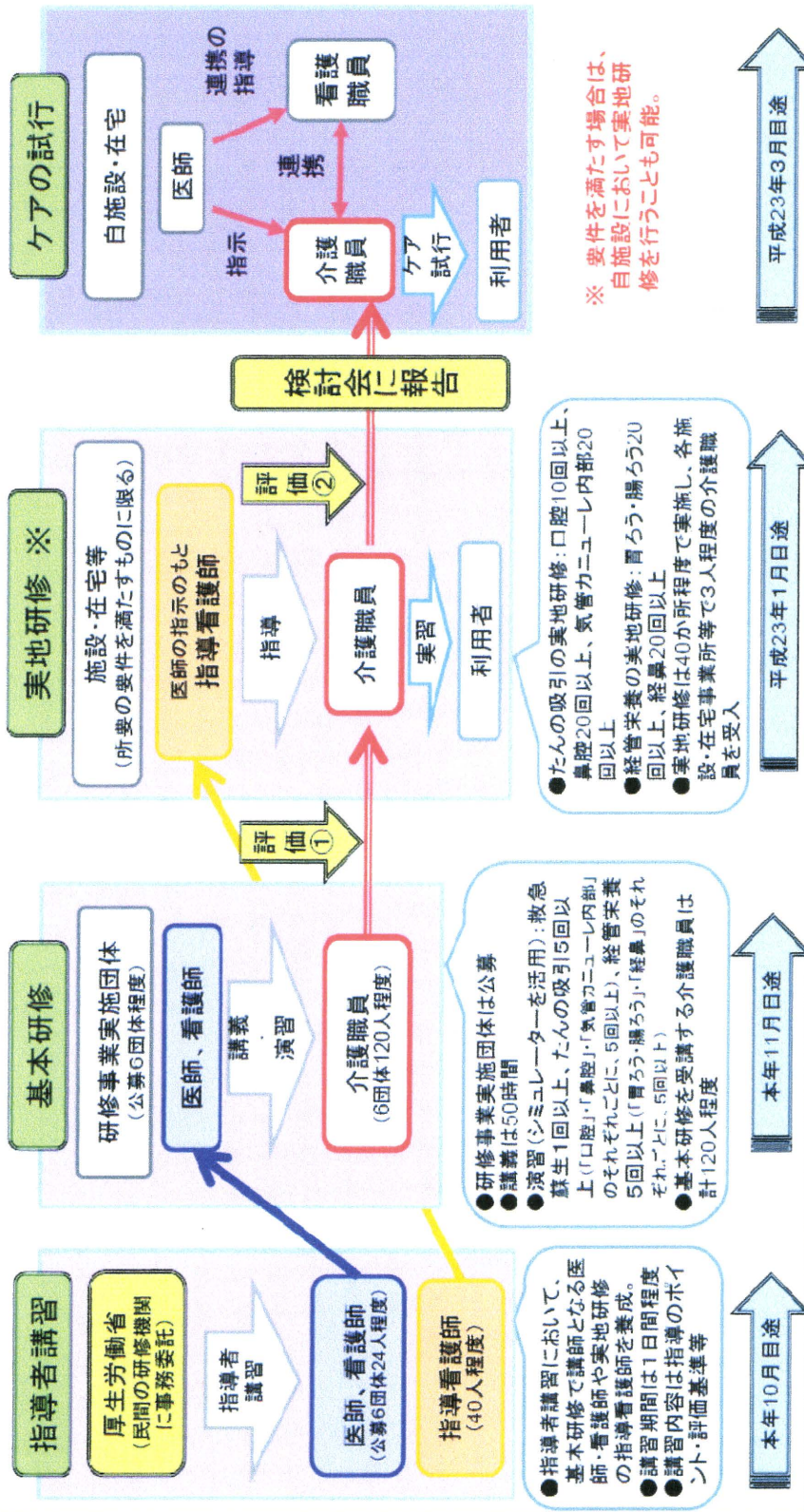


介護職員によるたんの吸引等の試行事業（案）の概要

資料2

※ 試行事業の実施にあたっては、基本的内容について検討会で御議論いただいた上で、具体的なテキスト作成、評価①評価②の基準、実地研修の実施方法等については、検討会から大島座長、内田委員、太田委員、川崎委員、川村委員にアドバイザーをお願いする。
 ※ 指導者講習は老人保健健康増進等事業で実施、基本研修及び実地研修は介護サービス指導者等養成研修等事業及び障害保健福祉部保健福祉調査委託費で実施。



2)在宅におけるたんの吸引提供に関する看護師の関係職種との連携フロー

本研究班では、違法性阻却下での在宅における家族以外の者によるたんの吸引の提供に関して、2009年度に安全性を確保するための「在宅におけるたんの吸引提供のための関係職種連携ツール(連携フロー)」を作成した(参考資料3)。この連携フローは、在宅における家族以外の者によるたんの吸引の提供に関する厚生労働省通知(ALS患者の在宅療養支援について：医政発第0717001号・平成15年7月、在宅におけるALS患者以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて：医政発第0324006号・平成17年3月)に提示されている6つの条件を満たして、安全に家族以外の者がたんの吸引を実施できるようにするための看護師の関係職種との連携に関する項目を流れ図で示したものである。具体的な行政通知による6つの条件とは、「療養環境の管理」「在宅患者の適切な医学的管理」「家族以外の者に対する教育」「患者との関係」「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」「緊急時の連絡・支援体制の確保」である。

本研究では、試行事業の実施方法に記述されている要件に加えて、本連携フローの安全性確保のための内容を参考として、「調査用連携モデル」を作成した。

3) 試行事業の実施方法および 2009 年度版関係職種連携フローに基づく調査用連携モデルの作成

試行事業の実施(参考資料1)に定められた要件の分類は、(1)利用者の同意、(2)医療関係者による的確な医学的管理、(3)たんの吸引等の水準の確保、(4)体制整備、(5)地域における体制整備となっており、記述内容を分類整理した(表1)。

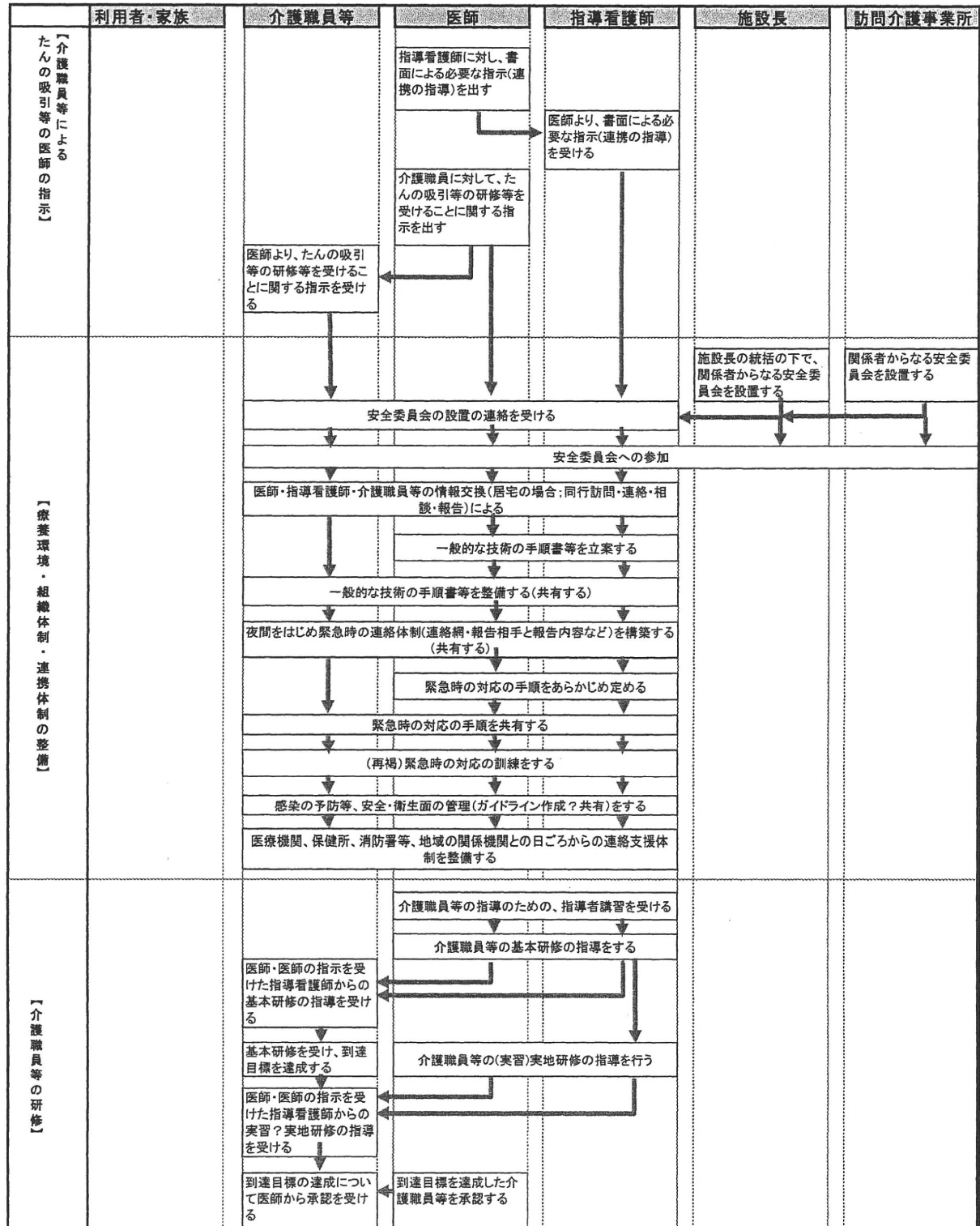
更に、表1に示した内容について、職種間がどのような関係性を確保し、どのようなことを実施するのかということを時経列に整理、分類した。更に、分類した内容について、2009 年度版の在宅における家族以外の者によるたんの吸引の提供ための関係職種連携フローの項目との比較検討をして、今後、推敲するための「調査用連携モデル」を作成した(図1)。

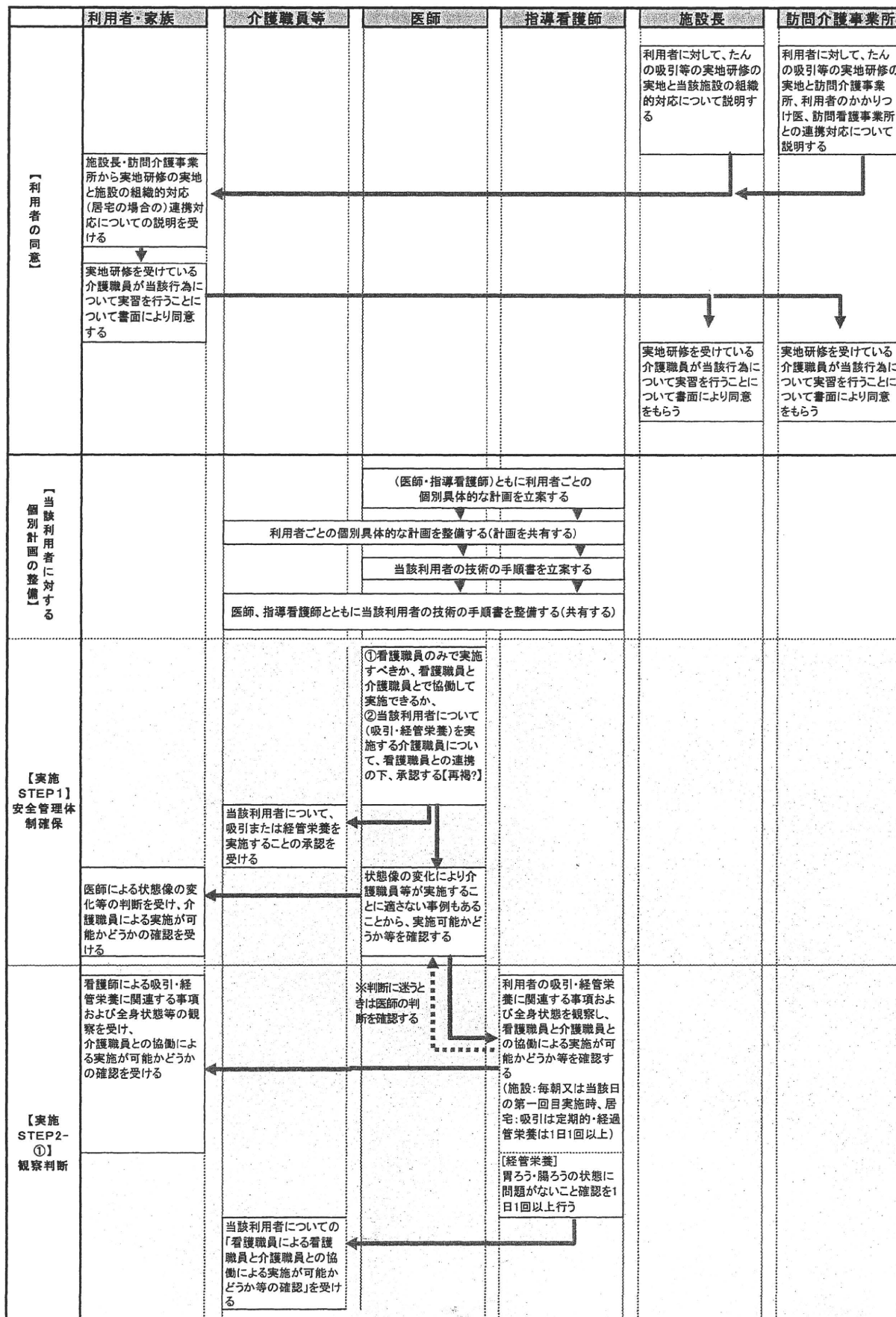
この分類整理により、大項目は、(1)介護職員等によるたんの吸引等の医師の指示、(2)療養環境・組織体制・連携体制の整備、(3)介護職員等の研修、(4)利用者の同意、(5)当該利用者に対する個別計画の整備、(6)介護職員等によるたんの吸引等の実施、(7)介護職員等の実施経過における安全性確保・評価、 という分類で時系列に整理した。

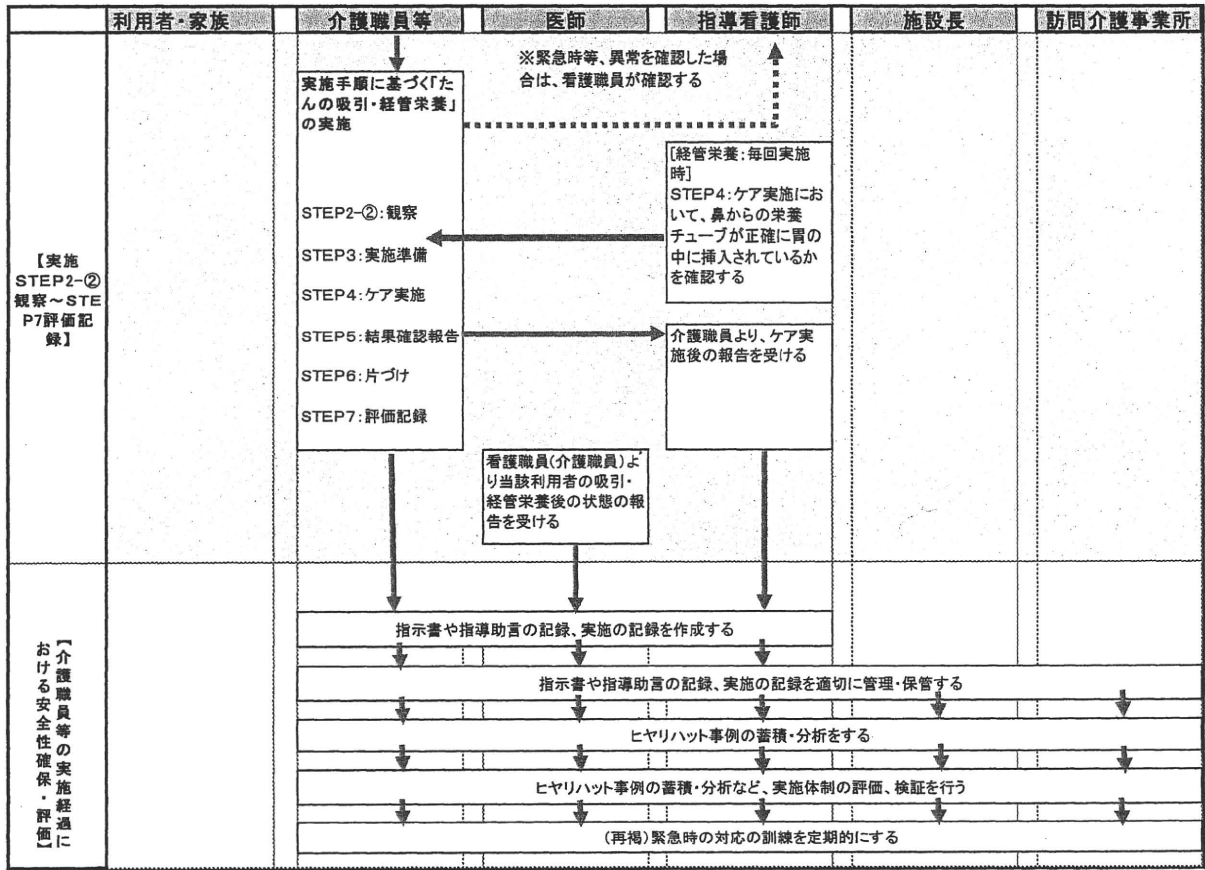
表 1. 試行事業に基づく「介護職員によるたんの吸引等」の実施内容の分類

施設	居宅
(1) 利用者の同意	
利用者が、たんの吸引等の実地研修の実地と当該施設の組織的対応について施設長から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の指導の下、実地研修を受けている介護職員が当該行為について実習を行うことについて書面により同意していること	利用者が、たんの吸引等の実地研修の実地と訪問介護事業所、利用者のかかりつけ医、訪問看護事業所との連携対応について訪問介護事業所から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の指導の下、実地研修を受けている訪問介護職員が当該行為について実習を行うことについて書面により同意していること
(2) 医療関係者による的確な医学的管理	
① 配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示があること	利用者のかかりつけ医から指導看護師に対し、書面による必要な指示があること
② 指導看護師の指導の下、介護職員が実習を行うこと	家族、利用者のかかりつけ医、指導看護師、保健所の保健師等、家族以外の者等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれの役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実習を行うこと
③ 配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること	利用者のかかりつけ医、指導看護師及び訪問介護職員の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること
(3) たんの吸引等の水準の確保	
① 実地研修においては、指導者講習を受けた指導看護師が介護職員を指導する	実地研修においては、指導者講習を受けた指導看護師が訪問介護職員を指導する
② 介護職員は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であること	訪問介護職員は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であること
③ たんの吸引等の行為については、医師に承認された介護職員が指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと	たんの吸引等の行為については、利用者のかかりつけ医に承認された訪問介護職員が指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと
④ 当該利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員の参加の下、技術の手順書が整備されていること	当該利用者に関するたんの吸引等について、利用者のかかりつけ医、訪問看護職員及び訪問介護職員の参加の下、技術の手順書が整備されていること
(4) 体制整備	
① 実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること	たんの吸引等を実施する訪問介護事業者は、安全性の確保のための体制の整備を行うため、関係者からなる安全委員会が設置されていること
② 利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医、指導看護師、介護職員が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること	適切な医学的管理の下で、当該利用者に対して適切な診療や訪問看護の体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、利用者のかかりつけ医及び指導看護師の指導の下で、家族、利用者のかかりつけ医及び指導看護師との間において同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を図れる体制の整備がなされていること
③ たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること	たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること
④ 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること	指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること
⑤ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと	ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、たんの吸引等を実施する事業者や利用者のかかりつけ医、指導看護師、訪問介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと
⑥ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されていること	緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に利用者のかかりつけ医・指導看護師との連絡体制が構築されていること
⑦ 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意していること	感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること
(5) 地域における体制整備	
医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日ごろからの連絡支援体制が整備されていること	医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日ごろからの連絡支援体制が整備されていること

図1. 試行事業および2009年度版関係職種連携フローに基づく調査用連携モデル







2. 調査 I : 試行事業参加者による法制化を想定した連携モデル案の作成

A. 目的

今後のたんの吸引・経管栄養の介護職員による実施の法制化を想定した場合の関係職種連携体制のモデル案（以下、連携モデル案とする）を作成することを目的とする。今後の法制化を想定するために、2010年7月より開催された国の検討会「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（座長：大島伸一：独立行政法人国立長寿医療研究センター総長）」の議論を踏まえて実施されている「介護職員によるたんの吸引等の試行事業（以下、試行事業とする）」に参加している医師・看護職員・介護職員を調査対象として、実施経過における関係職種との連携の状況を明らかにして、安全性確保のために必要な連携に関する実施内容を検討し、今後の介護職員によるたんの吸引等の実施の法制化を想定した連携モデル案を作成する。

B. 方法

1) 用語の定義

介護職員によるたんの吸引等の実施のための関係職種連携体制モデル案
（以下、連携モデル案）：

従来、違法性阻却により実施されていた介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の実施について、平成22年7月より、国の検討会「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（座長：大島伸一：独立行政法人国立長寿医療研究センター総長）」が開催された。この検討会における議論に基づき、今後、介護職員によるたんの吸引・経管栄養（以下、たんの吸引等とする）が組織的に法制化されることを想定して、安全性を確保するために必要となる関係職種等の連携について検討し、作成するモデルである。

2) 調査対象

調査対象者は、国の試行事業に介護職員等の指導をする者として参加している医師および看護職員と同研修を受講する介護職員である。対象者の選定方法は、まず、国の試行事業に参加している事業団体（全7団体）の代表者宛に研究協力依頼を行い、承諾の得られた事業団体より、試行事業に参加する医師・看護師・介護職員の紹介を依頼した。紹介してもらった対象予定者のうち、研究協力の同意を得られた者を対象とした。

3) 調査方法・調査内容

調査方法は、国の試行事業に参加している事業団体（全7団体）の代表者の同意・紹介の下、研究協力が得られた医師・看護師及び介護職員に対して、半構成的面接を実施した。調査期間は、平成22年12月である。

調査内容は、以下である。

- 研究対象者の属性(所属機関の概要・対象者の医師・看護・介護経験年数等)
- 研修過程の状況および課題
- 介護職員が安全に実施するために必要な関係職種との連携体制
- 上記調査項目の連携体制を実施するための課題

4) 分析方法

分析方法は、許可を得て記録した録音記録・メモ記録から、看護師及び介護職員のデータについてそれぞれ、上記の調査内容に関する発言を抽出・分類し、質的帰納的分析を行った。分析結果より、今後の介護職員等のたんの吸引等を安全に提供するために必要な連携に関する

る項目として、抽出した。法制化を想定した連携モデル案を作成するにあたり、前項において、試行事業および2009年度版関係職種連携フローに基づく「調査用連携モデル」と、本調査により得られた連携に関する項目の比較検討を行い、「連携モデル案」を作成した。

5) 倫理的配慮

倫理的配慮として、以下のことを遵守し、研究を遂行した。

- 1) 研究への協力は自由であること、研究の途中でも協力を撤回できること、研究協力を拒否した場合でも何らの不利益を被らないことを研究協力依頼書に明記するとともに面接調査の開始時には研究内容について再度説明し同意を確認する。
- 2) 面接調査は、対象者の都合の良い日時・場所を選び業務に支障をきたさないよう配慮する。面接時に精神的・身体的疲労が見られた場合には中止する。
- 3) 面接内容を録音する際には対象者の同意を得る。
- 4) 質問紙調査・面接調査内容に関するデータは匿名化し、公表する際には事業所や個人が特定できないようにする。
- 5) データを保管するUSBにはパスワードをかけ、研究終了後は速やかに破棄する。

尚、本研究は、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

C. 結果

1) 試行事業参加者に対する連携に関する調査

(1) 対象者及び対象者の所属施設・事業所の概要

対象者は、研究協力を依頼した国の試行事業に参加している事業団体7団体中、全7団体より協力の同意を得た。この事業団体より試行事業に参加している施設・事業所を計16か所紹介してもらった。施設・事業所担当者の協力を得て、医師・看護職員・介護職員紹介してもらった。本研究への協力が得られた対象者は、医師1名、看護職員10名、介護職員17名（打ち、ヘルパー2名）であった。

対象看護職員の経験年数は、平均24.5年であり、対象介護職員の経験年数は、平均11.1年であった。

対象看護職員の所属施設・事業所は、特別養護老人ホーム1名、訪問看護事業所4名、グループホーム3名、有料老人ホーム2名であった。

対象介護職員の所属施設・事業所は、老人保健施設2名、特別養護老人ホーム2名、訪問介護事業所7名、グループホーム4名、有料老人ホーム2名であった。

看護師のうち、基本研修の講義を担当したものは10名中8名、演習を担当した者は9名、実地研修指導も含めて担当する者は10名であった。

介護職員17名中7名は、すでに違法性阻却下において「たんの吸引」を実施しており、「経管栄養」をすでに経験していた介護職員は6名であった。

所属機関において調査時点で、たんの吸引を要する対象者が「いない」と回答した者は、全16施設・事業所中2名、経管栄養を要する対象者が「いない」と回答した者は16施設・事業所中3箇所であった。

(2) 安全な介護職員によるたんの吸引等の実施に必要な連携に関する項目

面接調査の発言内容から、介護職員によるたんの吸引等を安全に実施するために必要な連携に関する内容を抽出して、意味内容を損なわないよう要約化した。この具体的発言について、連携に必要な内容を検討して、分類・整理した(表2)。

また、「試行事業および2009年度版関係職種連携フローに基づく調査用連携モデル(図1)」の項目に照らし合わせて、検討事項を整理した(票3)。

以下は、「調査用連携モデル(図1)」を修正し、「連携モデル案」を作成するにあたっての検討課題および方向性である。

介護職員等がたんの吸引等を実施するにあたっては、最初の段階において、何らかの形で行政が関与していることや各施設・事業所の法人・事業者による介護職員等のたんの吸引等の実施の方針の決定、更にそれを受けて、各施設・事業所において運営体制を確保し方針を決定していくという段階的・組織的な決定が必要である。

また、組織的決定を受けて、次の段階として、施設・事業所において、療養環境・連携体制を整備することが必要である。具体的には、責任の所在を明確にするための、連携体制の確保や安全委員会の設置において、施設・事業所内に、安全性を確保するために必要な職種・関係者(医師・看護職員等)が配置されていない場合には、外部機関の者との間において、連携に関する文書の締結により組織化する必要がある。関係者については、保険制度による関係職種の違いがあり、介護保険は初期の調整に介護支援専門員が調整に関与することもあり、連携体制・安全委員会の構成員を検討する必要がある。

安全委員会については、安全委員会の位置づけ(定義・実施事項)とメンバーの明確化をして、各機関や職種組織の長、または第三者機関など責任者・安全管理責任者レベルでの委員会とするか、実際のケア担当者や利用者・家族も参加する委員会とするかの定義および機能(実施事項)の明確化が必要である。後者の場合は、個別の利用者の計画整備をする段階において、安全性確保に関する委員会(会議)の開催が別途必要となる。

介護職員の研修については、試行事業においては、研修における指導看護師間の指導内容に関する調整・分担の課題があった。具体的には、基本研修は、外部看護師でも実施できるが、実地研修は現場の看護師(実際の利用者をよく知っており業務調整も可能な者)が、すべきである。(その場合の指導看護師間のすり合わせが必要)しかし、今後の法制化の動向によっては、基本的な研修は外部で実施し、個別具体的な方法の習得については各施設・事業所で実施していく可能性があるため、本研究における介護職員等の研修については、個別利用者の実際のたんの吸引等の実施方法を習得することの必要性についてのみ連携体制モデル案に加えることとする。

また、違法性阻却下における介護職員等によるたんの吸引等の実施においては、必須であった「利用者の同意」については、介護職員の所属機関の長と利用者・家族間の同意のみでよいのか、各職種の所属機関が異なる場合は、それぞれが利用者との同意に参加しなくてよいかとの課題が明らかになった。しかし、今後の法制化の動向によっては、介護職員が一定の要件の下実施することが可能となった場合、各利用者との同意は不要となる可能性もある。むしろ、同意については、個別具体的な計画立案時に、利用者・家族との間でその計画について共有し同意を得ていく方向性が適切ではないかと考えられる。

たんの吸引等が必要な利用者については、一般的なたんの吸引等の実施手順等のみに従い実施するのではなく、利用者の同意とともに、「個別計画」を立案する必要がある。そのためには、利用者・家族やサービス担当者が集まる「個別計画会議」が、施設・事業所全体の安全委員会とは別に必要である。この「個別計画会議」を設置するにあたっては、当該利用者のケアに参加する関係職種・関係者を構成員とし、構成員が外部機関である場合には連携体制に関して文書による締結をもって体制を確保することが必要である。

利用者個々の安全性を確保するための関係職種連携体制としては、介護職員による実施過程において、十分な医療職によるバックアップ・フォロー体制を確保するために、①医師・看護職員・介護職員のそれぞれの職種間で情報交換(連絡・相談・報告)をするための標準的な方法(手段)・内容等に関する事前の取り決めをすること、②必要時に医師の判断が確認できる体制を確保していること、③当該機関の職員として、または病院若しくは診療所若しくは訪問看護事業所との契約により、看護師による24時間連絡対応体制を確保していることなどが必要であると考えられる。

介護職員の実施経過における安全性確保・評価については、定期的な個別計画会議(カンファレンス等)の実施や定期的な介護職員の手技評価、手順書・個別計画等の定期的な見直しが必要である。また、看護師による事故報告・ヒヤリハットの分析・記載漏れのチェック・定期的なフォローアップ・チェックリストを用いた手技チェックなどの仕組みや介護職員の技術習得後も看護師が相談にのれるような体制が必要である。

表2. 介護職員等によるたんの吸引等を安全に実施するために必要な連携に関する内容

具体的な発言内容	連携に必要な内容	連携に必要な内容(大項目)
●行政が各事業所に告示をしてくれた。	行政の関与	組織的決定
●会社のトップより、指導看護師になることを勧められた。	法人・事業者の決定	
●理事長や施設長に理解と協力を求め、会議で9日間の研修に行く了承を得た	施設・事業所の決定	
●施設側からこれからのために今回の研修を受けてほしいと言われた。研修後に今後どうするのかを決める方針である。		
●施設長の同意を得て参加した。	運営体制の確保(地域の組織化)	
●介護職の3交代勤務を変更してもらうよう理解を求め、会議で了承を得て、勤務交代して、施設内を不在にして研修に行く9日間を確保した		
●実施する前に近隣の看護大学・看護協会・医師会・行政・療養型医療施設による企画委員会をつくり、話し合いを行った。		
●実施する前に近隣の看護大学・看護協会・医師会・行政・療養型医療施設による企画委員会が設置され、企画委員に参加した。		
●日頃より、医師との関係については、近医との情報交換をするようにしている。	責任の所在の明確化	
●日頃より、保健所とは、地域の催しなどへの参加などを通じて関係を築いている		
●訴訟への対応ができるようにしておく必要がある。		
●介護職員が実施していくにあたっては、「責任」の問題として、介護職員個人のみでの責任とならないようにしてほしい。		
●老健では責任の所在についても、医師である施設長が、すべての職種に対して(組織的に)責任を持つことは明確である。		
●利用者の同意は、介護職員の所属機関の長と利用者・家族間の同意のみでよいのか、(各職種の所属機関が異なる場合は、それぞれが利用者との同意に参加しなくてよいか)		
●今後、介護職員が実施していくことになった場合に、場数を踏めば不安はあるだろうけれど、実施はできるようになってくると思う。しかし、万が一のことが起きたら…という不安はある。その際の「責任」については、一人で責任を追わなくてもよいようなバックアップ体制がほしいと思っている。		
●有料老人ホームでは、提携医療機関があり、医療との関係においては4回/週に担当医師の往診がある。夜間緊急時はオンコール体制となっている。		
●有料老人ホームはかかりつけ医が利用者によって異なるため、積極的意見と消極的意見(不参加)の医師がおり、試行事業に参加しない利用者もいる。		
●看護師は、24時間配置されており(看護師は10名在籍)夜間にも、提携医療機関の担当医の包括指示のもと看護師が判断して対応している。		連携体制と連携方法の確立
●特養では嘱託医師で看護師の判断になる。判断は看護師。医師⇔看護師と看護師⇔介護職の連携は密にする		
●チームとしては、医師・看護師・介護職員によるチームが必要で、介護職と患者のみとなってしまうのは危険である。		
●老人保健施設の人員配置上、これまでも多職種との連携の形ができてきている。		
●老健の場合は、責任や指示系統は明確・一体化できている(医師の指示⇒看護師の指示⇒介護職員実施)		
●利用者によってかかりつけ医は異なるが、そのほかに提携医療機関はある。		
●普段から相談できる連携をしている		
●受講生の発言の中で、事業所によっては、連絡体制の雛形を作成しているところもある。		
●すでに、老人保健施設という施設は多職種が配置されている(医師/看護師/介護職員/PT/OT)更に、介護保険制度を利用していることからケアマネもいる。すでに、関係職種間の連携は日常的に施設内において、実施できている環境である。		
●研修が開始になる前に、医師とは今回の試行事業に関する連絡調整等をした。(医師の協力が必要)		
●たんの吸引に関して、関係機関の看護師同士で会話するようになった。	療養環境・連携体制の整備	
●通常の連携先や施設内に連携先がない場合は、医師や看護師との連携先を確保しておく		
●あくまでも、この対象は、訪問看護の指導・連携のものと実施という要件を外さない。たとえば、介護支援専門員がケアプラン作成の際には、この対象者には、週〇回の訪問看護サービス導入を義務付けるなど、の体制整備が必要		
●受講生の中で、訪問看護サービスがなく、自費で介護職に医療行為を担ってもらっている事例があった。この介護職は、たんのとりきれたかどうかの判断等に、不安を抱え、訪問看護に相談をしたいと思っているが、利用がないため、叶わないということであった。上述のように、介護職が医療行為を行う場合には、訪問看護の利用を義務付けるなどし、連絡・相談・緊急対応体制を構築する必要がある		
●訪問看護に利用者の状態をトータルに判断する機能を位置づける。		
●定期的なフォロー体制として、ケアプランの中に介護・看護の重複時間を設ける。		
●連携を示す文書類(簡易に記入できるフォーマット)が必要		
●現在の本施設の安全管理体制としては、本社の安全管理部に拠点を置き、安全委員会を組織している。		
●安全委員会に対応するものとしては、介護保険制度利用者なので3か月1回のサービス担当者会議が開催されている		
●老人保健施設においては、これまでの安全委員会(リスクマネジメント委員会)や関係職種連携を維持していくことで安全性の面の課題は現時点ではない。		安全委員会の役割と構成員の明確化
●安全管理という意味では、安全委員会の役割として、利用者に安全・安心を保障するための「事故を起こさないための工夫」ということを予防的に対策を立てておく必要がある。		
●安全管理のためには、介護職員による実施後、しばらくしてから看護師による評価(手技評価や手順書・個別計画の見直しも含めて)など内部評価と、それに加えて、責任を担う設置主体の「会社」による評価(内部?外部?)が必要である。		
●緊急時の体制については、緊急時の対応に関して本人・家族には意思確認を事前に行っている。緊急時は24時間配置している看護師からホーム長⇔かかりつけ医に連絡することになっており、指示に従って対応することになっている。	緊急時体制の確立	
●悪化すると入院するので、熱くはないので、吸引は最終的な問題なので、ターミナルは病院になっている。隣の病院に行く。		
●病院まで30分以上あかかるので、連携では日中は看護師がいる。夜間の急変では今後どのように連携するか。マニュアルなど整える必要がある。		
●看護師の指示を仰いでいるので、吸引の患者では医師に判断を仰ぎ、病院にいってもらおう。		

(表2のつづき)

具体的な発言内容	連携に必要な内容	連携に必要な内容(大項目)
●退院時に医師と連携するが普段はない	連携体制の確保	
●たんの吸引の必要性を判断するための状況を教えてもらい、看護師や医師へ報告、吸引の必要性や吸引以外の方法で痰を出す方法の指示を受けることのできる体制を構築しておく	連携における実施内容の明確化	
●カンファレンスの実施(現行の医療保険におけるカンファレンス加算・サービス担当者会議、連絡ノート等)	医師の指示	
●「連携」を示す、最初の証拠書類・共有書類として、医師の指示書に、その旨の記載欄があるとよい。		
●責任については、「在宅」においても最終的には「医師」になることは明らかである		
●個別計画の作成に関しては、本社看護師である指導看護師と実際に実地研修施設に勤務する看護師とのすり合わせを十分行った上で指導看護師が作成する。	個別計画の立案に関する連携	当該利用者に対する個別計画の整備
●個別的な安全に関することとしては、医師や機関長等も同席するフロアミーティング(1回/月)、ミーティング(1回/日)という機会がすでにある。		
●安全に関連した会議(カンファレンス)には、本社関係者や施設長、医師に加えて看護師や家族が参加する。介護職員は参加したりしなかったりすることがあるが、必ず看護師を通して情報は伝えられるようなシステムになっている。		
●ケアプランについて・CM、相談員、看護師、管理栄養士の会議がある		
●バックアップ体制として、技術的な面でもそれ以外でも不十分でない部分が見えてきたら、それを改善してもらえるようにフォローしてもらえる体制が必要だ。		
●指導体制や習得後のフォロー体制ができていますので特に今のところ不安はない		
●指導看護師としては、「スタッフを守る立場として」という責任がある。安全管理のためには、看護師は事故報告書やヒヤリハットの分析や記録漏れのチェック、定期的なフォローアップ、チェックリストを用いた手技のチェックなどをしていきたいと考えている。	連携体制と連携方法の確立	介護職員等の実施経過における安全性確保・評価
●老人保健施設においては、同一組織内においてこれまでにすでに実施している連携(連絡・相談・報告等や定期的なカンファレンス等)が確実に行えれば、問題はない。		

表3. 連携体制モデル案作成のための主な検討事項

【調査結果に基づく連携に必要な項目に関する検討事項】

主な検討事項

【介護職員等によるたんの吸引等の医師の指示】

- 関係職種個人ではなく、関係機関として、責任の明確化、組織的なバックアップのためにも、「連携」を約束する取り決めが必要である。(特に、医師がいない施設や在宅においては、医師(医療機関)と看護・介護の組織間関係連携関係など)
- 医師と看護師の連携関係を築くことが重要である

【療養環境・組織体制・連携体制の整備】

- 安全委員会の位置づけ(実施事項)とメンバーの明確化
安全委員会の定義を各機関や職種組織の長、または第三者機関など責任者・安全管理責任者レベルでの委員会とするか、実際のケア担当者や利用者・家族も参加する委員会とするかの定義および機能(実施事項)の明確化が必要である。⇒後者の場合は、もっと後の段階でその委員会(会議)の開催が別途必要となる。
- 介護職員自身が「吸引・経管栄養」に参加するか否かの意思確認・統一が、組織の長との間で必要である。
- 保険制度による関係職種の違い(介護保険は初期の調整に介護支援専門員、医療依存度が高いと介護支援専門員でなく医療職(医療を知っている介護支援専門員)が調整することが必要である)
- 在宅・病院との関係性確保に課題がある
- 在宅:保健所・同職種他事業所との調整に課題がある

【介護職員等の研修】

- 研修における指導看護師間の指導内容に関する調整・分担の課題
基本研修は、外部看護師でも実施できるが、実地研修は現場の看護師(実際の利用者をよく知っており業務調整も可能な者)が、すべきである。(その場合の指導看護師間のすり合わせが必要)
- 今後の法制化の動向によっては、基本的な研修は外部で実施し、個別具体的な方法の習得については各施設・事業所で実施していく可能性がある

【利用者の同意】

- 利用者の同意は、介護職員の所属機関の長と利用者・家族間の同意のみでよいのか、(各職種の所属機関が異なる場合は、それぞれが利用者との同意に参加しなくてよい)
- 今後の法制化の動向によっては、介護職員等が一定の要件の下実施することが可能となった場合、各利用者との同意は不要となる可能性もある。
- 同意については、個別具体的な計画立案時に、利用者・家族との間でその計画について共有し同意を得ていく方向性も考えられる。

【当該利用者に対する個別計画の整備】

- 利用者の同意とともに、「個別計画」を立案する前または後に、利用者・家族やサービス担当者が集まる「個別計画会議」のようなものが、安全委員会とは別に必要ではないか。

【介護職員等によるたんの吸引等の実施】

- 在宅においては、初期は、頻回な同行訪問が必要である

【介護職員等の実施経過における安全性確保・評価】

- 在宅における業務確認と実施状況の確認方法については、定期的なカンファレンス等の個別計画見直しのための会議や緊急時のメール配信、サービス提供責任者への報告し、連絡ノートへの記録などが具体的に考えられる。これらを確実に実施できるような体制が必要である。
- 定期的な介護職員の手技評価が必要である。
- 手順書・個別計画等の定期的な見直しの必要性がある。(ケア担当者間・および組織の長レベルまたは外部評価)
- 看護師による事故報告・ヒヤリハットの分析・記載漏れのチェック・定期的なフォローアップ・チェックリストを用いた手技チェックなどの仕組みが必要である。
- 介護職員の技術習得後も看護師が相談にのれるような体制が必要

(3) 今後の介護職員によるたんの吸引等の実施における課題および見通し

面接調査では、直接連携に必要となる項目に関連した内容のほか、今後の介護職員によるたんの吸引等の実施における課題および見通しについての発言が抽出された(表4)。

今後の国の方針・方向性が不明確であることによる混乱や、安全性を確保するために必要であると考えられる組織体制を整備していくにあたっての実施上の課題、介護職員の実施システムの実施上の課題、介護職員に対して医療を適切に指導する看護職員の育成も重要であるといった研修システムの課題、在宅における実施上の課題等の発言があった。

特に、在宅においては、関係職種が組織的に連携するに当たっては個々の利用者ごとに関係職種・関係者が異なる。この組織化に大きな課題があり、この課題についての実施困難を理由として、実際に介護職員等によるたんの吸引等の実施に消極的になってしまう可能性が危惧されていた。

表4. 今後の介護職員によるたんの吸引等の実施における課題および見通し

具体的な発言内容	カテゴリ
●今後の国の方向性がまだみえない	今後の方向性
●施設入居者は今後重症化すると思う。介護保険以来重症な利用者は増加しており、医療行為は増加すると思う。	
●責任については、「在宅」においても最終的には「医師」になることは明らかだが、他機関の職種の実施に関する責任を明確化された場合に、これに同意する医師は非常に少なくなるはずである。	責任の所在の課題
●責任の所在について、今回の試行時事業で問題なのは、「施設」ではなく「在宅」である。関係職種の連携については、在宅は「利用者」によって、医師も異なり、訪問看護事業所、訪問介護事業所がすべてバラバラという状況である。事前に、調整・連携といっても利用者によって異なる。非常に困難な状況かつ今後も実現不可能である。	組織化の課題
●関係する全職種の協力が得られなければ、介護職員による実施が認められない利用者も存在する	
●研修修了者が常に施設内にいるわけではないので、たんの吸引・経管栄養を実施できないときとできるときの差ができる	介護職員等の実施システムの課題
●各施設によって連携の在り方は様々であるため、たんの吸引や経管栄養の研修や実施を拡大していくときに連携の仕方に不安がある	
●本人や家族の同意を得ていく(自宅でサービスを受けるときにたんの吸引や経管栄養を実施されていても、施設に入所したら常時できなくなることもある)	
●現在、当施設などでは看護師がより医師に近づくような判断を求められる場面に遭遇する現状がある。安全を守るためには誰が何をどこまでできるのか、ということを確認にして、その職種ができるようになるならば、資格が与えられる前にきちんとカリキュラムに入れるとかその他の場においてでも研修が位置づけられるなどといったシステムが必要である。	
●継続していくためにはショートステイなども必要である。	研修システムの課題
●介護職員の中には、前向きな気持ちで実施する人もいれば、やらざるを得なくてやる人もいるかもしれない。また、ヘルパー資格をとりたての人も今後実施するようになってくるというようなことになってくるのであれば、何らかのきちんとした研修システム(カリキュラム化された)が必要である。	
●研修においては、講義も重要ではあるが実践が非常に重要になってくる。これを安全に行わなければならない。この研修場所の確保や体制については、今後どのようにしていくかの課題がある。	
●一人ひとりの利用者について、今後、施設長名での説明書・同意書を取り交わしていくのか。今後の法制化の動きによっては、介護福祉士については実施可能ということになっていくのならば、同意が必要なのかどうかは検討点である。	
●在宅においては、かかりつけ医にとって利用者が利用する他機関の介護職員に対する「責任」までを担うことになる、引き受ける医師はいなくなってしまう。	在宅の課題
●医師が明確にこの体制に参画することを義務付けるか(義務付けではかかりつけ医からおりてしまう可能性もある)または、報酬面等での補償をつけるなどしなければ、結果的に利用者・家族が非常に困る事態に陥る。(現在、実施されている人の経過措置は必須)	
●在宅では、家族が見ている前での実施や個人対個人が密室で実施されていくことになる。何らかのトラブルがあったときにすぐに手助けがない状況やクレームに対しての事実確認が困難となる。在宅における介護職員のプレッシャーは絶大なものとする。	
●施設の体制と在宅の体制を同一の基準で考えるのはかなり難しい。	
●在宅では、利用者像も非常に多様(年齢層、状態像、家族状況)、利用者像の面からも在宅の方が習得すべき範囲が多く、リスクも異なる。	介護職員等の実施の意義
●命に直結することなので、慎重に進める必要があるが、始まれば家族のレスパイトにはなると思う。	
緊急時の対応に関して本人・家族には意思確認を事前に行っているが、実際の緊急時には本人家族の思いや状況が変化することがある。	個別計画
●在宅に戻るにあたって医療機関では在宅に戻すがその後のフォローをしていない。(緊急時の受入をしてくれないと困る)	緊急時体制
●安全管理ということを考えると今後は、きちんと安全管理ができ、その指導もできる看護師を育成しておくことが必要である。	指導する看護師の課題

(4) 介護職員がたんの吸引等を実施することに対する意見

直接連携に必要となる項目に関連した内容のほか、「介護職員がたんの吸引等を実施すること」に対する発言が抽出された（表5）。

主に、介護職員の実施上の課題として、人工呼吸器や気管切開の利用者に対しての実施は危険性の問題から危惧していたり、たんの吸引や経管栄養の実施に伴うリスクや怖さを知ったことによる不安、緊急時対応への不安などがあった。一方、利用者のニーズに応じるために介護職員等がたんの吸引等を実施できるようになることが望ましいといった実施意義の発言があった。また、介護職員の実施については、一定の質の確保が必要であることや今後の試行事業後の国の方針および安全面等における方向性などを見極めてからの慎重な判断をしたいなどの発言があった。

表5. 介護職員がたんの吸引等を実施することに対する意見

具体的な発言内容	カテゴリ
<ul style="list-style-type: none"> ●人工呼吸器や気管切開の人は介護職には無理があると思う。 ●人工呼吸器の操作が介護職にできるのか、問題がある。→人工呼吸器や気管切開は看護師が実施することが適切である。 ●介護職員が実施するにあたって、その行為の怖さをしらないことが怖い。 ●これで制度化してスタートすると不安である。 ●たんの吸引や経管栄養を実施するリスクが隠れていることもわかり、こわいし、やりたくないという思いを持ったまま行うこととなる ●不安なのは夜間だけなので、介護職が関わることはないが番待機で関わる介護職があわてないようなことは必要である。事故が一番困るので、心配。常時実施しているのではないので緊急時の混乱やあわてるなどのときはどのようになるのか ●夜間起こるとしたら吸引などを実施することはあると思う。見よう見まねならできるが日々実施しないので、緊急時は困ると思う。資料を見て行うことになる。 ●命を預かる行為であり、看護師のみでの対応では限界があるといったときに介護職員が実施できた方がよいと思う。しかし、事故が起きる可能性があるということは防がなければならない。その時の補償の問題は十分考えておかなければならない。 ●研修受けて、ますます、吸引はしたくないと思った。手技が大変だった。 	介護職員等の実施上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ●生命に関わるときは実施する必要がある ●グループホームの職員全員が実施できるようになるとよい。 看護職なのに、介護職に吸引を行わせることに同意するのいかがなものかと問われたが、訪問看護をしていた時に医療依存度の高い人が地域に戻ってきた時に、看護師のみでは対応できないか、また何らかの方策が必要であると考えた。それを考えると研修は必要であると考えた。 ●上司からのすすめにより試行事業に参加した。自分も待っていた機会だったため嬉しかった。 ●グループホームでは、胃ろうの人の入所の相談が多く、また看取りも多くなってくるためグループホームで吸引・胃ろうが実施できることがありがたい。 	介護職員等の実施意義
<ul style="list-style-type: none"> ●グループホームの職員全員が受講できるとよいが、介護職ならだれでもよいということではなく、実際は、学習意欲のある人でないと難しい ●間口は狭く、中身は深いほうがよい 	介護職員等の実施の一定の質確保
<ul style="list-style-type: none"> ●研修を修了した者が実際にたんの吸引や経管栄養をしていくとすれば、同法人の老人保健施設ではたんの吸引や経管栄養を介護職が通常業務で実施していく方針もなく、またできる者もおらず、同法人内の施設で差が出てくるのがどう影響していくのかわからない ●緊急時はやらないといけないということになるなら、緊急以外にも実施し技術は身につける。吸引は看護師の仕事と考えているが、しなければならぬことなら、練習の必要がある。 ●調査によると、吸引等に関する講義を受ける前と後では、講義を受けた後の方が吸引等をやりたいというヘルパー数は減少するといわれている。リスクを知るからであろう。このような現状から、看護師と介護職員の連携による介護職員による実施が制度的に認められあつたとしても、本施設としては、本当にこの体制でできるのか安全なのかということを十分見極めてから判断をしたいと考えている。 ●介護職員がやるということについてのとらえ方は様々である。動向として介護職員も実施しておく方向性があるため、準備はしておくが、業務としてやりたくないという介護職員もあり、会社としても方針は十分見極めて行う。 	今後の方向性を見極め

2) 介護職員によるたんの吸引等に関する連携モデル案の作成

前項の通り、面接調査の結果(表2～表5)に基づき、「試行事業および2009年度版関係職種連携フローに基づく調査用モデル」についての検討課題が明らかになった。

これらを踏まえて、今後の法制化を想定した介護職員によるたんの吸引等に関する連携モデル案を作成した(図2)。

この連携モデル案の流れは、①組織的決定、②療養環境・連携体制の整備、③当該利用者に対する個別計画の整備、④介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得、⑤介護職員等によるたんの吸引等の実施、⑥介護職員の実施経過における安全性確保・評価とした。

尚、図内の色付けの項目は、図1「試行事業および2009年度版関係職種連携フローに基づく調査用モデル」で示していた項目、色付けなしの項目は、調査1の面接調査結果を踏まえて、新たに追加した項目を示している。

以下、具体的な内容を報告する。

1) 組織的決定

「組織的決定」とは、法人または事業者による「介護職員によるたんの吸引等の実施」の方針決定をすること、法人または事業者の決定を受けて、責任者(施設長、訪問介護事業所管理者)による「介護職員によるたんの吸引等の実施及び施設・事業所の運営体制の決定をすることである。施設・事業所においては、組織的な運営体制を構築する際に、医師または看護職員が外部組織(法人)の場合は、外部機関との連携の必要性の判断をし、連携に関する文書を締結する。また、施設・事業所責任者は、介護職員によるたんの吸引等の実施について、実施体制を整備していることを踏まえて行政機関に対する申請を行う。

2) 療養環境・連携体制の整備

「療養環境・連携体制の整備」とは、施設・事業所において、安全に介護職員によるたんの吸引等が実施できるような療養環境・連携体制について、安全委員会を設置するとともに、標準的な医師・看護師・介護職員の情報交換による連携を図れる体制の整備、標準的な技術の手順書等の整備、夜間や緊急時の連絡体制の構築、標準的な緊急時の対応手順書の整備、標準的な緊急時の対応の定期的な訓練、標準的な安全・衛生面の管理ガイドラインの整備、地域の関係機関との日ごろからの連絡支援体制の整備をすることである。

安全委員会とは、施設・事業所において、標準的な医師・看護師・介護職員等の情報交換による連携体制の確認および見直し、標準的な技術の手順書・緊急時連絡体制・緊急時の対応手順書・緊急時対応訓練・安全衛生面の管理ガイドラインに関する確認および見直し、地域の関係機関との連絡支援体制の確認および見直し、安全対策(事故対策・ヒヤリハット収集など)や予防対策の構築、利用者の個別計画の確認、定期的な介護職員によるたんの吸引等の実施状況の把握と安全な実施の評価、当該施設・事業所としての実施状況およびヒヤリハット等の行政(必要に応じて法人(本部))への報告をする委員会である。安全委員会は、医師・看護職員を含む医療・保健・福祉の専門職5名程度および地域の関係機関の関係者により構成し、専任の安全対策を担当する者(以下、「安全対策担当者」という)を決めておく。安全対策担当者は、医師・看護職員等であることが望ましい。安全委員会は、おおむね1月に1回以上定期的に開催するとともに、事故やヒヤリハット発生状況等により必要に応じ随時開催する必要がある。

また、「(標準的な)連携を図れる体制」とは、①医師・看護職員・介護職員のそれぞれの職種間で情報交換(連絡・相談・報告)をするための標準的な方法(手段)・内容等に関する事

前の取り決めをしていること、②必要時に医師の判断が確認できる体制を確保していること、③当該機関の職員として、または病院若しくは診療所若しくは訪問看護事業所との契約により、看護師による24時間連絡対応体制を確保していることが安全性を確保するための連携体制として必要なことであると考えられた。

3) 当該利用者に対する個別計画の整備

「当該利用者に対する個別計画の整備」とは、組織的決定の下、施設・事業所における療養環境・連携体制の整備が行われたことを受けて、利用者の個別具体的な療養環境・連携体制を計画し、整備することである。

具体的には、利用者ごとの医師・看護師・介護職員の情報交換による連携を図れる体制を整備し、利用者個々の介護職員等によるたんの吸引等の医師の指示、個別計画会議の開催・参加、利用者ごとの個別具体的な計画技術の手順書・夜間をはじめ緊急時の連絡体制・緊急時の対応の手順を整備する（計画を共有する）ことである。

また、「個別計画会議」とは、参加可能な場合は利用者本人または家族、当該利用者へのケアに実際に参加・関係する介護職員・医師・看護職員さらに必要に応じて介護支援専門員・保健師などにより構成し、利用者ごとの医師・看護師・介護職員の情報交換による連携体制の確認と見直し、個別具体的な計画、技術の手順書、緊急時の連絡体制、緊急時の対応手順の確認と見直し、利用者ごとの身体状態・家族状況等の共有、課題の共有、定期的なたんの吸引等の実施状況の把握と課題の共有、実施状況およびヒヤリハット等の各施設・事業所が設置する安全委員会への報告をすることとしている。その際、構成員が外部法人の者の場合は、必要に応じて、連携に関する「文書」を締結して組織する。個別計画会議においては、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに個別具体的な計画に責任をもつことができる担当者（以下、「個別計画担当者」という）を決めておき、個別計画担当者は、医師および看護職員など医療職員とすることが適切である。個別計画会議は、利用者の病態に応じて開催するとともに、当該利用者へのケア提供関係者の変更時に開催する。おおむね1月に一回以上の開催をすることが適切であるとしている。

4) 介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得

「介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得」とは、利用者の個別計画に従い、介護職員が、利用者の個別的な実施手順や技術の習得をする、利用者ごとの緊急時の対応の訓練をするということである。ここで、本研究では介護職員の研修について、前提として、すでに標準的なたんの吸引等に関する知識・技術（演習含む）を習得した介護職員であることとしている。そのため、この段階においては、たんの吸引等を要する利用者が確定した時点で、再度、個別具体的な方法（利用者の状態や留意点等を考慮した実施方法）を習得する必要がある。

5) 介護職員によるたんの吸引等の実施

「介護職員によるたんの吸引等の実施」とは、以下のステップに従い、安全性を確保しながら実施することである。まず、医師は、「安全管理体制の確保」として、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員とで協働して実施できるかについて看護職員との連携の下、承認する、②当該利用者について（吸引・経管栄養）を実施する介護職員について看護職員との連携の下、承認する、③状態像の変化により介護職員が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうか等を確認するということを実施する。

その上で、看護職員は、「観察判断」として、利用者の吸引・経管栄養に関連する事項お

よび全身状態を観察し、看護職員と介護職員との協働による実施が可能かどうか等を確認する。この時、判断に迷うときは医師の判断を確認する。

医師・看護職員の確認の下、介護職員は、実施手順に基づく「たんの吸引・経管栄養」の実施をすることになる。具体的には、実施前の観察、実施準備、ケア実施、結果確認報告、片づけ、評価記録を実施する。この経過において、介護職員等が緊急時等、異常を確認した場合は、看護職員に報告をして、看護職員が確認することで安全性を確保する。また、いつもと違った変化については医師または看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断することが必要である。

6) 介護職員の実施経過における安全性確保・評価

「介護職員の実施経過における安全性確保・評価」とは、介護職員による実施について、介護職員および看護職員は、医師に対する報告（報告書の提出）を実施し、指示書や指導助言の記録、実施の記録の作成・適切な管理保管、ヒヤリハット事例の蓄積・分析、定期的かつ必要に応じた個別計画会議（カンファレンス）の開催、定期的かつ必要に応じた介護職員の手技・知識のフォローアップ（指導）、定期的な緊急時の対応の訓練を実施する。更に、定期的な安全委員会の開催・参加をすることで介護職員によるたんの吸引等の安全な実施についての確認および見直しをする。また、定期的に組織として、介護職員によるたんの吸引等の実施状況を踏まえた評価および実施方針・実施体制の見直しをするために、組織運営・管理に関する委員会の開催・参加をすることが必要である。

以上により、今後の法制化を想定した介護職員によるたんの吸引等に関する「連携モデル案」について、図2の通り作成した。