

平成24年度喀痰吸引等指導者講習事業

喀痰吸引等指導者マニュアル

第三号研修（特定の者対象）



研修講師の方へ

基本研修：

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、まず第Ⅰ章及び第Ⅱ章の内容の2つの講義を行います。内容はすべてDVDに収録してありますので、講師の方がDVDやテキストを用いて講義をして下さい。

なお、最初の講義の「重度障害児・者等の地域生活等に関する講義」については、必ずしも医師・看護師等が講義を行う必要がない講義ですのでご承知おきください。

その後1時間の演習を行います。限られた時間ですので、前述の講義で説明されている喀痰吸引は60～73頁、経管栄養の注入は、89～95頁の手順を参考に、必要物品を準備し、適宜アレンジしながら行って下さい。

評価は、巻末資料の「評価票」を適宜利用して行って下さい。

最後に研修者に対して試験を行います。この試験は落とすためのものではなく、知識定着の確認のための試験ですので、講義での内容や演習を通じて重要なポイントが理解でき、合格点が得られるように、ご指導ください。

演習の評価については、各利用者がある現場において、利用者が実際に使用する吸引器や気管カニューレを用いて行います。一連の行為はすべての項目が「手順通りに実施できる」となった場合に修了となり、実地研修に進みます。

実地研修：

実地研修用に、喀痰吸引と経管栄養に関する演習の手順と留意点（留意事項）および指導ポイントに関する説明と、評価票を掲載しています。

喀痰吸引の評価票に関しては、以下のバリエーションを準備しました。これら全てを行うことではなく、対象者の状況に応じて使用してください。

- 口腔内吸引（通常手順）
- 口腔内吸引（口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法者用手順）
- 鼻腔内吸引（通常手順）
- 鼻腔内吸引（口鼻マスク・鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法者用手順）
- 気管カニューレ内吸引（通常手順）
- 気管カニューレ内吸引（侵襲的人工呼吸器装着者用手順）

なお、手洗いに関しては、利用者の体位を調整するなど利用者の方に触れた場合、吸引を行う直前に改めて行うべきと考え、訪問時の第1回目の手洗いと別に記載しました。

経管栄養の評価票に関しては、以下のバリエーションを準備しました。これら全てを行うことではなく、対象者の状況に応じて使用してください。

- 胃ろう（滴下）からの注入…腸ろうについても同様の手順となります。
- 胃ろう（半固形タイプ）からの注入…腸ろうについても同様の手順となります。
- 経鼻胃管からの注入

演習及び実地研修の評価票については、上記喀痰吸引、経管栄養とも標準的な手順にしたがって作成していますが、実地研修講師となる看護師等、利用者本人、家族等とよく相談し、当該「特定の者」に適合した方法になるよう適宜アレンジしてご使用下さい。なお、実地研修の合格終了の判定は、評価票のすべての項目について実地研修講師となる看護師等の評価結果が、連続2回「手順通りに実施できる」となった場合となっています。

CONTENTS

研修講師の方へ

I 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

Slide I -1	介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修“特定の者対象”）の研修カリキュラム概要	2
Slide I -2	【特定の者】基本研修カリキュラム	2
Slide I -3	【特定の者】実地研修	3
Slide I -4	1. 障害者自立支援法と関係法規	3
Slide I -5	障害保健福祉施策の歴史（概要）	4
Slide I -6	「障害者自立支援法」のポイント	5
Slide I -7	障害福祉施策のこれまでの経緯	6
Slide I -8	障害者制度改革の状況	7
Slide I -9	障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において 障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要	8
Slide I -10	地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に 関する法律の概要	9
Slide I -11	1. 障害者自立支援法と関係法規	10
Slide I -12	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	10
Slide I -13	介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）	10
Slide I -14	介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）	11
Slide I -15	介護職員等による喀痰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）	12
Slide I -16	2. 利用可能な制度	13
Slide I -17	障害者・障害児に対する支援体系	13
Slide I -18	利用者負担について	14
Slide I -19	（参考）医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧	14
Slide I -20	（参考）65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と 障害者福祉制度との関係	15
Slide I -21	2. 利用可能な制度	15
Slide I -22	重度訪問介護	16
Slide I -23	3. 重度障害児・者等の地域生活	16
Slide I -24	筋萎縮性側索硬化症（ALS）	17
Slide I -25	筋萎縮性側索硬化症	17
Slide I -26	重症心身障害	17
Slide I -27	重症心身障害	18
Slide I -28	筋ジストロフィー	18
Slide I -29	遷延性（せんえんせい）意識障害	18

Slide I -30	脊髄損傷（高位頸髄損傷）	19
Slide I -31	障害の概念	19
Slide I -32	3. 重度障害児・者等の地域生活	19
Slide I -33	中途障害者の心理	20
Slide I -34	先天性障害者の心理	21
Slide I -35	3. 重度障害児・者等の地域生活	21
Slide I -36	介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ 在宅の場合）	22
Slide I -37	介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ 施設の場合）	23
Slide I -38	訪問看護ステーションとの関わり方の例（特定の者対象の場合）	24
Slide I -39	信頼関係の構築①	25
Slide I -40	信頼関係の構築②	25
Slide I -41	3. 重度障害児・者等の地域生活	26
Slide I -42	日本介護福祉士会倫理綱領	26
Slide I -43	おわりに	27

II

重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

1. 呼吸について	30	
Slide II -1	呼吸とは	30
Slide II -2	呼吸（外呼吸）とは	30
Slide II -3	呼吸運動	30
Slide II -4	呼吸器官のなまえ	31
Slide II -5	内呼吸	31
Slide II -6	正常な呼吸	31
Slide II -7	呼吸がしづらい状態	32
Slide II -8	呼吸がしづらくなる原因	32
Slide II -9	呼吸に異常が起きた時の症状	33
Slide II -10	慢性的な呼吸障害の時の症状	33
Slide II -11	呼吸障害と医療対応	34
Slide II -12	非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）	34
Slide II -13	非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）	35
Slide II -14	侵襲的人工呼吸療法（TPPV）	36
Slide II -15	人工呼吸器のしくみ	37
Slide II -16	アラームが鳴り続ける	38
Slide II -17	とくに知っておくべき知識（TPPV の機種の場合）	38
Slide II -18	人工呼吸器回路の実際	38
Slide II -19	加温加湿器・ウオータートラップ	39
Slide II -20	人工呼吸器使用者の支援上の留意点	39
Slide II -21	人工呼吸器使用者の支援上の留意点	40
Slide II -22	バッグバルブ（蘇生バッグ、アンビューバッグ）について	40
Slide II -23	バッグバルブの知識 必要な物品	40
Slide II -24	バッグバルブの知識 注意事項	41
Slide II -25	バッグバルブの知識 実施前の予備知識	41
Slide II -26	実施するときは、あわてないで！	41
2. 喀痰の吸引	42	
Slide II -27	喀痰の吸引	42

Slide II-28	狭義の喀痰を生じて排出するしくみ (1)	42
Slide II-29	狭義の喀痰を生じて排出するしくみ (2)	42
Slide II-30	狭義の喀痰を生じて排出するしくみ (3)	43
Slide II-31	狭義の喀痰を生じて排出するしくみ (4)	43
Slide II-32	なぜ吸引が必要なのか	43
Slide II-33	喀痰の性状	44
Slide II-34	吸引に必要な病態や病気	44
Slide II-35	どんな時に吸引する?	45
Slide II-36	吸引により起こりうること	45
Slide II-37	排痰促進法	46
Slide II-38	喀痰の吸引をする部位の解剖 (1)	46
Slide II-39	喀痰の吸引をする部位の解剖 (2)	46
Slide II-40	喀痰の吸引をする部位の解剖 (3)	47
Slide II-41	喀痰の吸引をする部位の解剖 (4)	47
Slide II-42	喀痰の吸引をする部位の解剖 (5)	47
Slide II-43	喀痰の吸引をする部位の解剖 (6)	48
Slide II-44	喀痰の吸引をする部位の解剖 (7)	48
Slide II-45	喀痰の吸引をする部位の解剖 (8)	48
Slide II-46	喀痰の吸引をする部位の解剖 (9)	49
Slide II-47	気管カニューレの種類	49
Slide II-48	介護職員等が行う吸引の領域	49
Slide II-49	口腔内吸引のコツ (Tips) (1)	50
Slide II-50	口腔内吸引のコツ (Tips) (2)	50
Slide II-51	鼻腔内吸引の場合のコツ 鼻腔内吸引では、最初にカテーテル先端を鼻孔にやや上向きに入れます	50
Slide II-52	鼻腔内吸引の場合のコツ 次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入	51
Slide II-53	鼻腔内吸引の場合のコツ 吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や痰を吸引します	51
Slide II-54	気管カニューレ内吸引では、吸引カテーテルの入れすぎに注意。気管カニューレ内部まで	51
Slide II-55	気管内の肉芽形成 気管との相対位置で、肉芽が形成しやすい場合もある	52
Slide II-56	気管カニューレの内吸引は出来るだけ短時間で	52
Slide II-57	サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行ふ。	52
Slide II-58	子どもの吸引について (1)	53
Slide II-59	子どもの吸引について (2)	53
Slide II-60	吸引時に必要な感染予防知識 (1)	53
Slide II-61	吸引時に必要な感染予防知識 (2)	54
Slide II-62	吸引時に必要な感染予防知識 (3)	54
Slide II-63	吸引時に必要な感染予防知識 (4)	54
Slide II-64	吸引時に必要な感染予防知識 (5)	55
Slide II-65	流水による手洗い	55
Slide II-66	速乾性擦式手指消毒剤による手洗い	55
Slide II-67	咳エチケット	56
Slide II-68	自分にしぶきがかからないように	56
Slide II-69	薬剤耐性菌の問題	56
Slide II-70	用語の統一 (1)	57
Slide II-71	用語の統一 (2)	57
Slide II-72	吸引をする前に	58
Slide II-73	吸引する物品とベッド周囲の様子	58
Slide II-74	吸引時の種類	59
Slide II-75	吸引物品 (写真は演習用セット)	59

Slide II-76	吸引に必要な物品	59
Slide II-77	吸引カテーテルの再使用について	60
Slide II-78	演習の手順（スライドショー）	60
Slide II-79	喀痰吸引の手順 実習に必要な物品	60
Slide II-80	●口腔と鼻腔内の吸引の手順 速乾性擦式手指消毒剤での手洗い	61
Slide II-81	吸引カテーテルを不潔にならないよう取り出します	61
Slide II-82	吸引カテーテルを接続管につなげます	61
Slide II-83	非利き手で、吸引器のスイッチを押します	62
Slide II-84	非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整	62
Slide II-85	声かけをします	62
Slide II-86	口腔内吸引の場所	63
Slide II-87	口腔内吸引、注意点	63
Slide II-88	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す	63
Slide II-89	鼻の中の吸引。声かけをします	64
Slide II-90	鼻腔の構造をイメージしましょう	64
Slide II-91	まずカテーテル先端を鼻孔からやや上向きに数センチ入れます	64
Slide II-92	次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入	65
Slide II-93	吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や喀痰を吸引します	65
Slide II-94	確かめ	65
Slide II-95	吸引カテーテルの外側をティッシュで、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す	66
Slide II-96	吸引器のスイッチを切ります	66
Slide II-97	●気管カニューレ内の吸引の手順 気管カニューレが、気管切開部から挿入されている状態をイメージする	66
Slide II-98	みなさんに吸引していただく部位は	67
Slide II-99	吸引カテーテルを気管カニューレに通してみ、カニューレ内腔の長さを確認する	67
Slide II-100	両手を洗って、使い捨ての手袋をします	67
Slide II-101	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す	68
Slide II-102	吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます	68
Slide II-103	非利き手で、吸引器のスイッチを押します	68
Slide II-104	非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20～26kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整	69
Slide II-105	声かけをします	69
Slide II-106	せっかく滅菌された吸引カテーテルの先端約10cmの部位は挿入前に、他の器物に絶対に触れさない	69
Slide II-107	侵襲型人工呼吸器使用者の状態	70
Slide II-108	フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずす	70
Slide II-109	気管カニューレ内に吸引カテーテルを挿入します	70
Slide II-110	吸引カテーテルを気管カニューレに挿入する2つの方法	71
Slide II-111	1回の吸引は15秒以内に、出来るだけ短時間で、しかし確実に効率よく吸たんする事を心がける	71
Slide II-112	吸引カテーテルの入れすぎに注意	71
Slide II-113	吸引後、気管カニューレにフレキシブルチューブ先端のコネクターを装着します	72
Slide II-114	吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す	72
Slide II-115	サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行う	72
Slide II-116	吸引器のスイッチを切ります	73
Slide II-117	気管カニューレ内吸引の手順の追加事項	73
Slide II-118	吸引の片づけ	73
Slide II-119	ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例1）	74

Slide II-120	ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例2）	74
Slide II-121	介護職員等が医療者に連絡をとるタイミング	74
Slide II-122	緊急連絡先のベッドサイド表示	75
Slide II-123	吸引される方の気持ち、家族の思い	75
3.	健康状態の把握	76
Slide II-124	健康状態の把握	76
Slide II-125	重度障害児・者の障害・疾病についての理解	76
Slide II-126	全身状態の観察とバイタルサインの測定	76
Slide II-127	脈拍の測定	77
Slide II-128	呼吸状態の把握	77
Slide II-129	パルスオキシメーター	77
Slide II-130	血圧の測定	78
Slide II-131	体温の測定	78
Slide II-132	こんな時熱を測る	79
Slide II-133	家族や医療者に連絡し、指示を仰ぐほか、軽微な変化であっても記録にとどめる	79
4.	経管栄養	80
Slide II-134	食と排泄（消化）について	80
Slide II-135	食べ物の消化・吸収が出来なくなると	80
Slide II-136	栄養補給の方法	80
Slide II-137	経管栄養法の利点	81
Slide II-138	経管栄養法の注意点	81
Slide II-139	経管栄養法	81
Slide II-140	経管栄養が必要となる病態・病気	82
Slide II-141	経鼻胃管と胃ろうを介する経管栄養法の利点と欠点	82
Slide II-142	胃の位置と構造	82
Slide II-143	胃ろうとは	83
Slide II-144	胃ろうカテーテルの種類	83
Slide II-145	胃ろうの日常管理	84
Slide II-146	経管栄養のリスク	84
Slide II-147	液体栄養剤と半固形栄養剤	84
Slide II-148	液体栄養剤と半固形栄養剤	85
Slide II-149	子どもの経管栄養の注意点（1）	85
Slide II-150	子どもの経管栄養の注意点（2）	85
Slide II-151	用語の確認（1）	86
Slide II-152	用語の確認（2）	86
Slide II-153	経管栄養の手順	86
Slide II-154	経管栄養の中止要件	87
Slide II-155	緊急時の対応方法（1）	87
Slide II-156	緊急時の対応方法（2）	88
Slide II-157	緊急時の対応方法（3）	88
Slide II-158	緊急時の対応方法（4）	88
Slide II-159	基本研修の演習で行う手順（スライドショー）	89
Slide II-160	滴下型の液体栄養剤の場合の経管栄養（胃ろう）の手順	89
Slide II-161	事前準備 安全確認と手洗い	89
Slide II-162	手順① 利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思や体調を確認する。	90
Slide II-163	手順② 必要物品を確認する	90
Slide II-164	手順③ 体位を調整する	91

Slide II-165	手順④ 注入内容を確認し、栄養剤を用意し注入容器に入れる。滴下筒には半分くらい満たし確認 できるようにする。手順⑤ クレンメをあけ、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を満たす。……	91
Slide II-166	手順⑥ 胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する	92
Slide II-167	手順⑦ 胃ろうカテーテルをつなぐ	92
Slide II-168	手順⑧ クレンメをゆっくり緩めて滴下する	92
Slide II-169	手順⑨ 異常がないか確認する	93
Slide II-170	手順⑩ 終わったらチューブに白湯を流す	93
Slide II-171	手順⑪ 後片付けを行う	94
Slide II-172	手順⑫ 評価票に記録するヒヤリハットがあれば報告する	94
Slide II-173	胃ろうからの半固形栄養剤注入の場合	94
Slide II-174	胃ろうから半固形栄養剤をバッグで注入する場合の注意点	95
Slide II-175	白湯を入れチューブ内の栄養剤を流す	95
Slide II-176	経鼻胃管からの液体栄養剤注入の場合	95

III

喀痰（かくだん）の吸引等に関する演習

1. 喀痰吸引（口腔内）	98
Slide III-1 準備	98
Slide III-2 手順①	98
Slide III-3 手順②、手順③ 手洗い等	99
Slide III-4 手順④、手順⑤	99
Slide III-5 手順⑥、手順⑦	100
Slide III-6 手順⑧	100
Slide III-7 手順⑨	101
Slide III-8 手順⑩～手順⑬	101
Slide III-9 手順⑭	101
Slide III-10 手順⑮～手順⑰ 片付け	102
2. 喀痰吸引（鼻腔内）	103
Slide III-11 準備	103
Slide III-12 手順①	103
Slide III-13 手順②、手順③ 手洗い等	104
Slide III-14 手順④、手順⑤	104
Slide III-15 手順⑥、手順⑦	105
Slide III-16 手順⑧	105
Slide III-17 手順⑨	106
Slide III-18 手順⑩～手順⑬	106
Slide III-19 手順⑭	107
Slide III-20 手順⑮～手順⑰ 片付け	107
3. 喀痰吸引（気管カニューレ内部）	108
Slide III-21 準備	108
Slide III-22 手順①	108
Slide III-23 手順②、手順③ 手洗い等	109
Slide III-24 手順④、手順⑤	109
Slide III-25 手順⑥、手順⑦	110
Slide III-26 手順⑧	110

SlideⅢ-27	手順⑨、手順⑩	111
SlideⅢ-28	手順⑪	112
SlideⅢ-29	手順⑫	112
SlideⅢ-30	手順⑬～手順⑯	112
SlideⅢ-31	手順⑰	113
SlideⅢ-32	手順⑱～⑳ 片付けを行います	114
4. 経管栄養 胃ろう（滴下型の液体栄養剤の場合） 115		
SlideⅢ-33	準備	115
SlideⅢ-34	手順①	115
SlideⅢ-35	手順②	116
SlideⅢ-36	手順③	117
SlideⅢ-37	手順④	118
SlideⅢ-38	手順⑤	118
SlideⅢ-39	手順⑥	119
SlideⅢ-40	手順⑦	119
SlideⅢ-41	手順⑧	120
SlideⅢ-42	手順⑨	121
SlideⅢ-43	手順⑩	122
SlideⅢ-44	手順⑪	123
SlideⅢ-45	手順⑫	123
5. 経管栄養 胃ろう（半固形栄養剤の場合） 124		
SlideⅢ-46	準備	124
SlideⅢ-47	手順①	124
SlideⅢ-48	手順②	125
SlideⅢ-49	手順③	126
SlideⅢ-50	手順④	127
SlideⅢ-51	手順⑤	128
SlideⅢ-52	手順⑥	128
SlideⅢ-53	手順⑦	129
SlideⅢ-54	手順⑧	129
SlideⅢ-55	手順⑨	130
SlideⅢ-56	手順⑩	130
6. 経管栄養 経鼻胃管（滴下型の液体栄養剤の場合） 131		
SlideⅢ-57	準備	131
SlideⅢ-58	手順①	131
SlideⅢ-59	手順②	132
SlideⅢ-60	手順③	133
SlideⅢ-61	手順④	134
SlideⅢ-62	手順⑤	134
SlideⅢ-63	手順⑥	135
SlideⅢ-64	手順⑦	135
SlideⅢ-65	手順⑧	136
SlideⅢ-66	手順⑨	137
SlideⅢ-67	手順⑩	138
SlideⅢ-68	手順⑪	139
SlideⅢ-69	手順⑫	139

資料

評価票 喀痰吸引 口腔内吸引（通常手順）	143
評価票 喀痰吸引 口腔内吸引（人工呼吸器装着者 口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）	144
評価票 喀痰吸引 鼻腔内吸引（通常手順）	145
評価票 喀痰吸引 鼻腔内吸引（人工呼吸器装着者 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）	146
評価票 喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引（通常手順）	147
評価票 喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引（人工呼吸器装着者 侵襲的人工呼吸療法）	148
評価票 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	149
評価票 胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）	150
評価票 経鼻経管栄養	151
評価判定基準	152
同意書	153
気管カニューレ内吸引時の覚書	154
修了証書	155
介護職員等による喀痰吸引等制度Q&A	156
A 喀痰吸引等の制度に関する事	156
B 経過措置対象者に関する事	164

I

重度障害児・者等の 地域生活等に関する講義

介護職員等による喀痰（かくたん）吸引等（第三号研修“特定の者対象”）研修カリキュラム概要

1. 障害者自立支援法と関係法規

- 1-1 障害者（児）福祉の背景と動向
- 1-2 介護職員等による喀痰（かくたん）吸引等の実施に係る制度の概要

2. 利用可能な制度

- 2-1 障害福祉サービスの種類
- 2-2 重度訪問介護の制度とサービス

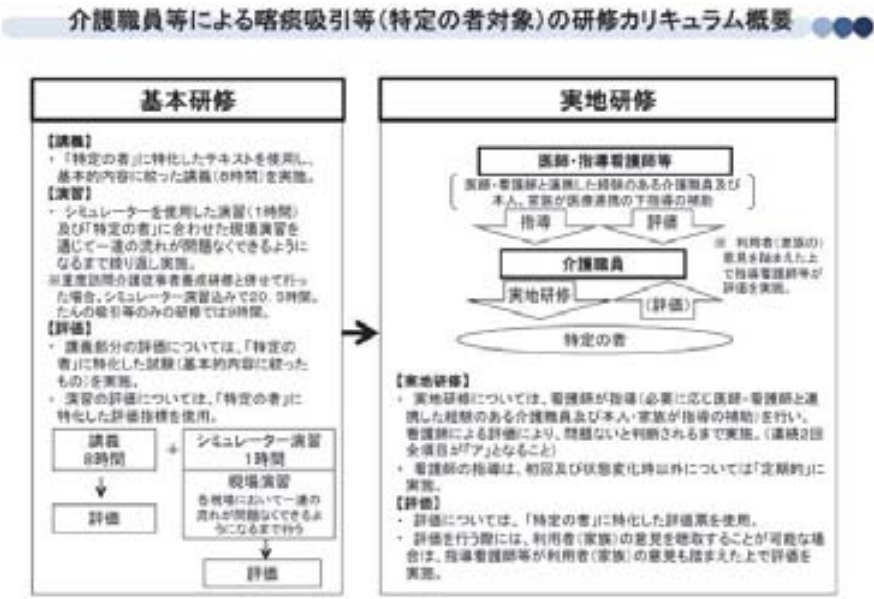
3. 重度障害児・者等の地域生活

- 3-1 重度障害児・者の障害・疾病についての理解
- 3-2 重度障害児・者の心理についての理解
- 3-3 重度障害児・者の地域生活についての理解
- 3-4 福祉業務従事者としての職業倫理・利用者の人権

※平成25年4月より「障害者自立支援法」は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」となります。

Slide I - 1 : 介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修 “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、介護職員等による喀痰吸引等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。



Slide I - 2 : 【特定の者】基本研修カリキュラム

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、喀痰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	・障害者自立支援法と関係法規 ・利用可能な制度 ・重度障害児・者等の地域生活 等	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	・呼吸について ・呼吸異常時の症状、緊急時対応 ・人工呼吸器について ・人工呼吸器に係る緊急時対応 ・喀痰吸引概要 ・口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引 ・喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 ・喀痰吸引の手順、留意点...等	3
	・健康状態の把握 ・食と排泄（消化）について ・経管栄養概説 ・胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 ・経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 ・経管栄養の手順、留意点 等	3
喀痰吸引等に関する演習	・喀痰吸引（口腔内） ・喀痰吸引（鼻腔内） ・喀痰吸引（気管カニューレ内部） ・経管栄養（胃ろう・腸ろう） ・経管栄養（経鼻）	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。

Slide I -3 : 【特定の者】 実地研修

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、基本研修をその都度再受講する必要はありません。

【特定の者】実地研修

口腔内の喀痰吸引	<p>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。</p> <p>※ 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。</p>
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（介護職員等による喀痰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。

Slide I -4 : 1. 障害者自立支援法と関係法規

1. 障害者自立支援法と関係法規を説明します。

はじめに、これまでの障害児・者の福祉の背景と動向をみていきましょう。

1. 障害者自立支援法と関係法規

1-1 障害者(児)福祉の背景と動向

- これまでの経緯
- 障がい者制度改革推進会議の動向等
- 障害者自立支援法等の一部改正

Slide I -5 : 障害保健福祉施策の歴史 (概要)

障害保健福祉施策の歴史を振り返ってみましょう。

以前は、障害者を社会的弱者として保護してきた経緯がありました。

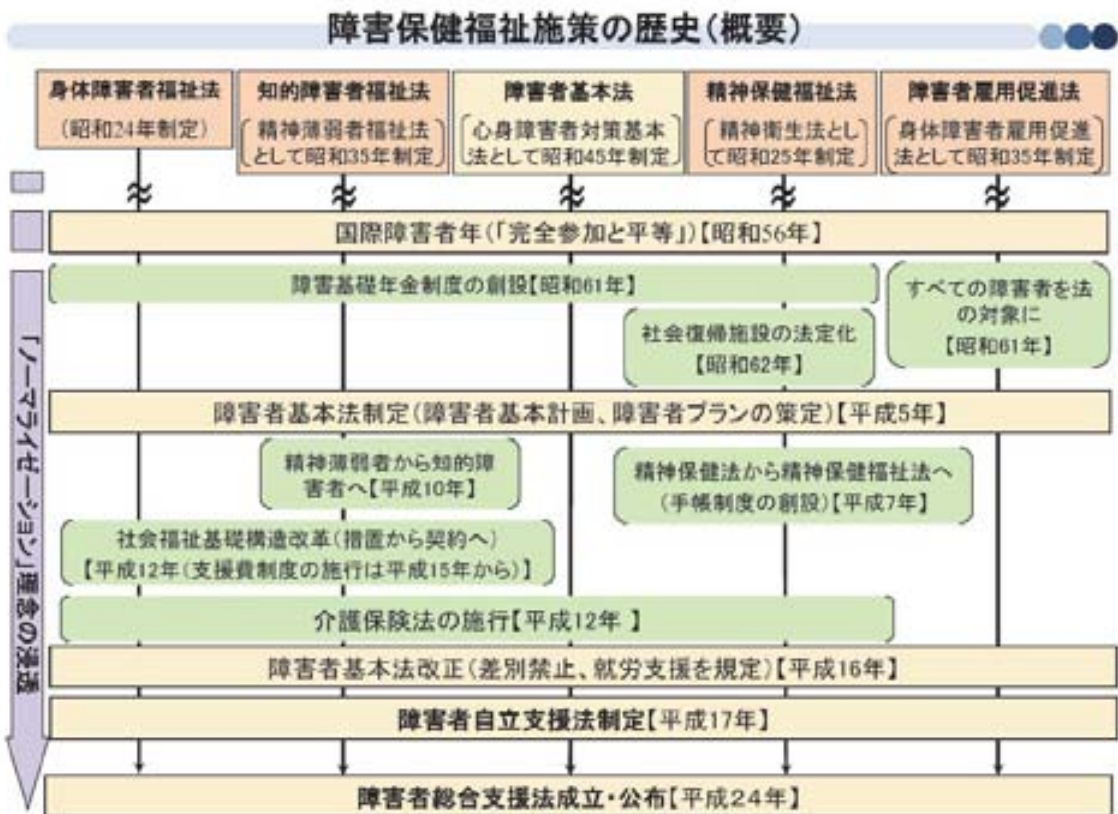
大きく変わる切っ掛けになったのは昭和56年、「完全参加と平等」をテーマとした「国際障害者年」でした。これを契機にノーマライゼーション理念が関係者に浸透していきました。

そして、障害者は保護すべき社会的弱者ではなく、自立の支援を行うべきと、国の方針も大きく変わりました。

これまで、身体障害、知的障害、精神障害と三障害

別々の法律で支援を行ってきたそれぞれの施策を共通の制度へと一本化するべきとの理念と、障害者自身の意向を尊重する、すなわち利用者本位のサービス体系へと転換するべきとの理念の実現を図るため、地域の共生社会の実現を目指す「障害者自立支援法」が成立しました。

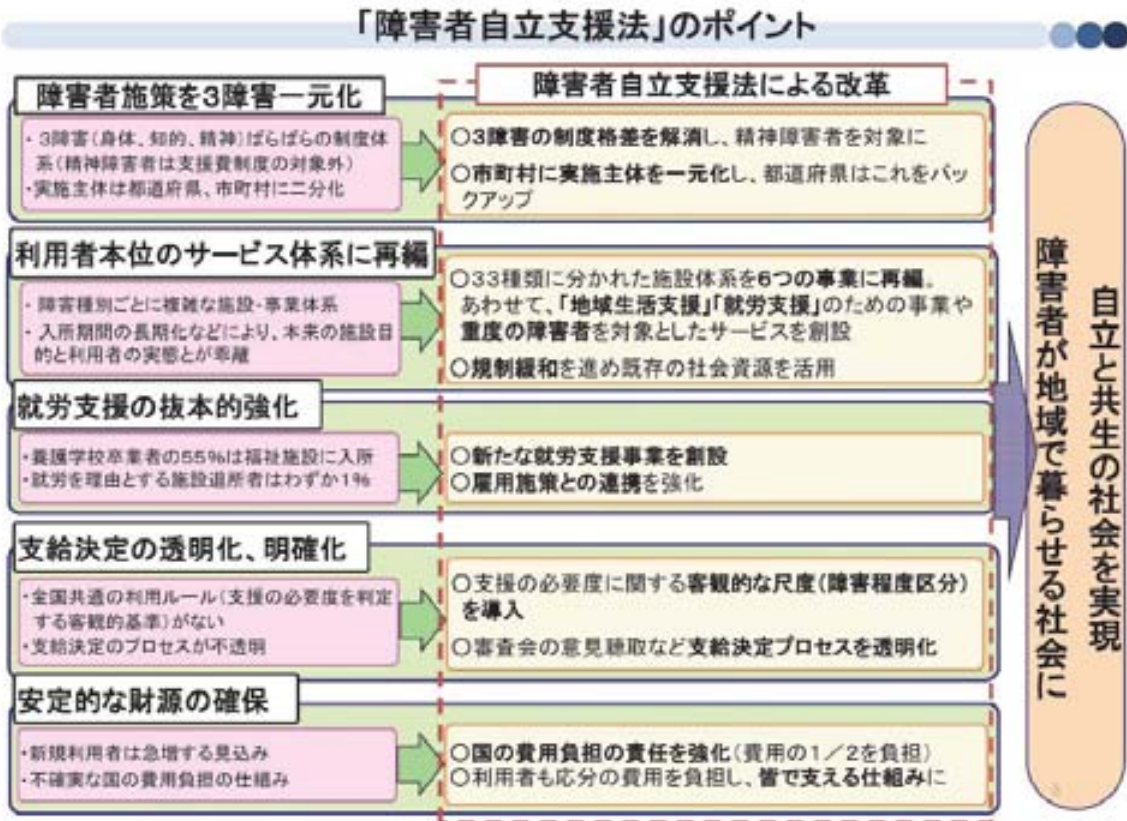
その後、国連障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備を行うこととなり、内閣府に設置された「障がい者制度改革推進会議」の議論を踏まえ、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が成立・公布されました。



Slide I -6: 「障害者自立支援法」のポイント

- 障害者自立支援法ポイントは、
- ・ これまでまちまちであった障害者施策を3障害一元化
 - ・ 利用者のニーズに応じたサービスが提供できるよう、利用者本位のサービス体系に再編
 - ・ 新たな就労支援事業を創設と、雇用施策との連携の強化を図る、就労支援の抜本的強化
 - ・ 支援の必要度に関する客観的な尺度である「障害

- 程度区分」を導入し、支給決定の透明化、明確化
 - ・ 国の費用負担の責任の強化と、利用者も応分の費用を負担し、安定的な財源の確保
- の、5つです。
- これらの5本の柱を軸とし、障害者が地域で暮らせる社会、自立と共生の社会を実現したいという願いがありました。



Slide I-7：障害福祉施策のこれまでの経緯

こうして誕生した「障害者自立支援法」でしたが、法案提出当初から、当事者団体を中心に多くの反対の動きがありました。

反対の主な主張には、

- ・非常に所得の低い障害者が多い中、1割の負担であっても重すぎるという、利用者負担の問題。
- ・事業者は、新サービス体系に移行しなければなりません。改革のスピードがあまりにも速くついていけない。新体系に移行すると収入が下がるといった事業者に対する激変緩和や経営基盤の強化や経過措置の問題。
- ・施設を出て地域にといわれても、グループホームやケアホームなどの安心して暮らせる住まいの場が少ないといったグループホーム等の整備促進の問題。

などがありました。

こうした意見から、政府は平成18年12月、法の円滑な運営のための特別対策、平成19年12月には、障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置を行いました。その後、社会保障審議会障害者部会報告を受け、「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に提出しましたが、衆議院の解散に伴い廃案となりました。

平成21年9月、政権交代がおり、連立政権合意における障害者自立支援法の廃止の方針が打ち出されました。

平成22年1月には障がい者制度改革推進会議において議論が開始されました。

4月、低所得者の障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担が無料化され、総合福祉部会において議論が開始されました。

6月、「障害者制度改革の推進のための基本的方向（第一次意見）」を受け、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定されました。

これを受け、「障害者基本法の一部を改正する法律」が国会の審議を経て、平成23年8月5日に公布され、一部を除き同日に施行されることとなりました。

11月には、新たな法律ができるまでの間であっても、障害者施策を前進させるため、障害者自立支援法の改正法案を衆議院厚生労働委員長が提出し、

12月、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立しました。

平成23年8月、「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」がとりまとめられ、これを受け、平成24年6月、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が成立、公布されました。

このように、障害者の福祉施策は、ここ数年間で大きな動きを見せています。

障害福祉施策のこれまでの経緯

平成18年 4月 12月	障害者自立支援法の施行（同年10月に完全施行） 法の円滑な運営のための特別対策 (①利用者負担の異なる軽減、②事業者に対する激変緩和措置、③新法移行のための経過措置)
平成19年12月	障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置 (①利用者負担の見直し、②事業者の経営基盤の強化、③グループホーム等の整備促進)
平成20年12月	社会保障審議会障害者部会報告のとりまとめ
平成21年 3月 9月	「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」国会提出 → 同年7月、衆議院の解散に伴い廃案 連立政権合意における障害者自立支援法の廃止の方針
平成22年 1月 4月 6月 12月	厚生労働省と障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団との基本合意 障がい者制度改革推進会議において議論開始 低所得者の障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料化 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において議論開始 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(閣議決定) 「障がい者制度改革推進本部等」における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(議員立法)が成立
平成23年 6月 7月 8月	「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」(議員立法)が成立 「障害者基本法の一部を改正する法律」が成立 「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」取りまとめ
平成24年 3月 6月	「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」閣議決定・国会提出 同法律案及び「国等による障害者就労施設等からの物品等の調達等の推進等に関する法律案」(議員立法)が成立、公布

Slide I -8 : 障害者制度改革の状況

現政府の障害者制度改革の状況です。(平成24年12月現在)

障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革を行うため、内閣総理大臣を本部長としすべての国務大臣で構成する、「障がい者制度改革推進本部」が平成21年12月8日、閣議決定により設置されました。

当面5年間の障害者制度改革の集中期間と位置付け、

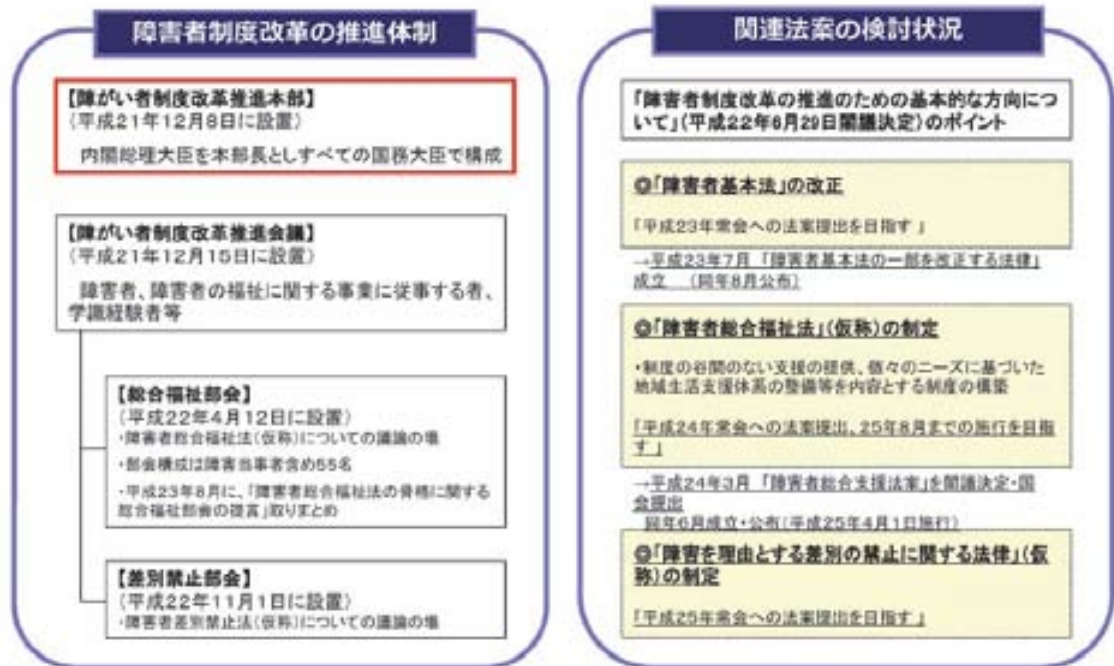
- ・改革推進に関する総合調整
- ・改革推進の基本的な方針の案の作成及び推進
- ・「障害」の表記の在り方に関する検討

等を行うこととされています。

関連法案の検討状況ですが、「障害者基本法」の改正、「障害者総合支援法」の成立まで実現しており、あとは「障害を理由とする差別の禁止に関する法律」(仮称)の制定が残っている状況です。

なお、障害者基本法の改正により、中央障害者施策推進協議会を改組して、内閣府に障害者政策委員会が設置(平成24年5月21日)され、さらに、差別禁止部会が設置(平成24年7月23日)されており、議論が進められています。

障害者制度改革の状況



※障害者基本法の改正(平成23年8月)により、中央障害者施策推進協議会を改組して内閣府に障害者政策委員会が設置(平成24年5月21日)

※障害者政策委員会に差別禁止部会が設置(平成24年7月23日)

Slide I -9 : 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要です。

障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることが明記されました。

利用者負担について、応能負担を原則にするとともに、障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減することとされました。

これまでも法の対象にはなっていましたが、発達障害が障害者自立支援法の対象となることが明確化されました。

相談支援体制の強化として、支給決定の際、サービ

ス等利用計画案を勘案するよう見直され、サービス等利用計画作成の対象者が、平成26年度末までに順次大幅に拡大されます。

市町村に基幹相談支援センターを設置し、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援が個別給付化されました。

障害児支援の強化として、児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実するとともに、放課後等デイサービスや保育所等訪問支援が創設されました。

そのほかグループホーム・ケアホーム利用の際、上限1万円の助成が創設され、重度の視覚障害者の移動を支援するサービスとして「同行援護」が創設されました。

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

① 趣旨	公布日施行
ー 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記	
② 利用者負担の見直し	平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日〔予定〕）から施行
ー 利用者負担について、応能負担を原則に ー 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減	
③ 障害者の範囲の見直し	公布日施行
ー 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化	
④ 相談支援の充実	原則として平成24年4月1日施行（予定）
ー 相談支援体制の強化〔市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化〕 ー 支給決定プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案）、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大	
⑤ 障害児支援の強化	平成24年4月1日施行
ー 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実（障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行） ー 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設 ー 在園期間の延長措置の見直し〔18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し、その際、既に入所している者が退所させられることのないようにする。〕	
⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実	平成24年4月1日までの政令で定める日（平成23年10月1日〔予定〕）から施行
ー グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設 ー 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設（同行援護、個別給付化） （その他）(1)「その有する能力及び適性に応じた」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業化、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討	

(1)公布：公布日施行
 (2)(4)政：平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日〔予定〕）から施行

Slide I-10：地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

平成25年4月から施工されることとなる、いわゆる「障害者総合支援法」の概要です。

正式な法律名称は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」です。

法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げました。

「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加えることとされました。障害者総合支援法における難病等の範囲は、当面の措置として、「難病患者等居宅生活支援事業」の対象疾病と同じ範囲の対象疾患(130疾患及び関節リウマチ)として平成25年4月から制度を施行した上で、新たな難病対策における医療費助成の対象疾患の範囲等に係る検討を踏まえ、見直しを行うこととされました。

「障害程度区分」について、認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行うなど、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改めます。

障害者に対する支援については4点あります。

- ①重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）
- ②共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化
- ③地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える)

④地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）

サービス基盤の計画的整備についても4点あります。

- ①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定
- ②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
- ③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化
- ④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討することとなっています。

- ①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方
なお、これらの検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずることとされています。

**地域社会における共生の実現に向けて
新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要**

（平成24年6月20日成立、第6月27日公布）

<p>1. 趣旨</p> <p>障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。</p> <p>2. 概要</p> <p>1. 題名 「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とする。</p> <p>2. 基本理念 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。</p> <p>3. 障害者の範囲 「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。</p> <p>3. 施行期日</p> <p>平成25年4月1日（ただし、4.及び6.①～③については、平成26年4月1日）</p> <p>4. 検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討）</p> <p>① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方 ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方 ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方 ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方 ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方 ※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。</p>	<p>5. 障害者に対する支援</p> <p>① 重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする） ② 共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化 ③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える) ④ 地域生活支援事業の追加(障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)</p> <p>6. サービス基盤の計画的整備</p> <p>① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ② 基本指針が、障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化</p>
---	---

Slide I -11 : 1. 障害者自立支援法と関係法規

介護職員等による喀痰吸引等の実施に係る制度の概要です。

「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。

平成23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した。

平成24年度以降は、法に基づく登録研修機関も研修が実施できるようになりました。

1. 障害者自立支援法と関係法規

1-2 介護職員等による喀痰吸引等の実施に係る制度の概要

- 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）が成立、平成23年6月22日公布。

Slide I -12 : 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

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。

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

- ① 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
- ② 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
- ③ 試行的に行う場合の事業の在り方

Slide I -13 : 介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

基本的には、喀痰吸引・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、平成24年度以前においても、「実質的違法性阻却」つまり、違法な行為なのだけれど、運用上の取扱いで介護職員等にも当面のやむを得ない措置として容認してきていたのです。

行為の種類は、喀痰吸引の口腔内、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。

介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

- 喀痰吸引・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（本人の同意による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施も可能（実質的違法性阻却）

- 在宅の介護（特例等）→①②③④
- 特別支援学校の児童生徒等→①②③④⑤⑥
- 特別養護老人ホームの利用者→②③④

※ ①～⑥のそれぞれの行為のうち、部分的にヘルパー等が行えない行為がある。
①例：特例での胃ろうにおけるチューブの挿入と注入開始は実施行為に位置づけられていない。

Slide I -14 : 介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い (実質的違法性阻却)

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、喀痰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喀痰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、口腔内の喀痰吸引と、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。

介護職員等による喀痰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	喀痰吸引	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)
		○	○	-
	気管カニューレ内部	○	-	-
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	・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) ・ホームヘルパー業務と位置づけられていない	・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 ・主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意	・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
	②医療関係者による的確な医学的管理	・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	・主治医から看護師に対する書面による指示 ・看護師の具体的指示の下で実施 ・在校時は看護師が校内に常駐 ・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	・配置医から看護職員に対する書面による指示 ・看護職員の指示の下で実施 ・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
	③医行為の水準の確保	・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 ・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	・看護師及び教員が研修を受講 ・主治医による担当教員、実施範囲の特定 ・マニュアルの整備	・看護師及び介護職員が研修を受講 ・配置医による担当介護職員・実施範囲の特定 ・マニュアルの整備
	④施設・地域の体制整備	・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	・学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施 等	・施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施 等

Slide I -15 : 介護職員等による喀痰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)

検討会における議論を受け、中間とりまとめを経て、介護職員等による喀痰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」の一部改正案が可決成立しました。

喀痰吸引や経管栄養は「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、一定の条件の下に喀痰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、喀痰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、「喀痰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、喀痰吸引(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)と規定されています。

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喀痰吸引等はできず、「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」に所属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、医療職種の種類があり、喀痰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。

これまで、通知の運用等により、一定の条件の下に喀痰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。

介護職員等による喀痰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、一定の条件の下に喀痰吸引等の行為を実施できることとする。
★喀痰吸引や経管栄養は「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

○喀痰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、喀痰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
 ・喀痰吸引(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、喀痰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、報告徴収等の措置を登録

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・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
 ※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」

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

○喀痰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、一定の条件の下に喀痰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

Slide I -16 : 2. 利用可能な制度

重度障害児・者が利用可能な制度として、障害者自立支援法における障害福祉サービスをご紹介します。

介護給付として、

- ・ 居宅介護
- ・ 重度訪問介護
- ・ 同行援護
- ・ 行動援護
- ・ 療養介護
- ・ 生活介護
- ・ 短期入所
- ・ 重度障害者等包括支援
- ・ 共同生活介護
- ・ 施設入所支援があり、

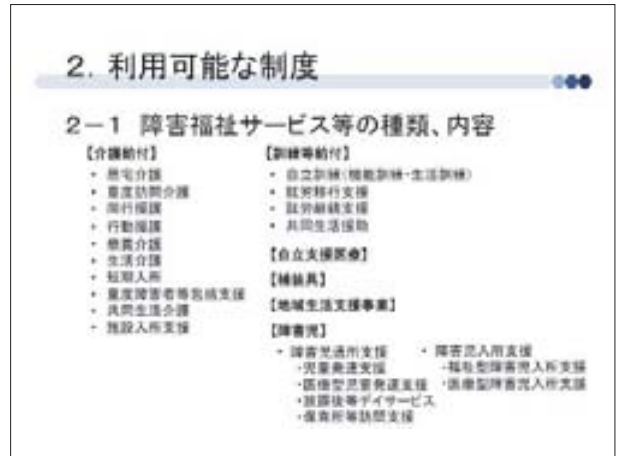
訓練等給付として、

- ・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- ・ 就労移行支援
- ・ 就労継続支援
- ・ 共同生活援助

があります。

その他、利用可能な制度として、自立支援医療、補装具、地域生活支援事業などがあります。

なお、障害児については、児童福祉法におけるサービスとして、障害児通所支援・障害児入所支援があります。



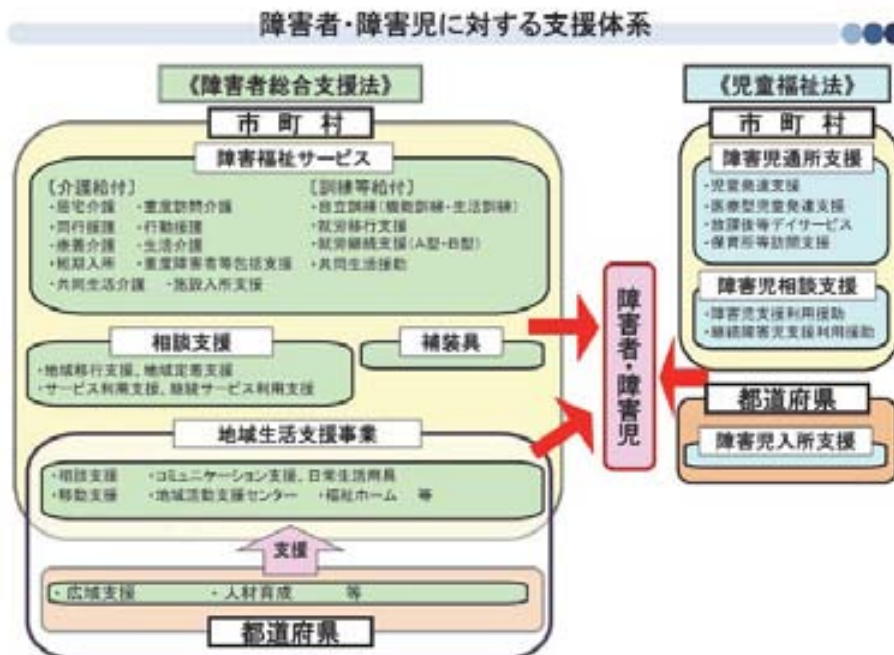
Slide I -17 : 障害者・障害児に対する支援体系

障害者・障害児に対する支援体系です。

障害福祉サービス等の自立支援給付と、地域生活支援事業のうちコミュニケーション支援等は、最も身近な自治体単位である市町村が実施主体となって、障害

児・者にかかった費用の一部又は全部を給付します。

都道府県は、広域支援や人材育成の面で市町村をバックアップします。



Slide I -18 : 利用者負担について

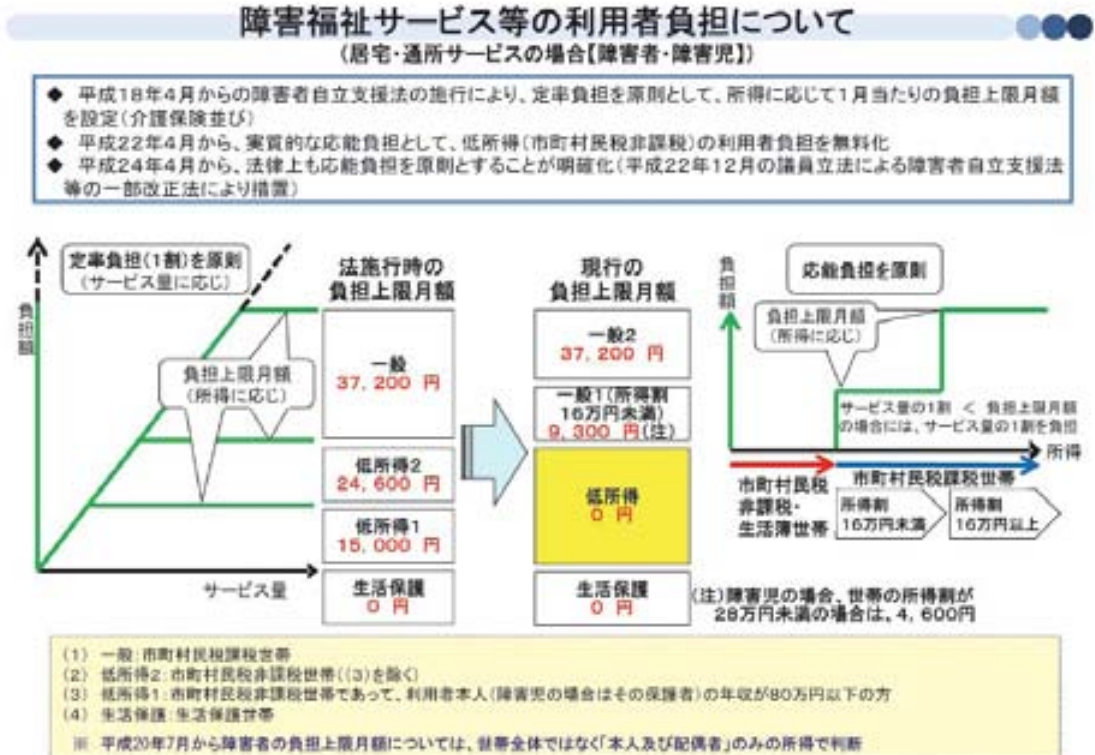
この表は、障害福祉サービスと補装具に関する利用者負担についてまとめたものです。

応能負担への第一歩として、平成22年4月1日から、市町村民税非課税世帯の障害者、障害児の、福祉サービス及び補装具に係る利用者負担が無料とされました。

一般世帯については、市町村民税所得割の額によって、負担の軽減が図られています。

その後、障害者自立支援法の改正により、障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定されました。ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

なお、世帯の範囲については、18歳以上の方については本人のみ（配偶者がいる場合は本人及び配偶者）の所得に応じた負担額とされています。



Slide I -19 : (参考) 医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧

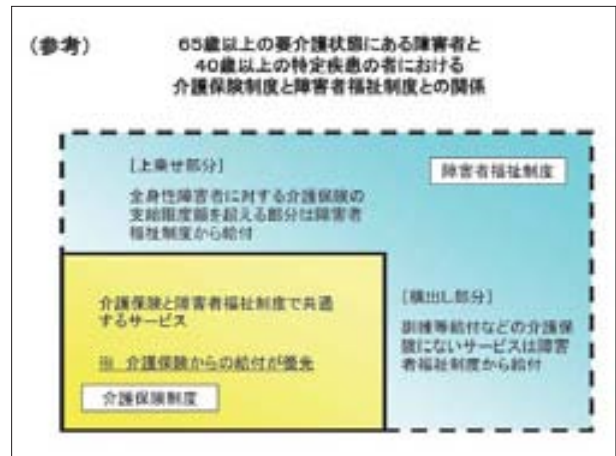
障害福祉施策以外にも、医療保険制度や介護保険制度によるサービスも受けられる場合があります。

(参考) 医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧

	医療保険		介護保険	障害福祉施策
根拠法	健康保険法 等		介護保険法	障害者自立支援法
実施主体等	国民健康保険 被用者保険(組合管掌 健康保険、協会けんぽ、 共済組合 等)	高齢者の医療の確保 に関する法律	市町村	市町村
財源	保険料 税金	保険料 税金 各種保険者からの支 援金	保険料 税金	税金
対象者	各種保険加入者及び 家族	75歳以上の者	65歳以上の者 特定疾病の者で40 歳以上65歳未満 の者	身体障害児・者 知的障害児・者 精神障害児・者
利用者負担	3割負担 ※義務教育就学前: 2 割、70歳以上75歳未 満: 1割、現役並み所得 者: 3割	1割負担	1割負担	所得に応じて4区分の負担上限 月額を設定 市町村民税非課税世帯は無料 (自立支援医療は除く)

Slide I -20 : (参考) 65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と障害者福祉制度との関係

65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と障害者福祉制度との関係ですが、介護保険と障害者福祉制度で共通するサービスについては、介護保険からの給付が優先との原則はありますが、全身性障害者等に対する介護保険の支給限度額を超える部分は障害者福祉制度から給付する、いわゆる「上乘せ部分」や、訓練等給付などの介護保険にないサービスは障害者福祉制度から給付する、いわゆる「横出し部分」は認められています。



Slide I -21 : 2. 利用可能な制度

次に、重度障害者が良く利用するサービスとしては、重度訪問介護があり、今回の特定の者における喀痰吸引等研修についても、重度訪問介護従業者養成研修と併せて行うことも可能とされています。

重度訪問介護の対象者ですが、重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者とされています。

具体的には、障害程度区分4以上であって、下記のいずれにも該当する者

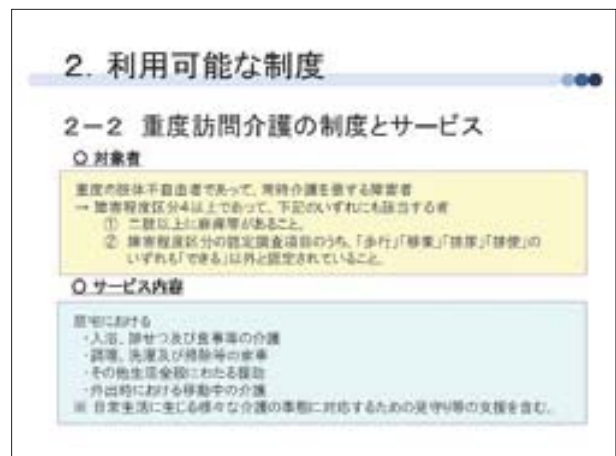
- ①二肢以上に麻痺等があること。
- ②障害程度区分の認定調査項目のうち、「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。

という要件となっています。

サービス内容については、居宅における

- ・入浴、排せつ及び食事等の介護
- ・調理、洗濯及び掃除等の家事
- ・その他生活全般にわたる援助
- ・外出時における移動中の介護

であり、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。とされていますので、目を離すことができない重度の肢体不自由者の、比較的長時間の介護にも対応しています。



Slide I -22 : 重度訪問介護

重度訪問介護のサービス内容等について一覧にした表です。最重度者にはさらに加算がつくこととなっており、重度者に対応したサービスであることがわかり

ます。

利用者数は全国で9,000人弱であり、真に必要な重度障害者に限られたサービスとなっています。

重度訪問介護

○対象者

- 重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者
 - 一 障害程度区分4以上であって、下記のいずれにも該当する者
 - ① 二肢以上に麻痺等があること。
 - ② 障害程度区分の認定調査項目のうち、「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。

○サービス内容

居宅における

- 入浴、排せつ及び食事等の介護
- 調理、洗濯及び掃除等の家事
- その他生活全般にわたる援助
- 外出時における移動中の介護

※ 日常生活にまじる様々な介護の事項に対応するための見守り等の支援を含む。

○主な人員配置

- サービス提供責任者：常勤ヘルパーのうち1名以上
 - 介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級
 - ヘルパー2級であって3年以上の実務経験がある者
- ヘルパー：常勤換算2.5人以上
 - 居宅介護に従事可能な者、重度訪問介護従事者養成研修修了者

○重度訪問介護加算対象者

- 15%加算対象者…重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者
障害程度区分が区分6に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下に掲げる者

類型	状態後
人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者（I類型）	・高ジストロフィー ・脊髄損傷 ・ALS ・遅延性意識障害 等
最重度加算障害者（II類型）	・重症心身障害者 等
障害程度区分の認定調査項目のうち、行動関連項目（11項目）等の合計点数が40点以上である者（III類型）	・強度行動障害 等

- 7.5%加算対象者…障害程度区分6の者

○報酬単価(平成24年4月～)

■ 基本報酬
181単位(1時間)→1,403単位(8時間) ※8時間を超える場合は、8時間までの単価の85%を算定

■ 主な加算

特定事業所加算(10%又は20%加算) 一①サービス提供体制の整備、②良質な人材の確保、③重度障害者への対応に積極的に取り組む事業所のサービスを評価	特別地域加算(15%加算) 一中山間地域等に居住している者に対して提供されるサービスを評価	障害吸引等支援体制加算(1日当たり100単位加算) 一特定事業所加算(20%加算)の算定が困難な事業所に対して、障害の吸引等が必要な者に対する支援体制を評価
--	---	--

○事業所数 5,582(国保連平成24年6月末実績) **○利用者数** 8,894(国保連平成24年6月末実績)

Slide I -23 : 3. 重度障害児・者等の地域生活

それでは、ここで喀痰吸引等の対象になる、特定の者、すなわち重度障害児・者の障害・疾病について簡単に説明したいと思います。

ただし、担当する利用者さんは、一人一人異なる個別性があるため、前もって医療者やご家族から、障害や病態、注意すべき点について十分に指導を受けて下さい。

3. 重度障害児・者等の地域生活

3-1 重度障害児・者の障害・疾病についての理解

- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・重症心身障害
- ・筋ジストロフィー
- ・遅延性意識障害
- ・脊髄損傷(高位頸髄損傷)
- ・障害の概念
- ・その他

Slide I -24 : 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)

まず、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) とは、主に中年以降に発症し、随意運動（自分の意志によって行う各種の運動）をつかさどる一次と二次（あるいは上位と下位とも呼ぶ）運動ニューロン（運動神経細胞のこと）が選択的、かつ進行性に変性・消失していく原因不明の神経難病のことをいいます。約10%は遺伝性と言われています。

症状は、筋萎縮と筋力低下が主体で、進行すると手の動作障害、歩行障害、ことばの障害、食事等の飲み込み障害、呼吸障害、コミュニケーション障害などが生じます。

一般に感覚障害や排尿障害、眼球運動障害はみられません。人工呼吸器による長期生存例などでは、認められることもあります。病勢の進展は比較的速く、人工呼吸器を用いなければ通常は2～4年で死亡することが多い病気です。

筋萎縮性側索硬化症(ALS)

◆◆

・概念:

○ 主に中年以降に発症し、随意運動(自分の意志によって行う各種の運動)をつかさどる一次と二次(あるいは上位と下位とも呼ぶ)運動ニューロン(運動神経細胞のこと)が選択的、かつ進行性に変性・消失していく原因不明の神経難病。約10%は遺伝性。

症状は、筋萎縮と筋力低下が主体で、進行すると手の動作障害、歩行障害、ことばの障害、食事等の飲み込み障害、呼吸障害、コミュニケーション障害などが生じます。

一般に感覚障害や排尿障害、眼球運動障害はみられないが、人工呼吸器による長期生存例などでは、認められることもある。病勢の進展は比較的速く、人工呼吸器を用いなければ通常は2～4年で死亡することが多い。

Slide I -25 : 筋萎縮性側索硬化症

いまだに根治療法はありませんが、近年、胃ろうからの経腸栄養による栄養管理の発達や、鼻マスクによる非侵襲的陽圧呼吸 (NPPV) や気管切開による陽圧人工呼吸 (TPPV) 等の人工呼吸療法の発達により、施設のみでなく在宅でも、10年以上、中には20年以上の長期にわたって療養を行っている患者さんが、増加しています。

したがって、この病気では、食事の飲み込み障害や呼吸筋の麻痺で喀痰排出障害が出現した時期に、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。

筋萎縮性側索硬化症(ALS)

◆◆

・栄養管理や人工呼吸療法の発達による長期生存例の増加:

○ 近年、胃ろうからの経腸栄養による栄養管理の発達や、鼻マスクによる非侵襲的陽圧呼吸(NPPV)や気管切開による陽圧人工呼吸(TPPV)等の人工呼吸療法の発達により、施設のみでなく在宅でも、10年以上、中には20年以上の長期にわたって療養を行っている患者さんが、増加している。

したがって、食事の飲み込み障害や呼吸筋の麻痺で喀痰の排出障害が出現した時期に、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となる。

Slide I -26 : 重症心身障害

次に、重症心身障害者について説明します。重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態の子どもを重症心身障害児といいます。さらに成人した重症心身障害児を含めて重症心身障害児・者と定めています。これは医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義（呼び方）です。重症心身障害児・者の数は、日本ではおよそ38,000人いると推定されています。重症心身障害の発生原因は様々です。

重症心身障害

◆◆

・概念:

○ 重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態の子どもを重症心身障害児という。さらに成人した重症心身障害児を含めて重症心身障害児(者)と定めている。これは医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義(呼び方)である。重症心身障害児(者)の数は、日本ではおよそ38,000人いると推定されている。

○ 重症心身障害の発生原因は様々であり、生得的要因、病後的要因、心理・社会的要因の三つの分別する考え方や、出生前の原因(先天性風疹症候群・脳奇形・染色体異常等)、出生時・新生児期の原因(分娩異常・低出生体重児等)、出生期以後の原因(脳炎などの外因性障害・てんかんなどの症候性障害)に分別することがある。

Slide I -27 : 重症心身障害

障害としては、知的障害とともに、姿勢の異常、移動障害、排泄障害、食事摂取の障害、手足の変形や拘縮、側わんや胸郭の変形、筋肉の緊張、コミュニケーション障害、呼吸器感染症の起こしやすさ、てんかんの合併など、さまざまな障害を呈します。とくに超重症児・者は、栄養摂取や呼吸も困難な状態になり、経管栄養や気管切開、人工呼吸器を使用して在宅や施設等で生活を送っています。

したがって、様々な程度の食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害をもつ、重症心身障害児・者に対して、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。

重症心身障害

● 障害の状態:

- 知的障害とともに、姿勢の異常、移動障害、排泄障害、食事摂取の障害、手足の変形や拘縮、側わんや胸郭の変形、筋肉の緊張、コミュニケーション障害、呼吸器感染症を起こしやすさ、てんかんの合併など、さまざまな障害を呈する。
- **超重症児(者)**は、栄養摂取や呼吸も困難な状態になり、経管栄養や気管切開、人工呼吸器を使用して在宅や施設等で生活を送っている。

したがって、様々な程度の食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害をもつ、重症心身障害児(者)に、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。

Slide I -28 : 筋ジストロフィー

筋ジストロフィーとは、筋肉自体に遺伝性の異常が存在し進行性に筋肉の破壊が生じる様々な疾患を総称しています。様々な筋ジストロフィーがありますが、発症年齢、遺伝形式、進行速度、筋力低下の生じる部位などは各疾患によって異なっています。代表的なデュシェンヌ型は、筋ジストロフィーの大部分を占め、男性のみに発症する重症な病気です。通常2~4歳頃で、転びやすいなどの異常で発症し、おおよそ10歳代で車いす生活となります。昔は20歳前後で心不全・呼吸不全のため死亡するといわれていましたが、様々な人工呼吸療法や栄養管理の進歩により、生命予後が延びています。したがって、経過中に発生する食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害に対して、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。

筋ジストロフィー

● 概念:

- 筋ジストロフィーとは、**筋肉自体に遺伝性の異常が存在し進行性に筋肉の破壊が生じる様々な疾患を総称している**。デュシェンヌ(DuShenne)型筋ジストロフィー、ベッカー(Becker)型筋ジストロフィー、腰痠肩甲上腕(けんこうじょうわん)型筋ジストロフィー、筋強直性(堅橋型)筋ジストロフィーなどに分類される。発症年齢、遺伝形式、進行速度、筋力低下の生じる部位などは各疾患によって異なる。
- **代表的なデュシェンヌ型は、筋ジストロフィーの大部分を占め、男性のみに発症する重症な型である**。通常2~4歳頃で、転びやすいなどの異常で発症し、おおよそ10歳代で車いす生活となる人が多い。昔は20歳前後で心不全・呼吸不全のため死亡するといわれていたが、気管切開による陽圧人工呼吸(TPPV)や最近では「非侵襲的人工呼吸法(NIPPV)」など医療技術の進歩により、生命予後が延びている。

経過中に発生する食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害に対して、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となる。

Slide I -29 : 遷延性(せんえんせい)意識障害

遷延性意識障害とは、いわゆる植物状態とも言われ、1972年の日本脳神経外科学会の定義では、自力移動が出来ない、自力摂食が出来ないなど、6項目の障害が治療にもかかわらず3ヶ月以上続いた状態と定義されています。しかし、時間とともに、ある程度の反応を示す例も多く存在するといわれています。

原因としては、不慮の事故による脳の外傷や脳血管、循環器、呼吸器疾患など様々な原因で意識不明になり、救急救命医療で一命をとりとめたにもかかわらず意識障害が遷延して起こります。嚥下や喀痰排出に障害が生じるため、施設や在宅介護の場で、経管栄養や喀痰吸引等が日常的に必要となります。

遷延性(せんえんせい)意識障害

● 概念:

- **いわゆる「植物状態」とも言われ、1972年の日本脳神経外科学会による定義では、**

1) 自力移動が不可能である。 2) 自力摂食が不可能である。
3) 声・声調がある。 4) 声を出しても意味のある発語が全く不可能である。
5) 簡単な命令には平うして応じることも出来るが、ほとんど意思疎通は不可能である。
6) 眼球は動いていても認識することは出来ない。

以上の項目が、治療にもかかわらず3ヶ月以上続いた場合をいう。ただし、時間とともに、ある程度の反応を示す例も多く存在する。

- 原因として、交通事故、スポーツ事故など不慮による事故による脳外傷や脳血管、循環器、呼吸器疾患など様々な原因により、救急救命医療で一命をとりとめたにもかかわらず、高度の意識障害が持続して起こる。
- 嚥下や喀痰排出に障害が生じるため、施設や在宅介護の場で、経管栄養や喀痰吸引等が日常的に必要となる。

Slide I -30 : 脊髄損傷 (高位頸髄損傷)

脊髄損傷とは、主として脊柱に強い外力が加えられることにより骨である脊椎（せきつい）を損壊し、その中を通る中枢神経である脊髄（せきずい）に損傷をうける病態をいいます。略して脊損（せきそん）とも呼ばれています。原因としては、交通事故、高所からの転落、転倒、スポーツなどがあり、スポーツでは水泳の飛び込み、スキー、ラグビー、グライダーなどで、若年者に目立ちます。高位頸髄損傷とは、脊髄のうち高い位置になる首のところで脊髄に損傷をきたした場合を言い、重度の場合、手足の麻痺、障害部位以下の身体感覚障害、排尿・排便障害、座位保持困難、呼吸筋麻痺等を示します。したがって、喀痰吸引等の処置が必要になります。

脊髄損傷 (高位頸髄損傷)

●●●

・概念:

- 主として脊柱に強い外力が加えられることにより骨である脊椎(せきつい)を損壊し、その中を通る中枢神経である脊髄(せきずい)に損傷をうける病態。略して脊損(せきそん)とも呼ばれる。
- 受傷原因としては、交通事故、高所からの転落、転倒、スポーツなど。スポーツでは水泳の飛び込み、スキー、ラグビー、グライダーなどで、若年者に目立つ。

・高位頸髄損傷:

- 症状は、脊髄障害の損傷の程度、完全麻痺か不全麻痺か、あるいは脊髄の障害のレベルによって異なるが、首の上の部位で、重度の高位頸髄損傷をきたすと、手足の麻痺、障害部位以下の身体感覚障害、排尿・排便障害、座位保持困難、呼吸筋麻痺等を示す。したがって、喀痰吸引等の処置が必要になる。

Slide I -31 : 障害の概念

国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用です。

障害のある方であっても、人間らしく生き生きと「活動」したり、社会に「参加」し社会的役割を担っていくことが重要です。

従来の「障害の概念」では、機能の障害が能力障害を引き起こし、社会的不利を生じさせるといった、一方通行の概念でしたが、2001年にWHOが採択した「国際生活機能分類（ICF）」では、人間にとって最も重要な「活動」や「参加」は、もちろん、心身機能の低下や病気、などから影響を受けますが、逆に、例えば「活動」を行うことで心身機能を高めることもあるという相互の作用が強調されています。また、障害者自身の心身機能だけでなく、物理的、社会的、制度的、周囲の人々の態度などの「環境因子」によっても「活動」や「参加」の制限を生じるといった概念を明確化しました。



これらのことは、障害をより軽くするためには、建物や交通機関のバリアフリー化をはじめ制度的な支援の充実、障害理解に関する普及・啓発も重要であるという概念にもつながるものです。

Slide I -32 : 3. 重度障害児・者等の地域生活

ここでは、重度障害児・者の心理について考えてみましょう。

大きく分けて、

- ・ 中途障害者の心理
- ・ 先天性障害者の心理
- ・ 家族の心理

の3つの視点から、考えていきましょう。

3. 重度障害児・者等の地域生活

●●●

3-2 重度障害児・者の心理についての理解

- ・ 中途障害者の心理
- ・ 先天性障害者の心理
- ・ 家族の心理

まず、中途障害者の心理について、考えてみましょう。

人生の途中で、大きな病気やけがをして、障害者となってしまった。私たちの身にもいつ起こるかわかりません。あなた自身のこととして少し想像してみてください。多くの方は、これからの自分の人生設計が根底から崩れていく想いを持つのではないのでしょうか。

中途障害者の心理を理解する上で、よく用いられる考え方に「障害受容」のプロセスがあります。

最初は「ショック」で何も考えられない時期から、これは嘘だ現実ではないといった「否認」の時期、現実を徐々に受け入れながらも「混乱」する時期を経て、「適応への努力」の時期、それから「適応」へと進んでいきます。しかし、実際にはこれらは一方通行の単純なプロセスではなく、各段階をいったりきたりしながら徐々に適応へと進んでいくと考えられています。しかし、障害の受容は簡単なものではありません。

そこで、介護等の制度の利用を勧め、社会的な環境を整えていくことにより、障害をもっても自分らしく

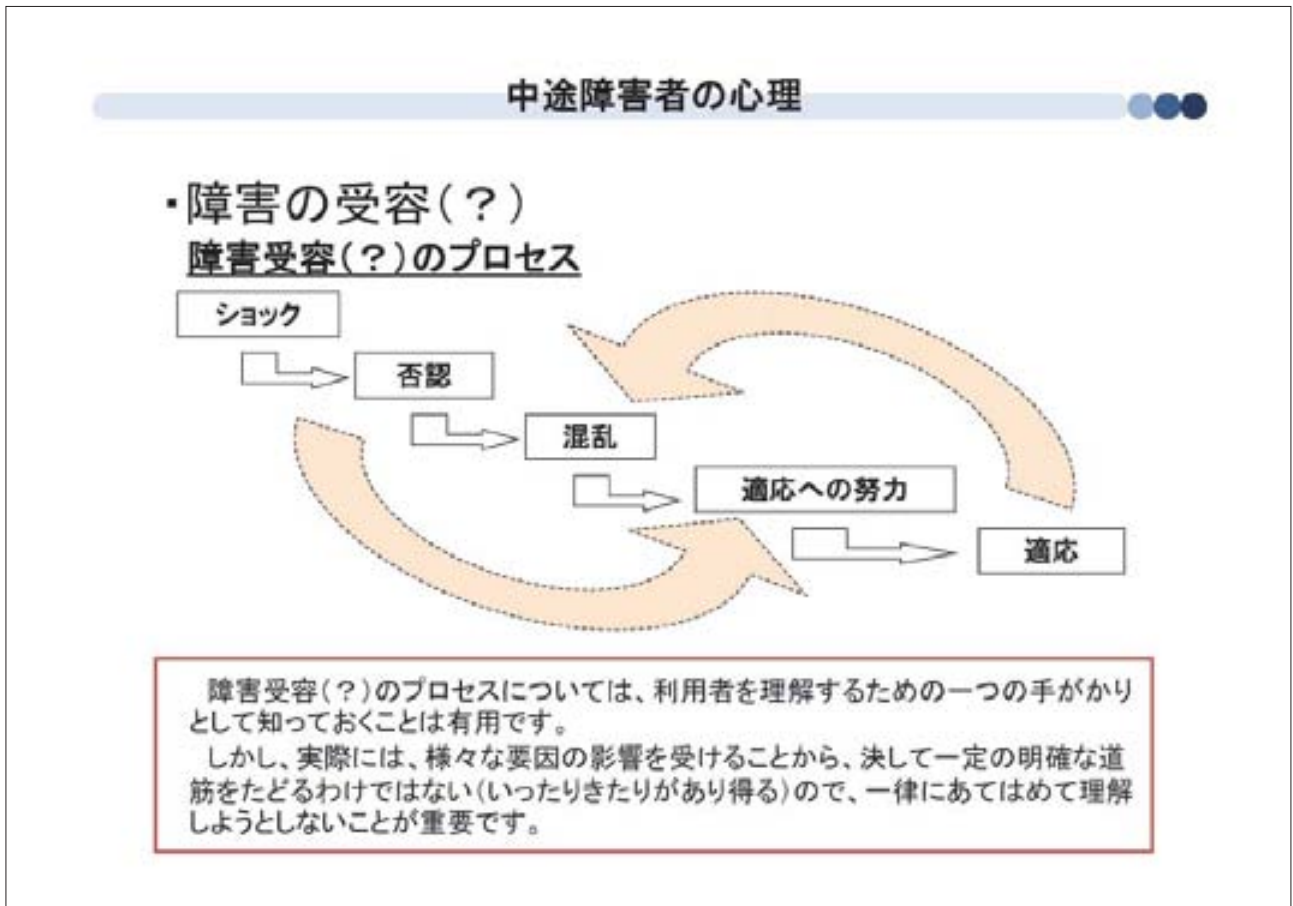
生きていける確信を持ってもらうように、働きかけをしていきます。

また、社会の障害者に対する態度も、障害の受容のプロセスに影響を与えます。障害者に対する否定的な態度をなくすような日々の働きかけも重要です。

そうして、障害のある身体や暮らしへの適応へのきっかけがうまく見つかることができれば、案外早く切り替えができ、前を向いて生きていくことができるケースも多いようです。仲間の支えや、将来の具体的なビジョンを持っていただくことが重要です。

しかし、これまでの人生の積み重ねもあり、「適応」の道りは簡単ではない場合もあるようです。一見、障害受容しているようにみえても、実際には複雑な気持ちを抱えているものです。本人の誇りを傷つけるような言動は慎み、敬意の念を持って接することが重要です。

障害の受容を押しつけることがないように注意するとともに、障害者本人にしかわからない辛さや苦しみがあることを、常に洞察する気持ちで接しましょう。



Slide I -34 : 先天性障害者の心理

次は、先天性障害者の心理について、考えてみましょう。

生まれつき障害がある人生というのはどのようなものでしょう。

障害があってもなくても、一人の人間として、学校生活や地域社会での生活など、平等に機会が与えられ公平な世の中を目指した「インクルーシブ社会」が理想ですが、実際にはどうでしょう。障害児は親から身の回りの世話を受ける機会が多く、そのことが自己決定の機会を狭められることにつながりやすく、障害があるために様々な行動の制限があり、失敗を恐れず試行錯誤を繰り返しながら学ぶという経験も少ない場合があるのではないのでしょうか。

先天性障害児が、「大人」となっていくにあたって、まず「自立」ということを考えなければなりません。

自立には、身体面、精神面、経済面、社会面の側面があります。

身体的な自立、これは食事、移動、排泄等の動作の自立であり、障害の程度によっては必ずしもすべてが可能になるとはいえないかもしれません。

精神的な自立、これは例えば親元から離れ、介護者を使いながら自分らしく生きていくことにつながるもので、最も重要です。

経済的な自立は、所得を得て自活するというのですが、就労とも密接に関係します。これも障害の程度によっては必ずしもすべてが可能になるとはいえないかもしれません。

社会的な自立は、社会的な位置というものを持つこと、つまり社会的な存在としての自分の役割を自分なりに意識するということです。精神的な自立ができれば、何らかの社会的な自分の位置というものが見えてくることは多いのではないのでしょうか。

これらのことから、「自立」を考えるときに、最も重要な側面は「精神的自立」といえるでしょう。成長の過程で「精神的自立」を促していく必要があります。そのためには、成長段階に応じて、障害も含めた自己理解を促していく支援が重要となります。

しかし、障害児が「精神的自立」をすることは、やはりかなりの困難を伴いますし、親のほうのいわゆる「子離れ」も容易ではない場合も多いでしょう。

同様の経験を経て自立した人たちの体験談を聞いたり、介護者を使いながらの地域生活を実際に体験したりといった中で、徐々にイメージを持つことも重要で

す。家族の心理としては、障害のある子どもを生んだ親、一家の大黒柱であった夫が障害者になった妻など、様々な立場があり一概に論じることはできませんが、障害のある家族の身の回りの世話をすることが生き甲斐となり、本人の選択権や自己決定の機会を奪ってしまっている場合もあります。家族とはいえ、ずっと介護をすることはできないのですから、どこかで割り切り、お互いの「自立」を促す必要があります。

先天性障害者の心理

- ・子どもから大人へ…「自立」を促す
- 身体面: 食事、移動、排泄等の動作の自立
- 精神面: 精神的な自立
- 経済面: 所得を得て経済的な自立
- 社会面: 社会的な自分の位置を見つける

家族の心理

- ・いつまでも面倒をみることはできない
- …「自立」を促す

Slide I -35 : 3. 重度障害児・者等の地域生活

喀痰吸引等が必要な重度障害児・者が在宅や施設で生活することは、普通の生活の中に普通に医療が溶け込んでいる状態といえます。例えば人工呼吸器装着者にとっては、人工呼吸器はまさに一時たりとも手放せない道具ですし、喀痰の吸引器もそうです。

このような方々を在宅や施設で支援する際に重要となるのが、各専門職との役割分担と連携です。

利用者には、健康管理や各専門職に指示を出す医師、様々な医療行為や健康管理の実際を受け持つ看護師、日々の介護を行け持つ介護職員、訓練を受け持つ理学療法士や作業療法士、他にも保健師、栄養士、相談支援専門員、医療機器メーカー担当者、市町村等の行政職員、家族、友人、ボランティア等様々な人たちの関わりがあり、各人が利用者への関わりの中で役割分担

3. 重度障害児・者等の地域生活

3-3 重度障害児・者の地域生活についての理解

- ・生活の中の医療
- ・各専門職の役割分担と連携

ができ、いざというときの連携ができていることが、日々の生活の安心につながるのです。

Slide I -36 : 介護職員等による喀痰吸引等の提供 (具体的なイメージ : 在宅の場合)

介護職員等による喀痰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。

「喀痰吸引等」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

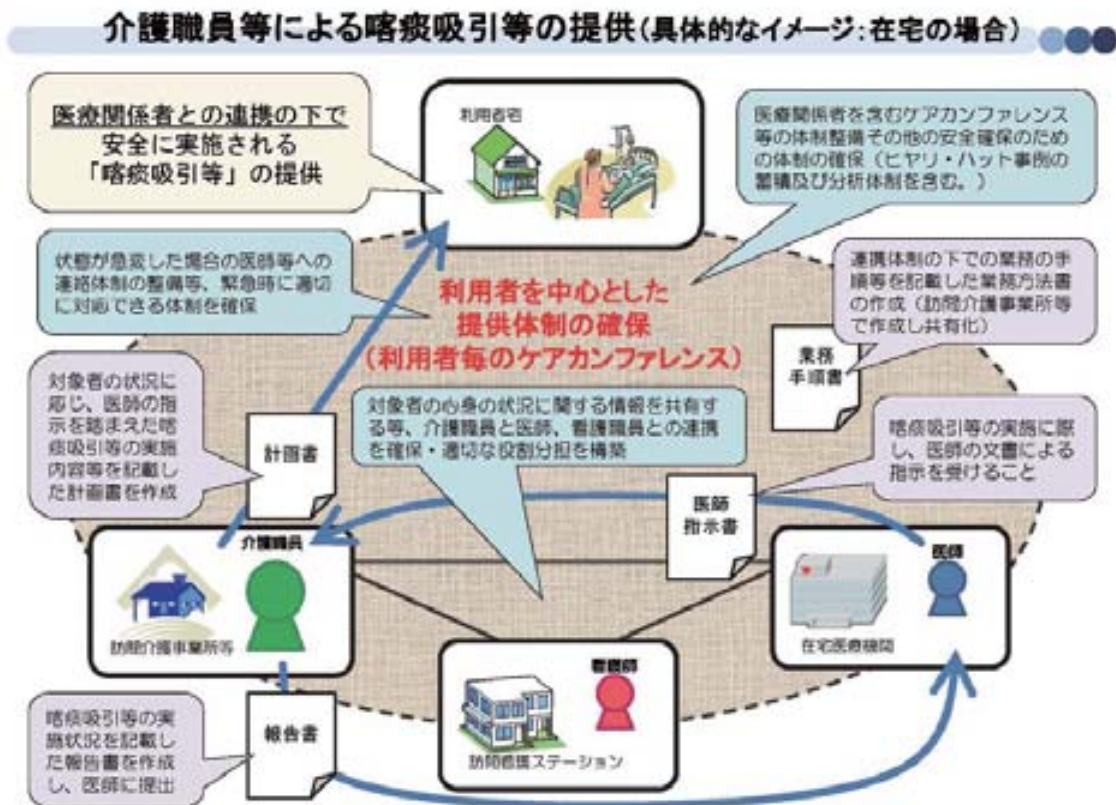
の連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。

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喀痰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良いでしょう。

喀痰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、喀痰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。



Slide I -37 : 介護職員等による喀痰吸引等の提供 (具体的なイメージ: 施設の場合)

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、「喀痰吸引等」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

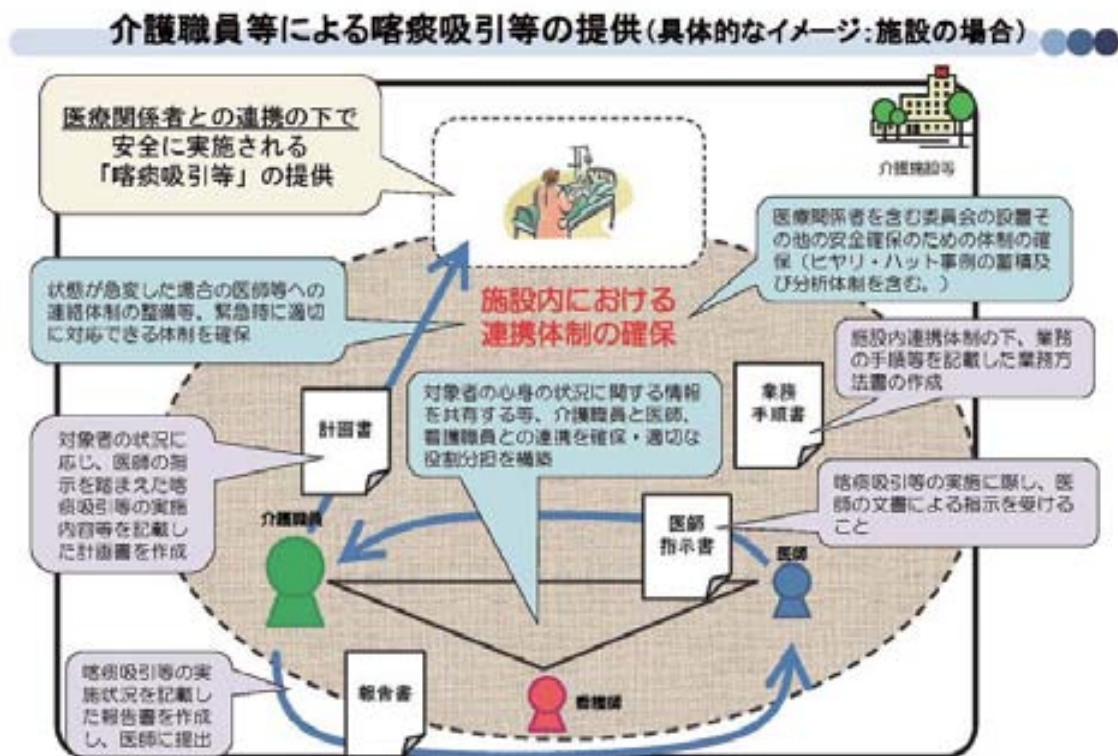
の連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。

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喀痰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いいでしょう。

喀痰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、喀痰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。



Slide I -38 : 訪問看護ステーションとの関わり方の例 (特定の者対象の場合)

もう少し、「連携」について理解を深めましょう。

第3号研修は、利用者が特定されていますので、実地研修の際の指導・助言を行う看護師等は、その後業務連携としても携わる看護師等であることが望ましいと考えられます。

介護職員等が研修を積み、ひとり立ちするまでの間、その研修の過程を見守ることができることで、業務連携も円滑に行うことができるでしょう。

ですから、在宅においては、図のように利用者宅に入っている訪問看護師が実地研修の指導を行うことが望まれているのです。このとき、研修機関から訪問看護ステーションに実地研修の業務を委託する方法や、訪問看護師を研修機関の講師として登録する方法がありますが、訪問看護師はどちらかの方法で研修講師と

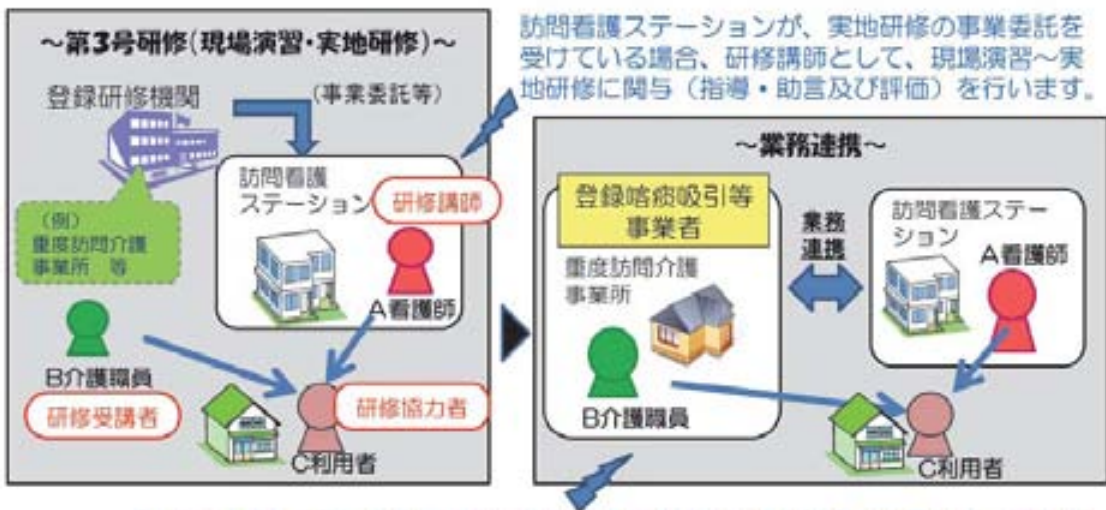
なることとなります。図では、訪問看護ステーションに実地研修の業務を委託する場合を例にとって記載しています。

こういった連携体制を築くことで、介護職員等が喀痰吸引等を行う上で最も必要な信頼関係の構築につながります。

信頼関係は、介護職員等と看護師等のあいだだけでなく、利用者本人やその家族、医師などを含む関係者全員で構築されている必要があります。そのために、実地研修から信頼関係構築のための第一歩が始まると考えてよいでしょう。

このことは、利用者が特定されており、利用者を中心とした顔の見える関係が構築することができるという、第3号研修の特徴的なところといえるでしょう。

訪問看護ステーションとの関わり方の例 (特定の者対象の場合)



訪問看護ステーションが、登録喀痰吸引等事業者(重度訪問介護事業所)の事業連携先である場合、介護職員(ホームヘルパー等)と看護師が連携して、喀痰吸引等を含めたサービス提供を行います。

注:「研修(第3号研修)」は、特定の利用者に対する医行為の提供を前提として行われることから、研修場面、実際の業務場面を通じて、同一の利用者(特定の者)に対し、同じ介護職員が喀痰吸引等を提供することとなりますが、その際、同じ看護師が関与することが望ましいと考えられます。

Slide I -39：信頼関係の構築①

信頼関係を構築する上で最も重要なことは、顔の見える関係づくりです。

できるだけ、面談を含めた情報交換をマメに行うことが重要であり、その中で看護と介護の役割分担をしっかりと行っておくことが重要です。

第3号研修を受講することで、喀痰吸引等を行うことができるようになりますが、それは医療職である看護師が行う行為と同等の行為ができるようになるということではありません。介護職員等が行えるのはあくまでも平常時の処置であり、緊急時や急変時には連携している医療者へ連絡する必要があります。介護職員等は「いつもと違う」サインを見逃さず、医療者へ伝えることが重要なポイントとなります。

介護職員等はこの研修を修了しても医療職になるわけではないのです。



Slide I -40：信頼関係の構築②

しかし、「いつもと違う」サインを見逃さず...といっても、どういうサインがあるかは、利用者ごとに違いますので、それぞれの利用者さんごとに、「現場のルール」を取り決めておくことが重要です。このことは、利用者の個性を重視した第3号研修の特徴でもあります。

介護職員等は医療職ではありませんので、医療職同士のように、医療情報を的確に伝達できないかもしれません。これらのことも含めて、連携する医療者に理解していただき、緊急時の対応などについても、利用者ごとに話し合っておくとよいでしょう。

このルールを取り決める話し合いそのものが連携を深める良い場となるでしょうし、この手順通りに行動することで、事故の際の責任の所在も明確になると思われます。

また、医療的ニーズがある方が、医療機関以外の場所で暮らす以上、一定のリスクがあることは、利用者本人やその家族も理解し、ある程度の覚悟を持って生活をおくることが必要であると思われれます。

喀痰吸引等の行為は、治療を目的とした医行為ではなく、日常生活をおくために必要な医行為であって、あくまでも利用者や家族の生活の質（QOL）を増進させることを目的としたものであることは、連携チーム全員で確認しておく必要があるでしょう。



Slide I -43 : おわりに

皆さんはこれから介護職員（あるいは、教員や保育士、ボランティア）として、喀痰の吸引や経管栄養を、特定の方に行っていくこととなります。

喀痰吸引等が必要な重度障害児・者の方々にとって、これらの日常的な医療行為を担っていただける皆さんの存在は本当に心強いものであると思います。

皆さんが、今後、「重度障害児・者の方々の地域での普通の生活」をしっかり支えていかれますことを期待してこの講義を終わります。

