

- ・人工呼吸器をつけていることが痰の出ることにはつながらない。唾液の落ち込みか肺炎にでもなった場合に痰は出るが普段は出ない。
- ・人工呼吸器装着していると、重病人に見えてしかも器械に目がいきモードチェックが中心となるが、そうではなくて、体や思いなど全身状態を知って、何をすべきかをアセスメントすることが看護の役割である。
- ・気道内圧のモードが上がった場合は何を意味するのかを判断してケアができることである。
- ・呼吸訓練の後に理学療法士は吸引できないがホームヘルパーは一定の要件の基に違法性を阻却してできる。理学療法士の吸引を認める必要がある。

3) 地域ケアにおける看護と介護・ケアコーディネートの事例

利用者：Mさん 60歳 妻
 疾患名：ALS 要介護度：5
 家族等：夫 60歳（会社員）、2子あり
 サービス：支援費支給（130時間介護）、医療保険の訪問看護、主治医の往診、その他

○利用者のプロフィール

Mさんは平成10年にALSと診断され、肺炎や検査・状態把握、栄養状態等の改善などのために数回入院している。

比較的規模の大きい訪問看護ステーションが平成12年から週3回（1回90分）の訪問看護で、残存機能を維持し安定した在宅生活の継続を目標に、状態観察、療養生活指導、排泄・清潔援助、皮膚科処置、リハビリテーション等を実施してきた。

介護は、夫と利用者の友人（ホームヘルパー2級）、長男が行っている。

○経過

○月10日に往診した医師が在宅医療の限界があるからと入院を勧めるが本人は入院を拒否した。15日に夫より緊急訪問看護依頼があり、訪問看護師が「状態の急変を予測される」と判断して医師に連絡し、知らせを受けた医師は呼吸困難が重症化しており、在宅の管理が困難として夫の同意を得て緊急入院させた。1ヶ月入院して点滴と経管栄養を実施し改善した。

○月20日に保健師がコーディネートして在宅療養支援会議を開催した。医師は入院が必要とし、訪問看護師は「経管栄養のための定時訪問は人手がなくてできない」と発言し、在宅生活が困難との結論となった。

○月30日に本人不在のまま「看取り等」をテーマに話し合いが行われている。本人は「人工呼吸器はつけない、家に帰りたい」と夫に言っており、夫も人工呼吸器を選択しない意向がある。夫には帰宅後の体制や通院などイメージがなく、在宅での体制は不十分であったが、再度の在宅療養支援会議にて、在宅での体制を整備して退院となった。

△月10日以降、在宅で栄養補給は長男が実施。しかし、友人のホームヘルパーが本人の食べたいものをミキサーにかけて口から食べさせており、むせる状態がしばしば見られるためケアマネジャーが注意すると「物事の判断はすべて友人に任せ

ます」という本人の委任状が作成・貼付されており、友人は問題にされるのは心外と思っているので、誰も止められなかった。このような状態から、訪問看護ステーションは合意書（何があっても責任を負わない・・・という文面）を提示して訪問看護を行うこととした。その合意書に利用者の納得が得られず、数年間ケアをしてきた訪問看護ステーションは引継ぎもなく訪問を中止した。

◇月から主治医からも辞退の申出があって主治医が変更、訪問看護ステーションも変更となった。

○看護・介護職員のインタビューの結果（チームケアの課題）

- ・本人の意思の確認が十分されていたか、医療者側のインフォームドコンセントが不十分ではなかったか。入院に際してトラブルが発生したのは看護師が状態の悪化を本人・家族に十分説明出来なかったため、看護師の「悪化の判断」を信じてもらえず、家族が入院に同意しない結果となったのではないか。
- ・利用者の友人の存在、代弁者としての存在と上手に付き合えていない。「物事の判断を友人にお任せ」としているのは本人の自発的こととなっているが、本人の安全を守るために専門的な立場からの指導が出来ない状況となっている。
- ・本人不在のケアカンファレンスが開催されて、看取りの問題が話しあわれた。本人の意思の尊重をどう具体化するかが課題である。
- ・病院医師や看護師が在宅療養の現状、生活状況をあまりにも知らなさ過ぎる状態でのカンファレンスは、医師の意見に同調したカンファレンスになりがちである。
- ・看護師や保健師の看護の判断に基づく意見が少ない。
- ・訪問看護ステーションが患者に不安や不信感を与えるような「合意書」を作成して、家族に同意させるようなことはあってはならないのではないか。
- ・訪問看護ステーションが引き継ぎなく中止した対応は、利用者の看護の継続に対する責任の観点から欠けているのではないか。
- ・保健所保健師が地域ケア会議を開催していることは評価できるが、介入・役割が不明確なままに介入しており成功しているとは言えない。行政の責任をどう考えて対応しているのか。
- ・往診できるかかりつけ医師が積極的に在宅医療・在宅看取りにかかわる必要がある。
- ・地域ケア体制づくりを考えると、訪問看護師個人の質が良くて努力でうまくいっているとしても限界がある。生活の場では医療者と介護職員その他の者がうまく立ち回れるように調整やクッションの役割が必要である。数年かかわってきた訪問看護ステーションを中止して、別のところに変更した場合、このMさんのケースの解決はあっても地域ケアとしての広がりはなくなる。訪問看護ステーションを育てて地域ケアの充実を図る必要がある。

II 吸引が必要な在宅重度障害者にかかわる機関及びチームメンバー

1. 「吸引」が必要な状態の重度障害者にかかわる機関の調整

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師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)入院受け入れ(専門)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医療機関

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)保健所の役割

保健所の保健師は、在宅ALS患者の把握とともに、在宅ケア体制を構築し、ケアチームメンバーがそれぞれの役割を遂行できるようにさまざまなコーディネートを行う。地域ケア会議を開催するなど連携の継続を支援する。

(5)訪問介護事業所の役割

介護を行うことが介護職員の専門性であり、介護計画を立てて介護を行うが、看護師の

いわゆる診療の補助に相当する「吸引」が必要な場合においては連携協定のもとに、看護師に協力して吸引を行う。介護職員は、吸引に関する知識や技術を習得していることを前提に、看護師の指導に基づき特定の患者の吸引を実施する。

2. 「吸引」が必要な状態の重度障害者、ケアチームメンバーとその責務

ニューヨークの VNS では、個人（家族も含む）が自己管理できることを目標にした看護が提供されている。ただし、24 時間滞在してのケアが必要な患者は、医療保険の在宅ケア対象とはされない。その場合はナースিংホーム等にて療養生活が支援される。

わが国では、吸引が必要な状態の重度障害者への在宅ケアをどう構築するかが検討され、訪問看護職員が 24 時間体制での吸引が実施困難な状況から、ホームヘルパーの吸引が業ではなく個人として本人（家族を代理人）との同意書等の仕組みを作って医療従事者以外の者の吸引を容認している。看護と介護の連携（ケアミックス）については図示されたとおりであるが、看護師の介護職員に対する責任及び裁量権が不明瞭である。

ケアミックスを考える上で、患者及び家族の在宅生活が安全に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。ケアチームメンバーそれぞれの役割について平成 19 年度にヒアリング等により検証した結果を次に示す。

1) 在宅重度障害者（本人）

本人は在宅医療・看護・介護を利用することについて、ケアが始まる前に十分口頭や文書でサービスに関する説明を受け、納得と同意をする。

①自分自身ができること

- ・自分の健康状態が変化した場合にはいつでも訪問看護師に連絡すること。ただし、呼吸が苦しく痛みが激しい、出血、骨折などは救急車を手配すること
- ・自分で顔を拭くなど、進行性の疾病であっても一人でできることを継続するための達成目標を決めて、看護師や介護職員、理学療法士に相談にのってもらう。
- ・計画通りに進められているかを評価し、継続できるように支援してほしい旨を話す。

②ケア提供者とのコミュニケーション

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。一方、ニーズが満たせない場合には治療やケアの提供者を変更する権利も保障する必要がある。

③ 吸引の依頼

ケアに関する必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した介護職員に対しては、訪問看護師の指導監督下にたんの吸引や身体介護が実施されるように、訪問看護がケアのマネジメントを行い、介護職員の提供するサービスについても責任を持つこととする。本人は訪問看護師にたんの吸引等を依頼するとともに介護職員が自分のたんの吸引を実施することについては、自由意志でもって文書により同意する。

④ 意志の表示

将来的に自分の医療・ケアに関する自己決定が不可能となった場合は、家族等に事前指示又は委任状で代理人を決めておくことも必要である。

2) 家族

- ① 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する。
- ② 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 必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した介護職員に対してたんの吸引について依頼するとともに当該介護職員がたんの吸引を実施することについて、自由意志でもって文書により同意する（本人に代わって）。
- ④ 必要な医療的ケア、処置及び介護を習得して本人への介護を提供する。

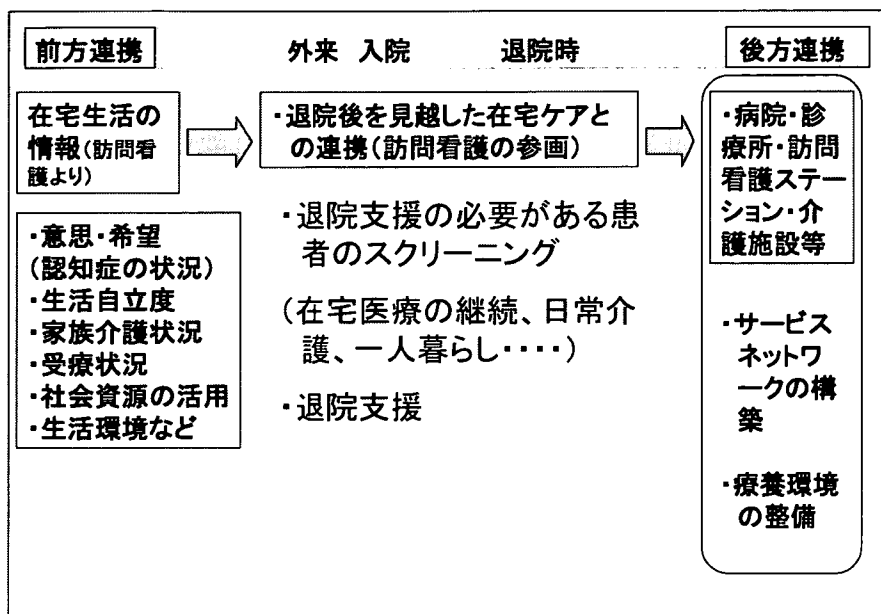
3) 医師（入院先の医師）（在宅患者のかかりつけ医）

- 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 入院先の医師は本人・家族に対して、在宅移行の時期の決定と在宅療養の説明を行い、理解を得る。
- ③ 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。
- 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ように看護師・訪問看護師に依頼する。
- ⑥ 在宅ケアメンバーとの連携を図る。居宅療養管理指導に基づく情報の提供を行う。また、訪問看護師・介護職員・利用者と医師の4者の協定書を作成して密な連携を図る。
- ⑦ 医療機器・衛生材料等は患者・障害者の状態に合わせ選定し、必要かつ十分に患者に提供する。
- ⑧ 緊急時の連絡が取れる体制、往診、支援体制を確保する。

4) 看護師（入院先の看護師）

- 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 本人・家族等に対して在宅で必要なケアの方法を指導する。
- ④ 訪問看護師とは在宅生活の情報を共有し、退院後を見越した看護の連携を行う。

病院から在宅へのスムーズな移行支援イメージ図



5) 訪問看護師

- ① ALS 患者が入院中に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、在宅療養への移行を支援するとともに受入準備を行う。
- ② 在宅では、主治医からの指示書を得て、定期的な訪問看護を行い、適切な医学的管理(図表3 アセスメント・実施・評価)を行う。
- ⑤ 訪問看護師は自ら 24 時間滞在ができない状況下にあつては、たんの吸引を介護職員が行うことも止むを得ない。その場合、主治医より痰の吸引を介護職員が協力することについて依頼を受けた場合は、痰の吸引に関する研修を実施し指導する。同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて、適正にたんの吸引が実施されていることを確認する。
- ⑥ 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。
- ⑦ 訪問看護師は治療の協力、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。

※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「傷病者もしくははじよく婦に対し、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。

6) 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。
- ③ 特に保健所の保健師は難病対策として訪問指導・電話相談や来所者への相談を行う。また、「地域ケア会議」や「専門的な研修」の機会を設定する。
- ④ 地域ケアのネットワーク化で、在宅療養の継続を推進する。

7) 介護職員（介護福祉士等）

- ① 在宅重度者の介護を担い、協定書による連携体制において、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。

8) 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望ましい。

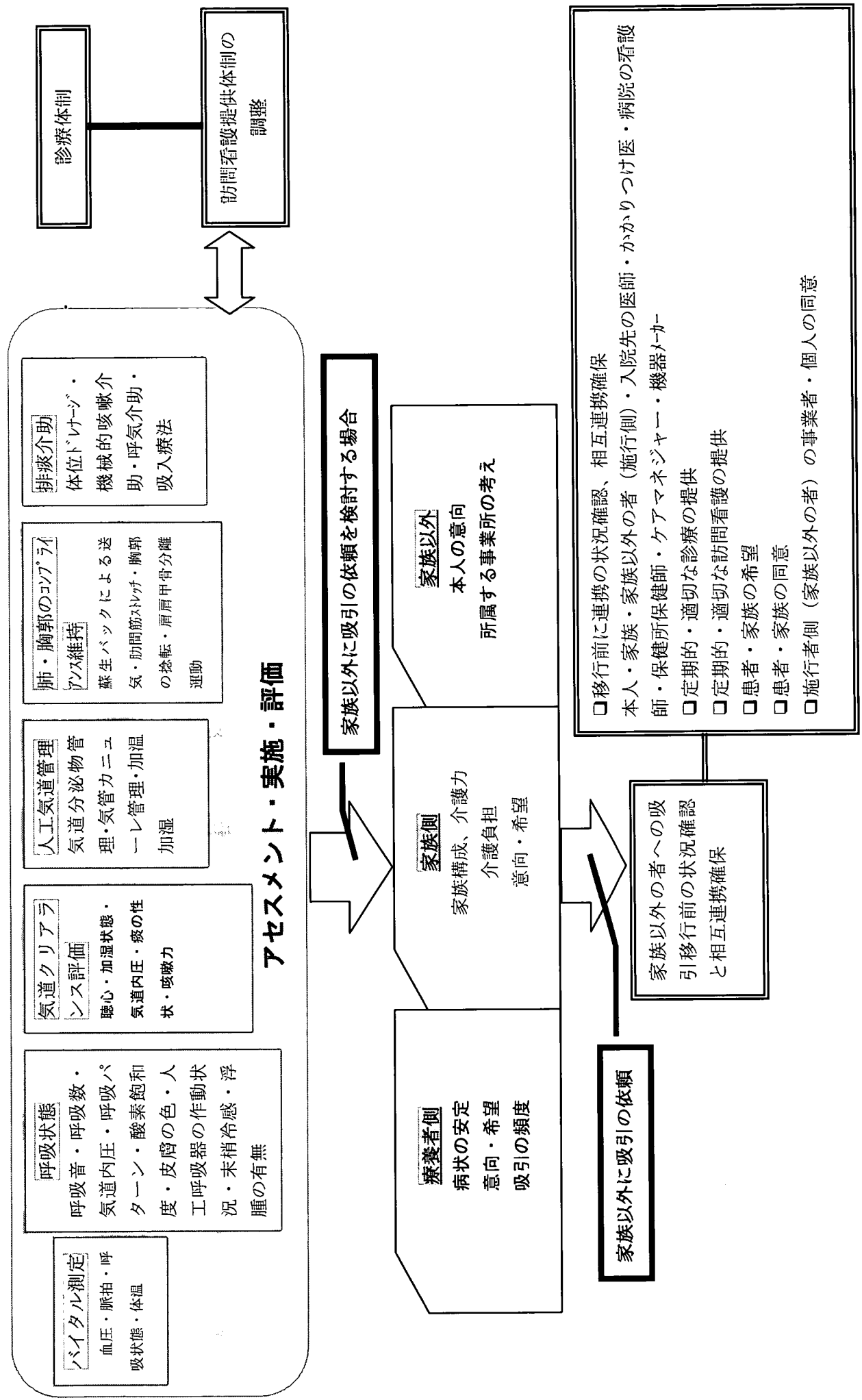
さらに、重度障害者では、特に病状の変化に対応して、ケアプランの変更が臨機応変に行われなければならない。訪問看護ステーションに併設されたケアマネジメント機関では、訪問看護との連携がスムーズに行われるため、柔軟な対応が容易となる。

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。

図表 2 介護職員による「たんの吸引」を実施する場合において、在宅療養支援担当者の役割分担（厚生労働省通知を参照して作成）

一定条件 担当	療養環境の 整備・管理	在宅療養 の医学的 管理	介護職員に対 する教育	在宅療養者 本人との関 係	医師・看護 師との連携 による吸引	緊急時連 絡 支援体制
入院先病院の 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、貸出・提供 相互連携継続	定期診療 かかりつけ 医との連携	たんの吸引を行 うことへの了解	在宅移行の説 明と理解	かかりつけ医 との連携	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	訪問看護師 との連携	疾患・障害・たん の吸引の知識・ 吸引方法の指導	在宅での療養 方法を指導	技術の引継ぎ、 相談、支援	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、処方 相互連携確保	定期診療 病院医師と の連携	たんの吸引を行 うことへの了解 (疾患・障害・た んの吸引の知識、 吸引方法指導)	定期訪問診療 往診 外来診察		往診
訪問看護師	移行前に在宅療養環 境を確認、関係者の 連携の状況確認 相互連携確保	定期訪問看 護 医師への報 告・相談	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	定期訪問看護 緊急時訪問 24時間連絡 体制 介護・療養指導		緊急時訪問 24時間連 絡体制
介護職員	移行前に連携の状況 確認 相互連携確保		教育・研修の受講	たんの吸引の 同意書を作成 し吸引	吸引の教育を 受けて、連携の 元を実施	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		研修会の開催	訪問指導、電話 相談 来所相談 地域ケア会議		支援体制づ くり 緊急連絡網 作成
本人・家族	移行前に連携の情報 提供 療養環境整備	受診、訪問 看護の利用	情報提供・		たんの吸引の 教育 吸引	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	連携	連携	希望を尊重し てケアプラン 作成	ケアプラン作 成 モニタリング	サービス担 当者会議で 確認
機器メーカー	機材の調達、設置 医療従事者への指導	定期メンテ		機器装着状態 の把握		緊急訪問メ ンテ

図表 3 家族以外の者による「たんの吸引」を依頼する場合の医学的管理と相互連携のあり方



Ⅲ 結論 ～看護と介護のケアミックス制度(仮称)の提言～

1. ケアミックスとは

1) ケアミックスが必要な状態の定義

- ・ 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。

2) 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、看護師・介護職員はそれぞれの機能に応じた役割分担をしてチームケアを行う。それぞれに専門分野において専門性を発揮する。
- ・ 24 時間体制での吸引のような看護行為が必要とされる場合、介護職員が看護行為まで介護業務を拡大して行うことではない。看護師の独占業務である「療養上の世話および診療の補助」にかかわる業務については、看護師の指示監督下を実施する。「吸引」は医療行為であり、看護師による実施が困難な状況においては、訪問看護計画の範疇で、看護師の指示、指導のもとに行う。その場合は、主治医の了解とともにケアの質と安全性を確保する観点から介護職員に研修等を義務付ける。

2. 看護と介護のケアミックスをスムーズに実施するための条件

1) 看護師の条件

- かかりつけ医師から訪問看護ステーションに指示書が交付されていること。吸引器および吸引圧・人工呼吸器・気管カニューレのサイズ等の指示、器材・衛生材料等の提供がされている利用者を担当する看護師である
- 主治医との連携が密に取れる看護師である
- 吸引を含む呼吸ケアの知識・技術がある
- 吸引器、気管カニューレ等機具の仕組みを理解し、吸引器の作動不良に対応できる
- 口腔ケア、気管切開部等のケアができる
- 吸引について指導ができる
- 全体的にコミュニケーションの活性化を図り、ケアマネジメントができる

2) 介護職員の条件

- 介護職員は介護福祉士の有資格者であることが望ましい
- 介護職員が看護計画の下に、吸引を実施することをケアチームとしてかかわる医師、訪問看護師、本人・家族が合意をしている
- 本人・家族とは吸引を当該介護職員が実施することの同意書の取り交わしがある
- 看護師による指導監督の下に実施するため、本人の個別の病態や療養状態についての情報を共有する

3) 安全に吸引を実施するために必要な知識の習得

知識技術指導：疾患、口腔と気管支のつくり、気管カニューレ、人工呼吸器など

吸引の範囲：口腔内や気管カニューレ内、痰の観察など

技術・デモンストレーション：実習、吸引モデル人形の活用

吸引の実施：同行訪問による指導（見学・試行）、定期的な手技の確認、また、進行性疾患のため、病状等の変化時には動向訪問して、吸引方法等の変更や中止もありうる。

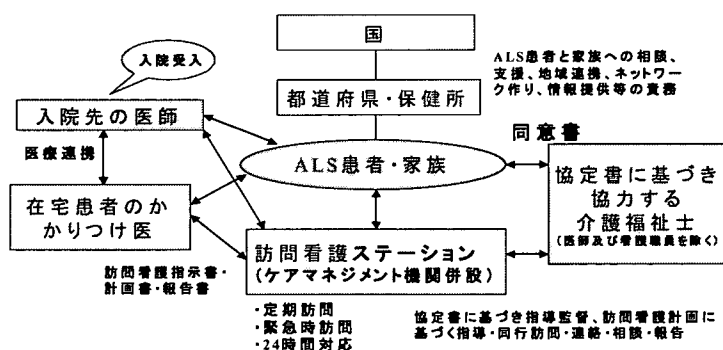
利用者ごとに個別の役割分担は決められるものである。

3. 看護と介護のケアミックス制度（仮称）の提言

1) 仕組み

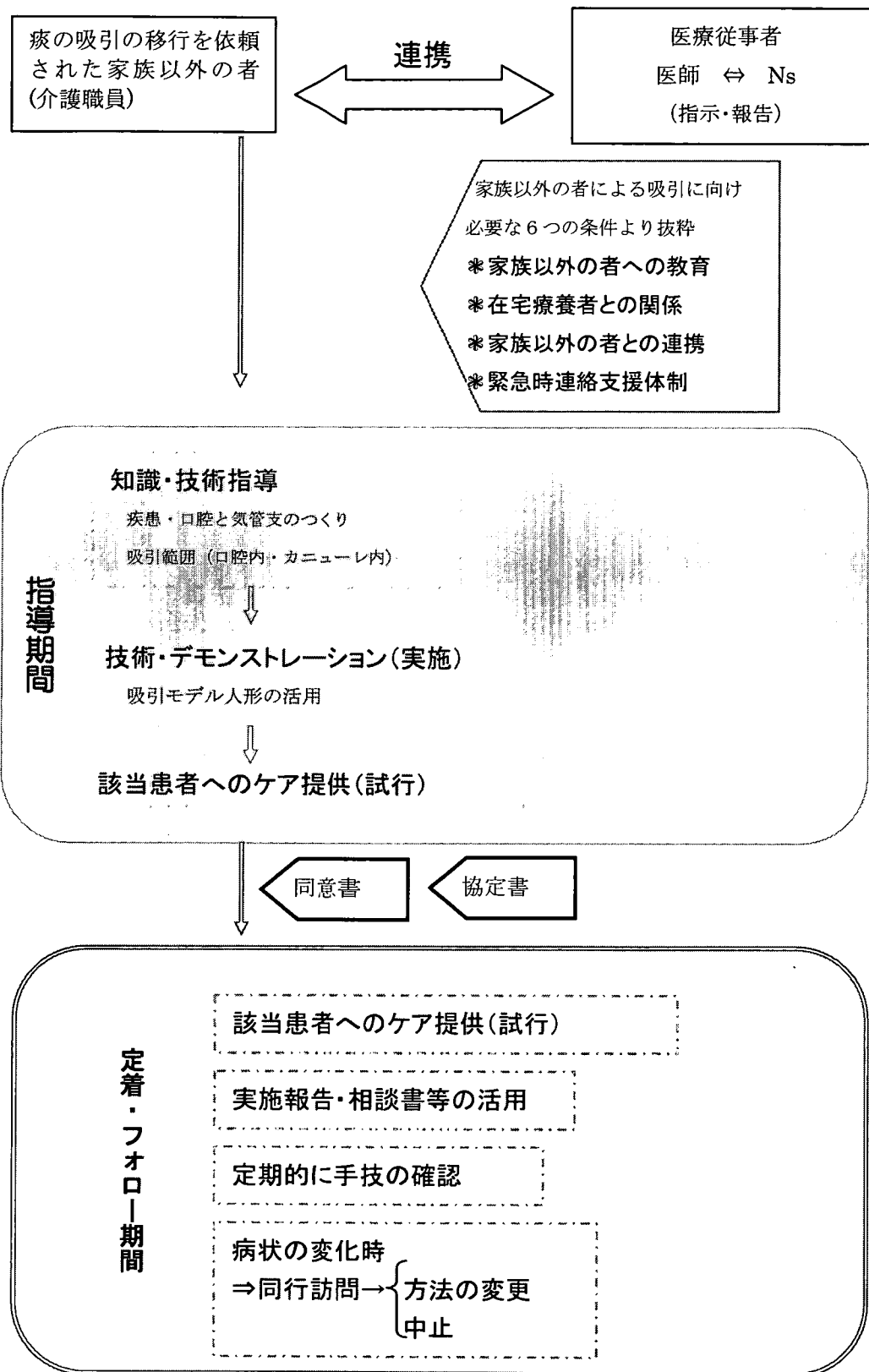
- ①かかりつけ医は、医療処置（吸引）の指示書を訪問看護ステーションに交付する。
- ②訪問看護ステーションでは、診療の補助である「医療処置（吸引）」も含め、利用者との同意を得た訪問看護計画に基づき実施し、ケアのマネジメントを行う。
- ③訪問看護師が、医療処置（吸引）の24時間対応が困難な状況においては、介護職員の協力を得る。その場合、訪問看護ステーションが併設している訪問介護事業所の介護職員との連携とする（又は同等程度の密接な連携を持つ事業所での対応とする）。
- ④訪問看護ステーションは、医師・看護師・介護職員・患者間の協定書を作成して、相互に事前協定を結び、了解を得る。そのために患者の自宅でのカンファレンスを実施する。
- ⑤訪問看護ステーションは必要に応じて、「吸引」の研修プログラムに基づき、介護職員に指導をする。
- ⑥在宅患者（家族）との同意書でもって介護職員が吸引を実施した場合は、重度障害者の看護連携（仮称）が評価される。
- ⑦この一連の過程を実施する場合について、訪問看護ステーションが「ケアミックス制度（仮称）」の評価を受ける。

図表4 看護と介護のケアミックス制度



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 4 介護福祉士によるたんの吸引における看護師の役割と連携のあり方



2) 医師・看護師・介護職員・利用者との協定書

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ールに従って、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。
(上記の中から該当するものを○で囲む)

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. 使用機具・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. 訪問看護ステーションと主治医との事前協議事項
 - 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) 手動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、粘ちよう度、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（解除の申し出がない限り、自動更新）

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

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と合意事項を確認する協定書試案を作成した。なお、協定書項目 9（訪問看護ステーションと主治医との事前協議事項）、10（訪問看護ステーションと訪問介護職員との連携）については、詳細を別紙にまとめ協定書に添付するとよい。

3) 利用者と介護職員の「痰の吸引」の同意書

図表 6 「たんの吸引」を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>※ 病状の変化等により同意しがたい事由が発生した場合は協議することが望まれます。</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。	

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）」より改変

3) 相談・報告書

図表 介護職員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)

D考察

平成 19 年度には、過去 2 年間の研究成果を踏まえて、現実的な「吸引」問題の解決案として、「ケアミックス制度（仮称）」を提言する。

1. ケアミックス制度（仮称）創設の意義について

在宅重度障害者は生活の一部に医療ニーズを伴っており、状態（障害や病状）の進行が予測されるため、医療とケアの双方から予測判断が可能な看護師等医療従事者のかかわりは不可欠である。医療ニーズをもつ対象者には主治医の診療があることは言うまでも無いが、暮らしを支えるために重要となるのは看護と介護の連携である。24 時間体制での在宅看護の対応は想定されない制度下では、在宅重度障害者の安全な在宅生活とケアの質を保証する仕組みとして、看護と介護のケアミックス制度（仮称）を創設し、サービス提供に対する責任と評価を明確にすることを提言する。

ケアミックスが必要な状態を定義し、ケアミックス制度（仮称）を創設することで、障害者施策では分断されていた「医療と福祉」が一体的に提供され、医療に関して指示命令系統の徹底が図られるとともにそのサービス提供者に対する評価が明確になる。障害者保健福祉制度と看護のケアミックスの制度化を期待する。

2. 在宅重度障害者の意思の尊重とチームケア

特に過去 2 年間の研究から在宅重度障害者の意思決定を尊重することの重要性を認識し、ニューヨーク市にある在宅ケア事業所の説明キットを資料として検討を加えた。本人の意思や希望を十分尊重して本人の QOL（生命の質または、生活の質）を向上させ、暮らしを支えることが基本である。

在宅重度障害者が一人でも暮らし続けられる在宅ケアを目標として、家族自身の人権や QOL の向上も視野に入れたチームケアの実現を図りたい。本人も家族もケア提供者もそれぞれが自分の持っている力を発揮する仕組みによって、地域ケアの一層の充実強化を図ることができる。訪問看護ステーションに限らず、病院・診療所、訪問介護事業所がチームとなって、それぞれの地域で 24 時間体制を可能としなければならない。病院から在宅への移行支援、医療従事者と介護とのスムーズな連携を図るケアマネジメントの質向上も求められる。

3. 訪問看護師の技術・管理能力の強化とその評価

訪問看護師は看護の専門性を一層強化した上で、介護との関わりを確立することが重要である。気管切開をして人工呼吸器を使用している在宅の重度障害者には、専門的呼吸ケア、保清・入浴介助、経管栄養、体位交換、移乗・吸入後の吸引など、看護提供時間も長くかかり、ケアの安全性を確保するためにも介護職員と看護師の同時間帯のケアなどを要する。訪問看護の充実には実態に見合った報酬での更なる評価が必要と考える。

4. 「ケアミックス制度（仮称）」充実させる研修

ケアの質保証のために、訪問看護師・介護職員・ケアマネジャー・家族等介護者など関係者の研修を徹底する必要がある。

参考資料 1

【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。

参考資料 2

訪問看護ステーションと訪問介護事業所との連携

1) 医療ニーズを伴う利用者に遭遇した介護職員の不安内容

平成 18 年度に在宅重度障害者が必要とする医療処置を次の 10 項目取り上げて調査した。「口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態」「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」「気管内吸引が必要な状態」「褥瘡処置が必要な状態」「経鼻経管栄養が必要な状態」「胃瘻より経管栄養が必要な状態」「膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態」「吸引」「人工呼吸器を使用している状態」「心肺蘇生（緊急時対応・アンビューバッグを使用等）」

その結果、ホームヘルパーが具体的に感じる不安の内容は次のような場合が挙げられた。

- 利用者の状態や全体の状況が把握できない。日々の利用者の状態変化に対応できない
- 不随意運動時、呼吸困難時、苦しそうな時
- ひとりでみること自体が不安（中心静脈の人、気切の人、吸引が必要な人）
- 緊急時、急変時に適切に対応できるかどうか
- アラームが作動した時には緊張する（含誤作動）
- 通常と異なる状況やトラブル発生時の対応
 - ・途中で点滴が落ちなくなった時の対応。
 - ・滴下速度が適当かどうか
 - ・ライン・カテーテル等の抜去(中心静脈栄養、経鼻経管栄養、膀胱内留置カテーテル)
 - ・胃ろう部のトラブル（逆流、ただれ、出血、浸出液があるときの洗浄、ボタンがはずれないか／等）
 - ・血尿・漏尿、尿の色／等
- 吸引の具体的な手技についての不安
 - ・吸引の際、傷つけていないか、奥に入りすぎていないか。苦しさを与えているのではないか。
 - ・適切に吸引できているかどうか。とりきれしていないのではないか。
- 褥瘡に関する不安
 - ・創をみることに不安があり、出血があれば一層不安
 - ・褥瘡の悪化に対する不安、感染
 - ・痛みがどの程度あるのか分からない

2) 在宅障害者を訪問介護と協働で支援することに対する意見とが課題

- ①訪問看護と訪問介護の同時訪問の利点は大きいと考えられるが、ケアマネからクレー

ムが出ることもあるということ

- ②医療依存度の高い利用者へのサービス提供は、事前のルール作りや情報共有が、より必要なこと
- ③ヘルパーの方がサービス提供時間、頻度とも訪問看護を上回ることが多いので、訪問看護はヘルパーに観察のポイントを提示しておくことにより、タイムリーに情報を収集できることがあるということ
- ④訪問看護によるヘルパーへの指導は、時間的に負担になっている面もある。
- ⑤同一法人内の事業所間では情報交換や指導はスムーズに出来ているが、他の事業所の場合には連携の難しさがある。

【訪問看護から訪問介護への指導】

- ・ ヘルパーが24時間に対応している場合、ヘルパーの人数)が10人～15人と多い。すべてのヘルパーの手技確認、又、新たなヘルパーの手技確認・指導に取られる時間は膨大である。又、十分管理しきれていない現実がある。
- ・ ヘルパーの時間に合わせて指導したり、電話連絡することが多く、時間的に負担である。

【事業所間の関係】

- ・ 他事業所のヘルパーさんには強くも言えず対応に苦慮する
- ・ 併設訪問介護事業所のヘルパーと情報交換、指導は上手くいっていると思われるが、他事務所の場合、ヘルパーの質や医学知識等が把握しにくいいため、指導が困難。対策として、地域のヘルパー連絡協議会の勉強会へ参加させてもらっている。

平成18年度の調査結果から、医療を必要とする在宅重度障害者に対して、何らかの行為をヘルパーが行っている場合、不安を持ちながら行っていることが分かった。

また、何らかの行為をホームヘルパーが行っている場合は、単なる通常の連携よりも留意点など綿密な情報提供、同行訪問での指導・助言、所内研修の実施率が高く、訪問看護ステーションと訪問介護事業所の連携が特に図られている。

さらに、看護師の不安の状態に応じるように、留意点など綿密な情報提供がなされていると考えられた。

3) 連携を良くするチェックポイント

- ①訪問看護を利用していること (ALS と診断された時期など早期からかかわる)
- ②訪問看護による専門的な「呼吸ケア+吸引」が行われている
- ③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し、吸引手技等の確認と必要な指導、報告、相談等の時間を作っている
- ④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
サービス提供開始前には、見学期間 (新人職員の場合特に) を設けて、吸引指導は手順を踏んで進める。吸引が適正にできるようになったことを医師、看護師が確認する。(利用者の納得は必須)
- ⑤訪問看護が観察のポイントを個別具体的に指導し、病状悪化の早期発見をする。
- ⑥利用者の状態の変化に関する連絡方法 (自事業所のサービス提供責任者への連絡よりも先に第1報を「訪問看護ステーション」へ入れる場合、緊急事態の判断根拠)
- ⑦利用者宅で、カンファレンスを開催する

- ⑧利用者とのコミュニケーションの重要性を認識する（コミュニケーションツールを習得するだけでなく、まずコミュニケーションをとろうという姿勢が重要）
- ⑨連絡ノートを活用など、情報共有の仕組みを整える。