

プロトコールの普及に関する モデル事業研究報告書

平成13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

主和研究者 掛村 伸和



研究組織

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)

本委員会

委員 西島英利 (日本医師会常任理事)
委員 山崎摩耶 (日本看護協会理事)
委員 平林勝政 (國學院大學法学部教授)
委員 草刈淳子 (千葉大学看護学部教授)
委員 数間恵子 (東京大学大学院医学系研究科教授)
委員 川越博美 (聖路加看護大学教授)
委員 廣井良典 (千葉大学経済学部助教授)
委員 松尾ミヨ子 (鳥取大学医学部教授)

小委員会

委員 数間恵子 (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 曾根田靖昭 (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)
委員 横田喜久恵 (新宿訪問看護ステーション)
委員 松尾ミヨ子 (鳥取大学)
委員 志自岐康子 (東京都立保健科学大学)
委員 勝野とわ子 (東京都立保健科学大学)
委員 乙坂佳代 (港北医療センター訪問看護ステーション)
委員 尾崎章子 (東京都立保健科学大学)

研究協力者

西島治子	(滋賀医科大学)
西田厚子	(滋賀医科大学)
谷垣静子	(鳥取大学)
大場和子	(東京都立保健科学大学)
本道和子	(東京都立保健科学大学)
習田明裕	(東京都立保健科学大学)
真砂涼子	(千葉大学大学院自然科学研究科)
酒井理香	(東京都立保健科学大学生涯教育センター)
山口眞由美	(埼玉大学大学院経済科学研究科)

モデル事業協力機関

50 音順：敬称略

大津市南部訪問看護ステーションえがお
大津市北部訪問看護ステーションコスモス
港北医療センター訪問看護ステーション
さいわい訪問看護ステーション
さいわい訪問看護ステーション鹿島田
さいわい訪問看護ステーション夢見ヶ崎
滋賀県看護協会訪問看護ステーション
新宿訪問看護ステーション
杉並区医師会訪問看護ステーション
刀根山訪問看護ステーション
南但訪問看護センター
訪問看護ステーション愛
訪問看護ステーション住吉
訪問看護ステーションなごみ
訪問看護ステーションなでしこ
訪問看護ステーションレインボウとよさと
訪問看護ステーションはたしょう
訪問看護パリアン
訪問看護ステーションひかり
南大井訪問看護ステーション
若林訪問看護ステーション

調査協力機関

50 音順：敬称略

なんぶ幸朋苑訪問看護ステーション
訪問看護ステーションせいわ
訪問看護ステーションひこな
訪問看護ステーションまごころ
訪問看護ステーションゆうゆうケア

プロトコールの普及に関するモデル事業

I	はじめに	1
II	プロトコールの普及に関するモデル事業	3
	1. プロトコールの活用を推進するための条件整備に関する検討	3
	2. プロトコールの活用を促進するための手引き書作成に関する研究	39
	3. 家族介護負担の軽減に関するプロトコール作成に関する研究	87
III	まとめ	119

はじめに

昭和 57 年に提案された国民医療総合計画中間報告書を受けて、開始された医療改革は急速に推進されている。この改革の中で生まれた訪問看護事業は全国に 4000 カ所を越える事業所を有するほどに発展している。当初は、訪問看護はその対象が虚弱高齢者であり、生活支援型の看護提供であったが、医療改革の進展により、入院期間の短縮化が促進されている現在、その対象は医療的技術を用いる看護提供を多く必要とするようになっている。

従来は医療機関内で行われてきた医療的な技術を用いる看護提供を在宅（医療機関外）で行うことになってきたわけであるから、そこには、安全を保証することが必要であり、医師との関係や看護提供環境も従来のそれらとは相違が生じる。この諸点を明らかにする先行研究があり、さらに、平成 10 年度に医療的技術を用いる看護提供に必要なツールとして、医療処置管理看護プロトコールを提案し、在宅療養者の自己管理が認められている 14 種類の医療処置管理の看護支援について、それぞれのプロトコール（試案）を作成した。

さらに、平成 11 年度では、訪問看護事業所でプロトコールについての試行を求めた。その結果、一般にはプロトコールについての知識が不足しており、これを普及するためには、さらにモデル事業が必要であること、家族介護力の負担について査定する判断フローチャート（プロトコール）にも希望が強いことなどがわかった。

そこで、本年度では、平成 10 年度に作成した 14 種類のプロトコール（試案）を実践に用いて推敲し、その普及をはかる方策を得るために、次の項目をたて検討することとした。

1. プロトコールの活用を推進するための条件整備に関する検討（モデル事業）
2. プロトコールの活用を促進するための手引き書の作成に関する研究
3. 家族介護負担の軽減に関するプロトコール作成に関する研究

以上の計画にもとづいて、本年度の研究は実施された。

1. プロトコールの活用を推進するための条件整備に関する検討

目 的

平成 10 年度に作成した広域的規準である 14 種類の医療処置管理看護プロトコール（以下、プロトコールという）の普及のために、訪問看護ステーションでモデル事業を行い、実際の活用の仕方、および活用上の困難や不備について調査し、これを推敲するとともに、プロトコールを活用する上で必要とされる条件整備および効果的な普及方法について検討することを目的とした。

方 法

1. モデル事業の実施

1) 対象および抽出法

モデル組織として訪問看護ステーション 21 カ所を対象とした。

本調査では、訪問看護組織におけるプロトコールに対する活用姿勢や活用上の困難、特に医師との活用に関する資料を得るため、その組織で主として実施されている医療行為の種類や設置主体等を抽出基準とした。さらに、プロトコール活用上の困難や不備に関する詳細な資料を得るために、これまでプロトコール作成研究に協力してきた施設と、今回のモデル事業において初めて活用する施設という観点についても勘案し、抽出した。

2) 実施方法

(1) モデル事業実施期間

平成 12 年 12 月～13 年 1 月までの 2 ヶ月間

(2) モデル事業の内容

平成 10 年度に作成した広域的規準である 14 種類の医療処置管理看護プロトコールを訪問看護業務において、医療処置の実施方法や医師との指示の授受、訪問看護施設内での規準作成などに試用することを依頼した。

(3) モデル組織への協力内容

モデル事業を上記 2 ヶ月のうち 1 ヶ月間実施した後、モデル事業に関する質問紙を留め置き、記入を依頼した。留め置いた質問紙の回収ならびに管理者に対する聞き取り調査への協力を依頼した。

(4) 説明会の実施

モデル事業の実施に先立ち、プロトコールの作成経緯、モデル事業の目的、協力依

頼内容等の説明会を管理者対象に実施し、同意を得た。

(5) 医師への協力依頼

モデル組織と連携している医師に対し、本委員会委員長ならびに委員である日本医師会理事から当該都道府県医師会を通じて趣意書を送付し、協力を依頼した。

2. 質問紙調査の実施

1) 対象

モデル事業を実施した訪問看護組織の管理者 21 名、およびモデル実施期間中にプロトコールを活用した訪問看護婦 89 名を対象とした。

2) 調査内容

調査内容は次の通りである。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。

(1) 管理者に対する調査内容

① 訪問看護施設に関する基本的情報

施設の概要

施設の所在地

設置主体

職員数

平成 12 年 12 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

医療処置に関する状況

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 12 年 12 月）

とそれらについての標準看護計画の有無

訪問看護において経験している（したことのある）困難

② モデル事業におけるプロトコールの活用状況、および訪問看護におけるプロトコールに対する意見

プロトコールの活用状況

活用したプロトコールの種類

プロトコールの有用性

医師とのプロトコールの活用状況

医師との協定

協定書を取り交わした医師と管理者との関係

プロトコールおよび協定書に対する医師の意見

プロトコールを活用する訪問看護婦の条件と人材の確保

訪問看護におけるプロトコールの必要性
プロトコール活用方法に関する講習会の必要性
プロトコールおよびプロトコール活用の手引き書（案）に対する具体的修正意見
プロトコール普及・発展のために必要と考えられること

(2) 訪問看護婦に対する調査内容

① 訪問看護婦の基本情報

② 訪問看護婦のプロトコールの活用状況および訪問看護におけるプロトコールに対する意見

プロトコールの活用状況

活用したプロトコールの種類

適用した利用者の基本情報

プロトコールの活用場面

プロトコールの有用性

医師とのプロトコールの活用状況

医師との協定

協定書を取り交わした医師と管理者との関係

プロトコールおよび協定書に対する医師の意見

利用者個別に応じたプロトコールの活用方法

利用者への説明に関するプロトコールの活用方法

プロトコールを活用する訪問看護婦の条件

訪問看護におけるプロトコールの必要性

プロトコールおよびプロトコール活用の手引き書（案）に対する具体的修正意見

プロトコール普及・発展のために必要と考えられること

3) 調査方法

モデル事業の説明会の際に、管理者ならびに訪問看護婦に対する質問紙を配布し、モデル事業実施期間中の留め置き、記入を依頼した。さらに1ヶ月間のモデル事業終了後に、小委員会委員および調査員が個別に訪問して、質問紙の回収をおこなった。

4) 調査期間

平成13年2月～3月まで

3. 聞き取り調査の実施

モデル事業におけるプロトコールの新たな活用方法、プロトコールに対する詳細な

意見を聴取し、今後のプロトコールの発展の方法について資料を得ることを目的とした。

1) 対象

モデル事業を実施した訪問看護組織の管理者 21 名のうち、協力が得られた 14 名

2) 調査内容

調査内容は、留め置いた質問紙の回答内容を基本に行い、以下の点について資料を収集した。

① プロトコールに関して

内容（医師の意見、看護婦の意見、使いやすくするための工夫など）
作成の形式について

② 医師とのプロトコールの活用法

③ 看護サービスとの関係について

教育への活用、施設内規準作成への活用、実際の訪問にどのように役立つ
か、質の管理、報酬、家族指導・看護業務の理解を得ること

3) 調査方法

モデル事業終了後に、小委員会委員および調査員が個別に訪問して、質問紙の回収をおこなう際に聞き取り調査を行った。

結 果

1. モデル事業を実施した訪問看護施設の基本情報

1) 施設の概要（表 1～3）

所在地を見ると、滋賀県が 6 施設で最も多く、次いで東京都が 5 施設、神奈川県が 4 施設であった。宮城県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県がそれぞれ 1 施設ずつであった。

設置主体を見ると、医療法人が 6 施設で最も多く、次いで看護協会が 4 施設、社会福祉法人が 3 施設、大臣認定が 2 施設、市町村、医師会がそれぞれ 1 施設であった。

看護職員数を見ると、常勤が平均 4.9 名（SD 4.0）であり、非常勤は平均 2.2 名（SD 2.6）であった。また、平成12年12月 1ヶ月の利用者数の平均は 93.9 名（SD 52.3）であり、延べ訪問件数の平均は 488.6 件（SD 287.6）であった。

連携している医師数を見ると、モデル事業施設に指示書を出している医師数の平均は 43.6 名（SD 34.5）であった。「重症者管理加算」届出状況では、全施設が「届出済み」であった。

2) 医療処置に関する状況 (表4)

モデル事業を実施した訪問看護施設に対し、在宅療養指導管理料、在宅療養指導料の医療処置を要している利用者の状況を聞いたところ、最も利用者がいる施設数と利用者総数が多い医療処置は、「在宅酸素療法」であり、全施設が「利用者がいる」と回答し、利用者数の合計は165名であった。次いで「膀胱留置カテーテル」では21施設中19施設が「利用者がいる」と回答し、利用者数の合計は154名であった。利用者がいる施設が多かった処置は「気管カニューレ」で17施設、次いで「人工肛門」が14施設、「在宅自己導尿」が12施設、「在宅成分・経管栄養」が11施設であった。

また、「在宅酸素療法」「膀胱留置カテーテル」以外で利用者数の合計が多かった処置は、「在宅成分・経管栄養」で94名、次いで「気管カニューレ」で69名であった。利用者が全くいない処置はなかった。

利用者数の合計を利用者がいる施設数で割り、平均利用者数を算出したところ、最も平均利用者数が多かった処置は「在宅寝たきり患者」の9.2名であった。次いで「在宅成分以外の経管栄養」が8.8名、「在宅成分・経管栄養」が8.5名、「膀胱留置カテーテル」が8.1名であった。平均利用者数が少ない処置は、「在宅自己腹膜灌流」と「在宅自己疼痛管理」の各1.0名であった。

医療処置に対する「施設内標準看護計画」の有無を聞いたところ、施設内標準看護計画が「ある」と答えた施設が最も多かったのは「膀胱留置カテーテル」で、12施設であった。次いで、「在宅酸素療法」が9施設、「在宅中心静脈栄養」「在宅成分・経管栄養」「在宅人工呼吸」が8施設であった。また、施設内標準看護計画を持つ施設が1施設もなかった処置は、「在宅自己疼痛管理」であった。

「その処置を必要としている利用者がいる」と回答した施設の内、施設内標準看護計画を持っていると答えた施設の割合を見ると、最も割合の多い処置は、「在宅自己腹膜灌流」で100%であった。次いで、「在宅成分・経管栄養」「膀胱留置カテーテル」で63.2%、「人工膀胱」が62.5%、「在宅中心静脈栄養」が60.0%であった。利用者数が最も多い「在宅酸素療法」は、42.9%であった。

3) 訪問看護施設において経験している(したことがある)困難 (表5)

モデル事業を実施した訪問看護施設の管理者が、経験している(したことがある)訪問看護上の困難については、「主治医からの適切な指示を得ることが難しい」が17施設と最も多く、次いで、「自分のステーションで行う訪問看護婦の知識・技術を標準化したいと思うが、確信を持つものがない」が16施設、「それぞれの看護婦の力量によって利用者に対するケアに差が生じている」「看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分であったりする」がそれぞれ15施設、「主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい」が13施設、「処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる」が10施設であった。

2. プロトコルの活用状況およびプロトコルに対する意見（管理者）

1) プロトコルの活用状況（表6）

訪問看護施設においてモデル事業実施期間中に活用したプロトコルの種類を見ると、最も多く活用されたプロトコルは、「膀胱留置カテーテル管理法」で、14施設が活用していた。次いで、「在宅経管栄養」プロトコルが12施設で、「在宅酸素療法」プロトコルが11施設で活用されていた。活用した施設がなかったプロトコルは、「在宅自己腹膜灌流」「在宅癌化学療法」「腎瘻・尿管皮膚瘻管理法」の3種類であった。

2) 医療処置管理看護プロトコルの有用性（表7）

医療処置管理看護プロトコルが有用である場面について、管理者の意見を聞いたところ、14施設の管理者が「医師の適切な指示を得ること」を挙げていた。次いで、13施設の管理者が「看護技術の標準化」を、8施設の管理者が「医師との責任範囲の明確化」を、7施設の管理者が「現任教育」を、6施設の管理者が「看護提供の際の施設内ケア基準の作成」「利用者への説明」を挙げていた。

3) 医師との協定

(1) 訪問看護施設と医師との協定書の作成状況（表8）

モデル事業において、医師との間で協定書を作成し、取り交わした訪問看護施設は17施設で、作成できなかった施設は4施設であった。

活用できた施設においてプロトコルの種類をみると（重複回答）、「膀胱留置カテーテル」が9施設、「褥創管理法」「在宅酸素療法」が7施設、「在宅経管栄養法」が5施設、「在宅自己注射」が4施設、「在宅中心静脈栄養」が3施設、「在宅自己導尿」が2施設、「在宅腹膜灌流」「気管カニューレ管理法」「人工肛門・人工膀胱管理法」「腎瘻・尿管皮膚瘻管理法」「癌終末期疼痛管理法」がそれぞれ1施設であった。

(2) 医師との協定書の有用性（表9）

協定書を交わすことができた施設について、さらにその有用性について尋ねたところ、10名の管理者が、「主治医から適切な指示を得ることが容易になった」「看護サービスの提供方針・実施方法への理解が容易になった」を挙げていた。また、4名の管理者が「主治医との責任範囲がより明確になった」を挙げていた。

(3) 協定書を取り交わした医師と管理者の関係（表10）

協定書を取り交わした医師との関係については、「訪問看護ステーションと以前より連携があった」が14施設であった。6施設の管理者は「訪問看護に対する理解が深い」、5施設の管理者は「専門医である」、4施設の管理者は「以前、病院で協働したことがあり互いに知り合いである」と回答した。

(4) プロトコール・協定書に対する医師の意見

協定書を作成した医師からの意見について、管理者に聞いたところ、「具体的な指示が出しやすい」「プロトコールは判断基準がよくわかる。これに基づいてアセスメント、対応がすぐできるようになるのではないか」「プロトコールは具体性があり、個別的に対応できる」「協定書という言葉にまだ馴染めない」「記入の手間がかかる」「協定書は詳しすぎ、不必要な項目が多い」「指示書とどう違うのか、今まで通りでよい」「医師の意見も取り入れてプロトコール、協定書から参画させてほしい」「プロトコール以上の判断を今までしてきてもらっている」という意見があった。また、「厚生省のモデルと聞いただけで拒否する医師もいた」という回答もあった。

4) 訪問看護婦の条件と確保 (表11~12)

プロトコールの活用に必要な訪問看護婦の条件について管理者に聞いたところ、19施設が「経験がない場合、医療処置を要する患者の看護経験のある看護婦と共に訪問して必要な知識・技術を習得」を挙げていた。16施設は「病棟・外来でその医療処置を要する患者の看護経験あり」を、15施設が「在宅でその医療処置を要する患者の看護経験あり」を挙げていた。

プロトコールを活用できる訪問看護婦の確保については、12施設の管理者が「看護婦の確保に困難がある」と述べ、「困難はない」と答えた管理者は7施設であった。困難である理由については、「臨床経験が豊富な看護婦が満足できる賃金が払えない」「そもそも人員の確保が難しい」「業務量に比べて看護婦数が不足しており、募集しても応募がなく、応募があった場合は経験の浅い人でも採用せざるを得ない」「責任が重く常勤看護婦になりたがらない」「応用力がついている看護婦が少ない」「潜在看護婦の起用によるスタッフ充足が多いことから、過去に経験があっても再教育が必要」という意見があった。

5) 訪問看護におけるプロトコールの必要性 (表13)

プロトコールの必要性については、17施設の管理者が「必要である」と回答した。その理由としては、15施設の管理者が「看護サービス基準が明確になり、安心して行える」を挙げ、13施設の管理者が「業務内容・範囲が明確になる」を挙げていた。

「どちらともいえない」と回答した管理者は3施設であった。その理由として、「現在のものは内容が複雑で現場で使用するには適さないと思う。何らかの形あるものは必要だと思う」と述べた管理者がいた。「必要ない」と回答した管理者はいなかった。

6) プロトコール活用方法に関する講習会の必要性 (表14)

プロトコール活用方法に関する講習会があると良いかどうかについては、「あると良い」と回答した管理者は5施設であった。その理由として「各プロトコールごとに

事例をもちよって事例検討をしたい」と述べた管理者がいた。「特に必要ない」と回答した管理者はいなかった。無回答者が16名いた。

7) 自由意見

モデル事業を実施した訪問看護施設の管理者のプロトコールに関する意見としては、以下のようなものがあった。

(1) 訪問看護の置かれた状況に関する意見

現在、訪問看護を実施している状況については、「開業医よりも病院勤務医の方が協定書をもらいにくかった」「最近、大病院からの指示書が増えている。即ち医療依存度が高い利用者や難病など、即対応が必要なケースが多い。しかし、地域の開業医に紹介することも少ない。」「大きい病院は、午後から手術や会議で医師が不在のことが多く、特別な指示などが遅れて看護婦自身が判断し対応することもある」「ステーションと医師、指示受け、報告、利用者への説明ができていないのが現状である」という意見があった。

(2) 医療処置管理看護プロトコールの内容・構成について

医療処置管理看護プロトコールの内容・構成については、「在宅で行われている医療処置のマニュアルに基づいて、内容を検討してほしい」「活用するステーションや医師の合意のもとで内容を変更できるような自由度を持たせてもらえると良いのではないか」「医療処置以外に、疾患別に起こりうる危機徴候についてのプロトコールが活用できると良い」「医療処置が必要な利用者には、指示書以外に協定書が必ず必要であるという制度上の取り決めがあると協定書を取り交わすのが容易になるのではないか」という意見があった。

(3) 医療処置管理看護プロトコールの活用について (表14)

医療処置管理看護プロトコールの活用については、「退院時病棟で、あるいは外来で医療処置を必要とした初期段階でプロトコールを活用した家族(本人)指導が実施できる体制が必要であり、施設内看護婦にも是非必要なツールである」「訪問看護婦、老人保健施設、老人福祉施設、障害者施設などで働く看護婦の質のアップと確保の上からも重要なツールである」という意見があった。

3. プロトコールの活用状況およびプロトコールに対する意見(訪問看護婦)

1) 訪問看護婦の基本情報 (表15~16)

モデル事業に協力した21カ所の訪問看護施設において、プロトコールを活用した訪問看護婦は合計89名であった。勤務形態は常勤が51人(57.3%)非常勤が34人(38.2%)

%)であった。性別は女性が86人(96.6%)で、年齢は40歳以下が68.6%(61人)を占めており、訪問看護の経験年数は3年以下が66.3%(59人)を占めていた。

2) 訪問看護実施に際して経験している(したことがある)困難 (表17)

プロトコルを活用した訪問看護婦が経験している(したことがある)困難について(重複回答)は、「主治医から適切な指示を得ること」が63人(70.8%)と最も多く、これは管理者の回答と一致していた。次いで「療養者個別のケア基準が明確でないため、自分の行っているケアでいいのかどうか不安を感じている」が44人(49.4%)と半数を占めていた。「看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分であったりする」が34人(38.2%)、「訪問看護に関して確信を持てる知識・技術を身につけたいと思うが、方法がわからない」が28人(31.5%)、「主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい」「処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる」がそれぞれ24人(27.0%)であった。

3) プロトコルの活用状況 (表18~19)

モデル事業において89名の訪問看護婦が活用したプロトコルは延べ126件であった。その種類を見ると、最も多く活用されたプロトコルは「膀胱留置カテーテル管理法」30件(23.8%)であり、次いで「在宅経管栄養法」が22件(17.5%)であった。「気管カニューレ管理法」が17件(13.5%)に、「在宅人工呼吸法」が14件(11.1%)、「在宅酸素療法」が13件(10.3%)活用されていた。

今回のモデル事業実施期間中に活用されなかったプロトコルは「在宅自己腹膜還流」「在宅癌化学療法」「癌終末期疼痛管理法」であった。

次に、これらのプロトコルを適用した利用者についてみると、年齢は平均70.2±13.8歳で、60歳代以上が90人(89.0%)を占めており、性別は男性51人(50.5%)、女性49人(48.5%)であった。

実施している医療処置は、延べ316件あり、膀胱留置カテーテルが79件、次いで在宅経管栄養法56件、気管カニューレ管理54件、在宅人工呼吸療法46件、褥創管理23件、在宅酸素療法14件であった。数多く実施されている医療処置については、モデル事業においてもそれらのプロトコルは多く活用されていた。

4) プロトコルの活用場面 (表20)

126件のプロトコルを訪問看護においてどのような場面で活用したか(重複回答)については、「利用者の個別ケア基準として活用した」が59件(46.8%)と最も多く、次いで「自己研修に活用した」が53件(42.1%)、「利用者への説明に活用した」が52人(41.3%)、「看護技術を標準化することに活用した」が50件(39.7%)、「医師からの指示を得る際に活用した」が42件(33.3%)「医師との責任範囲を明確にするために活用した」が23件(18.3%)、「管理者から指示・助言を得る際に活用した」が18

件（14.3％）であった。

5) プロトコール活用の有用性 (表21)

プロトコールを活用することにより訪問看護において容易になったことについて尋ねた。「訪問看護の責任範囲を明確化すること」「看護技術を標準化すること」がそれぞれ52件（41.3％）と最も多く、「利用者の個別のケア基準が分かった」が44件（34.9％）、「医師からの指示を得ること」が43件（34.1％）、「利用者に説明を行うこと」が28件（22.2％）、「管理者から指示・助言を得ること」が6件（4.8％）であった。

6) 医師とのプロトコールの活用方法

(1) 医師との連携におけるプロトコールの活用状況 (表22)

モデル事業においてプロトコールを医師との連携に活用したのは、62件（49.2％）で、活用できなかったが56件（44.4％）であった。

医師との連携における具体的活用法としては、「協定書を作成し、とり交わした」が51件、「医学的判断基準が必要と考えられる項目については、利用者の個別具体的な指示を得て個別プロトコール用に修正して用いた」が20件、「指示が変更される場合は、どのような方法で行うのか事前に決めておいた」が14件、「軌道に乗るまでは定期的に医師に連絡した」が10件、「療養者に起こる可能性のある緊急事態に関する対応方法などの項目を新たに追加した」が8件「軌道に乗るまで、医師、管理者、担当看護婦等が同席するミーティングを開いた」が4件であった。

次いで、医師との連携にプロトコールを活用できなかった理由を自由記載欄で見ると、「モデル事業実施期間内にプロトコール活用を軌道にのせることができず、医師との連携までには至らなかった」「医師が多忙で説明する機会を調整できなかった」「指示書を出す医師と、医療処置を管理する医師が異なっているため協定書を取り交わすことができなかった」「医師が遠距離なので事前協議する機会を持つことができなかった」「すでに状態が安定しているため」という意見があった。

(2) 活用した（できなかった）医師と訪問看護婦との関係 (表23)

医師とのプロトコールの活用状況と、医師と訪問看護婦との関係をみると、活用した群、活用しなかった群ともに「以前から訪問看護と連携があった」医師が最も多く、次いで「専門医である」であり、両群とも同様の傾向であった。両群とも「訪問看護婦に対する理解が少ない」医師はいなかった。

(3) プロトコールおよび協定書に対する医師の意見・反応 (表24)

プロトコールや協定書に対する医師の反応や意見について26件の自由記載が得られた。「協力的」という反応が8件、「責任範囲が明確化され、看護婦に任せられる処置が増える」という意見が4件あった他、「従来の指示書では医療処置や薬剤の多い

患者の場合、対応しきれないことがあったが、管理協定書は指示を出しやすい」「報告基準や判断樹もうまく活用すればより個別的なものとなり、報告もれもなくなると思う」「指示の変更などがより確実に看護婦に伝わりやすくなる」「現在の方法で十分である」という意見があった。

7) 利用者個別に応じたプロトコールの活用方法 (表25)

モデル事業において、利用者個別に応じたプロトコールの活用を行ったと回答した59件についてその具体的な活用方法をみると(重複回答)、「各医療処置に関する異常・トラブルと医師への報告基準に、利用者に該当する基準(値)を追加した」が15件と最も多く、「判断樹に利用者固有の『判断項目』『実行・処置』などを追加したり、修正等を行った」が13件、「必要に応じ、アセスメント項目を追加した」が8件、「利用者固有の、あるいは特に強調したい到達目標を追加した」が7件あった。

8) 利用者の説明に関するプロトコールの活用方法 (表26)

モデル事業において、利用者への説明にプロトコールの活用を行ったのは52件(41.3%)で、活用できなかったのは65件(51.6%)で、活用できなかったと回答した方が多かった。

具体的な活用法としては(重複回答)、「分かりやすい言葉に置き換えて説明した」が41件と最も多く、「プロトコールを利用者個別に用いる際に、利用者の意思や希望を確認し取り入れた」が6件、「利用者用の説明プロトコールを作成して説明した」が2件であった。

利用者への説明に活用できなかった理由に関しては、「利用者・介護者とも高齢で理解力が乏しいため」「家族が利用者のケアに対して消極的で、積極的な指導を行えなかったため、活用の機会がなかった」「家族に介護の他に悩みを持っており説明を聞くゆとりがなかった」という記載があった。

9) プロトコールを活用する訪問看護婦の条件 (表27)

プロトコールを活用するのに必要な訪問看護婦の条件について(重複回答)は、訪問看護婦の70人(78.7%)が「経験がない場合、経験がある看護婦と共に訪問して必要な知識・技術を習得すること」をあげていた。56人(62.9%)が「病棟・外来でその医療処置を要する患者の看護経験があること」をあげ、46人(51.7%)が「在宅でその医療処置を要する患者の看護経験があること」をプロトコールの活用に必要な訪問看護婦の条件と回答していた。

プロトコール活用の際し、必要となる(なった)知識や技術について、自由記載で回答を求めたところ、「処置方法や対処方法の変化に応じてプロトコールを修正すること」「異常やトラブルとケア方法との関連性」「利用者や家族の年齢や理解力に応じた説明の仕方や工夫」「医療機器の操作・管理法」「正常値」などの意見があった。

10) 訪問看護におけるプロトコールの必要性 (表28)

訪問看護におけるプロトコールの必要性については、必要であるという回答が 89 人中 57 人 (64.0%)、必要でないという回答が 3 人 (3.4%)、どちらともいえないが 24 人 (27.0%) で、6 割以上が必要であると回答していた。

必要と回答した理由について (重複回答) は、「業務内容・範囲が明確になる」が 36 人、「看護サービスの基準が明確になり、安心して行える」が 31 人であった。一方、必要でないとした理由について (重複回答) は、「プロトコールに依存し、これ以外のものを見落とす危険性がある」が 3 人、「判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなる」が 2 人であった。また、どちらともいえないとする理由について自由記載をみると、「サービスの基準作成の意義はあるが、プロトコールのみでは不確かな面もある」「基準は明確になるが、これにとらわれて応用がきかなくなる」「看護婦のレベルによって必要な項目が異なる」「プロトコールそのものがよく分からない」という意見があった。

11) プロトコール普及・発展のために必要と考えられること

今後、プロトコールを発展・普及させるために必要なことに関して、自由記載で意見を求めた。意見はプロトコール自体に関するもの、プロトコールの運用に関するものに大別された。

プロトコール自体に関する意見としては、「協定書と訪問看護指示書との整理が必要」「簡便で簡潔な方が活用の機会が増す」などがあった。プロトコールの運用に関しては、「病棟や外来での医療処置導入時にまずプロトコールが活用され、それがスムーズに在宅へ継続されるシステムを作ること」「チームメンバー間 (特に主治医) の意識の統一」「医師の協力度によって協定書の記入内容が異なるため、看護婦の働きかけが必要」などの記載があった。

12) プロトコールに関する自由意見

モデル事業においてプロトコールを活用した訪問看護婦に、プロトコールに対する自由な意見を求めた。モデル事業の効果に関する意見、訪問看護におけるプロトコールの意義に関する意見に大別された。

モデル事業の効果に関する意見には、以下ものがあった。

- 「これまで届けられる薬剤が指示書とは違うことがあり、再確認を要することが多く、事故につながるのではという不安があったが、医師・看護婦・利用者が実施することが明確化され、安心してケアを提供することができた (中心静脈栄養法プロトコール使用)」
- 「複数の訪問看護婦がかかわっており、統一した指導・ケアの提供ができ、創が縮小し、治癒傾向にある (褥創管理プロトコール使用)」
- 「今回、取り組んだ事例は家族によるケアが主であったが、改めてプロトコールを

用いてアセスメントを行うことにより、家族の置かれている状況が理解でき、有意義であった（経管栄養法プロトコール使用）」

○「プロトコールを使用するにあたり、主治医に報告する前に訪問看護婦が行うべきこと、対応方法など再学習できた」

○「申し送りが的確にでき、時間が短縮された」

訪問看護におけるプロトコールの意義に関する意見としては、「訪問看護ステーションが医療機材や衛生材料を負担している場合、在宅での医療処置が増えるほど負担が大きくなる。プロトコールは診療報酬の見直しなどに関しても意義があると思う」

「訪問看護では現場においてひとりで判断しなければならない。また、他の看護婦も同じ場面で同じ行動をとらないと利用者との信頼関係に影響する。プロトコールは必要である」などがあつた。

4. 聞き取り調査

1) プロトコールに関して

(1) 内容について

聞き取り調査の対象となつた訪問看護施設と連携している医師は、プロトコールに対して肯定的な見方がほとんどであつた。具体的に指示を出しやすいという反応が最も多かつた。医療機器を使用しているプロトコールで、療養者よりも器械を先にアセスメントする判断樹があり、まず療養者を優先すべきとの意見があつた。

看護婦の意見としては、まずプロトコール作成の対象となつた医療処置は適切であり、概ね問題なく使用できたという意見が多かつた。在宅療養者の個別性に依じて、内容が十分でないと思われる部分についてはその不足を追加・補足したり、必要でないと思はれた部分は除いて使用するなど修正して用いていた。

判断樹に関しては、医療処置の実施法が明確に理解できるという意見と、それに縛られてしまうという意見があつた。また、モデル事業で使用したプロトコールを参考に、療養者・家族指導用の判断樹を作成した施設もあつた。

(2) 作成の形式について

今回のモデル事業で使用したプロトコールは、14種類の医療処置プロトコールが1冊の書籍に収められている形式となっているが、医療処置別に分割してほしいとの意見が多かつた。携帯に便利であり、個別の看護記録ファイルに収納することが容易であるという理由であつた。また、協定書および医師への報告基準は複写式にし、主治医と訪問看護婦、訪問看護ステーションの3者で保管できるようにしたいという意見はほぼ全施設から出された。さらに、協定書と、現在使用されている訪問看護指示書との内容の一部重複があることに對し質問があつた。

2) 医師とのプロトコルの活用法

聞き取り調査対象施設のほとんどが医師との間で協定書を取り交わしていた。今回のモデル事業で協定書を取り交わした医師は、当該訪問看護施設と以前から連携していて、訪問看護に対する理解がある医師がその対象として選択されていた。

これまでの指示書では得られなかった詳細な指示を協定書に記載してもらうことができた、協定書を利用することによりこれまで口頭指示になっていた箇所について記録として残すことができた、また、電話による口頭指示を得る場合でも協定書を見ながら行うことにより具体的な指示を得ることに成功したという意見があった。なかにはモデル事業で使用した協定書を参考に、より使いやすいように修正したプロトコルを作成した医師もいた。さらに、協定書作成に際し、特定衛生材料費で請求できるものの見直しを医師自身が行ってくれ、衛生材料費の利用者への負担について洗い直しができたと述べた施設もあった。そして、協定書を示すことにより医師に施設内看護と訪問看護の違いの説明に活用でき、理解を得られたと述べた施設もあった。

一方、協定書を取り交わすことができなかつた場合では、その理由として以下のものがあつた。同系列の医療機関に所属する医師からの指示を中心に受けている施設では、すでに訪問看護との信頼関係が確立しており、さらに協定書に記載すべき情報より多くの情報が入手できている、医師は本モデル事業の意義や協定書の中身について理解を示したうえで、協定書は交わさなかつたという意見があつた。また、複数の病院や診療所にいる医師から指示を得ている、開設して日が浅い訪問看護施設では、規模の大きい病院の医師は多忙であること、さらにMSWを介してやりとりするシステムの病院である場合には、手間と時間のロスが多く、協定書を取り交わすことが困難であつたと述べていた。さらに、誤った知識に固執している医師の場合、協定書にその数値を記載されてしまうと、それが遵守すべき数値になり、看護側の行為が規制されてしまうため、あえて取り交わさなかつたという意見もあつた。また、「責任の所在が曖昧であるから、かえってできることもある」と述べた医師に対しては協定書を取り交わすことを断念したと述べた施設もあつた。

そのほか、複数の医療処置を行っている療養者で医療処置ごとに専門医から指示を得ている場合には、それぞれに協定書を交わすことになり煩雑になった、利用者ごとの協定書の取り交わしの方が望ましいという意見もあつた。

3) 看護サービスとの関係について

(1) 教育への活用

教育への活用には、①新人訪問看護婦教育への活用、②経験ある訪問看護婦教育への活用、③訪問看護婦以外への活用、④看護基礎教育への活用への提案があつた。

① 新人訪問看護婦教育への活用

「ベテランでない看護婦（新人も含め）は、判断樹を用いられるようにすることで、看護業務の改善や質の均一化につながる」「基本的なことから複雑なことまで含まれ

ているので、自己学習、新人の教育に使える」「新人教育に効果的だと考える」という意見があった。

② 経験ある訪問看護婦教育への活用

「ベテランナースは、技術や思考の振り返りとして活用できる」「判断樹を用いて自分の行ってきた看護行為を振り返ることが如何に重要であるかを実感した」「臨床経験の長い、浅いにかかわらず有用である」という意見があった。

③ 訪問看護婦以外への活用

「病院の看護婦に対する教育に有効である」「施設内看護婦にも必要なツールと考える。退院指導時の活用や、在宅でも短期入所施設で同じ判断樹を使うことで、トラブル防止や継続看護につながり、質の統一化ができる」「医師の教育にも使えるのではないか」という意見があった。

④ 看護の基礎教育への活用

「是非、看護教育に活用し、全看護婦に看護プロトコルの存在を示してほしい」「看護の教育に使うことにより、あらゆる看護場面に活用、質も統一できる」という意見があった。

また、教育の方法として、「講習会の実施」をあげた施設があった。その講習会の方法として、「事例を用いたケアマネージャー研修のようなグループワーク」「訪問看護研修の初級クラスおよび管理者レベルの研修に入れ込む」という提案があった。

(2) 施設内規準作成への活用

開設後、年数が少なく未だ施設内基準を作成していない施設では、今後、作成の参考にしていきたいという意見があった。すでに医療処置を実施している施設では、施設の特徴に応じた施設内規準の作成に、参考として本プロトコルを活用したいとの意見があった。

(3) 実際の訪問における有用性

訪問の前後に対象者の状態について判断樹に沿いながら、訪問時に行う作業の確認、実際に行った看護が適切であったか否かの確認に使用したという意見が多く聞かれた。

一方、日常的に医療処置を多く実施している施設では、手順書という形で施設内規準を作成しており、今回のプロトコルは普段行っている看護の確認として用いたという意見もあった。

(4) 質の管理

判断樹を活用することで、訪問看護婦の実務経験年数や、常勤者と非常勤者間の差を縮小することができたとの意見があった。

(5) 報酬

医療処置を行うことに対し、看護側に経済的報酬があることは処置に費やすエネルギーの評価とともに、看護側に責任が生じることの認識につながるという意見があった。

(6) 家族指導および看護業務への理解を得ること

利用者・家族に訪問看護婦が行っていること、見ていることについて理解を得るためにプロトコールを生かしてしていきたい、特に介護保険制度導入後、他職種との違いを利用者に明確に示していくことが重要であるとの意見があった。また、今後、家族用のプロトコールを作成するという施設もあった。

考 察

プロトコールの実際の活用の仕方、および活用上の困難や不備について調査し、これを推敲するとともに、プロトコールを活用する上で必要とされる条件整備および効果的な普及方法について検討することを目的に、全国 21 カ所の訪問看護ステーションの協力を得てモデル事業を行った。

1. モデル事業の実施方法に関して

今回のモデル事業を実施した訪問看護施設は、介護保険制度の施行開始年度と重なり多忙を極めている現況にもかかわらず、本研究の趣旨を理解しモデル事業に参加したという点から、在宅での医療処置実施に関する関心や問題意識がきわめて高い施設と考えられる。本事業では、プロトコール活用上の困難や不備に関する詳細な資料を得るために、これまでプロトコール作成研究に協力してきた施設に加え、今回のモデル事業において初めて活用する施設も参加したが、初めての施設においてプロトコール活用に対する混乱や戸惑いが生じたという意見は聞かれなかった。このことは、これまでの研究でわれわれが指摘してきたように、訪問看護婦が在宅において医療処置を安全に行うことができ、医師からの指示の授受が的確かつ容易となるツールを実践現場が必要としていたことを裏付けるものと云える。

今回のモデル事業では、一施設あたり平均 4.2 人の訪問看護婦がモデル事業に参加し、一施設あたり平均 6 件のプロトコールを活用していた。モデル事業に参加した訪問看護婦ひとりあたりの活用件数は平均 1.4 件であった。ほとんどの施設が、訪問看護婦がプロトコールについて十分に理解し、その施設で実施されている医療処置の種類や数を考慮して、モデル事業期間中にプロトコールが活用可能な療養者を選択し、適用するという方法を行っており、その運用を軌道に乗せるには 1 ヶ月間というモデル事業期間では短すぎるという意見が聞かれた。各プロトコールの内容、時期別（導

入期、維持期、終了期)に関する推敲を詳細に行うためには、モデル事業実施の期間を十分に確保する必要がある。

2. 訪問看護施設による活用の仕方の違いに関して

聞き取り調査の結果、訪問看護施設を開設して日が浅い施設と、日常的に医療処置を多く実施している施設、さらに医師主導型の施設において、プロトコルの活用の仕方、今後のプロトコルに対する要望などが異なっていることが分かった。開設して間もない施設では、施設内規準が未整備であり、本プロトコルをまず試用し、これを使いこなすことに力点が置かれていた。また、現任教育プログラムに本プロトコルを教育ツールとして活用したいとする意向があった。日常的に医療処置を多く実施している施設では、すでに手順書などの形式で施設内規準を作成しており、訪問看護婦も本プロトコルを実施できる臨床能力を有しているため、普段行っている看護の確認として活用していた。さらに、同じ医療処置のプロトコルであっても、病態別により分化されたプロトコルを望む意見が聞かれた。医師主導型の施設では、信頼関係という名のもとに医師が責任を負うというシステムで訪問看護婦が医療行為を委譲されている状況であった。この場合には、プロトコルを利用者のケアや訪問看護婦自身の活動に活用することに主眼が置かれ、医師との指示の授受や責任を明確化するために活用する機会は少なかった。このような例では、プロトコルを医師と看護婦の関係を客観化・社会化するためのツールとしてのニーズは少ないといえる。

3. 訪問看護におけるプロトコルの有用性

モデル事業に参加した施設の管理者・訪問看護婦ともに訪問看護におけるプロトコルは有用であるとの意見が多かった。有用である点として、「医師から適切に指示を得ること」「医師との責任範囲を明確にすること」「看護技術の標準化」が管理者・訪問看護婦ともに上位3位にあげられていた。

モデル事業で活用されたプロトコルの場面は、利用者のケアに関する項目が多く、次いで訪問看護婦自身の活動に関する項目、そして医師との連携に関する項目であった。利用者のケアに関する項目としては「利用者の個別ケア基準として活用」「利用者への説明に活用」が多かった。看護婦自身の活動に関する項目としては「自己研修に活用」「看護技術の標準化」があげられていた。医師との連携に関する項目としては「医師から指示を得る際に活用」「医師との責任範囲を明確にするために活用」があげられていた。昨年度に行った研究においては、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が、今回のモデル事業では、実際に広域的規準であるプロトコルを利用者に適用し、医師との協定を取り交わすことができていた。

また、管理者に対する聞き取り調査では、看護サービスの質を保証するツールとし

て有用であるという意見が多かった。同時に、訪問看護婦の実施する医療処置に対し経済的報酬を期待する意見も聞かれた。

1) 医師との連携および業務範囲の明確化

今回のモデル事業において医師と協定書を作成し取り交わしたのは、モデル事業に協力した21施設中17施設、活用したプロトコール126件中51件であった。医師との連携における活用の有無と、訪問看護婦・医師の関係について検討すると、連携に際して活用した群、できなかった群ともに、以前から訪問看護と連携している医師が最も多かった。今回のモデル事業で協定書を取り交わした医師は、訪問看護施設と以前から連携していて、訪問看護に対する理解がある医師がその対象として訪問看護側から選択されていることが聞き取り調査で分かった。

活用した医師のプロトコールや協定書に対する反応は、看護側の判断や実施方法が理解できる、より具体的な指示を出しやすいなど、概ね肯定的、協力的であった。判断樹に目を通し、医学的見地からコメントしたり、協定書をさらに推敲して作成して取り交わすなど、よりよいものに活用しようとする医師もいた。

一方、活用できなかった群はその理由として、モデル事業期間中にプロトコール活用を軌道に乗せることができず医師との協定書の活用までに至らなかった、医師が多忙で説明する時間の調整が困難であったという意見が多かったが、聞き取り調査において、医師が誤った知識に固執している場合には、協定書がかえって訪問看護婦の行動を拘束する方向に働くという判断や、医師が責任の所在を意図的に曖昧にしている場合には、訪問看護が不要なリスクを負わざるを得ないという判断により、協定書を作成していなかったことが明らかになった。

協定書は、指示書に基づいて医療処置管理の安全性を図るために、個別的な管理基準を盛り込んだ上で、医師と訪問看護婦の共同作業および共同責任、そして医師、訪問看護婦のそれぞれの責任の所在を判別するものとして作成された。医療処置管理協定書の活用においては、医師と訪問看護婦とが実施方法や判断に関して相互理解を深めていくことがその前提条件として必要であると考えられる。

訪問看護指示書と協定書との関係を吟味し、医師側・看護側が経済的報酬を得られるよう期待する意見があった。これは制度的な実行に関することであり、協定書と現在使用されている訪問看護指示書との関係は今後、検討を要する課題である。

2) 他職種との連携および業務範囲の明確化

社会が規制緩和の方向に向かっている今日、在宅での医療処置の実施に関しても医事法制上の有資格者以外にこれを解除しようとする動きもみられている。規制緩和は安全性の確保の検討やその実施のルールが作成されないままにすすんでいく場合には、医療の受け手である国民が安全な医療を受けられなくなる可能性がある。

本プロトコールはこれまで述べてきたように、在宅で医療処置を実施している療養

者の安全性の確保を第一義としており、医療処置に関する訪問看護婦の実施法を文書化することにより、職種間での暗黙の了解や不文律から脱却できうるものとする。介護保険制度下において他職種との違いを明確に示していくことが必要であるという意見にみられるように、今後は、病態別の分化したプロトコルの作成と並行して、福祉職などとの役割を明確化するためのツールとしてのプロトコルを開発することが課題であると考えられる。

これは他職種から訪問看護に対する理解を得ることを容易にし、チーム活動を円滑なものとするにも通じると考えられる。

3) 訪問看護における医療処置管理技術の標準化

今回のモデル事業では、訪問看護におけるプロトコルの必要性に関して「必要でない」と回答した管理者はいなかった。一方、訪問看護婦の回答では、「必要である」との意見が57名(64.0%)と大半を占めていたが、「必要でない」とする意見が3名と少数ながらあった。その理由は(重複回答)、「判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなる」「プロトコルに依存し、これ以外のものを見落とす危険性がある」であった。また、「どちらともいえない」と回答した24名の理由に、「サービス基準が明確になり安心であるが、プロトコルに依存し見落とす傾向がある」という意見もあった。

本プロトコルは、在宅において訪問看護婦が医療処置を安全に行うための方法、つまり医療処置管理技術に関する基準を定めたものである。訪問看護婦のアセスメントや判断のプロセスを判断樹としてビジュアル化している。経験が浅い訪問看護婦であっても、これを活用すれば一定水準の看護提供ができるよう意図されており、訪問看護婦による技術のばらつきを縮小し、標準化することができる。今回のモデル事業でプロトコルを活用した訪問看護婦の経験年数は、約6割が3年以下であり、その活用場面として「利用者の個別ケア基準として活用した」「自己研修用に活用した」が多かったことを考えると、プロトコルは医療処置管理に関する看護技術を標準化する役割を果たしていたと推察される。

ここに提示されたプロトコルはあくまでもスタンダードであるから、必ずしもこれに拘束されて訪問看護活動を制限する必要はなく、むしろ療養者の個別性に応じて必要であると考えられる項目や内容を加え、よりよいものに創りあげていく性質のものといえる。つまり、サービスの質を確保した上で、それ以上のサービスを付加していくという活用法が期待されている。依存した結果、見落としの危険性が生じるという意見に対しては、本プロトコルは、各医療処置の目的、適応、方法についてはすでに知識・技術のある看護婦を対象とし、主として各医療処置に由来する不都合やトラブルの予防、早期発見、対処の方法を主眼に作成されており、年齢、基礎疾患や合併症などから由来する看護問題と併せ、修正して用いることが肝要であろう。

4) 人材育成

今回のモデル事業では「プロトコルを活用できる看護婦の確保が困難である」という回答が多かった。一方、プロトコルが看護教育の教材として有用であるという意見が多く聞かれた。プロトコルは看護婦の判断技術を標準化し、看護全体の判断技術の質を保証することを目的としたものである。聞き取り調査においても訪問看護婦全体が判断樹を用いることができることで、質の統一化が実現するという意見が聞かれた。そして、その実現のためには、①現任教育（新人・ベテランを含む）における活用、②訪問看護婦以外の教育への活用、③看護の基礎教育（養成課程）における導入が提案された。その提案には、施設内から在宅まで、統一された質の看護を提供したいという、訪問看護婦の姿勢が表れている。

プロトコルには「各プロトコルの適用条件」として「看護婦の条件」があげられている。その内容は、「病棟、外来あるいは在宅での当該医療処置を受けている人々の看護経験があることと、具有すべき知識・技術について明示した」ものであり、その条件に該当しない看護婦は、「条件を満たす看護婦とともに訪問して知識・技術を習得する必要がある」ことが明記されている。これは「訪問看護婦による医療処置管理の質の保証・維持を図るとともに、今後の看護婦の育成につるながらることを意図したものである。この考えに基づけば、プロトコルを自立して使用できるのは前述の「看護婦の条件」を満たす看護婦であり、新人訪問看護婦は自立するにあたり、この条件を満たすための学習と自己研鑽を必要としている。従って、新人看護婦教育の材料として医療処置管理看護プロトコルを用い、その目標を「プロトコルを自立して使用できること」とすることで、訪問看護の質の確保が容易になる。また、経験を持つ訪問看護婦が、定期的に自らの看護判断を確認する作業に用いることも現任教育の一環として有用である。

一方で、看護の基礎教育（看護婦養成課程）は看護婦としての基礎知識と技術を習得することを目的としており、「医療処置管理看護プロトコル」を自立して使用できる看護婦を養成することを目的としている教育課程ではない。しかし、施設内の看護婦を含めた看護全体がプロトコルを活用できることを訪問看護婦が要望していること、看護全体の質の統一化、今後卒後すぐに訪問看護施設に就職する看護婦が増える可能性を考慮すると、基礎教育課程においてもある水準のプロトコルに関する教育が必要である。そのための基礎教育における教育内容を整理することが今後の課題であると考えられる。

現任教育に主眼を当てて述べると、プロトコルを看護全体で共有し、活用していくためには適切な研修会が必要であることが指摘された。その方法として、①訪問看護婦研修初級クラスでの講習、②管理者レベルの研修会での講習が提案されている。プロトコルを教材として用いることへの意見と合わせて考察すると、訪問看護研修初級クラスにおいては、判断樹を中心としたプロトコルの見方、使うのに必要な知識・技術などを伝達することが求められる。また、管理者レベルの研修会では、プロ

トコールを用いた医師との協定方法の他に、現任教育ツールとして、技術確認の方法を伝達することが求められる。

4. プロトコールの推敲に関して

今回のモデル事業の結果、プロトコールや協定書の構成や内容に関し追加や修正等の意見を数多く得ることができた。その内容は判断樹に関するもの、医師への報告基準に関するものに大別された。今後は指摘されたこれらのひとつひとつについて、再度 evidence に基づいた詳細な検討・修正を行う必要がある。

また、モデル事業期間中に利用者が少ない（いない）医療処置のプロトコールは活用される機会が少ない（ない）。今回のモデル事業でも活用の機会がないプロトコールが3種類あった。すでに多くの利用者がある医療処置の場合には、これまでのプロトコールの推敲と並行して、病態別、あるいは年齢別に分化したプロトコールを作成することが今後の課題といえる。活用される機会の少ないプロトコールに関して、どのように推敲していくかについて検討する必要がある。

5. プロトコールの普及に関して

昨年度に行った研究では、無作為抽出された全国 223 カ所の訪問看護ステーションに対し、膀胱留置カテーテル管理法および経管栄養プロトコールの試用を郵送にて依頼したが、プロトコールという言葉をはじめて聞く施設もあり、十分に活用されたとは言いがたかった。このため今年度は、訪問看護婦がプロトコールの目的や趣旨を理解したうえで実践に活用してもらえるよう、モデル事業の対象となった施設の管理者に対して説明会を開催した。さらに、要望により訪問看護婦を対象に説明会を実施した施設もあった。これらの約2時間の少人数制の説明会は、モデル事業協力施設にとってプロトコールの活用を容易にする方法として有効であったと考えられる。

本モデル事業の結果、21施設中17施設の管理者が、訪問看護婦89人中57人（64.0%）が、訪問看護においてプロトコールは必要であると回答しており、今後、より一層プロトコールの普及を図る必要性が考えられた。その方法のひとつとして、手引き書を利用し、口頭による説明だけでなく演習を取り入れた講習の方法が効果的であることが確認された（次節参照）。

表1. 訪問看護施設の所在地

都道府県	施設数
宮城県	1
東京都	5
神奈川県	4
静岡県	1
愛知県	1
滋賀県	6
三重県	1
大阪府	1
兵庫県	1
	21

表2. 訪問看護施設の設置主体

都道府県	施設数
市町村	1
医療法人	6
社会福祉法人	3
日本赤十字	0
厚生連	0
医師会	1
看護協会	4
大臣認定	2
その他	4
	21

表3. 訪問看護施設の基本情報

項 目	N=21	
	平均値	± SD
看護職員数		
常勤 (人)	4.9	± 4.0
非常勤 (人)	2.2	± 2.6
利用者数および訪問件数		
利用者数 (人)	93.9	± 52.3
訪問件数 (件)	488.6	± 287.6
連携している医師数		
指示書を出している医師数 (人)	43.6	± 34.5
	施設数	(%)
「重症者管理加算」届出状況		
届出済み	21	100
現在、届出を計画中	0	0
届出をしていない	0	0

*月間利用者数および訪問件数は平成12年12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

プロトコル内容	利用者がいる施設 *			施設内標準看護計画 がある施設	利用者が居る施設のうち、 看護計画がある施設
	施設数	利用者数 (人)	平均利用者数 (人)	施設数	施設数
1. 在宅自己注射	9	27	3.0	6	5
2. 在宅自己腹膜灌流	1	1	1.0	2	1
3. 在宅血液透析	1	2	2.0	0	0
4. 在宅酸素療法	21	165	7.9	9	9
5. 在宅中心静脈栄養	5	6	1.2	8	3
6. 在宅成分・経管栄養	11	94	8.5	8	7
7. 6. 以外の経管栄養	6	53	8.8	3	2
8. 在宅自己導尿	12	26	2.2	6	5
9. 在宅人工呼吸	10	50	5.0	8	6
10. 在宅陽圧呼吸	4	5	1.3	2	1
11. 在宅悪性腫瘍	10	25	2.5	4	3
12. 在宅自己疼痛管理	1	1	1.0	0	0
13. 在宅寝たきり患者	5	46	9.2	4	2
14. 人工肛門	14	22	1.6	7	5
15. 人工膀胱	8	9	1.1	5	5
16. 気管カニューレ	17	69	4.1	8	8
17. ドレーンチューブ	4	21	5.3	1	1
18. 膀胱留置カテーテル	19	154	8.1	12	12

*平成12年12月の1ヶ月間の数値

表5. 訪問看護において経験している (したことがある) 困難 : 管理者

項 目	施設数
主治医からの適切な指示を得ることが難しい	17
主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい	13
それぞれの看護婦の力量によって利用者に対する ケアに差が生じている	15
看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、 不十分であったりする	15
処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる	10
自分のステーションで行う訪問看護婦の知識・技術を 標準化したいと思うが、確信を持つものがない	16

表6. 訪問看護施設における看護プロトコルの活用状況

プロトコル内容	施設数			
	活用した	活用しなかった	未回答	総数
在宅自己注射	6	14	1	21
在宅自己腹膜灌流法	0	20	1	21
在宅酸素療法	11	9	1	21
在宅中心静脈栄養法	3	17	1	21
在宅自己導尿	4	16	1	21
在宅人工呼吸法	4	16	1	21
在宅癌化学療法	0	20	1	21
在宅経管栄養法	12	8	1	21
気管カニューレ管理法	7	13	1	21
膀胱留置カテーテル管理法	14	6	1	21
人工肛門・人工膀胱管理法	6	14	1	21
腎臓・尿管皮膚瘻管理法	0	20	1	21
癌終末期疼痛管理法	2	18	1	21
褥創管理法	8	12	1	21

表7. 医療処置管理看護プロトコールの有用性 <重複回答>

項 目	施設数
医師の適切な指示を得ること	14
医師との責任範囲の明確化	8
看護提供の際の施設内ケア基準の作成	6
利用者への説明	6
看護技術の標準化	13
現任教育	7

表8. 訪問看護施設と医師との協定の作成状況 <重複回答>

項 目	施設数
医師と協定書を作成し、取り交わした	17
在宅自己注射	4
在宅腹膜灌流	1
在宅酸素療法	7
在宅中心静脈栄養	3
在宅自己導尿	2
在宅人工呼吸療法	0
在宅癌化学療法	0
在宅経管栄養法	5
気管カニューレ管理法	1
膀胱留置カテーテル管理法	9
人工肛門・人工膀胱管理法	1
腎瘻・尿管皮膚瘻管理法	1
癌終末期疼痛管理法	1
褥創管理法	7
医師とは作成できなかった	4
	21

表9. 医師との協定書の有用性 <重複回答>

項 目	施設数
主治医から適切な指示を得ることが容易になった	10
主治医との責任範囲がより明確になった	4
看護サービスの提供方針・実施方法への理解が容易になった	10
その他	10

表10. 協定書を取り交わした医師と看護管理者との関係 <重複回答>

項 目	施設数
以前、病院で協働したことがあり互いに知り合いである	4
訪問看護ステーションと以前より連携があった	14
訪問看護に対する理解が深い	6
専門医である	5
その他	2

表11. プロトコールの活用に必要な訪問看護婦の条件 <重複回答>

項 目	施設数
・病棟・外来でその医療処置を要する患者の看護経験あり	16
・在宅でその医療処置を要する患者の看護経験あり	15
・経験がない場合、医療処置を要する患者の看護経験のある看護婦と共に訪問して必要な知識・技術を習得	19
・その医療処置に関する看護経験は特に必要なし	1
・その他	3

表12. プロトコールを活用できる訪問看護婦の確保

項 目	施設数
看護婦の確保に困難はない	7
看護婦の確保に困難がある	12
未記入	2
	12

表13. 訪問看護におけるプロトコールの必要性

項 目	施設数
1) 必要である	17
看護サービス基準が明確になり、安心して行える	15
業務内容・範囲が明確になる	13
その他	5
2) 必要でない	0
判断の範囲が狭められ、業務がしにくい	0
プロトコールに依存し、それ以外のものを見落とす危険性がある	0
その他	0
3) どちらともいえない	3
4) 未記入	1
	21

表14. プロトコール活用方法に関する講習会の必要性

項 目	施設数
プロトコール活用方法に関する講習会があると良い	5
特に必要がない	0
未記入	16
	21

表15. 訪問看護婦の基本情報

N=89		
勤務形態	人数 (人)	(%)
常勤	51	57.3
非常勤	34	38.2
未記入	4	4.5
性別	人数 (人)	(%)
男性	0	0
女性	86	96.6
未記入	3	3.4
年齢構成	人数 (人)	(%)
30歳未満	16	18.0
30~35歳	24	27.0
36~40歳	21	23.6
41~45歳	15	16.9
46~50歳	7	7.9
51~55歳	2	2.2
56~60歳	1	1.1
60歳以上	1	1.1
未記入	2	2.2

表16. 訪問看護の経験年数

N=89		
経験年数	人数 (人)	(%)
1年未満	10	11.2
1~3年	49	55.1
4~6年	17	19.1
7~9年	10	11.2
10年以上	1	1.1
未記入	2	2.3
	86	100.0

表17. 訪問看護において経験している
(したことがある) 困難: 訪問看護婦 <重複回答>

N=89		
項目	回答数	(%)
医師から適切な指示を得ること	63	70.8
医師との責任範囲の明確化	24	27.0
療養者個別のケア基準	44	49.4
利用者への説明	34	38.2
処置仕方の違い	24	27.0
訪問看護知識・技術の研修方法	28	31.5

表18. プロトコールの活用状況

N=126		
プロトコール内容	回答数	(%)
在宅自己注射	6	4.8
在宅自己腹膜灌流	0	0
在宅酸素療法	13	10.3
在宅中心静脈栄養	4	3.2
在宅自己導尿	5	4.0
在宅人工呼吸療法	14	11.1
在宅癌化学療法	0	0
在宅経管栄養法	22	17.5
気管カニューレ管理法	17	13.5
膀胱留置カテーテル管理法	30	23.8
人工肛門・人工膀胱管理法	2	1.6
腎瘻・尿管皮膚瘻管理法	1	0.8
癌終末期疼痛管理法	0	0
褥創管理法	8	6.3
不明	4	3.2
	126	100.0

表19. プロトコールを適用した利用者の基本情報 N=101

平均年齢(歳): 70.2±13.8		
年齢構成	人数 (人)	(%)
40歳未満	2	2.0
40歳代	4	4.0
50歳代	5	5.0
60歳代	20	19.8
70歳代	38	37.6
80歳代	20	19.8
90歳以上	9	8.9
未記入	3	3.0
性別	人数 (人)	(%)
男性	51	50.5
女性	49	48.5
未記入	1	1.0
	101	100.0

実施している医療処置	回答数
在宅自己注射	3
在宅自己腹膜灌流	1
在宅酸素療法	14
在宅中心静脈栄養	3
在宅自己導尿	6
在宅人工呼吸療法	46
在宅癌化学療法	0
在宅経管栄養法	56
気管カニューレ管理	54
膀胱留置カテーテル管理	79
人工肛門・人工膀胱管理	3
腎瘻・尿管皮膚瘻管理	0
癌終末期疼痛管理	0
褥創管理	23
その他	24
未記入	4
(延べ数)	316

表20. プロトコルの活用場面 <重複回答>

		N=126	
項	目	回答数	(%)
医師から指示を得る際に活用		42	33.3
管理者から指示・助言を得る際に活用		18	14.3
医師との責任範囲を明確にするために活用		23	18.3
利用者の個別ケア基準として活用		59	46.8
利用者への説明に活用		52	41.3
看護技術の標準化に活用		50	39.7
自己研修に活用		53	42.1

表21. プロトコルの有用性 <重複回答>

		N=126	
項	目	回答数	(%)
医師から指示を得ること		43	34.1
管理者から指示・助言を得ること		6	4.8
医師との責任範囲の明確化		52	41.3
利用者の個別ケア基準		44	34.9
利用者への説明		28	22.2
看護技術の標準化		52	41.3
自己研修		40	31.7

表22. 医師とのプロトコルの活用方法 <重複回答>

		N=126	
項	目	回答数	(%)
1) 医師との連携に活用した		62	49.2
協定書作成		51	
個別プロトコル		20	
指示変更時事前決定		14	
定期的に医師に連絡		10	
ミーティング		4	
項目新たに追加		8	
その他		3	
2) 医師とは活用できなかった		56	44.4
3) 未記入		8	6.3
		126	100.0

表23. 医師とのプロトコールの活用状況とその関係 <重複回答>

		N=126	
項	目	回答数	(%)
1)	医師との連携に活用した	62	49.2
	以前病院で協働	6	
	以前訪問看護と連携	53	
	専門医である	8	
	連携経験が少ない	3	
	訪問看護に対する理解が少ない	0	
	その他	2	
2)	医師とは活用できなかった	56	44.4
	以前病院で協働	8	
	以前訪問看護と連携	42	
	専門医である	22	
	連携経験が少ない	8	
	訪問看護に対する理解が少ない	0	
	その他	4	
3)	未記入	8	6.3
	以前病院で協働	4	
	以前訪問看護と連携	4	
	専門医である	1	
	連携経験が少ない	0	
	訪問看護に対する理解が少ない	0	
	その他	1	
		126	100.0

表24. プロトコールおよび協定書に対する医師の意見・反応

意見および反応	回答数
1) 協力的である	8
2) 責任範囲が明確化され、看護婦に任せられる処方が増える	4
3) 指示が容易になった ・従来の指示書では医療処置や薬剤の多い患者の場合、対応しきれないことがあったが、管理協定書は指示を出しやすい ・指示の変更などがより確実に看護婦に伝わりやすくなる	2
4) 判断および報告について ・報告基準や判断樹もうまく活用すればより個別的なものになり、報告もれもなくなると思う ・判断樹の中で文章の読み取りにくい項目があるが、プロトコールは判断がよく分かる	2
5) 内容に関すること ・人工呼吸器利用時期の目安として症状観察に利用してもらえばよい ・報告基準の(1)表面積の表示方法がイメージしにくいので、表示方法を工夫して欲しい ・感染の既往の項目で感染の定義が理解しにくい	3
6) 現状維持または否定的意見 ・現在の方法で十分である ・プロトコールはあくまでも参考に利用。全ての部分に該当しない ・厚生省、管理協定書という言葉に対してあまり良いイメージがない	3
7) その他 ・専門外の医療管理に関しては専門の医師に相談しないと協定書を記入できない ・従来の指示書で依頼を行い、処方箋方式で具体的に指示(双方で話し合いをもち、協定書を結んでどうか) ・このようなものが必要と感じていた ・患者が出来る	4
	26

表25. 利用者個別に応じたプロトコールの活用方法 <重複回答>

		N=59	
項	目	回答数	(%)
・	利用者固有または協調したい到達目標を追加した	7	11.9
・	必要に応じ、アセスメント項目を追加した	8	13.6
・	各医療処置に関する異常・トラブルと医師への報告基準に利用者に該当する基準(値)を追加した	15	25.4
・	判断樹に利用者固有の「判断項目」「実行・処置」などを追加・修正した	13	22.0
・	その他	6	10.2

表26. 利用者への説明に関するプロトコールの活用状況 <重複回答>

		N=126	
項	目	回答数	(%)
1)	利用者に活用できた	52	41.3
	利用者の意見や希望を確認し、取り入れた	6	
	利用者への説明用プロトコールを作成し、説明した	2	
	分かりやすい言葉に置き換えて説明した	41	
	その他	2	
2)	利用者に活用できず	65	51.6
3)	未記入	9	7.1

表27. プロトコール活用する訪問看護婦の条件 <重複回答>

		N=89	
項	目	回答数	(%)
・	病棟・外来でその医療処置を要する患者の看護経験があること	56	62.9
・	在宅でその医療処置を要する患者の看護経験があること	46	51.7
・	経験がない場合、経験がある看護婦と共に訪問して必要な知識・技術を習得すること	70	78.7
・	その他	2	2.2

表28. 訪問看護におけるプロトコールの必要性 <重複回答>

		N=89	
項	目	回答数	(%)
1)	必要である	57	64.0
	看護サービスの基準が明確になり、安心して行える	42	
	業務内容・範囲が明確になる	31	
	その他	11	
2)	必要でない	3	3.4
	判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなる	2	
	プロトコールに依存し、これ以外のものを見落とす危険性がある	3	
	その他	0	
3)	どちらともいえない	24	27.0
4)	未記入	5	5.6
		81	100.0

「プロトコールの普及に関するモデル事業」に関する調査票（管理者用）

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てください。 ; () 都・道・府・県

1-2) 設置主体は以下のうちのどれですか。

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 市町村等 | <input type="checkbox"/> 6. 医師会 |
| <input type="checkbox"/> 2. 医療法人 | <input type="checkbox"/> 7. 看護協会 |
| <input type="checkbox"/> 3. 社会福祉法人 | <input type="checkbox"/> 8. 大臣認定 |
| <input type="checkbox"/> 4. 日本赤十字 | <input type="checkbox"/> 9. その他…具体的にお書きください。 |
| <input type="checkbox"/> 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

1-4) 平成12年12月の月間利用者数 : () 名

1-5) 平成12年12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12年12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てください。

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

2. 訪問看護において、以下のことがらを現在、経験していますか。あるいは、過去に経験したことがありますか。

(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 主治医から適切な指示を得ることが難しい
- 2. 主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい
- 3. それぞれの看護婦の力量によって利用者に対するケアに差が生じている
- 4. 看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分であったりする
- 5. 処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる
- 7. 自分のステーションで行う訪問看護婦の知識・技術を標準化したいと思うが、確信を持つものがない。

3. 貴ステーションにおけるプロトコルの活用状況についてお尋ねします。

3-1) 活用したプロトコルについてお教えてください (あてはまるものすべてに○をつけてください)。

- 1. 在宅自己注射 (インスリン療法)
- 2. 在宅自己腹膜灌流法
- 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. 在宅人工呼吸療法 (筋萎縮性側索硬化症療養者)
- 7. 在宅癌化学療法
- 8. 在宅経管栄養法
- 9. 気管カニューレ管理法
- 10. 膀胱留置カテーテル管理法
- 11. 人工肛門・人工膀胱管理法
- 12. 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法
- 13. 癌終末期疼痛管理法
- 14. 褥創管理法

3-2) プロトコルを使うことにより、容易になったことを選んでください (あてはまるものすべてに○をつけてください)。

- 1. 主治医から適切な指示を得ること
- 2. 主治医との責任範囲の明確化
- 3. 看護提供の際の施設内ケア基準の作成
- 4. 利用者への説明
- 5. 看護技術の標準化
- 6. 現任教育

4. 貴ステーションと医師との間での協定書の作成状況についてお教えてください。

4-1) 貴ステーションと医師と間で、協定書を取り交わしたプロトコルをお教えてください (あてはまるものすべてに○)。

- 1. 医師と協定書を作成し、とり交わした
 - 1. 在宅自己注射 (インスリン療法)
 - 2. 在宅自己腹膜灌流法
 - 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. 在宅人工呼吸療法 (筋萎縮性側索硬化症療養者)
 - 7. 在宅癌化学療法
 - 8. 在宅経管栄養法
 - 9. 気管カニューレ管理法
 - 10. 膀胱留置カテーテル管理法
 - 11. 人工肛門・人工膀胱管理法
 - 12. 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法
 - 13. 癌終末期疼痛管理法
 - 14. 褥創管理法

- 2. 医師とは作成できなかった
その理由 ()

4-2) 医師と協定書を取り交わすことにより、容易になったことを選んでください。

- 1. 主治医から適切な指示を得ることが容易になった
- 2. 主治医との責任範囲がより明確になった
- 3. 訪問看護ステーションにおける看護サービスの提供方針や実施方法について理解を得ることが容易になった
- 4. その他

4-3) 協定書を取り交わした医師と、ご自身(管理者)との関係について (あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 以前、病院で協働したことがあり互いに知り合いである
- 2. 訪問看護ステーションとの連携が以前からあった
- 3. 訪問看護に対する理解が深い
- 4. 専門医である
- 5. その他 ()

4-4) プロトコールおよび協定書に対する医師の意見はどのようなものでしたか。

5. プロトコールを活用する訪問看護婦の条件についてお教えてください。

5-1) プロトコールの活用に必要なと考えられる訪問看護婦の条件についてお答えください。

- 1. 病棟、外来でその医療処置を要する患者の看護経験があること
- 2. 在宅でその医療処置を要する患者の看護経験があること
- 3. 経験がない場合は、1または2の看護婦とともに訪問して必要な知識、技術を習得すること
- 4. その医療処置に関する看護経験は特に必要ない
- 5. その他 ()

5-2) 5-1) の条件を満たす訪問看護婦を確保することに、困難はありますか。

- 1. 困難はない
その理由 ()
- 2. 困難がある
それはどのような点ですか ()

6. プロトコールは、訪問看護を行う上で必要であると思いますか。

- 1. 必要である
 - ①看護サービスの基準が明確になり、安心してが行えるから
 - ②自分の業務内容・範囲が明確になるから
 - ③その他 ()
- 2. 必要でない
 - ①自分の判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなるから
 - ②プロトコールに依存し、これ以外のものを見落とす危険性があるから
 - ③その他 ()
- 3. どちらともいえない
その理由 ()

7. プロトコルおよび「活用に関する手引き」について、追加や修正など気づいた点、改善すべき点がありましたらお教えてください。

1) 内容に関して

- ①プロトコル全体の構成について
- ②各項目の医療処置に伴う異常・トラブルの内容や記載、見方などについて
- ③アセスメントならびに医師への報告基準の内容や記載、見方などについて
- ④各項目の判断樹の内容や記載、見方などについて
- ⑤協定書の内容や記載、見方などについて
- ⑥その他

2) 活用場面について

- ①医師から指示を得るに際して
- ②医師との責任範囲を明確にするに際して
- ③施設のケア基準として活用するに際して
- ④利用者への説明に際して
- ⑤看護技術を標準化するに活用して
- ⑥現任教育の手引きとして活用するに際して
- ⑦その他

8. プロトコルを普及させるために、活用方法に関する講習会があるとよいと思いませんか。

- [] 1. あるとよい
その理由 ()
- [] 2. 特に必要ない
その理由 ()

9. 今後、プロトコルを普及・発展させていくために整備すべきことについてお教えてください。

10. プロトコルに関するお考え・ご意見をぜひお教えてください

「プロトコルの普及に関するモデル事業」に関する調査票
(訪問看護婦用)

* ほとりの利用者に複数のプロトコルを活用した場合は、
そのうちのひとつについてお答えください。
活用したプロコルごとに、新たな調査票にご記入くださるようお願いいたします。

1. どのプロトコルを活用しましたか。

- 1. 在宅自己注射（インスリン療法）
- 2. 在宅自己腹膜灌流法
- 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. 在宅人工呼吸療法（筋萎縮性側索硬化症療養者）
- 7. 在宅癌化学療法
- 8. 在宅経管栄養法
- 9. 気管カニューレ管理法
- 10. 膀胱留置カテーテル管理法
- 11. 人工肛門・人工膀胱管理法
- 12. 腎薬・尿管皮膚薬管理法
- 13. 癌終末期疼痛管理法
- 14. 褥創管理法

2. 1のプロトコルを用いた利用者についてお尋ねします。

- 1. 年齢（ ）歳 2. 性別（男・女）
- 3. 診断名（ ）（ ）
- 4. 現在、行っている医療処置（ ）（ ）
（ ）（ ）
（ ）（ ）

3. 1のプロトコルをどのような場面に活用しましたか（あてはまるものすべてに○をつけてください）。

- 1. 医師から指示を得る際に活用した。
- 2. 管理者から指示・助言を得る際に活用した。
- 3. 医師との責任範囲を明確にするために活用した。
- 4. 利用者の個別ケア基準として活用した。
- 5. 利用者への説明に活用した。
- 6. 看護技術の標準化に活用した。
- 7. 自己研修に活用した。

4. 1のプロトコルを使うことにより、容易になったことを選んでください。
(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 主治医からの指示を得ること
- 2. 管理者から指示・助言を得ること
- 3. 訪問看護婦の責任範囲の明確化
- 4. 看護提供の際の個別のケア基準が分かった
- 5. 利用者への説明
- 6. 看護技術の標準化
- 7. 自己研修

5. 医師とのプロトコルの活用状況についてお尋ねします。

5-1) 1のプロトコルの活用方法について

- 1. 医師との連携に活用した（あてはまるものすべてに○をつけてください）。
 - ① 協定書を作成し、取り交わした。
 - ② 医学的判断基準が必要と考えられる項目については、利用者の個別・具体的な指示（測定値や方針等）を得て、個別プロトコル用に修正して用いた。
 - ③ 指示が変更される場合は、どのような方法で行うのか事前に決めておいた。
 - ④ 軌道に乗るまで、定期的に医師に連絡した。
 - ⑤ 軌道に乗るまで、医師、管理者、担当看護婦等が同行するミーティングを開いた。
 - ⑥ 療養者に起こる可能性のある緊急事態に関する対応方法などの項目を新たに追加した。
 - ⑦ その他（ ）
- 2. 医師とは活用できなかった

その理由（ ）

5-2) 活用した、あるいは活用できなかった医師と、ご自身との関係について

- 1. 以前、病院で協働したことがあり互いに知り合いである
- 2. 以前から訪問看護との連携があった
- 3. 専門医である
- 4. 連携の経験が少ない
- 5. 訪問看護に対する理解が少ない
- 6. その他（ ）

5-3) プロトコルに対する医師の意見はどのようなものでしたか。

8-2) 1 のプロトコルを活用するに際して、必要となった知識や技術はありましたか。

6. 利用者種別に応じた1のプロトコルの活用方法についてお尋ねします。

(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 利用者固有の、あるいはとくに協働したい到達目標を追加した。
- 2. 必要に応じ、アセスメントの項目を追加した。
- 3. 各医療処置に関する異常・トラブルと医師への報告基準に、利用者に該当する基準(値)を追加した。
- 4. 判断樹に利用者固有の「判断項目」「実行・処置」などを追加したり、修正等を行った。
- 5. その他 ()

7. 利用者への説明に関する1のプロトコル活用状況についてお尋ねします。

(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 利用者に活用した
 - ① プロトコルを利用者個別に用いる際に、利用者の意思や希望を確認し、取り入れた。
 - ② 利用者の説明用プロトコルを作成し、説明した。
 - ③ 分かりやすい言葉に置き換えて説明した。
- 2. 利用者とは活用できなかった
その理由 ()

8. 1 のプロトコルを活用する看護婦の条件についてお尋ねします。

- 8-1) 1 のプロトコルを活用するのに必要と考えられる条件についてお答えください。
- 1. 病棟、外来でその医療処置を要する患者の看護経験があること
 - 2. 在宅でその医療処置を要する患者の看護経験があること
 - 3. 経験がない場合は、1または2の看護婦とともに訪問し、必要な知識、技術を習得すること
 - 4. その他 ()

9. プロトコルは、訪問看護を行う上で必要であると思いませんか。

1. 必要である

- ① 看護サービスの基準が明確になり、安心してが行えるから
- ② 自分の業務内容・範囲が明確になるから
- ③ その他 ()

2. 必要でない

- ① 自分の判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなるから
 - ② プロトコルに依存し、これ以外のものを見落とす危険性があるから
 - ③ その他 ()
3. どちらともいえない
その理由 ()

10. 「医療処置管理看護プロトコル活用に関する手引き」についてお答えください。

10-1) 1 のプロトコルを活用するに際し、「手引き」を活用しましたか。

1. 活用した

① 役に立った

② 役に立たなかった

その理由 ()

③ どちらともいえない

その理由 ()

2. 活用できなかった

その理由 ()

10-2) *「手引き」を活用した方にお尋ねします。

「手引き」はどのような時に活用しましたか。

- 1. プロトコールがどのようなものを理解する際の助けとして
- 2. プロトコールを実際に利用者に適用する際の手順（流れ）を知るため
- 3. 医師とプロトコールを活用する際の助けとして
- 3. プロトコールを用いてアセスメントする際の助けとして
- 4. 利用者個別のプロトコールに修正する際の助けとして
- 5. 利用者への説明に用いる際の助けとして
- 6. その他（ ）

*すべての方にお尋ねします。

11. 1. 「活用に関する手引き」について、追加や修正など、改善すべき点がありましたら、聞きとり調査の際にお教えください。

1) 内容に関して

- 1. プロトコール全体の構成について
- 2. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブルの内容や記載、見方などについて
- 3. アセスメントならびに医師への報告基準の内容や記載、見方などについて
- 4. 各項目の判断樹の内容や記載、見方などについて
- 5. 協定書の内容や記載、見方などについて
- 6. その他

2) 活用場面について

- 1. 医師から指示を得るに際して
- 2. 医師との責任範囲を明確にするに際して
- 3. 利用者の個別ケア基準として活用する際して
- 4. 利用者への説明に際して
- 5. 看護技術を標準化するに活用して
- 6. 自己研修の手引きとして活用するに際して
- 7. その他

12. プロトコールの活用方法についての講習会があるとよいと思いますか。

- 1. あるとよい
その理由（ ）
- 2. 特に必要ない
その理由（ ）

13. 今後、プロトコールを普及・発展させていくために整備すべきことがらについてお教えください。

14. プロトコールに関するお考え・ご意見をぜひご記入ください。

15. ご自身のことについてお尋ねいたします。

- 1) 性別（男・女）
- 2) 年齢
 - 30歳未満
 - 41～45歳
 - 56～60歳
 - 30～35歳
 - 46～50歳
 - 60歳以上
 - 36～40歳
 - 51～55歳
- 3) 経験年数
 - 1. 訪問看護 _____年
 - 2. ①を除いた看護経験 _____年

4) 勤務形態

- 1. 常勤
- 2. 非常勤

16. 訪問看護において、以下のことからを現在、経験していますか。あるいは、過去に経験したことがありますか。

- 1. 主治医から適切な指示を得ることが難しい。
- 2. 主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい。
- 3. 療養者個別のケアの基準が明確でないため、自分の行っているケアでいいのかわからず不安を感じている。
- 4. 看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする。
- 5. 処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる。
- 6. 訪問看護に関して確信を持てる知識・技術を身に付けたと思うが、方法がわからない。

ご協力ありがとうございました。

2. プロトコールの活用を促進するための手引き書作成に関する研究

目 的

「在宅療養を支援するための医療処置管理看護プロトコール」の普及のために、活用の手引き書を作成する。

方 法

1) 手引き書（案）作成手順

- (1) 研究者間で検討し、「在宅療養を支援するための医療処置管理看護プロトコール」の活用方法に関する説明項目および内容を抽出する。
- (2) 「在宅自己導尿」管理看護プロトコールについて、事例を用いて使用例を作成する。
- (3) (1) (2) の内容を、1冊の手引き書（案）としてまとめる。

2) 手引き書（案）の評価

(1) 講習会における活用評価

A 訪問看護ステーション従事者研修会（240分）における評価

- ① 調査対象：A県訪問看護ステーション従事者研修会参加者 121名
- ② 調査期間：平成13年1月23日
- ③ 調査方法
 - (ア) 研修会参加者に対し、「在宅療法を支援するための医療処置管理看護プロトコール」の主旨、作成の目的について説明した（資料1.）。
 - (イ) 説明後に手引き書の事例を用い、活用方法についてグループワークを実施した。
 - (ウ) 研修会終了前に質疑応答を実施し、プロトコールに対する質問を確認した。
 - (エ) 研修会終了時に、質問紙を配布し回収した（質問紙は資料6. 参照）。調査内容は以下の通りである。
 - (a) 「手引き書」の「医療処置管理看護プロトコール」活用の際に有効性があるか。
 - (b) 「手引き書」が活用できる場面にはどのような場面があるか。
 - (c) 「手引き書」について追加・修正が必要だと考える点は何か。
 - (d) 「医療処置管理看護プロトコール」への要望・意見は何か。
- ④ 分析方法：得られた結果を単純集計により分析を行った。

B 訪問看護事業所研修会（180分）における評価

- ① 調査対象：B 都委託事業による訪問看護事業所職員 40 名
- ② 調査期間：平成 13 年 2 月 15 日
- ③ 調査方法
 - (ア) 研修会参加者に対し、「在宅療法を支援するための医療処置管理看護プロトコール」の主旨、作成の目的について説明した（資料 2.）。
 - (イ) 説明後に手引き書の事例を用い、活用方法についてグループワークを実施した。
 - (ウ) 研修会終了時に、「医療処置管理看護プロトコール」に関する質問を確認した。
- ④ 分析方法：得られた質問内容を分析した。

C 訪問看護ステーション連絡協議会（90 分）における評価

- ① 調査対象：C 県看護ステーション連絡協議会総会参加者 76 名
- ② 調査期間：平成 13 年 3 月 17 日
- ③ 調査方法
 - (ア) 総会参加者に対し、「在宅療法を支援するための医療処置管理看護プロトコール」の主旨、作成の目的について説明した（資料 3.）。
 - (イ) 研修会終了前に質疑応答を実施し、プロトコールに対する質問を確認した。
 - (ウ) 研修会終了時に、質問紙を配布し回収した（質問紙は資料 8. 参照）。調査内容は以下の通りである。
 - (a) 「手引き書」の「医療処置管理看護プロトコール」活用の際して有効性があるか。
 - (b) 「手引き書」が活用できる場面にはどのような場面があるか。
 - (c) 「手引き書」について追加・修正が必要だと考える点は何か。
 - (d) 「医療処置管理看護プロトコール」への要望・意見は何か。
- ⑤ 分析方法：得られた結果を単純集計により分析を行った。

(2) モデル事業における活用評価

- ① 調査対象：モデル事業に参加した訪問看護婦 名
- ② 調査期間：平成 13 年 1 月～平成 13 年 3 月
- ③ 調査方法
 - (ア) モデル事業参加訪問看護施設に対し、「医療処置管理看護プロトコール」使用方法に関する説明を実施し、「手引き書（案）」を配布した。
 - (イ) モデル事業終了時に、「手引き書（案）」について聞き取り調査を実施した。調査内容は以下の通りである。
 - (a) 「手引き書（案）」が「医療処置管理看護プロトコール」活用に有用であったか。
 - (b) 「手引き書（案）」を活用した場面はどのような場面だったか。
 - (c) 追加・修正が必要な部分はどのような点か。
- ④ 分析方法：得られたデータの内容を整理した。

3) 「手引き書」の修正・加筆

調査にて得られた結果に基づき、「手引き書（案）」に修正・加筆を実施した。

結 果

1) 「手引き書（案）」の作成

プロトコール活用に向け、説明が必要な項目として抽出された項目は、以下の通りである。

- (1) 手引き書の目的
- (2) 用語の定義
- (3) プロトコール活用によって得られると考えられる効果
- (4) 使用の仕方
 - ① プロトコールを活用する側の条件：(ア) 看護婦、(イ) 医師との連携
 - ② プロトコールを用いたアセスメントの方法
 - ③ 判断樹の見方
 - ④ 個別の利用者にプロトコールを用いる方法（利用者個別のプロトコール作成法）
 - ⑤ 利用者への説明に用いる方法
 - ⑥ プロトコールを施設内規準に用いる方法
- (5) プロトコールの更新

以上、抽出された項目に沿って、例を挙げながらプロトコールの活用方法を提案した（資料4）。また、この項目に沿って『在宅自己導尿』管理看護プロトコール』を例に挙げ、維持管理期の事例を創作して具体的な使用手順を提案した（資料5）。以上を、1冊に簡易製本し、「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き（案）」とした。

2) 「手引き書（案）」の評価

(1) 講習会における活用評価

① A県訪問看護ステーション従事者研修会における評価

(ア) 「医療処置管理看護プロトコール」に対する質問および意見

研修会中に、参加した訪問看護婦から出された意見は以下の通りである。

- ・医師も一緒に読んで理解してくれると思う。
- ・指示書は有料で、協定書が無料では医師に書いてもらえないと思う。一緒のフォーマットにできないか。
- ・忙しい医師に書いてもらうのは大変困難である。何とか簡略化できないか。
- ・自分達が理解していないと医師などへ説明ができない。
- ・最初は慣れないため、冊子を読むのに時間がかかる。医師などへの説明にも時間がかかりそうだ。
- ・見ただけで怒る医師がいると思う。
- ・持参すると、俺のことを信頼できないのかとって怒る医師が多いと思う。
- ・関係性が成立している医師がいるステーションと、そういう医師がまだいないステーションでは

事情や活用の方法が違うと思う。

- ・母体病院がある施設と、母体病院がないステーションとは事情や活用方法が違うと思う。
- ・口頭で内容を確認した上で、書面を見せると良いかもしれない。
- ・医師の気質や反応態度をよく理解してから、持参する方法を考えたかどうか。
- ・ケアマネジャーを担当してから、その仕事に時間を割かれ、他のことに時間が取れない現状があり、プロトコールへの取り組みも出来ずにいる状況である。

(イ) 質問紙調査結果

(a) 対象の概要

調査対象は、A県全域の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護婦 121 名であった。全員に調査票を配布し、即日会場にて回収したところ、69 名からの回答が得られた（回収率 57%）。

回答者のうち 54 名（78%）は常勤の看護婦であり、15 名（22%）は非常勤の看護婦であった。また、訪問看護年数は平均 5.1 年（SD=2.1）であり、訪問看護以外の看護年数の平均は 13.0 年（SD=6.9）であった。全員が女性であり、年齢は 41～45 歳が 23 名（33%）、30～35 歳が 11 名（16%）、36～40 歳と 46～50 歳がそれぞれ 10 名（14%）、の順になっていた（表 1.）

回答者の内 44 名（64%）は、訪問看護の経験の中で、「療養者個別のケアの基準が明確でないため、自分の行っているケアでいいのかどうか不安を感じたことがある」と回答していた。「主治医から適切な指示を得ることが難しい」という経験をもつ看護婦は 42 名（61%）であった。また、「看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする」という経験をもつ看護婦は 36 名（52%）であった（表 2.）。

(b) 「医療処置管理看護プロトコール」に対する意見

プロトコールのわかりやすさについて、回答者の 52 名（75%）が「わかりやすい」と回答していた。「わかりにくい」と回答した者は 8 名（12%）であり、空白回答が 9 名（13%）であった。内容別にみると、「異常・トラブルの内容」については、回答者の 63 名（91%）が「わかりやすい」と回答していた。一方、「協定書」については「わかりやすい」と回答した者が 47 名（68%）であり、「わかりにくい」と回答した者が 19 名（28%）であった（表 3.）。

プロトコールの必要性については、62 名（90%）が「必要である」と回答していた。その理由としては、「看護サービスの基準が明確になる」ことを挙げた者が 51 名（74%）、「自分が行う業務内容・範囲が明確になる」ことを挙げた者が 37 名（54%）であった。一方、「必要ない」「どちらともいえない」と回答した者は合わせて 7 名（10%）であり、その理由として「これ以外のものを見落とす危険があるため」ということを挙げた者が 4 名（6%）、「看護の判断の範囲が狭められる」を挙げた者が 1 名（1%）であった（表 4.）。

自由意見では、「自分の理解がまだ十分ではない」「質の向上のためにマニュアルとしてプロトコールを活用したい。」「所属するステーションのサービスが介護中心型であるため、現実的には分からないが、医療処置を行うにあたっては、協定書が必要だと思う。」「これらの内容を頭に入れるのは大変だと考える。」「家族に対する利用には、文字の大きさなどの工夫が必要ではないか」（表 5.）などの意見があった。

(c) 「手引き書（案）」に対する意見

「手引き書（案）」のわかりやすさについては、41 名（59%）が「わかりやすい」、5 名（7%）が「わ

かりにくい」、23名(33%)が空白回答であった。「わかりにくい」「空白」の理由としては、「まだ十分内容を読んでいないため判断できない」が挙げられていた。

「手引き書(案)」の有用性については、63名(91%)が「有用である」と回答していた。その活用場面としては、「プロトコルを理解する上での助けになる」が44名(64%)、「アセスメントをする上での助けになる」が37名(54%)、「医師との活用の際の助けになる」が35名(51%)であった(表6.)。一方、「有用でない」という回答は1名(1%)であり、その理由は、「手引き書がなくても、原本だけで十分理解できるため」というものであった。

② 訪問看護事業所研修における評価

(a)対象の概要

対象は、都内で重症心身障害児に対する専門的な訪問看護を実施している看護婦であった。

(b)研修会中に出された質問と意見

研修会中の質疑応答で出された質問および意見は以下の通りであった。

- ・看護計画とプロトコルの関係は、どのように考えれば良いか。
- ・プロトコルを覚えるのが大変である。
- ・大学の学生に教えて、広めて行って欲しい。
- ・判断樹の判断の順序を変えても良いのか。
- ・個別の基準値はどのように手に入れるのか。
- ・複数の処置がある人の場合、各プロトコル間の関係付けはどのように行えばよいのか。

③ 訪問看護ステーション連絡協議会における評価

(a)対象の概要

調査対象は、連絡協議会に参加したC県内の訪問看護ステーション看護婦であった。76名に対し、会場で質問紙を配布し、即日回収したところ、9名からの回答が得られた(回収率11.8%)。

回答者は、全員女性であり、年齢は41歳～45歳が5名、次いで46歳～50歳が3名、36歳～40歳が1名であった。勤務形態は、常勤が7名、非常勤が2名であり、訪問看護年数の平均は3.2年、それ以外の看護経験年数の平均は15.7年であった。

訪問看護における経験を見ると、「主治医から適切な指示を得ることが難しい」と9名全員が回答し、次いで「処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる」が6名、「看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする」「訪問看護に関して確信が持てる知識・技術を身につけたいが、方法がわからない」が5名、「療養者個別のケアの基準が明確でないため、自分の実施しているケアで良いか不安を感じる」が4名であった。

(b)「医療処置管理看護プロトコル」に関する意見

「医療処置管理看護プロトコル」の必要性については、7名が「必要である」と回答した。その理由は、「看護サービスの基準が明確になり、安心して行える」が5名、「自分の行う業務内容・範囲が明確になる」が2名であった。「プロトコルの必要性についてはどちらともいえない」と回答した者は2名であった。その理由として、「プロトコルに頼ってこれ以外のものを見落とす可能性がある」「あれば良いかと思うが、観察力・判断力が養って行けないように思われる」「問題が起こったとき、違ったパターンになった場合対応が難しい」という内容が挙げられていた。

「医療処置管理看護プロトコール」について追加・修正が必要な項目については、1名が「アセスメントならびに医師への報告基準の内容や記載、見方について」修正が必要だと答えていた。しかし、具体的な修正内容については回答がなかった。

(c) 「手引き書 (案)」に関する意見

「手引き書 (案)」の有用性については、9名全員が「有用である」と回答していた。

「手引き書 (案)」の有用な活用場面については、「プロトコールを用いてアセスメントする際の助け」と回答した者が6名、「医師とプロトコールを活用する際の助け」が5名、「プロトコールがどのようなものを理解する助け」「プロトコールを実際に利用者に適用する際の手順を知るため」が4名、「利用者個別のプロトコールに修正する際の助け」が3名であった。

(2) モデル事業における活用評価

① モデル事業を実施した訪問看護機関の概要

モデル事業を実施した訪問看護機関とその看護婦の概要については、1章を参照いただきたい。

② 「手引き書 (案)」の活用状況

モデル事業実施施設の訪問看護婦は、全員1度は「手引き書 (案)」に目を通していた。しかし、実際にプロトコールを用いて訪問看護を実施する時には、「手引き書 (案)」ではなく、原本を参照していた。「手引き書 (案)」を読んだ時期は、モデル事業開始直後であった。

③ 「手引き書 (案)」に対する意見

「手引き書 (案)」のわかりやすさについては、全員が「わかりやすい」と述べた。特に、「使用例」については、「具体的なプロトコールの使い方を、イメージ化するために、非常に有用である」という意見があった。

「手引き書 (案)」の活用場面については、全員が「プロトコール使用前に、全体の流れを把握するために有用であり、利用価値が高い。」と述べていた。

3) 「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」への追加・修正

以上の調査結果を考慮に入れ、研究者間で追加・修正項目について、以下の内容を整理した。

- (1) プロトコールは、経験豊富な訪問看護婦の思考過程を、文献による検討および医師の判断を踏まえて整理したものであり、既にその処置に関する看護経験が豊富な訪問看護婦が、改めて覚えなおす必要はない、という説明を入れる。
- (2) プロトコールは、看護計画中の処置に関する実施内容を標準化したものである、という看護計画との関係性を明記する。
- (3) 協定を締結するだけではない、医師との関係づくりの中でのプロトコールの活用方法について解説する。(協定書の項目を利用した指示確認の方法など)
- (4) 維持管理段階の判断樹の判断順序は、論理的なものであり、利用者の状況、ステーションや看護婦の考え方により、実施する際の流れは、判断樹の順番に縛られなくてもかまわないことを明記する。
- (5) 家族に対して利用する方法として、判断樹をアレンジする方法を紹介する。
- (6) 複数の処置がある利用者の場合を想定し、プロトコールを同時に活用する時の考え方を明記する。

これらの内容を、「Q&A」の形で、「手引き書」の巻末に挿入し、「手引き書」を完成した（資料6.）。

考 察

「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」の普及を阻害する要因として、前年度の研究報告書で、「看護婦自身がプロトコールについて未消化である」ことが指摘されている¹⁾。それに対する対策として、原本に取り組むにあたり、簡単に読むことができ、訪問看護婦がプロトコールを理解する助けとして、「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」を作成するとともに、その活用方法について検討した。

1) 「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」の有用性

「手引き書（案）」の活用評価に対する調査の結果からは、作成した「手引き書（案）」が、訪問看護婦がプロトコールを大枠で理解するために有用であることが明確になった。訪問看護婦が実際にプロトコールを実践の場で活用する前に、「手引き書（案）」により、プロトコールの読み方、構成、全体の流れを把握することで、活用方法のイメージ化が図られ、円滑に原本のプロトコールを読み進むことが出来ていた。このことは、「手引き書」がプロトコール活用に対する訪問看護婦によるイメージ形成に貢献していることを示している。従って、「手引き書」に、講習会で出される「質問項目」への回答を加えることで、より原本への取り組みが円滑に行われると推察できる。

以上のことから、作成した「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」は、「在宅療養支援のための医療処置看護管理プロトコール」を利用する訪問看護婦のプロトコールへの理解を深め、普及に関しての役割を担えるものと考えられる。

2) 「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」の活用方法

「手引き書」は、前述のようにプロトコールを初めて活用する訪問看護婦によるイメージ形成に、実践の場での効果があることが明確になった。その一方で、今回は講習会において「手引き書（案）」の「使用例」部分に挙げた事例を用い、「手引き書（案）」をテキストとして演習を実施し、参加者の理解を高めることができた。このことから、「手引き書」を研修テキストとして活用することの効果が発見された。

また、看護の基礎教育において、プロトコールを教授する必要性について、訪問看護婦から要望がだされており、今後学生へのプロトコールの授業教材としての活用について、検討する必要がある。

3) 今後の課題

今回作成した「医療処置管理看護プロトコール活用に関する手引き」は、訪問看護ステーションでの活用を前提としている。そのため、それ以外の訪問看護施設で活用する場合のバリエーションについては、今後さらに調査していく必要がある。

また、講習会テキストとして利用するに当たっては、プロトコールの普及におけるテキストの効果を検証する必要がある。更には、より効果的なテキストとしての内容整備が求められるであろう。

看護基礎教育の教材としての活用効果も、今後検討していく課題である。

¹ 竹中浩治、川村佐和子 他：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 11 年度厚生省老人保健事業推進費等補助金：pp12-15, 2000.

表1. 回答者の年齢構成
N=69

年齢	人数	(%)
30歳未満	9	13%
30～35	11	16%
36～40	10	14%
41～45	23	33%
46～50	10	14%
51～55	3	4%
56～60	1	1%
60歳以上	1	1%
空白	1	1%

表2. 回答者の訪問看護における経験内容

N=69(複数回答可)

訪問看護における経験	人数	(%)
療養者個別のケア基準が明確でないため、自分の行っているケアが良いのかどうか不安を感じている。	44	64%
主治医から適切な指示を得ることが難しい。	42	61%
看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする。	36	52%
訪問看護に関して確信をもてる知識・技術を身に付けたいと思うが、方法がわからない。	31	45%
処方の方針について看護婦間で異なることが話題になる。	26	38%
主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい。	16	23%
その他	0	0%

表3. 医療処置管理看護プロトコールのわかりやすさに関する回答

N=69

項目	わかりやすい		わかりにくい		空白		計 人数
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
プロトコール全体の構成	52	75%	8	12%	9	13%	69
異常・トラブルの内容	63	91%	5	7%	1	1%	69
アセスメント・医師への報告基準	58	84%	5	7%	6	9%	69
判断樹	59	86%	7	10%	3	4%	69
協定書	47	68%	19	28%	3	4%	69

表4. 医療処置管理看護プロトコールの必要性とその理由に関する回答

N=69(複数回答可)

	必要である		必要でない		どちらともいえない		空白 人数	計 人数
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)		
プロトコールの必要性	62	90%	1	1%	6	9%	0	69
看護サービスの基準が明確になる	51	74%						
自分の行なう業務内容・範囲が明確になる	37	54%						
その他	7	10%						
これ以外のものを見落とす危険がある					4	6%		
判断の範囲が狭められる					1	1%		
その他					0	0%		

表5. 医療処置管理看護プロトコールに対する自由意見

非常勤看護婦が多く、質の統一がなかなかできないため、この本を利用してマニュアルとして作成したい。訪問看護婦にとっては強い味方だと思います。質を向上するためにも、自己学習は重要だと思います。様々な場面での判断の際、参考にしていきたいと思います。学習の場をありがとうございました。テキストをよく読んでいない為、質問に答えられない部分もあり申し訳ありません。今日の研修会は有意義で今後の訪問看護がかかえる大きな問題を感じております。勤務先でも同一の基準はすべての面で必要だと話し合いがなされたばかりでした。これらの内容をすべて頭に中にいれるのは難しい。いろんな著書の中で医療機器を使用している患者の判断基準をみたことがあったが、どれも一部分であった。今回訪問看護で当然必要な部分について、私が求めていたものが手に入り、うれしく思う。業務の標準化を図る上で有意義でした。考え方がまとまっており、プロトコールを利用していきたい。必要性は感じていたが忙しいことを理由になかなか、取り組むことができなかった。今回このプロトコールを活用していきたいと思います。安心して在宅療養が行なえるようにするためにも必要であると思われまます。短い時間での研修のため、まだまだ理解不足である。これからの課題として取り組んでみたい。開業医の意思に対して、説明し、理解していただけるような体制作りがあつて欲しいと思います。今後医療、在宅医療などの変化の中、基準及び、それを明記する必要性を強く感じております。計画、報告書にすぐ活用しております。統一した看護ができるように、そして利用者の方が安心して在宅生活が送れるよう、自分も成長し、頑張りたいと思います。これからは訪問看護も自分の責任において行なうことになる。きちんとした根拠に基づいて行なうこと、そしていつでもどこでも同じ看護が行なうことが大切と思う。看護技術の標準化をできる事は必要だと思いますし、そのためにプロトコールはとても有効な手段だと思いますが、全てのケースに取り入れるのは時間的にも自分の能力的に難しいかな？と思いました。事前に確認しておくことにより、訪問中有意義にケアすることができている。介護中心型のため医療処置が必要な場合は協定書は必要だと思う。早い時期に一つのまとまった物が示され、私たちの指標となる物を期待しております。訪問看護婦として看護婦として責任をもった行動ができればと思う。そして看護婦としてのレベルアップにもつながる。この本をつかひこなせなかったのが、コメントはできません。本日の講義の内でも聞かれましたが、医師間が難しく感じます。看護職を医療全体でも見直していただければ少しずつ改善方向が見られるかと感じます。自分の提供する看護サービス又ステーションのサービスの質を向上させるためにマニュアルとしても使っています。それには、基準、標準看護、裏付けが責任ある看護に結びつので是非使ってみたい。しかし少しずつ簡単などころから取り込んでいったらいいな、と思いました。

表6. 手引き書の有用性に関する回答

N=69(複数回答可)

	有用である		有用でない		空白		計 人数
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
手引き書の有用性	63	91%	1	1%	5	7%	69
有用な活用場面							
プロトコール理解の助けとして	44	64%					
アセスメントの助けとして	37	54%					
医師との活用の際の助けとして	35	51%					
利用者への適用手順の流れを説明するに際して	26	38%					
個別化するときの助けとして	22	32%					
利用者への適用手順の流れを知るのに際して	17	25%					
その他	2	3%					

訪問看護ステーション従事者研修会 講義演習プログラム

平成 13 年 1 月 23 日

I 講義演習テーマ：在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール

II 講義演習目標：プロトコールの具体的活用方法を知り、職場で活用する方法を身につける。

III 講義演習方法

必要時間	演習内容	具体的方法	必要物品
60分	医療処置管理看護 プロトコール概説	医療処置管理看護プロトコール作成の理念、概要について説明する。	手引き書
5分	演習の説明	1. 6～8名のグループに分かれる。 (グループを1ステーションとする) 2. 演習のスケジュールを説明する。	事例・報告基準コピー 協定書コピー 判断樹コピー
10分	療養者の条件 看護婦の条件確認	1. 事例を読む。 2. 事例の療養者が在宅自己導尿プロトコール適用者であるかをグループ内で判断する。 3. また、看護婦の条件を確認し、ステーションでプロトコールを活用できるかを判断する。 4. 2・3の判断結果について、質問などを受けながら確認する。	プロトコール (各自持ち)
40分	医師との協定	1. グループ内で医師役を決め、協定書とプロトコールを用いて、協定を結ぶまでの説明および協定書サインを行う。(医師役のメンバーには、内容が記載された協定書を配布する。) 2. この作業中は、グループ全員で、どのようにプロトコールを説明したら円滑に説明できるか、話し合う。 3. 実際やってみて、ポイントになりそうな内容を、グループ内でまとめる。 4. まとめた内容は、全体で共有する。	記入済みの協定書 OHPシートとペン (黒板代り)
休憩			
15分	指示内容の適用 (個別性)	1. 協定書および報告基準を、医師からの指示にしたがって、プロトコール内に盛り込む。 2. OHPを用いて、具体的な盛り込み方を示す。 3. それを参考に、事例の場合の個別指示を、実際にコピー内に書き込む。 4. グループ内で確認しあい、質問を出して、全体で確認する。	OHP (協定書、報告基準に盛り込む内容) (具体的な盛り込み方：判断樹)

40分	療養者への説明 アセスメント	<ol style="list-style-type: none"> 1. プロトコルを療養者に説明、同意を得る場面を、参加者の協力を得てロールプレイを実施する。 2. 行った内容をもとに、説明する内容やコツなどを、グループ内で話し合う。 3. 話し合った内容は、全体で共有する。 	OHP シートとペン
30分	判断樹の読み方	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個別指示を記入した判断樹を全員で見ながら、具体的に手順を追っていく。 	判断樹の OHP
30分	手引書の解説	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手引書を配布（使用例の部分） 2. 赤字の部分に印をつけてもらう。（説明する） 3. 使用例の使い方について説明 4. 後半の事例について説明 5. 在宅自己導尿、開始と終了の時のプロトコルの活用について説明する。 6. ボイディングチャートなど、既存のチャートとの関連性について説明する。 7. 最終的に質問を受ける。 	手引書配布
10分	質疑応答 まとめ	質疑応答を行い、再度プロトコルの理念を説明する。	

訪問看護事業所研修会 講義演習プログラム

平成 13 年 2 月 15 日

I 講義演習テーマ：在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール

II 講義演習目標：プロトコールの具体的活用方法を知り、職場で活用する方法を身につける。

III 講義演習方法

必要時間	演習内容	具体的方法	必要物品
15分	配布資料説明	配布資料について内容を説明し、事前に一読を進める。	在宅自己導尿のプロト コール 手引き書 報告基準の表 維持管理段階の判断樹
45分	医療処置管理看護 プロトコールの概 要説明	医療処置管理看護プロトコールを作成した理由、プロト コール活用により見込まれる効果について説明する。	
10分	休憩		
15分	療養者の条件 看護婦の条件確認	1. 手引き書の事例1を用い、対象の療養者の条件を確認し、確認できたら挙手してもらう。 2. 看護婦の条件について自分を照らして確認し、できたら挙手してもらう。	手引き書（使用例）
20分	協定方法	1. 説明者と講演者として訪問看護婦役と主治医役を演じる。 2. 研修生には、報告基準表に、ロールプレイ上で主治医が出した個別指示をメモするように伝える。	報告基準表
10分	指示内容の適用 （個別性）	1. ロールプレイを見ながらメモした個別指示を、判断樹内に書き込むように伝える。 2. 全体でその内容を確認する。	維持管理段階の判断樹
20分	判断樹の読み方	1. 個別指示を記入した判断樹を全員で見ながら、具体的に手順を追っていく。	手引き書（使用例）
15分	手引き書の解説	1. 後半の事例について説明 2. 在宅自己導尿、開始と終了の時のプロトコールの活用について説明する。 3. ボイディングチャートなど、既存のチャートとの関連性について説明する。 4. 最終的に質問を受ける。	手引き書
2分	質疑応答	質疑応答を行い、再度プロトコールの理念を説明する。	

訪問看護ステーション連絡協議会 講義プログラム

平成 13 年 3 月 17 日

I 講義演習テーマ：在宅におけるハイテクケアの実践—プロトコール活用の意義・方法について—

II 講義演習目標：プロトコールの具体的活用方法を知り、職場で活用する方法を知る。

III 講義演習方法

演習内容	具体的方法	必要物品
配布資料説明	配布資料について内容を説明し、事前に一読を進める。	在宅自己導尿のプロトコール 手引き書 報告基準の表 維持管理段階の判断樹
医療処置管理看護プロトコールの概要説明	医療処置管理看護プロトコールを作成した理由、プロトコール活用により見込まれる効果について説明する。	
休憩		
療養者の条件 看護婦の条件確認	1. 手引き書の事例 1 を用い、対象の療養者の条件を確認し、確認できたら挙手してもらう。 2. 看護婦の条件について自分を照らして確認し、できたら挙手してもらう。	手引き書（使用例）
協定方法	1. 説明者と講演者として訪問看護婦役と主治医役を演じる。 2. 研修生には、報告基準表に、ロールプレイ上で主治医が出した個別指示をメモするように伝える。	報告基準表
指示内容の適用 (個別性)	1. ロールプレイを見ながらメモした個別指示を、判断樹内に書き込むように伝える。 2. 全体でその内容を確認する。	維持管理段階の判断樹
判断樹の読み方	1. 個別指示を記入した判断樹を全員で見ながら、具体的に手順を追っていく。	手引き書（使用例）
手引き書の解説	1. 後半の事例について説明 2. 在宅自己導尿、開始と終了の時のプロトコールの活用について説明する。 3. ボイディングチャートなど、既存のチャートとの関連性について説明する。 4. 最終的に質問を受ける。	手引き書
質疑応答	質疑応答を行い、再度プロトコールの理念を説明する。	

3. プロトコル活用によって得られると考えられる効果

本書の第1部（看護プロトコルの考え方・使い方）の1章「施設内基準（医療処置管理看護プロトコル）の意義と目的、pp3-9」を読み、プロトコルを活用する意義と目標設定し、効果が得られるように活用し、効果が得られたかどうかを評価する。

- 1) 訪問看護における医療処置管理看護の判断法やその過程を公開できる。
- 2) 訪問看護組織のサービスの質を保証し、向上につながる。
- 3) 主治医からの指示受けが容易になるとともに、訪問看護婦と主治医との責任関係をより明確化できる。
- 4) 家族の介護能力の向上と、介護負担軽減を図ることができると期待される。

4. 使用の仕方

本書には、「1.4の医療処置・器具管理」(pp.12-13) についての看護プロトコルが掲載されている。

各看護プロトコルの内容は、Ⅰ. 各プロトコルの適用条件 > Ⅱ. 各項目の医療処置実施者に対する看護支援目標 > Ⅲ. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル > Ⅳ. アセスメント並びに医師への報告基準 > Ⅴ. 各項目の医療処置管理判断樹から構成されている (p.14 表1参照)。

本書の第1部「看護プロトコルの考え方・使い方」の2章「看護プロトコルの作成過程と構成」(pp.11-21) には、これらの看護プロトコルの内容について基本的な説明がなされているので、必ず熟読しておくことが必要である。

1) プロトコルを活用する側の条件

このプロトコルを活用する目的の一つは、提供するケアの質を維持することである。したがって、プロトコルを活用する側の条件を次のように整えることが必要である。

(1) 看護婦

このプロトコルを使用するために、看護婦が備えておくべき条件（経験、および知識と技術）が具体的に明示されている。条件を満たさない看護婦は、この条件を自己学習の項目として活用できる。判断のためのデータとして必要な測定や検査を行う場合、あるいは医療処置の手技を行う場合は、測定器具や機器の使い方を訓練し修得しておくこと。

また、判断が困難な場合、または緊急事態に備え、必要な支援が得られるようなサポート体制を整えておくことも有用であろう。

医療処置管理看護プロトコル活用に関する手引き(案)

1 訪問看護ステーションのために

1. 手引き書の目的

この手引き書は、利用者へさらに良質なケアを提供することをめざし、個々の訪問看護婦・士が日常業務の中で、プロトコル（訪問看護における医療処置管理看護プロトコル）を効果的に活用することができることを目的として作成された。手引き書には、各看護プロトコルを活用するための具体的な手順、方法、留意点、資料等が掲載されている。

2. 用語の定義

【プロトコル】

施設内規程ともいう。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程のなかで、看護婦が患者の情報を収集し、その情報にもとづいて具体的な行為を行う際に指示を与えるもの。

【訪問看護における医療処置管理看護プロトコル】

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（情報収集にもとづく判断と具体的行為）の規程として前もって提示し、実際にそれに準拠して業務して患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。以下看護プロトコルと言う。

【判断樹】

医療処置を受けている患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学習し、それぞれ該当するか、しないかという二分法に従って、次の情報収集項目あるいは具体的な支援行為（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。

具体的な判断基準については、個別の患者の状態にもとづいて、医師などとの協議によって設定する。

(2) 医師との連携

医師からの指示を、プロトコルを活用して得るためには、まず医師の協力が得られるように働きかけることが必要である。その二つの方法として以下のようなプロセスをとることがあげられる。

- ① 管理者とスタッフ間の取り決め
管理者は、まず看護スタッフと、プロトコルを用いた場合の医師から指示を得る方法など連携の取り方を確認する。
- ② 医師への最初の働きかけ
ステーションの管理者が行う。
医師と話し合い、指示を得る方法（協定書をきめて）について合意を得る。
③ 協定書の作成（医師と訪問看護ステーションが1部ずつ所有しておく）
「事前協議」については、医学的判断基準が必要と予測される項目すべてについて医師の方針または指示を得ておくことと活動しやすく、
④ 協定書の指示が変更される場合は、どのような方法で行うのを決めておく。
⑤ 軌道に乗るまで、定期的に医師とミーティングをもつ。
その際は、必ず、管理者、またはプロトコル担当者と同席し、一定のルールのもとに医師との連携を保てるようにする。

2) プロトコルを用いたアセスメントの方法 (pp.15~16)

各看護プロトコルには、＜Ⅱ、各項目の医療処置に伴う異常・トラブル＞において、その医療処置によって患者に起こる可能性のある不都合あるいは困難が提示されている。それらは、アセスメントの結果、患者に起こっていると判断される可能性のある不都合や困難である。生命に対する危険度の高いものから列挙され、それぞれについて看護判断の考え方ももつて原因、または関連要因として一般に該当するものが併記されている。原因および関連要因は、看護介入（ここでは具体的支援）の方向性を示している。

＜Ⅳ、アセスメント並びに医師への報告基準＞では、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つの段階について、それぞれ何についてアセスメントを行う必要があるかの視点（枠組み）が示されている。

②維持管理の段階では、上記の医療処置に伴う（可能性のある）異常・トラブルについて、これらに関する重要な徴候を脱逃することがないようなアセスメントの枠組み（視点）、およびアセスメントした結果医師への報告が必要であるかどうかの判断基準が示されている。これらの判断基準は一般的なものであるため、利用者の個別性を把握して、アセスメントを行う必要がある。

たとえば、「1. 在宅自己注射（インスリン療法）」(p.29)の「1」代談異常では以下のような医師への報告基準が示されており、「血糖値の状態」が「持続的な高血糖」の場合は医師に報告するようになる。その利用者の血糖値がもともとも一般的な正常範囲を超えている場合は、いくつ以上を高血糖値とするかを、協定書の事前協議で取り決めておくことが望ましい。また、血糖値が「正常範囲」の場合は、医師に報告しなくてもよいとされている。正常な血糖値（早朝空腹時）は70mg~110mg/dlである。インスリン治療中の利用者は、身体の状態や治療方法など、日々の状況に応じて、安全性を見込んだ目標血糖を設定することが多い（例：70mg~140mg/dl）。したがって、個々の利用者の「正常範囲」も、医師と協議の上取り決めておくことが必要となる。

現場ではさまざまな状況が生じることが予測されるため、できる限り、それらに対応できるよりに判断基準について取り決めておくことで、効果的・効率的にケアを進めることができる。上記の例においても、食欲不振、下痢、吐き気など、何らかの理由で異常をたらなかった場合、または食事摂取量が通常より少なかった場合など、当座の処置をどうするか、など取り決めておくことには医師と連絡がつかなくてもあわてなくてよい。

表1 在宅自己注射（インスリン療法）に関する異常・トラブルと医師への報告基準
医師への報告基準（本線部分）

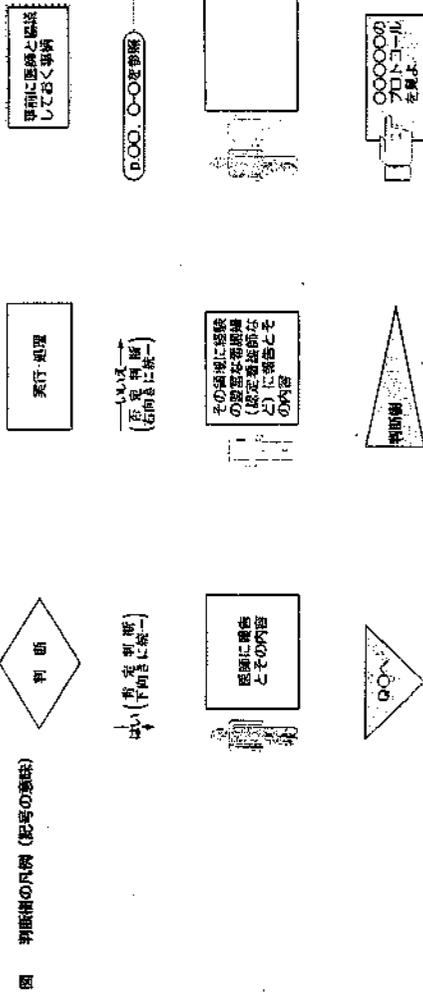
1) 代談異常	バイタルサイン異常なし 発熱、脈拍数・呼吸数の増加 正常範囲 持続的な高血糖 血糖値の増加
全場状態	
血糖値の状態	

3) 判断樹の見方

判断樹は、アセスメントで挙げた各段階（①導入段階、②維持管理の段階、③中止・終了の段階）ごとに作成されている。各段階で必要になる判断内容とそれに対する対応（実行・処理）のすべてを1枚の紙上に示すことが困難であったため、まず段階ごとにその全体を返し、必要時にだけ分かれて詳細に示すという方式で統一されている。各医療処置の管理上で遭遇する、患者に起こるさまざまな異常・トラブルについて、どのような場合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かわかるように示されている。

判断樹には、さまざまな記号が使われており、それらの説明が pp.16~20 に示されているので、必ず目を通しておくこと。特に、図2の「判断樹の使い方」図3の「全体の判断樹と枝分れの判断樹の関係」で示された矢印の見方は重要である。

以下のように、「判断内容」、「実行処理」、「医師へ報告する」など、内容の質によって異なる記号が用いられ、視覚的にわかりやすく工夫されている。



判断樹は、アセスメント、報告基準、および協定書の内容を組み合わせることで使用することになる。

4) 個別の利用者にプロトコルを用いる方法

(利用者個別のプロトコル作成法)

プロトコルには標準化されたアセスメントの方法、判断基準、判断樹が提示されているため、このプロトコルを個別的存在である一人一人の利用者に、どのように活用するかは工夫を要する。

たとえば、各看護プロトコルを拡大コピーし、利用者固有に必要な項目を追加したり、各項目に情報（データ）を赤インクで記入しながら活用することも一つの方法である。また、各医療処置を行う際、判断基準とするために、測定値や検査結果の正常値など必要と予測される基本的知識をプロトコルに書きこみ添えておく（コピーして貼り付けておくこともできる）と便利である。

- ① 支援目標：利用者固有の、あるいはとくに強調したい到達目標を追加する。
- ② アセスメント：必要時アセスメントの視点を追加する。焦点アセスメントの項目に印をつける。
- ③ 各医療処置に関する異常・トラブルと医師への報告基準：利用者個々に該当する基準を追加する。（協定書の内容がここに入る）
- ④ 判断樹：利用者固有の「判断内容」、「実行・処置」などについて、既存の内容、あるいは追加した内容（不足している場合、自分で追加すること）に、番号をつけながら、判断をすすめていく。
- ⑤ 利用者の「協定書」を作成した期日、および「医師への報告基準」と「判断樹」へ利用者の基準を記入した期日を必ず明記する。
（利用者の状態は常に変化する可能性がある。したがって、いつ作成し、使用したプロトコルであるのか明確化するため）

本プロトコルの活用のためには、「利用者の状態を継続的に観察する」
医療処置用プロトコル」による自己観察の機会を確保する。

5) 利用者への説明に用いる方法

このプロトコルは、利用者や家族への説明にも活用することができる。その際は、専門用語を使わず、わかりやすい日常語に置き換えて説明すること。適宜、必要事項をプロトコルに追加し、コピーして渡しておくこと、利用者や家族は質問をしやすくなくと推測され、ケアの受け手とケアの提供者、相互の理解を深めることに役立てることができる。
利用者や家族への説明の手段としてこのプロトコルをさらに役立てるために、どのような工夫・改善が必要かを明らかにする。

6) プロトコルを施設内規準に用いる方法

看護職者への教育の道具（ツール）として活用できる。このプロトコルを教材として活用することで、医療処置を実施する上で必要な知識と技術（例：医療処置で使う器具の使い方など）を習得できる。

5. プロトコルの更新

このプロトコルは、訪問看護において在宅での医療処置が安全に実施・管理できるようにすることを目的として作成された。このプロトコルをさらに現場の実状に適合したものであるために今後も以下の観点から検討し、修正・改善をしていく必要がある。

- ① 学会における規準、あるいは最新の情勢
- ② 制度の変更
- ③ 診療報酬の改正
- ④ 看護職者の看護方法の工夫（個々の看護職者の意見を吸い上げる）



【事例1】

Aさん、75歳男性。正常圧水頭症という診断を受けている。神経因性膀胱によると考えられる尿閉があり、半年前から在宅自己導尿を導入している。主治医B医師および外来看護婦による自己導尿の技術習得支援を受けた後、妻が導尿を行うことで在宅療養を続けている。しかし、2ヶ月前から尿路感染を繰り返すようになったため、B医師からC訪問看護ステーションに訪問看護による在宅自己導尿管理の依頼がきた。

1. プロトコルの適用条件の確認・整備

- 1) 療養者
 - ① 在宅自己導尿を必要とする状態：「神経因性膀胱に起因する療養者の状態（p.p. 93）」を満たしている。⇒条件クリア
 - ② 使用器具・装置：既に半年前に導入済み。主治医を通じて器具・装置の供給方法は確立している。⇒条件クリア
- 2) 看護婦
 - ① ステーションの看護婦は、病棟・外来においても、在宅においても自己導尿の患者の看護経験を持ち、p.p. 94の条件を満たしている。⇒条件クリア
- 3) 医師との連携

Aさんには主治医がいて、既に管理を受けているため、主治医と連絡を取り、具体的にプロトコルの内容について協議の上、協定を締結する必要がある。その手順を以下に示す。

 - ① p.p. 111の「在宅自己導尿管理協定書」を2通準備する。
 - ② p.p. 95の「在宅自己導尿療養者に対する看護支援目標」以下、判断樹までのプロトコルを医師に示し、内容を両者で確認する。
 - ③ p.p. 96～98の「アセスメント」内容を医師に示し、得られる情報を得る。
 - ④ p.p. 99～100の「在宅自己導尿に関する異常・トラブルと医師への報告基準」について、Aさんの状態・個別性を踏まえ、両者で確認しながら具体的な基準を作成する。⇒表1、参照
 - ⑤ 判断樹の内容について、Aさんの個別性を踏まえ、変更がある部分を訂正する。⇒報告基準を盛り込む（図1、参照）。
 - ⑥ この内容を療養者側に提示し、同意を得る。
 - ⑦ 療養者、医師、訪問看護機関で協議が得られたら、「在宅自己導尿管理協定書」の記載を医師に依頼し、両者でサインをして、各自1通ずつ保管する。（図2、参照）
 - ⑧ 常に連絡を取れる体制について、協議し、確認する。⇒これで案件クリア

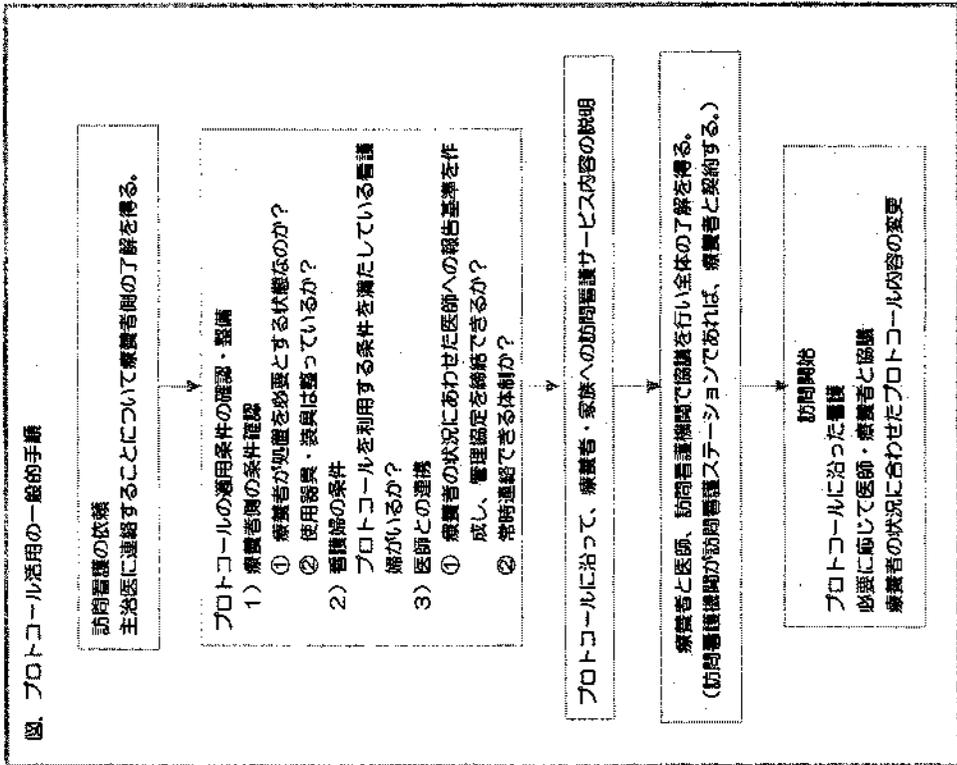
2. 療養者・家族への説明

p.p. 96～98の「アセスメント」内容について、療養者と家族から情報を得る。医師と協定した内容を元に、療養者と家族に対し、行う看護の内容を提示し、了解を得る。この時、療養者と家族の希望を確認し、医師と決めた基準に必要が異なる場合は、再度主治医と協議を行う。

「在宅療養を支援するための医療処置管理プロトコル」使用例

在宅自己導尿の場合

在宅療養を支援するための医療処置管理プロトコルを実際に応用する具体的な手順は、一般的には以下のようなことになる。



この行程を具体的な実践事例を用いて以下に解説する。

表1. A氏の場合の医師への報告基準

領域	医師への報告基準 (プロトコル下線部)	A氏の場合
1) 感染徴候		
全身状態	微熱が2~3日続く 高熱 高熱が2~3日続く 不透明で異常臭あり 試験紙による細菌尿あり 膿性である 血性浮遊物が2~3日続く ピンク尿あり 血尿あり	(平熱 35.5℃程度) 36.5~37.5℃が複数 37.5℃以上を高熱とする。 同左
尿の性状		
尿道口の状態	発赤が軽く びらん・裂傷あり 膿の排出あり	同左
2) 水分出納		
尿量	尿量異常なしが保持できな い日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が 少ない日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が 半分以下である	通常の飲水量がおよそ 1500ml なので、尿量異常なしは 1000ml 以上 1500ml 以下と考える。 同左
3) 尿漏れ		
	下着を交換するくらい 尿取りパッドや装着型尿 器を必要とするくらい	同左
4) 在宅自己排尿による生活パターンの障害	睡眠中断が続く 不眠	日常的に夜間5回以上の覚醒を唾 尿中断とする。 不眠は訴えによる。
5) 在宅自己排尿に対する嫌悪感・家族の受け入れ	心理・情緒的反応 不潔あり 妄想あり	同左

3. プロトコルの活用 (図3. 参照)

実際の訪問が始まった後は、p.p. 101以降の判断樹に沿って状況を確認し、対処していく。

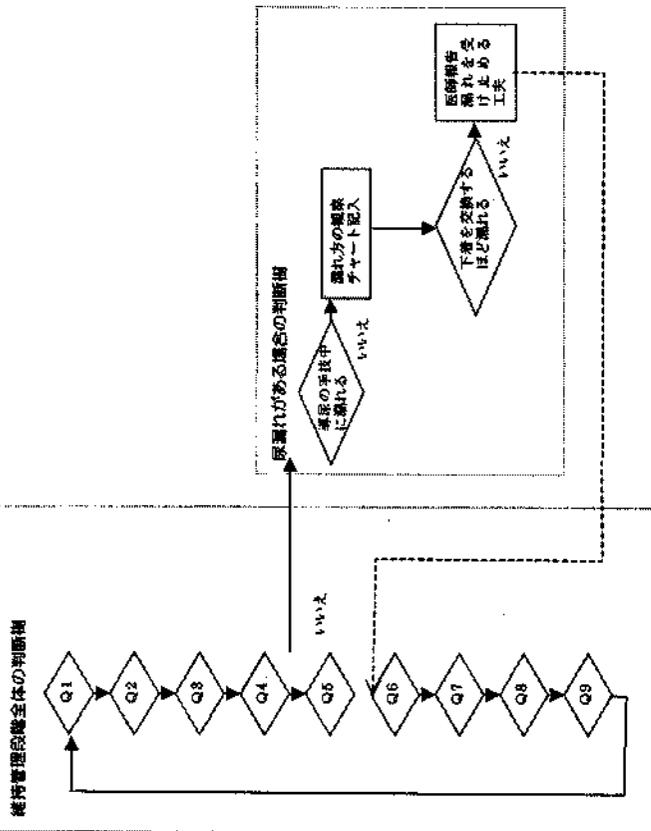
- 月○日 訪問看護ステーションの看護師がAさんを訪問した。
p.p. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に沿って、状況を確認していく。
Q1. 発熱がない⇒体温 35.7℃だった。⇒医師と確認した発熱範囲に含まれない。
Q2. 尿道ヘカテーテルを挿入できる。
⇒要は「何とかが行えている。」と言い、実際に挿入行為を観察したところ、マニュアル通り挿入できていた。
Q3. 尿の性状に異常がない。⇒不透明だが異常臭はなく、血性浮遊物も見られない。
試験紙での確認で、細菌は確認できず。
⇒医師と確認した異常範囲に含まれず。
Q4. 必要物品が清潔に保たれている。
⇒物品を確認したが、管理も保存も清潔に行われていた。
Q5. 尿漏れがない。⇒尿漏れの訴えあり。実際に下着の汚染あり。
⇒p.p. 105の「尿漏れがある場合の判断樹」へ
p.p. 105の「尿漏れがある場合の判断樹」に沿って、状況を確認していく。
「導尿の操作中に濡れる」⇒導尿場面を確認したが、濡れは見られなかった。
妻からも導尿中濡れるという訴えはなかった。⇒いいえ
「濡れ方を観察する」⇒p.p. 96の22行目「ポイティングチャート」を記載する。
「下着を交換するほど濡れる」⇒下着は汚染しているが、交換が必要なほどではない。
⇒「医師に報告。WOCナース等に相談」
⇒医師およびWOCナースに連絡するほか、p.p. 106の内容を参考に対応する。
p.p. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に戻る。
Q6. 1回尿量が指示値以下になるように導尿の回数を調整している。
⇒要の記録によると調整できている。
Q7. 尿道口・周辺領域の発赤・腫脹・痛み・出血・かゆみがない。
⇒確認するも、なし。
Q8. 導尿による睡眠中断がない。⇒得になし
Q9. 自己導尿による生活縮小、生活行為中断がない。
⇒要を確認するも、「今のところ、気にしていない。」との回答

以上のアセスメントより、以下の計画につながる。

- ① 主治医に対し、尿漏れの状態をポイティングチャートの内容と合わせて報告し、医師の判断を確認する。
- ② WOCナース等に相談し、Aさんに合った尿漏れの受け止め方法を検討する。
- ③ p.p. 106を参考に、尿漏れ対策を講じる。
- ④ 次回訪問時にも、p.p. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に沿って観察する。

このように1回の訪問時に活用し、観察者の状況の変化に合わせて、医師と協議の上、判断基準を変更していく。

図3. Aさんの場合のプロトコル活用例



【事例2】在宅自己導尿導入期における活用

Dさん、55歳男性。職業は会社員である。2ヶ月前に、酒酔いにより、後述前方切除術を受けた。入院中から尿意が軽く、時間を決めてトイレに行き、屢任および手指による膀胱圧迫により排尿していた。病院側では、その方法で残尿が100ml以下だったことで、セルフケア可能と判断し、Dさんの退院を許可した。Dさんは退院後、手術した病院を紹介してくれた近医のE医師の外来に通いながら、2週間前から仕事に復帰した。ところが、主に勤務中に時間をかけて排尿ができないうつらさから、Dさんは復職してすぐに尿漏れの症状を訴え始めた。E医師の外来で導尿したところ、1回目は1000ml、2回目は1300mlの残尿が確認されたため、E医師は自己導尿の導入だと考えた。

E医師はDさんと協議の上、自己導尿の手技を習得し、職場においても定期的な排尿を行うことができるようにすることで一致した。Dさんは、自分も妻も始めは心配なので、訪問看護婦によるサービスを受けたいと希望した。そこでE医師から訪問看護ステーションに訪問の依頼があった。

1. プロトコルの適用条件の確認・整備

1) 看護者

① 在宅自己導尿を必要とする状態：「骨盤内手術の術後合併症（p.p. 98）」を満たしている。

また、p.p. 182~183の「膀胱留置カテーテル管理法 導入検討段階全体の判断樹」～「自然排尿がない場合の判断樹」に沿って検討すると…

「導入検討段階全体の判断樹」

A-Q1 「自然排尿がある」⇒いいえ⇒A-1 「自然排尿がない場合の判断樹」へ

「自然排尿がない場合の判断樹」

腹部膨満がない⇒損傷・触診・打診によっても腹部の水分による膨満が認められる。便秘はない⇒術後の排泄コントロールにより、毎日排便はある。

最終排尿から8時間以内である⇒8時間以上排尿がないので受診した。

導尿後、自然排尿あり⇒導尿しても自然排尿ができない。

医師は自己導尿の適用と判断している。

Dさんが自己導尿可能であれば自己導尿の適用となる。

以上の検討から、Dさんの技術習得能力の査定が必要になる。

⇒p.p. 96~97, p.p. 178の内容について、Dさんとその家族に対するアセスメントを行い、Dさんへの技術習得支援をしながら最終的には判断する。

② 使用器具・器具：今回が初めての導入になるため、p.p. 94を参考に、物品の供給方法を主治医E医師と検討する必要がある。

特に、Dさんの場合、会社のトイレで自己導尿を行う必要があるため、持ち運びの簡便さと、清潔野の作りやすさ、手指の消費方法については、十分な配慮が必要になる。

⇒表2. のように物品リストを作成し、整備する。

2) 看護婦：事例1同様

3) 医師との連携

E 医師と十分な協議が必要であるが、協定締結の手順は事例1同様。
D さんの個別性を入れた具体的な報告基準を作成する。(表3.)

2. 療養者・家族への説明

p.p. 96~97, p.p. 178 の内容に沿ってアセスメントを十分に行う。特に、療養者と家族の自己導尿に対する考えや、具体的に勤務中にどのようなタイミングで導尿を行うか、など、十分話し合う。その後、それらを踏まえて訪問計画を立て、プロトコールに沿って看護の内容を説明する。
また、自己管理のために、ポイティングチャートなどを整備する。(表4, 参照)

3. プロトコールの活用

導入後は、p.p. 101 の「維持管理段階全体の判断樹」を活用しながらDさんの技術習得を支援する。
判断樹の活用方法は、事例1同様。

表2. 物品リスト(例)

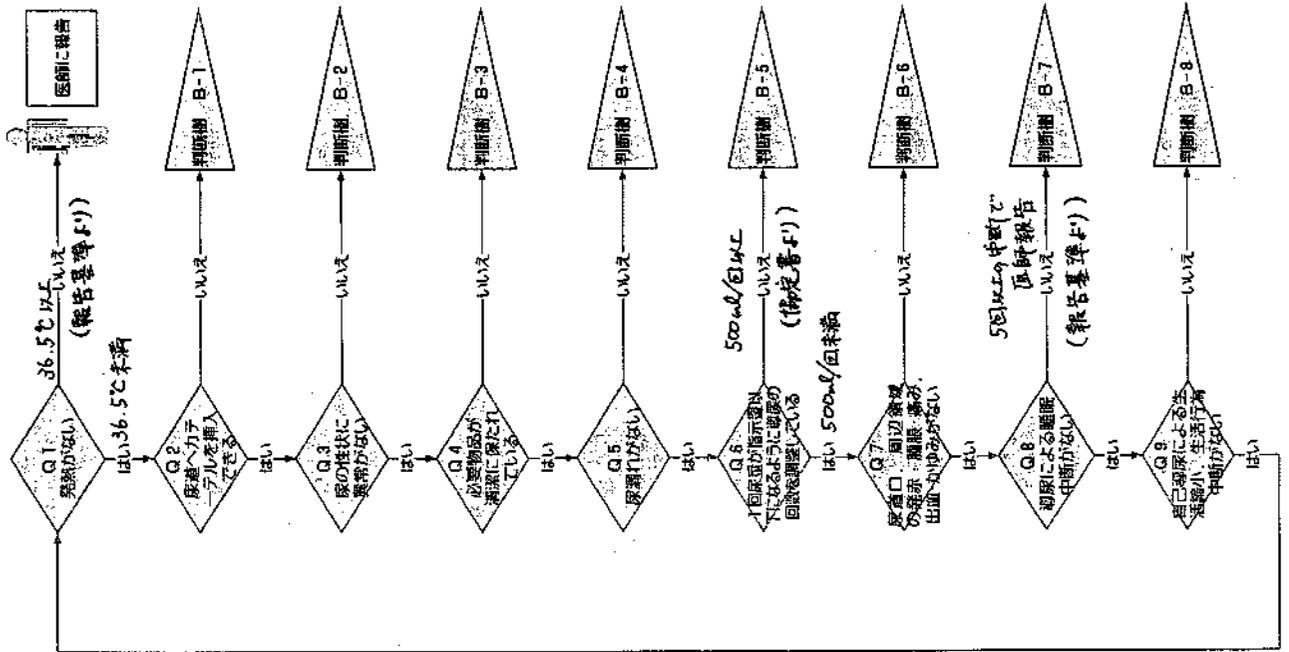
物品	規格	供給方法	供給日チェック															
カテーテル	OOX	E 医師より 1本/1日																
尿器	ベットポトル (目盛つける)	自前																
潤滑剤	グリセリン	処方箋 ⇒F 薬局 必要時申請																
手指消毒綿	△△	F 薬局 必要時申請																
消毒綿	XX	F 薬局 必要時申請																
ティスポーツ	OX	F 薬局 7枚/1週																

表3. D 氏の場合の医師への報告基準

領域	医師への報告基準 (プロトコール下線部)	D 氏の場合
1) 感染徴候		
全身状態	微熱が2~3日続く 高熱 高熱が2~3日続く	(平熱36.5℃程度) 37.0~38.0℃が微熱 38.0℃以上を高熱とする。
尿の性状	不透明で異常臭あり 試験紙による細菌尿あり 膿性である 血性浮遊物が2~3日続く ピンク尿あり 血尿あり	同左
尿道口の状態	発赤が続く びらん・裂傷あり 膿の排出あり	同左
2) 水分出納		
	尿量異常なしが保持できな い日が続く 前日の飲水量に対し、尿量が 少ない日が続く 前日の飲水量に対し、尿量が 半分以下である	通常の飲水量がおおよそ1700ml 以上 で、尿量異常なしは1200ml 以上 1700ml 以下と考える。 同左
3) 尿漏れ		
	下着を交換するくらい 尿取りパッドや装型型尿 器を必要とするくらい	同左
4) 在宅自己導尿による生活パターンの障害	睡眠中断が続く 不眠	日常的に夜間3回以上の覚醒を睡眠中 断とする。 不眠は訴えによる。
就業の困難さ		勤務上の支障に関する訴えや、勤務時 間中の導尿が行われていない事実
5) 在宅自己導尿に対する療養者・家族の受け入れ 心理・情緒的反応	不慣れあり 妄想あり	同左

維持管理段階全体の判断樹

H12. ☆/◇/△ ~ 次回変更日まで



管理協定書

平成 12 年 ☆ 月 ◇ 日

在宅自己導尿管理協定書

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、在宅自己導尿管理看護プロトコルに従って療養者の在宅自己導尿の管理を行います。

1. 療養者氏名 A 2. 在宅療養指導管理料請求機関
医療機関名 B 杉森 町

3. 開始理由・障害状況 (あれば障害者手帳等続内容) 神経固性膀胱体による尿閉

4. 開始日 12 年 ☆ 月 D 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 ② 自己管理+一部家族管理
 ③ 家族管理 ④ 指導および実施の一端補充 ⑤ 全面的補充 (代行)

6. 使用薬剤・投与量
 自律神経作用薬剤 (薬剤名: /日) 投与量: /日)
 抗生剤 (薬剤名: /日) 投与量: /日)
 その他 (薬剤名: /日) 投与量: /日)

7. 使用器具・提供数
 デイスボカテーテル Pr 本または 箱/日)
 リユーズリアルカテーテル・再利用型自己導尿用セット (商品名: Pr (2 Pr 1本/日)
 上記を代用するカテーテル類 Pr 本/日)
 (商品名またはタイプ: Pr 本/日)

8. 消毒薬・衛生材料 (次の中)
 消毒剤: キンロカインゼリー・殺菌グリセリン (8本・1日)
 抗菌剤: リユーズリアルカテーテル・自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの (消毒液名 /本)
 手指消毒薬 (消毒液名 △△ / XX /箱 本)

9. 1回用量 (500 ml以下)

10. 自己導尿回数指示 (1日 7回 3~4時間ごと)

11. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度 (1回/ 7日)

12. 事前協議事項
 ① 自己導尿が本人では不可能な場合に、誰が施行するか ② その他
 13. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 C 訪問看護ステ.代表者名 C 印
 乙 医師 (所属および氏名) B 杉森 町 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。

表 4. ボイディングチャート (例)

月日	○/○		
飲水時間/量	6:30	200	
	9:30	100	
	12:00	400	
	15:00	200	
	17:30	350	
	20:00	400	
	22:00	100	
合計	7回	1750	
排尿時間/量	6:00	500	
尿意があった場合 ○で囲む。	9:00	150	
自然排尿の場合 赤○で囲む	12:00	300	
	15:00	300	
	19:00	300	
	22:00	150	
合計	6回	1700	
尿漏れの有無	なし		
体温	36.2℃		
尿の色	黄色透明		
挿入時の痛み	なし		
その他			
訪問看護婦訪問サイン			

医療処置管理看護プロトコル（訪問看護）に関する手引き（案）

1. 訪問看護施設が連携医師と協働するための手引き

1. 手引き書の目的

この手引き書は、利用者へさらに良質なケアを提供することをめざし、個々の訪問看護婦・士が日常業務の中で、プロトコル（訪問看護における医療処置管理看護プロトコル）を効果的に活用することができることを目的として作成された。手引き書には、各看護プロトコルを活用するための具体的な手順、方法、留意点、資料等が掲載されている。

2. 用語の定義

【プロトコル】

施設内規準ともいう。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係する諸制度、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なかで、看護婦が患者の情報を収集し、その情報にもとづいて具体的な行為を行う際に指示を与えるもの。

【訪問看護における医療処置管理看護プロトコル】

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（情報収集にもとづく判断と具体的行為）の規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。以下看護プロトコルと言う。

【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、しないかという二分法に従って、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。

具体的な判断基準については、個別の療養者の状態にもとづいて、医師などとの協議によって設定する。

【協定書】

「医師との連携条件である管理協定の締結を具体化するもの。」である。看護婦が責任を持って医療処置を実施するために主治医と訪問看護婦との間で確認が必要な、基本的な事項を盛り込み、各医療処置別に作成されている。医師と看護婦の協働の姿勢を表すものであり、医師からの指示を一方的に受けるだけではない看護婦としての責任を、明確にしたものである。

3. プロトコール活用によって得られると考えられる効果

本書の第1部（看護プロトコールの考え方・使い方）の1章「施設内基準（医療処置管理看護プロトコール）の意義と目的，pp3-9」を読み、プロトコールを活用する意義と目認識し、効果が得られるように活用し、効果が得られたかどうかを評価する。

- 1) 訪問看護における医療処置管理看護の判断法やその過程を公開できる。
- 2) 訪問看護組織のサービスの質を保証し、向上につながる。
- 3) 主治医からの指示受けが容易になるとともに、訪問看護婦と主治医との責任関係をより明確化できる。
- 4) 家族の介護能力の向上と、介護負担軽減を図ることができる。

4. 使用の仕方

本書には、「14の医療処置・器具管理」（pp. 12-13）についての看護プロトコールが掲載されている。

各看護プロトコールの内容は、<Ⅰ. 各プロトコールの適用条件><Ⅱ. 各項目の医療処置療養者に対する看護支援目標><Ⅲ. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル><Ⅳ. アセスメント並びに医師への報告基準><Ⅴ. 各項目の医療処置管理判断樹>から構成されている（p. 14表1参照）。

本書の第1部「看護プロトコールの考え方・使い方」の2章「看護プロトコールの作成過程と構成」（pp11-21）には、これらの看護プロトコールの内容について基本的な説明がなされているので、必ず熟読しておくことが必要である。

1) プロトコールを活用する側の条件

このプロトコールを活用する目的の一つは、提供するケアの質を維持することである。したがって、プロトコールを活用する側の条件を次のように整えることが必要である。

（1）看護婦

このプロトコールを使用するために、看護婦が備えておくべき条件（経験、および知識と技術）が具体的に明示されている。条件に満たない看護婦は、この条件を自己学習の項目として活用できる。判断のためのデータとして必要な測定や検査を行う場合、あるいは医療処置の手技を行う場合は、測定器具や機器の使い方を訓練し修得しておくこと。

また、判断が困難な場合、または緊急事態に備え、必要な支援が得られるようなサポート体制を整えておくことも有用であろう。

(2) 医師との連携

医師からの指示を、プロトコルを活用して得るためには、まず医師の協力が得られるように働きかけることが必要である。その一つの方法として以下のようなプロセスをとることがあげられる。

①管理者とスタッフ間の取り決め

管理者は、まず看護スタッフと、プロトコルを用いた場合の医師から指示を得る方法など連携の取り方を確認する。

②医師への最初の働きかけ

ステーションの管理者が行う。

医師と話し合い、指示を得る方法（協定書を含めて）について合意を得る。

③協定書の作成（医師と訪問看護ステーションが1部ずつ所有しておく）

「事前協議」については、医学的判断基準が必要と予測される項目すべてについて医師の方針または指示を得ておくこと活動しやすい。

④協定書の指示が変更される場合は、どのような方法で行うのを決めておく。

⑤軌道に乗るまで、定期的に医師とミーティングをもつ。

その際は、必ず、管理者、またはプロトコル担当者が同席し、一定のルールのもとに医師との連携を保てるようにする。

2) プロトコルを用いたアセスメントの方法 (pp.15~16)

各看護プロトコルには、<Ⅲ. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル>において、その医療処置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が提示されている。それらは、アセスメントの結果、療養者に起こっていると判断される可能性のある不都合や困難である。生命に対する危険度の高いものから列挙され、それぞれについて看護診断の考え方にもとづいて原因、または関連要因として一般に該当するものが併記されている。原因および関連要因は、看護介入（ここでは具体的支援）の方向性を示している。

<Ⅳ. アセスメント並びに医師への報告基準>では、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つの段階について、それぞれ何についてアセスメント行う必要があるかその視点（枠組み）が示されている。

②維持管理の段階では、上記の医療処置に伴う（可能性のある）異常・トラブルについて、これらに関する重要な徴候を見逃すことがないようなアセスメントの枠組み（視点）、およびアセスメントした結果医師への報告が必要であるかどうかの判断基準が示されている。これらの判断基準は一般的なものであるため、利用者の個別性を把握して、アセスメントを行う必要がある。

たとえば、「1. 在宅自己注射（インスリン療法）」(p.29)の「1」代謝異常」では以下のような医師への報告基準が示されており、「血糖値の状態」が「持続的な高血糖」の場合は医師に報告するようになっている。その利用者の血糖値がもともと一般的な正常範囲を超えている場合は、いくつ以上を高血糖値とするかを、協定書の事前協議で取り決めておくことが望ましい。また、血糖値が「正常範囲」の場合は、医師に報告しなくてもよいとされている。正常な血糖値（早朝空腹時）は70mg~110mg/dlである。インスリン治療中の利用者は、身体の状態や治療方法など、個々の状況に応じて、安全性を見込んだ目標血糖を設定することが多い（例：70mg~140mg/dl）。したがって、個々の利用者の「正常範囲」も、医師と協議の上取り決めておくことが必要となる。

現場ではさまざまな状況が生じることが予測されるため、できる限り、それらに対応できるように判断基準について取り決めておくことで、効果的・効率的にケアを進めることができる。上記の例においても、食欲不振、下痢、吐き気など、何らかの理由で食事をとらなかった場合、または食事摂取量が通常より少なかった場合など、当座の処置をどうするか、など取り決めておくことには医師と連絡がつかなくてもあわてなくてよい。

表1 在宅自己注射（インスリン療法）に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領域	医師への報告基準（下線部分）
1) 代謝異常	
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱、脈拍数・呼吸数の増加
血糖値の状態	正常範囲 <u>持続的な高血糖</u> <u>尿量の増加</u>

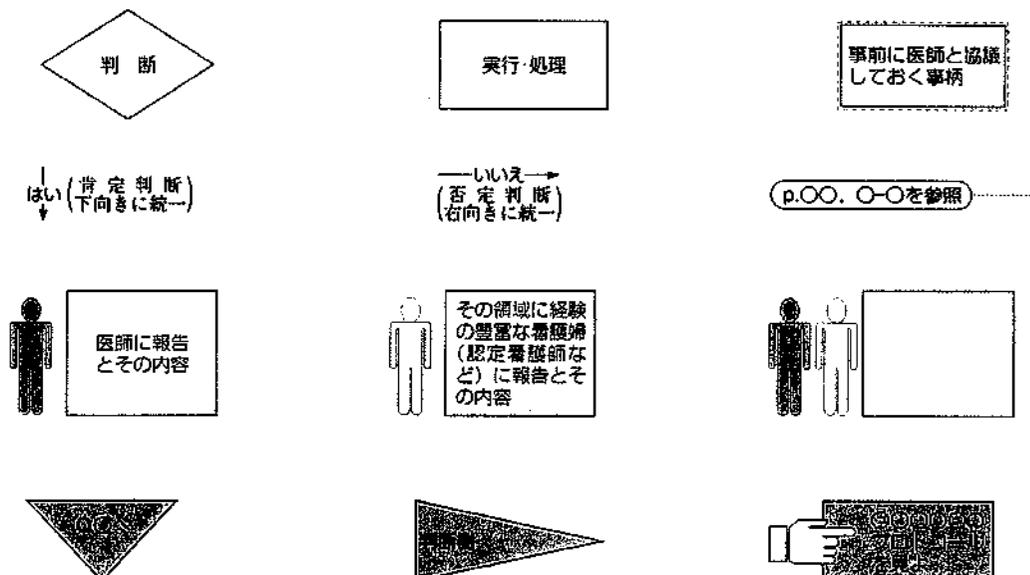
3) 判断樹の見方

判断樹は、アセスメントで挙げた各段階（①導入段階、②維持管理の段階、③中止・終了の段階）ごとに作成されている。各段階で必要になる判断内容とそれに対する対応（実行・処理）のすべてを1枚の紙上に示すことが困難であったため、まず段階ごとにその全体を示し、必要時に枝分かれして詳細に示すという方式で統一されている。各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、どのような場合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されている。

判断樹には、さまざまな記号が使われており、それらの説明がpp. 16~20に示されているので、必ず目を通しておくこと。特に、図2の「判断樹の使い方」、図3の「全体の判断樹と枝分かれの判断樹の関係」で示された矢印の見方は重要である。

以下のように、「判断内容」、「実行処理」、「医師へ報告する」など、内容の質によって異なる記号が用いられ、視覚的にわかりやすく工夫されている。

図 判断樹の凡例（記号の意味）



判断樹は、アセスメント、報告基準、および協定書の内容を組み合わせることで使うことになる。

4) 個別の利用者にプロトコルを用いる方法

(利用者個別のプロトコル作成法)

プロトコルには標準化されたアセスメントの方法、判断基準、判断樹が提示されているため、このプロトコルを個別的な存在である一人一人の利用者に、どのように活用するかは工夫を要する。

たとえば、各看護プロトコルを拡大コピーし、利用者固有に必要な項目を追加したり、各項目に情報（データ）を赤インクで記入しながら活用することも一つの方法である。

また、各医療処置を行う際、判断基準とするために、測定値や検査結果の正常値など必要と予測される基本的知識をプロトコルに書きこんでおく（コピーして貼り付けておくこともできる）と便利である。

- ①支援目標：利用者固有の、あるいはとくに強調したい到達目標を追加する。
- ②アセスメント：必要時アセスメントの視点を追加する。焦点アセスメントの項目に印をつける。
- ③各医療処置に関する異常・トラブルと医師への報告基準：利用者個々に該当する基準を追加する。（協定書の内容がここに入る）
- ④判断樹：利用者固有の「判断内容」、「実行・処置」などについて、既存の内容、あるいは追加した内容（不足している場合、自分で追加すること）に、番号をつけながら、判断をすすめていく。
- ⑤利用者の「協定書」を作成した期日、および「医師への報告基準」と「判断樹」へ利用者の基準を記入した期日を必ず明記する。
（利用者の状態は常に変化する可能性がある。したがって、いつ作成し、使用したプロトコルであるのか明確化するため）

※プロトコルの活用の仕方については「在宅療養を支援するための医療処置管理プロトコル」－在宅自己導尿の場合－使用例（資料）を参照できる。

5) 利用者への説明に用いる方法

このプロトコルは、利用者や家族への説明にも活用することができる。その際は、専門用語を使わず、わかりやすい日常語に置き換えて説明すること。適宜、必要事項をプロトコルに追加し、コピーして渡しておく、利用者や家族は質問をしやすくなると推測され、ケアの受け手とケアの提供者、相互の理解を深めることに役立てることができる。

利用者や家族への説明の手段としてこのプロトコルをさらに役立てるために、どのような工夫・改善が必要かを明らかにする。

6) プロトコルを施設内規準に用いる方法

看護職者への教育の道具（ツール）として活用できる。このプロトコルを教材として活用することで、医療処置を実施する上で必要な知識と技術（例：医療処置で使う器具の使い方など）を習得できる。

5. プロトコルの更新

このプロトコルは、訪問看護において在宅での医療処置が安全に実施・管理できるようにすることを目的として作成された。このプロトコルをさらに現場の実状に適したものとするために今後も以下の観点から検討し、修正・改善をしていく必要がある。

- ① 学会における規準、あるいは概念の構築
- ② 制度の変更
- ③ 診療報酬の改正
- ④ 看護職者の看護方法の工夫（個々の看護職の意見を吸い上げる）

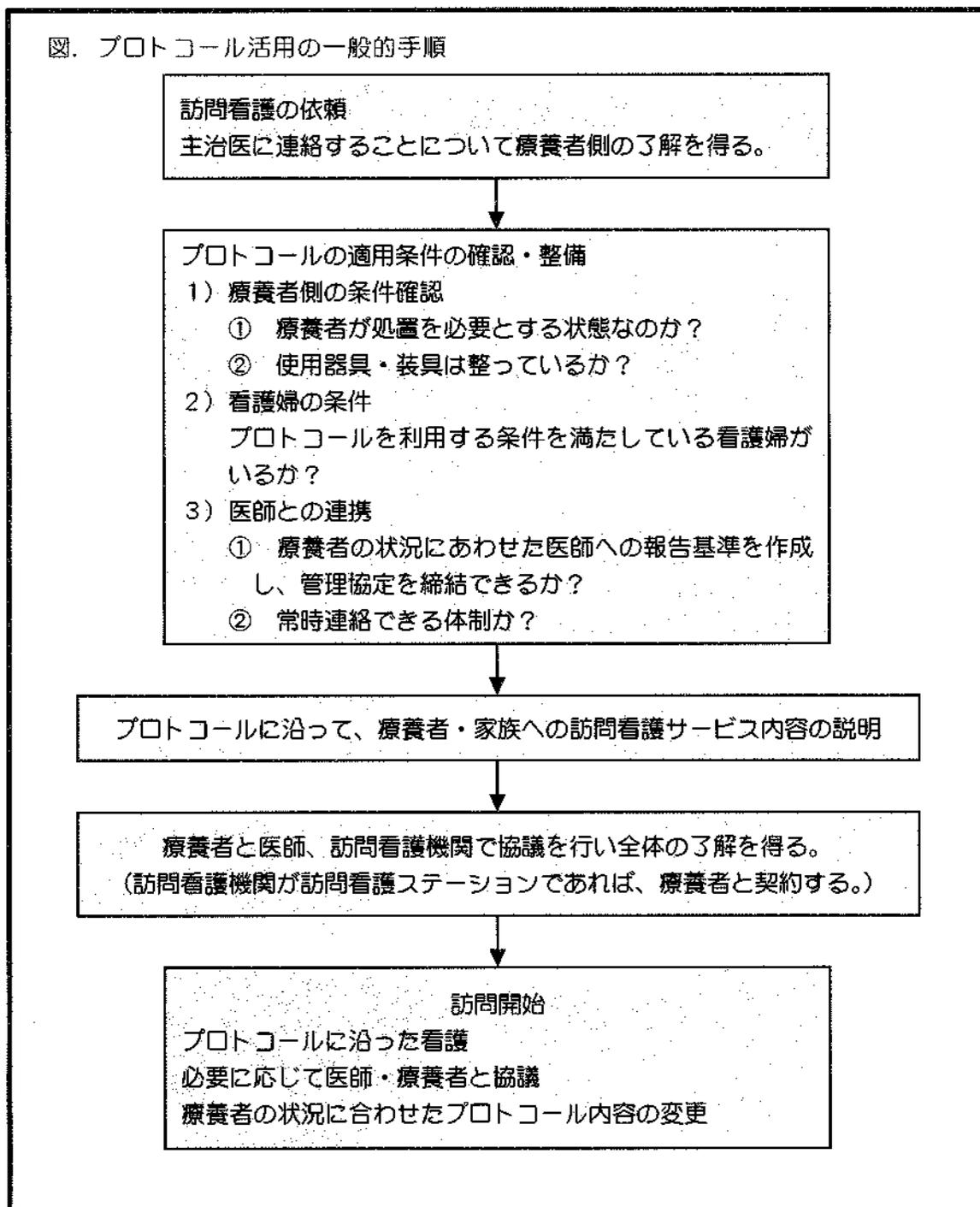


「在宅療養を支援するための医療処置管理プロトコール」使用例

－在宅自己導尿の場合－

在宅療養を支援するための医療処置管理プロトコールを実際に使用する具体的手順は、一般的には以下のようなになる。

図. プロトコール活用的一般的手順



この行程を具体的な模擬事例を用いて以下に解説する。

【事例1】

Aさん、75歳男性。正常圧水頭症という診断を受けている。神経因性膀胱によると考えられる尿閉があり、半年前から在宅自己導尿を導入している。主治医B医師および外来看護婦による自己導尿の技術習得支援を受けた後、妻が導尿を行うことで在宅療養を続けている。しかし、2ヶ月前から尿路感染を繰り返すようになったため、B医師からC訪問看護ステーションに訪問看護による在宅自己導尿管理の依頼がきた。

1. プロトコルの適用条件の確認・整備

1) 療養者

- ① 在宅自己導尿を必要とする状態：「神経因性膀胱に起因する療養者の状態（pp. 93）」を満たしている。⇒条件クリア
- ② 使用器具・装具：既に半年前に導入済み。主治医を通じて器具・装具の供給方法は確立している。⇒条件クリア

2) 看護婦

ステーションの看護婦は、病棟・外来においても、在宅においても自己導尿の患者の看護経験を持ち、pp. 94の条件を満たしている。⇒条件クリア

3) 医師との連携

Aさんには主治医がいて、既に管理を受けているため、主治医と連絡を取り、具体的にプロトコルの内容について協議の上、協定を締結する必要がある。その手順を以下に示す。

- ① pp. 111の「在宅自己導尿管理協定書」を2通準備する。
- ② pp. 95の「在宅自己導尿療養者に対する看護支援目標」以下、判断樹までのプロトコルを医師に示し、内容を両者で確認する。
- ③ pp. 96～98の「アセスメント」内容を医師に示し、得られる情報を得る。
- ④ pp. 99～100の「在宅自己導尿に関する異常・トラブルと医師への報告基準」について、Aさんの状態・個別性を踏まえ、両者で確認しながら具体的基準を作成する。⇒表1. 参照
- ⑤ 判断樹の内容について、Aさんの個別性を踏まえ、変更がある部分を訂正する。⇒報告基準を盛り込む（図1. 参照）。
- ⑥ この内容を療養者側に提示し、同意を得る。
- ⑦ 療養者、医師、訪問看護婦間で合意が得られたら、「在宅自己導尿管理協定書」の記載を医師に依頼し、両者でサインをして、各自1通ずつ保管する。
（図2. 参照）
- ⑧ 常に連絡を取れる体勢について、協議し、確認する。⇒これで条件クリア

2. 療養者・家族への説明

pp. 96～98の「アセスメント」内容について、療養者と家族から情報を得る。

医師と協定した内容を元に、療養者と家族に対し、行う看護の内容を提示し、了解を得る。この時、療養者と家族の希望を確認し、医師と決めた基準に変更が必要な場合は、再度主治医と協議を行う。

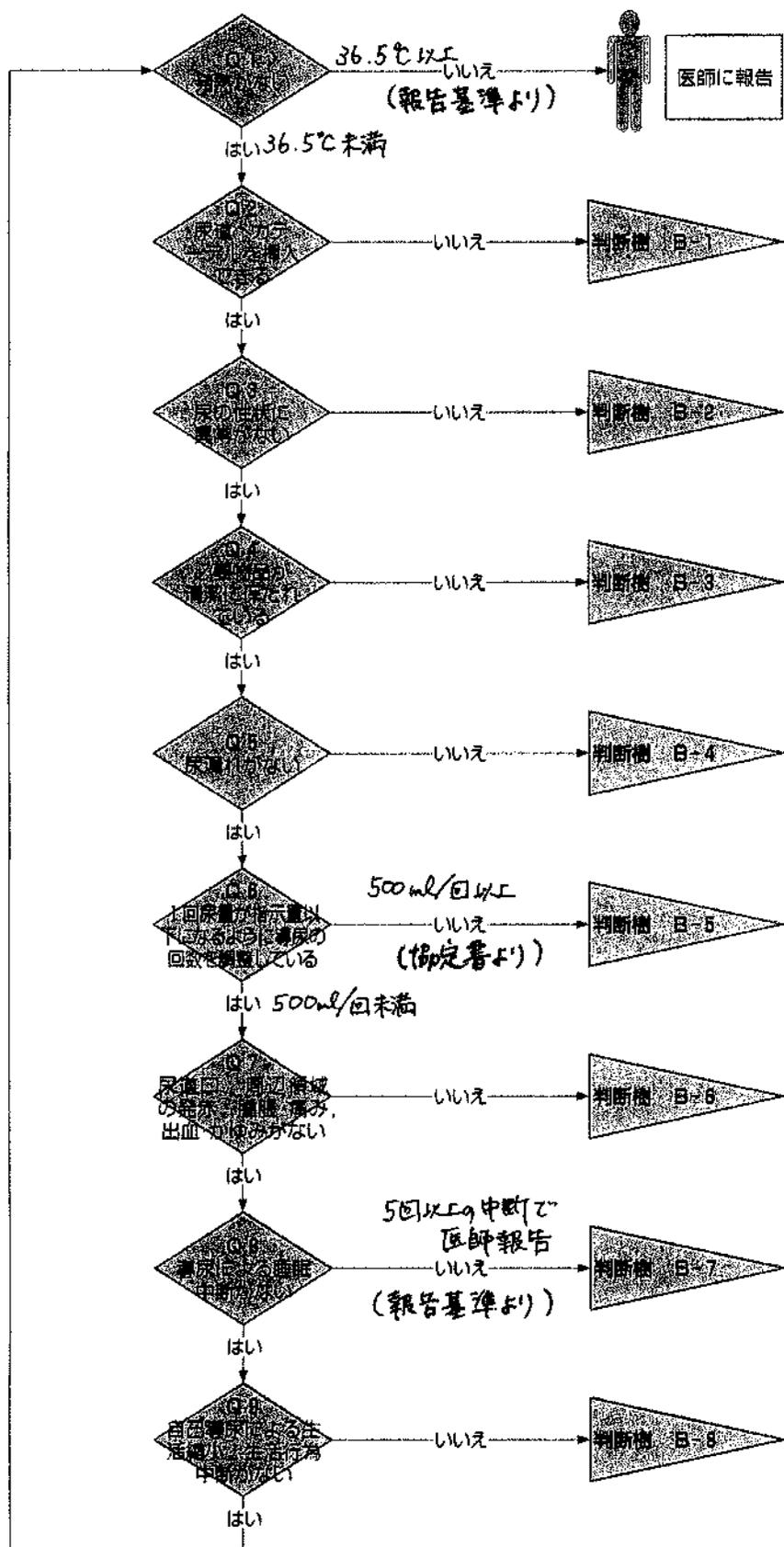
表 1. A 氏の場合の医師への報告基準

領域	医師への報告基準 (プロトコール下線部)	A 氏の場合
1) 感染徴候		
全身状態	微熱が 2～3 日続く 高熱 高熱が 2～3 日続く	(平熱 35.5℃程度) 36.5～37.5℃が微熱 37.5℃以上を高熱とする。
尿の性状	不透明で異常臭あり 試験紙による細菌尿あり 膿性である 血性浮遊物が 2～3 日続く ピンク尿あり 血尿あり	同左
尿道口の状態	発赤が続く びらん・裂傷あり 膿の排出あり	同左
2) 水分出納		
	尿量異常なしが保持できない日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が少ない日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が半分以下である	通常の飲水量がおよそ 1500ml なので、尿量異常なしは 1000ml 以上 1500ml 以下と考える。同左
3) 尿漏れ		
	下着を交換するくらい 尿取りパッドや装着型収尿器を必要とするくらい	同左
4) 在宅自己導尿による生活パターンの障害		
睡眠パターンの障害	睡眠中断が続く 不眠	日常的に夜間 5 回以上の覚醒を睡眠中断とする。 不眠は訴えによる。
5) 在宅自己導尿に対する療養者・家族の受け入れ		
心理・情緒的反応	不穏あり 妄想あり	同左

図1. Aさんの維持管理段階全体の判断樹(例)

B 維持管理段階全体の判断樹

H12. ☆/◇ ~ 次回変更日まで



管理協定書	
平成 12 年 ☆ 月 ♪ 日	
在宅自己導尿管理協定書	
<p>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、在宅自己導尿管理看護プロトコールに従って療養者の在宅自己導尿の管理を行います。</p>	
1. 療養者氏名 <u>A</u>	2. 在宅療養指導管理料請求機関 医療機関名 <u>B 診療所</u>
3. 開始理由・障害状況(あれば障害者手帳等級内容) <u>神経因性膀胱による尿閉</u>	
4. 開始日 <u>12 年 ☆ 月 D 日</u>	
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 2) 自己管理+一部家族管理 (3) 家族管理 4) 指導および実施の一部補充 5) 全面的補充(代行)	
6. 使用薬剤・投与量	
<input type="checkbox"/> 自律神経作用薬剤(薬剤名:	投与量: /日)
<input type="checkbox"/> 抗生剤(薬剤名:	投与量: /日)
<input type="checkbox"/> その他(薬剤名:	投与量: /日)
7. 使用器具・提供数	
<input type="checkbox"/> ディスポカテーテル	
(商品名:	Fr 本または 箱/日)
<input checked="" type="checkbox"/> リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット	
(商品名またはタイプ: ○○X	(2 Fr 1 本/日)
<input type="checkbox"/> 上記を代用するカテーテル類	
(商品名またはタイプ:	Fr 本/日)
8. 消毒薬・衛生材料 (処方の計)	
<input checked="" type="checkbox"/> 潤滑剤: キシロカインゼリー・ <u>殺菌グリセリン</u> (8 本・ <input checked="" type="checkbox"/> /日)	
<input checked="" type="checkbox"/> 消毒液: リューザブルカテーテル・自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの	
(消毒液名	/ 本)
<input checked="" type="checkbox"/> 手指消毒薬(消毒液名 <u>△△, XX</u> / 箱 本)	
9. 1回尿量 (<u>500</u> ml以下)	
10. 自己導尿回数指示 (1日 <u>7</u> 回 <u>3~4</u> 時間ごと)	
11. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度 (1回/ <u>7</u> 日)	
12. 事前協議事項	
1) 自己導尿が本人では不可能な場合に、誰が施行するか 2) その他	
13. 期限 次回変更日まで	
甲 訪問看護ステーション名 <u>C 訪問看護 st.</u> 代表者名 <u>C</u> 印 乙 医師(所属および氏名) <u>B 診療所</u> <u>B</u> 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。	

3. プロトコールの活用 (図 3. 参照)

実際の訪問が始まった後は、pp. 101以降の判断樹に沿って状況を確認し、対応していく。

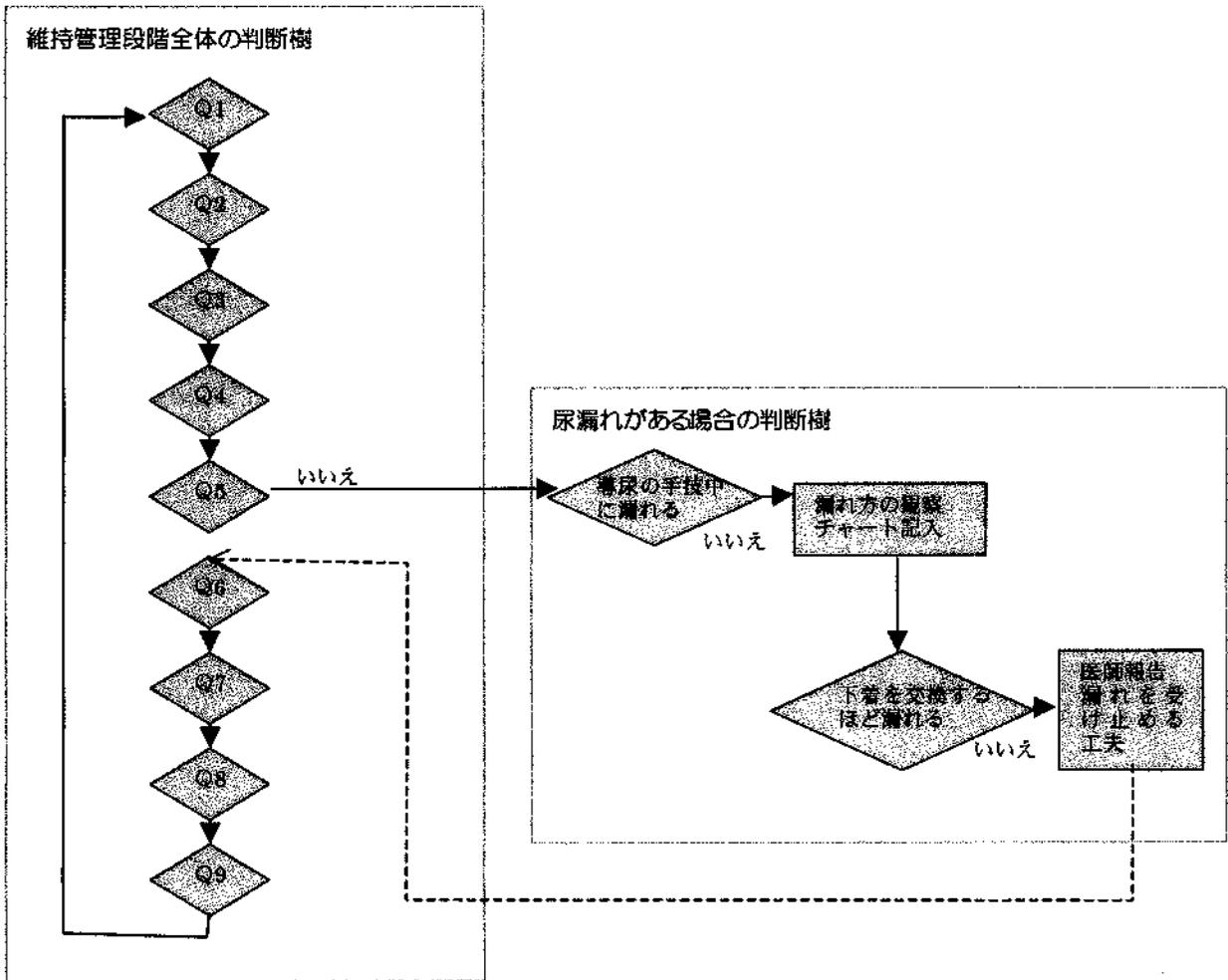
- 月○日 訪問看護ステーションの看護婦がAさんを訪問した。
- pp. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に沿って、状況を確認していく。
- Q 1. 発熱がない⇒体温35.7℃だった。⇒医師と確認した発熱範囲に含まれない。
- Q 2. 尿道へカテーテルを挿入できる。
⇒妻は「何とか行えている。」と言い、実際に挿入行為を観察したところ、マニュアル通り挿入できていた。
- Q 3. 尿の性状に異常がない。⇒不透明だが異常臭はなく、血性浮遊物も見られない。
試験紙での確認で、細菌は確認できず。
⇒医師と確認した異常範囲に含まれず。
- Q 4. 必要物品が清潔に保たれている。
⇒物品を確認したが、管理も保存も清潔に行われていた。
- Q 5. 尿漏れがない。⇒尿漏れの訴えあり。実際に下着の汚染あり。
⇒pp. 105の「尿漏れがある場合の判断樹」へ
- pp. 105の「尿漏れがある場合の判断樹」に沿って、状況を確認していく。
「導尿の手技中に漏れる」⇒導尿場面を確認したが、漏れは見られなかった。
妻からも導尿中漏れるという訴えはなかった。⇒いいえ
「漏れ方を観察する」⇒pp. 96の22行目「ボイディングチャート」を記載する。
「下着を交換するほど漏れる」⇒下着は汚染しているが、交換が必要なほどではない。
⇒「医師に報告。WOCナース等に相談」
⇒医師およびWOCナースに連絡するほか、pp. 106の内容を参考に対応する。
- pp. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に戻る。
- Q 6. 1回尿量が指示量以下になるように導尿の回数を調整している。
⇒妻の記録によると調整できている。
- Q 7. 尿道口・周辺領域の発赤・腫脹・痛み・出血・かゆみがない。
⇒確認するも、なし。
- Q 8. 導尿による睡眠中断がない。⇒得になし
- Q 9. 自己導尿による生活縮小、生活行為中断がない。
⇒妻に確認するも、「今のところ、気にしていない。」との回答

以上のアセスメントより、以下の計画につながる。

- ① 主治医に対し、尿漏れの状態をボイディングチャートの内容と合わせて報告し、医師の判断を確認する。
- ② WOCナース等に相談し、Aさんに合った尿漏れの受け止め方法を検討する。
- ③ pp. 106を参考に、尿漏れ対策を講じる。
- ④ 次回訪問時にも、pp. 101の「維持管理段階全体の判断樹」に沿って観察する。

このように1回の訪問時に活用し、療養者の状況の変化に合わせ、医師と協議の上、判断基準を変更していく。

図3. Aさんの場合のプロトコール活用例



【事例2】在宅自己導尿導入期における活用

Dさん、55歳男性。職業は会社員である。2ヶ月前に、直腸癌により、低位前方切除術を受けた。入院中から尿意が鈍く、時間を決めてトイレに行き、腹圧および手指による膀胱圧迫により排尿していた。病院側では、その方法で残尿が100ml以下だったことで、セルフケア可能と判断し、Dさんの退院を許可した。Dさんは退院後、手術した病院を紹介してくれた近医のE医師の外来に通いながら、2週間前から仕事に復帰した。ところが、主に勤務中に時間をかけて排尿ができないなどの状況から、Dさんは復職してすぐに尿閉の症状を訴え始めた。E医師の外来で導尿したところ、1回目は1000ml、2回目は1300mlの残尿が確認されたため、E医師は自己導尿の適応だと考えた。

E医師はDさんと協議の上、自己導尿の手技を習得し、職場においても定期的な排尿を行うことができるようにすることで一致した。Dさんは、自分も妻も始めは心配なので、訪問看護婦によるサービスを受けたいと希望した。そこでE医師からC訪問看護ステーションに訪問の依頼があった。

1. プロトコールの適用条件の確認・整備

1) 療養者

- ① 在宅自己導尿を必要とする状態：「骨盤内手術の術後合併症（pp.93）」を満たしている。

また、pp.182～183の「膀胱留置カテーテル管理法 導入検討段階全体の判断樹～自然排尿がない場合の判断樹」に沿って検討すると…

「導入検討段階全体の判断樹」

A-Q1 「自然排尿がある」⇒いいえ⇒A-1「自然排尿がない場合の判断樹」へ
「自然排尿がない場合の判断樹」

腹部膨隆がない⇒視診・触診・打診によっても腹部の水分による膨隆が認められる。

便秘はない⇒術後の排泄コントロールにより、毎日排便はある。

最終排尿から8時間以内である⇒8時間以上排尿がないので受診した。

導尿後、自然排尿あり⇒導尿しても自然排尿ができない。

↓

医師は自己導尿の適用と判断している。

↓

Dさんが自己導尿可能であれば自己導尿の適用となる。

以上の検討から、Dさんの技術習得能力の査定が必要になる。

⇒pp.96～97、pp.178の内容について、Dさんとその家族に対するアセスメントを行い、Dさんへの技術習得支援をしながら最終的には判断する。

- ② 使用器具・装具：今回が初めての導入になるため、pp.94を参考にし、物品の供給方法を主治医E医師と検討する必要がある。

特に、Dさんの場合、会社のトイレで自己導尿を行う必要性があるため、持ち運びの簡便さと、清潔野の作りやすさ、手指の消毒方法については、十分な配慮が必要になる。

⇒表2.のように物品リストを作成し、整備する。

2) 看護婦：事例1同様

3) 医師との連携

E 医師と十分な協議が必要であるが、協定締結の手順は事例 1 同様。

Dさんの個別性を入れた具体的な報告基準を作成する。(表 3.)

2. 療養者・家族への説明

p p. 96~97、p p. 178の内容に沿ってアセスメントを十分に行う。特に、療養者と家族の自己導尿に対する考えや、具体的に勤務中にどのようなタイミングで導尿を行うか、など、十分話し合う。

その後、それらを踏まえて訪問計画を立て、プロトコルに沿って看護の内容を説明する。

また、自己管理のために、ボイディングチャートなどを整備する。(表 4. 参照)

3. プロトコルの活用

導入後は、p p. 101の「維持管理段階全体の判断樹」を活用しながらDさんの技術習得を支援する。

判断樹の活用方法は、事例 1 同様。

表 2. 物品リスト (例)

物品	規格	供給方法	供給日チェック			
カテーテル	〇〇×	E 医師より 1本 / 1日				
尿器	ペットボトル (目盛つける)	自前				
潤滑剤	グリセリン	処方箋 ⇒ F 薬局 必要時申請				
手指消毒綿	△△	F 薬局 必要時申請				
消毒綿	××	F 薬局 必要時申請				
ディスポシーツ	〇×	F 薬局 7枚 / 1週				

表3. D氏の場合の医師への報告基準

領域	医師への報告基準 (プロトコール下線部)	D氏の場合
1) 感染徴候		
全身状態	微熱が2～3日続く 高熱 高熱が2～3日続く	(平熱36.5℃程度) 37.0～38.0℃が微熱 38.0℃以上を高熱とする。
尿の性状	不透明で異常臭あり 試験紙による細菌尿あり 膿性である 血性浮遊物が2～3日続く ピンク尿あり 血尿あり	同左
尿道口の状態	発赤が続く ひらん・裂傷あり 膿の排出あり	同左
2) 水分出納		
	尿量異常なしが保持できない日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が少ない日が続く 普段の飲水量に対し、尿量が半分以下である	通常の飲水量がおよそ1700mlなので、尿量異常なしは1200ml以上1700ml以下と考える。 同左
3) 尿漏れ		
	下着を交換するくらい 尿取りパッドや装着型収尿器を必要とするくらい	同左
4) 在宅自己導尿による生活パターンの障害		
睡眠パターンの障害	睡眠中断が続く 不眠	日常的に夜間3回以上の覚醒を睡眠中断とする。 不眠は訴えによる。
就業の困難さ		勤務上の支障に関する訴えや、勤務時間中の導尿が行われていない事実
5) 在宅自己導尿に対する療養者・家族の受け入れ		
心理・情緒的反応	不穏あり 妄想あり	同左

表4. ボイディングチャート (例)

月日	○/○				
飲水時間/量	6:30	200			
	9:30	100			
	12:00	400			
	15:00	200			
	17:30	350			
	20:00	400			
	22:00	100			
合計	7回	1750			
排尿時間/量 尿意があった場合 ○で囲む。 自然排尿の場合 赤○で囲む	6:00	500			
	9:00	150			
	12:00	300			
	15:00	300			
	19:00	300			
	22:00	150			
合計	6回	1700			
尿漏れの有無	なし				
体温	36. 2℃				
尿の色	黄色透明				
挿入時の痛み	なし				
その他					
訪問看護婦訪問サイン					

在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコールに関するQ & A

医療処置管理看護プロトコールを使用するにあたり、多くの方が疑問に感じる事柄を、Q & Aの形式で解説する。

Q 1. 医師との協定書が依頼できない場合、プロトコールは使えますか？

A. そんなことはありません。正規の利用ではなく、プロトコールに基づいた看護内容について医師からの個別指示は得られていませんが、施設内規準としてプロトコールを用いた支援を行うのに問題はありません。また、例え「協定書」として書面が得られなくても、電話などでの指示確認の際に、協定書および判断基準の内容を医師に確認することで、個別指示を得ることも可能になります。

Q 2. プロトコールを全部覚えるのが大変だと思うのですが？

A. 医療処置管理看護プロトコールは、経験のある看護婦の思考過程を文書化したものです。そのため、既にその処置について経験がある看護職は、改めて覚える内容はありません。自分の実践をプロトコールと照らして利用してください。

また、その処置に経験のない看護職は、プロトコール使用の際には経験のある看護婦の指導を受けつつ、本プロトコールの内容を確認しながら実践することが、プロトコール活用の条件になっています。

Q 3. プロトコールがあれば看護計画を立てる必要はありませんか？

A. 医療処置管理看護プロトコールは、あくまでも一つの処置に関する具体的な判断基準を示したものです。従って、これは看護計画そのものではありません。看護計画の具体策の中に、「〇〇の看護プロトコールに沿って支援する。」という計画を挙げ、プロトコールを個別化したものを看護記録の一部とすることで、計画に盛りこむと、有用だと考えます。

Q 4. 複数の処置がある人の場合、各プロトコール間の関係付けはどのようにしたら良いですか？

A. 医療処置管理看護プロトコールは、あくまでも一つの処置に関する看護職の判断基準を示したものです。従って、これらは看護計画の具体策の一部と考えることができます（Q 3参照）。複数の医療処置を必要とする利用者に対しては、それぞれの看護診断（看護問題）に沿って看護計画を立案し、その中に個々のプロトコールを具体策として挿入して活用する、という考え方で良いと考えます。

Q 5. 判断基準となる具体的数値はどのように得れば良いのですか？

A. 医療処置管理看護プロトコールは、看護の全くの初心者を対象に作成したものではありません。訪問看護で医療処置管理を実施する際の、看護判断の基本的プロセスを示したものです。そのため、いわゆる教科書にあるような、正常値や具体的手技については、記載していません。それらの情報は、適宜教科書を参照してください。

また、利用者個々のデータは、「使用例」にもある通り、医師から個別指示の形で得て、プロトコール内に書き足す形をとります。

Q 6. 維持管理段階の判断樹での、判断項目（Q）の順番は、記載どおりでないといけませんか？

A. 維持管理段階の判断樹は、1回の訪問時に確認する項目を並列で記載してあります。その記載順は、論理的なものです。その順番には、それほどこだわる必要はありません。要するに、判断樹上の事項について確認することが重要なのです。

Q 7. 家族に対して判断樹などを示して説明するのは、使用されている言葉があまりにも難しく、困難だと感じるのですがどうしたら良いでしょうか？

A. 医療処置管理看護プロトコールの主旨に、医師と看護婦との責任関係の明確化があります。そのため、判断樹はそれに耐えうるものとして作成されています。家族と共有して利用するためには、家族の求めている情報の内容を十分検討いただき、家族が必要な内容を適切な形で提示することをお勧めします。従って、中には本文のままのものを示す必要がある家族もおられるでしょうし、一部簡略化したものを作成して提示する必要がある家族もおられると考えます。

Q 8. 医療処置管理看護プロトコールを用いると、その手順に気を取られて、他に観察しなければいけないことを、見落としてしまうような気がするのですが・・・？

A. 医療処置管理看護プロトコールは、該当する医療処置について経験豊富な看護婦の判断技術を、これまでの研究成果などを元に文書化し、看護全体で共有することで看護の質を保証するものです。従って、その処置について経験豊富な看護婦であれば、日常の判断内容とほとんど変わらないものであると考えます。また、このプロトコールはあくまでも標準化したものです。実際の療養者に使用する際には、本手引き書の手順を参考に、プロトコールの原型に個別性を盛り込み、療養者個々の判断樹等を作成することが必要です。その過程によって、必要な事項の見落としを防ぐことができると考えます。

「プロトコールの普及に関するモデル事業」に関する調査票

平成 12 年度 厚生省老人保健健康増進等事業

「プロトコールの普及に関するモデル事業」

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)

本研究班では、厚生省の委託を受け、プロトコール(案)を作成し、その普及に関してモデル事業を行っております。プロトコール(案)の修正のためのご意見をいただきたく、この調査にご協力をお願いいたします。なお、この調査結果は統計的数値によってのみ報告いたします。個人が特定されることはありません。

I 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」について、追加や修正など改善すべき点がありましたらお教えてください。

■プロトコール全体の構成について

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

[Empty text box for response]

■各項目の医療処置に伴う異常・トラブルの内容や記載、見方などについて

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

[Empty text box for response]

■アセスメントならびに医師への報告基準の内容や記載、見方などについて

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

[Empty text box for response]

■各項目の判断樹の内容や記載、見方などについて

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

[Empty text box for response]

■協定書の内容や記載、見方などについて

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

[Empty text box for response]

■プロトコルに盛り込んだほうがよいと思う内容や項目がありましたらお教えてください。

■その他、改善すべき点がありましたらぜひお教えてください。

II プロトコルは、訪問看護を行う上で必要であると思いますか。

- [] 1. 必要である
[] ①看護サービスの基準が明確になり、安心してが行えるから
[] ②自分の行う業務内容・範囲が明確になるから
[] ③その他（
- [] 2. 必要でない
[] ①自分の判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなるから
[] ②プロトコルに頼ってこれ以外のものを見落とす危険があるから
[] ③その他（
- [] 3. どちらともいえない
その理由（

III 「医療処置管理看護プロトコル活用に関する手引き（以下、『手引き書』と略）」についてお教えてください。

■プロトコルを活用するに際して、「手引き書」は有用であると思いませんか。

- [] 1. 有用である
- [] 2. 有用でない
→ その理由

■「手引き書」は以下のような場面に活用できると思いますか（あてはまるものにすべて○をつけてください）。

- [] 1. プロトコルがどのようなものかを理解する助けとして
[] 2. プロトコルを実際に利用者に適用する際の手順（流れ）を知るため必要でない
[] 3. 医師とプロトコルを活用する際の助けとして
[] 4. プロトコルを用いてアセスメントする際の助けとして
[] 5. 利用者個別のプロトコルに修正する際の助けとして
[] 6. 利用者への説明に用いる際の助けとして
[] 7. その他（

IV 手引き書について、追加や修正など改善すべき点がありましたらお教えてください。

■手引き書全体の構成について

- [] 1. わかりやすい（使いやすい）
- [] 2. わかりにくい（使いにくい）
→ どこをどのように変更するとよいと思いませんか

■手引き書の内容や記載、見方などについて

[] 1. わかりやすい (使いやすい)

[] 2. わかりにくい (使いにくい)

→ どこをどのように変更するとよいと思いますか

■手引き書に盛り込んだほうがよいと思う内容や項目がありましたらお教えてください。

■その他、改善すべき点がありましたらぜひお教えてください。

ご自身のことについてお尋ねいたします。

■性別 (男・女)

■年齢 ① 30歳未満 ② 30～35歳 ③ 36～40歳 ④ 41～45歳
⑤ 46～50歳 ⑥ 51～55歳 ⑦ 56～60歳 ⑧ 60歳以上

■経験年数 ① 訪問看護 _____ 年 ② ①を除いた看護経験 _____ 年

■勤務形態 ① 常勤 ② 非常勤

訪問看護において、以下のことがらを現在、経験していますか。あるいは、過去に経験したことがありますか。

[] 1. 主治医から適切な指示を得ることが難しい。

[] 2. 主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい。

[] 3. 療養者個別のケアの基準が明確でないため、自分の行っているケアでいいのかどうか不安を感じている

[] 4. 看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする。

[] 5. 処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる。

[] 6. 訪問看護に関して確信を持てる知識・技術を身に付けたいと思うが、方法がわからない。

[] 7. その他 ()

プロトコルに関するお考え・ご意見をご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

医療処置管理看護プロトコールに関する調査票

平成 12 年度 厚生省老人保健健康推進等事業
「プロトコールの普及に関するモデル事業」

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)

本研究班では、厚生省の委託を受け、「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール(案)」を作成し、その普及に関してモデル事業を行なっております。本日も参加の皆様からも、プロトコール(案)修正のためのご意見をいただきたく、この調査にご協力をお願い致します。なお、この調査結果は統計的数値によってのみ報告いたします。個人が特定されることはありません。

I 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」についてお聞きします。

1. 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」について、追加や修正など改善すべき点があれば、その項目の番号に○をつけて下さい。

- ① プロトコール全体の構成について
- ② 各項目の医療処置に伴う異常・トラブルの内容や記載、見方などについて
- ③ アセスメントならびに医師への報告基準の内容や記載、見方などについて
- ④ 各項目の判断樹の内容や記載、見方などについて
- ⑤ 協定書の内容や記載、見方などについて

☆ プロトコールに盛り込んだ方が良いと思う内容や項目、改善すべき点について、ご意見を自由にお書きください。

2. 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」の必要性についてお聞きします。該当する番号に○をつけて下さい。

- (1) 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」は必要である。
(理由) ①看護サービスの基準が明確になり、安心して行なえるから
②自分の行なう業務内容・範囲が明確になるから
③その他 ()
- (2) 「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール」は必要ない。
(理由) ①自分の判断の範囲が狭められ、業務がしにくくなるから
②プロトコールに頼ってこれ以外のものを見落とす可能性があるから
③その他 ()
- (3) どちらともいえない。
(理由) ()

Ⅱ 「医療処置管理看護プロトコル活用に関する手引き」(以下「手引書」と略)についてお聞きします。

1. 「手引書」の有用性についてお聞かせください。該当する番号に○を付けてください。

- ① 有用である
- ② 有用でない
(理由) ()

2. 「手引書」の有用な活用場面について、該当する番号に○を付けてください。

- ① プロトコルがどのようなものかを理解する助けとして
- ② プロトコルを実際に利用者に適用する際の手順をしるため
- ③ 医師とプロトコルを活用する際の助けとして
- ④ プロトコルを用いてアセスメントする際の助けとして
- ⑤ 利用者個別のプロトコルに修正する際の助けとして
- ⑥ 利用者への説明に用いる際の助けとして
- ⑦ その他 ()

3. 「手引書」について追加・修正が必要な内容がありましたら、ご自由にお書きください。

★ ご自身のことについてお尋ねいたします。

1. 性別 (男 ・ 女)

2. 年齢 ①30歳以下 ②31～35歳 ③36～40歳 ④41～45歳
 ⑤46～50歳 ⑥51～55歳 ⑦56～60歳 ⑧61歳以上

3. 経験年数 ①訪問看護 () 年 ② ①を除いた看護経験 () 年

4. 勤務形態 ①常勤 ②非常勤

5. 訪問看護において、以下のことからを経験したことがありますか？該当する番号に○を付けてください。

- ① 主治医から適切な指示を得ることが難しい
- ② 主治医との責任範囲を明確にしようとしたが難しい
- ③ 療養者個別のケアの基準が明確でないため、自分の実施しているケアで良いか不安を感じる。
- ④ 看護婦によって利用者への説明が異なっていたり、不十分だったりする。
- ⑤ 処置の仕方について看護婦間で異なることが話題になる。
- ⑥ 訪問看護に関して確信をもてる知識・技術を身に付けたいが、方法がわからない。
- ⑦ その他 ()

その他 ご自由にご意見をお書きください。

ご協力ありがとうございました。

3. 家族介護者負担の軽減に関するプロトコール作成に関する研究

目 的

医療依存度の高い療養者の在宅療養が急速に促進されている現在、家族の実施しているケアには、これまでの日常生活援助を中心とした技術に加え、医療的判断や技術を要するものが求められている。在宅療養において家族は重要な介護提供者となっている。一方、家族に対する介護負担が指摘されており、過度の介護負担は家族の健康や生活に支障をきたすばかりか、療養者へのケアにも影響をもたらし、在宅療養の継続が困難となる要因の一つとされている。訪問看護婦は、クライシス状態にある家族を見極め、容易ならざる事態を未然に防止するための支援を行う必要がある。既存の医療処置管理看護プロトコールは、訪問看護婦が行う医療処置に関する判断法や実施過程を示したものであり、訪問看護婦が安全に療養支援を行うことを目的に開発されている。

本件は、介護が家族介護者の身体的および精神的健康に与える影響や、ケアを受ける家族、および社会システムに及ぼす影響について検討した先行研究の成果を基に、医療処置介護プロトコールに併せて用いる、家族の介護負担を査定し、問題解決策を導くためのプロトコール（判断樹）を作成する。

方 法

調査対象者：鳥取県西部地区に在住する医療依存度の高い（例えば、人工呼吸器など医療機器を装着している療養者、重度の褥創をもつ療養者、進行した痴呆症の老年者など）在宅療養者を担当することの多い訪問看護婦5名と医師1名を対象とした。対象の訪問看護婦は以下の条件を満たしていた。

- 1) 訪問看護婦としての経験年数は5年以上である。
- 2) 医療依存度の高い在宅療養者への訪問看護活動につくことが多い。
- 3) 病院での臨床経験が5年以上である。

調査期間：平成13年2月～平成13年3月に調査を行った。

調査方法：訪問看護婦や医師が家族介護者の負担をどのように認識しているかを面接により調査した。先行研究の多くが身体的、精神的、経済的、家族・社会的側面に介護負担を分類しているため、面接もこの側面に沿って質問していく方法をとった。面接をより効率的に進めるために、半構成的面接法¹⁾を採用し、面接のためのガイドを作成した。面接者と面接対象者の1対1の面接で、面接者は面接ガイドに沿って対象者に質問した。対象者の5名の訪問看護婦、1名の医師は、日常の活動を通して観察、経験してきたを基に家族介護者に関する質問に答えた。面接は3名の本研究の調査者が担当し、訪問看護婦への面接は5名全員に対し同じ場所で行い、同日に終了した。医師への面接は別の面接日を設けた。面接所要時間は、1名につき約1時間であった。面接内容は対象者の書面承諾を得た上で全過程を録音し、これを逐語記録した。面接での個々の陳述から、介護負担として語られている部分を拾い出すことで訪問看護婦、医師の認識している介護者負担の内容を

抽出していった。さらに文献を通して、医療依存度の高い在宅療養者を介護する家族の介護負担を中心に報告している先行研究から、介護負担の内容を抽出する作業を行った。

結果

1. 面接調査の結果

面接によって、以下のような在宅療養者の家族介護者負担の内容が抽出できた。身体的、精神的、経済的、家族・社会的側面から分類すると表1のような内容であった。

表1 面接調査によって抽出された介護者負担の内容

身体的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・移動介助、体位変換介助のために腰痛が生じる ・夜間介護は睡眠時間を短くする ・被介護者が介護者に協力的でないために介護者の疲労が増す ・介護者が休息を取る方法を知らない、その工夫をしていない ・介護を他者に任せることができない(他者が行った後で気に入らずやり直す) ・疲労状態は、介護者の介護、家事の質の低下を起こす ・デイケア、ショートステイなど介護代行サービスを活用していない ・医療処置の手順に慣れず、時間がかかる
精神的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・被介護者の回復見込みがない ・被介護者が医療処置を受け入れていない ・被介護者と介護者の関係が良くない ・緊急事態に病院で受け入れてもらえない ・ヘルパーサービスの利用には抵抗がある ・医療器具のトラブルに対応できない ・医療処置に恐怖感がともなう
経済的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・老齢年金のみで所得がない ・介護用具、入院費の支出が増える ・介護のためにパート職にもつけない
家族・社会的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・介護開始前から良くなかった関係が一層悪化した ・夫婦、嫁姑関係が悪化した ・家族崩壊の危機に瀕している ・介護か仕事かの選択を迫られている ・職場で時差出勤、休暇をもらっている ・失職の危険がある ・車でドアからドアへの生活形態は近隣の目に触れにくい(近隣関係が薄い) ・医療器具をつけた被介護者を外に出したくないと感じる

表1の面接で得られた介護者負担に関する内容のうち、“介護者が休息を取る工夫をしない”、“ヘルパーサービスに抵抗を感じる”、“介護者がパートに出られない”などは、親族の目、世間の目を過剰に意識することから生じる負担と考えられ、都市部に比べ地域との交流がより維持されている地区の一つの特徴と言える。“ショートステイなどの介護代行機能を利用できない”というような点は社会資源に充分に開かれていない一面と見える。さらには地域との交流のあり様は、変化しつつあり、車社会へと化すなかで便宜性は増すものの、一方で“ドアからドアへの車生活が近隣関係を疎遠にしている”側面がある。これらの点は、今回の面接調査に参加したほとんどの訪問看護婦によって指摘された。

2. 先行研究調査の結果

先行研究で報告されている介護者負担については、医療依存度の高い在宅療養者を世話する家族の介護負担内容を身体的、精神的、経済的、家族・社会的側面³⁾～¹³⁾に沿って抽出した。表2は、先行研究から得られた家族介護者負担の内容を示している。

表2 先行研究から抽出された介護者負担の内容

身体的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する変化を余儀なくされる ・夜間介護のために睡眠が障害される ・疲労の蓄積により身体症状が出現する ・介護に他者、社会資源を活用できない ・住宅構造が介護を困難にする ・医療処置に時間がかかり疲労が増す
精神的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・失業・離婚など将来設計が困難になる ・家族員の介護受け入れが同じではない ・被介護者の改善傾向がない ・被介護者に良く思われていない ・医療器具にうまく対応できない ・医療処置を行うことへの恐怖感がある ・福祉サービス利用への心理的抵抗がある
経済的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・失業のために生活設計が破綻をきたしている ・子供の教育、家庭行事の遂行に影響している ・介護用具、入院のための支出が多い ・親族からの経済的支援は長く続かない
家族・社会的負担に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家族関係が悪化している ・介護のために職場に支障をきたす ・介護のために仕事内容の変更を考える ・地域、友人などとの交流が減少する ・社会との交流が減り、介護に関する社会資源の情報も得られない ・被介護者の存在を世間に隠している ・結婚、就職に際して、被介護者のことを負い目に感じる ・介護は家族ですべきという世間の圧迫を感じる

表1の面接調査結果と表2の先行研究から抽出された家族介護者負担の内容から、家族介護者負担軽減のためのプロトコールの枠組みを作成した。まず身体的、精神的、経済的、家族・社会的介護者負担の4つの分類を基盤に、それぞれの分類に属する負担内容をより具体的な項目として抽出し、これらの項目が介護者負担をアセスメントする要素としても機能するような構造とした。表3、4、5、6に、4つの分類に沿った介護者負担のより具体的内容を示した。

3. 身体的介護者負担について

身体的介護者負担では、負担内容を「栄養状態の低下」、「睡眠障害」、「疲労の蓄積」、「身体の異常の出現」、「生活必需行動の制限」、「ケア・医療処置の適切性」に関する6つのカテゴリーにまとめることができた。さらにそれぞれのカテゴリー内に、アセスメントの要素でもある負担の具体的な項目を抽出した(表3)。

表3 介護者の身体的負担を示す項目とアセスメント要素

1. <栄養障害>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・食事時間が短い ・食事量の減少に伴い体重の減少がある ・食事時間が不規則である ・簡便食品を多用している ・空腹感がなく食事をスキップする ・胃腸症状がある
2. <睡眠障害>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・夜間の介護量が多い ・夜間介護の代行者、支援者がいない ・昼間の介護中に居眠りするなど睡眠不足をうかがわせる行動がある ・睡眠不足による身体疲労が強い ・ヘルパーや訪問看護婦の夜間呼び出しに抵抗がある
3. <疲労の蓄積>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・腰痛がある ・疲労による介護や家事への影響がある ・他者に介護を任せることができない ・被介護者が介護者の休息の必要性を理解できない ・福祉サービスの介護代行機能を活用していない
4. <生活必需行動の制限>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・家事、排泄、清潔などの日常生活行動に支障がある ・膀胱炎・便秘をおこすことがある ・住宅構造に介護上の問題がある ・外出の必要な用件が行えない
5. <ケア・医療処置のための疲労>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・医療器具のトラブルに対応できない ・処置部位の異常を指摘できる ・身体疲労の少ない方法で処置部位の管理をする工夫がない

表3に従って、「介護者の身体的負担全体を示す判断樹」を図1に示し、全体を構成する「栄養障害がある場合の判断樹」を図1-1に、「睡眠障害がある場合の判断樹」を図1-2に、「疲労の蓄積が生じる場合の判断樹」を図1-3に、「生活必需行動の制限がある場合の判断樹」を図1-4に、「ケア・医療処置のための疲労がある場合の判断樹」を図1-5のように試作した。図1の全体図A-Q4に示された「介護による身体異常が生じない」に関しては、身体の異常状態は主として医師に報告し、治療を受ける事態となることが多いため、判断樹には示さなかった。判断樹の描写フォームには、「在宅療養を支援する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⁾と同一の様式を用いた。

4. 精神的介護者負担について

精神的介護者負担に関しては、被介護者の回復見込み、介護の長期化に向けての家族全員の受け入れ姿勢があるかなどを含む「将来への不安」をはじめ、「被介護者との関係不良」、「医療器具管理に対する過度の緊張」、「介護サービス利用への心理的抵抗」の4つの主たる領域と、その各々に属するアセスメント要素を表4に示した。

表4 介護者の精神的負担を示す項目とアセスメント要素

1. <将来への不安>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・被介護者の回復の見込みは少ない ・介護の長期化の可能性があるが、家族全員の一致した受け入れ姿勢がみられない ・失業、離婚など生活設計の破綻に至る可能性がある ・緊急事態での医療施設への入院がスムーズではない ・孤立し相談相手がいない
2. <被介護者との関係不良>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護開始前からの関係性が影響している（親子、夫婦、嫁姑関係など） ・ケアの不十分さ、暴言など被介護者への虐待、介護放棄がみられる ・被介護者は介護者の世話に協力的でない ・介護者への労いの言葉はない ・言語コミュニケーションが不可能なために苛立ちやすい ・医療器具の装着を被介護者が納得していない
3. <医療器具管理に対する過度の緊張>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・医療器具のトラブルに対応できない ・応急処置をして訪問看護婦または医師を呼ぶ対応ができる ・医療処置への恐怖感を持っている ・十分な観察もなく医療処置を行っている ・過度に厳密な手順で医療処置を行っている
4. <介護サービス利用への心理的抵抗>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス利用を親戚や家族が了解していない ・介護サービス利用を介護者の怠慢と感じる ・ヘルパー、訪問看護婦を客待遇する ・ヘルパー、訪問看護婦に家庭内に踏み込まれると感じる ・ヘルパー、訪問看護婦は介護者の慣れた方法を無視する

表4に基づいて、精神的負担に関する介護負担軽減のプロトコールとしては、図2の「介護者の精神的負担全体の判断樹」と、全体を作っている図2-1の「将来への不安がある場合の判断樹」、図2-2の「被介護者との関係が良くない場合の判断樹」、図2-3の「医療器具管理に対して過度に緊張する場合の判断樹」、図2-4の「介護サービス利用に心理的抵抗がある場合の判断樹」の4つを作成した。

5. 経済的介護者負担について

介護者の経済的負担には、「家計収入の減少」によるもの、「介護・医療費の支出が増加」することによるものの2つの点が抽出できた。表5にこれらの点に関する具体的な負担内容と負担をアセスメントする要素を示した。

表5 介護者の経済的負担を示す項目とアセスメント要素

1. <家計収入の減少>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護のための遅刻・休職などにより職場で減給扱いされている ・失業している ・パートの仕事を失った ・子供の養育・教育費用を圧迫している ・結婚などの行事遂行に支障をきたしている ・生活設計は破綻に近い
2. <介護・医療費の増加>に関わる状況	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得の中での医療費の割が高くなる ・切り詰めた生活になり健康への影響がある ・介護用具への支出が多い ・入院費用の支出が多い ・親族からの経済的支援はない

表5から、経済的介護者負担軽減のためのプロトコールとして、図3の「介護者の経済的負担全体の判断樹」と、図3-1の「家計収入の減少がある場合の判断樹」、図3-2の「医療費の支出が増加する場合の判断樹」を作成した。

6. 親族・家族関係を含む社会的介護者負担について

親族・家族関係を含む社会的負担に関しては、親族・家族員の関係が在宅介護をすることで変化してしまい、負担状況を作り出していること、また介護に日々を翻弄され社会的なつながりが減り、場合によっては社会からの孤立状態に陥ってしまうなどの状況が明らかとなった。「親族・家族関係が不良」、「仕事の継続が困難」、「社会との交流が減る」、「世間体を気にする」という4つの負担の輪郭に沿って、それぞれに関連する負担の内容、アセスメント要素を表6にまとめた

表6 介護者の親族・家族関係を含む社会的負担を示す項目とアセスメント要素

1. <親族・家族関係が不良>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・家族内の役割が良好に遂行されない (親子、夫婦、嫁姑関係などが悪化し家族機能が崩壊に向く) ・親族が介護者に過剰な介護役割を期待している ・家族が介護継続を受け入れている ・冠婚葬祭の家庭行事の遂行に支障がある
2. <仕事の継続が困難>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・介護のために職場に遅刻する ・介護のために職場を休むことがある ・介護疲労のために仕事内容に支障をきたす ・介護のために転職・辞職を考える ・仕事継続のための家族の協力は無い ・転職・辞職は自己実現の機会の剥奪となる ・転職・辞職は家計を費やすため在宅介護を断念する
3. <社会との交流が減る>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・活用できる社会資源について理解していない ・外出・外泊が不可能で、社会資源にアクセスできない ・友人との交流は途絶えた ・地域との交流がなく、地域での活動にも参加できない ・仕事に行かないので職場を通しての社会情報も得られない
4. <世間体を気にする>に関わる状況
<ul style="list-style-type: none"> ・介護状態であることを世間には隠している ・近隣の援助は受け入れない ・「介護は家族ですべき」へのこだわりが強く、介護サービス利用への抵抗を示す ・結婚や就職に被介護者の存在はマイナスと考える ・医療器具を装着した被介護者を見苦しいと感じる

表6の介護者負担の内容、アセスメント要素を基に、負担軽減のためのプロトコールとしては、図4の「介護者の親族・家族を含む社会的負担全体の判断樹」と、これを構成する図4-1の「親族・家族関係がうまくいっていない場合の判断樹」、図4-2の「仕事を継続できない場合の判断樹」、図4-3の「社会との交流がない場合の判断樹」、図4-4の「世間体を気にする場合の判断樹」の4つ判断樹を作成した。

考 察

1. 研究方法に関して

在宅療養者の家族介護者負担に関しては、多くの先行研究によって調査、報告されている。今回、我々は、先行研究でまだ明らかに描出されていない、地域の特徴を背後にした介護者の負担を見いだすことができるかもしれないという期待から、山陰地区にターゲットを当て訪問看護婦、医師に面接調査を行った。面接調査には半構成的面接の手法を用いて、3人の面接調査者が面接ガイドに沿って面接を実施した。面接ガイドを用いた場合、効率的な面接が可能となる一方、ガイドの方向性のない部分の負担の要素を抽出し損なう恐れもあることから、ガイドを用いながらも面接回答者が個々の質問に自由に述べるように面接には時間をかけた。この方法により、広範な方向からの介護者負担を聞き取ることができたといえる。

2. 調査対象者に関して

今回得られた調査結果は、多くが訪問看護婦の活動を通して得られた、訪問看護婦の認識下にある家族介護者の負担内容とそれに伴う訪問看護婦の対応についてのものではあった。家族介護者に面接すれば、介護負担に関してより直接的な情報が得られ、間接的に得た今回のデータには見られない負担の内容、介護者の対応の実情などがより明らかになったかもしれない。この点を家族介護者への調査をしている先行研究在宅で確認してみた。ケアを選択した遷延性意識障害患者の家族の介護負担に関する研究³⁾では36名の家族介護者が、質問紙調査に対して、80%以上が介護上困った状態であると答え、そのうちわけとして介護力の不足、被介護者との意思疎通が困難、家族の日常生活維持が困難、介護をしているの気持ちの持ち方などを挙げていた。今回の我々の調査でも同様の負担内容を確認できたため、訪問看護婦を介して得られた今回のデータは、家族介護者の実際の負担をかなり代弁しているものと考えられる。また、調査者が十分な面識もないままに家族介護者に介護上の負担を面接により質問したとしても、面接される側が警戒心、立ち入った質問をされる事による不快感などに影響されると、信憑性のあるデータにはならない。これらの点から今回の調査方法は妥当なものであったと考える。

3. 今後の検討課題

面接で得られたデータに、先行研究で明らかにされている介護負担の内容を加えて、家族介護者の身体的負担、精神的負担、経済的負担、親族・家族を含む社会的負担の4領域で、負担軽減のためのプロトコールとしての判断樹を試作した。在宅療養者は個々に異なる背景をもち、様々な障害を抱えている。それに応じて家族介護者の負担も多岐にわたるものである。被介護者にとっての介護者は何より重要な存在であり、それだけに介護者への心身の圧迫は在宅療養を頓挫させることにもなりかねない。介護者の負担軽減は医師、看護婦にとって大きな課題である。負担軽減の判断樹は、介護者の負担の成り立ちを知り、早急に負担軽減への対応をしていくためのガイドである。今回示した判断樹は医療依存度の高い療養者の世話をしている介護者の全般的負担の軽減に関するものであるが、介護者負担は在宅療養の経過時期、被介護者の障害の種類、障害の重症度などの要因で負担内容に違いが出てくる。特定された状況での介護者の負担を明瞭化し、それに呼応する

判断樹を開発する必要もある。今回の調査で、改めて家族介護者が在宅介護のなかでさまざまな支援を求めていることが明らかになった。在宅家族介護者の介護負担を軽減するためのプロトコールは、医療、ケアの場が在宅に移行されたことに、療養者の家族のみでなく、医師、訪問看護婦も協働して対応できる有効な手段である。

文 献

- 1) 野口美和子監訳：ナースのための質的研究入門、医学書院、2000.
- 2) 竹中浩治他：在宅療養を支援する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、全国訪問看護事業協会、1999.
- 3) 内田富美江：在宅ケアを選択した遷延性意識障害患者家族の現状と課題、在宅医療 26：59-62、1999.
- 4) 牛久保美津子他：東京都における神経系難病患者の在宅ケアの特性：3疾患別による分析、日本公衆衛生雑誌、45(7)：653-662、1997.
- 5) 上田田照子：在宅要介護高齢者の家族介護者における不適切処遇の実態とその背景、日本公衆衛生雑誌、47(3)：264-274、2000.
- 6) 尾崎章子他：家族介護者についての看護アセスメントと解決策、難病の地域ケア技術研修講義録、難病医学研究財団、115-121、1996.
- 7) 杉村知子他：介護負担を抱える家族への看護介入、臨床看護、23(7)：1125-1132、1997.
- 8) 下田宏子他：難病（神経・筋疾患）患者およびその家族の生活実態、日本公衆衛生雑誌、43(8)：918-923.
- 9) 麻原きよみ他：在宅要介護老人の介護者の世間体とサービス利用および介護負担感に関する研究、老年看護学、2(1)：97-105、1997
- 10) 百瀬由美子他：長野県老人大学受講生の世間体と保健・福祉・看護サービス利用に関する研究、日本公衆衛生雑誌、34(3)：209-219、1997.
- 11) 山下一也他：訪問看護対象在宅用介護老人の介護者における精神的健康と介護負担の検討、日農医誌、44(5)：680-684、1996.
- 12) 小森邦子他：在宅酸素療法患者を抱える家族の介護負担感とその影響要因について、日本呼吸管理学会誌、8(1)：67、1998.
- 13) 米内山千賀子他：オストメイト家族の介護負担感と心理テスト成績との関連、心身医学、39(5)：395、1996.

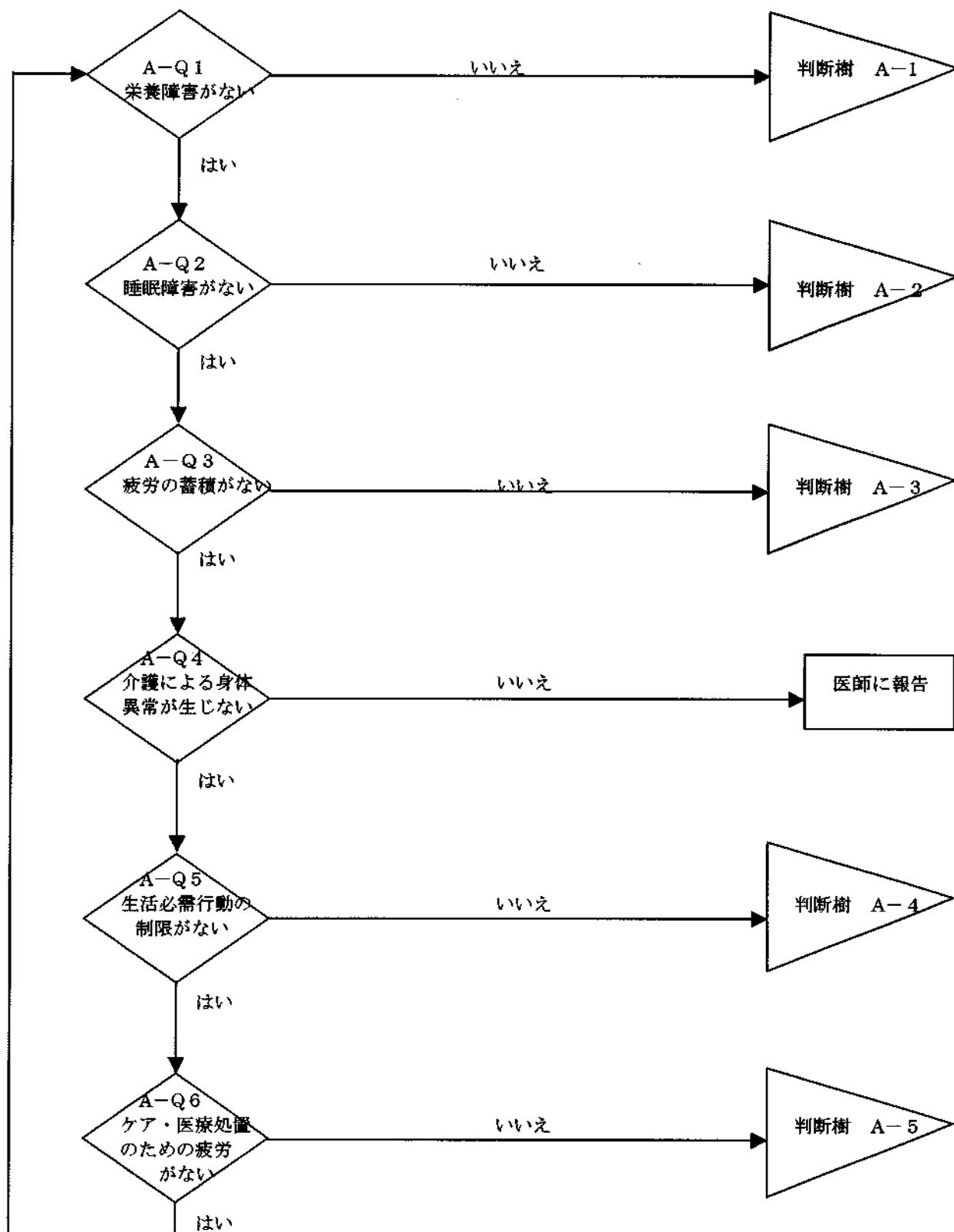


図1 介護者の身体的負担全体の判断樹

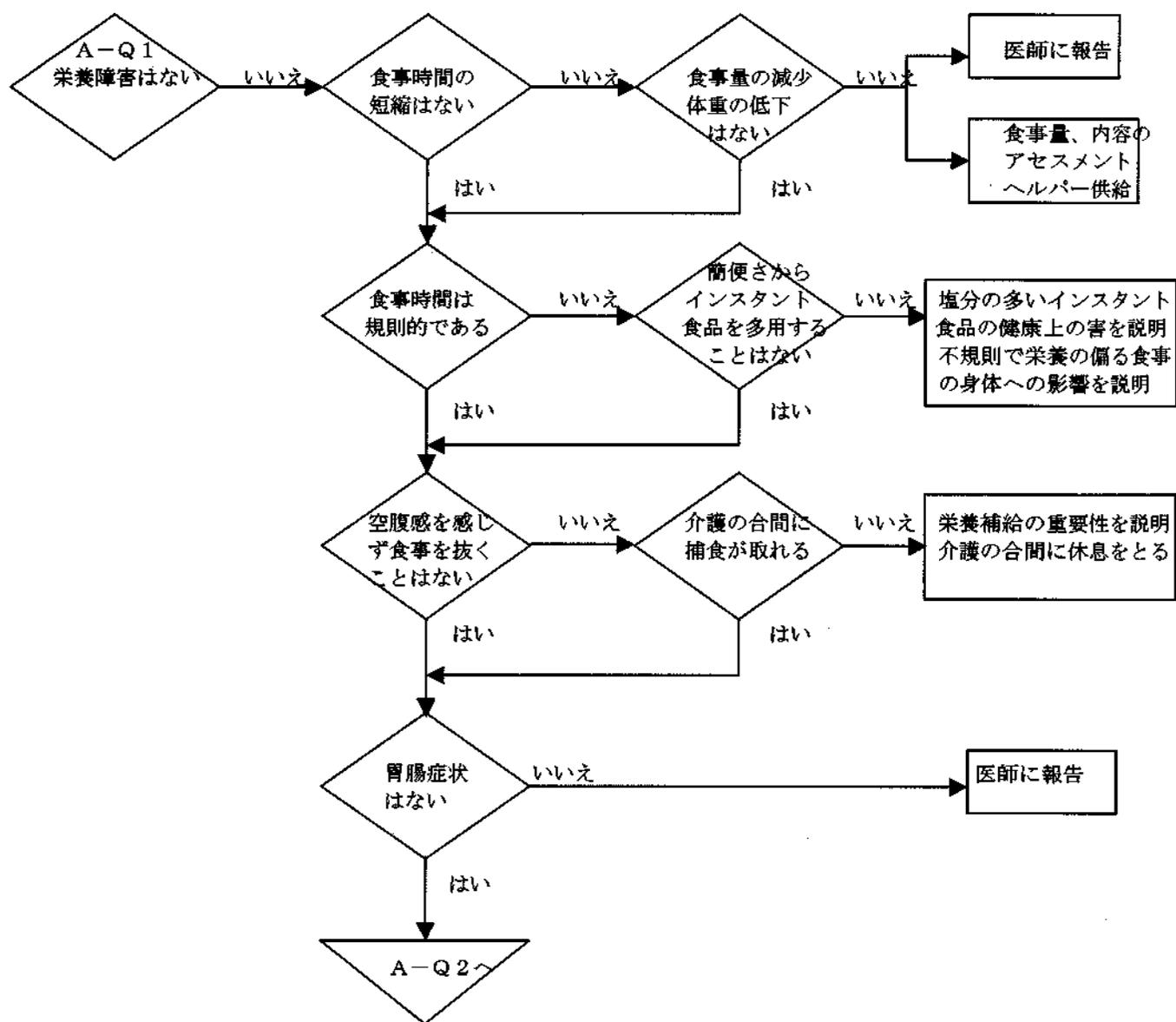


図1-1 A-1 栄養障害がある場合の判断樹

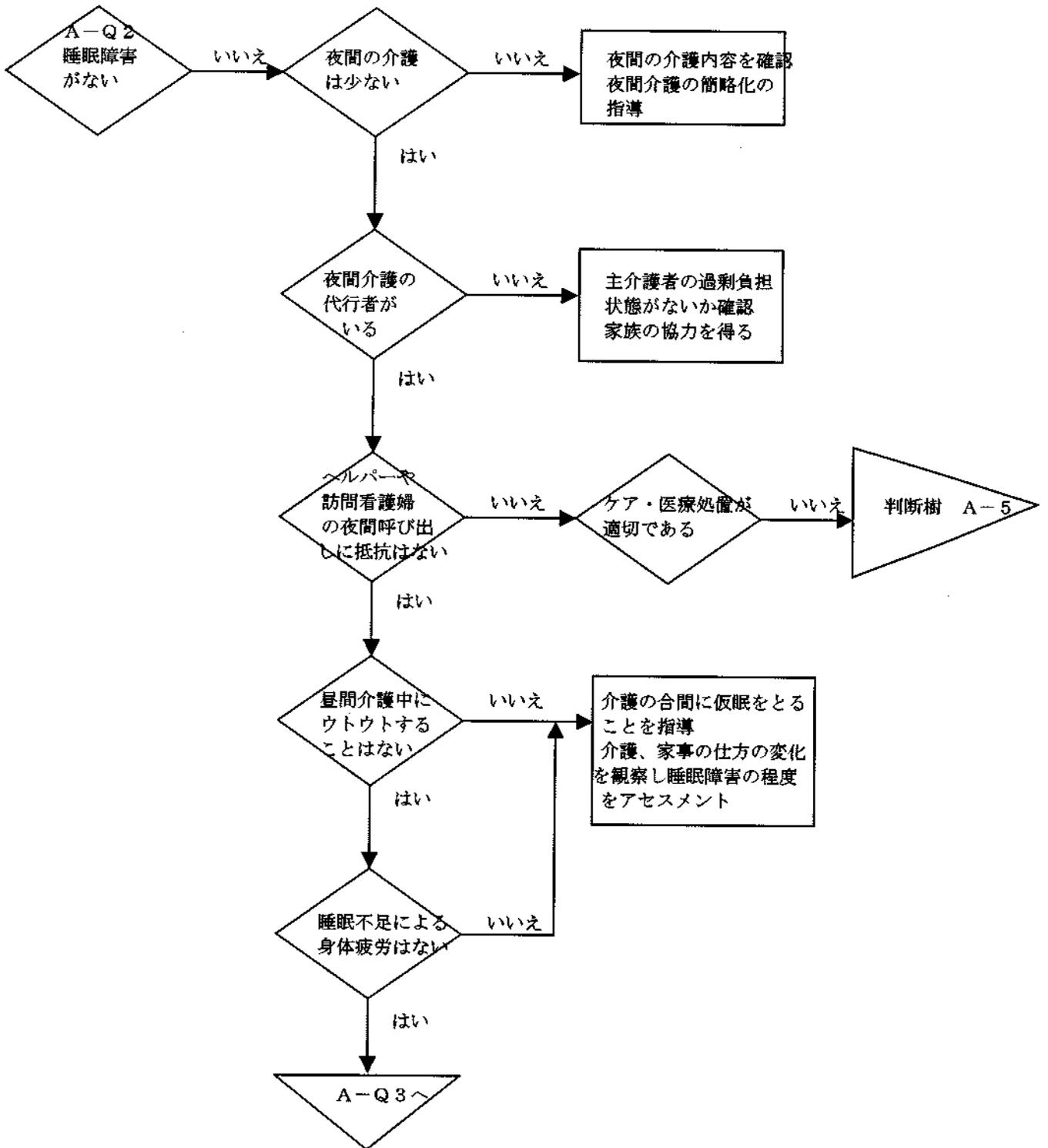


図 1-2 A-2 睡眠障害がある場合の判断樹

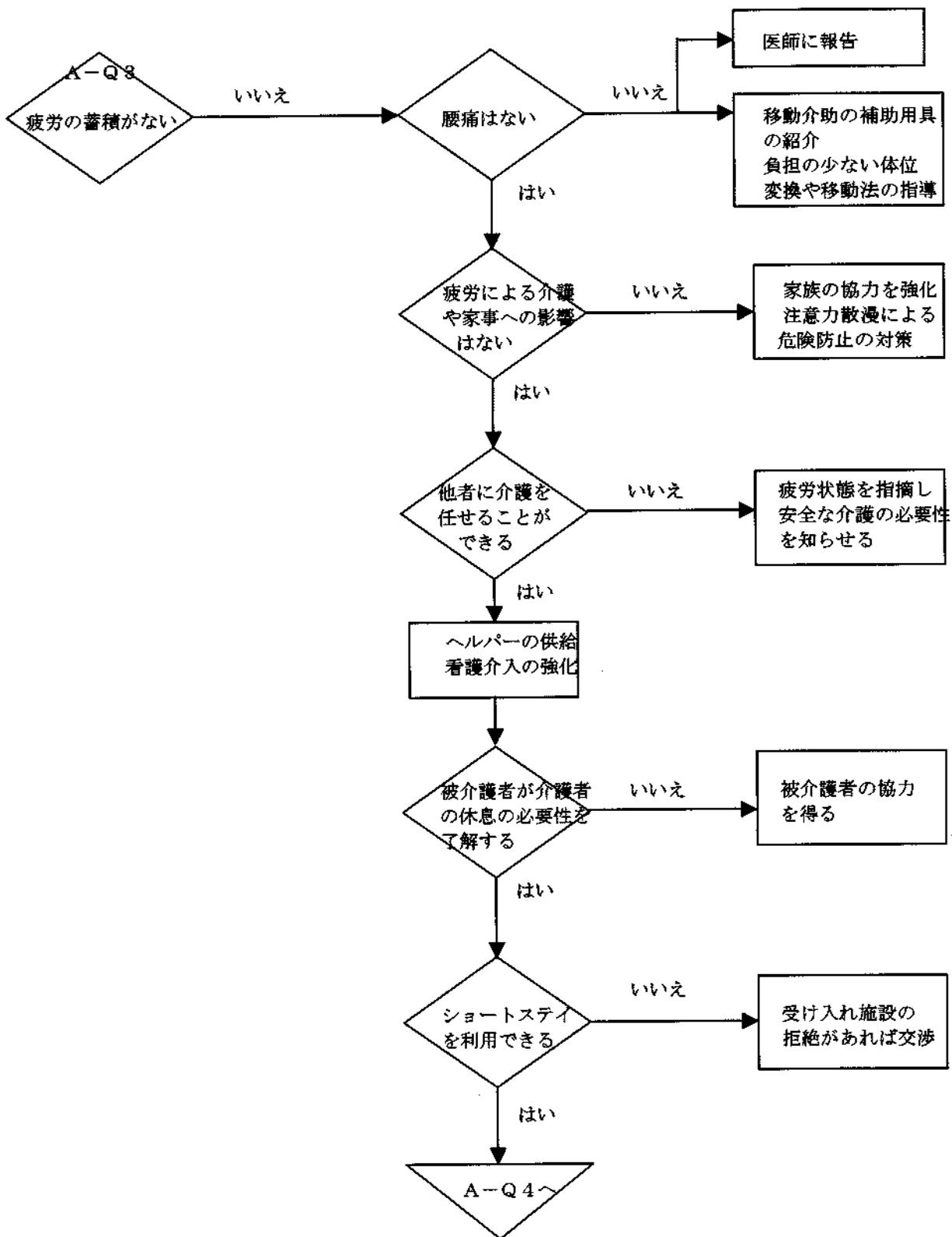


図 1-3 A-3 疲労の蓄積が生じる場合の判断樹

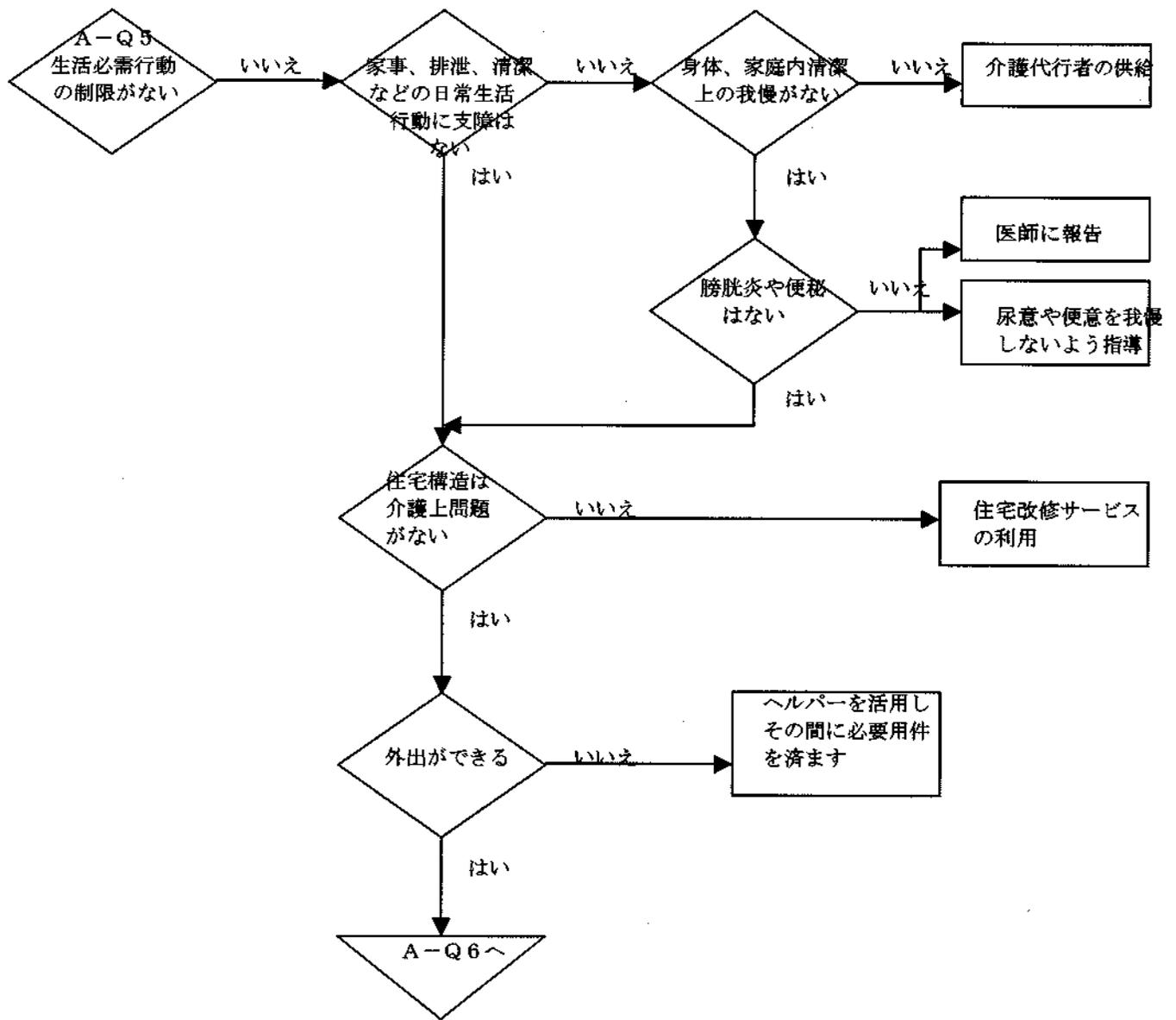


図 1-4 A-5 生活必需行動の制限がある場合の判断樹

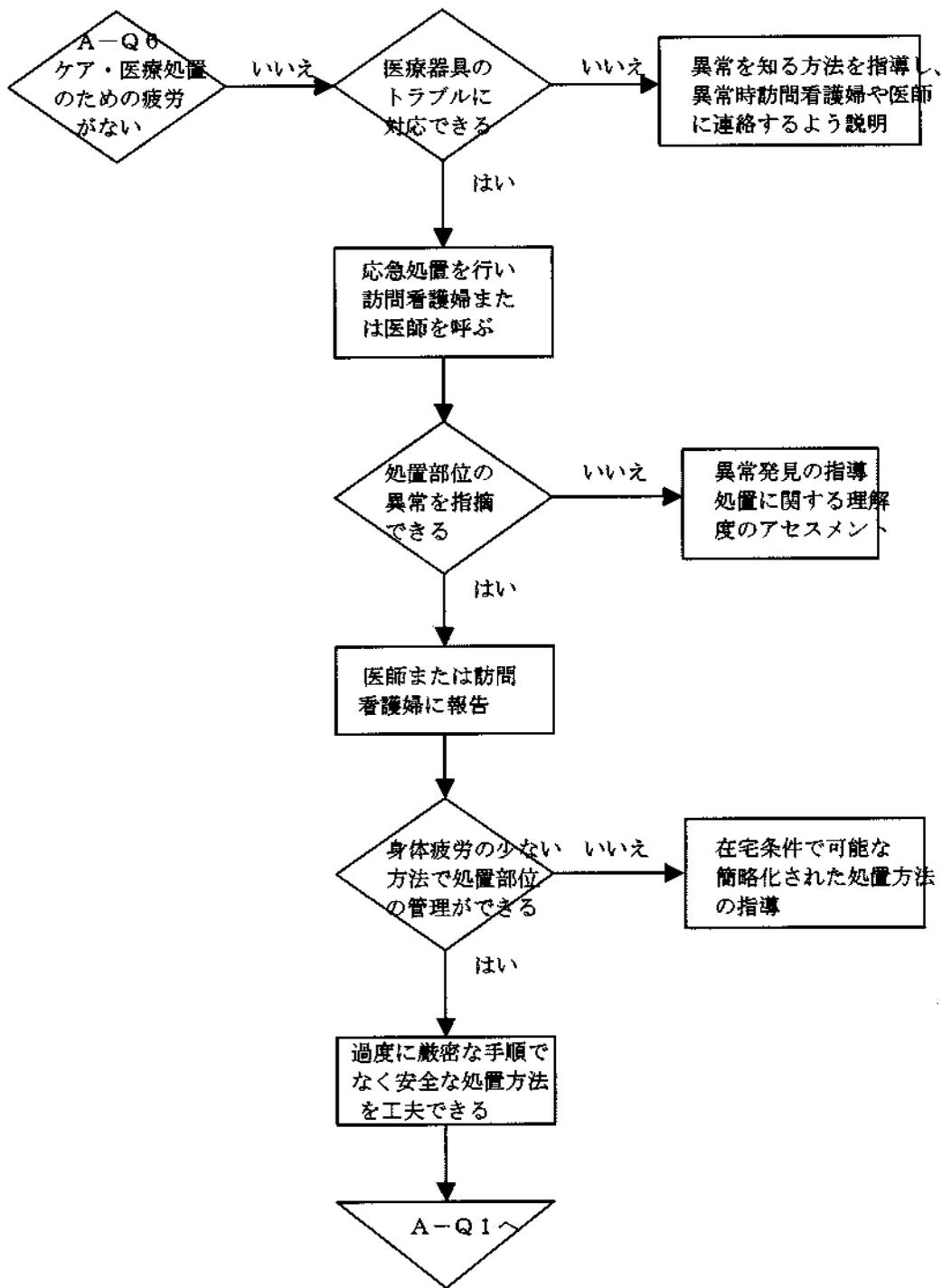


図 1-5 A-6 ケア・医療処置のための疲労がある場合の判断樹

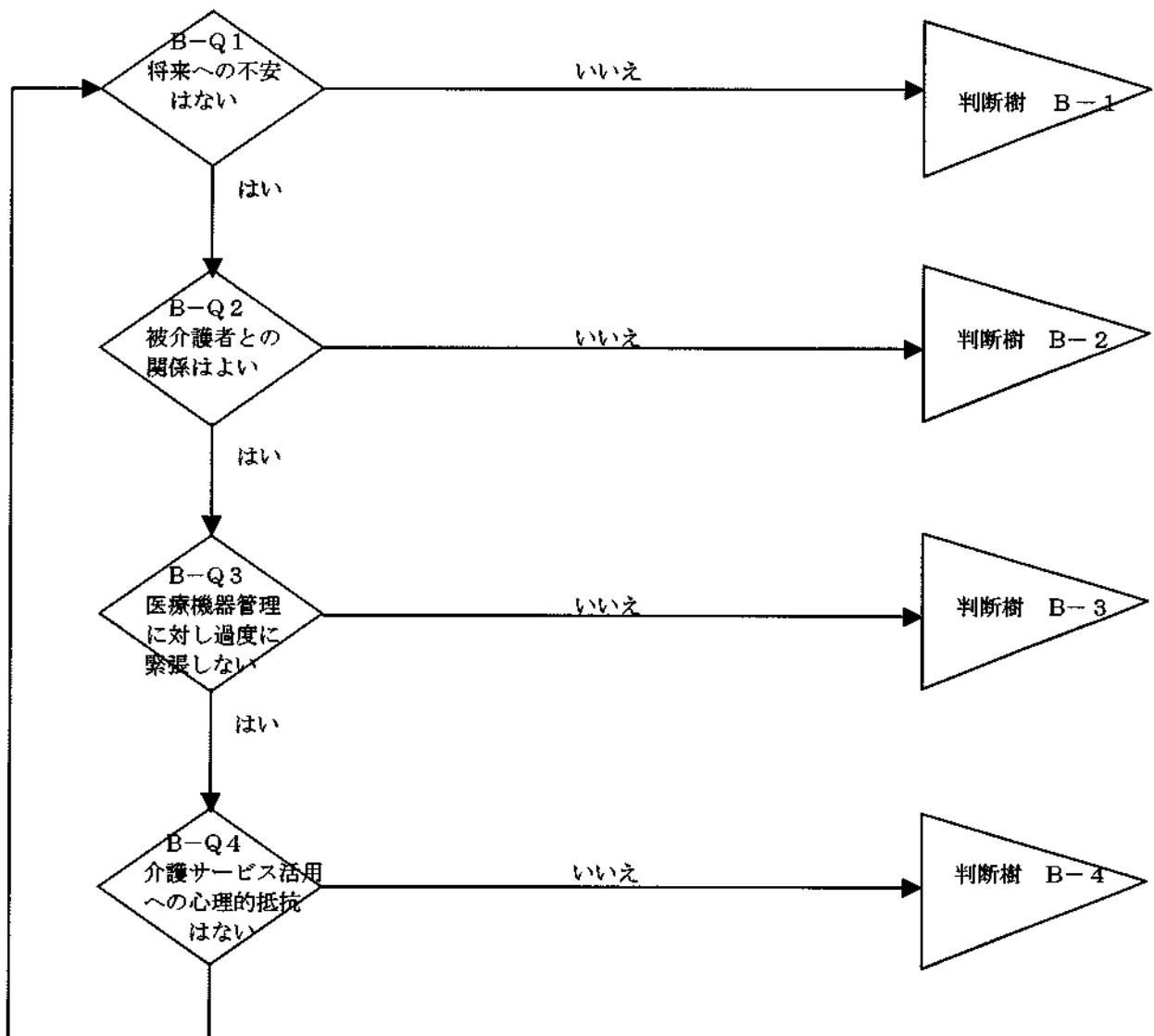


図2 介護者の精神的負担全体の判断樹

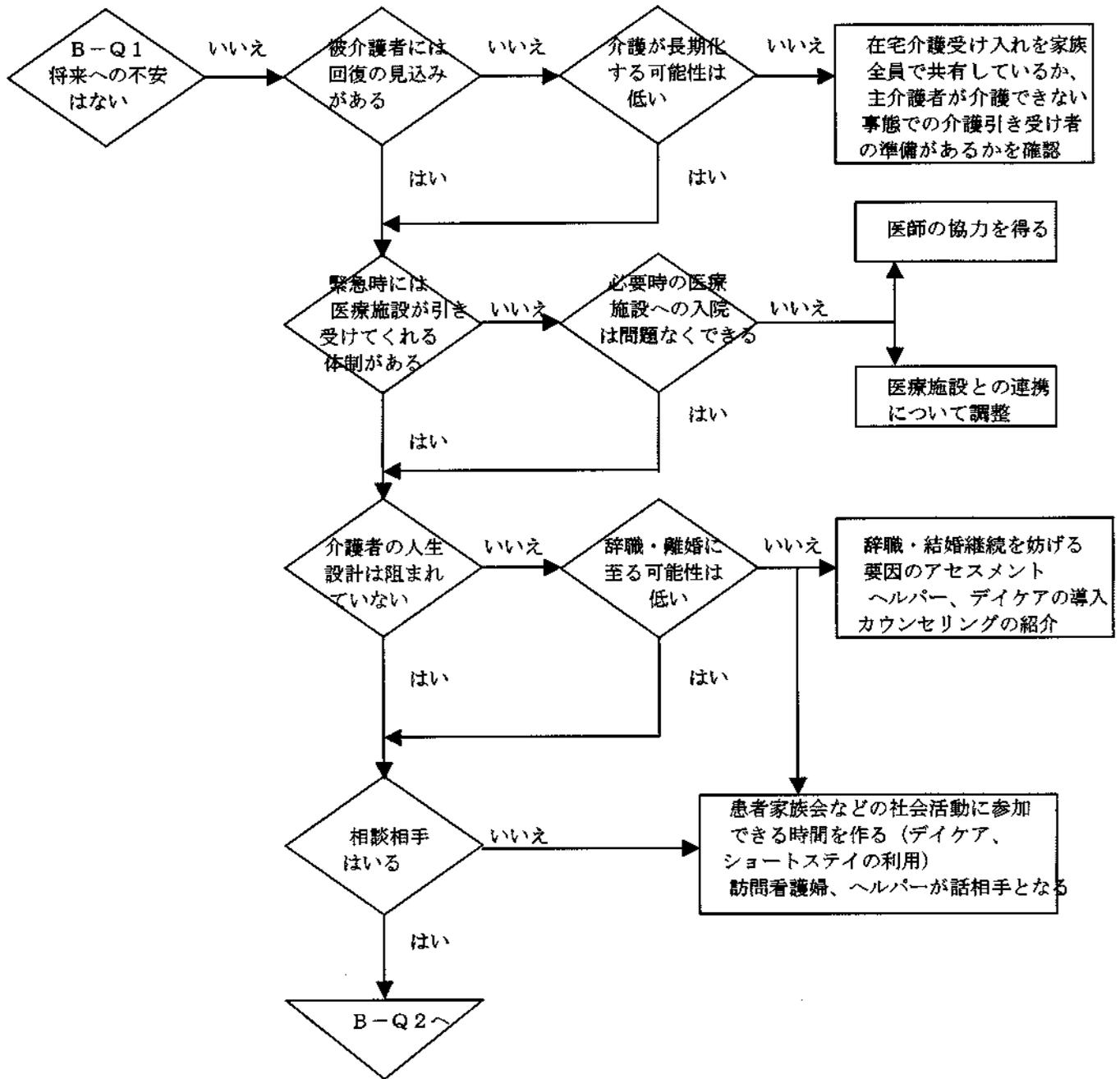


図 2-1 B-1 将来への不安がある場合の判断樹

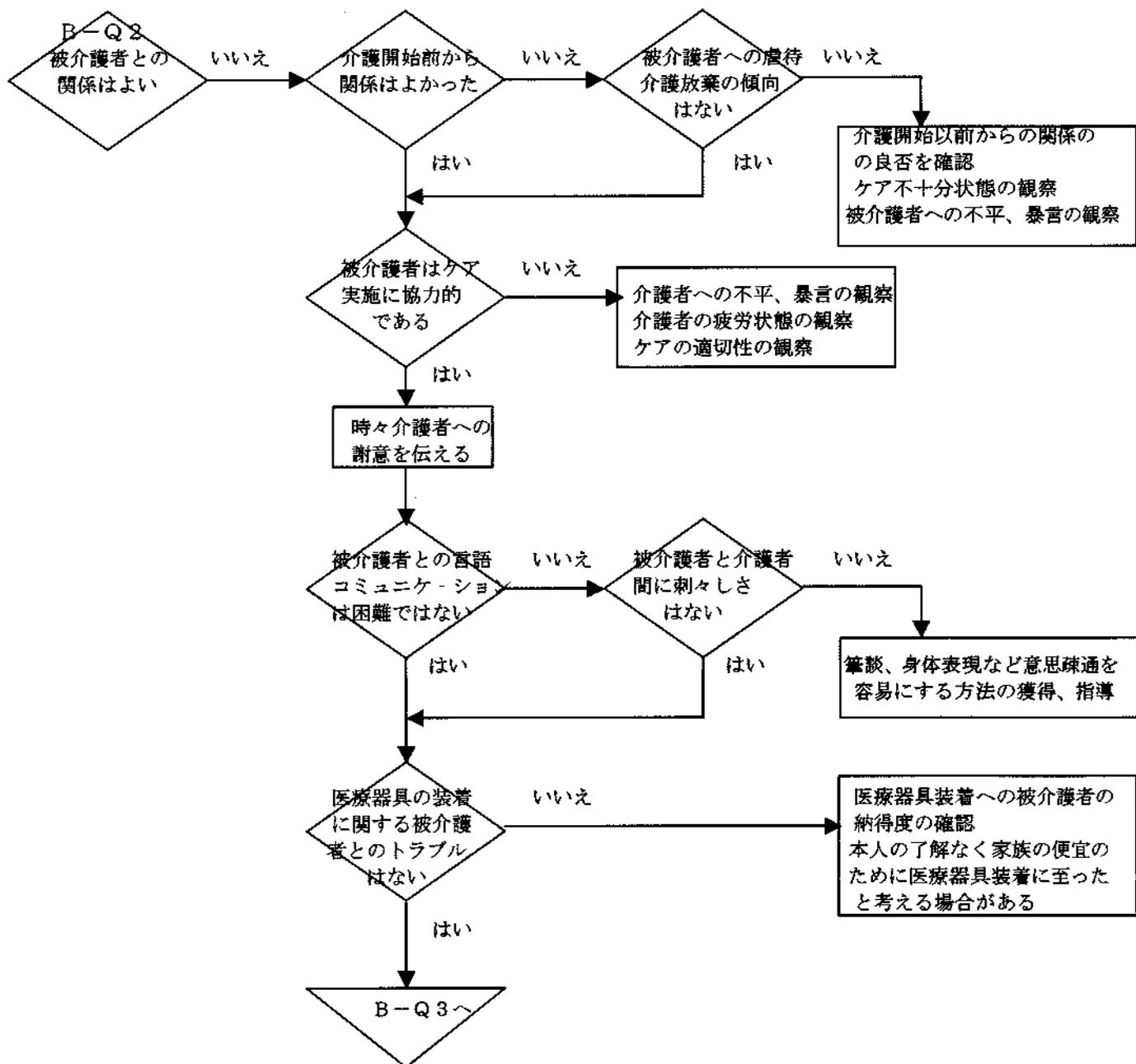


図 2-2 B-2 被介護者との関係がよくない場合の判断樹

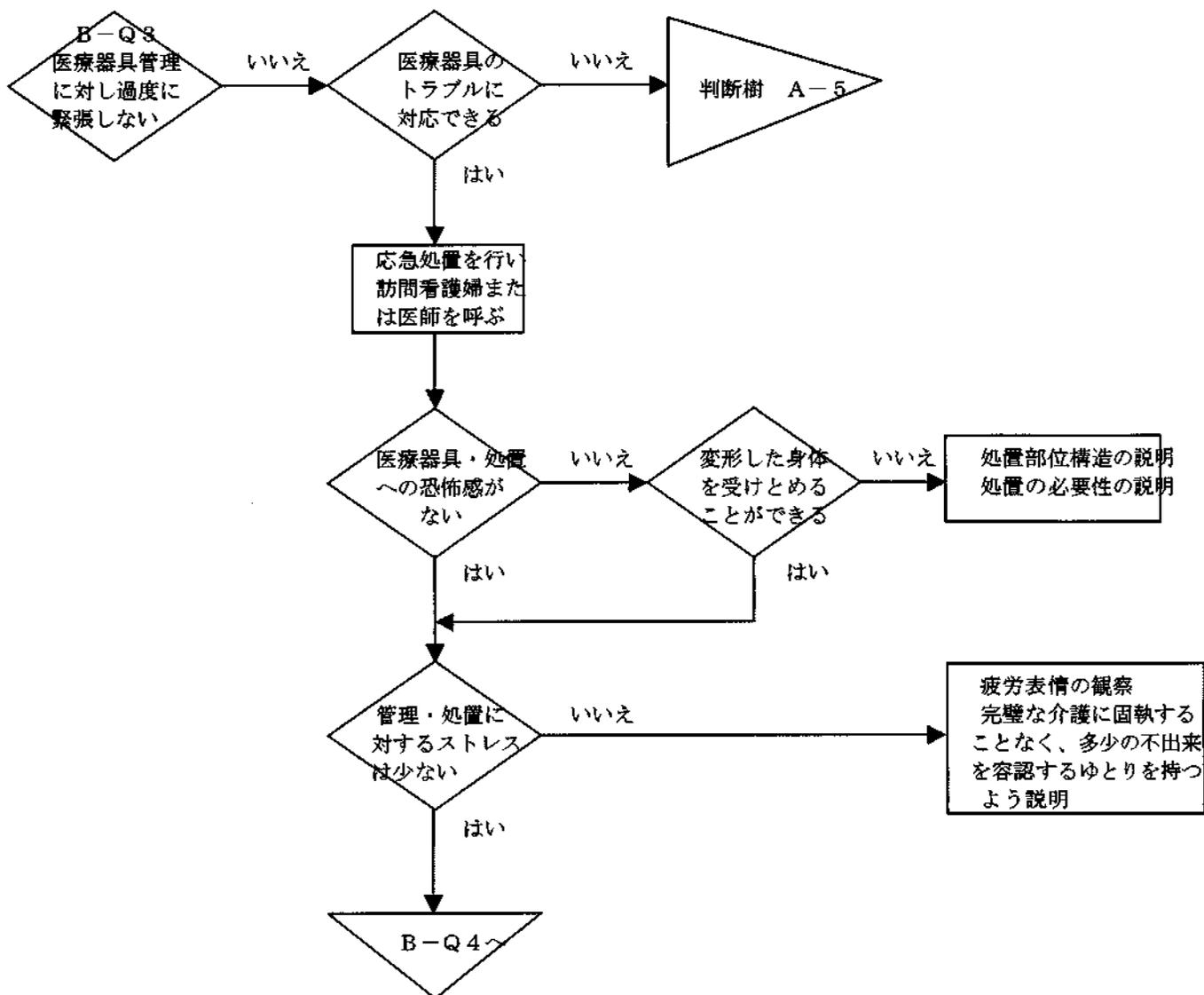


図 2-3 B-3 医療器具管理に対して過度に緊張する場合の判断樹

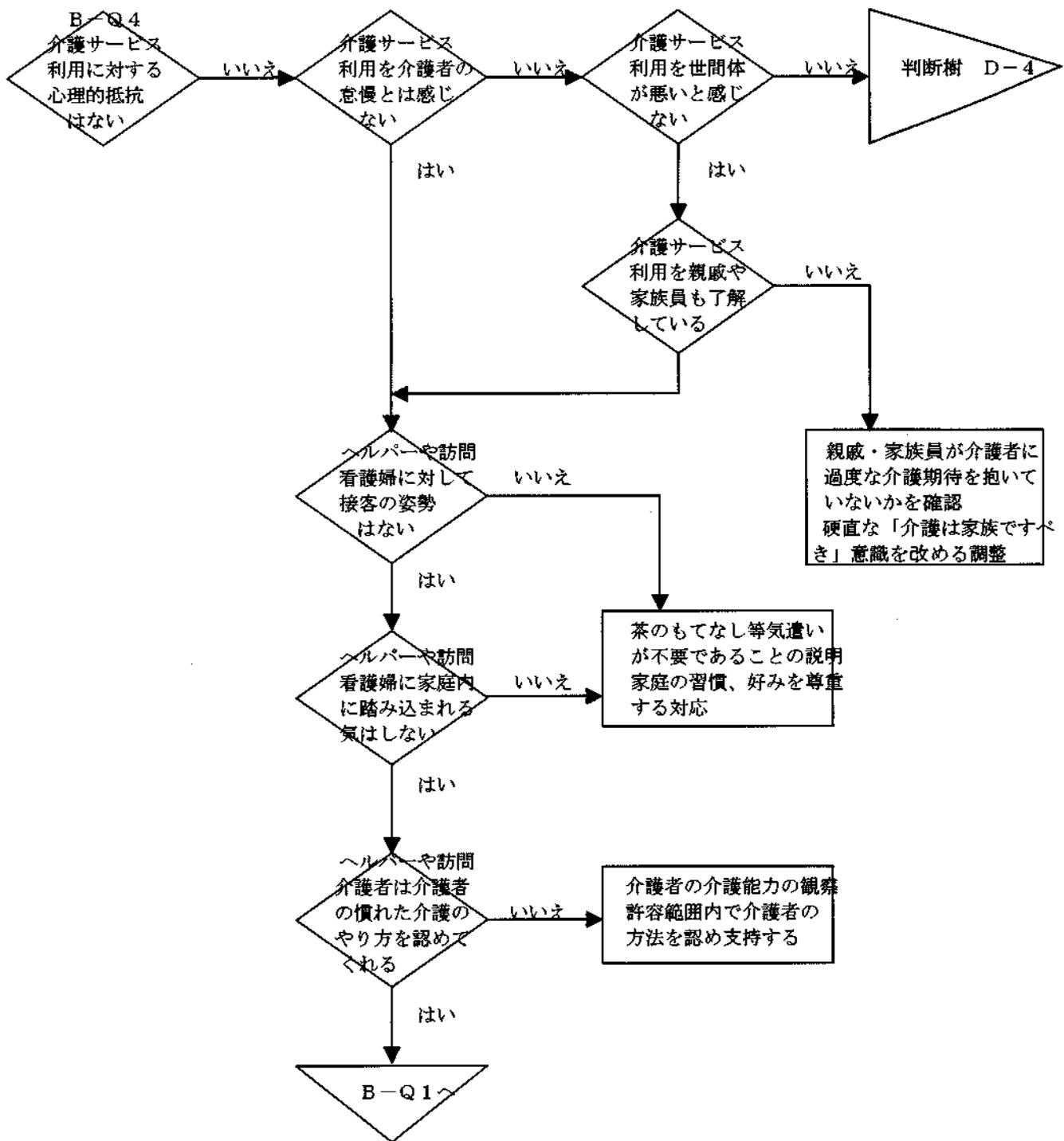


図 2-4 B-4 介護サービス利用に心理的抵抗がある場合の判断樹

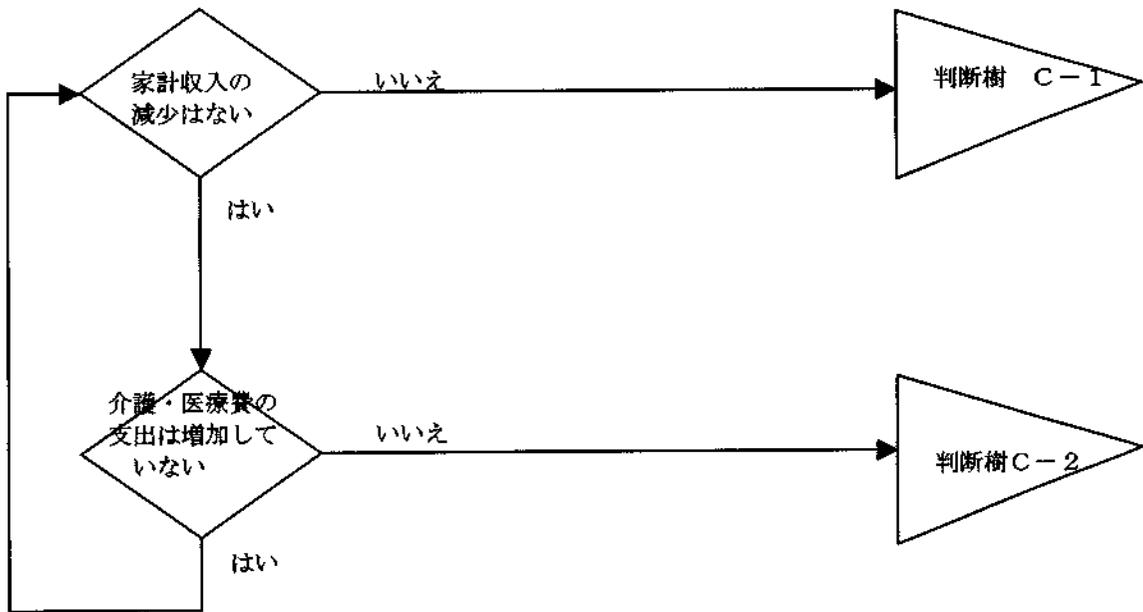


図 3 介護者の経済的負担全体の判断樹

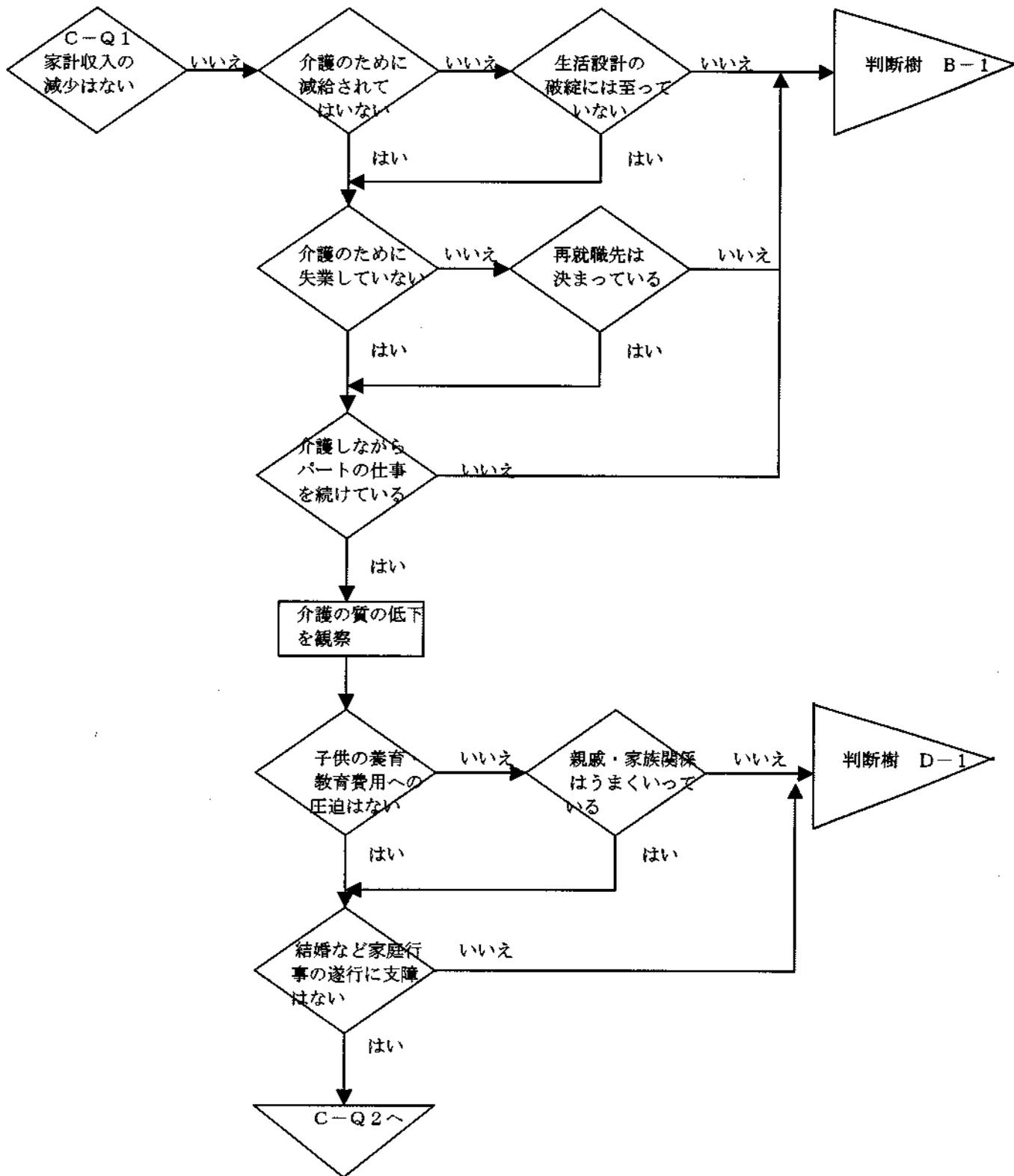


図 3-1 C-1 家計収入の減少がある場合の判断樹

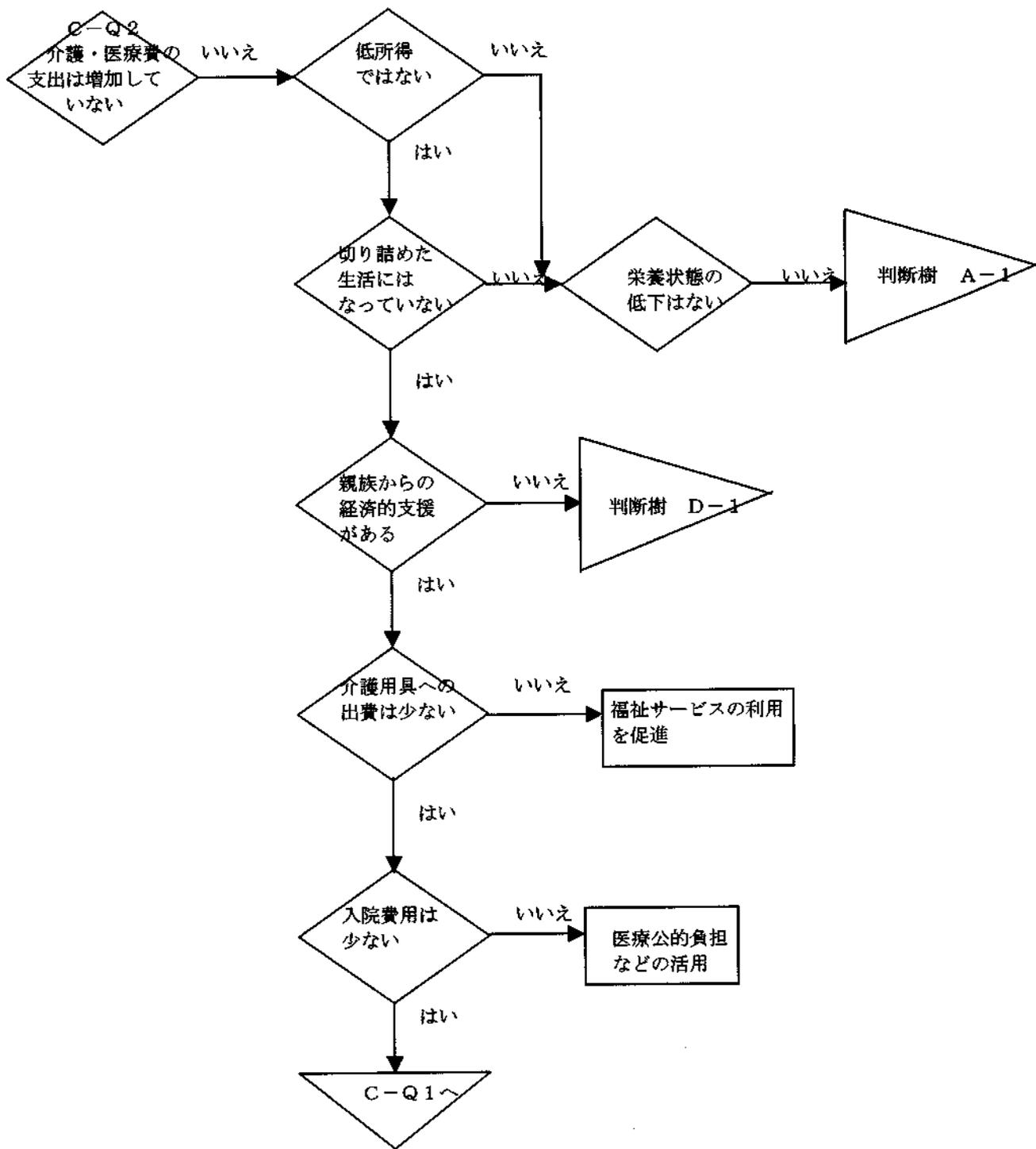


図 3-2 C-2 医療費の支出が増加する場合の判断樹

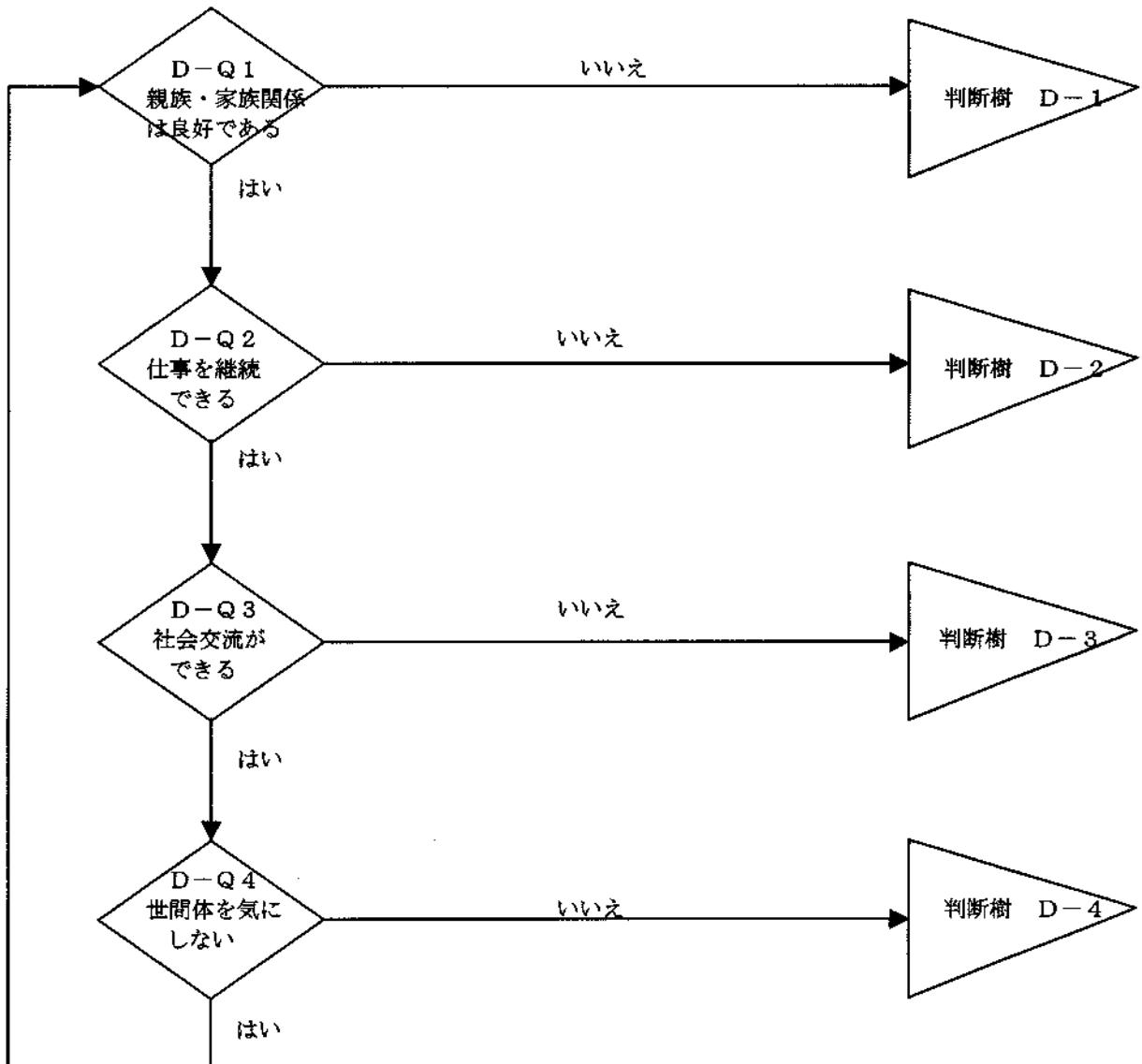


図 4 介護者の親族・家族を含む社会的負担全体の判断樹

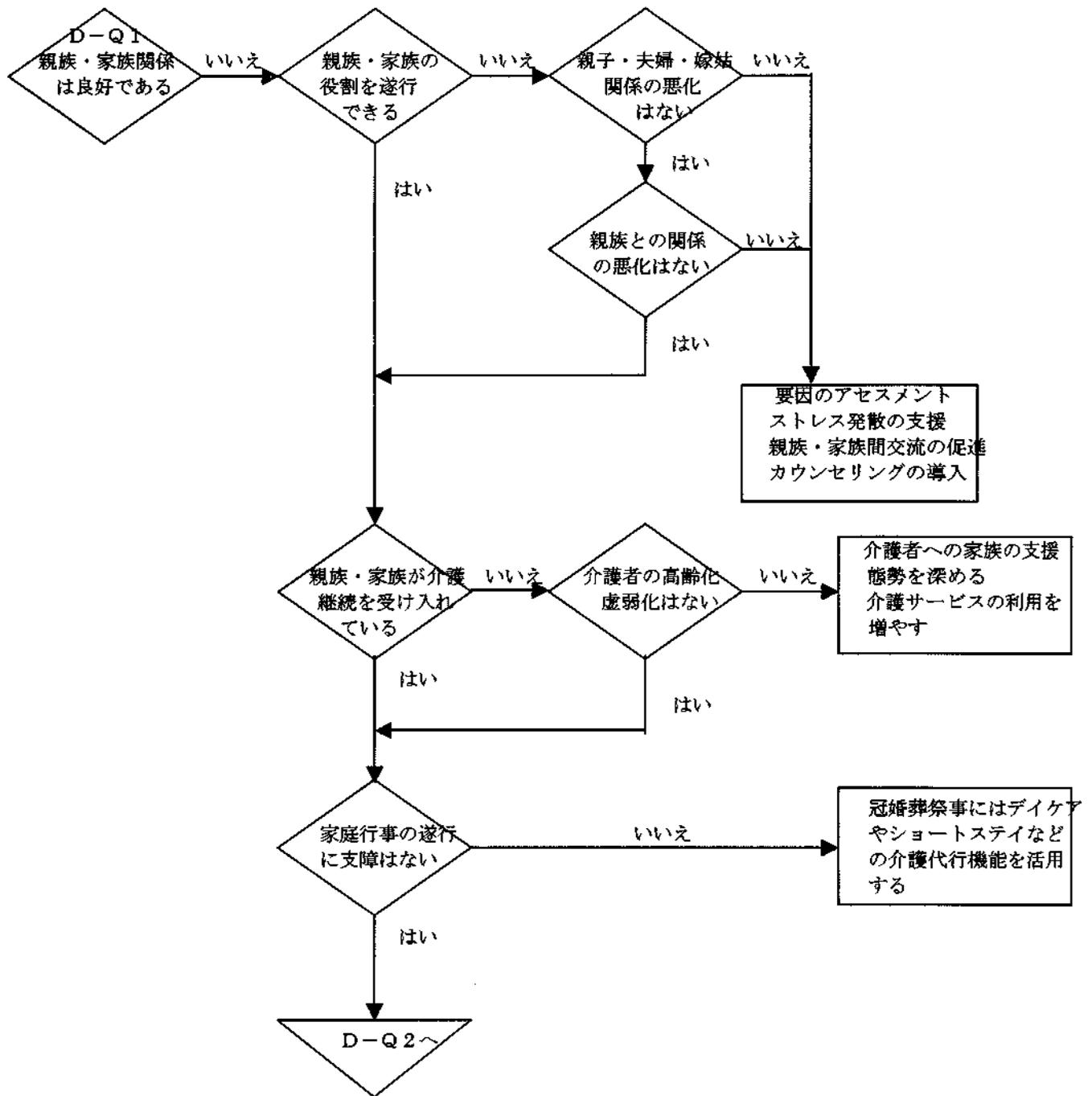


図 4-1 D-1 親族・家族関係がうまくいっていない場合の判断樹

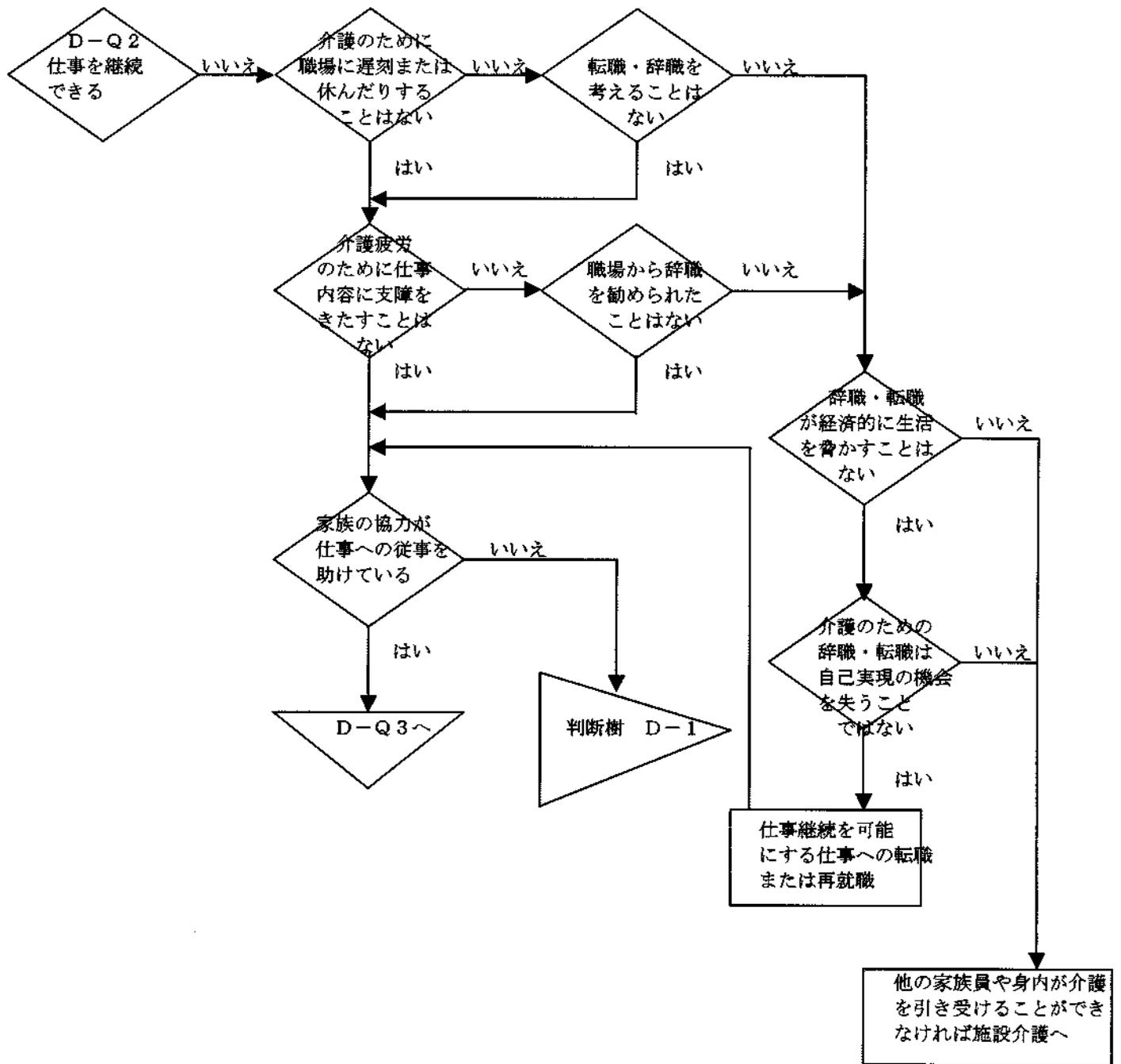


図 4-2 D-2 仕事を継続できない場合の判断樹

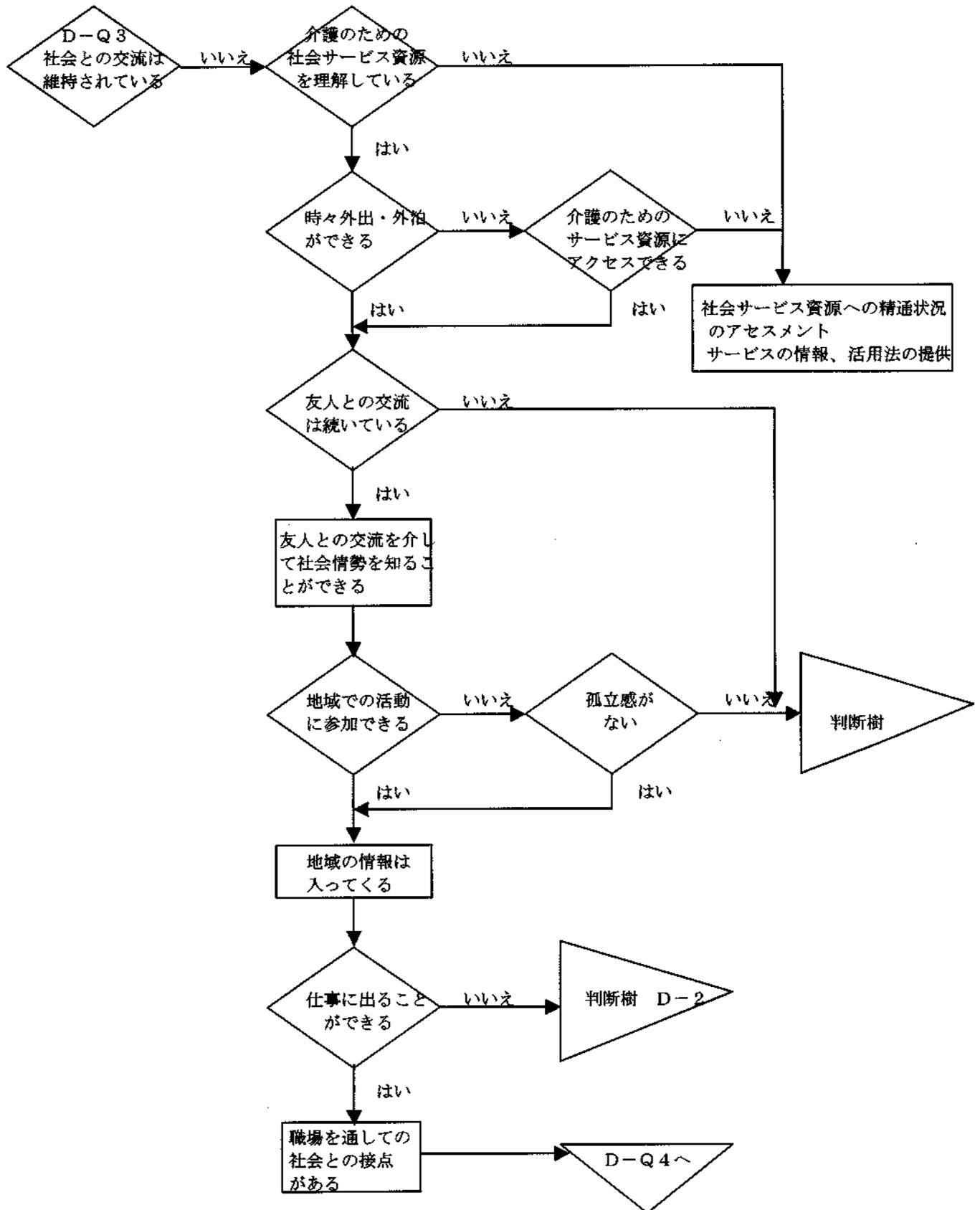


図 4-3 D-3 社会との交流がない場合の判断樹

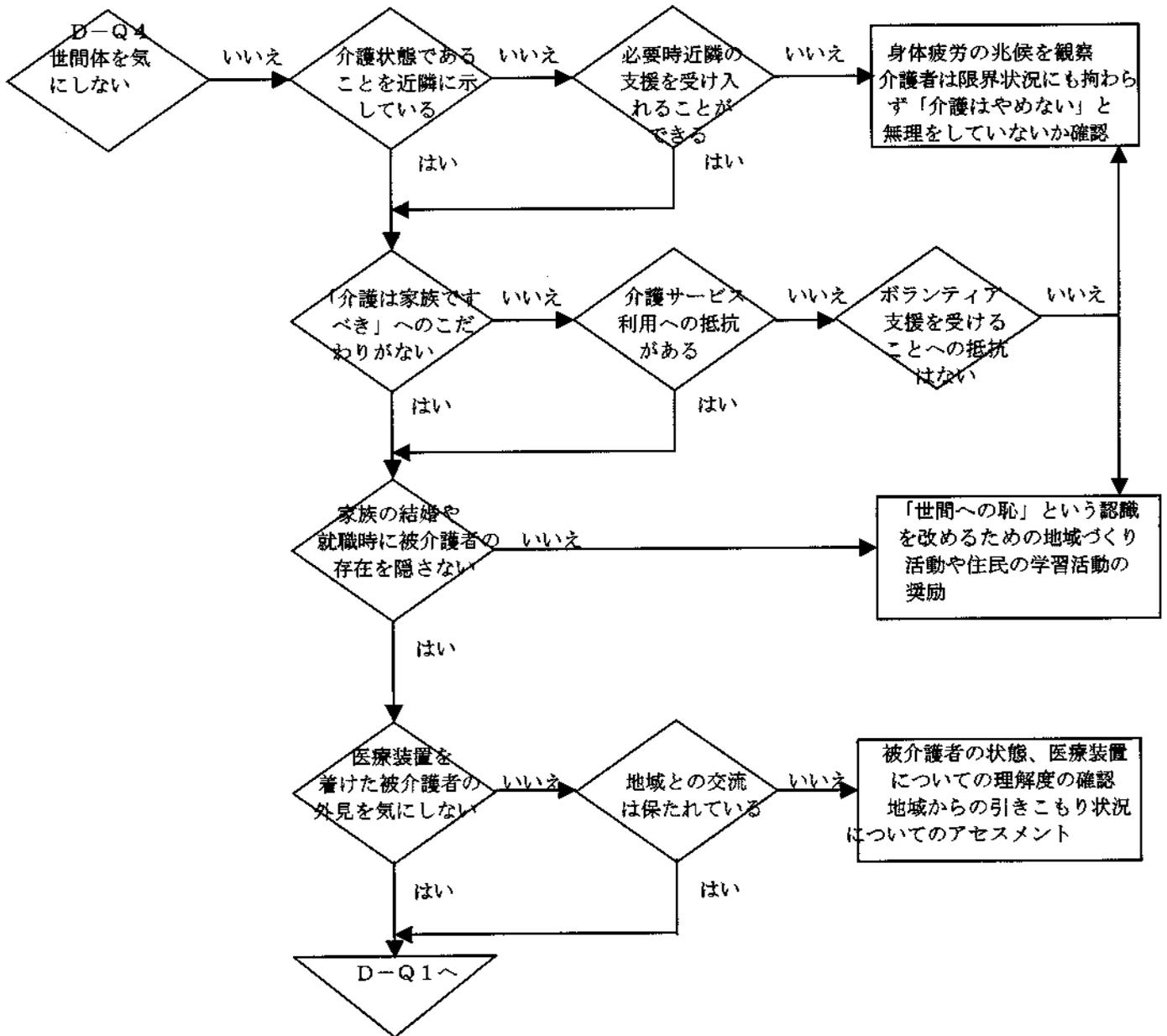


図 4-4 D-4 世間体を気にする場合の判断樹

面接用質問紙（訪問看護婦用）

家族介護者の介護負担についてお考えをお聞かせいただきたくお願い申し上げます。お答えくださった内容や、あなた様のお名前および訪問看護ステーション名が特定されることのないようプライバシーをお守りすることをお約束いたします。また、良い答えとか悪い答えはありませんのでどうぞ宜しくお願いいたします。

1. 家族介護者が介護によってうける負担の大きさについてのお考えをお聞きします。以下のそれぞれについてもっともあてはまる欄に○をお付けください。

介護負担の領域	大きい	ある	少しある	ない
1. 身体的負担				
2. 精神的・心理的負担				
3. 経済的負担				
4. 社会生活上の負担（離職など）				
5. 家族関係における負担（離婚など）				

2. 具体的に例を挙げてください。

1) 身体的負担

2) 精神的・心理的負担

3) 経済的負担

4) 社会生活上の負担

5) 家族関係における負担

3. 訪問看護婦として其れに対して何か介入を行なっていますか（行ないましたか）：はい・いいえ

4. 3にはいと答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことですか。

家族介護者の負担	被介護者の要介護度・使用 機具・	看護介入	効果
例：疲労	要介護4、 リユーズブルカテーテル	週2回ヘルパー の導入	有 ・ なし
			有 ・ なし

5. 3にいいえと答えた方におききします。どうして介入をおこなっていない（行なわなかった）のですか。

6. 現在行なっていないくとも、どのような介入が家族介護者の負担を軽減するのに効果があると考えますか。

1) 身体的負担

2) 精神的・心理的負担

3) 経済的負担

4) 社会生活上の負担

5) 家族関係における負担

7. その他、お聞きしなかったことで家族介護者の負担を軽減するために大切だとお考えになっていることがありますか。

ご協力ありがとうございました。

研究参加承諾書

わたしは、平成12年度厚生省 老人保健健康増進事業「プロトコールの普及に関するモデル事業」に関する研究に参加することを承諾いたします。

月日：

お名前：

研究者氏名：

まとめ

本研究では、平成 10 年度に作成した広域的規準である医療処置看護管理プロトコールの普及のために、訪問看護ステーションでモデル事業を行い、実際の活用の仕方、および活用上の困難や不備について調査し、これを推敲するとともに、プロトコールを活用する上で必要とされる条件、活用を容易にする手引き書（案）を作成することを目的とした。モデル事業において明らかになった点および本研究の成果については以下の通りである。

1. モデル事業 21 施設中 17 施設の管理者が、訪問看護婦 89 人中 57 人（64.0 %）が訪問看護において、医療処置の実施に関するプロトコールは必要であるとしていた。プロトコールを試行した結果、特に下記の点に関して有用であることが確認された。
 - 1) プロトコールを訪問看護の利用者ごとに適用し、個別化する過程を経て利用者の個別のケア基準を明確にすること。
 - 2) 訪問看護の利用者ごとにプロトコールを個別化する過程で、主治医の指示や判断法をそのなかに取り込んでいた。個別的管理基準を加えた協定書は、医師と訪問看護婦の共同作業および共同責任、そしてそれぞれの責任の所在を判別するものとして活用できること。
 - 3) 規制緩和が推進されている現在、医療処置管理看護の実施過程を示しているプロトコールは、福祉職などとの役割を明確化するツールとして機能すること。
 - 4) プロトコールは訪問看護婦が行う医療処置管理看護の判断やその実施過程を示しており、訪問看護婦の医療処置管理に関するアセスメントや判断技術を標準化できること。
 - 5) 人材育成のための訪問看護婦の現任教育や看護基礎教育、また施設内看護婦が退院時指導などの継続看護の際に活用できること。
 - 6) 訪問看護ステーションがプロトコールを用いることにより、その組織における医療処置管理看護の判断法やその過程の公開が容易となること。
 - 6) それぞれの訪問看護ステーションが施設内基準を作成する際に、プロトコールを基準として活用できうること。
 - 8) プロトコールをみればその組織のサービス水準を理解でき、プロトコールは組織のサービスの質を保証し、向上させるツールとなりうること。

しかし、訪問看護側が医師との関係を客観化・社会化することを意図していない場合には、プロトコールが責任関係を明確化するための方法として有効であるという支持は得られなかった。

2. 手引き書（案）はプロトコールを初めて活用する場合、プロトコールの概要を容易に把握でき、実際にプロトコールを使用する順序が理解でき、円滑に導入するツールとして有用である。また、講習会のテキストとして活用することができる。
3. 在宅療養にとって家族は重要な介護提供者であり、家族の介護負担を査定し、問題解決策を導くためのプロトコール（判断樹）（案）を作成した。

さらに、今後の課題として以下のことが考えられた。

1. 既に作成されたプロトコールをそれぞれの医療処置ごとに分冊化すること、および協定書と、現在使用されている訪問看護指示書との関係について検討すること
2. プロトコールの推敲および、疾患別・状態別などの分化したプロトコールを作成すること
3. 手引き書を用いた演習形式の講習会等によってプロトコールの普及を継続して図ること



