学習のポイント

第Ⅰ章

重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

0. 喀痰吸引等研修の概要

1. 障害保健福祉制度の概要

▶ 障害保健福祉施策の変遷及び基本理念から、自立支援の基本的な考えを学ぶ

2. 喀痰吸引等制度の成り立ち

▶ 喀痰吸引等制度ができるまでの経緯から、介護職員等が喀痰吸引等を行う上での基本的な考えを学ぶとともに、第3号研修の特徴や第1・2号研修との違いを理解する

3. 重度障害児・者についての理解

▶ 喀痰吸引等を行う対象者の障害・疾病、心理について理解し、喀痰吸引等を実施するにあたっての留意点を学ぶ

4. 喀痰吸引等制度の運用

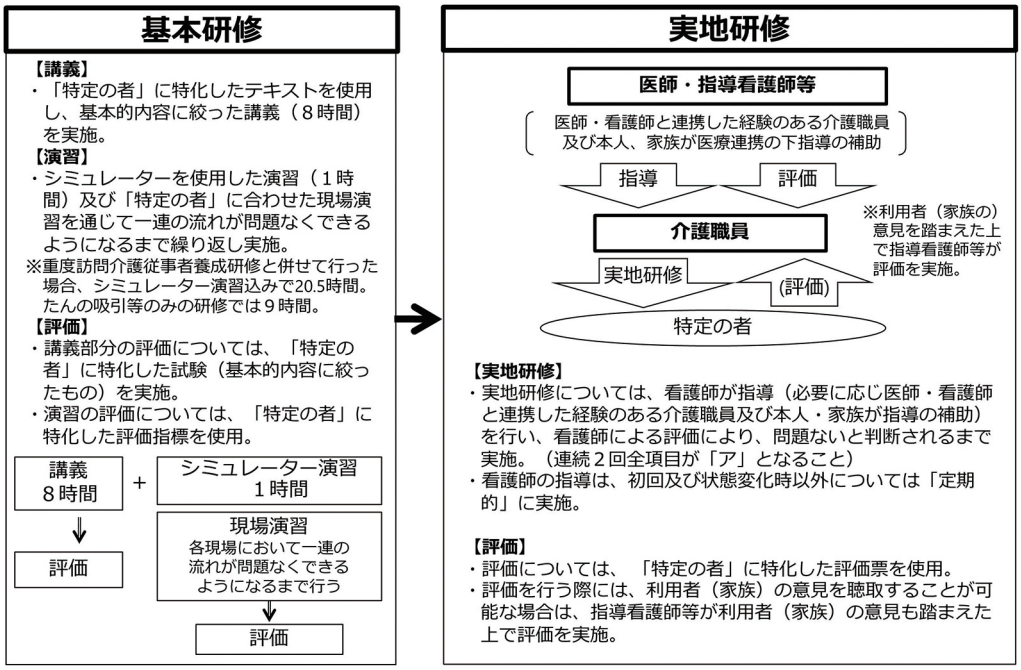
▶ 喀痰吸引等を実際に行う際、事業者に求められる体制づくりや多職種連携のあり方について学ぶ

0. 喀痰吸引等研修の概要

0-1 介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修カリキュラム概要

スライド1

介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修カリキュラム概要



まずは、介護職員等による喀痰吸引等研修の第３号研修カリキュラムの概要をみておきましょう。研修には、基本研修と実地研修があります。

0-2 【特定の者】基本研修カリキュラム

スライド2

【特定の者】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。

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、皆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合的に行う演習（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、実際に対象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対象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。

0-3 【特定の者】実地研修

スライド3

【特定の者】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。

○「特定の者」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無い。

先輩ヘルパーやご本人、家族から事前に十分な手技に関する指導を受けてから評価をお願いしてください

出典）厚生労働省資料を一部改変

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。

医師や看護師等への評価のお願いは、先輩ヘルパーやご本人、家族から事前に十分な手技に関する指導を受けてから、お願いするようにしましょう。

評価を行う際は、対象者の意見をお聞きすることができる場合は、対象者の意見も踏まえた上で評価を実施してください。対象者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。

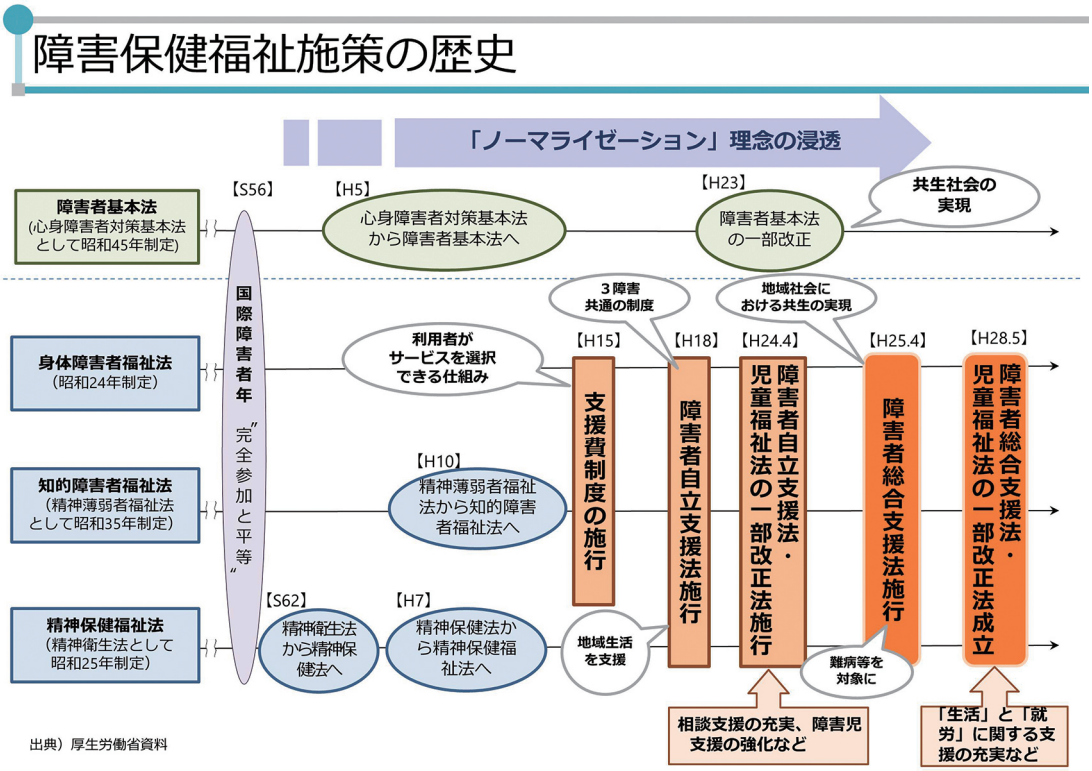
医師や看護師等の指導は、初回及び状態変化時以外については「定期的」に実施します。

「特定の者」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、基本研修をその都度再受講する必要はありません。

1. 障害保健福祉制度の概要

1-1 障害保健福祉施策の歴史

スライド4



まずは、これまでの障害保健福祉施策の歴史を振り返ってみましょう。

障害者基本法は、障害児・者に関する最も重要な法律であり、基本的な考えとして、地域社会における共生や差別の禁止等を示しています。

平成15年度には、「支援費制度」が施行され、それまで行政の「措置」として行われてきた障害者支援が、利用者本位のサービス体系による「契約」に転換されました。

平成18年度には、「障害者自立支援法」が施行され、それまで身体障害者・知的障害者・精神障害者で、別々に行われてきた施策が、１つの制度に一元化されました。

平成24年度には、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」、いわゆる障害者虐待防止法が施行されました。

平成25年度には、障害者支援の現行制度である「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」、いわゆる「障害者総合支援法」が施行されました。ここでは、「地域社会における共生の実現」が基本理念として打ち出され、障害があっても地域の中で他の人々と共生しながら暮らしていけるよう支援していくことが示されました。また、支援の対象に難病等が加わったことで、重度訪問介護などのサービスを難病の人も利用できるようになりました。

平成27年１月には、「難病の患者に対する医療等に関する法律」、いわゆる難病法が施行され、医療費助成の対象となる病気が増え、支援体制の整備が進められています。

直近では、平成28年度に障害者総合支援法、児童福祉法が一部改正され、「生活」と「就労」に関する支援の充実などが図られています。

1-2 障害者総合支援法

スライド5

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（概要）

第１　目的と基本理念

○目的･･･この法律に基づく支援を総合的に行うことにより、障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる社会の実現を目指す。
○基本理念･･･障害者基本法のH23改正で盛り込まれた考え方（「地域社会での共生」や「社会的障壁の除去」等）を規定

第２　給付体系

○障害者自立支援法の給付体系を維持（施設（箱もの）単位ではなく、障害の種類を超えた「事業」の単位に事業再編）
○自立支援給付（介護給付費、訓練等給付費、計画相談支援給付費等、自立支援医療費、補装具費）と地域生活支援事業に大別

第３　サービス体系

○障害福祉サービス･･･「日中活動」と「住まいの場」の分離。介護給付費は障害者に対し入浴や食事等の介助を行うサービス、訓練等給付は障害者に対し訓練を実施するサービスとし、支援の必要性やニーズに応じたサービス提供が可能
○地域生活支援事業･･･都道府県や市町村が創意工夫によって利用者の状況に応じて柔軟に実施するもの。基本的な相談支援、移動支援、手話通訳等の派遣等のコミュニケーション支援等。

第４　支給決定

○障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示すものとして「障害支援区分」を創設。（障害者自立支援法下では「障害程度区分」）
○日常生活面に関する項目、行動障害に関する項目、精神面に関する項目等の調査結果をもとに行われ、コンピュータによる一次判定と、専門家の合議体による二次判定で判定する

第５　利用者負担

○定率一割負担と所得に応じた負担上限月額を設定。
○低所得者の利用者負担については、軽減措置が図られるとともに、法律上も応能負担となっている。

第６　障害福祉計画

○国が定めた基本指針に基づき、自治体が必要なサービス量とそれを確保するための方策を記載した障害福祉計画の策定を義務化。

第７　実施主体

○制度は共通に、支援は個別に
○市町村･･･障害種別を問わず障害福祉サービスの実施主体。
○都道府県･･･市町村に対して広域的・専門的支援
○国･･･障害福祉計画策定の拠り所となる基本指針を作成

出典）厚生労働省資料

これは現行の障害者支援の制度である「障害者総合支援法」の概要です。

第１条の２「基本理念」では、重要な理念の１つとして、「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと、並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨とし」と示されています。

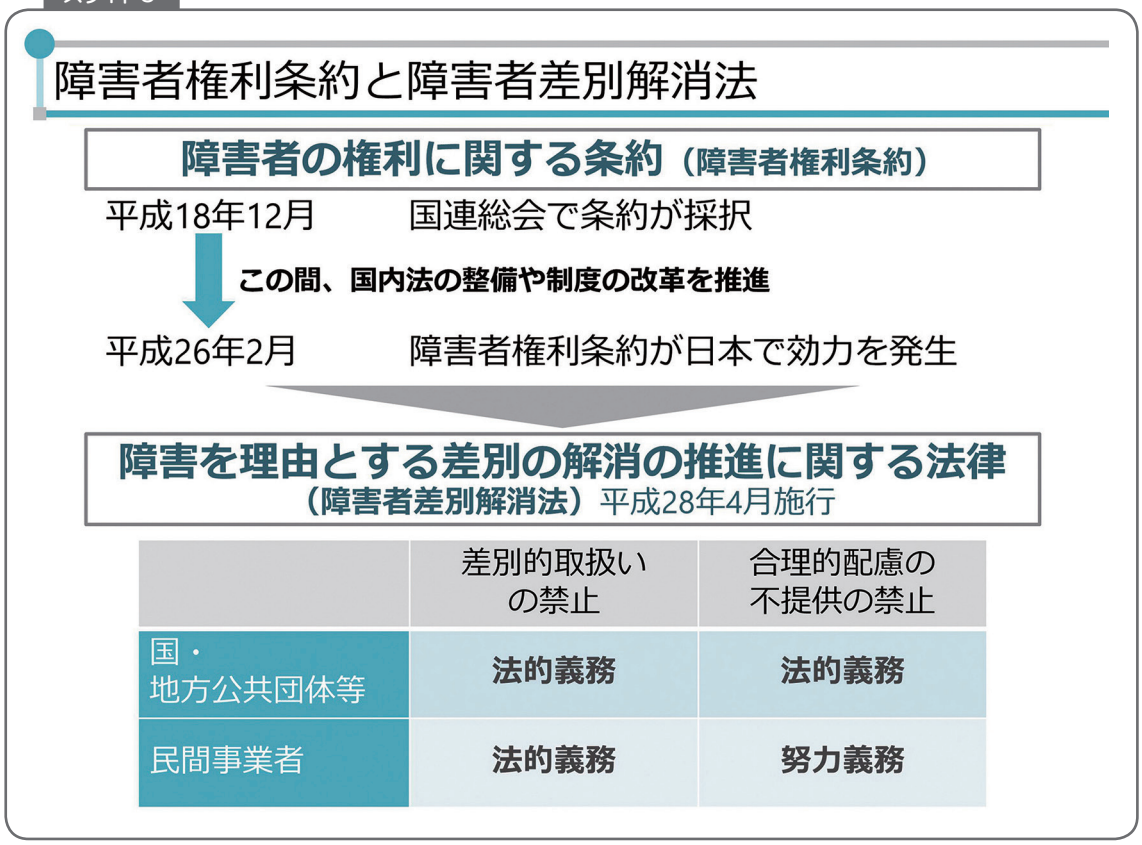
介護職員や教員など、医療職以外の人が喀痰吸引や経管栄養を行うことで、重度の障害がある人の生活の幅が広がっている、すなわち、「どこで誰と生活するか」について選択する機会を広げていると言えます。この研修にはそうした意義があることを理解しておきましょう。

なお、障害者総合支援法のサービスの種類は、全国一律の「障害福祉サービス」と、都道府県や市町村が創意工夫により利用者の状況に応じて柔軟に実施する「地域生活支援事業」の２つがあります。

また、必要な支援の度合いを示すものとして「障害支援区分」が創設されており、それに基づき支給が決定されるようになっています。利用者負担は、定率一割負担と所得に応じた負担上限月額が設定されています。

1-3 障害者の権利に関する条約

スライド6



障害保健福祉施策の歴史を学ぶ上で、もう１つおさえておきたいのが、国際的な潮流です。

昭和56年の「国際障害者年」以降、「ノーマライゼーション」、すなわち、障害のある人も障害のない人も同等に生活し共生する社会を目指す理念が徐々に浸透してきました。

また、平成18年には、国連において「障害者の権利に関する条約」が採択されました。この条約に日本も批准するため、国内法の整備や制度の改革が行われてきました。

「障害者権利条約」では、「平等及び無差別」の考えが打ち出されています。これを具体化したものとして、日本では「障害者差別解消法」が制定され、平成28年度から施行されています。この法律により、国・地方公共団体等、民間事業者において、「差別的取扱いの禁止」が法的義務となりました。また、障害者が他の人と平等に人権や自由を享受するための対応である「合理的配慮」は、国・地方公共団体等では法的義務、民間事業者においては努力義務とされました。

障害者権利条約ー第19条

第19条　自立した生活及び地域社会への包容

この条約の締約国は、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。この措置には、次のことを確保することによるものを含む。

(a)**障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと。**

(b)地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有すること。

(c)一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害者にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害者のニーズに対応していること。

「障害者権利条約」の第19条では、自立した生活及び地域社会への包容として、

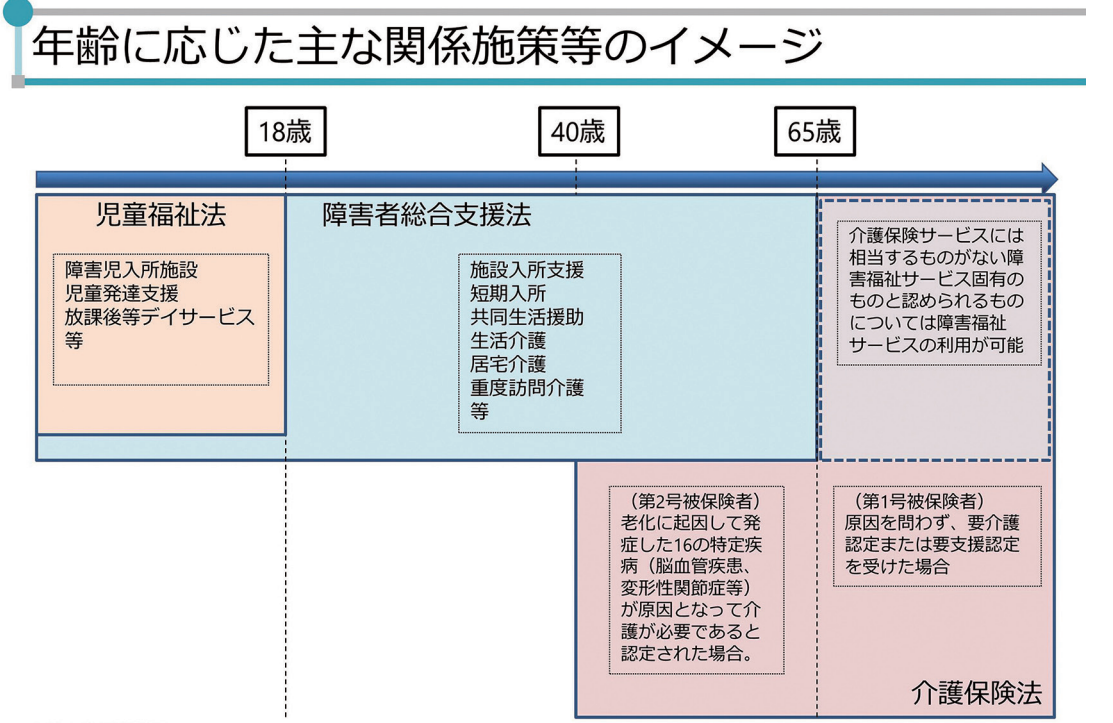
「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと。」が規定されています。

つまり、医療的ケアが必要な方であっても、入院生活ではなく、地域での生活を送る権利があることが示されています。

こうした理念も、日本における障害者自立支援法から障害者総合支援法への改正に影響を与えています。

1-4 障害児・者を支える制度

スライド8



障害がある人に対する支援については、年齢に応じて様々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。

（参考資料P39）

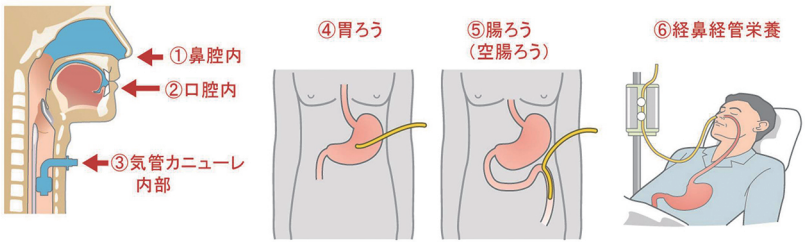
2. 喀痰吸引等制度の成り立ち

2-1 実質的違法性阻却

スライド9

喀痰吸引等制度前からの介護職員等による喀痰吸引等の取扱い（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実施行為に位置づけられていない)

出典）厚生労働省資料を一部改変

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、喀痰吸引等制度ができる平成24年度以前においても、「実質的違法性阻却」つまり、違法な行為なのだけれど、運用上の取扱いで介護職員等にも当面のやむを得ない措置として容認してきていたのです。

行為の種類は、喀痰吸引の口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部と経管栄養の胃ろう、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で取扱いが異なっていました。

在宅では、ALSの患者などに対し、医師の指導を受けたヘルパー等の介護者が喀痰吸引を行ってきました。こうした重度の障害がある人は、個別性が高く、喀痰吸引の回数も日によって頻回になります。こうした状況で、毎回、医師や看護師が自宅を訪問することは難しく、他方で、家族だけでこれを支えるのには限界がありました。こうした中でも、「住み慣れた家で暮らしたい」という本人の思いを尊重していくためには、ヘルパー等の介護者が喀痰吸引を担っていく必要がありました。

また、特別支援学校においても、喀痰吸引や経管栄養を必要とする子どもが教育を受けられるよう、一部の学校で、教員がこれらの行為を行ってきました。

さらに、特別養護老人ホームでも、医療依存度の高い高齢者が入所するケースが出てくる中で、介護職員が喀痰吸引や経管栄養を行わざるを得ない状況がありました。

このように、在宅、特別支援学校、特別養護老人ホームにおいて、非医療職が行う喀痰吸引と経管栄養に対し、厚生労働省通知が発出され、運用上の取扱いとして、容認していました。（参考資料P40上）

2-2 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

スライド 10

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

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、介護職員等がたんの吸引・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、たんの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、介護職員等によるたんの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介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方
②たんの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

しかし、こうした「実質的違法性阻却」に基づく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、など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などについて、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、平成23年度までに開催されました。

2-3 喀痰吸引等制度の概要

スライド 11

喀痰吸引等制度ー実施可能な行為

「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」、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案の成立により、**「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度」（喀痰吸引等制度）**創設。

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度（喀痰吸引等制度）

趣旨

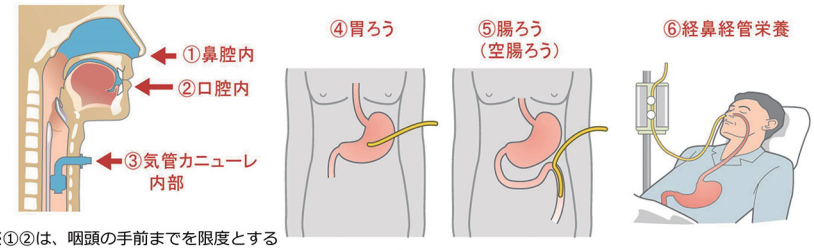
介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を認めるもの。

※従来から一定の条件の下にたんの吸引等を実施していた者については、本制度の下でも実施できるために必要な経過措置が設けられている。

実施可能な行為

たんの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、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。



※①②は、咽頭の手前までを限度とする

出典）厚生労働省資料を一部改変

この検討会における議論を受け、中間とりまとめを経て、「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24年４月１日から施行されました。こうして、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度」、喀痰吸引等制度が創設されました。

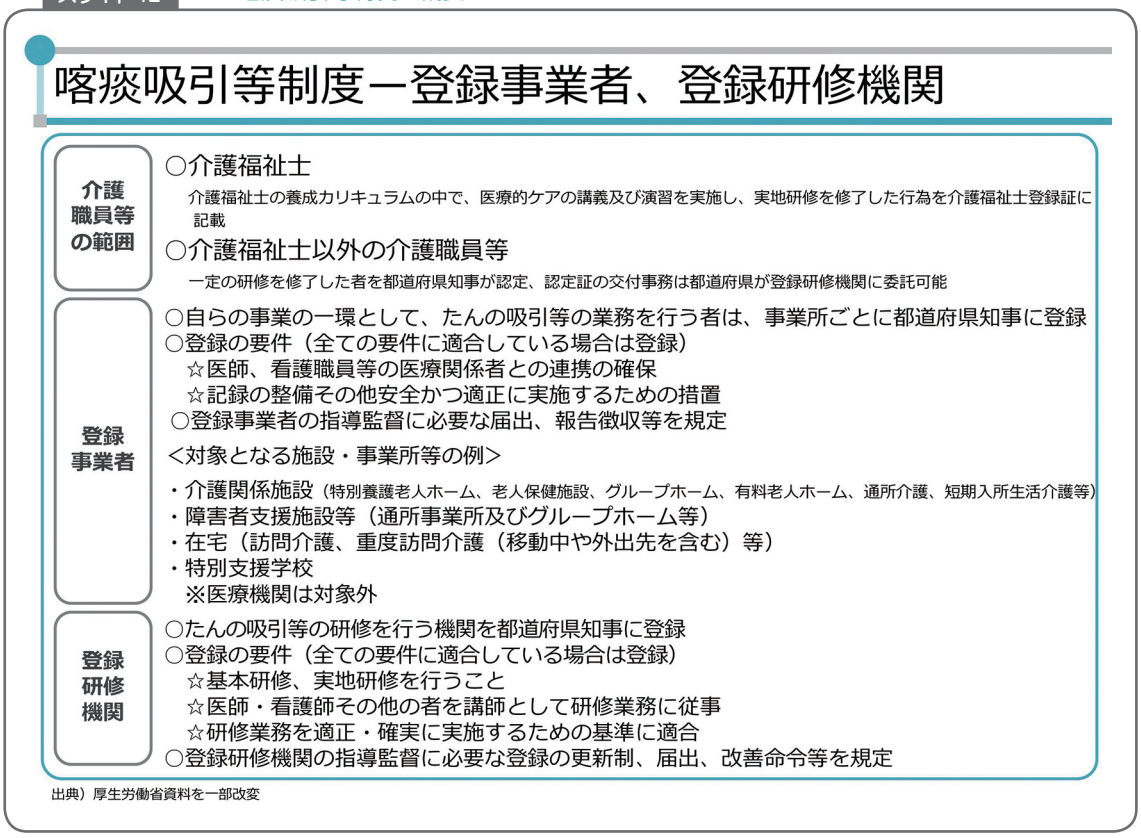
実質的違法性阻却論により、介護職員等が行うことを容認してきた喀痰吸引や経管栄養の６つの行為について、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等が、一定の条件の下に実施できるようになりました。

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とされました。

実施可能な行為は、「たんの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、口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の喀痰吸引と、胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養と規定されています。

本テキストでは、この６つの行為のことを、「喀痰吸引等」とよんでいます。

スライド 12　2-3 喀痰吸引等制度の概要



出典）厚生労働省資料を一部改変

介護職員等の範囲は、「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になっています。

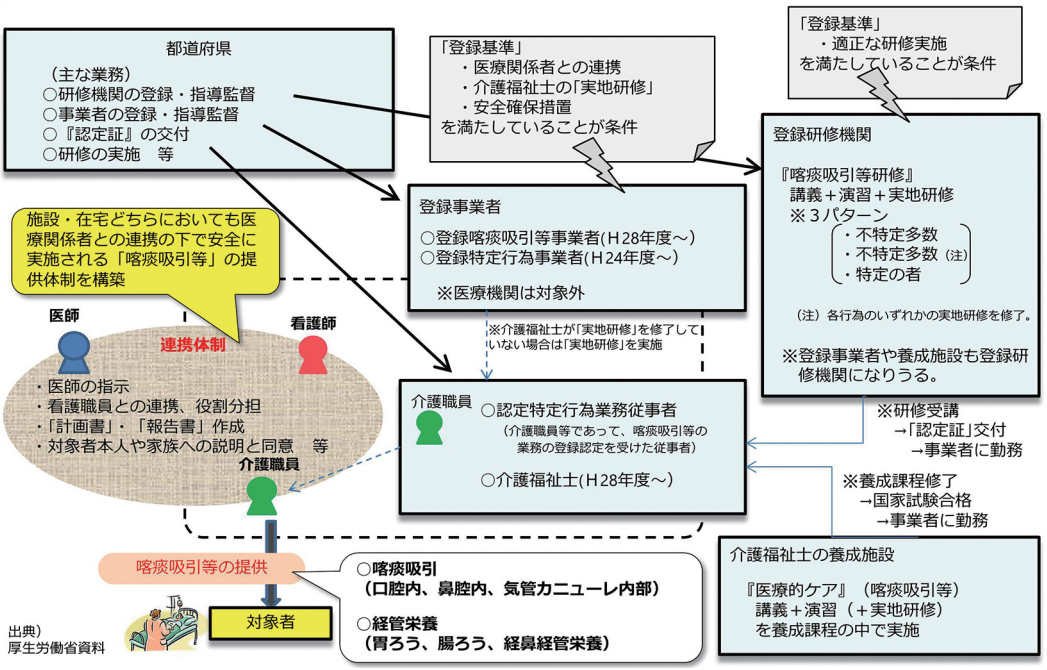
しかし、介護職員等が個人として認定を受けただけでは喀痰吸引等はできず、「医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保」など、一定の要件を備えた「登録事業者」に所属することで実施が可能となります。これまでの、個人契約的な不安定性が解消され、事業者がしっかりと責任を持つこととなりました。

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（通所事業所及びグループホーム等）
・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が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。

スライド 13　2-3 喀痰吸引等制度の概要



対象者に対し、喀痰吸引・経管栄養を行う介護職員等は、研修機関で喀痰吸引等研修を受講する必要があります。今皆さんが受講しているこの研修のことです。

研修を修了すると、「認定特定行為業務従事者」の認定証が都道府県から交付されます。しかし、これだけでは、喀痰吸引等を実施することはできません。介護職員等が所属する事業者も喀痰吸引等を行う事業者として都道府県に登録する必要があります。

登録にあたっては、喀痰吸引等の実施にあたって、医療関係者との連携を確保していること、安全確保措置を講じていることなどの要件を満たす必要があります。喀痰吸引等の実施には、職員だけでなく、事業者の登録も必要であることに注意してください。

なお、「認定特定行為業務従事者」の認定証の交付、事業者の登録、研修機関の登録などは、都道府県が行うこととなっています。

2-4 特定の者を対象とした喀痰吸引等の基本的な考え

スライド 14

特定の者を対象とした喀痰吸引等の基本的な考え

「どこで誰と生活するか」の選択の機会確保に資する

ヘルパーが喀痰吸引等を行うことで在宅生活の可能性が高まり、学校で喀痰吸引等が行われることで、教育機会の確保・充実につながり、重度の障害があっても地域で生活できる社会づくりにつながる。

喀痰吸引等は、「暮らしの場で行われる医療的ケア」

介護職員等は喀痰吸引等を、本人の「生活や教育の場を支える」ために行う。したがって、手順通りに手技を行うとともに、対象者になるべく負担をかけないよう、喀痰吸引等を行う技術の修得が重要。

「個人」単位の合意ではなく、「事業者」単位の合意

喀痰吸引等制度前は、本人、介護職員等の「個人」単位の合意のもとに実施してきたが、法制化されたことで、「事業者」単位の合意へ移行。これにより、組織としての決定や取組が必要となった。

第３号研修は、対象者の「個別性重視」

喀痰吸引は必要時に行う医療的ケアであり、手技のあり方や想定されるリスク、その対応方法も個別性が高い。そのため、第３号ではOJTが基本であり、実地研修や業務の中での医療職との連携が重要。

ここまで、喀痰吸引等制度の成り立ちや概要について説明してきましたが、これをふまえて、皆さんが今後、喀痰吸引等を実施する時に心得ておいていただきたいことを説明します。

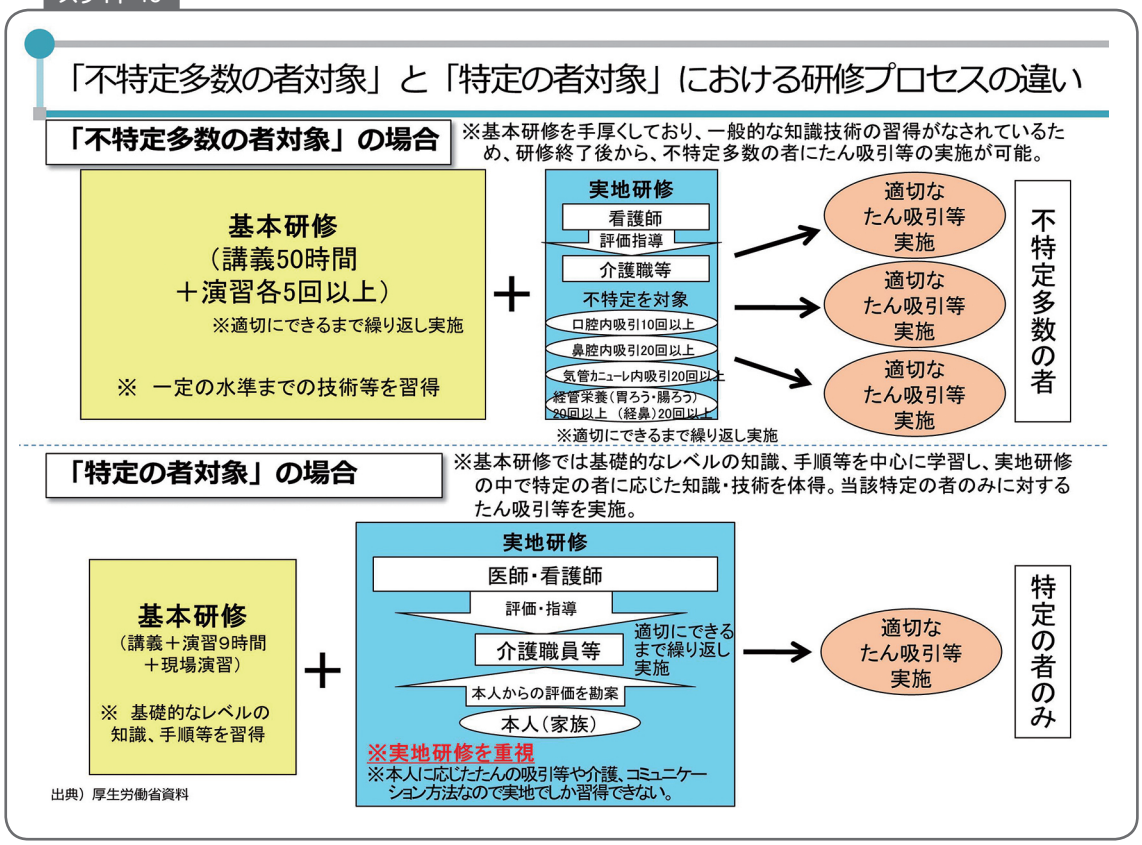
まず、皆さんが喀痰吸引等を実施することは、障害者支援の基本理念である、「どこで誰と生活するか」の選択の機会確保につながっている、ということです。例えば、ヘルパーが喀痰吸引等をできるようになれば、障害がある人が住み慣れた家で暮らせる可能性が高くなります。また、学校において喀痰吸引等を行うことで、教育機会の確保や充実につながります。皆さんが行う喀痰吸引等は、重度の障害があっても地域で生活できる社会づくりにつながっているのです。

そういう意味では、喀痰吸引等は医行為ではあるものの、「暮らしの場で行われる」ことに特徴があります。皆さんは「看護師などの代わり」に行うのではなく、生活や教育の場に寄り添い、対象者の日常生活を支えるために行うのです。そのため、喀痰吸引等の手技を手順通りに実施することに加え、対象者になるべく負担をかけないよう、少ない回数かつ短時間で効果的に喀痰吸引を実施できるように、技術を磨いていくことが大切です。

喀痰吸引等制度が施行されたことで、これまでの「個人」単位での合意から、「事業者」単位の合意に大きく変わりました。実質的違法性阻却の時代は、公的な制度ではありませんでしたので、本人と介護職員等の個人の合意をもとに喀痰吸引等を実施してきましたが、法制化されたことで、介護職員等だけでなく事業者も登録を行わなければ、喀痰吸引等を実施することができなくなりました。これが意味するのは、喀痰吸引等を安全に実施するために、職員個人だけでなく事業者の組織としての取組も求められるようになったということです。このことは、事業者に所属する職員、ひいては対象者を守ることにもつながります。

第３号研修では、個別性を重視しています。喀痰吸引は必要時に行うべき医療的ケアであり、そのタイミングや回数などは対象者によって様々です。想定されるリスクやその対応方法も個別性が高いと言えます。だからこそ、障害児・者に対する喀痰吸引等は、その方との関係性が十分ある者が望ましいとされています。そのため、特定の者への喀痰吸引等の実施を対象とする第３号研修では、OJTを重視しており、個々の対象者にあった喀痰吸引等を実施できるよう、実地研修やその後の業務において、医療職から助言や指導を受けることが、極めて重要となっています。

スライド 15　2-4 特定の者を対象とした喀痰吸引等の基本的な考え



第１・２号研修と第３号研修の大きな違いは、第１・２号研修は不特定多数の対象者に喀痰吸引等を実施する介護職員等を対象としているのに対し、第３号研修は、特定の対象者にのみ喀痰吸引等を実施する介護職員等を対象にしています。

そのため、第１・２号研修は、一般的な知識や技術を習得できるよう、基本研修が手厚くなっており、実地研修も特定の行為に限定しない内容となっています。

これに対し、第３号研修では、特定の者を対象としていることから、基本研修は基礎的な知識や手順の学習が中心となっており、実地研修で、個別の対象者に応じた知識や技術を徹底して体得することを重視しています。

第３号研修は、特定の者に対し喀痰吸引等を実施するための研修ですので、研修修了後はその対象者にしか実施することができません。他の対象者に喀痰吸引等を実施する場合は、実地研修を再度受講する必要があります。なお、この際、基本研修を再度受講する必要はありません。

3. 重度障害児・者についての理解

3-1 障害・疾病についての理解

スライド 16

障害・疾病についての理解

喀痰吸引等を必要とする主な対象者

①先天性障害者で、元々、喀痰吸引等が必要な人
②先天性障害者で、障害が悪化したり疾患が進行して喀痰吸引等が必要になった人
③中途障害者
④高齢者

喀痰吸引等を必要とする障害・疾病（例）

・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）など

ここでは、喀痰吸引等の対象になる特定の者、すなわち重度障害児・者の障害・疾病について簡単に説明します。

喀痰吸引等を必要とする主な対象者としては、「先天性障害者で、元々、喀痰吸引等が必要な人」、「先天性障害者で、障害が悪化したり疾患が進行して喀痰吸引等が必要になった人」、「中途障害者」、そして最後に「高齢者」が挙げられます。

また、喀痰吸引等を必要とする障害・疾病の例としては、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）などが挙げられます。

喀痰吸引等を行う対象者が、どういう方で、どういう障害・疾病があるのかによって、喀痰吸引等を実施する際の留意点が異なりますので、対象者を想定しながら学習していきましょう。

ただし、担当する対象者は、一人一人異なる個別性がありますので、前もって医療職やご家族から、障害や病態、注意すべき点について、十分に指導を受けるようにして下さい。

スライド 17　3-1 障害・疾病についての理解

筋萎縮性側索硬化症（ALS）

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。

まず、筋萎縮性側索硬化症、ALS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%は遺伝性といわれています。

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年～４年で死亡することが多い病気です。

スライド 18　3-1 障害・疾病についての理解

筋萎縮性側索硬化症（ALS）

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。

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。

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、運動機能を坐位までに限れば、およそ38,000人いると推定されており、対象児・者を介助歩行や伝い歩き可能までに広げればもっと多数である。

○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。

出典）厚生労働省資料を一部改変

次に、重症心身障害について説明します。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います。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・者と定めています。

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）です。

重症心身障害児・者の数は、運動機能を坐位までに限れば、日本ではおよそ38,000人いると推定されています。重症心身障害の発生原因は様々です。

スライド 20　3-1 障害・疾病についての理解

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する。

○多くの重症心身障害児・者は、食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害をもち、経管栄養や喀痰吸引等を日常的に必要としている。

○飲み込みや呼吸の障害がとくに重くて一定の基準を満たす場合を超重症児（者）と言い、その中には、気管切開や人工呼吸器を使用している人も多数で、在宅や施設で生活を送っています。

出典）厚生労働省資料を一部改変

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。

多くの重症心身障害児・者は、食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害をもち、経管栄養や喀痰吸引等を日常的に必要としています。

飲み込みや呼吸の障害がとくに重くて一定の基準を満たす場合を超重症児・者と言い、その中には、気管切開や人工呼吸器を使用している人も多数で、在宅や施設で生活を送っています。

スライド 21　3-1 障害・疾病についての理解

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。

○代表的なデュシェンヌ型は、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。

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。

代表的なデュシェンヌ型は、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歳～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。

スライド 22　3-1 障害・疾病についての理解

遷延性（せんえんせい）意識障害

概念：

○1972年の日本脳神経外科学会による定義では、

1)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)自力動いていても認識することは出来ない。

○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、ある程度の反応を示す例も多く存在する。

○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、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。

出典）厚生労働省資料を一部改変

遷延性意識障害とは、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、ある程度の反応を示す例も多く存在すると言われています。

原因としては、不慮の事故による脳の外傷や脳血管、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。

スライド 23　3-1 障害・疾病についての理解

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の感覚障害、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。

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の感覚障害、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。

スライド 24　3-1 障害・疾病についての理解

医療的ケア児

概念：

○痰吸引（口、鼻や気管切開から）、経管栄養（鼻からのチューブや胃ろう）、酸素療法、人工呼吸器使用などの、医療的ケアを日常的に要する児童を医療的ケア児と言う。

○医療的ケアという用語は経管栄養・痰吸引等の日常生活に必要な医療的な生活援助行為を治療行為としての医行為とは区別して使用している。

○医療的ケア児の状態像は知的障害と肢体不自由を重複した寝たきりの重症心身障害児から知的障害のみを有している児童、知的・肢体には全く障害はないが、医療的ケアが必要な児童まで、幅が広い。そのため、それら対象児に支援を広げるために使用されている言葉であり、医学的診断名ではない。

「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及び児童福祉法の一部を改正する法律」（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）児童福祉法第56条の６第２項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」と体制整備に関する努力義務を規定している。（本規定は公布日施行）

出典）厚生労働省資料

平成28年に「児童福祉法」の一部が改正され、第56条の６第２項が新たに加わりました。

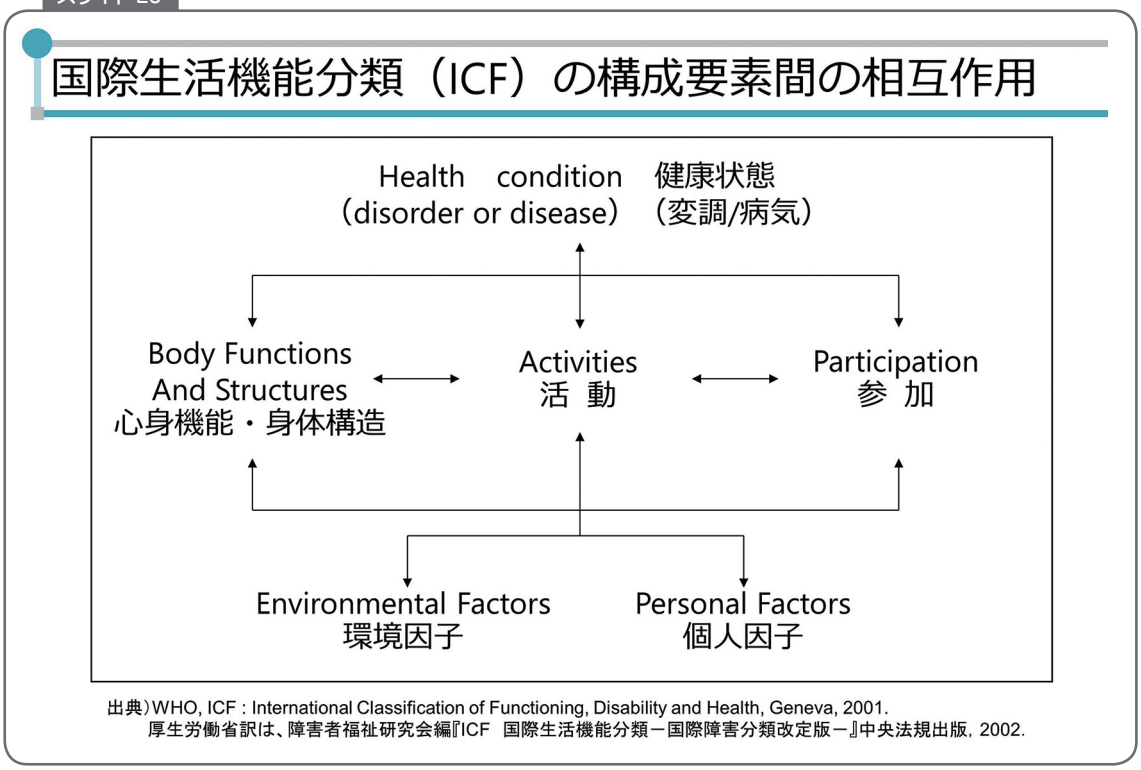
医療的ケア児とは、喀痰吸引や経管栄養などの医療的ケアを日常的に要する児童のことを指します。気管切開や胃ろうのある児童、酸素療法や人工呼吸器の使用が必要な児童なども含まれ、状態は様々です。

「医療的ケア」という用語は、経管栄養・痰吸引等の日常生活に必要な医療的な生活援助行為のことで、治療行為としての医行為とは区別して使用しています。

医療的ケア児の状態像は知的障害と肢体不自由を重複した寝たきりの重症心身障害児から知的障害のみを有している児童、知的・肢体には全く障害はないが、医療的ケアが必要な児童まで、幅広くなっています。そのため、それら対象児に支援を広げるために使用されている言葉であり、医学的診断名ではありません。（参考資料P40下）

3-2 障害の概念（ICF）

スライド 25



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.

次に、国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用について、説明します。

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。

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、心身機能の低下や病気などからもちろん影響を受けますが、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。

家族や看護師だけでなく介護職員や教員といった多くの人が喀痰吸引や経管栄養等が行えるようになることは、これらを必要とする障害のある人や子どもの、「活動」や「参加」の１つである通所や通学を支えていくことにもつながります。

3-3 心理についての理解

スライド 26

心理についての理解

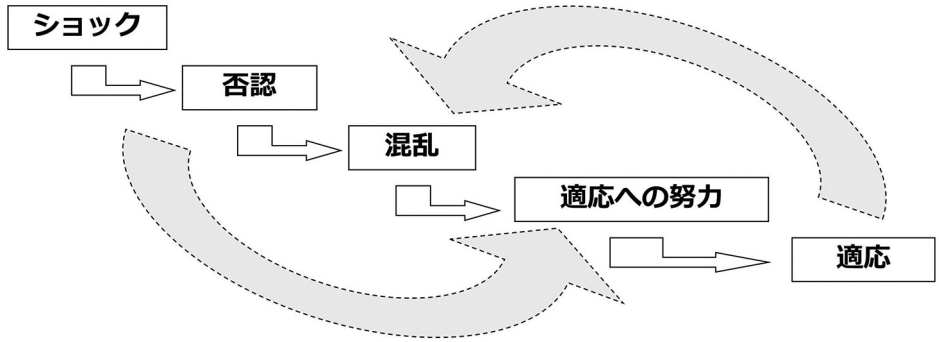
○中途障害者の心理
○先天性障害者の心理
○家族の心理

次に、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。

スライド 27　3-3 心理についての理解

中途障害者の心理

障害受容のプロセス



障害受容のプロセスについては、対象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（いっ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いことが重要です。

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、各段階をいっ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。

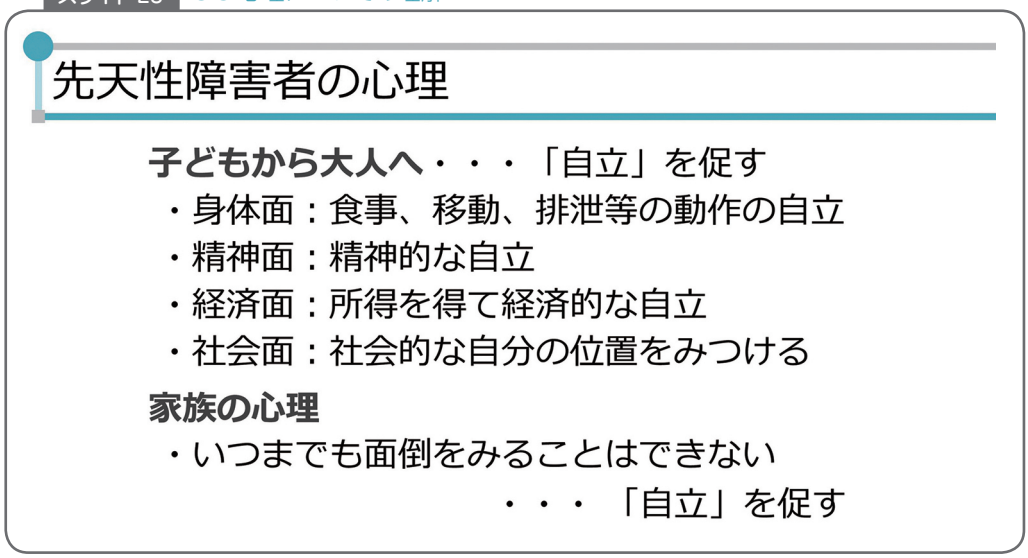
そこで、介護等の制度の利用を勧め、社会的な環境を整えていくことにより、障害をもっても自分らしく生きていける確信を持ってもらうように、働きかけをしていきます。また、社会の障害者に対する態度も、障害の受容のプロセスに影響を与えます。障害者に対する否定的な態度をなくすような日々の働きかけも重要です。

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。

スライド 28　3-3 心理についての理解



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いとも考えられます。また、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、排泄など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、介護者に支えてもら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ことですが、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が多いのではないでしょうか。

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、介護者に支えてもら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ことが生き甲斐となり、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。

3-4 福祉業務従事者としての職業倫理と利用者の人権

スライド 29

福祉業務従事者としての職業倫理と利用者の人権

○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）

次に、福祉業務従事者としての職業倫理と利用者の人権について説明します。

福祉業務に従事する者には、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、本人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、福祉業務従事者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し、支援者はそれを適切に支援していくことが重要です。そして、そのことが、対象者の人権を守ることにもつながります。

なお、当然のことながら、自己決定の原則は、本人の意思の確認が難しい場合も適用されます。厚生労働省では、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点をとりまとめたガイドラインとして、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」を作成していますので、こちらも参考にしてください。ガイドラインは、参考資料P41-42に掲載しています。

スライド 30　3-4 福祉業務従事者としての職業倫理と利用者の人権

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）

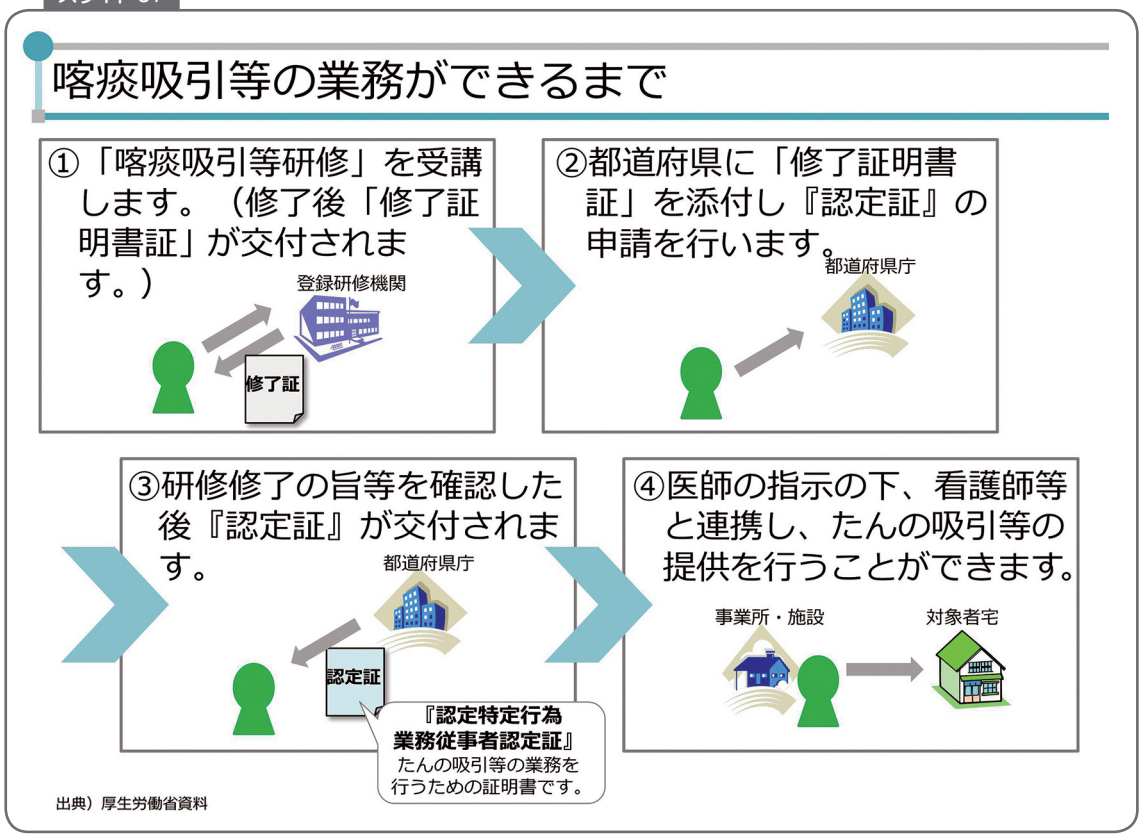
7. 介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受で きるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

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「日本介護福祉士会倫理綱領」を紹介します。

4. 喀痰吸引等制度の運用

4-1 喀痰吸引等の業務ができるまで

スライド 31



まずは、介護職員等がどのようなプロセスを経て、喀痰吸引等の業務ができるようになるのか、説明します。

介護職員等が、基本研修、実地研修を受講し、知識・技能の修得が確認されると、喀痰吸引等研修が修了となり、研修機関より「修了証明書証」が交付されます。「修了証明書証」を受領したら、都道府県に「認定特定行為業務従事者認定証」の申請を行ってください。認定証が交付されると、皆さんは、特定の対象者に喀痰吸引等を実施できる「認定特定行為業務従事者」となります。

これ以降、「認定特定行為業務従事者」のことを「従事者」として解説していきます。

4-2 喀痰吸引等の実施に必要な事業者の体制づくり

スライド 32

登録事業者（登録喀痰吸引等事業者・登録特定行為事業者）

○個人であっても、法人であっても、たんの吸引等について業として行うには、登録事業者（※）であることが必要です。

○登録事業者となるには都道府県知事に、一定の登録要件（登録基準）を満たしている旨、登録申請を行うことが必要となります。

（※）登録喀痰吸引等事業者（H27～　従事者に介護福祉士のいる事業者）
登録特定行為事業者（H24～　従事者が介護職員等のみの事業者）



出典）厚生労働省資料

ただし、皆さんが「認定特定行為業務従事者」になっても、対象者に喀痰吸引等を実施することはできません。皆さんが所属する介護事業者等が、喀痰吸引等を業として行う事業者として登録する手続きが必要になります。

登録事業者になるには、一定の要件があります。その要件を満たしていることを証明する書類を準備して、都道府県に登録申請を行い、審査の結果、基準を満たしていると判断されれば、都道府県から公示が出て登録事業者となります。

スライド 33　4-2 喀痰吸引等の実施に必要な事業者の体制づくり

喀痰吸引等の業務を行う事業者の登録基準

1．医療関係者との連携に関する基準

①介護福祉士等が喀痰吸引等を実施するにあたり、**医師の文書による指示**を受けること。
②医師・看護職員が喀痰吸引等を必要とする方の状況を定期的に確認し、介護福祉士等と**情報共有**を図ることにより、医師・看護職員と介護福祉士との連携を確保するとともに、適切な役割分担を図ること。
③喀痰吸引等を必要とする方の個々の状況を踏まえ、医師・看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した**計画書を作成**すること。
④喀痰吸引等の実施状況に関する**報告書を作成**し、医師に提出すること。
⑤喀痰吸引等を必要とする方の状態の急変に備え、**緊急時の医師・看護職員への連絡方法**をあらかじめ定めておくこと。
⑥喀痰吸引等の**業務の手順等を記載した書類**（業務方法書）を作成すること。

2．喀痰吸引等を安全・適正に実施するための基準

①喀痰吸引等は、**実地研修を修了した介護福祉士等**に行わせること。
②実地研修を修了していない介護福祉士等に対し、**医師・看護師等を講師とする実地研修を行う（※）**こと。
③安全確保のための**体制を整備**すること（安全委員会の設置、研修体制の整備等）。
④必要な**備品**を備えるとともに、**衛生的な管理**に努めること。
⑤上記１．③の**計画書の内容を**喀痰吸引を必要とする方又はその家族に**説明し、同意を得る**こと。
⑥業務に関して知り得た**情報を適切に管理**すること。

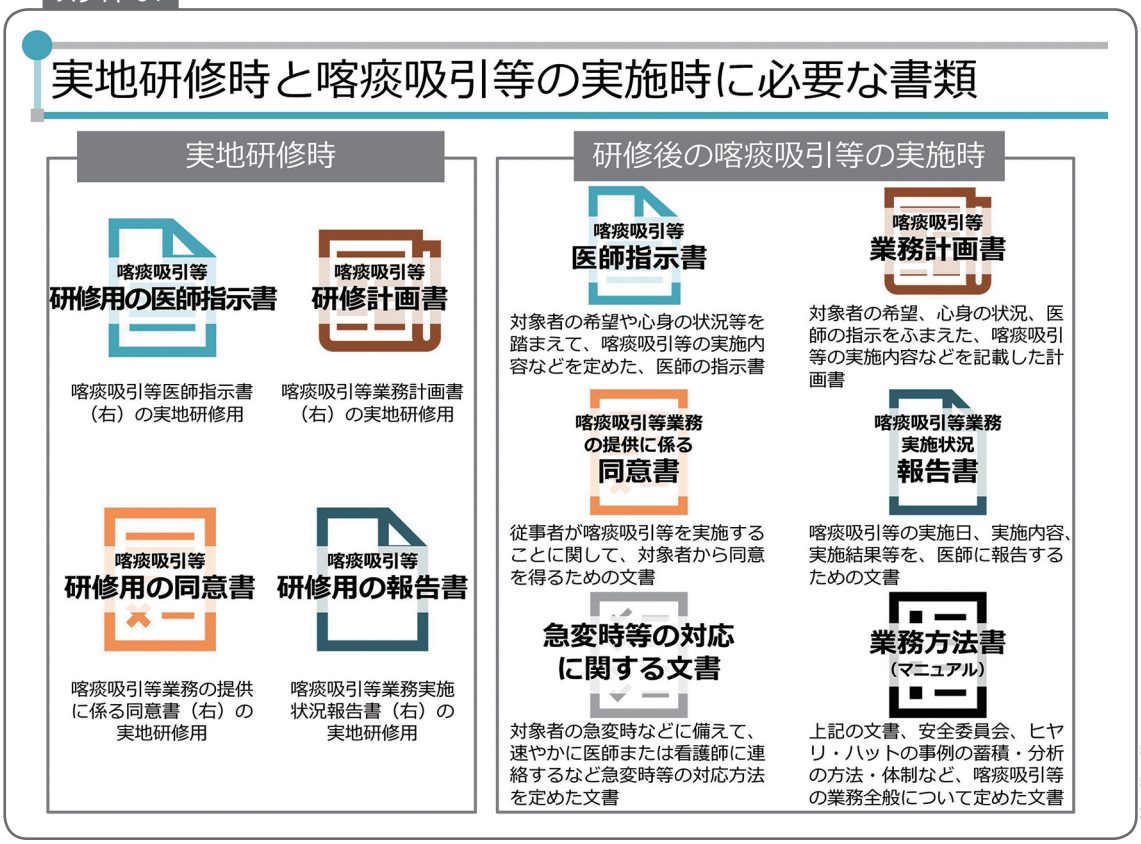
（※）実地研修の内容は、後述の登録研修機関と同様（口腔内の喀痰吸引・・・10回以上・その他・・・20回以上）。
（注）病院・診療所は、医療関係者による喀痰吸引等の実施体制が整っているため、喀痰吸引等の業務を行う事業所の登録対象としない。
出典）厚生労働省資料

事業者の登録基準には、大きく２つあります。

１つは、「医療関係者との連携に関する基準」です。喀痰吸引等は医行為である以上、医師や看護師など医療関係者との連携は欠かせません。必ず医師の指示を受けて実施すること、実施状況を医師に報告すること、緊急時の連絡方法についてあらかじめ定めておくことなどが規定されています。

もう１つは、「喀痰吸引等を安全・適正に実施するための基準」です。ここでは、安全確保のために事業者に求められる取組・体制が示されており、安全委員会の設置や研修体制の整備、衛生管理、情報の適切な管理などを行う必要があるとされています。

スライド 34　4-2 喀痰吸引等の実施に必要な事業者の体制づくり



参考資料 P43-55 に、参考様式・記載例を掲載しています。

ここからは、事業者の登録基準をふまえて、喀痰吸引等を実施する際に必要な事業者の体制や取組について、具体的に説明していきます。

まずは、書類の準備です。実地研修の時と、その後の業務で喀痰吸引等を実施する時には、それぞれ必要な書類があります。研修後に業務として喀痰吸引等を実施する時は、「医師指示書」、「業務計画書」、「同意書」、「報告書」、「急変時等の対応に関する文書」、「業務方法書」の６点が必要になります。

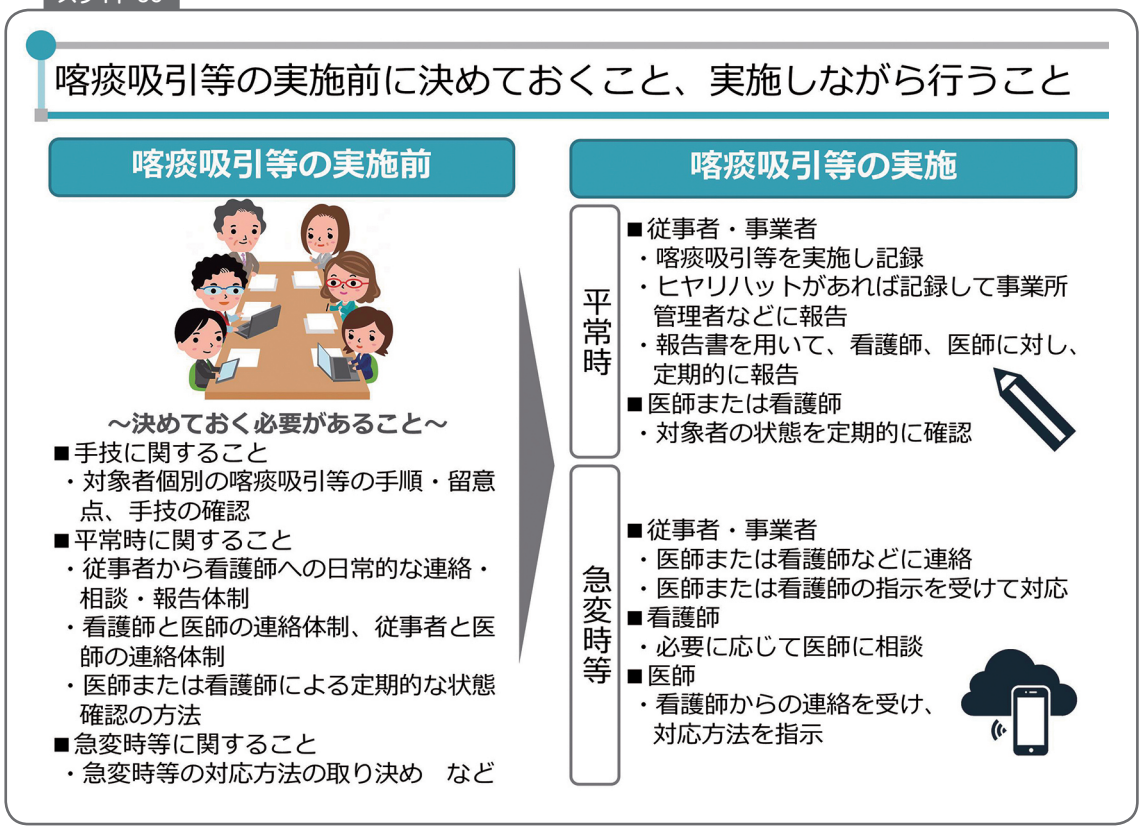
「医師指示書」は医師が作成するもので、対象者の希望や心身の状況等を踏まえて、喀痰吸引等の実施内容を従事者に対して指示するための書類です。この指示書には、６か月以内の有効期限が定められています。

「業務計画書」は従事者が作成するもので、対象者の希望や心身の状況、医師の指示をふまえて、喀痰吸引等の実施内容を記載するものです。「業務計画書」の内容は、医師や看護師、対象者やその家族と共有するようにしましょう。「同意書」は、医師の指示や喀痰吸引等の手順、緊急時の対応方法などについて、対象者やその家族に説明し、安全に喀痰吸引等を実施することについて、理解や同意を得るための文書です。

「報告書」は、喀痰吸引等の実施日や実施内容、実施結果等を、従事者から医師に報告するための書類です。

「急変時等の対応に関する文書」は、対象者が急変した時などに、速やかに医師または看護師に連絡できるよう、予め、従事者、登録事業者の管理責任者、看護師、医師など、多職種で話し合って対応方法を定めておく文書です。そして、最後に「業務方法書」です。これは、登録事業者が喀痰吸引等の業務全般について定める書類で、指示書や計画書に基づいて喀痰吸引等を実施することや、安全委員会の設置・運営、ヒヤリ・ハット事例の蓄積や分析の方法・体制などについて記載するものです。

実地研修の時には、このうち、「医師指示書」、「研修計画書」、「同意書」、「報告書」の４点の書類が必要になります。いずれも研修後の業務で用いるものですので、実地研修の段階から活用することで、円滑に実際の業務につなげることができます。これらの書類は、喀痰吸引等を対象者や家族との信頼関係の下で、安全・適正に実施するために必要なものです。



喀痰吸引等の実施においては、平常時においても急変時等においても、医療職との連携が求められます。対象者の状況について日頃からどのように情報共有するのか、従事者が何か相談したいことがある場合は、医師や看護師にどのように連絡するのか、また、対象者の病状が急変した時は、医療職とどのように連携をとるのか、こうしたことは実際に業務が始まる前に、予め多職種で具体的な手段や対応方法、役割などを決めておくことが必要です。ここでいう多職種とは、従事者、登録事業者の管理責任者、訪問看護事業所等の看護師・管理者、医師などのことを指しています。

予め決めておくこととしては、喀痰吸引等の手技、平常時の対応、急変時等の対応に関することが挙げられます。手技については、喀痰吸引等の手順のほか、対象者の心身の状況などをふまえて個別の留意点などを確認しておきましょう。

平常時については、日常的な連絡や相談、報告の体制、従事者・看護師・医師のそれぞれの連絡体制、また、医師もしくは看護師が対象者の状態確認を、どのくらいの頻度で、どのように行うのか決めておくと良いでしょう。

急変時等については、従事者が医療職に相談すべきなのはどういう時なのか、決めておくことが重要です。従事者は誰に連絡をとって何を伝達するのか、緊急搬送先なども確認しておきましょう。

このように、予めルールを定めておくことで、実際の業務の中でも互いに遠慮することなく、何かあった場合でも慌てないで対応することができます。実際の業務における従事者の心理的な負担軽減にもつながります。このような事前の取り決めは、実地研修前にも行っておくとよいでしょう。

安全委員会の構成メンバーと議論・取組の内容（例）

構成メンバー

※施設の場合も在宅の場合も、**多職種から構成**される場とすること

- 従事者
- 登録事業者の管理責任者
- 訪問看護事業所等の看護師
- 医師
- ケアマネジャーもしくは相談支援専門員　／等



※構成すべきメンバーが確保され、議論・取組の内容の実施が可能であれば、サービス担当者会議等の既存の会議で代替することも可能

議論・取組の内容（例）

- ヒヤリ・ハット事例の分析や再発防止策の検討
- 従事者の手技の維持・向上を図るための取組（フォローアップ研修など）の検討
- 対象者の心身の状況の変化や医師の指示などに基づく計画書の検証や見直し

安全委員会のような定期的な会議を開催することで、ヒヤリ・ハットの事例の蓄積・分析から、従事者のフォローアップにつなげ、再発防止を図ることができる。日頃の業務を振り返り、また、対象者の心身の状況などを確認していくことで、対象者の変化にも対応しながら、喀痰吸引等の安全性を維持・向上することができる。

喀痰吸引等を行う登録事業者では、安全委員会を設置することになっています。

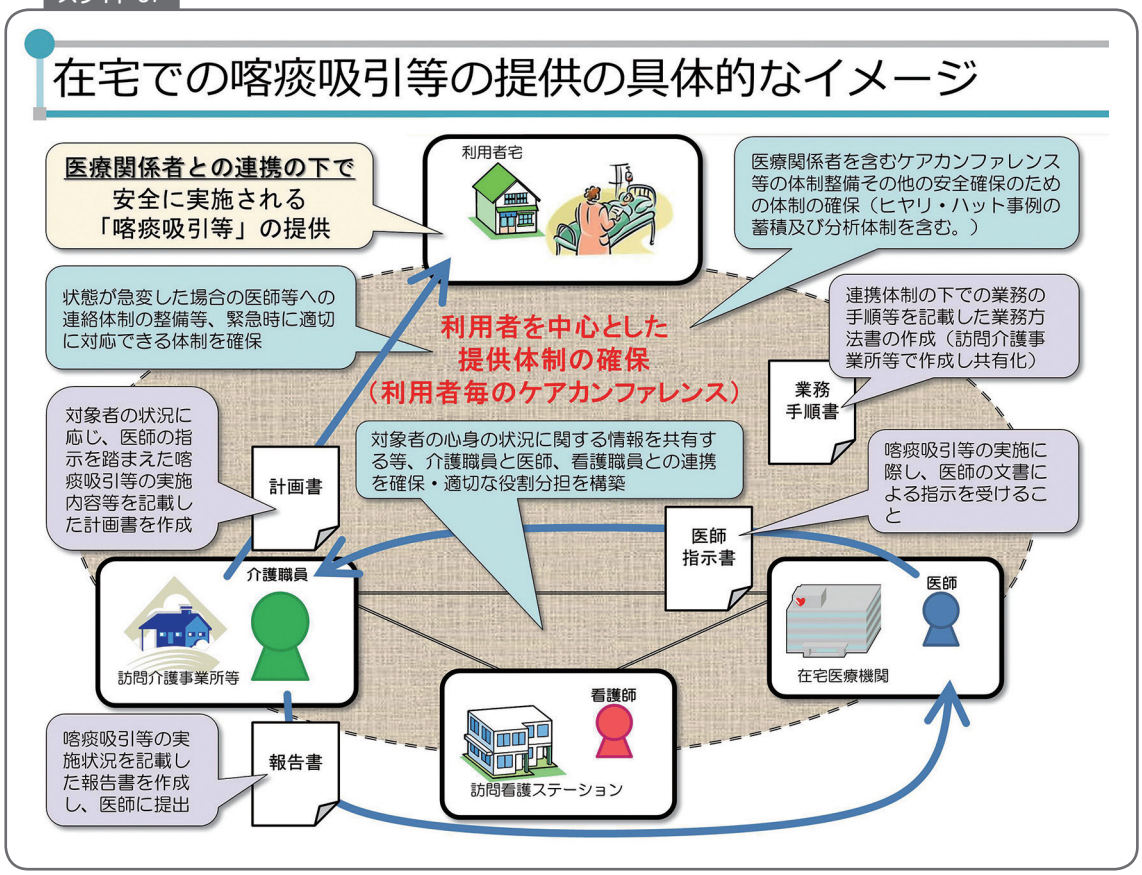
安全委員会の目的は、喀痰吸引等の安全性を維持・向上することです。具体的には、ヒヤリ・ハット事例を蓄積し、傾向を分析することで、従事者が陥りやすいミスなどを明らかにし、フォローアップにつなげ、再発防止を図っていくことです。

安全委員会は、施設でも在宅でも、多職種で構成することになっています。従事者、登録事業者の管理責任者、訪問看護事業所等の看護師、医師などです。在宅の場合は、看護師や医師は、登録事業者とは別の事業所や医療機関に属していることが多いですが、その場合でも参加を呼びかけるようにしましょう。

なお、構成すべきメンバーが確保され、このような話し合いが可能な場であれば、サービス担当者会議、個別支援会議などの既存の会議で代替することも可能です。

4-3 喀痰吸引等の提供の具体的なイメージ

スライド 37



図の中の各書類の名称は、スライド 34 の下記の書類のことを指す。
「医師指示書」：喀痰吸引等医師指示書、「計画書」：喀痰吸引等業務計画書、「業務手順書」：業務方法書、「報告書」：喀痰吸引等業務実施状況報告書

これは、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事業所等の看護師などと、連絡ノートなど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など、介護職員と医師、看護師等との連携を確保し、適切な役割分担を構築しておきましょう。

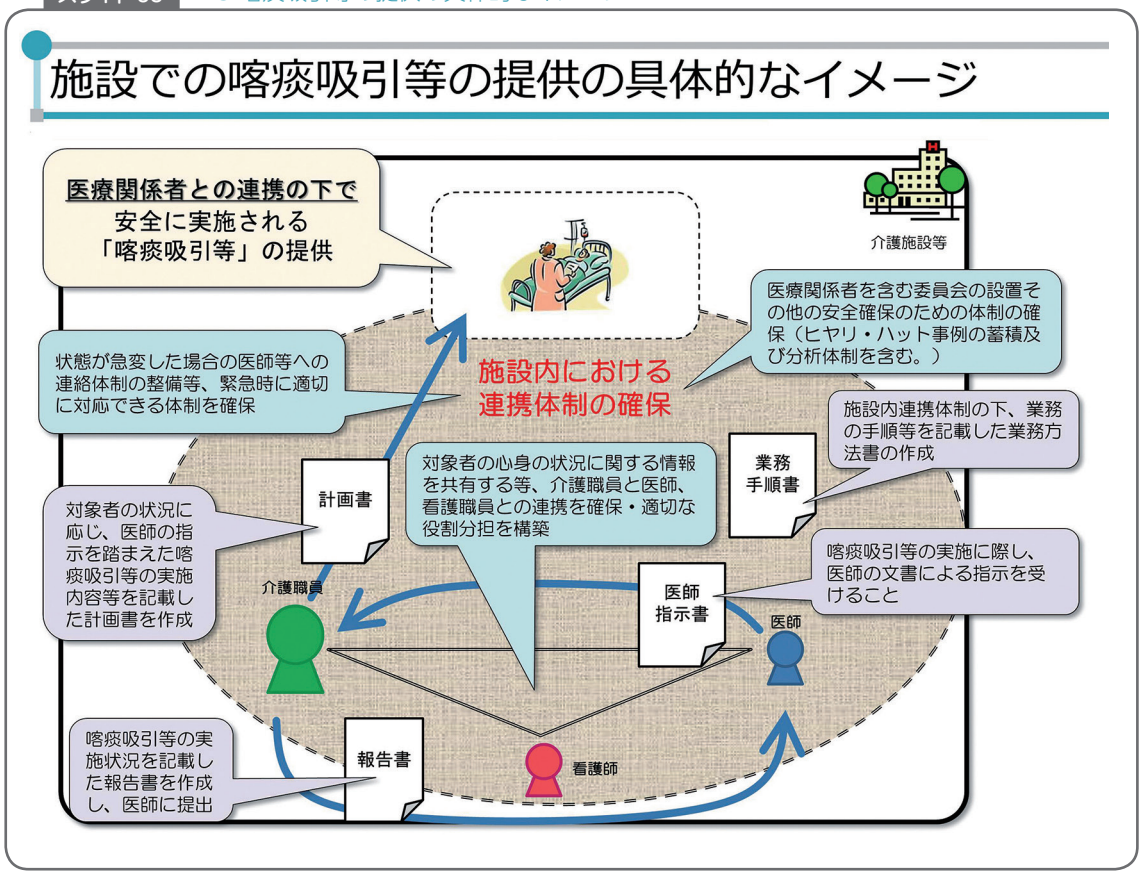
特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備など、急変時等に適切に対応できる体制を確保しておくことが重要です。

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など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時などに必要です。

さらに、連携体制の下での業務の手順などを記載した業務方法書を訪問介護事業所等で作成し、チームで共有しておくと良いでしょう。

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。

スライド 38　4-3 喀痰吸引等の提供の具体的なイメージ



図の中の各書類の名称は、スライド 34 の下記の書類のことを指す。
「医師指示書」：喀痰吸引等医師指示書、「計画書」：喀痰吸引等業務計画書、「業務手順書」：業務方法書、「報告書」：喀痰吸引等業務実施状況報告書

次は、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などの体制確保です。

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など、介護職員と医師、看護職員との連携を確保し、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など、急変時等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。

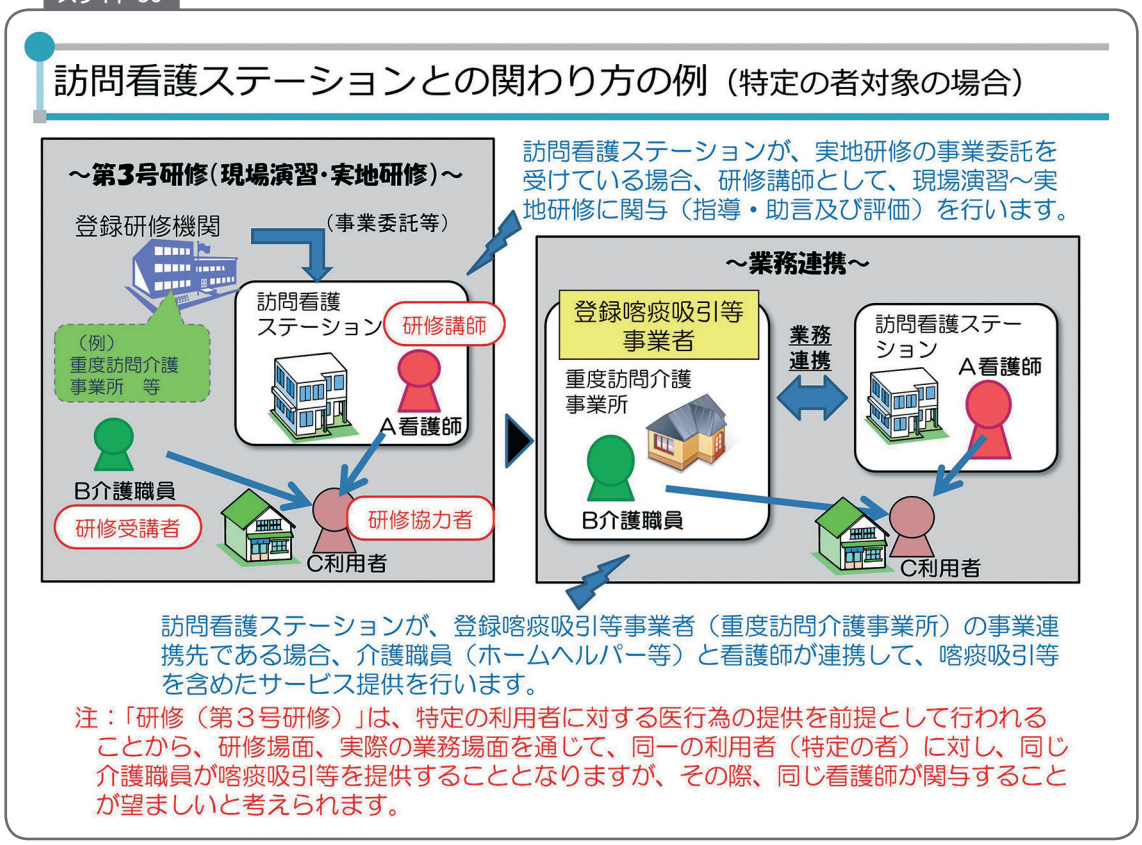
また、対象者の状況に応じ、医師の指示を踏まえた喀痰吸引等の実施内容などを記載した計画書を作成しておくことも、最初の段階や指示変更があった時などに必要です。

さらに、連携体制の下での業務の手順などを記載した業務方法書を作成し、施設内で共有しておくと良いでしょう。

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。

4-4 多職種連携の実際

スライド 39



ここからは、「多職種連携」について、もう少し理解を深めていきましょう。

第３号研修は、利用者が特定されていますので、実地研修の際の指導・助言を行う看護師等は、その後、業務連携としても携わる看護師等であることが望ましいと考えられます。介護職員等が研修を積み、ひとり立ちするまでの間、その研修の過程を見守ることで、業務連携も円滑に行うことができるでしょう。

ですから、在宅においては、図のように利用者宅に入っている訪問看護師が実地研修の指導を行うことが望まれているのです。このとき、研修機関から訪問看護ステーションに実地研修の業務を委託する方法や、訪問看護師を研修機関の講師として登録する方法がありますが、訪問看護師はどちらかの方法で研修講師となります。図では、訪問看護ステーションに実地研修の業務を委託する場合を例にとって記載しています。

こういった連携体制を築くことで、介護職員等が喀痰吸引等を行う上で最も必要な、信頼関係の構築につながります。信頼関係は、介護職員等と看護師等の間だけでなく、利用者本人やその家族、医師などを含む関係者全員で構築されている必要があります。そのために、実地研修から信頼関係構築のための第一歩が始まると考えてよいでしょう。

このことは、利用者が特定されており、利用者を中心とした顔の見える関係が構築することができるという、第３号研修の特徴的なところといえるでしょう。

スライド 40　4-4 多職種連携の実際



信頼関係を構築する上で最も重要なことは、顔の見える関係づくりです。できるだけ、情報交換を密に行うことが重要であり、また、看護と介護の役割分担を決めておくことが重要です。

第３号研修を受講することで、介護職員等は喀痰吸引等を行うことができるようになりますが、それは医療職である看護師が行う行為と同等の行為ができるようになるということではありません。従事者が行えるのはあくまでも平常時の処置ですので、対象者の具合が悪い時やいつもと様子が違う時には、看護師や医師に連絡するようにしましょう。

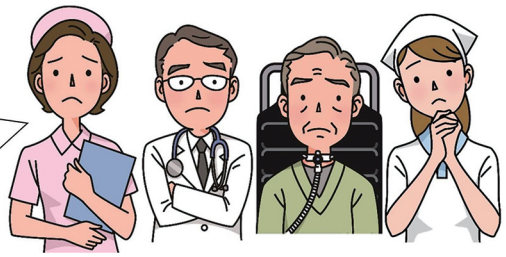
従事者は、看護師や医師と比べて、対象者と一緒にいる時間が長いため、いつもと様子が違う時に気づきやすいと考えられます。いつもと違うと気づいた時には、看護師や医師に連絡するようにしましょう。看護師や医師は、従事者からの相談に対応しながら、従事者はどういうときに連絡するべきなのか、個別のケースに応じた客観的な基準を示していくと、従事者にとって分かりやすいでしょう。

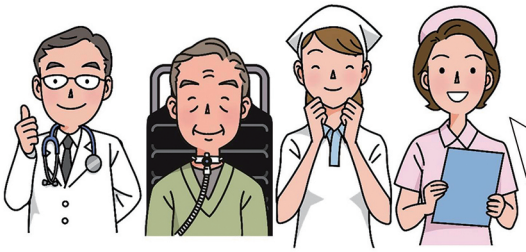
スライド 41　4-4 多職種連携の実際

信頼関係の構築②

【ポイント】
- 従事者だけで判断しない

例えば・・・
経管栄養の注入をしようとした時に、本人から「要らない」と言われたら、どうしたらいいの？





本人の自己決定を尊重することは、福祉業務従事者の原則ですが、それが本人の心身の状態悪化や命に関わる場合もあります。
重要なのは、従事者だけで判断しないことです。リスクやそれに対する適切な対応方法については、看護師や医師に相談しましょう。

実際に喀痰吸引等を行ってみると、現場では様々な場面に遭遇します。その一つが対象者からの要望です。例えば、経管栄養の注入をしようとした時に、本人から「要らない」と言われたら、あなたはどうしますか？

先ほど、福祉業務に従事する人の職業倫理として、自己決定を尊重すべきという説明をしましたが、その結果、本人の心身の状態悪化や、場合によっては命が危険にさらされる可能性もあります。そのため、「対象者がそう言っているのだから」と一律に判断することは、適切ではありません。

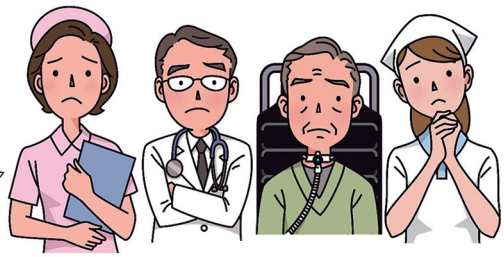
重要なのは、従事者だけで判断せず、看護師や医師に相談するということです。

スライド 42　4-4 多職種連携の実際

信頼関係の構築③

【ポイント】
- 医師や看護師と連携した、本人や家族との信頼関係の構築

例えば・・・
口腔内の吸引をしようとした時に、本人や家族から「もっと奥まで（咽頭まで）カテーテルを入れて吸引して」と言われたら、どうしたらいいの？





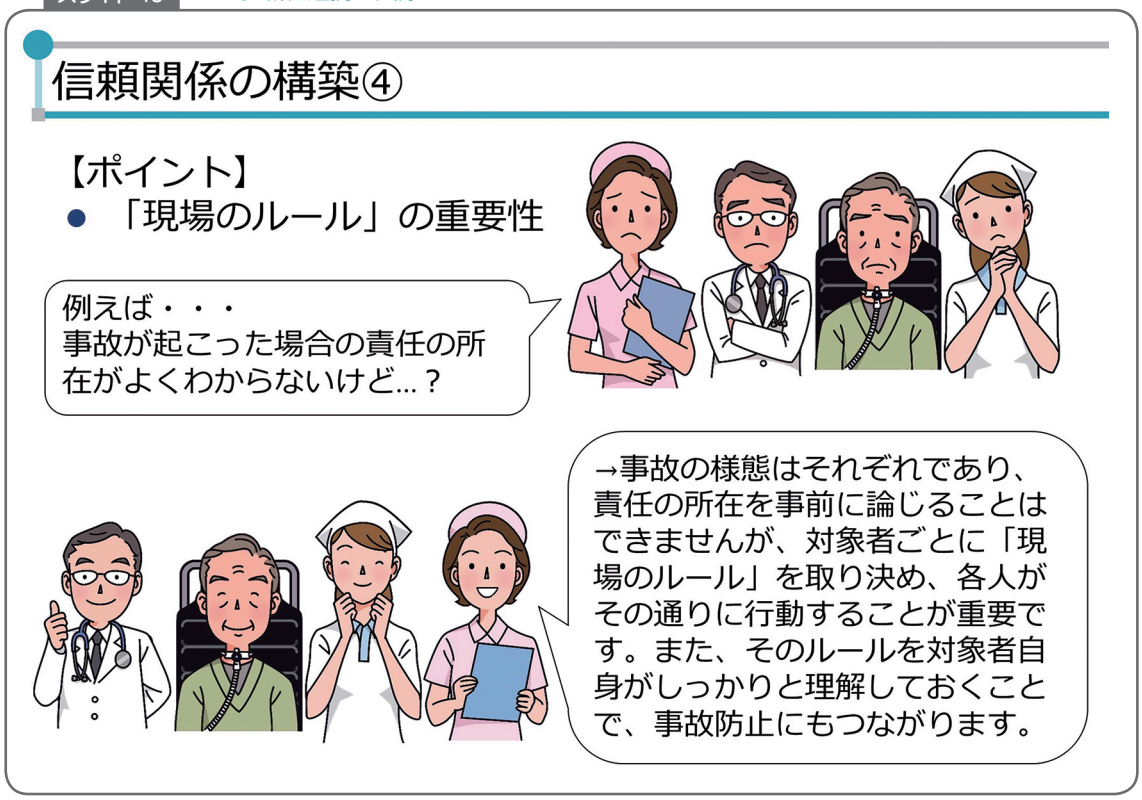
口腔内吸引・鼻腔内吸引については、「咽頭手前まで」と実施できる範囲が決まっています。定められた範囲をこえて実施することは、本人や家族の意向であっても、認められていません。
このことで、本人や家族との信頼関係に影響が出ないよう、医師や看護師と連携して本人や家族に対し丁寧に説明していくことも重要です。

もう一つ、従事者が現場で遭遇する場面として、定められた範囲を超えて喀痰吸引等を行うことを、対象者に求められることがあります。例えば、口腔内の吸引をしようとした時に、本人から「もっと奥までカテーテルをいれて吸引してほしい」と言われたら、あなたはどうしますか？

そもそも、従事者が実施できる行為は６行為と定められており、このうち鼻腔内・口腔内の喀痰吸引については「咽頭手前まで」と、実施できる範囲が定められています。定められた範囲を超えて実施することは、本人の意向であっても認められていません。認められていない範囲の行為を行うことは大変危険です。

しかし、希望に沿えないことが、本人や家族との信頼関係に影響を与える可能性もありますので、医師や看護師の協力を得て、多職種で丁寧に説明をしていくことも重要です。

スライド 43　4-4 多職種連携の実際



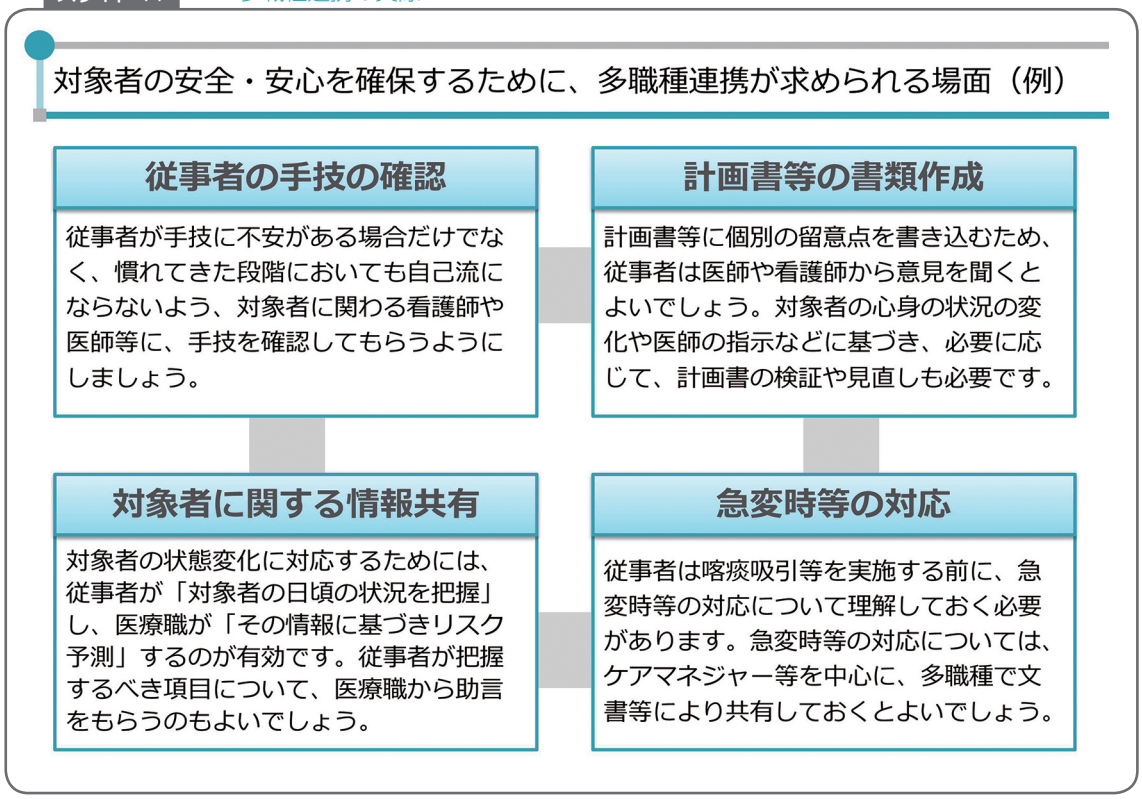
介護職員等は医療職ではありませんので、医療職同士のように、医療情報を的確に伝達できないかもしれません。これらのことも含めて、連携する医療者に理解していただき、急変時等の対応などについても、対象者ごとに話し合っておくとよいでしょう。

このルールを取り決める話し合いそのものが連携を深める良い場となるでしょうし、この手順通りに行動することで、事故の際の責任の所在も明確になると思われます。

また、医療的ニーズがある方が、医療機関以外の場所で暮らす以上、一定のリスクがあることは、対象者本人やその家族も理解し、ある程度の覚悟を持って生活をおくる必要があると思われます。

喀痰吸引等の行為は、治療を目的とした医行為ではなく、日常生活をおくるために必要な医行為であって、あくまでも対象者や家族の生活の質、QOLを増進させることを目的としたものであることは、連携チーム全員で確認しておく必要があるでしょう。

スライド 44　4-4 多職種連携の実際



ここまで多職種連携の重要性について説明してきましたが、では、実際にどういう場面で連携が求められるのか、例を挙げたいと思います。

まずは、従事者の手技の確認です。従事者として喀痰吸引等を始めたばかりの段階では、対象者に関わっている訪問看護事業所等の看護師や医師に確認してもらうとよいでしょう。また、慣れてくると、手技が自己流になってくることもありますので、定期的に手技を確認してもらうことも大切です。訪問看護事業所等の看護師に手技の確認をしてもらうためには、対象者宅に同行訪問してもらえるよう、ケアマネジャーや相談支援専門員に調整してもらうといった協力も必要になります。

次に、計画書等の書類作成です。計画書では、対象者への喀痰吸引等の実施内容などを記載します。また、事業者によっては手順書やマニュアルを作成している場合もあります。ここに対象者個別の留意点など、具体的な情報を書き込めるよう、医師や看護師から意見をきくと良いでしょう。また、対象者の心身の状況の変化や医師の指示などに基づき、必要に応じて、計画書の検証や見直しが必要です。

日頃の対象者に関する情報共有も、多職種連携が求められる場面の一つです。従事者である介護職員等の強みは、対象者の日頃の状況を把握していることです。他方、医療職の強みは、対象者のリスクを予測することです。双方が連携することで、リスクをふまえた予防的な対応や、対象者の異変に対する早期の対応ができます。従事者が日頃の状況を把握する時に、どのような項目をどのような方法で観察すればよいのか、医療職から助言をもらっておくとよいでしょう。

最後が急変時等の対応です。従事者は現場で慌てることがないよう、業務としての喀痰吸引等を始める前に、急変時等の対応を心得ておく必要があります。対応方法については、ケアマネジャーなどを中心に、多職種で文書などにより共有しておくとよいでしょう。

対象者の安全・安心を確保するために、各職種に期待される役割

○認定特定行為業務従事者等 ○登録事業者	・喀痰吸引等の技術の修得・維持・向上 ・喀痰吸引等を実施することのリスクの認識 ・喀痰吸引等に係る対象者の負担を軽減するための介護技術の修得（口腔ケア、水分摂取等） ・指示書の内容と有効期限の確認 ・喀痰吸引等業務計画書・実施状況報告書の作成 ・対象者の日々の観察・記録 ・対象者の急変時等の連絡 ・必要時の医師または看護師への報告・相談 ・ヒヤリ・ハットの報告
○訪問看護事業所等の看護師	・従事者の手技の確認・指導 ・対象者の状態をふまえた喀痰吸引等の留意点の指導 ・従事者からの情報をふまえた予防的な対応 ・急変時等の医師への相談、従事者への対応方法の指示 ・業務計画書（作成・見直し）に関する助言・指導 ・安全委員会への出席
○医師	・介護職員等による喀痰吸引等の実施の可否の判断 ・指示書を通じた喀痰吸引等の実施内容の指示 ・対象者のリスク予測 ・リスクをふまえた喀痰吸引等の実施方法の指示 ・急変時等の対応方法の指示 ・対象者の心身の状況などの変化に応じた指示書の見直し ・安全委員会への出席
○ケアマネジャー ○相談支援専門員	・喀痰吸引等にかかる連絡調整 ・急変時等の連絡調整

喀痰吸引等を安全に実施するために、各職種に期待される役割について、最後に整理しておきます。

従事者の最大の役割は、対象者に応じた手技の修得とその維持・向上です。また、喀痰吸引等は医行為であることをふまえ、喀痰吸引等を実施することのリスクを十分に認識しておきましょう。常にチームで対応することを意識し、必要時には医療職と連携することが重要です。また、対象者の日頃の状況の観察、いつもと様子が違う場合の気づきも重要な役割です。

訪問看護事業所等の看護師は、従事者にとって身近な相談相手です。手技の確認や、個別の対象者の留意点の指導、また従事者から得た情報をふまえて予防的な対応をしていくことも求められます。また、急変時等には医師へのつなぎ役として活躍します。

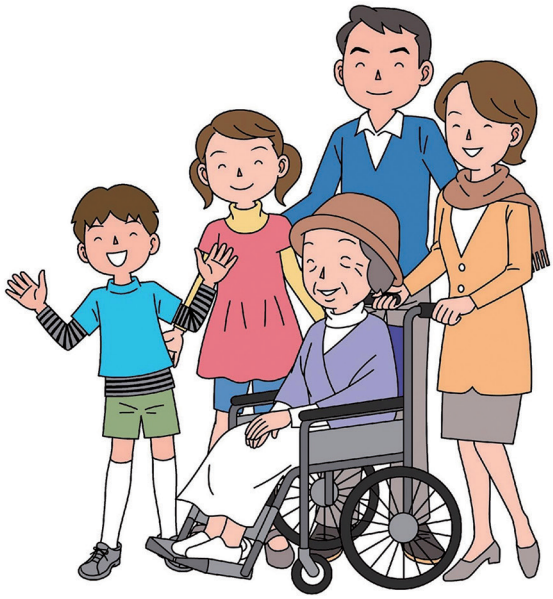
医師の最も重要な役割は、指示書による従事者への喀痰吸引等の指示です。ここには、介護職員等による実施の可否の判断も含まれています。また、対象者のリスクを予測し、それをふまえた対応方法を指示していくことが求められます。

こうした多職種連携を促すため、ケアマネジャーや相談支援専門員も重要な役割を担っています。喀痰吸引等を実施する前など、多職種での相談や取り決めが必要な時に、連絡調整役となります。また、看護師等が従事者の手技を確認する場合は、訪問時間の調整などを行うとよいでしょう。

喀痰吸引等を安全に実施するという目標を各職種が共有し、それぞれの知識や技術を高めながら、連携して支援していくことが、対象者の安全安心につながっていくことを心得ておきましょう。

スライド 46

おわりに



皆さんはこれから介護職員等として、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。

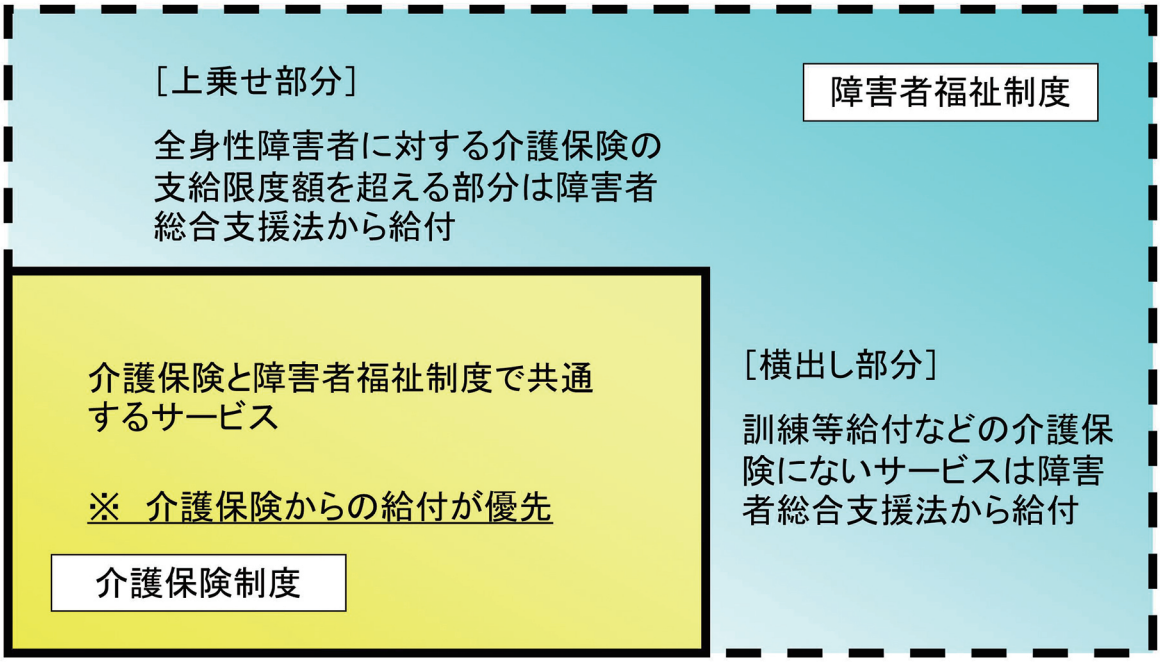
（参考）医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧

	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	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 一定以上の所得がある場合は、2割負担もしくは3割負担＊1	所得に応じて4 区分の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）

＊1　具体的には下記の通り。
【3割負担】
・65歳以上で、本人の合計所得金額が220万円以上、かつ、年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が単身世帯で340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上の場合
【2割負担】
・65歳以上で、本人の合計所得金額が220万円以上、かつ、年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が単身世帯で280万円以上340万円未満、または2人以上世帯で346万円以上463万円未満の場合
・65歳以上で、本人の合計所得金額が160万円以上220万円未満、かつ、年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が単身世帯で280万円以上、または2人以上世帯で346万円以上の場合

出典）厚生労働省資料を一部改変

（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



出典）厚生労働省資料

参考資料

喀痰吸引等制度前からの介護職員等による喀痰吸引等の取扱い（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	－	○ （腸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

出典）厚生労働省資料

地域における医療的ケア児の支援体制の整備

○　医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な児童（医療的ケア児）が増加。

○　平成28年5月25日成立・同年6月3日公布の「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及び児童福祉法の一部を改正する法律」において、「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」と**体制整備に関する努力義務を規定**（児童福祉法第56条の6第2項）（本規定は公布日施行）

○　「医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について」（平成28年6月3日関係府省部局長連名通知）を地方公共団体等に発出し、連携体制の構築を推進。

地方公共団体

保健	医療
障害福祉	保育
教育	その他

医療関係

○訪問診療や訪問看護等医療を受けながら生活することができる体制の整備の確保
○小児在宅医療従事者育成のための研修会の実施　等

障害福祉関係

○障害児福祉計画等を利用しながら計画的な体制整備
○医療的ケアに対応できる短期入所や障害児通所支援等の確保　等



関係機関等の連携

○協議の場の設置
○医療的ケア児等コーディネーターの配置　等

地方公共団体の関係課室等の連携

○関係課室等の連携体制の確保
○日頃から相談・連携できる関係性の構築
○先駆的に取り組んでいる地方公共団体の事例を参考としつつ推進　等

保健関係

○母子保健施策を通じて把握した医療的ケア児の保護者等への情報提供　等

保育関係

○保育所等、幼稚園、認定こども園における子どもの対応や保護者の意向、受入体制などを勘案した受入や医療的ケア児のニーズを踏まえた対応　等

教育関係

○学校に看護師等の配置
○乳幼児から学校卒業後までの一貫した教育相談体制の整備
○医療的ケアに対応するための体制整備（看護師等の研修）等

出典）厚生労働省資料

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要①

Ⅰ 趣 旨

○ 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
○ 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

Ⅱ 総 論

1. 意思決定支援の定義
意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意志決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素
(1)本人の判断能力
障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2)意思決定支援が必要な場面

① 日常生活における場面
例えば食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等基本的生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。
日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面
自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。
体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3)人的・物理的環境による影響
意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

出典）厚生労働省資料

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要②

3. 意思決定支援の基本的原則
(1)本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。

(2)職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

(3)本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

4. 最善の利益の判断
本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。
(1)メリット・デメリットの検討
複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。

(2)相反する選択肢の両立
二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)

(3)自由の制限の最小化
住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体の安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

5. 事業者以外の視点からの検討
事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアサポーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人等の権限との関係
意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

出典）厚生労働省資料

参考資料

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要③

Ⅲ 各 論

1. 意思決定支援の枠組み
　意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。

（1）意思決定支援責任者の配置
　意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心的にかかわり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者や相談支援専門員が兼務することが考えられる。

（2）意思決定支援会議の開催
　意思決定支援会議は、本人参加の下で、意思決定が必要な事項に関する参加者の情報を持ち寄り、意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組み。「サービス担当者会議」や「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

（3）意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画（意志決定支援計画）の作成とサービスの提供
　意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

（4）モニタリングと評価及び見直し
　意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮
　意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成
　意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

4. 職員の知識・技術の向上
　職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

出典）厚生労働省資料

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要④

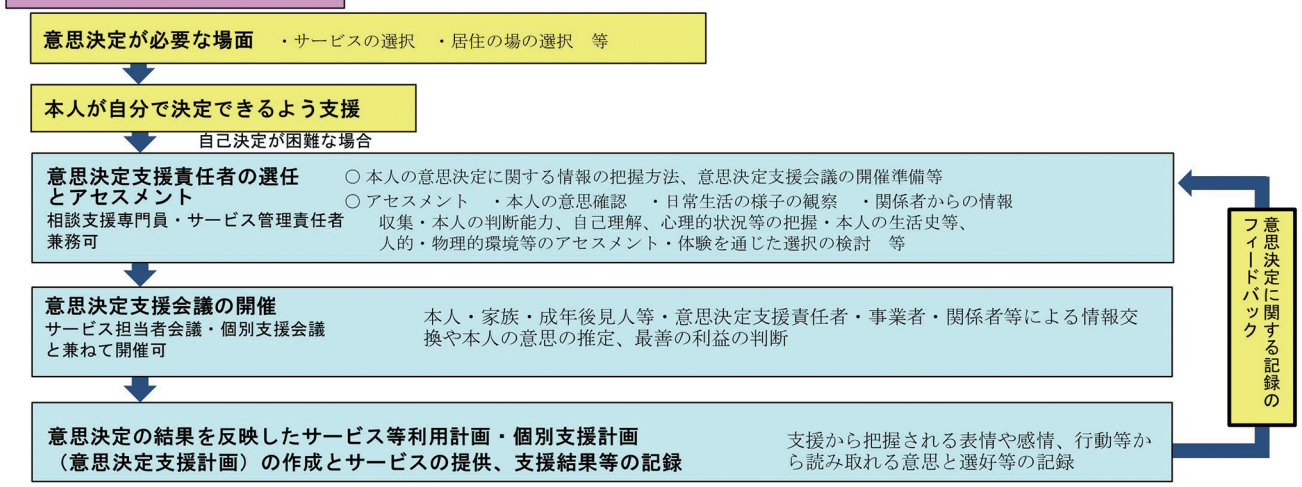
5. 関係者、関係機関との連携
　意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。協議会を活用する等、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

6. 本人と家族等に対する説明責任等
　障害者と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。意思決定支援に関わった関係者等は、業務上知り得た秘密を保持しなければならない。

Ⅳ 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援
2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援
3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

○ 意思決定支援の流れ



出典）厚生労働省資料

喀痰吸引等の提供に関する参考様式・記載例

○喀痰吸引等業務計画書（記載例）

○喀痰吸引等業務の提供に係る同意書（参考様式）

○喀痰吸引等業務実施状況報告書（記載例）

○業務方法書（記載例）



喀痰吸引等業務計画書（記載例①）

作成者氏名	○○　○○　㊞	作成日	○年○月○日
承認者氏名①	○○　○○　㊞	承認日	○年○月○日
承認者氏名②	○○　○○　㊞	承認日	○年○月○日

基本情報	対象者	氏名	○○　○○	生年月日	○年○月○日
		要介護認定状況	要支援（　1　2　）　要介護（　1　2　3　[4]　5　）		
		障害支援区分	区分1　区分2　区分3　区分4　区分5　区分6		
		障害名	脊髄性筋萎縮症		
		住所	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
	事業所	事業所名称	○○○○○		
		担当者氏名	○○○○○、○○○○○		
		管理責任者氏名	○○○○○		
	担当看護職員氏名		○○○○○		
	担当医師氏名		○○○○○		

業務実施計画	計画期間	○年　4月　1日　～　　年　　月　　日
	目標	主治医の指示通り、安全に医療的ケアを行い、ご本人ご家族が安心かつ安全に生活を維持できる。
	実施行為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	吸引圧は適宜。10F 吸引チューブ　吸引制限は7㎝。
	鼻腔内の喀痰吸引	吸引圧は適宜。10F 吸引チューブ　吸引制限は7㎝。
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	吸引前に手洗いを十分にする。10F 吸引チューブ　吸引制限は7㎝。
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	経鼻経管栄養	昼　ラコール250㎖＋白湯100㎖／90分かける おやつ　ポカリスエット350㎖／60分かける
	結果報告予定年月日	○年　5月　10日

喀痰吸引等業務計画書（記載例②）

作成者氏名	○○　○○　㊞	作成日	○年○月○日
承認者氏名①	○○　○○　㊞	承認日	○年○月○日
承認者氏名②	○○　○○　㊞	承認日	○年○月○日

基本情報	対象者	氏名	○○　○○	生年月日	○年○月○日
		要介護認定状況	要支援（　1　2　）　要介護（　1　2　3　4　[5]　）		
		障害支援区分	区分1　区分2　区分3　区分4　区分5　[区分6]		
		障害名	筋萎縮性側索硬化症		
		住所	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
	事業所	事業所名称	○○○○○		
		担当者氏名	○○○○○、○○○○○		
		管理責任者氏名	○○○○○		
	担当看護職員氏名		○○○○○		
	担当医師氏名		○○○○○		

業務実施計画	計画期間	○年　11月　1日　～　年　月　日
	目標	主治医の指示通り、安全に医療的ケアを行い、ご本人ご家族が安心かつ安全に生活を維持できる。
	実施行為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	必要に応じて適宜行う。吸引時間：10～15秒程度
	鼻腔内の喀痰吸引	必要に応じて適宜行う。吸引時間：10～15秒程度
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	吸引前に手洗いを十分にする。吸引圧は100～150㎜Hg程度、適宜調整。
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	ラコール半固形 300kcal × 3
	経鼻経管栄養	
	結果報告予定年月日	○年　12月　10日

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書（参考様式）

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為）の種別		口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養
提供を受ける期間		年　月　日　～　年　月　日
提供を受ける頻度		
提供体制	事業所名称	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

同意日　　平成　　年　　月　　日

住　　所 .....

氏　　名 .....　　印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所 .....

代行者氏名 .....　　印

本人との関係 .....

事業所名

事業所住所

代表者名　　印

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書（記載例）

基本情報	対象者	氏名	○○　○○	生年月日	○年○月○日
		要介護認定状況	要支援（　1　2　）	要介護（　1　2　3　4　5　）	
		障害支援区分	区分1　区分2　区分3　区分4　区分5　区分6		
		住所	○○○○○		
	事業所	事業所名称	○○○○○		
		担当者氏名	○○○○○		
		管理責任者氏名	○○○○○		
	担当看護職員氏名		○○○○○		

業務実施結果	実施期間		○年　8月　1日　～　○年　8月　31日	
	実施日（実施日に○）		（喀痰吸引）　平成　30　年　8月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 （経管栄養）　平成　30　年　8月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	実施行為		実施結果	特記すべき事項
	喀痰吸引	口腔内の喀痰吸引	特に問題なく安全に吸引できた。	
		鼻腔内の喀痰吸引	なし	
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	特に問題なく安全に吸引できた。	痰が固く、家族の加湿器調整で対応。
	経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	特に問題なく安全に注入できた。	ツインライン300mg。
		経鼻経管栄養	なし	

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

○年9月○日
事業者名　○○○○○
責任者名　○○○○○　㊞

○○○○診療所　○○○○○医師　殿

業務方法書（在宅系サービス事業所の場合の記載例）

事業所名：〇〇居宅介護事業所

1　連携体制

喀痰吸引等を安全に実施するために、利用者の主治医等・連携する訪問看護ステーションの看護師、介護職員、介護支援専門員または相談支援専門員等との連携・協働を十分に図るものとする。（概要は「連絡体制・連携体制表」のとおり）

2　役割分担

①管理者　〇〇 〇〇の役割

・各職員が情報交換・情報共有できる連携体制を構築する。特に、利用者の健康状態等に関する情報共有の体制や、各職員の責任分担を明確化、夜間や緊急時の連携体制の構築を行う。
・介護職員が喀痰吸引等を行うことについての、利用者・家族への説明を行うとともに、同意を取得する。
・利用者の主治医等に対して、介護職員が喀痰吸引等を行うことを許可するための喀痰吸引等医師指示書の発行を依頼する。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務計画書や実施記録、喀痰吸引等業務実施状況報告書を確認する。喀痰吸引等業務実施状況報告書を、指示を行った利用者の主治医等に提出する。
・利用者の主治医等、連携する訪問看護ステーションの看護師等と協力のうえ、喀痰吸引等に関する必要なその他の書類・記録を作成し、適切に管理・保管しておく。また、手順書も必要に応じて作成し、内容を適宜更新する。
・非医療従事者である介護職員が喀痰吸引等を行うことについて、管理者は介護職員の希望等を確認し、実施する介護職員からの十分な理解を得たうえで実施する。
・その他、全面的な体制整備に関する事項を統括する。

②利用者の主治医　〇〇病院　〇〇 〇〇医師

・介護職員による喀痰吸引等の実施に関する指示を書面で発行する。
・連携する訪問看護ステーションの看護師に対して指導・助言を行う。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務計画書に対し、必要に応じて指導・助言を行うとともに、喀痰吸引等業務実施状況報告書の提供を受ける。
・定期的に利用者の状態確認を行う。
・利用者の健康状態について、管理者、連携する訪問看護ステーションの看護師、介護職員等と情報交換を行い、情報を共有する。利用者の状態に応じて介護職員の指導を行う。
・夜間や緊急時の連携について事業所と相談し、連絡体制を構築する。

③連携する訪問看護ステーション　〇〇訪問看護ステーション（〇〇看護師）

・介護職員に対する手技の確認を行う。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務計画書に対し、指導・助言を行う。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務実施状況報告書を確認する。
・定期的に利用者の状態確認を行う。
・利用者の健康状態について、管理者、利用者の主治医等、介護職員等と情報交換を行い、情報を共

有する。利用者の状態に応じて介護職員の指導・助言を行う。
・夜間や緊急時の連携について事業所と相談し、連絡体制を構築する
④介護職員 ○○ ○○
・利用者の状況について事前に家族・管理者・利用者の主治医等・連携する訪問看護ステーションの看護師から説明を受けておく。
・利用者の主治医等または連携する訪問看護ステーションの看護師との連携の下に、喀痰吸引等業務計画書を作成し、管理者承認のうえ、利用者の主治医等及び連携する訪問看護ステーションの看護師と共有する。また、必要に応じて、内容等の検証や見直しを行う。
・喀痰吸引等は、連携する訪問看護ステーションの看護師等の指導・助言を受け実施する。
・喀痰吸引等の実施後は、実施記録を作成し、管理者に報告を行う。
・喀痰吸引等業務実施状況報告書を作成し、管理者及び連携する訪問看護ステーションの看護職員の確認を得る。

3　安全体制
①介護職員が喀痰吸引等を安全に行うために、管理者、利用者の主治医等、連携する訪問看護ステーションの看護師、介護職員、介護支援専門員または相談支援専門員等をメンバーとする「安全委員会」を設置し、事業所内の喀痰吸引等の実施体制の整備に努めるものとする。
安全委員会は、以下の業務を担当する。
・喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況の管理
・OJT 研修の企画、実施
・個別のケースを基にした、ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積、分析
・備品及び衛生管理に関すること
②喀痰吸引等の実施に際し、備えおく備品とその使用目的及び備品管理は備品一覧表のとおり。
③感染予防及び感染症発生時の対応については「○○○○」（例「○○居宅介護事業所感染症マニュアル」）のとおり。
④介護職員等に対する技術の確認・向上のための OJT 研修を実施する。
（対象者）　喀痰吸引等を実施する介護福祉士、認定特定行為業務従事者
（研修内容）・医療的ケアの技術の維持・向上のための研修
・事例検討
・緊急時の対応

4　秘密保持
管理者は職員に対して、雇用締約締結時に「○○○○」（例「個人情報取扱に関する誓約書」）を提出させ、業務を通じて知りえた情報の秘密保持についての取扱を確認する。

5　具体的な手順
①利用者等への説明及び同意
管理者は、介護職員が喀痰吸引等を実施するときは、あらかじめ利用者もしくは家族に文書及び口頭で説明を行い、説明書兼喀痰吸引等業務の提供に係る同意書により、同意を得るものとする。なお、利用者の状況等の変化に応じ、喀痰吸引等の手法などに変更が必要な場合は、再度の説明、同意を得

ること。

②利用者の主治医等への指示書発行依頼

管理者は、利用者の主治医等に対して、連携する訪問看護ステーションの看護師等の指導・助言の下、介護職員が喀痰吸引等を行うための喀痰吸引等医師指示書の発行を依頼するものとする。

③利用者の主治医等の文書による指示

利用者の主治医等は、介護職員による喀痰吸引等の実施に際し、管理者からの依頼により、利用者の希望、心身の状況を踏まえ、介護職員による喀痰吸引等の実施の可否を判断し、喀痰吸引等医師指示書を作成するものとする。

④喀痰吸引等業務計画書作成

介護職員は、個々の対象者の希望、心身の状況、利用者の主治医等の指示をふまえて、利用者の主治医等または連携する訪問看護ステーションの看護師との連携の下に、個別具体的な喀痰吸引等業務計画書を作成するものとする。

喀痰吸引等業務計画書については、管理者承認のうえ、利用者の主治医等及び連携する訪問看護ステーションの看護師と共有するとともに、利用者及び家族に対しても説明・同意を得て、提供する。

作成された喀痰吸引等業務計画書は、利用者の心身の状況の変化に応じて、訪問看護ステーションの看護師と連携して内容等の検証や見直しを行い、必要に応じて、主治医の指示に基づき、変更を行うものとする。

⑤喀痰吸引等の実施

介護職員は、喀痰吸引等医師指示書、喀痰吸引等業務計画書を事前に確認のうえ、連携する訪問看護ステーションの看護師等の指導・連携の下、手順書に従い、喀痰吸引等を実施するものとする。

⑥利用者の主治医等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等による利用者の状態の確認

利用者の主治医等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等は、定期的に利用者の状態を確認する。

利用者の状態に応じ、利用者の主治医等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等は、介護職員の指導・助言を行う。

⑦報告

介護職員は、喀痰吸引等を実施した日、実施内容、実施結果等について、喀痰吸引等業務実施状況報告書に記載し、管理者及び連携する訪問看護ステーションの看護師の確認を得た上で、指示を行った利用者の主治医等に対し提出するものとする。

6　急変時の連絡手順

介護職員は、利用者の状態の急変等に際しては、管理者、利用者の主治医等及び連携する訪問看護ステーションの看護師等に至急連絡をとり、指示の下、対応を図るものとする。具体的な対応方法及び緊急連絡先は、「○○○○」（例「喀痰吸引等に関する緊急時対応マニュアル」）のとおり。

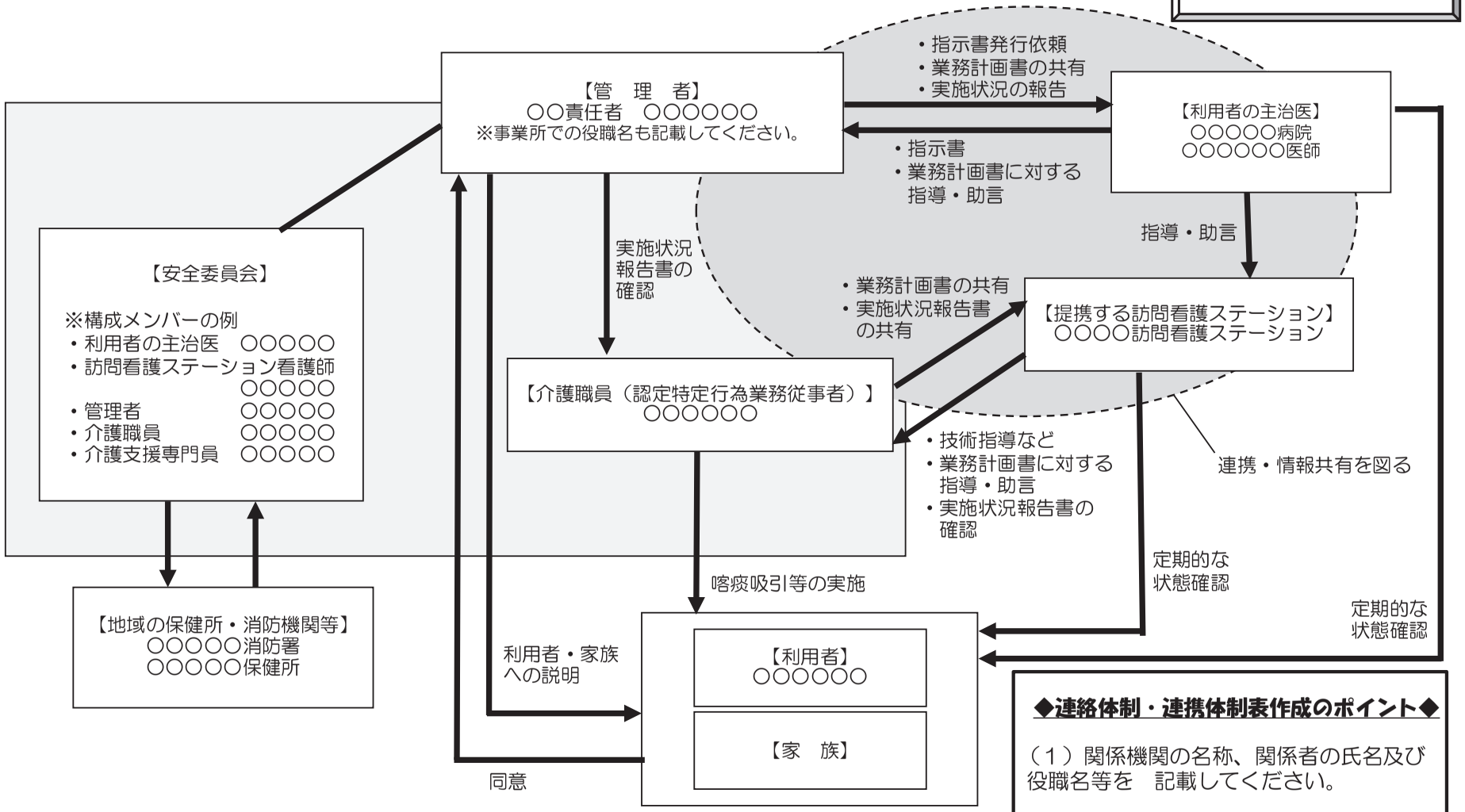
7　文書の管理

喀痰吸引等医師指示書、喀痰吸引等業務計画書、喀痰吸引等業務実施状況報告書、説明書兼喀痰吸引等業務の提供に係る同意書等の書類については、一定期間保存するものとする。

出典）東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 地域生活支援課 資料を一部改変

【○○○○○○事業所　】　連絡体制・連携体制表（在宅）

記 載 例



◆連絡体制・連携体制表作成のポイント◆

（１）関係機関の名称、関係者の氏名及び役職名等を　記載してください。

（２）上記の表は、在宅の事業所において介護職員等がたんの吸引等を行う場合を想定した流れの１例です。
　作成の際は、実際の業務の流れに沿った

出典）東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 地域生活支援課 資料を一部改変

業務方法書（施設系サービス事業所の場合の記載例）

事業所名：障害者支援施設〇〇〇〇

1　連携体制

喀痰吸引等を安全に実施するために、配置医・看護職員・介護職員等が連携・協働するものとする。（概要は「連絡体制・連携体制表」のとおり）

2　役割分担

①施設長〇〇 〇〇の役割

・各職員が情報交換・情報共有できる連携体制を構築する。特に、利用者の健康状態等に関する情報共有の体制や、各職員の責任分担を明確化、夜間や緊急時の職種間連携体制の構築を行う。
・介護職員が喀痰吸引等を行うことについての、利用者・家族への説明を行うとともに、同意を取得する。
・配置医に対して、介護職員が喀痰吸引等を行うことを許可するための喀痰吸引等医師指示書の発行を依頼する。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務実施状況報告書を確認し、指示を行った配置医に提出する。
・非医療従事者である介護職員が喀痰吸引等を行うことについて、介護職員の希望等を確認し、実施する介護職員からの十分な理解を得たうえで実施する。
・その他、全面的な体制整備に関する事項を統括する。

②配置医〇〇 〇〇医師の役割

・看護職員、介護職員に対して、介護職員による喀痰吸引等の実施に関する指示を書面で発行する。
・看護職員に対して指導・助言を行う。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務計画書に対し、必要に応じて指導・助言を行うとともに、喀痰吸引等業務実施状況報告書の提供を受ける。
・定期的に利用者の状態確認を行う。
・利用者の健康状態について、施設長、看護職員、介護職員等と情報交換を行い、情報を共有する。利用者の状態に応じて介護職員の指導を行う。
・夜間や緊急時の連携について施設長と相談し、連絡体制を構築する。

③看護職員〇〇看護師の役割

・介護職員に対する施設内での研修、手技の確認などを行う。
・介護職員が作成する喀痰吸引等業務計画書に対し、指導・助言を行う。
・介護職員が作成する実施記録や喀痰吸引等業務実施状況報告書を確認する。
・そのほか喀痰吸引等に関する衛生管理等の必要な書類・記録を作成し、適切に管理・保管しておく。また、手順書も必要に応じて作成し、内容を適宜更新する。
・定期的に利用者の状態確認を行う。
・利用者の健康状態について、施設長、配置医、介護職員等と情報交換を行い、情報を共有する。利用者の状態に応じて介護職員の指導・助言を行う。

④介護職員〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇の役割

・利用者の状況について事前に看護職員等から説明を受けておく。

・配置医または看護職員との連携の下に、喀痰吸引等業務計画書を作成し、施設長承認のうえ、配置医及び看護職員と共有する。また、必要に応じて、内容等の検証や見直しを行う。
・喀痰吸引等は、看護職員の指導・助言を受け実施する。
・喀痰吸引等の実施後は、実施記録を作成し、看護職員に報告を行う。
・喀痰吸引等業務実施状況報告書を作成し、施設長及び看護職員の確認を得る。

3　安全体制

①介護職員が喀痰吸引等を安全に行うために、施設長、配置医、看護職員、介護職員等をメンバーとする「安全委員会」を設置し、施設内の喀痰吸引等の実施体制の整備に努めるものとする。

安全委員会は、以下の業務を担当する。
・喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況の管理
・OJT 研修の企画、実施
・個別のケースを基にした、ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積、分析
・備品及び衛生管理に関すること

②喀痰吸引等の実施に際し、備えおく備品とその使用目的及び衛生管理は備品一覧表のとおり。

③感染予防及び感染症発生時の対応については「○○○○」（例「障害者支援施設○○○○感染症マニュアル」）のとおり。

④介護職員に対する技術の確認・向上のための OJT 研修を実施する。
（対象者）　喀痰吸引等を実施する介護福祉士、認定特定行為業務従事者
（研修内容）・医療的ケアの技術の維持・向上のための研修
・事例検討
・緊急時の対応

4　秘密保持

施設長は職員に対して、雇用締約締結時に「○○○○」（例「個人情報取扱に関する誓約書」）を提出させ、業務を通じて知りえた情報の秘密保持についての取扱を確認する。

5　具体的な手順

①利用者等への説明及び同意

施設長は、介護職員が喀痰吸引等を実施するときは、あらかじめ利用者もしくは家族に文書及び口頭で説明を行い、説明書兼喀痰吸引等業務の提供に係る同意書により、同意を得るものとする。なお、利用者の状況等の変化に応じ、喀痰吸引等の手法などに変更が必要な場合は、再度の説明、同意を得ること。

②配置医への指示書発行依頼

施設長は、配置医に対して、看護職員の指導・助言の下、介護職員が喀痰吸引等を行うための喀痰吸引等医師指示書の発行を依頼するものとする。

③配置医の文書による指示

配置医は、介護職員による喀痰吸引等の実施に際し、施設長からの依頼により、利用者の希望、心身の状況を踏まえ、介護職員による喀痰吸引等の実施の可否を判断し、喀痰吸引等医師指示書を作成するものとする。

④喀痰吸引等業務計画書作成

介護職員は、個々の対象者の希望、心身の状況、配置医の指示をふまえて、配置医または看護職員との連携の下に、個別具体的な喀痰吸引等業務計画書を作成するものとする。

喀痰吸引等業務計画書については、施設長承認のうえ、配置医及び看護職員と共有するとともに、利用者及び家族に対しても説明・同意を得て、提供する。

作成された喀痰吸引等業務計画書は、利用者の心身の状況の変化に応じて、看護職員と連携して内容等の検証や見直しを行い、必要に応じて、配置医の指示に基づき、変更を行うものとする。

⑤喀痰吸引等の実施

介護職員は、喀痰吸引等医師指示書、喀痰吸引等業務計画書を事前に確認のうえ、看護職員の指導・連携の下、手順書に従い、喀痰吸引等を実施するものとする。

⑥配置医又は看護職員による利用者の状態の確認

配置医又は看護職員は定期的に利用者の状態を確認する。

利用者の状態に応じ、配置医又は看護職員は介護職員の指導・助言を行う。

⑦報告

介護職員は、喀痰吸引等を実施した日、実施内容、実施結果等について、喀痰吸引等業務実施状況報告書に記載し、施設長及び看護職員の確認を得た上で、指示を行った配置医に対し提出するものとする。

6　急変時の連絡手順

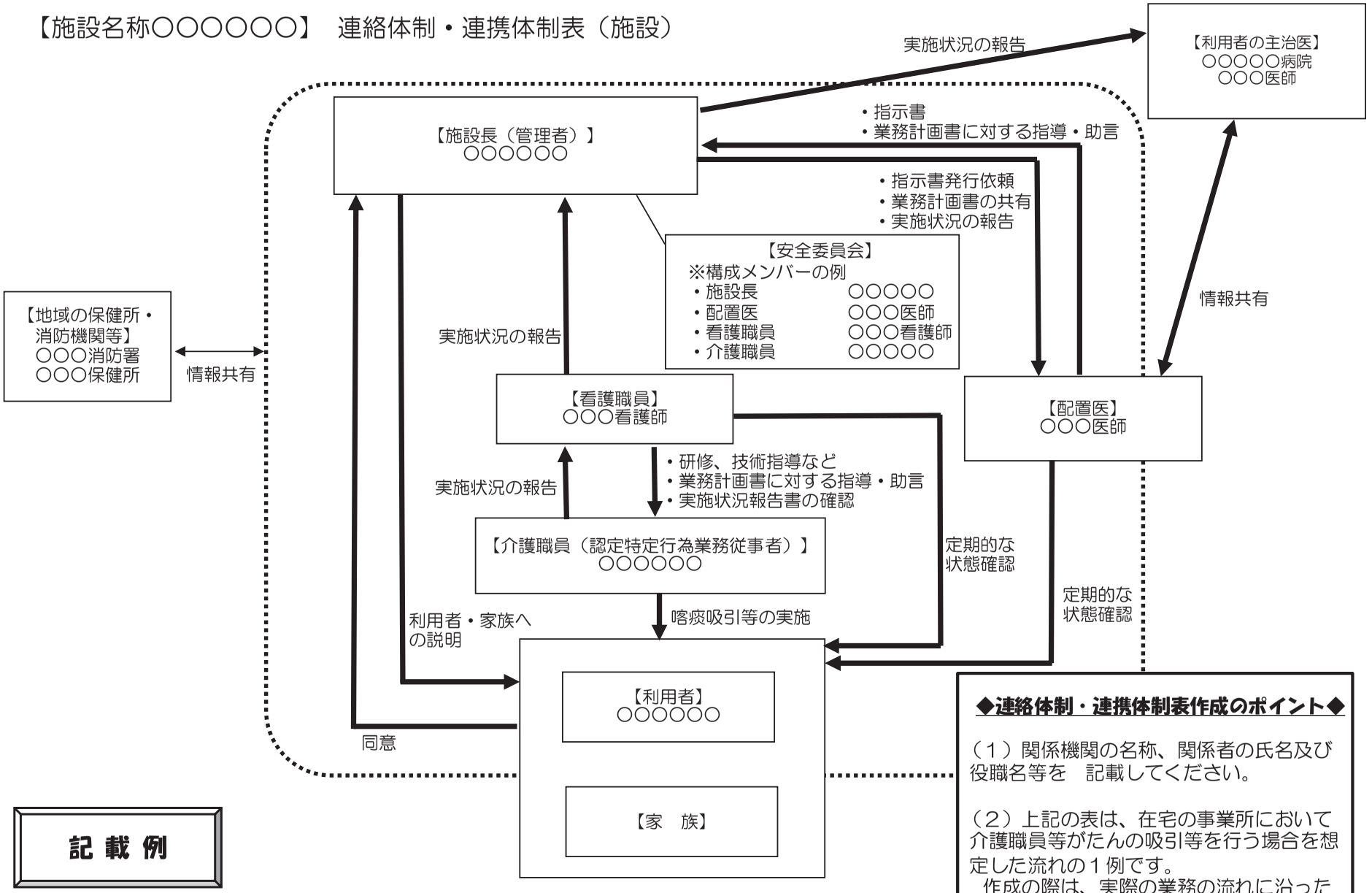
介護職員は、利用者の状態の急変等に際しては、施設長、配置医及び看護職員に至急連絡をとり、指示の下、対応を図るものとする。具体的な対応方法及び緊急連絡先は、「○○○○」（例「喀痰吸引等に関する緊急時対応マニュアル」）のとおり。

7　文書の管理

喀痰吸引等医師指示書、喀痰吸引等業務計画書、喀痰吸引等業務実施状況報告書、説明書兼喀痰吸引等業務の提供に係る同意書等の書類については、一定期間保存するものとする。

出典）東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 地域生活支援課 資料を一部改変

【施設名称○○○○○○】　連絡体制・連携体制表（施設）



◆連絡体制・連携体制表作成のポイント◆

（１）関係機関の名称、関係者の氏名及び役職名等を　記載してください。

（２）上記の表は、在宅の事業所において介護職員等がたんの吸引等を行う場合を想定した流れの１例です。
　作成の際は、実際の業務の流れに沿った

記 載 例

出典）東京都 福祉保健局 障害者施策推進部 地域生活支援課 資料を一部改変