

- クライアントのニーズを満たすより良い方法はあるか？
- ケアプラン全体を調整する必要はあるか？あるいはこのアプローチを継続すべきか？
- 補助職員および／または看護師にとって「学習の瞬間」はあったか？
- 補助職員に対して、委譲の実行に関する適切なフィードバックは提供されたか？
- 補助職員に業務／活動／機能の達成は認められたか？

《委譲決定プロセスの適用（資料④より）》

モデルプロセスが役立つためには、現実には即したものでなければならない。日常業務のなかで1名の看護師が数百もの決定を下していることを考えれば、それぞれについてこれらすべてのステップを踏むことは不可能である。そのため、PR&E Delegation Subcommittee は、次のように提案する：

注) PR&E Delegation Subcommittee : NCSBN より、方針説明書及び、NAP の規制に関する法律上及び運営上の規定の草案作成を行った委員会

- 多くの職場では、一般に看護管理者または前回シフトの当番看護師が作成した割り当てを使用する。割り当ては、患者のニーズ、利用可能なスタッフおよび資源、職務内容説明書、有資格の看護師の業務範囲および看護助手の職務範囲に基づき決定される。割り当てに使用するスタッフ資源は、主として当該組織が雇用時および定期的な業績評価時に行う被雇用者の資格認定書評価に基づいて判定する。
- 看護師は、看護助手に提供すべき監督、モニタリングおよびアクセスしやすさのレベルを決定しなければならない。監督レベルの差は、有資格の看護師および看護助手の役割の違いのほか、日常業務と委譲された業務の差、ならびに監督看護師との距離的近さにより異なる。看護師は看護ケア全般に対し継続的な責任を負う。
- 効率的に委譲を行うためには、看護師が看護助手の資格認定書および職務内容説明書を信頼できなければならない（特に初回割り当て時）。看護管理組織は、（通常は人事部門/担当者をとおして）被雇用者の資格認定書および適格性をバリデーションする責任を負う。このことは、看護師が一時雇用者または他施設の被雇用者と不定期に連携する機会が多い職場では特に重要である。
- 有能な看護師は選択能力をもち、委譲プロセスの適用に慎重を要するような状況を特定することができる。
- 看護師は伝統的に、1名で委譲プロセスの全ステップを実行してきた。今日のようにペースが速い医療環境においては、看護師同士で異なるステップを分担してもよい（ただし、全ステップを実行する必要はある）。

《重要な警告（資料④より）》

NCSBN では、委譲に関して下記のような警告についても同時に提示している。

- 看護の技術および理論は複雑で、知識を基盤とするため、看護プロセスを丸ごと委譲することはできない。判定、計画、評価および看護判断といった総合的な職務を委譲することはできない。
- 個々の医療業務/職務/活動は、それらが看護師の業務範囲内であるならば委譲することができる。看護師は看護師の業務範囲外の職務および活動を委譲することはできない。
- 委譲は患者ごとに行う。ある看護助手が1名の患者に対してある業務を遂行しているからといって、当該助手が全患者に当該業務を実施できることを無条件に意味するものではない。また、委譲は状況ごとに行う。ある看護助手が1名の患者に対してある状況下である業務を遂行しているからといって、当該助手がその患者に対しあらゆる状況下で当該業務を実行できることを意味するものではない。
- ケアおよびケア環境が複雑または予測不可能であるほど、有資格の看護師自身が看護ケアを提供しなければならない可能性が高くなるはずである。
- 看護助手に委譲された業務は、当該助手から再委譲することはできない。
- 委譲を行う看護師にとって大きな問題となっているのは、現時点で看護助手の態勢および訓練にばらつきがあることである。そのため、看護師は看護助手が同じ訓練レベルにあると仮定することはできない。
- 信頼は、看護師と看護助手の間の協力関係の中核をなす。良好な関係が築かれていれば、双方向のコミュニケーション、自主性、正しい評価および相互扶助の意欲が生まれる。看護助手が複数の看護師と連携している場合には、コミュニケーションの断絶が生じるおそれがある。多くの看護助手は職務指向的であり、看護師からの指示に優先順位を付ける訓練はされていないため、活動の優先順位を指導する必要がある (Potter & Grant, 2004)。
- 看護助手には、自らの知識およびスキルを明らかに超える業務/職務/活動の委譲を受けない責任がある。また、委譲を遂行する上での訓練および支援を主張し要請すること、あるいは特定の業務/職務/活動を委譲しないよう求めることが期待される。
- プライマリ・ケアモデルの下で教育を受けた看護師は、委譲に関する自らの知識不足を自覚していない場合がある。「40以上の救急部門を対象とした1995年の全国調査では、登録看護師の78%が自らの委譲スキルを高い、あるいはきわめて高いと回答したが、関連知識の評価試験を同時に実施したところ、35%の看護師の点数が不良であった」(Zimmerman, 10)。
- 委譲に関する問題解決を成功させるためには、看護師、看護助手双方が、適切な対人およびコミュニケーションスキルを身につける必要があるとともに、組織の支援が必

要である。

- 有能な委譲者は、「看護助手が成果達成のための資源である」ことを認識している (Linney, 1998)。
- 「看護師は業務遂行が看護の本質でないと認識するに至っている...看護職は新たな評価段階に入りつつある。新たな方法により、他職種と連携すること、新たな技術を利用すること、新たな現場に従事することを学びつつある」(Hansten & Jackson, 2004, p. 23)。

《他種類のインターフェイス》

看護師が他職種と連携したり、他職種を介して業務を遂行したりすることにより、多様な相互作用および関係が生まれる。このような相互作用およびコミュニケーションを実現するための手段をインターフェイスという (Webster, p.653)。インターフェイスは看護師としての任務および説明責任への取り組み方に重要な影響を及ぼすため、看護任務において期待される種類のインターフェイスを確認しておくことが重要である。体系化された看護組織をもつ現場においては、多くのインターフェイスが委譲に関与する。しかし、看護が体系化された看護組織をもたない現場で提供される機会は増加の一途をたどっている。体系化された看護組織をもたない現場に従事する看護師も、無資格の補助職員への委譲および監督を行う機会および権限の両方をもつ立場になる場合があるが、監督の機会、委譲権限とももたない立場になる場合もある。後者のような状況では、無資格の補助職員がいる現場に従事している看護師は、任務、責任および説明責任に関して混乱する可能性がある。

教育 -

スタッフとのインターフェイスが教育任務のみの看護師は、教育内容および教育方法に対して説明責任を負う。この特別な任務のために雇用された看護師は、学習を強制する機会を有さない。スタッフが学習内容を業務および職務にどのように適用しているかの検討は、教育効果の評価に使用できる重要なアウトカムであるが、この種の教育を遂行した看護師には通常、スタッフのフォローアップに参加する機会がない²。このような単発的教育を行う看護師の例としては、生活支援施設 (assistive living facility)、医療を主要目的としないデイケア施設において特定の手順を教育するスタッフ、機器会社に勤務し、新たな技術の使用方法をスタッフに訓練する看護師などが挙げられる。

監督への割り当ての受け入れ -

状況によっては、看護師が別の有資格医療提供者により業務を委譲されたスタッフの監督に割り当てられる場合がある (個人医院など)。その他、(医療現場における看護とみなされうる) 業務または手順を提供する権限が、看護師業務法または看護管理規則/規制とは別の法律または規則/規制により認められるような状況もある (学校長により学生に医薬品を提供するよう指示されている学校秘書など)。別の有資格医療提供者により業務を委譲された無資格の補助職員を監督する責任を看護師が負うような状況は、困難であるばかりでなく、職業上、苦痛となる場合もあ

る。看護師に期待されている関与がどのようなものか、十分明確化されていない場合もある。このような状況は、これまでの委譲および割り当ての範疇を超えるものである。このような状況下に置かれた場合には、理路整然とした分析により、看護師の任務および責任を確認する必要がある。看護師は監督対象とする無資格の補助職員の知識、スキルおよび能力を考慮に入れる必要がある（監督への割り当てを受け入れる場合の決定樹を参照）。無資格の補助職員の能力は、患者のニーズに一致している必要がある。また、周囲は看護師の監督能力を支援する必要がある。

看護師は、監督への割り当てを受け入れるか否かを決定する責任がある。看護師は自らに監督権限があることを確認する必要がある。また、監督対象とする活動が看護師の業務範囲内であること、自らが当該活動の遂行および監督を行うための適切な教育を受けた適格者であるかどうかを確認する必要がある。適切なレベルのモニタリングを行う機会があり、距離的に近くなければならない。看護師は次のような場合、監督への割り当てを辞退しなければならない：

- 必要な場合に介入および是正措置を講じる権限がない場合
- 監督対象となる活動を遂行した経験がない場合
- 効率的なモニタリングを行う機会がないか、行うことができるような近距離にいない場合
- 問題があっても介入することができない場合

現実の状況では、看護師が監督の割り当てを受け入れるべきでないと感じながら、辞退すれば雇用が脅かされる危険性があると認識し倫理的ジレンマに陥る場合がある。一方では、看護師は自らの業務範囲を超えた割り当てや、患者に有害な割り当てを受け入れたことを理由に懲戒処分を受ける場合があるが、他方では、辞退により引き起こされる結果により生計を失い、看護師および家族の経済の安定が喪失する場合もある。看護師はこのような状況に対処する際、さまざまな選択肢および手段があることを認識し、十分な情報に基づき決定を下すべきである。患者に有害な影響があった場合、看護師は監督業務に関する説明責任を負う。看護師が他職種により委譲された活動を遂行中のスタッフを監督することが考えられる状況の一例は、個人医院に医療助手とともに従事する看護師である。このような状況においては、医師は医療助手に手順および業務を委譲し、看護師に監督を割り当てる。もうひとつの例は学校看護師である。学校看護師は教育が主要目的で、医療が副次的目的という状況下で看護サービスを提供している。学校看護師は、学校長および教育に関する法律/規則によりある手順を実施する権限を与えられている人員の監督を辞退する必要ありと判断する場合がある。期待されたインターフェイスに関する交渉の一例としては、看護師側から、監督でなく return demonstration [適切な訳がなく、原文表記のままとする] によって業務遂行を指示するという方法を提案することが挙げられる。

《監督への割り当ての受け入れ》

看護師は業務または職務遂行のモニタリングにより監督を行い、業務、方針および手順の基準遵守を徹底する。モニタリングの頻度、レベルおよび種類は患者のニーズおよび助手の経験によって異なる。

看護師は、以下の項目について考慮する。	看護師は、以下の項目について決定する。	看護師は、以下の項目について責任を負う。
<ul style="list-style-type: none"> ■ クライアントのヘルスケア状況および状態の安定性 ■ 反応およびリスクの予測可能性 ■ ケアを行う場所の設定 ■ 資源および支援のインフラストラクチャーの利用可能性 ■ 遂行されている業務の複雑性 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下に基づく、現場での監督およびアセスメントの頻度 ■ クライアントのニーズ ■ 委譲された機能／業務／活動の複雑性 ■ 看護師の配置の近接性 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下に基づく、現場での監督およびアセスメントの頻度 ■ クライアントのニーズ ■ 委譲された機能／業務／活動の複雑性 ■ 看護師の配置の近接性

看護師は、以下の項目について責任を負う。

<ul style="list-style-type: none"> ■ 問題および懸念に対する適時の介入および追跡調査。介入へのニーズの例には以下のものが含まれる。 ■ 微妙な兆候および症状への警告（これにより看護師および補助職員は、クライアントの状態が深刻に悪化する前に積極的な予防策を講じることができる） ■ 委譲された活動の完了が補助職員にとって困難であることの認識 ■ 問題および／または状況の変化への十分な追跡調査の実施は委譲の重大な側面である。

もうひとつの懸念は、自立した生活環境の維持を目的として介入を必要とするような機能障害者に関するものである。生活支援施設における、典型的な日常生活介護を超え、なおかつ医療現場における看護的介入とみなされる業務および職能は、健康維持機能（HMF：health maintenance function）³または健康維持業務とみなされる。Texas Board of Nurse Examiners は、最初の判定に看護師を必要とし、その後、無資格の補助職員が HMF および日常生活介護（ADL）を遂行するような種類のインターフェイスに関する規則を作成した。オレゴン州看護評議員会は、無資格のスタッフに非注射剤の投与方法を指導する看護師向けの指針のほか、無資格のスタッフに特定の看護ケア業務を委譲する際の基準を具体的に定めた規則を制定した⁴。

要約すれば、別の医療提供者とのインターフェイスの種類を決定する際、看護師が考慮すべき事項は次のものである：

- 看護師の業務および任務の範囲
- 提案された活動に関する看護師の経験および教育レベル
- 権限の有無、およびその中における看護師の位置づけ
- どのような側面のケアが実施されるか
- 看護師が意思決定できるような職権を有しているか
- 看護師が必要な資源、モニタリングへのアクセス、フォローアップ能力を有しているか
- 限定的な接触か、あるいは継続的な関係か

NAP ; 看護補助職員への委譲 (NCSBN によるガイドラインの要約) に関するまとめ
NCSBNのガイドラインの中で、下記の内容が考察およびまとめとして述べられている。

多くの看護師は委譲に対して消極的である。このことは、NCSBN による調査結果および文献レビューのほか、看護学生および准看護師からの事例報告にも反映されている。このことの要因は、他職種との効率的な連携方法を学ぶ教育機会がないこと、看護助手のスキルレベルおよび能力を理解していないことから、単なる仕事のペース、患者の回転率まで数多くある。だが同時に、NCSBN の調査結果は、看護助手が遂行する看護業務/職務/活動の複雑化も示している。人口統計学的な変化、それによる看護サービスの需要増大に加えて、看護師不足により、看護師は看護助手がいなければ、必要とされるケアを提供できないのが実情である。

「委譲」は看護業務を管理運営するためのツールである。有効活用すれば、安全かつ効率的な看護ケアを提供することができ、看護師がより複雑な患者ケアの需要に自由に参加することができるようになるほか、看護助手のスキルが向上し、組織のコスト節減が実現できる。現時点では、看護助手および委譲を規制するための最適な規制的手法に関して、明らかな見解の一致はみられない。しかし、看護界は大規模な人員不足に直面しており、看護ケアを提供しつつ、安全かつ適格な看護ケアへの一般市民のアクセスを保証する方法を計画する必要がある。本文書および本文書に提案するモデルはその第一歩を提供する。

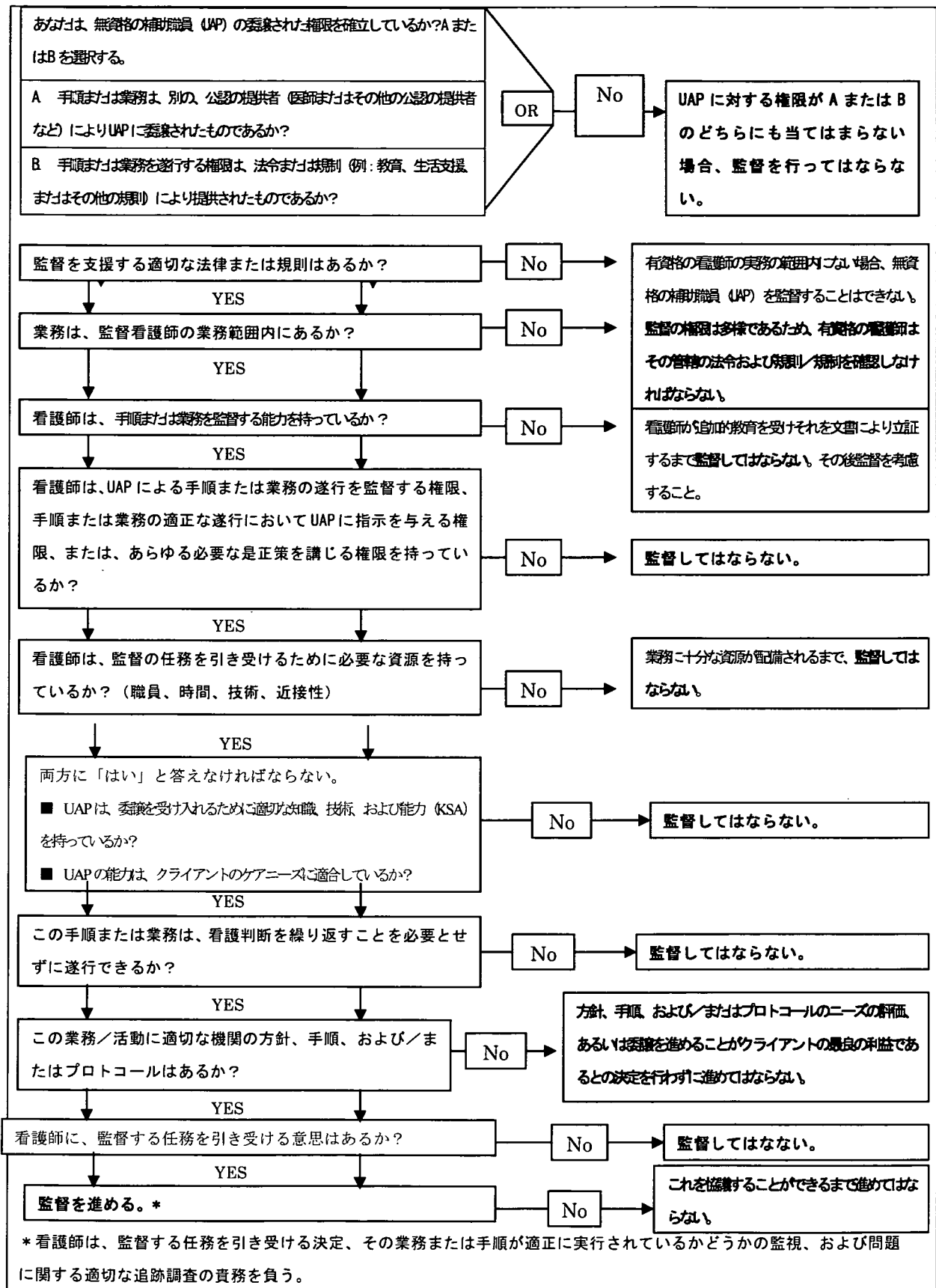


図6. 意思決定の樹状図 - 無資格の補助職員を監督する任務を引き受ける（資料④より）

3) The American Association of Nurse Attorney(TAANA)による RN;看護師と UAP の適切な関係性についての提言(資料⑤)

TAANA とは、米国において看護師を法的立場から擁護するための弁護士等、専門家による組織である。TAANA は、ヘルスケアの構造、資金調達、および組織化を管理する力がきわめて複雑であることに加え、これらの状況から UAP の利用ニーズが出現してきたとの認識を示している。看護業務の UAP に対する委譲に伴う患者/利用者に対する責務を看護師が担うことは、基本的な前提である。そこで、TAANA では、登録看護師の監督または指示の下で働く UAP の利用に関する推奨の提案を示している。TAANA では、看護の側面と法的な側面、双方の視点を背景として、UAP の利用増加、および UAP の利用に関して、安全で良質の患者のケアを最大限に高める助力となる指針および推奨を提供することを目的とした提言を以下のように示している。(下線は、研究班加筆)

【教育】

現在実務を行っている多くの看護師は、看護学校において、特に、看護業務における種々の構成要素の監督および委譲に関して教えるチーム看護アプローチの訓練を受けていない。TAANAは、現在このような教育をカリキュラムに入れていない看護学校が、カリキュラムを改正してチーム看護および/または監督ならびに委譲の技能を含めるようにし、UAPを利用するヘルスケア環境で働く看護師の助力となることを推奨する。

【登録看護師の規制】

UAPと共に働くことに関する教育不足に加え、多くの看護師は、登録看護師によるUAPへの委譲およびUAPの監督に関して何の指針も示されていない州で働いてきた。TAANAは、州の専門的看護実務を規制する州看護協会がこの指針および指示を提供するのに適した組織であると推奨する。このような指針は、委譲しうる業務と職務内容により委譲できない業務の判定基準を示すべきである。加えて、これらの指針または規制は、どのようなタイプの監督が必要であるかに関する指示を登録看護師に提供するべきである。

【UAP の認定／登録】

TAANAはさらに、適切な州機関がUAPのための標準化されたカリキュラムおよび検定手順を示す特定の基準を規定することを推奨する。この手順は、1987年のthe Omnibus Budget Reconciliation Act(包括的予算調整法)における連邦法により制定された長期ケア施設における看護アシスタントのための手順と類似していると思われる。この基準は、初期教育の基準、能力の証明、および結果の認定、ならびに継続教育要件を規定するべきである。

【患者ケア再構成チーム】

TAANAは、ヘルスケア環境でUAP利用を実行する前に、集学的患者ケアチームを招集してUAP利用について評価、公式化、および実施を行うことを推奨している。このチームは、登録看護師、医師、管理側担当者、および無資格の補助職員から構成されるべきである。チームの業務には、UAPおよびUAPを監督する登録看護師のための職務内容説明書の起草が含まれるであろう。また、チームの職務には、患者へのケア提供に責任を負うチームメンバー構成の改善ならびにオリエンテーション資料およびプロトコルの起草およびそれらを用いた訓練も含めるべきである。

【監視および再評価】

UAPの利用について、定期的に監視し、一定期間後に再評価を行うべきである。この過程は、修正が必要な職務内容説明書の内容、チーム構成の変更、および現職訓練教育の必要性を明確化する助力となるであろう。TAANAは、UAPの利用を最初に実行してから6カ月後および1年後に、前述の集学的チームがこのようなモニタリングを遂行し正式な再評価を実施することを推奨している。

【継続教育および現職訓練】

TAANAは、UAPを利用する施設が、委譲および監督の領域に関して、UAPと登録看護師の双方を対象とした現職訓練および教育授業を行うことを推奨している。

患者に対するケアの責任は看護師にあり、このケアにはUAPが遂行したケアに対する責務も含まれている。上記の提言の実現によって、患者の安全や看護師の責任軽減、ひいては良質のケアの提供が保証されるものと述べている。

Ⅲ. 日本におけるケア提供の役割分担に関する法律的整備の現状と課題

我が国、日本における患者/利用者に対する医療または治療、ケアサービス等の提供について、法律専門家の見解や関係資料を参考として現状を整理する。

現在、患者/利用者に提供されているケア中で、「医療」の提供については、医師法第17条に定められている通り、「**医師でなければ、医業をしてはならない**」ということが前提にある。一方、**看護師の業務**とは、保健師助産師看護師法第5条「…「看護師」とは厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する**療養上の世話**又は**診療の補助**を行うことを業とする者をいう」と定められており、「療養上の世話」と「診療の補助」が同法31条によって「業務独占」すなわち、看護師でなければこれを実施してはならないということになっている。

【「診療の補助」における医師と看護師の関係】

この看護の独占業務である「診療の補助」の内容については、同法第37条に「臨時応急の手当てを除き「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」と規定されている。この法律により、看護師は「診療の補助」行為を行う際は、医師の指示が必要であるということである。このことから、医師と看護師の関係とは、「診療の補助」に関しては、医師が看護師に対して指示をするという関係が明白である。

【「療養上の世話」における医師と看護師の関係】

また、もうひとつの看護師の独占業務である「療養上の世話」については、国が2003年に実施した「新たな看護のあり方検討会」によってその解釈が検討された。その中で、『療養上の世話』については看護師が責任を持って判断すべきものであること(必要があれば医師に意見を求めるという看護師の判断力と専門性が必要)が確認されたのである。

上記のように、「医療」の提供に従事するものとしての法律上の整備がなされている。一

方、近年の我が国の医療政策の方向性として「在宅医療の推進」が掲げられ、2000年の介護保険施行後ますます、医療依存度の高い患者/利用者が在宅で療養することが多くなってきている。「医療」が必要な患者/利用者は、以前は医療施設に入らざるを得なかったが、介護保険サービスの充実が図られるようになった昨今は、「介護」サービスとともに「医療」サービスを受けることが可能となった。この状況から、新たな問題が発生している。すなわち、一人の利用者が「介護サービス」と「医療サービス」両方を受けることにより、対処法の異なる複数のサービス提供者が関わる例がでてきたのである。具体的には、看護師と介護福祉士が一人の利用者に関わる際にどちらの職種がどのようなサービスに責任をもつべきかという整理の問題である。

【看護師の「療養上の世話」と介護福祉士の「介護」業務の関係】

看護師の「療養上の世話」については、前述のとおり「傷病者もしくははじょく婦に対する…」と規定されている。一方、介護福祉士の業務については、「社会福祉士及び介護福祉士法第二条2項」の「介護福祉士とは、…身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行なうこと(以下『介護等』という)を業とする者をいう」という条文より、「障害者に対する介護」をその業務としている。この場合、看護師の「療養上の世話」と介護福祉士の「介護」の業務内容はほとんど同様のことを示しているといえる。法律上の違いは、「傷病者もしくははじょく婦」と「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者(すなわち、「障害者」)という、対象の違いである。しかし、現実的にはある一人の人間が「傷病者」であるのか「障害者」であるのかの区別は明確であるとは言い難い。重度障害者がある程度、経管栄養や胃ろうによる食事や尿道カテーテルによる排泄、拘縮や褥そう予防に配慮した体位変換など、日常生活場面で医療の専門的判断を伴うケアが必要となる。こうした「療養上の世話」に関して、医学的管理が必要な場合、看護師は必要に応じて、医師の意見を求めることが、看護判断として求められており、そのような判断に基づくケアの最終責任者は医師であることは明白である。

【介護福祉士の他職種との関係について】

医師と看護師の関係が医師法及び保健師助産師看護師法に基づいて責任が明らかであるのに対して、介護福祉士と医師あるいは看護師は法律上は全く独立した関係にある。「社会福祉士及び介護福祉士法」第47条において、「社会福祉士及び介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない」とされている。すなわち、介護福祉士は、医師その他の医療関係者と「連携」を保つ義務があるのである。この「連携」の意味するものについての具体的に示されていない。ある一人の患者/利用者に看護師は「療養上の世話」として、介護福祉士は日常生活の「介護」として、それぞれ別の法律に基づいて、同一の業務を実施している。「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づいて、介護福祉士が看護師と連携する義務があるとしても、その場合のケアにおける責任が誰にあるのかについては、全く言及されていない。

これに対して「診療の補助」すなわち医行為に関しては、唯一、法律的に「連携」のあり方を具体化しているものとして、2003年「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書に基づき明文化された「在宅におけるALS以外の療養患者・障害

者に対するたんの吸引の取り扱いについて(医政発第 0324006 号)」がある。ここでは、「医行為(医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為)」とされている「たんの吸引行為」を医師・看護師・家族ではない者、すなわち「家族以外の者」が実施することについて、「適切な医学的管理の下で、当該患者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員の指導の下で、家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして、適正なたんの吸引を実施する」と明記している(図 8 ; 詳細は、報告書参照)。この報告書に記載されている説明によると、「患者・家族」と「訪問看護ステーション」との間には、「訪問看護指示書」「計画書」「報告書」を介しての連携関係がある。一方、「家族以外の者(医師及び看護職員を除く)」の連携関係は「訪問看護ステーション」との間に「訪問看護計画に基づく指導・同行訪問・連絡・相談・報告」という連携関係をもつことになっている。ここでいう、家族以外の者には介護福祉士も含まれている。このような医行為における責任の所在の明示は、医学的管理の必要な患者/利用者のケアには必須なものであるが、「たんの吸引」以外の「行為」についての指示・指導などの「連携」の方法について、明示されていない現状にある。

訪問看護のしくみ (介護保険と医療保険の訪問看護の調整)

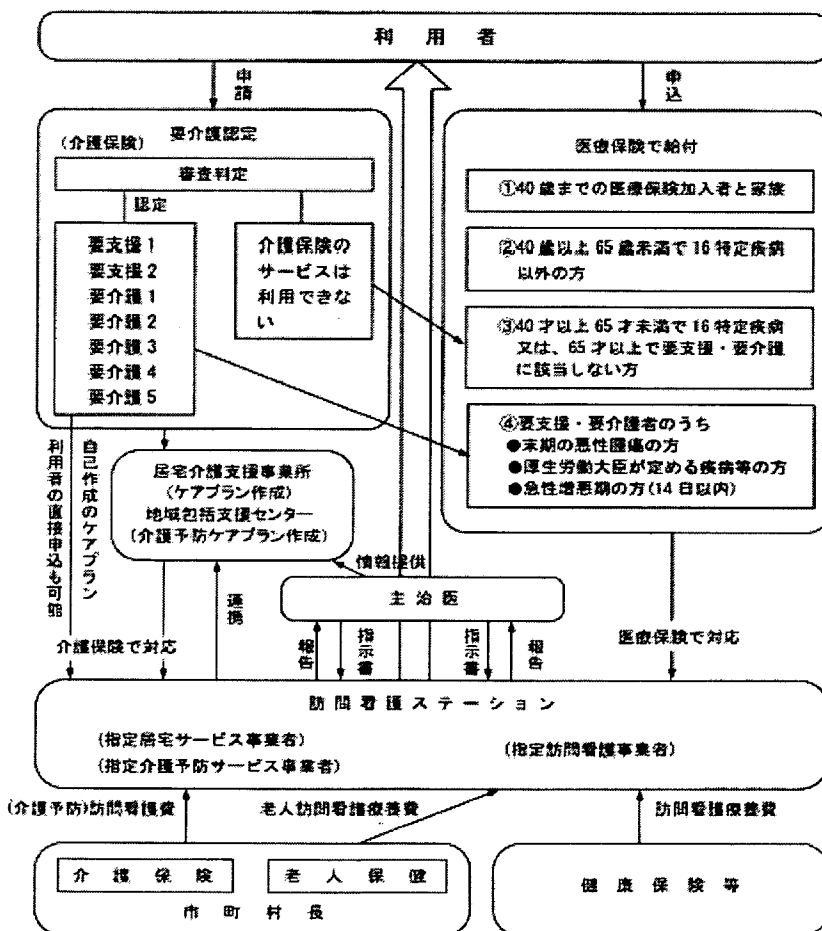


図7. 訪問看護のしくみ—訪問看護と他機関、他職種との連携— (副題: 研究班口筆)

出典 共催 (財)日本訪問看護振興在団、(社)日本看護協会: 第12回訪問看護・在宅ケア研究交流集会抄録 p29, 2006.

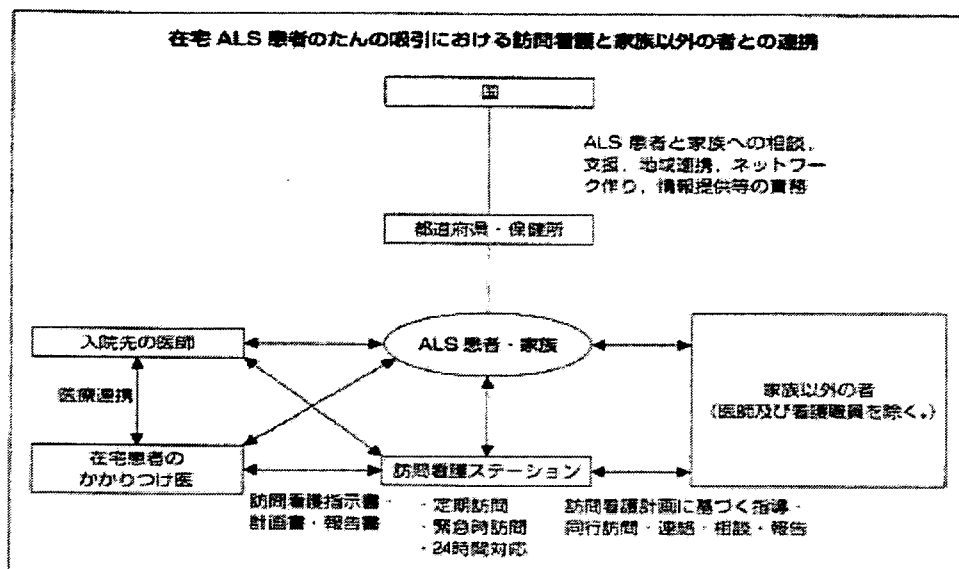


図8. 「在宅 ALS 患者のたんの吸引における訪問看護と家族以外の者との連携

出典) 看護問題研究会監修:厚生労働省 新たな看護のあり方に関する検討会報告書,日本看護協会出版会 2004.

D. 研究Ⅱの考察

米国と日本では、その医療提供体制に関する法律(州法等含む)、保険制度、人員資源、提供サービス資源、医療提供者の資格制度、国民性や文化等、様々な違いがあり、様々な要因が関連していると思われ、安易に比較することは困難である。しかし、米国では関係職種間連携について明確に規定を設けており、機能しているという点において、日本の現状に即した検討を行う際の何らかの示唆や新たな視点が得られるものと考えられる。

1. HHA と日本の在宅サービスの管理体制の違い

米国の HHA のこの在宅医療システム機関の役割とは、「患者への提供サービス及びケアプランの実行に責任を負う機関」とされている。この定義から、日本においてこの役割を担っている機関を考えると、介護保険制度下における「居宅サービス事業者」や老人保健制度下における「指定訪問看護事業者」に該当すると思われる。

①在宅サービスの範囲とケアの業務分担

日本の介護保険制度下における在宅サービスには、「訪問介護」「訪問看護」「訪問入浴介護」「療養通所介護」「短期入所療養介護」「訪問リハビリテーション」等のサービスがある。米国では、これらの事業者を総合したような機能を一つの機関(または複数の事業者間の契約に基づき)で行っており、その業務は医師または看護師等の管理者を中心として、UAP を含め、各職種で連携して行っている。特に、日本でいう「訪問看護」と「訪問介護」サービスについての区別があるわけではなく、「直接的ケア」をより細かい「業務」として分類している。実際は看護師が実施せず、UAP に委譲する業務についても、看護師の責任において委譲するという点を明確にした分担方法をとっている。

一方、日本においては、「訪問看護」サービスを提供する訪問看護ステーションでは、約 8 割が「訪問看護」以外の何らかの在宅サービスを併せて提供しているという報告があり (cx:(財)日本訪問看護振興財団;2005(平成 17)年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書)、具体的には、「居宅介護支援事業」が 70%、次いで「訪問介護」30.7%、「通所サービス」

29.3%というような複合的なサービス提供が行われている。上記の例は、訪問看護ステーションが併設施設をもち併設在宅サービスを提供している例であり、この場合は米国の体制に近い管理体制であるとも考えられる。また、米国においても広範な地域の在宅ケアを担う上で、親機関や下部機関等のネットワークをもっているが、日本でもこの点においては、各事業開設主体が平均 3.6 事業所を持っていたり、サテライト事業所を開設しているというデータ(cx:(財)日本訪問看護振興財団;2005(平成 17)年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書)があり同様の状況であるといえる。

しかし、日本では「複合的なサービス提供」を行う際、看護師以外が提供する「直接的ケア」の責任がすべて看護師にあるとは法的に明示されていない状況であり、この点が米国とは異なっている。(「委譲」についての違いは、後述する)

②在宅ケア機関の管理者とその任務、従事者との契約関係

米国における HHA の管理者は「医師」「登録看護師(Registered Nurse、以下 RN と略す)」または「保健サービスの管理運営に関する研修・実務経験を有し、なおかつ在宅介護または関連保健プログラムの監督または運営管理経験を 1 年以上有するもの」となっており、その任務も詳細に明文化されている。一方、日本では、訪問看護ステーションの管理者は、やむをえない場合を除いて、保健師又は看護師でなければならないとされている(「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号;第 4 章第 61 条)。また、「訪問介護」事業に関する同法基準(第 2 章第 5 条・第 6 条)によると、「指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない」とある。そして、その解釈通知(平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号)では、「(前略)・・・訪問介護員等である必要はない」とあり、管理者について、職種による限定をしていない。この管理者の職種規定の日米の違いは、米国の在宅ケアの提供は、比較的総括的に一機関内での業務分担で提供されるのに比べて、日本では治療・看護・介護等が機関ごとに独立して提供したり、複合的に提供する場合には各機能を併設機関とし、管理者は兼務している場合もあり得るといった点にあることも考えられる。

また、米国では管理者の任務について、具体的に規定を設けている。その任務とは、HHA の機能を組織化及び指示、スタッフとの連絡、教育・評価といった内容から広報活動、予算会計管理にまでの内容となっている。このような内容については、実際に日本の訪問看護管理者等も行っていることである。日本との違いは、これらの任務を遂行するにあたって、管理者によって、所属 HHA 内での「提供すべきサービス」や「方針」「連携及び評価手順」等が明確にされ、各従業者との間で、「契約書」による契約を行うという点にある。この管理者と従事者の契約関係の規定は、各スタッフが個別にサービス利用者宅に出向きケアするという個別かつ閉鎖的環境が特徴的である在宅ケアにおいて、各従事者間のケアの質の均一化や管理者によるモニタリングを義務づける上で、重要な点であると思われる。

③複数のサービス提供機関間の提携

上記のような雇用契約の他にも、米国では、契約書によりサービス提供について任務や責任を明確化しているものがある。その契約とは、同一利用者に対して複数の HHA が関わる際、複数 HHA 間での「提携」を執り行なうものである。

日本の介護保険制度では、ひとりの利用者に複数の事業者が関わる際、その調整はケア

プランを作成し、その後の調整を役割としている介護支援専門員が中心となっている。介護保険制度では、サービス提供者と療養者/利用者との契約関係(事前の説明と同意に基づく契約)が明確化されるようになった。しかし、事業者間で直接、情報交換・共有や調整を行うというよりも、介護支援専門員、又は利用者宅にある情報交換ノートや家族を介して、調整されることが多い。このように、日本では情報交換・共有や調整において、中心的役割を担う立場(介護支援専門員)が明確になっているため、連携の統制が取りやすいと考えられる。しかし、その反面、実務レベルでの詳細な調整や変更等において介護支援専門員個人の資質や責任に帰される傾向があり、複数の事業所が組織として緊密に連携した上で、同一の利用者にサービス提供できているとは限らない。この点は、介護支援専門員が企画開催するケースカンファレンス等を有効に活用するなど今後、日本における事業者間の連携のあり方を検討する必要がある。

④提供するケアの決定と外部評価

提供されるケア内容については、米国では主治医の指示によるケアプランにより HHA がケアを業務分担しながら提供する(単一 HHA で担えない場合には、他 HHA との提携により提供)。HHA の専門職(RN/療法士/医療ソーシャルワーカー)は、医師のケアプラン作成の補助をし、また、医師へケアの報告を行うことになっている(専門職のアシスタントにはこの職務はない)。そして、そのケアプランに変更が必要となった場合には、迅速に医師に報告することとなっており、追加・修正がされていくシステムである。

一方、日本の介護保険制度ではケアプラン作成は介護支援専門員が「主治医意見書」を下に、ケアプランを作成しサービス内容を決定している。また、医療保険適用の場合で、医学的管理を要する在宅療養者/利用者に関するケア・治療計画については、「訪問看護指示書」に基づき、看護師が「診療の補助」として実施している。

この医療・治療計画については、必ず医師の指示の下実施されている点は日米相違ない。しかし、米国の場合はそのケアプラン項目(前述)に、「診断」や「薬剤・治療法」等から療養生活に関する幅広い内容が含まれているが、日本では、介護支援専門員によってその内容がケアプランに反映され、医学的管理については別途「訪問看護指示書」によって医師から訪問看護師に支持されるという二重構造がある点が大きな違いである。これは、医学的管理や薬物の処方及び投与が必要になった場合に、介護保険のみでなく医療保険等に切り替えられることによる制度(システム)の二重構造とも関連していると思われる。

ケアプランの評価・見直しについては、米国では「重症度に応じた頻度(ただし 62 日に 1 回以上)」とされており、必ず「看護師」による「初回評価訪問」が実施されることになっている。また、HHA 組織内でも「専門職従事者グループ」による定期的な評価がされている。特に、このグループには、所属外の者が必ず入ることになっており、客観的な視点から外部評価を得る機会を設定している。この点は、療養者/利用者に対するケアの質保証の面で必要な点である。一方、日本の介護保険制度においては、介護支援専門員は、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成 11 年 3 月 31 日厚生省第 38 号)第 3 章第 13 条 13」によると「少なくとも 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること」、「少なくとも 3 月に 1 回モニタリングの結果を記録すること」と規定されており、その見直し頻度については日米ほぼ相違ないが、そのケアプランで問題がないかどうかという初期の評価の視点が日本の制度では明確にされていない。初期評価や外部評

価について、今後検討していくことが必要である。

2. 関係職種の責任関係の明確化

次に、米国 HHA と日本において、在宅ケアに携わる職種とその関係について考察する。

米国において、在宅ケアサービスを提供する職種については、連邦規則に明記されており、それぞれの職種の資格について規定されている。例えば、看護師や療法士、ソーシャルワーカーにそれぞれ補助者(アシスタント)がいる場合があり、各専門職の業務を一部委譲され、在宅ケアを担っている状況である。この委譲の定義(ANA による)は、前述の通り、「結果の責務を保持しながら、ある活動を遂行する責任を、ある人から別の人へ移すこと」である。そして、例えば看護師の補助的役割で委譲を受ける個人を総称して UAP(Unlicensed Assistive Personnel)として、その委譲に関するガイドラインを提示している。米国において、有資格者である専門職と無資格である職種の間には厳密な委譲の規定(委譲業務内容、委譲のために必要な UAP の条件、教育・研修内容等)のや段階、委譲方法(指示方法と報告方法の明記)が明らかにされている。

ここで、米国において「委譲関係」が成立する要素は以下の点が考えられる。その要素とは、①業務における責任の一元化(例:看護業務についての責務は看護師のみにある)、②「委譲」可能な業務の明確化、③法律による委譲の条件、委譲方法(指示・報告)の明記 といった点が考えられる。

一方、日本の在宅ケアを担っている職種については、米国同様、様々な職種が関係しているが、その関係性は必ずしも明確になっていない。上記の、米国において「委譲関係」が成立する要素に沿って、日本の現状を検討する。

①業務における責任の一元化

「Ⅲ. 日本におけるケア提供の役割分担に関する法律的整備の現状と課題」の項で述べたとおり、看護業務でいう「療養上の世話」に該当する業務については、介護福祉士の「介護」業務との重複が考えられる。法律上の違いはその対象者の定義(「傷病者もしくははじょく婦」と「障害者」の違い)のみであり、明確に業務内容で区別しがたい状況である。看護師と介護福祉士は、それぞれの資格法に忠実に従って業務を遂行しているのであるが、同一対象者に対する同一業務を提供する場合の責任が明確にされていない。

このように、日本においては在宅ケアのうち、看護師が行う「診療の補助」と医行為の特殊例としての「たんの吸引」については、医師に責任が帰すると解釈される。しかし、それ以外で患者/利用者を実施されるケアについては、介護福祉士は「連携を保たなければならない」との規定があるものの、関係職種間の責任関係は不明である。

今後、医療依存度の高い重度障害者が、在宅ケアを利用する例は増加すると予測され、その場合、訪問看護と訪問介護の併用は必然となろう。利用者への安全なケアの提供という観点から、一元的な責任体制が明確にされる必要があると考える。

看護業務のうち、「診療の補助」に該当する業務については、医師の指示の下、看護師が実施する点という委譲関係は、法律上明確である。また、在宅ケアの場合、医学的管理を要する療養者/利用者に対して、そのケア時間の必要性から医師・看護師・家族以外のものとの「委譲関係」が成立しているものがある。この「委譲関係」のもと提供が容認されている医学的処置の例として、「一定の条件の下における『ALS 患者に対するたんの吸引行為』」のみがある。この行為は、「一定の条件の下」という条件が、明確に提示され、その

まま「委譲」の要件に該当しており、例外的に、医療職種（医師・看護師）と介護福祉士等「家族以外のもの」が実施可能と判断されたものである。

②「委譲」可能な業務の明確化

米国の連邦規則では、上記のような「職種による業務及び責務の重複」がないため、ある一定の職種の業務のうち、何についてのケア「行為」は委譲してもよいということが規定されている。具体的には、「直接的ケア」と称される業務内容についてである。この規定により、UAP に対する教育・研修も責任として義務化される。同時に、ケアの「行為」については、委譲可能であってもその判断を含めたケア全体の委譲はできないということも、明確に規定されている。

この「委譲」可能な業務に関する「行為」と「判断」の複雑な関連という点においては、その線引きが困難であり、日本では、「委譲」可能な業務の列挙という規定の方法についても議論されているところである。

また、米国のように明確な委譲関係が規定されているからこそ、ケア後の「報告」が義務化され得る。日本のように、各職種の倫理的責務に基づいて実施されたケアに関して、その後の情報共有の方法及び内容については、法律上の規定はされていない。日本では、「委譲関係」にない業務に関する報告システムが明確でないため、必要に応じた情報交換・共有は、関係者個人の努力に委ねられている現状である。

③法律による委譲の条件、委譲方法(指示・報告)の明記

日本では、この委譲関係について法律的に明記されているのは、前述の通り、看護師の「診療の補助」に関する医師と看護師の関係、看護師の「療養上の世話」に関して看護師が責任を持って判断すべきこととされたということ（医師との「委譲」の関係にないことの明記）、ALS 患者に対する家族以外のものによる「たんの吸引行為」に関する法解釈である。

その他のケアに関しては、具体的な委譲に関する規定（例えば、指示や報告義務等について）はされていない。日本では、委譲関係の成立する業務は限られているが、例えば、その業務が委譲可能であると判断した根拠や業務ごとの委譲の条件等を明確にしておくことは、療養者/利用者への安全なケア提供の上で重要である。また、委譲関係にはなくても業務分担や協力を要するケアについては、それを具体的に「誰が何を分担し、どのような場合、どのようなことを誰に伝えるか」というような、取り決めはある程度、決めておく必要がある。

その際、米国においては、このような取り決めを共通認識として文書に留めておくことや事前の同意についての方法が特徴的であり、この委譲による責任の明確化と安全なケア提供の保証を維持しているものと思われる。

E. 研究Ⅱの結論

本研究では、在宅ケアシステムにおいて、関係職種の連携について、法律的整備および関連職能団体による見解が明文化されている米国における状況を調査し、日本の法律的視点からみた在宅ケアにおける職種間連携と比較検討した。

1. 米国と日本の在宅ケアシステムの違いとして、以下の点が明らかとなった。

①在宅サービスの範囲とケアの業務分担

米国では、日本でいう「訪問看護」と「訪問介護」サービスについての区別があるわ

けではなく、これらの事業者を総合したような機能を一つの機関（または複数の事業者間の契約に基づき）で行っており、その業務は医師または看護師等の管理者を中心として、UAPを含め、各職種で連携して行っている。サービス利用者に対する「直接的ケア」をより細かい「業務」として分類している。実際は看護師が実施せず、UAPに委譲する業務についても、看護師の責任において委譲するという点を明確にした連携方法をとっている。

② 在宅ケア機関の管理者とその任務及び従事者との契約関係(Job Description 等)

米国の HHA 管理者の任務については、具体的に規定があり、その内容については、日本の訪問看護管理者等も行っていることである。日本との違いは、これらの任務を遂行するにあたって、管理者の任務を明確にしていることであり、これに基づいて、所属 HHA における「提供すべきサービス」や「方針」「連携及び評価手順」等を規定し、各従業者との間で、「契約書」（または「Job Description」）による契約を行うという点にある。

③ 複数のサービス提供機関間の提携

米国では、契約書によりサービス提供について、各事業所の任務や責任を明確化しているものがある。その契約とは、同一利用者に対して複数の HHA が関わる際の、複数 HHA 機関間の「提携」を執り行なうものである。これは、医師を中心としたケアプランに対する実務レベルの機関間の調整を文書化しているといえる。一方、日本の介護保険制度では、ひとりの利用者複数の事業者が関わる際、その調整はケアプランを作成し、その後の調整を役割としている介護支援専門員が中心となって担う。

④ 提供するケアの決定と外部評価

日本の介護保険制度ではケアプラン作成は介護支援専門員が「主治医意見書」を下に、看護・介護・リハビリ等のサービス内容を決定しており、医療・治療計画について、必ず医師の指示(意見)の下、実施されている点は日米相違ない。しかし、米国の場合はそのケアプラン項目に、「診断」や「薬剤・治療法」等から療養生活に関する幅広い内容が含まれており、より医療と介護の共有情報の統一がされている。

また、ケア評価については、日米ともにモニタリングの機能は共通している。しかし、米国では看護師による「初回評価訪問」や HHA 組織内でも「専門職従事者グループ」による定期的な評価がされている点が異なっている。初期評価や外部評価が義務付けられている点において米国のシステムは有用である。

2. 米国と日本の在宅ケア関係職種の連携の違いとして、以下の点が明らかになった。

有資格者である専門職と無資格である職種の間には厳密な委譲の規定(委譲業務内容、委譲のために必要な UAP の条件、教育・研修内容等)や段階、委譲方法(指示方法と報告方法の明記)が規定されている。

米国において「委譲関係」が成立する要素は以下の点が考えられる。その要素とは、①業務における責任の一元化(例:看護業務についての責務は看護師のみにある)、②「委譲」可能な業務の明確化、③法律による委譲の条件、委譲方法(指示・報告)の明記 といった点である。

一方、日本の在宅ケアの関係職種についても、米国同様、様々な職種が関係しているが、その業務内容(分担)をはじめ背景要因も日米では相異があるため、米国のシステムを即、

応用することは困難である。しかし、一定のケアの質保障のために、医療(看護)と介護とのケア連携を安全かつ効果的に実施できるよう、米国のシステム(ガイドライン)を参考としながら、わが国固有の現状に根ざした、職種間連携方法を確立する必要がある。

調査Ⅲ：在宅重度障害者に対する看護と介護の連携による支援システムの検討 －介護福祉士による医行為の参加状況及び「たんの吸引」のリスク分析による検討－

A. 調査Ⅲの目的

近年、日本の人口構造では少子高齢化が急速に進んでいる中、日本の医療福祉分野において、医療費の増大が推測されており、医療制度改革が推進されている。この改革の医療計画では、病床数を減らすなど医療費抑制のための方策が進む一方で、人的資源の手厚い配置を評価するなど、労働集約的な方向に変えていこうという方向性がある(尾形:2007)。医療経済の側面からも看護師・介護職員の配置及び協働による効果的なケア提供は、注目されており、規制緩和と政策の進行が進められている。更に、医療サービスの提供の場として、2000年の介護保険制度の施行後、益々、在宅療養が推進・整備されている。このような状況により、医療施設内のみでなく、在宅において医療サービスを受けながら、長期にわたり療養をするものが増加しており、制度化が進んでいる。

このような現状において、近年、たんの吸引に伴う家族の介護負担が社会的な問題となり、ALS療養者や家族の要望から介護負担を軽減するために、ALS療養者のたんの吸引について「一定の条件下」で、なおかつ「やむを得ない場合に限り」、家族以外の者がたんの吸引を実施することが容認された(平成15年7月17日医政発第0717001号)。この一定の条件とは、①療養環境の管理、②在宅患者の適切な医学的管理、③家族以外の者に対する教育、④患者との関係、⑤医師及び看護職員との連携による適正な痰の吸引の実施、⑥緊急時の連絡・支援体制の確保であり、家族以外の者が吸引を実施するための必要な条件である。中でも、⑤適正な痰の吸引を実施するための医師及び看護職員と家族以外の者との連携では、訪問看護計画に基づく指導・同行訪問・連絡・相談・報告などを通じ密に連携をすることとされている。そこで、具体的な看護と介護の連携の在り方について明らかにすることは急務である。

特に、この「たんの吸引」行為は、本来医行為であり、看護職は医師の指示のもと、「診療の補助」の行為として業務に責務をもっている。前述の在宅医療の推進の状況下で、「たんの吸引」を要する在宅療養者は急増しているものの、このケアニーズに対する看護職のみでの対応に現場としては限界が生じ、「一定の条件下」で「やむを得ない場合に限り」家族以外のものの「たんの吸引」が容認されたのである。「たんの吸引」を看護職と介護職の協働により提供するに際して、看護職は、看護職自身によるケアの実施に責任を持つことに加え、家族以外の者(介護職)による吸引行為の安全性、効果性の確保のために、介護職との連携を適切かつ綿密に図っていく必要がある。看護職自身の行う行為と合わせて、この介護職との連携を確実に行うことで、「たんの吸引」という「診療の補助」の看護業務の責務を果たすこととなり、そのために看護職と介護職の連携を確実に遂行するための課題を明らかにする必要がある。

本研究班では、このように在宅において慢性的に医療を要する在宅重度障害者に対して、安全で効果的な支援を提供するための、医療福祉分野のサービス提供者側(特に、看護職と介護職)の連携の在り方について、療養者及びその家族の意見を踏まえた上で提案することを目的としている。

これまでの研究において、在宅重度障害者のケアニーズの分析を基に、本研究における「重度障害者」を定義づけした。その定義は、「重度障害者とは、障害者別・年齢・障害の原因を問わず、心身の機能障害に加えて生命維持機能の障害のために継続的に医療処置を要し、自力での活動参加が困難または不可能であるため、包括的なケアニーズとして看護・介護・障害福祉の一体的なサービスを必要とするものである」である。更に、この包括的なサービスを要する在宅重度障害者のケアニーズを調査・分析し、サービス提供実施のためのツール開発等を行ってきた。また、このような包括的サービス提供を安全かつ効果的に提供するためのシステムを提案するために、サービス提供者の役割分担等に関する法律的整備が進んでいる米国の状況を調査し、参考にしている。

本報告では、これらの事前調査・分析を念頭におき、在宅において包括的サービスを要する人々へのケアサービス提供に主に携わっている看護職と介護職との連携の在り方に焦点化し、看護と介護の効果的な連携の在り方を提案することを目的とする。そのために、1) 介護職による医行為(及び原則医行為でない行為)の参加状況の把握をすること、2) 医行為のうち「たんの吸引」について介護職(家族以外の者)による実際の実施に基づく、リスクを分析し対応策と課題を検討することを目的とする。

本報告では、研究目的である「効果的な看護と介護の連携の在り方」を提案するための調査を、調査Ⅲ-①・調査Ⅲ-②の2段階で実施した。調査Ⅲ-①は、「介護職による医行為参加の実態調査」、調査Ⅲ-②は、「介護職(家族以外の者)による「たんの吸引」におけるリスク分析及び対応策と課題の検討」である。また、この調査Ⅲ-①・調査Ⅲ-②の対象者及び対象施設は、前述の厚生労働省通知における家族以外の者による「たんの吸引」のための条件(「条件④患者との関係」に関する同意書の取り交わし以外)が整えられた対象としている。

B.研究方法

調査Ⅲ-①：介護福祉士の医行為参加の実態調査

1. 目的及び調査方法

調査Ⅲ-①の目的は、①医療を要する重度障害者に対する介護福祉士の医行為参加の現状を明らかにすることである。

調査対象者は、日本介護福祉士会東海・北陸ブロック(7県;富山県、福井県、石川県、静岡県、岐阜県、三重県、愛知県)の会員及び介護従事者593名である。調査方法は、自記式質問紙調査である。日本介護福祉士会の各県支部を通じて、質問紙を配布し、郵送またはFAXにより回収した。

調査内容は、①対象者の基本属性(年齢・性別・介護経験年数・就労場所・取得資格等)、②医行為認知度、③厚生労働省医政局長通知(平成15年7月「ALS患者の在宅療養の支援について」(医政発第0717001号)に続き通知された『「医師法第17条及び歯科医師法』

『保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について』の認知度、④医行為（計 12 項目）についての参加状況について、選択肢による回答を得た。また、④の医行為参加状況の回答のうち、「たんの吸引行為」について、「実施している」と回答したものについては、調査内容⑤として「たんの吸引」の実施状況の具体例について、自由記載形式での回答を得た。

調査期間は、平成 19 年 1 月 25 日～2 月 15 日である。

2. 分析方法

調査内容①から③については、記述統計による集計を行い、対象者の概要及び、医行為に関する認識についての分析を行った。調査内容④の医行為参加状況については、回答者の就労場所の回答により、施設群と在宅群の 2 群に分類し、各項目の回答を比率の差の検定(カイ二乗検定)により比較検討した。統計処理は、有意水準を 5% とし、統計パッケージ SPSS Ver.15.0j for Windows を使用した。

また、調査内容⑤の「たんの吸引行為」の実施状況の具体例については、自由記載の回答内容の該当部分を抽出し、質的帰納的に分析した。

調査Ⅲ-②：介護職(家族以外の者)による「たんの吸引」におけるリスク分析及び対応策と課題

1. 目的及び調査方法

前述の厚生労働省通知により、ケア提供の際の看護と介護の連携の必要性が明らかとなっている「たんの吸引」について、実際の介護職(家族以外の者)による実施状況に基づく、リスクを分析し、対応策と課題を検討することを目的とする。

2. 研究方法

1) 対象者 対象者は、痰の吸引を経験した介護職 8 名である。

2) 対象施設

対象施設は、調査 I と異なる地域の訪問介護ステーション 3 箇所（訪問看護ステーション併設型 1 箇所、独立型 2 箇所）である。この対象施設は、厚生労働省通知に基づく、家族以外の者による「たんの吸引」の 6 つの条件を満たした上で介護職によるたんの吸引を実施している施設である。

3) 調査方法

インタビューガイドを作成し、対象者の許可を得て半構成的面接調査を実施した。面接内容を録音し逐語録を作成し、介護職による「たんの吸引」の実施に伴うインシデント事例を抽出した。調査期間は、2007 年 7 月～10 月である。

4) 調査内容

以下の内容について、インタビューガイドに従い、対象者及び事業所長の許可を得て、調査した。

- ①対象者の背景について（年代、性別、保有資格、介護職の経験年数など）
- ②たんの吸引実施経験について（吸引を実施した患者の状態、吸引経験期間など）
- ③たんの吸引に関する連携について（連携相手、場所、手段、関係についてなど）
- ④たんの吸引について受けた教育について（研修内容、継続教育の有無など）
- ⑤たんの吸引に関して実際に起こった問題、インシデントの状況、困ったこと、

3. 分析方法