

## 神経難病と吸引行為

仙台往診クリニック

川島孝一郎

東北大学大学院医学系研究科神経科学講座神経内科学分野

糸山泰人、小野寺宏

### 【はじめに】

平成 15 年 3 月 20 日付け「ホームヘルパーの吸引に関する日本神経学会の意見」にも建議されているように、その後、ALS の在宅療養支援について検討した「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」において、ALS 在宅療養者の吸引については、家族の負担が増えている状況を踏まえ 3 年間の当面の措置として、家族以外の者がおこなうことを認める方針が出された(平成 15 年 7 月 17 日付け)。長年在宅療養をなされてきた方々の、強い希望が一部でも叶えられたことは良い結果であったと思われる。

しかし、この措置は ALS 在宅療養者に限定されていると同時に、期間も限定されている。今後この措置が有効活用されているか否かによっては、さらに措置の内容が変質してくる可能性もあり、在宅療養の現場におけるこの措置の有効活用の実態把握と問題点を検証することが欠かせない。

この演題では、

- ① 上記分科会における仙台市のホームヘルパー吸引実践例から導かれる問題点
  - ② ホームヘルパー事業所の吸引実践割合の推移
  - ③ ホームヘルパーへの吸引指導の現状
  - ④ ALS 在宅療養者以外で吸引を要する療養者数とその実態
  - ⑤ ①②③④における問題点の整理と対策
- について述べてゆきたい。

### ①【厚生労働省「看護師等・・・に関する分科会」における仙台吸引実践例の分析】

表 1、2、3 は上記分科会第 4 回における仙台市内ヘルパーステーション B のサービス内訳(厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0310-1d.html> に掲載中)である。

表 1 では ALS に限らず、小脳変性症、脳出血、脳梗塞いずれの療養者も吸引を必要としており、窒息等の危険性があるとホームヘルパーが判断した場合(結果としての緊急避難)には吸引をおこなってきている。

家族は夜間の吸引等の作業をおこなうために日中は十分な休養が必要であり、表 2 のように日中のホームヘルパーの作業は吸引を含む「長時間滞在型」となることが特長である。本例では 8 時間滞在となっている。

在宅における身体介護の制度は大きくは 1)介護保険によるもの、2)身体障害者支援費制度によるもの(表 3 では措置制度と表記)に分かれる。この制度のいずれかが十分に機能しない場合には、ただちに在宅支援に破綻が起こる。

ここから浮かび上がってくるものは、

- 1) 家族の吸引等による疲弊を防ぐためには、病名による判定ではなく吸引という行為、あるいは吸引を必要とする症状による判定が望まれる。疾病分類ではなく症状分類による判定の必要性。
- 2) ALS を含む「吸引を要する在宅療養者」に対する療養支援の特徴とは「長時間滞在型」の身体介護である。それは少なくとも 4 時間以上は必要であり、6 時間、8 時間、場合によっては 12 時間以上も必要となることさえある。ところが、介護保険において通常想定されている身体介護とはせいぜい、清拭であり、おむつ交換であり、服の着替えであり、食事介助であるという 1 時間半以内に終了すると考えられている「短時間型」作業なのだ。この両者に対する認識の違いが争点となる。
- 3) 吸引を要するような介護度の在宅療養者はほとんどが「身体障害者」に該当し、それゆえ「身体障害者支援費制度」を使用することが可能である。介護保険による身体介護と並列で、支援費制度による身体介護の有効活用が必須となる。

## ②【ホームヘルパー事業所の吸引実践割合】

表 4 のように、平成 15 年度末で吸引をおこなっているホームヘルパー事業所は仙台市内 123 ケ所のうち 5 ケ所のみである(4%)。その中で、厚生労働省の通達後に新たに吸引を開始している事業所は 2 ケ所である。

表 5 から、28 名中ホームヘルパー吸引実施例は 11 名であった。家族で十分に身体介護をおこなうことができ、ホームヘルパーに吸引を要求しない療養者が 10 名いる。残りの 7 名の家庭においては、ホームヘルパーは吸引以外の身体介護をおこない、同時に県と市町村でおこなっている独自の介助人制度による介助人が吸引をおこなっていた。この 7 名に対しての調査では、全員がホームヘルパーの吸引を希望していたが、下記の理由のために進んでいない。

(通達の内容上「おこなわれる吸引」とは、療養者とその担当ヘルパーの両者における文書による関係によってなされる行為であり、ホームヘルパー事業所との契約ではない。吸引の実践について事業所が積極的でない場合、ホームヘルパーが個人の意志として率先して吸引をおこなう方向に進みにくい理由がここにある。)

## ③【ホームヘルパーへの吸引指導の現状】

原則的には、当該療養者のかかりつけ医または訪問看護師が主体となって、ホームヘルパーに対する「吸引に関する知識と実践の指導」をおこなうこととなっている。厚生労働省の通達後に新たに吸引を開始した 2 事業所については、往診クリニックで指導をおこな

った。残念ながら、積極的に吸引の指導を求める事業所が少ないため、大掛かりなパンフレット等は作成されていない。

#### ④【ALS 在宅療養者以外で吸引を要する療養者数とその実態】

仙台往診クリニック療養者 200 名における吸引必要者は、

- 1) 気管切開のみ 16 名 (うち ALS 1 名)
- 2) 気管切開+人工呼吸器 28 名 (うち ALS 20 名)
- 3) 吸引器使用者 85 名 (上記 1)、2) を含む)

であった。

日本 ALS 協会では、全国の気管切開+人工呼吸器の ALS 在宅療養者数はおよそ 1125 名に上ると推計している。他疾患を含むすべての在宅気管切開+人工呼吸器装着者数は、フジレスピロニクス社では全国で約 5500 名と算出している。人工呼吸器に関しては、医療機器であるため実数は確実に把握可能と考えられるが、気管切開者および気管切開していないが吸引器を使用している数となると把握が困難である。その理由は、吸引器は日常生活用具として給付されており、医療用機器として登録を義務付けられていないためである。しかし、おそらく人工呼吸器装着者の数倍にはなるだろう。

#### ⑤【①②③④における問題点の整理】

<ホームヘルパーが吸引をおこなうことに必ずしも積極的でない理由>

往診クリニックが赴いている気管切開+人工呼吸器装着の在宅療養者 28 名においては、その内 11 名でホームヘルパーの吸引が実施されていた。しかし 7 名は療養者の希望があるにもかかわらず、ホームヘルパーの吸引は実施されていなかった。理由のひとつは②の(通達の内容上)によるものと思われた。

<「長時間滞在」して吸引をおこなうことに積極的でない理由>

しかしもうひとつの大きな理由が介護制度の内部にある。平成 15 年 4 月の介護保険の点数改定により、身体介護の点数は 1 時間半以後からは格段に下がったのである。理由は①の 2) を参照。つまり高齢者介護を土台としている介護保険においては、その身体介護は 1 時間半以内ですべてが終了する「短時間型」であると考えてしまっていて、「長時間滞在型」の吸引を必要とする特殊身体介護を考慮していない。表 6 は介護保険点数の現状である。表の左のように、1 時間半までの身体介護料金は 5840 円であるが、それ以降は 30 分 830 円の低い単価計算となる。したがって、1 時間半以内で終了するような短時間型身体介護を 1 日 4 件おこなえば、23360 円の収益となる。つまり効率が良い。

他方、表の右のように朝から夕まで 8 時間連続の長時間滞在型身体介護をおこなえば、1 日の収益は 16630 円にしか過ぎない。介護点数のこの差こそが、ホームヘルパー事業所に「長時間滞在型」の介護を定着させない大きな理由である。

「吸引」と「長時間滞在」はカップリングするのであって、この両者の問題点を同時に

解決しなければ、吸引を引き受けるホームヘルパー事業所はいつまでも増加しないと思われる。

#### <支援費制度の問題点>

上記介護保険点数と同様の問題が支援費においても起こっている。表 7 では現在の支援費制度による身体介護点数と、次回改定を考慮した、例えばの身体介護点数との比較である(決定された点数ではない)。この表のように、支援費も介護保険と同一の点数配分にもし変更された場合には、「長時間滞在型」の身体介護は、時間が長ければ長いほど収益率が悪化することになる。

現在、収益率がすでに悪い状況の介護保険を使用しても、ホームヘルパーが吸引を含めた特殊身体介護を、長時間滞在型でおこなってくれる理由のひとつは、事業所やホームヘルパー個人々の優しさであり、もうひとつには、介護保険で悪化した点数の不足分を、同時に使用している支援費の点数によってかろうじて穴埋めしているからに他ならない。

しかし、支援費の点数が今後介護保険と同じ配分になるようでは、もはやホームヘルパーは「長時間滞在型」の身体介護も、そして吸引も、進んで実行しようとは思えなくなってしまうのではないだろうか。

#### <吸引の知識と実践指導、吸引をどこまで拡大するか>

在宅ですでに生活をしている気管切開+人工呼吸器装着 ALS 療養者が 1125 名いること、ALS 以外の気管切開+人工呼吸器装着在宅療養者を含めると約 5500 名となる全国の療養者に対する在宅生活の支援を、吸引という行為を通して、どのようにおこなってゆくのかという課題はこれから、そして早急に考えられなければならないことである。

神経内科医のフィールドは神経難病の性格上、療養者の日常生活の安定にまで広がっているものと(わたしには)思われる。厚生労働省老健局の「2015 年の高齢者介護」において、365 日 24 時間の安心在宅介護が明記されている昨今、療養者との長い付き合いを地道に重ねてゆくためにも、在宅生活の中での「生きた」吸引の知識と実践指導について、さらに論議されてほしいものである。

#### ⑤【今後の対策】

- 1) 介護保険において、「長時間滞在型」の身体介護があり得ることを提示すること。吸引を含む身体介護は、「特殊身体介護」であることを考慮した点数配分が必要なこと。  
(厚生労働省、老健局、介護保険課への進言)
- 2) 支援費制度の点数配分の変更時には、「長時間滞在型」の吸引を含む「特殊身体介護」の単価を適正なものに設定すること。  
(厚生労働省、社会・援護局、障害保健福祉部、障害福祉課への進言)

#### 【おわりに】

表 8~11 は、ヘルパーの 7 時間の身体介護をビデオに収録したときの抜書きである。

表 1

## 宮城県仙台市訪問ヘルパーステーション B 重症患者サービス内訳 (月当り)

患者名	主病名	医療処置	時間	サービス	回数	総時間
K. M	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・気管切開・胃瘻・尿カテーテル 吸引器・低圧持続吸引器	1	身体 2	27	74
			1	身体 2、二人	15	
			2	身体 4	4	
			3	身体 6	4	
			3	身体 6, 二人	4	
E. K	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・気管切開・尿カテーテル 吸引器・低圧持続吸引器	7	身体 9	4	82
			4.5	身体 9	12	
T. O	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・酸素・気管切開・胃瘻 吸引器・低圧持続吸引器	2	身体 4	4	44
			4.5	身体 9	8	
K. A	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・酸素・気管切開・胃瘻・尿カテーテ ル 吸引器・低圧持続吸引器	3.5	身体 7	1	111.5
			4	身体 8	27	
H. S	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・酸素・気管切開・胃瘻 吸引器・低圧持続吸引器	7	身体 9	4	28
S. S	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・気管切開・胃瘻・尿カテーテル 吸引器・低圧持続吸引器	8	身体 9	4	62
			7.5	身体 9	4	
S. S	筋萎縮性側索硬化症	人工呼吸器・酸素・気管切開・胃瘻 吸引器・低圧持続吸引器	3	身体 6	4	60
			8	身体 9	5	
			5	身体 9	4	
K. I	脊髄小脳変性症・胃痛	気管切開・IVH・尿カテーテル 吸引器・低圧持続吸引器	2	身体 4	2	69
			3	身体 6	1	
			7	身体 9	6	
			5	身体 9	4	
K・K	脳出血後遺症	酸素・腸瘻 吸引器・低圧持続吸引器	1	身体 2	9	112
			3	身体 6	13	
			4	身体 8	1	
			5	身体 9	12	
H. H	多発性脳梗塞	人工呼吸器・気管切開・胃瘻・尿カテーテル 吸引器・低圧持続吸引器	3	身体 6	1	73
			7	身体 9	10	

K.M

時間	サ-ビス内容 (月・水・木・土)	
10:30	あいさつ (文字盤を使用し本人の意志を確認(ながら以下))	
45	Bed upして水分摂取 (コーヒ-1/2カップ、水1カップ程度)	吸引 1~2回
11:00	顔・首回り・胸部等清拭、カニューレ部Yがせ交換	吸引 1~2回
10	吸引瓶の痰、排尿の処理、吸引カテーテルの洗浄液と消毒液の交換、	} 吸引 3~5回
30	リハビリ	
50	昼食のBed upの為 2人制になる	} 吸引 1~2回
12:00	リハビリ、食事準備、	
12:30	Bed up	} 吸引 5~10回
30	食事介助	
13:30	食事後片付け	} 吸引 3~5回
14:45	新聞のセーティング、頭ブローキング、ひげそり、顔、頸部清拭	
15:15	体位変換、仰臥位にもどり、更衣を整えらる、	吸引 1~2回
16:30	カニューレ部、胃ろう部、陰部の消毒とがせ交換	吸引 1~2回
16:50	リハビリ	} 吸引 3~5回
17:00	夕食のBed upの為 2人制になる	
17:30	リハビリ、食事準備、	} 吸引 1~2回
18:00	Bed up	
18:15	食事介助	} 吸引 5~10回
18:30	歯みかき、顔清拭	
18:30	終了	吸引 1~2回

時 間	サービス内容 (火曜日)	
10:30 }	(月・水・木・土と同じ)	
14:45 }	14:30~17:30 入浴と夕食のBed upの着2人制と存3. 入浴準備.	吸引1~2回
15:00 }	訪問入浴サービスによる入浴. 脱・着衣補助. 移動補助. 入浴補助. (呼吸器を付けている為) V-ツ交換.	} 吸引1~2回
16:30 } 50 }	カニ・レ部・胃3う部・陰部の消毒とカニ交換 ネブライザー 夕食のためのBed up 以下(月・水・木・土と同じ) 終了.	} 吸引1~2回

時 間	サービス内容 (金曜日)	
10:30 }	(月・水・木・土と同じ)	
14:45 }	14:30~17:30 全身清拭と夕食のBed upの着2人制と存3. 清拭準備. 洗髪 全身清拭 陰部洗浄	吸引1~2回 } 吸引3~5回
16:00 } 30 }	更衣交換. カニ・レ部・胃3う部・陰部の消毒とカニ交換 手・足浴 ネブライザー	吸引1~2回
50 } 18:30	夕食のためのBed up. 以下(月・水・木・土と同じ) 終了	吸引1~2回 吸引1~2回

週間サービス計画 (Mr.K)

介護・医療保険

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
9:00							
10:00							
11:00	身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2			
12:00	身体介護2 2	身体介護2 2	身体介護2 2	身体介護2 2	身体介護2 2	身体介護2 2	
13:00		身体介護4			宮城県 ALS在宅療養患者 指名制介助人	宮城県 ALS在宅療養患者 不付付きぬき	
14:00	身体介護B 身障特別措置		身体介護B 身障特別措置	身体介護B 身障特別措置			
15:00		身体介護6	身体介護6		身体介護6		
16:00							
17:00	身体介護2 2		身体介護2 2	身体介護2 2		身体介護2 2	身体介護2 2
18:00	仙台市 全身性指名制	仙台市 全身性指名制	仙台市 全身性指名制	仙台市 全身性指名制		仙台市 全身性指名制	
19:00							
20:00							

訪問看護  
14:30-16:00

訪問診療30分

訪問看護  
15:30-17:00

訪問看護  
10:30-12:00



表4  
 仙台往診クリニック 気管切開 + 人工呼吸器装着者において

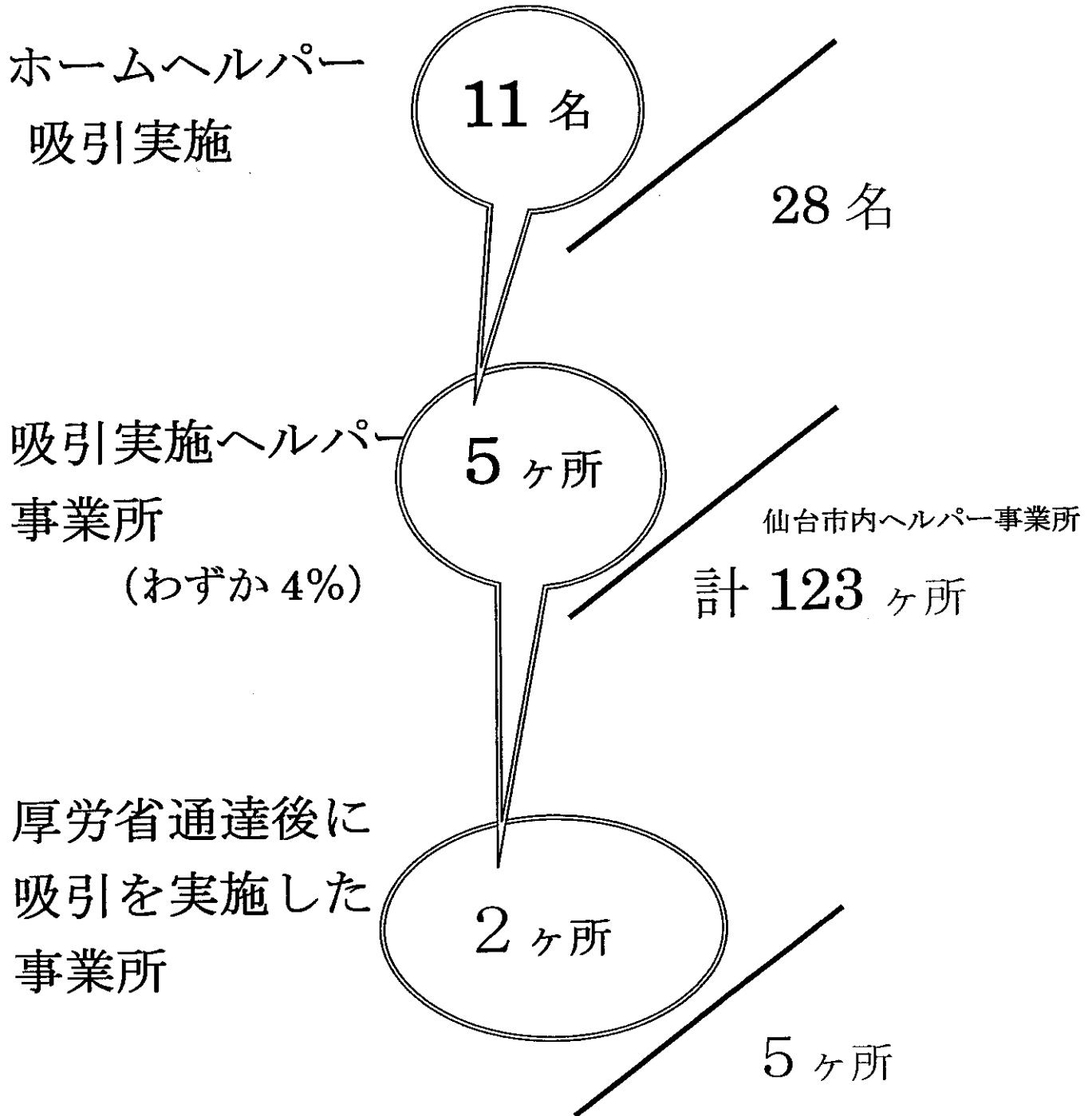


表5

仙台往診クリニック 気管切開 + 人工呼吸器装着者  
28名 吸引実施状況

	家族+ヘルパー利用	家族介護のみ
介護状況	<b>18</b> 名	<b>10</b> 名
ヘルパー吸引実施	<b>11</b> 名	
ヘルパー吸引不可	<b>7</b> 名	

表 6

## 介護保険の現状

時間	介護保険	介護保険で長時間介護を行うと
1	4,020	4,020
1.5	5,840	5,840
2	1.5 時間以降は 30 分毎に 830 円の 単価にしかならない	6,670
2.5		7,500
3		8,330
3.5		9,160
4		9,990
4.5		10,820
5		11,650
5.5		12,480
6		13,310
6.5		14,140
7		14,970
7.5	15,800	
8	16,630	

※ 実際には1時間半以内で終了するサービスを  
1日4件こなす事が利益が大きく

$5,840 \times 4 \text{ 件} = 23,360 \text{ 円} / \text{日}$

**23,360 円**    **》**    **16,630 円**

こちらの方がずっと効率良い

表 7

## 支援費厚生労働省改訂案

### 居宅介護（ホームヘルプ）単価

単価計算方法：(1)基本単価×(2)時間帯加算×(3)（1+級地区分率）＝所定額  
 （10 円未満切捨て）

基本単価(1時間当り) 利用者の住所地ベース	現行	厚労省改訂案
イ： 身体介護		
30分未満	2,100	2,310
30分以上1時間未満	4,020	4,020
1時間以上1時間30分未満	5,840	5,840
1時間30分以上（30分を増すごとに）	2,190	830

現在改定案については、白紙の上、更に検討中であります。

## 表 8

看護師(女性 1 名)+ヘルパー(男女 2 名) 3 名で介護する場面があります。他ヘルパー 2 名の場面もあり。主たるヘルパーは男性 1 名で、am10:30~18:30 までの 8 時間、長時間滞在します。

このビデオの収録時に、最初の 1 時間が、こちらのミスで撮影されていなかったので、7 時間分の収録になりました事をお詫び申し上げます。

0° 00'	訪問看護補佐 (部分清拭・Y ガーゼ交換) お湯の交換
0° 02'	吸引
0° 06'	酒精綿作り
0° 12'	吸引
0° 15'	文字盤・コミュニケーション
0° 25'	吸引
0° 35'	吸引
0° 35'	ギャッジアップ準備
0° 36'	吸引
0° 37'	回路水切り
0° 40'	ギャッジアップ アーム調整(本人の体位変換や移動により、呼吸器の蛇ばらも動いてしまい、引っ張られたりないようにアームを動かす) 体の位置を調整(体位保持ができず少しずつ体位がずれるため)
0° 44'	吸引
0° 45'	経管栄養準備・胃ろうからの栄養注入開始
0° 50'	ブラッシング
1° 12'	髭剃り
1° 18'	吸引
1° 19'	文字盤
1° 20'	体の位置を調整
1° 21'	文字盤
1° 34'	洗面タオル準備
1° 35'	尿流し(尿の流れを良くするため、管にたまっている尿を流す)
1° 37'	洗面
1° 41'	頭拭き
1° 44'	タオルの片付け
1° 45'	ヒビテン液交換

表 9

1° 50'	布団かけ	
1° 51'	文字盤 吸引	
1° 53'	ヒビテン液交換つづき	
1° 55'	文字盤	
1° 57'	電話対応 水分補給準備	
2° 00'	コミュニケーション 読み上げ	
2° 04'	文字盤・書き取り	
2° 13'	吸引	
2° 22'	水分補給	
2° 23'	水分が入っていたコップの片付け	
2° 24'	文字盤・書き取りつづき	
2° 31'	ポットへお湯補充	
2° 33'	吸引	
2° 54'	胃ろうからの栄養注入終了・片付け	
2° 57'	文字盤・書き取りつづき	
3° 02'	吸引	
3° 27'	ギャッジダウン準備	
3° 29'	吸引 体の位置を調整	
3° 36'	吸引	
3° 37'	文字盤	
3° 38'	尿処理 入浴準備	→入浴サービスの人員との共同作業です。
3° 40'	吸引	ヘルパーは主に呼吸器の位置移動、身体の移動に
3° 44'	文字盤 見守り 脱衣補助 アーム調整	関連して、アンビューバッグを押しての補助呼吸 等を行います。
3° 53'	吸引	
3° 54'	文字盤	
3° 55'	浴槽への移動 アンビューバッグ(移動時呼吸器を外すので、その間の呼吸を確保する) アーム移動・調整	

表 10

	入浴開始
3° 59'	シーツ交換・ベッドメイキング
4° 13'	アーム調整
4° 14'	吸引
4° 17'	見守り
4° 20'	文字盤
4° 24'	アーム調整
4° 29'	入浴終了・ベッドへの移動
	アーム移動・調整
	ベッドアップ(リモコンでベッドの高さを上げる)
4° 31'	カニューレベルト交換
	吸引
	背中を拭く時の頭の保護(横向き等の体の動きに合わせて頭も動かす)
	Yガーゼ交換
	亀頭部消毒・ガーゼ巻き
4° 37'	吸引
	着衣準備
	着衣時の頭保護
	アーム移動・調整
4° 45'	文字盤
4° 48'	洗髪後の髪をタオルで乾かす
	蛇ばらを紐でアームに固定・調整
	回路水切り
	整髪
4° 50'	ネブライザー液準備
4° 52'	体の位置を調整、手足に枕を入れる
4° 53'	文字盤
4° 54'	湯たんぽ入れる
4° 57'	薬塗布
4° 59'	運動補助(指先～肩にかけてほぐす、指をまわす、手首をまわす、肩をあげる、肩をまわす)
5° 02'	文字盤
	洗濯物の取り込み
5° 09'	運動補助つづき
5° 15'	文字盤
5° 28'	吸引

## 表 11

5° 36'	文字盤
5° 37'	呼吸器モニタリング(1回換気量・呼吸回数・呼気流量・気道内圧・気道内 圧下限アラーム、上限アラーム・加湿器の水位を確認する)
5° 39'	加湿器精製水補充
5° 45'	ロティッシュ交換
5° 52'	文書確認(文字盤読み取ったあとの文書が間違っていないかを確認)
6° 00'	運動補助終了
6° 02'	吸引
6° 04'	回路水切り
6° 05'	ロティッシュ交換
6° 06'	ギャッジアップ
6° 10'	経管栄養準備・胃ろうからの栄養注入開始
6° 13'	ロティッシュ交換
6° 14'	歯磨き
6° 15'	吸引
6° 16'	吸引
6° 18'	吸引
6° 20'	文字盤
6° 21'	歯磨き片付け
6° 23'	文字盤・書き取り
6° 29'	吸引
6° 34'	尿処理
6° 38'	吸引びん洗浄
6° 41'	酒精綿作り
6° 46'	文字盤
6° 49'	吸引
6° 51'	足の運動補助
6° 57'	記録確認
7° 00'	文字盤 終了



医政発第 0717001 号

平成 15 年 7 月 17 日

各都道府県知事宛て 厚生労働省医政局長 発令

「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」より抜粋

在宅 ALS 患者患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について

「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」において検討

↓

在宅 ALS 患者の療養環境の向上を図るための措置を講ずる

↓

一定の条件下では、当面の措置として行うこともやむを得ないものと整理

↓

《許容される条件》

#### 1. 入院中・在宅導入時期

主治医は⇒病状把握に基づき退院判断を総合的に行う

患者・家族へ在宅移行について説明を行い、理解を得る

家族、在宅主治医、看護職員、保健師等の役割・連携体制を確保する

在宅で使用する医療器械、衛生材料を準備する

在宅移行後も患者に関わる者の密接な連携を確保する

#### 2.在宅

入院先の主治医、在宅主治医、訪問看護職員は、⇒適切な医学管理を行う



『家族以外の者』に対して

ALS やたんの吸引に関する必要な知識を習得させる

たんの吸引方法についての指導を行う

在宅患者 ⇒ 『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

たんの吸引について依頼する

とともに

文書により同意する（患者の自由意志に基づき同意がなされるよう留意）



実 施

・適正なたんの吸引を実施する・・・入院先の主治医、在宅主治医、訪問看護職員の指導の下

同行訪問・連絡・相談・報告等を通じ連携を密にする

・ たんの吸引の範囲・・・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

人工呼吸器装着患者については人工呼吸器の安全かつ適切な取扱いを行う

・ 入院先の主治医、在宅主治医、訪問看護職員は定期的に適切なたんの吸引を行うことができているか確認する。

・ 緊急時の連絡・支援体制を確保する（在宅患者に関わる全ての者、相互に）

措置の実施にあたり

◎訪問介護員の業務として位置付けられた事業ではない

◎訪問介護事業所と在宅 ALS 患者との間で私的な契約を交わした上での実施を拒むものではない