

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)」を精錬する視点・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)」を精錬する視点・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)」を精錬する視点・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)」の精錬の視点・方向性と定めた。

2) 連携に関する項目の修正(表D-11、表D-12)

1)の「連携パス(2008年度素案)」の精錬の視点・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D-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。

これら的大項目について、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。

これら的大項目のうち、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。

これら的大項目のうち、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D-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D-12)。

表D-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な方法・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D-11のつづき) 表D-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への理解状況の確認	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 療養者の水分出納バランス管理	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や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への理解状況の確認	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への予測的な判断	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D-11のつづき) 表D-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		(削除)
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D-11のつづき) 表D-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の医療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 D-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D-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D-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D-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。

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った。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」などの意見があった。

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った。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E及び研究F」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に深謝申し上げます。

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/shiryoku1.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.

VI. 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 E

【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)であり、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。

3) 訪問看護師の関係職種との連携実態結果

「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に関する項目の実施状況を調査した結果、「実施している」という回答の割合が90%以上の項目は、「家族の意思確認(406名;96.7%)」「(在宅かかりつけ医への)方針の確認(405名;96.4%)」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有(405名;96.4%)」「医師の説明内容の確認(403名;96.0%)」など、全39項目中16項目であった。一方、「実施している」という回答の割合が低い項目は、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施(138名;32.9%)」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認(168名;40.0%)」「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・対応内容の文書による提示(249名;59.3%)」「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・方法取り決めの文書による提示(262名;62.4%)」「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」に関する「習得状況の評価(279名;66.4%)」「効果的な排たん法の実施(304名;72.4%)」「療養者の意思確認(318名;75.7%)」等であった。

連携に関する項目(40項目)すべてを実施していたものは、420名中27名(6.4%)であった。

また、各項目に対する実施上の課題の自由記載内容を分析した。課題として、「医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備」に関して「在宅かかりつけ医からの供給が困難なことがある」などの意見があった。また、「緊急時体制の取り決め」に関しては「在宅での看取りを希望しており入院は避けたいとの希望がある」「緊急時の入院施設が決まっていない」などの意見があった。更に、「心身状態の確認」に関しては、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」「他訪問看護事業所との連携で実施しているので調整に時間がかかる」「利用者・家族の意向・理解の確認」に関しては「以前の訪問看護事業所で実施されたのち引き継いだ」等の意見があった。「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」に関しては、「他施設・他事業所・病院が実施していた」「ヘルパー(及び事業所)が複数おり、交代もあり、同行して指導や習得状況を確認することが困難である」「連携のための時間がかかる。訪問介護職員との時間調整が困難である」といった意見が多くあった。また、「吸引指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である」「一定の水準までは行政指導の研修体制を作ってほしい」「介護職員の資質や理解度のレベルの判断が難しい」「指導後のトラブルの責任範囲が不明確である」などの意見があった。更に、「吸引研修のみの手技では課題が残っている」「吸引モデルがないので練習が困難である」などの幅広い意見があった。「体制整備の確認」における同意書の確認については、訪問看護師の責任範囲が不明確であり踏み込めないといった意見があった。

「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」に関しては、「訪問以外の時間調整が困難」「複数の者が関わっており確認が困難」など、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」に関しては、「本人・介護職員に問題があればその都度対応している」「訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない」などの意見が多くあった。

以上の全国実態調査に基づき、現行法制度下における「たんの吸引」提供体制について検討した結果、療養者の安全確保のための確実な連携の実施には、各関係職種との責任範囲の明確化や関係職種との連携を促進する条件整備等への課題があることが示唆された。

A. 目的

在宅における安全な「たんの吸引」提供のために、訪問看護師の関係職種との連携に関する内容を精練して作成した「連携フロー(2009年度版)」の内容について、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。

B. 方法

1. 調査対象

対象者は、全国訪問看護事業協会に登録している全訪問看護事業所 3596 箇所(全国の訪問看護事業所の 7 割が加盟)に所属する事業所管理者または訪問看護師とし、「たんの吸引」を要する利用者への訪問看護経験のある者とする。更に、下記①から③すべての条件をみたく「在宅療養者」への訪問看護経験がある者とした。

- ①担当利用者が「たんの吸引」を要する
- ②担当利用者が訪問介護サービスを利用している
- ③「訪問介護職員」が「たんの吸引」を実施している

2. 調査方法及び調査内容

調査方法は、無記名の自記式質問紙調査であり、配布及び回収は郵送法により実施した。調査内容は、以下である。

- ①回答者所属訪問看護事業所の設置背景
- ②「たんの吸引」が必要な利用者(1名)の概要
- ③「たんの吸引」提供に関する関係職種との連携実態
(「たんの吸引」が必要である対象利用者(1名)に対する「たんの吸引」提供体制として、「連携パス(2009年度版)」に示されている項目の実施状況を質問する)
- ④「たんの吸引」提供に関する関係職種との連携実態における実施上の課題
(自由記載による回答を得る)

調査内容③「たんの吸引」提供に関する関係職種との連携実態については、各設問(連携に関する項目；40項目)の実施状況について、「実施している」「実施困難」「実施していない」という選択肢のうち当てはまるものを選択する回答方式とした。尚、選択肢の用語の定義は下記とした。

- 実施している：程度は問わず、何らかの形で実施している場合
- 実施困難：実施しようと思っているが、時間的都合や連携相手等の都合により、実施が難しい場合 など
- 実施していない：「報酬がついていないから」などの理由により実施していない場合

調査期間は、平成 21 年 12 月である。

3. 分析方法

調査内容①回答者所属訪問看護事業所の設置背景、②「たんの吸引」が必要な利用者の概要 については、記述統計処理を行う。

調査内容③「『たんの吸引』提供に関する関係職種との連携実態」については、各選択肢の回答者人数及び割合を算出し、比較検討した。

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②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。

調査内容④「たんの吸引提供に関する関係職種との連携実態における実施上の課題」の自由記載内容については、記述内容を質的帰納的に分類整理して、検討を行った。

4. 倫理的配慮

調査の実施に際して、全国訪問看護事業協会の調査協力を得て行った。調査趣意書に、「調査協力義務はないこと」「協力をしなくても不利益を生じないこと」「調査に関する質問がいつでも行えること」「調査資料の数量化・コード化による匿名化」「調査資料の使用範囲」について提示した。

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。

C. 結果

本調査は、2009年12月に全国訪問看護事業協会に登録する全事業所3596箇所の事業所管理者または訪問看護師(各事業所1名)を対象に実施した。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。この対象者の条件に当てはまる有効回答数は、計420件(分析対象調査票回収率11.68%)であった。尚、『たんの吸引』を要する利用者への訪問看護を提供し、かつその利用者に対して訪問介護職員が『たんの吸引』を実施している」という対象者がいないとの理由により除外回答とした調査票は57件であった。

1. 回答者所属事業所の概要

本調査への回答があった対象訪問看護師が所属している事業所の概要は以下の通りであった。(表E-1~7、図E-1~6)

1) 訪問看護事業所の設置主体 (図E-1)

所属訪問看護事業所の設置主体は、「医療法人」が142件(33.8%)で最も多く、次いで、「社団・財団法人」45件(10.7%)、「医師会」45件(10.7%)、「社会福祉法人」38件(9.0%)、「看護協会」21件(5.0%)、「市区町村」11件(2.6%)、「その他」7件(1.7%)、「社会福祉協議会」5件(1.2%)、「日本赤十字社・社会保険関係団体」4件(1.0%)、「広域連合・一部事務組合」3件(0.7%)、「都道府県」1件(0.2%)、「無回答」98件(23.3%)等であった。

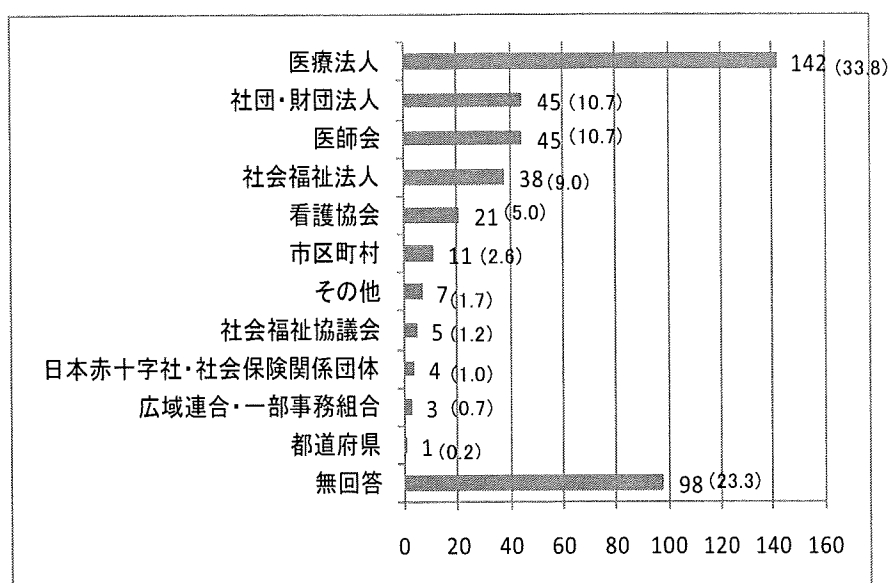


図 E-1. 訪問看護事業所の設置主体 (n=420) 単位: 回答数 (): 割合

2) 「指示書発行施設内訳」及び「在宅療養支援診療所との連携数」 (表E-1、表E-2)

所属訪問看護事業所の「指示書発行施設内訳(表E-1)」については、「病院」の平均施設数は13.20施設(SD=12.9)、「診療所」の平均施設数は19.69施設(SD=17.85)であった。

また、「在宅療養支援診療所との連携数」については、平均4.84施設(SD=5.99)であった。

表 E-1. 指示書発行施設内訳 (n=420)

	病院	診療所
最大値	82	127
最小値	1	1
平均値	13.20	19.69
中央値	10	15
標準偏差	12.09	17.85
無回答	38	52

表 E-2. 在宅支援診療所との連携数 (n=420)

	連携数
最大値	64
最小値	1
平均値	4.84
中央値	3
標準偏差	5.99
無回答	91

3) 保険別の請求割合 (表 E-3)

訪問看護事業所の「保険別の請求割合」については、「医療保険」の平均請求割合は 30.24% (SD=17.97)、「介護保険」の平均請求割合は 69.62% (SD=17.44)であり、「介護保険」の請求割合が高かった。

表 E-3. 保険別の請求割合 (n=420)

	医療保険	介護保険
最大値	100	100
最小値	0.2	0.8
平均値	30.24	69.62
中央値	27.7	72
標準偏差	17.97	17.44
無回答	17	21

4) 2009年11月の実利用者数・延べ訪問回数 (表 E-4)

訪問介護事業所の調査時点の前月(2009年11月)時点における「実利用者数」は、平均 81.07名 (SD=51.44)であった。また、「延べ訪問回数」は、平均 462.55回 (SD=294.41)であった。

表 E-4. 調査前月の「実利用者数」と「延べ訪問回数」(n=420)

	実利用者数	延べ訪問回数
最大値	340	2,170
最小値	1	2
平均値	81.07	462.55
中央値	69	412
標準偏差	51.44	294.41
無回答	17	27

5) 吸引を実施している利用者数及び利用者の保険別人数 (表 E-5)

訪問看護事業所(420か所)において「吸引を実施している利用者数」は、計 3226名で一事業所あたりの平均利用者数は 8.38名 (SD=8.02)であった。また、この設問における無回答者を除く 385名の回答から、「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」の平均は 4.85名 (SD=5.07)、「介護保険での利用者数」の平均は 4.81名 (SD=4.88)とやや「医療保険」の利用者が多かったが、ほぼ近似した利用者数であった。

表 E-5. 吸引を実施している利用者数及び利用者の保険別人数

	吸引を実施している利用者数 n=420	医療保険での利用者数 n=385	介護保険での利用者数 n=385
最大値	63	54	36
最小値	1	1	1
平均値	8.38	4.85	4.81
中央値	6	3	3
標準偏差	8.02	5.07	4.88
無回答	35	62	101