

「保助看法」と略す) 第 5 条<sup>11)</sup>・第 31 条第 1 項<sup>12)</sup>・第 37 条<sup>13)</sup> 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<sup>14)</sup>。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」<sup>15)</sup> 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<sup>16)</sup>、診療の補助業務は、その業務内容が実質的には<sup>17)</sup> 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、傷病者若しくはじ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だろう。

けられるのが通例である<sup>18)</sup>。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となっている<sup>19)</sup>。

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——ことになろう<sup>20)</sup>。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<sup>21)</sup>。

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<sup>22)</sup>。

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、ということになろう。

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ろう。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る、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」湯沢雅彦・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<sup>23)</sup>。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ろうか。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<sup>24)</sup>。

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ろうか<sup>25)</sup>。

もっとも、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<sup>26)</sup>。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り

23) プロトコ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もなる。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ろう。

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<sup>27)</sup>。

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」<sup>28)</sup>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<sup>29)</sup>。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）<sup>30)</sup>。

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）を目ざして働きかける」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<sup>31)</sup>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——そのもっとも典型的なものが「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<sup>32)</sup>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。

もっとも、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<sup>33)</sup>。

---

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、いまま少し一般的なレベルで検討したものとして、福崎恒『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)などがあろうか。

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<sup>34)</sup>。

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<sup>35)</sup>。

### 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2<sup>36)</sup>・第46条<sup>37)</sup>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、根源的な部分で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<sup>38)</sup> および第 70 条<sup>39)</sup> 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。

もっとも、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<sup>40)</sup>。

## 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）<sup>41)</sup>。

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）」の法律的根拠とした。

---

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。」



医療法 § 1 の 2、1 の 4、30 の 3、30 の 4

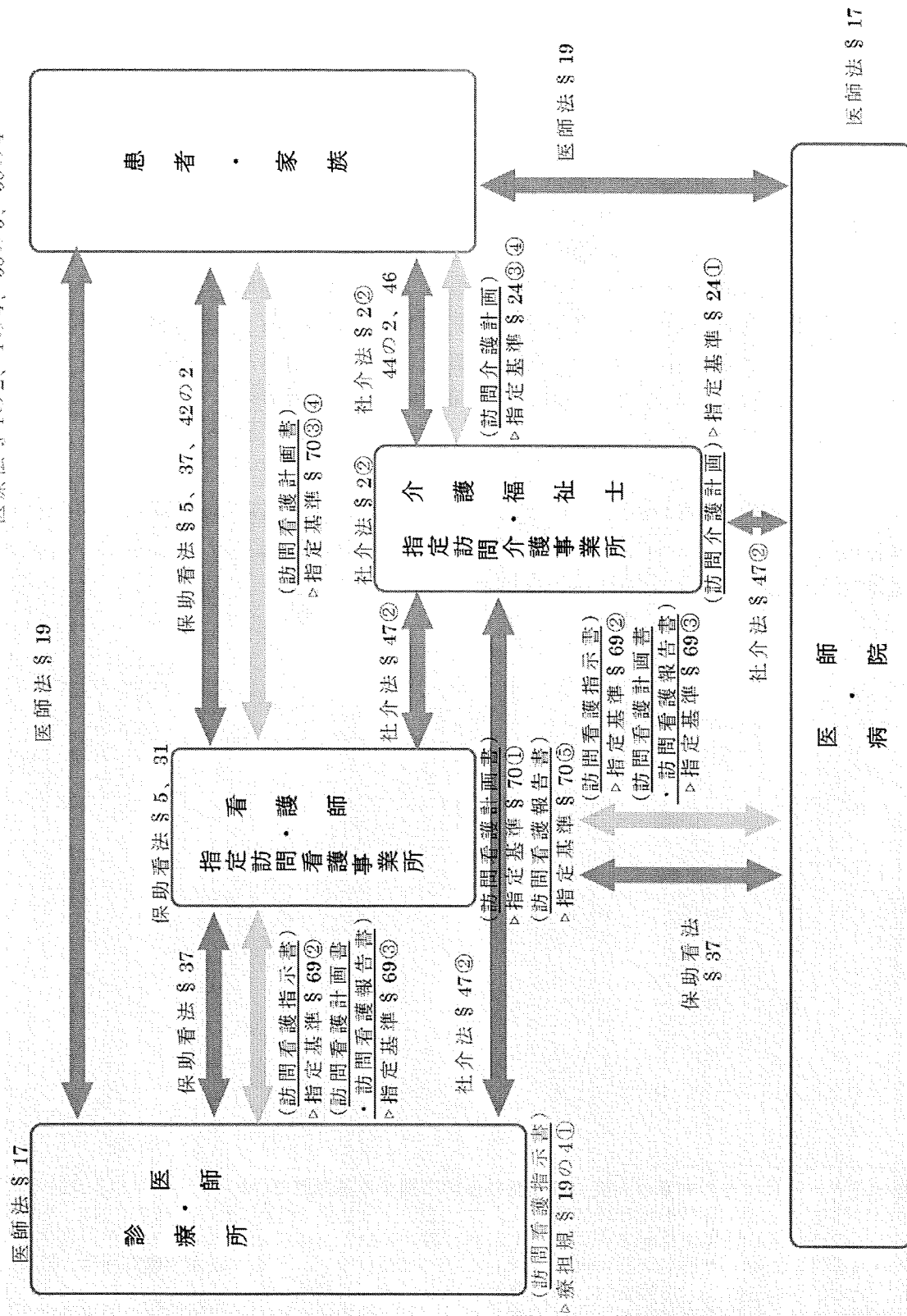


図6. 公法領域における法律関係

#### 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ール（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ール（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ー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ールの文献検討」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ールとして、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ール（川村ら, 2000）が報告されている。このプロトコー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」のプロトコール（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ール（川村ら, 2000）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」となっている。

そこで、「たんの吸引」におけるプロトコール（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役割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。

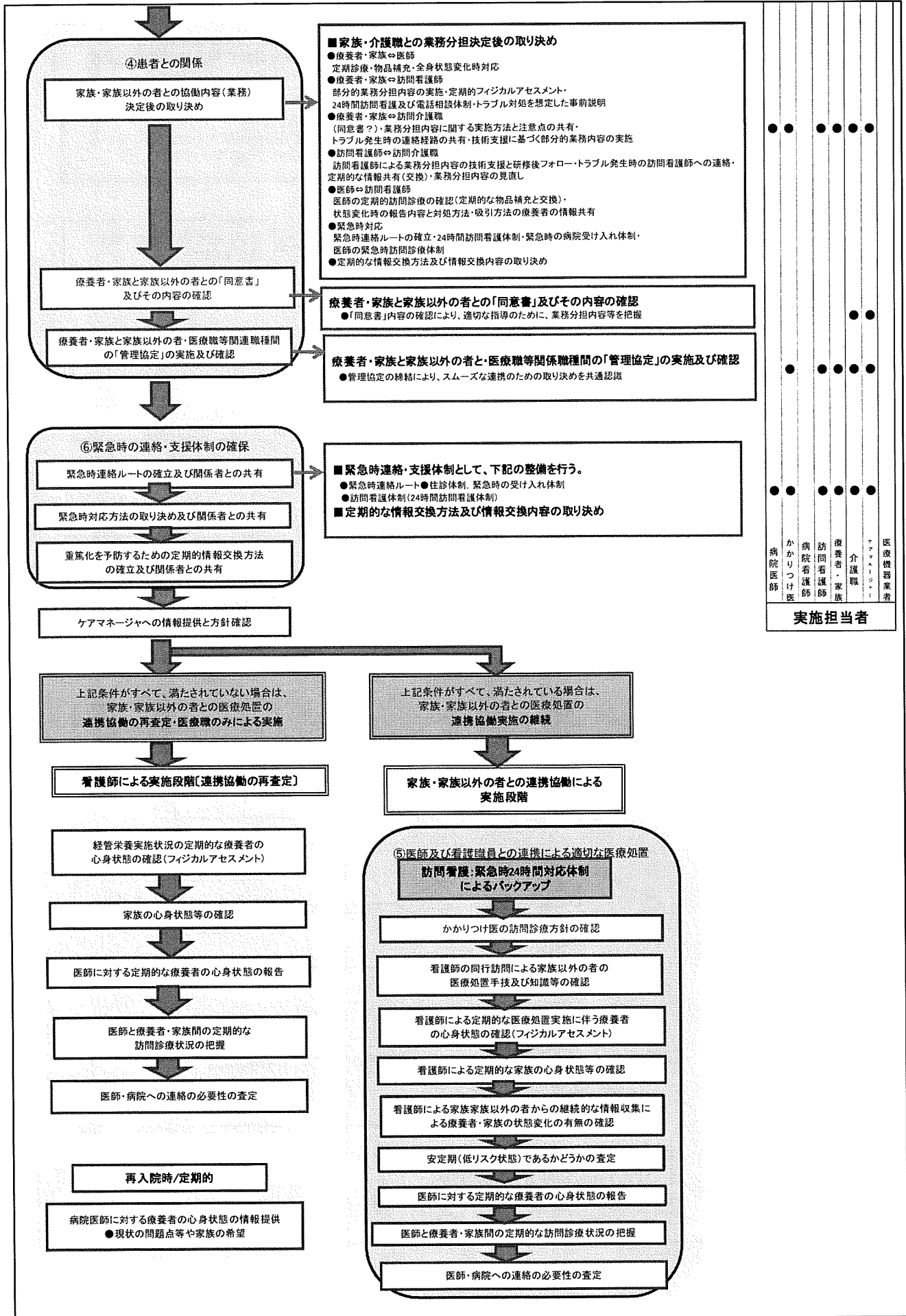
尚、本プロトコール(素案)は、連携体制の前提は、関係職種連携シミュレーションにおける[看護職介護職連携協働型]を前提とし、この連携シミュレーションを図示した関係職種連携体制図及び関係職種連携パスがプロトコールの連携体制の位置づけを示すものとなる。より詳細に示した「たんの吸引また、本プロトコール(素案)の構成は、「本プロトコールの適用条件」「看護支援目標」「異常・トラブル」「アセスメント並びに医師(看護師)への報告基準」の項目により構成し、前述の「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)」(図7)は、看護職が行動化するための時系列の過程を示したものと位置付けた。更に、連携パスを行動レベルで確認可能とするための「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。



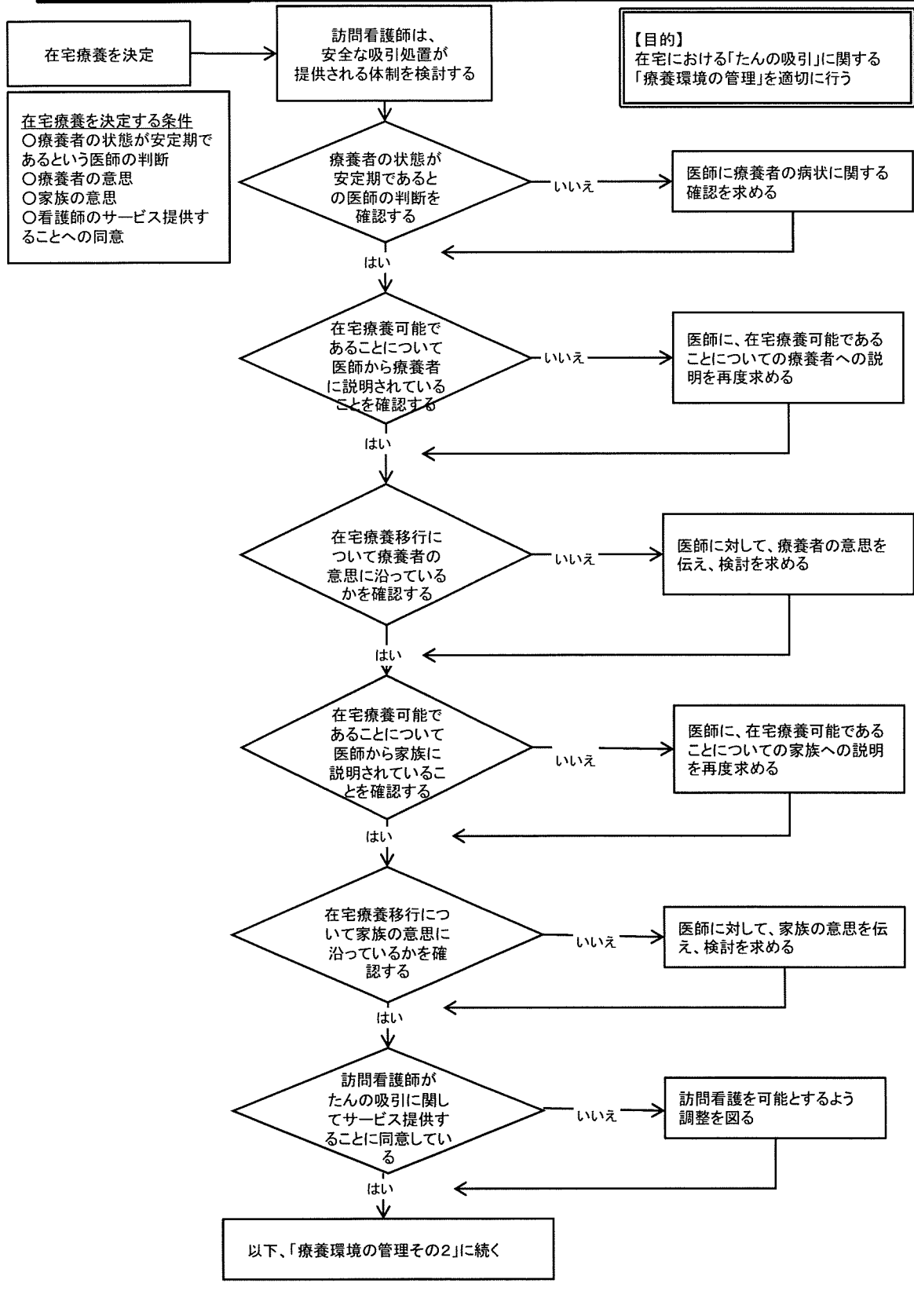


医療機器業者  
介護職  
療養者・家族  
訪問看護師  
病院看護師  
かかりつけ医  
病院医師

**実施担当者**

# 2008年度案

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)

#### (3) 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管理協定書(表2)

この管理協定書(表2)は、本プロトコルの基本に置いた「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)」(図7)のうち、「④患者との関係」の項目において、家族以外の者が患者の間で取り交わす「文書による同意」のほかに、本研究班が新たに提案するものである。この管理協定とは、患者・家族及び医師・看護職との間において取り交わすものとして、その管理協定内容を提示して活用可能な形で示した。また、この管理協定では、本人・家族、医師、看護職という3者間での協定に加え、家族以外の者を含めた4者による協定といったことも考えられるが、現行法制度および通知による医療職と家族以外の者の契約関係については、不明確な点が多く、本報告では3者による管理協定書を提示することとした。

この管理協定書には、添付文書として、以下の文書が更に必要であるものとする。

家族外の者が実施する場合の吸引の医療処置提供に関する連携内容の確認文書として、

- 医師による安定期であることを確認した医療情報提供書
- 家族外の実施者による医療処置提供に関する療養者の同意書
- 家族外の実施者に対する教育指導の修了の証明書

連携内容の確認に関する文書として、

- 安全な吸引の手技の獲得→教育指導内容チェックリスト
- 定期的な吸引の実施の監査→監査日程及び手順
- 緊急時対応→トラブル対応マニュアル

医療機器・衛生材料等の安定供給の確認に関する文書として、

- 医療機器等の管理契約書(借入時の契約文書等でも可)

今後、上記の文書の検討も加えた管理協定に際しての文書を提案していく予定である。



**表 2. 管理協定書 (2008 年度素案)**

平成 年 月 日

**吸引器を用いた気道浄化管理協定書**

訪問看護ステーション甲は、在宅における安全な医療処置の提供に関する連携パス、およびに吸引器を用いた気道浄化管理に関する看護プロトコル従って、療養者丙の吸引の管理を行います。

**1. 療養者および療養支援者**

- 1) 療養者 氏名 \_\_\_\_\_ 2) 実施開始日 平成 年 月 日 \_\_\_\_\_
- 3) 実施目的 \_\_\_\_\_
- 4) 療養者に代わる実施者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_
- 5) 療養者に代わる実施者 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_
- 6) 訪問看護担当看護師 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_
- 7) 在宅療養管理指導医師 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

**2. 医療処置提供連携内容**

- 1) 在宅療養における吸引の実施内容 (該当するものに○)
  - ① 医療者のみ      ② 医療者、および療養者自身      ③ 医療者、療養者自身、および家族
  - ④ 医療者、療養者自身、家族、および家族外の者

2) 家族外の者が実施する場合の吸引の医療処置提供に関する連携内容

- ① 医師による安定期であることを確認した医療情報提供書      添付
- ② 家族外の実施者による医療処置提供に関する療養者の同意書      添付
- ③ 家族外の実施者に対する教育指導の修了の証明書      添付

3) 連携内容の確認

- ① 安全な吸引の手技の獲得      教育指導内容チェックリストの添付
- ② 定期的な吸引の実施の確認      確認日程及び手順の添付
- ③ 緊急時対応      トラブル対応マニュアルの添付

4) 管理監督体制の確認

- ① 緊急時連絡
  - 1. \_\_\_\_\_
  - 2. \_\_\_\_\_
  - 3. \_\_\_\_\_
- ② 緊急時受入体制
  - 1. 施設名 \_\_\_\_\_
  - 2. 施設名 \_\_\_\_\_
  - 3. 施設名 \_\_\_\_\_

③ 医師および訪問看護による療養支援体制

定期往診      週 回, 月・火・水・木・金・土・日      午前・午後  
 定期訪問看護      週 回, 月・火・水・木・金・土・日      午前・午後  
 診療計画・訪問看護計画の添付

5) 医療機器・衛生材料等の安定供給の確認

- ① 医療機器等の管理契約書 (借入時の契約文書等でも可)      添付
- ② 医療機器等定期的保守点検 計画      頻度: \_\_\_\_\_ / 週・月      点検内容: \_\_\_\_\_
- ③ 衛生材料供給計画      頻度: \_\_\_\_\_ / 週・月      取扱業者: \_\_\_\_\_  
 材料: \_\_\_\_\_

(表2のつづき)

3. 医療処置看護管理内容

1) 使用薬剤・投与量 (提供薬局 )

薬剤名: \_\_\_\_\_ 投与量: \_\_\_\_\_

薬剤名: \_\_\_\_\_ 投与量: \_\_\_\_\_

2) 使用器具・交換 (点検) 頻度・提供数等 (提供機関 )

物品名	機種・種類・サイズ	個数	交換 (点検) 頻度	備考
吸引器	最大吸引圧 排気流量			
充電式吸引器				
吸引カテーテル			使い捨て	

3) 消毒薬・衛生材料 (提供機関 )

薬名・材料名	内容	個数	提供頻度	備考

災害時に備えた器具機材の予備物品: 物品名 \_\_\_\_\_

4) 事前協議事項

①酸素吸入開始時の条件

経皮動脈血酸素飽和度測定値: \_\_\_\_\_ ( )

低酸素持続時間: \_\_\_\_\_ ( )

その他観察・測定値 ( ): \_\_\_\_\_ ( )

開始時酸素吸入量: \_\_\_\_\_ ( )

②用手的換気補助開始時の条件

経費動脈血酸素飽和度測定値: \_\_\_\_\_ ( )

低換気状態持続時間: \_\_\_\_\_ ( )

呼吸状態: \_\_\_\_\_ ( )

開始時換気量: \_\_\_\_\_ ( )

5) 連携内容の教育指導

①安全な吸引の手技の獲得 指導実施看護師氏名 \_\_\_\_\_

指導対象者氏名 \_\_\_\_\_

指導実施日 平成 年 月 日

②定期的な吸引の実施の監査 監査責任者氏名 \_\_\_\_\_

監査計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

4. 期限

次回更新日 ( 年 月 日) まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印

乙 医師 (所属および氏名) \_\_\_\_\_ 印

丙 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 代理者名 \_\_\_\_\_ 印

本協定書は3部作成し、甲乙丙それぞれが1通ずつ保管する。

(3) 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チェックリスト(表3)

本プロトコールの基本に置いた「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)」(図7)の細項目の内容を一覧として整理しなおし、実践において活用可能な様式とした文書として、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チェックリスト(表3)を作成した。このチェックリストは、看護職自身の実践における確認漏れの防止や教育用としての利用を想定して作成したものである。

本報告では、「たんの吸引」の家族以外の者による実施を許容するための6条件のうち、「①療養環境の管理」に関して、看護職が確認しておくべき内容を提示した。これらの確認項目は、適切で安全な医療処置の提供に対して看護職がその役割を果たすために、必要な項目であると考えられた。

表3. 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チェックリスト(2008年度素案)

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【吸引】 —チェックリスト—			
実施前段階〔看護師実施要件〕			
1. 療養環境の管理			
■療養者・家族・医師等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)			
項目	内容・解釈	チェック	具体的内容(チェック根拠)
●療養者・家族の意思を尊重した医療処置方法(吸引方法)の確認	在宅療養の医療の責任者である医師の方針について、確認する。医療処置実施が安全に行えるよう、療養者・家族の医療処置の受け入れ状況についても確認する。		
●医師の方針の確認			
●在宅療養環境も含めた検討			
■医師の療養者・家族への説明内容の確認			
項目	内容・解釈	チェック	具体的内容
●現疾患の病状説明内容及び今後の見通し・治療方針説明内容	療養者・家族の病状や今後の見通し、治療方針に対する説明、受け入れ状況を確認する。		
●病院と療養者・家族の関係の確認		病院側と療養者・家族の関係を行う。必要時、家族と事前同行訪問を行い、病院側と連携する。	
■療養者の医療処置(吸引)の状況把握 (在宅医療処置開始時・入院中の事前訪問)			
項目	内容・解釈	チェック	具体的内容
●病院側(医師・看護師)からの直接の実施方法情報入手	カンファレンス時など、病院側の医師・看護師から、直接実施状況等の情報を得る。		
●現疾患の治療状況・心身状態	手技や使用する物品などは、病院での指導と在宅での個別的な工夫についてのすりあわせを行い、混乱させないようにする		
●基本的方法・個別的方法(吸引の手技等)			
■必要な医療機器・衛生材料等の準備及び確認			
項目	内容・解釈	チェック	具体的内容
●医療機器等の交換頻度	安全な吸引の実施のために、使用する機器や衛生材料の供給・管理体制を確認する。(実際については、判断樹)		吸引器の入手方法[ ]
●定期点検方法			定期点検:吸引器[ ],人工呼吸器[ ]
●衛生材料供給ルート(頻度)			吸引に関する衛生材料の供給先 [ ]
●衛生材料管理方法			
■下記の医学的体制の構築(再掲)			
項目	内容・解釈	チェック	具体的内容
●吸引器、人工呼吸器など医療機器管理をおこなう専門家	療養者の療養環境として、「2在宅患者の医学的管理」の具体的な確認内容を踏まえて、医療機器管理の支援体制や緊急時支援体制、訪問看護体制などの「医学的体制」を確認する。		
●病状変化等に対応した、緊急時病床の確保			
●24時間訪問看護体制			
●定期的な訪問看護			

## D. 考察

以下、「たんの吸引」「経管栄養」「人工肛門」の在宅医療処置を必要とする人への適切かつ安全なサービス提供のために、「1. 関係職種連携シミュレーションの検討による関係職種連携の在り方」「2. プロトコール（素案）の検討及び今後の方向性」について考察する。

### 1. 関係職種連携シミュレーションの検討による関係職種連携の在り方

本研究では、現行法制度による検討から4つのシミュレーションが想定された。連携シミュレーションの特徴及び課題として報告した通り、各連携体制においては、それぞれ課題が考えられた。以下に、「1. 関係職種連携シミュレーションの検討による関係職種連携の在り方」について、看護職と介護職の連携体制に関する規定が提示されており、本報告書において具体的なプロトコール試案を提示した「たんの吸引」と看護職と介護職の連携体制に関する規定をもたない「経管栄養・人工肛門」に分けて、関係職種連携の在り方について考察する。

#### 1) 「たんの吸引」に関する関係職種連携の在り方

「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る家族以外の者による実施のための一定の条件が示されていることから、本研究における4つの関係職種連携シミュレーションのうち〔看護職介護職連携協働型〕という連携体制が我が国の現状に即していた。この連携体制を前提とした関係職種連携パス・プロトコールを作成した。

この連携体制の看護職の関係職種との連携パスを作成したところ、他3つのシミュレーションとの比較検討により、その特徴として、関係職種間の連携体制が複雑であり、健康問題の発生予防や危機回避、健康問題発生時の迅速な医療的対応に課題があるものと考えられた。

また、2003年に家族以外の者による実施を許容するための条件が提示され後の介護職のたんの吸引実施経験に関する先行研究では、日本介護福祉士会会員であり東海・北海ブロックにおいて在宅介護を行っている介護職71名中10名(14.1%)が痰の吸引を行っており(川村, 2008)、関東地域においてホームヘルパー及び施設介護職員として勤務する介護職202名を対象とした調査では、38.0%の割合で痰の吸引を経験していると報告されている(篠崎, 2005)。実施率が高いとは言えないが、その実施は定着化している状況も推察される。しかしながら、「ALS(筋委縮性側索硬化症)およびALS以外の療養患者・障害者における、在宅医療の療養環境整備に関する研究」(川村, 2007a)では、家族以外の者が痰の吸引を行っている486名中、吸引を適正に行えているか定期的あるいは不定期に確認されている者は274名(56.3%)と半数程度であると報告されている。

このような課題が考えられる連携体制下で在宅療養者の安全を確保していくために、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」)における「たんの吸引」に関する健康問題予防のための看護職の予防策より抽出した内容を挿入した「看護職の関係職種連携パス【吸引】(案)(図7)」を作成した。

この〔看護職介護職連携協働型〕について、前章の結果では、「たんの吸引」の健康問題予防のための看護職の役割は、「吸引器材管理」「気道管理」「状態アセスメント」「人工呼吸