

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。



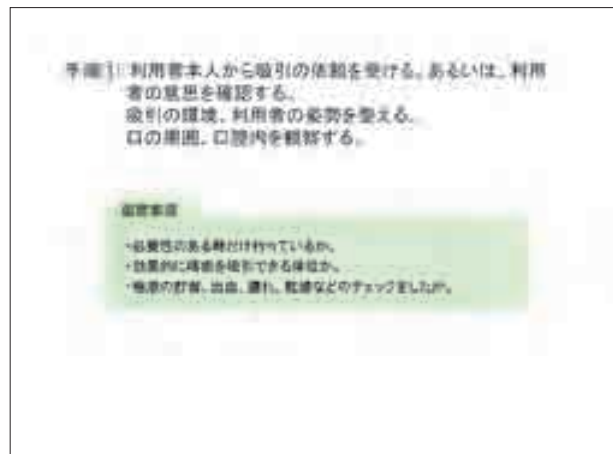
SlideⅢ-2：手順①

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、吸引前の手洗いをしているか
- ・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

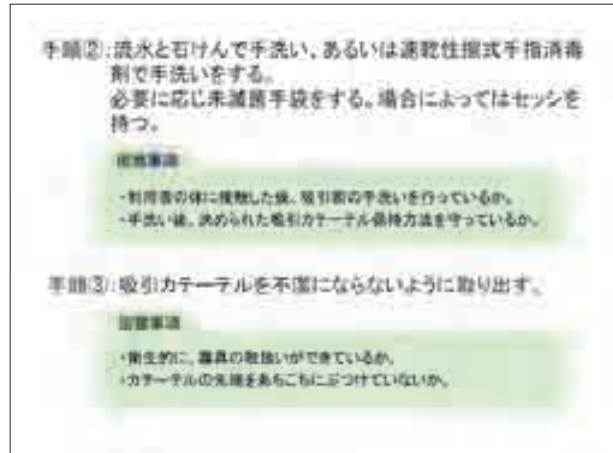
などです。

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。

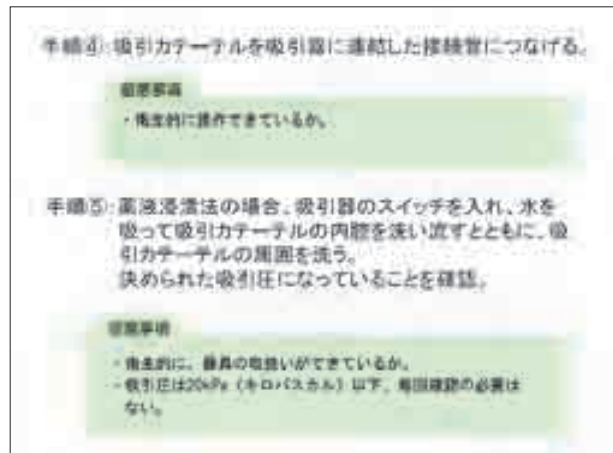
手順⑤

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同時に、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っているか
が重要です。

手順⑥：吸引カテーテルの先端の水をよく切る。

留意事項
・よく水を切ったか。

手順⑦：「吸引しますよ～」と声をかける。

留意事項
・本人に合図を送り、心の準備をもらっているか。



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パで持つか、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。

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する。

留意事項
・カテーテルの先端から約10cmくらいのところをセッパで持つか、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。
・両頬の内側、舌の上下などを吸引する。



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るか
- ・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。

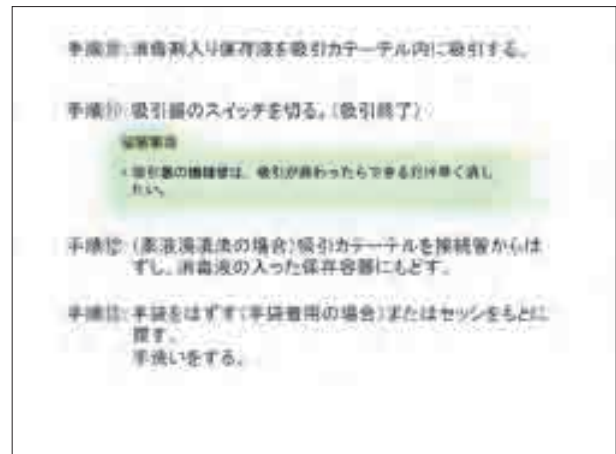
- ・吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消すようにする

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）またはセッシンをもとに戻し、手洗いをする。



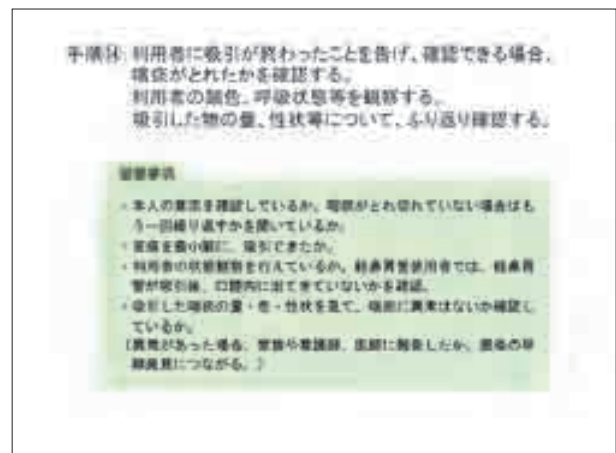
SlideⅢ-9：手順⑭

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

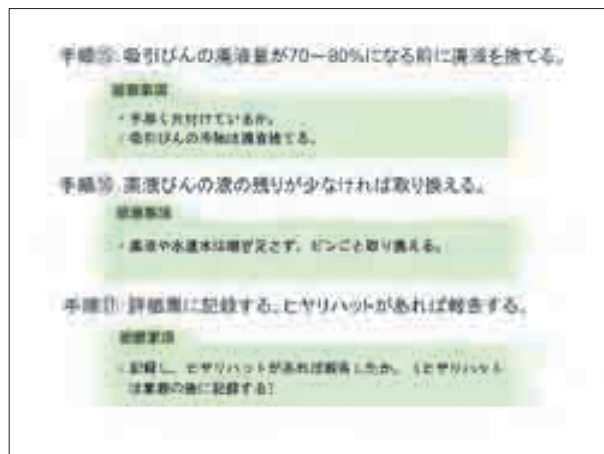
薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

- ・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

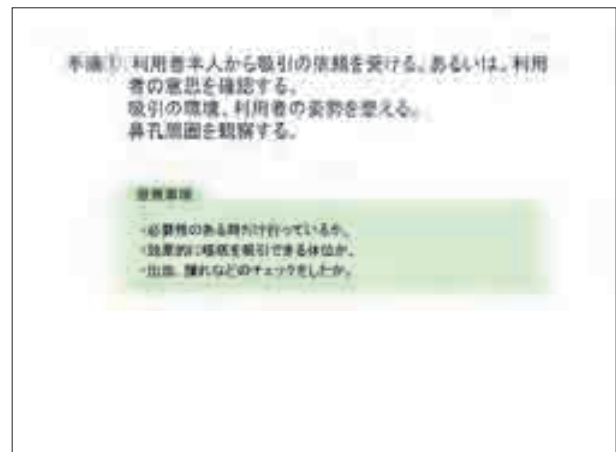
利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。

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。場合によってはセツシを持ちます。

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。

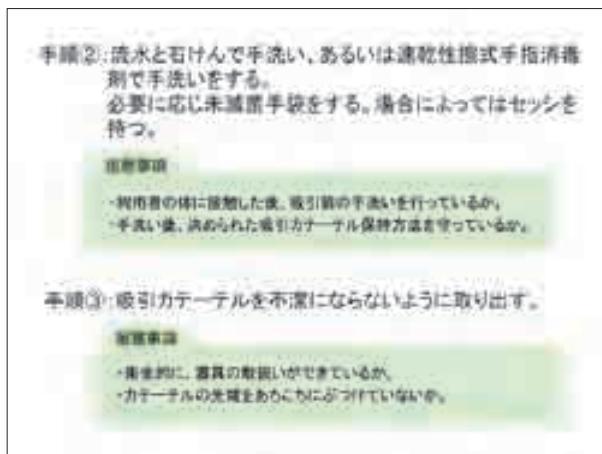
手順③

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

- ・衛生的に操作ができているか

などです。

手順⑤

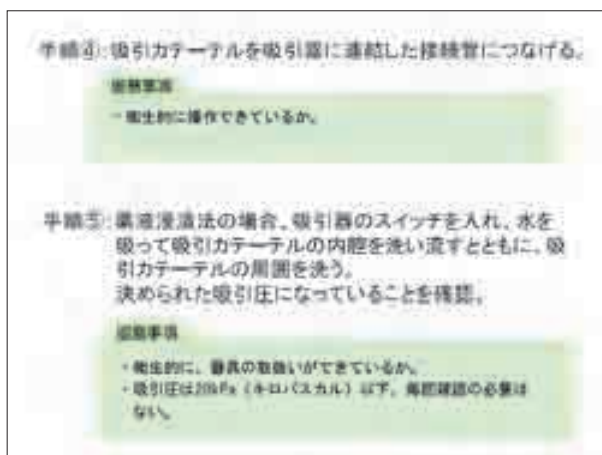
薬液浸漬法の場合、吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに、吸引カテーテルの周囲を洗います。

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っ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、こよりを擦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いのところをセツシで持つか、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るか
 - ・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。

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す。



留意事項

- ・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るか。
- ・カテーテルに分泌物が残っていないか。

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。

手順⑩：消毒剤入り保存液を吸引カテーテル内に吸引する。

手順⑪：吸引器のスイッチを切る。（吸引終了）

留意事項

- ・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す。
手洗いをします。

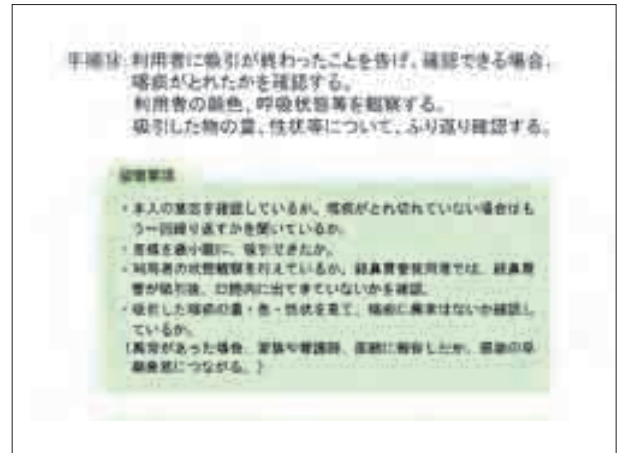
SlideⅢ-19：手順⑭

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

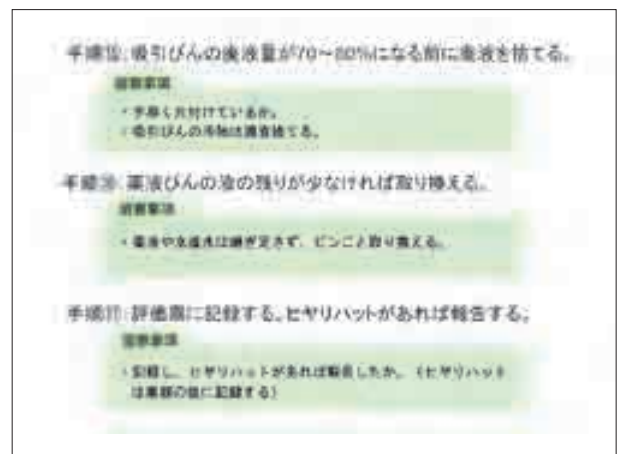
薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

- ・薬液や水道水は継ぎ足さず、ピ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）

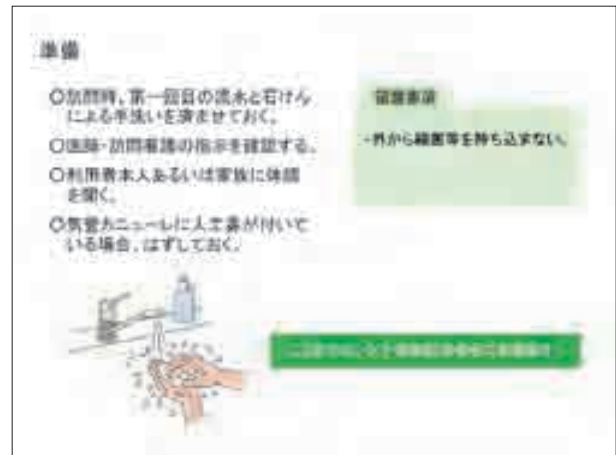
SlideⅢ-21：準備

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

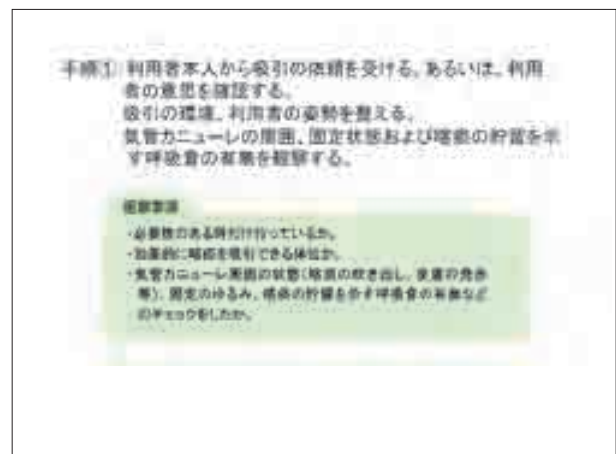
利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認します。

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ンを持ちます。

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。

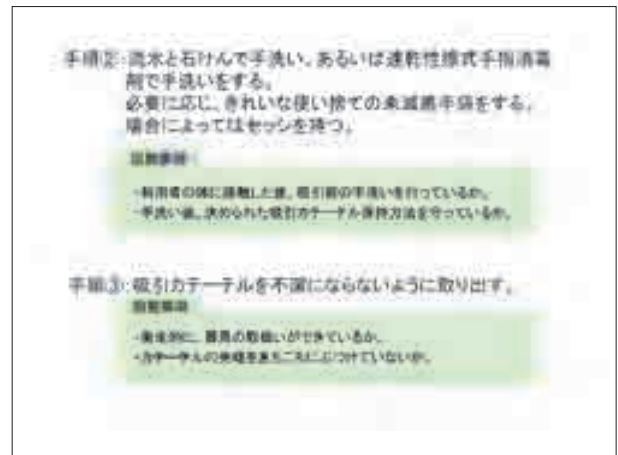
手順③

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

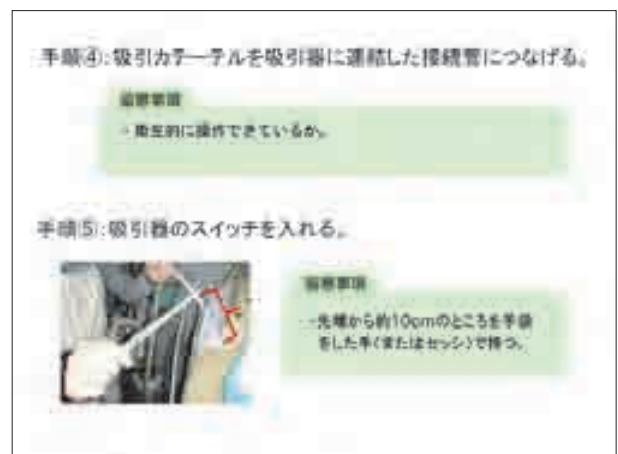
吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげます。

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のところを手洗いた素手で操作してもよいし、清潔なセッシン（ピンセット）を手洗いた手で操作してもよいし、手洗いた手に、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っていますが重要です。

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、周囲も洗う。吸引カテーテル先端の水をよく切る。単回使用の場合は、このステップは不要。

確認事項

- ・消毒液を十分に洗い流したか。
- ・吸引圧の確認しているか。(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。

手順⑦: 「吸引しますよ～」と声をかける。

確認事項

- ・本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。

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。

手順⑧: 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。(人工呼吸器使用者の場合)



確認事項

- ・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。
- ・水滴を気管カニューレ内に落とし込んでいないか。

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。

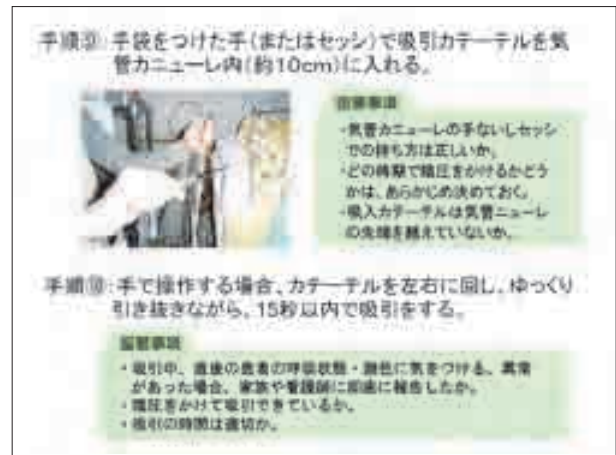
手順⑩

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るか
- ・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。

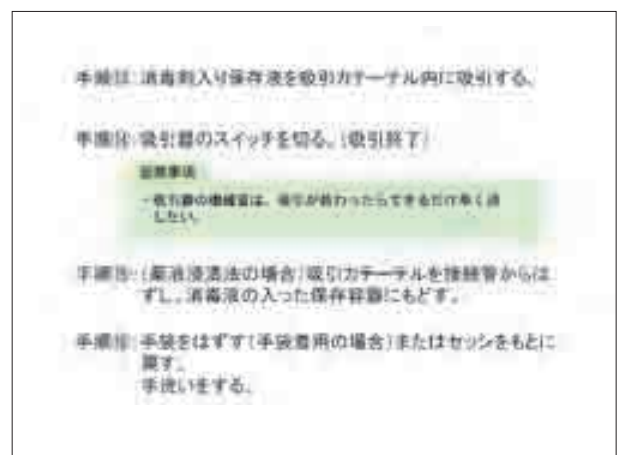
- ・吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消すようにする

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)またはセッシンをもとに戻し、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。

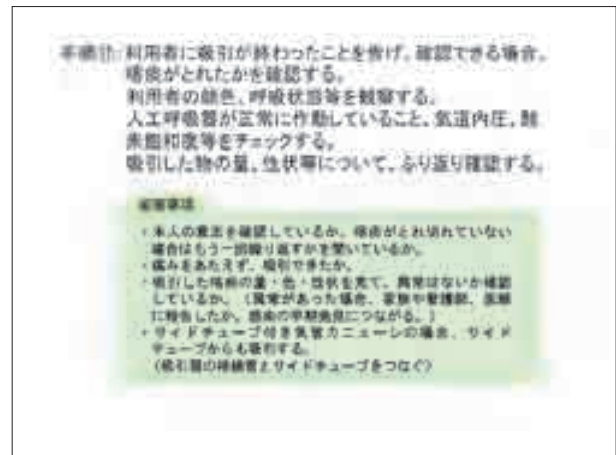
利用者の顔色、呼吸状態等を観察するとともに、人工呼吸器が正常に作動していること、気道内圧、酸素飽和度等をチェックしましょう。

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⑱～㉔：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

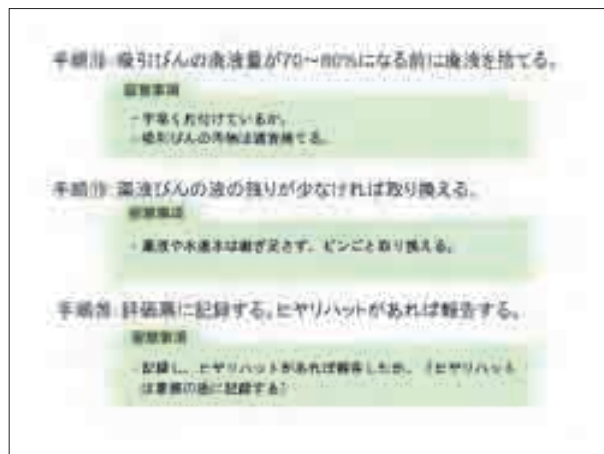
薬液びんの液の残りが少なければ取り換えます。

- ・薬液や水道水は継ぎ足さず、ピンごと取り換える。

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。

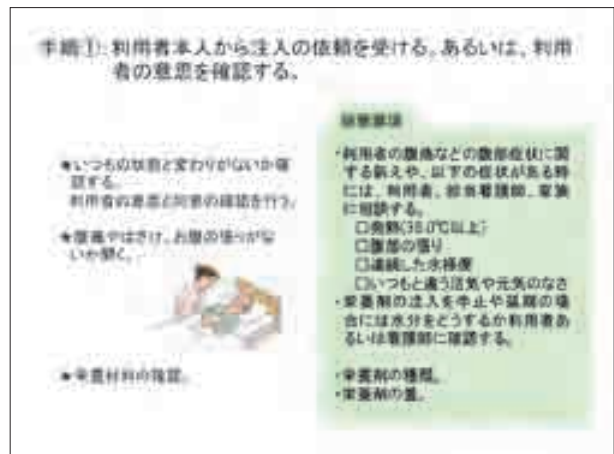
- ★いつもの状態と変わりがないか確認し、利用者の意思と同意の確認を行います。
- ★腹痛やはき気、おなかの張りがいいか聞きましょう。

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。



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。

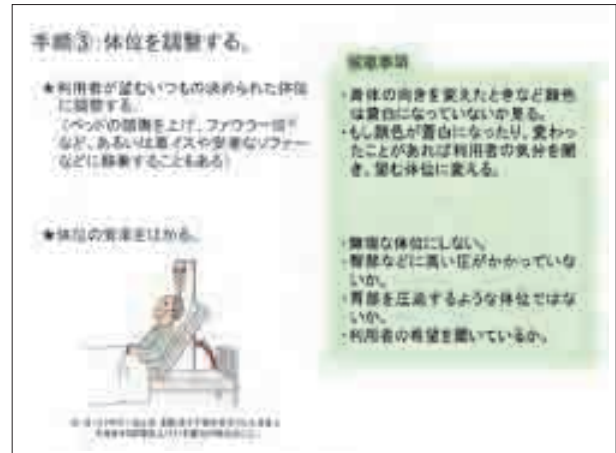
★利用者が望むいつもの決められた体位に調整します。ベッドの頭側を上げ、ファウラー位*など、あるいは車イスや安楽なソファーなどに移乗することもあります。

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ります。
- ★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



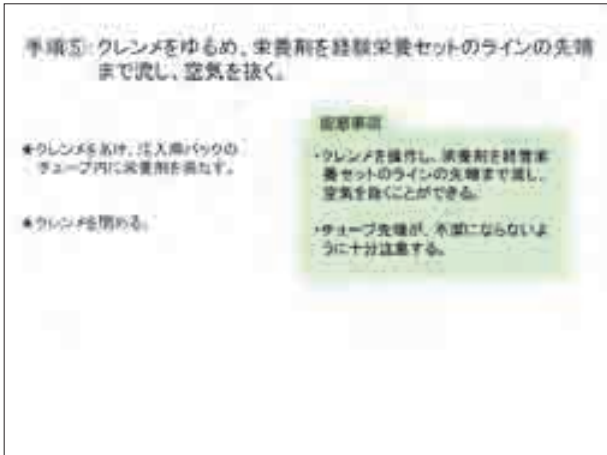
SlideⅢ-38：手順⑤

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。



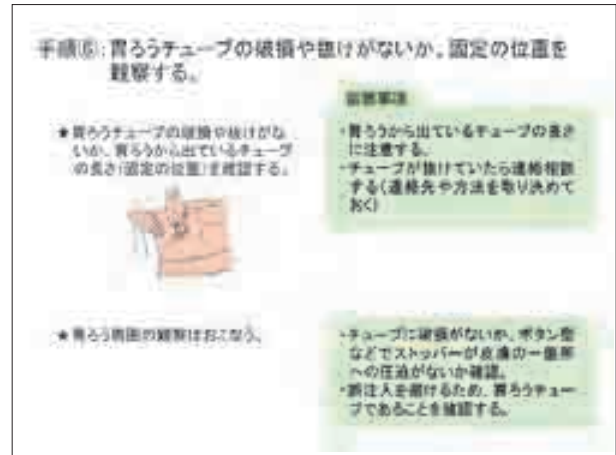
SlideⅢ-39：手順⑥

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。

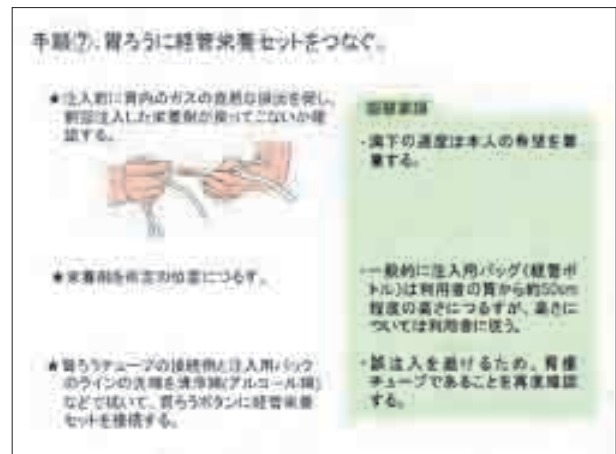
- ★栄養剤を所定の位置につるします。

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



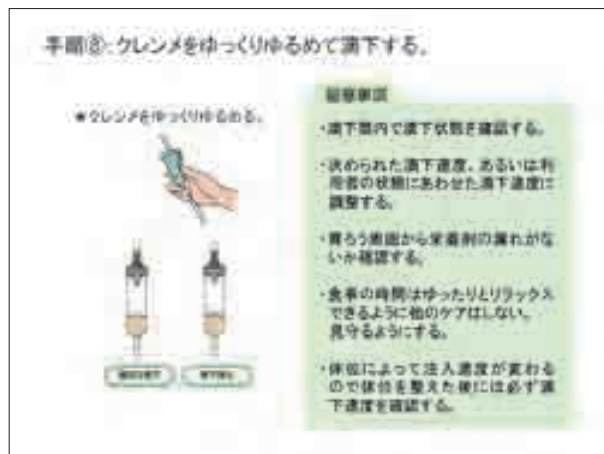
手順⑧

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。



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。

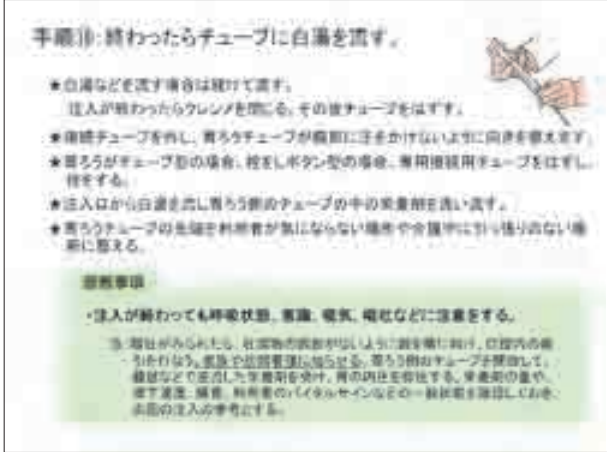
★胃ろうカテーテルがチューブ型の場合は栓をし、ボタン型の場合は、専用接続用チューブをはずし、栓をします。

★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拳上の位置を保ちます

★上体拳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。

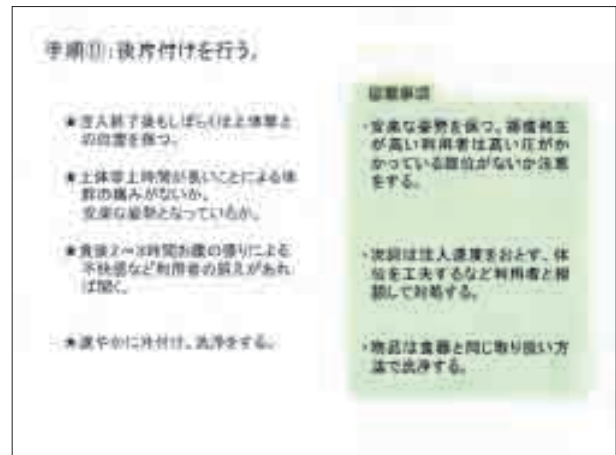
安楽な姿勢を保ち、褥瘡発生が高い利用者は、高い圧がかかっている部位がないか注意をしましょう。

★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。

今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、おなかの張りがいないか聞きましょう。

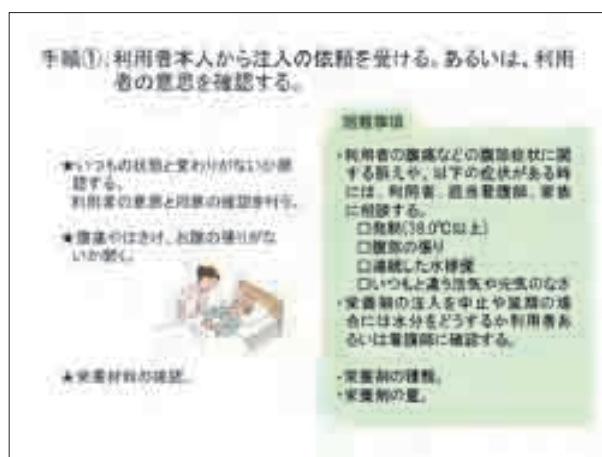
その際には、

- ・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。

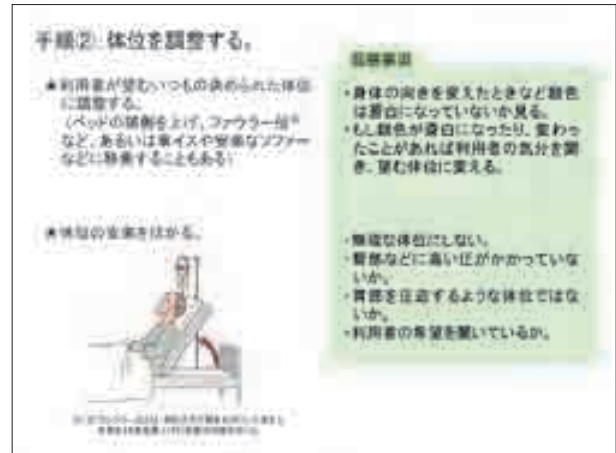
ベッドの頭側を上げ、ファウラー位※など、あるいは車イスや安楽なソファなどに移乗することもあります。

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るか
- ・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。

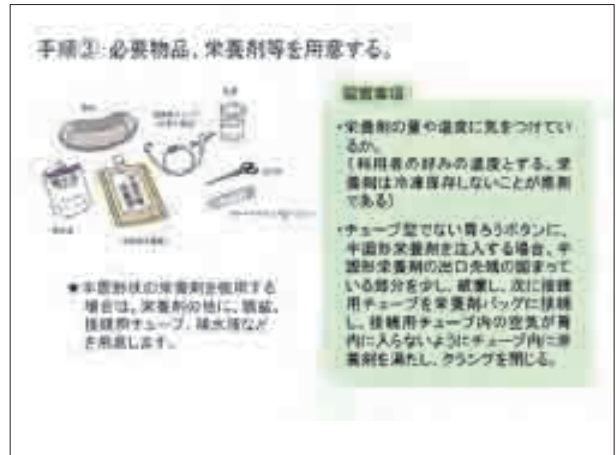
手順③

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て、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。

手順④ 胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。



留意事項

- ・胃ろうから出ているチューブの長さに注意していつもと違うようなら軽く上下に動かして抜けてくるようなら看護師に相談。
- ・チューブが抜けていたら連絡相談する（連絡先や方法を事前に決めておく）。
- ・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。
- ・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してもよい。
- ・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の圧迫がないか確認。
- ・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。

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にしっかりと取り付け、接続部位をしっかりと把持する。

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ぐ



留意事項

- ・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にしっかりと取り付ける。

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
- ・適切な圧で押ししているか。過剰な圧がかかっていないかを確認する

手順⑥ 半固形栄養剤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。



留意事項

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

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。

手順⑦: 異常がないか確認する。

※息切れをしていないか、呼吸速度がないか。
※冷や汗や、脂汗が出ていないか。

※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。

※嘔吐、頻脈、発汗、めまいがないか。

※栄養剤の漏れがないか。

※息切れなどがあれば注入速度を1/2におとし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従う。

※上記のような異常があれば、すぐに看護師、医師や家族に連絡し、指示に従う。

※上記のような症状があれば注入を中断し、お腹の具合を聞き、注入を続けるか、看護師などに連絡するか、看護師と相談する。


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ことを確認する
- ・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。

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す。



※洗浄のための白湯の量は決められた量であるか。

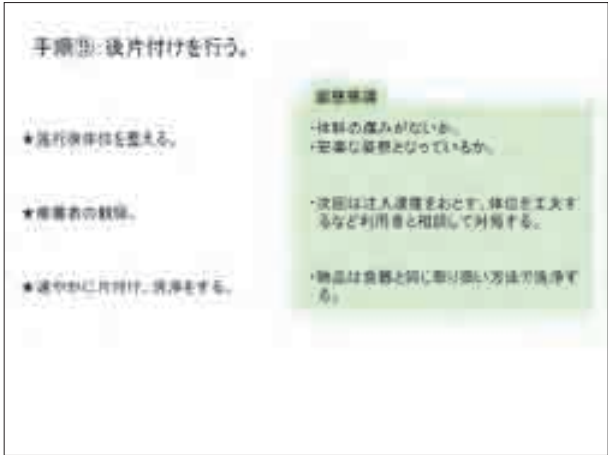
※胃ろうがチューブ型の場合は栓をし、ボタン型の場合は専用接続チューブをはずし、栓をする。

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、おなかの張りがいいのか聞きましょう。

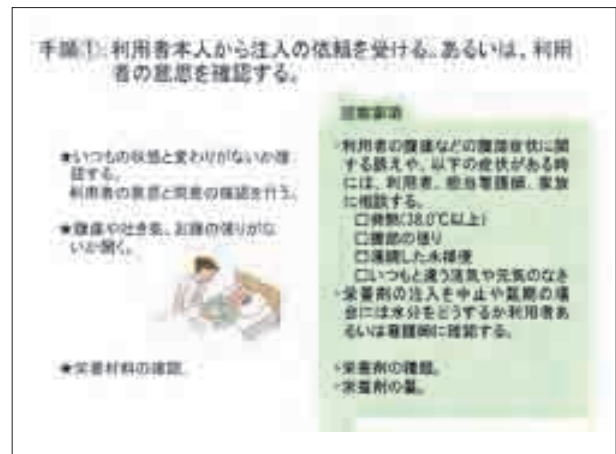
その際には、

- ・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。



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るか、
- ・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

手順③：体位を調整する。

★利用者が望むいつもの決められた体位に調整する。
(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などに移乗することもある)

★体位の安楽をはかる:



留意事項

- ・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見る。
- ・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。

- ・無理な体位にしない。
- ・臀部などに高い圧がかかっているか、
- ・胃部を圧迫するような体位ではないか、
- ・利用者の希望を聞いているか。

SlideⅢ-61：手順④

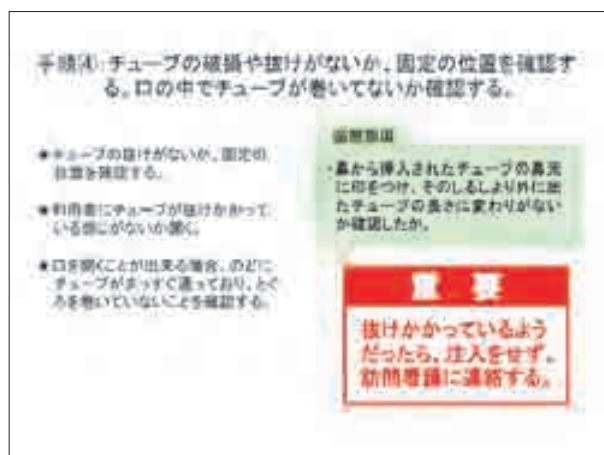
手順④

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



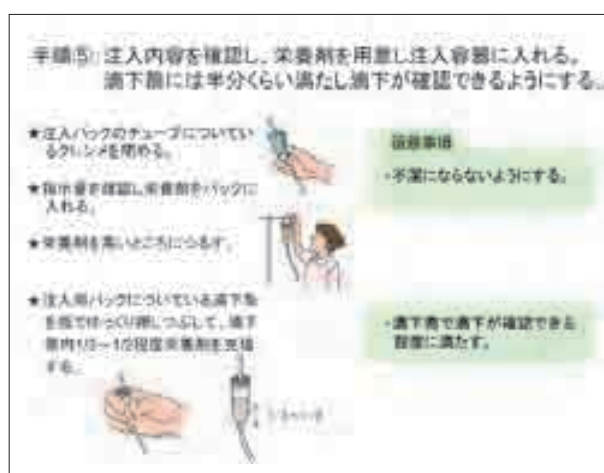
SlideⅢ-62：手順⑤

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ります。
- ★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



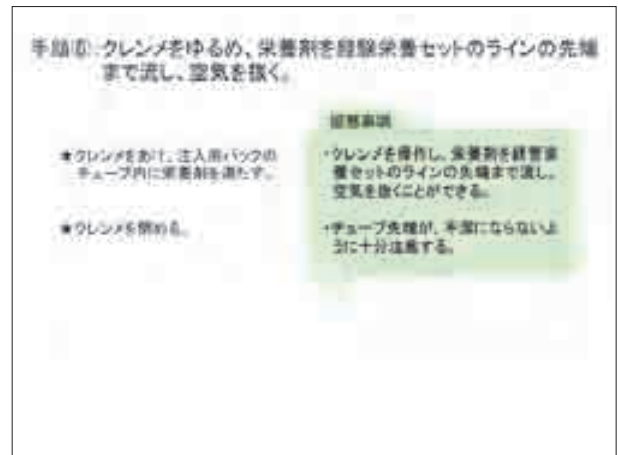
SlideⅢ-63：手順⑥

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。



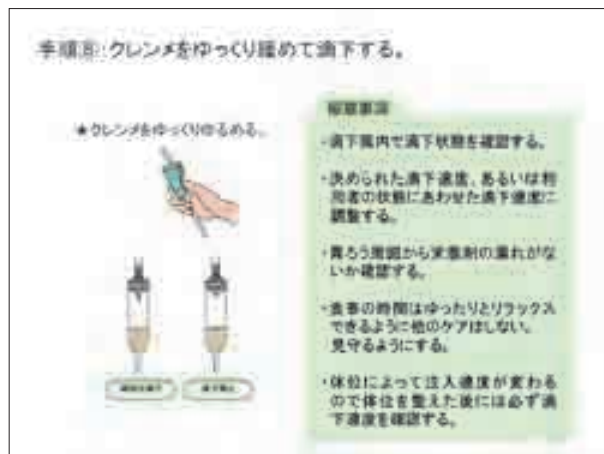
手順⑧

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

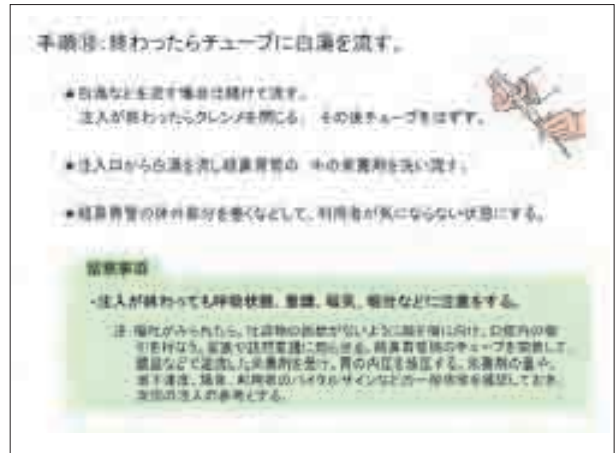
※**ダンピング症候群**：食物が胃を通過せず、急速に小腸に送り込まれることで起こる。早期と後期ダンピング症候群がある。早期ダンピング症候群では、濃い食物が小腸に流れ込み、浸透圧で体の水分が腸の中に逃げるのが原因で、動悸、立ちくらみ、めまい、悪心が起こる。後期ダンピング症候群では、インシュリンが過剰に分泌されることが原因で、低血糖を起こし、発汗、疲労感、立ちくらみ、めまいを起こす。

手順⑨：顔色やサチュレーションモニタの値に異常がないか、確認する。	観察事項
<ul style="list-style-type: none"> ★息切れをしていないか。(呼吸速度がないか) ★冷や汗や、脂汗が出ていないか。 ★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) ★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。 ★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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・息切れなどがあれば注入速度を1/2に落とし、すぐに看護師、医師、家族に連絡し、指示に従う。 ・上記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。 ・上記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。 ・胃内から小腸への移行時間延長により胃内用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、嘔吐がなければ次週からの注入の速度を落とす様子を観察する。

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。

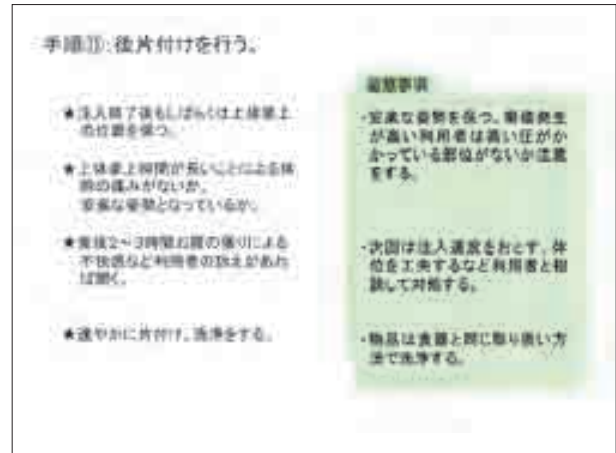


SlideⅢ-68：手順⑪

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拳上の位置を保ちます。
- ★上体拳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。

