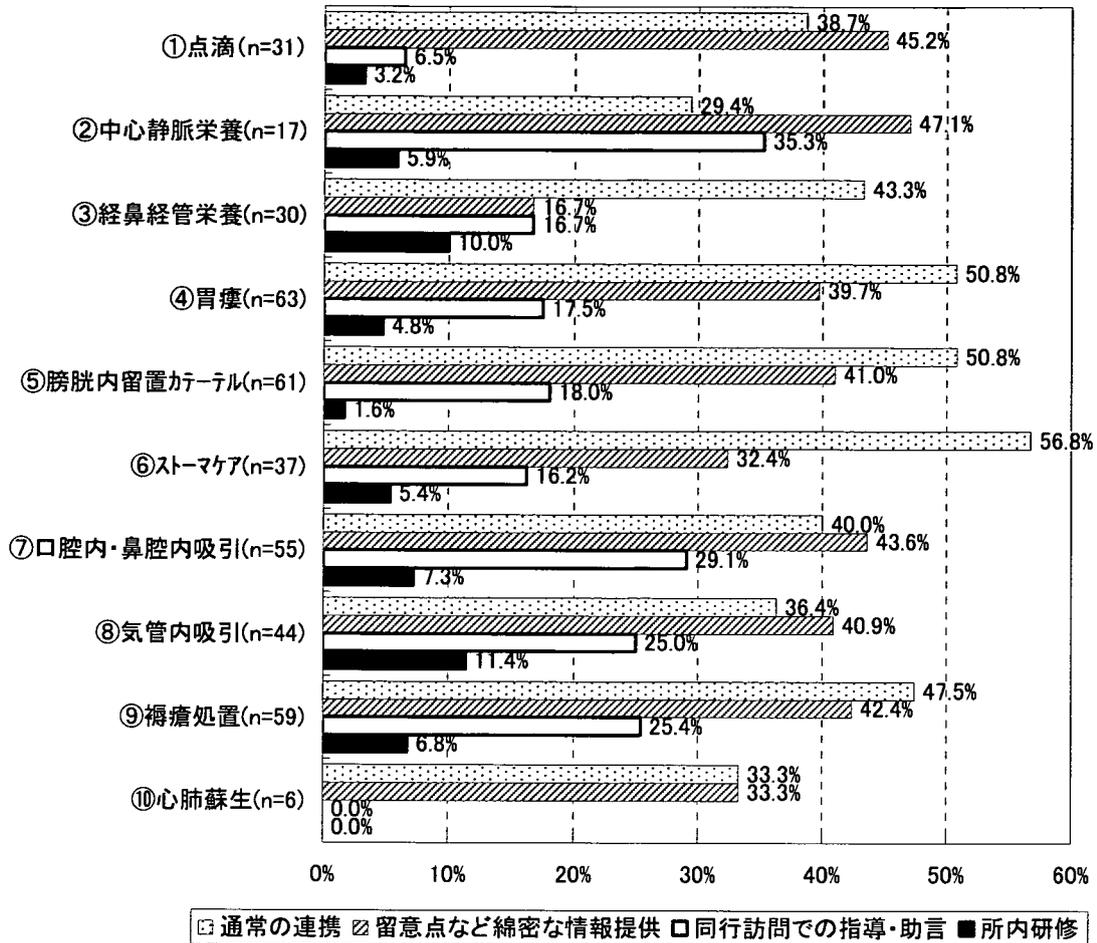


図表 31 状態別 ホームヘルパーへの対応(複数回答)



② 何らかの行為の実施の有無別 ホームヘルパーへの対応

行為の実施の有無別に、ホームヘルパーへの対応をみたところ、「通常の連携」は、行為の実施の有無にかかわらず、同じ水準だった。

「何らかの行為を実施している」場合には、「留意点など綿密な情報提供」が 61.3%で、「実施していない」場合の 35.2%と比べて高かった。「同行訪問での指導・助言」「所内研修」なども「何らかの行為を実施している」場合で比較的高かった。

図表 32 行為の実施の有無別 ホームヘルパーへの対応(複数回答)

	全体 (n)	通常の連携	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
何らかの行為を実施	62	28 45.2%	38 61.3%	28 45.2%	11 17.7%
実施していない	341	154 45.2%	120 35.2%	55 16.1%	13 3.8%
全体	403	182 45.2%	158 39.2%	83 20.6%	24 6.0%

③ 不安の有無別 ホームヘルパーへの対応

不安の有無別に、ホームヘルパーへの対応をみたところ、「特に不安はない」では「通常の連携」が 66.4%と最も高くなっている。また、他の不安の状態に比べても「通常の連携」が高い割合だった。

「留意点など綿密な情報提供」についてみると、何らかの不安がある場合には実施率が高く、「不安がある」では 71.9%で実施している。「同行訪問での指導・助言」では、不安が多くなるほど実施率が高くなる傾向がみられた。

「所内研修」についても、何らかの不安がある場合には、特に不安のない場合に比べ、実施率が高かった。

図表 33 不安の有無別 ホームヘルパーへの対応(複数回答)

	全体 (n)	通常の連携	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
特に不安はない	149	99 66.4%	55 36.9%	35 23.5%	7 4.7%
やや不安がある	111	49 44.1%	74 66.7%	31 27.9%	13 11.7%
不安がある	32	11 34.4%	23 71.9%	12 37.5%	3 9.4%
非常に不安	3	0 0.0%	2 66.7%	3 100.0%	1 33.3%
無回答	108	23 21.3%	4 3.7%	2 1.9%	0 0.0%
全体	403	182 45.2%	158 39.2%	83 20.6%	24 6.0%

7) 自由回答 (問6)

在宅障害者を訪問介護と協働で支援することに対して、次のような意見が寄せられた。

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ということ、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ということ、である。

自由回答の例

【訪問看護と訪問介護の同行訪問について】

- ・ 訪問看護と訪問介護が同時時間帯に重なっても支障はないと思うが、ケアマネからのクレームが多い
- ・ 大きな傷のある人の入浴介助などは、ヘルパーとNS同行して行くと、本人に負担が少なく、

介護の効率もよく、サービス内容も充実することがあるのに、「同じ時間帯に2つのサービスはもったいない」と判断するケアマネが多い。

【ケアミックス】

- ・ 医療度の高い人の処置の際は、後の責任のこともあり、細かい事前ルール作りが必要。細かい話し合いが必要
- ・ ナースはナース、ヘルパーはヘルパーでケアをするのではなく、同時にケアをして、その中で分担していくことも必要。その方が利用者への負担も少ない

【情報共有】

- ・ 利用者宅の滞在時間が訪問介護スタッフのほうが長く、訪問日も多いケースがほとんどであるため、ヘルパーは、利用者のさまざまな情報を持っている。あらかじめ、看護師よりチェックポイントを提示しておけば、必要な情報を得やすいため、連携ノートの活用は大きい。
- ・ 会議等では、提供責任者だけでなく、担当の看護師やヘルパーが実際の状況を話すように工夫している。

【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お宅は、係るヘルパーの人数が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ります。
- ・ ナースがヘルパーの時間に合わせて指導したり、電話連絡したりすることが多い。時間的に負担

【事業所間の関係】

- ・ 他の事業所のヘルパーさんのため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。

8) 小括

本調査から、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、その多くは、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。

本調査で得られたホームヘルパーが行っている具体的な行為やホームヘルパーの不安の内容の具体的な回答は、今後の対応を検討する上で貴重な資料となると考えられる。

5. 重度障害者に関わるケアチームメンバーの責務の整理とケアミックス試案の検討

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) 重度障害者に関わるケアチームメンバーの責務の整理

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

- 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。
- 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）

- 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。
- 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
- 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。
- 定期的な診療を行い、適切な医学的管理を行う。
- 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
- 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
- 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。
- 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）

- 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。
- 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。
- 定期的な訪問看護を行い、適切な医学的管理を行う。
- 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、適なたんの吸引が実施されていることを確認する。

- ・ 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。
- ・ 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・報告などをと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）。

⑤ 保健師

- ・ 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。
 - ・ 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）

- ・ 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。
- ・ 疾患やたんの吸引に関する必要な知識を習得する。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

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、それぞれが持つ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。

1) 「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

○ 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。

○ 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。

○ 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

○ 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。

○ 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。

○ 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、本人の心身の状況について説明し、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。

○ 保健師

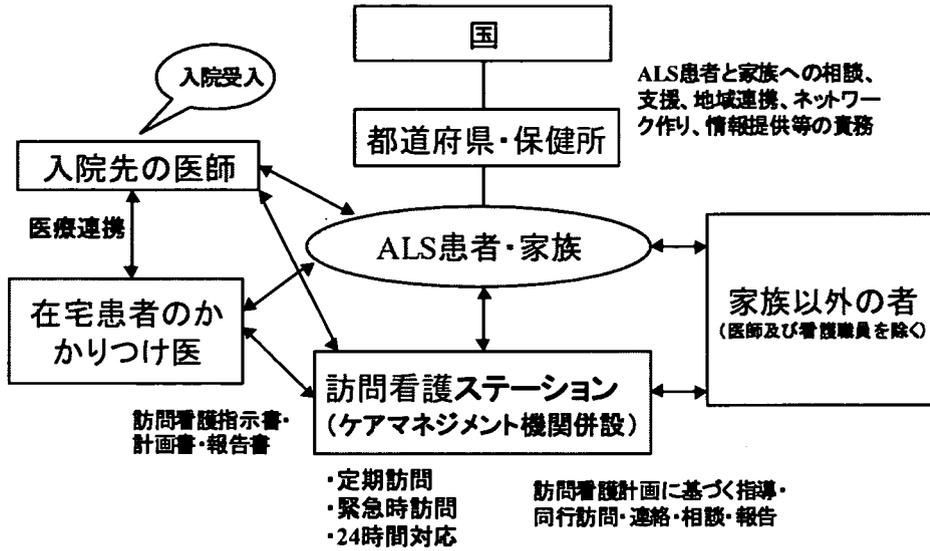
保健所の保健師は、地域ケア会議を開催するなど連携の継続を支援する。

○ 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。

○ 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 1 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 35 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 36 「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： _____)

※ 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。

※ 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。

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

3) 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 37 「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。

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. 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
 - 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 38 「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

4) 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、従業者の福利厚生面から、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。

6. 米国における利用者の意思決定の支援及び看護と介護の連携に関する情報収集

1) 在宅重度障害者の意思決定への支援

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人工呼吸器装着等で在宅療養継続期、⑤ターミナル期、と5つの時間軸ごとに本人の意思・希望を尊重して、意思決定への支援を行う。⑤のターミナル期において、自分の意思をどう伝えるか、その意思をどのように尊重してケアを提供できるかが今後の課題となる。

本人の意思を尊重して、自己決定を支援するための具体的な取り組みについて、ニューヨーク市マンハッタン区にある、非営利組織の在宅ケア事業所「ニューヨーク訪問看護サービス（以下「VNS」という。）で視察し、得た情報を検討した結果をとりまとめる。

患者一人ひとりがヘルスケア（訪問看護や身体介護）を利用する際に意思決定を行い、その権利を行使する手続きが以下のとおり決められている。

① ニューヨーク市における在宅ケア利用者の権利を守る手続き（VNSの事例から）

a. 患者への情報提供

VNSでは患者を受け入れる際に、次に挙げる資料（説明キット）を一人ひとりに提供して説明される。

- ・ VNSのパンフレット『自分が受ける医療についての意思決定—患者のための情報』
- ・ ニューヨーク州保健局が作成したパンフレット①『治療に向けた事前計画』、②『ヘルスケア代理人を指名する—ニューヨーク州委任状法』の二種類が配布される。
- ・ ヘルスケアについて意思決定を行い、事前指示書を作成する個人の権利に関するVNSの方針

なお、「事前指示書」とは、成人が再起不能になった場合のヘルスケアの提供を指示する書面であり、ヘルスケア委任状、遺言状、蘇生処置をしないという指示への同意書または要望書などをいう。

「ヘルスケア委任状」とは、個人が将来、自分の受けるヘルスケアについて自身で意思決定ができなくなった場合、本人に代わって意思決定を行う権限を、事前に指名されたヘルスケア代理人に委任する文書をいう。「生前の意志表示」は本人が受けたいと思う、あるいは受けたくないヘルスケアや処置について具体的な指示を記載した文書であるが、ただし、ヘルスケアに関する意志決定を行う代理人を指名するものではない。「蘇生処置をしないという指示への同意書または要望書」では、蘇生処置をしないという医師の指示に同意、またはそうした指示を要望する文書であって、患者が心停止や呼吸停止となった場合、ヘルスケア事業所は指示に従って心肺機能蘇生処置を行わない。そうした指示はヘルスケア委任状や生前の意志表示で要望できることになっている。

b. 文書作成

VNSは、患者が事前指示書を作成したかどうかを当人のカルテに記載する。事前指示書のコピーが入手できる場合は、それをカルテに添付する。

c. 法律遵守

VNS は事前指示に適用されるニューヨーク州法（制定法および判決を含む）を遵守する。

d. 差別をしないこと

VNS は、患者が事前指示書を作成したかどうかによってケアの提供を調整したり、患者を差別したりはしない。

e. 教育

VNS は患者の意思決定をめぐる問題について、スタッフと地域社会に対し教育活動を行う。

② VNSのサービスの説明を受ける権利

VNS（訪問看護サービス）の患者は、ケアが始まる前に以下の事柄について口頭および書面にて十分な説明を受ける権利を有している（説明キットのパンフレットから）。

- ・ 直接あるいは契約で利用できるサービス、製品や備品について
- ・ 組織の所有権と管理について
- ・ サービスに対する支払いのうちどの範囲までが利用者に請求されることがあるかについて、また保険・第三者支払い・公共の給付金プログラムなどでまかなわれる料金について
- ・ 支払請求の方針と支払い手順について、加入時に提供された情報が変更されたとき当組織がそれを知ってから 15 日以内に行う全ての変更について
- ・ ケアを行うことになるスタッフの氏名と責任について、訪問やサービスの頻度の計画について
- ・ ケアプランの作成やいかなる変更でも実施前に計画に参加する権利について
- ・ 利用者の事前指示に関する当事業所の方針について、当事業所がこれらの権利をどのように実施するかについて
- ・ 当組織の苦情手続きについて、その連絡先・電話番号・営業時間・当事業所へ問題を知らせる方法などについて

③ VNSサービスの患者の権利

- ・ 人種・信条・性別・年齢・障害・性的指向・退役軍人の身分・ライフスタイルにかかわらずサービスを受ける権利
- ・ 事前指示がなされたか否かにかかわらずサービスを受ける権利
- ・ ケアプランや治療プランについてよく説明を受けた上で決定する権利、分かりやすい方法で情報を受け取る権利
- ・ 治療の選択肢、サービス提供者の変更、ケアが何故いつ中止されるのかについて事前に通知してもらう権利
- ・ 一貫して、時宜にかなうサービスを受けたり利用したりする権利
- ・ 当事業所のサービスが中断される時、ケアを継続するための教育・指示・要件
- ・ ケア継続の必要性に応じて、代わりとなるレベルのケアの選択や紹介してもらう他の組織の選択に参加する権利
- ・ 紹介先組織に利益となる可能性のある、当組織が有する全ての有益な関係について情報の開示を受ける権利

- ・ 本人のニーズを当組織が満たせない場合、あるいは受けているケアに満足しない場合に別の組織に紹介してもらう権利
- ・ 治療やケアについて、あるいは当組織に代わってサービスを行う者が所有物に払うべき配慮（またはその不履行）に関して、それを理由に報復を受けることなく苦情を表明する権利
- ・ 苦情手続きに関し、その連絡先・電話番号・営業時間・当事業所へ問題を知らせる方法についての情報を受け取る権利
- ・ 苦情に関する調査と解決について当事業所から書面で回答を得る権利
- ・ 州・Medicare・CHAP（地域保健認定プログラム）の各相談サービス・ホットライン電話番号・目的・適切な利用方法を教えてもらう権利
- ・ 起こり得る結果、または、潜在的リスクを知って治療を拒否する権利
- ・ 明確な同意や十分な理解なしに実験的な治療がなされないようにする権利
- ・ いかなる精神的身体的虐待・不作為、事業所からいかなる種類の搾取も受けない権利
- ・ 所有物を丁寧に扱ってもらう権利
- ・ 診療記録が法律の及ぶ限り最大限に秘密保持される権利
- ・ 当組織の損害賠償保険に関する情報を要求して得る権利

④ 患者の責任

VNS（訪問看護サービス）の患者として以下の責任を自ら負うことになっている。

- ・ 医師の治療を受けていること
- ・ 担当の看護師と医師が共同で、本人の情報と同意を得て作成したケアプランに従うこと
- ・ 偏見や差別なくケア提供者に思いやりを持つこと
- ・ ケアプランに影響や変更を及ぼすことになる疑問・問題・変化について担当の看護師と話し合うこと
- ・ 予約が守れるように、またスタッフが、家で安全なケアが出来るように十分な手配をすること
- ・ 必要なら家族や代わりの人がケアに加わるよう手配すること
- ・ 保険適用範囲の変更は全てすぐに訪問看護サービス（VNS）に知らせること
- ・ 保険で支払われない負担はすべて適切な時期に支払うこと

⑤ 患者自身のプライバシーを護る権利

- ・ 質問を受ける理由を知る権利（健康に関する情報を集めるよう法律で要請されている。）
 - 質の高いヘルスケアを受けていること
 - Medicare と Medicaid の患者の支払いに間違いがないこと
- ・ 自分のヘルスケア情報を秘密扱いにする権利

最善のホームヘルスケアサービスを定めるために、知った全ての事柄を秘密扱いとし、それは、法的に知る権利を持つ者または医療上知る必要のある者だけが個人の健康情報を見る。

- ・ 質問に答えるのを拒否する権利

質問に答えないことを選ぶ場合には、情報を補完するよう最善を尽くすが、サービスを受けるために、全ての質問に答えなければならないというわけではない。

- ・ 健康情報を見る権利

集められた個人情報正しいことが重要であるが誤りがあると思う場合は、訂正を申し出ること。

⑥ 自分の医療ケアについて決定する権利

1人の成人として有する権利は次のようになっている。

- ・ 現在あるいは将来においてどのような治療を希望し、あるいは希望しないかを選択する権利
- ・ 将来自身でこうした決定が出来ない場合に自分のために医療ケアを決定する人を指名する権利
- ・ 担当医に話すか、自分の指示を書くことによって、自分のケアについて決めたことを知らせておくこと
- ・ いつでも自分の考えを変更することが出来ること
- ・ どんな選択をしたいかについて、担当医や在宅看護の看護師と話し合い、質問をして、ケアに関わる人達に自分が望むことを分ってもらうこと。現在どんなことを希望しているかを話し、将来万一自分のヘルスケアを自身で決定できなくなった場合に何を望むかについても話すこと。自分の希望を書き留めて、2人の証人にその文書に署名してもらうことで自分の権利を守ること（これを「事前指示」と呼ぶ）
- ・ 希望が合法的である限り、ケアにかかわる者は誰で、その希望に従うか、従うであろう人を見つける努力をしなければならないこと
- ・ 担当医や看護師は、最善であると自らが信ずるところに従って治療をするが、医療ケアについて同意できない場合は、別の医師や在宅看護の看護師を見つけることも出来ること

（事前指示に関して）

- ・ 呼吸あるいは心臓が停止した場合の蘇生処置の希望
- ・ 自力呼吸が出来ない場合の呼吸を回復するために人工呼吸器（ベンチレータあるいはレスピレータ）への接続の希望
- ・ 他の方法では食物を摂取できない場合のチューブ栄養（人工栄養と水分補給を受けること）の希望
- ・ 死期を早める可能性があっても、鎮痛剤などの投薬の希望
- ・ 死期を遅らせる可能性があっても、鎮痛剤などの投薬の希望

⑦ ニューヨーク州におけるヘルスケアのための代理人を指名する手続

「ヘルスケア委任状に関するニューヨーク州法」により、自分で意思決定をする能力を失った場合にのみ、代わりにヘルスケアについての決定を行うために、家族の一員あるいは親しい友人など信頼する人を代理人に指名することが許されている。VNSの説明キットにより、書き込むべき項目を紹介する。

- ・ 代理人の指名（氏名、住所および電話番号）
- ・ 代理人が役割を果たすことができない場合の補欠代理人の指名（氏名、住所および電話番号）

び電話番号)

- ・ 有効期限または失効条件（日付または失効条件を明記）
- ・ 自分の意向と自分が設定する制約（そのことに従うことの記載）
- ・ 例えば、人工栄養や水分補給（栄養管や点滴によって補給される栄養および水分）に対する希望。臓器および・または細胞組織の提供、提供を希望しない臓器など
- ・ 代理人の身分証明（活字体で記入のこと）
- ・ 氏名、署名、年月日、住所
- ・ 立会人の署名（2名用意）
- ・ 健全な精神状態で自分の自由意思で行動していると思われることを宣言し、証人は私の立会いのもとに、署名（または、他の者に代わりに署名するように依頼）したことを証明する。年月日を記載して、2人の証人は氏名（活字体）と署名、住所を記載する。

⑧ 健康情報の開示とプライバシー保護の実施

我が国でも、個人情報の取扱については守秘義務が制度化され、かなり慎重に取り扱われるようになってきている。在宅重度障害者の意思決定の支援とともにプライバシーを保護することが重要となる。個人情報の取扱について記載する。

a. 訪問看護業務のための利用と開示

- ・ 主治医と治療の相談や看護計画作成において健康情報を利用し開示することがある。また、訪問看護ステーションにおいてケアカンファレンスに使用する。また、他の介護者も必要な情報を利用できるように守秘義務の対象となる健康情報を家に置いて共有することがある。
- ・ 訪問看護を実施した結果、報酬請求の手続きのために、健康情報を利用し開示することがある。
- ・ 訪問看護の実施のために健康情報を利用し開示することがある。ただし、本人及び家族の個人情報をケアマネジャーが開催するサービス担当者会議に提供する場合が予め文書で承認を得て開示する。

b. 同意あるいは許可なしの利用と開示。

以下の目的のために書面に明記した許可なしに、健康情報を利用し開示することがある。

- ・ 法的義務によって区市町村へ健康情報を開示することがある。
- ・ 公衆衛生活動として疾病・傷害・障害の予防や管理、出生・死亡・児童虐待や育児放棄・家庭内暴力・高齢者虐待、伝染病に関する報告など。
- ・ 虐待・不作為・家庭内暴力の被害者であると考え、開示に同意が得られる場合、あるいは法律によって開示が義務づけられる場合には、健康情報を行政等関係機関に開示することがある。こうした目的で健康情報を開示する時には、本人及び介護者に知らせると本人や他の人に重大な害が及ぶ危険があると思われる場合を除き本人に知らせる。
- ・ 司法手続きおよび行政手続の過程において、裁判所もしくは行政機関からの妥当な命令に応じて健康情報を開示することがある。裁判所命令や行政の召喚状に応じ、法的義務や許可によって健康情報を警察や法執行官に開示することがある。
- ・ 死亡者として検視官、監察医あるいは葬儀社に対して必要に応じた法の許可に

よって健康情報を開示することがある。

- ・ 臓器・眼・組織の提供。臓器幹旋団体や同様の組織による臓器・眼・組織の調達・貯蔵・移植を支援する目的で健康情報をこうした団体に開示することがある。
- ・ ケア提供の改善に関する調査などの研究目的でああなたの健康情報を開示することがあるが、健康情報を利用し開示する場合は、文書にて許可を得ることとし、また統計処理により個人が特定できないこととする。
- ・ 訪問看護師の不注意等による事故を起こした場合には事故賠償責任保険への請求において健康情報を利用し開示することがある。
- ・ ケアにかかわる個人、家族、その他の親族、親しい友人に対して、健康情報を開示することがある。健康情報を個人に開示するのは本人の意思を述べた時か、反対しないと合理的に推察できる場合に限る。
- ・ 他の用途や開示のために許可を得る。許可しても、いつでもそれを取り消すことができる。

⑨ 健康情報の開示に関する権利

健康情報の開示の方法に関しては、検閲やコピー、修正を求めたり、制限を要求する権利、秘密の通信方法を利用する等の権利を持っている。

2) 在宅重度障害者の意思決定の支援に関する考察

アメリカは日本と違って自己の確立した国であり、徹底して自己決定を促し、自分でできない場合は委任状をもって本人の意思表示ができる諸手続がとられている。わが国でも、個人情報の保護と情報開示については、個人情報を用いる場合は同意を得るなどの仕組みができていますが、特に重度障害者や高齢者では個々の自己決定よりも、家族の決定にゆだねられる場合が多い。

しかし、今後わが国でも、本人の意思や思い・希望をそのつど尊重して、最善のケアを提供するために、一定の手続を踏むことが一般化されようとしている。平成20年診療報酬改定において、「ガイドラインに沿った終末期における十分な情報提供等の評価」が挙げられた。後期高齢者医療制度において、「安心できる終末期医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する」という考え方を示している。「医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断して後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。医師又は歯科医師、薬局の薬剤師、看護師に算定される報酬である。

看護師の場合には、利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定できることとなった。

サービス提供者側は説明を徹底して行い納得した上での同意が得られることが重要である。医療者だけでなく人権擁護の立場から意見の言えるアドボケーターの立会いも必要ではないだろうか。

在宅重度障害者の人権と、ケアのプロセスにおいて本人の意思決定が尊重されることが重要である。

一方、在宅重度障害者は自らの意志を決定し、関係者に伝え、自らも努力する。またその結果を受け入れる責任があることを認識する。在宅重度障害者はケア提供者と家族を含めた在宅ケアチームのメンバーとして、それぞれに責任があることを相互理解する必要がある。

3) 訪問看護師と介護職員の連携

① ニューヨークにおける、医師と看護師・ホームヘルスエイド（介護）の連携

ニューヨークにおける医師・看護師・ホームヘルスエイドの連携について紹介し、看護と介護のケアミックス（連携のあり方）を検証する。

ニューヨークでは、主治医の指示書（退院時指示書など）によって訪問看護（ホームヘルスケア）の導入が始まる。訪問看護の利用者はサービスを受ける前に、自らの権利と責任について説明を受ける。訪問看護だけでなく、介護（ホームヘルスエイドのケア）が必要な場合は訪問看護師が介護については査定し、評価ツールによって必要なサービス回数を入れたケアプランを作成する。さらに看護師はホームヘルスエイドを指導監督し、ケア全体の質を保証している。

VNSでは、訪問看護とともに介護の必要を医師が指示した場合にホームヘルスエイドの導入となるが、看護師が患者とともにケアプランは作成する。身の回りのことや健康に関する重要な動作がどれくらい一人で安全にできるか、また、家庭で世話をしてくれる人が他にいるかをアセスメントして看護師が判断する。ほとんどのエイドは午後には訪問するので、午前の訪問を望む医療上の理由がある場合は、看護師が調整したのち、利用者にはエイドの氏名や訪問時間を担当認可事業者（VNS以外の業者の場合）から電話で知らせるようになっている。

具体的なニーズに基づき結果の出るケアの提供を目指している。体調がよくなり、自分でできることが増えると看護師はホームヘルスエイドの訪問時間や日数を減らすことができ、この決定については利用者と必ず相談することになっている。エイドに問題があれば、看護師が利用者やエイドとともに問題を速やかに解決する。

実際にホームヘルスエイドが訪問しケアを提供した場合はその都度、ケアプランに署名をし、訪問した証拠にする。

※ ホームヘルスエイドは身体介護（パーソナルケア）と生活支援を行う有資格者で、VNSのホームヘルスケアチームの主要なメンバーで、訓練を受けてニューヨーク州保健局から資格を得て活動している。ちなみにVNSでは、約12000人の職員中2500人が看護師で6000人がホームヘルスエイドである（2007年）。

ホームヘルスエイドのサービスは次のものが1つまたは複数含まれる。それぞれに4段階の評価があって、例えば、入浴では、「スコア1：断続的に手助けが必要」、「スコア2：終始手助けと監督が必要」、「スコア3：浴室まで行けず清拭が必要」、「スコア4：清拭に全面的な手助けが必要」となる。スコアを合計して1～2の場合、ホームヘルスエイドは不要と判断される。7～12は中程度の援助で週3～4回、1回当たり2～3時間程度、最大限でも週5～7回で1回当たり3～4時間である。

<身体介護（パーソナルケア）>

- ・入浴 ・看護師や療法士から指示された運動 ・着替え ・歩行援助 ・食事
- ・ベッドへの上り下りを支え、ベッド上で体位を変える手助け

また、次の事項がケアプランに含まれていれば、そうした援助も行う。この場合は、3段階の評価があって、例えば、食事の支度では、「スコア1：可能だが、軽い食事についても手助けが必要」、「スコア2：調理済み食品の温めなおしはできる」、「スコア3：100%他者に依存、温めなおしできない」となる。

<家事・生活援助>

- ・混乱のある状態のケア ・食事 ・食事の支度 ・軽度の掃除 ・洗濯
- ・日用品の買い物

身体介護と生活援助との合計に関するスコアガイドラインによると、最小限で週3～5日、最大限の援助では週5～7日、1日当たり10～12時間としている。

② アメリカにおける看護と介護の連携からみた考察

アメリカでの在宅医療は訪問看護師が担っている。最初に交付される主治医の指示書に基づきケアプランを作成して医師のサインを得るとケアを開始する。その場合、本人が「日常生活動作や在宅医療をどこまでしたいか、どこまでできるか」を引き出して、自己管理を徹底することから始まるため、到達目標の明確化と共有化が図られる。訪問看護師はホームヘルスエイドの介護の必要性の判断を任せられ、サービスの質・量に責任を持っており、ホームヘルスケアの範疇で、身体介護や生活援助が提供されている。

わが国でも、介護保険制度においてはケアマネジャーが一人ひとりの利用者の希望を聞いて、ケアの目標を立て、各職種のケアが統合して提供される仕組みとなっている。要介護度別の支給限度額管理も行っている。

しかし、アメリカのホームヘルスエイド評価ツールのような評価表がないため、ケアマネジャーのアセスメント力と裁量の範囲、利用者の要望に任せられている。特に在宅重度障害者については訪問看護が必要にもかかわらず導入されにくいことが課題となっている。訪問看護は利用者の状態に応じて柔軟に、必要な時期に必要な看護が効果的に提供されケアマネジメントが重要である。

医療ニーズを併せ持つ在宅重度障害者については、看護の必要性が判断できるのは看護職である。本来、在宅療養者は「療養上の世話」を要する人であり、訪問看護師が療養状況をアセスメントした上で、保健医療福祉のサービスの必要についてケアマネジャーに情報提供し、ケアマネジャーがケアプランに活かすことが順序ではないだろうか。全国どこでも訪問看護が適切に導入される必要があり、量・質とも充実させなければならない。

7. 訪問看護ステーション等へのケアミックスに関するインタビュー調査②

5で作成したケアミックス試案を踏まえて、ケアミックスの事例調査と訪問看護師、ホームヘルパーへのインタビュー調査を行った。