

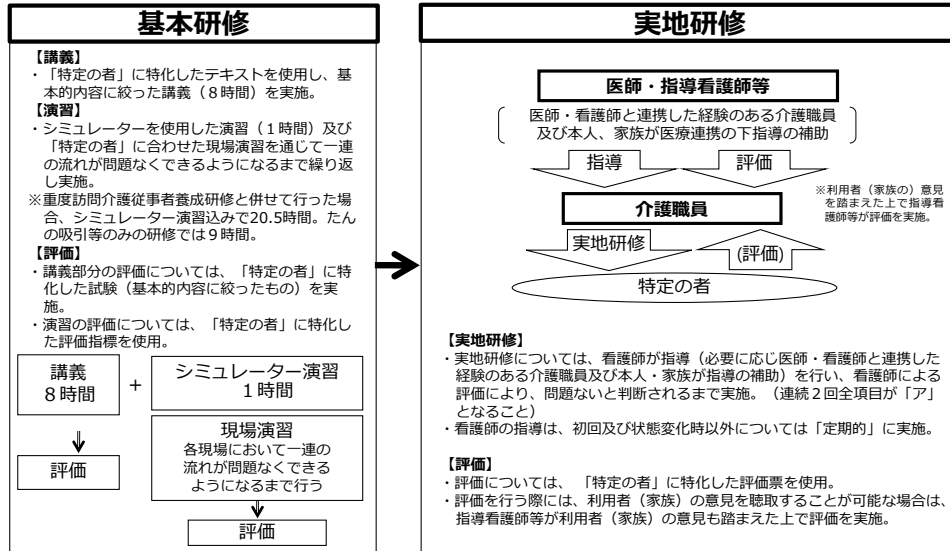
第I章 重度障害児・者等の 地域生活等に関する講義

- 0. 喀痰吸引等研修の概要
- 1. 障害保健福祉制度の概要
- 2. 喀痰吸引等制度の成り立ち
- 3. 重度障害児・者についての理解
- 4. 喀痰吸引等制度の運用

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
- 0-2 【特定の者】基本研修カリキュラム
- 0-3 【特定の者】実地研修

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



出典：厚生労働省

3

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。

（図の「ア」とは、評価判定基準の「評価項目について手順通り実施できている。」を示す。）

【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	・ 障害者総合支援法と関係法規 ・ 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。

出典：厚生労働省

4

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。

【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

5

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。

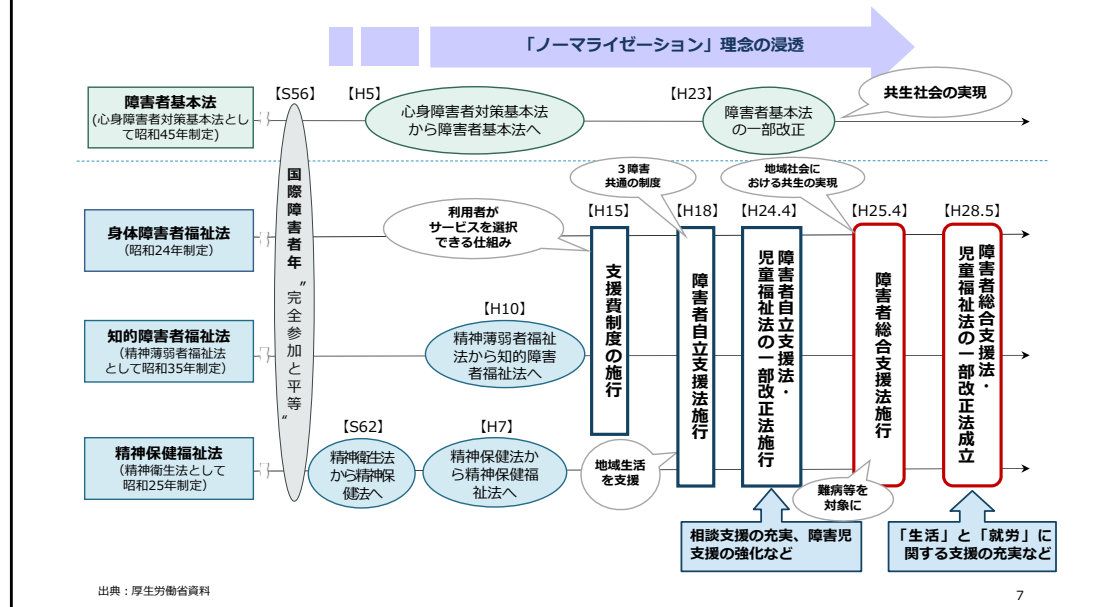
医師や看護師等の指導は、初回及び状態変化時以外については「定期的」に実施します。

「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
- 1-2 障害者総合支援法
- 1-3 障害者の権利に関する条約
- 1-4 障害児・者を支える制度

障害保健福祉施策の歴史



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。

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

8

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。

障害者権利条約と障害者差別解消法

障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）

平成18年12月 国連総会で条約が採択



この間、国内法の整備や制度の改革を推進

平成26年2月 障害者権利条約が日本で効力を発生

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律

（障害者差別解消法）平成28年4月施行

	差別的取扱い の禁止	合理的配慮の 不提供の禁止
国・ 地方公共団体等	法的義務	法的義務
民間事業者	法的義務	努力義務

出典：厚生労働省

9

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―第19条

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。

出典：厚生労働省

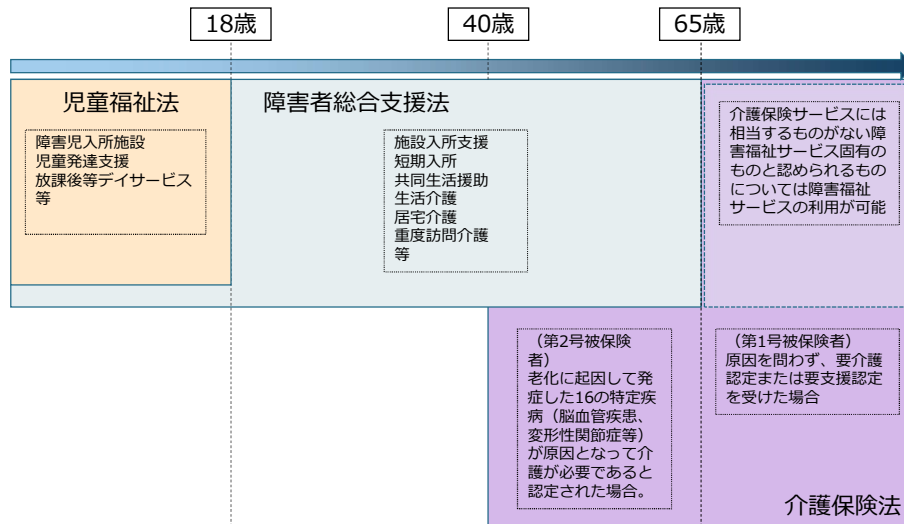
10

「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。

年齢に応じた主な関係施策等のイメージ



出典：厚生労働省資料

11

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。

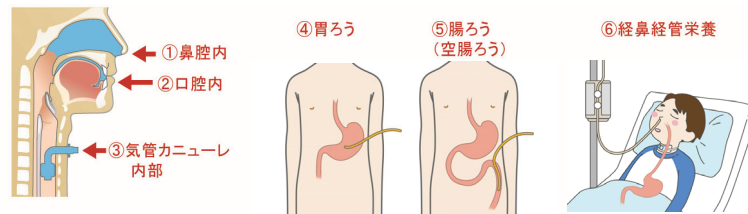
また、障害者総合支援法と介護保険法のサービス、両方を利用できる人の場合、2つの制度で共通するサービスについては、介護保険からの給付が優先されることになっています。しかし、訓練等給付など介護保険にはないサービスは障害者総合支援法からの給付を可能としています。そのほか、全身性障害者等の場合には、介護保険のサービスでは支給限度額を超えてしまう場合がありますので、その場合の超過分についても、障害者総合支援法から給付することが認められています。

2. 喀痰吸引等制度の成り立ち

- 2-1 実質的違法阻却
- 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
- 2-3 喀痰吸引等制度の概要
- 2-4 特定の者を対象とした喀痰吸引等の基本的な考え

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

13

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、教職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。

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と、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

出典：厚生労働省

14

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と、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。

喀痰吸引等制度—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

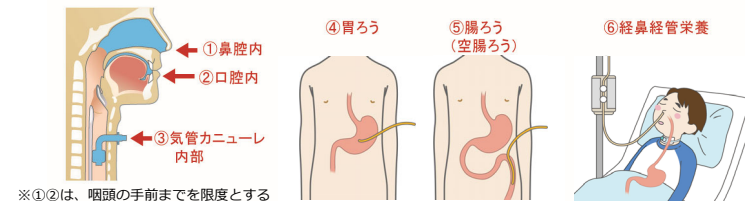
介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を認めるもの。

※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す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

15

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。

喀痰吸引等制度—登録事業者、登録研修機関

介護職員等の範囲

- 介護福祉士
介護福祉士の養成カリキュラムの中で、医療的ケアの講義及び演習を実施し、実地研修を修了した行為を介護福祉士登録証に記載
- 介護福祉士以外の介護職員等
一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定、認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録事業者

- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録
- 登録の要件（全ての要件に適合している場合は登録）
 - ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
 - ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
- 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等を規定
- <対象となる施設・事業所等の例>
 - ・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）
 - ・在宅（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
 - ※医療機関は対象外

登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録
- 登録の要件（全ての要件に適合している場合は登録）
 - ☆基本研修、実地研修を行うこと
 - ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
 - ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
- 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等を規定

出典：厚生労働省資料を一部改変

16

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。

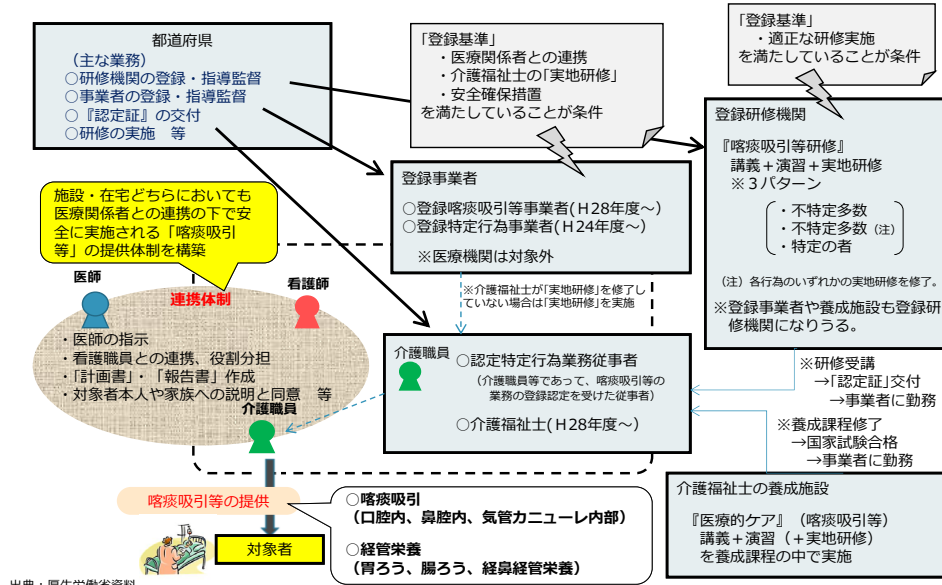
これまでの、個人契約的な不安定性が解消され、事業者がしっかりと責任を持つこととなりました。

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）
- ・ 在宅（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。

喀痰吸引等制度の全体像（概要）



17

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。

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。

出典：厚生労働省

18

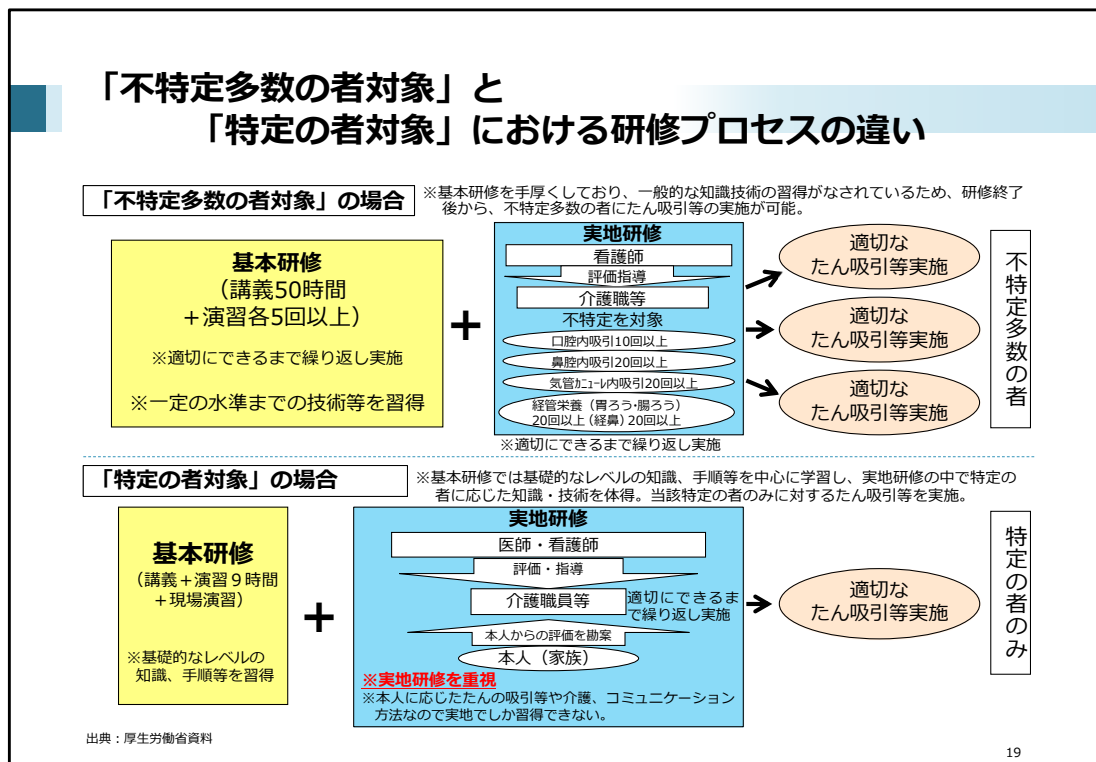
ここまで、喀痰吸引等制度の成り立ちや概要について説明してきましたが、これをふまえて、皆さんが今後、喀痰吸引等を実施する時に心得ておいていただきたいことを説明します。

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が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するなど、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の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。



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
- 3-2 多様な状態像に応じた医療的ケア支援
- 3-3 障害の概念（ICF）
- 3-4 心理についての理解
- 3-5 福祉業務従事者としての職業倫理と利用者の人権

重症心身障害児の定義

【大島の分類】

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	4	3
17	10	5	2	1

走る 歩く 歩行障害 座れる 寝たきり

【身体障害者手帳】 2級 1級

IQ
80
70
50
35
20

【療育手帳】

B2 : 軽度知的障害

B1 : 中等度知的障害

A2 : 要介護の中等度知的障害

A1 : 重度知的障害

Ⓐ : 最重度知的障害

- 重度の肢体不自由（座位までの姿勢）と重度の知的障害（IQ35以下）を併せ持つ障害児（大島の分類1～4）は重症心身障害児とされています。
- 運動障害の程度は身体障害者手帳に、知的障害の程度は療育手帳に、それぞれ反映されますが、明らかに障害があっても手帳を持たない子どももいます。

21

よく使われる「重症心身障害児」という言葉の定義について説明します。

子どもの障害について考える時、図に示すように、横軸を運動障害、縦軸を知的障害として組み合わせると25のグループに分けることができます。これを大島の分類と言います。

重度の肢体不自由すなわち「座位までの運動機能」と、重度の知的障害「IQ35以下」を併せ持つ障害児は、大島の分類1～4に相当し、このような障害児を「重症心身障害児」と言います。公的福祉サービスを受ける時の行政上の重要な障害概念でもあります。

本来、運動障害の程度は身体障害者手帳に、知的障害の程度は療育手帳にそれぞれ反映されますが、明らかに障害があっても手帳を持たない子どももいますので、手帳の有無だけでは重症心身障害児か否かは判断できません。

日常的に医療ケアが必要な「医療的ケア児」

「医療的ケア児」の定義は明確には示されていませんが、障害福祉サービスにおける医療的ケア判定スコアに示されている下記のような医療行為を日常的に必要とする子どもと考えられています。

医療的ケア判定スコア

医療的ケア	判定スコア
1) レスビレーター管理	8
2) 気管内挿管・気管切開	8
3) 鼻咽頭エアウェイ	5
4) 酸素吸入	5
5) 1時間に1回以上の頻回の吸引 1日6回以上の頻回の吸引	8 3
6) ネブライザー6回/日以上もしくは継続して使用	3
7) 中心静脈栄養（高カロリー輸液）	8
8) 経管栄養（経鼻・胃瘻を含む）	5
9) 腸瘻・腸管栄養	8
10) 持続注入ポンプを使用（腸瘻・腸管栄養時）	3
11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	8
12) 定期導尿 3回/日以上	5
13) 人工肛門	5

H30年厚生労働省告示第108号別表第1

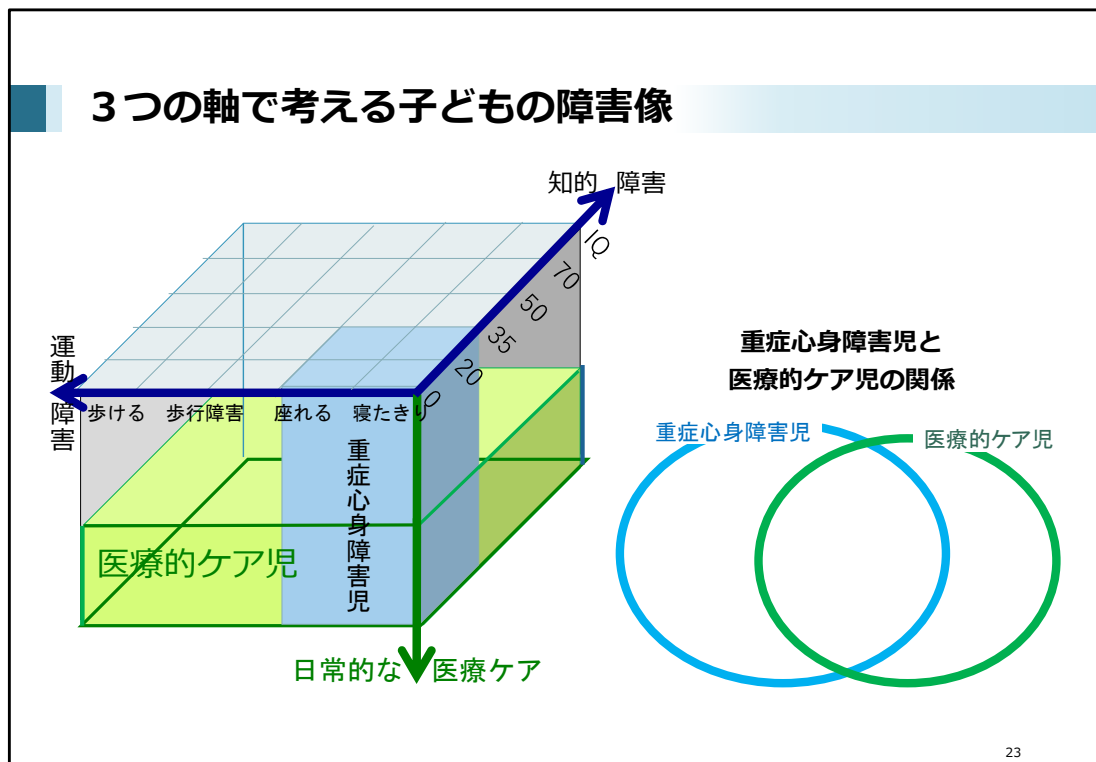
22

日常的に医療ケアが必要な「医療的ケア児」という概念について説明します。

運動障害や知的障害の有無にかかわらず、呼吸、栄養、排泄に関して日常的に医療ケアを必要とする子どもたちを「医療的ケア児」と言います。

急性期治療ではなく、日常的に必要な医療ケアの大変さを測る指標の一つに、障害福祉サービスにおける医療的ケア判定スコアがあります。

「医療的ケア児」という概念は、まだ明確な定義が示されていませんが、この判定スコアに示されている医療行為を日常的に必要とする子どもと考えています。



「重症心身障害児」と「医療的ケア児」という2つの概念を組み合わせると、子どもの障害像は3つの軸で考えることができます。

大島分類で使われる「運動障害」と「知的障害」の他に、「日常的な医療ケアの必要性」を3つ目の軸にすると、左図のような立方体で子ども達の障害像を表すことができます。

さらに、重症心身障害児と医療的ケア児の関係を平面的に表すと、このように重なり合う2つの輪で表すことができます。

医療的ケア児の6～7割は重症心身障害もあると言われています。

原因疾患

障害を受けた部位や時期によって原因疾患を分類

障害部位	発生時期	主な疾病
脳	先天性	染色体異常症、代謝異常症、中枢神経変性疾患
	胎生期	脳形成異常、胎生期の外因（薬物等）、先天感染症、脳梗塞
	周産期	早産、仮死、重症低血糖、重症黄疸
	新生児期	頭蓋内出血、髄膜炎、低酸素性脳症 脳性麻痺
脊髄	後天性	髄膜炎、種々の脳症、頭部外傷、脳血管障害、低酸素性脳症
	先天性	二分脊椎
	後天性	脊髄炎、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脊髄梗塞
神経・筋	先天性	脊髄性筋萎縮症、筋ジストロフィー症、先天性ミオパチー
骨	先天性	骨形成不全症、軟骨異栄養症

「脳性麻痺」の定義は「周産期の脳障害に起因する非進行性の運動障害」であり、多様な原因疾患を含んでいるためその状態像は様々です。

医療的ケア児の中には、上の表の部位には障害がなく「小児慢性特定疾病」に相当することが多い先天性の内臓系の疾患によって、膀胱直腸障害、心臓・循環器系障害、内分泌障害などをきたす子どもも存在します。

24

子ども達が抱えている状態像の原因である病名（原因疾患）を、疾患の部位や時期によって大まかに分類し、表に示します。

よく使われる「脳性麻痺」という言葉は、実は病名（原因疾患）ではなく、「周産期の脳障害に起因する非進行性の運動障害」を示す総称的な概念です。多様な原因疾患を含んでいるため、その状態像は様々です。

医療的ケア児の中には、上の表の部位には障害がなく、「小児慢性特定疾病」に相当することが多い先天性の内臓系の疾患によって、膀胱直腸障害、心臓・循環器系障害、内分泌障害などをきたす子どもも存在します。

合併症（状態像）

- ◇ 運動障害
- ◇ 知的障害
- ◇ 感覚障害
- ◇ 呼吸機能障害
- ◇ 摂食嚥下機能障害
- ◇ 心臓・循環器系障害
- ◇ 内分泌系障害
- ◇ 膀胱直腸障害
- ◇ てんかん

医療的ケアが必要になる
可能性が大きい

- 多様な障害が複数合併している子どもが多いです。
- 保護者が記入してくる病名は、身体障害者手帳の障害種別が記載されているだけのことが多いので注意が必要です。
- 同じ疾患名（原因疾患）であっても、合併する障害の種類と程度は子どもによって一人一人異なります

25

原因疾患に伴う様々な合併症（状態像）すなわち、子ども達の障害像の考え方を示します。

合併症（状態像）には運動障害、知的障害、感覚障害の他、

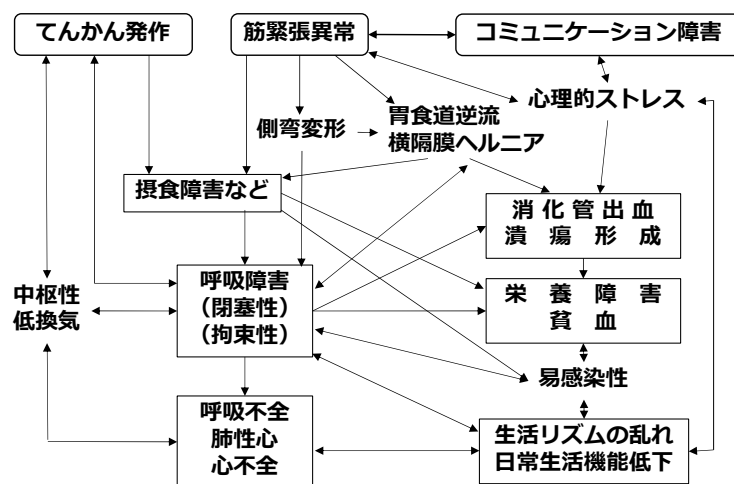
医療的ケアが必要となる可能性が大きい呼吸機能障害、摂食嚥下機能障害、心・循環器系障害、内分泌系障害、膀胱直腸障害など多様な障害があります。

これらを複数合併している子どもも珍しくありません。

保護者が記入してくる病名は、身体障害者手帳の障害種別が記載されているだけのことが多いので注意が必要です。

同じ疾患名（原因疾患）であっても、合併する障害の種類と程度は子どもによって一人一人異なります。

脳性麻痺の主な合併症とその相互関係



舟橋満寿子，重症心身障害児の日常生活での健康理，江草安彦（監）重症心身障害療育マニュアル，第2版，医歯薬出版，2005；207～212より引用，一部改変

26

脳性麻痺の主な合併症とその相互関係について図に示します。

重症心身障害児・者では、さまざまな合併症が、相互に関連し、悪循環となります。これらの合併症への理解と適切な対応が重要です。

周産期～乳幼児期の虚血性脳障害

- ◇ 脳の障害そのものは非進行性ですが、運動機能は思春期頃から低下してきます。
- ◇ 脳の障害に由来する知的障害や視覚障害やてんかんなどを合併することがあります。
- ◇ 筋緊張が高くて運動障害が重度の子どもでは、思春期前後に嚥下機能障害や呼吸機能障害や胃食道逆流症が悪化することが多いです。

嚥下機能障害の悪化：ペースト食の経口摂取⇒経管栄養の併用
呼吸機能障害の悪化：吸引⇒気管切開や酸素投与⇒呼吸器療法

筋緊張が高くて運動機能障害が重度の子どもでは、
小学校又は特別支援学校（小学部）入学時には医療的ケアとは無縁であっても、
思春期頃に医療的ケアが必要になってくることがあります。

27

周産期～乳幼児期の虚血性脳障害のある子どもの特徴を説明します。

脳の障害そのものは非進行性ですが、運動機能が思春期頃から低下してきます。

脳の障害に由来する知的障害や視覚障害やてんかんなどを合併することがあります。

筋緊張が高くて運動障害が重度の子どもでは、思春期前後に嚥下機能障害や呼吸機能障害や胃食道逆流症が悪化することが多いです。

ペースト食を経口摂取していた子どもが経管栄養を併用するようになったり、吸引だけでは排痰できなくなって気管切開や酸素投与や呼吸器療法が必要になったりすることがしばしばあります。

小学校又は特別支援学校（小学部）入学時には医療的ケアとは無縁でも、思春期前後に医療的ケアが必要になってくることがよくあります。

虚血性脳障害の軽微な早産児

→運動障害が軽微で、未熟性のために医療的ケアを必要とする「動く医療的ケア児」

呼吸器系の未熟性が原因で医療的ケアが必要な子どもでは、運動機能や認知機能の発達や喉頭や気管の成長に伴い、一般的には就学前までに人工呼吸器や気管切開管から離脱できることが多いです。

就学後に気管切開が必要な子どもでも、身体の成長が完成する思春期までには離脱できる可能性があります。

嚥下機能に問題ないが経口摂取に対する拒否が強く、経管栄養を併用している子どもの中には、認知機能の発達に伴い経口摂取が進み、就学後に経管栄養から離脱できる子どもがいます。

小・中学校在籍中に医療的ケアから離脱できる可能性があります。

「動く医療的ケア児」の中には、知的障害や認知機能の偏りのために、指示が入らなかったり、衝動性があったりして、気管カニューレや経鼻胃管を抜去してしまったりする子どもがいます。

医療ケアのない時間帯にも見守りが必要なことがあります。

28

虚血性脳障害の軽微な早産児、すなわち運動障害が軽微で未熟性のために医療的ケアを必要とする、いわゆる「動く医療的ケア児」の特徴について説明します。

呼吸器系が未熟で医療的ケアが必要な子どもは、運動機能や認知機能の発達や喉頭・気管・気管支の成長に伴い、一般的には就学前までには人工呼吸器や気管切開管理から離脱できることが多いです。就学後に気管切開が必要な子どもでも、身体の成長が完成する思春期までには離脱できる可能性があります。

また、嚥下機能に問題ないが経口摂取に対する拒否が強く、経管栄養を併用している子どもの中には、認知機能の発達に伴い経口摂取が進み、就学後に経管栄養から離脱できる子どもがいます。

このように「動く医療的ケア児」の中には、小・中学校在籍中に医療的ケアから離脱できる可能性があります。

また、「動く医療的ケア児」の中には、知的障害や認知機能の偏りのために、指示が入らなかったり、衝動性があったりして、気管カニューレや経鼻胃管を抜去してしまったりする子どもがいます。医療的ケアのない時間帯にも見守りが必要なことがあります。

先天異常症（染色体異常・奇形症候群）

- ◇ 染色体異常症の合併症や予後は類型化されていますが個人差も大きいです。
- ◇ 染色体異常が証明されなかったり、既知の奇形症候群に当てはまらなかったりしても、発達の遅れと多発奇形があれば先天異常症と考えます。
- ◇ 視覚障害・聴覚障害を合併することが多いです。
- ◇ 内臓奇形（心奇形、消化管奇形、腎奇形など）を多発的に合併することがあり、これらが生命予後を左右します。
- ◇ 全身的に脆弱性があり、内臓疾患の進行や悪化が早く、急激に悪化してしまうことも多いです。

神経・代謝変性疾患

- ◇ 年単位で運動機能や感覚機能（聴力・視力）や精神機能が退行していくことが多いのですが、同じ疾患でも子どもによって進行の早さは異なります。
- ◇ 摂食機能や呼吸機能の低下にあわせて日常生活の支援方法を変えていく必要があります。成長に伴って医療的ケアが増えていくことが多いです。

29

先天異常症（染色体異常・奇形症候群）について説明します。

染色体異常症の合併症や予後は類型化されていますが、個人差も大きいです。

検査で染色体異常が証明されていなかったり、既知の奇形症候群に当てはまらなかったりしても、発達の遅れと多発奇形があれば先天異常症と考えます

視覚障害・聴覚障害を合併することが多いです。内臓奇形（心奇形、消化管奇形、腎奇形など）を多発的に合併することがあり、これらが生命予後を左右します。

全身的に脆弱性があり、内臓疾患の進行や悪化が早く、急激に悪化してしまうことも多いです。

神経・代謝変性疾患について説明します。

中枢神経変性疾患や代謝異常症の場合は、年単位で運動機能や感覚機能（聴力・視力）や精神機能が退行していくことが多いです。

しかし、同じ疾患名でも子どもによって進行の早さは異なります。

摂食機能や呼吸機能の低下にあわせて日常生活の支援方法を変えていく必要があります。成長に伴って医療的ケアが増えていくことが多いです。

脊髄の疾患

二分脊椎

- ◇ 脊椎の閉鎖不全による脊髄の形成障害のため、脊椎の欠損部から遠位の全ての脊髄神経が障害され、弛緩性運動障害および知覚障害をきたします。
- ◇ 温痛覚が障害されるため、外傷や熱傷に本人が気付きにくいです。
- ◇ 膀胱直腸機能障害を合併し間欠導尿などの医療的ケアが必要になります。
- ◇ 水頭症・大脳の形成異常・延髄のヘルニア等の脳奇形を伴うことがあり、様々な程度の知的障害を合併していることも多いです。

脊髄損傷

- ◇ 様々な原因で脊髄が部分的に損傷し、損傷レベルから遠位の痙性対麻痺をきたします。および知覚障害をきたします。神経因性膀胱や直腸機能障害も合併します。
- ◇ 脊髄だけの障害であれば、知的障害はありません。

30

脊髄に障害のある疾患について説明します。

先天性の代表的な疾患である二分脊椎と、後天性の脊髄損傷について説明します。

二分脊椎

脊椎の閉鎖不全による脊髄の形成障害のため、脊椎の欠損部から遠位の全ての脊髄神経が障害され、弛緩性運動障害および知覚障害をきたします。

温痛覚が障害されるので外傷や熱傷に本人が気付きにくく配慮が必要です。

膀胱や直腸機能障害を合併し間欠導尿などの医療的ケアが必要になります。

水頭症・大脳の形成異常・延髄のヘルニア等の脳奇形を伴うことがあり、様々な程度の知的障害を合併していることも多いです。

脊髄損傷

様々な原因で脊髄が部分的に損傷し、損傷レベルから遠位の痙性対麻痺および知覚障害をきたし、神経因性膀胱や直腸機能障害も合併します。

脊髄だけの障害であれば、知的障害はありません。

筋ジストロフィー症

緩徐進行性の筋力低下をきたす遺伝性疾患

【デュシャンヌ型筋ジストロフィー】

- ◇ 筋ジストロフィー症の中で最も多い疾患です。男性のみに発症します。
- ◇ 独歩可能な子どもでも10歳代で車椅子生活になります。
- ◇ 10歳代後半には呼吸障害に対して夜間に非侵襲的人工呼吸療法を導入するようになり、進行に伴い日中も使用するようになることが多いです。
- ◇ 嚥下障害が進行してくると経管栄養や吸引などが必要になります。
- ◇ 軽度の知的障害を合併することもあります。

【福山型筋ジストロフィー】

- ◇ 日本人に多い常染色体劣性遺伝の筋ジストロフィー症です。
- ◇ 種々の程度の脳形成異常があり、種々の程度の知的障害を合併します。
- ◇ 座位までの運動発達で幼児期以降運動機能が低下してくるため、学齢期には経管栄養や吸引などの医療的ケアが必要なことが多いです。
- ◇ 運動機能低下が進行すると、学齢期から夜間の非侵襲的人工呼吸療法が導入されることもあります。

31

緩徐進行性の筋力低下をきたす遺伝性疾患である筋ジストロフィー症について説明します。
代表的な2つの疾患について説明します。

デュシャンヌ型筋ジストロフィー

筋ジストロフィー症の中で最も多い疾患です。男性のみに発症します。

独歩可能な子どもでも10歳代で車椅子生活になります。

10歳代後半には呼吸障害に対して夜間に非侵襲的人工呼吸療法を導入するようになり、進行に伴い日中も使用するようになることが多いです。

嚥下障害が進行してくると経管栄養や吸引などが日常的に必要なになります。

軽度の知的障害を合併することもあります。

福山型筋ジストロフィー

日本人に多い常染色体劣性遺伝の筋ジストロフィー症です。

種々の程度の脳形成異常があり、種々の程度の知的障害を合併します。

座位までの運動発達で幼児期以降運動機能が低下してくるため、学齢期には経管栄養や吸引等の医療的ケアが必要なことが多いです。

運動機能低下が進行すると、学齢期から夜間の非侵襲的人工呼吸療法が導入されることもあります。

新生児医療の進歩に伴い 大きく変化した障害児の様相

①運動障害も知的障害も重度な医療的ケア児

以前は救命できなかった重度の仮死分娩や奇形症候群の子どもたちが、経管栄養や気管切開や人工呼吸器などの濃厚な医療ケアを抱えながら退院してくるようになりました。**重症心身障害児**に相当し、**超重症児（者）・準超重症児（者）の判断基準のスコア**がかなり高い子どもたちです。

②運動障害が軽度な医療的ケア児

早産児の脳保護に対する治療が進化し脳障害による運動障害は非常に軽度になりました。しかし早産ゆえの呼吸器系の未熟性に伴い、酸素療法や気管切開や人工呼吸器が必要な子どもが増加しています。いわゆる「**動く医療的ケア児**」です。知的障害がほとんどない子どもも多く、年齢にふさわしい集団生活の場や学習環境が求められます。

③運動障害も医療ケアも重度だが知的障害は軽度な医療的ケア児

進行性の脊髄疾患や筋骨格系疾患においても、積極的に人工呼吸器を装着しながら在宅生活を送る子どもたちが増えています。脳障害がほとんどないことが多いため、一般的に学習意欲は高く、濃厚な医療的ケアがあっても年齢にふさわしい集団生活の場や学習環境が求められます。

32

新生児医療の進歩に伴い障害児の様相は大きく変化しました。代表的な3つの障害像について説明します。

①運動障害も知的障害も重度な医療的ケア児

以前は救命できなかった重度の仮死分娩や奇形症候群の子どもたちが、経管栄養や気管切開や人工呼吸器などの濃厚な医療ケアを抱えながら退院してくるようになりました。

先に述べた重症心身障害児に相当し、超重症児スコアもかなり高い子どもたちです。

②運動障害が軽度な医療的ケア児

早産児の脳保護に対する治療が進化し、脳障害による運動障害は非常に軽度になりました。しかし、早産ゆえの呼吸器系の未熟性に伴い、酸素療法や気管切開や人工呼吸器が必要な子どもが増加しています。いわゆる「動く医療的ケア児」です。

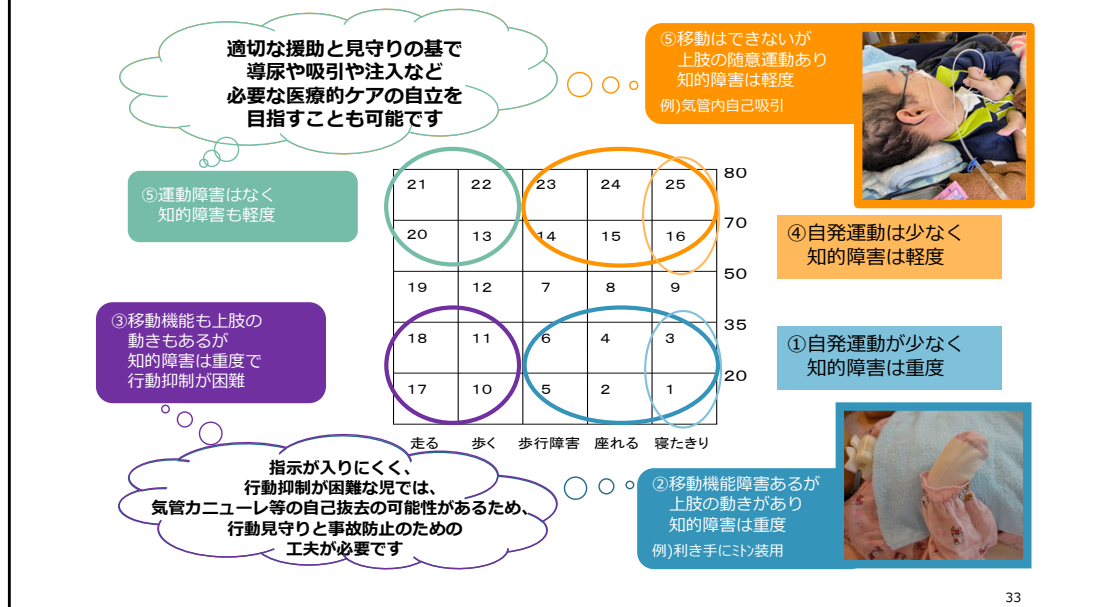
知的障害がほとんどない子どもも多く、年齢にふさわしい集団生活の場や学習環境が求められます。

③運動障害も医療的ケアも重度だが知的障害は軽度な医療的ケア児

進行性の脊髄疾患や筋骨格系疾患においても、積極的に人工呼吸器を装着しながら在宅生活を送る子どもたちが増えています。

脳障害がほとんどないことが多いため、一般的に学習意欲は高く、濃厚な医療的ケアがあっても年齢にふさわしい集団生活の場や学習環境が求められます。

多様な状態像に応じた医療的ケア支援



医療的ケアが必要な子どもたちの状態像は多様です。多様な状態に応じて医療的ケア支援の在り方も変わってきます。

①運動障害も知的障害も重度で、自発運動がほとんどない寝たきりの子どもは、比較的医療的ケアが実施しやすいです。

しかし、②運動障害や知的障害が重度であっても、上肢の動きがある子どもでは、気管カニューレ等の自己抜去の可能性があります。

さらに、③運動障害がほとんどなく移動機能も上肢の動きがあるけれど、知的障害が重度で指示が入りにくく行動抑制が困難な子どもがいます。

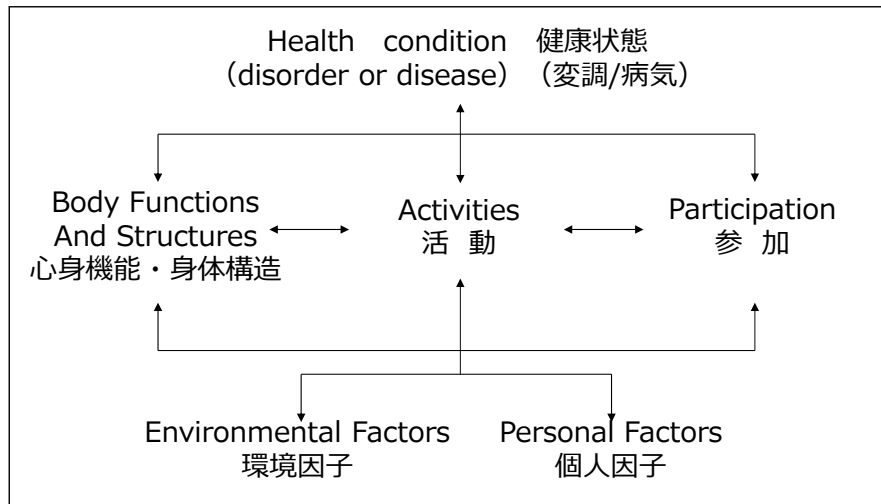
このような子どもたちに対しては、医療的ケアの支援だけでなく、行動見守りと事故防止のための工夫が必要です。

一方、④運動障害が重度で、自発運動がほとんどない寝たきりですが、知的障害が軽度な子どももいます。

その中には⑤知的障害が軽度で上肢の随意運動のある子どもや、⑥運動障害がなく、知的障害も軽度な子どもがいます。

このような子どもたちに対しては、医療的ケアの支援だけでなく、適切な援助と見守りの基で、導尿や吸引や注入など、必要な医療的ケアの自立を目指すことも可能です。

国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用



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.

34

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。

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

35

次に、重度障害児・者の心理について考えてみましょう。

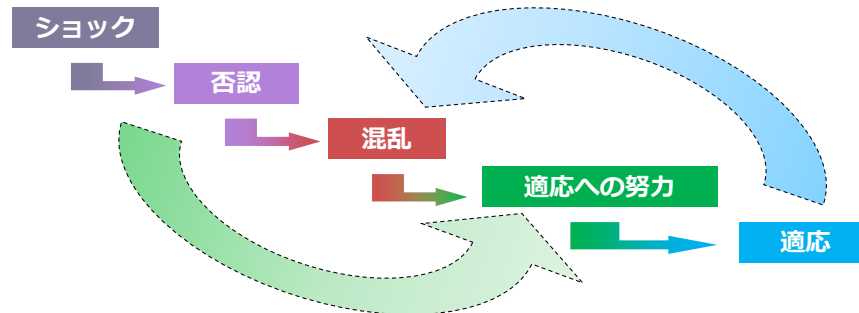
大きく分けて、

- ・ 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。

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ことが重要です。

36

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のでしょうか。

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。

先天性障害者の心理

子どもから大人へ・・・「自立」を促す

- ・ 身体面：食事、移動、排泄等の動作の自立
- ・ 精神面：精神的な自立
- ・ 経済面：所得を得て経済的な自立
- ・ 社会面：社会的な自分の位置を見つける

家族の心理

- ・ いつまでも面倒をみることはできない
・・・「自立」を促す

37

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のでしょうか。

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のでしょうか。

これらのことから、「自立」を考えると、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ができませんが、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。

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

出典：厚生労働省資料を修正

38

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。

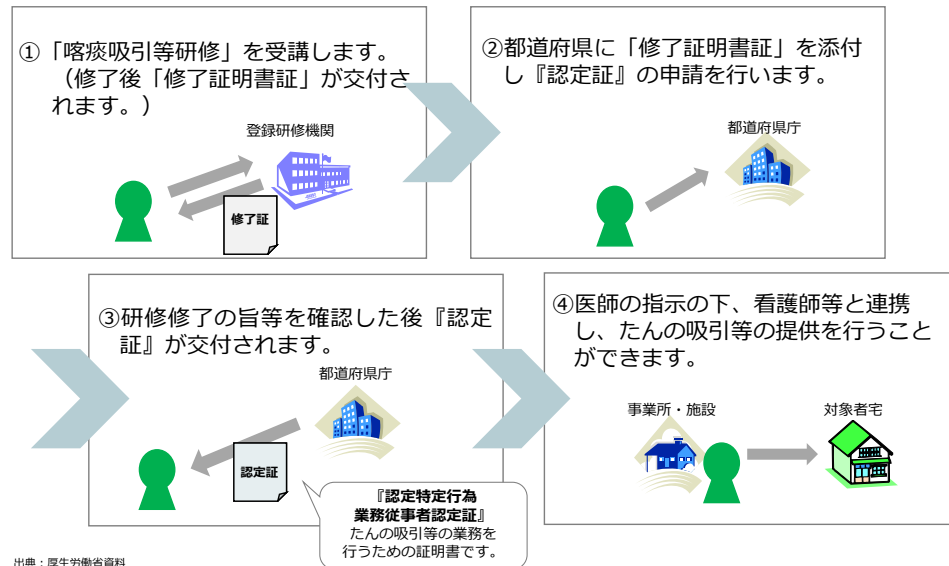
様々な社会的な制約の中でどのような決定をするかも、社会生活を送る上で重要な能力です。生活の中で障害者自身が適切にこれらの判断や決定をしていくことが重要ですし、支援者はそれを適切に支援していくことが重要です。そして、そのことが、対象者の人権を守ることにもつながります。

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。

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
- 4-2 喀痰吸引等の実施に必要な事業者の体制づくり
- 4-3 喀痰吸引等の提供の具体的なイメージ
- 4-4 多職種連携の実際
- 4-5 学校における教職員による喀痰吸引等
- 4-6 学校における人工呼吸器使用について

喀痰吸引等の業務ができるまで



40

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。

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

41

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。

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

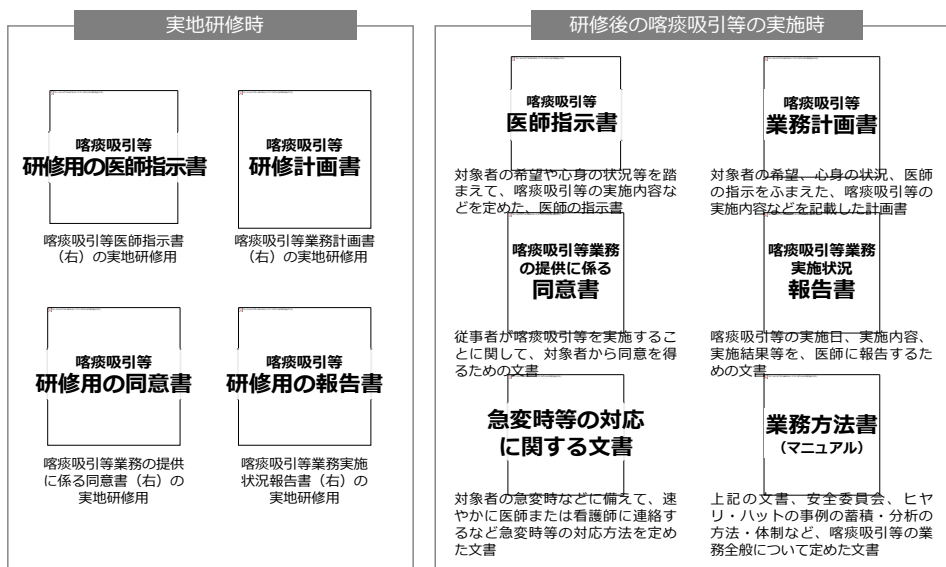
42

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。

実地研修時と喀痰吸引等の実施時に必要な書類



出典：厚生労働省

43

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。

喀痰吸引等の実施前に決めておくこと、実施しながら行うこと

喀痰吸引等の実施前



～決めておく必要があること～

- 手技に関すること
 - ・対象者個別の喀痰吸引等の手順・留意点、手技の確認
- 平常時に関すること
 - ・従事者から看護師への日常的な連絡・相談・報告体制
 - ・看護師と医師の連絡体制、従事者と医師の連絡体制
 - ・医師または看護師による定期的な状態確認の方法
- 急変時等に関すること
 - ・急変時等の対応方法の取り決め など

出典：厚生労働省

喀痰吸引等の実施

平常時

- 従事者・事業者
 - ・喀痰吸引等を実施し記録
 - ・ヒヤリ・ハットがあれば記録して事業所管理者などに報告
 - ・報告書を用いて、看護師、医師に対し、定期的に報告
- 医師または看護師
 - ・対象者の状態を定期的に確認



急変時等

- 従事者・事業者
 - ・医師または看護師などに連絡
 - ・医師または看護師の指示を受けて対応
- 看護師
 - ・必要に応じて医師に相談
- 医師
 - ・看護師からの連絡を受け、対応方法を指示



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い良いでしょう。

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のような時なのか、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



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

※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

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。

出典：厚生労働省

45

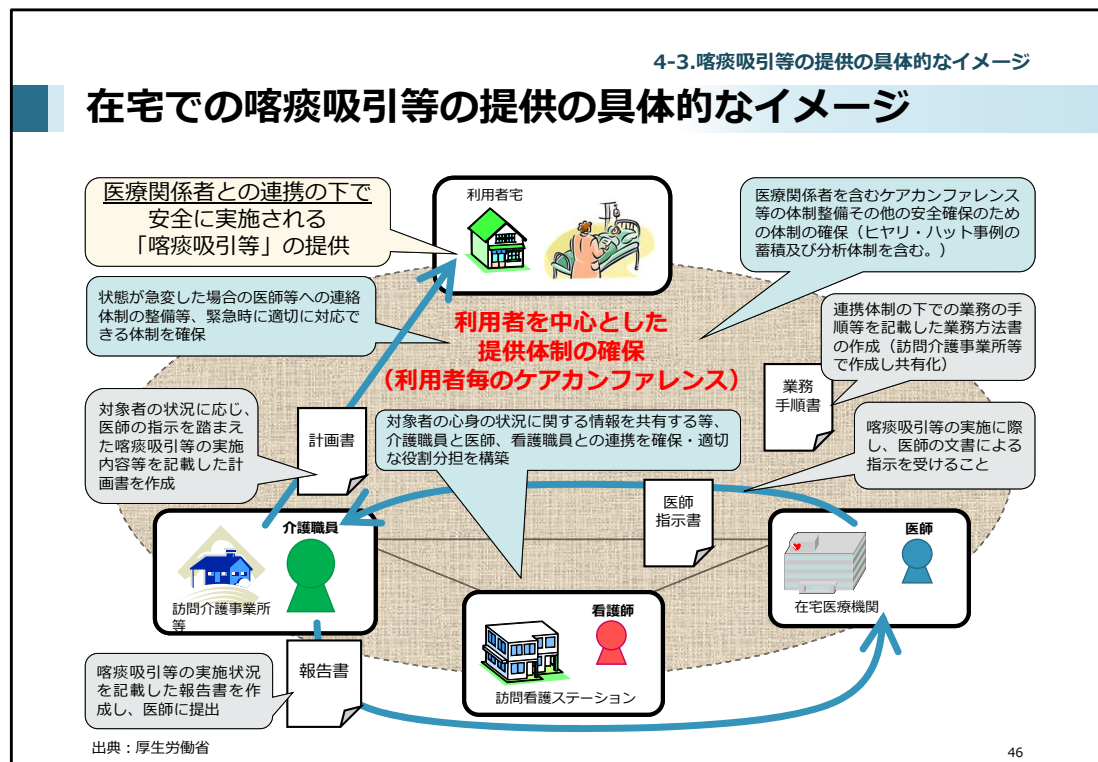
喀痰吸引等を行う登録事業者では、安全委員会を設置することになっています。

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。

在宅での喀痰吸引等の提供の具体的なイメージ



46

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等と、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。

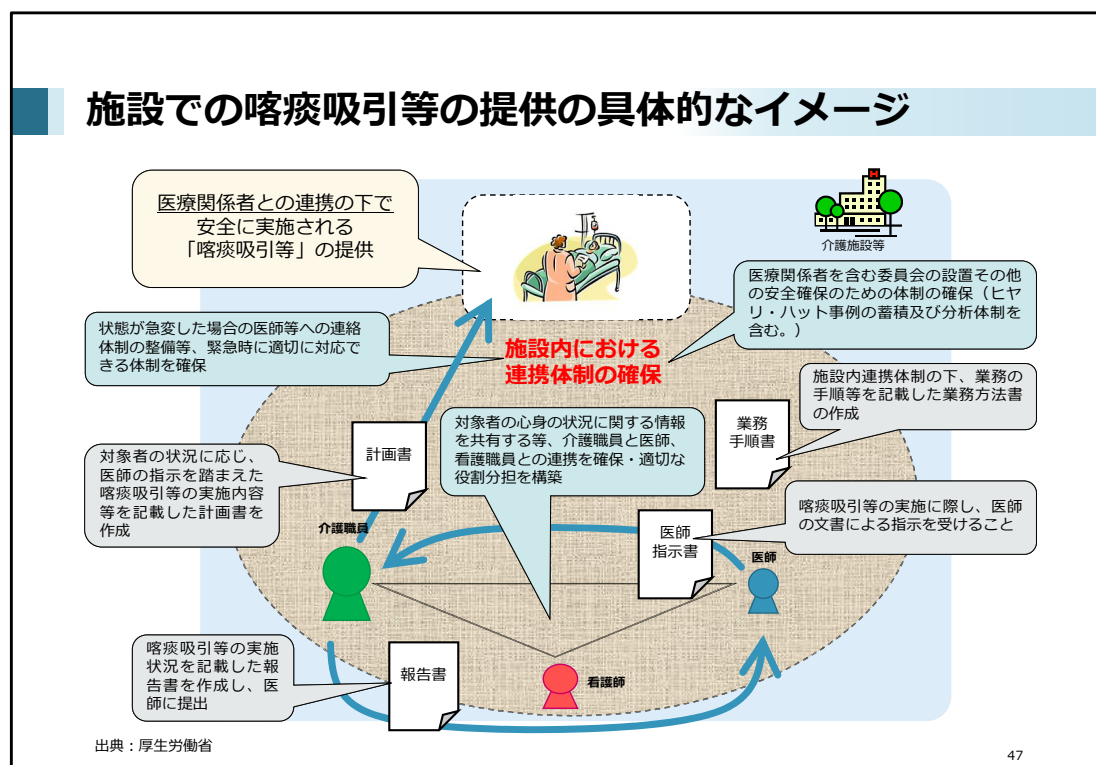
特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備など、急変時等に適切に対応できる体制を確保しておくことが重要です。

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いいでしょう。

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。

施設での喀痰吸引等の提供の具体的なイメージ



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。

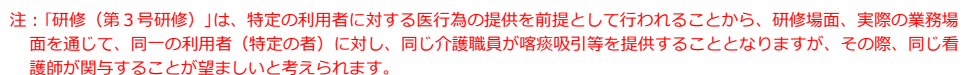
このような連携体制の下、対象者の心身の状況に関する情報を共有するなど、介護職員と医師、看護職員との連携を確保し、適切な役割分担を構築しておきましょう。

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いいでしょう。

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。



48

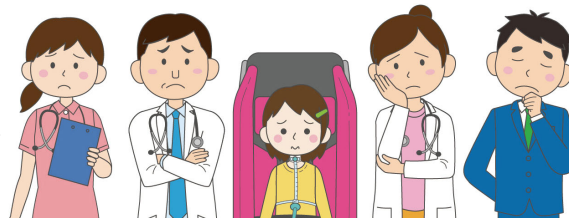
信頼関係の構築①

【ポイント】

- 顔の見える関係づくり
- 看護と介護の役割分担

例えば・・・

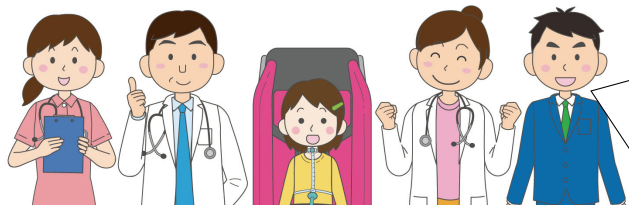
従事者が行う吸引は看護師が行うものと同じものなの？



→「いいえ」

従事者はあくまでも平常時の吸引しかできません。

例えば、対象者の具合が悪い時、いつもと様子が違う時は、従事者独断で処置を行うと、事故につながる危険性があります。必ず看護師や医師に相談しましょう。こうした場合に適切に対応するためにも、医療職との連携が必要なのです。



出典：厚生労働省資料を一部改変

49

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。

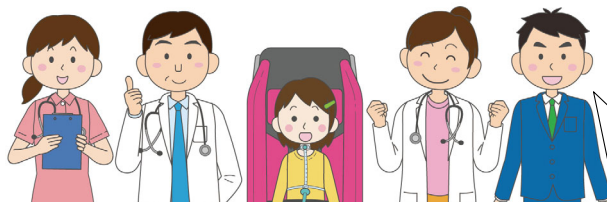
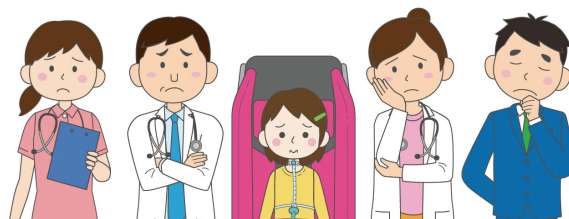
信頼関係の構築②

【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。

出典：厚生労働省資料を一部改変

50

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、あなたはどのようにしますか？

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。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。

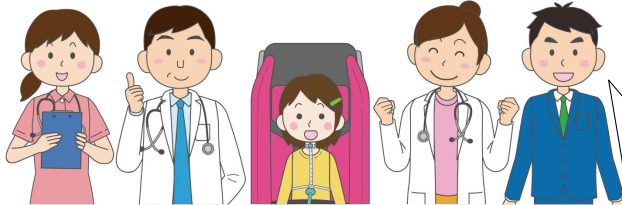
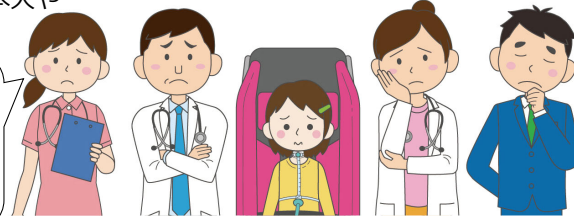
信頼関係の構築③

【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に、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。

出典：厚生労働省資料を一部改変

51

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、あなたはどのようにしますか？

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。

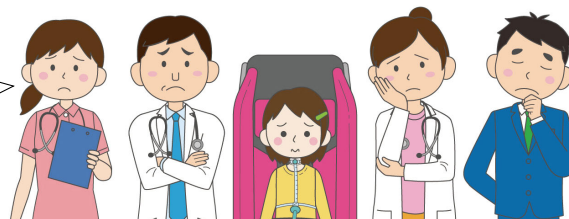
信頼関係の構築④

【ポイント】

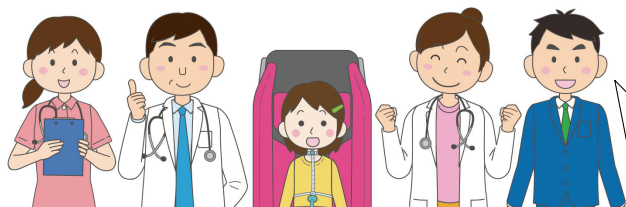
- 「現場のルール」の重要性

例えば・・・

事故が起こった場合の責任の所在がよくわからないけど…？



→事故の様態はそれぞれであり、責任の所在を事前に論じることができませんが、対象者ごとに「現場のルール」を取り決め、各人がその通りに行動することが重要です。また、そのルールを対象者自身がしっかりと理解しておくことで、事故防止にもつながります。



出典：厚生労働省資料を一部改変

52

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考えられます。

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考えられます。

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。

対象者の安全・安心を確保するために、 多職種連携が求められる場面（例）

従事者の手技の確認

従事者が手技に不安がある場合だけでなく、慣れてきた段階においても自己流にならないよう、対象者に関わる看護師や医師等に、手技を確認してもらうようにしましょう。

計画書等の書類作成

計画書等に個別の留意点を書き込むため、従事者は医師や看護師から意見を聞くとよいでしょう。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。

対象者に関する情報共有

対象者の状態変化に対応するためには、従事者が「対象者の日頃の状況を把握」し、医療職が「その情報に基づきリスク予測」するのが有効です。従事者が把握すべき項目について、医療職から助言をもらうのもよいでしょう。

急変時等の対応

従事者は喀痰吸引等を実施する前に、急変時等の対応について理解しておく必要があります。急変時等の対応については、ケアマネジャー等を中心に、多職種で文書等により共有しておくといよいでしょう。

出典：厚生労働省資料

53

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よいでしょう。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に、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いよいでしょう。

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

出典：厚生労働省資料

54

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。

喀痰吸引等が必要な幼児児童生徒の健康状態の維持・改善

特別支援学校教育要領・学習指導要領解説 自立活動編（幼稚部・小学部・中学部）

平成30年3月

第6章 自立活動の内容

1 健康の保持

（5）健康状態の維持・改善に関すること

① この項目について

「（5）健康状態の維持・改善に関すること。」は、障害のため、運動量が少なくなったり、体力が低下したりすることを防ぐために、日常生活における適切な健康の自己管理ができるようにすることを意味している。

② 具体的指導内容例と留意点

障害が重度で重複している幼児児童生徒の場合、健康の状態を明確に訴えることが困難なため、様々な場面で健康観察を行うことにより、変化しやすい健康状態を的確に把握することが必要である。その上で、例えば、乾布摩擦や軽い運動を行った後、空気、水、太陽光線を利用して皮膚や粘膜を鍛えたりして、血行の促進や呼吸機能の向上などを図り、健康状態の維持・改善に努めることが大切である。

たんの吸引等の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の場合、この項目の指導が特に大切である。その際、健康状態の詳細な観察が必要であること、指導の前後にたんの吸引等の医療的ケアが必要なことから、養護教諭や看護師等と十分連携を図って指導を進めることが大切である。

（略）

健康状態の維持・改善を図る指導を進めるに当たっては、主治医等から個々の幼児児童生徒の健康状態に関する情報を得るとともに、日ごろの体調を十分に把握する必要があることから、医療機関や家庭と密接な連携を図ることが大切である。

（略）

出典：文部科学省

55

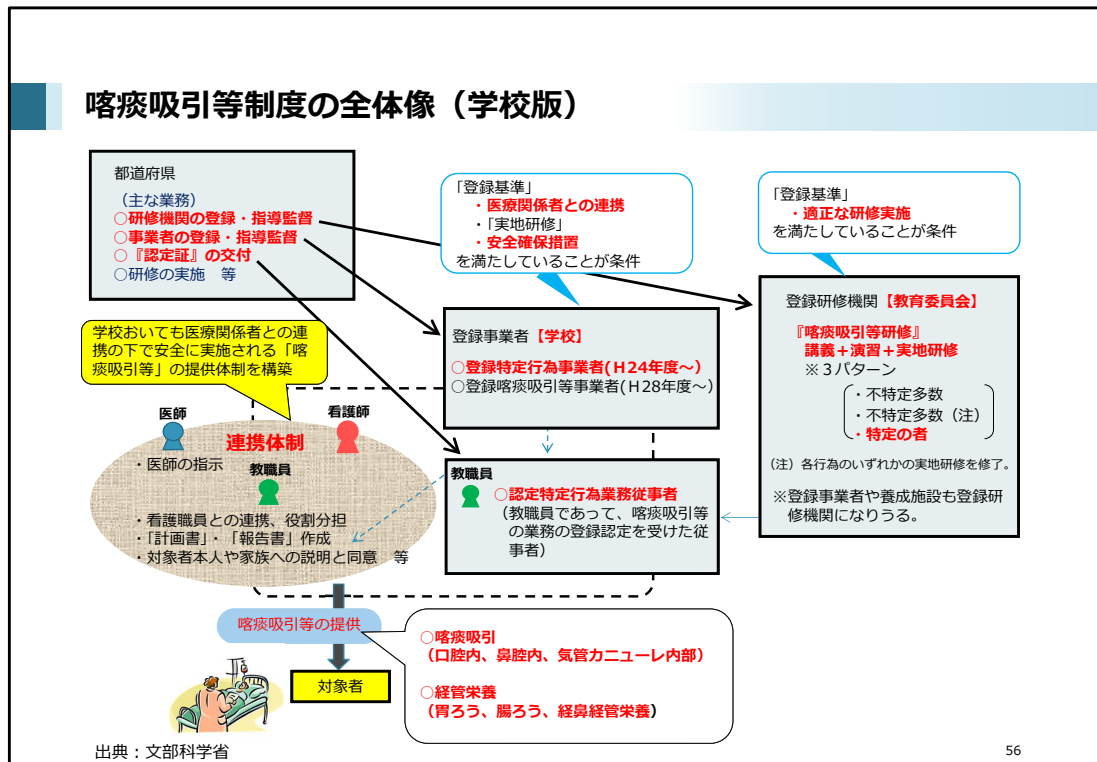
自立活動の指導は、個々の幼児児童生徒が自立を目指し、障害による学習上又は生活上の困難を主体的に改善・克服しようとする取組を促す教育活動であり、個々の幼児・児童・生徒の障害の状態や特性及び心身の発達の段階等に即して指導を行うことが基本です。そのため、自立活動の指導に当たっては、個々の幼児・児童・生徒の的確な実態把握に基づき、指導すべき課題を明確にすることによって、個別に指導目標（ねらい）や具体的な指導内容を定めた個別の指導計画が作成されています。

また、幼児・児童・生徒の実態を把握する上で、自立活動の区分（健康の保持、心理的な安定、人間関係の形成、環境の把握、身体の動き、コミュニケーション）に即して、全体像を捉えて、「学習上又は生活上の困難の視点で整理」することとなるが、その際、これまでの学習状況を踏まえ、学習上又は生活上の難しさだけではなく、既にできていること、支援があればできることについても整理することが望まれます。

こうした視点を踏まえ、学校においては、幼児・児童・生徒の身近にいる教職員が認定特定行為業務従事者の認定を受け、喀痰吸引等を実施できる体制を管理職や医療従事者（主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師、看護師）とともに共有し、構築することが重要です。そうした体制構築が、必要なタイミングを逃さずに喀痰吸引等を実施することを可能とします。なお、ケアの方針については、保護者・本人に丁寧に説明することが大切です。

適時適切なケアの実施は、児童・生徒に快適な状態をもたらす、健康の保持・増進につながります。また、快適な状態で、継続して授業に臨むことができることから、教育効果も高まり、教育活動の充実も期待できます。

喀痰吸引等制度を理解し、法令等で定められたことを守り、安全に実施するよう心がけましょう。



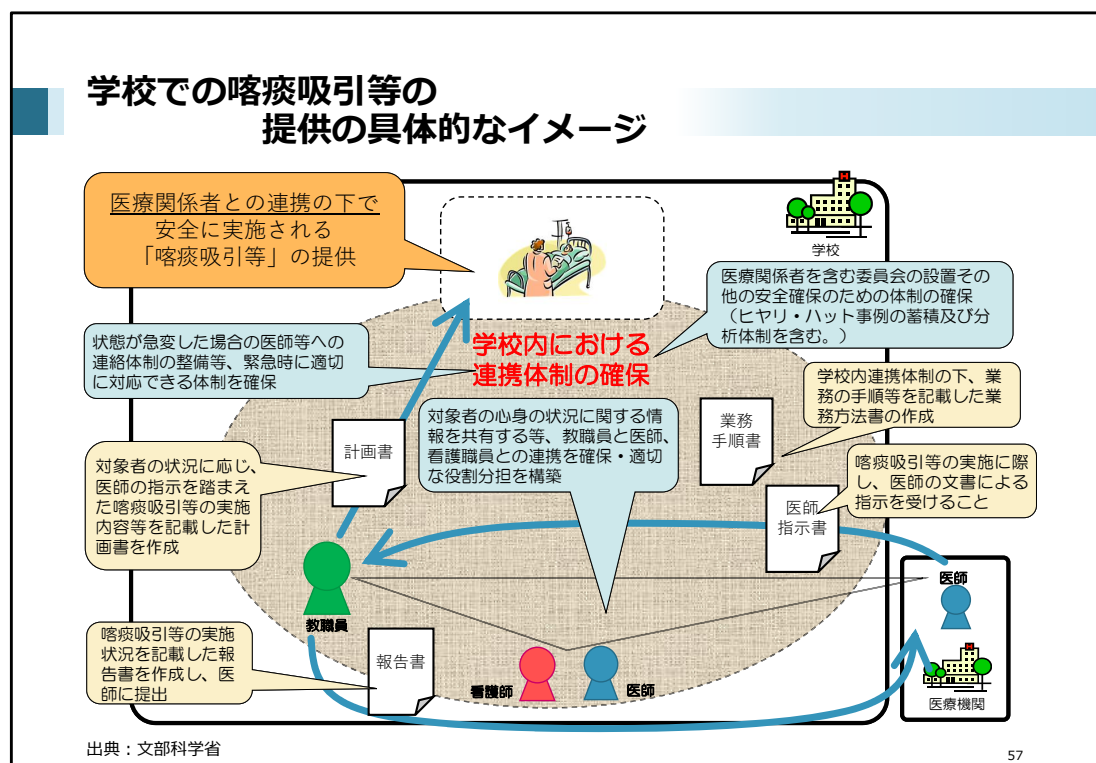
学校における児童・生徒の心身の状況や学校生活を踏まえた研修内容とすることができることから、教職員を認定特定行為業務従事者として養成するに当たっては、都道府県の教育委員会が登録研修機関となることが考えられます。

その際、例えば、対象の児童・生徒が在籍する学校を実地研修の場所として委託し、配置された看護師に実地研修の指導を依頼するなど、教育委員会においては、教職員の人事異動や学年の始業・終業、長期休業等を考慮した研修の開設や、実施形態の工夫を図る観点から、効率的な研修の在り方を検討しましょう。

また、学校の体制整備の状況によっては、登録研修機関となる教育委員会が、あらかじめ学校を基本研修の実施場所とすることを業務規程に位置づけたり、各学校においても、対象の教職員の研修を当該教職員の授業に支障がないよう設定したり、計画的な受講を可能とする協力体制の確保に努めましょう。

なお、研修終了後、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付まで時間を要する場合もあることから、計画的な研修を企画・立案・実施するよう心がけましょう。

学校での喀痰吸引等の 提供の具体的なイメージ



学校においては、看護師と教職員が連携しながら、組織的に医療的ケアを行うことが重要です。

その際、各学校においては、教育委員会が策定したガイドライン等を踏まえ、①教職員と看護師との役割分担や連携の在り方、②医療的ケアの実施に係る計画書や報告書の作成、③危機管理への対応を含む個別マニュアルの作成、④緊急時の対応、⑤ヒヤリ・ハット事例の共有、⑥近隣の関係機関（福祉・医療等）との連絡体制の整備などの安全確保のための措置を講じ、これらを実施要領に定めておく必要があります。

また、これらの措置を講じるに当たっては、校内に医療的ケア安全委員会を設置するなど、校長の管理責任の下、関係する教諭・養護教諭、看護師等、教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケアに知見のある医師等が連携し、対応を検討できる体制を構築する必要があります。なお、既に類似の体制がある場合にはそれを活用するなど、効率的な運営に努めましょう。

医療的ケア安全委員会の設置や運営、個々の医療的ケアの実施に当たっては、主治医のほか、教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケアに知見のある医師に指導や助言を求める必要があります。なお、緊急時に備え、携帯電話やタブレット端末等を活用した保護者を含む連絡体制を構築することも考えられます。

教職員が特定行為を実施する際の留意事項①

1) 喀痰吸引

喀痰吸引を実施する場合には、対象者の日常生活を支える介護の一環として必要とされる医行為のみを医師の指示に基づき行うものであり、安全性確保の観点から、**口腔内及び鼻腔内の喀痰吸引については、咽頭の手前まで**を限度とすること。なお、咽頭の手前までの判断を教職員が行うことは困難が伴うこと、咽頭の手前であっても喀痰吸引の実施には個人差があることから、**主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師の指示により挿入するチューブの長さを決めることが必要であること。**

気管カニューレ内の喀痰吸引については、カニューレより奥の吸引は、気管粘膜の損傷・出血などの危険性があることなどから、**気管カニューレ内に限ること。**また、この場合においては、**滅菌された吸引カテーテルを使用するなど手技の注意点について十分理解**しておく必要があること。

2) 経管栄養

経管栄養を実施する場合、教育活動において姿勢を変えることや移動することが多くなることから、口腔内及び鼻腔内の喀痰吸引と同様の観点に立って、**胃ろう・腸ろうの状態に問題がないこと及び鼻からの経管栄養のチューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、看護師が行うこと。**

特に、鼻からの経管栄養の場合、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は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があることから、**看護師等が個々の児童生徒等の状態に応じて、必要な頻度でチューブの位置の確認を行う**ことが求められること。

出典：文部科学省

58

口腔内及び鼻腔内の喀痰吸引については、安全性確保の観点から、咽頭の手前までとされています。

なお、咽頭の手前までの判断を教職員が行うことは困難があることから、主治医又は学校医・医療的ケア指導医に挿入するチューブの長さを決めてもらう必要があります。

また、カニューレより奥の吸引は、気管粘膜の損傷・出血などの危険性があることから、気管カニューレ内に限られています。この場合、滅菌された吸引カテーテルを使用するなど手法の注意点を十分理解しておきましょう。

続いて、経管栄養については、胃ろう・腸ろうの状態に問題がないこと及び鼻からの経管栄養のチューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、看護師にお願いしましょう。

特に、鼻からの経管栄養の場合、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は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があることから、看護師にチューブの位置の確認をお願いするようにしましょう。

教職員が特定行為を実施する際の留意事項②

- 3) 教職員が特定行為を行う場合には、認定特定行為業務従事者としての認定を受けている必要があることや、その認定の範囲内で特定行為を行うこと、医師の指示を受けていることなど、法令等で定められた手続を経しておくこと。

なお、**特定行為を休職等で一定期間行わなかった場合には**、認定を受けた特定の児童生徒等に引き続き特定行為を行う場合であっても、当該教職員が再度安全に特定行為を実施できるよう、**必要に応じて学校現場で実技指導等の実践的な研修を行う**こと。

- 4) 保護者は、児童生徒等が登校する日には、その日の当該児童生徒等の健康状態及び特定行為の実施に必要な情報を連絡帳等に記載し、当該児童生徒等に持たせること。
- 5) 教職員は、連絡帳等を当該児童生徒等の登校時に確認すること。**連絡帳等に保護者から健康状態に異常があると記載されている場合は、特定行為を行う前に看護師に相談**すること。

出典：文部科学省

59

教職員が特定行為を行う場合には、法令等で定められた手続を経て、認定特定行為業務従事者としての認定を受けている必要があり、また、医師の指示の下、実施できる特定行為も決められています。また、認定を受けた特定の児童生徒の特定行為を休職等で一定期間行わなかったときは、再度安全に特定行為を実施できるよう、必要に応じて学校現場で実技指導等の実践的な研修を受けるようにしましょう。

特定行為以外の行為についても同様ですが、連絡帳を活用するなどして、保護者と当該児童生徒の健康状態や必要な情報の共有化を図るようにしましょう。また、認定特定行為業務従事者は主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師に定期的な報告を行う必要があるため、特定行為の記録を整備しておきましょう。

教職員が特定行為を実施する際の留意事項③

- 6) 教職員は、喀痰吸引等研修（第三号研修）の基本研修及び実地研修で実施した方法及びその手順でしか特定行為をおこなえないため、手順書等の内容を順守すること。
- 7) 教職員は、個別マニュアルに則して特定行為を実施するとともに、実施の際、特に気付いた点を連絡帳等に記録すること。
- 8) 主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師に定期的な報告をするため、**特定行為の記録を整備**すること。
- 9) **特定行為の実施中に万一異常があれば直ちに中止し、看護師等の支援を求める**とともに、**個別マニュアルに則して保護者及び主治医等への連絡と必要な応急措置をとること**。

出典：文部科学省資料を一部改変

60

また、認定特定行為業務従事者は主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師に定期的な報告を行う必要があるため、特定行為の記録を整備しておきましょう。

さらに、教職員は、喀痰吸引等研修（第三号研修）の基本研修及び実地研修で実施した方法及びその手順でしか特定行為をおこなえないため、手順書等の内容を順守すること。

最後に、特定行為の実施中に万一異常があれば直ちに中止し、看護師の支援を求めるとともに、個別又は緊急時の対応マニュアルに則して保護者及び主治医又は学校医・医療的ケアに知見のある医師への連絡など必要な応急措置を講じるようにしましょう。

学校における医療的ケアの実施①

- (1) 各学校においては、看護師を中心に教職員が連携協力して医療的ケアに当たること。
- (2) 医療的ケア児の状態に応じ、必ずしも看護師が直接特定行為を行う必要がない場合であっても、看護師による定期的な巡回や医師等といつでも相談できる体制を整備するなど医療安全を確保するための十分な措置を講じること。

①医療的ケアに係る関係者の役割分担

- ・当該医療的ケア児が在籍する学校やその設置者である教育委員会は安全に医療的ケアを実施するため、関係者の役割分担を整理し各関係者が相互に連携協力しながら、それぞれの役割において責任を果たしていくことが重要であること。
- ・教育委員会や学校は、教職員や医療関係者、保護者等の役割分担を整理すること。

(教職員の役割 -手伝いや見守りの例-)

学校における医療的ケアは看護師が主となり実施されるものであるが、教職員も学校医・医療的ケアに知見のある医師や看護師から事前に指導を受け、酸素吸入等を行っている幼児児童生徒の状態を見守ることや機械器具の準備や装着を手伝うことなどが考えられる。このような対応を行う場合には、あらかじめ、幼児児童生徒の状態の変化に対してどのような対応をとるか、学校医・医療的ケアに知見のある医師や看護師と連携協力の下、決めておく必要がある。

出典：文部科学省

61

各学校においては、教育委員会による医療的ケア児の状態に応じた看護師の適切な配置の下、看護師が主となり、教職員と連携協力して、医療的ケアに当たることとなります。

また、医療的ケア児の状態に応じ、看護師との役割分担により、教職員が喀痰吸引等を行う場合であっても、看護師による定期的な巡回や主治医又は学校医・医療的ケア指導医といつでも相談できる体制を整備するなど、各学校においては、医療安全を確保するため十分な措置を講じる必要があります。

さらに、学校における医療的ケアは看護師が中心となり実施されるものですが、教職員も学校医・医療的ケアに知見のある医師や看護師から事前に研修を受け、酸素吸入等を行っている児童生徒の状態を見守ることや機械器具の準備や装着を手伝うことなどが考えられます。このような対応を行う場合には、あらかじめ、児童生徒の状態の変化に対して、どのような対応をとるか、学校医・医療的ケアに知見のある医師や看護師との連携協力の下、決めておく必要があります。

学校における医療的ケアの実施②

②医療関係者との関係

- ・学校における医療的ケアの実施に当たっては、医療の専門的知見が不可欠であり、教育委員会や学校における検討や実施に当たっては、地域の医師会、看護団体（訪問看護に係る団体を含む。以下同じ。）その他の医療関係者の協力を得て、小児医療や在宅医療などの専門的知見を活用すること。
- ・看護師及び認定特定行為業務従事者である教職員が医療的ケアを行うには、医師の指示が必要であること。
- ・教育委員会においては、医療的ケアや在宅医療に知見のある医師を学校医として委嘱したり、特に医療的ケアについて助言や指導を得るための医師（医療的ケア指導医）を委嘱したりするなど、医療安全を確保するための十分な支援体制を整えること。

③保護者との関係

- ・学校における医療的ケアの実施に当たっては、保護者の理解や協力が不可欠であること。
- ・医療的ケア児の健康状態、医療的ケアの内容や頻度、想定される緊急時の対応などについて、あらかじめ保護者から説明を受け、学校で実施可能な医療的ケアの範囲について双方で共通理解を図ることが必要であること。この過程において主治医や教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医等を交えることも有効であること。

出典：文部科学省

62

学校における医療的ケアの実施に当たっては、医療の専門的知見が不可欠です。

教育委員会や学校における医療的ケアの検討や実施に当たっては、地域の医師会、看護団体（訪問看護に係る団体を含む。）その他の医療関係者の協力を得て、小児医療や在宅医療などの専門的知見を活用するようにしましょう。

また、看護師及び認定特定行為業務従事者が医療的ケアを行う場合には、医師の指示が必要です。学校には、基本的に常駐する医師が存在しないので、あらかじめ主治医から指示書の提供を受けたり、主治医から学校医又は医療的ケアに知見のある医師が情報提供を受け、看護師や認定特定行為業務従事者である教職員に指示を行うなどの体制整備が求められます。

このような体制を整備するには、教育委員会においては、医療的ケアや在宅医療に知見のある医師を学校医として委嘱したり、特に医療的ケアについて助言や指導を得るための医師を委嘱する必要があります。

また、学校における医療的ケアの実施に当たっては、保護者の理解や協力が不可欠です。当該児童生徒の健康状態、医療的ケアの内容や頻度、想定される緊急時の対応などについて、あらかじめ保護者から説明を受けて、学校で実施可能な医療的ケアの範囲について双方で共通理解を図る必要があります。また、この過程において主治医や学校医・医療的ケア指導医を交えることも有効です。

学校における人工呼吸器使用に関する日本小児神経学会のガイド①

- 1) 人工呼吸器使用児童・生徒の学校での受け入れについては、ガイドを使用して情報収集し、それに基づいて個別・具体的に協議を進める。各地域において、校長、教育関係者だけでなく、専門的な知識を持つ医療関係者も交えた協議会を設置し、最終的な判断は、その協議会において個別の児童・生徒ごとに行うことを原則とする。
- 2) 人工呼吸器療法（気管切開下の侵襲的呼吸器、非侵襲的呼吸器の両者を含む）を必要とする児童・生徒も、家庭で安定した生活が行われていれば、子どもの精神的自立と社会参加の可能性を拡げていくためにも、できる限り家族が付き添うことなく特別支援学級へ通学できることを目指す。

出典：2018年3月13日 日本小児神経学会「学校における人工呼吸器に関するガイド」

63

学校における人工呼吸器使用に関して、日本小児神経学会が提案している「学校における人工呼吸器に関するガイド」から大切な点をいくつか紹介します。

第一に人工呼吸器使用児童・生徒の学校での受け入れについては、ガイドを使用して情報収集し、それに基づいて個別・具体的に協議を進めます。各地域において、校長、教育関係者だけでなく、専門的な知識を持つ医療関係者も交えた協議会を設置し、最終的な判断は、その協議会において個別の児童・生徒ごとに行うことを原則とします。

第二に人工呼吸器療法（気管切開下の侵襲的呼吸療法、非侵襲的呼吸療法の両者を含む）を必要とする児童・生徒も、家庭で安定した生活が行われていれば、子どもの精神的自立と社会参加の可能性を拡げていくためにも、できる限り家族が付き添うことなく特別支援学級へ通学できることを目指すことが、日本小児神経学会のガイドでは示されています。

学校における人工呼吸器使用に関する日本小児神経学会のガイド②

3) 自発呼吸の有無、呼吸不全の程度、知的障害の有無、喉頭気管分離の有無、呼吸補助療法の要否、必要とする吸引回数、急変のリスクなどに関しては、個別性が高いので、個々の児童・生徒の状況を慎重にチェックして受け入れ方法を決定する。評価の際には、子どもの状態だけではなく、各自治体におけるケアの整備状況をも考慮する。（各自治体は学校におけるケア体制の整備に努める。）

本ガイドのチェック項目は各自治体が個別に評価する上での参考項目としてあげたものであり、全項目を整備しなければならないということではない。

出典：2018年3月13日 日本小児神経学会「学校における人工呼吸器に関するガイド」

64

第三に自発呼吸の有無、呼吸不全の程度、知的障害の有無、喉頭気管分離の有無、呼吸補助療法の要否、必要とする吸引回数、急変のリスクなどに関しては、個別性が高いので、個々の児童・生徒の状況を慎重にチェックして受け入れ方法を決定します。評価の際には、子どもの状態だけではなく、各自治体におけるケアの整備状況をも考慮します。（各自治体は学校におけるケア体制の整備に努める。）

本ガイドのチェック項目は各自治体が発別て評価する上での参考項目としてあげたものであり、全項目を整備しなければならないということではありません。

学校における人工呼吸器使用に関する日本小児神経学会のガイド③

- 4) 基本的には、各学校・地域で実施されている医療的ケアの実施手順（申請、指示書、校内での検討、研修、医療的ケアの実施等）に従って運用するが、必要があれば、人工呼吸器使用児童用の書類を別途追加する。
- 5) 通学や学外活動について、人工呼吸器を使用する場合は、他の医療的ケアを必要とする児童・生徒と比べて慎重な対応を必要とする点を考慮しつつ、将来、すべての希望する児童・生徒において通学・学外活動が可能となる方向を目指す。
- 6) 災害時の対応についても、各自治体において体制整備が必要である。今回は、日常場면을想定したガイドを提言するが、今後、災害時における対応、体制整備についても議論を進めていく必要がある。

出典：2018年3月13日 日本小児神経学会「学校における人工呼吸器に関するガイド」

65

第四に基本的には、各学校・地域で実施されている医療的ケアの実施手順（申請、指示書、校内での検討、研修、医療的ケアの実施等）に従って運用するが、必要があれば、人工呼吸器使用児童用の書類を別途追加します。

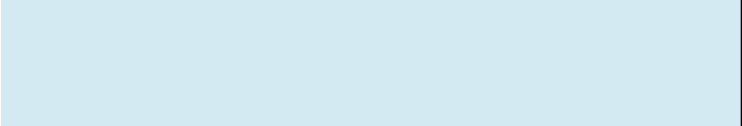
第五に通学や学外活動について、人工呼吸器を使用する場合は、他の医療的ケアを必要とする児童・生徒と比べて慎重な対応を必要とする点を考慮しつつ、将来、すべての希望する児童・生徒において通学・学外活動が可能となる方向を目指します。

第六に災害時の対応についても、各自治体において体制整備が必要です。今回は、日常場면을想定したガイドを提言します。今後、災害時における対応、体制整備についても議論を進めていく必要があります。

巻末にある「学校における人工呼吸器に関するガイド」のチェックリストを参考にご覧ください。（出典：2018年3月13日 日本小児神経学会）



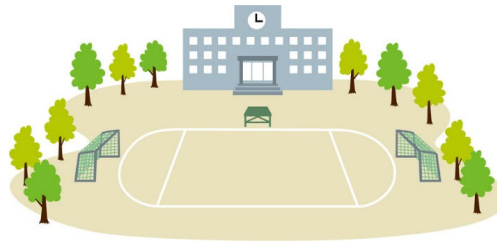
コラム



信頼の「チーム学校」①

私は小学部4年生の児童を担当していました。私の担任をしていた児童は、刻み食の給食を口から食べていましたが、刻み食を飲み込むと同時に、毎回むせて咳き込んでいましたので、一年間かけて、保護者にもお話をして、経管栄養による注入と吸引の2つの医療的ケアを申請していただきました。当時は、指導医と病

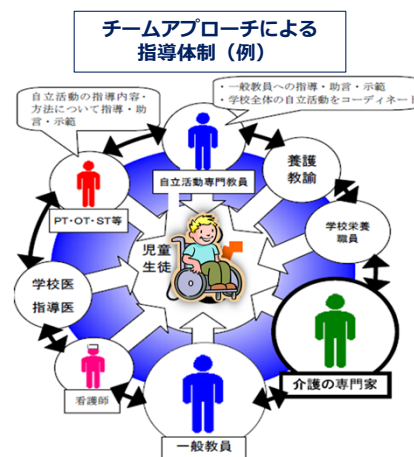
院の看護師から、研修を毎回受けて、担当する児童・生徒の、吸引や注入を必死に学びました。時には、隣接していた病院に泊まり、夜勤の病院実習にも参加しました。最初、担任をした児童の口腔内の吸引の実施は、手が震えたことを今でも思い出します。



信頼の「チーム学校」②

全てが終了した後、私は安堵感と嫌悪感で思い切って、職員室にいた先輩の先生方に「怖いんです。」と、正直に話をしました。その時、先輩の先生から意外な言葉がありました。「先生、僕もこわいよ。吸引するときは、今でも緊張するよ。」と、言っていました。私は「そうか、このベテランの先生も手が震えることがあったんだ。」と、少しホッとしたことも覚えています。その後、「でも、先生。吸引をした後、〇〇くんが、リラックスしてにっこりと笑顔で僕の顔を見るんだ。その笑顔を見ると『先生、ありがとう！』って言っているように思えるんだ。だから、先生、ゆっくりで良い

から子供たちと一緒に頑張って行こうね。」と、私を励ましてくれました。



信頼の「チーム学校」③

私たちは医師でも看護師でもありません。大学の教員養成課程では、医療的ケアについて、学ぶチャンスはありませんでした。現在、訪問学級で学校に通えない子供たちも含めて、全ての子供たちは、「学校に通学して、友達や先生と学びたい。」と思っています。その願いを叶えるために、より安全と安心を基盤に学校と医療とが連携して、現在の第三号研修が実施されています。本日、研修を受講されている方々の中で、これから実際に医療的ケアを実施する時、もしかしたら手が震えて、「こわい!」「難しい!」と思うかもしれません。そのような時は素直に、周りの先生方（教員）や

学校の看護師、あるいは指導医のドクターを信頼して、自分の思いを話してほしいと思います。皆さんの周りは素晴らしい方々です。そして、あなたも「チーム学校」の大切な一員です。素晴らしいチームを作っていただきたいと強く願います。周りの方々の信頼があることにより、児童・生徒の安全を確保し、より良い教育が提供できると信じます。皆さん、頑張ってください。

