

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（第2回）
議事次第

平成22年7月22日（木）
10：00～12：00
於：厚生労働省省議室

議題：法制度の在り方、研修の在り方（I）

配付資料：

資料1：介護職員等によるたんの吸引等の実施について法的措置を講
じる場合の主な論点の整理メモ（案）

資料2：論点整理メモ（再掲）

資料3：介護療養型医療施設におけるたんの吸引・経管栄養に対する
ニーズ

河原委員提出資料

川村委員提出資料

齋藤委員提出資料

白江委員提出資料

橋本委員提出資料

日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会からの意見書

介護職員等によるたんの吸引等の実施について法的措置を講じる場合の主な論点の整理メモ（案）

主な論点と検討会における委員のご意見

論点の整理(たたき台)

1 対象とする範囲について

(1)介護職員等が実施できる行為の範囲

- 介護職員ができる行為とできない行為の明確化が必要。
- たんの吸引といっても介護職員ができる範囲とできない範囲の明確化が必要。特別支援学校の場合、たんの吸引は咽頭手前と鼻腔内に限っている。
- 当面は、吸引、経管栄養を優先すべきとしても、将来的には自己導尿の補助等についても検討すべき。
- 吸引(咽頭より手前のもの)、経管栄養(留置されている管からの注入及び見守り。ただし、経管の先端位置の聴診器により確認は除く。)、自己導尿の補助とすべき。
- これまでの措置の取扱は、どうなるのか。現在可能なことがかえってできないことにならないよう配慮すべき。
- ターミナルケアのように状態が不安定な場合や人工呼吸器装着の場合の吸引等は、別途の議論が必要。

- まずは、これまで運用により許容されていた範囲を基本として認めることが適当ではないか。
 - ・ 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)
- 個人や施設等においてニーズの違いがあることをどのように考えるか。
- 医療職と介護職等の役割分担・連携をどのように考えるか。
- その他、規制緩和要望のある行為(導尿の補助等)について、どのように考えるか。

(2)実施可能である介護職員等の範囲

- しっかりとした研修を行うとともに、地位の向上につながり、報酬で評価されることが必要。介護福祉士の養成のあり方とも連携して議論すべき。
- 介護職員の人材確保が課題であることを踏まえ、研修を受けた者ができるという形にして、評価を行っていくことも必要。介護福祉士がひとつのコアになる。
- 介護職員に無理に医行為を求めることにならないようにすべき。
- 医行為ができるかどうかと、介護職員の専門性やキャリアアップとは違うのではないか。
- 専門介護福祉士という議論もあるようだが、慎重な議論が必要。

- 一定の研修を修了した介護職員等が実施できることとしてはどうか。
- 介護福祉士との関係(医行為の実施条件等)をどのように考えるか、十分な議論が必要でないか。
- 医行為の実施を介護職員に無理に求めることがないよう配慮すべきではないか。
- 介護の専門性とキャリアアップ、評価等との関係をどのように考えるか。

主な論点と検討会における委員のご意見

論点の整理(たたき台)

(3)実施可能である場所の範囲

- 特別養護老人ホームについても、現在の実質的違法性阻却論には無理があるのではないか。
- 障害者支援施設等においても、一定のニーズがあり、対象としていただきたい。
- 在宅でも常時の医療ニーズがあり、介護職員による一定の医行為の実施を認めていただきたい。
- 障害児の通所・通園における医療的ケアの充実も課題である。

- 一定のニーズはあるが、看護職員だけでは十分なケアができない施設等として、介護施設(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)を対象としてはどうか。
- あわせて、障害者支援施設等も対象としてはどうか。
- 在宅でのニーズにも対応する必要があると考えるが、どうか。
- 特別支援学校についてどのように考えるか。
- 障害児(者)の通所についてのニーズをどのように考えるか。
- いずれの場合についても、医療職と介護職等の適切な連携・協働が必要ではないか。また、適切な連携が行える施設・事業所等に限定すべきではないか。

(参考)

- 規制・制度改革に係る対処方針(平成22年6月18日閣議決定)
 - ・ 医行為の範囲の明確化(介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等)
医療安全が確保されるような一定条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を習得した介護職員に解禁する方向で検討する。また、介護職員が実施可能な行為の拡大についても併せて検討する。(平成22年度中検討・結論。結論を得次第措置)
- 障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方(平成22年6月29日閣議決定)
 - ・ たん吸引や経管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成22年度内にその結論を得る。

主な論点と検討会における委員のご意見

論点の整理(たたき台)

2 安全確保措置について

(1) 医師・看護職員と介護職員等との連携体制の確保等の要件について

- 医療職が協働してケアをきちんと行うことで、質や信頼性が向上する。教育・研修のみならず、継続的な安全対策を考えるべき。保健所のあり方など行政の役割ということについても議論していくべき。
- 利用者・家族への説明と同意、具体的な実施方法を含めた医師の指示、助言(実施内容、範囲の明確化)、研修とマニュアルの整備、緊急時の対応を含めた近隣医療機関との連携・協力体制の確立(バックアップ体制)、その他施設内委員会の設置等安全管理体制の構築を検討すべき。
- 特別支援学校の教員は十分な研修を実施しているが、安全のためには研修だけではなく、緊急時の対応を含めた近隣医療機関との連携・協力や、学校内に委員会を設置する等、安全管理体制の構築が必要。
- 救急救命士についても、法律ができたことにより合法となったもの。研修のみならず、法制度全体としてどう位置づけるかを検討すべき。
- 在宅では、通知の要件をあまり遵守されていない実態があるのではないかと。在宅サービスのあり方や、チームによるケアのあり方を総合的に議論すべき。
- 特定の対象者についての実施を原則とし、医師、看護師の指導を受けること、保護者等の同意を得ることを条件とすべき。
- ただ一律に解禁ということではなく、安全確保のためのプロセスを経た上で許容していくことが必要。それが、利用者の安全のみならず、介護職員を守ることにもなる。
- ホームヘルパーの現状からみて、不安がある。リスクへの慎重な対応が必要。特に、在宅でどのような体制がとれるかどうか慎重な議論が必要。
- 研修とあわせて、システムとしてどのように対応するかも大事。医師との連携も必要。
- どのような研修が必要かが議論のポイントであり、その他はあまり議論は要しないのではないかと。ただし、悪意があるような場合は、責任を問うことが必要。
- 児童等の状況は、成長によっても変わっていく。医療職との協働などにより、状況の変化に応じた対応が必要である。

- 現行の運用による対応も踏まえ、下記のような要件を設定することについて、どのように考えるか。
 - ・ 本人・家族の同意
 - ・ 医療職との適切な役割分担・連携・協働
 - ・ 関係者による連携体制の整備
 - ・ マニュアル・記録の整備
 - ・ 緊急時対応の手順、訓練の実施等
- 医療職との適切な連携・協働の具体的なあり方について、どのように考えるか。
- 在宅と施設では、連携のあり方等が異なることについて、どのように考えるか。
- 一定の要件を定めた場合について、施設や研修等の監督のあり方について、どのように考えるか。

主な論点と検討会における委員のご意見	論点の整理(たたき台)
<p>(2) 教育・研修の在り方について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 研修とマニュアルの整備が必要。 ● 現行の介護福祉士の教育カリキュラムは、医行為を行う上では十分でない。 ● 在宅での実施を前提にするのであれば、施設と同様の連携体制は採りにくく、教育などの条件を整えることが必要。 ● 特養のモデル事業のように、12～14時間の研修だけで認めるというのは適当とは言えない。 ● 介護職員が行う場合のたんの吸引等の研修については、一定の座学、実習を経た後、医療職の指導の下、介護現場で時間をかけて利用者ごとに習熟するまで行うという方法が適当ではないか。 ● 利用者の個別性を踏まえた対応ができるようにすべき。 ● 研修といっても、技術の習得には個人差があることを考慮すべき。 ● ホームヘルパーにも賛否両論あるが、法整備を行い、明確化することが必要。研修の整備を前提に議論すべき。一回修了すればよいというのではなく、ひとりひとりに対応できるように研修を継続すべき。 ● 不足状態にあるヘルパーの実情を踏まえて、重度障害者の介護を行うヘルパーの増員や定着を抑制するような資格要件の設置や長期間の研修等の義務づけは行うべきでない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行の介護職員等の教育・研修では十分ではなく、一定の研修等を行った者に限り認めるべきではないか。 ○ 介護福祉士であっても、所要の追加的教育プログラムが必要ではないか。 ○ 知識・技術の修得には個人差があることも考慮しつつ、研修効果の評価を行うこととすべきではないか。 ○ 個々人の状態に対応できる研修その他の対応が必要ではないか。 ○ 状態像は変化し得ることにも十分留意すべきではないか。 ○ これまでの運用における実績等についても考慮することが適当ではないか。

3 関連するその他のご意見、議論の前提等について

- 窒息のおそれが指摘されることが多いが、吸引のリスクはそれほど高いものではなく、低酸素、有害反射、出血が主なものであって、いずれも、生命に直結するものでないことを正しく認識すべき。
 - 医行為の範囲について、明確化が必要。
 - 医行為の範囲は、技術の進歩等に応じて変わり得るものである。
 - いかにして必要な人に、必要な医療サービスを届けるかという観点に立って検討すべき。
 - リスクがあるから研修をさせるという議論ばかりではなく、リスクが低い行為は、医行為からはずすということも検討すべき。
 - 特養のモデル事業でもヒヤリハット等の事例がある。安全なケアをどう提供するかを考える必要があり、慎重な議論が必要。在宅サービスのあり方についても議論が必要。
 - 医行為が必要なら、それが可能な医療機関等に入院・入所させるきちんとしたケアプランが必要。
 - 法的不安定を解消することが必要。医行為かそうでないかだけでなく、一定の要件の下で、医療職でないものも実施できるというカテゴリもあってよいのではないか。
 - 医行為かそうでないかだけでなく、医療的要素も含む生活支援行為という考え方もある。
 - 医師法17条の規定は、いわゆる偽医者に対する警察的規制であって、抽象的な危険を含むものであり、このことを今変更する必要はないと考える。
 - 医行為そのものの取扱いを変更するという根本論は、当検討会では扱えない。現行の取扱いを前提に、いかに安全に、必要な方に医療介護サービスを届けるかという観点、介護職員の安心を確保するかという観点、そのための研修のあり方、法整備のあり方をご議論いただきたい。
 - これ以上待ってられない。一歩でも前進すべき
 - 「たんの吸引」「経管栄養」等の技術研修会に対する助成、24時間体制の訪問診療と訪問看護の基盤整備の推進が必要。
 - 障害当事者宅での定期的カンファレンス等の評価、保健師や訪問看護師が家族やヘルパー等を指導できるようなサービスが必要。
 - 介護職員等のたんの吸引等の行為は、業務として評価されるよう、加算措置が必要。
- 医行為の基本的考え方は、現行の取扱いを前提に、より安全により広く適切なケアを提供するとの観点から議論してはどうか。
 - 在宅や施設サービス、報酬等のあり方については、所管の審議会等での議論が必要であるが、当検討会としても、あわせて議論を行い、必要に応じ、提言していくこととしてはどうか。

主な論点と検討会における委員のご意見	論点の整理(たたき台)
<p>(参考) 医師法第17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。</p> <p>「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を反復継続する意思をもって行うことであると解している。(平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長通知)</p> <p><u>4 試行事業のあり方について</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 制度のあり方に関する議論の状況を踏まえつつ、まず、一定の範囲で試行事業を行うこととし、その結果を踏まえ、更に議論を行うこととしてはどうか。 ○ 試行事業を行う場合は、「実質的違法性阻却論」の考え方に沿って行うこととなるため、これまでの議論や通知等を踏まえ、以下のような要件設定が適当ではないか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族の同意 ・ 医療職との適切な役割分担・連携・協働 ・ 関係者による連携体制の整備 ・ マニュアル・記録の整備 ・ 緊急時対応の手順、訓練の実施等 ○ あわせて、介護職員等に必要な研修を行うことを要件とするが、その研修内容について、どのように考えるか。

論点整理メモ(再掲)

1 対象とする範囲について(1) 介護職員等が実施できる行為の範囲

- まずは、これまで運用により許容されていた範囲を基本として認めることが
適当ではないか。
 - ・ 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）
- 個人や施設等においてニーズの違いがあることをどのように考えるか。
- 医療職と介護職等の役割分担・連携をどのように考えるか。
- その他、規制緩和と要望のある行為（導尿の補助等）について、どのように考
えるか。

(2) 実施可能である介護職員等の範囲

- 一定の研修を修了した介護職員等が実施できることとしてはどうか。
- 介護福祉士との関係（医行為の実施条件等）をどのように考えるか、十分な
議論が必要でないか。
- 医行為の実施を介護職員に無理に求めることがないよう配慮すべきではな
いか。
- 介護の専門性とキャリアアップ、評価等との関係をどのように考えるか。

(3) 実施可能である場所の範囲

- 一定のニーズはあるが、看護職員だけでは十分なケアができない施設等とし
て、介護施設（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）を対象としてはどうか。
- あわせて、障害者支援施設等も対象としてはどうか。
- 在宅でのニーズにも対応する必要があると考えるが、どうか。
- 特別支援学校についてどのように考えるか。
- 障害児（者）の通所についてのニーズをどのように考えるか。
- いずれの場合についても、医療職と介護職等の適切な連携・協働が必要では
ないか。また、適切な連携が行える施設・事業所等に限定すべきではないか。

2 安全確保措置について(1) 医師・看護職員と介護職員等との連携体制の確保等の要件について

- 現行の運用による対応も踏まえ、下記のような要件を設定することについ
て、どのように考えるか。
 - ・ 本人・家族の同意
 - ・ 医療職との適切な役割分担・連携・協働
 - ・ 関係者による連携体制の整備
 - ・ マニュアル・記録の整備
 - ・ 緊急時対応の手順、訓練の実施等

- 医療職との適切な連携・協働の具体的あり方について、どのように考えるか。
- 在宅と施設では、連携のあり方等が異なることについて、どのように考えるか。
- 一定の要件を定めた場合について、施設や研修等の監督のあり方について、どのように考えるか。

(2) 教育・研修の在り方について

- 現行の介護職員等の教育・研修では十分ではなく、一定の研修等を行った者に限り認めるべきではないか。
- 介護福祉士であっても、所要の追加的教育プログラムが必要ではないか。
- 知識・技術の修得には個人差があることも考慮しつつ、研修効果の評価を行うこととすべきではないか。
- 個々人の状態に対応できる研修その他の対応が必要ではないか。
- 状態像は変化し得ることにも十分留意すべきではないか。
- これまでの運用における実績等についても考慮することが適当ではないか。

3 議論の前提等について

- 医行為の基本的考え方は、現行の取扱を前提に、より安全により広く適切なケアを提供するとの観点から議論してはどうか。
- 在宅や施設サービス、報酬等のあり方については、所管の審議会等での議論が必要であるが、当検討会としても、あわせて議論を行い、必要に応じ、提言していくこととしてはどうか。

4 試行事業について

- 制度のあり方に関する議論の状況を踏まえつつ、まず、一定の範囲で試行事業を行うこととし、その結果を踏まえ、更に議論を行うこととしてはどうか。
- 試行事業を行う場合は、「実質的違法性阻却論」の考え方に沿って行うこととなるため、これまでの議論や通知等を踏まえ、以下のような要件設定が適当ではないか。
 - ・ 本人・家族の同意
 - ・ 医療職との適切な役割分担・連携・協働
 - ・ 関係者による連携体制の整備
 - ・ マニュアルの整備
 - ・ 緊急時対応の手順、訓練の実施等
- あわせて、介護職員等に必要な研修を行うことを要件とするが、その研修内容について、どのように考えるか。

介護療養型医療施設におけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

介護療養型医療施設入所者のうち、18.3%の者はたんの吸引を必要とし、38.3%の者は胃ろう・経管栄養を必要としている。

入所者全体に対する医療処置別の処置を受けた入所者(延べ人数)の割合

処置		割合(%)	処置	割合(%)
喀痰吸引		18.3	点滴	8.9
			膀胱カテーテル	8.1
胃ろう・ 経管栄養	胃ろう 18.5%	38.3	酸素療法	3.0
	経管栄養 19.8%		じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	2.9
			ネブライザー	2.7
服薬		87.2	疼痛管理	2.1
			気管切開	1.5

資料出所)厚生労働省「平成19年介護サービス施設・事業所調査」

(参考) 介護療養型医療施設の数: 2,106

介護療養型医療施設の入所者数: 9.5万人

※ いずれも、介護給付費実態調査月報(平成21年5月審査分)より

特別養護老人ホームにおけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

特別養護老人ホーム入所者のうち、5.3%はたんの吸引を必要とし、9.9%は胃ろう・経鼻経管栄養を必要としていると考えられる。

特別養護老人ホーム在所者の施設内での処置の実施率(2,946施設中)
入所者全体に対する医療処置別の処置を受けた入所者(延べ人数)の割合

回答のあった2946施設中
N=200,644(人数)

処置		割合(%)	処置	割合(%)
吸引	咽頭手前までの 口腔内 *4.4%	5.3	創傷処置	4.6
	鼻腔 *2.6%		浣腸	3.7
	咽頭より奥又は気切 *1.6%		摘便	3.7
胃ろう・経鼻経管 栄養	胃ろうによる栄養 管理 7.7%	9.9	じょく瘡の処置(I度・II度)	2.7
	経鼻経管栄養 2.2%		膀胱(留置)カテーテルの管理	2.7
服薬管理(麻薬の管理を除く)		74.6	インスリン注射	1.3
			疼痛管理(麻薬の使用なし)	1.1

※この表は入所者全体に対して実施された入所者の割合が1%以上の医療的ケアを抜粋

*:吸引の実施部位間での重複がある

資料出所) (株)三菱総合研究所「特別養護老人ホーム利用者の医療ニーズへの対応のあり方に関する調査研究」

(参考) 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の数:6,167

特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の入所者数:43.6万人

※ いずれも、介護給付費実態調査月報(平成22年4月審査分)より

介護老人保健施設におけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

介護老人保健施設入所者のうち、3.0%はたんの吸引を必要とし、6.8%は胃ろう・経管栄養を必要としていると考えられる。

入所者全体に対する医療処置別の処置を受けた入所者(延べ人数)の割合

N=285,265(人数)

処置		割合(%)	処置	割合(%)
喀痰吸引		3.0	点滴	3.3
			疼痛管理	2.7
胃ろう・経管栄養	胃ろう 4.0%	6.8	膀胱カテーテル	2.5
	経管栄養 2.8%		じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	1.0
服薬		82.7	酸素療法	0.8

※この表は入所者全体に対して実施された入所者の割合が1%以上の医療的ケアを抜粋(「その他」は除く)

資料出所)厚生労働省「平成19年介護サービス施設・事業所調査」

(参考) 介護老人保健施設の数:3,671

介護老人保健施設の入所者数:32.9万人

※ いずれも、介護給付費実態調査月報(平成22年4月審査分)より

居宅サービス（要介護高齢者等）におけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

居宅サービス利用者である要介護高齢者等のうち、2.9%はたんの吸引を、3.6%は経管栄養を必要としていると考えられる。

全体に対する医療処置別の処置を受けた利用者(延べ人数)の割合

N=12,598

(回答のあった介護支援専門員456名が担当する利用者の数)

処置		割合(%)	処置	割合(%)
吸引	口腔内 *2.5%	2.9	酸素療法	2.1
	鼻 *1.3%		じょく瘡処置(I・II度)	2.0
	咽頭以降気管切開 *0.9%		インシュリン	2.0
経管栄養	胃・腸・食道ろう 3.2%	3.6	創傷処置	1.2
	経鼻 0.4%		人工肛門	1.2
膀胱留置カテーテル		2.4	点滴	1.1

※この表は居宅サービス利用者全体に対して実施された居宅サービス利用者の割合が1%以上の医療的ケアを抜粋(「その他」は除く)

※この調査では、「服薬管理」が医療処置の選択肢として提示されてはいない。

*:吸引の実施部位間での重複があり得る。

資料出所)平成20・21年度厚生労働科学研究費補助金「医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討」(主任研究者 川村佐和子)

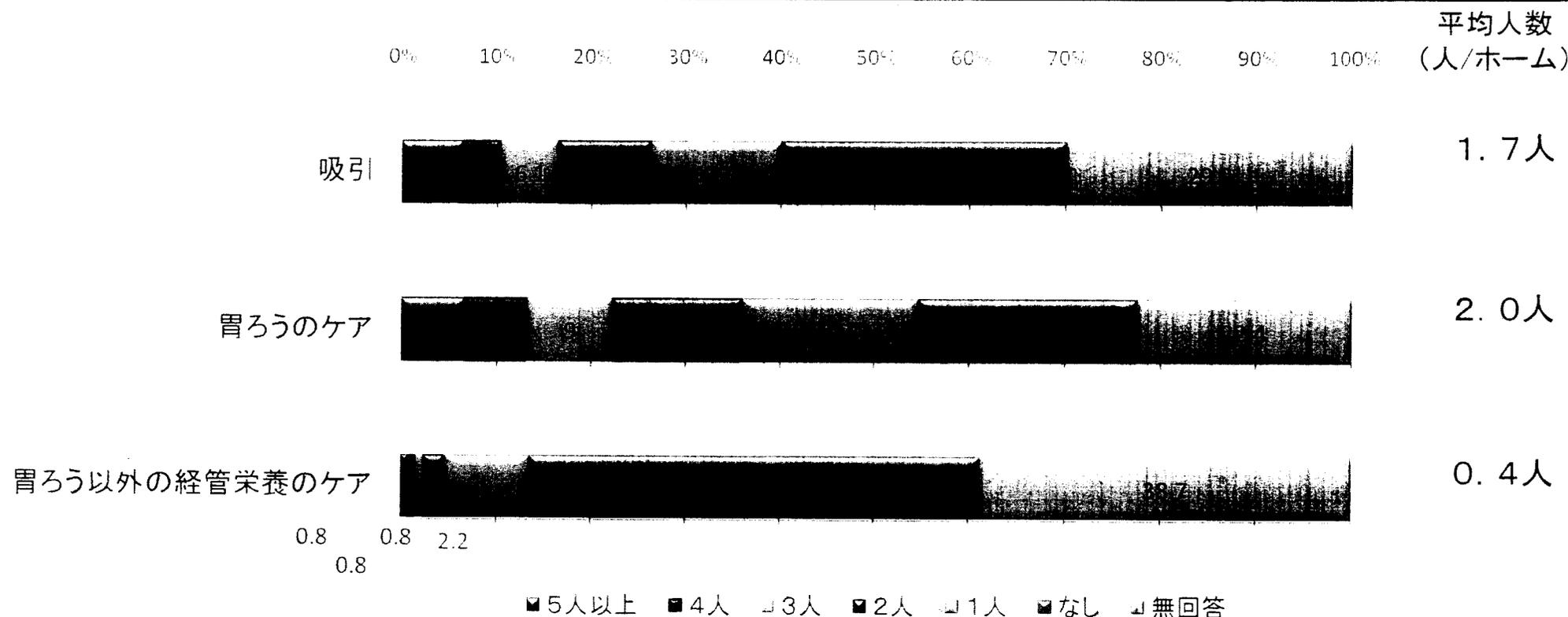
(参考) 居宅サービスの利用者数:216.0万人

介護予防居宅サービス:82.5万人

※ 介護給付費実態調査月報(平成22年4月審査分)より

有料老人ホームにおけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

- 吸引が必要な者が5人以上入居している有料老人ホームは全体の6.6%、胃ろうのケアが必要な者が5人以上入居している有料老人ホームは全体の6.8%となっている。
- 有料老人ホーム1カ所当たりの平均人数で見ると、吸引が必要な者は1.7人、胃ろうのケアが必要な者は2.0人、胃ろう以外の経管栄養のケアが必要な者は0.4人となっている。



調査期間 : 平成19年9月～10月

調査対象 : (社)全国有料老人ホーム協会または特定施設事業者連絡協議会の会員事業者997施設

回収数 : 589施設 (回収率59.1%)

(出典) 平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)特定施設における医療サービス等の確保のあり方に関する調査研究 報告書

(参考)有料老人ホームの施設数:2,846施設 定員数:155,612人 (平成19年7月1日現在・厚生労働省調べ)

認知症グループホームにおけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

認知症グループホーム利用者のうち、0.5%の者はたんの吸引を必要とし、0.6%の者は胃ろう・経管栄養を必要としていると考えられる。

全体に対する医療処置別の処置を受けた利用者(延べ人数)の割合

N=7,020(人)

処置	割合(%)	処置	割合(%)
痰の吸引	0.5	じょく瘡の処置	1.5
胃ろう・経管栄養	0.6	インシュリン注射	0.9
カロリー・塩分等の制限食	4.8	尿道カテーテル	0.6

※この表は入所者全体に対して実施された入所者の割合が0.5%以上の医療的ケアを抜粋(「その他」は除く)

※この調査では、「服薬管理」が医療処置の選択肢として提示されていない。

資料出所)特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書(平成20年度)」

(参考) 認知症グループホーム(認知症対応型共同生活介護)の数:10,041

認知症グループホーム(認知症対応型共同生活介護)の利用者数:14.5万人

※ いずれも、介護給付費実態調査月報(平成22年4月審査分)より

障害者支援施設等入所施設におけるたんの吸引・経管栄養に対するニーズ

障害者支援施設等入所施設入所者のうち、0.6%～1.1%はたんの吸引を、2.1%は経管栄養を必要としていると考えられる。

○ 障害者支援施設等入所施設(※)の入所者全体に対する、医療的ケアの必要な入所者数(実人数)の割合(処置の種類別)

※ 内訳:障害者支援施設(387)、身体障害者更生施設(31)、身体障害者療護施設(190)、身体障害者入所授産施設(46)、知的障害者入所更生施設(433)
知的障害者入所授産施設(69)、施設種別無回答(18)(複数種一体運営あり)

回答のあった1170施設中 N=85,028(入所者数)

処置		割合(%)	処置	割合(%)
吸引	咽頭手前までの口腔内	1.1	服薬管理(麻薬の管理を除く)	43.6
	鼻腔	0.6	浣腸	4.5
	咽頭より奥または気管切開	0.6	膀胱(留置)カテーテルの管理	2.1
胃ろう・経鼻経管栄養	胃ろうによる栄養管理 1.8%	2.1	排便	2.0
	経鼻経管栄養 0.3%		創傷処置	1.7

※ この表は入所者全体に対して実施された入所者の割合が1%以上の医療的ケアを抜粋(たんの吸引・経管栄養を除く)

資料出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「障害福祉サービスの質の向上を目指すための調査研究」

(参考) 障害者支援施設等入所施設の数:2,492 障害者支援施設等入所施設の入所者数:13.7万人

※ いずれも、国保連データ(平成22年2月分)より

特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査結果（まとめ）

（平成21年5月1日現在の状況）

(1) 対象幼児児童生徒数

区分	医療的ケアが必要な幼児児童生徒数(名)				
	幼稚部	小学部	中学部	高等部※1	合計
通学生	45	2,551	1,223	1,142	4,961
訪問教育 (家庭)	0	587	276	217	1,080
訪問教育 (施設)	0	173	81	149	403
訪問教育 (病院)	0	258	119	160	537
合計	45	3,569	1,699	1,668	6,981
在籍者数 (名)※2	1,523	34,254	26,081	50,000	111,858
割合(%)	3.0%	10.4%	6.5%	3.3%	6.2%

※1 高等部の専攻科は除く。

※2 平成21年度学校基本調査による。

(3) 対象幼児児童生徒数・看護師数等の推移

対象等 年度	医療的ケア対象幼児児童生徒		看護師数(名)	教員数(名)
	在籍校数(校)	幼児児童生徒数(名)		
17年度	542	5,824	597	2,769
18年度	553	5,901	707	2,738
19年度	553	6,136	853	3,076
20年度	580	6,623	893	3,442
21年度	622	6,981	925	3,520

(2) 行為別対象幼児児童生徒数

医療的ケア項目		計(名)
栄養	●経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）	2,355
	●経管栄養（胃ろう）	1,979
	●経管栄養（腸ろう）	116
	経管栄養（口腔ネラトン法）	99
	I V H中心静脈栄養	58
呼吸	●口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）	2,872
	口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）	2,011
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引	123
	気管切開部（気管カニューレより）からの吸引	1,813
	気管切開部の衛生管理	1,635
	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入	1,577
	経鼻咽頭エアウェイの装着	153
	酸素療法	978
	人工呼吸器の使用	720
排泄	導尿（介助）	417
その他		723
合計(延人数)		17,629
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		6,981

※ ●は教員が行うことを許容されている医療的ケア項目である。

出典：平成21年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査

就業意識実態調査

2009年度



報告書

速報版



みんなの声で、 魅力ある職場に!

調査の目的

このアンケートは、NCCU組合員の就業意識、就業実態を把握し、今後の組合活動に役立てるために2009年3月に実施したものです。

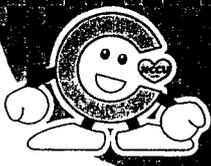
※この報告書(速報版)は、組合員の回答を集計・要約したものです。

調査票の配布と回収

時給制	配布 (2,997名)
	回答 (1,419名)
	回答率 (47.3%)
月給制	配布 (2,997名)
	回答 (1,554名)
	回答率 (51.9%)



UIゼンセン同盟 日本介護クラフトユニオン



回答いただいた人たち

月給制組合員

時間給制組合員

Q1

性別

67.4%

女性

32.4%

無回答
0.2%

82.8%

女性

16.9%

無回答
0.3%

Q2

年齢

21.1%

29.5%

25.4%

19.6%

0.5% | 20歳未満

20歳代

30歳代

40歳代

50歳代

60歳代

70歳以上

無回答

0.6%

12.8%

23.5%

33.1%

22.6%

6.6%

0.2%

0.6%

Q3-1

主たる生計維持者ですか

50.2%

はい

48.8%

無回答
1.0%

32.1%

はい

66.8%

無回答
1.1%

Q3-2

上で「はい」と答えた方へ 扶養家族は何人ですか

44.8%

0人

26.5%

16.7%

3人 8.1%

その他 2.4%

無回答 1.5%

45.1%

0人

27.6%

18.2%

3人 6.4%

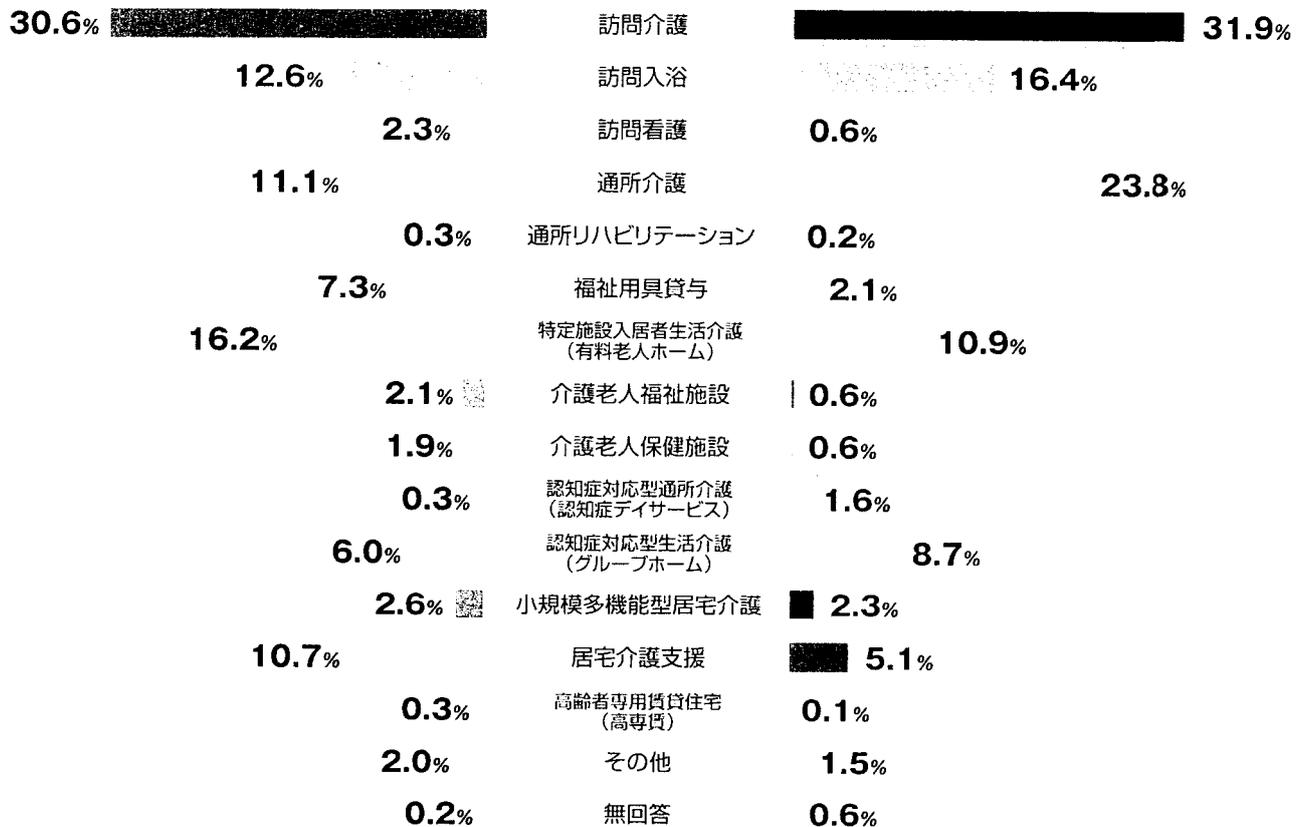
その他 1.8%

無回答 0.9%

月給制組合員

時間給制組合員

Q4 現在働いている事業所の、主な介護サービスはどれですか



Q5 現在、主にどのような仕事をしていますか

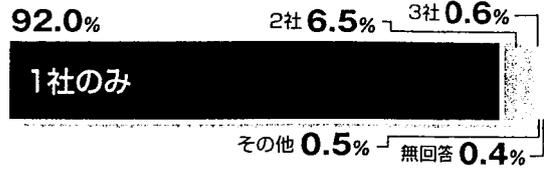
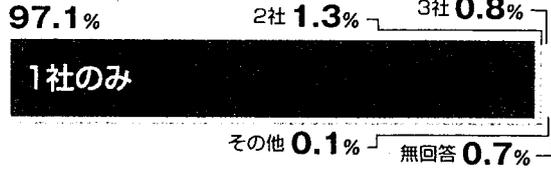


月給制組合員

時間給制組合員

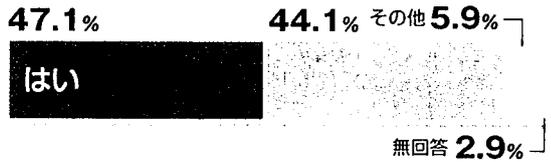
Q6-1

何社で働いていますか



Q6-2

2社以上で働いている方へ それは介護関係の仕事ですか



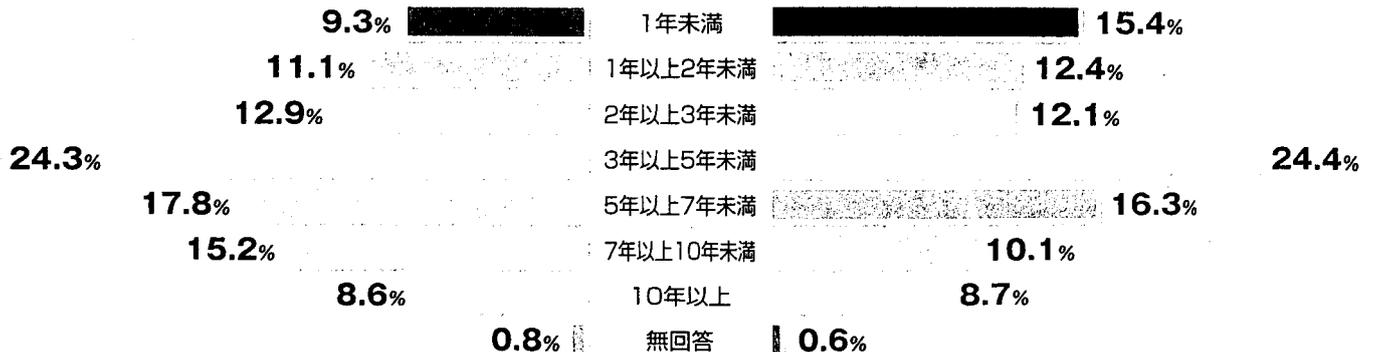
Q7

主として働いている施設(事業所)の所在地はどこですか



Q8

現在の仕事の経験年数は何年ですか (2009年3月現在)

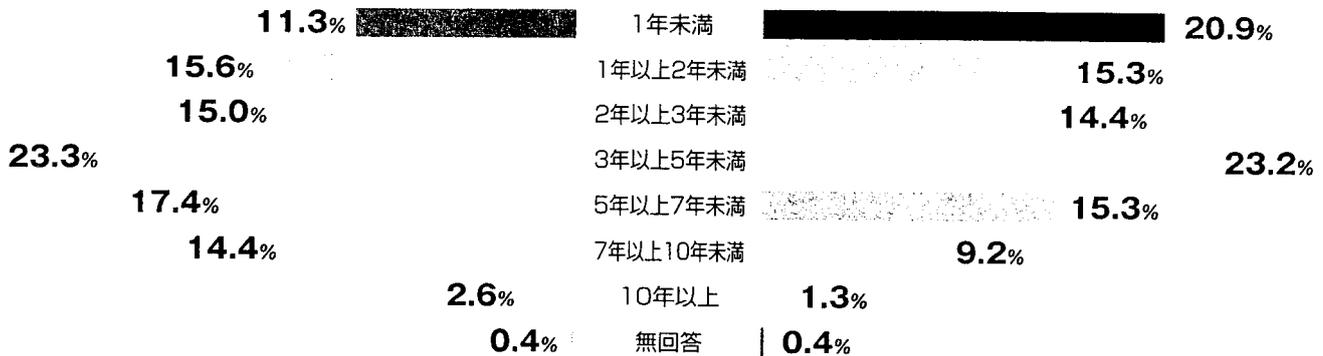


月給制組合員

時間給制組合員

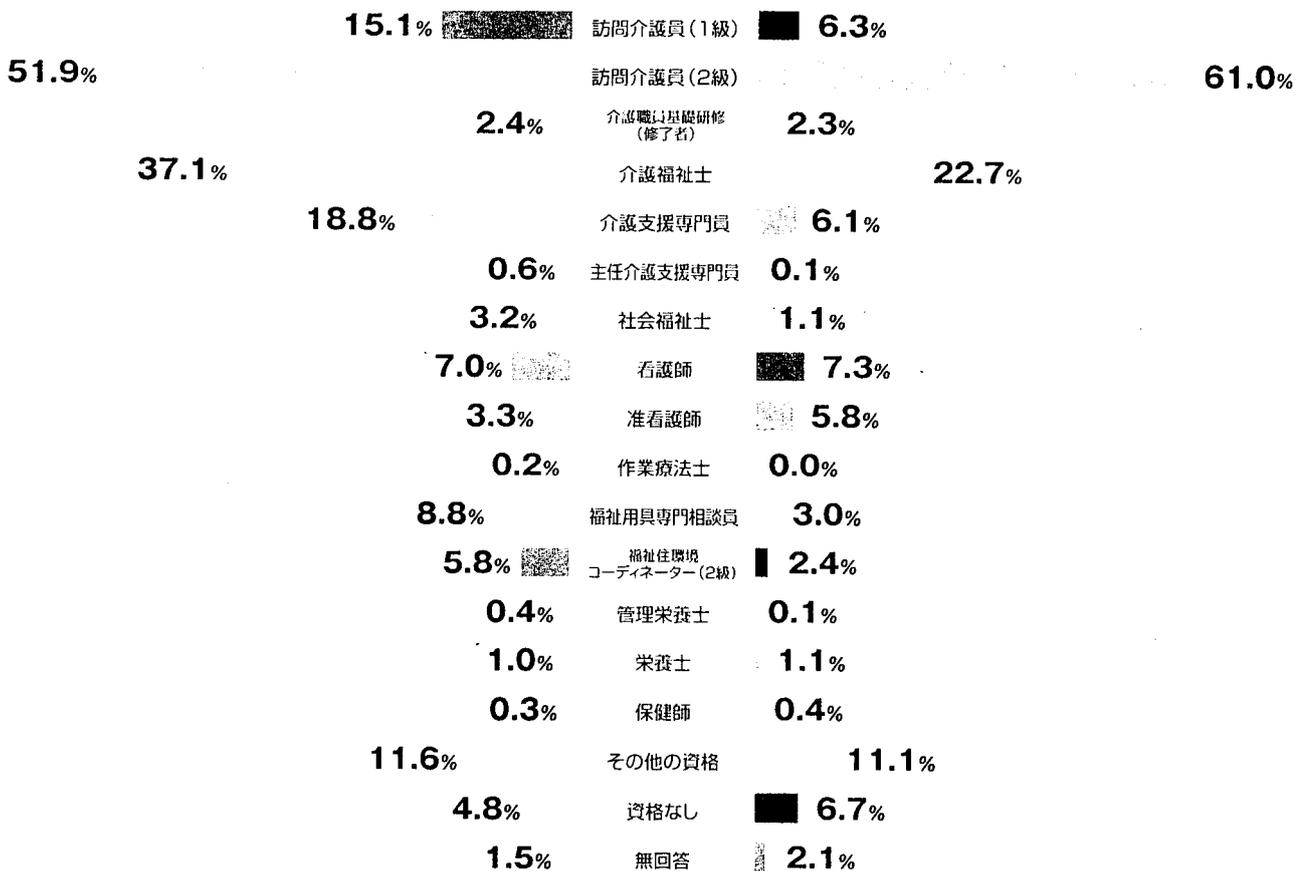
Q9

現在の会社での勤務年数は何年ですか (2009年3月現在)



Q10-1

現在取得している資格 (複数可)



Q10-2

資格手当として賃金に反映されていますか

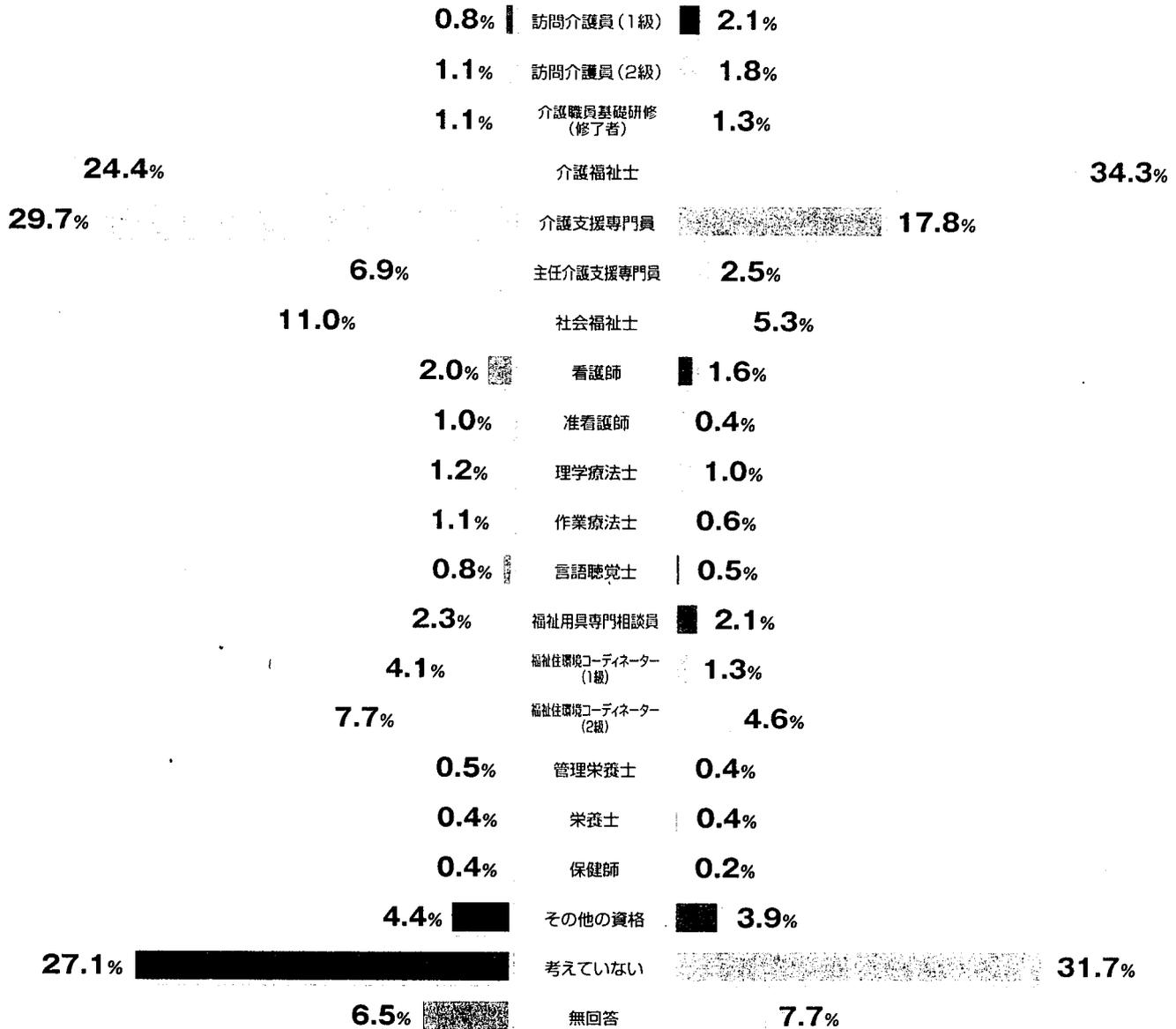


月給制組合員

時間給制組合員

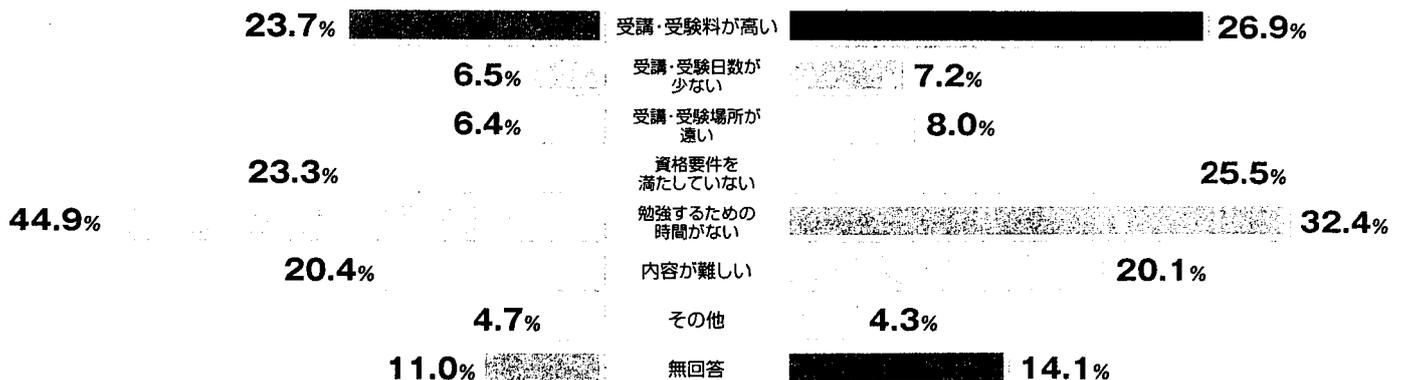
Q11-1

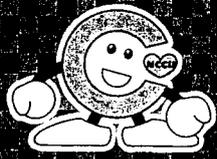
今後取得したいと考えている資格 (複数可)



Q11-2

その資格を取得するために、何か支障がありますか (複数可)





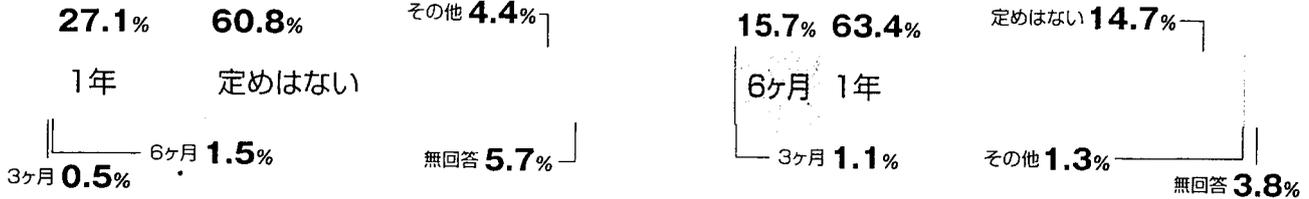
労働条件について

月給制組合員

時間給制組合員

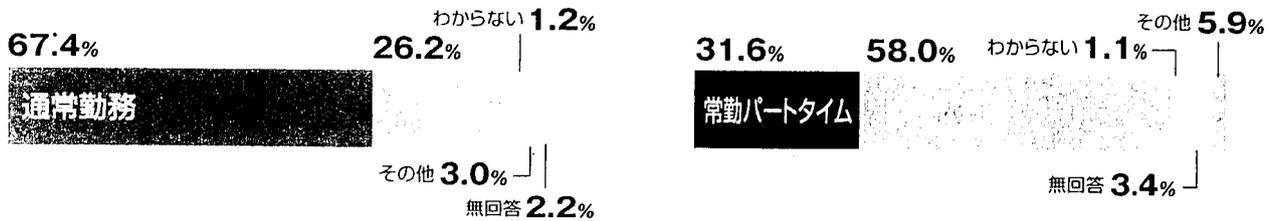
Q12

雇用契約期間



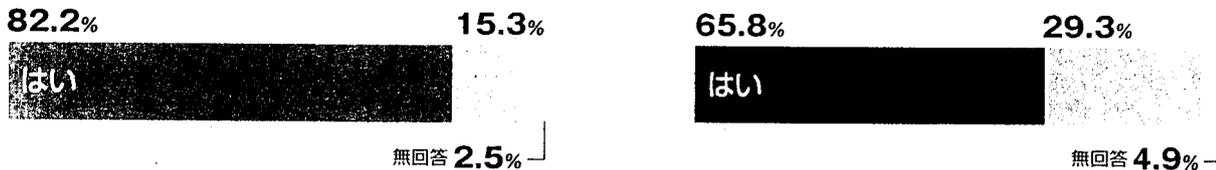
Q13

勤務形態を教えてください



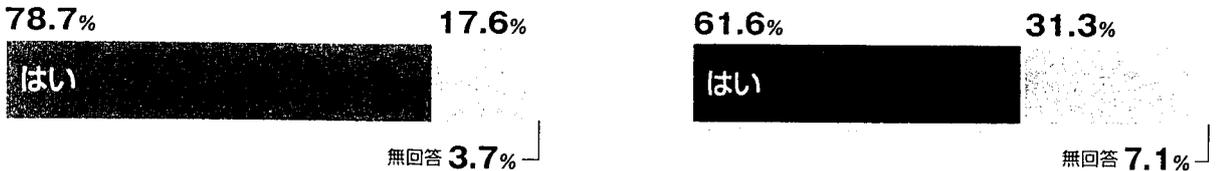
Q14-1

「就業規則」がある場所を知っていますか



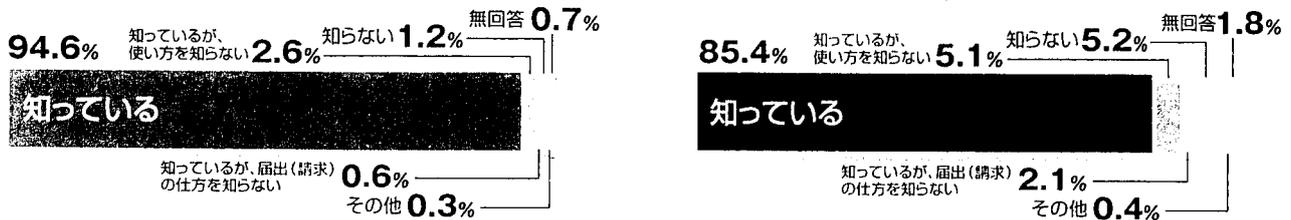
Q14-2

「就業規則」を見たことがありますか



Q15-1

年次有給休暇制度を知っていますか



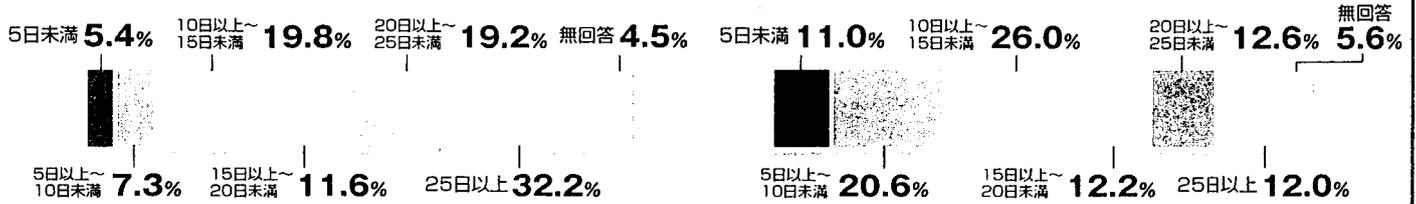
月給制組合員

時間給制組合員

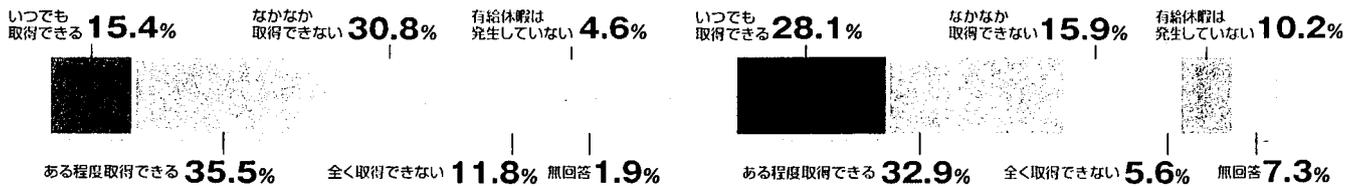
Q15-2 現在、あなたの年次有給休暇が何日あるか知っていますか



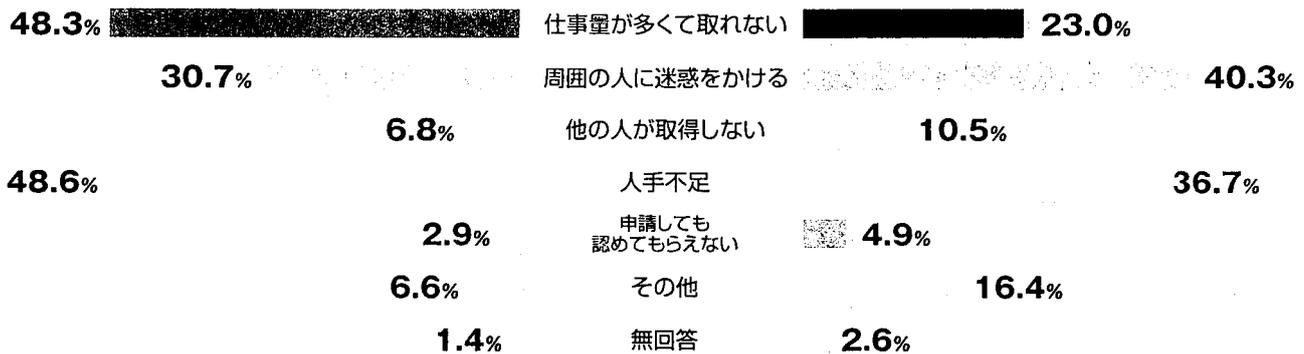
Q15-3 上で「知っている」と答えた方へ それは何日ですか



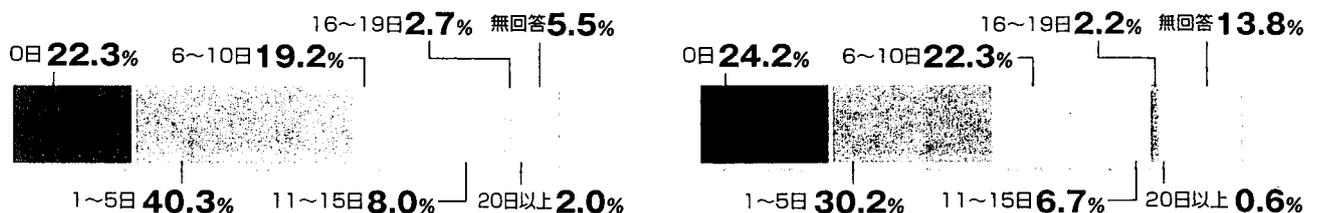
Q15-4 年次有給休暇は取得できていますか



Q15-5 上で「なかなか取得できない」「全く取得できない」と答えた方へ それはなぜですか (2つ以内)



Q15-6 昨年1年間で、何日有給休暇を取得しましたか



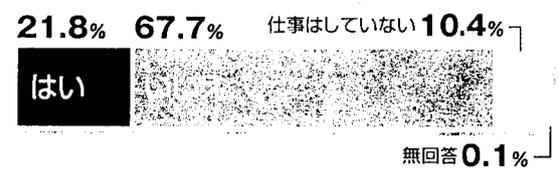
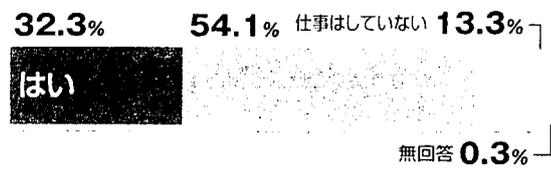


現在の仕事と離職について

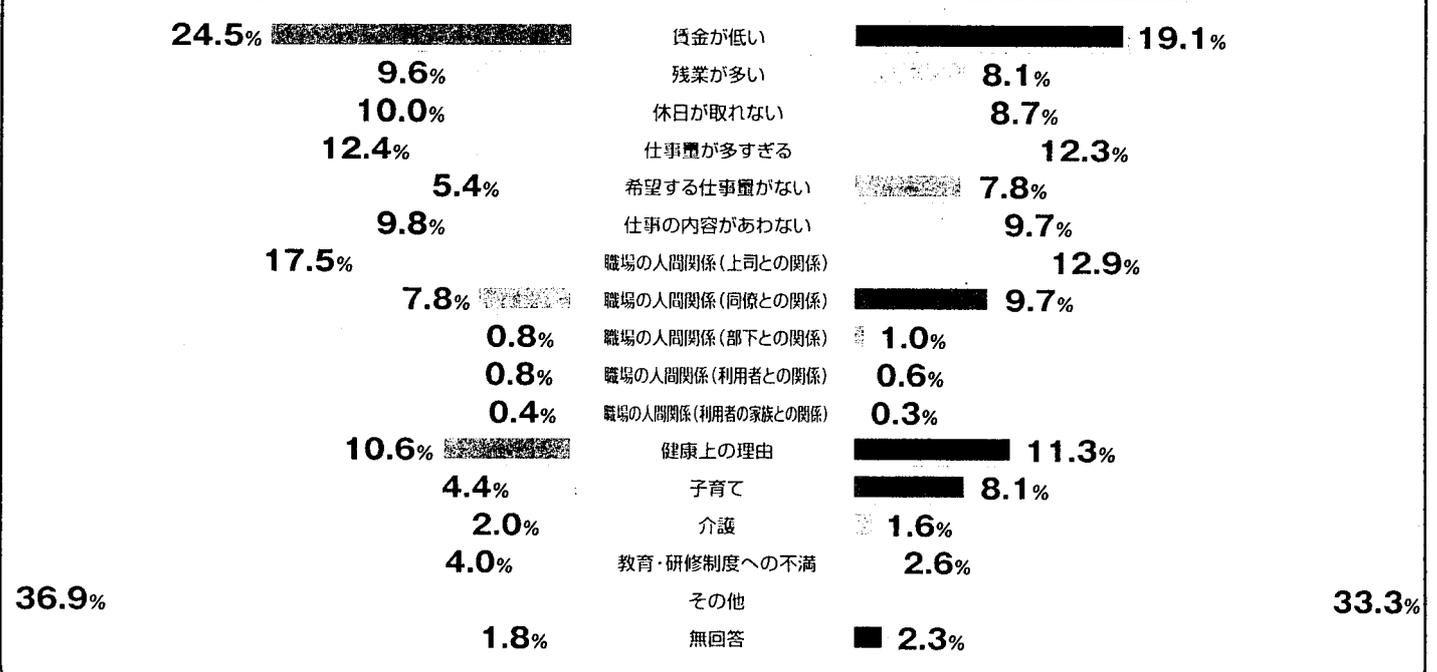
月給制組合員

時間給制組合員

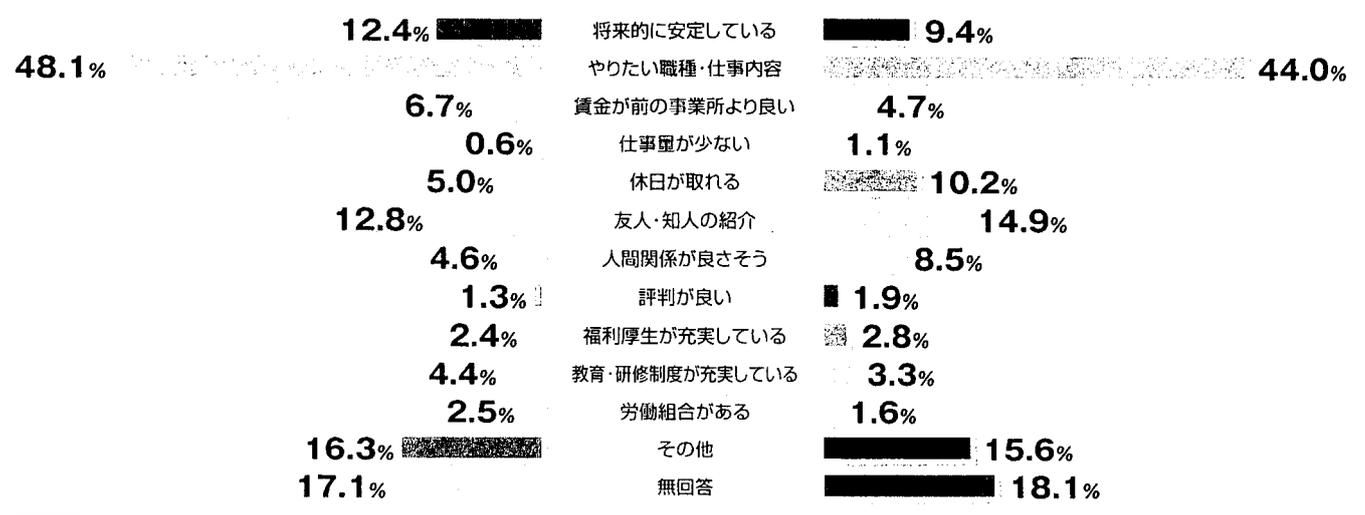
Q16-1 現在の仕事に就く直前の仕事は、介護関係でしたか



Q16-2 上で「はい」と答えた方へ その仕事を辞めた主な理由 (3つ以内)



Q16-3 現在の事業所に就職した主な理由 (3つ以内)



月給制組合員

時間給制組合員

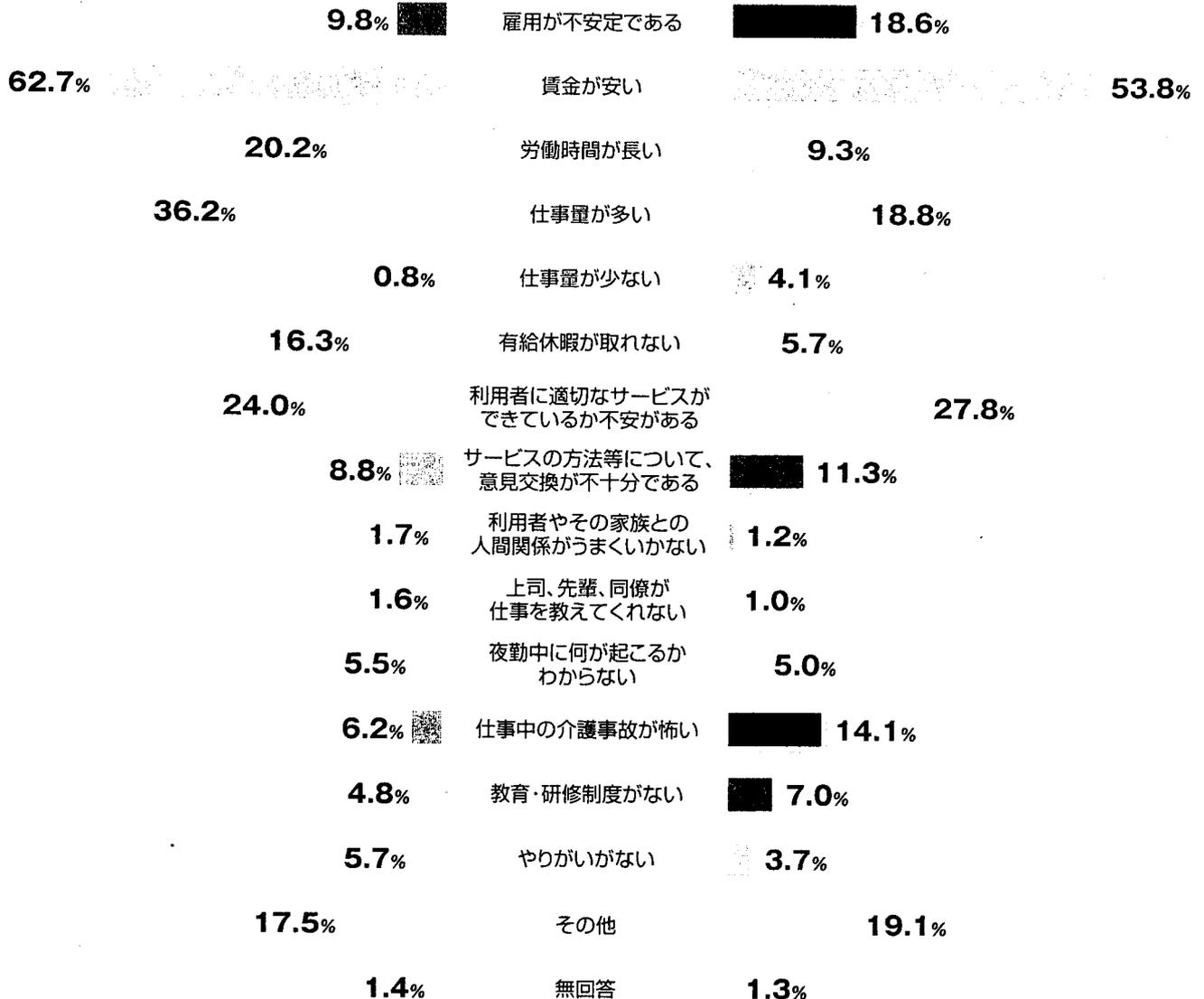
Q16-4 現在の事業所は「Q16-2」で回答したことが改善されましたか



Q17-1 今、働く上での悩み、不安、不満はありますか



Q17-2 上で「ある」と答えた方へ **それは何ですか** (3つ以内)

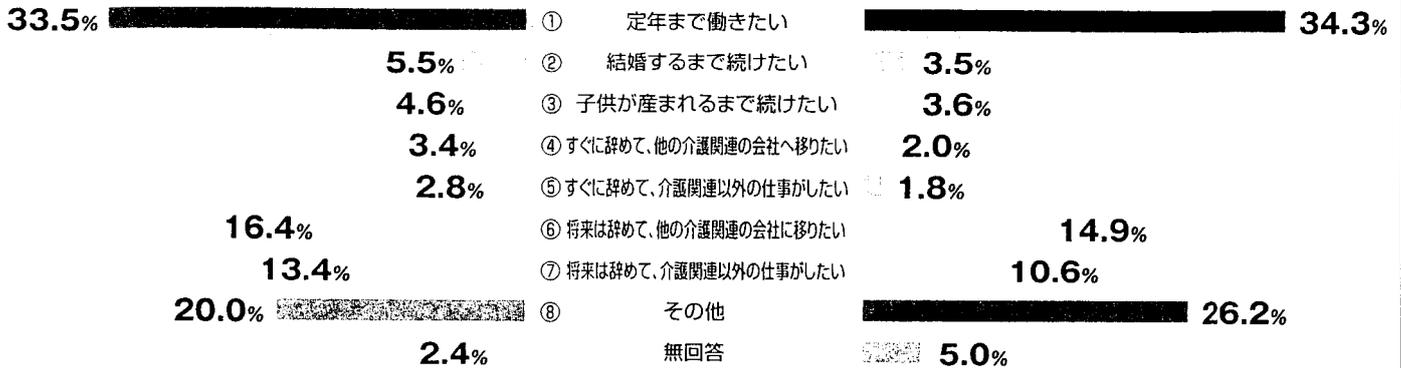


月給制組合員

時間給制組合員

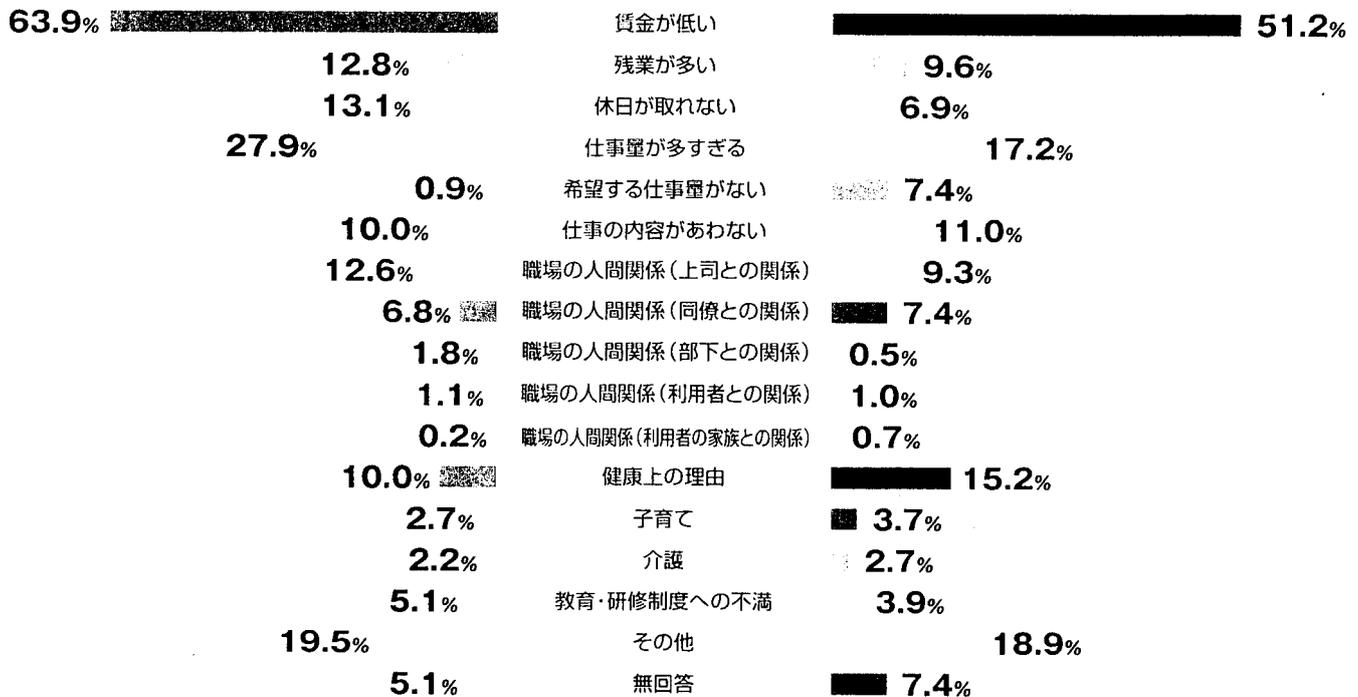
Q18-1

現在の仕事をいつまで続けたいですか



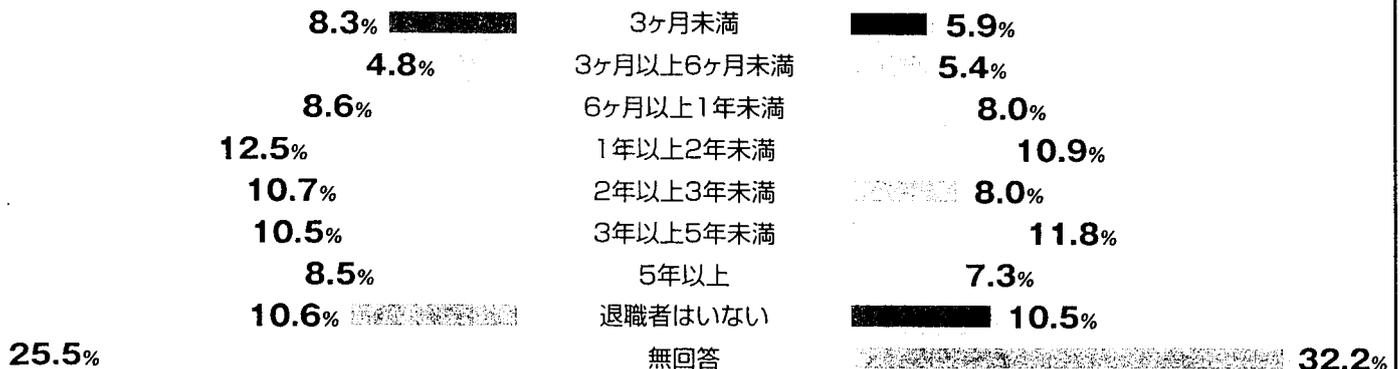
Q18-2

上で「②～⑦」と答えた方へ 主な理由は何ですか (3つ以内)



Q19-1

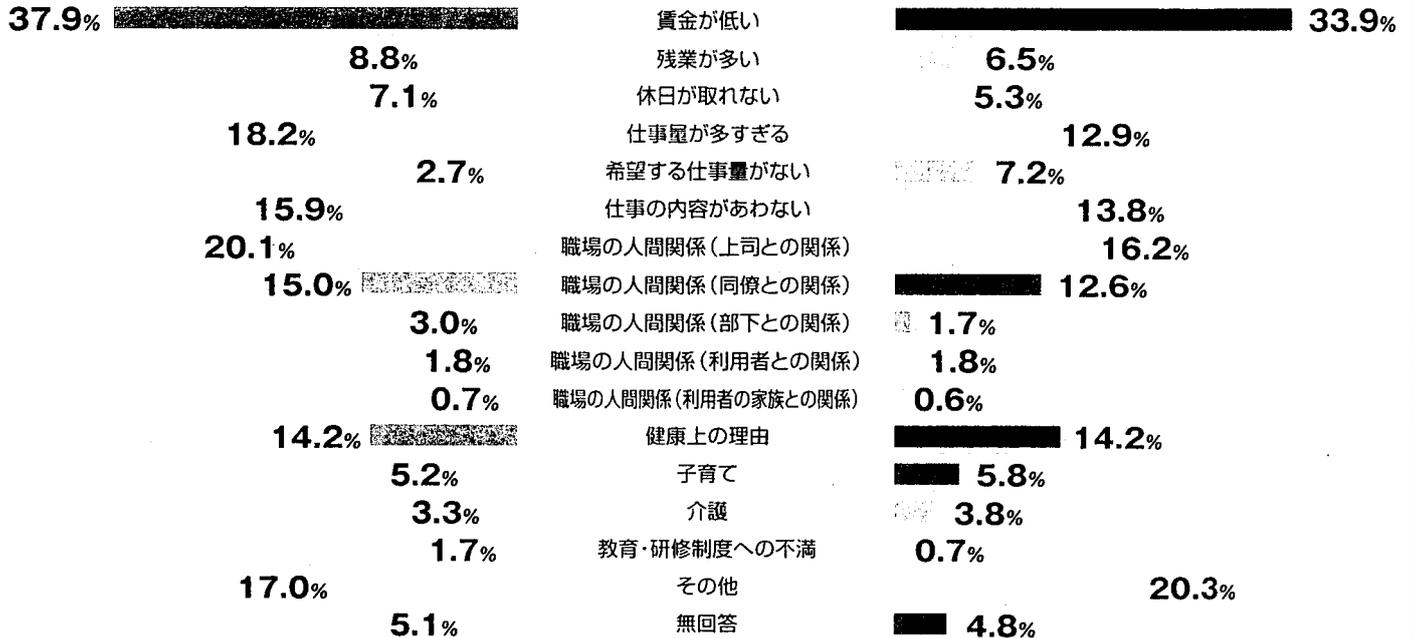
最近退職された方の勤続期間 (回答可能な方のみ)



月給制組合員

時間給制組合員

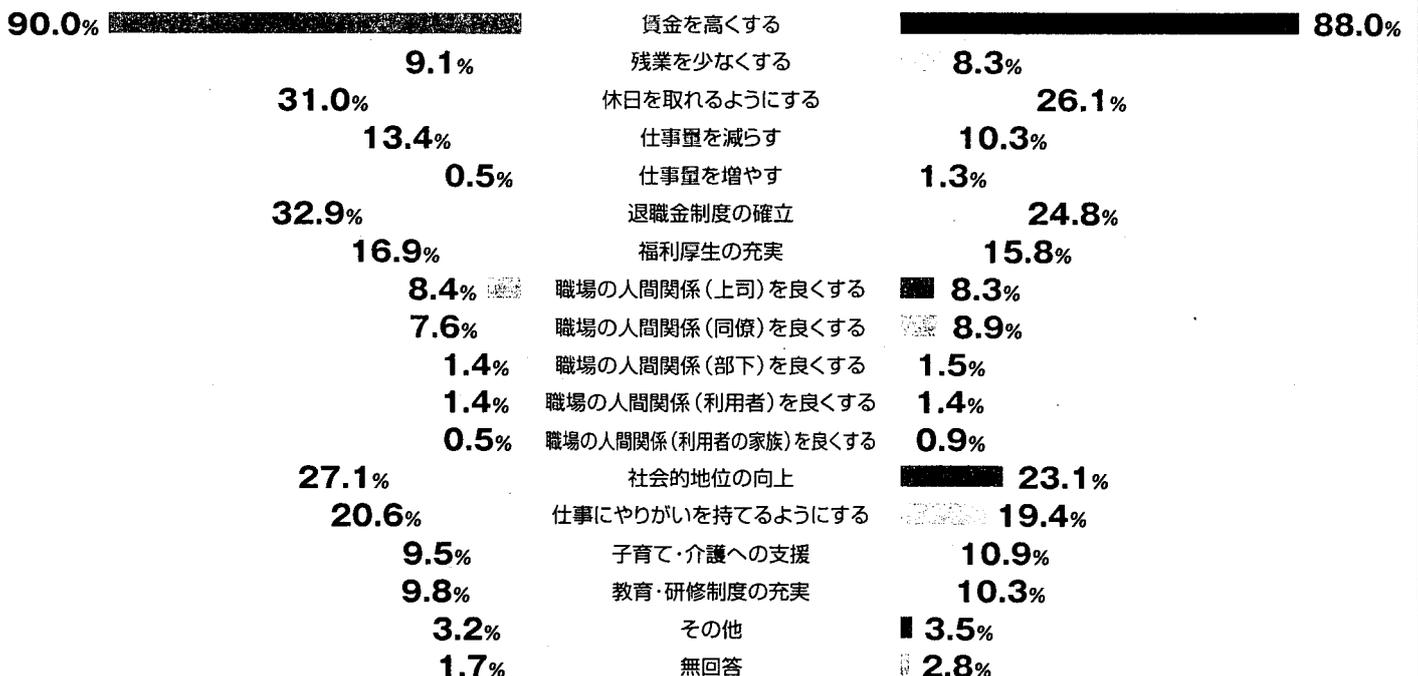
Q19-2 なぜ退職されたと思いますか (3つ以内、回答可能な方のみ)

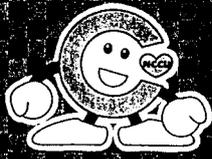


Q19-3 退職後の仕事 (回答可能な方のみ)



Q20 どうすれば、離職率が下がるとと思いますか (3つ以内)





医療行為について

2005年7月26日

厚生労働省医政局長

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について(通知)

医行為ではないと考えられるもの

1. 体温計による腋下および外耳道での体温測定
2. 自動血圧測定器による血圧測定
3. 動脈血酸素飽和度を測定するためのパルスオキシメータの装着(新生児以外・入院治療の必要がない場合)
4. 軽微な切り傷、かすり傷、やけど等についての専門的な判断や技術を必要としない処置(汚物で汚れたガーゼの交換を含む)
5. 軟膏の塗布(じょくそうの措置を除く)、シップの貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服(舌下錠の使用含む)、肛門からの座薬挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧(患者が入院入所して治療する必要がなく容態が安定している等の条件つき)
6. 爪切り・爪のヤスリがけ(爪に異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がないこと等)
7. 歯ブラシや綿棒、巻き綿子などを用いた日常的な口腔内の刷掃・清拭
8. 耳垢の除去
9. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること(肌に装着したパウチの取替えを除く)
10. 自己導尿の補助のためのカテーテルの準備・体位の保持
11. 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いる浣腸

月給制組合員

時間給制組合員

Q21

上記の通知は「医療行為ではない」ことを知っていますか

68.4%

知っている

24.3%

無回答 7.3%

62.4%

知っている

28.5%

無回答 9.1%

Q22-1

医療行為を依頼されたことがありますか

42.9%

ある

47.4%

無回答 9.7%

33.8%

ある

56.0%

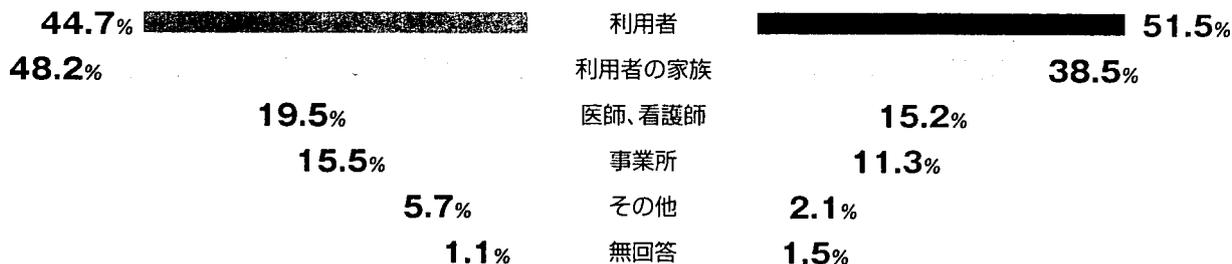
無回答 10.2%

月給制組合員

時間給制組合員

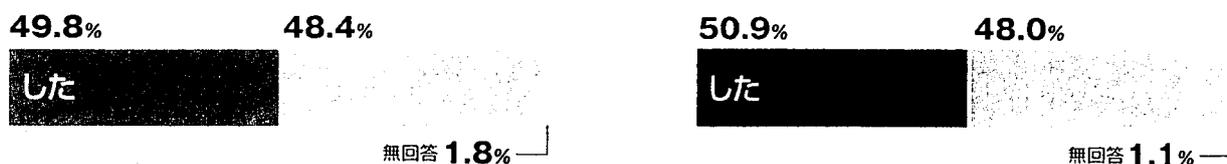
Q22-2

Q22-1で「ある」と回答した方へ 誰から依頼されましたか



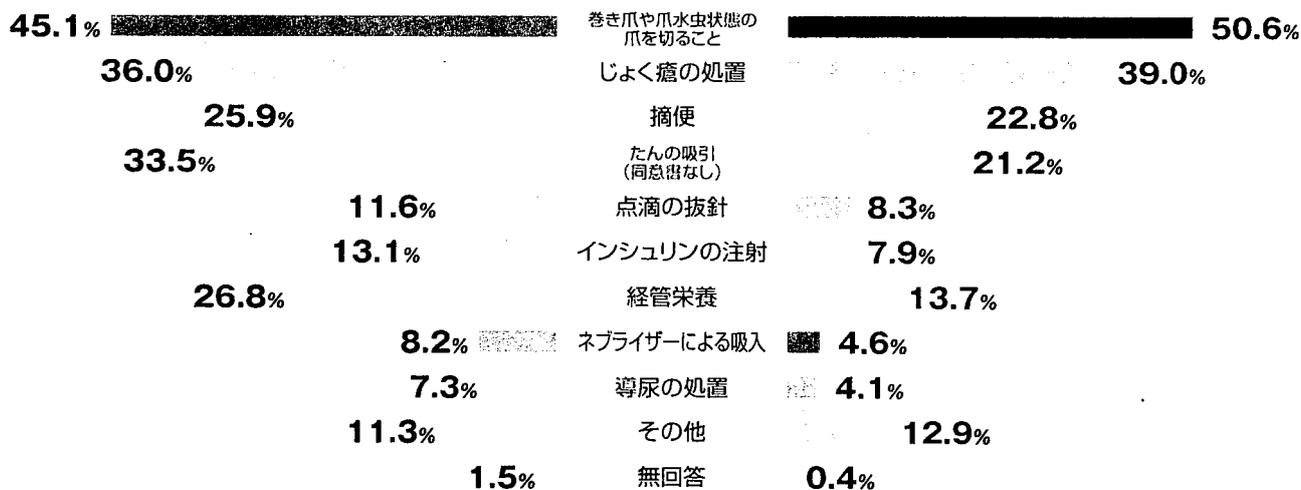
Q22-3

「医療行為」を実施しましたか



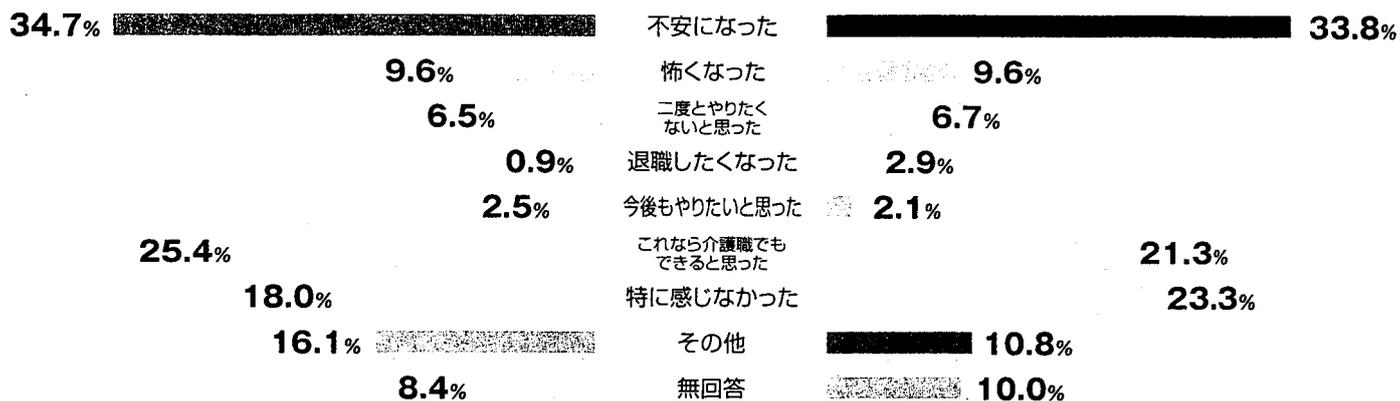
Q22-4

上で「した」と回答した方へ どのような行為ですか (複数可)



Q22-5

そのときに、何を感じましたか (複数可)

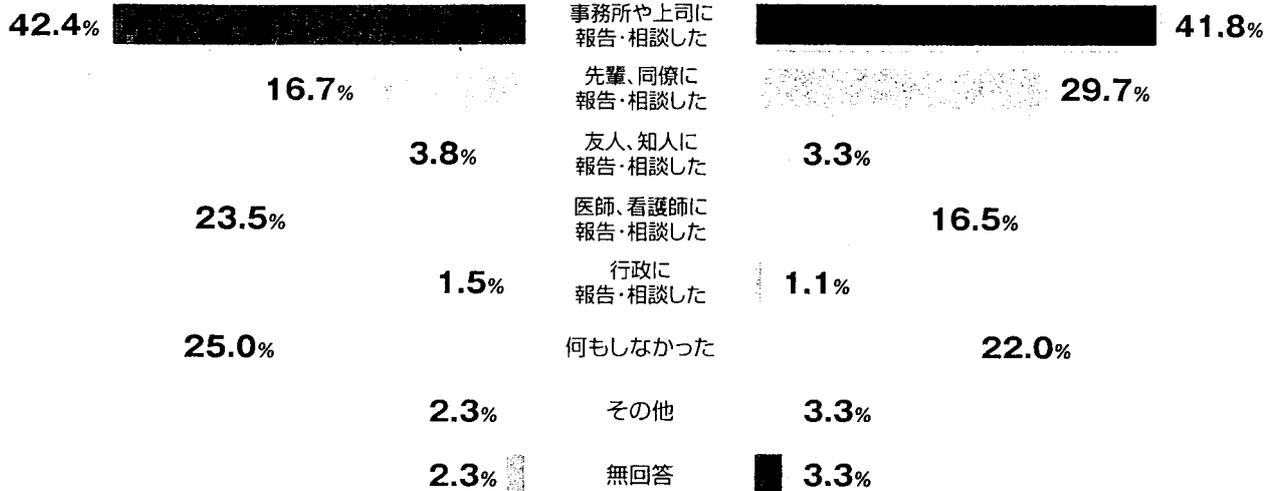


月給制組合員

時間給制組合員

Q22-6

Q22-5で「不安、怖い、やりたくない、退職したい」と回答した方へ **その場合、どうしましたか**



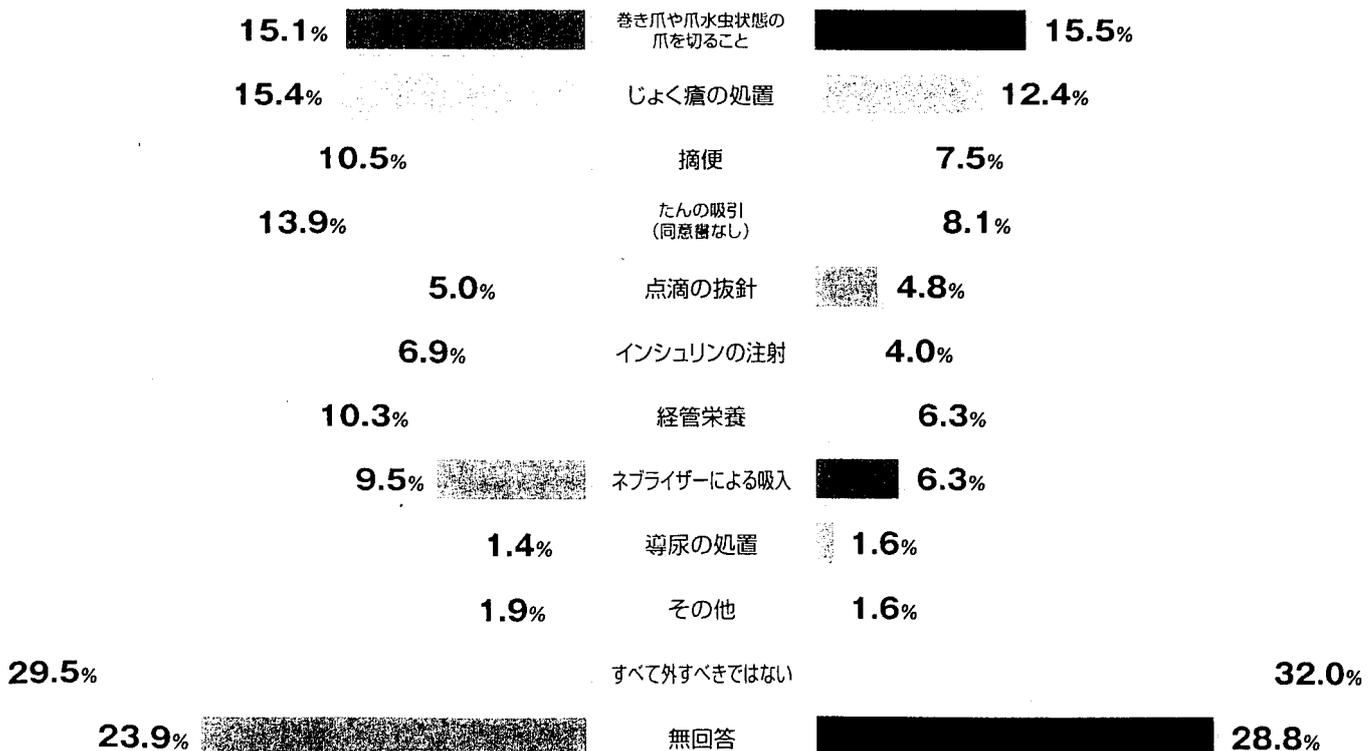
Q22-7

上で「事業所や上司に報告・相談した」と回答した方へ **その場合の対応状況を教えてください**



Q23

今後、条件付きで「医療行為」の枠から外してもよいと思うもの（複数可）



自由意見

Q24 介護に関わる仕事をしていて、やりがいや喜びを感じる時

お客様の笑顔に
出会えたとき。

お客様と、自分が、2人3脚で、何かを成し
遂げた時。

「生きる」ということを利用者さんを通して考えさせたい
「家族」
する時

業務範囲が広がったご利用者様が、通所可能な事
業様に譲り渡す様になった時など。

利用者様とスタッフと会話をして
大笑いしている時。

ケアプラン等の計画目標が達成できた時

身体介護を、スムーズにできた時。



利用者様にも名前を覚えて、いっしょに作業をする時。

ご利用者様から「ありがとう」と言われた時など。

水仕事などの汚れの手を両手で洗って、お風呂に入ったり
洗濯機で洗うやさしさに感謝した時。

お風呂に入ると瞬間にみなさん笑顔になるので
やはりその時にとっと喜びを感じます。

施設で働き、お給料も、隔年や各施設で「入所できる事に満足感がある、ここに
入って本当に良かった」と家族が喜ぶ時。



愛おしいと抱きしめたい方が沢山おられます。みなさんに直接関わる
仕事に就いていること自体が喜びです。

利用者様、そのご家族からお礼の言葉をかけられた時とても嬉しく
感じ、この仕事をやっていると良いなと思う、頑張ろうと思ふ。

職場での人間関係がうまくいっている時。

少しでもADLの向上が見られた時

利用者にお礼の訪問してくると褒められ、いいねと言われた時。

自分の祖母に教えてもらった古い歌を、利用者さんと一緒に歌った時。

利用者を通じて、他職種の人との信頼関係が出来る時。



試行錯誤の末 おむつ外しに成功し、お化粧して外出した時の爽やかな笑顔。

UIゼンセン同盟 日本介護クラフトユニオン

〒105-0014 東京都港区芝2-20-12 友愛会館4F
TEL:03-5730-9381 FAX:03-5730-9382

無断転載禁止

表. A氏の「たんの吸引」に関する指導内容・指導課題と訪問看護師の対処・関係職種連携内容

表中:《介》=介護職員、■=追加指導部分

訪問看護師の対応内容	指導内容	指導課題	訪問看護師の対処	関係職種連携内容	
<p>人工呼吸器 吸引 気管切開 褥瘡 褥瘡</p> <p>・携帯用吸引器の説明訪問看護師から指導</p>	<p>○回路交換方法の説明《家族》</p> <p>○着脱方法の説明《家族・介》</p> <p>○鼻腔・気管切開部・サイドチューブからの吸引方法の説明《家族・介》</p> <p>○着脱方法・注意点</p> <p>○カフエアの入れ替え方法の説明</p> <p>○使用方法・着脱方法の説明《家族・介》</p> <p>—</p>	<p>○管理者が病院へ訪問、情報共有</p> <p>○病院から指導内容のパンフレットをもらい、訪問看護師間でシミュレーション</p>	<p>○回路交換方法・呼吸器設定などを業者から説明</p> <p>○着脱方法・注意点などを業者から説明</p> <p>○病棟から指導された手技の確認</p> <p>■吸引瓶の管理の指導</p> <p>○病棟から指導された手技の確認</p> <p>■気管切開部がーゼ交換の指導</p> <p>○病棟から指導された手技の確認</p> <p>○機種、管理方法の確認</p>	<p>○呼吸器設定・回路位置の確認</p> <p>■人工呼吸器の管理(回路固定・注意点・トラブル等)・回路交換方法の説明</p> <p>○夜間介護職員への着脱方法の個別指導(訪問看護師早朝訪問により)</p> <p>○介護職員への吸引手技・知識の指導(集団指導・個別指導)</p> <p>■手技統一のための各介護職員の手技・知識確認と補足説明</p> <p>○訪問時に気管切開部周囲皮膚の軟膏処置</p> <p>■介護職員への気管切開部周辺皮膚のケア方法の説明</p> <p>○介護職員への使用方法・着脱方法の説明</p> <p>○安全な管理(使用環境)の確認</p>	<p>○訪問時 作動状況確認</p> <p>○適宜、家族・介護職員へ指導・手技確認継続</p> <p>○適宜、家族・介護職員へ指導・手技確認継続</p> <p>○適宜、家族・介護職員へ指導・手技確認継続</p> <p>○午前前の訪問看護時に、気管切開部のがーゼ交換</p> <p>○適宜、家族・介護職員へ指導・手技確認継続</p> <p>○訪問看護時 機器の作動状況確認</p>
<p>訪問看護師の対処</p>	<p>●家族より「収納棚のイメージがつかない」との相談がある</p> <p>⇒(対処)他のALS療養者の協力のもと棚の写真を渡す</p>	<p>●吸引器が病棟と異なり家族・介護職員が混乱した</p> <p>⇒(対処)新たに方法の説明をする</p> <p>●吸引器具収納棚の高さが家族介護者の身長に合わない</p> <p>⇒(対処)家族とともに棚の高さ・器具の配置を調整する</p> <p>●病棟から用意されたカテテル保管容器が在宅では使用しにくい</p> <p>⇒(対処)新たな容器の手配</p> <p>●吸引瓶管理方法の指導が十分でなかった</p> <p>⇒(対処)新たに吸引瓶管理方法の説明をする</p> <p>●気管切開部がーゼ交換に関する指導が十分でなかった</p> <p>⇒(対象)新たに気管切開部のがーゼ交換方法の説明をする</p>	<p>●人工呼吸器回路の定位置が在宅の療養環境と療養者の状態に合わない</p> <p>⇒(対処)家族とともに検討し、回路固定具を工夫して適切な位置を定める</p> <p>●人工呼吸器の管理・回路交換についての業者からの説明のみでは家族・介護職員の十分な理解が困難であった</p> <p>⇒(対処)補足指導をする</p> <p>●複数の介護職員の手技の統一が図れていない</p> <p>⇒(対処)手技統一のための集団指導を実施する</p> <p>●気管切開部周辺皮膚の状態が悪化</p> <p>⇒(対処)訪問看護師の処置及びケア方法の介護職員への説明をする</p> <p>●気管切開部の抜糸・気管カニューレの固定バンドの不具合がある</p> <p>⇒(対処)気管切開部の処置と固定バンドの調整をする</p> <p>●在宅酸素療法の酸素吸入ホースの長さや人工呼吸器の距離を検討する必要がある</p> <p>⇒(対処)酸素吸入ホースのセットを変更する</p>	<p>●気管切開部とカニューレサイズが不適合となる</p> <p>⇒(対処)医師に相談し、カニューレサイズを変更する</p>	
<p>訪問看護師の対処</p>	<p>○訪問看護管理者が病院へ訪問して、情報共有</p> <p>○病院医師・看護師・在宅かかりつけ医・介護職員・ケアマネージャ等との退院前カンファレンスによる療養環境・緊急時体制の整備</p> <p>○かかりつけ医の方針確認</p>	<p>○人工呼吸器業者との家族への説明内容の共有</p>	<p>○在宅記録用紙を作成して、関係職種間の情報共有</p> <p>○複数回訪問・長時間訪問看護による同行訪問で介護職員への個別指導</p> <p>○早朝訪問看護による同行訪問で、夜間介護職員への個別指導</p> <p>○手技統一のための介護職員への集団指導</p> <p>○カンファレンスの実施(1回/1~2週間開催)</p>	<p>○定期的な介護職員による吸引状況の確認</p> <p>○定期的なカンファレンスの実施</p> <p>○療養者の状態変化に応じた医師との相談</p>	

＜ A氏：70歳代、ALS発病から12年目 ＞

- 訪問看護師が、入院中より訪問し研修
- 退院日の訪問看護は360分(6時間)
- 退院後1か月は、週6日訪問し、一日の平均訪問時間204分(3時間25分)
- 退院後2か月以降は、一日の平均訪問時間130分(2時間10分)
- (長時間)加算の得られない訪問看護時間数は2,080分(試算収入5,200円×29回=150,800円)
- 退院後14週間の訪問看護ステーション試算収入は1,034,050円

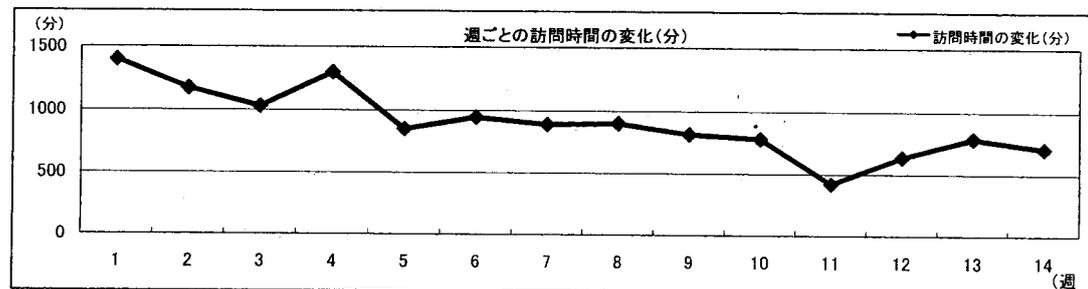
A氏に対する訪問看護内容と訪問看護時間の変遷およびケアプラン

	入院前 状態像	退院時の 状態像	退院後													
			1～4週目				5～7週目				8週目～14週目					
			1W	2W	3W	4W	5W	6W	7W	8W	9W	10W	11W	12W	13W	14W
呼吸	・自発呼吸 (速促・時に努力性呼吸) ・排痰困難 (排痰時に胸押しが必要) ・唾液の嚥下障害出現	人工呼吸器 (夜間のみPSVモード)	安全管理(呼吸器設定確認・作動状況点検) 呼吸回路の固定位置の調整・固定位置の決定 人工呼吸器の取り扱い方法・回路交換方法指導				訪問時 作動状況確認 適宜、家族・介護職員へ指導継続				----->					
		人工呼吸器着脱 (夜間装着・朝離脱)	夜間介護職員への着脱方法指導(早期訪問による)				適宜、家族・介護職員へ指導継続				----->					
		吸引 (昼1～6/時間 夜間1回/時間程度)	吸引の実施 口腔内持続吸引のチューブの検封(排痰管) 介護職員への指導(気管切開部・鼻から、手技統一のために各介護職員の手技・知識確認と補足説明)				口腔内持続吸引のチューブ検封 (メラチューブ→間欠吸引/ふき取り) 適宜、家族・介護職員への指導継続				----->					
		気管切開 (スピーチカニューレ使用)	訪問時に気管切開部ケア(清拭・軟膏塗布) カフ圧確認・カフエアの調整 家族・介護職員へ気管切開部のケア方法指導 固定バンドの固定の調整(ガーゼ挟む)				午前・気管切開部ケアに統一 カフエア調整(Sealに固定) 固定バンドの長さの調整				カニューレサイズの不適合、医師報告によりサイズ変更					
		在宅酸素 (日中2L 夜間1L+呼吸器)	安全管理(設定確認・作動状況点検) 使用環境の確認・調整 夜用・昼用別の酸素吸入用ホースの設置 携帯型酸素吸入器の取り扱い方法の説明の理解度確認				安全管理(設定確認・作動状況点検) 使用環境の確認・調整				安全管理(設定確認・作動状況点検) 使用環境の確認・調整 車椅子乗車時のホース固定位置の調整					
栄養	・経口摂取 (頸を吊りながら) 胃瘻	経管栄養	家族・介護職員の手技の確認				適宜、家族・介護職員へ指導継続				----->					
		胃瘻	訪問時に温湯清拭・ティッシュこより 胃ろう部のケアの方法指導				温湯清拭・ティッシュこより・ 状況に応じて軟膏塗布				----->					
排泄	・ボータル 必要時GE 毎日あり	排便:床上便器	効果的な排便方法の調整 GEのみ→GE+レシカルポン産薬→GE+レシカルポン産薬+マクミット服薬				GE+レシカル+マクミットで安定 排便曜日の検討				月・木 午後排便ケア					
服薬管理	・妻が管理	看護師管理	Ns管理、服薬カレンダーの作成				薬セテック曜日での検封 家族管理への指導				火・木 午後 薬管理					
清潔	・訪問入浴 ・洗髪・洗顔は 洗面台で毎日	訪問入浴・清拭	週1回訪問入浴 清拭 手・足浴 介護職員への指導(口腔ケア方法)				清拭時間の検討				月～木 午前清拭 金 午後訪問入浴 に固定					
ADL	・日中キスター 付椅子で過ごす	ベッド上のみ 車椅子移乗	ベッド上のみ (退院当日のみ)				ベッド上のみ				ベッド上でテレビを見る 水曜 午後 車椅子移乗					
コミュニケーション	・会話 ・HPに俳句投稿が趣味	スピーチハルブ (パソコン)	スピーチハルブ(人工呼吸器離脱時) 人工呼吸器使用時はロバク・文字盤使用				----->				----->					
訪問看護	月・火・木 (5回/週)	通毎訪問回数	1W	2W	3W	4W	5W	6W	7W	8W	9W	10W	11W	12W	13W	14W
		訪問頻度	月～土 (月～金は、2回/日以上訪問、 3回/日訪問は13日/24日中)				月～土 (月～木は、2回/日以上訪問、 3回/日訪問は、5日/7日中)				月～土 (月・火・木2回/日、水3回/日、金、土1回/日に固定 3回訪問は、9日/41日中)					
		総訪問時間(分)	1400	1175	1030	1300	850	945	890	900	815	780	420	635	785	705
		平均訪問時間(分) /訪問看護提供日の 日当たり	204.4分(退院当日360分)				157.9分				122.9分					
		90分以上の訪問回数	5	5	3	5	5	5	3	2	2	1	1	1	1	4
週間 ケアプラン	0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00	月 火 水 木 金 土 日														
		[訪問看護実施時間表]														

*ケアプランは、ケア内容が定型化した退院後8週以降の原則プラン

訪問看護 [黒塗り] (医療保険)

訪問看護 [斜線塗り] (介護保険)
訪問看護 [点線塗り] (自立支援法)



平成 22 年 7 月 22 日

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
座長 大島 伸 様

意見書

介護職員等によるたんの吸引等の安全な実施体制整備に向けて

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 委員
(社団法人日本看護協会 常任理事)
齋藤 訓子

介護職員等によるたんの吸引等の実施の在り方を検討していくにあたり、最優先に配慮すべきは在宅や施設におけるサービス利用者の安全性を担保することです。また、吸引等の医行為に携わる介護職員が不利益を被ることなく、安心して利用者のケアに従事できるよう、関係機関の協力を連携体制を築くとともに、医行為の実施に関する責任の所在を明確化しておく必要があります。

上記の観点に基づき、以下のとおり意見書を提出いたします。

1. 利用者・実施者の安全を担保するための基本的な考え方について

1) 介護職員等が実施できる行為の範囲について

- 医行為の侵襲性やリスクは、利用者の状態像の変化に応じて異なるものであり、介護職員等が実施できる行為の範囲（吸引の部位等）を規定するだけでは十分である。介護職員による医行為が実施可能な状態であるかどうか、医師もしくは指示を受けた看護職員による定期的な観察・判断のもとで実施する体制が不可欠である。
- 介護職員による医行為の対象者は、状態が安定しており急変の可能性が少ないという医師もしくは看護職員の判断によって決定されるべきである。急性期やターミナル期の利用者に対する医行為については、従来通り医師もしくは指示を受けた看護職員が実施すべきである。
- 経管栄養の実施については、現行の特別養護老人ホームにおける対象範囲（胃ろうのみ）・実施体制を踏襲すべきである。経鼻経管栄養は挿入した場合のリスクが高く、誤嚥性肺炎等の予防的な知識・対処技術も必要であることから、介護職員等による実施は認めべきではない。

2) 実施可能な場所の範囲について

- 入院基本料を届出る障害者施設等、医療機関における医行為実施については、必要な看護職員配置によって対応すべきであり、介護職員による実施は認めべきではない。

- 老人保健施設は医療法第1条2に「医療提供施設」として位置づけられており、常勤医師が配置され、日常生活のサービスとともに医療サービスの提供を標榜する施設であることから、吸引や経管栄養等については医師もしくは看護職員が実施すべきである。
- 看護職員配置が定められていない施設（グループホーム、一部の有料老人ホーム等）においては、訪問看護が外付けで利用できるようにする（医療連携体制加算による契約ではなく、介護保険適用の訪問看護を利用可能とする）等、日常的な連携を支えるための仕組みの見直しが不可欠である。

2. 在宅におけるたんの吸引等の安全な実施体制確保について

1) 訪問看護との連携

- 在宅におけるたんの吸引等を安全に実施するためには、一時的な研修と講だけでは困難であり、利用者宅での技術指導、適時の相談・助言、緊急対応など訪問看護による継続的なフォローアップが必要である。
- 全国約3分の1の市町村に訪問看護ステーションが未設置であり、訪問看護と介護の随時の連携体制が困難な地域がある。全ての地域で在宅療養者が等しく安全に生活できるよう、訪問看護ステーションの早急な整備促進を要望する。
- 訪問介護・看護の連携がより効果的に図れるよう、一事業所からの訪問看護と訪問介護の一体的訪問を可能にする等、あらたな在宅サービス形態について検討すべきである。
- 訪問介護職員に対し実技指導や相談・助言を行っている訪問看護ステーションでは、報酬上評価されない相当量の時間・労力を「持ち出し」で支援にあたり、在宅療養者の安全を支えるための連携体制が適切に評価されるよう、診療報酬・介護報酬上の評価の見直しが必要である。

2) 安全な実施体制整備に係る自治体の役割

- 地域によって実施状況に格差が出ている「難病患者地域支援対策推進事業」等の難病対策事業の推進を図り、保健所を中心とした地域の保健・医療・介護サービスの連携の下で、訪問介護職員が安全に医行為を実施し、利用者が安心して在宅療養を継続できる仕組みを整備することが必要である。

3. 介護保険施設体系の見直しについて

- 高齢者が終の棲家と定めた場所で最後まで安全・安心な生活を送り、必要時に必要な医療・介護サービスが受けられるよう、現行の介護保険施設体系の見直しに早急に着手すべきである。医療ニーズや看取りに対応するための看護配置の見直し、医療サービスの外付けなどあらたな仕組みの検討が必要である。

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための体制整備案

※（ ）の数字は、別添の当協議会・医療的ケア実践ハンドブックのページ
※違法性の阻却に沿った条件整備の必要性はあるかどうか

1 法制度のあり方

- 1) 医行為とは違う「(仮称) 医療的ケア」(又は医療的ケア)の概念を定義し、
そのための法律として制定する (p 1)
- 2) 目的・趣旨・必要性 (p 1～3)
- 3) 実施対象者 個人か事業所単位か
介護職員等の業務とせず「・・・できるという表現」
- 4) 範囲 政省令で指定 (今後拡大できるように)
- 5) 実施を認める条件 (実施前及び実施後)
 - ①実施体制 (実施計画書の提出) = 下記2
 - ②研修体制 (実施計画書の提出) = 下記3
◎基本研修 ◎個別研修
 - ③支援体制 (実施計画書の提出) = 下記4

2 実施体制 (p 6～8)

- 1) 目的・必要性の確認
- 2) ご本人及びご家族の要請と承諾 (説明と同意)
- 3) 責任及び責任者を明確にする→指示書等
- 4) 日常的な医師及び看護師との連携 (主治医・囑託医・訪問看護・配置看護師) →指示書等
- 5) 実施マニュアルの整備

3 研修制度

1) カリキュラム (p 15～) (p 1～5)

①基本方針

- ◎利用者の安全と安心が担保できるカリキュラム
- ◎介護職員等に過度の負担とならないこと
- ◎事業所内又は地域において実施できること

②具体的内容

- ◎利用される当事者にとって必要な内容
- ◎医学的見地から必要な内容
- ◎ケアの現場から必要な内容
- ◎法的・社会的視点から必要な内容
- ◎その他の視点から必要な内容

2) フォローアップ体制

- ①利用者の状態の変化に伴うフォロー (主治医)
- ②医療の進歩に伴うフォロー (医療機関＝教育機関)
- ③定期的な確認 (訪問看護を含む看護師)
- ④介護職員の精神的フォロー (相談支援)

4 支援体制 (p9－14)

1) 緊急時の医療的バックアップ体制

2) 研修実施機関の整備 (地域)

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〕

全国身体障害者施設協議会
医療的ケアに関する小委員会
平成21年3月

目 次

第Ⅰ部 医療的ケアとは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

1 医療的ケアとは

- (1) 医療的ケアの定義と考え方
- (2) 障害者支援施設等における医療的ケアの重要性と課題

2 医療的ケアをめぐる歴史的経緯等

第Ⅱ部 医療的ケアを安全に実施するために・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

1 医療的ケアを実施するための体制整備

- (1) 責任者の設置・明確化及び施設内委員会の設置等
- (2) 日常的な医師・看護師への相談・連携体制
- (3) 医療的ケアの実施範囲（項目・プロセス）の明確化とマニュアルの策定
 - a 「医療的ケア実施指示書（例）」
 - b 「救急対応マニュアルに定めることが必要な事項（例）」
 - c 「緊急時の連絡・相談等の具体的な対応の流れ（例）」
 - d 「緊急時の現場での対応手順（例）」
- (4) 重大事故の予防等（リスクマネジメントに関する取り組み）

2 医療的ケアに関する専門的な知識・技術に関する研修

（一般研修及び、行為ごと・利用者ごとの個別的な研修）

- (1) 研修の実施について
- (2) 研修指導者・講師について
- (3) 一般研修の内容（案）
- (4) 個別研修の内容（案）
 - e 「医療的ケアに関する研修の実施（例）」

3 医療的ケアを希望する利用者への説明と同意

f 「医療的ケアの提供に関わる同意書（例）」

第Ⅲ部 医療的ケア実施マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

- | | |
|-----------|---------|
| 1 痰の吸引 | 2 経管栄養 |
| 3 自己導尿の補助 | 4 疼痛の看護 |
| 5 摘便 | 6 浣腸 |
| 7 ストーマ | 8 人工呼吸器 |
| 9 酸素療法 | |

第 I 部 医療的ケアとは

1 医療的ケアとは

(1) 医療的ケアの定義と考え方

○医師法第 17 条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定しており、医行為を行うことは、医師に独占されています。しかし、薬剤師や放射線技師、看護師などの一定の教育を受けた有資格者により一部の「医行為」を分担させ、医師の指示・指導・監督の下、医師以外の医療スタッフが一定範囲の「医行為」を行うことが認められています。

○「医療的ケア」とは、急性期における治療行為としての「医行為」とは異なり、経管栄養・吸引・摘便などの日常生活に不可欠な生活援助行為であり、長期にわたり継続的に必要とされるケアです。

○そのため、インスリン注射や痰の吸引等については、以前から本人または家族による実施が認められていました。

○家族による痰の吸引等が認められる要件として、「患者の同意」があるということ为前提に、「違法性の阻却」（当該行為を行うことが違法でない判断される）事由として、①目的の正当性、②手段の相当性、③法益衡量（特定の行為による法益侵害と、その行為を行うことにより達成されることとなる法益とを比較した結果、相対的に後者の法益の方が重要であること）、④法益侵害の相対的軽微性、⑤必要性・緊急性、という5つが挙げられます。

○ここ数年、以上と同様の理由で、在宅におけるヘルパーや特別支援学校における教員による吸引などが一定の条件のもと認められるようになってきました。

(2) 障害者支援施設等における医療的ケアの重要性と課題

○障害者が自ら望む生活の場において暮らしていく上では、必要とされる介護や社会参加支援、そして医療的なケアをその生活の場において適切に受けることが不可欠です。

- 特に、重度身体障害者へのサービス提供を行ってきた、身体障害者療護施設や障害者支援施設（以下、障害者支援施設等）においては、医療的なケアが生活を送る上で不可欠である利用者をどのように受止め、支えていくかということが大きな課題となっています。
- 医療的ケアについては、基本的には医師・看護師等の医療専門職による提供を基本とすることが法令上も求められ、また、安心・安全という観点からも重要であることは言うまでもありません。
- 一方で、障害者支援施設等において制度上（障害福祉サービス等指定基準及び、報酬告示）担保されている医療提供体制では、365日24時間の医療的ケアへの対応が困難であることが現実の問題として存在しています。
- これらの課題の解決を図るためには、障害者支援施設等の指定基準及び報酬面において適切な医療的ケアの提供を可能とする看護師等の配置を十分に行うことが考えられますし、施設・事業者としても看護師等の加配、待遇面や採用の工夫を含めて看護師等の確保に努めることが求められます。
- しかしながら、現に目の前で医療的ケアを必要とし、障害者支援施設等での生活を続けている利用者への対応に日々迫られる状況にあっては、制度上の改善を待つ余裕が必ずしもあるとは言えません。また、病院等の医療機関においても看護師等の確保が困難である今日の社会状況において、障害者支援施設等において必要な看護師等を確保することが容易ではないことも予想されます。
- 医療的ケアについては、法令で定められ、また、高度な専門的な知識と技術を有する医師、看護師等が提供することが大原則であること、また、障害福祉サービス等の基準・報酬面において医療的ケアの提供体制の更なる充実を求めていくこと等を前提としながらも、地域の医療機関や医療専門職種種の確保の実情や施設・事業所において現に医療的ケアを必要とする利用者の状況を踏まえた対応も求められています。
- そこで、①一定の医療的ケアにおける一定のプロセスに限ること、②医師の指示に基づくこと、③医師、看護師等の指導のもと必要な研修の実施を行うこと、④各種マニュアルの整備及び、医療機関等との連携を含めた安全管理体制を確立すること、を条件として、生活支援員等の介護職（医療専門職以

外)による医療的ケア実施も認められることが望めます。

○ただし、生活支援員等の介護職が実施する場合には、実施可能な行為や個別具体的な手順等を明確に定め、可能な限り実施時の裁量（判断を要する事項）を少なくし、安全に医療的ケアを提供できるように留意する必要があります。

○このような状況を踏まえながら、利用者の安心・安全を第一としながらも、医療的ケアについて医療専門職のみが実施することが可能とされてきた意義や重要性、障害者支援施設等の社会的な責任、さらには、提供することとなる生活支援員等の心理的な不安等に十分に配慮しながら、具体的な実施に向けた内容をハンドブックとしてとりまとめました。

2 医療的ケアをめぐる歴史的経緯等

○医師・看護師等が実施する医療的ケアの例外については、医療的ケアを必要とする者やその者を取り巻く状況等について、個別かつ慎重に議論がなされ、以下のような分野及び経緯において、整理がなされてきました。

医政局通知（平成 15 年 7 月 17 日）

◆在宅ALS患者に対する家族以外の者による「たんの吸引」の実施について、一定の条件の下、許容されました。

医政局通知（平成 16 年 10 月 20 日）

◆特別支援学校において教員が「たんの吸引」「経管栄養の注入」「導尿の補助」の実施について、一定の条件の下、許容されました。

医政局通知（平成 17 年 3 月 24 日）

◆ALS以外の在宅療養患者・障害者に対する家族以外の者による「たんの吸引」の実施について、一定の条件の下、許容されました。

医政局通知（平成 17 年 7 月 26 日）

◆下記の行為は原則として医療行為ではないとされました。

- ・水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること

- ・ 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- ・ 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- ・ 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）
- ・ 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること
- ・ 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
- ・ 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ・ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ・ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）
- ・ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ・ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること（挿入部は5～6cm以内）

○このように、個別具体的に医師・看護師以外が実施できる医療的ケア（事項）について慎重な議論を経て厳格に定められてきました。しかし、以下の事項について、一定のプロセスにおいて、生活支援員等による実施が認められることで、医療的ケアを必要とする障害者にとって、障害者支援施設が生活の場の選択肢の一つとしてより重要な役割を果たすことが可能になるものと思われます。

- 1 痰の吸引
- 2 経管栄養
- 3 自己導尿の補助
- 4 疼痛の看護
- 5 摘便
- 6 浣腸
- 7 ストーマ

第1部 医療的ケアとは

- 8 人工呼吸器
- 9 酸素療法

※これらの9項目については、医療的ケアを提供する障害者支援施設等の実態と意見を踏まえ、頻度や安全性、看護職等の不在時における対応の必要性等を総合的に勘案して整理したものであり、実施している医療的ケアの全てではありません。その他の医療的ケアについては、更に慎重に議論をする必要があるものと思われます。

第Ⅱ部 医療的ケアを安全に実施するために

《医療的ケアを実施するために》

- 医療的ケアは、医師・看護師等の高度な専門性と技術を有する専門職種に限って実施が許されてきたという意義を考えれば、安易にこれら以外の者が実施することが認められるものではないという点を大前提として認識する必要があります。
- 一定の医療的なケア、かつ当該医療的ケアの一定のプロセスに限って生活支援員等が実施する場合においても、生命に関わる重大な行為であるという責任と認識を持った対応が不可欠となります。
- また、医療的ケアを実施する生活支援員等の不安や日々の悩みについても適切にフォローし、医療的ケアの実施を当該職員の責任のみにおいて実施する（させる）ような状況のない様に十分に配慮し、組織・体制として実施責任を担っていくように留意し工夫してください。具体的には、医師の指示と施設長・管理者の責任を明確にすることが重要です。
- そのため、生活支援員等に医療的ケア実施させる、施設・事業所においては、下記の事項が、必要最低限の条件として求められます。
 - 1 安全管理体制等の体制整備
 - 2 医療的ケアに関する専門的な知識・技術に関する研修（一般研修及び、行為ごと・利用者ごとの個別的な研修）
 - 3 医療的ケアを希望する利用者への説明と同意

1 医療的ケアを実施するための体制整備

- 生活支援員等が医療的ケアを行う施設・事業所においては、主に下記のような体制を整備する必要があります。また、各施設・事業所ごとに医師等や病院関係者等の助言を得ることや相談を行いながら、適切な体制の整備に努めることが不可欠です。

(1) 責任者の設置・明確化及び施設内委員会の設置等

施設内の安全管理体制の構築および推進のため、医師の関わりと責任を明らかにし、また、施設長・管理者が兼ねる場合を含む「医療安全管理者」を定め、実施責任等を明確にする必要があります。

また、施設・事業所内での医療的ケアの安全、円滑な実施や、医師、看護師、生活支援員等の関係者の連携・協力を確実に実施するため、「施設内委員会」(医療安全委員会)を設置し、組織として取り組みを進めることが重要です。

医療安全管理者は、施設・事業所における医療的ケアの実施に関わる、体制整備や研修の実施、連携する医療機関との連絡・調整、施設内委員会(医療安全委員会)の統括、実施管理や緊急時の対応等の最終的な責任を持ちます。

医療安全委員会では、安全管理に関する基本的考え方や安全管理のための指針の策定、個別・具体的なマニュアル等の検討・整備をはじめとして、施設・事業所内の体制整備全般の課題や対応について検討を行います。

また、その検討内容と対応策等について、施設・事業所内への周知・徹底を図る役割を担います。

(2) 日常的な医師・看護師への相談・連携体制

緊急的な対応や日常的な相談を含めて、医師・看護師等との連携体制を明確にする必要があります。外部医療機関等との連携を行う場合には、契約を締結する等、体制や具体的に対応を依頼する事項等を明文化・明確化してください。

施設・事業所内においては、曜日ごと、時間帯ごとの連絡・対応方法や、その際の担当(責任者)等を関係職種勤務状況等に応じて詳細に定めておくことも適切な方法である考えられます。

(3) 医療的ケアの実施範囲(項目・プロセス)の明確化とマニュアルの策定

当該施設・事業所において、生活支援員等が行うことのできる医療的ケアの項目と具体的なプロセスを明確にし、それを踏まえて個別支援計画に明記するとともに、個別の実施ケアごとにマニュアルを策定する必要があります。

この個別のマニュアルについても、個別支援計画等に盛り込み適切な実施を担保してください。

また、痰の吸引や経管栄養等の項目ごとの共通的な留意事項や手順等を定めたもののほか、当該ケアを実施する利用者ごとの実施方法の差異や注意点を明確にした医師等による指示書(下記参照)や個別マニュアルを策定する

ことが必要です。

さらに、これらにおいて生活支援員等が単独で実施する事項（プロセス）、生活支援員等が複数で実施する事項（プロセス）、看護師等とともに実施する事項（プロセス）等も明確にしておくことが重要です。

このように、実施内容、実施者、実施頻度等を個別に明確にしてください。

なお、緊急時の対応（医師・看護師等との連絡方法、指示ルート、また、救急搬送等）についても下記等を参考しながら、また、各施設における医師及び看護師の勤務状況等を十分に勘案し定めた上で、明文化し、関係職員に周知・徹底を図ってください。

マニュアルについては、適宜、医療安全委員会で実施過程を踏まえた見直し等を行うことも重要です。

a 医療的ケア実施指示書（例）

利用者氏名 様

生活支援員等が実施することのできる医療的ケアの項目、範囲及び実施にあたっての留意事項

1. <医療的ケアの項目>

(1) 実施可能な範囲

(2) 実施可能時間

(3) 実施にあたっての留意事項 ※注意点、単独での実施の可否等

(4) 実施可能な職員名（研修修了者）

2.

...

平成〇〇年〇月〇日

医師 〇〇 〇〇 印

障害者支援施設〇〇園

施設長（管理者） 〇〇 〇〇 印

※以下では、救急対応等について定めておくべき事項を整理しています。役職名等については、各施設・事業所の実情と職責等に応じて適切な責任体制を確保できるように読み替えてください（《 》内は、施設・事業所の役職・職責及び、業務分担当を踏まえあらかじめ定めておく者）。

b 救急対応マニュアルに定めることが必要な事項（例）

〔緊急時の対応〕

○施設・事業所での利用者の急病や怪我等には、全職員が留意し相互に連携し協力するとともに、発生した場合は、医師の指示のもと、看護師及び生活支援員が適切に対応すること。

〔症状等の確認と対応〕

○看護師及び生活支援員は、直ちに連携・協力して、当該利用者の意識、顔色、呼吸、熱感、排便、嘔吐、部位等について確認を行い、医師に報告し指示を仰ぐ等の迅速な対応を図ること。

〔対応方法等〕

(1) 急病人等の症状の緊急性に応じた区分は次のとおりとする。

区分「Ⅰ」	意識がない場合や呼吸困難等、症状が重篤な状態。
区分「Ⅱ」	症状がやや軽度で安定しており、看護師が処置可能な状態。
区分「Ⅲ」	症状が軽度で安定しており、看護師の指示を受けた介護士が対処可能な状態。
区分「Ⅳ」	症状が軽微で本人の同意も得て経過を見守る状態。

(2) 看護師及は、(1) の判断基準にもとづいて、以下のとおり対応する。

①区分「Ⅰ」の場合

ア. 看護師又は看護師からの指示を受けた生活支援員（夜間の場合は夜勤責任者又はその指示を受けた者）は、直ちにその旨を医師へ連絡し指示を受け、救急車等により病院へ搬送すること。その他、医師の具体的な指示があった場合はそれに従うこと。

イ. 看護師は、速やかに《あらかじめ定めておく者》にその旨を報告し、《あらかじめ定めておく者》は、施設長・管理者等及び家族等にそれぞれ経過を含め所要の報告すること。

②区分「Ⅱ」の場合

看護師は、速やかに《あらかじめ定めておく者》に報告し、必要に応じて処置の指示を受け対応するとともに、《あらかじめ定めておく者》はその旨を施設長・管理者に報告し、必要に応じて家族に連絡すること。

③区分「Ⅲ」及び「Ⅳ」の場合

生活支援員は、特に夜間において看護師の指示による対応をした場合には、速やかにその経過等について当該看護師及び《あらかじめ定めておく者》に報告すること。報告を受けた当該看護師は自ら症状確認し必要に応じて適切な対応を行うこと。

※②・③の場合においても、対応中に容体が急変し又は異常が発生した場合等は、①に準じて対応を迅速に行うこと。

④上記に定める対応をした看護師及び生活支援員は、日時、場所、症状、経過等、その対応状況を適切に記録するものとする。

c 緊急時の連絡・相談等の具体的な対応の流れ（例）

- (1) 緊急時は、必ず応援者を呼び、複数で対応・確認すること。また、発生状況・経過等を最も把握している者から適切に情報を得ること。
 - (2) 緊急時は、「d 緊急時の現場での対応手順（例）」に沿って迅速に対応すること。
 - (3) 連絡・報告は要点を整理し迅速に行うこと。
 - (4) 利用者の安全を確保し、利用者につき添う者と、連絡・対応を行う者との役割分担と連携を密に図ること。
- (※必ず「利用者の側にいます」「連絡に行ってきます」等、声に出し確認を行い対応を行う)

なお、状況や経過等を最も把握している者が連絡・対応を行うことが好ましいが、状況に応じて最も迅速かつ適切な方法で対応を行うこと。ただし、第三者を介して連絡する時は、事実が正確に伝わるように、伝達の方法等に十分に留意すること。

【連絡・相談先】

- 同シフト勤務等の看護師、生活支援員・
- 《あらかじめ定めておく者》に連絡し対応について指示を受けること。

【連絡・相談の方法】

- 報告者は、「誰が」「いつ」「どこで」「どのように」「どうした」を要点を整理し報告すること。

○報告を受けた者も「誰が」「いつ」「どこで」「どのように」「どうした」を声に出し再度確認し、報告者の冷静な対応を促すこと。

※報告者が動転していたりする時は、ゆっくりと経過を丁寧に聴くことで相手が冷静な対応を図れるように促すこと。

※お互いに反復して声を出し合うことで、報告内容を確認すること。

○報告を受けた者が内容を判断し、適切に《あらかじめ定めておく者》へ連絡する。

〔連絡・相談後の対応〕

○看護師は、原則として現場へ行き、発生経過と状況（バイタル等）を確認すること。現場の状況を確認し、その場で更に応援の要請が必要か判断し、まわりの職員へ指示する（一方的な連絡にならないよう、必ず現場を確認する）。なお、当該看護師は現場到着に時間がかかる場合、現場責任者を先に指名してから現場に向かうこと。

○看護師から指名を受けた現場責任者は、その旨をまわりの職員へ周知し、他の職員の協力を得て看護師が到着するまで現場において指示すること。また、まわりの職員は現場責任者に情報を伝達し、状況及び経過等の把握を一元化すること。

(5) その他の留意事項

○現場責任者が現場を離れるにあたっては、まわりの職員に断わり、対応責任の所在を明確にした上で行動すること。

○家族等への連絡・説明については、方法・必要性等について《あらかじめ定めておく者》が状況を把握し適切に判断、対応すること。

○対応に時間を要するような場合には、適宜、関係者に経過報告をすること。ただし、利用者への対応を最優先事項として対応すること。

d 緊急時の現場での対応手順（例）

★職員は生命の安全を最優先にした行動をとること

利用者の健康状態に異常が発生した場合（急変・転倒・外傷・誤嚥・その他）は、以下の手順で対応すること。

1. 声を出して職員を呼び、複数で確認する。
2. 発見時は、まずバイタルチェックを行う。

*観察ポイント

- ①顔色・意識の状態・体温・脈拍・血圧・呼吸（パルスオキシメータにて測定）嘔吐物の状態を観察する。
- ②病状を観察、あるいはその経過を知る利用者等から確認する。
（だれが・いつから・どこで・どこが・どのように・どうしたか）

★意識がない、呼吸停止〔SpO₂（動脈血酸素飽和度）が80%台〕、心停止、大出血、誤嚥・痰による 窒息、誤薬、異食などの重篤な状態の場合（判断に迷った時は「119」する）

- ①発見者は、即応援を求め「119」にて救急車の出動を要請する。

*搬送先は、緊急性を判断して最寄りの病院と救急隊が調整される。

- ②電話にて救急車の要請をする場合、できれば事故の状況、バイタル、利用者の名前・年齢、障害の状況を連絡する。

- ③救急車が到着するまでの対応

【救命手順】

- ・気道の確保
- ・心臓マッサージ
- ・出血の場合は止血（直接圧迫止血法・止血帯法）

【応援・協力者の役割】

- ・酸素、アンビューバックを用意する（※医務室等の保管場所を明記）
- ・現場に救急車の要請ができたことを報告。
- ・利用者の記録等、保険証、緊急連絡先、服用中の内服薬を準備。
- ・道路に出て救急車の誘導（夜間はライト所持し円滑に行うこと。）

- ④救急車には《あらかじめ定めておく者及びその人数》が付き添う。

- ⑤付き添いの職員は、その後の経過を施設に報告。《あらかじめ定めておく者》の指示にそって行動する。

- ⑥救急搬送後は、警察への事情説明を求められることがあるので、経過事実を一番によく把握している者が対応する。（対応については、《あらかじめ定めてお

く者」が情報を一元的に把握し対応すること。

★救急車の要請後、ご家族、《あらかじめ定めておく者》への連絡

- ①緊急連絡の基本は、現場が混乱しないよう、発見者が《あらかじめ定めておく者》へ連絡する。連絡を受けた者が内容を判断し、適切に連絡・相談する。
なお、連絡が取れなかった場合は、《あらかじめ定めておく者》に連絡をいれる。連絡を受けた者は、現場に行き確認する。
- ②家族への連絡は、《あらかじめ定めておく者》が状況を把握し、適切に判断し対応する。

【意識がある場合、判断に迷い相談する場合】

★いつもと違う症状を発見し、相談したい場合

★慢性疾患等により本人からの訴えや異変があった場合

- 1 その日の日直の看護師へ連絡相談する。連絡が取れなければ《あらかじめ定めておく者》に連絡を行う。
連絡者：発生状況・経過を一番把握できている職員が連絡・相談する。
報告すべき内容：
 - ①顔色・意識の状態・体温・脈拍・血圧・呼吸（パルスオキシメータにて測定）嘔吐物の状態を観察する。
 - ②病状の観察 ※相談、搬送病院をあらかじめ定めておく等、病状による対応方法を明記》
 - ③その経過を知る利用者等から情報収集し確認する。
(だれが・いつから・どこで・どこが・どのように・どうしたか)
- 2 《あらかじめ定めておく者》からの指示に従う
 - ①●●病院へ搬送するよう指示がでた場合
●●病院へ連絡する（TEL：〇〇〇-〇〇〇〇）
連携室（〇〇〇-〇〇〇〇）
利用者の簡単な基礎疾患の説明をした上で、上記のポイントを抑えて報告する。
 - ②「119」に電話し、救急車の出動を要請する、
 - ③健康保険証、福祉医療費受給者証（老人保険証）、診察券、緊急連絡先、連絡費、服用中の内服薬を持参の上、職員1名が付き添う。
 - ④救急隊到着時に必ず『●●病院に連絡がついているので●●病院にお願いします』と伝える。
 - ⑤付き添い職員は、その後の経過を施設に報告。上司の指示にそって行動する。

*転倒による外傷の場合

▲▲病院 (TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇) や

××病院 (TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇) を受診することもある。

3 救急車の要請後、ご家族、《あらかじめ定めておく者》への連絡

①緊急連絡・相談の基本は、現場が混乱しないよう、発見者が《あらかじめ定めておく者》に迅速に連絡・相談する。

②家族への連絡は、《あらかじめ定めておく者》が状況を把握し、誰が連絡すべきか判断し対応する。

③家族への連絡を行った職員は、そのことを《あらかじめ定めておく者》に報告する。
※不測の事態が発生した場合、職員は必ず《あらかじめ定めておく者》に連絡・相談すること。

(4) 重大事故の予防等 (リスクマネジメントに関する取り組み)

医療的ケアの実施にあたっては、重大事故にいたらないよう、日々の気づきや危険に感じたこと(ヒヤリ・ハット)等を集積・分析し、事故防止(再発防止)に継続的に取り組む必要があります。これは、施設・事業所における安全文化の醸成にも資するものです。

日々の気づきや危険に感じたこと(ヒヤリ・ハット)の報告書式や報告ルートを確認するとともに、集められた内容については、医療安全委員会等での分析に基づいて、対策の立案を行い、具体的な対応策を関係職種に対して迅速かつ確実に周知し、徹底を図ってください。

事故の発生予防および再発防止のための情報を収集するとともに、施設・事業所内における医療安全に必要な情報を適宜関係職種に周知・徹底してください。また、対策実施後の成果について評価し、評価に基づいた改善策を検討・実施してください。

さらに、事故発生時の対応についても、責任の所在、対応責任者や方法、事故によって生じる他の利用者への影響拡大を防止するための対応等を明確に定めておきます。

2 医療的ケアに関する専門的な知識・技術に関する研修

(一般研修及び、行為ごと・利用者ごとの個別的な研修)

(1) 研修の実施について

- 生活支援員等が医療的ケアを実施する場合には、医療的ケアに関する基礎的な知識や手順等を習得するための「一般研修」と、当該医療的ケアを実施する利用者の状況や実施方法に応じた「個別研修」を行うことが必要です。
- また、医療的ケアを実施する生活支援員等については、施設・事業所において一定の経験年数を有する場合に限るなど、安全な実施のために最大限の配慮を行う必要があります。
- 研修については、当初のみでなく、定期的かつ継続的に行うことが必要です。知識の蓄積や手技の修練に資するよう計画的に実施してください。
- なお、研修については、施設長・管理者等の医療安全管理者が研修の責任者として、体系的・計画的に実施することが重要です。

(2) 研修指導者・講師について

- 医師及び看護師等の医療専門職を基本に検討します。
- 安全管理体制等の仕組みづくりについては病院関係者等で必要な知識を有する方をお願いすることも考えられます。

(3) 一般研修の内容(案)

- 研修責任者は、以下の点に留意して研修を企画・実施することが考えられます。
 - ・研修責任者は、施設・事業所における医療的ケアの安全に関わる取り組みを促進する観点から、研修の企画、実施、実施後の評価、更に、これらを踏まえた研修内容や方法の見直しを適時行うことが必要です。
 - ・研修は、医療的ケアに関する知識・技術を習得することを基本としながらも、演習形式等の参加型研修を組み込むなど、職員の参加意識と研修効果の向上を図るような工夫と配慮が必要です。

〔研修内容の例〕 ※（ ）内：指導者・講師

- ◆障害者支援施設における医療的ケアの重要性と意義（施設長・管理者）
：生活支援員等が医療的ケアを実施する必要性（利用者のQOLの向上等）・歴史的な経緯・具体的な内容・実施体制等について
- ◆医療的ケアの基礎知識（医師）
：利用者の障害特性や各医療的ケアの内容・意味・注意すること等について
- ◆医師の指示に基づく個別的な医療的ケアの実施（看護師等）
：一般的な医療的ケアの手技（実施手順・留意点等）について必要な器具等を用いて実施指導、医師の指示への適切な対応等
- ◆施設・事業所における安全管理体制・研修について（病院等関係者）
：施設・事業所における安全管理体制のポイントや実際の構築例 ※
- ◆事故発生時の説明責任と対応（弁護士等の法律専門家）※

※当該内容については、施設・事業所の施設長・管理者及び、医療安全管理責任者の受講も必要。

（4）個別研修の内容（案） ※医師・看護師等を指導者とする

○個別研修については、一般研修を終えたことを前提とし、医療的ケアを実施する利用者ごとに、また、当該医療的ケアの項目（プロセス）ごとに実施することが必要です。

○例えば、「痰の吸引」であっても、利用者ごとに実施方法や留意点は異なり、医師及び、看護師等の適切な指導のもと、安全に実施できるように修練を行うことが不可欠です。

〔研修内容の例〕 ※（ ）内：指導者・講師

- ◆当該医療的ケアの意義と実施上の留意点（医師）
- ◆当該利用者に対する個別的な留意事項・実施上の注意点（手技の指導含む）（医師、看護師）

第Ⅱ部 医療的ケアを安全に実施するために

：利用者一人ひとりへの医療的ケアの留意事項、手技について注意点や実技指導

◆その他、経過観察及びアフターフォローの方法や医師等への報告と相談

：実施後のバイタルチェックや安全確認等（看護師）

※手技については医師・看護師により定期的かつ個別にチェック（テスト）する等、万全を期してください。

e 医療ケアに関する研修の実施（例）

（施設・事業所内研修の実施例）

1. 一般研修

※実施時間は最低限必要と思われる時間数です。

研修内容・	講師	実施時間
(1) 当該施設・事業所における医療的ケアの実施にあたっての基本的考え方、安全管理体制等について	施設長・管理者	1時間以上
(2) 医療的ケアの基礎知識	医師	4時間以上
(3) その他 (随時ではないが、外部研修等も活用し定期的に実施するもの。)		
◆医師の指示に基づく個別的な医療的ケアの実施	看護師等	2時間以上
◆施設・事業所における安全管理体制・研修について	病院等関係者等	2時間以上
◆事故発生時の説明責任と対応	弁護士等の法律専門家	1時間以上

2. 個別研修

○以下の内容を、医療的ケアを実施する生活支援員等に個別に、かつ、実施する医療的ケア及び利用者ごとに随時実施する。

※回数は最低限必要と思われる実施回数です。職員の経験年数や、実施する医療的ケアの難易度等を勘案し、医師と相談の上、所要の回数を定める必要があります。

第Ⅱ部 医療的ケアを安全に実施するために

研修内容	回数
①施設長・管理者による医療的ケアの実施に当たっての基本方針や安全管理体制等の確認	1回以上
②医師による当該医療的ケアを実施する利用者の状況等の説明 ・利用者の疾病、様子確認のポイント、感染症等の予防に関する留意点等	1回以上
③医師による当該医療的ケアの実施方法に関する具体的な指示・レクチャー ・当該医療的ケアの意義、当該医療的ケアを実施する利用者に関する注意事項等	1回以上
④看護師による手技の反復的指導 ・当該医療的ケアの具体的な実施に関する反復的指導。実施の安全が確認できるまで、反復的に指導を行う。	5回以上
⑤医師、看護師による実施確認 ・当該医療的ケアの実施を認めることができるか、医師、看護師による確認	1回以上

※なお、その後も一定の期間を定め（概ね3ヶ月に1回以上）、定期的に医師、看護師による確認、評価等を行う。

3 医療的ケアを希望する利用者への説明と同意

○利用者が必要となる医療的ケアを受けながら当該施設・事業所での生活を望んでいる場合には、必要に応じて看護師及び生活支援員により医療的ケアが提供されることを十分に説明することが不可欠です。

○特に、生活支援員が医療的ケアを実施するにあたっては、施設長・管理者が責任をもって、利用者（家族及び、成年後見人等）に説明を行い、文書によって同意を得る必要があります。

○その際、当該利用者に対して生活支援員がどの行為をどの範囲で実施するのかについて、個別的に説明を行うとともに、施設・事業所の安全管理体制等についても丁寧な説明を行う必要があります。そして何より利用者等との信頼関係を構築しておくことが重要です。

○利用者の安心と安全を第一とし、全ての医療的ケアを生活支援員が行うので

第Ⅱ部 医療的ケアを安全に実施するために

なく一定の範囲で実施すること、また、必要な研修を十分に受けていることや医師・看護師等によるフォローや緊急時等の体制が十分に整備された上で実施していることを伝える必要があります。また、具体的な説明に際しては、個別支援計画や当該利用者に対する個別的な医療的ケアの提供マニュアル等を示しながら、具体的に行います。これらの丁寧なプロセスを踏んだ上で、書面によって同意を得ることが望まれます。

○なお、書面による同意にあたっては、下記のような事項をあらかじめ明記した書式を作成してください。

○同意書の内容等に変化がない場合であっても概ね 1 年（年度）ごとに更新することが好ましいと考えられます。また、内容に変化がある場合はその都度、説明を行い、同意を得ることが必要です。

第Ⅲ部 医療的ケア実施マニュアル

○生活支援員等が実施する医療的なケアについて、各医療的ケアの概略と標準的な手順、実施を検討すべき範囲について整理しています。また、これらを実施する場合には全て医師の指示に基づいて、看護師等のサポートを適宜受けながら実施することを前提としています。包括的かつ無制限に実施できない点に十分に留意してください。

- 1 痰の吸引
- 2 経管栄養
- 3 自己導尿の補助
- 4 疼痛の看護
- 5 摘便
- 6 浣腸
- 7 ストーマ
- 8 人工呼吸器
- 9 酸素療法

○以降のマニュアルは、あくまで標準的なプロセス及び範囲等を示したものです。医療的ケアを実施する利用者の状況にあわせて、生活支援員等が実施できる範囲等は、医師との相談の上、個別に定めて実施すべきことは、先に述べたとおりです。個別的な実施方法等については、一般研修及び個別研修で十分に理解し、実施にあたっては個別の実施手順書等にもとづいて実施してください。

※以下の手順は、今後更に医師、看護師等の意見・確認を踏まえ、精査していくこととして
います。

1 痰の吸引

○空気を体内に取りこみ、排出することが呼吸（換気）です。鼻や口から吸いこんだ空気は空気の通り道である気道を通って肺に入り、再び気道を通って体外に出ていきます。しかし、呼吸器系疾患や神経系難病等により、気道内に痰などの分泌物が増加し自力で出すことが困難であると、気道が痰（気道内分泌物）でふさがり、狭くなって換気が不十分になります。そのような時は、痰を速やかに除去し気道の清浄を図らなくてはなりません。

○吸引は、吸引器につないだカテーテルを口や鼻腔に挿入して痰を吸い出すことです。気管を切開している場合には、気管切開口から挿入して直接気管内分泌物を吸引します。吸引カテーテルは硬い材質でつくられているので、気管に直接吸引カテーテルを挿入する場合には、利用者の気管の粘膜を傷つけないよう注意が必要です。これは、カテーテルを挿入する長さを気管カニューレ内に限れば予防できます。また、吸引時間が長くなると肺の中の空気が少なくなると苦しくなったり、肺細胞の損傷を起こしたりするため、決められている時間（一般には10秒程度）を守る必要があります。

実施手順	
	1. 吸引前の健康状態を観察します。
	2. 体位変換やタッピング等により排痰を誘導します。
	3. 吸引の必要時期等の判断をします。
	4. 必要物品を準備します。
	5. 利用者の姿勢を整えます。
	6. 吸引を実施します。
種類	咽頭より手前（口腔内）の吸引 ※〇〇cmまで。
	咽頭より手前（鼻腔より）の吸引
	咽頭より奥の吸引
	エアウェイ内の吸引
	気管カニューレからの吸引
手順	①吸引器の吸引チューブと吸引カテーテルを接続します。
	②吸引器のスイッチを入れ、生理食塩水を吸引して、吸引状態を点検します（吸引用カテーテルを消毒液につけている場合は、カテーテル内の消毒液を洗い流す意味もあります）。
	③カテーテルを折り曲げるなどして、圧力がかからないようにして静かに挿入します（粘膜を傷つけないためです）。 ・低酸素状態になるのを避けるため、1回10～15秒以内とします。 ・気管切開の吸引の場合は出血を防ぐため、気管カニューレ内までにとどめます。
	④カテーテルの折り曲げた部分を伸ばし、カテーテルをゆっくり回しながら引き上げ、分泌物（痰）を吸引します。 ・カテーテル内が閉塞しないように、時々生理食塩水を吸引し分泌物を流します。その際、カテーテルについた雑菌が水のボトル内で繁殖しないように、アルコール綿でカテーテルを拭き取ります。
	⑤吸引終了後もアルコール綿で拭き取り、生理食塩水で通水し、カテーテル内の吸引物をボトルまでしっかりと流します。
	⑥吸引チューブからカテーテルを取り外し、消毒液に浸けます（使い捨てのカテーテルの場合は、医療用廃棄物として処理します）。
	⑦吸引器のスイッチを切ります。
	7. 利用者の状態を確認します。
	8. 後片付けをします。

2 経管栄養

- 栄養摂取の過程で嚥下機能等に支障のある場合、例えば、加齢によりむせを防ぐ反射速度が低下したり、脳血管疾患によりむせを防ぐ神経をつかさどる脳の部位に損傷を受けたり、進行性疾患により飲み込み動作の運動神経が麻痺した場合には、むせを起こす部位や障害の部位を通過しなくてすむよう管を通して、栄養分を体内に送る必要があります。それが胃瘻・腸瘻・鼻腔栄養という方法です。
- 胃瘻は、手術によって腹部に穴をあけ、直接胃に栄養分を送る管を通し、留置しておくものです。比較的短い管と、抜去を防ぐための胃内の固定板、体内への入りこみを防ぐ体外固定板という構造です。この管に、注込器を接続して、栄養分を流し込む仕組みです。器具の抜去や皮膚のトラブルに注意が必要です。また、注込速度は姿勢や高さによって変化するので、注込中は身体を動かさないようにし、しばらくは上半身を起こしておきます。注込が速すぎると、嘔吐や腹痛、下痢が出現する危険があります。
- 腸瘻は、食物の咀嚼・飲み込みの障害や長期的な管の留置の必要性がある上に、胃の働きが弱かったり、食道への逆流があるため胃瘻の使用が困難であったりする場合に使用します。腸瘻は、胃瘻に似た構造であり、手術を要します。違いは管の先端が腸内にあることです。胃瘻と同様、器具の抜去や皮膚のトラブル、栄養剤注込後の身体状態について留意する必要があります。
- 鼻腔栄養は、短期間の管の留置や、胃瘻・腸瘻の手術が困難な場合に使用します。手術はせず、鼻腔から、明頭→食道→胃という消化管に管を通して、鼻にテープで固定し、管を通じて胃内に栄養を送るものです。この場合、管の抜去に注意が必要です。また、外見上は適切に挿入されているようでも、食道の逆流現象により管が喉のあたりで丸まっていることがあるので、口の中を見て確認する必要があります。また、管の先端が気管に入った場合、肺に注入物が入り、生命の危険があります。注込の際には、必ず聴診器で管の先端が胃内にあるかを確認する必要があります。

実施手順
1. 注込前の健康状態を観察します。
2. 注込の準備をします。
3. 注込する体位を整えます。 ・基本は、座位又は上半身を挙上した右側臥位をとって頂きます（胃の形状等によってはこの限りではないので主治医の指示に従います）。
4. 胃の調子や残滓物の確認、チューブが胃内に入っているかの確認等、実施の判断を行います。 ・口腔内でチューブが丸まっていないか確認します。 ・注射器で空気を注込し、胃部に聴診器を当て、気泡音を聴取します。 ・注込器で胃液を吸引し、食物残渣の状態を確認します。
5. イリゲーターのクレンメを閉じて、温めた経管栄養剤を入れ、スタンド等にかけます。
6. 胃内に空気を送り込まないように、イリゲーターのチューブ内を注込液で満たします。
7. 経鼻カテーテル（胃瘻・腸瘻チューブ等）とイリゲーターのチューブを接続します。
8. イリゲーターのクレンメを開け、注込を開始します。
9. 注込中の滴下調整を行います。
10. 注込中の観察、状態の見守りを行います。
11. 注込が終了したら、クレンメを閉じ、接続を外します。
12. 注射器で経鼻カテーテル（胃瘻・腸瘻チューブ）内に残った経管栄養剤を流すように白湯を注込します。
13. 全工程終了時の状態を確認します。
14. 逆流・嘔吐防止のため、40分程度そのままの姿勢を保って頂きます。
15. 後片付けをします。

3 自己導尿の補助

○排尿経路に障害が起こると、尿を体外に排泄できなくなります。原因としては、前立腺肥大、悪性腫瘍による尿道狭窄などや、神経障害による排尿困難などがあります。その場合、一定の間隔で膀胱にカテーテルを挿入してたまっている尿を排出させる「導尿」を行います。

○また、排尿を持続的に促すために膀胱カテーテルを留置し、あるいは手術によって腎瘻（尿管の断面を皮膚につないだ新たな排尿口）や人工膀胱（腸粘膜を代用した膀胱）、膀胱瘻（膀胱と皮膚をつないだ新たな排尿口）を造設し採尿袋に尿をため処理する方法があります。

実施手順
1. 必要物品を準備します。
2. 利用者の指先を消毒します。
3. 尿道口を確認し、十分に消毒します。
4. 先端にキシロカインゼリーを塗布したカテーテルを尿道口に挿入し尿器を受けます。
5. 使用後のカテーテルは水洗いの後、消毒液入りのケースに保存します。
6. 後片付けをします。
7. 挿入時間、尿量、性状（色・混濁・浮遊物）等を記録します。
8. 【膀胱カテーテルの留置・人工膀胱・腎瘻・膀胱瘻利用者の場合】ウロガード（採尿袋）等の尿を処理します。

4 疼痛の看護

- 「疼痛」とは、「痛み」をあらわす医学用語の一つであり、「痛み」とは、組織の損傷を引き起こす、あるいは損傷を引き起こす可能性のある時に生じる「不快な感覚」や「不快な情動体験」、あるいはそのような損傷を表現する用語で表される「不快な感覚」や「不快な情動を伴う体験」であり、常に主観的なものです。
- 痛みは4～6週間以内持続する急性疼痛と4～6週間以上持続する慢性疼痛に分類されます。痛みという感覚は現在では危険を知らせるシグナルとして有用と考えられていますが、これは急性疼痛のみで有効な考え方で、慢性疼痛では痛みの原因と考えられる危険が全く存在しないことも多々あり、痛みがそれ自身で疾患として捉えられ、痛みを感じなくすることが治療となることもあります。「痛み」を『身体的苦痛』『精神的苦痛』『社会的苦痛』『歪的苦痛』から成る「全人的痛み」（トータルペイン）として多角的に捉え対処を行う必要があります。疼痛の看護にあたっては痛みのアセスメントを行うことが重要となってきます。
- アセスメントでは、どこが痛い（部位）、どんな痛みか（質）、どのくらい痛い（程度）、いつ痛みが強くなるか（タイミング）、何に困っているか（影響）、何が痛みを修飾しているか（緩和/増悪因子）というポイントに留意します。

実施手順	
1. 疼痛の有無を把握します。 ●言語的徴候…疼痛の部位、程度、持続時間 ●非言語的徴候…顔に皺を寄せる、手を握り締める、動こうとしない、発汗、顔面蒼白（紅潮）、血圧変動、頻脈、落ち着きがない等	
2. 疼痛をアセスメントし、必要に応じて医師に報告します。	
3. 疼痛を緩和するための方法を実施します。 ・体位の工夫・体動方法の指導・体位交換・装具使用 ・気分転換活動・注意転換法（音楽療法・散歩等） ・心理的療法等	
4. 状態を医師に報告し、指示のあった対処を実施します。	
【鎮痛剤の内服】	①薬名・対象者氏名等の確認をします。
	②投薬します。
	③飲みこぼし等ないか確認します。
【鎮痛剤の座薬挿入】	①使い捨てゴム手袋を装着します。
	②座薬の先の尖っている方に潤滑油を塗り、肛門に挿入します（肛門括約筋の奥へ入れます）。
【湿布の貼付】	①患部の状態を観察します。
	②湿布を貼付します。
【軟膏塗布】	①患部の状態を観察します。
	②使い捨てゴム手袋を装着し、軟膏を塗布します。
5. 疼痛緩和の効果等を確認し、記録・報告を行います。	

5 摘便

○排便は、生命維持のために必要不可欠な生理的機能であり、基本的な欲求です。何らかの原因によって便が大腸内にたまってしまい、排便回数や量が減り、排せが難しくなった状態を便秘といいます。

○便秘が長期にわたってしまうと食欲不振・不安などの全身的症状や、吐き気・嘔吐・腹部膨満感・腹痛などの消化器症状が起り、利用者は苦痛に陥ります。便秘はできるだけ早期に対処する必要があります。著しい便秘になってしまった時には、浣腸・摘便を行います。

○便が硬く肛門の出口付近で詰まり、自力での排便が困難な場合や、りきむことが身体的な負担となる場合、また意識低下や麻痺のため自力での排便が困難な場合に、手指を肛門内に挿入し、便をかき出す行為を摘便といいます。

実施手順
1. 必要物品を準備します。
2. 使い捨てゴム手袋を着け、指先と肛門に潤滑油を塗って滑りやすくし、ゆっくりと肛門に挿入し、便の位置・大きさを確認します。
3. “の”の字を書くように、指をゆっくり回しながら便を掻き出します（便塊が大きい場合は、砕いて掻き出します）。 ・腹部を圧迫しながら行います。 ・粘膜が傷つかないように注意します。
4. 排便の状態（量、性状等）を確認し、記録します。
5. 後片付け（便処理等）をします。

6 浣腸

○浣腸とは、便やガスの排泄を促進させることを主な目的として、肛門から腸内に液体を注入することを行います。器具にはディスポーザブル浣腸（使い捨てのプラスチック容器にあらかじめ調合された薬剤の入ったタイプ）やシリンジ浣腸（ピストン式のガラスの管の中の薬剤をシリンダーを押し込む圧力で注入するタイプ）等がありますが、現在一般的なものはディスポーザブル浣腸です。

○ディスポーザブル浣腸はほとんどがグリセリン浣腸です。グリセリンは油脂を構成する成分の1つであり、人体に対して毒性が低いことも浣腸液として適しています。水とよく混ざる特性を持ち、グリセリンを腸内へ注入すると、浸透圧によって大腸を刺激し蠕動運動（便を肛門方向へ押し出そうとする腸の運動）を促進させるとともに、便を柔らかくします。また、潤滑油の役割を果たし便の滑りをよくし排出しやすくします。グリセリン原液は刺激が強すぎるため、30%～50%の薬剤が使用されます。グリセリン浣腸では、腸内に傷のある場合、グリセリンが血液中に流入し、溶血や腎不全を起こす危険性が高く、また排泄物が進入することにより腹膜炎を起こす可能性があります。そのため、浣腸時には不適切な体位（立位）をとったり、深く挿入して腸壁を傷つけたりしないように注意する必要があります。

実施手順
1. 必要物品を準備します。
2. 浣腸液を体温程度に温めます。
3. 浣腸する体位（左側臥位）を整えます。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 立位での実施は直腸穿孔（また傷ついた粘膜からのグリセリン吸収に伴う溶血・腎障害の副作用）という医療事故につながる危険性があります。 ・ 左側臥位は注入液を直腸から容易に流し、左腹部にある下行結腸に到達させるため大切です。 ・ 肌の露出、プライバシー保護に配慮します。
4. 肛門周囲とグリセリン浣腸先端に潤滑油をつけます。
5. 肛門にグリセリン浣腸を5～6cmほどゆっくりと挿入します。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 7cm以上のチューブ挿入は直腸を傷つける危険性があります。
6. 浣腸液をゆっくり注入します。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 浣腸液60mlの場合は約20秒かけて注入します（30mlの場合は10秒）。
7. 浣腸液注入が終わったら、肛門部をティッシュ等で押さえ、ゆっくりチューブを抜去します。
8. 排便の状態（量、性状等）を確認し、記録します。
9. 利用者の状態を確認します。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 悪寒や気分不快、出血（尿・肛門・便）、会陰部や肛門部周囲の腫脹などないか、確認します。 ・ 出血等の異常を認めた場合は、すぐ報告します。
10. 後片付け（便処理等）をします。

7 ストーマ

○消化管は、摂取した食物から栄養分を吸収し、残渣物を便として排泄します。消化管に通過障害が起こると、便を体外に排泄することができなくなります。原因としては、悪性腫瘍などがあります。

○人工肛門は、手術により造設され、体内から（腹部の皮膚から）腸の断面を出し肛門の代わりとする排泄口です。人工肛門には、括約筋の機能はありません。そのため、ガスや排泄物を受け取るためのストーマ装具を皮膚に装着する必要があります。しかし、装具や消化液は、皮膚障害を起こす原因となります。そのため、皮膚保護剤、専用リムーバーなどの医療用具や、専門的なケアが必要になります。

実施手順	
【パウチ交換】	1. 必要物品を準備します。
	2. ビニール袋をセットします（交換時排泄物等を受けるため）。
	3. パウチを外します（皮膚が傷つかないように、優しく剥がします）。
	4. ストーマの周りをウェットティッシュで清拭します。
	5. 溝に入った便を爪楊枝とウェットティッシュで取り除きます。
	6. 新しいパウチを装着します。
	7. 使用済みのパウチの中身はトイレに流し、本体は廃棄します。
【フランジ交換】	上記1～3まで同じ順序で行います。
	4. フランジ（ベース）を剥がします。
	5. ウェットティッシュでストーマの周りを清拭します。
	6. 清拭用タオルで全体を拭きます。
	7. 皮膚にトラブルがないか、確認します。必要に応じて軟膏など塗布し処置します。
	8. 新しいフランジ（ベース）を貼ります。
	9. 新しいパウチを装着します。
10. 後片付けをします。	

8 人工呼吸器

○呼吸は空気を肺に吸い込み、空気中の酸素を体内に取り込み、二酸化炭素など不要な物質を体外に排出することです。酸素の取り込みは、まず空気を肺の中に吸い込み、吐き出すという換気が必要です。換気の障害は、胸や腹部の運動に障害が起こると生じてきます。例えば、筋萎縮性側索硬化症（ALS）は胸や腹部の運動に障害が起こり、呼吸に問題が生じます。改善には、空気に圧力をかけて肺に送り、圧力を抜いて肺にある空気を排出します。この換気を補う機器が人工呼吸器です。

○人工呼吸器は、空気に圧力をかけて肺に送り込み、肺の中の空気を体外に出す装置です。人工呼吸療法には気管を切開してチューブを挿入して行う侵襲的人工呼吸療法と鼻マスクなどを用いる非侵襲的人工呼吸療法があり、使用する人工呼吸器は異なります。人は脳に3分間酸素が送られないと障害が出るといわれています。人工呼吸器が空気を肺に送らなくなると生命の危機にさらされます。

○人工呼吸器は直接生命に関わる器具であるため、取扱いには細心の注意が必要です。緊急用にアンビューバッグを常に備えておく必要があります。

実施手順	
【点検】	1. コンセントの確認をします。
	2. 呼吸回路の確認をします。 ・接続部分が外れていないか確認します。 ・回路に閉塞や屈曲がないか確認します。 ・圧ラインチューブは、本体気管チューブより上側になるようにセットします。 ・フレックスチューブ等の汚れがないか確認します。
	3. 加温加湿器の動作確認をします。 ・加湿器内の水分量の確認をします。補充時は精製水を使用します。 ・加温加湿器の温度設定を確認するとともに、チャンバーに触れて高温になっていないか確認します。
	4. 呼吸回路内の水抜きをします。 ・圧ラインチューブに水滴等がついた場合、一旦外しチューブを振るなどして除去します。 ・回路内の水滴がウォータートラップに流れるように、その位置が最も低部にセットされているか確認します。 ・呼吸回路内の水滴をウォータートラップに集める際に、気管切開部分に水滴が逆流しないように、一旦回路を外す等の細心の注意を払います。
	5. 呼気弁付近の水抜きをします。
	6. 換気動作を目視確認します。
	7. 換気設定条件の確認をします。
【アラーム対応】	1. 消音スイッチを押します。
	2. アラームメッセージを確認します。
	3. 対応表等（別表）により原因を確認し、対処します。
	4. アラーム表示が解消→リセットスイッチを押します。
	5. アラーム表示が解消されない場合 →・アラーム対応表に記載されていないエラーの時は、業者に連絡します。 ・人工呼吸器が停止している間は、SPO ₂ 値を計測しながら、利用者の状態によりアンビューバッグで対応します。 ⇒利用者に異常があれば、救急車を要請します。

★「人工呼吸器点検記録表」及び、「人工呼吸器対応アラーム表」は別紙を参考にしてください。

9 酸素療法

○酸素療法とは、種々な原因による無酸素症・低酸素症の予防または治療の目的で、高濃度の酸素を吸入させることです。酸素療法を行うことで、低酸素症の改善または予防、呼吸仕事量の減少、心臓の仕事負担量の軽減、肺血管床の拡張による肺高血圧症・右心不全の予防改善などの効果が期待されます。酸素供給には、酸素濃縮器や酸素をつめたボンベ等を使います。

○酸素濃縮器は、空気中の酸素と窒素を分離させて濃度の高い酸素を作り出し、供給する装置です。

○酸素ボンベは、屋外にて使用します。酸素ボンベに呼吸同調機を取り付けることで息を吸っている時だけ酸素を供給することになります。

○酸素療法器具の取扱いについては、加湿器等により給湿すること、器具は滅菌・消毒したものを使用し感染予防をすること、酸素療法を行っている所では火気を近づけないこと等に注意が必要です。

実施手順	
【酸素ボンベ】	1. 酸素ボンベに減圧器付き流量計、加湿器を接続します。
	2. 流量計に鼻腔カニューレ（マスク）を接続します。
	3. 利用者の鼻（または口）に装着し、絆創膏などで固定します。
	4. 指示された酸素流量を流します。
【酸素濃縮器】	1. 電源を入れます。
	2. 鼻腔カニューレ（マスク）を接続します。
	3. 利用者の鼻（または口）に装着し、絆創膏などで固定します。
	4. 指示された酸素流量を流します。

人工呼吸器点検記録表

利用者名: _____

点検日時		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
点検内容	①コンセントの確認	□処置 □点検							
	本体 加湿加湿器	□処置 □点検							
②呼吸回路・加湿加湿器									
呼吸回路の確認 ・接続部のゆるみ ・チューブの汚れ ・チューブの亀裂	気管接合部	□	□	□	□	□	□	□	□
	フレックスチューブ	□	□	□	□	□	□	□	□
	呼吸弁	□	□	□	□	□	□	□	□
	圧ラインチューブ	□	□	□	□	□	□	□	□
	ウォータートラップ	□	□	□	□	□	□	□	□
加湿加湿器の 動作確認	温度設定	□	□	□	□	□	□	□	□
	チャンパーの水量	□	□	□	□	□	□	□	□
	チャンパーの破損・温度	□	□	□	□	□	□	□	□
呼吸回路の水抜き	水捨て、回路内の水滴	□処置 □点検							
	圧ラインチューブ	□	□	□	□	□	□	□	□
呼吸弁付近の水抜き	呼吸弁	□処置 □点検							
	呼吸弁チューブ	□	□	□	□	□	□	□	□
③換気動作の確認									
Pawメーター・ALARMSランプ目視確認		□	□	□	□	□	□	□	□
設定確認	変更の有無	□有 □無							
	トリガー設定								
	PEEP/CPAP								
	プレッシャーサポート								
	呼吸回数								
	吸気時間								
	量制御								
	低圧警報								
	高圧警報								
	流量								
MODE	□A/CMV □SIMV □自発呼吸								
バッテリーランプ	□緑 □要点検								
呼吸弁キャリブレーションの実施(回路交換時)		□	□	□	□	□	□	□	□
フィルターの点検	空気取入フィルター清掃	□清掃 □点検							
	フィルターの交換	□交換 □点検							
点検実施者	確認者：実施者								

通常点検：一日2回 朝引継ぎ後 夕方引継ぎ後 夜勤日直と医務日直で複数確認 呼吸回路の交換時：通常点検に加え交換後に複数点検

人工呼吸器アラーム対応表

アラームメッセージ	原因	対処法
低圧警報 LOW PRESSURE	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸回路、気切部チューブからのエア漏れ 設定があっているかを確認 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態を確認する 呼吸回路等の接続部分の確認 エアーチューブの亀裂や破損がないか点検
高圧警報 HIGH PRESSURE	<ul style="list-style-type: none"> 気道内に痰等が詰まっている 回路の閉塞、ねじれ 呼吸弁がタオル等でふさがっている 設定があっているかを確認 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態確認、気道内に痰が溜まっていないか吸引等で閉塞を取り除く 回路に閉塞や負担がかかっているか点検 呼吸チューブ等に水が溜まっていないか点検し、チューブ内の水を指でたたくか、振ってウオータートラップへ水を落とす。その際、必ず気切チューブから呼吸器をはずして行う。
気道内圧チューブ外れ警報 CHECK PROX LINE	<ul style="list-style-type: none"> 気道内圧チューブの外れや折れ曲がり 	<ul style="list-style-type: none"> 機器から利用者までの回路の点検
低分時換気量・バックアップ換気警報 LOW VI(BUV)	<ul style="list-style-type: none"> 自発呼吸の減少、気道抵抗の減少 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態を確認する 自発呼吸の減少やバイタルに異常がある場合は救急車要請
高分時換気警報 HIGH VI	<ul style="list-style-type: none"> 自発呼吸の増加、気道抵抗の上昇 呼吸回路、挿管チューブからのエア漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態を確認する 呼吸回路等の接続部分の確認
低ベースライン圧警報 LOW Pbase	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸回路、挿管チューブからのエア漏れ 呼吸回路への水の貯留 	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸回路等の接続を確認 呼吸回路内水分の除去(ウオータートラップへおとす)
近置気道内圧ラインチェック警報 CHECK PROX LINE	<ul style="list-style-type: none"> 近置気道内圧チューブに水滴が侵入 近置気道内チューブの外れ 近置インラインフィルターの外れ 	<ul style="list-style-type: none"> 近置インラインフィルターの交換 再接続
無呼吸警報 APNEA	<ul style="list-style-type: none"> 30秒以上の無呼吸、無換気 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態確認 設定条件の確認(トリガー設定等)
空バッテリー警報 BATTERY EMPTY	<ul style="list-style-type: none"> 内蔵バッテリー残量が5%未満 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちに外部電源を確保
低バッテリー警報 Battery Low	<ul style="list-style-type: none"> 内蔵バッテリー残量が20%未満 	<ul style="list-style-type: none"> 外部電源への接続、内蔵バッテリーの充電
外部電源途絶警報 No ext power	<ul style="list-style-type: none"> 電源コードの外れ 外部電源の不具合 停電などにより電源供給の遮断 	<ul style="list-style-type: none"> 再接続 内蔵バッテリーへの切り替わりはピープ音が3回、間欠的に鳴る
電源途絶警報 メッセージなし	<ul style="list-style-type: none"> 電源を切った コードが外れた、内蔵バッテリー不良 	<ul style="list-style-type: none"> 消音、リセットボタンを押す 再接続、内蔵バッテリーの充電
上記以外のメッセージが表示された場合は、●●会社(TEL: ××××-××××)に連絡し、表示内容を報告し対応方法を確認する。		

水抜き・補給点検記録表

	ウオータートラップ		チャンパー		
	日	時間	担当者	時間	担当者
1		:		:	
2		:		:	
3		:		:	
4		:		:	
5		:		:	
6		:		:	
7		:		:	
8		:		:	
9		:		:	
10		:		:	
11		:		:	
12		:		:	
13		:		:	
14		:		:	
15		:		:	
16		:		:	
17		:		:	
18		:		:	
19		:		:	
20		:		:	

水抜き・補給点検記録表

	ウオータートラップ		チャンパー		
	日	時間	担当者	時間	担当者
1		:		:	
2		:		:	
3		:		:	
4		:		:	
5		:		:	
6		:		:	
7		:		:	
8		:		:	
9		:		:	
10		:		:	
11		:		:	
12		:		:	
13		:		:	
14		:		:	
15		:		:	
16		:		:	
17		:		:	
18		:		:	
19		:		:	
20		:		:	

東京都における重度訪問介護従業者による吸引・経管栄養等の介護サービスの状況 (2010年6月30日からの1週間についての調査)

NPO法人さくら会

この資料は、都内で障害者自立支援法の重度訪問介護サービスを実施している事業所のうち、医療的ケアを実施している28事業所(CIL9団体、さくら会19事業所)に対する電話およびアンケート調査の集計結果(中間報告)です。

さくら会友の会とは、NPO法人さくら会に重度訪問介護従業者養成研修を委託している都内近県の介護事業所(現在25事業所)の集まりです。在宅人工呼吸療法の人に重度訪問介護従業者を派遣しています。

CIL(自立生活センター)の事業所は、障害当事者が運営し、障害者自立支援法に基づいた長時間の介助サービスを主にこなっています。

1、介護職員数、利用者数

	CIL	さくら会友の会	合計
何らかの医療的ケアを実施している介護職員の数	210人	365人	575人
全介護職員数	1,109人	645人	1,754人
人工呼吸器を装着している重度訪問介護の利用者数	44人	97人	141人

★ 東京都の在宅人工呼吸器装着者249人のうち、のべ141人がCILとさくら会友の会の事業所の重度訪問介護を利用しています。

★ 調査対象の28事業所では、およそ3人に1人の介護職員が医療的ケアを実施しています。

★ 短期間の研修システムにより、介護職員の増員も実現し、在宅人工呼吸療法の障害者も長時間の介護サービスを受けられるようになり、自宅で安心して暮らせるようになってきました。

2、現在、重度訪問介護従業者が実施している吸引および経管栄養等の利用者数

(n=214)

	CIL(n=44)	さくら会友の会 (n=170)	合計
口腔吸引	24人	119人	143人
鼻腔吸引	10人	104人	114人
気管吸引	28人	109人	137人
経管栄養(鼻)	3人	33人	36人
経管栄養(胃ろう)	16人	88人	104人
カフアシスト	9人	25人	34人
人工呼吸器(NPPV)	16人	12人	28人
人工呼吸器(TPPV)	24人	104人	128人
その他	9人	4人	13人

※ CILについては重度訪問介護利用者のうち、人工呼吸器の使用している者についてのデータ。

3、重度訪問介護サービス1日あたりの提供時間数の利用者分布状況

(n=377)

	CIL(n=207)	さくら会友の会 (n=170)	合計
～4時間まで	39人	56人	95人
～8時間まで	50人	32人	82人
～12時間まで	46人	26人	72人
～16時間まで	32人	26人	58人
～24時間まで	36人	20人	56人
24時間以上	4人	10人	14人

4、常時吸引が必要な利用者一人あたりのヘルパーの数

(n=28)

	CIL	さくら会友の会	合計
1～5人	3事業所	3事業所	6事業所
5～10人	5事業所	12事業所	17事業所
10～15人	4事業所	3事業所	7事業所
15人以上	1事業所	1事業所	2事業所

5、現在、重度訪問介護従業者養成研修講座20時間(医療的ケアに関する講義はそのうちの講義7時間+実習3時間)でヘルパー資格が取得できますが、研修期間の長さはどうですか？

(n=28)

	CIL	さくら会友の会	合計	割合
短すぎる	2事業所	1事業所	3事業所	10.7%
ちょうどいい	6事業所	18事業所	24事業所	85.7%
長すぎる	1事業所	0事業所	1事業所	3.6%
その他	0事業所	0事業所	0事業所	0.0%

6、医療的ケア研修の在り方と実際：医師・看護師との連携はどのようにして、とれていますか？

(n=28)

	CIL	さくら会友の会	合計	割合
連絡ノートの作成	7事業所	19事業所	26事業所	92.9%
診療所や訪問看護STの24時間体制	5事業所	16事業所	21事業所	75.0%
定期的なカンファレンスの実施	4事業所	13事業所	17事業所	60.7%
合同での勉強会や研修会の実施	4事業所	13事業所	17事業所	60.7%
看護師とヘルパーが同時にケアをして技術を共有する	5事業所	14事業所	19事業所	67.9%
利用者宅でのイベント開催などによる交流	1事業所	8事業所	9事業所	32.1%
懇親会など仕事以外での交流	1事業所	8事業所	9事業所	32.1%
その他	0事業所	0事業所	0事業所	0.0%
医療的ケアに関する書類：同意書を作成をしている	8事業所	17事業所	25事業所	89.3%

★ 地域医療の基盤整備が進んだ東京の西北地域では、医療と介護の連携も進んでいます。

7、介護職員による医療的ケアが法令で定められていないことについてどう思いますか？

(n=28)

	CIL	さくら会友の会	合計	割合
不安である	0事業所	12事業所	12事業所	42.9%
不安ではない	9事業所	2事業所	11事業所	39.3%
考えていない	1事業所	3事業所	4事業所	14.3%

★ ALSの利用者の多いさくら会友の会の事業所は、63%が不安であるとの回答を寄せています。

★ 利用者に若い独居者が多く、事前に自立生活プログラムを実施しているCILでは、90%が不安がないとの回答を寄せています。

(n=28)

	CIL	さくら会友の会	合計	割合
ヘルパーの仕事として法律に位置付けてほしい	7事業所	9事業所	16事業所	57.1%
ヘルパーの仕事として法律に位置付けないでほしい	1事業所	5事業所	6事業所	21.4%
医師の責任をはっきりさせてほしい	2事業所	5事業所	7事業所	25.0%
看護師の責任をはっきりさせてほしい	2事業所	3事業所	5事業所	17.9%
利用者の責任をはっきりさせてほしい	7事業所	9事業所	16事業所	57.1%
ヘルパーの責任をはっきりさせてほしい	4事業所	4事業所	8事業所	28.6%
事業所の責任をはっきりさせてほしい	3事業所	6事業所	9事業所	32.1%
加算をつけたり、単価を上げたりしてほしい	7事業所	12事業所	19事業所	67.9%
医療的ケア研修を義務化してほしい	5事業所	5事業所	10事業所	35.7%
医療的ケア研修を義務化しないでほしい	6事業所	4事業所	10事業所	35.7%
地域医療の連絡体制をしっかりとしてほしい	5事業所	12事業所	17事業所	60.7%
家族に対する指導や教育をしっかりとしてほしい	2事業所	10事業所	12事業所	42.9%
医療的ケアのできる介護職の資格を定めてほしい	2事業所	3事業所	5事業所	17.9%
その他	0事業所	0事業所	0事業所	0.0%

8、医療的ケア研修の在り方と実際：誰が、何時間(何回)、どのようにして、教えていますか？特に気管吸引についてどうですか？

CIL

- ・ご本人の訪問看護の時間にヘルパーが出向き研修を受ける。
- ・事務所研修用ビデオを見てコーディネーターより説明を受け、手技の練習。現場で医療者・介助者・家族などから実践指導。1ヶ月くらい
- ・家族・訪石・コーディネーターが研修を行い、Aさん月30時間、Bさん24時間、Cさん8時間、Dさん14時間
- ・利用者と訪問看護師が1回2時間を3回、気管吸引とあわせて教えている。最初の2回は利用者が、最後の1回は看護師・看護師による実演指導。3時間程度
- ・経験者、利用者によって指導。利用者、介助者双方が納得するまで。
- ・全てのケアについて、ヘルパーが出来るようになるまで教えているため、何時間または何回と決まてはいない。ヘタ付きて教える場合もあれば、数時間単位のポイントで研修する場合もある。ヘルパーによるが、全て覚えるまで1~6ヶ月かかる
- ・看護師が現場にて4~6回程度清潔操作・医療的注意点の指導・利用者様本人での吸引指導
- ・経験者が、覚えるまで。
- ・コーディネーターが3回から5回研修し、訪問看護師の研修を3回

さくら会友の会

- ・看護師さん1回につき30分くらいあればあとは家族かベテランヘルパーから数回。
- ・看護師が講義のあと、ヘルパーが自立するまで実践的に教える。
- ・先輩ヘルパーに2~3回。
- ・ヘルパーさんから50時間くらい。家族から16時間くらい。
- ・ビデオ研修、機材の説明。1時間程度。
- ・ご本人の訪問看護の時間にヘルパーが出向き研修を受ける
- ・看護師。基本的に主治医の説明を受けた後で呼吸器の業者に具体的に。
- ・家族と先輩スタッフと訪問看護がやってみせる。

9、誰に何時間(何回)くらい、どのようにして、教えてほしいですか？

CIL

- ・利用者本人、介助者が納得するまで研修を行いたいので回数や時間は問わない。
- ・利用者、家族、訪問看護師から2時間を2~3回セットで。
- ・医師・看護師から、必要十分な指導をうけられるよう。時間回数については利用者の状況を鑑みて個別に判断してほしい
- ・医療的ケアは利用者ごとにやり方が違うため、またそのケアの重要性のため、ヘルパーがそれを覚えて完全にできるまで現場にて看護師の指導・ご家族の指導・職員の指導は注意点程度
- ・本人を含め専門家(医師等)と経験者
- ・障害当事者に3~5回
- ・実際の従事者の様子を見せてもらい、次に医療従事者から研修を一回受け、その後実際の従事者のもとで研修を繰り返す

さくら会友の会

- ・医療的に。またその人や個性を熟知しているNSが教える。
- ・先輩ヘルパーに2~3回
- ・利用者(ALS)に10回ほど。NSかDr. に教えてもらいたい
- ・医師と看護師でやってほしい。
- ・家族と先輩スタッフと訪問看護
- ・家族同席で専門職からそれぞれ20~30分3回。

10、医療的ケア研修の在り方と実際：利用者ごとの個別の医療的ケアの実地研修に、どれくらいの費用と期間をかけていますか？

CIL

- ・研修費用は20万円程度、期間は1カ月程度
- ・研修は大体1ヶ月程度で12,000~20,000円程度(?)
- ・最大でヘルパー1人あたり、3日間で約4万円
- ・費用は、介助者に研修時給(900円/h、期間は1~2週間)
- ・熟練したヘルパーからの指導時間として、概ね一ヶ月程度。と医師・看護師の指導3時間程度。費用としては熟練したヘルパーに対する時間相当の時給。実習を受けた側当人の時給
- ・研修の時給1,000円×3h×3~5回で、9,000円~15,000円は最低掛かります。
- ・費用は全て事業所持ち出し、期間はヘルパーによって違う
- ・現場の指導時間数に差がある為、一概には言えないが、指導する職員とケアスタッフの拘束時間を支給
- ・覚えるまでで、ヘルパーの研修費のみで請求はできません。

さくら会友の会

- ・1か月くらいは2人体制で、ヘルパーの研修中も給与を支払っている。10万かかる。
- ・さくら会の研修費のみ。学校での指導は3時間
- ・看護師とコーディネーター、外部講師の場合は寸志
- ・長期間、多額にかかる
- ・5万円程度。1か月くらい
- ・4~5万円 半月程度
- ・28時間(1か月)42000円くらい
- ・最低でも5日程度
- ・利用者によって違うので2~3回石による許可が出る場合と数カ月かかる場合があり、個人差がある。
- ・費用は20万円かかる。期間は1か月以上。
- ・5~10万円 期間としては1か月以上。
- ・現場で12時間。
- ・3~4回(一回9時間)その期間の給与は8万~9万。
- ・研修期間は5日から10日 給与は4~5万円。

11、医療的ケア研修の在り方と実際：ヘルパーに医療的ケアを教える人はどなたですか？また、謝礼はどうしていますか？

CIL

- ・訪問看護師に業務中に教えてもらっている。
- ・訪問看護師・コーディネーター・本人・家族等。特に謝礼はない。
- ・訪看・家族・コーディネーター。謝礼なし。
- ・教えるのは利用者、家族、訪看、医師など。謝礼はなし。
- ・医師・看護師 謝礼金を支払ったことはありません。
- ・利用者が指導する。経験者(介助者)も教える。利用者への謝礼はなし。介助者へは時給にて支払う。
- ・コーディネーターが無料で教えて、訪問看護師は訪問看護中に指導する。
- ・本人、コーディネーター、医師、看護師。医師や看護師の場合は、入院時や往診時に行うため謝礼は支払っていない。
- ・現場での訪問看護師さん・訪問医/ボランティアでやっていただいている状況です。
- ・基本的には利用者本人、もしくは、本人と医師等が指導

さくら会友の会

- ・一緒にいる看護STとALS協会の看護師に1回1万円くらい。
- ・さくら会の研修費のみ。ほとんどが家族が指導しているので謝礼はゼロ。
- ・訪問看護師に謝礼はしていない。
- ・常勤者が教える。
- ・NSと介護福祉士が教えている。
- ・先輩ヘルパーが教える。謝礼はない。給与のうち。
- ・ケアの時間内で看護師さんに頼んでいる、謝礼はしていない
- ・訪問看護師と主治医専門病院による指導。謝礼はしていない
- ・謝礼なし。医療職から教わる。
- ・訪問看護師から教わっている。
- ・ベテランヘルパー、NS、謝礼なし。
- ・看護師。管理者が教えている。
- ・家族、先輩スタッフ、看護師の謝礼はしない。
- ・新人ヘルパーは1時間千円で事業所が負担している。利用者さんがよいというまで。本人が不安がなくなるまで。

★ 新人ヘルパーに介護を教える際、ベテランヘルパーが同行していますが、ヘルパーの給与は介護事業所の持ち出しになっています。

★ 多くの事業所で吸引等は訪問の医療職が教えていますが、ボランティアで指導しています。

2010年7月22日

介護職員等のたん吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会
座長 大島 伸一 様

財団法人日本訪問看護振興財団 理事長 清水嘉与子
社団法人全国訪問看護事業協会 会長 長沼 明

「介護職員の医療行為に関する法制度措置」に関する検討について

平均在院日数の短縮に加え、2025年には後期高齢者の増加により、医療ニーズの高い在宅療養者の増加が見込まれている一方、看護職員の配置等の医療提供体制が十分ではなく、これらの在宅療養者が安全・安心な在宅生活を送ることができるためには、看護職員と介護職員の連携は不可欠であると考えます。

介護職員によるたんの吸引等については、2010年3月「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」において、看護職との連携の下で介護職員が実施するケアの範囲は、口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引と、胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）とすることが適当であるとの取りまとめが出されたところです。

一方、在宅において、介護職員がたんの吸引等を行なう場合、単独で訪問し実施するため、特別養護老人ホームより、更に利用者の安全性の確保が不可欠であり、訪問看護との連携は必須と考えます。

看護職員と介護職員が連携して互いの専門性を発揮し、医療ニーズの高い在宅療養者の安全・安心な在宅生活を支えられるように、下記の通り意見を申し上げます。

記

たんの吸引や経管栄養は医療・看護の一部ですが、看護職員と介護職員が連携してチームを組み、24時間実施できるケア体制を整備する方向で検討すべきです。

1. 看護職員と介護職員の連携によるたんの吸引等の実施体制について

在宅では、施設内と異なり、介護職員が単独で個人の家庭という私的空間（密室）でたんの吸引等を実施することになります。そのため、利用者の安全性を最優先し、即時の緊急対応ができること、介護職員の不安・負担の軽減が図られることが必須であり、そのために最低限以下の要件が必要と考えます。

(1) 教育体制の構築

(特に実地研修の充実を図り、一人で安全に実施できる技術の担保がされること)

(2) 看護師の指導のもとでのたんの吸引等の実施

(3) 看護職員と介護職員の密な連携のもとに一体的なケアの提供体制の構築

(4) 事故が起きた場合の責任の所在の検討

また、上記のことを実施可能にする具体案として、次のようなことが考えられます。

(1) 訪問看護ステーションに介護職員を配置する。

(2) 訪問介護事業所に看護職員を配置する。

(3) 訪問看護ステーションと訪問介護事業所が提携する。

地域によって訪問看護事業所が不十分な場合は、在宅ケアの密室化を防ぎ、安全な医療の提供を確保するために、個別ケアプランとケア体制を、保健所や自治体が保障する仕組みが考えられます。

2. 行為の範囲について

1) たんの吸引について

たんの吸引については、随時適切な処置が必要であり、生命に直結する行為です。しかし、看護師が全面的に行なうことは困難であり、介護職員とチームを組んで実施することが現実的であると考えます。なお、鼻腔内、気管カニューレ内部のたんの吸引は、口腔内の吸引と比べ、はるかにリスクが高いことから介護職員に対し、十分な研修・教育が必要です。

2) 経管栄養食の注入について

経管栄養食の注入（胃ろう、腸ろう、経鼻）については、計画的定時的な行為であるため、看護職員による実施が可能であり、そのための制度の整備が急務です。介護職員の協力を得る場合は、特別養護老人ホームでの介護職員による経管栄養食の注入の取り扱いに準じ、胃ろうや腹部の状態確認、チューブの位置の確認等は、看護職員が実施することが必要です。

また、上記1) 2) は、安定した状態の在宅療養者であることが前提であり、急性期、あるいはターミナル期については介護職員の行為の対象とはできません。

以上