

在宅療養を推進するための 訪問看護技法の開発に関する 研究報告書

平成12年3月

社 団 法 人 全国訪問看護事業協会
本委員会委員長 竹 中 浩 治
主任研究員 川 村 佐 和 子

研究組織

本委員会

委員長 竹中浩治 (全国訪問看護事業協会)
主任研究者 川村佐和子 (東京都立保健科学大学)
委員 西島英利 (日本医師会)
委員 山崎摩耶 (日本看護協会)
委員 平林勝政 (國學院大學法学部)
委員 廣井良典 (千葉大学経済学部)
委員 草刈淳子 (千葉大学看護学部)

小委員会

(50 音順)

委員 川村佐和子 (東京都立保健科学大学)
委員 数間恵子 (東京医科歯科大学・東京大学)
委員 川越博美 (聖路加看護大学)
委員 草刈淳子 (千葉大学)
委員 曽根田靖昭 (杉並区医師会)
委員 平林勝政 (國學院大學)
委員 山崎摩耶 (日本看護協会)

研究協力者

尾崎章子 (東京都立保健科学大学)
本道和子 (東京都立保健科学大学)
松下祥子 (東京都神経科学総合研究所)

聞き取り調査協力機関

50 音順：敬称略

横浜市西区医療センター居宅支援ステーション訪問看護ステーション

訪問看護ステーション丸子の里

仁愛訪問看護センター

すみれ訪問看護ステーション

横浜市港北医療センター訪問看護ステーション

東京都立神経病院在宅診療室

わかば訪問看護ステーション

訪問看護ステーションまごころ

セコム株式会社 医療事業部

目的

在宅医療の進展に伴い、様々な医療処置を継続しながら在宅療養する人々が増加している。訪問看護婦は、これらの人々が安全な在宅療養生活を営めるよう支援する重要な役割を持っている。われわれはこれまで、訪問看護の質の向上に資することを目的として、訪問看護婦が医療的行為を実施する方法や実施上の課題などについて研究を行ってきた。そのなかで、在宅において訪問看護婦が医療処置を安全に実施するうえで、特に、医師からの指示の受け方や責任などに関して、医療機関内で行われている方法では対応が困難であることを明らかにしてきた。

この問題を解決する方法として、在宅での医療処置や医療器具の管理を必要とする療養者に対して、安全に療養支援を行うために、訪問看護婦の判断基準や医師との連絡基準などを示した「医療処置管理看護プロトコール（以下、看護プロトコールという）」を作成した。これらの「看護プロトコール」は、在宅医療として認められている医療処置を中心とした14種類について、各領域の看護エキスパートと協働している医師の参加を得て作成したものである。14種類の看護プロトコールは次の通りである。在宅自己注射（インスリン）、在宅自己腹膜灌流、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸療法、在宅癌化学療法、在宅経管栄養法、気管カニューレ管理法、膀胱留置カテーテル管理法、人工肛門・人工膀胱管理法、腎瘻・尿管皮膚瘻管理法、癌末期疼痛管理法、褥創管理法。

本研究は、14種類の「看護プロトコール」のうち、訪問看護施設において利用者が多いと推察される医療処置を選び、これらに関する看護プロトコールについて、訪問看護の実践者に実際に使用を依頼し、看護プロトコールの有用性と活用条件を調査し、これらの看護プロトコールについて推敲を開始することである。この調査を基に、さらに本プロトコールを推敲し、医療依存度が高い利用者に対する安全な訪問看護サービスの技法の提案に寄与することを目的としている。

方法

本研究の調査は2種類の方法を用いている。第一段階は、郵送調査であり、第2段階は聞き取り調査である。

I 郵送調査

1. 対象ならびに標本抽出方法と、調査方法

1) 対象

平成 11 年 10 月現在、都道府県知事より指定を受けた訪問看護事業所（以下、訪問看護施設という）3707 カ所を対象として、標本抽出を行った。

2) 標本抽出方法

(1) 無作為抽出法

①全国訪問看護事業協会が所有している名簿から、常勤換算で 3 人以上の規模の訪問看護施設を抽出した。②そして、設置主体によって「医療法人立および医師会立」（972 カ所）と「医療法人立・医師会立以外」（546 カ所）に分類した。併設型・単独型訪問看護施設による看護プロトコールの活用状況を検討するため、それぞれがほぼ同数になるように、「医療法人立および医師会立」は 1 / 10、「医療法人立・医師会立以外」は 1 / 5 の比率で、調査地域が偏らないよう、それぞれ 98 カ所、110 カ所の計 208 カ所の事業所を抽出した。

(2) 調査協力施設の参加

全国訪問看護事業協会主催の管理者研修会に参加した 100 カ所の施設の管理者に本調査の協力を求めた。協力の意を表明した 18 カ所の施設のうち、(1) と 重複している施設を除いた 15 カ所とした。

(3) 最終の調査対象

(1) と (2) を合計した計 223 カ所を最終的な調査対象とした。

3) 調査方法

(1) 調査用看護プロトコールの選択

平成 10 年度厚生省「在宅療養を推進するための条件整備に関する研究班」において作成された 14 種類の看護プロトコールのうち、利用ニーズが多いと考えられる「在宅経管栄養法」「膀胱留置カテーテル管理法」を選んだ。

(2) 調査手続き

選択した調査対象者には次の 5 種類の書類を郵送した。

①調査趣意書

②調査票

③調査用看護プロトコールとして「在宅経管栄養法」「膀胱留置カテーテル管理法」、

④「雑誌かんご 1999 年 9 月号別刷」

⑤返信用封筒

なお、「雑誌かんご 1999 年 9 月号別刷」は、平成 10 年度厚生省老人健康増進等事業「在宅療養を推進するための条件整備に関する研究」における看護プロトコール作成の方法および構成に関する報告である。

2. 調査期間

調査期間は平成 11 年 12 月上旬～ 12 年 3 月上旬までとし、送付した 2 つの看護プロトコールを、原則として平成 12 年 1 月 1 日～ 31 日までの 1 ヶ月間活用した後、これらに対する評価を依頼した。

3. 調査内容

調査内容は次の通りである。

1) 訪問看護施設に関する基本情報

施設の所在地

設置主体

職員数

平成 11 年 11 月の月間利用者数および訪問看護件数

施設が指示書を受けている医師数

重症者管理加算の届け出状況

在宅療養指導管理料および医療器具使用に関する利用者数（平成 11 年 11 月）

とそれらについての標準看護計画の有無

2) 調査用看護プロトコールの活用状況

看護プロトコールを活用した場面

看護プロトコールを適用した療養者

医師との連携における活用状況

3) 評価、看護プロトコールの有用性に関する意見

以下の項目には、調査期間に調査用看護プロトコールを活用したか否かにかかわらず、回答を求めた。

訪問看護活動における有用性

訪問看護婦の教育における有用性

医師との連携における有用性

利用者への看護サービスを提示するためのツールとしての有用性

訪問看護サービスの質の評価指標としての有用性

4) さらに聞き取り調査に協力する意志の有無

各設問に対する回答は選択肢の択一あるいは複数選択方式、または自由記載方式のいずれかで求めた。

II 聞き取り調査

看護プロトコールに関心が高い訪問看護組織の管理者に面接し、今回作成した看護プロトコールに対する意見を聴取し、詳細な意見および、今後のプロトコール推敲の方法について資料を得る。

1. 対象

看護プロトコールに関心が高い訪問看護組織の管理者として、つぎの3種類の対象を選んだ。

- ① 郵送調査用紙の回答欄に、聞き取り調査に協力する旨を意志表示した施設の管理者
 - ② 以前から看護プロトコールに関心を示していたが、本研究の郵送調査対象外となった施設の管理者
 - ③ 日常的に医療的行為を実施しており、在宅での医療的行為実施方法に関して課題を抱えていると推察される施設の管理者
- 併せて、計9カ所である。

2. 調査期間

平成12年2月～3月まで

3. 調査内容

質問事項は次の通りである。

- ① 訪問看護における看護プロトコールの意義
- ② 看護プロトコールを活用する際に生じるであろう（Iの郵送調査で実際に活用した施設では活用した際に生じた）課題について
- ③ 今後、看護プロトコールを普及・発展させていくために必要と考えられることについて

4. 調査方法

訪問看護施設の管理者に対し、小委員会委員および調査員が個別に訪問して面接、または電話による聞き取りを行う。

結 果

I 郵送調査

1. 回収状況と回答施設の基本情報

1) 回収状況

75 施設から回答があり、回答方法に不備のあった 1 票を除く 74 票を有効回答とした（回収率 33 %、有効票 98.7 %）。

2) 回答施設の概要

所在地は中部地方が 23.0 %と最も多く、ついで近畿地方 21.6 %、関東地方と九州地方がそれぞれ 14.9 %であった。設置主体は医療法人が最も多く 32.4 %、ついで社会福祉法人が 17.6 %、市町村立が 12.2 %、医師会立 9.5 %、看護協会立 4.1 %、大臣認定 2.7 %、厚生連 1.3 %で、それ以外の設置主体が 17.6 % であった。

訪問看護施設と主治医との関係が同じ設置主体である、医療法人立と医師会立を加えた施設は 31 施設（41.9 %）であり、それ以外の設置主体（医師が設置主体ではない）施設は 41 施設（55.5 %）であった。この 2 つの群の比率（回答者比率）は、最終の標本の抽出比率とほぼ同率であった。

看護職員数は、職員数では常勤者（週 40 時間以上）のみでは、1～16 人であり、平均は 3.7 人であった（標準偏差：以下、SD=2.3）。非常勤職員がいる施設は 64 施設（84 %）で、常勤者に換算（1 週の勤務時間と人数をもとに算出）したその人数の平均は 2 名であった（SD=2.1）。

平成 11 年 11 月の 1 ヶ月間の月間利用者数は、6～309 人であり、平均は、66 名であった（SD=49）。同期間内の月間訪問件数は、35～1139 回で、平均 340.7 回であった（SD=216.4）

訪問看護施設が指示書を受けている医師数は、3～104 人で、平均 23.1 人であった（SD=18.2）

「重症者管理加算」の届出状況は、すでに届出をしている施設が 45 施設（61 %）、現在、届出を計画している施設が 5 施設（7 %）で、届出をしていないと回答した施設は 20 施設（27 %）であった。

3) 在宅療養指導管理料および在宅療養指導料の対象である医療処置の実施状況 (表4)

平成 11 年 11 月の 1 ヶ月間に在宅療養指導管理料、在宅療養指導料を算定している利用者がいる施設数をみると、「留置カテーテル」が 50 施設（74 施設中 67.6 %）、「在宅酸素療法」が 45 施設（60.8 %）、「気管カニューレ」が 35 施設（47.3 %）、「在宅自己注射」「在宅成分栄養経管栄養」「人工肛門」がそれぞれ 27 施設（36.5 %）、「在宅成分栄養以外の経管栄養」が 26 施設（35.1 %）、「在宅人工呼吸」が 24 施設（32.4 %）、「在宅自己導尿」「在宅寝たきり患者」19 施設（25.7 %）、「在宅悪性腫瘍」17 施設（23.0

%) の順に多かった。この期間に、在宅療養指導管理料、在宅療養指導料を算定している利用者が全くいないと回答した施設が 2 施設あった。また、無回答が 8 施設 (11 %) あった。

在宅療養指導管理料、在宅療養指導料の対象である医療処置に関する施設内標準看護計画については、74 施設中 42 施設 (57 %) が、いづれかの医療処置に関する施設内標準看護計画を作成していた。有とする施設が多い順に述べると、「留置カテーテル」に関する標準看護計画を持つ施設は 26 施設 (74 施設中 35.1 %) でもっとも多く、「在宅酸素療法」は 19 施設 (25.7 %)、「気管カニューレ」は 15 施設 (20.3 %)、「在宅成分栄養経管栄養」「在宅成分栄養以外の経管栄養」は 14 施設 (18.9 %) であった。これら「留置カテーテル」「在宅酸素療法」「気管カニューレ」「在宅成分栄養経管栄養」は、上述した利用者が多い医療処置の順位と上位 4 位まで一致していた。

さらに、上記の指導管理料、療養指導料の医療処置について、平成 11 年 11 月中に利用者がいた施設が標準看護計画があるかどうかをみると、「人工膀胱」では、利用者がいた 8 施設中 5 施設 (62.5 %) が標準看護計画を持っていた。ついで、同じく、標準看護計画を所持する割合を高い順に示すと、「在宅悪性腫瘍」が 17 施設中 10 施設 (58.8 %)、「留置カテーテル」が 50 施設中 25 施設 (50 %)、「在宅自己疼痛管理」が 6 施設中 3 施設 (50 %)、「経管栄養」が 26 施設中 12 施設 (46.2 %) であった。

これらの医療処置を検討すると 3 分類でき、侵襲が大きい医療的行為（「在宅悪性腫瘍」「在宅自己疼痛管理」）および、複雑な管理を要する医療的行為（「人工膀胱」）、利用者数が多い医療的行為（「経管栄養」「留置カテーテル」）については、利用者がいる施設のほぼ半数が計画を持っていた。

2. 調査用看護プロトコールの活用状況

平成 12 年 1 月 1 ヶ月間に、調査用看護プロトコールを活用した施設は 27 施設 (36.5 %)、活用しなかった施設は 43 施設 (58.1 %) で、無回答が 4 施設あった。

「在宅経管栄養法」と「膀胱留置カテーテル管理法」の 2 つのプロトコールを活用した施設は 20 施設 (27 %)、「経管栄養法」のみの活用が 1 施設 (1.4 %)、「膀胱留置カテーテル」のみの活用が 6 施設 (8.1 %) であった（表 5）。

調査用看護プロトコールを活用した 27 施設において、その活用場面を表 6 に示した。「医療処置を行う上で判断や手順に活用した」が 22 施設 (27 施設中 82 %) と最も多く、「訪問看護婦の現任教育に活用した」が 15 施設 (56 %)、「訪問看護施設での医療処置の実施方法の規準づくりに活用した」が 10 施設 (37 %) であった。

活用した療養者については、「経管栄養法あるいは膀胱留置カテーテルを使用してい

る全ての療養者に活用できた」とした施設が 16 施設 (59 %) であった。

医師との連携における活用では、「医師とは活用しなかった」が 18 施設 (27 施設中 67 %) であった。

訪問看護施設の設置主体別にみると、「医療法人および医師会立の施設」では、11 施設 (31 施設中の 35.5 %)、「医療法人・医師会以外の施設」が 15 施設 (41 施設中の 36.6 %) が活用していた。看護プロトコールをどのような場面や療養者に活用したかについてもほぼ同様の割合であった (表 5, 6)。

他方、活用しなかった 43 施設の背景を見ると、「医療法人および医師会立の施設」が 19 施設 (43 施設中の 44.6 %)、「医療法人・医師会以外の施設」が 23 施設 (52.9 %) でほぼ同様の割合であった (表 7)。さらに、平成 11 年 11 月中の経管栄養法を実施した利用者および膀胱留置カテーテルの利用者をみると、経管栄養法を実施した利用者がいなかった施設が 6 施設、膀胱留置カテーテルを実施した利用者がいなかった施設が 5 施設、両方の利用者がいなかった施設は 5 施設であった (図 1)。

3. 看護プロトコールの有用性に関する意見 (表 8 ~ 10)

1) 訪問看護婦の活用法に関して

訪問看護婦が医療処置を行う際、適切な対応をする上での判断や手順として、看護プロトコールが有用であるかについては、全体のうち 72 施設 (97 %) が「役に立つ」と回答していた。さらに、どのような条件下で有用であるかを尋ねたところ、「訪問看護婦によっては有用」と回答した施設が最も多い (74 施設中 45 施設 61 %)。

2) 医師との連携に関して

訪問看護婦が行う医療処置の判断や実施手順について、医師との共通理解を得ることに看護プロトコールが有用であるかどうかに関しては、「共通理解を得やすいと思う」と回答した施設は 67 施設 (91 %) であった。共通理解が得られやすい状況については、「利用者の状況によっては理解が得られる」と回答した施設が最も多かった (41 施設 55 %)。

3) 医師からの指示受けに関して

看護プロトコールが医師からの指示を受けることに有用であるかについては、「役に立つと思う」と回答した施設は 66 施設 (89 %) であった。有用となる条件については、「訪問看護婦によっては有用」と回答した施設が 37 施設 (50 %)、「療養者の病状によっては有用」が 36 施設 (49 %) であった。

4) 訪問看護施設内の規準作成について

訪問看護婦の医療処置実施方法について、訪問看護施設内の規準作成に看護プロトコールが有用であるかについては、「活用できる」と回答した施設は 68 施設 (92 %)、「どちらともいえない」が 4 施設 (5 %) で、「活用できない」と回答した施設はなかった。

5) 現任教育への活用について

看護プロトコールが訪問看護婦の技術水準を担保するための教育に活用に有用であるかについては、「活用できる」と回答した施設は 69 施設 (93 %) と「活用できない」が 1 施設 (1 %) であった。そして現任、新任を問わず「全てのスタッフに活用できる」と回答した施設は 55 施設 (74 %) であった。

6) 利用者の理解を得ることについて

利用者に対し、訪問看護婦の医療処置実施方法について、看護プロトコールを用いて説明することにより、利用者が訪問看護施設の看護サービスに対する理解を得るのに有用であるかについては、「得やすいと思う」と回答した施設は 42 施設 (57 %) で、「得やすいとは思わない」が 3 施設 (4 %)、「どちらとも言えない」が 27 施設 (36 %) であった。

7) 訪問看護施設に対する第3者の質評価について

訪問看護施設において看護プロトコールを活用していることが、第3者による看護サービスの質の評価の指標として有用であるかについては、「役に立つと思うある」と回答した施設が 57 施設 (77 %)、「どちらとも言えない」が 14 施設 (19 %) で、「役に立つと思うない」と回答した施設はなかった。

8) 看護プロトコールの有用性に関する意見と、調査用看護プロトコールの活用状況および設置主体による傾向について（表 9, 10）

調査用看護プロトコールを実際に活用したかどうかによって、上記 1) から 7) までの看護プロトコールの有用性に関する意見が異なるかみると、活用した施設においては、全施設が「訪問看護婦が適切な対応する上で判断になる」「現任教育に活用できる」と回答していた。また、訪問看護施設の設置主体別でも、医療法人・医師会立、それ以外の設置主体でも同様の回答であった。

II 聞き取り調査

1. 調査対象施設の基本情報

所在地は、関東地方が7カ所と最も多く、中部地方2カ所であった。設置主体別では、公立が1カ所、社会福祉法人立および企業がそれぞれ1カ所、その他が6カ所であった。

2. 訪問看護における看護プロトコールの意義

最も多かったのは、訪問看護婦が療養者の自宅において医療処置を行う際の判断や実施手順として意義があるとの意見であった。特に長期療養者の場合に慣れに伴う先入観で、療養者の状態の観察や判断に不足が生じる危険性をこれを活用することにより回避できるという意見があった。

看護プロトコールが訪問看護婦に対する教育に活用できるとの意見も全員から聞かれた。思考過程を振り返ることができるため、個別の訪問看護婦の知識や経験の差によって、在宅療養者のアセスメント項目や判断結果に影響が生じてしまう現状を是正できるという考えであった。

また、医師との間において、基本的な看護内容に関する双方の確認に活用できるとの意見もあったが、全ての医師との連携は現状では困難であり、医師に訪問看護活動への理解があることを活用の条件として述べていた。一方、医師・看護職間の役割分担と責任を明確化し、医師との業務上の契約を行うもの（協定）として有用であるとの意見もあった。

加えて、現在、情報開示へのニーズが高まっていることから、療養者に対する看護サービスを提示していく上で、これを活用していくことができるという意見もあった。既に、利用者との間で訪問看護サービスの契約を行っている施設の管理者からは、看護プロトコールの項目を基本に、看護サービスの内容や実施方法のひとつひとつについて利用者と話し合いを行ない、その結果を利用者個別に応じたプロトコールとして再確認のために提示できるのではないかという意見があった。

さらに、看護職が自立していくためには、看護の機能は何かを学問的根拠を持って表現することが必要であり、看護プロトコールはそれに当たると述べた管理者もいた。

3. 看護プロトコールを活用する際に、生じるであろう（Iの郵送調査で実際に活用した施設では活用する際に生じた）課題について、および今後、看護プロトコールを普及・発展させていくための方法について

意見は看護プロトコール自体に関する課題、医師との間での活用法に関する課題、訪問看護施設での使用法に関する課題に大別された。

看護プロトコール自体に対する意見としては、表現・記載に関する意見のほか、個別の療養者に対してそのまま、適用が困難であるというものであった。また、複数の

医療処置を実施している療養者に対する判断や実施手順の優先順位についての看護プロトコールも必要であるとの意見もあった。

医師との活用に関する意見では、『医師への報告基準』は医師と活用しやすい、医師の交代があった場合に、提供していたサービスの内容や方法を継続するのに役に立つとの意見もあったが、看護自体の理解を得られない場合、看護プロトコールについても活用できないとする意見が多く聞かれた。今後、地域において看護プロトコールを理解・普及させていくために、医師と看護職間で勉強会を行う必要があるという意見があった。

訪問看護施設での使用法に関しては、使いこなすには訪問看護施設の努力が必要、マニュアルのとおりにしか活動できない看護婦が生じる可能性がある、また非常勤職員の多い施設の場合、非常勤職員の意欲や責任感の点から施設のなかでどのように普及・活用していくかが課題であると述べた管理者もいた。

考 察

本研究では、「在宅経管栄養法看護プロトコール」と「膀胱留置カテーテル管理法看護プロトコール」について、訪問看護施設において実際に使用を依頼し、看護プロトコールの有用性と活用条件を調査した。さらに、その詳細について聞き取り調査によって補った。

1. 看護プロトコールの有用性について

看護プロトコールの有用性については、活用した施設、しなかった施設にかかわらず、ともに有用であるとの意見が得られた。「訪問看護婦が医療処置を行う際に、適切な対応するまでの判断に役立つ」「訪問看護婦が行う医療処置の実施手順について、医師との共通理解が得やすい」「医師からの指示受けに役立つ」「訪問看護施設での規準づくりに役立つ」「訪問看護婦の教育に役立つ」には、ほぼ9割以上の施設が役立つと回答していた。「第3者による施設の看護の質を評価する指標として役に立つ」には7割以上の施設で役立つと回答していた。

「利用者の施設に対する訪問看護方法の説明に役立つ」には5割の施設が役立つと回答しており、「役に立たない」あるいは「どちらともいえない」と回答した施設からは、高齢者が多いため、地域性として利用者が説明を希望しない、用語が専門的で利用者に分かりにくいとの意見があった。しかし聞き取り調査において聞かれた意見のように、情報開示へのニーズの高まりから、療養者に対して看護サービス内容を提示す

ることが今後求められてくると予想され、今後、この活用について関心が高まると推測された。このような説明に活用できるツールとしての推敲も必要である。

また、「医療法人・医師会立」施設と「それ以外の設置主体」施設に回答を分類したが、有用であるとの意見がほぼ同率であった。さらに、実際に看護プロトコールを活用した施設数についても、両者とも同様の活用率であった。

これらのことから、回答した訪問看護施設では、今回提示した看護プロトコールの有用性を認めていると判断した。

2. 調査用看護プロトコールの活用状況について

1) 活用割合について

調査用看護プロトコールを活用した施設は 27 施設で全体の約 4 割であった。活用しなかった 43 施設では、活用しなかった理由について明記されていなかったものがほとんどであったが、試用期間中（平成 12 年 1 月 1 ヶ月間）に「在宅経管栄養法」「留置カテーテル管理」を必要とする対象者がいなかつたと記載していた施設があった。ちなみに平成 11 年 11 月の 1 ヶ月間利用者でみると、「在宅経管栄養法」「留置カテーテル管理」を必要とする対象者がともにいなかつた施設は、5 施設であった。期間が多少異なっていたことを考慮しても、回収施設のうち 5 施設（7%）が活用できる条件を持っていなかつたことが推察された。

2) 活用場面について

活用は、訪問看護婦自身の活動に関する項目が多く、ついで医師との連携に関する項目であった。

看護婦自身の活動に関する項目は、「訪問看護婦が医療処置を行う上での判断や実施手順に活用した」（活用した 27 施設の 22 施設（82%））、「訪問看護婦の現任教育に活用した」が 15 施設（56%）であり、これは聞き取り調査でも同様の結果であった。今回は、訪問看護婦自身の活動や教育に着眼された活用が多かったといえよう。

郵送調査対象は、設置主体によって「医療法人立および医師会立」「医療法人立・医師会立以外」に分類した際、それぞれがほぼ同数になるように抽出を行った。回答を得た施設は同じ分類法で、ほぼ 1 : 1 であり、医師（主治医）と訪問看護婦の組織的な関係が異なる 2 群は、同じ比率で活用されていた。一般には、医師と訪問看護婦が同じグループの組織にある場合には、医師の指示を受けることが容易であり、医師と訪問看護婦の組織が異なると、医師の指示を受ける際困難があるといわれているが、本看護プロトコール活用は、指示を受ける上での問題解決による影響をもてるのではないかと推察される。この観点からの推敲も必要であろう。

さらに、「医師からの指示受けに際して活用できた」のは 27 施設中 5 施設であった。

医師との関係で、活用しなかった理由としては、看護規準や看護手順書に理解を示す医師が少ない（いない）と記載した施設が多かった。この理由を、聞き取り調査において、看護プロトコールについて医師と話し合いをもった2カ所の施設での意見を基に推察すると、1つには、看護婦自身が看護プロトコールについて未消化であり、普及もされていない状況下で、医師に十分な説明ができなかつたことや、今回提示した看護プロトコールを、利用者個別性を加味したものとして、うまく作り替えることができなかつたことがあげられた。ついで、2つには、医師側から利用者個別性がないプロトコールは使えないという趣旨の意見や、看護婦が未消化なツールを積極的に活用する気持ちになれないという意見がだされていた。

今後は、看護婦側が積極的に活用し、実際的に修正して、医師との協力関係を円滑にできるツールとして発展させることが必要である。

3. 看護プロトコールの推敲に関して

本調査の結果、今回示した看護プロトコールに関しては、訪問看護従事者はその多数が有用であると回答し、活用に関しては積極的で、関心が強いことを推察できた。

調査対象施設では、すでに施設内の標準看護計画を作成している施設が42施設（57%）あった。それぞれの施設内標準看護計画は、今回提示した看護プロトコールと類似の内容であった。そこで、施設内標準看護計画を施設内看護プロトコールと呼び名を変更してみる。

既に作成されている施設内看護プロトコールの医療処置項目では、「人工膀胱」「留置カテーテル」「在宅悪性腫瘍」「在宅自己疼痛管理」「経管栄養」に関するものが多く、これらの利用者にサービスしている施設では半数以上がそれぞれの処置項目毎の施設内看護プロトコールを有していた。施設内看護プロトコールは、その医療処置を行う利用者が多数である処置や複雑である処置、利用者に対する侵襲が大きい処置について作成されている場合が多かった。

施設内看護プロトコールを持たない施設は32施設（43%）あり、そのうち、平成11年11月1ヶ月間に前述の医療処置を要する利用者がいない施設は2施設であった。そして、自由記載欄には、施設内看護プロトコールを作成していない理由として、利用者が少ないと、医療処置を必要とする利用者がいないことなどの記載がみられた。

これらのことから、その訪問看護施設の利用者が医療処置を実施している場合には、施設毎、医療処置別に施設内看護プロトコールを必要に迫られて作成していると推察された。このことから、今後、施設間共通の基準となる看護プロトコールは、それぞれの訪問看護施設が医療処置を必要とする利用者に対応する際に、施設内看護プロトコールを作成することを容易にするツールとして有用性を發揮すると考えられる。

しかし、昨年度作成した看護プロトコールは14種類のみであり、それぞれの医療

処置についても、利用者の病態や年齢などを考慮した内容のプロトコールが必要である。地域特徴をふまえたプロトコールの作成も必要である。また、家族に生じている健康問題をアセスメントし解決に導くためのプロトコールの作成も看護の課題である。

今後は、さらに分化したプロトコールを作成する必要性がある。また、広域的な観点に立つ看護プロトコールを地域別や施設別、利用者別に活用していく方法についても体系化して伝達していくことが必要である。

4. 今後の課題

今回提示した看護プロトコールは、医師からの指示を客観的に、受けていくために一つのモデルとして作成したものであるから、今後は訪問看護婦自身の活動にとっての有用性を見いだすだけでなく、医師との共通理解を促進できるツールとしてのあり方を検討していく必要がある。その前提として、まず、訪問看護婦の理解と活発な活用を促進していくことが必要であり、実践での練り上げが必要となる。具体的には、以下の課題に取り組むことが必要であると考えられる。

1) 訪問看護活動における有用性を促進するための推敲

- ・既成のプロトコールの充実：EBN
- ・14種類以外の項目に関するプロトコールの作成
- ・病態別などの分化したプロトコールの作成
- ・家族に生じている健康問題をアセスメントし解決に導くためのプロトコール
- ・訪問看護婦の教育に役立つための推敲
- ・利用者に訪問看護活動を解説するためのツールとしての開発

2) 実践的な普及と推敲

- ・看護プロトコールの実践的な普及活動
- ・看護プロトコールの実践的な推敲

3) 医師との協力関係を円滑にできるツールとしての推敲

- ・医師からの指示を受ける際の試用的な検討と推敲
- ・医師側からの意見の聴取とプロトコールへの反映

4) 福祉職との関係を円滑にするためのツールとしての開発

- ・介護福祉士、ヘルパーと連携できるツールとしての検討

表1. 訪問看護施設の地域別構成

地 域	施設数	%
北海道	1	1.3
東 北	7	9.5
関 東	11	14.9
中 部	17	23.0
近 畿	16	21.6
中 国	6	8.0
四 国	3	4.1
九 州	11	14.9
沖 縄	0	0
不 明	2	2.7
合 計	74	100

表2. 訪問看護施設の設置主体別割合

	施設数	%
医療法人	24	32.4
医師会	7	9.5
社会福祉法人	13	17.6
市町村等	9	12.2
看護協会	3	4.1
大臣認定	2	2.7
厚生連	1	1.3
日本赤十字	0	0
その他	13	17.6
無回答	2	2.7
合計	74	100

表3. 訪問看護施設の基本情報

N=74

	平均値	SD
看護職員数		
常勤職員数(人)	3.7 ±	2.3
非常勤職員の常勤換算数(人)	2 ±	2.1
利用者数および訪問件数		
月間利用者数(人) *	66 ±	49
月間訪問件数(件) *	340.7 ±	216.4
連携している医師数		
指示書を出している医師数(人)	23.1 ±	18.2
「重症者管理加算」届出状況		
届出済み	45	61
現在、届出を計画中	5	7
届出をしていない	20	27
無回答	4	5

* 月間利用者数および訪問件数は平成11年11月の1ヶ月間とした

表4. 在宅療養指導管理料、在宅療養指導料の医療処置毎の利用者および施設内標準看護計画の有無 N=74

	利用者がいる施設 *	施設内標準看護 計画がある施設 (%)	利用者がいる施設のうち、 看護計画がある施設 (%)
1 在宅自己注射	27	36.5%	10 13.5%
2 在宅自己腹膜灌流	5	6.8%	2 2.7%
3 在宅血液透析	7	9.5%	2 2.7%
4 在宅酸素療法	45	60.8%	19 25.7%
5 在宅中心静脈栄養	16	21.6%	12 16.2%
6 在宅成分栄養経管栄養	27	36.5%	14 18.9%
7 上記以外の経管栄養	26	35.1%	14 18.9%
8 在宅自己導尿	19	25.7%	7 9.5%
9 在宅人工呼吸	24	32.4%	12 16.2%
10 在宅持続陽圧呼吸	6	8.1%	2 2.7%
11 在宅悪性腫瘍	17	23.0%	12 16.2%
12 在宅自己疼痛管理	6	8.1%	6 8.1%
13 在宅慢たきり患者	19	25.7%	10 13.5%
14 人工肛門	27	36.5%	10 13.5%
15 人工膀胱	8	10.8%	6 8.1%
16 気管カニューレ	35	47.3%	15 20.3%
17 ドレンシチューブ	6	8.1%	6 8.1%
18 留置カテーテル	50	67.6%	26 35.1%

* 平成11年11月の1ヶ月間の数値

表5. 設置主体別の調査用看護プロトコールの活用状況

	施設数	全体 %	医療法人・医師会立 施設数 %	その他の設置主体 施設数 %		施設数	設置主体不明 % %
				15	36.6		
活用した	27	36.5	11	35.5	29.0	11	26.7
両方を活用した	20	27.0	9	0	0.0	1	2.4
経管栄養法のみを活用した	1	1.4	0			1	0
膀胱留置カテーテルのみを活用した	6	8.1	2	6.4	6.4	3	11.1
どちらも活用しなかった	43	58.1	19	61.3	23	56.1	0
無回答	4	5.4	1	3.2	3	7.3	50.0
総数	74	100.0	31	100.0	41	100.0	2 100.0

表6. 設置主体別のプロトコールの活用状況

<重複回答>						
	全体 n=27	医療法人立・医師会立 n=11	その他 n=15	設置主体不明 n=1	施設数 % n=1	施設数 % n=1
	施設数 % n=27	施設数 % n=11	施設数 % n=15	施設数 % n=1	施設数 % n=1	施設数 % n=1
看護プロトコールをどのような場合に活用したか						
医師からの指示受けに際して活用した	5 19	2 18	3 20			
医師に対し、責施設が提供する看護サービスについての説明に活用した	4 15	2 18	2 13			
医療処置を行うまでの判断や手順に活用した	22 82	7 84	15 100			
責施設での医療処置の実施方法の標準づくりに活用した	10 37	4 38	6 40			
訪問看護婦の現任教育に活用した	15 56	5 48	10 67			
医療処置を行う際、利用者への説明に活用した	6 22	4 38	2 13			
その他	1 4	0 0	1 7	1 100		
どのような療養者に活用したか						
経管栄養法、あるいは膀胱留置カテーテルを使用している全ての療養者に活用できた	16 59	8 73	8 53	1 100		
新しく関わる療養者には活用できた	6 22	2 18	4 27			
長期に関わっている療養者には活用できた	7 26	4 38	3 20	1 100		
疾患によっては活用できた	2 7	2 18	0 0			
その他	2 7	1 9	1 7			
医師との連携における看護プロトコールの活用状況						
協働する全ての医師と活用できた	5 19	3 27	2 13			
活用しない医師もいた	4 15	2 18	2 13			
医師とは活用しなかった	18 67	6 55	12 80	1 100		

表7. プロトコールを活用しなかった
施設の背景

設置主体	施設数	%
医療法人	17	40.0
医師会	2	4.6
市町村	7	16.0
社会福祉法人	7	16.0
厚生連	1	2.3
看護協会	2	4.6
大臣認定	0	0
その他	6	14.0
不明	1	2.3
合計	43	100

表8. 看護プロトコールの有用性に関する意見

N=74

<重複回答>

	施設数	割合
訪問看護婦が適切な対応をする上での判断の根拠になるか なる	72	97%
どのような場面でも有用	32	43%
緊急時に特に有用	11	15%
緊急時以外に有用	5	7%
療養者の病状によっては有用	36	49%
訪問看護婦によっては有用	45	61%
その他	7	9%
ならない	2	3%
無回答	0	0%
医師との共通理解が得やすいか 得やすい	67	91%
どんな医師でも得やすい	10	14%
医師によっては得られる	30	41%
利用者の状況によっては得られる	41	55%
得やすいとは思わない	3	4%
無回答	4	5%
医師からの指示を受ける際に役立つか 役立つ	66	89%
どのような場面でも有用	23	31%
緊急時に特に有用	15	20%
緊急時以外に有用	10	14%
療養者の病状によっては有用	36	49%
訪問看護婦によっては有用	37	50%
役に立たない	4	5%
無回答	4	5%
施設内での規準づくりに活用できるか		
活用できる	68	92%
活用できない	0	0%
どちらとも言えない	4	5%
無回答	2	3%
技術水準を一定に保つための現任教育に活用できるか 活用できる	69	93%
全てのスタッフに活用できる	55	74%
新任スタッフの教育に活用できる	14	19%
現任スタッフの教育に活用できる	11	15%
活用できない	1	1%
無回答	4	5%
利用者の看護サービスに対する理解が得やすくなる 得やすいと思う	42	57%
得やすいとは思わない	3	4%
どちらとも言えない	27	36%
無回答	5	7%
第3者による施設の質評価の指標として役立つか 役立つと思う	57	77%
役立たないと思う	0	0%
どちらとも言えない	14	19%
無回答	3	4%

表9. 活用状況別にみたプロトコールの有用性に関する意見

<重複回答>
N=70 (活用状況に関して無回答の4施設を除く)

	活用した n=27		活用しなかった n=43	
	施設数	%	施設数	%
訪問看護婦が適切な対応をする上での判断の根拠になるかなる	27	100	41	95
どのような場面でも有用	13	48	17	40
緊急時に特に有用	5	19	5	12
緊急時以外に有用	2	7	3	7
療養者の病状によっては有用	11	41	22	51
訪問看護婦によっては有用	17	63	26	60
その他	2	7	5	11
ならない	0	0	1	2
無回答	0	0	1	2
医師との共通理解が得やすいか得やすい	26	97	38	88
どんな医師でも得やすい	5	19	5	12
医師によっては得られる	13	50	16	38
利用者の状況によっては得られる	14	54	24	56
得やすいとは思わない	0	0	3	7
無回答	8	30	2	5
医師からの指示を受ける際に役立つか役立つ	24	89	38	88
どのような場面でも有用	11	46	12	28
緊急時に特に有用	7	30	7	16
緊急時以外に有用	5	21	5	12
療養者の病状によっては有用	11	46	21	49
訪問看護婦によっては有用	14	59	22	51
役に立たない	2	7	2	5
無回答	1	1	3	7
施設内での規準づくりに活用できるか	26	96	39	90
活用できる	26	96	39	90
活用できない	0	0	0	0
どちらとも言えない	1	1	2	5
無回答	0	0	2	5
技術水準を一定に保つための現任教育に活用できるか	27	100	38	88
活用できる	23	85	29	68
全てのスタッフに活用できる	23	85	29	68
新任スタッフの教育に活用できる	3	1	10	23
現任スタッフの教育に活用できる	4	2	7	16
活用できない	0	0	1	2
無回答	0	0	4	9
利用者の看護サービスに対する理解が得やすくなる	17	63	23	53
得やすいと思う	17	63	23	53
得やすいとは思わない	1	1	2	5
どちらとも言えない	9	33	16	37
無回答	0	0	4	9
第3者による施設の質評価の指標として役立つか	23	86	32	74
役立つと思う	23	86	32	74
役立たないと思う	0	0	0	0
どちらとも言えない	4	15	8	19
無回答	0	0	3	7

表10. 設置主体別にみたプロトコールの有用性に関する意見

<重複回答> N=72(設置主体不明2施設を除く)

	医療法人立・医師会立 n=31		その他 n=41	
	施設数	%	施設数	%
訪問看護婦が適切な対応をする上での判断の根拠になるか				
なる	30	97	40	98
どのような場面でも有用	14	47	17	43
緊急時に特に有用	3	10	8	20
緊急時以外に有用	1	3	4	10
療養者の病状によっては有用	15	50	20	50
訪問看護婦によっては有用	19	63	24	60
その他	3	10	4	10
ならない	1	3	1	2
無回答	0	0	0	0
医師との共通理解が得やすいか				
得やすい	29	94	37	90
どんな医師でも得やすい	6	21	4	11
医師によっては得られる	9	31	20	54
利用者の状況によっては得られる	19	66	22	60
得やすいとは思わない	1	3	1	2
無回答	1	3	3	7
医師からの指示を受ける際に役立つか				
役立つ	28	90	36	88
どのような場面でも有用	9	32	12	33
緊急時に特に有用	4	14	11	31
緊急時以外に有用	2	7	8	22
療養者の病状によっては有用	16	57	20	56
訪問看護婦によっては有用	17	61	19	53
役に立たない	2	7	2	5
無回答	1	3	3	7
施設内での規準づくりに活用できるか				
活用できる	30	97	36	88
活用できない	0	0	0	0
どちらとも言えない	0	0	4	10
無回答	1	3	1	2
技術水準を一定に保つための現任教育に活用できるか				
活用できる	28	90	39	95
全てのスタッフに活用できる	24	86	30	77
新任スタッフの教育に活用できる	7	25	6	15
現任スタッフの教育に活用できる	6	21	4	10
活用できない	0	0	1	2
無回答	3	10	1	2
利用者の看護サービスに対する理解が得やすくなる				
得やすいと思う	19	61	21	51
得やすいとは思わない	1	3	2	5
どちらとも言えない	10	32	17	42
無回答	1	3	1	2
第3者による施設の質評価の指標として役立つか				
役立つと思う	27	87	28	69
役立たないと思う	0	0	0	0
どちらとも言えない	2	7	12	29
無回答	2	7	1	2

表 11. 看護プロトコールを活用する際の課題、および今後普及・発展させていくための方法

- « 看護プロトコール自体に関する意見 »
- 医療機器に関する部分に、その画やイラストがあると分かりやすい。
 - 判断樹が否定形から始まっている場合、進んでいくと2重否定になるところが読みとりにくい。「異常がない」とことのチェックリストとしては使いやすいが、判断樹としては即座に使用できる形式になつていただほうがよい。
 - 訪問など活用したいためにカード式等、携帯しやすい型にしてほしい。
- « 看護プロトコールに対する意見 »
- 個別の療養者に対して直に適用することは困難である。
 - 看護プロトコールは一般化されたものが個別の医療の実施手順について触れていない。
 - 複数の医療処置を行っている患者に対する判断や実施手順の優先順位については触れていない。
 - 記載されているない、予測できない症候群やトラブルが出現することを常に意識して活用する必要がある。例えば、長期人工呼吸療法を行っている筋萎縮性側索硬化症患者では報告されていない症状が出現することがある。
- « 医師との間での活用法に関する意見 »
- 訪問看護婦が医療処置を行なうことを了解している医師とあれば活用できる。
 - 看護プロトコールについても活用できない。
 - 看護プロトコールがどのがどのようなか医師と看護婦間で理解しておくことが活用する前提として必要となる。
 - 今後、地域において看護プロトコールを理解・普及させていくために、医師と看護職間で勉強会を行う必要がある。
- « 訪問看護施設での使用法に関する意見 »
- 多くの看護職者や施設で活用してもらいたい推敲していくことが必要である。
 - 非常勤職員が多いため、意欲や責任感の点から、施設のなかでどのように普及・活用していくかが課題である。

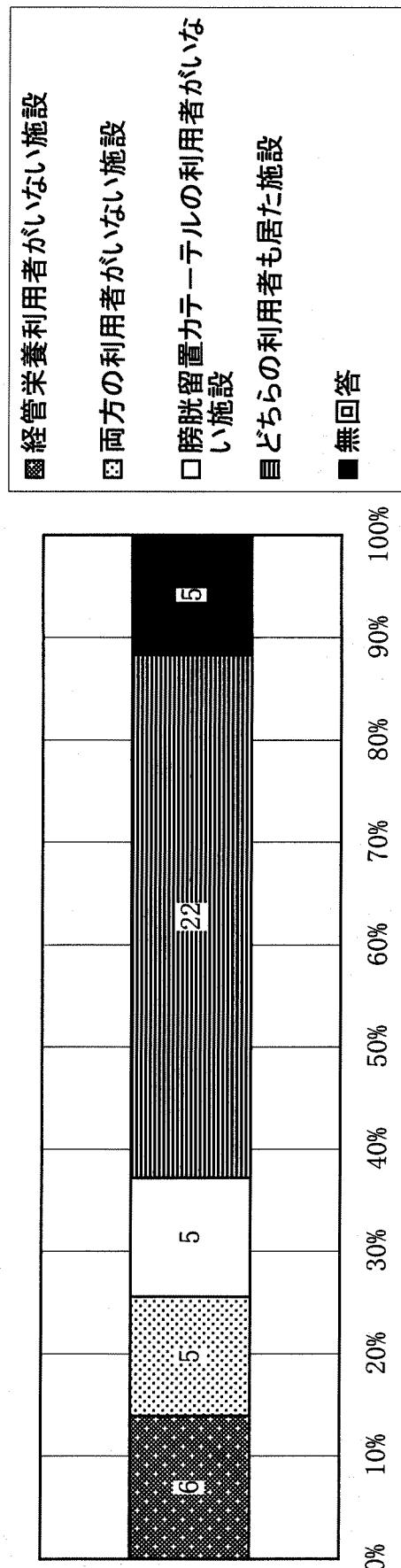


図1. 調査用看護プロトコールを活用しなかった施設の背景 (n=43)

訪問看護における「看護プロトコールの活用および評価」に関する調査票

次の各項目について、該当する番号の〔 〕内に○印を、() に数字や語句をご記入ください。

1. 貴ステーションに関してお尋ねします。

1-1) 所在地についてお教えください。 () 都・道・府・県

1-2) 設置主体は以下のうちのどれですか。

- | | |
|---------------|-------------------------|
| [] 1. 市町村等 | [] 6. 医師会 |
| [] 2. 医療法人 | [] 7. 看護協会 |
| [] 3. 社会福祉法人 | [] 8. 大臣認定 |
| [] 4. 日本赤十字 | [] 9. その他…具体的にお書きください。 |
| [] 5. 厚生連 | () |

1-3) 職員数は何人ですか。

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 常勤 (40時間以上/週) ; | () 人 |
| 非常勤 (パートタイム) ; () 時間/週が () 人 | |
| () 時間/週が () 人 | |
| () 時間/週が () 人 | |

1-4) 平成 11 年 11 月の月間利用者数 : () 名

1-5) 平成 11 年 11 月の月間訪問件数 : () 件

1-6) 貴ステーションに指示書を出している医師 : () 名

1-7) 貴ステーションでは都道府県に「重症者管理加算」の届出をしていますか。

- [] 1. すでに届出をしている。
- [] 2. 現在、届出を計画中である。
- [] 3. 届出をしていない。

1-8) 下記の 1 ~ 18 について、平成 11 年 11 月の利用者数と、貴施設での標準看護計画などがあるかどうかをお教えください。

「重症者管理加算」の届出に関わりなくご記入ください。

	利用者数	標準看護計画	
		[] あり	[] なし
1. 在宅自己注射指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
3. 在宅血液透析指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
4. 在宅酸素療法指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
5. 在宅中心静脈栄養法指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
6. 在宅成分栄養経管栄養指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
7. 10.以外の経管栄養実施患者	() 名	[] あり	[] なし
8. 在宅自己導尿指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
9. 在宅人工呼吸指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
10. 在宅持続陽圧呼吸指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
11. 在宅悪性腫瘍患者指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
12. 在宅自己疼痛管理指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
13. 在宅寝たきり患者処置指導管理料算定患者	() 名	[] あり	[] なし
14. 人工肛門設置患者	() 名	[] あり	[] なし
15. 人工膀胱設置患者	() 名	[] あり	[] なし
16. 気管カニューレ使用患者	() 名	[] あり	[] なし
17. ドレーンチューブ使用患者	() 名	[] あり	[] なし
18. 留置カテーテル使用患者	() 名	[] あり	[] なし

2. 同封した2つの看護プロトコールについてお尋ねします。どちらのプロトコールを活用しましたか。

[] 1. 経管栄養法を活用した。

→ 設問3.に進んで下さい。

[] 2. 膀胱留置カテーテルを活用した。

[] 3. どちらも活用しなかった。

→ 設問4.に進んで下さい

3. 2つの看護プロトコールのいずれか、あるいは両方を活用した(できた)方にお尋ねします。

3-1) 看護プロトコールをどのような場合に活用しましたか。 (あてはまるものすべてに○をつけてください)

[] 1. 医師からの指示受けに際して活用した。

[] 2. 医師に対し、貴施設が提供する看護サービスについての説明に活用した。

[] 3. 医療処置を行うまでの判断や手順に活用した。

[] 4. 貴施設での医療処置の実施方法の規準づくりに活用した。

[] 5. 訪問看護婦の現任教育に活用した。

[] 6. 医療処置を行う際、利用者(療養者および家族)への説明に活用した。

[] 7. その他 ()

3-2) 看護プロトコールは、どのような療養者に活用しましたか。 (あてはまるものすべてに○をつけてください)

[] 1. 経管栄養法、あるいは膀胱留置カテーテルを使用しているすべての療養者に活用できた。

[] 2. 新しく関わる療養者には活用できた。

[] 3. 長期に関わっている療養者には活用できた。

[] 4. 疾患によって活用できた。(疾患名:)

[] 5. その他 ()

3-3) 医師との連携における看護プロトコールの活用状況についてお尋ねします。

[] 1. 協働する全ての医師と活用できた。

[] 2. 活用しない医師もいた。(理由:)

[] 3. 医師とは活用しなかった。(理由:)

4. すべての方にお尋ねします。

4-1) 看護プロトコールは、訪問看護婦が医療処置を行う際に、適切な対応をするまでの判断の根拠として役に立つと思いますか。

[] 1. 役に立つと思う (その理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。)

[] ① どのような場面でも役に立った(立つ)

[] ② 緊急時に特に有用だった(である)

[] ③ 緊急時以外に有用だった(である)

[] ④ 療養者の病状によっては有用だった(である)

[] ⑤ 訪問看護婦によっては有用だった(である)

[] ⑥ その他 ()

[] 2. 役に立たないと思う

その理由 ()

4-2) 看護プロトコールは、訪問看護婦が行う医療処置の判断や実施手順について、医師との共通理解が得やすいと思いますか。

[] 1. 得やすいと思う (あてはまるものすべてに○をつけてください。)

[] ① どんな医師でも得やすいと思う

[] ② 医師によっては得られると思う(医師の条件:)

[] ③ 利用者の状態によっては得られやすいと思う

[] 2. 得やすいとは思わない

その理由 ()

4-3) 看護プロトコールは、医療処置が必要な利用者について、医師からの指示を受ける際に役に立つと思いますか。

[] 1. 役に立つと思う (あてはまるものすべてに○をつけてください。)

[] ① どのような場面でも役に立った (立つ)

[] ② 緊急時に特に有用だった (である)

[] ③ 緊急時以外に有用だった (である)

[] ④ 療養者の病状によっては有用だった (である)

[] ⑤ 訪問看護婦によっては有用だった (である)

[] 2. 役に立たないと思う

その理由 ()

4-4) 看護プロトコールは、貴施設での訪問看護婦の医療処置の実施方法についての規準づくりに (規準を定めるのに) 役立つと思いますか。

[] 1. 役に立つと思う

[] 2. 役に立たないと思う

その理由 ()

[] 3. どちらとも言えない

その理由 ()

4-5) 看護プロトコールは、貴施設での訪問看護婦の技術水準を一定に保つための現任教育に活用することができですか。

[] 1. 活用できる

[] ① すべてのスタッフに活用できる

[] ② 新任スタッフの教育に活用できる

[] ③ 現任スタッフの教育に活用できる

[] 2. 活用できない

その理由 ()

4-6) 利用者に対し、訪問看護婦の医療処置の判断や手順について、看護プロトコールを用いて説明することによって、利用者の貴施設の看護サービスに対する理解が得やすくなると思いますか。

[] 1. 得やすいと思う

[] 2. 得やすいとは思わない

その理由 ()

[] 3. どちらとも言えない

その理由 ()

4-7) 今後、訪問看護施設が提供するサービスの質の評価が重要になってくると思われます。看護プロトコールは、第3者による貴施設の質評価の指標として、役に立つと思いますか。

[] 1. 役に立つと思う

[] 2. 役に立たないと思う

その理由 ()

[] 3. どちらとも言えない

その理由 ()

5. 在宅での医療処置管理の看護プロトコールについて、お考え・ご意見をぜひご記入ください。

ご協力ありがとうございました。今後、聞き取り調査にご協力いただけるご意思がある場合、あるいは調査結果概要をご希望の場合には、それぞれ該当欄に○をつけ、貴施設の名称と住所をご記入下さい。

[] 1. 聞き取り調査に協力する

[] 2. 調査結果概要を希望する

施設名 :

住所 :

寄稿

在宅療養支援のための医療処置管理 看護プロトコール作成に関する研究

(2) プロトコールの作成方法と構成

数間 恵子 (かずま けいこ)

東京医科歯科大学保健衛生学科

川越 博美 (かわごえ ひろみ)

聖路加看護大学

川村 佐和子 (かわむら さわこ)

東京都立保健科学大学

山崎 摩耶 (やまざき まや)

日本看護協会常任理事

医療の在宅化に伴い、訪問看護による療養者支援体制整備が急務とされるが、その一環として、本研究では医療処置管理看護プロトコール作成に関する調査・研究を行った。前号に引き続き、今号ではその看護プロトコール作成の過程と各プロトコールの構成について報告する。

はじめに——訪問看護における安全な 医療処置管理の質の保証・維持機構の必要性

医療法の第2次改正(平成4年4月)に伴う診療報酬制度の変更に伴い、医療の在宅化には著しいものがある。訪問看護の対象者に医療処置(医行為)を要する療養者が増加していることはそれを反映していると考えられ、今後ますますその増加が予測される。このことは、今日の在宅療養は在宅医療が認められる以前とは大きく様変わりし、医療処置の実施・管理を一部に組み込んだ形態へと変貌してきていることを意味していると考えられる。

在宅療養者の医療処置の実施・管理は、それが円滑に行われるかどうかによって療養者のQOLが左右される、極めて重要な問題である。特に、訪問看護では、複数の医師・看護婦が療養者に関わり、かつ看護婦は医師とは距離的に離れた療養者宅でさまざまな判断を行いながら医療処置の実施・管理に関わるという特徴¹⁾から、訪問看護婦による医療処置の実施・管理に関して質の保証・維持のための機構が必要である。

前号で紹介した、訪問看護ステーションにおける「重症者管理加算」²⁾に関する調査³⁾の結果では、その届出をし

ている、していないにかかわらず、該当対象者への対応に必要な看護基準などの整備状況が不十分な実態が明らかになった。

本研究は、訪問看護婦が療養者宅で医療処置を安全に実施・管理できるようにするために、現在、在宅医療として認められている医療処置を中心として、情報収集および具体的な支援の段階での判断過程を示した判断樹を含んだ看護プロトコールを作成することを目的としたものである。

本稿では、看護プロトコール全体の作成過程と、各プロトコールに共通する構成について紹介する。

本研究における用語の定義

1. プロトコール:

施設内基準とも言う。施設内協定書のことであり、学術指針(ガイドライン)、その看護提供施設の運営に関する諸制度、その看護施設のサービスの内容や提供方法などの規範の中で、看護婦が患者の情報を収集し、その情報に基づいて具体的な行為を行う際に指示を与えるもの⁴⁾。

2. 訪問看護における医療処置管理看護プロトコール:

各訪問看護施設が連携医師に、施設として提供できる看護の質(情報収集に基づく判断と具体的な行為)の基準として前もって提示し、実際にそれに準拠して療養者の医療処置の管理支援を行うもの。情報収集項目と支援行為の判断樹を含む。以下、看護プロトコールと言う。

注 1) 平成10年4月より訪問看護ステーションに対して認められた報酬の名称である。医療器具を使用しており特別な配慮を要するものから看護に対する意見を求める場合に、24時間連絡体制、対応可能な職員・勤務体制、および医療機関との密接な連携という条件を整備し、届け出ておくことにより、該当療養者に当該体制にあることを説明し、その体制を実施した場合に加算される。

3. 判断樹:

医療処置を受けている療養者ならびに使用機器類に関して、順次、具体的な情報収集事項を挙げ、それぞれ、該当するか、しないかという2分法に従って、次の情報収集項目あるいは具体的支援行為(医師への報告を含む)に進むような様式で作成された判断支援システム。

一般的な判断基準を示すことが困難なものについては、個別の療養者の状態に基づいて、医師などとの協議によって設定する。

方法

1. 看護プロトコール作成の対象とした医療処置・器具の管理

現在、療養者が自己管理(療養者自身が、あるいは療養者の意思の代行者としての家族が処置を行うこと)が認められている項目として、「在宅療養指導料」算定対象⁴⁾、および「重症者管理加算」算定対象⁵⁾を参考とし、それらを中心として、訪問看護婦による指導、代行などの支援の機会が多いと考えられる以下の項目を選んだ。

1. 在宅自己注射(インスリン療法)
2. 在宅自己腹膜灌流
3. 在宅酸素療法
4. 在宅中心静脈栄養法
5. 在宅自己導尿
6. 在宅人工呼吸*
7. 在宅悪性腫瘍患者(がん化学療法)
8. 在宅経管栄養法*
9. 気管カニューレ
10. 膀胱留置カテーテル*
11. 人工肛門・人工膀胱
12. 腎瘻・尿管皮膚瘻
13. がん末期疼痛管理*
14. 褥創予防・処置*

上記のうち、*を付した5項目は平成9年度に作成したそれぞれの試案⁶⁾をもとに、さらに検討を加えるとともに実践の場で試用し、修正して、看護プロトコールとしての妥当性を高めることとした。

2. 作成方法

1) 作成手順

新規に作成するもの(9項目)

1. 新規9項目については、それぞれの項目に関して在宅での医療処置の実施・管理の知識が深く、自己管理の指導あるいは代行に関して十分な実践経験をもつ看護婦を選ぶ。
2. その看護婦を中心に、最近の学術的成果を基盤として、各医療処置を安全に実施・管理するためのプロトコール原案を、それが連携している医師の意見を取り入れて作成する。
3. それぞれの原案を、相互に検討する機会を設け、他の整合性を図る。

試用・修正するもの(5項目)

1. 昨年度の成果を基礎に、最新の学術的成果を追加する。
2. 試案をそれぞれの関係機関・施設の療養者に適用し、修正する。
3. それぞれの修正案を、相互に検討する機会を設け、他の整合性を図る。

2) 各看護プロトコールの構成の統一方法

看護プロトコール14項目はいずれも以下の理由により、構成を統一することとした。

1. どの項目の看護プロトコールを使用するにあたっても、項目の相違による混乱がなく、同じ考え方で用いることができる。
2. どの項目の看護プロトコールも、それを独立して用いることができる内容を含めること。
3. ただし、それぞれの判断樹が示す過程で、他の看護プロトコールあるいは他の判断樹の一部と重複がある場合には、それを省略し、他のどこを見ればよいかを判断樹の中に明示する形式とする。

なお、どの支援行為の選択に際しても療養者(および家族)からのインフォームド・コンセントを得ることが必要であるが、その過程をすべて示すことは判断樹を繁雑にする。そのため、判断樹の作成にあたっては、その過程をあえて示していないこともある。

【表1】各プロトコールの構成

I. 各プロトコールの目的と作成方法
II. 各プロトコールの適用条件
1. 療養者側の条件
1) その医療処置を要する状態
2) 使用器具・装具
2. 看護婦の条件
1) 看護経験
3. 医師との連携条件
1) 管理協定の締結
2) 平常時の連携
III. 各項目の医療処置療養者に対する看護支援目標
IV. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル
V. アセスメントならびに医師への報告基準
1. 導入検討の段階
2. 維持管理の段階
3. 中止終了の段階
VI. 各項目の医療処置管理判断樹
凡例(記号の意味)および使い方
1. 導入検討の段階
A. 導入検討の段階—全体の判断樹
A-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
A-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
2. 維持管理の段階
B. 維持管理の段階—全体の判断樹
B-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
B-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
3. 中止終了の段階
C. 中止終了の段階—全体の判断樹
C-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
C-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
VII. 各項目の医療処置管理協定書
VIII. 参考文献

3) 看護プロトコールの適用にあたって共通する重要事項の確認方法

14項目の看護プロトコール作成過程を通じた複数回にわたる全体での検討過程ならびに関連プロトコール相互の検討過程において討議された内容から、どの看護プロトコールを適用するにあたっても重要視する必要がある事柄を抽出して整理した。

結果

1. 看護プロトコールの実際

14項目の看護プロトコールは、それぞれ、原則として表1の内容で構成した。

以下、そのいくつかについて説明を加える。

IV. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル:

各項目の医療処置によって療養者に起る可能性がある不都合あるいは困難を、看護の視点から、療養者の生命の安全および療養者と家族のQOLにかかわるものを持めて広く取り上げた。すなわち、各医療処置自体に起因する医学的合併症を始めとして、各医療処置導入による療養者の活動性の低下や生活行動に関するもの、各医療処置に対する療養者および家族の気持ち・受け入れに関するものである。

それらを生命に対する危険の高いものから列挙し、それについて、看護診断の考え方^①に基づいて、原因あるいは関連要因^②として一般的に考えられるものを併記した。

V. アセスメントならびに医師への報告基準:

原則として、1. 導入検討の段階、2. 維持管理の段階、3. 中止終了の段階の3段階に分けて示した。どの段階も、アセスメントは主観的情報(subjective data)と客観的情報(objective data)の両面の情報に基づいて行うこととし、各医療処置に関して該当する事柄を示した。

1. 導入検討の段階は、療養者がその医療処置を必要とする身体状態かどうかをアセスメントするための情報収集項目を示した。医療処置の種類によりその導入が在宅ではなく入院医療として行われることが一般的なもの場合には、この段階を示していない。

2. 維持管理の段階では、アセスメントする領域を以下の4領域で構成した。

- ① 療養者(および家族)のその医療処置に対する気持ち・認識
- ② 指示内容とその実施状況
- ③ 身体障害者福祉法等適用状況
- ④ 医師に報告する異常・トラブル
- ⑤ 身体障害者福祉法等適用状況を、アセスメント領域

注2) 看護診断は、看護ケアを要する療養者(および家族)の状態であり、ケア(はたらきかけ)の方向がそれによって示されるものである。ケア(はたらきかけ)の方向は、不都合あるいは困難の、原因あるいは関連要因と考えられる事柄が推定され、それらの解消が目指されることである。

として設定した根拠は、安定した在宅療養を送るために経済基盤の確立が必要であり、身体障害者福祉法等はその一翼として位置づけられるためである。各プロトコールでは、それぞれの医療処置を要する身体状況のうち、身体障害者福祉法等に関して該当する身体状況の情報を記載した。

④医師に報告する異常・トラブルについては、IV. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブルの項目に従って、それぞれ観察内容を具体的、段階的に設定し、どの段階であれば医師に報告するかを報告基準として、表示した(網かけとした)。

3. 中止終了の段階は、療養者がその医療処置を必要としない身体状態になってきている、あるいは療養者(および家族)がその医療処置を継続することが困難な状況になってきているかどうかをアセスメントするための情報収集項目を示した。医療処置の種類によっては、一般には中止されるがないもの(例えば、中心静脈栄養、腹膜灌流など)については、この段階を示していない。

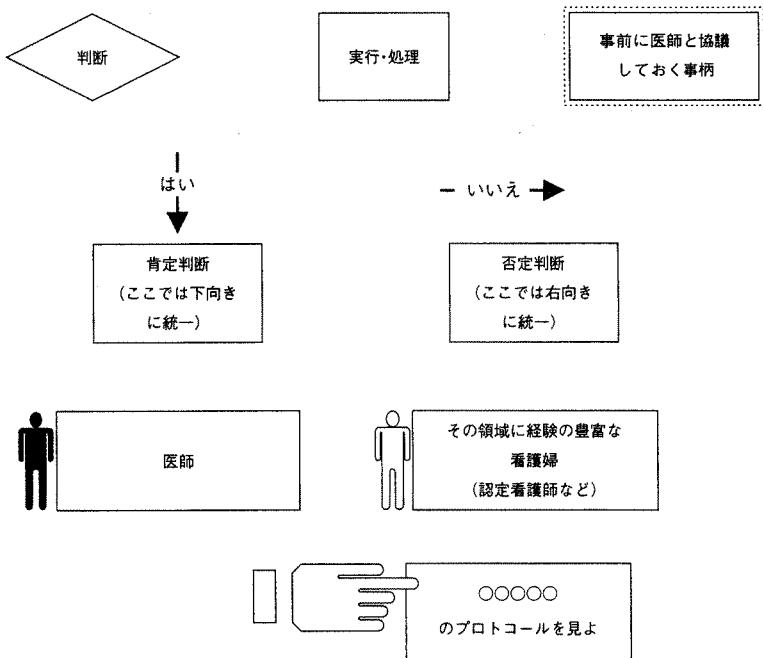
VI. 各項目の医療処置管理判断樹:

各項目の医療処置の管理上で遭遇する、療養者に起こるさまざまな異常・トラブルについて、どのような状態であれば医師に報告するのか、看護婦が対応する場合は何をどこまで行うのかがわかるように示した。

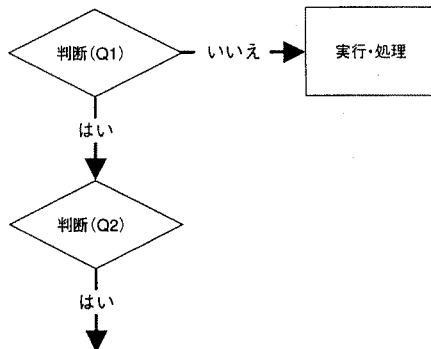
判断樹は、まず判断樹の凡例(記号の意味)と使い方(図1)を示した後、アセスメントで挙げた各段階(導入検討、維持管理、中止終了)ごとにその全体を示し、必要時、枝分かれしてさらに詳細に示すという方式で統一した。アルファベットのA、B、Cがそれぞれ、導入検討、維持管理、中止終了の段階を示し、A-1、A-2…A-n、B-1、B-2…B-nが各段階の具体的な異常・トラブル1…nに対する

【図1】判断樹の凡例と使い方

1. 凡例(記号の意味)



2. 使い方



- 1) 「いいえ」に進んだ場合は、その経路が終了したら、必ずいいえと回答した判断樹(Q1)の直下の判断(Q2)に戻る。
- 2) 実行・処理の内容として、指導あるいは再指導を行った場合は、それを要したQに戻り、指導あるいは再指導によってQが改善したかどうかを確認する。

判断樹をそれぞれ示している。判断項目の問い合わせ(Q)の表現の仕方はすべて、凡例と使い方で示したように、回答の方向を統一(「はい」の場合は縦の方向に進み、「いいえ」の場合は横の方向に進む)した後、それに合うような尋ね方にした。

図2に、全体の判断樹と枝分かれした具体的な異常・トラブルの判断樹との関係がどのようにになっているかを示した。全体の判断樹BのQ1に対する答えが「はい」の場合はQ2に進み、「いいえ」の場合は、判断樹B-1に進む。

B-1 の経路は最終的には全体の判断樹 B の Q2 に戻る。Q2 から Qn についても、この循環を繰り返し、再び Q1 に戻る構造になっている。

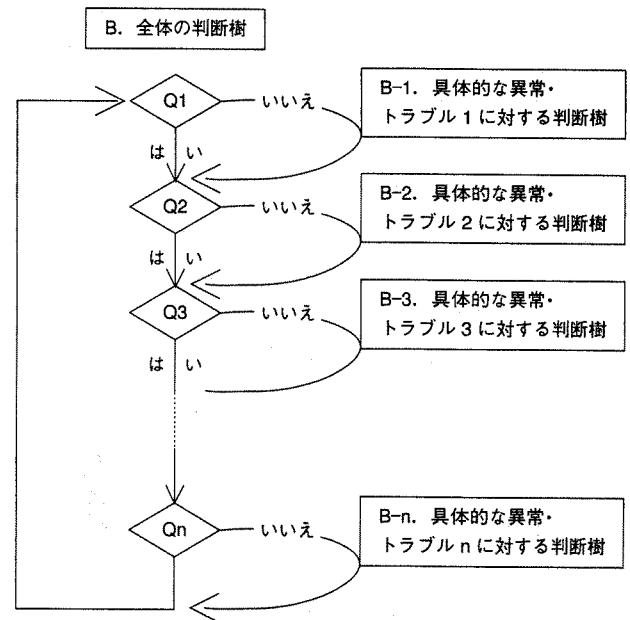
在宅中心静脈栄養法の維持管理段階を例として、全体の判断樹の一部(図3)、および枝分かれした判断樹の設問と看護婦の対応策の一部(図4)を示した。

維持管理段階全体の判断樹は、したがって、Q1 から Qn までについて、それぞれ「はい」に該当する状態を療養者(および家族)が示していれば、合併症や生活行動の縮小がなく、その医療処置に対する療養者(および家族)の受け入れも良好であり、看護支援目標が達成できている状態と言える。

VII. 各項目の医療処置管理協定書:

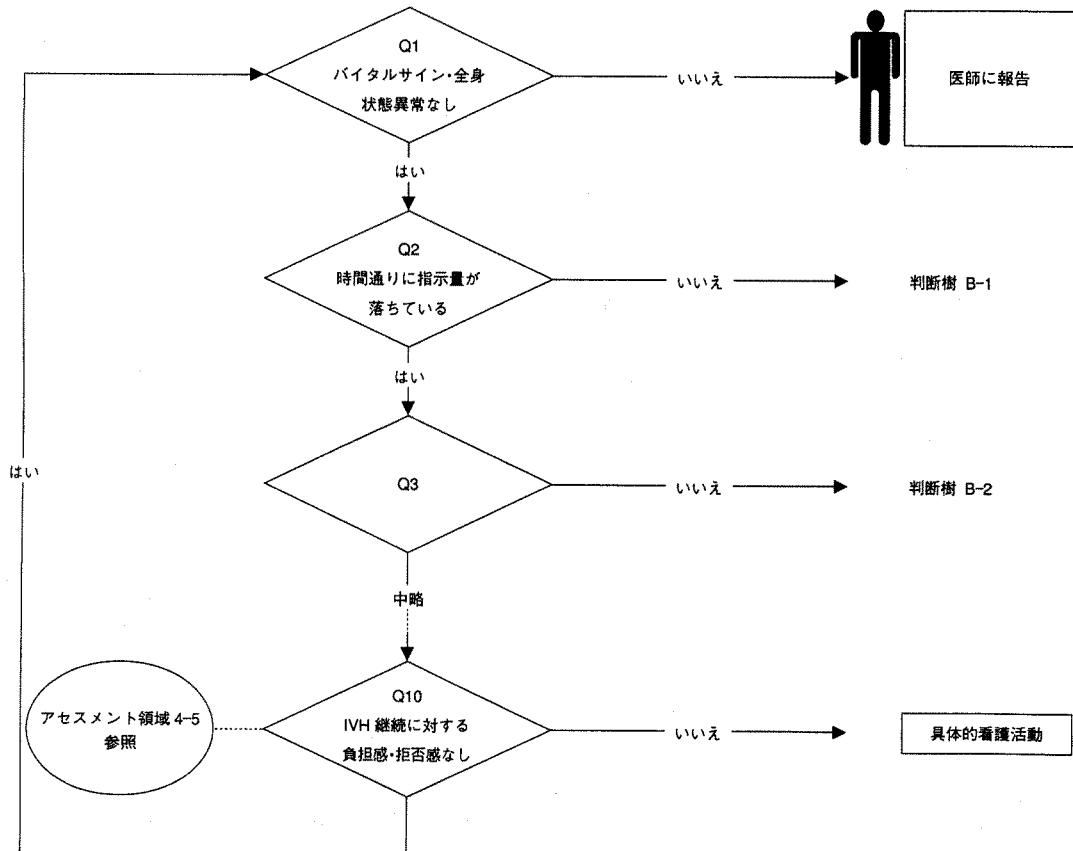
プロトコールの適用条件の項で示した、医師との連携条件として挙げた管理協定の締結を具体化する方策である。各プロトコールを療養者に対して適用する場合には、

【図2】全体の判断樹と枝分かれの判断樹の関係



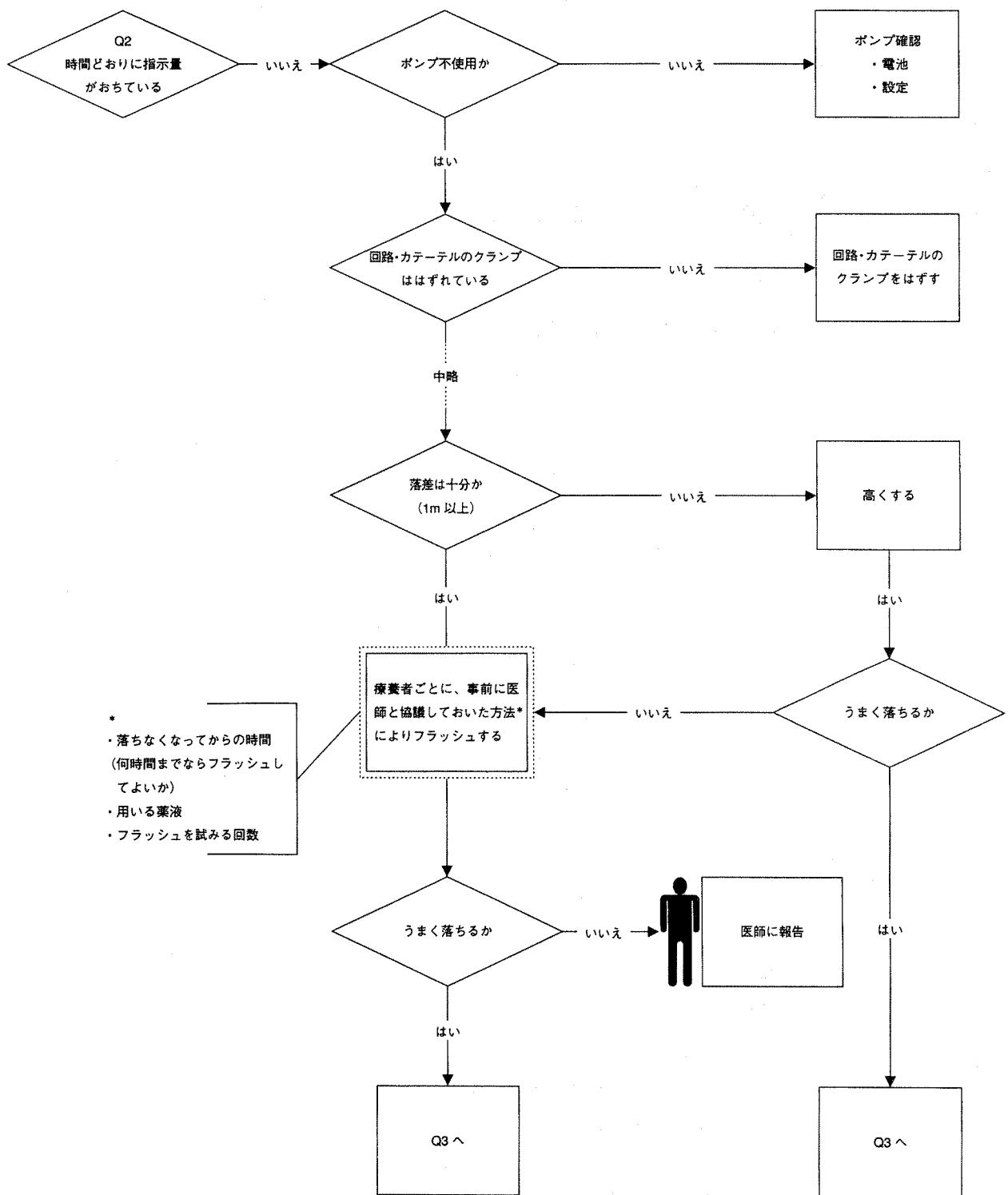
【図3】全体の判断樹の例

B. 維持管理段階全体の判断樹(例)



【図4】具体的な異常・トラブルに対する判断樹の例

B-1. 滴下不良の場合の判断樹



医療処置管理看護プロトコール

8

在宅経管栄養法

I 本プロトコールの適用条件

1 療養者側の条件

1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

経管栄養法を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状況など）として、

- ①脳血管障害等による嚥下困難などで、経口摂取が不可能あるいは不十分な状態。
- ②消化管の炎症や悪性腫瘍などで部分的通過障害が存在するため、経口摂取が困難な状態。
- ③消化・吸収能力が低下している状態あるいは低下の可能性のある状態。
- ④その他、経管栄養法以外に栄養所要量の確保が困難な状態。

2) 使用器具・装具

訪問看護をする以前から経管栄養法が導入されている場合は、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

訪問看護継続中に経管栄養法が必要と判断される場合は、医師・訪問看護婦などで取り決めた器具を用いる。また、施設内処置が必要であれば、入院先の医師・看護婦などとも相談のうえ決めてこととする。

2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅での経管栄養患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①経管栄養法の適応や仕組みについての理解。
- ②経管栄養法に伴う異常・トラブル（Ⅲ参照）についての熟知。
- ③経管栄養法の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
- ④経管栄養法を管理する具体的な技術。
- ⑤在宅での経管栄養法に必要な栄養物、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（成分栄養法の場合は「在宅成分栄養経管栄養指導管理料」による器具・材料についての理解）。
- ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して上記の必要知識、技術を習

得したのちに独立して行うこと。

3 医師との連携条件

1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅経管栄養法管理協定」を書面（p.○○）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

2) 平常時の連携

①主治医と常に連携がとれる体制を準備しておくこと。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

IV 在宅経管栄養療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が経管栄養法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、経管栄養法に伴う問題を経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送れること。

III 在宅経管栄養法に伴う異常・トラブル

在宅経管栄養法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅経管栄養療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

1 栄養カテーテルが挿入されていることに関するもの

1) 咽頭違和感・咽頭痛

原因・関連要因：カテーテルが接している上気道への刺激、上気道の炎症

以下の不適切な管理によるもの

- ・ カテーテルの交換頻度
- ・ カテーテルの材質と太さの選定
- ・ 挿入方法および固定方法
- ・ 口腔内の清潔ケアの頻度・方法

2) カテーテル抜去

原因・関連要因：以下の原因による抜去

- ・ 咳そう反射、不適切な固定・操作による自然抜去
- ・ 意識状態の低下、理解不足、精神的ストレスによる自己抜去

3) 滴下不良（カテーテルの閉塞）

原因・関連要因：以下の不適切な管理によるもの

- ・ 栄養内容、栄養剤の溶解・調整、注入方法、カテーテルやライ

ンの清潔・交換頻度

4) 気道内分泌物の增量

- 原因・関連要因：カテーテルが接している上気道への刺激、炎症
- カテーテルの気管・気管支への誤挿入
- 不適切な吸引の操作
- 不適切なカテーテルの交換頻度

2 腹部症状

1) 腹部膨満、嘔気・嘔吐

- 原因・関連要因：カテーテルが接している部位の刺激、炎症、消化管の損傷
- 栄養注入の不適切な速度・手技
- 排便コントロール不良

2) 下 痢

- 原因・関連要因：消化管の炎症
- 以下の不適切な管理によるもの
 - ・栄養物の選定、栄養物の濃度・溶解度、栄養物の鮮度、カテーテルや注入回路の清潔・交換頻度、注入速度

3) 便 秘

- 原因・関連要因：注入水分の不足、不適切な注入内容

4) 血 便

- 原因・関連要因：カテーテルが接している部位の刺激による消化管の損傷

3 感 染

1) カテーテル插入部の感染、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：不適切な局所の消毒操作・清潔の保持

2) 上気道の炎症、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：全身状態の低下、発熱
- カテーテルが接している部位の刺激・炎症

3) 消化管の炎症、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：全身状態の低下
- カテーテルが接している部位の刺激・炎症

4 代謝・栄養異常

1) 肥満・るいそうの危険性

- 原因・関連要因：不適切な栄養量の設定

2) 脱水（水・電解質の不均衡）、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：注入水分の不足、下痢、嘔気・嘔吐に伴うもの

3) 栄養素（ビタミン、無機質・微量元素）の欠乏、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：不適切な栄養管理

5 経管栄養法に伴う生活行動の縮小に関するもの

1) カテーテル挿入に伴う外見上の変化による社会性の低下

原因・関連要因：カテーテル固定部位の不潔・不快感
ボディイメージの変化

2) 口腔内の不潔・不快感

原因・関連要因：経口摂取しないことによる唾液分泌の低下
不適切な口腔ケア

3) 廃用症候群、あるいはその危険性

原因・関連要因：長期間経口摂取しないことによる咀嚼筋の萎縮
嚥下能力の衰退

4) カテーテル挿入部の不快感

原因・関連要因：挿入部皮膚の浸出液による汚染・皮膚びらん
挿入部周囲の不適切なスキンケア

6 経管栄養法に対する療養者の気持ち・受入れに関するもの

1) 経管栄養法継続に対する気持ちの揺れ

原因・関連要因：栄養物注入に対する拒否
効果に対する疑問

2) カテーテルを挿入することの気持ちの揺れ

原因・関連要因：挿入の継続に対する不安、拒否
不意の抜去に対する心配など

3) 食に対する満足が得られない、あるいはその危険性

原因・関連要因：経口摂取が不可能な場合の欲求不満など

7 家族の介護力に関するもの

1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の荷重、挿入の継続に対する不安によるストレス

IV アセスメントならびに医師への報告

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

1 導入検討の段階

S：療養者（および家族）が、経口摂取が不可能、あるいは経口摂取のみでの栄養摂取が不十分な状態であることを医療従事者から説明され、必要と考えられる栄養方法の選択肢を説明されたことを前提として、認識している栄養方法の希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

2 維持管理の段階

1) 在宅での経管栄養に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している経管栄養実施理由
経口摂取に対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①使用しているカテーテルのタイプ
- ②カテーテル挿入日
- ③注入栄養物の内容・保存方法
- ④混入薬物・栄養物の有無と混入方法
- ⑤栄養注入スケジュール（量・回数・時間・栄養注入前後の水分注入量）
- ⑥時間注入量とその変更
- ⑦カテーテルの交換頻度
- ⑧挿入部の消毒・清潔維持方法（瘻管法の場合）
- ⑨必要物品の入手・処理方法
- ⑩入浴方法
- ⑪指導されている身体観察項目

3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：療養者の経管栄養法適応理由がそれに該当するか

該当理由：肢体不自由、内部障害（主として小腸切除による機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

4) 在宅経管栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.○○、基準表参照)

S：基準表の領域についての療養者（および家族）の訴え

O：基準表の領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と〔V. 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

3 中止・終了の段階

S：療養者（および家族）の経管栄養および経口摂取に対する考え方・認識

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか
実際の摂取状態

V 在宅経管栄養法管理判断樹

1 導入検討の段階

- A 導入検討段階全体の判断樹 (p.○○)
- A - 1 噫下できない場合の判断樹 (p.○○)

2 維持管理の段階

- B 維持管理段階全体の判断樹 (p.○○)
- B - 1 滴下不良の場合の判断樹 (p.○○)
- B - 2 カテーテル挿入部位の異常がある場合の判断樹 (p.○○)
- B - 3 腹部症状がある場合の判断樹 (p.○○)
- B - 4 上気道症状がある場合の判断樹 (p.○○)
- B - 5 経口摂取希望に対する判断樹 (p.○○)
- B - 6 必要以上の安静に対する判断樹 (p.○○)

3 中止・終了の段階

- C 中止・終了段階の判断樹 (p.○○)

VI 在宅経管栄養法管理協定書 (p.○○)

在宅経管栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.○○参照)

領域	医師への報告基準（下線部分）
1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル	
咽頭違和感・咽頭痛	違和感・疼痛の訴えなし 咽頭違和感の訴えあり <u>咽頭痛の訴えあり</u>
カテーテル固定状況	確保されている 固定用紺創膏が剥がれている（カテーテル法） <u>接続部の異常あり（瘻管法）</u> <u>抜去してしまった</u>
滴下状態	時間どおりに指示量が注入されている <u>うまく落ちず、指示量が注入できない</u>
腹部症状	下痢、便秘、腹部膨満、嘔気・嘔吐なし 下痢、便秘、腹部膨満、嘔気・嘔吐あり
2) 感染徵候	
挿入部の状態	発赤・びらん・腫張・熱感・疼痛なし 発赤・びらん・腫張・熱感・疼痛あり
口腔内の状態	口腔粘膜湿潤、唾液分泌良、口臭なし 口腔粘膜乾燥、口臭あり <u>舌苔形成</u> <u>アフタ形成</u>
上気道症状	気道内分泌物の性状に変化なし 気道内分泌物の増加なし <u>気道内分泌物の性状に変化あり</u> <u>気道内分泌物の増加あり</u> <u>気道内分泌物の増加による呼吸苦あり</u>
消化器症状	腹部膨満・腹痛なし <u>腹部膨満・腹痛あり</u> <u>血便あり</u>
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱軽度、脈拍数・呼吸数増加あり <u>発熱著明、脈拍数・呼吸数増加あり</u>
3) 水分・電解質・糖の代謝異常	
脱水徵候	口渴・皮膚乾燥なし バイタルサイン異常なし 水分出納のバランスよい 口渴・皮膚乾燥あり、倦怠感・嘔気・嘔吐あり <u>尿量減少、血圧低下、不整脈、下痢あり</u>
体液量過剰徵候	浮腫・息切れなし <u>浮腫・息切れあり</u> <u>不整脈</u>
4) 栄養状態（3大栄養素、ビタミン、無機質・微量元素の充足状況）	
体重	変化なし

領 域	医師への報告基準（下線部分）
体重	<u>1か月間に 10%以上の増加・減少あり</u>
皮下脂肪	上腕三頭筋部の皮下脂肪がつまめる <u>皺の増加</u> 皮下脂肪厚の枯渇（ほとんど皮膚のみ）
皮膚	乾燥・発疹・落屑・瘙痒感なし <u>全身の瘙痒感あり</u> <u>乾燥の増加</u> <u>落屑の増加</u> 発疹あり（粘膜皮膚移行部）
毛髪	脱毛なし、つやあり つやなし <u>脱毛あり</u>

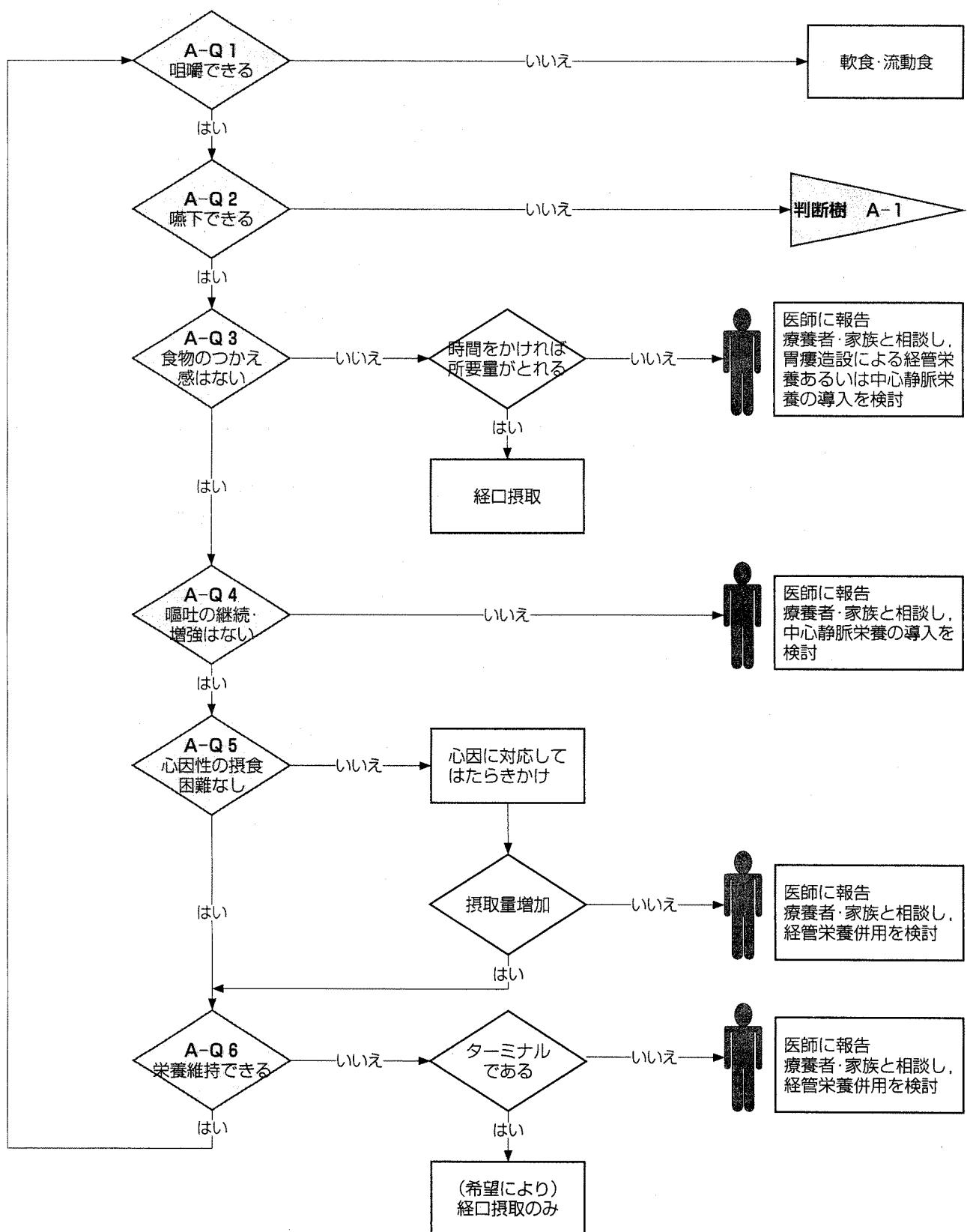
5) 在宅経管栄養法に関する療養者の受け止め・認識の逸脱

身体活動範囲	必要な身体の動きはできている <u>必要以上に身体活動が低下している</u>
心理・情緒的反応	平常どおり 内向的になっている <u>いらだち・不穏・うつ状態</u>

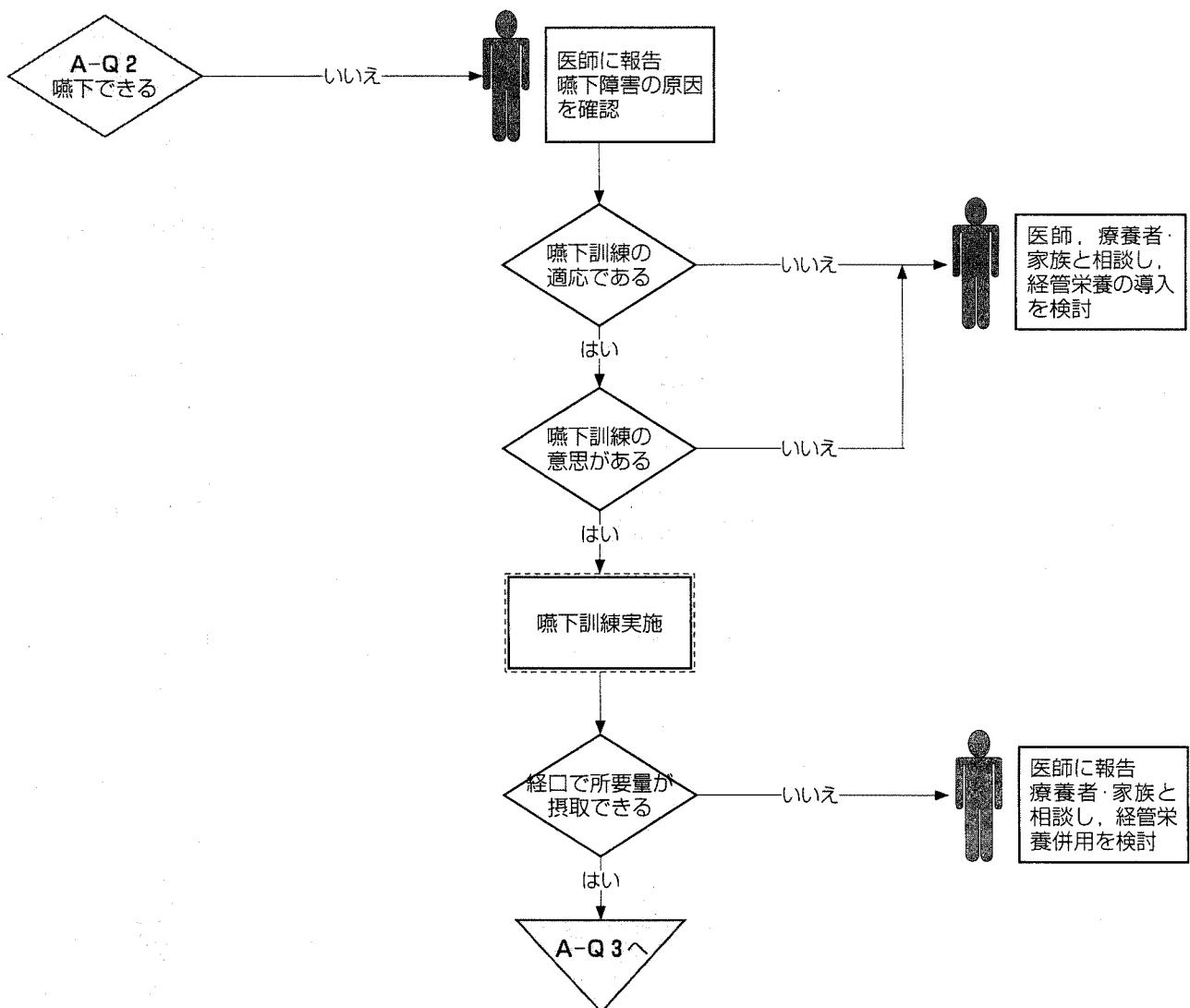
6) 家族介護者に関する異常・トラブル

介護負担	疲労はない 疲労があるが、休養・睡眠により回復する <u>疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない</u>
理解度	問題なく介護できている <u>理解不足により正しく介護できていない</u>

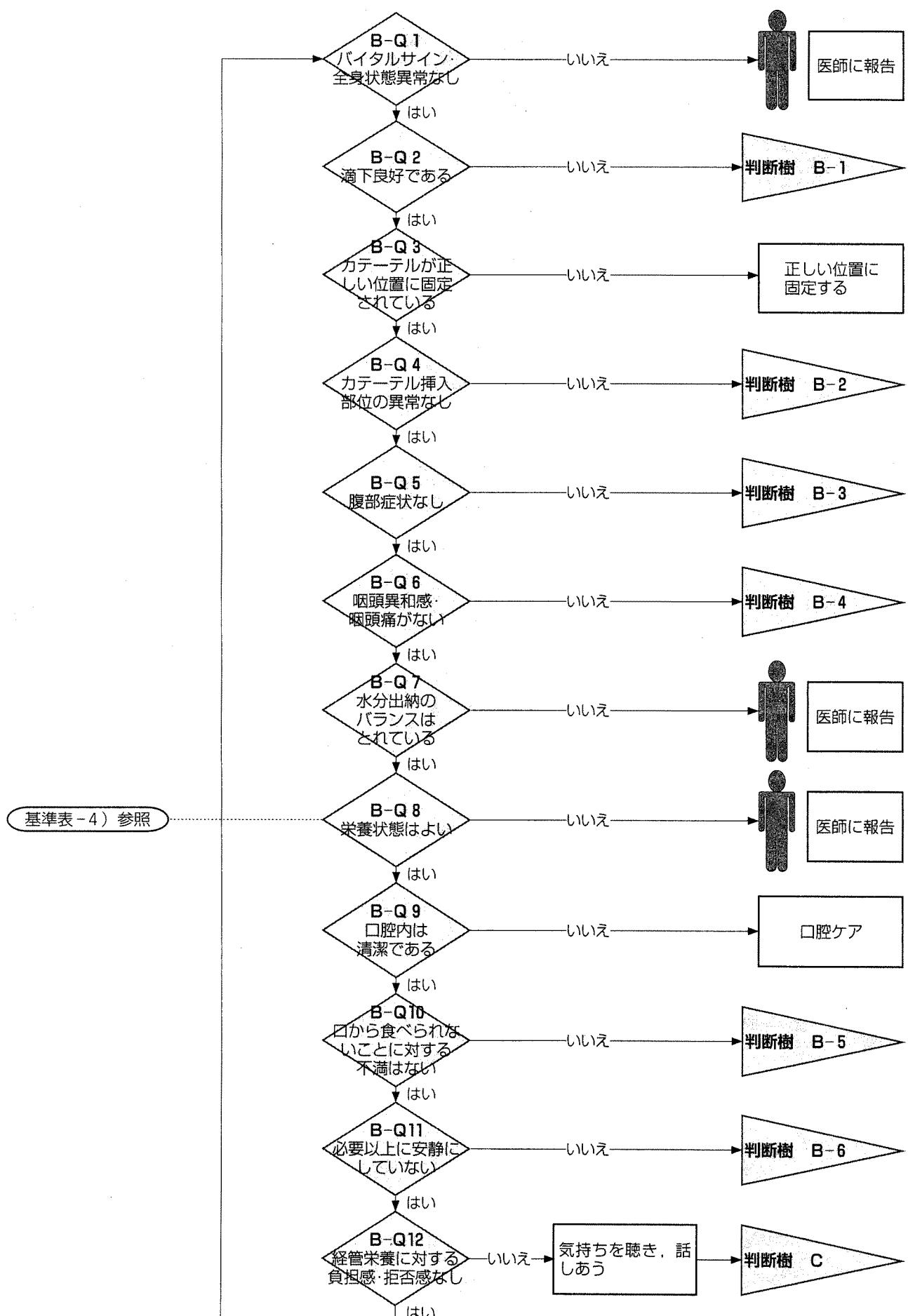
A 導入検討段階全体の判断樹



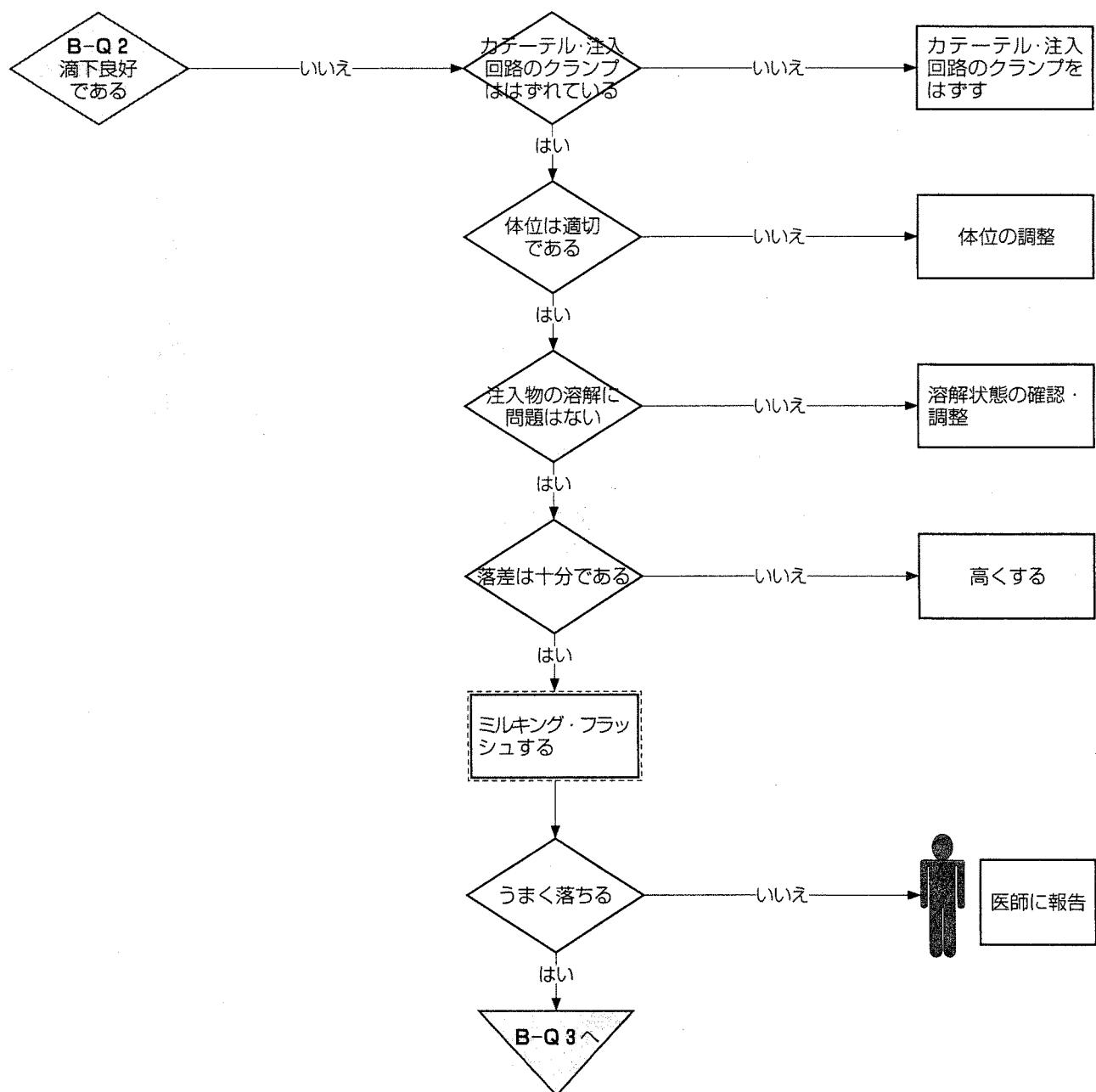
A-1 嘔下できない場合の判断樹

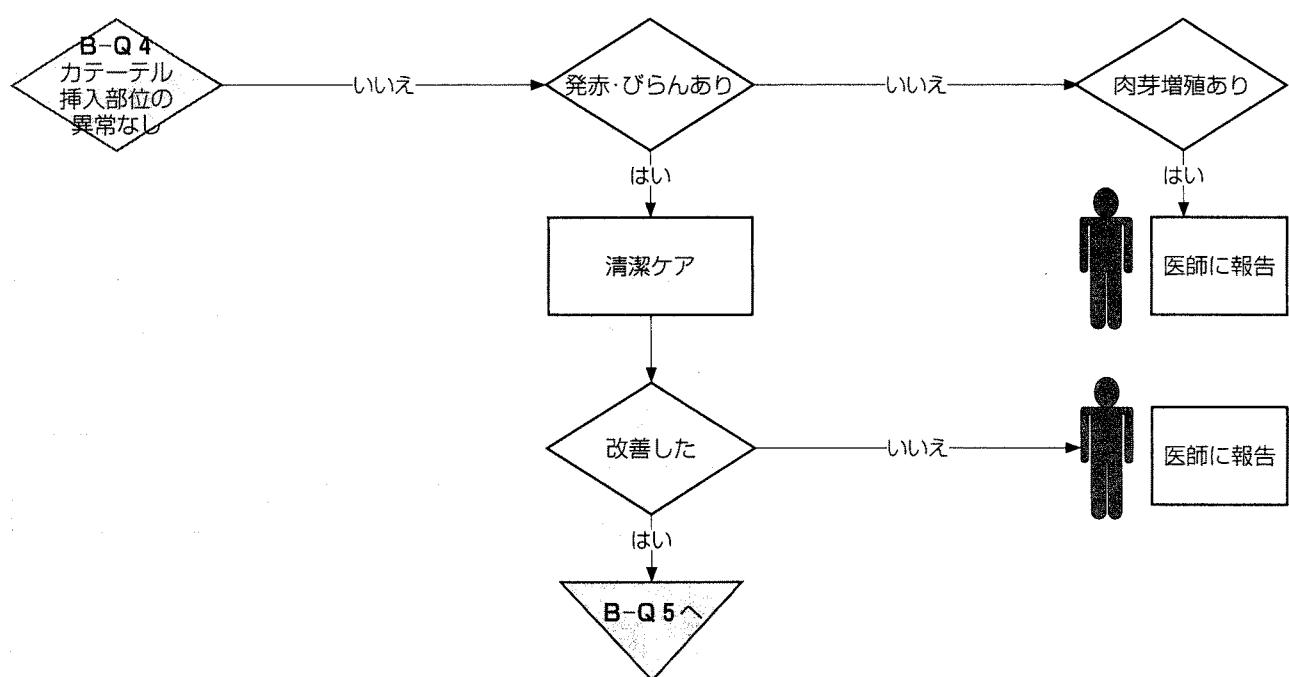


B 維持管理全体の判断樹

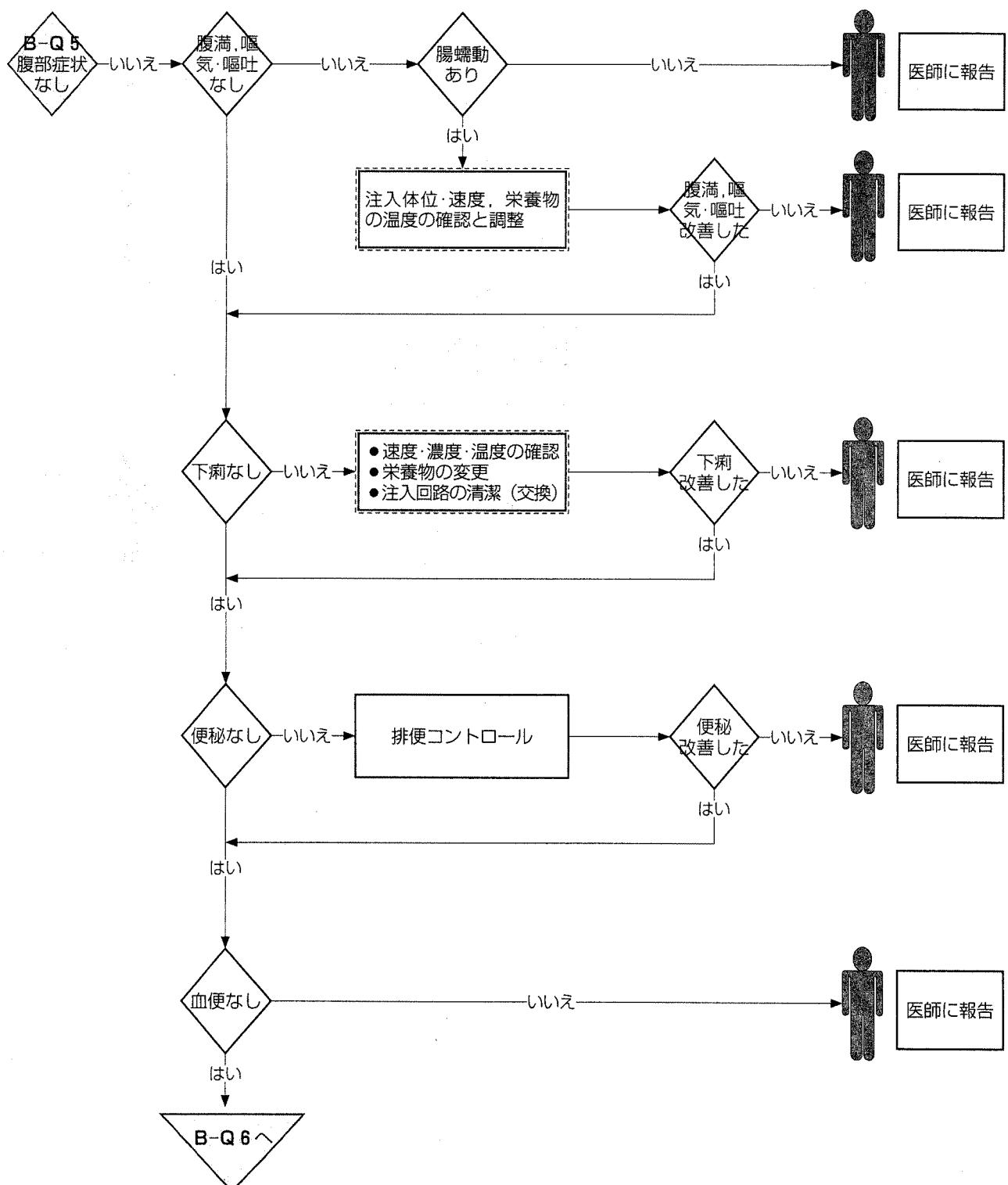


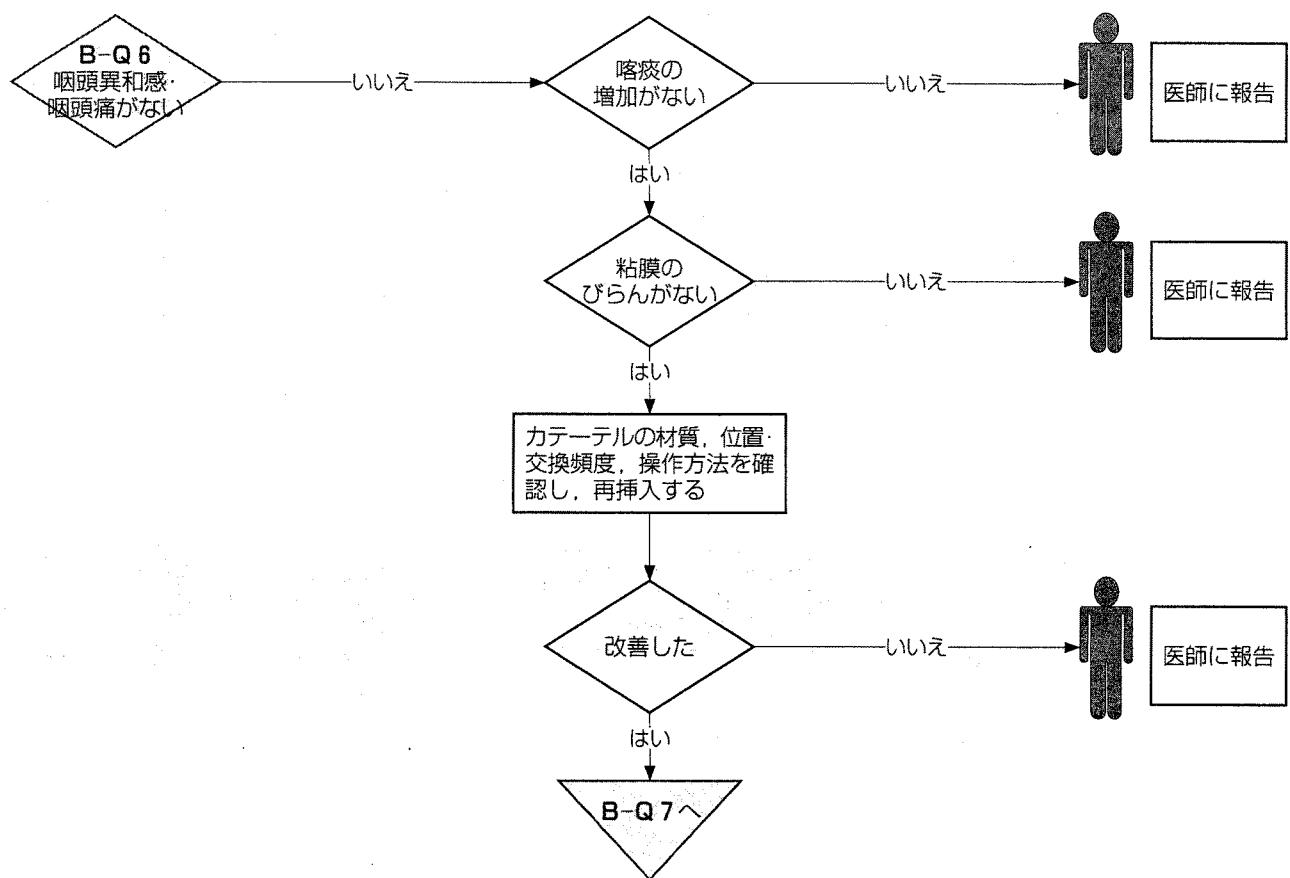
B-1 滴下不良の場合の判断樹



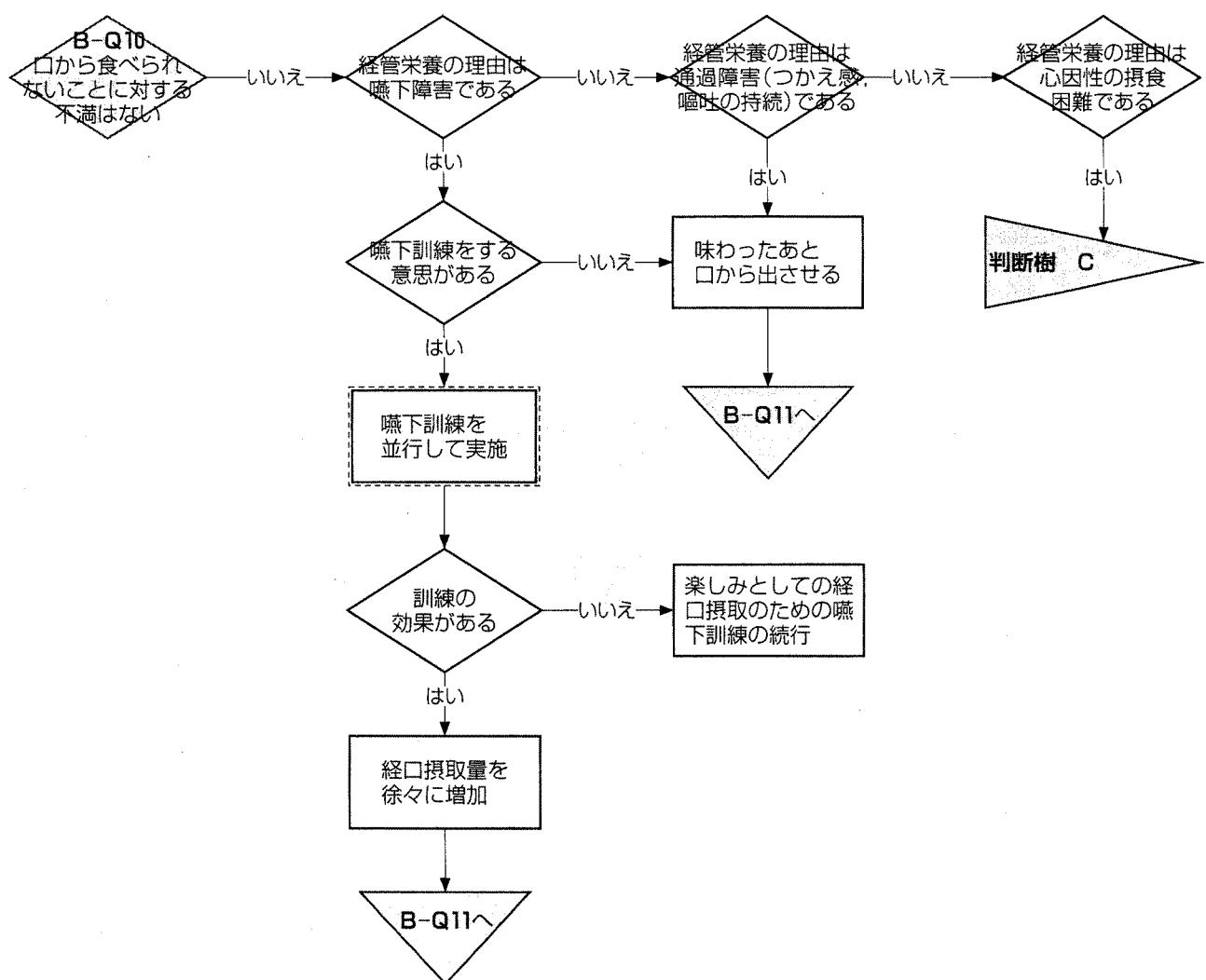
B-2 カテーテル挿入部位の異常がある場合の判断樹

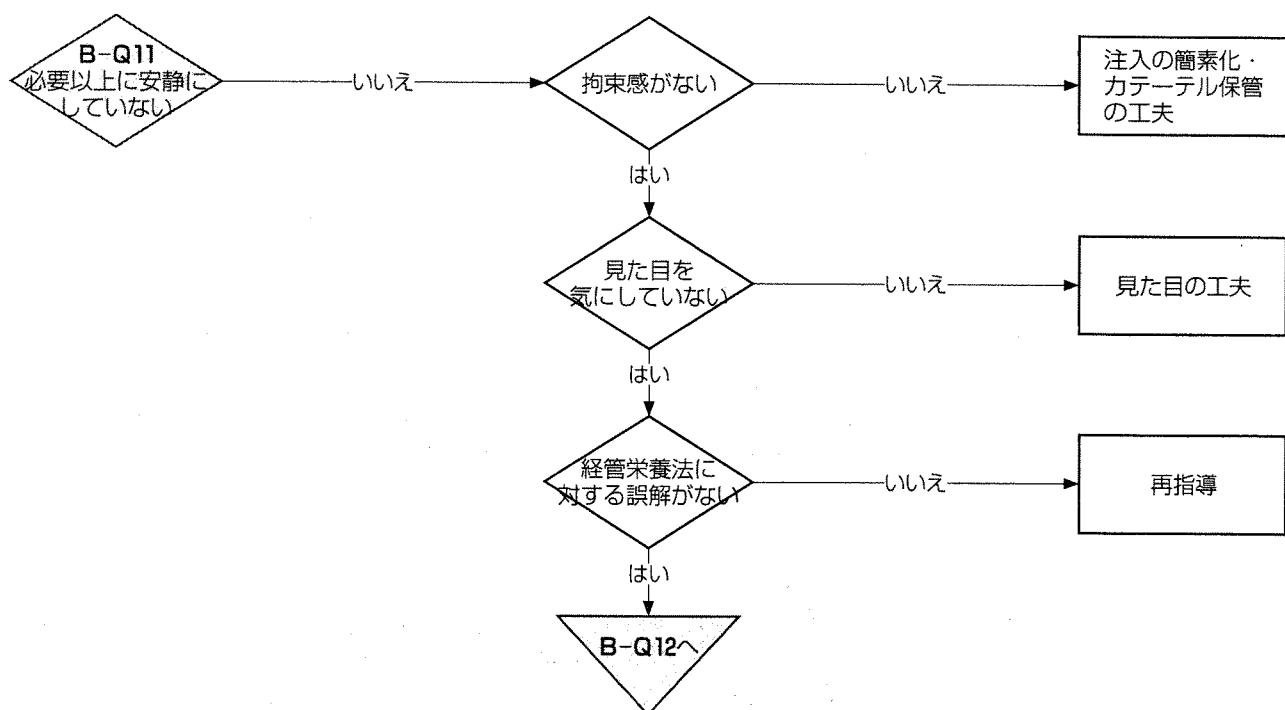
B-3 腹部症状がある場合の判断樹



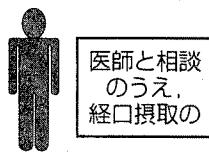
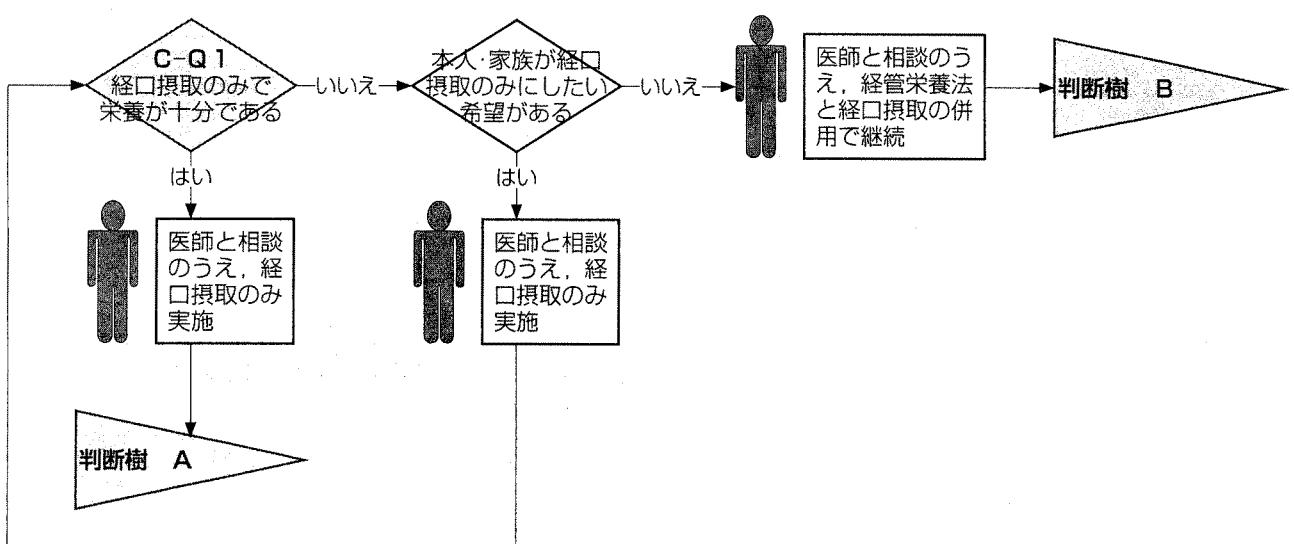
B-4 上気道症状がある場合の判断樹


B-5 経口摂取希望に対する判断樹



B-6 必要以上の安静に対する判断樹

C 中止・終了段階の判断樹



管理協定書

平成 年 月 日

在宅経管栄養法管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の訪問看護指示書にもとづき、在宅経管栄養法管理看護プロトコールに従って療養者の在宅経管栄養法の管理を行います。

1. 療養者氏名 _____

2. 在宅成分栄養経管栄養指導管理料あるいは在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関

医療機関 _____

3. 開始理由 _____

経口摂取 1) 可 2) 否

4. 開始日 年 月 日 _____

5. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完(代行)

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関）

・栄養剤名 _____ 注入量 _____
・その他：水分などの注入量 _____

7. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）

1) カテーテル法の場合：

2) 瘢管法の場合：

カテーテル *種類：_____ *太さ：_____ Fr
イルリガートル
注射器
その他

8. 消毒薬・衛生材料（提供機関）

9. 注入方法（該当するものに○）

1) 回数（回／日） 2) 1回の注入量（ml／回）
3) 1回の注入時間（分／回）（または ml／時間）

10. 事前協議事項

1) 滴下不良時の対応方法

2) その他

11. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 _____ 代表者名 _____ 印
乙 医師（所属および氏名） _____ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。

医療処置管理看護プロトコール

10

膀胱留置カテーテル管理法

I 本プロトコールの適用条件

1 療養者側の条件

1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

- 膀胱留置カテーテルを要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、
- ①脳血管障害、末梢神経障害などによる神經因性膀胱。
 - ②前立腺肥大、腫瘍などによる尿路狭窄。
 - ③心不全や意識障害などによる全身管理の必要な状態。
 - ④排泄介助による介護負担の増大の場合。
 - ⑤他の治療（間欠導尿、薬物療法）では対応できない場合。

2) 使用器具・装具

訪問看護を要する以前から膀胱留置カテーテルが導入されている場合は、病棟などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。訪問看護継続中に膀胱留置カテーテルが必要と判断される場合は、医師、訪問看護婦などで取り決めた器具を用いる。また、施設内処置が必要であれば、入院先の医師、看護婦などとも相談のうえ、決めることとする。

2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅で膀胱留置カテーテルの患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
 - ①膀胱留置カテーテルの適応や仕組みについての理解。
 - ②膀胱留置カテーテルに伴う異常・トラブル（Ⅲ参照）についての熟知。
 - ③膀胱留置カテーテルの自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
 - ④膀胱留置カテーテルを管理する具体的な技術（カテーテル回路）の交換、消毒、洗浄など。
 - ⑤在宅での膀胱留置カテーテルに必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解。
 - ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

3 医師との連携条件

1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に、該当する療養者ごとに「膀胱留置カテーテル管理協定」を書面（p.○○）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

2) 平常時の連携

①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

II 膀胱留置カテーテル在宅療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が膀胱留置カテーテルを自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、膀胱留置カテーテルに伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送れること。

III 膀胱留置カテーテルに伴う異常・トラブル

膀胱留置カテーテル在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

膀胱留置カテーテル在宅療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

1) カテーテルが挿入されていることに関するもの

1) 尿路感染症、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテル挿入時の不適切な操作

外尿道口付近、カテーテルと導尿チューブの接合部の不適切な消毒操作

不適切な採尿操作

不適切な膀胱洗浄

2) 閉塞、あるいはその危険性

原因・関連要因：血尿、混濁尿などの停滞

ミルキング、不適切な膀胱洗浄

3) カテーテルからの尿流出の障害

原因・関連要因：カテーテルの圧迫

不適切なカテーテルの位置

水分摂取の不足による尿量確保不十分

4) カテーテルの抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：固定水の減少

不用意な体動

不適切なカテーテルの固定

5) カテーテルによる刺激、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルの位置、固定による物理的な刺激

2 皮膚粘膜症状

1) 皮膚の発赤、びらん あるいはその危険性

原因・関連要因：尿漏れによる尿の付着、カテーテル挿入部からの分泌物
カテーテル固定のテープがぶれ

2) 皮膚尿道瘻、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルの不適切な固定により外尿道口に形成

3 膀胱留置カテーテルに伴う生活行動の縮小に関するもの

1) 陰部の不潔・不快・感染あるいはその危険性

原因・関連要因：留置による清潔保持の困難など

2) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルによる拘束

カテーテル抜去のはずれに対する心配など

3) 廃用症候群、あるいはその危険性

原因・関連要因：長期間自然排尿しないことによる日常生活動作の低下

4 膀胱留置カテーテルに対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

1) 自尊心の低下、活動意欲の減退、あるいはその危険性

原因・関連要因：排尿に対して爽快感が得られないなど、カテーテル留置に対する
抵抗感、羞恥心など
ボディイメージの変化など

2) 不穏、あるいはその危険性

原因・関連要因：膀胱留置カテーテル継続に対する気持ちの揺れ

3) カテーテルの自己抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：不穏

膀胱留置カテーテル継続に対する拒否

5 家族の介護力に関するもの

1) 膀胱留置カテーテルに対する理解力不足

原因・関連要因：導入時のインフォームドコンセント不足など

2) 介護負担に関するもの

原因・関連要因：マンパワー不足

IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

1 導入検討の段階

1) 排尿の状態

S：排尿に関する自覚、訴え

自分の排尿状態をどうしたいと思っているか

O：在宅療養支援チームが把握した排尿の状態

2) 膀胱留置カテーテル導入必要性に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）は導入の必要性に関して正しい知識を持ち、受容しているか

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

2 維持管理の段階

1) 在宅での膀胱留置カテーテルに対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が療法を受容し、積極的に取り組んでいるか

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、看護婦が提案・指示した方法

*指示内容として尋ねたり、観察したりする必要がある項目

①使用しているカテーテルのタイプ

②カテーテル交換の頻度

③膀胱洗浄の場合の注入薬液の種類と方法

④カテーテル操入部の消毒・清潔維持方法

⑤膀胱訓練

⑥尿の流出状況の観察について

⑦必要物品の入手・処理方法

⑧入浴方法

⑨指導されている身体観察項目

3) 身体障害者福祉法適用状況

基礎的身体状況により適用が異なる。

4) 膀胱留置カテーテルに関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.○○、基準表参照)

S：基準表の領域についての療養者（および家族）の訴え

O：基準表の領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]に

もとづいて対応した結果の状況

3 中止・終了の段階

S : 療養者（および家族）の排尿障害に対する考え方・認識

O : 在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

実際の排尿状況

V 膀胱留置カテーテル管理判断樹

1 導入検討の段階

A 導入検討段階全体の判断樹 (p.○○)

A - 1 自然排尿がない場合の判断樹 (p.○○)

A - 2 失禁状態の判断樹 (p.○○)

A - 3 排泄動作が困難な場合の判断樹 (p.○○)

2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.○○)

B - 1 尿流が不十分な場合の判断樹 (p.○○)

B - 2 尿量が少ない場合の判断樹 (p.○○)

B - 3 尿の性状が異常な場合の判断樹 (p.○○)

B - 4 陰部粘膜に異常がある場合の判断樹 (p.○○)

B - 5 カテーテルの異和感がある場合の判断樹 (p.○○)

3 中止・終了の段階

C 中止・終了段階の判断樹 (p.○○)

VI 膀胱留置カテーテル管理協定書 (p.○○)

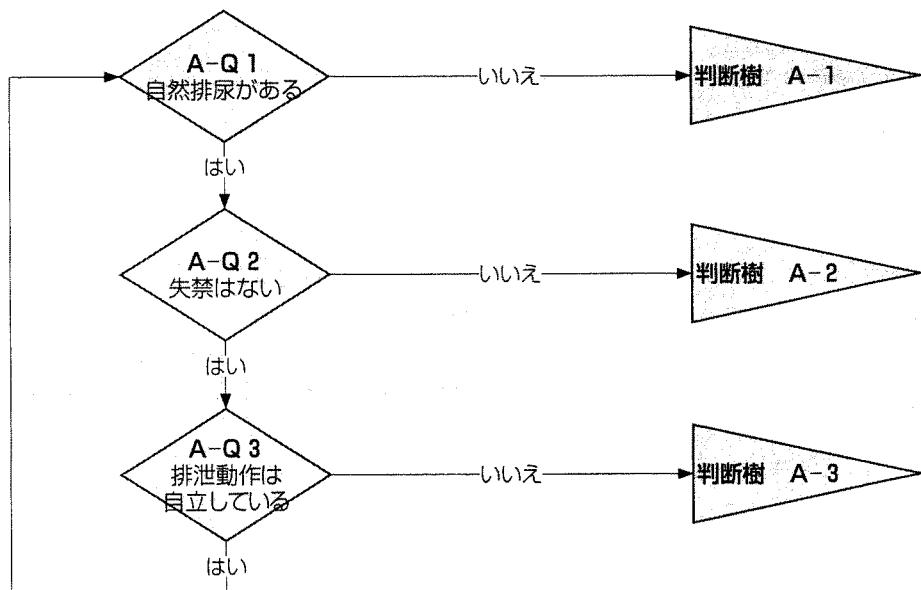
膀胱留置カテーテルに関する異常・トラブルと医師への報告基準 (p.○○参照)

領 域	医師への報告基準 (下線部分)
1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル	
発熱	なし 微熱～37.5℃前後 <u>高熱 (38.0℃以上)</u> <u>高熱が続く</u>
尿混濁	なし 浮遊物が浮いている <u>尿全体が混濁している</u> <u>尿全体が膿性</u>
血尿	なし 血性浮遊物が浮いている <u>血液混入が2～3日続く</u> <u>尿全体が血性</u>
尿の流出不良	良好 飲水量と尿量のバランスが取れている <u>膀胱膨隆がある</u> <u>本人の苦痛症状がある</u>
カテーテルの閉塞	なし ミルキングで流れる <u>滅菌水のフラッシュ注入で流れる</u> <u>滅菌水のフラッシュ注入で抵抗がある</u>
カテーテルの抜去	なし <u>抜けた原因が固定水減少による</u> <u>自己抜去</u>
カテーテルの刺激症状	なし 挿入後1～2時間の違和感がある <u>半日以上不快症状が続く</u> <u>痛みなど苦痛症状が続く</u>
2) 皮膚粘膜症状	
皮層の発赤、びらん	なし 発赤はあるが表皮の剥離はない <u>清潔の保持で改善がない</u> <u>尿漏れなどの原因で発赤、びらんがある</u>
皮膚尿道瘻	なし <u>粘膜への圧迫症状がある</u> <u>潰瘍の形成がある</u>
3) 生活行動の縮小に関するもの	
陰部の不潔・不快	なし 清潔ケアの実施が可能 <u>清潔ケア保持の困難</u>
活動性・活動範囲の縮小	なし

領 域	医師への報告基準（下線部分）
活動性・活動範囲の縮小	活動時にカテーテルを蓄尿袋からはずすことが可能 カテーテルが繋がっていることの不満が強い

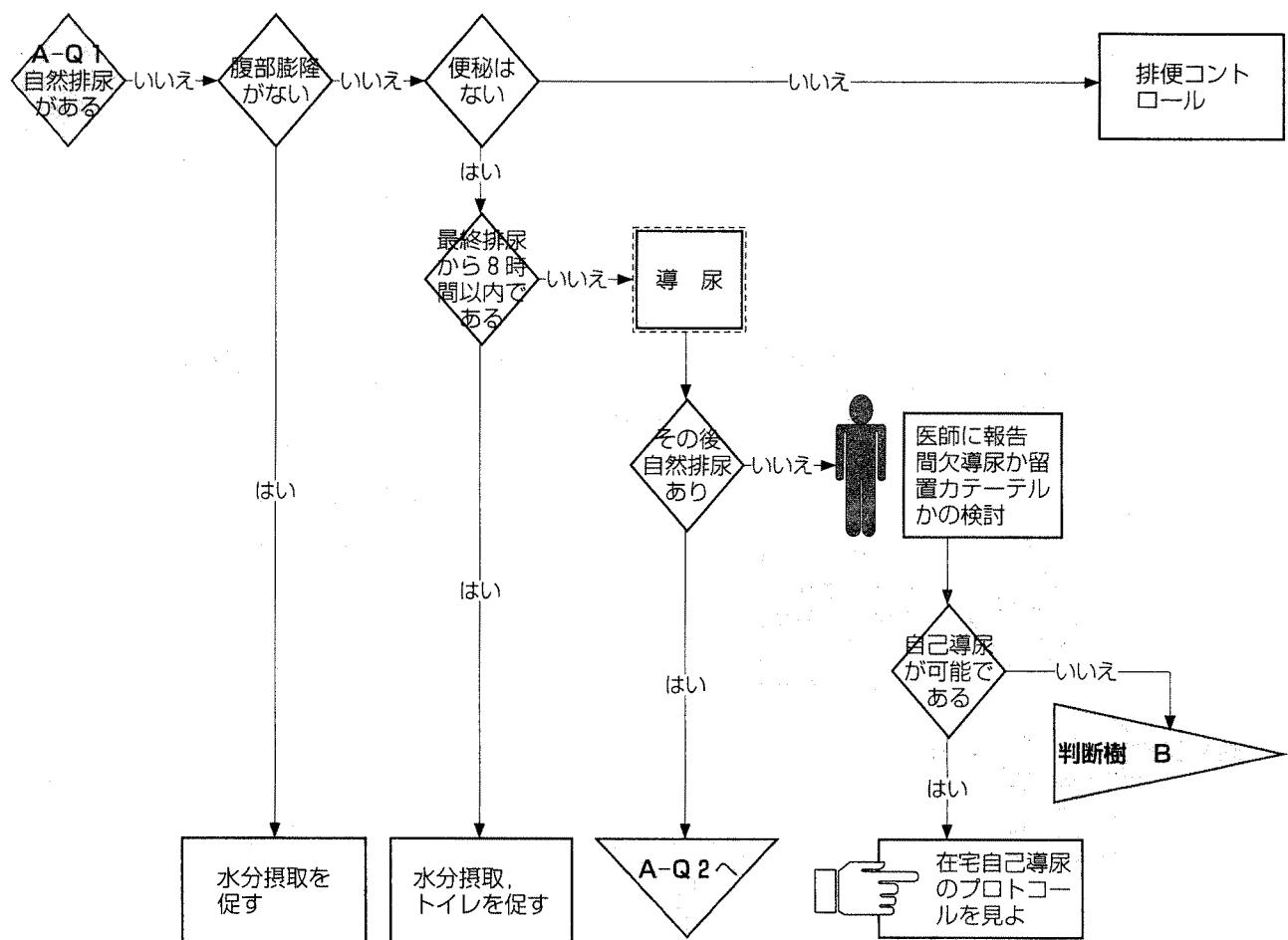
4) 家族介護者に関する異常・トラブル

理解不足	なし <u>安全な管理が行えない</u>
介護負担	疲労はない 疲労があるが、休養・睡眠によって回復する 疲労が強く、休養・睡眠にあっても回復しない

A**導入検討段階全体の判断樹**

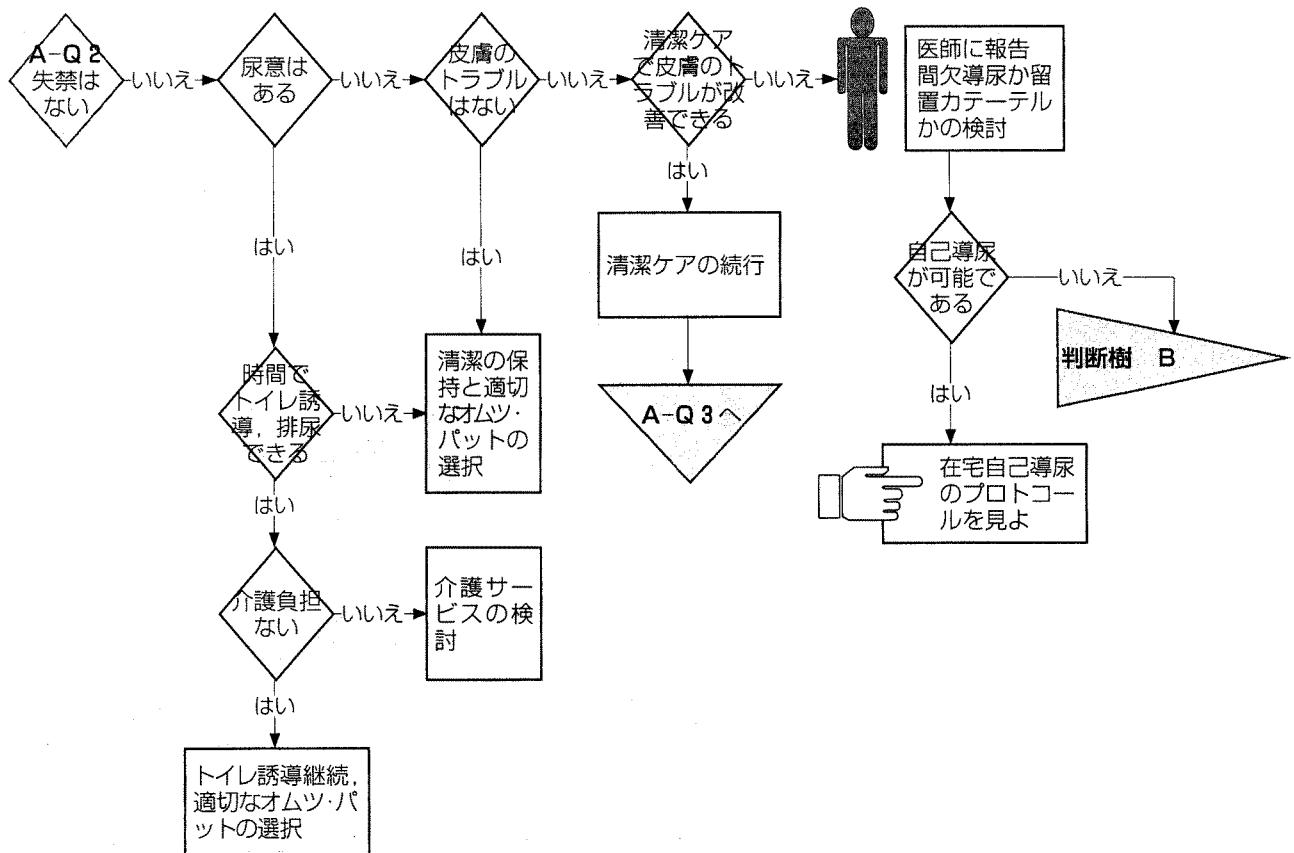
A-1

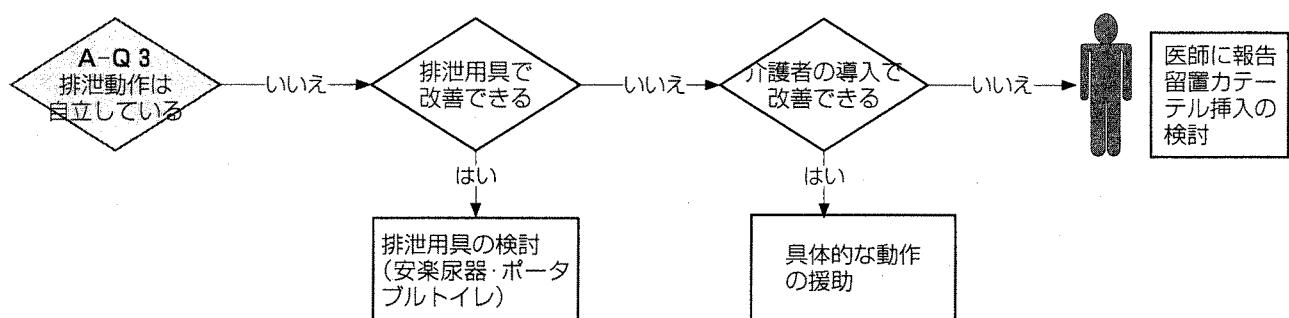
自然排尿がない場合の判断樹

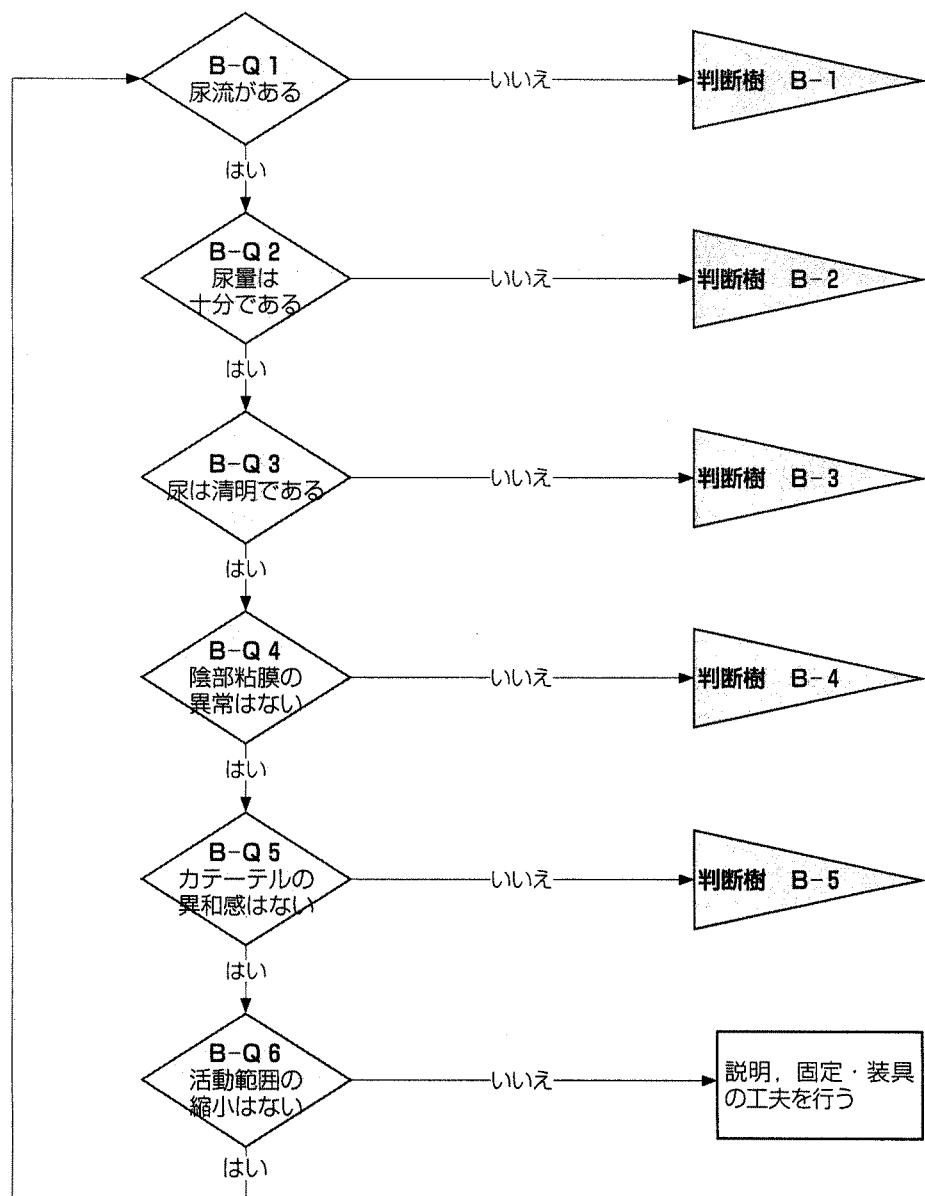


A-2

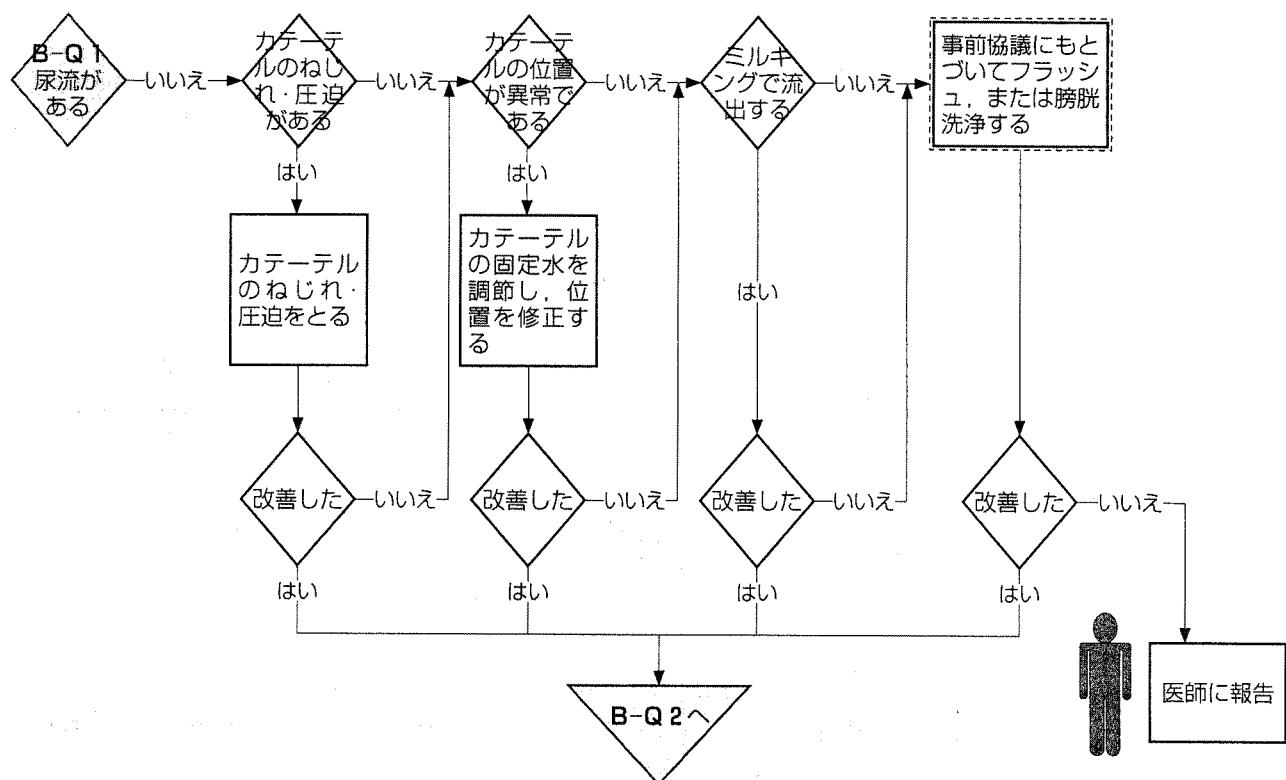
失禁状態の判断樹



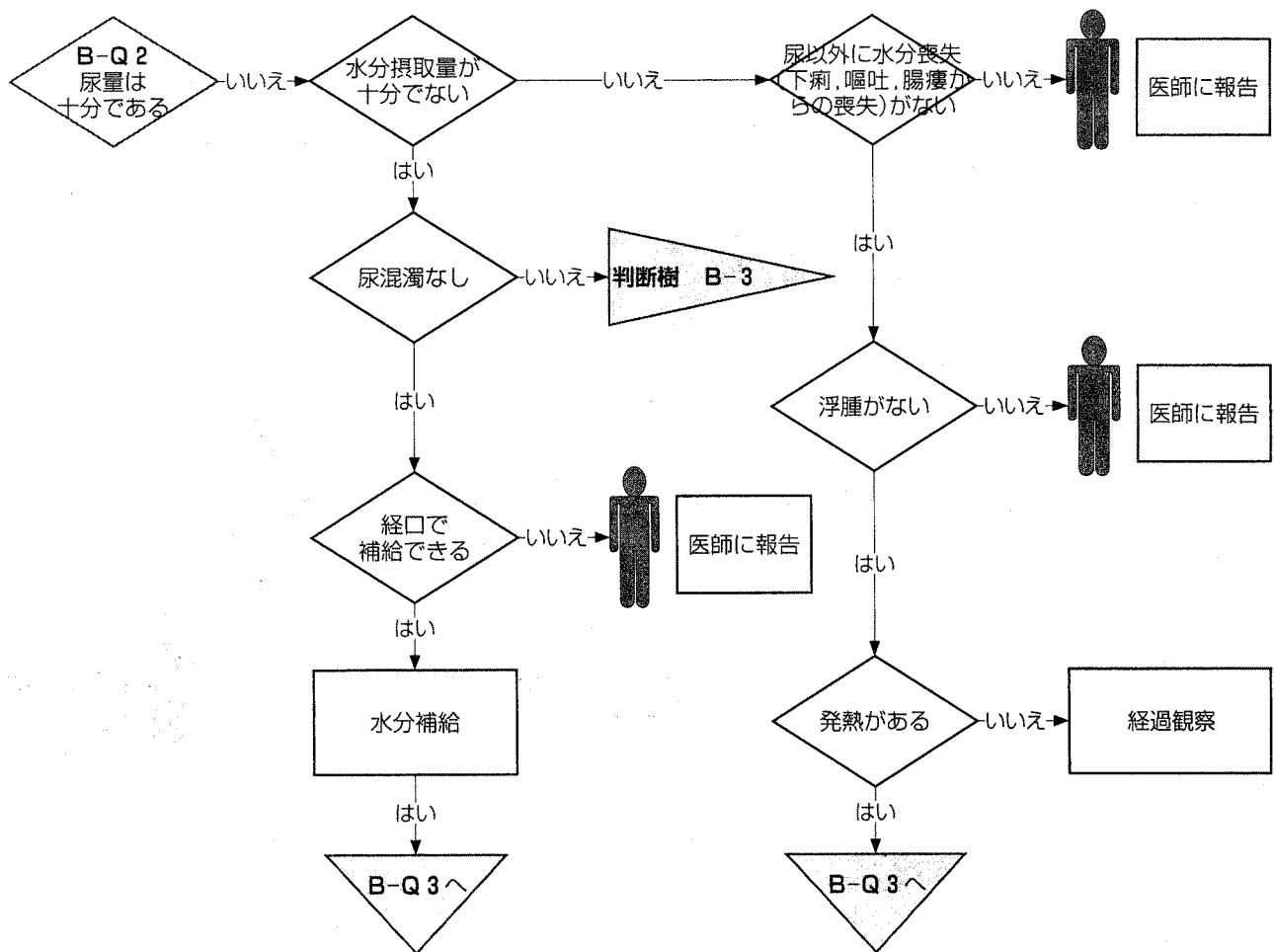
A-3**排泄動作が困難な場合の判断樹**

B**維持管理段階全体の判断樹**

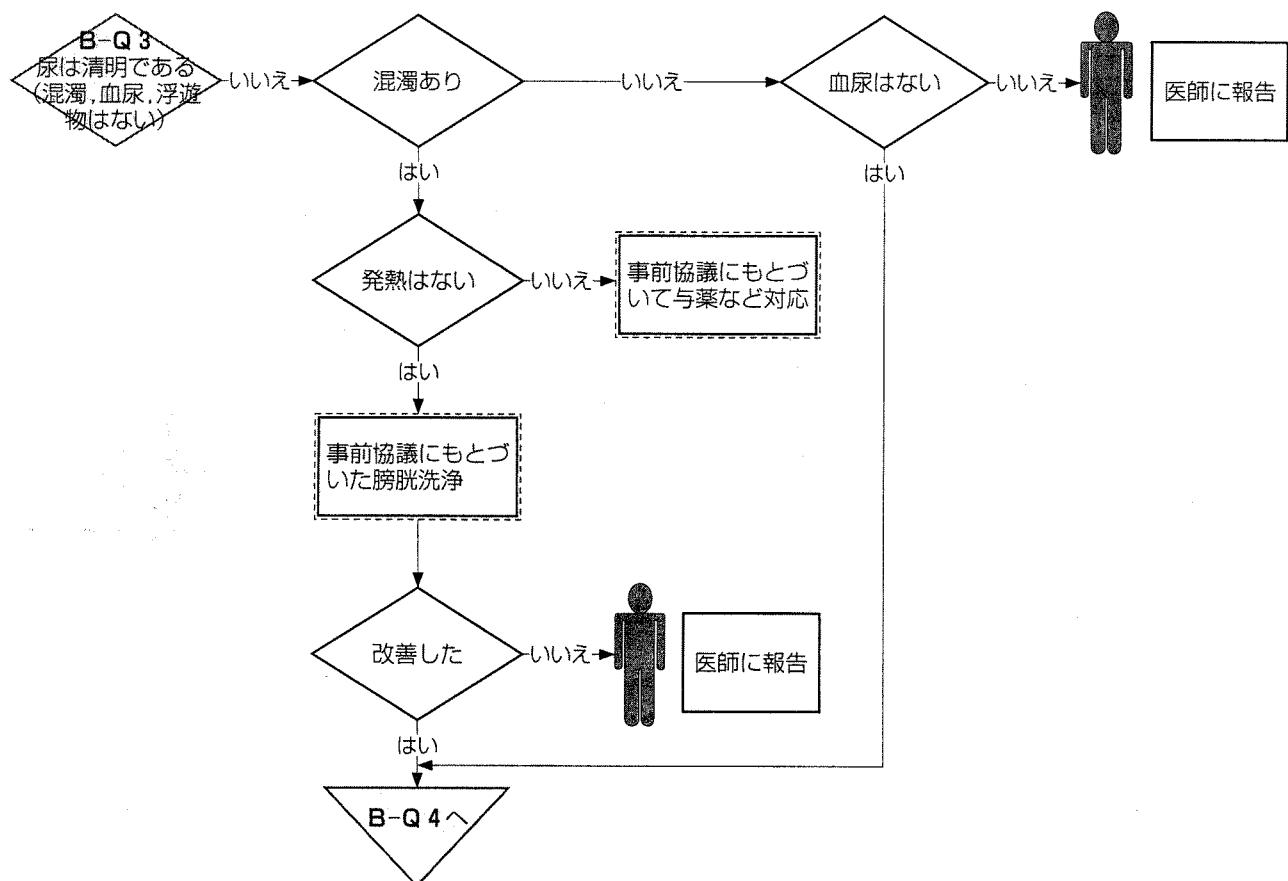
B-1 尿流が不十分な場合の判断樹

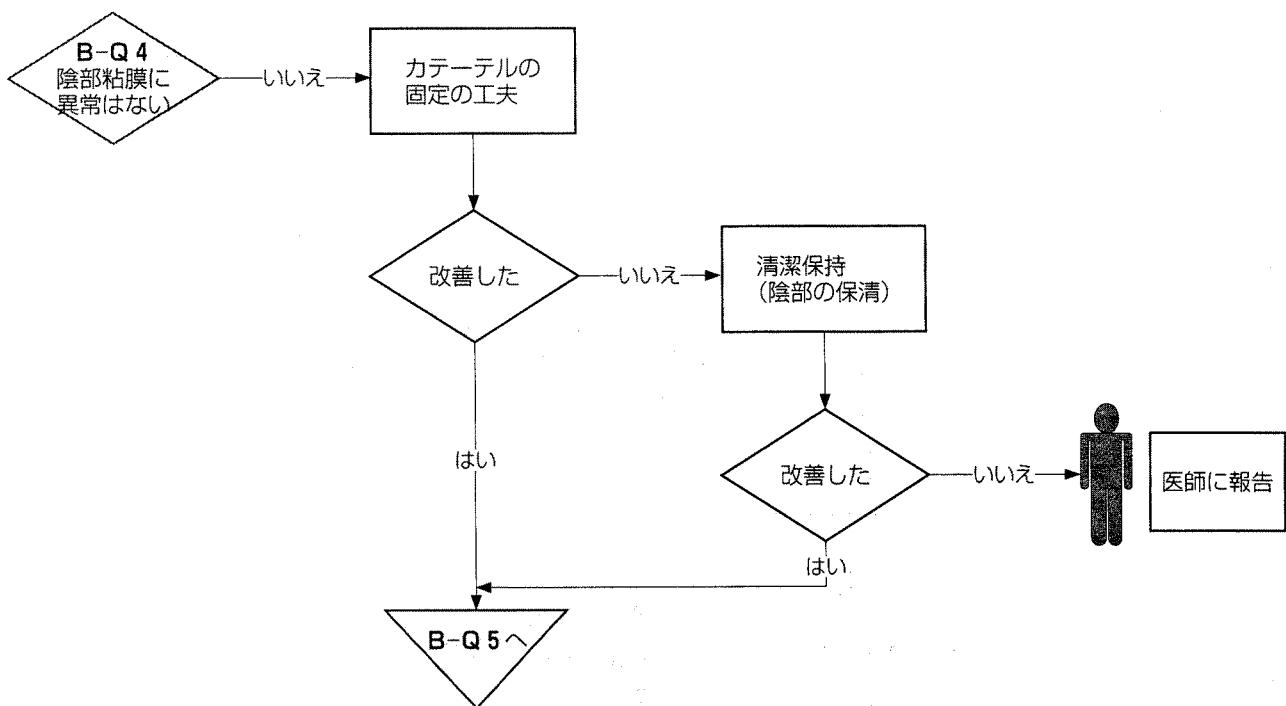


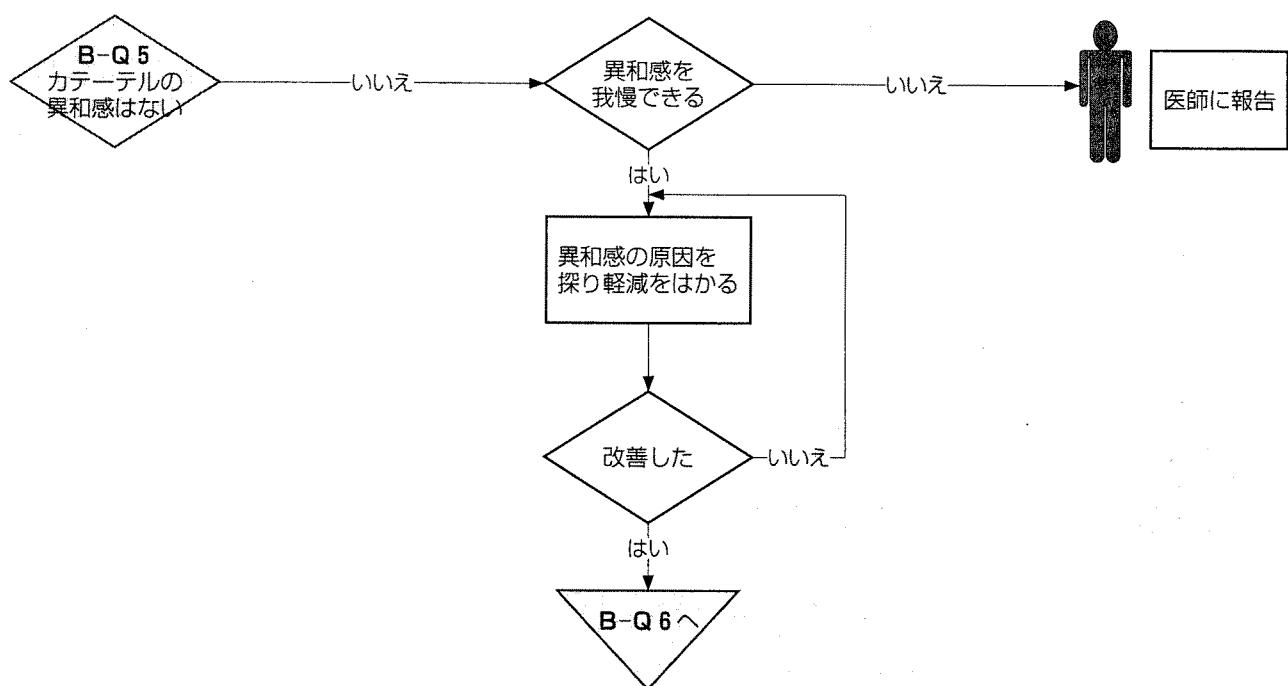
B-2 尿量が少ない場合の判断樹



B-3 尿の性状が異常な場合の判断樹

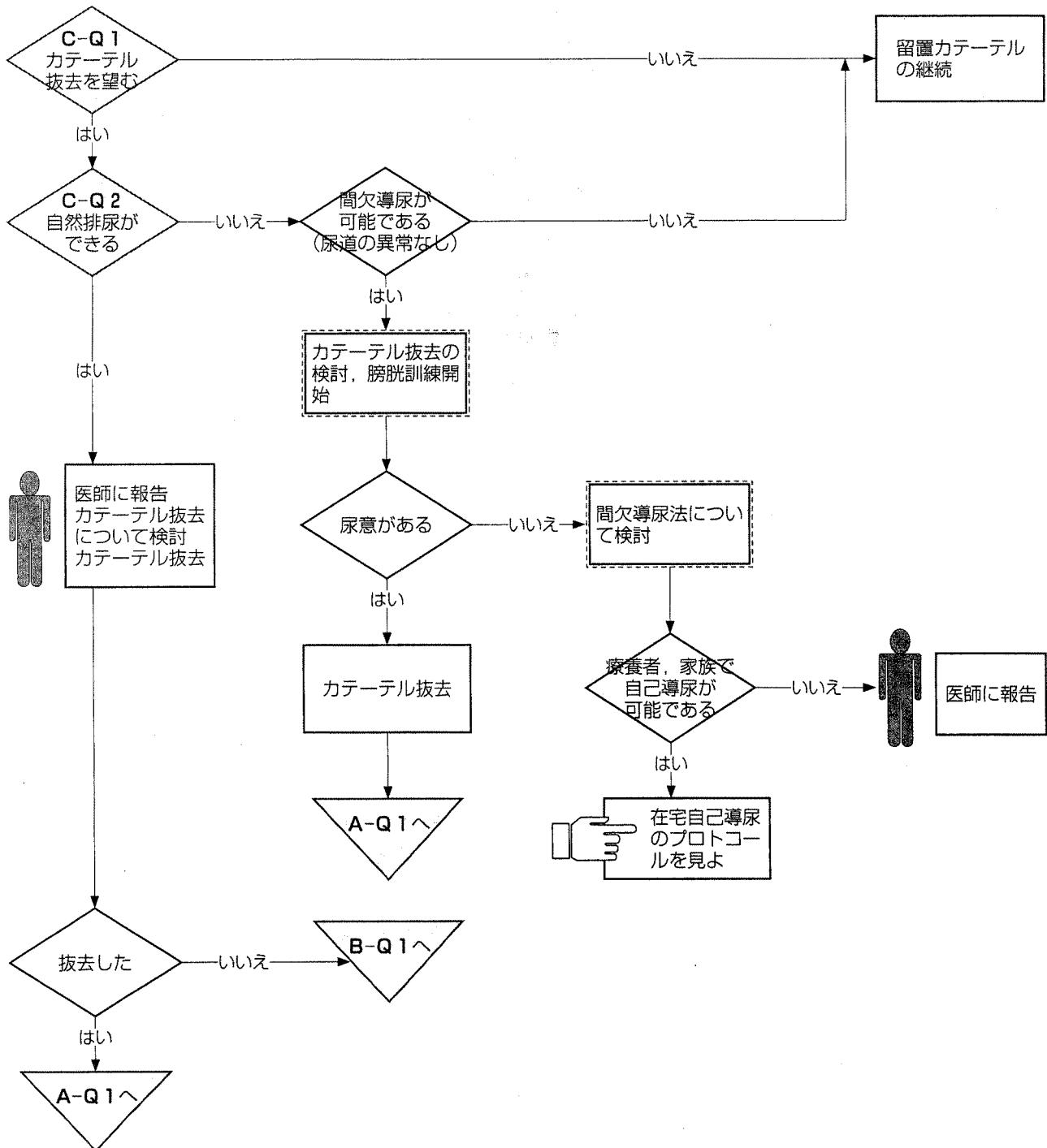


B-4**陰部粘膜に異常がある場合の判断樹**

B-5 カテーテルの異和感がある場合の判断樹

C 中止・終了段階の判断樹

以下の項目に該当した場合に適用する	
①尿閉が改善したとき。	
②留置カテーテル温存により尿路感染悪化のとき。	
③留置カテーテルの受容困難のとき。	
④間欠導尿が可能のとき。	



管理協定書

平成 年 月 日

膀胱留置カテーテル管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、膀胱留置カテーテル管理看護プロトコールに従って療養者の膀胱留置カテーテルの管理を行います。

1. 療養者氏名
2. 在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関
医療機関名
3. 設置理由
4. 設置日 年 月 日
5. 留置カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
6. 経口摂取 1) 可 2) 否
7. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
8. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）
尿道カテーテル 号数（ セット） 蔡尿袋（ 個）
固定液 注射器
9. 消毒液・衛生材料（提供機関）
滅菌綿棒（ 本） 純創膏（ 個）
消毒液（ ml） 潤滑油
10. カテーテル交換（該当するものに○）
1) 月・週 回
11. 事前協議事項
1) 尿道カテーテル閉塞の場合の対応方法
2) 膀胱洗浄の有無と方法
3) 膀胱訓練の施行
4) その他
12. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 _____ 代表者名 _____ 印
 乙 医師（所属および氏名） _____ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。

平成11年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

**在宅療養を推進するための訪問看護技法の開発に
関する研究報告書**

平成12年3月
発 行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022東京都新宿区新宿1-3-8
YKB新宿御苑ビル1001
☎ 03-3351-5898(FAX兼用)

印 刷 株式会社 厚生出版社
