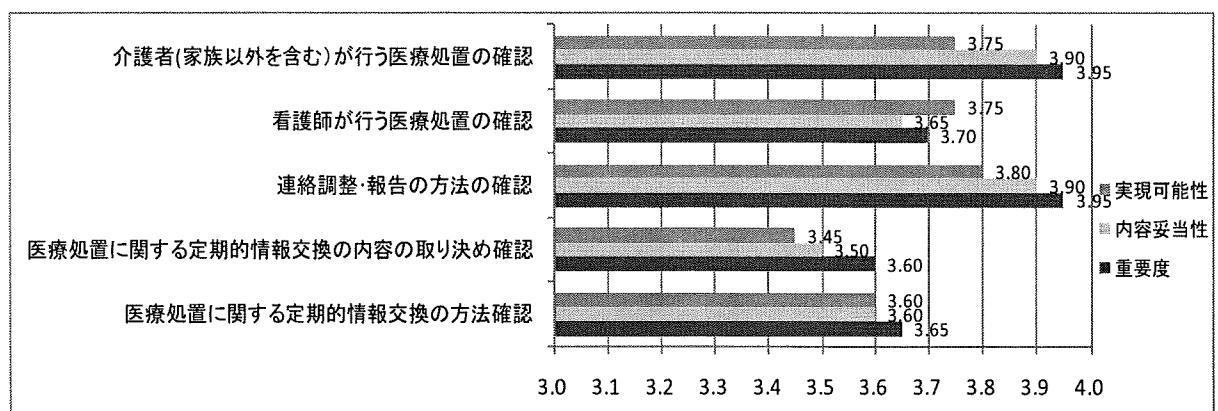


図 D-12 「g. 医療処置に関する業務(役割) 分担の確認」