

3. 連携実態結果に関する先行研究データとの比較

本調査では、訪問看護師を対象とした「たんの吸引」提供における関係職種との連携に関する実態を調査した。先行研究(平成15年度・平成18年度)³⁾では、保健師を対象とした「たんの吸引」を要する療養者の療養環境整備に関する実施状況が把握されている。調査対象者及び調査項目が一致していないため、安易な比較検討はできない。しかし、近年の動向を推察するため、以下、本調査における訪問看護師の実施状況との比較検討を行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」に従って考察する。

1) 療養環境の管理

先行研究³⁾では、「療養環境の管理」に関して、「入院先の医師または看護職による退院に向けた在宅療養に関しての具体的な状況の説明がある」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は83.9%、平成18年度は73.7%であった。本調査では、訪問看護師の実施状況を調査し、その実施割合は「医師の説明内容の確認；96.0%」及び「療養者の医師の説明に関する受け止めの確認；76.4%」「家族の医師の説明に関する受け止め；96.0%」という結果であった。療養者本人に対する確認は、意思疎通が困難であり実施困難であるとの理由も回答されており、「療養環境の管理」に関連する個々の項目の訪問看護師の実施割合は高いものと考えられる。しかし、本調査において「療養環境の管理」に関する項目として分類した13項目すべての項目を実施していると回答した者は160名(38.1%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「療養環境の管理」の充足率は38.1%でしかなかった。

2) 在宅患者・障がい者の適切な医学的管理

先行研究³⁾では、「在宅患者の医学的管理」に関して、「専門医療機関あるいは地域主治医の通院・往診のどちらかを実施している」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度・18年度ともに100%の実施割合であった。本調査において、同様の設問は設けていないものの、訪問看護師が実施する「医学的管理」の実施項目として、「効果的な排痰法の実施」や「身体的・精神的状態の確認」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認」等の実施状況を調査した。その結果、各項目の実施割合は「効果的な排痰法の実施；72.4%」や「身体的・精神的状態の確認；90.7%」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認；76.7%」であった。「効果的な排痰法」を実施していない理由として、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」等の意見があり、療養者の状態像を見極めた適切な訪問看護提供が必要である。更に、本調査において「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する項目として分類した6項目すべての項目を実施していると回答した者は236名(56.2%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」の充足率は56.2%と十分とはいえない結果であった。「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関しては、平成15年度・平成18年度に比べ、より具体的な訪問看護師の実施項目については課題があることが明らかになった。

3) 家族以外の者に対する教育

先行研究³⁾では、「家族以外の者に対する教育」に関して、「吸引者は療養者の吸引についての研修を受けている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は70.0%、平成18年度は87.2%であった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、これらに該当する内容の項目の実施割合は「たんの吸引の概要に関する

説明;84.5%」「起こりうるトラブル及びその対処法の説明;85.2%」「吸引の実施手順の説明・吸引手技の指導;85.7%」「吸引実施後の観察内容・方法の説明;85.0%」「習得状況の評価;66.4%」という結果であった。「習得状況の評価」については特に実施割合が低い結果であった。しかし、その他の教育に関する項目の個々の実施率については、訪問看護師による実施割合は、平成15年度・18年度とほぼ同レベルの実施状況ではないかと推測される。

しかし、本調査において「家族以外の者に対する教育」に関する項目として分類した6項目すべての項目を実施していると回答した者は269名(64.1%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「家族以外の者に対する教育」の充足率についても64.1%と、十分とは言い難い結果であった。

4)患者・障がい者との関係

先行研究³⁾では、「患者との関係」に関して、「同意書を取っている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は47.1%、平成18年度は74.3%であった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、同設問に対する実施割合は「はい;62.6%」であり、また「把握していない24.0%」であった。「患者・家族」と「家族以外の者」との間で取り交わされる同意書に関する訪問看護師の認識としては、この「同意書」に関連した訪問看護師の責任範囲が不明確であるとの理由から踏み込んだ確認をしていないといった意見があり、「患者との関係」における訪問看護師の参画のあり方には、依然として課題があることが明らかになった。更に、本調査において「患者・障がいとの関係」に関する項目として分類した3項目すべての項目を実施していると回答した者は256名(61.0%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「患者・障がい者との関係」の充足率についても61.0%と、十分とは言い難い結果であった。

5)医師及び看護職員との連携による適なたんの吸引の実施 先行研究³⁾では、「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」に関して、「たんの吸引を適正に行うことができているか定期的確認を行っている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は21.7%、平成18年度は26.1%であり、実施割合は低かった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」の実施割合は40.0%であった。更に、本調査において「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」に関する項目として分類した5項目すべての項目を実施していると回答した者は80名(19.1%)であり、行政通知による6条件の中で「医師及び看護職員との連携による適なたんの吸引の実施」の充足率は19.1%と最も低い結果であった。依然として、「医師及び看護職員との適なたんの吸引の実施」の整備状況には課題があることが明らかになった。

6)緊急時の連絡・支援体制の確保

先行研究³⁾では、「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関して、「緊急時の関係者連絡体制をとっている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は92.9%、平成18年度は94.6%であり、実施割合は高かった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、「緊急時訪問看護体制の確認;94.5%」「緊急時訪問診療体制の確認;91.7%」「緊急時の入院施設の確認;88.6%」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有;96.4%」「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の確認;84.3%」「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提

示；59.3%」という結果であった。更に、本調査において「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する項目として分類した7項目すべての項目を実施していると回答した者は196名(46.7%)であり、行政通知による6条件の中で「緊急時の連絡・支援体制の確保」の充足率は46.7%と十分とは言い難い充足率であった。平成15年度・18年度に続き、緊急時連絡支援体制の確保の個々の項目はほぼ実施されているものの、本調査の設問である「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示」のように、取り決めとして文書化しておくことまでは十分に実施されていないという状況が明らかになった。

以上により、行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」の枠組みにより、実施状況を検討した結果、「療養環境の管理」「家族以外の者に対する教育」に関連する本項目に関する個々の項目の訪問看護師の実施割合は、平成15年度・平成18年度の結果同様、比較的高いものと考えられる。しかし、「在宅患者の適切な医学的管理」に関する具体的な訪問看護内容や「家族以外の者に対する教育」に関する「(家族以外の者に対する教育の)習得状況の評価」については、訪問看護師の回答からは低い実施率であった。また、「患者との関係」における「同意書」に関しては、本調査の結果、この点に関する訪問看護師の参画の在り方に課題が残されていることが明らかとなった。また、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の個々の実施項目については、平成15年度・18年度同様、比較的实施割合は高かったものの、「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示」のように、取り決めとして文書化しておくことまでは十分に実施されていないという状況が明らかになった。更に、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の整備状況は平成15年度・18年度ともに他の条件に比べ最も低い実施割合であったが、本調査においても実施割合が低く、依然として課題があることが明らかとなった。

また、安全性確保の観点から本調査項目はすべて満たしておく必要がある。しかし、本調査項目である「『たんの吸引』提供における行政通知による6つの条件に基づく訪問看護師の連携に関する実施項目」の全体の総合的な充足率については、各大項目を構成する細項目のうち最も実施率の高い細項目を各大項目の代表項目(13項目)とした場合であっても、充足率は38.3%であり、本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目(40項目)全ての充足率は6.4%であった。

以上のように、平成15年・17年に在宅療養者の「たんの吸引」提供に関する行政通知が提示されて以降、「たんの吸引」提供に関する療養環境整備は十分充足されているとはいえない現状であることが明らかになった。今後は、関係職員、在宅療養者に、整備されるべき6条件をより具体的に周知するとともに、実施割合の低い内容に関して重点的に実現可能にしていくための療養環境整備のための方策が必要である。

4. 実施上の課題に関する現行制度(診療報酬・介護報酬)の観点からの検討

「たんの吸引」提供における訪問看護師の関係職種との連携に関する実施状況を調査した結果、「実施している」という回答の割合が90%以上の項目は、「家族の意思確認(406名；96.7%)」「(在宅かかりつけ医への)方針の確認(405名；96.4%)」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有(405名；96.4%)」「医師の説明内容の確認(403名；96.0%)」など、全39項目中16項目であった。一方、「実施している」という回答の割合が低い項目は、「吸

引実施体制に関するカンファレンスの実施（138名；32.9%）」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認（168名；40.0%）」「当該訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡・報告方法・対応内容の文書による提示（249名；59.3%）」「当該訪問介護職員から訪問看護師への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法取り決めの文書による提示（262名；62.4%）」「当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関する「習得状況の評価（279名；66.4%）」「効果的な排たん法の実施（304名；72.4%）」「療養者の意思確認（318名；75.7%）」等であった。

これらの項目に関する「実施上の課題」の分析結果とともに、行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」に従って考察する。療養者の在宅療養の安全性を確保するためには、訪問看護の安定的な供給が重要である。そのため、以下、現行制度、特に、診療報酬・介護報酬との関連について、以下、検討する。

1) 「療養環境の管理」に関する連携の実施について

「療養環境の管理」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「(在宅かかりつけ医)の方針の確認(96.4%)」「医師の説明内容の確認(96.0%)」「医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認(93.6%)」等であった。いずれも、比較的实施割合が高い結果であった。

まず、「(在宅かかりつけ医)の方針の確認」「医師の説明内容の確認」に関連する現行制度としては、医療保険制度の診療報酬体系における訪問看護管理療養費への加算として、「在宅患者連携指導加算」がある。これは、利用者の診療情報等を医療関係職種間で共有し、その情報をもとに月2回以上指導を実施することに対する評価である。また、医療機関との連携においては、利用者が医療機関から在宅に移行するにあたっては、「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」の算定も可能である。これらの診療報酬体系の裏付けもあり、実施割合が高かった可能性も考えられる。しかし、本調査の対象利用者のように「たんの吸引」を在宅において導入するにあたっての在宅移行期間では、療養者の病状及び家族の吸引手技等が不安定であり、療養者の安全性確保のためには集中的な訪問看護を要する。この点について、「退院時共同指導加算」においては、退院後初日の訪問看護実施時1回に限り算定できることになっており、「退院支援指導加算」では、利用者対象者の制限があるとともに、1人の利用者につき1つの訪問看護ステーションにみが算出できることになっている。また、介護保険制度の利用者においては、この在宅移行に関する訪問看護への報酬の設定はなく、介護支援専門員への介護報酬としての「医療連携加算」「退院・退所加算」、地域密着型サービスの一部の施設への報酬としての「医療機関連携加算」が設定されている。

このような制限がある中、訪問看護師は、活用可能な制度を利用しながら、関係職種(機関)との連携の質を担保し、在宅移行を安全に進めていくことが求められているものとする。

次に、「医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認」に関する連携について検討する。本調査結果では、「実施上の課題」として、「在宅かかりつけ医からの供給が困難なことがある」との意見があった。在宅療養者の医療機器・衛生材料の供給に関しては、医療保険の診療報酬体系における医師に対する報酬として「在宅療養指導管理料」「在宅療養指導管理材料加算」「特定医療材料料」が設定されている。このうち、「在宅療養指導管理材料加算」「特定医療材料料」では、保険償還できる機器・物品が限られており、その他の衛生材料等については、「在宅療養指導管理料」に包括されている。先行研究⁵⁾によると、ガーゼや脱脂綿等の衛生材料については、特に、医療機関からの供給が少なく利用者の自己負担または訪問看護ステ

ーションが負担している割合が高かった。衛生材料の供給の課題のひとつとしては、在宅医療機関における衛生材料等の供給体制(システム)の問題が指摘されている⁶⁾。この連携項目に関しては、訪問看護師が主体となって実施することは比較的困難である可能性がある。しかし、訪問看護師は、在宅における療養者の医療処置状況を把握しやすい医療職の立場として、「医療機器・衛生材料の供給」等に関する医師への情報提供を含めた連携をはかっていくことが、療養環境整備の上で重要な役割を担っているものと考えられる。

2) 「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する連携

次に、「在宅患者・障がい者の医学的管理」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「効果的な排痰法の実施；72.4%」や「身体的・精神的状態の確認；90.7%」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認；76.7%」等であった。これらの項目に関する実施上の課題としては、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」等の意見があった。訪問看護師は、排痰法については、療養者のニーズを判断した上で実施していた。この排痰法を効果的に実施するためには、長時間訪問看護を要する場合やその後の状態評価のための複数回訪問を要する場合も考えられる。医療保険制度の診療報酬体系における訪問看護療養費への加算として、人工呼吸器を使用している状態にある者に対しては「長時間訪問看護加算」を週1回利用することができる。また、複数回訪問については、難病患者等に関しては「難病等複数回訪問加算」により、訪問回数によって加算額は異なるものの現行制度上、可能な状況である。しかし、いずれも対象者が限られている。特に、頻回な排痰法や状態確認を要する場合には、在宅患者の適切な医学的管理のために、訪問看護師の迅速かつ柔軟な対応が求められ、制度利用及び訪問看護事業所経営上の課題が潜在している可能性も考えられる。

3) 「家族以外の者に対する教育」に関する連携

「家族以外の者に対する教育」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「たんの吸引の概要に関する説明；84.5%」「起こりうるトラブル及びその対処法の説明；85.2%」「吸引の実施手順の説明・吸引手技の指導；85.7%」「吸引実施後の観察内容・方法の説明；85.0%」「習得状況の評価；66.4%」等であった。また、これらの項目に関する実施上の課題としては、「ヘルパー(及び事業所)が複数おり、交代もあり、同行して指導や習得状況を確認することが困難である(評価までできない)」「連携のための時間がかかる。訪問介護職員との日程・時間調整が困難である。訪問介護職員との時間調整が困難である」「指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である」「指導後のトラブルの責任範囲が不明確である」等の意見があった。

また、本調査結果による合計指導時間は、平均6.58時間(SD=46.95)であり、平均4.42日(SD=5.03)にかけて指導をしていた。この指導時間の回答では、最小10分～最大720時間であり、指導にかけている時間は非常にばらつきがあった。更に、この指導時間は実際に確保された時間の回答であったが、指導時間や研修のあり方に関連する実施上の課題としては、「介護職員の資質や理解度のレベルの判断が難しい」「吸引研修のみの手技では課題が残っている」「研修受講すれば吸引できるということではなく、研修後の可・不可を明確にすべきである」といった家族以外の者の知識技術の習得状況の評価に関する意見があった。

在宅医療の療養指導に関連する現行制度としては、指導に要する時間確保及び報酬については、医療保険制度の診療報酬体系における医師への加算として、「在宅療養指導管理料」がある。一方、訪問看護における在宅医療の療養指導に関する指導料は診療報酬・介護報酬体

系には明確な位置づけはない。「家族以外の者によるたんの吸引」を実施する場合においては、医師及び訪問看護師による療養指導の対象は「患者・家族」のみでなく、「家族以外の者」も加わるということである。更に、指導を受ける「家族以外の者」自身についても、無償で研修を受けているという実態があり、時間確保等に対する保障が明確でない。

このような制度下で、医師は「家族以外の者」への吸引に関する説明を行ったり、訪問看護師は「複数回訪問」等を利用しながら、「家族以外の者」との時間調整をして同行訪問等により指導しているという現状がある。しかし、本来、その時間とは訪問看護提供のための時間として確保しているものであり、十分な指導を確実に実施するための時間確保及びその保障などの課題が示唆された。

更に、本結果では、「習得状況の評価」の実施割合が低い結果となった。前述の通り、指導に要する時間確保が困難な状況のもとで、「習得状況の評価は」更に困難な状況であることが推察された。

一方で、実施上の課題として、「一定の水準までは行政指導の研修体制を作ってほしい」「吸引モデルがないので練習が困難である」等の意見があった。現行制度上、一定水準までの第3者機関等による研修体制は整備されていない状況であるが、先行研究⁷⁾⁸⁾では、保健所と地域関係機関との連携による研修システム及び評価システムを確立している報告がある。今後、各事業所単位の個別指導のみに限らず、一定水準の研修体制等を検討していく必要性が示唆された。

本結果では、「家族以外の者に対する教育」に関しては比較的高い実施割合であったが、この教育を確実に継続的に実施していくためには、医師・訪問看護師及び教育を受ける「家族以外の者」に対する「時間確保」「教育に対する保障」等に関する制度上の課題があることが考えられる。

4) 「患者・障がい者との関係」に関する連携

「患者・障がい者との関係」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「当該訪問介護職員が当該利用者にたんの吸引を実施することについての同意書は交わしたか」という設問については、「はい」という回答は62.6%、「把握していない」という回答は24.0%であった。「はい」と回答したもののうち、「同席者あり」という回答は58.6%、「把握していない」という回答は23.6%であった。更に、「同席者あり」と回答したもののうち、「同席者の職種」の回答(複数回答)では、「訪問看護師」の同席は62.3%、「かかりつけ医」は14.9%、「保健師」は8.4%が同席していた。この「患者・家族」と「家族以外の者」との間で取り交わされる「同意書」に対する医師・訪問看護師の参画のあり方については、現行法制度上、必ずしも明確であるとはいえない状況である。本調査結果においても、実施上の課題として、「同意書」に関連した訪問看護師の責任範囲が不明確であるとの理由から踏み込んだ確認をしていないといった意見があった。本調査結果の「同意書」に関する実施項目に関しては、訪問看護師による確認・実施のための制度上の根拠が不明確であるとの認識から、実施割合が低くなり、また、「把握していない」という回答につながった可能性がある。今後、「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施に際して、参画している関係職種の「同意書」に関する関与の仕方については、関係職員の責任範囲を明確にするなど、何らかの法的根拠が求められるものと考えられる。

5) 「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」に関する連携

「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施(32.9%)」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認(40.0%)」等であった。これらの項目に関する実施上の課題としては、「訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない」「複数の者が関わっており確認が困難」などの意見があった。

カンファレンスの実施に関連する現行制度としては、緊急時については、医療保険制度の診療報酬体系における「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」がある。しかし、緊急時に限られていること、医療関係職種等が一堂に会しての実施をするにあたり時間調整が困難であること等の理由により、本研究における「吸引実施体制」に関連したカンファレンスの開催に対しては有効な活用には至っていない可能性がある。カンファレンス以外の文書等による関係職種間の当該療養者の診療情報等の共有については、「在宅患者連携指導加算」があるが、吸引実施体制に関しての有機的な議論の場としての活用は困難であるものとする。また、介護保険制度においては、サービス担当者会議の開催が義務付けられている。しかし、このような会議での議事は必ずしも「吸引実施体制」に関するものとは限らないとの意見がある。

また、「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」を実施するためには、「前項3) 家族以外の者に対する教育」と同様、「家族以外の者」が複数名であったり、その時間調整に課題がある。

このような現状から、「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」を確実にかつ継続的に行うためには、カンファレンスや情報共有に関連する制度を有効に活用するとともに、そのような場(または文書等)において、療養者の療養経過に応じて、「家族以外の者による吸引実施体制」を見直すことの重要性を関係職種が認識しておくことが望まれる。

6) 「緊急時連絡・支援体制の確保」に関する連携

「緊急時連絡・支援体制の確保」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「緊急時訪問看護体制の確認; 94.5%」「緊急時訪問診療体制の確認; 91.7%」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有; 96.4%」などであり、これらの項目については比較的实施割合が高かった。これらの項目に関連する現行制度としては、医療保険の診療報酬体系における訪問看護管理療養費への加算として、「24時間連絡体制加算または24時間対応体制加算」や、対象者は限定されるが「重症者管理加算」がある。また、訪問看護療養費への加算として、特別訪問看護指示に基づく「緊急時訪問看護加算」が設定されている。介護保険では、「緊急時訪問看護加算」や、対象者は制限されるが「特別管理加算」が設定されている。

本調査の対象所属事業所の概要の結果による各加算の届出状況は、医療保険に関しては「24時間対応体制加算; 88.3%」「24時間連絡体制加算; 36.0%」「重症者管理加算; 92.4%」、介護保険に関しては、「緊急時訪問看護加算; 91.7%」「特別管理加算; 96.0%」という結果であり、本調査対象事業所では、このような制度を有効に活用しながら、療養者への緊急時の連絡・支援体制を確保していた。

一方、「緊急時連絡・支援体制の確保」に関するそのほかの項目の実施状況の結果は、「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示; 59.3%」「緊急時の入院施設の確認; 88.6%」等であり、比較的实施割合が低い項目であった。

実施上の課題として、「緊急時の入院施設が決まっていない」「緊急時入院施設は緊急時ベッド確保をしても確実とは言えない」という意見があった。

入院医療機関との調整については、前述「1. 療養環境の管理」における退院調整にかかる連携については、制度上の評価がされているものの、在宅療養者の緊急時の入院施設確保に関する入院医療機関との調整に関する評価には課題があるものと考えられる。本結果による意見として、「緊急時入院施設の確保は医師が行っている」等の意見があった。緊急時対応に関しては、在宅かかりつけ医と入院医療機関の医師との効果的な病診連携が重要となり、訪問看護師は、この点について医師との連携を図り、緊急時の対応体制を把握して迅速な対応をしていくことが望まれているものとする。

更に、これらの緊急時の対応については、事前に十分関係職種間で共有しておく必要がある。しかし、本調査項目「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示」の実施割合は59.3%と低い結果であった。本結果では、緊急時対応について各療養者個別に医師・保健師・ケアマネージャーとともにマニュアル等を作成して周知しているという例もあったが、一方では、「緊急時・日常時の連絡相談報告方法等」について口頭での説明・電話対応・会議はしているが文書では実施していない」との意見があった。今後、特に、複数の職種・事業所等が関わる療養者については、各事業所の責任範囲を明確化し、統一した認識のもと文書として共有化しておくことが望まれる。

以上、本調査結果を踏まえて、療養者の安全性を確保すべく、安定的な訪問看護の提供のために、現行制度による診療報酬・介護報酬による検討を行った。今後、在宅療養者のたんの吸引提供においては、療養者の安全性確保の観点から、制度上の根拠に基づいた継続的な在宅療養者支援体制の更なる整備として、関係職種の連携を促進する条件の整備などの必要性が示唆された。加えて、診療報酬・介護報酬においては、その利用に伴い、療養者の自己負担が発生する。このような背景を踏まえて、在宅療養者のニーズに応じた適切かつ有用な制度利用を関係職種の連携の下、検討し、安全な在宅医療処置を提供していく必要がある。そのためには、在宅療養者の安全性確保を達成するための関係職種連携ツールなどによる基盤化を行い、その活用により関係職種連携を深めていく必要性が示唆された。

5. 安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携のための課題

在宅における「たんの吸引」提供において、行政通知に提示されている6条件を整備することは国の安全性確保条件であり、その条件をすべて満たすことが必要である。

しかし、安全性確保のために必要な訪問看護師の連携に関する項目の実施状況の結果では、「療養環境の管理」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は420名中160名(38.1%)、「在宅患者・障がい者の医学的管理」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は236名(56.2%)、「家族以外の者に対する教育」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は269名(64.1%)、「患者・障がい者との関係」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは256名(61.0%)、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは80名(19.1%)、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは196名(46.7%)であった。

更に、本調査項目である行政通知による6つの条件に基づく訪問看護師の連携に関する実

施項目全体の総合的な充足率を算出した結果、各大項目を構成する細項目のうち最も実施率の高い細項目を各大項目の代表項目とした場合は、代表項目(13項目)全てを実施していた者は420名中161名(充足率;38.3%)であった。(この場合の大項目中で最も高い実施率でなかった項目とは、「家族以外の者に対する教育」に関する項目「起こりうるトラブル及びその対処法の説明」「吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導」、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」に関する項目「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」などの項目である。) また、本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目(40項目)の総合的な充足率を算出した結果、全項目を実施していた者は、420名中27名(充足率;6.4%)であり、行政通知に基づく6条件が満たされていない結果であった。

行政通知による6条件を満たすためには、以下のことが必要であると考えられる。

- ①関係職員、在宅療養者に、整備されるべき6条件をより具体的に周知すること
- ②それぞれの関係職員の責任範囲を明確にすること
- ③関係職員の連携を促進する条件を整備すること
- ④本研究で作成した「在宅における安全なたんの吸引の提供に関する看護師の関係職種との連携ツール」などを活用して訪問看護師と介護職員の連携を深めること

E. まとめ

本調査は、「連携パス(2009年度版)」の連携に関する内容について、全国の訪問看護ステーションにおける関係職種との連携状況の実態を明らかにすることを目的に、全国3596か所の訪問看護事業所の訪問看護師を対象として質問紙調査を実施した。有効回答調査票は420件(11.68%)であった。

1. 所属事業所の概要

所属訪問看護事業所の設置主体は、「医療法人;142件(33.8%)」「社団・財団法人;45件(10.7%)」「医師会;45件(10.7%)」等が多かった。訪問看護事業所の調査時点の前月時点における実利用者数は、平均81.07名(SD=51.44)であり、回答事業所(420か所)において、吸引を実施している利用者数は計3226名(8.38名/事業所)であり、このうち医療保険での利用者数は平均4.85名(SD=5.07)、介護保険での利用者数は平均4.81名(SD=4.88)であった。回答事業所(420か所)において「吸引を実施している利用者」のうち「訪問介護職員が吸引を実施している利用者数」は計736名(2.12名/事業所;訪問看護師が実施している利用者3226名のうち22.81%)であった。

2. 利用者(1名選定)の概要

「当該利用者(計420名)」の性別は、男性224名(53.3%)女性193名(46.0%)であり、年齢は「60歳代;110名(26.2%)」「70歳代;95名(22.6%)」が多く、「10歳未満」は10名(2.4%)であった。420名中291名(69.3%)が気管切開をしており、意思疎通の状況は、「おおむね意思疎通できる」というものは226名(53.8%)、「全く意思疎通できない」というものは74名(17.6%)であった。ADLの状況は、「全介助」の者が394名(93.8%)であった。介護申請の有無は351名(83.6%)が申請をし、介護申請ありの利用者(351名)の要介護度は、「要介護5」は351名中291名(82.9%)と最も多かった。

3. 訪問看護師の関係職種との連携実態結果

「たんの吸引」提供における訪問看護師の関係職種との連携に関する項目の実施状況を調査した結果、「実施している」という回答の割合が90%以上の項目は、「家族の意思確認（406名；96.7%）」「（在宅かかりつけ医への）方針の確認（405名；96.4%）」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有（405名；96.4%）」「医師の説明内容の確認（403名；96.0%）」など、全39項目中16項目であった。一方、「実施している」という回答の割合が低い項目は、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施（138名；32.9%）」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認（168名；40.0%）」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡・報告方法・対応内容の文書による提示（249名；59.3%）」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法取り決めの文書による提示（262名；62.4%）」、「当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関する「習得状況の評価（279名；66.4%）」「効果的な排たん法の実施（304名；72.4%）」「療養者の意思確認（318名；75.7%）」等であった。

行政通知による6条件に基づいて訪問看護師が実施する内容の実施率を調査した結果、「療養環境の管理」の条件に関する項目をすべて実施していた者は420名中160名（38.1%）、「在宅患者・障がい者の医学的管理」の条件の項目をすべて実施していた者は236名（56.2%）、「家族以外の者に対する教育」の条件の項目は269名（64.1%）、「患者・障がい者との関係」の条件の項目は256名（61.0%）、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の条件の項目は80名（19.1%）、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の条件の項目は196名（46.7%）であった。更に、本調査項目である行政通知による6つの条件に基づく訪問看護師の連携に関する実施項目全体の総合的な充足率を算出した結果、各大項目を構成する細項目のうち最も実施率の高い細項目を各大項目の代表項目とした場合は、代表項目（13項目）全てを実施していた者は420名中161名（充足率；38.3%）であった。（この場合の大項目中で最も高い実施率でなかった項目は、「家族以外の者に対する教育」に関する項目「起こりうるトラブル及びその対処法の説明」「吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導」、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」に関する項目「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」などの項目である。）また、本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目（40項目）全てを実施していた者は、420名中27名（6.4%）であり、行政通知に基づく6条件が満たされていない結果であった。

また、各項目に対する実施上の課題の自由記載内容を分析した。課題として、「医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備」に関して「在宅かかりつけ医からの供給が困難なことがある」などの意見があった。また、「緊急時体制の取り決め」に関しては「在宅での看取りを希望しており入院は避けたいとの希望がある」「緊急時の入院施設が決まっていない」などの意見があった。更に、「心身状態の確認」に関しては、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」「他訪問看護事業所との連携で実施しているので調整に時間がかかる」、「利用者・家族の意向・理解の確認」に関しては「以前の訪問看護事業所で実施されたのち引き継いだ」等の意見があった。「当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関しては、「他施設・他事業所・病院が実施していた」「ヘルパー（及び事業所）が複数おり、交代もあり、同行して指導や習得状況

を確認することが困難である」「連携のための時間がかかる。訪問介護職員との時間調整が困難である」といった意見が多くあった。また、「吸引指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である」「一定の水準までは行政指導の研修体制を作ってほしい」「介護職員の資質や理解度のレベルの判断が難しい」「指導後のトラブルの責任範囲が不明確である」などの意見があった。更に、「吸引研修のみの手技では課題が残っている」「研修受講すれば吸引できるということではなく、研修後の可・不可を明確にすべきである」「吸引モデルがないので練習が困難である」などの幅広い意見があった。「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」に関しては、「訪問以外の時間調整が困難」「複数の者が関わっており確認が困難」など、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」に関しては、「本人・介護職員に問題があればその都度対応している」「訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない」などの意見が多くあった。

以上の全国実態調査に基づき、現行法制度下における「たんの吸引」提供体制について検討した結果、療養者の安全確保のための確実な連携の実施には、①関係職員、在宅療養者に、整備されるべき6条件をより具体的に周知すること、②それぞれの関係職員の責任範囲を明確にすること、③関係職員の連携を促進する条件を整備すること、④「在宅における安全なたんの吸引の提供に関する看護師の関係職種との連携ツール」などを活用して訪問看護師と介護職員の連携を深めること の必要性が示唆された。

謝辞：本研究の実施にあたりご協力いただきました全国訪問看護事業協会ならびに、本会会員の訪問看護師の皆様に深謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生労働省平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>
- 2) 厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討」平成20年度研究報告書：主任研究者；川村佐和子。
- 3) 厚生労働省科学研究費補助金医療安全医療技術評価総合研究事業「ALSおよびALS以外の療養患者・障がい者における在宅医療の療養環境整備に関する研究」平成18年度研究報告書：主任研究者；川村佐和子。
- 4) 厚生労働省医政局長通知（「ALS患者の在宅療養の支援について」医政発第0717001号：平成15年7月、医政発第0324006号：平成17年3月）
- 5) 2007年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業」主任研究者；川村佐和子「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」
- 6) 畑中綾子、小山朝子、瀬戸奈津子 他：在宅医療における医療材料等の適切な供給体制に向けて、訪問看護と介護，p816-821，2008。
- 7) 原田小夜：保健所が取り組むホームヘルパーの吸引研修－手技評価による研修方法の検討－，日本難病看護学会誌，第14巻第1号；p82，2009。
- 8) 原田小夜：保健所保健師が管内の看護関係者をつなぐ試み，保健の科学，第51巻第4号；p229-232，2009。
- 9) 日本看護協会編：診療報酬・介護報酬の手引き第3版平成20・21年改定対応，日本看護協会出版会，2009。
- 10) 川上雪彦：訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，2009。

IV. たんの吸引提供における訪問看護師の関係職種連携ツール(2009 年度版)の作成

研究代表者 川村佐和子(聖隷クリストファー大学大学院)

分担研究者 上野桂子(全国訪問看護事業協会)、小倉朗子(東京都神経科学総合研究所)、齋藤訓子(日本看護協会)、佐藤美穂子(財)日本訪問看護振興財団)、中山優季(東京都神経科学総合研究所)、平林勝政(國學院大學法科大学院)、本田彰子(東京医科歯科大学大学院)、三上裕司(日本医師会)

研究協力者 板垣ゆみ、原口道子(東京都神経科学総合研究所)

大木正隆(東京医科歯科大学大学院)、小西知世(筑波大学大学院)

【研究要旨】

【研究目的】 研究Aにおいて作成した「連携フロー(2009年度版)」をもとに、「たんの吸引」の提供において、訪問看護活動に有用な関係職種との連携のためのツール(以下、「連携ツール(2009年度版)」)を作成する。

【研究方法】 2008年度作成した「連携ツール(2008年度素案)」について、本年度の研究Aにおいて作成した「連携フロー(2009年度版)」をもとに、連携ツール全体を精練し、2009年度版として提示する。「連携ツール(2008年度素案)」は、①連携体制図、②連携パス、③連携判断樹、④管理協定書、⑤連携チェックリスト⑥連携ツール活用の手引きにより構成していた。これらの各ツールについて、研究A・Bの結果を踏まえて、ツールとしての構成及び内容修正、ツールの活用方法について討議し、精練する。

【結果】 1)連携ツールの構成に関する検討:本ツールの構成について討議した結果、上記「②連携パス」については大項目のみを流れ図として示す「連携フロー」とし、詳細な実施項目は「⑤連携チェックリスト」に示すこととした。また、「③連携判断樹」については、「連携フロー」と「連携チェックリスト」を総合した内容である複雑な構成となっていたため、2009年度版では削除することとした。「④関係職種管理協定書」については、「同意書」として新たな様式案を提示することとした。上記の検討により、「連携ツール2009年度版」は、①連携ツール活用の手引き、②連携体制図、③連携フロー、④連携チェックリスト、⑤同意書という構成とした。

2)各連携ツールの内容の精練:「連携体制図」「同意書」については、2008年度、本資料の作成経過において行政通知(医政発第0717001号:平成15年7月、医政発第0324006号:平成17年3月)に基づく関係職種の関係性を基盤として、体制図を作成した。2008年度素案では、「訪問介護職員」が「医師」「訪問看護師」「病院(医師)」との間で交わす、提供者側のみによる「管理協定」を提案していた。しかし、2009年度版では、すでに行政通知で示されている「同意書」において、「患者・家族」と「家族以外の者(訪問介護職員)」の同意の際に、同席者として「医師」及び「訪問看護師」が署名することを提案した。この提案により、「連携体制図(2009年度版)」では、「訪問介護職員」と「医師」「訪問看護師」「病院」間の関係性として示していた「管理協定」を改め、「同意書」として示した。更に、「本人・家族」と「医師」、「本人・家族」と「訪問看護師」、「本人・家族」と「病院」のそれぞれの関係性としても「同意書」による関係性を追加して示し、「連携体制図(2009年度版)」とした。

「連携フロー」については、連携に関する項目を 84 項目から 40 項目に集約化し、本資料には大項目 11 項目のみをフローとして示すこととした。また、各項目を実施する際の連携する関係職種を図示した。「連携チェックリスト」については、上記「連携フロー」と同様に、第Ⅱ章「連携パス(2008年度素案)の評価と連携フロー(2009年度版)の作成」での検討を踏まえて、集約化した連携に関する項目 40 項目について、内容を変更し、「連携チェックリスト(2009年度版)」とした。

3)「連携ツール(2009年度版)」の活用方法に関する検討：連携ツールの活用方法として、①「連携体制図」については、厚生労働省通知による「家族以外の者によるたんの吸引を実施するための6つの条件」に基づく体制下を前提とした連携ツールであること、②関係職種連携の全体像を示す「連携フロー」とその具体的な実施項目を示す「連携チェックリスト」は、実施状況に合わせて双方の資料をリンクさせながら活用していくこと、③定期的かつ状況変化時に「連携フロー」「連携チェックリスト」を用いた確認をしていくこと、④「同意書」については、同席者として訪問看護師が署名する際の具体的な同意内容(実施項目)については本連携ツールを参考とすること、⑤療養者の状態等に応じてケア提供者側が変更する場合は、状況に応じた「同意書」の更新をしていくことが必要である。これらの点について、「連携ツールの活用の手引き」に明記した。

以上の検討により、「連携ツール(2009年度版)」を作成した。

「たんの吸引」は、本来、医療職の業として看護職員が実施することが前提である。しかし、医療職のみによる「たんの吸引」の提供を超えた療養者のニーズに対応するためにやむを得ない状況があると判断された場合には、「家族以外の者」との連携による提供が検討されることとなる。本連携ツールは、在宅療養者の安全性確保のために、行政通知6条件をチェックする目的で用いるものとして作成した。

今後、この連携ツールの有効な活用のためには、療養者・ケア提供者・事業所や併施設等の状況に応じて個別の提供体制を整えるとともに、第三者評価機関等の地域資源との連携を図り、在宅療養者の安全性の確保に寄与していくことが必要である。

A. 目的

研究Aにおいて作成した「連携フロー(2009年度版)」をもとに、「たんの吸引」の提供において、訪問看護活動に有用な関係職種との連携のためのツール(以下、「連携ツール(2009年度版)」)を作成する。

尚、「たんの吸引」は、本来、医療職の業として看護職員が実施することが前提である。しかし、医療職のみによる「たんの吸引」の提供を超えた療養者のニーズに対応するためにやむを得ない状況があると判断された場合には、「家族以外の者」との連携による提供が検討されることとなる。本研究で作成する連携ツールは、在宅療養者の安全性確保のために、行政通知6条件をチェックする目的で用いるものとして作成する。

B. 方法

1. 用語の定義

連携ツール:「連携ツール」とは、在宅で「たんの吸引」を要する療養者の安全を確保するために、訪問看護師による関係者・関係職種との効果的な連携のための必要項目を整理して提示するものである。

2. 研究方法

1) 「連携ツール」の構成に関する検討及び各ツールの内容の精練(修正)

2008年度作成した「連携ツール(2008年度素案)」について、本年度の研究Aにおいて精練し、作成した「連携フロー(2009年度版)」をもとに、各連携ツールの内容を精練するとともに、「連携ツール(2009年度版)」としての全体の構成を検討し、提示する。

連携ツール(2008年度素案)は下記のものにより構成していた。

- | | |
|----------------|--------------|
| ①関係職種連携体制図 | ②関係職種連携パス |
| ③関係職種連携判断樹 | ④関係職種「管理協定書」 |
| ⑤関係職種連携チェックリスト | ⑥連携ツール活用の手引き |

上記のものについて、研究A・Bの結果を踏まえて、「連携ツール」の構成及び修正点及び課題を討議し、内容の精練を図る。

2) 連携ツールの活用方法に関する検討

1) により精練した「連携ツール(2009年度版)」について、実際の訪問看護活動を念頭におき、療養者の安全性及び訪問看護師の有用性の確保の視点から、この「連携ツール」の活用方法について研究者間で討議する。討議内容は、主に「⑥連携ツール活用の手引き」に反映させ、内容を精練して「連携ツール(2009年度版)」を完成する。

3. 研究期間

研究期間は、平成21年12月～平成22年2月である。

4. 倫理的配慮

本研究Cは、研究A・Bによる結果を踏まえた本研究班構成員及び研究協力者による討議内容を分析し、まとめるものであり、すでに聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得て実施した調査結果に基づき実施するものである。研究Cにおける討議内容データは、個人が特定されないよう取り扱った。

C. 結果

1. 「連携ツール（2009年度版）」の構成に関する検討及び各ツールの内容の精錬

研究Aの調査結果に基づき精錬した「連携フロー(2009年度版)」はⅡ章の図Ⅱ-25(本章の資料p7/資料3)の通りであり、この連携フローのうち「連携に関する項目を抜粋した一覧は、表Ⅳ-1に示す通りであった。

この連携フロー(2009年度版)をもとに、各連携ツールを以下の通りに修正した。

1) 「連携ツール(2009年度版)」の構成に関する検討

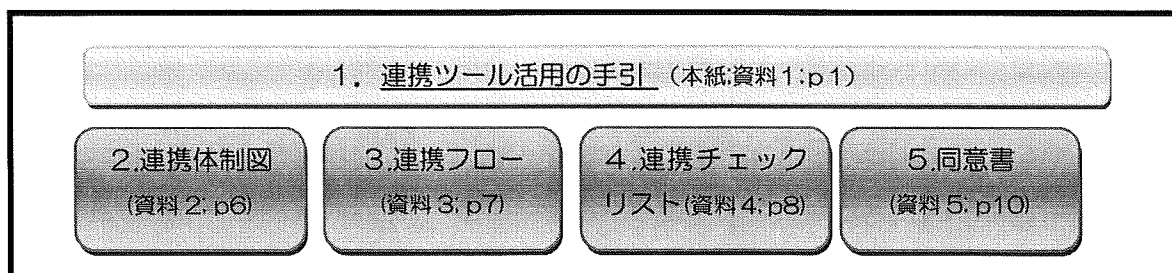
本「連携ツール」の構成は、「2008年度素案」においては、以下のツールにより構成していた。

- ①連携体制図：厚生労働省通知による「家族以外の者によるたんの吸引を実施するための6つの条件」をもとに作成した関係者・関係職種による「たんの吸引」の提供体制の図
- ②連携パス：家族以外の者が「たんの吸引」を実施するにあたり、訪問看護師が担当療養者の安全を確保するために実施する訪問看護活動及び関係者・関係職種との連携活動について、経過に従い図示したもの。
- ③連携判断樹：「②関係職種連携パス」に提示している訪問看護師の実施内容について、経時的に判断項目として示し、図示したもの。
- ④関係職種「管理協定書」：厚生労働省通知に明記されている「本人(及び家族)」と「家族以外の者」の間で取り交わされる「同意書」を受けて、関係職種が当該療養者への「たんの吸引」提供にあたり、具体的な管理体制に関する協定を交わすための書式例。
- ⑤連携チェックリスト：「②、連携パス」に提示している訪問看護師の実施内容をチェックリストの様式で示したもの。実施経過に従い、訪問看護師自身が実施状況を確認していくために使用する。
- ⑥連携ツール活用の手引き：上記①～⑤を実践において活用するにあたり、本ツールの構成及び作成経過、各ツールの活用方法を説明するもの。

本研究において、再度、本ツールの構成について討議した結果、上記「②連携パス」については大項目のみを流れ図として示す「連携フロー」とし、詳細な実施項目は「⑤連携チェックリスト」に示すこととした。また、「③連携判断樹」については、「連携フロー」と「連携チェックリスト」を総合した内容である複雑な構成となっていたため、2009年度版では削除することとした。「④関係職種管理協定書」については、「同意書」として新たな様式案を提示することとした。

上記の検討により、「連携ツール 2009年度版」は、図Ⅳ-1に示す構成とした。

図Ⅳ-1. 「連携ツール 2009年度版」の構成



表IV-1.「連携フロー(2009年度版)」の連携に関する項目一覧

1. 訪問看護開始時および必要時に、「療養環境を整備する」ために、下記を実施する

a	在宅療養をすることの意思確認
①	療養者の意思確認
②	家族の意思確認
b	在宅かかりつけ医の診療方針の確認
①	方針
②	訪問診療頻度・内容
③	治療内容
④	身体状態の評価(医学的判断)
c	病状及び医療処置の説明内容の確認
①	医師の説明内容の確認
②	療養者の医師の説明に関する受け止めの確認
③	家族の医師の説明に関する受け止めの確認
d	医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備
①	医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認
②	衛生材料の供給・管理方法の確認
e	緊急時体制の取り決め
①	緊急時訪問看護体制の確認
②	緊急時訪問診療体制の確認
③	緊急時の入院施設の確認
④	緊急搬送を要する状態の取り決めと関係者との共有
⑤	緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有

2. 「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施に先立って、下記を実施する

a	心身状態の確認
①	効果的な排たん法(体位ドレナージや吸・呼気補助、加湿等)の実施
②	定期的な排たん法により呼吸状態が安定していることの確認
③	呼吸以外の全身状態が安定していることの確認
④	利用者は、意思伝達・コミュニケーション、もしくは状態変化を把握する方法があることの確認
b	家族の心身・生活状態の確認
①	身体的・精神的状態の確認
②	生活状況(介護時間、社会生活活動、経済状態)の確認
c	利用者・家族の意向・理解の確認
①	吸引処置が危険を含む医行為であることの利用者・家族の理解状況の確認
②	利用者・家族に「当該訪問介護職員」による吸引の希望があるかどうかの確認

3. 「家族以外の者」による「たんの吸引」の実施のために、下記を実施する

a	「家族以外の者」に対する、その利用者の「たんの吸引」に必要な知識・技術の指導
①	たんの吸引の概要に関する説明
②	起こりうるトラブル及びその対処法の説明
③	吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導
④	吸引実施手順の説明 吸引手技の指導
⑤	吸引実施後の観察内容・方法の説明
⑥	習得状況の評価
b	「家族以外の者」が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認
①	「家族以外の者」から「訪問看護師」への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法の取り決め
②	「文書」による上記①の関係者への提示
③	「家族以外の者」から「訪問看護師」への緊急時の連絡・報告方法、対応内容の確認
④	「文書」による上記③の提示
⑤	「家族以外の者」が「当該利用者」に「たんの吸引」を実施することについての「同意書」を交わす

4. 「家族以外の者」による「たんの吸引」開始後に、下記を実施する

a	定期的な吸引実施体制の見直し
①	療養者の状態変化の有無の確認
②	家族の状況変化の有無の確認
③	「家族以外の者」による吸引状況の定期的な確認
④	「家族以外の者」との定期的な連絡・相談・報告の実施
⑤	吸引実施体制に関するカンファレンスの実施

2) 各連携ツールの内容の精練

以下、各連携ツール 2009 年度版の内容の精練に関する検討内容を述べる。

(1) 連携体制図(資料 p6 ; 資料 2)

連携体制図については、2008 年度、本資料の作成経過において 4 つの関係職種間の連携体制を想定して、「たんの吸引」提供における関係職種連携体制を検討した。その上で、「たんの吸引」に関しては、行政通知(医政発第 0717001 号:平成 15 年 7 月、医政発第 0324006 号:平成 17 年 3 月)に基づく関係職種の関係性を基盤として、体制図を作成した。

2008 年度素案では、「訪問介護職員」が「医師」「訪問看護師」「病院(医師)」との間で交わす、提供者側のみによる「管理協定」を提案していた。しかし、2009 年度版では、すでに行政通知で示されている「同意書」において、「患者・家族」と「家族以外の者(訪問介護職員)」の同意の際に、同席者として「医師」及び「訪問看護師」が署名することを提案した。この同意書により、すべての関係者・関係職種が同一書類において、当該療養者に対する「家族以外の者」による「たんの吸引」に関することを共有し、同意することとなる。

上記の検討により、「連携体制図(2009 年度版)」では、「訪問介護職員」と「医師」「訪問看護師」「病院」間の関係性として示していた「管理協定」を改め、「同意書」として示した。更に、「本人・家族」と「医師」、「本人・家族」と「訪問看護師」、「本人・家族」と「病院」のそれぞれの関係性としても「同意書」による関係性を追加して示し、「連携体制図(2009 年度版)」とした。

(2) 連携フロー(資料 p7 ; 資料 3)

連携フローについては、すでに第 II 章「連携パス(2008 年度素案)の評価と連携フロー(2009 年度版)の作成」により検討した通り、連携に関する項目を 84 項目から 40 項目に集約化し、本資料には大項目 11 項目のみをフローとして示すこととした。

また、各項目を実施する際の連携する関係職種を図示した。

(3) 連携チェックリスト(資料 p8 ; 資料 4)

連携チェックリストについては、上記「連携フロー」と同様に、第 II 章「連携パス(2008 年度素案)の評価と連携フロー(2009 年度版)の作成」での検討を踏まえて、集約化した連携に関する項目 40 項目について、内容を変更し、「連携チェックリスト(2009 年度版)」とした。構成上の変更は特に要しないものと判断した。

(4) 同意書(資料 p10 ; 資料 5)

前述 (1) の通り、「2008 年度版素案」においては、本資料を「管理協定書」として、「訪問介護職員」と「医師」「訪問看護師」「病院(医師)」間における協定のための資料としていた。しかし、2009 年度版においては、これらの関係職種のみではなく、「本人・家族」も含めて、すべての関係者・関係職種が、同一書類で、当該療養者に対する「当該家族以外の者」による「たんの吸引」に同意するための書式を提案した。

2. 「連携ツール(2009年度版)」の活用方法に関する検討

前項「1. 「連携ツール(2009年度版)」の構成に関する検討及び各ツールの内容の精錬」により作成した各ツールの活用方法についての検討を以下の通りに行った。

まず、「連携体制図」については、厚生労働省通知による「家族以外の者によるたんの吸引を実施するための6つの条件」をもとに作成した関係者・関係職種による「たんの吸引」の提供体制の図であることを説明した。本資料がこの行政資料に基づく体制下を前提とした連携ツールであることの理解を得る必要性から、その旨、「連携ツールの活用の手引き(資料p 1 ; 資料1)」に記載した。

次に、「連携フロー」及び「連携チェックリスト」の活用方法については、「連携フロー」は関係職種連携の全体像を示す目的があり、「連携チェックリスト」の内容はその具体的な実施項目を示す目的で作成した。訪問看護師の実施状況に合わせて双方の資料をリンクさせながら活用していくことが望ましい。また、すでにケア提供がなされている場合でも、関係職種は安全な対応を確実にとらなければならない、定期的かつ状況変化時に「連携フロー」「連携チェックリスト」を用いた確認をしていくことが必要である。これらの内容について、「連携ツールの活用の手引き(資料p 1 ; 資料1)」に記述した。

次に、「同意書」については、「連携ツール(2009年度版)」では、「療養者・家族」「家族以外の者」のみでなく、「医師」「訪問看護師」の署名欄を設け、「当該療養者」に対する痰の吸引について、関係者・関係職種が同一書類により同意を交わす書式を提示した。同意を交わすことにより、訪問看護師が連携に関して実施する内容の詳細については、本連携ツールの「活用の手引き(資料p 1 ; 資料1)」に明記することとした。また、療養者の状態等により、療養期間を通して、ケア提供者側が変更することが想定される。そのような状況変化のあった際には、随時、状況に応じた「同意書」の更新をしていくことが必要である。この点についても「連携ツールの活用の手引き(資料p 1 ; 資料1)」に記述することとした。

以上、「1. 連携ツール(2009年度版)の構成に関する検討及び各ツールの内容の精錬」「2. 連携ツール(2009年度版)の活用方法に関する検討」により、「連携ツール(2009年度版)」(巻末資料)を作成した。

D. 考察

1. 本連携ツールの法的根拠に関する課題

本連携ツールは、その作成過程において、家族以外の者による「たんの吸引」を許容するための条件を明記している行政通知¹⁾及び各関係職種²⁾の資格法・業務関連法等の法律学的検討に基づき作成した。この法律学的検討においては、本ツールの「連携体制図」の法的根拠として、まず、「医療法第1条の2、第1条の4」に規定されている関係施設間および関係職種間の「連携義務」をベースとして、個別具体的な関係職種間の関係が構築されるものであるという前提にたっている。その上で、各職種の資格法・業務関連法による関係職種間の関係性を検討した。具体的には、「医師・療養者関係」「医師・(訪問)看護師関係」「(訪問)看護師・療養者関係」「医師・介護福祉士(指定訪問介護事業所)関係」「(訪問)看護師・介護福祉士(指定訪問介護事業所)関係」「介護福祉士(指定訪問介護事業所)・療養者関係」それぞれについての関係性を検討した²⁾。(本検討では、「家族以外の者」のうち、資格法等が規定されている「訪問介護職員すなわち「介護福祉士」を例として検討した。)

医行為は、本来、医師法第17条に基づき、医師が医業として行うものである。「たんの吸引」提供については、訪問看護師は医師の指示のもと診療の補助行為(または、医師以外に分担させることが可能な「相対的医行為」と類型化される)として、療養者に提供する。

本研究では、更に、「たんの吸引」を非医療職である「家族以外の者」が提供する場合の検討となるため、医療法及び各職種の資格法・業務関連法に加えて、行政通知¹⁾の解釈による各職種間の関係性を加えて、「連携体制図」として完成させた。その上で、在宅療養者への安全性確保の観点から、在宅における「たんの吸引」提供におけるヒヤリ・ハット調査等を踏まえて、「連携フロー図」「連携チェックリスト」を作成し、更に、これらの評価に関する調査(研究B)を踏まえてその内容を精練した。

この「連携体制図」と「連携フロー」「連携チェックリスト」の内容を照合すると、特に、「たんの吸引」提供における関係職種間連携の法的根拠に基づいた実践には課題があることが明らかになった。

具体的には、まず、「医師・看護師間」の関係性においては、通常の訪問看護における「たんの吸引」の提供では、訪問看護師は医師の訪問看護指示書にもとづき、訪問看護師自身が提供する。しかし、「家族以外の者」による吸引の提供となる場合、医師・看護師それぞれが、「家族以外の者に対する教育」を実施する必要がある。この第3者である「家族以外の者」に対する教育(継続的教育及び評価を含め)や緊急時対応等を実践するにあたっての「医師・訪問看護師間」の関係性について、従来の訪問看護指示書にその教育や緊急時対応等に関する事項を包含するものであるのか、新たな訪問看護指示を要するものであるのか、または、訪問看護師が主体的に実施すべき事項であるのかについては、法的根拠として明確になっていない現状であると考えられる。

次に、「医師・介護福祉士関係」については、前述の通り、「連携義務」が規定されている。また、行政通知¹⁾においては、医師は、「家族以外の者に対する教育」及び家族以外の者による吸引の実施に関連した医学的管理をする義務がある。これらにより、医師と介護福祉士(家族以外の者)は適切な連携を図る必要があることは法的に明確である。しかし、この連携がどのように、どの程度なされなければならないのか、法的な観点からの具体的な検討はされて

いない現状である。

更に、「訪問看護師・介護福祉士関係」については、おおむね、「医師・介護福祉士関係」に準じている。しかし、診療の補助行為(または相対的医行為)に関する看護師の主体性は、より不明確であり、訪問看護師と介護福祉士との間での連携のあり方についても、医師同様、法的な観点からの具体的な検討がされていない現状である。特に、「たんの吸引」提供における「家族以外の者に対する教育」等における訪問看護師の責任及び保障については今後の検討を要するものとする。

最後に、「たんの吸引」提供に関する「療養者」と各職種との関係性については、「介護福祉士(家族以外の者)」と患者間においては、実施に際する「同意書」を取り交わす義務がある。しかし、「たんの吸引」提供に関する「医師・療養者間」「訪問看護師・療養者間」の関係性は、従来の診療契約に基づく医学的管理の提供及び訪問看護契約に基づく訪問看護提供の範中とは言い難い実施内容(「家族以外の者への教育」や緊急時対応・状態把握のための情報共有及びそれに関連した調整等)が含まれていると考えられる。当該療養者が従来の医療の提供に加え、第3者である家族以外の者による「たんの吸引」を受けるに際して、医師及び看護師と療養者間の関係性を裏付ける法的根拠の検討が必要であるとする。

以上、関係職種間の関係性について、法律学的観点からの課題を検討した。

本研究では、上記の課題に対する方策として、「家族以外の者がたんの吸引を実施するに際しての訪問看護師の実施内容をツールとしてまとめた。更に、「医療法第1条の2、第1条の4」に規定されている関係施設間および関係職種間の「連携義務」を明確化すべく、関係職種が一堂に会して、「家族以外の者」による当該療養者への「たんの吸引」を同意する文書例を提案した。今後は、本連携ツールの活用とともに、法的根拠の裏付けの下、関係職種連携の強化及びその連携への評価が適切にされ、当該療養者のニーズに応じた安全な「たんの吸引」の提供の実現が望まれる。

2. 本連携ツールの実用化に向けた課題

本連携ツールは、前章Ⅱ・Ⅲ(研究A・B)の結果に基づき作成した。特に、研究Bの全国の訪問看護師を対象とした「家族以外の者によるたんの吸引」に関する実施状況の調査結果から、連携に関する項目の実施上の課題が明らかになった。

具体的には、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡・報告方法・対応内容の文書による提示」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法取り決めの文書による提示」、「当該訪問介護職員に対する指導」に関する「習得状況の評価」等に関する課題であった。

これらの項目には、特に、「考察1」の通り、訪問看護師による実施に際する法的根拠の不明確といった点やそれに付随する保障の課題があった。

更に、実施状況の結果からは、訪問看護事業所の併設施設との関係性や訪問看護事業所との関係性、当該療養者の状態及びニーズによって、連携に関する項目の重みづけが異なることが推測された。本連携ツールをより有用なものとしていくためには、この一定基準として提案したツールを療養者の個別性、「家族以外の者」の個別性、各事業所の背景等に応じて柔軟性を持って活用していくことが必要であるとする。