

V. 考察

1. 訪問介護事業所調査

訪問介護員が吸引を実施している利用者の 74.8%が気管カニューレを装着（家族や訪問看護師実施では 41%）しており、24 時間 365 日、介護職員による日常的な吸引が必要であった。また、経管栄養は 96.5%胃瘻・腸瘻からであり、経鼻経管栄養の方はわずかであった。

研修に関しては、指導する訪問看護事業所、指導を受ける訪問介護事業所とも、「時間」が取られてしまうということが最も大きな負担であった。訪問介護員が第 1 号 2 号の研修で、最も負担と感じているのは、「研修で仕事を休む」（とても負担である＋負担であるの合計 83.6%）と、「基本研修の講義が 50 時間かかる」（84.8%）で、次いで「実地研修が数日かかる」（81.3%）であった。

また、特定の者に対する第 3 号研修に関しては、最も負担と感じているのは「認定を取っても、利用者死亡や担当替えて認定を喪失する」（83.4%）、次に「実地研修の費用と時間が利用者ごとにかかる」（79.6%）であった。認定を取得している訪問介護事業所は 34%で、その多くが第 3 号の認定であることから、第 1 号 2 号の認定は、働きながら取得するには困難であることがうかがえる。

介護員に対する吸引等の指導の依頼があった時の対応については、訪問看護も訪問介護も 47%がなるべく断らずに依頼を受けたいとの回答であったが、半数以上の事業所は、どうしてもという依頼のみ、又は依頼は断りたいという回答で、自由記述にはやりたい気持ちがあっても、このような研修体制では無理であるといった回答が数多くみられた。

第 1 号基本研修講義時間は、21～30 時間であれば受講するとの回答数が 40 事業所と最も多く、次いで 11～20 時間であった。現行の 50 時間を越える時間を回答した事業所は無かった。第 2 号の実地研修時間がどれ位なら受講するかは、6～10 時間が最も多く 29 事業所が、次いで 15 事業所が 16～20 時間と回答した。また 2 事業所は「現行どおり」、3 事業所は「現行の半分」と回答した。第 3 号研修の講義時間がどれ位なら受講するかは、7～8 時間が最も多く、81 事業所で回答した。次いで 5～6 時間、3～4 時間であった。

以上を踏まえると、まず現行の研修は実践現場と適合しないものであると言える。

法制化前の平成 22 年度に行われた「たんの吸引等の指導に関する全国調査」では、たん吸引及び胃ろう栄養を患者・家族に教える際の説明時間は、60 分以内が 90%を占め、実技指導についてもたん吸引においては 93%が 60 分で終了していた。これらの調査結果から、単に研修時間が短ければいいということではないが、このような指導環境で安定した生活を送っていたことを考慮すると、第 1 号 2 号研修の講義 50 時間は長過ぎであると考えられる。

そこで、受講者の負担を軽減するために、以下を提言する。

第 1 号の実地研修の合格ラインは、口腔内吸引は 10 回以上、鼻腔内吸引、気管カニューレ

レ内吸引、胃ろう又は腸ろうからの経管栄養、経鼻経管栄養はそれぞれ 20 回以上実施し、全回数での累積成功率が 70%以上であること、最終 3 回のケアに不成功が 1 回もないこととなっている。

第 3 号の実地研修の合格ラインは、特定の者に必要な項目について、2 回連続成功するまでとなっている。

このことを踏まえると、第 3 号の合格者は、利用者 1 人につき 2 回は成功しており、口腔内吸引は、第 3 号の 5 回合格分が 1 号 2 号の 10 回成功分に相当し、鼻腔内吸引・気管カニューレ内吸引・胃ろう又は腸ろうからの経管栄養・経鼻経管栄養に関しては、第 3 号の 10 回合格分が第 1 号の 20 回成功分に相当する。

したがって、第 3 号の 10 人分の認定を取得した者は第 1 号の実地研修を修了したものと同等とみなし、11 人目以降は実地研修を免除してもよいのではと考える。

ただし「項目毎」に 10 人分と設定すると、気管カニューレ挿入者や経鼻経管栄養実施者の数が少ないため、現実的には取得できないものになる恐れがある。そのため、「項目」は問わないこととし、11 人目以降に、実施したことのない項目のケアが必要になった場合は、医療者から指導・助言を受けるよう義務付ければよいと考える。

第 3 号の認定を得て在宅で吸引等を行っている介護職の方々は、重度の難病の方を担当することが多く、よく学習もされており、医療的ケアを実際に行う回数も大変多く技術のレベルが高い。実際に実地研修が何回目かになると、手技的な指導よりもその利用者に対する留意点の確認がメインといった形となる。11 人目以降の実地研修は免除とし、利用者からの依頼の際には、訪問看護師や主治医に留意点等を確認するということを義務付ける形にすれば、アンケートで第 3 号認定の最も負担が大きいと回答があった「利用者死亡や担当替えで認定を失う」ことに対する負担の軽減にもつながる。現在積極的に対応している介護事業所にとっては、これまでの蓄積がプラスとなり、迷っている事業所にも新たに参入するきっかけになるのではないかと考える。

2. 訪問看護事業所調査

第 1 号実地研修時間がどれ位なら受講するかは、32 事業所が 6～10 時間と回答し、次いで 16～20 時間であった。また 2 事業所は「現行どおり」、3 事業所は「現行の半分」と回答した。

第 2 号の実地研修時間がどれ位なら妥当かは、20 時間が多く、6～30 時間とばらつきがあった。1 事業所は「現行の半分」と回答した。第 3 号研修時間がどれ位なら妥当かは、現行の 8 時間（7～8 時間）が最も多く、次いで 9～10 時間であった。また、1 事業所から「BS デジタルやインターネット」を活用した講義という回答があった。

訪問介護事業所のみならず、訪問看護事業所も、より短い時間での実地研修を希望している場合があることがわかった。

3. 都道府県担当者調査

都道府県担当者の自由記載は、あくまで担当者の見解であり、都道府県の公式の立場を表明したものではない。しかし、指摘は多岐にわたり、示唆に富む内容が多かった。総じて、現行の研修制度の不備、改正すべき点を指摘したものであり、同様の内容は厚生労働省にも提出されていると思われる。厚生労働省、および研究班は、行政担当者の生の声を活かす方策を検討すべきではないか。

4. 当クリニックの第3号研修実施状況

2013年1月より研修を開始し、毎月実施してきた。最初は申し込みが少なかったが、夏頃から急激に増加し、その後は毎月30名前後の申し込みがあり、2014年7月までの間に423名が基本研修を修了した。受講後のアンケート結果からは、初めて実施する受講者は医療的なケアをこれから行う事への不安が、経験のある者は今の自分のやり方で本当にいいのかといった不安を抱えながら実施していることがわかった。今回の法制化のおかげで、不安を抱えながら医療的ケアを行っていた者が、必要な研修を受けるようになった。知識と技術を習得することにより、安心しより良いケアが実施でき、安全面にもより気を配れるようになると思われる。

5. 宮城県の研修状況

宮城県では第3号研修は9つの研修機関がある。数としては少なくないが、仙台圏に集中しているため、遠方の事業所より、近くで研修を受けられるよう望む意見も自由記載ではみられた。

第1号2号の研修は、宮城県社会福祉協議会に委託し、年に1回の実施となっており、それを受けたとしても、1号認定が取れるのは自法人施設に指導者と利用者がいるごく一部（116人中9名、7.8%）の受講者に限られる。訪問介護事業所からも何とかシフトをやりくりし、13名11.2%が参加しているが、せつかく長い時間をかけて受講しても、第1号認定を取るための指導者・利用者が確保できず、第2号の認定にとどまっている状況にある。第2号認定があっても、気管カニューレの吸引が必要な利用者からの依頼があると、今のところ、第3号研修を重ねて受けなくてはならないとされている。負担の少ない方法で第1号認定を取得できるような仕組みが必要である。

6. 研修受講者を増やす方策

今後、極めて多忙な中、研修を受講する者を増やすために、介護事業所等を支援する方策について考察する。何といたっても、事業所の経営安定化のために、今後適切な報酬上の評価を行うべきである。

まず、「介護職員等による痰吸引および経管栄養」を実施している事業所に対して、研修や業務に必要な助成を行うとともに、報酬（単価）として評価する。

介護保険のヘルパーが、所定の研修を受講後認定されて、喀痰吸引と経管栄養を行った場合について評価する。その際、介護給付時間が減少しないように措置を講じる必要がある。障害者総合支援法による喀痰吸引等の実施は1日100単位の評価がなされており、介護保険でも利用者の負担が増えないような仕組みで、同等の評価をすべきである。

喀痰吸引等を実施する事業所の支援として、特定事業所加算ではなく、重度包括支援の報酬単価の加算率（現行では15%加算）を30%に引き上げる。また、NPPV（非侵襲式人工呼吸）の開始をもって重度包括支援の対象とする。なぜなら、NPPV装着者に対する7.5%加算では、吸引や経管栄養等の研修に必要なコストがまかなえないからである。

重度訪問介護については、単価をさらに高く設定する。

以上のような、報酬上の評価を行うことにより、事業所が、積極的、継続的に、受講者を研修に出すことができるようになると思われる。

VI. 結論

医療的ケアができる訪問介護員の人材育成を阻害している要因は、「第1号2号の研修時間」と「第3号の認定喪失」にあった。高齢化が急速に進むなか、多くの利用者が安全に医療的ケアを受けられるようにと法制化されたはずだが、このままでは安全面はクリアできても、安定した支援は難しいのではないか。研修の仕組みを現場に即した、より効率的なものにしていく必要がある。研修内容をより効率化し、効果的な実習内容にするならば、時間も圧縮でき、研修参加者の負担軽減にもつながる。

本調査で、第3号研修は多くの介護員が受講するようになってきており、第3号研修の拘束時間であればなんとか受講が可能であることを表している。第3号研修程度の時間で、不特定の者に対する認定を得られるような仕組みにすべきと考える。

さらに、医療的ケアを行う者にとって、最も重要である刑法第37条緊急避難や吸引の限界についてテキストに盛り込まれていない。資料1「.難病と在宅ケア Vol.18 No.7 2012.10 緊急避難：医療的ケアの基本 筆者：川島孝一郎」の内容について、指導・研修がなされなければならない。

刑法 第7章 犯罪の不成立及び刑の減免
(緊急避難)

第37条

1 自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が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。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を減輕し、又は免除することができる。

2 前項の規定は、業務上特別の義務がある者には、適用しない。

刑法別冊ノ通之ヲ定ム

此法律施行ノ期日ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム

明治十三年第三十六号布告刑法ハ此法律施行ノ日ヨリ之ヲ廢止ス