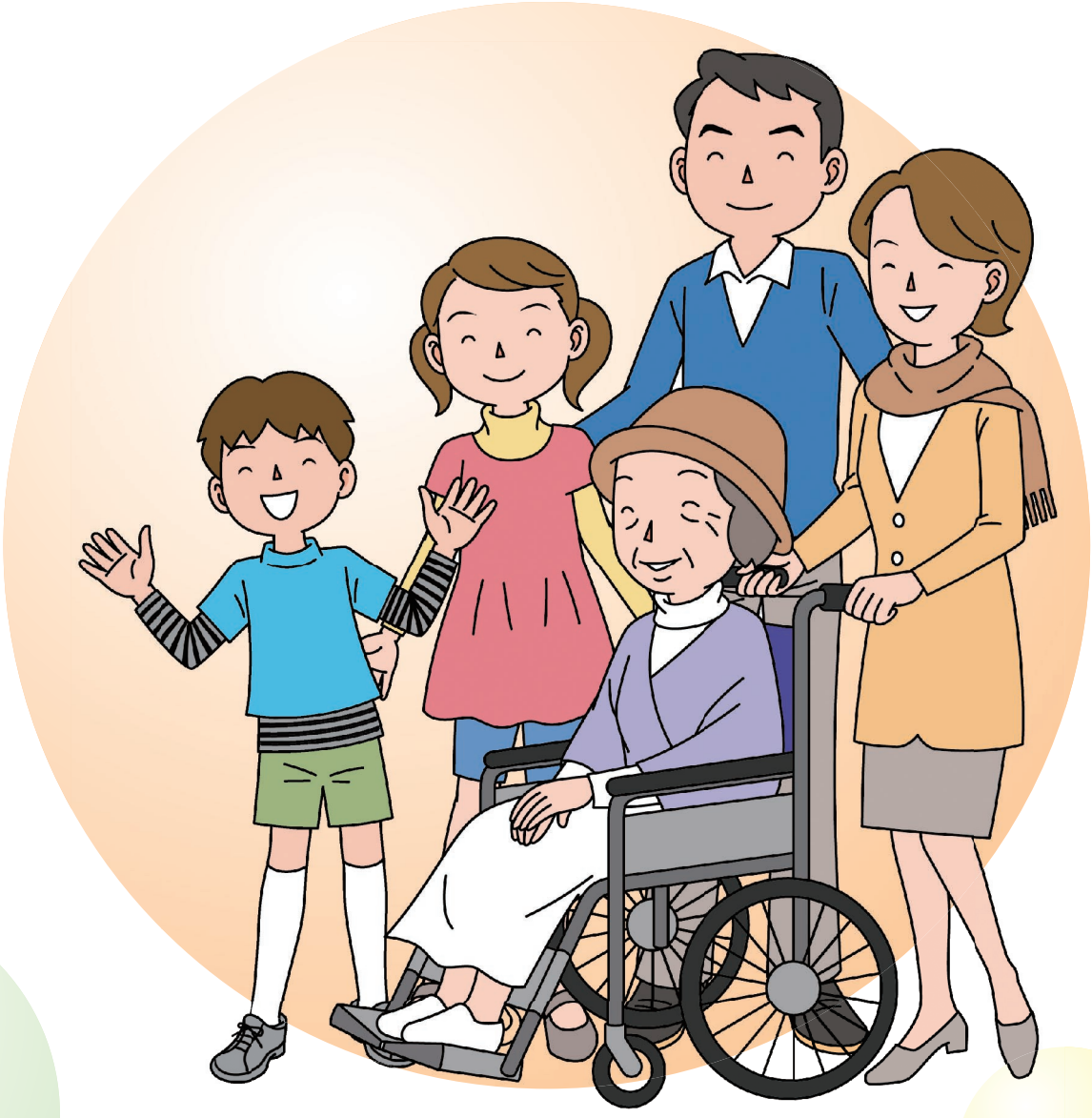
平成24年度喀痰吸引等指導者講習事業

喀痰吸引等研修テキスト

第三号研修（特定の者対象）



CONTENTS

Ⅰ 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

Slide Ⅰ-1　介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修“特定の者対象”）の研修カリキュラム概要 ……2
Slide Ⅰ-2　【特定の者】基本研修カリキュラム ……2
Slide Ⅰ-3　【特定の者】実地研修 ……3
Slide Ⅰ-4　1．障害者自立支援法と関係法規 ……3
Slide Ⅰ-5　障害保健福祉施策の歴史（概要） ……4
Slide Ⅰ-6　「障害者自立支援法」のポイント ……5
Slide Ⅰ-7　障害福祉施策のこれまでの経緯 ……6
Slide Ⅰ-8　障害者制度改革の状況 ……7
Slide Ⅰ-9　障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要 ……8
Slide Ⅰ-10　地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要 ……9
Slide Ⅰ-11　1．障害者自立支援法と関係法規 ……10
Slide Ⅰ-12　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について ……10
Slide Ⅰ-13　介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却） ……10
Slide Ⅰ-14　介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却） ……11
Slide Ⅰ-15　介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正） ……12
Slide Ⅰ-16　2．利用可能な制度 ……13
Slide Ⅰ-17　障害者・障害児に対する支援体系 ……13
Slide Ⅰ-18　利用者負担について ……14
Slide Ⅰ-19　（参考）医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧 ……14
Slide Ⅰ-20　（参考）65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と障害者福祉制度との関係 ……15
Slide Ⅰ-21　2．利用可能な制度 ……15
Slide Ⅰ-22　重度訪問介護 ……16
Slide Ⅰ-23　3．重度障害児・者等の地域生活 ……16
Slide Ⅰ-24　筋萎縮性側索硬化症（ALS） ……17
Slide Ⅰ-25　筋萎縮性側索硬化症 ……17
Slide Ⅰ-26　重症心身障害 ……17
Slide Ⅰ-27　重症心身障害 ……18
Slide Ⅰ-28　筋ジストロフィー ……18
Slide Ⅰ-29　遷延性（せんえんせい）意識障害 ……18

Slide Ⅰ-30　脊髄損傷（高位頸髄損傷）……19
Slide Ⅰ-31　障害の概念……19
Slide Ⅰ-32　3．重度障害児・者等の地域生活……19
Slide Ⅰ-33　中途障害者の心理……20
Slide Ⅰ-34　先天性障害者の心理……21
Slide Ⅰ-35　3．重度障害児・者等の地域生活……21
Slide Ⅰ-36　介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ　在宅の場合）……22
Slide Ⅰ-37　介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ　施設の場合）……23
Slide Ⅰ-38　訪問看護ステーションとの関わり方の例（特定の者対象の場合）……24
Slide Ⅰ-39　信頼関係の構築①……25
Slide Ⅰ-40　信頼関係の構築②……25
Slide Ⅰ-41　3．重度障害児・者等の地域生活……26
Slide Ⅰ-42　日本介護福祉士会倫理綱領……26
Slide Ⅰ-43　おわりに……27

Ⅱ　重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

1．呼吸について……30
Slide Ⅱ-1　呼吸とは……30
Slide Ⅱ-2　呼吸（外呼吸）とは……30
Slide Ⅱ-3　呼吸運動……30
Slide Ⅱ-4　呼吸器官のなまえ……31
Slide Ⅱ-5　内呼吸……31
Slide Ⅱ-6　正常な呼吸……31
Slide Ⅱ-7　呼吸がしづらい状態……32
Slide Ⅱ-8　呼吸がしづらくなる原因……32
Slide Ⅱ-9　呼吸に異常が起きた時の症状……33
Slide Ⅱ-10　慢性的な呼吸障害の時の症状……33
Slide Ⅱ-11　呼吸障害と医療対応……34
Slide Ⅱ-12　非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）……34
Slide Ⅱ-13　非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）……35
Slide Ⅱ-14　侵襲的人工呼吸療法（TPPV）……36
Slide Ⅱ-15　人工呼吸器のしくみ……37
Slide Ⅱ-16　アラームが鳴り続ける……38
Slide Ⅱ-17　とくに知っておくべき知識（TPPV の機種の場合）……38
Slide Ⅱ-18　人工呼吸器回路の実際……38
Slide Ⅱ-19　加温加湿器・ウオータートラップ……39
Slide Ⅱ-20　人工呼吸器使用者の支援上の留意点……39
Slide Ⅱ-21　人工呼吸器使用者の支援上の留意点……40
Slide Ⅱ-22　バッグバルブ（蘇生バッグ、アンビューバッグ）について……40
Slide Ⅱ-23　バッグバルブの知識　必要な物品……40
Slide Ⅱ-24　バッグバルブの知識　注意事項……41
Slide Ⅱ-25　バッグバルブの知識　実施前の予備知識……41
Slide Ⅱ-26　実施するときは、あわてないで！……41

2．喀痰の吸引……42
Slide Ⅱ-27　喀痰の吸引……42

SlideⅡ-28　狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（1）……42
SlideⅡ-29　狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（2）……42
SlideⅡ-30　狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（3）……43
SlideⅡ-31　狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（4）……43
SlideⅡ-32　なぜ吸引が必要なのか……43
SlideⅡ-33　喀痰の性状……44
SlideⅡ-34　吸引の必要な病態や病気……44
SlideⅡ-35　どんな時に吸引する？……45
SlideⅡ-36　吸引により起こりうること……45
SlideⅡ-37　排痰促進法……46
SlideⅡ-38　喀痰の吸引をする部位の解剖（1）……46
SlideⅡ-39　喀痰の吸引をする部位の解剖（2）……46
SlideⅡ-40　喀痰の吸引をする部位の解剖（3）……47
SlideⅡ-41　喀痰の吸引をする部位の解剖（4）……47
SlideⅡ-42　喀痰の吸引をする部位の解剖（5）……47
SlideⅡ-43　喀痰の吸引をする部位の解剖（6）……48
SlideⅡ-44　喀痰の吸引をする部位の解剖（7）……48
SlideⅡ-45　喀痰の吸引をする部位の解剖（8）……48
SlideⅡ-46　喀痰の吸引をする部位の解剖（9）……49
SlideⅡ-47　気管カニューレの種類……49
SlideⅡ-48　介護職員等が行う吸引の領域……49
SlideⅡ-49　口腔内吸引のコツ（Tips）（1）……50
SlideⅡ-50　口腔内吸引のコツ（Tips）（2）……50
SlideⅡ-51　鼻腔内吸引の場合のコツ　鼻腔内吸引では、最初にカテーテル先端を鼻孔にやや上向きに入れます…50
SlideⅡ-52　鼻腔内吸引の場合のコツ　次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入……51
SlideⅡ-53　鼻腔内吸引の場合のコツ　吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や痰を吸引します……51
SlideⅡ-54　気管カニューレ内吸引では、吸引カテーテルの入れすぎに注意。気管カニューレ内部まで……51
SlideⅡ-55　気管内の肉芽形成　気管との相対位置で、肉芽が形成しやすい場合もある……52
SlideⅡ-56　気管カニューレの内吸引は出来るだけ短時間で……52
SlideⅡ-57　サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行う。……52
SlideⅡ-58　子どもの吸引について（1）……53
SlideⅡ-59　子どもの吸引について（2）……53
SlideⅡ-60　吸引時に必要な感染予防知識（1）……53
SlideⅡ-61　吸引時に必要な感染予防知識（2）……54
SlideⅡ-62　吸引時に必要な感染予防知識（3）……54
SlideⅡ-63　吸引時に必要な感染予防知識（4）……54
SlideⅡ-64　吸引時に必要な感染予防知識（5）……55
SlideⅡ-65　流水による手洗い……55
SlideⅡ-66　速乾性擦式手指消毒剤による手洗い……55
SlideⅡ-67　咳エチケット……56
SlideⅡ-68　自分にしぶきがかからないように……56
SlideⅡ-69　薬剤耐性菌の問題……56
SlideⅡ-70　用語の統一（1）……57
SlideⅡ-71　用語の統一（2）……57
SlideⅡ-72　吸引をする前に……58
SlideⅡ-73　吸引する物品とベッド周囲の様子……58
SlideⅡ-74　吸引時の種類……59
SlideⅡ-75　吸引物品（写真は演習用セット）……59

SlideⅡ-76　吸引に必要な物品 ……59
SlideⅡ-77　吸引カテーテルの再使用について ……60
SlideⅡ-78　演習の手順（スライドショー） ……60
SlideⅡ-79　喀痰吸引の手順　実習に必要な物品 ……60
SlideⅡ-80　●口腔と鼻腔内の吸引の手順　速乾性擦式手指消毒剤での手洗い ……61
SlideⅡ-81　吸引カテーテルを不潔にならないよう取り出します ……61
SlideⅡ-82　吸引カテーテルを接続管につなげます ……61
SlideⅡ-83　非利き手で、吸引器のスイッチを押します ……62
SlideⅡ-84　非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整 ……62
SlideⅡ-85　声かけをします ……62
SlideⅡ-86　口腔内吸引の場所 ……63
SlideⅡ-87　口腔内吸引、注意点 ……63
SlideⅡ-88　吸引カテーテルの外側をアルコール綿で、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す ……63
SlideⅡ-89　鼻の中の吸引。声かけをします ……64
SlideⅡ-90　鼻腔の構造をイメージしましょう ……64
SlideⅡ-91　まずカテーテル先端を鼻孔からやや上向きに数センチ入れます ……64
SlideⅡ-92　次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入 ……65
SlideⅡ-93　吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や喀痰を吸引します ……65
SlideⅡ-94　確かめ ……65
SlideⅡ-95　吸引カテーテルの外側をティッシュで、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す ……66
SlideⅡ-96　吸引器のスイッチを切ります ……66
SlideⅡ-97　●気管カニューレ内の吸引の手順　気管カニューレが、気管切開部から挿入されている状態をイメージする ……66
SlideⅡ-98　みなさんに吸引していただく部位は ……67
SlideⅡ-99　吸引カテーテルを気管カニューレに通してみて、カニューレ内腔の長さを確認する ……67
SlideⅡ-100　両手を洗って、使い捨ての手袋をします ……67
SlideⅡ-101　吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す ……68
SlideⅡ-102　吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます ……68
SlideⅡ-103　非利き手で、吸引器のスイッチを押します ……68
SlideⅡ-104　非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20～26kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整 ……69
SlideⅡ-105　声かけをします ……69
SlideⅡ-106　せっかく滅菌された吸引カテーテルの先端約10cmの部位は挿入前に、他の器物に絶対に触れさない …69
SlideⅡ-107　侵襲型人工呼吸器使用者の状態 ……70
SlideⅡ-108　フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずす ……70
SlideⅡ-109　気管カニューレ内に吸引カテーテルを挿入します ……70
SlideⅡ-110　吸引カテーテルを気管カニューレに挿入する2つの方法 ……71
SlideⅡ-111　1回の吸引は15秒以内に、出来るだけ短時間で、しかし確実に効率よく吸たんする事を心がける ……71
SlideⅡ-112　吸引カテーテルの入れすぎに注意 ……71
SlideⅡ-113　吸引後、気管カニューレにフレキシブルチューブ先端のコネクターを装着します ……72
SlideⅡ-114　吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す ……72
SlideⅡ-115　サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行う ……72
SlideⅡ-116　吸引器のスイッチを切ります ……73
SlideⅡ-117　気管カニューレ内吸引の手順の追加事項 ……73
SlideⅡ-118　吸引の片づけ ……73
SlideⅡ-119　ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例1）……74

SlideⅡ-120　ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例2）……74
SlideⅡ-121　介護職員等が医療者に連絡をとるタイミング……74
SlideⅡ-122　緊急連絡先のベッドサイド表示……75
SlideⅡ-123　吸引される方の気持ち、家族の思い……75

3．健康状態の把握……76
SlideⅡ-124　健康状態の把握……76
SlideⅡ-125　重度障害児・者の障害・疾病についての理解……76
SlideⅡ-126　全身状態の観察とバイタルサインの測定……76
SlideⅡ-127　脈拍の測定……77
SlideⅡ-128　呼吸状態の把握……77
SlideⅡ-129　パルスオキシメーター……77
SlideⅡ-130　血圧の測定……78
SlideⅡ-131　体温の測定……78
SlideⅡ-132　こんな時熱を測る……79
SlideⅡ-133　家族や医療者に連絡し、指示を仰ぐほか、軽微な変化であっても記録にとどめる……79

4．経管栄養……80
SlideⅡ-134　食と排泄（消化）について……80
SlideⅡ-135　食べ物の消化・吸収が出来なくなると……80
SlideⅡ-136　栄養補給の方法……80
SlideⅡ-137　経管栄養法の利点……81
SlideⅡ-138　経管栄養法の注意点……81
SlideⅡ-139　経管栄養法……81
SlideⅡ-140　経管栄養が必要となる病態・病気……82
SlideⅡ-141　経鼻胃管と胃ろうを介する経管栄養法の利点と欠点……82
SlideⅡ-142　胃の位置と構造……82
SlideⅡ-143　胃ろうとは……83
SlideⅡ-144　胃ろうカテーテルの種類……83
SlideⅡ-145　胃ろうの日常管理……84
SlideⅡ-146　経管栄養のリスク……84
SlideⅡ-147　液体栄養剤と半固形栄養剤……84
SlideⅡ-148　液体栄養剤と半固形栄養剤……85
SlideⅡ-149　子どもの経管栄養の注意点（1）……85
SlideⅡ-150　子どもの経管栄養の注意点（2）……85
SlideⅡ-151　用語の確認（1）……86
SlideⅡ-152　用語の確認（2）……86
SlideⅡ-153　経管栄養の手順……86
SlideⅡ-154　経管栄養の中止要件……87
SlideⅡ-155　緊急時の対応方法（1）……87
SlideⅡ-156　緊急時の対応方法（2）……88
SlideⅡ-157　緊急時の対応方法（3）……88
SlideⅡ-158　緊急時の対応方法（4）……88
SlideⅡ-159　基本研修の演習で行う手順（スライドショー）……89
SlideⅡ-160　滴下型の液体栄養剤の場合の経管栄養（胃ろう）の手順……89
SlideⅡ-161　事前準備　安全確認と手洗い……89
SlideⅡ-162　手順①　利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思や体調を確認する。……90
SlideⅡ-163　手順②　必要物品を確認する……90
SlideⅡ-164　手順③　体位を調整する……91

SlideⅡ-165　手順④　注入内容を確認し、栄養剤を用意し注入容器に入れる。滴下筒には半分くらい満たし確認できるようにする。手順⑤　クレンメをあけ、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を満たす。……91
SlideⅡ-166　手順⑥　胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する ……92
SlideⅡ-167　手順⑦　胃ろうカテーテルをつなぐ ……92
SlideⅡ-168　手順⑧　クレンメをゆっくり緩めて滴下する ……92
SlideⅡ-169　手順⑨　異常がないか確認する ……93
SlideⅡ-170　手順⑩　終わったらチューブに白湯を流す ……93
SlideⅡ-171　手順⑪　後片付けを行う ……94
SlideⅡ-172　手順⑫　評価票に記録するヒヤリハットがあれば報告する ……94
SlideⅡ-173　胃ろうからの半固形栄養剤注入の場合 ……94
SlideⅡ-174　胃ろうから半固形栄養剤をバッグで注入する場合の注意点 ……95
SlideⅡ-175　白湯を入れチューブ内の栄養剤を流す ……95
SlideⅡ-176　経鼻胃管からの液体栄養剤注入の場合 ……95

Ⅲ　喀痰（かくたん）の吸引等に関する演習

1．喀痰吸引（口腔内） ……98
SlideⅢ-1　準備 ……98
SlideⅢ-2　手順① ……98
SlideⅢ-3　手順②、手順③　手洗い等 ……99
SlideⅢ-4　手順④、手順⑤ ……99
SlideⅢ-5　手順⑥、手順⑦ ……100
SlideⅢ-6　手順⑧ ……100
SlideⅢ-7　手順⑨ ……101
SlideⅢ-8　手順⑩～手順⑬ ……101
SlideⅢ-9　手順⑭ ……101
SlideⅢ-10　手順⑮～手順⑰　片付け ……102

2．喀痰吸引（鼻腔内） ……103
SlideⅢ-11　準備 ……103
SlideⅢ-12　手順① ……103
SlideⅢ-13　手順②、手順③　手洗い等 ……104
SlideⅢ-14　手順④、手順⑤ ……104
SlideⅢ-15　手順⑥、手順⑦ ……105
SlideⅢ-16　手順⑧ ……105
SlideⅢ-17　手順⑨ ……106
SlideⅢ-18　手順⑩～手順⑬ ……106
SlideⅢ-19　手順⑭ ……107
SlideⅢ-20　手順⑮～手順⑰　片付け ……107

3．喀痰吸引（気管カニューレ内部） ……108
SlideⅢ-21　準備 ……108
SlideⅢ-22　手順① ……108
SlideⅢ-23　手順②、手順③　手洗い等 ……109
SlideⅢ-24　手順④、手順⑤ ……109
SlideⅢ-25　手順⑥、手順⑦ ……110
SlideⅢ-26　手順⑧ ……110

SlideⅢ-27　手順⑨、手順⑩ ……111
SlideⅢ-28　手順⑪ ……112
SlideⅢ-29　手順⑫ ……112
SlideⅢ-30　手順⑬～手順⑯ ……112
SlideⅢ-31　手順⑰ ……113
SlideⅢ-32　手順⑱～⑳　片付けを行います ……114

4．経管栄養　胃ろう（滴下型の液体栄養剤の場合）……115
SlideⅢ-33　準備 ……115
SlideⅢ-34　手順① ……115
SlideⅢ-35　手順② ……116
SlideⅢ-36　手順③ ……117
SlideⅢ-37　手順④ ……118
SlideⅢ-38　手順⑤ ……118
SlideⅢ-39　手順⑥ ……119
SlideⅢ-40　手順⑦ ……119
SlideⅢ-41　手順⑧ ……120
SlideⅢ-42　手順⑨ ……121
SlideⅢ-43　手順⑩ ……122
SlideⅢ-44　手順⑪ ……123
SlideⅢ-45　手順⑫ ……123

5．経管栄養　胃ろう（半固形栄養剤の場合）……124
SlideⅢ-46　準備 ……124
SlideⅢ-47　手順① ……124
SlideⅢ-48　手順② ……125
SlideⅢ-49　手順③ ……126
SlideⅢ-50　手順④ ……127
SlideⅢ-51　手順⑤ ……128
SlideⅢ-52　手順⑥ ……128
SlideⅢ-53　手順⑦ ……129
SlideⅢ-54　手順⑧ ……129
SlideⅢ-55　手順⑨ ……130
SlideⅢ-56　手順⑩ ……130

6．経管栄養　経鼻胃管（滴下型の液体栄養剤の場合）……131
SlideⅢ-57　準備 ……131
SlideⅢ-58　手順① ……131
SlideⅢ-59　手順② ……132
SlideⅢ-60　手順③ ……133
SlideⅢ-61　手順④ ……134
SlideⅢ-62　手順⑤ ……134
SlideⅢ-63　手順⑥ ……135
SlideⅢ-64　手順⑦ ……135
SlideⅢ-65　手順⑧ ……136
SlideⅢ-66　手順⑨ ……137
SlideⅢ-67　手順⑩ ……138
SlideⅢ-68　手順⑪ ……139
SlideⅢ-69　手順⑫ ……139

資料

評価票　喀痰吸引　口腔内吸引（通常手順）……143
評価票　喀痰吸引　口腔内吸引（人工呼吸器装着者　口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）……144
評価票　喀痰吸引　鼻腔内吸引（通常手順）……145
評価票　喀痰吸引　鼻腔内吸引（人工呼吸器装着者　口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）…146
評価票　喀痰吸引　気管カニューレ内部吸引（通常手順）……147
評価票　喀痰吸引　気管カニューレ内部吸引（人工呼吸器装着者　侵襲的人工呼吸療法）……148
評価票　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）……149
評価票　胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）……150
評価票　経鼻経管栄養……151
評価判定基準……152
同意書……153
気管カニューレ内吸引時の覚書……154
修了証書……155

介護職員等による喀痰吸引等制度Q&A……156
A　喀痰吸引等の制度に関すること……156
B　経過措置対象者に関すること……164

I 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義

介護職員等による喀痰（かくたん）吸引等（第三号研修“特定の者対象”）研修カリキュラム概要

1. 障害者自立支援法と関係法規

1-1　障害者（児）福祉の背景と動向
1-2　介護職員等による喀痰（かくたん）吸引等の実施に係る制度の概要

2. 利用可能な制度

2-1　障害福祉サービスの種類
2-2　重度訪問介護の制度とサービス

3. 重度障害児・者等の地域生活

3-1　重度障害児・者の障害・疾病についての理解
3-2　重度障害児・者の心理についての理解
3-3　重度障害児・者の地域生活についての理解
3-4　福祉業務従事者としての職業倫理・利用者の人権

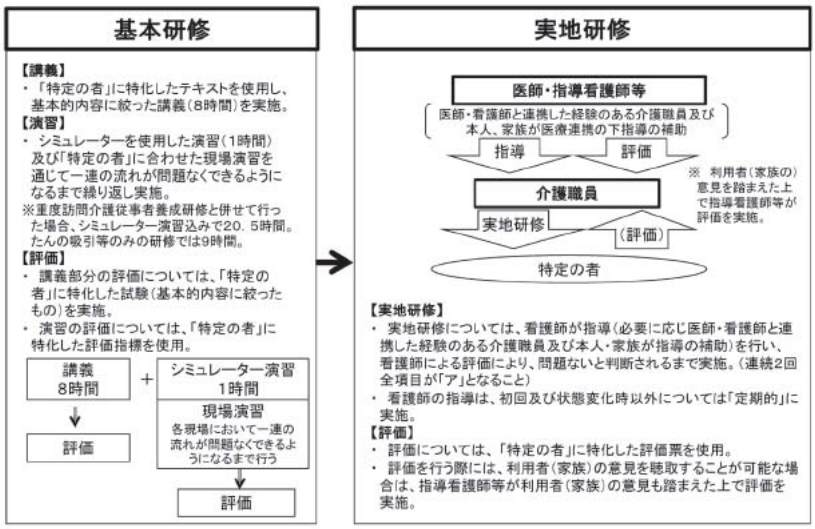
※平成25年4月より「障害者自立支援法」は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」となります。

Slide Ⅰ-1：介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修“特定の者対象”）の研修カリキュラム概要

まずは本題に入る前に、介護職員等による喀痰吸引等（第三号研修“特定の者対象”）の研修カリキュラムの概要をみておきましょう。

研修は、基本研修と実地研修があります。

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



Slide Ⅰ-2：【特定の者】基本研修カリキュラム

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、みなさんしっかり講義を受けてください。

出題の範囲は、喀痰の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】基本研修カリキュラム

科　目	中項目	時間数
重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	・障害者自立支援法と関係法規 ・利用可能な制度 ・重度障害児・者等の地域生活　等	2
喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講義	・呼吸について ・呼吸異常時の症状、緊急時対応 ・人工呼吸器について ・人工呼吸器に係る緊急時対応 ・喀痰吸引概説 ・口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引 ・喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 ・喀痰吸引の手順、留意点　等	3
	・健康状態の把握 ・食と排泄（消化）について ・経管栄養概説 ・胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 ・経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 ・経管栄養の手順、留意点　等	3
喀痰吸引等に関する演習	・喀痰吸引（口腔内） ・喀痰吸引（鼻腔内） ・喀痰吸引（気管カニューレ内部） ・経管栄養（胃ろう・腸ろう） ・経管栄養（経鼻）	1

○　基本研修（講義及び演習）
※　演習（シミュレーター演習）については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的とし、評価は行わない。実地研修の序盤に、実際に利用者のいる現場において、指導看護師や経験のある介護職員が行う喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って演習（現場演習）を実施し、プロセスの評価を行う。

Slide Ⅰ-3：【特定の者】実地研修

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。

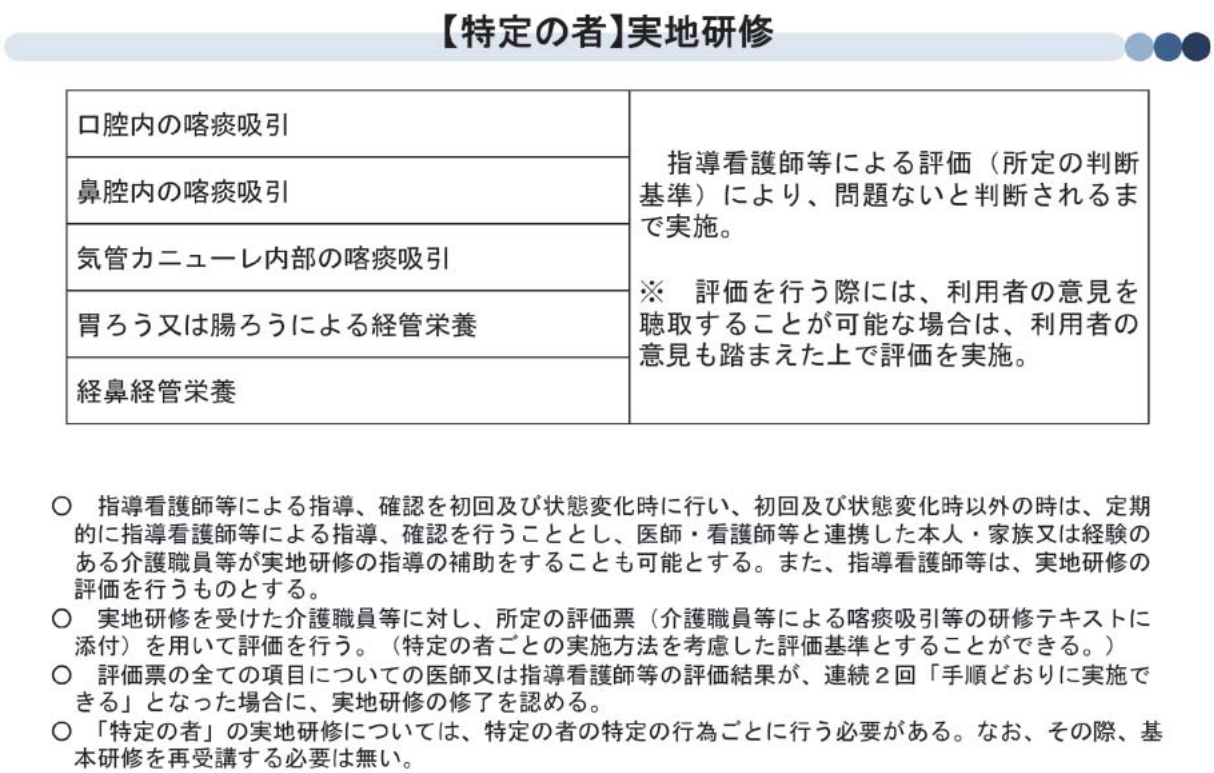
実地研修では、医師や看護師等が指導しますが、特に在宅においては、必要に応じ医師・看護師と連携した経験のある介護職員及び本人・家族が指導の補助を行います。医師や看護師等による評価により、連続2回全項目が問題ないと判断されるまで実施します。

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

利用者本人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。

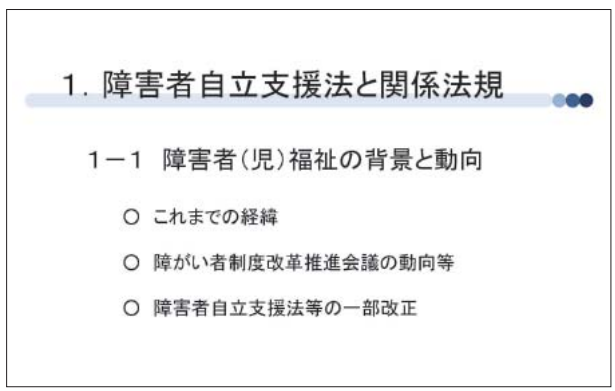
「特定の者」の実地研修については、特定の者の特定の行為ごとに行う必要がありますが、基本研修をその都度再受講する必要はありません。



Slide Ⅰ-4：1．障害者自立支援法と関係法規

1．障害者自立支援法と関係法規を説明します。

はじめに、これまでの障害児・者の福祉の背景と動向をみていきましょう。



Slide Ⅰ-5：障害保健福祉施策の歴史（概要）

障害保健福祉施策の歴史を振り返ってみましょう。

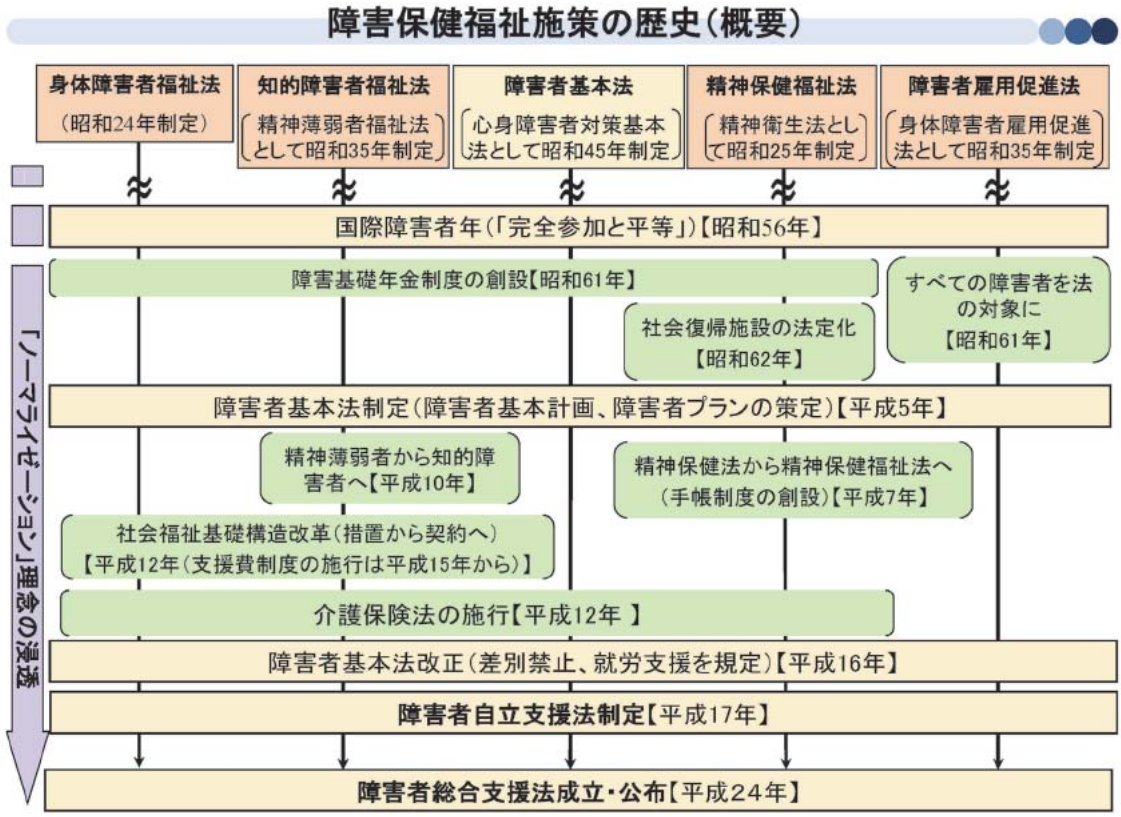
以前は、障害者を社会的弱者として保護してきた経緯がありました。

大きく変わる切っ掛けになったのは昭和56年、「完全参加と平等」をテーマとした「国際障害者年」でした。これを契機にノーマライゼーション理念が関係者に浸透していきました。

そして、障害者は保護すべき社会的弱者ではなく、自立の支援を行うべきと、国の方針も大きく変わりました。

これまで、身体障害、知的障害、精神障害と三障害別々の法律で支援を行ってきたそれぞれの施策を共通の制度へと一本化するべきとの理念と、障害者自身の意向を尊重する、すなわち利用者本位のサービス体系へと転換するべきとの理念の実現を図るため、地域の共生社会の実現を目指す「障害者自立支援法」が成立しました。

その後、国連障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備を行うこととなり、内閣府に設置された「障がい者制度改革推進会議」の議論を踏まえ、「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（障害者総合支援法）」が成立・公布されました。



Slide Ⅰ-6：「障害者自立支援法」のポイント

障害者自立支援法のポイントは、

・これまでまちまちであった障害者施策を3障害一元化

・利用者のニーズに応じたサービスが提供できるよう、利用者本位のサービス体系に再編

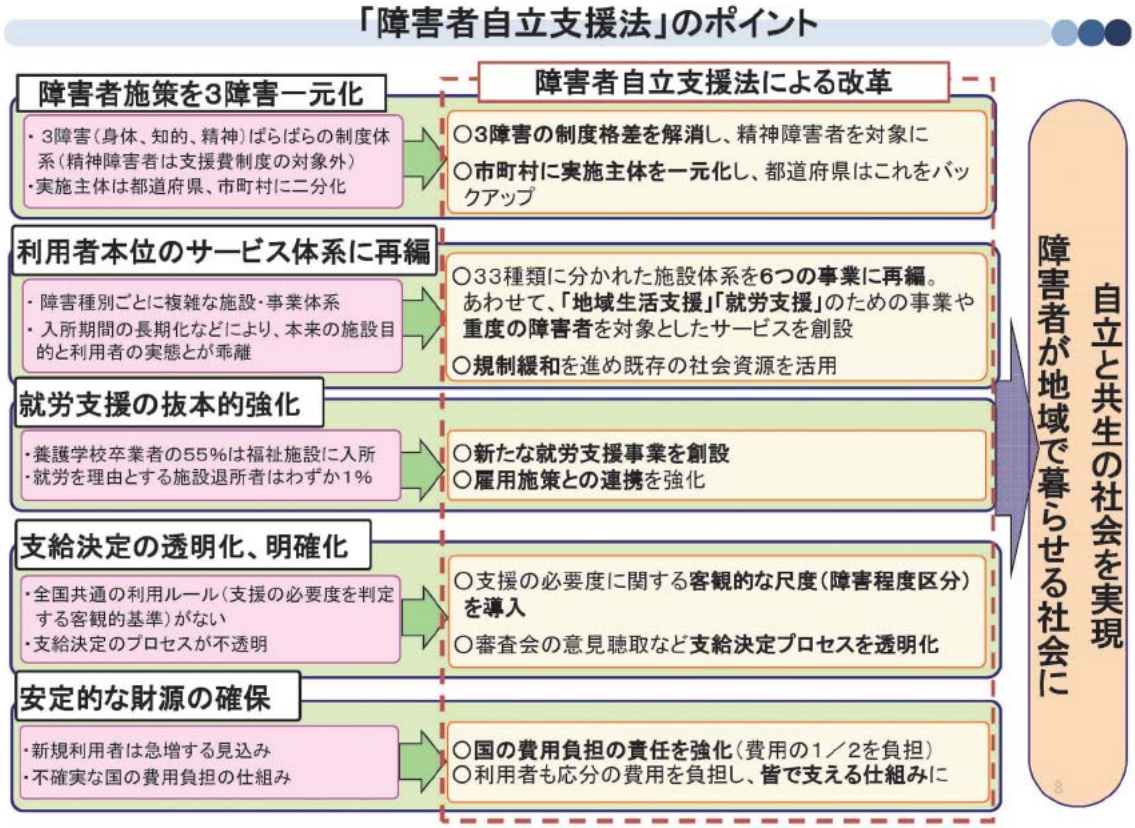
・新たな就労支援事業を創設と、雇用施策との連携の強化を図る、就労支援の抜本的強化

・支援の必要度に関する客観的な尺度である「障害程度区分」を導入し、支給決定の透明化、明確化

・国の費用負担の責任の強化と、利用者も応分の費用を負担し、安定的な財源の確保

の、5つです。

これらの5本の柱を軸とし、障害者が地域で暮らせる社会、自立と共生の社会を実現したいという願いがありました。



Slide Ⅰ-7：障害福祉施策のこれまでの経緯

こうして誕生した「障害者自立支援法」でしたが、法案提出当初から、当事者団体を中心に多くの反対の動きがありました。

反対の主な主張には、

・非常に所得の低い障害者が多い中、1割の負担であっても重すぎるという、利用者負担の問題。

・事業者は、新サービス体系に移行しなければなりませんが、改革のスピードがあまりにも速くついていけない。新体系に移行すると収入が下がるといった事業者に対する激変緩和や経営基盤の強化や経過措置の問題。

・施設を出て地域にといわれても、グループホームやケアホームなどの安心して暮らせる住まいの場が少ないといったグループホーム等の整備促進の問題。

などがありました。

こうした意見から、政府は平成18年12月、法の円滑な運営のための特別対策、平成19年12月には、障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置を行いました。その後、社会保障審議会障害者部会報告を受け、「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に提出しましたが、衆議院の解散に伴い廃案となりました。

平成21年9月、政権交代がおこり、連立政権合意における障害者自立支援法の廃止の方針が打ち出されました。

平成22年1月には障がい者制度改革推進会議において議論が開始されました。

4月、低所得者の障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担が無料化され、総合福祉部会において議論が開始されました。

6月、「障害者制度改革の推進のための基本的方向(第一次意見)」を受け、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定されました。

これを受け、「障害者基本法の一部を改正する法律」が国会の審議を経て、平成23年8月5日に公布され、一部を除き同日に施行されることとなりました。

11月には、新たな法律ができるまでの間であっても、障害者施策を前進させるため、障害者自立支援法の改正法案を衆議院厚生労働委員長が提出し、

12月、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立しました。

平成23年8月、「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」がとりまとめられ、これを受け、平成24年6月、「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（障害者総合支援法)」が成立、公布されました。

このように、障害者の福祉施策は、ここ数年間で大きな動きを見せています。

障害福祉施策のこれまでの経緯

平成18年 4月	障害者自立支援法の施行 （同年10月に完全施行）
12月	法の円滑な運営のための特別対策 (①利用者負担の更なる軽減、②事業者に対する激変緩和措置、③新法移行のための経過措置)
平成19年12月	障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置 (①利用者負担の見直し、②事業者の経営基盤の強化、③グループホーム等の整備促進)
平成20年12月	社会保障審議会障害者部会報告のとりまとめ
平成21年 3月	「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」国会提出 → 同年7月、衆議院の解散に伴い廃案
9月	連立政権合意における障害者自立支援法の廃止の方針
平成22年 1月	厚生労働省と障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団との基本合意 障がい者制度改革推進会議において議論開始
4月	低所得者の障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料化 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において議論開始
6月	「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(閣議決定)
12月	「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」(議員立法)が成立
平成23年 6月	「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」(議員立法)が成立
7月	「障害者基本法の一部を改正する法律」が成立
8月	「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」取りまとめ
平成24年 3月	「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」閣議決定・国会提出
6月	同法律案及び「国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律案」(議員立法)が成立、公布

Slide Ⅰ-8：障害者制度改革の状況

現政府の障害者制度改革の状況です。（平成24年12月現在）

障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革を行うため、内閣総理大臣を本部長としすべての国務大臣で構成する、「障がい者制度改革推進本部」が平成21年12月8日、閣議決定により設置されました。

当面5年間を障害者制度改革の集中期間と位置付け、

・改革推進に関する総合調整

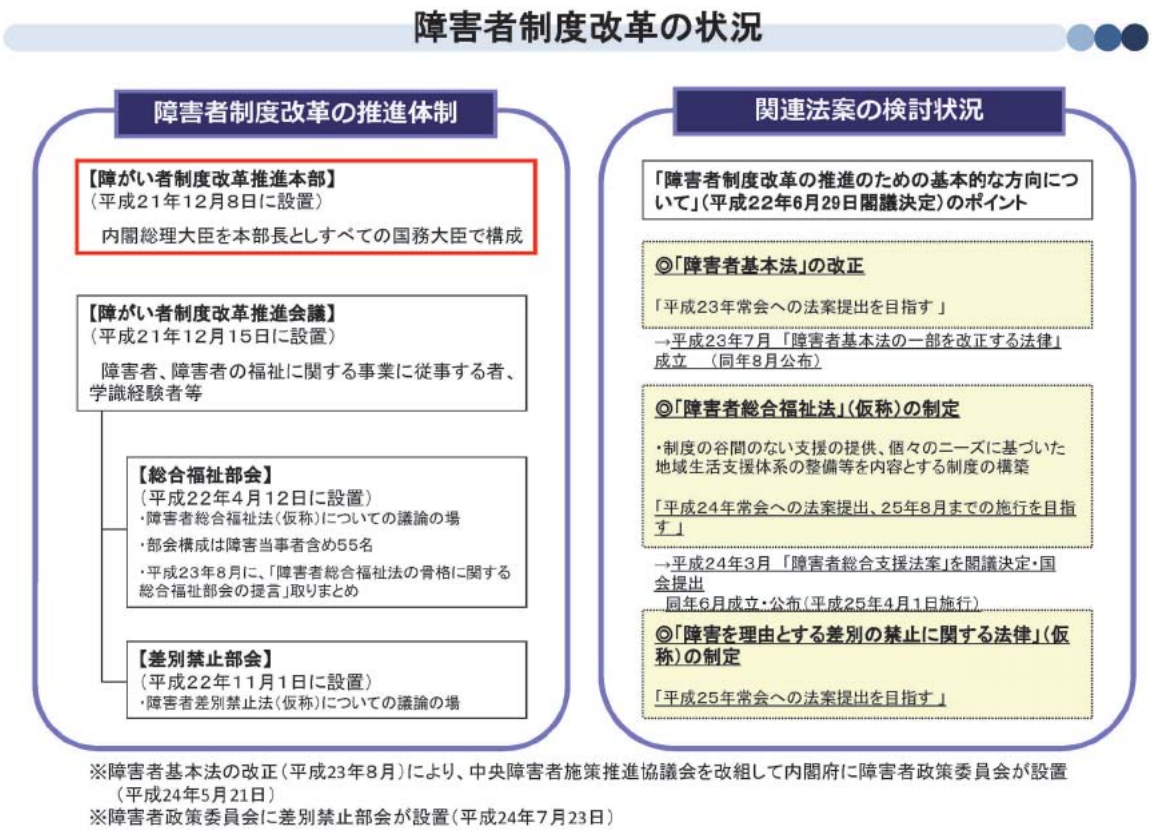
・改革推進の基本的な方針の案の作成及び推進

・「障害」の表記の在り方に関する検討

等を行うこととされています。

関連法案の検討状況ですが、「障害者基本法」の改正、「障害者総合支援法」の成立まで実現しており、あとは「障害を理由とする差別の禁止に関する法律」（仮称）の制定が残っている状況です。

なお、障害者基本法の改正により、中央障害者施策推進協議会を改組して、内閣府に障害者政策委員会が設置（平成24年5月21日）され、さらに、差別禁止部会が設置（平成24年７月23日）されており、議論が進められています。



※障害者基本法の改正（平成23年8月）により、中央障害者施策推進協議会を改組して内閣府に障害者政策委員会が設置（平成24年5月21日）

※障害者政策委員会に差別禁止部会が設置（平成24年7月23日）

Slide Ⅰ-9：障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要です。

障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の 地域生活支援のための法改正であることが明記されました。

利用者負担について、応能負担を原則にするとともに、障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減することとされました。

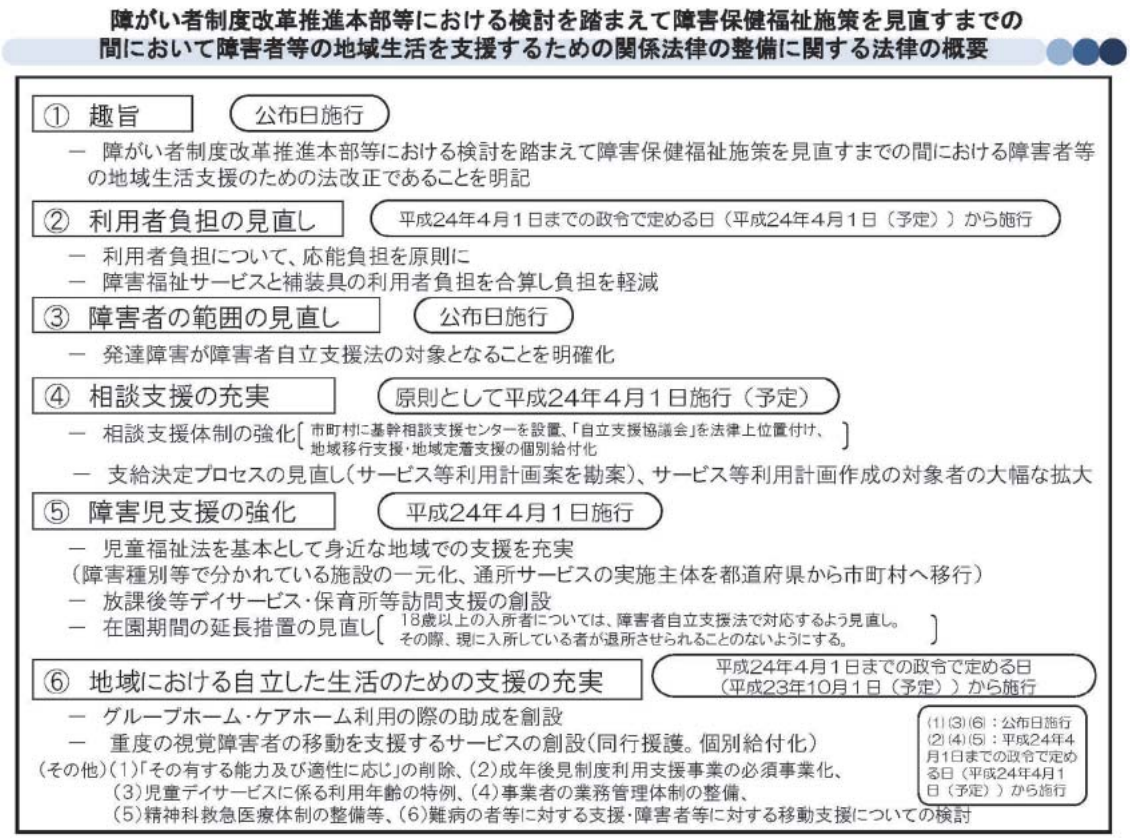
これまでも法の対象にはなっていましたが、発達障害が障害者自立支援法の対象となることが明確化されました。

相談支援体制の強化として、支給決定の際、サービス等利用計画案を勘案するよう見直され、サービス等利用計画作成の対象者が、平成26年度末までに順次大幅に拡大されます。

市町村に基幹相談支援センターを設置し、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援が個別給付化されました。

障害児支援の強化として、児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実するとともに、放課後等デイサービスや保育所等訪問支援が創設されました。

そのほかグループホーム・ケアホーム利用の際、上限1万円の助成が創設され、重度の視覚障害者の移動を支援するサービスとして「同行援護」が創設されました。



Slide Ⅰ-10：地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

平成25年4月から施工されることとなる、いわゆる「障害者総合支援法」の概要です。

正式な法律名称は「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」です。

法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げました。

「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加えることとされました。障害者総合支援法における難病等の範囲は、当面の措置として、「難病患者等居宅生活支援事業」の対象疾病と同じ範囲の対象疾患(130疾患及び関節リウマチ）として平成25年４月から制度を施行した上で、新たな難病対策における医療費助成の対象疾患の範囲等に係る検討を踏まえ、見直しを行うこととされました。

「障害程度区分」について、認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行うなど、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「障害支援区分」に改めます。

障害者に対する支援については4点あります。

①重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）

②共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化

③地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える）

④地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）

サービス基盤の計画的整備についても4点あります。

①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定

②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化

③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化

④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討することとなっています。

①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方

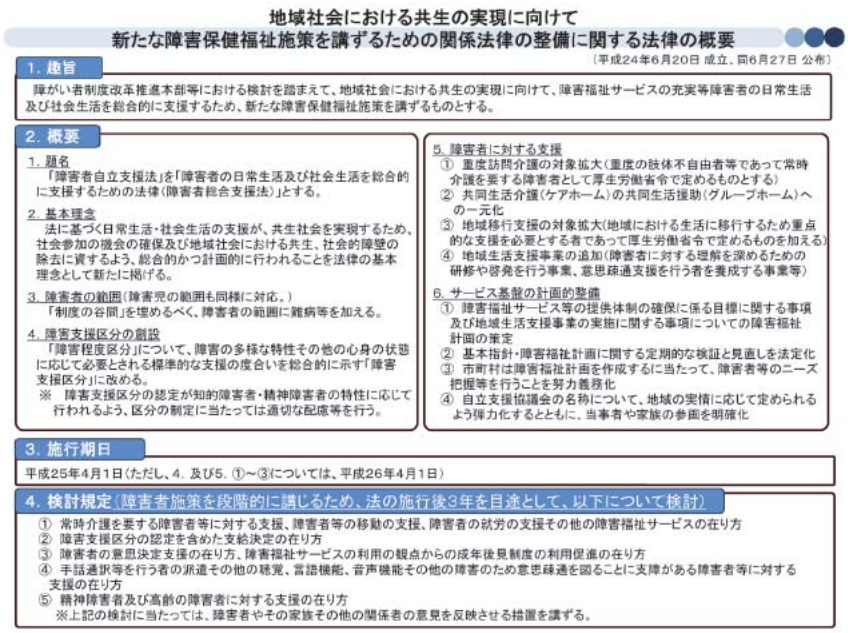
②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方

③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方

④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方

⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

なお、これらの検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずることとされています。



地域社会における共生の実現に向けて
新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

（平成24年6月20日 成立、同6月27日 公布）

1．趣旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

2．概要

1．題名
「障害者自立支援法」を「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（障害者総合支援法）」とする。

2．基本理念
法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。

3．障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。）
「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。

4．障害支援区分の創設
「障害程度区分」について、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「障害支援区分」に改める。
※　障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。

5．障害者に対する支援
① 重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）
② 共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化
③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える)
④ 地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）

6．サービス基盤の計画的整備
① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定
② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化
④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

3．施行期日

平成25年4月1日（ただし、4．及び5．①～③については、平成26年4月1日）

4．検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討）

① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方
※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

Slide Ⅰ-11：1. 障害者自立支援法と関係法規

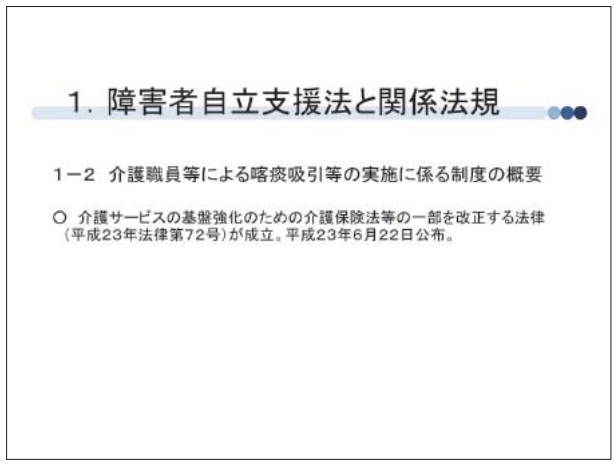
介護職員等による喀痰吸引等の実施に係る制度の概要です。

「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23年6月22日に公布されました。

施行日は一部を除き平成24年4月1日です。

平成23年度は、その準備期間ということで、「不特定多数の者対象」、「特定の者対象」いずれの研修コースも都道府県において実施することとされていました。

平成24年度以降は、法に基づく登録研修機関も研修が実施できるようになりました。

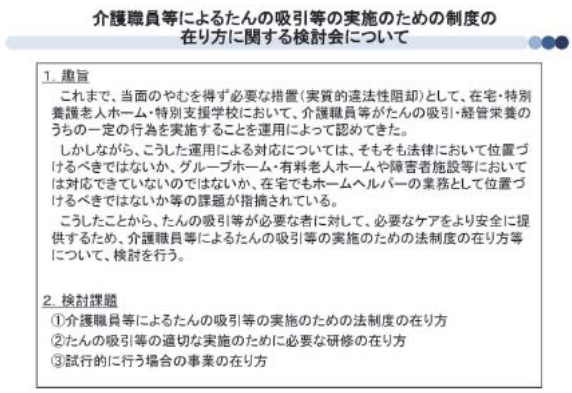


Slide Ⅰ-12：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会について

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が運用によって認められてきました。

しかし、こうした運用による対応については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないか、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されてきました。

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」が開催されました。

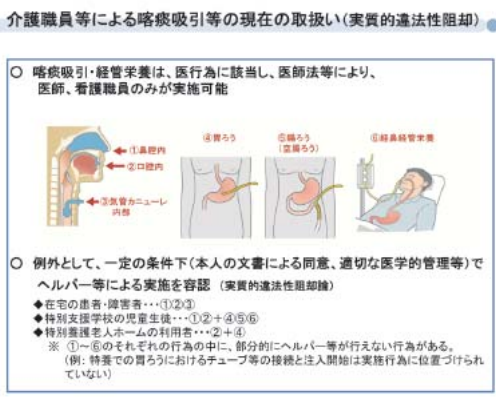


Slide Ⅰ-13：介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

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、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ごとで取扱いが異なっていました。



Slide Ⅰ-14：介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

在宅、特別支援学校、特別養護老人ホームの各通知で認められていた行為の範囲を「○」で示している表です。

在宅では、喀痰吸引についてはすべて認められていましたが、経管栄養については検討されていませんでした。

特別支援学校では、気管カニューレ内の喀痰吸引以外は認められていました。

特別養護老人ホームでは、口腔内の喀痰吸引と、胃ろうの経管栄養の一部が認められていました。

当然、各通知では、本人との同意や医療関係者による的確な医学的管理、水準の確保、安全な体制の整備などが要件となっていました。

検討会では、これらの行為について、一定の研修の受講等を条件に介護職員等にも可能としてはどうかという問題意識から議論が開始されました。

介護職員等による喀痰吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

			在宅（療養患者・障害者）	特別支援学校（児童生徒）	特別養護老人ホーム（高齢者）
対象範囲	喀痰吸引	口腔内	○ （咽頭の手前までを限度）	○ （咽頭の手前までを限度）	○ （咽頭の手前までを限度）
		鼻　腔	○	○	－
		気管カニューレ内部	○	－	－
	経管栄養	胃ろう	－	○ （胃ろうの状態確認は看護師）	○ （胃ろうの状態確認・チューブ接続・注入開始は看護職）
		腸ろう	－	○ （腸ろうの状態確認は看護師）	－
		経　鼻	－	○ （チューブ挿入状態の確認は看護師）	－
要件等	①本人との同意		・患者が、方法を習得した家族以外の者に依頼し、当該者が行うことについて文書による同意（ヘルパー個人が同意） ・ホームヘルパー業務と位置づけられていない	・保護者が、学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が行うことについて書面による同意 ・主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意	・入所者（入所者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、施設に依頼し、施設の組織的対応を施設長から説明を受け、それを理解の上、介護職員が行うことについて書面による同意
	②医療関係者による的確な医学的管理		・かかりつけ医、訪問看護職員による定期的な診療、訪問看護	・主治医から看護師に対する書面による指示 ・看護師の具体的指示の下で実施 ・在校時は看護師が校内に常駐 ・保護者、主治医、看護師、教員の参加下で、個別具体的な計画の整備	・配置医から看護職員に対する書面による指示 ・看護職員の指示の下で実施 ・配置医、看護職員、介護職員の参加の下、個別具体的な計画の整備
	③医行為の水準の確保		・かかりつけ医、訪問看護職員による家族以外の者への技術指導 ・かかりつけ医、訪問看護職員との間において同行訪問や連絡・相談・報告などにより手技を確認	・看護師及び教員が研修を受講 ・主治医による担当教員、実施範囲の特定 ・マニュアルの整備	・看護師及び介護職員が研修を受講 ・配置医による担当介護職員・実施範囲の特定 ・マニュアルの整備
	④施設・地域の体制整備		・緊急時の家族、かかりつけ医、訪問看護職員、家族以外の者等の間の連絡・支援体制の確保	・学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施　等	・施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施　等

Slide Ⅰ-15：介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正）

検討会における議論を受け、中間とりまとめを経て、介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案が可決成立しました。

喀痰吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況であることから、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に喀痰吸引等の行為を実施できることとしました。

他の医療関係職と同様に、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、喀痰吸引等を行うことを業とすることができることとされました。

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

介護職員等の範囲ですが、「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とされました。

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」等の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

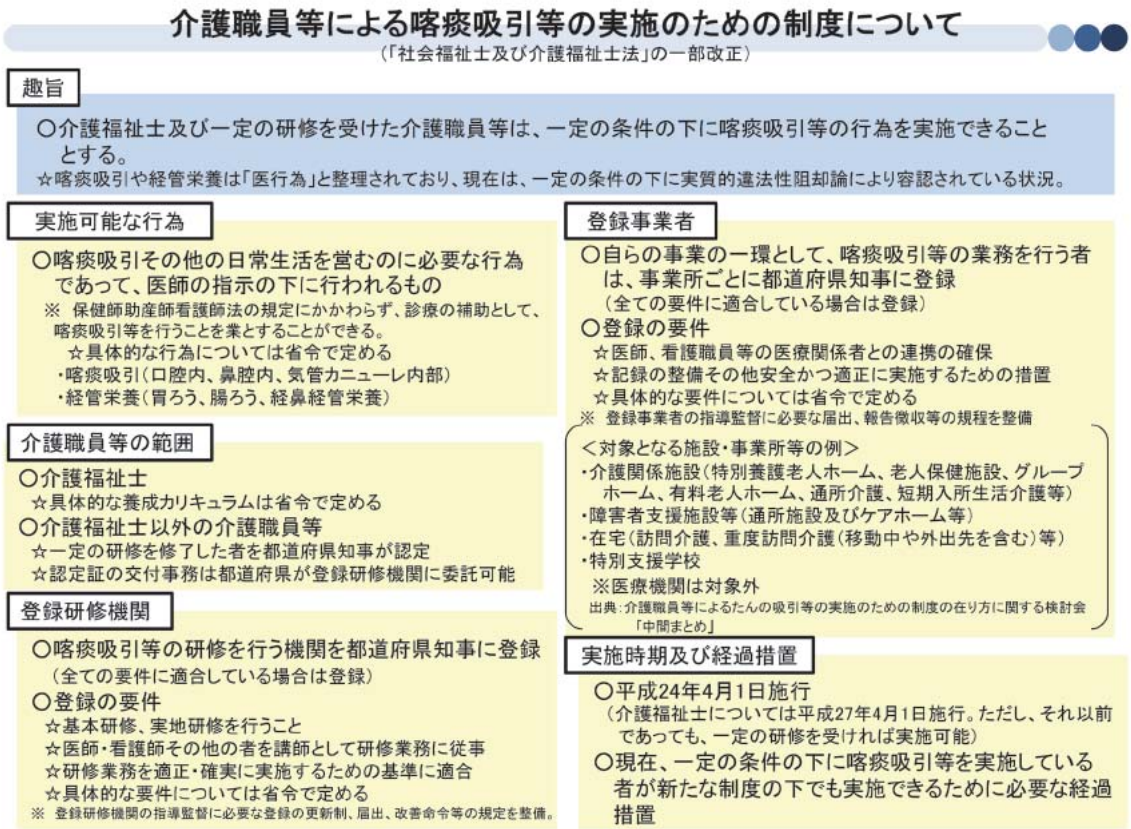
・介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）
・障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）
・在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）
・特別支援学校

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の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。

この制度の実施時期ですが、一部を除き平成24年4月1日の施行となります。

介護福祉士については平成27年4月1日の施行です。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施は可能です。

これまで、通知の運用等により、一定の条件の下に喀痰吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるために必要な経過措置を設けることとされています。



Slide Ⅰ-16：2．利用可能な制度

重度障害児・者が利用可能な制度として、障害者自立支援法における障害福祉サービスをご紹介します。

介護給付として、

・居宅介護
・重度訪問介護
・同行援護
・行動援護
・療養介護
・生活介護
・短期入所
・重度障害者等包括支援
・共同生活介護
・施設入所支援があり、

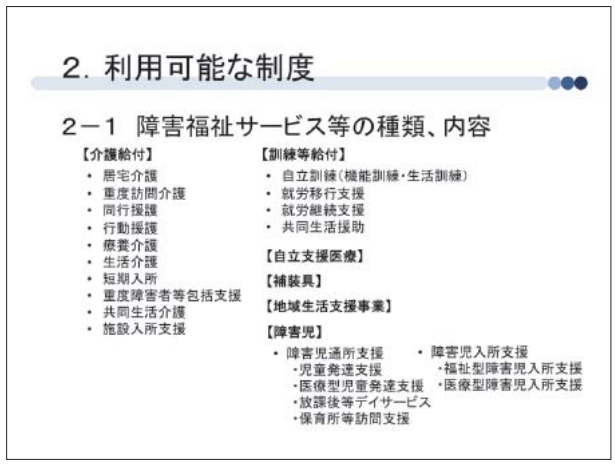
訓練等給付として、

・自立訓練（機能訓練・生活訓練）
・就労移行支援
・就労継続支援
・共同生活援助

があります。

その他、利用可能な制度として、自立支援医療、補装具、地域生活支援事業などがあります。

なお、障害児については、児童福祉法におけるサービスとして、障害児通所支援・障害児入所支援があります。

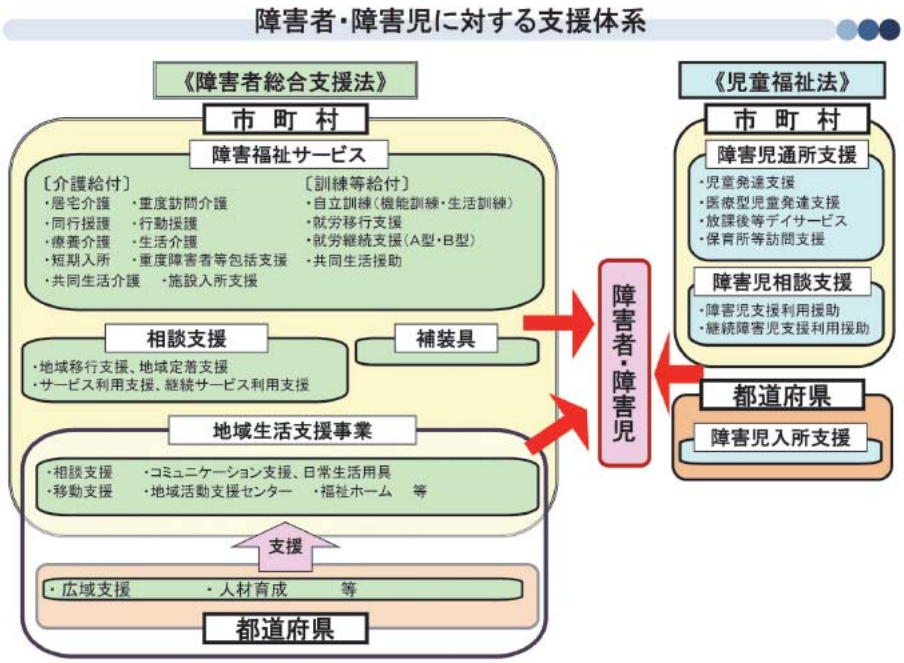


Slide Ⅰ-17：障害者・障害児に対する支援体系

障害者・障害児に対する支援体系です。

障害福祉サービス等の自立支援給付と、地域生活支援事業のうちコミュニケーション支援等は、最も身近な自治体単位である市町村が実施主体となって、障害児・者にかかった費用の一部又は全部を給付します。

都道府県は、広域支援や人材育成の面で市町村をバックアップします。



Slide Ⅰ-18：利用者負担について

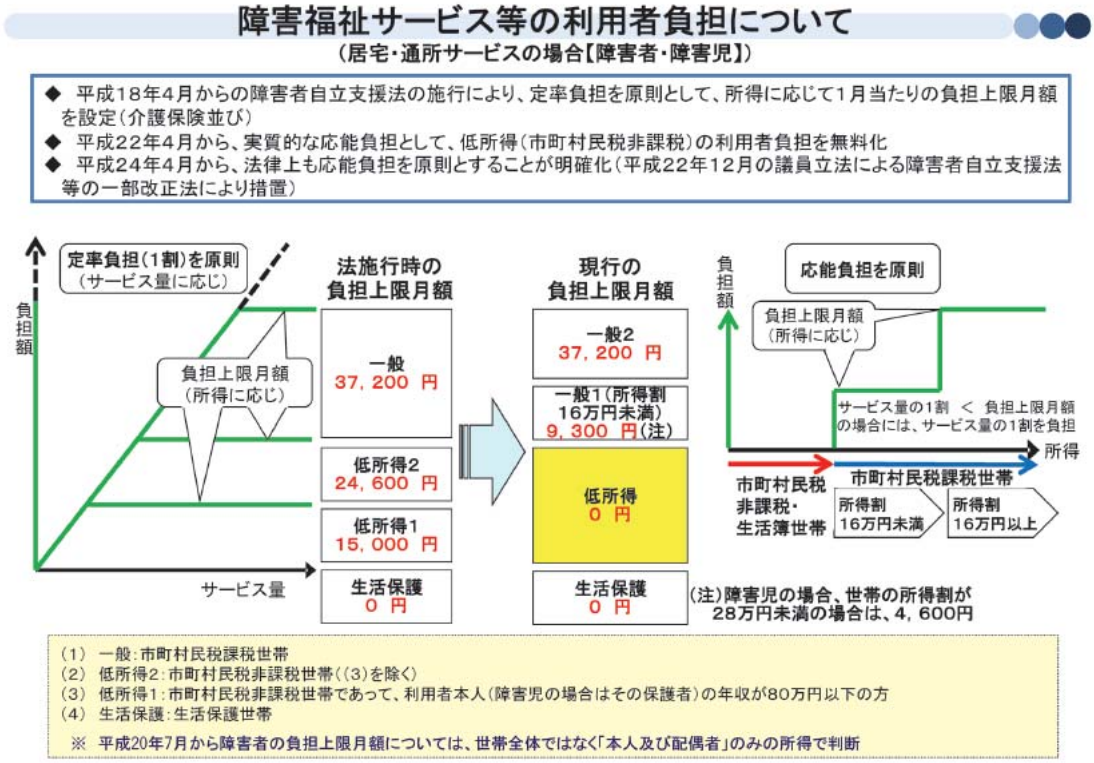
この表は、障害福祉サービスと補装具に関する利用者負担についてまとめたものです。

応能負担への第一歩として、平成22年4月1日から、市町村民税非課税世帯の障害者、障害児の、福祉サービス及び補装具に係る利用者負担が無料とされました。

一般世帯については、市町村民税所得割の額によって、負担の軽減が図られています。

その後、障害者自立支援法の改正により、障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定されました。ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

なお、世帯の範囲については、18歳以上の方については本人のみ（配偶者がいる場合は本人及び配偶者）の所得に応じた負担額とされています。



Slide Ⅰ-19：（参考）医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧

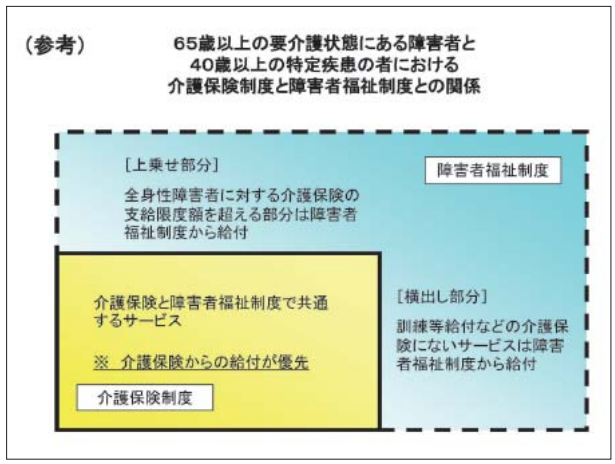
障害福祉施策以外にも、医療保険制度や介護保険制度によるサービスも受けられる場合があります。

（参考）　医療保険、介護保険、障害福祉施策制度一覧

	医療保険		介護保険	障害福祉施策
根拠法	健康保険法　等	高齢者の医療の確保に関する法律	介護保険法	障害者自立支援法
実施主体等	国民健康保険 被用者保険（組合管掌健康保険、協会けんぽ、共済組合　等）	後期高齢者医療広域連合	市町村	市町村
財源	保険料 税金	保険料 税金 各種保険者からの支援金	保険料 税金	税金
対象者	各種保険加入者及び家族	75歳以上の者	65歳以上の者 特定疾病の者で40歳以上65歳未満の者	身体障害児・者 知的障害児・者 精神障害児・者
利用者負担	3割負担 ※義務教育就学前：2割、70歳以上75歳未満：1割、現役並み所得者：3割	1割負担	1割負担	所得に応じて4区分の負担上限月額を設定 市町村民税非課税世帯は無料（自立支援医療は除く）

Slide Ⅰ-20：（参考）65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と障害者福祉制度との関係

65歳以上の要介護状態にある障害者と40歳以上の特定疾患の者における介護保険制度と障害者福祉制度との関係ですが、介護保険と障害者福祉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との原則はありますが、全身性障害者等に対する介護保険の支給限度額を超える部分は障害者福祉制度から給付する、いわゆる［上乗せ部分］や、訓練等給付などの介護保険にないサービスは障害者福祉制度から給付する、いわゆる［横出し部分］は認められています。



Slide Ⅰ-21：2. 利用可能な制度

次に、重度障害者が良く利用するサービスとしては、重度訪問介護があり、今回の特定の者における喀痰吸引等研修についても、重度訪問介護従業者養成研修と併せて行うことも可能とされています。

重度訪問介護の対象者ですが、重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者とされています。

具体的には、障害程度区分4以上であって、下記のいずれにも該当する者

①二肢以上に麻痺等があること。

②障害程度区分の認定調査項目のうち、「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。

という要件となっています。

サービス内容については、居宅における

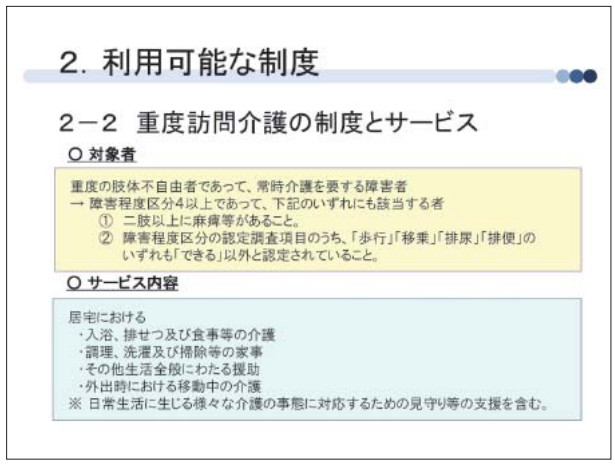
・入浴、排せつ及び食事等の介護

・調理、洗濯及び掃除等の家事

・その他生活全般にわたる援助

・外出時における移動中の介護

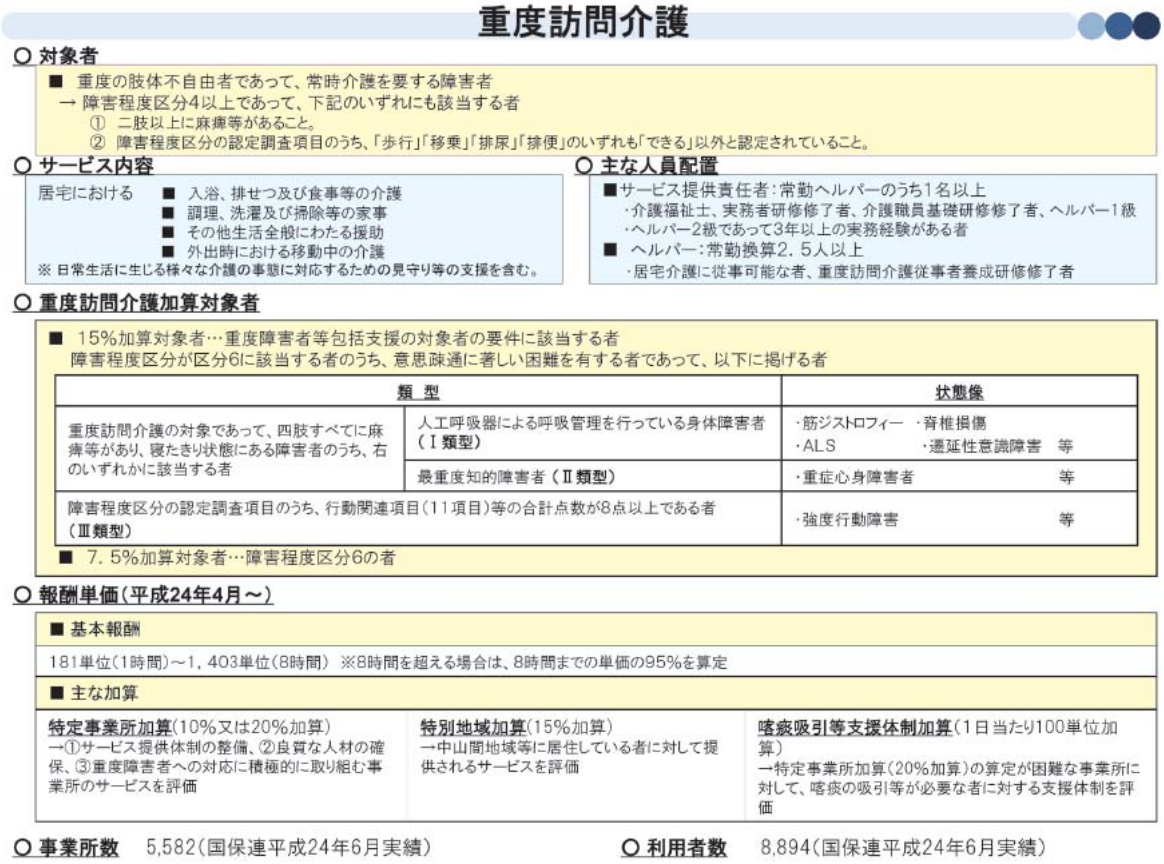
であり、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。とされていますので、目を離すことができない重度の肢体不自由者の、比較的長時間の介護にも対応しています。



Slide Ⅰ-22：重度訪問介護

重度訪問介護のサービス内容等について一覧にした表です。最重度者にはさらに加算がつくこととなっており、重度者に対応したサービスであることがわかります。

利用者数は全国で9,000人弱であり、真に必要な重度障害者に限られたサービスとなっています。



重度訪問介護

○ 対象者

■ 重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者
→ 障害程度区分4以上であって、下記のいずれにも該当する者
① 二肢以上に麻痺等があること。
② 障害程度区分の認定調査項目のうち、「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。

○ サービス内容

居宅における
■ 入浴、排せつ及び食事等の介護
■ 調理、洗濯及び掃除等の家事
■ その他生活全般にわたる援助
■ 外出時における移動中の介護
※ 日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。

○ 主な人員配置

■サービス提供責任者：常勤ヘルパーのうち1名以上
・介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級
・ヘルパー2級であって3年以上の実務経験がある者
■ ヘルパー：常勤換算2．5人以上
・居宅介護に従事可能な者、重度訪問介護従事者養成研修修了者

○ 重度訪問介護加算対象者

■ 15%加算対象者…重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者
障害程度区分が区分6に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下に掲げる者

類 型		状態像
重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者	人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者（Ⅰ類型）	・筋ジストロフィー ・脊椎損傷 ・ALS ・遷延性意識障害 等
	最重度知的障害者（Ⅱ類型）	・重症心身障害者 等
障害程度区分の認定調査項目のうち、行動関連項目（11項目）等の合計点数が8点以上である者（Ⅲ類型）		・強度行動障害 等

■ 7．5%加算対象者…障害程度区分6の者

○ 報酬単価（平成24年4月～）

■ 基本報酬
181単位（1時間）～1，403単位（8時間） ※8時間を超える場合は、8時間までの単価の95%を算定

■ 主な加算

特定事業所加算（10%又は20%加算）
→①サービス提供体制の整備、②良質な人材の確保、③重度障害者への対応に積極的に取り組む事業所のサービスを評価

特別地域加算（15%加算）
→中山間地域等に居住している者に対して提供されるサービスを評価

喀痰吸引等支援体制加算（1日当たり100単位加算）
→特定事業所加算（20%加算）の算定が困難な事業所に対して、喀痰の吸引等が必要な者に対する支援体制を評価

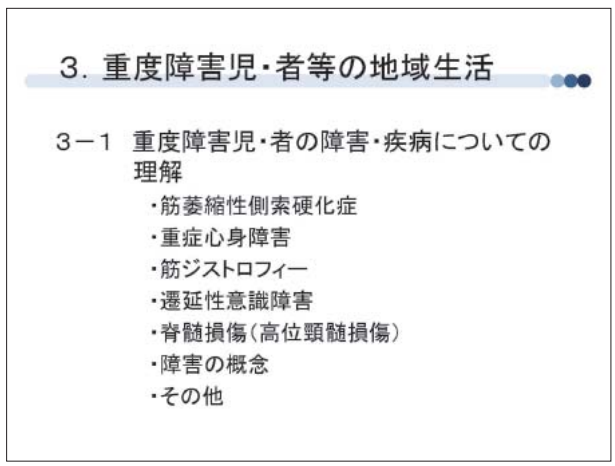
○ 事業所数 5,582（国保連平成24年6月実績）

○ 利用者数 8,894（国保連平成24年6月実績）

Slide Ⅰ-23：3．重度障害児・者等の地域生活

それでは、ここで喀痰吸引等の対象になる、特定の者、すなわち重度障害児・者の障害・疾病について簡単に説明したいと思います。

ただし、担当する利用者さんは、一人一人異なる個別性があるため、前もって医療者やご家族から、障害や病態、注意すべき点について十分に指導を受けて下さい。



3．重度障害児・者等の地域生活

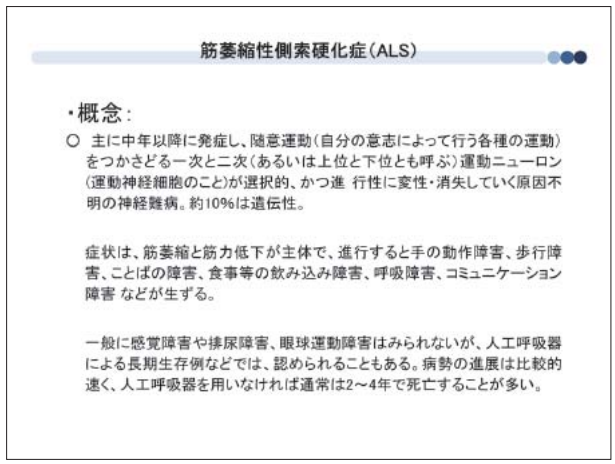
3－1 重度障害児・者の障害・疾病についての理解
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・重症心身障害
- ・筋ジストロフィー
- ・遷延性意識障害
- ・脊髄損傷（高位頸髄損傷）
- ・障害の概念
- ・その他

Slide Ⅰ-24：筋萎縮性側索硬化症（ALS）

まず、筋萎縮性側索硬化症（ALS）とは、主に中年以降に発症し、随意運動（自分の意志によって行う各種の運動）をつかさどる一次と二次（あるいは上位と下位とも呼ぶ）運動ニューロン（運動神経細胞のこと）が選択的、かつ進行性に変性・消失していく原因不明の神経難病のことをいいます。約10%は遺伝性と言われています。

症状は、筋萎縮と筋力低下が主体で、進行すると手の動作障害、歩行障害、ことばの障害、食事等の飲み込み障害、呼吸障害、コミュニケーション障害 などが生じます。

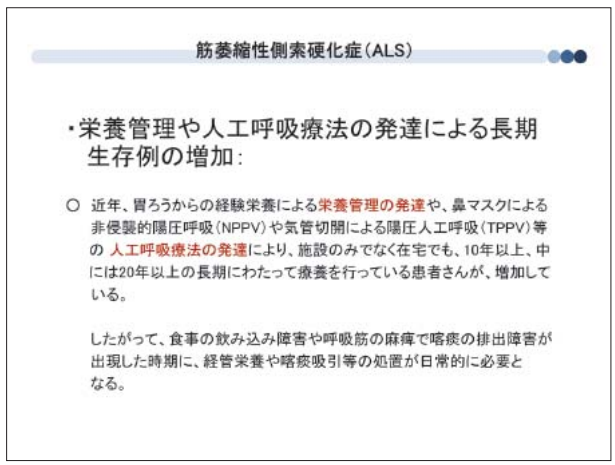
一般に感覚障害や排尿障害、眼球運動障害はみられませんが、人工呼吸器による長期生存例などでは、認められることもあります。病勢の進展は比較的速く、人工呼吸器を用いなければ通常は2～4年で死亡することが多い病気です。



Slide Ⅰ-25：筋萎縮性側索硬化症

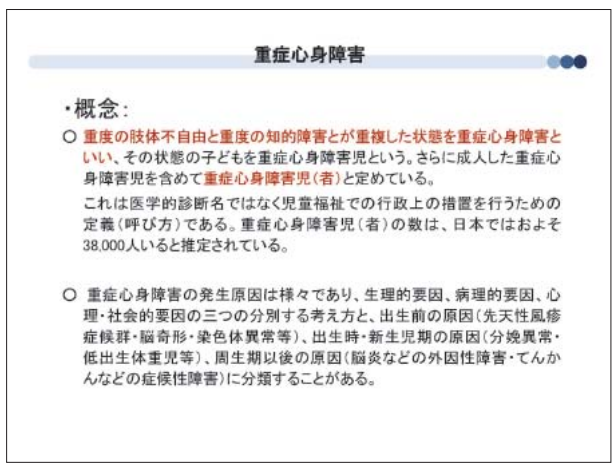
いまだに根治療法はありませんが、近年、胃ろうからの経験栄養による栄養管理の発達や、鼻マスクによる 非侵襲的陽圧呼吸（NPPV）や気管切開による陽圧人工呼吸（TPPV）等の人工呼吸療法の発達により、施設のみでなく在宅でも、10年以上、中には20年以上の長期にわたって療養を行っている患者さんが、増加しています。

したがって、この病気では、食事の飲み込み障害や呼吸筋の麻痺で喀痰排出障害が出現した時期に、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。



Slide Ⅰ-26：重症心身障害

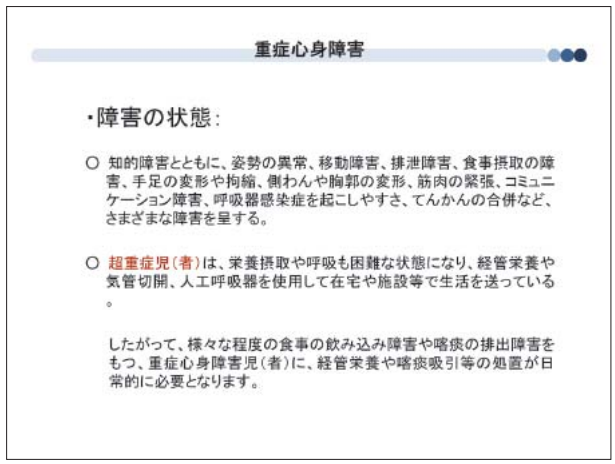
次に、重症心身障害者について説明します。重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態の子どもを重症心身障害児といいます。さらに成人した重症心身障害児を含めて重症心身障害児・者と定めています。これは医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義（呼び方）です。重症心身障害児・者の数は、日本ではおよそ38,000人いると推定されています。重症心身障害の発生原因は様々です。



Slide Ⅰ-27：重症心身障害

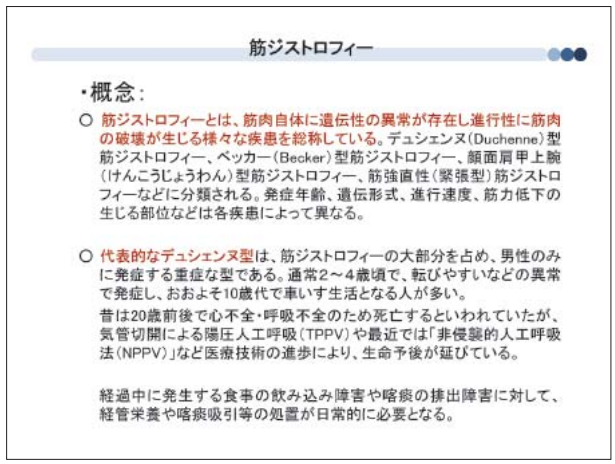
障害としては、知的障害とともに、姿勢の異常、移動障害、排泄障害、食事摂取の障害、手足の変形や拘縮、側わんや胸郭の変形、筋肉の緊張、コミュニケーション障害、呼吸器感染症の起こしやすさ、てんかんの合併など、さまざまな障害を呈します。とくに超重症児・者は、栄養摂取や呼吸も困難な状態になり、経管栄養や気管切開、人工呼吸器を使用して在宅や施設等で生活を送っています。

したがって、様々な程度の食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害をもつ、重症心身障害児・者に対して、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。



Slide Ⅰ-28：筋ジストロフィー

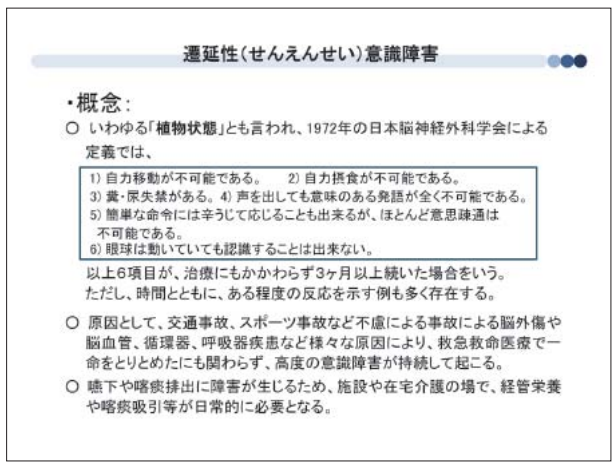
筋ジストロフィーとは、筋肉自体に遺伝性の異常が存在し進行性に筋肉の破壊が生じる様々な疾患を総称しています。様々な筋ジストロフィーがありますが、発症年齢、遺伝形式、進行速度、筋力低下の生じる部位などは各疾患によって異なっています。代表的なデュシェンヌ型は、筋ジストロフィーの大部分を占め、男性 のみに発症する重症な病気です。通常2～4歳頃で、転びやすい などの異常で発症し、おおよそ10歳代で車いす生活となります。昔は20歳前後で心不全・呼吸不全のため死亡するといわれていましたが、様々な人工呼吸療法や栄養管理の進歩により、生命予後が延 びています。したがって、経過中に発生する食事の飲み込み障害や喀痰の排出障害に対して、経管栄養や喀痰吸引等の処置が日常的に必要となります。



Slide Ⅰ-29：遷延性（せんえんせい）意識障害

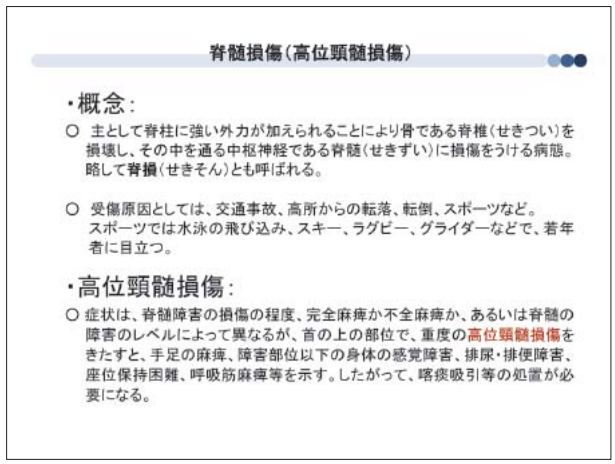
遷延性意識障害とは、いわゆる植物状態とも言われ、1972年の日本脳神経外科学会の定義では、自力移動が出来ない、自力摂食が出来ないなど、6項目の障害が治療にもかかわらず3ヶ月以上続いた状態と定義されています。しかし、時間とともに、ある程度の反応を示す例も多く存在すると言われています。

原因としては、不慮の事故による脳の外傷や脳血管、循環器、呼吸器疾患など様々な原因で意識不明になり、救急救命医療で一命をとりとめたにもかかわらず意識障害が遷延して起こります。嚥下や喀痰排出に障害が生じるため、施設や在宅介護の場で、経管栄養や喀痰吸引等が日常的に必要となります。



Slide Ⅰ-30：脊髄損傷（高位頸髄損傷）

脊髄損傷とは、主として脊柱に強い外力が加えられることにより骨である脊椎（せきつい） を損壊し、その中を通る中枢神経である脊髄（せきずい）に損傷をうける病態をいいます。略して脊損（せきそん）とも呼ばれています。原因としては、交通事故、高所からの転落、転倒、スポーツなどがあり、スポーツでは水泳の飛び込み、スキー、ラグビー、グライダーなどで、若年者に目立ちます。 高位頸髄損傷とは、脊髄のうち高い位置になる首のところで脊髄に損傷をきたした場合を言い、重度の場合、手足の麻痺、障害部位以下の身体の感覚障害、排尿・排便障害、座位保持困難、呼吸筋麻痺等を示します。したがって、喀痰吸引等の処置が必要になります。

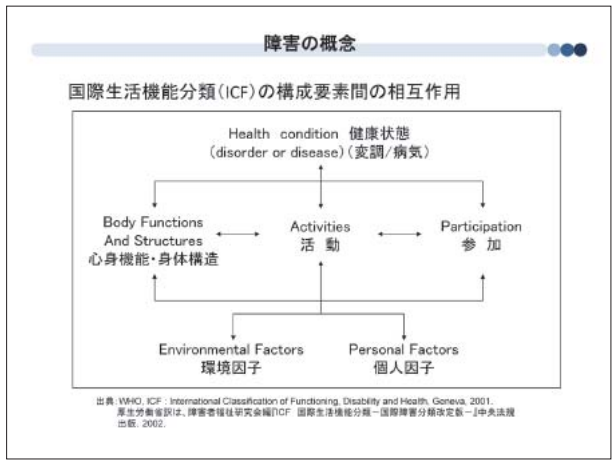


Slide Ⅰ-31：障害の概念

国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用です。

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が、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、もちろん、心身機能の低下や病気、などから影響を受けますが、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。

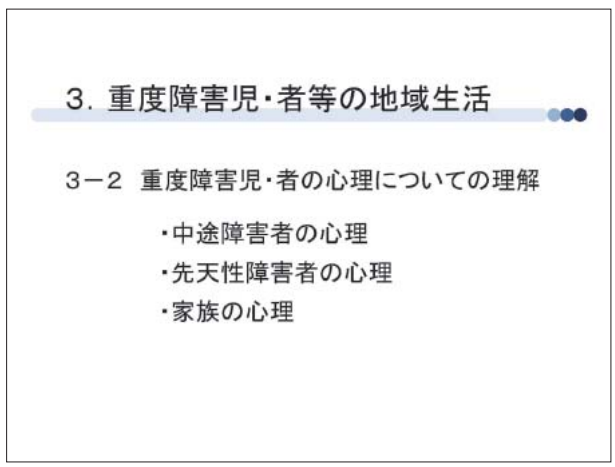
Slide Ⅰ-32：3. 重度障害児・者等の地域生活

ここでは、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。



Slide Ⅰ-33：中途障害者の心理

まず、中途障害者の心理について、考えてみましょう。

人生の途中で、大きな病気やけがをして、障害者となってしまった。私たちの身にもいつ起こるかわかりません。あなた自身のこととして少し想像してみてください。多くの方は、これからの自分の人生設計が根底から崩れていく想いを持つのではないでしょうか。

中途障害者の心理を理解する上で、よく用いられる考え方に「障害受容」のプロセスがあります。

最初は「ショック」で何も考えられない時期から、これは嘘だ現実ではないといった「否認」の時期、現実を徐々に受け入れながらも「混乱」する時期を経て、「適応への努力」の時期、それから「適応」へと進んでいきます。しかし、実際にはこれらは一方通行の単純なプロセスではなく、各段階をいったりきたりしながら徐々に適応へと進んでいくと考えられています。しかし、障害の受容は簡単なものではありません。

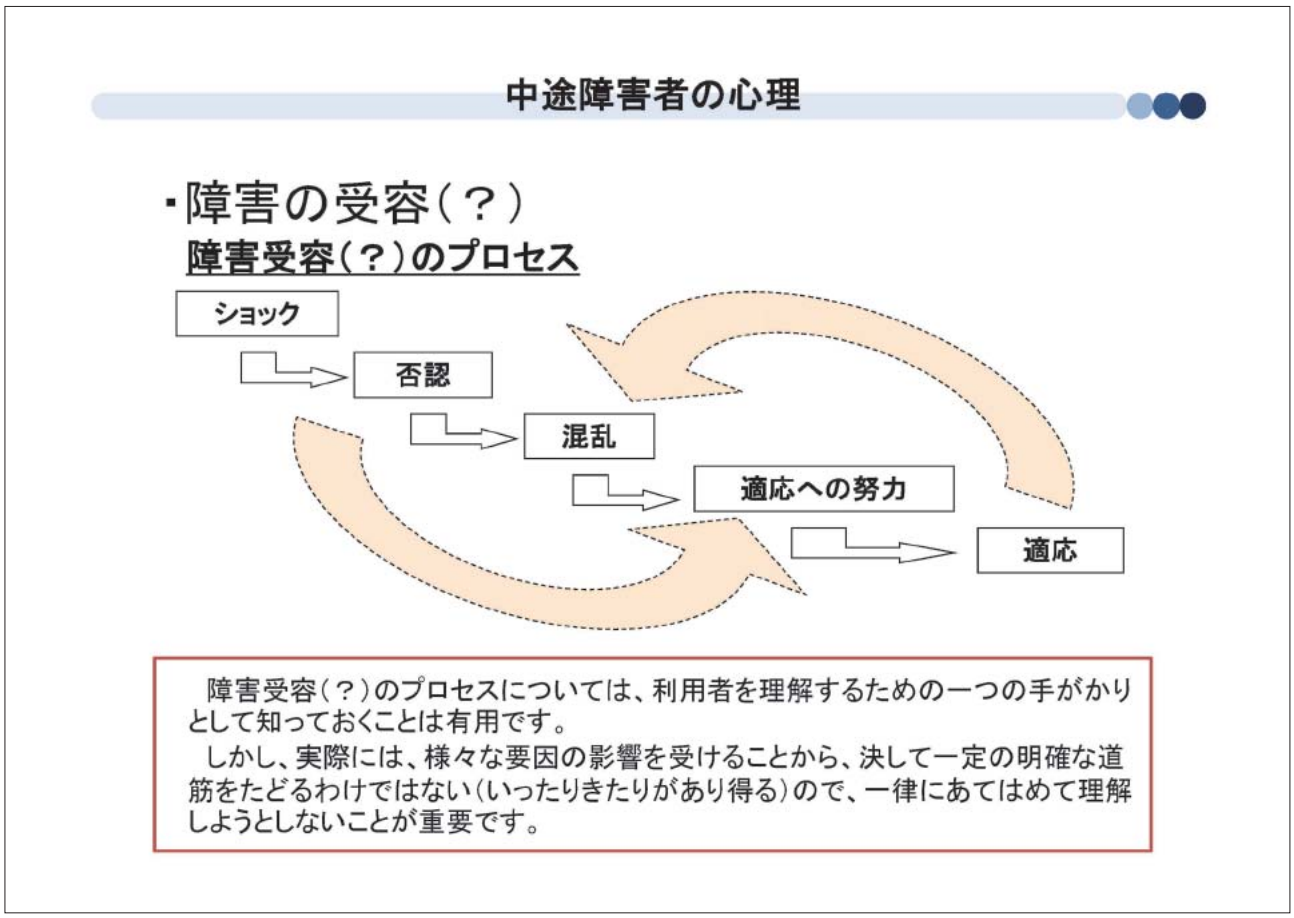
そこで、介護等の制度の利用を勧め、社会的な環境を整えていくことにより、障害をもっても自分らしく生きていける確信を持ってもらうように、働きかけをしていきます。

また、社会の障害者に対する態度も、障害の受容のプロセスに影響を与えます。障害者に対する否定的な態度をなくすような日々の働きかけも重要です。

そうして、障害のある身体や暮らしへの適応へのきっかけがうまく見つけることができれば、案外早く切り替えができ、前を向いて生きていくことができるケースも多いようです。仲間の支えや、将来の具体的なビジョンを持っていただくことが重要です。

しかし、これまでの人生の積み重ねもあり、「適応」の道のりは簡単ではない場合もあるようです。一見、障害受容しているようにみえても、実際には複雑な気持ちを抱えているものです。本人の誇りを傷つけるような言動は慎み、敬意の念を持って接することが重要です。

障害の受容を押しつけることがないように注意するとともに、障害者本人にしかわからない辛さや苦しみがあることを、常に洞察する気持ちで接しましょう。



Slide Ⅰ-34：先天性障害者の心理

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く、障害があるために様々な行動の制限があり、失敗を恐れず試行錯誤を繰り返しながら学ぶという経験も少ない場合があるのではないでしょうか。

先天性障害児が、「大人」となっていくにあたって、まず「自立」ということを考えなければなりません。

自立には、身体面、精神面、経済面、社会面の側面があります。

身体的な自立、これは食事、移動、排泄等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、介護者を使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。

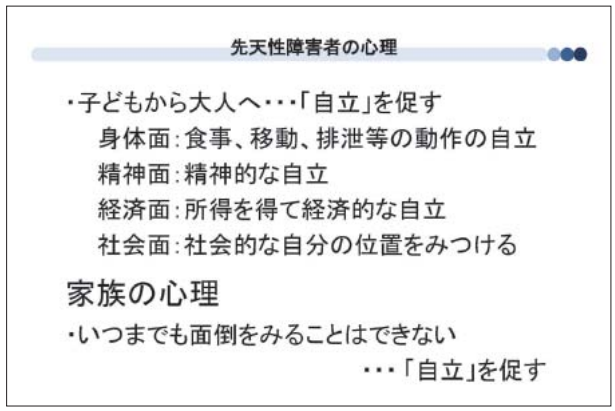
社会的な自立は、社会的な位置というものを持つこと、つまり社会的な存在としての自分の役割を自分なりに意識するということです。精神的な自立ができれば、何らかの社会的な自分の位置というものが見えてくることは多いのではないでしょうか。

これらのことから、「自立」を考えるときに、最も重要な側面は「精神的自立」といえるでしょう。成長の過程で「精神的自立」を促していく必要があります。そのためには、成長段階に応じて、障害も含めた自己理解を促していく支援が重要となります。

しかし、障害児が「精神的自立」をすることは、やはりかなりの困難を伴いますし、親のほうのいわゆる「子離れ」も容易ではない場合も多いでしょう。

同様の経験を経て自立した人たちの体験談を聞いたり、介護者を使いながらの地域生活を実際に体験したりといった中で、徐々にイメージを持つことも重要です。

家族の心理としては、障害のある子どもを生んだ親、一家の大黒柱であった夫が障害者になった妻など、様々な立場があり一概に論じることはできませんが、障害のある家族の身の回りの世話をすることが生き甲斐となり、本人の選択権や自己決定の機会を奪ってしまっている場合もあります。家族とはいえ、ずっと介護をすることはできないのですから、どこかで割り切り、お互いの「自立」を促す必要があります。

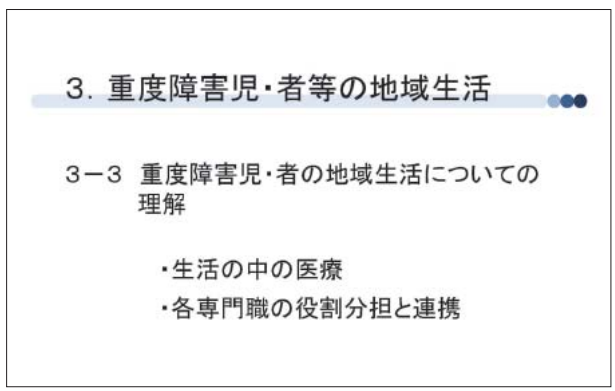


Slide Ⅰ-35：3．重度障害児・者等の地域生活

喀痰吸引等が必要な重度障害児・者が在宅や施設で生活することは、普通の生活の中に普通に医療が溶け込んでいる状態といえます。例えば人工呼吸器装着者にとっては、人工呼吸器はまさに一時たりとも手放せない道具ですし、喀痰の吸引器もそうです。

このような方々を在宅や施設で支援する際に重要となるのが、各専門職との役割分担と連携です。

利用者には、健康管理や各専門職に指示を出す医師、様々な医療行為や健康管理の実際を受け持つ看護師、日々の介護を行け持つ介護職員、訓練を受け持つ理学療法士や作業療法士、他にも保健師、栄養士、相談支援専門員、医療機器メーカー担当者、市町村等の行政職員、家族、友人、ボランティア等様々な人たちの関わりがあり、各人が利用者への関わりの中で役割分担ができ、いざというときの連携ができていることが、日々の生活の安心につながるのです。



Slide Ⅰ-36：介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ：在宅の場合）

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師等と、連絡ノート等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。

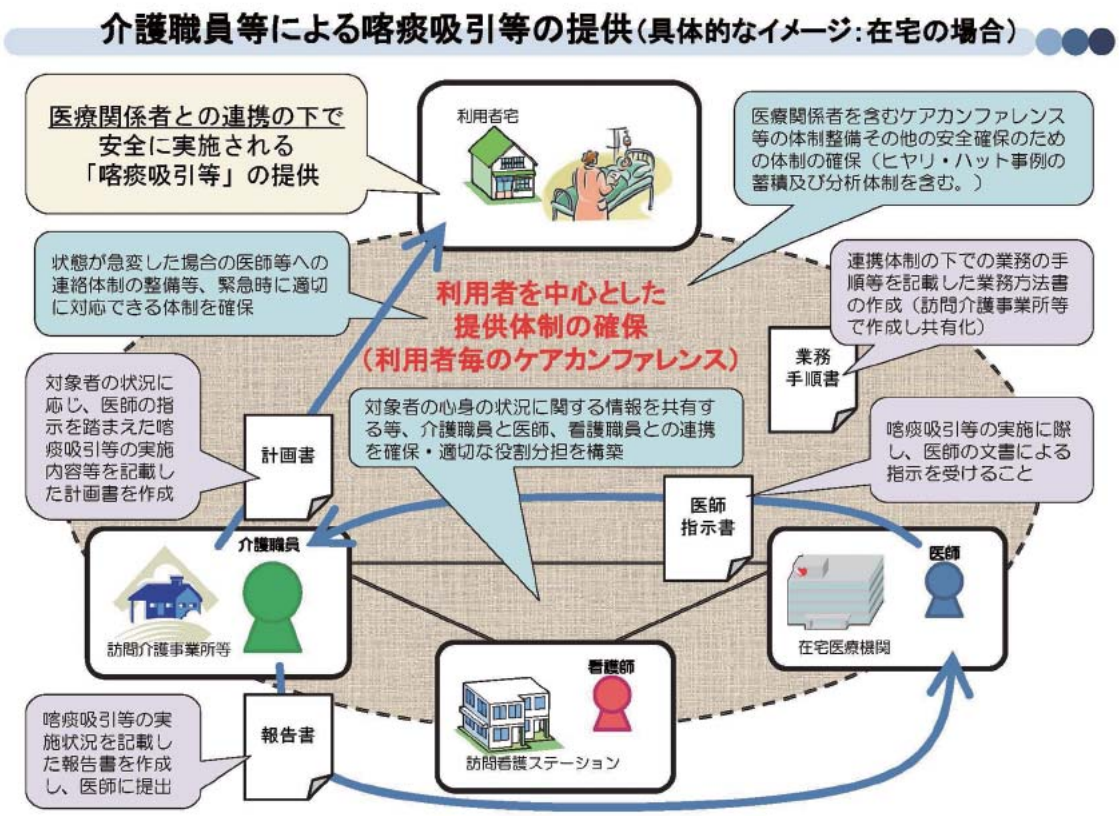
このような連携体制の下、対象者の心身の状況に関する情報を共有する等、介護職員と医師、看護師等との連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。

特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備等、緊急時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等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ときなどで必要です。

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

喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を受けることや、喀痰吸引等の実施状況を記載した報告書を作成し、医師に提出することも基本的なこととして行う必要があります。



Slide Ⅰ-37：介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ：施設の場合）

次に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等の体制確保です。

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。

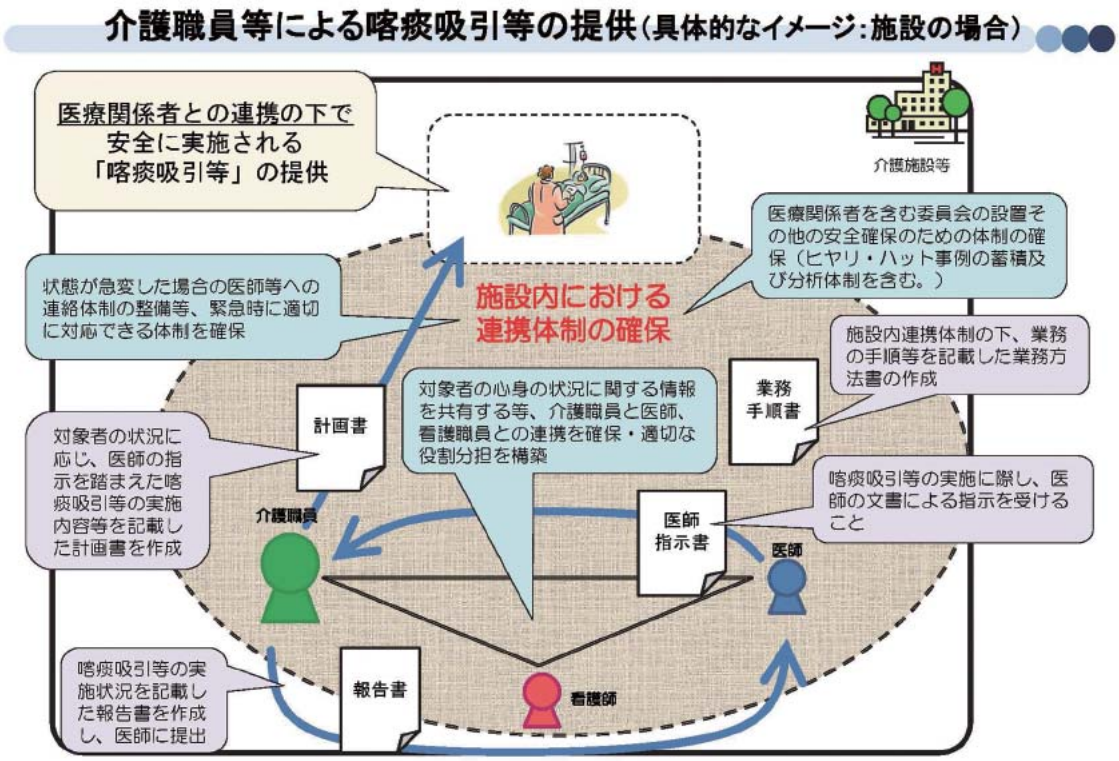
このような連携体制の下、対象者の心身の状況に関する情報を共有する等、介護職員と医師、看護職員との連携を確保・適切な役割分担を構築しておきましょう。

特に、状態が急変した場合の医師等への連絡体制の整備等、緊急時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等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ときなどで必要です。

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

喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を受けることや、喀痰吸引等の実施状況を記載した報告書を作成し、医師に提出することも基本的なこととして行う必要があります。



Slide Ⅰ-38：訪問看護ステーションとの関わり方の例（特定の者対象の場合）

もう少し、「連携」について理解を深めましょう。

第3号研修は、利用者が特定されていますので、実地研修の際の指導・助言を行う看護師等は、その後業務連携としても携わる看護師等であることが望ましいと考えられます。

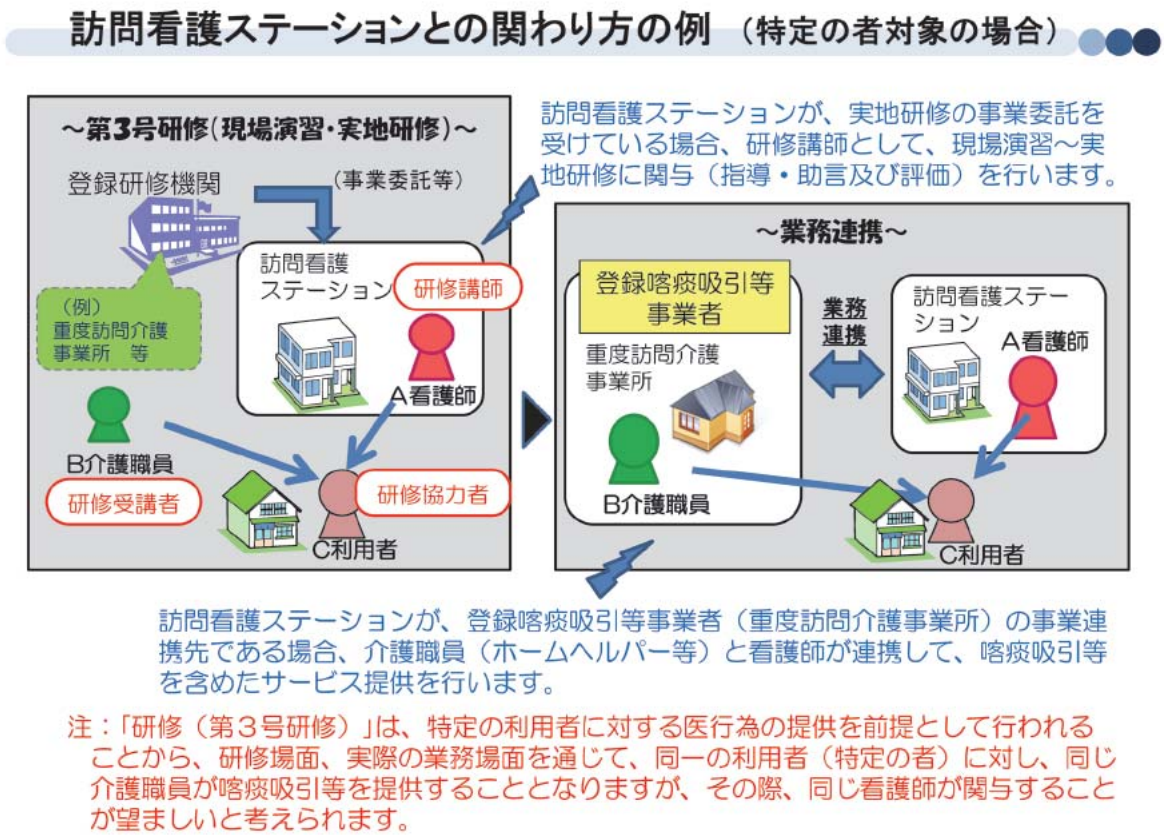
介護職員等が研修を積み、ひとり立ちするまでの間、その研修の過程を見守ることができることで、業務連携も円滑に行うことができるでしょう。

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

こういった連携体制を築くことで、介護職員等が喀痰吸引等を行う上で最も必要な信頼関係の構築につながります。

信頼関係は、介護職員等と看護師等のあいだだけでなく、利用者本人やその家族、医師などを含む関係者全員で構築されている必要があります。そのために、実地研修から信頼関係構築のための第一歩が始まると考えてよいでしょう。

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



Slide Ⅰ-39：信頼関係の構築①

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、面談を含めた情報交換をマメに行うことが重要であり、その中で看護と介護の役割分担をしっかり行っておくことが重要です。

第3号研修を受講することで、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。介護職員等が行えるのはあくまでも平常時の処置であり、緊急時や急変時には連携している医療者へ連絡する必要があります。介護職員等は「いつもと違う」サインを見逃さず、医療者へ伝えることが重要なポイントとなります。

介護職員等はこの研修を修了しても医療職になるわけではないのです。

Slide Ⅰ-40：信頼関係の構築②

しかし、「いつもと違う」サインを見逃さず…といっても、どういうサインがあるかは、利用者ごとに違いますので、それぞれの利用者さんごとに、「現場のルール」を取り決めておくことが重要です。このことは、利用者の個別性を重視した第3号研修の特徴でもあります。

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、緊急時の対応などについても、利用者ごとに話し合っておくとよいでしょう。

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

また、医療的ニーズがある方が、医療機関以外の場所で暮らす以上、一定のリスクがあることは、利用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ことが必要であると思われます。

喀痰吸引等の行為は、治療を目的とした医行為ではなく、日常生活をおくるために必要な医行為であって、あくまでも利用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。

Slide Ⅰ-41：3. 重度障害児・者等の地域生活

福祉業務に従事する者として、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。

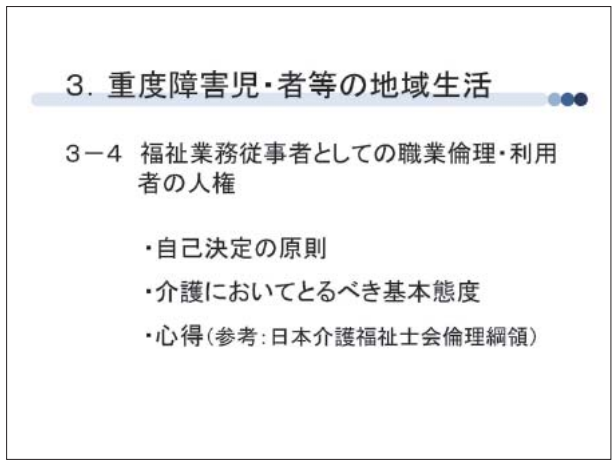
福祉業務従事者が、本人の選択権を奪い、決定を押しつけたり、本人の意向に沿わないサービスを提供することがあってはなりません。

福祉業務従事者は、利用者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介護職員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。

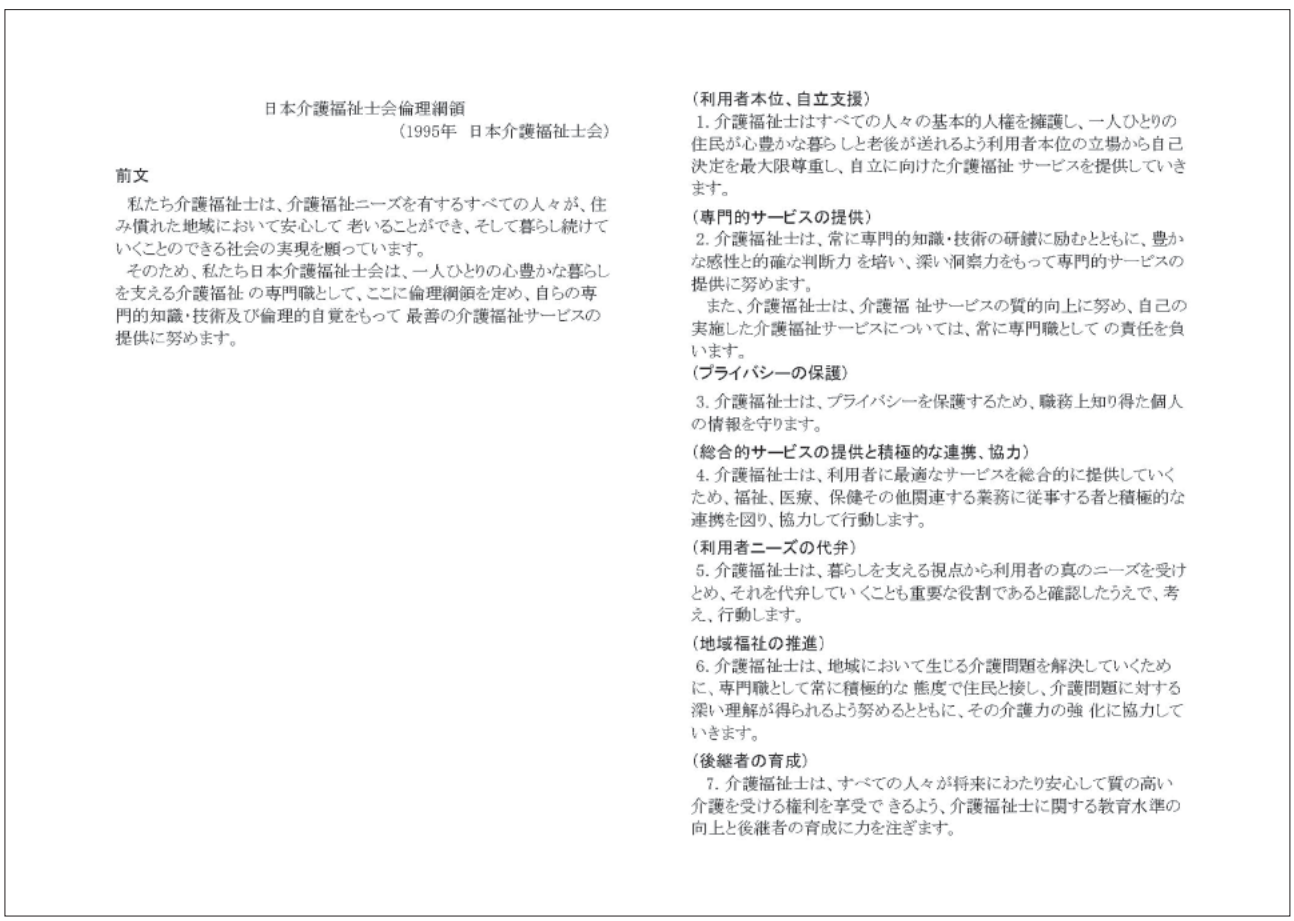
そして、そのことが、利用者の人権を守ることにもつながります。



介護職員の心得として参考になりますので、日本介護福祉士会が作成した倫理綱領を次に掲載しておきます。

Slide Ⅰ-42：日本介護福祉士会倫理綱領

日本介護福祉士会倫理綱領です。



日本介護福祉士会倫理綱領
（1995年 日本介護福祉士会）

前文

私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して 老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。

そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉 の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって 最善の介護福祉サービスの提供に努めます。

（利用者本位、自立支援）

1. 介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉 サービスを提供していきます。

（専門的サービスの提供）

2. 介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力 を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。

また、介護福祉士は、介護福 祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職として の責任を負います。

（プライバシーの保護）

3. 介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。

（総合的サービスの提供と積極的な連携、協力）

4. 介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。

（利用者ニーズの代弁）

5. 介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。

（地域福祉の推進）

6. 介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な 態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強 化に協力していきます。

（後継者の育成）

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

Slide Ⅰ-43：おわりに

皆さんはこれから介護職員（あるいは、教員や保育士、ボランティア）として、喀痰の吸引や経管栄養を、特定の方に行っていくこととなります。

喀痰吸引等が必要な重度障害児・者の方々にとって、これらの日常的な医療行為を担っていただける皆さんの存在は本当に心強いものであると思います。

皆さんが、今後、「重度障害児・者の方々の地域での普通の生活」をしっかり支えていかれますことを期待してこの講義を終わります。

II

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

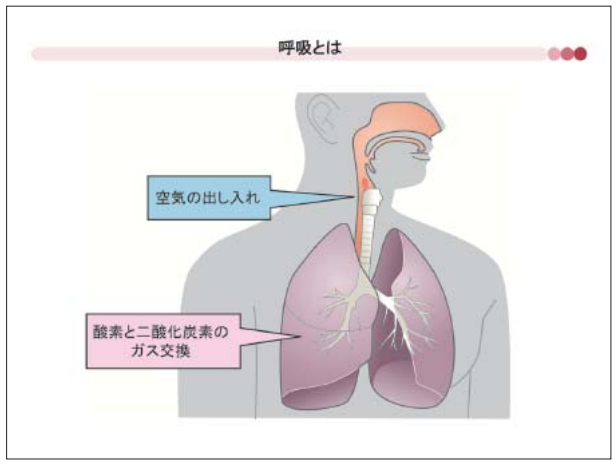
1. 呼吸について
2. 喀痰の吸引
3. 健康状態の把握
4. 経管栄養

1. 呼吸について

SlideⅡ-1：呼吸とは

呼吸は毎日私たちが日々休むことなく行っている生命維持のための大事な営みです。

呼吸は、**内呼吸と外呼吸**に分けられます。口や鼻から空気を肺に吸い込み、肺で酸素と二酸化炭素のガス交換を行い、その後また口や鼻から空気を吐き出すことを外呼吸といいますが、この**外呼吸**のことを通常呼吸と呼んでいます。

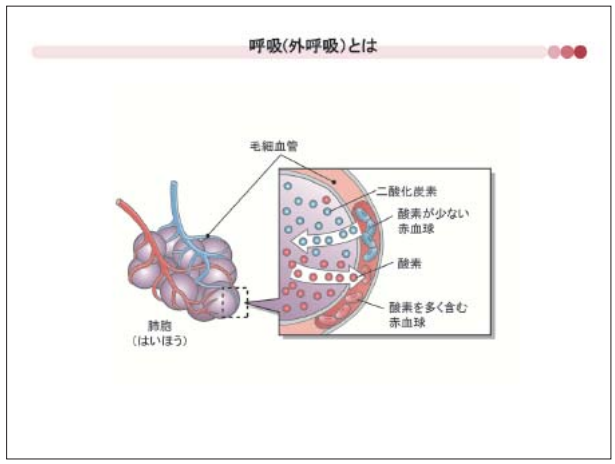


SlideⅡ-2：呼吸（外呼吸）とは

外呼吸をさらにくわしく説明すると、吸い込んだ空気は、気管支の一番奥につながるブドウの房のような**肺胞（はいほう）**というところまで運ばれます。肺胞の周囲は毛細血管で取り囲まれており、空気中の酸素は肺胞から毛細血管の中の血液に運ばれ、身体の中で不要になった二酸化炭素は血液から肺胞内に放出されます。そのために**吐き出された空気には、二酸化炭素が多く含まれています**。

ガス交換は、肺胞が少なくなったり、ふくらみが悪くなる病気の時には、十分に行うことができないために、呼吸に問題が生じます。

以上のように、呼吸のはたらきは、**空気を吸って吐く「換気」と、酸素と二酸化炭素を交換する「ガス交換」が適切に行われることによって維持**されています。



SlideⅡ-3：呼吸運動

このように空気を吸ったり、吐いたりする換気を行うには、肺を取り囲んでいる胸郭（きょうかく）、つまり肺のまわりの筋肉や骨の呼吸運動が必要になります。

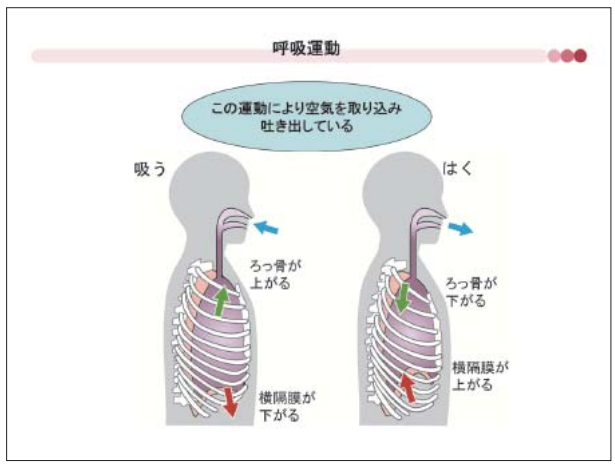
みなさんの呼吸を振り返ってみてください。

吸ったり、吐いたりしているときには、横隔膜が上下に動き、胸も上がったり下がったりしているのがわかります。このような呼吸運動は、生まれてからずっと無意識のうちに行ってきました。

では、意識して、胸や横隔膜を動かないようにしてみてください。息ができませんね。

呼吸運動は意識して動かすほかに、脳からの指令により自動的に調整されています。ですから眠っていても呼吸は保たれています。

しかし、この呼吸運動をするための、筋肉や骨、脳から指令を出す神経などが障害されると呼吸ができなくなってしまいます。



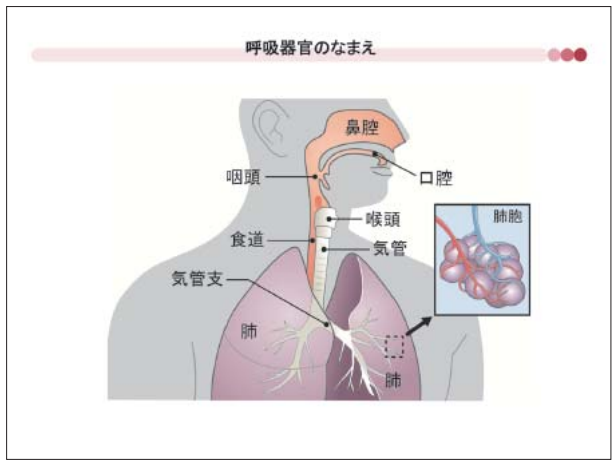
SlideⅡ-4：呼吸器官のなまえ

呼吸のはたらきに関係する体の部位を「**呼吸器官**」といいます。

図のように、鼻腔（びくう）や時に口腔（こうくう）から入った空気はのどの奥の部分にある「**咽頭（いんとう）**」を通ります。

そこから食道と気管の分かれ道部分である「**喉頭（こうとう）**」に流れます。喉頭の入り口にはふたのようなものがあり、食べ物が通るときには、ふたをして気管に食べ物が入ってしまわないようにしています。喉頭から気管に流れた空気は、胸の真ん中あたりで左右の「**気管支**」に分かれます。分かれた気管支により左右の「**肺**」に空気が入り、最終的には気管支が枝分かれを繰り返して最後につながる「**肺胞（はいほう）**」でガス交換が行われます。

図からわかるように、鼻腔と口腔から咽頭までの部分は狭くて曲がっています。また、鼻腔の奥には細い血管がたくさんありますので、吸引などで管を入れるときには気をつけながら行う必要があります。



SlideⅡ-5：内呼吸

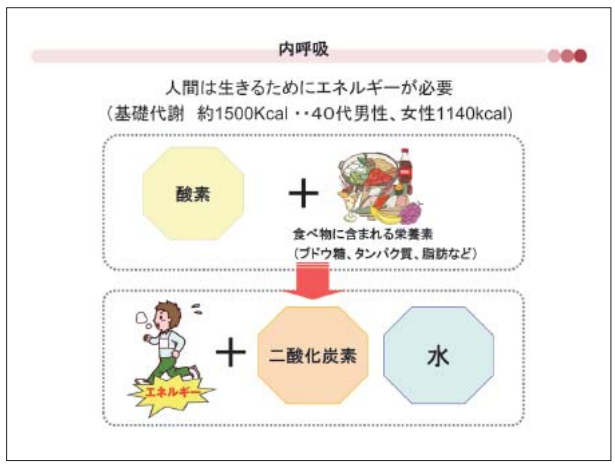
私たちは生きるためにエネルギーが必要です。特に運動をしなくても、生きていているだけでもエネルギーは必要なのです。そのエネルギーを作るのが内呼吸です。

「食べたものがエネルギーになる」ことは、皆さんも日々意識して、栄養に気をつけて食事をしていることと思います。

この食べ物に含まれる栄養素をエネルギーに変えるには酸素が必要です。

外呼吸で取り込んだ酸素は、食べ物から得た栄養素であるブドウ糖、たんぱく質、脂肪などの栄養素と結合して燃焼し、エネルギーに変えます。エネルギーと一緒に二酸化炭素と水が作られます。

この二酸化炭素を外呼吸で体外に吐き出しています。



SlideⅡ-6：正常な呼吸

正常な呼吸の状態について説明します。

呼吸する回数ですが、**成人の場合1分間に12回から20回**呼吸をしています。

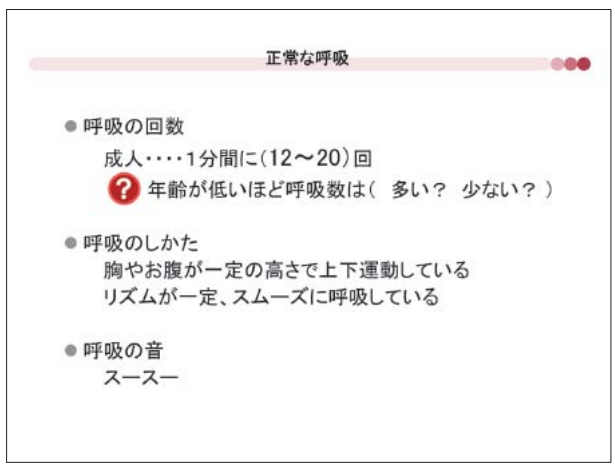
年齢が低くなると、つまり子どもや赤ちゃんの呼吸の回数は私たちに比べて多くなるでしょうか。少なくなるでしょうか。

正解は、多くなります。乳児では通常1分間に30回から40回の呼吸をしており、それは成人にくらべて肺が小さく、呼吸筋の発達が未熟で1回の換気量が少ないためと言われています。

正常な呼吸のリズムは一定で、それに伴って胸やお腹が一定の高さで上下運動をしています。

他人から見て、力が入っていなく、スムーズな感じです。

呼吸の音は、かすかにスースーと口や鼻から空気の出し入れの音がします。



SlideⅡ-7：呼吸がしづらい状態

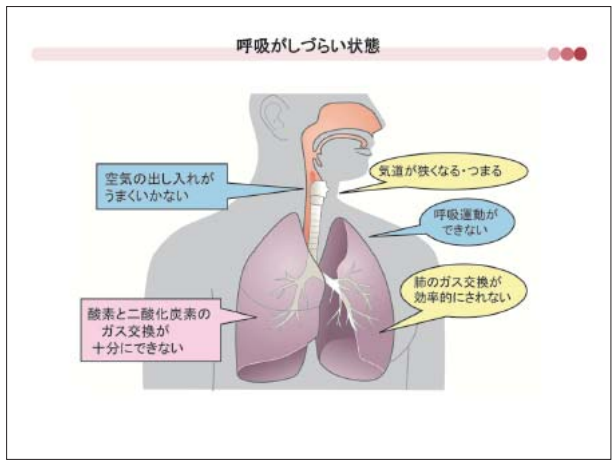
呼吸がしづらくなる状態について考えてみましょう。

1つめは**気道に問題**がある状態です。

気道が狭くなったりつまったりして空気の通り道がスムーズにいかない状態です。

2つめは、吸って吐く**呼吸運動ができない**状態です。

3つめは**肺自体に問題**があり、肺でのガス交換が効率的にされない状態です。



SlideⅡ-8：呼吸がしづらくなる原因

このような状態はどんなときに起こりやすいのでしょう。

気道に問題がある

口や鼻から空気が入りにくくなっている状態では呼吸はスムーズにいきません。かぜなどで鼻が詰まったり、口にものがたまったりしていると息がしづらくなります。

のどが腫れると気道の内側が狭くなり、空気の出し入れがしにくくなります。さらに異物や喀痰などがたまると、空気の通り道がなくなり、息ができません。いわゆる窒息の状態です。このようなときは緊急に、異物や喀痰などを外に出す処置をしなければなりません。

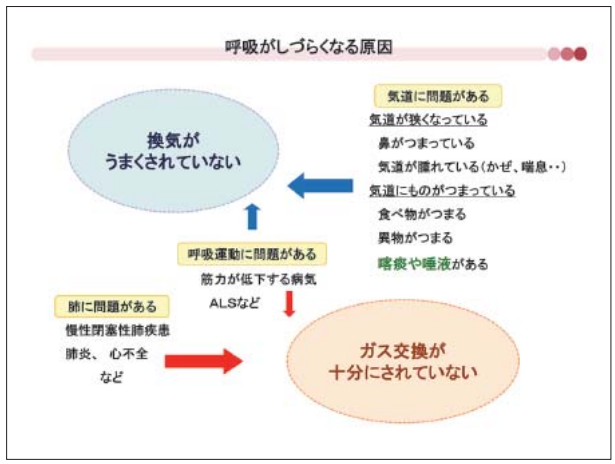
呼吸運動に問題がある

横隔膜や胸の周りの筋肉を十分に動かすことができなくなっている状態では、吸って吐く呼吸運動ができないために、十分に換気をすることができません。また、横隔膜の動きが悪く有効な咳ができないので痰を出すことができません。このため痰で気道が狭くなり換気が悪くなります。

ALSの方はこの呼吸筋が麻痺してくるためにだんだんと呼吸障害がおきてきます。

肺に問題がある

肺でのガス交換が十分にできないと、酸素の量が減ってしまいます。肺のガス交換が十分にされない原因としては、肺炎などで肺に炎症が起きて肺胞がつぶれてしまう、肺に水がたまるなどでガス交換ができる面積が少なくなっている場合、心不全などで肺がうっ血している場合などが考えられます。



SlideⅡ-9：呼吸に異常が起きた時の症状

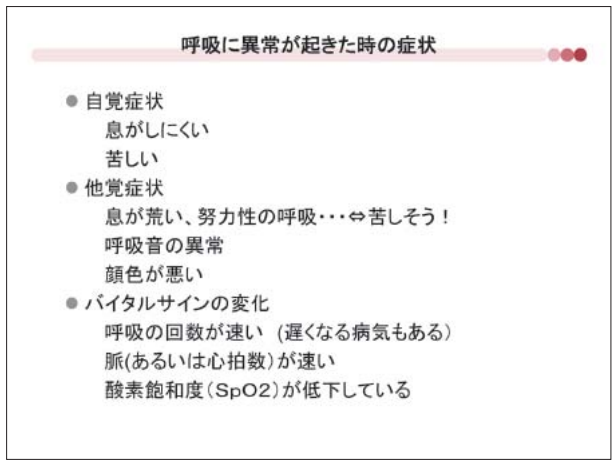
呼吸に異常が比較的急に起きた時には、「息がしにくい」、「苦しい」といった自覚症状があります。

息ができないという不安は、死をも連想させるくらいの恐怖感を伴います。

他者から見ても、呼吸が荒かったり、酸素を少しでも多く取りこもうと努力性の呼吸をしたりと、いかにも「苦しそう」な様子がわかります。

また呼吸音がゼロゼロ、ゴロゴロしたり、喘息の時のようにヒューヒューと聞こえることもあります。また、酸素が不足すると、顔色や爪の色が悪くなります。

バイタルサインをみると、**呼吸の回数が早くなったり、脈が早くなったり、パルスオキシメーター**で測定できる**動脈血液中の酸素飽和度が、通常の値よりも低下したり、90%以下**の値を示したりします。



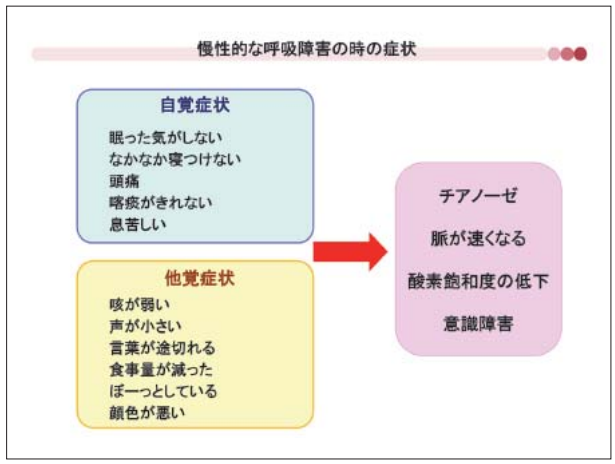
SlideⅡ-10：慢性的な呼吸障害の時の症状

一方ALSの方のように、呼吸障害が徐々に進んでいく場合の症状はどうでしょうか。だんだん呼吸する筋力が落ちて呼吸が弱くなっていっている場合、ご本人はその状態に慣れてしまい、呼吸障害がかなり進行するまで気がつかないことがあります。

このように慢性的な呼吸障害の自覚症状としては眠った気がしない、なかなか寝つけない、酸素不足のために頭痛がする、咳払いができにくくなり喀痰がきれない、息苦しいといった自覚症状があります。

他者から見て、以前に比べ咳が弱くなった、声が小さくなった、言葉が途切れるようになった、食事量が減った、ぼーっとしていることが多くなった、顔色がすぐれないなどの様子が見られます。

症状がさらに進行すると、顔や唇、指の爪が紫色っぽくなる**チアノーゼ**が出たり、脈が速くなったり、酸素飽和度が低下したり、そして意識障害まできたすようになります。



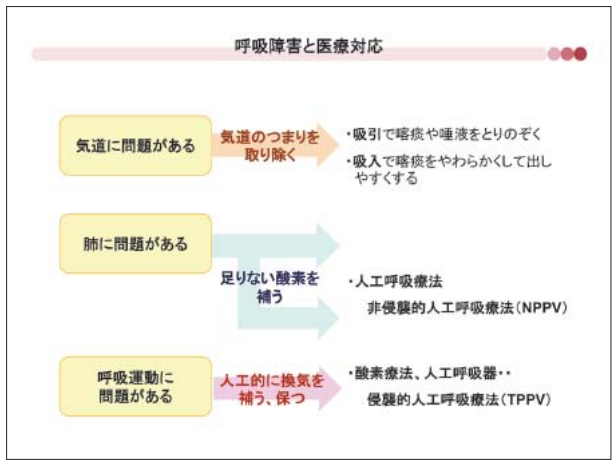
SlideⅡ-11：呼吸障害と医療対応

吸障害が起きた時の医療的な対応ですが、喀痰などがたまって気道が狭くなっている場合には吸引をして喀痰を外に取り出します。喀痰が硬い時には咳払いや吸引でもなかなか取り切れないので、薬や水を気道に吸入して喀痰をやわらかくします。

呼吸運動ができないなどで換気ができなくなっているときには、人工的に換気を助けるために「人工呼吸療法」を行う場合があります。

「**人工呼吸療法**」には、口と鼻をマスクで覆い、そこに酸素ボンベや人工呼吸器をつなげて酸素を補ったり換気を助ける「**非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）**」があります。本人の呼吸する力が残っているときには、本人の呼吸に合わせて一部を器械で補助したり、夜寝ている間だけ器械をつけるなど、時間を決めて人工呼吸療法を行っています。

呼吸障害が進むと、全面的に呼吸の補助が必要になります。この場合には、より確実に換気を行うために手術で気管に穴を開けて、人工呼吸器を装着します。これを「**侵襲的人工呼吸療法（TPPV）**」といいます。



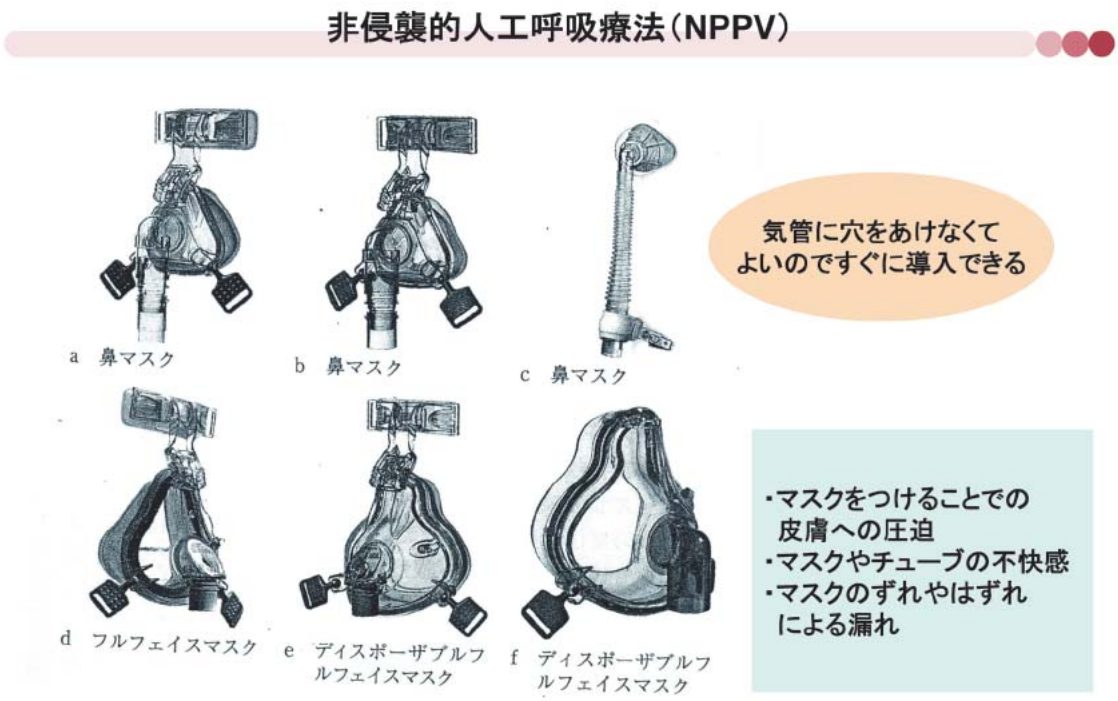
SlideⅡ-12：非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）

この写真は、**非侵襲的人工呼吸療法**で使う、さまざまな機種を示しています。

SlideⅡ-13：非侵襲的人工呼吸療法（NPPV）

非侵襲的人工呼吸療法では、このようなマスクを鼻や顔面につけて換気の補助を行っています。気管に穴を開ける手術をしなくてもよいのですぐに始めることができますが、マスクをつけることで顔の皮膚を圧迫したり、不快感があります。皮膚の状態をこまめに観察し、皮膚のトラブルを起こさないように気をつける必要があります。

また、マスクがずれたりはずれたりすると、空気が外に漏れ、十分な空気が体内に取り込めなくなります。さらに、呼吸機能が低下して24時間呼吸補助が必要になった場合や、嚥下（えんげ）障害が進行して上気道に常時喀痰がたまって気道を狭窄するようになると、この人工呼吸療法は継続できなくなります。



川口有美子 小長谷百恵編著：在宅人口呼吸器 ポケットマニュアル 医歯薬出版株式会社 P33

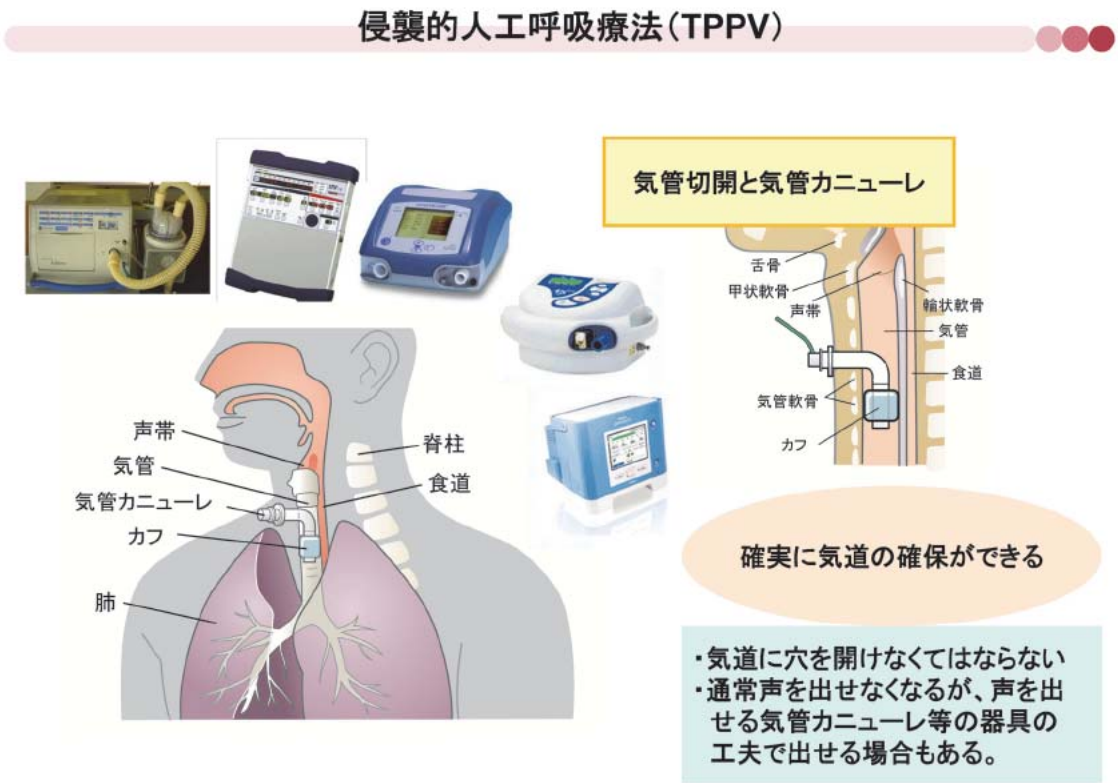
SlideⅡ-14：侵襲的人工呼吸療法（TPPV）

1日中換気の補助を必要とするほど呼吸障害が進行し、また高度の嚥下障害も加わると、気管に手術で穴を開け（「**気管切開**」と言います）、そこに気管カニューレを挿入し、人工呼吸器につなげて人工呼吸を行う場合があります。この呼吸療法のことを、**侵襲的人工呼吸療法（TPPV）**と呼びます。

気管カニューレの装着により、確実に呼吸のための空気の通路が確保されます。なお**気管切開**や**TPPV**を導入すると、一般に発声が出来なくなりますが、**気管切開**や**TPPV**導入前までしゃべれていた方は、構音機能（こうおんきのう、しゃべる機能）が保たれていれば、スピーキングバルブという器具の使用や気管カニューレのカフエア（カフ内の空気）の量を減らすことで発声が可能な場合があります。

ALSの場合、呼吸障害の進行に伴い、患者・家族・医療者の間で話し合いを重ねた末に時期をみて人工呼吸器を装着する場合、決断がつかずに呼吸筋麻痺が高度に進行し、救命の目的で緊急に人工呼吸器を装着する場合、および種々の理由から人工呼吸器使用を選択されない場合があります。**TPPV**を選択された場合、最終的には24時間人工呼吸器を使って生活していくことになります。

呼吸器装着に関する意思決定に際して、その後の身体障害の進行のこと、人工呼吸器をつけることで生じる様々な問題など、不安や葛藤があると思います。家族や医療者と繰り返し話し合いをもつと同時に、在宅医療の経験者や患者会・障害者団体等から、有益な情報を集めることも重要です。そして、家族に対するエンパワメントとして、公的な介護サービスの利用方法や近隣の認定特定行為業務を行う介護派遣事業所を紹介することは、呼吸器の装着を前向きに検討するためにも、非常に重要な要素です。



SlideⅡ-15：人工呼吸器のしくみ

人工呼吸器は、一定の圧力をかけて酸素を肺に送り込む器械です。

人工呼吸器は、器械本体とチューブや蛇管（じゃかん）などの回路をつなげて使用します。

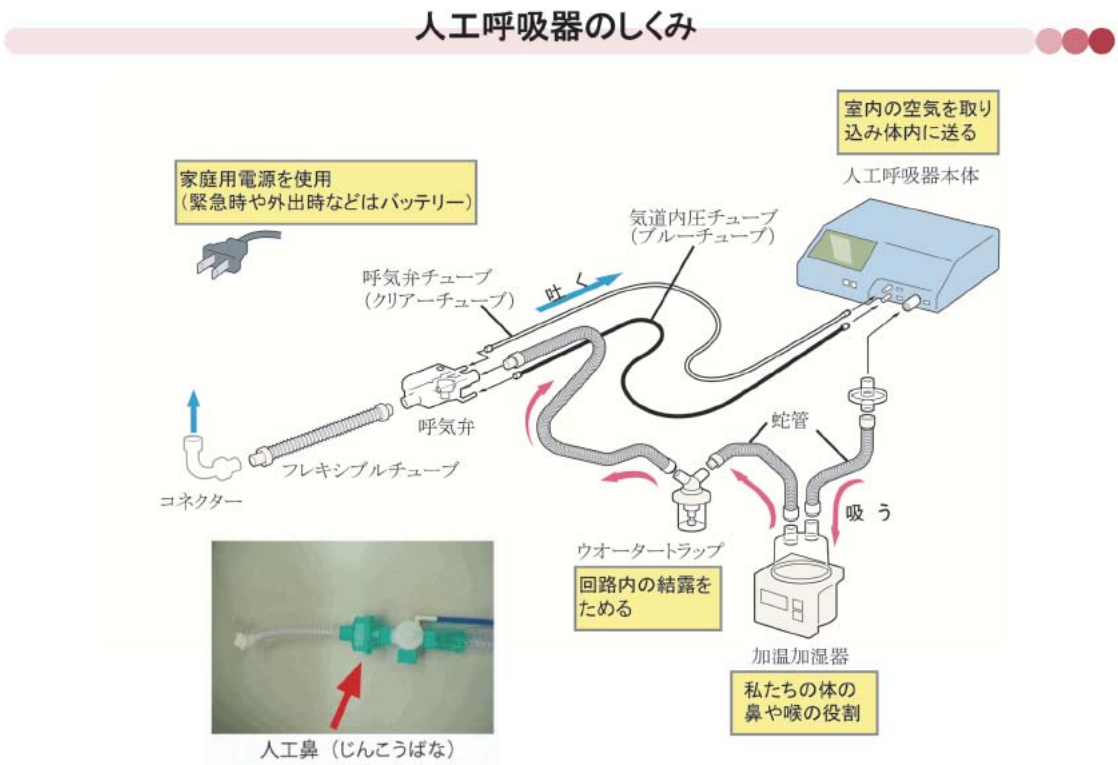
すなわち、室内の空気を取り込んでフィルターできれいにしたものを、加温加湿器で加湿してから肺に送り込みます。つまりこの部分は、私たちの鼻やのどの役割をしています。

最近は加温加湿器を用いず、図内の赤色の矢印のように、フレキシブルチューブと呼気弁の間に人工鼻（じんこうばな）を組み込んで加温加湿を行うことが多くなっています。人工鼻は定期的に交換します。

必要な場合、高濃度酸素を回路の途中で取り入れ、吸入酸素の濃度を高める場合もあります。吸う空気、吐く空気が一定の方向に流れるように弁がついており、回路内にたまった結露を集めて廃棄するウォータートラップという部分もついています。

回路はチューブや蛇管（じゃかん）などの部品を接続して作られているので、この接続がゆるんだりはずれたりすると、空気が漏れてしまいます。また、チューブがねじれたり折れたりすると、回路内に圧力がかかります。このように設定した通りの空気が流れていない場合などには、人工呼吸器はアラームを鳴らして異常を知らせてくれます。

2011年の東日本大震災以後、停電時にも自宅で人工呼吸器が継続使用できるように、内部バッテリーのある人工呼吸器の使用、外部バッテリー、人工呼吸器を安全に駆動できる自家発電装置やインバーター、蘇生バッグ（バッグバルブ、アンビューバッグ）等の準備が、進められています。



SlideⅡ-16：アラームが鳴り続ける

呼吸器は設定通りに換気が保たれないと、アラームを鳴らして異常を知らせてくれます。

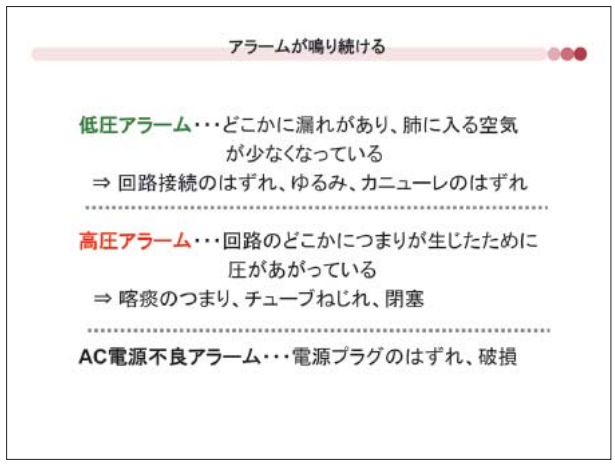
低圧アラームは、回路の接続がはずれたり、ゆるんでいたりして空気が漏れて設定した量の空気が入っていない時などに鳴ります。

吸引をする時には、気管カニューレと呼吸器の接続を一時的にはずすので、当然空気が漏れて低圧アラームが鳴ります。この時は、アラームが鳴ってもあわてずに、素早く効率よく気管カニューレ内の吸引を行って下さい。

高圧アラームは、一定の圧力以上の力が回路のどこかに加わったことを教えてくれます。喀痰がつまったり、チューブがねじれていて空気の流れをさえぎると、そこに圧力がかかるので高圧アラームがなります。

また、**AC電源不良アラーム**は、電源プラグのはずれや破損、停電などによって家庭用交流電源が使用できない状態で鳴ります。この場合、内部バッテリーや外部バッテリーが付属していれば、それにより器械が動くことになります。

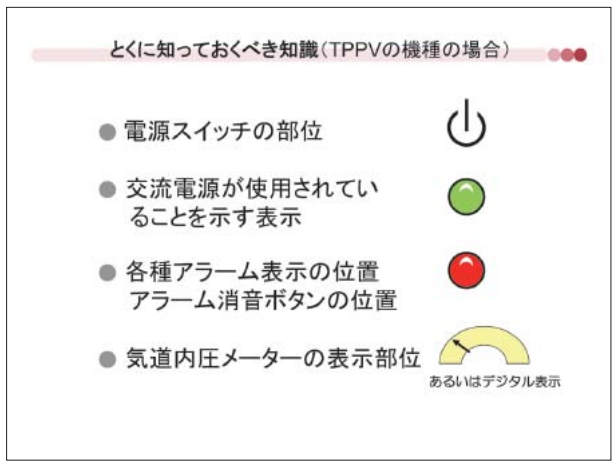
その他、家族や医療者も判断できない原因不明のアラームが鳴り続ける時は、緊急連絡先リストに記載のある、人工呼吸器供給管理会社の担当者に連絡をとって下さい。



SlideⅡ-17：とくに知っておくべき知識（TPPV の機種の場合）

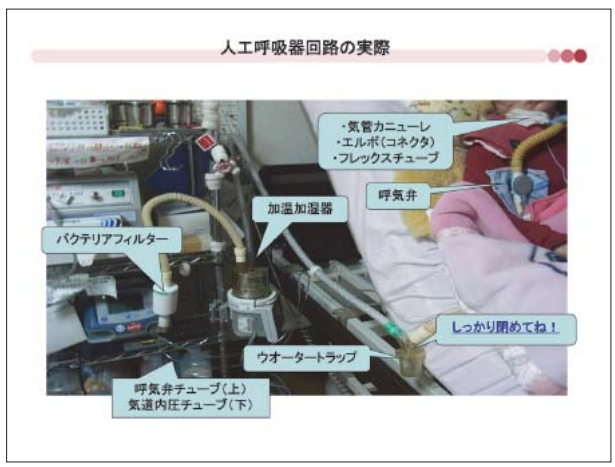
その他、人工呼吸器で特に知っておくべき知識としては、電源スイッチの位置、交流電源が使用されていることを示す表示、各種アラーム表示の位置、アラーム消音ボタンの位置、気道内圧メーターの表示部位等が挙げられます。

とくに、利用者さんの日頃の気道内圧がどのくらいかを知っておくことは、必要でしょう。



SlideⅡ-18：人工呼吸器回路の実際

この写真は、実際に人工呼吸器を装着している場面です。

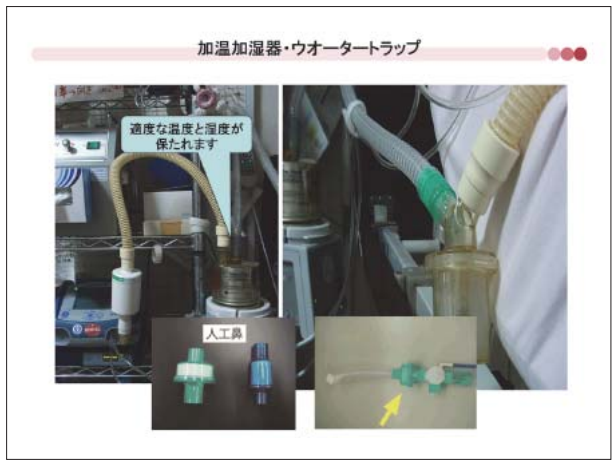


SlideⅡ-19：加温加湿器・ウオータートラップ

左側は、空気を温め加湿してから体に送るための**加温加湿器**です。私たちの鼻や口にあたります。最近では、加温加湿器のかわりに、呼吸器回路とフレキシブルチューブの間に、人工鼻（じんこうばな）を組み込んで使用することが多くなっています。

温めたり加湿した空気は回路内で結露を生じます。この水滴が気管内に入ってしまわないようこのウォータトラップに余分な水分は落ちてたまるようになっています。

ウォータートラップの水が溜まったら、家族や医療者が捨てますが、その際、蓋がきっちりと閉まっているかどうか確認してください。締め方がゆるいとそこから空気が漏れて、患者さんは呼吸が苦しくなり危険です。



SlideⅡ-20：人工呼吸器使用者の支援上の留意点

人工呼吸器使用者への支援で留意することを述べます。

人工呼吸器のしくみで説明したように、呼吸器の本体は室内から吸い込んだ空気を利用しています。もちろんフィルターを通して、汚れを除去したものを送るようになっていますが、埃や汚れなどが呼吸器に入らないよう、**室内を清掃し、清潔を保つ**ことが必要です。

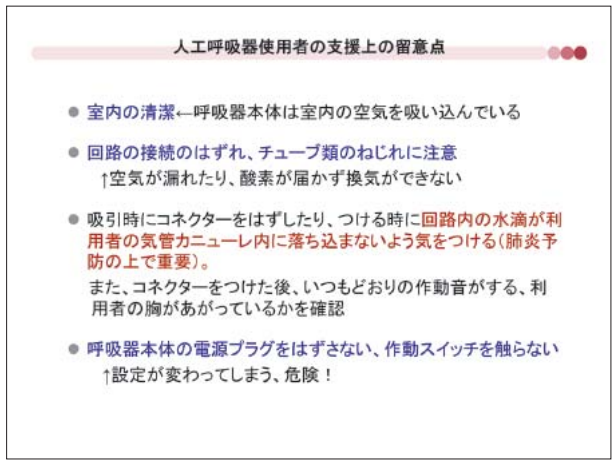
また、呼吸器の回路の接続がねじれたり、はずれてしまっては、空気が届かなかったり漏れを生じて十分な換気ができません。

チューブの上に物が乗っかってつぶれたり、体の向きを変えたときに体の下に挟まったり、着替えの時に回路がはずれてしまわないよう、**回路はゆるみを持たせて慎重に扱う**ようにしましょう。

呼吸器は吸引の時に、気管カニューレとコネクターをはずしたり、つけたりします。この時に**回路内の水滴が気管カニューレ内に落ち込まないよう、ゆっくりはずしたり、つける前にフレキシブルチューブを空中ではらって、水滴を取り除くなどしてください。肺炎予防の上で大変重要な点です**。再びつけた後には、空気がきちんと体に送られているか、**胸の上がりを見て確認**するようにしましょう。

呼吸器の電源は家庭用プラグから供給しています。

誤ってプラグを抜いてしまうことのないように十分気をつけましょう。呼吸器には設定ボタンやダイヤルがついていますが、設定はその方の状態に合うように決められています。**誤って触って設定が変わってしまうことのないように注意しましょう**。



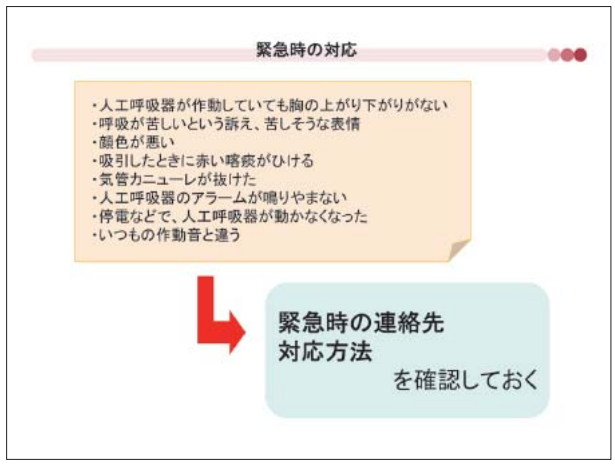
SlideⅡ-21：人工呼吸器使用者の支援上の留意点

人工呼吸器を装着している方へ、緊急に対応しなくてはならない状況は

・人工呼吸器が作動していても胸の上がり下がりがない
・呼吸が苦しいと訴える、苦しそうな様子がある
・顔色が悪い
・吸引したときに、赤い喀痰が引けてくる（付着する程度以上）
・気管カニューレが抜けてしまった
・人工呼吸器のアラームが鳴りやまない
・停電などで、人工呼吸器が動かなくなった
・いつもの作動音と違う

などがあります。このようなときには、すぐに適切な対応が必要です。

普段から緊急時を想定し、家族や医師、看護師と緊急時の連絡先、連絡方法、上記の場合の対応方法を取り決めておくようにしましょう。



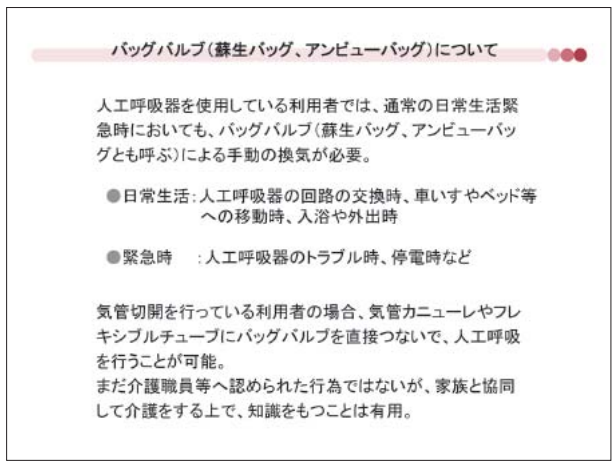
SlideⅡ-22：バッグバルブ（蘇生バッグ、アンビューバッグ）について

人工呼吸器を使用している利用者では、バッグバルブによる手動の換気が使われるケースがあります。使用される主なケースは、日常生活の場では人工呼吸器の回路の交換時、車いすやベッド等への移動時、入浴や外出時です。このほか、災害等に原因するものも含め、停電時、人工呼吸器のトラブル時など、緊急を要する場合です。

バッグバルブは、蘇生バッグ、あるいはアンビューバッグとも呼ばれます。

気管切開を行っている利用者の場合、このバッグバルブを、気管カニューレやフレキシブルチューブに直接つないで人工呼吸を行うことができます。

介護職員等に認められた行為ではないのですが、緊急を要するケースもあり、医師、看護師、家族と協同・連携して介護をしていく上で、手動で人工呼吸に対応するバッグバルブに関する知識を持っていることは、きわめて有用なことです。



SlideⅡ-23：バッグバルブの知識：必要な物品

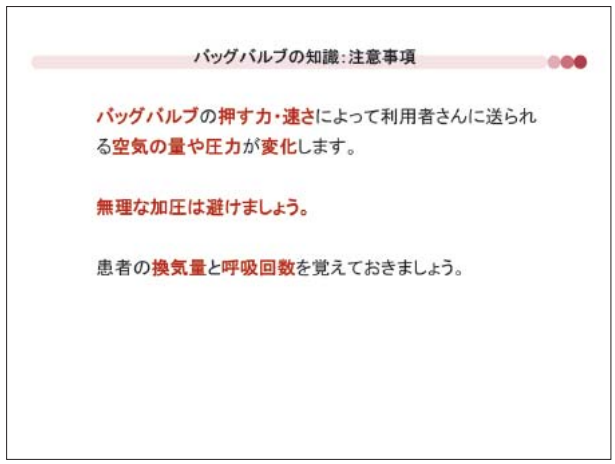
手動で、空気を送り込むためのバッグバルブです。

SlideⅡ-24：バッグバルブの知識：注意事項

バッグバルブを使用する上で留意してほしい点は、バッグバルブの押す力・速さによって、利用者に送られる空気の量や圧力が変化する点です。

無理な加圧は避けましょう。

そのため、利用者の、ふだんの換気量と呼吸回数を覚えておく必要があります。



SlideⅡ-25：バッグバルブの知識：実施前の予備知識

換気量計やゴム製の袋（テストラング）があれば、片手でどのくらいの力でバッグを押せば、指示された換気量に近いか、事前に予備知識として確認しておくことができます。

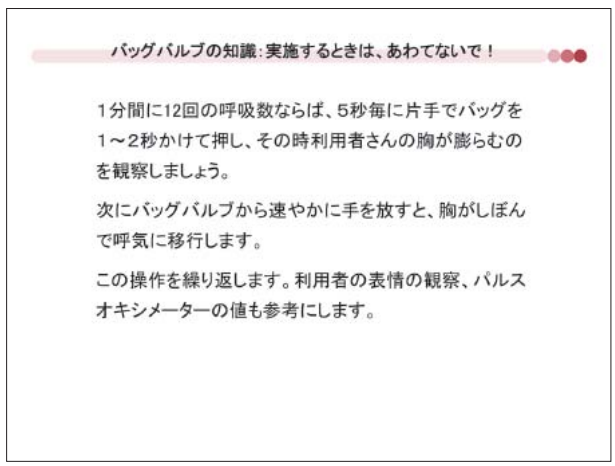
SlideⅡ-26：実施するときは、あわてないで！

①1分間に12回の呼吸器ならば、5秒毎に片手でバッグを1～2秒かけて押し、そのとき利用者さんの胸が膨らむのを観察しましょう。

②次に、バッグバルブから速やかに手を離すと、胸がしぼんで呼気に移行します。

③この操作を繰り返します。

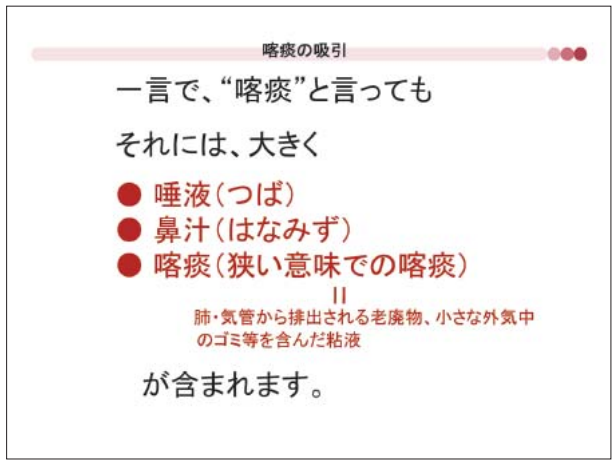
利用者の表情の観察、パルスオキシメーター（後述）の値も参考にします。



2. 喀痰の吸引

SlideⅡ-27：喀痰の吸引

一言で“喀痰”（かくたん）といっても、それには唾液（つば）、鼻汁（はなみず）、狭い意味での喀痰（つまり肺・気管から排出される老廃物や小さな外気のゴミを含んだ粘液）の3つが含まれます。喀痰の吸引は、これらすべての分泌物を総称した広い意味での喀痰を吸引する行為を表しています

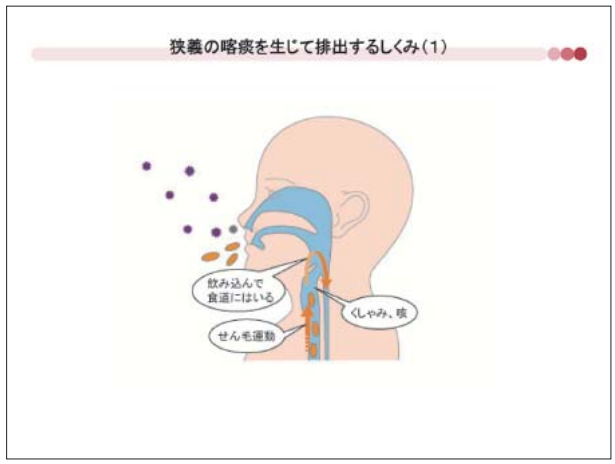


SlideⅡ-28：狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（1）

まず、肺や気管から出てくる狭い意味の喀痰について考えてみましょう。

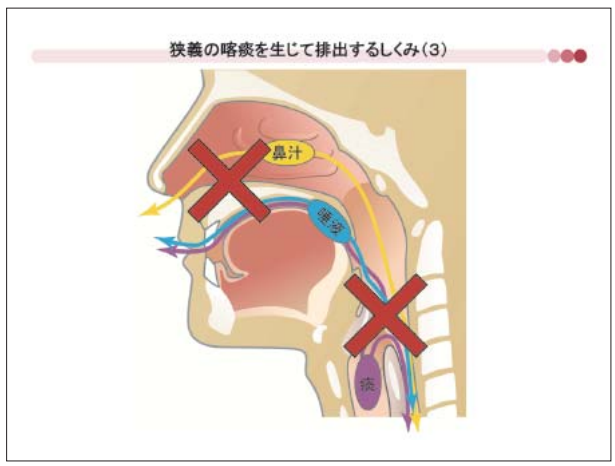
私たちは、鼻や口から吸う空気と一緒に、ホコリや多少のばい菌も吸い込んでいます。吸い込んだホコリは、鼻毛などのフィルターを通してある程度取り除かれて咽頭から喉頭、気管に向かいます。

この気管の表面は繊毛（せんもう）をもった上皮とその上の粘液でおおわれ、気管の奥から喉の方へ動く**繊毛（せんもう）運動**によって、異物をとらえた粘液を外に押し出そうとします。



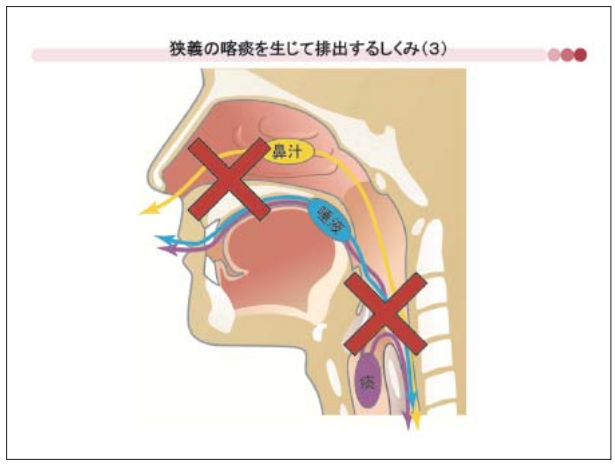
SlideⅡ-29：狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（2）

私たちは、鼻をかんで鼻水を鼻の穴から排泄したり、口からの唾液を吐いたり、喀痰をクシャミや咳などで口から排泄することがありますが、通常これらの量は少量で、**ほとんどは無意識のうちにこれらの分泌物を胃の中に飲み込んでいる**といわれています。



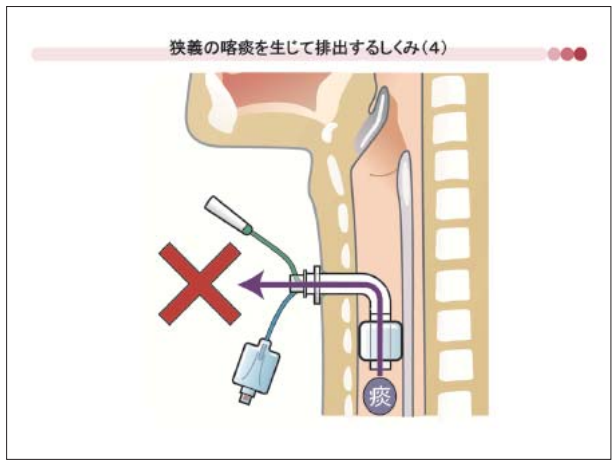
SlideⅡ-30：狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（3）

しかし、何らかの原因で、勢いのある呼気や、有効な咳ができない場合、また嚥下（えんげ）障害で胃の中に飲み込めない場合、これらの喀痰が、局所に溜まってきます。



SlideⅡ-31：狭義の喀痰を生じて排出するしくみ（4）

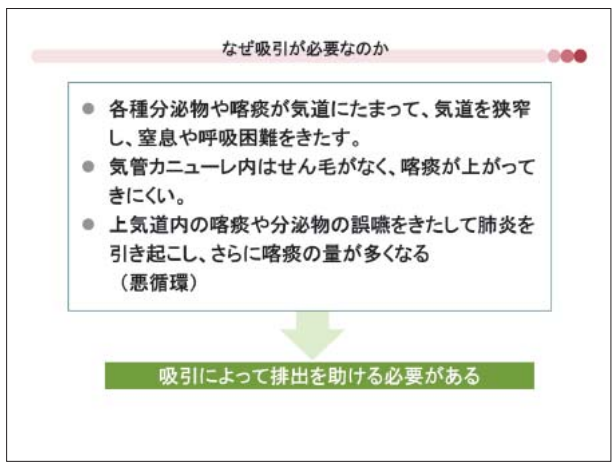
また、気管切開をされて、喉から気管内に気管カニューレという器具が挿入されている人では、勢いのある呼気や有効な咳ができない場合、喀痰は気管カニューレや気管支、肺内にとどまってしまいます。



SlideⅡ-32：なぜ吸引が必要なのか

このような場合、各種分泌物や喀痰が気道にたまって気道を狭窄し、窒息や呼吸困難をきたします。また気管カニューレ内は、気管内のようにせん毛がないため、喀痰が上がって来にくい状態にあります。さらに上気道内の喀痰や分泌物の誤嚥（ごえん）をきたすと肺炎を引き起こし、さらに喀痰の量が多くなるといった悪循環を引き起こします。したがって、私たちは吸引装置を使って喀痰の排出を助ける必要が出てくるのです。

吸引には、鼻の穴から吸引カテーテルを入れる「**鼻腔内吸引**」、口に吸引カテーテルを入れる「**口腔内吸引**」、気管切開をしている方の場合には気管カニューレ内に吸引カテーテルを入れる「**気管カニューレ内吸引**」があります。



SlideⅡ-33：喀痰の性状

喀痰の性状は、吸い込んだホコリやばい菌の種類や量によって変化します。

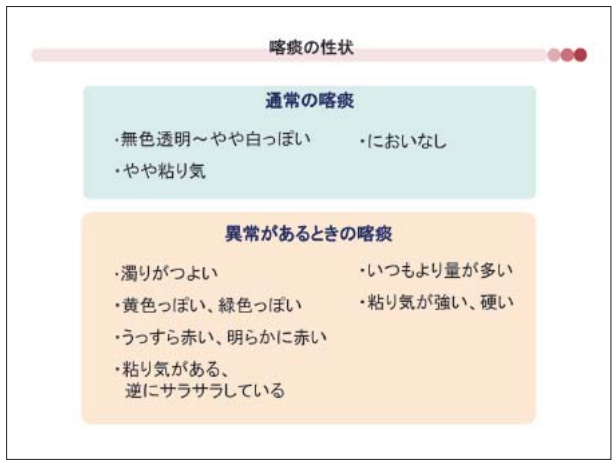
通常の喀痰は、無色透明からやや白っぽくて、やや粘り気があります。においはありません。

ばい菌に感染している場合には、濁りが強く、黄色や緑色っぽく粘り気のある喀痰が多く出ます。この場合にはにおいがします。

アレルギーなどで分泌物が増えているときにはさらさらして量が多くなります。

口や鼻、気管などに傷がついている場合には、赤い喀痰になります。通常少量の血液が混じっている程度ならば問題ありませんが、真っ赤なさらさらな喀痰では、緊急を要する出血をしている場合があります。

喀痰が硬いときは、感染で喀痰の粘り気が強いときや、体内の水分が不足している場合があります。



SlideⅡ-34：吸引の必要な病態や病気

吸引が必要な病態や病気としては、次のようなものが挙げられます。

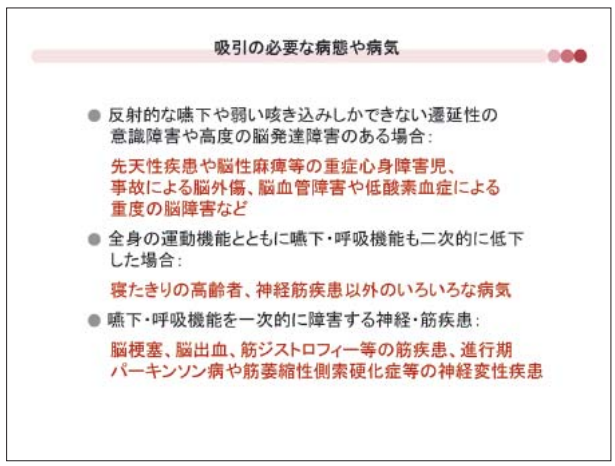
すなわち、

●反射的な嚥下（えんげ）や弱い咳き込みしかできない遷延性の意識障害や高度の脳発達障害のある先天性疾患や脳性麻痺等の重症心身障害児、事故による脳外傷、脳血管障害や低酸素血症による重度の脳障害など

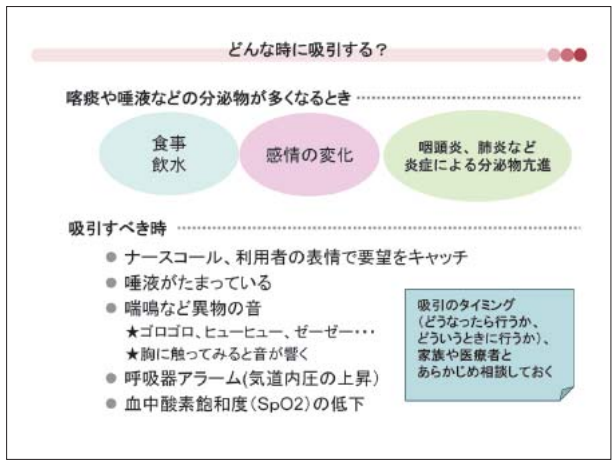
●全身の運動機能とともに嚥下・呼吸機能も二次的に低下した寝たきりの高齢者、神経筋疾患以外のいろいろな病気

●嚥下（えんげ）・呼吸機能を一次的に障害する神経・筋疾患として脳梗塞、脳出血、筋ジストロフィー等の筋疾患、進行期のパーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症

等の神経変性疾患が挙げられます。



SlideⅡ-35：どんな時に吸引する？



吸引は、どのような時に行うのでしょう？

まず、喀痰や唾液などの分泌物がたまったときに行います。具体的には、喀痰や唾液などの分泌物は、食事や飲水などからの刺激や、感情が変化したときに多くなります。また先に説明したように、感染などが起きたときにも多くなります。

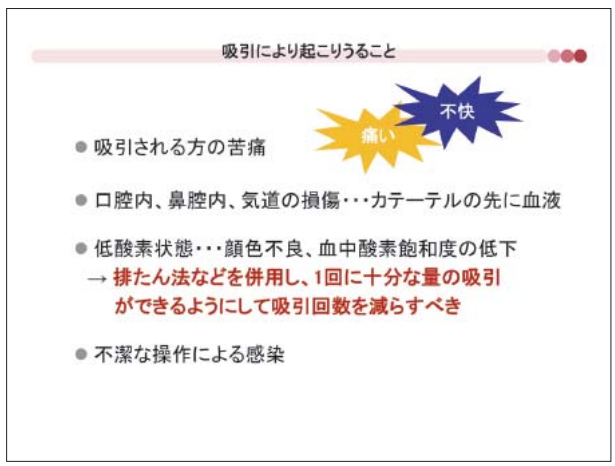
次に吸引すべき時とは、どのようなときでしょう。

第一は、ナースコールや、**表情で利用者が吸引を希望された時ですので、この要望を素早く**キャッチする必要があります。

唾液が口の中にたまっているときは、口腔内吸引の必要がありますし、上気道でゴロゴロとした音がしたり、呼吸器のアラームが鳴ったり、酸素飽和度の値がいつもより低いときは喀痰がたまって呼吸がしにくくなっていることが考えられます。このようなときは、**利用者に吸引の意思を確認**し、吸引をしましょう。意思の確認が難しい場合にも、声かけをしてから吸引をしましょう。

吸引は、時間を決めて行うものではなく、必要なときのみ行って下さい。また、吸引のタイミングについては、日頃から家族や医療者と相談しておく必要があります。

SlideⅡ-36：吸引により起こりうること



吸引は、たまった分泌物を取り除き空気の通り道をよくして呼吸を楽にしますが、吸引カテーテルを挿入して圧をかけて吸引するのですから、吸引される方には苦痛が伴います。

たとえば、口や鼻にチューブが入ってくるのですから、**不快だったり、痛み**があることは容易に想像できます。

口腔内や気管内の粘膜は柔らかく、鼻の奥にはたくさんの細かい血管があります。したがって、かたいカテーテルが入ることで傷つくことがありますので、挿入する場所やカテーテルの深さは決められたとおりにする必要があります。

また、気管内吸引の際には呼吸器をはずしていますので、その間酸素や空気が入ってきません。そのために、**吸引時間が長引く**と低酸素の状態になります。ですから、私たちは吸引される方の表情や顔色、パルスオキシメーターがあれば酸素飽和度の低下がないか十分に注意しながら行う必要があります。

以上のように、吸引は多少なりとも利用者さんの苦痛を伴う行為であることを銘記し、**排たん法などを用い、1回に十分な量の吸引ができるようにして、吸引回数を減らす努力が必要です**。

また吸引は、口や鼻、気管の中に直接カテーテルという異物を入れる行為です。汚染した手や器具などを使用して吸引すれば、**ばい菌を口や鼻、気管に入れる機会**にもなってしまいます。ですから、清潔な手や器具、環境の中で行うことが何よりも重要です。

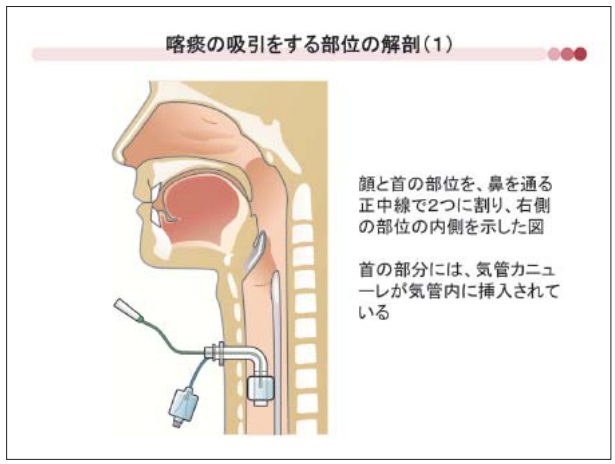
SlideⅡ-37：排痰促進法

排痰促進法には、体位ドレナージ、スクイージングなどや、特殊な物ではカフアシストの使用などがあります。カフアシストは、咳嗽（がいそう、せきのこと）の補強（もしくは代用）となり、気道内分泌物を除去するのを助けます。排たん促進法後しばらくして（15～30分後などに）喀痰が出てくることも知っておく必要があります。

SlideⅡ-38：喀痰の吸引をする部位の解剖（1）

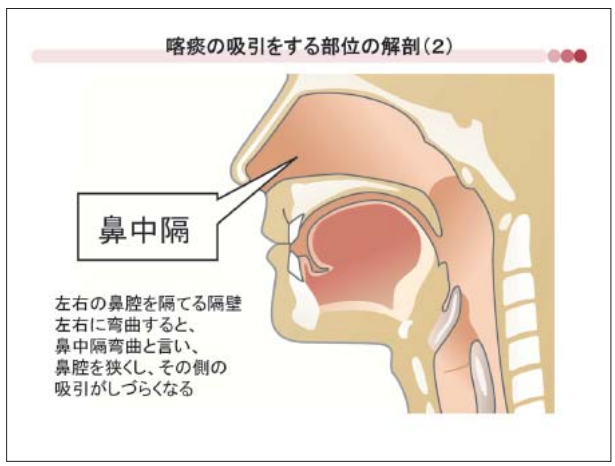
ここで、みなさんが吸引をする部位の解剖をまとめてみましょう。

この図は、顔と首の部位を鼻を通る正中線で2つに割って、右側の内側を示したものです。首の部分には気管切開がなされ、気管カニューレが気管内に挿入されています。



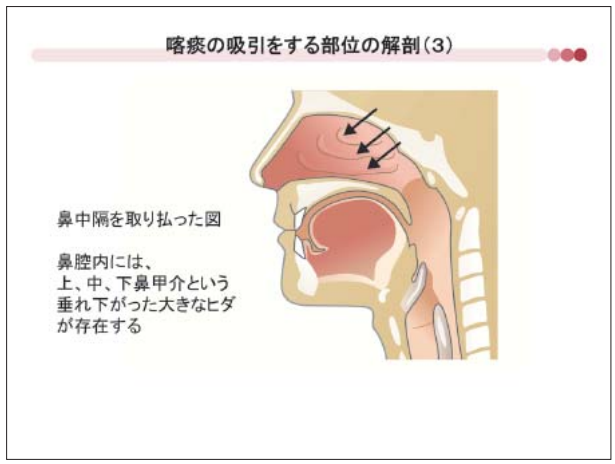
SlideⅡ-39：喀痰の吸引をする部位の解剖（2）

鼻腔を正中でへだてる軟骨の隔壁（かくへき）を**鼻中隔と呼んでいます。この鼻中隔が左右に弯曲すると、鼻中隔弯曲（びちゅうかくわんきょく）と言い、一方の鼻腔を狭くし、その側の吸引がしづらくなります。**



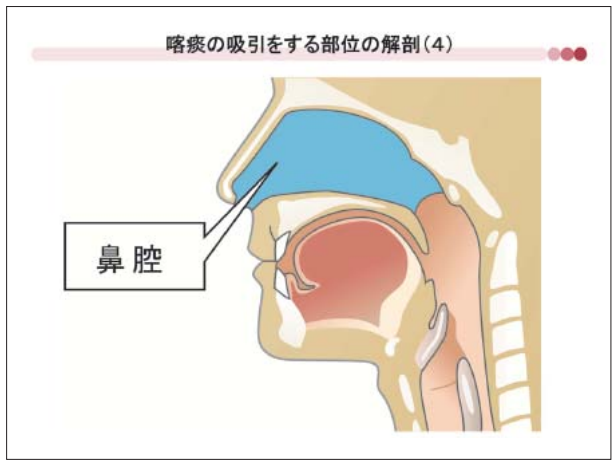
SlideⅡ-40：喀痰の吸引をする部位の解剖（3）

鼻中隔を取り除くと、左右の鼻腔内には、**上、中、下鼻甲介（びこうかい）という垂れ下がった大きなヒダが存在**します。甲介は、鼻粘膜で覆われていて、外から入る空気中のゴミを取り除き、空気をあたため湿り気を与える重要な働きももっています。



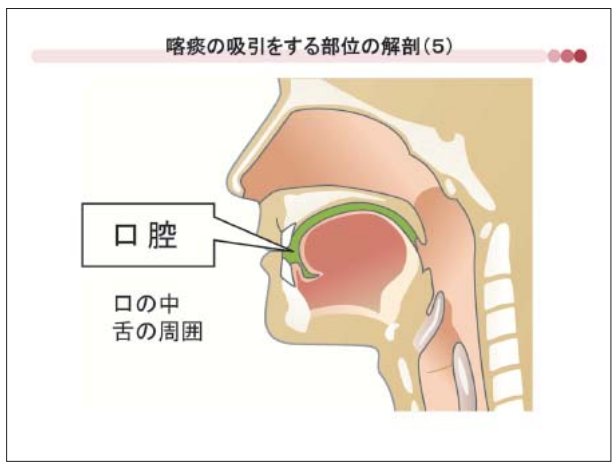
SlideⅡ-41：喀痰の吸引をする部位の解剖（4）

鼻汁は鼻腔の奥の方に溜まりやすくなっています。鼻腔は、口腔や気管カニューレ内に比べて、毎回必ず吸引する必要はありませんが、皆さんが吸引できる部位です。



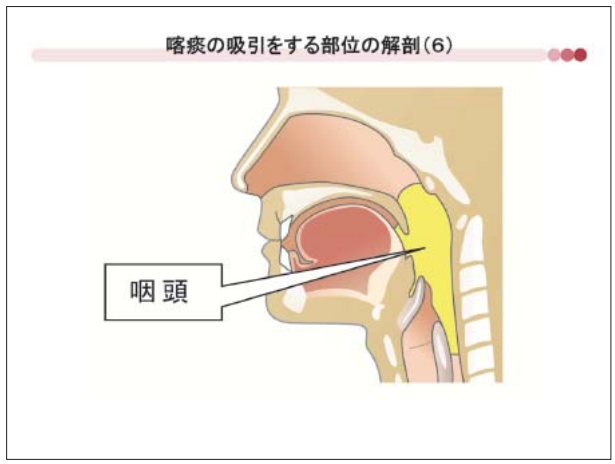
SlideⅡ-42：喀痰の吸引をする部位の解剖（5）

次に皆さんに吸引していただく場所は口の中、口腔です。唾液が、舌の上下面、頬の粘膜との間にたまるので、この部位を十分吸引します。



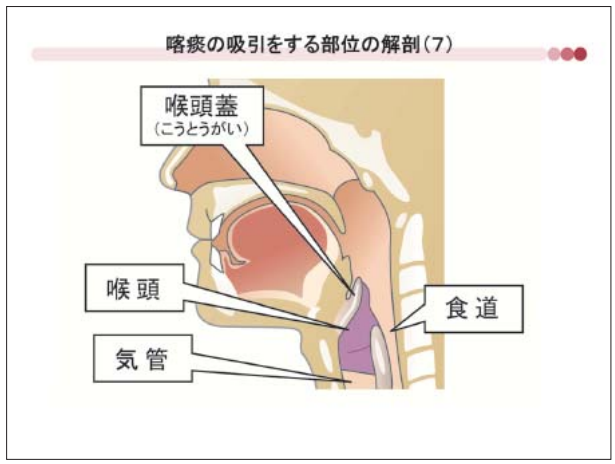
SlideⅡ-43：喀痰の吸引をする部位の解剖（6）

喉の奥には咽頭（いんとう）があり、口蓋垂（こうがいすい）の奥、鼻腔から喉頭へ続くところで、細長いつつ状の構造となっています。鼻腔からの空気と口腔からの食べ物の通り道で、よく喀痰が溜まりやすい所ですが、ここはみなさんが吸引できる対象にはなっていません。



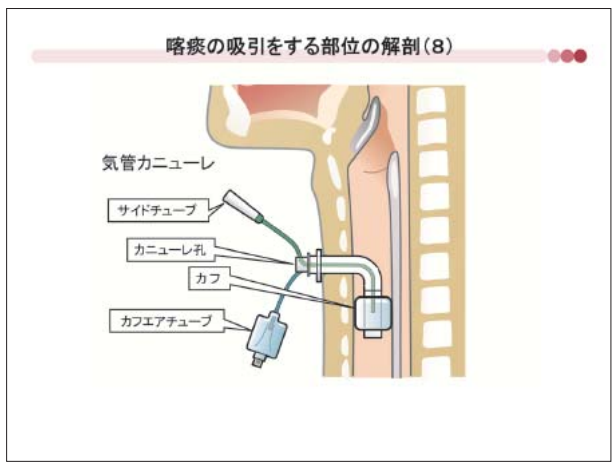
SlideⅡ-44：喀痰の吸引をする部位の解剖（7）

喉頭（こうとう）は、食べ物を飲み込む時、食べ物が気管に入らないように、瞬時に喉頭蓋（こうとうがい）が蓋をして声門を閉じ、食事は後方にある食道に入っていくようになっています。この素早い動きに支障が起こると、食べ物が喉頭から気管の方に入り、いわゆる誤嚥（ごえん）をおこしてしまいます。



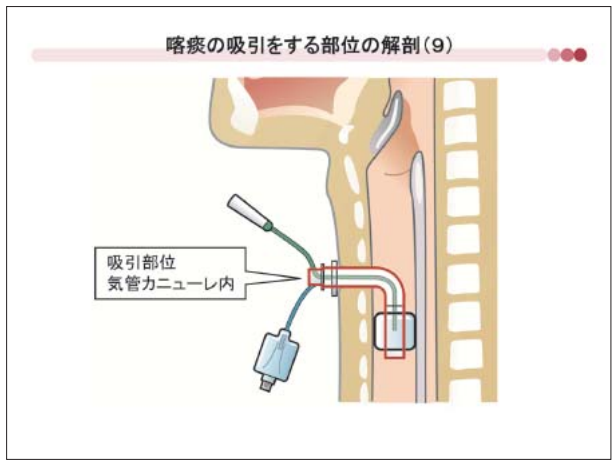
SlideⅡ-45：喀痰の吸引をする部位の解剖（8）

次に、喉頭の下に気管切開が行われ、一般的なカフつきの**気管カニューレ**が気管の中に挿入されている様子をイメージしてください。カニューレの先端にはカフという風船があり、空気をカフエアチューブから注入することで、膨らますことができ、気管の内壁に密着固定されています。カフは上から落ち込んだ唾液などの分泌物が下の気管内に落ち込むことも防いでいます。また、カニューレに付属した**サイドチューブ**の先端は、カフ上部に開口しており、サイドチューブを吸引すると、カフ上部にたまった分泌物を吸引できるようになっています。これによって、人工呼吸器関連肺炎などを予防することもできます。



SlideⅡ-46：喀痰の吸引をする部位の解剖（9）

介護職員等が吸引できる部位は、気管カニューレ内と限定されています。通常喀痰は、肺の末梢から、咳や気管上皮の繊毛（せんもう）運動を介してカニューレ先端部位から内部まで運ばれてくるので、排喀痰促進法を併用しながら、気管カニューレ内部をしっかりと吸引すればよいのです。**カニューレの先端を越えて奥まで吸引カテーテルを挿入してはいけません。利用者の気管カニューレの長さに応じてあらかじめ何センチまで挿入するか指示してもらうと良いでしょう。**



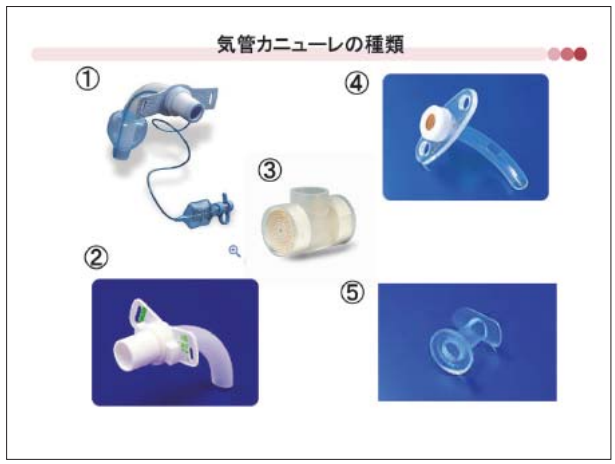
SlideⅡ-47：気管カニューレの種類

気管カニューレの種類としては、先ほどのサイドチューブがついていない①のようなものや、嚥下機能がよく誤嚥の心配のない人ではカフのついてない②のようのものがあります。

このようなタイプの気管カニューレを使用し、普段は人工呼吸器を使用していない場合には、③のような人工鼻（じんこうばな）が気管カニューレに接続されています。

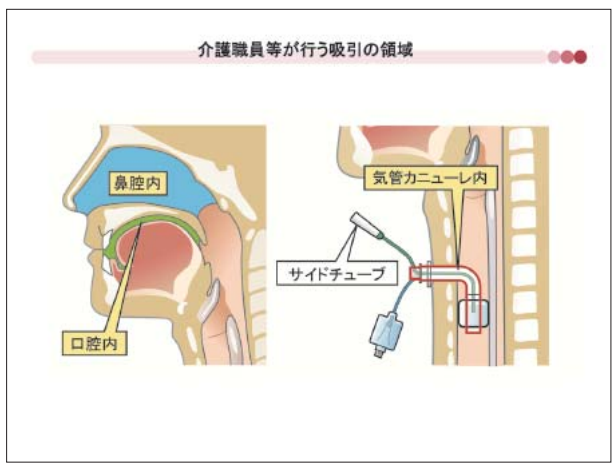
この人工鼻は、吸気を暖め、フィルターで空気中のゴミを取り除く役目をしています。吸引の際には、この人工鼻をとってから、気管カニューレ内吸引を行うことになります。

また嚥下も良好で、言葉も出せる人では、④で示したスピーチカニューレがあります。また同様に嚥下も言葉の機能も良好で、ただ空気の通り道を確保するために気管切開を行った人では、⑤のような、気管切開孔の閉塞を防ぎ、気道を確保し、喀痰の吸引もできるレティナと呼ばれる器具を装着している場合もあります。



SlideⅡ-48：介護職員等が行う吸引の領域

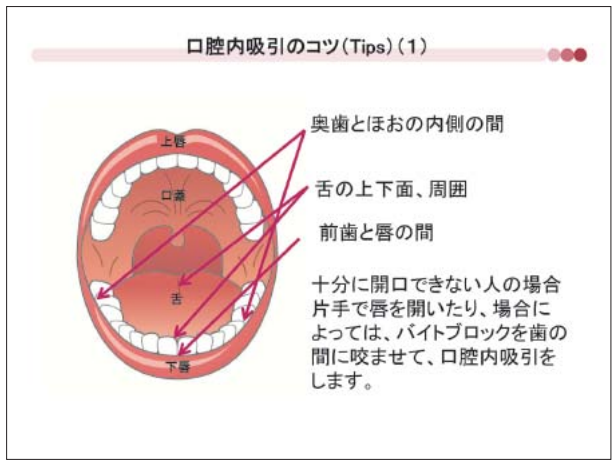
もう一度、**家族以外の者が行える吸引部位をまとめると、鼻腔内、口腔内、気管カニューレ内です。**なお気管カニューレでサイドチューブがついている場合、サイドチューブからの吸引も安全に行える部位と考えられます。



SlideⅡ-49：口腔内吸引のコツ（Tips）（1）

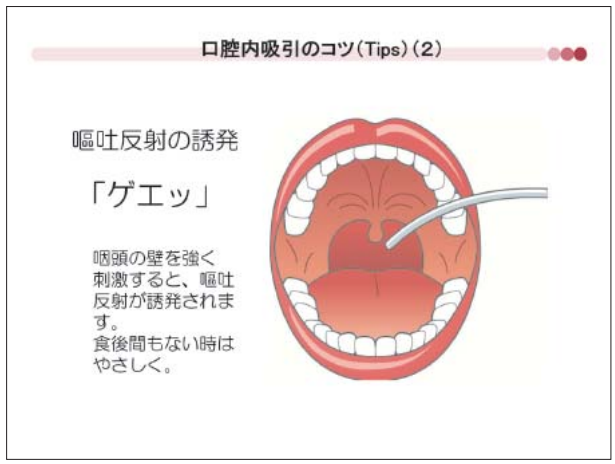
ここで、吸引のコツについてまとめてみます。

口腔内吸引の場所としては、奥歯とほおの間、舌の上下と周囲、前歯と唇の間等を吸引します。十分に開口できない人の場合、片手で唇を開いたり、場合によっては、バイトブロックを歯の間に咬ませて、口腔内吸引を行う場合もあります。



SlideⅡ-50：口腔内吸引のコツ（Tips）（2）

みなさんには、咽頭内の吸引は許可されていませんが、口腔の奥にある壁である咽頭の壁を強く吸引カテーテルで刺激すると、「ゲエッ」という嘔吐反射が誘発されます。したがって、食後間もない時はやさしく、この部位を刺激しないように吸引して下さい。



SlideⅡ-51：鼻腔内吸引の場合のコツ：鼻腔内吸引では、最初にカテーテル先端を鼻孔にやや上向きに入れます

次に鼻腔内吸引の場合のコツです。鼻腔粘膜はデリケートで出血しやすいため、吸引カテーテル先端を鼻腔の奥まで挿入し終わるまでは、吸引カテーテルを操作する手と反対の手で、吸引カテーテルの根元を押さえて、陰圧をかけないようにして下さい。

次に、セッシ（ピンセット）で吸引カテーテルを操作する場合も同様ですが、手で吸引カテーテルを操作する場合は、ペンを持つように持って、まず最初にカテーテル先端を鼻孔から数センチ、やや上向きに入れます。

SlideⅡ-52：鼻腔内吸引の場合のコツ：次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入

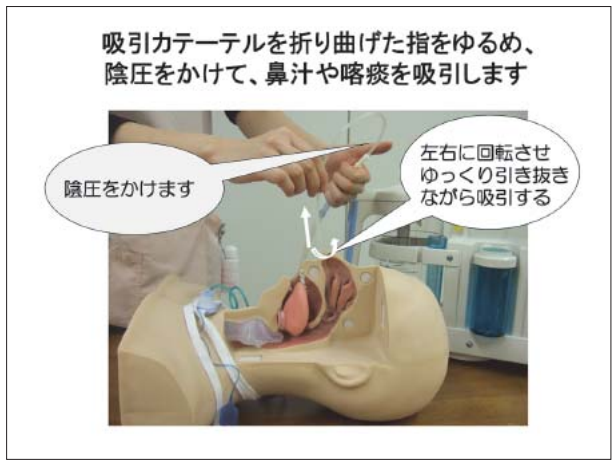
次にカテーテルを下向きに変え、鼻腔の底を這わせるように深部まで挿入します。

そうせずに、上向きのままで挿入すると、挿入できなくなったり、鼻腔の天井にあたったりして、利用者がいたがる原因となります。もし片方の鼻腔からの挿入が困難な場合、反対の鼻孔から挿入して下さい、鼻腔は奥で左右がつながっています。

慣れると、カテーテルは8～10センチ程度奥まで挿入できます。

SlideⅡ-53：鼻腔内吸引の場合のコツ：吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や痰を吸引します

奥まで挿入できたら、はじめて反対の手をはなし、陰圧をかけながら、ゆっくりとカテーテルを引き出します。この時手で操作する場合は、こよりをよるように、カテーテルを左右に回転させながら吸引すると吸引効率が良いでしょう。

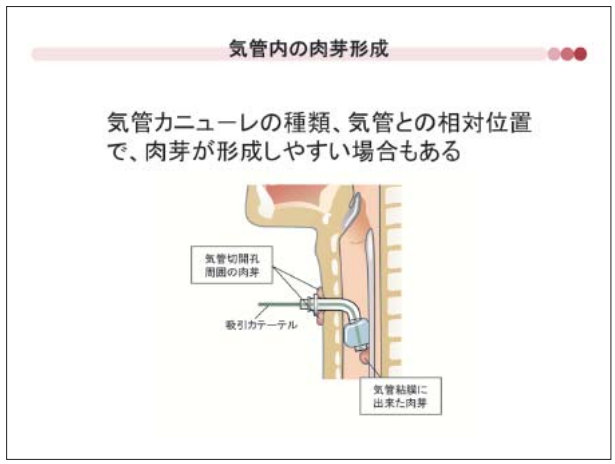


SlideⅡ-54：気管カニューレ内吸引では、吸引カテーテルの入れすぎに注意。気管カニューレ内部まで

気管カニューレ内吸引では、吸引カテーテルの入れすぎに注意して下さい。みなさんが行えるのは、気管カニューレ内部までとされています。

SlideⅡ-55：気管内の肉芽形成：気管との相対位置で、肉芽が形成しやすい場合もある

気管カニューレを挿入している利用者は、気管切開孔周囲に肉芽といって、赤茶色の軟らかい組織が盛り上がってきますが、場合によっては吸引カテーテル先端で繰り返して、気管粘膜を刺激すると、気管粘膜にも肉芽を形成することもあります。したがって、吸引カテーテルの先端は気管カニューレ内をこえたり、直接気管粘膜にふれることがないようにしましょう。



SlideⅡ-56：気管カニューレの内吸引は出来るだけ短時間で

気管カニューレ内吸引は、1回の吸引は15秒以内に、出来るだけ短時間で、しかし確実に効率よく喀痰を吸引する事を心がけましょう。

図では、セッシ（ピンセット）で吸引カテーテルをはさんで操作していますが、気管カニューレ内に入る吸引カテーテルの先端約10cmをさわらなければ、手洗いした素手で操作してもよいし、手洗い後きれいな使い捨て手袋をして操作しても結構です。

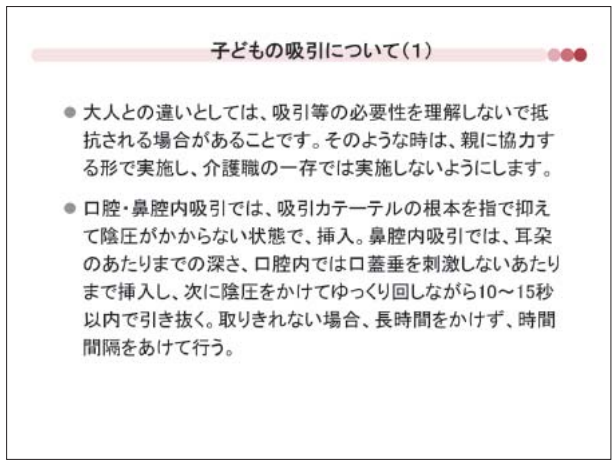
SlideⅡ-57：サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行う。

サイドチューブがある気管カニューレ内吸引の場合、肺炎予防の目的で、サイドチューブからの吸引も行って下さい。

SlideⅡ-58：子どもの吸引について（1）

子どもの吸引については、大人と違い、吸引等の必要性を理解しないで抵抗される場合があることです。そのような時は、親に協力する形で実施し、介護職の一存では実施しないようにします。

口腔・鼻腔内吸引では、吸引カテーテルの根元を指で抑えて陰圧がかからない状態で、挿入します。鼻腔内吸引では、耳たぶのあたりの深さまで、口腔内では口蓋垂を刺激しないあたりまで挿入し、次に陰圧をかけてゆっくり回しながら10～15秒以内で引き抜きます。取りきれない場合、長時間をかけず、時間間隔をあけて行うとよいでしょう。

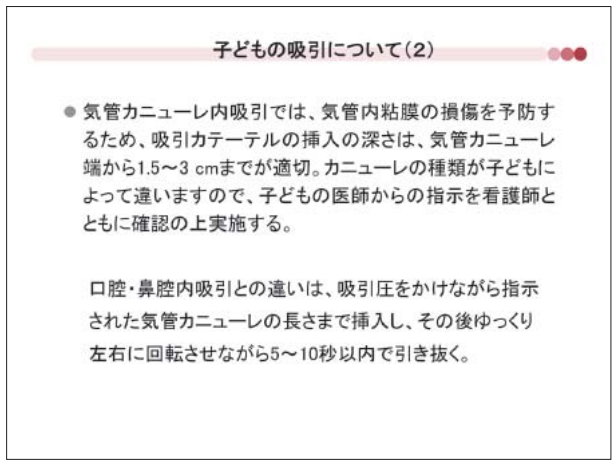


SlideⅡ-59：子どもの吸引について（2）

気管カニューレ内吸引では、気管内粘膜の損傷を予防するため、吸引カテーテルの挿入の深さは、気管カニューレ端から1.5～3cm までが適切です。ただしカニューレの種類が子どもによって違いますので、子どもの医師からの指示を看護師とともに確認の上実施して下さい※。

気管カニューレ内に吸引カテーテルを挿入する時、非利き手親指で接続管近くの吸引カテーテルを折り曲げ、陰圧をかけずに奥まで挿入し、その後、親指をゆるめて陰圧をかけながら引き抜き吸引する方法と、初めから陰圧をかけながら指示された長さまで気管カニューレ内に挿入し、その後ゆっくり左右に回転させながら5～10秒以内で引き抜く方法があります。

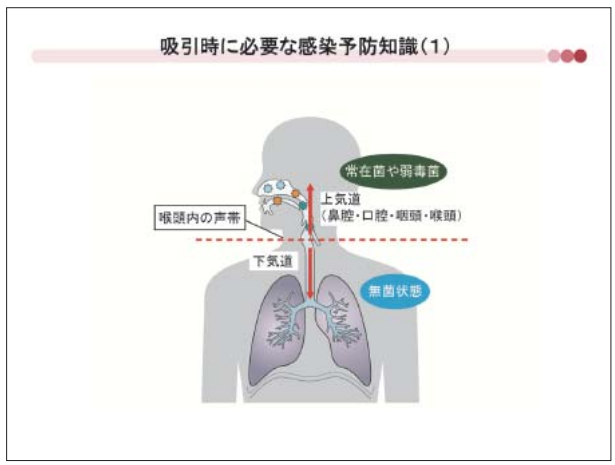
※子どもの場合、カフなし気管カニューレを使用している場合も多く、吸引時に一緒に引き抜いてしまわないよう注意する。



SlideⅡ-60：吸引時に必要な感染予防知識（1）

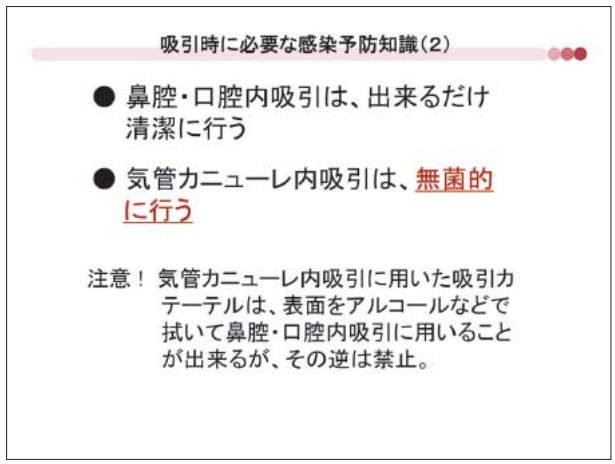
ここで、吸引時に必要な感染予防知識をまとめてみます。

空気の通り道である気道は、喉頭にある声帯（せいたい）を境にして、それより上の鼻腔・口腔・咽頭・喉頭を**上気道**、それより下を**下気道**と呼んでいます。**上気道には常在菌や弱毒菌が住み着いていますが、下気道は原則として無菌状態であることが基本です。**



SlideⅡ-61：吸引時に必要な感染予防知識（2）

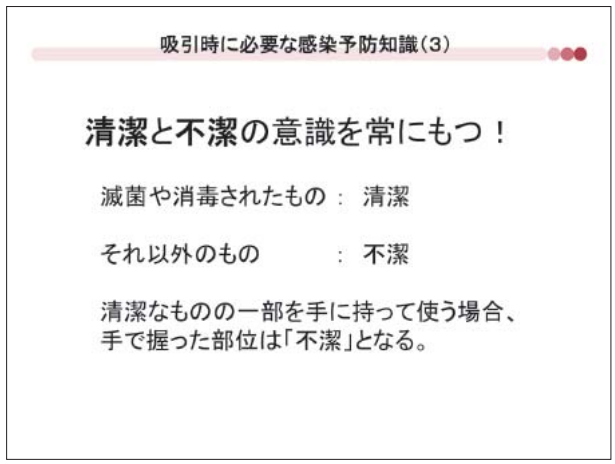
したがって、**鼻腔・口腔内吸引は出来るだけ清潔に、気管カニューレ内吸引は、無菌的に行う必要があります。そのため、気管カニューレ内吸引に用いた吸引カテーテルは、表面をアルコールなどで拭いて鼻腔・口腔内吸引に用いることができますが、その逆は行ってはいけません。**



SlideⅡ-62：吸引時に必要な感染予防知識（3）

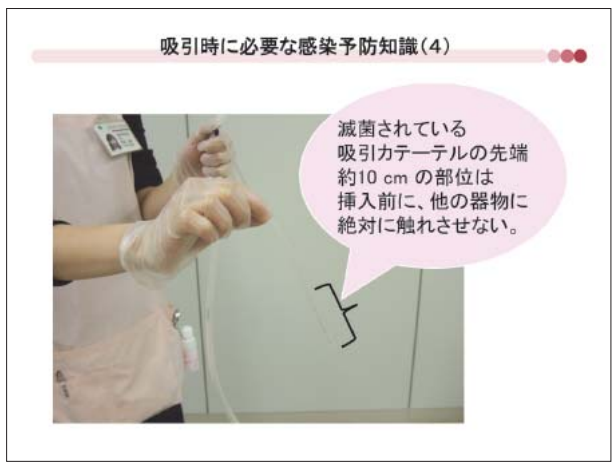
必要物品が清潔か、不潔かといった意識を常に持つことが重要です。

滅菌や消毒されたものは、清潔ですが、それ以外のものは、不潔です。清潔なものの一部を手に持って使う場合、手で握った部位は「不潔」となります。



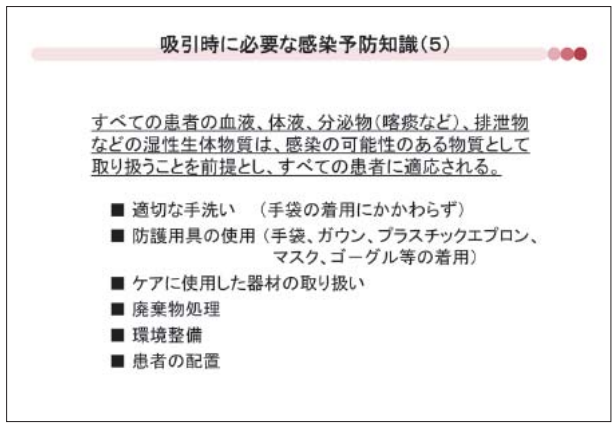
SlideⅡ-63：吸引時に必要な感染予防知識（4）

たとえば、**滅菌された吸引カテーテルの先端約10cmの部位は清潔ですから、気管内カニューレに挿入前に、他の器物に触れさせて不潔にしないように十分注意してください。**



SlideⅡ-64：吸引時に必要な感染予防知識（5）

最近は、病院などの医療関連施設と同様に、在宅においても医療関連感染を防ぐ目的で、**標準予防策**が遵守されてきています。これは、すべての患者の血液、体液、分泌物（喀痰など）は、感染の可能性のある物質として取り扱うことを前提とし、手洗い、マスクやガウンなどの防護用具を適宜使用して、感染の拡大を防ごうとする考え方です。



SlideⅡ-65：流水による手洗い

標準予防策の基本は手洗いですから、吸引前後には正しい方法で手洗いをしましょう。石けんはポンプ式液体石けんがより清潔であり、タオルの共有もしないようにしてください。手にねばねばした物質などが付着していない場合は、最近では、速乾性擦式手指消毒剤（そっかんせいさっしきしゅししょうどくざい）による手洗いが推奨されています。

SlideⅡ-66：速乾性擦式手指消毒剤による手洗い

これが速乾性擦式手指消毒剤（そっかんせいさっしきしゅししょうどくざい）による手洗い方法です。実習の時に、使用手順を学んで下さい。

SlideⅡ-67：咳エチケット

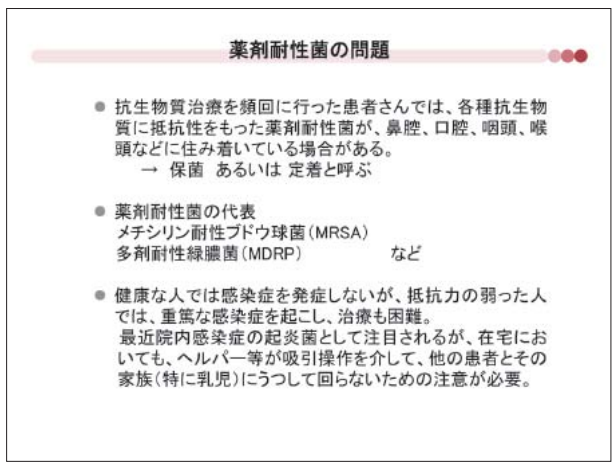
介護者が咳やクシャミをするときは、ハンカチやティッシュで鼻と口をおおいましょう。またマスクをして利用者さんに病原体をうつさないようにしましょう。また、利用者さんが咳き込んでいる場合も、自分自身を守る目的でマスクをしましょう。

SlideⅡ-68：自分にしぶきがかからないように

吸引の際には、利用者さんのクシャミや咳のしぶきをあびることがありますので、技術をみがいて直接あびないようにしましょう。

SlideⅡ-69：薬剤耐性菌の問題

最後に、患者さんの中には、感染症を発症していなくても、各種抗生物質に抵抗性をもった薬剤耐性菌が、鼻腔、口腔、咽頭、喉頭などに棲みついている場合があります。これを定着（ていちゃく）と呼んでいます。メチシリン耐性ブドウ球菌（MRSA）や多剤耐性緑膿菌などが代表的薬剤耐性菌です。これらの情報は患者家族や医療者から得て、標準予防策を十分守ってください。なぜなら、抵抗力が弱った場合、重篤な感染症を起こしたり、吸引操作を介して、他の患者に伝搬する可能性があるからです。

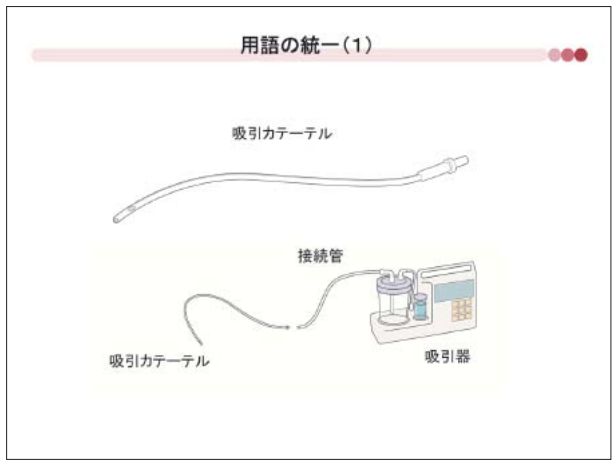


SlideⅡ-70：用語の統一（1）

ここであらためて、この研修内で使用する用語を、統一したいと思います。

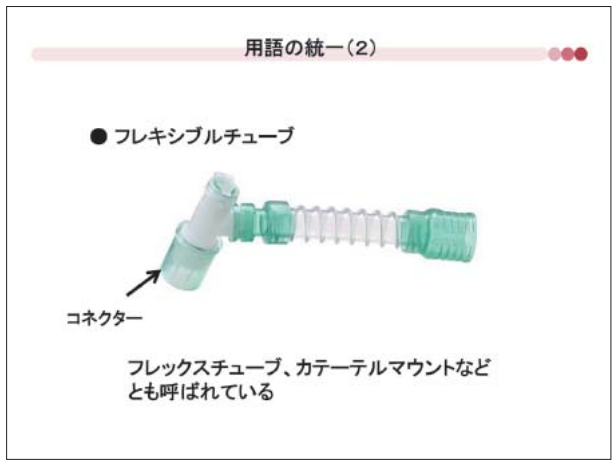
口腔・鼻腔内や、気管カニューレ内に入れて吸引を行う管を、吸引チューブと呼ぶこともありますが、ここでは吸引カテーテルと呼びます。

またこの吸引カテーテルと吸引器を結ぶ太い管のことを、接続管と呼びます。



SlideⅡ-71：用語の統一（2）

次に、人工呼吸器使用利用者の気管カニューレ内吸引の時に、気管カニューレからとりはずさなければならない人工呼吸器側の部品をフレキシブルチューブと呼びます。フレックスチューブ、カテーテルマウントとも呼ばれている部品です。フレキシブルチューブの先端の気管カニューレとの接続部位をコネクターと呼びます。



SlideⅡ-72：吸引をする前に

先ほどの説明のように、吸引は、口や鼻、気管の中に吸引カテーテルを入れる行為です。清潔な手や器具、環境の中で行うことが何よりも重要です。

吸引をするベッド周囲に汚いものがあると、吸引に使う物品に接触して汚くなってしまうおそれがあります。これらをどかし、ベッド周囲を整頓しておきましょう。

吸引の前にはもう一度、石けんを用い、十分に手を洗いましょう。

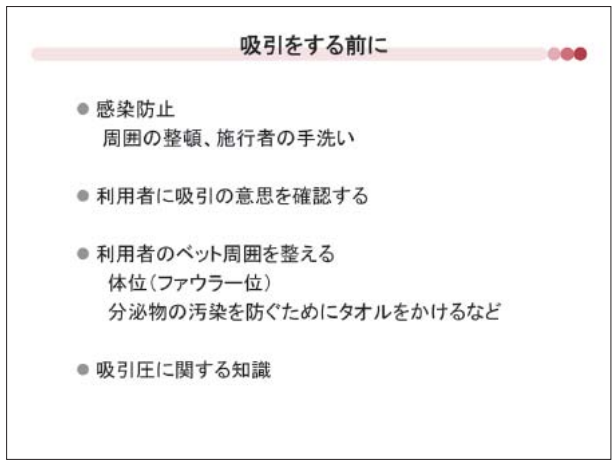
利用者には必ず声をかけて、吸引をする意思を確認します。

先ほど説明したように、吸引は本人の苦痛を伴うものですから、同意を得て行わなくてはなりません。

体位（姿勢）ですが、吸引カテーテルが入りやすく効果的に吸引できるよう、必要に応じて整えます。頭の高さを変えるときは、急激に上げたり下げたりするのではなく、利用者に伝え、ゆっくり位置をかえるようにします。

気管内吸引では、呼吸器のコネクターをはずした際にたまっていた分泌物が飛び出すことがあるので利用者の服が汚れないようタオルなどをかけておくとよいでしょう。

吸引器で吸引する陰圧の調整は、原則として家族や医療者がすることになっていますが、確認は簡単にできます。



スイッチを入れた状態で、接続管の末端を手の親指でふさぐと、圧がメーター表示でなされます。通常口腔・鼻腔内吸引の場合は、20kPa（キロパスカル）以下、気管カニューレ内吸引は、20～26kPa（キロパスカル）以下が適切です。吸引カテーテルの内径の太さや喀痰の粘稠度に応じて吸引圧を上げる場合においても、40kPa（キロパスカル）以下にします。もし高すぎたり、低すぎる場合には、圧調整つまみで調整する必要があります。吸引圧は、毎回調整する必要はありませんが、時々圧を確認して下さい。

SlideⅡ-73：吸引する物品とベッド周囲の様子

吸引する物品とベッド周囲の様子です。

吸引物品と吸引器が準備しやすい位置にあり、利用者に無理なく届く場所に配置されています。震災に備えて、呼吸器が転落しないように固定を工夫する必要があります。

SlideⅡ-74：吸引時の種類

これが吸引器です。掃除機のようなしくみで、陰圧をかけて喀痰などの分泌物を吸い出します。

さまざまな形がありますが、在宅用の吸引器は比較的コンパクトな形になっています。移動用、携帯用の小型吸引器は家庭用電源とともに、短時間充電式の内部バッテリーでも使えるようになっています。最近は、震災等にそなえて、電気を必要としない足踏み式、手動式の吸引器も備えておくよう推奨されています。

吸引器は、吸引カテーテルに接続する吸引チューブ、吸引した分泌物をためる吸引びん、本体のつくりになっています。

SlideⅡ-75：吸引物品（写真は演習用セット）

吸引物品のイメージです。

SlideⅡ-76：吸引に必要な物品

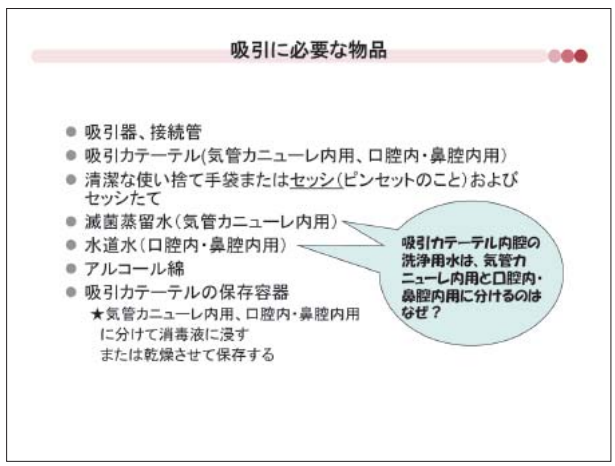
吸引には次のようなものが必要です。

・吸引器、接続管
・吸引カテーテル　…気管カニューレ内用と、口腔内・鼻腔内用で分ける
・滅菌手袋またはセッシ（ピンセットのこと）およびセッシたて
・滅菌蒸留水　……気管カニューレ内用
・水道水　……口腔内・鼻腔内用
・アルコール綿
・吸引カテーテルの保存容器消毒液入り（再利用時、消毒液につけて保存する場合）…気管カニューレ内用と、口腔内・鼻腔内で容器を分ける

吸引カテーテルを使い捨てではなく再利用する場合、消毒剤入りの保存容器につけてカテーテルの清潔を保つ方法と、消毒液が入っていない保存容器にいれ乾燥した状態にして清潔を保つ方法があります。それぞれの利用者の方法に従ってください。

基本研修での演習では、吸引カテーテルを使い捨てる方法で演習を行いますが、実地研修での吸引の演習および評価票では、消毒剤入りの保存液につける方法を説明します。

注意：ほとんどの在宅では滅菌手袋を使用していません。清潔な使い捨て手袋でよいでしょう。

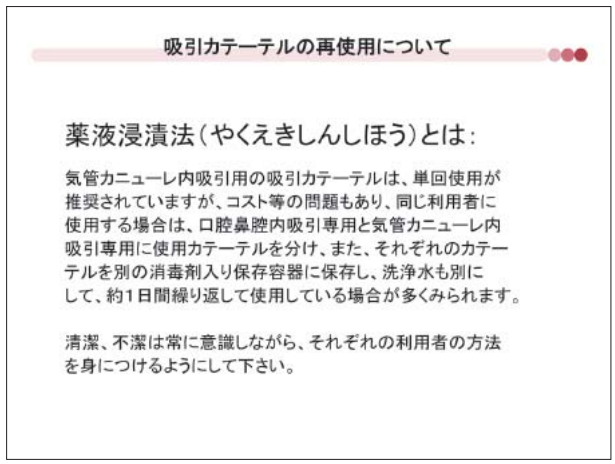


SlideⅡ-77：吸引カテーテルの再使用について

なお、多くの利用者の家庭では、薬液浸漬法（やくえきしんしほう）という方法を用いて、吸引カテーテルを再使用しています。

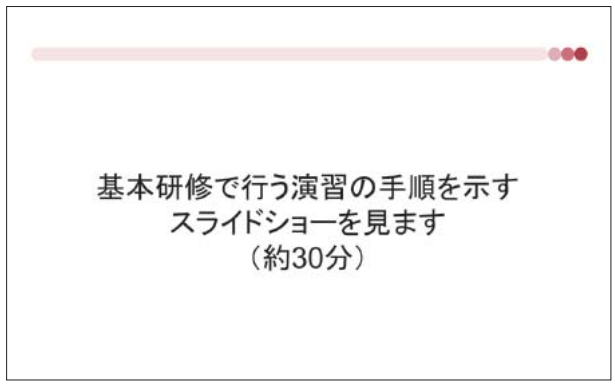
本来、気管カニューレ内吸引用の吸引カテーテルは、単回使用が推奨されていますが、コスト等の問題もあり、同じ利用者に使用する場合は、口腔鼻腔内吸引専用と気管カニューレ内吸引専用に使用カテーテルを分け、また、それぞれのカテーテルを別の消毒剤入り保存容器に保存し、洗浄水も別にして、約1日間繰り返して使用している場合が多くみられます。

みなさんは、清潔、不潔は常に意識しながら、それぞれの利用者の方法を身につけるようにして下さい。



SlideⅡ-78：演習の手順（スライドショー）

それではここで、実際に基本研修の演習で行う喀痰の吸引の手順をスライドショーで学びましょう。このあと、このスライドショーで示した手順で、皆さんに吸引の演習をしていただくことになります。



SlideⅡ-79：喀痰吸引の手順：実習に必要な物品

喀痰の吸引の演習の手順について説明します。

吸引の実習に必要な物品としては、

テーブル、椅子、吸引器、電源からの延長コードや電源タップ、12Fr（フレンチ）程度の細めの吸引カテーテル、紙コップ、ペットボトル水、速乾性擦式手指消毒剤、アルコール綿、使い捨て手袋、模擬喀痰、吸引訓練用人形、サイドチューブ付き気管カニューレ、人工呼吸器回路につなぐフレキシブルチューブ、など、が挙げられます。

なお、吸引訓練用人形が手に入らない場合には、スライド左下に示したように、ペットボトル上部に穴を開け、気管カニューレを挿入して、ヒモで固定したものを代用してもよいでしょう。

SlideⅡ-80：●口腔と鼻腔内の吸引の手順　速乾性擦式手指消毒剤での手洗い

それでは、吸引の演習の手順について説明します。この基礎研修では、吸引カテーテルを使い捨ての単回使用する方式で行います。また、気管カニューレ内吸引は、侵襲的人工呼吸器装着患者に対して行う手順を学びます。

まずは、口腔内吸引ですが、吸引前に意識がある方では、吸引の必要性の意思確認を行い、吸引の環境、利用者の姿勢を整え、口の周囲、口腔内の状態を観察することから始まります。

まず両手を洗います。石けんと流水を用いた手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤による手洗いでも結構です。感染の危険や、手指に傷があるときは手袋をします。なお、口腔内・鼻腔内吸引では、未滅菌の手袋あるいはセッシを使って吸引カテーテルを操作しても結構です。

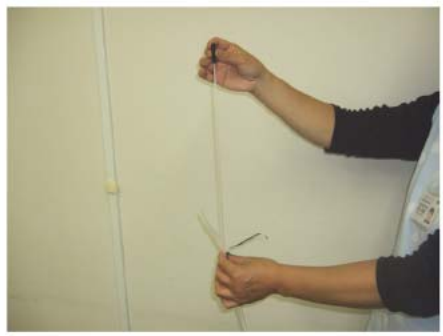
両手を洗います。「石けんと流水」による手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤による手洗いをします。

SlideⅡ-81：吸引カテーテルを不潔にならないよう取り出します

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出します。

このとき、カテーテル先端には触らず、また先端を周囲のものにぶつけて不潔にならないよう十分注意します。

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。



SlideⅡ-82：吸引カテーテルを接続管につなげます

吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます。

吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます

SlideⅡ-83：非利き手で、吸引器のスイッチを押します

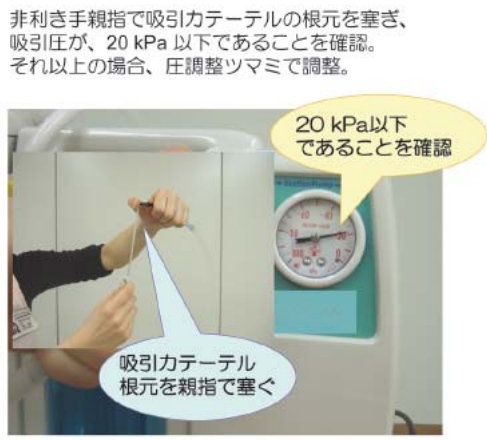
吸引カテーテルを操作する利き手と反対の手で、吸引器のスイッチを押します。

SlideⅡ-84：非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整

非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20kPa（キロパスカル）以下であることを確認。

それ以上の場合、圧調整ツマミで調整します。この間も、カテーテル先端が周囲のものに絶対に触れないように注意します。

なお、数回にわけて吸引を行うことがありますが、圧調整は毎回吸引毎にやる必要はありません。



SlideⅡ-85：声かけをします

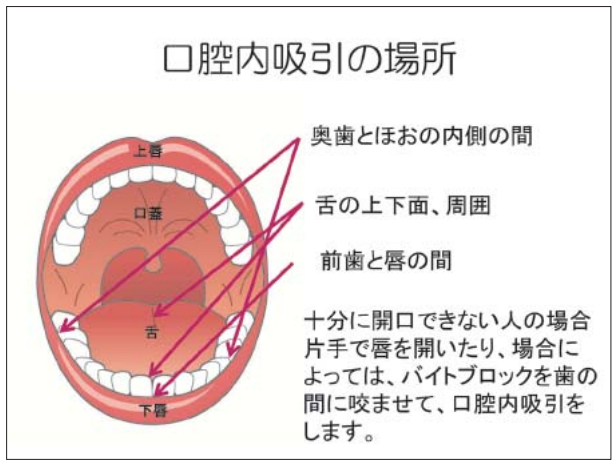
吸引の前には、必ず「○○さん、今から口の中の吸引をしますよ」と、かならず声をかけます。

たとえ、患者さんが返事ができない場合や、意識障害がある場合でも同様にしてください。

SlideⅡ-86：口腔内吸引の場所

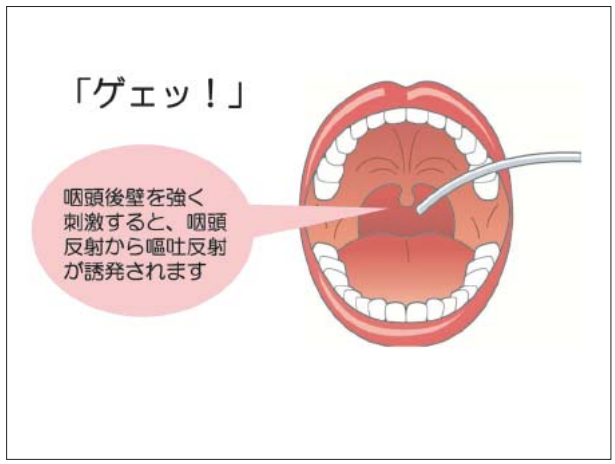
口腔内吸引の場所としては、奥歯とほおの間、舌の上下と周囲、前歯と唇の間等を吸引します。十分に開口できない人の場合、片手で唇を開いたり、場合によっては、バイトブロックを歯の間に咬ませて、口腔内吸引を行う場合もあります。

無理に口を開けようとすると、反射的に強く口を閉じたり、挿入した吸引カテーテルを強く噛む場合もあるので、リラックスさせて筋肉の緊張が緩むのを待つ配慮も必要です。



SlideⅡ-87：口腔内吸引、注意点

この時、咽頭後壁を強く刺激すると、嘔吐反射が誘発されるので、特に食後間もない時などは、強く刺激しないように、注意して行いましょう。



SlideⅡ-88：吸引カテーテルの外側をアルコール綿で、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す

口腔内の吸引が終わったら、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で先端に向かって拭きとります。最後に吸引カテーテルと接続管の内腔を、水で洗い流します。

注意：口腔内・鼻腔内用吸引カテーテルの場合は、絵のようにティッシュで拭き取ってもよいのですが、気管カニューレ内用吸引カテーテルの場合は、必ずアルコール綿で拭きとって下さい。

吸引カテーテルの外側をアルコール綿で、先端に向かって拭きとる。

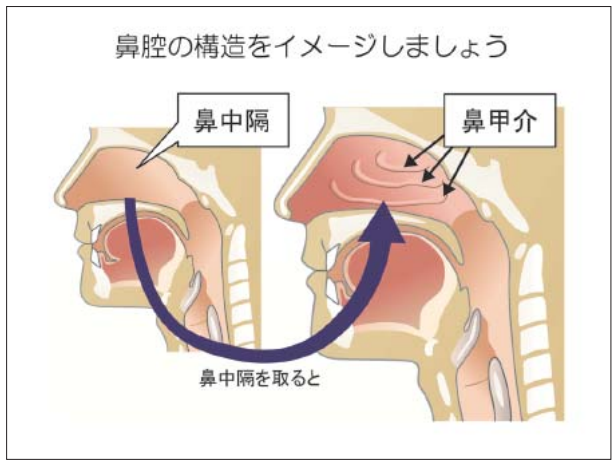
吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す。

SlideⅡ-89：鼻の中の吸引。声かけをします

次に同じ吸引カテーテルを用いて、鼻腔内吸引を行います。この時も、口腔内と同じように、必ず「○○さん、今度は鼻の中の吸引をさせてください」と声をかけます。

SlideⅡ-90：鼻腔の構造をイメージしましょう

吸引前に、鼻腔内の構造、特に真ん中に鼻中隔という隔壁があり、左右の鼻腔には、上、中、下の3つの鼻甲介というヒダが垂れ下がっていることをイメージしましょう。もし吸引カテーテルを挿入してみて、カテーテルがなかなか入って行かないようであれば、無理をせず、反対側の鼻腔から吸引を行います。左右の鼻腔は、奥でつながっているからです。



SlideⅡ-91：まずカテーテル先端を鼻孔からやや上向きに数センチ入れます

吸引カテーテルを直接手で操作する場合は、先端から約10センチくらいの所を、親指、人差し指、中指の3本でペンを持つように握ります。また反対の手で吸引カテーテルの根元を折り曲げ、まだ陰圧が吸引カテーテルにかからないようにします。この状態で、まずカテーテル先端を鼻孔からやや上向きに数センチ入れます。

SlideⅡ-92：次にカテーテルを下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入

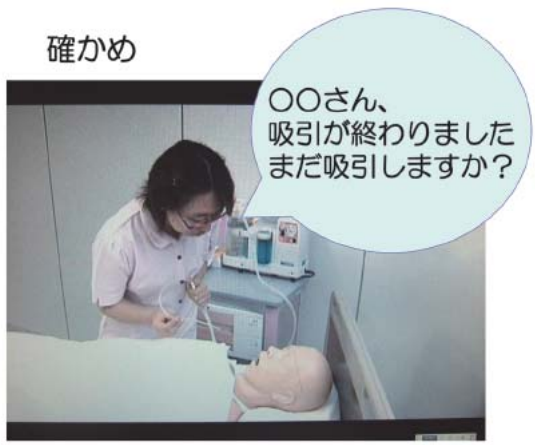
その後、すぐにカテーテルを上向きから下向きに変え、底を這わせるように深部まで挿入します。このように、方向を変えることと、カテーテルをイメージした顔の正中方向に進めることがコツです。カテーテルを上方向のまま進めると、鼻甲介や鼻腔の天井部に当たって、患者さんが痛みを訴えたり、吸引そのものができなくなります。慣れないと、カテーテルは数cmしか入りませんが、うまく入ると、8～10cm程度挿入できます。

SlideⅡ-93：吸引カテーテルを折り曲げた指をゆるめ、陰圧をかけて、鼻汁や喀痰を吸引します

奥まで挿入できたら、吸引カテーテルの根元を折り曲げた反対側の指を離して吸引カテーテルに陰圧をかけ、ゆっくり引き抜きながら鼻汁や喀痰を吸引します。この時、カテーテルをもった3本の指でこよりをよるように、左右にカテーテルを回しながらゆっくり引き抜きます。

SlideⅡ-94：確かめ

口腔、鼻腔内吸引が終わったら、吸引が十分であったかどうか、再度吸引をしてほしいかを、確認します。



SlideⅡ-95：吸引カテーテルの外側をティッシュで、先端に向かって拭きとり、吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す

以上の吸引が終わったら、吸引カテーテルの外側をティッシュで拭きとり、次に吸引カテーテルと接続管の内腔を、水で洗い流します。

吸引カテーテルの外側をティッシュで、先端に向かって拭きとる。

吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す。

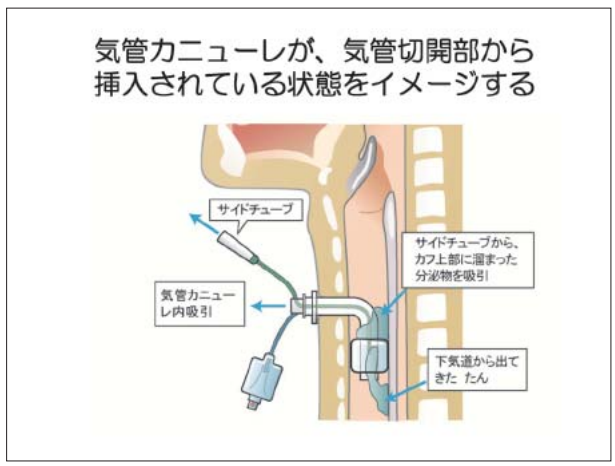
SlideⅡ-96：吸引器のスイッチを切ります

吸引器の電源スイッチを切って、一連の操作を終了します。

SlideⅡ-97：●気管カニューレ内の吸引の手順　気管カニューレが、気管切開部から挿入されている状態をイメージする

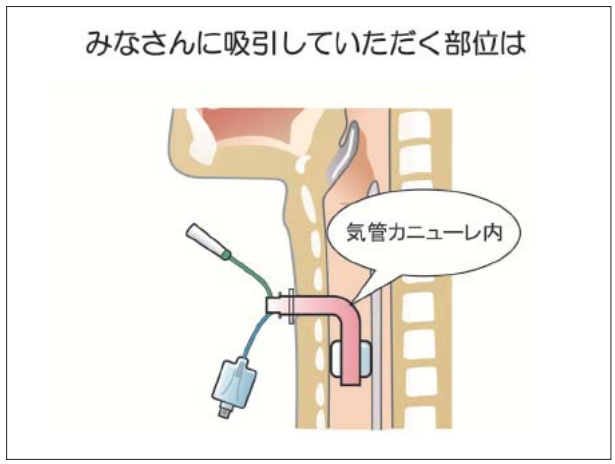
まず、気管カニューレが、のどに開けられた気管切開部から、気管内に挿入されている状態をイメージしましょう。通常気管カニューレ先端には、カフという柔らかい風船がついており、これを膨らませるためのチューブが付いています。また最近は、このカフの上部に溜まった分泌物を吸引することができるサイドチューブが付いているものがよく使用されています。

担当する患者さんが使用している気管カニューレのタイプを、知っておくことも重要です。



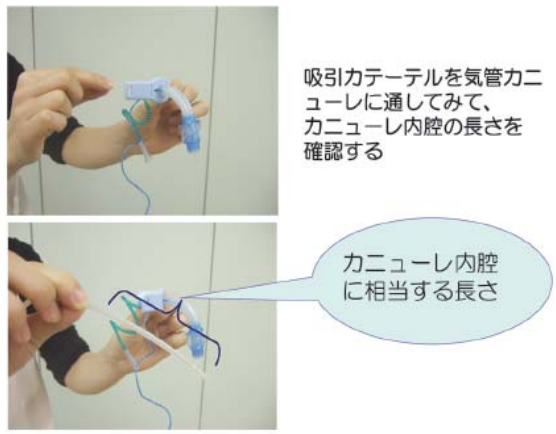
SlideⅡ-98：みなさんに吸引していただく部位は

皆さんに吸引していただく部位は、この気管カニューレ内部で、カニューレの先端から、カニューレ内に入ってきた喀痰を吸引します。なお、**サイドチューブが付いたタイプの気管カニューレでは、気管カニューレ内の吸引の前後で、サイドチューブからの吸引を行うことが、肺炎予防の上で望ましいといえます。**



SlideⅡ-99：吸引カテーテルを気管カニューレに通してみて、カニューレ内腔の長さを確認する

参考として、吸引カテーテルを湾曲した気管カニューレに通してみて、カニューレ内腔の長さ（7～10cm程度）を確認して下さい。吸引の時、その長さだけ気管カニューレ内に挿入すればよいわけです。



SlideⅡ-100：両手を洗って、使い捨ての手袋をします

両手を洗って、きれいな使い捨ての手袋をします。なお、気管カニューレ内に挿入する清潔な吸引カテーテルの先端を触らなければ、吸引カテーテルを手洗いした素手で操作してもよいですし、清潔なセッシを手洗いした手でもって操作しても結構です。

SlideⅡ-101：吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出します。このとき、カテーテル先端には触らず、また先端を周囲のものにぶつけて不潔にならないよう十分注意します。

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。

SlideⅡ-102：吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます

次に吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます。

吸引カテーテルを吸引器に接続した接続管につなげます

SlideⅡ-103：非利き手で、吸引器のスイッチを押します

吸引カテーテルを操作する利き手で吸引カテーテルの根元の部位を持って、カテーテル先端を周囲の物に触れさせないようにしながら、反対の手で吸引器のスイッチを押します。

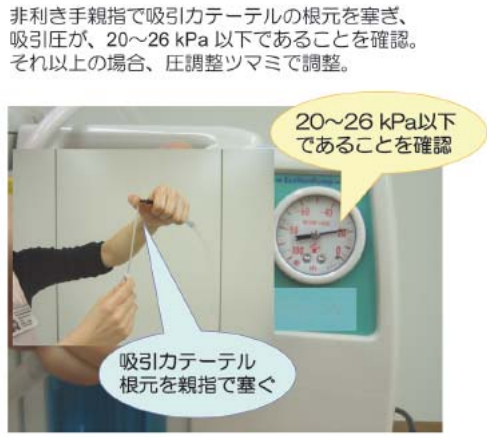
非利き手で、吸引器のスイッチを押します。

SlideⅡ-104：非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20～26kPa（キロパスカル）以下であることを確認。それ以上の場合、圧調整ツマミで調整

非利き手親指で吸引カテーテルの根元を塞ぎ、吸引圧が、20～26kPa（キロパスカル）以下であることを確認します。

それ以上の場合、圧調整ツマミで調整します。この間も、カテーテル先端が周囲のものに絶対に触れないように注意します。

なお、数回にわけて吸引を行うことがありますが、圧調整は毎回吸引毎にやる必要はありません。

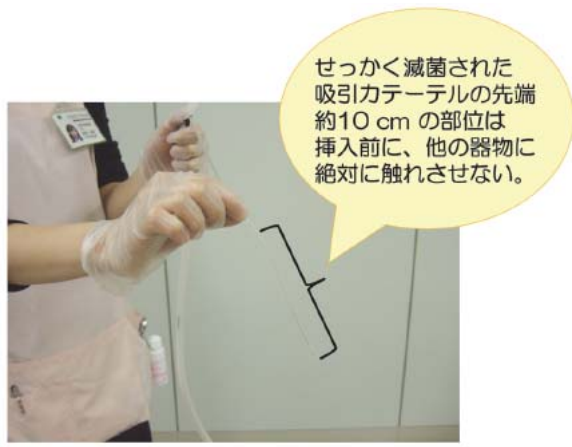


SlideⅡ-105：声かけをします

口腔・鼻腔内吸引と同じように、これから気管カニューレ内の喀痰の吸引を行うことを患者さんに告げます。

SlideⅡ-106：せっかく滅菌された吸引カテーテルの先端約10cmの部位は挿入前に、他の器物に絶対に触れさない。

気管カニューレ内吸引では、口腔・鼻腔内吸引と異なり、無菌的な操作が要求されるので、滅菌された吸引カテーテルの先端約10cmの部位は、挿入前に他の器物に絶対に触れさせないように、注意して下さい。



SlideⅡ-107：侵襲型人工呼吸器使用者の状態

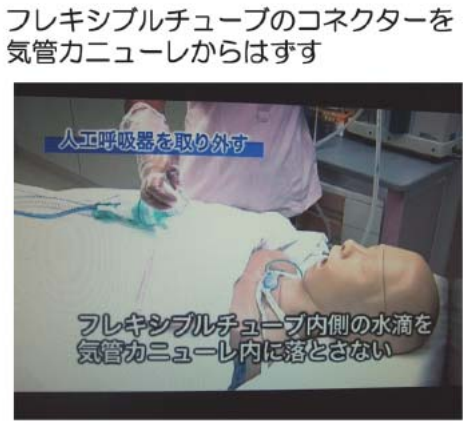
侵襲型人工呼吸器を使用している利用者の場合、この絵のような状態になっています。したがって、気管カニューレ内吸引を行う場合、まずフレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずす必要があります。

SlideⅡ-108：フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずす

この場合は、吸引カテーテルを持った状態で、もう一方の手で、フレキシブルチューブ先端のコネクターをはずすことになります。場合によっては、あらかじめコネクターを少し緩めておいたり、コネクターを固定しているひもをほどいておくなどの、吸引前の準備が必要です。

人工呼吸器から空気が送り込まれ、胸が盛り上がるのを確認後、フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずします。また、コネクターをはずした時、フレキシブルチューブ内にたまった水滴が気管カニューレ内に落ちないよう注意して下さい。

はずしたコネクターは、きれいなタオルなどの上に置いておきます。



SlideⅡ-109：気管カニューレ内に吸引カテーテルを挿入します

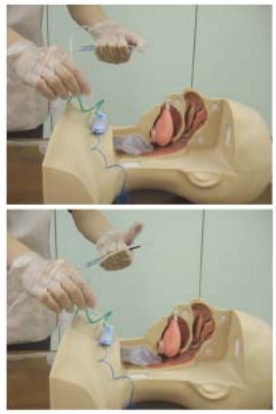
気管カニューレ内に吸引カテーテルを挿入します。

SlideⅡ-110：吸引カテーテルを気管カニューレに挿入する2つの方法

吸引カテーテルを気管カニューレに挿入する時、2つの方法があります。

①接続管をもっている方の手の親指で接続管近くの吸引カテーテルの根元を折り曲げ、陰圧をかけずに奥まで挿入し、その後親指をゆるめて、陰圧をかけながら吸引する方法と

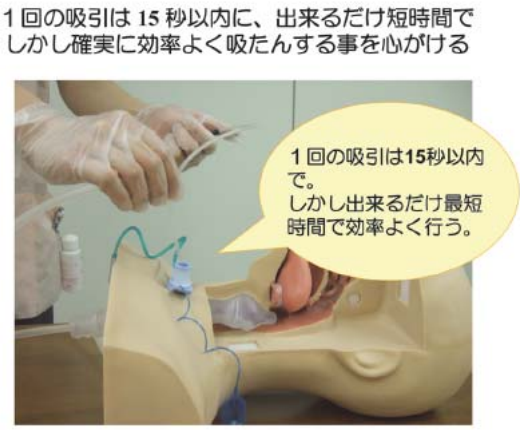
②初めから陰圧をかけて喀痰を引きながら挿入し、そのまま陰圧をかけて引き抜きながら吸引する方法です。どちらの方法でもよいので、医療者の指示にしたがって下さい。



SlideⅡ-111：1回の吸引は15秒以内に、出来るだけ短時間で、しかし確実に効率よく吸たんする事を心がける

なお、吸引カテーテルを引き抜く時、こよりをひねるように、左右に回転させたりしてもよいでしょう。

1回の吸引は15秒以内にとどめ、できるだけ短時間で、しかし確実に効率よく吸たんすることを心がけましょう。せっかく吸引しても、挿入の深さが浅すぎたり、挿入時間が短かすぎると、喀痰が十分に吸引できません。

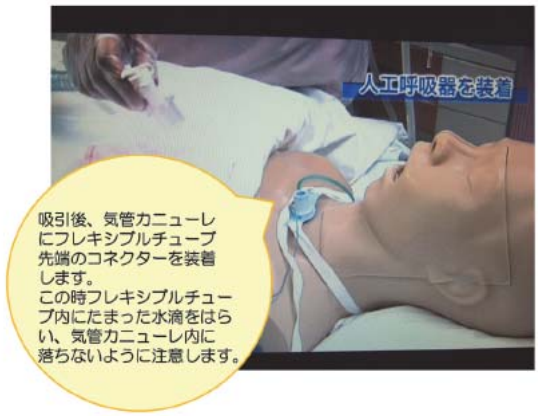


SlideⅡ-112：吸引カテーテルの入れすぎに注意

吸引カテーテルを気管カニューレの先端を越えて深く挿入することは、絶対にさけてください。吸引カテーテルが深く入りすぎて、吸引カテーテルが気管の粘膜に接触すると、通常強い咳が誘発されます。

SlideⅡ-113：吸引後、気管カニューレにフレキシブルチューブ先端のコネクターを装着します

吸引後、気管カニューレにフレキシブルチューブ先端のコネクターを装着します。この時フレキシブルチューブ内にたまった水滴をはらい、気管カニューレ内に落ちないよう注意して下さい。



SlideⅡ-114：吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す

吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流します。気管カニューレ内吸引に用いた吸引カテーテルは、1回毎に廃棄する単回使用が推奨されていますので、ここでは使用後廃棄します。しかし、消毒するなどして、複数回使用している場合もあるので、その場合はそれぞれの家庭の方法に従ってください。

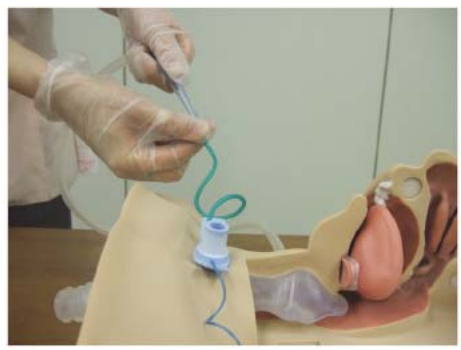
吸引カテーテルと接続管の内腔を水で洗い流す。

気管カニューレ内吸引に用いたカテーテルは、原則として単回使用ですので、使用後廃棄します

消毒液につけて、複数回使用している場合には、その家庭の方法に従って下さい。

SlideⅡ-115：サイドチューブがある場合は、こちらの吸引も行う

サイドチューブがある場合は、こちらも吸引を行って下さい。



SlideⅡ-116：吸引器のスイッチを切ります

最後に、吸引器のスイッチを切ります。なお、気管カニューレ内吸引に使用した吸引カテーテルは、周囲をティッシュで拭いて、口腔内や鼻腔内吸引に用いてもよいですが、その逆は絶対にしてはいけません。

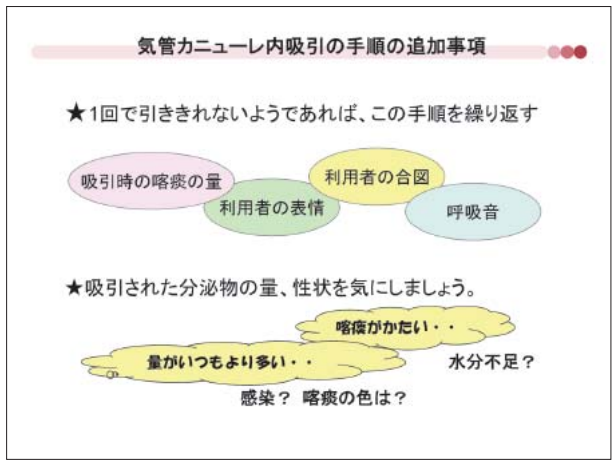
SlideⅡ-117：気管カニューレ内吸引の手順の追加事項

1回の吸引時間は、息をとめていられる15秒以内で終わるようにしますが、喀痰が多い場合などで一度で取りきれないときは、低酸素にならないよう一度呼吸器に接続し、空気が送り込まれ呼吸が整ってから、再度行うようにします。

一部の人工呼吸器使用者において、低酸素にならないように、吸引前後にバッグバルブ換気（アンビューバッグでの換気）をしっかり行っている場合があるようですが、加圧が過度にならないよう注意してください。

いずれにせよ医療者の指導のもと、利用者に適した方法に従って下さい。

吸引中に引けるチューブの色や、吸引びんにたまった喀痰の量や性状、色を観察し、先に説明したような異常があれば、看護師や医師に連絡しましょう。



SlideⅡ-118：吸引の片づけ

吸引が終了したら、片づけを行います。

片づけは、次回の使用がすぐにでき、利用者を待たせずに清潔にケアを行えるよう、きちんと行いましょう。

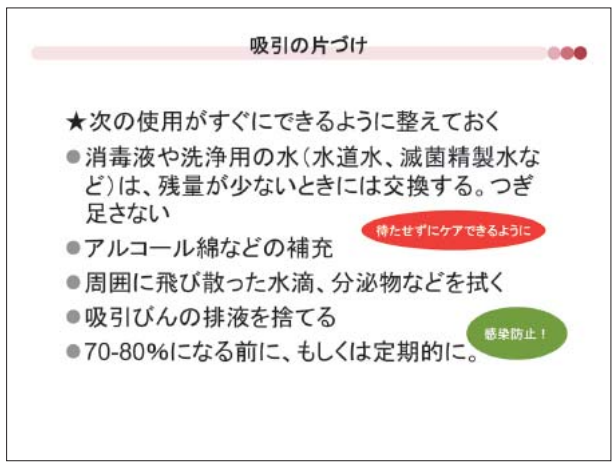
消毒液や洗浄用の水の残量が少ないときには、つぎ足すのではなく、交換しておきましょう。

アルコール綿なども補充しておきましょう。

吸引では、ベッド周囲にカテーテルの水滴や分泌物などで汚染しがちです。もう一度周囲を見て、これらのものをふき取っておきましょう。

吸引された分泌物や消毒液、水は、吸引びんにたまります。上方までたまると、吸引器に逆流したり、吸引できなくなりますので、ある程度たまったら捨てるようにしましょう。

捨てる場所は、在宅の場合トイレなどの下水道に流すのが一般的ですが、事前に確認しておきましょう。



SlideⅡ-119：ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例1）

最後に、吸引をした後の確認報告についてです。

先に説明したように、吸引は利用者にとって必要なものですが、少なからず苦痛が伴います。方法に誤りがあると、利用者にさらなる苦痛と危険を及ぼしてしまうことにもなりかねません。

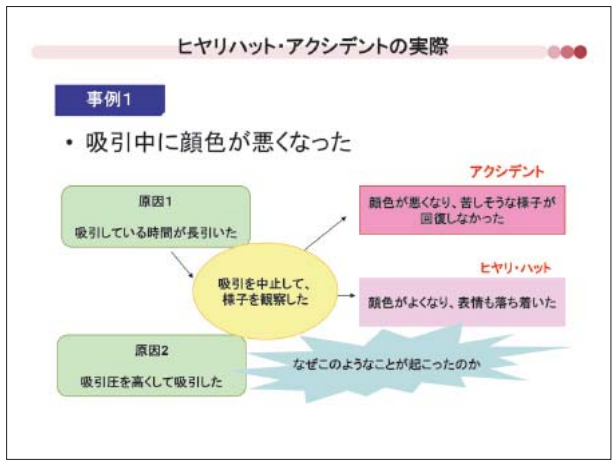
吸引した後には、利用者の状態が変化していないかよく観察をし、「いつもと違う変化」があれば必ず報告するようにしましょう。

ここでは、吸引の際に起こりがちなヒヤリ・ハットの事例を紹介します。

吸引中に顔色が悪くなった事例です。

パルスオキシメーターを着けている方では、酸素飽和度が下がっているような事例です。低酸素になった状態ですが、この原因として①吸引している時間が長引いた、②吸引圧を高くして吸引した、という報告がありました。

吸引を中止して様子を観察したところ、ほどなく顔色がよくなり、表情も落ち着いたとしたら「ヒヤリ・ハット」として報告します。顔色が戻らず表情も苦しそうで回復しなかった場合は、低酸素状態に陥ったのですからアクシデントとして報告します。

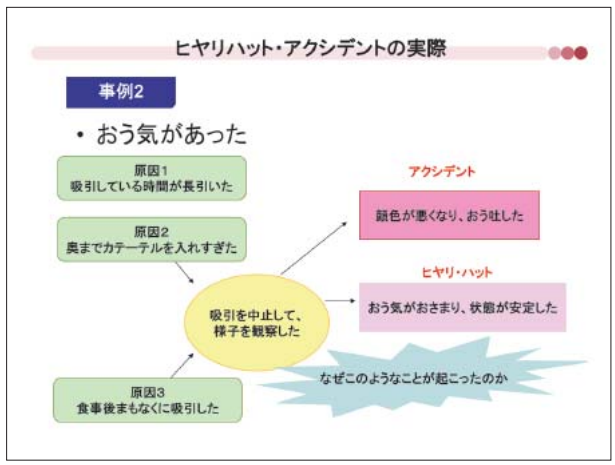


SlideⅡ-120：ヒヤリハット・アクシデントの実際（事例2）

次に吸引中、嘔気（おうき）がみられた事例です。嘔気（おうき）とは吐きそうになるような様子がみられた時です。

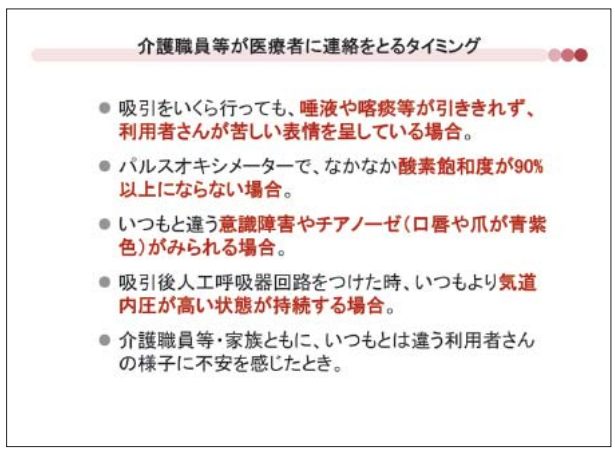
原因①として、吸引している時間が長引いた、原因②として奥までカテーテルを入れすぎた、原因③として食事後時間をおかずに吸引した、との報告例がありました。

この際、吸引を中止して様子を観察したところ、嘔気（おうき）がおさまり状態が安定したのであればヒヤリ・ハットとして、顔色が悪くなり嘔吐（おうと）したのであれば、アクシデントとして報告します。事実を報告することで、次のミスを防ぐ方策を考え対処することができます。いつもと違うことが起こったら必ず報告するようにしましょう。



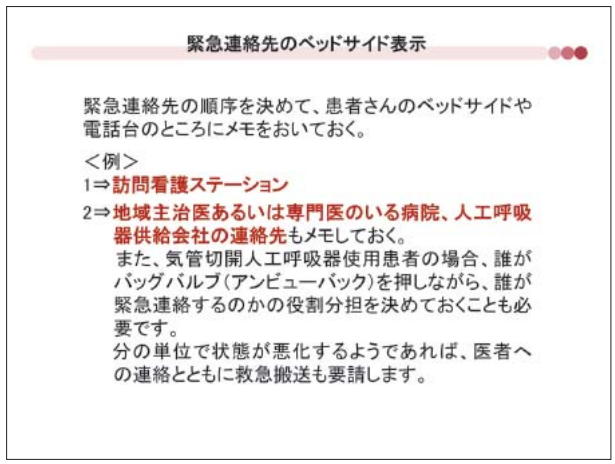
SlideⅡ-121：介護職員等が医療者に連絡をとるタイミング

吸引において、介護職員等が医療者に連絡を取るタイミングとしては、①吸引をいくら行っても、唾液や喀痰等が引ききれず、利用者さんが苦しい表情を呈している場合。②パルスオキシメーターで、なかなか酸素飽和度が90%以上にならない場合、③いつもと違う意識障害（表情がボーとしている、呼びかけに反応がないなど）やチアノーゼ（口唇や爪が青紫色）がみられる場合。④吸引後人工呼吸器回路をつけた時、いつもより気道内圧が高い状態が持続する場合。⑤介護職員等・家族ともに、いつもとは違う利用者さんの様子に不安を感じたとき。などがあげられます。



SlideⅡ-122：緊急連絡先のベッドサイド表示

まさかの緊急時にそなえて、訪問看護ステーション、地域主治医、専門医、人工呼吸器供給会社など、緊急連絡先の順序を決めて、患者さんのベッドサイドや電話台のところにメモをおいておくことも重要です。分の単位で状態が悪化するようであれば、医者への連絡とともに救急搬送も要請します。



SlideⅡ-123：吸引される方の気持ち、家族の思い

最後に、吸引を必要とする利用者は、呼吸する力が弱っている状態です。

自分で喀痰や唾液を出したりできないために、他人から吸引してもらって呼吸を整えなくてはならないことは苦痛でしょう。

吸引は時間で決まっているケアではなく、その時の状態により必要になるものです。

吸引が必要な時に、迅速に対応されるべきですが、介護者が利用者の意思に気がつかなかったり準備に時間がかかったりして、つらい思いをされていることもあります。不快なだけではなく、喀痰がたまることで呼吸が苦しくなり、命の危険さえよぎり、不安を感じることもあります。

また、呼吸の苦しさは主観的なものも大きく、吸引の手技によっては思うようなすっきり感が得られずもどかしい思いをされていることもあるでしょう。

このような利用者の思いを理解し、ケアに入っていくようにしましょう。

家族も利用者と同じように、不安を感じています。

利用者の意思に気づかないようなケアや乱暴に見えるようなケア、手順の違いは、任せてもよいのか大きな不安にかられます。誠実に行っていくようにしましょう。

また、吸引の物品、カテーテルの保存の仕方、やり方は、その利用者によって個別性があります。個別性に沿った手順で行えるよう、事前に家族や医療者とよく確認しておきましょう。

喀痰の吸引は、本研修で学んだことを実践すれば、けっしてむずかしいことではありません。

みなさんの安全で優しいケアが、利用者の安心や安楽につながりますので、よろしくお願いいたします。

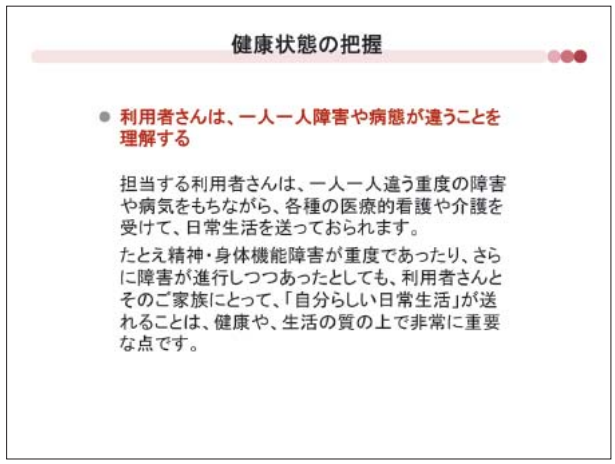
3. 健康状態の把握

SlideⅡ-124：健康状態の把握

次に、健康状態の把握について説明します。

まずはじめに、わたしたちは、担当する利用者さんは、一人一人障害や病気が違うことを理解する必要があります。

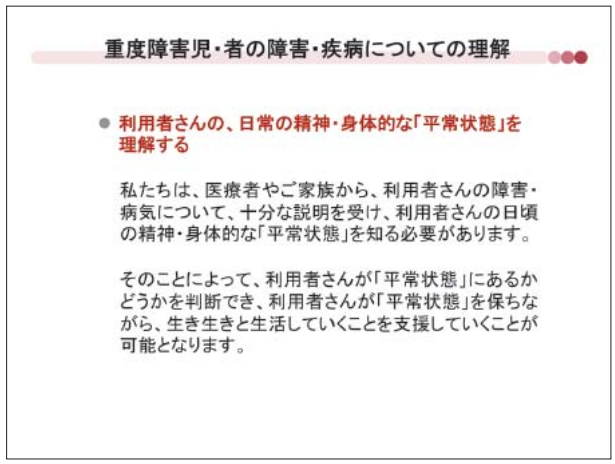
たとえ精神・身体機能障害が重度であったり、さらに障害が進行しつつあったとしても、利用者さんとそのご家族にとって、「自分らしい日常生活」が送れることは、健康や、生活の質の上で非常に重要な点です。



SlideⅡ-125：重度障害児・者の障害・疾病についての理解

私たちは、はじめに医療者やご家族から、利用者さんの障害・ 病気について、十分な説明を受け、利用者さんの日頃の精神・身体的な「平常状態」を知る必要があります。

そのことによって、はじめて利用者さんがいつもの「平常状態」にあるかどうかを判断でき、利用者さんが「平常状態」を保ちながら、生き生きと生活していくことを支援していくことが可能となるからです。



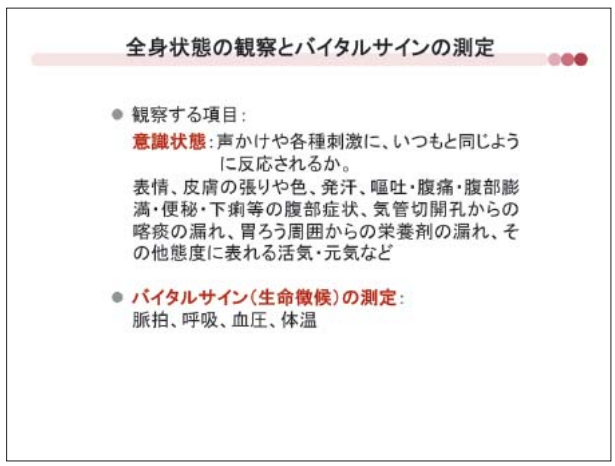
SlideⅡ-126：全身状態の観察とバイタルサインの測定

それでは、利用者さんが「平常な状態」にあるかどうかを判断するには、何に注意すればよいでしょうか？

1つめの観察項目としては、意識状態があります。声かけや各種刺激に、いつもと同じように反応されるかどうかです。もともと意識障害があって判断が困難な場合には、ご家族に状態を尋ねるのもよいでしょう。次に、表情、皮膚の張りや色、発汗、嘔吐・腹痛・腹部膨満・便秘・下痢等の腹部症状、気管切開孔からの喀痰の漏れ、胃ろう周囲からの栄養剤の漏れ、その他態度に表れる活気・元気などが挙げられます。

また生命徴候としての バイタルサイン、つまり 脈拍、呼吸、血圧、体温等の測定は、客観的な指標になるでしょう。

これらの観察によって、喀痰の吸引や経管栄養等の医療行為を行ってよいかどうか、行為を中断した方がよいか、家族や医療者に緊急連絡を取った方が良いかなど、判断することが出来ます。



SlideⅡ-127：脈拍の測定

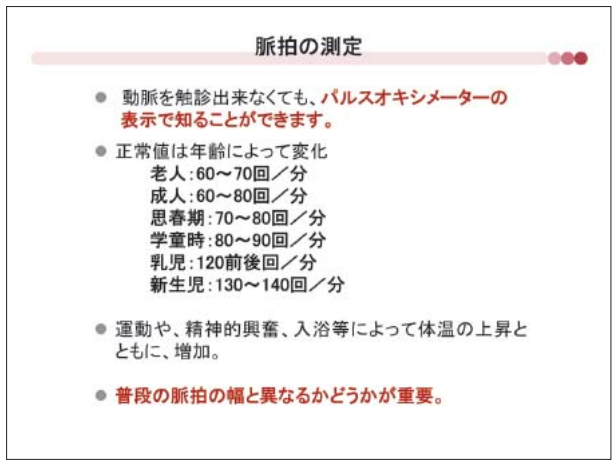
バイタルサインのうち、まず初めに、脈拍をみてみましょう。医療者は、動脈をさわって、脈の速さ、不整の有無、緊張等を判断します。

皆さんは、脈を触れなくても、最近ではパルスオキシメーターの表示で脈拍を知ることが出来ます。

正常値は、示したように年齢によって非常に異なり、子どもさんほど多くなっています。

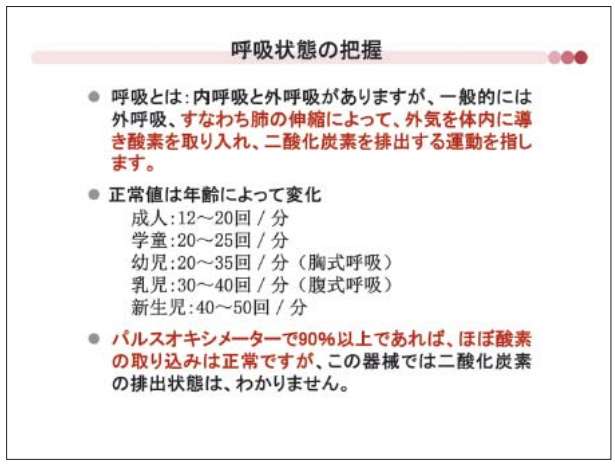
また脈拍数は、運動や、精神的興奮、入浴等によって体温の上昇とともに、増加します。

みなさんは、担当する利用者さんの普段の脈拍の幅を知っておくと、その時点でその幅を越えて異常かどうかを判断することが出来ます。



SlideⅡ-128：呼吸状態の把握

呼吸状態については、別の時間に説明しますので、詳細を省きます。



SlideⅡ-129：パルスオキシメーター

ただし、最近在宅でも普及しているパルスオキシメーターは酸素の取り込みの把握の上で非常に有用です。

90%以下の表示は、絶対的に異常ですが普段の値より低いかどうかも重要になります。またこの器械では酸素の状態しかわからず、呼吸筋麻痺をきたすALS のような神経筋疾患では、酸素飽和度が正常でも、二酸化炭素が排出できず、血液の中にたまっている状態は、わかりません。

SlideⅡ-130：血圧の測定

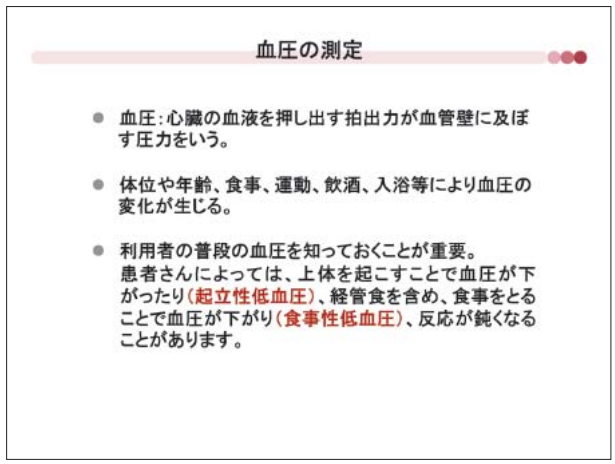
血圧は、近年自動血圧計の発達、普及によって簡単に測定できるようになりました。

血圧とは、心臓の血液を押し出す拍出力が血管壁に及ぼす圧力のことをいいます。

体位や年齢、食事、運動、飲酒、入浴等により、容易に血圧の変化が生じます。

利用者さんの普段の血圧を知っておくことが重要です。

また患者さんによっては、上体を起こすことで血圧が下がったり（これを起立性低血圧と言います）、また経管食を含め食事をとることで血圧が下がり（これを食事性低血圧といいます）反応が鈍くなることがまれにあります。そのような場合には、前もってご家族や医療者から情報を十分に得ておく必要があります。対応としては、適宜声をかけて、意識状態を確認したり、電動ベッドでの状態の上げ下げの態度、速さを調節したりする必要があります。



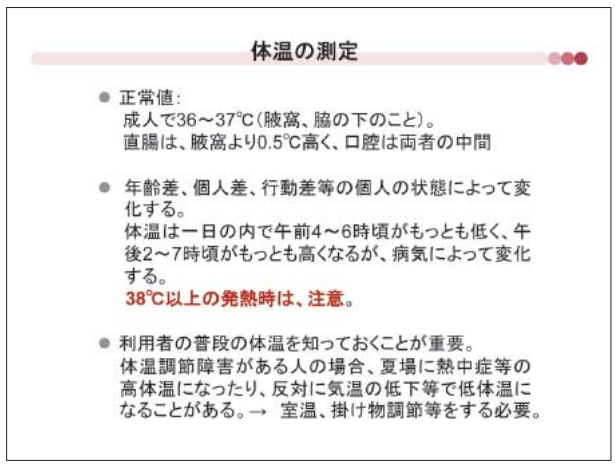
SlideⅡ-131：体温の測定

体温の測定も、自動体温計の普及によって測定が簡単になりました。

正常値は、成人の脇の下で測ると、36～37℃程度です。直腸で測る体温は、腋窩（えきか：脇の下のこと）より0.5℃高く、口腔は両者の中間といわれています。

体温は、年齢差、個人差、行動差等の個人の状態によって変化します。また、体温は一日の内で午前4～6時頃がもっとも低く、午後2～7時頃がもっとも高くなりますが、病気によって大きく変化します。一般に38℃以上の発熱時は、注意が必要です。

利用者の普段の体温を知っておくことが重要です。なお、神経疾患等で体温調節障害がある人の場合、夏場に熱中症等の高体温になったり、反対に気温の低下等で低体温になることがあります。したがって室温、掛け物調節等をする必要があります。

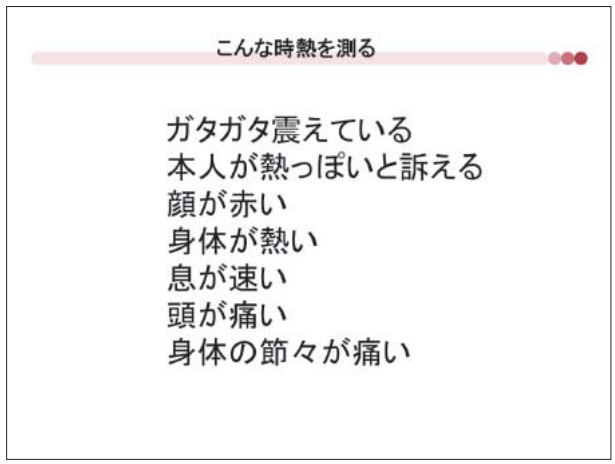


SlideⅡ-132：こんな時熱を測る

熱は、このようなときに測ります。

つまり、利用者さんが、ガタガタ震えている時、本人が熱っぽいと訴える時、顔が赤い時、身体が熱い時、息が速い時、頭が痛い時、身体の節々が痛い時などです。

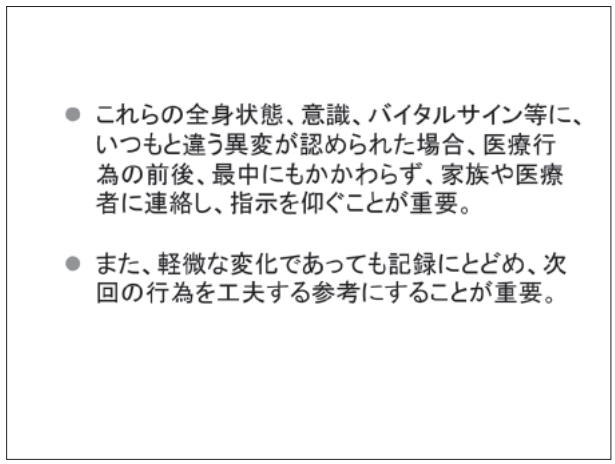
なお、熱が高いからすぐにウイルスや細菌などによる感染症による発熱を起こしているとは限りません。たとえば、熱中症のように感染症でなくても体温調整が出来なくて体温が上昇する、高体温という状態もあるからです。



SlideⅡ-133：家族や医療者に連絡し、指示を仰ぐほか、軽微な変化であっても記録にとどめる

これらの全身状態、意識、バイタルサイン等に、いつもと違う異変が認められた場合、医療行為の前後、最中にもかかわらず、家族や医療者に連絡し、指示を仰ぐことが重要です。

また、軽微な変化であっても記録にとどめ、次回の行為を工夫する参考にすることも重要です。



4. 経管栄養

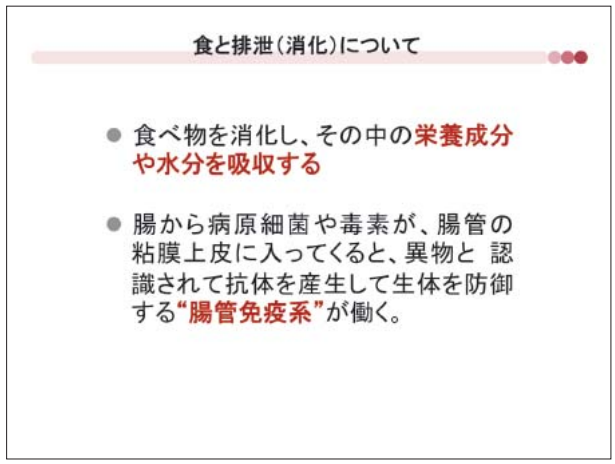
SlideⅡ-134：食と排泄（消化）について

次に、経管栄養について説明します。

最初に、食と排泄（消化）について、説明いたします。

人は生きていく上で、食べ物を消化し、その中の栄養成分や水分を吸収する必要があります。

また、その時、腸から病原細菌や毒素が、腸管の粘膜上皮に入ってくると、異物と認識されて抗体を産生して生体を防御するという“腸管免疫系”と呼ばれる大事な免疫機構も腸には存在しています。

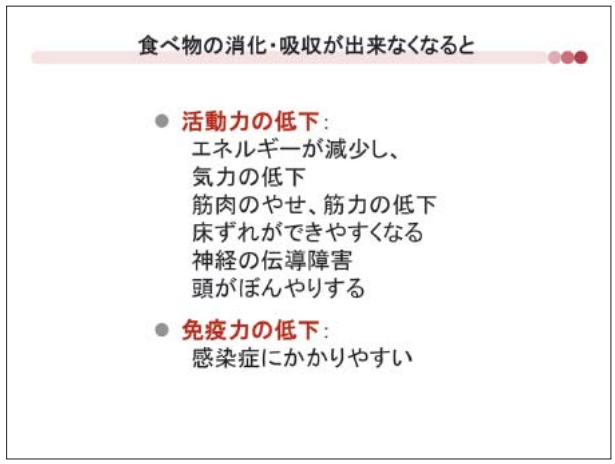


SlideⅡ-135：食べ物の消化・吸収が出来なくなると

このように大事な腸管の機能が障害されると、活動力が低下し、エネルギーが減少し、気力の低下、筋肉のやせ、筋力の低下、床ずれができやすくなる、神経の伝導障害、頭がぼんやりする等の症状がみられます。

また、先ほど述べた免疫力の低下により、感染症にかかりやすくなります。

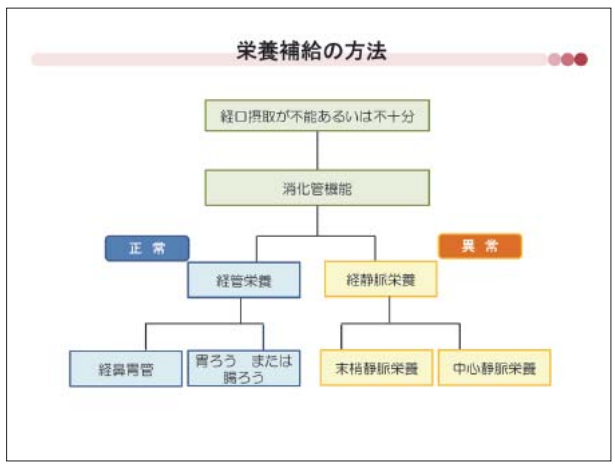
したがって、人は継続して腸管から消化吸収を行うことが、求められるわけです。



SlideⅡ-136：栄養補給の方法

もし、何らかの原因で口から食事を摂取したりすることが不能になったり、不十分になったりした場合には、いままで述べてきた消化管機能が障害されるため、食事の楽しみが奪われる結果となりますが、何らかの方法で栄養補給をする必要があります。

もし消化管機能自体が正常であれば、経管栄養を行うのが最良ですが、消化管の異常をきたしている場合には、末梢静脈や中心静脈から経静脈栄養を行わざるを得ません。経管栄養が可能な場合、鼻から食道を通って胃まで細い管を入れて、そこから栄養剤を入れる経鼻胃管からの経管栄養が、これまでは主流でしたが、最近は胃ろうまたは頻度は少ないのですが腸ろうといって、お腹の壁から胃あるいは腸を貫通する穴を作ってそこから経管栄養を注入する方法も取られるようになってきています。

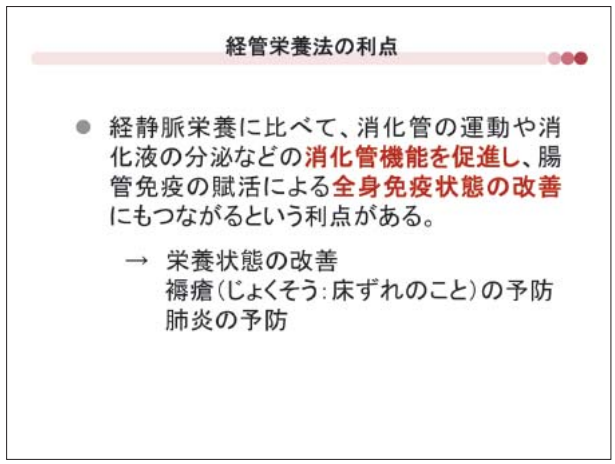


SlideⅡ-137：経管栄養法の利点

もう一度繰り返しますが、消化管が正常ならば、経静脈栄養よりも経管栄養法の方が、生理的でまた多くの利点も持っています。

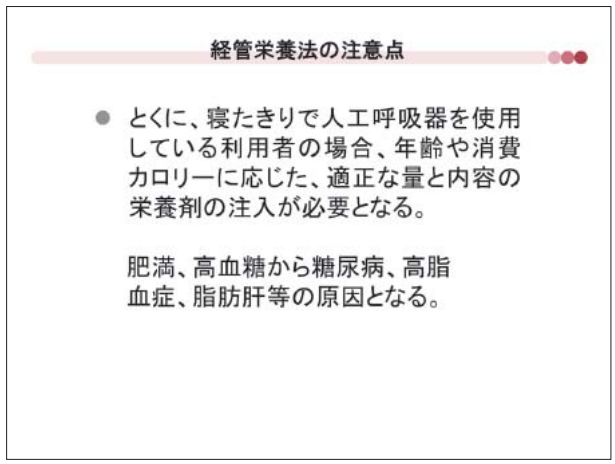
すなわち、経管栄養の方が、消化管の運動や消化液の分泌などの消化管機能を促進し、腸管免疫の賦活による全身免疫状態の改善にもつながるという利点です。

これによって、栄養状態を改善して、褥瘡の予防になったり、ひいては肺炎の予防にもなるのです。



SlideⅡ-138：経管栄養法の注意点

経管栄養は、以上のような利点がありますが、注意する点もあります。とくに、寝たきりで人工呼吸器を使用している利用者の場合、年齢や消費カロリーに応じた、適正な量と内容の栄養剤の注入が必要となります。過量の栄養を与えると、肥満、高血糖から糖尿病、高脂血症、脂肪肝等の原因となり、あらたな合併症を招くことがあります。



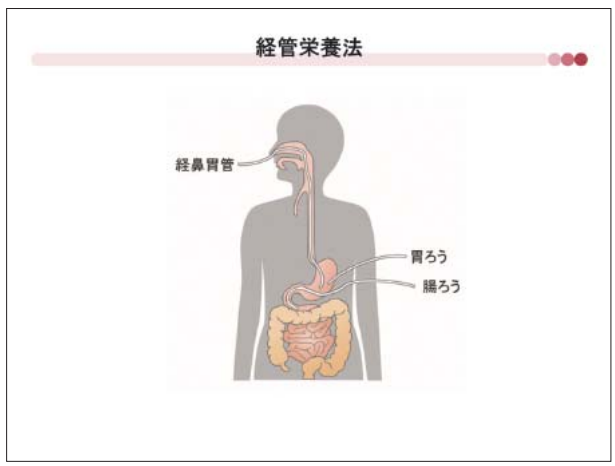
SlideⅡ-139：経管栄養法

この図は、各種経管栄養で、どのように管が体の中に挿入されているかを示しています。

それ以外、最近は首の付け根に穴を開け、食道から胃までチューブを入れる経皮経食道胃管術（PTEG）という方法もありますが、腹部に穴をあけて胃に管を入れる経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG）という方法の方が一般的です。しかし、胃をすでに切除した人や、重症心身障害児などの小児の場合、胃ろうを造ることが困難であり、経鼻胃管を多く使用しています。

いろいろな原因で、胃ろう造設ができない場合（胃を手術している、胃に進行癌がある、胃の変形が強い等）、腸ろうが造設されます。

腸ろうには、胃ろうの中を通すタイプと、ろう孔に直接バルーン型の腸ろうチューブを入れる場合（図参照）と、外科的に直接腸ろうを造る場合の3種類があります。腸ろうは胃ろうより細く長いチューブとなるので、詰まらないようにする管理が必要となります。



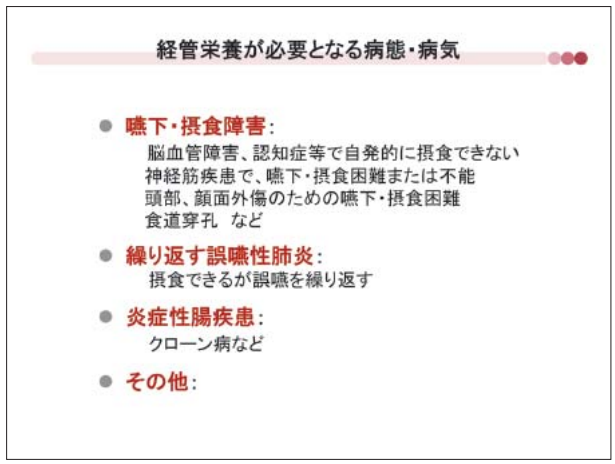
SlideⅡ-140：経管栄養が必要となる病態・病気

経管栄養が必要になる病態や病気には、次のようなものが挙げられます。

すなわち、嚥下・摂食障害がある状態として、脳血管障害、認知症等で自発的に摂食できない場合、神経筋疾患で、嚥下・摂食困難または不能な場合、頭部、顔面外傷のための嚥下・摂食困難な場合、食道穿孔などです。

また摂食はできても、誤嚥性肺炎を繰り返す場合も必要となります。

さらに、クローン病などの炎症性腸疾患の場合にも、栄養状態の改善だけでなく、腸管の安静と食事からの刺激を取り除くことで腹痛や下痢などの症状の改善と消化管病変の改善等を目的として行われます。

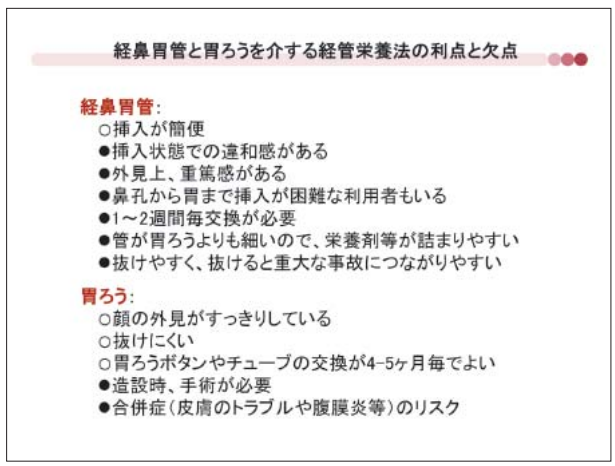


SlideⅡ-141：経鼻胃管と胃ろうを介する経管栄養法の利点と欠点

それでは、これまで長い間用いられてきた経鼻胃管による経管栄養と、最近増加してきた胃ろうからの経管栄養法を比べて、それぞれの方法の利点と欠点は何でしょうか？

まず経鼻胃管は、挿入が簡便という利点がありますが、挿入状態での違和感があること、外見上、重篤感があること、鼻孔から胃まで挿入が困難な利用者もいること、1～2週間毎交換が必要であること、管が胃ろうよりも細いので、栄養剤等が詰まりやすいこと、抜けやすく、抜けると誤嚥等の重大な事故につながりやすいことなどが挙げられます。

一方胃ろうは、顔の外見がすっきりしていること、抜けにくいこと、胃ろうボタンやチューブの交換が4～5ヶ月毎でよいこと等が利点としてありますが、欠点として造設時、手術が必要なこと、合併症として皮膚のトラブルや腹膜炎等のリスクがあることなどがあります。

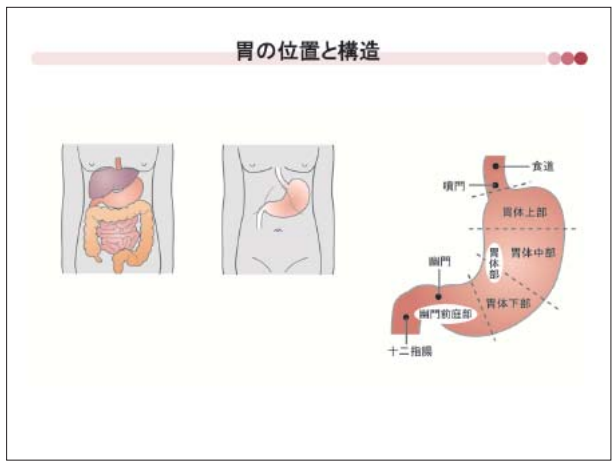


SlideⅡ-142：胃の位置と構造

皆さんは、胃がおなかのどのあたりにあるかご存知ですか？

人によって若干異なりますが、通常みぞおちのあたりから、左上腹部のあたりにあります。

経鼻胃管は、この胃の内部まで挿入されていなければいけません。また胃ろうは、通常胃の内径が一番大きい部分、胃の胃体部という所に腹壁から穴を開ける手術を胃カメラを用いて行います。したがって多くの方は、胃ろうは、おへその左上あたりにつくられていることが多いでしょう。



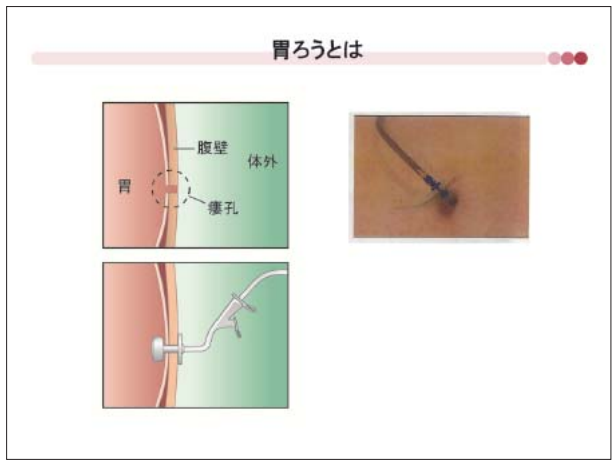
SlideⅡ-143：胃ろうとは

胃ろうからの経管栄養では、まず腹部の外側から胃の内部に栄養を入れるための管を通す小さな孔を作ります。この穴を「ろう孔」といいます。

時間がたつと、胃袋はこの「ろう孔」のところで腹壁の内側にぴったりくっついた状態となり、胃の穴からお腹の中に栄養剤が漏れていくことはありません。

もし漏れるとお腹の中に細菌がばらまかれた状態になるので腹膜炎を起こし、強い腹痛を起こします。

いったん胃ろうが完成すれば、ぴったりくっついた胃袋は腹壁からはがれることはありません。



SlideⅡ-144：胃ろうカテーテルの種類

胃ろうカテーテルにはいくつかの種類があります。

体の外に見えている形状としてチューブが長くついているタイプを「チューブ型」、チューブがないタイプを「ボタン型」といいます。

ボタン型の場合は、専用の接続チューブを介して栄養ラインをつなぎます。

胃の中にある、チューブが抜け落ちないようについているストッパーの形状で、バルーンがついているタイプを「バルーンタイプ」、ストッパーの形状がバルーンではないものを「バンパータイプ」といいます。

バルーンの方がバンパーより抜けやすいといわれています。

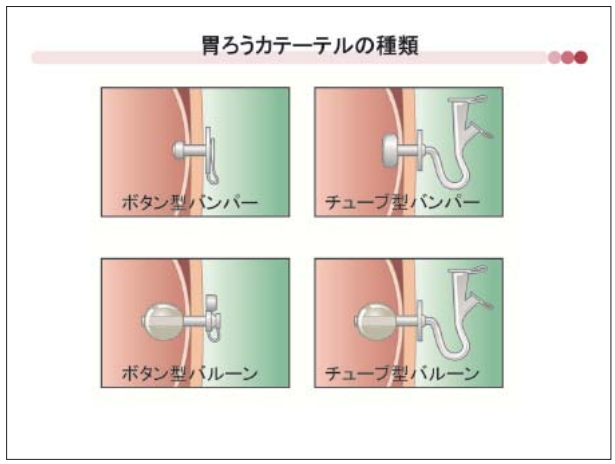
バルーン型は一般的に注射器で蒸留水を注入する注水口バルブがあります。

注水する蒸留水の量が印字してあり、バルーン水は必ず注射用蒸留水を使用します。

バルーン水は自然に抜けることが多いので、1～2週間に一度看護師が入れ替えます。

バルーン型とバンパー型のチューブ交換の時期が異なります。バルーンなら1～2ヵ月に一度、バンパーならおよそ4～6ヵ月に一度医師が交換します。

交換後すぐには、出血やチューブが抜けるなどのトラブルを起こすことがあります。交換後、出血が続くようであれば医師や看護職員に相談しましょう。



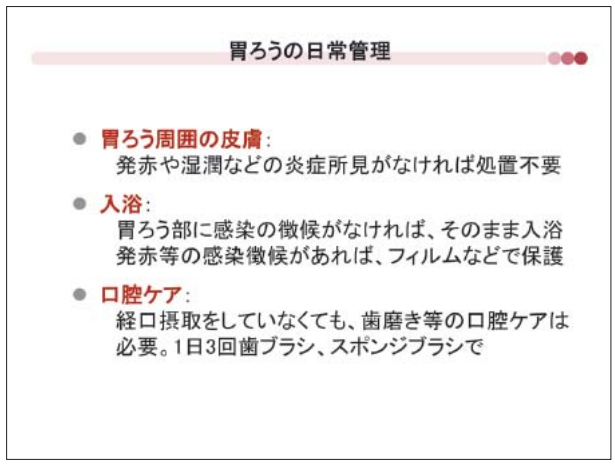
SlideⅡ-145：胃ろうの日常管理

胃ろうの日常管理について述べます。

胃ろう周囲の皮膚の管理については、発赤や湿潤などの炎症所見がなければ処置は不要です。場合によっては、ティッシュをボタン周囲に巻き付けておく場合も見られます。

入浴については、胃ろう部に感染の徴候がなければ、そのまま入浴可能です。もし発赤等の感染徴候があれば、フィルムなどで保護して入って下さい。

経口摂取をしていなくても、歯磨き等の口腔ケアは必要です。1日3回歯ブラシやスポンジブラシを使って口腔内の汚れを除去します。同時に口腔粘膜も適当な圧をかけて清拭します。



SlideⅡ-146：経管栄養のリスク

私たちの身体は、口から咽頭までが1本の管で、その先の喉頭で食道と、肺へ空気を送る気管に分岐します。

主に液状の栄養剤は、胃にたまり、嘔吐や圧迫によって食道を逆流しやすくなります。

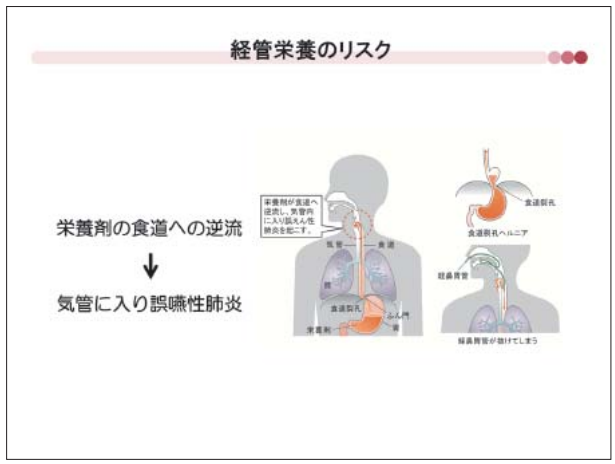
したがって、経管栄養を行っている利用者は、栄養剤が食道を逆流し気管に垂れこむことによって誤嚥性肺炎を起こしやすくなります。

栄養剤は食道を逆流しやすくなる理由として、高齢者は胃の入口である噴門（ふんもん）がゆるんでしまうことや、食道裂孔ヘルニアといって、胃の上部が食道裂口という穴から上の方に飛び出すことによって、逆流防止機構が弱くなっていることがあげられます。

また栄養剤を嘔吐しやすい原因として、①胃腸の蠕動（ぜんどう）運動が低下していたり、②胃の出口である幽門（ゆうもん）の狭窄があると栄養剤が長時間胃の中に停滞したりガスがたまりやすいことが考えられます。

さらに、経鼻胃管の場合、管の先端が食道内まで抜けてしまっている場合などでは、栄養剤が逆流する危険性が高くなります。

気管に栄養剤が流れ込むと、通常強いむせ込みがおこります。



SlideⅡ-147：液体栄養剤と半固形栄養剤

経管栄養剤は、液体かゼリー状の半固形状態になっているかの違いで、液体栄養剤と、半固形栄養剤に分けられます。

多くの利用者は、液体栄養剤を使用していますが、誤嚥を起こしやすい等の理由で、最近ではゼリー状の半固形栄養剤を用いる利用者もみられるようになってきました。

SlideⅡ-148：液体栄養剤と半固形栄養剤

表に、液体栄養剤と半固形栄養剤の利点、欠点をまとめてみました。

液体栄養剤は、医療保険の適応があり、利用者さんへの経済的負担が軽いのですが、半固形栄養剤は、消化吸収に関する生理的な面、安全面、下痢の有無、注入の簡便性、注入時間等で、いずれも液体栄養剤よりまさっています。

SlideⅡ-149：子どもの経管栄養の注意点（1）

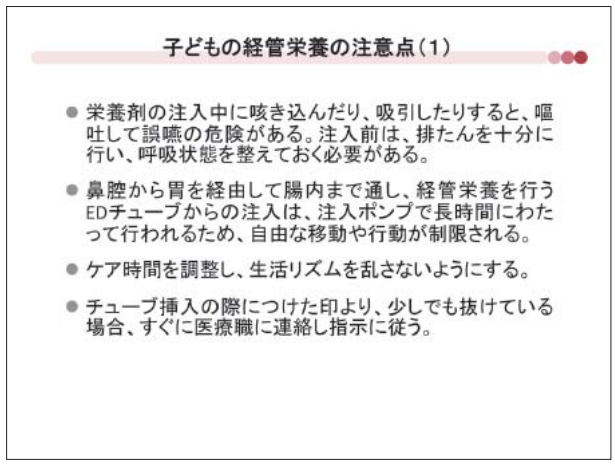
ここで子どもの経管栄養の注意点について述べます。

栄養剤の注入中に咳き込んだり、吸引したりすると、嘔吐して誤嚥の危険があります。注入前は、排たんを十分に行い、呼吸状態を整えておく必要があります。

鼻腔から胃を経由して腸内まで通し、経管栄養を行うEDチューブからの注入は、注入ポンプで長時間にわたって行われるため、自由な移動や行動が制限されます。

ケア時間を調整し、生活リズムを乱さないようにする必要があります。

もしチューブ挿入の際につけた印より、少しでも抜けている場合、嘔吐や逆流がおきる可能性が高いので、すぐに医療職に連絡し指示に従って下さい。

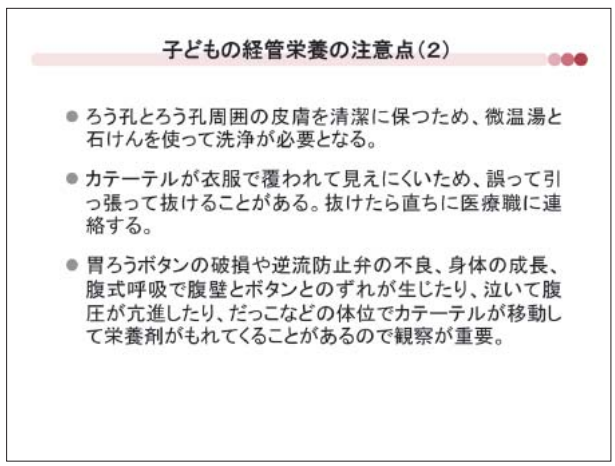


SlideⅡ-150：子どもの経管栄養の注意点（2）

ろう孔とろう孔周囲の皮膚を清潔に保つため、微温湯と石けんを使って洗浄が必要となります。

また、カテーテルが衣服で覆われて見えにくいため、誤って引っ張って抜けることがあります。その場合、直ちに医療職に連絡する必要があります。

胃ろうボタンの破損や逆流防止弁の不良、身体の成長、腹式呼吸で腹壁とボタンとのずれが生じたり、泣いて腹圧が高まったり、だっこなどの体位でカテーテルが移動して栄養剤がもれてくることもあるので、常に観察しておくことが重要です。



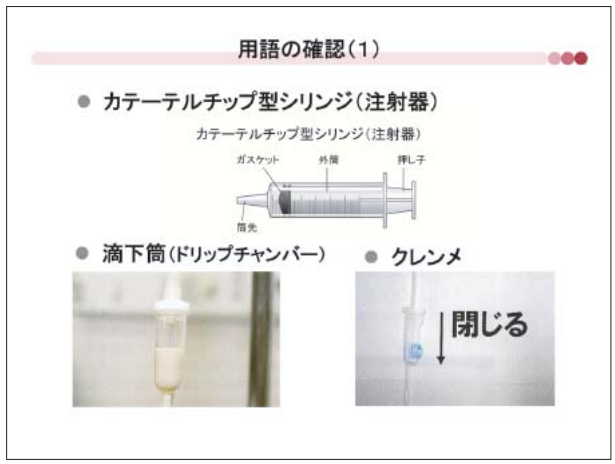
SlideⅡ-151：用語の確認（1）

ここであらためて、この研修内で使用する用語を、確認したいと思います。

半固形栄養剤を注入したり、白湯を直接胃ろうに注入するとき、通常の注射器よりも筒先が大きい注射器を使います。これをカテーテルチップ型シリンジと呼んでいます。

また、液体型栄養剤の滴下スピードを見ることができる経管栄養セットの途中についている部位を、滴下筒あるいは、ドリップチャンバーと呼びます。

またドリップチャンバーの滴下スピードを調節する器具をクレンメと呼びます。ローラーを押し下げると、管が狭くなり、滴下スピードが低下します。



SlideⅡ-152：用語の確認（2）

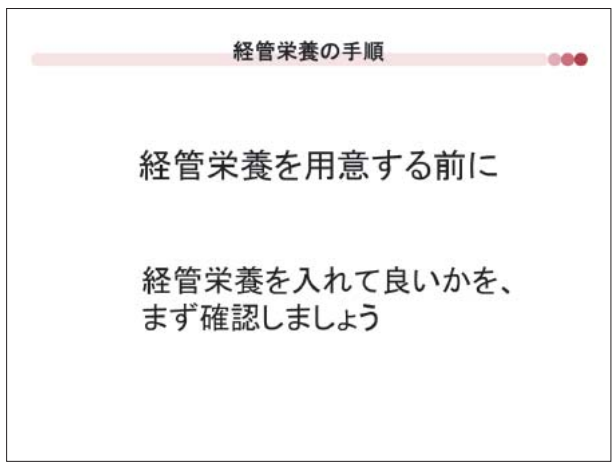
図の左は、液体型栄養剤注入用のセットです。経管栄養セットをつないだ注入用バッグ（あるいは経管ボトル）内に、液体型栄養剤を入れ、高いところにつるして、速度を調節しながら注入します。

右は、半固形栄養剤を注入する時のセットです。食事用胃ろうチューブを胃ろうボタンにつなげて、カテーテルチップ型シリンジで、半固形栄養剤を押し込んで胃の中に注入します。

SlideⅡ-153：経管栄養の手順

それでは、経管栄養の手順について説明します。

まず、経管栄養を準備する前に、今から利用者さんに経管栄養を入れて良いか、食事を開始して良いかを確認します。



SlideⅡ-154：経管栄養の中止要件

経管栄養を中止する要件としては、

・もともと意識障害がある人を除いては、いつもとちがった意識障害がある場合

・利用者の通常体温以上の発熱、38℃以上の発熱がある場合

・酸素飽和度の低下（パルスオキシメーターで90%以下など）がみられる場合

ただし、遷延性意識障害の利用者の場合、介護職員が行っている通常の体位変換で、喀痰が出やすくなり、改善する場合があります。

・普段より明らかな血圧の低下がみられる場合

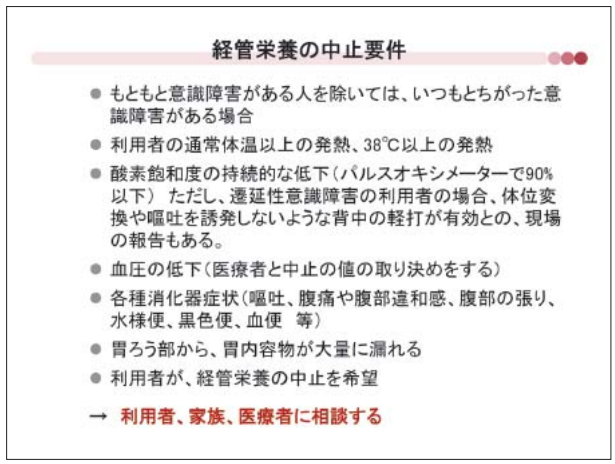
・各種消化器症状（すなわち嘔吐、腹痛や腹部違和感、腹部の張り、水様便、黒色便、血便　等）がみられる場合

・胃ろう部から、胃内容物が大量に漏れる場合

・利用者が、経管栄養の中止を希望する場合

などがあります。

いつもとは違う、これらの状態がみられる場合、時間をおかず、いったん注入を中止し、利用者や家族、医療者に相談し、指示をうけてください。



SlideⅡ-155：緊急時の対応方法（1）

参考までに、栄養剤注入中に発生しうるいくつかの問題点とそれに対する緊急時の対応方法について述べます。ただし、介護者等のみなさんは、注入をただちに中止し、家族や医療者、あるいは救急隊に連絡を取ることまでが仕事です。それ以外の対処は、家族や医療者が行う行為ですので注意して下さい。

まず、胃ろう周囲から栄養剤が漏れる場合です。

原因としては、チューブがろう孔径に比べて細すぎる、胃の出口である幽門（ゆうもん）の狭窄がある場合、消化管の蠕動（ぜんどう）運動の低下などで胃の内圧上昇している場合などが考えられます。

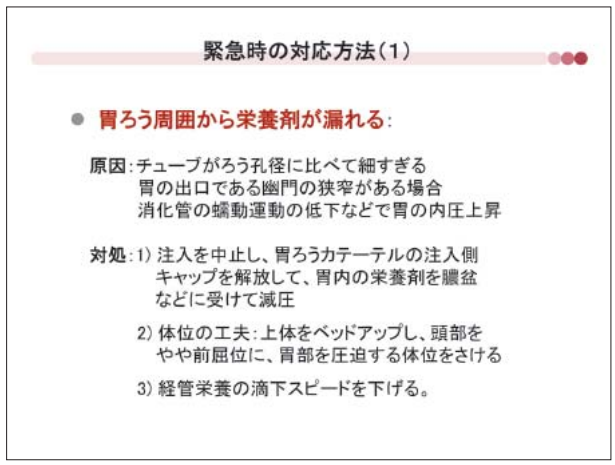
医療者の対処方法としては、

1）注入を中止し、胃ろうカテーテルの注入側のキャップを開放して、胃内の栄養剤を膿盆などに受けて減圧したり、

2）体位の工夫として、上体をベッドアップし、頭部をやや前屈位にし、胃部を圧迫する体位をさけること、

3）経管栄養の滴下スピードを下げること

などが挙げられます。



SlideⅡ-156：緊急時の対応方法（2）

次は、栄養剤の滴下が止まる場合です。

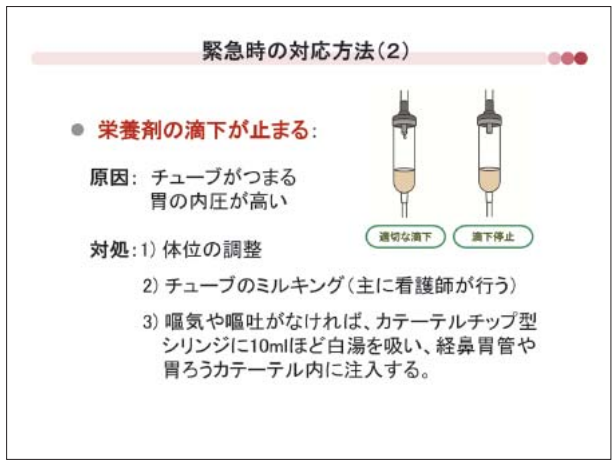
原因としては、チューブがつまったり、胃の内圧が高まっていることが推定されます。

医療者が行う対処方法としては、

1）体位の調整

2）チューブのミルキングといって、チューブの中につまった物を、管を指でもむなどして軟らかくし、流れやすくする処置をします。ただし、これは主に看護師が行います。

3）嘔気や嘔吐がなければ、カテーテルチップ型シリンジに10mlほど白湯を吸い、経鼻胃管や、胃ろうカテーテル内に注入する場合もあります。



SlideⅡ-157：緊急時の対応方法（3）

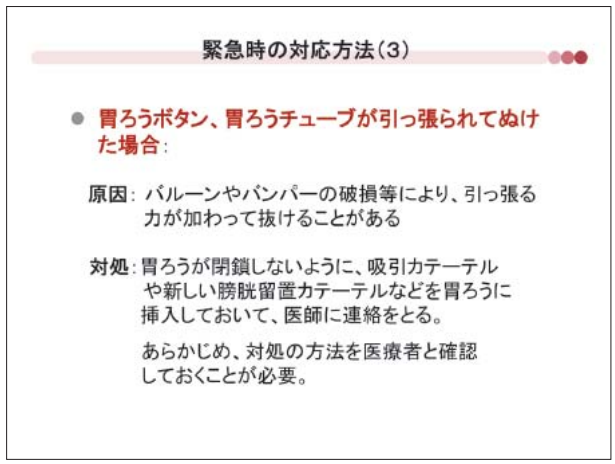
さらに、胃ろうボタンや胃ろうチューブが、何らかの原因で引っ張られて抜けることも、時にみられます。

原因として、胃の中にある バルーンやバンパーの破損等があった時に、引っ張る力が加わって抜けることがあります。

医療者が行う対処方法としては、胃ろうが閉鎖しないように、吸引カテーテルや新しい膀胱留置（ぼうこうりゅうち）カテーテルなどを胃ろうに挿入しておいて、医師に連絡をとる必要があります。

そのまま放置しておくと、ろう孔がふさがって、いざ胃ろうボタンやチューブを入れようとしても、入らないことがあるためです。

あわてないように、あらかじめ対処の方法を医療者と確認しておくことが必要でしょう。



SlideⅡ-158：緊急時の対応方法（4）

最後に、嘔吐があった場合について考えてみましょう。

原因としては、

・経鼻胃管が抜けかけて、先端が胃より上部に位置している場合

・噴門の弛緩、幽門の狭窄・胃や消化関係の蠕動（ぜんどう）運動の低下による胃の膨満

・口腔・鼻腔内吸引時による咽頭の刺激、などが考えられます。

医療者の対処方法としては、

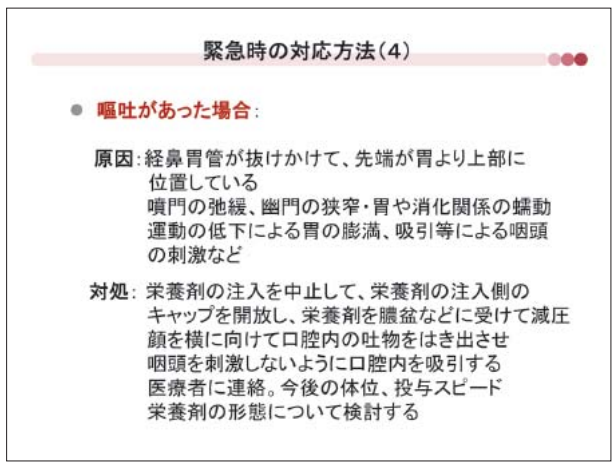
・栄養剤の注入を中止して、栄養剤の注入側のキャップを開放し、栄養剤を膿盆などに受けて減圧する

・顔を横に向けて口腔内の吐物をはき出させる

・咽頭を刺激しないように口腔内を吸引する

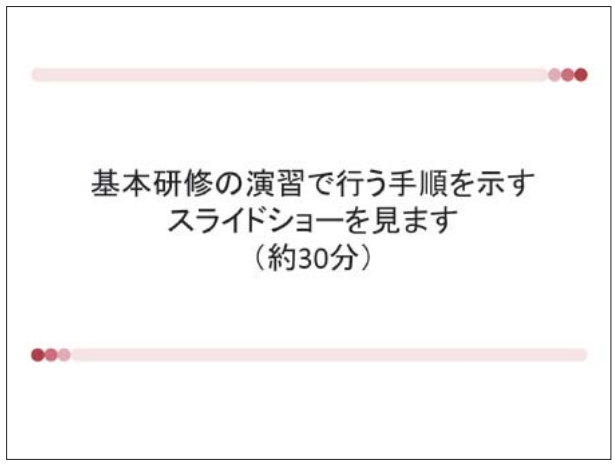
・医療者に連絡し、今後の体位、投与スピード、栄養剤の形態について検討する等

が挙げられます。



SlideⅡ-159：基本研修の演習で行う手順（スライドショー）

それではここから、実際に基本研修の演習で行う経管栄養の注入の手順を示しますが、皆さんはDVDまたはスライドショーをご覧下さい。その後で皆さんに演習をしていただくことになります。

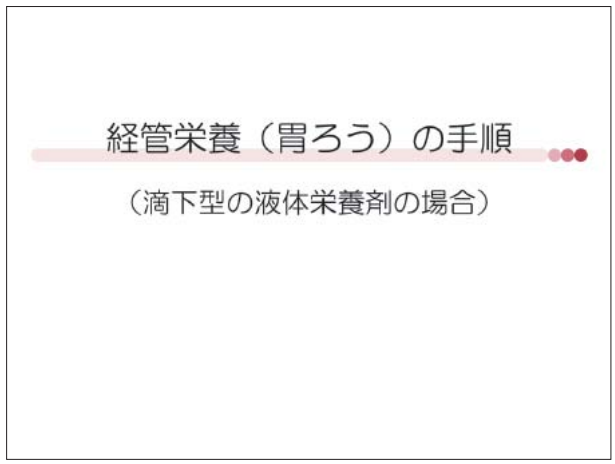


SlideⅡ-160：滴下型の液体栄養剤の場合の経管栄養（胃ろう）の手順

それでは、胃ろうから滴下型の液体栄養剤を注入する場合の演習を行いましょう。

基本研修では、実際に利用者の胃ろうから注入する演習が出来ないため、これから説明するすべてのステップを演習することは出来ないでしょう。準備出来る必要な物品や環境等を考慮し、適宜アレンジして行って下さい。

液体栄養剤（あるいは代用の粘度のある液体）を高所につるし、滴下速度を調整しながら注入する体験は、流し台や洗面器等に液体を流しながら行って下さい。半固形栄養剤を準備できれば、実際に注入する感触を経験していただくのが良いでしょうが、かわりに市販のゼリー飲料をカテーテルチップ型シリンジで注入することで代用しても良いでしょう。



SlideⅡ-161：事前準備：安全確認と手洗い

まず、事前準備を行います。前回の利用者についての記録を確認します。

確認事項は、

・嘔気（おうき）や嘔吐（おうと）
・下痢
・熱
・意識状態

などです。

また、医師・訪問看護師の指示も確認しておきます。

流水と石けんによって手洗いを行います。これは、介護職等の人が、外から細菌等を持ち込まないためと、感染配慮からです。

流水と石けんでの手洗いは、「アルプス一万尺」一曲を歌うくらいの時間をかけます。

速乾性擦式手指消毒剤での手洗いでもよいでしょう。

ここまでは、ケアの前にすませておきます。

SlideⅡ-162：手順①：利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思や体調を確認する。

手順1として、利用者本人から注入の依頼を受けたり、利用者の意思や体調を確認します。

具体的には「今から栄養剤を胃ろうから入れても良いですか？」と尋ね、意思を確認し、また、ご本人がいつもの状態と変わりがないか確認します。

・利用者の腹痛などの腹部症状に関する訴えや、
・38.0度以上の発熱
・腹部の張り
・連続した水様便
・いつもと違う活気や元気のなさ　等の有無についてチェックします。

これらの症状がある時には、利用者、担当看護師、家族に相談します。

また、意識のない利用者については、ご家族や医療者に注入して良いか判断をあおぎます。

また、利用者の意思と同意の確認を行います。

利用者が食事を拒否する場合や利用者の体調などによって、栄養剤の注入を中止や延期される場合には、水分をどうするかを利用者あるいは看護師に確認しましょう。

SlideⅡ-163：手順②：必要物品を確認する。

手順2：必要物品を確認します。

注入用バッグ、液体栄養剤、白湯、カテーテルチップ型シリンジ、膿盆あるいは洗面器、注入用バッグを高いところにつるすS字型フックあるいはスタンドなどを用意します。

注入用バッグは、①清潔であるか。②乾燥しているか、を確認します。

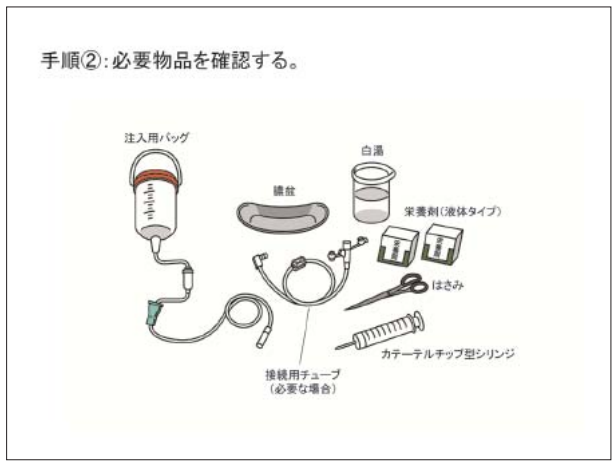
栄養剤は、種類、量を確認します。

栄養剤は常温であることが原則ですが、療養家庭のやり方に従うようにしましょう。

冷蔵庫から取り出したものや、冷たい食品は避けなければなりません。

好みによって、湯せんする場合もありますので、温度には気をつけましょう。

白湯は指示量を確認します。



SlideⅡ-164：手順③：体位を調整する。

手順3：体位を調整します。

利用者が望むいつもの決められた体位に調整します。

ベッドの頭側を30～60度上げ、ファウラー位にし、体がずり落ちないよう膝を軽度屈曲させます。

あるいは車イスや安楽なソファーなどに移乗することもあります。

上体を起立させることは、栄養剤の逆流を防止させ、十二指腸への流れがスムースになります。

頭を高くしたときなど、顔色は蒼白になっていないか観察します。

もし、顔色が蒼白になったり、変わったことがあれば、利用者の気分を聞き、望む体位に変えるようにしましょう。

本人が希望や変化を訴えられない人の場合は、体位を変えるたびに脈や血圧を調べます。

また注入中しばらく同じ体位を保つ事になるので、体位の安楽をはかる必要があります。

それには、無理な体位にしないことが大切で、臀部などに高い圧がかかっていないか。

胃部を圧迫するような体位ではないか等に配慮することが重要です。

SlideⅡ-165：手順④：注入内容を確認し、栄養剤を用意し注入容器に入れる。滴下筒には半分くらい満たし滴下が確認できるようにする。手順⑤：クレンメをあけ、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を満たす。

手順4

注入内容を確認し、栄養剤を用意し注入容器に入れます。滴下筒には半分くらい満たし、滴下が確認できるようにします。

まず、注入用バッグのチューブについているクレンメを閉めます。

次に、指示量を確認し、不潔にならないように栄養剤をバッグに入れます。

注入用バッグを高所につるします。

注入用バッグについている滴下筒を指でゆっくり押しつぶして、滴下筒内の3分の1から2分の1程度に栄養剤を充填します。

こうすれば、滴下筒内の滴下の様子が確認でき、滴下速度を調整できます。

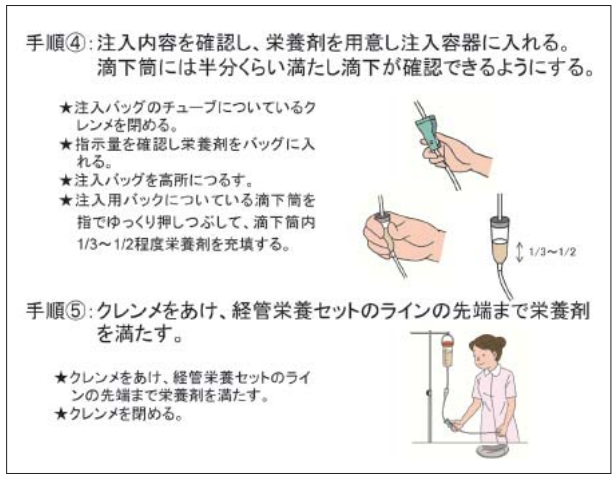
手順5

クレンメをあけ、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を満たします。

クレンメをあけ、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を満たしたところで、ただちにクレンメを閉じます。

これは、チューブ内に残っている空気が胃袋に入らないようにするためです。

その際にも、チューブ先端が不潔にならないように十分注意しましょう。



SlideⅡ-166：手順⑥：胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する

手順6

胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認します。

胃ろうから出ているチューブの長さに注意し、チューブが抜けているようでしたら医療者に連絡・相談します。

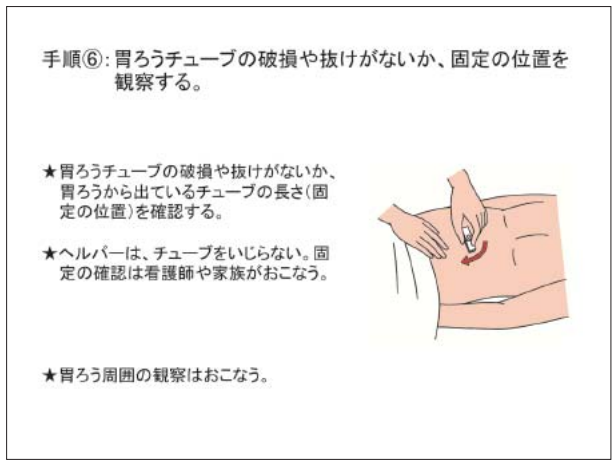
予め、連絡先や方法を取り決めておくとよいでしょう。

また胃ろう周囲の観察はいつも行ってください。

・チューブに破損がないか

・ボタン型などで、ストッパーが皮膚の一箇所へくいこんで圧迫がないか

・誤注入を避けるため、胃ろうチューブであること、などを確認します。



SlideⅡ-167：手順⑦：胃ろうカテーテルをつなぐ

手順7

胃ろうカテーテルをつなぎます。

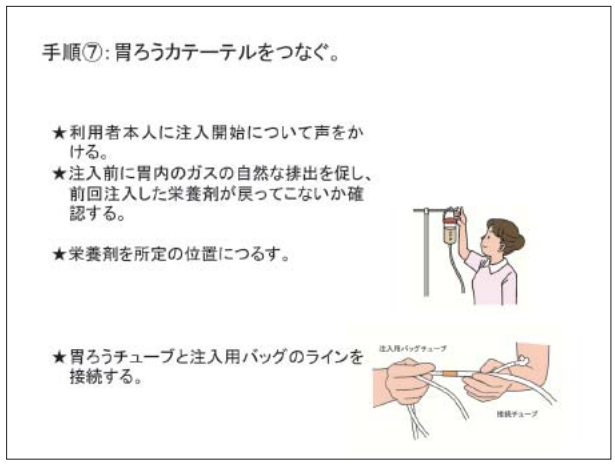
意識障害のあるなしに関わらず、利用者本人に注入開始について必ず声をかけます。

ボタン型胃ろうカテーテルに連結した接続用チューブの栓、あるいはチューブ型胃ろうカテーテルの場合は、チューブの栓を開け、胃内のガスの自然な排出を促すとともに、前回注入した栄養剤が戻ってこないかを確認します。

栄養剤を所定の位置につるします。

胃ろうチューブと注入用バッグのラインを接続します。

誤注入を避けるため、胃ろうチューブであることを再度確認しましょう。



SlideⅡ-168：手順⑧：クレンメをゆっくり緩めて滴下する

手順8

クレンメをゆっくり緩めて滴下します。

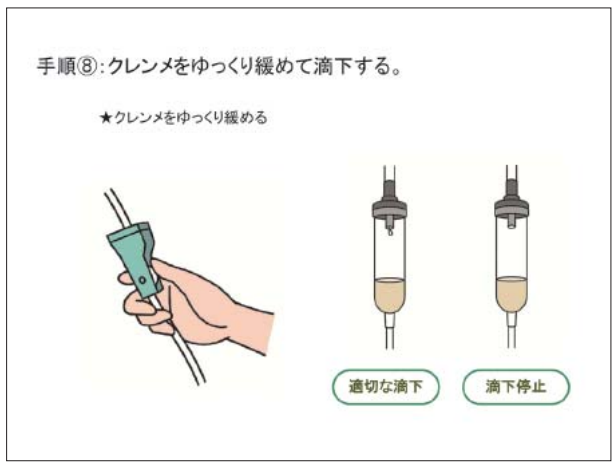
その際には、滴下筒内での滴下速度を、指示にあった速さに調整します。胃ろうを造って間もないときは、1時間に100mlの速度で注入し、嘔吐が無く滴下がスムースであれば、1時間に200ml程度の速度で注入します。おおまかですが、1時間に100mlでは、3秒に1滴、1時間に200mlでは、3秒に2滴のスピードです。

演習では、1時間に約200mlの速度に調整してみて下さい。

ただし、医療者が指示する許容範囲内で利用者の状態や好みに合わせて注入速度を調整してください。

注入中は、胃ろう周囲から栄養剤の漏れがないかを確認します。

また、体位によって注入速度が変わるので体位を整えた後には必ず滴下速度を確認しましょう。



SlideⅡ-169：手順⑨：異常がないか確認する

手順9

注入中もその場を離れずに、異常がないか確認します。すなわち

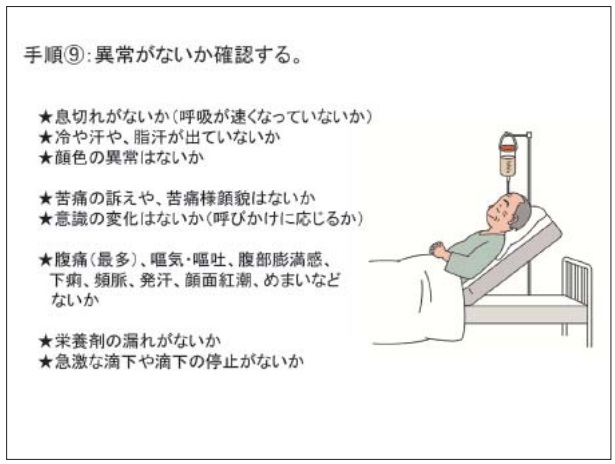
・息切れがないか、呼吸が速くなっていないか
・冷や汗や、脂汗が出ていないか
・顔色の異常はないか
・意識の変化はないか

また、

・腹痛、嘔気・嘔吐等の各種腹部症状、顔面紅潮、めまいなどないか
・栄養剤の漏れがないか急激な滴下や滴下の停止がないか、などを観察します。

これらの症状がある時には、注入速度を2分の1におとしたり、一旦投与を中止し、血圧が測定出来る場合は測定し、家族や医療者に連絡を取り対処を仰ぐことが必要です。

また食事中は、出来るだけリラックスできるよう、他のケアはせずに見守るようにしましょう。



SlideⅡ-170：手順⑩：終わったらチューブに白湯を流す

手順10

栄養剤の注入が終わったらクレンメを閉じ、経管栄養セット側のチューブをはずします。次にカテーテルチップ型シリンジで、胃ろうチューブに白湯を流します。

なお、胃ろう側のチューブ内での細菌増殖を予防する目的で、食酢を10倍程度に希釈し、カテーテルチップ型シリンジで、胃ろう側に少量注入する場合もあります。

胃ろうがチューブ型の場合は栓をし、ボタン型の場合は専用接続用チューブをはずし、栓をします。

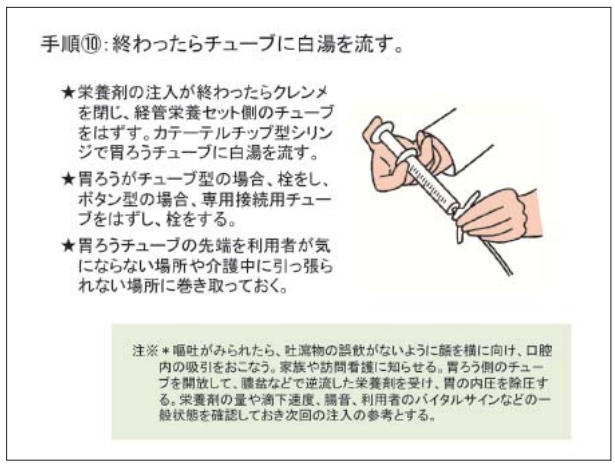
胃ろうチューブ型の場合、チューブを利用者が気にならない場所や介護中に引っ張られない場所に巻き取っておく場合もあります。

注入が終わっても呼吸状態、意識、嘔気、嘔吐などに注意をします。

嘔吐がみられた場合は、嘔吐した物の誤飲がないように顔を横に向け、口腔内の吸引を行います。

家族や医療者は、胃ろう側のチューブを開放して、膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を徐圧する対処法をとります。

栄養剤の量や、滴下速度、腸音、利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次回の注入の参考とします。



SlideⅡ-171：手順⑪：後片付けを行う

手順11

後片付けを行います。

注入終了後もしばらくは上体挙上の位置を保ちます。

利用者の状態によってまちまちなので、指示に従って下さい。

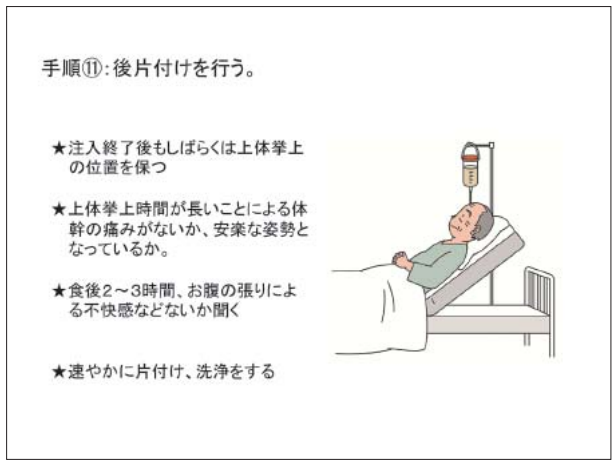
また終了後の体位は、本人の希望を聞くか、家族に確認をし、痛みが少なく楽な姿勢を保ちます。

とくに褥瘡発生のリスクが高い利用者の場合、高い圧がかかっている部位がないか注意しましょう。

食後2、3時間、お腹の張りによる不快感などないか、利用者に聞きます。

その結果も参考にして、次回の注入速度や体位の工夫など利用者と相談して対処しましょう。

速やかに片付け、物品は食器と同じ取り扱い方法で洗浄します。

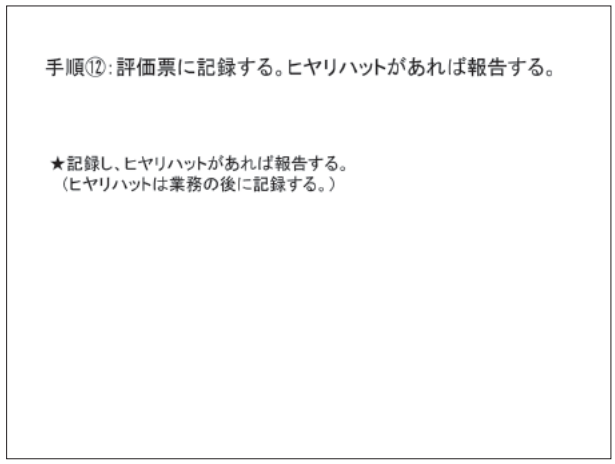


SlideⅡ-172：手順⑫：評価票に記録するヒヤリハットがあれば報告する

手順12

評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。

ヒヤリハットは業務の後に記録します。



SlideⅡ-173：胃ろうからの半固形栄養剤注入の場合

半固形栄養剤を胃ろうから注入する場合に、必要物品は、液体型栄養剤よりもシンプルです。バッグに入った半固形栄養剤と補水液、膿盆、必要に応じて胃ろうボタンと接続するための接続用チューブも必要となります。

なお利用者の注入時の体位は、腹部を圧迫しない体位であれば、30度の仰臥位でも、90度の座位でも結構です。

SlideⅡ-174：胃ろうから半固形栄養剤をバッグで注入する場合の注意点

胃ろうチューブの接続側と接続チューブをしっかりとつなぎます。

クレンメを開けて、半固形栄養剤を両手で適切な圧で押しながら注入します。

手にかかる圧力を確認しながら、布を絞り込むようにして、300～600mlを15分程度の時間で注入します。

圧をかけて注入するので、胃ろう周囲からの栄養剤の漏れや過剰な圧により接続部が外れないかを確認しましょう。

SlideⅡ-175：白湯を入れチューブ内の栄養剤を流す

半固形栄養剤は粘度が高く、胃ろうチューブや胃ろうボタンの内腔に詰まり易いため、栄養剤の注入が終わったら、必ずカテーテルチップ型シリンジを使って白湯を注入し、チューブ内の栄養剤を流します。この時、白湯の量は、洗い流す程度の 5～10ml程度が良いでしょう。

なお注入後の安静も原則として不要です。

SlideⅡ-176：経鼻胃管からの液体栄養剤注入の場合

経鼻胃管からの液体型栄養剤の注入の手技は、基本的には胃ろうからの注入方法と変わりはありません。

しかし、鼻孔から胃の中まで細い管が挿入されているため、何らかの原因で抜けてしまうと、先端が胃の中にない状態に気付かず注入を開始した場合、誤嚥等の重大な事故につながりかねません。

したがって、注入前に、管の先端が胃の中にあることを十分確かめておくことが必要です。

その方法として、鼻孔のところにテープで固定されたチューブの根元に印を付けておき、その印より外にチューブの抜けがないかどうか確認します。

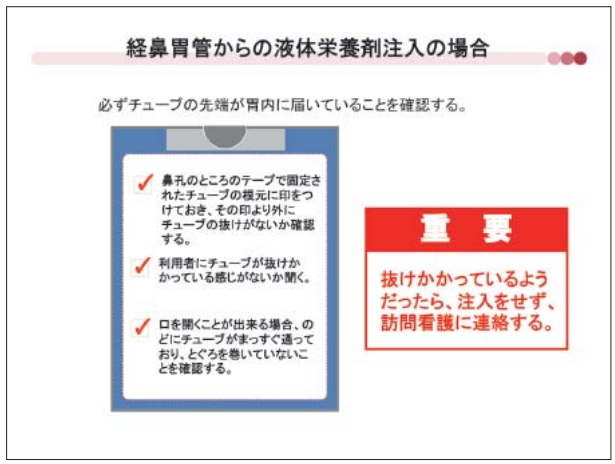
意思を伝えることができる利用者なら、チューブが抜けかかっている感じがないか聞きます。

さらに、口を開くことが出来る場合、のどにチューブがまっすぐ通っており、とぐろを巻いていないことを確認します。

介護職員等はこれらを必ず十分に確認し、もし、抜けかかっているようであれば、注入をせずに看護師に連絡します。

医療者は、これらの観察に加えて、経鼻胃管に勢いよく空気をシリンジで注入し、胃内のガスの音を聴診器で確認したり、注入前に胃ろうからシリンジで内容物を吸引すると、胃液などが引かれることなどで、管の先端が胃内にあることを確認しておく必要があります。

最後に、経鼻胃管は、一般に胃ろうチューブや胃ろうボタンの内腔より細いため、粘度の高いものを注入すると胃ろうにくらべ詰まりやすいことも知っておく必要があります。



III

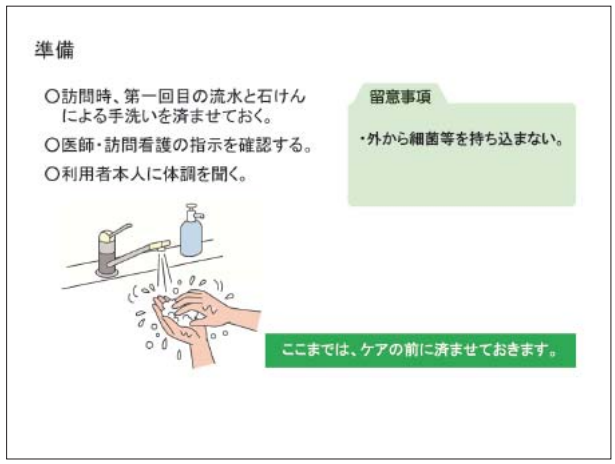
喀痰（かくたん）吸引等に関する演習

1. 喀痰吸引（口腔内）
2. 喀痰吸引（鼻腔内）
3. 喀痰吸引（気管カニューレ内部）
4. 経管栄養　胃ろう（滴下型の液体栄養剤の場合）
5. 経管栄養　胃ろう（半固形栄養剤の場合）
6. 経管栄養　経鼻胃管（滴下型の液体栄養剤の場合）

1．喀痰吸引（口腔内）

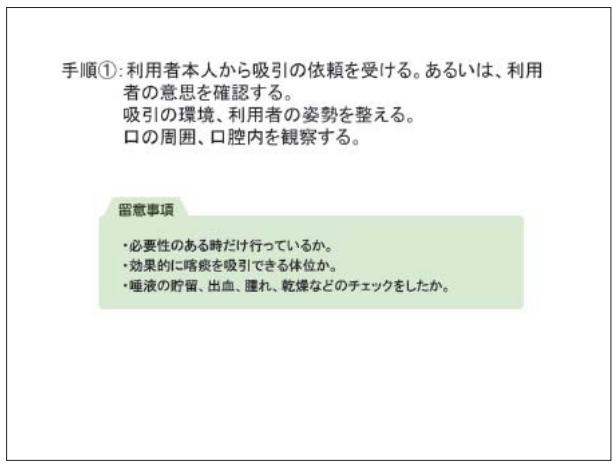
SlideⅢ-1：準備

準備として、
・訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人に体調を聞く
などがあります。ここまでは、ケアの前に済ませておきます。



SlideⅢ-2：手順①

手順①
利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。
また、吸引の環境、利用者の姿勢を整え、口の周囲、口腔内を観察しましょう。その際には
・必要性のある時だけ行っているか
・効果的に喀痰を吸引できる体位か
・唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥　など
のチェックをしたかなどに留意します。



SlideⅢ-3：手順②、手順③：手洗い等

手順②

流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをします。必要に応じ未滅菌手袋をする。場合によってはセッシを持ちます。留意事項は

・利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか

・手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか

などです。

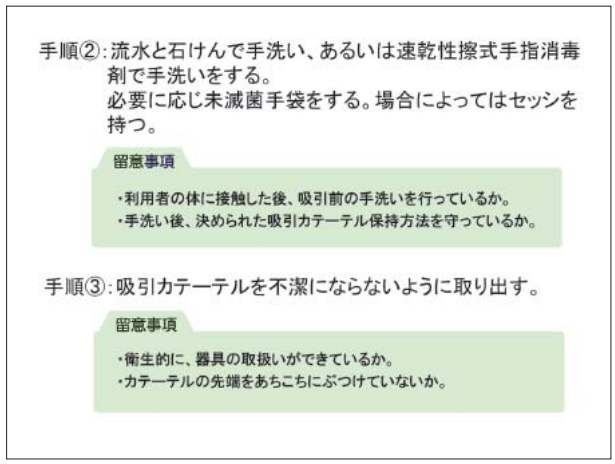
手順③

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出します。留意事項として、

・衛生的に、器具の取扱いができているか

・カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか

を確認しましょう。



SlideⅢ-4：手順④、手順⑤

手順④

吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげます。留意事項は

・衛生的に操作できているか

などです。

手順⑤

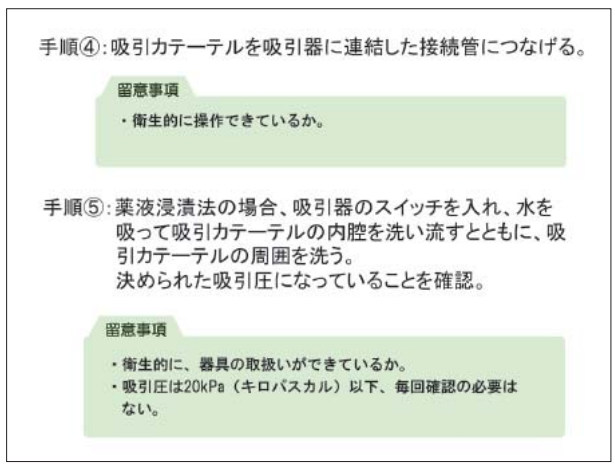
薬液浸漬法の場合、吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに、吸引カテーテルの周囲を洗います。

決められた吸引圧になっていることを確認しましょう。留意事項は

・衛生的に、器具の取扱いができているか

・吸引圧は20kPa（キロパスカル）以下、ただし、毎回確認の必要はありません。

などです。



SlideⅢ-5：手順⑥、手順⑦

手順⑥

吸引カテーテルの先端の水をよく切ります。その際には、

・よく水を切ったかに留意してください。

手順⑦

「吸引しますよ～」と声をかけます。

・本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか

が重要です。

SlideⅢ-6：手順⑧

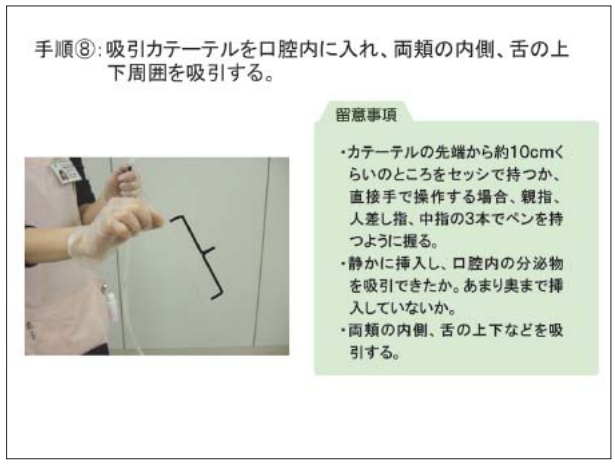
手順⑧

吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引します。

・カテーテルの先端から約10cmくらいのところをセッシで持つか、直接手で操作する場合、親指、人差し指、中指の3本でペンを持つように握る。

・静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないかに注意する。

・両頬の内側、舌の上下などを吸引する。しかし、この呼吸運動をするための、筋肉や骨、脳から指令を出す神経などが障害されると、呼吸ができなくなってしまう。



SlideⅢ-7：手順⑨

手順⑨

使用済み吸引カテーテルは外側を先端に向かってアルコール綿で拭き取った後、専用の水を吸って内側を洗い流します。

・外側に分泌物がついたカテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか
・びんの液体を吸いすぎていないか
・カテーテルに分泌物が残っていないか

などに留意しましょう。

SlideⅢ-8：手順⑩～手順⑬

手順⑩

消毒剤入り保存液を吸引カテーテル内に吸引します。

手順⑪

吸引器のスイッチを切って、吸引終了。

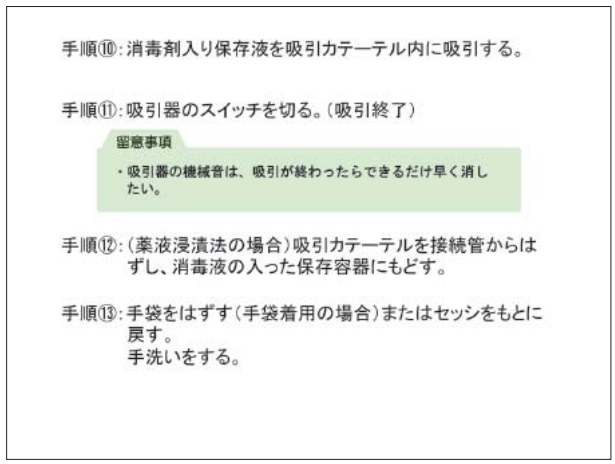
・吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消すようにする

手順⑫

（薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、消毒液の入った保存容器に戻す。

手順⑬

手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。



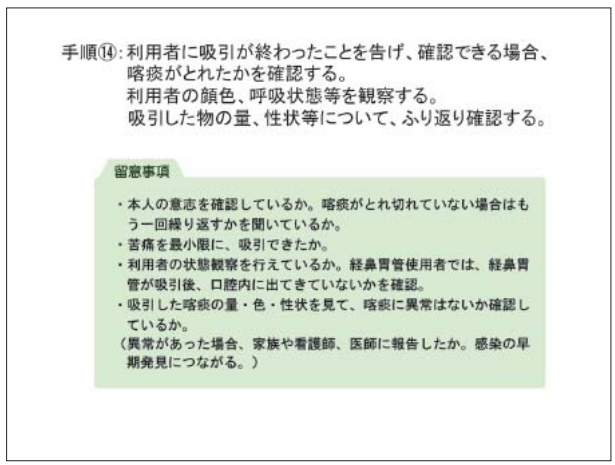
SlideⅢ-9：手順⑭

手順⑭

利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認します。利用者の顔色、呼吸状態等を観察するとともに、吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認しましょう。その際には、

・本人の意思を確認しているか。喀痰をとり切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか
・苦痛を最小限に、吸引できたか
・利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、経鼻胃管が吸引後、口腔内に出てきていないかを確認
・吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる）

などに留意しましょう。



SlideⅢ-10：手順⑮～手順⑰：片付け

手順⑮からは片付けを行います。吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てましょう。その際には、

・手早く片付けているか
・吸引びんの汚物は適宜捨てる

などに留意しましょう

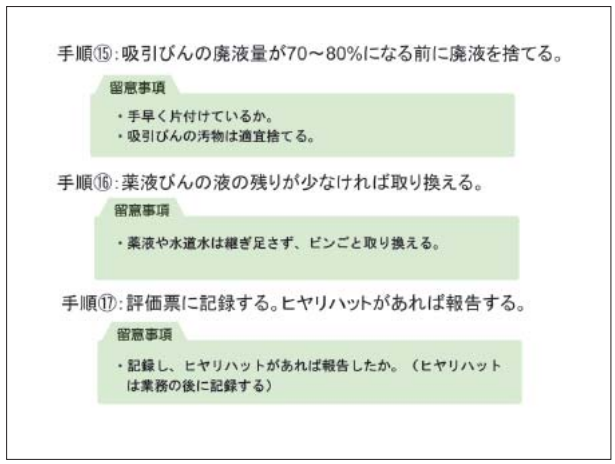
手順⑯

薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

・薬液や水道水は継ぎ足さず、ビンごと取り換える。

手順⑰

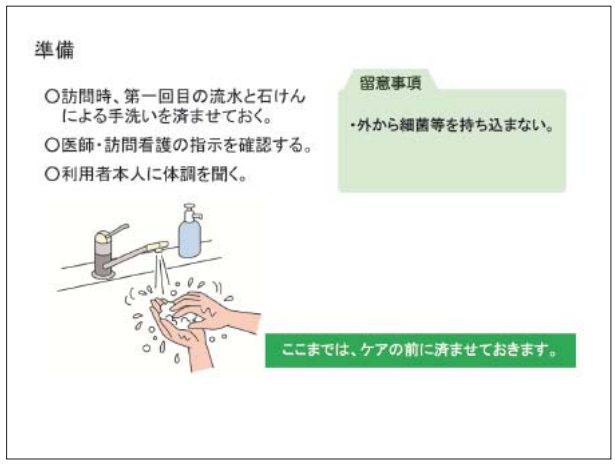
評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。ヒヤリハットは業務の後に記録します。



2. 喀痰吸引（鼻腔内）

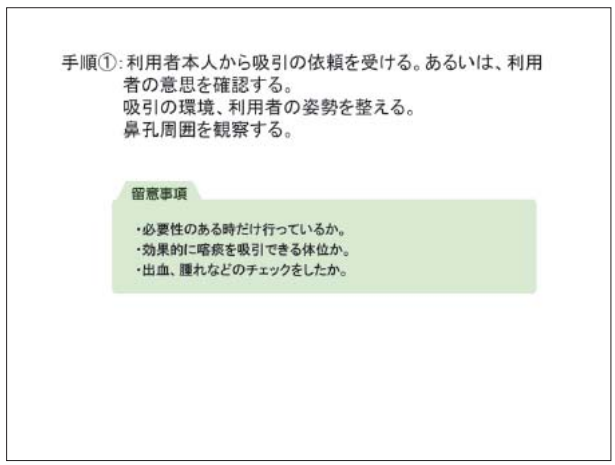
SlideⅢ-11：準備

準備として、
・訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人に体調を聞く
などがあります。



SlideⅢ-12：手順①

手順①
利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。
また、吸引の環境、利用者の姿勢を整え、鼻孔周囲を観察しましょう。
その際には、
・必要性のある時だけ行っているか
・効果的に喀痰を吸引できる体位か
・出血、腫れなどのチェックをしたか
などに留意します。



SlideⅢ-13：手順②、手順③：手洗い等

手順②

流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをします。

必要に応じ未滅菌手袋をする。場合によってはセッシを持ちます。

留意事項は

・利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか

・手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか

などです。

手順③

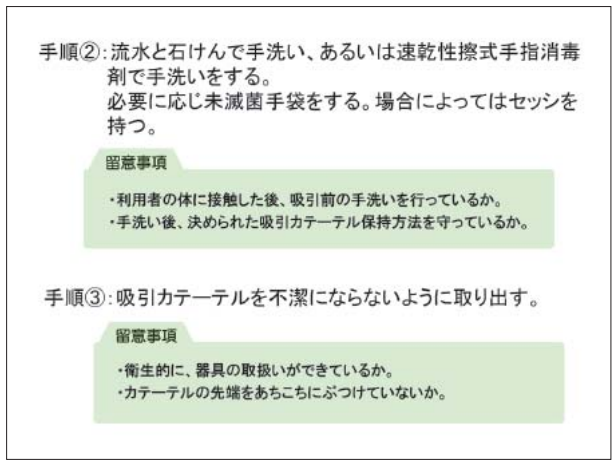
吸引カテーテルを不潔にならないように取り出します。

その際には、

・衛生的に、器具の取り扱いができているか

・カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか

を確認しましょう。



SlideⅢ-14：手順④、手順⑤

手順④

吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげます。

留意事項は

・衛生的に操作できているか

などです。

手順⑤

薬液浸漬法の場合、吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに、吸引カテーテルの周囲を洗います。

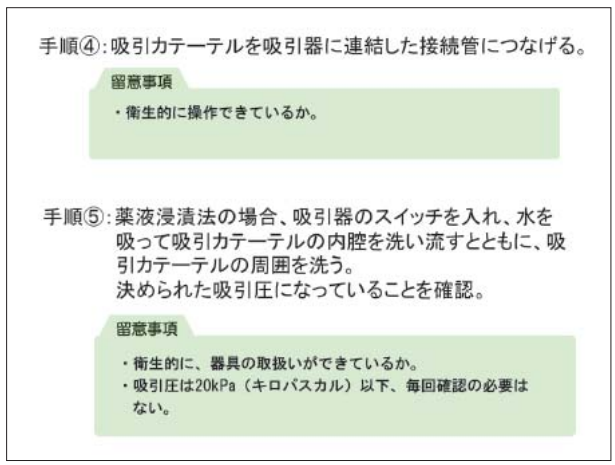
決められた吸引圧になっていることを確認しましょう。

留意事項は

・衛生的に、器具の取扱いができているか

・吸引圧は20kPa（キロパスカル）以下、ただし、毎回確認の必要はない

などです。



SlideⅢ-15：手順⑥、手順⑦

手順⑥

吸引カテーテルの先端の水をよく切ります。その際には、

・よく水を切ったかに留意してください。

手順⑦

「吸引しますよ～」と声をかけます。

・本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているかが重要です。

SlideⅢ-16：手順⑧

手順⑧

吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れます。

吸引カテーテルを手で操作する場合、こよりを撚るように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引します。

その際には、

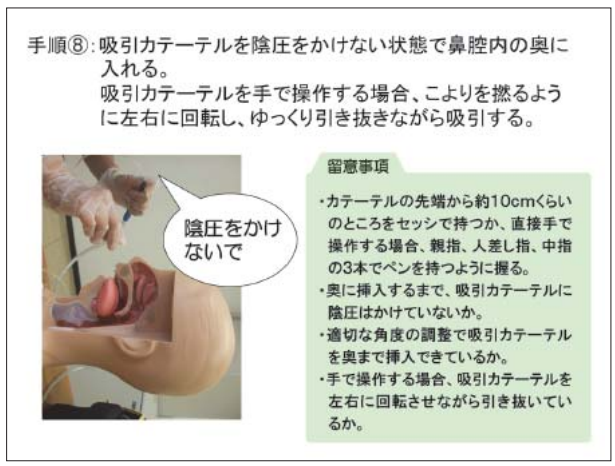
・カテーテルの先端から約10cmいのところをセッシで持つか、直接手で操作する場合、親指、人差し指、中指の3本でペンを持つように握る

・奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか

・適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか

・手で操作する場合、吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか

に注意してください。



SlideⅢ-17：手順⑨

手順⑨

使用済み吸引カテーテルは、外側を先端に向かってアルコール綿で拭き取った後、専用の水を吸って内側を洗い流します。

・外側に分泌物がついたカテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか
・びんの液体を吸いすぎていないか
・カテーテルに分泌物が残っていないか

などに留意しましょう。

SlideⅢ-18：手順⑩～手順⑬

手順⑩

消毒剤入り保存液を吸引カテーテル内に吸引します。

手順⑪

吸引器のスイッチを切って、吸引終了です。

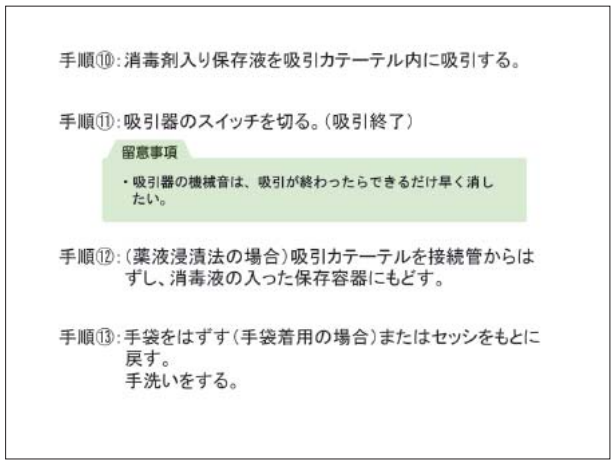
・吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消すようにする

手順⑫

（薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、消毒液の入った保存容器にもどします。

手順⑬

手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをします。



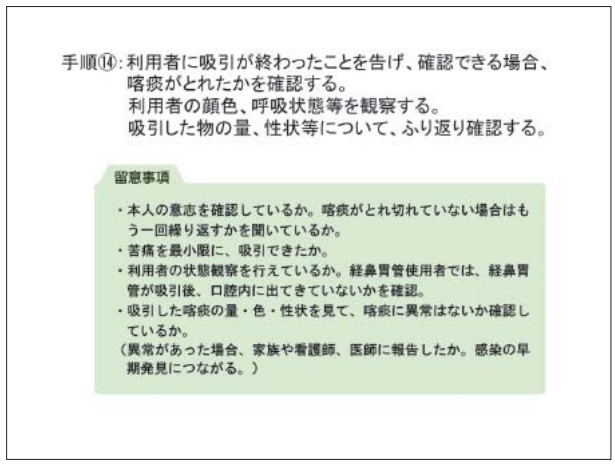
SlideⅢ-19：手順⑭

手順⑭

利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認します。利用者の顔色、呼吸状態等を観察するとともに、吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認しましょう。その際には、

・本人の意思を確認しているか。喀痰をとり切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか
・苦痛を最小限に、吸引できたか
・利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、経鼻胃管が吸引後、口腔内に出てきていないかを確認
・吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる）

などに留意しましょう。



SlideⅢ-20：手順⑮～手順⑰：片付け

手順⑮

ここからは片付けを行います。

吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てましょう。

その際には、

・手早く片付ける
・吸引びんの汚物は適宜捨てる

などに留意しましょう

手順⑯

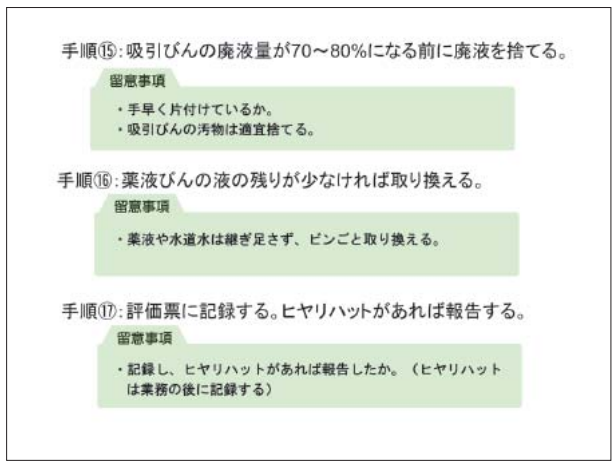
薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

・薬液や水道水は継ぎ足さず、ビンごと取り換えましょう。

手順⑰

評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。

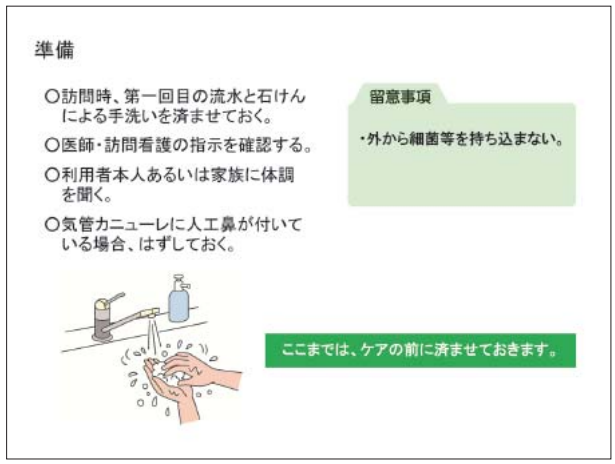
ヒヤリハットは業務の後に記録します。



3. 喀痰吸引（気管カニューレ内部）

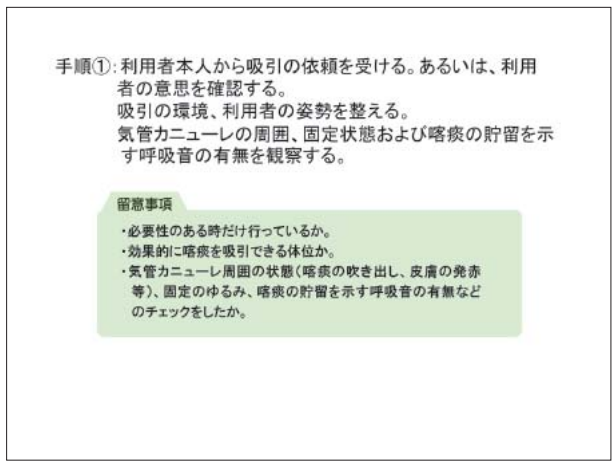
SlideⅢ-21：準備

準備として、
・訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人あるいは家族に体調を聞く
・気管カニューレに人工鼻が付いている場合、はずしておく
などがあります。
外から細菌を持ち込まないことを留意しましょう。
ここまでは、ケアの前に済ませておきます。



SlideⅢ-22：手順①

手順①
利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。
また、吸引の環境、利用者の姿勢を整え、気管カニューレの周囲を観察しましょう。
その際には、
・必要性のある時だけ行っているか
・効果的に喀痰を吸引できる体位か
・出血、腫れなどのチェックをしたか
などに留意します。



SlideⅢ-23：手順②、手順③：手洗い等

手順②

流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをします。

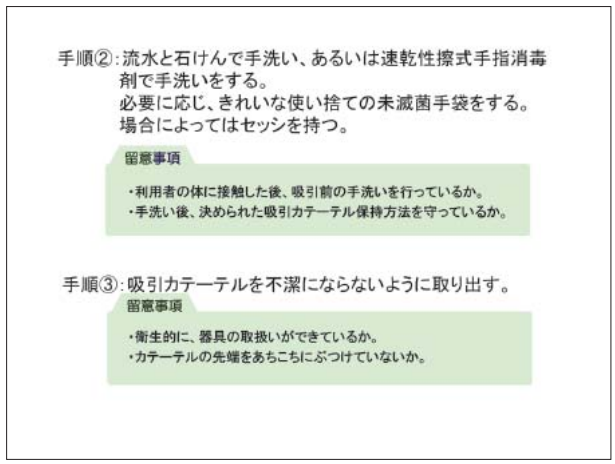
必要に応じ、きれいな使い捨ての未滅菌手袋をする。場合によってはセッシを持ちます。

留意事項は

・利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか

・手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか

などです。



手順③

吸引カテーテルを不潔にならないように取り出します。

その際には、

・衛生的に、器具の取扱いができているか

・カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか

を確認しましょう。

SlideⅢ-24：手順④、手順⑤

手順④

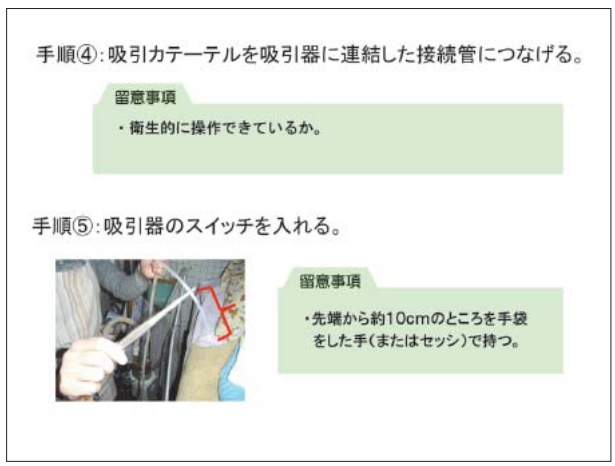
吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげます。

衛生的に操作できているかに注意しましょう。

手順⑤

吸引器のスイッチを入れます。

・清潔な吸引カテーテルの先端を触らなければ、吸引カテーテルの先端から約10cmのところを手洗いした素手で操作してもよいし、清潔なセッシ（ピンセット）を手洗いした手で操作してもよいし、手洗いした手に、きれいな使い捨て手袋をつけて操作してもよい。



SlideⅢ-25：手順⑥、手順⑦

手順⑥

（薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルの周囲、内腔の消毒液を取り除くため、専用の水を吸引し、周囲も洗います。

吸引カテーテル先端の水をよく切りましょう。単回使用の場合は、このステップは不要です。

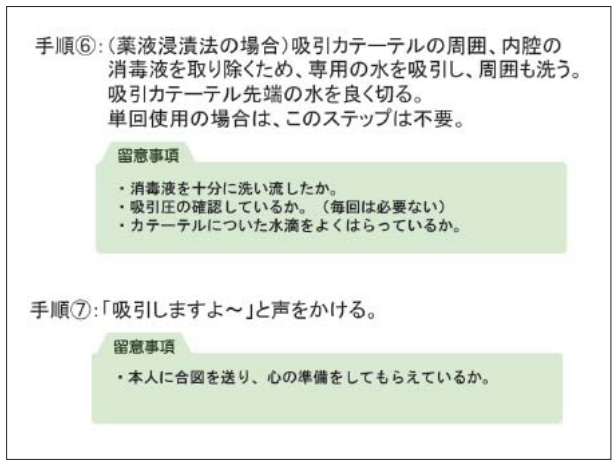
その際には、

・消毒液を十分に洗い流したか

・吸引圧の確認しているか（気管カニューレ内吸引は20～26kPa（キロパスカル）（150mmHg～200mmHgに相当）、毎回は必要ない）

・カテーテルについた水滴をよく払っているか

に留意しましょう。



手順⑦

「吸引しますよ～」と声をかけます。

・本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか

が重要です。

SlideⅢ-26：手順⑧

手順⑧

人工呼吸器使用者の場合、人工呼吸器から空気が送り込まれ、胸が盛り上がるのを確認後、フレキシブルチューブ※のコネクターを気管カニューレからはずし、フレキシブルチューブをきれいなタオル等の上に置きます。

その際には、

・呼吸器から肺に空気が送り込まれたことを確認後に、片手でフレキシブルチューブ（コネクター）を、そっとはずせているか

・気管カニューレをひっぱって痛みを与えていないか

・はずしたフレキシブルチューブをきれいなガーゼかタオルの上に置いているか（必ずしも厳密ではなく利用者の方法に従ってください）

・水滴を気管カニューレ内に落とし込んでいないか

・手で操作する場合、吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。

に注意してください。

※フレキシブルチューブ：フレックスチューブ、カテーテルマウントなどと呼ばれている。気管カニューレと人工呼吸器回路をつなぐ、折れ曲がる蛇管のこと。

SlideⅢ-27：手順⑨、手順⑩

手順⑨

手袋をつけた手（またはセッシ）で吸引カテーテルを気管カニューレ内（約10cm）に入れます。

その際には、

・気管カニューレの手ないしセッシでの持ち方は正しいか

・どの時期で陰圧をかけるかどうかは、あらかじめ決めておく

・吸入カテーテルは気管カニューレの先端を越えていないか

などに留意しましょう。

手順⑩

手で操作する場合、カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をします。

その際には、

・吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつけ、異常があった場合、家族や看護師に即座に報告する

・陰圧をかけて吸引できているか

・吸引の時間は適切か

などに留意しましょう。

SlideⅢ-28：手順⑪

手順⑪

人工呼吸器使用者の場合、吸引を終了したら、すぐにコネクターを気管カニューレに接続します。

その際には、次の事項に留意します。

・フレキシブルチューブ内に水滴が付いている場合、水滴を払った後に、コネクターを気管カニューレに接続しているか

SlideⅢ-29：手順⑫

手順⑫

使用済み吸引カテーテルは外側を先端に向かってアルコール綿で拭き取った後、気管カニューレ内吸引カテーテル専用の水を吸って内側を洗い流します。

その際には、

・気管カニューレを、アルコール綿で上から下まで一気に拭き取っているか

・気管カニューレ内吸引カテーテル吸引専用の水で洗浄しているか

・びんの液体を吸いすぎていないか

・カテーテルに分泌物が残っていないか

などを確認しましょう。

SlideⅢ-30：手順⑬～手順⑯

手順⑬

消毒剤入り保存液を吸引カテーテル内に吸引します。

手順⑭

吸引器のスイッチを切って、吸引終了です。

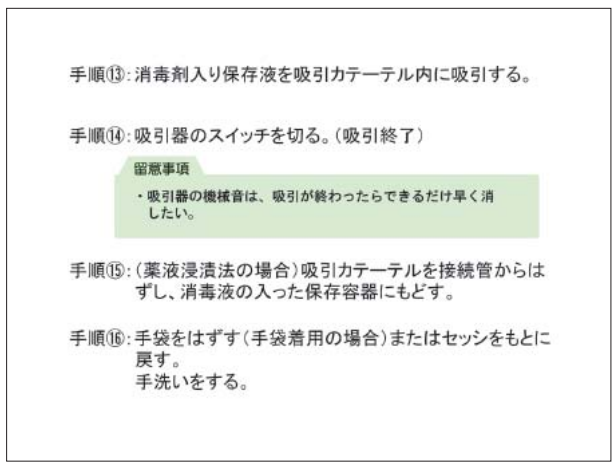
・吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消すようにする

手順⑮

（薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、消毒液の入った保存容器に戻します。

手順⑯

手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをします。



SlideⅢ-31：手順⑰

手順⑰

利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認します。

利用者の顔色、呼吸状態等を観察するとともに、人工呼吸器が正常に作動していること、気道内圧、酸素飽和度等をチェックしましょう。

また、吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認をします。

その際には、

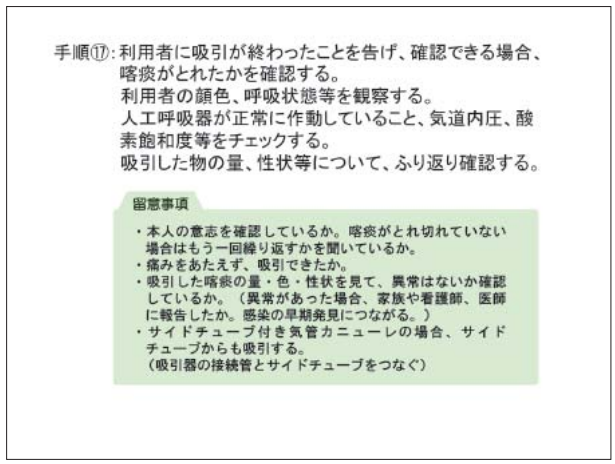
・本人の意思を確認しているか。喀痰をとり切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか

・痛みをあたえず、吸引できたか

・吸引した喀痰の量・色・性状を見て、異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる）

・サイドチューブ付き気管カニューレの場合、サイドチューブからも吸引する（吸引器の接続管とサイドチューブをつなぐ）

などに留意しましょう。



SlideⅢ-32：手順⑱～⑳：片付けを行います

手順⑱

片付けを行います。

吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てましょう。

その際には、

・手早く片付けているか

・吸引びんの汚物は適宜捨てる

などにも留意しましょう。

手順⑲

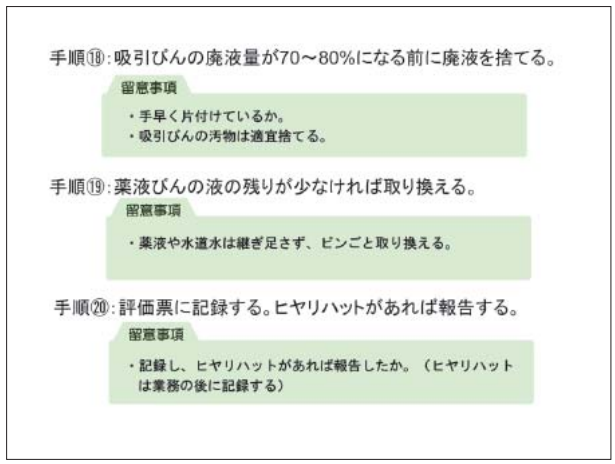
薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

・薬液や水道水は継ぎ足さず、ビンごと取り換える。

手順⑳

評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。

ヒヤリハットは業務の後に記録します。



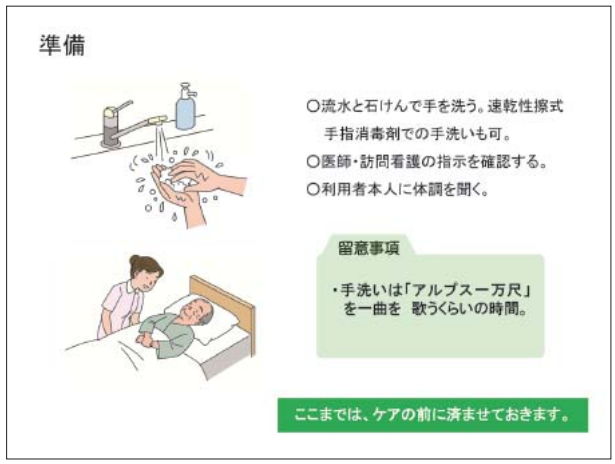
4．経管栄養 胃ろう（滴下型の液体栄養剤の場合）

SlideⅢ-33：準備

準備として、
・流水と石けんで手を洗う。速乾性擦式手指消毒剤での手洗いも可
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人に体調を聞く
などがあります。

流水と石けんによる手洗いは「アルプス一万尺」を一曲を歌うくらいの時間をかけます。また、速乾性擦式手指消毒剤での手洗いでもよいでしょう。

ここまでは、ケアの前に済ませておきましょう。



SlideⅢ-34：手順①

手順①

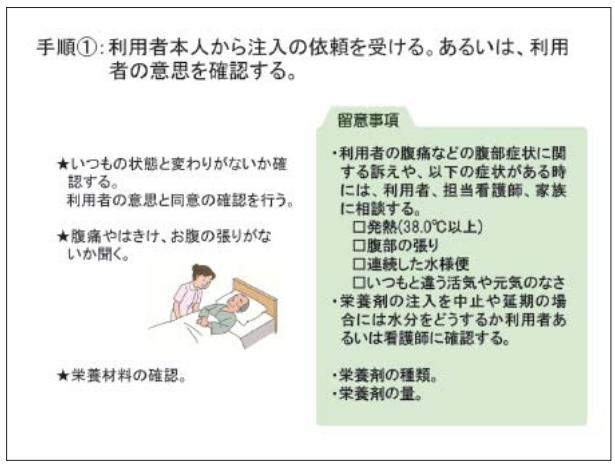
利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。

★いつもの状態と変わりがないか確認し、利用者の意思と同意の確認を行います。

★腹痛やはき気、おなかの張りがないか聞きましょう。

その際には、
・利用者の腹痛などの腹部症状に関する訴え
・38.0℃以上の発熱
・腹部の張り
・連続した水様便
・いつもと違う活気や元気のなさ
これらの症状がある時には、利用者、担当看護師、家族に相談します。

また、栄養剤の注入を中止や延期する場合には、水分をどうするかを利用者あるいは看護師に確認しましょう。



SlideⅢ-35：手順②

手順②

必要物品を確認します。

注入用バッグ、液体タイプ栄養剤、白湯、カテーテルチップ型シリンジ等を用意します。

★注入用バッグは、清潔であるか、乾燥しているかを確認します。

SlideⅢ-36：手順③

手順③

体位を調整します。

★利用者が望むいつもの決められた体位に調整します。ベッドの頭側を上げ、ファウラー位※など、あるいは車イスや安楽なソファーなどに移乗することもあります。

その際には

・身体の向きを変えたときなど顔色は蒼白になっていないか、確認する

・もし顔色が蒼白になったり、変わったことがあれば利用者の気分を聞き、望む体位に変えるようにする

★体位の安楽をはかります。

・無理な体位にせず

・臀部などに高い圧がかかっていないか

・胃部を圧迫するような体位ではないかに留意し

・利用者の希望を聞くようにする

※ファウラー位：仰臥位で下肢を水平にしたまま上半身を45度程度上げた半座位の体位のこと。

SlideⅢ-37：手順④

手順④

注入内容を確認し、用意した栄養剤を注入容器に入れます。

滴下筒には半分くらい満たし滴下が確認できるようにしましょう。

★注入用バッグのチューブについているクレンメを閉めます。

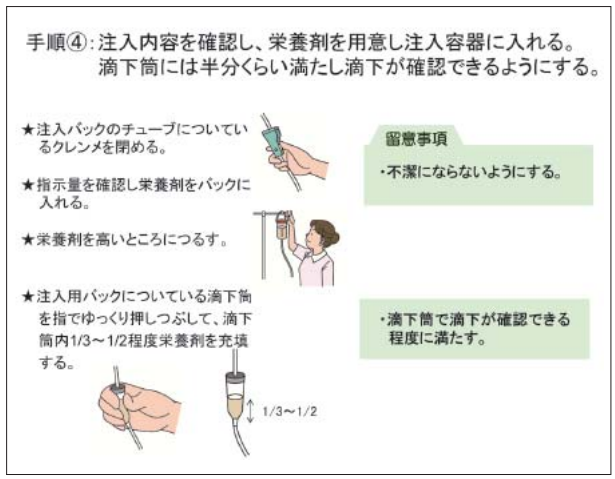
★指示量を確認し栄養剤をバッグに入れます。

・不潔にならないようにする

★栄養剤を高いところにつるします。

★注入用バッグについている滴下筒を指でゆっくり押しつぶして、滴下筒内3分の1から2分の1程度の栄養剤を充填します。

・滴下筒で滴下が確認できる程度に満たす



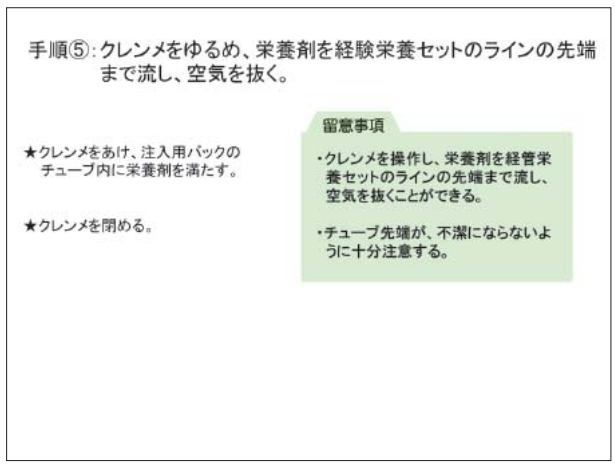
SlideⅢ-38：手順⑤

手順⑤

★クレンメを開け、注入用バッグのチューブ内に栄養剤を満たします。

★クレンメを操作し、チューブが満たされたところで閉めることができます。

チューブ先端が、不潔にならないように十分注意しましょう。



SlideⅢ-39：手順⑥

手順⑥

胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察します。

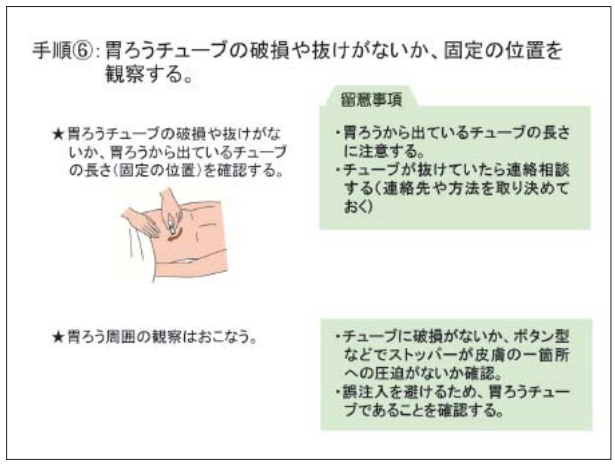
★胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認します。

★胃ろうから出ているチューブの長さに注意し、チューブが抜けていたら連絡や相談をします。

連絡先や方法を取り決めておくようにしましょう。

★胃ろう周囲の観察を行います。

これは、チューブに破損がないか、ボタン型などでストッパーが皮膚の一箇所へ圧迫していないか、また、誤注入を避けるため、胃ろうチューブであることを確認しましょう。



SlideⅢ-40：手順⑦

手順⑦

胃ろうに経管栄養セットをつなぎます。

★ボタン型胃ろうカテーテルに連結した接続用チューブの栓、あるいはチューブ型胃ろうカテーテルの場合は、チューブの栓を開け、胃内のガスの自然な排出を促すとともに、前回注入した栄養剤が戻ってこないかを確認します。

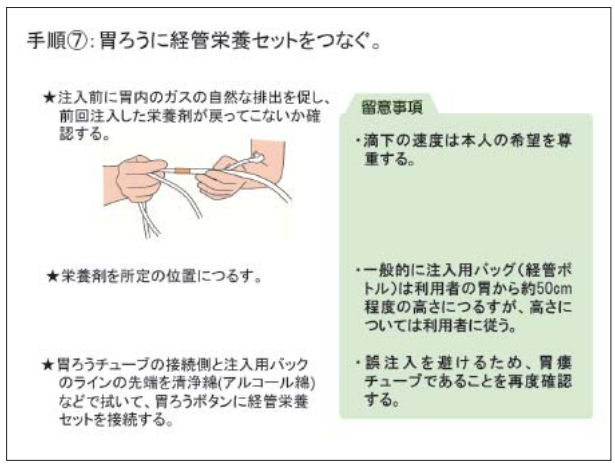
★栄養剤を所定の位置につるします。

一般的に注入用バッグ（経管ボトル）は利用者の胃から約50cm程度の高さにつるしますが、高さについては利用者に従いましょう。

★胃ろうチューブと注入用バッグのラインの先端を接続します。

その際には、次のことに留意しましょう。

・誤注入を避けるため、胃ろうチューブであることを再度確認する



SlideⅢ-41：手順⑧

手順⑧

クレンメをゆっくりゆるめて滴下します。

★クレンメをゆっくりゆるめます。

その際には、次のことに留意しましょう。

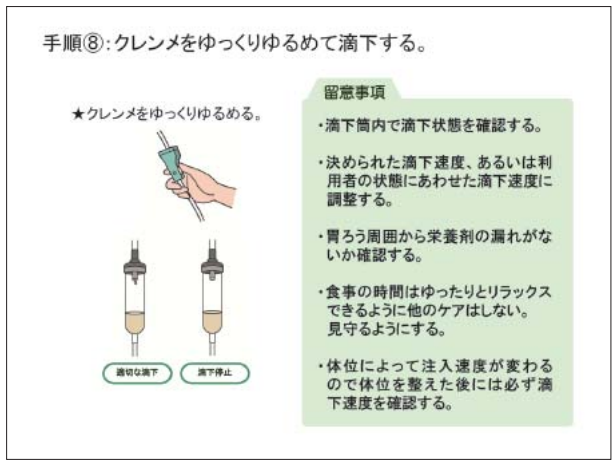
・滴下筒内で滴下状態を確認する

・決められた滴下速度、あるいは利用者の状態にあわせた滴下速度に調整する

・胃ろう周囲から栄養剤の漏れがないかを確認する。

・食事の時間はゆったりとリラックスできるように他のケアはせずに、見守るようにする

・体位によって、注入速度が変わるので体位を整えた後には必ず滴下速度を確認する



SlideⅢ-42：手順⑨

手順⑨

異常がないか確認します。

★息切れをしていないか、呼吸速迫がないか

★冷や汗や、脂汗が出ていないか

★顔色などの異常がないかを確認します。

・息切れなどがあれば注入速度を2分の1に落とし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従う

★苦痛の訴えや、苦しそうな表情はないか

★意識の変化はないか、呼びかけに応じるか、などを確認します。

異常があればすぐに看護師、医師、家族に連絡をし、指示に従ってください。

★腹部膨満感、下痢、嘔気、嘔吐がないか

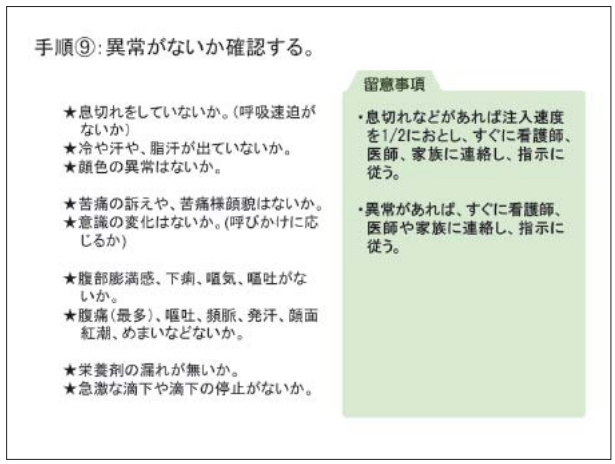
★腹痛（最多）、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどないか

を確認します。

★栄養剤の漏れがないか

★急激な滴下や滴下の停止がないか

なども確認するようにします。



Slide Ⅲ-43：手順⑩

手順⑩

★栄養剤の注入が終わったらクレンメを閉じ、経管栄養セット側のチューブをはずします。次にカテーテルチップ型シリンジで、胃ろうチューブに白湯を流します。

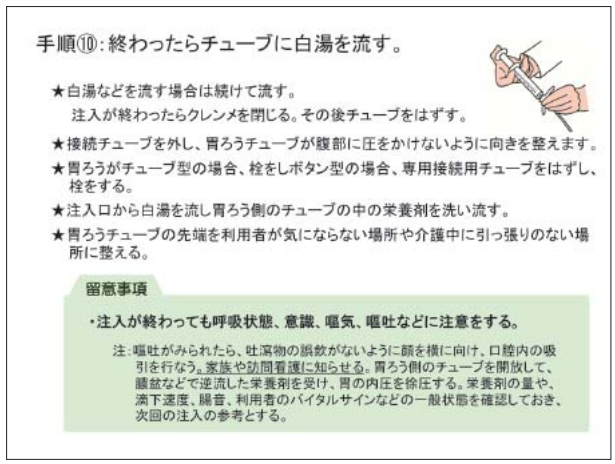
★胃ろうカテーテルがチューブ型の場合は栓をし、ボタン型の場合は、専用接続用チューブをはずし、栓をします。

★胃ろうカテーテルが腹部に圧をかけないように向きを整えます。

★胃ろうチューブの先端を利用者が気にならない場所や介護中に引っ張りのない場所に整えます。

注入が終わっても、呼吸状態、意識、嘔気、嘔吐※などに注意をしましょう。

※嘔吐がみられたら、吐瀉物の誤飲がないように顔を横に向けます。ただちに家族や医療者は、口腔内を吸引し、胃ろう側のチューブを開放して、膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を徐圧します。
栄養剤の量や、滴下速度、腸音、利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次回の注入の参考とします。



SlideⅢ-44：手順⑪

手順⑪

後片付けを行います。

★注入終了後もしばらくは上体挙上の位置を保ちます

★上体挙上時間が長いことによる体幹の痛みがないか、安楽な姿勢を整えます。

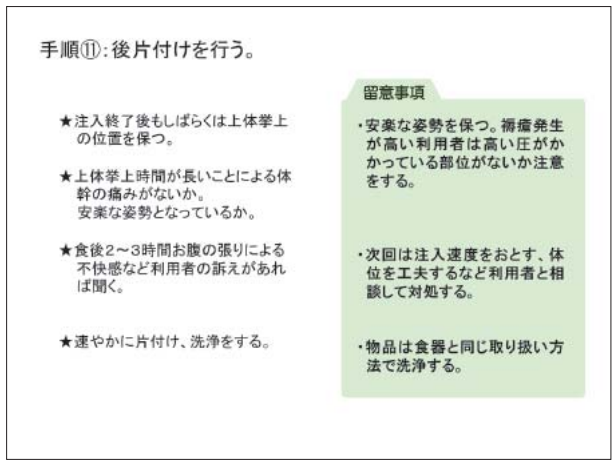
安楽な姿勢を保ち、褥瘡発生が高い利用者は、高い圧がかかっている部位がないか注意をしましょう。

★食後2、3時間、おなかの張りによる不快感など、利用者の訴えがあれば聞きます。

次回は注入速度を落とす、体位を工夫するなど利用者と相談して対処しましょう。

★速やかに片付け、洗浄をします。

物品は食器と同じ取り扱い方法で洗浄しましょう。

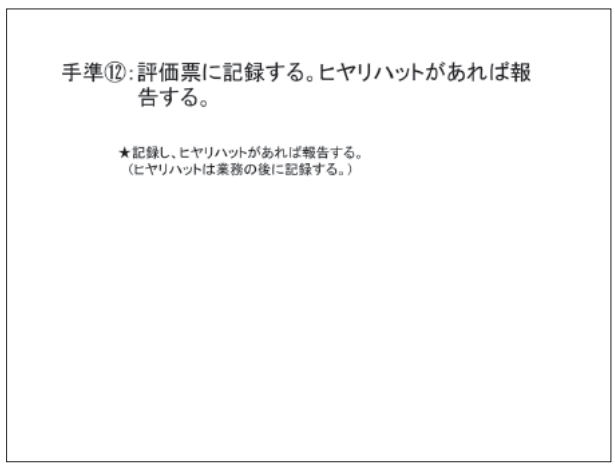


SlideⅢ-45：手順⑫

手順⑫

評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。

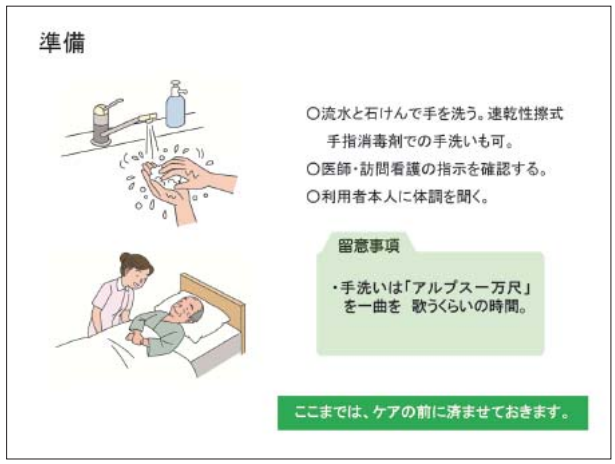
ヒヤリハットは業務の後に記録します。



5. 経管栄養 胃ろう（半固形栄養剤の場合）

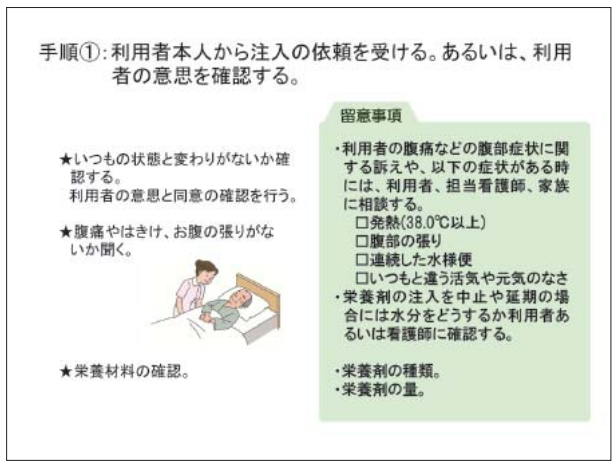
SlideⅢ-46：準備

準備として、
・流水と石けんで手を洗う。速乾性擦式手指消毒剤での手洗いも可
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人に体調を聞く
などがあります。
流水と石けんによる手洗いは「アルプス一万尺」を一曲を歌うくらいの時間をかけます。また、速乾性擦式手指消毒剤での手洗いでもよいでしょう。
ここまでは、ケアの前に済ませておきましょう。



SlideⅢ-47：手順①

手順①
利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。
★いつもの状態と変わりがないか確認し、利用者の意思と同意の確認を行います。
★腹痛やはき気､おなかの張りがないか聞きましょう。
その際には、
・利用者の腹痛などの腹部症状に関する訴え
・38.0℃以上の発熱
・腹部の張り
・連続した水様便
・いつもと違う活気や元気のなさ
これらの症状がある時には、利用者、担当看護師、家族に相談します。
また、栄養剤の注入を中止や延期の場合には、水分をどうするかを利用者あるいは看護師に確認しましょう。
★栄養材料として、栄養剤の種類や量を確認します。



SlideⅢ-48：手順②

手順②

体位を調整します。

★利用者が望むいつもの決められた体位に調整します。

ベッドの頭側を上げ、ファウラー位※など、あるいは車イスや安楽なソファーなどに移乗することもあります。

その際には、次のことに留意しましょう。

・身体の向きを変えたときなど顔色は蒼白になっていないか、確認する

・もし顔色が蒼白になったり、変わったことがあれば利用者の気分を聞き、望む体位に変えるようにする

★体位の安楽をはかります。

・無理な体位にしない

・臀部などに高い圧がかかっていないか

・胃部を圧迫するような体位ではないかに留意する

・利用者の希望を聞くようにする

※ファウラー位：仰臥位で下肢を水平にしたまま上半身を45度程度上げた半座位の体位のこと。

SlideⅢ-49：手順③

手順③

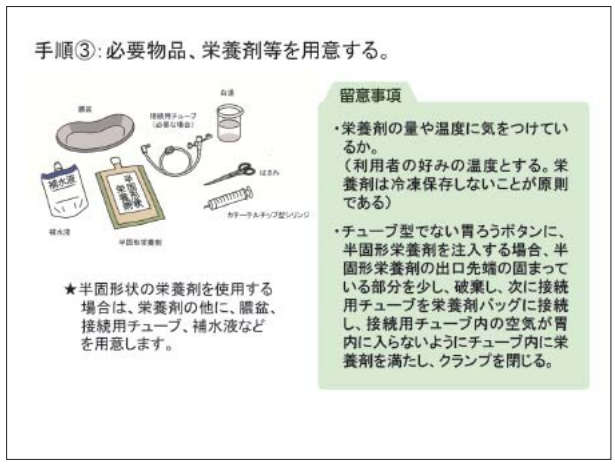
必要物品、栄養剤等を用意します。

★半固形状の栄養剤を使用する場合は、栄養剤のほかに、膿盆、接続用チューブ、補水液 などを用意しましょう。

留意事項は次のとおりです。

・栄養剤の量や温度に気をつけているか確認する（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷凍保存しないことが原則である）

・チューブ型でない胃ろうボタンに、半固形栄養剤を注入する場合、半固形栄養剤の出口先端の固まっている部分を少し、破棄し、次に接続用チューブを栄養剤バッグに接続し、接続用チューブ内の空気が胃内に入らないようにチューブ内に栄養剤を満たし、クランプを閉じる



SlideⅢ-50：手順④

手順④

胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察します。

留意事項として

・胃ろうから出ているチューブの長さに注意し、いつもと違うようなら軽く上下に動かし、抜けてくるようなら看護師に相談する

・チューブが抜けていたら連絡相談する

・軽くチューブを回しても回転しない場合には、看護師の訪問時に相談する

・チューブが回らなくても、チューブが抜けていなければ注入を開始する

・チューブに破損がないか、ボタン型などで、ストッパーが皮膚の一箇所への圧迫がないか確認する

・誤注入を避けるため、胃ろうチューブであることを確認する

★胃ろう周囲の観察をおこないます。

これは、チューブに破損がないか、ボタン型などでストッパーが皮膚の一箇所へ圧迫していないか

また、誤注入を避けるため、胃ろうチューブであることを確認しましょう。

SlideⅢ-51：手順⑤

手順⑤

胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぎます。

・胃ろうチューブであるか再度確認する
・圧がかかったときにはずれないようしっかりと取り付け、接続部位をしっかり把持する。

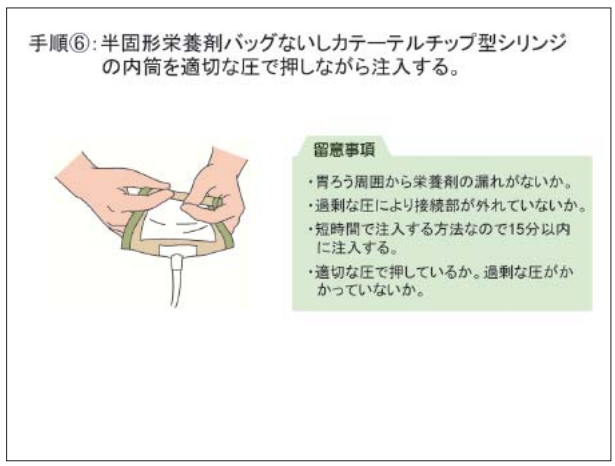
SlideⅢ-52：手順⑥

手順⑥

半固形栄養剤バッグの場合、両手でバッグ（カテーテルチップ型シリンジで注入する場合は内筒）を適切な圧で押しながら注入します。

その際には、次のことに留意しましょう。

・胃ろう周囲から栄養剤の漏れがないかを確認する
・過剰な圧により接続部がはずれていないかを確認する
・短時間で注入する方法なので15分以内に注入する
・適切な圧で押しているか。過剰な圧がかかっていないかを確認する



SlideⅢ-53：手順⑦

手順⑦

異常がないか確認します。

★息切れをしていないか

★冷や汗や、脂汗が出ていないか

・息切れなどがあれば注入速度を2分の1に落とし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従う

★苦痛の訴えや、苦しそうな表情はないか

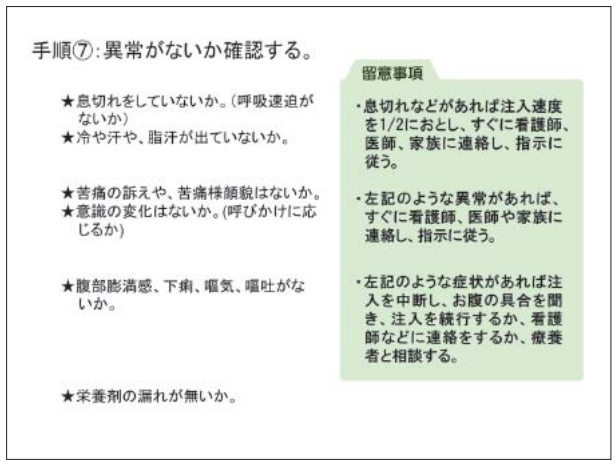
★意識の変化はないか、呼びかけに応じるか

★顔色の異常はないか　など確認します。

異常があればすぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従ってください。

★腹痛（最多）、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどないかを確認する。

★栄養剤の漏れがないかを確認します。



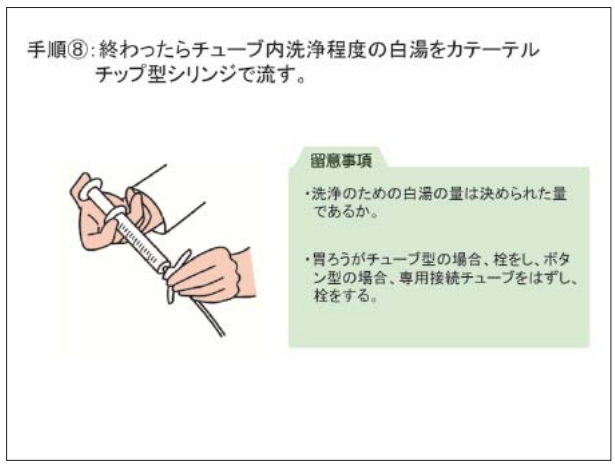
SlideⅢ-54：手順⑧

手順⑧

終わったらチューブ内洗浄程度の白湯をカテーテルチップ型シリンジで流します。

・洗浄のための白湯の量は決められた量であるかを確認する

・胃ろうがチューブ型の場合は栓をし、ボタン型の場合は専用接続チューブをはずし、栓をする。



SlideⅢ-55：手順⑨

手順⑨

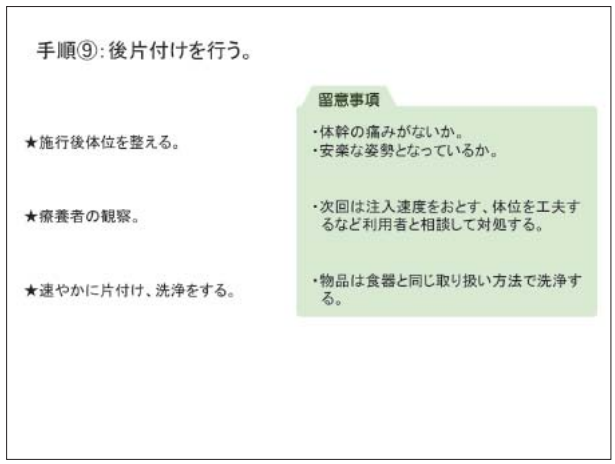
後片付けを行います。

★施行後体位を整えます。

・体幹の痛みがないか、安楽な姿勢となっているかを確認する

★療養者の観察をして、次回は注入速度を落とす、体位を工夫するなど利用者と相談して対処します。

★速やかに片付け、物品は食器と同じ取り扱い方法で洗浄しましょう。

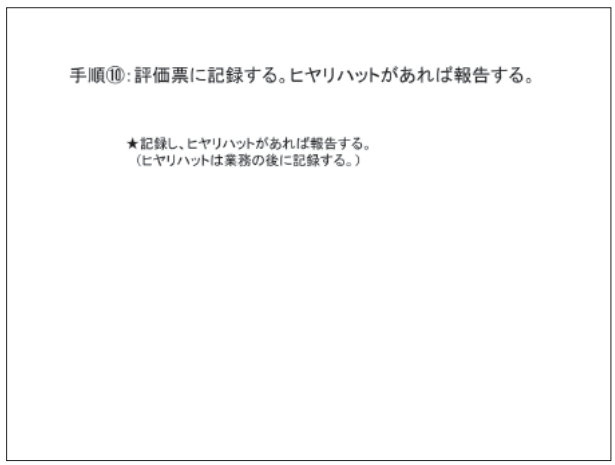


SlideⅢ-56：手順⑩

手順⑩

評価票に記録し、ヒヤリハットがあれば報告します。

ヒヤリハットは業務の後に記録します。



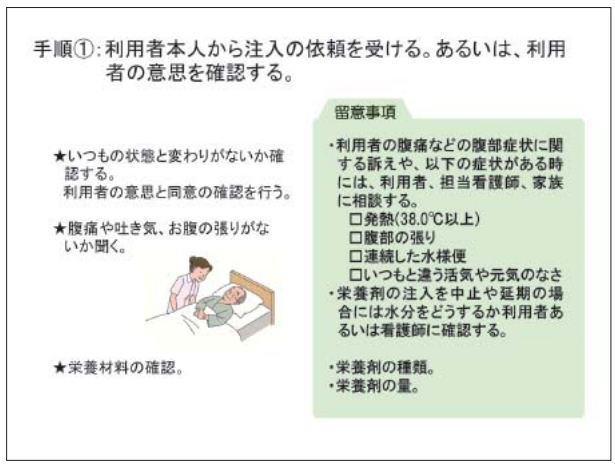
6. 経管栄養 経鼻胃管（滴下型の液体栄養剤の場合）

SlideⅢ-57：準備

準備として、
・流水と石けんで手を洗う。速乾性擦式手指消毒剤での手洗いも可
・医師・訪問看護の指示を確認する
・利用者本人に体調を聞く
などがあります。
流水と石けんによる手洗いは「アルプス一万尺」を一曲を歌うくらいの時間をかけます。また、速乾性擦式手指消毒剤での手洗いでもよいでしょう。
ここまでは、ケアの前に済ませておきましょう。

SlideⅢ-58：手順①

手順①
利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。
★いつもの状態と変わりがないか確認し、利用者の意思と同意の確認を行います。
★腹痛やはき気、おなかの張りがないか聞きましょう。
その際には、
・利用者の腹痛などの腹部症状に関する訴え
・38.0℃以上の発熱
・腹部の張り
・連続した水様便
・いつもと違う活気や元気のなさ
これらの症状がある時には、利用者、担当看護師、家族に相談します。
また、栄養剤の注入を中止や延期の場合には、水分をどうするかを利用者あるいは看護師に確認しましょう。
★栄養材料として、栄養剤の種類や量を確認します。



SlideⅢ-59：手順②

手順②

必要物品を確認します。

注入用バッグ、液体タイプ栄養剤、白湯、カテーテルチップ型シリンジ等を用意します。

★注入用バッグは、清潔であるか、乾燥しているかを確認します。

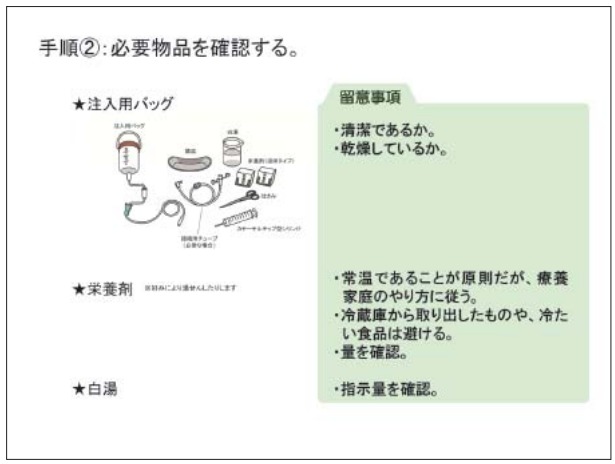
★栄養剤は、

・常温であることが原則ですが、療養家庭のやり方に従いましょう。

・冷蔵庫から取り出したものや、冷たい食品は避けます。

・量を確認しましょう。

★白湯は指示量を確認しましょう。



SlideⅢ-60：手順③

手順③

体位を調整します。

★利用者が望むいつもの決められた体位に調整します。

ベッドの頭側を上げ、ファウラー位など、あるいは車イスや安楽なソファーなどに移乗することもあります。

その際には、次のことに留意しましょう。

・身体の向きを変えたときなど顔色は蒼白になっていないか、確認する

・もし顔色が蒼白になったり、変わったことがあれば利用者の気分を聞き、望む体位に変えるようにする

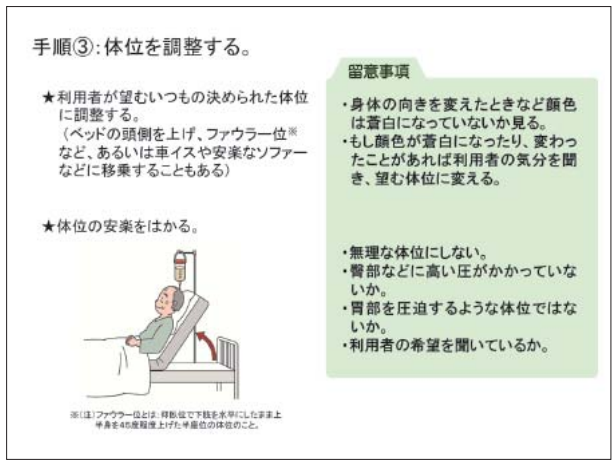
★体位の安楽をはかります。

・無理な体位にせず、

・臀部などに高い圧がかかっていないか、

・胃部を圧迫するような体位ではないかに留意し、

・利用者の希望を聞くようにする



SlideⅢ-61：手順④

手順④

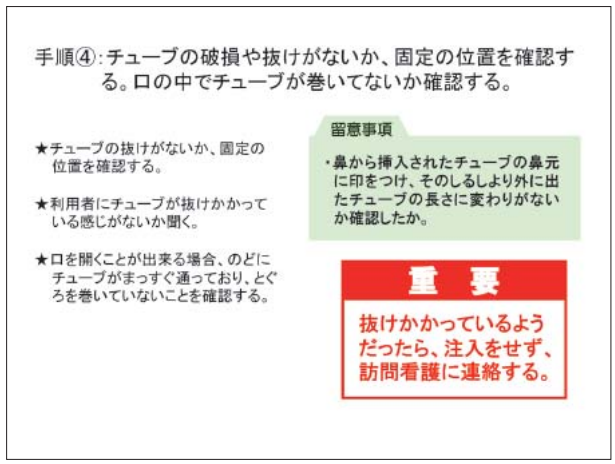
チューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認、口の中でチューブが巻いてないか確認します。

★利用者にチューブが抜けかかっている感じがないか聞きます。

★口を開くことが出来る場合、のどにチューブがまっすぐ通っており、とぐろを巻いていないことを確認します。

留意事項は次のとおりです。

・鼻から挿入されたチューブの鼻元に印をつけ、そのしるしより外に出たチューブの長さに変わりがないか確認する



SlideⅢ-62：手順⑤

手順⑤

注入内容を確認し、用意した栄養剤を注入容器に入れます。

滴下筒には半分くらい満たし滴下が確認できるようにしましょう。

★注入用バッグのチューブについているクレンメを閉めます。

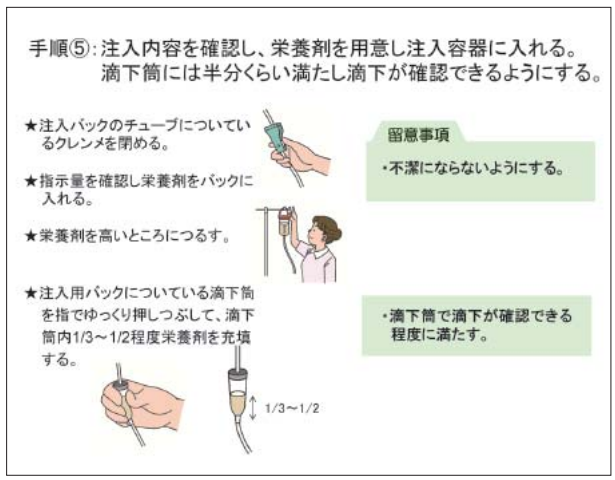
★指示量を確認し栄養剤をバッグに入れます。

・不潔にならないようにする

★栄養剤を高いところにつるします。

★注入用バッグについている滴下筒を指でゆっくり押しつぶして、滴下筒内3分の1から2分の1程度の栄養剤を充填します。

・滴下筒で滴下が確認できる程度に満たす



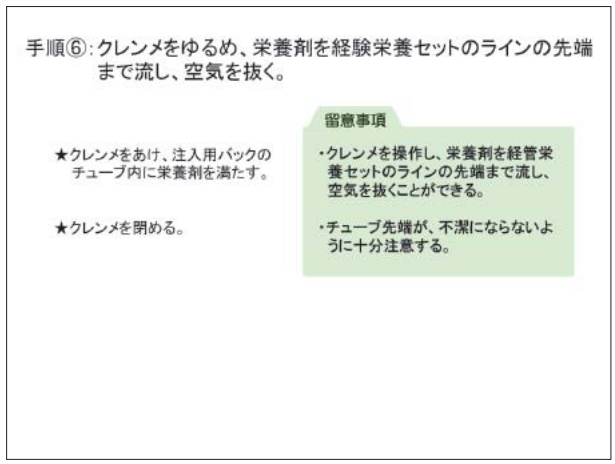
SlideⅢ-63：手順⑥

手順⑥

クレンメを開け、注入用バッグのチューブ内に栄養剤を満たします。

★クレンメを操作し、チューブが満たされたところで閉めることができます。

チューブ先端が、不潔にならないように十分注意しましょう。



SlideⅢ-64：手順⑦

手順⑦

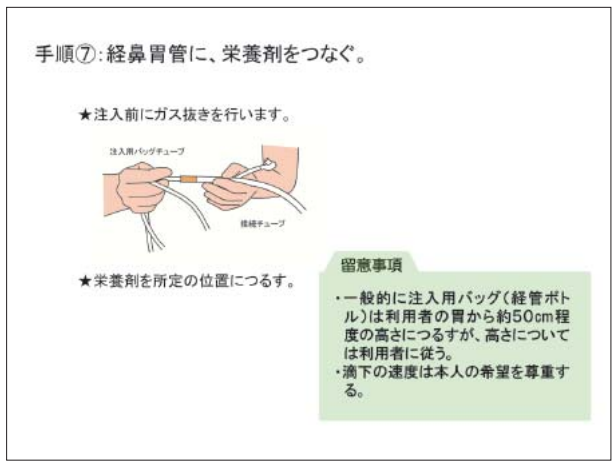
経鼻胃管に、栄養剤をつなぎます。

★注入前にガス抜きを行います。

★栄養剤を所定の位置につるします。

一般的に注入用バッグ（経管ボトル）は利用者の胃から約50cm程度の高さにつるしますが、高さについては利用者に従いましょう。

滴下の速度は本人の希望を尊重しましょう。



SlideⅢ-65：手順⑧

手順⑧

クレンメをゆっくりゆるめて滴下します。

★クレンメをゆっくりゆるめます。

その際には、次のことに留意しましょう。

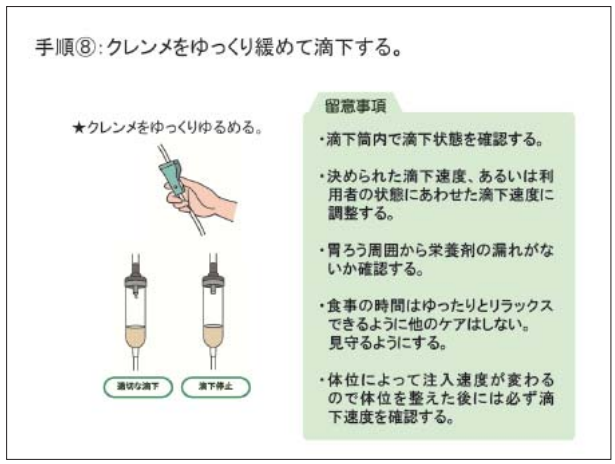
・滴下筒内で滴下状態を確認する

・決められた滴下速度、あるいは利用者の状態にあわせた滴下速度に調整する

・胃ろう周囲から栄養剤の漏れがないかを確認する

・食事の時間はゆったりとリラックスできるように他のケアはせずに、見守るようにする

・体位によって、注入速度が変わるので、体位を整えた後には必ず滴下速度を確認する



SlideⅢ-66：手順⑨

手順⑨

顔色やパルスオキシメーターの値に異常がないか、次のような点を確認します。

★息切れをしていないか、呼吸が速くないか。

★冷や汗や、脂汗が出ていないか。

・息切れなどがあれば注入速度を2分の1に落とし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従う

★苦痛の訴えや、苦しそうな表情はないか。

★意識の変化はないか、呼びかけに応じるか、顔色の異常はないか。

・これらのようなことがあればすぐに看護師、医師や家族に連絡し、指示に従う

★腹部膨満感、下痢、嘔気、嘔吐がないか。

★腹痛（最多）、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどないか。

・これらのような症状があれば滴下速度をおとし、お腹の具合などを聞き、注入を続行するか、看護師などに連絡をするか利用者と相談する

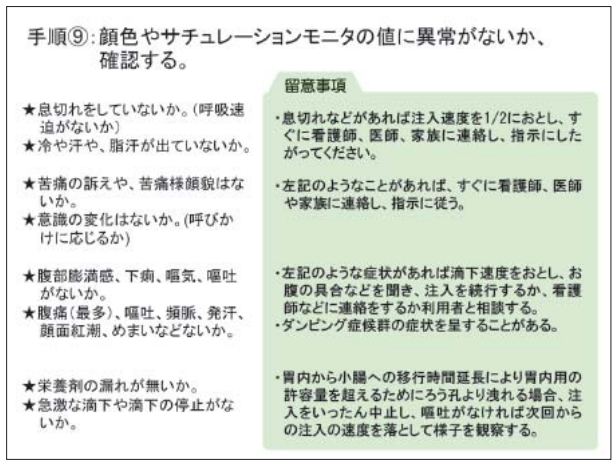
・ダンピング症候群※の症状を呈することがある

★栄養剤の漏れがないか。

★急激な滴下や滴下の停止がないか。

・胃内から小腸への移行時間延長により、胃内の許容量を超えるためにろう孔より洩れる場合、注入をいったん中止し、嘔吐がなければ注入の速度を落として様子を観察する

※ダンピング症候群：食物が胃を通過せず、急速に小腸に送り込まれることで起こる。早期と後期ダンピング症候群がある。早期ダンピング症候群では、濃い食物が小腸に流れ込み、浸透圧で体の水分が腸の中に逃げることが原因で、動悸、立ちくらみ、めまい、悪心が起こる。後期ダンピング症候群では、インシュリンが過剰に分泌されることが原因で、低血糖を起こし、発汗、疲労感、立ちくらみ、めまいを起こす。



Slide Ⅲ-67：手順⑩

手順⑩

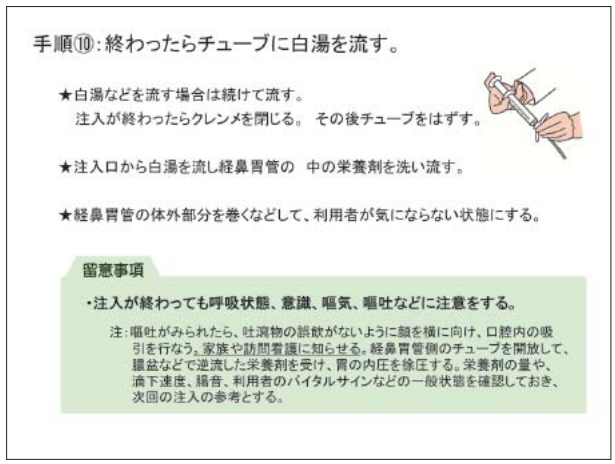
★栄養剤の注入が終わったらクレンメを閉じ、経管栄養セット側のチューブをはずします。

★カテーテルチップ型シリンジで経鼻胃管内に白湯を流し、経鼻胃管内の栄養剤を洗い流します。

★経鼻胃管の体外部分を巻くなどして、利用者が気にならない状態にしましょう。

・注入が終わっても呼吸状態、意識、嘔気、嘔吐などに注意をする

嘔吐がみられた場合、吐瀉物の誤飲がないように顔を横に向けます。ただちに家族や医療者は、口腔内を吸引し、経鼻胃管を開放して、膿盆などで逆流した栄養剤を受け、胃の内圧を徐圧します。栄養剤の量や、滴下速度、腸音、利用者のバイタルサインなどの一般状態を確認しておき、次回の注入の参考とします。



SlideⅢ-68：手順⑪

手順⑪

後片付けを行います。

★注入終了後もしばらくは上体挙上の位置を保ちます。

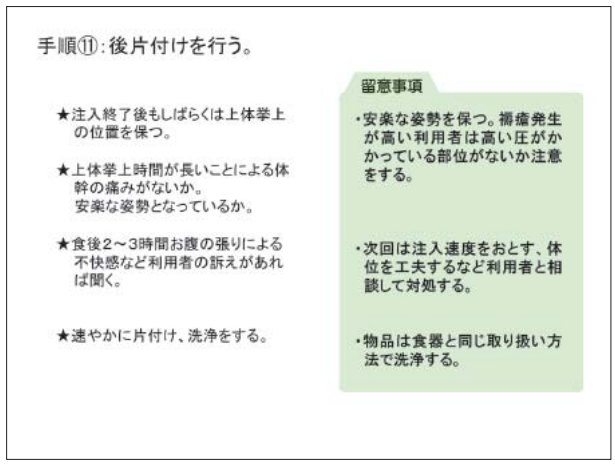
★上体挙上時間が長いことによる体幹の痛みがないか、安楽な姿勢を整えます。

・安楽な姿勢を保ち、褥瘡発生が高い利用者は高い圧がかかっている部位がないか注意する

★食後2、3時間、お腹の張りによる不快感など、利用者の訴えがあれば聞きます。

・次回は注入速度を落とす、体位を工夫するなど利用者と相談して対処する

★速やかに片付け、物品は食器と同じ取り扱い方法で洗浄しましょう。

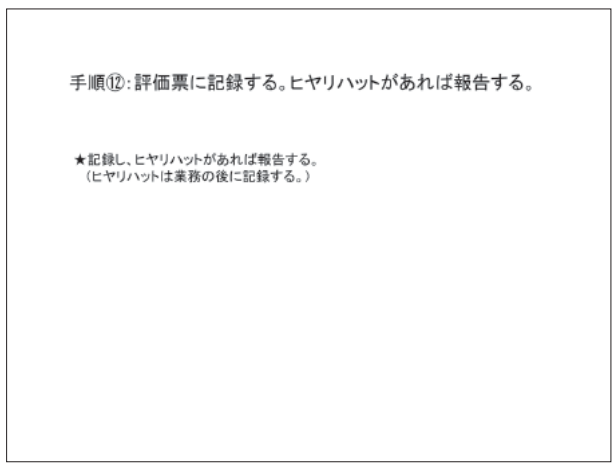


SlideⅢ-69：手順⑫

手順⑫

評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告します。

ヒヤリハットは業務の後に記録します。



資料１　評価項目票および評価基準

（第三号研修：特定の者対象）

評価票1　：　喀痰吸引
口腔内吸引（通常手順）

評価票2　：　喀痰吸引
口腔内吸引
（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

評価票3　：　喀痰吸引
鼻腔内吸引（通常手順）

評価票4　：　喀痰吸引
鼻腔内吸引
（人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

評価票5　：　喀痰吸引
気管カニューレ内部吸引（通常手順）

評価票6　：　喀痰吸引
気管カニューレ内部吸引
（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）

評価票7　：　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）

評価票8　：　胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）

評価票9　：　経鼻経管栄養

評価判定基準

実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、
適宜変更・修正して使用して下さい。

評価票：喀痰吸引　口腔内吸引（通常手順）

			回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じ、きれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。 吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	（薬液浸漬法の場合）吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	12	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	13	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。					
	15	吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	16	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	17	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。 吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	18	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	19	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。						
	20	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	21	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	22	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。 経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	23	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	24	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
STEP6：片付け	25	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	26	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7：評価記録結果確認報告	27	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

留意点

※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。

※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：喀痰吸引　口腔内吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

			回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	（薬液浸漬法の場合）吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	12	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	13	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。					
	15	口鼻マスクをはずす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	16	吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	17	口鼻マスクを適切にもとの位置にもどす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	18	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	19	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	20	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	21	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。						
	22	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	23	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	24	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
STEP6：片付け	25	人工呼吸器が正常に作動していること、口鼻マスクの装着がいつも通りであることを確認する。	人工呼吸器の作動状態、マスクの装着状態を確認しているか。					
	26	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP7：評価記録結果確認報告	27	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
	28	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	29	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
	30	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

留意点
※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：喀痰吸引　鼻腔内吸引（通常手順）

			回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	鼻の周囲、鼻腔内を観察する。	鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。 吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	（薬液浸漬法の場合）吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	12	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	13	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。					
	15	吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。	奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。					
	16	（吸引カテーテルを手で操作する場合）こよりを撚るように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。	（吸引カテーテルを手で操作する場合）吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。					
	17	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	18	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。 吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	19	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	20	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。 （薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。						
	21	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	22	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	23	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。 経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	24	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	25	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
STEP6：片付け	26	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	27	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7：評価記録結果確認報告	28	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

留意点
※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：喀痰吸引　鼻腔内吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

				回数	(　)回目	(　)回目	(　)回目	(　)回目	(　)回目
				月日	／	／	／	／	／
				時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価					
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。						
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。						
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。							
STEP5：実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。						
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。						
	6	鼻の周囲、鼻腔内を観察する。	鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。						
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。						
	8	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。						
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。						
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。						
	11	（薬液浸漬法の場合）吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができているか。						
	12	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。						
	13	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。						
	14	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。						
	15	口鼻マスクまたは鼻マスクをはずす。	個人差があり、順番が前後することがある。						
	16	吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。	奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。						
	17	（吸引カテーテルを手で操作する場合）こよりを撚るように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。	（吸引カテーテルを手で操作する場合）吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか						
	18	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。						
	19	口鼻マスクまたは鼻マスクを適切にもとの位置にもどす。	個人差があり、順番が前後することがある。						
	20	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。						
	21	保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。							
	22	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。						
	23	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。							
	24	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。							
	25	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。						
	26	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。						
	27	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がいつも通りであることを確認する。	人工呼吸器の作動状態、マスクの装着状態を確認しているか。						
	28	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。						
	29	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）						
STEP6：片付け	30	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。						
	31	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。						
STEP7：評価記録結果確認報告	32	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）						

留意点
※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：喀痰吸引　気管カニューレ内部吸引（通常手順）

				回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
				月日	／	／	／	／	／
				時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価					
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。						
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。						
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。							
	4	気管カニューレに人工鼻が付いている場合、はずしておく。							
STEP5：実施	5	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。						
	6	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。						
	7	気管カニューレの周囲、固定状態及び喀痰の貯留を示す呼吸音の有無を観察する。	気管カニューレ周囲の状態（喀痰の吹き出し、皮膚の発等）、固定のゆるみ、喀痰の貯留を示す呼吸音の有無などのチェックをしたか。						
	8	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。						
	9	必要に応じきれいな手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。						
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。						
	11	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。						
	12	吸引器のスイッチを入れる。	先端から約10㎝のところを手袋をした手（またはセッシ）で持つ。						
	13	（薬液浸漬法の場合）水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。吸引カテーテル先端の水を良く切る。	衛生的に、器具の取扱いができているか。						
	14	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20～26キロパスカル以下に設定する。						
	15	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。						
	16	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。						
	17	手袋をつけた手（またはセッシ）で吸引カテーテルを気管カニューレ内（約10ｃｍ）に入れる。	手（またはセッシ）での持ち方は正しいか。どの時期で陰圧をかけるか、あらかじめ決めておく。吸引カテーテルは気管ニューレの先端を越えていないか。						
	18	カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をする。	吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつける。異常があった場合、家族や看護師に即座に報告したか。陰圧をかけて吸引できているか。吸引の時間は適切か。						
	19	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（滅菌蒸留水）に入れて水を汚染していないか。						
	20	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。						
	21	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。						
	22	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。							
	23	（サイドチューブ付き気管カニューレの場合）吸引器の接続管とサイドチューブをつなぎ、吸引する。							
	24	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。							
	25	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。						
	26	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。						
	27	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。						
	28	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）						
STEP6：片付け	29	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。						
	30	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。						
STEP7：評価記録結果確認報告	31	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）						

留意点
※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：喀痰吸引　気管カニューレ内部吸引（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）

実施手順		評価項目	評価の視点	回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
				月日	／	／	／	／	／
				時間					
STEP4：実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。						
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。						
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。							
	4	気管カニューレに固定ヒモが結んである場合はほどいておき、少しコネクターをゆるめておいても良い。							
STEP5：実施	5	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。						
	6	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。						
	7	気管カニューレの周囲、固定状態および喀痰の貯留を示す呼吸音の有無を観察する。	気管カニューレ周囲の状態（喀痰の吹き出し、皮膚の発等）、固定のゆるみ、喀痰の貯留を示す呼吸音の有無などのチェックをしたか。						
	8	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。						
	9	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。						
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができているか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。						
	11	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。						
	12	吸引器のスイッチを入れる。	先端から約10cmのところを手袋をした手（またはセッシ）で持つ。						
	13	（薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルの周囲、内腔の消毒液を取り除くため、専用の水を吸引し、周囲も洗う。吸引カテーテル先端の水を良く切る。	衛生的に、器具の取扱いができているか。						
	14	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20～26キロパスカル以下に設定する。						
	15	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。						
	16	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。						
	17	人工呼吸器から空気が送り込まれ、胸が盛り上がるのを確認後、フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずし、フレキシブルチューブをきれいなタオル等の上に置く。	呼吸器から肺に空気が送り込まれたことを確認後に、片手でフレキシブルチューブ（コネクター）を、そっとはずせているか。気管カニューレをひっぱって痛みを与えていないか。はずしたフレックスチューブをきれいなガーゼかタオルの上に置いているか。水滴を気管カニューレ内に落とし込んでいないか。						
	18	手袋をつけた手（またはセッシ）で吸引カテーテルを気管カニューレ内（約10cm）に入れる。	手（またはセッシ）での持ち方は正しいか。どの時期で陰圧をかけるか、あらかじめ決めておく。吸引カテーテルは気管ニューレの先端を越えていないか。						
	19	カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をする。	吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつける。異常があった場合、家族や看護師に即座に報告したか。陰圧をかけて吸引できているか。吸引の時間は適切か。						
	20	吸引を終了したら、すぐにコネクターを気管カニューレに接続する。	フレキシブルチューブ内に水滴が付いている場合、水滴を払った後に、コネクターを気管カニューレに接続しているか。						
	21	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（滅菌蒸留水）に入れて水を汚染していないか。						
	22	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。						
	23	吸引器のスイッチを切る。（吸引終了）	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。						
	24	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。							
	25	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻す。手洗いをする。							
	26	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。						
	27	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。						
	28	人工呼吸器が正常に作動していること、気道内圧、酸素飽和度等をチェックする。							
	29	体位を整える。	楽な体位であるか利用者に確認したか。						
	30	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）サイドチューブ付き気管カニューレの場合、サイドチューブからも吸引する。（吸引器の接続管とサイドチューブをつなぐ）						
STEP6：片付け	31	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。						
	32	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。						
STEP7：評価記録結果確認報告	33	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）						

留意点
※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）

			回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等）頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入容器に入れ、注入容器を高いところにかける。滴下筒に半分位満たし滴下が確認できるようにする。	クレンメは閉めているか。					
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9	胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する。	破損、抜けがないか。胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	10	胃ろうに経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 利用者の胃から約50cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは100ミリリットル～200ミリリットル／時を目安に、本人にあった適切なスピードが良い。					
	12	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位から漏れていないか。利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白湯を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、よく洗ったか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14	体位を整える。	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6：片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。					
STEP7：評価記録結果確認報告	16	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

※　**利用者による評価ポイント（評価を行うに当たって利用者の意見の確認が特に必要な点】**
- ・調理の仕方は適切か。流してみてチューブにつまらないか。
- ・注入の早さ、温度は利用者の好みであるか。
- ・注入中の体位が楽な姿勢か。

留意点
- ※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）

			回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等）頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。	破損、抜けがないか。胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	8	胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし、半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぐ。	つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。圧をかけたとき、液がもれたり、シリンジが抜けたりすることがあるので、接続部位を把持しているか。（タオルなどで把持するとよい）					
	9	半固形栄養剤のバッグないしカテーテルチップ型シリンジの内筒を適切な圧で押しながら注入する。	5分～15分程度で全量注入する（250ccから400cc くらい）。本人にあった適切なスピードが良い。半固形の栄養バッグ（市販）は手で丸めこみ最後はぞうきんを絞るように注入する（専用のスクイーザーや加圧バッグで注入しても良い。）					
	10	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位から漏れていないか。利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、異常な頻脈、異常な発汗、異常な顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり注入し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	11	注入が終わったら、チューブ内洗浄程度の白湯あるいは10倍に希釈した食酢をシリンジで流す。	半固形栄養剤が液体になるほど加量に水分を注入していないか。チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、圧をかけてフラッシュしたか。					
	12	体位を整える。	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6：片付け	13	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。（半固形の場合は大きな角度のベッドアップは必要ではない）					
STEP7：評価記録結果確認報告	14	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

※　**利用者による評価ポイント（評価を行うに当たって利用者の意見の確認が特に必要な点】**
- ・調理の仕方は適切か。流してみてチューブにつまらないか。
- ・注入の早さ、温度は利用者の好みであるか。
- ・注入中の体位が楽な姿勢か。

留意点
- ※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価票：経鼻経管栄養

			回数	(　)回目	(　)回目	(　)回目	(　)回目	(　)回目
			月日	／	／	／	／	／
			時間					
実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5：実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等）頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入容器に入れ、注入容器を高いところにかける。滴下筒に半分位満たし滴下が確認できるようにする。	クレンメは閉めているか。					
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9	チューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認する。口の中でチューブが巻いてないか確認する。	破損、抜けがないか。鼻から挿入されたチューブの鼻より外に出たチューブの長さに変わりがないか確認したか。口腔内で経鼻胃管がとぐろを巻いていないか。					
	10	経鼻胃管に経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。つないだのが経管栄養のチューブであることを確認したか。利用者の胃から約50cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは100ミリリットル～200ミリリットル／時を目安に、本人にあった適切なスピードが良い。					
	12	異常がないか、確認する。	利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白湯を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、よく洗ったか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14	体位を整える。	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6：片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP7：評価記録結果確認報告	16	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

※　**利用者による評価ポイント（評価を行うに当たって利用者の意見の確認が特に必要な点】**
- ・調理の仕方は適切か。流してみてチューブにつまらないか。
- ・注入の早さ、温度は利用者の好みであるか。
- ・注入中の体位が楽な姿勢か。

留意点
- ※　特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※　実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

評価判定基準

(1) 基本研修（現場演習）評価判定基準

ア	評価項目について手順通りに実施できている。
イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
ウ	評価項目を抜かした。（手順通りに実施できなかった。）

(2) 実地研修評価判定基準

ア	1人で実施できる。 評価項目について手順通りに実施できている。
イ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 実施後に指導した。
ウ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。

同意書

平成　　年　　月　　日

下記の内容について、私は十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

【喀痰吸引等を行う介護職員等】

氏名：

住所：

【提供体制】

事業所名称：

事業所責任者氏名：

事業所担当者氏名：

担当看護職員氏名：

担当医師氏名：

【提供を受ける期間】

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

【喀痰吸引等（特定行為）の種類】

□　口腔内の喀痰吸引
□　鼻腔内の喀痰吸引
□　気管カニューレ内部の喀痰吸引
□　胃ろうによる経管栄養
□　腸ろうによる経管栄養
□　経鼻経管栄養

住所：

氏名：　　印

代理人・代筆者氏名：　　印（本人との続柄　　）

（同席者）

事業所名：

事業所住所：

代表者名：　　印

気管カニューレ内吸引時の覚書

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ さまの吸引カテーテルは、

種類（製品名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 太さ ＿＿＿＿＿＿ Fr.（フレンチ）
気管カニューレ内への挿入の深さは、＿＿＿＿＿＿ cm
吸引器の圧は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ kPa（キロパスカル）

●この覚書は、吸引カテーテルの深さの目安示す目印の付いた棒、紙、あるいは定規を吸引器の周囲においておき、気管カニューレ内吸引の際に挿入する長さを確認できるようにするためのものです。

●吸引圧についても、吸引器の圧表示の部位に、吸引圧上限の20kPaの部位に印を付けておきます。また、通常使用している吸引圧になる圧調整ダイアルの位置にも、印をつけておくようにします。

●気管カニューレ内吸引に当たっては、この覚書をベッドサイドに貼っておくのも、よいでしょう。

第　　号

修　了　証　書

さくら花子 殿

昭和　　年　　月　　日生

あなたは厚生労働省の委託を受けてNPO法人ALS／MNDサポートセンターさくら会が実施した　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業（特定の者対象）の研修において下記を修了したことを証します

記

区分	修了内容	
基本研修 （講義）	全課程（8時間）	
基本研修 （演習）	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養経管栄養 経鼻経管栄養	
実地研修	〈対象者氏名〉	□ 口腔内の喀痰吸引 □ 鼻腔内の喀痰吸引 □ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 □ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 □ 経鼻経管栄養

以上

平成23年＊月＊日

NPO法人ALS／MNDサポートセンターさくら会
理事長　橋本　操

介護職員等による喀痰吸引等制度Q&A

A　喀痰吸引等の制度に関すること

1．登録事業者

問 A-1　登録申請

登録事業者の登録申請については、事業所毎に所在地を管轄する都道府県に対し行うこととなっているが、同一敷地内の複数の事業所を抱える事業者の場合についても、事業所毎に申請を行うということでよいか。

答　お見込みのとおり。

問 A-2　登録申請（従業者関係の変更登録）

登録事業者の登録申請事項上、介護福祉士・認定特定行為業務従事者の氏名登録が義務づけられているが、都道府県におけるデータ管理は重要であり、

①同一所在地内の複数の登録事業所間での職員異動についても変更登録は必要。

②認定特定行為業務従事者の退職等により、喀痰吸引等の提供が可能な従事者がいなくなった場合も変更登録は必要。

と解してよいか。

答　お見込みのとおり。

問 A-3　登録申請

特別養護老人ホーム併設の短期入所生活介護の場合、人員基準上一体的な配置が認められているが、こうした場合についても、事業所毎に登録申請を行わなければならないか。また、空床利用の場合はどうか。

答　併設する施設であっても対象者が異なる場合は、その業務内容が異なることから、事業所ごとに申請を行うこととする（対象者が同一になる場合は併設施設を合わせた申請としても差し支えない）。ただし、人員配置基準は一体的となっていることから、申請書以外の書類（職員の名簿や適合書類等）については、一本化しても差し支えない。

問 A-4　適合要件

法第48条の5第1号各号に適合することを証する書類については、どのような内容が記載されていれば適合とみなしてよいか。

答　最低限の内容として、別紙「適合要件チェックリスト」の項目が満たされていれば適合とみなして差し支えない。

問 A-5　登録の必要性

喀痰吸引等を利用者本人又は家族が行う場合であって、介護職員は喀痰吸引等を行わず、事前の姿勢の整

えや器具の準備、片付けのみをする場合には、介護職員の認定や、事業者としての登録は必要ないと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

2．認定特定行為業務従事者

問 A-6 認定証の有効期限

「認定特定行為業務従事者認定証」には有効期限が定められていないが、例えば、認定後、離職・休職により喀痰吸引等の介護現場からしばらく離れていた者が再び従事する際には、改めて喀痰吸引等研修を受講する必要はないが、登録特定行為事業者が満たすべき登録基準である”特定行為を安全かつ適切に実施するために必要な措置”（法第48条の5第1項第2号）には、当該者に対する再教育（例えば、喀痰吸引等研修に定める演習、実地研修等に類似する行為をOJT研修として実施するなど）を行うことも含まれると解してよいか。また、介護福祉士に対する登録喀痰吸引等事業者においても同様と解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-7 認定証交付事務

「認定特定行為業務従事者認定証」は個人に対し交付されるものと理解しているが、「喀痰吸引等研修」受講地である都道府県に関係なく、当該者の住所地等を管轄する都道府県に対し認定証の申請が行われた場合、当該都道府県において認定証交付事務が行われると解してよいか。
また、一度認定登録した者については、勤務地・住所地の異動、登録抹消・登録辞退申請等に関わらず、「登録名簿」上は永年管理が必要であると解してよいか。
なお、同一の従事者が複数の登録事業所において勤務する場合においても、事業者の登録申請はそれぞれの事業所毎に当該従事者氏名の登録が必要であると解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-8 認定証交付事務

認定特定行為業務従事者について、以下のような変更が発生した場合に、どのように取り扱えばよいか。
① 経過措置対象者が平成24年度以降に登録研修機関の研修（第一号～第三号）を修了した場合
② 第三号研修修了者が別の対象者の実地研修を修了した場合
③ 第三号研修修了者が同一の対象者に対する別の行為の実地研修を修了した場合
④ 第三号研修修了者が第一号、第二号研修を修了した場合
⑤ 第二号研修修了者が第一号研修を修了し、実施可能な行為が増えた場合

答 基本的な考え方としては、実施できる行為が増えた場合には既存の認定証を変更し、対象者の変更（第三号研修から第一・二号への変更を含む）や、経過措置から本則の適用に変わった場合には新たな認定登録が必要となる。
①新規の申請を行い、新たな認定証を交付する
②新規の申請を行い、新たな認定証を交付する
③変更の申請を行い、交付済みの認定証を書き換える
④新規の申請を行い、新たな認定証を交付する
⑤変更の申請を行い、交付済みの認定証を書き換える

問 A-9 認定証交付事務

認定特定行為業務従事者の認定については、申請者の住所地の都道府県へ申請することになると思うが、例えば勤め先の事業所の所在地が、申請者の住所地とは別の都道府県にある場合などにおいて、事業所が職員の認定申請をとりまとめの上、事業所の所在地の都道府県へ申請を行うことは可能か。

答 お見込みのとおり、申請者の住所地の都道府県に申請することが基本となるが、住所地以外の都道府県で認定しても差し支えない。

問 A-10 認定証交付事務

認定証の交付申請書（様式５－１、５－２）の添付資料に、住民票（写し）とあるが、本籍、住所地が確認できるものとして、例えば、運転免許証の写しなど、これに代わるものでもよいか。

答 住民票の写しの提出は省令附則第５条に規定されている事項のため、他のものでの代替は不可である。ただし、学校教育法第１条に規定する学校（大学及び高等専門学校を除く）の教員に限っては、教育職員免許状の写しの提出と、住所を記載した書類等を所属する学校等で作成し学校長等が承認するなど、公的機関の証明により内容が担保されるのであれば、住民票の写しに換えることとして差し支えない。具体的な処理方法や様式等については、教育委員会と都道府県の知事部局とで個別に調整されたい。

問 A-11 認定辞退

様式11「認定特定行為業務従事者　認定辞退届出書」について、認定の辞退とはどのような場合を想定しているのか。また、辞退の根拠は法附則第４条第４項のどの条文が該当するのか。

答 認定の辞退が発生するケースとしては、H27年度までは介護職員として特定行為を実施するが、H27年度以降は介護福祉士として喀痰吸引等業務に従事するため、特定行為業務従事者認定証は返納する場合を想定している（それ以外の従事者が辞退したい場合にも用いて差し支えない）。
なお、認定辞退については上記のようなケースに備えて示したものであり、法令上の規定はない。

問 A-12 様式（本籍の届出）

平成23年12月9日付事務連絡で送付された喀痰吸引等業務の登録申請等に係る参考様式の中で、認定特定行為業務従事者の申請に係る様式５－１、５－２、７、17－１、17－２、17－４において、申請者の本籍（国籍）を記入もしくは届出させるようになっており、また認定特定行為業務従事者認定証登録簿（様式６）でも本籍（国籍）を管理するような様式になっているが、本籍（国籍）を届け出させ、管理する意図は何か。
申請者の本籍（国籍）は、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第５条に規定する届出事項とはなっておらず、個人情報の収集は最小限とすべきと考えるため、県の判断で申請者の本籍（国籍）を届出させないこととして差し支えないか。

答 認定特定行為業務従事者の認定証や登録事項は介護福祉士資格と横並びとし、本人確認を行う情報の一つとして「本籍地」を記載する例を提示したところ。
しかし、本籍地は法令に規定されているものではなく、また今回の様式は参考様式のため、法令で定める必要最低限の登録・申請事項が網羅されていれば、その他の部分は各都道府県において修正などして差し支えない。

3. 登録研修機関

問 A-13 公正中立性

登録研修機関における喀痰吸引等研修の実施においては、当該研修機関を有する事業者が自社職員のみに対するお手盛り研修とならないよう、公正中立な立場で研修実施が行われるよう、通知等で示されると解してよろしいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-14 都道府県による研修の業務委託

喀痰吸引等研修の業務委託については、都道府県が自ら実施する場合について、基本研修、実地研修を別々の機関かつ複数の機関に委託することは可能であると解して良いか。なお、「事業委託」は可能であるが、「指定」という概念はないと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-15 登録研修機関による研修の業務委託

登録研修機関については、登録要件を満たすべき責務を担うことから、基本研修、実地研修の全てを委託することはないが、いずれかを委託（複数の機関への委託を含む）することは可能であると解してよいか。また、例えば、実地研修の委託先が複数都道府県にまたがる場合（※基本研修を共同実施する形式）も想定されるが、その場合は基本研修を行う登録研修機関の所在地を管轄する都道府県に登録申請を行えばよいと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-16 登録基準（講師）

喀痰吸引等研修の業務に従事する講師については、必ずしも雇用関係は必要とせず、研修の実施に支障がなければ常勤・非常勤等の採用形態についても問うものではないが、賃金の支払いや講師としての業務従事に一定程度の責任を担ってもらうため、都道府県又は登録研修機関と講師との間において一定程度の契約や取り決めを行うことは差し支えないか。

答 差し支えない。

問 A-17 登録基準（修了証明）

喀痰吸引等研修については、基本研修（講義＋演習）、実地研修から成り立っており、実地研修修了時点において「研修修了証明証」を交付するが、演習未修了者や実地研修未修了者に対する何らか一定の担保措置を講ずる観点から、講義や演習の修了時点においても「研修受講者名簿」において管理を行い、必要に応じて都道府県と登録研修機関間において情報共有を行うことになる、と考えてよいか。

答 お見込みのとおり。なお、平成24年4月以降には都道府県だけでなく、登録研修機関で実地研修を受講することも考えられるため、基本研修が修了していることが証明できる書類を発行していただきたい。

問 A-18 履修免除（介護福祉士養成学校）

通知の中で介護福祉士養成学校の卒業者に関する記述が２項目あるが（P.18 法第40条第2項第1号から第3号まで若しくは第5号の規程に基づく養成施設若しくは学校又は同項第４号の規程に基づく高等学校若しくは中等教育学校）、この2つの違いはなにか。

答 介護福祉士養成学校において、H24年度から喀痰吸引等の医療的ケアに関する科目がカリキュラムに加わることになるが、この養成課程では、基本研修までは修了必須としているが、実地研修までは必須としていないため、修了した段階ごとに免除される範囲を規定したところ。

問 A-19 履修免除（介護福祉士養成課程等）

H24年度より開始される介護職員の実務者研修を修了した者、又はH27年度以降に介護福祉士の養成課程を卒業したものは、その授業の中で喀痰吸引等の医療的ケアについて学習しているが、これらの者が介護福祉士国家試験に合格する前に、介護職員として喀痰吸引等の業務を行う場合はどのように認定特定行為業務従事者として認定することになるのか。（法附則第4条では、認定される条件として「都道府県知事から認定を受けた者が行う研修の課程を修了したもの」とされている。）

答 養成学校も登録研修機関として登録し、当該課程の修了をもって、登録研修機関としての修了証明書を発行できるようにしていただく必要がある。

問 A-20 休廃止

登録研修機関から休止の届出書（休止予定期間を明記）が出され、その後、休止期間満了に伴い事業を再開する際、もしくは引き続き事業を休止する際は何か届出は必要になるか。

答 休止後の事業再開については、再開届出等の提出なく再開可能である。一方、当初の期間を延長して休止する場合には、再度休止届出書を提出する必要がある。
なお、廃止を行った場合は、その時点で帳簿などが都道府県に引き継がれることとなるため、この後に再開する場合には、再度登録申請から行うこととなる。

4. 喀痰吸引等研修

問 A-21 研修課程の区分（不特定・特定の判断基準）

喀痰吸引等研修の課程については省令上「第一号研修～第三号研修」が定められており、第一号及び第二号研修はこれまでの試行事業等における「不特定多数の者対象」、第三号研修は「特定の者対象」の研修に見合うものと考えるが、不特定・特定の判断基準としては、

○不特定：複数の職員が複数の利用者に喀痰吸引等を実施する場合
○特　定：在宅の重度障害者に対する喀痰吸引等のように、個別性の高い特定の対象者に対して特定の介護職員が喀痰吸引等を実施する場合

ということでよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-22 研修課程（第三号研修）

第三号研修（特定の者対象）の研修修了者が新たな特定の者を担当とする場合には、あらためて第一号研修若しくは第二号研修（不特定多数の者対象）を受講する必要はないと解してよいか。
また、第三号研修についても、基本研修を受ける必要はなく、その対象者に対応した実地研修を受講すればよいと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

5. 研修の一部履修免除

問 A-23 研修課程の区分（不特定・特定の判断基準）

違法性阻却通知に基づく研修等を修了し、たんの吸引等を行っていた介護職員等で、対象者の死亡や転出等、何らかの事情により特定の者の経過措置認定が受けられない介護職員等が、平成24年4月1日以降に第3号研修を受ける場合、通知に基づく研修等の受講履歴その他受講者の有する知識及び経験を勘案した結果、相当の水準に達していると認められる場合には、当該喀痰吸引等研修の一部を履修したものとして取り扱うことができ、一部履修免除されると考えてよいか。

答 お見込みのとおり。
研修の一部履修免除の範囲等については、平成23年11月11日付け社援発1111第1号「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）」局長通知を参照されたい。
※第5-2-（4）研修の一部履修免除
省令附則第13条の喀痰吸引等研修の課程については、当該喀痰吸引等研修以外の喀痰吸引等に関する研修等の受講履歴その他受講者の有する知識及び経験を勘案した結果、相当の水準に達していると認められる場合には、当該喀痰吸引等研修の一部を履修したものとして取り扱うこととし、以下に定める者の場合には、以下の履修の範囲とすること。
○第1号研修及び第2号研修（略）
○第3号研修
・平成22年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業（特定の者対象）」の研修修了者
（履修の範囲）基本研修
・「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について」（平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
（履修の範囲）基本研修
・「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成15年7月17日 医政発第0717001号 厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引の実施者
（履修の範囲）基本研修の「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」及び「緊急時の対応及び危険防止に関する講義」のうちの喀痰吸引に関する部分並びに「喀痰吸引等に関する演習」のうちの通知に基づき実施している行為に関する部分
・「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」（平成17年3月24日医政発第0324006号厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引の実施者
（履修の範囲）基本研修の「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」及び「緊急時の対応及び危険防止に関する講義」のうちの喀痰吸引に関する部分並びに「喀痰吸引等に関する演習」のうちの通知に基づき実施している行為に関する部分
・「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成16年10月20日医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引等の実施者
（履修の範囲）基本研修（気管カニューレ内部の喀痰吸引に関する部分を除く。）

問 A-24 研修課程の区分（不特定・特定の判断基準）

違法性阻却通知（「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」）に基づく研修等を修了し、たんの吸引等を行っていた介護職員等で、対象者の死亡や転出等何らかの事情により特定の者の経過措置認定が受けられない介護職員等が、平成24年4月1日以降に、第3号研修を受講し、新たな対象者にたんの吸引等を行う場合、例えば、

・喀痰吸引の行為が必要な対象者の場合は、実地研修（特定の対象者に対する当該行為）のみを受講すればよく、
・経管栄養の行為が必要な対象者の場合は、基本研修（経管栄養部分の講義3時間と演習1時間）及び実地研修（特定の対象者に対する当該行為）を受講するということでよいか。

答 お見込みのとおり。
なお、喀痰吸引の行為が必要な対象者の場合に、基本研修（経管栄養部分の講義3時間と演習1時間）を受講することを妨げるものではない。

問 A-25 研修課程の区分（不特定・特定の判断基準）

違法性阻却通知（「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」）に基づく研修等を修了し、たんの吸引等を行っていた教員で、異動等何らかの事情により特定の者の経過措置認定が受けられない教員が、平成24年4月1日以降に、第3号研修を受講し、新たな幼児児童生徒にたんの吸引等を行う場合、A-23の研修の一部履修免除を適用し、例えば、

・気管カニューレ内部の喀痰吸引以外の特定行為が必要な幼児児童生徒の場合は、実地研修（特定の対象者に対する当該行為）のみを受講すればよく、
・気管カニューレ内部の喀痰吸引が必要な幼児児童生徒の場合は、基本研修（気管カニューレ内部の喀痰吸引に関する部分を含む講義3時間と演習1時間）及び実地研修（特定の対象者に対する当該行為）を受講するということでよいか。

答 お見込みのとおり。
なお、気管カニューレ内部の喀痰吸引以外の行為が必要な幼児児童生徒の場合に、基本研修（気管カニューレ内部の喀痰吸引に関する部分を含む講義3時間と演習1時間）を受講することを妨げるものではない。

6. 都道府県事務

問 A-26 公示

登録等に関する公示については、喀痰吸引等の対象者に対して登録事業者や登録研修機関の登録等の状況を広範囲かつ一定程度の継続性をもって行うことができれば、その方法等（県庁舎の然るべき公示掲載場所での一定期間の掲載、県庁ホームページや県広報誌等の活用など）については、各都道府県での取り決めに従い行えばよろしいか。
なお、介護福祉士・認定特定行為業務従事者の氏名については、個人情報に類し公示させる意義に乏しいため、公示の対象としないということでよろしいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-27 事業廃止

登録研修機関や登録事業者が廃止となる場合においては、業務停止前に、「研修修了者名簿」等については、当該研修機関もしくは事業者の廃止後においても継続的に研修修了者等の修了証明を担保する必要があることから、都道府県において引継ぎし、管理していくべきものであると解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-28 事務処理体制

窓口設定、名簿管理等について、都道府県内で複数のセクション（例えば、高齢福祉課と障害福祉課）において実施したり、関係事項に関する事務処理（決裁処理、行政文書に関する審査委員会の設置等）については、各都道府県に委ねられていると解してよいか。
また、登録事務そのものについて、最終的な決定事務は都道府県が行うが、申請書の受理や書類審査等の事務を外部団体に委託することも可能であると解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-29 登録手数料

登録事務に関する手数料設定については、設定の可否、料金設定、設定すべき種別等について各都道府県の判断に委ねられているものと解してよいか。また、設定については手数料条例の改正等をもって行うべきものと思慮しているが、少なくとも経過措置対象者に対する権利保障の関係から鑑みて、平成23年度内の然るべき時期までに事務処理を行うべきものと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

7. その他

問 A-30 特定行為の範囲

今般の制度化によって、介護従事者にも可能となった行為以外の行為は、実施できなくなると考えて良いか。

答 喀痰吸引と経管栄養以外の行為が医行為に該当するか否かや、介護職員が当該行為を実施することが当面のやむを得ない措置として許容されるか否かは、行為の態様、患者の状態等を勘案して個別具体的に判断されるべきものであり、法が施行された後もその取扱いに変更を加えるものではない。

問 A-31 H27年度対応　登録事業所の変更手続（特定行為→喀痰吸引等）

当面、認定特定行為業務従事者として介護福祉士と介護福祉士以外の介護職員のいる「登録特定行為事業者」については、平成27年度以降、当該介護福祉士が「特定登録者」となること等を踏まえ、「登録喀痰吸引等事業者」との二枚看板を背負うことになるが、その場合、例えば「従事者氏名＝名簿一覧」については、同一者でも「認定特定行為業務従事者」から「介護福祉士」へと区分変更申請を行う必要があると思慮するが、改めて事業者登録申請を出し直すこと等は事業者側・都道府県側の双方での事務煩雑化を招きかねず、何らかの事務簡素化措置（※当初より登録申請書については「登録特定行為事業者」と「登録喀痰吸引等事業者」を同じものを用いて申請させる等）が講じられるものと解してよろしいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-32 H27年度対応　登録事業所の変更手続（特定行為→喀痰吸引等）

仮に、従業者全て介護福祉士である「登録喀痰吸引等事業者」において、離職等により介護福祉士の確保が困難となり、介護福祉士以外の認定特定行為業務従事者を雇用し業務を行う場合には、「登録喀痰吸引等事業者を廃止」し「登録特定行為事業者としての新規登録」すべく事務処理が必要となるものと思慮されるが、突発的な離職等による変更登録申請時と同様に、事後的に遅滞なく届出を行えばよいと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

問 A-33 H27年度対応　特定登録証交付に伴う事務

認定特定行為業務従事者である介護福祉士が平成27年度以降において「特定登録者」となった場合の都道府県における事務処理については、特段の都道府県から当該者に対する能動的な対応は不要と思慮するが、認定特定行為業務従事者からの登録取消申請があった場合には、「認定特定行為業務従事者認定証」の返納を受け、その旨を「管理名簿」に記載した上で継続管理を行う（「管理名簿」上からの削除は行わない）こととすることでよいか。

また、平成27年度以降のこうした者等に関する「（財）社会福祉振興・試験センター」との間の事務調整や情報連携等については、厚生労働省を介在して何らかのスキームが示されるものと解してよいか。

答 お見込みのとおり。

B　経過措置対象者に関すること

1．経過措置対象者

問 B-1 経過措置対象者の範囲

違法性阻却通知又は平成22年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業・平成23年度都道府県研修に基づく研修は受講したが、現在喀痰吸引等を実施していない者については、経過措置対象者に含まれるか。

答 今後、喀痰吸引等の業務を実施する見込みがある場合は対象として差し支えない。

問 B-2 第3号研修

経過措置対象者（居宅におけるALS等の障害者に対する喀痰吸引を実施していた者）がH24年4月1日以降に第3号研修を受講し、対象者や行為を変更する場合、例えば、

- 口腔内喀痰吸引を実施していた者が、鼻腔内喀痰吸引の行為を追加する場合は、実地研修（特定の対象者に対する当該行為）のみを受講すれば良く、
- 口腔内喀痰吸引を実施していた者が、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養の行為を追加する場合は、基本研修（経管栄養部分の講義3時間と演習1時間）及び実地研修（特定の対象者に対する当該行為）を受講するということでよいか。

答 お見込みのとおり。

問 B-3 第三者証明

経過措置者に係る交付申請時に添付の第三者証明書について、第三者とはどのような者が該当するか。

答 不特定多数の者を対象とした介護職員であれば、その者が勤める事業所の長となり、特定の者を対象とした者であれば、その者が勤める事業所の長や主治の医師等によるものと考えられる。

2. 経過措置の範囲

問 B-4 研修受講の可否

H23年度都道府県研修における実地研修の修了がH24年3月31日までに満たされない者については、

(1) 年度を越えた後においてもH23年度事業の対象として実地研修を行うのか、それともH23年度事業の対象としては当該者は未修了者扱いとして事業を終了させ、改めて法施行下で都道府県（又は登録研修機関への受入依頼等）により実地研修のみを行うのか。

(2) 前者の場合は研修修了時点をもって経過措置対象者として取り扱われ、後者の場合は「基本研修」を一部免除として取り扱った上で「喀痰吸引等研修」を修了し、かつ、認定特定行為業務従事者として取り扱うのか。

(3) それぞれの場合の実地研修に要した費用についてはH23年度国庫補助事業として精算確定すればいいのか、それとも受講者負担とすることは可能か。

答 一定範囲までを本事業で実施し、H24年度以降は都道府県又は登録研修機関で残りの研修を行った上で認定することは可能。その際、受講者がどこまで研修を終えているか、証明できる書類を発行することが必要になる。

予算単年度主義が原則であり、H23年度国庫補助金については年度末までにかかった費用について対応する予定。

問 B-5 対象者

違法性阻却の通知は、施設関係は「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」のみで、障害者施設や通所事業所における取扱いについては明記されていない。また、「ALS患者の在宅療養の支援について」「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」は在宅に限定されている。障害者施設や通所事業所の職員は、経過措置の対象に含まれるのか。

答 障害者施設や通所事業所の職員は、経過措置対象者には含まれない。

問 B-6 認定証に記載される行為

現在違法性阻却論により容認されている方については、その範囲において、認定特定行為従事者になりうるが、今後もたん吸引研修を受講する必要がないのか。

答 現在、違法性阻却でたんの吸引等を実施している方については、その行為の範囲内で経過措置の認定が行われる。したがって、それ以外の行為を実施する場合には、研修を受ける必要がある。

3．認定特定行為業務従事者

問 B-7 申請

認定特定行為業務従事者の認定が遅れ、4月1日までに間に合わない場合については、4月中に従業者の交付申請書が受理された場合に限り、4月1日に遡って、登録したものとする取り扱いできないか。

答 そのような扱いとして差し支えない。

問 B-8 申請

様式17－３「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類」について、※一時的に離職している者（…やむを得ず離職し転職活動中等の者を含む。）とありますが、これは、どのようなケースを想定しているのか。

答 経過措置対象者の要件として、法では「法律の施行の際現に介護の業務に従事する者」とされているが、育児休暇中やH24.4.1間際で離職した者も経過措置対象者に含まれるようにするため注記を加えている。

4．登録喀痰吸引等事業者

問 B-9 申請

登録事業者の登録については、認定特定行為業務従事者の認定が行われた後、従事者名簿が整って始めて申請が可能となるものであり、認定特定行為業務従事者の認定が遅れ、事業者登録が4月1日に間に合わない場合については、事業者登録の申請書が受理された後、4月1日に遡って、登録したものとする取り扱いできないか。

答 そのような扱いとして差し支えない。

5．特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の経過措置認定者の認定行為の範囲

問 B-10 認定証の有効範囲

①特養で14ｈの研修を受け、施設長名の修了証が発行されたが職員が、転勤、転職等により登録時に特養に在籍していない場合でも認定は可能か。
※介護には従事している。（たとえば法人の老健に勤務している。グループホーム、他特養に勤務している等

②また認定後退職し、他の施設（他特養、老健、デイ等）で勤務した場合、資格は有効か。
※登録事業所である老健や、デイでも特養の経過措置のケアが可能か、あるいは特養でしか有効ではないのか。

答 認定は介護職員個人に対する認定行為であり、認定された行為を行う限りにおいては、事業種別を問うものではない。

6．違法性阻却通知関係

問 B-11 対象者

障害程度区分４以上のケアホーム利用者が重度訪問介護を利用し、喀痰吸引を行っている場合について、当該介護職員は、今回の制度の経過措置対象となるか。

答 ケアホームで派遣介護職員が支援する時は、在宅扱いとしていることから、ケアホーム利用者が重度訪問介護を利用し、喀痰吸引を行っている場合についても、違法性阻却通知に基づき実施している行為については経過措置の対象となる。

問 B-12 対象者

「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日医政発第0401第17号厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引等の実施者について、経過措置としての認定特定行為業務従事者の認定の範囲はどのように考えればよいか。

答 認定特定行為業務従事者としての認定は、原則として平成24年3月末までの間に特別養護老人ホームで就業した者。なお、上記通知に基づき特別養護老人ホームでたんの吸引等を実施していた介護職員であって、平成24年3月末の時点で休業中の者等を含む。

問 B-13 違法性阻却通知の取扱い

違法性阻却の通知はいつ廃止されるのか。

答 介護職員等による喀痰吸引等の実施については、従来、厚生労働省医政局長通知により、当面のやむを得ない措置として、在宅、特別養護老人ホーム及び特別支援学校において一定の要件の下に認めるものと取り扱っているが、当該通知について、新制度施行後は、その普及・定着の状況を勘案し、特段の事情がある場合を除いて原則として廃止する予定である。

7．その他

問 B-14 H23年度研修の未修了者の扱い

経過措置対象者については、申請により認定証の交付を受けたうえで、平成24年4月1日以降も行為が可能と説明されているが、H24年度より開始される喀痰吸引等研修の3課程とは別に、実施可能な行為ごとに認定されるものという理解でよいか。（特養であれば「口腔内、胃ろう」のみと行為の範囲が記載されるなど）。

答 ご指摘のとおり、実施可能な行為が認定証に記載され、その範囲でのみ経過措置として認められる（ただし、特養については、現在、胃ろうによる経管栄養のうち、栄養チューブ等と胃ろうとの接続、注入開始は通知により認められていないため、これらの行為は除かれる）。

問 B-15 H23年度研修の未修了者の扱い

平成24年度に、違法性阻却の通知に基づいて、特養において施設内で研修を実施した場合、口腔内、胃ろうの行為について、認定証の交付は可能なのか。

答 平成24年度以降に開始した研修については、経過措置の対象とはならない。

写

医政発０３２９第１４号
老発０３２９第７号
社援発０３２９第１９号
平成２４年３月２９日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長

老健局長

社会・援護局長

介護職員等の実施する喀痰吸引等の取扱いについて（通知）

標記については、「ＡＬＳ（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成15年7月17日付け医政発第0717001号）、「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成16年10月20日付け医政発第1020008号）、「在宅におけるＡＬＳ以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」（平成17年3月24日付け医政発第0324006号）及び「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日付け医政発0401第17号）（以下「喀痰吸引関連４通知」という。）により、介護職員が喀痰吸引等を実施することがやむを得ないと考えられる条件について示してきたところである。

今般、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（平成23年法律第72号）（以下、「法」という。）の施行に伴い、介護職員等による喀痰吸引等（改正後の社会福祉士及び介護福祉士法施行規則で定める行為に限る。以下同じ。）の実施について、下記のとおりとなるので、貴職におかれては、管内の市町村、関係機関、関係団体及び各特別養護老人ホーム等に周知いただくとともに、制度の円滑な実施に向けて特段の配慮をお願いしたい。

記

介護職員等による喀痰吸引等については、平成 24 年４月１日から、改正後の社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号。以下「改正法」という。）に基づき行われることとなること。

このため、改正法に基づかず実施している事実が確認された場合においては、できる限り速やかに改正法に基づいた適用手続を促すべきであること。具体的には、改正法施行の平成 24 年度前に喀痰吸引等の行為を実施していた者については、認定特定行為業務従事者認定証の交付申請及び当該者が属する事業所における登録喀痰吸引等事業者の登録手続をできる限り速やかに行うよう周知すること。

また、平成 24 年４月以降に喀痰吸引関連４通知で示した研修を実施しても、改正法の経過措置に基づく特定行為業務従事者の認定は受けられないことに誤解なきよう対応されたい。

なお、改正法に基づかない介護職員等の喀痰吸引等がやむを得ないものかどうかは個別具体的に判断されることになるが、その際、喀痰吸引等は原則として改正法に基づいて実施されるべきであることも勘案された上で判断されることとなると考えられること。

C　平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象）（略）

D　平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）

問 D-1　全体

平成23年度末の時点で、研修の全課程を修了できない場合、都道府県又は都道府県の委託を受けた事業実施者は、終了した内容をどのように証明すればよいか。
また、残りの研修について平成24年度以降に研修を実施しても差し支えないか。

答　都道府県の任意の様式で、終了した内容等についての証明書を発行いただきたい。
また、残りの研修について平成24年度以降に引き続き研修を実施しても差し支えない。

問 D-2　全体

どのような場合に「第三号研修（特定の者対象）」を選択しうるか、適切な例をお示しいただきたい。

答　特定の者の研修事業は、ALS等の重度障害者について、利用者とのコミュニケーションなど、利用者と介護職員等との個別的な関係性が重視されるケースについて対応するものである。以下に限定されるものではないが、具体的な障害等を例示するとすれば以下のような障害等が考えられる。
〈障害名等の例〉
・筋萎縮性側索硬化症（ALS）又はこれに類似する神経・筋疾患
・筋ジストロフィー
・高位頸髄損傷
・遷延性意識障害
・重症心身障害　等
なお、上記のような対象者であって、対象者も限定されている場合は、障害者支援施設においても「特定の者」研修を選択しうる。

問 D-3　全体

特別養護老人ホーム、老人保健施設等高齢者施設で従事する職員は、特定の者の研修事業の受講者には該当しないと考えるが、いかがか。
また、介護保険施設以外の介護保険サービスに従事する職員に関しては、どのように考えればよいか。

答　そのとおり。
特定の者対象の研修事業は、ALS等の重度障害者について、利用者とのコミュニケーションなど、利用者と介護職員等との個別的な関係性が重視されるケースについて対応をするものであり、事業として複数の利用者に複数の介護職員がケアを行うことが想定される高齢者の介護施設や居住系サービスについては、特定の者対象の研修事業の対象としない予定。また、その他の居宅サービスについては、上記の趣旨を踏まえ、ALS等の重度障害者について、個別的な関係性を重視したケアを行う場合に、特定の者対象の研修を実施していただきたい。

問 D-4 カリキュラム

研修カリキュラムについて、時間数、項目はそのとおりに行わなければいけないのか。県の裁量や独自性は一切認められないのか。

答 実施要綱に示された時間数や項目の内容に沿って、研修カリキュラムとして適切な講義を行っていただく必要がある。ただし、受講生の理解度に応じて内容を付け加える等、実施要綱に示された内容以上に実施することは差し支えない。
なお、「重度障害児・者等の地域生活等に関する講義」については、研修の対象である行為を受ける「特定の者」の状況等により必要となる講義内容を設定すること。（例：特別支援学校の教員に対する研修における講義については、「学校生活」へ変更する等、対象者に応じた内容とする等。）

問 D-5 カリキュラム

都道府県研修において、基本研修の内容を「不特定」と「特定」と比較した時、「講義」の科目、及び時間数に違いがあるため、「不特定」と「特定」の研修を合同で行うことは不可能（別々に行うべき）と考えてよいか。

答 特定と不特定では別のカリキュラムであるので、研修は原則別々に行うべきである。

問 D-6 基本研修

特定の者の研修事業について、国から筆記試験事務規程に関する通知はあるのか。

答 特定の者の研修事業に特化した筆記試験事務規程に関する通知をする予定はない。特定の者対象の研修の実施要綱及び特定の者対象の研修関係の事務連絡等を参照の上で、実施されたい。

問 D-7 基本研修

ALS等の進行性疾患の場合、現在は喀痰吸引等の必要はないが、将来必要になる可能性がある。このような者を担当している、又は担当する可能性がある介護職員等の場合、特定の者の基本研修でシミュレーター演習まで終了し、当該対象者に喀痰吸引等が必要になる際に現場演習を実施し評価を受け合格した上で実地研修に進むことで良いか。その際、研修実施機関はシミュレーター演習まで終了した旨の証明書を発行できると解して良いか。

答 お見込みのとおり。

問 D-8 基本研修・実地研修

基本研修について本研修事業以外の他の研修において、基本研修で受講すべき科目と重複した内容を既に受講済みの者について、都道府県の判断で当該科目の受講を免除することは認められるか。

答 研修等の受講履歴その他受講者の有する知識及び経験を勘案した結果、相当の水準に達していると認められる場合には、通知等で示す範囲について受講を免除することは認められる。

問 D-9 演習

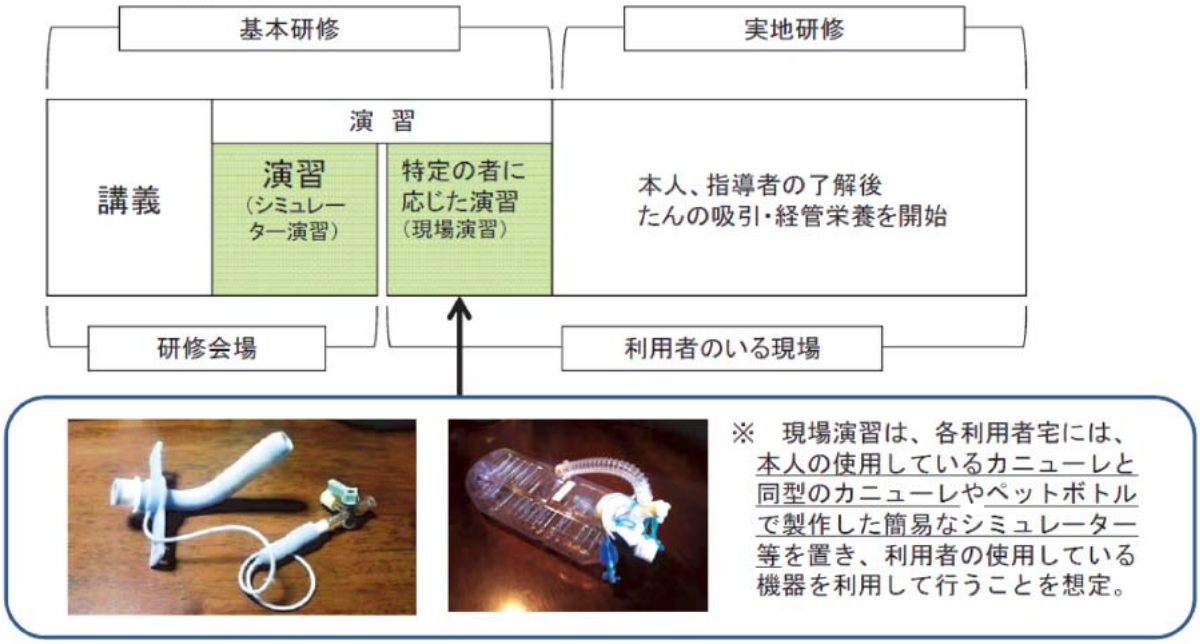
シミュレーター演習については、受講者によっては特定の行為のみの実施でも可能なのか（例えば、口腔内たん吸引のみ実施など）。可能な場合でも、1時間の演習が必要なのか。すべての行為を行う必要があるのか。

答 講義後の1時間のシミュレーター演習は、イメージをつかむことを目的とするが、すべての行為について演習を行っていただきたい。
現場演習は、利用者のいる現場で、利用者の使用している吸引器等を使って、シミュレーターで特定の行為の演習を行う。
【別紙1】参照

【別紙】

【特定の者】基本研修（演習）

○ 基本研修における演習（シミュレーター演習）［１時間］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、評価は行わないが、すべての行為について演習を行っていただきたい。
○ 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。



問 D-10 演習

すべての現場へ人体モデル（シミュレーター）を持って行くことは困難。
簡易なシミュレーターとはどのような物なのか。

答 ペットボトルの口に気管カニューレとチューブを繋げる、ペットボトルに穴をあけて胃ろうのペグを付ける等、簡易な物でよい。
＜参考＞簡易なシミュレータの例
【別紙2】
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-6-1-2.pdf

別紙2

気管カニューレ内部の喀痰吸引練習器（愛称：Pちゃん）の制作方法と練習のしかた

NPO法人さくら会

ペットボトルとカニューレ、はさみ、カッター、ひも、Ｙガーゼ、を用意します。
カニューレは使用済みのものでもいいのですが、その場合はよく洗浄してください。

ペットボトルの上部に穴をあけて、カテーテルを差し込みます。
差し込んだら、カフから空気を入れてバルーンを膨らましてください。
カフにどれくらい空気を入れたらどれくらいバルーンが膨らむか見えます。
気管カニューレの長さもわかりますので、どれくらいカテーテルを入れるといいのかがわかります。

ぐらつかないように、しっかりペットボトルの首にひもで縛ります。

Ｙガーゼを差し込み、実際の雰囲気を出しましょう。
演習では、まず、吸引の手順、コネクターの取りつけ、取り外しなどの扱い、セッシの扱い方を練習します。
慣れてくれば、ペットボトルの中に模擬たんを入れて、実際に吸引を行っても良いでしょう。

カニューレにコネクターを差し込んだところです。
コネクターを効き手でないほうの手で丁寧かつ迅速に取り外したり、はめたりする練習をします。
乱暴に行えば痛みを与えますので、これがもっとも大事です。片手であっても、きちんと締めないと外れてしまいます。

上からみたPちゃん。
介護職員等は、この吸引練習器で繰り返し練習して手順をしっかりと覚えてください。
100回ほど手順どおり練習を繰り返すと身体が覚えてしまいます。

在宅においては、人形型のシミュレーターを利用者宅に持ち込んで練習することは、スペースの関係上困難ですが、これなら簡単持ち運びができ、利用者の目の届くところで演習が可能です。
コストもかからず、制作にかかる時間も１時間程度ですので、是非活用してみてください。

問 D-11 実地研修

特定の者対象の研修の場合、経鼻胃管チューブが胃まで届いているかの確認は誰が実施することとして研修を行えばよいか。

答 経鼻胃管チューブが胃まで届いているかの確認については、重要な事項であるので、介護職員等が行う手順としても、栄養を注入する前に、少なくとも鼻から管が抜けていないか、口腔内で経鼻胃管がとぐろを巻いていないか程度は確認するように手順の中に含めているところである。
注入前に、シリンジで内容物を吸う、空気を入れてバブル音を確認するといった処置に関しては、知識としてもっていただく必要があるので、講義では説明していただきたいが、基本的には、経鼻経管栄養の際には、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医師、保健師、助産師又は看護師が行うこととしており、例えば在宅においては、訪問看護師等の医療者が確認する事項、あるいは家族が確認する事項として位置づけており、介護職員等には要求しないこととしている。

問 D-12 実地研修

研修実施要綱案について「3．対象者」に記載されている施設と実地研修施設として記載されている施設には違いがあるのか。

答 実地研修施設は、介護療養病床、重症心身障害児施設等を含むが、研修の受講対象者では、制度化後、医療機関が登録事業所にならないため、介護療養病床、重症心身障害児施設等に勤務する職員は除外している。

問 D-13 実地研修

実地研修実施要領において、利用者のかかりつけ医等の医師からの指示とあるが、この医師は誰を想定しているのか。

答 利用者のかかりつけ医や主治医、施設の配置医等を想定しており、指導者講習を受けている必要はない。

問 D-14 講師の要件

研修の講師は、本年度実施する指導者養成事業を修了する必要があるのか。指導者養成事業を修了した看護師等が在籍していないと研修事業を実施できないのか。

答 平成23年度の事業における特定の者研修の講師は原則として、指導者養成事業（都道府県講習又は自己学習）を修了する必要がある（次項を併せて参照のこと）。
研修事業の実施に当たっては、外部講師や委託も可能としており、実際に講師、指導者となる者が指導者養成事業を修了していればよく、在籍していないと研修事業を実施できないというわけではない。
なお、平成24年度以降の喀痰吸引等研修における講師の要件として義務づけられているものはないが、研修講師候補者については、履歴等を提出させ、講師要件との整合性や適正等につき、十分な審査を行うこととし、適宜、当該研修講師候補者への面接、ヒアリング等についても行うよう努めることとしている。

問 D-15 講師の要件

平成23年度研修事業介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実施要綱の5．講師の項において、基本研修（講義、演習）の講師は、原則として指導者講習を受講した医師、保健師、助産師又は看護師とあるが、「例外」として想定されるのはどのような場合か。

答 実施要綱5（4）の「重度障害児・者等の地域生活等に関する講義」については、指導者講習の受講に関わらず、当該科目に関する相当の学識経験を有する者を講師として差し支えない、としている。また、指導者養成事業に相当すると都道府県知事が認めた事業を修了した医師、保健師、助産師又は看護師（具体的には、試行事業の際の指導看護師等を想定）も講師となることができる。

問 D-16 試行事業との関係

「介護職員によるたんの吸引等の試行事業」で研修を受講した介護職員は、都道府県研修を受講したものと見なせるか。

答 試行事業において、基本研修及び実地研修を修了と判定された方については、本年度の研修の免除が可能（修了した行為のみ）。基本研修まで修了した方については、基本研修の免除が可能。

問 D-17 研修受講対象者

障害者（児）サービス事業所及び障害者（児）施設等（医療機関を除く。）で福祉サービスに従事している保育士だけでなく、保育所の保育士も研修事業の対象となると考えてよいか。

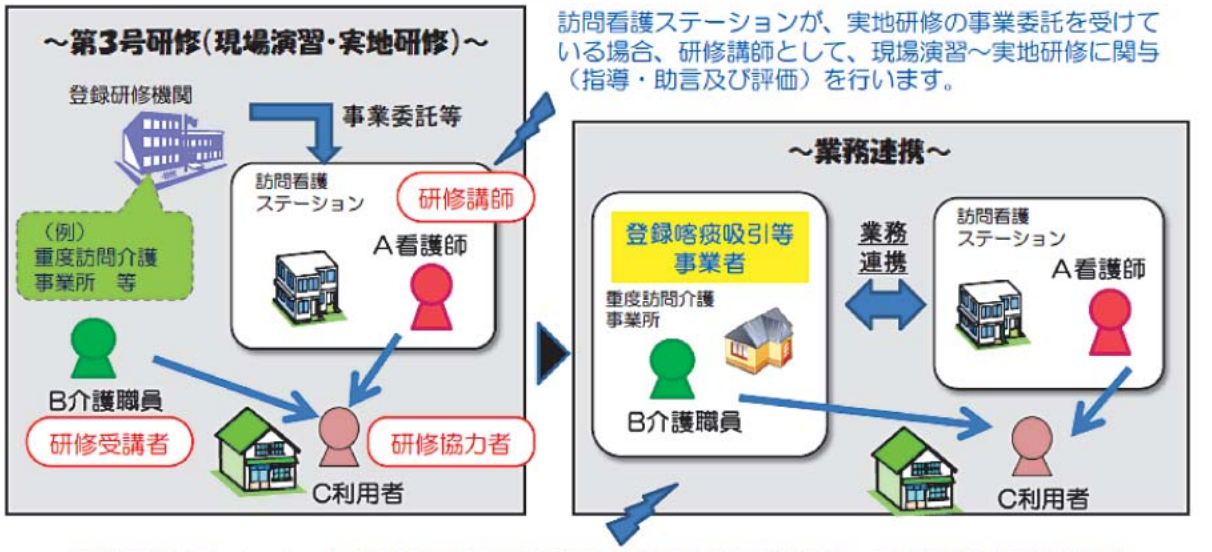
答 お見込みの通り。

問 D-18 訪問看護師との関わりについて

実地研修の講師については、当該対象者をよく知る看護師等が望ましいと思うが、在宅の場合は、その家に入っている訪問看護師が望ましいと考えてよいか。

答 お見込みの通り。
なお、具体的なイメージについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載している図を参照していただきたい。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/5-1-2.pdf

（参考）訪問看護ステーションとの関わり方の例（特定の者対象の場合）



「研修（第３号研修）」は、特定の利用者に対する医行為の提供を前提として行われることから、研修場面、実際の業務場面を通じて、同一の利用者（特定の者）に対し、同じ介護職員が喀痰吸引等を提供することとなりますが、その際、同じ看護師が関与することが望ましいと考えられます。