

5節 医療ニーズのある人への介護

1 医療ニーズのある人への介護が必要になった社会的背景

2011（平成23）年6月に、介護保険法一部改正に伴い「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正がなされ、2012（平成24）年4月より介護福祉士等によるたんの吸引・経管栄養の一部が一定の条件下で認められることとなった。

元来、このたんの吸引・経管栄養等は医師法により「医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」とされ、医師・看護職以外による行為は違法行為とされていたが、社会的ニーズの変化に伴い、介護職の医行為として法的整備がなされたものである。

医学・医療・医療機器等の進歩や、在宅医療推進・在宅ケアシステム進展に伴い、医療ニーズの高い高齢者をはじめ、慢性疾患、障がい者、がん末期、重度障害児（者）などが、医療機関を離れて地域で生活できるようになった。このことは住み慣れた我が家で家族に囲まれ、あるいは特別支援学校等に通り、または社会参加や自己実現を可能とするものであり、生活の質（QOL）は格段に高くなったものと思われる。

しかし、医療機関を離れた「場」における医療ニーズへの対応は医療職だけでは十分といえず、家族の負担が多大となり、利用者に最も身近な存在としてケアを提供している介護職や、特別支援学校の教員、ALS（Amyotrophic Lateral Sclerosis：筋萎縮性側索硬化症）の人々へのボランティアなどが、日々の生活援助の延長として、違法と知りつつ医行為対応せざるをえない等の厳しい状況となったのである。現場からは数々の矛盾や問題点が指摘されてきたが、しばらくは緊急避難的対応や介護職等の善意に対しての黙認という状況でもあった。

このような利用者および介護職等の双方に危険な状況からの脱却のため、2003（平成15）年から随時、検討委員会が開かれその検討の結果、介護職員等によるたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為は、当面のやむを得ない必要な措置（実質的違法性阻却）として、居宅、特別養護老人ホーム、特別支援学校等において、運用上認められてきたのである。

この具体的な経緯は以下の通りである。

- ・2003（平成15）年「在宅におけるALS患者に対するたんの吸引」が一定の条件下（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
- ・2004（平成16）年「特別支援学校における教員によるたんの吸引」
- ・2005（平成17）年「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」
- ・2010（平成22）年「特別養護老人ホームにおける吸引や経管栄養」

と次々に容認が拡大されてきた。さらに2010（平成22）年7月には、「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」が発足し、同年12月に法改正に向けた中間取りまとめ案が了承され、試行事業の結果を踏まえて2011年6月の法改正に至ったのである。

このような経緯の基に、介護職等の医療ニーズへの対応（たんの吸引、経管栄養等）が法的に認められることになり、2012年4月より、登録研修機関で「喀痰吸引等研修」講義50時間・演習・実地研修を修了し、認定を受けた介護職員等に、たんの吸引・経管栄養の一部の実施が

可能となったのである（具体的には都道府県に研修修了の申請をし、都道府県知事の認定を受け、「認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた行為を実施できる」）。

また介護福祉士養成カリキュラムには「喀痰吸引等研修」が盛り込まれ、2015（平成27）年度の国家資格取得者からは、すべてを習得した介護福祉士につき、たんの吸引・経管栄養の一部を行うことができることとなった。

2 安全な療養生活

介護職の医療ニーズへの対応について法的整備ができたとはいえ、利用者の安全な療養生活を保障するためには、専門職として多くの責任や配慮が問われることとなる。

まず、これらの行為は、あくまでも「医行為」であることの意味をしっかりととらえ、利用者に危険を及ぼすことのないよう、知識・技術ともに十分に修得しなくてはならない。また感染予防のための具体的消毒法や医療廃棄物の処理などを理解し、清潔意識を高め療養環境を整えることも必要となる。

その上で医療チームの一員として安全に確実に行うという役割を果たすこととなり、さらに必要に応じて関連職種と連携をとっていくことが求められる。そ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医療職との密接な連携が重要となってくる。

この安全な療養生活を保障するための、医療関係者との連携に関する事項として省令に以下が示されている。

- ① 介護職員等による喀痰吸引等が可能かどうかについての医師の文書による指示
- ② 介護職員と看護職員との間での連携体制の確保・適切な役割分担（心身の状況に関する情報の共有、看護職員による定期的な状態の確認等）
- ③ 緊急時に適切に対応できる体制（状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備等）
- ④ 個々の対象者の状況に応じ、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書の作成
- ⑤ 喀痰吸引等の実施状況を記載した報告書の作成と医師への提出
- ⑥ 業務の手順等を記載した業務方法書の作成

（厚生労働省「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」より）

このように利用者の安全な療養生活を守るための体制整備に向けて、日頃からの医療職との密接な連携が重要であるが、それに加えて介護職に求められることとして、生活者への援助の視点が欠かせない。医療ニーズへの対応が目的ではなく、医療を必要としながら生活している人の、日々の生活をいかに豊かにできるかの視点が重要である。介護職としては「たんの吸引回数」を少しでも減らせられるよう、体位の工夫、水分調整、環境調整などさまざまな配慮が必要であり、また経管栄養の人の「食する」意欲や可能性をいかに見極め、引き出せるか。また、その人自身の望む生活が継続できるために、どのようなケアが必要なのかを探究する姿勢が大切である。

3 健康状態の把握

私たちが日頃生活している中で、「健康」を意識することはそれほどない。けがをしたり、

風邪をひいたりなど、わずかな生活への支障で、日頃の、健康であることのありがたさや喜びを改めて感じることができる。

しかし加齢や疾病、障害などにより医療や介護を必要としながら生活している人々にとっての「健康」とは、一般の人が考える「健康」な状態とは異なってくる。加齢により血圧の正常範囲を超えている人、呼吸機能障害のため、トイレ歩行でさえ息苦しさを訴える人、嚥下咀嚼機能の低下で「食」が細くなっている人などさまざまな状況を前に、「心身共に健康な状態」とは考えにくいかもしれない。しかし、その人自身にとってはその状況が平常な状態であれば、その人にとっての健康な状態ともいえよう。健康とは、その人らしく日常生活を送ることであり、「その人」の年齢や生活様式、さらに価値観によっても異なってくるのである。

したがって健康状態を把握する際、バイタルサイン、その他一般的に正常とされる基準だけではなく、その人の日頃の状態はどうなのか、個々人の基準をふまえて、顔色、顔貌^{がんぼう}、意欲、食欲、行動などの状態、日頃のその人なりの健康的状況はどのようなものであるか、本人が健康をどのようにとらえているのかを、しっかり把握しておく必要がある。

さらに今後、起こりうること、どのような状況が危険であるのか、また許容範囲はどの程度なのかなど、細かな状況を想定し医師・看護職などと対処法や連絡方法などを話し合っておく必要がある。また、利用者の些細な変化に気づき、適切な行動をとるためには、介護者自身の心身の健康管理が重要なことはいうまでもない。

4 高齢者・障害者（児）の喀痰吸引および経管栄養

医療的ケアの基本研修には3パターンあるが、介護福祉士養成校で行う基本研修は類型Ⅰであり、対象となる行為のすべてを行う類型である。すなわち「講義50時間」（表2-5-1）＋「各行為のシミュレーター演習」（表2-5-2）、これに「実地研修」（表2-5-3）を行うこととなる。

表2-5-1 講義50時間

総論 13時間 人間と社会 保健医療制度とチーム医療 安全な療養生活 清潔保持と感染予防 健康状態の把握
たんの吸引 19時間 高齢者および障害児・者の「たんの吸引」概論 高齢者および障害児・者の「たんの吸引」実施手順解説
経管栄養 18時間 高齢者および障害児・者の「経管栄養」概論 高齢者および障害児・者の「経管栄養」実施手順解説

3節 介護過程の意義

1 介護過程とは

介護を実践していくときに必要になってくるのが介護過程である。介護過程というと難しいことを行うというイメージがあるが、決してそうではない。介護福祉士にとって介護過程とは、当たり前に行っていることを、第三者が納得できるように、記録を見てわかるように整理して、介護として実践していることを表現することである。何のために介護を行っているのかの道筋を描くことが介護過程である。

介護過程の目的は、利用者のよりよい生活の実現であり、その人らしい生活を実現することである。QOLの向上を目指した生活の自立支援を科学的根拠（エビデンス）に裏付けられたものにしていくことである。そのために、その人がどう生きたいか、どういう暮らしを望んでいるのかを把握しなければならない。その人が必要としていることを考え、目標を定めて目標に近づくことができる援助を考えていくのである。目標に近づく援助を行うためには、その人自身をよく知らなくてはならない。介護過程を展開していくためには、十分な信頼関係を土台にして、その人の生活全体を把握し、その人が暮らしたい生活や人生を送ることができるよう生活を支援していくことである。多くの情報の中から情報と情報の関連性を考え、その人が必要としている支援や困っている状況を見出すことは、原因になっていることを明らかにするという科学的な根拠を導き出すことになる。利用者自身の生活上の目標が明確に見出されている場合は、目標志向型の思考過程で支援方法を考えていくことになる。また、根拠に基づいて課題を解決するという問題解決型の思考過程を踏むことでもある。

また、介護過程を展開していくときには、介護とは何かという基本原則の理解と介護の倫理観がベースになければならない。何らかの病気が原因で身体の機能に障害が生じたとしても、利用者が何を望み、どうしていきたいと願っているかを考え、人として当たり前の生活を送ることができるような支援を考えていく必要がある。それはすなわち、ノーマライゼーションの具現化を支援することである。

そうであるから、介護過程に沿った介護を実践することは、介護の専門性に通じていくことである。言い換えれば介護福祉士という専門職の介護実践は、目標を明確にし、根拠をもった援助を行い、行った援助に対してはきちんと評価することにより、介護の質を向上させていくことができるというものである。

<介護過程の意義>

- ①計画に基づいた援助を行い、評価を行うことにより、ケアの質を確保・向上する。
- ②エビデンスに基づくケアを実践できる。
- ③誰が行っても一定のレベルのケアが提供できる。
- ④ケア内容の検討を行うことができる。
- ⑤利用者の参画と同意を得て行うものであり、利用者主体のケアが実践できる。
- ⑥その人らしいよりよい生活が営める。

2 介護過程の展開

① 介護過程と介護の専門性

介護を必要としている人たちに、必要な介護を実践していくことは、容易なようで実際には簡単ではない。介護の対象者は、障害があるためからだが不自由となり、当たり前の生活ができにくくなっている人たちである。介護の実践にあたっては、その人たちの生活の不自由さと、どのような暮らしをしていきたいと思っているのかを明らかにしなければならない。

介護過程の展開は、介護福祉士の養成教育の11項目の目標に到達するために不可欠なものである。この目標に到達するために、介護過程の展開があるともいえる。

「他者に共感でき、相手の立場に立って考えられる姿勢を身につける」、「円滑なコミュニケーションのとり方の基本を身につける」においては、利用者と信頼関係を形成し、情報をとらえていくときにコミュニケーション能力と相手の立場に立って考えることが求められる。また、課題を明確にしていくアセスメントの過程で、「基礎的な介護の知識技術の習得」がなければならない。また、「介護実践の根拠」を明らかにすることはアセスメントそのものであるといえる。そして、「介護を必要としている人の潜在能力を引き出し活用・発揮させること」を実践していく。「利用者本位のサービス提供やチームアプローチの必要性の理解」は、まさに介護過程の展開の基本になる。介護過程は養成教育の根幹を担い、心身の状態に応じた介護を実践していくための思考過程を明確にし、誰もが納得し根拠に基づいた支援をすることができる。介護過程の展開とは介護の専門性を表すものである。

例えば、毎日、援助として行われている食事の介助や排泄の介助について考えてみたい。ただ漠然と食事や排泄の援助をしていたとしたら、それは介護の専門職としての支援ではない。そのことが必要な支援であったとしても、何も考えずに、何の方向性ももたずに支援していたら、それは単なる身の回りの世話をしているにすぎない。それは誰にでもできることである。介護の専門職が行う介護は、その人の生活の目標に向かって意図的に行われるものである。専門職の行う介護とは、その人が希望する生活により近づけていくために、どこをどのように考えていけばよいのか、またどのような福祉用具を使用すれば暮らしやすくなるかなどを、その人の生活全体からとらえ、援助の方向性を明らかにして、目標をもった支援を実践することである。

② 介護過程の構成要素

介護過程では、利用者理解のために利用者に関わる情報収集を行い、そこから情報の整理統合をし、関連付けて、それらの情報の解釈を行い、課題を明らかにしていく。この過程をアセスメントという。アセスメントということばは、評価、査定、所見などという意味がある。事態に対する判断や所見ということなので、情報を収集し、その人の生活状況を把握し、どこに課題があるかを導き出すことである。介護過程においてはアセスメントが最も重要になる。関連する情報から導いた解決すべき課題が的を得ていないと介護計画がずれてしまう。

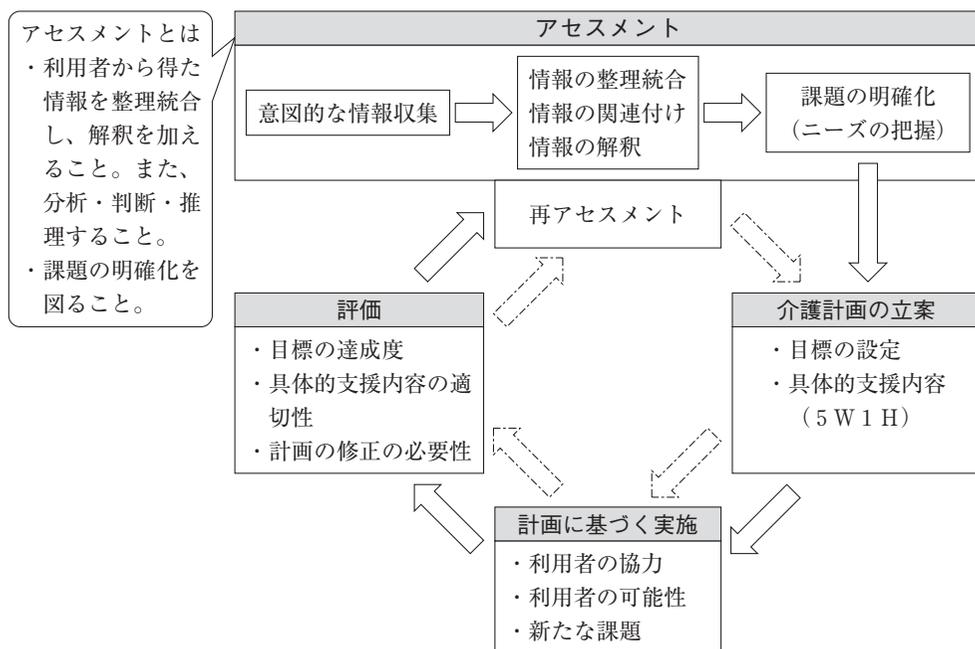
解決すべき課題が明確に引き出されてくると、その生活課題を解決するために介護計画を立

てる。介護計画の立案には、それぞれの目標を定めて、利用者と共有して利用者自身の力を引き出し協力しながら援助を実践していく。

目標に向かっての介護実践は、計画通りに生活課題の解決につながっているかどうか、利用者の満足はどうかなどについて、評価して振り返ることが必要である。評価によっては、さらに新しい事態が生じてきて方向を変えなくてはならない場合も出てきたり、気づかなかった状況が明らかになったりして、再アセスメントする必要が出てくる。そして介護計画の見直しにつながっていくという過程をとっていく。

介護過程の構成を図示すると、下記のようになる。

図 4-3-1 介護過程の構成



③ 課題の明確化を図るアセスメントのプロセス

アセスメントに当たっては、利用者に関わる情報を意図的に収集する必要がある。そして、情報を得るためには、利用者との信頼関係の構築が必要になってくる。利用者がしたいことや、どのような暮らしをしたいと思っているかなどは、たずねて答が返ってくるとは限らない。十分な人間関係が築かれていないと利用者の心が動かないため、必要な情報を得ることができず、適切なアセスメントができないからである。

得られた情報を整理統合して、情報の関連付けを行い、情報の解釈ができると、大まかな援助の方向性が明らかになってくる。その援助の方向性のもとで、「試しの関わり」としての援助を行ってみる。その中で、さらに必要な情報や確認すべき情報が出てくる。「試しの関わり」を通して利用者の思いが表現されたり、本人の意向が確認されて援助の方向性が決まってくる。あるいは修正が必要であったりと課題が明確になってくる。そのため、情報の解釈がすぐ