

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内（通常手順）

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)	手袋の着用またはセッシをもつ。 ※直前に、アルコール製剤等による手指消毒をする。	看護職員 介護職員	手袋を着用するか、または手洗い後清潔にセッシ（吸引チューブを挟んでもつ大きなピンセット状の器具）をもつ。		・清潔・不潔の知識
4)	吸引の実施 ①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し、吸引器と連結管で連結する。 ②（浸漬法の場合、）吸引チューブ外側を連結部から先端まで清浄綿等で拭く。 ③吸引器の電源を入れて、水の入った容器へ吸引チューブを入れ、吸引力が事前に取り決められた設定になることを確認する。 ④吸引チューブの先端の水をよく切る。 ⑤利用者に吸引の開始について声かけをする。 ⑥吸引チューブを静かに挿入する。 ⑦鼻腔内の分泌物等の貯留物を吸引する。 ⑧吸引チューブを静かに抜く。 ⑨吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く。 ⑩洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす。 ※1回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んで、もう一度、②～⑩を行う。	看護職員 介護職員	吸引チューブを連結管と接続したら、周囲に触れないよう注意する。 事故予防のため、清潔な水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認する。 吸引チューブを再利用する場合、浸漬法（消毒剤入り保管容器に吸引チューブを浸して保管する方法）乾燥法（保管容器に吸引チューブを乾燥させて保管する方法）がある。 浸漬法の場合は、吸引チューブを清浄綿等で拭き、消毒剤を十分に洗い流すためにも、水を十分吸引する。 ※アルコール綿で拭く場合には、吸引チューブを十分に乾燥させる。 鼻腔入り口は、粘膜が薄く、毛細血管があるため出血をきたしやすいので、十分注意する。 鼻腔粘膜の損傷や出血の予防、吸引時間短縮のため、吸引圧は事前に設定されている圧を守る。 ※吸引チューブをとどめておくと、粘膜への吸い付きが起こる場合もあるので、吸引チューブを回したり、ずらしたりしながら圧が1カ所にかからないように留意する。	・吸引器の故障 ・消毒剤が体内に入ることによるショック ・吸引操作による鼻腔粘膜の損傷、出血 ・嘔気、嘔吐の誘発 ・吸引チューブが誤って深く挿入された場合の迷走神経反射の出現 ・吸引時間が長くなることによる低酸素状態	・吸引器のしくみ ・吸引器の取り扱い ・吸引器の作動確認方法 ・吸引器の取り扱い ・消毒剤の作用、副作用 ・鼻腔内のしくみ ・出現する危険がある事柄 ・吸引の操作、技術 ・緊急、症状出現時の気づき方と対応
5)	実施後の片づけ ・吸引器の電源を切る。 ・吸引チューブを連結管からはずす。 ・保管容器に吸引チューブを入れておく。	看護職員 介護職員	鼻汁等には多くの細菌等を含んでいるため、まず、吸引チューブ外側を清拭し、次に、水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。		・感染予防 ・吸引の操作、技術 ・吸引器の取り扱い
6)	手袋をはずす（手袋を使用している場合）。				
7)	利用者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える。	看護職員 介護職員	吸引が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。取りきれたかどうかを確認する。 吸引後の安楽な姿勢を整える。		・吸引実施後の気持ちの確認の必要性 ・安楽な姿勢のとり方
8)	吸引物および利用者の状態を観察する。	看護職員 介護職員	利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を観察する。	・観察漏れ	・観察内容 ・観察技術

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内（通常手順）

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
9)	利用者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。 (観察項目) ・顔色 ・呼吸の状態 ・分泌物等の残留の有無等	看護職員 介護職員	吸引実施後に、利用者の状態が変化してないか等を観察するとともに、低酸素状態の確認については、サチュレーションモニターを用いて確認する。 また実施直後は問題なくても、その後状態変化がみられる危険性もあるため、顔色が青白くなったり、呼吸が速くなる等の異常がある場合は、直ちに、医師および看護職員に連絡する。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを確認する。	・低酸素状態の出現 ・全身状態の変化	・低酸素状態の症状 ・観察技術 ・緊急、症状出現時の対応
10)	手洗い	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをする（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。 (報告項目) ・利用者の全身状態 ・吸引した物の量、性状等	看護職員 介護職員	吸引中・吸引後の利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。 看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は、再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する。	・観察漏れ ・記載漏れ	・観察内容 ・観察技術 ・緊急、症状出現時の対応
2)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) ・いつ ・どこで ・誰が ・どのように ・どうしたか ・どうなったか	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	・ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし	・ヒヤリハット・アクシデントの実際 ・喀痰吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。	看護職員 介護職員	機器の故障を防ぐため、適切に管理する。 吸引の内容物によっては感染源となりうる。ものもあるので、その場合は施設が定めた指針に従い処理する。 居宅においては、1日1回吸引びんの内容物を廃棄して、吸引びんを洗浄する。 廃棄時、吸引びんの取り扱いに注意する。	・使用後の消毒の不備による感染症のまん延 ・後片づけを実施する者の取り扱いの不備による職員の感染 ・後片づけ中の器具の破損	・吸引に関連する感染症 ・感染予防 ・機器の取り扱い（メンテナンス）
2)	使用物品を後片づけ / 交換する。 ・吸引チューブや綿・消毒剤入り保存液・水などの不足の有無と補充	看護職員 介護職員	使用が終了した機器等は事故予防や故障予防のため、できる限り速やかに持ち帰ることが望ましい。 次回の使用時に備えて、不足しているものを補充する。 吸引チューブに損傷を認めた場合や（消毒）保存液等に浮遊物などを確認したら速やかに交換する。 吸引チューブや保管容器、清浄綿などの必要物品は定期的に交換する。	・機器の故障 ・機器の放置による事故	・リスクマネジメント ・ヒヤリハット・アクシデントの実際（介護現場で発生しうる事故等） ・必要物品清潔保持の仕方 ・機器の取り扱い（メンテナンス）

テキストII

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内（通常手順）

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
2)	①食事時のみに使用する 場合 ②食事時以外でも使用する 場合 ③緊急時のみに使用する 場合	看護職員 介護職員	施設が定めた保管場所に保管する。 ベッドサイドでも使用する場合は、使用し やすい位置に配置する。 緊急時に備え、いつでも使用できるように メンテナンスをしておく。		

STEP 7 記録					
吸引に関連する内容等を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケア実施の証明および今 後のケアプランに活用で きるように記録しておく。 (記録の内容) • 実施時刻 • 吸引した内容物の種類 や性状および量 • 一般状態 • 特記事項 • 実施者名 • 利用者の訴え	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表 現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ま しい。	• 記載間違い	• 記録の意義、内 容、方法 • 一連のケアにか かわる用語

③気管カニューレ内部（通常手順）

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部（通常手順）

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に吸引が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。	医師 看護職員 介護職員	<p>気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引は、まれに迷走神経反射、気管支れん縮、低酸素状態等を引き起こす危険性があり、職員間の連携が重要である。特に、人工呼吸器を使用している場合は取り扱いを十分に理解しておくこと。</p> <p>居宅においては、介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして、看護職員との連携を図る。 特に、人工呼吸器を装着している利用者の場合には、人工呼吸器の作動状況なども含めた看護職員による実施前の確認が必要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不十分な連携体制 連絡網の紛失や変更時の修正漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制 医行為に関連する関係法規 緊急を要する状態の把握 観察技術
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について喀痰吸引を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。 施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員・介護職員の知識・技術の程度 医行為に関連する関係法規

STEP 2-① 観察判断					
口腔内、鼻腔内、気管内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を判断する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の口腔、鼻腔、気管カニューレ内部および全身状態等を観察し、吸引の必要性および看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。 気管カニューレや全身状態や痰の貯留状況を観察し、吸引の刺激による悪化の可能性等から吸引の可否を確認する。 総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし、判断する。 カフ付きの気管カニューレの場合にはカフエアの確認を行う。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。 施設においては、毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <p>居宅においては、定期的に、状態を観察する。ただし、居宅においては、介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして、吸引の適応であるか、介護職員と協働して実施できるかの確認をすることが望ましい。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員が実施すべき利用者の状態

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部（通常手順）

STEP 2-② 観察					
口腔内、鼻腔内、気管内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を観察する。 (観察項目) ・口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の状態(出血や損傷の有無等) ・気管カニューレ周囲の状態(出血やびらんの有無等) ・気管内の状態(出血や損傷の有無等) ・むせこみの有無 ・全身状態(意識レベル、覚醒の状況、呼吸の状態等) ・利用者の訴え(息苦しさ、痰がたまっている、痰が出にくい等)	看護職員 介護職員	利用者本人の協力が得られる場合は、説明を行い、口腔内および鼻腔内を観察する。バイタルサインや気管カニューレ内部の状態に加え、全身状態も観察しておく。 ※吸引が必要な状態を判断するにあたっては、個々の利用者の状態や前後のケア(食後・体位の変換後や入浴前後など)の状況によって異なるため、事前に看護職員に確認をしておく。 ※利用者個々に適した吸引チューブや吸引圧・吸引時間・吸引の深さおよび個々の吸引の留意点について、事前に看護職員に確認をしておく。	・利用者の精神的興奮や観察の理解が得られないことによる観察不足	・口腔から気管支までおよび肺のしくみとはたらき ・気管カニューレのしくみと取り扱い上の留意点 ・痰および唾液を増加させる疾患・状態 ・観察技術

STEP 3 準備					
吸引に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの吸引に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いを行う(またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う)。 ※吸引実施前に、他のケア(清拭やおむつ交換など)をして、その後に吸引をする場合もあるため、吸引の前には必ず、手洗いまたはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒により手指を清潔にする。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、作動状況等を点検確認する。	看護職員 介護職員	ケアの途中で物品を取りに行くことがないよう、必要物品を揃えておく。また吸引器が正常に作動するかを事前に点検しておく。	・吸引器の誤作動による吸引のトラブル(過吸引等)	・吸引に必要な物品 ・吸引器のしくみ、吸引器の取り扱い
4)	必要物品を利用者のもとの運ぶ。	看護職員 介護職員	使用しやすい位置に物品を置いておく。吸引チューブを保管しておくために消毒剤を使用するが、誤飲等が起きないように注意する。 すぐに使用できるように、気道閉塞(窒息)の危険がある利用者のそばに置いておく。	・吸引チューブを保管するための消毒液の誤飲による中毒	・消毒剤の副作用

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	説明・環境整備 ・利用者に吸引の説明をする。 ・プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをする。 ・吸引を受けやすい姿勢に整える。	看護職員 介護職員	吸引は利用者の協力が不可欠であり、十分説明をしたあとに実施する。苦痛をとまなう処置のためプライバシーの保護に努める。		・吸引の方法 ・事前説明の必要性と方法
2)	吸引前の観察(観察項目) ・気管内の状態 ・気管内の分泌物等の貯留物 ・気管カニューレ周囲や固定の状態(出血や損傷の有無)	看護職員 介護職員	気管カニューレの状況は、実施前に実施者の目で観察することが重要である。異常がある場合には、担当の看護職員に連絡する。	・観察不足による異常の見落とし	・口腔、気道内、肺のしくみとはたらき ・気管カニューレのしくみと取り扱い上の留意点 ・観察技術

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部 (通常手順)

STEP 4 実施

吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。

プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)	手袋の着用またはセッシをもつ。 ※直前に、アルコール製剤等による手指消毒をする。	看護職員 介護職員	基本的には滅菌された清潔な手袋を両手に着用するか、または手洗い後清潔にセッシ (吸引チューブを挟んでもつ大きなピンセット状の器具) をもつ。		・清潔・不潔の知識
4)	<p>吸引の実施</p> <p>①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し、吸引器と連結管で連結する。</p> <p>② (浸漬法の場合、) 吸引チューブ外側を連結部から先端まですべて清浄綿等で拭く。</p> <p>③吸引器のスイッチを入れて、原則として滅菌精製水の入った容器へ吸引チューブを入れ、吸引圧が事前に取り決められた設定になることを確認する。</p> <p>④吸引チューブの先端の水をよく切る。</p> <p>⑤利用者に吸引の開始について声をかける。</p> <p>⑥吸引チューブを静かに挿入する。</p> <p>⑦気管カニューレ内部の分泌物等の貯留物を吸引する。</p> <p>⑧吸引チューブを静かに抜く。</p> <p>⑨吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く。</p> <p>⑩滅菌精製水を吸引しチューブ内側を清掃する。 ※1回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んで、もう一度、③～⑩を行う。</p>	看護職員 介護職員	<p>原則として無菌操作で行うが、厳密な無菌操作が行えない場合には、清潔を遵守する。吸引チューブをセッシで扱う場合もある。吸引チューブを取り出した後は、周囲に触れないよう注意する。</p> <p>吸引チューブは原則として単回利用とするが、吸引チューブを再利用する場合、浸漬法 (消毒剤入り保管容器に吸引チューブを浸して保管する方法) と乾燥法 (保管容器に吸引チューブを乾燥させて保管する方法) がある。 浸漬法の場合は、吸引チューブを清浄綿等で拭き、滅菌精製水を十分吸引し、消毒剤を洗い流す。 ※アルコール綿で拭く場合には、吸引チューブを十分に乾燥させる。</p> <p>吸引チューブの根元を完全には折らず、少し圧をかけた状態で、所定の位置まで静かに挿入する。 気管カニューレの長さ以上の部分までは挿入しないように注意する。</p> <p>気管内の損傷や出血の予防、吸引時間短縮のため、吸引圧は事前に設定されている圧を守る。 手袋の場合：吸引チューブを静かに、回し (こより) ながら、1カ所に圧がかからないように、分泌物を吸引する。 長時間にならないよう、適切な吸引時間 (10～15秒以内) で行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 吸引器の故障 消毒剤が体内に入ることによるショック 吸引操作による気道粘膜の損傷、出血 吸引チューブが誤って深く挿入された場合の気道粘膜が刺激される。 吸引チューブが誤って深く挿入された場合の迷走神経反射の出現による除脈、低血圧 吸引時間が長くなることによる低酸素状態 気道感染、肺炎 不整脈、除脈、異常血圧 	<ul style="list-style-type: none"> 吸引器のしくみ 吸引器の取り扱い 吸引器の作動確認方法 必要物品の清潔保持方法 消毒剤の作用、副作用 口腔、気道内、肺のしくみ 出現する危険がある事柄 吸引の操作、技術 緊急、症状出現時の気づき方と対応 感染予防
5)	<p>実施後の片づけ</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者への吸引終了後は滅菌精製水、消毒剤入り保存液の順で吸引する。 吸引器の電源を切る。 吸引チューブを連結管からはずす。 保管容器に吸引チューブを入れておく。または単回使用の場合は原則として破棄する。 	看護職員 介護職員	<p>分泌物には、多くの細菌等を含んでいるため、吸引チューブ外側を清拭し、次に、滅菌精製水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。浸漬法の場合、消毒剤入り保存液、滅菌精製水の順で吸引することもある。吸引チューブを連結管からはずしたら、どこにも触れないよう保持し、速やかに保管容器に戻す。または単回使用の場合は原則として破棄する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 感染予防 吸引の操作、技術 吸引器の取り扱い

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部（通常手順）

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
6)	手袋をはずす（手袋を使用している場合）				
7)	利用者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える。	看護職員 介護職員	吸引後が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。取りきれたかどうかを確認する。吸引後の安楽な姿勢を整える。		<ul style="list-style-type: none"> 吸引実施後の気持ちの確認の必要性 安楽な姿勢のとり方
8)	吸引物および利用者の状態を観察する。	看護職員 介護職員	利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を観察する。	<ul style="list-style-type: none"> 観察漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 観察内容 観察技術
9)	利用者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。 (観察項目) <ul style="list-style-type: none"> 顔色 呼吸の状態 気管内、気管カニューレ周囲の状況 全身状態等 	看護職員 介護職員	吸引実施後に、利用者の状態が変化していないか等を観察するとともに、低酸素状態の確認については、サチュレーションモニターを用いて確認する。 また実施直後は問題なくとも、その後状態変化がみられる危険性もあるため、顔色が青白くなったり、呼吸が速くなる等の異常がある場合は、直ちに、医師および看護職員に連絡する。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の出現 全身状態の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の症状 観察技術 緊急、症状出現時の対応
10)	手洗い	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをする（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		<ul style="list-style-type: none"> 清潔・不潔の知識 手洗いの方法

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> 利用者の全身状態 吸引した物の量、性状等 	看護職員 介護職員	吸引中・吸引後の利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は、再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する。	<ul style="list-style-type: none"> 観察漏れ 記載漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 観察内容 観察技術 緊急、症状出現時の対応
2)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> いつ どこで 誰が どのように どうしたか どうなったか 	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし 	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの実際 喀痰吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部（通常手順）

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。	看護職員 介護職員	機器の故障を防ぐため、適切に管理する。吸引の内容物によっては感染源となりうるものもあるので、その場合は施設が定めた指針に従い処理する。 居宅においては、1日1回吸引びんの内容物を廃棄して、吸引びんを洗浄する。 廃棄時、吸引びんの取り扱いに注意する。	<ul style="list-style-type: none"> 使用後の消毒の不備による感染症のまん延 後片づけを実施する者の取り扱いの不備による職員の感染 後片づけ中の器具の破損 	<ul style="list-style-type: none"> 吸引に関連する感染症 感染予防 機器の取り扱い（メンテナンス）
2)	使用物品を後片づけ / 交換する。 <ul style="list-style-type: none"> 吸引チューブや綿・消毒剤入り保存液・水などの不足の有無と補充 ①食事時のみに使用する ②食事時以外でも使用する ③緊急時のみに使用する	看護職員 介護職員	使用が終了した機器等は事故予防や故障予防のため、できる限り速やかに持ち帰ることが望ましい。 次回の使用時に備えて、不足しているものを補充する。 吸引チューブに損傷を認めた場合や（消毒）保存液等に浮遊物などを確認したら速やかに交換する。 吸引チューブや保管容器、清浄綿などの必要物品は定期的に交換する。 施設が定めた保管場所に保管する。 ベッドサイドでも使用する場合は、使用しやすい位置に配置する。 緊急時に備え、いつでも使用できるようにメンテナンスをしておく。	<ul style="list-style-type: none"> 機器の故障 機器の放置による事故 	<ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメント ヒヤリハット・アクシデントの実際（介護現場で発生しうる事故等） 必要物品清潔保持の仕方 機器の取り扱い（メンテナンス）

STEP 7 記録					
吸引に関連する内容等を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。 (記録の内容) <ul style="list-style-type: none"> 実施時刻 吸引した内容物の種類や性状および量 一般状態 特記事項 実施者名 利用者の訴え 	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> 記載間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 記録の意義、内容、方法 一連のケアにかかわる用語

2. 経管栄養法

①胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

2. 経管栄養法 ① 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する(急変・事故発生時の対策を含む)。	医師 看護職員 介護職員	<p>経管栄養は、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていない場合に、誤って注入を行うと、腹膜炎など重大な事故につながる危険性があり注意が必要である。腸の動きが不十分な場合には、腹部膨満感、嘔気・嘔吐等を引き起こす可能性がある。特に、嘔吐は誤嚥や気道閉塞(窒息)の危険性がある。</p> <p>また終了までに時間を要する場合には、利用者の拘束感が強く、利用者自身によるチューブの自己抜去の可能性もあるため、職員間の連携が重要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不十分な連携体制 連絡網の紛失や変更時の修正漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制 医行為に関連する関係法規 緊急を要する状態の把握 観察技術
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について経管栄養を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員・介護職員の知識・技術の程度

STEP 2-① 観察判断					
胃ろう・腸ろう栄養チューブおよび利用者の状態を観察し、胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の可否を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の胃腸および全身の状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>施設においては、毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <p>居宅においては、1日1回以上、状態を観察する。</p> <p>経管栄養を安全に実施することが可能かどうか判断に迷う場合は、医師に確認する。総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし、安全に経管栄養が実施可能か、また、栄養剤(流動食)を注入後どのような状態(下痢等)になるかを推測し、実施の有無を判断する。</p> <p>看護職員は1日1回以上胃ろう腸ろうの状態に問題のないことを確認する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 判断間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 観察技術 腹部の触診、聴診技術 看護職員が実施すべき利用者の状態

2. 経管栄養法 ①胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

STEP 2-② 観察					
胃ろう・腸ろう栄養チューブおよび利用者の状態を観察し、胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の可否を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を観察する。 (観察項目) ・胃ろう・腸ろう栄養チューブの固定または挿入部の状態 ・呼吸の状態・腹部膨満感 ・腹痛の有無 ・腸音(看護職員) ・排便の状況 ・ガスの排泄状態 ・嘔気・嘔吐の有無 ・嚥下の状態 ・利用者の訴え	看護職員 介護職員	経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護職員が行うことが望ましい。 定期的な排ガス、排便があるかなど、全身状態に気をくばり、腹部の張りなども合わせて確認する。 介護職員のみで行う場合で、観察項目において異常がある場合には看護職員に連絡する。	・胃ろう・腸ろう栄養チューブの固定または挿入部の異常などの状態の見逃し ・既往歴や日常生活の情報不足、利用者の腹痛等の状態の確認不足 ・腸音の誤聴取(看護職員)	・消化管のしくみとはたらしき ・挿入された胃ろう・腸ろう栄養チューブの観察 ・経管栄養に必要な観察項目

STEP 3 準備					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容、既往歴や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いをを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをを行う(またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う)。	・必要物品の間違い	・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、指示された栄養剤(流動食)の種類、量、時間を確認する。	看護職員 介護職員	氏名・経管栄養剤の内容と量・有効期限・注入開始時間・注入時間を確認する。	・栄養剤(流動食)の取り扱い間違い	・経管栄養に必要な物品と使用方法
4)	パッケージされていない栄養剤(流動食)については、指示内容に従って、栄養点滴チューブをつないだボトルに詰め、パッケージされた栄養剤(流動食)については、利用者のものであることを確認し、滴下筒の半分まで栄養剤を入れ栄養点滴チューブの先端まで流して、栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しておく。	看護職員 介護職員	<栄養剤(流動食)の取り扱いについて> 栄養剤(流動食)の温度により、低温では腸ぜん動を亢進させ、腹痛や下痢を引き起こす危険性があり、保存場所の気温に影響されることを留意する。 種類により、加熱禁止などあるので取り扱い説明書や注意書きを確認し、適温にする。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 居宅においては、冬期など保管場所の温度が低い場合は、適切な温度の管理が必要。 </div> ミキサー食は分離する可能性もあるので、適宜かくはんさせる。 栄養点滴チューブ内に空気が残っていると、利用者の胃腸に空気も注入され、合併症を誘発する危険があるため、できる限り空気を抜いておく。 イリゲータ(ボトル)のふたは確実に閉め、ほこりや落下菌等からの汚染を予防する。	・栄養剤(流動食)の取り扱い間違い	・腹痛や下痢など合併症を引き起こす状態 ・腹部膨満感や嘔気・嘔吐を引き起こす事柄 ・栄養剤(流動食)の取り扱い
5)	準備した栄養剤(流動食)を利用者のもとの運ぶ。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認する。	・利用者の間違い	・利用者の確認方法

STEP 4 実施					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養について、利用者へ処置を説明し、適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明を行う。	看護職員 介護職員	注入には30分から2時間程度の時間を要するため、利用者が胃ろう・腸ろう栄養チューブの挿入部や接続部に、無意識に手をもっていき、胃ろう・腸ろう栄養チューブ抜去の可能性があるので、利用者や家族の協力が必要であり、十分に処置の説明を行う。 利用者本人の同意が得られない場合は、家族に同意を得る。いつもと違う状態であれば看護職員に相談する。		・胃ろう腸ろうの経管栄養の方法と手技

2. 経管栄養法 ① 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

STEP 4 実施					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養について、利用者に処置を説明し、適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
2)	注入する栄養剤（流動食）が利用者本人のものかどうかを確認し、体位および環境を整える。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認し、適切な体位をとる。輸液ポンプを使用せずに（自然落下で）経管栄養を行う場合には、接続部より50 cm以上高い所にイリガートル（ボトル）の液面がくるようにつるす。	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の確認方法
3)	経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する。計量カップに指示された栄養剤を注ぎ入れ、計量カップの経管栄養剤をイリゲータに注ぎ入れる。滴下筒を押し、滴下筒に半分ほど経管栄養剤を満たす。クレンメを少し開きながら栄養点滴チューブの先端まで、全体に経管栄養剤を行き渡らせ、クレンメを閉じる。	看護職員 介護職員	<p>多くの輸液ラインがある場合は、胃ろう・腸ろう栄養チューブを間違えて接続する可能性があるため、十分注意する。経管栄養チューブが、ねじれたり折れたりしていないか、固定が外れていないかを確認する。外れないように確実に接続する。介護職員のみで行う場合、胃ろう・腸ろう栄養チューブに詰まりがある時には、看護職員に連絡する。</p> <p>（観察内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 接続前に、経管栄養チューブ内に残渣物の塊がないか目で確かめる。 チューブが折れ曲がったり、何かに圧迫され、内管が狭窄していないか目で確かめる。 経管栄養チューブ挿入部からの胃または腸内容物の漏れ出しがないか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 胃ろう・腸ろう栄養チューブの迷入等による誤嚥 輸液ラインとの誤った接続 注入速度設定間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 消化管のしくみとはたらき 腹部の状態、呼吸の状態の観察技術 挿入部の観察技術 体位変換、良肢位の保持、安楽な体位の保持技術 療養環境の整備
4)	栄養点滴チューブの先端を栄養チューブに接続し、クレンメをゆるめ、ゆっくり注入し、注入直後の状態を観察する。	看護職員 介護職員	注入する速度によっては下痢や高血糖症状を引き起こす可能性があり、注入速度が遅すぎると、長時間にわたり利用者の活動制限にもつながらることから、注入速度を適切に調整する。	<ul style="list-style-type: none"> 腹部膨満感 嘔気、嘔吐 腹痛 呼吸困難 気分不快 同一体位による圧迫 胃ろう・腸ろう栄養チューブの抜去 	<ul style="list-style-type: none"> 胃ろう・腸ろう栄養チューブの取り扱い 胃ろう腸ろうの経管栄養法による合併症 胃ろう腸ろうによる経管栄養の実際の手技と注意事項 利用者の総合的観察技術 緊急、症状出現時の対応
5)	注入中の表情や状態を定期的に観察する。 （観察項目） <ul style="list-style-type: none"> 利用者の体位 滴下の状態（詰まりの有無、速度） 胃ろうまたは腸ろうの場合は、挿入部からの栄養剤（流動食）の漏れ <ul style="list-style-type: none"> 気分不快 腹部膨満感 嘔気・嘔吐 腹痛 呼吸困難等 	看護職員 介護職員	<p>注入中には、胃の内容物が増えることによって、食道裂孔ヘルニアを併発している利用者の場合などでは、食道への逆流から誤嚥の危険性もあり、腹部膨満感などの不快感に注意を払う。注入により消化器系の血流が増すため、全身状態の注意深い観察が必要である。異常を確認した場合は医師または看護職員に連絡し、対応方法を確認する。</p> <p>（観察内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 白湯注入前の利用者の状態の観察 経管栄養チューブの抜けや栄養剤の経管栄養チューブ挿入部からの漏れ、腹痛の訴えや経管栄養チューブ挿入部の痛み等 白湯注入中の利用者の状態の観察 注入中の腹痛や違和感の訴え。また、経管栄養チューブからの内容物の漏れ等 白湯注入後の観察 腹痛や嘔気等いつもと違う違和感がないか確認する。また、経管栄養チューブ内に注入した栄養剤が停滞していないか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の総合的観察技術 緊急、症状出現時の対応 	
6)	クレンメを閉め、栄養点滴チューブの先端と胃ろう・腸ろう栄養チューブの連結をはずし、注入物の逆流を防ぐため、栄養点滴チューブを止める。注入が終了したら30～	看護職員 介護職員	留置している胃ろう・腸ろう栄養チューブを抜去する危険があるため、十分に注意する。異常を確認した場合は医師または看護職員に連絡し、対応方法を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 経管栄養チューブの抜け 経管栄養チューブ内の食物残渣物の塊の停滞 嘔気、嘔吐 口腔内への逆流 	<ul style="list-style-type: none"> 胃ろう腸ろうの経管栄養の方法と手技 胃ろう腸ろうの経管栄養による合併症の理解

2. 経管栄養法 ①胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

STEP 4 実施					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養について、利用者に処置を説明し、適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
6)	50 ml の白湯を注入し、状態を観察する。	看護職員 介護職員	に連絡し、対応方法を確認する。		
7)	半坐位の状態を保つ。	看護職員 介護職員	注入終了直後、仰臥位にすると注入物が逆流し、窒息や肺炎を起こす危険性があるため、半坐位の状態を保つ。		<ul style="list-style-type: none"> • 良肢位の保持 • 胃ろう・腸ろう栄養チューブの取り扱い

STEP 5 報告					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を食後しばらく観察し、看護職員に報告する。 (観察項目) <ul style="list-style-type: none"> • 体位 • 腹部膨満感 • 嘔気・嘔吐 • 腹痛 • 呼吸困難等 	看護職員 介護職員	注入後しばらくは、胃内容物増加により腹部膨満感、嘔気・嘔吐・腹痛、横隔膜の動きが制限されることによる呼吸困難の危険、血液が胃部に集中することによる、血圧の変動や気分不良等の危険があるため、十分に観察する。 利用者の状態、異常の有無等を報告し、異常があった場合は医師および看護職員が再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> • 異常発見の遅れ • 観察漏れ • 記載漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> • 胃ろう腸ろうの経管栄養による合併症 • 観察内容 • 観察技術 • 緊急、症状出現時の対応
2)	体位変換が必要な利用者に対しては、異常がなければ体位変換を再開する。	看護職員 介護職員	注入中の同一体位保持により、褥瘡の危険もあるため異常がなければ体位変換を再開する。 ただし、体位変換が刺激となり、嘔吐を誘発する可能性もあるため観察は継続する。 異常がある場合は医師および看護職員に連絡する。		<ul style="list-style-type: none"> • 胃ろう腸ろうの経管栄養による合併症 • 体位変換 • 観察技術 • 緊急、症状出現時の対応
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> • いつ • どこで • 誰が • どのように • どうしたか • どうなったか 	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	<ul style="list-style-type: none"> • ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし 	<ul style="list-style-type: none"> • ヒヤリハット・アクシデントの実際 • 胃ろう腸ろうの経管栄養により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
注入終了後、速やかに後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	使用物品を速やかに後片づけする。	看護職員 介護職員	環境を汚染させないよう使用物品は速やかに片づける。再利用物品の湿潤や注入物の残留は、細菌を繁殖させるため食器用洗剤での洗浄を行い流水で十分すすぎ、洗浄と乾燥を十分に行う。 物品を衛生的に保つ。	<ul style="list-style-type: none"> • チューブの詰まり • 細菌繁殖 	<ul style="list-style-type: none"> • 洗浄、消毒に関する知識 • 感染予防

STEP 7 記録					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の実施について、その内容を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケアの実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録する。 (記録の内容) <ul style="list-style-type: none"> • 実施時刻 • 栄養剤(流動食)の種類と量 • 一般状態 • 特記事項 • 実施者名 • 特記事項 	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> • 記載間違い 	<ul style="list-style-type: none"> • 記録の意義、内容、方法 • 一連のケアにかかわる用語

②經鼻經管栄養

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に経鼻経管栄養が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する(急変・事故発生時の対策を含む)。	医師 看護職員 介護職員	<p>経管栄養は、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていない場合に、誤って注入を行うと、肺炎など重大な事故につながる危険性があり注意が必要である。腸の動きが不十分な場合には、腹部膨満感、嘔気・嘔吐等を引き起こす可能性がある。特に、嘔吐は誤嚥や気道閉塞(窒息)の危険性がある。</p> <p>また終了までに時間を要する場合には、利用者の拘束感が強く、利用者自身によるチューブの自己抜去の可能性もあるため、職員間の連携が重要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不十分な連携体制 連絡網の紛失や変更時の修正漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制 医行為に関連する関係法規 緊急を要する状態の把握 観察技術
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について経管栄養を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員・介護職員の知識・技術の程度

STEP 2-① 観察判断					
経鼻経管栄養チューブおよび利用者の状態を観察し、経鼻経管栄養の可否を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	<p>利用者の全身状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。(観察項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> 経鼻経管栄養チューブの固定または挿入部の状態 腹部膨満感 腹痛の有無 腸音 排便・排ガスの状況 嘔気・嘔吐の有無 嚥下の状態 チューブの位置 利用者の訴え 	看護職員	<p>毎回、医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>定期的な排便があるかなど、全身状態に気をくばり、腹部の張りなども合わせて確認する。</p> <p>利用者の状態に関する情報をアセスメントし、安全に経管栄養が実施可能か、また、栄養を注入後どのような状態(下痢等)になるかを推測し、実施の有無を判断する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 判断間違い 経鼻経管栄養チューブの固定または挿入部の異常などの見逃し 既往歴や日常生活の情報不足、利用者の腹痛等の状態の確認不足 腸音の誤聴取 	<ul style="list-style-type: none"> 消化管のしくみとはたらき 挿入された経鼻経管栄養チューブの観察技術 腹部の触診技術・腸音の聴取技術 看護職員が実施すべき利用者の状態

2. 経管栄養法 ②経鼻経管栄養

STEP 3 準備					
経鼻経管栄養に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師および他の看護職員からの経鼻経管栄養に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容、既往歴や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いをを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをを行う（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、指示された栄養剤（流動食）の種類、量、時間を確認する。	看護職員 介護職員	氏名・経管栄養剤の内容と量・有効期限・注入開始時間・注入時間を確認する。	・必要物品の間違い	・経管栄養に必要な物品と使用方法
4)	パッケージされていない栄養剤（流動食）については、指示内容に従って、栄養点滴チューブをつないだボトルに詰め、パッケージされた栄養剤（流動食）については、利用者のものであることを確認し、滴下筒を介し栄養点滴チューブの先端まで満たして、栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しておく。	看護職員 介護職員	<p><栄養剤（流動食）の取り扱いについて> 栄養剤（流動食）の温度により、低温では腸ぜん動を亢進させ、腹痛や下痢を引き起こす危険性があり、保存場所の気温に影響されることを留意する。 種類により、加熱禁止などあるので取り扱い説明書や注意書きを確認し、適温にする。</p> <p>居宅においては、冬期など保管場所の温度が低い場合は、適切な温度の管理が必要。</p> <p>ミキサー食は分離する可能性もあるので、適宜かくはんさせる。 栄養点滴チューブ内に空気が残っていると、利用者の胃腸に空気も注入され、合併症を誘発する危険があるため、できる限り空気を抜いておく。 イリゲータ（ボトル）のふたは確実に閉め、ほこりや落下菌等からの汚染を予防する。</p>	・栄養剤（流動食）の取り扱い間違い	<ul style="list-style-type: none"> ・腹痛や下痢など合併症を引き起こす状態 ・腹部膨満感や嘔気・嘔吐を引き起こす事柄 ・栄養剤（流動食）の取り扱い
5)	準備した栄養剤（流動食）を利用者のもとの運ぶ。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認する。	・利用者の間違い	・利用者の確認方法

STEP 4 実施					
経鼻経管栄養について、利用者に処置を説明し適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明を行う。	看護職員 介護職員	<p>注入には 30 分から 2 時間程度の時間を要するため、利用者が、経鼻経管栄養チューブの挿入部や接続部に、無意識に手をもっていき、経鼻経管栄養チューブ抜去の可能性のあるため、利用者の協力が必要であり、利用者に十分に処置の説明を行う。</p> <p>利用者本人の同意が得られない場合は、家族に同意を得る。いつもと違う状態であれば看護職員に相談する。</p>		・経鼻経管栄養の方法と手技
2)	注入する栄養剤（流動食）が利用者本人のものかどうかを確認し、体位および環境を整える。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認し、適切な体位をとる。 輸液ポンプを使用せずに（自然落下で）経管栄養を行う場合には、接続部より 50 cm 以上高い所にイリゲータ（ボトル）の液面がくるように整える。	・利用者の間違い	・利用者の確認方法
3)	経鼻経管栄養チューブが正しく挿入されているかを確認する。 計量カップに指示された栄養剤を注ぎ入れ、計量カップの経管栄養剤をイリゲータに注ぎ入れる。 滴下筒を押し、滴下筒に半分ほど経管栄養剤を満たす。 クレンメを少し開きながら栄養点滴チューブの先	看護職員	<p>経鼻経管栄養チューブにカテーテルチップシリンジにて空気を注入し気泡音を聴取するとともに胃液の逆流を確認し、胃内に挿入されていることを判断する。 また、気道等に入っていたり、経鼻経管栄養チューブの先端が組織に密着していたりして注入できない場合は事故にもつながるため注意する。</p> <p>通常、所定の位置で経鼻経管栄養チューブが固定されているが、鼻からの経鼻経管栄養</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・経鼻経管栄養チューブの迷入等による誤嚥 ・注入速度設定間違い 	<ul style="list-style-type: none"> ・消化管のしくみとはたらき ・腹部の状態・呼吸の状態の観察技術 ・挿入された経鼻経管栄養チューブの観察技術 ・体位変換、良肢位の保持、安全な体位の保持技術

STEP 4 実施					
経鼻経管栄養について、利用者に処置を説明し適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)	端まで、全体に経管栄養剤を行き渡らせ、クレンメを閉じる。	看護職員	<p>養チューブの先端が正確に胃の中に挿入されていることの確認は毎回、看護職員が行う。</p> <p>具体的には、カテーテルチップシリンジにて空気を注入し気泡音を聴取するとともに胃液の逆流を確認し、胃内に挿入されていることを判断する。</p>		
4)	経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する。	看護職員 介護職員	<p>多くの輸液ラインがある場合は、経管栄養チューブを間違えて接続する可能性があるため、十分注意する。</p> <p>経管栄養チューブが、ねじれたり折れたりしていないか、固定が外れていないかを確認する。</p> <p>外れないように確実に接続する。</p> <p>介護職員のみで行う場合、経鼻経管栄養チューブに詰まりがある時は、看護職員に連絡する。</p> <p>(観察内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 接続前に、経管栄養チューブ内に残渣物の塊がないか目で確かめる。 チューブが折れ曲がったり、何かに圧迫され、内管が狭窄していないか目で確かめる。 経管栄養チューブ挿入部からの胃または腸内容物の漏れ出しがないか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 経管栄養チューブの迷入等による誤嚥 輸液ラインとの誤った接続 注入速度設定間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 消化管のしくみとはたらき 腹部の状態、呼吸の状態の観察技術 挿入部の観察技術 体位変換、良肢位の保持、安楽な体位の保持技術 療養環境の整備
5)	栄養点滴チューブの先端を栄養チューブに接続し、クレンメをゆるめ、ゆっくり注入し、注入直後の状態を観察する。	看護職員 介護職員	<p>看護職員の確認後は直ちに注入を開始し、数分間は看護職員による観察を行う。</p> <p>注入直後に誤挿入されていないかなどの確認を行うため看護職員は、連結後数分間は異常の有無を観察する。</p> <p>注入する速度によっては下痢や高血糖症状を引き起こす可能性があり、注入速度が遅すぎると、長時間にわたり利用者の活動制限にもつながらることから、注入速度を適切に調整する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 腹部膨満感 嘔気・嘔吐 腹痛 呼吸困難 気分不快 経鼻経管栄養チューブの抜去 	<ul style="list-style-type: none"> 経鼻経管栄養チューブの取り扱い 経鼻経管栄養法による合併症 経鼻経管栄養の実際の手技 利用者の総合的観察技術 緊急、症状出現時の対応
6)	<p>注入中の表情や状態を定期的に確認する。</p> <p>(観察項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の体位 滴下の状態(詰まりの有無、速度) 気分不快 腹部膨満感 嘔気・嘔吐 腹痛 呼吸困難・むせ込み 顔色・表情の変化 苦悶表情の出現等 	看護職員 介護職員	<p>注入中には、胃の内容物が増えることによって、食道裂孔ヘルニアを併発している利用者の場合などでは、食道への逆流から誤嚥の危険性もあり、腹部膨満感などの不快感に注意を払う。注入により消化器系の血流が増すため、全身状態の注意深い観察が必要である。</p> <p>また、途中で経鼻経管栄養チューブが抜けてきてしまい、誤嚥してしまうような状況になることもあるのでむせ込み、表情の変化などの観察には十分注意を払う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 腹部膨満感 嘔気・嘔吐 腹痛 呼吸困難 気分不快 血圧の変動 高血糖症状 経鼻経管栄養チューブの抜去 	<ul style="list-style-type: none"> 経鼻経管栄養法による合併症 観察技術 緊急、症状出現時の対応 体位変換、良肢位の保持、安全な体位の保持技術
7)	クレンメを閉め、栄養点滴チューブの先端と胃ろう・腸ろう栄養チューブの連結をはずし、注入物の逆流を防ぐため、栄養点滴チューブを止める。注入が終了したら30～50 mlの白湯を注入し、状態を観察する。	看護職員 介護職員	<p>留置している胃ろう・腸ろう栄養チューブを抜去する危険があるため、十分に注意する。異常を確認した場合は医師または看護職員に連絡し、対応方法を確認する。</p> <p>(観察内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 白湯注入前の利用者の状態の観察 経管栄養チューブの抜けや栄養剤の経管栄養チューブ挿入部からの漏れ、腹痛の訴えや経管栄養チューブ挿入部の痛み等 白湯注入中の利用者の状態の観察 注入中の腹痛や違和感の訴え。また、経管栄養チューブからの内容物の漏れ等 白湯注入後の観察 腹痛や嘔気等いつもと違う違和感がないか確認する。また、経管栄養チューブ内に注入した栄養剤が停留していないか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 経管栄養チューブの抜け 経管栄養チューブ内の食物残渣物の塊の停留 嘔気、嘔吐 口腔内への逆流 	<ul style="list-style-type: none"> 経鼻経管栄養の方法と手技 経鼻経管栄養による合併症の理解

2. 経管栄養法 ②経鼻経管栄養

STEP 4 実施					
経鼻経管栄養について、利用者に処置を説明し適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
8)	半坐位の状態を保つ。	看護職員 介護職員	注入終了直後、仰臥位にすると注入物が逆流し、窒息や肺炎を起こす危険性があるため、半坐位の状態を保つ。		<ul style="list-style-type: none"> ・良肢位の保持 ・経鼻経管栄養チューブの取り扱い

STEP 5 報告					
経鼻経管栄養実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を食後しばらく観察し、看護職員に報告する。 (観察項目) <ul style="list-style-type: none"> ・体位 ・腹部膨満感 ・嘔気・嘔吐 ・腹痛 ・呼吸困難等 	看護職員 介護職員	注入後しばらくは、胃内容物増加により腹部膨満感、嘔気・嘔吐・腹痛、横隔膜の動きが制限されることによる呼吸困難の危険、血液が胃部に集中することによる、血圧の変動や気分不良等の危険があるため、十分に観察する。 利用者の状態、異常の有無等を報告し、異常があった場合は医師および看護職員が再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> ・異常発見の遅れ ・観察漏れ ・記載漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・経鼻経管栄養法による合併症 ・観察内容 ・観察技術 ・緊急、症状出現時の対応
2)	体位交換が必要な利用者に対しては、異常がなければ体位変換を再開する。	看護職員 介護職員	注入中の同一体位保持により、褥そうの危険もあるため異常がなければ体位変換を再開する。 ただし、体位変換が刺激となり、嘔吐を誘発する可能性もあるため観察は継続する。 異常がある場合は医師および看護職員に連絡する。		<ul style="list-style-type: none"> ・経鼻経管栄養法による合併症 ・体位変換 ・観察技術 ・緊急、症状出現時の対応
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> ・いつ ・どこで ・誰が ・どのように ・どうしたか ・どうなったか 	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット・アクシデントの実際 ・経鼻経管栄養により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
注入終了後、速やかに後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	使用物品を速やかに後片づけする。	看護職員 介護職員	環境を汚染させないように使用物品は速やかに片づける。再利用物品の湿潤や注入物の残留は、細菌を繁殖させるため食器用洗剤での洗浄を行い流水で十分すすぎ、洗浄と乾燥を十分に行う。 物品を衛生的に保つ。	<ul style="list-style-type: none"> ・チューブの詰まり ・細菌繁殖 	<ul style="list-style-type: none"> ・洗浄、消毒に関する知識 ・感染予防

STEP 7 記録					
経鼻経管栄養による経管栄養の実施について、その内容を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケアの実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録する。 (記録の内容) <ul style="list-style-type: none"> ・実施時刻 ・栄養剤(流動食)の種類と量 ・一般状態 ・実施者名 ・特記事項 	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> ・記載間違い 	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の意義、内容、方法 ・一連のケアにかかわる用語

③半固形栄養剤による胃ろう（腸ろう）の経管栄養法

3. 経管栄養法 ③半固形栄養剤による胃ろう（腸ろう）の経管栄養法

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に半固形栄養剤による胃ろうまたは腸ろうの経管栄養が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。	医師 看護職員 介護職員	<p>経管栄養は、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていない場合に、誤って注入を行うと、腹膜炎など重大な事故につながる危険性があり注意が必要である。腸の動きが不十分な場合には、腹部膨満感、嘔気・嘔吐等を引き起こす可能性がある。特に、嘔吐は誤嚥や気道閉塞（窒息）の危険性がある。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不十分な連携体制 連絡網の紛失や変更時の修正漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制 医行為に関連する関係法規 緊急を要する状態の把握 観察技術
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について経管栄養を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員・介護職員の知識・技術の程度

STEP 2-① 観察判断					
胃ろう・腸ろう栄養チューブおよび利用者の状態を観察し、半固形栄養剤による胃ろうまたは腸ろうの経管栄養の可否を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の全身状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>施設においては、毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <p>居宅においては、1日1回以上、状態を観察する。</p> <p>経管栄養を安全に実施することが可能かどうか判断に迷う場合は、医師に確認する。総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし、安全に経管栄養が実施可能か、また、半固形栄養剤を注入後どのような状態（下痢等）になるかを推測し、実施の有無を判断する。</p> <p>看護職員は1日1回以上胃ろう腸ろうの状態に問題のないことを確認する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 判断間違い 	<ul style="list-style-type: none"> 観察技術 腹部の触診、聴診技術 看護職員が実施すべき利用者の状態

3. 経管栄養法 ③半固形栄養剤による胃ろう（腸ろう）の経管栄養法

STEP 2-② 観察					
胃ろう・腸ろう栄養チューブおよび利用者の状態を観察し、半固形栄養剤による胃ろうまたは腸ろうの経管栄養の可否を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を観察する。 (観察項目) ・胃ろう・腸ろう栄養チューブの固定または挿入部の状態 ・呼吸の状態・腹部膨満感 ・腹痛の有無 ・腸音(看護職員) ・排便の状況 ・ガスの排泄状態 ・嘔気・嘔吐の有無 ・嚥下の状態 ・利用者の訴え	看護職員 介護職員	経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護職員が行うことが望ましい。 定期的な排ガス、排便があるかなど、全身状態に気をくばり、腹部の張りなども合わせて確認する。 介護職員のみで行う場合、観察項目において異常がある場合には看護職員に連絡する。	・胃ろう・腸ろう栄養チューブの固定または挿入部の異常などの状態の見逃し ・既往歴や日常生活の情報不足、利用者の腹痛等の状態の確認不足 ・腸音の誤聴取(看護職員)	・消化管のしくみとはたらき ・挿入された胃ろう・腸ろう栄養チューブの観察 ・経管栄養に必要な観察項目

STEP 3 準備					
半固形栄養剤の胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容、既往歴や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いを行う(またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う)。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、指示された栄養剤(流動食)の種類、量、温度、時間を確認する。	看護職員 介護職員	氏名・経管栄養剤の内容と量・有効期限・注入開始時間・注入時間を確認する。	・必要物品の間違い	・経管栄養に必要な物品と使用方法
4)	パウチに詰まった市販栄養剤または、半固形栄養剤状態にした、カテーテルチップシリンジに注入した栄養剤または、ミキサー食を特定の容器に詰めた栄養剤などを準備する。	看護職員 介護職員	居宅においては、冬期など保管場所の温度が低い場合は、適切な温度の管理が必要。 ミキサー食は分離する可能性もあるので、適宜かくはんさせる。	・半固形栄養剤の取り扱い間違い	・腹痛や下痢など合併症を引き起こす状態 ・腹部膨満感や嘔気・嘔吐を引き起こす事柄
5)	準備した半固形栄養剤を利用者のもとに運ぶ。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認する。	・利用者の間違い	・利用者の確認方法

STEP 4 実施					
半固形栄養剤の胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養について利用者に処置を説明し、適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者に本人確認を行い、半固形栄養剤の経管栄養の実施について説明を行う。	看護職員 介護職員	半固形栄養剤の注入時間は短時間であるが、利用者が胃ろう・腸ろう栄養チューブの挿入部や接続部に、無意識に手をもっていき、胃ろう・腸ろう栄養チューブ抜去の可能性があるため、利用者や家族の協力が必要であり、十分に処置の説明を行う。 利用者本人の同意が得られない場合は、家族に同意を得る。いつもと違う状態であれば看護職員に相談する。		・胃ろう腸ろうの経管栄養の方法と手技
2)	注入する半固形栄養剤が利用者本人のものかどうかを確認し、体位および環境を整える。	看護職員 介護職員	指示されている利用者を間違えないようにベッドのネームプレートや本人に名乗ってもらう等で確認し、適切な体位をとる。	・利用者の間違い	・利用者の確認方法
3)	経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する。	看護職員 介護職員	多くの輸液ラインがある場合は、胃ろう・腸ろう栄養チューブを間違えて接続する可能性があるため、十分注意する。 介護職員のみで行う場合、胃ろう・腸ろう栄養チューブに詰まりがある時には、看護	・輸液ラインとの誤った接続	・消化管のしくみとはたらき ・腹部の状態、呼吸の状態の観察技術

3. 経管栄養法 ③半固形栄養剤による胃ろう（腸ろう）の経管栄養法

STEP 4 実施					
半固形栄養剤の胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養について利用者に処置を説明し、適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)		看護職員 介護職員	職員に連絡する。 (観察内容) • 接続前に、経管栄養チューブ内に残渣物の塊がないか目で確かめる。 • チューブが折れ曲がったり、何かに圧迫され、内臓が狭窄していないか目で確かめる。 • 経管栄養チューブ挿入部からの胃または腸内容物の漏れ出しがないか確認する。		• 挿入部の観察技術 • 体位変換、良肢位の保持、安楽な体位の保持技術 • 療養環境の整備
4)	半固形栄養剤の注入接続口の先端を胃ろう（腸ろう）栄養チューブに接続し、ゆっくり注入し、注入直後の状態を観察する。	看護職員 介護職員		• 腹部膨満感 • 嘔気、嘔吐 • 腹痛 • 呼吸困難 • 気分不快 • 胃ろう・腸ろう栄養チューブの抜去	• 胃ろう・腸ろう栄養チューブの取り扱い • 胃ろう腸ろうによる経管栄養の実際の手技と注意事項 • 利用者の総合的観察技術 • 緊急、症状出現時の対応
5)	注入が終了したら30～50 mlの白湯を注入し、状態を観察する。	看護職員 介護職員	異常を確認した場合は医師または看護職員に連絡し、対応方法を確認する。 (観察内容) • 白湯注入前の利用者の状態の観察 経管栄養チューブの抜けや半固形栄養剤の経管栄養チューブ挿入部からの漏れ、腹痛の訴えや経管栄養チューブ挿入部の痛みなど • 白湯注入中の利用者の状態の観察 注入中の腹痛や違和感の訴え。また、経管栄養チューブからの内容物の漏れなど • 白湯注入後の観察 腹痛や嘔気等いつもと違う違和感がないか確認する。また、経管栄養チューブ内に注入した栄養剤が停留していないか確認する。	• 経管栄養チューブの抜け • 経管栄養チューブ内の食物残渣物の塊の停留 • 嘔気、嘔吐 • 口腔内への逆流	• 胃ろう腸ろうの経管栄養の方法と手技
6)	注入物の逆流を防ぐため、半坐位の状態を保つ。	看護職員 介護職員	注入終了直後、仰臥位にすると注入物が逆流し、窒息や肺炎を起こす危険性があるため、半坐位の状態を保つ。		• 良肢位の保持 • 胃ろう・腸ろう栄養チューブの取り扱い

STEP 5 報告					
半固形栄養剤の胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態を食後しばらく観察する。 (観察項目) • 体位 • 腹部膨満感 • 嘔気・嘔吐 • 腹痛 • 呼吸困難等	看護職員 介護職員	注入後しばらくは、胃内容物増加により腹部膨満感、嘔気・嘔吐・腹痛、横隔膜の動きが制限されることによる呼吸困難の危険、血液が胃部に集中することによる、血圧の変動や気分不良等の危険があるため、十分に観察する。 利用者の状態、異常の有無等を報告し、異常があった場合は医師および看護職員が再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。	• 異常発見の遅れ • 観察漏れ • 記載漏れ	• 胃ろう腸ろうの経管栄養による合併症 • 観察内容 • 観察技術 • 緊急、症状出現時の対応
2)	体位変換が必要な利用者に対しては、異常がなければ体位変換を再開する。	看護職員 介護職員	注入後は褥瘡の危険もあるため異常がなければ体位変換を再開する。 ただし、体位変換が刺激となり、嘔吐を誘発する可能性もあるため観察は継続する。 異常がある場合は医師および看護職員に連絡する。		• 胃ろう腸ろうの経管栄養による合併症 • 体位変換 • 観察技術 • 緊急、症状出現時の対応

3. 経管栄養法 ③半固形栄養剤による胃ろう（腸ろう）の経管栄養法

STEP 5 報告					
半固形栄養剤の胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) ・いつ ・どこで ・誰が ・どのように ・どうしたか ・どうなったか	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する	・ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし	・ヒヤリハット・アクシデントの実際 ・胃ろう腸ろうの経管栄養により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
注入終了後、速やかに後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	使用物品を速やかに後片づけする。	看護職員 介護職員	環境を汚染させないよう使用物品は速やかに片づける。再利用物品の湿潤や注入物の残留は、細菌を繁殖させるため食器用洗剤での洗浄を行い流水で十分すすぎ、乾燥を十分に行う。物品を衛生的に保つ。	・チューブの詰まり ・細菌繁殖	・洗浄、消毒に関する知識 ・感染予防

STEP 7 記録					
半固形栄養剤による胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の実施について、その内容を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケアの実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録する。 (記録の内容) ・実施時刻 ・栄養剤（流動食）の種類と量 ・一般状態 ・特記事項 ・実施者名 ・特記事項	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	・記載間違い	・記録の意義、内容、方法 ・一連のケアにかかわる用語

介護職員による喀痰吸引等の研修テキストⅢ

介護職員による喀痰吸引および経管栄養のケア実施の手引き（人工呼吸器装着者）

目次

1. 喀痰吸引

- ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕 P1
- ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕 P8
- ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕 P15

1. 喀痰吸引

- ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に吸引が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。	医師 看護職員 介護職員	<p>吸引は、まれに迷走神経反射や低酸素状態等を引き起こす危険性もあり、職員間の連携が重要である。</p> <p>非侵襲的人工呼吸療法（以下、NPPV）により口鼻マスクまたは鼻マスクを装着している人に対する口腔内吸引では、口鼻マスクまたは鼻マスクを装着して換気することにとまなう危険性や適切な着脱による呼吸の安全性を十分留意する必要があるため、特に注意が必要である。</p> <p>居宅においては、介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして、看護職員との連携を図る。特に、人工呼吸器を装着している利用者の中には、気道確保がされていない危険があり、人工呼吸器の作動状況なども含めた看護師による実施前の確認が必要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<p>・連絡網の紛失や変更時の修正漏れ</p>	<p>・医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制</p> <p>・医行為に関連する関係法規</p> <p>・非侵襲的人工呼吸療法を要する状態</p> <p>・緊急を要する状態の把握</p> <p>・観察技術</p>
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について喀痰吸引を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>特に、24時間NPPV装着を要する場合や病状の不安定な場合の協働については、慎重な判断が必要となる。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。</p> <p>施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<p>・看護職員・介護職員の知識・技術の程度</p> <p>・医行為に関連する関係法規</p>

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 2-① 観察判断					
口腔内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を判断する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の口腔内および全身状態を観察し、吸引の必要性および看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>口腔内の出血や腫れ、人工呼吸器による換気とともに呼吸状態、気道閉塞の状況等を観察し、吸引の刺激による悪化の可能性等から吸引の可否を確認する。</p> <p>特に、24時間NPPV装着を要する場合や病状の不安定な場合の協働については、慎重な対応が必要となり、総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし、判断する。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。</p> <p>施設においては、毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 居宅においては、定期的に、状態を観察する。 </div>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員が実施すべき利用者の状態

STEP 2-② 観察					
口腔内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	<p>利用者の状態を観察する。（観察項目）</p> <p>口腔内の状態（出血や損傷の有無等）咳嗽反射の有無</p> <p>義歯の状態（総義歯か部分義歯か、装着状況等）</p> <p>全身状態（意識レベル、覚醒の状況、呼吸状態等）</p> <p>利用者の訴え</p> <p>人工呼吸器の作動状況 口鼻マスクまたは鼻マスクの位置、皮膚の状態</p>	看護職員 介護職員	<p>利用者本人の協力が得られる場合は、説明を行い、口腔内を観察する。</p> <p>咀嚼・嚥下は意識レベルや覚醒状況にも左右されるため、バイタルサインや口腔内の状態に加え、全身状態も観察しておく。</p> <p>人工呼吸器の定期的な点検の下、作動状況の確認を行う（看護職員）。</p> <p>口鼻マスクで24時間NPPV装着が必要な場合は、マスクをはずしての口腔内の観察が困難な場合がある。</p> <p>※吸引が必要な状態を判断するにあたっては、個々の利用者の状態や前後のケア（食後・体位の変換後や入浴前後など）の状況によって異なるため、事前に看護職員に確認をしておく。</p> <p>※利用者個々に適した吸引チューブや吸引圧・吸引時間・吸引の深さおよび個々の吸引の留意点について、事前に看護職員に確認をしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 開口することによる分泌物等の貯留物や義歯の気道内への落ち込み 上記、およびNPPVの送気による誤嚥・窒息 利用者の精神的興奮や観察の理解が得られないことによる観察不足 人工呼吸器の不具合 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔から気管支までおよび肺のしくみとはたつき 痰および唾液などを増加させる疾患・状態 観察技術 義歯の取り扱い 人工呼吸器の取り扱い 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 3 準備					
吸引に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの吸引に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いを行う（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。 ※吸引実施前に、他のケア（清拭やおむつ交換など）をして、その後に吸引をする場合もあるため、吸引の前には必ず、手洗いまたはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒により手指を清潔にする。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、作動状況等を点検確認する。	看護職員 介護職員	ケアの途中で物品を取りに行くことがないよう、必要物品を揃えておく。 また吸引器が正常に作動するかを事前に点検しておく。	・吸引器の誤作動による吸引のトラブル	・吸引に必要な物品 ・吸引器のしくみ、吸引器の取り扱い
4)	必要物品を利用者のもとの運ぶ。 ※食事の際は緊急時に備え、すぐに吸引できるように、あらかじめ準備しておく。 ※居宅では、すぐに使用できるように利用者のそばに置いてあることが多い	看護職員 介護職員	使用しやすい位置に物品を置いておく。 吸引チューブを保管しておくために消毒剤を使用する必要があるが、誤飲等が起きないように注意する。 すぐに使用できるように、誤嚥や気道閉塞（窒息）の危険がある利用者の側に置いておく。	・吸引チューブを保管するための消毒液の誤飲による中毒	・消毒剤の副作用 ・誤嚥や気道閉塞（窒息）を引き起こす事柄

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	説明・環境整備 ・利用者に吸引の説明をする。 ・プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをする。 ・吸引を受けやすい姿勢に整える。	看護職員 介護職員	※まずは、吸引器を使用しないでの除去を試みるが、分泌物等の貯留物の量や貯留部位および水分が多い場合または吸引のほうの利用者の苦痛・不安が少ない場合に実施する。 吸引は利用者の協力が不可欠であり、十分説明をしたあとに実施する。 苦痛をとまなう処置のためプライバシーの保護に努める。 誤嚥の防止のために、顔を横に向ける。		・観察技術 ・口腔内清潔の技術 ・吸引器を用いない排痰助 ・吸引の方法 ・事前説明の必要性と方法
2)	吸引前の観察（観察項目） ・口腔内の状態（出血や損傷の有無）・義歯の状態・口腔内の分泌物等の貯留物・口鼻マスクまたは鼻マスクの位置、皮膚の状態	看護職員 介護職員	口腔内の状況は朝など定期的に、看護職員により観察され、異常がないことを確認されているが、実施前には再度、実施者の目で観察することが重要である。異常がある場合には、担当の看護職員に連絡する。 口鼻マスクの使用者の場合、観察のため、マスクをはずすか、鼻マスクに変更してもらう必要がある。呼吸状態の変動に十分な注意が必要になる。	・観察不足による異常の見落とし	・口腔内のしくみ ・観察技術 ・義歯の取り扱い ・口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い
3)	手袋の着用またはセッシをもつ ※直前に、アルコール製剤等による手指消毒をする	看護職員 介護職員	手袋を着用するか、または清潔にセッシ（吸引チューブを挟んでもつ大きなピンセット状の器具）をもつ。		・清潔・不潔の知識
4)	吸引の実施（※口鼻マスクまたは鼻マスクの変更、着脱） ①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し、吸引器と連結管で連結する。	看護職員 介護職員	吸引チューブを連結管と接続したら、周囲に触れないよう注意する。 事故予防のため、清潔な水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認する。 吸引チューブを再利用する場合、	・吸引器の故障	・吸引器のしくみ ・吸引器の取り扱い

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
4)	<p>②（浸漬法の場合、）吸引チューブ外側を連結部から先端まですべて清浄綿等で拭く</p> <p>③吸引器の電源を入れて、水の入った容器へ吸引チューブを入れ、吸引力が事前に取り決められた設定になることを確認する。</p> <p>④吸引チューブの先端の水をよく切る。</p> <p>⑤利用者に吸引の開始について声かけをする。</p> <p>⑥吸引チューブを静かに挿入する。</p> <p>⑦口腔内（肉眼で貯留物を確認できる範囲）の分泌物等の貯留物を吸引する。</p> <p>⑧吸引チューブを静かに抜く。</p> <p>※口鼻マスクまたは鼻マスクをはずすまたは変更した場合は元に戻す。</p> <p>⑨吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く。</p> <p>⑩洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす。</p> <p>※1回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んで、もう一度、②～⑩を行う</p>	<p>看護職員 介護職員</p>	<p>浸漬法（消毒剤入り保管容器に吸引チューブを浸して保管する方法） 乾燥法（保管容器に吸引チューブを乾燥させて保管する方法）がある。</p> <p>浸漬法の場合は、吸引チューブを清浄綿等で拭き、消毒剤を十分に洗い流すためにも、水を十分吸引する。</p> <p>※アルコール綿で拭く場合には、吸引チューブを十分に乾燥させる。</p> <p>肉眼で確認できない部分までは挿入しないように注意する。</p> <p>※口鼻マスクの使用者の場合、挿入のため、マスクをはずすか、鼻マスクに変更してもらう必要がある。実施手順のうちどの時点で、行うかは対象ごとに呼吸の状態によって考慮する必要があるが、呼吸状態の変動に十分な注意が必要になる。</p> <p>口腔粘膜の損傷や出血の予防、吸引時間短縮のため、吸引圧は事前に設定されている圧を守る。</p> <p>※吸引チューブをとどめておくと、粘膜への吸い付きが起る場合もあるので、吸引チューブを回したり、ずらしたりしながら圧が1カ所にかからないように留意する。</p> <p>※開口しない、吸引チューブを噛むなどの場合は、バイトブロックなどを用いたり、2名体制で行うなど工夫する。途中で吸引チューブを噛んでしまう場合は、無理に吸引チューブを引っ張らず、ずらしながら開口時にはずす</p> <p>口鼻マスクまたは鼻マスクをはずすまたは変更した場合は、元に戻すことを忘れない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 消毒剤が体内に入ることによるショック 吸引操作による口腔粘膜の損傷、出血 嘔気、嘔吐の誘発 吸引チューブが誤って深く挿入された場合の迷走神経反射の出現 口鼻マスクまたは鼻マスクの着脱等操作による呼吸状態の変調 吸引時間が長くなることによる低酸素状態 吸引中に、突然口を閉じてしまうことにより指を損傷する危険性があるため十分に注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要物品の清潔保持 吸引器の作動確認方法 消毒剤の作用、副作用 口腔内のしくみ 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い 出現する危険がある事柄 吸引の操作、技術 緊急、症状出現時の気づき方と対応
5)	<p>実施後の片づけ</p> <ul style="list-style-type: none"> 吸引器の電源を切る。 吸引チューブを連結管からはずす。 保管容器に吸引チューブを入れておく 	<p>看護職員 介護職員</p>	<p>唾液等には多くの細菌等を含んでいるためにまず、吸引チューブ外側を清拭し、次に、水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。</p> <p>吸引チューブを噛んでしまう利用者の場合、吸引チューブに損傷がないか、よく観察をする。浸漬法の場合、消毒剤入り保存液、水の順で吸引することもある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 感染予防 吸引の操作、技術 吸引器の取り扱い 	

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
6)	手袋をはずす（手袋を使用している場合）	看護職員 介護職員			
7)	利用者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える。	看護職員 介護職員	吸引が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。取りきれたかどうかを確認する。吸引後の安楽な姿勢を整える	・吸引による苦情や不満	・吸引実施後の気持ちの確認の必要性 ・安楽な姿勢のとり方
8)	人工呼吸器の作動状況の確認	看護職員 介護職員	胸の上がり具合を確認し、呼吸器の正常作動を確認する。 固定位置・固定の強さ、皮膚の状態などを確認する。		・吸引に必要な物品の取り扱い ・人工呼吸器の取り扱い
9)	口鼻マスクまたは鼻マスクの確認	看護職員 介護職員	口鼻マスクまたは鼻マスクを変更した場合は、元に戻したことを確認する。		・口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い
10)	吸引物および利用者の状態を観察する。	看護職員 介護職員	利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を観察する。	・観察漏れ	・観察内容 ・観察技術
11)	利用者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。 (観察項目) ・顔色 ・呼吸の状態 ・分泌物等の残留の有無等	看護職員 介護職員	吸引実施後に、利用者の状態が変化していないか等を観察するとともに、低酸素状態の確認については、サチュレーションモニターを用いて確認する。 また実施直後は問題なくても、その後状態変化がみられる危険性もあるため、顔色が青白くなったり、呼吸が速くなる等の異常がある場合は、直ちに、医師および看護職員に連絡する。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを確認する。	・低酸素状態の出現 ・全身状態の変化	・低酸素状態の症状 ・観察技術 ・緊急、症状出現時の対応
12)	手洗い	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをする（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。 (報告項目) ・利用者の全身状態 ・吸引した物の量、性状等	看護職員 介護職員	吸引中・吸引後の利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。 看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は、再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを確認する。	・記載漏れ	・緊急、症状出現時の対応
2)	人工呼吸器が正常に作動していること・口鼻マスクまたは鼻マスクの装着感が通常どおりであることを報告する	看護職員 介護職員	吸引後、口鼻マスクまたは鼻マスクの着脱にともない呼吸が変動する可能性もあるため、マスクからの空気の漏れや人工呼吸器回路等が実施前と同じ状態になっていることを報告する。	・人工呼吸器の着脱にともなう呼吸状態の悪化 ・不適切な口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱いにともなう皮膚の損傷	・人工呼吸器装着に起こりうる危険性 ・口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い

1. 喀痰吸引 ①口腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) ・いつ ・どこで ・誰が ・どのように ・どうしたか ・どうなったか ・人工呼吸器による不具合の状況	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	・ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし	・ヒヤリハット・アクシデントの実際 ・人工呼吸器装着者への喀痰吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。	看護職員 介護職員	機器の故障を防ぐため、適切に管理する。吸引の内容物によっては感染源となりうるものもあるので、その場合は施設が定めた指針に従い処理する。 居宅においては、1日1回吸引びんの内容物を廃棄して、吸引びんを洗浄する。	・使用後の消毒の不備による感染症のまん延 ・後片づけを実施する者の取り扱いの不備による職員の感染	・吸引に関連する感染症 ・感染予防 ・機器の取り扱い（メンテナンス）
2)	使用物品を後片づけ / 交換する。 ・吸引チューブや綿・消毒剤入り保存液・水などの不足の有無と補充 ①食事時のみに使用する 場合 ②食事時以外でも使用する 場合 ③緊急時のみに使用する 場合	看護職員 介護職員	使用が終了した機器等は事故予防や故障予防のため、できる限り速やかに持ち帰ることが望ましい。 次回の使用時に備えて、不足しているものを補充する。 吸引チューブに損傷を認めた場合や（消毒）保存液等に浮遊物などを確認したら速やかに交換する。 吸引チューブや保管容器、清浄綿などの必要物品は定期的に交換する。 施設が定めた保管場所に保管する。 ベッドサイドでも使用する場合は、使用しやすい位置に配置する。 緊急時に備え、いつでも使用できるようにメンテナンスをしておく。	・機器の故障 ・機器の放置による事故	・リスクマネジメント ・ヒヤリハット・アクシデントの実際（介護現場で発生しうる事故等） ・必要物品清潔保持の仕方 ・機器の取り扱い（メンテナンス）

STEP 7 記録					
吸引の実施について、その内容等を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。 (記録の内容) ・実施時刻 ・吸引した内容物の種類や性状および量 ・一般状態 ・特記事項 ・実施者名 ・利用者の訴え	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	・記載間違い	・記録の意義、内容、方法 ・一連のケアにかかわる用語

②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法 of 者を含む）〕

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に吸引が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。	医師 看護職員 介護職員	<p>吸引は、まれに迷走神経反射や低酸素状態等を引き起こす危険性もあり、職員間の連携が重要である。</p> <p>非侵襲的人工呼吸療法（以下、NPPV）により口鼻マスクまたは鼻マスクを装着している人に対する鼻腔内吸引では、口鼻マスクまたは鼻マスクを装着して換気することにもなう危険性や適切な着脱による呼吸の安全性を十分留意する必要があるため、特に注意が必要である。</p> <p>居宅においては、介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして、看護職員との連携を図る。特に、NPPVを装着している利用者の場合には、気道確保がされていない危険があり、人工呼吸器の作動状況なども含めた看護師による実施前の確認が必要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。</p> <p>急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<p>・連絡網の紛失や変更時の修正漏れ</p>	<p>・医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制</p> <p>・医行為に関連する関係法規</p> <p>・非侵襲的人工呼吸療法を要する状態</p> <p>・緊急を要する状態の把握</p> <p>・観察技術</p>
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について喀痰吸引を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>特に、24時間NPPV装着を要する場合や病状の不安定な場合の協働については、慎重な判断が必要となる。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまないと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。</p> <p>施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<p>・看護職員・介護職員の知識・技術の程度</p> <p>・医行為に関連する関係法規</p>

テキストⅢ

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 2-① 観察判断					
口腔内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を判断する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の口腔内、鼻腔内および全身状態を観察し、吸引の必要性および看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみが実施すべきかを医師の指示および利用者の状態等から確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>鼻腔内の出血や腫れ、人工呼吸器による換気とともに呼吸状態等を観察し、吸引の刺激による悪化の可能性等から吸引の可否を確認する。</p> <p>特に、24時間 NPPV 装着を要する場合や病状の不安定な場合の協働については、慎重な対応が必要となり、総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし、判断する。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をとまなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。</p> <p>施設においては、毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <p>居宅においては、1日1回以上、状態を観察する。</p>		看護職員が実施すべき利用者の状態

STEP 2-② 観察					
口腔内、鼻腔内および全身の状態を観察し、吸引の必要性を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	<p>利用者の状態を観察する。（観察項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 鼻腔内の状態（出血や損傷の有無等） • 全身状態（意識レベル、覚醒の状況、呼吸状態等） • むせこみの有無 • 鼻腔～咽頭にかけたの貯留物の位置 • 利用者の訴え <p>• 人工呼吸器の作動状況 口鼻マスクまたは鼻マスクの位置、皮膚の状態</p>	看護職員 介護職員	<p>利用者本人の協力が得られる場合は、説明を行い、鼻腔内を観察する。</p> <p>咀嚼・嚥下は意識レベルや覚醒状況にも左右されるため、バイタルサインや鼻腔内の状態に加え、全身状態も観察しておく。</p> <p>人工呼吸器の定期的な点検の下、作動状況の確認を行う（看護職員）。</p> <p>24時間 NPPV 装着が必要な場合は、マスクをはずしての鼻腔内の観察が困難な場合がある。</p> <p>※吸引が必要な状態を判断するにあたっては、個々の利用者の状態や前後のケア（食後・体位の変換後や入浴前後など）の状況によって異なるため、事前に看護職員に確認しておく。</p> <p>※利用者個々に適した吸引チューブや吸引圧・吸引時間・吸引の深さおよび個々の吸引の留意点について、事前に看護職員に確認しておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 分泌物等の貯留物や義歯の気道内への落ち込み • 上記、NPPVの送気による誤嚥・窒息 • 利用者の精神的興奮や観察の理解が得られないことによる観察不足 • 人工呼吸器の不具合 	<ul style="list-style-type: none"> • 鼻腔から気管支までおよび肺のしくみとはたつき • 痰および唾液を増加させる疾患・状態 • 観察技術 • 人工呼吸器の取り扱い • 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 3 準備					
吸引に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの吸引に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いを行う（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。 ※吸引実施前に、他のケア（清拭やおむつ交換など）をして、その後に吸引をする場合もあるため、吸引の前には必ず、手洗いまたはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒により手指を清潔にする。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、作動状況等を点検確認する。	看護職員 介護職員	ケアの途中で物品を取りに行くことがないよう、必要物品を揃えておく。 また吸引器が正常に作動するかを事前に点検しておく。	・吸引器の誤作動による吸引のトラブル	・吸引に必要な物品 ・吸引器のしくみ、吸引器の取り扱い
4)	必要物品を利用者のもとの運ぶ。 ※食事の際は緊急時に備え、すぐに吸引できるように、あらかじめ準備しておく。	看護職員 介護職員	使用しやすい位置に物品を置いておく。 チューブを保管しておくために消毒剤を使用する必要があるが、誤飲等が起きないように注意する。 すぐに使用できるように、誤嚥や気道閉塞（窒息）の危険がある利用者のそばに置いておく。	・チューブを保管するための消毒液の誤飲による中毒	・消毒剤の副作用 ・誤嚥や気道閉塞（窒息）を引き起こす事柄

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	説明・環境整備 ・利用者に吸引の説明をする。 ・プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをする。 ・吸引を受けやすい姿勢に整える。	看護職員 介護職員	※まずは、吸引器を使用しないでの除去を試みるが、分泌物等の貯留物の量や貯留部位および水分が多い場合または吸引のほうの利用者の苦痛・不安が少ない場合に実施する。 吸引は利用者の協力が不可欠であり、十分説明をしたあとに実施する。 苦痛をとまなう処置のためプライバシーの保護に努める。 誤嚥の防止のために、顔を横に向ける。		・観察技術 ・鼻腔清潔の技術 ・吸引器を用いない排痰介助 ・吸引の方法 ・事前説明の必要性と方法 ・吸引を受けやすい姿勢
2)	吸引前の観察（観察項目） ・鼻腔内の状態（出血や損傷の有無） ・鼻腔内の分泌物等の貯留物 ・口鼻マスクまたは鼻マスクの位置、皮膚の状態		鼻腔内の状況は朝など、看護職員により観察され、異常がないことを確認されているが、実施前には再度、実施者の目で観察することが重要である。異常がある場合には、担当の看護職員に連絡する。 観察のため、マスクをはずすことが必要になる。呼吸状態の変動に十分な注意が必要になる。	・観察不足による異常の見落とし	・鼻腔内のしくみ ・観察技術 ・口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い
3)	手袋の着用またはセッシをもつ。 ※直前に、アルコール製剤等による手指消毒をする	看護職員 介護職員	手袋を着用するか、または手洗い後清潔にセッシ（吸引チューブを挟んでもつ大きなピンセット状の器具）をもつ。		・清潔・不潔の知識
4)	吸引の実施 ※口鼻マスクまたは鼻マスクの着脱 ①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し、吸引器と連結管で連結する。 ②（浸漬法の場合、）吸引チューブ外側を連結部から先端まですべて清浄綿等で拭く	看護職員 介護職員	吸引チューブを連結管と接続したら、周囲に触れないよう注意する。 事故予防のため、清潔な水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認する。 吸引チューブを再利用する場合、浸漬法（消毒剤入り保管容器に吸引チューブを浸して保管する方法）	・吸引器の故障 ・消毒剤が体内に入ることによるショック	・吸引器のしくみ ・吸引器の取り扱い ・必要物品の清潔保持 ・吸引器の作動確認方法 ・消毒剤の作用、副作用

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
4)	<p>③吸引器の電源を入れて、水の入った容器へ吸引チューブを入れ、吸引力が事前に取り決められた設定になることを確認する。</p> <p>④吸引チューブの先端の水をよく切る。</p> <p>⑤利用者に吸引の開始について声かけをする。</p> <p>⑥吸引チューブを静かに挿入する。</p> <p>⑦鼻腔内の分泌物等の貯留物を吸引する。</p> <p>⑧吸引チューブを静かに抜く。</p> <p>※口鼻マスクまたは鼻マスクをはずした場合は元に戻す</p> <p>⑨吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く。</p> <p>⑩洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす。</p> <p>※1回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んで、もう一度、②～⑩を行う</p>	看護職員 介護職員	<p>乾燥法（保管容器に吸引チューブを乾燥させて保管する方法）がある。</p> <p>浸漬法の場合は、吸引チューブを清浄綿等で拭き、消毒剤を十分に洗い流すためにも、水を十分吸引する。</p> <p>※アルコール綿で拭く場合には、吸引チューブを十分に乾燥させる。</p> <p>鼻腔入り口は、粘膜が薄く、毛細血管があるため出血をきたしやすいので、十分注意する。</p> <p>※マウスピース以外の口鼻マスクおよび鼻マスクの場合は、挿入のため、マスクをはずすことが必要になる。実施手順のうちどの時点で、行うかは対象ごとに呼吸の状態によって考慮する必要があるが、呼吸状態の変動に十分な注意が必要になる。</p> <p>鼻腔粘膜の損傷や出血の予防、吸引時間短縮のため、吸引圧は事前に設定されている圧を守る。</p> <p>※吸引チューブをとどめておくと、粘膜への吸い付きが起こる場合もあるので、吸引チューブを回したり、ずらしたりしながら圧が1カ所にかからないように留意する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 吸引操作による鼻腔粘膜の損傷、出血 嘔気、嘔吐の誘発 吸引チューブが誤って深く挿入された場合の迷走神経反射の出現 吸引時間が長くなることによる低酸素状態 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻腔内のしゅみ 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い 出現する危険がある事柄 吸引の操作、技術 緊急、症状出現時の気づき方と対応
5)	<p>実施後の片づけ</p> <p>①吸引器の電源を切る。</p> <p>②吸引チューブを連結管からはずす。</p> <p>③保管容器に吸引チューブを入れておく。</p>	看護職員 介護職員	<p>鼻汁等には多くの細菌等を含んでいるため、吸引チューブ外側を清拭し、次に、水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 感染予防 吸引の操作、技術 吸引器の取り扱い
6)	手袋をはずす（手袋を使用している場合）	看護職員 介護職員			
7)	利用者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える。	看護職員 介護職員	<p>吸引が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。取りきれたかどうかを確認する。吸引後の安楽な姿勢を整える</p>		<ul style="list-style-type: none"> 吸引実施後の気持ちの確認の必要性 安楽な姿勢のとり方
8)	人工呼吸器の作動状況の確認	看護職員 介護職員	<p>胸の上がり具合を確認し、呼吸器の正常作動を確認する。</p> <p>固定位置・固定の強さ、皮膚の状態などを確認する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の取り扱い
9)	口鼻マスクまたは鼻マスクの確認	看護職員 介護職員	<p>口鼻マスクまたは鼻マスクを元に戻したことを確認する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い
10)	吸引物および利用者の状態を観察する。	看護職員 介護職員	<p>利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を観察する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 観察漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 観察内容 観察技術
11)	<p>利用者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。</p> <p>（観察項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> 顔色 呼吸の状態 分泌物等の残留の有無等 	看護職員 介護職員	<p>吸引実施後に、利用者の状態が変化してないか等を観察するとともに、低酸素状態の確認については、サチュレーションモニターを用いて確認する。</p> <p>また実施直後は問題なくても、その後状態変化がみられる危険性もあるため、顔色が青白くなったり、呼吸が速くなる等の異常がある場合は、直ちに、医師および看護職</p>	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の出現 全身状態の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の症状 観察技術 緊急、症状出現時の対応

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
11)		看護職員 介護職員	員に連絡する。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを確認する。		
12)	手洗い	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをする（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		<ul style="list-style-type: none"> 清潔・不潔の知識 手洗いの方法

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> 利用者の全身状態 吸引した物の量、性状等 	看護職員 介護職員	吸引中・吸引後の利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。 看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は、再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 記載漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急、症状出現時の対応
2)	人工呼吸器が正常に作動していること・口鼻マスクまたは鼻マスクの装着感が通常どおりであることを報告する	看護職員 介護職員	吸引後、口鼻マスクまたは鼻マスクの着脱にともなう呼吸が変動する可能性もあるため、マスクからの空気の漏れや人工呼吸器回路等が実施前と同じ状態になっていることを報告する。 特に固定位置や固定の強さなどで、呼吸状態に微妙な影響を受けやすい場合があり、注意する。	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の着脱にともなう呼吸状態の悪化 不適切な口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱いにともなう皮膚の損傷 	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器装着に起こりうる危険性 口鼻マスクまたは鼻マスクの取り扱い
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> いつ どこで 誰が どのように どうしたか どうなったか 人工呼吸器による不具合の状況 	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし 	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの実際 人工呼吸器装着者への喀痰吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。	看護職員 介護職員	機器の故障を防ぐため、適切に管理する。 吸引の内容物によっては感染源となりうるものもあるので、その場合は施設が定めた指針に従い処理する。 居宅においては、1日1回吸引びんの内容物を廃棄して、吸引びんを洗浄する。	<ul style="list-style-type: none"> 使用後の消毒の不備による感染症のまん延 後片づけを実施する者の取り扱いの不備による職員の感染 	<ul style="list-style-type: none"> 吸引に関連する感染症 感染予防 機器の取り扱い（メンテナンス）
2)	使用物品を後片づけ / 交換する。 <ul style="list-style-type: none"> 吸引チューブや綿・消毒剤入り保存液・水などの不足の有無と補充 	看護職員 介護職員	使用が終了した機器等は事故予防や故障予防のため、できる限り速やかに持ち帰ることが望ましい。 次回の使用時に備えて、不足しているものを補充する。 吸引チューブに損傷を認めた場合や（消毒）保存液等に浮遊物などを確認したら速やかに交換する。 吸引チューブや保管容器、清浄綿等などの必要物品は定期的に交換する。	<ul style="list-style-type: none"> 機器の故障 機器の放置による事故 	<ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメント ヒヤリハット・アクシデントの実際（介護現場で発生しうる事故等） 必要物品清潔保持の仕方 機器の取り扱い（メンテナンス）

1. 喀痰吸引 ②鼻腔内〔人工呼吸器装着者（非侵襲的人工呼吸療法の者を含む）〕

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
2)	①食事時のみに使用する 場合 ②食事時以外でも使用する 場合 ③緊急時のみに使用する 場合	看護職員 介護職員	施設が定めた保管場所に保管する。 ベッドサイドでも使用する場合は、使用しやすい位置に配置する。 緊急時に備え、いつでも使用できるようにメンテナンスをしておく。		

STEP 7 記録					
吸引に関連する内容等を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。 (記録の内容) ・実施時刻 ・吸引した内容物の種類や性状および量 ・一般状態 ・特記事項 ・実施者名 ・利用者の訴え	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	・記載間違い	・記録の意義、内容、方法 ・一連のケアにかかわる用語

③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 1 安全管理体制確保					
安全に吸引が実施できる者を選定することおよび緊急時に備える。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。	医師 看護職員 介護職員	<p>気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引は、まれに迷走神経反射、気管支れん縮、低酸素状態等を引き起こす危険性があり、職員間の連携が重要である。特に、人工呼吸器を使用している場合は取り扱いを十分に理解しておくこと。</p> <p>居宅においては、介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして、看護職員との連携を図る。特に、人工呼吸器を装着している利用者の場合には、人工呼吸器の作動状況なども含めた看護師と介護職員による実施前の確認が必要である。</p> <p>急変・事故発生時の連絡体制と連絡網を整備する。 急変・事故発生時の対応マニュアルをすぐ活用できるようにしておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不十分な連携体制 連絡網の紛失や変更時の修正漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護職員、介護職員間の報告・連絡・相談等の連携体制 医行為に関連する関係法規 侵襲的人工呼吸療法を要する状態 緊急を要する状態の把握 観察技術
2)	初の実施時および状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者について喀痰吸引を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。	医師	<p>特に、24時間NPPV装着を要する場合や病状の不安定な場合の協働については、慎重な判断が必要となる。</p> <p>※利用者の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があり、危険をともなうと判断した場合には、看護職員による実施や安全策を検討する。 施設においては、配置医または実施施設と連携している医師が承認する。</p> <p>居宅においては、利用者のかかりつけ医が承認する。</p> <p>状態像の変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に、医師が判断する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員・介護職員の知識・技術の程度 医行為に関連する関係法規

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 2-① 観察判断					
口腔内，鼻腔内，気管内および全身の状態を観察し，吸引の必要性を判断する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	利用者の口腔，鼻腔，気管カニューレ内部および全身状態を観察し，吸引の必要性および看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。	看護職員	<p>医師からの包括的指示や利用者の状態等をもとに看護職員と介護職員が協働して実施できるか看護職員のみで実施すべきかを判断する。</p> <p>気管カニューレや全身状態や痰の貯留状況，人工呼吸器による呼吸状態等を観察し，吸引の刺激による悪化の可能性等から吸引の可否を確認する。</p> <p>総合的に利用者の状態に関する情報をアセスメントし，判断する。</p> <p>カフ付きの気管カニューレの場合にはカフエアの確認を行う。</p> <p>※利用者の状態によっては，吸引時に激しい抵抗を示す場合があり，危険をとまなうと判断した場合には，看護職員による実施や安全策を検討する。</p> <p>施設においては，毎朝または当該日の第1回目の実施時に状態を観察する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>居宅においては，定期的に，状態を観察する。ただし，居宅においては，介護職員が実施する前または同時に看護職員が訪問をして，吸引の適応であるか，介護職員と協働して実施できるかの確認をすることが望ましい。</p> </div>		<ul style="list-style-type: none"> 看護職員が実施すべき利用者の状態

STEP 2-② 観察					
口腔内，鼻腔内，気管内および全身の状態を観察し，吸引の必要性を確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	<p>利用者の状態を観察する。（観察項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> 気管カニューレ周囲の状態（出血やびらんの有無等） 気管内の状態（出血や損傷の有無等） 咳嗽反射の有無 全身状態（意識レベル，覚醒の状況，呼吸状態等） 利用者の訴え（息苦しさ，痰がたまっていて，痰が出にくい等） 人工呼吸器の作動状況 	看護職員 介護職員	<p>利用者本人の協力が得られる場合は，説明を行う。</p> <p>バイタルサインや気管カニューレの状態に加え，全身状態も観察しておく。</p> <p>カフ付きの気管カニューレの場合にはカフエアの確認を行う。</p> <p>人工呼吸器の定期的な点検の下，作動状況の確認を行う。</p> <p>※吸引が必要な状態を判断するにあたっては，個々の利用者の状態や前後のケア（食後・体位の変換後や入浴前後など）の状況によって異なるため，事前に看護職員に確認しておく。</p> <p>※利用者個々に適した吸引チューブや吸引圧・吸引時間・吸引の深さおよび個々の吸引の留意点について，事前に看護職員に確認しておく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の精神的興奮や観察の理解が得られないことによる観察不足 人工呼吸器の不具合 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔から気管支までおよび肺のしくみとはたつき 痰および唾液を増加させる疾患・状態 気管カニューレのしくみと取り扱い上の留意点 人工呼吸器の取り扱い 観察技術

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 3 準備					
吸引に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	医師の指示等の確認を行う。	看護職員 介護職員	医師の指示および看護職員からの吸引に関する指示、引き継ぎ事項の確認を行う。	・指示内容や情報の確認不足	・医師による指示内容の確認方法
2)	手洗いをを行う。	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをを行う（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。 ※吸引実施前に、他のケア（清拭やおむつ交換など）をして、その後に吸引をする場合もあるため、吸引の前には必ず、手洗いまたはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒により手指を清潔にする。		・清潔・不潔の知識 ・手洗いの方法
3)	必要物品を揃え、作動状況等を点検確認する。	看護職員 介護職員	ケアの途中で物品を取りに行くことがないよう、必要物品を揃えておく。 また吸引器が正常に作動するかを事前に点検しておく。	・吸引器の誤作動による吸引のトラブル（過吸引等）	・吸引に必要な物品 ・吸引器のしくみ、吸引器の取り扱い
4)	必要物品を利用者のもとの運ぶ。 ※居宅では、すぐに使用できるように利用者のそばに置いておくことが多い	看護職員 介護職員	使用しやすい位置に物品を置いておく。 吸引チューブを保管しておくために消毒剤を使用するが、誤飲等が起きないように注意する。 すぐに使用できるように、気道閉塞（窒息）の危険がある利用者のそばに置いておく。	・吸引チューブを保管するための消毒液の誤飲による中毒	・消毒剤の副作用

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	説明・環境整備 ・利用者に吸引の説明をする。 ・プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをする。 ・吸引を受けやすい姿勢に整える。	看護職員 介護職員	吸引は利用者の協力が不可欠であり、十分説明をしたあとに実施する。 苦痛をともなう処置のためプライバシーの保護に努める。 姿勢によっては、吸引チューブを挿入しにくい場合もあり、十分留意する		・吸引の方法 ・事前説明の必要性と方法
2)	吸引前の観察（観察項目） ・気管内の状態 ・気管内の分泌物等の貯留物 ・気管カニューレ周囲や固定の状態（出血や損傷の有無） ・人工呼吸器の作動状況	看護職員 介護職員	気管カニューレの状況は、実施前に実施者の目で観察することが重要である。異常がある場合には、担当の看護職員に連絡する。	・観察不足による異常の見落とし	・口腔、気道内、肺のしくみとはたらき ・気管カニューレのしくみと取り扱い上の留意点 ・観察技術
3)	手袋の着用またはセッシをもつ ※直前に、アルコール製剤等による手指消毒をする	看護職員 介護職員	基本的には滅菌された清潔な手袋を両手に着用するか、または手洗い後清潔にセッシ（吸引チューブを挟んでもつ大きなピンセット状の器具）をもつ。		・清潔・不潔の知識
4)	吸引の実施 ①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し、吸引器と連結管で連結する。 ②（浸漬法の場合、）吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く。 ③吸引器の電源を入れて、原則として滅菌精製水の入った容器へチューブを入れ、吸引圧が事	看護職員 介護職員	原則として無菌操作で行うが、厳密な無菌操作が行えない場合には、清潔を遵守する。 吸引チューブをセッシで扱う場合もある。吸引チューブを取り出した後は、周囲に触れないよう注意する。 吸引チューブは原則として単回利用とするが、吸引チューブを再利用する場合、浸漬法（消毒剤入り保管容器に吸引チューブを浸して保管する方法） 乾燥法（保管容器に吸引チューブを乾燥させて保管する方法）がある。 浸漬法の場合は、吸引チューブを清浄綿等で拭き、滅菌精製水を十分吸引し、消毒剤を洗い流す。	・吸引器の故障 ・消毒剤が体内に入ることによるショック	・吸引器のしくみ ・吸引器の取り扱い ・吸引器の作動確認方法 ・必要物品の清潔保持方法 ・消毒剤の作用、副作用

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
4)	<p>前に取り決められた設定になることを確認する。</p> <p>④吸引チューブの先端の水をよく切る。</p> <p>⑤利用者に吸引の開始について声かけをする。</p> <p>⑥人工呼吸器のコネクターをはずす</p> <p>⑦吸引チューブを静かに挿入する。</p> <p>⑧気管カニューレ内部の分泌物等の貯留物を吸引する。</p> <p>⑨吸引チューブを静かに抜く。</p> <p>⑩人工呼吸器のコネクターを元に戻す。</p> <p>⑪吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く。</p> <p>⑫滅菌精製水を吸引し吸引チューブ内側を清掃する。</p> <p>※1回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んで、もう一度、③～⑫を行う。</p>	看護職員 介護職員	<p>※アルコール綿で拭く場合には、吸引チューブを十分に乾燥させる。</p> <p>コネクターをはずす際、気管カニューレを抑えすぎたり、引っ張りすぎたりしないよう、十分な注意が必要である。人工呼吸器の吸気を確認して行う。はずした後の回路は不潔にならないよう、保持する。</p> <p>吸引チューブの根元を完全には折らず、少し圧をかけた状態で、所定の位置まで静かに挿入する。 気管カニューレの長さ以上の部分までは挿入しないように注意する。</p> <p>気管内の損傷や出血の予防、吸引時間短縮のため、吸引圧は事前に設定されている圧を守る。 手袋の場合：吸引チューブを静かに、回し（こより）ながら、1カ所に圧がかからないように、分泌物を吸引する。 長時間にならないよう、適切な吸引時間（10～20秒以内）で行う。</p> <p>人工呼吸器が正常に作動していることを確認する。 気管カニューレとの接続が不十分な場合、送気が十分にならないため注意が必要。 回路を元に戻している際、吸引チューブを清潔に保持する。</p>	<p>・吸引操作による気道粘膜の損傷、出血</p> <p>・吸引チューブが誤って深く挿入された場合の気道粘膜が刺激される</p> <p>・吸引チューブが誤って深く挿入された場合に気道粘膜が刺激される。</p> <p>・吸引チューブが誤って深く挿入された場合の迷走神経反射の出現による除脈、低血圧</p> <p>・吸引時間が長くなることによる低酸素状態</p> <p>・気道感染、肺炎</p> <p>・不整脈、除脈、異常血圧</p>	<p>・口腔、気道内、肺のしくみ</p> <p>・人工呼吸器の取り扱い</p> <p>・出現する危険がある事柄</p> <p>・吸引の操作、技術</p> <p>・緊急、症状出現時の気づき方と対応</p> <p>・感染予防</p> <p>・人工呼吸器の取り扱い</p> <p>・出現する危険がある事柄</p> <p>・吸引の操作、技術</p> <p>・緊急、症状出現時の気づき方と対応</p> <p>・感染予防</p> <p>・感染予防</p> <p>・吸引の操作、技術</p> <p>・吸引器の取り扱い</p> <p>・人工呼吸器の取り扱い</p>
5)	<p>実施後の片づけ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への吸引終了後は滅菌精製水、消毒剤入り保存液の順で吸引する。 ・吸引器の電源を切る。 ・吸引チューブを連結管からはずす。 ・保管容器に吸引チューブを入れておく。または単回使用の場合は原則として破棄する。 	看護職員 介護職員	<p>分泌物には、多くの細菌等を含んでいるためにまず、吸引チューブ外側を清拭し、次に、滅菌精製水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。浸漬法の場合、消毒剤入り保存液、滅菌精製水の順で吸引することもある。</p> <p>吸引チューブを連結管からはずしたら、どこにも触れないよう保持し、速やかに保管容器に戻す。または単回使用の場合は原則として破棄する。</p>		<p>・感染予防</p> <p>・吸引の操作、技術</p> <p>・吸引器の取り扱い</p>

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 4 実施					
吸引について利用者に説明し、吸引を適切かつ安全に実施し、安全に行われたかどうかを確認する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
6)	手袋をはずす（手袋を使用している場合）				
7)	利用者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える。		吸引後が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。取りきれたかどうかを確認する。吸引後の安楽な姿勢を整える		<ul style="list-style-type: none"> 吸引実施後の気持ちの確認の必要性 安楽な姿勢のとり方
8)	人工呼吸器の作動状況の確認		人工呼吸器の正常作動を回路を含めて確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の不具合 	<ul style="list-style-type: none"> 吸引に必要な物品の取り扱い 人工呼吸器の取り扱い
9)	吸引物および利用者の状態を観察する。	看護職員 介護職員	利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を観察する。	<ul style="list-style-type: none"> 観察漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 観察内容 観察技術
10)	利用者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。 (観察項目) <ul style="list-style-type: none"> 顔色 呼吸の状態 気管内、気管カニューレ周囲の状況 全身状態等。 	看護職員 介護職員	吸引実施後に、利用者の状態が変化していないか等を観察するとともに、低酸素状態の確認については、サチュレーションモニターを用いて確認する。 また実施直後は問題なくても、その後状態変化がみられる危険性もあるため、顔色が青白くなったり、呼吸が速くなる等の異常がある場合は、直ちに、医師および看護職員に連絡する。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の出現 全身状態の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素状態の症状 観察技術 緊急、症状出現時の対応
11)	手洗い	看護職員 介護職員	石けんと流水で手洗いをする（またはすり込み式のアルコール製剤による手指消毒を行う）。		<ul style="list-style-type: none"> 清潔・不潔の知識 手洗いの方法

STEP 5 報告					
吸引実施後の利用者の状態を看護職員に報告する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> 利用者の全身状態 吸引した物の量、性状等 	看護職員 介護職員	吸引中・吸引後の利用者の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は、再度観察および確認をする。 日常的に医療職との連携をとることが望ましい。 ※経鼻経管栄養を実施している人が対象の場合は吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する。	<ul style="list-style-type: none"> 記載漏れ 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急、症状出現時の対応
2)	人工呼吸器が正常に作動していることを報告する	看護職員 介護職員	吸引後、人工呼吸器のコネクター着脱にともない呼吸が変動する可能性もあるため、コネクター接続部からの空気の漏れや人工呼吸器回路等が実施前と同じ状態になっていることを報告する。	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の着脱にともなう呼吸状態の悪化 	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器装着に起こりうる危険性
3)	ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告 (報告項目) <ul style="list-style-type: none"> いつ どこで 誰が どのように どうしたか どうなったか 人工呼吸器による不具合の状況 	看護職員 介護職員	※いつもと違う変化が、「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかどうかの判断が困難な場合があるため、介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの見過ごし 	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット・アクシデントの実際 人工呼吸器装着者への喀痰吸引により生じる主な危険の種類と危険防止のための留意点

1. 喀痰吸引 ③気管カニューレ内部〔人工呼吸器装着者（侵襲的人工呼吸療法）〕

STEP 6 片づけ					
吸引びんや吸引器の後片づけを行う。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。	看護職員 介護職員	機器の故障を防ぐため、適切に管理する。吸引の内容物によっては感染源となりうるものもあるので、その場合は施設が定めた指針に従い処理する。 居宅においては、1日1回吸引びんの内容物を廃棄して、吸引びんを洗浄する。	<ul style="list-style-type: none"> • 使用後の消毒の不備による感染症のまん延 • 後片づけを実施する者の取り扱いの不備による職員の感染 	<ul style="list-style-type: none"> • 吸引に関連する感染症 • 感染予防 • 機器の取り扱い（メンテナンス）
2)	使用物品を後片づけ/交換する。 ・吸引チューブや綿・消毒剤入り保存液・滅菌精製水などの不足の有無と補充 ①食事時のみに使用する ②食事時以外でも使用する ③緊急時のみに使用する	看護職員 介護職員	使用が終了した機器等は事故予防や故障予防のため、できる限り速やかに持ち帰ることが望ましい。 次回の使用時に備えて、不足しているものを補充する。 洗浄用の滅菌精製水や保管用消毒液が汚れていたり浮遊物を確認した際は速やかに交換する。 吸引チューブや保管容器、清浄綿などの必要物品は定期的に交換する。 施設が定めた保管場所に保管する。 ベッドサイドでも使用する場合は、使用しやすい位置に配置する。 緊急時に備え、いつでも使用できるようにメンテナンスをしておく。	<ul style="list-style-type: none"> • 機器の故障 • 機器の放置による事故 	<ul style="list-style-type: none"> • リスクマネジメント • ヒヤリハット・アクシデントの実際（介護現場で発生しうる事故等） • 必要物品清潔保持の仕方 • 機器の取り扱い（メンテナンス）

STEP 7 記録					
吸引に関連する内容等を記録する。					
プロセス	内容	実施者	留意事項	考えられる主なリスク	必要な知識・技術
1)	ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。 （記録の内容） ・実施時刻 ・吸引した内容物の種類や性状および量 ・特記事項 ・実施者名 ・利用者の訴え	看護職員 介護職員	客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。 ケア実施後は速やかに記録することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> • 記載間違い 	<ul style="list-style-type: none"> • 記録の意義、内容、方法 • 一連のケアにかかわる用語

【検討委員会・ワーキング委員会 委員一覧】

●検討委員会（五十音順，敬称略）◎委員長

阿部 智子	訪問看護ステーションけせら 所長
上野 桂子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 顧問
窪田 里美	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会委員
佐野 けさ美	東京大学工学系研究科化学システム工学専攻水流研究室 学術専門職員
西田 伸一	医療法人社団梟社会 西田医院 理事長
◎原口 道子	公益財団法人 東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター主席研究員
日高 聡	世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム 施設長
人見 優子	十文字学園女子大学 人間生活学部人間福祉学科 准教授
町田 正子	東京ふれあい・ほほえみヘルパーステーション 所長
望月 太敦	公益社団法人東京都介護福祉士会 副会長・理事

●ワーキング委員会委員（五十音順，敬称略）◎委員長

阿部 英明	ヘルパーステーションせら 管理者
上野 桂子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 顧問
佐野 けさ美	東京大学工学系研究科化学システム工学専攻水流研究室 学術専門職員
秦 実千代	看護小規模多機能型居宅介護 坂町ミモザの家 管理者
◎原口 道子	公益財団法人 東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター主席研究員
日高 聡	世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム 施設長

【事務局，オブザーバー，委託協力 一覧】

●事務局（敬称略）

清崎 由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長
吉原 由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 業務主任
井上 多鶴子	一般社団法人全国訪問看護事業協会
立川 尚子	一般社団法人全国訪問看護事業協会

●オブザーバー（敬称略）

川中 淑恵	厚生労働省 社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護技術専門官
後藤 友美	厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 医療的ケア児支援専門官
北沢 真理子	厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

●委託協力（敬称略）

清水 孝浩	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員
西尾 秀美	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 研究員
坂 弘康	中央法規出版株式会社

【テキスト執筆者】（五十音順，敬称略）

阿部 智子	訪問看護ステーションけせら 所長
阿部 英明	ヘルパーステーションせら 管理者
上野 桂子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 顧問
佐野 けさ美	東京大学工学系研究科化学システム工学専攻水流研究室 学術専門職員
秦 実千代	看護小規模多機能型居宅介護 坂町ミモザの家 管理者
原口 道子	公益財団法人 東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター主席研究員
日高 聡	世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム 施設長
人見 優子	十文字学園女子大学 人間生活学部人間福祉学科 准教授
町田 正子	東京ふれあい・ほほえみヘルパーステーション 所長
望月 太敦	公益社団法人東京都介護福祉士会 副会長・理事
吉原 由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 業務主任

※所属は令和2年度当時

令和3年版 介護職員等による喀痰吸引等の研修テキスト

令和3年3月 発行

編集：一般社団法人全国訪問看護事業協会

本資料は、厚生労働省 令和2年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）の交付を受けて、「介護職員等による喀痰吸引等の研修テキストの見直し等に関する調査研究事業」の一環として、一般社団法人全国訪問看護事業協会が制作したものです。