

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)
<u>1 対象とする範囲について</u> <u>(1)介護職員等が実施できる行為の範囲</u> ● 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。 <u>(2)実施可能である介護職員等の範囲</u> ● 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。	○ 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。 ○ 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。 (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。	○ 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。

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)
(2) 教育・研修の在り方について ● 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ものではなく、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。	○ 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。

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 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ー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。一步でも前進すべき ● 「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)
(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。 「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) <u>4 試行事業のあり方について</u>	○ 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・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。