

13頁14行目以降について、次のように修正するのが医学的には妥当であると考える

- 気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引については、吸引チューブの刺激により出血や迷走神経反射（それによる呼吸停止・心停止）を引き起こす可能性があるなど、危険度が高い。また口腔鼻腔からの吸引も、吸引チューブを入れる深さは適正である必要がある。したがって、家族以外の者が行うたんの吸引の範囲は、口腔鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までを原則とし、個々の対象者ごとに医師（入院先の医師やかかりつけ医）の指示する範囲内とする。
- 特に、人工呼吸器を装着している場合には、気管カニューレからの吸引を行う間、人工呼吸器を外す必要があるため、安全かつ適切な取扱いが必要である。

#### 理由(おもな点について)

- ・医学的には、基本的に、医師が、定期的な内視鏡検査により気管の状態およびカニューレと気管の位置関係を確認し、X線等によりカニューレ下端と気管分岐部の距離を確認しておき、本人の痰の喀出力や、排痰法（正確には排痰介助法）によってどこまで痰が上がって来るか等を考慮しながら、対象者ごとに、吸引チューブを入れる長さ（深さ）やその他の条件（圧やチューブの種類など）を、看護師とともに検討しながら指示するのが望ましい。（第8回本研究会への北住意見文とそれへの添付資料参照。）
- ・気管カニューレ先端の周辺に痰や唾液が滞留していることもあり、その場合には、有効で確実な吸引のために、カニューレ下端より0.5?1cm先まで、吸引チューブを挿入することが必要である。
- ・吸引チューブはカニューレと同方向に進む。カニューレの壁は非常に薄い訳ではなく、一定の厚みを持つ。したがって、カニューレの下端より0.5?1.0cm先に吸引チューブが出ても、特殊な場合を除いては、すぐに吸引チューブが気管粘膜に接触する訳ではない。（下図のモデル写真参照。）この範囲の吸引により感染のリスクが急増する訳でもない。
- ・カニューレ先端が気管壁に対し角度を持って当っていたり、カニューレ下端のすぐ先に気管粘膜の浮腫・腫脹や肉芽がある場合は、カニューレ下端より先の吸引による危険度は高くなるが、このようなリスクがある状態かどうかは、内視鏡検査により確認することが可能である。携帯式電源やバッテリーを使用しての携帯可能な内視鏡の普及により、このような内視鏡検査での確認は普及しつつある。この確認により危険性は回避できる。
- ・したがって、「カニューレ下端まで」を厳密な限界とすることは、危険のない確実な吸引を不合理に制限することになる。
- ・以上のような理由から、カニューレ下端までというのは厳密な限界ではなく、一定の目安として考えられるべきであり、「原則とする」という表現にするのが妥当である。「原則」という表現が適切でないとすれば、「基本的な限度とする」とすることも、一案である。
- ・ALS検討会で福原委員が次のように発言し、それに対して異論が出されていない。これは上に述べたことと基本的に共通した趣旨での了解がなされているものと解される。

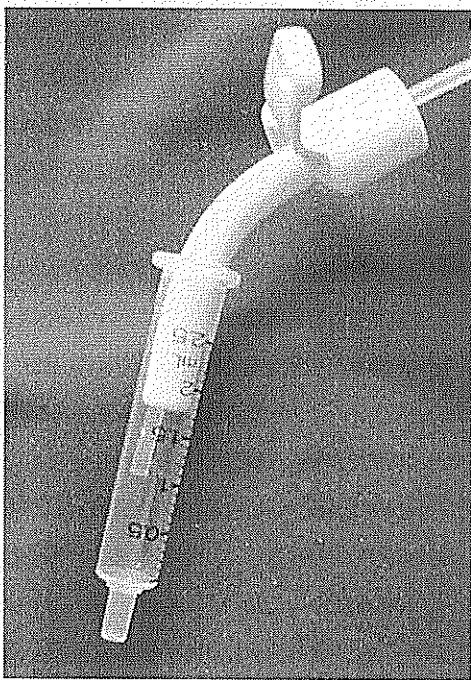
「実際の医療の現場では、こういう形で線引きというのは難しいところもある。例えば極端に言うと、カニューレ下端は、ヘルパーにはできないと決められても、実際は困る面もあるのではないかと思うのです。そこまで出ているのに、ここから以上は法的に難しいから進めないというのも変な話になる。ただ、一定の条件は必要だと思う、そういう意味での理解でいいのではないでしょうか。」

したがって、今回の報告書の文が、ALS検討会の報告書と文章表現が異なったとしても、ALS検討会報告書や通知との整合性が崩れるわけではない。

- ・なお、平成15年3月20日付の「ホームヘルパーの吸引の可否に関する日本神経学会の意見」において、「吸引行為により起こりうる危険についても議論しましたが、適切な指導を受けておれば、特例療養者（出血傾向のある方、狭窄のある方など）を除き、特別の医学的知識・技術がない非医療関係者でも安全にできると考えます。」と述べられているが、吸引の範囲については言及されていない。

図. 気管カニューレ下端より先に（肺側に）吸引チューブが進んだ状態のシミュレーション写真

小児の場合のモデル



気管モデル 2.5ml注射器（内径9mm）  
カニューレ内径5.5mm 外径7.7mm  
8Frサイズ 吸引チューブ  
吸引チューブがカニューレ下端より  
1.0cm 進入している

成人の場合のモデル



気管モデル 5.0 ml注射器（内径13mm）  
カニューレ 内径8.0mm 外径11.5mm  
10Frサイズ 吸引チューブ  
吸引チューブがカニューレ下端より  
1.4cm 進入している