

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」分担研究報告書
在宅重度障害者の療養生活支援のための
看護と介護の連携モデル（ケアミックスモデル）作成に関する研究

分担研究者 佐藤 美穂子（財団法人日本訪問看護振興財団 常務理事）

共同研究者 小倉 朗子（財団法人東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所 難病
ケア看護研究部門 主任研究員）

共同研究者 田中 雅子（前 社団法人日本介護福祉士会 会長）

研究要旨

生命を維持するためには医療処置が欠かせない在宅重度障害者のケアについて、平成17年度には、在宅重度障害者及び家族のケア提供者に対する要望を把握した。また、在宅重度障害者が利用する医療機関や訪問・通所サービス機関、外出支援場面(泊まり含む)において、看護と介護のケアミックスがどのように行われているかの実態を把握し、理想的ケアミックスモデルを作成するための基礎資料とした。

平成18年度は、平成17年度当該研究の結果からの考察、先行関連研究、既存の文献等をもとに、厚生労働省通知で容認されている医行為の「吸引」を中心にして、理想的なケアミックスモデル試案を作成した。また、訪問看護師と訪問介護員にインタビューを行って、個々の在宅重度障害者宅での技術指導や観察のポイントなどの情報共有の必要性が確認された。また、看護と介護が導入されている在宅重度障害者の医行為を10項目抽出し、密な連携が想定される訪問介護事業所併設の訪問看護ステーションに対し、抽出した10項目の医行為について、それぞれの職種が関与する状況、関与する不安の有無などの実態把握を行って、「不安」が生じる要因を分析した。ホームヘルパーがなんらかの行為を実施している割合が高かったのは、「口腔内・鼻腔内吸引及び気管内吸引」が必要な状態で、不安を持ちながら実施していることがわかった。また、その場合は、訪問看護師による同行訪問、指導・助言の実施率が高かった。一方、ケアマネジャーからの両職種が同時間帯に関わることに対する苦情、医師も含めた連携の必要、ホームヘルパーへの指導時間が負担など制度上の課題が多く出された。本研究では、厚生労働省通知に添って、在宅重度障害者の看護と介護を再検討し、「吸引」を必要とする重度障害者の理想的なケアミックスモデルを提案した。さらに看護と介護のケアミックスに関するケア担当者への研修を実施する上での留意事項を取りまとめた。

A. 研究目的

訪問看護師による24時間滞在型ケアの困難な実態において、医行為が24時間・365日、いつ発生するか予測できない状態では、在宅重度障害者および介護家族を支援するために、看護と介護のケアミックスが必要となる。ケアミックスの現実的な在り方を検討し、研修プログラム作成の基礎資料とすることを目的とした。

1. 看護と介護のケアミックスモデルの作成

2. 訪問看護師及び訪問介護員へのインタビュー
3. 訪問介護事業所を併設している訪問看護ステーションへのアンケート調査による看護・介護ケアミックスの実態の把握
4. 看護と介護のケアミックスモデルの検証、看護と介護のケアミックスに関するケア担当者への研修を行ううえでの留意事項の整理

B. 研究方法

1. 看護と介護のケアミックスモデル作成

平成 17 年度当該研究の結果からの考察、先行関連研究、既存の文献等をもとに、平成 18 年 10 月から平成 19 年 1 月末までに理想的なケアミックスモデル試案を作成した。

2. 訪問看護ステーションと訪問介護事業所へのケアミックスに関するインタビュー

平成 18 年 2 月に看護・介護サービスを提供している看護師と訪問介護員にインタビューを行ってケアミックスが発生する医行為を検討した。

訪問介護事業所の訪問介護員と訪問看護ステーションの訪問看護師へのインタビューに際しては、インタビューガイドを用いて 1 時間 30 分程度の半構造的インタビュー調査を実施した。インタビューアーは分担研究者が主として担当し、許可を得て録音した内容を分析した。

3. 質問紙によるケアミックスの実態調査

平成 19 年 3 月に質問紙調査を行った。

理想的なケアミックスモデルを作成するために、訪問看護と訪問介護の連携のとれやすさから、訪問介護事業所を併設している訪問看護ステーションを選定して、在宅重度障害者への医行為に関する訪問看護と介護の連携状況を把握した。

1) 調査対象

訪問介護事業所を併設している訪問看護ステーション 239 ヶ所を対象とした。

全国の訪問看護ステーションリストから、「在宅重度障害者」への訪問看護と訪問介護のケアマネジメントの実態と訪問介護員との連携、研修等の実態を把握した。

2) 調査項目

- 医療処置を要する重度障害者のケア内容 10 項目
- 「看護」が必要にもかかわらず不十分で、介護との連携で対応している実態
- 看護が介護に期待すること、不安なこと
- 介護が看護に期待すること、不安なこと
- 家族・本人の意思
- ケアミックスに関する研修等の実施状況
- 制度等への要望

4. 倫理的配慮

本研究においては、調査対象者及びサービス事業者に対しては書面で研究の趣旨を説明し同意を得た。同意に当たっては同意書を得て、個人情報保護等を含め倫理的配慮

に基づき成果をまとめた。

C. 研究結果

I. ケアミックスモデル試案作成

平成 17 年度の本研究では、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度障害者の在宅生活継続期に焦点を当ててサービスの現状を調査・分析し、次の結果を得た。

【在宅】

- 1) 熟練した看護・介護ケア提供者のケアミックスでケアの質を保証
- 2) 個別ケアマニュアルによるケアミックスで、本人・家族の生活リズムを一定に保持
- 3) 医療ニーズに対しては看護主導で介護職員の協力によりケアの効率的な提供

【通所施設】

- 4) 通所サービス中は看護師が常駐して健康管理を行い安全とサービスの質を保障

図表 1 ALS 等の重度障害者及び家族の状況と看護支援が必要な時期

	利用者の時間軸				
	①ALS等 診断確定・告知時期	②障害の進行期	③人工呼吸器 装着前後・在宅療養開始期	④人工呼吸器 装着等在宅療養継続期	⑤ターミナル期
利用者の障害の状況 (心身状態)				●	
家族の状況				●	
サービス(ケア)ニーズ (要望・困っていること等含)				●	
実際のケア提供状況 (サービス内容・チームアプローチ等)				● ・訪問 ・通所 ・外出支援	
理想的ケアモデル 看護・介護ニーズ (ケアミックス・利用サービス、訪問・通所・施設等含)				理想的ケアモデルの基礎資料	

※ 平成 17 年度は●を記した在宅生活の支援時期に焦点を当てて調査を実施し、理想的なケアミックスモデルの基礎資料を得た。

そこで、平成 18 年度は、次のような理由で、看護と介護の連携モデル（ケアミックスモデル）は、「吸引」をモデルにして作成することとした。

1. 「口、鼻腔、気管内（気管カニューレ含む）吸引」を選定した理由

平成 17 年度の当該研究総括班の報告書から「重度障害者」の定義は、「障害種別・年齢・障害の原因（疾患名・事故・病状名）を問わず、心身の機能障害に加えて生命維持機能の障害のために継続的に医療処置を要し、自力での活動・参加が困難または不可能であるため、包括的なケアニーズとして看護・介護・障害福祉の一体的なサービスを必要とするものである。」と考えられている。したがって、特に本研究でいうケアミックスとは、包括的なケアニーズとして看護・介護・障害福祉の一体的なサービスを必要とし、本来は医療職が実施すべきである医行為を介護との協同で実施せざるを得ない在宅療養支援について焦点を当てた。本分担研究でいうケアミックスが必要な状態とは、

- ① 生命にかかわる医行為を必要としている
- ② その医行為は不定期に発生するものである
- ③ 従って 24 時間 365 日のケア体制を必要としている
- ④ 看護職等医療従事者と家族介護者のケア体制では不十分で、家族以外の者（ホームヘルパー等）の協力・支援を必要とする

ことである。

次に、在宅重度障害者で、介護職員が介護を行う対象者で、ケアミックスの必要性が生じるであろうと考えられる医行為を伴う状態について、インタビュー調査から次のような医行為を伴う状態が挙げられた。

- ・ 点滴の管理が必要な状態
- ・ 中心静脈栄養の管理が必要な状態
- ・ 経鼻経管栄養が必要な状態
- ・ 胃ろうより経管栄養が必要な状態
- ・ 膀胱留置カテーテルの管理が必要な状態
- ・ ストマケアを必要とする状態
- ・ 口腔・鼻腔内吸引が必要な状態
- ・ 気道・気管カニューレ内の吸引が必要な状態
- ・ 褥そう処置が必要な状態
- ・ 心肺蘇生（緊急対応・アンビューバッグ使用等）の状態

このような医行為の中には、介護職員と連携しながら、看護職員が計画的に訪問して実施することができる場合が殆どであるが、「吸引」と「心肺蘇生」に限っては、上記①から④に該当し、介護職員の協力が必要な代表的な医行為と考えた。

【家族以外のもの（ホームヘルパー等）にたんの吸引が容認された背景】

平成 15 年 6 月に「新たな看護のあり方に関する検討会」の下にヘルパーによるたんの吸引問題を検討する分科会が設置されて、厚生労働大臣に対し次のような結論を報告した。

「たんの吸引は、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則であり、ALS 患者に対する家族以外の者（医師及び看護職員を除く。以下「家族以外のもの」という。）によるたんの吸引については、医師及び看護職員により十分にサービスが提供されるならば、実施する必要はないと考えられる。しかしながら、たんの吸引は頻繁に行う必要があることから、大部分の在宅 ALS 患者において、医師や看護職員によるたんの吸引に加

えて、家族が行っているのが現状であり、家族の負担軽減が求められている。このような在宅療養の現状にかんがみれば、家族以外の者によるたんの吸引の実施についても、一定の条件の下では、当面の措置として行うこともやむを得ないものと考えられる。また、今回の措置は、あくまでも、当面やむをえない措置として実施するものであって、ホームヘルパー業務として位置づけられるものではない。」

これを受けて、平成 15 年 7 月 17 日付け各都道府県知事宛に医政局長通知「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）」が発出された。さらに平成 17 年 3 月 24 日付けで「在宅における ALS 以外の療養者・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）」が出されている。

一定の条件下で家族以外の者が、たんの吸引を実施することは当面のやむを得ない措置として許容されることになった。

家族以外の者の吸引を「当面のやむを得ない措置」として許容されるためには一定の条件が満たされる必要がある。「たんの吸引」は医行為であり、医行為である以上、医師、看護職員以外が行えば、法律を犯すことになる。そこで、一定の条件のもとに違法性が阻却されることになっている（家族も含めて非医療者が医師法違反とならない）。

- 1) 患者の同意があること
- 2) 目的の正当性
- 3) 手段の相当性

医師・看護師による医学的管理、家族等非医療者に対するたんの吸引の教育、適正な吸引の確認、緊急連絡体制確保など

- 4) 法益衡量

患者の利益を比較衡量

- 5) 法益侵害の相対的軽微性

家族であるという解消されない関係、特別な関係にあることから法益の侵害が軽微

- 6) 必要性・緊急性

早急にたんの吸引をしないと生命にかかわり、しかも不定期に吸引が発生するため医療従事者が全てに対応することが困難な現状にある。

厚生労働省・分科会「報告書（平成 15 年）」では、「患者の QOL の向上や患者及び家族の負担の軽減を図るため、在宅 ALS 患者の療養環境の更なる向上が求められている」とあり、訪問看護サービスの充実と質の向上、緊急時等の入院施設の確保が提言されている。また、たんの吸引を安全に行うために、専門的排たん法の普及促進、危険性に応じた適切な対応、より安全で的確に実施できるように研修を行うことを挙げている。

2. 「吸引」が必要な状態の重度障害者に関わるケアチームメンバーとその責務

吸引が必要な状態の重度障害者へのケアミックスは、訪問看護職員とホームヘルパーを主としたケアミックスを考えることとするが、患者及び家族の在宅生活が望ましい状態で継続できるためには、本人・家族も含めたケアチームが成り立ち様々な職種の支援が必要である。そこで、前述の「たんの吸引の取り扱いについて」の通知を基本にして、

それぞれの役割について整理した。

1) 重度障害者（本人）

必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した家族以外の者に対して、たんの吸引について依頼するとともに当該家族以外の者が自己のたんの吸引を実施することについて、自由意思でもって文書により同意する。在宅生活を継続するために、心身の状態や不安に思うことなどをチームメンバーに伝えて、ケアのプロセスを共有する必要がある。

2) 家族

- ① 必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した家族以外の者に対してたんの吸引について依頼するとともに当該家族以外の者がたんの吸引を実施することについて、自由意思でもって文書により同意する（本人に代わって）。必要な医療的ケア、処置及び介護を習得する。
- ② 自らの希望や意思を明確にして、重度障害者とのよりよい家族関係を維持し、家族の役割が継続できるように、在宅ケアサービスを柔軟に活用して介護負担の軽減を図ること、自らの心身の健康維持とともに家族成員の健康等への配慮など、家庭生活全般を運営する。

3) 医師（入院先の医師・在宅患者のかかりつけ医）

- ① 入院先の医師は本人に対して、入・退院が可能かどうかの判断をする。
- ② 本人・家族、看護・介護従事者、保健所保健師等在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握し確認する。→ 実働は、看護師・MSW・ケアマネジャー
- ③ 入院先の医師は本人・家族に対して、在宅移行の説明を行い、理解を得る。
- ④ 定期的な診療を行い、適切な医学的管理を行う。
- ⑤ 家族以外の者に対して、疾患、障害やたんの吸引に関する必要な知識を習得させるとともに吸引方法についての指導を行う。→ 実働は、看護師
- ⑥ ケアメンバーとの連携を図る。→ 実働は、看護師・MSW・ケアマネジャー
- ⑦ 医療機器・衛生材料等は患者・障害者の状態に合わせ、必要かつ十分に患者に提供する。
- ⑧ 緊急時の連絡・支援体制を確保する。

4) 看護師（入院先の看護師・訪問看護職員）

- ① 入院先の看護職員は、本人・家族、看護・介護従事者、保健所保健師等在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握し確認する。
- ② 入院先の看護職員は、在宅移行に備え、医療機器・衛生材料等必要な準備を関係者の連携の下に行う。
- ③ 定期的な訪問看護を行い、適切な医学的管理を行う。
- ④ 訪問看護職員はたんの吸引を指導する。訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて、適正なたんの吸引が実施されていることを確認する。
- ⑤ 緊急時の連絡支援体制を確保する。訪問看護体制（24時間看護体制で必要時の相談

対応、緊急訪問看護)を実施する。

- ⑥ 訪問看護職員は治療の協力、健康の維持、悪化防止のために医師とは指示・報告などをおして密な連携を行う。

※1 ALS 患者が入院中に、約5割の訪問看護ステーションでは、積極的に病棟訪問したり、退院前カンファレンスに参加して、受入準備を行っている(2005年度訪問看護・家庭訪問基礎調査、2006年日本訪問看護振興財団)。

※2 看護職員とは

保健師、助産師、看護師、准看護師で構成され、法律上の看護師資格は、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)により「傷病者もしくはじょく婦に対し、療養上の世話又は診療の補助」を業とする業務独占の厚生労働大臣免許である。けがや病気のため療養している者や産褥婦に対して、症状に応じて医学的・看護学的知識及び技術を用いて行うのが「療養上の世話」である。さらに、医師又は歯科医師が患者を診断・治療する際に行う補助行為及び指示の下に行う注射、採血、投薬、創傷部のガーゼ交換、留置カテーテル交換など医行為を行うのが「診療の補助」である。准看護師は都道府県知事の免許であり、看護師又は医師の指示を受けて療養上の世話及び診療の補助をなす。従って「看護計画」は看護師が立て、その下に看護を行う。准看護師は訪問看護ステーションの管理者になることは出来ない。

5) 保健師

- ① 在宅に移行した後も支援体制を確保する。相互に密接な連携を確保する。
② 緊急時連絡、支援体制を確保する。

※ 特に保健所の保健師は難病対策として、9割以上が訪問指導・電話相談や来所者への相談を行っている。また、「地域ケア会議」や「専門的な研修を行っている場合が5割以上ある。約5割の市町村保健センターで訪問指導・電話相談や来所者への相談を実施している(2005年度訪問看護・家庭訪問基礎調査、2006年日本訪問看護振興財団)。

6) 家族以外の者(ホームヘルパー等)

- ① 在宅重度者の介護を全般的に担い、連携体制において、必要なたんの吸引を行う。
② 疾患やたんの吸引に関する必要な知識を習得する。
③ たんの吸引について、本人・家族の依頼を受けて、文書による同意を得る。
④ 医師及び訪問看護職員の指導の下で、医師及び訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして適正な吸引を実施する。
⑤ たんの吸引の範囲は、口・鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度とする。人工呼吸器を外しての吸引は安全かつ適切な取扱いが必要である。
⑥ 本人家族を含めて日常生活が快適に継続できるように生活全体の支援を行う。

※介護職員とは

国家資格である介護福祉士、又はホームヘルパー養成課程を修了した者で、訪問介護はホームヘルパー2級及び1級(120時間~360時間)の養成課程修了者が行っている。昭和61年に福祉職の初めての国家資格として誕生した介護福祉士の資格は、ホームヘルパーや寮母経験3年以上で国家試験に合格した者と介護福祉士の養成校を卒業した者が取得できる、名称独占の登録資格である。平成19年から、介

介護福祉士は全て国家試験合格者であることが求められ、養成校を卒業した者は受験資格を得ることとなる。

今回の法律改正で、従来、介護福祉士は「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上的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入浴、排泄、食事その他の介護を行い、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。」とされてきた。平成 19 年 3 月 13 日に、「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案」は閣議決定された。介護福祉士の定義規程の見直しでは、「入浴、排泄、食事その他の介護」が「心身の状況に応じた介護」と改正される。また、個人の尊厳の保持、認知症等の心身の状況に応じた介護、福祉サービス提供者、医師等の保健医療サービス提供者等との連携についての義務規程と資質向上の責務規程が見直される。さらに、養成施設は今までの 1650 時間から 1800 時間へと増加、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、介護福祉士の資格取得方法を一元化される。3 年以上の実務経験者は新たに 6 ヶ月以上の養成課程を経た上で国家試験を受験する仕組みも考えられ、平成 24 年 4 月から施行される。ただ、介護福祉士となるように努めなければならない旨を法律上規定して、当分の間は「准介護福祉士」が設けられることになっている。

繰り返すが、介護職員は医師や看護師などの保健医療関係者とは「連携」とされ、指示関係にはない。ただし「連携」の範囲等は定められていない。

7) ケアマネジャー（介護支援専門員）

介護保険法に基づく、都道府県知事登録資格で、居宅介護支援（ケアマネジメント）を行う。

本人の生活全般を見ると共に状態の変化に対応したケアマネジメントを行い、24 時間 365 日ケアを確保する。

チームケアでは、職種ごとにその専門性に応じた、それぞれの役割があり、それぞれが持てる能力を最大限に発揮する、発揮できるケア体制を組む必要がある。そのためには、ケアチームのメンバーが共通のケア目標に向かって、よりよい連携が図れるようにケアのマネジメントとチーム間のコーディネートが重要となる。

特に人工呼吸器で気管カニューレを装着し、吸引や吸入が必要な状態であったり、さらに、胃ろうが造設されて経管栄養が必要な状態、排便コントロールが必要な状態などでは、重度障害者の健康や病状の変化が分かること、医師や医療機器メーカーとの連携も十分にとれる事が望まれる。その意味では、実務経験を有する医療職のケアマネジャーが担当者となることが理想的である。

さらに、重度障害者では、特に病状の変化に対応して、ケアプランの変更が臨機応変に行われなければならない。訪問看護ステーションに併設されたケアマネジメント機関では、訪問看護との連携がスムーズに行われるため、柔軟な対応が容易となる。

ただし、安定した状態においては、相談援助の専門家である社会福祉士等の活躍が期待される。

3. 「吸引」が必要な状態の重度障害者の看護と介護のケアミックス

1)入院中から在宅移行支援まで

(1) 医療に関する調整

吸引器・吸入器の機種選定、医療材料の使用数や調達・購入経路などに関する支援と呼吸ケアについて、医師・看護師・MSW等が行う。訪問看護職員の同席を必要とする。

(2) 介護に関する調整

看護師は、入浴、排泄、食事など介護方法の決定と、家族への介護指導を行う。家族への介護指導の内容は、呼吸器に関すること、吸引方法、緊急時対応、アンビューバッグの使い方などである。家族指導の機会に訪問看護職員やホームヘルパーが同席して、在宅での吸引の実施について共通理解と情報を共有する。また、顔合わせによってケアチームづくりの第一歩とする。

(3) 社会資源の活用、介護保険等制度の活用に関する調整

MSW、ケアマネジャーが行う。

2)在宅でのサービスネットワークの構築

(1) 病院の役割

専門医による、診断治療・リハビリテーションを実施する。レスパイト入院を定期的に引き受ける機能を果たす。

(2) 在宅かかりつけ医の役割

訪問診療や往診、医療材料及び衛生材料の支給、訪問看護ステーションへの訪問看護指示書を交付して在宅医療を協同して実施し、その責任を持つ。

(3) 訪問看護ステーションの役割

医師の指示書に基づき、定期訪問、緊急訪問、24時間看護相談体制を実施する。

家族以外の者としてホームヘルパーが同意書を得て吸引を行う場合は、連携協定のもとに訪問看護計画書に基づき吸引の実施について協力を得る。その場合、訪問看護ステーションの訪問看護師はあらかじめ、ホームヘルパーと本人の心身の状況について情報交換を行う。次に、訪問看護師はホームヘルパーと当該重度障害者の住まいに訪問して、本人の心身の状態について説明し、吸引の技術指導、技術確認、観察のチェックポイント、緊急時対応を取り決める。

(4) 保健師

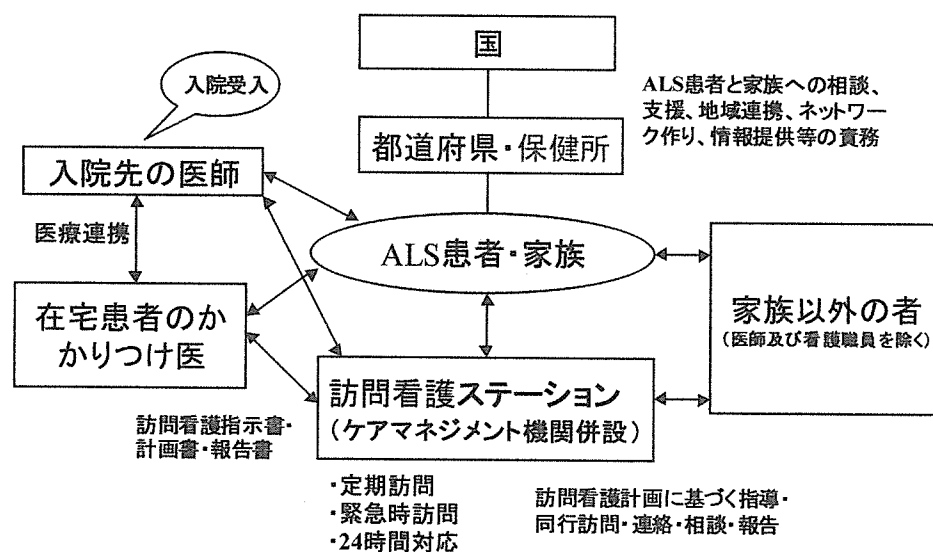
保健所の保健師は、地域ケア会議を開催するなど連携の継続を支援する。

(5) 訪問介護事業所のホームヘルパーの役割

介護の専門性に基づき介護を行うが、吸引が必要な場合においては連携協定のもとに、吸引行為を行う。

(6) 居宅介護支援事業所、入浴介護、通所・短期入所サービスなどが役割を担う。

図表 2 在宅 ALS 患者のたんの吸引における訪問看護と家族以外の者との連携



出典：厚生労働省医政局通知「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養支援について」（医政発第 717001 号）（別紙）より 一部改変

図表 3 家族以外の者による「たんの吸引」を当面のやむを得ない措置として許容される
6つの条件と在宅療養支援担当者の役割分担（厚生労働省通知に基づき作成）

6条件 担当	療養環境の 整備・管理	在宅療養の 医学的管理	家族以外の 者への教育	在宅療養者 との関係	家族以外の 者との連携	緊急時連絡 支援体制
入院先の医師	退院可の判断 移行前に連携 の状況確認 医療機器等の 決定、提供 相互連携継続	定期診療	疾患・障害・た んの吸引の知 識、吸引方法	在宅移行の説明 と理解	在宅移行前に連 携状況の確認	緊急入院の受入 れ
病院の看護師	移行前に連携 の状況確認 医療機器等の 確認 相互連携継続		疾患・障害・た んの吸引の知 識、吸引方法		疾患・障害・た んの吸引の知 識、吸引方法	緊急入院の受入 れ
かかりつけ医	移行前に連携 の状況確認 医療機器・衛 生材料の提供 相互連携確保	定期診療	疾患・障害・た んの吸引の知 識、吸引方法	定期訪問診療 往診	在宅での技術確 認・指導	往診
訪問看護職員	移行前に連携 の状況確認 相互連携確保	定期訪問看護 医師の指示に 基づく診療の 補助と実施報 告	疾患・障害・た んの吸引の知 識、吸引方法	定期訪問看護 緊急時訪問 24時間連絡体 制 介護・療養指導	訪問看護計画に 基づく吸引の技 術確認・指導 同行訪問・連 絡・相談・報告	緊急時訪問 24時間連絡体 制
家族以外の者	移行前に連携 の状況確認			たんの吸引の同 意書を作成		異常の発見・報 告
保健所保健師	移行前に連携 の状況確認 相互連携継続			訪問指導、電話 相談 来所相談		地域ケア会議等 支援体制
本人・家族	移行前に連携 の状況確認				たんの吸引を依 頼、同意書作成	異常の発見・報 告
ケアマネジャー	移行前に連携 の状況確認				ケアプラン作成 モニタリング	サービス担当者 会議
機器メーカー	機材の調達	定期メンテ				緊急訪問メンテ

図表 4 「たんの吸引」を家族以外の者が実施することの同意書

同意書 (例)	
平成 年 月 日	
(たんの吸引を行う者)	
氏名 :	_____様
住所 :	_____
(たんの吸引をされる者)	
氏名 : _____印	
私は、あなたがたんの吸引を実施することに同意いたします。	
代理人・代筆者 :	_____印 (本人との続柄 : _____)
同席者氏名 :	_____印 (本人との続柄 : _____)
<p>※ たんの吸引をされる者が未成年者である場合又は署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合は、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行って下さい。この場合、第三者が同席し、当該同席者も署名又は記名押印を行うことが望まれます。</p> <p>※ この同意書はたんの吸引を行う者が保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれ同意書の写しを保管し、必要に応じて医師や訪問看護職員等に提示できるようにしておくことが望まれます。</p> <p>この同意書は、たんの吸引をされる者と痰の吸引を行う者の間の同意であり、たんの吸引を行う者の所属する事業所等との同意ではありません。</p>	

出典：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の報告書「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いに関する取りまとめ (平成17年3月10日)」より

8) 看護と介護のケアミックスをスムーズに実施する方法

(1) たんの吸引を要する重度障害者・主治医・訪問看護ステーション・訪問介護事業所との連携協定書の作成

吸引器を用いて、たんの吸引を行うことについては医行為である。訪問看護ステーションが主治医の包括的指示の下に当該重度障害者の吸引を行うことを三者で同意する協定書が前提となるが、家族以外の者が吸引を行う場合は、その協定書の中で、家族以外の者がたんの吸引を行うことについて記載される必要がある。

そこで、共同研究者の小倉朗子氏よりの資料提供「吸引器を用いた気道浄化管理協定書」を参考にして、四者の責任と業務範囲の明確化、及び合意事項を確認する協定書試案を作成した。

(2) 本人・家族と痰の吸引を訪問介護職員に依頼することの同意書作成

吸引を実施する対象を特定し、訪問介護職員が個人として責任をとる範囲を明確にする。

図表 5 「たんの吸引」を必要とする在宅重度障害者・医師・看護・訪問介護職員の連携協定書 案

平成 年 月 日

たんの吸引に関する連携協定書(試案)

訪問看護ステーション甲は、医師乙の指示書に基づき、吸引器を用いた気道浄化管理に関する看護プロトコルに従って、重度障害者丙の吸引の管理を行います。重度障害者丙は、甲乙より気道浄化管理について説明を受け、甲及び乙がこれに基づいて管理することを同意します。また、重度障害者丙が、たんの吸引を依頼し、同意した訪問介護職員丁が訪問看護ステーション甲の指導のもとにたんの吸引を実施することを同意します。

※ここでは、気管孔、口腔、鼻腔からの気管内分泌物および飲食物を取り扱う。

1. 利用者氏名： _____
2. 在宅療養指導管理料請求医療機関名・主治医名： _____
3. 実施目的 _____
4. 実施開始日 _____
5. 訪問看護ステーションの管理（該当するものに○）
 1. 吸引指導（家族、介護職員）
 2. 吸引指導および実施の一部補完
 3. 全面的実施
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： _____）
 吸引器種類 _____（最大吸引圧： _____ 排気流量： _____）
 吸引カテーテル（本数： _____）交換頻度（ディスポ _____ 滅菌 _____）
8. 消毒液 本 _____ 滅菌蒸留水 ml. _____ 本 _____
9. 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、酸素状態の持続時間など）と酸素吸入の開始の量
 - 2) 用手的換気補助開始時の条件（呼吸状態、経皮動脈血酸素飽和度測定値、低換気状態の持続時間）
 - 3) その他 _____
10. 訪問看護ステーションと訪問介護職員との連携
 - 1) 事前協議事項（心身の状態、吸引の方法、定期的な知識や技術の確認方法など）
 - 2) 連携方法・連絡先（緊急時、異常状態発生時の対応方法、報告など）
 - 3) 異常状態の観察のポイント
 1. 使用吸引器・付属品の異常
 2. 気管カニューレの異常
 3. 装着状態の異常
 4. たんの性状（血液混入、粘ちょう度、色、量、たんの引き具合）
 5. 訴え・状態
11. 協定書の期限及び更新日 : _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日

甲 訪問看護ステーション名及び管理者名 _____ 印

乙 医療機関名及び医師名 _____ 印

丙 重度障害者氏名（又は代理者名） _____ 印

丁 訪問介護職員氏名 _____ 印

本協定書は4部作成し、甲乙丙丁それぞれが1通ずつ保管する。

出典：松下祥子他「気管内吸引法」平成15年度 厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究 一部改変

図表 6 「家族以外の者」によるたんの吸引に関する実施報告・相談書（例）

療養者氏名： _____ 家族以外の者の氏名： _____

たんの吸引の実施期間： （開始年月日） 平成 年 月 日 ～

専門主治医：電話 _____ ， FAX _____ に対応

地域のかかりつけ医：電話 _____ ， FAX _____ に対応

訪問看護ステーション：電話 _____ ， FAX _____ に対応

年月日 時刻	吸引（レでチェック）			吸引の実際に関する状況				自由記載	
	口	鼻	気管切開 部	分泌物の様子			排痰困難の訴え		
				血液 混入	黄色 の着 色等	粘 ち よ う 度	実施前		実施後

特記事項（相談したいこと、気になったこと）

小倉朗子作成（一部改変）

「人工呼吸器装着中の在宅 ALS 患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル」日本看護協会 平成 16 年

P 72

(3) 訪問看護ステーションと訪問介護事業所との連携

① 連携の管理指針作成と「吸引」の実施に伴う保障

吸引を伴う利用者への対応について、訪問看護ステーションと訪問介護事業所では、連携がスムーズに行われるように、情報交換の内容などを盛り込んだ管理方針を各事業所に整備する必要がある。訪問介護事業所としては、訪問介護職員個人が受ける「吸引」業務であっても、従業員の福利厚生面から、個人の加入できる自賠責保険の整備が必要となろう。

② 事業所内での情報管理責任者を選定

訪問看護ステーションの管理者又は訪問介護事業所のサービス提供責任者が責任者となって事業所間の情報交換を行う。管理者等は他機関から情報提供されたり、スタッフからの報告を受けて、必要に応じてケアマネジャーにも連絡する。

③ 利用者を中心にして訪問介護職員と訪問看護職員との直接の連携

個別利用者の訪問看護計画に基づく看護の提供と訪問介護計画に基づく介護サービスが提供されており、通常は、両担当者間で直接情報交換を行う。吸引を実施する場合には、予め決められた報告事項（訪問看護ステーションへの報告・相談に活用するために作成された図表 7 参照）に基づき、通常と異なる場合は手順に基づき家族や訪問看護師に知らせる。家族に知らせて、判断困難な問題については、医師や訪問看護職員に相談する。また管理者（サービス提供責任者）に相談して決めることもあろう。実施後は管理者（ホームヘルパーはサービス提供責任者）に必ず報告をする。

II. インタビュー調査の実施

1. 実施方法

1) 調査対象

在宅重度障害者の訪問看護あるいは訪問介護に従事している看護師、ホームヘルパー等を中心とした 23 名を対象にインタビューを実施した。

図表 7 調査対象者の概要

A 訪問介護事業所	管理者、介護職 1 名
B 訪問介護事業所	管理者
C 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師 2 名
C 訪問介護事業所	管理者、介護職 2 名
D 病院	看護部長、C 病院併設の訪問看護ステーション管理者
E 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師（ケアマネジャー兼務）1 名
F 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師 5 名
G 氏	訪問看護ステーション管理者、療養通所介護事業所管理者
H 訪問看護ステーション	管理者
I 訪問看護ステーション	管理者
J 氏	元 J 県全身性障害者介護人派遣サービス 介護人（看護師資格保有者）

2) 調査期間

平成 18 年 8 月～平成 19 年 3 月

3) データの収集方法

調査対象者が所属する事業所等を訪問しインタビューを実施した。所要時間は 1 時間半程度で、了解を得て録音した。

インタビューを実施するにあたっては、まず、昨年度からの調査研究の経緯を説明し、実際に収集した事例を提示し、ケアミックスのイメージを伝えた。また、看護と介護のケアミックスについて、筆者らが考えるスタンスを伝えた。具体的には次の通りである。

【ケアミックスが必要な状態】

- ・ 生命にかかわる医行為を必要としている。
- ・ その医行為は不定期に発生するものである。
- ・ 従って 24 時間 365 日のケア体制を必要としている。
- ・ 看護職等医療従事者と家族介護者のケア体制では不十分で、介護サービスの協力・支援が必要な場合である。

【ケアミックスの考え方】

- ・ 在宅重度障害者の生活全体のケアを俯瞰したケアプランに基づき、それぞれの機能に応じた役割分担をする。チームケアである。

- ・「ケアミックス」が必要とされる場合、介護職が看護行為まで拡大して行うことではない。
- ・「療養上の世話」「診療の補助」にかかわる業務については、周辺業務を指示、指導のもとに行う場合があるが、その場合においても、基本的にはお互いの専門性を尊重した連携となる。

4) インタビュー項目

別添1のインタビューガイドを使用した。

5) 倫理的配慮

インタビュー調査への協力は任意なものであり拒否できること、インタビューは正確な記録のため録音するが、知りえた情報は秘密にされること、分析結果からは施設名、個人名が特定されないように配慮することを記載し、同意書にサインを求めた。

2. 結果と考察

収集したデータに考察を加えながらテーマごとに分類した。参考までに、着目したデータの例を付記した。また、調査対象者の発言は文意を変えない範囲で省略、及び、読み手の理解を助けるために、発言内容を筆者が補足し（ ）内に表記した。なお、文末の（ ）内のアルファベットは発言者を示す。

また、重度障害者を支援する上で参考となる点をチェックポイントとして付記した。

1) ケアプランの例

在宅重度障害者は、多くの訪問系サービスを利用しており、定期的に訪問看護と訪問介護を重ねて利用しているプランや、滞在型の訪問介護を利用し、定期的に訪問看護が入っているプランが聞かれた。昨年度の収集した事例と同様のプランである。ALS療養者の場合は、訪問介護は毎日、あるいは滞在型で入っており、訪問看護に比べてサービス提供回数、時間ともに多くなっている。

(人工呼吸器使用の在宅重度障害者の例)

「(人工呼吸器装着の重度障害者)ホームヘルパー週 6 日(1日3回)、訪問看護週6回(1日2回)」(H)

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
訪問看護													
訪問介護													

「(ALS)昼間ロングステイの介護人、夜間専門の介護人が入っていて、訪問看護は平日毎日、1回1時間半程度。妻がいるが糖尿病で通院中」(G)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
妻										通院														
全身性介護人																								
看護																								
訪問介護(家事)																								

「週に1回は必ず看護師さんと重なるようにプランを組んでいます」(A)

	月		火		水		木		金		土	
	看	介	看	介	看	介	看	介	看	介	看	介
8時												
9時												
10時												
11時												
12時												
13時												
14時												
15時												
16時												
17時												

<チェックポイント>

- ・ 定期的に訪問看護を利用していること
- ・ 訪問看護と訪問介護のサービス提供時間が連続する、あるいは重複するようなケアプランとなっていること

2) ケアミックスの事例

訪問看護と訪問介護が同時にサービスに入って実施している内容は次のようなことであつた。

【2名体制の必要性】

訪問看護、訪問介護が同時に入る時間帯は、援助者が2名いなくては出来ないことを実施するようになっている。具体的には移乗や入浴などである。

「入浴や車イスへの移乗は、看護師とヘルパーの2名体制が必要。(本人の意向にかかわらず)看護と介護が重なる時しか、車椅子への移乗ができない。」(D)

「2人でやった方がいいことは訪問看護が入った時に。シーツ交換とか清拭。スクイーピングも2人でやった方が看護師はやりやすいし」(J)

「2人いないと車イスには乗れないので、看護師さんが来るときが車イスの日になります」(A)

「人工呼吸器がついている方で、一緒に体位交換しながら呼吸リハビリをしています」(C)

【家族介護者のレスパイト】

また、外部サービスが入る時間帯は家族の休息の時間帯になる。吸引が必要な利用者宅の場合は、吸引が出来る看護師と訪問介護が同時に入ることにより、家族の外出時間などを作り出すことにもなる(訪問介護が入っている時間帯でも、吸引が出来ないヘルパーならば家族は外出することができない)。

「家族のレスパイトを図るために、訪問介護と訪問看護を引き継いで4時間程度の時間を作っている。家族は、その間に外出している。」(F)

「訪問看護と介護と一緒に入った時間は、ご家族は外出することが多いですね」(E)

【吸引への対応】

利用者との契約によりヘルパーが吸引を行う場合、吸引の手技について訪問看護師が指導しているという例があつた。

一方で、利用者の状態にもよるだろうが、ヘルパーによる吸引はしていないという例も

あった。ひとつは、家族と訪問看護のみで吸引を行っている例である。

「ヘルパーに吸引をさせている患者は少ない。家族が対応しているが、3ヶ月に1回、20日間程度のレスパイト入院があるから、家族はがんばれるのではないか」(D)

「地域特性として、家族が介護することが多い」(I)

ヘルパーとしての基本的なケアをしっかりとやってもらって、あとは訪問看護が対応するという考え方もあった。

「ヘルパーがケアの基本をやってくれる。体の向きを変える、口を湿らす、口腔ケアも少し奥の方に入れてきちんととってくれたり…。徐々に状態が落ちてきて吸引が必要な時でも、うちのヘルパーさんたちは、まずしっかりと口腔ケアをして、訪問看護を呼んでくれる。」(D)

<チェックポイント>

- ・ 訪問看護が吸引の手技を指導するなど、技術確認の機会がある。
- ・ 訪問看護による専門的な「呼吸ケア+吸引」が入っている。

【訪問看護から訪問介護への依頼内容】

一緒にケアに入ること以外に、訪問看護から定期的に訪問介護に対し、何らかの観察やケアの実施や環境整備を依頼されていることもあった。

「体位交換。モニター(換気量、回数等)をチェックし、数値を訪問看護が用意している記録用紙に記入しておくこと。吸引びんの洗浄や呼吸器自体のチェックなど」(J)

「服薬の管理もあります。要介護度が低いと訪問看護が入る回数が少ないのですが、そういう人でも山のように薬を飲んでいる人もいます。「今日は調子がいいので飲まない」と利用者さんがおっしゃる時とか、飲み残しを見つけた時などは、訪問看護に報告して指示をもらいます」(C)

状態が変化した場合に、訪問看護の到着前に、家族の代わりにケアを依頼することもある。定期的なケアの依頼ではなく、緊急対応である。

「ストーマの台紙のところがはがれてくるということが結構あって、スキントラブルにならないようにヘルパーさんに指示を出すことがあります。」(C)

「酸素を使っていて、80を切っていると電話が入れば、流量を上げてもらうことも。膀胱留置カテーテルの詰まりを発見したという時も、電話の指示で動いてもらうこともあります」(C)

「『水泡が出来ていてピリッと痛がってます』という電話をもらって、ヘルペスだったことがあります」(E)

訪問看護からの依頼とは別に、訪問介護が独自の判断、見よう見真似でスクイーピングをしていたという例も聞かれた。観察や報告の依頼とともに、「やってはいけない」ことを伝えておくことも重要である。

「ヘルパーさんがスクイーピングをしていたことがあります。いつも私(看護)がやるのを見ていて、真似してやってたんです。もちろん、利用者さんの為と思ってなさっているのですが、『判断の上でやっていることなんで』と説明してやめてもらいました」(C)

【観察と報告ポイントの具体的な指示】

前述のように、訪問看護から訪問介護へ、利用者の状態観察及び訪問看護への報告を依頼していることもあった。適切な報告は、速やかな対応に繋がるし、状態の悪化を回避で

きる。しかし、訪問介護が期待通りに状態観察をしてくれるとも限らない。

「バルーンを入れてからは、訪問看護から尿の観察をするように依頼されました。でもヘルパーは尿測しかしていなかったんですね。そこで私(ヘルパーであり、看護師)が『浮遊物がないか』『濃さ』『におい』など観察のポイントを教えました」(J)

「変化する状態や苦痛など説明しただけでは理解してもらえない。ギャップを感じる・・・」(F)

「『バルーンが抜けているが、次に看護師さんが来るのでほっておきました』と連絡ノートに書いてあったことがあるが、そういうことは電話連絡してくださいと・・・」(E)

介護職も養成課程においてある程度の医学知識は習得しているはずだが、重度障害者の状態の観察を頼むならば、訪問介護に対し、観察のポイントや方法の指導が必要となる。その内容は一般的な医学知識というよりも、利用者個別の観察方法を習得することが求められるだろう。しかし、気づいたことはどんなことでも、早めに報告してくれればよいという意見も多くきかれた。

「(何か変化に気づいたとき)『家族ならばそうするだろう、ということをしてください』とヘルパーさんには言ってます」(C)

「『なんだか分からないけど、なんかおかしい』という連絡でいいんです。早めの連絡がいいですね。ヘルパーさんも経験を積めばわかってきますし、とんちんかんな電話をしてくるような人もいませんし」(E)

「看護師だって、皆が同じように判断できるわけではありません。循環器、呼吸器と専門分野があります。介護職に多くを期待するのは酷。それよりも情報を一人で抱え込まないこと、ケアチームなんだという意識を持ってもらえば」(J)

また、まったくの偶然かもしれないが、重度障害者にサービス提供している介護職の中に看護師資格を保有する者がいた。そのようなヘルパーは当然のことながら吸引の手技自体には問題なく、さらには状態の観察や緊急的な対応も期待できる。ご家族にとっても安心であり、訪問看護側も、看護師資格を保有するヘルパーを活用していた様子が見えがえる。

「元看護職だったヘルパーの場合は、訪問看護が直接指導しないこともありますね。慣れてますし、ちょっと説明するとわかるから」(E)

「ヘルパー(准看護師の有資格者)に吸引をしてもらっている。家族は看護資格がある人に来てもらって安心している」(I)

「うちには看護師資格を持ったヘルパーがいるので、吸引もしますし、他のヘルパーへの指導も行っている」(I)

「“私(看護師)だから”ということはあったと思います。所長さんは私がシフトに入っている日にあわせて、入浴を入れていたし、回路の消毒、組み立て、劣化の点検は私の仕事になっていました。私からも『サチュレーションが〇〇だから、こうしようと思う』という報告と相談をしていましたし・・・」(J)

<チェックポイント>

- ・ 観察のポイントを個別具体的に指導する。
- ・ どのような状態の時に、誰に報告・相談するか決めておく