

訪問看護における診療の補助のあり方 に関する研究

研究報告書

平成10年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会
本委員会委員長 竹中 浩治
主任研究者 川村 佐和子

研究組織

本委員会

委員長	竹中浩治	(全国訪問看護事業協会副会長)
主任研究者	川村佐和子	(東京医科歯科大学教授)
委員	青柳俊	(日本医師会常任理事)
委員	山崎摩耶	(日本看護協会常任理事)
委員	平林勝政	(國學院大学法学部教授)
委員	川越博美	(聖路加看護大学教授)

小委員会

小委員	川村佐和子	(東京医科歯科大学)
小委員	曾根田靖昭	(杉並区医師会)
小委員	川越博美	(聖路加看護大学)
小委員	杉本正子	(東京都立医療技術短期大学)
小委員	山田雅子	(セコム在宅医療システム株式会社)
小委員	大場和子	(港区医師会訪問看護ステーション)
小委員	輪湖史子	(東京都神経科学総合研究所)
小委員	徳山祥子	(東京都神経科学総合研究所)

研究協力者

尾崎章子	(東京医科歯科大学大学院)
小倉朗子	(東京医科歯科大学大学院)
塚本尚子	(東京都立医療技術短期大学)
長江弘子	(聖路加看護大学)
成瀬和子	(聖路加看護大学)
本道和子	(東京都立医療技術短期大学)
下枝恵子	(東京都立医療技術短期大学)
神保会里	(東京都立医療技術短期大学)

研究経費

平成9年度 5000千円

調査協力機関

50 音順：敬称略

1. 小田クリニック
2. 要町病院
3. 川崎幸病院
4. 北九州市八幡医師会訪問看護ステーション
5. 君津訪問看護ステーション
6. 久保クリニック
7. 玄々堂君津病院
8. 江東区医師会訪問看護ステーション
9. 港北医療センター訪問看護ステーション
10. 公立八鹿病院
11. 今野外科整形外科医院
12. 斎藤医院
13. さいわい訪問看護ステーション鹿島田
14. 賛育会病院
15. 杉並区訪問看護事業
16. 仙台往診クリニック
17. 第一医院
18. 土浦訪問看護ステーション
19. 鳥山診療所
20. 南但訪問看護センター
21. 新郷中央診療所
22. 西野病院
23. 西宮市訪問看護センター
24. 白十字訪問看護ステーション
25. 鳩ヶ谷訪問看護ステーション
26. ブース記念訪問看護ステーション
27. 訪問看護ステーション愛
28. 訪問看護ステーション吉祥寺
29. 訪問看護ステーション南自由が丘
30. 狸穴診療所
31. 港区医師会立老人訪問看護ステーション
32. 武藏野赤十字訪問看護ステーション
33. 若林訪問看護ステーション

訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究

目 次

I はじめに	3
II 訪問看護施設における医療行為の実施方法に関する調査	11
1. 訪問看護施設で行われている医療行為と実施に関する考え方 – 13	
2. 訪問看護施設における医療行為に対する指示と、施設内基準 – 27	
3. 医療行為実施における施設内基準と組織間協定書 – 47	
III 地区医師会における協定書の利用に関する調査	63
IV 看護ガイドライン	75
V まとめ	101
資料	107

I

はじめに

I はじめに

訪問看護婦によって実施されている医療行為は、年々増加傾向にある。この傾向には、2つの要因が考えられる。

1つ目の要因として、診療報酬制度改定による在宅の診療報酬点数の強化に関連すると考えられる、在宅療養者の増加がある。すなわち、利用者数の増加に伴い、医療行為の絶対数が増加したと考えられる。そのことは、訪問看護施設および利用者数の増加によって裏付けられる。厚生省の統計による、利用者数と訪問看護施設数の推移を表に示した(表1)^{1~5)}。訪問看護施設の総数は平成5年の277カ所から年を追って、前年の1.5~2倍に増加してきており、それと共に利用者数も1.5~2倍の増加傾向を示している。こうした動向は、それまで入院・通院によって医療機関で医療を受けていた利用者が、在宅へと移行してきていることを示しており、結果として、訪問看護婦による医療行為の増加につながっていると考えられる。訪問看護婦による医療行為の実施件数について、「膀胱洗浄」に関する調査結果を例として挙げてみると、平成5年では374件が報告されているが、平成6年には868件、平成7年には2386件、平成8年には4141件、平成9年には6298件と、いずれも利用者数の増加に比例し、前年の1.5~2倍程度の増加を示している。こうした傾向は、「服薬管理」「検査補助」「在宅酸素療法の指導・補助」などの医療行為にも共通している。今後さらに利用者数の増加に伴い、在宅で訪問看護婦によって実施される医療行為の絶対数は増加していくことが予測される。

もう1つの要因としては、平成6年10月の健康保健法の一部改定による影響が挙げられる。健康保険法改正前後における訪問看護の利用者の年齢層をみると、いずれも70・80代の高齢者が全体の約7割を占めている^{1~4)}。一方、平成6年の健康保険法改正後の平成7年には、健康保険による利用者が全体の9.7%になった。この割合は多くないが、健康保険法適応による利用者はこれまでの利用者層とは異なる属性を持っていることが推測され、提供される看護内容に変化が生じてきていると考えられる。

その変化は、訪問看護婦による医療行為の実施状況を見ることで裏付けられる。表2に、訪問看護婦により1ヶ月間に提供されたケアの内容について、健康保険法改正前の平成5年度と改定後の平成9年度との比較を示した。平成5年度では、医療行為は「カテーテル管理」と「その他の診療補助」に分類されており、それぞれ925人(利用者全体の11.2%)、562人(同6.8%)であったのに対し、平成9

年度では、「創傷部の医療的処置」18061人（利用者全体の19.5%）、「経管栄養の管理」6669人（同7.2%）、「呼吸管理に伴う処置」2953人（同4.2%）、「点滴の管理」2593人（同2.8%）など医療行為の実施件数は急激な増加傾向にあることが分かる（表2網掛け部分）。

そして、健康保険による利用者と、老人保健法による利用者とのケアの内容を比較してみると、健康保険による利用者では、特に「経管栄養の管理（健康保険法利用者の12.1%、老人保健法による利用者では6.6%）」「呼吸管理に伴う処置（同8.5%、老人保健法による利用者では3.6%）」「IVHの管理（同1.3%、老人保健法による利用者では0.5%）」「CAPDの管理（同0.4%、老人保健法による利用者では0.1%）」が多い。このことから、医療行為の実施の割合は全体的に増加しているが、特に健康保険による利用者でその傾向が一層強いと考えることができる。

平成9年に、全国の訪問看護施設が関わる在宅療養者1925名を対象として実施された日野原らの調査結果⁶⁾によると、在宅において非常に広範囲にわたる医療行為が行われており、これらの大部分は訪問看護婦により実施されていた。医師の実施率が高かった行為として、全40行為中、「気管カニューレの交換・管理」「気管内洗浄」「抗癌剤注入のための輸液ボトル交換・輸液ポンプの操作」「抗癌剤のワンショット注入」の4行為が挙げられたが、これらの行為は訪問看護婦によっても実施されていた。訪問看護施設で提供されているさらに詳しい医療行為については、平成7-8年度、草刈らによる「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究」⁷⁾において明らかにされている。全国の訪問看護施設・部門を対象にアンケート調査を実施し、423施設の回答（有効回答率32.4%）を得た。その中で、医療行為として61行為を設定し、実施率について検討を行った結果、実施率が高い行為として、「服薬管理(95.3%)」「褥瘡の処置(94.1%)」「創傷処置(85.1%)」「膀胱留置カテーテルの管理(82.0%)」が挙げられた。実施率の低い行為では「抗癌剤のワンショット注入(0.9%)」「動脈採血(2.1%)」「抗癌剤注入のためのポンプ操作(2.4%)」「気管内洗浄(2.8%)」などが挙げられた。実施率が高い行為には、施設内の看護婦が多く実施している医療行為が挙がっている。一方で実施率の低い行為には、施設内では医師が実施している行為が挙がっている。しかし、これらの行為は、実施率が低いながらも現実には実施されており、在宅への高度医療の導入によって訪問看護婦に委譲されている行為であることがわかる。今後は、「在宅酸素療法」「在宅人工呼吸療法」「在宅輸液療法」など、在宅医療へのニーズの急激な増加により、これに伴う高度な医療行為も訪問看護婦の実施範囲に入ってくることが予測される。

医療行為は、訪問看護施設の利用者の属性によっても影響を受けている。痴呆の利用者が多い施設では、医療行為は、「褥瘡の処置」「服薬管理・指導」「創傷

処置」「膀胱留置カテーテルの管理・指導」「経管栄養の管理・指導」という行為に限定される傾向にあるが、悪性新生物の利用者が多い施設では、これらの行為に加え、多様な医療行為が実施されている。多様な医療行為を必要とする悪性新生物の利用者は、平成5年には全利用者の3.9%、平成6年には4.5%、平成7年には5.0%、平成9年には5.3%と少しづつ増加してきている。特に平成9年では、健康保険法による利用者のみに限定してみると、悪性新生物の利用者は全利用者の7.3%を占めている。医療依存度の高い末期癌の利用者、難病の在宅療養者は、今後も増加していくことが予測され、訪問看護婦による医療行為の実施割合は今後さらに増加すると考えられる。

以上の実態から、今後在家において訪問看護婦が実施していかなければならない医療行為は、単に従来実施してきた行為の実施頻度が増加するのみでなく、医療依存度の高い利用者の在宅療養によって、より高度な行為の実施も加わりながら増加していくことが予測される。

西暦2000年を目指す我が国の保健医療福祉改革の重要な柱に、在家医療がある。在家医療を促進する上で、看護婦が診療の補助（訪問看護婦が行う医療行為）を正確に実施できることは重要なことである。しかし、在家看護において診療の補助行為は療養上の世話に比較して、発展が遅れていると考えられる。この理由を探り、在家医療が促進されるための訪問看護の課題を検討する。

医行為の一部は条件付きで看護婦等医事法制上の資格を有する者に委譲されている。本研究では、この医師から委譲されて看護婦が行う医療行為、これを診療の補助行為として用いる。

本研究は2つの調査方法を用いている。一つは診療の補助業務に取り組んでいると推薦された訪問看護施設とそれらの施設に指示を出している医師に対する訪問面接調査「訪問看護施設における医療行為の実施方法に関する調査」であり、他の一つは訪問看護施設設置主体者と訪問看護に関する協定を結んでいる地区医師会会員に対する調査用紙を用いた調査「地区医師会における協定書の利用に関する調査」である。

引用文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成5年老人訪問看護実態調査，老人訪問看護報告，平成7年
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成6年老人訪問看護実態調査，老人訪問看護報告，平成8年
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成7年訪問看護実態調査，老人訪問看護・訪問看護報告，平成8年
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成8年訪問看護統計調査，平成9年
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成9年訪問看護統計調査，平成10年
- 6) (財)日本訪問看護振興財団編：在宅療養に必要な衛生材料・機材等の取り扱いに関する研究報告書，1998年
- 7) 草刈淳子 他：在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究報告書，訪問看護と介護，12(7)，473-792.1997.

表1. 事業所数、利用者数の年次推移

	平成5年	平成6年	平成7年	平成8年	平成9年
事業所数	277	516	822	1374	2048
利用者数（人）	8262	18798	34093	60815	92622

表2. 1ヶ月に提供されたケアの内容

(平成5年老人看護実態調査・老人訪問看護報告 p.29、平成9年訪問看護統計調査の概要 p.10より)

	平成5年（人）	（%）	平成9年（人）	（%）
利用者数	8262	100.0	92622	100.0
1. 清潔（清拭・洗髪・シーツ交換）	5680	68.7	-	-
2. 排泄の介助	2220	26.9	-	-
3. 禽瘡の処置	1425	17.2	-	-
4. カテーテル管理	925	11.2	-	-
5. 食事の介助	596	7.2	-	-
6. その他の診療補助	562	6.8	-	-
7. 病状観察	8162	98.8	87620	94.6
8. 家族の介護指導	5644	68.3	64280	69.4
9. リハビリテーション	5344	64.7	55388	59.8
10. 服薬管理	2494	30.2	48997	52.9
11. 体位交換	1939	23.5	26860	29.0
12. 環境整備	1400	16.9	32232	34.8
13. 膀胱洗浄・導尿	374	4.5	6298	6.8
14. 検査補助	247	3.0	5094	5.5
15. 在宅酸素療法の指導・補助	182	2.2	3520	3.8
16. 本人の療養指導	-	-	66966	72.3
17. 日常生活の介助	-	-	65762	71.0
18. 創傷部の医療的処置	-	-	18061	19.5
19. 浸腸・摘便	-	-	12689	13.7
20. 経管栄養の管理	-	-	6669	7.2
21. 呼吸管理に伴う処置	-	-	3890	4.2
22. 点滴の管理	-	-	2593	2.8
23. 介護機器導入時の看護	-	-	1945	2.1
24. 人工肛門の管理	-	-	1111	1.2
25. ターミナルケア	-	-	1111	1.2
26. I VHの管理	-	-	556	0.6
27. 死亡前24時間以内のターミナルケア	-	-	370	0.4
28. CAPDの管理	-	-	93	0.1
29. その他	2042	24.7	20933	22.6

II

訪問看護施設における 医療行為の実施方法に 関する調査

II 訪問看護施設における医療行為の実施方法に関する調査

目的

本調査では、各訪問看護施設等における医療行為実施に関する考え方、医師からの指示内容と指示受け方法、医療行為の実施状況および実施に関する施設内基準等について、訪問看護施設（部門）の管理者ならびに指示を出している医師に対して聞き取り調査を行い、訪問看護における医療行為実施のあり方について検討することを目的とした。

方法

草刈らの研究報告などに見られるように、先行研究では訪問看護施設における医療行為が全国的に、行為の種類も増加していることが報告されている。本調査ではこれを踏まえて、訪問看護施設における医療行為実施への現在の取り組みとこれを促進するための課題について調査することとした。

1. 対象

在宅における看護業務に関する大規模な郵送調査を実施した先行研究を踏まえ、本調査では、訪問看護施設における医療行為への取り組みについての考え方および直面している困難、特に医師の指示との関連に関する詳細な資料を得るために、その施設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勘案し、本研究班本委員会より適当と推薦された全国 19 力所の訪問看護施設を選択した。設置主体は医療法人立 10、医師会立 4、看護協会立 3、自治体 1、社会福祉法人立 1 力所、地域では東北地方 2、関東地方 13、中部地方 1、関西地方 2、九州地方 1 力所である。

対象は、訪問看護施設の管理者 19 名と、その施設と連携し医療行為に関して指示を出している医師 15 名で、医師については、訪問看護施設・部門の管理者に、訪問看護事業に関与し、医療行為について指示を出している医師の選択を依頼した。

2. 調査内容

1) 訪問看護施設で実施されている医療行為内容の実態調査

訪問看護施設の管理者に対して、訪問看護施設で実施している医療行為の種類と実施に対する意思などに関して調べた。

2) 医療行為についての指示と、施設における実施基準に関する検討

訪問看護施設の管理者に対しては、医療行為を行うことに対する考え方、受けた指示の内容や書式、施設における実施基準など、医師に対しては、訪問看護婦に対して医療行為に関する指示を出す際に留意している点や改善すべき点などに関する意見を聴取した。

3) 医療行為実施における看護実施基準と協定書に関する検討

訪問看護施設の管理者および医師に対してそれぞれ、看護実施基準および協定書の必要性に関する意見などに関する意見を聴取した。

3. 資料収集方法

訪問看護施設管理者および医師に対し、本研究班小委員会を中心とする調査員が、個別に訪問して面接調査をおこなった。

4. 分析方法

本調査では、医療行為に関する法医学的研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」および在宅における医療行為の実態に関する研究「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する研究」を基本とし、医療行為に関する指示のあり方を中心に検討を行った。

訪問看護施設で行われている医療行為と実施に対する考え方

目的

本調査では、各訪問看護施設において実施されている医療行為の種類と、医療行為の実施に対する意思を明らかにすることを目的とした。

方法

1. 調査対象

前述した経過で抽出された全国 19 力所の訪問看護施設の管理者

2. 調査内容

1) 訪問看護施設の概要

- (1) 看護職員の雇用形態
- (2) 看護職員の医療施設内看護従事期間および訪問看護従事期間
- (3) 調査前月の訪問看護件数

2) 医療行為の実施状況

- (1) 調査前月の訪問看護対象疾患（上位 3 疾患）
- (2) 調査前月の医療行為の実施状況（上位 3 行為）
- (3) 医療行為の実施状況と実施への考え方

医療行為は、草刈らの「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究」を参考に検討し、66 項目とした。66 項目の医療行為に対し、「I 実施経験がある」「II 指示があれば実施する意思がある」「III 今後も実施する意思がない」の選択肢に沿って調査した。

さらに、その施設で実施した特徴的な医療行為に関し、具体例を挙げて実施の過程と、主治医の指示および今後の課題を調査した。

3. 調査方法

調査票に基づき、各施設を訪問し、訪問看護施設管理者に面接調査を行った。

結 果

1. 調査対象訪問看護施設の概要

1) 看護職員の雇用形態（表1）

1 施設の常勤者は2名～12名であり、3～4名が最も多いかった。非常勤者は0名～42名であり、8～9名が最も多いかった。

2) 看護職員の医療施設内看護従事期間および訪問看護従事期間（表1～3）

訪問看護婦の医療施設内看護従事期間は調査施設全体で5年以上の経験を持つ看護婦が147名（68.4%）と最も多く、次いで3年以上5年未満が47名（21.9%）となっていた。3年以上の経験を持つ看護婦が197名（90.3%）を占めていた。

訪問看護従事期間は3年以上5年未満が81名（37.7%）と最も多く、次いで1年以上3年未満が59名（27.4%）であり、3年以上の訪問看護従事期間を持つ看護婦が127名（59.1%）を占めていた。

3) 訪問看護状況（表1）

1 施設の調査前月における訪問看護件数は、開設後間もない2施設（施設K, N）は70件以下であったが、それ以外は188～887件であり、対象施設全体で平均417件であった。

4) 訪問看護施設の設置主体（表4）

調査した訪問看護施設の設置主体は、医療法人、医師会、区市町村、看護協会などであった。

2. 訪問看護施設で実施している医療行為の種類とその実施状況

訪問看護施設で実施している医療行為の種類と、その実施状況について明解な回答を得られた16施設について分析した。

1) 訪問看護施設の調査前月の対象疾患と医療行為の実施状況

(1) 調査前月の訪問看護対象者の疾患（表4）

調査前月における訪問看護対象者の疾患について上位3を調査した。その結果は、1位「脳血管疾患」、2位「悪性新生物」、3位「循環器疾患」であった。

(2) 調査前月の医療行為の実施状況（表4）

調査前月における訪問看護対象者に実施した医療行為について上位3を調査した。その結果、1位「膀胱留置カテーテル管理」、2位「褥瘡の処置」、3位「経管栄養管理・指導」であった。

2) 施設別の医療行為の実施状況（表5、6）

各訪問看護施設における医療行為の実施状況を表5に、医療行為を実施頻度の高い順に並べたものを表6に示した。

全施設が既に実施していた医療行為は、「女性の導尿」「人工肛門管理」「吸入」「在宅酸素療法管理・指導」「服薬管理・指導」「血糖測定」の6項目であった。

16施設中3分の2以上の施設が既に実施していた医療行為は、「経皮的胆管ドレナージ管理」等、全41項目であった。（表6：網掛け項目）一方、16施設のうち半数以上の施設で「今後も実施する意思がない」と述べた医療行為は、「動脈採血」「気管内洗浄」「抗癌剤のワンショット注入」であった。

しかし、全施設が共通して「今後も実施する意思がない」と述べている行為は無かった。

2) 医療行為別の実施に対する考え方（表6）

医療行為実施の意思についてみると、以下のような特徴があった。

「褥瘡壞死部の切除」では「指示があれば実施する意思がある」「実施経験がある」とした施設の合計数が「今後も実施する意思がない」とした施設の数を上回っていた。「死亡時刻の確認」については、「実施経験がある」とした施設が9施設であった。「自己腹膜灌流管理・指導」は、「実施経験がある」とした施設は4施設であったが、「指示があれば実施する意思がある」とした施設が11施設あった。

3) 各施設の医療行為実施に対する考え方（表7）

訪問看護施設によって、医療行為の実施状況ならびに行う意思の有無に違いが見られた。施設毎に見てみると、最も実施経験のある医療行為項目が多い施設では61項目であり、少ない施設では31項目であった。

また、「今後も実施する意思がない」項目が最も多いかった施設は19項目で、すべて実施すると回答した施設が2施設あった。

さらに、医療行為を行うことは、指示関係の複雑さや器材入手の困難が多いにも関わらず、経済的な評価が極めて少ないと実施の意思を低めているという意見もあった。

考 察

1. 調査施設概要

今回調査した訪問看護施設の看護職員は、5年以上の医療施設内看護従事期間

を持つ看護職が 68 %以上を占め、3 年以上とすると 90.3 %であった。訪問看護従事期間も 3 年以上の従事期間をもつ看護職が 59.1 %を占めていた。ここから、実践経験が豊かな人材によって運営されている施設を選択できているといえる。この結果は草刈らの先行調査¹⁾とほぼ同様の傾向にあった。訪問回数は施設間で差があるが、これは調査時点での対象者の状態などによるものと考えられる。

2. 医療行為の実施状況

1) 対象疾患と医療行為の実施状況

調査前月における医療行為の実施状況は、「膀胱留置カテーテル管理」「褥瘡の処置」「経管栄養管理・指導」等が多かった。その要因として、これらの医療行為は「脳血管疾患」の対象に多く行われており、本調査時点の対象疾患に「脳血管疾患」が多かったためと考えられる。

2) 医療行為実施状況

「医行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」²⁾によれば、医行為（医師の医学的判断および技術を持ってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または及ぼす虞のある行為）は、絶対的医行為と相対的医行為とに分類される。相対的医行為は、他の医療関係職種に委譲できる医行為とされており、今回の調査対象となっている医療行為の多くは、この「相対的医行為」に該当すると考えられるが、「絶対的医行為」に該当する行為も含まれている。同報告書は、医療施設外での医行為の増加という現状に合わせ、在宅医療における医行為の在り方にも言及している。それによると、在宅医療において現状で医師自らが行うべき絶対的医行為の具体例として、「胃管の交換」「静脈注射」「動脈採血」などを挙げており、その内「看護婦の静脈注射については絶対的医行為とされていたが、危険性の程度からみて相対的医行為とすべく行政上の整理が必要である」としている。

今回の調査結果では、「胃管の交換」では 16 施設中 14 施設が、「静脈注射」では 16 施設中 7 施設が、既に訪問看護婦が実施していた。この結果は、草刈らによる先行調査¹⁾とほぼ一致しており、在宅医療現場では必要に迫られ、その実施が先行していると考えられる。

また、今回の調査結果では、「胃管の交換」では「経鼻」で 16 施設中 14 施設が、「胃瘻」で 16 施設中 8 施設が、「人工呼吸器のセッティング変更」では 16 施設中 7 施設が「実施経験がある」としており、本来は侵襲的行為とされていた行為を訪問看護婦が実施していた。この要因としては、ニーズが増えたことに加えて、より安全・安楽な医療技術の開発もこれらの現状を推進していると考えられる。

例えば胃管の交換では、胃瘻の普及により手技の安全性の上昇および簡便化が

なされ、人工呼吸療法も、気管切開術をせずに実施できる鼻マスクを用いた非侵襲的な人工呼吸器が開発され、普及してきている。

さらに、先行調査^{1) 3)}において「訪問看護婦が実施する意思のない行為」として上位にあがっている「死亡時刻の確認」は、本調査では 9 施設が既に実施経験をもっていたことが明らかになった。これは、聞き取りの結果、実際に医療行為を必要としている場面が増加していること、訪問看護婦が臨機応変に対応している現状が指摘され、現場のニーズが実施を促していると考えられる。

また、「血糖測定」「在宅酸素療法」「服薬管理」「吸入」「人工肛門管理」「女性の導尿」の 6 項目について、全施設が「実施経験がある」としていた。設置主体も地域も様々な施設での調査であった事を考えると、全国的にこれらの医療行為を必要とする利用者が存在していると推測される。

草刈らの先行研究¹⁾の結果では、「個別的・具体的指示」を必要とし、研修プログラムの必要性が高いという回答が 70 % 以上だった項目として多くの項目があげられていたが、上記 8 項目中「人工肛門管理」「在宅酸素管理」の 2 項目がこれに該当していた。

しかし、多くの医療行為が行われている現状で、大きな事故が発生したという回答は聞かれず、各自の訪問看護施設が独自で対策を講じ、安全に医療行為を提供していることが示唆された。具体的には、「対象者の意思を確認し、具体的な医師の指示を、詳細に、随時確認しながら行っている」という調査対象施設の管理者の言葉から推測できた。

3) 訪問看護施設別の医療行為実施状況

(1) 医療行為実施状況および実施の意思

医療行為実施に対する意思によって訪問看護施設は以下の傾向に分けられた。

A 医療行為に積極的な施設

(a) 医療行為の需要が高く、既に実施している施設

16 施設中 9 施設では、66 の調査項目中、既に 40 以上の医療行為を実施し、一方で「今後も実施する意思がない」とした行為は 10 行為以下であった。これらの施設は設置主体や、職員数など様々であったが、対象の疾患を見ると「悪性新生物」が多かった。癌終末期の利用者では、中心静脈栄養療法などの、医療行為が多いという回答があり、利用者の疾患と医療行為への需要とに関連性があることが示唆された。これは先行研究³⁾の結果と同様であった。

(b) 医療行為の需要は多くないが、今後実施する意思がある施設

16 施設中 2 施設では、既に実施している医療行為は 34 以下であったが、「今後も実施する意思がない」とした医療行為は 10 以下であった。この 2 施設は設置主体が医療法人でない施設であり、対象疾患も合致しない。そのうち 1 施

設は「悪性新生物」の利用者が多いが、実施している医療行為は「創傷処置」が多かった。また、もう一方の施設は「循環器疾患」「痴呆」の利用者が多い施設であり、高齢者対象の訪問看護が多いと推測できる。

B 医療行為に積極的でない施設

(a) 医療行為の需要が高く、実施しているが、今以上には実施する意思がない施設

16 施設中 3 施設では、既に 40 以上の医療行為を実施しているが、「今後も実施する意思がない」とした医療行為が 10 以上あった。これらの施設は、設置主体は様々であるが「悪性新生物」の利用者が多いのが特徴であった。「実施する項目は基本的に家族が管理できることが前提である」とし、「静脈注射」等は「医師がおこなうべき」行為であると述べていた。

(b) 医療行為の需要が高くなく、今以上に実施する意思がない施設

16 施設中 2 施設は、現在実施している医療行為も 38 項目と比較的少なく、「今後も実施する意思がない」とした医療行為も 11 ある。この施設は対象疾患が「脳血管疾患」「循環器疾患」「筋骨格系疾患」で、高齢者の利用が多いと考えられる。

以上、訪問看護施設にそれぞれ特色があることが示唆された。

草刈らの研究¹⁾では、設置主体が病院基盤の方が注射などの項目で医療行為の実施が多くなっているとされているが、本調査では設置主体による違いは明確でなかった。むしろ医療法人立の施設に「今後も実施する意思がない」医療行為の数が 19 項目ある施設や、17 項目ある施設があった。

また、看護職員の数や構成と医療行為の実施状況との間には、明確な関係はみられなかった。

(2) 「悪性新生物」の対象に対する医療行為実施状況

本調査の対象となった訪問看護施設は、対象者の疾患の上位 3 位に「悪性新生物」を挙げた施設が 16 施設中 9 施設と多かった。草刈らの研究³⁾では、「悪性新生物」の利用者は「疼痛管理」や在宅での「抗癌剤の利用」「栄養管理」などの医療行為を伴う場合が多いと指摘されており、今回の調査結果とほぼ一致している。

「抗癌剤」関係の処置の経験を見ると、1 施設のみが「抗癌剤注入輸液ボトル交換」「抗癌剤注入輸液ポンプ操作」「癌化学療法の管理・指導」の 3 項目を経験している。しかし、同じ「悪性新生物」を上位に挙げている別の施設は、それらの医療行為を「今後も実施する意思がない」と述べており、対象疾患により行

う医療行為が決まってくるとは言えない。前述の3項目を実施している施設は、「癌化学療法の管理・指導」を実施する要件として「看護婦の教育が終了している」ことを挙げており、先行研究³⁾同様、「看護婦の背景」が実施する上での重要な要因として挙げられる。また「抗癌剤」を扱う医療行為に関しては、実施している施設も具体的な医師からの指示を受け、頻繁に医師と連絡をとりあつていると回答しており、「悪性新生物」の利用者に対する在宅での医療行為について、医師との綿密な連携がより必要であると示唆された。

加えて「悪性新生物」の対象者には、先行研究³⁾では、「中心静脈栄養管理・指導」を含む、多くの医療行為の実施が必要であるとの報告があり、静脈注射も55%以上の施設で行われていたという結果がある。「悪性新生物」は現在、我が国の死因の1位であり、これら「悪性新生物」の利用者が必要とする医療行為についても、条件整備が必要と考えられる。

まとめ

訪問看護施設において実施されている医療行為の種類と、医療行為の実施に対する意思を明らかにすることを目的とし、面接調査を行ったところ、以下のことが明らかになった。

1. 全施設が「実施経験がある」とした医療行為は、「女性の導尿」「人工肛門管理」「吸入」「在宅酸素療法管理・指導」「服薬管理・指導」「血糖測定」の6項目であった。
2. 16施設中、3分の2以上の施設が「実施経験がある」とした医療行為項目は、66項目中41項目であった。
3. 16施設中、半数以上の施設が「今後も実施する意思がない」とした診療の補助行為は、「動脈採血」「気管内洗浄」「抗癌剤のワンショット注入」の3項目であったが、どの施設も「今後も実施する意思がない」とした医療行為は無かった。
3. 「絶対的医行為」に分類されている「静脈注射」「胃管の交換」は、既に訪問看護婦が行っている施設が多かった。
4. 調査対象の訪問看護施設は、医療行為に関する事故は経験していなかった。その要因として、医療行為の実施に際しては、訪問看護婦は対象者の意思を尊重し、医師と綿密に連絡を取り、具体的な指示を受けながらおこなっていたためであると考えられた。

引用文献

- 1) 草刈 淳子、良村 貞子、長友 みゆき：在宅ケアにおける医師の指示と訪問看護婦の業務範囲と法的責任、平成7年度～9年度科学研究費補助金,基盤研究(C) (2) 研究成果報告書, 1998.
- 2) 若杉 長英、今井 澄、宇都木 神 他：医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究、厚生省平成元年度厚生科学研究報告書, 1989.
- 3) 草刈 淳子、長友みゆき、内田恵美子 他：在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究、平成7－8年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成（事業）研究報告書, 1997.

表1. 調査対象訪問看護施設の概要

訪問看護施設	訪問看護に従事している 看護職員		看護職員の医療施設内看護従事期間			看護職員の訪問看護従事期間			月間訪問件数	
	常勤	非常勤	~1年未満	1~3年未満	3~5年未満	5年以上	~1年未満	1~3年未満	3~5年未満	
A	4	0	0	0	0	4	0	4	0	0
B	7	9	0	1	3	12	2	5	7	717
C	3	8	0	0	3	8	0	4	7	0
D	3	8	0	1	1	9	2	6	1	499
E	4	0	0	0	1	3	0	1	2	392
F	4	0	0	2	0	2	0	2	1	250
G	4	2	0	0	2	3	0	4	0	280
H	5	42	0	2	5	35	0	0	27	15
I	3	8	0	3	0	8	0	6	4	1
J	5	4	0	2	5	2	1	5	0	295
K	3	0	0	0	0	3	0	0	0	198
L	3	0	0	0	2	1	1	0	2	478
M	7	0	0	0	5	2	0	6	1	470
N	4	19	0	2	11	10	11	6	4	70
O	5	0	0	0	1	4	1	2	0	200
P	2	數名	0	0	0	2	0	0	2	59
Q	12	0	0	0	3	9	6	2	0	512
R	3	12	0	0	1	14	2	3	4	887
S	3	19	0	2	4	16	3	3	16	864
									0	188

表2. 看護職員の医療施設内看護従事期間

従事期間	人數	
～1年未満	0	0%
1～3年未満	15	7.0%
3～5年未満	47	21.9%
5年以上	147	68.4%
不明	6	2.7%
計	215	100%

表3. 看護職員の訪問看護従事期間

従事期間	人數	
～1年未満	29	13.5%
1～3年未満	59	27.4%
3～5年未満	81	37.7%
5年以上	46	21.4%
不明	6	2.7%
計	215	100.0%

表4 訪問看護施設の設置主体ならびに利用者の疾患、医療行為の実施状況

調査対象機関	設置主体	先月の利用者の疾患		先月の診療の補助行為の実施状況	
A	医療法人	1位	脳血管疾患	1位	膀胱留置カテーテル
		2位	悪性新生物	2位	経管栄養カテーテル交換
		3位	神経系疾患	3位	褥瘡処置
B	看護協会	1位	脳血管疾患	1位	創傷部の処置
		2位	悪性新生物	2位	膀胱留置カテーテル
		3位	呼吸器疾患	3位	呼吸管理に伴う処置
C	看護協会	1位	脳血管疾患	1位	褥瘡処置
		2位	筋骨格系	2位	膀胱留置カテーテル
		3位	循環器疾患	3位	胃瘻処置
D	看護協会	1位	脳血管疾患	1位	膀胱洗浄
		2位	神経系疾患	2位	褥瘡処置
		3位	その他	3位	在宅酸素療法管理・指導
E	医療法人	1位	脳血管疾患	1位	在宅酸素
		2位	呼吸器疾患	2位	膀胱留置カテーテル
		3位	悪性新生物	3位	経管栄養管理
F	医療法人	1位	悪性新生物	1位	膀胱留置カテーテル
		2位	循環器系	2位	経管栄養管理
		3位	呼吸器系	3位	中心静脈栄養管理
G	医療法人	1位	脳血管疾患	1位	症状観察
		2位	循環器疾患	2位	投薬
		3位	神経系疾患	3位	膀胱洗浄
H	地方自治体	1位	脳血管疾患	1位	褥瘡処置
		2位	神経系疾患	2位	摘便
		3位	筋骨格系	3位	膀胱留置カテーテル
I	医師会	1位	脳血管疾患	1位	褥瘡処置
		2位	循環器疾患	2位	膀胱留置カテーテル
		3位	痴呆	3位	経管栄養管理
J	医療法人	1位	脳血管疾患	1位	膀胱留置カテーテル
		2位	循環器疾患	2位	在宅酸素療法
		3位	筋骨格系	3位	在宅中心静脈栄養・人工肛門
K	医療法人	1位	悪性新生物	1位	中心静脈栄養
		2位	脳血管疾患	2位	酸素療法
		3位	精神科疾患	3位	疼痛管理
L	医療法人	1位	悪性新生物	1位	中心静脈栄養
		2位	脳血管疾患	2位	褥瘡処置
		3位	呼吸器疾患	3位	膀胱留置カテーテル
M	医師会	1位	脳血管疾患	1位	褥瘡処置
		2位	循環器障害	2位	膀胱洗浄・カテーテル交換
		3位	呼吸器障害	3位	輸液
N	医師会	1位	脳血管疾患	1位	浣腸・摘便
		2位	神経系疾患	2位	褥瘡処置
		3位	精神科疾患	3位	吸引
O	医療法人	1位	痴呆	1位	膀胱留置カテーテル
		2位	脳血管疾患	2位	吸引
		3位	循環器疾患	3位	中心静脈栄養
P	医療法人	1位	悪性新生物	1位	
		2位	脳血管疾患	2位	
		3位	循環器疾患	3位	
Q	医療法人	1位	脳血管疾患	1位	膀胱留置カテーテル
		2位	神経・筋疾患	2位	経管栄養
		3位	呼吸器疾患	3位	吸引
R	社会福祉法人	1位	脳血管疾患	1位	膀胱洗浄
		2位	循環器疾患	2位	褥瘡処置
		3位	悪性新生物	3位	浣腸・摘便
S	医師会	1位	脳血管疾患	1位	経管栄養
		2位	悪性新生物	2位	膀胱洗浄・カテーテル交換
		3位	神経系疾患	3位	褥瘡処置

表5 訪問看護施設別の医療行為の実施状況

医療行為	訪問看護施設															
	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Q	R	S
1 女性の導尿	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
2 男性の導尿	I	II	I	I	I	I	I	III	I	I	II	I	I	I	I	I
3 自己導尿の管理・指導	I	I	I	I	I	II	I	II	I	I	II	I	I	I	I	I
4 女性の膀胱留置カテーテル交換	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
5 男性の膀胱留置カテーテル交換	I	II	I	I	I	I	I	III	I	I	II	I	I	I	I	I
6 膀胱留置カテーテル管理・指導	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
7 膀胱洗浄	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
8 腎カテーテル洗浄(腎洗)	III	II	III	I	I	II	II	III	I	II	II	II	III	I	III	I
9 腎カテーテル管理・指導	I	II	II	I	I	II	II	I	I	II	II	II	I	I	II	I
10 経管栄養の実施(流動食の注入)	I	II	I	I	III	I	I	I	I	I	I	I	I	I	II	I
11 経管栄養の管理	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
12 経鼻胃管の交換	I	II	I	I	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
13 胃ろうチューブの交換	II	II	I	I	I	II	II	I	III	I	III	I	I	I	III	II
14 経皮的胆管ドレナージ管理・指導	I	II	I	I	I	II	I	I	I	I	I	II	I	I	III	I
15 人工肛門管理・指導	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
16 人工肛門洗浄(浣腸排便法)	I	II	III	II	II	II	I	II	I	II	I	II	III	II	II	II
17 フィンガープリー	I	II	III	II	II	II	I	III	I	I	I	I	I	III	I	III
18 梅毒処置	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
19 梅毒の焼死部切除	III	II	I	III	I	II	I	III	II	III	II	III	II	I	III	III
20 創傷処置	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
21 皮下注射の実施	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	II	I
22 筋肉注射の実施	I	II	I	I	III	I	I	II	I	I	I	I	I	I	II	I
23 自己注射の管理・指導	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	II	I
24 静脈注射の準備	I	II	II	I	III	II	II	III	I	II	I	II	III	II	III	I
25 静脈注射の実施	I	II	II	I	III	II	II	III	I	I	I	II	III	II	III	I
26 点滴注射の準備	I	II	II	I	III	I	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I
27 点滴注射の実施	I	II	II	I	III	I	II	II	I	I	I	I	I	I	I	I
28 点滴交換	I	II	II	I	III	II	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I
29 中心静脈栄養の消毒・輸液セット交換	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
30 中心静脈栄養管理・指導	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
31 ヘパリンロック実施	I	II	II	I	I	I	II	I	I	I	I	I	I	III	I	II
32 吸入(ネブライザー)	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
33 排痰法(タッピング)	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
34 肺理学療法(呼吸訓練)	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
35 口腔・鼻腔内吸引	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
36 気管内吸引	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	III
37 気管カニューレ(金属)交換	II	I	II	I	III	II	I	II	III	I	I	II	II	I	I	III
38 気管カニューレ(ポーテックス)交換	II	I	II	I	III	II	I	II	I	I	I	II	III	III	II	II
39 気管カニューレ管理・指導	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
40 気管内洗浄	III	III	III	III	III	II	II	III	I	I	III	II	III	III	III	III
41 人工呼吸療法管理・指導	I	I	II	I	I	I	I	II	II	I	I	I	I	I	I	I
42 人工呼吸器セッティング変更	II	I	III	I	I	II	I	II	I	I	I	II	II	I	III	II
43 在宅酸素療法管理・指導	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
44 在宅酸素酸素量変更	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	II
45 服薬管理・指導	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
46 機能回復訓練	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
47 自己腹膜灌流灌流液交換	II	II	II	II	III	I	II	II	I	I	II	I	II	II	III	III
48 自己腹膜灌流管理・指導	II	II	II	II	III	I	II	II	I	I	II	I	II	II	II	II
49 シャント管理・指導	II	I	II	I	I	II	I	II	I	II	II	I	II	I	II	I
50 抗癌剤注入輸液ボトル交換	II	III	III	II	III	II	II	II	III	I	II	II	II	III	III	III
51 抗癌剤注入輸液ポンプ操作	II	III	III	II	III	II	II	II	III	I	II	II	II	III	III	III
52 抗癌剤のワンショット注入	III	III	III	II	III	II	II	III	III	II	II	II	II	III	III	III
53 癌化学療法管理・指導	II	III	III	II	III	II	II	II	III	I	II	II	II	III	I	I
54 痛痈管理の実施(経口・座薬)	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
55 痛痈管理の実施(硬膜外・持続皮下注)	I	III	II	I	I	II	II	II	I	I	II	II	III	II	I	I
56 バック加圧換気	I	III	II	I	I	II	I	II	I	I	II	II	I	I	I	II
57 体外式心マッサージ	I	I	I	II	III	II	II	II	I	I	II	II	II	I	II	II
58 死亡時刻の確認	I	I	II	III	III	I	III	II	I	I	I	I	I	III	I	III
59 試験紙による採尿	I	II	I	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
60 検査用採尿	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
61 検査用採糞	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
62 静脈採血	I	II	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
63 動脈採血	III	III	III	III	III	II	III	III	III	III	III	II	III	III	III	III
64 経皮的動脈血測定	I	I	III	I	I	I	I	I	III	I	I	I	I	I	I	III
65 血糖測定	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
66 心電図測定	I	II	II	I	I	II	I	II	I	I	II	II	II	III	III	II

I : 実施経験がある

II : 指示があれば実施する意思がある

III : 今後も実施する意思がない

空欄 : 無回答

表 6 実施経験の多い順に医療行為を並べたもの

医療行為			医療行為			医療行為		
I 実施経験あり	II 指示があれば実施する意思がある	III 今後も実施する意思がない	I 実施経験あり	II 指示があれば実施する意思がある	III 今後も実施する意思がない	I 実施経験あり	II 指示があれば実施する意思がある	III 今後も実施する意思がない
1 女性の導尿	16 0	0 2 3 自己注射の管理・指導	14 2	0 5 6 バック加圧換気	8 6 1	1 5 人工肛門管理	16 0	0 6 0 検査用採尿
3 2 吸入(ネブライザー)	16 0	0 4 6 静脈採血	14 2	0 3 4 2 人工呼吸器セッティング変更	8 5 3	4 3 在宅酸素療法管理・指導	16 0	0 2 0 創傷処置
4 5 服薬管理・指導	16 0	0 3 自己導尿の管理・指導	14 1	0 3 7 気管カニューレ(金属)交換	7 7 2	6 5 血糖測定	16 0	0 0 4 1 人工呼吸療法管理・指導
7 膀胱洗浄	15 1	0 1 0 5 9 試験紙による採尿	13 3	0 2 4 静脈注射の準備	7 6 3	4 女性の膀胱留置カテーテル交換	15 1	0 1 0 1 0 10 経管栄養の実施(流動食の注入)
6 膀胱留置カテーテル管理	15 1	0 1 2 男性の導尿	13 2	1 5 7 体外式心マッサージ	7 5 4	2 9 中心静脈栄養の消毒・輸液セット交換	15 1	0 4 4 在宅酸素濃度量変更
3 0 中心静脈栄養管理・指導	15 1	0 1 5 男性の膀胱留置カテーテル交換	13 2	1 3 8 気管カニューレ(ポーテックス)交換	6 8 1	3 1 経管栄養の管理	15 1	0 1 1 0 1 1 1 5 疼痛管理の実施(硬膜外・持続皮下注)
3 4 肺物理学療法(呼吸訓練)	15 1	0 1 6 檢査用接液	13 2	1 1 6 人工肛門洗腸(浣腸排便法)	5 9 2	4 6 機能回復訓練	15 1	0 2 2 筋肉注射の実施
5 4 疼痛管理の実施(経口・座薬)	15 1	0 2 7 点滴注射の実施	11 4	1 4 8 自己腹膜灌流管理・指導	4 11 1	3 6 水素吸入	15 0	0 2 6 点滴注射の準備
3 6 気管内吸引	15 0	1 2 8 点滴交換	11 4	1 4 7 自己腹膜灌流点滴交換	4 9 3	3 3 排痰法(タッピング)	15 0	0 3 1 ヘパリシロック実施
3 5 口腔・鼻腔内吸引	15 0	0 1 4 経皮的胆管ドレナージ管理	11 3	1 8 腎力テール洗浄	4 7 5	1 2 経鼻胃管の交換	14 2	0 5 8 死亡時刻の確認
1 8 横瘡処置	14 2	0 9 腎力テール管理・指導	9 2	5 1 抗癌剤注入操作	1 8 7	2 1 皮下注射の実施	14 2	0 5 2 抗癌剤のワニショット注入
			8 8	0 6 3 動脈採血	0 7 9			0 0 2 14

表7 各訪問看護施設の医療行為の実施に対する考え方

	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Q	R	S
I : 実施経験がある	48	23	38	53	43	40	46	31	53	61	44	50	42	39	46	42
II : 指示があれば実施する意思がある	13	35	17	9	4	25	18	25	3	4	17	16	18	9	6	11
III : 今後も実施する意思がない	5	8	11	4	19	0	1	10	8	1	4	0	2	17	14	13

訪問看護施設における医療行為に対する指示と、施設内基準

目的

各訪問看護施設における医療行為に対する指示の書式や内容、施設における実施基準を明らかにすることを目的とした。

方法

1. 調査対象

前述の方法で抽出した訪問看護施設の管理者 19 名および、その施設と連携し、医療行為に関して指示を出している医師 15 名を訪問し、個別に面接調査を行った。

2. 調査内容

- 1) 医療行為を行うことに対する訪問看護側の考え方
- 2) 訪問看護施設における医療行為の指示を受ける事前検討事項
- 3) 用いられている指示書について
 - (1) 用いられている指示書
 - (2) 指示書に追加している事項
 - (3) 追加事項を得るための訪問看護側の工夫
- 4) 訪問看護婦に対し、医療行為についての指示を出すことに関する医師の考え方
 - (1) 指示書に関する医師の意見
 - (2) 指示書の不足を補うための医師側の工夫

結果

1. 調査対象の概要

1) 訪問看護施設

「訪問看護施設で行われている医療行為と実施に関する考え方」で前述したとおりである。

2) 医療行為に対して指示を出している医師

医師の年齢は 30 歳代～ 60 歳代までで、40 歳代が 5 名、50 歳代が 4 名と多く

を占めていた。医師の所属は、診療所の管理者が6名と最も多く、次いで病院管理者、病院在宅医療部門管理者がそれぞれ3名づつで、診療所勤務、病院勤務がそれぞれ1名であった。

2. 医療行為を行うことに対する訪問看護側の考え方

本調査結果においては、全訪問看護施設が何らかの医療行為を行っており、今後はこれを実施する必要に迫られるであろうと予測していた。しかし、訪問看護婦が医療行為を行うことに対しては、必ずしも積極的、肯定的ではなかった。医療行為の実施に対する意見を2分類に整理してみる。

1) 訪問看護婦が医療行為の実施に積極的でない理由

(1) 医療行為の実施よりも看護本来の業務を主にすべきである。

訪問看護婦が医療行為を実施することに、積極的肯定的ではない意見としては、①医療行為は医師が行うべきことであり、看護が主とすべき業務は療養上の世話および世話によって健康を回復させていくことである、②訪問看護制度の当初の考え方では訪問看護は原則として医療行為をしないということになっているという意見があった。

(2) 訪問看護における医療行為の実施は看護本来の業務を狭め、ミニ医師を追い求める看護婦像につながるおそれがある。

訪問看護業務の中で医療行為が優先、重視されていく場合、訪問看護婦はその実施にのめり込み、訪問看護婦が「ミニ医師」になって、医師と競合的な存在になりはしないかという危惧である。

(3) 原則的に訪問看護は病状安定期で、医療行為が不要な人々を対象にするおよび基本的に家族が管理できることを前提に考える。

近年における、我が国での訪問看護制度は寝たきり高齢者などに対する訪問指導から始まっており、訪問看護婦は医療行為をしないことを原則として開始された組織も多かった。この原則を遵守している組織もある。

また、「在宅での医療行為は基本的に家族が管理できることが前提である」という考えもあった。

(4) 社会的ニーズが少ない。

訪問看護組織がある地域社会とそこにある医療機関が、居宅療養する人々は病状安定期のみであり、生命維持装置やカテーテルなどを装着している時期は居宅療養の対象ではないという考えに立っている場合がある。地域社会や医療機関が、

機器やカテーテルを装着している状態での在宅療養は行えないと考えている地域もある。例えば、機器やカテーテルを装着している状態では、医療機関が長期入院を認めていれば、医療行為を必要とする在宅療養者はきわめて少なく、訪問看護婦に医療行為を求めるニーズが少ないといえる。

また、各都道府県別の訪問看護ステーション設置率には、格差がある。おそらく、低設置率の自治体やその近接地域にある訪問看護組織では、訪問看護に対する社会的ニーズが他の地域と異なるかもしれない。

2) 訪問看護が医療行為の実施に積極的である理由

—療養者のQOLを支援する訪問看護には医療行為の実施も必要であるという考え方

訪問看護婦が医療行為を実施することに、積極的、肯定的な意見には、（1）既に、医療行為を必要とする多数の人々が退院しており、今後さらに増加の方向にある現状があり、訪問看護婦はこれらの人々を支援するために、積極的に医療行為にも取り組むべきであるという考え方や、（2）機器やカテーテルの装着をしている人々のQOL拡大には、医療行為が必要になることが多い、などがあった。

(1) 社会ニーズにそって、訪問看護組織は医療行為を行っていく方向性である。

訪問看護組織が医療行為を行っていくことに積極的であるとする理由の第一、第二は社会のニーズに対応して、訪問看護組織も実施する医療行為の種類を拡大していくべきであるという意見であった。この考え方は、本調査結果では多数派であり、積極的であるか否かを別にすれば、調査対象であったすべての組織が今後の訪問看護組織のありかたとして、社会ニーズに対応して訪問看護婦が実施できる医療行為の種類に拡大を迫られるであろうと考えていた。

(2) 医療行為の実施は療養者の意志やQOLの尊重に基づく。

本調査結果では、看護婦が医療行為を行う場合には、いずれの訪問看護組織でも医師からの指示を受けるとあい前後して、療養者や家族の承認をうけていた。訪問看護婦は医師の補佐役として診療を補助する場合であっても、療養者の意思を尊重し、彼らの生活が円滑に営めることを目的としてこれを行っているとしていた。

3. 訪問看護施設における医療行為の指示を受ける事前検討事項

各訪問看護施設では、医療行為を行うに際しては、慎重な態度があると感じられた。そして、指示を受ける前に、次のような前提を確認していた。

1) 指示を出す医師と「信頼関係」がある

全施設が、「指示を受ける医師との間に信頼関係が成立していること」を必要条件としてあげていた。

中には「最終的に、医師が責任を負うという条件下でのみ、医療行為を行う」という考え方の施設もあった。

2) 療養者・家族との「信頼関係」がある

全施設が、「療養者・家族との間に信頼関係が成立していること」を必要条件としていた。これは、医療機関内では医師が行っている医療行為を、自宅では訪問看護婦も行うことになるため、訪問看護婦はサービスの受け手である療養者・家族に実施法などよく説明し、承諾を得る必要であるという考えによっていた。

3) 安全な実施方法を査定する

療養者の病状や治療法、療養者・家族のセルフケア能力、利用している（あるいは利用可能な）社会資源、療養者・家族がどのような在宅生活を送りたいと考えているか、在宅医療サービスの提供側に対して、何を望んでいるかなどについてアセスメントし、医療・看護ニーズを査定し、起こりうる危険を予測し、それを予防・回避する対応策を講じられるかを検討した上で、初めて指示を受けることができる、としていた。

また、療養者が入院中の場合には、訪問して情報収集し、医療行為によっては医師・病棟看護婦より個別性ある方法について指導を受けている。

例えば、訪問看護婦にとって初めての医療機器や器具などの取り扱いや、最新の医療技術を要する場合には、当該療養者の入院先に出向き、個別研修を受けている。そして、どのようにすると、療養者の自宅で、訪問看護婦は安全にかつ安楽に医療行為を実施できるものであるかをきわめて具体的に検討していた。

いずれの訪問看護施設においても、指示を指示のまま、無作為に実行するというのではなく、絶えず、指示と現在療養者に生じている事象の間に齟齬がないかを査定し、指示通り実施してよいか否かを検討、判断し、必要な場合には医師に現在療養者に生じている事象を説明、報告し、協議していた。

これらのことから、訪問看護婦の知識や技術、判断力が高ければ、実施可能な医療行為の種類も拡大することができるであろうとの見解が多く得られた。

4) 医師に対し、訪問看護婦が何を行うかを明確に伝える

指示を受けるに際しては、各訪問看護施設が指示をどのように実施する予定かを具体的に説明しようとしていた。このことによって、医師との信頼関係も高まることができ、指示も具体化でき、さらに訪問看護婦は自信をもって、行動す

ることができると考えていた。

5) 緊急対応の条件を整備する

各訪問看護施設では医療行為の指示を受ける際には、事故や緊急時の対処方法（療養者の処置、医師への報告・指示、訪問看護施設管理者への連絡・報告、家族への対応等）について検討していた。これを実現するために、医療依存度が高い医療行為の指示を受ける訪問看護施設は24時間サービスを行っているべきであるという意見もあった。

6) 得意分野についての指示を選択して受ける

これは、すべての訪問看護施設での意見ではなかったが、所属する訪問看護施設が得意とする対象、例えば、癌（終末期）療養者などに関しての指示であれば受けやすいという意見があった。この訪問看護施設では、将来、訪問看護施設も機能別になるのではないか、機能分化したほうが訪問看護婦が提供する医療技術の質や、医師との指示の授受、医療機材の取り扱いなどの面から効率的ではないかという意見を持っていた。

7) 責任の所在に関して

医療行為の実施責任について、「最終的に、医師が責任を負うという条件下でのみ、医療行為を行う」という考え方の施設もあった。

その一方、「訪問看護婦の注意ミスによる事故が発生した場合には、当事者としての責任が生じる。専門職としては当然である」という意見もあった。

医療行為についてのリスクを医師と看護職双方が負っているという認識は多くの訪問看護施設管理者にあるが、この課題はたいへん大きく、今後何らかの方法で、責任の所在を明確にしてほしいという要望が出されていた。

4. 用いられている指示書について

1) 用いられている指示書

診療所の訪問看護部門を除く全施設において、診療報酬制度で示されている書式を基本として使用し、医師からの指示を受けていた。

2) 指示書に追加している事項

しかし、訪問看護施設では、この書式内容では不足するものがあると述べ、さまざまな方法を工夫して、これを補っていた。

訪問看護婦が医療行為を行う上で、指示書の記載以外に必要と指摘された内容について、以下にいくつかの具体例を示す。

①点滴等の注射（中心静脈栄養を含む）の場合

- ・注入速度
- ・薬剤使用の有無

調剤薬局を利用している場合、通常は処方箋が訪問看護施設には送付されてもない。このため薬剤が変更されても訪問看護婦がこれを知らない場合が生じている。訪問看護婦は注入されている薬剤やその変更等の情報なしには、指示を実行することはできないため、この情報入手のために、医師や薬剤師を何回となく連絡している。

- ・薬剤の種類による看護婦の滞在時間

副反応が強い薬剤の注入においては、看護婦が注入時、終始療養者のそばにいて、観察し、副反応に対応することが要求される。

- ・訪問看護婦が行うべき行為

通常の指示書には、「IVH管理」「全身状態の把握」「家族指導」などという記載であるため、訪問看護婦に求められている内容について、改めて指示を確認することが必要になっている。例えば、医師は看護婦に輸液のバッグ交換を実施するよう期待していたのに対し、訪問看護婦は、家族のセルフケアを見守り、支障が生じたときに手伝うのだと判断し、そのように行動しており、その後、医師と話の中で両者の間ににくい違いが生じていることが分かったという。医師が訪問看護婦に指示している内容と、訪問看護婦が受け止めた内容に食い違いが生じていたことは、医師の指示が的確に伝わっていなかったことである。

- ・医師からの注意事項

- ・緊急時の判断方法

医師からは、「何かあったら連絡してください」という言葉が多く使われている。しかし、「何か」とはどんな状態を指すのかが明確ではない。そのため、訪問看護婦の連絡内容に対して、医師から大したことではないことを事細かく連絡しなくともよろしいというような意見を出されたり、医師によつては同じような内容の連絡であつても、もっと早期に、詳細な連絡をするように求められたりしている。

- ・医師と療養者・家族の間でのインフォームドコンセントされている内容

治療方法などに変更がされた場合、医師と療養者・家族がどのような話し合いをし、同意されているかについて分からぬいため、訪問看護婦は変更された治療法を補助するに際して、療養者に対する安全や安楽を検討する事ができず困った経験がある。そこで、少しの変更でも察知すると、医師を訪問し、情報を得てくるようにしている。

- ・衛生材料の払い出し法

診療報酬制度では、指導管理料を請求している機関が衛生材料も処方することになっているが、薬剤の処方は出されるが、看護婦が用いる衛生材料については処方されない場合が多い。再三依頼しなければならない。

- ・ 使用する医療器材の指定

皮下埋め込み式カテーテルを用いている場合には、専用の針を使用すべきであるが、これを入手できず、翼状針を手で曲げて使用している例があった。訪問看護婦はこれを知り、カテーテルや針に関する情報を提供し、ポンプを使用してほしいなどの申し入れをした。

② 褥瘡の場合

「褥瘡処置」という指示では、変化が著しい病態変化に対応できない。

使用薬剤（創傷剥離剤や肉芽増殖剤など）や特定医療材料（デュオアクティブドレッシングやテガソープなど）の種類を適宜変更していく必要があるが、医師と看護婦が褥瘡について、共通の理解を持っていない場合には、看護婦が必要とする薬剤や材料を入手困難になる場合が生じている。

③ 膀胱留置カテーテル、膀胱洗浄の場合

次の事項を除外して、①点滴等の注射と同じ内容である。

- ・ 緊急時の判断方法

カテーテルに閉塞が発生した時に、医師に連絡しなくともカテーテル交換をしてよいと考えている医師と交換をしてはいけないと考える医師がいる。判断規準を作成しておきたい。

- ・ 衛生材料・消毒液の払い出し方法

3) 追加事項を得るための訪問看護側の工夫

看護側の工夫はいくつかあげられたが、主なものを記載する。

① 必要な項目を盛り込んだ独自の指示書を作成し、利用する。

ある訪問看護施設では、訪問看護婦が実施する項目を明確にするため、各医療行為について具体的な行動レベルでの項目を追加した用紙を作成し、主治医が療養者の個別性に合わせて選択するように工夫していた。具体的な指示を容易に得られる工夫であると考えられた。

例) 膀胱留置カテーテル

- ・ 固定の確認
- ・ 抜去に向けての援助

- ・尿量、性状の観察
- ・管理方法の指導
- ・必要時のカテーテル交換

気管カニューレ

- ・挿入部の観察
- ・ガーゼ交換
- ・体位・タッピング法の指導
- ・分泌物の吸引
- ・器具の点検、消毒指導

在宅酸素療法・人工呼吸器

- ・器具操作の確認、指導
- ・事故防止環境整備
- ・緊急時対応法
- ・全身の観察と指導
- ・経皮的動脈血酸素飽和度測定

人工肛門・人工膀胱

- ・装具の確認
- ・皮膚の観察とケア
- ・手順の確認と指導
- ・便、尿の観察
- ・装具の交換

経管栄養の管理

- ・挿入状態の確認
- ・注入内容、量確認
- ・注入の実施
- ・注入状態

② 訪問開始後、アセスメントし個別的な指示書を再度作成する

3箇所の訪問看護施設では、訪問看護婦が訪問開始後に療養者の病状やケア、療養者・家族のセルフケア、療養環境等に関するアセスメントを行い、これをもとに医師と面談し情報交換を行っていた。したがって指示は個別的でより詳しい内容となる。しかし、看護側の記録は詳細になるが、書類化されることはない。

口頭指示になりやすい。

在宅における医療行為の指示を得るまでの経過を図1に、その実施の実際例を図2に示した。

訪問看護施設側がそれまでのサービス対象者で経験してきた看護や悪化予防法についての蓄積を、新しい対象者のニーズと検討し、新しい対象者に適すると考えられる計画として立て直し、これをもって主治医との協議に望んでいた。

例えばある訪問看護施設では、褥瘡の処置を依頼され、感染を起こしていると判断された場合には、医師に特別指示書の発行を依頼し、2週間（休日も含めて）は毎日訪問看護婦が訪問し、その施設内での計画に沿って処置を行っている。そして家族介護者のケア能力をアセスメントし、家族が実施できる状態まで褥瘡が回復した判断したと時点で、家族に引き渡すなどの施設内での実施要領に基づいて医療行為を実施していた。そして、実施方法について協議を行う。医師が指示するやり方と訪問看護施設でのやり方が折り合わない場合には、指示を受けることを断る場合もあるとのことであった。

訪問看護施設側が主体的にニーズに合わせて、指示を具体化して、その後、医師と協議していることが分かる。

③ 施設内における看護手順書を作成する

訪問看護施設において医療行為別の看護手順書を作成しているところがあった。行為としては、「吸引」「M R S Aへの対応」「疥癬」「死後の処置」などがあった。これは看護婦にとって、判断を容易にし、事前指示としての役割も果たしている点で利用価値がある。

④ 医師と連絡する機会を頻回に作る

面談、電話、FAX等によりできるだけ多くの回数、連絡できるように工夫し、必要な指示を得ていた。

医師と訪問看護婦が面談し、作成した個別の指示は必ずしも医師が正確に記載しているとは限らない。本調査の面接結果では、なかなか医師は書面にしない場合や医師は書くことが面倒だといわれる場合がほとんどのようで、訪問看護婦はしかたなく、その場にある広告用紙の裏でも何でも用いて、医師に要点のメモをもらうとか、看護婦が記載し署名をもらうなどし、さらにこれも困難な場合には、訪問看護記録に記載を残しているという現状であった。

在宅療養者の病態は、次第に複雑で深刻化している。例えば、悪性新生物療養者の末期状態では時々刻々と病態が変化する場合もある。人工呼吸器装着者では、呼吸器の事故により、一瞬に病態が深刻化する場合もある。このような場合はたしかに、緊急対応ではあるが、事前に、予測して対応を取り決めておくことがで

きるものである。このような予測的指示に関しても看護婦は、看護婦側からの提案によって協議している。

けれども、医師によっては、救急車を依頼して病院に連れて行くようにという一般的な指示になる場合もある。そこで、看護婦側は搬送する先の医療機関はどこにするか、事前に医療機関に連絡をしておいてよいか、その場合の方法、搬送するまでの処置内容などを確認し、メモでもよいからと、文書化するための努力をしていた。

5. 訪問看護婦に対し、医療行為についての指示を出すことに関する医師の考え方

訪問看護施設に対し医療行為についての指示を出している医師の意見である。

1) 指示書に関する医師の意見

面接した医師全員が、在宅医療においては訪問看護と協力することが重要であると述べていた。医師は訪問看護ニーズをもつ患者がいた場合には、まず、どこの訪問看護施設に依頼するとよいかを検討する。しかし、ほとんどの医師が、訪問看護施設の力量を知る資料がないため、依頼すべき訪問看護施設を選択する判断に困っているという意見であった。現状では、「訪問看護婦あるいはステーションにより、医療行為ができる範囲や能力に差があり、それがわからないために、どこまで指示を出してよいか分からぬ」ということであった。

ついで、「訪問看護報告書を読んでいて、どういう視点で、何に注意して看護しているかがわかりにくい」という意見もあった。

医師も看護婦と同様、看護婦との信頼関係を重要視しており、力量が分からぬ看護婦には医療行為の指示を出したくないという意見も少なくなかった。このような背景があるためか、同じ組織や病棟で働いた経験をもつ医師と看護婦の組み合わせでは、円滑に医療行為が行われていた。

医師は訪問看護婦に「信頼関係」と「状況判断能力」を求めており、これは草草刈らの研究³⁾と同様の結果であった。「信頼関係」に関しては、訪問看護婦は医師との間で信頼関係を形成できる力とともに、療養者や家族との間に信頼関係を形成する力が重要であると強調する意見が多かった。

「状況判断能力」には、「医師が指示を出した時と、看護婦が実施する時点での療養者の病状の変化をアセスメントし、すでに実施されている指示を実施すべきかどうかを判断し、必要に応じて、主治医に連絡し、確認すること」や「療養者や家族の言動から、彼らが本当に望んでいることを読みとること」などが含まれていた。これは、在宅医療では、療養者と医師あるいは看護施設との距離が離れていることから、指示を出す時点、指示を受けた時点、そして実施する時点にタ

イムラグが生じることを理解していることや、療養者や家族の生活や意思を尊重し、常に確認していく姿勢が求められていることを訪問看護婦が理解し、的確に行動することをもとめていると考えられる。

どういう視点で、何に注意して看護しているかがわかりにくいという意見に対しては、例えば、看護婦がなぜ、投与されている薬剤について知りたいのか、知り得た情報をどのように利用したのかなどの思考過程を示す必要がある。

また、医師が意図する医療行為を訪問看護婦が確実に実施できるような指示のあり方については、医師の組織として今後検討していくという意見もあった。

杉並区医師会では、医師会として、医師が意図する医療行為を訪問看護婦が確実に実施できるような指示を検討し作成していた。

2) 指示書の不足を補うための医師側の工夫

指示を出す上で医師が行っている工夫としては、以下の点が挙げられた。

- ①指示書の他に、訪問看護婦に電話などで情報を密に得て、細かな指示を出すよう工夫している。これには時間と労力がかかる。
- ②診療報酬制度上の指示書を基本に、さらに必要な指示を文書化して追加している。

必要な指示を箇条書きにしたものや、具体的な数値を用いて処置内容や報告すべき基準を示したものなどがあった。詳細な個別的な指示は、初めてその訪問看護施設を利用するとか、初めて人工呼吸器装着者の在宅療養を始める場合などは、この様式が多く用いられていた。

- ③先を予測した指示を出すようにしている。
- ④緊急時に連絡あるいは訪問できる態勢を作っている。
- ⑤往診記録は訪問後、すぐにFAXで送っている。

考 察

在宅における医療行為に関する考え方および指示の現状について、訪問看護施設の管理者ならびに指示を出している医師に対して面接調査を行った。その結果、訪問看護婦が在宅において医療行為を実施することについての訪問看護施設管理者の考え方は必ずしも積極的、肯定的ではなかった。また、指示書に記載されている医療行為の指示内容、指示の授受の方法はさまざまで、看護職・医師側双方が個別の努力を行っていることが明らかになった。

1. 在宅における医療行為実施についての背景

1) 在宅における診療の補助業務と療養上の世話との関係

訪問看護業務において医療行為が重視されていくと、訪問看護婦がその実施にのめり込み、「ミニ医師」になっていくという指摘があった。かつての看護婦がそうであったように、医師の業務に近い仕事をすることによって、看護婦として成功したかのように錯覚する風潮から脱皮し、本来の看護婦の業務を検討し、体系化し、理論化していくことを重要視すべきである。既に、札幌麻布神経病院での看護婦の実践成果のような成果が、訪問看護婦の実践事例においても得られ始めており、医療行為を実施しなくても、療養上の世話が適切に行われば、健康を改善し、寝たきり状態から活動的な日々を得られるようになった事例を提示できる訪問看護組織がある。訪問看護婦はこのような実践を大切に積み上げていくことが看護の本래的な在り方ではないかという主旨である。この考え方は医療行為を実施していく場合、看護婦にとって極めて重要視すべき視点であり、忘れてはならないことである。今後は、この視点に立つ研究も盛んにしていかなければならぬ。

本調査結果では、看護婦が医療行為を行う場合には、いずれの訪問看護組織でも医師からの指示を受けるとあい前後して、療養者や家族の承認をうけていた。訪問看護婦は医師の補佐役として診療を補助する場合であっても、療養者の意思を尊重し、彼らの生活が円滑に営めることを目的としてこれを行っているとした。

在宅療養において、各種の機器やチューブを装着している場合、装着している機器やチューブに関する事故も決して少なくはない。在宅人工呼吸器装着者の場合にはその 65.9 %が 1 年間に 1.6 回、事故に遭遇しているという研究報告¹⁾がある。訪問看護婦は、これらの事故を予防するために、日々の点検などによって、機器類の管理も担当している。また、事故発生時には、療養者からの連絡を受ける場合が多く、早急に対応できるよう必要な連絡網を作り、準備を行っている。

在宅療養者は自宅内生活に慣れてくると、さらに QOL を追求して、自由な外出を臨んでいく。実際、人工呼吸器を装着している療養者では、3 年 8 ヶ月間に、54 回外出し、宿泊を伴う地方旅行を行っている人もある²⁾。他の療養者でも飛行機や新幹線、電車、バスを利用して上京し、患者組織代表として、厚生大臣に会見している人たちもいる。これらの外出中に、装着している機器に関連する事故への遭遇は、在宅内での事故遭遇に比較して頻度が高く、それによって生じる健康問題も前者がより深刻であるという研究報告がある。在宅療養者の QOL を向上させるためには、このような従来行われなかつた療養者の活動に対しても、支援することが医療者側に求められていることは当然である。例えば、膀胱にカテーテルを留置している場合では、体動によって自然抜去が生じることもある。

このような場合に、居合わせた訪問看護婦が再挿入することが許されていれば、療養者はこのトラブルに大きな支障を受けることなく、外出を続行できる。この場合における、看護婦が行う医療行為は診療の補助業務という目的ではなく、療養者のQOLを向上させるという目的である。

訪問看護婦の在宅療養者に対する医療行為を実施する目的は、診療の補助と療養者のQOL向上を図るという二つの目的を挙げることができるが、いづれも在宅療養者の意思やQOLを尊重している活動であり、ミニ医師を目指しているのではないと考えられる。

2) 看護婦と医師との信頼関係

医師側では、医師から見て訪問看護施設および訪問看護婦の力量が不明確で、どこ（誰に）指示を出すのが適切であるかを判断する根拠が少ないとし、その制約のなかで、訪問看護婦の能力を査定し、区別して指示を出す努力をしていた。その要件は、同じ医療機関内での協働の経験や、以前に在宅療養者にサービスした際に連携した経験があるなどの経験に基づくものが多かった。これは、看護婦の技術力（訓練された正確な技術）と、病棟でともに働いた医師の判断力を理解しているという予測、看護婦の人間性や医師との人間的なつながりで構成されていると推測される。

そして、連携がとれている訪問看護施設以外には、責任が重い医療行為を頼みたくないという意見も多かった。この背景には、医師側は医療行為の指示を出した責任をもつため、看護婦がどの程度の技術力をもっているか、看護婦がどのような手順や判断をもって医療行為を行うのかに不安や心配があり、それらを把握できない場合には指示を出したくないという思いがあることも理解できた。

一方、看護側でも療養者からの依頼時に主治医が決定されていない場合は、できるだけ個別的な共有経験を持ち信頼関係が成立している医師を主治医とするよう希望している事が分かった。

主治医と看護婦、両者にとって、現在の医療行為の指示を授受する関係の基本は個別的な体験によって築かれている信頼関係であると考えられた。

2. 医療行為に関する指示内容と指示の文書化

千葉大学看護学部草刈教授を代表研究者とする研究班では、全国の訪問看護ステーションなどの訪問看護婦への調査で、看護側からみた医師の指示に関する意見をまとめている³⁾。最も多かった意見は「医師の具体的な指示が必要、あるいは欲しい」であり、具体的な内容としては「対象者の観察および看護上の判断をするために必要な検査結果、対象者に処方されている薬剤、対象者の特徴」であった。医師から受けた指示に対して困難を感じる場合には「医師の指示が適切で

ないと考えられる場合」「医師の指示はあっても、治療方針や予後が記載されていないために、医師がどのように対象者を捉えているかが分からず、指示の実施に不安が生じる場合」などがあった。

現在、診療報酬制度上で重症加算請求で使用されている書式は、「在宅酸素管理」というように「○○管理」という用語が用いられている。多くの場合、この項目に○印がつけられて、主治医の指示とみなされている。しかし例えば、「在宅酸素管理」の中には、下位項目として酸素流量の変更、モニターによる末梢血中酸素飽和度測定、器具の点検などがあげられるが、これらが含まれているか否かは明瞭ではない。

前述の「訪問看護施設で行われている医療行為の実施と実施に関する考え方」の調査結果では、それぞれの医療行為の下位項目の実施経験は異なっている。これは、主治医がある訪問看護施設に対して人工呼吸器装着者の訪問看護を指示する際、詳細な療養者の病態とその経過、現在の治療方針とその内容、今後の治療方針そして訪問看護婦に実施してほしい行為、緊急対応法を書き記して送付していること、同時に訪問看護施設は主治医の指示書の入手と並行して、主治医との信頼関係を築きかつ詳細な具体的な指示を得るために主治医を訪問していることからもわかるように、両者が「管理」の下位項目の必要性を協議の上で選定して、これにしたがって訪問看護婦が実施しているためであろう。個別具体的な指示とはこのようにして作成された内容を指すのであろうか。

「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」⁴⁾は我が国において在宅サービスを制度化する時期になされた研究で、それによれば、医療施設外の医行為における相対的医行為（医師の指示下に、医事法制上の資格を有する者によって行われうる医行為）と医師の指示について、さらに医学的な検討が必要としながらも、具体例として包括的指示による医行為には、安静度、食事指導、理学療法、浣腸、経管栄養法管理、膀胱留置カテーテル交換、膀胱洗浄、導尿、人工肛門管理、吸引、ネブライザー、包帯交換、褥瘡管理が、具体的指示による医行為には、静脈採血、心電図、与薬（経口、経鼻、経皮、膀胱内）、注射（皮下、筋肉）、点滴の交換、生命維持管理の操作（在宅酸素、人工呼吸器、自己腹膜灌流）をあげている。

しかし、結果で述べたように今回の調査では、包括的指示にあげられた医行為のうち、褥瘡、膀胱留置カテーテル、膀胱洗浄、人工肛門、経管栄養の管理などについては、前述したとおり、その実施に至るまでの過程において、主治医との信頼関係を築きかつ詳細な具体的な指示を得るために、両者が「管理」の下位項目を決定する協議を行っていた。

これらのことから、「法医学的研究」で提言されていた「在宅医療では、医療施設外においての医師と医療従事者によるチーム医療は医療施設内に比し重要に

なると考えられ」「指示及び報告についてのシステムのあり方検討するとともに、書面の様式を定める等の対応」を早急に検討し、構築していく必要があると考えられる。

3. 訪問看護施設における医療行為の実施基準

訪問看護施設がもっている医療行為の実施基準に特徴があることが分かった。これは、大きく3つに大別された。

(1) 訪問看護施設と指示を出す医師が所属する施設の設置主体が同じ場合

同系列の医療機関にいる医師から指示を中心に受けている施設が多くみられた。指示の形態は包括的指示が多いのが特徴であった。

医療行為が包括的な指示で可能である背景には、①医師が訪問看護婦の能力（判断や技術が正確であることに加えて、療養者と信頼関係を形成する力など）を把握していること、②医師が訪問看護婦に任せるべき医療行為の範囲（看護婦がどこまで判断・実施するか）が明確となっていること、③最終的な責任は医師が持つという合意が医師・訪問看護組織間であること、④医師との連絡を密に行う態勢（特に面談での協議やカンファレンス開催が容易であった）があることなどが要因として考えられる。

しかしこれは、訪問看護施設全体からみると、きわめて限定された条件の施設において実施できる方法といえよう。

(2) 独立型訪問看護施設の場合

訪問看護施設が独立しており、近在の複数の病院や診療所にいる医師からの指示を得ている場合である。

訪問看護施設側がそれまでのサービス対象者で経験してきた看護法や悪化予防法についての蓄積を、新しい対象者のニーズに対して検討し、新しい対象者に適すると考えられる計画として立て直し、これをもって主治医との協議に望んでいた。

これらの施設で行われていた指示の受け方は、多くの経験から看護計画や治療法、悪化予防法を標準化し、この標準計画を基軸に新しい対象に対する個別性を検討して、個別実施計画を作成するものである。合理的な方法を用いていると考えられる。しかし、残念なことに、これらの施設の多くが、経験則に基づく標準計画を文書化していないとのことであった。

それぞれの訪問看護施設内で医療行為についての実施基準や実施要領を文書化し、これに基づき指示を得ていくことができれば、看護婦の行為やその判断について、医師からの理解も得られやすくなるであろう。

(3) 事前に協定を結んでいる場合

訪問看護施設の設置主体である区または社会福祉事業団と、区（市）医師会とが訪問看護に関する協定をとり交わしているところがあった。協定内容は医療事故の責任の所在に重点が置かれているものであったり、事故責任に加えて医療行為の範囲を決めているものもあった。

このような方式の実施は未だ少ない。しかし、事前協議は医師会のような複合てきな組織との関係を明確にするものとしては有効であろう。ただし、協議事項はあくまでも一般的なものであるから、医療のように個別性が強く、進歩が早い業務については、当事者間で幅をもつ運用ができるよう作成することが今後の検討課題と考えられる。

4. 訪問看護婦施設の専門（機能）分化について

訪問看護婦は医師とは異なる職分をもつものであるから、看護独自のサービスを追求することが重要であることは言うまでもない。本調査結果では、さらに看護独自のサービスを追求することが先行するという考え方をとり、訪問看護婦が実施できる医療行為の実施種類の拡大を希望していない訪問看護施設があった。

同時に、実施できる医療行為の種類を拡大しているまたは拡大していくとする施設があった。これらの施設では、対象者の疾病の種類にも特徴があり、それぞれの対象の状態によって、看護サービス（医療行為）の種類に相違がみられた。例えば、対象者に癌終末期療養者が多い施設では、疼痛管理に関する投薬や坐薬、注射が多く用いられていた。

これらのことから、今後は、訪問看護施設においても、その地域社会のニーズや、各訪問看護施設の目的や設置者・管理者の考え方に基づき、独自性あるサービス、例えば、A訪問看護ステーションは癌終末期療養者の看護サービスを行い、B訪問看護ステーションは人工呼吸器装着者看護サービスを行うというように、各訪問看護施設が専門（機能）分化していくことも予想される。

まとめ

各訪問看護施設における医療行為に対する考え方や、指示の書式や内容、施設における実施基準を明らかにすることを目的とし、訪問看護施設管理者ならびにその施設に指示を出している医師に対し面接調査を行い、以下の点が明らかになった。

1. 全訪問看護施設が、今後は医療行為に対するニーズが多くなるであろうと予測していた。しかし、訪問看護婦が医療行為を行うことに対しては必ずしも積

極的、肯定的ではなかった。

2. それらの主な意見では、訪問看護婦は医療行為の実施よりも本来の療養上の世話を主にすべきであり、ミニ医師の追求となることを危惧するものであった。
一方、療養者のQOLを支援する上では医療行為の実施も必要であるという肯定的な意見があった。
3. 訪問看護施設における医療行為を行う上で課題として、1) 医師との信頼関係の形成が個別的経験に依存していること、2) 現状で用いられている指示書では指示内容や具体性に不足を感じていることなどが指摘された。
4. 医師側では、訪問看護施設の方針やサービス内容、訪問看護婦の力量、判断方法、実施手順などが明確でないため、個人的な共働経験をもとに、施設に対し指示を出していた。
5. 看護婦、医師とともに、現在の指示書だけでは不足とし、これを埋め合わせるために、両者ともに、個別的に情報入手や実施方法などに多くの労力を用いていた。両者が行っている交流のための労力は、時間的にも膨大であった。
6. 訪問看護施設における医療行為の実施基準には特徴があり、多くの経験による蓄積から施設内での看護基準を持ち、さらに新しい対象の個別性を検討して、実施計画を作成し、これをもとに医師との協議に望んでいる例もあった。また、訪問看護施設（看護側）が基準を作成し、これを医師会と協定している例もあった。
7. 今後、地域社会のニーズや各訪問看護施設の目的や設置者・管理者の考え方によって、独自性のあるサービスを行う訪問看護施設が増加し、専門（機能）分化していくことが予想された。

引用文献

- 1) 小倉朗子：在宅人工呼吸療法における人工呼吸システムのエラーに起因する療養者健康障害の発生状況に関する研究，お茶の水医学雑誌，46巻1号，13-24，1998.
- 2) 水野優季、川村佐和子、数間恵子、牛久保美津子、天野志保：人工呼吸器装着者の行動範囲を安全・安楽に拡大するための看護支援について，東京医科大学医学部保健衛生学科第6回卒業研究集録，264-269，1998.
- 3) 草刈 淳子、長友みゆき、内田恵美子 他：在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究，平成7－8年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成（事業）研究報告書，1997.
- 4) 若杉 長英、今井 澄、宇都木 神 他：医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究，厚生省平成元年度厚生科学研究報告書，1989.

図1 <訪問看護において医療行為の指示を得て、実施に至るまでのプロセス>
(療養者が入院から在宅療養に移行する場合)

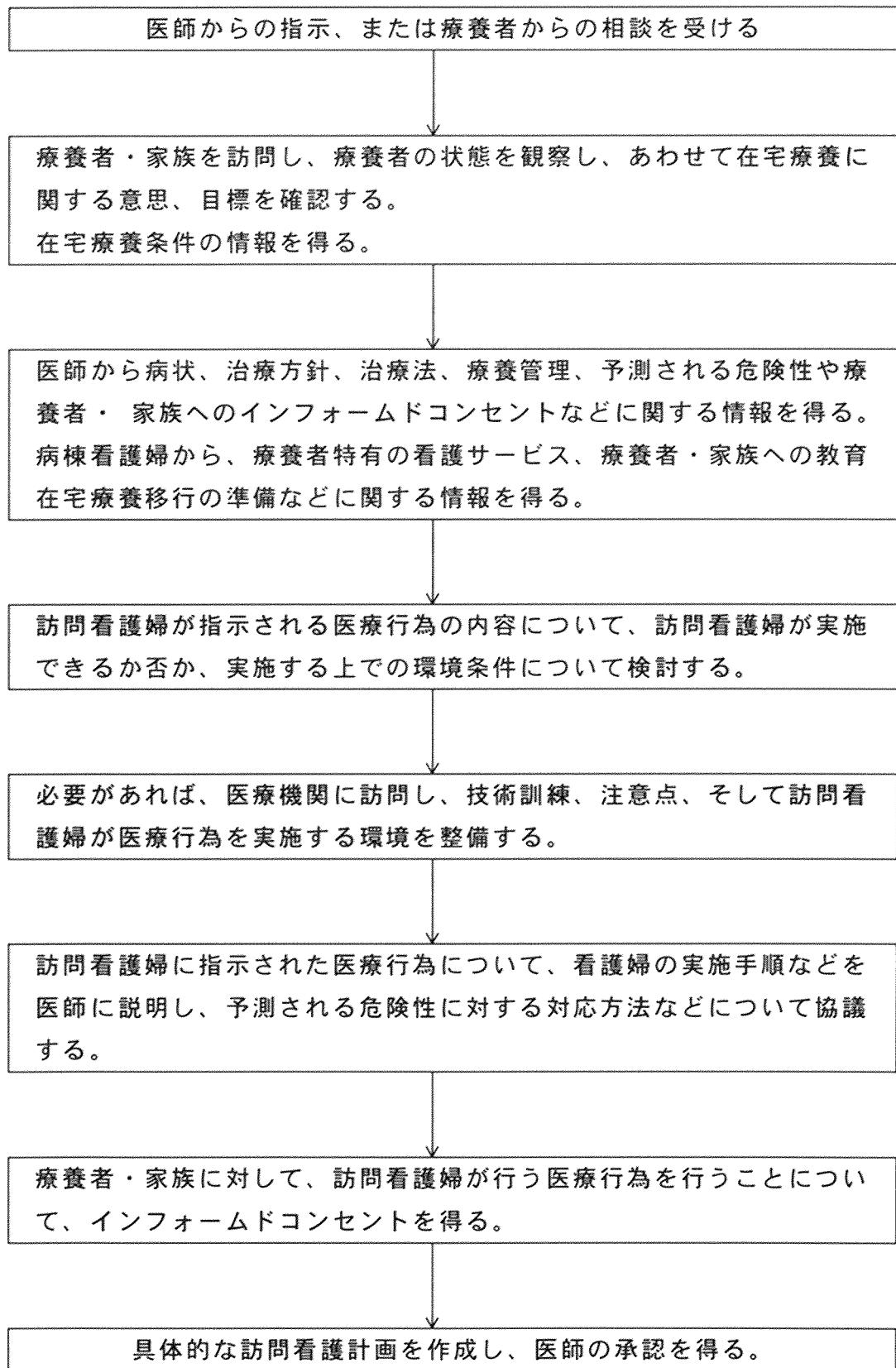
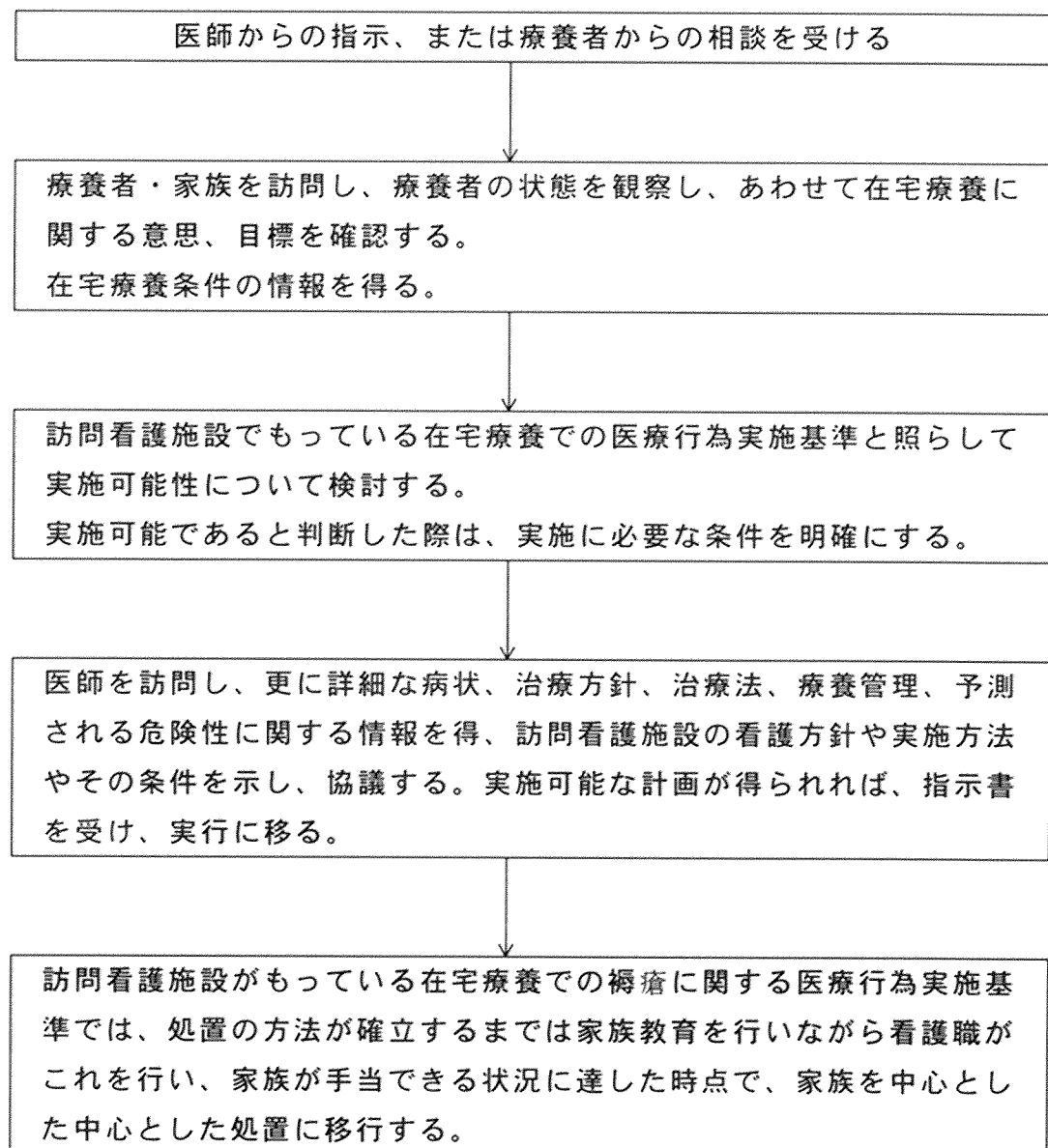


図2<感染している褥瘡処置に関する施設内基準をもつモデル：施設Bの例>



医療行為実施における施設内基準と組織間協定書

目的

本調査では、医療行為実施における訪問看護施設内の実施基準ならびに医師・看護の組織間協定の必要性を検討することを目的とした。

方 法

1. 調査対象

前述の方法で抽出した訪問看護施設（部門）の管理者 19 名および、その施設と連携し、医療行為に関して指示を出している医師 15 名に面接調査を行った。

2. 調査内容および方法

訪問看護施設管理者、医師を訪問し、個別に面接調査を行い、以下の点に関する意見を聴取した。

- 1) 診療補助における訪問看護施設内の実施基準の必要性に関する意見
- 2) 医療行為における医師・看護婦の組織間協定の必要性に関する意見

結 果

1. 調査対象の概要

訪問看護施設管理者および医師の概要は、「訪問看護施設で行われている医療行為と実施に関する考え方」ならびに「訪問看護施設における医療行為に対する指示と、施設内基準」で前述したとおりである。

2. 医療行為に関する訪問看護施設内の実施基準の必要性

訪問看護婦が在宅において医療行為を実施するうえで、施設内における実施基準の必要性について、訪問看護施設管理者および医師から意見を聴取した。その結果、18 名の看護婦ならびに 15 名の医師から回答があり、表 1 に示すように看護婦、医師ともに施設内での実施基準が必要であると述べている意見が大半であった。

1) 「基準は必要」であるとの意見（表2）

医療行為を行う上で、実施基準は必要である回答した訪問看護婦側の意見をみると、「医療行為について医師との共通理解が得られやすくなり、これを基に、より具体的な指示を得ることができる」「訪問看護婦が何を行っているのか医師への説明が容易になる」など医師との関係について述べているものが6人と最も多く、次に「訪問看護婦が医療行為を実施する際の判断の根拠が明確になる」「複数の訪問看護婦が、常に看護基準・手順を統一させておく必要がある」など訪問看護の質の管理・向上に関する意見が4人から聞かれた。また、「基本的なものを作成し、療養者個別に応じて運用が可能なようにする」「医師・患者・家族・看護職と共有できるのがよい」など実施基準の活用に関する意見も聞かれた。「基準にとらわれすぎ、その他のことを見落としあるのではないか」という意見もあった。

医師側の意見では、12名の医師が医療行為に関する実施基準は必要であると述べていた。「訪問看護組織の水準を判断する資料として有効である」など主治医として指示を出す訪問看護施設を選択する際に活用できるとする意見や、「施設内基準によって訪問看護婦と共通認識や意思の統一を図ることができる」など訪問看護婦との共通理解に役立つとした意見が、それぞれ2名の医師から聞かれた。

2) 「基準は不要ない」との意見

訪問看護婦側では、実施基準は不要であるという意見は聞かれなかった。一方、医師側では、基準は不要であるとの意見が2名の医師あり、「ケースバイケースなので主治医と話し合うことで解決できる」などの理由であった。

2. 医療行為実施における医師・看護婦の組織間協定の必要性

訪問看護婦が在宅において医療行為を実施するうえで、医師と訪問看護婦の組織間における協定の必要性について、同様に意見を聴取した。その結果、17名の看護婦ならびに15名の医師から回答があり、表3に示すように看護婦、医師共に不要であるとの意見が、必要であるとの意見を上まわった。

1) 「協定は必要」であるとの意見

本調査の結果では、2箇所の施設がすでに訪問看護組織として医師会との間に協定書をとり交わしていた。

必要と答えた医師側の意見には、「（損害賠償責任の項目について）指示を出した医師に責務があるのは当然である。協定は必要である」「訪問看護婦が行う医療行為の範囲が明確になり、主治医として指示を出しやすい」など看護婦側よ

りも積極的にその必要性を述べいた。

2) 「協定は不要」であるとの意見（表4）

訪問看護婦側から、「あまり細かく取り決めることによって、訪問看護婦の行動が制限される」「医師の指示が画一的になる可能性が大きい、医師との頻回の面談や具体的な実践場面で、医療行為内容を実際に即して変更する方法がよい」など訪問看護活動が協定によって制限あるいは拘束されることを危惧する意見が聞かれた。また、「医師、看護婦、利用者との間に合意があれば個別的なので必要ない」や「協定書があるから（訪問看護婦に）責任を追求されないということにはならない。当事者責任はまぬがれない」とする意見もあった。

協定書は不要と答えた医師側の意見を見ると、看護婦側の意見とほぼ同様であった。「訪問看護婦は拘束され、臨機応変の動きが出来なくなる」「協定範囲外の行為について指示を出すことが難しくなる。協定書は、保助看法の上にまた屋根を作るようなものであり、看護活動の範囲を規制することになる」など協定書という規制によってかえって訪問看護活動が制限されると危惧する意見が4人の医師からあった。

考 察

Home Infusion Therapy 研究会（代表世話人岡田正大阪大学医学部教授）では、1996年に、「在宅医療普及のための提言を」¹⁾をまとめ、その中で、訪問看護婦の役割については、a) 患家においてナースとして実施可能な手技範囲が不明確、b) 在宅医療を遂行する上で医師とナースの役割分担が不明確、c) 医師の指示、責任範囲が不明確、d) 他の専門職との役割分担が不明確などを指摘している。つまり、訪問看護における医療行為に関しては、指示を出す医師と同じ室内にいられる条件がないところで行わざるを得ないのであるから、訪問看護婦の手技や分担する範囲を明確にし、看護婦自身が責任を持ってまとめ役を担い、医師の指示を受けて、これを安全に実施することが必要であるという指摘である。

現状の在宅医療において、訪問看護婦に提示される主治医の指示は、主治医が
1) 看護婦の能力を査定し、2) その能力に応じた相対的医行為を定め、3) 医師又は歯科医師の指示、指導監督の下にあるとみなされる、医師の面前かまたは医師と同一室内であることが要求されることになる。しかし、実際の在宅医療では医療行為を実施する場が居宅等であり、医師と同一家屋内にいることは不可能である。もはや、このシステムを用いて、訪問看護婦が居宅で医療行為を行う条件を拡大することは不可能に近い。このことは「在宅医療促進のための環境整備に関する研究」報告書²⁾において、指摘されていることと共通する。

本調査の結果では、看護婦、医師の多くが、訪問看護婦が在宅において医療行

為を行ううえで、施設内における判断規準（プロトコール）が必要であると述べていた。これは、訪問看護婦が医療行為を行う際の判断の根拠が明確になることで、医師との共通理解が促進され、指示の授受が容易になる、さらに在宅医療の質の保証につながるとの理由が主であった。

また、看護婦・医師との組織間の協定に関しては、本調査では必要でないとする意見が多くあった。そこでは、協定書における医療行為の範囲や、事故が起きた場合の責任について述べられているものが多く、特に医師の側からは、医療行為を文書で規定されることにより、主治医側として協定範囲外の医療行為について指示を出すことが困難になるなど、訪問看護婦の医療行為の実施が制限されることを懸念するものであった。

しかし一方で、本調査対象のなかには訪問看護施設（看護側）が基準を作成し、これを医師会と協定している例もあった。後述するが、杉並区医師会では、医師会側がこの基準を作成し、訪問看護組織の設置主体である区と協定を結び、それに基づいて、訪問看護サービスが行われている例であった（「地区医師会における協定書の利用に関する調査」）。杉並区医師会の実践的な医師たちは、主治医として看護婦の判断規準（プロトコール）や実施手順（マニュアル）を事前に知り、それをを利用して訪問看護婦に指示を出せることを利点として述べていた。そして、訪問看護施設主体と地区医師会に交わされている協定書もその地域の標準を知る手がかりとなり、訪問看護施設に共有される基準と同様の意義を持って利用される可能性も考えられる。これらは、個別的な医師と訪問看護施設や訪問看護婦との間を個別経験的な関係から客観的な関係に組織化するものといえる。

本調査の回答者であった一人の看護婦は、カナダにおいて長年訪問看護に従事してきた経験を持っていたが、政府などから標準プロトコールが提示されており、各種の基準書を基にそれぞれの訪問看護組織が組織の基準書を作成し、サービスにあたっていたという。個別組織で文献や新しい情報を収集し、それらを検討して基準書を作成することは困難が大きいが、学術団体や国、地域などで、基本となる基準書を作成してくれれば、それに基づいて行為でき、安心してサービスにあたれるという意見であった。

1970 年代の米国では、同じような課題に直面し、医師と看護婦の新しい関係を見出すための検討会が設けられている。米国では、1960 年代に、「看護教育に関する審議会（the National Commission for Study of Nursing and Nursing Education）」の勧告の結果、米国医師会および米国看護婦協会は「医師と看護婦の共同作業に関する審議会（the National Joint Practice Commission³⁾」を後援し、この審議会で、医師と看護婦の共同作業のモデル事業を実施して、相互のよい関係を樹立する第一歩を踏みだしている。我が国でもこのような試みを必要とする時期にきていると考えられる。

在宅医療の規準は、原則として学術的な情報に基づいて作成されることが当然である。学術的な最新の情報によって、絶えず再作成されている必要性もある。訪問看護婦が行う医療行為は在宅医療の一部であるから、同様に学術的な情報に基づいて作成される必要性がある。そこで、筆者らは図1のような基準作成プロセス⁴⁾を提案している。このプロセスは、1) 学術組織は最新の学術的情報を用いて基準（学術基準と名づける）を作成する、2) 各訪問看護組織は学術基準を活用して、その組織の目的や提供するサービスの特徴、行政指導や診療報酬制度上の基準などを取り入れて修正し、組織の独自な基準を作成する（組織内基準と名づける）というものである。この組織基準は、学術的情報や行政上の指導や各種制度の変更などによって、絶えず変更していくものである。

組織基準は手順書や判断樹などの方法を用いて示されるものとなる。これを用いて、訪問看護組織の利用者や主治医と協議し、必要な修正を行って、それぞれの利用者に対する固有な看護の基準書を作成する。そして、これにしたがって、訪問看護婦による医療行為が行われるという方式である。

サービス基準を作成する利点としては次のようなことが考えられる。

訪問看護組織にとって

- 1) 訪問看護組織のサービス内容を学術的、客観的なものとして示すことができる。
- 2) 主治医からの指示も、基準書をもとに協議することができ、効率的になると同時に文書化される。事前協議ができるため、事前指示が得やすく、責任分担もより明確になろう。
- 3) 基準書に則って訪問看護婦の技術を管理することで、その組織の技術水準を一定化することができる。訪問看護婦の教育のカリキュラムも一定化できる。
- 4) 医師や利用者から基準書を読まれ、その組織に対する理解が得られやすくなる。
- 5) 訪問看護組織はサービス内容の改善が時宜を得て行える。

医師側にとって

- 1) 訪問看護組織のサービス内容を事前に具体的に把握できるため、訪問看護組織の選択がしやすくなる。
- 2) 個別へのサービス法について、事前に協議することができ、指示を具体的に示しやすい。
- 3) 訪問看護組織が作成した基準書を基に指示を出すことは、その訪問看護組織の実施法を尊重することに通じ、実行しやすい行為が選択されることになる。（無理が生じない）
- 4) 具体的で実行しやすい指示であれば、責任の分担もより明確にできよう。

5) チェック方式など簡便な指示書を提案できる。

以上、訪問看護施設における医療行為の実施を促進するためには、医師と訪問看護婦の関係や指示の出し方を個別経験的な関係から組織的な関係へと発展させる必要があり、そのためには訪問看護側が医師と協力して、学術的な基盤の上に、看護の基準（プロトコール）などを作成することが今後の課題である。

まとめ

訪問看護婦が在宅において医療行為を実施する上で、施設内における実施基準ならびに医師・看護婦の組織間協定の必要性を検討することを目的に、訪問看護施設の管理者および、その施設に指示を出している医師に面接調査を行った。

1. 多くの看護婦、医師が施設内での実施基準が必要であると述べていた。看護婦側では、医師からの具体的な指示を得るために活用でき、また訪問看護の質の管理・向上に寄与できるとする意見が最も多かった。医師側では、主治医として指示を出す訪問看護施設を選択する際に活用できるとする意見や訪問看護婦との共通理解に役立つとした意見があった。
2. 医師と訪問看護婦の組織間における協定の必要性に関しては、看護婦、医師共に不要であるとの意見が多かった。看護婦側では、訪問看護活動が協定によって拘束されるとする意見があった。また、医師側では、協定範囲外の医療行為について指示を出すことが難しくなるなど、協定書によって訪問看護婦の医療行為の実施が制限されることを危惧する意見があった。
3. 訪問看護施設における医療行為を推進するためには、医師と訪問看護婦の関係や指示の出し方を個別経験的な関係から組織的な関係へと発展させるためには訪問看護側が医師と協力して、学術的な基盤の上に、看護の基準（プロトコール）などを作成することが今後の課題であると考えられた。

引用文献

- 1) 岡田正 他：在宅医療普及のための提言，Home Infusion Therapy 研究会，1996.
- 2) 若杉 長英、今井 澄、宇都木 神 他：医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究，厚生省平成元年度厚生科学研究報告書，1989.
- 3) レベッカ C. : 看護婦と医師との連携，看護学雑誌，54巻6号，566-569，1990.
- 4) 川村佐和子 他：老人に対する看護技術研究，平成7年度厚生省看護対策総合研究事業，1995.

表1 訪問看護施設内の実施基準の必要性に関する意見

	訪問看護婦	医師
必要である	15	12
必要でない	0	2
その他	3	1
計 (人)	18	15

**表2 医療行為に関する訪問看護施設内の実施基準は必要である
(看護婦側、医師側の回答内容)**

《看護婦側の意見：n = 15》

■ 医師への説明が容易になる（6人）

- ・医師と医療行為について共通理解が得られやすくなり、これを基により具体的な指示を得ることができる（判断規準など）。（2人）
- ・医師への説明が容易になる。看護婦が何を行っているのか説明できる。
- ・実施手順をかかりつけ医に説明しやすくなり、看護に対する理解を得られやすくなる。
- ・施設内基準に沿って医師に説明し、訪問看護婦が出来ることを伝えられる。
- ・医師がすぐに動いてくれない場合があるので必要。

■ 訪問看護の質を保つ（4人）

- ・看護婦は複数のため、常に看護手順・基準を統一させておく必要がある。またどの看護婦もすべての医療行為を経験しているわけではないので必要である。
- ・看護婦が医療行為を実施する際の判断の根拠が明確になる。
- ・訪問看護婦が療養者の健康問題に対応する際に参考資料として活用できる。
- ・全国統一したものができることによって訪問看護の質を保ち、そのありかたによっては質の向上も望める。

■ その他（5人）

- ・看護職とヘルパーの違いを示すことができる。
- ・すでにいくつかのマニュアルを作っている。
- ・基本的なものを作成し、弾力を持たせて応用できるようにするとよい。
- ・医師、患者・家族、看護職で共有できるものが必要。
- ・経験のないことに遭遇した時、対応が容易になる。でもとらわれすぎると、他のるべき事を見落としあうかと危惧もある。

《医師側の意見：n = 12》

■ 医師と看護婦との共通認識を持つことが出来る（2人）

- ・医師は看護学を学んでいないため、看護婦がどのように判断しているのか分からない。したがって、施設内基準があることで訪問看護婦との共通認識が持てる。
- ・施設内基準があると、医師と訪問看護婦間の意志の統一が出来るので良い。
- ・主治医として訪問看護婦の手順は知っておきたい。（2人）

■ 看護の質を保ちレベルを統一する（2人）

- ・抜け落ちを防ぐ、手技のレベルを統一できる。技術を一定レベルに確保出来る、その訪問看護組織の水準を判断する資料になる。以上のことから基準は必要である。
- ・医療機器の管理などに関して、訪問看護婦が患者宅で対応に困った時、判断の助けになるものがあると良い。

■ 基準は良いと考えるが、その使い方について不安や懸念を表わしているもの（6人）

- ・基本的には良いことだと思うし、徐々に使用されてくるだろう。しかし医師の中には考え方を押しつけられるようで抵抗があるだろう。医師の性格や反応を見た対応が大切。
- ・将来的には必要。しかし看護婦の判断力がもっと高くならなければ、基準で指示を出すには不安がある。基準作成にあたっては、科学的な根拠をもって作成し、医師や看護婦が納得できるものでなければならない。
- ・基準はこれからは必要になるかもしれない。アメリカのように基準以外のことをやると保険が支払われなくなったり、患者に訴訟されたりするようなことに日本もあるかもしれない。
看護婦がそれを示すということはどうだろうか。医師側が作成するものではないか。
- ・とても良いことと思うが、基準が細かすぎると医療者としての能力や柔軟性がなくなり、見落としが必ず出てくると思う。
- ・病態、病状により、医師の定期的な観察に基づいての基準はあっても悪くないと思う。
- ・看護婦だけでなく、内容を変えて療養者や家族にも基準を渡したほうが良い。

表3 医師・看護婦の組織間協定の必要性に関する意見

	訪問看護婦	医師
必要である	6	6
必要でない	9	9
その他	2	0
計 (人)	17	15

表4 医師と看護婦の組織間における医療行為に関する協定は無いほうがよい
(看護婦側、医師側の回答内容)

《看護婦側の意見：n = 9》

■ 画一的になり、看護婦の行動が制限される（3人）

- ・事故による損害責任の所在を明確に出来ることはよいが、あまり細かく取り決めると看護婦の行動が制限されるのではないか。
- ・医師の指示が画一的になる可能性が大きい。医師と看護婦の頻回の面談や、在宅での医療的アプローチ、看護的アプローチなど具体的な実践場面で相互間の信頼関係を強め、その基盤の上で医療行為の内容を実際に即して変更する方法が良いと思う。過去に協定を作成したこと也有ったが、それに拘束されたり、他の医師から協定違反を指摘されるなど不都合が生じた場合もある。
- ・ステーションからみると、協定を取り交わす相手が多すぎて運用が不可能である。

■ すでにコンセンサスができている（2人）

- ・以前に、医師会と文書を取り交わしたことがある。現在は訪問看護に関するコンセンサスが得られており、文書に立ち戻ることがほとんどない。
- ・ステーションの開設にあたって行政・地区医師会・看護協会が運営委員会をつくり協議の上で作りあげた。問題があれば事例検討会で話し合って解決している。

■ その他（4人）

- ・指示を出す医師、指示を受ける看護婦、サービスを受ける利用者との合意があればよく、個別の問題なので協定の必要は感じない。
- ・特に必要ない。損害責任については、協定があるから看護職は安心という訳ではない。看護婦の注意ミスによる事故では半分は施設長の責任であるが、当事者責任はまぬがれないと思う。
- ・特に必要ない。協定に補助範囲が明示されているので、実施できない行為があるとサービスに支障が生じる。
- ・特に必要性を感じていない。

《医師側：n = 9》

■ 規制によってかえって医療行為が制限される（4人）

- ・協定により、看護婦は拘束されたり、臨機応変の動きが出来なくなると考える。在宅では千差万別。医師も看護婦も専門職としての自覚と責任があるから協定は不要である。
- ・規定すると条文どおりやらなかつた、それを越えてはいけないなどの問題が生じる。実際には条文どおりいかないこともある。主治医としては規定範囲を逸脱する責任を追求され、指示を出しにくくなる。
- ・医療行為の規定範囲を越えた医療行為について看護婦に指示を出すことが難しくなる。協定は保助看法の上にまた屋根を作るようなもので、看護活動の範囲をさらに規制することになる。
- ・患者や家族の肉体的精神的なケアサポートを続ける時、全人的な面が強調されるので協定には消極的。学校生徒に対する規則や規制に似ている。

■ コンセンサスができている（2人）

- ・訪問看護における責任と医師の責任に関しては、指示に関する責任か、実施に関する責任かを明確に区別できる状況なので協定は不要。
- ・ステーション開設にあたって、行政・地区医師会・看護協会が運営委員会をつくり協議の上で作りあげた。問題があれば事例検討会で話し合う。

■ その他（3人）

- ・協定を結んでいない医療行為に関して指示を出したいと希望した時、ステーション側から協定書に記載されていないことを理由に断わられると困る。
- ・協定を結ぶことは、多大な労力を要すると考えられるが、それに比してその効果は少ないと考えられる。
- ・不要である。

III

地区医師会における 協定書の利用に 関する調査

III 地区医師会における協定書の利用に関する調査

目的

本調査では、医師会が訪問看護施設と協定を結び、医療行為に関するガイドラインを作成して、各主治医がそれを用いて訪問看護婦に指示を出している地域の医師を対象とし、ガイドラインの活用状況と、医療行為に関する医師・看護職の組織間での文書のとり交わし、および看護判断規準の必要性について郵送調査を行い、訪問看護における医療行為を促進するための課題について検討することを目的とした。

方法

1. 調査対象

医師会が訪問看護施設と協定を結び、医療行為に関するガイドラインを作成し、各主治医がそれを用いて指示を出している地域として東京都杉並区を選び、医師会員 20 名を対象とした。

2. 調査方法

杉並区医師会が作成した医療行為別のガイドラインの活用状況と、協定書ならびに看護基準の必要性に関する質問紙を作成し、無記名にて回答を依頼し、郵送調査を行った。

3. 調査内容

本調査では、杉並区協定書に記載されている「17 項目（表 1）の医療行為」に関して、以下の項目について調べた。

- 1) 訪問看護ならびに医療行為に対する指示の経験
 - 2) 医師会作成が作成した医療行為に関するガイドライン活用状況
 - 3) 医師・訪問看護の組織間における医療行為に関する協定締結の必要性
 - 4) 医療行為に関する看護判断規準の必要性
 - 5) 医療行為に関する看護手順書（マニュアル）の必要性
- 設問に関する回答は、該当する選択肢の選択（択一あるいは重複）ならびに自由記載とした。

結 果

1. 対象者の概要（表2、表3）

全35名中、20名から返送があり（回収率57%）、全て有効回答であった。

医師は、年齢30～80歳代まで、70歳代が6名で最も多く、ついで40、50歳代がそれぞれ5名となっていた。

勤務形態は、診療所管理者が18名で、診療所勤務が1名、病院在宅医療部門の責任者が1名であった。

2. 訪問看護および医療行為に対する指示の経験

全員の医師が、訪問看護婦に対して指示を出した経験があった。医療行為に対しては、指示を出した経験ありが17名、経験なしが3名であった。

3. 医療行為に関するガイドラインの活用状況（表4）

医療行為について指示を出したことがない3名を除く17名について、杉並区医師会作成による医療行為に関するガイドラインの活用状況について検討した。

ガイドラインの使用経験は、経験ありが7名、経験なしが10名であった。使用経験ありの7名のうち、現在も使用している医師は5名、以前は使用していたが現在使用していないと回答した医師は2名であった。現在も使用している医師の評価には、「便利である」「医師自身が活用している」という意見があった。以前使用していて、現在は使用していない理由では、対象者が現在いないなどであった。

一方、使用した経験がない理由としては、「ガイドラインがあることを知らなかった」が8名と最も多く、「使用したいと思っているが、現在対象がない」が1名であった。

そして、「今後も使用する意思はない」と回答した医師が1名あったが、その理由の記載はなかった。

4. 医師・訪問看護の組織間で文書をとり交わすことの必要性に関する意見

杉並区における医師会と訪問看護施設との協定書を例に、全員の医師が医師・訪問看護の組織間で「文書を取り交わすことは必要である」と回答していた。その理由としては、「責任の所在を明確にする必要があるため」「損害責任を問われた際のトラブル回避のため」がそれぞれ6名であった。

5. 医療行為における看護の基準の必要性に関する意見（表5）

杉並区協定書に記載されている17項目の医療行為について、看護側の基準の必要性を尋ねた。その結果、18名の医師が、訪問看護婦が医療行為を行う上で、

看護判断規準としての基準は必要であると回答していた。

そのうちさらに、基準の必要と考えられる医療行為を尋ねたところ、12名の医師は「17項目全てに対し必要である」と回答し、6名は「医療行為の項目によっては必要である」と回答していた。その6名全員が「必要である」と指摘した行為は、「在宅酸素療法」で、6名中5名の医師が共通して「必要である」と指摘した行為は、「褥瘡の処置」「人工呼吸器」など7項目であった。6名中4名が共通して「必要である」とした行為は、「導尿」など3項目であった。6名中3名が「必要である」とした行為は、「膀胱留置カテーテル、膀胱洗浄」など4項目であった。6名中2名が「必要である」とした行為は「経管栄養チューブ交換」「自己注射」の2項目であった。

「基準は必要ない」と明確に答えた医師はおらず、「その他」と回答した医師が2名あった。その理由は「対象個々に合わせ、訪問看護婦にも合わせ、適宜考える」であった。

6. 医療行為における実施手順（マニュアル）の必要性（表6）

同じく協定書に記載されている17項目の医療行為について、実施手順の必要性を尋ねた。その結果、19名の医師が、訪問看護婦が医療行為を行う上で実施手順は必要であると回答していた。

そのうちさらに、実施手順が必要であると考えられる医療行為について尋ねたところ、13名の医師が「17項目全てについて必要である」と回答し、6名の医師が「医療行為の項目によっては必要である」と回答していた。そして、6名中4名以上の医師が共通して必要であると指摘した医療行為はなかったが、6名中3名の医師が共通して必要であると指摘した行為は、「褥瘡の処置」「中心静脈栄養法」「気管内吸引・吸入」であった。

明確に「手順書は必要ない」とした回答した医師はいなかった。1名の医師は、「その他」として、「対象に合わせ、適宜考える」としていた。

7. 訪問看護婦による綿密な連絡の必要性

20名中19名の医師が訪問看護婦が綿密に連絡することは「必要である」と回答していた。「必要でない」とした1名の医師も、自由記載欄に「対象の病状にもよるが、医師と訪問看護婦は対象宅で月に一度は同行訪問し、意見交換るべきである」としていた。

考 察

1. 対象の特徴

調査対象の医師は、回答した医師全員が訪問看護婦に対して指示を出した経験があり、さらに、17名の医師が医療行為について指示を出した経験があったことは、在宅医療との関わりが深く、関心の高い医師による意見であると考えられる。加えて、年齢が30歳代～80歳代まで幅があったことから、各年代の医師の意見を反映しているといえる。

2. 在宅における医療行為ガイドラインの活用について

医療行為に関するガイドラインの活用については、これを使用した経験のある医師は「便利である」と評価していたにもかかわらず、使用経験のある医師が8名と半数以下であり、十分に活用されているとは言いきず、残念であった。

使用経験がない理由としては、「ガイドラインの存在を知らなかった」が最も多く、積極的に活用を促進するには、まずは存在をアピールすることが必要であると考えられる。「今後も使用する意思がない」とした医師は20名中1名であったことから、医療行為を指示する必要がある対象がいた場合には、その存在を知っていれば、活用頻度が上がる可能性が示唆された。

3. 医師・訪問看護の組織間で文書をとり交わすことの必要性について

杉並区は、医療行為に関する協定書をすでに医師会・訪問看護施設の組織間で締結し、これに基づいて主治医が指示を出している数少ない地域のひとつである。今回の調査では、回答した医師全員が医療行為に関する組織間の文書化は必要であるとの結果であった。これは、前述の訪問面接調査で、訪問看護施設管理者・医師がともに文書化することによって、訪問看護やそこにおける医療行為が規制されるという意見が多かったのとは対称的であった。

医療行為について文書をとり交わすことは必要であるとの理由には、「責任分担内容の明確化」や「損害問題などトラブルの回避」が述べられていた。これらは在宅での医療行為に対して、訪問看護婦も責任を持ってほしいという医師の考えが顕在化したものと推察される。医師側では、在宅において責任を問われるような医療行為が、今後増加すると予測し、医師・訪問看護婦の役割分担と責任の所在を明確化すべきであると考えていると推察される。

4. 医療行為における看護基準の必要性について

20名中18名の医師が、主治医として「看護側の判断規準」を知っておきたいと答えていた。そして、看護基準が必要であると指摘された医療行為については、18名中12名の医師は、17項目全ての行為について必要と回答していた。残りの

6名の医師が選択した行為をみると、どれも2名以上の医師が必要と指摘していた。このことから、医師全体でみると、全ての医療行為について看護基準が必要であると考えていることが明らかになった。

また、「その他」と回答した医師も、「対象の個別に合わせて、その都度作成する」との自由意見を述べており、どのような形であれ、何らかの「判断規準」を定めておく必要があると考えられていることが明らかになった。

5. 医療行為における実施手順（マニュアル）の必要性について

上記の医療行為に関する基準と同様、19名の医師が主治医として「看護側の手順を知っておきたい」とし、医師全体でみると、全ての医療行為について看護手順書が必要であると考えていることが明らかになった。

まとめ

医師会が訪問看護施設と協定を結び、医療行為に関するガイドラインを作成して、各主治医がそれを用いて訪問看護婦に指示を出している地域の医師20名を対象とし、ガイドラインの活用状況と、医療行為に関する医師・看護婦間における文書のとり交わし、医療行為に関する看護の基準の必要性に関して郵送調査を行い、以下の点が明らかになった。

1. 回答した医師の多くは、医療行為について指示を出した経験があり、在宅医療との関わりが深く、関心の高い医師であった。
2. 医療行為に関するガイドラインの活用については、使用経験のある医師は8名で「便利である」と評価していたにもかかわらず、十分に活用されていなかった。その理由では、「ガイドラインの存在を知らなかった」が最も多く、対象がいる場合には、その存在を知っていれば、活用頻度が上がる可能性が示唆された。
3. 回答した医師全員が、医師・看護婦の組織間で医療行為についての文書化は必要であると述べていた。在宅での医療行為に対して、訪問看護婦の責任を明確化すべきである医師の考えが顕在化したものと推察された。
4. 20名中18名の医師が、主治医として「看護側の判断規準」を知っておきたいと回答し、医師全体でみると、全ての医療行為について看護プロトコールが必要であると考えていることが明らかになった。
5. 20名中19名の医師が、主治医として「看護側の手順を知っておきたい」と回答し、医師全体でみると、全ての医療行為について看護手順書が必要であると考えていることが明らかになった。

表1. 杉並区協定書における診療の補助

医療行為
膀胱留置カテーテル・膀胱洗浄
導尿
浣腸・摘便
ストマケア
褥瘡の処置
経管栄養・胃チューブの交換
在宅酸素療法
人工呼吸器
自己腹膜灌流
経皮的胆道ドレナージ
中心静脈栄養
皮下・筋肉注射
自己注射
点滴の交換
気管カニューレ
気管内吸引・吸入
静脈採血

表2. 調査対象医師の年齢分布

	人数
20代	0
30代	1
40代	5
50代	5
60代	2
70代	6
80代	1
計	20

表3. 調査対象医師の勤務形態

	人数
診療所管理者	18
診療所勤務	1
病院管理者	0
病院勤務	0
在宅医療部門の責任者	1
その他	0
計	20

表4. 医療行為に関するガイドラインの活用状況

	人数
使用経験あり	7
現在使っている	5
以前使用していた	2
使用経験なし	10
存在を知らなかった	8
対象がいない	1
今後も使用意思なし	1
計	17

表5. 看護の判断規準を必要とする行為
(複数回答)

医療行為	n=6
	人数
在宅酸素療法	6
褥瘡の処置	5
人工呼吸器	5
自己腹膜灌流	5
経皮的胆道ドレナージ	5
中心静脈栄養	5
気管カニューレ	5
気管内吸引・吸入	5
導尿	4
皮下・筋肉注射	4
点滴の交換	4
膀胱留置カテーテル・膀胱洗浄	3
浣腸・摘便	3
ストマケア	3
静脈採血	3
経管栄養・胃チューブの交換	2
自己注射	2

表6. 看護の実施手順を必要とする行為
(複数回答)

医療行為	n=6	人数
褥瘡の処置		3
中心静脈栄養		3
気管内吸引・吸入		3
膀胱留置カテーテル・膀胱洗浄		2
導尿		2
ストマケア		2
在宅酸素療法		2
人工呼吸器		2
自己腹膜灌流		2
経皮的胆道ドレナージ		2
皮下・筋肉注射		2
気管カニューレ		2
静脈採血		2
浣腸・摘便		1
経管栄養・胃チューブの交換		1
自己注射		1
点滴の交換		1

IV

看護ガイドライン

IV 看護ガイドライン

在宅療養を推進するための条件整備に関する研究

訪問看護における医師の指示と実施条件に関する整備状況について
文献検索の結果

MEDLINE 及び CINAHL、医中誌（1982年～1998年）について
home care, protocol, system, clinical pathway を keywords として検索したが国内の文献で在宅における判断規準やプロトコールに類する現状報告は川村（1996）のほかは、現段階では見られなかった。在宅での連携システムの問題や医師との取り決めの必要性は指摘されているが現状での工夫点や問題点を挙げるにとどまっている（長谷川 1996、1997）。長谷川（1997）は在宅における訪問看護の病院施設との相違から特有な問題として患者の安全性の確保や看護婦自身の法的保護と判断能力の育成の必要性を述べている。その上で医師との連携での「指示受け」と「報告」の重要性を指摘している。

海外文献については別に報告する予定である。

補足

我が国の在宅における判断規準と手技基準や手順になるようないわゆる技術マニュアル或いはガイドラインは、数多く刊行されている。

例えば、厚生省（国）が作成するものとして、在宅医療指導管理料の診療報酬支給対象技術に関して、以下に例挙するような医療者用ガイドラインと患者・家族用マニュアルを作成している。

- ・在宅自己注射法
- ・在宅酸素療法
- ・在宅自己腹膜灌流療法：CAPD ガイドライン
- ・在宅中心静脈栄養法マニュアル
- ・在宅ホスピス・ケアガイドライン

これらは、厚生省健康政策局・日本医師会監修で 編集は財団法人 総合健康推進財団、執筆は在宅マニュアル等作成委員会である。また、その他には訳本として

- ・ホームケア PART 1 患者・家族のためのマニュアル
PART 2 訪問看護のためのマニュアル

（監訳：齊藤豊和、真玉寿美生、医歯薬出版 1989. / C. A. Rovinski D.

K. Zastocki)

さらに、職能団体から

・VISITING NURSING MANUAL

(訪問看護・高齢者編 日本看護協会出版 1993.)

或いは、自治体が作成したもの、日本医師会が作成したもの、訪問看護提供チームによってまとめられた「在宅ホスピスケアを始める人のために (川越厚編集 医学書院 1996.)」ものなど様々にある。

しかしながらこれらのガイドラインやマニュアルは、現実的にある意味での権威を持って承認され使用されているとはいがたい。実施状況に促した具体性に欠け、表現は抽象度が高く、状況判断を誰がどう行い責任を持つのかについては、個別性に委ねている。またガイドラインはその特性から制度や環境整備について専門的、学術的指針を示しており、日常的に対応する個別的基準とは異なるため医師の指示と実施における判断を反映する基準とはならないのである。

我が国における判断規準と手技的基準の現状について、これらのガイドラインを踏まえ川村(1996)は、関係機関と共有化するために作られた協定や契約書を交わしている山梨県と東京都杉並区の具体例をあげ、医療行為の実施における看護婦の責任と役割を地域社会に知らせ、安全に実施できるものにした点を評価している。

しかしながら、医師の指示に関わる実施基準が「特定の地域にのみ有効な約束事」にとどまっていては一般化は不可能である。実施基準は学術的な根拠によって作成され、一定の知識と技術を持った看護婦であれば誰でもその判断規準を利用すれば安全で確実な医療行為ができるものでなければならない。そのためには、我々の先行研究による現場の実践場面から帰納的に抽出された訪問看護における医療行為の判断規準を実際に活用し、検証しながら学術的根拠を持つ判断規準としての妥当性を確保することが急務となる。

<文献>

川村佐和子、牛久保美津子：訪問看護におけるプロトコール作成のための基礎的研究、看護管理、6(8)、pp564-571、1996.

長谷川美津子：医師への報告（書）と指示受け、訪問看護と介護、医学書院、pp 420-425. 1996.

長谷川美津子：訪問看護特有な問題はどこにあるかー安全性と安楽性の視点から研究のテーマ、看護研究、30(1)、pp9-15、1997.

松田晋哉：DEMATEL 法による要介護高齢者のための在宅ケア推進のためのシステム構築に関する研究、病院管理、34(2)、pp5-15、1997.

経管栄養法を実施している患者の看護ガイドライン

1. 基本方針

経管栄養法は生理的な消化吸収過程の一部に栄養剤を投与する栄養方法の一つで経腸栄養法ともいわれる。経口的に栄養摂取できない患者に適応され、経鼻カテーテル、胃瘻カテーテルを使用し、長期に在宅療養をすることが可能となる。中心静脈栄養に比して、生理的な投与経路、安全性が高く、簡便、経済的などの利点から在宅における栄養補給法として普及している。しかしながら、経管栄養法の導入には、本人・家族がその必要性について理解し、納得の上、一つの医療処置として選択することが必要である。また、経管栄養法導入に伴い必要となる物品・栄養剤の補充やチューブ類の交換等に関わる医療機関の確保、主治医の指示が必要となる。

2. 訪問看護婦の役割

1) 次のような知識・技術を持っていること

- ① 経管栄養法の適応やしくみを理解している。
- ② 患者の全身的な栄養状態についてアセスメントできる。
- ③ チューブ類の交換に関する手技を持っている。
- ④ 起こりうる症状やトラブルについて熟知し、対応方法を知っている。
- ⑤ 必要な医療・衛生材料の種類、選択方法について熟知している。

2) 経管栄養に関する援助が適正な方法であるかどうかを検討する

3) 患者あるいは家族に対し理解力をアセスメントした上で、適切な指導目標を設定し指導を行う

3. 指示内容

別表書面で指示を受けることが必要である。

医師から指示を受ける場合、経管栄養法を実施するにあたり、その必要性と方法について十分な確認が必要である。対象者及び家族にとって生活の質が向上することが大前提にある。

4. 実施

1) アセスメント

a. 経管栄養法の適応及び必要性の査定と方法についてアセスメントする。

① 全身的なアセスメントを行い、栄養摂取能力を査定する。

以下の状態について観察する。

- ・低栄養状態
- ・意識障害
- ・咀嚼、嚥下障害
- ・消化管の通過障害の可能性
- ・心因性摂食困難の可能性

消化吸収能力が正常で、経口摂取が不可能あるいは不十分な場合、嚥下能力の査定をする必要がある。全く回復困難であるのか、または栄養状態を経管栄養法で一時的に改善すれば、意識状態、食欲や嚥下・咀嚼能力などの機能回復が望めるのかについて経過観察が必要である。

② 経口摂取ができないあるいは不十分な場合には、使用可能な経路の査定を行い、方法を選択する。

消化吸収経路の炎症や部分的な通過障害によって消化吸収機能が低下し、経管栄養法を導入する場合には次のような経路について査定し選択する。

- ・経鼻カテーテル栄養
- ・経口カテーテル栄養
- ・胃瘻カテーテル栄養
- ・食道瘻カテーテル栄養
- ・腸瘻カテーテル栄養

b. 経管栄養法に関する利用者と家族への説明と同意を得る。

在宅での経管栄養法を継続するためには、上記のような項目についてアセスメントし、その上で、経管栄養法の必要性とその方法について利用者及び家族の同意を得ることが必要である。その場合には、経管栄養法に伴う介護上必要な技術や管理を習得する必要性、安全性の確保やトラブルへの支援体制の保障等、経管栄養法導入に伴う介護上のメリット・デメリットを説明し、利用者と家族の考え方や思いを十分に聞いた上で、同意を得ることが重要である。ことに、高齢者の終末期、末期癌での経管栄養法導入には、医師や看護婦、利用者とその家族で十分な討議がされるべきである。

2) 必要物品

a. 経鼻カテーテル法

経鼻用チューブ、聴診器、注射器、キシロカインゼリー、使い捨て手袋、洗面器、固定用絆創膏、懐中電灯、舌圧子、ティッシュペーパー等

成分栄養剤の場合は、5～5.5Fr、半消化態栄養剤の場合は8Frあれば内腔の閉塞を防ぐことができる。

b. 胃瘻カテーテル法

外瘻用チューブ：5から20Fr、固定用注入液（生食：5ml～10ml）と注射器、キシロカインゼリー、使い捨て手袋等

外科的手術を必要とするが胃瘻増設に関しては、内視鏡的処置が行われることが多い。交換用カテーテルとしてはガストロボタン、MIC - KEY フィーディングキッド、バルーン式カテーテル、ガストロミーチューブ等がある。

c. 注入用バッグや注入用ボトル

500ml～1500mlまでの容器があるが通常、1000ml～1200mlが使用されている。栄養剤の調整と注入ができる同一の容器でできるシェーキングボトルもある。

d. 注入用栄養剤と注入後の微温湯

注入栄養剤が粉末の場合：微温湯、泡立て器またはミキサーなど

注入栄養剤が液体の場合は、湯煎にかけるか電子レンジやなべで暖める。

その場合、温度はひと肌程度（37℃）とし、熱すぎないように注意する。

3) 手順

A：注入

- a. 手洗いをする。
- b. 使用物品を用意する。
- c. 栄養剤を用意する。
- d. 患者の準備をする。

注入前のチューブの位置、閉塞の有無、汚染状態等

- e. 栄養剤を注入する。

滴下数のと注入量：滴下数はチューブによって様々であるが、

10ml／150滴～160滴程度である。

胃内チューブ留置の場合：400ml～500ml／1～1.5時間

空腸内チューブ留置の場合：100ml～150ml／時間

- f. 栄養剤注入後は注射器で微温湯を注入する。必要時薬剤を注入する。

- g. 物品を片付け、記録する。

B：チューブ交換

- a. 使用物品を準備する。

- b. 患者の準備をする。
消化器症状の有無、体位を調整する。嚥下運動の確認をする。
- c. 挿入の準備をする。
胃管挿入の長さを確認する。紺創膏の準備、潤滑剤の塗布をする。
- d. 挿入位置を確認し、チューブを固定する。
- e. 物品を片付け、記録する。

4) 観察事項と判断規準

a. 経管栄養法の実施条件とモニタリング

① 栄養状態の評価

体重、皮膚や毛髪の状態、経口的な食事摂取状況、下痢と便秘の有無、排泄の量と回数、1日の注入量と注入カロリー、生活活動状態と消費カロリーなど

② 経管栄養法に伴う合併症について（詳細は「実施報告書」参照）

・チューブ挿入と留置に関する合併症

チューブの閉塞、チューブの不快感や違和感、鼻粘膜や消化管の損傷、嚥下性肺炎等

・消化器系に関連する症状

腹痛、腹部膨満、嘔気・嘔吐、下痢・便秘等。

・代謝性の合併症

高血糖や低血糖、脱水、水分の過剰投与、電解質の異常、ビタミンや微量元素の欠乏、肝機能障害など

5) 教育・指導

a. 患者家族の自己管理

使用物品の保管と取り扱い、注入量や注入速度の調整、注入手順の習得、異常状況発生時の対処、家族の役割分担、入浴などの基本的な生活活動への対処等

b. 家族や社会資源の支援体制

経管栄養法の受け止め方、負担や束縛感、職場や学校などの協力や役割の変化、栄養剤や使用物品の購入法、緊急時の対応方法等

5. 記録

日々の経過記録は、実施者と実施日時、所用時間を明確にし、記載されなければならない。その様式及び内容は、施設によって異なるが、医師への報告書と同様な内容が記載されていることが必要である。記録は、必要事項がもれないような工夫が必要でしかも業務管理上から時間がかかるないような簡

便な記録様式が必要である。

6. 実施後の報告

異常があれば即刻、別表の書面を利用し、報告する。

引用文献

川村佐和子 他：老人の在宅ケアにおける看護技術研究，平成9年度厚生省
看護対策総合研究事業，1998.

訪問看護指示書（経管経腸栄養法管理）

患者氏名 MTSH 年 月 日生まれ 様	医師の所属する機関名 医師氏名 : 印
指示年月日 : 19 年 月 日	
指示期間 : 19 年 月 日から次回指示変更まで	
指示内容 : 以下の処置を訪問看護ステーション の看護婦が行うことを指示する。	
1. カテーテルの種類 : <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル () , 太さ () ,挿入長 () cm <input type="checkbox"/> 胃瘻カテーテル () , 太さ ()	
2. 経口摂取の可能性 : <input type="checkbox"/> 全く望めない <input type="checkbox"/> 経管栄養との併用は可能 <input type="checkbox"/> 他	
3. 栄養剤の種類 :	
4. 1日注入量 : ml, kca / 日	
5. 注入方法 : <input type="checkbox"/> 持続投与 <input type="checkbox"/> 間歇投与 回 / 日	
6. カテーテル交換 : <input type="checkbox"/> 定期交換 回 / 日 <input type="checkbox"/> 適宜交換 施行者 : <input type="checkbox"/> 看護婦が行う <input type="checkbox"/> 医師が行う <input type="checkbox"/> 家族が行う	
7. 事故抜去時の対応 : <input type="checkbox"/> その場で看護婦が再挿入する <input type="checkbox"/> 翌日外来 / 訪問にて挿入する <input type="checkbox"/> その場で医師に連絡する <input type="checkbox"/> その場で家族が再挿入する <input type="checkbox"/> その他 ()	
8. その他注意事項	

経管栄養管理における実施報告書

患者氏名	看護婦名				
生年月日	訪問日時 月 日				
指示 年 月 日	時間 : ~ :				
実施時のアセスメントと報告事項					
症状・異常	観察事項	報告内容			
1 腹満・嘔気・嘔吐	注入速度の適否 便通・排ガスの有無	なし			
		注入時にあり、速度調節で治る			
		注入時にあり、調節しても治らない			
		注入に関係なく症状あり			
		頻回に嘔吐する			
2 下痢・便秘	栄養物の濃度・内容・温 度の適否 注入速度の適否 栄養物の腐敗の有無 チューブ内の清潔状態 服薬（整腸剤・止痢剤・ 下剤）の適否	なし			
		軟便			
		泥状便			
		水様便			
		頻回の下痢・頑固な便秘			
3 栄養剤が落ちない	チューブのつまりの有無 ラインの清潔状態 注入物の濃度・溶解度 ラインの接続状態	なし			
		落ちないことがあるがミキシングで落ちる			
		落ちないことがあるがラッシュで落ちる			
		注入物の濃度を薄めても落ちない			
		工夫しても全く落ちない			
4 不意の抜去	意識状態 必要性の理解度 精神的ストレス状況	なし			
		誤って抜けてしまった			
		理解がなく抜いてしまった			
		精神的ストレスで抜いてしまった			
		意識障害があって抜いてしまった			
5 肥満・るいそう	体重の増減状況 必要接取量の適否 栄養内容物の適否	なし			
		2週間の間に肉眼適変化が見られる			
		褐創などの皮膚の状態に問題がある			
		体重の増減があり、活気に変化がある			
		著しい変化がある			
6 発熱	喀痰の状況 上気道炎・肺炎の有無 消化管炎症の有無	なし			
		37.0℃以上の熱がある			
		37.0℃以上の熱があり、他の症状もある			
		微熱が1週間以上続いている			
		高熱がある			

実施内容 チューブ交換
 栄養剤の注入 その他 ()

経鼻カテーテル使用の場合：特有のアセスメントと報告事項

	症状・異常	観察事項	報告内容
1	鼻孔周囲皮膚の ビラン	スキンケア状況 チューブ固定状況の適 否 固定チューブの種類の適 否	なし
			発赤のみ
			痛みを伴う発赤
			表皮剥離
			潰瘍形成
2	咽頭違和感・咽 頭痛	チューブ刺激の有無 口内炎・咽頭炎の有無 口腔内の清潔状態	なし
			なんとなく違和感あり
			唾液を飲み込むと違和感がある
			たまに咽頭痛がある
			常時咽頭痛があり、苦痛である

胃ろうカテーテル使用の場合：特有のアセスメントと報告事項

	症状・異常	観察事項	報告内容
1	胃ろう周囲の皮 膚のビラン	スキンケア状況 チューブ固定状況の適 否 固定チューブの種類の 適否	なし
			発赤のみ
			痛みを伴う発赤
			表皮剥離
			潰瘍形成
2	ろう孔から栄養 物の漏れ	もれの量 部位 時間帯	なし
			少しあるいは時々
			常時もれ
			多量のもれ

中心静脈栄養法を実施している患者の看護ガイドライン

1. 基本方針

中心静脈栄養は、経口的、経腸管に栄養を摂取できない状態の患者に対して実施される。

在宅で中心静脈栄養法を実施するには、患者本人および家族がその必要性について納得していることが必要である。

在宅中心静脈栄養法を実施している患者を援助する医療機関は、医師あるいは看護婦が24時間体制で、患者からの連絡に対応できる体制を整えておくことが必要である。

使用される薬剤は無菌的に調整されたものを用い、フィルターを通し、輸液ポンプを使用して患者に投与される。ただし脂肪乳剤は主治医と相談の上、末梢血管からの投与方法の必要性についても検討する。

中心静脈栄養法を実施している患者に指導する際には、主治医の指示が必要である。

2. 訪問看護婦の役割

①在宅中心静脈栄養法を実施している患者を援助する看護婦は以下に関する基本的な知識と技術を持つこと。

- 1) 中心静脈栄養法とは
- 2) 栄養輸液の種類と特徴について
- 3) 合併症について
- 4) 栄養評価について
- 5) 使用されるカテーテルの種類と特徴について
- 6) 輸液・注入ポンプの必要性と使い方について
- 7) 必要となる医療材料の種類と選択方法と使い方について
- 8) 必要となる衛生材料の種類と選択方法と使い方について
- 9) 保険制度について

②訪問看護婦は、患者に行われている栄養療法が適切な方法であるのかどうか検討する役割を持つ。

③患者あるいは家族に対し、理解力をアセスメントした上で適切な指導目標を設置し、指導を行う責任を持つ。

3. 指示内容（別表）

4. 実施

1) アセスメント

- (1) 訪問看護開始前にアセスメントしておくこと。
 - ・中心静脈栄養法が選択された背景にある病態（少量でも経口摂取可能かどうか）
 - ・栄養評価（身体計測、栄養必要量など）
 - ・輸液の自己管理能力（理解力、視力など）
- (2) 訪問毎あるいは継続的にアセスメントしていくこと。
 - ・カテーテル合併症に関連した兆候の有無
 - ・代謝性合併症に関連した兆候の有無
 - ・栄養状態
 - ・輸液の実施状況
 - ・清潔操作の実施状況

2) 必要物品

- (1) 薬剤・・・基本液、アミノ酸液、ビタミン剤、脂肪乳剤、微量元素製剤、血液凝固防止薬など
- (2) 輸液ポンプ（携帯型が望ましい）
- (3) 医療材料・・・輸液バッグ、輸液ライン（フィルターを含む）、カテーテルと輸液ラインのコネクター、注射器、針など
- (4) 消毒薬・・・接続部などの消毒、カテーテル刺入部の皮膚の消毒に必要な消毒薬
- (5) 衛生材料・・・アルコール綿、滅菌綿棒、トランスペアレント・ドレッシング材、絆創膏など
- (6) その他・・・点滴ポール、S字状フック、輸液用ベスト、キャリーバッグなど

3) 手順

技術実施頻度と輸液投与スケジュールの関係（例）

	持続投与	間欠投与
・バッグ交換	毎日	不要
・ビタミン剤のバッグ内混注	毎日	毎日
・プライミング	週2回	毎日
・カテーテルと輸液ラインの持続方法	週2回	毎日
・ヘパリンロック	必要時	毎日
・カテーテル刺入部の消毒方法	週2回	週2回
・脂肪乳剤の側管注入法	指示通り	指示通り
・ポートへの針の刺入方法	(週2回)	(毎日)
・ポートからの抜針方法	(週2回)	(毎日)
・インジェクションプラグの交換	月1回	月1回

A：中心静脈カテーテル挿入部の皮膚の消毒（例）

＜手順＞

- ・手洗い、うがい
- ・衣服、頭髪等、カテーテル挿入部に不潔なものがかかるないように、整える。
- ・必要物品を滅菌野に準備する。
- ・（必要時手袋をはめる。）
- ・（必要時マスクを着用する。）
- ・古いドレッシング材を取り除く。

注意：皮膚を傷つけないように、ドレッシング材は丁寧にはがす。

カテーテルを傷つけないために、はさみの使用は避ける。

剥離剤あるいはアルコールプレップを用いて、周りから濡らしながらはがすとはがれやすい。

- ・カテーテル挿入部位のアセスメントを行う。
- ・滅菌手袋を装着する。
- ・アルコールに浸した綿棒で挿入部を3回、中心から円を描くように、半径5cmほどの範囲を消毒する。
- ・挿入部位および縫合部は、特に慎重に細かい部分まで綿棒（小）を使って消毒する。
- ・イソジンに浸した綿棒で3回、同様に消毒する。

イソジンアレルギーがある場合には、医師と相談し消毒薬の検討を

行う。

- ・イソジンが乾くのを待つ。
- ・イソジンゲルを挿入部および縫合部位に小量塗布する。
- ・滅菌ガーゼを、挿入部位、縫合部および滅菌テープ使用時には、テープの上が隠れるように当てる。
- ・保護膜パックをガーゼの回りに塗布する。3回に分けて塗り、乾くまで待つ。
- ・滅菌された防水性のドレッシング材をはる。
- ・ドレッシング材から出ているカテーテルをテープで固定する。

B：ヘパリンロックの方法（例）

＜必要物品＞

50ml ボトル入りヘパリン加生理食塩水（100u/ml）：以下ヘパリン生食

10cc 針付きシリソジ

消毒用イソジン

綿棒 小4

テープ

＜方法＞

- ・手洗い、ウエルパス
- ・ヘパリン生食のビンのゴム栓の部分をイソジンに浸した綿棒で2回消毒する。
- ・注射器に必要量のヘパリン生食を吸う。
- ・注射器に吸い取るヘパリン生食の量は次の計算式を目安に決定する。

$$\text{ヘパリン生食が} \\ \text{ヘパリン生食の注入量} = \text{流れしていく内腔} \times 2 + 1 \text{ ml} \\ \text{の大きさ (ml)}$$

- ・ポンプを止める。
- ・カテーテルと輸液セットの接続部をはずす。
- ・カテーテルの先端にとりつけたフードコネクターシステム（ニップル）をイソジン綿棒で2回消毒する。

- ・ヘパリン生食の入ったシリンジの針のキャップをとり、フードコネクターシステム（ニプロ）のゴムの部分に刺入する。
- ・シリンジの内筒を押し、抵抗がないことを確認し、必要量のヘパリンを適度な圧力をかけて注入する
- ・シリンジに 1 ml のヘパリン生食を残したまま、シリンジを針とともに抜きとる。
- ・カテーテルをはずし、邪魔にならないよう胸壁にテープで止める。
なお、ヘパリン生食の注入は輸液セットの側管注入口を用いてよい。

4) 観察事項と判断規準

(1) カテーテル合併症に関する項目

- 1) カテーテル自然抜去
 - ・カテーテル挿入の長さ
 - ・固定位置
- 2) カテーテル感染症
 - ・発熱の有無（38度以上）
- 3) カテーテル刺入部の皮膚の局所感染症
 - ・カテーテルし入部の皮膚の発赤、腫張、熱感、違和感、痛み、出血などの有無
- 4) カテーテル閉塞
 - ・輸液速度
 - ・フラッシュ時の抵抗感
- 5) カテーテル断裂・損傷
 - ・輸液漏れの有無
 - ・カテーテルの状態
- 6) 静脈血栓症
 - ・カテーテル留置側の上肢から頸部にかけての腫脹、発熱、発赤、疼痛の有無
- 7) 皮下漏れ
 - ・カテーテル刺入部の皮膚の腫脹、熱感、痛みの有無
 - ・カテーテル自己抜去の有無
 - ・完全皮下埋め込み式カテーテルのヒューバー針の刺入が浅くないか

(2) 代謝性合併症に関する項目

- 1) 高血糖／低血糖
 - ・血糖値
- 2) 必須脂肪酸欠乏症
 - ・皮膚の乾燥の有無
 - ・髪がぱさぱさしていないか
 - ・脱毛の有無
- 3) 水分失調
 - ・血圧、脈拍
 - ・浮腫、脱水の兆候の有無
- 4) 電解質異常
 - ・血圧、脈拍
 - ・浮腫や急激な体重の増減の有無
 - ・しびれ感の有無
 - ・その他
- 5) ビタミン欠乏症
 - ・各種ビタミン欠乏症に準ずる
- 6) 微量元素欠乏症
 - ・皮膚症状の有無
 - ・創傷治癒障害の有無
 - ・その他

(3) 栄養評価に関する項目

- 1) 身体計測
 - ・体重（%理想体重、%通常時体重、%体重変化）
 - ・皮下脂肪厚
 - ・体脂肪率
- 2) その他
 - ・顔色、皮膚のはり、髪の状態など

(4) 教育・指導

- 1) 治療の概要について説明する。
- 2) 物品の調達方法、使用方法、保存方法
- 3) 清潔、滅菌操作
- 4) 操作手順
- 5) 起こりうるトラブルと対処方法

- 6) 廃棄物の処理方法
- 7) 災害に備えた注意

5. 記録

- ・訪問記録
 - カテーテルの種類
 - 挿入部位の状態
 - 腫脹
 - 発赤
 - 違和感
 - 浮腫
 - 出血
 - 輸液漏れ
 - カテーテルの保存状態
 - ドレッシングの保存状態
 - 血液の逆流の確認の有無
 - 症状から考えられること
 - 対応した内容
 - 患者・家族に指導した内容

6. 医師への報告

- ・訪問毎の訪問看護内容をできるだけ迅速に報告する。特に以下のポイントをおさえ報告する。
 - 1) 合併症の兆候に関すること
 - 2) 栄養評価に関すること
 - 3) 患者・家族指導に対する反応に関すること
 - 4) その他

引用文献

川村佐和子 他：老人の在宅ケアにおける看護技術研究，平成9年度厚生省看護対策総合研究事業，1998.

訪問看護指示書（中心静脈栄養法管理）

患者氏名 MTSH 年 月 日 様		医師の所属する機関名 医師氏名 : 印
指示年月日 : 19 年 月 日		
指示期間 : 19 年 月 日から次回指示変更まで		
指示内容 : 以下の処置を訪問看護ステーション の看護婦が行うこととを指示する。		
1. カテーテルの種類 : <input type="checkbox"/> 対外式 () , 太さ () , 挿入長 () cm <input type="checkbox"/> 皮下トンネル式 () , 太さ () <input type="checkbox"/> 完全皮下埋め込み式 () , 太さ () <input type="checkbox"/> グローショントイプ <input type="checkbox"/> 他		
2. カテーテル挿入日 : 年 月 日, 挿入困難 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
3. 経口摂取の可能性 : <input type="checkbox"/> 全く望めない <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法との併用は可能 <input type="checkbox"/> 他		
4. 栄養剤の種類 :		
5. 1日注入量 : ml, kca / 日		
6. 注入方法 : <input type="checkbox"/> 持続投与 <input type="checkbox"/> 間歇投与 1日 () 時間まで投与を中断してよい		
7. 尿糖・尿ケトン : <input type="checkbox"/> 看護婦が訪問時測定する <input type="checkbox"/> () 日おきに患者・家族が測定する <input type="checkbox"/> 測定しない		
8. 血糖 : <input type="checkbox"/> 看護婦が訪問時測定する <input type="checkbox"/> () 日おきに患者・家族が測定する <input type="checkbox"/> 測定しない		
9. カテーテル閉塞 : <input type="checkbox"/> ヘパリン生食で開通を試みる <input type="checkbox"/> その場で病院に行くよう指示する が疑われるとき <input type="checkbox"/> 翌日病院へ行くよう指示する <input type="checkbox"/> 他		
10. 事故抜去時の対応 : <input type="checkbox"/> その場で病院へ行くよう指示する <input type="checkbox"/> 翌日病院へ行くよう指示する <input type="checkbox"/> その場で医師に連絡する <input type="checkbox"/> 他		
11. () 度以上の発熱で、カテーテル感染症が疑われる場合 : <input type="checkbox"/> その場でカテーテルを抜去し、すぐに／翌日病院へ行くよう指示する <input type="checkbox"/> カテーテルはそのままにし、すぐに／翌日病院へ行くよう指示する <input type="checkbox"/> 他		
12. その他注意事項		

膀胱留置カテーテルを挿入している患者の看護ガイドライン

1. 基本方針

膀胱留置カテーテルは、①下部尿道通過障害による腎機能障害がある、②高度の排尿困難、尿閉、頻尿、尿失禁、③外陰部・臀背部に創傷がある、④尿閉が外科的療法や薬物療法で改善されない、間欠的導尿が実施不可能、⑤ADL 障害があるなどの場合に実施する。膀胱内に長期にわたりカテーテルを留置する事は、感染の可能性が高くなり必ずしも望ましい方法ではない。したがって膀胱留置カテーテルの導入には、1回量、1日総量、尿意の有無、臀部・背部のスキントラブル、介護者の疲労度等総合的にアセスメントする必要がある。

また排泄は人間の自尊心と尊厳にもかかわるため、カテーテルを挿入する際には患者本人と家族に必要性を説明し、納得を得る事が必要である。訪問看護婦が膀胱留置カテーテルの挿入および交換を行なう場合には、必ず医師の指示を必要とする。しかし泌尿器、生殖器に異常がありカテーテル挿入が困難な例や易出血性の例、カテーテル挿入歴のない男性の場合には医師が行なう事が望ましい。

2. 訪問看護婦の役割

膀胱留置カテーテルを挿入している患者を援助する看護婦は、以下に関する基本的な知識と技術を持つことが望ましい。

- ① 排泄障害は判断力、運動機能、膀胱尿道機能障害によって起るため、原因をアセスメントすると共に排泄障害のタイプを見極める事のできる知識と技術を身につけなくてはならない。
 - ・ 膀胱留置カテーテルの原理
 - ・ トラブル時の対処方法
 - ・ 合併症とその対処方法
 - ・ 必要な医療材料の種類、選択方法と使用法について
 - ・ 必要な衛生材料の種類、選択方法と使用法について
- ② 排泄に関する援助が適正な方法であるかどうかを検討する能力
- ③ 患者あるいは家族に対し理解力をアセスメントした上で適切な指導目標を設定し指導を行なわなければならない。

3. 医師からの指示内容(別表)

4. 実施

1) アセスメント

- (1) 訪問看護婦は訪問開始前に以下の事をアセスメントしておかなければならぬ。
- ・膀胱留置カテーテルが選択された背景にある病態；尿失禁・排尿困難の有無とその原因等
 - ・膀胱留置カテーテルが挿入されるに至った経緯；排泄パターンのアセスメント等
 - ・患者・家族のカテーテルの管理能力；理解力、判断力、視力
- (2) 訪問看護婦は訪問ごとに以下の項目をアセスメントしなければならない。
- ・尿の流出状況
 - ・カテーテル閉塞の有無
 - ・カテーテルによる刺激症状
 - ・尿の混濁の有無
 - ・血尿の有無
 - ・発熱

2) 必要物品

- (1) バルーンカテーテル（成人 14～18Fr、小児 8～12Fr）；持続膀胱洗浄を目的とする場合は3way
バルーンカテーテルを用意する。(医師の指示による)
- (2) 減菌潤滑剤；キシロカインゼリー®、減菌グリセリン®等
- (3) 閉鎖式排尿バッグ；感染防止のため閉鎖式のものを使用する。
- (4) 減菌蒸留水、減菌シリンジ
- (5) 必要な消毒綿球、絆創膏、(必要時減菌ガーゼ、減菌鑷子、減菌手袋、処置用シーツ、膿盆、ディスポ手袋を用意)

3) 手順

- (1) 患者に必要性を説明し、プライバシーの保護、保温ができるようにする。
- (2) 石鹼で手洗いをする。
- (3) バルンカテーテルと閉鎖式排尿バッグを接続しておく。
- (4) 患者を仰臥位にし、臀部の下に処置用シーツを敷く。
- (5) 必要時、減菌手袋(またはディスポ手袋)を装着する。

女性の場合

- (6) 拇指と示指で小陰唇を開き、尿道口の中心と両側を上から下へ拭く。
- (7) 減菌潤滑剤をつけたカテーテルを尿道口から 4～6cm 静かに挿入する。

尿の流出を確認し、さらに 2~3cm 挿入して、表示された量の滅菌蒸留水を注入しバルーンを膨らませる。

- (9) 大腿内側にゆとりを持たせて、紺創膏で固定する。

男性の場合

- (10) 陰茎の包皮を下げて亀頭を出し、片方の手でたるませる事なく引き上げるようにして身体から 60~90° の角度で持つ。
- (11) 外尿道口を少し開いて舟状窩まで消毒する。滅菌潤滑剤をつけたカテーテルを副管分岐部までゆっくりと挿入する。抵抗がある場合には無理に行なわない。
- (12) 表示された量の滅菌蒸留水を注入し、バルーンをふくらませる。
- (13) 尿道口を消毒し、ガーゼを巻き陰茎を頭側に向か左右どちらかの下腹部に 45° の角度で固定する。

4) 観察事項と報告内容

観察項目	報告内容	医師への報告
(1) 尿の混濁	なし 浮遊物が浮いている 尿全体が混濁している 尿全体が膿性である	必要なし 必要なし 必要 必要
(2) 血尿	なし 血液浮遊物が浮いている 血液混入が 2~3 日続いた時 尿全体が血液の場合	必要なし 必要なし 必要 必要
(3) 発熱	なし 微熱~37.5°C 前後の場合 急激な高熱(38.5°C)となった時 高熱が続く時	必要なし 必要 必要 必要
(4) カテーテルの閉塞	なし ミルキングで流れる場合 滅菌水のフラッシュ注入で流れる場合 滅菌水のフラッシュ注入で抵抗がある場合	必要なし 必要なし 必要 必要
(5) 尿の流出	飲水量と尿量のバランスが保てている場合 12 時間以内に尿が出た場合 12 時間以上尿が出ない	必要なし 必要なし 必要
(6) カテーテルによる刺激症状	なし 挿入後 1~2 時間の違和感がある場合 半日以上不快症状が続く場合 痛みなど苦痛症状が続く場合	必要なし 必要なし 必要 必要
(7) 不意の留置カテーテル抜去	なし 抜けた原因が固定水減少による場合 自己抜去した場合	必要なし 必要 必要

4) 教育・指導

患者・介護者に対して、以下の事項について指導する。

尿がカテーテルの中を流れ、バッグに溜まっているかの確認、尿がバッグに流れやすいようにする、尿の捨て方、外尿道口のケア、陰部洗浄、カテーテルプラグの使用方法、起りうるトラブルとその対処法。

5. 記録

訪問看護記録には、以下の内容について記載する。

処置日、使用したカテーテルの種類とサイズ、固定水の量、尿の流出状況、尿漏れの有無、尿の性状・混入物の有無、施行中のトラブル、患者の訴え、実施した看護婦のサイン。

6. 医師への報告

訪問看護婦は訪問毎の訪問看護内容について、できるだけ迅速に主治医に報告する。特に以下のポイントを押さえて報告する。

- 1) 合併症の兆候に関すること
- 2) 腎機能に関すること
- 3) カテーテル挿入を試みたが挿入困難であったとき、挿入後の出血
- 4) 患者・家族指導に対する反応に関すること
- 5) 患者・家族指導に対する反応に関すること
- 6) その他

引用文献

川村佐和子 他：老人の在宅ケアにおける看護技術研究、平成9年度厚生省看護対策総合研究事業、1998.

訪問看護指示書（膀胱留置カテーテル管理）

患者氏名 MTSH 年 月 日生まれ 様	医師の所属する機関名 医師氏名 : 印
指示年月日 : 19 年 月 日	
指示期間 : 19 年 月 日から次回指示変更まで	
指示内容 : 以下の処置を訪問看護ステーション の看護婦が行うことを指示する。	
1. カテーテルの種類 : () , サイズ ()	
2. カテーテル交換 : <input type="checkbox"/> 定期交換 回／日 <input type="checkbox"/> 適宜交換 施行者 : <input type="checkbox"/> 看護婦が行う <input type="checkbox"/> 医師が行う 注意事項 : 出血,挿入困難時などの対処	
3. 膀胱洗浄 : <input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 定期洗浄 回／日 <input type="checkbox"/> 適宜洗浄 施行者 : <input type="checkbox"/> 看護婦が行う <input type="checkbox"/> 家族(本人)が行う <input type="checkbox"/> 医師が行う 薬剤 : <input type="checkbox"/> 生理食塩水のみ () ml <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> クランプする場合の時間 () 分・時間	
4. 事故抜去時の対応 : <input type="checkbox"/> その場で看護婦が再挿入する <input type="checkbox"/> 翌日外来／訪問にて挿入する <input type="checkbox"/> その場で医師に連絡する <input type="checkbox"/> その他 ()	
5. 閉塞が疑われる場合 : <input type="checkbox"/> 生理食塩水で洗浄を試みる <input type="checkbox"/> 抜去し再挿入する <input type="checkbox"/> 抜去しそのまま放置する <input type="checkbox"/> その他 ()	
6. カテーテル感染症が疑われる場合の対処	
7. その他注意事項	

V
まとめ

V　まとめ

今後必要とされる在宅医療を促進する上で、看護婦が診療の補助（訪問看護婦が行う医療行為）を適切に実施できるために、その促進を阻害する要因と解決していくべき看護課題を検討した。2つの調査結果から抽出できることは次のとおりである。

1. 訪問看護サービスにおける医療行為実施に対する考え方

本調査結果では全訪問看護施設が医療行為を実施していた。これに対する消極的意見は、医療行為は医師が行うべきことであり、看護が主とすべき業務は、療養上の世話によって人々の健康を回復させ、生活を拡大させていくことであるというものであり、看護婦がミニ医師の追求になることを危惧するものであった。

しかし、積極的に医療行為に取り組んでいる訪問看護施設では、療養者のQOLを支援する上では医療行為の実施が必要であるという意見であり、医療行為を必要とする多数の人々が退院しており、今後さらに増加の方向にある現状を強く意識している考え方であった。

訪問看護における療養上の世話と医療行為は、両者を必要とする人々が増加する状況において、看護サービスとして統合していくべきものである。しかし、今後増加が予測される訪問看護における医療行為の実施は避けることはできず、適切に実施できるよう進めていく必要がある。

2. 看護婦が医療行為を行うに際して当面している困難

すでに積極的に診療の補助業務に取り組んでいる訪問看護施設では、1) 医師との信頼関係の形成が個別の経験に依存していること、2) 医師と看護婦の責任の分担が明確でないこと、3) 現状で用いられている指示書では指示内容や具体性に不足を感じていること、4) 必要な器具、器材が不足していること、5) 看護婦が行う診療の補助行為に対する経済的な評価がないことなどが指摘された。

一方、これら訪問看護施設に診療の補助業務の指示を出している医師たちは、医師や療養者および家族との信頼関係を形成する能力や状況判断能力を期待していた。さらに、訪問看護施設に対して指示を出す場合には、訪問看護施設や訪問看護婦が行っているサービスの内容や看護婦の力量、看護方針や判断方法、実施手順などが明確にされていないため、個人的な共働経験をもとに判断することになっていた。

このように看護婦、医師とともに、現在の指示書だけでの交流では不足を感じ、これを埋め合わせるために、両者ともに、個別的に情報や実施方法などを交流できるよう努力していることが分かった。両者が行っている交流のための労力は、個別的で時間的にも膨大であり、今後、訪問看護婦に医療行為の実施を促進するためには、これらの諸点を組織的な方法または制度化していく必要がある。

3. これからの訪問看護施設における医療行為の基準の作成について

今後、在宅医療において、訪問看護婦による医療行為の実施を拡大、促進していくためには、医師が個人的判断として看護婦の能力を査定し、相対的医行為の枠組みを定め、医師が居宅に同行して、看護婦に医療行為を実施させるという方法では支障が多い。医学や看護学の進歩や機器類の開発、チーム医療の促進を含めた広い視野に立って、医師グループと看護婦グループが療養者の居宅という、従来にはなかった医療提供の場（環境条件）における指示とその実施条件を協議し、創り出す必要がある。

カナダ、米国などでは学術団体や行政府から標準プロトコールやガイドラインが提示されており、これを基に、それぞれの訪問看護組織は施設の基準書を作成し、さらにこれを対象別に個別化した個別基準を作成し、サービスにあたっている。我が国でもこのような検討が必要とされる時期にきていると考えられる。

本調査対象となった杉並区医師会では、医師会側がこの規準を作成し、訪問看護組織の設置主体である区と協定を結び、それに基づいて、訪問看護サービスが行われている例であった。

また、調査対象のなかには訪問看護施設（看護側）が基準を作成し、これを医師会と協定している例もあった。いづれの場合にも、この協定はあくまでも原則であり、個別対象の特徴によってはこれを逸脱する場合が生じてやむを得ないものであるが、逆に基準を厳守することに関心が集まり、自身の活動を縛ってしまうという意見が医師側からも看護側からも聞かれた。しかし、看護側が基準を作成している場合には、看護側の活動に基軸においていた基準であるため、看護側は柔軟に利用しやすいように見受けられ、時間を経て後、基準が頭に入ってしまったため、その存在を忘れているようだということであった。このような基準は、用いる訪問看護施設が自身の手で作成することが重要であると考えられる。

4. 訪問看護組織における看護の規準（ガイドライン）案の作成

以上、訪問看護施設における医療行為の実施を促進するためには、医師と訪問看護婦の関係や指示の出し方を個別経験的な関係から組織的な関係へと発展させる必要があり、そのためには訪問看護側が医師と協力して、学術的な基盤の上に、看護の規準（ガイドライン、プロトコール）などを作成することが今後の課題で

ある。

本研究班においても、各訪問看護施設の取り組みを参考にし、2種類の業務について、ガイドラインを作成し提示した。

資料

資料

資料 1. 訪問看護施設（部門）の代表者に対する調査票

資料 2. 医療行為別の実施の有無とその条件

資料 3. 医師に対する聞き取り調査票

資料 4. 訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究質問紙

資料 5. 協定書（東京都杉並区）

資料 1

《 訪問看護施設（部門）の代表者に対する調査票 》

1. 施設の基礎情報

施設名 ()

2. 訪問看護に従事している看護職員

- ① 常勤 () 人 非常勤 () 人
- ② 常勤換算すると () 人

3. 職務内容

- ① 常勤者と非常勤者の勤務内容に違いがない
- ② 常勤者と非常勤者の勤務内容に違いがある
(具体的に :)

4. 看護職員の医療施設内看護従事期間

- ① ~1年未満 () 人
- ② 1~3年未満 () 人
- ③ 3~5年未満 () 人
- ④ 5年以上 () 人

5. 看護職員の訪問看護従事期間

- ① ~1年未満 () 人
- ② 1~3年未満 () 人
- ③ 3~5年未満 () 人
- ④ 5年以上 () 人

6. 現在までの研修プログラムの実施状況

- ① 各都道府県、日本看護協会、訪問看護事業協会等の研修に参加

(具体的に :)

- ② 独自に実施している

(具体的に :)

7. 在宅医療を担当する医師の有無（複数回答可）

- ① 専任の医師がいる
- ② 兼任の医師がいる
- ③ 専任の相談医がいる
- ④ 兼任の相談医がいる
- ⑤ いない

8. 訪問看護状況

- ① 先月（1ヶ月間）の訪問看護件数 () 件／月
- ② 年間を通しての訪問看護件数 () 件／月

9. 訪問看護対象者を紹介してくれる医療機関や診療所名および対象者の特徴

- ①紹介元（ ）
対象者の病状など（ ）
- ②紹介元（ ）
対象者の病状など（ ）
- ③紹介元（ ）
対象者の病状など（ ）

10. 先月の対象者の疾患・状態 多い順に3つまで（ ）に番号を記入してください。

- ① 脳血管疾患（ ） ② 悪性新生物（ ） ③ 循環器疾患（ ）
④ 呼吸器疾患（ ） ⑤ 神経系疾患（ ） ⑥ 腎・泌尿器系疾患（ ）
⑦ 代謝・内分泌疾患（ ） ⑧ 筋骨格系疾患（ ） ⑨ 生殖器系疾患（ ）
⑩ 痴呆（ ） ⑪ 精神障害（ ） ⑫ 先天・分娩時異常（ ） ⑬その他（ ）

11. 先月の医療行為の実施状況 多い順に3つまで

- 1位（ ）
2位（ ）
3位（ ）

12. 訪問看護組織として、医師の組織（例えば、医師会や病院など）との間で訪問看護に関する文書（例：東京都杉並区の訪問看護事業）を事前に取り交わしておくことについてのご意見をお聞かせください。
もし、同様の「取り決め」などをお持ちでしたら、閲覧（可能であれば資料として頂戴）したくお願ひいたします。

（例）杉並区訪問看護事業の協定書の場合では、以下の内容が記載されています。

- a. 訪問看護婦、療養者、主治医、指示書等の用語の定義
b. 看護の内容
c. 診療の補助の範囲
d. 診療の補助にあたっての条件
e. 事故による損害責任

13. 医師の指示を受けて、診療の補助を安全にかつ確実に実施するために、診療の補助行為別に具体的な判断基準とその対応（プロトコール）を作成し、共有することについてのご意見をお聞かせください。

また、もし貴機関で同様の「プロトコール」などをお持ちでしたら、閲覧あるいは資料として頂戴したくお願ひいたします。

資料2

医療行為別の実施の有無とその条件

(訪問看護施設用)

	実施している ・経験がある	実施している条件	指示があれ ば行う意思 がある	整備すべき条件	今後も行う 意思はない	実施しない理由
女性の導尿						
男性の導尿						
自己導尿の管理・指導						
女性の膀胱留置カテーテル交換						
男性の膀胱留置カテーテル交換						
膀胱留置カテーテルの管理・指導						
膀胱洗浄						
腎カテーテル洗浄(腎洗)						
腎カテーテル管理・指導						
経管栄養の実施(流動食の注入)						
経管栄養の管理・指導						
経鼻・胃チューブの交換						
胃ろうチューブの交換						
PTCD(胆管トーレン)管理・指導						
人工肛門管理・指導						
人工肛門洗腸(浣腸排便法)						
フィンガープジー						
褥瘡処置						
褥瘡の壞死部の切除						
創傷処置						
皮下注射の実施						
筋肉注射の実施						
自己注射の管理・指導						
静脈注射の準備						
静脈注射の実施						
点滴注射の準備						
点滴注射の実施						
点滴交換						
IVHの消毒・輸液セット交換						
中心静脈栄養管理・指導						
ヘパリンロックの実施						

	実施している ・経験がある	実施している条件	指示があれば行う意思 がある	整備すべき条件	今後も行う 意思はない	実施しない理由
吸入(ネブライザー)						
排痰法(タッピング)						
肺理学療法(呼吸訓練)						
口腔・鼻腔内吸引						
気管内吸引						
気管カニューレ(金属)の交換						
気管カニューレ(ボーテックス)の交換						
気管カニューレの管理・指導						
気管内洗浄						
人工呼吸療法の管理指導						
人工呼吸器のセッティング変更						
在宅酸素療法・管理指導						
在宅酸素療法酸素量の変更						
服薬管理・指導(内服薬・外用薬・注射薬・消毒薬など)						
機能回復訓練						
自己腹膜灌流(CAPD)灌流液の交換						
自己腹膜灌流管理・指導 シャント管理・指導(透析・VPシャントなど)						
抗癌剤注入輸液ボトル交換						
抗癌剤注入輸液ポンプ操作						
抗癌剤のワンショット注入						
癌化学療法の管理・指導						
疼痛管理の実施(経口・坐薬) 疼痛管理の実施(硬膜外・持続皮下注)						
バッグによる加圧換気						
体外式心マッサージ						
死亡時刻の確認						
試験紙による採尿						
検査用採尿						
検査用採痰						
静脈採血						
動脈採血						
経皮的動脈血測定						
血糖測定(自己測定器等)						
心電図測定						

特定の医療行為に関する実施条件ならびに指示の状況

(訪問看護施設用)

実施の条件		
療養者側 年齢 性 その他		
看護職側 教育 実施や指示変更の必要性 の判断力 知識・熟練度 信頼関係 協働期間 その他		
医療行為		
実施している条件・していない理由		
指示の方法		
内容 補助行為 用いる器具・器材等の指定 薬品名とその量 実施回数 注意すべき点 実施中止の条件 判断の裁量 医師の行為との組み合わせ 報告の仕方 どのようなこと どのような時に どのような方法で その他		
方法 文書 FAX メール 口頭 なし その他		
期間 毎月 1回ごと 不定期		
安全に実施するために 実施するうえで困っていること		
指示に対する意見・要求		
実施条件への意見・要求		

資料 3

《 医師に対する聞き取り調査票 》

今後、訪問看護婦に診療の補助を指示することが増加するといわれております。その際の指示や実施状況に関して整理していく必要性があると考えられます。下記の点についてご意見をお聞かせください。

1. ご所属

施設名 ()

2. あてはまるものを選択してください。

- | | | |
|---------|--------|-------------|
| ①診療所管理者 | ②診療所勤務 | |
| ③病院管理者 | ④病院勤務 | ⑤在宅医療部門の責任者 |

3. 年齢

- | | | |
|-------|-------|-------|
| ①20歳代 | ②30歳代 | ③40歳代 |
| ④50歳代 | ⑤60歳代 | ⑥70歳代 |

4. 医師と同じ医療機関内で行う診療の補助と、患者の自宅で行う診療の補助では、医師の監督責任のあり方とも異なると考えられます。そこで、訪問看護婦に指示を出す際に、留意されていること、工夫されていらっしゃること、あるいはお困りの点（改善すべき点）などについてお教えください。

5. 東京都杉並区では、医師会と杉並区との間で訪問看護事業に関する協定書を取り交わし、これを基本として訪問看護婦が診療の補助を行っています。このような医師・看護婦の組織間で文書を事前に取り交わしておくことについてのご意見をお聞かせください。

(例) 杉並区訪問看護事業の協定書の場合では、以下の内容が記載されています。

- a. 訪問看護婦、療養者、主治医、指示書等の用語の定義
- b. 看護の内容
- c. 診療の補助の範囲
- d. 診療の補助にあたっての条件
- e. 事故による損害責任

6. 医師の指示を受けて、診療の補助を安全にかつ確実に実施するために、診療の補助行為別に具体的な判断基準とその対応（プロトコール）（例：褥瘡のプロトコール）を作成し、共有することについてのご意見をお聞かせください。

7. 訪問看護婦に、診療の補助を指示することに関して、何でもご自由なご意見をお聞かせください。

資料4

《訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究》質問紙

在宅医療の発展に伴い、医療依存度の高い療養者の在宅療養は急速に促進されており、訪問看護婦が療養者の自宅において、診療の補助を行う機会も増加しています。そこで、診療の補助に関する医師の指示や実施条件などについてのご意見をお聞かせください。

ここでいう「診療の補助」とは、杉並区協定書に記載されている以下の17項目についての「医師の指示による訪問看護婦の医療行為の実施」と定義いたします。

- | | | | | |
|------------------------|------------------|-----------|----------------------|---------|
| ①膀胱留置カテーテル、膀胱洗浄 | ②導尿 | ③浣腸、摘便 | ④ストマケア | ⑤褥そうの処置 |
| ⑥経管栄養、胃チューブの交換 | ⑦在宅酸素療法 | ⑧人工呼吸器 | ⑨C A P D (持続的自己腹膜透析) | |
| ⑩P T C D (経皮的肝胆道ドレナージ) | ⑪I V H (中心静脈栄養法) | ⑫皮下・筋肉注射 | ⑬自己注射 | |
| ⑭点滴の交換 | ⑮気管カニューレ | ⑯気管内吸引・吸入 | ⑰静脈採血 | |

【各設問について、あてはまるものに○印をつけてください。】

1. 現在のご年齢をお教えください。

- ① 20歳代 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳代 ⑤ 60歳代 ⑥ 70歳代

2. 勤務形態について、あてはまるものを選択してください。

- ① 診療所管理者 ② 診療所勤務
③ 病院管理者 ④ 病院勤務 ⑤ 在宅医療部門の責任者
⑥ その他 ()

3. 訪問看護婦への指示についてのご経験

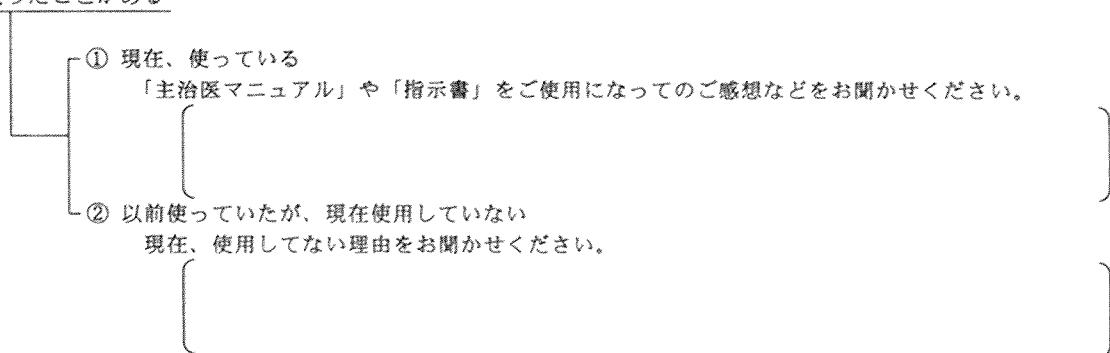
- ① 指示を出したことがある
② 指示を出したことがない

4. 診療の補助への指示についてのご経験

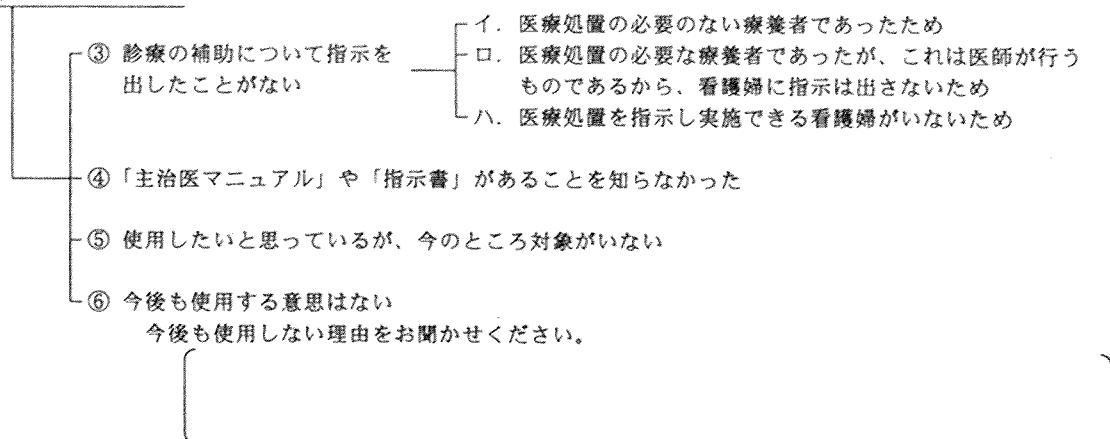
- ① 指示を出したことがある
② 指示を出したことがない

5. 杉並区医師会作成による「主治医マニュアルおよび指示書」の活用状況について、あてはまるものを選んでください。

(1) 使ったことがある



(2) 使ったことがない



4) 訪問看護婦が医師に対し、報告を密に行なうことは必要であると思う はい・いいえ

5) 訪問看護ステーションが診療の補助行為について
教育プログラムを持っていることは必要であると思う はい・いいえ

7. 診療の補助行為の実施の際に用いる医療機材や衛生材料（療養者の状態に合わせて、医師が指示・指定したもの）は、
どこが準備するのが適当だと思いますか。（複数回答可）

- ① 地域主治医が準備する
- ② 入院していた（外来受診している）医療機関が準備する
- ③ 訪問看護ステーション（部門）が準備する
- ④ 薬局が準備する
- ⑤ 療養者が準備する
- ⑥ その他の機関が準備する→機関名（ ）

8. 在宅から出た医療廃棄物の処理は、まずどこが回収するのが望ましいと思いますか。（複数回答可）

- ① 地域主治医が回収する
- ② 入院していた（外来受診している）医療機関が回収する
- ③ 訪問看護ステーション（部門）が回収する
- ④ 薬局が回収する
- ⑤ 療養者・家族が一般廃棄物として処理する
- ⑥ その他の機関が回収する→機関名（ ）

9. 訪問看護婦に対して診療の補助を指示することに関して、ご自由なご意見をお聞かせください。

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

医師郵送調査

6. 在宅療養者に医療を提供していくうえで、以下のことがらについての考え方をお聞かせください。

1) 杉並区では、医師会と杉並区との間で訪問看護事業に関する協定書を取り交わし、これを基本として訪問看護婦が診療の補助を行っています。このような医師・看護婦の組織間で文書を取り交わしておくことは、必要であると思いますか。

杉並区訪問看護事業の協定書の場合では、以下の内容が記載されています。

- a. 訪問看護婦、療養者、主治医、指示書等の用語の定義
- b. 看護の内容
- c. 診療の補助の範囲
- d. 診療の補助にあたっての条件
- e. 事故による損害責任



2) 診療の補助行為について、例えば図1のような具体的な判断基準を主治医－訪問看護婦間で決めておくことは必要であると思いますか。

① 17項目すべてに必要であると思う はい · いいえ

② 診療の補助項目によっては、必要だと思う はい · いいえ

「はい」と回答した場合、必要と思われる補助行為を下記の中から選んでください。

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------|------------------------|-----------|
| a. 勝胱留置カテーテル、膀胱洗浄 | b. 導尿 | c. 洗腸、摘便 | d. ストマケア | e. 梶そうの処置 |
| f. 経管栄養、胃チューブの交換 | g. 在宅酸素療法 | h. 人工呼吸器 | i. C A P D (持続的自己腹膜透析) | |
| j. P T C D (経皮的肝胆道ドレナージ) | k. I V H (中心静脈栄養法) | l. 皮下・筋肉注射 | m. 自己注射 | |
| n. 点滴の交換 | o. 気管カニューレ | p. 気管内吸引・吸入 | q. 静脈採血 | |

③ 全く必要ではない はい · いいえ

④ その他 ()

3) 診療の補助行為について、実施手順マニュアルを主治医－訪問看護婦間で決めておくことは必要であると思いますか。

① 17項目すべてに必要であると思う はい · いいえ

② 診療の補助項目によっては、必要だと思う はい · いいえ

「はい」と回答した場合、必要と思われる補助行為を下記の中から選んでください。

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------|------------------------|-----------|
| a. 勝胱留置カテーテル、膀胱洗浄 | b. 導尿 | c. 洗腸、摘便 | d. ストマケア | e. 梶そうの処置 |
| f. 経管栄養、胃チューブの交換 | g. 在宅酸素療法 | h. 人工呼吸器 | i. C A P D (持続的自己腹膜透析) | |
| j. P T C D (経皮的肝胆道ドレナージ) | k. I V H (中心静脈栄養法) | l. 皮下・筋肉注射 | m. 自己注射 | |
| n. 点滴の交換 | o. 気管カニューレ | p. 気管内吸引・吸入 | q. 静脈採血 | |

③ 全く必要ではない はい · いいえ

④ その他 ()

資料5

協定書

杉並区訪問看護等在宅ケア総合推進事業実施要綱（平成3年9月25日杉高対発第166号）に基づく訪問看護事業の委託契約（以下「契約」という。）に係る訪問看護の内容について、杉並区（以下「甲」という。）と杉並区医師会（以下「乙」という。）との間に下記のとおり協定を締結する。

記

（目的）

第1条 この協定書は、甲が乙に委託した訪問看護事業の看護内容に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

（定義）

第2条 この協定において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- 1 訪問看護婦療養者宅を訪問し、看護を行う看護婦(士)又は准看護婦(士)
- 2 療養者訪問看護事業の対象者で、訪問看護婦の看護を受けている者
- 3 主治医療養者を診察し、訪問看護に係る指示をする医師
- 4 指示書主治医が作成するもので、訪問看護婦が療養者に対して行うべき訪問看護の内容を記した文書

（看護の内容）

第3条 契約に基づき訪問看護婦が行う訪問看護の内容は、次の各号に掲げるものとする。

- 1 心身状態の観察
- 2 療養上の世話
- 3 診療の補助
- 4 療養者及び家族に対する助言

（診療の補助の範囲）

第4条 前条第3号に規定する診療の補助は、次の各号に掲げるものとする。

- 1 勝胱留置カテーテルの交換、膀胱洗浄
- 2 導尿
- 3 洗腸、摘便
- 4 ストマケア
- 5 褥創の処置
- 6 経管栄養、胃チューブの交換
- 7 在宅酸素療法の補助
- 8 人工呼吸器の管理
- 9 CAPD
- 10 PTCD（経皮経肝胆道ドレナージ）の補助

- 11 IVH（中心静脈栄養療法）の補助
- 12 皮下・筋肉注射
- 13 補液の交換
- 14 気管カニューレの管理
- 15 気道内吸引・吸入
- 16 静脈からの採血

（診療の補助にあたっての要件）

第5条 前条に規定する診療の補助は、次の各号に掲げるすべての要件を満たした場合に限り行うものとする。

- 1 療養者に対して訪問看護婦が行うべき診療の補助の内容について主治医が指示書に具体的に記載していること。
- 2 診療の補助を行っている際に発生することが予測される事態に対して看護婦が行う処置について、主治医が指示書に具体的に記載していること。
- 3 緊急事態が発生した場合における主治医の対応が指示書に具体的に記載されていること。

（訪問看護中に発生した事故による損害）

第6条 診療の補助など訪問看護を行っている際に、訪問看護婦が療養者やその家族等に損害を及ぼしたときは、乙がその賠償の責を負う。ただし、その賠償額が契約に基づき乙が加入している損害賠償保険の補償額を超えるとき、又は、保険金の支払いを受けられないときは、その負担につき甲乙協議のうえ決定する。

（疑義についての協議）

第7条 この協議に定めのない事項及び解釈上又は実施上の疑義については、甲乙協議のうえ定めるものとする。

この協定を証するため本書を2通作成し、記名押印のうえ甲乙それぞれ1通を所持する。

平成7年6月26日

甲 東京都杉並区阿佐谷南1丁目15番1号

杉並区代表者

杉並区長

乙 東京都杉並区阿佐谷南3丁目48番8号

杉並区医師会代表者

杉並区医師会会长

平成9年度 厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究
研究報告書

平成10年3月
発行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8
YKB新宿御苑ビル1001
TEL 03-3351-5898 (FAX兼用)

印刷 株式会社 厚生出版社
