

(3) 「家族以外の者に対する教育」の項目に関する評価結果 (表D-5、図D-13～15)

「家族以外の者に対する教育」に関する項目は、大項目を3項目(a・1・2・b)として、細項目20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 点以下及び 3.7 点以下の項目はなかった。

「内容妥当性」の評価については、平均得点 3.5 点以下の項目はなかった。平均得点 3.7 点以下の項目は、全 20 項目中 1 項目のみであり、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」の項目「61. 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」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 20 項目中 7 項目、平均得点 3.7 点以下の項目は全 20 項目中 8 項目であった。すなわち、全 20 項目中 15 項目が平均得点 3.7 点以下であった。特に平均得点の低い項目は、大項目「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」の項目「42. 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」、大項目「b.家族以外の者への協働内容に関する知識技術指導内容の習得状況の確認」の項目「60. 家族以外の者に対する定期的な研修の実施」「56. 家族以外の者の吸引状況を継続的(定期的)に評価」「59. 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」などの項目であった。

表 D-5. 「家族以外の者に対する教育」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

3 家族以外の者に対する教育(介護職員への援助方法の指導)		重要度	内容妥当性	実現可能性
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				
42	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
43	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	使用物品等の準備の説明	3.95	4.00	3.84
45	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
46	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
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				
47	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
48	基本的吸引手技手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.70
49	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	吸引時間の手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.85
51	吸引圧の確認の手順及び注意点の説明	3.95	3.95	3.80
52	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	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	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	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
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				
56	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
57	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
58	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
59	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
60	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
61	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

図 D-13～15 「家族以外の者に対する教育」に関する連携項目の評価結果
(平均得点)

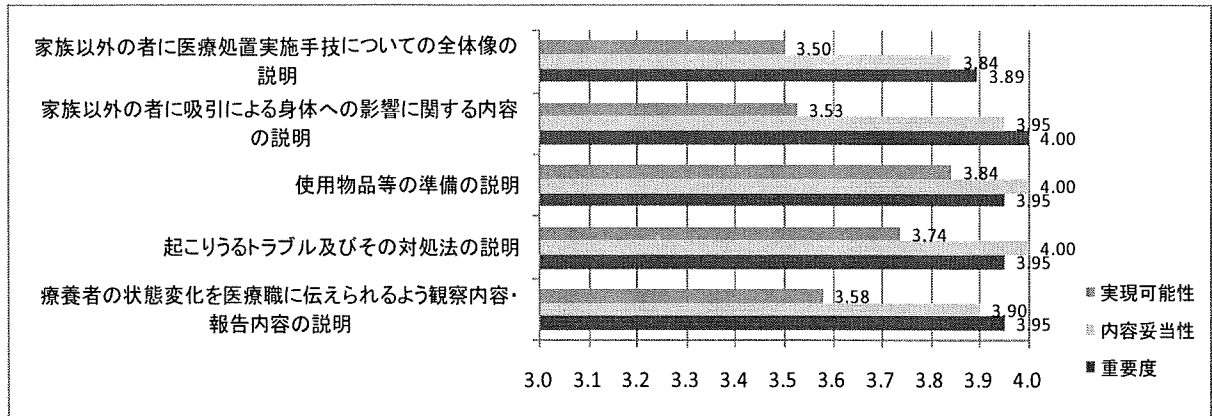


図 D-13 「a-1. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導」

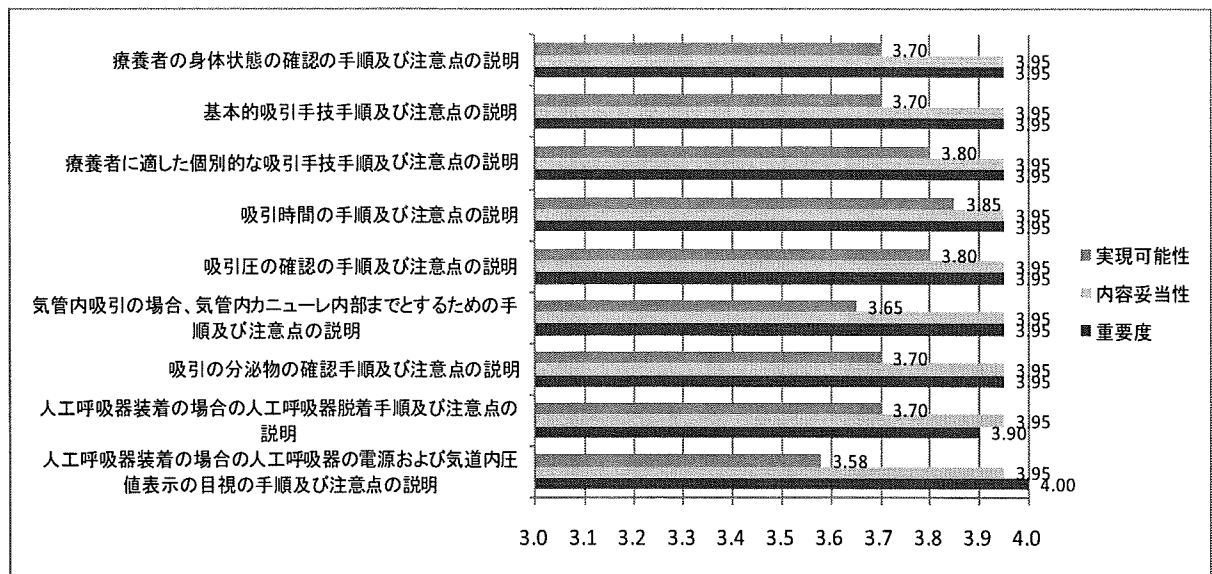


図 D-14 「a-2. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導」

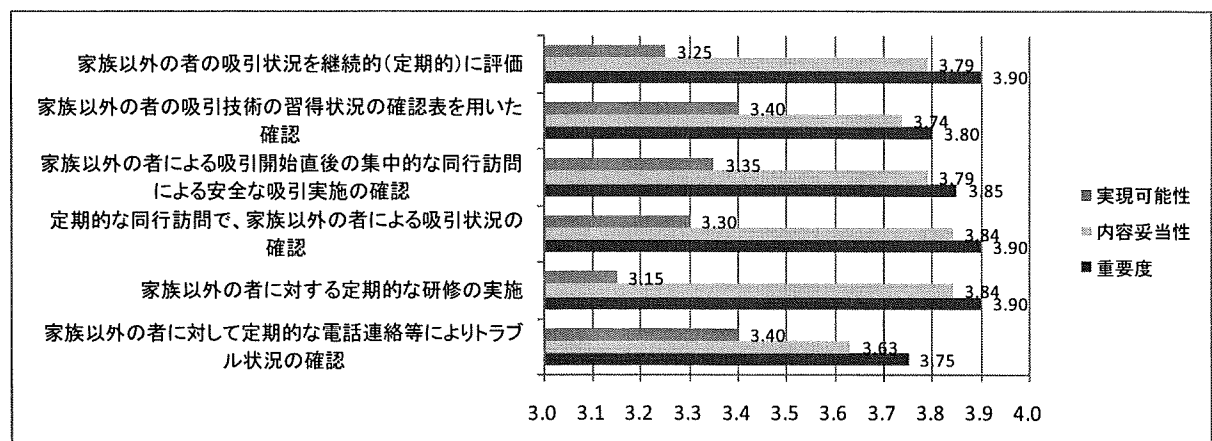


図 D-15 「b. 家族以外の者への協働内容に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認」

(4)「患者・障がい者との関係」の項目に関する評価結果 (表 D-6、図 D-16～20)

次に、「4. 患者・障がい者との関係」に関する項目は、大項目(a~e)5項目において、15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 15 項目中 2 項目であり、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」の項目「62. 医療処置の部分的な業務分担の取り決め」「63. 訪問看護師による定期的なフィジカルアセスメントの実施についての取り決め」であった。

「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 15 項目中 2 項目であり、この 2 項目は上記「重要度」の評価で平均得点 3.7 点以下の項目であったものと一致していた。また、平均得点 3.7 点以下の項目は全 15 項目中 2 項目であり、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」の項目「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」、大項目「b.医師との医療処置実施に関する取り決め」の項目「66. 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」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 15 項目中 3 項目であり、平均得点 3.7 点以下の項目は全 15 項目中 9 項目であった。すなわち、全 15 項目中 12 項目が平均得点 3.7 点以下という評価であった。特に平均得点の低かった項目は、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」の項目「63. 訪問看護師による定期的なフィジカルアセスメントの実施についての取り決め」、大項目「c.訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め」の項目「71. 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」「74. 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」などであった。

表 D-6. 「患者・障がい者との関係」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
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				
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
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
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
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
b 医師との医療処置実施に関する取り決め				
66	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
67	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
68	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
69	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
c 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め				
70	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
71	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
72	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
73	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
74	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
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				
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
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				
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

図 D-16～20. 「患者・障がい者との関係」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

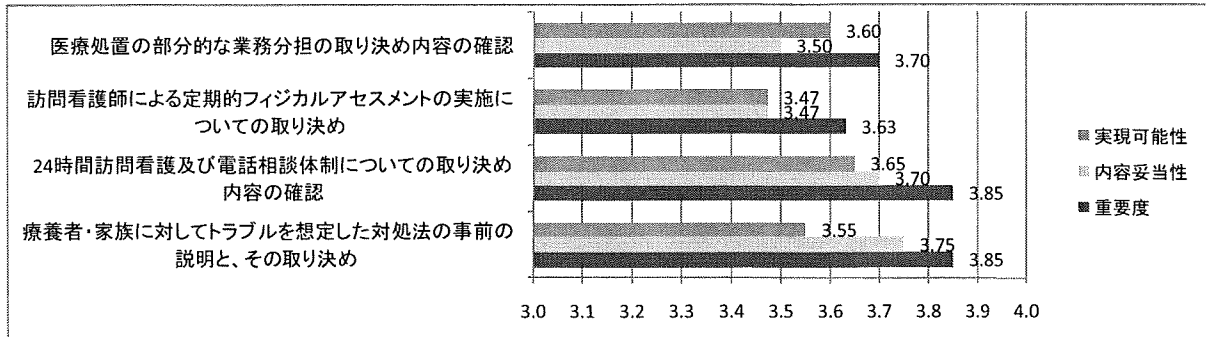


図 D-16 「a. 療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め」

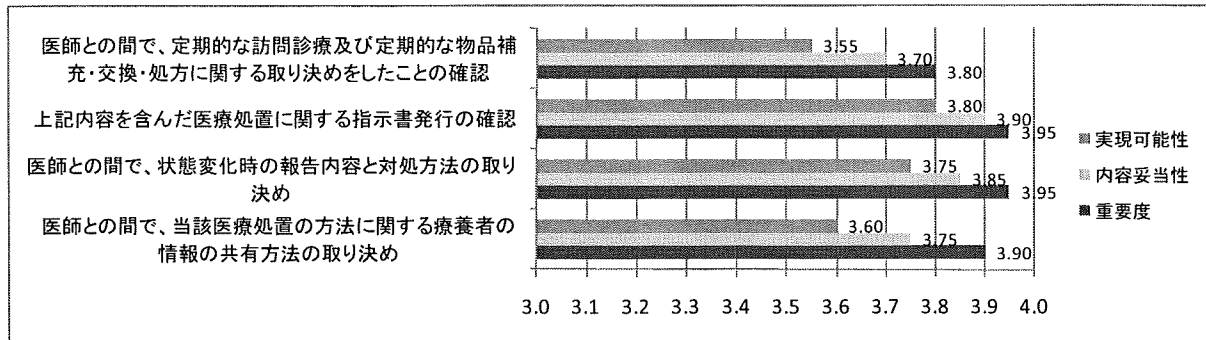


図 D-17 「b. 医師との医療処置実施に関する取り決め」

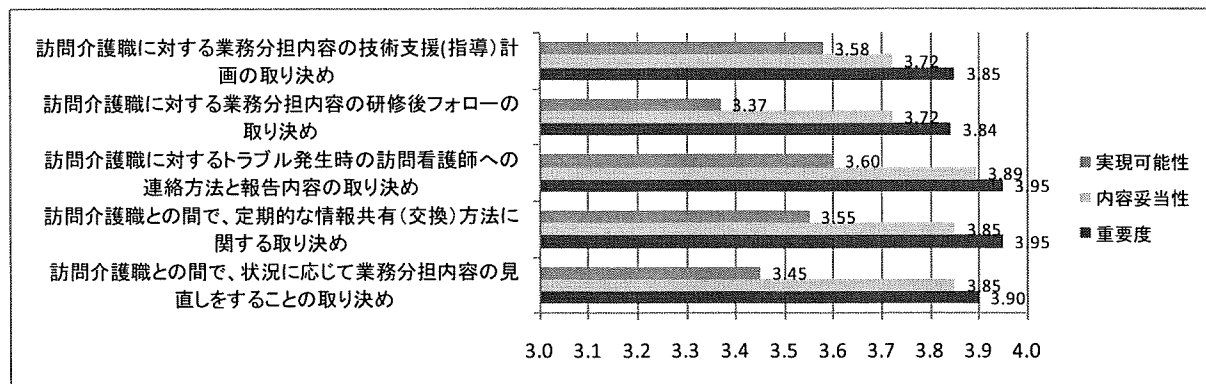


図 D-18 「c. 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め」

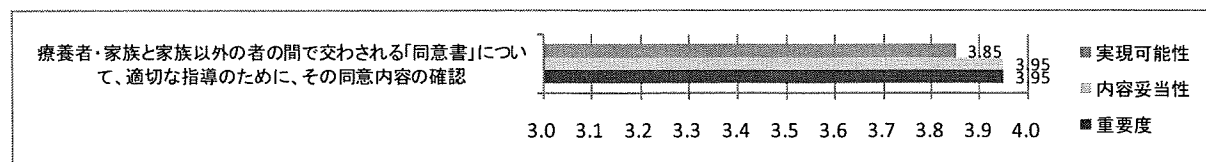


図 D-19 「d. 療養者・家族と家族以外の者との「同意書」及びその内容の確認」

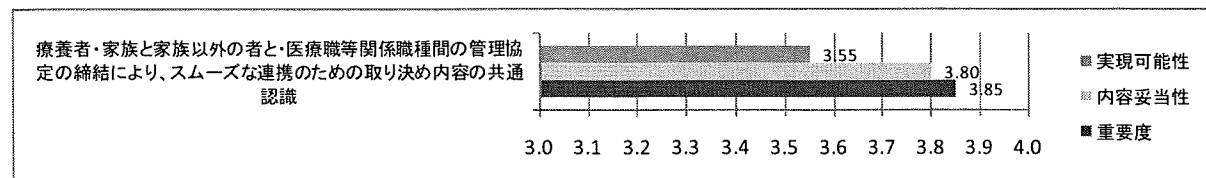


図 D-20 「e. 療養者・家族と家族以外の者・医療職等関係職種間の管理協定の実施及び確認」

(5)「緊急時の連絡・支援体制の確保」の項目に関する評価結果 (表 D-7、図 D-21～23) 次に、「5. 緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する項目は、大項目(a~c)3項目において、8項目を設定していた。

「重要度」及び「内容妥当性」の評価については、平均得点3.5点以下及び平均得点3.7点以下の項目はなかった。

「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8項目中1項目であり、大項目「a.緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」の項目「緊急時の入院施設の確保」であった。また、平均得点3.7点以下の項目は、全8項目中2項目であり、大項目「a.緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」の項目「79. 緊急時訪問診療医の確認」、大項目「c.重篤化予防のための定期的な情報交換方法及び情報交換内容の取り決め」の項目「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」であった。

表 D-7.「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する連携項目の評価結果(平均得点)

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
a 緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有				
77	緊急時の連絡ルートの確認	3.95	4.00	3.80
78	緊急時訪問看護の確認	3.95	4.00	3.90
79	緊急時往診医の確認	3.95	4.00	3.70
80	緊急時の入院施設の確認	3.95	4.00	3.45
b 緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有				
81	緊急搬送対応すべき状態の取り決め	3.95	3.89	3.74
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
83	看護師の対応応急処置内容の確認	3.95	3.89	3.89
c 重篤化予防のための定期的な情報交換方法及び情報交換内容の取り決め				
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

図 D-21～23. 「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する連携項目の評価結果
(平均得点)

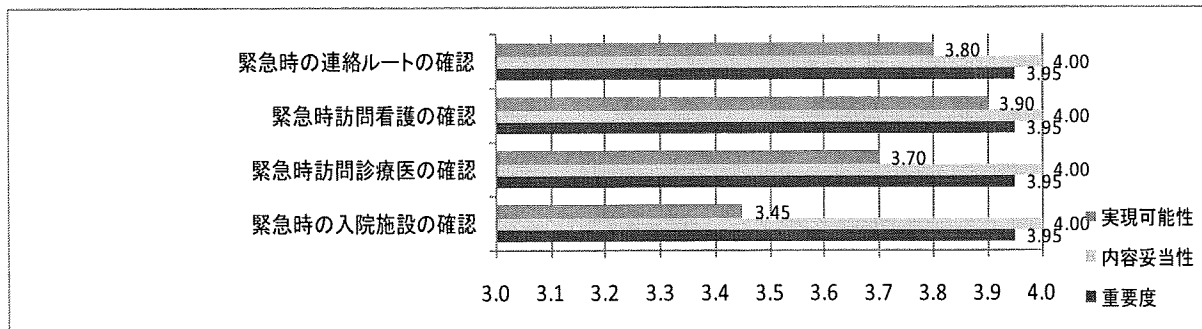


図 D-21 「a. 緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有」

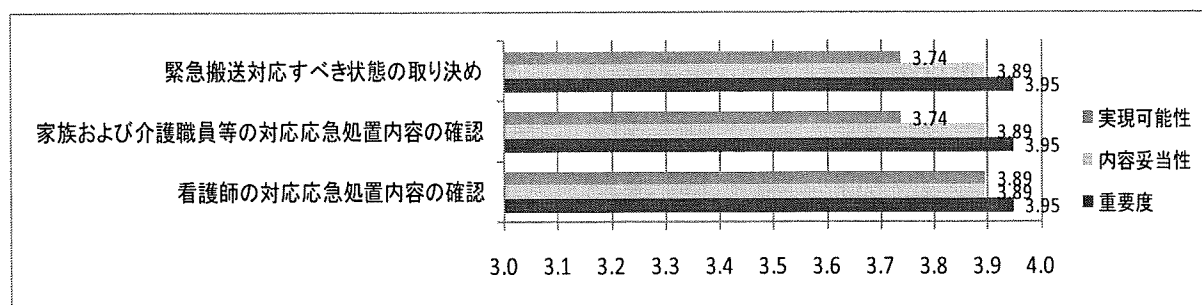


図 D-22 「b. 緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有」

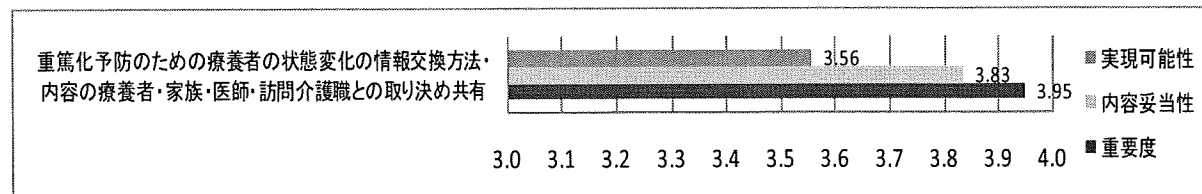


図 D-23 「c. 重篤化予防のための定期的な情報交換方法および情報交換内容の取り決め」

2) 関係職種連携に関する大項目の「重要度・内容妥当性・実現可能性」の比較

「連携パス(2008年度素案)」の構成は、大項目として21項目を設定していた。本調査で評価を得た全84項目の連携に関する項目は、この21大項目に分類していた(1大項目あたり1～9細項目)。

そこで、連携に関する各項目(84項目)に対する「重要度・内容妥当性・実現可能性」の評価得点に基づき、各大項目の平均値を算出し、比較した(表D-8、図D-24)。

(1) 大項目の重要度の評価

「重要度」の評価については、全84項目の平均得点は3.88点とほぼ肯定的な評価を得た。比較的低い評価であった大項目は、「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。逆に、「3. 家族以外の者に対する教育」や「5. 緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する大項目は、重要度が特に高い項目であると評価されていた。

(2) 大項目の内容妥当性の評価

「内容妥当性」の評価については、全84項目の平均得点は3.81点と「重要度」に次いで比較的肯定的な評価を得た。

比較的低い評価(平均得点3.7点以下)であった大項目は、「2. 在宅患者の医学的管理」における大項目「e. 療養者の状態が安定期であるかどうかの確認」「f. 訪問看護師による援助提供状況の確認」、 「4. 患者との関係」における大項目「a. 療養者・家族との医療処置に関する取り決め」であった。

(3) 大項目の実現可能性の評価

「実現可能性」の評価については、全84項目の平均得点は3.54点と本調査での評価指標のうち最も低い評価となったものの、4段階評価における3点以上の肯定的評価を得た。

特に、実現可能性の低い大項目(平均得点3.5点以下)は、「1. 療養環境の管理」における大項目「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」、 「2. 在宅患者の医学的管理」における大項目「b. 療養者の心身状態の確認」「c. たんの過剰生成予防・効果的な排痰に関する看護方法の実施確認」「d. 家族の心身状態の確認」「e. 療養者の状態が安定期であるかどうかの確認」、 「3. 家族以外の者に対する教育」における大項目「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」であった。

表 D-8. 連携に関する項目(大項目)の「重要度・内容妥当性・実現可能性」の平均得点

	連携に関する項目(大項目)	重要度	内容妥当性	実現可能性
1 療養管理環境の	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
	b 医療処置の説明内容の確認	3.88	3.80	3.35
	c 援助開始前の医療処置の状況把握	3.83	3.73	3.32
	d 医療機器・衛生材料の準備及び確認	3.90	3.89	3.60
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
	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
	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
	d 家族の心身状態の確認	3.95	3.79	3.46
	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
	f 訪問看護師による援助提供状況の確認	3.78	3.69	3.53
	g 医療処置に関する業務(役割)分担の確認	3.77	3.71	3.67
3 教員に家族に対する以外の	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	3.68
	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
4 患者との関係	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
	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
	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
	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
	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
5 制連の絡緊急確保時の	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
	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
	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

注)表内の濃い網掛け(太字)部分は、「平均得点3.5以下」、薄い網掛け部分は「平均得点3.7以下」を示す。

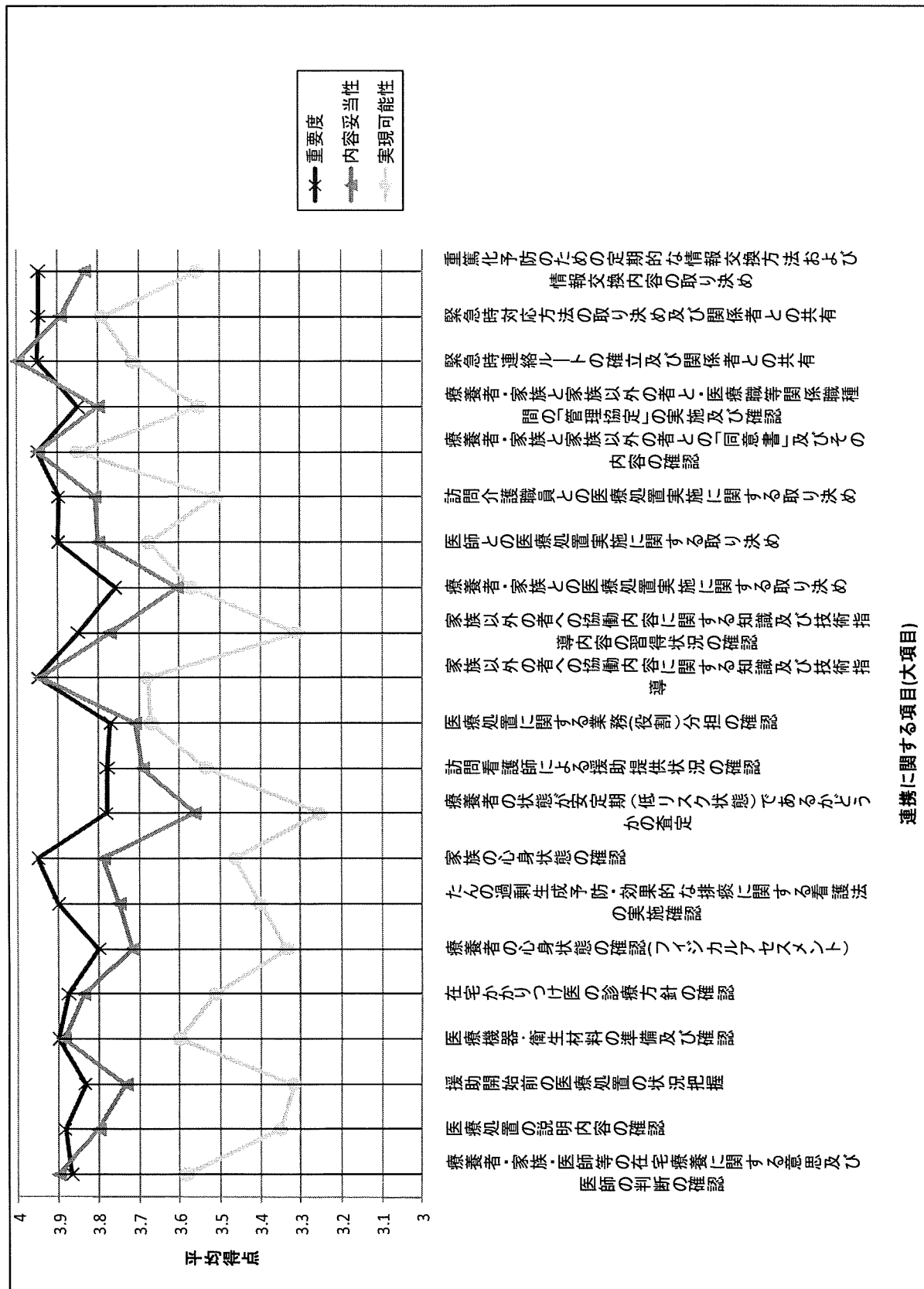


図 -24. 連携に関する項目(大項目)の「重要度・内容妥当性・実現可能性」の平均得点

3) 関係職種連携に関する各項目の実施上の課題

調査1) 質問紙調査による「連携パス(2008年度版素案)」の評価の各項目に対する「実施上の課題」に関する自由記載回答結果を示す(表D-9-①～④)

各項目に対する実施にあたり、項目内容及び用語の表現方法等に関する具体的な意見があった。また、関係職種との連携において訪問看護師が主体となって実施すべきかどうかに関する疑問や訪問看護師の報酬につながりにくい実施項目(「衛生材料の準備及び確認」「家族以外の者に対する教育」など)についての指摘があった。

更に、「家族以外の者に対する教育」に関しては、指導後の習得状況の把握や研修後のフォローに関して、実施が困難である等の意見があった。

これらの自由記載評価については、後述の「調査2) 面接調査による連携パス(2008年度素案)の評価」の結果と照合して検討し、「連携フロー(2009年度版)」の作成に反映させていくこととした。

表D-9-①. 関係職種連携に関する各項目の実施上の課題(自由記載内容)一覧

1 療養環境の管理	実施上の課題
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	
2 医師の方針の確認	
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	
b 医療処置の説明内容の確認	—
4 医師の説明内容の確認	
5 療養者の説明の受け止め状況の確認	
6 家族の説明の受け止め状況の確認	
c 援助開始前の医療処置の状況把握	●内容の重複がある ●本来は「病院が主体」となってすべき内容であるとする
7 病院側(医師・看護師)からの直接の実施方法の情報入手	
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	
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	
d 医療機器・衛生材料の準備及び確認	●訪問看護師の報酬につながりにくい
10 医療機器等の交換頻度の確認	
11 医療機器の定期点検方法の確認	
12 衛生材料の供給ルート及び頻度の確認	
13 衛生材料の管理方法確認	

(表 D-9 のつづき)

表 D-9-②. 関係職種連携に関する各項目の実施上の課題(自由記載内容)一覧

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	●個人情報の漏えいとのことで、検査データは教えてもらえないことがある。利用者にもらってもらいが、受診の関係上、必要な時に情報が得られにくいことがある。
15	訪問診療頻度・内容	
16	投薬内容	
17	身体状態の評価(医学的判断)	
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	●意識レベルⅢの場合の確認は困難である ●「安定」の定義が不明確であり、判断基準があるとよい ●本人が意思表示できない場合はどうするのか疑問である。
19	療養者の病状・状態が安定していることの事前確認	
20	療養者が、苦しいときに合図が出せることの確認	
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	
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	
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)	—
24	療養者の水分出納バランス管理	
25	気道感染症状の早期発見や対応の実施	
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	—
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	
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	
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	
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	①事前に吸引による諸症状の出現の有無の確認	●「①出現の有無」という表現は、「危険性や可能性」という意味の方がわかりやすい。 ●「③なぜ「気候」なのかわかりづらい。「湿度」とかそういうことなのかどうかわかりづらい。
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	
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予測的な判断	
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	
f 訪問看護師による援助提供状況の確認		
34	①家族による吸引の実施可能時間の確認	●「①実施可能時間」は、「時間帯」「所要時間」いずれを指すのかわからない。 ●「パス」の「看護師自身による医療処置実施可能性の検討」は、用語がわかりにくい。
35	②対象者の医療処置の以外の必要援助の確認	
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	
g 医療処置に関する業務(役割)分担の確認		
37	①介護者(家族以外を含む)が行う医療処置の確認	—
38	②看護師が行う医療処置の確認	
39	③連絡調整・報告の方法の確認	
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	
41	⑤医療処置に関する定期的情報交換の方法確認	

(表 D-9 のつづき)

表 D-9-③. 関係職種連携に関する各項目の実施上の課題(自由記載内容)一覧

3 家族以外の者に対する教育(介護職員への援助方法の指導)

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>44 ③使用物品等の準備の説明</p> <p>45 ④起こりうるトラブル及びその対処法の説明</p> <p>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</p>	<p>●吸引による体への影響に関する内容の説明を家族以外の者にと、特に分けるのはよく理解できないが、重要と思う。</p> <p>●「①医療処置実施手技」とは、「吸引手技」のことなのか「他の処置」も含めてなのかわかりづらい。</p> <p>●介護職員すべてに理解してもらっているかは疑問である。</p>
<p>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</p> <p>47 ①療養者の身体状態の確認の手順及び注意点の説明</p> <p>48 ②基本的吸引手技手順及び注意点の説明</p> <p>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</p> <p>50 ④吸引時間の手順及び注意点の説明</p> <p>51 ⑤吸引圧の確認の手順及び注意点の説明</p> <p>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</p> <p>53 ⑦吸引の分泌物の確認手順及び注意点の説明</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>●「⑧」では、「電源」「気道内圧値表示」とあるが、なぜこの2点の目視だけなのかわからない。</p> <p>●「⑧」については、介護職は知りたがらない現状がある。</p>
<p>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</p> <p>56 ①家族以外の者の吸引状況を継続的(定期的)に評価</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>60 ⑤家族以外の者に対する定期的な研修の実施</p> <p>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</p>	<p>●「b」の「実現可能性」については、報酬が認められれば、実現可能であり、重要である。ただし、頻回にヘルパーが変わると対応できない。</p> <p>●「⑤」は、一度習得するとなかなか難しい。</p>

4 患者との関係(医療処置実施に関する取り決めなど)

<p>a 療養者・家族との医療処置実施に関する取り決め</p> <p>62 医療処置の部分的な業務分担の取り決め内容の確認</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>●定期的フィジカルアセスメントとありますが、訪問時、必ずフィジカルアセスメントするのではないかと。</p>
<p>b 医師との医療処置実施に関する取り決め</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>●医師は、物品の補充を決められているが、看護師は不足していないか確認したり、カタログや業者さんを紹介している。</p> <p>●「③」「④」は、文書化するといいと思う。</p>
<p>c 訪問介護職員との医療処置実施に関する取り決め</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>●②「業務分担内容の研修後フォローの取り決め」は何を指しているのかわかりづらい。</p> <p>●cの実現可能性は、「報酬があること」が前提となる。</p>
<p>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</p> <p>75 療養者・家族と家族以外の者の間で交わされる「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</p>	<p>●医師によっては、文書記入に消極的な人もいる。(指示書と同程度程度の文書が必要かとも思う)</p>
<p>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</p> <p>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</p>	<p>—</p>

(表 D-9 のつづき)

表 D-9-④. 関係職種連携に関する各項目の実施上の課題(自由記載内容)一覧

5 緊急時の連絡・支援体制の確保

a 緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有		<ul style="list-style-type: none"> ●緊急時の内容によっても異なるため回答がしにくい。 ●家族との協力や理解が得られないことがある。
77	緊急時の連絡ルートの確認	
78	緊急時訪問看護の確認	
79	緊急時訪問診療医の確認	
80	緊急時の入院施設の確認	
b 緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有		<ul style="list-style-type: none"> ●緊急時の内容によっても異なるため回答がしにくい。
81	緊急搬送対応すべき状態の取り決め	
82	家族および介護職員等の対応応急処置内容の確認	
83	看護師の対応応急処置内容の確認	
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		—
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. 調査2) 面接調査による「連携パス(2008年度素案)」の評価結果 (表D-10)

調査1)後、協力の得られた訪問看護師15名を対象として、具体的な連携パスに基づく連携活動実施上の課題等に関する面接調査を実施した。

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・整理した。(表D-10)

面接内容は、「連携パスの構成及び全体の内容に関する意見」と、連携パスの大項目として設定した「家族以外の者によるたんの吸引」を許容するための条件(厚生労働省通知による6つの条件のうち5つの条件)のカテゴリーに分類した。

1) 連携パスの構成及び全体の内容に関する意見

本カテゴリーは、〈項目(条件)の厳しさ・細かさ〉〈項目の順序性の制限〉〈連携パスの使用意図への危惧〉〈モニタリングを含めた活用必要性〉〈実施困難時の対応を含めた活用必要性〉〈項目の重みづけの必要性〉というサブカテゴリーにより生成されていた。

具体的には、〈項目(条件)の厳しさ・細かさ〉として、「『条件すべてが満たされない場合』という記述については、状況によって事前にできないことがあり、経過の中で実施していくこともあるため、実現が難しい」「項目が多すぎる。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しまう危惧がある」といった意見があった。

次に、サブカテゴリー〈項目の順序性の制限〉の内容については、事前にチェックすることが困難な場合があるという意見や「連携パスの構造として時系列の枠組みがわかりにくい」といった意見があった。

サブカテゴリー〈連携パスの使用意図への危惧〉の内容として、「事故発生時等に連携パス」が訴訟資料等になって責任を問われるということになると大変怖い」「確認項目が細かくかかれており、大まかな流れのフローとチェックリストなどに分けて使用していけるとよい。そうでないと使用方法に誤解が生じる危惧がある」等の意見があった。

このほか、サブカテゴリー〈項目の重みづけの必要性〉の内容として、「項目は一律に列挙してあるが項目によって重みづけが違う」との意見などがあつた。

2) 療養環境の管理(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ー「療養環境の管理」に関する面接調査結果は以下の通りであった。

本カテゴリーは、〈項目内容の不明確〉〈項目の順序性の制限〉〈訪問看護師主体の役割としての危惧〉といった連携パスへの意見のサブカテゴリーと〈家族以外の者の実施困難〉〈完全性確保の工夫〉〈看護師の協力が困難な状況〉といった現状に関するサブカテゴリーにより生成されていた。

具体的には、連携パス自体の〈項目内容の不明確〉として、「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が不明確である」という意見、〈項目の順序性の制限〉として、「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るのにこれらについてすべて事前に指導するとなる難しい状況となる」という意見があった。また、〈訪問看護師主体の役割としての危惧〉として、「療養環境の管理」の中には、「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」といった

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ー「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。

本カテゴリーは、〈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ー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ー「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。

本カテゴリーは、〈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ー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D-10のつづき)

② 在宅患者の医学的管理	連携パスへの意見	項目内容の不明確(用語の定義)	<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知りたいのであろうか)</p>
		項目の順序性(タイムスケールの制限)	<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。「事前の条件」とされると難しい状況となる。</p>
		現状	<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」のためにとなると、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	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>「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事はほとんどない。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ことが多い。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なら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くというのは、本当にボランティアでトータルにしたらほんとに何十時間にもなる。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もままできてしまった。</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、吸引を第三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、ってなればよかつたと思う。</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>・今私たちの仕事が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いないことがある。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も結構ある。</p>
		教育内容への危惧(危険性の説明)	<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に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ればなした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、解剖とかいろいろくわしく教えたなら、ヘルパーさんとても不安になってしまった。</p>
		看護師の協力が困難な状況	<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」と言うし、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>・たぐ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>
		安全性確保の工夫(状況)	<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、呼吸器の使用方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>
		訪問看護師主体の役割としての危惧	<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D-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	<p>「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)</p>
		患者との関係における利用者意識への課題	<p>・田舎なので、吸引をヘルパーさんがやるってということも、利用者・家族の方もなかなかそういう意識づけができてないことがある。</p>
		訪問看護師主体の役割としての危惧	<p>・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。</p>
		訪問看護師による同意への困惑(抵抗?)	<p>・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繕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。</p>
		安全性確保の工夫(状況)	<p>・約束事を1つ1つクリアすることで、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。</p>
		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	<p>・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。</p>		
安全性確保の工夫(状況)	<p>・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。</p>		
体制整備上の利用者の意識	<p>・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。</p>		