

吉永さん(22歳)の介護表

時	分	介護内容	備考	時	分	介護内容	備考
5	00 30	検温、SPO2計測、注入準備 オムツ交換、体位交換、注入開始		17	10	注入終了、後片付け	
6	10	注入終了、後片付け	通所用具準備	18			
7	30 40	注入準備、検温、SPO2計測 注入開始	連絡帳記入	19	00 10	入浴準備 (胃瘻部テガダーム貼り、リフト移乗) 入浴	
8	00 30	薬調合、薬注入 注入終了、後片付け	昼食用のセット 準備	20	00 30 40	入浴後の処置(ホクナリンテープ、 胃瘻ガーゼ交換等) 注入準備 注入開始	入浴後片付け
9	00 30 45	寝室→居間のベッドへ移動 顔拭き、吸引、歯みがき 薬液吸入準備、吸入開始 着替、オムツ交換、吸引	医療的ケア チェックリスト記入	21	00 25	薬注入 注入終了、後片付け	
10	00 10 15	車椅子準備 車椅子へ移乗しバスポイントへ 通所バスへ乗車		22	00 30 45	薬液吸入準備、吸入開始 歯磨き 吸引 寝室のベッドへ移動、オムツを点検	
11				23	30	入眠	吸入用具、 シリンジ等消毒 通所用吸引器の洗 浄
12		(通所施設での時間 10:30~15:00)		0			
13				1	00	SPO2確認 (値90↓ エアウェイ挿入 尚値が上がらない時は薬液吸入、吸引)	
14				2			
15	10 20 30 40	バスポイントに迎えに行く 娘バスより下車 帰宅 居間のベッドへ移し着替		3			
16	00 15 30	通所用具、車椅子片付け 注入準備 注入開始	連絡帳・ チェックリスト確認	4			

Aさん(30歳)の介護表

超重症児(者)判定スコア25(気管切開・気管内挿管、経管・経口栄養、体位交換等あり)  
 吸引:昼間20分～30分に1回、夜間、1時間～2時間に1回  
 週に3日間通所(8時30分発-16時帰宅)この間待機・買物  
 訪問看護週1回(バイタルチェック、入浴、注入など)  
 母親が吸引を実施

時	分	介護内容	備考	時	分	介護内容	備考
5				17	00	経口食事(ヨーグルト)	30分
6	00	おむつ交換、臀部洗浄 食事注入(ラコール+薬)	1時間	18	00	食事注入(ラコール)	30分
				30		おむつ交換	
7	00	吸引・ネブライザー	1時間	19		〔夜間 吸引1時間～2時間に1回実施〕	
8		〔昼間 吸引20分～30分に1回実施〕		20	00	薬のみ注入 吸入・ネブライザー	1時間
9	00	体位交換		21	00	おむつ交換 食事注入(ソリタ)	30分
10	00	おむつ交換 水分注入(ソリタ)	1時間	22	00	おむつ交換	
11		体位交換 吸入・ネブライザー	30分	23			
12	00	おむつ交換 経口食事(ヨーグルト)	30分	0	30	体位交換	
	30	食事注入(ラコール+水)	1時間				
13				1			
14				2			
15	30	食事注入(ソリタ)	30分	3	00	体位交換 吸入・ネブライザー	10分
16	00	おむつ交換、体位交換		4			
	30	吸引・ネブライザー	30分				

Bさん(5歳)の介護表

超重症児(者)判定スコア44(人工呼吸器装着・気管切開・経管栄養、体位交換等あり)

食事:24時間持続注入(エレンタール+水)1,300ml

吸引:昼間20分に1回、夜間、30分~1時間に1回

入浴:週3回(月・水・金)(Ns支援)

胃チューブ交換(月曜日)、カニューレ交換(金曜日)、ネブライザー消毒(月曜日)

往診: 月曜日 10:30~11:30 2週間に1回、火曜日 午後15分 月1回(呼吸器管理)

看護支援: 月・水曜日 10:30~12:00、金曜日 9:30~12:30(看護支援中は休める)

時	分	介護内容	備考	時	分	介護内容	備考
5				17			
6	00 30	起床、おむつ交換、体位交換 ネブライザー バイブレーターを掛けて排痰援助 投薬、機材の煮沸消毒、吸入器 のビンの清掃	1時間 30分	18	00	おむつ交換、体位交換	
7				19		〔夜間 吸引30分~1時間に 1回実施〕	
8		〔昼間 吸引20分に1回実施〕		20			
9				21	00	おむつ交換、体位交換	
10				22			
11	00	おむつ交換、体位交換、Yガーゼ 交換		23	00	おむつ交換、体位交換 レスピレーター装着	
12	00	食事(ヨーグルト注入)		0			
13				1			
14	00	おむつ交換、体位交換 ネブライザー	1時間	2			
15	00	抱っこ遊び 排痰援助	30分 30分	3			
16				4			

2004年11月26日

在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理  
に関する研究会 関係団体ヒアリング

財団法人 日本訪問看護振興財団

常務理事 佐藤美穂子

日本訪問看護振興財団は、「よいケアを受けて家で暮らしたい」という在宅療養者の権利を尊重し、ご家族の介護負担軽減を図るために、訪問看護の質的量的拡大をめざして様々な取組を行なってきました。

介護保険制度がスタートして4年8ヶ月となります。訪問看護サービスは微増傾向にあり、全国で約5,500カ所の訪問看護ステーションと、約4,000カ所の病院・診療所が訪問看護を実施している状況です。

今後ますます高齢化が進み、在宅医療を必要とする高齢者も増加する一方です。そのため、治療が目的ではありませんが吸引を必要とする在宅療養者は、訪問看護利用者の約7%（15,000人）と推計されています（平成13年 厚生労働省調査）。

訪問看護の需要がありながらも十分に供給できない地域などがあり、現状を改善するために、当財団では研修などで訪問看護事業所の開設支援を行っています。

厚生労働省におかれましても、誰もが安全で良質な在宅医療を利用できるように、訪問看護制度の拡充策を早急に進めていただきたく要望します。

以下に「たんの吸引を必要とする在宅の療養患者・障害者」への訪問看護の現状及び評価と他職種との連携について述べます。

## 1 訪問看護の現状及び評価について

### (1) 調査研究から（たんの吸引を行なっているALS患者の現状）

当財団が行った、ケア提供体制に関する調査研究（調査期間は平成15年9月22日～9月27日）及び事例から現状を紹介します。

- 訪問看護利用者で人工呼吸器を使用している在宅療養者 51 人の吸引については、約 66.7%は家族のみが実施していたが、約 31.3%は家族以外の者もせざるを得ない状況であった。その理由は、交替可能な家族介護者がいないこと (62.4%) と家族の希望 (31.3%) による。なお、同意書は 75.0% が得ていた。
- 家族以外の者が吸引をする場合は、訪問看護師が同行訪問 (62.5%)、定期的に訪問して状況を確認 (25.0%) するなど、連携を図っていた。
- 家族以外の者への連携内容では、吸引技術 (68.8%)、緊急時の対応方法 (56.3%)、観察内容 (43.8%)、実施後の報告 (18.8%) などであった。
- 16 ヶ所の訪問看護ステーションのヒアリング調査では、ホームヘルパーとケア計画表の交換による情報の共有が図られたり、合同ケアカンファレンスに出席するなどして連携が強化されている。
- 一方、ホームヘルパー個人のレベル差が大きく、担当者が頻回に交代するため、吸引が困難であると判断せざるをえない事業所もあった。  
また、利用者が個人的にホームヘルパーや家政婦を雇用している場合は連携がとりにくいという声もあった。

## (2) 事例から (吸引を必要とする疾患を持つ利用者への訪問看護)

### 【事例 1】吸引をひかえて呼吸ケアを行なった結果、自力でたんが出せるようになった事例

交通事故による脳挫傷で、痙攣をともなう遷延性意識障害者に対して、24 時間家政婦が付き添って吸引を行なっていた。

訪問看護師が入って、全身状態をアセスメントし、家族の状況や家政婦の吸引などを確認した結果、吸引の刺激によって分泌物が多くなっていることや唾液の落ち込みも多いこと等がわかった。

訪問看護師は排たんケア (体位ドレナージ、呼吸訓練など) を行ない、吸引は必要最小限とした。五感刺激などの看護ケアも行なった結果、意識障害が改善しテレビを見て笑うようになった。訪問看護師は日常生活動作 (ADL) の改善等から判断して、自力でたんが出せるようになることを目標として設定し呼吸訓練等を行った。およそ 1 年後に自らたんを出せるまでになり、現在に至っている。

## 【事例2】長時間訪問看護の導入により、吸引回数が1/3減少した事例

気管切開をして人工呼吸器を使用している8人のALS患者にモデル事業として、1日4時間以上の訪問看護を週3回～5回、1ヶ月間実施した。その結果、1日平均32.1回の吸引回数が22.9回にまで減少した。

訪問看護によって、全身状態の観察、温湿布と清拭、専門的な排たんケアやリハビリを行ない、気管支まであがってきたたんを確実に吸引した。

吸引の行為は人工呼吸器をはずして行い、終わったら再度適切に装着する行為を繰り返す。ALS患者本人にとっては吸引に伴う苦痛も、器具装着に伴うリスクも1/3減少した。

## 2. 他職種との連携について

「吸引」は医行為と整理されており、主治医が「治療の必要の程度につき訪問看護を必要と認めた場合」に指示書が交付されて訪問看護師が行う仕組みとなっています。

訪問看護は在宅で行なう「療養上の世話又は診療の補助」であり、在宅療養者への看護ケアとともにご家族の支援を行なっています。利用者と個別に同意書を交わしている「家族以外の者」との連携についても、支援チームメンバーのひとりとして、訪問看護師が相談助言を行っています。

- (1) たんの吸引を必要とする疾患をもつ在宅療養者には、主治医の訪問看護指示のもと訪問看護師が吸引を実施しています。
- (2) 在宅療養者及び家族の状態、訪問看護サービスの状況等により、在宅ケア体制が困難をとまなう場合には、事例ごとにケアマネジャーをはじめサービス担当者が合同ケアカンファレンスをもっています。各職種が役割分担して、利用者に適切なケアを提供しています。

(理由)

- 吸引が必要な疾患をもつ在宅療養者には、様々な病状の変化があり一人ひとり状態が異なる特徴がある。医師や訪問看護師が医学・看護学の知識・技術に基づき、個別に総合的に判断して、家族以外の者との連携方法も判断する必要がある。
- 在宅ケアはケアマネジャーの作成したケアプランに基づいて実施されるため、ケアマネジャーは、吸引が必要な利用者には訪問看護の活用をケアプランに入れる必要がある。

- 「身体介護を実施する際の医療機関等との連携のあり方に関する調査研究委員会 報告書（平成 13 年 3 月 全国社会福祉協議会）」によると、訪問看護を利用していない理由に、①家族の了解が得られなかった（23.1%）、②ケアマネジャーから必要ないと判断された（17.6%）等があげられた。ケアマネジャーには利用者に対して、訪問看護の活用についての情報提供と十分なアセスメント力が求められる。ケアマネジャーの資質格差が大きいことが課題となっている。

#### 資料 1

「人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者のケア提供体制等に関する評価研究（平成 16 年 3 月 日本訪問看護振興財団）」

#### 資料 2

「人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者への 24 時間在宅ケア支援システムに関する研究（平成 15 年 3 月 日本訪問看護振興財団）」

#### 資料 3

「身体介護を実施する際の医療機関等との連携のあり方に関する調査研究委員会 報告書（平成 13 年 3 月 全国社会福祉協議会）」

平成16年11月26日

ALS患者以外の在宅療養患者に対するたんの吸引行為の  
検討に際しての要望

社団法人日本介護福祉士会  
会長 田中 推子

日本ホームヘルパー協会  
会長 因 利恵

昨年7月、ALS患者の在宅療養の支援について示され、家族以外の者によるたんの吸引については、一定の条件の下で行うことができるとされていますが、ホームヘルパー業務としての位置づけが不明確など、介護の現場では混乱がみられます。

ALS患者以外の在宅療養患者に対するたんの吸引について検討されるに当たって、下記のとおり要望いたします。

記

- 1 在宅で日常的に「医療的ケア」をうけておられる方々に対しては、訪問看護など地域での医療的な支援体制を確立することが緊急課題であることから、早急に在宅療養環境の整備を図ってください。
- 2 たんの吸引が必要な在宅療養患者の方々に対して、ホームヘルパーがたんの吸引を行うに当たっては、安全かつ適正な実施を確保するため、十分な条件整備を図ってください。
  - ① ALS患者に対するたんの吸引は、ホームヘルパー業務としての位置づけが不明確です。たんの吸引をホームヘルパーの業務として行うことについて、法的な整備を図ってください。
  - ② ホームヘルパーの業務として行う場合、ホームヘルプサービス事業者と医師や訪問看護などの医療機関との連携体制を明確にし、それぞれの業務及び責任分担を明らかにしてください。
  - ③ たんの吸引を行うホームヘルパーは、一定の水準が必要です。介護福祉士の資格を有し、かつ介護職としての一定の経験を有することが必要と考えます。ALS患者に対するたんの吸引は、その実施方法などを習得した者とされていますが、専門的な研修及び利用者やご家族と一緒にかかりつけ医や看護師から具体的な実施方法を習得できる体制の整備を図ってください。
  - ④ 担当するホームヘルパーの管理・教育、事故対応などホームヘルプサービス事業者の責務を明確にし、事業者が必要な業務体制を整備することを義務づけてください。
- 3 介護現場の混乱を避けるため、利用者から強い要望のある「たんの吸引」行為以外の日常的な医療(的)行為(点眼・塗薬等)についても整理が必要と考えます。

以上





褥瘡処置	20.7%	23.4%
点眼	70.9%	6.9%
ストマ管理	6.9%	8.0%
点滴針抜去	2.3%	10.0%
カテーテル管理	5.7%	3.4%
在宅酸素吸入・管理	4.2%	11.1%
医療的リハビリテーション	9.2%	3.4%

### Ⅲ 特記すべき自由記述

○利用者の方の健康状態を第三者の目線で定期的に観察できる介護福祉士やホームヘルパーが講習、実技指導を得た上で実施できる行為（血圧、体温、脈拍）など毎日のデータを取ることによって利用者の健康状況の把握がより明確になる行為に対しては、ぜひ認めてもらいたいと思う。爪きり、湿布、軟膏、目薬など定期的に行うことなど、危険性についての講習、実技指導のもとでの実施なども必要かと考えます。しかし、褥瘡、酸素吸入、たん吸引、摘便などは専門的技術と判断を必要とするもの。状況変化がある行為に対しては専門的な方に全任するか確かな処方の方法を文書にして委託されたときのみ処置できるなどの特例も必要かと思えます。介護福祉士もなぜその行為が医療行為として認識されているのか。その危険性についての理解をした上でどうするのかをより多くの介護福祉士が確認しようとする意識レベルの向上がもっと必要だと思っています。

○吸引、摘便、投薬（配薬）、座薬、浣腸等、現場で介護福祉士が行って良いのではないかと。あるいは、どのような介護行為も業務とする必要があると思えます。医師、看護師が不在の時、痰がからんで苦しい思いをさせるのはつらい。摘便、服薬管理等も生活を維持する上でも必要だと考えます。介護福祉士はもっと医療面も勉強し、医師、看護師不在時でも対応できるよう介護福祉士として質を高め、医療行為を業務とすることは必要と思われれます。

○介護福祉士なら誰でも医療行為が出来るのはどうかと思えます。患者が退院と判断された時点から在宅医療の指導があり、たん吸引、栄養食の注入等完全マスターするまで入院しているときに指導があります。2～3週間かかりそれらを家族は出来るようになって退院する。介護福祉士がやるとしたらやはり医師、看護師、保健師の研修と同じような実習が必要だと思えます。

○緊急時、特に最近では痰の吸引は避けられない行為と考えられる。また、医療行為のたびに訪問看護をケアプランへ入れると、利用料の負担が大きくなり、税

金の無駄遣いだと思う。緊急時における対応方法として、介護福祉士は正確な技術（理論を含む）を身に付けておくべきだと考える。技術認定された介護福祉士が、医療行為のある現場に対応するほうが良い。医療行為については、事故は避けがたいと思う。そのために利用者・家族とのインフォームドコンセントをし、責任問題を明確にしておく必要がある。

○ALS患者に対する在宅での家族以外の吸引が認められるなど、介護福祉士が医療行為をしなければならない状況が徐々に広がってきていると思います。しかし、法律上では医療行為が出来るのは医師・看護師（准看も含む）・家族に限られています。医療行為とは何か、またどこからどこまでを医療行為とするのか、国は示していません。高齢化が進む中、医療従事者以外の方が医療行為を行っているのも事実です。現場では、このグレーゾーンの狭間で揺れ動いているのです。

「外部圧力」、「施設・事業所の方針」「責任」という3つのキーワードがそこには存在するのです。外部圧力とは看護師の人数が限られている施設では、ケアワーカー（介護職）に医療行為を依頼するケースが多々あります。夜勤帯に看護職を配置しているところは少なく、介護職が与薬の介助や吸引を行うケースがほとんどではないでしょうか。そこには医療行為は違法と分かっているにもかかわらず「NO」とはいえない現状があるのです。2つ目に施設や事業所の方針が、この問題に対して真摯に取り組んでいるところと全く無関心でいるところとの差が歴然としているような気がします。施設長や事業所の管理者といった人たちが実態を把握し、利用者や家族の希望、職員の現状を分かった上で、対策を取ることが要求されると思います。最後の責任について、万が一医療事故を起してしまった際、現状では行った個人が責任を取らなくてはなりません。もちろん被害にあった利用者が一番悲劇ですが、その人を助けようと思ってしたことが、逆に傷つけてしまったという意味では介護者もまた悲劇だと思います。3つ目の課題を解決するためには早急に国が指針を示さなくてはなりません。何のための医療なのか、誰のための医療なのかと介護職である私たちが真剣に取り組まなければならない問題でもあると思います。

○吸引等は緊急時に必要と迫られて実施することがありました。その時は無我夢中だったので、その実施方法が正しかったのか、自分が吸引すること自体が正しかったのか、後から悩みました。現場で責められることはありませんでしたが、個人としては常に考えていたように思います。日常の業務として実施する（吸引を）事を安易には認めないほうがいいと思いますが、緊急時の事を考えて、介護福祉士には研修と試験を課すべきだと思います。ALSの方の日常生活の吸引は、本来すべき医療従事者が担えるような体制を作り、それでもなおかつ困難が生じる場合は、更に研修を積み重ねて受講する。

○日常のケアでとても多い医療行為の痰吸引、爪きり、湿布貼り、内服薬投与、外用薬塗布などは、ヘルパーがそれらを行うに当たり、研修を受けるというシス

テムを作って欲しい。介護と看護を完全に分けて考えるのではなく、重なり合う部分も必要である。看護師でもヘルパーでもできる医療行為の部分が必要だと思う。介護に当たっているご家族を、少しでも援助できるよう、これらの医療行為はやっていかなければならないと思う。また、特別養護老人ホームなどの施設では、看護師だけが介護行為を行わなければならないということになると、とても時間内に援助できないということになってしまう。

○特別養護老人ホームには1時間ごとに吸引の必要な人、経管栄養等の医療行為を行わなければ、生命の維持ができないような重介護の人が増えている（厚生労働省も通達を出している）。介護技術だけでは現状の現場では、まず医療行為と知りつつも、やらざるを得ないということを考えれば、介護福祉士の領域を広げ、准看護師レベルまで内容を上げていく必要があると思う。すでに資格を有しているものは講義・実技等により、行為が行えるようにして欲しい。現状レベルでは国家資格レベルとは思えない。利用者も家族も介護者も安心して質の高いケアを提供し、受入れられるようになるべきだと思う。今の2年という年限で難しければ3年とし、国家資格にふさわしい資格に上げていく必要もあると思う。医療行為をやっていることに新人職員などは不安を抱えていると思う。もし事故に繋がってしまうと、責任問題ではすまなくなる。

○医療従事者が不在の場合、吸引すれば呼吸困難が解消できるのに、口腔清拭での対応しかできないもどかしさを感じます。医療従事者以外にも、研修、実技等できちんと吸引できる人材を育成し、対応できる人がいても良いのでは。老人施設では要介護度の高い方が利用されており、吸引の必要な方が多くなってきている。医療従事者が常駐でない施設が多い現状をきちんと厚労省は理解してほしい。もし、介護福祉士に吸引等の行為が許可になっても、研修、実技等で適正な処置方法をしていきたいと思うので、統一されたいと思います。

○正しく医療行為として区分けしていくのは構わないのだが、それでは施設サービス、在宅サービスにおいて、サービスが機能しない（やりにくい）状態になってしまう。特に在宅では家族ならOKの痰の吸引も、介護福祉士やヘルパーには許させていない現状など、もっと柔軟な対応が出来るようになると良いのではないのでしょうか。

○どこまでが医療行為かという線引きが不明瞭と思う。爪きり・点眼・ハップ剤貼布・軟膏塗布・座薬挿入・耳垢取り等日常その利用者が医師の処方により出されたもので（ヘルパーが判断することではない）常日頃、家族や本人が行ってきたものであれば注意して行ったり医療職の人からの注意事項を受けていれば可能と思っている。不安と思うときは行っていない。

## 家族以外の者が行う「たんの吸引」に関する意見について

全国ホームヘルパー協議会

- 「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」に対して行った要望のポイントは次のとおりであるが、ALS 患者以外の「たんの吸引」の場合についても同様である。
  - ・「たんの吸引」等の医療行為については、地域における医療的支援体制の確立が課題である。
  - ・ホームヘルパーが「たんの吸引」を業務として行う際の条件整備を図って欲しい。(法的整備、ヘルパーの要件の明確化、訪問看護との役割分担、行為の責任は事業所が負う点について)
  - ・「たんの吸引」をヘルパーが安全に行うための研修を確立して欲しい。
  - ・ヘルパーが「たんの吸引」を行えるよう事業所側の体制整備の明確化や全体の仕組みづくりへの国・自治体の支援の明確化を行って欲しい。
  
- 「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」の報告書には、ホームヘルパーは「たんの吸引」を「業」としては行えず、行う場合は「ボランティア」として行うという整理がなされているが、このことでは事業所としての責任が明確にならないことから、ALS 患者、ALS 患者以外を問わず「たんの吸引」は実際にはあまり行われていない状況にある。
  
- しかし、患者を抱える家族からは、訪問介護を行うホームヘルパーに「たんの吸引」を担って欲しいという要望が強く寄せられており、実際、ヘルパーが患者宅を訪問した際にボランティアとして実施している例がある。訪問にあたっては、医師・看護師から十分な指導を受けて「たんの吸引」の技術習得を行っている。
  
- ヘルパーが「ボランティア」として位置付けられていることから、事業所としての研修（技術習得）実施が難しい現状にある。この点からも「たんの吸引」をホームヘルパーが行う業務として位置付けることが必要であると考えます。
  
- その他、「たんの吸引」以外の医療行為の実施について（例えば、爪きり、湿布の貼付、薬の塗布、点眼等）は、自力でできない理由が「力が入らない」「手が届かない」である場合、患者の希望に応じてヘルパーが対応している。このように「たんの吸引」程の複雑な整理を必要としない行為までもが「医療行為」と整理されていることで対応が困難となっているものがあり、整理が可能な行為から具体的な解決を図ることが必要ではないか。