

5) 介護保険適応状況

- S : 要介護認定を受けているか、あるいはその申請希望があるか
O : 介護が必要な状態であって、かつ介護保険制度による要介護状態の基準に該当しているか
医療従事者もしくはケアマネジャーがすでに情報を提供しているか

6) 吸引に関する異常・トラブルと医師への報告基準

- S : 吸引に関する異常・トラブルについての療養者および家族の訴え
O : 吸引に関する異常・トラブルについて、訪問看護師が観察した事柄、観察と[V 判断樹]に基づいて対応した結果の状況

3) 中止・終了の段階

- S : 中止に対して不安はないか
O : 気管切開孔を閉じる予定
自己喀痰ができ、聴診にて気道内に痰貯留を認めない。

V 気道内の分泌物・飲食物排除のための吸引管理の判断樹

1. 導入検討の段階

- A 導入検討段階全体の判断樹

2. 維持管理の段階

- B 維持管理期段階全体の判断樹
B-1 吸引器が正常に作動しない場合の判断樹
B-2 口腔・鼻腔から吸引の判断樹
B-3 チアノーゼ・意識低下がある場合の判断樹
B-4 気管分泌物の性状に異常あるいは増加がある場合の判断樹
B-5 気道内分泌物等の貯留がある場合の判断樹

3. 中止・終了の段階

- C 中止・終了段階の判断樹

VI 気道内の分泌物・飲食物排除のための吸引管理協定書

最終頁参照。

吸引に関する異常・トラブルと医師への報告基準

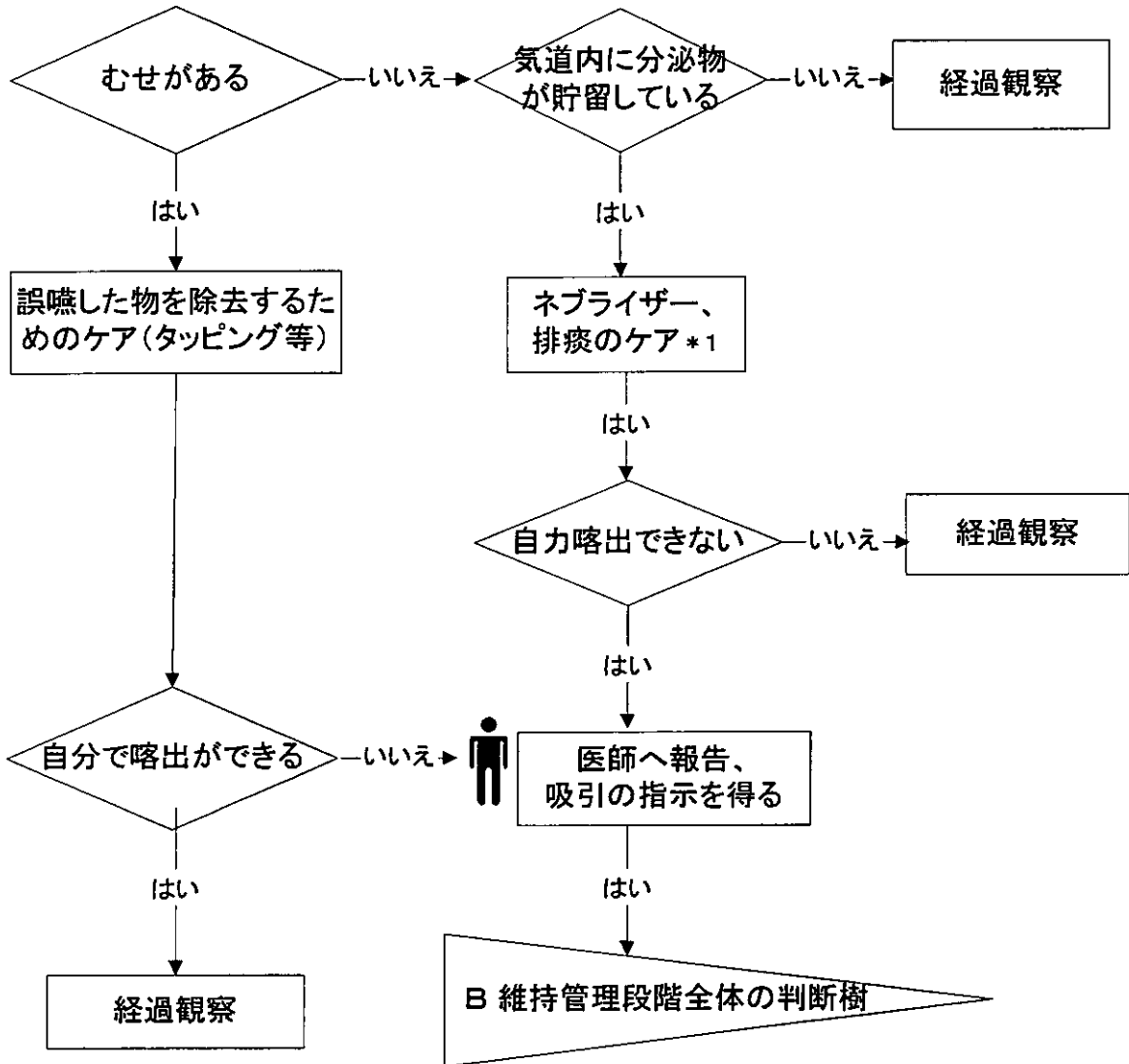
領域	医師への報告基準（下線部分）
1) 吸引に関するもの（低酸素状態）	
呼吸状態	いつもと同じ呼吸状態である <u>いつもより息切れが強い・喘鳴がある</u> <u>呼吸苦がある</u>
痰の状態	いつもと同じ量と性状の気道分泌物である <u>痰の量が多い、あるいは極端に少ない</u> <u>痰の粘調である</u>
気管内粘膜の状態	気管内粘膜に異常なし <u>気管内に腫脹・肉芽形成がある</u> <u>気管カニューレによる気管孔の圧迫がある</u>
嚥下の状態	<u>嚥下困難感がない・むせがない</u> <u>嚥下困難感がある・むせがある</u>
2) 吸引をしたことに関するもの	
痰の性状	いつもと同じ量と性状の気道分泌物である 少量の血性の混入がある <u>血性混入が持続している</u> <u>痰全体が血性である</u>
循環状態	バイタルサイン異常なし 浮腫・チアノーゼなし <u>血圧が高くなる、あるいは低くなる</u> <u>不整脈がある</u> <u>下肢に浮腫あり</u> <u>チアノーゼあり</u>
気管粘膜に関する状態	気管内粘膜に異常がない <u>気管内粘膜に発熱・腫脹・潰瘍・肉芽形成がある</u> <u>気管支等の痙攣・攣縮がある</u>
意識状態	変化なし <u>呼吸苦がある</u> <u>不安やイライラがある</u> <u>傾眠状態である</u>
2) 感染徴候	
呼吸状態	いつもと同じ呼吸状態である <u>いつもより息切れが強い・喘鳴がある</u> <u>呼吸苦がある</u>
気道の状態	いつもと同じ量と性状の気道分泌物である <u>痰の色が変化し、量が増えている</u>
循環状態	バイタルサイン異常なし <u>発熱、脈拍数・呼吸数の増加あり</u>
3) 吸引に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱	
身体活動範囲	必要な身体の活動はできている <u>必要以上に身体活動が低下している</u>

心理・情緒的反応	平常どおり <u>必要以上に水分摂取を制限している</u> <u>吸引に対して強い拒否感がある</u>
4) 吸引に対する家族介護者の受け入れ・認識の逸脱	
介護負担	疲労はない 疲労はあるが、休養・睡眠によって回復する <u>疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない</u>
5) 吸引器具の状態	
吸引器の作動不能	正常に作動する <u>電源を入れても作動しない</u> <u>長時間停電になる</u>
吸引圧の作動異常	正常に作動する <u>電源を入れても吸引圧が上がらない</u> <u>吸引圧を開放しても圧が下がらない</u>
吸引音の異常	正常に作動する <u>異常な吸引音がする</u>

吸引管理看護プロトコール

—上気道・口腔・気道内の分泌物および飲食物除去—

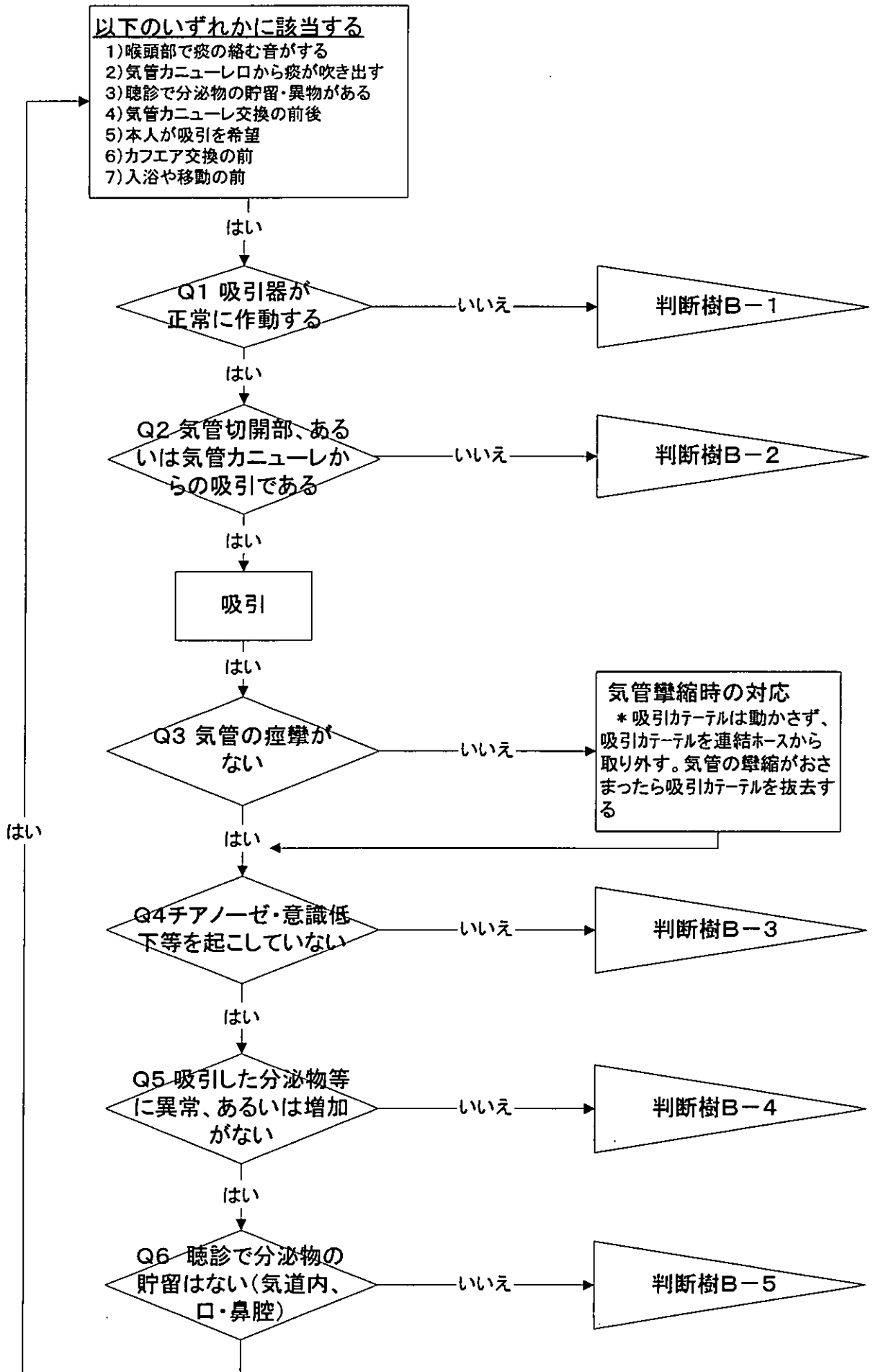
A 導入検討段階全体の判断樹



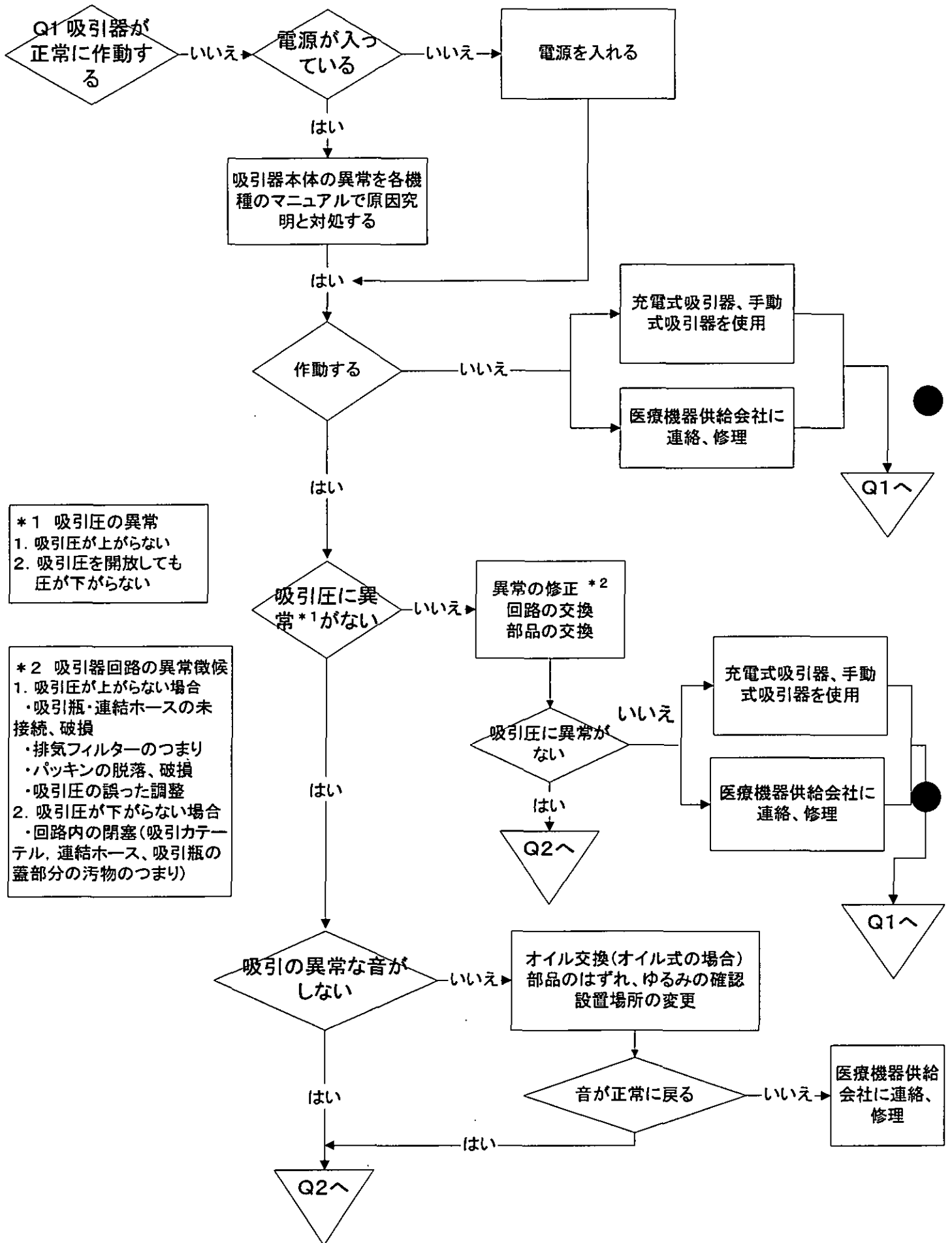
*1 排痰のケア

1. 呼吸理学療法
 - ・体位排痰法
 - ・強制呼出 (huffing)
 - ・軽打法 (percussion)
 - ・振動法 (vibration)
 - ・胸部圧迫法 (squeezing)
2. 吸入療法
3. 胸部温罨法
4. 用手蘇生バックによる呼気陽圧 など

B 維持管理段階全体の判断樹



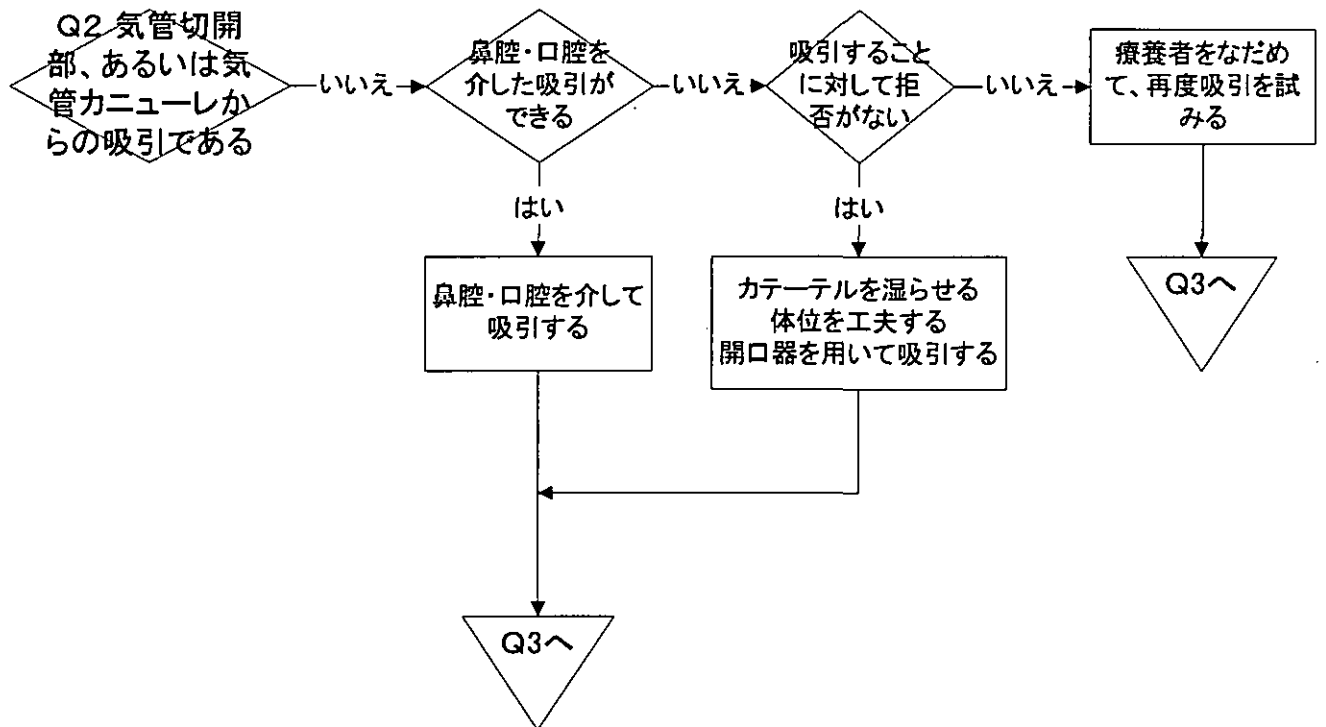
B-1 吸引器が正常に作動していない場合の判断樹



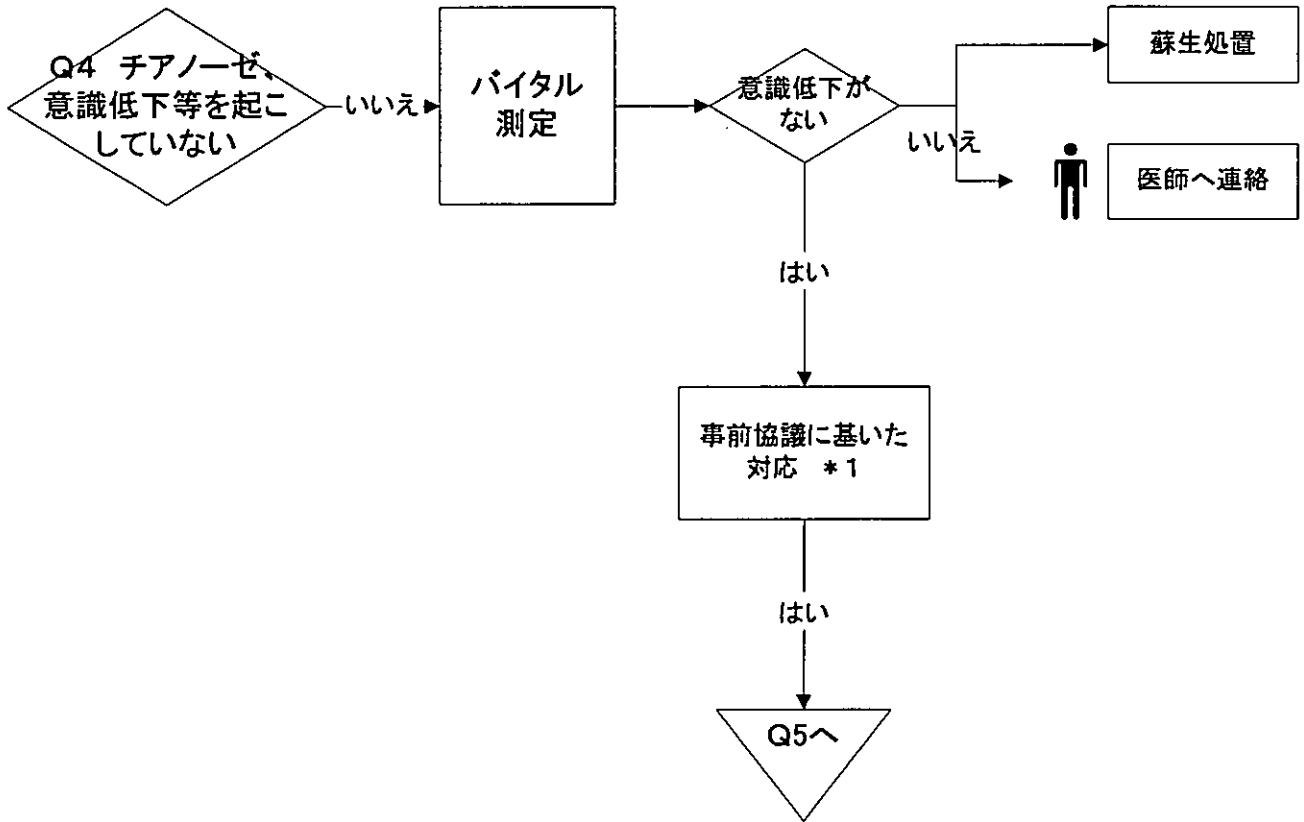
***1 吸引圧の異常**
 1. 吸引圧が上がらない
 2. 吸引圧を開放しても圧が下がらない

***2 吸引器回路の異常徴候**
 1. 吸引圧が上がらない場合
 ・吸引瓶・連結ホースの未接続、破損
 ・排気フィルターのつまり
 ・パッキンの脱落、破損
 ・吸引圧の誤った調整
 2. 吸引圧が下がらない場合
 ・回路内の閉塞(吸引カテテル、連結ホース、吸引瓶の蓋部分の汚物のつまり)

B-2 口腔・鼻腔を介した吸引の場合の判断樹

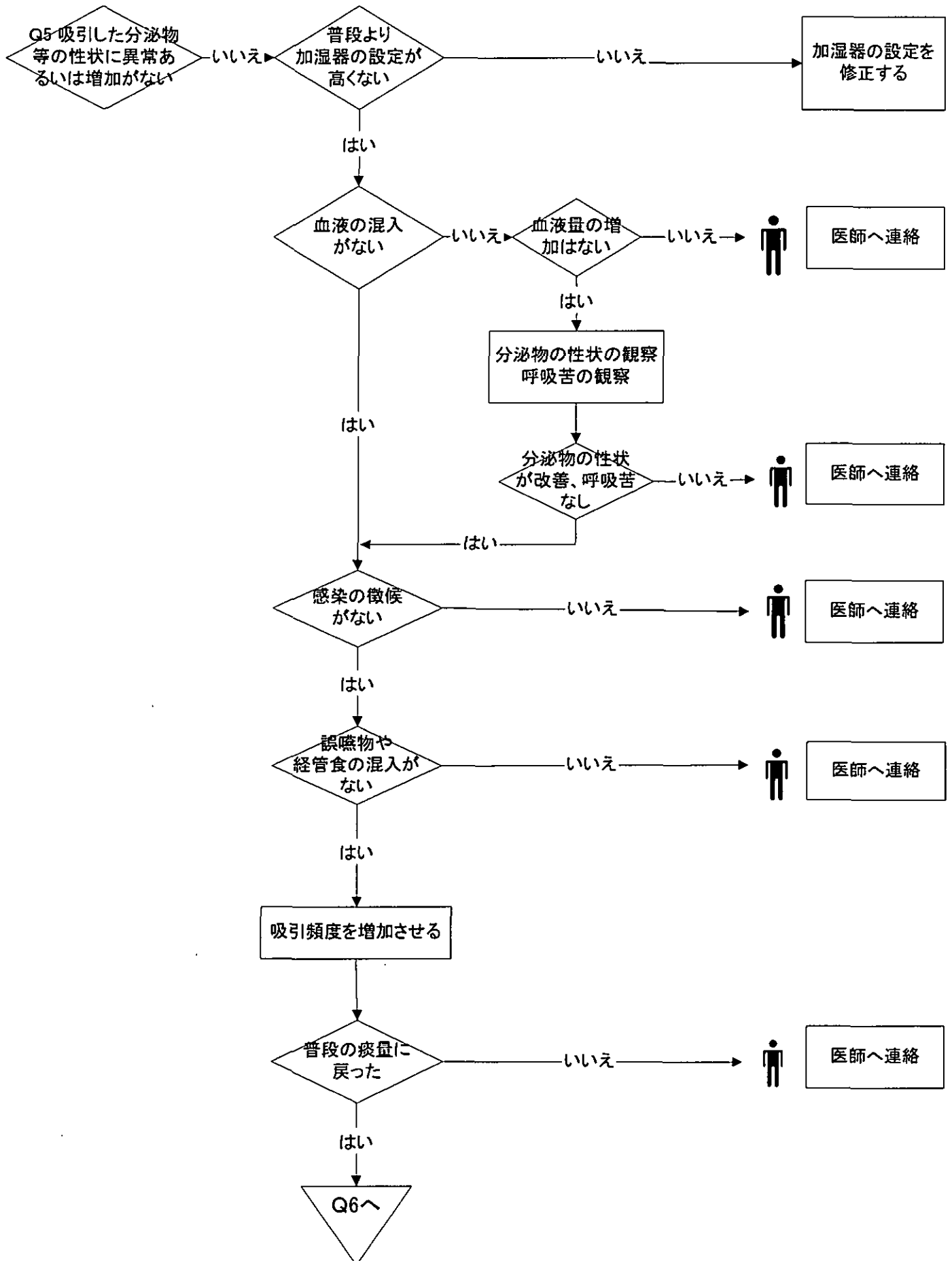


B-3 チアノーゼ・意識低下等がある場合の判断樹

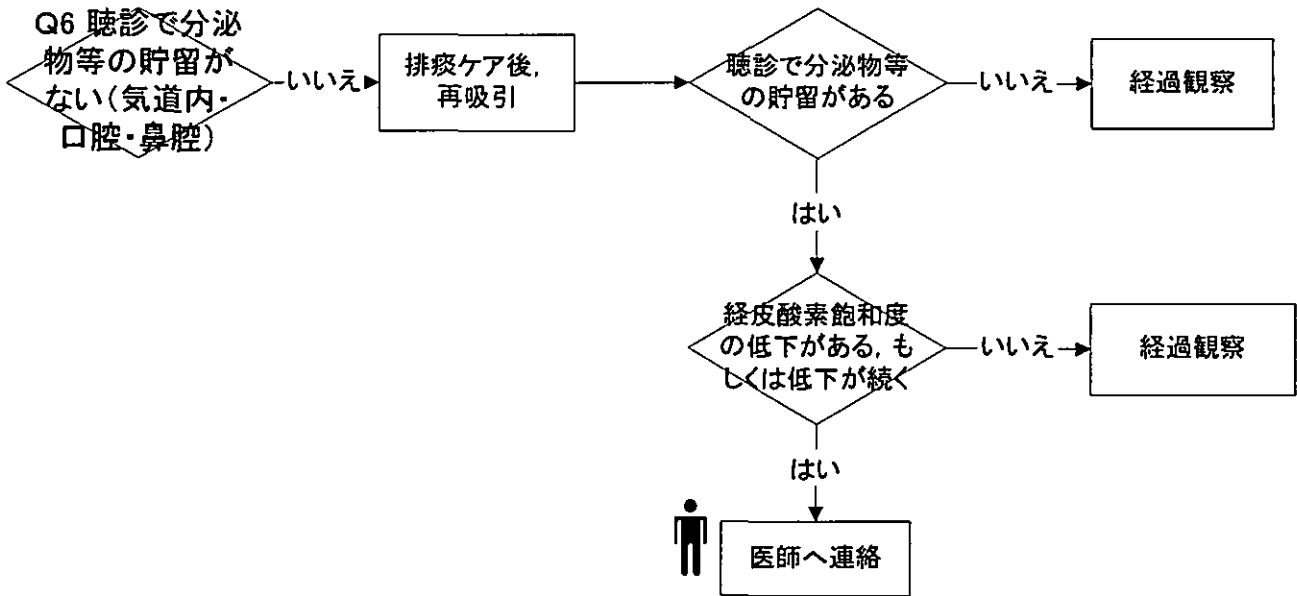


*1事前協議の内容
以下に基づいた酸素吸入の開始
SO₂測定
低酸素状態の持続時間

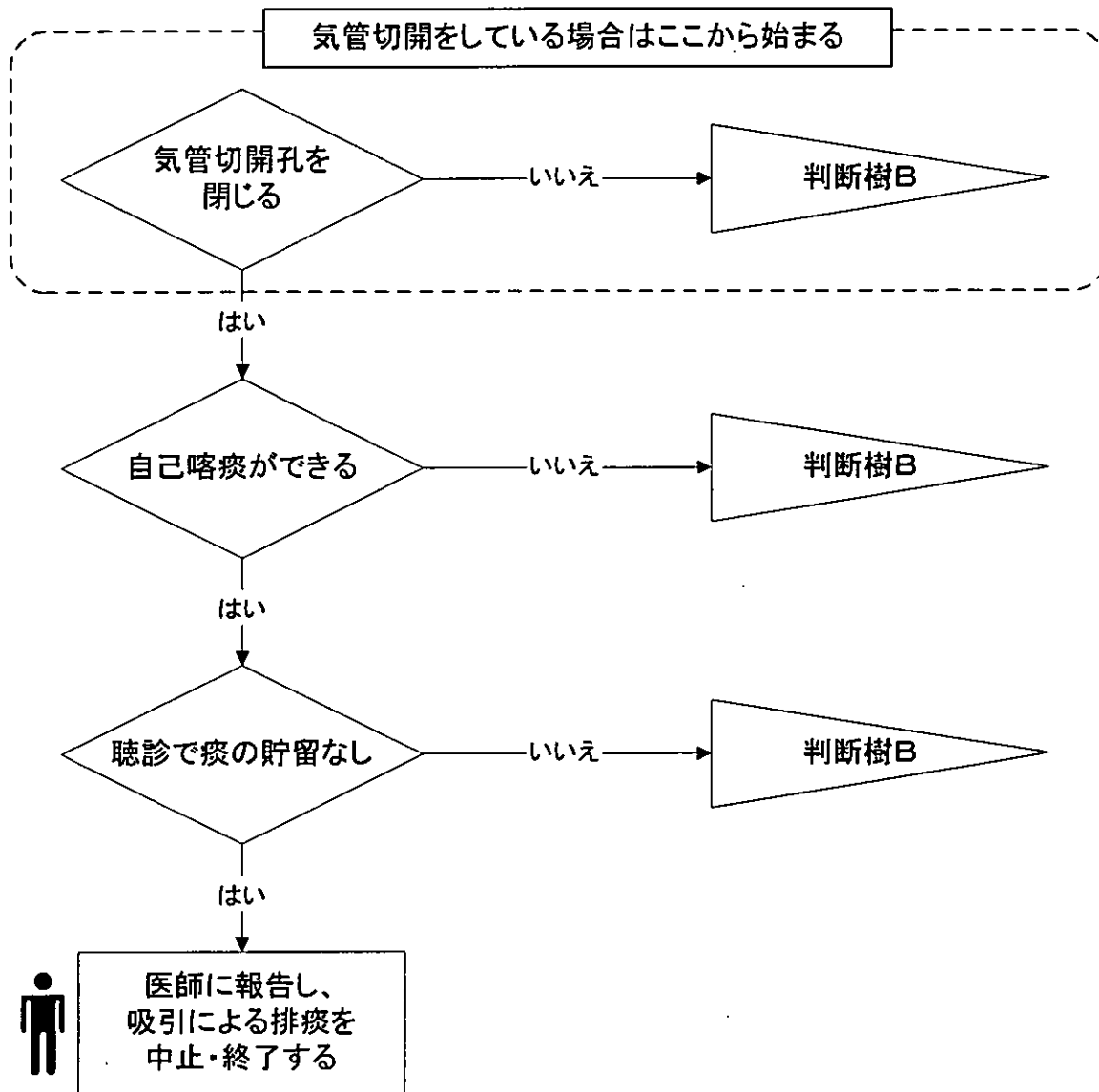
B-4 吸引物の性状に異常あるいは増加がある場合の判断樹



B-5 気道内分泌物等の貯留が持続する場合の判断樹



C 中止・終了の段階



気道内の分泌物・飲食物排除のための吸引管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括指示にもとづき、気道内の分泌物・飲食物排除のための吸引管理看護プロトコールに従って療養者丙の吸引の管理を行います。療養者丙は、甲乙より気道内分泌物・飲食物排除のための吸引の管理について説明を受け、甲および乙がこれに基づいて管理することに同意します。

*ここでの気道とは、上気道（鼻腔、咽頭）、口腔および気管孔（気管切開のある場合）を指す。

1. 療養者氏名 _____ 2. 在宅療養指導管理料請求機関 _____
 3. 実施目的 _____ 医療機関名 _____
 4. 実施開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 5. 訪問看護ステーションの管理（該当するものに○）
 1) 指導のみ 2) 指導および実施の一部補完 3) 全面的補完（代行）

6. 使用薬剤・投与量（提供機関 _____)
 （薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）

7. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____)

	機種、種類、サイズ	個数	交換頻度
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		本	使い捨て，滅菌

8. 消毒薬・衛生材料（提供機関 _____)

消毒液	_____ 本	滅菌蒸留水	_____ ml, _____ 本

災害時に備えた、器具器材の予備物品(1週間分程度)の療養者宅への常備量：

9. 事前協議事項
 1) 酸素吸入開始時の条件（SP_O₂測定値・低酸素状態の持続時間）と酸素吸入の開始の量
 2) その他

10. 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通づつ保管する。

在宅で死を迎える患者への対応看護プロトコール（案）

【参考】死亡確認をめぐる法的手続きおよびその解釈

死亡が確認された場合に重要な法的手続きは、「死亡診断書」あるいは「死体検案書」の提出である。これらの書類は、医師によって作成され、遺族に交付されることが、医師法により定められている。

資料 1. 医師法

第 19 条 診療に従事する医師は、診療治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があった場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

第 20 条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

第 21 条 医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

在宅療養中の療養者の死亡時には、医師がそこに常に立ち会えるという保証がないが、そういった場合の対応について、厚生省（現 厚生労働省）が、通知を出している。

資料 2. 医務局長通知「医師法第二十条但書に関する件」

（昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号）

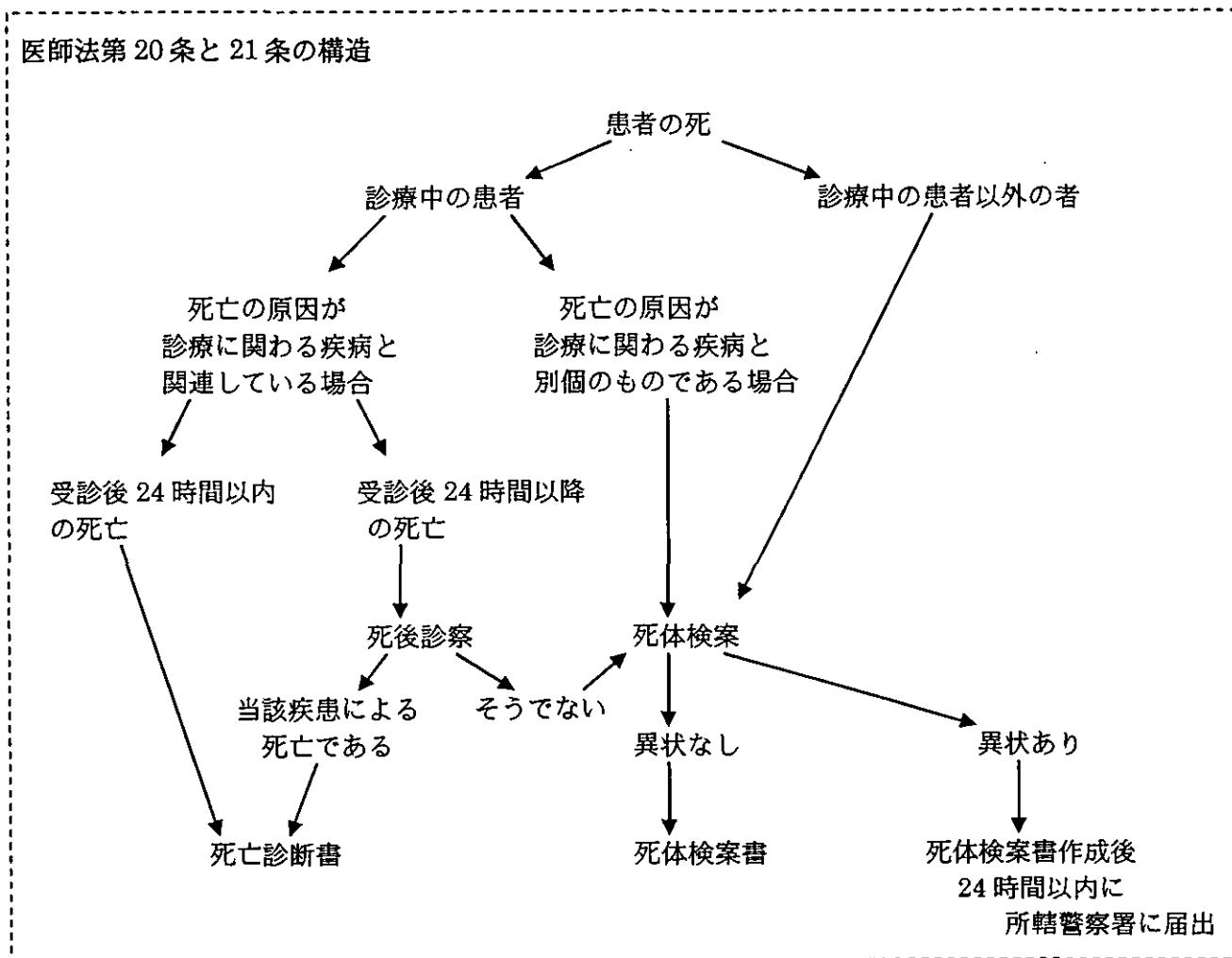
1 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診察中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の法文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。

法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。

2 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。

3 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

以上の記載内容から、以下の仕組みが読取れる。



即ち、診療中の療養者が、主治医の診察後 24 時間以内に、その診察に関わる疾患により死亡した場合には、医師は改めて死後診察しなくても、死亡診断書を作成することができる。

また、24 時間後以降に死亡した場合には、死後診察しなければならず、その結果、これまで治療にあたってきた疾患により死亡したことが確認されれば、医師は死亡診断書を作成する。

しかし、一方で、医師の診察の結果、これまで治療にあたってきた疾患による死ではないと診断された場合には、医師は死体検案書を作成することになる。

死体検案の結果、その死に異状を認めた場合には、医師は死体検案書を作成後、24 時間以内に所轄警察署に届出をすることが定められている。

こういった原則に加え、厚生労働省は平成 14 年度「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書の中で、「在宅で死を迎える患者への対応」を取り上げている。

「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書（平成 15 年 3 月 24 日）

2 看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進

(2) 在宅医療を推進するためのその他の関連諸制度の見直し

①在宅で死を迎える患者への対応

- 患者や家族が安心して在宅療養を行うことができるようにするためには、患者・家族、医師と看護師等が、他の医療関係職種を含め、相互の信頼関係の下に密接に連携することが重要である。
- これは、在宅で患者が死亡した際の対応についても同様であるが、現状においては、医師と看護師等の連携が十分でないことや、死亡診断書等の手続が、看護師等を含め、十分に周知されていないこと等により適切でない場合があり、患者や家族が安心して臨終まで在宅療養を継続できない要因のひとつになっていると指摘されている。
- このため、看護師等は、患者の死亡に関係する手続や、役割、責任について十分に理解するとともに、患者の死亡が近いと予期される場合には、家族を含めて事前に医師と、患者の死亡に際しての連絡方法や対応について十分に確認を行っておくことが必要である。
- 診療継続中の患者は、受診後 24 時間を超えて死亡した場合でも、改めて医師による死後診察を行い、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、医師は死亡診断書を発行できること、警察署への届出は異状があると認めたときのみ必要であることなど、患者の死亡に際しての手続、取扱いについて、看護師等も理解しておくことが必要である。
- また、他の患者の診察中であることなどやむを得ず医師が直ちに現場に駆けつけることができないが、患者の死亡前 24 時間以内に医師が診察し、患者の死が近づいているとの判断がなされていたときは、事前に確認されていた連絡方法や対応に即して、患者の死に立ち会った看護師等が、医師に連絡をとって状況を報告し、医師の判断、指示に沿って、患者の尊厳や家族の気持ちに十分に配慮し、点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある。
しかしながら、これはあくまでやむを得ない場合における家族などへの配慮として行われるべきものであり、在宅医療に取り組む医師は、患者の死亡に際しては、求めに応じて、速やかに対応するものであることは言うまでもない。
- これらの点を踏まえ、看護師等が、関連制度を十分に理解した上で、医師と連携をとりながら、在宅患者の死亡に際して個々に適切な対応ができるよう支援するためのマニュアルを作成、普及することが有益である。

医師法第 20 条と 21 条の内容を踏まえた上で、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書の内容に依拠すれば、主治医が診察した結果、24 時間以内に当該疾患により死亡することが予測された場合に、療養者が臨死状況にあると判断された場合は、以下の対応が可能であるという結論が導かれる。

- ① 原則は、主治の医師が駆けつけることである。
- ② 他の患者の診察中であるなど、やむを得ず主治の医師が直ちに現場に駆けつけることができない場合には、代行の医師に「死体検案」（代行医師は主治医ではないため、「診察中の患者以外の者」の扱いになる）を依頼する。
- ③ やむを得ず主治の医師が直ちに駆けつけられず、かつ代行医師の依頼が出来なかった場合に、事前より指示を得ていた看護師が、事前に医師との間で確認された方法により、療養者が臨死状態であり、また当該看護師がその療養者に現在付添っており（死亡が他の要因でおこっていないことを確保することが必要）その臨死状態に陥っている原因が当該疾患以外にないことを確認した上で、事前に指示を得ていた処置を行う。

本プロトコールは、基本的に上述の解釈を採用し、以下を構成するものとする。

1 本プロトコールの適用条件

1. 療養者側の条件

1) その対応を要する状態

以下の条件全てに該当すること。

死亡に関わる対応を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）および社会的条件として、

- ① 現在罹患している疾患、身体状態により、在宅療養中に死亡する可能性がある場合。
- ② 死亡にいたる可能性がある疾患、身体状況に対し、効果的な治療が認められない場合。
- ③ 療養者本人および家族が、疾患、身体状態、行われ得る治療について十分理解した上で、積極的な延命処置を希望していない場合。
- ④ 在宅での死を、療養者本人および家族が希望していることが確認されている場合。

2) 使用器具・装具

必要な機器があれば、医師および家族と確認しておくこと。

3) 在宅で看取ることの安全性

在宅で看取りを行う場合には、以下の条件を満たしていること。

- ① 医師が在宅での看取りが可能であると判断している。
- ② 療養者および家族が医師および看護師が臨死期に訪問できない可能性があることを理解した上で、在宅での看取りを希望していること。
- ③ 臨死状態に至るまでの 24 時間以内に医師が往診していた場合、臨死時に医師が不在であっても、看護師による適切なケアを、療養者および家族が希望していること。

2. 看護師の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

1) プロトコールを用いる看護師の看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅での死亡時看護の経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ① 臨死期の状態の変化についての熟知。
- ② 死をめぐる法的手続きに関する理解。
- ③ 死亡後の状態の変化についての熟知。
- ④ 死亡時の看護ケア技術。
- ⑤ 死をめぐる家族の心理的变化についての理解と、その看護支援技術。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

2) 看取りを行う看護師の条件

- ① 臨死状態の療養者を看護する具体的な技術を持っていること。
- ② 臨死状態の療養者の状況をアセスメントする具体的な技術を持っていること。
- ③ 医師との間で、臨死状態における判断基準について十分な確認を行なっていること。
- ④ 療養者および家族から、療養者に対する看取りを求められていること。

3. 医師との連携条件

1) 管理協定の締結

本プロトコルの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「死亡に関わる対応協定」を書面で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

2) 平常時の連携

- ① 主治医と常に連絡がとれる状態にしておくこと。
- ② 医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹等に従って対応した内容およびその結果を含めて行う。

3) 看取りに際しての連携

- ① 主治医が、療養者の死亡時に死亡診断書を作成する意思を表明していること。
- ② 実際に看取りに関わる看護師が、主治医との事前協議に沿った対応（判断・技術）の能力を有していることを、医師が確認できており、両者に信頼関係があること。
- ③ 主治医が往診し、24時間以内に療養者が死亡する可能性があるとして診断した場合に、医師から訪問看護ステーションに連絡が得られる体制をとること。
- ④ 療養者が臨死状態にあることが認められた場合に、主治医の訪問が得られる体制にしておくこと。

II 在宅で死を迎える患者への対応を受ける療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が、自ら選択した方法で、トラブルなく死を迎えられること。

III 在宅で死を迎える患者への対応に伴う異常・トラブル

在宅で死を迎える患者への対応を受ける療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護師は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

1. 療養者の気持ちと受け入れに関するもの

1) 死を迎えることに対する気持ちの揺れ

原因・関連要因：苦痛、恐怖、不安、予想外の状況

2) 死を迎える場に対する気持ちの揺れ

原因・関連要因：苦痛、恐怖、不安、家族への気がね、予想外の状況

2. 家族の気持ちと受け入れに関するもの

1) 予期的悲嘆

原因・関連要因：目前に迫った家族の死

2) 看取ることに対する気持ちの揺れ

原因・関連要因：家族構成、死に対する家族の理解

介護力に対する不安

家族の苦痛を見ることに対する不安・痛み、経済的不安、支援者の不足

IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報 (Subjective data)、客観的情報 (Objective data) 両面の情報にもとづいて行う。

1. 在宅での看取りを検討する段階

1) 在宅死に対する療養者の理解・気持ち・認識・意思

- S : 療養者が自分の疾患および身体状況についてどのように理解しているか。
療養者が自分の治療方針についてどのように理解しているか。
療養者が自分の死についてどのように考えているか、どのような形で死を迎えたいか。
- O : 在宅療養支援チームが、療養者の予後についてどのように説明しているか。
療養者の認識をどうとらえているか。

2) 在宅で看取ることに対する家族の理解・気持ち・認識・意思

- S : 家族が療養者の疾患および身体状況についてどのように理解しているか。
家族が療養者の治療方針についてどのように理解しているか。
家族が療養者の死についてどのように考えているか、どのような形で死を迎えたいか。
家族が療養者を看取ることについてどのように考えているか、療養者が苦しむことについてどのように思っているか。
- O : 在宅療養支援チームが、療養者の予後について家族にどのように説明しているか。
家族の中でのキーパーソンは誰か。
在宅療養支援チームが、家族の認識をどうとらえているか。
在宅療養支援チームが、これから起こり得る変化に対する家族の対処能力をどのようにとらえているか。

3) 支援体制

- S : 療養者と家族は、どういった人々からの支援を希望しているか。
- O : 居住地域において、療養者と家族が希望する支援が得られるか。(緊急時受入病院を含む)

4) 死亡に関わる対応に関する異常・トラブルと医師への報告基準

- S : 表の各領域についての療養者 (および家族) の訴え
- O : 表の各領域について、訪問看護師が観察した事柄、観察と〔V 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

2. 在宅で看取る段階 (★看護師に特別の条件あり)

1) 死を目前にした療養者の気持ち・意思

- S : 現在の自分の状況についてどのように思っているか。
何らかの支援を求めているか。
- O : 在宅療養支援チームが療養者の意思をどのようにとらえているか。

2) 死を目前にした家族の理解・気持ち・認識・意思

- S : 療養者の状況をどのように家族が認識しているか。
療養者に対する対応について、変更を求めているか。
- O : 療養者の死を目前にして、パニック状態に陥っていないか。
療養者の死に対して、適切に対処できているか。

3) 在宅で看取る際の異常・トラブルと医師への報告基準

S : 表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O : 表の各領域について、訪問看護師が観察した事柄、観察と〔V 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

V 在宅で死を迎える患者への対応判断樹

1. 在宅での看取りを検討する段階

A 在宅での看取りを検討する段階全体の判断樹

2. 在宅で看取る段階（★看護師に特別の条件あり）

B 在宅で看取る段階全体の判断樹

VI 在宅で死を迎える患者への対応協定書

在宅で死を迎える患者への対応に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) 療養者の気持ちと受け入れに関すること	
死を迎えることに対する気持ちの揺れ	方針の変更を希望していない <u>方針の変更を希望している</u>
死を迎える場に対する気持ちの揺れ	方針の変更を希望していない <u>方針の変更を希望している</u>
2) 家族の気持ちと受け入れに関すること	
予期的悲嘆	介護上の問題はない <u>介護をする上で障害になっている</u> <u>状況認識が不十分で必要以上に悲嘆が大きい</u>
看取ることに対する気持ちの揺れ	方針の変更を希望していない <u>方針の変更を希望している</u>