

令和3年版

介護職員等による

喀痰吸引等の研修テキスト

# はじめに

---

平成 24 年 4 月に社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士等の介護職員等が一定の要件の下で業として喀痰吸引等を実施することができるようになった。要件の一つが、登録研修機関が行う研修を受けることである。本書は、登録研修機関が行うと定められた内容に基づく研修テキストである。

介護職員等による喀痰吸引等の実施が法制化に至るまでの背景には、近年の人口構成の高齢化にともなう在宅・施設での医療ニーズの増大と同時に医療を提供する者が不足しているという、相反する二重の課題があった。この課題に対して、平成 15 年に在宅における ALS 療養者に対する家族以外の者による喀痰吸引を一定の条件の下で実質的違法性阻却論によって容認した。その後、平成 16 年に特別支援学校、平成 17 年に在宅療養者・障害者、平成 22 年に特別養護老人ホームにおいて、それぞれ喀痰吸引・経管栄養の一部の実施も容認されてきた。こうした状況をうけて、平成 22 年 7 月に「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：大島伸一）」が設置された。当検討会の検討および試行事業を経て、平成 23 年 6 月「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」が公布され、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に至った。

本テキストの初版は、上記検討会における試行事業の際に作成されたものである。法制化 2 年後には、「介護職員等によるたんの吸引等の研修テキストの見直しに関する調査研究事業（委員長：川村佐和子）」により、テキストの見直しが行われた（平成 27 年改定版）。見直しでは、介護職員等の専門的業務、介護職員等が喀痰吸引等を行う意義、医療職との連携等の見解を厚くする改定が行われ、広く介護職員等の研修で活用されてきた。

本書は、法制化以降 2 回目の見直しを行った研修テキストである。これまでのテキストは、研修機関等の実際の評価・検討を重ねて作成されたものであり、介護職員等の実施範囲や研修内容は変わるものではない。一方で、医療や介護の提供体制に係る社会情勢や、介護職および指導する医療職を取り巻く環境など、近年の動向を反映する必要がある。本書は、こうした状況や、研修実施機関等への実態調査および有識者の意見を踏まえて見直しを行った。介護職員等の専門性を前提とした喀痰吸引等の実施の意味については、前テキストと同様に重要な視点と位置づけ、感染対策・安全管理などの最新情報を踏まえた検討を行った。尚、本書は、これまで同様に省令で定められている喀痰吸引等の行為に限定しており、提供の場を問わずに活用できるよう基本的な内容としている。実際の提供の場では、施設基準や個別の喀痰吸引等計画書に基づいて実施されることとなる。

喀痰吸引等の知識・技術を確実に習得することは、利用者への安全・安心なサービス提供の第一歩である。介護職員等による喀痰吸引等の提供が、適正な学修を経て生活支援という専門性をもちながら実践され、さらに多職種との効果的な連携によって利用者の生活の質の向上につながることを期待する。

令和 2 年度老人保健健康増進事業

介護職員等による喀痰吸引等の研修テキストの見直し等に関する調査研究事業

委員長 原口道子

## カリキュラム 基本研修 (講義)

大項目	小項目	到達目標	講義 時間 (h)	頁 (p)
中項目				
<b>第1章 人間と社会</b>				
1. 介護職と医療的ケア	①介護職の専門的役割と介護の倫理 ②介護職が医療的行為を行うに至った背景と意義 ③医療的行為をするうえで、介護職に重要なこと ④介護職と医療職の連携	①介護職の専門的役割について説明できる ②医療的行為をするうえで、介護職に重要なことを説明できる	0.5	1
2. 介護福祉士等が喀痰吸引等を行うことに係る制度	①社会福祉士及び介護福祉士法改正による制度	①この制度の背景となる社会のニーズを説明できる ②介護福祉士等が喀痰吸引等をできる要件について説明できる ③介護福祉士等が喀痰吸引等をできる行為について説明できる	1.0	8
<b>第2章 保健医療制度とチーム医療</b>				
1. 保健医療に関する制度	①保健医療に関する制度 ②介護保険に関する制度 ③障害福祉に関する制度 ④地域保健に関する制度	①保健医療に関する主な制度を説明できる ②介護保険に関する制度を説明できる ③障害福祉に関する制度を説明できる ④地域保健に関する制度を説明できる	1.0	11
2. 医療的行為に関係する法律	①医療的行為とは(法的な理解) ②医療的行為と医療従事者 ③原則として医行為ではない行為 ④医療の倫理 ⑤医療倫理 4 原則	①現行法の下での医療的行為について説明できる ②医療的行為に関係する法律について説明できる ③医療的行為と喀痰吸引や経管栄養について説明できる	0.5	17
3. チーム医療と介護職との連携	①チーム医療とその実際 ②喀痰吸引と経管栄養についての医療職と介護職の連携	①チーム医療について説明できる ②チーム医療のチームを構成する主な職種を述べることができる ③喀痰吸引と経管栄養についての医療職と介護職の連携について説明できる	0.5	21
<b>第3章 安全な療養生活</b>				
1. 喀痰吸引や経管栄養の安全な実施	①安全に喀痰吸引や経管栄養を提供する重要性 ②リスクマネジメントの考え方と枠組み ③ヒヤリハット・アクシデント報告	①安全に喀痰吸引や経管栄養を提供する重要性を説明できる ②リスクマネジメントの考え方と枠組みを説明できる ③ヒヤリハット・アクシデントの報告が予防策につながることを説明できる	2.0	23
2. 救急蘇生法	①救急蘇生の意義 ②救急蘇生の目的 ③救急蘇生における法律 ④心肺蘇生の意思表示 ⑤救急蘇生法とは ⑥救命の連鎖と市民の役割 ⑦一次救命処置 ⑧人工呼吸の手順 ⑨ AED 使用の手順 ⑩気道異物 ⑪突然の心停止を防ぐために	①救急蘇生について説明できる ②救急蘇生法を説明できる	2.0	29
<b>第4章 清潔保持と感染予防</b>				
1. 感染予防	①地域集団、施設・組織としての予防策 ②手洗い	①感染予防策が理解できる	0.5	49
2. 職員の感染予防	①職員自身の健康管理 ②ワクチンによる予防 ③感染防護具(手袋やガウンなど)の装着 ④職員に切り傷がある場合やかぜの場合	①職員自身の健康管理について説明できる ②感染予防としての防護具(手袋やガウン)の装着効果を説明できる ③職員に切り傷がある場合の感染予防法を説明できる	0.5	55

3. 療養環境の清潔、消毒法	①居室、トイレ、キッチン ②排泄物、嘔吐物、血液や体液の付いた物 ③医療廃棄物の処理	①居室、トイレ、キッチンの清潔を保つ方法を説明できる ②排泄物、嘔吐物、血液や体液の処理について説明できる ③針や血液の付いた手袋の処理について説明できる	0.5	61
4. 滅菌と消毒	①消毒と滅菌について ②消毒薬の使い方と留意点	①消毒と滅菌について説明できる ②主な消毒薬と使用上の留意点を説明できる	1.0	64
<b>第5章 健康状態の把握</b>				
1. 身体・精神の健康	①健康とは ②平常状態について	①平常状態について説明できる	1.0	67
2. 健康状態を知る項目(バイタルサインなど)	①意欲、顔貌、顔色、食欲、行動など ②バイタルサイン	①バイタルサインや意欲、顔貌、顔色、食欲、行動の観察法や平常状態と違う場合の報告について説明できる ②バイタルサインとのみかたを説明できる	1.5	69
3. 急変状態について	①急変状態(意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など) ②急変時の対応と事前準備(報告、連絡体制、応急処置、記録)	①急変状態を説明できる ②急変時の対応と事前準備を説明できる ③急変時の報告について説明できる ④連絡体制について説明できる	0.5	75
<b>第6章 高齢者および障害児・者の「喀痰吸引」概論</b>				
1. 呼吸のしくみとはたらき	①生命維持における呼吸の重要性 ②呼吸のしくみと主な呼吸器官各部の名称・機能 ③呼吸器官のはたらき(換気とガス交換)	①呼吸維持の必要性を説明できる ②呼吸のしくみと器官の名称を説明できる ③呼吸器官のはたらきを説明できる	1.5	79
2. いつもと違う呼吸状態	①いつもと違う呼吸状態 ②呼吸困難がもたらす苦痛と障害	①いつもと違う呼吸状態を推測するための項目が説明できる ②呼吸の苦しさがもたらす苦痛と障害が説明できる	1.0	82
3. 喀痰吸引とは	①痰を生じて排出するしくみ ②痰の貯留を示す状態 ③喀痰吸引とは ④喀痰吸引が必要な状態	①痰を生じて排出するしくみを説明できる ②痰の貯留を示す状態を説明できる ③喀痰吸引が必要な状態を説明できる	1.0	84
4. 人工呼吸器と吸引	①人工呼吸器が必要な状態 ②人工呼吸療法と人工呼吸器 ③非侵襲的人工呼吸療法の場合の口腔内・鼻腔内吸引 ④侵襲的人工呼吸療法の場合の気管カニューレ内部の吸引 ⑤人工呼吸器装着者の生活支援上の留意点 ⑥人工呼吸器装着者の呼吸管理に関する医療職との連携	①人工呼吸器が必要な状態が説明できる ②人工呼吸器のしくみと生活支援における留意点が説明できる ③人工呼吸器装着者に対する吸引の留意点が説明できる ④人工呼吸器装着者の呼吸管理に関する医療職との連携の必要性和具体的な連携内容が説明できる	2.0	88
5. 子どもの吸引について	①吸引を必要とする子どもとは ②子どもの吸引の留意点	①子どもの吸引に関する留意点を説明できる	1.0	97
6. 吸引を受ける利用者や家族の気持ちと対応、説明と同意	①利用者の吸引に対する気持ち ②家族の吸引に対する気持ち ③利用者・家族の気持ちに添った対応と留意点 ④吸引の実施に関する説明と同意	①利用者・家族の吸引に対する気持ちを理解することの重要性が説明できる ②利用者・家族の吸引に対する気持ちに添った対応をするために必要なことが説明できる ③吸引の実施に関する説明と同意の必要性、説明内容と方法が説明できる	0.5	100
7. 呼吸器系の感染と予防(吸引と関連して)	①呼吸器系の感染が起きた可能性を示す状態 ②呼吸器系の感染症 ③呼吸器系の感染の予防	①感染の可能性を示す状態がいえる ②感染の予防として実施すべきことが説明できる	1.0	104
8. 喀痰吸引により生じる危険、事後の安全確認	①喀痰吸引に関連した危険の種類 ②危険防止のための医療職との連携体制:日常的な報告、連絡、相談 ③ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 ④ヒヤリハット・アクシデント報告書の書き方	①吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点が説明できる ②危険防止のために必要な医療職との連携のしかたが説明できる ③ヒヤリハット・アクシデントの主な実際が説明できる	1.0	106

9. 急変・事故発生時の対応と事前対策	①緊急を要する状態 ②急変・事故発生時の対応 ③急変・事故発生時の事前対策—医療職との連携・体制の確認	①緊急を要する状態がいえる ②急変・事故発生時に実施すべき対応が説明できる ③急変・事故発生時の医療職との連携・体制を事前に共有しておくことの重要性和事前対策内容が説明できる	2.0	112
<b>第7章 高齢者および障害児・者の「喀痰吸引」実施手順・解説</b>				
1. 喀痰吸引で用いる器具・器材とそのしくみ、清潔の保持	①吸引の必要物品 ②必要物品の清潔保持（消毒薬・消毒方法）	①吸引の必要物品がいえる ②吸引器・器具・器材のしくみが説明できる ③必要物品の清潔保持（消毒）方法が説明できる	1.0	115
2. 吸引の技術と留意点	①実施前の観察 ②実施準備（医師の指示等の確認、必要物品の準備・設置） ③ケア実施（利用者への説明、安全な実施・確認） ④吸引後の片づけ方法と留意点	①必要物品の準備・設置方法と留意点が説明できる ②吸引前の利用者の状態観察内容がいえる ③吸引前の利用者の準備方法と留意点が説明できる ④吸引実施の流れと吸引中の留意点が説明できる ⑤吸引実施にともなう利用者の身体変化の確認項目と医療職への報告の必要性が説明できる ⑥吸引実施後の吸引物の確認項目と医療職への報告の必要性が説明できる ⑦吸引後の片づけ方法と留意点が説明できる	5.0	119
3. 喀痰吸引にともなうケア	①痰を出しやすくするケア ②体位を整えるケア ③口腔内のケア	①痰を出しやすくするケアが説明できる ②体位を整えるケアが説明できる ③口腔内のケアが説明できる	1.0	128
4. 報告および記録	①医師・看護職員への報告および連絡方法 ②記録の意義と記録内容・書き方	①報告および連絡方法について説明できる ②記録の意義・記録内容が説明できる	1.0	131
<b>第8章 高齢者および障害児・者の「経管栄養」概論</b>				
1. 消化器のしくみとはたらき	①生命維持における栄養・水分摂取・消化機能の重要性 ②消化器系器官のしくみと役割・機能 ③主な消化器系器官各部の名称と構造 ④嚥下（えんげ）のしくみ	①消化器系器官の役割と機能を説明できる ②嚥下（えんげ）のしくみを説明できる ③消化に関係する器官の名称がいえる	1.5	133
2. 消化・吸収とよくある消化器の症状	①消化・吸収 ②よくある消化器の症状	①消化・吸収について説明できる ②よくある消化器の症状について説明できる	1.0	138
3. 経管栄養法とは	①経管栄養が必要な状態 ②経管栄養のしくみと種類	①経管栄養が必要な状態を説明できる ②経管栄養のしくみと種類が説明できる	1.0	140
4. 注入する内容に関する知識	①経管栄養で注入する内容 ②半固形栄養剤（流動食）を使用する場合	①経管栄養で注入する内容について説明できる	1.0	142
5. 経管栄養実施上の留意点	①経管栄養実施上の留意点	①経管栄養の実施上の留意点が説明できる	1.0	145
6. 子どもの経管栄養	①経管栄養を必要とする子どもとは ②子どもの経管栄養に使用する物品・使用方法 ③子どもの経管栄養の留意点	①子どもの経管栄養の実際に関する留意点を説明できる	1.0	147
7. 経管栄養を受ける利用者や家族の気持ちと対応、説明と同意	①利用者の経管栄養に対する気持ち ②家族の経管栄養に対する気持ち ③利用者・家族の気持ちに添った対応と留意点 ④経管栄養の実施に関する説明と同意	①利用者・家族の経管栄養に対する気持ちを理解することの重要性が説明できる ②利用者・家族の経管栄養に対する気持ちに添った対応をするために必要なことが説明できる ③経管栄養の実施に関する説明と同意の必要性、説明内容と方法が説明できる	0.5	149
8. 経管栄養に関係する感染と予防	①経管栄養を行っている利用者の消化器感染 ②経管栄養を行っている状態の感染予防 ③口腔ケアの重要性	①経管栄養を行っている利用者の消化器感染の可能性を示す状態がいえる ②経管栄養を行っている状態の感染予防として実施すべきことが説明できる ③口腔ケアの重要性が説明できる	1.0	152

9. 経管栄養により生じる危険、注入後の安全確認	①経管栄養に関連した危険の種類と安全確認、起こりうること ②危険防止のための医療職との連携体制（日常的な報告、連絡、相談） ③ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 ④ヒヤリハット・アクシデント報告書の書き方	①経管栄養により生じる危険の種類と危険防止のための留意点が説明できる ②危険防止のために必要な医療職との連携のしかたが説明できる ③ヒヤリハット・アクシデントの報告書が書ける	1.0	154
10. 急変・事故発生時の対応と事前対策	①緊急を要する状態 ②急変・事故発生時の対応（報告、連絡体制、応急処置、記録） ③急変・事故発生時の事前対策：医療職との連携・体制の確認	①緊急を要する状態（症状）がいえる ②急変・事故発生時に実施すべき対応が説明できる ③急変・事故発生時の医療職との連携・体制を事前に共有しておくことの重要性和事前対策内容が説明できる	1.0	160
<b>第9章 高齢者および障害児・者の「経管栄養」実施手順解説</b>				
1. 経管栄養で用いる器具・器材とそのしくみ、清潔の保持	①経管栄養の必要物品 ②必要物品の清潔保持（消毒薬・消毒方法） ③挿入部の清潔保持	①経管栄養の必要物品がいえる ②経管栄養の種類としくみが説明できる ③必要物品の清潔保持（消毒）方法が説明できる ④挿入部の消毒について説明できる	1.0	163
2. 経管栄養の技術と留意点	①必要物品の準備・設置（環境整備を含む）と留意点 ②経管栄養開始前の観察 ③経管栄養実施前の準備 ④経管栄養実施手順 ⑤経管栄養実施中の利用者の身体的変化の確認と医療職への報告 ⑥経管栄養実施後の手順と利用者の身体変化の確認 ⑦経管栄養終了後の片づけ方法と留意点	①必要物品の準備・設置方法と留意点が説明できる ②経管栄養前の利用者の状態・観察内容がいえる ③経管栄養前の利用者の準備方法と留意点がいえる ④経管栄養の実施の流れと注入中の留意点が説明できる ⑤経管栄養実施後、利用者の身体変化の確認項目と医療職への報告の必要性を説明できる	5.0	167
3. 経管栄養にともなうケア	①消化機能を維持するケア ②生活様式に添った体位を整えるケア ③口腔内や鼻および皮膚のケア ④胃ろう部（腸ろう部）のケア	①消化機能を促進するケアについて説明できる ②体位を整えるケアについて説明できる ③口腔内や鼻のケアについて説明できる ④胃ろう部（腸ろう部）のケアについて説明できる	1.0	175
4. 報告および記録	①医師・看護職員への報告・連絡方法 ②記録の意義と記録内容・書き方	①報告・連絡方法について説明できる ②記録の意義・記録内容が説明できる	1.0	178



### 基本研修（演習）

実施ケア等種類		実施回数	到達目標	
基本研修 (演習)	喀痰吸引	口腔内吸引	5 回以上	介護職員が、喀痰吸引をシュミレーターを用いて、効果的に演習でき一人で実施できる
		鼻腔内吸引	5 回以上	
		気管カニューレ内部	5 回以上	
	経管栄養	胃ろうまたは腸ろう	5 回以上	介護職員が、経管栄養をシュミレーターを用いて、効果的に演習でき一人で実施できる
		経鼻	5 回以上	
救急蘇生法		1 回以上	介護職員が、救急蘇生法をシュミレーターを用いて演習できる	

### 実地研修 (第 1 号研修・第 2 号研修)

実施ケア等の種類		実施回数	到達目標	
実地研修	喀痰吸引	口腔内吸引	10 回以上	介護職員が、指導看護師の指導を受けながら、利用者の心身の状態を正確に観察し、指導看護師と連携し医師に報告し、その指示に基づいて、喀痰吸引を安全、安楽かつ効果的に実施できる
		鼻腔内吸引	20 回以上	
		気管カニューレ内部	20 回以上	
	経管栄養	胃ろうまたは腸ろう	20 回以上	介護職員が、指導看護師の指導を受けながら、利用者の心身の状態を正確に観察し、指導看護師と連携し医師に報告し、その指示に基づいて、経管栄養を安全、安楽かつ効果的に実施できる
		経鼻	20 回以上	

注：第 1 号研修については、すべての喀痰吸引等の行為について実地研修を行う。  
 第 2 号研修については、喀痰吸引等の各行為のうち、任意の行為について実地研修を行う。

# 介護職員による喀痰吸引等の研修テキスト I

講義用



# 目次

	講義タイトル	講義時間 (h)	頁 (p)
<b>第1章</b>	<b>人間と社会</b> .....	<b>1.5</b>	<b>1</b>
	1. 介護職と医療的ケア .....	0.5	1
	2. 介護福祉士等が喀痰吸引等を行うことに係る制度 .....	1.0	8
<b>第2章</b>	<b>保健医療制度とチーム医療</b> .....	<b>2.0</b>	<b>11</b>
	1. 保健医療に関する制度 .....	1.0	11
	2. 医療的行為に関係する法律 .....	0.5	17
	3. チーム医療と介護職との連携 .....	0.5	21
<b>第3章</b>	<b>安全な療養生活</b> .....	<b>4.0</b>	<b>23</b>
	1. 喀痰吸引や経管栄養の安全な実施 .....	2.0	23
	2. 救急蘇生法 .....	2.0	29
<b>第4章</b>	<b>清潔保持と感染予防</b> .....	<b>2.5</b>	<b>49</b>
	1. 感染予防 .....	0.5	49
	2. 職員の感染予防 .....	0.5	55
	3. 療養環境の清潔, 消毒法 .....	0.5	61
	4. 滅菌と消毒 .....	1.0	64

**第5章 健康状態の把握**…………… 3.0 67

- 1. 身体・精神の健康…………… 1.0 67
- 2. 健康状態を知る項目（バイタルサインなど）…………… 1.5 69
- 3. 急変状態について…………… 0.5 75

**第6章 高齢者および障害児・者の「喀痰吸引」概論**…………… 11.0 79

- 1. 呼吸のしくみとはたらき…………… 1.5 79
- 2. いつもと違う呼吸状態…………… 1.0 82
- 3. 喀痰吸引とは…………… 1.0 84
- 4. 人工呼吸器と吸引…………… 2.0 88
- 5. 子どもの吸引について…………… 1.0 97
- 6. 吸引を受ける利用者や家族の気持ちと対応，説明と同意…………… 0.5 100
- 7. 呼吸器系の感染と予防（吸引と関連して）…………… 1.0 104
- 8. 喀痰吸引により生じる危険，事後の安全確認…………… 1.0 106
- 9. 急変・事故発生時の対応と事前対策…………… 2.0 112

**第7章 高齢者および障害児・者の「喀痰吸引」実施手順・解説**…………… 8.0 115

- 1. 喀痰吸引で用いる器具・器材とそのしくみ，清潔の保持…………… 1.0 115
- 2. 吸引の技術と留意点…………… 5.0 119
- 3. 喀痰吸引にともなうケア…………… 1.0 128
- 4. 報告および記録…………… 1.0 131

**第 8 章** 高齢者および障害児・者の「経管栄養」概論…………… 10.0 133

1. 消化器系のしくみとはたらき……………	1.5	133
2. 消化・吸収とよくある消化器の症状……………	1.0	138
3. 経管栄養法とは……………	1.0	140
4. 注入する内容に関する知識……………	1.0	142
5. 経管栄養実施上の留意点……………	1.0	145
6. 子どもの経管栄養……………	1.0	147
7. 経管栄養を受ける利用者や家族の気持ちと対応，説明と同意……………	0.5	149
8. 経管栄養に関係する感染と予防……………	1.0	152
9. 経管栄養により生じる危険，注入後の安全確認……………	1.0	154
10. 急変・事故発生時の対応と事前対策……………	1.0	160

**第 9 章** 高齢者および障害児・者の「経管栄養」実施手順解説…………… 8.0 163

1. 経管栄養で用いる器具・器材とそのしくみ，清潔の保持……………	1.0	163
2. 経管栄養の技術と留意点……………	5.0	167
3. 経管栄養にともなうケア……………	1.0	175
4. 報告および記録……………	1.0	178

(合計時間) (50 h)

## 1 介護職と医療的ケア

## 到達目標

- 介護職の専門的役割について説明できる
- 医療的行為をするうえで、介護職に重要なことを説明できる

喀痰吸引や経管栄養は医行為（医療的行為）です。この項目では、医療を提供する介護職としての基本的な考え方と法律について学習します。

## □ 介護職の専門的役割と介護の倫理

介護職の専門領域は生活支援です。介護職の役割は、利用者の生命や健康を守り、その人らしい生活を継続させることにあります。単に、食事を摂り、排泄し、眠るというだけではなく、その人らしい生活の質（QOL）を維持・向上させることが重要です（表1-1）。そのために介護職は、生活にかかわる介助をするだけでなく、生活全般に対して、観察や情報収集に基づいて課題やニーズを考慮しながらQOLを高めるための介護方法を見出していきます。

当然ながら、介護職という職業人として守るべき倫理をよく理解し、実践することが前提になります。

介護職の倫理を示すものとして、日本介護福祉士会は倫理綱領を示しています（表1-2）。

介護職としての役割に責任をもち、利用者の権利を守っていくためのものが介護職の倫理といえます。介護職が介護を必要とする人のもつ力を最大限に発揮し、自立生活に向けた支援をするための留意点があげられています。介護職は、自らの行動を律し、倫理的な自覚をもって介護することで利用者が本当に必要とする介護を提供することができ、利用者の願う生活を実現していくことができるでしょう。

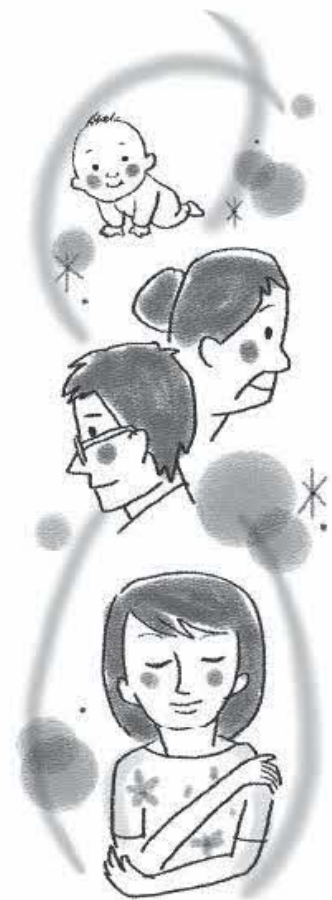


表1-1 生活とは何か

- 生理的生活（食事、排泄、入浴・清潔、睡眠など）
- 作業的生活（①家事：炊事、洗濯、掃除など、②収入のための生活）
- 文化的・社会的な生活（趣味活動、地域活動など）

表 1-2 日本介護福祉士会倫理綱領 (1995 年 11 月 17 日宣言)

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。

1. 利用者本位, 自立支援

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。

2. 専門的サービスの提供

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。

3. プライバシーの保護

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。

4. 総合的サービスの提供と積極的な連携, 協力

介護福祉士は、利用者にもっとも適した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。

5. 利用者ニーズの代弁

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。

6. 地域福祉の推進

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。

7. 後継者の育成

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に、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。

〔日本介護福祉士会 (1995)『倫理綱領』(<http://www.jaccw.or.jp/about/rinri.php>, 閲覧日 2021/2/16)〕

## □ 介護職が医療的行為を行うに至った背景と意義

### 1) 社会情勢の変化

わが国の社会状況は、現在大きな変化に直面しており、医療提供については、次のような課題があります。

- 病気や障害があっても、住み慣れた地域で生活できるために、自宅や施設で医療を提供することが必要になってきている。
- わが国の人口が減少に向かう一方、高齢化によるケアの受け手の増加が著しい。
- 経済成長が停滞し、医療費の高騰化を防ぐため、医療施設の専門分化や入院期間の短縮化を図る必要がある。

どのような状態になっても、住み慣れたわが家で生活したいと望む人は少なくありません。家族は、その人らしい生活の実現のために介護を行います。しかし、介護の負担を抱える家族は、高齢化や重度化が高まる社会のなかで、身体的にも、精神的にも、さらには経済的にも負担は増大しています。

### 2) 実質的違法性阻却論による喀痰吸引等の実施

平成 14 (2002) 年 11 月に日本 ALS 協会は、在宅 ALS 患者の喀痰吸引等が家族によって行われることが多くなっており、家族の負担が大きいため、厚生労働大臣に「ALS 等の吸引を必要とする患者に、医師の指導を受けたヘルパー等介護者が日常生活の場で吸引することを認めてくだ

さい」という要望書を提出しました。これを受けて、厚生労働省は通知を发出して容認することとしました。

このように、平成15(2003)年7月以来、厚生労働省から4つの通知<sup>\*1</sup>が发出され、当面の措置として、在宅・特別支援学校・特別養護老人ホームにおいて、例外として介護職員等の家族以外の者(医師・看護職員を除く)による「痰の吸引(喀痰吸引)」等のうちの一定の行為を、一定の要件を満たした場合に限って法律に違反しない(実質的違法性阻却論)として運用が認められてきたのです。

### 3) 介護職員等による喀痰吸引等の実施の制度化

また、平成22(2010)年6月に規制・制度改革に係る対処方針が閣議決定され、そのなかで、医療的行為の範囲の明確化(介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁など)が示されました。

この決定を受けて、同年7月に厚生労働省は「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」を開催し、介護職による喀痰吸引等の実施のための研修と試行が行われ、平成24(2012)年4月に「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され、介護職員等による喀痰吸引等の実施が制度化されました。

介護職員等がこれらの行為を実施するためには、「登録研修機関」において研修を修了し、都道府県知事の認定を受けることとなります(法附則第3条、第4条)。また、制度化の前に介護福祉士の資格を取得している者もこれらの者と同様に研修を受け、認定を受けることができます(介護サービスの基盤強化のための介護保険等の一部を改正する法律附則第13条)。



\*1 「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」医政発第0717001号(平成15年7月17日) <http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/vAdmPBigcategory/49256FE9001AC4C749256D67001AA792?OpenDocument>  
「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」医政発第0324006号(平成17年3月24日) [http://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb2894&dataType=1&pageNo=1](http://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb2894&dataType=1&pageNo=1)  
「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)」医政発第1020008号(平成16年10月20日)  
「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」医政発0401第17号(平成22年4月1日) [http://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb5988&dataType=1&pageNo=1](http://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb5988&dataType=1&pageNo=1)



#### 4) 介護職が医療的行為を行うことの意義

わが国では、65歳以上の高齢者数が増加し続けていることから、高齢者の医療ニーズは高まり、医療を必要とする高齢者や障害のある人が慣れ親しんだ地域で生活するための地域医療提供体制の整備が課題となっています。介護職も多職種連携のもと、医療を必要とする高齢者や障害のある人の在宅生活が充実したものとなるように支えるため、医療的行為を行うことが必要となります。

しかし、介護職の専門領域は生活支援であり、医療を分担するものではありません。病気や障害のある人もそれまでの生活を維持し、日常生活を営むのに必要な支援として、介護職は医療的行為を行います。利用者の生活に最も近い介護職が、安全に必要な喀痰吸引等の行為を行うことができれば、家族の介護負担を軽減し、同時に日常生活の体調を見守りながら生活を支援することができます。家族や他職種とともに、利用者の生活を維持し、その人らしい生活を支援することに、介護職が喀痰吸引や経管栄養の一部を担う意義があります。

### □医療的行為をするうえで、介護職に重要なこと

#### 1) 利用者の尊厳を守る

介護の提供と同様に、医療的行為の際にも、利用者を自分と同じ人間として尊重した介護をすることが重要です。利用者は自分と同じ人間で、大事にされるべきだと介護職の誰もが思っているのに、介護職がいつのまにか高みに立っていることがあります。介護する側と介護される側、世話する側と世話される側という上下の関係に陥りやすいのです。

人は、自分の身の回りのことができなくなった人を低く見るという価値観や人間観を無自覚にもつことがあります。いつ自分自身がそのような考えをもたないとも限らず、常に自分を振り返ることが大事です。「尊厳」は人格に備わった何ものにも優先し、他のものにとって代わることでできない絶対的価値といわれますが、どのようなものを示すことは難しいです。ただ、どのような人であろうと、どのような人生を歩んでこようと、生きてきたこと、生きていることに尊厳があるのです。人の人生にかかわるのが介護の仕事です。その重みと責任を常に考えられなければ尊厳は守れません。

「尊重する」「尊厳を守る」などという言葉は、使うのは簡単ですが、介護職の場合、実際の介護行為や行動で示せなければなりません。

- ①節度のある態度や丁寧な接し方が求められます。ごく一般的なマナーを守ります。いきなり布団をめくる、いきなり起こすなど、いくら必要な介護でも声をかけずに行うのではなく、これからすることを説明し、理解しているかの確認をしてから始めます。
- ②利用者の行動には理由があることを理解します。介護職員がいつでも理解できるとは限りませんが、介護拒否などととらえず、利用者の行動の理由をまず探るといった気持ちを持ち続けましょう。介護職側の仕事の流れに沿わないからと、無理やり行うようなことや、だますようなことは決してしてはいけません。
- ③介護職自身の仕事の流れに利用者を組み込むのではなく、利用者本人のその時の気持ちや意向をよく聴き取り、大事にします。しかし、服薬時間など医療上の必要性がある場合は、よく説明し、理解し協力してもらえようようにします。医療上で不適切な状況が起こる場合は、医療職に連絡・検討します。

医療的行為を行ううえでは、慣れない行為や予期せぬ出来事に遭遇することで、無意識に介護職員自身が自分本位になってしまうことがあります。「生命を守るために必要なことだから」「医師の指示があるから」「自分が絶対にやらなければ」などと自身の気持ちを優先してしまい、意識せずとも利用者の尊厳を軽んじてしまうことがあるかもしれません。そのような時こそ、今一



度、利用者の尊厳を守る姿勢を確認します。

## 2) 利用者や家族のプライバシーを守る

介護職は利用者や家族の事情などを知ってしまうことも多くあります。

業務上、利用者の人生にふれ、知る必要のない個人的な情報まで知っていることをあたりまえのこのような感覚にならないようにすることや、利用者を介護業務の単なる対象としてのみ考えてはいないかを内省することが大事です。うっかり外で口にする事や、他の利用者の前で話すことなどは許されません。

このような個人的な情報の取り扱いについては、平成15年(2003)に「個人情報の保護に関する法律」が制定されています。個人情報を取り扱うすべての者は、適切な取り扱いをする必要があります。また、「社会福祉士及び介護福祉士法」第46条では秘密保持義務が示され、正当な理由なく、業務を通して知り得た情報を漏らしてはならないことが明示されています。万が一にもその人の個人的な秘密が漏れれば、利用者との関係性は悪化し、信頼関係も崩れてしまいます。介護職が「知っている」ことの重みや責任をしっかりと考えましょう。

医療的行為については、病気や治療上の情報を取り扱うことになります。このような情報は、家族のなかでも知らない人がいる場合もあるので、特に慎重に取り扱います。医療的行為の実施にともない、医師・看護職員との情報共有の場面が増えます。必要な情報を確実に伝えることは重要です。一方で、利用者・家族にとっては自分の知らないところで自身の情報がやりとりされていることを不快に思うこともあります。必要に応じて、利用者・家族の了解を得て、医師・看護職員との情報共有をすることが求められます。

## 3) 利用者の自己決定を尊重する

利用者は長い人生のなかで、さまざまなことにおける好みや生活スタイル、価値観などを培ってきました。他人の援助を必要としない時は、誰からも気にされなかったようなことも本人の大事な生活習慣となっていることがあります。介護が必要になった時、介護職の価値観との違いに初めて気づくこともあります。そのようなことこそ利用者の価値観は大事にされるべきであり、介護職は、利用者自身の考えや選択に配慮できる柔軟性が必要です。あくまでも利用者の自己決定を尊重する姿勢が求められます。

同様に、医療的行為に対する利用者のとらえ方も個々に違うという前提に立つことが重要です。医療上に不適切な状況が起こる場合は医療職に連絡して慎重に対応します。

## 4) 利用者と家族に説明し、同意を得る

利用者は自分のことをどのようにしていくかを選択・自己決定することができます。利用者がその意思決定をするためには、利用者への説明と同意を得ることが必要です。利用者にとってわかりやすい説明により、その人が納得した判断を下すことができるでしょう。そして、説明をした介護職等は、その人との信頼関係をさらに深め、不安を最小限にした決定を進めていくことができます。説明と同意は、医療の場でよく実施されていますが、治療方針を決めるためだけに行うものではありません。利用者と家族が望むような生活に近づけるためにすべてのケアで欠かすことのできないものです。

また、利用者への支援は、介護職のみで行うものではなく、連携するさまざまな職種と情報を共有し、チーム全体の合意の下で協働し成り立っています。利用者の意思決定をチーム全体が共有して、本人と家族の意思決定を介護職のみでなくチーム全体で尊重することが大切です。

## 5) 利用者の安全・安心を確保する

疾病の重症化、事故による骨折などは日常生活動作（ADL）に影響し、QOLが低下します。何とか歩いていた利用者が何かにつまずいて転倒し、大腿骨を骨折した結果、ベッド上から動けなくなったとしたら、QOLは低下し、本人にとってつらい毎日になってしまいます。これでは尊厳を守ることにはなりません。

- ①利用者の病状をよく知り、悪化、再発させない介護をする。基本的な医療知識と介護を結びつけることが求められる。
- ②危険に気づける視点を持ち、事故を予防する。
- ③アセスメントや介護計画をよく理解し、①、②を行う。

喀痰吸引等においても、どのようなリスクがあるのか知り、危険な事態が起きないようにするにはどうすればよいのか考え、またその事態が起きてしまった時にすべき対処法を知っておきます。慣れで実施するのは何らかの事故に結びつく危険性があります。どのような状態になったら医療職に連絡するのか知っておくことが重要です。介護職が実施すべき状態かどうか、判断できる情報や知識を日頃から得ておきましょう。

## 6) 利用者の自立や状態改善の可能性を追求する

利用者のできることを発見し、活かすという介護が利用者の尊厳を高めることになります。利用者が自分でできることを行い、自分で考え、決定していくことは、利用者の自尊心を高めて保つことにつながります。

ただ、何かができるようになることだけが自立ではありません。体を動かすことができなくても、自分の意思で選択・決定する、自ら自分の意思を十分伝えられない状態でも、周囲の人間によってその人らしい生活ができることなどはある種の自立といえます。

医療的行為が必要な人も同様に、自立や状態改善の可能性を追求しています。例えば、喀痰吸引が必要な人に対して医療職との連携により痰を効率的に出しやすくする取り組みを行うことがあります。また、経管栄養が必要な人に対して、嚥下機能を改善して経口摂取ができるよう取り組むこともあります。また、医療的行為を行わない時間を利用して身体への負担を考慮しながら自立に向けた活動を支援するなど、利用者の可能性を追求する支援は重要です。

## □介護職と医療職の連携

前述したように、利用者の生活を支援するためには、医療職との連携も必要です。介護職の専門領域は生活支援であって、医療的行為を行うことや診断することではありませんが、利用者の生活を観察して、健康状態をおかしいと感じた時には、適切に医療につなげなければなりません。

利用者の日頃の状態を熟知していることや医療的な知識をもっていることが、「おかしい、いつもと違う」という気づきを促し、また、「どこが」「どのように」おかしいのかという観察にもつながります。医療職に利用者の様子を報告する時、介護職の気づきや意見を医療職にわかるように言語化しなければなりません。医療職同士が使うような略語や極端に難しい医療用語を使う必要はありませんが、適切な表現を知っておくことは必要です。それには観察のポイントを知っておくことが重要となります。例えば、「顔が赤い、熱があるようだ」だけでは、医療職は判断できません。「熱は〇℃、頭痛などもなく、ほかに痛みもない。今のところ下痢もなく、食事も全量摂取した」という利用者の状態が適切に理解されるような情報を伝えます。

連携とは一方的に介護職から医療に情報を伝えることではありませんし、医療職からの指示を単に実行することでもありません。日常生活を支援する介護職からの意見や気づきも十分伝えな

がら、ケアの質を上げ、利用者のQOLを上げるために一緒にはたらくことです。お互いが判断し行動できるように、お互いが協力して行動することです。

介護職が医療職と連携するうえで重要なことは次のようなことです。

### 1) 介護職としての視点と行動を失わない

- 利用者の生活全般をよく知ること。利用者の生活がどうあったらよいのか、その生活に変化はないのかを考え、観察します。それには、利用者とのコミュニケーションや観察力が大切になります。
- 介護職の視点を持ち続けること。医療的行為の一部を実施するからといって医療職になるわけではありません。
- 介護職は介護職のできることを、できないことを理解しておく。介護職の教育には医療的知識が少なく、実際の利用者の状態と疾病が結びつかないこともあります。
- 介護職は利用者の病状で理解できないことがあれば知ろうと努力する態度をもつ。介護職は必要最低限の医療知識を学ぶ必要があります。
- 利用者の自立を常に意識すること。常日頃から胃ろう等の経管栄養にならずに経口摂取を続けられるように考えたり、自力で排痰できたりするような介護について考えます。
- 利用者の疾病を知って生活を支援すること。「利用者の病気のことは看護職にまかせればよい、病気は自分とは関係ない」などと考える介護職もいますが、利用者が自立した生活を送るためには、病状の安定は欠かせません。経管栄養等に移行したとしても、医療的ケアを受けるのは24時間のなかのある時間だけのことです。それ以外の生活時間について心身ともに安心でき、快適な生活になるような介護サービスを考え実施するのは、介護職の大切な役割です。
- 自分の引き受けたことに責任をもつこと。

### 2) 介護職と医療職が連携するために行うこと

#### ①相互理解

- お互いの仕事の領域や内容を理解する。
- お互いの教育や業務の視点の相違を理解する。
- 医療職はわかりやすい説明を工夫する。医療職は介護職に理解できないことが何か質問して、わかりやすく説明する努力が必要です。
- 医師・看護職・介護職の倫理を理解する。

#### ②情報共有

- 医療職・介護職でそれぞれ大事だと思っていることを共有する。利用者にとって「大事なこと」だと思えることが、医療職と介護職では違っている可能性があります。まずは、なぜ大事だと思うのか話してみて、視点の相違を理解します。
- 利用者の状態を定期的・緊急時に共有化する。
- ケアの目標を共有化する。

## 2

# 介護福祉士等が喀痰吸引等を行うことに係る制度

### 到達目標

- この制度の背景となる社会のニーズを説明できる
- 介護福祉士等が喀痰吸引等をできる要件について説明できる
- 介護福祉士等が喀痰吸引等をできる行為について説明できる

## 社会福祉士及び介護福祉士法改正による制度

介護職員等は、登録喀痰吸引事業者（登録特定行為事業者）において喀痰吸引等を行います。介護職員等で「登録研修機関」が行う「研修（喀痰吸引等研修）」を受けた者は都道府県に登録、「認定特定行為業務従事者認定証」が交付され、「認定特定行為業務従事者（1，2，3号）」となります。登録特定行為事業者に所属し、「医師の指示」を受けたうえで、「特定行為（喀痰吸引等）」を実施することができます。

介護福祉士や介護職員等が、喀痰吸引等を行うためには、一定の研修・教育が必要です。研修・教育機関とは次のとおりです。

### 1) 研修

- 登録研修機関：定められた研修内容を実施できる基準を満たしていることを都道府県が認めて、登録した研修機関。
- 研修の内容と種類：認定特定行為業務従事者には3つの種類があり、それぞれ研修内容が異なります（表1-3，1-4）。

表 1-3 認定特定行為業務従事者の認定の種類と実施可能な行為の種類

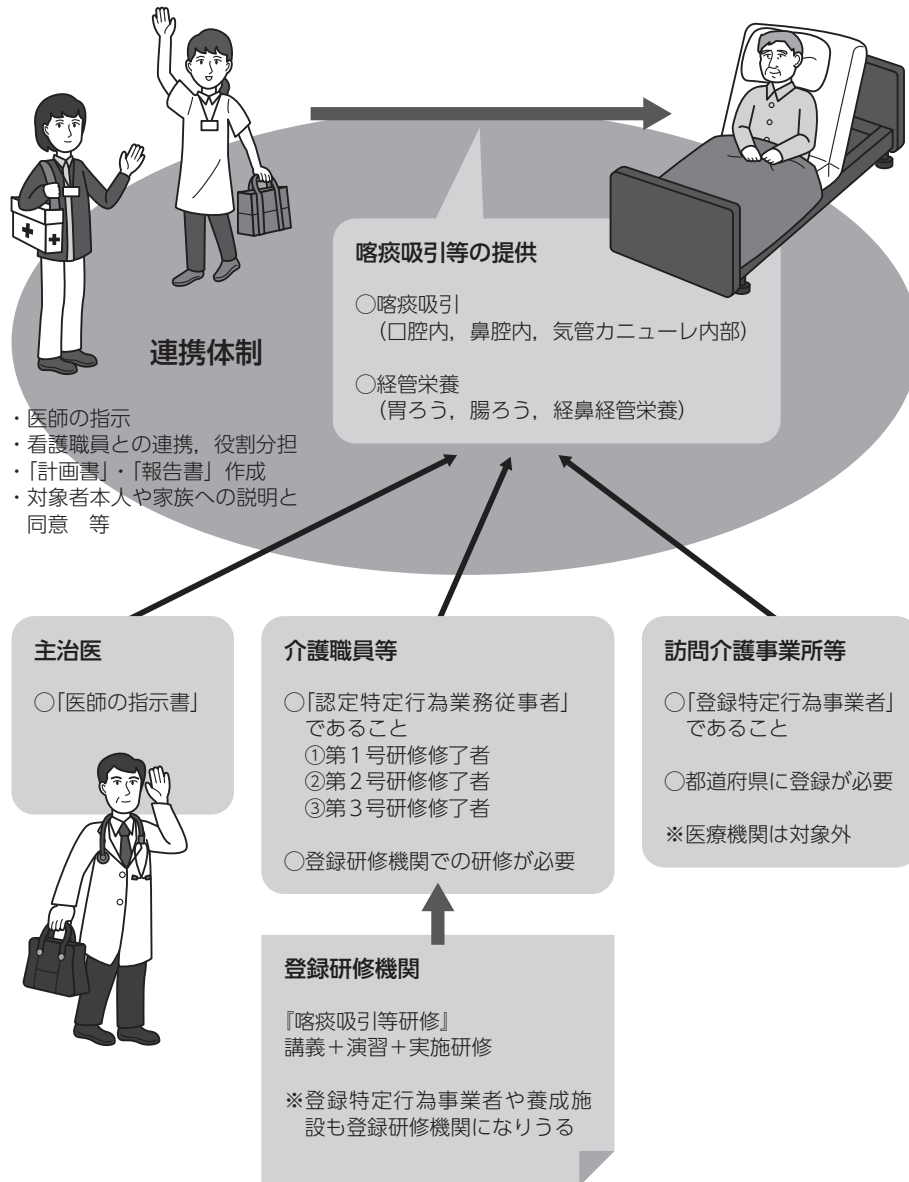
認定の種類	対象	実施可能な行為
1号研修修了者 認定特定行為業務従事者（1号）	不特定多数の対象者	□ 腔内の喀痰吸引，鼻腔内の喀痰吸引，気管カニューレ内部の喀痰吸引，胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養，経鼻経管栄養
2号研修修了者 認定特定行為業務従事者（2号）	不特定多数の対象者	□ 腔内の喀痰吸引，鼻腔内の喀痰吸引，気管カニューレ内部の喀痰吸引，胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養，経鼻経管栄養の5つの行為のうち、いずれか任意の行為について実地研修を修了した行為
3号研修修了者 認定特定行為業務従事者（3号）	特定の対象者	□ 腔内の喀痰吸引，鼻腔内の喀痰吸引，気管カニューレ内部の喀痰吸引，胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養，経鼻経管栄養のなかで対象者が必要とする行為

表 1-4 研修内容

	講義	基本研修		実地研修
			演習	
1号 不特定多数の者	50時間	各行為5回以上		□ 腔内喀痰吸引 10回以上
				喀痰吸引（鼻腔内・気管カニューレ内部）各 20回以上
2号	50時間	各行為5回以上		1号研修と同様の5つの行為のうちいずれか任意の行為
3号 特定の者	8時間	回数についての定めはない（1時間）		特定の対象者が必要な行為について，知識・技術を習得したと認められるまで
* 新たに対象者に行為を行う場合は，基本研修を再度受講する必要はなく実地研修のみ受講する。				

## 2) 教育機関

- 登録研修機関のほか、介護福祉士養成課程や介護職員実務者研修のなかで、「医療的ケア（50時間以上）」の教育が行われます。



### ザックリいうと！

都道府県に登録された登録特定行為事業者に所属する一定の研修を修了した認定特定行為業務従事者が、医師の指示書の下、医療機関と連携し、喀痰吸引等の行為を行う。

### 喀痰吸引等の制度の全体像

〔全国訪問看護事業協会（2013）『看護と介護との連携の概要』p 1〕



### 3) 認定特定行為業務従事者証 (1, 2, 3号)

規定の研修を受けた者はその修了証を都道府県に提出し、認められると、「認定特定行為業務従事者証 (1, 2, 3号)」が交付されます。

### 4) 認定特定行為業務従事者が実施できる行為 (特定行為)

喀痰吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるものです。

- ①口腔内の喀痰吸引
- ②鼻腔内の喀痰吸引
- ③気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
- ⑤経鼻経管栄養

これらは、通知で次のことが定められています。

- 喀痰吸引については、咽頭の手前までを限度とすること。
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の実施の際には、胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことの確認、経鼻経管栄養の実施の際には、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認を医師または看護職員（保健師、助産師、看護師および准看護師をいう。以下同じ）が行うこと。

なお、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引が必要な場合は、別途研修を行う必要があります。

胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形タイプ）が必要な場合は、滴下による方法に加えて別途研修を行う必要があります。

### 5) 認定特定行為業務従事者の認定の種類と実施可能な行為の種類

介護職員等が受けた研修の種類 (1, 2, 3号) によって認定特定行為業務従事者が行える行為の種類が定められています (表 1-3)。

### 6) 登録特定行為事業者

自らの事業の一環として、喀痰吸引等の業務を行う要件の基準を満たしていることが認められた事業者を、都道府県が登録します (表 1-5)。

表 1-5 登録の基準

①医療関係者との連携に関する基準	<ul style="list-style-type: none"><li>• 医師の文書による指示、対象者の心身の状況に関する情報共有</li><li>• 喀痰吸引等の実施内容に関する計画書・報告書の作成、など</li></ul>
②安全適正に関する基準	<ul style="list-style-type: none"><li>• 実地研修を修了していない介護福祉士に対し、医師・看護師等を講師とする実地研修の実施</li><li>• 安全確保のための体制の確保 (安全委員会等)、感染症予防措置、秘密保持、など</li></ul>

## 1 保健医療に関する制度

### 到達目標

- 保健医療に関する主な制度を説明できる
- 介護保険に関する制度を説明できる
- 障害福祉に関する制度を説明できる
- 地域保健に関する制度を説明できる

### 保健医療に関する制度

わが国では、胎児から高齢者まで生涯にわたり、誰もが尊厳をもって安心して生活できるように保健医療福祉制度が実施されています。

医療については、国民健康保険や、被用者保険（共済組合保険など）、後期高齢者医療制度などに加入することによって、すべての人がいつでもどこでも、かかった医療費の1～3割（年齢や所得による）の自己負担で医療を受けることができる「国民皆保険制度」が導入されています。

後期高齢者医療制度の保険者は後期高齢者医療広域連合で、47都道府県に1カ所ずつ各都道府県単位の設置されており、すべての市町村が加入しています。被保険者は75歳以上ですが、65歳以上74歳までの方でも後期高齢者医療広域連合で障害等を認定した場合は、この制度に基づいた給付が受けられます。

さらに、公費医療制度があります。低所得者では生活保護法に基づく医療扶助の制度があります。筋萎縮性側索硬化症など長期にわたる療養を必要とする疾病（指定難病）の対象者では、「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき医療費の自己負担額が軽減されるしくみになっています。また、医療費が高額になり、自己負担額が一定の限度額を超える場合には、高額療養費の制度によって、超えた分は加入先の保険者が支払うこともあります。

医療保険制度における給付内容は、受診した保険医療機関での検査や治療、薬剤投与などです。また、生活習慣病などの予防給付として、特定健診および特定保健指導も受けられます。

「生活の質（QOL）の向上」を医療の目的とし、入院期間をできるだけ短縮して、訪問看護や訪問診療を受けながら在宅で療養生活を送るための支援が進められています。訪問看護制度は、主治医との密な連携（指示・報告）のもとに、看護師などが住まいに訪問して、看護師が立てた看護計画に基づき、関係者とも連携しながら療養生活支援を行います。主な内容は、病状観察をはじめ、療養生活に関する相談指導、栄養・水分摂取の管理と看護、皮膚・口腔・排泄・呼吸・循環器系・筋・骨格などの症状管理と看護、疼痛緩和や服薬指導、点滴、創傷などの医療処置、看取りなどです。また、認知症や精神疾患のある利用者への看護、精神的な支援も増えています。訪問看護では、本人のみならず、家族や介護従事者、ボランティアなど、本人を取り巻く人々にもかかわって、より安定した生活が過ごせるように支援します。

これからは、医療ニーズと介護ニーズを併せもつ人や終末期のケアを要する人が在宅や施設に



において、ますます増加します。また、在宅では単独世帯や高齢者世帯が増加し、家族介護力はますます低下します。このような人々を支援するためには、利用者本人・家族を中心に、医療職、特に看護職員と介護職員が連携してケアを提供することが求められます。

## □ 介護保険に関する制度

### 1) 介護保険制度とは

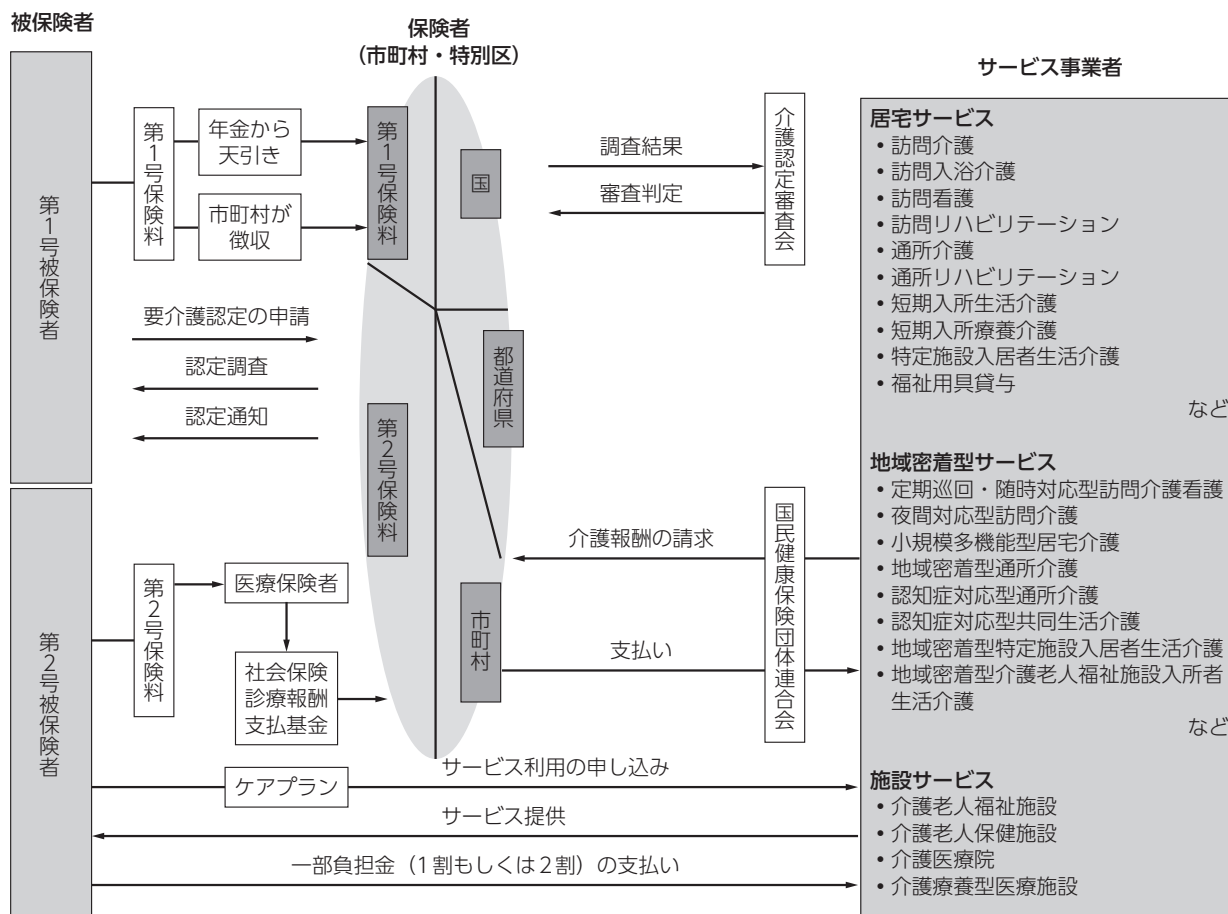
介護保険制度は、要介護認定に基づく区分支給限度基準額のなかで自らサービスを選び、ケアプラン（居宅サービス計画、施設サービス計画および介護予防サービス計画をいう）のもとにサービスを利用するしくみです。保険者は市町村または特別区（以下、市町村）です。被保険者については、第1号被保険者が65歳以上で、第2号被保険者は40歳以上65歳未満です。

介護保険制度のサービスの利用者は、市町村に要介護認定を申請して、介護認定審査会により、要支援または要介護と認定された方です。ただし、第2号被保険者では介護保険制度で定められた16特定疾病の対象者のみ要介護認定の申請ができます。

### 2) 介護保険のサービスの内容と利用のしくみ (図 2-1)

介護保険制度が給付するサービス内容には、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスがあります。

要支援者は介護予防サービスを利用できますが、施設サービスである介護老人保健施設、介護



※1: 「保険者」の楕円内の構成は、介護保険の財源構成を示す。

※2: 「しくみの概要」であるので、すべてのサービス等を示すものではない。

図 2-1 介護保険制度のしくみの概要

老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院は利用できません。訪問看護や訪問介護などの居宅サービスと、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護のような地域密着型サービスは、要支援者も要介護者も利用できます。（認知症対応型共同生活介護は要支援1の者を除く、看護小規模多機能居宅介護は要支援1、2を除く）。

利用のしくみは、要支援者は、地域包括支援センターの介護予防支援を受けて介護予防サービス計画に基づき、要介護者は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）の居宅介護支援を受けて、ケアプランに基づきサービスを利用します。要介護度別の区分支給限度基準額で利用できる上限の単位が決められており、それを超える分は全額自己負担となります。

なお、医療保険と介護保険の違いについては表 2-1 のとおりです。

表 2-1 医療保険と介護保険の違い

	医療保険	介護保険
制度	日本国民全員が加入する義務のある制度	40歳以上を対象に加入義務が設けられてた制度
利用できる対象	被保険者全員	65歳以上の要介護者・要支援者（特定疾病がある場合は40歳以上）
受けられるサービス	治療、処方、入院などが受けられる	生活支援のための介護サービスが受けられる（ケアプランの作成や介護施設の利用など）
認定制度	なし	あり
方針の決定者	医師	（医師の意見を踏まえて）介護支援専門員 など
自己負担割合	3割負担（一部対象者は1割・2割負担）	所得によって1～3割負担
支給限度額	なし	あり

## □障害福祉に関する制度

### 1) 障害者総合支援法とは

障害保健福祉施策は、平成15（2003）年度からノーマライゼーションの理念に基づいて支援費制度が導入されましたが、平成18（2006）年度からは、身体・知的・精神という障害種別ごとであった制度を共通の制度として一本化した障害者自立支援法が施行されてきました。その後、国連の障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）の批准に向け、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、平成25（2013）年「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が施行されました。障害者総合支援法では、障害者（児）を権利の主体と位置づけた基本理念を定めています。障害者総合支援法は、障害のある人の個別のニーズに対応しながら、地域生活を送ることのできる法律です。

法律が対象とする障害者の範囲は、身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）に加え、制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等の患者も含まれています。

### 2) 障害福祉サービスの内容と利用のしくみ（図 2-2）

この法律によって受けられるサービスは主に自立支援給付と地域生活支援事業となります。

自立支援給付は、介護給付と訓練等給付に大別され、必要な介護や介助サービスを受けるための給付と、日常生活を送るために必要な訓練や就労に向けた訓練等を受けることのできる給付とがあります。

地域生活支援事業では、市町村や都道府県で効率的・効果的なサービスが展開されており、個

別的なニーズに対する支援や相談等の個別給付に該当しないものがまとめられています。受給者は、身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）や難病のある人です。この法律では、80項目に及ぶ調査を行い、その人に必要な支援の度合い（「障害支援区分」）を測り、この区分に基づき支給が決定されます。サービスの利用に際し、所得に応じた負担上限額が決められています。

なお、日常的な医学の進歩によって、NICU<sup>\*1</sup>等で長期入院したあとに、引き続き人工呼吸器や胃ろうなどを使用して喀痰吸引などのケアを日常的に必要としながら生活している障害児（医

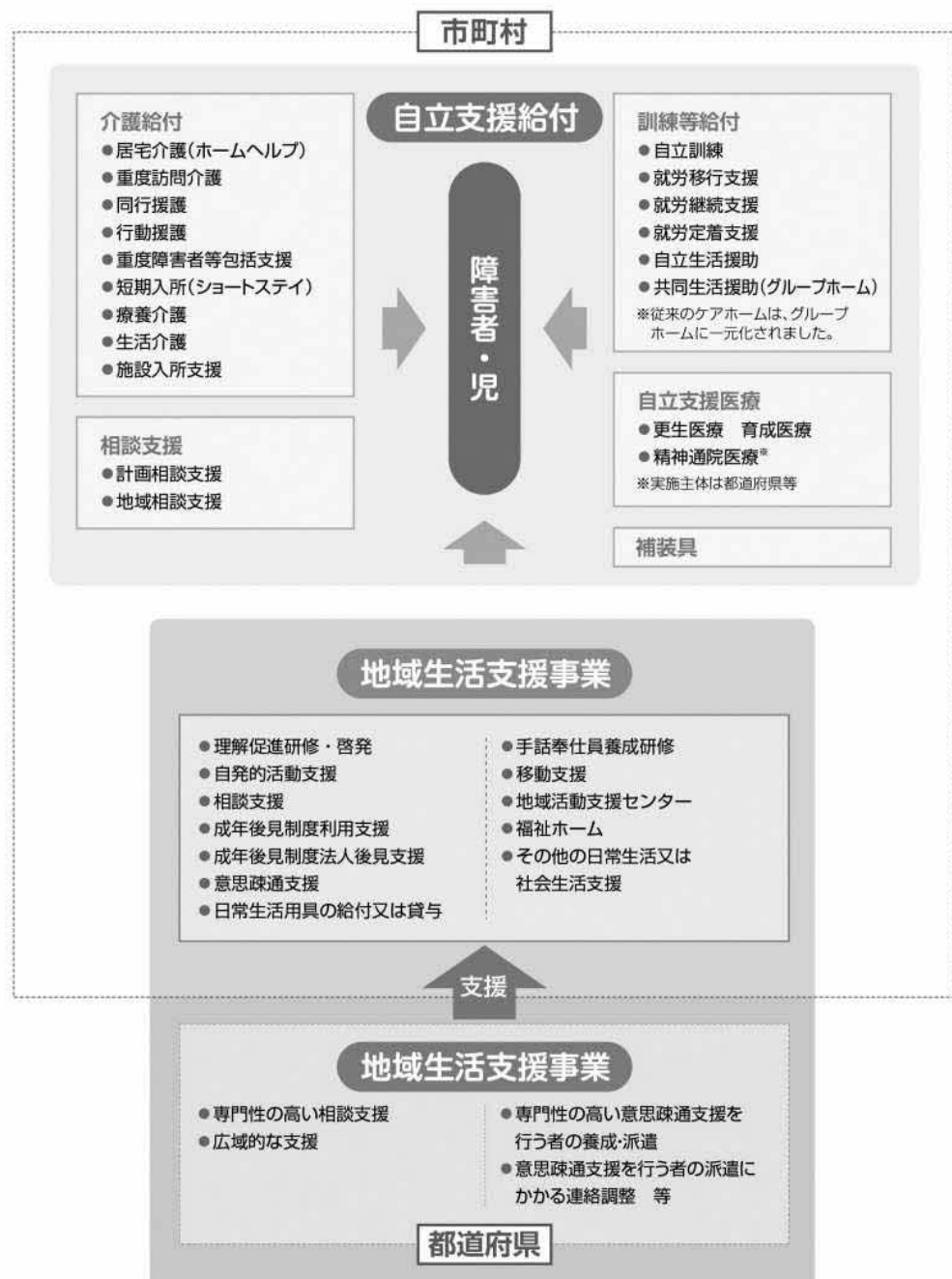


図 2-2 障害者を対象としたサービス

障害者総合支援法による総合的な支援は、自立支援給付と地域生活支援事業で構成されています。  
〔全国福祉協議会(2018)『障害者福祉サービスの利用について』p.3〕

\*1 NICU : 「Neonatal Intensive Care Unit」 新生児集中治療室

療的ケア児)については、障害者総合支援法および「児童福祉法」の一部が改正され(平成28(2016)年)、支援体制が構築されています。

### 3) 障害児・者を支える制度

障害がある人に対する支援については、年齢に応じてさまざまな制度で施策が行われています。18歳未満では児童福祉法、65歳未満では障害者総合支援法、65歳以上では介護保険法が主な施策を担っています。ただし、40歳以上65歳未満の場合、特定の疾病が原因となって介護が必要になった場合は、介護保険法のサービスも利用することができます。

また、障害者総合支援法と介護保険法のサービス、両方を利用できる人の場合、2つの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されることになっています。しかし、訓練等給付など介護保険にはないサービスは障害者総合支援法からの給付を可能としています。

そのほか、全身性障害者等の場合には、介護保険のサービスでは支給限度額を超えてしまう場合がありますので、その場合の超過分についても、障害者総合支援法から給付することが認められています(図2-3)。

## □地域保健に関する制度

都道府県が設置する保健所と市町村の保健センターの役割は「地域保健法」で決められています。保健所には、保健師が配置されています。保健所は地域における公衆衛生の向上と増進を目的としています。また、地域における健康危機管理体制を確保する役割もあります。

身近なところで頻度の高い母子保健サービスの実施主体は市町村の保健センターになっています。「健康増進法」や「母子保健法」、「がん対策基本法」により、市町村保健センターが乳幼児健診やがん検診、心疾患や脳血管性疾患、糖尿病などの生活習慣病の予防に取り組んでいます(表2-2)。

年齢に応じた主な関係施策等のイメージ

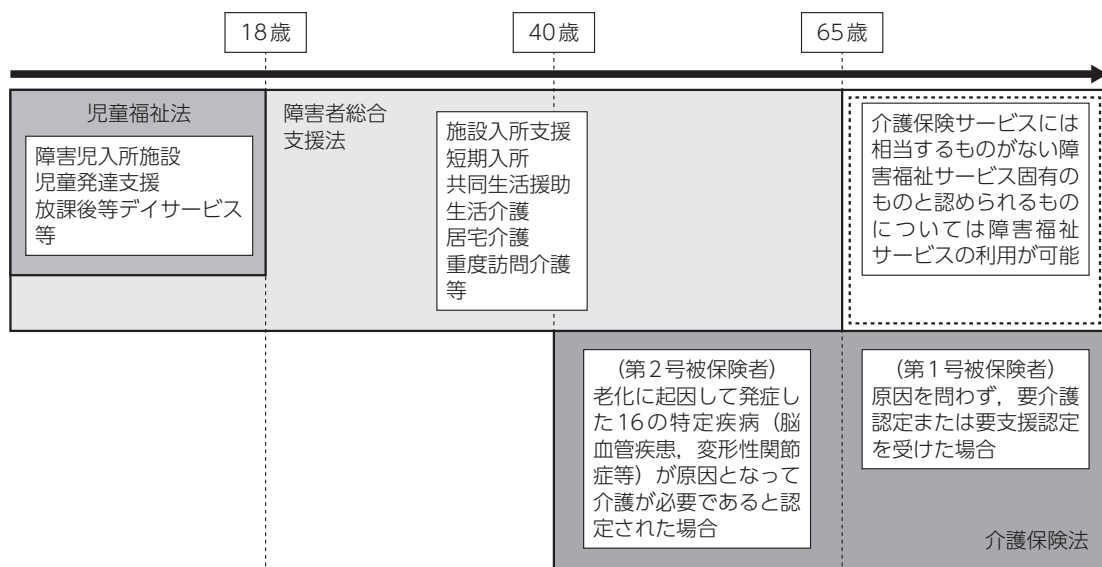


図2-3 障害児・者を支える制度

表 2-2 医療保険（健康保険法等）と介護保険法および障害者総合支援法のサービスについて

項目	医療保険制度		介護保険制度	障害者総合支援制度	保健制度
法律	健康保険法等	高齢者の医療の確保に関する法律	介護保険法	障害者総合支援法	地域保健法など
保険者 (給付者)	国民健康保険 被用者保険（組合管 掌健康保険，協会けんぽ，共済組合など）	後期高齢者医療広域 連合（47 都道府県）	市町村	市町村	国など
財源	公費（国・自治体）負担，保険料	公費（国・自治体）負担，各種保険者からの支援金，保険料	公費（国・自治体）負担，保険料	公費（国・自治体）負担	公費
受給者	受診し診療を受けた者：患者		要介護・要支援と認定された者：利用者	身体障害者・知的障害者・精神障害者（発達障害を含む）に，制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等	地域住民
サービスの 内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・薬剤師・栄養士）：往診，訪問診療，訪問看護，訪問リハビリテーション，訪問栄養食事指導，訪問薬剤管理指導など</li> <li>・歯科診療所（歯科技師・歯科衛生士等）訪問歯科診療，訪問歯科衛生指導など</li> <li>・薬局（薬剤師）：訪問薬剤管理指導，緊急訪問による医学的管理および指導など</li> <li>・訪問看護ステーション（保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）：訪問看護，訪問リハビリテーション，緊急時の訪問など提供する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス（訪問介護・訪問看護・通所介護など）</li> <li>・地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護など）</li> <li>・施設サービス（老人福祉施設，老人保健施設）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援給付：介護給付，自立支援医療，補装具費など</li> <li>・地域生活支援事業：地域住民を対象とした研修・啓発，障害者等による自発的活動に対する支援，相談支援，成年後見制度利用支援，意思疎通支援，日常生活用具の給付または貸与，移動支援等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所（保健師等）：難病や感染症対策など</li> <li>・市町村保健センター（保健師等）：乳幼児健診，家庭訪問・電話や来初による健康相談等</li> </ul>

※ 1 自己負担額が一定の限度を超える場合は医療保険では高額医療費，介護保険では高額介護サービス費がある。高齢者医療制度では 2 つを合算して年限度額がある。



## 2 医療的行為に関する法律

### 到達目標

- 現行法の下での医療的行為について説明できる
- 医療的行為に関する法律について説明できる
- 医療的行為と喀痰吸引や経管栄養について説明できる

### 医療的行為とは（法律的な理解）

「医師法」第17条<sup>\*2</sup>では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定し、医師が医業を独占する旨を明らかにしています。併せて、医業とは、業として、その行為を行うにあたり、医師の医学的な判断と技術をもって行わなければ人の体に危害を及ぼす、または危害を及ぼすおそれのある行為（「医行為」）を、何回も繰り返して行うという意味をもって行われるものとされています<sup>\*3</sup>。

また、看護師は、「保健師助産師看護師法」第5条において、「療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」とされ、診療の補助として医療行為を行うことができるものとされています。

しかし、医療が進歩して、医療が必要な方が地域で日常生活を送ることができるようになり、医師や看護師だけでは十分な医療を提供することが難しくなりました。特に、介護の現場では、生活のなかにおける医行為の境界線が不明瞭であったため、介護職として実施してよい行為なのか判断に迷う場面が多くありました。

そのようななか、平成24（2012）年4月に「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部が改正され<sup>\*4</sup>、介護福祉士等が、一定の要件の下であれば、介護職等が喀痰吸引を実施することが容認され、医師の指示の下で喀痰吸引と経管栄養を業として行うことが出来るようになりました。

このように、高齢者施設、在宅、学校等で日常生活を営むのに必要な支援として介護職員等が実施している喀痰吸引・経管栄養のことを「医療的ケア」といいます。「医療的ケア」である喀痰吸引・経管栄養については、介護福祉士等が日常生活を支援する行為のうち、医療に関連する特定行為として区別しています。また、本書では、医療従事者が実施する「医行為」に対して、介護職員が実施する「医療的ケア」を含む医行為を「医療的行為」と称しています。（図2-4）。

「医療的ケア」は、多くの対象者に対して実施されます。例えば、医療的なニーズをもちながら在宅生活のできる医療的ケア児が増えているなか、就学を認められた医療的ケア児の学校での介護は、看護師の配置とともに研修を受けた教員等も医療的ケアを行うことができるようになりました。

介護福祉士等の専門的役割は生活支援です。医療的ケアを必要とする高齢者や障害者などに対する生活支援では、生活を送るうえで必要な医療的な行為を正しく理解した支援が求められます。

\*2 「医師法」第17条

\*3 厚生労働省「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」医政発第0726005号（平成17年7月26日）<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iut.pdf>

\*4 「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条

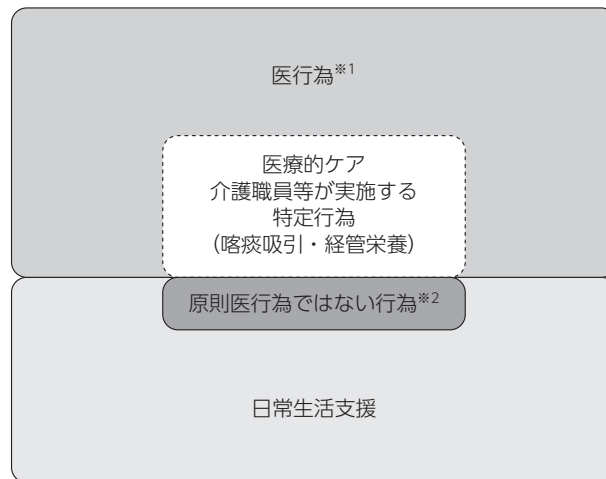


図 2-4

- ※1 介護職員等の実施が可能な「医行為」という側面を考慮して、本書では介護職員が実施する「医療的ケア」を含む「医行為」を「医療的行為」と称する。
- ※2 容態が不安定になるなどの通常の状態とは異なる場合は、医師や看護職員による対応が必要。

## □ 医療的行為と医療従事者

本書では、医療従事者が実施する「医行為」に対して、介護職員が実施する「医療的ケア」を含む医行為を「医療的行為」と称しています。

医療従事者は、まず医師が第一義的に包括的に独占している「医行為」の一部を業務分担しています。例えば、診療放射線技師<sup>\*5</sup>は、「人体に対する放射線の照射」を業務独占しています。また、看護師<sup>\*6</sup>は「診療の補助」を業務独占しています。看護師が概括的に独占する「診療の補助」のうち、法律によって特定の行為が、限られた医療従事者に例外的に認められています。身近な例では、理学療法士や作業療法士<sup>\*7</sup>が、理学療法や作業療法を行う場合がこれにあたります。

医療的行為である「痰の吸引（喀痰吸引）」については、平成 22（2010）年に出された、チーム医療に関する通知<sup>\*8</sup>のなかで、リハビリテーション関係等の医療従事者もその業務の一環として認められることになりました。さらに、これらの医療従事者に加えて、介護福祉士等による喀痰吸引等の特定行為が認められることになりました。

## □ 医行為ではないと考えられる行為

平成 17（2005）年 7 月に、厚生労働省は、医行為ではないと考えられる行為を示しました<sup>\*3</sup>。その行為は、医行為の範囲外とされた 6 項目と、ある一定の条件のもと原則医行為ではないとされた 5 項目で、以下の 11 項目となります（表 2-3）。これらの行為は、専門的な管理が必要な場合には、医行為とされる場合もあります。

これらの行為は、介護職員が実施できる行為ではありますが、一方で容態が不安定になったり、投薬量の調整等が必要になったり、通常の状態とは異なるため医師や看護職員による連続的な経過観察が必要となった場合などは、医師や看護職員による対応が必要な行為でもあります。

\*5 「診療放射線技師法」第 2 条

\*6 「保健師助産師看護師法」第 5 条、第 31 条

\*7 「理学療法士及び作業療法士法」第 15 条 1 項

\*8 厚生労働省「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」医政発 0430 第 1 号（平成 22 年 4 月 30 日）  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>



表2-3 原則として医行為ではないと考えられるもの

1. 体温測定：腋下での体温測定（水銀および電子体温計）、外耳道での体温測定（耳式電子体温計）。
2. 血圧測定：自動血圧測定器による血圧測定。
3. パルスオキシメーターの装着：新生児以外、入院治療が必要ない者に対する装着。
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等の処置（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）：専門的な判断や技術を必要としない処置。応急処置はこの限りではない。
5. 医薬品使用時の介助：①皮膚への軟膏の塗布、褥瘡の処置を除く、②皮膚への湿布の貼付、③点眼薬の点眼、④一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、誤嚥の可能性がない場合、⑤肛門からの坐薬挿入の介助、⑥鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助。  
これらの介助を行うためには、以下の条件が必要とされています。
  - 1) 医師、歯科医師又は看護職員が以下の3条件を満たした状態を確認する。
    - (1) 入院の必要がなく、容態が安定している。
    - (2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察を必要としていない。
    - (3) 医薬品の使用そのものについて専門的な配慮を必要としていない。
  - 2) 本人・家族に医師等の免許を有しない者が医薬品の使用時に介助できることを説明する。
  - 3) 医師・歯科医師の処方による医薬品で、薬剤師の服薬指導のうえ、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助する。
6. 爪の手入れ：爪や爪の周囲に異常がない場合。疾患にともなう専門的な管理が必要な場合を除く。爪を爪切りで切ることおよび爪やすりでやすりがけすること。
7. 口腔ケア：重度の歯周病等がない場合、日常的な口腔ケアである場合。歯ブラシや綿棒等を用いて、歯、口腔粘膜、舌の汚れを除去すること。
8. 耳垢の除去：耳垢塞栓の除去を除く。
9. ストーマ装具の交換およびパウチにたまった排泄物の破棄：ストーマおよびその周辺の状態が安定している場合。専門的管理が必要ない場合を除く。
10. 自己導尿を補助するためのカテーテルの準備、体位の保持。
11. 浣腸：市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いる場合。以下の使用上の制限を除く。
 

<使用上の制限>

  - 挿入部の長さ：5～6 cm 程度以内
  - グリセリン濃度：50 %
  - 使用できる容量：40 g 程度以下（成人用）、20 g 程度以下（6～12 歳未満の小児用）、10 g 程度以下（1～6 歳未満の幼児用）

そのため、このような行為による支援を必要とする利用者を担当する場合には、状態の変化が起こりうる場合を想定して、あらかじめ医師や看護職員に相談しやすい体制、連携しやすい体制を整えることが望ましいといえます。

## □医療の倫理

病気の際に、私たちは病院で医師の診療を受け、処方箋をもらい、薬局等で処方箋にある薬を購入して服用します。これは薬の入手に制限があることを示しています。

理由は、病状に合わせた薬やその量を医師が決めることによって、体の状態に合わない薬の種類や量を飲まないようにするためです。不適切に薬を飲んだ場合には病状を回復させないばかりか、時に生命を危険な状態に陥らせることもあるからです。

私たちは、信頼できる医師や看護職員から医療を受けなければなりません。現実には、病院で初対面の医師の診療を受け、処方箋をもらい（服用する薬を決めてもらう）、場合によっては看護師から薬を注射してもらいます。ここには、利用者は初対面であったとしても医療従事者が適切に医療を行える人たちであることを信頼しているから成り立つ関係があります。

国は人々が初対面の人であっても、医師や看護師等として信頼してもよいことを示すために、医師や看護師等に免許を与え、信頼を損なった場合には業務の停止や免許の取り消しを行って

ます。免許は、国の定めた知識や技術を習得して、国家試験でそれを確認し、国民に対して示す保証書の一種ともいえます。病院や診療所では医師の仕事は医師だけに、看護師の仕事は看護師だけに行わせるよう規定されています。

医療は人の生命と健康にかかわる行為です。医療を担う医師や看護師等は、免許を持っているだけではなく、利用者が自身の生命や健康をかけて信頼していることに対して謙虚に答えなくてはなりません。これが「医療の倫理」です。利用者の信頼に応える誠実な医療を行うために、どのような姿勢でどのような行動をとるべきかを示しています。喀痰吸引や経管栄養も医療の行為ですから、これらを行う介護職員も介護倫理とともに、医療の倫理を理解し原則を守ることが求められます。

## □医療倫理 4 原則

医療従事者が倫理的な問題に直面した時に、どのように解決すべきかを判断するための指針となっている医療倫理の4原則があります(表 2-4)。

表 2-4 医療倫理 4 原則

1. 自律尊重の原則	その人の意思を尊重し、自由に選択・決定、行動できるようにします。
2. 無危害の原則	その人に危険や危害がないようにし、予防します。
3. 善行の原則	その人にとって最善の方向へと向かうよう行動します。
4. 公正の原則	担当する人たちを平等に扱い、資源も適正に配分します。

〔高嶋愛里・重野亜久里・井出みはる(2017)第2部 倫理とコミュニケーション, 3. 専門職としての意識と責任. 特活多文化共生センター編『医療通訳』日本医療教育財団, p 95-124〕

## 3 チーム医療と介護職との連携

### 到達目標

- チーム医療について説明できる
- チーム医療のチームを構成する主な職種を述べるができる
- 喀痰吸引と経管栄養についての医療職と介護職の連携について説明できる

### チーム医療とその実際

国はこれからの医療提供の在り方について「チーム医療」に注目し、検討会を設置して、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」\*<sup>8</sup> という通知文を出しています。それによると、医療スタッフの専門性を十分に活用し、患者・家族とともに質の高い医療を実現するために各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完をいっそう進めることが重要であるとしています。

例えば、訪問看護では、医療を必要としている人が最期まで暮らせるよう他職種との協働により在宅生活を支えています。また訪問診療は、医師が患者の居宅まで出向いて行う診療です。訪問診療は、診療計画のもと、通院が困難な人に対し行われます。

訪問看護や訪問診療を含む在宅医療では、当初からチーム医療が実践されています。医療スタッフ等としては、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション関係職種、管理栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師、介護職員などがあげられていますが、医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーもその一員として協働していくことが望まれています。多くの職種がチームとして活動するためには、各職種の専門性を理解し、尊重し合うこと、目的や情報を共有すること、自身の役割を果たすことが重要です。

さらに、地域包括ケアでは、地域包括支援センターなどで地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援などを包括的に行う事業（包括的支援事業）を行っており、専門職員（社会福祉士・主任ケアマネジャー・保健師）を配置し、介護予防サービス等の提供を含めた保健・医療・福祉に関する相談・支援などに包括的かつ継続的に対応していきます。

### 喀痰吸引と経管栄養についての医療職と介護職の連携

平成24（2012）年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、介護職員は喀痰吸引と経管栄養を行うことになり、医療チームの一員としても役割を果たすことになりました。医療職と介護職は、利用者の安全と健康維持・増進のために日頃から利用者の心身の状況に関する情報を共有し、報告・連絡・相談について取り決めをもつなど密に連携し合うことが重要です（表2-5）。

表 2-5 報告・連絡・相談についての取り決め

1. 介護職員等による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。
2. 対象者の状態について、医師または看護職員による確認を定期的に行い、対象者の心身の状況に関する情報を介護職員等と共有することにより、医師または看護職員および介護職員の間における連携を確保するとともに、適切な役割分担を図る。
3. 対象者の希望、医師の指示および心身の状況を踏まえて、医師または看護職員との連携のもとに、喀痰吸引等の実施内容その他の事項を記載した計画書を作成する。
4. 喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出する。
5. 対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師または看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておく。
6. 上記の事項など必要な事項を記載した喀痰吸引等に関する書類（業務方法書）を作成する。

[厚生労働省令（2011）『社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令』（平成 23 年 10 月 3 日第 126 号）]

## 1 喀痰吸引や経管栄養の安全な実施

### 到達目標

- 安全に喀痰吸引や経管栄養を提供する重要性を説明できる
- リスクマネジメントの考え方と枠組みを説明できる
- ヒヤリハット・アクシデントの報告が予防策につながることを説明できる

### 安全に喀痰吸引や経管栄養を提供する重要性

医療の第一の使命は、人命を救うことです。命が危険にさらされた時に、その危険を除外し、人間がもっている自然治癒力\*1を駆使し、生命活動が継続できるようにすることです。人命を救う使命の「医療」が、人々の命を危険な状態にすることは許されることではありません。安全に確実にを行うことが何より重要です。

安全に「喀痰吸引」や「経管栄養」を提供するために重要なのは以下のとおりです。

#### 1) 命を守ることを何よりも最優先にすること

喀痰吸引や経管栄養の行為は、体に直接、管の挿入や栄養物の注入を行うため、危険をともなう行為です。ですから、安全に行うためには適切な知識や技術を習得することが大切です。また、自信のない行為は原則行わないか、または確実に実施できる人に頼むことです。また、失敗した場合は一人で抱え込んだり隠したりせず、早めに報告することが利用者の命を守ることとなります。

#### 2) 安心につながる確実な行為ができること

喀痰吸引や経管栄養の行為を実施する者の「怖い」という思いが、利用者に不安を抱かせます。また、不安が不信感につながることもあります。喀痰吸引や経管栄養の行為を行う者は、自身が実施できる行為の範囲を正しく理解したうえで、その行為を確実に実施できる力をつけることが重要です。

#### 3) 失敗などを隠さず報告すること

「恥ずかしいから」「みんなからの信頼がなくなるから」「できない人と見られるから」などという理由で、ヒヤリしたり、ハットしたりしたことを誰にも伝えず、隠してしまいがちです。そうではなく、それを隠さず報告することで、次回は確実にできるようにすることと、あるいは共有することで他の人が同じ過ちを繰り返さないようにしていくことに役立ちます。次からのケアに結びつけるためにも勇気を出して報告しましょう。

\*1 自然治癒力：生まれながらにして持っている、傷を治したり病気を回復する力や機能。

## □リスクマネジメントの考え方と枠組み

まず、リスクとは何かを考えます。一般的には、「ある行動にともなって（あるいは行動しないことによって）、危険の可能性を意味する概念」とされています。

潜在的に危険の原因となりうるものと、実際にそれが起こって現実の危険となる可能性とを組み合わせたものといわれています。潜在的に危険の原因があるとしてもそれがまず起こり得ない場合のリスクは低く、確率は低くても起こった場合の結果が甚大であれば、リスクは高いといわれます。

リスクマネジメントでは、おおむね次の2つのことについて対策を立てておくことであり、それを実行できるようにすることです。

- ①事故を起こさないように予防策を講じること（予防対策）
- ②事故に対する迅速で確実な対処が行えること（事故対策）

医療事故にかかわらず、あらゆる危機管理に用いられる理論に「ハインリッヒの法則」があります。このハインリッヒの法則は、「重大災害や重大な事故1件につき、軽微な事故が29件、さらにその背後に隠れたヒヤリハットが300件ある」とし、1:29:300の法則、もしくはヒヤリハットの法則とも呼ばれることがあります。ヒヤリハットは単純に「危なかった」では済まらず、同じミスの繰り返し積み重なるとヒヤリハットから軽い事故、そして重大な事故につながるといわれていることを理解しましょう。そして、ヒヤリハットの段階でリスクマネジメントを実行することです。

事故を起こそうと思って起こす人はいません。起こさないように努力しても“絶対に起こさない”という保証はありません。気がつかないうちに起こってしまっていることもあります。

また、医療の現場におけるリスクとは、必ずしも人為的なミスによって起こるものばかりではありません。予期せぬ利用者の状態の変化や原因不明の機器の不具合に遭遇することもあります。個人の人為的なミスのみに着目するのではなく、組織的な視点など多面的な視点からとらえられる考え方が重要です。

リスクマネジメントには、以下の基本的な考え方があります。

### 1) 人は誰でも必ず事故を起こすという考え

どんなベテランでも、誰でも事故を起こしうるものだという前提で、その予防策を講じることが重要です。職員の努力だけでは限界があります。起こしうる事故に対して、起こさないための予防策を立て、職員全員がそれを理解し、守り実行することです。

### 2) 事故が起きても被害を最小にするという考え

事故が発生しても、対応により被害を最小にします。起きてしまった事故には、迅速に確実に対処する必要があります。事故発生時の基本的な対応（利用者の安全確保を優先する、迅速な報告、事実を正確に報告）を徹底します。起きた事故による被害者は、利用者だけでなく、居宅の場合などは家族や第三者、時に自分自身も含めた職員（介護職員、看護職員・医師など）の場合もあります。

### 3) 組織で事故予防に取り組むシステムの構築をするという考え

組織での安全管理に対する基本的理念を示し、安全管理について検討する場をつくること、事象事例の報告や収集の体制を整え、定期的に事例を検討するなどの取り組みをシステム化します。現場では、リスクマネジメントを行うための文書（リスクマネジメント・マニュアルなど）を作成し、それを遂行する組織的な枠組みをつくっているところが多くあります。リスクマネジメント



表 3-1 出来事の影響度分類

レベル	出来事
0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、利用者には実施されなかった。
1	利用者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2	処置や治療は行わなかった（利用者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）。
3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
3b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）。
4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害はともなわない。
4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題をとまなう。
5	レベル 4b を超える影響を与えた。

の全体像を理解しながら、それに沿って実施・報告などを行きましょう。

リスクマネジメントを確実に行うためには、「ヒヤリハット・アクシデント報告」が重要な役割を果たします。

## □ヒヤリハット・アクシデント報告

喀痰吸引や経管栄養の行為のあとには、必ず、医師・看護職員に対し実施報告を行います。万が一、ヒヤリハットやアクシデントが発生した場合は、報告書を記載することも重要ですが、発生後は決められた手順に従い迅速に医療職に連絡し、対応します。ヒヤリハットやアクシデントを予防し、あるいは未然に防ぎ、安全に医療的行為を行うために、日常的に「ヒヤリハット・アクシデント報告書」に記載し、事故の予防や発生時の迅速で的確な対応につなげます。

### 1) ヒヤリハット

ヒヤリハットとは、アクシデント（事故）には至っていないが、事故寸前の危険な状況で、ヒヤリとしたこと、ハットしたことなどです。

発生した理由には、手順の間違いや観察不足、医師・看護職員等との連携不足などがあります。結果として、利用者の状態の悪化を未然に防いだ場合や、すぐに回復した場合などは、一般に「出来事の影響度分類」のレベル 0～3a に分類されるものです（表 3-1）。

### 2) アクシデント

アクシデントとは、利用者に起こってしまった事故で、利用者の身体上の損傷の程度が大きく、濃厚な治療を要するなど、ヒヤリハットよりも利用者を与える影響が大きいものです。一般に「出来事の影響度分類」のレベル 3b～5 に分類されます（表 3-1）。

### 3) 「ヒヤリハット」と「アクシデント」

実際の現場ではその区別が難しく、中間的であいまいな場合も少なくありません。利用者の状態や機器等の状況が「いつもと違う」「何かおかしい」ということに気づいた時に、医師・看護職員と共有して確認することです。重要なのは、「ヒヤリハット」「アクシデント」と気がつくことであり、気がつかないことが最も大きなリスクです。

ヒヤリハット報告書を記録する目的は、表 3-2 に示したとおりです。

ヒヤリハットのとらえ方は、人それぞれで異なることがあります。

表 3-2 ヒヤリハット・アクシデント報告書を書く目的

- ・何が原因で、どうすれば次に同じ事故を起こさないことができるかを考えること。
- ・自分だけでなく他のスタッフと情報を共有することで、施設や事業所として組織的な業務の改善につなげていくこと。
- ・反省だけを書くことではありません。

例えば、吸引の前に手洗いを忘れたが、訪問直後に手洗いをしたので問題ないと思う場合や、経管栄養の利用者に栄養物を滴下し始めた時、せき込んだことをヒヤリハットに記載しないでもいいと思う場合もあるかもしれません。しかし、これらの事象もヒヤリハットに該当するため、ヒヤリハット報告書に記載することが必要です。自分以外の人がヒヤリとしたことを共有することは、自分では気づかなかったヒヤリハットを意識することにつながり、事故を未然に予防することにつながります。

ヒヤリハットやアクシデントは、個人のヒューマンエラーだけで発生するとは限りません。個人の責任ではなく、システム上の問題としてとらえ、事業所全体で事実の把握を行い、なぜ発生したのかという要因を、事例ごとに分析をします。ヒヤリハット・アクシデント報告書は、それぞれの施設や事業所などで報告書の様式を決めておきます。報告書の内容としては、「いつ、どこで、誰がまたは何が、どのように、どうしたか、どうなったか」を書くことが基本です。

人は生活のなかで常にリスクと隣り合っています。なかでも、医療的行為は、抵抗力が低下している療養者がケアの対象になっているため、一度事故が起きると重大な結果につながりやすく、介護者はいつでも当事者となりうるリスクをもっています。しかし、リスクを恐れるのではなく、反対にリスク感性を育てることが重要です。リスク感性とは「危ない・注意して」といわれなくても、リスクを察知して、自ら安全行動をとれる感覚を養うことです。そのためには、ケアを実施する一連の行為から、リスクを予知する訓練を実施します。ヒヤリハットやアクシデント報告を集中して分析し、問題を解決する力を重ねることから事故防止につながります。



(別添様式4)

喀痰吸引等業務(特定行為業務)ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	連携看護職員氏名	

発生日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃	
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )	
対象者	氏名:	(男・女) 年齢:
	当日の状況	

出来事の情報(1連の行為につき1枚)		
行為の種類	<b>【喀痰吸引】</b> ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位    ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) <b>【経管栄養】</b> ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 )	
第1発見者(○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
出来事の発生状況	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。	
医師への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
連携看護職員への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。	
救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし	

[厚生労働省(2012)『喀痰吸引等業務に関する参考様式の送付について』(平成24年3月28日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室事務連絡)の別添様式4「喀痰吸引等業務(特定行為業務)ヒヤリハット・アクシデント報告書」より抜粋]

	<input type="checkbox"/> あり（具体的な処置： _____）
出来事が発生した背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。
(当てはまる要因を全て)	<p><b>【人的要因】</b>  <input type="checkbox"/>判断誤り   <input type="checkbox"/>知識誤り   <input type="checkbox"/>確認不十分   <input type="checkbox"/>観察不十分   <input type="checkbox"/>知識不足   <input type="checkbox"/>未熟な技術  <input type="checkbox"/>技術間違い   <input type="checkbox"/>寝不足   <input type="checkbox"/>体調不良   <input type="checkbox"/>慌てていた   <input type="checkbox"/>緊張していた  <input type="checkbox"/>思いこみ   <input type="checkbox"/>忘れた   <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p><b>【環境要因】</b>  <input type="checkbox"/>不十分な照明   <input type="checkbox"/>業務の中断   <input type="checkbox"/>緊急時   <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p><b>【管理・システムの要因】</b>  <input type="checkbox"/>連携（コミュニケーション）の不備   <input type="checkbox"/>医療材料・医療機器の不具合   <input type="checkbox"/>多忙  <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
出来事の影響度分類 (レベル0～5のうち一つ)	<input type="checkbox"/> 0 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） <input type="checkbox"/> 2 処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） <input type="checkbox"/> 3 a 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） <input type="checkbox"/> 3 b 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） <input type="checkbox"/> 4 a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない <input type="checkbox"/> 4 b 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う <input type="checkbox"/> 5 レベル4 bをこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師・連携看護職員の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他（今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など）

医師・連携看護職員 報告書記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 到達目標

- 救急蘇生について説明できる
- 救急蘇生法を説明できる

## □ 救急蘇生の意義

消防庁によると、令和元(2019)年度の救急業務として、救急車等の現場到着所要時間は全国平均8.7分で、病院に収容されるまでの所要時間は全国平均39.5分です\*2。介護職員が喀痰吸引や経管栄養を行っている時に、療養者の病状が急変し、療養者の救命救急の場面に遭遇することがあるかもしれません。また、器械や手技の不備のために、療養者の状態が悪くなってしまうことがあるかもしれません。急変時の対応は、事前に医療職との連携により体制を整え確認しておき、その対応に従います。救急車を呼ぶ場合は、救急車が到着するまでに、側にいる介護者が救急蘇生を速やかに行えば、療養者の救命率が向上し、その後の経過にもよい影響があります。

実際の救急の現場においても、バイスタンダー(その場に居合わせた人)が救急蘇生を行うことによって、大切な命が救われた例は数多くあります。医療行為を行うにあたり適切な救急蘇生法に関する知識や技術を身につけておくことは大切です。

## □ 救急蘇生の目的

一般的に、心肺蘇生法の目的は、傷病者が心肺停止、もしくはこれに近い状態になった時に、呼吸および循環機能を補助することです。まずは「救命」、命を救うことが目的になります。

次に、血流が停止していることによるその後のダメージの軽減です。助かったとしても血流の回復までに時間がかかってしまったら、脳や心臓に重い障害が残ってしまうことがあります。心臓が止まっている間に、胸骨圧迫法などの心肺蘇生を行うことによって、血流が途絶えず後遺症を軽減させることができます。

また、意識のある方にとっては、声かけや励ましの言葉をかけることによって苦痛や不安が軽減されます。

## □ 救急蘇生における法律

善意の気持ちから心肺蘇生を行いたいと思っても、うまくいかなかった場合に罪に問われることがあるのではないかと、心肺蘇生を行うのを躊躇する気持ちをもつことがあるのではないのでしょうか。

わが国においては、「民法」第698条の「緊急事務管理」の規定により、悪意または重大な過失がない限り、善意の救助者が傷病者などから損害賠償責任を問われることはないと考えられています。また、「刑法」第37条の「緊急避難」の規定では、害が生じて、避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り罰しないとされています。善意に基づいて、注意義務を尽くし救急蘇生を実施した場合には、民事上、刑事上の責任を問われることはないと考えられています。

\*2 消防庁「令和2年版 救急救助の現況」より。

## □心肺蘇生の意思表示

心肺蘇生は、救命の可能性があって、それを望む者は誰でも受けられるべき行為です。実際に市民および救急隊による心肺蘇生を受けて、多くの傷病者が心停止からの社会復帰を果たしています。一方で、「がんの終末期なので蘇生処置を受けずに心安らかに眠りたい」「高齢なのでそのまま自宅で亡くなりたい」などの理由で心肺蘇生を望まない人もいます。しかし、そのように思っているにもかかわらず、望んでいない心肺蘇生を受けることがあります。

いざというときに療養者がどうしてもらいたいのか、日頃から家族・本人を含めたケアチームで十分に話し合っておくこと（ACP）<sup>\*3</sup>が大切です。療養者や家族の気持ちは、日々移り変わるので何度も確認しましょう。

この項では、厚生労働省の『救急蘇生法の指針 2015』に基づき、一般的な救急蘇生法について記してあります。実際には、消防機関や日本赤十字社などが行っている救急蘇生法の講習会を受講するとよいでしょう。

## □救急蘇生法とは

市民が行う救急蘇生法は一次救命処置と簡単なファーストエイドです（図 3-1）。

突然の心停止、もしくはこれに近い状態になった傷病者を社会復帰に導くための方法を一次救命処置といいます。一次救命処置には胸骨圧迫や人工呼吸による心肺蘇生と AED（自動体外式除細動器）を用いた電気ショックに加え、異物で窒息をきたした傷病者への気道異物除去も含まれます。一次救命処置は特別な資格がなくても誰でも行うことができるだけでなく、救急救命士や医師が医療資材を用いて行う二次救命処置よりも命を守るために大きな役割を果たします。

一方、一次救命処置以外の急な病気やけがをした人を助けるために行う最初の行動をファーストエイドといいます。ファーストエイドにより命を守り、苦痛を和らげ、それ以上の悪化を防ぐことが期待できます。ファーストエイドには熱中症への対応や出血に対する圧迫止血なども含まれます。

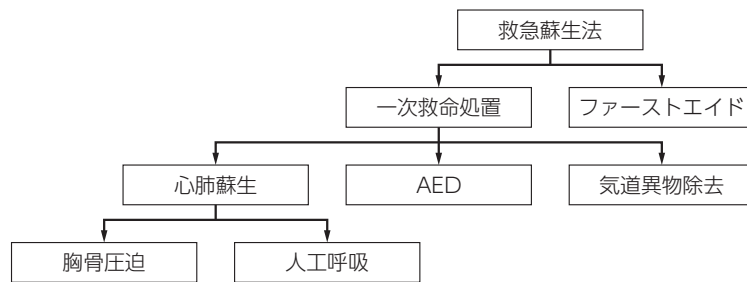


図 3-1 市民が行う救急蘇生法

## □救命の連鎖と市民の役割

急変した傷病者を救命し、社会復帰させるために必要となる一連の行いを「救命の連鎖」（図 3-2）といいます。「救命の連鎖」を構成する 4 つの輪がすばやくつながると、救命効果が高まります。鎖の 1 つめの輪は心停止の予防、2 つめの輪は心停止の早期認識と通報、3 つめの輪は一次救命処置（心肺蘇生と AED）、4 つめの輪は救急救命士や医師による高度な救命医療を意

\*3 ACP（アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning）：今後の治療・療養について患者・家族と支援チームがあらかじめ話し合っておくプロセス。





図 3-2 救命の連鎖

味する二次救命処置と心拍再開後の集中治療です。

「救命の連鎖」における最初の3つの輪は、現場に居合わせた市民によって行われることが期待されます。例えば、市民が心肺蘇生を行った場合は、行わなかった場合に比べて生存率が高いこと、あるいは市民がAEDによって除細動を行ったほうが、救急隊が除細動を行った場合よりも早く実施できるため、生存率や社会復帰率は高いことがわかっています。市民は「救命の連鎖」を支える重要な役割を担っているのです。

### 1) 「救命の連鎖」の1つめの輪～心停止の予防～

「心停止の予防」は、初期症状に気がついて救急車を要請することを指します。これによって、心停止に至る前に医療機関で治療を開始することが可能になります。また、わが国では高齢者の窒息、入浴中の事故、熱中症なども原因として多く、これらを予防することも重要です。

### 2) 「救命の連鎖」の2つめの輪～早期認識と通報～

早期認識は、突然倒れた人や、反応のない人を見たら、直ちに心停止を疑うことで始まります。心停止の可能性を認識したら、大声で叫んで応援を呼び、119番通報を行って、AEDや救急隊が少しでも早く到着するように努めます。

### 3) 「救命の連鎖」の3つめの輪～一次救命処置(心肺蘇生とAED)～

「救命の連鎖」の3つめの輪は一次救命処置(心肺蘇生とAED)、つまり停止した心臓と呼吸のはたらきを補助することです。心臓が止まると約15秒で意識が消失し、そのままの状態が続くと脳機能の回復は困難となります。

#### ①心肺蘇生

心肺蘇生によって心臓や脳に血液を送り続けることは、AEDによる心拍再開の効果を高めるためにも、さらには心拍再開後に脳に後遺症を残さないためにも重要です。

#### ②AED

心臓の動きを戻すには電気ショックによる「除細動」が必要となります。心停止から電気ショック実施までにかかる時間が、傷病者の生死を決定する最も重要な因子となります。

#### ③市民による一次救命処置と社会復帰率

心臓と呼吸が止まってから時間の経過とともに救命の可能性は急激に低下しますが(図3-3の破線)、救急隊を待つ間に居合わせた市民が救命処置を行うと救命の可能性が2倍程度に保たれる(図3-3の実線)ことがわかっています。

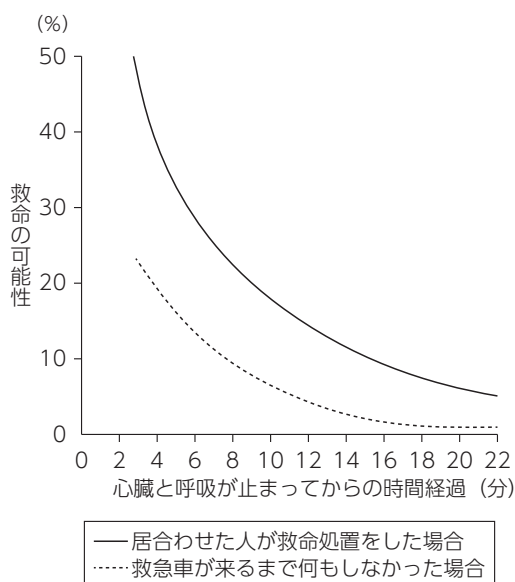


図 3-3 救命の可能性と時間経過

救命の可能性は時間とともに低下しますが、救急隊の到着までの短時間であっても救命処置をすることで高くなります。

[Holmberg M (2000) Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. 『Resuscitation』47 (1), 59-70 より引用・改変]

#### 4) 「救命の連鎖」の4つめの輪～二次救命処置と心拍再開後の集中治療

救急救命士や医師は一次救命処置と並行して薬物や気道確保器具などを利用した二次救命処置を行い、傷病者の心拍を再開させることを目指します。

### □一次救命処置

一次救命処置のうち、心肺蘇生の方法と AED の使用方法について順を追って説明します (図 3-4)。

#### 1) 心肺蘇生の手順

##### ①安全を確認する

誰かが突然倒れるところを目撃したり、倒れているところを発見した場合は、まず周囲の状況が安全かどうかを確認します。自分自身の安全を確保することは傷病者を助けることよりも優先されます。暴力行為を受けたり、火事や感電事故に巻き込まれる危険がある場合には傷病者に近づかず、警察や消防の到着を待ったほうがよいこともあります。

##### ②反応を確認する

安全が確認できたら、傷病者の反応を確認します。傷病者の肩をやさしくたたきながら大声で呼びかけた時に (図 3-5)、目を開けるなどの応答や目的のある仕草があれば、反応があると判断します。

「反応なし」と判断した場合や、その判断に自信がもてない場合は、心停止の可能性を考えて行動します。「誰か来てください！ 人が倒れています！」などと大声で叫んで応援を呼んでください (図 3-6)。

##### ③ 119 番通報をして AED を手配する

そばに誰かがいる場合は、その人に 119 番通報をするよう依頼します (図 3-7)。また、近くに AED があれば、それを持ってくるよう頼みます。

119 番通報する時は落ち着いて、できるだけ正確な場所と、呼びかけても反応がないことを伝えましょう。

119 番通報をすると電話を通して、あなたや応援に来てくれた人が行うべきことを指導してくれます (図 3-8)。AED が近くにある場合には、その場所を教えてもらえることもあります。

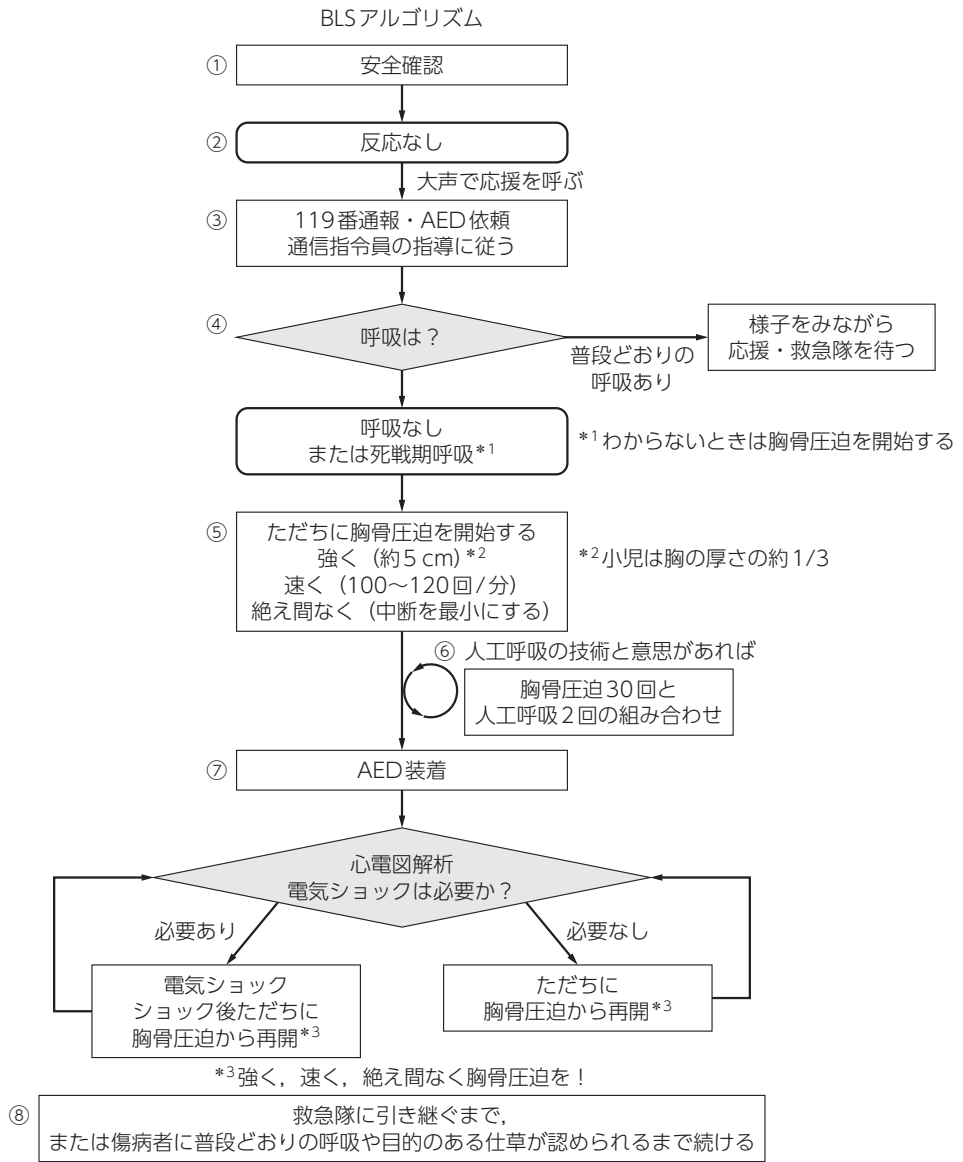


図 3-4 主に市民が行う一次救命処置 (BLS) の手順

〔日本蘇生協議会 (2016) 『JRC 蘇生ガイドライン 2015』 医学書院. p 18〕

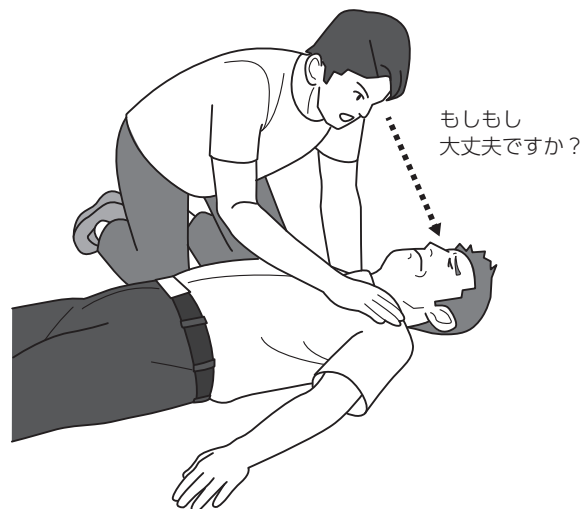


図 3-5 反応を確認する



図 3-6 大声で叫び応援を呼ぶ



図 3-7 119番通報とAED手配を依頼する

大声で叫んでも誰も来ない場合は、心肺蘇生を始める前に119番通報とAEDの手配をあなた自身が行わなければなりません。この場合、AEDを取りに行くために傷病者から離れてよいのか心配になるかもしれません。すぐ近くにAEDがあることがわかっている場合は、あなた自身でAEDを取りに行ってください。

#### ④呼吸を観察する

心臓が止まると普段どおりの呼吸がなくなります。傷病者の呼吸を観察するには、胸と腹部の動き（呼吸をするたびに上がったたり下がったりする）を見ます（図3-9）。胸と腹部が動いていなければ、呼吸が止まっていると判断します。呼吸が止まっていれば心停止なので、胸骨圧迫を開



図 3-8 通信指令員による口頭指導

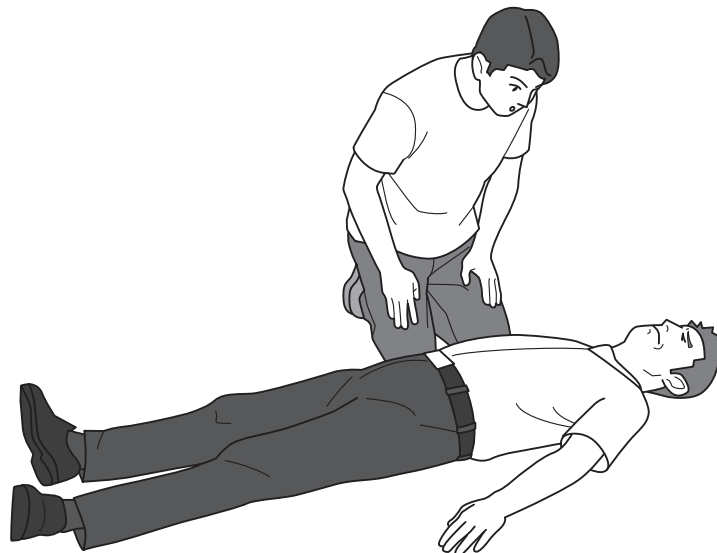


図 3-9 普段どおりの呼吸があるかどうかを観察

始してください。

一方、突然の心停止直後には「死戦期呼吸」と呼ばれるしゃくりあげるような途切れ途切れの呼吸がみられることも少なくありません。このような呼吸がみられたら心停止と考えて、胸骨圧迫を開始してください。普段どおりの呼吸かどうか分からない時も胸骨圧迫を開始してください。

呼吸の観察には10秒以上かけないようにします。約10秒かけても判断に迷う場合は、普段どおりの呼吸がない、すなわち心停止とみなしてください。

反応はないが普段どおりの呼吸がある場合には、様子を見ながら応援や救急隊の到着を待ちます。特に呼吸に注意して、呼吸が認められなくなったり、呼吸が普段どおりではなくなった場合には、心臓が止まったとみなして、直ちに胸骨圧迫を開始してください。

#### ⑤胸骨圧迫を行う

呼吸の観察で心停止と判断したら、直ちに胸骨圧迫を開始します。

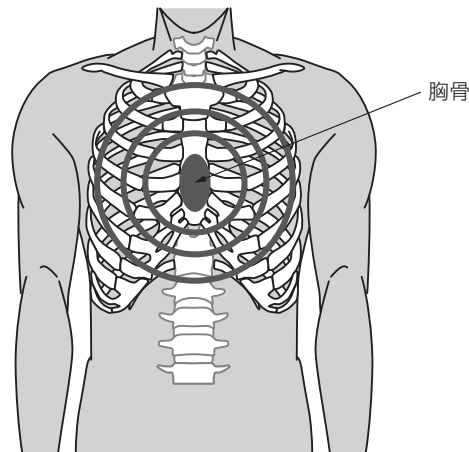


図 3-10 胸骨圧迫をする場所

a. 圧迫の部位

胸の左右の真ん中に「胸骨」と呼ばれる縦長の平らな骨があります。圧迫するのはこの骨の下半分です。この場所を探すには、胸の真ん中（左右の真ん中で、かつ、上下の真ん中）を目安にします（図 3-10）。

b. 圧迫の方法

胸骨の下半分に一方の手のひらの基部（手掌基部）を当て、その手の上にもう一方の手を重ねて置きます。重ねた手の指を組むとよいでしょう。圧迫は手のひら全体で行うのではなく、手のひらの基部（手掌基部）だけに力が加わるようにしてください。指や手のひら全体に力が加わって肋骨が圧迫されるのは好ましくありません。垂直に体重が加わるよう両肘をまっすぐに伸ばし、圧迫部位（自分の手のひら）の真上に肩がくるような姿勢をとります。

c. 圧迫の深さとテンポ

傷病者の胸が約 5 cm 沈み込むように強く、速く圧迫を繰り返します（図 3-11）。圧迫の強さが足りないと十分な効果が得られないので、しっかり圧迫することが重要です。小児では胸の厚さの約 1/3 沈み込む程度に圧迫します（図 3-12）。成人でも小児でも、こわごとと圧迫したのでは深さが足りずに十分な効果が得られません。強く、速く圧迫し続けるように心がけます。ただし、体が小さいため両手では強すぎる場合は片手で行います。

圧迫のテンポは 1 分間に 100～120 回です。胸骨圧迫は可能な限り中断せずに、絶え間なく行います。

d. 圧迫の解除

圧迫と圧迫の間（圧迫をゆるめている間）は、胸が元の高さに戻るように十分に圧迫を解除することが大切です。ただし、圧迫を解除するために自分の手が傷病者の胸から離れると、圧迫位置がずれることがあるので注意します。

e. 救助者の交代

成人の胸が約 5 cm 沈むような力強い圧迫を繰り返すには体力を要します。疲れてくると気がつかないうちに圧迫が弱くなったり、テンポが遅くなったりするので、常に意識して強く、速く圧迫します。ほかに手伝ってくれる人がいる場合は、1～2 分を目安に役割を交代します。交代による中断時間をできるだけ短くすることが大切です。特に人工呼吸を行わず胸骨圧迫だけを行っている場合は、より短い時間で疲れてくるので、頻繁な交代が必要になります。

⑥胸骨圧迫 30 回と人工呼吸 2 回の組み合わせ

講習を受けて人工呼吸の技術を身につけていて、人工呼吸を行う意思がある場合には、胸骨圧迫に人工呼吸を組み合わせます。胸骨圧迫と人工呼吸の回数は 30：2 とし、この組み合わせを救



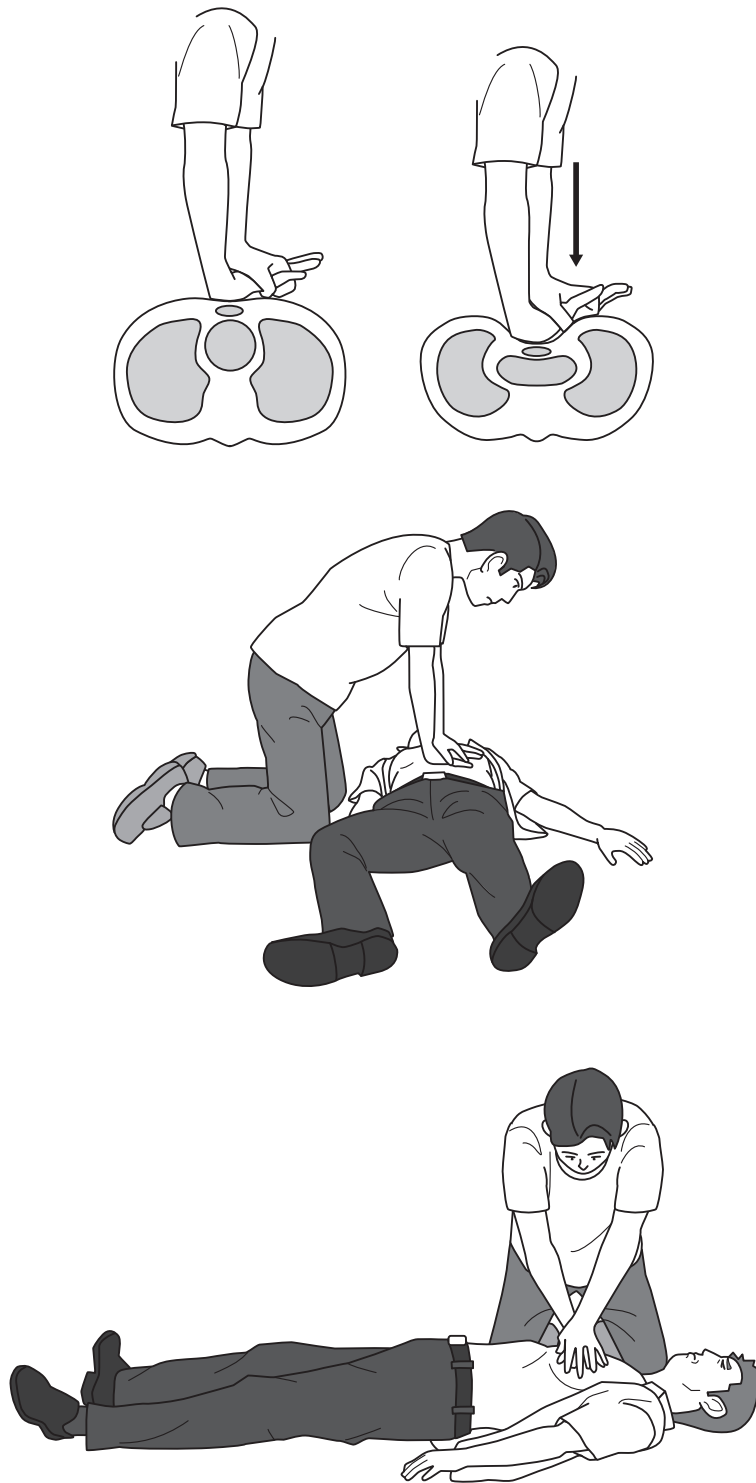


図 3-11 胸骨圧迫の方法

急隊員と交代するまで繰り返します。

人工呼吸のやり方に自信がない場合や、人工呼吸を行うために傷病者の口に直接接触することにためらいがある場合には、胸骨圧迫だけを続けてください。

#### ⑦ AED を使用する

AED は、音声メッセージとランプで実施すべきことを指示してくれるので、それに従ってください。AED を使用する場合も、AED による心電図解析や電気ショックなど、やむを得ない場合を除いて、胸骨圧迫をできるだけ絶え間なく続けることが大切です。

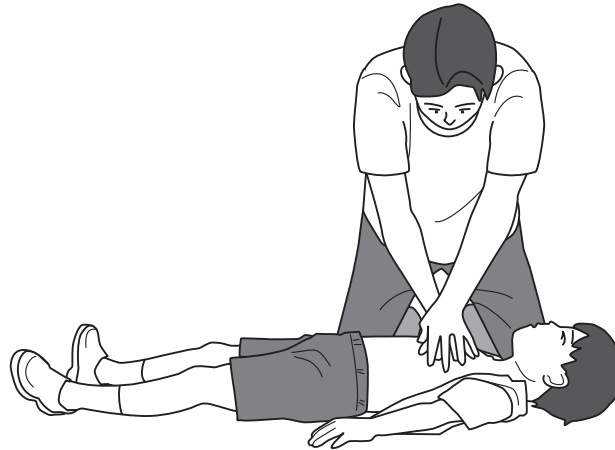


図 3-12 小児に対する胸骨圧迫



図 3-13 頭部後屈あご先挙上法による気道確保

AED 使用の手順は後述 (p.40) をご覧ください。

#### ⑧心肺蘇生を続ける

心肺蘇生は到着した救急隊員と交代するまで続けることが大切です。効果がなさそうに思えても、あきらめずに続けてください。

傷病者に普段どおりの呼吸が戻って呼びかけに反応したり、目的のある仕草が認められた場合は心肺蘇生をいったん中断しますが、判断に迷う時は継続してください。心肺蘇生を中断した場合は反応の有無や呼吸の様子を繰り返しみながら救急隊の到着を待ちます。呼吸が止まったり、普段どおりでない呼吸に変化した場合は直ちに心肺蘇生を再開します。

## □人工呼吸の手順

### 1) 気道確保

のどの奥を広げ、空気の通り道を確認することを気道確保といいます。片手で傷病者の額を押さえながら、もう一方の手の指先を傷病者のあごの先端、骨のある硬い部分に当てて押し上げます(図 3-13)。これにより傷病者の頭部が後屈され、顔がのけぞるような姿勢になります。このようにして行う気道確保を頭部後屈あご先挙上法と呼びます。この時、あごの下のやわらかい部分を指で圧迫しないよう注意してください。

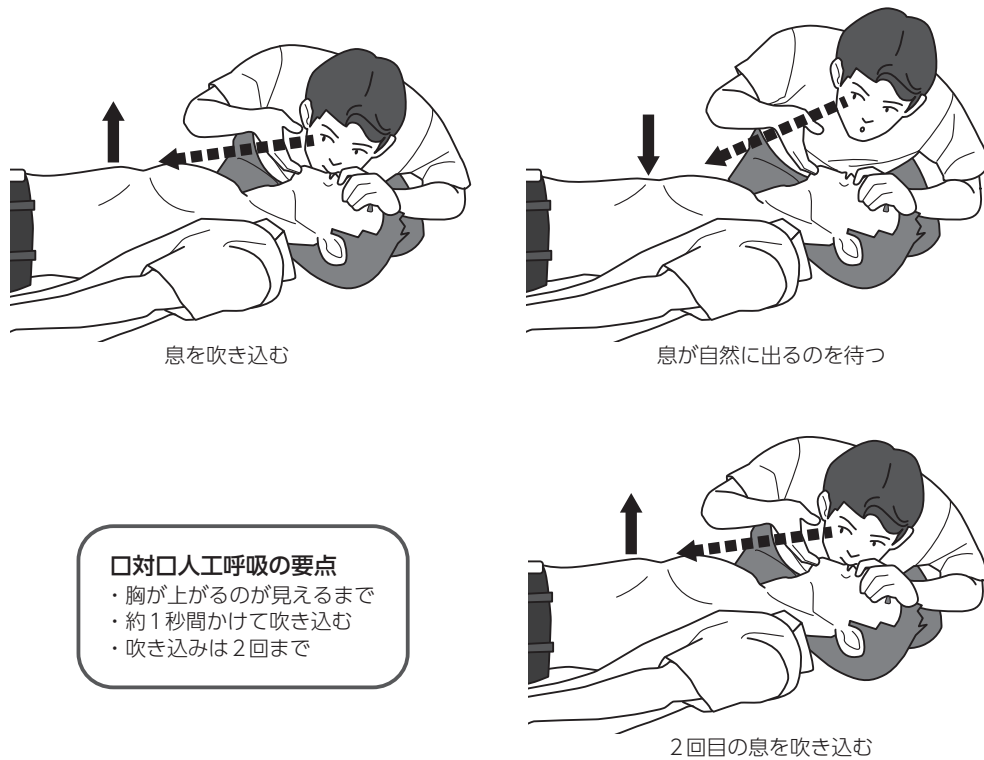


図 3-14 口対口人工呼吸

## 2) 人工呼吸

頭部後屈あご先挙上法で傷病者の気道を確保したまま、口を大きく開いて傷病者の口を覆って密着させ、息を吹き込みます。この際、吹き込んだ息が傷病者の鼻から漏れ出さないように、額を押さえているほうの手の親指と人差し指で傷病者の鼻をつまみます。

息は傷病者の胸が上がるのが見てわかる程度の量を約1秒間かけて吹き込みます。吹き込んだら、いったん口を離し、傷病者の息が自然に出るのを待ち、もう一度、口で傷病者の口を覆って息を吹き込みます(図3-14)。このような人工呼吸の方法を「口対口人工呼吸」と呼びます。

息を吹き込むにつれて傷病者の胸が(呼吸をしているように)持ち上がるのを確認します。息を吹き込んだ時に(2回とも)胸が上がるのが目標ですが、うまく胸が上がらない場合でも、吹き込みは2回までとします。2回の吹き込みを行う間は胸骨圧迫が中断されますが、その中断は10秒以上にならないようにします。

口対口人工呼吸による感染の危険性はきわめて低いといわれていますが、手元に感染防護具がある場合は使用します。感染防護具にはシートタイプのものでマスクタイプのもがあります。シートタイプのは傷病者と自分の口の間に空気が通る部分を当てて通常の口対口人工呼吸を行います(図3-15)。マスクタイプのは傷病者の口と鼻を覆って顔面に密着させ、一方、弁の付いた吹き込み口から息を吹き込みます(図3-16)。

2021年3月現在「新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた市民による救急蘇生法について(指針)」が発出されています\*4。

\*4 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000632828.pdf>