



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	無資格看護者に委託可能な気管吸引技術の範囲とは : 重症心身障がい児(者)施設勤務の看護師が行う気管吸引技術の動作分析から
Author(s)	コリー, 紀代; Colley, Noriyo
Citation	医工学治療, 22(1), 11-19
Issue Date	2010-03
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/44520
Type	journal article
File Information	colley22(1).pdf



表題

無資格看護者に委託可能な気管吸引技術の範囲とは
～重症心身障がい児（者）施設勤務の看護師が行う気管吸引技術の動作分析から～

コリー紀代¹⁾

英文表題

What can we delegate for Unlicensed Care Providers? A Suggestion from Motion
Analysis of Nurses' Suctioning at Institutions for Children with Severe Physical and
Mental Disabilities
Noriyo Colley

所属機関名

1) 北海道大学大学院 保健科学研究所 創成看護学分野

英文所属機関名

1) Faculty of Health Sciences, Hokkaido University

図・表の数

図が2枚、表が2枚。
以上。

連絡者の住所氏名

コリー紀代
〒060-0812
札幌市北区北12条西5丁目
北海道大学大学院 保健科学研究所
Tel/Fax: 011-706-3386
E-mail: noriyo@med.hokudai.ac.jp

N12-W5, Kita-ku
Sapporo,
Japan,
Post code: 060-0812
Tel/Fax: +81 11 706 3386
E-mail: noriyo@med.hokudai.ac.jp

I. はじめに

近年の医療技術の発展に伴い、在宅に生活の基盤を置く障がい児（者）は、人工呼吸器をはじめとした高度医療を在宅や地域において享受することが可能となった。しかし一方では、家族が燃え尽き症候群に陥るケース¹⁾や、適切なサービスがあれば在宅でも過ごせる障がい児（者）が施設に長期入所せざるを得ないケースが増えている。また、ケア提供する家族がスムーズに在宅へ移行するためには、技術提供や技術教育、精神的支援を専門という領域を超えて継続して行う必要があるが、マンパワーの地域偏在等により、十分なケア提供が受けられない家族も少なくない。

2005年、日本看護協会は厚生労働省の委託を受けて、「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施マニュアル」²⁾を編纂し、痰の吸引、経管栄養および自己導尿の補助の3つの医療行為の実施を、看護師資格を持たない特別支援学校（旧養護学校）教諭に開放した（表1）。これは、本邦初の看護業務の委託に関するマニュアルである点で画期的であるが、吸引前後の酸素投与や、人工呼吸器については触れておらず、現場の判断に任されている状況である。さらに、2007年12月15日には、平成20年度の日本看護協会教育計画の中で、「専門職業人として看護職に必要な能力の全体像」¹⁵⁾が公表され、今回初めて看護の提供を、他の看護職および保健医療福祉関係者に「委任（＝委託）」することが含まれ、看護職の中でもそのあり方を議論する時期に来ていると思われる。また、看護業務における委任をわが国に適用した際、委託できる業務を定めるかどうかは課題となる。無資格看護者に対する委託可能な技術範囲を定めることにより、教育の範囲、具体的指導方法の検討、さらには異職種間における効率的な連携が可能となることが利点とされている¹⁶⁾。

そこで本研究では、看護師が委託可能な看護業務を明らかにする目的で、施設という個々人の看護問題が多様な状況で、看護師が実際に提供している気管吸引と気管吸引関連技術のすべての範囲を調査・分析し、特別支援学校教諭といった無資格看護者に委託可能な技術範囲と委託すべきではない技術範囲について検討した。気管吸引に着目したのは、気管吸引には、吸引が必要になったときの緊急性、24時間体制が必要といった特性があるためである。

II. 用語の定義

本研究において「無資格看護者」とは、家族や特別養護学校教諭等、看護師免許を持たずに医療的ケアを提供する者のことを指す。「委託」とは、看護師が無資格看護者の能力を判断し、医療的ケアを含めた医療行為をその無資格看護者に実施させることをいい、その際、委託を行った看護師には説明責任があるものとし¹⁷⁾、本稿では委託と委任は同義とする。「動作」とは、「運動によって具体的に行われる仕事や課題との関係で行動を分析するときの単位」¹⁸⁾であり、各動作の起こる順序を「手順」としている。また、「気管吸引関連技術」とは、気管吸引を含めた広義の気道管理であり、関連技術かどうかの判断には、技術が連続して実施されているかという点を参考にした。

III. 方法

1. 研究期間 2006年11月～2007年12月

2. 対象 重症心身障がい児（者）施設に勤務する経験 5 年以上の看護師が行う気管吸引技術と気管吸引関連技術を対象とした。研究協力者の選択に当たっては、施設長に研究の趣旨を説明し、対象者の募集を依頼した。
3. 撮影方法 吸引を必要時に看護師が移動する場面から撮影するため、カメラを固定せず、研究者 1 名が看護師 1 名の行動を移動しながら撮影した。研究のための特別な操作は行わず、日常、気管吸引を実施しているそのままの方法を撮影した。撮影の開始と終了は、研究者が判断した。判断基準として、1 回の気管吸引を手袋装着から廃棄までとし、その前後に関連する技術を含めて撮影した。また、客観的な観察からは見えない観察や意図についても調査するため、各対象者に何に注意してケア提供しているかといった口頭の説明を、吸引実施中に説明しながら実施してもらうことのできる了承を得た。同様の理由で、研究者が対象者の意図を理解できなかった場合、ビデオ撮影後にインタビューを行い、分析対象に加えた。
4. 分析手順 撮影されたビデオをもとに看護師の動作について言語化し、観察された手順数を記録単位数とした。撮影後は研究者の記憶が新しいうちに疑問、気づき等をメモしておき、次回の撮影に反映させた。看護師の動作に関する記録単位は必ず動詞一つを含む文節とし、口述内容の記録単位は文脈が失われない最低限度の単語数とした。それらの記録単位と対象者からの口頭による説明、面接の内容について、意味内容ごとに分類した。用語の選択と分類に関しては、結果の比較を容易にするため、看護行為用語分類¹⁹⁾、ICNP[®]²⁰⁾を参考にした。3 人目の看護師の動作よりデータの飽和がみられたため、確認のための 4 人目の看護師でデータ収集を終了した。最後に、抽出された結果と既存のマニュアル²¹⁾²²⁾を比較し、看護師・家族それぞれに求められている技術レベルについて検討した。
5. 研究の問い 本研究における研究の問いは、無資格看護者が到達すべき技術レベル、委託可能な技術範囲とはどこまでであるかである。
6. 倫理的配慮 研究協力者に、研究の趣旨と方法、研究の不参加や中止による不利益がないこと、ビデオは研究者のみ視聴することでプライバシーへの配慮をすることを口頭と書面で説明し、同意書への署名を以って同意とみなした。撮影では、看護師の手元を中心にズーム撮影し、重症児個人が特定できる部位は撮影しないこと、撮影されたビデオは研究メンバーのみ視聴し公表しないこととすることで、看護師と重症児に関する個人情報の保護に配慮した。また、臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）によれば、調査対象が医療行為であり、障がい児や家族の撮影許可は該当しない²³⁾と判断され、各施設の施設長より研究協力のできる了承を得た。その他の配慮として、撮影されているという緊張感を軽減するため、撮影者は傾聴役に徹した。分析は、質的研究の研究者よりスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

IV. 結果

重症心身障がい児（者）施設 2 施設から、総経験年数 5 年以上の看護師各 2 名、計 4 名の協力をうけた。期間中、施設内にて午前、午後ともに各 2 時間、気管吸引とそれに関連する看護行為を撮影した。総撮影時間 273 分 40 秒、138 場面とインタビュー内容を分析

した。インタビューは1回（約10分）のみであった。録画された看護師の動作を言語化したものと口述内容を単位化した結果、311の記録単位が抽出された。看護師の動作に関する記録単位と口述内容、インタビュー内容を意味内容ごとに分類した結果、表2のような〔アセスメント〕、〔看護技術の提供〕、〔専門職としての基礎知識〕、〔看護管理〕、〔教育〕の5カテゴリーに分類された（表2）。

1. アセスメント

カテゴリー1のアセスメントは、3つの項目から構成された。顔色の観察、SpO₂、呼吸器の1回換気量の観察等を【観察】し、吸引が必要であるという【意思決定】を行い、吸引することを兎に告げ、吸引後は呼吸苦等の自覚症状、痰の色や量といった他覚症状のほか、顔色の観察、SpO₂等、吸引前に行った観察を再度確認し、【評価】していた。以上から、気管吸引技術には、吸引の必要性をアセスメントし、吸引を実施、吸引後は、呼吸苦の原因除去ができたか、痰の色などの病態評価を行うという『小さな看護過程』の存在が認められ、看護過程と小さな看護過程は入れ子構造となっていた（図1）。また、アセスメントという言葉一つが持つ意味の多義性、観察と評価の各段階における観察項目の重複がみられた。

2. 看護技術の提供

カテゴリー2の看護技術の提供は、18項目が抽出された。【気管吸引】は、施設によってカテーテルの保管法が異なり、カテーテルを乾燥させておく乾燥法と、消毒液に漬けておく浸漬法が観察された。乾燥法では三活を開く、カテーテルをアルコール綿で拭く、といった吸引技術の手順が24、浸漬法では34あった。【鼻腔・口腔吸引】は気管吸引とセットで実施されることが多かった。カニューレ交換等の【カニューレ管理】の前後には気管吸引が実施されていた。吸引機自体を使える状態にしておく【吸引機の管理】も行われていた。さらに、吸引前後の【酸素療法】や、吸引後の【ジャクソンリースの使用】、【レスピレーターの使用】や蛇管交換といった【レスピレーターの管理】、さらに【経皮モニターの使用】においては、プローブを巻いた皮膚の観察や末梢の保温、【持続唾液吸引機】を使用して誤嚥を防ぎ、【ネブライザー】や【体位交換】、【腹臥位療法】、【肺理学療法】を駆使して呼吸器ケアを提供していた。また、【入浴介助】や【体温測定】、【食事介助】、【経管栄養】、【口腔ケア】といった、気管切開をしている人に対する日常生活の援助も実施されていた。

例えば、ジャクソンリースの使用など、酸素化を促すという技術提供だけでなく、肺拡張の柔軟性や抵抗を観察し、パルスオキシメーターで血中酸素濃度の評価を行っており、気管吸引関連技術においても『小さな看護過程』の存在が認められた。

3. 専門職としての基礎知識

このカテゴリーでは、【解剖の知識】、【病態の知識】、【薬の知識】、【医療機器の知識】、【法的知識】の5項目が含まれた。解剖の知識には、気道や肺といった呼吸器の解剖だけでなく、胃や食道といった消化器系の知識も要求されていた。また、誤嚥性肺炎や気管-食道分離術といった病態や治療に関する知識、吸入薬等の薬物の効果や副作用に関する知識、吸引器や人工呼吸器などの医療機器に関する知識、さらに、医療行為を実施できるのは、医師とその指示を受けた看護師のみで

あるといった法的な知識が、気管内吸引を実施するに当たって看護師が必要とする基礎的知識として抽出された。

4. 看護管理

ここでは、【コスト】、【研究】、【分担】、【リスクマネジメント】、【感染管理】、【看護観】、【記録】、【衛生材料の選択】の8項目が抽出された。コストに関しては、特別注文の気管切開チューブのコストや、口腔ケアに使用するリンスのコストが対象者から説明された。また、吸引方法の改善に関する研究や、口腔清拭用のリンスに関する研究、療育士・生活指導員といった他職種との分担・連携、養護学校教員の訪問時の施設内連絡体制の整備や、誤薬・誤認、窒息、骨折を防ぐといったリスクマネジメント、消毒薬の交換時期やネブライザー、吸入器の消毒方法といった感染管理が挙げられた。看護観については、ベッド柵で囲われる感覚が子どもにとってどうなのかを考えることが言及されていた。加えて、吸引に使用する衛生材料の選択、といった項目が挙げられた。

5. 教育

カテゴリ5の教育に関しては、【看護助手のためのマニュアルの作成】、【看護助手への指導】という2つの項目から構成された。当該施設では、吸引ボトルの交換、洗浄を看護助手に委託している施設と、看護師が実施する施設があった。看護助手に委託している施設においては、交換・洗浄方法を示したマニュアルが作成され、壁に掲示するとともに、看護師が指導していた。

以上の各カテゴリに抽出された項目を、濱中らの「(改訂版)気管切開を行って退院する子どもと家族へのケアマニュアル」²²⁾と、「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル」²⁾の、養護学校教員が実施できる医療的ケア三行為を照合した。ケアマニュアルには、[アセスメント]、[看護技術の提供]、[専門職としての基礎知識]の3項目において、吸引や口腔ケア、レスピレーター、酸素の取り扱い等、本調査で得られた気管吸引とその関連技術とが合致していた。しかし、体位ドレナージを目的とした体位交換と肺理学療法は、含まれていなかった。結果として、本研究で得られた看護師が行っているケア(A)と、ケアマニュアルから得られた家族が行うケア(B)の範囲、養護学校教員が行える三行為「たんの吸引、経管栄養及び導尿の補助」(C)の関連が、図2である。緊急時の対応として、図の中に色をつけている。

V. 考察

1. 看護師が提供していた技術について

一般的に看護師が日々、提供しているケアは、看護過程の「アセスメント」、「看護診断」、「計画立案」、「実施」、「評価」の5段階を踏む。この看護過程は患者の状態に関する情報を系統立て、優先順位を決定するのに有効であり、クリティカル・シンキングを行う習慣づけに役立つとされている²⁴⁾。本調査結果から、気管吸引とその関連技術においても、「アセスメント」から「評価」に至る看護過程の大きな流れとは異なった『小さな看護過程』のサイクルが内包されていることが明らかとなった(図1)ことにより、各技術と看護過程は不可分であり、看護技術を委託することは、同時に小さな看護過

程を委託していることになると考えられた。『小さな看護過程』においてアセスメントの詳細を見ると、気管吸引を実施中の小さなアセスメントや評価は、ルーチンの設定により解決できるものが多いという結果からも、たんの吸引が必要という判断が、咽頭のぜい鳴、血中酸素飽和度の低下という限定された情報から下されるのと対照的に、重症児のニードに合わせた看護過程、看護計画の立案は、多岐に渡る情報を統合して優先順位を決定するという、より高度で複雑な知的作業であるということがわかった。このことから、『小さな看護過程』におけるアセスメントは、いわゆる看護過程よりも、教育の必要度が比較的小さいと考えられ、無資格看護者に対しては、小さな看護過程に関する指導を技術指導に加えることで、看護師が行う看護過程と、小さな看護過程との差異を示し、看護師は専門職としてのアイデンティティを維持することが出来るのではないかと考えられる。

本調査結果において分類された5項目のうち、〔看護管理〕と〔教育〕に含まれる項目には、吸引方法の改善に関する研究や、吸引に使用する衛生材料の選択、緊急時の連絡体制の整備、看護助手に対する教育など、特に施設勤務の看護師に必要な技術・知識項目が多かった。これら看護管理や教育に含まれる技術には、何か問題が起こった場合の責任が、看護師にあるという特徴がある。以上から、これらの技術は、家族が習得する必要性は低く、家族が行う技術範囲と看護師が行う技術範囲の差異として考えられる。また、コスト管理や研究による技術改良、分担・連携といった項目は、看護師が行うケアと家族が行うケアの違いであり、つまりは看護師からの委託が不可能な業務であるともいえる。吸引回数を少なくする専門的排痰法や、簡便化するための研究の更なる積み重ねは、看護職としての私たちの今後の課題であり、委託不可能な専門領域であると考えられた。

また、気管吸引とその関連技術について、隣接する技術(表2)が引き続いて実施される様子が多く観察された。従前より、嚥下反射が鈍い、または全くない障がい児に対しては、誤嚥性肺炎治療の一環として胃婁やマーゲンチューブ、吸入等の使用は日常的に行われており、その際に、気管吸引技術は必須の技術である。また、胃食道逆流症の治療である食道気管分離術の知識も要求されてくる。気管吸引をはじめとした看護技術の提供には、それらの関連した技術や背後にある知識が要求されることも少なくない。本調査においても気管吸引と組み合わせで実施される技術は、気管吸引と前後して幾度となく観察されていた。よって、気管吸引技術の指導にあたっては、必要とされる個々の看護技術を指導するのではなく、気管吸引と気管吸引関連技術を組み合わせることで技術指導を行うことがより実践的ではないかと考えられた。

2. 無資格看護者が実施できる気管吸引技術の範囲について

無資格看護者のうち、保護者の場合と特別支援学校教員の場合について述べる。特別支援学校教員は、養護教諭とは違い、医療的教育背景のない一般教員が特別支援学校に配置されているものである。

看護師は、保助看法により「診療の補助」「療養上の世話」を独占業務とし、吸引等の相対的医行為を実施できる。それに対し、家族による医療的ケア実施は、医行為を業として行うのではなく、教育を受けるなど相当な手段を持って実施し、実施しないことによる不利益が実施することによる危険性を上回ると解釈され、違法性阻却事由にあたる(違法性に乏しい)として正当化されてきた²⁵⁾。これまでのところ、現存するマニュアル、ガ

イドライン等には家族が実施可能な吸引の技術範囲は制限されていない。他方、特別支援学校教員の場合は、医師や看護師の指示があっても、法律上は医療行為を実施できないが、厚生労働省の委託によって、2005年に看護協会が作成した「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル」²⁾による解釈によって、咽頭までの吸引、経管栄養、自己導尿の補助といった医療的ケア三行為を実施可能となった。それによると、

「咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まで上がってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修を受けた教員が手順を守って行えば危険性は低く、教員が行っても差し支えないものと考えられる」²⁾

しかしながら、図2に示されたように、養護学校教員に許容された範囲は、家族のそれを下回り、三行為以外の医療的ケアに関しては、各学校の判断に任せられている状況である。さらに、当マニュアルは「いずれの行為にあっても、その処置を行うことが適切かどうかを医療関係者が判断し、なおかつ、具体的手順については最新の医学的知見と当該児童生徒等の個別の状況を踏まえた医療関係者の指導・指示に従うことが必要であり、緊急時を除いては、教員が行う行為の範囲は医師の指示を超えてはならない（下線筆者）」²⁾としている。特別支援学校教員であっても、業務中に気管内吸引を実施する以上、緊急時にも対応できることが求められてくるが、ここでは緊急時の対応の標準的範囲は示されていない。緊急時の対応を明文化し、新任教育に組み込むことも、医療の質を担保するために必要な措置と考えられる。

その一方で、本調査から、施設内では医師が行っている気管カニューレ交換など、施設では看護師は行わないが、在宅では家族にとって「緊急時のために習得しておくべき技術」があった。この場合でも、施設では医師の仕事とされている技術ではあるが、カニューレ閉塞などの緊急時には、看護師は適切に対処できなければならない。そのため、家族や特別支援学校教員においても同様の理由で習得の必要性がある。看護職は、安全な医療を提供するという社会的責務を果たすためにも、特別支援学校教員に対する日常的に行う医療的ケアの研修のみならず、緊急時に最低限行うべき技術の研修や、緊急時であってもしてはならない行為について、併せて議論をする必要がある。加えて、吸引等、退院時の技術指導は看護師が主に実施している現状ではある²⁶⁾が、医師の指示の下において、看護師による相対的医行為の実施が認められていることを鑑みると、吸引経験等も踏まえた技術指導に関する資格認定等によって、看護師が指導可能な法的解釈の検討の余地があると思われた。

VI. 研究の限界

今回の吸引手技について、施設のマニュアル、実施者の経験に左右される部分があり、現時点における最高の技術水準であるとは言い切れないため、今回のデータを平均的水準としてみなすことはできない点に本研究の限界がある。また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技師といった医療職に関する議論は少ないが、気管内吸引が持つ緊急性という特性や、教育的背景から鑑みて、医療職が解剖学・生理学的知識を有していることから、医療職が吸引を実施するための法的解釈等、今後一層の議論が必要と考えられる。

VII. 結論

- 小さな看護過程と看護技術は不可分であるため、吸引技術の委託には小さな看護過程におけるアセスメントも同時に委託することが明らかとなった。
- 家族が実施する気管内吸引関連技術の内容には法的に制限はなく、当然であるが、マニュアルに示された特別支援学校教員に許容された範囲より広範であった。
- 特別支援学校教員に対しては、緊急時に最低限行うべき技術の設定が必要と思われた。
- 看護管理、教育のカテゴリーには、委託すべきでない看護師の専門的技術が多く、専門的排痰法や、吸引技術を簡便化するための研究の更なる積み重ねが、看護職としての専門領域と考えられた。
- 臨床工学技師をはじめとした医療職において合法的に吸引を行うための議論の必要性があると思われた。

以上。

本研究は、平成 18 年度北海道大学医学部保健学科研究助成を受けており、本論文の一部は第 11 回看護総合科学研究会で発表された。

引用文献

- 1) 下山郁子：重症心身障害者の家族から訪問看護に望みたいこと，訪問看護と介護，10(3), pp.200-207, 2005
- 2) 日本看護協会：盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル，「盲・聾・養護学校における安全な医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロジェクト」報告，2005
- 3) 平山義人：重症心身障がい児（者）の在宅支援，その歴史と東京都の現状，黒川 徹監修，重症心身障害児医学 最近の進歩，藤印刷，pp.382-388, 1999
- 4) 藤沢薬品工業株式会社 在宅医療事業部「NIPPV 非侵襲的間歇式陽圧人工呼吸」
<http://www.ztv.ne.jp/kaede/FNIP1.pdf>, 2009年4月13日閲覧
- 5) 下川和洋：医療的ケア必要児の教育の在り方についての一研究—肢体不自由養護学校の取り組みを中心として—，東京学芸大学大学院 2001 年度修士論文
- 6) 田城孝雄：高齢者の在宅医療—実践ガイド—
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/main/kaisetsu6.html>, 2009年4月13日閲覧
- 7) 文部科学省：「21世紀の特殊教育の在り方について」報告
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/01/010108.htm, 2009年4月13日閲覧
- 8) 厚生労働省：「ALS患者の在宅療養支援について」（厚労省医政局通知）
<http://www.setagayaj.or.jp/network/sknet/q&a6-7.pdf>, 2009年4月13日閲覧
- 9) 厚生労働省：「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/06/s0609-4a.html>, 2009年4月13日閲覧
- 10) 文部科学省：特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301.htm, 2009年4月13日閲覧
- 11) 厚生労働省医政局“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”：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#i-zaitaku>, 2009年4月13日閲覧
- 12) 保育園入園承諾義務付等請求事件（東大和市保育園入園拒否事件），東京地判 18 年 10 月 25 日 <http://kanz.jp/hanrei/detail.html?cat=05&idx=1056>, 2009年4月13日閲覧
- 13) 日本小児看護学会：「特別支援学校看護師のためのガイドライン」
http://jschn.umin.ac.jp/care_manual.htm, 2009年3月13日閲覧
- 14) 厚生労働省：障害者自立支援法等の見直しに係る意見募集の結果概要の発表
<http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/dl/p0916-1a.pdf>, 2009年4月13日閲覧
- 15) 日本看護協会：平成 20 年度日本看護協会教育計画，協会ニュース ,vol.486, p.9, 2007年12月15日発行
- 16) コリー紀代：看護における業務委託—西豪州における業務委託—，日本看護管理学会誌，12(2), pp.62-72, 2009

- 17) Nurses Board of Western Australia. *Scope of Nursing Practice: Decision-making framework*: Nurses Board of Western Australia, p.10, 2004
- 18) 斎藤宏：身体運動の分析，理学療法，20巻 10号，p.1011, 2003
- 19) 日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会：看護行為用語分類，看護行為の言語化と用語体系の構築，日本看護協会出版会，2005
- 20) ICN-International Council of Nurses：International Classification for Nursing Practice(ICNP),Version 1.0, 2005
- 21) 及川郁子：気管切開を行って退院する子どもと家族へのケアマニュアル，日本小児看護学会健やか親子21推進事業，2004
- 22) 濱中喜代：改訂版 気管切開を行って退院する子どもと家族へのケアマニュアル，日本小児看護学会健やか親子21推進事業，2005
- 23) 厚生労働省：臨床研究に関する倫理指針，p.2, 2003
- 24) Alfaro-LeFevre R.: *Applying Nursing Process A tool for critical thinking*, 6th ed. Lippicott Williams & Willkins, p.4, 2006
- 25) 平林勝政：医療行為をめぐる法制度論的問題状況，年報医事法学，19:68-90, 2004
- 26) 伊藤紀代，佐藤洋子，平元東：医療的ケア技術に関する効果的指導法の開発ー在宅障がい児（者）の家族が置かれている現状とその期待に関する検討ー，第54回小児保健学会講演集，2007

無資格看護者に委託可能な気管吸引技術の範囲とは
～重症心身障がい児（者）施設勤務の看護師が行う気管吸引技術の動作分析から～

和文要旨

本研究では、家族や特別支援学校教諭などの看護師免許を持たない者に委託可能な技術範囲について検討することを目的に、重症心身障がい児（者）施設に勤務する看護師が行う気管吸引技術の範囲を調査した。研究方法は、看護師4名が実施する気管吸引技術とその関連技術の録画ビデオを言語化し、意味内容ごとに311の記録単位に分割した。結果、5つのカテゴリーに分類され、看護管理と教育に関する看護行為は、委託すべきでない看護師の専門的業務と思われた。また、吸引技術の中には、小さな看護過程が存在しており、吸引技術の委託は同時にアセスメントの委託でもあった。現法では、家族が求められる技術範囲に制限はなく、特別支援学校教諭が許容された技術範囲よりも広範であった。特別支援学校教員に対しては、緊急時に最低限行うべき技術の設定が必要と思われた。今後の課題として、臨床工学技師をはじめとした医療職において合法的に吸引を行うための議論の必要性があると思われた。

キーワード：無資格看護者、委託、動作分析、看護過程

What can we delegate for Unlicensed Care Providers? A Suggestion from Motion
Analysis of Nurses' Suctioning at Institutions for Children with Severe Physical and
Mental Disabilities
Noriyo Colley

Abstract

This research aims to elicit key components of tracheal suctioning skills to establish effective delegating methods for unlicensed care providers (UCPs) who care for children with severe disabilities at home. The purpose of the research is to discuss proper range of delegatable nursing tasks for UCPs. 311 basic motions were abstracted from video-taped motion of four experienced nurses. Five categories were found. Of those, two categories relating to nursing management and education were considered as professional tasks of nurses which were undelegatable. Small nursing processes were also found in the process of care provision, which implies the delegation of tracheal suctioning also delegating small assessment at the same time. In current law, the range of skills that families require was wider than the special school teachers'. Serious discussion for health professionals, such as medical engineers to provide suctioning legally is a future theme.

Key words : Unlicensed care provider, delegation, motion analysis, nursing process

表 1. 医療的ケアに関する経緯

- 昭和 23 年(1948) 児童福祉法により肢体不自由児施設と知的障害児施設が法制化³⁾
- 昭和 34 年(1959) 都立府中療育センター開設³⁾
- 昭和 54 年(1979) 養護学校義務制施行²⁾
- 昭和 56 年(1981) インスリン自己注射の健康保険適用⁴⁾
- 昭和 60 年(1985) 在宅酸素療法の健康保険適用⁴⁾
- 昭和 61 年(1986) 血糖自己測定 of 健康保険適用⁴⁾
- 昭和 63 年(1988) 在宅自己導尿の健康保険適用⁴⁾
- 平成元年(1988) 東京都心身障害教育推進委員会第四部会(就学適正部会)「東京都心身障害教育推進委員会第二次報告」⁵⁾
同年 在宅成分栄養経管栄養法の健康保険適用⁴⁾
- 平成2年(1990) 在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍指導管理の健康保険適用⁴⁾
- 平成4年(1992) 第2次医療法改正による施設機能の体系化と在宅医療の推進⁶⁾
- 平成5年(1993) 障害者対策に関する新長期計画(障害者基本計画)²⁾
- 平成6年(1994) 「エンゼルプラン(緊急保育対策5カ年計画)の策定」²⁾
- 平成7年(1995) 「障害者プラン」の策定～ノーマライゼーション7カ年戦略²⁾
- 平成9年(1997) 児童福祉法の一部改正による保育所の選択利用制度の導入「市町村の措置から利用者本位へ」²⁾
「肢体不自由養護学校における医療的ケア」神戸市 盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会報告⁵⁾
- 平成10年(1998) 文部省・厚生省による「教育・児童福祉施策連携協議会」の発足⁵⁾
- 平成10-12年(1998~2000)「特殊教育における福祉・医療の連携に関する実践研究」10 県²⁾
- 平成12年(2000) 介護保険制度の施行²⁾
- 平成12年(2000) 文部科学省「21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」を設置⁷⁾
- 平成13年(2001) 文部科学省「21世紀の特殊教育の在り方について」報告⁷⁾
- 平成14年(2002) 文部科学省・厚生労働省連携協議会 教育・児童福祉・社会保障施策分科会サブグループによる「障害のある子どもに対する教育と障害保障福祉の連携」報告書⁷⁾
同年 新「障害者基本計画」、新「障害者プラン」策定²⁾
- 平成15年(2003) 「ALS患者の在宅療養支援について」(厚生省医政局通知)⁸⁾
同年 厚生労働省「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書⁹⁾
同年 文部科学省 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」¹⁰⁾
- 平成16年(2004) 文部科学省「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」32 道府県²⁾
文部科学省「養護学校における医療的ケアに関する研修事業」全国5ブロック²⁾
同年 厚生労働省「ALS患者の在宅療養支援に関するモデル事業」40 道府県²⁾
厚生労働省「ALS患者の在宅療養支援に関する研修事業」全国3ブロック²⁾
同年 厚生労働省「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」を設置、
「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関する取りまとめ」公表¹¹⁾
同年 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」(文部科学省初等中等教育局長宛 厚生労働省医政局通知)²⁾
- 平成17年(2005) 日本看護協会「盲・聾・養護学校における医療的ケア対応マニュアル」²⁾
- 平成18年(2006) 看護師配置の保育園には気管切開をしている子どもの保育園入園承認義務があるという判決が下された(保育園入園承諾義務付等請求事件(東大和市保育園入園拒否事件)、東京地判、平成18年10月25日)¹²⁾
- 平成19年(2007) 学校教育法の改正により盲・聾・養護学校の名称が「特別支援学校」に改称
- 平成20年(2008) 日本小児看護学会「特別支援学校看護師のためのガイドライン」発行¹³⁾
厚生労働省「障害者自立支援法等の見直しに係る意見募集の結果概要」発表¹⁴⁾

表2 気管吸引に関連した技術・知識項目 ()内は記録単位数

大項目	小項目
アセスメント	気管吸引の必要性を判断するための観察(11)
	気管吸引の必要性の意思決定(1)
	気管吸引後の呼吸状態の評価(5)
看護技術の提供	気管吸引技術の実施(54)
	鼻腔・口腔吸引(27)
	カニューレ管理(20)
	吸引器の管理(20)
	酸素療法(3)
	ジャクソンリリースの使用(12)
	レスピレーターの使用と管理(15)
	経皮酸素モニターの使用と管理(6)
	唾液持続吸引器の使用と管理(3)
	ネブライザーの使用と管理(6)
	体位交換(6)
	腹臥位療法(9)
	肺理学療法(2)
	気管切開している人の入浴(1)
	体温測定(7)
	食事の援助(8)
	経管栄養(24)
口腔ケア(16)	
専門職としての基礎知識	解剖の知識(4)
	病態の知識(5)
	薬の知識(2)
	医療機器の知識(1)
	法的知識(1)
看護管理	コスト(2)
	吸引方法に関する研究(1)
	口腔清拭用リンスの研究(1)
	分担(12)
	リスクマネジメント(7)
	感染管理(12)
	看護観(2)
	記録(1)
	緊急時の連絡体制の整備(1)
	衛生材料の選択(1)
養護学校教員訪問時の連携体制(1)	
教育	看護助手のためのマニュアル作成(1)
	看護助手への指導(1)

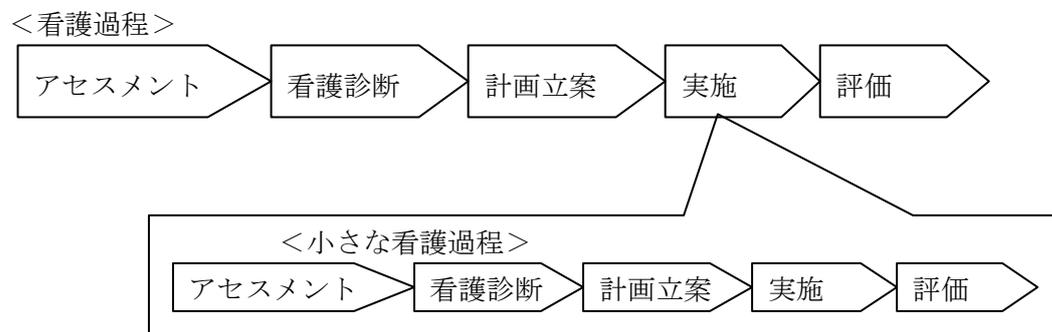


図1 看護過程の入れ子構造

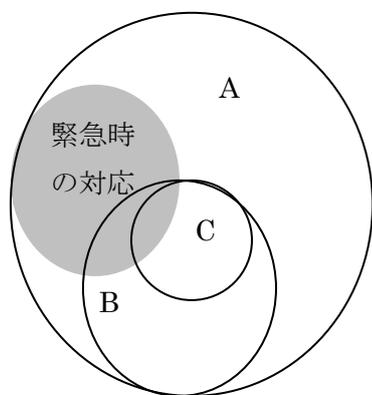


図2：看護師(A)・家族(B)・養護学校
教員(C)が行う気管吸引技術の関係