

厚生労働省  
平成23年度障害者総合福祉推進事業

障害者・児に対する介護職員等によるたんの吸引等の  
地域での展開等に関する調査事業

障害者・児に対する介護職員等によるたんの吸引等の地域での展開等に関する調査事業

さくら会

平成24年3月  
NPO法人ALS / MNDサポートセンターさくら会

「障害児・者に対する介護職員等によるたんの吸引等の地域での展開等に関する調査事業」  
完了報告書

**目次**

<b>I この事業について</b> .....	<b>8</b>
1、事業要旨 .....	5
2、事業目的 .....	6
3、事業の実施内容 .....	6
4、事業の結果 .....	6
5、検討委員会の実施状況 .....	6
6、考察 .....	7
7、成果の公表について .....	9
<b>II 全国各地での説明会資料</b> .....	<b>11</b>
1、福井県福井市での説明会資料 .....	13
2、北海道札幌市での説明会資料 .....	19
3、愛媛県松山市での説明会資料 .....	29
<b>III 平成23年2月7日東京都新宿区で行われた検討委員会によるシンポジウムとパネルディスカッションの記録</b> ...	<b>37</b>
1、プログラム .....	39
2、第一部 厚生労働省 障害福祉課 高木憲司専門官による制度説明 .....	43
3、第二部 検討委員によるパネルディスカッション .....	69
i パネラーによる論点整理 .....	71
ii パネルディスカッションの記録 .....	88
<b>IV 介護職員等によるたんの吸引等の実施に関するアンケート</b> .....	<b>97</b>
1、調査票 .....	99
2、調査結果 .....	109
3、アンケート回答 .....	114
<b>V 資料</b> .....	<b>135</b>
1、雑誌掲載記事（川口有美子：難病と在宅ケア 2012年3月号、(株)日本プランニングセンター、2012年）.....	137
2、啓発用パンフレット（たんの吸引などをヘルパーさんをお願いするための手引き、2012年）.....	142



I

この事業について



## 「障害児・者に対する介護職員等によるたんの吸引等の地域での展開等に関する調査事業」

### 1、事業要旨

介護職員等によるたんの吸引等の実施については、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号。以下「介護保険法等改正法」という。）が成立し、平成23年6月22日に公布された。

この法改正により、平成24年4月以降、一定の条件の下、介護職員等がたんの吸引等の一部医行為を実施できるようになるが、特に障害児・者に対するたんの吸引等を行うこととなる介護職員については、その多くは「特定の者」に対するたんの吸引等研修を受講するものと考えられる。

平成24年に入り、厚生労働省より都道府県に対して研修内容の詳細が示されたが、研修の実施やたんの吸引等の実施に当たっては、医療職との連携等が必要となり、その方法は各地域の実情に沿った形で展開が図られている。

当法人ALS/MNDサポートセンターさくら会は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」において、「特定の者」研修の試行事業を実施した経験もあり、試行事業においては在宅の筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者を主な対象とし、「特定の者」研修の有効性を実証した実績がある。しかしながら、各地域で様々なニーズのある障害児・者の日常生活を支えていくためには、障害児の日中活動系サービスをはじめとする在宅以外のサービス事業所における研修の実施やたんの吸引等の実施の際の、全国各地の好事例を紹介する等、有効な医療連携方策や地域における協力体制についてとりまとめ、地域における介護職員等によるたんの吸引等の適切な展開について広く普及・啓発する必要があると考えた。

- ① 以上のことから、福井市、札幌市、松山市、東京都新宿区において、介護職員等によるたんの吸引等の制度について説明会を実施した。会場と日程、来場者数は福井市10月3日142名、札幌市10月13日178名、松山12月13日185名。東京では2月7日におよそ200名。開催場所はさくら会理事長の橋本みさおが、日本ALS協会支部との連携可能な都道府県の区市町村から選定した。仙台市を5番目の訪問説明地に予定していたが、平成24年2月に宮城県主催の研修会がスタートしていたため、説明会を開催しても参加者が見込まれないと考え、宮城県支部の勧めもあり急きょ取りやめにしたが、仙台の人々は説明会を心待ちにしていたことを後から知った。それぞれの地域で先進的に、医療との連携において、在宅療養をしている当事者に登壇を要請し、効果を得ることができた。関係の医療機関と介護事業者にもシンポジストを依頼し、地域での関係性作りに貢献できた。
- ② 日本ALS協会にアンケート調査を依頼し、患者家族会員1000名を無作為に抽出し、調査用紙を郵送し、結果をまとめた。
- ③ 制度に関する周知のため、厚労省のQ&Aにある行政用語をわかりやすく説明した解説書を作成した。ALS患者による漫画イラストを加え読み物風にし、リーフレットとして協会支部や関係機関に送付した。
- ④ 2月に行った公開検討委員会の議事録と映像をさくら会のサイトに公開した。
- ⑤ 吸引等が実施されていない地域で親の介護をしている子どもの聞きとりを行った。

以上の活動により各地の在宅療養の内容と吸引の実施状況を聞きとることができた。同時に、それぞれの課題もわかった。

## 2、事業の目的

本事業の実施により、以下の目的を達成しようと考えた。

- ・介護職員等によるたんの吸引等研修の効果的な方法を全国に周知する。
- ・介護職員等によるたんの吸引等の実施に当たって、医療と介護の連携について、各地域での好事例を紹介し、報告書にとりまとめ周知する。
- ・全国各地における関係者（支援者側）間のネットワークの構築に寄与する。
- ・全国の利用者等に対して、制度の周知を図る。

## 3 事業の実施内容

①全国4カ所（札幌、福井、愛媛、東京）で、障害児・者に対するたんの吸引等に係る地域での協力体制等について説明会と意見交換会を開催し、制度や研修方法の周知とともに、事例の発表等を通じて、より有効な医療連携方策や地域における協力体制等の在り方についてディスカッションした。

※ 参加者は、当事者（患者家族）、事業者（訪問系、日中活動系、居住系、施設系）、研修機関及び実施機関の登録を希望する団体、国公立病院等の地域の中核的医療機関の職員、行政職員、医療関係団体（看護協会等）等であった。

③ 日本ALS協会の正会員1000名を無作為に抽出し、たんの吸引等に係るアンケートを実施（関係団体協力の下）し、把握分析等を行いとりまとめた。

④ 全国でこれまで先進的に吸引等の研修や実施などの取り組みをしてきた団体の代表による検討委員会を構成し、1月7日と2月7日の二回の会議を行った。

## 4 事業の結果

- ① 各地でのたんの吸引等に係る各地域における展開等の好事例の紹介（11頁より記載）
- ② 東京都新宿区市ヶ谷における検討委員会の議論の逐次録（88頁より記載）
- ③ 介護職員等によるたんの吸引アンケート調査結果（97頁より記載）
- ④ 啓発用パンフレット（142頁より記載）

## 5、検討委員会の実施

平成24年1月7日と2月7日に二回の検討会を実施した。一回目は非公開、二回目は一般公開として行い、記録をまとめ本報告書に掲載する。

委員互選による検討メンバーの追加：医療的ケアネットの篠原文浩氏、全国児童発達支援協議会・心身障害児総合医療療育センター外来療育部長の米山 明氏

検討委員所属先	検討委員
ソレイユ川崎	江川 文誠
T I Lベンチレーターネットワーク呼ねっと	小田 政利
日本看護協会	小川 忍
NPO法人PEGドクターズネット	小川 滋彦
仙台往診クリニック	川島孝一郎

全国児童発達支援協議会	岸 良至
NPO法人地域ケアさぼーと研究所	下川 和洋
全国身体障害者施設協議会	白江 浩
医療的ケアネット	杉本 建郎 篠原 文浩
かんがるー保育園	富永 貴子
日本ALS協会	平岡 久仁子
全国児童発達支援協議会	米山 明

## 6、分析と考察

### ① 全国の都道府県で痰の吸引と経管栄養の研修を実施

今年度は初年度ということもあり混乱が一部生じているが、制度が周知され、吸引等の行為が安全に広がることを期待される。ただし、全国で看護師資格を持つ講師が不足している。自己学習についての広報が府県段階でなされなかったため広がりがなかった。

### ② 連携が困難な医療過疎地への配慮

被災地からは仙台のみ説明会開催の候補地として挙げていたが、医療職も介護職も震災後に多くが疎開してしまい、特に原発の影響で福島県内の医療基盤が緩んでしまっている。吸引等の法制化により、医療と介護の連携は早急に強化されなければならないが、福島県沿岸部など特に医療基盤の脆弱なところでも医療職がヘルパーに指導しなければならない事態になっている。避難生活のために要介護度が高まった高齢者に対するさまざまな対策が必要である。たとえば介護保険でのホームヘルプや施設介護職員に対する研修を「不特定多数」の者から「特定」の者を対象とする研修でもよいこととするなどの規制緩和策が必要である。

### ③ 在宅療養支援

ALSなど吸引の必要な最重度の障害者は、吸引等を行なう重度訪問介護事業所がそもそも少ないため、都市部でも派遣の問い合わせに対して全て断られるという例が少なくない。小規模市町村では一か所も重度訪問介護を実施する事業所がないということもある。このことは吸引等の実施とともに改善されなければならない。国立病院等に長期入院できなくなる事態に備えて、地域に長期療養もしくは高齢者やガン末期の方の看取りができる受け皿を作っていく必要がある。そのためその人の生活や症状によっては施設や家政婦等による医療的ケアも「特定の者」研修の対象とすべきである。

### ④ 加算によるインセンティブ効果

登録や研修等の事務が煩雑になり混乱が生じている。吸引等の実施を評価し一人の利用者に派遣する各事業所に対し1日1000点の加算がついたことで新規参入する事業所も出てくることを期待する。登録事業所になるところと、ならないところが二分化して、利用者の選択肢が狭くなる恐れがある。医療的ケアの推進に



積極的に取り組む姿勢を国と地方行政が明確に示していかないと、「事業所の利益」だけでは、せっかくの制度が萎縮してしまう。

#### ⑤ 県による研修事業の阻害と尊厳死

今年度、都道府県が実施する研修は県庁所在地や主要な市でしか開かれず、希望者に対しては僅かな定員しかないため、新年度には行政機関以外の一般の事業所での研修事業の立ち上げが望まれる。しかし、実施していないとしている県もあり、吸引等の業務が滞ることが予想される。県レベルで吸引等の研修を推進せず、多くの介護事業所で実施できないことが、ALSの患者の自己決定を阻害し、呼吸器治療を断らせる圧力になっていることを記しておく。患者が前向きに人工呼吸器を装着するためには、家族に不眠不休の24時間介護をさせないで済む町の支援体制がどうしても必要である。

#### ⑥ 看護師の役割

重度訪問介護事業所が特定の者の研修を実施するためには、利用者が増えた時などに即座に研修できるよう、看護師が非常勤等で雇用されるといいが、指導する看護師が少ない。指導看護師の育成には専門業界の理解が必要であり、ヘルパーに対する指導や関係性の構築に関する専門研究が望まれている。

#### ⑦ 都道府県の裁量の範囲

特定の者の研修を終えても県が登録に応じないだろうという危惧が聞かれた。県が制度を理解しておらず、県独自の決まり（県の研修を受けた看護師でないと講師になれないなど）を作っているが、国の定めた法律の指針を守っていただきたい。

#### ⑧ 独居支援における違法性阻却論の解釈

1人暮らしで24時間の重度訪問介護利用の筋ジストロフィーやALS等では、毎日3回薬を飲まなければいけないのに、ヘルパーが薬を注入してはいけないと言われて困っている。今後、違法性阻却論による処置は認められなくなるが、個別の利用者がかかえるケアニーズや問題に対して解決しうる方法は多職種連携で探っていくしかない。

#### ⑨ 重度障害者児の加算の問題

実質的に医療的ケアを必要としている重度障がい者の日中活動（アクティビティ）を支えている生活介護事業に対して医療連携体制加算を付けて欲しい

#### ⑩ 学校での加算の問題

学校が「事業所」として、他の福祉事業所と同じ扱いとなっているにも関わらず、医師の指示書について文書料が発生しないように除外されている。学校でも「業」とされていく以上、医療との連携の出発点である「医師指示書」が評価されないのは整合性がとれないという意見が出された。

#### ⑪ 医療との連携

どこまでを介護職員が実施し、医療につなげるかは個別に検討する必要があると記述することができない。信頼関係を結ぶと同時に介護職には医療に関するアセスメントをさせないなどの取り決めを行っておくことが重要である。どんな些細なことも記録に残しておけば、のちに問題が生じた時に検討材料となる。法制

化により今まではグレーゾーンで実施してきて記載もできなかったようなことでも、きちんと記述することができるので結果としてはヘルパー個人の責任を軽減し、患者の安全を守ることにもなると考える。ただし、患者と家族の意志と希望のもとに、介護職員が行う医療的ケアという位置づけが、制度化で見えなくなり、介護職への義務づけばかりが目立つ。

⑫ 尊厳ある生の尊重

これら医療的なケアを必要とする障害者児が地域で暮らしている事を広く周知し、一般市民の理解を得るとともに、尊厳ある生として社会の仲間として認めて行く。そのための介護職員による吸引や経管栄養の法制化であるし、患者家族と患者会が闘い続けてきた地域での自立の形でもある。

⑬ 今回の法制化により介護職員に対する研修は制度化されたばかりであり、実りを得る前にはまだ時間がかかるものと思われる。実践する者は引き続き安全に留意し、医療との連携を築きながら、医療的ケアを拡大する努力を続けなければならない。また、利用者も自己の責任において、介護職員に依頼するよう心がける。利用者のための教育は当事者の団体が行政機関と合同で行うのが最良である。

## 7、成果の公表実績報告

本事業では、上記報告書の配布・公表により以下の成果を達成した。成果物は活用したい。

- ・介護職員等によるたんの吸引等研修の効果的な方法を全国に周知した。
- ・介護職員等によるたんの吸引等の実施にあたり、医療と介護の連携等について各地域での好事例を紹介し、全国に周知した。
- ・全国各地における関係者（支援者側）間のネットワークの構築に寄与した。
- ・全国の吸引等の利用者等に対して介護雑誌や機関紙等に執筆し、制度の周知を図った。
- ・本事業報告書と啓発パンフレットについては、当法人をはじめ協力団体のホームページ上に掲載するとともに、都道府県や関係機関へ配布する。



## II

### 全国各地での説明会資料



1

## 福井県福井市での説明会資料



## シンポジスト紹介

中田 勝己（なかた かつみ）

福井県健康福祉部健康増進課長

### 業績など

平成23年4月より、福井県健康福祉部健康増進課長を拝命し、福井県における難病対策を推進している。  
なお、平成21年4月より、厚生労働省健康局疾病対策課長補佐として、我が国の難病施策の担当として、

- ・ 原因究明や治療法開発を目指した研究事業の推進
- ・ 特定疾患治療研究事業（医療費助成）の対象拡大（平成21年10月より、45疾患から51疾患に対象を拡大）
- ・ 厚生科学審議会難病対策委員会や副大臣を座長とする「難治性疾患対策の在り方に関する検討会」の事務局として今後の難治性疾患対策の企画立案等に従事した。

### 地域の医療と介護の資源との連携

住み慣れた地域で、自分らしい日常生活を営むことができるよう、①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まいの5つのサービスを一体的に提供していく「地域包括ケア」の実現に当たっては、生活の場に、必要に応じて、医療と介護の連携により切れ目なく在宅ケアが提供される体制整備が不可欠である。

現在、平成24年度から26年度までの3年間を計画期間とする「第5期福井県老人福祉・介護保険事業支援計画」を策定するため、本年9月1日より、福井県老人福祉・介護保険事業支援計画策定懇話会を開催し、議論を進めており、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年までの地域包括ケアの実現に向け、在宅ケア体制の整備に必要な事項をできる限り盛り込みたいと考えている。

### 介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修事業について

福井県では、11月から、「介護職員等医療的ケア体制整備事業」により介護職員等が不特定者対象にたん吸引等の医療的ケアを行うために必要な知識・技術の習得のための研修を実施することを予定している。

これに向け、今月中旬（17日：嶺南会場、18日：嶺北会場）に県内の各介護保険事業所や障害福祉サービス事業所、高齢者福祉施設、障害者福祉施設の職員を対象に研修説明会を実施する予定である。



永田 美和子（ながた みわこ）

財団医療法人中村病院 神経内科部長

平成6年より丹南地域の神経難病患者の在宅療養を支えてきた。主にALS、多統萎縮症、筋ジストロフィー症の人工呼吸器管理、胃瘻管理、在宅酸素などの導入、在宅管理、訪問看護・介護職員への吸痰指導など。

#### これまでの業績・実践

平成6年から16年までは患者家族・訪問看護師に吸引指導。県内の訪問看護師の吸引方法を統一すべく、研修会を実施したことがある。平成17年からは介護職員に吸引指導を行ってきた。福井県丹南地区で最初に吸引をしてくれたのは武生の社会福祉協議会と思われる。1人のALS患者が在宅に帰るまでには、約30人くらいに吸引指導をしなくてはならず、大変な負担であった。現在、丹南地区で在宅人工呼吸器にて介護職が吸引に入っている患者は2人である。

#### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

地域の介護・看護の資源は不足している。1人の患者に3か所以上の事業所から介護職をお願いしないと足りない。連携をとるにはケアマネがよく動いてくれているが、できれば、もっと事業所が絞れたらやりやすいと思われる。介護職がしっかり見ていてくれる患者は病状が安定していることが多く、医療との連携がうまくとれないと、予後が悪くなる。吸引が広く介護職にいきわたるようになると、益々、連携の取り方をしっかりしていかないと危険である。

#### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと

最初慣れるまで介護職に吸引を任せるのは不安でしょうが、遠慮なくこうしてほしいと家族も本人も要望をヘルパーに伝えながら育てていってほしい。

#### 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

ヘルパーに研修させ、慣れない人工呼吸器の管理もしながら吸引しなければならないストレスをおわせるわけだから、それなりの介護報酬を経験に応じて支給すべきである。ただし、危険行為を行う介護職員もいるので、家族・本人の申し出があれば、再度テストして、不適當な人にはしてもらわない制度も必要。

## 小川 暁（おがわ さとる）

### 日本 ALS 協会福井支部理事（前支部長・遺族）

日本 ALS 協会福井支部の会員としての活動をしています。福井県における ALS の患者さんは 43 名位で その半数が支部会員です。主に会員を中心に、携帯吸引器の貸し出しや相談事業を行っています。特に呼吸器装着者（吸引必要者）の意思伝達装置指導やスイッチの工夫、調整など、訪問指導による回数は延べ年間 60 回を超えています。毎週月曜には、企画運営の集まりがあり、支部活動の少しでもお役に立てばと思い参加している一人です。

### これまでの（出来れば吸引などの医療的ケア関連での）業績、実践

家族(妻)が平成 2 年に ALS を発症し、同 3 年に呼吸器を装着して以来、在宅療養を行ってきました。その関係上、吸引行為はもちろんの事、アンビューの使用、経管栄養の注入、摘便など、介護についてのことは全て、足掛け 20 年間行ってきました。

### 地域の医療と介護の資源や連携について思う事

主治医とかかりつけ医との連携の充実、および、かかりつけ医と介護職との連携の緊密さの重要性を感じています。

以前、介護者として元看護婦という方が来て頂きましたが、その人は普段のヘルパーさんよりも手当が高くつきました。それは吸引行為の資格があるからでしょうか。病院は上下関係がありますが在宅療養は患者さんと一対一、家族の方との信頼関係（連携プレー）で結ばれます。人材（資源）育成は吸引と同時にいかに患者側に立てるかの研修を望みます。介護職は医療(主治医)と患者との間に入って良きパイプ役ともなってもらいたいですが、介護職一年目からすぐに吸引行為というのではなく 介護職を経験してからが安心できると思います。

### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって利用者のご家族にアドバイス(お願い)したい事

病院で習った事や研修で得た物が、そのまま現場ですぐ間に合うと思わないでほしい。まず、現場をよく見ることです。吸引行為は年々やり方が変わってきていますが、患者に合った吸引を習得する事です。患者側は何でも自分で抱えこまないで、信頼を得るためには心を開く事です。ヘルパーと家族がコミュニケーションを密にして、一緒になって悩み、介護を考えることです。

### 国や自治体行政にこうしてほしいと思う事

福祉制度については、障害者と高齢者の区分けがあつて要望がかなえられない事があります。年齢の差で違うのは、何を基準に制度があるのかわかりません。また、吸引行為はそばにいる人には気になる吸引音ですから、入院時は個室を余儀なくされる事があります。「完全看護」といいながらも ALS の患者さんの場合はどうしても付き添いを置くようになります。入院時も介護保険適用可とか、部屋室料の補助など費用の軽減を叶えてほしいです。介護職には、経験してから吸引行為へと段階を踏み、ランクアップを認めて報酬を考えるべきだと思います。緊急時の介護支援についての連携網の確立等支援も急務です。

**安川 隆雄 (やすかわ たかお)**

**NPO法人 コム・サポート プロジェクト 訪問介護員**

福井市内で自立生活センター Com-Support Project という障害当事者が主体となって運営している団体があり、そこでは自立支援に関する相談や自立生活プログラムなど地域での自立生活を支援しています。その中に介助派遣部門という部門があり、ヘルパーの介助派遣サービスを行っています。現在、利用者は十数名おりその中で吸引などの医療的ケアを必要としている利用者は2名います。

**これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践**

個人・・・週に1回（4時間）、吸引を要する利用者を訪問（約5年間）。

団体・・・現在までに吸引を要するALS患者2名、吸引を要する脳幹出血による後遺症障害1名。

**地域の医療と介護の資源や連携について思うこと**

担当医が忙しいため、普段ヘルパーとの直接的なつながりが少ない。介護技術などのことで聞きたいことがあってもすぐに対処することは難しいので連携が取れるといい。

**ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと**

家族になるべく負担をかけないサポート体制をとるため、ヘルパーが吸引などの医療的ケアをすることに信用や信頼をしてほしい。

**国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと**

現在の状況をしっかりと把握して、今後の医療的ケアをはじめとするサービスや連携をしっかりと取り、当事者の声をもっと聞いて理解してほしい。

2

## 北海道札幌市での説明会資料



## シンポジスト紹介

石川 悠加（いしかわ ゆか）

国立病院機構八雲病院、小児科医長兼臨床研究部長、医師（小児科専門医、小児神経専門医、呼吸療法専門医）

### 自己紹介

- ・病院は、筋ジス120名と重心120名の入院病床と専門外来です。北海道全域の筋ジストロフィーなど小児期発症の神経筋疾患の入院・外来、道南の重症心身障害児（者）の入院を主にみています。人工呼吸器は院内で常時100台以上稼動しています。北海道の神経筋疾患の在宅人工呼吸を約30例近医と連携して行っています。
- ・この数年は、特に、小児期発症の神経筋疾患のNPPVや呼吸リハビリテーション、電動車いす調整、スイッチ操作などの目的で、北海道外から50人近く在宅人工呼吸の方々が来院しています。
- ・全国より医療スタッフ、ヘルパー、ボランティアなどの神経筋疾患や重心児（者）の呼吸ケア見学や実習受け入れ、など

### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

- ・著書：医療的ケア研修テキスト、NPPVのすべて、神経筋疾患の非侵襲的人工呼吸ケアマニュアル（日本語と英語）など執筆・編集。人工呼吸器（NPPV）と器械による咳介助（気管切開とマスク）の絵本監修
- ・八雲養護学校へのNPPV使用しての通学（看護師不在で）や咳介助講習
- ・講義や実習：在宅人工呼吸器に関する講習会講義および実習（財団法人医療機器センター主催、年1回東京か大阪開催）、筋ジストロフィー市民公開講座での呼吸ケア講義と実習（筋ジストロフィー研究班主催、各地で計7回）、日総研NPPVセミナー担当

### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

2011年に、米国疾病管理予防センター（CDC）から、デュシェンヌ型筋ジストロフィーなど小児期発症の神経筋疾患において、呼吸ケアを含めた緩和ケアはQOL維持向上に大事ですが、小児期の緩和ケアは、アクセスと利用に多面的要素（個人、介護者、医療者、医療システム自体）があると報告されました。小児緩和ケアの認識とアクセスを推進することが必要です(translational researchの推進)。カナダのマクギル大学では、小児緩和ケアをサポートする多職種（心理士やボランティアなども含めて）の専門性を高めるためのコースが医学部で開始されています（2008年の報告）。

ただし、日本では、癌にしか緩和ケアが認められず、神経筋疾患に認められていないため、このような対策が進めにくいままになっています。

### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス

ご利用者と家族が、ケアを良く知り、良質なケアシステムづくりに参加していただきたいと思います。現状では、人材育成、教育をオンジョブで行いながら、お互いに満足度の高い人と人との関係や触れ合いになるようにと願います。

## 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

利那的な疾患としてではなく、急なことへの対応もできる体制で、慢性疾患としてQOLと生命を最大にしてコストを最善にするように、国際ガイドラインが公表されています。デュシェンヌ型筋ジストロフィーについては、欧州の神経筋疾患患者会のTREAT-NMDのHPから、The Lancet Neurologyの論文と患者家族版の各国語版（日本語版は2011年8月公開）を見ることができます。

上記の実施において、札幌など北海道や、日本各地で、資源の有効活用、症例に対して最善と思われる臨機応変な教育・医療・福祉連携が困難であったり、時間がかかると感じます（これも、日本だけの話ではありませんが）。国と自治体（都道府県、市町村、区）の調整も、希少疾患では積み重ねや専門性が確立しにくい状態です。しかし、子育てでは、特に、子どもの成長や家族の調和や兄弟姉妹の関係、進学や就労への進路選択にも大きな影響を及ぼします。今最善の対策をする努力を少しでもできることからしていくことで、20年後に子どもが成人後に、暮らしやすい環境が描けていくのではないかと思います。

**岡部 宏生（おかべ ひろき）**

**株式会社 生成 代表取締役（訪問介護事業所）**

東京都江東区でALSを中心に難病と重度障害を専門で訪問介護をしている。利用者はALSの人工呼吸器使用者が5名、頸椎損傷が1名。

**これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践**

さくら会の試行事業に参加。

**地域の医療と介護の資源や連携について思うこと**

今回のモデル事業の指導にあたってくれた看護師さんは3名で、二事業所からの訪問でした。3人とも個人的には協力的で、実際の私の療養生活を見ているので、ヘルパーさんによる医療的ケアが不可欠なことをよく理解して指導にあってくれました。しかし事業所としては、ひとつのステーションはこの研修に協力的でしたが、もうひとつのステーションは、基本的には医療的ケアは看護師が行うものでヘルパーにさせるのは反対、という姿勢の法人でした。現場の担当看護師さんと、ステーションの所長が説得してくれたので、研修の指導が実現したのです。このことをどう考えたらいいのでしょうか。検討会でも介護職者による研修を20時間にすると質が下がるという意見がありました。私はどうてい、そうは思えません。まず消極的に見た場合は、看護師さんの絶対的な人数不足があります。現在の訪問看護師の人数では、全国どこでも医療的ケアはすべて看護師さんがやるというのは全く無理な状態です。それを埋めるのは家族かヘルパーさんしかいないのです。よほど家族構成に恵まれている人以外は、ヘルパーさんをお願いするしかないのです。積極的に考えた場合は、現場では実に上手に、安全安楽にヘルパーさんが医療的ケアを実施しているということです。先ほど申し上げたように、私の場合も反対の事業所がありましたが、現場を知っている看護師さんはとても協力的でした。質の低下を危惧する意見も現場を知れば無くなるはずで、もともと医療的ケアに取り組んでくれるヘルパーさんは、それだけの姿勢を持っている方がほとんどです。患者は自分の体を預けるのですから、そんなにひどい人にまかせられるものではありません。もっと言えば、週に1,2回数時間の看護師さんと、数十時間ケアをしているヘルパーさんとどちらが安楽なケアや細かい患者の変化に気づくでしょうか。いかに勉強をしてきたか、資格を持っているかではありません。看護師さんの役割は、日常的に必要な医療的ケアの実施ではなくて、その指導や適切な管理であり、それ以外の患者に対する看護で必要とされている事項です。このことは、社会的資源の状態と活用という観点と、現場の実態を正確に把握すればおのずとわかるはずだと思います。

ですから、医療職、特に看護師さんには介護との連携を強く望むものです。どうか今回の痰の吸引などの研修にあたっては、その指導に絶大なご協力をお願いする次第です。看護師さんもヘルパーさんもよろしくお願いします。

**ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと**

◇適切な基礎研修（20時間程度）と適切な指導に基づく実地研修を実施すれば、ヘルパーによる医療的ケアは充分実現出来るので、患者や家族が主体的になって、訪問看護や主治医などの医療関係者にヘルパーに医療的ケアをしてもらうための指導や連携に協力してもらうように理解を求める。拒否されても諦めずに他の事例などを紹介して説明する。

◇ヘルパーはもとより事業所にも負担が発生するので研修期間中にはシフトなどを工夫する



◇患者本人も実地研修に協力する事。最初から医療的ケアが出来るヘルパーは極めて少ない事を理解して、患者本人がヘルパーを育てる意識が重要。

#### **国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと**

◇本制度が正しく理解されるような説明と周知。

◇指導の看護師(医療職)に対する報酬の設定。

◇医療的ケアの実施に対する介護事業所と介護職への報酬加算の設定。

清藤 琢理（きよふじ たくり）

有限会社エンパワーオフィス／職種：ケアコーディネーター

#### 自己紹介（どこで、どういう活動を？利用者は？）

2005年4月1日より重度の障害を持った方の自立生活（地域生活）の支援を目的として札幌市白石区菊水を拠点とし、障害当事者が中心となり設立された有限会社エンパワーオフィスで、開設当初よりケアコーディネイトに従事しております。

現在利用者の数は二十数名／筋ジストロフィー・ALS・脳性麻痺・脊髄損傷等、主に重度の身体障害を持つ方への介護サービスを提供しております。

#### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

吸引の必要な利用者の方：10名・胃ろう造設されている方：10名

導尿の必要な方：2名・人工呼吸器利用の方：8名

以上の方に対して11時間～24時間の長時間介護サービスを提供しております。

#### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

今迄お世話になったDrやNs、RHの方の多くは利用者の方の置かれている状況、ヘルパーが医療的なケアを行わなければ自立した、安定した生活が継続されないという状況を理解され、医療の知識が不足している私たち事業所の職員に対して基礎的な知識や技術を丁寧に教えて頂く機会に恵まれました。

私たちは知識不足を認識し、自分達の行う事を理解しなければ、利用者の方の命に関わるという責任の重さを認識し、学ぶことで、医療機関の方々との共通言語を得、連携を取ることが可能になったのかなと思います。

#### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと

これからは徐々に痰の吸引が出来る事業所が増加する事が見込まれますので、事業所を選択出来るようになる可能性が高まりますので、積極的に情報収集し事業所の吸引に対する取り組みや姿勢を精査し、自分達のニーズを充足させる事業所を探して下さい。

#### 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

吸引が出来る＝いつでも吸引が出来、安心した状態でいられる、にはなりません。

個々のライフスタイルに沿った必要な介護時間の保障が無ければ、障害当事者の方やご家族の人生はそこで立ち往生した状態のままです。個別の状況に即した支援が出来る様な制度設計をしていただきたいと常に考えます。

蛸島 八重子（たこしま やえこ）

北海道難病医療ネットワーク連絡協議会 難病医療専門員 看護師

### 自己紹介

- ・札幌市内の看護学校卒業 病院看護師職35年経験（神経難病患者さまの看護が主）
- ・H20年～神経筋難病患者さまの相談活動を行っている（北海道医療センター内で道の委託事業にて道内全域一電話・面接・訪問相談・医療従事者の研修等

### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

吸痰研修（演習含め2時間）— “安楽な呼吸ケアの基本と実際”（マニュアル作成）

#### ◆H20年度 4件（111名）

- \*蘭越町4名（家族・保健師・ケアマネ・訪問Ns）\*余市町45名（ヘルパー・ケアマネ）
- \*美幌町42名（病院Ns）\*札幌市内10名（ヘルパー・ケアマネ）

#### ◆H21年度 7件（93名）

- \*札幌市内4件25名（ヘルパー・介護タクシー従事者・ケアマネ）
- \*倶知安町10名（ヘルパー）\*恵庭市14名（家族・ヘルパー）\*小樽市44名（ヘルパー）

#### ◆H22年度 2件（76名）

- \*札幌市内55名（ヘルパー）\*中標津町21名（訪問Ns・ヘルパー・PT・ST）

#### ◆H23年4月～9月末

- \*札幌市内3件（187名）

### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

#### ◆特定疾患対象患者さまについて

- \*専門医療機関への受診は、診断と今後の療養方針が決まると地元医療機関へと連携するが重度になるまではと片道2～3時間かけて通院している状況もある。訪問診療体制がとられていない地域が少なくないなか最期まで自宅療養が困難
- \*資源の選択肢が多くない
- \*保健所難病担当保健師がケースに合わせ専門医・行政・地域支援者と連携し患者・家族の療養をサポートしている。保健師の訪問時間は地域によって、片道1時間～1時間半等離島は更にフェリーで1時間半要している現状がある

### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと

- ◆吸痰時のリスクを少なくするためにヘルパーが学んだ基本的な手技を尊重してほしい
- 吸引カテーテル「もっと深くいれて」・サクション「もっと圧をあげて」等

### 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

- ◆吸痰実施には、報酬で評価
- ◆吸痰のできるヘルパー養成—基礎学習は介護講座で、演習は介護講座機関で別枠のプログラムで
- ◆訪問Nsは、確実に吸痰できるように—H17年“ヘルパー痰の吸引解禁”の通知がいかされるように

山口 亮 (やまぐち りょう)

北海道 保健福祉部 健康安全局 医療参事(医師)

### 自己紹介

昭和63年4月から北海道旭川保健所勤務を始め、室蘭、釧路、帯広、本別、池田、静内、網走各保健所で、公衆衛生行政に従事。

平成16年4月に国立感染症研究所FETP派遣、同年8月WHO西太平洋事務局派遣、平成18年4月江別保健所、平成21年4月道庁保健福祉部健康安全室、平成22年4月から現職。

特に、感染症実地疫学を専門とし、新型インフルエンザ、SARS感染、院内感染などの対策強化に努めています。

### これまでの業績・実践

感染症である急性脳炎脳症の方の療養においては、口腔ケアの重要性を感じていました。今回のシンポジウムを楽しみにしています。

### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

今回の介護保険法の改正では、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう医療、介護等の各種サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築を狙いとしています。介護職員によるたんの吸引等の実施は、この法改正を踏まえた介護分野への医療的ケアの導入の一環であり、長期にわたる療養生活を送る方、また、介護し、見守る家族にとって、自宅での生活が安心して過ごせるように、医療と介護の連携は今後ますます重要になっていくものと思われま

### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス(お願い)したいこと

たん吸引等を必要とする重症の方々が注意しなければならない事項として、誤嚥性肺炎等の感染予防対策があります。感染予防対策は、①吸引器具の清潔保持、②口腔・咽頭内の清潔保持が重要です。

経管栄養の場合においても、口腔内の雑菌が唾液と一緒に気管・肺に入ってしまう誤嚥のリスクは低いことから、吸引器具の清潔保持と併せて、介護される方の口腔ケアが重要になります。

**橋本 操 (はしもと みさお)**

**ALS/MNDサポートセンターさくら会理事長**

1953年生まれ。千葉県出身。1985年発症。1993年呼吸器使用開始。

まあ分かりやすく言えば超適当ですが、興味のあることには一生懸命な人です。

日本社会事業大学の学生と雑種犬のポンちゃんと暮らしています。

#### **これまでの業績・実践**

日本ALS協会、吸引問題対策委員会委員長、街頭署名を始め、行政交渉・国会交渉を経て、昨年7月より介護職員なんちゃら検討会の構成委員。

#### **地域の医療と介護の資源や連携について思うこと**

結局は患者家族がどこまで腹をくくれるかが問題なのではないかと思う。

医師が全責任を取れる関係が作れば看護も介護も動けるのではないか。

#### **ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス(お願い)したいこと**

どんなに優れたヘルパーでも、すぐにご家族と同じように出来ません。それを十分に理解した上で、子どもや孫や犬の成長を見守るように協働してほしい。

#### **国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと**

私自身は無いのが悲しいですが、皆さんは24時間介護と定期的な訪問看護を要求してほしいと思います。

3

愛媛県松島市での説明会資料



## シンポジスト紹介

中田 香穂里（なかた かおり）

母：美智子 患者・家族

### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業務・実績

三人姉妹の長女である娘は、1990年6月26日生まれの21歳です。

乳幼児の頃、一般的に重症心身障害児と呼ばれていました。人工呼吸器をつけての在宅生活を始めたのが7歳の秋でしたが、入退院を繰り返す不安定な生活が2年近く続きました。当時は、今ほど患者の選択が受け入れられなかったため、医療者とのコミュニケーションがうまくいかない時がありました。そのため、訪問看護ステーションの支援を得られなくなった時がありました。関わってくれたヘルパーさんたちは、「私達は、医療とは関係ないからこれまで通り支援していく」と言ってくれました。本当に心強い支援でした。その後、訪問看護ステーションほかと出会い、たんぽぽクリニックと出会い、医療者とのコミュニケーションも徐々に深まり、おかげ様で入院生活をほとんど行わない長期にわたる在宅療養を続けることができています。その中で、食事のこと、外出のことについて話したいと思います。

小学校入学直前に人工呼吸器を装着しなければならなくなった娘（長女）は、口からの食事もできなくなってしまいました。それ以前は、ミキサー食を1日3回口から食べ、水分補給は、鼻腔チューブより摂取していました。在宅での療養生活が落ち着いてからは、味見程度で口をしめらす位はありましたが、全て経管栄養となりました。体力面より、外出もできない長い療養生活の中、骨も脆くなり、約3年前に骨折をしました。本人の持てる力の中で、「もっと元気になりたい」という思いが、口からの食事へとつながりました。約12年ぶりのことでした。家族と一緒に試行錯誤で口からの食事を始め、その後、昼間は訪問看護のスタッフに協力していただけるようになりました。徐々に元の口の動きを取り戻しつつある頃より、食事の量も増え、ゆっくりと時間をかけて1日2回の食事時間となりました。そして、不足分、水分は鼻腔チューブより摂取しています。今年1月、歯科医師より、口唇体操も紹介され、ますます食事がスムーズに出来るようになりました。昨年の秋からは、「家族旅行したい」という、三女の言葉（きっと長女の代弁だろうな）で散歩を徐々に始めました。約13年ぶりのことでした。寒くなってからは、ずっと外出出来なかったけれど、春、暖かくなってから再開。5月末より、看護師、ヘルパーの3人で、平日毎日30分の散歩、週末は家族と一緒に、が日課になりました。雨の日も合羽にくるまって、本人の外出意欲満々で、この夏、日焼けもして、体力も向上したようです。秋が近づく頃には、可能な時は1時間の散歩も平日にできるようになりました。スタッフの皆さんと相談しながら、和気あいあいと楽しんでいるようです。そういう日々を過ごしながら、公園でブランコにも乗ることができました。本人の思いとスタッフの皆さんの思いとのつながり合いを実感します。家の中では、担架ブランコをするようになりました。担架に乗ったまま、左右に揺れたり、大きなバランスボールの上で上下に動いたり、トランポリンのように跳ねたりしています。そして、9月半ばより、ヘルパーさんによる食事介助が始まりました。その中で、吸引などのケアも徐々に馴染んでもらっています。いろいろな人と関わりたいという本人の思いが、新しいヘルパーさんたちともコミュニケーションを深めています。より多くの人たちに支えられて、彼女自身の道を歩んでほしいと思います。

### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

入院治療できる病院と連携をとる在宅医の定期的な往診、そして訪問看護を受けることでの安心感があります。それとともに、日常生活を過ごすにあたっては、医療者の視点ではなく、生活者の視点で、本人の思



いとながら合う人々との場づくりができていくとよいなあと思います。よりたくさんの人と関わり合うことで、身近な家族の者の都合に合わせてことなく、彼女自身の道を歩めると思います。

#### **国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと**

病院から在宅へ移る段階で、被医療者である家族の者が行うケアは、全て誰でもできる行為と考えます。ただし、当事者同士の信頼関係が優先されることと思うので、関係を深めるためのステップは必要だと思います。

本当にケアは一人一人違うので、一律の規定ではなく。当事者同士が相談し合える柔軟な対応での法制化を願います。

中谷 祐子（なかに ゆうこ）

日本ALS協会愛媛県支部、株式会社よつば介護事業所 代表取締役

### 自己紹介

愛媛県支部で年に東、中、南予において講演会を開く。

月に一度、定例会を開き、患者、家族、支援者との交流を深める。（相談を受け付ける、個人的には相談を受けることもある）会社の利用者は3名のうち重度障害者は2名。

### これまでの（できればこれ吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

介助者との個人契約において、吸引を行う。医療機関での研修を受け、自宅で介助者を集める看護師さんからの研修を受けながら実施している。

### 地域医療と介護の資源や連携について思うこと。

地域医療は県内において地域の格差を感じる。（在宅の医療不足。看護ステーションの不足）

介護の資源の知識不足により、行政で受けられる資源に地域間格差がある。重度訪問介護も実際に行う事業所が非常にすくない。事業所の立場から言えば、ひとつの病院が看護介護を担っている場合が多く、問題が起こった場合に利用者の自由がないと思う。

外との連携をトライアングルのように行ってほしいと思う。

### ヘルパーによる吸引が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス

ALSには吸引が不可欠だと思います。早い時期から利用者と家族、介護者関係を切ることが大切。

### 国や自治体行政にお願いしたいこと

ALS患者には医療介護福祉が命の綱となります。患者が生きていきやすい希望のもてる社会にしてください。特に重度障害者になると、24時間の介助は必要になります。家族介護を中心に考えられる家族が多いのですが、そのために患者が家族の負担になるとおもい、生きていくたくても呼吸器を選択しない、あるいは介護をしていた家族が倒れるケースもあり、何とか家族が同居していても介助者を24時間入れて生活を送る方法など考えてください。周りの条件で生死の選択をするのは本当の自己選択ではないと思います。自治体行政は市町村格差が起きないようにしていただくとともに、今以上に協力していただき現状を把握してほしいと思います。

「体が動かず棒のようになり、目も動かなくなって人とのコミュニケーションをとれなくなって生きていくのは人として生きていると言えるのでしょうか？」このような言葉を簡単に患者に浴びせるような悲しい国であってほしくない。人は平等に生きる権利があると思います。

梶原 厚子（かじわら あつこ）

（株）クロスサービス 訪問看護ステーションほのか 管理者

### 自己紹介（どこで、どういう活動を？利用者は？）

松山市を中心に0歳～100歳まで、様々な障害を持った方々に訪問看護サービスをお届けしています。

### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

H12年3月～H23年2月までの実績

医療処置 人数	医療処置 人数
人工呼吸管理 （気管切開） （マスク）	13名
8名	
5名	下咽頭チューブ
腹膜透析	
総胆管チューブ	各1名
気管切開 19名	ストマケア 3名
経管栄養 （胃ろう）	57名（19名）
中心静脈栄養（ポート）	4名（3名）
在宅酸素 27名	定期的な皮下注射 4名
導尿 3名	導尿 3名
腸洗浄 2名	点鼻薬 2名

### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

利用者が抱えている健康課題が、社会に理解されにくいことだとしたら、それを理解されるようにサポートすることが訪問看護師の役割の一つだと考えているので、福祉や教育の方々に理解が深まるような連携を心がけている

### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者にご家族にアドバイス

医療的ケアが特別なことではなく、本人にとっては、生活の中で、痰がでたから取ってほしい、ただそのことだけなのだと思う。どのような形であれ、吸引を受けるご本人の生活が、当たり前過ぎていくために、誰がどのようにすれば生活が成り立つかを考えていきたいと思う

矢野 博文 (やの ひろふみ)

医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック院長 医師

#### 自己紹介（どこで、どういう活動を？利用者は？）

松山市にて訪問診療を専門とするクリニックで働いています。様々な理由で外来に通院が困難な方々を対象に、訪問診療を行っています。

#### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

院内の看護師、リハビリ職員、介護職員、訪問先のグループホームや老人ホームの職員、等に吸引手技訓練用の人形を使って吸引手技の指導を行ってきました。

また松山市で主に介護職員を対象として講習会を開いたりしています。

#### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

社会の高齢化に伴い、今後我が国の要介護者は急速に増加すると考えられます。しかしながら医療職のマンパワーは限られており、今まで医療職しかできないとされていた行為や処置の一部を介護職に手伝っていただかないと十分な対応ができなくなると思います。

#### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと

吸引に関する正しい知識を身に付ければ、吸引はそれほど危険を伴う行為ではないと考えています。

経験を積めば医療職より上手に吸引ができるようになることも、日常の業務の中で経験しています。

#### 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

利用者やそのご家族が困ることがないように、時代の変化に即した制度の改正をタイムリーにやって欲しいと思います。

下川 和洋（しもかわ かずひろ）

NP0 法人地域ケアさぼーと研究所理事／東京都立八王子東特別支援学校・教諭

#### 自己紹介（どこで、どういう活動を？利用者は？）

1988年に都立養護学校の教員として採用されて以来、医療的ケアの必要な児童・生徒の教育支援のあり方を研究してきた。

また、2007年にはNP0法人地域ケアさぼーと研究所を設立し、重度訪問介護従業者研修および地域における医療的ケアフォーラム等、障害の重い方々の地域生活を支援する支援者育成および社会啓発に取り組んでいる。

#### これまでの（できれば吸引等の医療的ケア関連での）業績・実践

東京都教育委員会「医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック」（1993）、「医療的ケアが必要な子どもと学校教育」<http://homepage3.nifty.com/kazu-page/>開設（1999）、「医療的ケアって大変なことなの？」（ぶどう社）（2000）など著書多数。

#### 地域の医療と介護の資源や連携について思うこと

厚生労働省設置の「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」が2005年3月10日付けでまとめた「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」の中に「在宅療養患者・障害者の痰の吸引における訪問看護と家族以外の者との連携」の図が示されている。これを理想図で終わらせずに仕組みとして機能させる方略が必要である。

#### ヘルパーによる吸引等が開始されるにあたって、ご利用者とご家族にアドバイス（お願い）したいこと

従来の違法性阻却論に立った取り組みは、個別性と関係性を重視したものであり、今回の「特定の者」はその延長線上にある。商業サービスと異なり、利用者にもこの関係性の大切さを理解して、ともに地域生活を豊かにしていくという目的を共有していただきたい。

#### 国や自治体行政にこうしてほしいと思うこと

医療ニーズのある人々への地域生活支援のあり方がこの課題の基礎にある。自立支援協議会が法定化されたことで、自治体にはこの課題に積極的に取り組んでいただきたい。

Ⅲ

平成 23 年 2 月 7 日

東京都新宿区で行われた検討委員会による  
シンポジウムとパネルディスカッションの記録



1

プログラム





## 障害児・者に対するたんの吸引等の研修および制度の 在り方に関するシンポジウム

NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会では、厚生労働省より「障害児・者に対する介護職員等によるたんの吸引等の地域での展開等に関する調査事業」の助成をうけ、昨年秋からこれまで全国3か所（福井市、札幌市、松山市）で説明会を行ってまいりました。4月1日施行を目前に控えた今回は、全国各地で障害児・者に対する痰の吸引と経管栄養を推進してきた団体の代表の方々にご登壇いただき、学校、在宅、施設等のそれぞれの立場から、研修・制度の効果的な運用の方策や今後の課題についてご議論いただきます。

■日 時：平成24年2月7日（火）13：00～16：30（予定）

■場 所：ホテルグランドヒル市ヶ谷

〒162-0845 東京都新宿区市谷本村町4-1 tel:03-3268-0111

■プログラム

ごあいさつ

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課長 土生 栄二

第一部 たんの吸引等に関する研修・制度について

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課専門官 高木憲司

第二部 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の効果的な運用方策と  
今後の課題（パネルディスカッション）

司 会：立岩真也 立命館大学大学院先端総合学術研究科教授

川口有美子 NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会理事

パネリスト：

厚生労働省 障害福祉課 障害福祉課専門官

高木 憲司

フュージョンコムかながわ・神奈川県肢体不自由児協会

江川 文誠

TILベンチレーターネットワーク呼ネット理事長

小田 政利

仙台往診クリニック院長

川島 孝一郎

NPO法人地域ケアさぼーと研究所理事

下川 和洋

全国身体障害者施設協議会副会長・ありのまま舎施設長

白江 浩

日本小児神経学会社会活動委員会委員長・理事

NPO法人医療的ケアネット理事長

杉本 健郎

NPO法人医療的ケアネット理事

篠原 文浩

NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会理事長

橋本 みさお

日本ALS協会理事療養支援部担当理事

平岡 久仁子

全国児童発達支援協議会・心身障害児総合医療療育センター外来療育部長

米山 明



2

第一部

厚生労働省 障害福祉課 高木憲司専門官による制度説明



# 介護職員等によるたんの吸引等 の実施のための制度概要

厚生労働省 社会・援護局  
障害保健福祉部 障害福祉課  
障害福祉専門官 高木 憲 司

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会について

### 1. 趣旨

これまで、当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施することを運用によって認めてきた。

しかしながら、こうした運用による対応については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないか、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されている。

こうしたことから、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方等について、検討を行う。

### 2. 検討課題

！ 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方

＊ たんの吸引等の適切な実施のために必要な研修の在り方

# 試行的に行う場合の事業の在り方

### 3. 構成員（別紙）

### 4. これまでの開催状況及び今後の検討スケジュール

平成22年7月5日に第1回、7月22日に第2回、7月29日に第3回、8月9日に第4回、11月17日に第5回、12月13日に第6回、平成23年2月21日に第7回、6月30日に第8回、7月22日に第9回を開催。

これまで、当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施することが運用によって認められてきました。

しかし、こうした運用による対応については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないか、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されてきました。

こうしたことから、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方等について、検討を行うこととなり、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」が開催されました。

(別紙)

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」構成員名簿

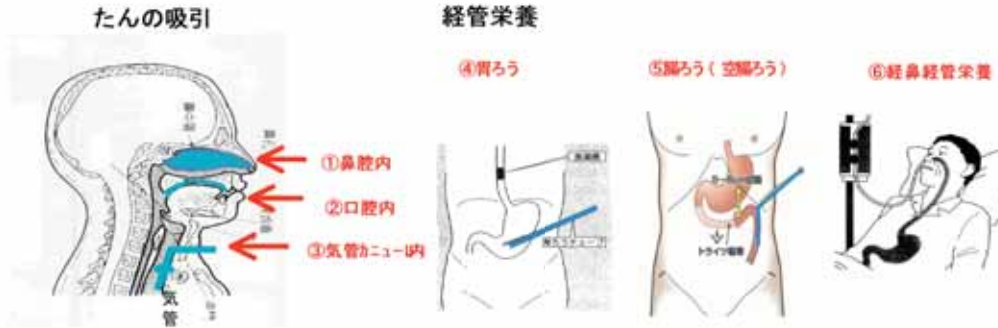
(敬称略 五十音順 ○は座長)

岩城節子	社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会評議員
因利恵	日本ホームヘルパー協会会長
内田千恵子	日本介護福祉士会副会長
○大島伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
太田秀樹	医療法人アスミス理事長
川崎千鶴子	特別養護老人ホームみずべの苑 施設長
河原四良	UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長
川村佐和子	聖隷クリストファー大学教授
黒岩祐治	ジャーナリスト、国際医療福祉大学大学院教授
齋藤訓子	日本看護協会常任理事
島崎謙治	政策研究大学院大学教授
白江浩	全国身体障害者施設協議会副会長
中尾辰代	全国ホームヘルパー協議会会長
橋本操	NPO法人さくら会理事長・日本ALS協会副会長
平林勝政	國學院大學法科大学院長
榎田和平	全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長
三上裕司	日本医師会常任理事
三室秀雄	東京都立光明特別支援学校校長



## 介護職員等によるたんの吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能



- 例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認（実質的違法性阻却論）

◆在宅の患者・障害者・・・①②③

◆特別支援学校の児童生徒・・・①②+④⑤⑥

◆特別養護老人ホームの利用者・・・②+④

※ ①～⑥のそれぞれの行為の中に、部分的にヘルパー等が行えない行為がある。  
（例 特養での胃ろうにおけるチューブ等の接続と注入開始は■）

基本的には、たんの吸引・経管栄養は医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能とされています。

ところが、現在、「実質的違法性阻却」つまり、違法な行為なのだけれどやむを得ない行為であり、実質的に違法性が阻却されうるとして、運用上の取扱いで介護職員等にも容認してきていたのです。

行為の種類は、たんの吸引の口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内と経管栄養の胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養ですが、在宅、特別支援学校、特別養護老人ホームのそれぞれの通知ごとで取扱いが異なっていました。

## 介護職員等によるたんの吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

		在宅(療養患者・障害者)	特別支援学校(児童生徒)	特別養護老人ホーム(高齢者)
対象範囲	たんの吸引	口腔内 (咽喉の手前までを限度)	○	○ (咽喉の手前までを限度)
		鼻腔	○	-
		気管カニューレ内部	○	-
対象範囲	経管栄養	胃ろう	○ (胃ろうの状態確認は看護師)	○ (胃ろうの状態確認・チューブ接続・注入開始は看護職)
		腸ろう	○ (腸ろうの状態確認は看護師)	-
		経鼻	○ (チューブ挿入状態の確認は看護師)	-
要件等	①本人との同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が、方法を習得した家族以外の者に依頼し、当該者が行うことについて文書による同意(ヘルパー個人が同意)</li> <li>ホームヘルパー業務と位置づけられていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保護者が、学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が行うことについて書面による同意</li> <li>主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者(入所者に同意する能力がない場合にはその家族等)が、施設に依頼し、施設の組織的対応を施設長から説明を受け、それを理解の上、介護職員が行うことについて書面による同意</li> </ul>
	②医療関係者による的確な医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による定期的な診療、訪問看護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から看護師に対する書面による指示</li> <li>看護師の具体的指示の下で実施</li> <li>在学時は看護師が校内に常駐</li> <li>保護者、主治医、看護師、教員の参加下で、個別具体的な計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>配置医から看護職員に対する書面による指示</li> <li>看護職員の指示の下で実施</li> <li>配置医、看護職員、介護職員の参加の下、個別具体的な計画の整備</li> </ul>
	③医行為の水準の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による家族以外の者への技術指導</li> <li>かかりつけ医、訪問看護職員との間において同行訪問や連絡・相談・報告などにより手技を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び教員が研修を受講</li> <li>主治医による担当教員、実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び介護職員が研修を受講</li> <li>配置医による担当介護職員・実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>
	④施設・地域の体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時の家族、かかりつけ医、訪問看護職員、家族以外の者等の間の連絡・支援体制の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>

在宅、特別支援学校、特別養護老人ホームの各通知で認められていた行為の範囲を「○」で示している表です。

在宅では、たんの吸引についてはすべて認められていましたが、経管栄養については検討されていませんでした。

特別支援学校では、気管カニューレ内のたんの吸引以外は認められていました。

特別養護老人ホームでは、口腔内のたんの吸引と胃ろうの経管栄養の一部が認められていました。

当然、各通知では、本人との同意や医療関係者による的確な医学的管理、水準の確保、安全な体制の整備などが要件となっていました。

検討会では、これらの行為について、一定の研修の受講等を条件に介護職員等にも可能としてはどうかという問題意識から議論が開始されました。

## 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

### 1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

### 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

### 3 高齢者の住まいの整備等

- ① 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
  - ② 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

### 4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

### 5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

### 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

#### 【施行日】

1.⑤、2.②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、平成23年6月22日に公布されました。施行日は一部を除き平成24年4月1日です。

今年度は、その準備期間ということで「不特定多数の者対象」、「特定の者対象」いずれの研修コースも都道府県において実施することとされています。

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)

### 趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。  
 ☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

### 実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの  
 ※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。  
 ☆具体的な行為については省令で定める  
 ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)  
 ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

### 登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)  
 ○登録の要件  
 ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保  
 ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置  
 ☆具体的な要件については省令で定める  
 ※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

### 介護職員等の範囲

○介護福祉士  
 ☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める  
 ○介護福祉士以外の介護職員等  
 ☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定  
 ☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

### 登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)  
 ○登録の要件  
 ☆基本研修、実地研修を行うこと  
 ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事  
 ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合  
 ☆具体的な要件については省令で定める  
 ※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

### 実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行  
 (介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)  
 ○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置

＜対象となる施設・事業所の例＞

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校

※医療機関は対象外

出典 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

検討会における議論を受け、中間とりまとめを経て、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案が成立しました。

たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況であることから、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとしました。

他の医療関係職と同様に、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができることとされました。

実施可能な行為は、「たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの」とし、具体的には省令で定めることとされていますが、たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)と、経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)とされる予定です。**介護職員等の範囲**ですが、「介護福祉士」と「介護福祉士以外の介護職員等」とされ、一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定することとされました。

しかし、介護職員等が個人として認定を受けただけではたんの吸引等はできず、医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保等の一定の要件を備えた「登録事業者」に従事することで実施が可能となります。これまでの、個人契約的な不安定性が解消され、事業者がしっかりと責任を持つこととなりました。

〈対象となる施設・事業所等の例〉ですが

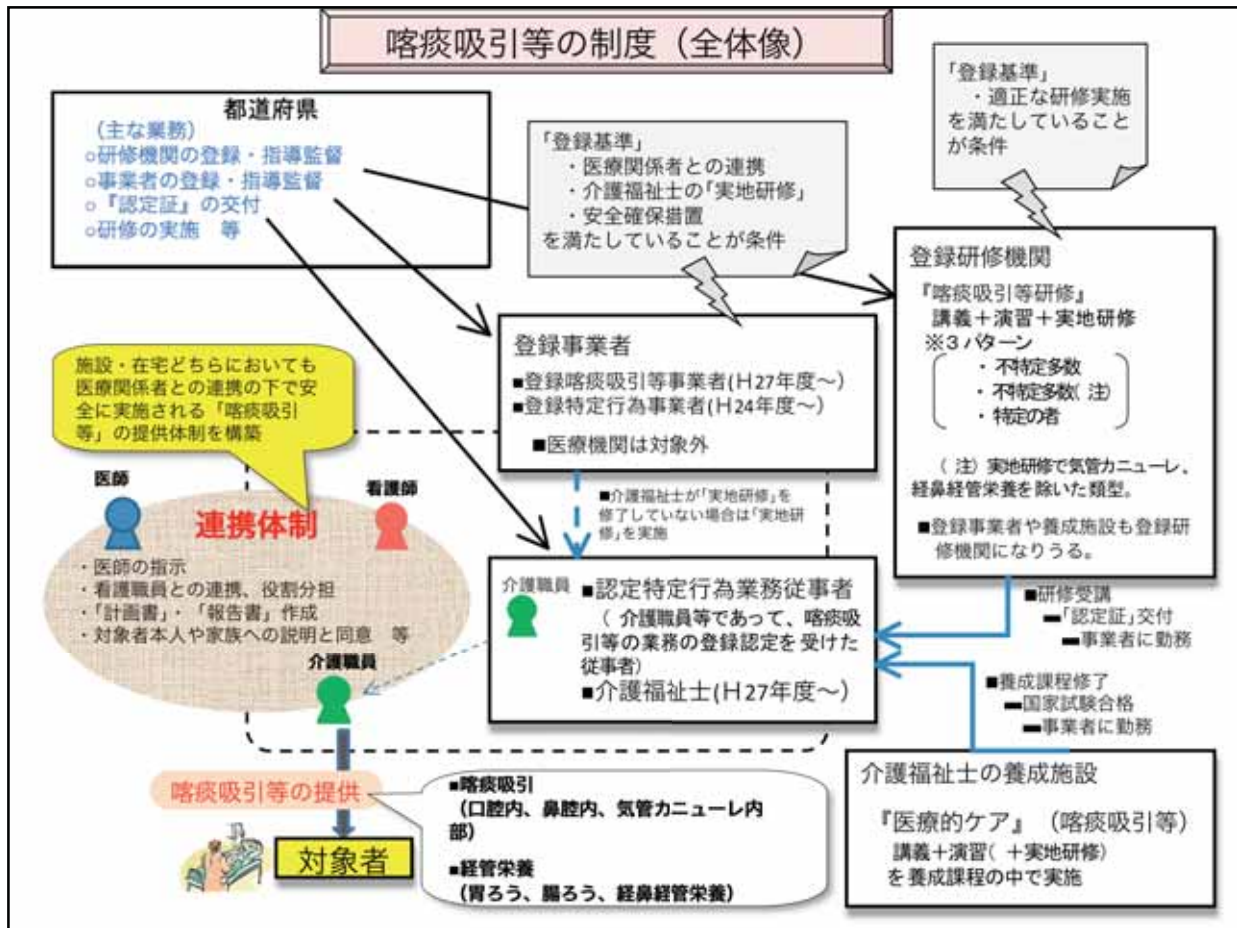
- ・ 介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）
- ・ 障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）
- ・ 在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）
- ・ 特別支援学校

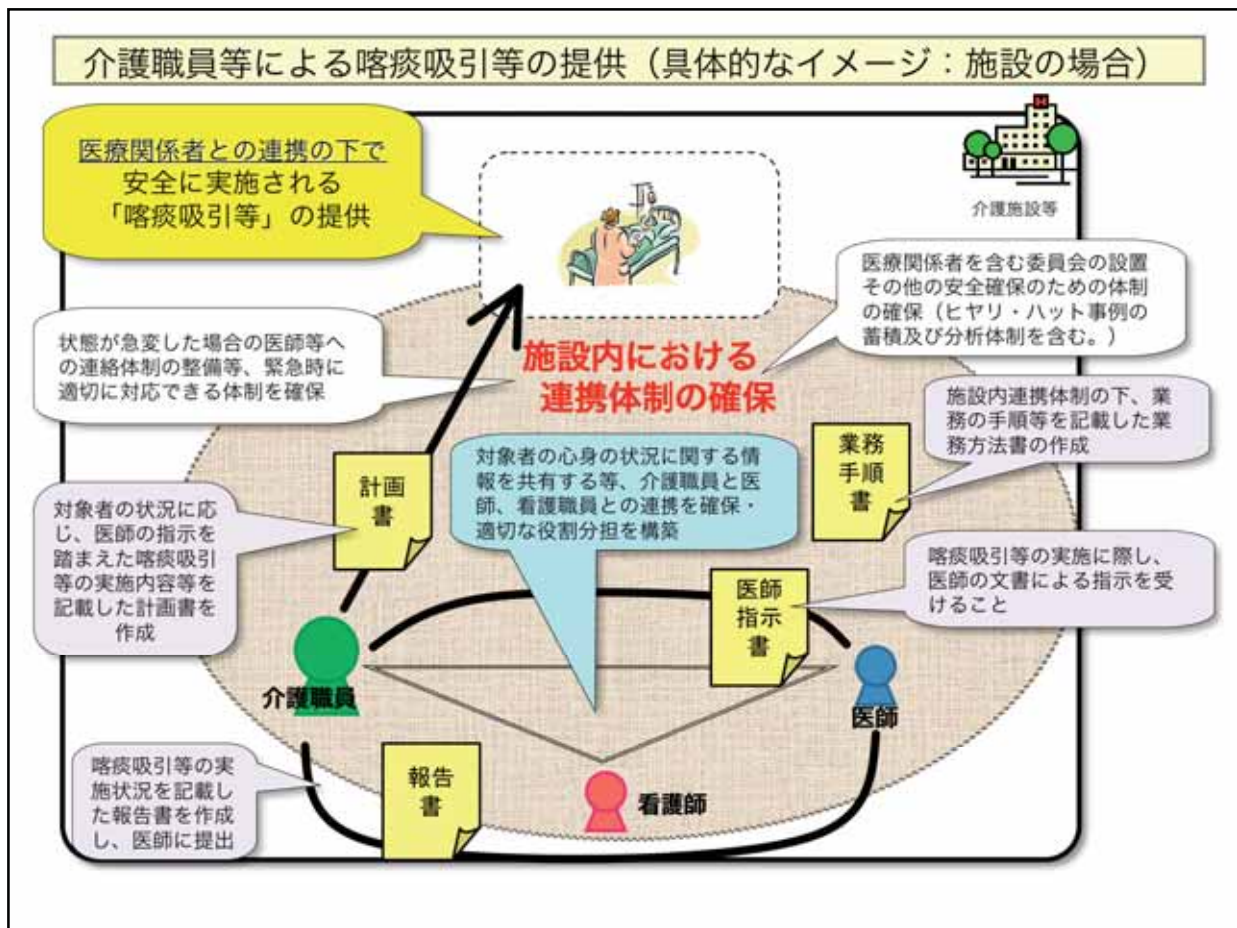
などが想定されますが、医療機関については、医療職種の配置があり、たんの吸引等については看護師等の本来業務として行うべきであることから対象外とされています。

この制度の実施時期ですが、一部を除き平成24年4月1日の施行となります。

介護福祉士については平成27年4月1日の施行です。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施は可能です。現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置を設けることとされています。

今年度は、準備期間ということで、「不特定多数の者対象」、「特定の者対象」いずれの研修コースも都道府県において実施することとされています。





次に施設の場合の具体的な連携のイメージを図にしたものです。在宅の場合と同様、「たんの吸引等」の提供は、医療関係者との連携の下で、安全に実施される必要があります。そのために、施設の場合の連携の中核となるのが、施設内における医療関係者を含む委員会の設置等の体制確保です。

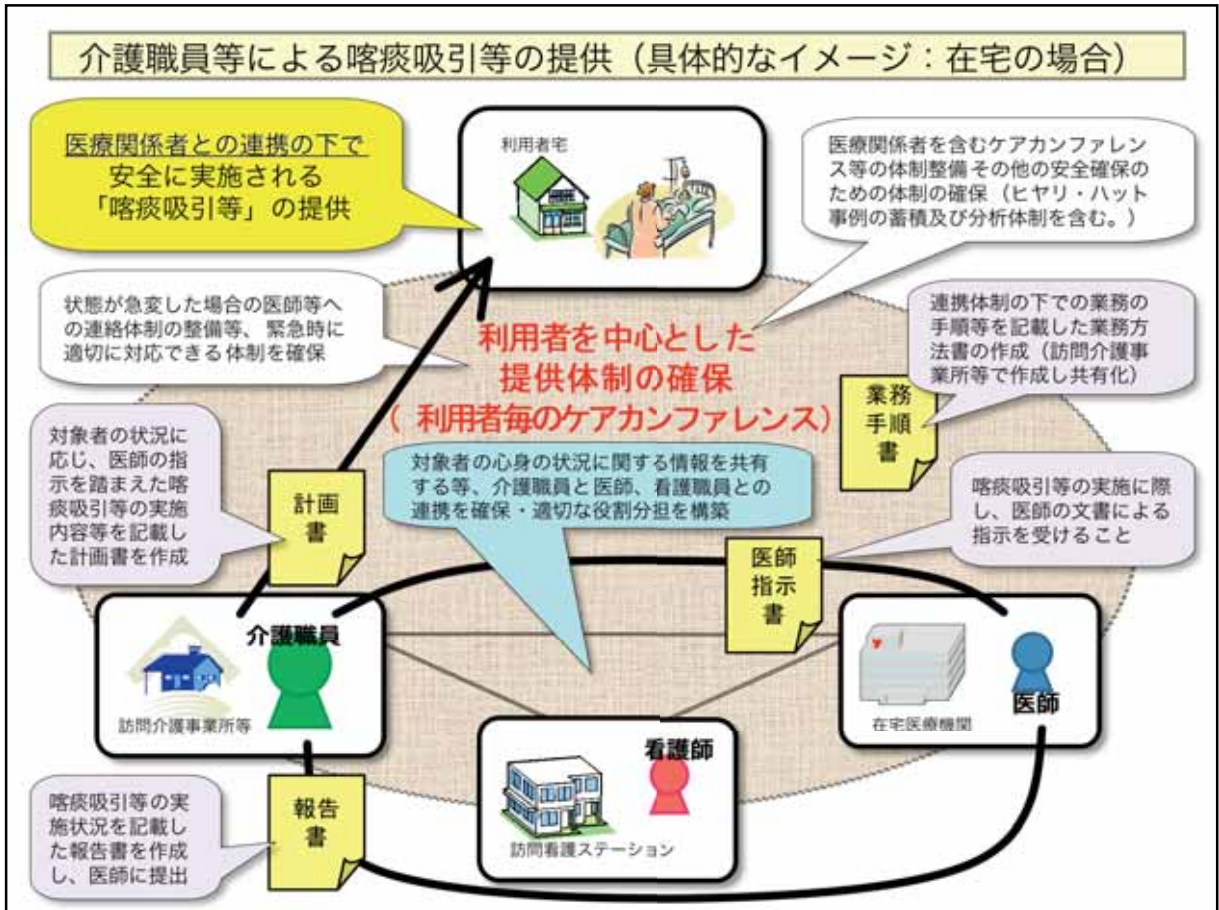
施設の場合には、常勤の看護職員が配置されている場合もあるため比較的連携はとりやすいと思われれます。施設勤務の医師や看護職員と、日々の情報交換をしながら、定期的な委員会を開催し、ヒヤリ・ハット事例の蓄積及び分析なども含めて安全確保の体制を整えましょう。

このような連携体制の下、対象者の心身の状況に関する情報を共有する等、介護職員と医師、看護職員との連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備等、緊急時に適切に対応できる体制を確保しておくことが重要です。

また、対象者の状況に応じ、医師の指示を踏まえたたんの吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しておくことも、最初の段階や指示変更があったときなどで必要です。

さらに、連携体制の下での業務の手順等を記載した業務方法書を作成し、施設内で共有化しておくとう良いでしょう。

たんの吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を受けることや、たんの吸引等の実施状況を記載した報告書を作成し、医師に提出することも基本的なこととして行う必要があります。



介護職員等によるたんの吸引等の提供のイメージです。在宅の場合の具体的な連携のイメージを図にしたものです。「たんの吸引等」の提供は、医療関係者との連携の下で安全に実施される必要があります。そのために、在宅の場合の連携の中核となるのが、利用者を中心とした、医療関係者を含むケアカンファレンス等の体制整備ではないでしょうか。

在宅の場合には、医療職がいつも近くにいるわけではありません。在宅医療を行っている医師や訪問看護師等と、連絡ノート等で日々の情報交換をしながら、定期的なケアカンファレンスを開催し、ヒヤリ・ハット事例の蓄積及び分析なども含めて安全確保の体制を整えましょう。

このような連携体制の下、対象者の心身の状況に関する情報を共有する等、介護職員と医師、看護師等との連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。

特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備等、緊急時に適切に対応できる体制を確保しておくことが重要です。

また、対象者の状況に応じ、医師の指示を踏まえたたんの吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しておくことも、最初の段階や指示変更があったときなどで必要です。さらに、連携体制の下での業務の手順等を記載した業務方法書を訪問介護事業所等で作成し、チームで共有化しておくといいでしょう。たんの吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を受けたり、たんの吸引等の実施状況を記載した報告書を作成し、医師に提出することも基本的なこととして行う必要があります。



## 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について

○ 在宅、特別養護老人ホームや障害者（児）施設等において、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員（※）の養成に必要な研修事業を実施する。

※ 対象となる介護職員等の例－ホームヘルパー、介護福祉士、生活支援員、指導員、保育士、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員等

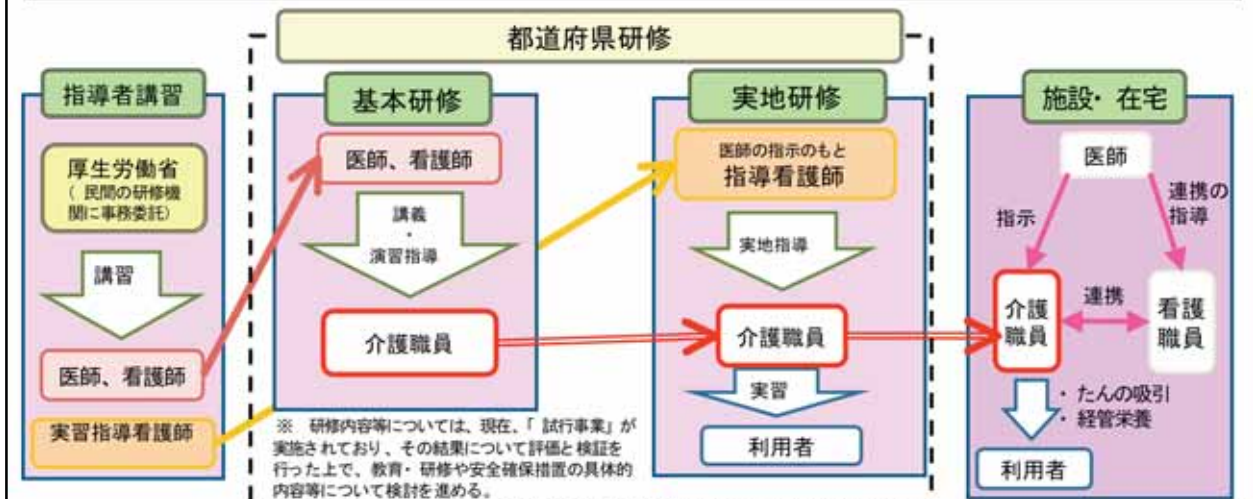
○ 平成23年度予算 940,329千円（老健局、障害保健福祉部の合計額）

**【指導者講習】**

- ・ 都道府県が行う、たんの吸引等に関する基本・実地研修において指導を行う医師・看護師等に対し、必要な講習を行う。
- ・ 予算 23,829千円 ・ 実施主体 国

**【都道府県研修】**

- ・ たんの吸引等を行う介護職員等を養成するため、都道府県において研修を行う。
- ・ 予算 916,500千円 （内訳） 老健局計上（施設関係） 611,000千円（1県あたり事業費26,000千円、養成者数100人）  
障害部計上（在宅関係） 305,500千円（1県あたり事業費13,000千円、養成者数50人）
- ・ 実施主体 都道府県（民間団体に委託可） ・ 補助率（補助割合） 国1/2、都道府県1/2



## 喀痰吸引等の研修

○試行事業における取り組みを踏まえた実践的かつ的確な研修を実施。

喀痰吸引等研修	不 特 定 多 数	①喀痰吸引及び経管栄養について、対象となる行為のすべてを行う類型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     基本研修                      講義 50H + 各行為のシミュレーター演習                 </div>	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     実地研修                 </div>
		②喀痰吸引(口腔内及び鼻腔内のみ)及び経管栄養(胃ろう及び腸ろうのみ)を行う類型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     基本研修                      講義 50H + 各行為のシミュレーター演習                 </div>	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     実地研修                      (気管カニューレ内吸引及び経鼻経管栄養を除く。)                 </div>
	特 定 の 者	③実地研修を重視した類型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     基本研修                      講義及び演習 9H  <small>※年度訪問介護従事者養成研修と併せて行う場合には20.9時間</small> </div>	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     実地研修                      ※特定の者に対する必要な行為についてののみ。                 </div>
介護福祉士の養成課程			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     基本研修                      講義 50H + 各行為のシミュレーター演習                 </div>	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     実地研修                      (登録事業者)                      実地研修                 </div>

注: 養成課程において可能な限り、実地研修を実施。又は登録事業者において実地研修を実施

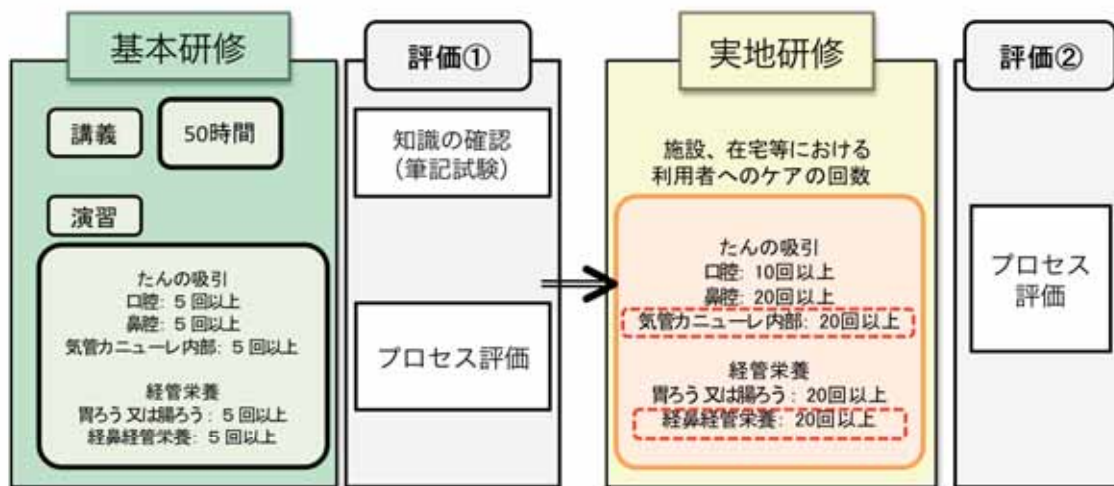
■上記の具体的な研修内容については、省令等において定める予定。

## 介護福祉士・認定特定行為業務従事者による特定行為の実施

	H23	H24	H25	H26	H27	H28～
<p>『介護福祉士』が 『喀痰吸引等』の実施に至るまで</p> <p>①H24年度以降、養成課程において、知識・技術を習得。 ②卒後、国家試験を受験(H27年度～) ③合格後、事業者等に就業ののち、実施可能(注)。 (注)実地研修を受けていない行為はできない。 (登録事業者の登録基準において実地研修を修了した行為に限り 喀痰吸引等を行わせることができる旨規定。)</p>			①_②			③
<p>『認定特定行為業務従事者』が、 『特定行為』の実施に至るまで</p> <p>①H24年度以降、『喀痰吸引等研修』を受講 ②各都道府県への申請を行い、『認定特定行為業務従事者』 として『認定証』を交付ののち、 ③事業者(『登録特定行為事業者』)の業として、実施可能。</p>		※	①_②_③			

※ 事業者、研修機関の登録事務及び経過措置対象者(違法性阻却による喀痰吸引等提供者)の認定手続については、施行日前より実施可。

## 介護職員等によるたんの吸引等（不特定多数の者対象）の研修カリキュラム概要



※救急蘇生法演習(1回以上)も必要  
 ※人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引  
 が必要な場合には、別途演習を行う  
 ※演習はシミュレーターが必要

※気管カニューレ内部: 20回以上  
 内の項目については、実施し  
 ない類型もあり  
 ※介護福祉士については、必要な行為に  
 ついて登録事業所において実地研修を  
 行う。  
 ※人工呼吸器装着者の研修については、  
 別途研修を行う

## 基本研修の講義内容

### □【不特定多数の者】基本研修のカリキュラム

大項目	中項目	時間
1 人間と社会	1)個人の尊厳と自立	0.5
	2)医療の倫理	0.5
	3)利用者や家族の気持ち、説明と同意	0.5
2 保健医療制度とチーム医療	1)保健医療に関する制度	1.0
	2)医行為に関係する法律	0.5
	3)チーム医療と介護職との連携	0.5
3 安全な療養生活	1)たんの吸引や経管栄養の安全な実施	2.0
	2)救急蘇生法	2.0
4 清潔保持と感染予防	1)感染予防	0.5
	2)職員の感染予防	0.5
	3)療養環境の清潔、消毒法	0.5
	4)減菌と消毒	1.0
5 健康状態の把握	1)身体・精神の健康	1.0
	2)健康状態を知る項目(バイタルサインなど)	1.5
	3)急変状態について	0.5
6 高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論	1)呼吸のしくみとはたらき	1.5
	2)いつもと違う呼吸状態	1.0
	3)たんの吸引とは	1.0
	4)人工呼吸器と吸引	2.0
	5)小児の吸引について	1.0
	6)吸引を受ける利用者や家族の気持ちと対応、説明と同意	0.5
	7)呼吸器系の感染と予防(吸引と関連して)	1.0
	8)たんの吸引により生じる危険、事後の安全確認	1.0
	9)急変・事故発生時の対応と事前対策	2.0

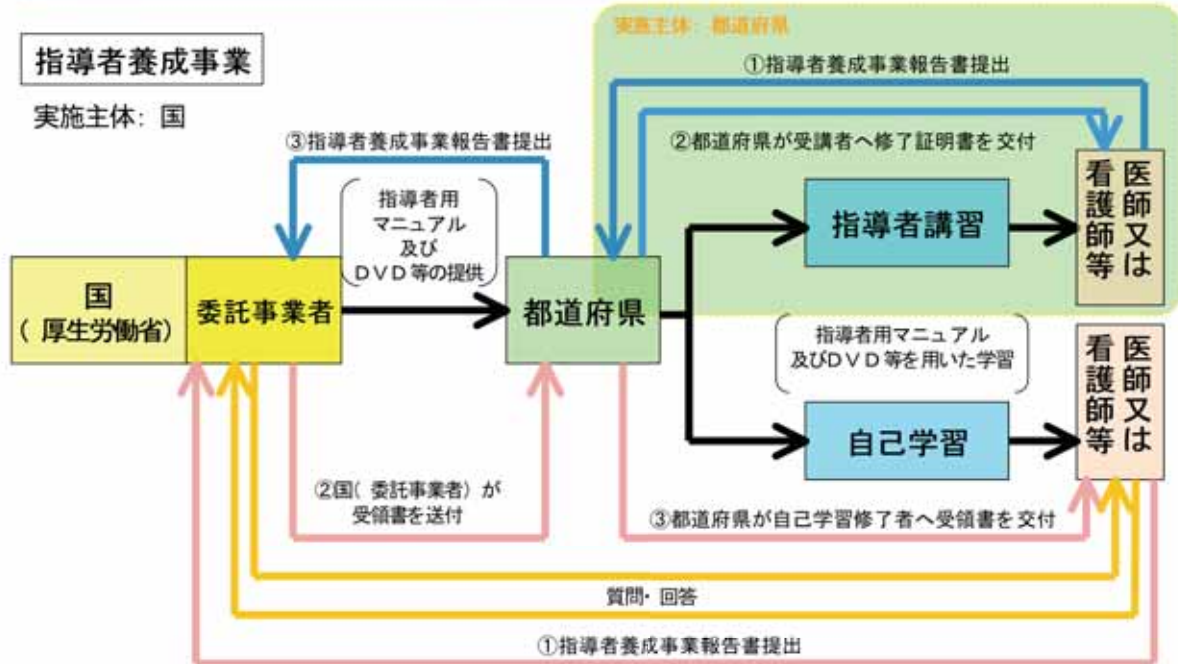
(カリキュラムのつづき)

7 高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説	1) たんの吸引で用いる器具・器材とそのしくみ、清潔の保持	1.0
	2) 吸引の技術と留意点	5.0
	3) たんの吸引に伴うケア	1.0
	4) 報告及び記録	1.0
8 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論	1) 消化器系のしくみとはたらき	1.5
	2) 消化・吸収とよくある消化器の症状	1.0
	3) 経管栄養法とは	1.0
	4) 注入する内容に関する知識	1.0
	5) 経管栄養実施上の留意点	1.0
	6) 小児の経管栄養について	1.0
	7) 経管栄養に関する感染と予防	1.0
	8) 経管栄養を受ける利用者や家族の気持ちと対応	0.5
	9) 経管栄養により生じる危険、注入後の安全確認	1.0
	10) 急変・事故発生時の対応と事前対策	1.0
9 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順解説	1) 経管栄養で用いる器具・器材とそのしくみ、清潔の保持	1.0
	2) 経管栄養の技術と留意点	5.0
	3) 経管栄養に必要なケア	1.0
	4) 報告及び記録	1.0
	合計講義時間数	50

平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業  
(特定の者対象)

指導者養成事業

実施主体: 国

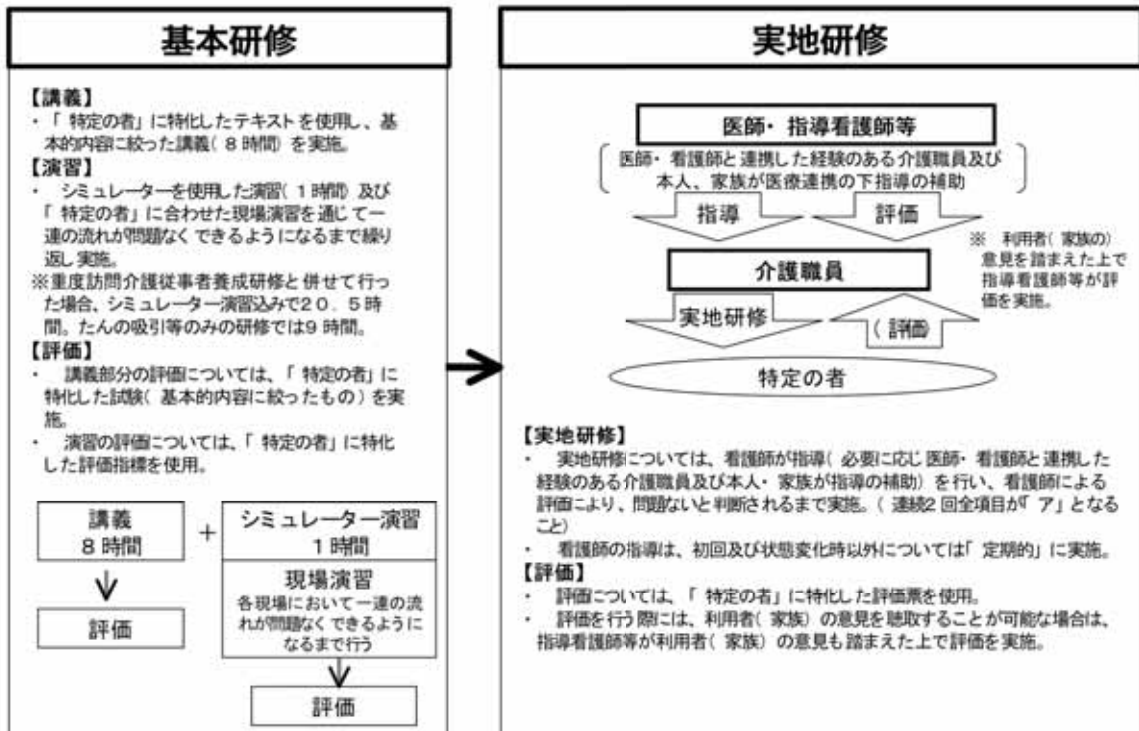


都道府県研修の講師について

※ 基本研修の講義及び演習については、指導者養成事業により講習又は学習を修了した医師、看護師等(これと同等以上の者を含む。)が講師となること。

※ 基本研修(講義)のうち、「重度障害児・者等の地域生活等に関する講義」の科目については、上記に関わらず、当該科目について相当の学識経験等を有する者を講師として差し支えない。

## 介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修カリキュラム概要



まずは本題に入る前に、介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修カリキュラムの概要をみておきましょう。

研修は、基本研修と実地研修があります。



## 【特定の者】基本研修カリキュラム

科 目	中項目	時間数
重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者自立支援法と関係法規</li> <li>・利用可能な制度</li> <li>・重度障害児・者等の地域生活 等</li> </ul>	2
喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸について</li> <li>・呼吸異常時の症状、緊急時対応</li> <li>・人工呼吸器について</li> <li>・人工呼吸器に係る緊急時対応</li> <li>・喀痰吸引概説</li> <li>・口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引</li> <li>・喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応</li> <li>・喀痰吸引の手順、留意点 等</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康状態の把握</li> <li>・食と排泄（消化）について</li> <li>・経管栄養概説</li> <li>・胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養</li> <li>・経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応</li> <li>・経管栄養の手順、留意点 等</li> </ul>	3
喀痰吸引等に関する演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喀痰吸引（口腔内）</li> <li>・喀痰吸引（鼻腔内）</li> <li>・喀痰吸引（気管カニューレ内部）</li> <li>・経管栄養（胃ろう・腸ろう）</li> <li>・経管栄養（経鼻）</li> </ul>	1

○ 基本研修（講義及び演習）

※ 演習（シミュレーター演習）については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的とし、評価は行わない。実地研修の序盤に、実際に利用者のいる現場において、指導看護師や経験のある介護職員が行う喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って演習（現場演習）を実施し、プロセスの評価を行う。

基本研修のカリキュラムです。

基本研修では、8時間の講義と1時間の演習（シミュレーター演習）を行います。

講義部分の知識習得の確認のため、筆記試験を行います。

四肢択一式問題を20問30分で回答していただき、90点以上を合格としますので、みなさんしっかり講義を受けてください。

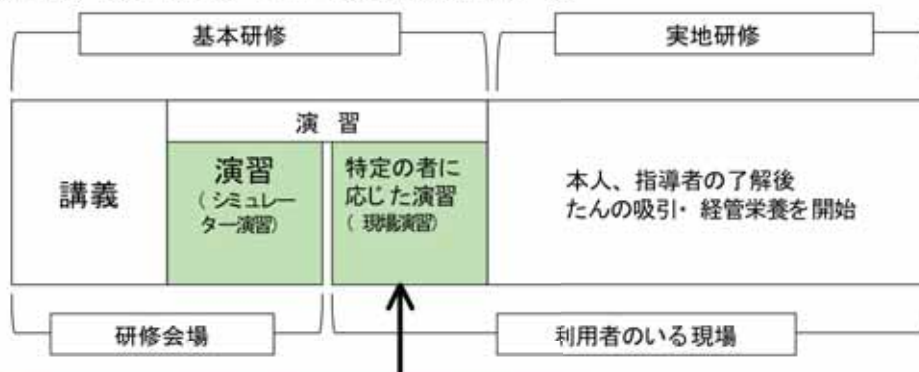
出題の範囲は、たんの吸引と経管栄養に関する基礎的な部分です。

基本研修のいわゆる集行的に行う演習（シミュレーター演習）については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的とし、評価は行いません。

実地研修の序盤に、実際に利用者のいる現場において、指導看護師や経験のある介護職員が行う喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って演習（現場演習）を実施し、プロセスの評価を行います。位置づけとしてはここまでが「基本研修」となります。

## 【特定の者】基本研修( 演習)

- 基本研修における演習（シミュレーター演習）[1時間]については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的とし、評価は行わない。
- 実地研修の序盤に、実際に利用者のいる現場において、指導看護師や経験のある介護職員が行う喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って演習（現場演習）を実施し、プロセスの評価を行う。



※ 各利用者宅には、本人の使用しているカニューレと同型のカニューレやペットボトルで製作した簡易な経管栄養シミュレーター等を置き、現場演習はその機器を利用して行う。

## 【特定の者】実地研修

口腔内の喀痰吸引	指導看護師等による評価（所定の判断基準）により、問題ないと判断されるまで実施。  ※評価を行う際には、利用者の意見を聴取することが可能な場合は、利用者の意見も踏まえた上で評価を実施。
鼻腔内の喀痰吸引	
気管カニューレ内部の喀痰吸引	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
経鼻経管栄養	

- 指導看護師等による指導、確認を初回及び状態変化時に行い、初回及び状態変化時以外の時は、定期的に指導看護師等による指導、確認を行うこととし、医師・看護師等と連携した本人・家族又は経験のある介護職員等が実地研修の指導の補助をすることも可能とする。また、指導看護師等は、実地研修の評価を行うものとする。
- 実地研修を受けた介護職員等に対し、所定の評価票（介護職員等によるたんの吸引等の研修テキストに添付）を用いて評価を行う。（特定の者ごとの実施方法を考慮した評価基準とすることができる。）
- 評価票の全ての項目についての医師又は指導看護師等の評価結果が、連続2回「手順どおりに実施できる」となった場合に、実地研修の修了を認める。
- 「特定の者」の実地研修については、特定の者の特定の行為ごとに行う必要がある。なお、その際、基本研修を再受講する必要は無い。

実地研修の内容です。

ケアの対象者は特定の方で、その方が必要とする行為の実地研修のみを行います。

実地研修では、医師や看護師等が指導しますが、特に在宅においては、必要に応じ医師・看護師と連携した経験のある介護職員及び本人・家族が指導の補助を行います。医師や看護師等による評価により、連続2回全項目が問題ないと判断されるまで実施します。

評価を行う際には、利用者の意見をお聞きすることができる場合は、利用者の意見も踏まえた上で評価を実施してください。

利用者本人の意思が十分に確認できない場合は、家族の方の意見も十分にお聞きする必要があります。

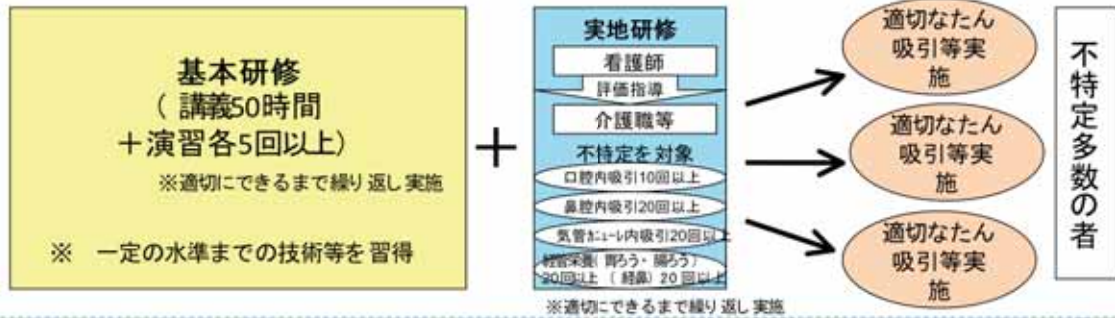
医師や看護師等の指導は、初回及び状態変化時以外については「定期的」に実施します。

「特定の者」の実地研修については、特定の者の特定の行為ごとに行う必要がありますが、基本研修を再受講する必要はありません。

## 「不特定多数の者対象」と「特定の者対象」における研修プロセスの違い

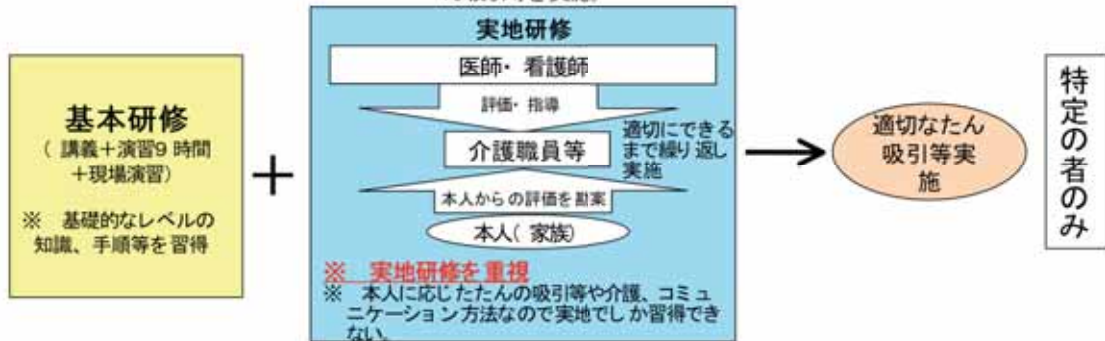
### 「不特定多数の者対象」の場合

※ 基本研修を手厚くしており、一般的な知識技術の習得がなされているため、研修終了後から、不特定多数の者にたん吸引等の実施が可能。

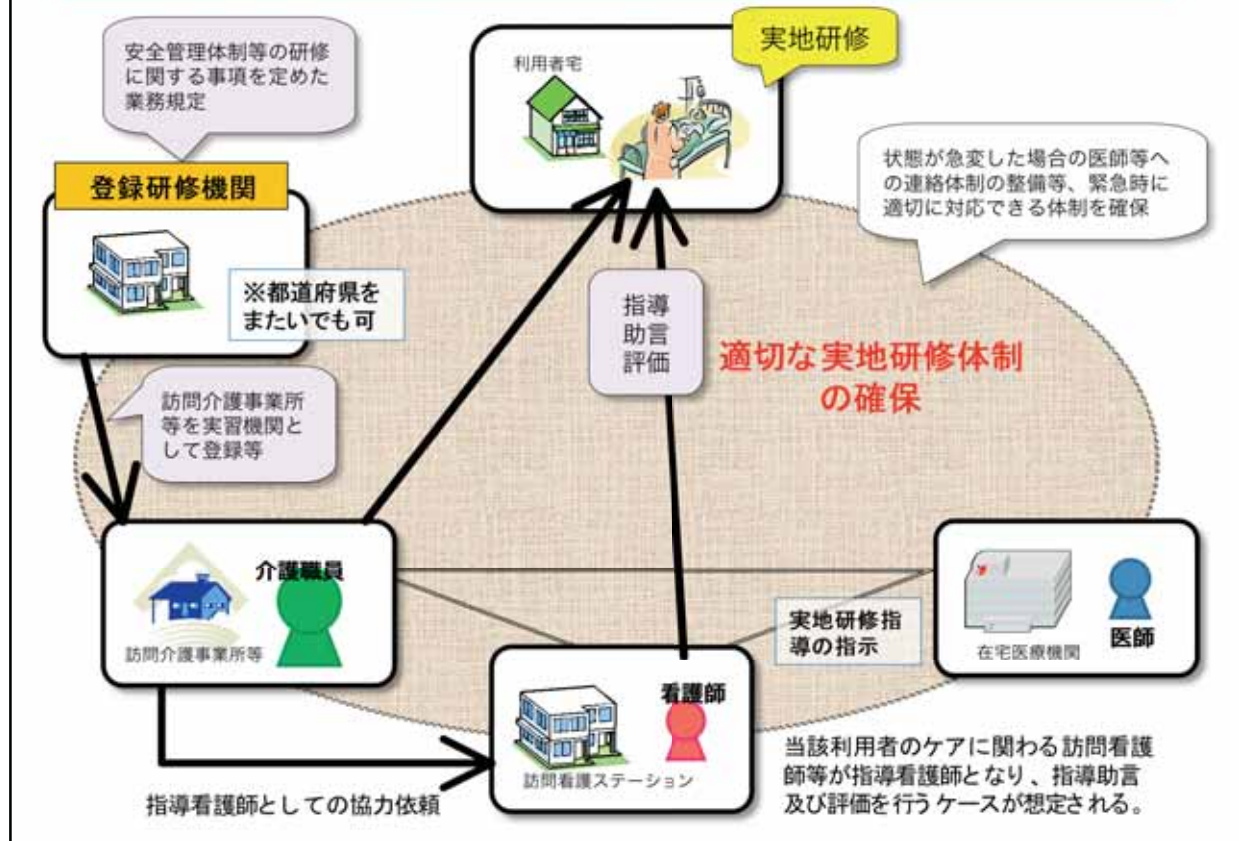


### 「特定の者対象」の場合

※ 基本研修では基礎的なレベルの知識、手順等を中心に学習し、実地研修の中で特定の者に応じた知識・技術を体得。当該特定の者のみに対するたん吸引等を実施。



【特定の者】実地研修の具体的イメージ(例)



3

## 第2部

検討委員によるパネルディスカッション



## 【本日の議論の進め方】

平成24年1月7日に開催された第一回検討委員会で話し合われた内容を整理し、以下を論点として、高木専門官と司会から委員の皆様にご提示いたしました。



1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）  
※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。
2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について  
喀痰吸引等を医行為から外すことについて  
(シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。)
3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて
4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて
5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

これらの論点について、委員からメーリングリストを通してご意見を頂戴いたしました。以下に（提出順）お示しします。それらのご意見を司会の立岩、川口で検討した結果、すべての論点について本日のこの限られた時間の内では討議しきれないとして、司会のほうで論点的を絞って進行を仕切らせていただくことにいたしますので、ご了承ください。

今年に入ってからさくら会に寄せられたご質問の内容としては、論点の1、医療と介護、家族との連携のあり方についてがもっとも多く、喫緊の課題として本日ここで整理できれば有意義です。本日、取り上げられなかった論点や会場からのご質問ご意見、そして本日の指定発言者やご欠席の委員からもご意見を頂戴し、報告書に盛り込みます。



## 【論点】に対する各委員からの意見

### 1、白江 浩委員（ありのまま舎施設長）

#### 【論点】

#### 1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）

※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

時間をかけて説明していくしかないと思います。その方法は、今回のようなシンポジウムや、実地研修などで実際に関わりを持ってもらいながら、現場の状況を理解して頂き進めるなど、様々な方法を駆使していく他ないと思います。

医師・看護師の意識レベルにもよりますが、こちらもある程度の歩み寄りが求められる場合もあると思います。こちらのスタンスとしても既存のもの、私たちのやり方でなければだめだということではなく、利用者のQOL向上（生活権・生存権等）のために双方が議論できるように進めるしかないように思います。

#### 2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について

喀痰吸引等を医行為から外すことについて

（シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。）

一定の条件に該当する場合は外すということ整理して進めて行ってはどうでしょうか。

①状態が安定していて（ご本人・ご家族と医師による合意判断）

②一定の研修を終え（本人・家族・医師・看護師等の評価）、ご本人（又はご家族）の同意を得ている場合は、医行為とはしない（生活支援行為とする）

#### 3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

①研修カリキュラムについて

実質的違法性阻却等でこれまで吸引等を行ってきた人もいるが、全く初めての人もいる。→基本研修における演習の時間を少し増やし（あと1時間から2時間）、一定の評価を行い、現場演習はせず、ご本人の体調及び同意を確認の上、すぐに指導者の指導の下で実地研修に入る。

②指導者の養成について

基礎資格があればDVD等で資格を得られることは良いが、アンケートだけですぐに指導に入れるのか疑問がある。1にもあるように日頃から、医療職との関わりの薄い方（利用者）と介護職にとって、指導を依頼する上で、簡単であることが逆に看護師等を不安にさせている面もある。いずれにせよ、看護師の協力が得にくい現状がまだまだある。

③指導者への謝礼について

訪問看護協会の方々と話をしている、日常的に時間がない中で指導に入る場合に報酬がどうなるかは大きな問題になる。今後は、研修機関において設定することになるのかもしれないが、受講料への跳ね返りを考えると、受講者（事業所）の負担が大きくなるだろう。

4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて
  - ①医療・看護・保健・介護保険という分野との連携・協議が不足している。
  - ②現場の医療・看護職との連携を積み重ねていれば、今回の検討会のあり方も変わっていたように思う。行政というより、運動してきた私たちの責任は大きい。
  
5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について
  - ①医療的ケアに限らず、またヘルパーに限らず、実際に入る現場において想定される様々な危険性（リスク）に対してのトレーニングは不可欠だと考える。
  - ②それに伴う法的・制度的・財政的なバックアップも併せて整備する必要がある。
  - ③また、それは個人対個人で解決できる問題ではなく、地域・コミュニティ・事業所・医療福祉の様々な機関・資源との連携・ネットワークの構築の中で考えないと難しい。

## 2、下川 和洋委員（NPO法人地域ケアさぽーと研究所理事）

### 【論点】

#### 1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）

※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

医療職に対して在宅医療や医療的ケアに関する啓発を行い、医療職との連携の裾野を広げる。そのための取り組みとして、以下の内容を挙げる。

- ・医師会や看護協会等が主催する現職研修に同テーマでの研修内容を入れ、単位認定する。
- ・日本小児神経学会等の専門医の認定単位にする。
- ・神経内科や小児神経の学会が指導看護師等を育成するセミナーを開催し、地域の支援者を増やす。
- ・在宅医療や連携づくりをテーマにした本を作成して、医療者や学生に対して啓発を行う。

#### 2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について

喀痰吸引等を医行為から外すことについて

（シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。）

これまで厚生労働省の検討会では、「本研究会としては、課せられた課題について一定の結論を早急にまとめる必要があるとの認識に立ち、現行の法規制・法解釈の下ではたんの吸引は「医行為」とあるとの前提に立って一定の取りまとめを行った。」（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「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）として、『医行為』概念の再整理は今後の課題として長い間手を付けてこられなかった。医行為としての扱いはメディカルコントロール下に置くためであるが、当事者の中にはコントロールではなくメディカルサポートを得たいという意見がある。医行為概念の再整理について、時代のニーズに合わせた形で行われなければならない時期に来ていると考える。

#### 3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

今後、「特定の者」の研修を行っていく予定であるので、まだ実施できていないので回答できない。

#### 4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて

学校教育では、設置者である都道府県教育委員会の判断によって、看護師だけの対応、教員も一定程度関わるなど対応はまちまちである。地方分権のため国の指針を強く強制はできないが、実践発表による交流や啓発する取り組みがより一層必要になってくると考える。

#### 5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

イメージが今の段階ではありません。

### 3. 江川 文誠委員（重症心身障害児施設ソレイユ川崎）

#### 【論点】

1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2／7の主題）※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

●神奈川では国による実施要綱が出るよりも前に約半年の準備期間を置いて行っていますが、それでも複雑な制度、2種類ある資格体系、その指導者講習とあわただしい研修をこなさなければならない状況があります。

●国による実施要綱が出そろったのが11月にはいっていましたが、それから講師・会場を確保し、研修の周知をするにはやや無理がある日程でした。

●平成24年4月以降法律の試行にいたっても、所定の研修が追いつかない現状が神奈川のように早めに進めてきたところでも懸念されます。

●ましてや、国の要綱がでてきてから動き始めたところは、おそらく研修の実施自体が危ぶまれるところではないでしょうか。

●この際、国の方から法施行後も1－2年間は猶予期間をおいて、その間に法に則った研修をすとか、法施行前の通知にも続く実施についてのみなし認定を受け付けるなどの通知を出していただけないでしょうか？

●おそらく都道府県の担当者にその裁量権がまかされたままでいると、県によって厳しく指導をうけるところと、そうでないところが出来てしまうような気がします。

●県によっては看護師協会などの協力が得られているところもあるようですが、国からはとくに看護師を取りまとめる日本看護協会や訪問看護ステーションに関する団体などに再度よびかけていただき、指導看護師として現場を助けて欲しい旨の要請をしていただくと同時に、各都道府県からも地元の協会などに働きかけと協力依頼をして欲しいと思います。

●研修を行う際もそうですが、法による本実施に際しての主治医のいる医療機関や地元の訪問看護ステーションとの実のある連携をつくるのが要綱には記載されています。このところがもっとも重要なポイントで、今後法実施にあたり実質的な連携体制が組めているのかどうかを強く指導する必要があります。

●もとより、在宅などでは医療からの支援スキームである訪問診療や訪問看護自体が十分に得られていないいわゆる医療難民状態の利用者が多く生活しており、その人たちに対してヘルパーステーションが孤軍奮闘している場面が散見されます。今回の法施行を良いきっかけとして連携体制をすすめることで、医療者が医療者としての役割をより積極的に担えるようになれば良いと思います。

2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について、喀痰吸引等を医行為から外すことについて（シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。）

●口鼻腔吸引については、やはり生活支援行為に含めるべきではないかと感じます。普通に乳児にたいして家庭で行う行為とさほどちがわない注意点のみがあるのでそのように考えます。

●気管カニューレからの吸引については、その種類も多く、吸引時に注意しなければならない点を考慮すると、経管栄養なみの取り扱い（今回のような医療行為）としての位置付けが望ましいと考えます。気管カニューレにまつわるリスクは臨床の場面でも時々経験します。そのようなリスクはやはり看護職員との連携対応項目に残しておいてもよいのではないのでしょうか？

●平成17年に厚生労働省より出された「医療行為とまでは言わなくてよい項目」に漏れていて、現場では

広く行われている行為として①簡易導尿法による導尿、②摘便があげられます。生活行為として広げるにはこの通知で示された項目を通知で追加していくことになるのではないかと思います。実際に平成23年夏に通知によりストマケアの内容が拡大されています。

●①の簡易導尿法による導尿は、二分脊椎症の方が小中学校生になったらおぼえる自己導尿法で、個人用のカテーテルを利用した簡便方で、泌尿器科学会でも早期から医療的ケアとして非医療職にも対応ができる行為に挙げてほしいと要望があった項目です。しかし少数意見だったためか今回の医療的ケアの法整備から漏れてしまっています。ぜひ早期にこの簡易導尿法を項目として（医療的ケアの一部のままで）上げて欲しいと考えます。

●②の摘便は、障害福祉分野では多くの利用者がある脊髄損傷の方の必須のケアです。在宅の場合にも同様のケアが必要な方がおおぜいいます。今回この内容が医療的ケアにも上らなかったため、現場では混乱が生じているようです。簡易導尿法と同様に項目としてあげて欲しいと思います。

### 3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

●神奈川県よりの委託を受けて、不特定、特定両方の研修を実施中ですがその中で気付いた点を列挙します。

●実施研修をするにあたり、実際に関係性のない利用者に研修への協力をお願いするのは大きな困難を伴う、そのため神奈川では今年度、ケアを必要として協力の得られる利用者が存在するところにのみ研修の機会を与える手段を取った。来年度以降もそのようなやり方をとろうと考えている。

●次に問題となったのは現場に実地研修を担当する医療職がいるか否かという点である。介護職員は資格を取りたいが、現場に医療職がいなかったり、いても協力が得られない場合が散見された。しかし、実地研修を行うにあたって、そのような医療職が必要不可欠であることを根気強く説明し、なんとか近くに協力をしてくれる医療職を確保したり、現場の看護師を説得してくれる例も多くあった。いずれ法施行後は、医療職との連携が義務付けられるので、それを先取りする形で実現することになるので、実地研修の必要条件とする方法は良いかもしれない。

●神奈川では今年度、不特定指導医療職を60名、特定指導医療職を270名ほど養成したが、次年度以降もまずは指導医療職の養成を行い、それを前提に現場の介護職員の研修へとつなげてゆきたい。

●不特定研修に関しては、高齢者入所系施設はほぼ全例選択、障害者入所系施設の一部と障害者通所施設のごく一部で選択された。居宅支援系で選択した例は例外的であった。

●特定研修に関しては、居宅支援系のほとんどが選択、障害者入所系の施設の大部分、障害者通所施設ではほとんどが選択をした。障害福祉分野は結果として大多数が特定を選択することとなった。神奈川では実践先行が行われ、厚生労働省から通知が一切だされていなかった障害福祉入所通所系の施設で、実態先行がおこなわれていて、県担当者が短時間で済む特定研修を障害福祉の分野には選んでもらう判断を促したことが背景にある。

●基本研修の座学については、数名で役割り分担して行ったが、教科書が指定されているため、数ページで数時間の講義をうけもった場合に苦労があった。90%の正解率を要求される筆記試験が控えているため、教科書から外れた話をすることがためられた。

●筆記試験90%のノルマは、受講生にはプレッシャーになっているようである、講師陣にもプレッシャーになり、あらかじめ試験のプール問題を作成して、試験問題に即して授業を展開した。70%以上初回の試験でとれば、その後追試や面接などで合格の道があるが、それ以下だともう一度基本研修座学を受けなければならない制度は、受講生本人の負担はもとより、事業主としてもう一度50時間研修の受講を許す余裕は現場には無いので、再度の挑戦はほとんど不可能であろうと思う。試験を課すのであれば、授業の再度受講は必要ないのではないか？

●研修類型についてですが、すべての行為が含まれる類型と経鼻経管栄養と気管カニューレよりの吸引を除いた類型がありますが、たとえば経鼻経管の利用者はいないが気管カニューレよりの吸引の利用者のみがいる、あるいはその逆の場合、その現場ではどちらか一つの実地研修しかできないために、やむなく両者をのぞいた類型で研修を受けることになるが、そうなると当該行為ができなくなる。無理をしてすべての行為を含む類型を選ぶと実地研修のときのみ他の事業所の利用者を探さなくてはならずまた頼みにくい状況となってしまう。類型の種類をより柔軟にして欲しいと考えます。

●指導医療職についてですが、障害福祉分野では多くの准看護師が勤務されています。また正看護師がいないところもあります。今回は准看護師のみしかいないところでは不特定の指導者になっていただくことができませんでした。特定の方では指導の補助をしていただきました。不特定の方でも指導の補助をすることを准看護師には認めてほしいと思います。

●広域の社会福祉法人では、県をまたいで同法人内の利用者の協力を得られないものかと希望のあった方がいます。今回の研修が都道府県ごとの認定であるために県内での実地研修があるように運用されているようですが、この点は規制を緩和して欲しいと思います。

●ヘルパーステーションなどの場合に、どうしても外の訪問看護ステーションに指導者としての協力をいただくことになるが、その場合に費用が発生するものと考えられます。特定の場合には予算の総額が限られているため、予算配分される謝礼は少なく、中には謝礼を予算化できない場合もあると思われます。このような研修に伴う人的な支援に対して、たとえば看護師配置加算を運用として個別に認めていただけるとありがたい。

●本実地にあたっての医師からの文書による指示はおそらく利用者が利用している事業所の代表者あてとなるものと思われますが、いままで文書として明確な指示をいただけずにごんばってきた施設の看護職員に対しても同時に指示が渡るように、施設代表者とともに看護責任者を連名の宛先にした指示書としていただきたいと思います。そうしないと、施設長と介護職員のみで医師の指示があり、連携体制を担うべき看護職員への指示がないことになってしまいます。

●医療的ケアを携えて在宅や福祉施設で生活する人は、都市部の法がより割合が多い傾向にあります。今後研修に関する予算配分については、人口比も勘案した予算執行をお願いしたいと思います。

#### 4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて

●今回の資格制度は不特定と特定の2つに分かれているが、実際に研修を実施してみて両者には研修時間の差以上の実質的なポリシーの差があるように感じます。

●障害福祉に長くかかわってきた立場からは、どちらかという特定資格制度の方がなじみやすく、また利用しやすいように感じます。

●不特定は一種の医療職の予備軍をつくりだす側面があり、今後この資格が福祉施設運営のなかでどのように位置づけられるのかがやや心配です。一方資格を設立したからには事業所の収入に反映できないと、そのような資格のある職員を養成する機運も生まれてきません。またこのような資格者の導入が、現在ゆっくりとすすんでいる福祉現場の看護職員の増員の動きにブレーキがかかりはしないかと懸念します。計算高い経営者はこの資格者の導入で人件費の抑制を考える可能性すらあります。

●教育や福祉の世界への医療職の増員・定着は今後もしっかり取り組まなければなりません。以前教育の分野では看護師のみにより医療的ケアを行う場合には対象利用者4名毎に1人の勤務看護師が必要であるとのコンセンサスがありました。教員や介護職員との共同で行うのであれば、少なくとも対象利用者6名毎に1人程度の勤務看護師が現場には必要です。障害者支援施設のような24時間営業のところでは、夜間の対応

も含めてその2倍以上の看護職員の配置がないと「理想の連携」は難しいと思います。教育や福祉の分野の人員基準の中にしめる看護職員をより明確に罰則規定を含めて規定すべきではないかと思います。

●学校教育現場については、今回文部科学省よりだされた医療的ケアの通知にはじめて、通常学校や通常学級における医療的ケアの実地の仕方についてのべられていました。しかし、全国の状況をみるとまだ「医療的ケアの必要な児童生徒は特別支援学校へ」といった雰囲気蔓延しています。そっせんして通常学校・学級での実践をより高く評価する必要があります。

●学校におけるたんの吸引行為などは、通学バスの添乗員の人に研修をうけていただき、少なくとも緊急時対応ができるようにしなければ、吸引の必要な人はいつまでも自主通学ということになってしまいます。バスの添乗員は教員でない場合がほとんどですが、今回の特定の資格はボランティアにまでそのすそ野をひろげているのでこれを活用すべきではないかと思います。

#### 5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

●災害時にたとえば避難所や仮設住宅などに利用者が移られたりした場合、たとえば特定の研修をうけ特定の利用者に対してのみケアが実施出来ていた人がその場に行くことができない場合が想定されます。その場合に指導看護師を探すのはもっと困難を伴います。その場合には医師あるいは看護師等の資格のあるものによる臨時の認定を緊急避難で認める仕組みをあらかじめ用意しておけばよいと思います。

#### 4. 杉本 健郎委員（医療的ケアネット理事長） 篠原 文浩（指定発言者）

##### 【論点】

##### 1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）

※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

昨夜の書き込みの続きのような文で、設問の答えにはなっていないのですが、基本的な我々の考え方の視点をここで書きます。

「誰もが当たり前で暮らせる地域作り」「それに見合ったシステム作り」「医療は患者本人のためにあるもの」などの原則を議論し確認する。個別の社会参加を保障するのが「義務」であるという文化を根付かせる。障害児者への医療的ケアの歴史はその流れのなかにあった。それが高齢者福祉・医療の流れに取り込まれ、市場原理が優先するなかで「一部法制化」があると理解している。

介護保険の改正や自立支援法での重症児者への支援体系をみると、決して上記の文化を肯定するものではない。医療保険制度も市場原理のなかで制約を受けている。むしろ安上がりな福祉への医療的ケアの流し込みとさえ思える。高齢者胃ロウ60万人への対応に障害児者の医療的ケアが横取りされたような印象をぬぐえない。

地域でどんな重度の障害をもっている人も普通に生活する保障には、医療を抜きに考えられない。医療的ケアの始まりは医療から始まる。体に穴をあけ、より快適に生活するための道具を医療で付けることから出発する。医師・看護師の医療的ケアへの責任性は在宅生活にはいっても継続する。一部法制化で介護職中心の支援になっても責任の一端は外せない。

入院医療では「超重症児加算」が1992年から20年の歴史をもつ。しかもこれだけは点数アップし続けている。看護（現在の7:1看護体制であっても）の補完の意味ではじまった医療保険加算である。障害児者本人の病状はさほどかわらない同様の状態であっても退院するとなくなり、入院するとつく。高齢者は同じ状態であっても加算できない。

ショートステイに関しても、同じ人が利用しても、利用する施設によって1日26000円から8000円と大きく変わる。ところが「社会的入院」で医療保険（今回の改正で「正式」適応はダメだったようだ）をつかうと小児科なら40000円になる。この不平等、不公平、筋道が違う内容をもみても、問題点はみえる。超重症児の生活保障はトータルで考えないと「象の尻尾をなせている」ような感あり。

具体的提案として、①医療的ケア（医療行為のまま）の指示書には、できれば医療保険としての報酬単価をつける。②有効期限を1~2年内として、かならず医療のチェックを定期的に受け、指示書を医師の責任で改正・延長していく。③医師、看護師への医療的ケアの定期的研修会を保障する。日本小児神経学会は日本小児看護学会、重症児学会と共催して毎年研修会をひらいてきた。一部法制化で問われるのは介護職の研修だけではない。安全、快適なパーソナル・アシストの保障には緊急時も含めた医療との枠組み・連携が必須である。④これまで学校での医療的ケア指示には報酬もつかなかった。しかし主治医指示責任は明確にし、毎年それを更新していくことを主治医も了解した。実施者も主治医や校医（専門医）によって個別の生徒・児童のパーソナルアシスタントとして認定されてきた。この時の受け手責任は校長であった。

医療的ケアの一部法制化の行政議論は厚労省老健局からはじまり、社会援護局にも分けられ、「特定関係」ができたと理解しているが、今後は自立支援法や介護保険法内の議論だけではなく、医療政策、医療保険をもふくめた関連する担当局も加わり議論を継続すべきであり、地域での「重症児者支援」の視点をしっかり、時間をかけて議論すべきである。



## 2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について

\* 喀痰吸引等を医行為から外すことについて。

（「医行為から外す」は、検討会でもさんざん議論されたが結論は出ず、棚上げされています。このシンポジウムでは概念については将来的な課題として提案するにとどめ、とにかく、具体的な課題について、取り上げたい（たとえば、3以降の論点について）。

まずは、普及への第一歩として、とくに「特定の者」の研修を肯定的にとらえ、前に進めていくためにはどうしたらいいか。」ということを考えていきたいというのが、主催者側の願いです。

\*はずすことでどういうメリットが当事者にあるのか。介護者で担いきれるのか。吸引と経管栄養は支援の一部にすぎない。それだけを取り出すことに違和感をもつ。それよりも超重症児を地域で支援できるシステム（報酬体系もふくめて）を作る必要がある。

## 3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

・今回の法制化については、先日の会議でも指摘されてきたように「支援者（と呼ぶなら）を守る」という側面が強いのは事実で、行政担当者も「いかに違法行為を合法化するか？」という観点に立ちがちである。確かに法改正が行われた以上、その法に則っての実施というのが求められるのではあるが「なぜ法制化されたのか？」という原点を振り返るとき、そこに当事者の暮らしの充実や広がり、ということがどれだけ意識されてきたのか？ということをお問いたださなければならない。

・一方で研修事業実施者である行政の立場としては、国が定めた法と当事者との間で板挟みになって立ちすくんでいるという状況であったと理解する。そのためある自治体では「これぐらいでいいだろう」と安易に人数制限をし、ある自治体は「実態がわからないのに事業はできない」と慌てて実態調査に取り組み、ある自治体では当事者やその周辺の意見に耳を傾け「それならできるだけのをしよう」と動くという「地域差」を生み出してしまった。背景にはすでにそうした医療依存度の高い方々が地域社会の一員として「認知されている」のか「認知されていない」のか、ということが大きく影響したし、また様々な職能団体における地域格差が如実に現れた結果でもあるのではないだろうか、と推測する。

・以上のような様々な要因が絡み合っただけで自治体による実施状況に差異が生まれたと推測しているが、「当事者目線」で今回の法改正を捉え直す作業を行政とともにする中で、今回の法制化が当初想定していた「支援者を法的に守る」ということとは別に「支援者のスキルアップが当事者の生活の質を高めることにつながるのではないか？」という点や、「グレーだとかブラックだとか言われて、十分な学習の機会も持たずに実施してきたことに光をあてて、『実体化』していくことを通してケアの質を一定担保する機会にできる」という点、そして「そうした支援が必要な人がここにいるんだ！ということが立ち上がってくる」といったことが、行政の福祉サービスの対象として「認知される」ということにつながり、医療依存度が高い人も「当たり前」にひとりの存在である」ということを「行政が認知せざるを得ない」という状況を生み出す端緒となったと捉えている。たしかに今回の法改正が「ベスト」であるとは考えられないが、その課題を明確にしつつ全体像を捉え直すなかで、「ただ生きる」ということを肯定することができる仕組みであることにも気づいた。つまりこの法制化はスタート地点の設定において当事者を置き去りにしたが、結果としてこれまで「福祉の枠外」であり「医療も十分届かない」人のもとに、「福祉サービスとして生きることを支援する」ことを認知し「医療もそこに関わる」ことを求めている（それがいない、という人が拒否できないというのは課題だが）のだといえる。つまりこの法制化によって、「重い障がいがある人が生きることを支援する」ことが「結果として」生み出されたのであり、「治療の減衰」や「選択医療」などと喧伝されている意見について「結果として」許さないものとなる、と考えるに至った。

(京都府研修担当している篠原 NPO 理事の意見・杉本同意)

#### 4. 各地域で率先して行ってきた立場から、気付いた (いている) 点などについて

この意味は医療的ケアの実施 (介護職が?) それとも医療的ケアの流れ? 質問の意味がわかりにくい (杉本)  
・とにかく医療依存度が高い人が「ここにいるよ!」と伝え続けること。「その人も当たり前生きていくんだ!」と伝え続けること。「誰もが自分の人生を精一杯生きていいんだ!」と伝え続けること。(篠原理事)  
・そのためには「何が足りないのか?」「何が必要なのか?」「何をつくれればいいのか?」「何ができるのか?」とその人を中心において、共に考え続けること。そしてそれを伝えていくこと。

#### 5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

・震災時に限らず、緊急時の対応については考えうるすべてへの対応を事前に整えたとしても「想定外」ということが必ずあるのだろうと考える。従って想定できるリスクへの対応は普段から備えておくことは当然として、想定していなかった事態に見舞われたときに「まず自分にできることをする」ということに徹することがまず第一。その次に「誰ならこの事態に対応できるのか?」と思い出せるつながりを普段からもつこと。その上で、緊急時には緊急時の対応が必要であるということをできる範囲で備えておくこと。そういう意味で、非医療職であっても基礎的な医学的知識を求めて備えることは有用であるだろうし、何もできずに立ちすくむよりは、何かにチャレンジできるメンタリティと基礎的な知識や手技を身につけておくことは否定されるものではない。(篠原理事)

いまの疑問は、震災前、震災時、震災直後からこれまで、に一体何があったか? 医療的ケアが必要であった人たちがどのようなことになったのか。県を超えて当事者の視点でひとりひとり詳細な調査からはじまると思っている。震災のない大都市でさえ、医療的ケアが日常的に必要な人たちの居場所がないなかで、さらに厳しい条件の中でどうされたのかをしっかりとまとめきることは歴史的な課題と思っている。障害児者にかかわるヘルパーにかぎらず、医療者や地域も同様である。

余分なことであるが、いま小児神経学会として、上記をまとめる研究を震災地のいずれかの医科系大学に寄付講座 (2-3年がいい) を作ってやろうと理事会で討論中であるが、実現への壁は厚い。(杉本)

## 5. 平岡 久仁子委員

### 【論点】

#### 1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）

※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

- ・全国的に遅れているのではないかと思います。われわれが接しているごく少数の医療職が特別なのではないかとさえ感じます。
- ・危険を伴う医療行為には、医療職の責任において患者のすべてを管理しないといけない管理できる⇒管理するのが仕事であるという観念がこれまでの医療の中に醸成されて、その延長線上にパターンリズムがあり、医療者にとっても患者にとってもある意味で呪縛になっているように見えます。
- ・以下を提案します。

⇒今後は、医師・看護師に医療的ケアの研修を義務付ける。

当事者が医療的ケアと真っ先に出会うのは医師と看護師のいる医療機関ですから、そこで自分に必要な医療的ケアを理解しておかなければなりませんし、生活場面におけるケアの実際と、当事者とヘルパーへの説明・指導方法などを学習する場が必要です。それを、医師・看護師の生涯教育の点数として計上する。このような講習が最も必要なのは、大学病院などの大病院の医師・看護師だと思います。

⇒制度が始まったら、現在、医療的ケアを行っている事業者と当事者はなんとか形になるかも知れませんが、新たに導入する現場では混乱が大きいでしょう。地域のケア機関への周知・指導などに行政（介護保険・障害者自立支援担当）が深く関与して、連携の基盤づくりを義務化するくらいの係わりが必要だと思います。

#### 2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について

喀痰吸引等を医行為から外すことについて

（シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。）

たとえば手術室から出たばかりの患者には、医師と看護師が集中的にケアしますが、傷が落ち着いてくれば、自己管理方法を教えて外来でフォローし、もし悪化すれば、再入院などしてケアします。同様に、吸引や栄養注入についても傷が落ち着いて体調が整えば自己管理の範囲として「生活支援行為」とする、ただし、専門職による集中的ケアが必要な事態を見逃さないための日常的なパトロール機能を果たしつつ、喀痰吸引等を医行為としてケアするかどうか判断するのが、訪問医・訪問看護師の役割と考えます。

#### 3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

実施していないので回答できない。

#### 4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて

患者会側が、医療職の運動体などと連携する機会をもっと作ればよかったと思う。

また、医療的ケアについて広く多くの市民に理解を得るためには、町内会や老人クラブなどといった団体との協働も検討されてよいと思います。

#### 5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

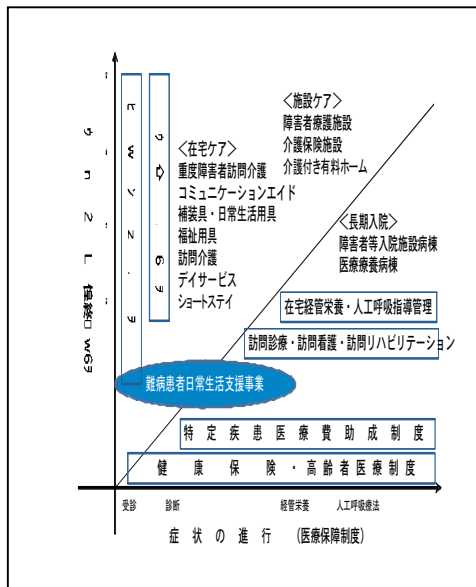
緊急避難の発想は、何があっても死なせない努力を続けるということに尽きると思うので、医療者が緊急避難のために必要と考えることは、すべてヘルパーに伝えるべきだと思います。

6. その他

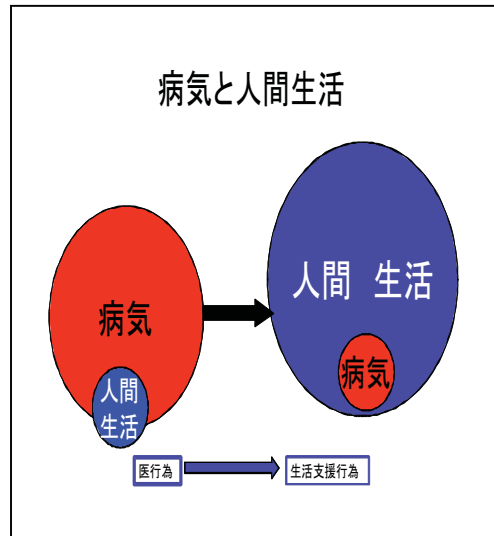
神経難病患者は、多くが大学病院などの特定機能病院で診断され気管切開や胃ろう処置などを受けるので、そこでは、医療的ケアが生活の中で安全に行われるように、使用する機器や最善の処置方法を検討する姿勢が求められます。

神経難病ネットワークなどで、専門医と在宅医との交流や共同診療といった取り組みの拡充を期待します。

<神経難病患者のための社会資源>



<生活の中の医療的ケア>



## 6. 米山 明委員（全国児童発達支援協議会、心身障害児総合医療療育センター小児科）

はじめに

平成24年4月の障害者自立支援法一部改正により、児童は「児童福祉法」の下で、障害種別の一元化がなされ各地域で支援が始まります。今まで区分されてきた、知的障害児、難聴幼児、肢体不自由児、重症心身障害児は、児童発達支援センター（福祉型、医療型）としてまた、児童デイサービスは児童発達支援事業として運営される事になりますが、全国児童発達支援協議会はその見据えて、各種障害の協議会等がまとまり平成21年に発足した組織です。

全国児童発達支援協議会の主に役員が所属する施設と当センター研修所で実施している全国通園職員研修会参加者に実施した、たんの吸引等について施設の現状との研修・制度に関するアンケートの結果と意見を踏まえて論点に沿って意見をまとめてみました。

### 【論点】

#### 1. 日本で特に遅れた地域でどう連携を作っていくのかについて（これが2/7の主題）

※医師、看護師等の医療職の協力が得られない実情をどのように改善していくか。

- ・各通園施設では、その対象児やその地域で医療的ケアが必要な児童が在籍する施設と在籍しない施設があるなど様々である。
- ・肢体不自由児・重症心身障害児施設等の医療職（医師／看護師）がいる（医療型）施設では、原則として看護師が行っているが、児童の場合多くの施設で保護者が付き添っており必要時は「吸引」は保護者が実施している（保護者の休養がとれず療育負担の軽減に繋がらない例もある）。一方、単独通園の場合は医療者が実施しているが、医療職の指導下で緊急時対応的に吸引を実施、通園バスによる送迎などの時に適時吸引を実施している地域もある。児童の特徴（吸引は成人と異なり個々の手技や器具の違いが多い。また体調の変化が早いなどの特徴）があるため、小児の特徴について知識のある医療職の確保が必要。

看護師が定着しない地域が多く、専門外の看護師もいる。不在時は止むを得なく医療職以外の職員が吸引を行うこともある。それらの現状を踏まえて、

- ・ 肢体不自由児施設等医療職がいる医療機関など、既に先駆的に実施している施設では介護職員が従事している。
- ・ 各種療育支援のための研修においては、たんの吸引等についての基礎的な講義を入れて啓蒙を図る。（保育士など介護職からの「不安」の訴えが多かった）
- ・ 心肺蘇生や AED の使用の研修と同じように緊急時の吸引方法などの講習を一般の緊急時対応のスキルの1つとして研修を行う。

#### 2. 医行為とそれ以外の行為の間の「生活支援行為」という概念について

喀痰吸引等を医行為から外すことについて

（シンポジウムでは将来的な課題として整理したい。ここでその合意形成を図りたい。）

平成24年4月からの障害種別の一元化を踏まえた地域での支援を考えた場合、「発達障害」のある児童数に比較すれば「医療的ケア」のニーズのある児童は少ないものの、重度障害NICU退院児などの在宅重度障害児のレスパイトケアも意識した、障害の種別や障害の重症度に関係なく児童が生活する地域で参加活動できるようなサービスを提供できる支援体制作りが求められていることを踏まえると、

- ・ 基本的には「生活支援行為」にして良いと思う。

しかし、上記したように小児の特徴があり、アンケートでも「全く知識がなく不安、怖い」と回答する指導員・保育士が多かったことを踏まえ、成人より強い医療連携は必須である。

そのため

- ・ 小児神経科医などの「医ケア」に詳しい医師の常在が多いとされる療育機関や医療機関との強い連携を図る施策を進める（例 医療型児童発達支援センターの専門知識のある医師や看護師による研修指導を福祉型児童発達支援センター職員へ実施するなど）
- ・ 障害児相談支援事業内容に入れ特別に「医ケア」指導の加算などをつける⇒医療連携加算が付いたが、医ケアの指導加算をつけて欲しい。（これが相談支援とどう結びつけるのか？）
- ・ 医師会においては、在宅医療、小児科医療の各分科会での啓蒙（学校医、保育所・幼稚園・子ども園医などへ積極的に）
- ・ 専門看護師（重症心身障害）の育成の促進（「医ケア」の指導の資格を与える）

3. 実際に府県から委託を受けて特定研修を行っている立場から気付いた点などについて

4. 各地域で率先して行ってきた立場から気付いた点などについて

- ・ 地域で、独自に、通園、特別支援学校、成人を含む重症心身児通園などで一般職による「医療的ケア」の手技の統一などを率先して実施している地域もあるが、それら実践にブレーキがかからないようお願いしたい。

- ・ 看護師が慢性的不足状態であるためその解消施策をお願いしたい。

5. 震災時におけるヘルパーの実施行為と緊急避難的な処置の研修の必要性について

- ・ 心肺蘇生やAEDの使用と同じように緊急時の吸引方法などの講習を行う。

6. その他

- ・ 今年度、研修を希望したが、介護職員の希望が多いため、今年度受講できない状況であった。

## 7. 富永 貴子委員（カンガルー統合保育園）

介護職員等による痰の吸引などについて「保育士の現状と問題点」

カンガルー統合保育園では、数年前より保育士による医療的ケアの実施を試みております。この度の法改正により予測される問題点など、あくまでひとつの園としての現状をご報告させていただきます。

### 1 保育士には基盤がない

- 保育士資格取得前からの学習による基礎作り
- 認定後も常にフォローできる体制

### 2 未就学世代

- 小児に詳しい医療者が寄り添う必要性
- 研修のカテゴリーを分ける

### 3 症例が極めて少ない

- 啓蒙（未だにその段階です）
- 行政始め管轄にとらわれず関る人全体で考えていく

以下、補足です。

#### \*保育士という職種について

もともと医療的ケアについて全く認識のない保育士が、当園に入職して初めて医療的ケアというものを知る、という0からのスタートが殆どです。保育士は資格を得る学習段階より医療についてはほぼ勉強していません。こどもの発達段階を学ぶ中で、よく掛かる病気や症状などは学んでも世間一般の方が得ている知識と同程度です。

当園の保育士も、学生時代障害児といえは知的障害、という認識だったそうです。

又、介護職の方々と違い医療だけでなく、倫理、危機への対応、他職種との関連性などの学習は組みまれていません。そのため、目の前のお子さんをみていく前にまず漠然とした不安が生まれて特殊性ばかり際立ってしまい、日々保育業務を覚えながらの医療的ケアは重荷となる場合が多いです。

そのため、まず学校でカリキュラムが組まれるべきと考えます。せめて基礎研修だけでも行われていれば、現場での導入がしやすくなります。

保育士は医療的ケアが主業務ではなく、保育をする人（ケアは保育の一部）です。

医療的ケアがあっても、沢山のお子さんのいるクラスの中で、どの様にしたら子どもらしい保育が出来るのが主業務になります。

#### \*未就学児という特殊性について

保育園では、0歳児から5歳児の小学校未就学児のお子さんが対象となります。早くから治療方針が定まっている方もいますが、病名も確定されていないお子さんや、主治医の先生も、現段階ではよくわからない病気という場合もあります。日々状態も変わりやすく、生まれてから今までなかった症状が出たり、医療的ケアが途中で必要となったり、必要なくなったりと目まぐるしい変化が見られます。予測が立てづらく、保護者の方もよくわからないまま進んでいるように感じます。

研修のテキストでも、小児についてはごく一部であり、数値なども成人とは大きく異なり、更に月齢年齢による違いが沢山あります。

研修については小児に特化したもの、もしくは保育、と分けたほうが良いと考えます。

#### \*保護者の考え方について

以前は退院も出来なかったお子さん達が家庭で過ごせる様になり、医療的ケアは保護者に任せられました。簡単な退院指導の後、傍に医療者がいない中で、保護者が奮闘して日々の中でケアを覚えていくのが現状です。地域では中々掛かり付け医が見つからない中、主治医(ほとんど大きな病院)に受診するには一苦勞であり、保護者の判断に委ねられる事が多いようです。保護者は独自の判断をせざるを得ない場合があります、当園でも、医師の指示とは異なる依頼を受けることがあります。

その依頼をどの様に受けるべきか、保育士にはさっぱりわからない事があり、主治医や園医に意図を確認したり、園で出来る内容を検討するには非常に時間と労力がかかります。ご希望通りに対応出来ない事に関して不満を抱かれる場合も少なくありません。保育士をフォローする看護師も、主治医の先生の指示が具体的に明確なものでないととても迷います。

当園は医療施設ではないので、体調の悪い時はお預かりが出来ません。必要物品や機材はすべて持参して頂いています。家庭の事、お仕事、育児、24時間のケアで疲れている中で保護者にとっては負担が大きいと思いますが、園としても出来る事が限られており、お預かりの仕方についてそれぞれの立場から意見を聞きたくさんの話し合いが必要となります。

#### \*保育士のフォロー体制について

ケアについて、手技を身に着ける事は、さほど難しくない様に思います。

出来るようになってからは、どの範囲まで看護師に報告するべきか、毎日の出来事でどの範囲が普通なのか、何CC、何センチまでが誤差なのか・・・どのタイミングで吸引するのがよいのか、この顔色は、咳の様子は、などなど、大変細かい部分を常により沿っていないと伝えられない事があります。

また、初めて出会う症状の場合はそれが異常なのかさえ分からないようです。

急変時の対応は頭で理解していても、実際はパニックに陥りどう対応したかすら記憶に残らない場合もあります。予測が出来ず簡単に見過ごしてしまう事もあります。

年単位でも指導が難しく、安全にお預かりできるかは認定後もしっかりとしたフォローが出来るかどうかにかかっていると思います。

又、今回の法改正について横浜市の保育運営課に問い合わせをした所、法改正があること自体知られていませんでした。県から障害福祉課には話があったようだが、保育は児童福祉法なので関与していないとの事。県で行う研修事業などお伝えしましたが、園独自で進めて下さいと言われていました。主治医の先生ももちろんご存知ありませんでした。

又、横浜市には保育コンシェルジュという立場の人がいますが、障害児のことは分からないので障害福祉課に聞いて下さいと言われてます。

保育園での医療的ケアは、未だに周知をすすめる段階のようです。



## 障害児・者に対するたんの吸引等の研修および制度の在り方に関するシンポジウム

司 会：

立岩 真也

立命館大学大学院先端総合学術研究科教授

川口有美子 NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会理事

パネリスト：

厚生労働省 障害福祉課 障害福祉課専門官

高木 憲司

フュージョンコムかながわ・神奈川県肢体不自由児協会理事長

江川 文誠

TILベンチレーターネットワーク呼ネット理事長

小田 政利

仙台往診クリニック院長

川島 孝一郎

NPO法人地域ケアさぼーと研究所理事

下川 和洋

全国身体障害者施設協議会副会長・ありのまま舎施設長

白江 浩

日本小児神経学会社会活動委員会委員長・理事

NPO法人医療的ケアネット理事長

杉本 健郎

NPO法人医療的ケアネット理事

篠原 文浩

NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会理事長

橋本 みさお

日本ALS協会理事療養支援部担当理事

平岡 久仁子

全国児童発達支援協議会・心身障害児総合医療療育センター外来療育部長

米山 明

### ●資料にもとづく制度説明

土生栄二障害福祉課長のあいさつ：

検討会やさくら会にお願いした試行事業、いろいろ議論をして法律が成立し、今年から施行されることは嬉しい。障害福祉課も特定の者の研修を中心に輪の中に入れてもらい一緒に前に進んでいきたい。

高木憲司専門官：制度のあり方に関する検討会を22年7月から9回開催してきた。これまで医療的ケアは運用において行われてきた。運用は法律において位置づけるべきではない、一部で対応できないなどの課題があった。

そこでより安全に医療的ケアを行うために検討会が立ち上げられた。大島先生が座長だった。これまでのたんの吸引の通知による取り扱い、在宅、特別支援学校、特別養護老人ホームで実施できるとされる行為がばらばらだった。

それを今回最大公約数的に制度化する。

かつてたんの吸引、経管栄養を医行為から外してしまおうという議論もあった。しかし一定の医療的コントロールのもとに行われることが安全な行為の実施に繋がる、実施者の介護職員と医療連携してやってもらうことから医行為という整理のままこの制度つくっている。介護職員の範囲については、介護福祉士や介護職員以外には教員なども入るので介護職員「等」とついている。

登録研修機関は都道府県知事が登録し、そこが研修を行う。

介護職員等が認定を受けるだけではたんの吸引できない。登録事業者に所属する介護職員ならできる。介護

職員個人が責任を負うのではなく事業者が責任とる。何かあったときすぐに連携をはかって緊急対応できるように。ヘルパーを育てることが可能な制度である。

施設の場合、介護職員は医師の指示のもと、痰の吸引等が行える。介護職員だけでは、できない医療行為もあるため、医師が行ったりしてきちんと役割分担をする。留意事項が変わったら医師か指示をだしてもらおう。すると連携しやすい。

在宅の場合、施設とやることは同じ。連携体制の中で位置づけにさせていただく。不特定多数は東京・大阪の2つの会場に集めて国の指導者講習を行い持ち帰り、県の指導者講習行い、指導者になる。特定者は在宅が多く、訪問看護師（など）が講師になる。

不特定はいろいろな（特に誰と決めることなく）人にたんの吸引ができる。

特定のほうは、別性が高い。その人だけの専用の勉強をする。

訪問看護師が指導看護師にならなければいけないというわけではないが、後々連携ということを考えると訪問看護師が指導看護師になる方が望ましい。

知っている人は知っているけれど、一度聞いただけではよくわからない複雑な制度。どう制度をうまく使っていくか。不特定多数と特定の者の研修の制度を2つに分けるとするのが1つの大きなポイント。今行われている医療的ケアを進めるために安全を確保しつつ、やりやすい形で制度を作っていくという会議の結果、2つの者が並立する形で出来たのではないだろうか。

## ●パネルディスカッション

江川文誠（フュージョンコムかながわ・神奈川県肢体不自由児協会）：重症心身障害児施設に普段は勤めている。フュージョンコムかながわは県から研修の委託を受けて研修行っている。医療的ケア事業については、医療関係者との連携が十分でない（土台がきちんと作られてない）ために研修がちゃんと行えない印象がある。

小田政利（呼ネット理事長）：ヘルパーもこれまで不安定なかたちで吸引などをしてきたのでヘルパー業務としてきちんと位置づけられる法制化はありがたい。また今まで自分で研修してヘルパーをまわしてきたため、訪問看護がヘルパーの研修につくのを認められて、ヘルパーが新しくつくときにこのままずっと自分の介助に入ってくれるかが心配。

川島孝一郎（仙台往診クリニック院長）：今回の制度がうまく活用できるのかどうかに焦点当てて欲しい。そのときに大事なことは、医療、介護、福祉、行政に共通認識ないといけないので生活機能、生活者を基盤にすべき。だが法制化で生活者主体になるのが疑問。

下川和洋（NPO法人地域ケアさぼーと研究所理事）：違法性阻却によるみなし認定の範囲はどこまで？

白江浩（全国身体障害者施設協議会副会長・ありのまま舎施設長）：医療と福祉の連携をどうとるか。違法性阻却のなかで対応できない部分どうしていくか。医療や福祉の現場で行われる管理権力についての心配。

杉本建郎（医療的ケアネット理事長）主治医責任に関して。責任をとれる指示書になるのか？例えば子供なら成長して吸引の仕方とか変わるかもしれないのに、一回の指示書でいいのか。

篠原文浩（医療的ケアネット理事）：最初は京都府の事業委託を受託するのか？について議論になった。それまで違法行為とされることを「必要なことは、きちんと学習して実施しよう！」と主張して、行政と対峙してきたから。だが生活者には必要なことなので委託を受けるということにした。京都府はほぼ制限せず必要な人は全員研修を受けてもらった。今まで実質的違法性阻却論でも対応してこれなかったことも表にちゃんと出そうということで事業を進めていっている。

橋本みさお（さくら会理事長）：長くつらい2年間だった。この制度を健やかに育ててほしいと願っている。

平岡久仁子（日本ALS協会理事）：今の制度の説明を誰がどのように行うのか。医療者は何がわかっているのか。どうやってわからせるのか。

米山明（全国児童発達支援協議会・心身障害児総合医療療育センター外来療育部長）：障害ある子供が可能な限り身近な場所で療育、福祉が受けられるよう策をこうじること、療育に関する教育など普及促進、職員の育成、環境づくり。今回のこともシステムとして作っていけるようにしたい。

川口有美子（司会）：昔は家族だけで介護するのが当然で、手伝ってくれる人はおらず呼吸器を付けるような人は病院へ行くものだったが、変わってきたと感じる。

---

#### ●すでに研修を行っている神奈川・京都・東京の報告

篠原（京都）：以前から、フュージョンコム神奈川さんや地域ケアさぼーと研究所さんなどと協力して、数年間のシュミレーター演習などの実績があった。特定の者の研修は実施できるが不特定多数はできない（看護師がやればよい）という立場でいる。委託受けてもらえないかと京都府から打診あったのは11月くらい。特定の者の研修の予算は1200万。京都府の2012年当初予算が3600万なので2400万は不特定に使われる。不特定養成者50人ということなので危険性をはらんでいると考えている。特に当事者が危険に晒されるのはいけないので最後まで折衝してやってきた。今は基本研修計画を行っている。ちなみにシュミレーター演習が終わっている人は300人。現場演習から実地研修に入る手順を京都府が教えてくれないので現場は焦っている。僕らの、地域で自分らしい生活を実現してもらおう立場からいうと、どこでその想いを伝えられるか。それは8h講義の中の2h（重度障害者等の自立生活）の講義の所でできるのではないか。

立岩真也（司会）：一つは京都で杉本さんたちが作ってきたネットワークがあってその土台の上に自前でできている。今回は全国的な制度としてあるわけで、きちんと出来てきた所がノウハウ踏まえて各地に伝えていく可能性がある。確かに今行っている所は、実績あるがそれを広げていく可能性がある。もう一つは、これは国の制度だが、実質的には色んな事業所でできる。でもどこがやってもいいというものではない（人数制限あるなど）。どこが主体とするかで研修で提供できるものが違う。それは普遍化できるし、するべきと思う。

江川（神奈川）：予算は京都の方が多い。うちは両方（不特定70人特定90人）行っている。現場先行。県の

担当者によると、是が非でも研修受けてほしいということだった。そういうかたちでケア実施事業所の医師看護師の伝達講習も開いたりした。今は実地研修に入っている。特定は歴史が長いので良いが不特定の方はこれからどう動くか不安を感じる。そして神奈川で来年はこうしていこうというポイントふたつ。①まず最初に、現場で連携する看護職、医師、訪看ステーションの指導者とか利用者を探す。②実地研修は当事者に負担をかけるのでニーズの縛り（本当にその人に関わるための研修としての位置づけ）を前提として研修申し込みを受ける。最後に、医療現場で将来の展望をあまり行わずケアが実施されてきて、家族の負担になってきた現実。生き死にに関する医療は控えた方が良いのではという昨今、生を肯定的に考え支援していくべき。

立岩：なぜ研修するのか、についてポリシーなど共有していく。

川口（東京）：さくら会は特定の者のモデル事業をおこなった。その理由は出来るだけ現場に即していることと、重度訪問介護の20h研修の中で吸引や経管栄養も教えられるから。まだ重度訪問介護の新カリキュラムがでていない。それが出たら各都道府県で20.5h研修で吸引、経管栄養も重度訪問介護の自社研修で習得できる。また吸引の練習をしていく中で信頼関係（看護師、ヘルパー、利用者）ができることが大事。橋本さんは現場のスタッフが仲良くてほしいということだけをただ願っていると思う。

立岩：法令は書いてあるふうでしかないものだが、できた過程も現場の人たちには大切である。研修できている所もあるが、そうでないところもある。そこで経過措置の状況についてどう理解したらよいか、複数の発言者からあった。厚労省の立場から経過措置について、見解を説明してもらおう。

下川（東京）：その前になぜ経過措置が大切なのかについて話をしたい。東京の「特定の者」研修では、経管栄養だけを対象にしている。経過措置である痰の吸引については、今回の研修会では設定されていない。既に痰吸引を実施しているその部分は、見なし認定されるから、あと1回4h研修受ければ経管栄養を行えるという方法をとっている。それだけで、既に研修希望者が1400人ほど出ているそうである。一方、障害者の通所施設では、特別支援学校等の方法を参考に、区や市など自治体も含めて実施体制を整えて対応してきている。もともと違法性の阻却で想定したのは「家族以外の者」であるから、そうした通所施設の職員も見なし認定されるべきだと考える。どこまでが認定の範囲とされ許されるのか？

高木：厚労省HPのQ&Aその1〜3から。その1「違法性阻却の運用の通知が、いつ廃止されるのか？」という質問への答え。「介護職員等による喀痰吸引等の実施については、従来、厚生労働省医政局長通知により、当面のやむを得ない措置として、在宅、特別養護老人ホーム及び特別支援学校において一定の要件の下に認めるものと取り扱っているが、当該通知について、新制度施行後は、その普及・定着の状況を勘案し、特段の事情がある場合を除いて原則として廃止する予定である。」これは通知の中身を制度化したということなので、建前的には新制度施行と同時に廃止される。新制度の普及・定着も見えていかないと、突然廃止すると研修受けたかったけど受けられなかった人が取り残されて4月以降に違法状態になる。だから「勘案し」という言葉を入れている。それと下川さんからの質問で、Q&Aその2の「違法性阻却の通知は、施設関係は特別養護老人ホーム、在宅はALS患者の在宅における取り扱いについてという通知がでている。これは在宅に限定される。障害者施設や通所事業所の職員は、経過措置の対象に含まれるのか」と同じ質問。回答は、含まれない。ただ、違法性阻却の通知の廃止そのものについては制度の定着や普及状況を勘案することになってい

るため4月以降も引き続き通知に基づく行為は実施可能。

立岩：Q&Aの「勘案し」というところは大きなポイントだと思う。やるべきことをやっていない以上、その限りにおいて必要やむをえず行われていることについて責任は問えないという認識を伴った文言だと感じる。事業所の撤退とかは医療的ケアの後退を招く危惧があるため、後退しないまたは少しは前進させたい。現場や事業所では責任問題を含めどのように、問題が持ち上がっているか、発言を求めたい。

白江：実務的にどう進めたかを話します。ありのまま舎が特定の者の委託を受けた理由は、元々障害福祉課との関係性があつたのと、元々施設内で医療的ケアを行っていたから。宮城県は受託費300万。定員は50人だったが、約150人の応募があつた。事業所数約50箇所のため1事業所に1人の計算となる。違法性阻却で今すぐやらなくても大丈夫な所は除き、指導看護師確保できる方を優先した。50人で締め切ったが、本人が亡くなったり指導看護師が見つからないなどで辞退する人もいたので47人でスタート。その中でも結局看護師が見つからない方もいた。とりあえず、基本研修だけ修了してもらおう手もあるのでスタートしようと県と決めた。

受講生には医療側と連携をとってほしいので説明書面とか、こちらから直接電話を掛けて説明した。

訪問看護協会からも文書出すようお願いしたが、県から何も連絡がないと叱られた。理由は現場だけでなく行政レベルでも連絡をとりあつてほしいから。医師会も同じ。包括指示書が必要だったので医者からも問い合わせがあつた。指示書料や訪問看護師の指導料は、研修費(300万)内で手当とする。指導料も小額だが出すと話し了解を得た。この制度のおかげで当事者と看護師、ヘルパーなどお互いにひとつのことで協議していく機会が出来た。こういった連携をこれから発展させていき、医者にも理解深めてもらいたい。来年度以降は、制度を広げていくとなると宮城では今年度並の予算では大変そう。

篠原：ちなみに京都は特定の者の予算は1200万。委託事業として受けているのは600万。募集は制限なしで行い、200弱事業所で650名(600万で)。

小川忍(日本看護協会)：制度についてはたんの吸引だけに矮小化しないで社会や関係者全体のなかで議論したい。

質問者1、伊藤加世子(千葉・りべるたす(ヘルパー事業所)の管理者)：

医師・看護師、家族だけでは、在宅で十分なケアの時間が確保できないためヘルパーがやむを得ず吸引しなければならぬ方や、在宅で暮らすことが難しい重度障害者は、これまで違法性阻却の中で医療行為を行ってきた。

またヘルパーの吸引は違法行為だと言われ、医療者と連携がしづらく、後ろめたさを感じながらやってきた。そんな中、今回の法制化でその後ろめたさからは脱却できる。しかし、法律において不安な点がある。現場で4月から責任を負いたくないからか、指示書を書かないと言う医者や、今後は吸引をしたくないというヘルパー事業所があり、混乱が生じている。それは、単に運用やそれぞれの責務・役割がわからないからではないかを感じる。今日はそれらを払拭し、混乱している現場にうまく運用を広めたい。その方法を、ひとつの事例を話した上で質問したい。

・事例・・・朝7時、家族が出かけた後のヘルパーだけの時間帯に、たんがとれなくなった。その日は往診日だ

ったので、ヘルパーが利用者と相談し、医者に電話で早めに来られないかと聞くと、9時ならいけますとのこと。利用者に尋ねるとそれで大丈夫というので電話を切った。その後、たんが取れず本人は苦しそう。しかし、普段こういうときは体位交換してれば取れるので体位交換しながら9時を待った。訪看ステーションにも連絡したほうがよいのではと思い、ヘルパーから本人に打診したが、時間外訪問料金がかかるということで本人に断られた。9時になり先生が来て、カニューレ交換をするとその半分くらいにたんが止まっていた。それを見て先生が、なぜ伝えてくれなかったのかといった。

こういうケースでの質問一点目…吸引して取れなかったとき、ヘルパーはどうしたらよいか。いつものようにやっても、とれないたんをとることに責任をもつのか。医療者に指示を仰ぐところまでに責任をもつのか。

二点目…医療関係者に連絡した時ヘルパーが利用者から色々うまく聞き出すにはどうすればよいか。

三点目…本人が緊急時に看護師を呼ぶと別料金とられることが多いので呼ばない方もいるが、そのときのヘルパーの対応は？

質問者2、塩田祥子（ケアサポートモモ所長）：弊社事業所は10年目。今までは行政・医療と連携して問題なくやってこれたが、本年度の経管栄養の研修について指導評価を訪看ステーションにお願いした所、一ヶ所だけ断られた。

理由ははっきりしない。ひとつ言われたのは「介護事業所から頼まれても・・・」。そこの所長からも、「引き受けはするが、介護事業所から頼まれただけでは・・・。どこからもこういう話を聞いていない。今初めてきいた」といわれた。

医師会の訪問看護ステーションも、医師会から決定がないとだめということなので、医師会会長に周知をお願いした所、快く引き受けてくれた。そして、特定の者の指導評価をうけるように周知した。だがここで問題なのは「介護事業所から頼まれてもね」という言葉だ。

国や医師会からとか、看護協会からとか、不特定・特定に関わらず指導評価について、何か説明をされて

いないのか？（・・・一点目）、

二点目…遷延性意識障害で介護保険しか使っていない人は、不特定の者の研修じゃないといけないのでは？

立岩：やりたくない事業所、一でなければ引き受けられない訪看ステーション。これは政策サイドとしてどこまでの指示ができるか。どういう意図のもとにこの政策があるのかという答え方もできるだろう。

高木：遷延性意識障害で介護保険のみの人のヘルパーは、不特定の者の研修を受けなければいけないのかという質問について。

先程紹介したQ&A3に載っている。ここでの質問は、「どういう時に特定の者の研修選択しうるか？」。回答は、「特定の者研修事業はALS等の重度障害者について、利用者とのコミュニケーションなど利用者と介護職員の個別の関係性が重視されるケースについて対応するもの。」

障害は限定されないが、例示するとすれば、ALS、筋ジス、頸損、遷延性意識障害などということなので、遷延性意識障害は特定の者研修を選択しうる。

次に訪看から断られた話について。資料12p参照。「介護事業所から頼まれてもね」というのは、医師から指示をしてほしいということなので、当該利用者の主治医・かかりつけ医にお願いして、訪看に指示してもらおうとよい。

指示文書料を請求された場合は、研修費用から捻出できる。

立岩：連携については、法制化の中で引き気味な部分が出てるが、各職種、現場の人たちがどう対応できるか、又はすべきなのかについて意見お願いしたい。

小川：職種間の連携が必要。現在は併設型よりふつうの事業所が多い。訪問看護師と介護職員が同じ事業所で働くというのを、いかに表に出していくか。また、今は小規模事業所多いが、24h365日ケアするには、大規模な事業所を政策で誘導していけばよい。

平岡：(伊藤さんの質問について) 昨年、各地の特定事例に関し、医療連携がどう行われているかの事例検討会を開催した。訪問介護の時間外料金は、高いのでこれを変えるべき。またたんがとりにくい状態を改善しておくための体調チェックをするのは医療側の責任。

私がよく使う対処例として、一次メンテナンスは当事者が現場で、二次は医療職による電話による指示でヘルパーも、三次はレスキューで専門職にやってもらう。

こういうことを医療側が判断して伝えておく必要がある。これからは現場での連携の仕方を研修するべき。医師などの専門職に対して障害者教育を。

川島：吸引は法律違反ではない。医師法に抵触するかもしれないが、憲法には抵触しない。上位法と下位法があるのに、医師法違反だとかいうのはおかしい。誰でも目の前の人を助けるのに限定条件はない。だから先ほどの事例は、ヘルパーが新しいカニューレに変えたって良い。人工呼吸器をつけている人が一番危険なのはカニューレの閉塞か開放である。危険ならば緊急避難で処置で何も問題ない。

伊藤：ヘルパーが管理をするということについて。緊急時、本人の意向を無視する場面がでてくるかもしれないので、どこまで管理するようになるのかが、懸念。緊急時に看護師呼ぶかという判断をさせていいのか。我々がある程度主導権をもっているのか。

高木：伊藤さんの疑問をまとめると、一点目・ヘルパーは異変時、医療に連絡をとることしかできないが、それでよいのか。取れないたんにも責任とるのか？二点目・たんがつまっている時に気付かなかったり、医療者に正しく電話で伝えらなかつたりした場合。電話の際、ヘルパーはどのように医療者に言えばいいのか、という医療者側への投げかけ。三点目・当事者がお金かかるから訪看呼ばないでというが、マニュアルでは呼ぶことになっている。ここで当事者、マニュアルどちらに従うべきなのか。医療側から見解ほしい。

川島：これは自分と当事者の気持ち。両方で折り合いがついてないということ。制度化して決める話ではない。両方で信頼関係つくことで解消する。次に、電話で適切な情報をあげられないのは、ヘルパーは医療従事者じゃないのだからそれでいい。それをカバーするのは医師や看護師の役割。ヘルパーは自分の知識のなかで行動すればよいが、異変時の緊急避難の知識をもっておくべき。アンビュバックを使えば何の問題もない。緊急避難に関する情報は研修に入れたら良いのでは。

立岩：生命の危機のときは緊急避難が強制される。人により知識技術でできない範囲もあるが。

小田：平岡さんの話に共感。自分の話をすると、たんが固くてつまってとれないのにも度合いがある。なか

なかとれず、アンビューバッグを使ったら（加圧したら）取れた時もあった。また一ヶ月くらいカニューレ交換できなかつた時は苦しかった。自分で夜中に電話して訪問医を呼び交換した。利用者は色々勉強すべきだが、責任を負うのは利用者だろうか？事業所の責任として、カニューレの知識はヘルパーに教えたほうが良いのではと思うが。

立岩：本人が本人の体の状態をわかるようにする知識が得られるような仕組みが必要だと思う。

米山：川島先生の意見に賛成。大きな病院を含めてカニューレ交換の指導を家族にしているところはほとんどない。カニューレを持たせると危険だから持たせないというのが多い。私の所ではカニューレ交換の指導とか、シュミレーションをしている。初期の段階のところは研修、指導がまだまだ教育できてないと実感。緊急避難をあたりまえに解釈してもらえるようにしたい。

〈会場から質問〉

山梨・広住：最初は予算の問題で不特定の研修しかなかった。

重要課題・・・研修が始まる時、医師の指示書の見本がなかったから作って高木専門官に確認すると大丈夫というので使ったが、県から医療機関に何も説明がなかったため批判された。医療機関に周知でない部分があるから、これからやりやすいように周知してほしい。あと、指導・訪問看護師は今までは在宅の利用者家族やヘルパーを指導する仕事があったが、それをしない事業所がでてきた。指導看護師がいないと行為ができないヘルパーがでる。ALS協会8事業所40名近く、自分たちでテキストづくりやってきている。国から医療関係者にもっと周知を出してほしい。あと、実地研修の研修指示書は承諾書とすり替える必要あるか？料金とる病院あるが、それはどうなるか？

高木：特定の者の研修を委託されている事例に、行政とタッグを組んで医師会などに働きかけるといいという話があった。今はうまくやれてきた事例のノウハウを広める時期にある。委託を受けた事業所は県と相談の上、県内の職能団体との連携をとっていけばよい。国も医師会、看護協会に説明にまわっている。各地の職能団体には各県から説明している。

医師の指示書の件で見せられたのはおそらく同意書だと思う。実地研修に際し、利用者と同意をしなければならない。医師から当該利用者について、十分に在宅で安定して暮らしているから実地研修で使って良いですよという同意。これは実地研修指導の指示と同じところでしていればよい。利用者との同意は別途とする。

杉本建郎（医療的ケアネット理事長）：今問われているのは川島先生の話だと思うが、それは通らない。いかに、医師会や看護協会が十分機能していないかだ。どうしたら理解がないエリアでこの仕組みをつくっていただけるか。流れがうまく動き出すのか、というのが今日の主題だったはず。その答えが出ていない。川島先生と意見は同じだが、なかなか実現ではそうはできない。また、遷延性意識障害の人もそうだが、重度心身障害のお母さん方は、病気の認知の過程がなかなか作り上げられない。病名わかればよいが、吸引と経管栄養2つの項目だけで子どもたちを理解するのは大変。大変なことに関わろうとする医療をつくっていくのか、そういうのはもういいという医療を認めるのか。

立岩：医療サイドは、学会含めてどの程度のことができるか、やるつもりかを聞きたい。



杉本：保険団体は医療保険に縛られる。医療保険は社会保障と一体ということで、一つ出たら一つ減らすという議論にある。その中に色々な連合体あって内科と外科の内保連と外保連ある。今回内科の方で小児科も子供達の社会的入院を基本的に一般病院で認めると小児科学会が出したが落ちた（予算がつかなかった）。お金がないから。指示料は今回の医療保険で付くとしたら新しい分野。それは、緑の本（診療報酬の）を開けて隅っこつつかないと出てこないような文言。それを基本的に中医協とか内保連・外保連含めて、高木さんが紹介した社会医務局だけど、医事課・療課とかに少しでもそのことの徹底を。

何のために指示料がついたのか？これは介護職のための一部法制化のための指示書なんだと一言付け加えるなどしたら、みんな敏感に反応すると思う。重箱の隅つつくような点数をとろうとする医療職がよい。それを見ればわかるだろうという保険の仕組みに任せるのではなく、ちょっとお知らせとか言葉を添えるなどすれば一気に流れる。その時にこれから指示書がとれることを言えば皆飛びついてくると思う。責任は伴うが。やはり訪看の所は訪問制限の3回を削ってくれとか特定疾患だとか、小児と大人にとって疾患がちがう、20歳になって切られるなどがものすごくある。高木さんの立場からすれば、決めたんだから読んでくれたらいい、医療職の人がそれを知るのは当然、というのもよくわかる。だが我々からしたら少し補足説明して徹底してくださいねって一個石を放り込んだら輪が広がる。当事者とか介護職員に丸投げせず、周知に格差のない形でこの法制化がうまくいくように我々が前に進みたい。

高木：ご指摘のところやっていきたい。もし指示料がつけば周知していきたい。

立岩：最後に。まとめると、一つは特定の使い方についての具体的な確認。それは努力の結果であって、そんなに規模が大きい所が主導権をとって出来る仕組み。それを伝える・知っていくという努力を行政じゃなくむしろ行ってきた人たちが広げていくべきだろう。もう一つは、世の中がどっちを向いて動いているか。今日の話のある種の危機感の基調に流れていたのは、日本でなんだかんだいって、人を生きさせてきた歴史が今どうなっているかということ。この制度ということよりも、大きなトレンドの中での危機感は、皆さんで共有してると思う。それがどうにかならないことには、細かい話は終わらせられない。いわゆる終末期医療という名前を関して語られる様々な出来事に関する関心や危機感を持ち続けなければいけない。つまり制度を使いやすくしていくことと、その中で国の医療全体をどういう方向に維持してゆく、又は前に向けるか。その二つが平行して語られなければならなかったが、非常に難しかった。

川口：委員・会場の皆様、是非こういう仕組みができたことを宣伝して味方を増やすような活動してください。昨日の報道である政治家が経管栄養をしている人を見てエイリアンと言った。我々は呼吸器とか経管栄養を必要とする人を支えてきてここにいるが、社会が否定的である。ここで共同声明を発表したい。

「私達はたんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする人の命を肯定し、ともに暮らせる社会を目指して、必要な医療と介護を提供します」。

このために私達は頑張っていくのです。

## IV

### 介護職員等によるたんの吸引等の実施に関するアンケート



## 介護職員等によるたんの吸引等の実施に関する調査

### － 調査協力をお願い －

たんの吸引等の実施における安全な行為、家族の負担軽減など介護サービスの基盤強化のため、平成 24 年 4 月より、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等（ヘルパー等）は、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できることになりました。

そこでこの度、たんの吸引等の現状を把握し、サービス利用者や介護者の皆様からのご意見を伺うことで、介護職員等によるたんの吸引等を適切に展開するため、アンケートを実施することになりました。

この調査は無記名です。回答いただいたご意見は、すべて統計的に処理するため、個人が特定されたり個人の情報が漏れることは一切ございません。

調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力の程お願い申し上げます。

#### 《ご記入にあたって》

1. 2～6 ページはサービス利用者の方、7～9 ページは主な介護者の方がお答えください。10 ページはどなたでもご記入ください。  
ご本人がお答えになれない場合は、代わりにご家族の方がご本人のお立場になってお答えください。
2. 回答はエンピツかボールペンでご記入ください。
3. 質問項目は  内の選択肢の番号に○印をご記入ください（質問文のあとの○は1つのみ、○はいくつでも、の指示に従ってお答えください）。また、数字を記入する項目には具体的な数値をご記入ください。できる限り空欄を残さず、すべての質問にお答えください。
4. ご記入いただきましたアンケートは同封の封筒に入れ、平成 24 年 2 月 12 日（日）までにポストへ投函してください。

#### 【問合せ先】

NPO 法人 ALS/MND サポートセンター  
さくら会 川口 有美子・小長谷 百絵  
TEL:03-3383-1337 FAX:03-3380-2310  
〒164-0011 東京都中野区中央 3-39-3

#### 【調査票送付先】

株式会社 山手情報処理センター  
〒114-0015 東京都北区中里 2-18-5  
「介護職員等によるたんの吸引等の実施に関する調査」係

※サービス利用者の方（サービスを実際に受けている方）にお聞きします

問 1. アンケートに回答された方に○をつけてください（○はひとつ）

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. サービス利用者本人                   |
| 2. 代読・代筆してもらい、サービス利用者本人が回答     |
| 3. ご家族が本人の考えを想像して回答            |
| 4. その他（                      ） |

問 2. 訪問介護サービスの利用年数はどれくらいですか（○はひとつ）

- |            |           |           |
|------------|-----------|-----------|
| 1. 1年未満    | 2. 1～3年未満 | 3. 3～5年未満 |
| 4. 5～10年未満 | 6. 10年以上  |           |

問 3. 現在、介護保険の認定を受けていますか（○はひとつ）

- |                 |           |        |
|-----------------|-----------|--------|
| 1. <u>受けている</u> | 2. 受けていない | →問 4 へ |
|-----------------|-----------|--------|

付問-1. 介護度はどの程度ですか（○はひとつ）

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. 要支援 1 | 2. 要支援 2 | 3. 要介護 1 | 4. 要介護 2 |
| 5. 要介護 3 | 6. 要介護 4 | 7. 要介護 5 |          |

付問-2. 介護保険による訪問介護サービスの時間は1日あたりどれくらいですか（○はひとつ）

- |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 1時間 | 2. 2時間 | 3. 3時間 | 4. 4時間 |
| 5. 5時間 | 6. 6時間 |        |        |

問 4. 現在、障害者自立支援の認定を受けていますか（○はひとつ）

- |                 |           |        |
|-----------------|-----------|--------|
| 1. <u>受けている</u> | 2. 受けていない | →問 5 へ |
|-----------------|-----------|--------|

付問-1. 障害程度区分はどの程度ですか（○はひとつ）

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 区分 1 | 2. 区分 2 | 3. 区分 3 | 4. 区分 4 |
| 5. 区分 5 | 6. 区分 6 |         |         |

付問-2. 障害者自立支援による訪問介護サービスの時間は1ヶ月あたりどれくらいですか

月（            ）時間
-------------------

問 5. 重度訪問介護を利用していますか (○はひとつ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問 6. 介護保険による訪問介護や重度訪問介護、居宅介護等を合わせたヘルパーの総利用時間は月にどれくらいですか (○はひとつ)

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 100 時間未満 | 2. 300 時間未満 | 3. 500 時間未満 |
| 4. 600 時間未満 | 5. 600 時間以上 |             |

問 7. あなたの家に来るヘルパーさんは決まっていますか (○はひとつ)

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 決まっている (特定のヘルパーさんが来る)   |
| 2. 決まっていない (不特定のヘルパーさんが来る) |

問 8. あなたには以下のようなヘルパーさんがいますか (○はいくつでも)

- |                      |
|----------------------|
| 1. 深夜や早朝夜間に吸引をするヘルパー |
| 2. 長時間の見守りをするヘルパー    |
| 3. どちらもいない           |

問 9. あなたは以下のようなヘルパーさんを望みますか (○はいくつでも)

- |                      |
|----------------------|
| 1. 深夜や早朝夜間に吸引をするヘルパー |
| 2. 長時間の見守りをするヘルパー    |
| 3. どちらも望まない          |

問 10. ヘルパーさんの仕事についての満足度をお答えください (○はひとつ)

- |          |         |              |
|----------|---------|--------------|
| 1. とても満足 | 2. まあ満足 | 3. どちらともいえない |
| 4. やや不満  | 5. 不満   |              |

問 11. あなたは経管栄養をしていますか (○はひとつ)

1. している      2. していない →問 12 へ

付問-1. 経管栄養をしている期間をご記入ください

約      年      ヶ月間

付問-2. どこから栄養を摂取していますか (○はひとつ)

1. 胃ろう又は腸ろう      2. 経鼻(鼻に入れた管)

付問-3. あなたに経管栄養をしている方はどなたですか (○はいくつでも)

1. 家族      2. 医師      3. 看護師・准看護師      4. ヘルパー  
5. 家政婦      6. ボランティア      7. その他 (                      )

問 12. あなたは人工呼吸器を装着していますか (○はひとつ)

1. している      2. していない →問 13 へ

付問-1. 人工呼吸器している方は装着期間をご記入ください

約      年      ヶ月間

問 13. あなたは吸引が必要です (○はひとつ)

1. 必要      2. 必要ない →問 14 へ

付問-1. 吸引が必要になった期間をご記入ください

約      年      ヶ月間

付問-2. あなたはどこの吸引を必要としていますか (○はいくつでも)

1. 口腔内      2. 鼻腔内      3. 気管カニューレ内部

付問-3. あなたに吸引をしている方はどなたですか (○はいくつでも)

1. 家族      2. 医師      3. 看護師・准看護師      4. ヘルパー  
5. 家政婦      6. ボランティア      7. その他 (                      )

《たんの吸引等の制度について》

これまで介護職員等（ヘルパー等）によるたんの吸引等は、当面のやむを得ない措置として一定の要件のもとに運用されてきましたが、将来にわたって、より安全な提供を行うために以下のように法制化となりました。

「平成 24 年 4 月から、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等（ヘルパー等）においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で『たんの吸引等』の行為を実施できることとなります。」

※家族、医療職以外の方でたんの吸引等の行為を行う場合は研修を受けていただくこととなります。研修についてはそれぞれの事業所へお問い合わせください。

問 14. 上記の制度のことをご存知でしたか（○はひとつ）

1. 知っていた      2. 知らなかった      →問 15 へ

付問 - 1. どこから上記の制度の情報を得ましたか（○はいくつでも）

- |                |   |
|----------------|---|
| 1. 日本 A L S 協会 | 2. その他の団体（                      ）               |
| 3. 新聞          | 4. 訪問看護師      5. ヘルパー                           |
| 6. 医師          | 7. 市町村(保健師)      8. その他（                      ） |

問 15. 上記の説明文のように介護職員（ヘルパー等）が一定の条件の下で「たんの吸引等」ができることについて、あなたのお考えをお聞かせください（○はそれぞれひとつずつ）

	そう 思う	う や や そう 思	思 わ な い	あ ま り そ う	い そ う 思 わ な
(1)法制化された(国が決めた)ことなので安心	1	2	3	4	
(2)家族の負担が減ると思う	1	2	3	4	
(3)たんの吸引等ができるヘルパーさんが増えると思う	1	2	3	4	
(4)今のヘルパーさんにたんの吸引等の研修を受けてもらいたい	1	2	3	4	
(5)今までもヘルパーさんが「たんの吸引」をしていたので法制化後も特段の問題は感じない	1	2	3	4	
(6)医師、看護師がヘルパーさんにやさしく指導してくれると思う	1	2	3	4	



	そ う 思 う	う や や そ う 思	思 わ な い	あ ま り そ う	い そ う 思 わ な
(7) 看護師が訪問しなくなる心配がある	1	2	3	4	4
(8) 人工呼吸器の装着を決断しやすくなる	1	2	3	4	4
(9) 一人暮らしも可能になる	1	2	3	4	4

問 16. 「介護職員（ヘルパー等）が、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できる」ことが法制化されたことについてどのように思いますか  
(○はひとつ)

- |            |           |             |
|------------|-----------|-------------|
| 1. とても良かった | 2. まあ良かった | 3. なんともいえない |
| 4. やや良くない  | 5. 全く良くない | 6. わからない    |

《サービス利用者(サービスを実際に受けている方)自身についてお答えください》

問 17. 性別をお答えください (○はひとつ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問 18. 年代をお答えください (○はひとつ)

- |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 10代 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 | 5. 50代 |
| 6. 60代 | 7. 70代 | 8. 80代 | 9. 90代 |        |

問 19. 現在お住まいの都道府県をご記入ください

--

問 20. ご家族とお住まいですか、お一人でお住まいですか (○はひとつ)

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| 1. 同居人がいる | 2. 一人暮らし →問 21 へ |
|-----------|------------------|



付問-1. 同居人はどなたですか (○はいくつでも)

- |              |            |          |
|--------------|------------|----------|
| 1. 配偶者       | 2. 子ども     | 3. 子の配偶者 |
| 4. 兄弟・姉妹     | 5. 父母・義父母  | 6. 孫     |
| 7. その他の家族・親族 | 8. その他 ( ) |          |

※以降の問は利用者を主に介護しておられる家族の方(1名)にお聞きします  
複数の方で介護している場合は主な介護者の方がお答えください

問 21. 性別をお答えください (○はひとつ)

- |      |      |
|------|------|
| 1. 男 | 2. 女 |
|------|------|

問 22. あなたの年代をお答えください (○はひとつ)

- |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 10代 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 | 5. 50代 |
| 6. 60代 | 7. 70代 | 8. 80代 | 9. 90代 |        |

問 23. お仕事をされていますか (○はひとつ)

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. 常勤 | 2. パート | 3. していない |
|-------|--------|----------|

問 24. 患者さんとのご関係は次のうちどれですか (○はひとつ)

- |        |           |      |      |      |
|--------|-----------|------|------|------|
| 1. 配偶者 | 2. 嫁      | 3. 婿 | 4. 母 | 5. 父 |
| 6. 子ども | 7. その他( ) |      |      |      |

問 25. ご家族の中であなた以外に、介護の代替者はいますか (○はひとつ)

- |       |        |         |
|-------|--------|---------|
| 1. いる | 2. いない | →問 26 へ |
|-------|--------|---------|

付問 1. 介護の代替者は次のうちどなたですか? (○はいくつでも)

- |        |           |      |      |      |
|--------|-----------|------|------|------|
| 1. 配偶者 | 2. 嫁      | 3. 婿 | 4. 母 | 5. 父 |
| 6. 子ども | 7. その他( ) |      |      |      |

付問 2. 介護の代替者の合計人数をご記入ください

人
---

問 26. 介護期間はどのくらいですか (○はひとつ)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 10年以上    | 2. 5年以上10年未満 |
| 3. 3年以上5年未満 | 4. 1年以上3年未満  |
| 5. 1年未満     |              |

問 27. あなたは現在1日何時間ぐらいお世話をされていますか (○はひとつ)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 20時間以上      | 2. 12時間以上20時間未満 |
| 3. 6時間以上12時間未満 | 4. 3時間以上6時間未満   |
| 5. 3時間未満       |                 |

問 28. ヘルパーが急に訪問できなくなった時、家族のみで介護はできますか（○はひとつ）

1. できる	2. できない
--------	---------

問 29. 経済的な余裕はありますか（○はひとつ）

1. ある	2. 少しある	3. 普通
4. あまりない	5. 全くない	

※問 30 と問 31 は 10 年前実施した調査と同じ質問をしております。そのため最近「介護」と呼ばれることが多いのですが、あえて「世話」としてお聞きいたします。

問 30. 今のお気持ちについてお伺いいたします（それぞれ○はひとつずつ）

項 目	そう思わない		そう思う	
	全く	あまり	少し	強く
(1) 世話はたいした重荷ではない	1	2	3	4
(2) 趣味・学習や社会活動のために使える時間が持てなくて困る	1	2	3	4
(3) 世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう	1	2	3	4
(4) 世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	1	2	3	4
(5) 病院か施設で世話をしてほしいと思うこともある	1	2	3	4
(6) 世話で家事やその他に手が回らなくて困る	1	2	3	4
(7) 世話が私の手におえなくなるのではないかと いう心配がある	1	2	3	4
(8) 患者さんのことで近所に気兼ねしている	1	2	3	4
(9) 少しでも代わってくれる親族がいれば、ありがたいと思う	1	2	3	4
(10) 世話で精神的にはもう精一杯である	1	2	3	4
(11) 患者さんを自分が最後までみてあげたいと思う	1	2	3	4
(12) 世話をしていると自分の健康のことが気になってしまう	1	2	3	4

問 31. 以下の質問票は、主にお世話をされているあなたの、お疲れ具合をみるものです。最近、以下の症状や兆候がありますか。あるもの全て、( )の中に✓を付けて下さい。✓の数が多いほど、疲労が蓄積されていますので、どうぞご自愛下さい。

特性	項目	特性	項目
不安 徴 候	( )心配事がある	スト レス 度	( )ちょっとしたことでも怒り出すことがある
	( )理由もなく不安になることがある		( )気が高ぶっている
	( )近頃、できもしないことを空想する		( )いろいろなことが不満だ
	( )何となく落ち着かない		( )なんということなくイライラする
	( )何とかしようとしても、いろんなことが頭に浮かんできて困る		( )すぐどなったり言葉づかいが荒くなってしまう
	( )自分が他人より劣っていると思えてしかたがない		( )思い切りケンカでもしてみたい
	( )気がちって困る		( )むやみに腹が立つ
	( )誰かに打ち明けたい悩みがある		( )物音や人の声がカンにさわる
	( )些細なことが気になる		
	( )夜、気がたって眠れないことが多い		
抑 う つ 状 態	( )生きていてもおもしろいことはないと思う	一 般 的 疲 労	( )動作がぎこちなく、よく物を落としたりする
	( )一人きりでいたいと思うことがある		( )全身の力が抜けたようになることがある
	( )友人とのつきあいなどがおっくうである		( )しばしば目まいがする
	( )自分がいやでしかたがない		( )全身がだるい
	( )話をするのがわずらわしい		( )腰が痛い
	( )することに自信がもてない		( )体のふしぶしが痛い
	( )このところボンヤリすることがある		( )目がかすむことがある
	( )何かでスパークとウサばらしをしたい		( )目が疲れる
	( )自分の好きなこともやる気がしない		( )よく肩がこる
	( )何をやっても楽しくない		( )眠りが浅く、夢ばかりみる
( )ゆううつな気分である	( )足がだるい		
( )根気が続かない	慢 性 疲 労	( )日々くたくたに疲れる	
( )ものを読んだり、書いたりする気になれない		( )朝起きたときでも疲れを感じることも多い	
( )動くのがおっくうである		( )横になりたいくらい疲れる	
( )毎日眠たくてしょうがない		( )疲れがとれない	
		( )ほっとくつろぐ時間がない	
		( )食欲がない	
気 力 減 退	( )仕事を手につかない	身 体 不 調	( )頭が重い
	( )何ごともめんどくさい		( )寝つきが悪い
	( )考えごとがおっくうでいやになる		( )胃腸の調子が悪い
	( )すぐ気力なくなる		( )朝起きた時気分がすぐれない
	( )元気がでない		( )気分が悪くなったり、はき気がする
	( )頭がさえない		( )やせてきたようだ
	( )何となく気力がない		( )よく下痢をする

調査ご協力ありがとうございました。

最後に、今回の改正やケアの問題点など、ご意見がございましたらご自由にお書きください。(スペースが足りなければ余白もお使いください)

ご記入が終わりましたら、ご面倒ですが記入漏れのないことを今一度チェックしてください。

ご記入いただいたアンケートは同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、平成24年2月12日(日)までにポストへ投函してください。  
よろしくお願ひ申し上げます。

ご協力ありがとうございました。

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施に関するアンケート

### 【研究の背景】

本研究の対象者である筋萎縮性側索硬化症(以下 ALS)は、脊髄および延髄の運動神経がおかされ、治療法が確立されていない進行性の疾患で、一般に3～5年で呼吸筋麻痺により死に至るといわれている。しかし現在、医療機器の進歩や医療制度の改革などにより在宅で長期に人工呼吸器(以下呼吸器)を使用することが可能になり、多くの患者が人工呼吸器を装着して病院施設や在宅で生活をしている。疾患の進行のため呼吸器装着という選択は呼吸困難などの身体症状を緩和し、生存の価値を実感できる選択であるが、その反面多くの人手を必要とし、家族が介護の中心となりその負担は大きい。

介護の負担に関して言えば、介護は旧来女性の仕事であり、妻や嫁の立場のものが担い、男性社会では当然のこととしてあまり問題にはされていなかった。しかし、戦後、家族制度の崩壊や、女性の高学歴化、社会進出によって介護環境の改善が求められるようになり、脳卒中の後遺症や認知症の患者を介護する家族の負担に関する研究が数多くなされた結果、日本でも介護を家族だけで担う社会から脱却するために、介護の社会化を目指して介護保険制度が2000年に成立した。

一方東京都では1974年に、全身性の障害をもつ脳性マヒの障がい者を対象とした「全身性障害者介護人派遣事業」によって自薦パーソナルアシスタント登録の制度が開始となった。24時間の介護を必要とするALSの患者の介護も、この自薦ヘルパー制度によって呼吸器をつけての家族以外の他人介護による在宅療養が可能となった。しかしこの制度は介護保険制度開始の時点ではほんの一握りの患者家族の利用にとどまっていた。その後2000年以降の度重なる介護施策改革では、訪問看護ステーションを重複して使用できるようになり、さらに家族以外のたんの吸引が条件付で容認された。また、呼吸器に対応できる介護派遣事業所が少ないとはいえ介護保険の利用や障害者自立支援法によって重度訪問介護従事者資格を取得したヘルパーによって安定的に長時間の他人介護も拡充してきた。

また、たんの吸引等の実施における安全な行為、家族の負担軽減など介護サービスの基盤強化のため、平成24年4月より、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等(ヘルパー等)は、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できることになった。

このように介護保険開始の約10年前に比べ全身性の障害を持つALS患者の在宅療養体制は整い介護環境は改善しつつあるといえる。

### 【研究の目的】

介護保険法成立以来ALS患者の在宅介護の環境は改善したといえるが、家族の介護負担が軽減し、家族は楽になったのかという検証は未だされていない。また10年を経て、たんの吸引等の現状を把握し、介護職員等によるたんの吸引等を適切に展開するため、サービス利用者や介護者からの意見と、介護負担感や蓄積的慢性疲労の特徴を明らかにする。その上で2000年介護保険開始直後に行われた10年前の調査結果と同様の質問紙による本調査結果との比較で重度訪問介護従事者養成など介護負担の軽減を目指した活動の評価をすることが目的である。

### 【研究の意義】

2000年の介護保険法ではALSもその対象疾患となり介護保険法によりヘルパーの派遣が可能となった。しかし介護士による吸引など医療的ケアは触法行為となり、30分おきに吸引を必要とするようなALS患者の家族

にとっては患者のそばを離れられないという状況はかわらなかった。

そこで日本ALS協会では吸引問題早期解決委員会（委員長、海野幸太郎）を設置し署名活動を展開し2003年には「在宅ALS患者の療養環境の現状にかんがみ、当面やむを得ない措置」として、ALS患者に限って3年間の時限つきで家族以外のものにも吸引を容認する方向でまとまった。重度訪問介護従事者養成事業ではたんの吸引等の医療的研修を取り入れたモデル事業を行うことにより、更なる介護環境の改善を目指すものであったが、重度訪問介護を受けている利用者を主に介護する家族の介護負担感と疲労感の評価を行うことによってこの事業の妥当性が保証され今後も各地で同様な事業を展開する際の確証となる。

## 【方法】

### 1) 調査方法

日本ALS協会を通じて無作為抽出した1000名の患者会員及び患者を介護する家族会員に郵送法にて依頼。調査票は郵便による返送で回収する。調査票の返送を持って同意とする。

### 2) 調査項目

本研究の枠組みはストレス認知理論を介護場面に適応させた家族介護ストレスの分析モデル<sup>1)</sup>を基礎として作成した質問紙によって構成されている。調査内容は、客観的負担すなわち一次ストレスにALS患者の特徴を加え、認知的評価である介護負担感、介護負担のストレス反応を測るために蓄積的慢性疲労徴候調査（以下CFSI）、そしてそれらに影響を与えているだろうと思われるリソースを質問項目とした。各項目の具体的内容は以下のとおりである。

#### （1）家族介護に関連する基礎項目

患者の背景（性、年齢）、病態（医療行為の有無、呼吸器装着の有無と期間）、日常生活状況（介護保険の介護度、身障者手帳の有無と級）、介護者の続柄、家族状況、社会資源（介護保険のサービス内容、全身性障害者介護人派遣制度などの利用など）、介護状況（期間、一日の世話時間、代替者の有無、経済的余裕感）である。

#### （2）蓄積的慢性疲労徴候調査(CFSI)

CFSIは、越河ら<sup>13)</sup>が、労働者の疲労を多角的に測定するために考案したものである。近年横山らは、一部文言を変え7特性61項目にて介護者の疲労度を測定し、信頼性・妥当性を得ている。

#### （3）介護負担感尺度

在宅痴呆高齢者の家族の介護に対する認知的評価を測定する尺度として、Zaritや、中谷らの介護負担感尺度がよく知られているが、ALS患者を介護する家族の介護負担感尺度は開発されていない。ALSは、進行性の疾患であるが、知的レベルの低下はみられないなど痴呆高齢者とは一次ストレスが異なる。しかし、中谷らが作成した主観的介護負担感尺度は、ストレス認知理論を基本概念として日本人向けに開発されており、多くの研究に使用され、文言も洗練されている。「精神的に精一杯」などの介護による一般的な負担項目、コーピング行動としての「介護の継続意志」の因子が抽出されており、ALS患者を介護する家族の介護負担感を測定する尺度として妥当であると考えた。各項目毎に「まったくそう思わない」から「非常にそう思うまで」負担感が軽い順から1点～4点で採点する。

#### （4）一定の条件下でのたんの吸引等の行為についての意見

平成24年4月より、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等（ヘルパー等）は、一定の条件下で「たんの吸引等」の行為を実施することが可能になったことに対する意見項目

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施に関するアンケート結果

### 1. 属性について

「介護職員等によるたんの吸引等の実施に関する調査」のアンケート回答者は計 397 人（39.7%）である。そのうち 227 人（57.2%）が、ご家族が本人の考えを想像して回答し、代読・代筆してもらい、サービス利用者本人が回答した人が 112 人（28.2%）、サービス利用者本人は 33 人（8.3%）であった。

訪問介護サービスの利用年数は、5 年～10 年未満の人が 95 人（23.9%）で一番多く、次に 1 年～3 年未満の人が 83 人（20.9%）、3 年～5 年未満の人が 69 人（17.4%）であった。

介護保険の認定については、「受けている」人が 361 人（90.9%）と圧倒的に多く、「受けていない」という人は、23 人（5.8%）であった。

介護保険の認定を受けている人の中で、介護度については、「要介護 5」が 287 人（79.5%）と一番多く、次に「要介護 4」が 19 人（5.3%）、「要介護 3」17 人（4.7%）となっている。

また介護保険による訪問介護サービスの 1 日あたりの時間については、「2 時間」が 101 人（28.0%）、「1 時間」が 97 人（26.9%）、「3 時間」が 51 人（14.1%）であった。

障害者自立支援の認定については、「受けている」人が 187 人（47.1%）、「受けていない」人が 182 人（45.8%）であった。

障害者自立支援の認定を受けている人で、障害程度区分は「区分 6」が 187 人中 129 人（69.0%）と一番多かった。

重度訪問介護の利用については、「利用している」人が 145 人（36.5%）、「利用していない」人が 225 人（56.7%）であった。

介護保険による訪問介護や重度訪問介護、居宅介護等を合わせたヘルパーの総利用時間は、月に 100 時間未満という回答が 397 人中 193 人（48.6%）と半数近くを占めた。

### 2. 人工呼吸器と吸引について

人工呼吸器について「装着している」人は 249 人（62.7%）で、「装着していない」人は 133 人（33.5%）という結果であった。

人工呼吸器を装着している人の装着期間については、平均 6 年 6 ヶ月であった。

吸引の必要性について、「必要」な人は 397 人中 295 人（74.3%）で、「必要ない」人は 88 人（22.2%）であった。

吸引が必要な人で、必要になった時期は平均 5 年以上だった。

主に吸引をしている人については、295 人中 264 人と家族が最も多く、次いで看護婦・准看護婦が 226 人、ヘルパーが 154 人、医師が 29 人であった（複数回答）。

### 3. たんの吸引等の制度について

たんの吸引等の制度についての認知においては、「知っていた」人が 397 人中 341 人（85.9%）、「知らなかった」人が 49 人（12.3%）となった。

たんの吸引等の情報を得たところに関しては、341 人中 236 人が日本 A L S 協会からと多く、次に新聞からが 106 人、訪問看護婦が 88 人、ヘルパーが 49 人であった。

介護職員（ヘルパー等）が一定の条件の下で「たんの吸引等」ができることについて、「法制化された（国



が決めた) ことなので安心」という項目に「そう思う」と答えた人は、397人中150人(37.8%)、「ややそう思う」と答えた人は133人(33.5%)、「あまりそう思わない」と答えた人は73人(18.4%)、「そう思わない」と答えた人は23人(5.8%)だった。

「家族の負担が減ると思う」という項目については、「そう思う」と答えた人が225人(56.7%)、「ややそう思う」と答えた人が89人(22.4%)と全体の半数以上を占めた。

「たんの吸引等ができるヘルパーさんが増えると思う」という項目については、「そう思う」と答えた人が185人(46.6%)、「ややそう思う」と答えた人が102人(25.7%)と大半を占めた。

「今のヘルパーさんにたんの吸引等の研修を受けてもらいたい」という項目については、「そう思う」と答えた人が229人(57.7%)、「ややそう思う」と答えた人が54人(13.6%)、「あまりそう思わない」と答えた人は42人(10.6%)、「そう思わない」と答えた人は21人(5.3%)であった。

「今までもヘルパーさんが「たんの吸引」をしていたので法制化後も特段の問題は感じない」という項目については、「そう思う」と答えた人が133人(33.5%)、「ややそう思う」と答えた人が69人(17.4%)、「あまりそう思わない」と答えた人は48人(12.1%)、「そう思わない」と答えた人は67人(16.9%)であった。

「医師、看護師がヘルパーさんにやさしく指導してくれると思う」という項目については、「そう思う」と答えた人が191人(48.1%)、「ややそう思う」と答えた人が104人(26.2%)と多かった。

「看護師が訪問しなくなる心配がある」という項目については、「あまりそう思わない」と答えた人が118人(29.7%)、「そう思わない」と答えた人が155人(39.0%)と半数以上であった。

「人工呼吸器の装着を決断しやすくなる」という項目については、「そう思う」と答えた人が75人(18.9%)、「ややそう思う」と答えた人が83人(20.9%)、「あまりそう思わない」と答えた人は109人(27.5%)、「そう思わない」と答えた人は87人(21.9%)という回答であった。

「一人暮らしも可能になる」という項目については、「そう思わない」と答えた人が144人(36.3%)、「あまりそう思わない」と答えた人が110人(27.7%)と半数以上になった。

「介護職員(ヘルパー等)が、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為をできる」ことが法制化されたことについて「とても良かった」と思う人が183人(46.1%)、「まあ良かった」と思う人が142人(35.8%)と半数以上になった。

ヘルパーさんの仕事についての満足度は、「まあ満足」という人が200人(50.4%)、「とても満足」が54人(13.6%)、「どちらともいえない」が50人(12.6%)であった。

#### 4. 主たる介護者である家族への質問

主な介護者の方の仕事の有無について、常勤の人が68人(17.1%)、パートが27人(6.8%)に対し、仕事をしていない人は279人(70.3%)と多かった。

家族の中での介護の代替者については、「いる」人が185人(46.6%)、「いない」人が190人(47.9%)と同じ程度であった。

一日の介護時間については、「12時間以上20時間未満」が107人(27.0%)と一番多く、次いで「20時間以上」が102人(25.7%)、「6時間以上12時間未満」、「3時間未満」は55人ずつ(13.9%)、「3時間以上6時間未満」は40人(10.1%)であった。

経済的な余裕については、「ある」と答えた人は28人(7.1%)、「全くない」と答えた人も34人(8.6%)と少なく、「普通」と答えた人が149人(37.5%)、「あまりない」と答えた人が104人(26.2%)と多かった。

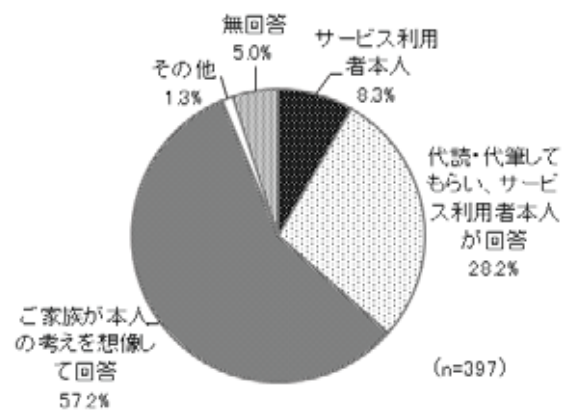
## 5. 介護の負担感と蓄積的慢性疲労兆候

研究の枠組みはストレス認知理論を介護場面に適応させた家族介護ストレスの分析モデル<sup>1)</sup>を基礎として作成した質問紙によって構成した。質問項目は認知的評価である介護負担感と介護負担のストレス反応を測るための蓄積的慢性疲労徴候調査（以下 CFSI）である。介護負担感尺度として、中谷らの介護負担感尺度 12 項目を使用した。各項目毎に「まったくそう思わない」から「非常にそう思うまで」負担感が軽い順から 1 点～4 点で採点する。今回の介護負担感の平均得点は点であった。

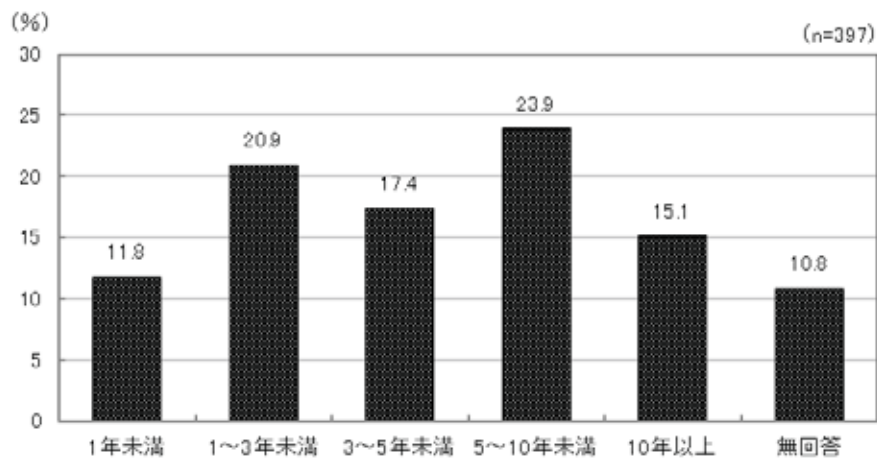
CFSI は、越河ら<sup>13)</sup>が、労働者の疲労を多角的に測定するために考案したものである。近年横山らは、一部文言を変え 7 特性 61 項目にて介護者の疲労度を測定し、信頼性・妥当性を得ている。7 つの特性それぞれチェック項目数/項目数を百分率で表すと、不安兆候(10 項目)27.7%、抑うつ状態(15 項目)22.1%、気力減退(7 項目)23.2%、ストレス度(8 項目)23.5%、一般的疲労(11 項目)32.9%、慢性疲労(6 項目)31.6%、身体不調(7 項目)19.8%であった。

介護職員等によるたんの吸引等の実施に関するアンケート資料  
エクセル資料

アンケート回答者	n	%
サービス利用者本人	33	8.3
代読・代筆してもらい、サービス利用者本人が回答	112	28.2
ご家族が本人の考えを想像して回答	227	57.2
その他	5	1.3
無回答	20	5.0
合計	397	100.0



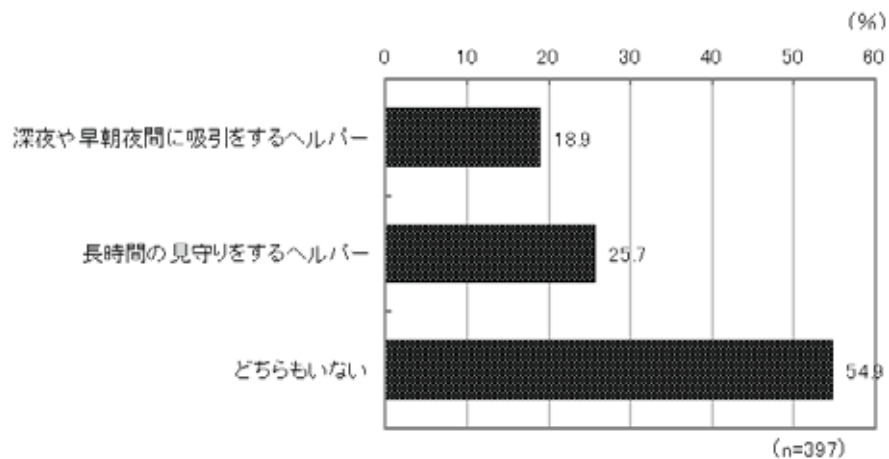
訪問介護サービスの利用年数		
	n	%
1年未満	47	11.8
1～3年未満	83	20.9
3～5年未満	69	17.4
5～10年未満	95	23.9
10年以上	60	15.1
無回答	43	10.8
合計	397	100.0



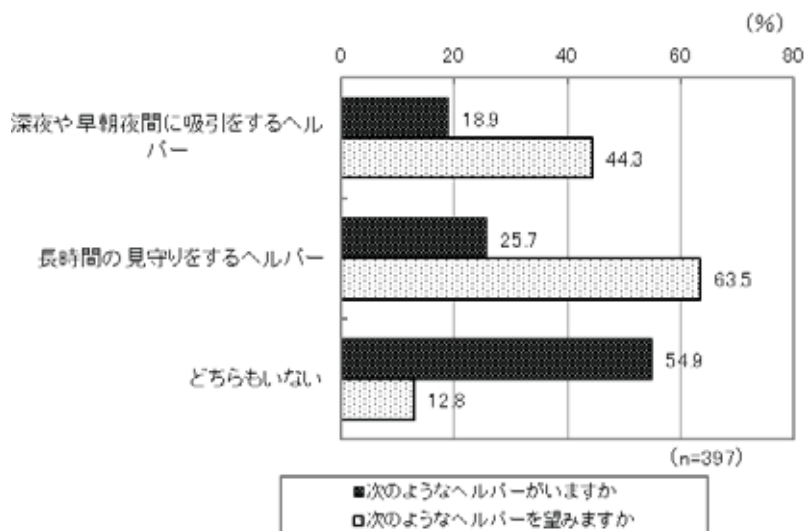
介護保険の認定		
	n	%
受けている	361	90.9
受けていない	23	5.8
無回答	13	3.3
合計	397	100.0
介護度		
	n	%
要支援 1	2	0.6
要支援 2	11	3.0
要介護 1	8	2.2
要介護 2	15	4.2
要介護 3	17	4.7
要介護 4	19	5.3
要介護 5	287	79.5
無回答	2	0.6

合計	361	100.0
介護保険による訪問介護サービスの1日あたりの時間		
	n	%
1時間	97	26.9
2時間	101	28.0
3時間	51	14.1
4時間	22	6.1
5時間	12	3.3
6時間	26	7.2
その他	2	0.6
無回答	50	13.9
合計	361	100.0
障害者自立支援の認定		
	n	%
受けている	187	47.1
受けていない	182	45.8
無回答	28	7.1
合計	397	100.0
障害程度区分		
	n	%
区分1	18	9.6
区分2	9	4.8
区分3	3	1.6
区分4	0	0.0
区分5	15	8.0
区分6	129	69.0
その他	1	0.5
無回答	12	6.4
合計	187	100.0
障害者自立支援による訪問介護サービスの1ヶ月あたりの時間		
n	153	
平均値	202.12	
標準偏差	223.99	
最大値	865	
最小値	0	

重度訪問介護の利用		
	n	%
利用している	145	36.5
利用していない	225	56.7
無回答	27	6.8
合計	397	100.0
介護保険による月あたりのヘルパーの総利用時間		
	n	%
100 時間未満	193	48.6
300 時間未満	51	12.8
500 時間未満	27	6.8
600 時間未満	13	3.3
600 時間以上	31	7.8
無回答	82	20.7
合計	397	100.0
家に来るヘルパーは決まっているか		
	n	%
決まっている（特定のヘルパーが来る）	254	64.0
決まっていない（不特定のヘルパーが来る）	73	18.4
無回答	70	17.6
合計	397	100.0
以下のようなヘルパーがいますか【複数回答】		
	n	%
深夜や早朝夜間に吸引をするヘルパー	75	18.9
長時間の見守りをするヘルパー	102	25.7
どちらもいない	218	54.9
無回答	56	14.1
合計	397	100.0



以下のようなヘルパーを望みますか【複数回答】		
	n	%
深夜や早朝夜間に吸引をするヘルパー	176	44.3
長時間の見守りをするヘルパー	252	63.5
どちらもいない	51	12.8
無回答	60	15.1
合計	397	100.0



ヘルパーの満足度			
	n	%	
とても満足	54	13.6	
まあ満足	200	50.4	
どちらともいえない	50	12.6	
やや不満	17	4.3	
不満	7	1.8	
無回答	69	17.4	
合計	397	100.0	
経管栄養の実施			
	n	%	
している	289	72.8	
していない	99	24.9	
無回答	9	2.3	
合計	397	100.0	
経管栄養をしている期間			
有効な N	279		
平均値	65.87		
標準偏差	54.35		
最大値	255		
最小値	1		
栄養摂取の箇所			
	n	%	
胃ろう又は腸ろう	272	94.1	
経鼻(鼻に入れた管)	12	4.2	
無回答	5	1.7	
合計	289	100.0	
経管栄養をしている方【複数回答】			
	n	%	
家族	250	86.5	
医師	2	0.7	
看護師・准看護師	109	37.7	
ヘルパー	69	23.9	



家政婦	6	2.1	
ボランティア	6	2.1	
その他	7	2.4	
無回答	4	1.4	
合計	289	100.0	
人工呼吸器の装着			
	n	%	
している	249	62.7	
していない	133	33.5	
無回答	15	3.8	
合計	397	100.0	
人工呼吸器を装着している期間			
有効な N	248		
平均値	73.60		
標準偏差	57.58		
最大値	244		
最小値	1		
吸引の必要性			
	n	%	
必要	295	74.3	
必要ない	88	22.2	
無回答	14	3.5	
合計	397	100.0	
吸引が必要になった期間			
有効な N	291		
平均値	68.31		
標準偏差	57.64		
最大値	244		
最小値	1		
どこの吸引を必要としているか【複数回答】			
	n	%	
口腔内	228	77.3	
鼻腔内	129	43.7	
気管カニューレ内部	255	86.4	

無回答	2	0.7	
合計	295	100.0	
吸引をしている方【複数回答】			
	n	%	
家族	264	89.5	
医師	29	9.8	
看護師・准看護師	226	76.6	
ヘルパー	154	52.2	
家政婦	7	2.4	
ボランティア	6	2.0	
その他	9	3.1	
無回答	1	0.3	
合計	295	100.0	
たんの吸引等の制度の認知			
	n	%	
知っていた	341	85.9	
知らなかった	49	12.3	
無回答	7	1.8	
合計	397	100.0	
どこからたんの吸引等の情報を得たか【複数回答】			
	n	%	
日本ALS協会	236	69.2	
その他の団体	14	4.1	
新聞	106	31.1	
訪問看護師	88	25.8	
ヘルパー	49	14.4	
医師	26	7.6	
市町村(保健師)	15	4.4	
その他	31	9.1	
無回答	2	0.6	
合計	341	100.0	
法制化された(国が決めた)ことなので安心			
	n	%	
そう思う	150	37.8	
ややそう思う	133	33.5	

あまりそう思わない	73	18.4	
そう思わない	23	5.8	
無回答	18	4.5	
合計	397	100.0	
家族の負担が減ると思う			
	n	%	
そう思う	225	56.7	
ややそう思う	89	22.4	
あまりそう思わない	47	11.8	
そう思わない	19	4.8	
無回答	17	4.3	
合計	397	100.0	
たんの吸引等ができるヘルパーさんが増える と思う			
	n	%	
そう思う	185	46.6	
ややそう思う	102	25.7	
あまりそう思わない	64	16.1	
そう思わない	23	5.8	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
今のヘルパーさんにたんの吸引等の研修を受けてもら いたい			
	n	%	
そう思う	229	57.7	
ややそう思う	54	13.6	
あまりそう思わない	42	10.6	
そう思わない	21	5.3	
無回答	51	12.8	
合計	397	100.0	
今までもヘルパーさんが「たんの吸引」をしていたので法制化後も特段 の問題は感じない			
	n	%	
そう思う	133	33.5	
ややそう思う	69	17.4	
あまりそう思わない	48	12.1	

そう思わない	67	16.9	
無回答	80	20.2	
合計	397	100.0	
医師、看護師がヘルパーさんにやさしく指導してくれると思う			
	n	%	
そう思う	191	48.1	
ややそう思う	104	26.2	
あまりそう思わない	59	14.9	
そう思わない	15	3.8	
無回答	28	7.1	
合計	397	100.0	
看護師が訪問しなくなる心配がある			
	n	%	
そう思う	39	9.8	
ややそう思う	52	13.1	
あまりそう思わない	118	29.7	
そう思わない	155	39.0	
無回答	33	8.3	
合計	397	100.0	
人工呼吸器の装着を決断しやすくなる			
	n	%	
そう思う	75	18.9	
ややそう思う	83	20.9	
あまりそう思わない	109	27.5	
そう思わない	87	21.9	
無回答	43	10.8	
合計	397	100.0	
一人暮らしも可能になる			
	n	%	
そう思う	60	15.1	
ややそう思う	50	12.6	
あまりそう思わない	110	27.7	
そう思わない	144	36.3	
無回答	33	8.3	
合計	397	100.0	

たんの吸引等の制度の法制化について			
	n	%	
とても良かった	183	46.1	
まあ良かった	142	35.8	
なんともいえない	42	10.6	
やや良くない	2	0.5	
全く良くない	4	1.0	
わからない	7	1.8	
無回答	17	4.3	
合計	397	100.0	
利用者の性別			
	n	%	
男性	214	53.9	
女性	160	40.3	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
利用者の年代			
	n	%	
10代	0	0.0	
20代	1	0.3	
30代	6	1.5	
40代	29	7.3	
50代	68	17.1	
60代	156	39.3	
70代	90	22.7	
80代	25	6.3	
90代	1	0.3	
無回答	21	5.3	
合計	397	100.0	
都道府県			
	n	%	
北海道	14	3.5	
青森県	3	0.8	
岩手県	7	1.8	
宮城県	8	2.0	

秋田県	7	1.8	
山形県	19	4.8	
福島県	5	1.3	
茨城県	5	1.3	
栃木県	3	0.8	
群馬県	5	1.3	
埼玉県	16	4.0	
千葉県	40	10.1	
東京都	45	11.3	
神奈川県	20	5.0	
新潟県	12	3.0	
富山県	4	1.0	
石川県	3	0.8	
福井県	3	0.8	
山梨県	4	1.0	
長野県	11	2.8	
岐阜県	7	1.8	
静岡県	11	2.8	
愛知県	14	3.5	
三重県	1	0.3	
滋賀県	2	0.5	
京都府	3	0.8	
大阪府	9	2.3	
兵庫県	6	1.5	
奈良県	1	0.3	
和歌山県	2	0.5	
鳥取県	2	0.5	
島根県	4	1.0	
岡山県	3	0.8	
広島県	9	2.3	
山口県	4	1.0	
徳島県	3	0.8	
香川県	1	0.3	
愛媛県	6	1.5	
高知県	1	0.3	
福岡県	8	2.0	
佐賀県	0	0.0	
長崎県	5	1.3	
熊本県	9	2.3	

大分県	13	3.3	
宮崎県	2	0.5	
鹿児島県	8	2.0	
沖縄県	6	1.5	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
同居の有無			
	n	%	
同居人がいる	349	87.9	
一人暮らし	20	5.0	
無回答	28	7.1	
合計	397	100.0	
同居人【複数回答】			
	n	%	
配偶者	295	84.5	
子ども	198	56.7	
子の配偶者	46	13.2	
兄弟・姉妹	8	2.3	
父母・義父母	49	14.0	
孫	43	12.3	
その他の家族・親族	6	1.7	
その他	2	0.6	
無回答	1	0.3	
合計	349	100.0	
介護者の性別			
	n	%	
男性	118	29.7	
女性	257	64.7	
無回答	22	5.5	
合計	397	100.0	
介護者の年代			
	n	%	
10代	0	0.0	
20代	6	1.5	
30代	11	2.8	

40代	44	11.1	
50代	95	23.9	
60代	136	34.3	
70代	73	18.4	
80代	9	2.3	
90代	0	0.0	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
仕事の有無			
	n	%	
常勤	68	17.1	
パート	27	6.8	
していない	279	70.3	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
患者との関係			
	n	%	
配偶者	289	72.8	
嫁	11	2.8	
婿	2	0.5	
母	17	4.3	
父	3	0.8	
子ども	46	11.6	
その他	6	1.5	
無回答	23	5.8	
合計	397	100.0	
家族の中での介護の代替者			
	n	%	
いる	185	46.6	
いない	190	47.9	
無回答	22	5.5	
合計	397	100.0	
介護の代替者【複数回答】			
	n	%	
配偶者	21	11.4	



嫁	19	10.3	
婿	2	1.1	
母	9	4.9	
父	9	4.9	
子ども	136	73.5	
その他	21	11.4	
無回答	2	1.1	
合計	185	100.0	
介護の代替者の合計人数			
有効な N	180		
平均値	1.74		
標準偏差	0.99		
最大値	6		
最小値	1		
介護期間			
	n	%	
10年以上	94	23.7	
5年以上10年未満	99	24.9	
3年以上5年未満	73	18.4	
1年以上3年未満	73	18.4	
1年未満	30	7.6	
無回答	28	7.1	
合計	397	100.0	
1日の介護時間			
	n	%	
20時間以上	102	25.7	
12時間以上20時間未満	107	27.0	
6時間以上12時間未満	55	13.9	
3時間以上6時間未満	40	10.1	
3時間未満	55	13.9	
無回答	38	9.6	
合計	397	100.0	
ヘルパーが急に訪問できなくなった時の家族のみで介護ができるか			
	n	%	
できる	201	50.6	

できない	156	39.3	
無回答	40	10.1	
合計	397	100.0	
経済的な余裕			
	n	%	
ある	28	7.1	
少しある	55	13.9	
普通	149	37.5	
あまりない	104	26.2	
全くない	34	8.6	
無回答	27	6.8	
合計	397	100.0	
世話はたいした重荷ではない			
	n	%	
全くそう思わない	110	27.7	
あまりそう思わない	80	20.2	
少しそう思う	108	27.2	
強くそう思う	70	17.6	
無回答	29	7.3	
合計	397	100.0	
趣味・学習や社会活動のために使える時間が持てなくて困る			
	n	%	
全くそう思わない	23	5.8	
あまりそう思わない	63	15.9	
少しそう思う	131	33.0	
強くそう思う	153	38.5	
無回答	27	6.8	
合計	397	100.0	
世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう			
	n	%	
全くそう思わない	23	5.8	
あまりそう思わない	77	19.4	
少しそう思う	140	35.3	
強くそう思う	133	33.5	
無回答	24	6.0	

合計	397	100.0	
世話の苦労はあっても前向きに考えていこう と思う			
	n	%	
全くそう思わない	14	3.5	
あまりそう思わない	25	6.3	
少しそう思う	162	40.8	
強くそう思う	169	42.6	
無回答	27	6.8	
合計	397	100.0	
病院か施設で世話をしてほしいと思うことも ある			
	n	%	
全くそう思わない	61	15.4	
あまりそう思わない	67	16.9	
少しそう思う	141	35.5	
強くそう思う	101	25.4	
無回答	27	6.8	
合計	397	100.0	
世話で家事やその他に手が回らなくて困る			
	n	%	
全くそう思わない	28	7.1	
あまりそう思わない	105	26.4	
少しそう思う	160	40.3	
強くそう思う	77	19.4	
無回答	27	6.8	
合計	397	100.0	
世話が私の手におえなくなるのではないかと心配 がある			
	n	%	
全くそう思わない	10	2.5	
あまりそう思わない	55	13.9	
少しそう思う	130	32.7	
強くそう思う	177	44.6	
無回答	25	6.3	
合計	397	100.0	

患者さんのことで近所に気兼ねしている			
	n	%	
全くそう思わない	168	42.3	
あまりそう思わない	109	27.5	
少しそう思う	73	18.4	
強くそう思う	21	5.3	
無回答	26	6.5	
合計	397	100.0	
少しでも代わってくれる親族がいれば、ありがたいと思う			
	n	%	
全くそう思わない	33	8.3	
あまりそう思わない	54	13.6	
少しそう思う	147	37.0	
強くそう思う	137	34.5	
無回答	26	6.5	
合計	397	100.0	
世話で精神的にはもう精一杯である			
	n	%	
全くそう思わない	45	11.3	
あまりそう思わない	107	27.0	
少しそう思う	127	32.0	
強くそう思う	92	23.2	
無回答	26	6.5	
合計	397	100.0	
患者さんを自分が最後までみてあげたいと思う			
	n	%	
全くそう思わない	13	3.3	
あまりそう思わない	12	3.0	
少しそう思う	76	19.1	
強くそう思う	270	68.0	
無回答	26	6.5	
合計	397	100.0	
世話をしていると自分の健康のことが気にな			

ってしまう			
	n	%	
全くそう思わない	14	3.5	
あまりそう思わない	35	8.8	
少しそう思う	145	36.5	
強くそう思う	178	44.8	
無回答	25	6.3	
合計	397	100.0	
お疲れ具合【複数回答】			
	n	%	
心配事がある	224	56.4	
理由もなく不安になることがある	126	31.7	
近頃、できもしないことを空想する	50	12.6	
何となく落ち着かない	112	28.2	
何とかしようとしても、いろんなことが頭に浮かんできて困る	101	25.4	
自分が他人より劣っていると思えてしかたがない	51	12.8	
気がちって困る	57	14.4	
誰かに打ち明けたい悩みがある	91	22.9	
些細なことが気になる	101	25.4	
夜、気がたつて眠れないことが多い	90	22.7	
生きていてもおもしろいことはないと思う	47	11.8	
一人きりでいたいと思うことがある	136	34.3	
友人とのつきあいなどがおっくうである	82	20.7	
自分がいやでしかたがない	27	6.8	
話をするのがわずらわしい	45	11.3	
することに自信がもてない	47	11.8	
このところボンヤリすることがある	55	13.9	
何かでスパッとウサばらしをしたい	151	38.0	
自分の好きなこともやる気がしない	63	15.9	
何をやっても楽しくない	45	11.3	
ゆううつな気分である	82	20.7	
根気が続かない	92	23.2	
ものを読んだり、書いたりする気になれない	107	27.0	
動くのがおっくうである	83	20.9	
毎日眠たくてしょうがない	139	35.0	
仕事が手につかない	26	6.5	
何ごとともめんどくさい	106	26.7	

考えごとがおっくうでいやになる	72	18.1	
すぐ気力なくなる	74	18.6	
元気がでない	71	17.9	
頭がさえない	95	23.9	
何となく気力がない	146	36.8	
ちょっとしたことでも怒り出すことがある	154	38.8	
気が高ぶっている	44	11.1	
いろいろなことが不満だ	96	24.2	
なんということなくイライラする	148	37.3	
すぐどなったり言葉づかいが荒くなってしまう	91	22.9	
思い切りケンカでもしてみたい	34	8.6	
むやみに腹が立つ	72	18.1	
物音や人の声がカンにさわる	43	10.8	
動作がぎこちなく、よく物を落としたりする	67	16.9	
全身の力が抜けたようになることがある	50	12.6	
しばしば目まいがする	68	17.1	
全身がだるい	92	23.2	
腰が痛い	204	51.4	
体のふしぶしが痛い	96	24.2	
目がかすむことがある	124	31.2	
目が疲れる	154	38.8	
よく肩がこる	208	52.4	
眠りが浅く、夢ばかりみる	135	34.0	
足がだるい	113	28.5	
日々くたくたに疲れる	71	17.9	
朝起きたときでも疲れを感じるが多い	173	43.6	
横になりたいくらい疲れる	104	26.2	
疲れがとれない	163	41.1	
ほっとくつろぐ時間がない	162	40.8	
食欲がない	14	3.5	
頭が重い	82	20.7	
寝つきが悪い	88	22.2	
胃腸の調子が悪い	76	19.1	
朝起きた時気分がすぐれない	122	30.7	
気分が悪くなったり、はき気がする	35	8.8	
やせてきたようだ	33	8.3	
よく下痢をする	29	7.3	
無回答	35	8.8	
合計	397	100.0	



V  
資料





### 介護職員等による吸引等の ケアの普及のために

NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会 理事 **かわぐち ゆみこ**  
介護派遣事業(有) ケアサポートモモ 代表取締役 **川口 有美子**

#### 1. 進化する介護「さくらモデル」 から「さくらシステム」へ

平成22年度から23年度にかけて、厚生労働省は「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討委員会」を設け、有識者による話し合いと2種類の試行事業（「不特定多数の者」と「特定の者」）を並行して進めてきました。当方NPO法人さくら会では平成16年創業以来の地道な実践に裏付けされたALSヘルパー養成研修プログラムを検討会に提案し、障害福祉課より「特定の者」の試行事業を受託しました。

私は個別の介護方法を求めるALS等の重度障害者のために、基礎講義9時間と実地研修による「特定の者」の研修プログラムを立案しました。そして、さくら会講師陣（写真）や都内近県8名の在宅ALS患者家族、訪問看護ステーション、介護事業所の所長・サービス提供責任者など、総勢50余名に協力を依頼し、8名の患者宅で介護に従事している20名のヘルパーさんたちに通常業務と並行して、研修に参加していただきました。

そうして得られた記録や数値から、実地研修重視の研修方法の安全性と効果を実証し、平成23年7月22日の検討会において採用されました。それは、さくら会にヘルパーの養成研修を委託している都内近県の当事者や事業者、人道的見地からヘルパーによる吸引や経管栄養等を指導してきた看護師やヘルパーたちの努力が実った瞬間でありました。さくら会理事長の橋本みさおと私が軽いノリで名づけた「進化する介護」（重度訪問介護従業者養成研修事業）による「さくらモデル」が、国の制度として認められた瞬間でもありました。



さくら会やヘルパーの実地指導で講師を務めている皆さん  
右から小長谷、永山、塩田、宗村、中村

#### 2. 吸引・経管栄養の研修がスタート

こうして今年4月から、患者家族にとっては悲願であった介護職員による経管栄養が全国で正式に実

1) 初めて本誌で「さくらモデル」を紹介したのは2005年6月「多層水準の支援を必要とする個性のために」P17-20。岐阜のALS患者さんが在宅療養を希望し、当方のヘルパー養成研修システムを岐阜で実施しようと試みた経緯を執筆した。その後、難治性疾患克服研究事業等で繰り返し発表し、2007年に横浜で開催されたALS/MND国際シンポジウムで「SAKURA MODEL」として報告し、一般市民からALS専門の介護者を養成する方法として海外からは高い評価を得ている。

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について

○ 在宅、特別養護老人ホームや障害者（児）施設等において、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員（※）の養成に必要な研修事業を実施する。  
 ※ 対象となる介護職員等の州・ホームヘルパー、介護福祉士、生活支援員、指導員、保育士、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員等

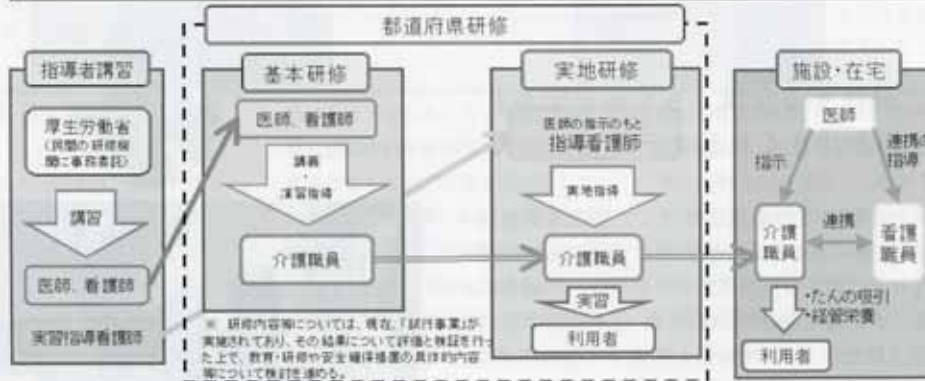
○ 平成23年度予算 940,329千円（老健局、障害保健福祉部の合計額）

【指導者講習】

・ 都道府県が行う。たんの吸引等に関する基本・実地研修において指導を行う医師・看護師等に対し、必要な講習を行う。  
 ・ 予算 23,829千円 ・ 実施主体 国

【都道府県研修】

・ たんの吸引等を行う介護職員等を養成するため、都道府県において研修を行う。  
 ・ 予算 816,500千円（内訳）老健局計上（施設関係） 611,000千円（1県あたり事業費26,000千円、養成者数190人）  
 障害部計上（在宅関係） 205,500千円（1県あたり事業費13,900千円、養成者数90人）  
 ・ 実施主体 都道府県（民間団体に委託可） ・ 補助率（補助割合） 国1/2、都道府県1/2



※ 研修内容等については、現在、「研修事業」が実施されており、その結果について評価と検証を行った上で、教育・研修や安全確保推進の具体的な内容等について検討を進める。

施できるようになり、単身者の生存権は守られ、家族の介護負担が軽減される道筋ができました。国は急ピッチで要綱を整え都道府県に数々の通知を出しています。そして都道府県も新制度に沿った研修を上図の補助金も活用して、4月までに実施しようとしています。

しかし、介護事業所や訪問看護ステーションの多くは、いまだに十分な説明を受けていない状況にあり、現場での混乱は避けられない様相も見えています。吸引や経管栄養は医療領域に踏み込んだケアですから、事業所には医療との連携、安全面への配慮、ヒヤリハットの報告義務、介護職員等の研修など、新たな業務や義務も生じます。国は「これまでできてきたことは後退させない」という約束ですが、情報不足が事業者や患者家族に不安を与え、また地方自治体レベルで取り締まりが厳しくなるなど、かえってこれらのケアの普及を妨げることになっては残念です。

そこで、さくら会では昨年10月から大阪、福井、札幌、松山で（東京2月7日、仙台は未定）など「特定の者」の研修に関する説明会を日本ALS協会支部とタイアップして開催してきました。そして、地方自治体に対して、積極的に「特定の者」の研修

を実施するよう働きかけてきました。公的制度の要綱は行政用語で書かれてあり、一般の人にはどこが押さえどころかわかりません。そこで簡単なチェックリストを用意しました。以下は日本ALS協会が発行するJALSA85号（平成23年12月発行）に掲載した内容に新たな内容を付け加えて整理しなおしたものです（一部表現を改変）。

質問1 これまで「吸引」を実施してきた介護職員等は新たに研修を受けなくても、いままでもおり実施できるか？

回答1 できます。重度訪問介護のヘルパー等で平成24年3月31日までに特定の人に対して吸引を実施した人は、すでに研修を修了したと「みなし」、研修を免除されます。ただし、来年度からも引き続き吸引を実施するためには「経過措置認定証」の交付を受ける必要があります。申請方法については都道府県から説明があります。

質問2 これまで在宅で「経管栄養」を実施してきた介護職員等は新たに研修を受けなくても、いままでもおり実施できるのか？

回答2 できません。経管栄養については吸引のように通知で「容認」されていませんでしたので、



練馬区医師会訪問看護ステーションの所長・重信さん（右）は東京都主催の「特定の者」研修の講師も務める。



吸引を熱く語る宗村弥生先生

来年度から経管栄養を実施するためには3月31日までに都道府県の研修を受ける必要があります。4月までにできるだけ多くの方が研修を修了させるためにも、都道府県で研修（特定の者研修）が実施されるよう働きかけてきました。

質問3 吸引等の研修方法には2通りの方法がある。ひとつは「不特定多数の者」を対象とした研修方法で50時間の講義を受講することになっているが？

回答3 はい。実地研修では口腔内吸引10回以上、その他の吸引や経管栄養は20回以上実施し指導者講習を受講した指導看護師からプロセス評価を受けることになっています。

質問4 来年4月までに、どの都道府県も同じ研修を実施するのか？。誰もが受講することができるか？

回答4 できません。都道府県ごとに「特定」「不特定」どちらの研修を実施するか、またどれくらいの規模でいつ実施するかを決定し事業所へ通知されます。「不特定」の研修のみを実施し、施設職員を中心に養成することとしている県もあり、4月以降の在宅サービスに支障をきたす恐れがあります。この観点からも今年度中に、都道府県に対して研修（特定の者研修）が実施されるよう働きかけていく必要があります。

質問5 来年度からは訪問介護事業所のみならず、施設や学校、保健所、患者会などさまざまな団体や機関で研修を開始できるか？

回答5 できます。今年度中は都道府県のみが研修を行います。4月からはそれらの団体が「登録研修機関」となって研修を実施することは可

能です。ただし、研修は事務作業が多くコストもかかるため、これまで吸引を実施してきた介護事業所でも実施しない（つまり、今後は吸引等を実施しなくなる）ことも考えられ、研修の機会がまったくない、吸引等を実施する事業所がないという市町村も出てくるのが予想されます。そこで吸引等のケアに関係する皆さんは都道府県に対して年に数回にわけて必ず「特定の者」の研修をしてもらうよう働きかけてください。基本研修だけでも受講しておけば実地研修までに期間が空いてもいいそうです。

質問6 受講後には理解度を試すテストが義務付けられているが、60点以上が合格であるのか？

回答6 いいえ。90点以上を合格としています。「不特定」の不合格者は再試験もしくは再受講（総得点の7割未満の場合）となります。「特定」の不合格者は間違った箇所のおさらい後に再テストをして合格へ導きます。

質問7 ALS等の個別性の高いケアを必要とする人を「特定の者」と呼び、それらの人のケアに従事する者は、9時間の講義（1時間の演習を含む）と実地研修を受講すればよいのか？

回答7 はい。新カリキュラムは制度等2時間、吸引3時間、経管3時間、演習1時間の合計9時間。その後に簡単な理解度テストを実施し、90点以上獲得して合格した者（演習の評価は別途あり）が実地研修に進みます。この基本研修は1回受講すればよく、あとは利用者ごとに実地研修を繰り返し、個別に吸引等の実施が許可されます。家政婦やボランティア、学校の教員も、吸引等を実施する人はこの研修を必ず受講しなければなりません。患者の家族でも自分の家族



胃ろうからの経管栄養。練習はペットボトルで。



モデル事業での演習の風景



重度訪問介護従業者養成研修事業20時間のうち、10.5時間分を吸引等の研修（モデル事業）にあてた。さくら会では重度訪問介護研修の中で吸引を教えてきた。

以外の人に吸引等をする場合はこの研修を受講しなければなりません。

質問8 「特定の者」の实地研修では指導看護師が指導し、一連の動作がスムーズに行われ二回連続して合格したら修了とするのか？

回答8 はい。患者ごとに实地研修をします。实地研修に入る前に現場演習として、ペットボトル等の訓練機を利用し手技をしっかりと習得します。その後、指導看護師に上手にスムーズに手順通りにできたか、評価してもらいます。实地研修の評価票が用意されていますが、「特定」では、その手順を参考に、利用者の状況に応じて個々に変更を加えてもいいのです。

質問9 实地研修では必ず毎回看護師が教えるのか？

回答9 いいえ。指導看護師が指導することになっていますが、ふだんのケアの中で同行のベテランヘルパーや患者家族も指導の補助として関われることとなっています。経管栄養の実施では、例えば経鼻の場合はヘルパーも注入する前に管が鼻から出てきていないかなどを、評価票に従ってチェックします。しかしあくまでも「定期的な」訪問看護師による指導・助言が必要とされています。以前は家族か訪問看護師が管をつなぐことになっており、原則的にはヘルパーには容認されていませんでした。そのため家族は外出がままならなかったのですが、今度の法整備により経管栄養の介助ができるようになり、在宅生活は大きく前進します。

質問10 「特定の者」の指導者となる医師・看護師は、事前に国又は都道府県が実施する指導者講習を受講しなければならないのか？

回答10 いいえ。「特定の者」の指導者となる医師・看護師は、都道府県から渡される指導者用マニュアルとDVDによる自己学習が可能です。教える内容も教材以上の内容であれば変更が可能です。しかし、23年度内は都道府県の指示に従って、指導者講習の受講が必要とされる場合は受講してください。また、指導者用マニュアルには「初めて吸引や経管栄養を学ぶ介護職員等への指導として、1ページから43ページ及び43ページから220ページの内容の2つの講義をまず行います。内容はすべてDVDに収録してありますので、研修者に視聴して頂くか、講師の方がDVDやテキストを用いて講義をして下さい。」とあり、受講者も都道府県から渡されるDVD視聴による学習が可能（視聴後に指導看護



吸引も経管栄養も訓練できる人形をお借りして、嬉しそうな塩田さんと今井さん。さくら会の研修事業部から独立したNPO法人ICT救助隊。今井さんは今もコミュニケーションに関する講義を担当している。

師による解説は必須)です。

質問11 実地研修の指導看護師は、在宅の場合は必ず訪問看護師がすることになっているのか？

回答11 いいえ。その患者のケアをよく知っている訪問看護師が望ましいですが、訪問看護師である必要はありません。保健師さんや事業所が雇用した看護師さん等も指導できます。

質問12 介護事業所は医師の指示書に従って個別の患者ごとに必要なケアを担当ヘルパーに研修させ、サービスを提供するのか？

回答12 はい。医師による指示書も新しく導入された仕組みです。

質問13 介護保険（施設も訪問も）のヘルパーはみな50時間の「不特定多数の者」の研修を受講しなければならないのか？

回答13 いいえ。例えば、介護保険の訪問介護のヘルパーであっても、ALS等の重度障害者をケアする場合は、「特定」の研修を受講したヘルパーが吸引などができます。

質問14 家政婦やボランティアは制度を使わず自費で謝礼しているから研修を受けなくてもよいのか？

回答14 いいえ。家族以外のもので、国が定める研修を受けず吸引等の行為をした者は、たとえ公的な介護サービスでなくても、自費であっても法律違反になります。

厚生労働省のホームページでも、制度の概要や



さくら会理事の中村記久子さんによる演習指導。

Q & Aを掲載しています。

インターネットの検索エンジンで、キーワード「たんの吸引」「厚労省」を入れ、「喀痰吸引等(たんの吸引等)の制度について」もご覧ください。

### 3. 質の高い在宅ケアを継続するために必要なこと

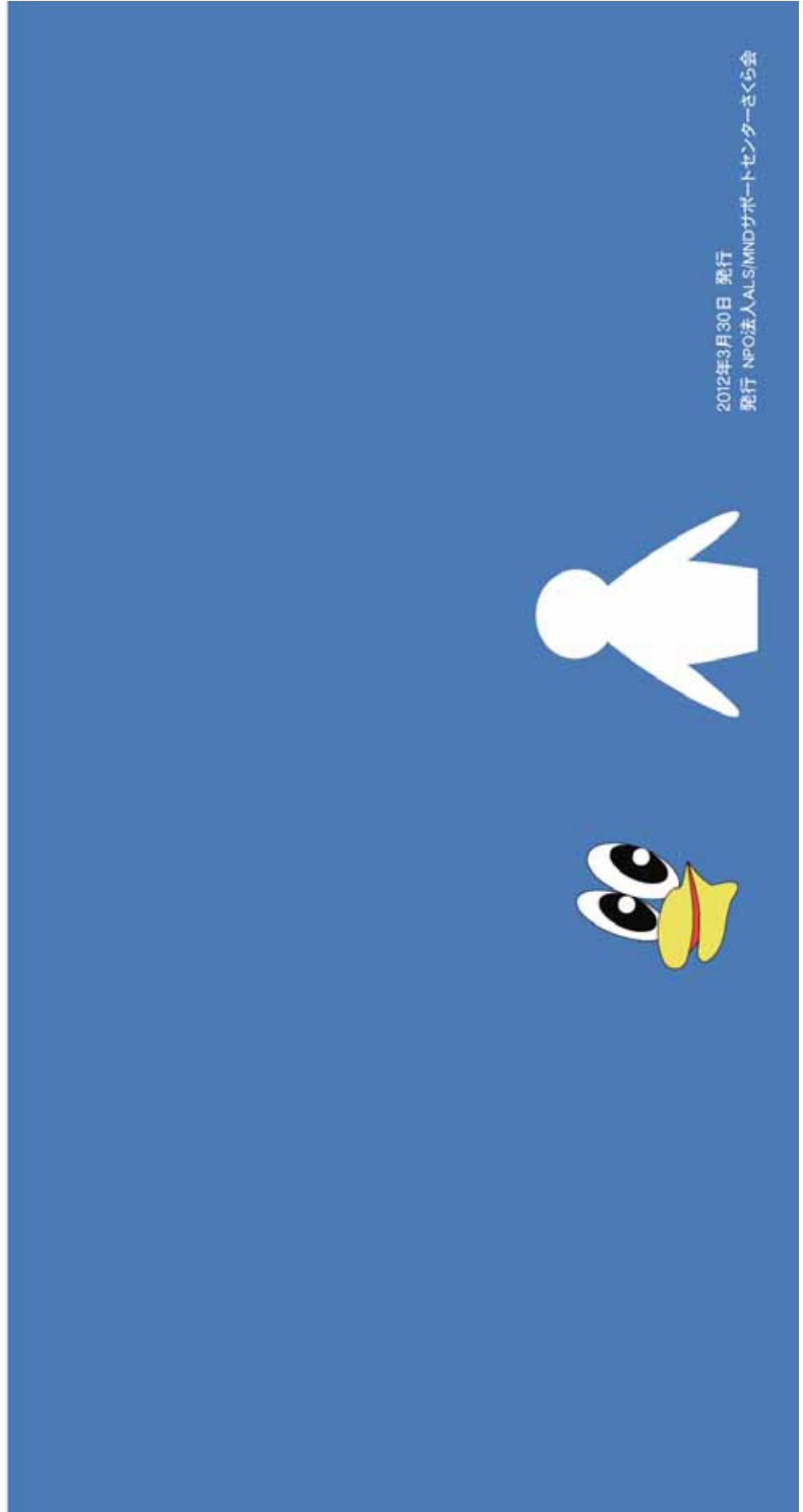
3年前まで介護サービスの利用者であった遺族の立場から、現役の利用者へお願いがあります。

たとえ法律ができて、吸引や経管等のケアが安全に普及していくためには、利用者の協力が重要です。医療との連携を心掛ける・ヘルパーに易しく忍耐強く教える・クレマーにならない・ヘルパーは自分で育てる気持ちで、などの配慮がなければ事業者の撤退を招くことにもなりかねません。

特に重度訪問介護のように長時間単価が安いサービスを提供しなければならない事業所にとっては、このたびの法制化は研修や事務にかかるコストがかさむことにもなり、経営が成り立たなくなるというケースも出てくるでしょう。

吸引等のサービスを継続して受けるためには患者家族が制度のメリットとデメリットをよく理解し、一部の医療サービスを業務として実施しなければならなくなったヘルパーや事業者を守るつもりで自己責任で指示できる利用者になること。これは医療や介護のみならず、すべてのサービスの受け手側に通じる鉄則であることは言うまでもありません。

たんの吸引などをヘルパーさんをお願いするための手引き



2012年3月30日 発行  
発行 NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会

## はじめに

振り返れば閃光のような12年でした。当時、私は日本ALS協会副会長で、たんの吸引問題の委員長をしていたと思います。

全国の患者関係者からALS協会に送られた署名用紙は、未開封のまま委員長宅に送られてきました。その中で記憶に残っているのは近畿アロックスの二万筆の署名と、茨城県支部福祉部長の一万筆の整理された署名です。中には会費の入った封筒もあり、御家族の多忙な日常が想像できました。

「べんきんおやし」こも中江さんのバナーをもつて厚労省の廊下を散策したのも懐かしい思い出です。みんなありがとう。本当にありがとう。

これからは個々の関係者の努力次第です。特に患者諸君。自分の生活に責任を持ってください。誰も傷つけずに磨らす努力をしてください。介護職員等による医療的ケアの実施が安全でシステムチックに広がることを切望します。

橋本みさお

## 教えてくれん？

たん吸引と胃ろう処置の疑問と今後の課題

次頁からは、ALS患者を自宅で介護する関西在住の西さんが今回の法制化や吸引などの処置について抱いた疑問を、べんきん支援者のせくるさんと和やかに話しながら解決してゆきます。

この談話を執筆された水町真知子さんは、日本ALS協会近畿アロックスの事務局長であり、長年、在宅療養するALS患者と家族のエンバウメントに尽力してこられました。ご自身もALS患者の遺族で豊富な支援経験があり、当事者目線から制度の在り方についても調査いただきました。

また、このパンフレットの題所に登場するべんきのイラストは中江康賢さんの手によるものです。

中江さんは大阪在住のALS患者さんで、人工呼吸器と経管栄養のユーザーです。べんきんおやしは、中江さん考案の四コマ漫画の主人公で、ALS患者の仮の姿。中江さんは患者の悲哀をべんきんおやしに投影し、ユーモアたっぷりに描きあげています。



## めんじ

たんの吸引はあくまでべんきんおやしは看護士さんからの指導

## 2 はじめに

文＝橋本みさお

## 3 教えてくれん？

いんたな患者さんや介護者からの疑問と今後の課題

監修：文＝山口洋孝子 本文：文＝水町真知子 挿絵：橋本

## 13 べんきんおやしのメニュー

文＝中江康賢

## 15 おわりに

文＝山口洋孝子

「たんの吸引はあくまでべんきんおやしは看護士さんからの指導」

監修 山口洋孝子

協力 東正政憲

執筆とイラスト 中江康賢

絵巻デザイン 阿藤博

イラスト制作 水町真知子

印刷 NPO法人「ふたば」NPO法人「ふたば」から印刷



## なんで法律になったの？



西：わが家では今まで、ヘルパーさんに吸引してもらってききました。なのに、なんでわざわざ法律にしたのかな。いままで通りではあかんのか？

さくら：いやあ、それはツッキーでしたね。みんながみんな、そうではなかったのですよ。

西：えっ、ホンマなんや？

さくら：これまで認められていたのは、患者さんや家族から依頼を受けて、ヘルパー個人が「吸引を実施すること」に同意します」という同意書を交わして、個人の責任で吸引を引き受けるというやり方でした。「違法性阻却」として……。

西：何なんやその難しい言葉は。

さくら：たんの吸引は医療行為なので、本来、ヘルパーさんはすることができませんでした。けれども、ALSを始めとする在宅の患者さんたちの強い願いがあつて、運用上、違法ではないとみなされてきたのです。あくまで例外の一案だったのですね。でも、ヘルパー個人が厚

西：へえ。その研修はどこですか？

さくら：平成年度から都道府県知事に登録した「登録研修機関」が行います。基本研修と実地研修がありまして、基本研修を受けたあと、理解度テストを受けます。90点以上の得点で合格となり、次に、在宅での実地研修に進みます。

西：在宅の実地研修というたら、患者・家族の人も参加するの？

さくら：そうですね。在宅の実地研修は、指導看護師が指導し、評価票の手順に沿って「手順どおりに実施できたか」の評価を受けます。ここでは、患者さんご家族にも調整能力や、受け入れの体制が必要になります。

西：患者さんや家族にとっても、「楽してお任せ」ということにはならんのかな。

さくら：そうですね。在宅人工呼吸療法の患者さんの場合、複数の介護職員が吸引等を実施していると思います。ヘルパーの数は1人や2人ではなく、夜勤者も入れると複数事業所トータル約10人、20人、それ以上ということもありますよね。1人ずつ時間をかけて在宅実地研

習で引き受けてあげましょー、ということですから、介護事業所は精神的になれません。そのうえ、「吸引した時間はボランティアだから、介護時間から差し引いてください」と指導した行政までありました。ですから、リスクを恐れる事業所は引き受けませんでした。同意書による吸引は割巨額に立たされていたのです。

## どんな法律なの？



西：そんなや。そんなら、法律で決めるからには、絶対に「介護職員等によるたん吸引等の実施」をしてもらえるんやね。

さくら：ところが、それもなかなか。平成24年4月1日から、一定の研修を受けた介護職員等がたん吸引等を実施できるようになるのですが、この研修を受けるにも、

- ・利用者又はその家族から書面による同意があること
- ・主治医から指導看護師への指示書が交付されること
- ・指示書には研修を受ける介護職員の氏名等の記載もあること

といった面倒な手続きが必要になります。

修を行つて、無事パスしたら、都道府県に認定登録して、慣れて吸引や経管栄養が開始できます。

主治医や訪問看護、介護職員、そしてケアマネジャーも含め、適切な医療管理のもとに、事業所だけでなく地域での体制整備も含めた木がかりなシステムの構築が必要とされています。

西：わあ、大変やねー

さくら：それから、重要な点は、「吸引はしない」という事業所があれば、利用者が納得する転換ができた、ということですよ。

安全性を確保なものにするために在宅ネットワークを構築すれば、報酬面でも介護事業所には加算がありません。そして、ヘルパー個人に責任を負わせることもなくなります。

ですから、この仕組み作りには、地域や自宅暮らしたい患者と家族が、在宅介護にかかわる人みんなに働きかけてください。そして、尻込みする人がいれば、その人の気持ちを動かすつもりで、しつかり取り組んでいたきたいのです。



みんなを支えるたん吸引を行う処置

さあ、みんなで行ろう！

みんなを支えるたん吸引を行う処置について…この本文下のイラストは、ペンギンおやじこと中江謙留さんが正しい吸引等の処置の普及のために描いたものです。日本各地の方言をそれぞれのALS支部の方々のご協力を得て調べられ、日本中みんなと一緒に取り組もうという気持ちを込めて作成されました。精密な機器や処置の様子を正確に、かつほのぼのの再現されています。本文の詳しい内容に少し度れた時、ご覧になってみてはいかがでしょうか。

## 家政婦さんやボランティアも 研修を受けるってホント？

西…そこいえば、いままで吸引してくれていたヘルパーさんも、まだ研修を受けないとあかん？ 十分上手やし、事故もなかつたのに……。

たくら…これまで同意書を書きすなで、国の通知に基づき一定の要件のもとに吸引等を実施していた介護職員等は、今回からは「経過措置対象者」と位置づけられます。この経過措置対象者は、吸引の研修は受けなくてもかまいません。都道府県に手続きをすれば、「認定特定行為業務従事者認定証」を交付されます。

西…認定特定行為業務従事者認定証？ まだまだ、ややこしい言葉やね。

たくら…本州にぞつてですね。この認定証には特定の利用者さんの名前が書いてありますから、その患者さんに対しては、平成24年4月1日以降も引き続き、吸引のみなら実施できます。この「みなし」の認定の手続き等は、都道府県から案内がありますから、都道府県のホ-

むじみになります。

西…経過措置対象者（みなし）として「認定証」を受けているヘルパーさんの場合は、4月以降に新たな患者さんの吸引を引き受ける時は、みなしの「認定証」をすでに交付されているから、実地研修は免除されるんやね？

たくら…いえ、そこではありません。経過措置対象者の認定証は、あくまで「特定の者」のみに対する認定証なのです。

ですから4月以降、新たな患者さんの吸引を行う場合は、新たに実地研修を受講することになります。

西…自費で契約している家政婦さんや、補助で手伝ってくれているボランティアさんについては、いままでとおもって考えていいんやね？

たくら…いえ。この法律の「介護職員等」の「等」の中には、資格を持たない人、ボランティアで関わっている人、謝礼を支払って頼んでいる家政婦さんや、特別支援学校の教員の方も含まれますので、平成24年4月1日からは、国が定める研修を受けずに吸引等の行為を行った場合は「みなし」を除いて違法となります。

ホームページなどで確認して手続きをしてください。

西…「経過措置」についてはどうなん？

たくら…「経過措置」は、これまでは認められていませんでしたから、ヘルパーさんが行うためには研修を受ける必要があります。3月31日までに都道府県の研修を受けて登録認定を受ければ、平成24年4月1日から経過措置を実施できます。

## どんな手続きが必要なの？

西…そしたら、4月1日以降に新しくヘルパーさんが増えたとしたら、たんの吸引等をしてもらうためには、どんな手続きをすればええの？

たくら…改めて4月以降、研修を受ける必要があります。研修機関において「基本研修（講義と演習）」を受講します。研修を修了した後は、在宅で実地研修を指導看護師のもとに行います。

基本研修は介護職員1人につき1回限りの受講で済みますから、別の「特定の者」に対して吸引等を行う場合は、基本研修は修了済みとして、在宅での実地研修に進

## 吸引の研修を受けただけ、 実際患者さんに処置するのは怖い！

西…初めて吸引を研修したヘルパーさんが、実際に吸引するのは怖いと言わはんねんけど、どんなふうに認得したらええんやろか。

たくら…誰でも初めのころはこわいですよ。中でも一番怖いのは、患者さんがスーツと見せる目、それに限しい家族の視線。それに射すくめられると固まってしまうヘルパーさんもいます。

西…誰かにそういう場面、あるなあ。

たくら…ええ。「吸引が一番こまいののは誰ですか？」と患者さん本人に聞くと、たいてい「家族、または吸引頻度の多いヘルパーさん」と答えることが多いです。「私は吸引をたくさん経験してきたから大丈夫です」と自己紹介で言うヘルパーさんもいますが、経験豊富であれは安心といっわけでもないのです。吸引は特定の患者さんの個性を最も尊重しなければいけないケアのうちの1つですからね。



青森では…？



みんなを支えるたん吸引開ろう地層



「一緒にやるべ」!



気管カニューレ内腔からの吸引

初めて患者さんに向き合うヘルパーさんには、まず家族の吸引の手順を納得のいくまで見てもらいましょう。

それから、患者さんに合ったやり方を丁寧に教えてあげてください。そして実際にヘルパーさんが吸引をしたのち、患者さんに「いまの吸引でよかったですか？」と確認をとってもらいましょう。

ここで気を付けて欲しいのは、患者さんがそこで「下手クソ！」と言っているかもしれませんが、そういうこと。これではヘルパーを育てる機会を自分でつぶしてしまいます。上手なところが違うのが、このようにやればうまくいくかアドバイスをしてあげましょう。一人前のヘルパーを向人習うられるのが、患者と家族の腕の見せどころ。そういう意識を持っていただきたいのです。

看護師さんが訪問したときに、家族が吸引をして、必要な処置は看護師さんが行うというパターンはよくあります。いくら看護師であっても、特定の患者さんの吸引方法はわからないのが当然です。

個々のやり方をしつかり学んでからでないといけない、というのが在宅療養の難本です。

誰のせいでもない、不可抗力です。

西…お医者さんでも……

さくら…仮にその場にいたのが家族でなく、ヘルパーだったらどうなのか。訪問看護師だったら、あるいは医師だったら…。安全であるために突き詰めて考えると、医療依存度の高い患者さんとは何が起きるか分からないから入院するしかない、ということになります。しかし病院でも、看護師が吸引したあと、呼吸器をカニエーシに接続しないまま離室して裁判になった例もあります。

在宅療養では、看護師が吸引や経管栄養のために訪問できないことは承知のとおりです。寝ている家族がもともと寝ると事故につながり、安全が保障されないことを身をもつて知る患者さんたちは、「家族を休ませてやって。そのために、長時間滞在できるヘルパーさんに吸引してもらいたい」と心から願っています。

### 法制化による環境の整備を

西…そうした患者さんの願いが、今回の法制化で実現するんやね。

### 吸引して事故が起きることはないの？

西…吸引して事故が起きることは絶対ないの？心配で…

さくら…事故は必ずあります。

「お正月3日だけは家族と親戚で世話したいから、ヘルパーさんは休んでください」と言われたAさん患者さん宅で、家族が吸引したとたん大出血を起こして、救急車で搬送の途中に死亡が確認された例があります。この患者さんは重度の糖尿病も持っていましたから、出血しやすい状態が常にありました。このように、医師や看護師がふだんから医療ケアを綿密に行っている、防ぐことはできません。

西…これいなあ…

さくら…まだ、あるAさん遺族の旦那さまの手記で、ご自分で旦那さまの吸引をした遺言、大出血を起こしてしまつたという事例を見ました。旦那さまは精神科の医師でした。思わず手で気管切開口をふさいだが、なすすべもなく、患者さんを見守るしかなかつたと言っておられました。突発的な出血や機械の故障は

さくら…はい。そのための法制化の意義が、当初は混乱すると思われます。けれども、吸引のよつに頻度が多く「いつ」が指定できないケアや1日3回~4回も必要な経管栄養のケアが、家族だけではなく、研修を受けた介護職員によつて実施できる環境の整備は、様々な状況におかれたAさん患者さんにとつて課題解決が必要です。実現のためにみんなで協力していかなければなりません。

### 吸引について詳しく知りたい

西…吸引について気になることがあります。ヘルパーさんができるのは「カニエーシ内部の吸引」と研修テキストには書いてあるけど、患者さんにもっと深く入れてほしいと、納得してくれないことがあるみたいやね。どうしたらええの？

さくら…ある医師の指示書の記載にはこう書かれています。「カニエーシからの吸引は原則的に10mmまで留める。緊急時はこの限りではない」

10mmというのは、カニエーシ内部の吸引を指されてるんやないかとですね。これはカニエーシを挿入して



みんなを支えるたん吸引器の設置



口腔からのたん吸引

東京では…?

「一緒にしましょう!」

ところまで吸引すると随って気道を潤わせる可能性があるのでからです。

西：「カニエーしをもっと深く入れてほしい」と患者さんが言うのは、たんが硬いからなやうところしたらええんやらか。

せくら：たんが硬いという状況は、人工呼吸器の加湿器の温度設定、水分採取の状況、体位交換の状況も含め、総合的に検討する必要があります。

入浴サトウを吸った後、たんが動きやすくなって、あふれるはたんがよく引けますね。お薬の加減と体制によつて、たんが柔らかくなつたということがよくわかります。

最近ではカフアーストを有効に活用される患者さんも増えてきました。カフアーストを使用すると、そのあと1時間くらいは吸引の回数が抑えられますが、たんは柔らかく、吸引しやすく、患者さんも楽そうです。

西：口からの唾液が多く、水分の採取を制限したいという患者さんもおられるか。

せくら：口からあふれる唾液に苦しむ苦痛というのは大

せくら：トキリやヒヤリはいつでも、あれは喉にやこてきます。家族が知らない間に腫つて、人工呼吸器の電源コードをコンセントから抜いてしまつたり、呼吸器の内服充電が切れて、いきなり呼吸器が停止したこともありました。おうちの中はわりと騒々しくて、電源が切り替わつたときの機嫌の急回復にだれも気づかなかつたのです。

また吸引器を清掃した後、フタの目印が合っていないのでフタを閉めたと思ひ込んで、吸引をしちつしたら吸引圧が上がらず、故障したとあわてることなんか、誰でも一瞬はありますね。

西：障かじヒヤとする経験はあるなあ。

せくら：もつと辛い失敗もあります。カニエーしから呼吸器の回路を外して吸引し、変わつて回路をカニエーしに接続しようとしたら、「回路の先端が見あたらない」と大騒ぎした新米さんが週五にいました。回路をたもつていけば先讀にたどりつくのに、ベニツクになつてしまつたのです。

人工呼吸器の回路の中にはいつも空気が1匹の圧で動

きまることがある。

近頃は、口から唾液の流出が多い患者さん、たんや唾液が気道に落ち込みやすい患者さんには、経路閉鎖用の手術が有効と言われて、手術を受ける患者さんも増えていきます。

この冊子の場面を描いてくたもつている「ズンズンおやり」こと中江康智さんも、気管切開後、さらに経路閉鎖術を受けました。手術の影響でるか月くらいはかえつて吸引が増えたもつてしたが、その後は落ちこつて吸引の頻度も少なくなり、カフアーストも併用しているのので、腫いたんに苦しむことはなくなつたそうです。口からの唾液の流出で苦しんでいた別の患者さんも、経路閉鎖術を受けた後、明らかに唾液が飲み込んでいるよつて、唾液の流出は減つたと言われています。

### 患者と介護者相互のよりよい環境づくりのために



西：ところで、もしこの医師の担当室の「緊急時はこの際ではない」という言葉はトキリとつてなつて

しているの、緊急といつてもはを覚つてから、はねだり、動いたりするものです。回路の先端が布団に吸ひ付いて、アラームも鳴らさず、そのまま回路をカニエーしに接続することをされると事故になります。

西：事故を防ぐには、何が大切なんや。

せくら：機器が高調したときは、スハコエーバックを使用して空気を肺に送り込みながら、人を呼び、機器の点検を行える体制が、すくじとれますね。

吸引器は予備の機器があるほうが望ましいし、もし代用機がない場合は、大さめのうづりついで吸引し出す。昔は掃除機の前端に清潔な吸引チューブを取り付けて緊急に吸引したという経験もありました。クルバーたちは介護に携わつていてるもつて、こんな機転もさくもつてになります。これは、訓練を受講しただけでは来つて新じ付きません。

新人には新人の役割、ベテランにはベテランの役割があります。一足踏みはベテランにはなれませんし、その過程でいつはミスもつとつかるもあるかやしません。ですから、患者さんも「子まつり」と言わなつて、つ目



和歌山では...? みんなを支えるたん吸引器のつくりかた

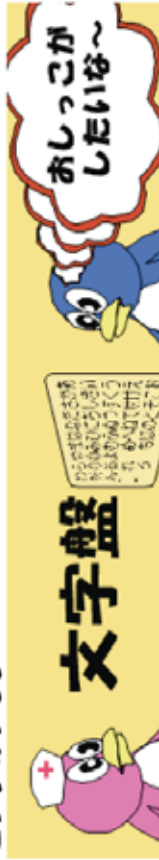


「つれもつていこらー」! 同僚内からの電話吸引

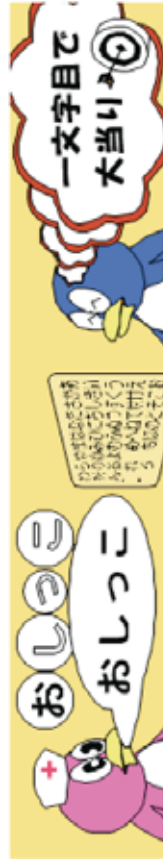
## ペンギンおやじのマンガコーナー

「ペンギンおやじ」中江さんが描きためた4コマ漫画の中から作品を紹介します。

### ピンクのブラシ



ペンギンおやじは文字盤を使って愚思を伝えます。  
「おしっこがしたいな…」



一文字目の「お」だけでヘルパーさんは「ペンギンさん、トイレね」とわかってくれました。



「頭がかゆい！いつものピンクのブラシで掻いて！」



「ピンクのブラジャー？ペンギンさんのスケベ！」  
今度は一文字違いで大間違い。



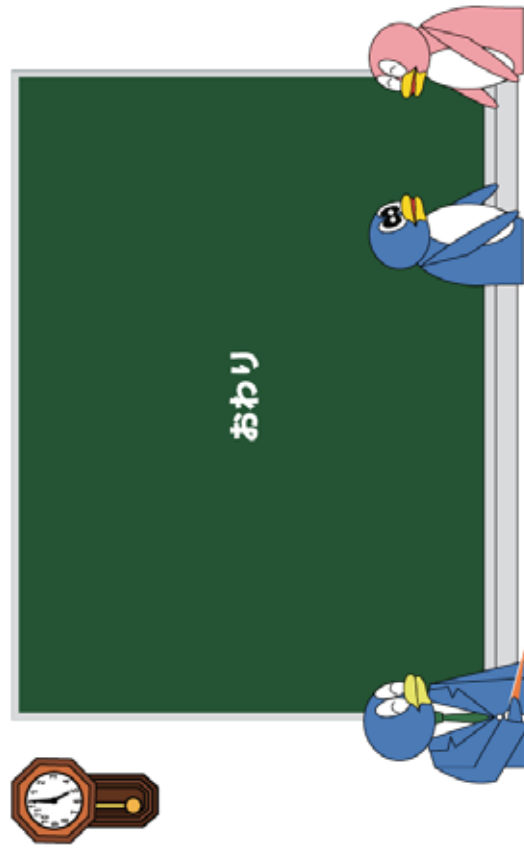
青ろうの漫画採集漫画

「まじゅん さや〜」!

分の五感をフル稼働してトコトコに反応し、粘り強く新人介護者を育ててください。

今回の法制化が、医師の指導のもと、家族と訪問看護師、ベテランのヘルパーが、新人のヘルパーをみんなで見守るための機会になれば、患者と家族にとって幸いです。

了



みんなを支えるたんぽぽ引継ろう漫画

沖繩では…?

## おわりに

このリーフレットは、ヘルパーさんや介護事業所に  
吸引や経管栄養等の医療的ケアを安心して実施して  
いただけることすなわち医療的ケアの普及を目的と  
しています。

大阪のALS患者、中江康智さんの「ペンギンおや  
じ」のイラスト入りで、近畿ブロックの水町さんがわ  
かりやすく解説してくださいました。

患者さんは、病院や地域医療の皆さんにこのリーフ  
レットを配って読んでいただき、在宅人工呼吸療法へ  
の理解を深め、吸引や経管栄養に積極的に取り組んで  
いただけるようお願いしてください。

またこのリーフレットを読んだヘルパーさんたち  
が、いのちを根底で支えるたんの吸引や経管栄養に積  
極的に取り組んでくださいますよう、心から希望いた  
します。

『たんの吸引などをヘルパーさんをお願いするための手引き』

企画：川口 有美子

執筆：水町 真知子、橋本みさお

イラスト：中江 康智

編集・デザイン：加藤 福

監修：厚生労働省 社会援護局 障害福祉課 専門官 高木憲司

発行元：NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会

〒164-0011 東京都中野区中央3-39-3

TEL 03-3383-1337

FAX 03-3380-2310

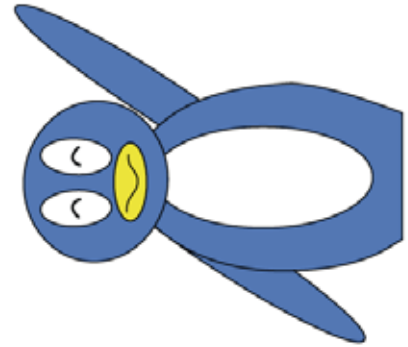
さくら会WEBサイト

<http://www.sakura-kai.net/wp/>

「喀痰吸引等(たんの吸引等)の制度について」の厚生労働省の関連URL

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/tannokyuuin.html>

このパンフレットはさくら会と厚労省のサイトからダウンロードできます。



14