

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 6

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための  
状態別・疾患別に配慮したテキスト・DVDの検討・作成

事業実施報告書

平成 24 年 3 月 31 日

東京都立神経病院

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための  
状態別・疾患別に配慮したテキスト・DVDの検討・作成  
事業実施報告書

目次

第1章 実施事業の概要

1-1. 課題の背景と事業の目的	3
1-2. 事業の概要	4

第2章 事業の実施概要

2-1. 検討委員会	7
2-2. 研修テキストの作成	12
2-3. DVDの作成	14
2-4. 評価票等の作成	16
2-5. 本事業の成果	18

巻末資料

資料1 検討委員会 第1回議事録	19
資料2 検討委員会 第2回議事録	34
資料3 検討委員会名簿	51
資料4 研修テキスト作成段階における意見(例)	52
資料5 都道府県の関係部門への配布先	54

## 第1章 実施事業の概要

### 1-1. 課題の背景と事業の目的

介護職員等によるたん（喀痰）の吸引等の取扱いは、これまで、介護現場におけるニーズ等を踏まえ、当面のやむを得ない措置として、一定の要件の下で認められてきた（実質的違法性阻却）。

こうした運用に対する法的根拠を明確にしていくため、厚生労働省では、平成22年7月から「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」を設置して、検討を進め、平成23年の通常国会に関連法案を提出し、平成24年度の施行と円滑な制度運用を目指してきた。

その結果、「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日に公付された。施行日は、一部を除き平成24年4月1日である。

平成23年度は、その準備期間ということで、「第一号・第二号研修（不特定多数の者対象）」及び「第三号研修（特定の者対象）」（本事業が対象としている研修）の研修について、都道府県において試行研修が行われてきた。

こうした動きの中で必要となるのが、「地域でたんの吸引等を実施することのできる介護職員等を十分に確保すること」である。

そのため、①現在までに実施されている試行事業の結果等も踏まえ、介護現場を担う人たちに対する具体的な教育・研修の在り方等を考えていくとともに、②地域における研修や介護職員等によるたんの吸引等の実施に取り組む事業者が、研修や介護職員によるたんの吸引等を実施する際に参考にできる研修テキスト、利用者との間で交わす同意書、各利用者ごとに作成するたんの吸引等の実施に係るマニュアル等について「ひな形」を提供して行くことが重要である。

そこで、本事業は、

- ・これまで、たんの吸引に関する手引書や動画による指導書を作成してきた知見と経験（註1）を踏まえ、
- ・介護職員等によるたんの吸引等（①たんの吸引及び②経管栄養）の実施のための研修講義用テキスト及びDVDの内容を検討、
- ・研修指導の評価チェックシートや同意書のひな形作成を行って、
- ・都道府県等に配布するほか、ホームページを通じて広く全国の関係する介護職員等に公開し、

「地域でたんの吸引等を実施することのできる介護職員等を十分に確保」するための研修指導の推進に資することを目的とし課題とした。

また、研修講義用テキスト及びDVDを作成するに当たっては、

- ・利用者の状態別・疾患別に配慮した内容としていく
  - ・介護職員等の介護現場の目線を重視して作成することにより、研修講義用としてだけでなく、広く自己学習用としても活用可能なツールとなるよう配慮した
- テキストやDVDとすることも課題としている。

<註1> 東京都立神経病院では、ALS等の在宅呼吸療養患者を対象に資格のない家族以外の介護者（ヘルパー等）に対して、清潔操作指導のもとに①人工呼吸器の知識、②気管カニューレ内吸引の方法、③口腔・鼻腔内吸引方法の技術支援を行ってきた。当初の指導は入院中の指導を原則としていたが、指導内容の共通化を目的に技術指導マニュアルや吸引技術指導用ビデオ（DVD）を作成し、現在では在宅療養をしている方に、地域の訪問看護ステーションと連携して在宅現場において指導を行ってきた。

このように、患者さんのご家族や支援介護職員等が在宅でも学習できるよう、すでに詳細な「たん吸引指導マニュアル」や、分かりやすさを補完するための、「たん吸引手技の動画」、「チェックリスト」等を制作し、ホームページ上に提供してきた。

([http://www.byouin.metro.tokyo.jp/tmnh/m2/14/index\\_d.html](http://www.byouin.metro.tokyo.jp/tmnh/m2/14/index_d.html)を参照)

## 1-2. 事業の概要

以上の課題に対し、本事業では、主として次の諸点に配慮し、研修テキスト・DVDの作成を行うこととした。医療・看護・介護職の方々、さらに障害者団体の利用者の方々を広く検討委員として招聘した「検討委員会」（巻末資料参照）を組成し、研修テキストや研修講義のあり方について意見を集め検討を進めてきた。

(1) 現在、地域で行われている介護職員等によるたんの吸引等に関する研修や介護職員等によるたんの吸引等を実施している事例を収集するよう配慮する。

- ・収集に当たっては、さまざまな障害者団体の協力を得るなどし、たんの吸引等を必要とする状態像を想定しつつも、できる限り特定の障害種別に偏った事例収集とならないよう留意する。
- ・また、これらの事例整理に当たっては、平成22年度実施の「介護職員等によるたんの吸引等の試行事業」のNPO法人・ALS/MNDサポートセンターさくら会にも検討に加わっていただき、その成果も踏まえた事例分析・整理を進める。（また、NPO法人・ALS/MNDサポートセンターさくら会の橋本みさお氏は、厚労省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度のあり方に関する検討会」のメンバーでもある。）

(2) 「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」の検討結果及び上記の事例を基に、状態別・疾患別に配慮したテキスト

や同意書、研修指導評価等についても検討を加え、提示する。

- ・テキスト等については、テキストの構成・編集を統括する医師等の医療職の参画した「検討委員会」を組成し、作成することとする。
- ・また医療職のほか、患者の会（利用者である障害者団体）、介護関係等の関係する委員を広く結集する必要があるため、委員は13名とした（註2）。
- ・さらに、委員として明記していないが、検討を進めるに当たっては、適宜、検討委員会主査に当たった川田の所属する東京都立病院地域医療連携室の看護師や保健師の意見や検討を仰ぐほか、厚労省との意見調整も随時行う。
- ・テキスト等の内容は、特定の障害種別に偏った内容としないように配慮するとともに、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）のすべての行為を、できるだけ網羅し、標準的な教科書となるよう配慮する。たとえばこれを機会に、患者の会からの要望の高い「遷延性意識障害」の場合のたん吸引等の留意点等についても検討を加えまとめる（遷延性意識障害に関しては従来その留意点を盛り込んだ適当な指導テキストがなかった。）

<註2> 検討委員会の構成員（巻末資料3も参照）：本事業の人選に当たっては、できるだけ医療介護の現場で、実際にたんの吸引等の医療技術の指導に当たってきた医療職のみではなく、医療介護を受ける利用者側の患者家族会の代表者にも参加していただくよう配慮した。

- ・それぞれ異なった疾患や病態で吸引等の医療処置を受け、かつ団体自体で積極的に講習会等を通じて医療技術指導を行っている次の5つの患者家族会の代表者に参加していただくことにした。NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会、遷延性意識障害者・家族の会、全国脊髄障害者連合会・NPO法人せきずい基金、人工呼吸器をつけた子の親の会 バクバクの会、呼ネット（TILベンチレーターネットワーク）筋ジス等の当事者団体である。
- ・地域病院（千葉県の三枝病院）と密接な連携を図り、指導を行ってきた訪問看護ステーションきづなにも参画していただいた。
- ・以上のほか、川田とともにこれまで吸引指導のためのマニュアルとDVD作成に係わった経験をもつ大分協和病院、駒クリニック立石、在宅での高度な医療・介護を必要とするALS患者の在宅訪問診療に現場で深く係わってこられた中村診療所、土橋医院、遷延性意識障害者の医療・介護技術に詳しい筑波大の日高准教授にも委員を委嘱して、本事業の目的に即し、臨床・介護の現場目線を重視した体制を組成することとした。

(3) 研修テキストに基づいた研修の映像媒体（DVD等）を作成する。

- ・たんの吸引や経管栄養を、実際に行う方々にわかりやすく基本的な点を理解しチェックできるように、動画（手技部分や基本的なチェックポイントを中心に）を盛り込んだDVDを作成する。
- ・ただし、このDVDの作成に当たっては、全編が、利用者が立ち止まることのできない映像が一方向的に流れるだけでは、これまでの経験上も、自己学習という観点からは十分ではない。学習する方々は、一ステップごとにチェックし理解し習得していく。したがって、映像（動画）は手技の部分の分かりやすさを重視するものとし、テキスト的な解説を併用させた構成、リンク（動画へのジャンプ機能）、戻り機能、今自分がどこを勉強しているのかが分かる機能など、できるだけ自己学習者の視点を重視し、テロップの入れ方、解説文の入れ方等についても十分配慮して構成していく。
- ・できる限り状態別・疾患別のすべての場面を盛り込むよう配慮はするものの、予算や時間的制限から困難な場合は、基本的なケースを盛り込むことを優先させる。

このように、地域における研修や介護職員等によるたんの吸引等の自己学習を円滑に進めること目的とした本課題の成果物は、

- ・介護職員等に対するたんの吸引等の実施に係る状態別・疾患別に配慮した研修テキスト（冊子）。
- ・地域で行われている介護職員等によるたんの吸引等に関する研修や介護職員等によるたんの吸引等を実施している連携事例の報告。
- ・介護職員等がたんの吸引等を実施する際の、状態別・疾患別に配慮して作成した「たんの吸引等の実施に係る評価」、「同意書」のひな形。（「たんの吸引等の実施に係る評価」については、研修テキストの利用者が、適宜、工夫・修正して利用できるようエクセルファイルも掲載する。
- ・上記の研修テキストに基づいた研修用（自己学習用）の映像媒体（DVD等）。
- ・全国の研修利用者に幅広く利用していただくことを目的としているため、作成した研修指導用マニュアルとDVDを、全国都道府県等の障害福祉担当部門へ配布する。
- ・著作権を「原則フリー」とするが、全国への利用・普及状況の把握を目的に、テキストやDVDのコピーについては、配布先等を本事業事務局（東京都立神経病院脳神経内科川田）へ還元していただくよう呼びかける。

## 第2章 事業の実施概要

### 2-1. 検討委員会

事業は、検討委員会を中心に進められた。検討委員の方に会場に集まっていたいで討議は、2回開催された（巻末資料の議事録参照）が、第1回と第2回の開催の間と、第2回開催後に、適宜、持ち回りの委員ヒヤリングの形で開催された。

それら持ち回りによる研修テキストに対する疑問点の例として、巻末資料の「研修テキスト作成段階における意見」を整理している。

#### （1）第1回検討委員会

第1回検討委員会では、事業の背景と概要の説明、委員の紹介が行われた後で、検討委員からは、次のような意見が出された。

##### ①医師サイドからの質問や意見

- ・鼻や口の奥へカテーテルを入れるという、解剖学的なことが分かっていないと、こわくなって、カテーテルを入れたけれども、途中で抜いてしまって十分な吸引行為をできないまま終わってしまうこともある。そのため、解剖学的なところをしっかりとっておくことで不安感を解消していくことが求められている。
- ・利用者の意見を取り入れた標準的なテキストやDVDが、いまのところないのも、痰吸引や経管栄養が広がっていかない要因にもなっている。
- ・実地研修で合格しないと修了証は出さないのでしょうか。講義等の研修の筆記試験に合格すれば、実地研修は患者さんごとに受けるのですね。
- ・研修の実施主体は、登録研修機関ということですね。登録研修機関の要件は…。
- ・介護職には、積極的な方と、積極的ではない方がいます。積極的でない方が、この研修でどこまで理解していけるか、疑問が残ります。
- ・清潔と不潔の概念については、しっかり理解してもらわなければいけない。個別的な問題対応と、基本的で共通な手技について、はっきりさせた切り分けが必要になると思います。
- ・たとえば、呼吸器を外してたんの吸引を始めたときに、呼吸器のほうでアラームが鳴ったとか患者さんの具合が悪くなったときにどう対応していくかという点も、力を入れて掲載して欲しいと思います。
- ・度忘れしたときにどうするかも含めて、クイック理解のためのポイントやチェックシートなどがあると、現場では重宝すると思います。

##### ②患者会等からの意見

- ・脊損患者には、マスク式（NPPV：非侵襲的人工呼吸法）を利用する場面も多いため、マスク式の話盛り込んで欲しい。
- ・逆に、ALSでは、唾液の嚥下障害が必発なため、NPPVはALS患者にとっても危険なため、マスク式について説明する場合は、適応疾患を明記して欲しい。
- ・NPPV、TPPVについてはどちらかを薦めるような言い方はしないで欲しい。本人にしっかりインフォームドして本人が意思決定する。
- ・介護職の場合、吸引等にはじめて触れると、「こわい！」「難しい！」が先に立ってしまう。すると、手も振るえ、利用者の言うことも耳に入らない状況が現場で起きてしまう。そのため、(a)きちんと学習し、基本的な操作をきちんとやっていけば、決してこわいものでも難しいものでもなく、練習すれば誰もができることであるということ、また、(b)障害をもつ患者にとってそれがどうしても必要なことなのだという点をきちんと理解してもらうこと、これらについて学習できる研修であり、テキストにして欲しいと思います。
- ・一方、吸引を比較的軽く見る介護職の方も出てくると思いますが、障害をもつ患者にとって大切なサポートであり、かつては医療行為とされていたもので、慎重に基本的なことを外さずに手順を進めていくことが大切であるということも、記載して欲しい。
- ・指導のポイントは、指導看護師さん向けにまとめたもので、介護職向けにここまで細かくやると、研修で、教えきれない、学習しきれない可能性もあります。
- ・言葉の定義や使用する言葉は、具体的に分かる用語を使用してください。
- ・自己判断は心配で、現場にあつて、家族、医療・看護に連絡を取らなければならない状態の判断、緊急連絡の判断が遅れないようガイドして欲しい。
- ・吸引器の日頃のメンテナンス、ビンの洗浄、ゴムのパッキングの問題とかも含めて、知識としては必要ではないかと感じています。メンテナンスしておかないと十分な性能が維持できない。
- ・カテーテルチップ等、停電といった緊急イレギュラー時の対応についても知識が必要だと思います。
- ・制度論の地域生活の中で、疾患別の障害者支援だとか障害者の特性に対する配慮について言及していただけると有難いと思います。
- ・手技の基本はもとより、本当に一人ひとり違うので、まさに特定者向けということで、特定の利用者さんに対して、大きくバリエーションがある(違いがある)ということなど、利用者さんに応じて柔軟な対応があるという項目を、記載していただけると有難いと思います。
- ・特定者向けの場合は（本当いうと不特定多数の場合もそうですが）、コミュニケーションの問題が非常に大事で、遷延性意識障害の利用者さんのようにコミュニケーションが難しい場合と、ちゃんと自分のサポートして欲しいことを説



明できる利用者さんと、コミュニケーションで大分対応が変わってくるという点が、特定者向けで大事なところだと思います。

- ・子供の場合も、意思表示が難しいというケースが多々あります。そのため、親御さんたちから仕様を聞き取るしかない。
- ・たん吸引に限らず、人工呼吸器のサポート、日常生活のことなど、いろいろ必要で、その必要なことを介護スタッフに憶えていただきながら、個別に生き抜いてきたのが現状です。その意味では、自分たちで勉強したり、医師や看護師さんに教えてもらったり、聞きかじったりして、自分たちのサポートプラン(仕様)をつくり修正してきた。
- ・今度、たん吸引、経管栄養が介護職員さんにも認められるということで、当初は 50 時間研修。そんなことになったらたん吸引や栄養注入してくれる介護スタッフは誰もいなくなるということで、特定者向けでは、時間を短縮していただいた。その分特定者向けの実地を重視する。実際は、基礎研修と、あとは介護職員さんの意欲と腕次第ということになっていくと思いますが、介護職員さんは他の研修もある中で、たん吸引と経管栄養だけで 9 時間も大変なことと思いますし、逆にそこへ基礎的事項を盛り込むのも大変なことだと思います。そういう意味で、人工呼吸器については、本当は盛り込んで欲しいのですが、そんなことまで盛り込むとせつかくの 9 時間が、介護職員さんたちに消化しきれないまま終わってしまうリスクも重要だと考えています。僕の考えになってしまいますが、盛り込むかどうかという最終的な判断基準としては、この 9 時間は資格さえ取ってしまえばいいというものであるよりは、本当に必要で、基本となることをきちんと習得できて、実地をやっていく中で、繰り返し参考にしていけるテキスト、DVD であって欲しいと思います。

これらの意見、また、検討委員会後に出された意見も参考にして、研修テキストの作成が進められた。

## (2) 第 2 回検討委員会

研修テキスト案の作成は、厚労省の高木専門官(第 1 章)、川田医師(第 2 章、第 3 章)が中心となって行われた。第 2 回検討委員会は、その研修テキスト案をもとに討議が行われた。

また DVD 搭載用のたんの吸引、経管栄養の手技に関する動画撮影を終えていたため、DVD の掲載内容、操作性、動画へのジャンプ等の紹介も行われた。

研修テキストの構成は、第 1 章の重度障害児者等の地域生活等に関する講義、第 2 章は、たんの吸引と経管栄養の知識と手技に関する章である。これは、たんの吸引等を必要とする重度障害児者等の障害および緊急時の対応等および危険防

止に関する講義で、呼吸について、たんの吸引、健康状態の把握、経管栄養についての説明という項目を挙げている。

次に第3章は、実地研修で用いる評価票に準じた手順で、各種手技を行うための手順、留意点等を解説している。吸引に関しては、口腔内吸引、鼻腔内吸引、気管カニューレ内吸引の3つの方法。経管栄養については胃ろうからの滴下型の液体栄養剤の注入の場合、胃ろうからの半固形栄養剤の注入の場合、経鼻管からの滴下型の液体栄養剤注入の場合の3つについて解説している。

このうち、第1章については、制度上の問題として、

- ①研修時間の配分の問題
- ②制度上で問われる事故責任の所在を含めた医師の役割の問題
- ③研修機会の拡大の問題
- ④「特定の者の障害、疾患についての理解」という項目についての記述

に関する意見が出され、討議された。

#### ①研修時間の配分の問題

研修時間は、法令上規定されている。実際には、講義は、画面の自動時間送りや動画説明で、ある程度、時間短縮を図ることができる一方、実習のほうに時間が充分割かれる必要がある。しかし、規定は、各講義3時間に対して実習1時間しかない。そこで、講義が早く終わる場合は、実習的な指導を含めた講義を行うほうが望ましいと考えられる。

#### ②制度上で問われる事故責任の所在を含めた医師の役割の問題

特定の者対象の研修による介護職人員の確保拡大は、医師がキーポイントとなる可能性が高い。なぜなら、

- ・医師が、指示書を書かなければ、たとえ特定の者研修を受けた介護職がいても実施できない可能性がある。
- ・医師側から言うと、介護職の中には非常に熱心なスタッフもいるが、そうでないスタッフもいるため、これら研修を受けた介護職に一律に指示書を書くのは、大きな危険を伴う。
- ・現場での事故責任の所在が明確でない。現場で事故が発生した場合、平成24年4月以降は、主としてその介護職を預かる登録事業者の責任となる旨について、社会的にもっと周知されなければ、医師側は躊躇せざるを得ないだろう。

#### ③研修機会の拡大の問題

地方の例として、23年度の研修は都道府県単位で1回実施されたが、それでは、とても介護職の人員は確保できないため、もっと数多く開催して欲しいとい

う要望がある。これについては、4月からは、登録事業者が行うことで、ある程度介護職の研修機会は増加していくと予想される。

ただ、その場合でも、地域の医師会の協力は研修拡大の背を押すことになるだろう。しかし、現段階では、こうした特定の者対象の第三号研修について知る医師は少ないのではないかという報告もあった。

#### ④「特定の者の障害、疾患についての理解」という項目についての記述

第1章には、特定の者の障害、疾患についての理解という項目があり、その解説内容について患者家族支援会の皆さんにご意見をいただいていた。

ただ、患者家族会サイドでは、たとえば遷延性意識障害の場合、極端ないい方をすると、脳死寸前の人から脳波で反応できるくらい意識障害が軽い人まで、きわめて範囲が広く、いくらでも口から食べられる人や、ほとんど吸引の必要のない人もいるのが実態で、標準的などという意味での記述の難しさに関する意見があった。最終的には、利用者側から言えば、恐らく一人ひとりの障害をよく知って欲しいということに尽きるという。そのため、特定の者対象の研修者に、現場に臨んで一人ひとりの障害像をちゃんと把握してもらい、「長くその患者さんと付き合い合ってもらい姿勢」で接してもらえば、家族同様に介護は充分可能だという意見をいただいた。

一方、第2章、第3章から争点を拾うと、

#### ⑤セッシや栄養食の希釈の扱い

#### ⑥アンビューバックに関する記述

について意見が交わされた。

#### ⑤セッシや栄養食の希釈の扱い

セッシについては、セッシは現場でまだ多く使用されているという指摘である。ただ、手を清潔にして、

- ・手で行うほうが、操作性が格段に増す（例えば、老・老介護のような場合にはセッシを使うよりも手の操作性は格段に高い）、
- ・衛生面からしっかり手洗いをすれば手で行っても衛生は充分保たれる（セッシのほうがむしろその先端の清潔を保てないリスクがある）

これらの理由で、セッシを用いない手法が今後も支配的になると判断した。

また、栄養食の希釈については、現場のケースにより相違する場合もあるため、利用者のケースに合わせて指導していくことでよいと判断した。

#### ⑥アンビューバックに関する記述

研修テキストに対し、いろんな質問や疑問点が出てきた中で、やはり大きな問題になるのは、介護者がどの程度までの作業をしていいかということである。

アンビューバック問題は、この代表的な事例である。第1回の検討委員会でも、4月施行の法改正では、介護者にアンビューバッグは認められていないが、アンビューバックに関する記述は、利用者から強く望まれていた点である。

また、研修テキスト案を検討委員に示した際にも、あるいは実際の研修講義でテキストを使用した際にも、疑問点として指摘が多かったのは、介護者に認められている部分と認められていない部分の扱い方であった（例えば、巻末資料4参照）。

したがって、アンビューバッグの使用については、今回は介護者に認められてはいないが、ただ日常生活で家族と協力して介護する時や、散歩に出かける時などの普通の呼吸補助、あるいは災害時の緊急時の対応という意味での救命的な呼吸補助ということで、知っておくべき知識として、追加することとした。

最終的には、アンビューバッグに限らず、たんの吸引、経管栄養は、全部が1つの手技、安全を確認した上での手技であり、介護者に認められている部分と認められていない部分の線引きはなかなか難しい。経管栄養の場合も、介護者にテキスト等を通じて、これは注入前にやるべき確認事項である等、知識は持っていたくようにする。それは研修テキストでも伝えたいと思うが、最終的な安全確認は、家族ないし医療者がしっかりと、介護者が実施できる形で準備おくこと、つまり、医療・看護・家族・介護の連携が必要になる。その上で、吸引あるいは注入してもらうという立場をとることとした。

## 2-2. 研修テキストの作成

研修テキスト案の作成は、厚労省の高木専門官（第1章）、川田医師（第2章、第3章）が中心となって行われた。

とくに第2章、第3章の執筆に当たっては、平成22年度実施の「介護職員等によるたんの吸引等の試行事業」のNPO法人・ALS/MNDサポートセンターさくらの資料を参照の上、第1回検討委員会の議論も検討して作成された。実際には、平成23年度に法令施行前の試行として、本事業と併行して実施された各都道府県が行う研修向けの講義用テキストとしても、利用できるように作業は進められた。

第三号研修（特定の者対象）にかかる本研修テキストは、各利用者ごとに多様で状態別・疾患別に利用できるよう基礎的内容をベースとするとともに、「同意書等のひな形」等も添付し、標準的な教科書に相応しい研修テキストを制作した。

試行的な研修では、研修を受けた方々から、なぜそうする必要があるかや、丁寧な手順説明で分かりやすい等、非常に良好な評価をいただいている。

また、DVD を合わせて制作・配布することにより、実際の研修での動画活用のほか、自己学習用としても利用できる研修テキストとなっている。

その他、目次の頁数は増えたが、各頁のスライドを一覧できるようにした。（この点は、そのまま DVD に掲載した場合には、さらにメリットがある。）

なお、事業プランの段階では、たん吸引、経管栄養、評価票を、それぞれ別々の冊子で作成することを念頭においていたが、

合本にしたほうが、

- ・ハンディで使い勝手がさらに良くなる
- ・健康状態の把握等、たんの吸引と経管栄養で、重複する記述を除き、その分、講義内容を充実させることができる

という理由から、最終的には合本とすることにした。

## 2-3. DVD の作成

### (1) ブラウザ対応

一般に DVD は、パソコンに差し込むと、自動的に立ち上がり、選択すると映像と音声流れる。流れている間は、そのセクションを閉じたり、途中から見るのが難しい。

そこで、本事業では、DVD に掲載する頁を、インターネットで一般的に使用されるブラウザ対応とした。

したがって、DVD を、パソコンに差し込むと、自動的にブラウザが起動して、先ず研修テキストの目次（スライド一覧）が画面に表れるようにした。

そこから、見たいスライドをクリックすると、自由にそのスライドへ飛ぶ（リンク）ことができる。逆に、戻りたいときは戻りボタンをクリックする。あるいは、第 3 章（実技手順）の途中から、第 2 章（講義）を参照したいときには、上段にあるメニューから中目次をプルダウンして飛ぶか、すぐに目次へ戻って必要なスライドへ瞬時に飛ぶことができる。そういう作りとした。これは、講義用としてだけでなく、立ち止まってする学習や自己学習用としての機能に配慮したためである。

内容は研修テキストに準じており、テキストをパソコンを使って画面に映しながら、もしくはパソコンを見ながら冊子テキストを併用して学習ができるようにした。

画面はパソコンによって大きさが違うが、自動的に拡大縮小するようにしている。ブラウザは、現状では、Windows に対応しているが、Windows で標準としてついている Internet Explorer や、Firefox、他社のインターネットツールでも動作するようにした。

テキストが多い場合はスクロールして見る。次の頁に行きたいときは、向かって右上段にあるアイコンをクリックすると、次のスライドへ進む。

次に、やはり右上段にあるオートモードを有効にすると、クリックしなくても一定の時間（1分）で頁が進むようにしている。1章で約 40 分くらい、何もしなくとも進んでいくようになっている。

### (2) 動画へのジャンプ

もう一つ、DVD の特長を生かし、動画も掲載している。

動画の撮影は 2 月 11 日に都立神経病院で行った。モデルはこの事業を手伝っていただいている看護師資格者である。

DVD 内の講義テキストや実技の箇所で、動画の参照が可能な画面において、関係動画のアイコンを配置した。アイコンをクリックすると、動画へジャンプし起

動する。

そういう形で、5分くらいの動画を10～20個掲載している。もちろん、目次から、動画へ進むことも可能である。

通常の、ネットで視聴する動画と同様、動画画面の拡大、撮影シナリオにもとづいた音声やナレーションを入れている。

何をやっているか、何に注意するかを伝えるため、シナリオにもとづいて、随所に画面下にキャプション（テロップ）を入れている。

また、撮影された動画については、使用するパソコンによっては、動画を走らせるには容量が不足する場合もあるため、やや解像度の低い解像度版をデフォルトとし、高解像度版も合わせて選択できるように掲載した。

なお、DVDには、これらのブラウザ対応の研修テキストと動画映像のほか、

- ・冊子とした研修テキストのPDFファイル
- ・特定の者の現場での実地研修で使用される評価票のエクセルファイル等についても掲載している。

## 2-4. 評価票等の作成

### (1) 指導評価票

指導評価票は、全部で9種類ある。経管栄養に関して、

- ・胃ろうまたは腸ろうからの液体型栄養剤の注入
- ・胃ろうからの半固形栄養剤の注入
- ・経鼻胃管からの液体型栄養剤の注入

の3種類。吸引は、いろんなバージョンに分かれており、

- ・通常の口腔内吸引
- ・口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法を行っている人への口腔内吸引
- ・通常の鼻腔吸引
- ・口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法を行っている人への鼻腔吸引
- ・通常の気管カニューレ内吸引（人工呼吸器を使っていない場合）
- ・気管切開して人工呼吸器を使っている人の気管カニューレ内吸引

の6種類である。

評価者がどういう点を留意して見るべきか、そういう点も理解をしていただく意味で、留意点、評価の視点も付けている。実際には、特定の患者さんのもとの、患者さんの方法に従って、この流れを2回続けて施行できれば合格ということになる。

このマニュアルの特性は、実地研修（特定の者）の現場（特定の者）での研修に、持ち歩く形になることである。

患者さん（特定の者）によって、個別のやり方もかなりあるので、できればこの評価法は、電子ファイルのような形で提供して、自由に、特定の利用者の状況に応じた方法に改変してもらおうと、基本の流れは保持しながらも、特異性を反映した内容の指導ができる。そういう自由度を持たせてもいいのではないかと考えている。したがって、評価票（チェックシート）は、DVDにエクセルファイルとして掲載することとした。

### (2) その他の掲載資料

その他の掲載資料としては、実践に役立つよう「同意書」「気管カニューレ内吸引時の覚書」「研修修了証」のひな形を掲載した。

また、研修を終え、実施に当たって最も重要となるのが、地域における連携パスである。医療・看護・家族・介護の連携なくしては、特定の者を対象とするたん吸引、経管栄養の介護サービスは成立しないといって過言ではない。そこで、連携の重要性について、地域で実際に連携している事例を掲載することとした。



事例では、連携パスを担う医師、看護、介護、それぞれの役割について言及している。

最後に、検討委員会では、用語の難しさについての指摘もあったため、簡単な索引を作成している。

## 2-5. 本事業の成果

### (1)成果物

以上の通り、本事業は、検討委員会の運営と研修テキストの作成を軸に進めてきた。その結果、「地域でたんの吸引等を実施することのできる介護職員等を十分に確保すること」を目的に地域で行われる「第三号研修（特定の者対象）」（本事業が対象としている研修）と、それにつながる自己学習を円滑に進めることを目的とした本指定課題の成果物は、次のとおりである。

#### ①介護職員等に対するたんの吸引等の実施に係る状態別・疾患別に配慮した研修テキスト

研修テキストは、きわめて基礎的・標準的な内容を、ていねいに解説しており、本事業と併行して進められた平成 23 度の研修でも、受講者から好評をいただいている。

②研修テキストには、地域で行われる介護職員等によるたんの吸引等の実施で重要になる医療・看護・介護の連携パス事例の報告も盛り込んでいる。

③研修テキストには、介護職員等がたんの吸引等を実施する際の、特定の者に配慮した「たんの吸引等の実施に係る評価票」や「同意書等のひな形」を作成して盛り込んでいる。

④上記テキストに基づいた研修用のDVDを作成した。このDVDは、ブラウザ対応としているため、自己学習用としても、操作性が良く使い勝手の良いものとなっている。

DVDには、本事業で撮影した実技部分に関する動画を掲載している。

また、冊子とした研修テキストのPDFも掲載しており、研修テキストを全国の利用者が、広くダウンロードして利用できるようにしている。

### (2)成果の公表

作成した研修マニュアルとDVDを、全国都道府県等の障害福祉担当部門へ配布した。また、病院レベルでの効果も検討するため、当病院でも在庫し、利用希望者に配布する予定。さらに、作成した研修テキスト等は、当病院等のホームページほかに掲載（PDFファイル）するとともに、動画ファイルについても公表して、ダウンロードし利用可能なようにする。

また、全国の研修利用者に幅広く利用していただくことを目的としているため、当初計画どおり、著作権は「原則フリー」とする。ただし、できるだけ全国への利用・普及状況の把握を目的に、テキストやDVDのコピーについては、配布先リスト等を本事業事務局へ還元していただくよう呼びかけることとしたい。

## 資料1 検討委員会 第1回議事録

介護職員等によるたん吸引等の実施のための  
状態別・疾患別に配慮したテキスト・DVDの検討作成について  
第1回検討委員会

- 日時：平成23年8月28日（日）13:00～
  - 会場：ホテルグラント<sup>®</sup>ヒル市ヶ谷
  - 委員会資料：①第1回委員会次第、②委員会委員リスト、③事業実施の概要（申請書抜粋）、④先行事業成果としてさくら会テキスト、⑤テキストDVD作成について（ファイル）
- ※なお、検討委員会には、委員のほか、患者の会等より複数名が委員会に参加している。

### ●事業経緯

**高木専門官** この検討委員会事業は、平成23年度生涯福祉推進事業の一環です。

厚労省では、昨年度から、介護職員等によるたんの吸引等を行えるような制度面での検討を進めてきた。その結果、今年6月、社会福祉士、介護福祉士法の一部改正を行った。また、制度化と併行して、さくら会（橋本みさお理事長）のほうで試行事業を行っていた。資料4に、試行にともなう研修テキストも添付されていますが、当然ALSがベースになっています。

しかし、たんの吸引等を必要としている疾患・障害はALSだけではないので、①より広く状態別・疾患別に配慮したテキスト、②また研修テキストというだけでなく自己学習が可能なようなDVDが必要になるということで、ここに検討委員会を設けていただくことになった。

ただ、一部改正された法律の施行（平成24年度4月1日施行）に向けて、急場をしのぐための研修テキスト・DVDも求められるため、この事業と併行して、暫定的なテキストの作成（委託事業）も別に進めてまいります。

### ●委員紹介

**川田委員（東京都立神経病院）**

都立神経病院では、高度の医療処置を必要とするALS等の神経難病患者の在宅医療を長年行っていますが、介護を行っている患者さんの家族には、相当大きな医療的看護負荷や福祉的介護負荷がかかっている。医療的介護負荷の一つが、たんの吸引や、胃ろうなど流動食の注入であり、介護者の負担を軽減する目的で主にヘルパーさん達に、指導を行ってきました。指導用のDVDやテキストなども作って都立神経病院のホームペ

ージに掲載しています。

また、最近では、厚労省の研究会議で今井班に参加して、ここにいらっしゃる駒形先生、山本先生らと一緒に、たんの吸引に特化したテキスト、DVD の作成も行ってきました。

ただ、今回は、制度化されるということ、あるいはたんの吸引だけではなく経管栄養も含めてということで、是非皆さんのお力を借りて、基本となるテキストをつくっていただけたいと考えています。

#### 山本委員(大分協和病院)

専門は内科と呼吸器科です。昨年夏に自動吸引装置の認可が下り、市販しています。まだかなり高い機器なのですが、すでに 200 台出たと聞いております。たんの 8~9 割が唾液ではないかと考えていますが、そのほとんどを自動で吸引・排除できるということで、大幅に吸引回数を減らせることが実証されています。

#### 駒形委員(駒クリニック立石)

葛飾区で、在宅医療を中心に行っています。いままでたんの吸引等の講習を行うケースは、神経難病の方等が吸引の対象です。また、自宅や施設で看取りをするときに、やはりたんの吸引がネックになって、最後は病院に行かざるをえないというケースが多いようです。ですから、介護職員が安全にたんの吸引等を行うことができれば、在宅や施設での看取りも可能になるだろうと思います。

#### 土橋委員(土橋病院)

千葉県市川市で外科系の診療所を開設しています。市川市医師会では平成 8 年から地域支援センターを開設しており、インフォーマルサポートという位置づけですが、在宅医療中心に支援体制を構築しています。在宅で使用される医療機器や医療材料を、かかりつけの先生に提供する等を進めています。たん吸引器についても、現在 120 名ほどの患者さんに無料で貸出・提供しています。

ただ、機器の貸出には、メンテナンスが大変重要で、定期的に回収して洗浄・滅菌をして利用していただいています。

#### 三枝委員(三枝病院)

千葉県富津市で開業しています。隣に老健施設を持ってまして、在宅の患者さんもたくさん診ていますが、患者さんはどちらかというと老人が中心です。寝たきりの老人も急増してきていますので、施設内、在宅でのたんの吸引が大きな課題になってきています。

#### 日高委員(筑波大学)

遷延性意識障害の研究をしています。最近明らかになっている点の一つは、在宅介護において、介護職員によるたんの吸引ができないと、24 時間、365 日、ご家族は外出できないという現状です。また、ご家族の方から、指導マニュアルみたいなものがあれば・・・といった声も数多く聞いています。意識障害の患者さんの看護・ケアに何かしら役に立つテキストとして、看護、ケアの視点からテキストづくりに参加できればと考えていま

す。

#### 村串委員(訪問看護ステーションきづな)

千葉県市原市で訪問看護ステーションを運営し8年になります。重度障害の方々のたんの吸引、経管栄養等の看護的ケアを、ヘルパーさんと一緒に実際に行っています。すでに実施していることもあり、何度も千葉県庁に通い、どうしたらこれが正当な介護として認められることになるのか、そうやり合い、目を付けられながらも、あきらめずにやってきました。この機会に少しでも看護・ケアに貢献できればと思っています。

#### 大濱委員(全国脊髄損傷者連合会・NPO法人せきずい基金)

内閣府・障害者制度改革推進会議、厚労省総合福祉部会の委員をしています。障害者基本法の改正法が、平成23年8月5日に公布・一部施行されました。その中で、基本的なこととして、「地域で生きる」という点が一番重要な条項の中に盛り込まれています(※)。私たち、どんなに重度の障害をもつ者であっても地域で生きる権利がある、と。この地域で暮らすということを現実の場で実現されていくためには、やはりたんの吸引や経管栄養が介護ケアの中で法律的に認められ、広く実施されていくことが非常に重要なことだと思っています。

※「障害者の福祉に関する施策を講ずるに当つては、障害者の自主性が十分に尊重され、かつ、障害者が、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない。」(施策の基本方針:第八条)

#### 小田委員(呼ネット(TILベンチレーターネットワーク)筋ジス等の当事者団体)

見てのとおり、筋ジストロフィーで、人工呼吸器を使っています。僕自身も、両親は他界してしまっていて、ヘルパーさんに24時間入ってもらい、すでに10年近くが経過しています。当然、たんの吸引に係わっている当事者です。ヘルパーさんも、1日3~4交代くらい、1週間で20人に上るヘルパーさんと一緒に暮らしている状態です。そういう状態ですので、このたん吸引のテキスト、DVDにはとても期待しているところです。

呼ネットのほうは、人工呼吸器を使っている人たち8名で事務局メンバーを構成していて、そのほかにメーリングリストに登録していただいている会員(患者さん、家族、介護スタッフ)が約80名おられます。会員では、現場の生の情報をお互いに寄せ合い交換しながら、年1~2回、セミナーや交流会を開催するといった活動しているのが実態です。

#### 川口委員(NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会)

さくら会の橋本みさおと川口です。昨年、たん吸引の検討会(※)で、最初は50時間の研修という現実性の薄い案が提示されたとき、どうしよう・・・、そう思ったのですが、橋本さん本当ががんばって、10時間という実地・研修スキームを作ってください、たくさんの方々に学んでいただき、患者さんはもとよりその家族を支えていく道が開けたと感じています。

※厚労省老健局「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」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000am0d.html#shingi31>

さくら会では、研修事業、研究事業を中心に活動しておりまして、たんの吸引等に関し

ては、8年前から重度訪問介護の従業者養成研修ということで、東京の事業所から新人研修を受託し、これまで1,500人くらいのヘルパーさんにヘルパー資格を取得していただくと同時に、吸引等についても指導してきました。8年前に始めた頃には、都庁、看護協会からも呼ばれ、誰が責任を取るのかと、そうののしられてきた経緯もあり、やっとここまで来たという感じです。

#### 桑山委員(遷延性意識障害者・家族の会)

事故や病気で意識が定かでなくなった障害者を介護している家族の会です。原因としては、一番多いのは交通事故で、労働災害、脳卒中、最近では犯罪被害、自殺未遂も多くなってきています。現実には、非常に深刻なケースが多く、とくに本人の意思がはっきりしていないという点に大きなネックがあるのが特徴です。

#### 大塚委員(人工呼吸器をつけた子の親の会)

病気だけではなく、障害、事故も含め、人工呼吸器を着けざるを得なくなった、とくに子どもたちを中心に、1990年に発足しました。現在22年目の活動に入っていますが、そういう子どもたちの在宅に向けてということで始まっていますが、まだ入院している子どもたちもいます。会員は賛助会員も含めて約500人で、うち正会員(子ども)が約300人、さらにうち在宅者が200人ほどです。

この在宅の場合のたんの吸引、経管栄養等はやはり家族に頼らざるを得ないということで、より広くたんの吸引、経管栄養等を知っていただくために、今年も10回目(5月4日)の研修会を開催しています。

#### 高木専門官(厚労省)

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業は、①「不特定多数者を対象とする講義50時間+演習+実地研修」というスキームと、②「特定者を対象とする講義8時間(うち制度2時間)+演習1時間+実地研修」というスキームがあります。本事業は、このうち②の特定者を対象とする研修テキスト、DVDです。

むろん、ALS、脊損、筋ジストロフィー、遷延性意識障害、人工呼吸器を着けた子どもなど、盛り込みたい部分はいろいろあるかと思いますが、①と②の時間数の落差からも分かりますように、介護職員さん向けの、基本的なエッセンスを凝縮したテキスト、DVDを目指しています。

そのため、テキストの中に盛り込めない事項、とくにこれは介護職員向けのテキストですので、指導のポイントは盛り込むとしても、指導を行う講師向けの指導書は別に作成するという考え方もあるかもしれません。

#### 川中主査(厚労省)

看護技官です。たんの吸引等に関しては、制度に阻まれて、実際には進められない部分も多かったと思いますが、実際に実施している経験や現実と制度化の整合性について考えていきたいと思っています。

●介護職員等によるたんの吸引等のテキスト、DVD の作成(スライド及び資料 5)

川田委員

□ヘルパー等へのたんの吸引行為が求められた背景(省略)

□家族以外の者への認可

・2003 年 ALS:一定の条件下で家族以外の者がたんの吸引をすることもやむを得ない  
(医政局長通知)

・2005 年 ALS 以外の療養患者・障害者への吸引の認可  
その場合、同意書を患者さんと介護者との間で取り交わす

・2010 年理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士にも認める

・2012 年 4 月 1 日～

介護職員等によるたんの吸引、経管栄養の取り扱い:在宅、施設とも、認める

□研修の予定時間

基礎研修 9 時間

・制度論 2 時間+研修 7 時間(基礎講義、演習、筆記試験)

実地研修

・プロセス評価で、2 回連続すべての項目で可となれば終了。時間は定めない。

・川田試案

    <<1日 5 時間>>

    1 時間 制度論

    1 時間 30 分 全身状態・バイタルサイン、経管栄養

    20 分 DVD 視聴

    1 時間 30 分 実習

    30 分 試験

    <<2日 4 時間>>

    1 時間 30 分 たんの吸引

    30 分 DVD 視聴

    1 時間 30 分 実習

    30 分 試験

・とくに実習は、受講者が多ければ多いほど実習に時間がかかる。吸引器や吸引人形などを用いるため、6 人くらいのグループでやっている、全員が終わるまで、どうしても待ち時間が出る。

・実地研修や指導のポイントは、さくら会の手引き・指導書をベースに作成。

・さくら会の手引き・指導書は、学習者の到達目標と指導者への指導のポイントが明確で、よく標準化されている。

□講義テキスト、DVD

・パワーポイント(スライド)が分かりやすいか。

- ・2～3 段組。ナレーションを付け自動再生も。
- ・DVD は、全編自動再生。
- ・また、1 ステップごとに行ったり来たりできるようにもする。

#### 用語

- ・専門用語は避ける。ですます調。
- ・利用者さん、介護職員
- ・正式名に統一：吸引カテーテル、バックバルブ、フレキシブルチューブ、胃ろう、た

ん

#### □講義内容

- ・全身状態の観察、バイタルサインの測定等、盛り込む
- ・呼吸、循環、栄養等の解剖・生理知識は最小限とする
- ・たんや吸引カテーテルの直接かかわる部位について具体的に説明する

#### 経管栄養

- ・液体栄養剤：経鼻胃管、胃ろうからの注入
- ・半固形栄養剤：胃ろうからカテーテルチップ型シリンジでの注入
- ・加圧バッグを用いた注入
- ・薬剤注入への言及する／しない

#### たん吸引

- ・吸引カテーテルの単回使用による手技説明
- ・再生使用(薬液漬浸方法)、ドライ方式の言及／しない
- ・吸引カテーテルの操作：ピンセットでなく手で持って操作、具体的な持つ位置
- ・フレキシブルチューブの取扱い、バックバルブ喚気の仕方、人工呼吸器の基礎知識
- ・吸引器のスイッチを入れる時期(吸引カテーテルを吸引器の接続管に接続する前／

後)

- ・サイドチューブの吸引(気管カニューレ内吸引の前／後)

#### □状態別・疾患別に対する配慮内容をどのように反映するか

- ・病態別注意点をまとめて掲載？
- ・該当箇所に註書き？

#### □事業の進め方

- ・おおまかなスケジュール(資料 1)

### ●各委員、意見

#### 川口委員

研修の予定時間ですが、講師の先生方(医師あるいは看護師さん)の時間を確保する



ことがなかなか難しい実態がありまして、できれば講義についてはパワーポイントや DVD 等の視聴覚素材で学習を進め、講師はまとめの部分を 1 時間くらいやっていただく形が望ましいと、考えています。

また、制度論は、大濱さん、橋本さんのほうが詳しいので、是非、相談していただきたいと思いますが、さくら会のテキストでは障害者運動についてのディスカッションが 1 時間ほど含まれていて、制度論に 2 時間割いているわけではありません。ただ、法律で決まるとあまり動かさないのでしょうねえ。

#### 高木専門官

制度論は 2 時間、講義・実習が 6 時間という形になる可能性が高い。法令上確定すれば、動かすわけにはいかない。ただ、ここで制度論といっているのは、「重度障害者の地域生活」といったふわっとしたタイトルです。介護職員によるたん吸引の制度的背景、重度障害者が利用できる制度、地域生活の実際といった内容です。

健康管理やバイタルサインチェックのような部分であれば、それを制度論(地域生活)といったところに持っていければ、実質的に講義・実習の部分を受け持つことができるのではないかと思います。

#### 大濱委員

一点目。日本リハビリテーション医学会の人工呼吸器を利用している人たち向けのガイドラインが最近できあがったはずですが、私のほうでも連絡を取りまして入手可能と思いますが、それも参照していただけるとよいと思います。

2 点目。私たち脊損の会では、いま QOL の問題があって、季節を通してできるだけマスク式(NPPV：非侵襲的人工呼吸療法)にということで、そのほうが状況がよいので、コミュニケーションができるようになりますし、マスク式の利用を薦めているので、マスク式の話についても取り入れていただいて、鼻腔でのたん吸引についても盛り込んでいただければと考えています。

※社団法人 日本リハビリテーション医学会 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 6-32-3  
TEL:03-5206-6011 FAX:03-5206-6012 E-mail: [office@jarm.or.jp](mailto:office@jarm.or.jp)

#### 川田委員

日本リハビリテーション医学会の人工呼吸器を利用している人たち向けのガイドラインというのは、呼吸補助の知識と実際といった内容でしょうか。内容を確認・参考にして、スペース上の制約もありますが、盛り込めるようなら、盛り込んで行きたいと思います。

#### 大濱委員

ええ。マスク式は一般には認識が薄く、しかし、脊損の場合はマスク式が重要なポジションを占めているものですから、日本リハビリテーション医学会の人工呼吸器を利用している人たち向けのガイドラインを、川田先生のほうにお送りいたしますので、参考にして、是非配慮していただければと思います。

#### 川口委員

ALSは嚥下障害があり、唾液の誤嚥は必発で、NPPV は ALS の患者にはとても危険

なので、掲載する場合は、適応疾患をはっきりと明記してもらいたいと思います。

#### 川田委員

NPPV(非侵襲的人工呼吸療法)、TPPV(気管切開による人工呼吸療法)等については病態等について言及する必要があると思っておりますので、内容段階で検討していただくようにしたいと思います。大濱さん、そのガイドラインはまだ公式には発表されていないかもしれませんので、是非、資料ございましたらご提供いただけると有難いです。

#### 川口委員

NPPV、TPPV については、やはり医療行為であるとともに、介護職員が気管吸引をやっけてはいけない(TPPV の場合は家族に重い介護負荷がかかる)ということになっていた経緯(2003 年より容認)もあり、疾患により、いろんな人工呼吸療法があるという形で、介護生活場面等の画面を含めて盛り込んでいくような掲載は必要だと思います。

#### 小田委員

NPPV、TPPV については、どちらかを薦めるというような言い方はしないで下さい。やはり本人が意思決定する、本人にしっかりインフォームドすることが重要です。介護職員さんがリコメンドするようだと、本人は迷うばかりです。

#### 川田委員

そのとおりだと思います。病態上の差異も含めて、テキストでは、吸引の説明はしますが、どちらがいいというような記載はしません。

#### 小田委員

人工呼吸器を装着したこの 10 年の経験から言いますと、介護職員さんもいろいろおられまして、実質的にできるようになるまでの練習回数も違いますが、何より、吸引器を見たりした段階で、吸引をすることが「こわい!」「難しい!」と思ってしまう介護職員さんがいる。そう思ってしまうと、手がふるえてきたり、こちらの言うことが耳に入らない状況が現場で起きてしまう。

そういうとき、僕のほうでは、この人には、制度の話をゆっくり説明したほうがよいのかなとか、僕にとって吸引がどうしても必要なことなのだと説明して、吸引してもらうことで人工呼吸器を着けている僕らができるようになることがたくさんある、そのサポートの担い手になってもらいたい、そういう点を、何とか理解してもらうことが、介護職員さんの「こわい」や「難しい」の壁を乗り越えていく力になっていくのではないかと考えています。

そういう経験から言うと、DVD というのは基礎的なところからいわば淡々と説明されていくケースが多いと思うのですが、吸引は「こわい」や「難しい」というイメージだけでなく、きちんと学習し基本的な操作をきちんとやっけていけば決してこわいものでも難しいものでもなく、練習すれば誰もがができることなんだという点、僕らにとってそれはどうしても必要なサポートなのだという点も、明示的に記載して欲しいと思います。

一方、吸引のことがあまりよく理解できていないにもかかわらず、介護職員さんの中には、わりと軽んじている人もおります。そういう人には、これは、僕らにとってとても大切なサポ

ートであり、かつては医療行為として行われていたことでもあり、慎重に基本を外さずに進めて行かなければならないという点も記載して欲しいのです。

この両面が介護職員さんに分かってもらえるテキストであつたらいいなと思います。

#### 大濱委員

DVD の視聴時間の話ですが、いわゆる技術的な説明だけでなく、実際に現場でやっている場面を盛り込むと、介護職員さんも現場イメージが身近に掴み易く、「みんな実際にやっているんだ」ということで、介護職員さんにも分かりやすくなると思います。

#### 川田委員

以前 DVD をつくった経験から言いますと、一つは、最初は吸引人形などを使って操作を覚えてもらう、機器にも慣れてもらう場面と、その後で、現場で実際に吸引している場面も盛り込んでいます。ただ、実際の現場では、器具や機器にもいろいろバリエーションがあるので、実際の現場の話は最後に補完する形になると思います。

とくに小田さんのおっしゃられたことは、鼻や口の奥へカテーテルを入れるという、解剖学的なことが分かっていないと、こわくなって入れたけれども途中で抜いてしまって十分な吸引行為をできないまま終わってしまうこともありますので、解剖学的なところをしっかりと抑えて不安感を解消していくことが求められていると思います。

あとは、本当は、個別的なところが大事ではないかと思うのです。実際に現場で対応する患者さんの病態とか患者さんの状況があらうかと思いますので、担当の先生(医師及び本人、家族)とよくお話していただくという点とか、患者会のみなさまの指摘を受けて補完していきたいと思います。

ただ、ニーズは非常に高いのに、なかなか患者さんの意見も取り入れた標準化した DVD やテキストがないので、そのために介護職員によるたん吸引や経管栄養が広がっていかない点が問題ではないかと思います。

ですから、たん吸引、経管栄養をサポートできる介護職員さんが増えるということが重要で、先ほど川口さんおっしゃられたように、テキストと DVD で自己学習ができるわけで、法令上、それも時間に入れていただけるようであれば、ポイント指導と実習で済むのではないかと思います。ただ、最初の実習はやはり欠かせないと思うのですね。その時間は必要になると思います。

#### 高木専門官

法令上、小規模な事業所等では、講師(医師、看護師)をそう長く拘束できないという事情もあらうかと思いますので、医師、看護師さんのコントロールの下で一定の場所にやはり集まっていた上で、DVD で学習することはある程度可能かもしれませんが、まったくの自己学習を時間に繰り返すことは難しいと思います。いわゆる自己学習はやはり予習復習用ですね。

また、実習時間を取る必要があるのは分かるのですが、役所サイドの要求仕様としては、コマ(時間)としては実習が1時間なら1時間としていただいて、吸引人形等を利用してポ

イントの指導をするなどの工夫をお願いしたい。

#### 川田委員

実習に関しては、少人数であれば可能かもしれませんが、人数が多いと、それだけでは介護職員さんの不安を解消できそうもない。残って時間外の練習をしていただく形になろうかと思います。

基本研修(筆記試験)が終わった段階で、終了証は出されるのでしょうか。

#### 高木専門官

基本研修が終わった段階では終了証は出しません。終了証は、実地研修後です。特定者ごとの介護の場合は、基本研修が終了しているなら(筆記試験合格ならば)、実地研修だけを受けていただければ結構です。特定者さんが、AさんからBさんへ変わった場合も、実地研修だけでよく、再度の筆記試験は必要ありません。

#### 山本委員

去年までの話と今年の話のギャップが大きくて、ちょっと追いついていない部分もあるのですが、今までは、私たちの地元では保健所と難病支援センターと共催して介護職員のたん吸引の指導を行ってきました。今回法的な裏づけができた場合、実施主体はどうなりますか。

#### 高木専門官

研修の実施主体は、「登録研修機関」になります。登録要件を充たした機関は登録届出を行うことで、「登録研修機関」になります。要件を充たしていれば、保健所でも民間事業所でも登録可能です。

#### 駒形委員

いままでやってきたことと、どこがどう変わるのか、まだイメージできていない部分もあるのですが、

①たん吸引等を介護スタッフがサポートするというので、これまで、たん吸引等に積極的な介護スタッフが候補者となっていたのですが、今後はそういうことにあまり積極的ではなかった介護スタッフも入ってくるということで、取り組む内容も少し変えざるを得ないかなという感じもします。

そういう観点から見ますと、さくら会さんが作成したテキストは量的にもかなりな量です。積極的な介護スタッフならそれでも理解し消化していくように思いますが、積極的ではない介護スタッフがどこまで理解していけるか、疑問も残ります。

②実施している仲間から言われたのですが、清潔・不潔ということについても、最低限の清潔・不潔の概念を理解してもらわなければならない。たとえば、手をよく洗ってオムツを替えた後に、たんの吸引をやるとか流動食注入をやるといったことまで、注意させたいと思うのです。当然もう一度手をよく洗い直して行うべきですね。

③個別性の問題対応と、基本的で共通な手技について、はっきりさせた切り分けが必要になると思います。

④ヒヤリ・ハット・アクシデントということも盛り込まれていますが、トラブルが起こったときに、たとえば、呼吸器を外してたんの吸引を始めたときに、呼吸器のほうでアラームが鳴ったとか患者さんの具合が悪くなったときにどう対応していくかという点も、力を入れて掲載して欲しいと思います。

⑤基本的なことは分かっているけど度忘れしたときにどうするかなども含めて、クイック理解のためのポイントやチェックシートなどがあると、現場では重宝するかと思います。

#### 川田委員

介護職員さんには基礎知識と手技をマスターしていただく。さくら会さんの指導のポイントも、川口さんにいわせると文字が多過ぎないかということですが、実際には指導者さんもみなさんまちまちですから、標準的なまとまりのある学習指導要領的なものとしては、若干修正を加えていますがかかなりよくまとまっていると感じています。

#### 川口委員

手引き・指導のポイントに関する資料は、指導看護師さん向けにまとめたもので、介護スタッフ向けのテキストとして使っておりません。介護職員さん向けにここまで細かくやると、基礎研修のときに、教えきれないとか受ける側でも消化しきれない可能性があると思っています。

駒形先生がおっしゃられたように、橋本も、一に清潔、二に清潔という感じで、手の洗い方から指導して清潔優先・重視で作成しています。

それから言葉の定義なのですが、生活の中で理解できる、具体的に分かる用語を使用すると、それがよいと思います。

#### 小田委員

清潔・手洗いは重要です。それを含めて、実際にやる時必要な点が盛り込まれればよいと思います。

あと、やはり事故については心配で、現場で、医療(医療以外についても)に連絡をとらなければならない状態の判断、緊急連絡の判断が遅れないようにするという辺りが、是非医師の先生にガイドをお願いしたいクリティカルな部分になるのではないかと思います。

#### 土橋委員

研修の施設要件、それから講師に関する要件はどうか。それに、たん吸引手技に関しても標準化されていない部分もかなりありますので、指導者養成、教える側の研修も必要になるのではないかと。その辺りについて伺いたいのですが。

#### 高木専門官

研修機関の要件は詰めているところです。たとえば、

- ・たんの吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目の研修が、医師、看護師等を講師として連携してできる

- ・研修を受ける者の数に対し十分な数の講師、研修に必要な器具等を確保している
- ・研修の安全管理体制を定めた業務規程を定めている

などとなります。

講師のほうは、医師・看護師等です。「等」は、助産師、保健師です。

指導者養成については、たとえば不特定多数を対象とする研修のほうは、各県から5～7名推薦していただいて、東京、大阪で指導者講習会(7～8時間)を開催することになっているようです。

特定者のほうは、小規模な事業所も多いということで、研修自体、5～10人、多くても30人くらいの単位で実施されていくと想定しています。講師も連携している看護師さん、医師、保健師さん等のケースが多くなるのではないかと想定しています。

その指導者養成という面では、9月から4月施行に向けて別に委託事業が走っていますと申し上げましたが、そこに指導者養成のための指導マニュアルを作る予定(9月末)にしています。指導者さんにはそれを自己学習していただいて、アンケート用紙を返していただく。今年はそれで終了証を出す形をとる予定です。

#### 土橋委員

吸引器の性能の問題について、少し気になることがあります。利用者さんが吸引力の弱い吸引器を使っておられる利用者さんもおられたりするものですから、適切な吸引力性能を持つ吸引器を使っていただきたいということ。

それから、吸引器の日頃のメンテナンス、ビンの洗浄の問題、ゴムのパッキングの問題とかも含めて知識としては必要ではないかと感じています。メンテナンスをしておかないと十分な性能が維持できない場合がある。

あと、計画停電ですね。カテーテルチップ等、停電といった緊急イレギュラー時の対応についても知識が必要ではないかと感じました。

#### 川田委員

適切な吸引圧については言及が必要になりますね。

#### 山本委員

不特定多数者向けの50時間研修と特定者向けの棲み分けというのはどうなりますか。

#### 高木専門官

研修に一応3類型作っておりまして、不特定多数向け(50時間)2類型(老健局が担当)、特定者向け1類型(私たち障害保健福祉部が担当)です。それで、登録研修機関に手を上げていただくときに、どの研修を対象に行いますかということを明らかにしてもらいます。特定者向けは、講義を受ける時間は短いけれども特定者さんごとの実地研修を濃密にやっていただくこととなります。

#### 桑山委員

テキストでは手技の技術的な部分が多くなるだろうとは思っているのですが、小田さんがおっしゃられましたどの段階で医療を呼ぶかの見極めといいますか、本人の意思が

なかなか明確ではないケースが多いため、本人の状態の観察(この利用者さんはいつもの状態と違うなどといった)がとても大切になると思うのです。

そういう点は、全身状態やバイタルサインのところでは講義されるのだと思いますが、仮に講義・実習では時間的な問題もあって難しいとしても、制度論の地域生活の中で、疾患別の障害者支援だとか障害者の特性に対する配慮について言及していただけると有難いと思います。

あと、呼吸器の機種がいろいろあったり、カニューレの形式、胃ろうの注入速度についても個々ちがっています。手技の基本はもとよりですが、本当に一人ひとり違うので、まさに特定者向けということで、特定の利用者さんに対して、こういう点やこういう点にバリエーションがある(違いがある)といった利用者さんに応じて柔軟な対応があるという項目を、記載していただけると有難いと思います。

うまく表現できないのですが、またそれが可能かどうか分からないのですが、特定の利用者さんのところへ実地研修に行ったときに、基本的な手技指導のチェックシートはあると思うのですが、そのほかに、この点とこの点について利用者さんに伺うことで、特定利用者さんへの大体の利用者仕様が確定するといった・・・項目だけあって仕様をメモしていくようなシートがあると理想的なのですが、できるだけということです。

#### 川口委員

橋本さんはものすごい勢いで流し込むのです。それで、流しこむ操作は標準・共通ですが、スピードは利用者さんに応じて行うといった点ですよね。

それは、特定者向けの場合は(本当いうと不特定多数の場合もそうですが)、コミュニケーションの問題が非常に大事で、遷延性意識障害の利用者さんのようにコミュニケーションが難しい場合と、小田さんの場合のように、ちゃんと自分のサポートして欲しいことが説明できる利用者さんと、コミュニケーションで大分対応が変わってくるという点が、特定者向けで大事なところだと思います。

#### 大塚委員

子供の場合も、意思表示が難しいというケースが多々あります。そのため、親御さんたちから仕様を聞き取るしかない。極端な言い方をすると、かかりつけ医師や看護師さんといえども、日常にかかわっていない方たちが分かるはずがない、と。ですから、私たちの場合、親がいいといえば、それが一番なんだよ、と。それで、なかなか難しいかもしれませんが、その利用者仕様に、親もかかわれるようなことができれば、有難いと思っています。

#### 川田委員

たとえば、経管栄養で、入れてよい場合、入れてはいけないという判断(中止要件)とかですね、緊急時の対応方法とかにも言及していくつもりです。今後は是非、補完すべき点、配慮すべき点があればご指摘いただいて検討していきたいと思います。

#### 高木専門官

皆さんのご意見を聞いていて、資料には実地研修のプロセス評価表が入っていますが、

これもかなり細かく書き込んでおりますが、やはり特定の利用者さんに応じた吸引や注入の評価事項を盛り込めないかといったご指摘をいただいているのも事実です。

やはりリバイス(改訂)という観点から言いますと、標準的なものは載せつつも、特定の利用者さんにどう対応していくかの工夫、リバイスに配慮していく必要があると思います。備考欄を活用するなりして、親御さんの意見を反映させるとか、注意点を書き込むとか、利用者さん仕様を作り上げていくことができるような配慮が必要になっていくような感じをもちました。

#### 小田委員

たん吸引に限らず、人工呼吸器のサポート、日常生活のことなど、いろいろ必要で、その必要なことを介護スタッフに憶えていただきながら、橋本さん、大濱さんも、個別に生き抜いてきたのが現状です。

その意味では、自分たちで勉強したり、意思や看護師さんに教えてもらったり、聞きかじったりして、自分たちのサポートプラン(仕様)をつくり修正してきた。

今度、たん吸引、経管栄養が介護職員さんにも認められるということで、当初は 50 時間研修。そんなことになったらたん吸引や栄養注入してくれる介護スタッフは誰もいなくなるということで、特定者向けでは、時間を短縮していただいた。その分特定者向けの実地を重視するという。実際は、基礎研修と、あとは介護職員さんの意欲と腕次第ということになっていくと思います。

介護職員さん、他の研修もある中で、たん吸引と経管栄養だけで 9 時間も大変なことと思いますし、逆にそこへ基礎的事項を盛り込むのも大変なことだと思います。

そういう意味で、人工呼吸器について本当は盛り込んで欲しいのですが、そんなことまで盛り込むとせつかくの 9 時間が、介護職員さんたちに消化しきれないまま終わってしまうリスクも重要だと考えています。

僕の考えになってしましますが、盛り込むかどうかという最終的な判断基準としては、この 9 時間は、資格さえ取ってしまえばいいというものであるよりは、本当に必要で、基本となることをきちんと習得できて、実地をやっていく中で、繰り返し参考にしていけるようなテキスト、DVD であって欲しいと思います。

#### 三枝委員

今回のテキスト、DVD は、技術的なことがやはり中心なのか、介護職員さんが比較的長い期間にわたって利用者さんをサポートしていくことを念頭においたものなんでしょうか。また、その 50 時間という研修のほうのテキストについて情報があれば見せていただけるといいでしょうか。

#### 高木専門官

50 時間テキストは 9 月初旬に出されますので、皆さんご覧できるように提供しようと思います。

何を教えるかですが、核となるのは、やはり技術論です。介護職員さんに全身状態の



管理を全面的にお願いするのは無理があると思います。ただ、たん吸引等を行うにあたって一般の留意事項として喚起し教えることはありえることだと思います。

#### 川田委員

皆さんご意見等ありましたら、とくにグループ分けは行いませんし、また9月半ばにはサイトも立ち上げますので、皆さん全般にわたって、遠慮なくご指摘いただければと思います。

また、委員会については、出来上がってからも考えましたが、12月～1月にテキストやDVDの試作品ができますので、その辺りで、寒い時期ではありますが1回こうしてお集まりいただいて、ご意見を伺い、最終バージョンについては持ち回りという形のほうがよいかなども考えております。また、そういう進捗状況については皆さまにお知らせいたします。

■

## 資料 2 検討委員会 第 2 回議事録

介護職員等によるたん吸引等の実施のための  
状態別・疾患別に配慮したテキスト・DVDの検討作成について  
第 2 回検討委員会

- 日時：平成 24 年 2 月 26 日（日）13:00～
  - 会場：ホテルグランドヒル市ヶ谷
  - 委員会資料：①研修テキスト案、②特定評価項目案、③特定の者：経管栄養テキスト  
疑問点整理資料、④訪看きずな・事例資料、④DVD 画面及び撮影動画資料
- ※なお、検討委員会には、委員のほか、患者の会等より複数名が委員会に参加している。

### ●研修テキストの作成と研修時間割等

**高木専門官** 現在の制度側の進捗状況ですが、いよいよ平成 24 年 4 月 1 日から制度の施行ということで、準備段階として都道府県での研修を進めていただいています。そろそろいろんな経過措置の認定証の交付ですとか、登録研修機関の登録申請を受けて登録をしていく段階に入ってきています。厚生労働省としても、いろんな様式をお示ししたり、いろいろなところで問題として出てきた Q&A に対して調整中の状況です。

今後は、事業者が行う業務方法書のひな形であったり、4 月以降進めるにあたって必要なツールを作っていくと考えています。その検証を進めるための一番重要なツールがこのテキストです。そのため、厚生労働省サイドでもこの検討委員会で作成されたテキストをホームページにも載せていきたいというふうに考えています。どうぞ宜しくお願いいたします。

**川田委員** それでは私の方から、研修テキストあるいは DVD の作成の進捗状況等についてお話ししたいと思います。

まず、研修テキストについては、昨年 8 月 28 日に第 1 回会議をここで開催しまして、皆さんからのご意見を、いろいろいただきました。その内容を織り込みながら、先行研究である NPO 法人さくら会のテキストも参考にさせていただきました。併行して進められている平成 23 年度の研修試行のための研修テキストと、指導者のための評価票等を作成してまいりました。

このときは DVD はありませんから、講義はナレーション付きのパワーポイントのスライドショーで、研修する形でした。

それに対して今回は、資料としてお配りしましたように、パワーポイントのスライドを説明文とともに掲載する形のテキストとしています。やはり冊子があると、読みやすいし、研修者が途中で居眠りしても、あとでこれで復習ができます。

研修テキストの構成はこの青色の第1章、これは重度障害児者等の地域生活等に関する講義で、厚労省の高木専門官に制度的なことを分かりやすく解説いただきました。その中で特定の者の障害、疾患についての理解という項目がありまして、その解説内容について問題がないか、ここにいらっしゃる患者家族支援会の皆さんにメールでお問い合わせして、ご意見をいただきました。

第2章はグリーンで、たんの吸引と経管栄養の知識と手技に関する章になっています。これは、たんの吸引等を必要とする重度障害児者等の障害、緊急時の対応および危険防止に関する講義で、呼吸について、たんの吸引、健康状態の把握、経管栄養についての説明、という項目を挙げています。

次にオレンジの第3章は、実地研修で用いる評価票に準じた手順で、各種手技を行うための手順、留意点等を解説しています。吸引に関しては、口腔内吸引、鼻腔内吸引、それから気管カニューレ内吸引の3つの方法。経管栄養については胃ろうからの滴下型の液体栄養剤の注入の場合、胃ろうからの半固形栄養剤の注入の場合、経鼻胃管からの滴下型の液体栄養剤注入の場合の3つについて解説しています。

事業プランの段階では、当初たん吸引、経管栄養、評価票を、それぞれ別冊で作成することも考えておりましたが、最終的には合本にして行けたら、使い勝手もさらに良くなると考えています。

私の理解では、特定の者の基本研修というのは、8時間の講義と1時間の演習とシミュレーター演習および知識習得確認のための30分用の紙択一式の試験からなっています。制度上の研修は、時間による単位です。

いま行われている基礎研修の講義は、主にパワーポイントのスライドショーで行われています。場合によっては、テキストを使って講師が講義をされているかもしれません。

時間のかかり方も関係してきます。第1章に関しては、ずっと流すと約47分で終わる。第2章は、1時間55分。うち呼吸とたんの吸引の部分が1時間10分、健康状態把握から経管栄養までが約45分です。したがって、1章2章合わせて、講義全体の流れは、2時間42分程度です。自動的に流せばそういう形になりそうです。講師が解説を入れながらもうちちょっと詳しく、あるいは現場でのケースについて話されるとこれより時間が長くなると思います。

そこで、確認ですが、お手元の資料に、講義、演習時間の目安があります。制度論2時間、たんの吸引講義2時間、たんの吸引実習1時間、健康状態の把握1時間、経管栄養講義2時間、経管栄養実習1時間、知識定着試験30分。そういう

目安です。一定のスピードでの講義だけでは、時間がもちません。一応の講義をして、質疑を行ったり、また補足の説明を行うというような形が標準的だと思います。

#### ●研修テキストの修正等

川田委員 次に、現在、試行研修が始まっていますが、そういう試行研修の中で、全国からいくつか質問事項、修正事項がありました。これについては厚労省の高木専門官、川中主査に非常にお世話になりました。資料では、研修テキストに対する意見として、経管栄養について例示しています。例えば5番目には、介護職にサチュレーションモニターの値・・・といった内容があります。介護職には突然出てきた単語のために理解困難というようなことがありまして、これは、パルスオキシメーターで経皮的動脈血酸素飽和度に異常はないかを確認するためという形に変更しました。パルスオキシメーター自体も解説が必要かと思いますが、ベッドサイドで数値として患者さんの呼吸状態の一端を表すことが出来るという意味では非常に理解しやすい点もありますので、テキストでも説明を加えました。

それから6番目、どこまで急変があった時に介護職が対応するのかということです。息切れなどがあれば注入速度を1/2に落とし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従って下さい、というような形にしました。何か急変があった時には、自己判断するというのではなくて、専門職あるいは家族を呼んで指示を仰いで早急に対応するという形ですね。

それから、7番もそうですけれども、どこまで対応して良いかという内容です。嘔吐が見られたら吐瀉物の誤嚥がないように、顔を横に向ける。ただちに家族や医療者は口腔内を吸引して、経鼻胃管のチューブを開放して膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を下げる対処法を取る。この時の栄養剤の量や結果速度、それから利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次の注入の参考にするというように変更しまして、ここをできるだけ早く医療者、家族を呼んで対応するというような形に訂正しています。

それからたとえば12番、手順の中で経管食を入れる前にガス抜きを行うとか、胃の内容を吸引する絵が出ているのですが、厚労省ともお話ししましたが、積極的に注射器でガスを抜くということではなくて、基本的には、注入前の状態に関して家族ないし医療者がちゃんと確認しておくという形にしました。それで、実際DVDも出てきますけれども、注入前に胃ろうのチューブないし経鼻胃管の栓を抜いて、自然に胃の内容物が逆流する、あるいはガスが出てくることがないかどうか、介護者等は確認するという形にしております。

このように、研修のテキストに対し、いろんな質問や疑問点が出てきた中で、やはり大きな問題になるのは、介護者がどの程度までしていいかということだと思います。私どものスタンスとしては、全部が1つの手技、安全を確認した上で手技なのですが、皆さんご承知の通り、その線引きはなかなか難しい。介護者にテキスト等を通じて、これは注入前にやるべき内容である等、知識は持っていただく。それは伝えたいと思いますが、最終的な安全確認は、家族ないし医療者がしっかりと、介護者が安全に実施できる形で準備おくことが必要になる。その上で、吸引あるいは注入してもらうという立場をとっております。

その他、前回の委員会、あるいはその後に指摘いただいた諸点についても検討を加え、修正、あるいは追加しております。

例えば、小児への対応方法、小児への手技、その時の注意点ですね。それから、遷延性意識障害患者への注意点、対処方法について若干検討を加えています。それから気管カニューレ内吸引の場合は、人工呼吸器を吸引前に外すという操作がどうしても必要なので、気管切開と人工呼吸器について基本的な知識ということで頁を設けました。

一方、いわゆるアンビューバッグの使用。正式名にはバッグバルブですが、これについては、今回では介護者に認められていない。ただ日常生活で家族と協力して介護する、あるいは散歩に出かける等の日常での普通の呼吸補助方法であること、および災害時の緊急時の対応という救命的な意味もあることから、知っておくべき知識として、追加しておくことにしました。

その他、目次と用語の索引。介護者にとっては専門用語が多すぎるということです。専門用語についての説明等の頁を若干追加するほか、巻末に索引を追加しようと考えています。

最後に、指導評価のチェックリスト。いまお手元では資料としてあります。実地研修（特定の者）の現場での研修で、持ち歩く形になります。全部で9種類です。経管栄養が経鼻胃管からの液体型の流動食の注入、胃ろうからの半固形型の栄養食の注入と胃ろうあるいは腸ろうからの液体型栄養食の注入の3種類。あとは吸引です。吸引はいろんなバージョンに分かれていまして、通常的人工呼吸器を使っていない人の気管カニューレ内吸引。気管切開して人工呼吸器を使っている人の気管カニューレ内吸引。鼻マスク等のNPPVという方法を使っている人の（この人は気管切開していませんので）口腔内吸引と鼻腔内吸引。何も使っていない普通の人の鼻腔内と口腔内吸引などです。

評価者がどういう点を留意して見ていくべきか、そういうところの理解していただく意味で、留意点、評価の視点も付けています。実際には、特定の患者さんのもとの、患者さんの方法に従って、この流れを2回続けて、できれば合格ということになると思います。

患者さんによって、個別のやり方もかなりあるので、できればこの評価法を電子ファイルのような形で提供して、自由に、特定の利用者の状況に応じた方法に改変してもらおうと、基本の流れは保持しながらも、特異性を反映した内容の指導ができます。そういう自由度を持たせてもいいのではないかと考えています。

長くなりましたが、試験問題についてです。これには委員の先生方にも協力して作成していただきまして、ほぼ 100 問に達していると思います。それでプールして、その中から選んで出題していくことになると思います。

研修テキスト等の進捗状況は以上です。この後、DVD について、見ていただきたいと思います。

### ●DVD の画面、操作性、動画へのジャンプ

川田委員 ここで、手技の動画について見ていただきたいと思います。撮影は 2 月 11 日に都立神経病院で行いました。モデルはこの事業を手伝っていただいている看護師さんです。

DVD は、パソコンに差し込みますと自動的にブラウザが起動して、先ず研修テキストの目次（スライド一覧）が画面に表れる。そこから、見たいスライドをクリックするとそのスライドへ飛ぶ、そういう作りになっています。ですから DVD といってもテレビの DVD プレイヤーに差し込むようなものではなくって、パソコンで動く、インターフェースは一般のインターネットと同じブラウザになっています。

内容は研修テキストに準じており、それをパソコンを使って画面に映しながら、もしくはパソコンを見ながら学習ができるようになっています。

例えば、これが第 1 章のところですね。（・・・DVD の動きを説明・・・）

アイコン・ボタンがありますので、ここを押すと次のスライドになります。画面はパソコンによって大きさが違いますが、自動的に拡大縮小するようになっています。ブラウザは今のところ Windows に対応していますが、Windows の標準についている Internet Explorer や、Firefox ですとか他社のものでも動作します。こうやってクリックしていくこともできますし、テキストが多い場合はスクロールして見ていきます。

次に、オートモードを有効にすると、あとはクリックしなくても一定の時間（1 分）でページがめくられていきます。そうしますと 1 章で約 30 分くらい、何もしなくとも進んでいくようになります。

もう一回見たい時には、ここを押すともう一度、そこでストップして見る事ができます。上の水色の部分がメニューで、1 章、2 章、3 章の中目次をプルダウンできます。

もう一つ、DVD の特長を生かし、動画が入っています。まだ編集途中のもので

すが、動画を起動するとこんな感じになります。動画を参照できる研修テキストの頁画面を開きますと、関係する動画アイコンが付いています。そこをクリックすると、その動画へジャンプします。こういう形で、5分くらいの動画を10～20個掲載します。ここを押すと拡大して見ることもできます。音声（撮影シナリオにもとづいた音声やナレーション）も入っています。

また、そのシナリオにもとづいて、随所に画面の下にキャプションを入れていて、何をやっているか、何に注意するかを編集で文字を入れております。

これは経鼻胃管のものです。途中で確認するところもあるので、そういったところには別のカットで撮ったアップのものを編集で流し込んでいます。

これは薬液浸漬法といって、カテーテルを再生して使う場合ですね。これは、……。

動画については、だいたいこのようになっています。

検討委員会用サイトにアップしますので、アクセスしていただければ見ることができます。

——いまの動画との関連で、セッシを使った画像も出るんでしょうか？

**川田委員** セッシの画像は出ません。私どもの病院でセッシを使った方法で、かつては指導していました。しかし最近はセッシを使った方法をやっているところがだいぶ少なくなっているので、私どもでもセッシを使わない形で指導をしています。

また、今回の撮影では経管の前に流水と液体石鹼で手洗いの撮影を入れていますが、速乾性の擦式消毒剤は今だいぶ広がってきていますので、それは有効な方法だと思うので、言葉としては流水による手洗くないし速乾性のアルコールの消毒剤による手洗いでも結構です、というような形で説明したいと思います。

気管内カニューレ内吸引については、絶対に気管内カニューレの先端を周囲の物に触れさせないように指導し、先端に触らなければ吸引カテーテルを素手で操作していいとしています。あるいは患者さんから感染のリスクがあったり自分の手にケガがあるとかというときには、滅菌でなくともいいので、清潔な使い捨て手袋をはめてやってもいいですよ、という形にしています。

吸引カテーテルを鉛筆のようにちゃんと持てば目的の部位の奥に入っていくと思います。慣れれば、セッシよりもかえってスムーズに入っていくのではないかと思います。先生のところはまだセッシを使っていますか。中村先生のところもセッシで指導されていますか？

—— セッシの方が多いです。

**川田委員** そうですか。全国的に見ると手で保持するほうが多いのではないかと思います。というのは、セッシの場合、その清潔保持の問題が残っています。その面からいうと、しっかり手洗いすれば、手で持ってやってもいいと思います。

患者会の方はどうですか？

—— いちいち手を洗うことがほとんどできないですから、セッシンを使っていることが多いですし、私どもが研究事業で指導する場合は、まずセッシンを使う方法で指導しております。

川田委員 少なくともセッシンに関する言及は必要ですね。

人によってはセッシンのほうを抵抗無く使う方もいらっしゃいますが、手で持った場合、カニューレ内で先端を左右に回転させることができます。痰がこびりつくところって、細かい操作性が影響してきます。操作性は手の方がいいという気がしています。

——手でやった場合のメリットとしては、回転させることができる。セッシンだと、それがちょっと難しい。先端に 3 つの穴が開いていますが、吸引効率がいいとおっしゃる先生方もいらっしゃいます。今の先生方のお話では、セッシンの方法もかなり使われているみたいですが、これから少し変わってくるかもしれませんね。

——今の DVD でちょっと気になったのですが、経管栄養剤を入れた後に水を足していらっしゃった。直接希釈するような形に指導することになるのでしょうか。私はメーカーからは、希釈しないでくれと言われたので、先にあらかじめ水を入れてから、原液のまま滴下させるか、あるいはお薬の後に水を入れるかという形で指導していました。

川田委員 私どものところでは、1 回量を薄めて入れているケースが多いです。注入した後に、注入終わりましたよ、っていう箇所がありますが、そこで経管食を入れた後の管を白湯で流すシーンがあって、チェックシートを記入して終わる形にしています。

——経管食はたいがい薄めています。

川田委員 原液を入れている方もたくさんいらっしゃると思います。希釈する方法もあるが、他の方法もあると、現場では、その現場のやり方や利用者さんの意向で指導されてもよいと思います。

——経管栄養について、かなり大きな問題となるのは、薬の投薬のタイミングでしょうかね。原則的には薬を投与することはできない。ですけど、経管栄養の初めのタイミングで薬を投与するか、後でやるか、いろんな患者さんの考え方によって違うと思いますけれども、終わってからだと非常に時間が経ってしまうので、投与の時間が非常にずれてしまうということもある。そのため、最初のうちに水分を補給して、その時に薬を投与という形でやっていらっしゃる方もいますね。薬投与のタイミングは、介護職の方が栄養をやるとしても、現場では服薬や投与しながらやる場合も多いのではないかと思います、どう考えたらいいでしょう。



川田委員 現場では必要なことだと思いますが、難しい点ですね。原則的には、今回の DVD については薬については触れていません。退院時の家族指導の中では薬の調整の仕方とか、いろいろな方法について指導しますが、今回は、薬の注入は制度に含まれていないということがあるため、当面は、触れないことにしています。

——人工呼吸器使用者のカニューレ吸引の DVD はあるのですか？

川田委員 はい、あります。

#### ●アンビューバッグ

——カニューレを外して、通常、私たちは、アンビューバッグを使用するのですが、それは入らないのでしょうか？

川田委員 それは入らないですね。アンビュー自体についても、今回の制度外ということもありまして、その辺りは、連携や共同作業でやっていただくということで、文言としては、テキストの中に織り込むようにしていきます。

——今回は吸引と経管だけで、周辺のケアについてははっきりとは書けないとは思いますが、できるだけ文言の中にアンビューバッグとか、カフアシストとか、ネブライザーという言葉を入れていただくと、少なくとも医療・看護、家族との連携の中でやっていきたいと思いますという形で触れていただけるいいなと思います。

——アンビュー続きですが、結局先ほどのアンビューについて追加で入れていただけるという話ですが、われわれ（患者）呼吸器を使っていると、ベッドから車いすの移乗であるとか、それからお風呂に入るときとか、アンビューというのは必ず必要なものです。ですから、そういう意味ではアンビューを使うことに慣れていただいたほうがいいと思いますので、こういう場合にも使うことがありますということを、どうか文言として入れておいていただかないと思います。

——やはりアンビューの件ですが、僕らの立場（医師）から言うと、例えばその移動するときにはね、安全にアンビューをしておくのが大事だと思っているのです。ただ、たんの吸引の前後の過換気の問題になりますと、気道内圧が、本当に跳ね上がっている状況というのがあると思います。で、それを家族の方がやられるというのは、ある意味問題が起こらないのかも分かりませんが、ヘルパーさんに認めるのは、ちょっと慎重にした方がいいと思います。

家族の方がやられるのは、それは家族の責任の範囲内で今までもやれてきたし、今後やられることは全然かまわないと思いますが、ヘルパーに関しては誤解招く恐れがあるのではないかと、ちょっと危惧しています。

川田委員 私の考えでお話すると、アンビューについては患者さんと家族にとってはもう、日常介護の一つの基本的な手技というか、災害だけではなく、日常の中で人工呼吸器回路の交換等においても、家族一人だけではとてもできる状況

ではないので、介護にもぜひ知識として持っていただくとともに、基本的操作も知っておいて欲しいという気持ちが非常に強い。

ただ、今回は経管栄養と吸引が主体ですので、先ほどお話ししたように注意点その他、アンビューという呼吸補助の内容、手技については言及したいと思います。また、たんの吸引自体が利用者にとっては苦しい行為でもありますので、なるべく吸引回数を減らし、1回で十分な量の痰を吸引するようにするという意味では、体位交換とかあるいはカフアシストという方法もありますよというところについても言及しようと思います。

#### ●実際の研修時間

——ALS患者のヘルパーをしています。先日、東京の医大で行われた研修に参加してきました。参加したヘルパーからの声を少し聞いた時に、人形が置いてあって、休憩時間にやってみたい人だけ看護師さんが胃ろうからの滴下とかを教える感じでした。そうしたら後で、「滴下の実習なんてしていないんですけれども」という声も上がった。ちょっと、参加したヘルパーさんたちはみんな戸惑っていましたね。

ただ、講義のほうは、スライドショーみたいな感じでずっと自動的に流れて行ったという感じです。

時間的なところでいうと、僕は夜の部だったのですが、看護師さんの配慮で結構急いで進めていました。実際は、10時終わりの予定が、9時にはすべて終わるか終らないかくらいでした。進行はスムーズだったのですが、ヘルパーさんからは最後のほうでいろいろ質問が飛び交いました。

川田委員 講義時間の配分からいうと、DVDを活用したりすると、講義は早めに終わります。その意味では、演習に時間をとってしっかりやるほうが望ましい。基本的な時間割から言うと、演習はたった1時間。講義が制度2時間、たん吸引・経管栄養3時間・3時間です。できれば、講義が早く終わったら、演習を十分時間をかけてやっていくのが本当は望ましい。

高木専門官 研修時間については、弾力的な運用はできないことになっています。あくまでも法令上で定めた時間なので、トータル9時間でそれ以上はかまいませんが、時間は守っていただくことになります。ただその演習についてのイメージをつかむためのもので、それぞれの利用者宅に行って、現場演習という形で再度やるわけですので、そこら辺はある程度シミュレーター演習というのは弾力的にできるかなと思うんですけれども、講義の時間は3時間は3時間でやるということしか言えないんです。

——話を転じますが、お隣の桑山さんとも相談していたのですが、ALS等の疾患の紹介頁がありましたが、ここの説明がやっぱり医学モデルなのですね。当然と

はと思いますが、例えばもうちょっと付け足して患者サイドから見た病気の見方というのを付け加えて、例えば遷延性意識障害のところは、いわゆる植物状態ともいわれ 1972 年には脳神経外科学会による定義・・・というふうに書いていますが、眼球は動いても認識することはできないとか、しかし認識していたという人もいますし、そういう状態から復帰してきている事例もたくさんあるので、もう少し書き加えて説明してもいいと思います。実際に家族の会の人たちの証言も一杯ありますので。

川田委員 はい。あまり字数は割けないと思いますが、表現の仕方あるいは内容に関してもう少し盛り込んだ方がいいことがあれば、ぜひまた連絡していただければ、と思います。

#### ●疾患に関する記述、特定の者研修の介護者の姿勢

——遷延性意識障害（PVS）ということですが、MCS という概念が出てきていまして、最少意識状態とあってある程度分かっているらしいという状態を分類しようという動きも実はあるのです。ただ、その境目はクリアカットにできていないのが実態です。もっと極端なことを言うと、脳死寸前の人から脳波で反応できる意識障害が軽い人まですごく範囲が広くて、いくらでも口から食べられる人もいますし、ほとんど吸引の必要のない人もいます。

その反面、呼吸器も必要で口からものを入れることは不可能という人もいますが、広い範囲を含んでいまして、私もいろいろなことを書こうと思ったのですが、記述の難しい部分も多く、結果として何も書いていないということなのです。

それから先ほどおっしゃっていたような、例えばセッシを使うかどうか、ご家庭でバラバラで、おそらく指導されてきた病院との関係とか、家族でも介護している人がわりと 60~70 代の方も多くて、やっぱり 70 代になってくると指が震えたりするものですから、セッシだと本当に手が震えてしまっていかなんともしがたいので、とりあえず清潔にして手で触るといこともされています。経管栄養希釈についても、ご家庭ごとにバラバラです。

だから、恐らく一般論としてこういったケースもあるという形でしか、テキストには書けないのかなと思ったりはしていました。私（患者家族会）としては、医学モデルで行くという方法も一つの方法だろうし、ただそれだけでは何とも不十分な点もあるなど、ずっと思っはいたのですが、ちょっと意見としてまとまらなかった。

川田委員 それが実際のところでしょうね。学会でもいろいろな定義にしる、概念が非常に広がってきて、記述は非常に難しくなっている。ただそういう方がいらっしやって、そういう方が吸引や経管栄養を必要としているので、その中で

私の希望としては、特に吸引とか経管栄養を注入する介護者にこれだけは注意して欲しいとか、そういう本当に個別的な点よりも、基礎的・標準的なところで、こういう病態に関しては、これについて注意して欲しいというところがあれば、ぜひちょっと教えていただければと思います。

——利用者側から言えば、恐らく一人一人の障害をよく知って欲しいということに尽きてしまうと思うのです。だから、アベレージのところの記述が一番難しい。むしろ、私(患者家族会)は、一人ひとりの障害像をちゃんと把握していただくというか、長くその患者さんと付き合ってもらおうといったことをする姿勢で接してもらえば、家族同様に十分介護は可能だと思います。だから、難しいのですが、その辺のところを分かってもらえる研修テキストにして欲しいのですが、非常にその辺りって難しいですね。

川田委員 個別性に対しては、このテキストはあくまでも基本的な内容、基礎的な演習について学んでいただくのですが、後は実際に現場でその利用者さんに応じた方法を習得してくださいというところは強調して書くようにはしています。

#### ●制度上で問われる事故責任の所在

——私(医師)は、研修に出たわけではなくて、指導者になるためのマニュアルを読ませていただいた感想になるのですが、今年の研修に関しては、指導者も研修を受けるほうも同じだと思うのです。指導者マニュアルの場合は、単にテキストを読んで感想文書かせて、それでDVD見て、それでまた感想文書かせてみたいなことで、内容は全く一緒です。同じことを2度繰り返させられるのはどうかと感じました。

内容について一つ気になったのは、呼吸回路が加湿器型の回路しか紹介されていないのですが、在宅ではほとんど加湿器型の回路を使っていない。その辺のところちょっと時代的に違和感を感じました。それからあともう一つは、やはりヘルパーが医療者を呼ばなくてはいけないときは、どういうときかというのをもう少し明確にした方がいいのではないかと思います。そのまま様子を見ているだけでいいのか。医師にあるいは看護師に連絡するのがどのタイミングかということ、具体的にちょっと見せたほうがいいと感じました。

川田委員 その通りですね。まあヒヤリハットとか、もう少し緊急事態の対応というか、医療者を呼ぶ場合はどういう場合かを、具体的な箇所で追加したいと思います。

——ここに医療者と連携という形で登録事業者の条件が書いてありますが、医師として、医療者のかかわり方としては、どういう様な形で、具体的に医師のほうからは承諾書なり審議書なりといったもので対応するということなのか。

それともう一点、事故があったときの、その際の責任は、どういうところに行くわけでしょうか。

いま盛んにやられている方たちは、恐らくいままでだいぶ熱心にやられていたものでいいのですが、これから一般的に広く行われるようになると、いろいろなレベルの介護者が集まってきます。そうすると、どうしても何らか事故も起きる可能性がある。やはり責任の部分、所在を明確にしていただかないと、医療側では、なかなか承諾書にサインはできないのではないかと感じています。

**高木専門官** テキストの話から外れて、制度の話になりますが、テキストで言うと 23 ページの絵のところにございます、介護職員等による喀痰吸引等の提供ということで、具体的なイメージの図にございます。そこでその字が小さくて申し訳ないのですが、右の下の方に医師から医師の「指示書」ということで、介護職員に対する指示がでています。当然認定書を交付された介護職員は、一定の知識、技術を持っていることを前提に医師が、この患者さんに対しては、介護職員がたんの吸引等を行っても差支えないという患者さんの安定の状態を確認した上で、介護職員に指示をする指示書になります。むろん、介護職員だけではできない部分もございますので、看護職員ですとか、家族も含めて役割分担をした上で、医師、看護師、介護職員と家族利用者ということでの役割分担をした上で、たんの吸引を行っていただく。連携状態を保つということです。

また、何かあった時の責任については制度上では、登録事業者ということですが。これまでは、介護職員が利用者同意書を交わして、個人的にボランティア的にやっていたケースが多いのですが、今度からは登録事業者が派遣したヘルパーにやらせるという形になります。ヘルパーについては、研修を受けて認定を受けるという一定の資格要件が課されている。ですから一定の技術を持っている前提で医師は指示をするということになりますので、そこで、たまたまヘルパーが知識、技術が十分でなかったことの責任を医師が負うことはない。ですから、一人ひとりのヘルパーの知識、技術まで確認しないと指示ができないということは考えなくてよろしいと思います。

一義的には、登録事業者がその責任を負う、つまりはこういった医療との連携状態、連携の確保等ができていたのか、登録要件にかかる部分についてきっちりやられていたかの責任が問われることになります。ですから、それで連携した看護職員、あるいは医師が一義的に責任を負うということはない、一義的にはあくまでも登録事業者であるし、ヘルパーが事前の取り決めにあったこういう危険な状態の時は医療職を呼ぶというということができていたかどうかはまず問われることになります。

——そういうことを、教科書のどこかに書いておくことはできますか。

高木専門官 もちろん書いてもいいですが、事故が起こった際の責任は一義的に登録事業者が負うというのは、制度上は当たり前の話で、責任の所在というのは個々の案件、事案によってそれぞれですので、なかなか一律的な書き方も困難ですし、実習教科書に事故の時の責任について書くのが適当かどうか、そう思います。

——それとも Q&A をどこかに書いたりとか…。

高木専門官 制度上の Q&A は、このテキストの問題とまた別な話になると思いますから、それはまた別の機会にしたいと思います。

——私（患者家族会）の耳に聞こえてきた話として、医師が指示書を書きたくない、責任を取りたくない。こんな簡単な研修を受けたヘルパーには、とても任せられない。その医師が指示書を書かないために、このサービスが広がっていかない可能性もある。医師の責任の範囲を明確にすることで、指示書を書いてくれる医師が増えるかもしれない。

#### ●課題となる研修機会の拡大

——ぜひ聞いてもらいたいのですが、研修回数がむちゃくちゃ少ないのです。この 9 時間が大分県の場合、これまでに 1 回しかなかった。だから、研修会が複数回開催できるようにして、全員が特定の者のヘルパーとしてできるように強烈にプッシュしていただきたいと思います。

——この特定の者の研修があまり知られていないということもあって、ぜひ呼吸器系の学会ですとか、医師会に周知していただくとともに、地域の医師会で研修事業をぜひ実施していただきたいのですが、中村先生、中野区は医師会が研修事業をするといううわさを聞いたのですが、本当でしょうか。

——まだ機関決定をしていません。

——足立区医師会はやると言ってますし、個別にお願いして歩いている状況です。医師会が研修事業して下さるのが一番いいと思っています。さきほどの指示書の件も含めて、一番問題ないと思います。ぜひ千葉のほうも宜しくお願いいたします。

——私たちも県医師会として、機材はあるかなと思っていたのですが、実際問題は福祉の介護の分野だけですべてが進んじゃっていて、私たち（医師）に具体的な支援だとか話もなかった。ですからその辺りのところもどうなっているのかなという気がいたしました。一般の医師会の先生、地域の先生方は、ほとんど知らないのが現状ではないかと思います。そこへ、今後、いきなり同意書だ、指示書だといわれても、ちょっと混乱も生じる可能性がある。日本医師会の対応の問題、看護協会の問題もあるとは思いますが。

高木専門官 各県の担当者はおそらく医師会、看護協会のところには行ってい

と思います。ただ、そこでの対応は各県まちまちでして、各医師のところまで下りてきていないという状況はあるだろうと思っています。先行事例でどんどんやっていたところから広まっていくというふうにならざるを得ない部分もあると思います。

——手上げ方式といわれたじゃないですか。手を上げたんですよ。でも流れた。介護研修センターというのがあるのですが、そこに一括卸しかできないと。行政は動かない。結局 1 回だけ。そうじゃないということをもっと徹底してもらいたいと思います。無料でもやるからと言っているのに、させてくれない。

**高木専門官** 手上げ方式といったのは登録事業者の話です。研修は、制度の施行前ですので、今年度に限っては都道府県が自ら行うものしかできません。4 月以降は、登録研修機関（登録要件をみたした研修機関）になれば、すべて研修も行える形になります。

——千葉県においても担当の課が事業者に丸投げという形でやっています。だから、医師会に相談して一緒にやる仕組みがない。医師会の方に県の担当部署に来ていただいて、こういう進捗があるのだけれど、僕たち（医師）には何の説明がないけどどういうふうになっているの、そういったら、すでに委託事業所が決まっていますと。看護師は何人で、医師は一名でしたと。ぜひ県の方から医師会とよく情報連携をとって進めるのが望ましいと、厚生労働省からも勧めていただければいいと思います。

#### ●研修テキストの配本等

**川田委員** できあがった研修用テキストは都道府県に 1 冊ずつ配本する予定です。例えば、研修事業者はこれを使いたいと思ったらダウンロードして作っていただくこともできるようにする予定です。動画も掲載した DVD も一緒に配本します。

**高木専門官** 厚生労働省も、紙媒体というか、テキストはたぶん PDF にして厚生労働省ホームページに載せます。ただ、動画は厚生労働省のホームページにはきついかなどと思っていまして…。

——動画は、非常にファイルが大きいので、ダウンロードするのに 1 ギガとかありますから、数 10 分パソコンをつなぎっ放しにしないといけない。サーバーにもそれだけの負担がかかりますから、動画はちょっと難しいかなと。YouTube で宜しければ、アップします。

#### ●震災時の電源

——例のアンビュバックの話の戻るのですが、家族と暮らしていない呼吸器の人も結構います。そういうケースを考えると、ふだんからアンビュを使って

いますので、その危険性も含めて、きちんと書き込んでいただいた方がむしろいいと思います。震災の緊急避難的に使う位置づけでも結構ですから。

川田委員 はい。私の心づもりとしては、少し頁を割こうと思います。先ほど指摘があったように、やはり過度な加圧とかりスクも高いので、バッグを両手でワーッと押しちゃったりとか、そういうのは避けるということで、片手で普段どのくらいの換気量かという点は家族がやるのを見てもらうとか、そこら辺りの文言を含めて吟味しようと思います。

——あともう 1 点。震災時の記述ですが、自家用発電機というのは、人工呼吸器との整合性はどうなっているのでしょうか。ちゃんとチェックされているのでしょうか。この発電機ならいいですよとか。

川田委員 まちまちではないかと思います。私どもの東京都、厚労省の方からは、確か通達があったように思うので、都道府県でかなり違うのですが、発電機とかを 72 時間くらい自宅で対応できるように準備するという話がありまして、私どもの方も一応メーカーと話し合ってますね、実際にペースメーカーがちゃんと動くかどうか、人工呼吸器が動くかどうかという確認の作業をした場合は、発電機として、いまあなたが使っている人工呼吸器で使えますよという情報提供はしています。ただ、各都道府県は、まちまちだと思います。

——そうですね。東京都の場合、自家用発電機を支給してもらえるとということだったので、ドクターに自家用発電機を買ってもらったりしたのですが、その結果、ドクターの方の機械が OK だったとか、そういう情報の確認はとれていないみたいです。

——メーカーとの関係もありますから、動作確認はなかなか難しいところがありますね。

——自家用発電機の件ですが、私たちも病院に自家用発電機を何台か入れているのですが、案外もたないんです。燃料が。なかなかたくさん燃料を持たないと持たない。しかし、たくさん備蓄するとかえって震災で危ない可能性もあるので、僕ら基本的には自家用車から電源を引くことを一番推奨しています。自家用車から一般で扱っている AC 電源に変えるという、それは一応一番安全じゃないかと。あとで取り換えも効くと思っているのですが、発電機を推奨するのは、ちょっと僕はいまいち危なそうな気がしてなりません。

病院でも確かに発電機あるのですが、燃料のほうは 1 日も持たない。大震災のときのように燃料が全然取れなくなっている状況で、どうするのかという議論はまだ解決していません。

——仮に、自家用車ということであれば、自家用車でこういう形でこういうふうにとったら、ちゃんと安定的に電源を取れますとか、個人的には（患者の会）、書いていただくとありがたい気がします。



——中野区医師会でそのテーマで講演を受けましたが、例えばオートバイとか自動車のバッテリーがありますね。あれだと人工呼吸器動かないのです。異常動作する。つまり、出てくる波形が矩形波か正弦波か、これによって違うということでした。動作が安定しないということです。それでインバータを使って、自動車のバッテリーの場合、呼吸器メーカーの純正のインバータを使えば、大丈夫だと。

それと、いま訪問センターでもカセットコンロ式の発電機とかいろいろありますが、1日動かすだけでカセットコンロは300本いるとか、とても大変で現実的ではない。メーカーに頼ることになりますが、安全なのは人工呼吸器メーカーの純正の発電機や蓄電器を使うしかないということになっていました。

川田委員 問題の重要性は分かりますが、このテキストの標準的なテーマかどうかというと、問題かと思えます。

——救急車には100Vの電源がついています。ですから、救急車さえ手配できれば、患者さんの緊急搬送時は切り替えても全然問題なく作動していました。

——平成22年10月の研究会の時に、話し合った内容がインバータなのですが、キャンピングカー等でホットプレートを使えるタイプはきれいな正弦波なので、これは呼吸器を動かせるということでした。ただ呼吸器会社がやめてくれと。予備とかバッテリーを充電してそれを使ってくれと。直接つながないでくれと。

車用のバッテリーで5万円くらいの正弦波のインバータを使って、実際に予備の呼吸器を2つ持っている方がいらっしゃったんです。それで動かしたら、6時間きれいに動いたので、いざというときはその方法もできるだろうと思っています。あと、ホンダの出しているブタンガスのカセットボンベは1本で1時間くらいしか動かない。三菱が出しているLPガスのものは8~12時間動く。ただそれはエンジンオイルを入れないといけないということで、ちょっと手間がかかる。そのため、いざそれを試験的に動かすというのは、なかなか難しい。いざ本番で動く、動かされるかどうか、問題はあると思えます。

川田委員 結局は、普段から時々動くかどうか稼働状況をチェックしないといけないだろうということで、私ども年に1~2回、実際に動かしてみる訓練をプログラムの中に入れないといけないと考えているところです。話がまたちょっと広がってしまいましたが、

——電源ではなく、スイッチの例ですが、研修の実技のほう、研修を受けられると、評価もされるわけですよね。研修の1つのパターンとして、手順が載っている。ただ、特にわれわれ、子どもたちを吸引の時に実際にやっている手順は、吸引器のスイッチを入れる順番が、ここでなければいけないということは絶対ないのです。最初に吸引器のスイッチを入れていたほうが楽な場合もありますし、

さまざまな場合があります。

ところが、評価をする人が「この教科書以外はダメだ」みたいな硬い頭を持っている人だと、柔軟な頭の人を落とす危険もあるわけです。ですから、なるべくどうしてもこの通りでいけないみたいな硬い頭でない評価をされる人にやっていただきたいなと思います。

川田委員 柔らかい頭の人に評価していただけるように、この内容に自由度を持たせる。最低限のところはちゃんと押さえておくけれども、個々の症例については、ケースバイケースで弾力的にということところはちゃんと強調しておきたいと思っています。

厚生労働省から出す平成 24 年度の実施要項につきましても、この評価票の中で実はこの資料がその原案になるのですが、留意点で、「実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適応させるよう、適宜変更・修正して使用すること」というふうに、全てすべての評価票に文言を入れています。そういった吸引器のスイッチを入れる順番も含めて、その方々の意向なり、その家族のやり方に合わせて適宜、変更修正というイメージは持っていただくようにします。

——電源ではありませんが、震災との関連でいうと、吸引器って意外と患者さんの近くに置かなければいけないものであると同時に、意外と重いのですよね。この防災意識が高まっている昨今ですから、あれがもし患者さんの体の上とか顔の上に落ちこちてきたら危ないというのが一つあります。吸引するヘルパーさんがいた時には、体の上になんか落ちてくるようなもの、特に重い吸引器とかそういうものがあるようでしたら、固定をすとか、確認をすとか、書けるようでしたら加えていただきたいですね。少なくとも、ヘルパーさんは、何か震災が起きた時に第一救援者になる可能性も高いので、その辺の意識をある程度持っていた方がいいと思います。特に移動であったり電源の問題であったり、あるいはお部屋の居室の環境であったり…、その辺は少し力を入れていただいたほうがご家族は慣れているとこれでいいと思ってしまうかもしれないので、第 3 者の目で防災的な目を少し入れていただけるといいと思います。

川田委員 ありがとうございます。電源の話は、現場での貴重なご意見だと思います。震災時とかそういったもの、卓上型の吸引器の場合の固定とか位置の問題も確かにありますね。それと電源については、震災等に備えて、電気を必要としない足踏み式、手動式の吸引器も備えておくよう推奨されていますという文を加えてあります。

また、それ以外についても、ここで言い忘れたこと、思いついたこと等がありましたら、まだ時間はございますので、ぜひ連絡取り合って検討していければと思います。■

### 資料3 検討委員名簿

川田 明広 東京都立神経病院 脳神経内科 部長  
山本 真 大分協和病院 院長  
駒形 清則 駒クリニック立石 院長  
中村 洋一 医療法人社団中村診療所 所長  
土橋 正彦 土橋医院 院長  
三枝 奈芳紀 三枝病院 院長  
日高 紀久江 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系 准教授  
川口 有美子 NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会 理事  
桑山 雄次 遷延性意識障害者・家族の会 代表  
大濱 眞 全国脊髄障害者連合会・NPO 法人せきずい基金 理事長  
大塚 孝司 人工呼吸器をつけた子の親の会 バクバクの会 代表  
小田 政利 呼ネット (TIL ベンチレーターネットワーク) 筋ジス等の当事者団体 代表  
村串 恵子 訪問看護ステーションきづな 代表  
オブザーバー 高木憲司 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

## 資料 4 研修テキスト作成段階における意見(例)

特定の者たん吸引等の研修テキストの疑問点：とくに経管栄養に関して

※頁は、当時の研修テキスト案の頁

頁	箇所	疑問点	回答
1	260 文中のイラスト部分	介護職が実施する内容にステートを利用しているイラストは誤解を招き、腸音聴取などを実施している良いように見えます。	ご指摘のごとく、誤解を招くと思いますので、図の絵を削除したいと思います。その代わりに、259ページの絵(利用者のそばに立っている絵)を入れたいと思います。
2	268 留意事項:◆2番目:少し頭を低くして...	看護職であれば包括的支持として実施可能と考えますが、介護職にとっては利用者の主治医指示によって対応すべき内容と	「異常があれば、すぐに看護師、医師や家族に連絡し、指示に従って下さい。」に変更します。
	268 ★顔色などの以上がないかを確認します		「★顔色などの異常がないかを確認します。」に変更して下さい。
3	271 ★2番目:吸引したたんに異常があった場合...また、文章の内容も同様に「吸引したたんに異常があった場	この文章全体が、吸引からコピーしたものと考えられます。経管栄養に沿った内容に修正すべきと考えます。	この部位は経管栄養の項目ですので、ご指摘のごとく、★吸引したたんに...早期発見につながる。)の文章と、手順⑫の同じ説明文「吸引したたんに異常があった場合、...早期発見につながります。は削除します。
4	283 ★2番目:吸引したたんに異常があった場合...また、文章の内容も同様に「吸引したたんに異常があった場	この文章全体が、吸引からコピーしたものと考えられます。経管栄養に沿った内容に修正すべきと考えます。	この部位も経管栄養の項目ですので、ご指摘のごとく、★吸引したたんに...早期発見につながる。)の文章と、手順⑫の同じ説明文「吸引したたんに異常があった場合、...早期発見につながります。は削除します。
5	294 サチュレーションモニタの値...	介護職には突然出てきた単語のため、理解困難と考える。また、準備できていない場合はどのように対応するのか	「顔色やパルスオキシメーターの値(経皮的動脈酸素飽和度)に異常がないか、確認します。」に変更します。パルスオキシメーターは、日常看護現場で使用され、家族も所有し手いる場合があり、数値で表される呼吸状態の評価法の1つなので、研修中でも説明し、知っていただきたいと考えています。
6	294 ★2番目:吸引したたんに異常があった場合...また、文章の内容も同様に「吸引したたんに異常があった場合、...胸郭をやや狭くするような体位...	介護職ではイメージしにくい。またこの文章全体が医師の指示の元と記載している必要があると思います。	手順⑨のスライド内の文章「★息切れなどがあれば注入速度を1/2におとし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示にしたがってください。」に変更する。下段の説明文も同じ内容に変更します。★左記のようなことがあれば、すぐに看護師、医師や家族に連絡し、指示にしたがってください。下段の説明文も同じ内容に変更します。

(前頁からつづき)

7	295	留意事項:◆注※ 口腔内の吸引を行なう...	類3型の特定行為業務従事者の場合、Aさんに胃ろうなどの行為をBさんが実施している場合突然吸引はできず、類3型の吸引の認定も必要です。その説明がなく、吸引をすることは刑法上にもかかわる。また、吸引も医師の指示の元実施する行為と記載すべき	スライドの文章は、「*嘔吐がみられたら、吐瀉物の誤飲がよにより顔を横に向ける。ただちに家族や医療者は、口腔内を吸引し、経鼻胃管のチューブを開放して、膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を除圧する対処法をとる。この時の栄養剤の量や滴下速度、聴音、利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次の注目の注入の参考とする。下の説明文でも、「嘔吐がみられたら、吐瀉物の誤飲がよにより顔を横に向けます。ただちに家族や医療者は、口腔内を吸引し、経鼻胃管のチューブを開放して、膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を除圧する対処法をとります。この時の栄養剤の量や滴下速度、聴音、利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次の注目の注入の参考とします。」と変更します。
8	297	★2番目:吸引したたんに異常があった場合...また、文章の内容も同様に「吸引したたんに異常があった場合、...	この文章全体が、吸引からコピーしたものと考えられます。経管栄養に沿った内容に修正すべきと考えます。	この部位は経管栄養の項目ですので、ご指摘のごとく、★吸引したたんに...早期発見につながる。)の文章と、手順⑫の同じ説明文「吸引したたんに異常があった場合、...早期発見につながります。は削除します。
	214			295ページと同じように修正します。ただし、経鼻胃管のチューブを開放して、が胃ろう側のチューブを開放して、に変化しますが。
9	192		安全性について○×で決定していいものか。	とくに有利、有利、どちらとも言えない、不利と4段階に分けて表に示しているため、視覚的に理解しやすいのではないかと思います。液体栄養剤については、利用者の状態によって、不利にある場合もあるので、どちらとも言えないの判定にしています。
	192	医療保険の適応があり、利用者サンの負担は軽い...	食事として購入するタイプのラコールなどもありますので、この書き方では間違ってしまう。	現時点で、経腸栄養剤が完全食品移行になる予定はございません。したがって、当面ラコール等の液体型栄養剤は、医師が処方することになり、個人購入は半固形型栄養剤のように出来ませんので、医療保険の適応の有無についての記載は、原文の通りでよろしいかと思います。
	211	参考:P278、P292	「清浄綿(アルコール綿)などで拭いて」とあるが、ほかのページにはそこまでの記述はなく不要ではないか。	ご指摘のごとく、通常清浄綿などで拭く必要はないので、「胃ろうチューブと注入用バッグのチューブを接続する。」の文章で良いと思います。同時にスライドの下の説明文も、「胃ろうチューブと注入用バッグのチューブを接続します。」に訂正します。

資料 5 都道府県の関係部門への配布先

	自治体名	都道府県
01	北海道	障がい者保健福祉課
02	青森県	障害福祉課
03	岩手県	障がい保健福祉課
04	宮城県	保健福祉部障害福祉課
05	秋田県	健康福祉部障害福祉課
06	山形県	障がい福祉課
07	福島県	障がい福祉課
08	茨城県	保健福祉部障害福祉課
09	栃木県	保健福祉部障害福祉課
10	群馬県	障害政策課
11	埼玉県	障害者自立支援課
12	千葉県	障害福祉課
13	東京都	福祉保健局 障害者施策推進部 計画課
14	神奈川県	障害福祉課
15	新潟県	障害福祉課
16	富山県	厚生部障害福祉課
17	石川県	障害保健福祉課
18	福井県	長寿福祉課、障害福祉課
19	山梨県	障害福祉課
20	長野県	障害者支援課
21	岐阜県	健康福祉部障害福祉課
22	静岡県	障害者政策課
23	愛知県	健康福祉部障害福祉課
24	三重県	健康福祉部障害福祉室
25	滋賀県	健康福祉部 障害者自立支援課
26	京都府	介護・福祉事業課
27	大阪府	福祉部障がい福祉室地域生活支援課
28	兵庫県	健康福祉部障害者支援課
29	奈良県	健康福祉部障害福祉課
30	和歌山県	障害福祉課
31	鳥取県	障がい福祉課
32	島根県	健康福祉部障がい福祉課
33	岡山県	障害福祉課
34	広島県	障害者支援課
35	山口県	障害者支援課
36	徳島県	障害福祉課
37	香川県	障害福祉課
38	愛媛県	障害福祉課
39	高知県	障害保健福祉課
40	福岡県	高齢者支援課
41	佐賀県	健康福祉本部 障害福祉課
42	長崎県	障害福祉課自立支援班
43	熊本県	障がい者支援課
44	大分県	福祉保健部 障害福祉課
45	宮崎県	障害福祉課
46	鹿児島県	障害福祉課
47	沖縄県	障害保健福祉課