

の作成が必要である。この点については、文献検討のみでなく、実際の在宅医療処置のサービス提供の現状及び法制度等との検討を行ったうえで、プロトコルの作成に取り組む必要がある。

「1. 文献検討」の参考文献)

- ANA (1992). 2008.11.10:Position Statement:registered Nurse Education Relationg to The Utilization of Unlicensed Assistive Personnel:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/uap.aspx>
- 川村佐和子、教間恵子、川越博美(2000). 在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール. 日本看護協会出版会.
- 川村佐和子 (2007a). 厚生労働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 (筋委縮性側索硬化症) およびALS以外の在宅療養患者・障害者における、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. 15-90.
- 川村佐和子 (2007b). 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」平成 18 年度総括・分担研究報告書. 1-39.
- 厚生労働省(2003). ALS (筋委縮性側索硬化症) 患者の在宅療養の支援について. 医政発第 9717001 号. 平成 15 年 7 月 17 日
- 厚生労働省(2005). 「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」医政発第 0726005 号 ; 平成 17 年 7 月 26 日.
- NCSBN (2005). 2008.11.10:Working with others:
https://www.ncsbn.org/Working_with_Others.pdf

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

前章「Ⅲ. 医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する質的検討」の調査の面接調査の分析結果から、各医療処置について、看護職が他職種との連携をして安全性を確保するために必要な安全のための予防策及び関係職種連携ニーズが提示された。

これらの内容を関係職種連携に組み込んでいく際、前提となる関係職種間の関係性のあり方により、具体的な連携内容及びその連携関係を確保するための手続き（取り決めの内容等）が異なる。そこで、「健康問題予防のための関係職種連携シミュレーション」として、4つの連携体制を想定した上で、関係職種連携ツール（関係職種連携体制図・関係職種連携パス及びプロトコル）を検討していくこととする。この関係職種連携ツールのうち、関係職種連携体制図及び関係職種連携パスは、プロトコルにおける連携の前提を示す位置づけとして作成した。（尚、プロトコルについては、次項で「たんの吸引」に関するプロコールの素案を報告する。）

1) 健康問題予防のための関係職種連携シミュレーション

(1) 関係職種連携シミュレーションの概要及び特徴

本研究におけるプロトコルでは、在宅医療処置の安全性確保のための実際の予防策を重点的に盛り込む必要性がある。そこで、前章の「医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する質的検討」の面接調査結果から抽出された看護職による予防策及び関係職種連携ニーズにより、以下の4つの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ついて、本研究において想定する連携タイプを検討した。

[想定した連携体制のシミュレーション（以下、連携シミュレーションとする）]

- ①看護職実施型
- ②看護職介護職連携協働型
- ③看護職介護職独立型
- ④看護職が管理する連携協働実施型

各、連携シミュレーションの概要及び特徴について、表1に示す。

表 1. 健康問題予防のための関係職種連携シミュレーションの概要及び特徴

	看護職実施型	看護職介護職連携協働型	看護職介護職独立型	看護職が管理する連携協働実施型
連携シミュレーションの定義	3行為については、本来、医行為であることから、現法制度に従い、看護師が医師の指示のもと「診療の補助行為」として看護師のみで実施するものとした場合のシミュレーション	介護職員が「痰の吸引」の6条件のような一定の条件下で、協働して医行為を提供する場合のシミュレーション(しかし、現在の6条件は職種間の連携協働関係が明確でないため、看護職介護職独立型として解釈される場合があり、現場に混乱がみられる)	「連携」の解釈として、家族が行っている医行為を、家族支援として介護職(家族以外の者)が医療職との関係を持たず独立して実施するとした場合のシミュレーション	医行為については看護師が責任をもって家族以外の者と(一定条件下で)協働して実施する場合のシミュレーション [米国における看護師とNAP(看護助手等)との関係性(NC SBNの看護師の意思決定判断図)を参考として考えたシミュレーション]
現行法制度上の医療処置の分類	・経管栄養 ・人工肛門(「排泄物の破棄」は原則医行為ではないと解釈されている) ・痰の吸引	・痰の吸引(厚生労働省通知による)	—	—
各シミュレーションの特徴	○現行法制度に従っている。 ○責任が明確である。 ○専門的で適正かつ安全な医療行為が提供される。 ○健康問題の発生予防や危機回避が行われる。 ○健康問題発生時には医療的対応が迅速に提供される。	○国の方針に沿っている。 ○痰吸引の6条件では責任の所在が明確ではない。 ○痰吸引の6条件に基づく確実な介護職との連携の下においては、適正かつ安全な医療行為が提供される。 ○健康問題の発生予防や危機回避が不十分となる可能性がある。(連携体制が複雑であるため) ○健康問題発生時には、迅速な医療的対応が提供されにくい。(連携体制が複雑であるため)	○看護職による実施は現行法制度に従っており、介護職による実施は現行法制度上禁止されている。 ○行為自体に関する責任範囲は、各職種にあり明確だが、指示・判断や実施者在宅時以外のトラブルに関する責任範囲が不明確である。 ○適正かつ安全な医療行為に差が生じる可能性がある。(介護職独立実施時) ○健康問題の発生予防や危機回避が不十分となる可能性がある。(情報不足・対応不足により) ○健康問題発生時には、医療的対応に遅れが生じる可能性がある。(介護職独立実施時)	○現行法制度には、看護職と介護職(家族以外の者)のこのような連携の規定はない。 ○責任範囲は、看護職にあり明確である。 ○専門的で適正かつ安全な医療行為が提供される。 ○健康問題の発生予防や危機回避が行われる。 ○健康問題発生時には医療的対応が迅速に提供される。
看護職介護職の関係図				

注1) [看護職介護職の関係図] N:看護職 C:介護職

まず、[看護職実施型]の連携シミュレーションとは、現行法制度に従い、医行為であることから医療職である看護職のみが医師の指示のもと「診療の補助行為」として在宅医療職を実施する場合の連携体制である。この場合、現行法制度に従っており、「専門的で適正かつ安全な医療行為が提供される」ことや健康問題の発生予防・危機回避・健康問題発生時の迅速な医療的対応が可能となるという特徴が考えられる。しかし、現状では、医療職のみによる在宅医療処置ニーズへの訪問回数・時間の確保等が課題視されている。

次に、[看護職介護職連携協働型]とは、介護職員が、前述の「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための六つの条件（以下、「6条件」と略す）のような一定の条件下で、協働して医行為を提供する場合の連携体制である。しかし 現在の6条件は職種間の連携協働関係が明確でないため、看護職と介護職が独立して実施するように解釈される場合があり、現場に混乱が生じている。この連携体制では、国の方針に従っているものの、関係職種の関係性が複雑であり責任の所在が明確ではない。更に、健康問題発生予防や危機回避及び緊急時の迅速な医療的対応が十分に確保されているとはいえない特徴がある。

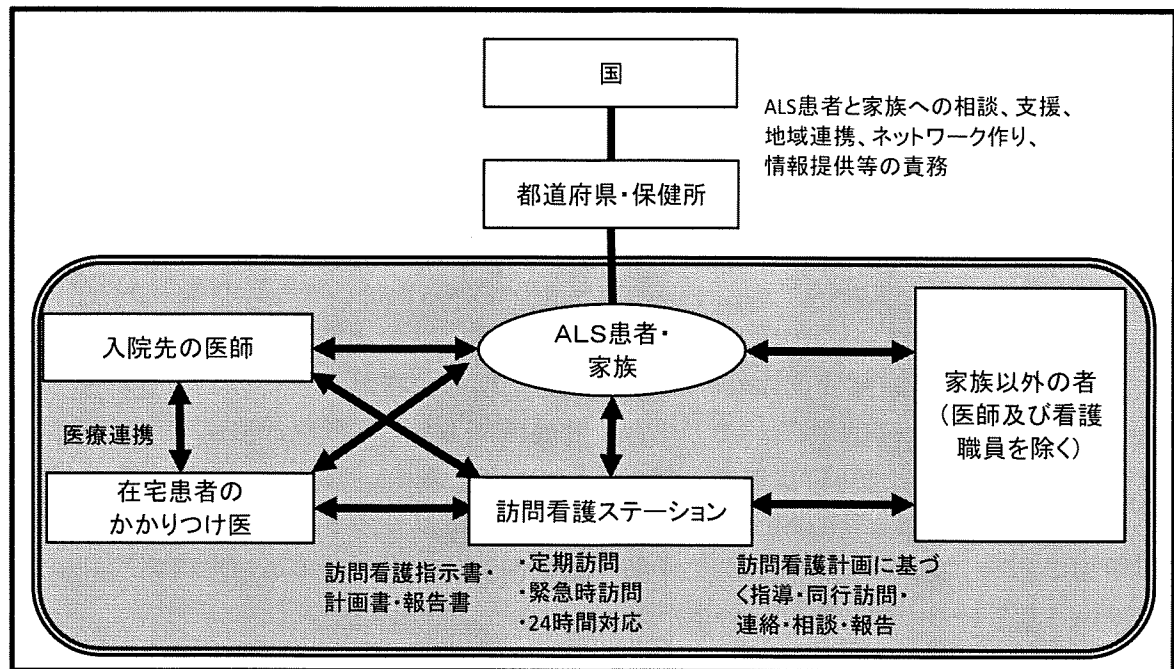
次に、[看護職介護職独立型]とは、「連携」の解釈として、家族が行っている医行為を、家族支援として介護職(家族以外の者)が医療職との関係を持たず独立して実施するとした場合のシミュレーションである。この場合、看護職による実施は現行法制度に従っているが、介護職による実施は現行法制度上禁止されている。また、行為自体に関する責任範囲は、各職種にあり明確だが、指示・判断や実施者在宅時以外のトラブルに関する責任範囲が不明確である。更に、健康問題発生予防や危機回避及び緊急時の迅速な医療的対応が十分に確保されているとはいえない特徴がある。

次に、[看護職が管理する連携協働実施型]とは、医行為については看護職が責任をもって家族以外の者と（一定条件下で）協働して実施する場合のシミュレーションである。これは、文献検討に使用した前述の資料である、看護職と関係職種(特に非医療職であるNAP(看護助手等)との関係性について法制度上の規定が明確に示されている米国の資料(National Council of State Boards of Nursing(NCSBN)による「委譲;Delegation」の前提と意思決定過程;川村ら,2007)を参考として考えたシミュレーションである。現行法制度では、看護職と介護職(家族以外の者)のこのような連携の規定はない。しかし、責任範囲が明確になり、「専門的で適正かつ安全な医療行為が提供される」ことや健康問題の発生予防・危機回避・健康問題発生時の迅速な医療的対応が可能となるという特徴が考えられる。

(2)各関係職種連携シミュレーションの「健康リスク予防のための関係職種連携体制図

(1)における各連携シミュレーションについて、健康リスク予防のための関係職種との関係性について検討した。

尚、本研究では、この「関係職種」の定義については、すでに提示されている厚生労働省通知「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」の「たんの吸引」に関する関係者・関係職種の連携図(図2)を基本に置いた。この通知は、家族以外の者による「たんの吸引」を当面のやむを得ない措置として許容する場合の6条件が示された際の関係職種の連携体制を示している。本研究では、この連携図の中で実際のサービス提供の「実施」に関わる者として、図内の色づけ範囲の関係者・関係職種について具体的に検討することとした。



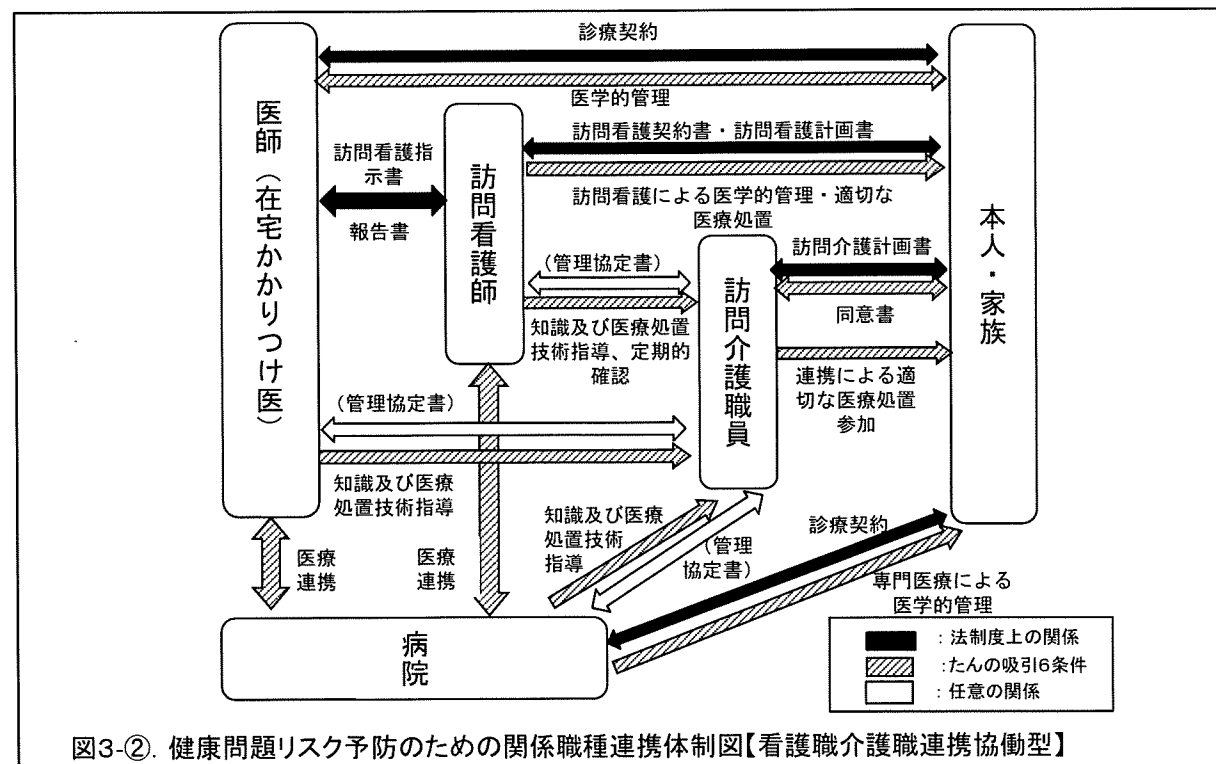
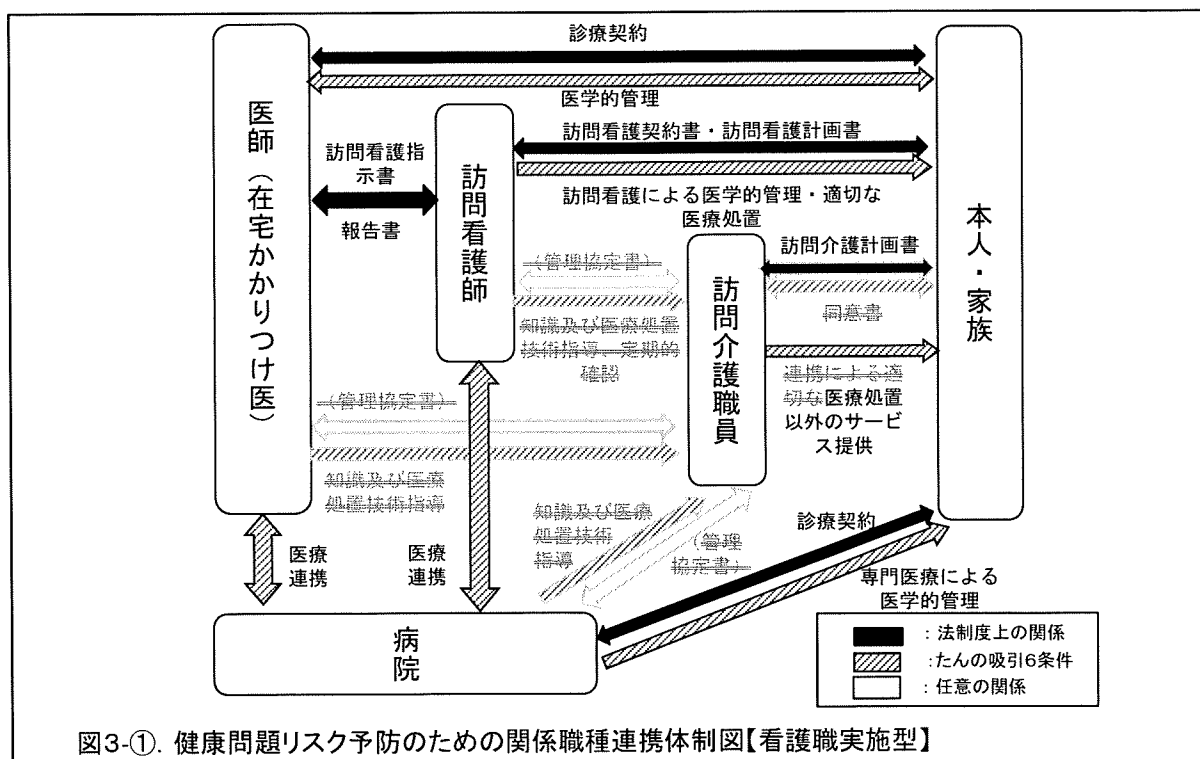
厚生労働省通知(医政発第0717001号)平成15年7月17日「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」の別紙「在宅ALS患者のたんの吸引における訪問看護と家族以外の者との連携」

注)本研究班における連携シミュレーションは、図の網掛け範囲について、具体的に示すものとする

図2. 本研究における「関係者・関係職種」の範囲

上記の図の網掛け範囲の関係職種の関係性について、各連携シミュレーションの連携体制図を作成した。(図3①-④)

全連携体制図において、まず、各職種間の法制度上の関係(黒矢印による関係)がある。更に、各連携シミュレーションにおいては、現行法にないが安全性確保のために必要と思われる「任意の関係(白矢印による関係)」が発生する。加えて、「たんの吸引」に関しては、すでに前述の「家族以外の者によるたんの吸引」を許容するための6条件が示されているため、この通知に基づく関係(斜線矢印の関係)が加わっている。しかし、各シミュレーションでは、その矢印が意味する関係性の具体的な内容が異なり、シミュレーションによってはその矢印(関係性)が消失する。本来、家族以外の者によるたんの吸引を許容するための六つの条件を参考にした[看護職介護職連携協働型]以外の連携シミュレーションでは、図内の斜線矢印は存在しないはずであるが、他シミュレーションとの比較検討を考慮し、薄くしたり取り消し線を加えた形で矢印を残している。



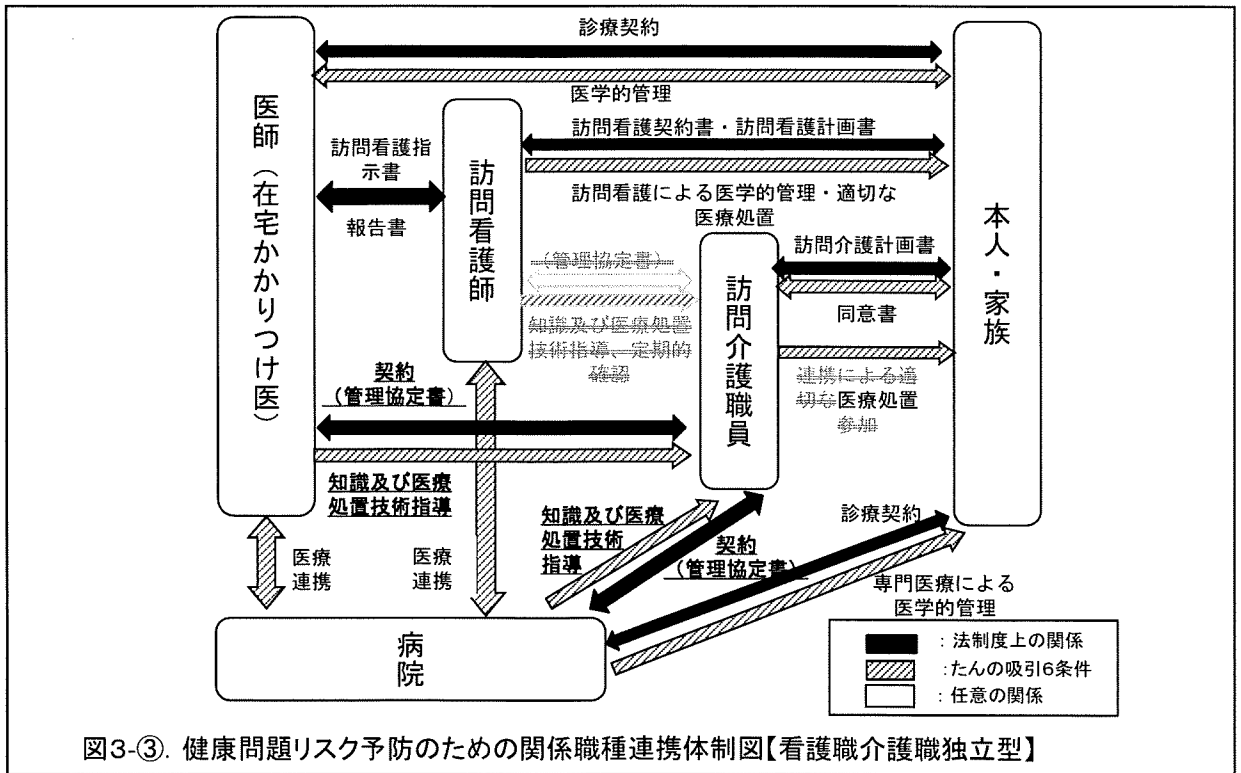


図3-③. 健康問題リスク予防のための関係職種連携体制図【看護職介護職独立型】

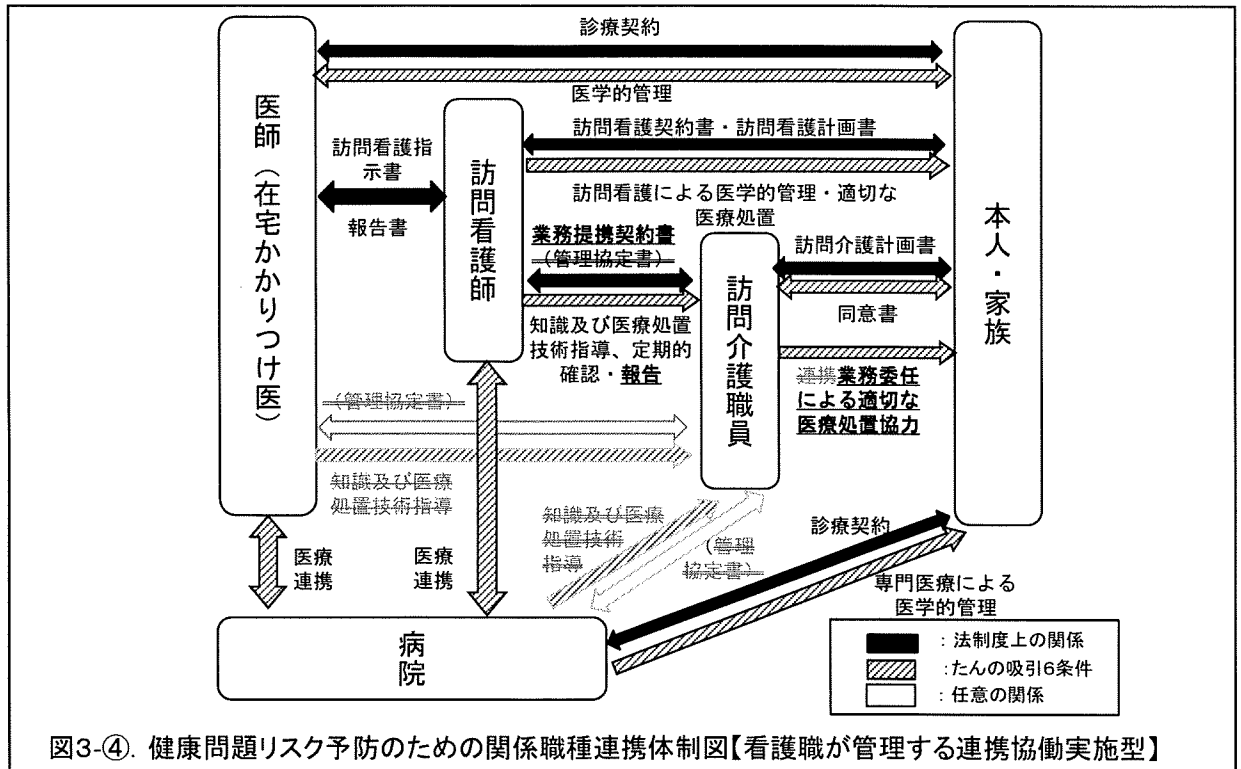


図3-④. 健康問題リスク予防のための関係職種連携体制図【看護職が管理する連携協働実施型】

① [看護職実施型]の関係職種連携体制図(図3-①)

この図は、訪問看護師が在宅かかりつけ医からの指示(訪問看護指示書)に基づき、診療の補助行為として医療処置に責任を持って提供することを示している。サービス提供にあたり、本人・家族とは、「訪問看護契約書」「訪問看護計画書」により、サービス提供内容の確認をし、契約をする。本人・家族は、在宅かかりつけ医及び病院医とも診療契約を締結し、専門医療による医学的管理を受けることを示している。訪問介護職員は、医療処置以外のサービス提供をすることとなっている。

② [看護職介護職連携協働型]の関係職種連携体制図(図3-②)

この図は、「家族以外の者」による「たんの吸引」を許容するための6条件に基づく関係性を加えたものである。訪問介護職員が「たんの吸引」を実施するにあたり、医師・訪問看護師から「知識・医療処置技術指導・定期的確認」を受けた上、本人・家族との「同意書」に基づいて実施することとなる。訪問介護職員が実施する場合の知識・技術指導及び定期的な確認を受ける際の医療職の責任が分散し責任が不明確となりやすいため、6条件には含まれていないが、「任意の関係」として、関係職種が共有する「管理協定書」が必要となることが考えられる。

③ [看護職介護職独立実施型]の連携体制図(図3-③)

この図は、訪問看護師と訪問介護職員が独立してそれぞれ医療処置を提供する場合を想定している。この場合、訪問看護師は[看護職独立実施型]と同様の現行法制度上の関係に従ったサービス提供を実施する。一方、訪問介護職員は、現行法制度及び「たんの吸引」を実施するための6条件には規定されていない、新たな関係として、在宅かかりつけ医・病院医との知識・技術指導に関する契約及び管理協定等が必要となると考えられる。また、この連携体制図に示す通り、訪問看護師と訪問介護職員の間にはケアを統一したり、本人・家族の情報を共有するための連携関係がないため、課題が明らかである。

④ [看護職が管理する連携協働実施型]の連携体制図(図3-④)

この図は、訪問看護師が現行法制度に従い在宅かかりつけ医からの指示のもと「診療の補助行為」として、本人・家族と訪問看護契約を結びサービス提供に責任を持つことを示している。訪問看護職員のサービス提供に関する知識・技術指導・定期的な確認をするにあたり、訪問介護職員(または訪問介護事業所)との業務提携契約を締結した上で、その指導・確認にも責任をもつこととなる。更に、訪問介護職員には定期的かつタイムリーな本人・家族の状況に関する訪問看護師への報告義務があり、情報の統一・共有をシステム化した連携体制となることを示している。

(3)各関係職種連携体制図の全体像

これまでの各関係職種連携シミュレーションの関係性を示すために、その全体像を示す。(図4)

図内中央上部が、[看護職実施型]であり、現行法制度に従った場合のシミュレーションの連携体制である。現行法制度に従って看護職自身が医師の指示の下「診療の補助行為」として在宅医療処置を提供する。この場合は、前述の文献検討における既存の「在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコル(川村ら、2000)」に従うものとなり、看護

職は、専門的かつ適正で安全な医療処置の提供をすることとなる。

この体制によるサービス提供に何らかの問題が発生した場合には、[看護職が管理する連携協働型]または、[看護職介護職連携協働型]によるサービス提供を検討することが想定される。この場合、当然、安全で適正な医療処置の提供のためには、各連携シミュレーションにおいて実施前段階及び実施段階の条件等の修正・変更が必要であり、十分な検討を要するものと考えられる。

一方、看護職と介護職に連携がなく独立して提供される形が[看護職介護職独立実施型]である。この場合、介護職は医療職との関係をもたず、各職種が独自の判断により情報の共有手段もなく各職種の責任において提供することを示している。

以上により、各連携シミュレーションの位置づけを想定した。

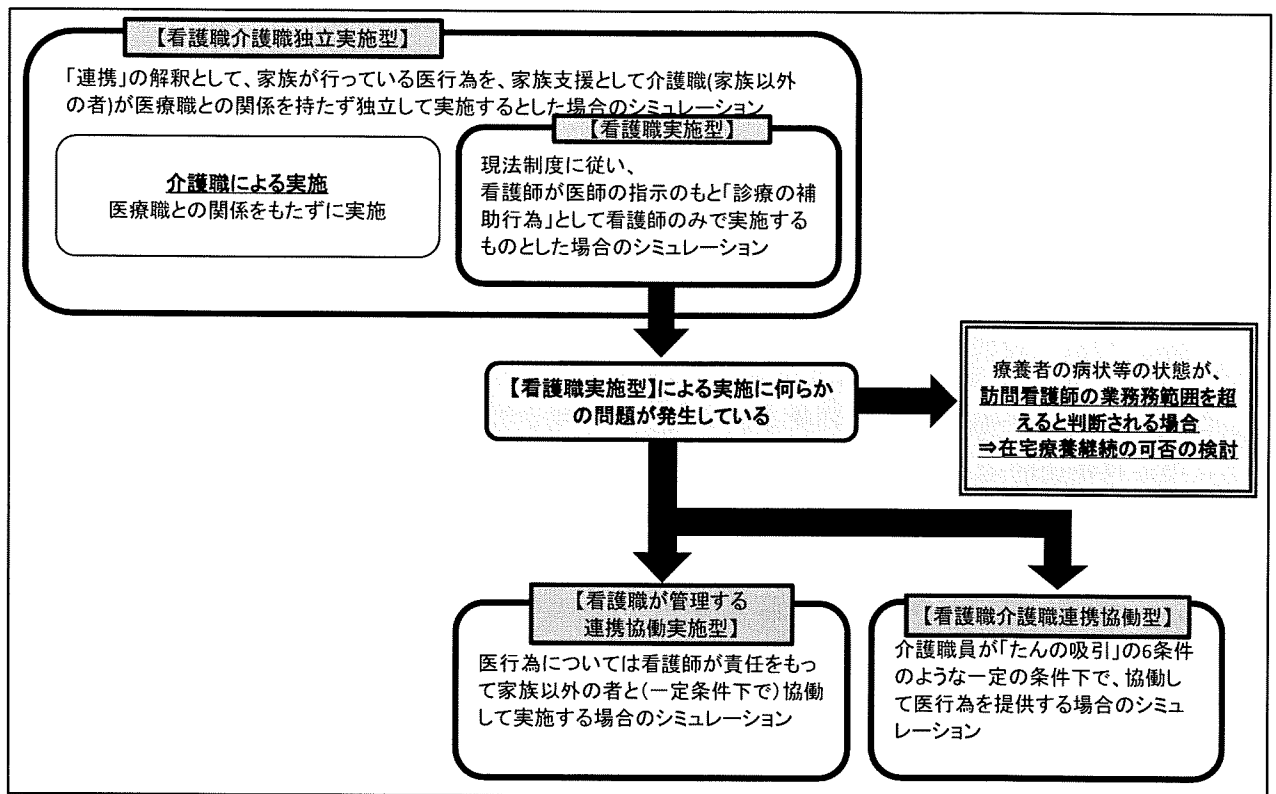


図4. 関係職種連携シミュレーションの全体像—各シミュレーションの関係性—

(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」

前項において、作成した4つの連携シミュレーションについて、各シミュレーションで看護職がサービス提供を実施する際の判断過程を図示した「連携パス」を作成した。

この連携パスの構成は、サービス提供に至るまでの過程を〈実施前段階〉と〈実施段階〉に大別し、それぞれの段階において必要な要件を項目として挙げている。各シミュレーションにおける要件は、前章「医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する質的検討」の分析結果から、看護職が他職種との連携をして安全性を確保するために必要な安全のための対応策として抽出した項目を各シミュレーションの場合に応じた表現に修正して挿入している。

また、〈実施前段階〉と〈実施段階〉は、「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」の枠組みを参考としたため、中項目として、①療養環境の管理、②在宅患者の医学的管理、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なたんの吸引、⑥緊急時の連絡・支援体制の確保、の枠組みを使用している。ただし、[看護職介護職連携協働型]以外のシミュレーションにおいては、あくまでもこの枠組みを参考としているにすぎず、実際にはこの枠組みの法的根拠は存在しない。他シミュレーションとの比較検討のため、この枠組みが外れたり、修正している部分については薄字及び取り消し線を使用したまま図内には残している。

以下に、各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(以下、「連携パス」と略す)を示す。(図5-①~④)

図5-① 在宅における安全な医療処置の提供に関する看護師の関係職種との連携パス【看護職実施型】

注1) 赤字及びグレーの薄字部分は、【看護職介護連携協働型】と比較して、追加・修正している内容を示す。
 注2) 項目内の「※印」は、本シミュレーションにおいて現状における「問題点・課題」と考えられる項目である。

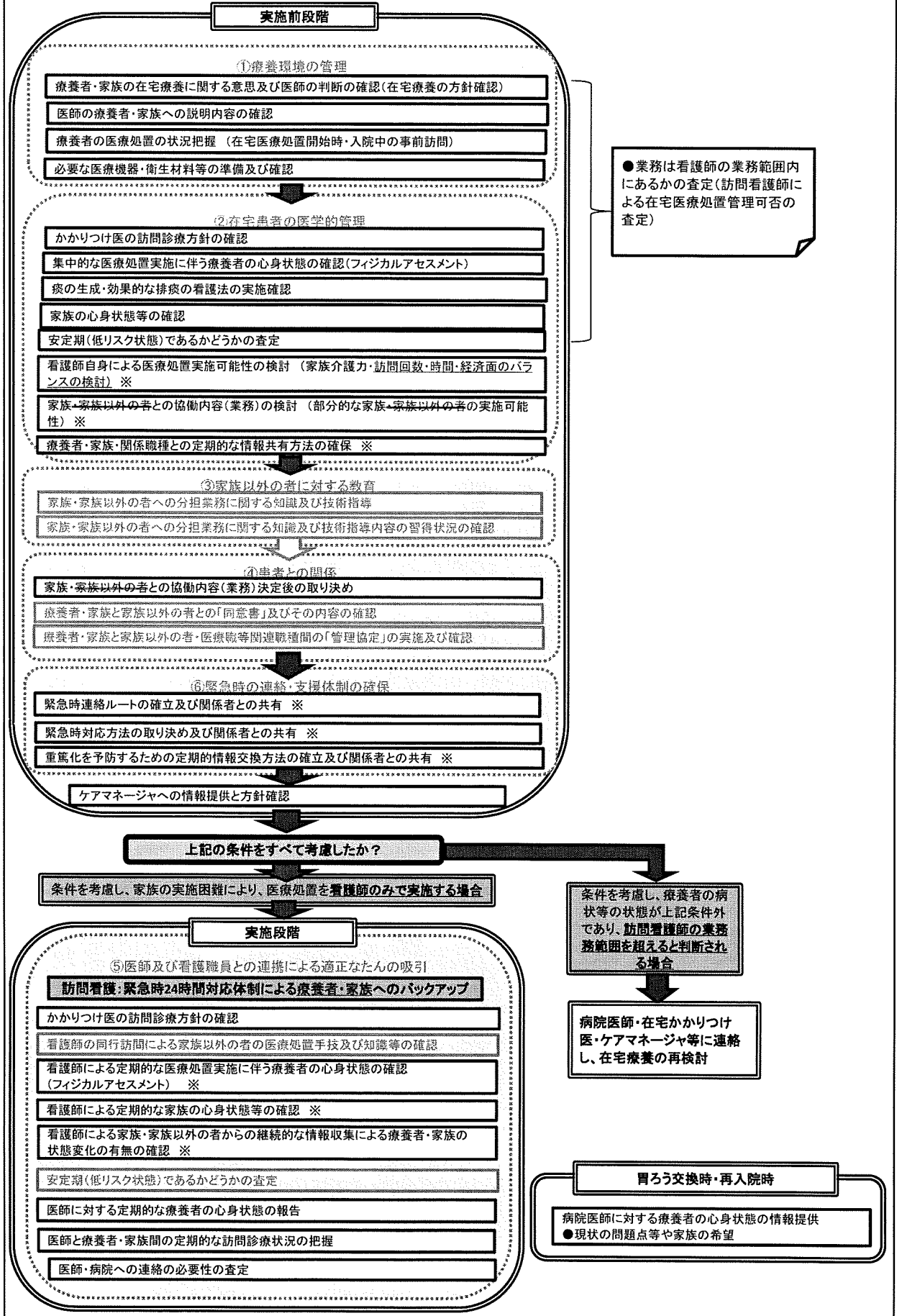


図5-② 在宅における安全な医療処置の提供に関する看護師の関係職種間との連携パス【看護職介護職連携協働型】

注) 協働による業務分担を「たんの吸引6条件」に照らし合わせて考えた場合のパスである。
赤字は、「たんの吸引6条件」の該当部分を示す。

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在宅患者の医学的管理

- 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)
- 痰の生成・効果的な排痰の看護法の実施確認
- 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
- 看護師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)
- 家族・介護職との協働内容(業務)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の確保

③家族以外の者に対する教育

- 家族・家族以外の者への分担業務に関する知識及び技術指導
- 家族・家族以外の者への分担業務に関する知識及び技術指導内容の習得状況の確認

④患者との関係

- 家族・家族以外の者との協働内容(業務)決定後の取り決め
- 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

⑥緊急時の連絡・支援体制の確保

- 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

⑨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連携協働実施の再査定・医療職のみによる実施

看護師による実施段階

- 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

満たされている場合は、家族・家族以外の者との医療処置の連携協働実施の継続

家族・家族以外の者との連携協働による実施段階

⑤医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引
訪問看護：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
- 看護師の同行訪問による家族以外の者の医療処置手技及び知識等の確認
- 看護師による定期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)
- 看護師による定期的な家族の心身状態等の確認
- 看護師による家族・家族以外の者からの継続的な情報収集による療養者・家族の状態変化の有無の確認
- 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

図5-③ 在宅における安全な医療処置の提供に関する看護師の関係職種との連携パス【看護職介護職独立型】

注1) 赤字及びグレーの薄字部分は、【看護職介護職連携協働型】と比較して、追加・修正している内容を示す
 注2) 項目内の「※印」は、本シミュレーションにおいて現状における「問題点・課題」と考えられる項目である。
 注3) 本表は、【看護師独立実施型】の変形により作成している。

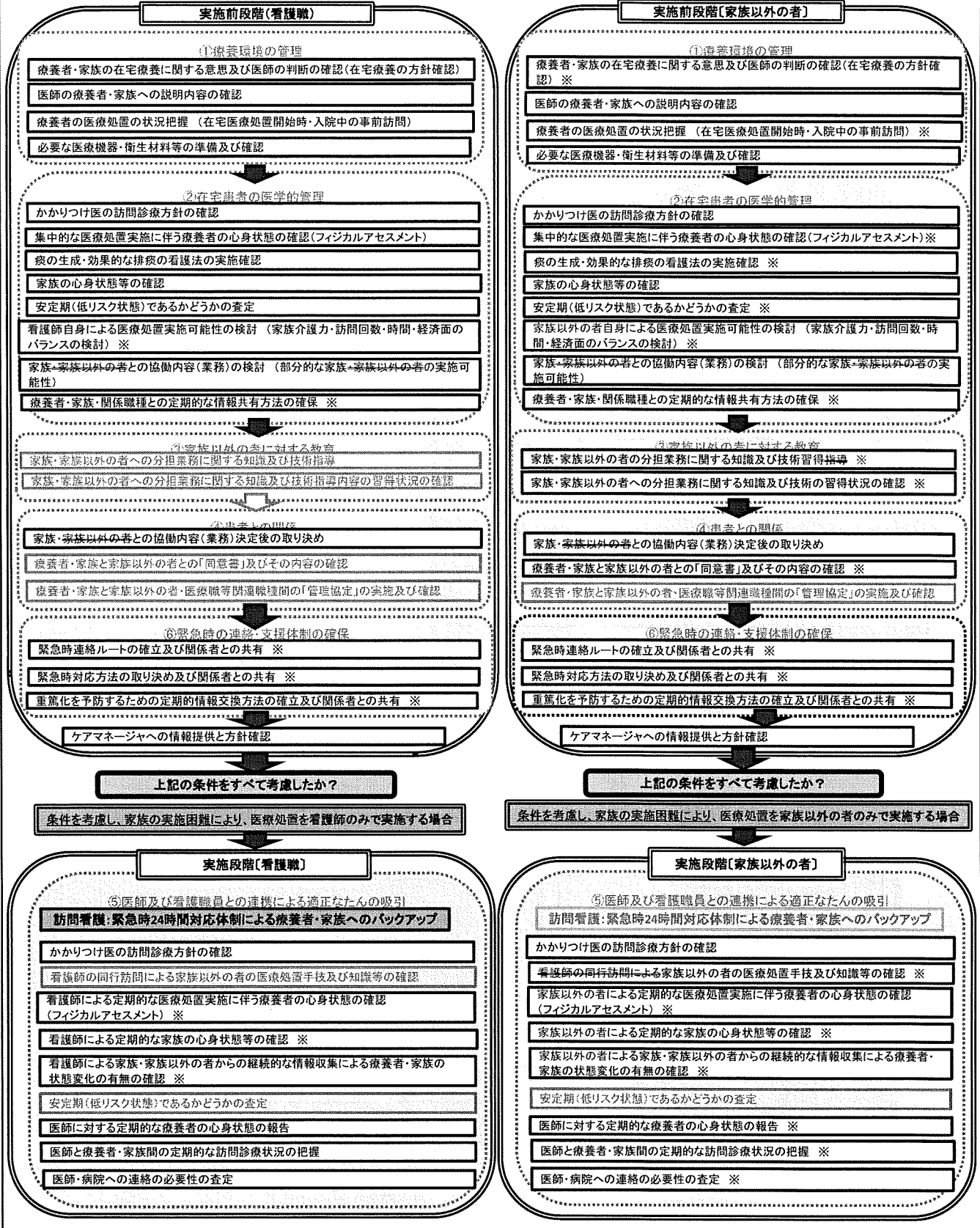
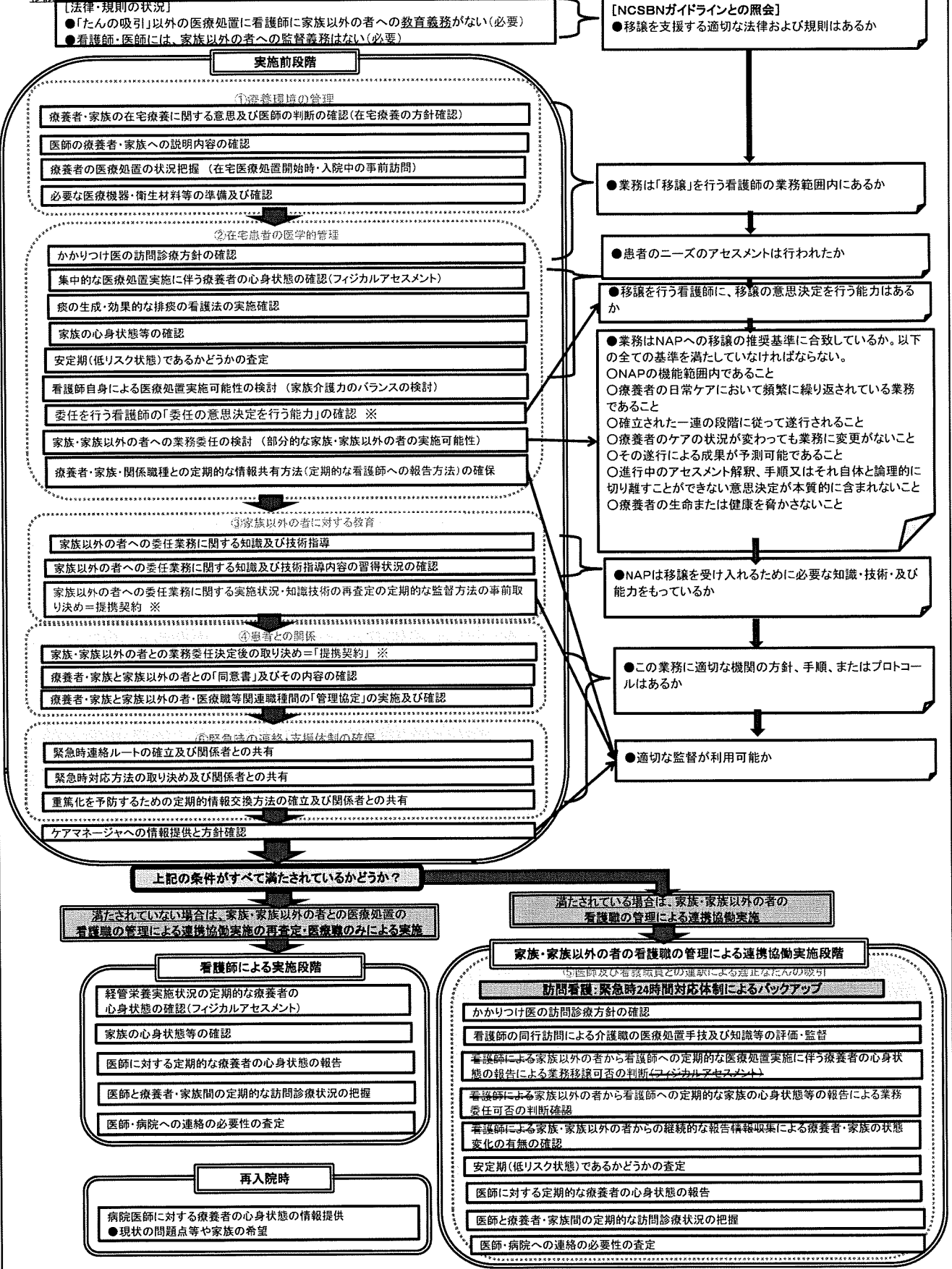


図5-④ 在宅における安全な医療処置の提供に関する看護師の関係職種との連携パス【看護職が管理する連携協働実施型】

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はなく、その点の委任業務の範囲が異なる。



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・家族の状態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、健康問題の発生予防・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 of 法律関係一試論一

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、まずは公法領域を対象を限定し、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・検討を加えては、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、法的な側面で（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

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、地域の実情に応じて、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へ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

第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行く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いう問題があつた（この点については山崎佐『医業と法律 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ろうか（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。」