

図5-④ 在宅における安全な医療処置の提供に関する看護職の関与種と連携パス【看護職が管理する連携協働実施型】

注1) 赤字及び灰色薄字部分は、〔看護職介護職連携協働型〕と比較して、追加・修正(削除)している内容を示す。「※印」は、現状における「問題点・課題」と思われる項目を示す。
 注2) NCSBNガイドラインは、どのような療養者・NAPであれば業務を一括移譲できるのかという考え方で作成されており、ある一人の療養者の一連の業務を部分的にNAPに移譲するという考え方でなく、その旨の委任業務の範囲が異なる。

〔法律・規程の状況〕

- 「たんの吸引」以外の医療処置に看護職に家族以外の者への教育義務がない(必要)
- 看護職・医師には、家族以外の者への監督義務はない(必要)

〔NCSBNガイドラインとの照会〕

- 移譲を支援する適切な法律および規則はあるか

実施前段階

1. 療養環境の管理

- 療養者・家族の在宅療養に関する意思及び医師の判断の確認(在宅療養の方針確認)
- 医師の療養者・家族への説明内容の確認
- 療養者の医療処置の状況把握(在宅医療処置開始時・入院中の事前訪問)
- 必要な医療機器・衛生材料等の準備及び確認

2. 在宅患者の監学的管理

- かかりつけ医の訪問診療方針の確認
- 集中的な医療処置実施に伴う療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)
- 療の生成・効果的な療養の看護の実施確認
- 家族の心身状態等の確認
- 安定期(低リスク状態)であるかどうかの査定
- 看護職自身による医療処置実施可能性の検討(家族介護力のバランスの検討)
- 委任を行う看護職の「委任の意思決定を行う能力」の確認 ※
- 家族・家族以外の者への業務委任の検討(部分的な家族・家族以外の者の実施可能性)
- 療養者・家族・関係職種との定期的な情報共有方法(定期的な看護職への報告方法)の確保

3. 家族以外の者に対する教育

- 家族以外の者への委任業務に関する知識及び技術指導
- 家族以外の者への委任業務に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認
- 家族以外の者への委任業務に関する実施状況・知識技術の再査定の定期的な監督方法の事前取り決め=連携契約 ※

4. 患者との関係

- 家族・家族以外の者との業務委任決定後の取り決め=「連携契約」 ※
- 療養者・家族と家族以外の者との「同意書」及びその内容の確認
- 療養者・家族と家族以外の者・医療職等関連職種間の「管理協定」の実施及び確認

5. 緊急時対応の確保・連携体制の確認

- 緊急時連絡ルートの確立及び関係者との共有
- 緊急時対応方法の取り決め及び関係者との共有
- 重篤化を予防するための定期的情報交換方法の確立及び関係者との共有
- ケアマネージャへの情報提供と方針確認

上記の条件がすべて満たされているかどうか？

満たされていない場合は、家族・家族以外の者との医療処置の事前説明の重要性による事前説明の重要性の再査定・既成例のみによる実施

看護職による実施段階

- 経管栄養実施状況の定期的な療養者の心身状態の確認(フィジカルアセスメント)
- 家族の心身状態等の確認
- 医師に対する定期的な療養者の心身状態の報告
- 医師と療養者・家族間の定期的な訪問診療状況の把握
- 医師・病院への連絡の必要性の査定

再入院時

- 病院医師に対する療養者の心身状態の情報提供
- 現状の問題点等や家族の希望

- 業務は「移譲」を行う看護職の業務範囲内にあるか

- 患者のニーズのアセスメントは行われたか

- 移譲を行う看護職に、移譲の意思決定を行う能力はあるか

- 業務はNAPへの移譲の推奨基準に合致しているか。以下の全ての基準を満たしていなければならない。
 - NAPの機能範囲内であること
 - 療養者の日常ケアにおいて頻りに繰り返されている業務であること
 - 確立された一連の段階に従って遂行されること
 - 療養者のケアの状況が変わっても業務に変更がないこと
 - その遂行による成果が予測可能であること
 - 進行中のアセスメント解釈、手順又はそれ自体と論理的に切り離すことができない意思決定が本質的に含まれないこと
 - 療養者の生命または健康を脅かさないこと

- NAPは移譲を受け入れるために必要な知識・技術・及び能力をもっているか

- この業務に適切な機関の方針、手順、またはプロトコルはあるか

- 適切な監督が利用可能か

満たされている場合は、家族・家族以外の者の業務委任による実施段階

家族・家族以外の者の看護職による連携協働実施段階

防犯警備：緊急時24時間対応体制によるバックアップ

- かかりつけ医の訪問診療方針の確認
- 看護職の同行訪問による看護職の医療処置手技及び知識等の評価・監督
- 看護職による家族以外の者から看護職への定期的な医療処置実施に伴う療養者の心身状態の報告による業務移譲可否の判断(※)及びケアマネージャへの報告
- 看護職による家族以外の者から看護職への定期的な家族の心身状態等の報告による業務委任可否の判断確認
- 看護職による家族・家族以外の者からの継続的な報告情報収集による療養者・家族の状況変化の有無の確認
- 安定期(低リスク状態)であるかどうかの査定
- 医師に対する定期的な療養者の心身状態の報告
- 医師と療養者・家族間の定期的な訪問診療状況の把握
- 医師・病院への連絡の必要性の査定

以下に、各関係職種連携パスの特徴及び現状における課題について述べる。

① [看護職実施型]の連携パスの特徴及び現状における課題 (図5-①)

本シミュレーションによる看護職の連携パスでは、看護職が医師の在宅療養の方針に従い、医師の指示の下、在宅で実施しようとする医療処置に関する状況(情報)及び療養者・家族の状況を確認し、療養者・家族との調整により訪問看護調整を図り、専門的で適正かつ安全な医療行為を提供するための過程を示している。その際には健康問題の発生予防として、例えば「たんの吸引」に関しては、「たんの生成・効果的な排痰の看護法の実施確認」といった内容が提供される。また、実施段階においては、定期的な療養者・家族の状況確認をするとともに、医師の訪問診療状況を把握し、状態変化を査定して必要に応じて医師・病院への連絡をすることで安全を確保するというものである。

しかし、現状における課題としては、看護職のみで医療処置管理を実施する際、看護職の訪問時間確保が療養者・家族のニーズに十分対応することができるかという点がある。また、訪問看護師の訪問時間外で他職種が何らかのサービス提供中に療養者・家族の状況変化が生じた場合の対応については、他関係職種との事前調整が不十分であった場合には、緊急時対応に遅れを生じてしまう可能性がある。緊急時対応については、事前に他関係職種に対して、具体的にどのような場合には必ず訪問看護師への連絡がほしいのかということ伝えておく必要がある。更に、看護職が療養者・家族の状況を適切に査定するためには、訪問看護時間外も含めた正確で十分な情報が必要となる。看護職が安全で適正な医療処置を提供するためには、他関係職種からの情報収集を十分に行っていく必要がある。

② [看護職介護職連携協働型]の連携パスの特徴及び現状における課題 (図5-②)

本シミュレーションによる看護職の連携パスは、前述の通り「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための6条件」を参考に作成した連携体制図に従い、看護職が介護職(家族以外の者)と連携協働してサービス提供することを想定した過程である。パスの過程では、「実施前段階」において、6条件から、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緊急時の連絡・支援体制の確保に関して看護職としての役割を遂行する。その上で、「実施段階」には6条件のうち「⑤医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引」に関して、介護職(家族以外の者)による実施についての看護職の役割を果たすこととなる。

尚、「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための6条件」とは、関係職種全体の連携体制について示しているものであり、必ずしもこの条件の中で看護職が果たすべき役割を明記しているものではない。本研究では、この連携体制において、看護職が果たすべき役割に置き換えてパスの内容を表現し、6条件の下位項目に位置付けた具体的な内容を、本研究における面接調査の分析結果から追加している。また、これらの追加内容は、現状における課題と考えられる。

以下の内容は、「6条件」には具体的に明記されておらず、追加した内容である。

- 「①療養環境の管理」においては、訪問看護開始時ではなく、在宅医療処置開始時及び入院中の事前訪問による療養者の医療処置の状況把握を事前にしておく必要がある。
- 「②在宅患者の医学的管理」においては、医療処置導入初期には療養者・家族の状況変化が想定されるために、集中的な療養者の心身状態の確認及び家族の状況の確認が

必要である。また、健康問題の発生子防・危機回避として「たんの生成・効果的な排痰の看護法の実施確認」をしておく必要がある。その上で、安定期であるかを査定し、まずは、看護職のみでの実施可能性を検討する。調整した上で困難な場合においてのみ、介護職との協働内容及び定期的な情報共有方法の確保をしておくという段階が必要である。

- 「③家族以外の者に対する教育」においては、6条件では「家族以外の者に対する知識及び技術指導」と明記されている。しかし、指導後については「同行訪問・連絡・相談・報告」の関係性の明記のみにとどまっている。「同行訪問・連絡・相談・報告」という関係性において、看護職の役割としては、指導後の知識及び技術の習得状況の確認をしていくことが必要である。
- 「④患者との関係」においては、家族以外の者（介護職）が「文書による同意」を取り交わすに際して、事前に看護職と家族・介護職との間での具体的な協働内容が取り決められている必要がある。その上で、看護職は同意内容を確認し、更に、この内容を関係者・関係職種で共有しておくために、療養者・家族・医師も含めた管理協定を取り交わしておく必要がある。
- 「⑤医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引」においては、6条件にある「適切な医学的管理の下で」といった点については、看護師は医師との連携を密に図っていく役割がある。そこで、定期的な医師への報告や訪問診療状況の把握、医師・病院への連絡の必要性の査定という役割が必要である。また、家族以外の者（介護職）が実施する場合にあっても、看護職は同行訪問の他、定期的な療養者の心身状態の確認、家族・家族以外の者からの継続的な情報収集による状態変化の確認をし、療養者・家族の状態が安定期であるかどうかを判断する必要がある。
- 「⑥緊急時の連絡・支援体制の確保」においては、6条件の内容をより具体化した内容を事前に調整しておく必要がある。そのため、緊急時連絡ルートや対応方法・重篤化を予防するための定期的な情報交換方法を事前に取り決め関係者と共有しておく必要がある。

以上の点について、検討を加え連携パスに示している。

③ [看護職介護職独立実施型]の連携パスの特徴及び現状における課題（図5-③）

本シミュレーションの連携パスでは、看護職の連携パスに加え、介護職（家族以外の者）の連携パスも並行して示している。看護職及び介護職（家族以外の者）の連携パスの構成内容は、基本的に前掲の[看護職実施型]のものを参考にし、看護職・介護職ともに同様の内容としている。すなわち、看護職と介護職が関係性をもたずに療養者・家族に対して同質（統一した）サービス提供をすることを前提として作成している。いずれの職種も適切かつ安全な医療処置を提供するためには、図示した過程についての役割を遂行する必要があると考えられる。

この場合、現状における課題として、看護職の場合は、前掲の[看護職実施型]と同様の課題が生じると考えられる。すなわち、看護職の訪問時間確保が療養者・家族のニーズに十分対応することができるかという点、訪問看護時間外の療養者・家族の状態変化時の対応、療養者・家族の状況に関する適切な査定のための情報収集といった課題である。

この点の課題は、家族以外の者(介護職)にも同様の課題が生じることが考えられる。更に、家族以外の者(介護職)の場合には、適切かつ安全な医療処置の提供ためには、医師の方針の確認や事前の医療処置の状況を適切に把握しておく必要がある。この点については、医師との連携関係を密にしていくための課題が生じるものとする。更に、実施前段階及び実施段階において、療養者・家族の状態の確認及び査定をしていく必要がある。状態の判断のための情報不足の可能性に関しては看護職も同様の課題をもつが、療養者・家族の状態及び査定を適切に行うためには十分な医学的知識を必要とするため、当該医療処置に関する知識・技術の習得以外に幅広い医学的知識・技術の習得が求められることが考えられる。

④ [看護職が管理する連携協働実施型]の連携パスの特徴及び現状における課題(図5-④)

本シミュレーションによる看護職の連携パスは、看護職が責任をもって家族以外の者(介護職)と協働して実施することを想定した看護職の関係職種との連携パスである。現行法制度にはこのような連携の規定はないが、看護職が責任を持つという場合に必要な点を、前掲[看護職介護職連携協働型]を参考として修正を加えた。

この連携パスでは、看護職が医師の指示の下、事前の療養者・家族の状況及び医療処置の状況を確認し、療養者が安定期であること、看護職による健康問題の発生予防が実施されていることの確認、看護職自身による実施可能性の検討をした上で、必要な場合に家族以外の者に一部業務を遂行してもらうというものである。また、この連携体制では、看護職が家族以外の者(介護職)に対する指導及び定期的な指導内容の査定に責任をもつこととなる。この職種間の関係性を適切に保ちサービス提供していくためには、看護職と家族以外の者(介護職)間または各所属機関間での「提携契約」が必要となると考えられる。また、実施段階において、看護職は定期的な同行訪問により、家族以外の者の技術・知識の評価をし、定期的に家族以外の者による医療処置の遂行の可否を判断していくこととなる。更に、実際にサービス提供する家族以外の者から適切かつ十分な療養者・家族に関する情報が報告されるよう綿密な報告体制を事前に取り決めておく必要がある。

この場合の現状における課題としては、以下の点が考えられる。

- 医療処置業務の委任を行い責任をもつ看護職自身の「委任の意思決定を行う能力」が必要となる。(この能力の基準が必要である)
- 看護職・介護職間の提携契約に関する条件整備が必要である。

以上のように、各関係職種連携シミュレーションにおける連携パスに関する特徴及び現状における課題が明らかになった。

3. 在宅医療処置提供に関する関係職種の法律関係—試論—

前項「2. 健康問題予防のための関係職種連携シミュレーションによる関係職種連携体制の検討」における関係職種の連携体制について、現行法制度等と照合し、前項で作成した「関係職種間連携体制図（図3）」の法的根拠について検討する。

1) 検討の前提

(1) ここでは、在宅医療処置提供に関する関係職種の法律関係を分析・検討する。この作業は、本来、公法および私法の両視点から行われなければならないが、まずは公法領域に対象を限定し、制度論および解釈論の観点から検討する。なおその際、以下のことを前提とする。

- ▷ 現行制度の枠組を前提とする。
- ▷ 医行為¹⁾は医療スタッフのみが実施する状況を想定する²⁾。
- ▷ 以下は、いずれも独立の事業主体（法人）とする。

診療所（医師）

病院（医師）

指定訪問看護事業所（訪問看護師）

指定訪問介護事業所（訪問介護職員：介護福祉士）

- ▷ 便宜上、本人と家族については同一視する³⁾。
- ▷ 事後的な責任に関する法律関係（刑事責任および各種行政法規に基づく行政処分）は検討の対象外とする。

(2) 次に、ここでの検討を理解するために必要な基礎的なものに関する記述は省略せざるをえなかった。この点を補うものとして、小西知世「法の概念」川村佐和子ほか編『ナーシング・グラフィカ® 基礎看護学——看護学概論』112頁以下（メディカ出版、第3版、2009年）などを参照されたい。

(3) 最後に、この検討は現時点では試論であることを付記しておく。今回留保した私法領域に関する検討も含め、さらなる分析・検討が必要である。

1) ここでは、「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」（最高裁平成9年9月30日刑集51巻8号671頁、東京高裁平成6年11月15日高刑集47巻3号299頁）と定義づけ、具体的には、痰の吸引を想定することにする。

2) 近年、医療専門職以外の者が、在宅の場において医行為と位置づけられている行為を実施することが許容されている場面がある。ここでは、そのような場面を射程には収めず、そしてそのような場面をも射程に収めた検討をする際の前提として、医行為は医療専門職のみが実施するという日本の法制度の基本形をベースに法律関係を検討していくことにする。

3) ここで同一視する理由は、在宅医療では家族が密接に関わってくる場面がしばしばあるにもかかわらず、法的な意味での家族の位置づけにつき、学説上、見解の一致が見られていないからである。その点を考慮しつつ分析・検討を加えていけば、ここで目的とするものにつき、事実上、検討を加えることができなくなる。患者本人とその家族を、法的な側面（あるいは臨床の現場上で）同一視しても良いということを意図しているのではないことに厳に留意されたい。

2) 公法領域における法律関係【図6】

(1) 基本法

公法領域から検討する際、平成18年の第5次改正により単なる施設法としての役割から医療における基本法としての役割をより一層担うことになった医療法を、まずは検討しなければならないだろう⁴⁾。

現行の医療法において関係職種の関係につき規定する主な条文として、医療法第1条の2第2項⁵⁾、第1条の4第1項・第3項・第4項⁶⁾を挙げることができる⁷⁾。この医療法第

4) 医療法の目的を示す第1条の規定内容の違いから、その変化を看取することができよう。昭和23年立法当時は「この法律は、病院、診療所及び助産所の開設ならびに管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を供給する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする」であったが、現行法では「この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする」となっている。

5) 医療法第1条の2第2項「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能(以下「医療機能」という。)に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。」

6) 医療法第1条の4「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。 2 …… 3 医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。 4 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。 ……」

7) それ以外にも、第30条の3「厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保(以下「医療提供体制の確保」という。)を図るための基本的な方針(以下「基本方針」という。)を定めるものとする。 2 基本方針においては、次に掲げる事項について定めるものとする。一 …… 二 …… 三 …… 四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項 ……」、第30条の4「都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。 2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。一 …… 二 第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。)に関する事項 三 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項 四 …… 五 …… 六 居宅等における医療の確保に関する事項 …… 七 …… 八 …… 九 …… 十 …… 十一 …… 十二 …… 3 都道府県は、前項第二号に掲げる事項を定めるに当たっては、次に掲げる事項に配慮しなければならない。一 医療連携体制の構築の具体的な方策について、前項第四号の厚生労働省令で定める疾病又は同項第五号イからハまでに掲げる医療ごとに定めること。 二 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。 三 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。 四 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。 4 …… 5 …… 6 …… 7 …… 8 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であつて医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう努めなければならない。 9 …… 10 …… 11 …… 12 ……」が関係する条文として挙げられ

1条の2第2項および第1条の4は、関係施設間および関係職種間の連携義務につき規定する（前者につき第1条の2第2項、後者につき第1条の4第3項・第4項）。その特徴は、両条とも、医療施設・職種間の連携はもとより、福祉施設・職種との連携をも図らなければならないとの規定がなされていることである。この連携義務は、いずれも第5次改正の際に盛り込まれたものである。改正以前は、医療施設・医療職種間の連携のみを想定した規定であった。本改正によりその射程範囲が福祉施設・福祉職種にまで広げられたのは、在宅ケアの進展とともに、在宅ケアが医療職種のみでは立ち行かないことが現実に顕在化したことに一因があろう。したがって、在宅医療処置提供に関わる関係職種の公法上の関係を検討する場合、この両条は、医師（病院・診療所）・看護師（指定訪問看護事業所）・介護福祉士（指定訪問介護事業所）のすべての関係に最も基礎的な部分で関わってくることになるといえる【図6黄色の領域】。

公法領域における法律関係は、そのような医療法上の連携義務をベースとして、個別具体的な関係が構築されることになる。

（2）資格・業務関連法

① 医師（病院・診療所）・患者関係

まず、医師・患者間に存在する公法上の規定に、医師の応招義務を規定する医師法第19条第1項がある⁸⁾。なお、当該義務は医師個人に対して課されているために、病院・診療所の扱いが問題となる。つまり、病院・診療所にも医師個人と同様に応招義務が課されていると解することができるのか否かが問題となる。この点については、病院・診療所は医師を中心として人々に科学的で適正な医療を組織的な態様で提供する場所であること、病院・診療所が人々への医療提供の主要な部分を占めていることなどから、病院・診療所にも医師と同様に応招義務が課されていると理解する見解が通説的地位を占めている⁹⁾。

② 医師（病院・診療所）・看護師（指定訪問看護事業所）関係

次に、医師・看護師間の関係として、医師法第17条¹⁰⁾、保健師助産師看護師法（以下

よう。

8) 医師法第19条第1項「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」

9) 患者が法人など非医師の開設する医療施設に診療を求めた場合、応招義務が発生しないのではないかと問題があった（この点については山崎佐『医療と法律 第4輯』73頁以下（克誠堂、1921年）を参照されたい）が、病院自体に応招義務を課す裁判例が見られるようになってきていることをかんがみると（たとえば神戸地裁平成4年6月30日判例タイムズ802号196頁など）、病院も医師と同様に当該応招義務を有していると理解すべきではなからうか（同様の見解を示すものとして、中村哲『医療訴訟の実務的課題——患者と医師のあるべき姿を求めて——』334頁（判例タイムズ社、2001年）、大野正義編『現代医療と医事法制』84頁〔野田寛』（1995年）、蓮井俊治「診療拒否」畔柳達雄・林豊編『民事弁護と裁判実務⑥ 損害賠償Ⅱ 医療事故・製造物責任』274頁（ぎょうせい、1996年）、野田寛「医療契約をめぐる諸問題」古村節男・野田寛編『医事法の方法と課題 植木哲先生還暦記念』111-112頁（信山社、2004年）などがある。）。なお、これに対して疑問を呈する見解もある（三上八郎「診療契約強制（応招義務）の系譜的・機能的再検討」北大法学論集52巻4号156-157頁（2001年））。

10) 医師法第17条「医師でなければ、医業をなしてはならない。」

「保助看法」と略す) 第 5 条¹¹⁾・第 31 条第 1 項¹²⁾・第 37 条¹³⁾ をそれぞれ挙げる事ができる。なお、この法的関係は、在宅医療処置を担う関係職種間の法律関係の中でも最も中核的な関係であり、今後、私法上の法律関係について検討を加えていく際の重要なカギを握ることにもなると思われるので、やや詳細に検討を加えることにする。

医療および保健指導を掌る医師は、医師法第 17 条に基づき「医業」を一次的かつ包括的に独占する。しかし、今日の医学・医術の進歩・発達は、医師ひとりでは適切な医療を提供することを不可能にしていることは周知の事実である。きわめて軽い病気の場合を除いて、一人の医師だけで何とかなることは稀であり、それではもはや満足な診療を望むべくもない状況にある¹⁴⁾。そこで今日では一般に、医行為を解釈により、医師しか行うことのできない「絶対的医行為」¹⁵⁾と、医師以外の医療専門職に分担させることが可能な「相対的医行為」に類型化し、相対的医行為を医師以外の医療専門職に業務分担させるという構造をとる。看護師は、医師以外の医療専門職の中で保健師・助産師・診療放射線技師・歯科衛生士とともに相対的医行為を一次的に担う立場として位置づけられている。

看護師の業務は、保助看法第 5 条で「療養上の世話」と「診療の補助」と規定され、かつそれは同法第 31 条第 1 項にて業務独占される。療養上の世話業務は、医師の指示を必要とせず看護師自身の判断で足りる業務として位置づけられ¹⁶⁾、診療の補助業務は、その業務内容が実質的には¹⁷⁾保助看法第 37 条で規定される「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」であることから、医師の指示が必要とされる業務として位置づ

11) 保助看法第 5 条「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはよ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。」

12) 保助看法第 31 条第 1 項「看護師でない者は、第 5 条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法……の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。」

13) 保助看法第 37 条「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、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。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣かん腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。」

14) それゆえ、今日の医療は、ほぼ全面的にチーム医療の形をとらざるをえない状況にあると言われている(砂原茂一『医者と患者と病院と』73頁以下(岩波書店、1983年)参照)。

15) たとえば、①診断、処方、治療方針の決定等の医学的判断事項、②手術等の執刀行為に代表される高度の危険性を伴い、それを行うには高度の知識・技術を要する医行為、③診断書の交付などが該当するとされる(平林勝政「在宅医療」宇都木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』148-149頁(尚学社、追補版、1997年))。

16) 「新たな看護のあり方に関する検討会」にて詳細な検討がなされ(特に第 7 回)、最終報告書にて、療養上の世話については医師の指示が必要ではないことが明記された。さしあたり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年)を参照されたい。

17) 「実質的には」とした理由は、保助看法第 37 条は、医師の指示があった場合に例外的に看護師が実施可能となる特定行為につき規定するものであり、第 5 条規定の診療の補助業務にかかわる行為全般を射程とするものではないことから、医師の指示を必要としない診療の補助業務(行為)が理論上存在するのではないかとの見解(たとえば、高波澄子「看護師等が静脈注射を引き受けることをの解釈と看護業務の主体性から考える」看護管理 14 巻 8 号 666-668 頁(2004年)を参照されたい)が近年示されていることによる。もっとも、近時の学説によったとしても、診療の補助業務の実態をかんがみれば通説とさほど変わらないようにも思われるが、いずれにせよ、保助看法第 5 条と第 37 条の関係性については別途詳細に検討する必要がある。

けられるのが通例である¹⁸⁾。それゆえにこの二つの業務は、法的な視点からは「医師の指示」の有無に業務区分の指標を求めるのが通説となっている¹⁹⁾。

しかしながら、この医師の指示の有無を業務区分の手がかりとする方法は、法解釈論上（理論上）はともかく実際の看護業務において当を得ているといえるのであろうか？たとえば、カテーテルを挿入することによって、導尿して採尿し、さらに検体を出すという行為を考えてみよう。確かにカテーテルの挿入という行為はひとつの行為であるが、この行為を導尿して楽にさせるという観点からみた場合は療養上の世話業務の範疇に——つまり、この観点からは医師の指示は不要となる——、検体を採取するという観点からみた場合は診療の補助業務に属する——ゆえに、医師の指示が必要ということになる——ことになる²⁰⁾。とするならば、この例は、看護業務の中には診療の補助業務と療養上の世話業務の双方の性質を併せ持つ業務があり、それゆえに双方の業務が不可分である領域——あるいはオーバーラップする領域、グレーゾーンとでもいうべきであろうか——が存在するというを示していると理解することができる。この限りにおいて、「医師の指示の有無」は、実際の看護業務においては必ずしも二つの業務を区分する一次的な指標とはなりえないといえよう²¹⁾。

思うに、この問題を解決するカギは、「プロセス的な視点」と「主体性」にあると考える。以下、痛みを訴えている患者に対する鎮痛剤の点滴投与の例を題材に考えてみよう²²⁾。

痛みを訴えている患者がいる場合、看護師は当該患者の疼痛の原因・性質・程度等につき判断しなければならないだろう。その際、看護師は、a)即座に医師の処置が必要な容態であるのか否かの判断をし、b)そのような容態でないならば、どのようにすれば看護の力だけで患者が治療を有効に受け入れられるような状態にすることができるのかを考え対応し、c)それでも状態が改善しない場合は鎮痛剤の投与を検討する、ということになる。

この鎮痛剤の投与という行為は、その性質上、医行為であることは論を俟たない。それゆえに、看護師が鎮痛剤の投与によって痛みの軽減を図ろうとするならば、d)看護師は当

18) ところで、療養上の世話業務で行われる行為は、相対的医行為に該当しない行為と位置づけるべきなのであろうか。療養上の世話で行われる行為は、たとえば①清拭や入浴介助・排泄の介助などのいわば患者に対する介入的な行為と、②療養環境の管理など非介入的な行為とがあると思われる。①の行為は抽象的には「保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」に該当すると思われるが、行為の性質上、必ずしも「医師が行うのでなければ」ならない性質の行為ではなからう。②の場合、「保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」であると言っても極めて間接的なものでしかなく、また「医師が行うのでなければ」ならない行為でもないことはいうまでもない。したがって、結論的には、療養上の世話業務は、相対的医行為に該当しないと解釈することができ、看護師における医行為論は、診療の補助業務を中心に検討されなければならないことになる（もっとも、本文中で論じているグレーゾーンで検討される療養上の世話に属する行為の多くは、①のタイプに該当するものであるということができよう。その限りにおいて療養上の世話に伴う行為の性格の違いを意識する必要があるのではないと思われる。）。

19) たとえば、高田利廣『看護業務における責任論——看護の主体性確立を目指して』（医学通信社、1994年）、土井英子『「療養上の世話」中心の看護業務概念に関する一試論——看護業務への主体的な取り組みを目指して——』Quality Nursing9巻2号63頁（2003年）など。

20) 鹿内清三「法律はナースに何を求めているのか」エキスパート・ナース9巻5号51頁（1993年）。

21) むしろ、このような場合においてまで、この指標のみを厳格に適用して対応していこうとするならば、医師の指示の要不要をめぐり、かえって現場の看護業務が混乱することになると思われる。もっとも、診療の補助業務において医師の指示が不要であると考えているわけではないことに留意されたい。医師法17条の業務独占解除ための要件として、診療の補助業務として行われる業務内容の質を担保するための要件として、医師の指示が必要不可欠であることは論ずるまでもない。

22) 以下の事例は、平林勝政「医行為をめぐる業務の分担」湯沢雍彦・宇都木伸編『人の法と医の倫理』591-572頁（信山社、2004年）に基づいている。

該患者の状態を主治医に連絡し処方と指示を求め、e)求めに応じた主治医は個別具体的な処方と指示を出し、f)指示を受けた看護師は、適切な手技・手順で点滴を行う、という段取りを踏むことになる²³⁾。その後、g)点滴による患者の反応を経過観察し、たとえば患者が血管痛を訴える等のことがあった場合は、またもや看護の力でどのようにすれば患者が治療を有効に受け入れられるような状態にすることができるかを考え対応する、h)そしてその対応処置が功を奏し、無事、患者の容態が落ち着いたならば、今度は療養環境の整備・管理等を行いながら患者の管理をするというプロセスをたどることになる。

この例が示す一連の看護業務——a)～c)では療養上の世話業務であるが、d)～f)では診療の補助業務に移行し、g)では診療の補助業務と療養上の世話業務の両方の性質を併せ持った業務内容になり、h)では次第に療養上の世話業務へとシフトしていくという業務の流れ——から、療養上の世話業務と診療の補助業務の連続性というものを看取することができるのではなからうか。換言すれば、療養上の世話業務と診療の補助業務がメビウスの輪的に連続している状況を理解することが可能であろう。試しに、表面を療養上の世話業務とし裏面を診療の補助業務とした帯でメビウスの輪を作ってみて欲しい。このメビウスの輪のどちらか一面をたどっていけば、いつの間にか業務が次々と入れ替わっていく連続性という特質を理解することができるだろう²⁴⁾。

とするならば、法的な観点からの検討をする際にも、このような特性——プロセスあるいは輪廻環というべきであろうか——を視野に収めた検討をする必要性があるのではなからうか²⁵⁾。

もともと、このようなプロセス的要素は、そもそも条文から——あるいは法システムそのものから——往々にして脱落してしまうことが多い。というのも、法は、このような要素を加味したシステムを構築することも表現することも不得手としているからである²⁶⁾。このような法システムが苦手とする領域は、そうであるがゆえに、ある時は直視されず、またある時は無意識的に忘れ去られることになり、結果的に法的議論としては俎上に乗

23) プロトコールが出ている場合には、d)e)の段階をスキップすることになる。

24) また同時に、この鎮痛剤の点滴投与の例から、療養上の世話業務と診療の補助業務の一体性という特質も理解できよう。つまり、いついかなる時でも療養上の世話業務が表面である場合には裏面に診療の補助業務が、診療の補助業務が表面である場合には裏面に療養上の世話業務が随伴していることから、それらは単に連続しているだけではなく不分離という性質を帯びていることもまた理解できる。そしてこの性質は、さらに表面も裏面もなくなる連続性という特性を媒介することにより——もちろん完全な一体化ではなく部分的な融合に留まるレベルだろうが——表裏を超えて一体化するという現象を生じさせてしまうことになる。かくして、実際の看護業務は、現象上、保助看法上では二つに分離された業務が常に部分的に融合し合い、互いの通奏低音としての役割を担うようなものになるのである。

25) そのような観点からみた場合、医師の指示につき次のことが理解できよう。①療養上の世話業務からのアプローチの結果として必要となる医師の指示が存在すること(いわば「結果としての医師の指示」)、②当該医師の指示は、診療の補助業務を開始しその後の一連の方向性をする明確にするためのものでもあること(いわば「開始する際の医師の指示」)、③①の場合であれ②の場合であれ、医師の指示は連続している輪廻環に境界線を引く役割を担っていること。このうち、①の指示は、いわゆる「許可的指示」(井上幸子『看護業務——その法的側面』42頁(日本看護協会、1984年)参照)といわれるものにその性質上近く、②の指示は、総論的には「治療方針としての医師の指示」(三藤邦彦「病院における医療事故と病院管理の関係について」日本医師会雑誌1972年5月15日1365頁以下参照)であり、各論的には「命令的指示」(高田利廣『看護の安全性と法的責任 第4集』26頁(日本看護協会、1982年)参照)であると解することができるように思われる。

26) プロセス的な視点ではなく、二つの看護業務を「医師の指示」という要素に集約して捉える立法技術を用いた(換言すれば、プロセスを点に集約して捉えるという立法手法を用いてしまった)ことによるとの指摘をすることも可能であろう。

にくく、法解釈論上も軽視される傾向にある²⁷⁾。

同様に保助看法の法解釈論上で無意識的に希薄化してしまった要素として「主体性」²⁸⁾があるように思われる。確かに、責任論のレベルでは、主体性の有無が看護師の責任の有無に直結することが多いため、意識的かつダイレクトに論じられる傾向にあったが、業務法のレベルでは、療養上の世話業務における「医師の指示の有無」に関する議論に随伴する形で言及されるにすぎなかった²⁹⁾。もちろん、先の鎮痛剤の点滴投与の例をみれば明らかかなように、療養上の世話業務であれ診療の補助業務であれ、業務を実施するに際し看護師の主体性が必須であることは言うまでもない。仮に主体性を欠くようなことがあったならば、その時点でメビウスの輪的に連続し有機的に関連している診療の補助業務と療養上の世話業務の連鎖関係が断ち切られることになり、看護業務そのものが成立しなくなるといっても過言ではない。

ことここに至って、在宅医療処置に関する関係職種の法律関係を論ずるにあたって意識しなければならないことは、このような看護業務のプロセス的要素と看護の主体性をどのように法システム上あるいは法解釈論上で反映させるか、ということにある。

③ 看護師（指定訪問看護事業所）・患者関係

看護師・患者間で関わってくる法令として、保助看法第5条・第37条・第42条の2が挙げられる。看護師は患者に対して保助看法第5条・第37条で規定される業務を提供することは既に述べたとおりである。

それ以外では、看護業務そのものに関わるものではないが、業務上知り得た患者の秘密を漏らしてはならないという看護師の守秘義務が関わってくることになる（第42条の2）³⁰⁾。

27) やや場面は異なるが、契約法領域において類似のことが指摘され、プロセスの観点から契約（制度）を捉え直す必要性が説かれている（この点については、さしあたり内田貴『契約の時代 日本社会と契約法』89頁以下（岩波書店、2000年）を参照されたい）。インフォームド・コンセントの第一性格・第二性格論が指摘するところも実は同根であるように感じられる（唄孝一「インフォームド・コンセント」市野川容孝編『生命倫理とは何か』37頁以下（平凡社、2002年）参照）。保助看法の「医師の指示」をめぐる法解釈論も、この一例としてあげることができるように思われる。

28) この主体性の意味する内容についても、法および看護の両方の観点から別途詳細に検討する必要があると思われるが、ここでは、さしあたり単純に「実践対象の変化（目標）を目標として働きかける」こと（川島みどり『新訂 看護観察と判断 看護実践の基礎となる患者のみかたとアセスメント』18頁（看護の科学社、新訂、2000年））と措定する。なお、その他に平林勝政「委譲すべき権限、委譲されるべき権限～看護師が主体的に動くとは」看護部長通信2巻1号72頁以下（2004年）なども参照されたい。

29) このようになってしまった原因のひとつとして、看護の主体性が保助看法上、所与の前提とされていたことに伴い、いわば「書かざる規定」化していたことによるのではないかとと思われる。この看護の主体性に注目し、理論的にも「医師の指示の有無」論から本格的に別離し脱却しようとする議論は、おそらく「新たな看護のあり方に関する検討会」にて初めてなされたように思われる。

30) 保助看法第42条の2「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする」。なお、本規定は、第19次改正（平成13年6月29日法律第87号「障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律」第6条）により付加改正されたものである。この改正法は参院提出の議員立法であり、このほかに欠格条項・罰則規定の見直しもなされている。

④ 医師（病院・診療所）・介護福祉士（指定訪問介護事業所）関係

介護福祉士は、社会福祉士及び介護福祉士法（以下、「社介法」と略す）第2条第2項³¹⁾において「日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護」を行うことを業としているものである。したがって、本来であれば医療処置を提供する職種ではなく、この検討の対象外とされるべき職種であるが、平成15年7月17日厚労省医政局長発通知「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」(医政発第0717001号)を皮切りに、非医療専門職に医行為に位置づけられる行為——そのもともと典型的なものが「痰の吸引」である——が、限定的であれ、順次、許容されてきていることから、「痰の吸引」という医行為を提供する可能性のある非医療専門職——おそらく介護福祉士がその典型とされよう——をも在宅医療処置提供に関する関係職種の射程に収めて検討をしなければならない必然性は非常に高まっているといえる。

ところで、医師と介護福祉士との法的関係は、医療法上のものと社介法上のものを見いだすことができる。

先の基本法の節で触れたように、現行医療法は、医療施設・医療職種と福祉施設・福祉職種との連携義務につき規定している。それゆえに、医師と介護福祉士の間には、医療法第1条の4第4項上の関係が認められる。そしてそのような医療法上の連携義務のうえに、各論的に社介法第47条第2項³²⁾の連携義務——「福祉サービス関係者等」の「等」に、医師あるいは看護師が該当することになると解釈される——が重疊的に存在することになる。

もともと、一口に連携義務といっても、医療法上の連携義務と社介法上の連携義務とは課せられる主体に違いがあることに注意が必要である。医療法では、その主体は「病院又は診療所の管理者」——その多くは医師——であり、社介法上では介護福祉士である。その限りにおいて、方向性の違う連携義務がクロスオーバーする状況にある。

しかしながら、医師と介護福祉士との間で、どのような内容の連携が、どのように、どの程度なされればいいのか、法的な観点から具体的に検討されたことはほとんどない³³⁾。

31) 社会福祉士及び介護福祉士法第2条「この法律において『社会福祉士』とは、第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第47条において「福祉サービス関係者等」という。)との連絡及び調整その他の援助を行うこと……を業とする者をいう。2 この法律において『介護福祉士』とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、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心身の状況に応じた介護を行い、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うこと……を業とする者をいう。」

32) 社会福祉士及び介護福祉士法第47条「社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービス……が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。2 介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、認知症……であること等の心身の状況その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。」

33) 法的ではなく、いまして一般的なレベルで検討したものととして、福岡恒『医療と福祉の連携をめざして 高度先進医療から地域のケアまで』(金原出版、1999年)、日本ケアワーク研究所監修 住居広士編『医療介護とは何か 医療と介護の協働保険時代』(金原出版、2004年)、平林勝政「医療・看護・介護の役割分担と連携」日本学術会議社会法学延久連絡委員会編『高齢社会と介護システム』31頁以下(尚学社、1997年)などがあるか。

後の検討課題のひとつであろう。

⑤ 看護師(指定訪問看護事業所)・介護福祉士(指定訪問介護事業所)関係

看護師・介護福祉士間の関係は、概ね医師・介護福祉士間の関係に準ずることになる。もっとも、先に述べたように、医療法上の連携義務の主体は「病院又は診療所の管理者」とされていることから、看護師の主体性は、いささか不明確なものとなっている³⁴⁾。

なお、看護師と介護福祉士との間での連携のあり方等については、看護の領域において、近年、しばしば検討されていることが注目に値しよう³⁵⁾。

⑥ 介護福祉士(指定訪問介護事業所)・患者関係

介護福祉士・患者間に関わってくる法令として、社介法第2条第2項・第44条の2³⁶⁾・第46条³⁷⁾が挙げられる。介護福祉士が患者に対して社介法第2条第2項で規定される業務を提供することは既に述べたとおりである。介護福祉士が2条2項規定の業務を提供する際、根源的な部分に関わってくる義務として社介法第44条の2の、“患者の尊厳を保持し常に患者の立場に立って誠実に業務を行わなければならない”と規定する誠実義務が挙げられるだろう。医療専門職の資格・業務関連法において、あまりみることのないものである。

なお、介護福祉士の本来的な業務に関わるものではないが、社介法第46条は、業務上知り得た患者の秘密を漏らしてはならないという介護福祉士の守秘義務につき規定している。これもまた介護福祉士と患者との間に存在する法律関係といえよう。

(3) 施設関連法・保険関連法

① 医師(病院・診療所)・看護師(指定訪問看護事業所)関係

医師(病院・診療所)・看護師(指定訪問看護事業所)間の関係については、「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」(以下「指定基準」と略す)第69

34) この点、医療法第30条の4第3項第3号において、医療連携体制を構築する際には看護師も含めた関係者の協議を経て構築することが明記されていることから、結果的にはあるが看護師にも連携義務が課されていると解釈することは可能であると思われる。しかしながら、この規定は、都道府県知事が医療計画を策定する際に配慮しなければならない事項を規定したものであり、いささか次元の違う規定であるといえる。結局のところ、この問題は解釈で解決すべき問題ではなく医療法の規定不備と捉え改正を試みるのが妥当であると思われる。

35) たとえば、「特集 介護職と医療職の連携 『医行為外』問題から考える」訪問看護と介護12巻7号(2007年)、「特集 ケア×ケア 看護と介護が協働するとき」看護学雑誌72巻6号(2008年)、「特集 訪問看護・介護のこれからの制度設計」訪問看護と介護13巻10号(2008年)。

36) 社会福祉士及び介護福祉士法第44条の2「社会福祉士及び介護福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、その有する能力及び適性に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない。」

37) 社会福祉士及び介護福祉士法第46条「社会福祉士又は介護福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。社会福祉士又は介護福祉士でなくなった後においても、同様とする。」

条³⁸⁾ および第 70 条³⁹⁾ が主に関わってくることになる。

まず、在宅医療処置の実施に際して、指定訪問看護事業者（訪問看護ステーション開設者）は、主治の医師から指示を文書で受けなければならない（指定基準第 69 条第 2 項）。そして、指定訪問看護事業者は、患者の希望・主治の医師の指示・患者の心身の状況等を踏まえて、療養上の目標・当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成することになる（指定基準第 70 条第 1 項）。在宅医療処置の実施後は、訪問日・提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成し（指定基準第 70 条第 5 項）、当該計画書および報告書は主治の医師に提出するという経過をたどることになる（指定基準第 69 条第 3 項）。

以上のように、医師と指定訪問看護事業者との間で訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書をやり取りすることによって連携を密にしなければならないという義務は、指定訪問看護事業者に省令レベルで課されている。

もともと、訪問看護計画書・訪問看護報告書とは異なり訪問看護指示書の作成義務は、省令である「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（以下、「療担規」と略す）第 19 条の 4 第 1 条第 1 項にて医師（保険医）に課されている点に注意を要する⁴⁰⁾。

② 看護師（指定訪問看護事業所）・患者関係

看護師（指定訪問看護事業所）と患者との関係は、指定基準第 70 条第 3 項・第 4 項が主に関わってくることになる。

訪問看護計画書の作成に当たって、看護師は、その主要な事項について患者またはその家族に対して説明をし利用者の同意を得たうえで（第 3 項）、訪問看護計画書を利用者に

38) 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第 69 条「指定訪問看護事業所の管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。 2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。 3 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第 1 項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。 4 当該指定訪問看護事業所が指定訪問看護を担当する医療機関である場合にあっては、前二項の規定にかかわらず、第 2 項の主治の医師の文書による指示並びに前項の訪問看護計画書及び訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録（以下「診療記録」という。）への記載をもって代えることができる。」

39) 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第 70 条「看護師等（准看護師を除く。以下この条において同じ。）は、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。 2 看護師等は、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って訪問看護計画書を作成しなければならない。 3 看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その主要な事項について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。 4 看護師等は、訪問看護計画書を作成した際には、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。 5 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。 6 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。 7 前条第四項の規定は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成について準用する。」

40) 保険医療機関及び保険医療養担当規則第 19 条の 4「医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。 2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。」

交付しなければならないと規定されている（第4項）。

③ 介護福祉士（指定訪問介護事業所）・患者関係

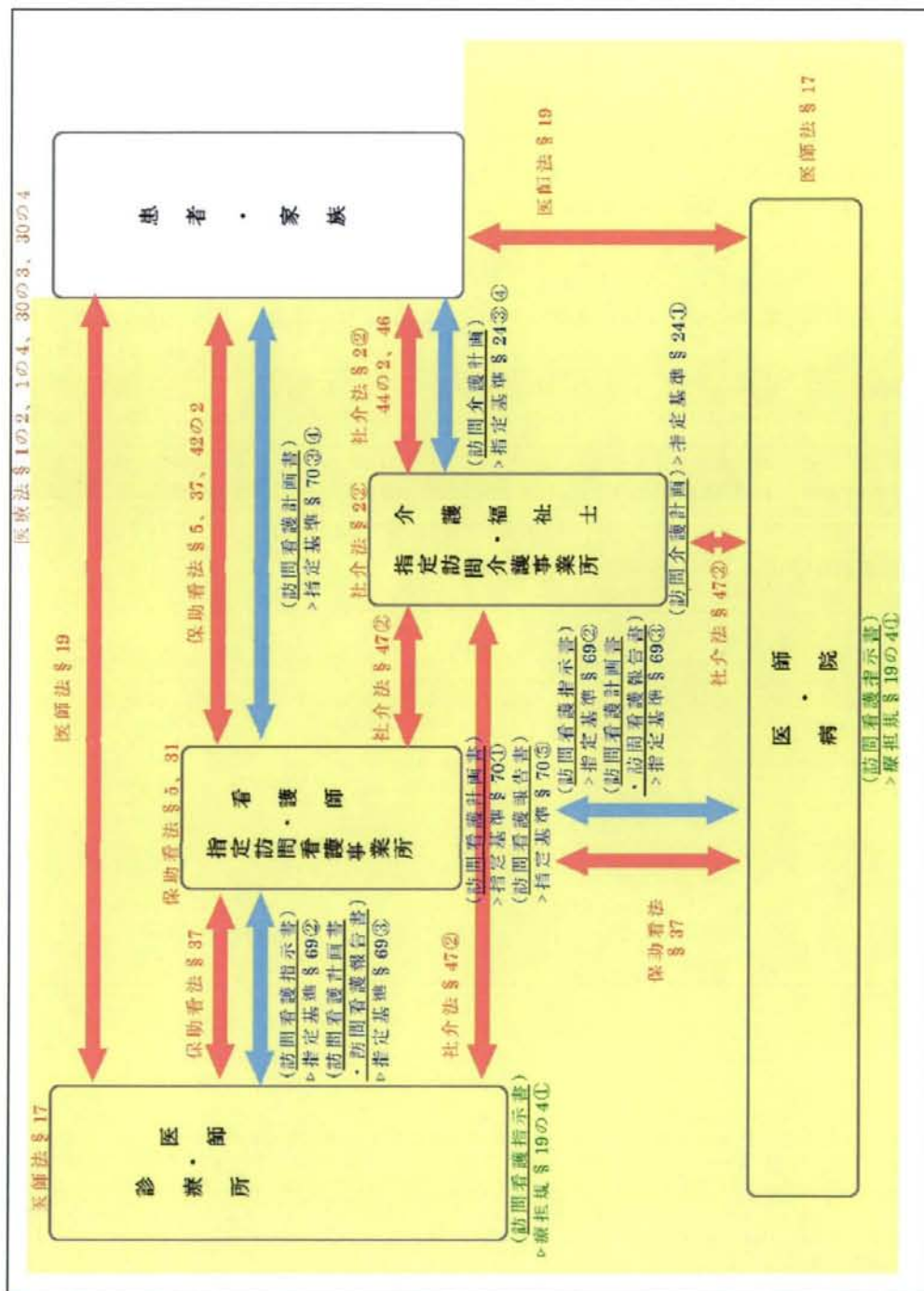
介護福祉士と患者との関係も指定基準が関わってくることになる（第24条⁴¹⁾）。

まず、サービス提供責任者（ケア・マネージャー）には、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標・当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならないという訪問介護計画作成義務が課されている（指定基準第24条第1項）。そして、サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない（指定基準第24条第3項）。作成後は、当該訪問介護計画書を利用者に交付し（指定基準第24条第4項）、実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うことになる（指定基準第24条第5項）。

以上により、関係職種間の法的関係性について検討し、前項「2. 健康問題予防のための関係職種連携シミュレーションによる関係職種連携体制の検討」において提示した「関係職種連携体制図（図3）」の法的根拠とした。

41) 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第24条「サービス提供責任者(第5条第2項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第28条において同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。3 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。4 サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。5 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。6 第1項から第4項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。」

図6. 公法領域における法律関係



4. 在宅における安全な医療処置提供に関するプロトコール（素案）の検討

文献検討で、述べたように今回研究対象としている医療処置のうち、「たんの吸引」については現行法制度及び厚生労働省通知により、看護職と家族以外の者（介護職）との連携における関係性が明確に示されている。そこで、「たんの吸引」については、その規定に基づいた職種間の連携体制を前提におき、さらにその連携体制において看護職が役割を果たすための具体的なプロトコールについて検討した。

1) 「たんの吸引」における看護職の関係職種との連携パス

「たんの吸引」については現行法制度及び厚生労働省通知により、看護職と家族以外の者（介護職）との連携における関係性が明確に示されている。この通知に提示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための6条件」を基本とした連携体制を示しているものが、前述の連携シミュレーションのうち、「看護職介護職連携協働型」のものである。この「看護職介護職連携協働型」の関係職種連携パスに、更により具体的な確認項目を加えて「看護職の関係職種連携パス【吸引】（案）」（図7）を作成した。

この連携パスの構成における「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための6条件」との照合内容は、すでに前項「2-1)-(4):各関係職種連携シミュレーションにおける看護職の関係職種との連携パス」で報告している。

本連携シミュレーションでは、プロトコール（素案）を実践で活用可能なものとするために、家族以外の者によるたんの吸引を許容するための6条件に明記されている項目についても更に具体的な確認項目を加えた。この条件に明記されていない項目についても以下の確認項目を提示している。

- 「①療養環境の管理」においては、6条件に示されている「療養者・家族の在宅療養に関する意思及び医師の判断の確認」「意思の療養者・家族への説明内容の確認」「必要な医療機器・衛生材料等の準備及び確認」の具体的な内容を提示した。更に、「在宅医療処置の状況把握」として、療養者が入院中の場合には直接病院側からの実施方法の情報を入手したり、医療処置のみでなく現疾患の状況・医療処置の当該医療機関の実施方法及び個別的な方法の確認といった内容を明記した。
- 「②在宅患者の適切な医学的管理」においては、在宅かかりつけ医師の訪問診療方針の確認だけでなく、訪問看護師自身による心身状態の確認（フィジカルアセスメント）項目を列挙した。更に、家族の状況の確認項目を挙げ、療養者が安定期（低リスク状態）であるかどうかの査定を行うこととした。この段階を経た後に、看護職自身による実施可能性をまず検討する。看護職自身による実施可能性の検討においては、家族の付添状況のほか、当該医療処置以外の優先すべき業務の有無などを検討して訪問看護調整を実施する。この訪問看護調整で医療処置ニーズへの対応が困難な場合において、家族と介護職との協働による提供内容を検討し、具体的な連絡・相談・報告方法を取りきめる。同時に、状態変化の有無に関わらず定期的な情報共有のための共有情報内容及び方法を事前に確認するという内容を明記した。
- 「③家族以外の者に対する教育」においては、医師・看護職による指導内容を具体的に列挙した。教育内容には、「たんの吸引」の行為そのもの手技のみでなく、心身

への影響に関する内容・手順に沿った注意点及び起こりうるトラブル・トラブルを想定した対処方法、緊急を要する状態についての知識及び対処といった内容をすべて指導しておくことを明記した。また、この指導内容について各家族以外の者の継続的な知識技術習得状況の確認のために同行訪問のほか導入後の集中的な確認や療養者・家族の状態変化に応じるための継続的かつ定期的な確認、定期的研修、定期的な電話等によるトラブル状況の確認といった内容を明記した。

- 「④患者との関係」においては、家族以外の者が療養者・家族との間で「同意」を取り交わす前に、患者・療養者・医師・看護師・家族以外の者による各関係者・関係職種間での連携協働に関する取り決めが必要となることを明記した。この取り決めを相談した上で家族と家族以外の者（介護職）との同意が取り交わされ、正式な関係者・関係職種との取り決め事項の共通認識のために「管理協定」が取り交わされることが必要であるとした。この過程は、スムーズな連携のために必要な手続きであると考えられた。
- 「⑥緊急時の連絡・支援体制の確保」においては、「連絡・支援体制」の意味するものとして、「緊急連絡ルート」「往診体制・緊急時の受入れ体制」「訪問看護体制（24時間訪問看護体制）」「緊急時の対応方法の取り決めとその関係者との共有」「定期的な情報交換方法及び内容の取り決め」といった内容を明記した。

以上の確認項目を細項目として明記した関係職種連携パスを本研究において作成するプロトコル（素案）の基礎におくこととした。

2) 「たんの吸引」における連携パスに基づくプロトコル（素案）の検討

1) の『「たんの吸引」における看護職の関係職種との連携パス』をより具体的にプロトコルとして提示するための検討を行った。

本研究結果「1.文献検討-3」在宅医療処置管理看護に関するプロトコルの文献検討において報告している通り、在宅医療処置のサービス提供については、すでに報告されているプロトコルとして、看護職が安全性を確保しつつ適正にサービス提供するための管理及び看護に関するプロトコル（川村ら、2000）が報告されている。このプロトコルの関係職種間の関係性の前提は、看護職が看護職自身で在宅医療処置管理看護を医師の指示のもと「診療の補助行為」として適切に実施するというものである。そこで、本研究における「たんの吸引」のプロトコル（素案）は、前述の「看護職介護職連携協働型」の関係職種の関係性を前提にした「看護職の関係職種との連携パス」を基本に位置付け、療養者のみでなく家族の状況に合わせた療養環境整備及び指導内容等の内容について新たに検討した。

すでに既存のプロトコル（川村ら、2000）の構成は、「本プロトコルの適用条件」「看護支援目標」「異常・トラブル」「アセスメント並びに医師（看護師）への報告基準」となっている。

そこで、「たんの吸引」におけるプロトコル（素案）では、特に以下の点を考慮した構成とした。

○看護職の条件としては、看護職自身の看護技術・判断能力に加え、療養者・家族に対する状況に応じた判断及び指導・評価・モニタリングの能力の必要性を明記した。

○医師との連携条件においては、既存のプロトコールでは医師と看護職間の管理協定の締結の内容について提示しているが、これに加え、療養者及び家族に対する指導や療養体制整備及びその情報共有に関する各職種の仕事も明確にした条件を明記する。(療養者・家族・医師・訪問看護師の4者による管理協定書の例示)

○「異常・トラブル」の内容では、療養者本人の医療処置技術・身体・精神・社会活動・機器管理の側面からの「異常・トラブル」に加え、「家族の知識・技術および介護力」に関する支援内容を明記した。

尚、本プロトコール(素案)は、連携体制の前提は、関係職種連携シミュレーションにおける[看護職介護職連携協働型]を前提とし、この連携シミュレーションを図示した関係職種連携体制図及び関係職種連携パスがプロトコールの連携体制の位置づけを示すものとなる。より詳細に示した「たんの吸引また、本プロトコール(素案)の構成は、「本プロトコールの適用条件」「看護支援目標」「異常・トラブル」「アセスメント並びに医師(看護師)への報告基準」の項目により構成し、前述の「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)」(図7)は、看護職が行動化するための時系列の過程を示したものと位置付けた。更に、連携パスを行動レベルで確認可能とするための「関係職種連携による適切かつ安全なサービス提供のための看護職の判断樹」及び行動化するために有用と思われる文書案(管理協定書・チェックリスト)により構成している。

(1) 関係職種連携による「たんの吸引」のサービス提供に関する看護職の判断樹(図8)

訪問看護職が、「たんの吸引」について家族以外の者(訪問介護職)と厚生労働省通知により提示されている6つの条件による関係性にに基づき、訪問介護職と連携協働してサービス提供する際の判断項目を時系列で提示した(図8)。

本報告書のプロトコール(素案)としては、6つの条件のうち、「①療養環境の整備」を安全かつ適切に看護職が整え、確認するための判断樹を提示した。この確認項目は、「研究方法2)在宅医療処置を要する療養者に対するサービス提供を経験している訪問介護職および訪問看護職に対する面接調査」の結果から抽出された項目であり、厚生労働省通知に明記されている内容及び明記されていないが新たに追加した内容、明記されているがより詳細に表現した内容を整理した。また、この確認項目は、「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)(図7)」の看護職の確認項目に対応しているものである。

2008年度素案

在宅移行時の看護判断として、在宅療養における安全な吸引処置の提供のための「療養環境の管理」に関する判断樹の1ページ部分(その1)のみ提示する。

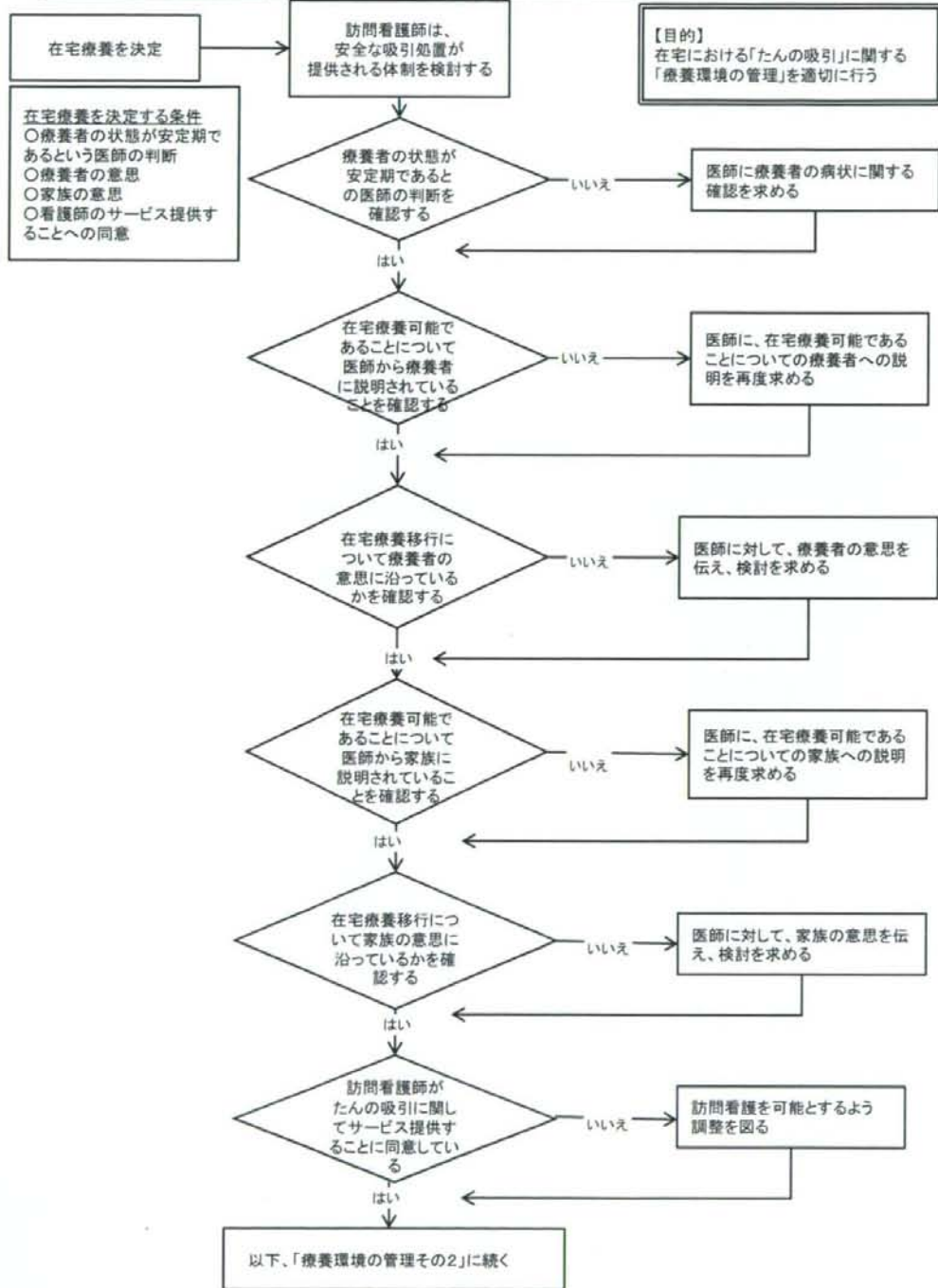


図8. 関係職種連携による口鼻腔内・気管カニューレ内部における「たんの吸引」のサービス提供に関する看護職の判断樹 【療養環境の整備】(2008年度素案)