

# 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

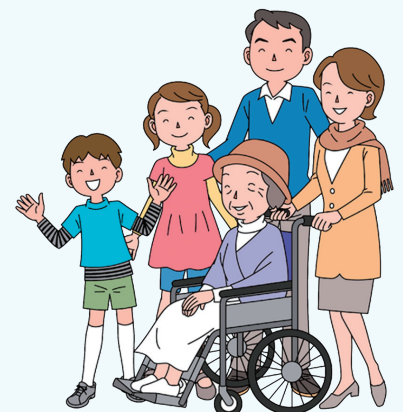
- 1-1 障害者(児)福祉の背景と動向
- 1-2 介護職員等による喀痰(かくたん)吸引等の実施に係る制度の概要

### 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



**Slide I-1**

本題に入る前に、介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修“特定の者対象”）研修カリキュラムの概要をみておきましょう。研修は、基本研修と実地研修があります。

**Slide I-2**

介護職員等による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。

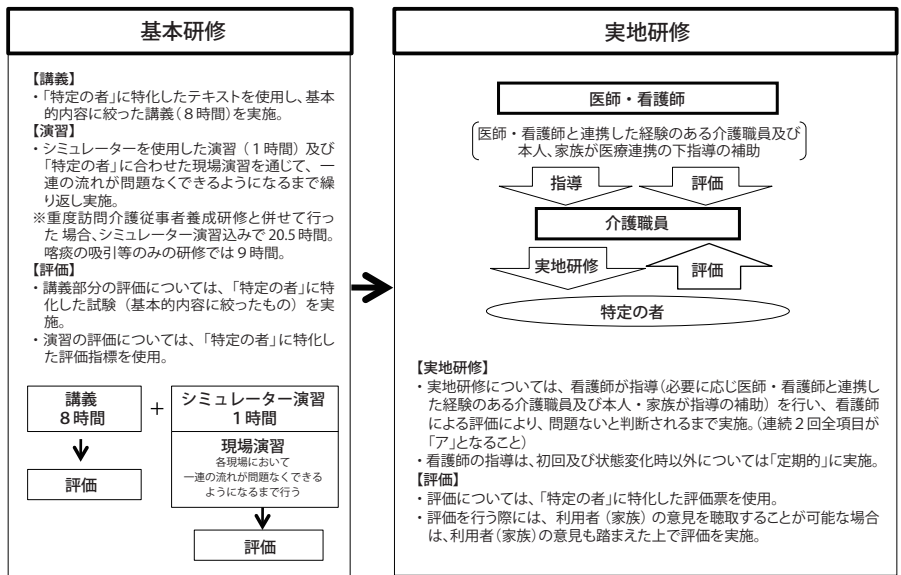
四肢択一式問題を20問、30分で回答していただき、90点以上を合格としますので、みなさんしっかり講義を受けてください。

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。

**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”）研修カリキュラム**



**Slide I-2 【第三号研修“特定の者対象”】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 ・喀痰吸引概説 ・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**

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。

「第三号研修“特定の者対象”」の実地研修については、特定の者の特定の行為ごとに行う必要がありますが、基本研修を再受講する必要はありません。

**Slide I-4**

障害者自立支援法と関係法規を説明します。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。

**Slide I-3 【第三号研修“特定の者対象”】実地研修**

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

- 指導看護師等による指導、確認を初回及び状態変化時に行い、初回及び状態変化時以外の時は、定期的に指導看護師等による指導、確認を行うこととし、医師・看護師等と連携した本人・家族又は経験のある介護職員等が実地研修の指導の補助をすることも可能とする。また、指導看護師等は、実地研修の評価を行うものとする。
- 実地研修を受けた介護職員等に対し、所定の評価票（介護職員等による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。
- 「第三号研修“特定の者対象”」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ない。

**Slide I-4 障害者自立支援法と関係法規（障害者（児）福祉の背景と動向）****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。

Slide I-6

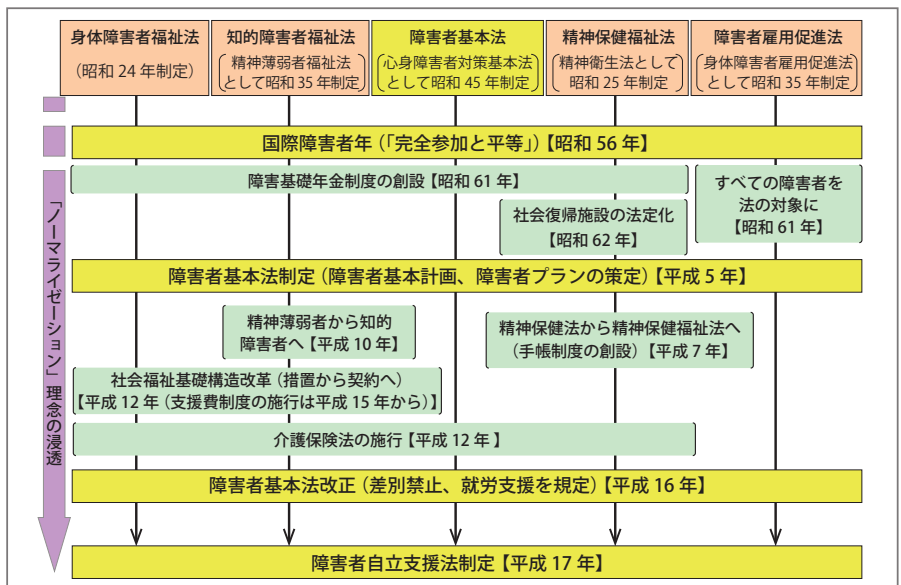
障害者自立支援法のポイントは、

- 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

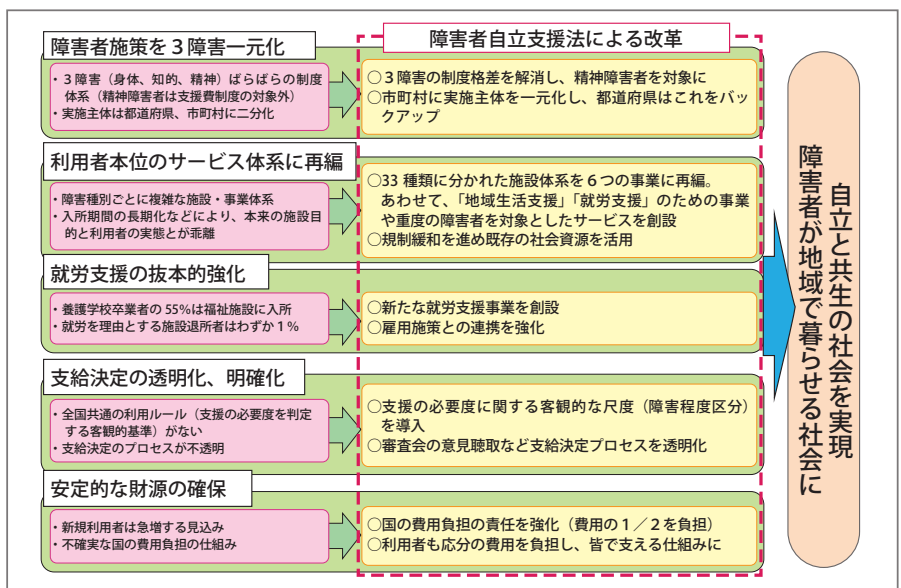
の、5つです。

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-5 障害保健福祉施策の歴史 (概要)



Slide I-6 「障害者自立支援法」のポイント



## Slide I-7

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でいけない。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

## Slide I-7 障害者自立支援法施行後からこれまでの経緯

- 平成18年4月：障害者自立支援法の施行(同年10月に完全施行)
- 平成18年12月：法の円滑な運営のための**特別対策**  
(①利用者負担の更なる軽減、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：「**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**
- 平成21年9月：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：厚生労働省と障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護士との**基本合意**  
障がい者制度改革推進会議において議論開始
- 平成22年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
  - ★4月27日 自民・公明が障害者自立支援法の改正法案を衆議院に提出
  - ★5月26日 民主・社民・国民が障害者自立支援法の改正法案を衆議院に提出
  - ★5月28日 上記2案を撤回の上、**鉢呂吉雄衆議院厚生労働委員長が障害者自立支援法の改正法案を提出** ⇒国会の閉会に伴い**廃案**
- 平成22年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)**」取りまとめ(推進会議)  
「**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)
  - ★11月17日 牧義夫衆議院厚生労働委員長が障害者自立支援法の改正法案を提出
- 平成22年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
- 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**」取りまとめ
- 平成24年3月：「**地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保険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**」が閣議決定(3月13日)

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(案)」がとりまとめられ、今後、政府のほうで「総合福祉法」の法案作成作業に入る予定です。

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。

**Slide I-8**

現政府の障害者制度改革の推進体制です。

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务大臣で構成する、「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年間で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。

障害者に係る制度の改革を始め、障害者施策の推進に関する事項について意見を行うため、「障がい者制度改革推進会議」が置かれ、現在も精力的に活動しています。

その下には、「総合福祉部会」、「差別禁止部会」が設置され、テーマ毎に詳細の検討を行う体制が取られています。

**Slide I-9**

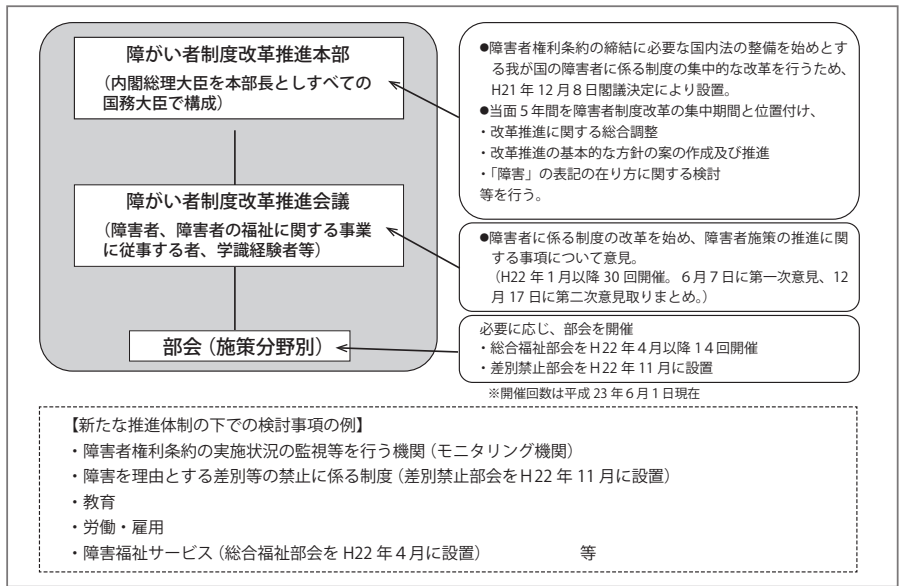
障がい者制度改革推進会議、総合福祉部会等のスケジュールです。

先ほどもご紹介したように、「障害者基本法の一部を改正する法律」については、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。

総合福祉部会では、新法の骨格提言が取りまとめられ、これを受けて、平成24年3月13日に「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」が閣議決定されました (Slide I-10)。

精神保健医療検討チームでは、「新たな地域精神保健医療体制の構築に

**Slide I-8 障害者制度改革の推進体制**



**Slide I-9 障害者制度改革推進会議、総合福祉部会のスケジュール**

	22年 10月～12月	23年 1月～3月	23年 4月～	24年以降
<b>【内閣府】 障がい者制度改革推進会議</b>	障害者基本法の抜本改正を検討	年末までに第2次意見(改革の重要方針)	障害者基本法改正法を提出	障害者基本法改正法成立  (25年) 障害者差別禁止法案(仮称)を提出
<b>【厚生労働省】 総合福祉部会</b>	第1期作業チーム ①法の理念・目的 ②1) 障害の範囲 2) 選択と決定(程度区分) 支援プロセス(程度区分) 支援プロセス(訪問系) ③1) 施策体系(訪問系) 2) 日中活動とG・H・C・H・住まい方支援 3) 地域生活支援事業の見直しと自治体の役割	第1期報告書(1月)  第2期作業チーム ※年末に決定 ①地域移行 ②地域生活支援整備 ③利用者負担 ④報酬体系 等	第2期報告書(4月)  新法の骨格提言(8月)	新法を提出
<b>合同作業チーム</b>	推進会議と部会の合同作業チーム ①医療分野<12月まで精神分野>><1月から精神以外> ②就労分野 ③障害児支援分野		報告書	
<b>精神保健医療検討チーム</b>	「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」 主査：政務官 構成員27人(テーマごとに分担) (現在～11月まで) 認知症と精神科医療について議論 (10月以降) 保護者制度や入院制度について議論(予定)			
<b>その他</b>			○昼夜分離の新体系サービスへの移行期限(23年度末)	○報酬改定(24年4月) ○介護・福祉人材の処遇改善等(現在は基金) ○障害福祉計画の改定

向けた検討チーム」が設置され、「認知症と精神科医療について」、「保護者制度や入院制度について」の議論を行っています。

その他として、平成24年度障害福祉サービス等報酬改定の概要が取りまとめられました。

## Slide I - 11

「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ています。

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しています。

これまで法の対象にはなっていませんでしたが、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し、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大をします。

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・地域定着支援を個別給付化します。

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を創設します。

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」が創設されます。

## 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案の概要

1. 趣旨	
(平成24年3月13日 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、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、関係法律の整備について定めるものとする。	
2. 概要	
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。
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かつ計画的に行われることを法律の基本理念に新たに掲げる。
3. 障害者の範囲	「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。(児童福祉法における障害児の範囲も同様に対応。)
4. 障害者に対する支援	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、手話通訳者等を養成する事業等)
5. サービス基盤の計画的整備	① 基本指針・障害福祉計画について、定期的な検証と見直しを法定化 ② 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 ③ 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
6. 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)	① 常時介護を要する者に対する支援、移動の支援、就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方 ② 障害程度区分の認定を含めた支給決定の在り方 ③ 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 ※ 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。
3. 施行期日	
平成25年4月1日(ただし、4. ①及び②については、平成26年4月1日)	

## Slide I - 11 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	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を支援する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	利用者負担について、応能負担を原則に 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
③ 障害者の範囲の見直し	公布日施行	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)	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) 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	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) 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設 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、障害者自立支援法に対応するよう見直し)その際、現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	グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設 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」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

**Slide I-12**

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。

今年度は、その準備期間ということで、「第一号・第二号研修“不特定多数の者対象”」、「第三号研修“特定の者対象”」の研修について都道府県において実施することとされています。

**Slide I-13**

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、介護職員等が喀痰吸引・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、喀痰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、介護職員等による喀痰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。

**Slide I-12 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）**

**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-13 介護職員等による喀痰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、介護職員等が喀痰吸引・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。

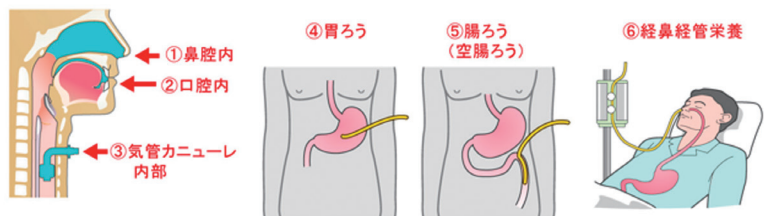
こうしたことから、喀痰吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等による喀痰吸引等の実施のための法制度の在り方等について、検討を行う。

**2. 検討課題**

- ① 介護職員等による喀痰吸引等の実施のための法制度の在り方
- ② 喀痰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-14 介護職員等による喀痰吸引等の現在の取り扱い（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（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認（実質的違法性阻却論）

- ◆ 在宅の患者・障害者・・・①②③
- ◆ 特別支援学校の児童生徒・・・①②+④⑤⑥
- ◆ 特別養護老人ホームの利用者・・・②+④

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



## Slide I - 15 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	口腔内 ○ (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)
		鼻腔 ○	○	—
		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 —	○ (胃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 - 14

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

行為の種類は、喀痰吸引では口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内であり、経管栄養では胃ろう、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。

## Slide I - 15

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せんでした。

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。

Slide I-16 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）

<p><b>趣旨</b></p> <p>○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。</p>	
<p><b>実施可能な行為</b></p> <p>○ 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）</p>	<p><b>登録事業者</b></p> <p>○ 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、報告徴収等の規程を整備</p> <p>〈対象となる施設・事業所等の例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> <li>・ 障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）</li> <li>・ 在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）</li> <li>・ 特別支援学校</li> </ul> <p>※ 医療機関は対象外                  出典：介護職員等による喀痰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」</p>
<p><b>介護職員等の範囲</b></p> <p>○ 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</p>	<p><b>登録研修機関</b></p> <p>○ 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。</p>
<p><b>実施時期及び経過措置</b></p> <p>○ 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</p>	

Slide I-16

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、具体的には省令で定めることとされていますが、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）とされる予定です。

介護職員等の範囲ですが、「介護福祉士」と「介護福祉士以外の介護職員等」とされ、一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定することとされました。

しかし、介護職員等が個人として認定を受けただけでは喀痰吸引等ができず、「医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保」等の一定の要件を備えた「登録事業者」に従事することで実施が可能となります。

これまでの、個人契約的な不安定性が解消され、事業者がしっかりと責任を持つこととなりました。

〈対象となる施設・事業所等の例〉ですが、

- ・ 介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）
- ・ 障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）

- ・ 在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）
- ・ 特別支援学校

などが想定されますが、医療機関については、医療職種の配置があり、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。

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を設けることとされています。

## Slide I-17

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
- ・ 児童デイサービス
- ・ 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。

## Slide I-18

障害者自立支援法による総合的な自立支援システムの概念図です。

介護給付や訓練等給付等の自立支援給付と、地域生活支援事業のうち相談支援や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-17 利用可能な制度（障害福祉サービスの種類、内容）

## 2-1 障害福祉サービスの種類、内容

## 【介護給付】

- ・ 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
- ・ 児童デイサービス
- ・ 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

## 【訓練等給付】

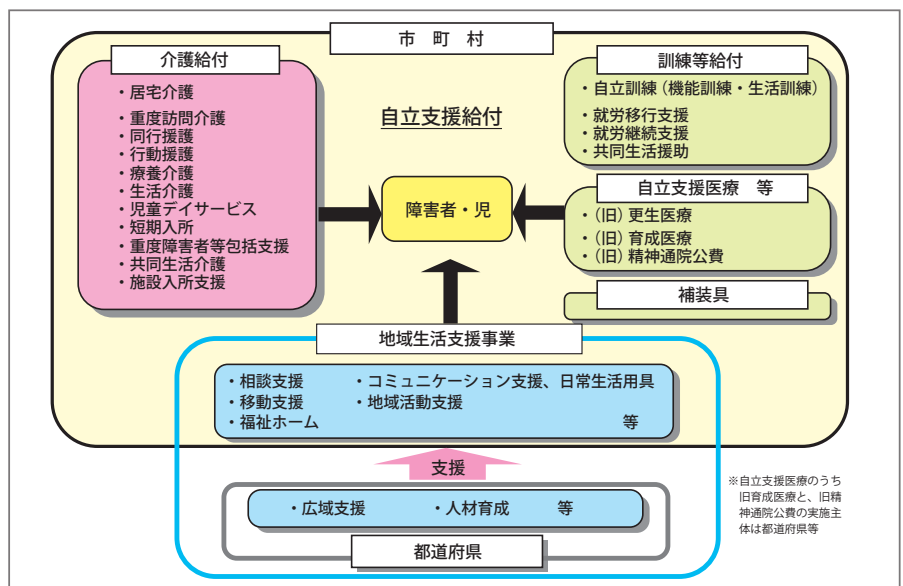
- ・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- ・ 就労移行支援
- ・ 就労継続支援
- ・ 共同生活援助

## 【自立支援医療】

## 【補装具】

## 【地域生活支援事業】

## Slide I-18 障害者自立支援法による総合的な自立支援システム



**Slide I-19**

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。

**Slide I-20**

この表は、医療保険・介護保険・障害福祉施策制度の一覧です。参考までにお示しします。

**Slide I-19** 利用者負担について

- 応能負担への第一歩として、平成22年度予算において、低所得（市町村民税非課税）の障害者等につき、福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料とした。
- 施行期日：平成22年4月1日

(参考：平成22年3月までの負担上限月額一覧) ※原則として費用の1割を負担。ただし、以下のとおり負担の上限額を設定。

区分	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯		一般（市町村民税課税世帯）		世帯の範囲		
		低所得1	低所得2	市町村民税所得割		者	児	
				16万円未満	28万円未満	46万円未満	46万円超	
福祉サービス（居宅・通所） 【障害者】	0円	1,500円	3,000円 通所：1,500円	9,300円	37,200円		本人及び配偶者※	住民基本台帳上の世帯※
福祉サービス（居宅・通所） 【障害者】	0円	1,500円	3,000円 通所：1,500円	4,600円	37,200円			
福祉サービス（入所施設等） 【障害者（20歳以上）】	0円	個別減免 0円～15,000円	個別減免 0円～24,600円	37,200円				
福祉サービス（入所施設等） 【障害者（20歳未満）・障害児】	0円	3,500円	6,000円	9,300円	37,200円			
補装具	0円	15,000円	24,600円	37,200円		全額自己負担		

平成22年4月から利用者負担を無料化

※施設に入所する20歳未満の障害者又は障害児については、当該障害者又は障害児を監護する者（保護者等）の属する世帯とする。

**Slide I-20** (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	高齢者の医療の確保に関する法律等	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）	後期高齢者医療広域連合	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	原則1割負担 ※所得に応じた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）

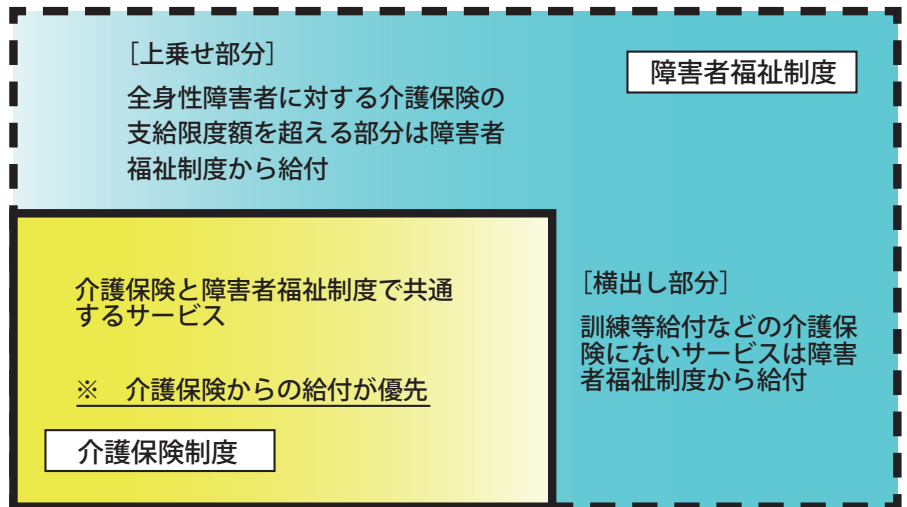
**Slide I-21**

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[上乗せ部分]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** (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**Slide I-22**

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(第三号研修)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、

**Slide I-22** 利用可能な制度(重度訪問介護の制度とサービス)**2-2 重度訪問介護の制度とサービス**

## ○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

→ 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。

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-23 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  
→ 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。

- 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、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	状態像
重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者	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） ・筋ジストロフィー ・脊椎損傷
最重度知的障害者（Ⅱ類型）	・重症心身障害者
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15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

#### ■ 基本報酬

183単位（1時間）～1,409単位（8時間） ※ 8時間を超える場合は、8時間までの単価の95%を算定

#### ■ 主な加算

##### 特定事業所加算（10%又は20%加算）

→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）

→ 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

○ 事業所数 5,054（国保連平成23年5月実績）

○ 利用者数 8,345（国保連平成23年5月実績）

## Slide I-23

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8,300人程度であり、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。

**Slide I-24**

それでは、ここで喀痰吸引等の対象になる重度障害児・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十分、障害や病態、注意すべき点について指導を受けて下さい。

**Slide I-25**

筋萎縮性側索硬化症とは、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%は遺伝性です。

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。

**Slide I-24** 重度障害児・者等の地域生活

(重度障害児・者の障害・疾病についての理解)

**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
- ・遷延性意識障害
- ・脊髄損傷(高位頸髄損傷)
- ・障害の概念
- ・その他

**Slide I-25** 筋萎縮性側索硬化症**・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ずる。

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-26

いまだに根治療法はありませんが、近年、胃ろうからの経管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ります。

### Slide I-27

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、栄養摂取や呼吸障害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。

### Slide I-26 筋萎縮性側索硬化症

#### ・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、胃ろうからの経管栄養による**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-27 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、生理的要因、病理的要因、心理・社会的要因の三つの分別する考え方と、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）、周生期以後の原因（脳炎などの外因性障害・てんかんなどの症候性障害）に分類することがある。



**Slide I-28**

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、栄養摂取や呼吸障害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。

**Slide I-29**

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。

代表的なデシャンヌ型は、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。

**Slide I-28 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、栄養摂取や呼吸障害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-29 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 (Duchenne) 型筋ジストロフィー、ベッカー (Becker) 型筋ジストロフィー、顔面肩甲上腕 (けんこうじょうわん) 型筋ジストロフィー、筋強直性 (緊張型) 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。
- **代表的なデシャンヌ型**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 (NPPV)」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-30**

**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、まばたきや指の動きで返事をしたり、笑顔などの表情の変化を示す例も多いと言われています。

原因としては、不慮の事故による脳の外傷(交通事故や転倒など)や脳血管障害、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。

病名ではなく障害像を示す分類であるため、個別性が高く、障害当事者の現状をよく知ることが必要です。

近年、高度の意識障害を示しながら、自己や環境に対してわずかながらでも確実に認識できている状態を **minimally conscious state (MCS)** 最小意識状態として、定義されています。

**Slide I-31**

**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

**Slide I-30 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) 糞・尿失禁がある。 4) 声を出しても意味のある発語が全く不可能である。
- 5) 簡単な命令には辛うじ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(ただし、できる場合もある)。

以上6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、まばたきや指の動きで返事をしたり、笑顔などの表情の変化を示す例も多い。病名ではなく障害像を示す分類であるため、個別性が高く、障害当事者の現状をよく知ることが必要である。

○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障害、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関わらず、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-31 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。

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。

**Slide I-32**

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う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。

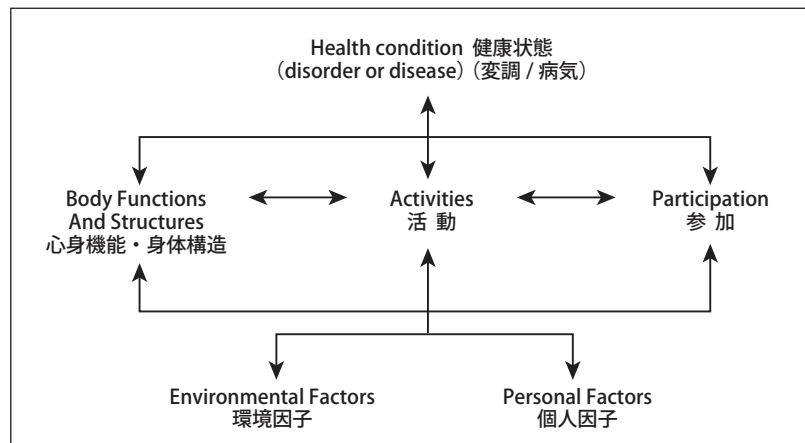
**Slide I-33**

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。

**Slide I-32** 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**

出典：WHO, ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, 2001.  
厚生労働省訳は、障害者福祉研究会編『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－』中央法規出版, 2002.

**Slide I-33** 重度障害児・者等の地域生活

(重度障害児・者の心理についての理解)

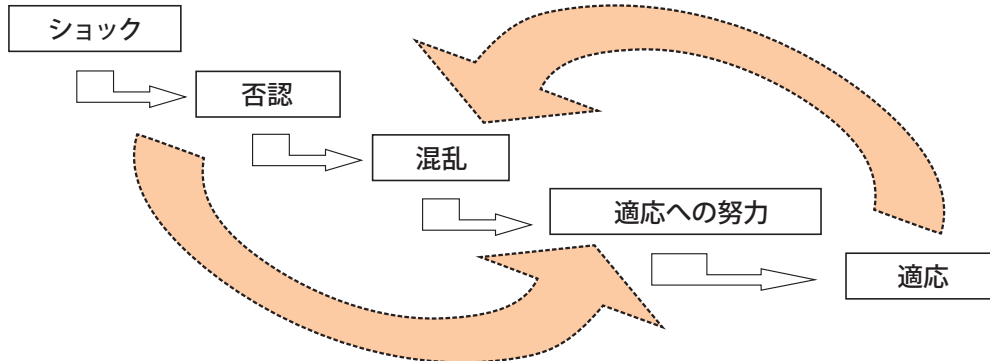
**3-2 重度障害児・者の心理についての理解**

- ・ 中途障害者の心理
- ・ 先天性障害者の心理
- ・ 家族の心理

Slide I-34 中途障害者の心理

## ・障害の受容(?)

### 障害受容(?)のプロセス



障害受容(?)のプロセスについては、利用者を理解するための一つの手がかりとして知っておくことは有用です。  
 しかし、実際には、様々な要因の影響を受けることから、決して一定の明確な道筋をたどるわけではない(いつたりきたりがあり得る)ので、一律にあてはめて理解しようとしなことが重要です。

Slide I-34

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、各段階をいつ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けることができれば、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」の道の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-35 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

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のが生き甲斐となり、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。

**Slide I-36**

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、日々の介護を行き持つ介護職員、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ります。

**Slide I-37**

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

**Slide I-36** 重度障害児・者等の地域生活

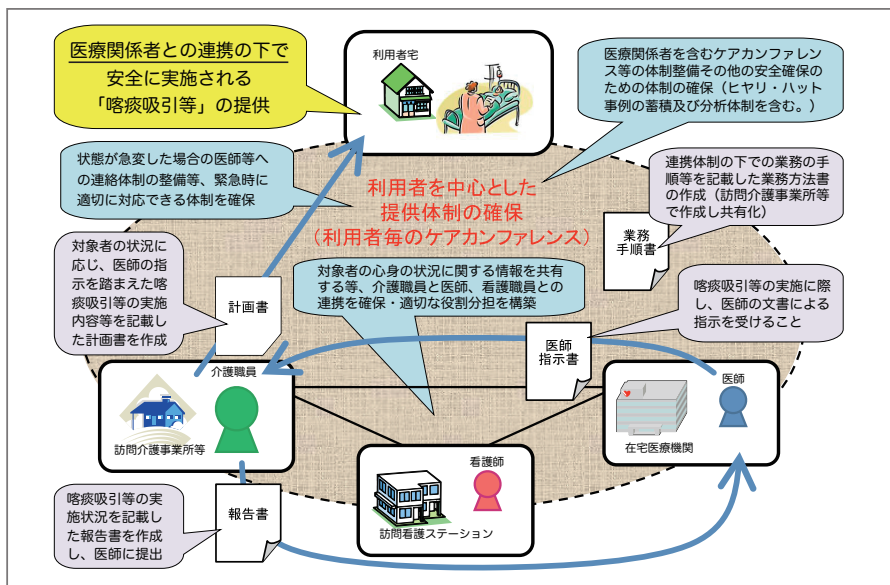
(重度障害児・者の地域生活についての理解)

**3-3 重度障害児・者の地域生活についての理解**

- ・生活の中の医療
- ・各専門職の役割分担と連携

**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：在宅の場合)



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も良いでしょう。

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

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う良いでしょう。

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。

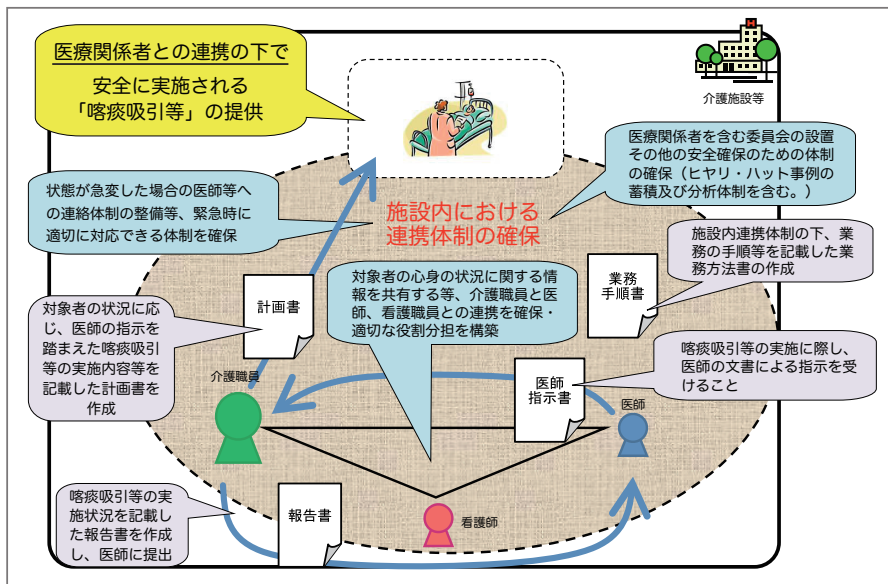
## Slide I-39

福祉業務に従事する者として、適切な職業倫理を持つことが望まれます。

まず、障害者本人の自己決定の原

## Slide I-38 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)



## Slide I-39 重度障害児・者等の地域生活

(福祉業務従事者としての職業倫理・利用者の人権)

## 3-4 福祉業務従事者としての職業倫理・利用者の人権

- ・自己決定の原則
- ・介護においてとるべき基本態度
- ・心得（参考：日本介護福祉士会倫理綱領）

則を守ることが最も重要です。

福祉業務従事者が、本人の選択権を奪い、決定を押しつけたり、本人の意向に沿わないサービスを提供することがあってはなりません。

福祉業務従事者は、利用者の自己決定を尊重し、できるかぎり本人の意向に沿ったサービスを提供することを心がけるべきです。

もちろん、その決定が反社会的なものであれば介護職員は拒否することもできます。様々な社会的な制約

の中でどのような決定をするかも、社会生活を送る上で重要な能力です。生活の中で障害者自身が適切にこれらの判断や決定をしていくことが重要です。支援者はそれを適切に支援していくことが重要です。そのことが、利用者の人権を守ることにもつながります。

### Slide I-40

介護職員の心得として参考になりますので、日本介護福祉士会が作成した倫理綱領を掲載しておきます。

日本介護福祉士会倫理綱領です。

### Slide I-41

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」をしっかりと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。

### Slide I-40 日本介護福祉士会倫理綱領

日本介護福祉士会倫理綱領  
(1995年 日本介護福祉士会)

#### 前文

私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。

そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって最善の介護福祉サービスの提供に努めます。

#### (利用者本位、自立支援)

1. 介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。

#### (専門的サービスの提供)

2. 介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。

また、介護福祉士は、介護福祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負います。

#### (プライバシーの保護)

3. 介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。(総合的サービスの提供と積極的な連携、協力)

4. 介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。

#### (利用者ニーズの代弁)

5. 介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。

#### (地域福祉の推進)

6. 介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。

#### (後継者の育成)

7. 介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

### Slide I-41 重度障害児・者等の地域生活

