

介護職員等のたんの吸引等の実施にあたっての検討課題

全国身体障害者施設協議会

白江 浩

◎前回お示しした全体構成の中から、前回の議論を踏まえ、検討課題の順位を整理したものです。
※以下「ハンドブック」＝第2回提出資料：全国身体障害者施設協議会「障害者支援施設等における医療的ケア実践ハンドブック〔暫定版〕」

1 基本研修（2日－3日）

◎地域の医療機関等実施可能な機関・施設において定期的実施（認定制・何度でも受けられるように）（事業主体は行政）

参加者は事業所・学校等の推薦を求めるか？（事業所・学校等の理解が必要）

- ①必要性の理解（利用者・家族の声）＝利用者・家族 複数名 2 H
◎QOL（地域生活等を維持し自己実現する）をあげる上で必要であること
◎介護者への期待・・・気をつけてほしい点等
- ②実施している介護職の声 ＝経験介護職・教師 1 H
◎実施体験
- ③法的制度的位置づけ等 ＝行政・法律家 1 H
◎今回の法律改正（立法の趣旨等）
- ④医学的カリキュラム（基本・緊急）＝医師・看護師 6 H
◎先の特別養護老人ホームにおけるカリキュラムの講義部分（7 H）を凝縮
＋難病について（演習・実践は別に）
- ⑤ケア的カリキュラム（演習・実践）＝看護師・経験介護職・教師等 6 H
◎先の特別養護老人ホームにおけるカリキュラムの講義部分4 Hを拡大
（複数回の見学・複数回の演習）

（参考）

- ◎ハンドブック（p15－18）
- ◎難病ヘルパー養成研修（難病の基礎・福祉医療・介護・心理家族等）
- ◎重度訪問介護従業者養成研修（橋本委員提出）（障害について・基本的なケア・コミュニケーション・福祉・事業者の倫理・介護に基本・外出支援実習等）
- ◎その他既存研修

2 個別研修

- ◎事業所において実施
- ◎個別性が高いので研修プログラムは各事業所において、利用者の意向も踏まえ策定の上、実施。（場合によっては、こちらの方が時間を要します。）

（参考）

- ◎橋本委員提出資料
- ◎ハンドブック（p16－18）

※基本研修及び、個別研修については、当初のみではなく、定期的かつ継続的に行うことが必要であると考えます。

3 実施マニュアルの作成・整備

- ◎「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについてのⅠ」及び当協議会ハンドブック案など、これまでに作られたものをベースに在宅用・施設用（大きく2つのバージョン）モデルを参考に各事業所で作成・利用者ごとのマニュアルも必要

(参考)

- ◎ハンドブック（p 22-33）
- ◎その他、既存マニュアル

4 実施にあたっての確認すべき事項（書面等）

◎基本的に在宅も施設も流れは同じだと思いますが、配置されている専門職等によって、体制に違いがあると思います。

施設については既に示されたものがありますので、それをベースにしつつ各施設の特性も踏まえ、各施設の実施体制および実施マニュアルの作成、個別支援計画（ケアプラン）等に、下記の要素を反映させることが必要になると思います。

①必要性・目的の確認

- ◎ご本人・ご家族からの要請
- ◎主治医・訪問看護・介護事業所等からの提案
- ◎チーム編成（ご本人・ご家族・主治医・看護師・介護職→医療機関・訪問看護ステーション・介護事業所）と協議（実施マニュアル・医師看護師介護職の連携・緊急時の確認等）

②主治医・看護師・介護職→医療機関・訪問看護ステーション・介護事業所より、実施体制の説明と同意

- ◎チーム会議を経て同意されたものに基づき、実施者が実施体制計画（*）を提示し、同意を得る

*実施体制計画（個別支援計画・ケアプランに含めるか）

- 主体（責任の所在）
- 実施範囲・内容
- フォローアップ体制（看護師・医師と介護職との連携）
- 状態変化（緊急時）の対応連絡体制
- 個別研修の必要性及びカリキュラム
- 医師等の指示書
- 実施マニュアル

5 支援体制の構築

- ◎地域の保健所・医療機関も含めたフォローアップ体制ができないか？
（緊急時のみならず、新しい技術・情報の提供等）

- ◎介護職への精神的フォローアップ（当該事業所だけではなく、訪問介護事業者や医療機関・施設等相談支援体制）

(参考)

- ◎ハンドブック（p 6-15）

6 資格制度について

- ◎資格制度は不要だと思います。講習認定が良いと思います。
- ◎第1回の検討会でも申し上げましたが、医行為そのものを認めてほしいとは、私は思っておりません。本当に目の前で必要とされる人で支援が可能な人に対して、無理のない範囲で、その人のQOLを高めるためにできることをできるようにして頂きたいです。
- ◎私たちが求めているのは、目的と範囲が明確で限定的です。
- ◎また、チームで行うもので、以前も申し上げましたようにメディカルコントロール、私なりに訳しますと医療的確認が常に行われながら行うものです。
- ◎資格制度を要するほどの高度の技術的責任を持たせ、介護職の判断で行うことは却って介護職に負担を負わせ、せつかくのこの議論を萎縮させてしまうような気がします。
- ◎現在試行されている研修制度で、一定程度の必要な安全は確保できると思います。
- ◎研修と共に大切なのはチーム連携の体制整備です。それができれば、安全は確保され、かなりの不安は解消されると思います。
- ◎現在、認められている人ができなくなりませんか？
- ◎更に、資格制度の設計に時間がかかり、何よりスピード感は格段に落ちると思います。
- ◎取得に向けた負担も大きいでしょう。

7 周知

- ◎利用者・事業者（医療・訪問看護・介護）・実施者（医師・看護師・介護職）等への説明会の実施

8 その他（前回までの議論及び座長まとめに関して）

- ① ① 医的ケア（仮称）に触れましたが、医行為からその行為をはずすということではなく、同じ吸引でも実施できる状態を主治医が判断し、主治医の指示で介護職もできる医的ケア（生活援助行為としての医行為）という概念を新たに作れればと思います。
その定義としては、（p 1）
 - 1 その方の全身状態が安定している（急性期ではない）
 - 2 誰でも生活に不可欠の行為＝生活行為である（呼吸・排泄・排痰・食事栄養等）
 - 3 こうしたケアが長期的に継続するの3条件を満たし、その方への支援（生活援助行為）として主治医の指示判断で看護職及び一定の条件を備えた介護職にもできる行為になります。
従って、吸引等を医行為からはずすという発想ではありません。急性期の吸引はやはり、医行為だと思います。ただ、法律的に整理がつかないのであれば、どちらでも構わないと思います。
これは、いずれまた議論になると思います。本日の本題ではありませんので、前回の補足とさせていただきます。
- ② 必要とされる場所 目的（QOL・家族支援）を考えると特定できるのでしょうか？
（実施する人・事業者＝医療含む）
- ③ 現在認められている人や範囲を狭めない。
- ④ 吸引・経管栄養以外への拡大の可能性をぜひ閉ざさないようにして頂きたい。