

1) 療養通所介護におけるケアミックスの事例

在宅生活の継続には家族のレスパイトを確保することが非常に重要であるが、人工呼吸器を使用している在宅 ALS 患者の通所受け入れ先を確保する困難さがある。

介護保険制度において平成 18 年度に創設された「療養通所介護」では、人工呼吸器を使用している ALS 患者についても通所を行っている。看護師が配置されているために、家族は安心してサービスを受けている間に家族としての役割が達成できる。看護師による状態観察と呼吸リハビリテーション、吸引・吸入、入浴介助などにより、状態の維持改善を図ることもできている。

利用者：14 歳 長男
疾患：先天性代謝異常で人工呼吸器を装着
家族等：父母、弟
サービス：月曜日は在宅開業医、木曜日は市民病院、週 1 日の療養通所介護での入浴

○利用者のプロフィール

H さん（14 歳）は生まれたときから気管カニューレ・人工呼吸器を使用し、現在は養護学校に通学している。週 1 回、入浴を主目的として療養通所介護サービスを活用している。

○看護と介護の協働状況（入浴ケアを実施する必要性・理由等含む）

- ・人工呼吸器をはずして、アンビューバッグに切り替えて入浴を行うため、看護師が処置をしているときは、介護職員が着替えやタオル・リフトの設定、湯の温度調節など外回りを介護が担う。看護師が利用者の呼吸・表情・気管切開部などを観察しながら細心の注意を払って、アンビューバッグを扱う。介護職員が、本人に声をかけてリラックスさせながら利用者の体を移動し、表情などを観察しながら入浴・洗髪を実施する。
- ・人工呼吸器を装着する。
- ・介護職員は入浴が終わると着替えをさせて後片付けをする。
- ・介護職員が浴室からストレッチャーで、室内に移動させる。
- ・看護師は酸素飽和度等含めバイタルサインのチェック、水分補給をして、ケアを記録する。
- ・介護職員は利用者とコミュニケーションを図る。
- ・迎えに来た母親に看護・介護それぞれに報告して、ケアの引継ぎをする。

○看護・介護職員とのインタビューの結果

- ・重度障害者のケアは体調や生活リズムによって臨機応変に対応したり変化させる必要があり、リスクマネジメントが重要となる。
- ・情報を常時共有することによってケア計画に反映させることができる。いつもと違うという気づきを介護職員がし、看護師はそれを判断し予測的にかかわっていく。
- ・一定のケアが繰り返され、継続される場合はマニュアル化できるので、間をつなぐため介護職員に分担してもらう。看護師は管理と、結果に責任を持つ。
- ・併設施設であれば情報が伝わりやすく連携がうまく取れる。
- ・在宅はチーム、本人・家族との協力体制が重要である。
- ・吸引をするヘルパーは手続きを踏んで自分が実施することを納得している人で、ボラ

ンティアとしてかかわることではない。また、在宅療養に慣れて状態が固定している場合に行う。

- ・養護学校を卒業した後の受け入れ先として、作業所は人工呼吸器装着者の利用が困難である。通所サービスとして療養通所介護は期待される。

2) 訪問看護におけるケアミックスの事例

利用者：25歳 長女

疾患：交通事故による脊髄損傷、人工呼吸器を装着

家族等：父母

サービス：病院への通院、訪問看護 1～2回/週、療養通所介護 1回/週、訪問診療 2回/週、障害者施設のデイサービス（入浴なし）

○利用者のプロフィール

T子さん（25歳）は数年前の交通事故により脊髄損傷で人工呼吸器を装着した生活となる。カニューレのカフ圧を適正に保つ（唾液の落ち込みを防ぐ）ことで吸引の必要はあまりない。

食事は経口摂取、お茶もストロー付きで飲める。コミュニケーションは「口ぱく」と弱い発声音で、初めてあった人でも理解できる。メールも可で、インターネットで洋服を注文したり訪問美容師の利用など、生き方に前向きである。

○看護・介護サービスの利用状況

療養通所介護の利用時は、同じく利用者である筋ジストロフィーの青年と話をしている。ロパクとメールのやり取りがコミュニケーション手段となっている。

○看護と介護の協働状況（実施する必要性・理由等含む）

訪問看護ステーションにホームヘルプステーションと療養通所介護事業所が併設されている。

※自立支援法では訪問看護と訪問介護の同時時間帯のケアは認められないが、必要が高いため特別に認めてもらいペアでケアが実施できている。

看護師のケア

- ・気管カニューレがずれないように、頸部と体幹の固定
- ・体位変換時、ベッドのギャッジアップ時に人工呼吸器の接続部の適正な位置を維持する。
- ・BP、SPO₂等バイタルサインのチェック、食事・排泄、皮膚状態等の観察
- ・訪問看護と療養通所介護、24時間体制でケアの一貫性を保つ
- ・Y字ガーゼ交換、吸引が必要となる場合の対応
- ・訪問看護など医療が前面に出ないようにして在宅生活の支援を進める。

介護職員（ホームヘルパー）

- ・緊急対応のカンファレンスから介護職員のかかわりが始まった。
- ・介護職員は家族が対応できないときに親の代わりに支援をする。同時時間帯でのケアにおいては看護師のアシスタントとして、物品の準備・後始末、体の支えなど。
- ・本人の楽しみを援助する、いわば生きがいサポートの役割
- ・必要時は摘便も行うが、訪問看護師の指導を受けている。

- ・アンビュー、吸引器などの使い方はマスターしている（同一施設内で、教育が容易）。
- ※ デイサービスでは母親がついているなかで医療行為が行われている。

○看護・介護職員とのインタビューの結果

①パルスオキシメータの装着に関連して

- ・測定時の利用者の状況によって数字が異なる。例えば側臥位では下方になった指で測ると、圧迫による血液循環が不良となるため低くなってしまう。
- ・測定が必要なときは、肺炎や呼吸不全、胸水などがたまっているときである。
- ・全身状態を診た上で数字を判断する必要があるため、ホームヘルパーに測ってもらうものではない。体温測定して熱の有無を知ることや自動血圧計の血圧測定とは異なり、測ることでかえって無駄な心配を利用者にさせる。
- ・呼吸に問題のある対象者であれば、訪問看護が入っているべきである。
- ・パルスオキシメータの測定を伴う利用者に対する連携、協働する場合はホームヘルパーに測定の方法や留意点を伝えておく。
- ・訪問看護師が訪問できないとき、ホームヘルパーからの連絡を受けて主治医に相談することがある。ホームヘルパーが正しく装着して数字をその場から知らせてくれることも場合によっては起こりうる。

②グリセリン浣腸や座薬の挿入に関連して

場合によっては事故となる。例えば、グリセリンは赤血球を溶解する。下痢になったり、多量のガスが出た場合にもショックを起こすことがある。状態を観察した上での実施となる。

ホームヘルパーは、「利用者が困っているからしてあげる」、「自分にもできるからしてあげたい」と医行為の背景（解剖生理、病状、治療状況、服薬状況など）について知らないがゆえに自信を持ってしまうことが見受けられる。

③吸引を伴う利用者に対するケアに関連して

- ・口腔ケアはホームヘルパーも主体的にできるケアである。
- ・吸引器による吸引は最終的手段と考える。
- ・吸引をすることで刺激になり吸引回数が増えることがある。
- ・看護師は呼吸リハビリテーション・体位ドレナージ・口腔ケアを行う。また、唾液の分泌線が開きっぱなしとなっているので表情筋マッサージなどで維持・改善を図り、首のリラックスやアイスを使って唾液腺を締めるなど唾液の正常な分泌を維持する。食後は唾液が多く出るので気道への落ち込みを防止すること（顔を横向けて唾液をぬぐうこと、唾液の持続吸引、気管カニューレのカフ圧を適正に保つこと）ができれば、夜間1時間おきの吸引などは稀になる。
- ・看護師がそのような専門的ケアを提供することで、ホームヘルパーの吸引回数は殆どなくなる。看護と介護のケアミックスは看護が専門的技術でもってしなくてはならないことをしっかり実施することを強調する必要がある。
- ・介護職員は緊急避難的に生命を救うために必要な手技として吸引の仕方を身に付けておく必要がある。そのため看護師が指導・助言する。
- ・看護師がケアのマネジメントを行うために、ケアマネジャーを積極的に活用する。
- ・ホームヘルパーは「何か変」ということで知らせてくれること。呼吸ケアでも食事

- (胃ろう) 栄養が十分取れていること、皮膚が清潔に保たれることが重要である
- ・人工呼吸器をつけていても体位交換は必要である。しないと人工呼吸器を原因とする肺炎を起こす。呼吸リハビリテーションが重要となる。
 - ・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：60歳 妻
 疾患名：ALS 要介護5
 家族等：夫、2子あり
 サービス：自立支援給付（130時間）、医療保険の訪問看護、訪問診療

○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つて主治医が変更、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の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。

D. 結論

結論として、1～6の調査結果をもとに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の役割をまとめた。

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。その場合はナーシング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おう。
- ・ 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

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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、自由意志を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）

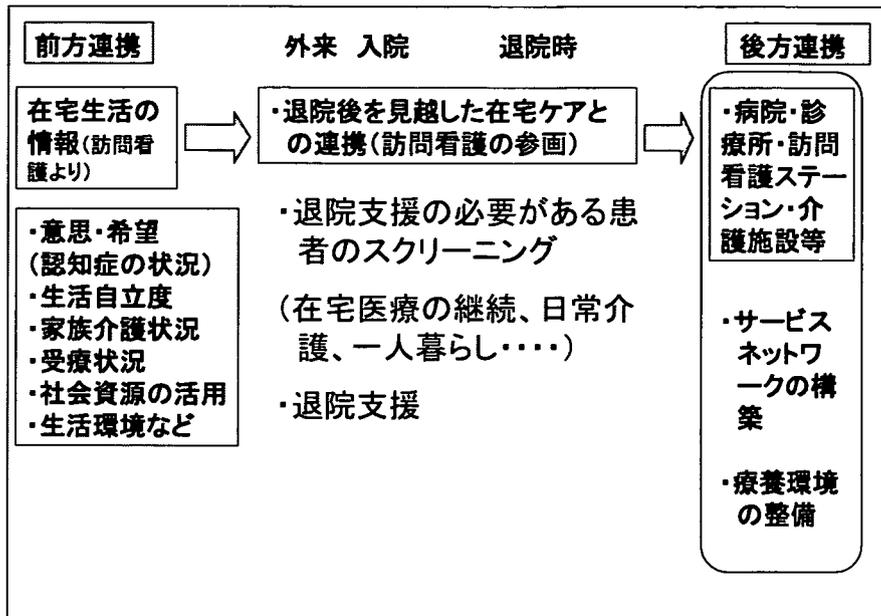
- ・ 入院先の医師は本人に対して、入・退院が可能かどうかの判断をする。
- ・ 入院先の医師は本人・家族に対して、在宅移行の時期の決定と在宅療養の説明を行い、理解を得る。
- ・ 本人・家族、看護・介護従事者、保健所保健師等在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握し確認する。
- ・ 定期的な診療を行い、適切な医学的管理を行う。
- ・ 家族以外の者に対して、疾患、障害やたんの吸引に関する必要な知識を習得させるとともに吸引方法についての指導を行うように看護師・訪問看護師に依頼する。
- ・ 在宅ケアメンバーとの連携を図る。居宅療養管理指導に基づく情報の提供を行う。また、訪問看護師・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。
- ・ 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。
- ・ 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）

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

図表 39 在宅移行支援イメージ図

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

- 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。
- 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 41 アセスメント・実施・評価)を行う。
- 訪問看護師は自ら 24 時間滞在ができない状況下にあっては、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。
- 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・報告などをと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。

6) 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。
- ・ 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）

- ・ 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。
- ・ 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。

8) ケアマネジャー（介護支援専門員）

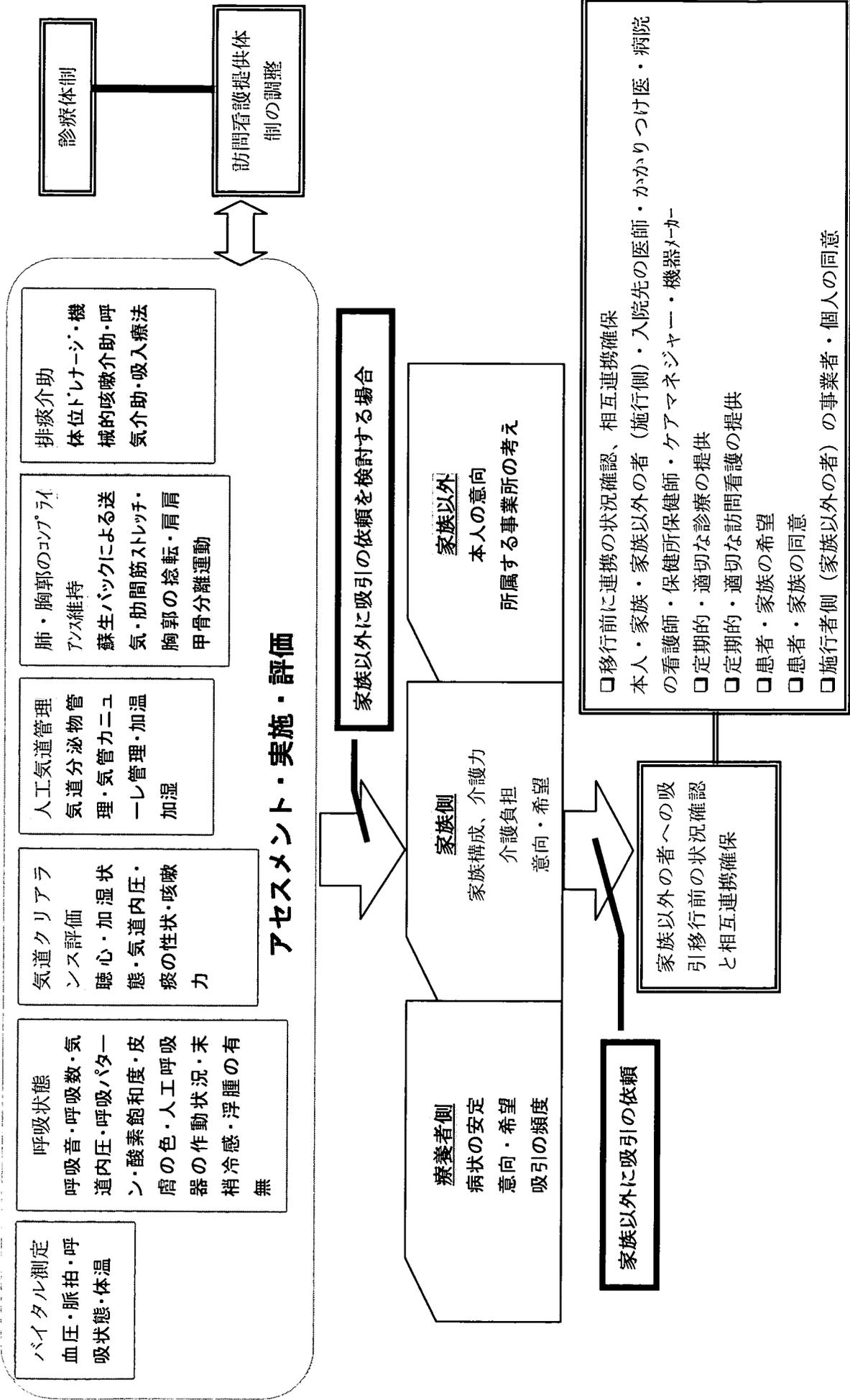
- ・ 本人の生活全般を見ると共に状態の変化に対応したケアマネジメントを行い、24時間 365 日ケアを確保する。
- ・ ケアチームのメンバーが共通のケア目標に向かって、よりよい連携が図れるようにケアのマネジメントとチーム間のコーディネートを行う
- ・ 重度障害者の健康や病状の変化が分かること、医師や医療機器メーカーとの連携も十分にとれる事が望まれる。その意味では、実務経験を有する医療職のケアマネジャーが担当者となる事が望ましい。
- ・ 重度障害者では、特に病状の変化に対応して、ケアプランの変更が臨機応変に行われなければならない。訪問看護ステーションに併設されたケアマネジメント機関では、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。
- ・ 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 40 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 方法等を指導	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 41 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確保のあり方



E. 提言 看護と介護のケアミックス制度（仮称）の策定

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）

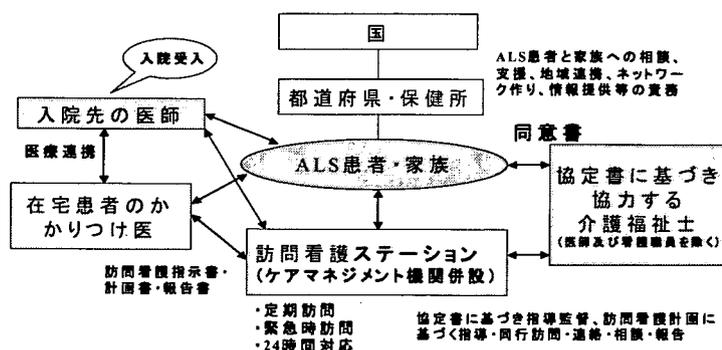
- ・ 吸引の範囲（口腔内や気管カニューレ内、痰の観察など）
- ・ 技術・デモンストレーション（実習、吸引モデル人形の活用）
- ・ 吸引の実施（同行訪問による指導（見学・試行）、定期的な手技の確認、また、進行性疾患のため、病状等の変化時には同行訪問して、吸引方法等の変更や中止もありうる。利用者ごとに個別の役割分担は決められるものである。

3. 看護と介護のケアミックス制度（仮称）

1) ケアミックスの仕組み

- 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）との同意書を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 42 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

2) 医師・看護師・介護職員・利用者との協定書

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だろう。

図表 44 「たんの吸引に関する連携協定書(試案)」

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（ディスク _____ 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

3) 利用者と介護職員の「たんの吸引」の同意書

図表 45 「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：_____)
※ 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。	
※ 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。	
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 一部改変

4) 報告・相談書

図表 46 介護職員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）