

1 薬剤と医療材料の管理

1-1 薬剤の経管投与の注意点

経管投与で重要な点は、錠剤やカプセルを散剤に変更すれば経管投与できるわけではないことだ。成分に対し賦形剤の配合割合が多いのがその理由である。また、同じ成分を含有する錠剤でも、添加物の種類と配合量によっては経管投与の可否が異なることがある。したがって、経管投与が可能か否かは製剤ごとに違う。

経鼻投与、胃ろうでは、胃酸で不活化する成分を含有する製剤の粉砕・脱力プセルは不可である。徐放剤などの特殊製剤でも粉砕・脱力プセルは不可である。

▼例 経管投与すると詰まりやすい薬剤

アデホス顆粒、アローゼン顆粒、イトリゾールカプセル、MDS顆粒、リーケフレックス顆粒、ガストローム顆粒、グルタイド細粒、酸化マグネシウム、ストミノーゼ顆粒、

タガメット細粒、スロービット顆粒、ダーゼン顆粒、テオドールG顆粒、パナルジン細粒、バルコーゼ、プルゼニド錠、リーバクト顆粒、ユナシン細粒小児用

2-1 薬局で供給できる注射薬・医療材料

(1) 注射薬

薬局で調剤できる注射薬には制限がある。原則的に在宅医療における自己注射薬、自己連続携帯式腹腔灌流（CA-PD）用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液（高力ロリー輸液、ビタミン剤、高力ロリー輸液用微量元素製剤、血液凝固阻止剤）、抗悪性腫瘍剤、在宅血液透析患者の人工腎臓用透析液および血液凝固阻止剤、生理食塩水、塩酸モルヒネである。これらは、省令「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」の「第十 厚生労働大臣が定める注射薬等」で定められたものである。ただし、塩酸モルヒネは現在のところバルーン式のみが許可されている。

これらの注射薬のうち、在宅中心静脈栄養法用輸液または抗悪性腫瘍剤を、無菌的に調剤できる薬局は、無菌製剤処理を行うための設備を備え、あらかじめ届出た薬局のみであり、都内でも数は少ない。

しかし、在宅中心静脈栄養法用輸液はビタミン剤、微量元素などをひとつのバッグに配合したものや、家庭で簡単に配合できるキット製品が開発されており、現在、薬局で特に混注を行う必要はなくなっている。また、家庭内での保管の不備を原因とするビタミンの光分解もなく、薬剤の安定性も優れている。

(2) 医療材料

前述の注射薬に対応して関連する医療材料が供給できる。ディスプレイザブル注射器以外の腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養用輸液セット、万年筆型インスリン注入器用注射針、万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針については、『メーカー』と『型番』を指定して処方する必要がある。

また、薬局では、注射針のみを給付することはできないので、必ず注射薬とともに処方しなければならない。

(3) 薬局で供給できる注射薬などと医療材料の組み合わせ

せ(平成20年2月現在)

① 自己注射用

注射薬等	医療材料
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤	各製剤注射用ディスプレイザブル注射器 万年筆型インスリン注入器及び注射針 万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器及び注射針

注射薬	医療材料
自己運携携行式 腹膜灌流用灌流液	腹膜透析液交換セット
在宅中心静脈栄養法用輸液	在宅中心静脈栄養用輸液セット
塩酸モルヒネ製剤	バルーン式ディスプレイザブル注入器

② 注射薬以外に使用する医療材料

在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイザブルカテーテル

2 在宅医療廃棄物の廃棄

原則として、在宅医療廃棄物は一般廃棄物(家庭ゴミ)となるため、区市町村が処理責任を負うが、医療廃棄物の種類によって、区市町村での対応が異なる。

一般的な医薬品については、医薬品容器包装の素材にしたがって分別廃棄する。その素材は大きく区分するとプラスチック、ガラス、紙、金属、その他である。

平成13年4月に「資源の有効な利用の促進に関する法律」(資源有効利用促進法)が一部改正され、医薬品も製品の容器包装へ分別区分の識別表示(紙「マークおよび」マークの表示)をすることが義務づけられたので、それぞれの医薬品に標記された識別表示を参考にして分別する。在宅医療廃棄物については以下に示す。家庭内での医療廃棄物は小児の手の届かないところに、密封性のある容器に入れて保管する。

1 在宅医療廃棄物の処理

(1) 注射針

医療機関の産業廃棄物については、マニフェストを発行し、適正に処理することが義務づけられている。医師が在宅医療で使用した注射針など鋭利な物についても、東京都医師会は医療機関に持ち帰り処理するよう周知している。また、東京都薬剤師会は、販売した薬局(一部を除く)において回収するシステムを確立している。

(2) CAPDバッグなどのビニールバッグ類、チューブ・カテーテルなど

区市町村によって対応が異なる。感染性の可能性が皆無ではないとの理由で受け入れていない区市町村もある。また、可燃物として廃棄するか不燃物として廃棄するかについても区市町村の対応が異なる。

あらかじめ内容物を除去してから廃棄物とする。血液などが付着している場合には、丈夫なビニール袋に入れ、可燃物として処理する。

(3) 脱脂綿、ガーゼなど

可燃性の廃棄物は受け入れている区市町村が多い。丈夫なビニール袋に入れて廃棄すること。

(4) 紙おむつ

ほとんどの区市町村で受け入れている。あらかじめ汚物などは除去してから廃棄物とする。

2 麻薬の廃棄

在宅で発生した廃棄麻薬は、薬局・医療機関が回収し廃棄するのが適切と考えられる。しかし、麻薬がごく少量であるときは、患者宅での廃棄も可能である。一般廃棄物として排出する場合は、その可否・方法について区市町村への確認が必要である。

薬局・医療機関で患者から返却された麻薬を廃棄するとき、管理薬剤師（麻薬管理者）が他の職員の立会いの下、酸・アルカリによる分解、希釈、他の薬剤との混合、焼却放流など麻薬の回収が困難な方法で行い、30日以内に調剤済麻薬廃棄届を提出する。

また、薬局・医療機関において使用期限を過ぎた麻薬、調剤ミスした麻薬は、事前に保健所などへ麻薬廃棄届を提出し、管轄の行政職員の立会いの下、廃棄する。

具体的な廃棄方法としては、散剤、液剤、アンブルは下水へ放流、素錠は粉碎して下水へ放流できる。ただし、徐放剤や貼付剤、坐薬は製剤ごとに廃棄方法が異なるので、

確認していただきたい。

3 在宅における医療行為と課題

1 暮らしの場における医療行為の課題

入院抑制策により老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設など、医療機関外での療養者が重度化している。また高齢者に限らず、慢性疾病や障害を抱える人々が、住み慣れた居住環境で療養し、社会参加や修学がかなうようにするなど、ノーマライゼーションを支える医療が求められている。

しかし、近年の医療は病院や診療所といった施設基準に規定された「医療機関の中」で提供されることが主体であったため、医療が高度化、細分化し、多職種がかかわるようになった今日、「医療機関の外」での医療提供には、様々な課題が生じている。

不特定者に業として行う医療行為は「行為」と呼ばれ、医師や医師の指示の下に医療職しか行えぬ行為として、国により定められてきた（腋外耳道体温測定・自動血圧測定・パルスオキシメータ装着・軽微な傷のガーゼ交換・軟

してきた。

2 厚生労働省による医療行為の解釈の変更

これまで法律的には「違法性の阻却」（目的や手段の正当性、患者利益の尊重による法益侵害の軽微性、緊急性などにより違法性を問わないという考え方）の観点から取り扱われてきたが、ひとたび事故が生じれば違法行為であることに変わりはなく、在宅や施設での医療行為の実施についての指針が求められてきた。

厚生労働省は2005年に医政局長通知により、医行為に関する現状に即した解釈を示した。

3 医師・看護師など医療職の責任と今後の対応

在宅医療に関する療養担当規則によれば、医師は、患者または患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意および指導を行った上で、当該患者の医学的管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導などを行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料または保健医療材料を支給することを求められている。退院後の在宅や施設の療養については、それを許可した医師と引受けた医師は、療養上の包括的責任を負っていることに変わりはない。看護職

第四章 3 在宅における医療行為と課題

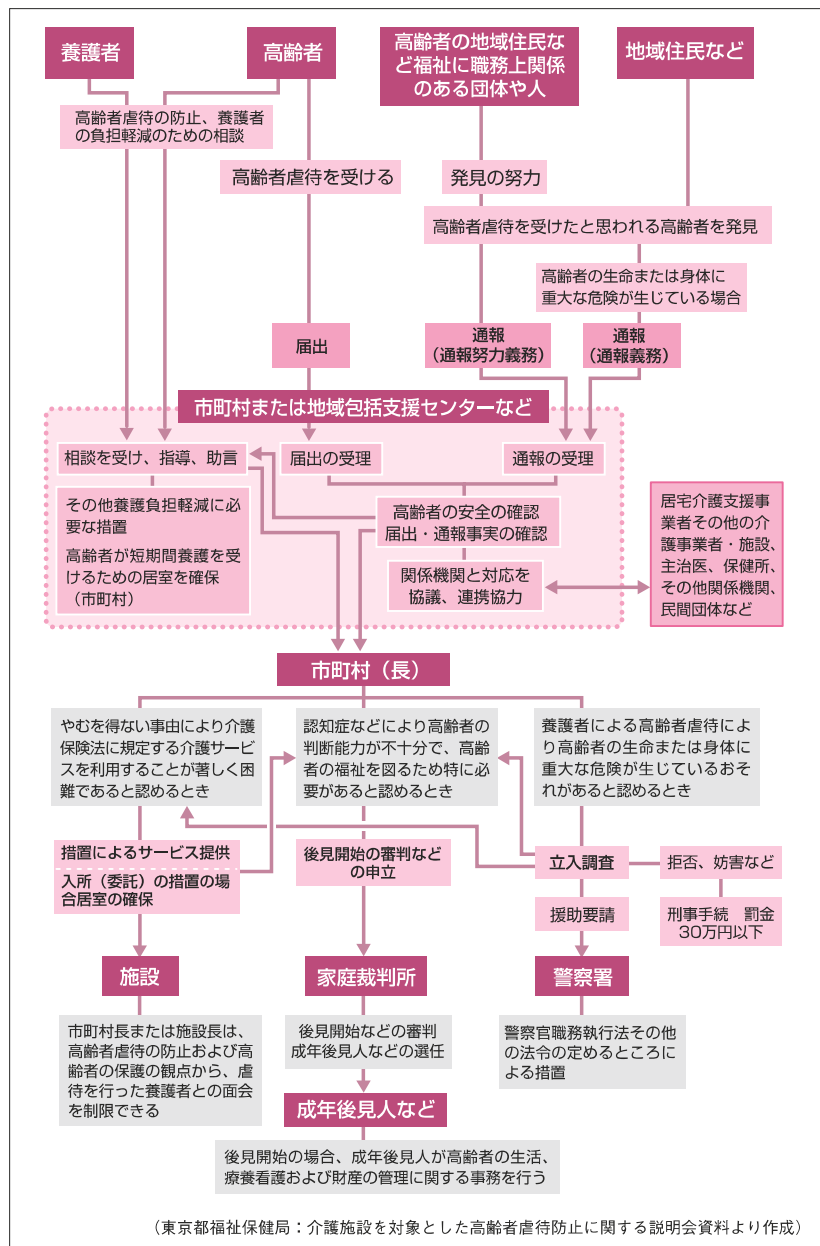
膏塗布・湿布貼付・点眼・鼻腔噴霧・一包薬、舌下錠の内服・坐薬挿入・爪の手入れ・口腔清掃・耳垢除去・人工肛門排泄物の処理・自己導尿補助・市販薬浣腸など）。

ただし家族は不特定者と関わるわけではなく患者と一体のものと思われ、自己注射や喀痰吸引などの医療行為を自宅で行うことは許容されてきた。

当然のことながら、介護施設や居宅、修学の場合などでは、十分な医療職配置はかなわない。したがって、在宅での医療行為を医療職や家族しかできないものとして扱い続けることは、たとえば神経難病患者の喀痰吸引など、頻繁に医療行為を必要とする場合などは、医療機関から在宅施設への退院移行や修学の機会が制約されることになるが、家族に多大な負担を帰すことになる。療養者側からは、安全の確保について十分な研修や教育が実施され、緊急事態に対処できる体制が整えられれば、「退院後の日常生活の維持に欠かせないケア」は「生活支援行為」であり、医療従事者でない家族や家族以外のものであっても実施できるものとして取り扱ってほしいとの意見が根強かった。

また、介護施設でも、やむをえず明確な基準のないまま、介護職など非医療職が医療行為を担っている状況が常態化

「養護者による高齢者虐待」への対応の仕組み



■資料

① 厚生労働省医政局長通知「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り扱いについて」(平成17年3月24日)

② 厚生労働省医政局長通知「医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条の解釈について(通知)」(平成17年7月26日)

もその職能において同様の立場にある。本来、刑法、民法上の責任は現行の法令などの遵守と予見可能な危険への対応がなされていたかについて、事例毎の事情によって判断されるもので、医政局長通知は医師、看護師など医療職の包括的責任の免責を担保するものではない。現段階では療養者毎の状態や現場の体制に応じて医師、看護師が安全確保できると判断される場合に許容されるもので、無制限の解禁ではないことへの理解を求めつつ、対応する必要がある。

また国は、医師や看護師、事業所の責任に帰すばかりでなく、医療・介護を支える多職種者の養成課程や現任研修でも十分な公的教育的教育を実施する必要がある。

虐待として身体的、心理的、性的、経済的虐待およびネグレクトが法で定義された。暴力、暴言で身体機能傷害や心理的後遺症を与えたり、世話を行わず放置したり、性的行為の強要や権限なく年金や財産を処分したりすることが法で禁じられた。また医療・介護・福祉職にも通報努力義務が課された。

虐待は身近な家族によるものが圧倒的に多く、虐待を受ける高齢者が家庭の中に閉じこもり、事実を隠す傾向が強いため外からはわかりにくい。

介護によるストレス、近親者特有の確執、介護者側の病気、経済的理由などが理由であることが多い。

● 高齢者虐待防止法（平成18年4月施行）

4 高齢者虐待の予防

③ 「かかりつけ医機能ハンドブック2007」(309頁)
 東京都医師会ホームページ
<http://www.tokyo.med.or.jp>

● 虐待に気づいたら

兆候に気づいたときは、可能なら当事者だけでなく近隣住民、民生委員、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどからできるだけ多くの情報を集める。

地域包括支援センターが高齢者の権利擁護の拠点と位置づけられたが、その他区市町村、保健所、権利擁護センターなどが関係機関となる。これらの機関に通報し、それぞれの虐待ケースに合わせて、かかわりを持つメンバーや各機関の役割分担を明確にし、対応してもらうようにする。

通報を、虐待のエスカレートにより重大な結果が生じることを未然に予防するための行動として捉え、虐待者や被虐待者が良好な関係性を取り戻せるように支援する活動と考えたい。もちろん、緊急性があると判断した場合は、一人では判断せず複数の関係者で判断し、緊急シヨートステイ、入所、入院などによる避難的対応や、生命に危険が迫っていると判断されるような場合は、警察の関与も仰ぐ必要がある。介護者が虐待を否定し、かつ関係修復が困難なケースは、老人福祉法による対応策を講じる必要がある。専門機関との連携を密にする必要がある。

通常、サービ担当者会議などを通じて医師、ケアマネジャー、看護師、介護職員は、療養者に関する情報を共有して、適切なサービ提供を行うことが介護保険の理念であるから、本人や医師だけがHIVなどの感染症の事実を知り、ほかの担当者には伝えないということは、例外的な場合と考えられる。

二次感染のリスク管理、進行性の病状への理解や対応心のケアなど、療養者を取り巻くさまざまな問題をともに解決していくためにも、感染症情報の共有に、本人または後見の家族の理解を求めることは、かかりつけ医の役割と考えられる。

● 医療者や介護サービ担当者の守秘義務

各職種に守秘義務が課されており、次のような仕組みで情報保護は担保されていると考えられる。

- ① 本人または後見の家族が、申請時に情報開示に同意している。
- ② 医師、看護師、区市町村職員、ケアマネジャーには、法的な守秘義務がある。
- ③ ホームヘルパーなどは、「雇用者と守秘条項を含む契

介護施設の設置者は、施設における高齢者虐待の防止などのための措置や、施設従事者などの研修の実施、苦情の処理の体制の整備を講ずるものとされた。高齢者虐待の届出や通報や対応の仕組みは図を参考にされたい。

● 守秘義務との関係

通報は義務であるから、職業上の守秘義務に関する法律上の「正当な理由」に当り、「虚偽であるもの及び過失によるもの」でなければ免責される。

5 在宅医療と感染予防

● 二次感染の予防と多職種による情報共有

たとえば、ウイルス性肝炎、梅毒、結核、HIV、MPSA、疥癬などの慢性感染症、あるいはノロウイルスやインフルエンザ感染症など感染力の強い急性感染症に罹患している在宅療養者を担当する場合、医療・介護職自身や他の療養者への二次的な伝播を防ぐという観点での対応が必要になる。

約下に従事している。

● 標準予防策（スタンダード・プリコーション）

在宅医療でも、病院や施設などと同様に標準予防策の徹底により対応する。

- ・スタンダード・プリコーション
 - すべての湿性生体物質は、感染性があるとして扱う
 - ①血液、②汗を除く分泌物、体液、排泄物、③傷のある皮膚、④粘膜など
 - 接触せず、洗い流し、持ち出さず、持ち込まないが原則。
 - ①手洗い、②手袋の着用、③その他の防護具の着用、④針刺し事故対策を通常業務で徹底する。
- （米国疾病管理予防センター：CDCによる）

■ 各種感染症対策マニュアル参照先

- ① 東京都福祉保健局ホームページ
<http://www.tokushoken.metro.tokyo.jp>