福祉教育ラボ

公開研修教材｜研修版

誤嚥性肺炎を学ぶ

しくみを知り、普段との違いに気づき、
チームで、その人らしい食べ方を支える

単元 1 ～ 3 （全体で約 2 時間 20 分。単元ごとに使えます）



2026 年 11 月 15 日時点の資料に基づく
CC BY 4.0 （条件はスライド 41 ）。講師用ガイドは巻末に

この研修について

ねらい

誤嚥性肺炎のしくみを正しく理解し、普段との違いに気づいて記録し、医療職とチームにつなぐ。くり返さないための支援と、本人の望む食べ方を、チームで両立に近づけられるようになる。

対象

介護職（施設・在宅）、リーダー、サービス提供責任者、介護福祉士をめざす学生、家族

持ち物

筆記用具、巻末の記入シート（印刷して配布）

導入 10 分

約束、事前チェック、登場人物

単元 1 誤嚥性肺炎を正しく知る 40 分

誤嚥と肺炎、３つのまもり、見えない誤嚥

単元 2 気づく・つなぐ・入院のあと 40 分

5 つの窓、記録、報告、退院のとき

単元 3 くり返さない／食べることと決めること 40 分

口腔ケア、チーム、とろみ、意思決定

まとめ 10 分

事後チェック、明日から試すこと

はじめに：この研修の約束

1

事例はすべて架空

ハナさん・ジロウさん・職員は、研修のために作った人物です

2

実在の人の話をしない

名前・部署・日時・病名など、特定につながる情報は出しません

3

診断や治療の判断はしない

介護職の役割は、気づき、記録し、医療職につなぐこと

4

介助の方法は、その人の評価で

姿勢・食形態・とろみは、医療職・リハ職の評価と指示に従う

5

つらいときは無理をしない

人生の最終段階の話にも触れます。休んでかまいません

6

手順は職場で確かめる

緊急時の連絡先や手順は、事業所の決まりを確かめます

この教材の根拠の示し方

ガイドライン・公的資料	日本呼吸器学会のガイドライン、厚生労働省の資料など
研究	研究の結果（ランダム化比較試験、系統的レビュー、観察研究）
FEL の整理	福祉教育ラボが、資料をもとに教育のために整理したもの（診断基準ではない）
研修用の架空の情報	研修のために作った架空の事例の情報

研究を読むときの合言葉

「関連がある」は「効果がある」ではない。対象の人と場面が、目の前の人と同じかを確かめる。

事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

1	食事のときにむせなければ、誤嚥はしていない。	○	×
2	誤嚥しても、必ず肺炎になるわけではない。	○	×
3	高齢の人の肺炎では、熱や咳が目立たず、食欲が落ちる・元気がないことだけが目立つことがある。	○	×
4	介護職は、肺炎かどうかを自分で判断してから、医療職に伝えるかどうかを決める。	○	×
5	口腔ケアは、誤嚥性肺炎を確実に防げることが証明されている。	○	×
6	とろみをつければ、本人に負担をかけずに誤嚥性肺炎を防げる。	○	×

答えは研修の最後に確かめます

｜ CC BY 4.0

登場人物：施設と在宅の 2 人





ハナさん（ 84 歳・特別養護老人ホーム）

お茶にはとろみをつけている。いつもは主食を全部食べ、昼食後は食堂で話すのが楽しみ

施設の介護職員・看護職

毎日の食事や様子を見ている。気になる変化は看護職に伝える

ジロウさん（ 82 歳・在宅）

妻と二人暮らし。数年前の脳梗塞で右手に軽いまひ。夜は眠りを助ける薬を飲んでいる

訪問介護員のユウタさん

平日の昼に訪問し、食事の見守りをする。事業所のサービス提供責任者に報告する

ジロウさんの妻・訪問看護師・主治医

妻は「最近、食べるのに時間がかかる」と気にしている

 ｜ CC BY 4.0

この研修の地図：３つの単元

単元１ 知る

誤嚥と肺炎は同じではない。３つのまもり。見えない誤嚥。熱や咳が目立たない肺炎

→

単元２ 気づく・つなぐ

普段との違いを５つの窓で見て、記録し、医療職につなぐ。入院のあとと退院のとき

→

単元３ くり返さない・決める

口腔ケアとチーム。対策が生む負担。本人を真ん中に話し合う

研修を通した問い

「誤嚥性肺炎にならないこと」と「食べることを含め、その人らしく暮らし続けること」を、二者択一にしないために、私たちはどんな支援ができるだろうか。

単元 1
誤嚥性肺炎を正しく知る

目安 40 分｜もとのウェブ教材：ユニット 1



この単元でできるようになること

- 誤嚥と誤嚥性肺炎の違いを、自分の言葉で説明できる
- 体を守る「3 つのまもり」で、肺炎になるまでの流れを説明できる
- むせない誤嚥、眠っている間の誤嚥があることを説明できる
- 高齢の人の肺炎では、熱や咳が目立たないことがあると分かる

場面１｜夕方 いつもの食卓で



場面と人物は架空です

特別養護老人ホーム｜食堂

ハナさんは、とろみのついたお茶をゆっくり飲んでいます。
今日は朝から一度もむせませんでした。
夕方の申し送りで、職員の一人が言いました。
「ハナさん、今日はむせなかったから大丈夫ですね」

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

**一度もむせなかったハナさん。
安心してよいでしょうか？**

誤嚥と肺炎は、同じではない

誤嚥

食べ物・飲み物・唾液・逆流した胃の内容などが、
食道ではなく気管に入ること

肺炎

肺に炎症が起きること

誤嚥性肺炎 ＝「誤嚥のリスクがある宿主に生じる肺炎」

日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.23 。やさしく言うと「誤嚥が起きやすい人に起きた肺炎」

誤嚥しても、肺炎にならないことがある。むせなくても、肺炎が起きることがある。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.23

体を守る「3 つのまもり」

まもり 1 入れない

飲み込む力（嚥下機能）と、胃・食道のはたらきで、気管に入れない

→

まもり 2 出す

せきなどで、気道から外へ出す力（喀出を含む気道クリアランス）

→

まもり 3 たたかう

出しきれなかったとき、体が病気とたたかう力（免疫）

どこかで止まれば、肺炎に至りにくい。3 つとも弱くなっていると、肺炎になりやすい。

見るのは食事の場面だけではない。眠っている間、体の動き、栄養、全身の状態も「まもり」に関わる。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.23 表 1。「3 つのまもり」は福祉教育ラボの言い換え

見えない誤嚥：むせない誤嚥、眠っている間の誤嚥



むせない誤嚥がある

せきの反射がとても弱いと、誤嚥してもむせない（不顕性誤嚥）

眠っている間にも起こる

睡眠中などにも、口の中の唾液が肺に流れ込むことがある

昼の検査だけでは分からない

日中に異常がなくても、睡眠中には機能が下がることがある

「むせなかった」は、「誤嚥しなかった」の根拠にはならない。

記録には「むせなかった」と事実を書き、ほかの変化（声、食事の量、元気さ）も一緒に見る（ FEL の整理）。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024 」 p.25 ／厚生労働省「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」（ 2019 年 3 月） p.65

 ｜ CC BY 4.0

リスクになる状態（ガイドラインの表 1 から）

まもり 1 入れない

- 意識がはっきりしない
- 脳血管障害（脳梗塞など）
- 認知症、パーキンソン病など
- 睡眠薬・鎮静薬など（医原性）
- 胃食道逆流
- 経腸栄養（チューブからの栄養）
- 全身の衰弱、長期臥床

まもり 2 出す

- せきの力が弱い
- 慢性の気道の病気
- 全身の衰弱、長期臥床

まもり 3 たたかう

- 低栄養
- 全身の衰弱、長期臥床

全身の衰弱・長期臥床は、 3 つのまもりすべてを弱くする。食事だけでなく、離床・栄養・全身の状態も見る。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.23 表 1 （項目はやさしい言葉に言い換え、 3 つのまもりへの振り分けは福祉教育ラボの整理）

ワーク：どの「まもり」が弱くなっている？

ワーク｜10 分｜グループ

ジロウさん（在宅）のカード（巻末シート 1 に書きます）

- 脳梗塞の後遺症で、右手に軽いまひ
- 夜、眠りを助ける薬を飲んでいる
- この半年で、少しやせてきた
- 日中も横になっている時間が長くなった
- 食べるのに時間がかかり、食後に咳払いをする
- 妻「むせることは、あまりない」

話し合うこと

① それぞれ、どのまもりに関わる？　② 3 つ全部に関わるものは？　③ だから、ふだん何を見ておく？

CC BY 4.0

ガイドライン・公的資料　研究

熱や咳が目立たない肺炎がある

よく知られている肺炎の症状

熱、咳、痰

→ 高齢の人では、目立たないことがある

前に出てくることがある変化

食欲が落ちる、元気がない、動きが少なくなる

→ 「いつもと違う」が手がかり

冒頭の問い：一度もむせなかったハナさん

むせなかったことは、安心の根拠にはなりません。むせない誤嚥があり、眠っている間にも起こります。肺炎になっても熱や咳が目立たないことがあります。だから、ふだんとの違いを見ておくことが大切です（単元 2 へ）。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.30 ／ Takada T ほか . BMJ Open 2017;7(11):e019155

 ｜ CC BY 4.0

単元１のまとめ：誤嚥性肺炎を正しく知る

最初の問い　一度もむせなかったハナさん。安心してよいでしょうか？

まだ分かりません。むせない誤嚥があり、肺炎になっても熱が目立たないことがあります。ふだんとの違いを見ていきます。

1. 誤嚥と肺炎は同じではない。誤嚥性肺炎は「誤嚥のリスクがある宿主に生じる肺炎」
2. 入れない・出す・たたかうの「３つのまもり」のどこかで止まれば、肺炎に至りにくい
3. むせない誤嚥、眠っている間の誤嚥がある。「むせなかった」は安心の根拠にならない
4. 高齢の人では、熱や咳より、食欲の低下や元気のなさが前に出ることがある

単元 2
気づく・つなぐ・入院のあと

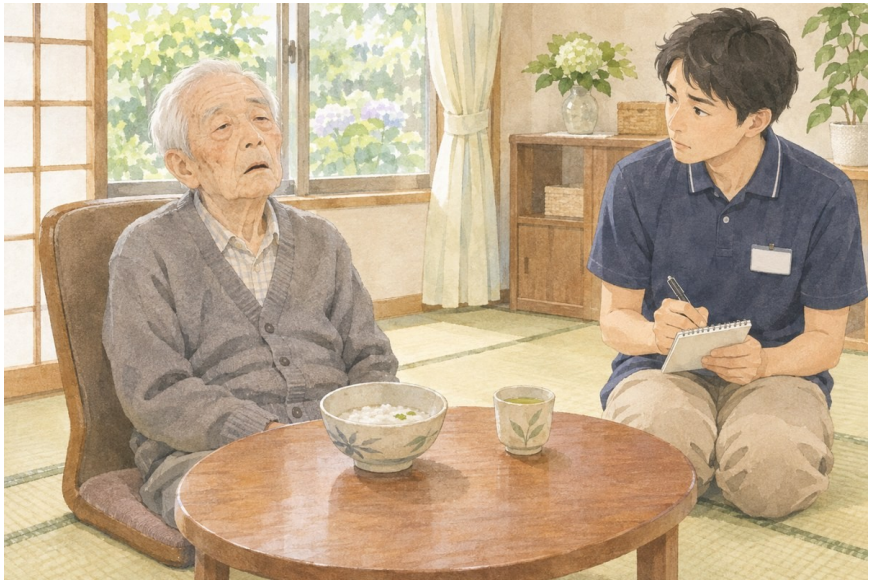
目安 40 分｜もとのウェブ教材：ユニット 4 ・ 5



この単元でできるようになること

- 普段との違いを「5 つの窓」で観察できる
- 「元気がない」を、見たこと・量・時間・いつもとの違いで記録できる
- すぐに医療につなぐ場面と、伝え方が分かる
- 肺炎が治ることと、また食べられることは違うと分かり、退院のときにつなぐ情報を挙げられる

場面 2 ｜平日の昼 ジロウさんの居間



場面と人物は架空です

在宅｜訪問介護（昼の食事の見守り）

訪問介護員のユウタさんが訪ねると、ジロウさんはおかゆを半分以上残していました。いつもの食後の咳払いのほかに、咳はありません。体温はまだ測っていません。でも、なんとなく元気がありません。
妻は「疲れているだけだと思うけど」と言っています。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

あなたがユウタさんなら、どうしますか？

｜CC BY 4.0

介護職の役割は、診断ではない

観察する

普段との違いを、 5 つの窓で見る

→

記録する

見たこと・量・時間・いつもとの違いを書く

→

つなぐ

だれに・いつ・何を伝えるか。緊急時は手順どおり

介護職がすること

- いつもとの違いに気づく
- 事実を具体的に書く
- 医療職・事業所に伝える

介護職がしないこと

- 肺炎かどうかを決める
- 「様子を見よう」と一人で決める
- 薬や治療を判断する

普段との違いを見る「5つの窓」

窓	いつものジロウさん	今日のジロウさん	
食事	昼食はおかゆを全部食べる	おかゆを半分以上残した	**違いあり**
活動	午後はテレビを見て過ごす	食後すぐ横になった	**違いあり**
意識や反応	呼ぶとすぐ返事をする	返事はあるが、ゆっくり	**違いあり**
呼吸	穏やか	いつもどおり、穏やか	**変化なし**
声や痰	はっきりした声	食後に、ゴロゴロと湿った声	**違いあり**

「いつもの様子」を知っているから、「今日の違い」に気づける。いつもの様子も記録に残しておく。

すぐに医療につなぐとき

様子が明らかにおかしいときは、ためらわずに、すぐ連絡する

- 息苦しさが強い、呼吸がいつもと明らかに違う
- 急に意識や反応が変わった（呼んでも反応が鈍い、ぼんやりしている）
- 顔色や唇の色が悪い など

命に関わるとき（反応がない・呼吸が止まりそう・窒息）は、まず 119 番と応援要請。報告はその後

施設では

看護職へ。夜間は施設の連絡手順にそって、オンコールや医師へ。

在宅では

事業所（サービス提供責任者）、訪問看護、主治医へ。家族にも伝える。

出典：福祉教育ラボ「誤嚥性肺炎 基礎資料」・ウェブ教材ユニット 4 の整理。連絡の手順は事業所の決まりに従う

 ｜ CC BY 4.0

「元気がない」を、伝わる記録に書き換える

元の記録

「ジロウさん、元気がない。食欲もない様子。」

記録の 4 つの部品

① 見たこと　② 量
③ 時間　④ いつもとの違い

ワーク｜5 分｜個人

部品を使って、元の記録を書き換えてみよう（巻末シート 2 ）

書き換えの例

「昼食のおかゆを 3 分の 1 ほどで止めた（いつもは全部食べる）。食後すぐに横になった（いつもは午後テレビを見る）。呼ぶと返事はあるが、いつもよりゆっくり。食後に湿った声。呼吸はいつもどおり穏やか。体温 37.0℃（いつもは 36.2℃ 前後。事業所の手順で測った場合）。」

｜ CC BY 4.0

伝え方：だれに・いつ・何を

1	**だれが・だれのこと**	「訪問介護のユウタです。ジロウさんのことで連絡しました」
2	**見たこと・いつもとの違い**	「昼食のおかゆを 3 分の 1 で止め、食後すぐ横になりました。いつもは全部食べます」
3	**心配していること**	「食後に湿った声があり、返事もゆっくりで、いつもと違うのが心配です」
4	**してほしいこと**	「様子を見に来てもらえますか。それまでに見ておくことを教えてください」
5	**記録する**	伝えた相手・時刻・言われたことを記録する

 ｜ CC BY 4.0

ロールプレイ：ユウタさんの報告

ワーク｜8分｜3人組　巻末シート3（伝える準備メモ）を使います

ユウタさん役	スライド23の順番で、2分以内に伝える
受ける人の役	サービス提供責任者、または訪問看護師。1つ質問する
観察する人	事実・いつもとの違い・心配・お願いが伝わったかを見る

ふりかえり：受ける人は、聞いてすぐに様子が思い浮かんだか。何が分かりにくかったか。

入院のあと：治ることと、食べられることは違う



肺炎が治る

炎症がおさまる

また食べられる

口から必要な量を、安全に食べる

元の暮らしに戻る

歩く、話す、楽しみを取り戻す

3 つは別々のもの。退院したあと、生活の場で「食べること」と「動くこと」を支え続ける。

出典： Momosaki R ほか . Geriatr Gerontol Int 2016;16(5):556-560 ／ Yagi M ほか . Geriatr Gerontol Int 2016;16(11):1181-1187 ／小山珠美 ほか . 日摂食嚥下リハ会誌 2020;24(1):14-25

 ｜ CC BY 4.0

退院のとき：病院の評価を、生活の場につなぐ

- 食事の形、とろみの濃さ
- 食べるときの姿勢、介助の方法
- 嚥下の評価の結果と、そのときの注意
- 口腔ケアの方法
- 薬の変化（新しく出た薬、やめた薬）
- 体の動き、離床の目安
- 本人の思い（食べたいもの、気がかり）
- 次に受診するときと、連絡の目安

分からないまま、入院前と同じやり方に戻さない。分からなければ聞く。

単元２のまとめ：気づく・つなぐ・入院のあと

最初の問い　あなたがユウタさんなら、どうしますか？

「様子を見る」と一人で決めず、記録して伝えます。息苦しさや急な反応の変化など、明らかにおかしいときは、すぐに連絡します。

1. 介護職の役割は診断ではなく、観察し、記録し、つなぐこと
2. 5 つの窓（食事・活動・意識や反応・呼吸・声や痰）で、いつもとの違いを見る
3. 見たこと・量・時間・いつもとの違いで記録し、心配としてほしいことを伝える。明らかにおかしいときは、すぐ連絡
4. 肺炎が治ることと、また食べられることは違う。退院のときは、評価と介助の方法を生活の場につなぐ

単元 3
くり返さない／食べることと決める

目安 40 分｜もとのウェブ教材：ユニット 6 ・ 7



この単元でできるようになること

- 口腔ケアの根拠を、強さと不確かさを含めて説明できる
- 多職種が何を見て、何を共有するかを挙げられる
- とろみや経管栄養にも負担や限界があることを説明できる
- 本人を真ん中に、繰り返し話し合う決め方の原則を説明できる

場面 3 ｜食堂の窓辺 ハナさんの言葉



場面と人物は架空です

特別養護老人ホーム｜食堂

誤嚥性肺炎で入院し、施設に戻ってきたハナさん。お茶にはとろみをつけています。ある日、こう話しました。
「とろみをつける前みたいに、さらっとしたお茶を飲みたいのよ」

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

あなたなら、まず何をしますか？

ガイドライン・公的資料　研究

口腔ケア：「必ず防げる」でも「不要」でもない



ガイドライン

肺炎の予防に「弱く推奨」（確実性 C ）

系統的レビュー

施設での専門的な口腔ケアで、発症に明確な差は示されず。肺炎関連の死亡は減る可能性（確実性低い）

だから

効果の大きさは不確か。でも、続ける理由がある

口腔ケアを続ける理由（ FEL の整理）：口の清潔、心地よさ、食べる準備、口の中の変化に気づく機会。方法は歯科職と相談する。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024 」 CQ20 （推奨一覧 p.vii ）／ Cao Y ほか . Cochrane Database Syst Rev 2022; (11):CD012416

 ｜ CC BY 4.0

チームで支える：だれが何を見て、何を共有するか

介護職
毎日の食事・眠り・活動の様子、いつもとの違い

看護職・医師
体調の変化、診断・治療、方針

言語聴覚士
飲み込む力の評価、食事の形や練習

歯科医師・歯科衛生士
口の中の状態、口腔ケアの方法

管理栄養士
栄養、食事の形と量

理学療法士・作業療法士
姿勢、体の動き、離床

薬剤師
薬の影響（眠気、口の渇きなど）

介護支援専門員・相談員
情報の調整、本人・家族との話し合いの場

本人と家族も、チームの一員。介護職の気づきが、ほかの職種の評価のきっかけになる。

出典：日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.26 ／ Ueda A, Nohara K. Glob Health Med 2026;8(4):265-273

対策が生む別の負担：とろみの例

肺炎の発生

あごを引く姿勢の群と、とろみの群で、統計的に意味のある差はなかった

脱水

とろみの群のほうが多かった

読み方

- 「とろみは無意味」ではない。対象は認知症またはパーキンソン病で、液体を誤嚥する人
- この研究では脱水が多かった。対策には、飲む量や楽しみへの負担も生まれうる（FEL の整理）
- とろみの濃さや飲み方は、その人の嚥下の評価で決める。介護職だけで変えない

出典： Robbins J ほか . Ann Intern Med 2008;148(7):509-518

経管栄養：だれに、どこまで言えるか

重度の認知症の人について（系統的レビュー）

- 生存期間が延びるとは言えない
- 褥瘡のリスクが高まる可能性がある
- 生活の質を調べた研究はなかった

回復が見込める時期の、一時的な栄養の方法には当てはめない。

どの方法にも、益と負担がある。だから、本人の思いと、その人にとっての益と負担を、チームで話し合う（次のスライド）。

出典： Davies N ほか . Cochrane Database Syst Rev 2021;CD013503

決め方の原則：本人を真ん中に、繰り返し話し合う

1 本人による意思決定が基本

本人の思いを、分かる言葉で聞く

2 繰り返し話し合う

本人・家族・医療とケアのチームで、何度でも

3 意思が確認できないときは、推定される意思を尊重

これまでの言葉や暮らし方から考える

4 話し合いを記録する

その都度、文書にまとめておく

年齢や、肺炎を繰り返したことだけで、方針は決まらない（FEL の整理）。

緩和的なケアは、治療をやめることではない。苦痛を和らげ、本人の望む暮らしを支える取り組み（FEL の整理）。

出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018 年）／日本老年医学会（2012 年）／日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」 p.6

 ｜ CC BY 4.0

ワーク：「前みたいにお茶を飲みたい」

ワーク｜12 分｜グループ　巻末シート 4（チームで話し合うためのメモ）を使います

① ハナさんに聞きたいこと	お茶を飲むことに込めた思いは？　どんなときに飲みたい？
② 介護職が見ていること	今の飲み方、むせ、声、量、体調
③ チームに確かめること	だれに、何を相談する？（評価、試せる方法、口の中）
④ 記録と、次の話し合い	何を書き残し、いつ、だれと話し合う？

どちらか一方に決めるのではなく、両立に近づける方法を一緒に考える

｜CC BY 4.0

単元３のまとめ：くり返さない／食べることと決めること

最初の問い　「前みたいにお茶を飲みたい」に、あなたなら、まず何をしますか？

本人の言葉と様子を記録し、チームで話し合えるように伝えます。介護職だけで変えず、説明して終わりにもしません。

1. 口腔ケアは「必ず防げる」でも「不要」でもない。推奨は弱く、効果の大きさには不確かさがある
2. 多職種がそれぞれの見方で関わる。介護職の気づきが評価のきっかけになる
3. とろみや経管栄養にも負担や限界がある。根拠は対象の人を確かめて読む
4. 本人を真ん中に、繰り返し話し合い、記録する。年齢や再発だけで方針は決まらない

｜ CC BY 4.0

二者択一にしないために

知る

誤嚥と肺炎は違う。むせない誤嚥がある。熱が目立たない肺炎がある

→

気づく・つなぐ

5 つの窓で見て、事実で記録し、医療職に伝える

→

くり返さない・決める

口腔ケアとチーム。本人を真ん中に、繰り返し話し合う

「誤嚥性肺炎にならないこと」と「食べることを含め、その人らしく暮らし続けること」を、二者択一にしない。

ウェブ教材と記事の中心となる問い（福祉教育ラボ）

事後チェック｜もう一度、〇か × か

1	食事のときにむせなければ、誤嚥はしていない。	○	×
2	誤嚥しても、必ず肺炎になるわけではない。	○	×
3	高齢の人の肺炎では、熱や咳が目立たず、食欲が落ちる・元気がないことだけが目立つことがある。	○	×
4	介護職は、肺炎かどうかを自分で判断してから、医療職に伝えるかどうかを決める。	○	×
5	口腔ケアは、誤嚥性肺炎を確実に防げることが証明されている。	○	×
6	とろみをつければ、本人に負担をかけずに誤嚥性肺炎を防げる。	○	×

答えが変わった問題に、印をつけてみましょう

答えと、ふりかえり

1	食事のときにむせなければ、誤嚥はしていない。	×	むせない誤嚥がある。眠っている間にも起こる（単元１）
2	誤嚥しても、必ず肺炎になるわけではない。	○	外へ出す力、たたかう力で止まれば肺炎に至りにくい（単元１）
3	高齢の人の肺炎では、熱や咳が目立たず、食欲が落ちる・元気がないことだけが目立つことがある。	○	ガイドラインの記述。普段との違いが手がかり（単元１・２）
4	介護職は、肺炎かどうかを自分で判断してから、医療職に伝えるかどうかを決める。	×	判断は医療職。介護職は観察し、記録し、つなぐ（単元２）
5	口腔ケアは、誤嚥性肺炎を確実に防げることが証明されている。	×	推奨は「弱い」。効果の大きさには不確かさがある（単元３）
6	とろみをつければ、本人に負担をかけずに誤嚥性肺炎を防げる。	×	とろみにも負担がある。個別の評価で考える（単元３）

明日から試すことを、１つだけ

ワーク｜３分｜個人

（どんな場面）のとき、（どんなこと）をする。

例

記録に「むせなし」と書くとき、食事の量と声の様子も一緒に書く。

「元気がない」と感じたとき、５つの窓でいつもと比べてから伝える。

本人が「食べたい」「飲みたい」と言ったとき、その言葉をそのまま記録してチームに伝える。

この教材を使うときに

医療の判断は、医療職と

この研修は診療の解説ではありません。介助の方法（姿勢・食形態・とろみ）や体調の判断は、その人の評価と、医療職・リハ職の指示に従ってください。

事例と根拠について

ハナさん・ジロウさんの事例は架空です。ガイドラインや研究は、使う時点で新しい版が出ていないか確かめてください。つらく感じたときは、職場の人に話してください。

この教材について

- ウェブ教材（全 7 ユニット・図と演習つき）： fukushi-edu-lab.com/learning/aspiration/
- CC BY 4.0 （ creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ja ）：出典・ライセンス・改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます。引用した第三者の文章と福祉教育ラボのロゴは対象外です
- 講師用ガイドは、この PDF の最後にあります。挿絵は福祉教育ラボが生成 AI で作成しました。カスタマイズの相談：fukushi-edu-lab.com/contact/

出典（１／２）

日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024」（定義・表 1 p.23、不顕性誤嚥 p.25、高齢者の症状 p.30、全人的ケアの 12 要素 p.26、CQ20 推奨一覧 p.vii、意思や QOL への配慮 p.6） https://www.jrs.or.jp/publication/file/adult_pneumonia_2024v5.pdf

厚生労働省「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」（2019 年 3 月） p.65 https://www.mhlw.go.jp/content/000500646.pdf

Takada T ほか. Diagnostic utility of appetite loss in addition to existing prediction models for community-acquired pneumonia in the elderly. BMJ Open 2017;7(11):e019155

Momosaki R ほか. Geriatr Gerontol Int 2016;16(5):556-560 （口から食べる力の回復） DOI 10.1111/ggi.12506

Yagi M ほか. Geriatr Gerontol Int 2016;16(11):1181-1187 （早期リハビリと ADL） DOI 10.1111/ggi.12610

小山珠美ほか. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌 2020;24(1):14-25 DOI 10.32136/jsdr.24.1_14

Cao Y ほか. Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. Cochrane Database Syst Rev 2022;(11):CD012416 DOI 10.1002/14651858.CD012416.pub3

Ueda A, Nohara K. Glob Health Med 2026;8(4):265-273 DOI 10.35772/ghm.2026.01042

出典（２／２）

Robbins J ほか . Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Ann Intern Med 2008;148(7):509-518

Davies N ほか . Enteral tube feeding for people with severe dementia. Cochrane Database Syst Rev 2021;CD013503 DOI 10.1002/14651858.CD013503.pub2

厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（ 2018 年 3 月改訂）

日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン――人工的水分・栄養補給の導入を中心として」（ 2012 年）
https://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/storage/finished_projects/guideline/1203GL_final_0312c.pdf

福祉教育ラボ「誤嚥性肺炎を学ぶ」（全 7 ユニット） https://fukushi-edu-lab.com/learning/aspiration/

「３つのまもり」「５つの窓」、伝え方の順番、職種ごとに見ること、退院のときに確かめる情報は、福祉教育ラボが教育のために整理したもので、診断基準や決まった手順ではありません。

ハナさん・ジロウさんの事例は、研修のために作った架空のものです。挿絵は福祉教育ラボが生成 AI で作成しました。

巻末シート１｜３つのまもりで整理する

カードの情報を、どのまもりに関わるかで分けて書きます。３つ全部に関わるものは、それぞれに書きます。

まもり	置いた情報	だから、ふだん何を見ておく？
まもり 1 入れない		
まもり 2 出す		
まもり 3 たたかう		
3 つ全部に関わる		

病名の判断はしない。気になることは医療職と確かめる

CC BY 4.0

巻末シート２ ｜ ５つの窓 観察と記録

いつもの様子と今日の様子を比べ、違いを具体的に書きます。変化がなかったことも書きます。

窓	いつもの様子	今日の様子（見たこと・量・時間）	違い
食事			
活動			
意識や反応			
呼吸			
声や痰			
書き換えた記録			

明らかにおかしいときは、記録より先に連絡

巻末シート３｜伝える準備メモ

報告する前に、伝えることを短く書き出します。伝えたあとは、相手・時刻・言われたことを書きます。

項目	書いてみよう
だれが・だれのこと	
見たこと・いつもとの違い	
心配していること	
してほしいこと	
伝えた相手・時刻	
言われたこと（指示）	

巻末シート４｜チームで話し合うためのメモ

本人の言葉から始め、だれに何を確かめるかを書きます。結論を急がず、次の話し合いにつなげます。

項目	書いてみよう
本人の言葉（そのまま）	
その言葉に込めた思い（本人に聞く）	
介護職が見ていること	
チームに確かめること（だれに・何を）	
家族の思い	
次の話し合い（いつ・だれと）	

介護職だけで、とろみや食事の形を変えない

｜CC BY 4.0

講師用ガイド（1 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 1　表紙

福祉教育ラボの公開研修教材です。ウェブ教材「誤嚥性肺炎を学ぶ」（全 7 ユニット）と、その基礎資料をもとに、統計の読み方は外して、誤嚥性肺炎の基本の理解、気づいてつなぐこと、入院のあと、くり返さないための支援、食べることと意思決定を、架空の 2 つの事例（施設のハナさん、在宅のジロウさん）で学べるように組み立てました。全体で約 2 時間 20 分です。単元ごとに切り離して使えます。

この研修は医療職向けの診療の解説ではありません。介護職の役割は、診断ではなく、気づき、記録し、医療職につなぐことです。

スライド 2　この研修について

研修のねらいと時間配分を最初に示します。

時間の内訳：導入＝ねらい 2 分／約束 2 分／根拠の示し方 1 分／事前チェック 3 分／登場人物と地図 2 分。まとめ＝全体のまとめ 2 分／事後チェック 2 分／答えとふりかえり 3 分／明日から試すこと 3 分。

分けて使う例：単元ごとに約 50 分（導入の約束と事前チェックを 5 分、単元 40 分、まとめの一部を 5 分）。どの使い方でも、研修の約束（スライド 3）は必ず入れてください。

単元 3 の後半は、人生の最終段階に関わるガイドラインにも触れます。つらく感じる人がいるかもしれないので、最初に予告しておきます。

講師用ガイド（2 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 3　はじめに：この研修の約束

最初に全員で確かめます。事例はすべて架空です。ワークでは、実際の利用者や職員の話を持ち込まないようにします。

介助の方法（姿勢、食形態、とろみの濃さなど）は、その人の嚥下の評価と、医療職・リハビリ職の指示によって決まります。この研修では、一律の手順は示しません。

単元 3 では、経管栄養や人生の最終段階のガイドラインにも触れます。身近な人を思い出してつらくなったときは、無理をせず休んでかまいません。

スライド 4　この教材の根拠の示し方

札は、その内容の根拠の種類を示します。ガイドラインの推奨、研究の結果、福祉教育ラボの整理を混ぜないことが大切です。とくに観察研究は「関連がある」ことまでしか示せず、「効果がある」とは言えません。

この研修では、死亡数などの統計は扱いません。統計の読み方は、ウェブ教材のユニット 2 ・ 3 で学べます。

スライド 5　事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

答えはまだ言いません。最後に同じ問題でもう一度答えます（スライド 38 ・ 39）。時間の目安は 3 分。

スライド 6　登場人物：施設と在宅の 2 人

ハナさんは、ウェブ教材「誤嚥性肺炎を学ぶ」と同じ架空の人物です。ジロウさんは、この研修のために作った架空の人物です。病名などの設定は、学ぶための架空のものです。

講師用ガイド（3 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 7　この研修の地図： 3 つの単元

3 つの単元の流れを示します。どの単元にも共通する問いは、「誤嚥性肺炎にならないこと」と「食べることを含め、その人らしく暮らし続けること」を、二者択一にしないために何ができるか、です（ウェブ教材と記事の中心となる問い）。

スライド 8　単元 1 誤嚥性肺炎を 正しく知る

時間配分の目安：場面と最初の問い 3 分／誤嚥と肺炎 5 分／ 3 つのまもり 7 分／見えない誤嚥 6 分／リスクになる状態 5 分／ワーク 10 分／熱や咳が目立たない肺炎 2 分／まとめ 2 分。

スライド 9　場面 1 ｜夕方 いつもの食卓で

「安心してよい」「まだ分からない」で手を挙げてもらいます。この単元では、むせることと誤嚥、誤嚥と肺炎の関係を整理してから、この問いに答えます。

スライド 10　誤嚥と肺炎は、同じではない

日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン 2024 」は、誤嚥性肺炎を「誤嚥のリスクがある宿主に生じる肺炎」と定義しています（ p.23 ）。誤嚥（食べ物や唾液、逆流したものが気管に入ること）そのものが肺炎なのではなく、誤嚥しやすい状態にある人に起きた肺炎を指します。

誤嚥しても肺炎にならないことがあり、反対に、むせが見られないまま肺炎が起きることもあります。

講師用ガイド（4 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 11　体を守る「3 つのまもり」

誤嚥しても、必ず肺炎になるわけではありません。ガイドライン（p.23 表 1）は、リスクを「誤嚥のリスク」（嚥下機能低下・胃食道機能不全）と「誤嚥による肺炎のリスク」（喀出を含む気道クリアランス能低下・免疫能低下）に分けています。ウェブ教材では、これを「3 つのまもり」とやさしく言い換えています（福祉教育ラボの整理）。

ガイドラインは、誤嚥したものを十分に外へ出せる場合は、肺炎に至りにくいとしています（p.23）。

スライド 12　見えない誤嚥：むせない誤嚥、眠っている間の誤嚥

ガイドラインは、むせる誤嚥を「顕性誤嚥」、せきの反射が著しく低下していてむせこみが見られない誤嚥を「不顕性誤嚥」としています。誤嚥性肺炎の多くは不顕性誤嚥によって起こるため、診断が難しいことも少なくないとしています（p.25）。また、日中の嚥下の検査で異常がなくても、睡眠中には機能が下がることがあるとしています（p.25）。

厚生労働省の介護施設向けの感染対策マニュアルも、睡眠中などでも口の中の唾液が肺に流れ込むことがあると説明しています（p.65）。

CC BY 4.0

講師用ガイド（5 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 13　リスクになる状態（ガイドラインの表 1 から）

ガイドラインの表 1 （ p.23 ）に挙げられている主な状態を、 3 つのまもりに沿って並べました。たとえば、睡眠薬・鎮静薬などは「医原性」として嚥下機能低下に、低栄養は免疫能低下に入っています。全身の衰弱や長く寝ている状態（長期臥床）は、 3 か所すべてに入っています。ガイドラインは、これらの原因の多くは加齢などに伴う全身の衰弱に関連するとしています（ p.23 ）。

病名の判断はしません。ここでは「見る範囲を広げる」ために使います。

スライド 14　ワーク：どの「まもり」が弱くなっている？

グループで 10 分。巻末シート 1 を使います。カードの情報を、 3 つのまもりのどれに関わるか置いてみます。答えの例：脳梗塞の後遺症（入れない）、眠りを助ける薬（入れない＝医原性。薬の影響は医師・薬剤師に確かめる）、最近やせてきた（たたかう＝低栄養の可能性。医療職と確かめる）、日中も横になっている時間が長い（ 3 つすべて）、食べるのに時間がかかる・食後に咳払い（入れない。観察して医療職に伝える）。

大切なのは正解ではなく、「だから何を見ればよいか」を話し合うことです。病名や原因を決めつけないようにします。

講師用ガイド（6 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 15　熱や咳が目立たない肺炎がある

ガイドラインは、とくに高齢者では典型的な呼吸器症状が出にくく、食欲の低下や活動性の低下など、肺炎と直接関係がないような変化が前面に出てくる場合があるとしています（p.30）。

国内の研究（3 つの教育病院、高齢者 109 人）でも、食欲の低下は肺炎を見分ける手がかりの一つでした。ただし、対象は上気道の症状で受診した人の市中肺炎全体で、誤嚥性肺炎に限った研究ではなく、食欲の低下だけで診断できるわけではありません。

スライド 16　単元 1 のまとめ：誤嚥性肺炎を正しく知る

最初の問いに戻ります。ウェブ教材ユニット 1 で、喉の図や仕分けの演習をくり返し確かめられます。

スライド 17　単元 2 気づく・つなぐ・ 入院のあと

時間配分の目安：場面と最初の問い 3 分／介護職の役割 3 分／5 つの窓 5 分／すぐ医療へ 4 分／記録 7 分（うちワーク 5 分）／伝え方 3 分／ロールプレイ 8 分／入院のあと 4 分／退院のとき 2 分／まとめ 1 分。

スライド 18　場面 2 ｜平日の昼 ジロウさんの居間

「様子を見る」「記録して事業所に伝える」「すぐに救急車を呼ぶ」の 3 つで、心の中で選んでもらいます。この単元では、見る・書く・つなぐの順に考え、最後にこの問いに戻ります。正解は 1 つではなく、様子によって変わります。

講師用ガイド（7 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 19　介護職の役割は、診断ではない

介護職の役割は、肺炎かどうかを判断することではありません。普段との違いを観察し、具体的に記録し、医療職に伝えることです（基礎資料・ウェブ教材ユニット 4 の整理）。

介護職は毎日の生活の場にいるので、「いつもと違う」に最初に気づける立場にあります。判断は医療職が行います。迷ったら、伝える側に倒します。

スライド 20　普段との違いを見る「5 つの窓」

5 つの窓（食事・活動・意識や反応・呼吸・声や痰）は、ウェブ教材ユニット 4 で福祉教育ラボが整理した観察の見方で、診断基準ではありません。ジロウさんの例は架空です。

変化がなかったこと（呼吸はいつもどおり、など）も、記録の大切な中身です。

スライド 21　すぐに医療につなぐとき

基礎資料の整理では、呼吸が苦しそう、急な意識の変化、明らかな低酸素などがあるときは、速やかに医療的な評価を受けるとしています。ここに挙げたのは目安で、診断基準ではありません。

連絡先と手順は、事業所ごとに決まっています（施設なら看護職・医師、在宅ならサービス提供責任者・訪問看護・主治医、緊急時は 119 番など）。研修の後に、自分の職場の手順を必ず確かめてもらいます。

のどに詰まらせた（窒息）は、誤嚥性肺炎とは別の緊急事態です。命に関わるときは、まず 119 番と応援要請をし、そのあとに報告します。手順は職場で確かめてください。

講師用ガイド（8 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 22　「元気がない」を、伝わる記録に書き換える

ウェブ教材ユニット 4 の演習をもとに、ジロウさんの場面に置きかえています。

答えの例：「昼食のおかゆを 3 分の 1 ほどで止めた（いつもは全部食べる）。食後すぐに横になった（いつもは午後テレビを見る）。呼ぶと返事はあるが、いつもよりゆっくり。食後に湿った声。呼吸は穏やかで、いつもどおり。体温 37.0℃（いつもは 36.2℃ 前後。事業所の手順で測った場合）」。

「疲れているようだ」「食欲がない様子」は、書いた人の解釈です。見たことと分けて書きます。

スライド 23　伝え方：だれに・いつ・何を

伝える順番は、福祉教育ラボが整理した一例です（事業所に決まった様式があれば、それに従います）。

大切なのは、①事実と、いつもとの違いを先に伝える、②自分が心配していることをはっきり言う、③してほしいこと（見に来てほしい、指示がほしい）を伝える、④言われたことと、伝えた時刻を記録する、です。

講師用ガイド（9 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 24　ロールプレイ：ユウタさんの報告

3 人組で 8 分（1 人 2 分 ×3 交代、最後に 2 分でふりかえり。質問は 1 つ）。役：ユウタさん（訪問介護員）、受ける人（事業所のサービス提供責任者、または訪問看護師）、観察する人。

受ける人は「ほかに何か気づいたことは？」「熱は？」「呼吸は？」と 1 つ質問します。観察する人は、事実といつもとの違いが先に伝わったか、してほしいことが伝わったかを見ます。

場面 2 の最初の問いの答え：様子によって変わります。息苦しさが強い、急に反応が変わったなど明らかにおかしいときは、すぐ連絡（緊急時は手順どおり 119 番）。そうでなくても「様子を見る」と一人で決めず、記録して事業所・医療職に伝えます。

スライド 25　入院のあと：治ることと、食べられることは違う

肺炎が治ることと、また口から十分に食べられるようになることは同じではありません。国内の大規模なデータを使った研究では、入院してから口から必要な量を食べられるようになるまでの速さに、体の動き（ADL）や体重、肺炎の重さなどが関連していました。

早めのリハビリや、多職種チームでの関わりが、体の動きの改善や口から食べることと関連したという国内の研究もあります。ただし、どれも観察研究で、「効果がある」とまでは言えません。

このスライドでは数値は扱いません（ウェブ教材ユニット 5 で学べます）。

講師用ガイド（10 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 26　退院のとき：病院の評価を、生活の場につなぐ

病院で行われた嚥下の評価や、食事の形、介助の方法が、退院のあとに生活の場で生かされているかは大切な論点です（基礎資料の整理）。下の項目は、退院のときに確かめたい情報として福祉教育ラボが整理したもので、決まった様式ではありません。

施設では看護職・相談員、在宅では介護支援専門員が中心になって情報を受け取ることが多いので、介護職は「分からないこと」をその人たちに聞きます。

スライド 27　単元 2 のまとめ：気づく・つなぐ・入院のあと

最初の問いに戻ります。ウェブ教材ユニット 4 ・ 5 で、記録の演習と、入院のあとの研究の読み方を確かめられます。

スライド 28　単元 3 くり返さない／ 食べることと決める

時間配分の目安：場面と最初の問い 3 分／口腔ケア 6 分／チーム 5 分／とろみ 4 分／経管栄養 3 分／決め方の原則 5 分／ワーク 12 分／まとめ 2 分。

この単元の後半は、人生の最終段階のガイドラインに触れます。始める前に「つらくなったら休んでよい」ことをもう一度伝えます。

スライド 29　場面 3 ｜食堂の窓辺 ハナさんの言葉

ウェブ教材ユニット 7 の場面です。①本人の希望なので、とろみをつけずに出す　②安全のため、とろみはやめられないと説明して終わりにする　③本人の言葉と様子を記録し、チームで話し合えるよう伝える、の 3 つで考えてもらいます。この単元の最後に、チームで何を確かめるかを考えます。

講師用ガイド（11 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 30　口腔ケア：「必ず防げる」でも「不要」でもない

日本呼吸器学会のガイドラインは、肺炎の予防に口腔ケアを「弱く推奨」しており、エビデンスの確実性は C （低い）としています（ CQ20 ）。

介護施設の入所者を対象にした系統的レビュー（コクラン、 2022 年。ランダム化比較試験 6 件）では、専門職による口腔ケアと通常のケアで、肺炎の発症に明確な差は示されませんでした。肺炎に関連した死亡は減る可能性がありますが、確実性は低いとされています。

口腔ケアは、口の清潔や心地よさ、食べる準備としても大切です（福祉教育ラボの整理）。最適な方法や頻度はまだ分かっていないので、歯科職と相談して、その人に合ったやり方で続けます。

スライド 31　チームで支える：だれが何を見て、何を共有するか

ガイドラインは、誤嚥性肺炎への全人的なケアの要素として、診断、治療、嚥下、栄養、基礎疾患の管理、予後予測、意思決定支援、予防、症状の緩和、口腔管理、リハビリテーション、多職種チームの 12 個を挙げています（ p.26 ）。

下の表は、職種ごとに主に見ることを福祉教育ラボが整理したもので、効果が証明された手順ではありません。 3 つ以上の職種による予防の取り組みを集めたレビューでも、 10 研究中 7 研究で発症の減少が報告されましたが、唯一のランダム化比較試験では効果は確認されませんでした。再発の予防を扱った研究はありませんでした。

講師用ガイド（12 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 32　対策が生む別の負担：とろみの例

認知症またはパーキンソン病があり、液体を誤嚥する人を対象にしたランダム化比較試験があります。あごを引く姿勢で飲む群と、とろみのある液体を飲む群を比べたところ、 3 か月間の肺炎の発生に統計的に意味のある差はありませんでした。一方、脱水は、とろみの群のほうが多く見られました。

この結果から「とろみをやめてよい」とは言えません。対象の人が限られた研究です。言えるのは、誤嚥を減らすための対策にも、別の負担（飲む量が減る、おいしくない、楽しみが減る）が生まれうる、ということです。

スライド 33　経管栄養：だれに、どこまで言えるか

重度の認知症がある人の経管栄養についての系統的レビュー（コクラン、 2021 年）では、適格なランダム化比較試験はなく、非ランダム化研究から、経管栄養で生存期間が延びるとは言えず、褥瘡のリスクが高まる可能性が示されました。生活の質を調べた研究はありませんでした。

これは重度の認知症についての根拠です。肺炎の治療中など、回復が見込める時期の一時的な栄養の方法には当てはめません。

講師用ガイド（13 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 34　決め方の原則：本人を真ん中に、繰り返し話し合う

厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018 年 3 月改訂）の原則です。ガイドラインの名前に「人生の最終段階」とありますが、ハナさんがそうだという意味ではありません。本人を中心に話し合う「決め方の原則」として見ます。

日本老年医学会のガイドライン（2012 年）は、人工的な水分・栄養補給について、本人の人生にとっての益と害、本人の意向を踏まえて考える道筋を示しています。日本呼吸器学会のガイドラインも、誤嚥性肺炎を繰り返す人などでは、個人の意思や生活の質を考えてケアや治療の方針を検討することに触れています（p.6）。

年齢や、肺炎を繰り返したことだけで方針は決まりません。緩和的なケアは、治療をやめることではありません。

スライド 35　ワーク：「前みたいにお茶を飲みたい」

グループで 12 分。巻末シート 4 を使います。

確かめることの例：ハナさんがお茶を飲むことに込めている思い（味、温かさ、昔からの習慣、人と話す時間）／今の飲み方とむせ・声の様子（介護職が見ていること）／嚥下の評価と、試せる方法（言語聴覚士・医師・看護職に相談）／体調、口の中の状態／家族の思い／話し合ったことの記録。

介護職だけで、とろみをやめたり、濃さを変えたりはしません。一方で「安全のため」と説明して終わりにもしません。本人の言葉と様子を記録して、チームで話し合えるように伝えるのが、場面 3 の最初の問いへの答えです。正解の結論はありません。

講師用ガイド（14 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 36　単元 3 のまとめ：くり返さない／食べることと決めること

最初の問いに戻ります。ウェブ教材ユニット 6 ・ 7 で、根拠の強さの違いと、話し合いの演習を確かめられます。

スライド 37　二者択一にしないために

研修全体のまとめです。誤嚥性肺炎を防ぐことと、その人らしく食べて暮らすことは、どちらか一方を選ぶものではありません。しくみを知り、普段との違いに気づいてつなぎ、本人を真ん中にチームで話し合うことで、両立に近づけます。

スライド 38　事後チェック｜もう一度、〇か × か

研修のはじめと同じ問題です。答えが変わったところに印をつけてもらいます。時間の目安は 2 分。

スライド 39　答えと、ふりかえり

答えが変わった問題を、隣の人と 1 つ話してもらいます（ 1 分）。 1 は p.25 、 2 は p.23 、 3 は p.30 （日本呼吸器学会のガイドライン）、 4 は介護職の役割の整理、 5 は同ガイドラインの CQ20 とコクランのレビュー、 6 はランダム化比較試験（ Robbins 2008 ）にもとづきます。

スライド 40　明日から試すことを、 1 つだけ

個人で 3 分。書いた目標は提出しなくてかまいません。 1 か月後に、職場の会議や申し送りで「試してみてどうだったか」を話す機会をつくると、研修の効果を確かめやすくなります。

講師用ガイド（15 ／ 15）｜話す要点と、問いの答え

スライド 41　この教材を使うときに

この教材は CC BY 4.0 です。出典（福祉教育ラボ・教材名・ URL ）とライセンスを示し、改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます。引用した第三者の文章と福祉教育ラボのロゴは、このライセンスの対象外です。

この研修は医療職向けの診療の解説ではありません。個別の介助の方法や体調の判断は、その人の主治医や医療職、リハビリ職の評価と指示に従ってください。