

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日間の研修に行くと了承を得た	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。		
●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	運営体制の確保(地域の組織化)	
●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しようとしている。		
●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	責任の所在の明確化	
●訴訟への対応ができるよう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。		
●特養では囑託医師で看護師の判断になる。判断は看護師。医師⇄看護師⇄看護師⇄介護職の連携は密にする		連携体制と連携方法の確立
●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いた。		
●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。		
●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	療養環境・連携体制の整備	
●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0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おき、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ことが必要である。		
●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。	安全委員会の役割と構成員の明確化	
●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となり、指示に従って対応することになっている。		
●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分以上あかかると、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、病院にいらしてもらう。	緊急時体制の確立	

(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)
<ul style="list-style-type: none"> ●退院時に医師と連携するが普段はない ●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 	連携体制の確保	当該利用者に対する個別計画の整備
<ul style="list-style-type: none"> ●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) 	連携における実施内容の明確化	
<ul style="list-style-type: none"> ●「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。 	医師の指示	
<ul style="list-style-type: none"> ●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 		
<ul style="list-style-type: none"> ●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	
<ul style="list-style-type: none"> ●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。 		
<ul style="list-style-type: none"> ●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。 		
<ul style="list-style-type: none"> ●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 		
<ul style="list-style-type: none"> ●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。 		
<ul style="list-style-type: none"> ●指導体制や習得後のフォロー体制ができているので特に今のところ不安はない 	連携体制と連携方法の確立	
<ul style="list-style-type: none"> ●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。 		
<ul style="list-style-type: none"> ●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
<p>【介護職員等によるたんの吸引等の医師の指示】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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
<p>【療養環境・組織体制・連携体制の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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
<p>【介護職員等の研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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
<p>【利用者の同意】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。
<p>【当該利用者に対する個別計画の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。
<p>【介護職員等によるたんの吸引等の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅においては、初期は、頻回な同行訪問が必要である
<p>【介護職員等の実施経過における安全性確保・評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●介護職員の手技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、直接連携に必要な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。	在宅の課題
●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。	
●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。	介護職員等の実施の意義
●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。	
●命に直結することなので、慎重に進める必要があるが、生まれれば家族のレスパイトにはなると思う。	個別計画
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。	
●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
●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。	介護職員等の実施上の課題
●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遅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なのか	
●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。	
●生命に関わる時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。	介護職員等の実施の一定の質確保
●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	今後の方向性を見極め
●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おり、会社としても方針は十分見極めて行う。	

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。

図2. 法制化を想定した介護職員によるたんの吸引等の連携モデル案

	個人(職名等)							委員会		
	本人・ 家族	介護 職員	医師	看護 職員	施設 長	訪問 介護 事業 所長	介護 支援 専門 員	保 健 師 (保 護 所 関 係 者)	運 営 管 理 委 員 会	安 全 委 員 会
<p>【組織的決定】</p> <p>法人または事業者による決定</p> <p>■介護職員等による「たんの吸引等」の実施の方針決定</p> <p>法人(本部)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・経管栄養の実施及び施設・事業所の運営体制の決定</p> <p>■組織的な運営管理体制を構築する際、医師または看護職員が外部組織(法人)の場合は、外部組織(法人)との連携の必要性の判断 ※連携に関する「文書」の締結 ■介護職員等によるたんの吸引等の実施の申請(行政機関)</p>		○※1	○※2	○※3	●	●	○※4	○※4	●	
<p>【療養環境・連携体制の整備】</p> <p>責任者(施設長、在宅は訪問介護事業所管理者)による安全委員会の設置 ※在宅・地域の在宅ケアチーム関係者からなる安全委員会を設置する</p> <p>安全委員会の開催・参加</p> <p>■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)、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</p> <p>標準的な医師・看護師・介護職員等の情報交換(居宅の場合、同行訪問・連絡・相談・報告)による連携を図れる体制※6を整備する</p> <p>標準的な技術の手順書等を整備する(共有する)</p> <p>標準的な、夜間をはじめ緊急時の連絡体制(連絡網・報告相手と報告内容など)を構築する(共有する)</p> <p>標準的な、緊急時の対応手順書を整備定める(共有する)</p> <p>(再掲)標準的な緊急時の対応の訓練を定期的にする</p> <p>標準的な感染の予防等、安全・衛生面の管理のガイドラインを整備する</p> <p>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を整備する</p>		○※1	○※2	○※3	●	●	○※4	○※4	●※5	
<p>【当該利用者に対する個別計画整備】</p> <p>利用者ごとの医師・看護師・介護職員等の情報交換(居宅の場合、同行訪問・連絡・相談・報告)による連携を図れる体制※7を整備する</p> <p>■医師または看護職員が外部組織(法人)の場合における組織的な方針(外部組織(法人)との連携の必要性の判断) ■連携に関する「文書」の締結</p> <p>介護職員等によるたんの吸引等の医師の指示</p> <p>■医師から看護職員に対する書面による必要な指示(吸引の実施および関係する事柄(介護職員等との連携など)) ■医師から介護職員に対する、書面によるたんの吸引または経管栄養の実施の指示</p> <p>個別計画会議の開催・参加※8 (主催:施設長、在宅は訪問介護事業所長)</p> <p>■利用者ごとの医師・看護師・介護職員等の情報交換による連携体制※8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</p> <p>利用者ごとの個別具体的な計画を整備する(計画を共有する)</p> <p>医師、看護師とともに当該利用者の技術の手順書を整備する(共有する)</p> <p>利用者ごとの夜間をはじめ緊急時の連絡体制(連絡網・報告相手と報告内容など)を構築する(共有する)</p> <p>利用者ごとの緊急時の対応の手順をあらかじめ定める(共有する)</p>		●	●	●	●	●	○※4	○※4	●※5	●※6

※1:介護職員の代表者
 ※2:施設医(専従医師・嘱託医・提携医療機関医師など)
 ※3:看護職員の代表者(専従看護師または提携する看護職員)
 ※4:必要に応じて介護保険利用者の場合の介護支援専門員や保健師等の参加

※5
 ●安全委員会とは、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する。
 ●構成員が外部法人の者などの場合は、必要に応じて、連携に関する「文書」を締結して組織する。
 ●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、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て随時開催する必要がある。

※6 「(標準的な)連携を図れる体制」とは、以下の体制を整えることである。
 ①医師・看護職員・介護職員等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

※7 個別計画における「連携を図れる体制」とは、
 ①医師・看護職員・介護職員等のそれぞれの職種間で情報交換(連絡・相談・報告)をするための個別具体的な方法(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

※8 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
 ●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。
 ●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)を決めておく。
 ●個別計画担当者は、医師および看護職員である。
 ●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。

3. 調査Ⅱ：熟練実践者および学識経験者による連携モデルの作成

A. 目的

[調査Ⅰ]で作成した連携モデル案について、先駆的实践活動をする施設または事業所管理者・看護師・介護福祉士・医師・介護支援専門員および法律専門家の意見を踏まえて、モデルの妥当性や実現可能性を確認することにより、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、介護職員による安全なたんの吸引等の提供のための関係職種連携モデルを作成する。更に、本モデルの実施を想定した場合の実施上の課題などを検討し、法制化を想定した場合の今後の課題を明らかにする。

B. 方法

1) 調査対象

調査対象者は、先駆的实践活動をしており協力の意思が得られた施設または事業所管理者・看護師・介護福祉士・医師・介護支援専門員および医事法・医療関係職種の関係法に精通する法律専門家とする。選定方法は、研究班によるネットワークサンプリングにより抽出し、自由意思に基づく研究協力の得られたものである。

2) 調査方法・調査内容

調査方法は、先駆的实践活動をしている施設または事業所管理者・看護師・介護福祉士・医師・介護支援専門員および法律専門家に対して、調査1において作成した「連携モデル案」を事前に送付し、更に調査時に説明を加えた上で、連携モデル案に従って実践した場合の実施上の課題等について、半構成的面接調査を実施した。

面接調査時間は、一回約30分～60分程度とした。調査期間は、平成23年2月である。

調査内容は、①対象者の属性（所属機関の概要・対象者の看護・介護経験年数等）、②提示したモデル案に基づく実践上の課題、③提示したモデル案に基づく実践における妥当性、④提示したモデル案における関係職種間の法的関係性を踏まえた妥当性についてである。

3) 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、実施上の課題・連携モデル案の検討事項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項目、および連携モデル案の構成等に関する修正点を検討し、安全な介護職員によるたんの吸引等の実施のための連携モデルを作成した。更に、今後の法制化を想定した場合の課題について分類整理した。

4) 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) 対象者及び対象者の所属施設・事業所の概要

先駆的実践者としての対象者は、施設または事業所管理者4名、看護職員3名、介護福祉士4名、医師4名、介護支援専門員3名、計18名および法律専門家2名であった。

実践者の所属機関は、特別養護老人ホームが5名、訪問看護事業所4名、診療所3名、居宅介護支援事業所3名、老人保健施設1名、グループホーム1名、病院1名であった。

所属機関において、これまでに違法性阻却下での介護職員によるたんの吸引を実施していた者は8名、経管栄養を実施していた者は5名であった。

2) 連携モデル案に基づく実施上のおよび理論的な課題

(1) 連携モデル案に基づく実施上の課題

面接調査の結果、介護職員によるたんの吸引等の実施について、連携モデル案に基づく実施を想定した場合の実施上の課題として、以下の意見があった(表6)。以下、本モデル案の大項目に従って報告する。

①組織的決定

組織的決定の段階における実施上の課題としては、組織が介護職員によるたんの吸引等を実施するか否かを決定する際に、介護職員の意思やキャリア・勤務形態などのばらつきに考慮が必要であることなど「介護職員の参加」に関する課題や責任の問題に関する危惧、介護職実施することになった場合の研修費用など施設・事業所の経営に関わる課題があった。また、関係職種との連携体制を確保する上での課題(特に、医師が外部機関である場合)、在宅における行政による地域の状況の統括の希望などの意見があった。

②療養環境・連携体制整備

療養環境・連携体制整備の段階における実施上の課題としては、安全委員会について、必要性は理解できるが、特に在宅の場合には、介護職員・医師・看護職員がそれぞれ異なった機関(法人)であることが想定され、安全委員会を組織することの困難や調整者が不明確になる可能性があり、実際には個別のミーティング・カンファレンスで実施するようになるという意見、個々の事業所ではなく地域で組織するのであれば可能ではないか等の意見があった。また、連携体制の調整を行ってマネジメントする職種については利用する保険制度や地域によって異なるという課題、連携体制を組織するにあたっての行政の関与の希望とその困難についての意見があった。

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の段階における実施上の課題としては、特に、在宅において個別計画会議を開催することの困難(時間調整等の問題)があった。この点について、現在すでに実施しているカンファレンス等や日常的な連絡等も含めて考えれば実現可能であるとの意見もあった。また、個別計画については、個別計画を現在の介護保険のケアプランに組み込むなどの工夫により現場の負担軽減が図れるといった意見やこの個別計画を共有する段階で、利用者・家族がその計画および介護職員によるたんの吸引等についての説明を受け、同意をすることが必要であるといった課題があった。

更に、医師の指示については、これまで医師から介護職員への指示というものは存在しなかったための混乱が予測されるという課題があった。また、「医師の指示」ということにより介護職員・看護職員に加えて医師の責任も明確になることにより、今後全国的に実施され

るようになった場合、「医師の指示」に関する医師の理解を得ていくことの困難が予測されることについての課題があった。

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の段階における実施上の課題は、定期的な研修体制の必要性は認識しているが単独施設・事業所のみによる開催が困難であること、その場合には地域ぐるみの研修会の開催等を期待するという意見、介護職員に対する医療行為の指導を適切に実施できる看護職員の育成が必要であるなどの意見があった。また、在宅においては、危険度の高い利用者もあり、介護職員の能力や経験も多様であるため、基本的な研修の充実が必要であるといった課題が明らかになった。更に、当該利用者が少ない場合の施設・事業所では日常的な訓練ができず緊急時に適切に対応可能であるのかといった課題があった。

⑤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・評価の段階における実施上の課題としては、安全性を確保するための安全委員会の組織化については、施設においてはすでに安全に関して管理している委員会や定期的なカンファレンス・勉強会等を活用しながら吸引等に関しても実施していくことができれば実施可能ではないかという意見があった。一方、在宅においては、「②療養環境・連携体制整備」における安全委員会の設置の困難に関する課題と同様、安全委員会の定期的な開催をすることが難しいという課題が明らかになった。例えば、すでに定期的な勉強会などを地域ぐるみで実施している場合は、その活用により実施可能であること、行政の関与等によって地域的な仕組みづくりが重要であるという課題が明らかになった。また、安全性確保・評価において、関係職種が同一施設内に所属していない施設および在宅においては、責任の所在や責任体制が不明瞭であるという課題があった。

表 6. 連携モデル案に基づく実施上の課題

モデルの大項目	カテゴリ	具体的発言内容
組織的決定	介護職員の参加	●福祉職をどういうポジションに持っていきたいのか不安。爪きり、血圧測定もようやくできるようになったが、労働者がいない、ということだけでなく、介護職の位置づけがはっきりしたほうが良い。その状態で吸引、胃瘻が来ると混乱する。
		●介護職を育てて実施することについて、今は何でも介護職になっている。生活支援が重要なのに、必要性といわれ医療行為をすることになってしまう。
		●看護職は訓練と勉強をしているが、介護職員は、吸引も知らずにどんどんさせられた。危険性も指導されずに、責任を問われたときに自分になる。
		●施設だが、介護職員の専門性としてはやりたくない。
		●経営者が吸引することを決定し、どう職員の同意を得て、方針を共有していくのか(経営者が吸引することを決定しても、職員の同意が得られなければ、吸引の実施に向けて先に進むことはできない)
		●徹底的に看護師の資格を取ったほうが自信をもって実施できる。
		●現実的には看護師は夜間不在であり、介護職より、看護師の24時間体制が大切。
		●介護職で吸引をさせることは問題である。看護と介護職の間の人がいればいいと思う。
		●看護師不足を介護で補おうと思っている。
		●介護職員のうち、実施に対する意思や資格・キャリア・勤務形態などにばらつきがあり、実施に不安を抱く者もいる可能性がある。組織的な検討において、介護職員自身の意思が尊重されるようにする必要がある。
	●介護職員としては自信がない、頼まれた患者の不安も大きい(オムツの交換しかしたこと無いのに...)伝令として利用されているので。日常の業務に入ってくる時に施設として大変である。(移行期間が半年あっても、困難かもしれない)	
	●介護職でもできる人としてできない人が出てくる。積極的に研修をしたい人もいる。生活の中でしなければならぬことはスキルアップしようと考えている。	
	●医療がすすむと福祉もすすむ。それは分かっているが、看護師ではなく、介護福祉士になろうと思って実施している。	
	●実際に、吸引のニーズがある利用者があり、吸引ができるヘルパー事業所を探したが、事業所経由ではなくヘルパー個人とのやりとりになる現状があり、吸引を引き受けてくれる事業所を探すことが困難である。	
	●介護職員が医療行為を実施することには、研修などの時間や責任等がかりその分の報酬は確保する必要がある。一方で、報酬がつくことになると、経験の浅い人がどんどんやっていくことになると安全性の面で心配である。	
	●おそらく、組織としても教育体制などが整えば介護職員によるたんの吸引等の実施を考えると可能性があると思う	
	●今の介護職のレベルでできるか課題がある。できるようになってほしいが、緊急対応は人の体を理解していないと危険である。	
	●介護職員によっては、吸引等の実施に消極的な人も可能性がある。介護職の資格やキャリア、常勤・非常勤等によってもばらつきが考えられる。	
	●介護職員の中では、非常に不安をもって参加する者もいると考えられ、そのような不安への対処(自由参加が可能となること)が必要ではないか。	
	責任	●経営栄養は食事ではあるが医療行為なので、実施する人は自分(介護職)なので介護職の責任が重い。
●看護職員が現場で介護職員の医療行為を指導するときに抵抗感がある可能性もある。施設としては「何があったときに面倒みる」という園長の意思があれば、説得力も持てる。特に一番初めの施設の決定が重要と考える。		
●手技ですときの危険や問題があったことをどうするのか。		
経営	●経営的な考慮はしていない構成図だが、具体的な報酬体系を示されないと、経営者は動かない。研修でも(基本、実地研修)交通費も参加費もつかない。現在でも施設の6割が介護福祉士であれば加算がつく。そんな加算も必要である。	
	●在宅において実施体制を整備するのは大変なことである。何らかの加算がつくことによって、安定化していくことも考えられるが、現状では不安定である。	
体制	●医療依存が高い患者が入るようになってくれば、施設も、はじめから本人・家族の意向を聞いていくことができるようになるかもしれない。施設が世の中にあつた状態に変化する必要と報酬が必要である。	
	●医師との時間的同意は取れるのか疑問である。提携医師がここから40分以上離れた病院医師である。計画は看護師、医師が実施し、医師の評価が入るが、体制さえ揃えば、できる可能性はある。	
行政の関与	●居室では、手技ができればいいというわけには行かず、各療養者の生活に合った医療的ケアを提供できるようにならなければ、本人も家族も納得がいかないため、療養者と関係のない施設や事業所の関係職種が関わっていないと意味がない	
	●今後、行政などで一括して、管轄地域において吸引ができるように整備されている訪問介護事業所がすぐにわかるようなシステムができると望ましい。(行政の関与の在り方)	
療養環境・連携体制の整備	安全委員会	●安全委員会とは、「責任」ということを考えると必要なことである(行政が関わることも重要)個々の負担を軽減することが必要であり、在宅の場合は、個々の事業所での安全委員会は難しいかもしれないが、管轄地域レベルで(いくつかの事業所が共同で)安全委員会を組織することは可能ではないか
		●在宅では、安全委員会を組織するのは困難だと思うが、例えば地域ケア会議のようなもので事業所のみではなく地域ぐるみで組織できれば実現可能となる可能性もある。
		●在宅では、安全委員会を組織するための調整者が不明確になる可能性がある。
	関係職種	●小さな1診療所では、安全委員会などの会を組織しているわけではない。必要なことは、適宜ミーティングやカンファレンスで行っている。
		●老人保健施設では、安全委員会の実施内容に関しては、既存の委員会(感染委員会、研修委員会、リスク委員会など)がになっていることを置き換えて実施可能である。
		●関係職種が各組織にまたがる居室では、実際の実施に伴いリーダーシップやマネジメントを行う機関や職種は、地域によって医師であったり、訪問看護師であったり、保健師であることがあってもいいようにする(地域特性等に対応できるようにする)
		●介護保険の場合の調整には、介護支援専門員は重要だが、医療がわかる介護支援専門員でないと難しい。
		●介護職員の医療的ケアを受ける利用者がどこにののか、どの事業所なら今提供できるのか、行政が把握し、保健師が地域資源を把握し、必要に応じてマネジメントできるようにする(地域の状況を把握できるのが行政の強みであり、各施設、事業所、また利用者では把握しきれず、また保健師に機能を発揮してほしい)
		○「保健師」の関与が困難または不要なことがある
		●緊急対応が人の体を理解していないと危険である。今の介護職のレベルでできるのか(できるようになってほしいが)
連携体制	●介護職員が医師と看護師と連携をとれる体制が重要である。	
	●地域によって在宅ケアチームの在り方が異なるため、統一は難しい。	
	●看護師は医師と介護職の間に入って行く。それが患者安全になる。体制が揃えば、胃ろうの人を固めて配置して看護師の目の前にいるが、今後この体制が決定されれば、対象患者が増えても、手が多くなるので、いくらか楽になっていく。また、現状、入所者の高齢化、介護の困難化も進んでいるので、胃瘻の人だけにとられることが分散される	
●組織化することについては、老人保健施設の場合はすでに連携体制ができていないので困難はない		

(表6のつづき)

モデルの大項目	カテゴリ	具体的発言内容
当該利用者に対する個別計画の整備	個別計画会議	●現在行っているケアカンファレンスの形であれば可能である。その際には、利用者・家族に理解を深めてもらう目的もある。
		●現在行っているカンファレンスの方法として、時間調整が困難なため医師の訪問診療に合わせて患者宅に関係職種が集まるというようなことをしている。
		●在宅では、個別計画会議の調整者が不明確になる可能性がある。
	個別計画	●在宅では、カンファレンスで一同に会すること自体の調整が困難だが、その分、日常的な連絡(医師の訪問診療に同行して得た情報を各職種に連絡するなど)で補うことも多い。
		●個別計画会議は、サービス担当者会議やすでに月2回実施しているケースカンファレンスなどに置き換えられる。ただし、その場合には「吸引や経管栄養」に焦点化したものでなく、利用者のケア全体の中での吸引・経管栄養ということで関連性を持ちながらの検討になる。
		●介護保険のケアプランにより具体的に盛り込んでいくような形などが考えられる。
	連携の文書	●「当該利用者に対する個別計画整備」の段階で、連携に関する文書を締結する際、「この利用者は、介護職員による吸引等を実施してもよい」と判断した根拠(状態像・連携体制等含め)を明記して、関係職種・関係者が全員の共通認識のもと実施していけるようにすることが望ましい。これは、介護職員の不安に対する対処としても重要である。
		●個別計画については、利用者が在宅や他施設に移行した場合などにもそのまま継続して使用することができれば、より継続的なケアにつなげることができる。
	利用者の同意(連携体制)	●連携に関する文書は必要であると思うが、これ以上現場の負担を増やさない方法として、例えば看護師への指示は現状の訪問看護指示書に吸引についても簡略化して盛り込んだりすることが必要である。
	医師の指示	●「医師から看護職員への連携の承認」と「医師から介護職員への指示」について、書面で本人・家族に説明同意を得る(本人・家族の説明同意が書面でなければ実施できない、また他のサービスも本人・家族に書面で説明と同意を実施しているため)
●介護職員にも医師が指示をすることが不明になる点もある。介護職の混乱が起こる。医療と介護のバランスが崩れ問題になる。		
●医師の指示について:在宅では、ヘルパーと医師が会話することがない。病院も変わる。担当者会議にも参加しない。現実的に指示とは変で、介護職は看護師との関係は並列ではないか。		
●これまで、医師から看護職員への「吸引に関する具体的な指示」というものはなかった。医師が吸引に関する指示を具体的に出すことになるといついかならないか医師も出てくる。むしろ、包括指示によって、看護師が具体的に活動し、医師が総括的に関わる方が現実的である。		
●医師の指示ということから、看護職員・介護職員に対しても責任を担うということは明確だが、全国的に浸透させていくことを考えた場合、医師の理解を得ていくことが難しい可能性がある。		
●医師の指示については、職種間の信頼関係が構築できれば、看護職員が主導で医療行為を移行していくことができるのではないかと		
●看護の指示があって、医療行為をしている。看護師が実施している。医師からの指導は困難である。		
介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得	研修体制	●必要時、保健師が支援できる体制もつくる(介護職員の研修や教育は、多くの小規模の事業所では対応しきれないこともある)
		●介護職員に対して医療行為を適切に指導できる看護職員を育成することが必要である。
		●在宅はメンバーも多様で、かつ危険度も高い利用者も多い。介護職員の質や経験もバラバラであり、基礎的な研修を充実させる必要がある
		●介護職員のモチベーションを維持するためのフォロー体制やキャリアアップのしゅみが必要である。
	研修内容	●現在も研修委員会が主催する定期的な勉強会を各職種が参加の下実施している。このような定期的な研修に盛り込んでいくことが可能である。
		●定期的な研修体制が必要であるが、当該施設だけで体制は組めないで、ある一定地域での協議会等で研修会を開催してもらい、参加する形が望ましい(吸引の必要な入所者が常時いるわけではない場合、定期的に研修していないと怖くて実施できないが、1施設だけで研修会の企画運営は難しい)
		●手技から入ってしまう。利用者のリスクを知る必要がある。
	家族への指導	●吸引機の利用方法より、タッピングや介護技術を考えるべきである。たんを喀出することの技術があるはずである。
		●実技ありきではなく、経験と利用者観、教育…介護職の専門性に立ち返ってできることをするべき。
	日常的な訓練	●吸引行為の実施の有無だけでなく、嚥下訓練などの予防やケアなどの教育・研修も含めてほしい(本来吸引しなくてもいい状況が、吸引行為にとらわれ、かえって吸引回数が増え、利用者の苦痛が増えたり、状態が悪化することも考えられる)
●家族も研修が受けられる体制も必要である(吸引という行為にイメージがわからないため、サービスや療養の場の選択をするために吸引とはどういふものか知ってもらうため)		
●むしろニーズのある利用者が少ないため、日ごろの訓練が困難な状況が考えられる。		
介護職員等の実施経過における安全性確保・評価	安全管理体制	●老人保健施設の場合は、施設内に医師、看護師がおり、実際の利用者ニーズも多くないことから、介護職員による実施のニーズ自体が少ない。その分、緊急時に急に実施するようなことと日ごろの訓練をどのように行うかが問題である。
		●普段やっていないと緊急時に適切に対応できるかどうかはわからない。
		●保健師も、各地域の研修会や勉強会の開催等も含め、安全性の確保や評価ができる仕組みが必要である(多くの小規模事業所では対応しきれず、地域を把握できるのは行政の保健師である)
	責任	●在宅では、安全委員会を設置すること自体も困難である上に、これを定期的に開催することはより難しい。
		●施設では定期的に安全管理に関しては、委員会が機能しているので、その機能を吸引等についても実施していくことは可能ではないか。
		●定期的な勉強会などは、地域ぐるみですで行っている。このようなものを活用していくことは可能ではないか
管理保管の責任	●ヒヤリハットについては、現在ちょっとしたことからすべて記録報告をするようにしており、その結果をリスク委員会で集計し、定期的に研修等により報告(評価)を実施している。	
責任	●何かあったときの責任はどよう取るのか。特に、在宅では関係職種の事業所が同一法人で内などの問題があり、不明瞭である。	
	●施設としては、専門性としてはやりたくないと思う。	
管理保管の責任	●適切な管理保管は誰が責任を持って行うのか	

(2) 連携モデル案に基づく理論的な課題

①連携モデル案の大項目別の内容に関する意見

連携モデル案の内容に関する意見について、連携に関する大項目別に表7に示す。

「組織的決定」については、組織的決定により介護職員によるたんの吸引の実施が決定されたのちに、入所または利用する利用者・家族に対して施設および事業所としての実施に関する説明の必要性に関する意見があった。今後は、法制化を踏まえて組織的な説明の方法を検討していく必要性が明らかになった。

また、組織的決定における「運営体制の決定」と「療養環境・連携体制の整備」の違いがわかれにくいとの意見があり、この点については、連携モデルに加えて組織関連図を示すことにより、組織の関連性が明らかになるように示した。

次に、「療養環境・連携体制の整備」に関する意見として、安全委員会に関しては「利用者の個別計画」については、介護保険の場合ケアプランと連動させることなど、具体的な運用方法に関する意見があり、今後の具体的な運用を検討する必要があるという課題が明らかになった。一方、既存のリスク管理を行う安全委員会の機能と本モデルで提示するたんの吸引等に関する安全委員会における介護職員による医療行為に関する安全管理を担うという機能は異なるため、独立させる必要があるとの意見があった。

「当該利用者に対する個別計画の整備」については、個別計画の整備について、利用者・家族への説明と同意の必要性に関する意見があり、連携モデル案の修正として、「利用者ごとの医師・看護師・介護職員の情報交換（居宅の場合；同行訪問・連絡・相談・報告）による連携を図れる体制を整備する」「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を整備する（計画を共有する）」「利用者ごとの夜間をはじめ緊急時の連絡体制（連絡網・報告相手と報告内容など）を構築する（共有する）」「利用者ごとの緊急時の対応の手順をあらかじめ定める（共有する）」という項目に利用者・家族を加えて利用者の同意の下に実施されるよう修正を加えた。

「介護職員の実施経過における安全性確保・評価」に関する意見としては、介護職員による医師・看護職員への報告は従来行っておらずどのような方法で行うのかといった課題やヒヤリハットの分析において客観性を確保するためには個別計画を承認した安全委員会のメンバーとは異なる者による評価が必要ではないか等の意見があり、今後の法制化を踏まえて更に具体化した検討の必要性が明らかになった。

表7. 連携モデル案の大項目別の内容に関する意見

モデルの大項目	カテゴリ	具体的発言内容
組織的決定	体制	●居宅の場合、各組織で、主治医、本件に関しての主治医と指示関係のある訪問看護(医療機関または訪問看護ステーション)、訪問介護事業所の3角関係を明示する。
	利用者への説明	●人や利用者の話はぜんぜん出てこない。 ●本人、家族の説明は出てこない。どのように考えているか疑問である。
	構成	●【組織的決定】⇒【法人による組織的決定】「運営体制の決定」と【療養環境・連携体制の整備】の違いがわかりにくい。組織図にした方がよい。 ●運営体制がわかりにくい。責任の所在と組織図(安全委員会を含む)がほしい。
療養環境・連携体制の整備	安全委員会	●安全委員会には、外部のものを入れることを明記する方がよい。 ●「安全委員会」は独立させること(吸引等の医療行為の安全性は施設内ですでに設置されている安全に関する委員会とは別の意味となるため) ●安全対策担当者は、本来であれば安全管理講習を受講した人などといった要件が必要ではないか ●「安全委員会の開催・参加」にある「利用者の個別計画」は介護保険の場合、ケアプランと運動させること(これ以上事務等が煩雑になることは避けてほしい) ●「安全委員会の開催・参加」にある「ヒヤリハットの行政への報告」は、「事故の報告」とすること(ヒヤリハットのレベルで行政に報告しても意味がない)
		関係職種
	体制	●運営管理体制との違いがわかりにくい。 ●2頁「標準的な技術…整備する」までの6項目は、確認になる(施設内では介護保険指定施設として当然のこととしてすでに実施している)
	利用者への説明	●「療養の場の選択を与えること、療養の場の意向確認をすること」が本人や家族に必要である(吸引ができる施設であること、吸引ができて介護職員が行うことにより、吸引が必要な状態になったときに、当該施設に入所し続けるのか、別の施設に移りたいのか、医師と施設長から本人や家族に療養の場の選択や意向を確認する必要がある)
当該利用者に対する個別計画整備	利用者の同意(連携体制)	●本人と家族には、説明と同意を文書で行い、その文書には、医療的ケアを実施する介護事業所、指示を出す医療機関と主治医、連携または支援する訪問看護(医療機関または訪問看護ステーション)を明確に記載する(責任と連携関係を明確にして、安全に介護職員の医療的ケアを実施することを利用者側に提示し、理解を得て、各事業所も認識を持つ)
	利用者の同意(個別計画)	●個別計画には、個別に注意の必要なチェックリストが必要で、医療的ケアの前・中・後、報告に必要なパス(ツール)も整備して、利用者と家族に説明を同意を得る(居宅では、個別に注意の必要な状態等があるため、そこまでチェックできるようにしないと安全性は担保できない) ●「個別具体的な計画を整備する(共有する)」に関しては、介護保険のケアプランの作成に、吸引等ニーズがある人の場合はより具体的に盛り込んでいくことになる。この場合、計画の共有には、「利用者・家族」も入っていなければ ●「利用者ごとの…整備する」ときに、「本人・家族」も含め(「本人・家族」に●をつける)、「本人・家族」に同意を書面に同意を得る(本人・家族の説明同意が書面でなければ実施できない、また他のサービスも本人・家族に書面で説明同様に実施しているため)
	個別計画会議	●個別計画会議:言葉がわかりにくい
	個別計画	●誰が計画を作るのか⇒看護師ではないか。在宅では訪問看護師となる。たとえば「個別計画は医師の指示の下に看護師が作成し介護職員と連携する」としてはどうか。
	医師の指示	●「医師から看護職員に対する…指示」は、「指示」を「連携の承認」としてはどうか(指示では言葉がおかしい) ●「医師から介護職員に対する…実施の指示」は、書面で行う(指示は書面ですることがなされているため)
	介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得	●「利用者ごとの緊急時の…訓練する」は、「ない場合は」または「組み込む」とする(既存にあれば、新たに設ける必要はない)
介護職員等の実施経過における安全性確保・評価	勤務体制整備	●介護職員のシフト体制の整備に関する項目が必要ではないか(吸引ができる介護職員とできない介護職員がいる場合、どうシフトを組めばいいのか、シフトの組み方で安全性も変ってくる)
	介護職員による報告	●医師だけに報告すればよいのか。看護師にも報告の必要がある。 ●報告書の書式については、報告書である必要があるか。報告の頻度・メールでの報告もあるのではないか。
	安全委員会	●安全委員会でヒヤリハットの分析をする際には、評価の客観性をもたせるためには、本来、個別計画を承認した安全委員会のメンバーとは異なる者による評価が重要ではないか ●安全委員会の開催・参加の中に「利用者の個別計画の確認」「定期的な介護職員による安全な実施の評価」■当該施設・事業所の実施状況およびヒヤリハット等の行政への報告があるが、これは個別ではないか。

②連携モデル案の全体構成および内容に関する意見

連携モデル案の全体構成に関する今後の課題（表8）として、連携に必要な項目およびその内容を盛り込んだ本連携モデル案は、多くの内容を一つの図にまとめているためわかりにくいとの意見があった。今後は、簡略化した関係職種関連図やフローチャート等を加えて実践に活用できるように示していく必要がある。その際、実施の流れにおける連携の項目間の関連性がわかるように示し、活用手引き等により補足説明を加える必要がある。また、連携体制に関して関係職種が事前の取り決めをする際の「文書」、医師から看護職員および介護職員に対する指示をする際の「文書」、看護職員および介護職員から医師に対して報告する際の「文書」、連携教育方式のマニュアル化やチェック項目の規定など、新たに必要となる文書例などの提案も今後の検討課題である。

更に、「今後の連携モデルの活用における課題」として、実践可能な具体策の提案に加えて、介護職員による医行為という大変なことについての細部に関することは、この短期間の試行期間中のみで決定すべきことではないとの意見があった。

表8. 連携モデル案の全体構成および内容に関する意見

【連携モデル案に対する課題】
●在宅と施設は分けて考えてほしい。
●教育方式をマニュアル化、チェック項目を規定しておく
●口腔ケアをすること、痰の予防をしていくことが大切であるのに、なぜ吸引なのか？と思う。本人も苦しい。
●吸引行為の実施の有無だけでなく、吸引をしなくても済む排痰ケアなどの教育・研修を他職種との情報交換等に含めてほしい(吸引の行為にとらわれるだけでなく、なぜ吸引しなければならないのか、吸引しなくてもいいケアはあることを知り、患者にとって良質のサービスを提供することが重要である)
●「観察判断」は、状態により左右されるので、状態別など条件が必要ではないか(状態によっては回数を決めることは難しい)
●家族へのヒアリングなども実施すべき。胃瘻になったばかりにデイ、ショートも入れない。。だから介護職がしてくれ・・ということはないだろう。
●施設方針としては吸引をしない方針と決定していても、状況に応じて個別のケースで対応を迫られていくことも考えられ、その場合個別ケースで吸引の必要性が発生し、組織的決定から流れていくのか(現実的には、施設の方針としては吸引はしない方針、経口ができることを入所条件としており、今後も大きく変更する可能性が少なく、組織的決定から流れていくと言うより、まずは個別のケースから発生、家族の要望に対応できるように検討する可能性はある)
●医師に対する報告書について、訪問看護師からは、報告書があるが、介護職員からは、「報告書」の形式での、ものはない
●病院で介護職員が指導されてから退院してくるとき、在宅療養中に吸引等の医療行為が必要になって介護職員が医療行為を実施しないといけない状況になると、関係職種間の連携が違うため考慮した記載や順序性を考慮する(施設内をベースとしてモデル案が作成されていることは一目でわかり、居宅への考慮がみられない)
●【実施STEP】の内容により、【組織的決定】の有無や内容が変わるため、【組織的決定】と【実施STEP】につながりをもたせることが必要である
●【実施STEP1】安全管理体制確保は、「介護職員等による・・・医師の指示」との関連性がわかるように記載してほしい
●実施段階で、介護職員の経過における安全性確保・評価の中に、在宅(実地場)での、医療職による手技確認が入るとよいのではないかと
●フローチャートにしてわかりやすくしてほしい、できないなら説明書をつけてほしい(文字数が多く、字も小さくわかりにくい)
●職種にある●や○は何を示しているのか説明がほしい(唐突に感じ、わからない)
【今後の連携モデルの活用における課題】
●必要な事柄が理想的に網羅されている。医師がこのモデルを主導していくのではなく、MSWや医療的ケアの難易度が高い場合には、訪問看護師がリスク管理を含め、主導していくべきである。要所要所医師が関わる必要があり、そこを主導者が見極められるようにしていく必要がある
●介護職員による医行為という大変なことについての細部に関することは、この短期間の試行期間中のみで決定すべきことではない。
●介護職員等によるたんの吸引等の申請を行うときに、理事会などの決定の証拠として議事録を提出し申請するとよいのではないかと。
●基本的内容は、これに従い、指導し、個性や注意点を追加で指導するという体制をとっている
●連携に関する文書による締結が、組織的決定の段階と個別の段階で2回入っているが、この様式例などが必要ではないか。ただし、この組織間の文書と個別の場合では、その「文書」のもつ性質が異なることに注意が必要である。
●末端の者までに、この流れの逐一を理解して行動、というのは、困難であろう。そのためにも、主導者がそれぞれの役割を的確に判断する能力が求められる。
●理想的な内容であると思うが、現場の負担にならないような配慮が必要。現在、書類(paper)の山積みで、効率よく、連携が図られているとも言い難い。IT化の工夫が必要ではないか。(例えば、各支援者の所属機関がバラバラな場合など、情報を統一させるために、サイボウズ等を利用して、利用者のデータベースを作成し、それぞれの実践や課題等をそのデータベースで一元管理するなど)
●病院で介護職員が指導されてから退院してくるとき、在宅療養中に吸引等の医療行為が必要になって介護職員が医療行為を実施しないといけない状況になると、関係職種間の連携が違うことに考慮が必要(退院後に吸引が必要で病院で介護職員が教育される場合は訪問看護ステーション等はフォロー(支援)になるが、在宅療養中になるとリーダーシップや介護職員の吸引行為実施の判断の責任等、全く状況が異なる)
●現在吸引している利用者は同意書ももらっているが、今後同意ではなく、施設との契約になるとユニットケアは考え方を変えていく必要がある。
●既存の委員会等の機能や会議、連絡報告・情報共有体制などを活用していくことで実践上の課題はかなりクリアできる。

3) 安全な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モデル

調査Ⅱの結果に基づき、法制化を想定した安全な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モデルを推敲した(図3)。図3では、左側の欄に安全性確保のために必要な実施項目の流れを示している。また、その実施項目の実施者(職種等)は、図の中央の表に「●印」で示している。更に、実施項目や実施者に関して、具体的な説明を要する点については、「※印」で示して、図中の右側の枠内に説明を加えている。また、実施項目は、基本的な流れを示しているが、実際の実施状況に応じて、実施項目の順序の変更・繰り返しの実施や並行して実施するといった状況も考えられる。

調査Ⅰで作成した「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・評価であった。調査Ⅱの結果から、法制化前である現時点において、この流れには修正を加えず、具体的な運用方法に関する意見については今後の検討課題として提示することとした。

一方、違法性阻却下において必須の条件であった「利用者・家族の同意」に関しては、「当該利用者に対する個別計画の整備」の段階において、連携モデル案の修正として、「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する」「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を整備する(計画を共有する)」「利用者ごとの夜間をはじめ緊急時の連絡体制を構築する(共有する)」「利用者ごとの緊急時の対応の手順をあらかじめ定める(共有する)」という項目に利用者・家族を加えて、利用者の同意の下に実施されるよう修正を加えた。

更に、在宅における実施上の課題として、「組織的決定」「療養環境・連携体制整備」「当該利用者の個別計画の整備」「介護職員の実施経過における安全性確保・評価」の過程においては、関係職種がそれぞれ異なる所属事業所である可能性が高く、体制を組織化することや安全委員会等の定期的な実施の調整困難が課題であった。そこで、これらの実施内容を一事業所で担うのではなく地域ぐるみで行政による関与の下の実施に対する期待の意見があった。この意見を受けて、行政の関与も想定した「組織関連図(図4)」を作成した。

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。

個別計画の整備については、利用者・家族への説明と同意の必要性があり、「利用者ごとの医師・看護師・介護職員の情報交換(居宅の場合；同行訪問・連絡・相談・報告)による連携を図れる体制を整備する」「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を整備する(計画を共有する)」「利用者ごとの夜間をはじめ緊急時の連絡体制(連絡網・報告相手と報告内容など)を構築する(共有する)」「利用者ごとの緊急時の対応の手順をあらかじめ定める(共有する)」という段階において、利用者・家族を加えて「利用者の同意」の下に実施される必要がある。

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