

# 介護職のための医療的ケア手順書

高齢者総合福祉施設 虹ヶ丘  
医療的ケア安全対策委員会

## 改定履歴

---

発行日	改定履歴
平成 24 年 3 月 8 日	初版発行
平成 24 年 5 月 17 日	吸引編 STEP4 ケア実施 P5~P6 「吸引チューブと連結管を繋いだ状態で保管」から 「吸引後は吸引チューブを連結管から外し、吸引チューブを保管容器に入れておく」に手順を変更

目 次

～ 吸引編 ～

STEP 1	安全管理体制確保.....	3
STEP 2	観察判断.....	3
STEP 3	実施準備.....	4
STEP 4	ケア実施.....	4
STEP 5	結果確認報告.....	6
STEP 6	片付け.....	6
STEP 7	評価記録.....	7

～ 経管栄養編 ～

STEP 1	安全管理体制確保.....	8
STEP 2	観察判断.....	9
STEP 3	実施準備.....	9
STEP 4	ケア実施.....	10
STEP 5	結果確認報告.....	11
STEP 6	片付け.....	11
STEP 7	評価記録.....	12

## ～ 吸 引 編 ～

### 介護職員がたん吸引をするにあたって

- ①医療的ケア（口腔内の吸引）に関する説明書・同意書があること。
- ②口腔内吸引を看護職員と介護職員が協働して実施することを配置医が承諾し、包括指示書があること。

吸引は苦痛を伴う処置である。まずは吸引器を使用しないで除去を試みるが、分泌物等の貯留物の量や貯留部位及び水分が多い場合または吸引のほうが利用者様の苦痛・不安が少ない場合に実施する。

#### STEP 1 安全管理体制確保

安全に吸引が実施できる者を選定すること及び緊急時に備える。

- (1) 利用者様の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する。  
(急変・事故発生時の対策を含む)
- (2) 初の実施時及び状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者様についてたんの吸引を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。

#### STEP 2 観察判断

口腔内及び全身の状態を観察し、吸引の必要性を判断・確認する。

- (1) 看護職員が毎朝又は当該日の第 1 回目の実施時に状態を観察する。
- (2) 利用者様の口腔内及び全身状態を観察し、吸引の必要性及び看護職員と介護職員の

- 協働による実施が可能かどうか等を確認し判断する。
- (3) 利用者様の状態によっては、吸引時に激しい抵抗を示す場合があります、危険を伴うと判断した場合には看護職員による実施や安全策を検討する。

## 口腔内吸引の手順

### STEP 3 実施準備

吸引に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。

- (1) 医師の指示等の確認を行う。
- (2) 手洗いをを行う。「石けんと流水」による手洗い、あるいは速乾式擦式手指消毒薬による手指消毒を行う。
- (3) 必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する。
- ・吸引器（吸引ピン・接続チューブ・連結管）
  - ・吸引カテーテル（サイズ 12～14Fr）：1日1回交換
  - ・保管容器（蓋つきが望ましい）
  - ・ティッシュペーパー
  - ・洗浄水（口腔内の場合は水道水で可）：1日1回交換
  - ・清潔な手袋
- (4) 消毒液（ヒビテン[5%グルコン酸クロルヘキシジン液]80倍希釈）：1日1回交換
- ※コーヒーの空き瓶（大）：ヒビテンキャップ2杯（10cc）に水800cc
  - ※コーヒーの空き瓶（小）：ヒビテンキャップ1杯（5cc）に水400cc
- 水の量がわかるように容器に印をつけます。
- (5) 必要物品を利用者様のもとへ運ぶ。（いつも使用する方は居室に設置しておく）

### STEP 4 ケア実施

吸引について利用者様に説明し、吸引を適切かつ安全に実施する。

- (1) 説明と環境整備。
- ・利用者様に吸引の説明をする。利用者様の協力が不可欠であるため、十分な説明をしたあとに実施する。
  - ・プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをする。
  - ・吸引を受けやすい姿勢を整える。
- (2) 吸引前の観察（口腔内の状況は朝など定期的に看護職員により観察され、異常がないことを確認されているが、実施前には再度、実施者の目で観察する。異常があれば看護職員に連絡する。）
- ・口腔内の状態（出血や損傷の有無）
  - ・義歯の状態
  - ・口腔内の分泌物等の貯留物
- (3) 手袋を着用する。
- (4) 吸引の実施
- ①保管容器に入れてある吸引チューブを取り出し連結管につなぐ。周囲に触れないように注意する。
  - ②（浸漬法の場合）吸引チューブの外側をティッシュペーパーで拭く。
  - ③吸引器のスイッチを入れて、水の入った容器へ吸引チューブを入れ、吸引力が 20kPa（20 キロパスカル）になることを確認する。  
浸漬法の場合は、吸引チューブをティッシュペーパーで拭き、消毒液を十分に洗い流すためにも、水を十分吸引する。（消毒液が体内に入ることによるショックの予防）
  - ④吸引チューブの先端の水をよく切る。
  - ⑤利用者様に吸引の開始について声かけをする。
  - ⑥吸引チューブを静かに挿入する。非利き手でカテーテルの根元を塞ぎ、カテーテルを保持する。粘膜への損傷や、多量の空気を吸引しないために、圧をかけずに挿入する。
  - ⑦口腔内（肉眼で貯留物を確認できる範囲）の分泌物を吸引する。  
1 回の吸引時間は低酸素状態を防ぐため 10 秒以内とする。  
吸引チューブをとどめておくと、粘膜への吸い付きが起こる場合もあるので、チューブを回したり、ずらしたりしながら圧が 1 か所にかからないように留意する。
  - ⑧吸引チューブを静かに抜く。
  - ⑨吸引チューブの外側を、ティッシュペーパーで拭く。洗淨水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす。  
唾液等には多くの細菌等を含んでいるために、まず吸引チューブ外側を清拭し、次に水を通すことによって、吸引チューブ内側を清潔にし、適切に管理する。  
※1 回で吸引しきれなかった場合は、呼吸の状態が落ち着くまで休んでもう一度行う。
- (5) 実施後の片付け。

- 吸引器の電源を切る。
  - 吸引チューブを連結管から外す。
  - 保管容器に吸引チューブを入れておく。接続部分は消毒液につけない。  
(噛んでしまわれた場合は吸引チューブの損傷を確認する)
- (6) 手袋をはずす。
- (7) 吸引が終了したことを告げ、ねぎらいの言葉をかける。痰が取りきれたかどうかを確認する。利用者様の希望の姿勢に整える。
- (8) 次回使用物品の確認。水や足りない物品を補充する。  
吸引チューブに損傷を認めた場合や、消毒保存液や洗浄水に浮遊物などを確認したら速やかに交換する。
- (9) 「石けんと流水」による手洗い、あるいは速乾式擦式手指消毒薬による手指消毒を行う。

## STEP 5 結果確認報告

吸引実施後の利用者の状態を観察し、看護職員に報告する。

- (1) 利用者様の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する。低酸素状態の確認についてはサチュレーションモニターを用いて確認する。実施直後は問題なくても、その後状態変化が見られる危険性もあるため観察が必要。
- (2) 介護職員が吸引を行った場合は看護職員に報告する。  
吸引中・吸引後の利用者様の状態、吸引した物の量、性状、異常の有無等を報告する。看護職員は、介護職員からの報告を受け、異常があった場合は再度観察及び確認をする。
- (3) ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告  
介護職員はいつもと違った変化については看護職員に報告し、看護職員が「ヒヤリハット・アクシデント」に相当する出来事であるかを判断する。

## STEP 6 片付け

吸引びんや吸引器の後片付けを行う。

- (1) 吸引びんの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる。それ以下でも1日1回は捨てる。吸引びんを洗浄して底から1～2cm水をはり吸引器にセットする。セットし

た際に正常に作動するかを確認する。

(2) 使用物品の後片付け・交換する。

- ①食事時のみに使用する場合：施設が定めた保管場所に保管する。
- ②食事時以外でも使用する場合：ベッドサイドでも使用する場合は、使用しやすい位置に配置する。
- ③緊急時のみに使用する場合：緊急に備え、いつでも使用できるようにメンテナンスをしておく。

## STEP 7 評価記録

吸引の実施について、その内容を記録する。

(1) ケア実施の証明及び今後のケアプランに活用できるように記録しておく  
PC入力は、介護：メモバイタル、看護：状態観察で入力する。

〈記録の内容〉客観的に記録し、共通認識できる用語や表現を使用する。

- ・実施時刻
- ・吸引した内容物の種類や性状及び量
- ・一般状態
- ・特記事項
- ・実施者名
- ・利用者の訴え

\*居室に置いてある用紙にも記録する。

- ・実施日時
- ・痰の量
- ・実施者サイン

## ～ 経管栄養編 ～

### 介護職員が胃ろうによる経管栄養を実施するにあたって

- ①医療的ケア（胃ろうによる経管栄養）に関する説明書・同意書があること。
- ②胃ろうによる経管栄養を看護職員と介護職員が協働して実施することを配置医が承諾し、包括指示書があること。

⇒経管栄養は、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていない場合に、誤って注入を行うと、腹膜炎など重大な事故につながる危険性があり注意が必要である。

⇒腸の動きが不十分な場合には、腹部膨満感、嘔気、嘔吐等を引き起こす可能性がある。特に嘔吐は誤嚥や気道閉塞の危険性がある。

⇒また終了までに時間を要する場合には、利用者様の拘束感が強く、利用者様自身によるチューブの自己抜去の可能性もあるため、職員間の連携が重要である。

⇒状態像の変化により介護職員等が実施することに適さない事例もあることから、実施可能かどうかについては、個別に医師が判断する。

## STEP 1 安全管理体制確保

安全に胃ろうによる経管栄養が実施出来る者を選定すること及び緊急時に備える。

- (1) 利用者様の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する。  
(急変・事故発生時の対策を含む)
- (2) 初の実施時及び状態変化時については、①看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員で協働して実施できるか、②利用者様について経管栄養を実施する介護職員について、看護職員と連携の下、医師が承認する。

## STEP 2 観察判断

胃ろう栄養チューブ及び利用者様の状態を観察し、胃ろうによる経管栄養の可否を確認する。

- (1) 看護職員が毎朝又は当該日の第1回目実施時に状態を確認する。(1日1回以上胃ろうの状態に問題のないことを確認する)
- (2) 利用者様の胃腸及び全身の状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等確認する。
- (3) 経管栄養を安全に実施することが可能かどうか判断に迷う場合は、医師に確認する。
- (4) 経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護職員が行うことが望ましい。
- (5) 介護職員のみで行う場合で、観察事項において異常がある場合には看護職員に連絡する。

## 胃ろうによる経管栄養の手順

## STEP 3 実施準備

胃ろうによる経管栄養に関する医師等の指示の確認を行い、必要物品を準備する。

- (1) 医師の指示等の確認を行う。
- (2) 手洗いをを行う。「石けんと流水」による手洗い、あるいは速乾式擦式手指消毒薬による手指消毒を行う。
- (3) 必要物品をそろえ、指示された栄養剤（流動食）の種類、量、温度、時間を確認する。
  - ・イルリガートル（ボトル）      ・点滴スタンド      ・栄養点滴チューブ
  - ・20ml カテーテルチップシリンジ      ・計量カップ      ・白湯
  - ・MA-8 200ml      ・MA-R 200ml      ・MA-8 アセブバック

※ 栄養剤は常温で保管する。低温では腸蠕動を亢進させ、腹痛や下痢を引き起こす危険性があり、保存場所の気温に影響されることを留意する。

栄養剤を加熱すると細菌の繁殖に繋がるので、基本的には温めない。
- (4) パッケージされていない栄養剤（流動食）については、指示内容に従って、栄養点

滴チューブをつないだボトルにつめ、パッケージされた栄養剤（流動食）については利用者様のものであることを確認し、点滴筒（ドリップチャンバー）の半分まで栄養剤を入れ栄養点滴チューブの先端まで流して、栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しておく。

※ イルリガートル（ボトル）のふたは確実に閉め、ほこりや落下菌等からの汚染を防止する。

※ 準備の際、栄養点滴チューブの先端が不潔にならないように注意する。

(5) 準備した栄養剤（流動食）を利用者様のもとに運ぶ。

自然落下で経管栄養を行う場合には、利用者様の注入部位より50cm以上高い所にイルリガートル（ボトル）を吊るす。

## STEP4 ケア実施

胃ろうによる経管栄養について、利用者様に処置の説明をし、適切かつ安全に実施する。

(1) 利用者様に本人確認を行い、胃ろうによる経管栄養の説明を行う。

(2) 注入する栄養剤（流動食）が利用者様本人のものかどうかを確認する。

(3) 胃ろう栄養チューブの挿入部の状態を把握し、体位及び環境を整える。

(4) 栄養点滴チューブの先端を栄養チューブに接続し、クレンメをゆるめ、ゆっくり注入し、注入直後の状態を観察する。（看護職員）

※ 注入する速度によっては下痢や高血糖症状を引き起こす可能性があり、注入速度が遅すぎると、長時間にわたり利用者様の活動制限にもつながることから、注入速度を適切に調整する。

注入中には、胃の内容物が増えることによって、食道への逆流から誤嚥の危険性もあり、腹部膨満感などの不快感に注意を払う。注入により消化器系の血流が増すため、全身状態の注意深い観察が必要である。

(5) 注入中の表情や状態を定期的に観察する。訪室時支援表に記入する。

[観察項目]

- ・利用者様の体位
- ・滴下の状態（つまりの有無、速度）
- ・胃ろうの場合は挿入部からの栄養剤（流動食）のもれ
- ・嘔気
- ・嘔吐
- ・腹部膨満感
- ・腹痛
- ・呼吸困難
- ・血圧の変動、気分不快
- ・高血糖症状

※ 注入中に利用者様に変化がある場合は一旦注入を止め、医師または看護職員に連絡する。

(6) 注入が終了したら速やかに看護職員に連絡する。看護職員による内服薬と白湯 20ml の注入後状態を観察する。

※異常を確認した場合は医師または看護職員に連絡し対応方法を確認する。

(7) 栄養点滴チューブの先端と胃ろう栄養チューブ（胃ろうボタン）の連結を外す。胃ろうチューブ（ボタン）のふたを注入物が逆流しないよう確実に閉める。頭部を挙上した状態を保つ。

※栄養点滴チューブの先端と留置している胃ろうチューブ（ボタン）の連結を外す際は、留置している胃ろう栄養チューブ（ボタン）を抜去する危険性があるため、十分に注意する。

※注入終了直後、仰臥位にすると注入物が逆流し、肺炎等を起こす危険性があるため頭部を挙上する。

## STEP 5 結果確認報告

胃ろうによる経管栄養実施後の、利用者様の状態を観察し、看護職員に報告する。

(1) 利用者様の状態を食後しばらく観察する。

[観察項目]

・体位    ・腹部膨満感    ・嘔気    ・嘔吐    ・腹痛    ・呼吸困難等

(2) 寝たきり者に対しては、異常がなければ体位交換を再開する。

※注入中の同一体位により、褥そうの危険もあるため

(3) 介護職員は実施後の状況について看護職員に報告する。

[観察項目]

・腹部膨満感    ・嘔気    ・嘔吐    ・腹痛    ・呼吸困難

※日常的に医療職との連携をとることが望ましい。

(4) ヒヤリハット・アクシデントの実際と報告

[報告項目]

いつ   ・どこで   ・だれが   ・どのように   ・どうしたか   ・どうなったか

※ ヒヤリハット・アクシデントは速やかに記録し、分析を行うことで事故を未然に防止する。

## STEP 6 片付け

注入終了後、速やかに後片付けを行う。

(1) 使用物品の後片付けをする。

- イルリガートル、栄養点滴チューブ、カテーテルチップシリンジを食器用洗剤で洗淨する。イルリガートルは点滴スタンドへ吊るす。カテーテルチップシリンジは内筒を外し水滴を振り払い、洗いかごへ入れる。

※ 湿潤や注入物の残留は、細菌を繁殖させるため洗淨と乾燥を十分に行う。  
物品を衛生的に保つ。

## STEP 7 評価記録

胃ろうによる経管栄養の実施について、その内容を記録する。

(1) ケアの実施の証明及び今後のケアプランに活用できるように記録する。

[記録の内容]

- 実施時刻
- 栄養剤（流動食）の種類と量
- 一般状態
- 特記事項
- 実施者名

※ 栄養剤の種類や量は、特養は内容に変更があった際、在宅では入所時に記録とする。