令和６年度老人保健健康増進等事業

原則として医行為ではない行為に関するガイドライン

2025年3月

＜ 目 次 ＞

第1部　総論

1. はじめに …… 1

2. 本ガイドライン作成の背景 …… 2

3.「原則として医行為ではない行為」の理解 …… 5

4. 介護職員の役割 …… 9

5. 医療職との連携 ……10

6. 本ガイドラインの活用方法 ……11

7.「原則として医行為ではない行為」の通知上の条件 ……12

「原則として医行為ではない行為」一覧 ……14

第2部　各論……19

〇血圧等測定関係

・水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること…… 22

・自動血圧測定器・半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）による血圧測定 …… 26

・パルスオキシメーターの装着による動脈血酸素飽和度の確認 …… 30

〇血糖測定関係

・利用者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと …… 33

〇在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係

・在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の利用者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと、等…… 36

○経管栄養関係

・皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない利用者について、既に利用者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと…… 39

・経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと…… 42

○食事介助関係

・食事（とろみ食を含む。）の介助を行うこと…… 47

○喀痰吸引関係

・吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと……51

○在宅酸素療法関係

・在宅酸素療法を実施しており、利用者が援助を必要としている場合であって、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は医師、看護職員又は利用者本人が行うこと、等…… 53

・在宅人工呼吸器を使用している利用者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと …… 57

○膀胱留置カテーテル関係

・膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄（DIB キャップの開閉を含む。）を行うこと、等 …… 60

・専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄を行うこと …… 64

〇排泄関係

・ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）等…… 68
・自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと …… 77
・市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること…… 80

〇その他関係

・有床義歯（入れ歯）の着脱及び洗浄を行うこと …… 85
・重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること …… 89
・爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること…… 95
・耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く） …… 98
・軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。） ……100

〇服薬介助関係

・皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）・皮膚への湿布の貼付を介助すること …… 101
・点眼薬の点眼を介助すること ……104
・一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）を介助すること……107
・肛門からの坐薬挿入を介助すること ……112
・鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること ……116
・水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）を介助すること……119
・吸入薬の吸入を介助すること ……122
・分包された液剤の内服を介助すること……125

参考文献 ……128

第１部　総論

1. はじめに

本ガイドラインは「原則として医行為ではない行為」[1]について、介護職員[2]がサービスを提供する場において、求められる対応や行為の基本的な実施方法について記載したものです。

当該行為の実施にあたっては、管理者が当該行為の危険性を理解し、当該行為を実施する上で事業所として安全に実施できるよう、多職種が連携し、利用者が安心してサービスを受けることができるような体制整備をすることなど事業所全体として取組むことが必要です。

加えて、介護職員においても、当該行為の危険性やリスクを十分に理解した上で実施することが求められます。

第1部の総論では、「原則として医行為ではない行為」の理解や、管理者の役割、介護職員の役割、医療職との連携、本ガイドラインの活用方法などについて記載しています。

当該行為を実施する際は、第2部　各論内の手技などを確認するのみではなく、総論に記載のある内容を確認、理解した上で実施することが必要です。

また、事業所等において既に当該行為に関するマニュアルや決まりがある場合には、本ガイドラインの整合性を確認した上で、見直しや周知いただくなどご活用いただければ幸いです。

---

[1] 本ガイドラインでお示しする「原則として医行為ではない行為」とは、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」（医政発第 0726005 号平成 17 年7月 26 日）、「ストーマ装具の交換について」（医政医発 0705 第3号平成 23 年7月5日））及び「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（その2）」（医政発 1201 第4号令和4年 12 月1日）において示された行為のことを指します。

なお、本ガイドラインでは、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」（医政発第 0726005 号平成 17 年7月 26 日）を「平成 17 年医政局長通知」とし、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（その2）」（医政発 1201 第4号令和4年 12 月1日）を「令和4年医政局長通知」とします。

[2] 本ガイドラインにおける「介護職員」とは、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設、障害福祉サービスの給付の対象となる障害福祉サービス事業所、障害者支援施設に従事する職員及び生活支援員のことを指します。

2. 本ガイドライン作成の背景

本来、医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による「医業」については医師法第 17 条[3]、歯科医師法第 17 条[4]、保健師助産師看護師法第 31 条[5]、その他関係法規によって禁止されています。

ここでいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解されています。

ある行為が医行為か否かについては、個々の行為の様態に応じ個別具体的に判断する必要があります。しかしながら、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が、不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれていた状況を踏まえ、「平成 17 年医政局長通知」において、医療機関以外の高齢者や障害者の介護の現場などにおいて、判断に疑義が生じることの多い行為であって、原則として医行為ではないと考えられるものが整理されました。

その後、令和2年3月 18 日に開催された「規制改革推進会議」の「医療・介護ワーキンググループ（第9回）」[6]内で、介護職員への更なるタスク・シフト／シェアについて提案がなされました。

---

[3] 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）（抜粋）
第 17 条　医師でなければ、医業をなしてはならない。
[4] 歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）（抜粋）
第 17 条　歯科医師でなければ、歯科医業をなしてはならない。
[5] 保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）（抜粋）
第 31 条　看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
2　保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第5条に規定する業を行うことができる。
[6] 医療・介護ワーキンググループ, 内閣府, 2020-3-18, https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/wg/iryou/20200318/agenda.html（2025-1-14）

令和2年7月17日には、「規制改革実施計画」[7]において、「医療・介護関係職のタスクシフト」として、『「介護現場における介護職員によるケア行為の円滑的な実施」において、平成 17 年発出の医政局長通知に記載のない行為のうち、介護現場で実施されることが多いと考えられる行為を中心に、医行為ではないと考えられる行為を整理した上で、当該行為は介護職員が実施できる旨を関係者に周知する。その上で、介護職員がそれらの行為を安心して行えるよう、ケアの提供体制について本人、家族、介護職員、看護職員、主治医等が事前に合意するプロセスを明らかにする。』ということが閣議決定されました。

これらを踏まえ、「令和4年医政局長通知」において改めて「原則として医行為ではない行為」が整理されました。

加えて、令和6年4月 26 日に開催された、「規制改革推進会議」の「健康・医療・介護ワーキンググループ（第 11 回）」[8]内で、介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について提案がなされました。

令和6年6月 21 日に「規制改革実施計画」[9]が閣議決定され、「医療職・介護職間のタスク・シフト／シェア等」において「原則として医行為ではない行為」に関するガイドラインの策定が求められています。

また、近年では医療・介護の複合的ニーズを抱えた利用者が増加してきており、医療と介護の連携がより一層重要になっています。「原則として医行為ではない行為」については、介護職員が医療職と連携しながら行う行為であり、本ガイドラインは介護職員が当該行為を安全に行うために策定しています。

---

[7] 規制改革実施計画, 内閣府, 2020-7-17, https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/keikaku/200717/keikaku.pdf (2025-1-14)
[8] 健康・医療・介護ワーキンググループ, 内閣府, 2024-04-26, https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/wg/2310_04medical/240426_02/medical11_agenda.html (2025-01-14)
[9] 規制改革実施計画, 内閣府, 2024-6-21, https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/program/240621/01_program.pdf(2025-1-14)

＜規制改革実施計画（令和6年6月 21 日閣議決定）（抜粋）＞

厚生労働省は、厚生労働省通知により、例えばストーマ装具の交換など、原則として医行為には該当しないとの解釈が示されている行為について、介護現場における周知が不十分であるとの指摘を踏まえ、介護職員が安全かつ適切に判断・実施できるよう、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」（平成 17 年7月 26 日厚生労働省医政局長通知）及び「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（その2）」（令和4年 12 月1日厚生労働省医政局長通知）に記載のある行為について、安全性の確保など介護現場の実情を確認しつつ、例えば、実施する場合の留意事項、観察項目、異常時の対応などの介護現場が必要と考える内容等を盛り込んだタスク・シフト／シェアに関するガイドライン（以下「ガイドライン」という。）を新たに策定し、公表する。さらに、厚生労働省は、a で更に整理した行為についても、介護職員が安全かつ適切に判断・実施できるよう、ガイドラインを改定し、公表する。

3.「原則として医行為ではない行為」の理解

(1)「原則として医行為ではない行為」に関する基本的な理解

「原則として医行為ではない行為」については、病状が不安定であること等により専門的管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得ます。そのため、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、専門的な管理が必要な状態かどうか確認が必要です。病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講ずる必要があります。

また、「原則として医行為ではない行為」として通知に示されている行為は、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈において、「原則として医行為ではない行為」と示されている行為です。実際に、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されます。

そのうえで、「原則として医行為ではない行為」を利用者に提供するのは、介護職員であり、当該行為は介護行為の一部として実施されるものです。しかしながら、個々の介護職員の知識・技術や経験は、一様ではありません。当該行為を実施する場所が、入所施設なのか、在宅の場なのか、また、利用者の状態によってもその時々で留意事項や実施方法が異なります。

各事業所においては、日頃より多職種間で情報を共有したり、緊急時の対応や個別の対応が必要な利用者の介護方法などについて、組織としての検討や介護技術の研修を実施することが必要です。

特に利用者の状況が普段と異なる場合や緊急時の対応を事前に検討し、整理しておくことが重要です。事業所として、あらかじめ連絡の手順、連絡先、連絡方法などを関係者で協議・決定し、共有しておくことは、現場での的確な対応につながります。

事業所内に医療職が配置されている場合には、例えば、多職種によるカンファレンスを必要に応じて行い、情報共有を進めることなどが考えられます。事業所内に医療職がおらず、外部の医療職と連携している事業所の場合には、関係者の認識をあわせるために、具体的な連携方法などをあらかじめ検討するなど、特に留意が必要です。

利用者の状態は日々変化するものであり、定期的に「原則として医行為ではない行為」の実施手順や留意点を確認することや、緊急時の対応について確認することなども求められます。

施設・事業所など介護事業所の形態によらず、組織として対応することで、利用者の安心と安全が守られるとともに、実施する介護職員自身の安心と適切な介護の提供につながります。

（2）利用者、家族等への対応

「原則として医行為ではない行為」を含めた介護行為を実施するに当たっては、利用者やその家族等に丁寧に説明し、ご理解いただくことが必要です。

また、実際に、介護職員は、利用者の状況等を観察しながら、当該行為を実施することが求められます。もし、利用者の状況が普段と異なる場合などには、医療職への連絡等あらかじめ定めた手順にそって必要な対応がとれるように、本人や家族等を含めた関係者であらかじめ話し合っておくことが重要です。

また、必要に応じて当該行為実施後の振り返りを行うことも必要です。例えば、特に経験が浅い介護職員が当該行為を実施する際には、多職種で振り返り等を行うことが有効なケースもあるでしょう。

（3）管理者に求められる役割

管理者の役割としては、事業所等に所属する職員が安全に利用者とその家族等にサービスを提供できるよう環境を整えることが必要です。

例えば、ヒヤリ・ハットや事故が発生した場合には、管理者が中心となって、当該事例の共有及び収集、原因分析、再発防止策の検討など組織として対応することや、医療ニーズが高い利用者の方への対応を考慮した上での医療職の人員配置を検討すること、介護職員が安全にサービスを提供するための勉強会や研修などを実施する体制作りがなされることが望ましいです。

特に研修では、「原則として医行為ではない行為」の行為の具体を確認し、OJT を行うなど、利用者への安全を最大限考慮することが必要です。

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」や「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」等の法令において、サービスの提供により「賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。」と記載もあることから、事業所の管理者として、当該事業所において賠償責任保険に加入するなどあらかじめの対応策を検討することも必要です。また、賠償責任保険に関しては、事業所として加入するのみならず、介護職員に配慮した管理体制を作ることが望ましいです。

(4)ヒヤリ・ハットや事故への対応

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」や「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」などの法令に基づき、居宅サービスを含む全ての介護保険サービス事業所や障害福祉サービス事業所において事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うこと等が義務づけられています。また、介護保険施設においては、事故発生の防止及び発生時の対応として、事故発生防止のための指針の整備、事故が発生した場合の報告、その分析を通じた改善策を周知徹底する体制の整備、事故発生防止のための定期的な委員会設置や、研修及び事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者の設置などが義務づけられています。

その他、介護サービスについては、「介護保険施設等における事故の報告様式等について」(令和6年 11 月 29 日老高発 1129 第1号、老認発 1129 第1号、老老発 1129 第1号)の通知もご活用ください。

各事業所においては、多職種間で事例の共有、事業所全体の事故防止策に関する検討、発生したヒヤリ・ハットや事故の傾向の分析、マニュアルなどの見直しなど、組織として安全に対する意識を高めていくことが重要です。

あわせて、ヒヤリ・ハットについては、仮に発生した場合には、事業所内で共有して、それについて関係者で話し合い、必要な対応を行っていくことも重要であり、そのような意識を各職員が持てるような職場環境作りも求められるところです。

＜介護事業所における安全管理体制の構築に資する取組の例＞

ある法人においては、法人全体の職員研修の中で事故の原因分析・再発防止策の検討について周知を行っており、日頃より安全管理に対する意識づけを行っている。

事故が発生した場合は、まず、発見者がヒヤリハット・事故報告書を記載する。報告書の「発生状況」には職員の過失の有無に関わらず、関与の有無を事実として記入することになっている。原因分析および再発防止策の記入欄には要因（本人・介護者・環境）と 5W1H をもとに具体的な対策を記入することになっているほか、利用者及び家族に対し、予想されるリスクについてどのように説明したかについても記載しており、利用者のリスクに対してどのような対策がとれていたのかが確認できる。

その上で報告書に基づき、同じ法人の複数事業所のリスクマネジメント委員からなる横断的な委員会で原因分析や再発防止策の記載内容の妥当性について確認し、必要に応じて発見者に対してフィードバックを行っている。

事故情報は法人本部で集計・分析され、事故の傾向や発生頻度、利用者の特性など、法人全体の会議で共有し、安全管理体制の強化を行っている。

4. 介護職員の役割

平成 29 年の福祉人材確保専門委員会の「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」報告書[10]では、「介護福祉の専門職である介護福祉士には、現場のケアの提供者の中で中核的な役割を果たすことが求められるとともに、認知症高齢者の増加や高齢単身世帯・高齢夫婦のみの世帯の増加、世帯構成の変化、社会経済状況の変化、障害者の社会参加や地域移行の推進による地域で暮らす障害者の増加などに伴う生活支援も含めた介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応できる必要がある。」とされています。

また、「初めて介護分野に参入した人材についても、利用者の尊厳ある自立した日常生活を支援するためには、制度の理解や介護に関する基本的な知識・技術など、必要最低限の知識・技術を身につけておく必要もある。」とされており、利用者の尊厳ある自立した日常生活のための支援ができる知識や技術が必要です。

介護職員のもつ知識や技術は一律ではありませんが、利用者一人ひとりの心身の状態や生活習慣などを把握した上で個々に適した介護を提供することが重要です。また、常に利用者の意思を確認し、尊厳を保持すること、自立の視点をもち、利用者がより良い生活を送ることができるように支援することが介護の基本です。

介護職員は、「原則として医行為ではない行為」について、利用者の生命や生活の質に影響を与える介護行為であることを自覚した上で、実施する必要があります。
また、日常生活での関わりも重要であり、利用者の状態が安定している場合でも、医療職と連携して当該行為を実施することが望ましいです。介護職員として必要な知識を身につけ、日常生活での利用者の観察と医療職との連携により、利用者の安全・安心、生活の質向上に貢献することが求められます。

---

[10] 介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて，厚生労働省，2017-10-4，https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000179735.pdf（2025-1-15）

5. 医療職との連携

前述（2頁参照）の通り原則として医業を行うためには、医師や歯科医師、看護師等の免許が必要です。実際の現場では、医師や歯科医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士などの多職種がそれぞれの専門性を活かして利用者に関わっています。

介護職員が「原則として医行為ではない行為」を実施する場合、医療職との連携が必要です。

「原則として医行為ではない行為」については、原則として医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の規制の対象とするものではないと考えられていますが、利用者の病状が不安定であることなど専門的な管理が必要な場合には、医行為となる場合があるということに留意する必要があります。

「原則として医行為ではない行為」について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について、報告、相談することにより密接な連携を図る必要があります。特に服薬等の介助が福祉施設等で行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきです。

服薬介助については、以前に「老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について」（平成 26 年 10 月1日老高発 1001 第2号、老振発 1001 第1号、老老発 1001 第1号、薬食安発 1001 第3号）でも注意喚起がなされています。

日々のコミュニケーションを通して介護職員が医療職にいつでも相談できる環境づくりに努めることが望ましいです。

6. 本ガイドラインの活用方法

本ガイドラインは、「原則として医行為ではない行為」について、一般的な当該行為の実施方法や求められる対応の仕方について記載したものです。

各事業所等で平成 17 年医政局長通知や令和4年医政局長通知の趣旨を踏まえ従来より行ってきた方法で実施することが妨げられるものではなく、例えば、既に詳細なマニュアルや決まりがある場合は、当該マニュアルや決まりを活用して、実施することもできるところです。

マニュアルなどの策定がなされていない事業所などにおいては、本ガイドラインを参考に、医療職との連携の仕方や相談体制などについて検討し、マニュアル等を作成することが望まれます。

医療職においても、介護職員の実施可能な行為について確認し、事業所内の体制を検討する場合の参考にしていただけますと幸いです。

また第2部（19頁以降）では、各行為に関して実際の現場での Q&A やコラムを記載しています。各事業所においては、Q&A やコラムなど他の事業所等の取り組み例も参考にしていただけますと幸いです。

7.「原則として医行為ではない行為」の通知上の条件

○「原則として医行為ではない行為」には実施する上で、通知上の条件が付されています。下記に通知上の条件を記載していますので、当該行為を実施する際には必ず確認してください。

Ⅰ. 全ての行為について該当する内容

○ある行為が医行為か否かについては、個々の行為の様態に応じ個別具体的に判断する必要があります。

○病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得ます。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられます。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要があることに注意しましょう。

○当然のこととして、医行為に該当しない行為についても、高齢者介護の現場等において安全に行われるべきものであり、また、行為の実施に当たっては、利用者の状態を踏まえ、医師、歯科医師又は看護職員と連携することや、必要に応じてマニュアルの作成や医療従事者による研修を行うことが適当です。

○業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではありません。また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められます。

○看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきです。

○当然ながら利用者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について利用者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましいとされています。また、必要に応じて、サービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師又は看護職員に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師、歯科医師又は看護職員に報告を行う等して適切に連携することが望ましいとされています。

○「平成 17 年医政局長知」及び「令和4年医政局長通知」で示した整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものであることに注意しましょう。

Ⅱ. 行為によって該当する内容

1. 血圧等測定関係、血糖測定関係において付されている条件

測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為になります。事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告しましょう。

2. インスリンの投与の準備・片付け、血糖測定関係において付されている条件

利用者の血糖値や食事摂取量等が不安定でないことが必要です。

3. 服薬等介助関係において付されている条件（その1）

医薬品の使用の介助（もしくは、服薬等の介助）が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきです。

4. 服薬等介助関係において付されている条件（その2）

利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助してください。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

「原則として医行為ではない行為」一覧

	通知上の条件
1	■ 病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。 ■ このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。 ■ さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。
2	■ 測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。
3	■ 業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。 ■ また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。
4	■ 看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。
5	■ 利用者の血糖値や食事摂取量等が不安定でないことが必要である。
6	■ 当然ながら利用者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について利用者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましい。 ■ また、必要に応じて、サービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師又は看護職員に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師、歯科医師又は看護職員に報告を行う等して適切に連携することが望ましい。
7	■ 医薬品の使用・服薬等の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。
8	■ 利用者の状態が以下の 3 条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。 ① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

（行為ごとの通知上の条件）

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
血圧等 測定関係	1	水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること	○	○	○	○				
	2	自動血圧測定器により血圧を測定すること	○	○	○	○				
	3	半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）を用いて血圧を測定すること	○	○	○	○		○		
	4	新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること	○	○	○	○				
	5	新生児以外の者であって入院治療の必要ないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること	○	○	○	○		○		
血糖測定関係	6	利用者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと	○	○	○	○	○	○		
在宅介護等の 介護現場に おける インスリンの 投与の準備・ 片付け関係	7	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の利用者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと	○		○	○	○	○		
	8	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること	○	○	○	○	○	○		
	9	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること	○		○	○	○	○		

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.2 及び No.3、No.4 及び No.5、No.7、No.8 及び No.9 を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
経管栄養関係	10	皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない利用者について、既に利用者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと	○		○	○		○		
	11	経管栄養の準備(栄養等を注入する行為を除く。)及び片付け(栄養等の注入を停止する行為を除く。)を行うこと。なお、以下の 3 点については医師又は看護職員が行うこと。 ①鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。 ②胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。 ③胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること	○		○	○		○		
食事介助関係	12	食事(とろみ食を含む。)の介助を行うこと	○		○	○		○		
喀痰吸引関係	13	吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと	○		○	○		○		
在宅酸素療法関係	14	在宅酸素療法を実施しており、利用者が援助を必要としている場合であって、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始(流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。)や停止(吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。)は医師、看護職員又は利用者本人が行うこと	○		○	○		○		
	15	在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと	○		○	○		○		
	16	在宅人工呼吸器を使用している利用者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと	○		○	○		○		

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.14、No.15 及び No.17(次頁)を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
在宅酸素療法関係	17	在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれ、次のいずれかに該当する利用者が一時的に酸素から離脱(流入量の減少を含む。)したことが見込まれる場合に、当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すこと ・肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者 ・睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者	○		○	○		○		
膀胱留置カテーテル関係	18	膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄(DIB キャップの開閉を含む。)を行うこと	○		○	○		○		
	19	膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと	○		○	○		○		
	20	膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと	○		○	○		○		
	21	専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄を行うこと	○		○	○		○		
排泄関係	22	ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)	○		○	○				
	23	専門的な管理が必要とされない、肌への接着面に皮膚保護機能を有する肌に密着したストーマ装具を交換すること。 ＊「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの(いわゆるツーピースタイプ)と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの(いわゆるワンピースタイプ)の双方を含むものである	○		○	○				
	24	自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと	○		○	○				
	25	市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(※)を用いて浣腸すること ※ 挿入部の長さが 5 から 6 センチメートル程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40 グラム程度以下、6 歳から 12 歳未満の小児用の場合で 20 グラム程度以下、1 歳から 6 歳未満の幼児用の場合で 10 グラム程度以下の容量のもの	○		○	○				

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.18、No.19及び No.20、No.22 及び No.23 を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
その他関係	26	有床義歯(入れ歯)の着脱及び洗浄を行うこと	○		○	○		○		
	27	重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること	○		○	○				
	28	爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること	○		○	○				
	29	耳垢を除去すること(耳垢塞栓の除去を除く)	○		○	○				
	30	軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む。) ※切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急処置を行うことを否定するものではない。	○		○	○				
服薬介助関係	31	皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く。)を介助すること	○		○	○			○	○
	32	皮膚への湿布の貼付を介助すること	○		○	○			○	○
	33	点眼薬の点眼を介助すること	○		○	○			○	○
	34	一包化された内用薬の内服(舌下錠の使用も含む)を介助すること	○		○	○			○	○
	35	肛門からの坐薬挿入を介助すること	○		○	○			○	○
	36	鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること	○		○	○			○	○
	37	水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布(褥瘡の処置を除く。)を介助すること	○		○	○		○	○	○
	38	吸入薬の吸入を介助すること	○		○	○		○	○	○
	39	分包された液剤を介助すること	○		○	○		○	○	○

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.31 及び No.32 を1つの項目にまとめました。

第2部　各論

〇「原則として医行為ではない行為」を実施する場合には、通知に条件が記載されています。「平成 17 年医政局長通知」及び「令和4年医政局長通知」に記載されている条件について、整理していますので、各行為について手順を確認する前に、必ず12～13頁を確認してください。

〇本ガイドラインは、「原則として医行為ではない行為」について、介護職員が安全に当該行為を実施できるように、基本的な手技や一般的な観察項目などを記載していますが、事業所等によって所定の観察項目や記録項目がある場合には、各事業所等の指示に従ってください。

〇全ての行為について、感染対策を実施することが必要になります。感染対策については次頁を参照ください。

感染対策について

〇感染とは、病気の原因となるウイルスや細菌が人間や動物の体の中に入り、臓器の中などで増殖することを指します。感染した結果、熱が出たり、下痢になったり、具合が悪くなります。

〇高齢者や基礎疾患がある利用者の場合、感染への抵抗力が低下しているため、感染症になりやすいです。

〇介護職員は、1人で多くの利用者に関わることもあり、介護職員が媒介となって、利用者に感染症を伝播させないよう感染対策を実施することが重要です。

〇感染対策として、標準予防策（スタンダード・プリコーション）の実施と、感染経路別予防策をとることが必要です。感染経路別予防策は、接触予防策、飛沫予防策、空気予防策からなります。

〇標準予防策とは、血液・体液・汗以外の分泌物・排泄物・損傷のある皮膚・粘膜は、感染性の病原体を含む可能性があるとみなして対応する方法のことを指します。

〇具体的には、手指衛生を行うとともに適切な個人防護具（PPE; Personal Protective Equipment）を着用して対応することが必要です。

〇手指衛生を実施する際は、衛生的手洗いを実施します。

衛生的手洗いには、①流水と石けん（抗菌性または非抗菌性）での手洗い、②擦式アルコール製剤を用いた手指消毒があります。

明らかに目に見えて血液や体液などで汚れている場合には、①の流水と石けんでの手洗いを実施します。②擦式アルコール製剤は、有機物によって消毒効果がなくなるので、目に見える汚れがある場合には使用しません。

〇個人防護具には、手袋やサージカルマスク、ガウン・エプロン、ゴーグル・フェイスシールド付きマスクなどがあります。利用者の状態や感染症の感染経路に応じた個人防護具を選択することが重要です。

〇以下では、標準予防策における個人防護具の選択について説明します。

・手袋・・・介護職員が、血液や排泄物、嘔吐物や傷のある皮膚などに接触する可能性がある場合に着用します。使用後の手袋は速やかに捨て、汚れた手袋で周辺を触ることのないように注意します。

・サージカルマスク・・・利用者から飛散した分泌物や血液や排泄物、嘔吐物などが介護職員の鼻や口を汚染する可能性がある場合に着用します。

・ガウン・エプロン・・・血液や排泄物、嘔吐物などで介護職員の衣服や露出している肌が汚染する可能性がある場合に着用します。特に排泄物や血液などに接触する可能性がある場合はプラスチックのガウンやエプロンを着用します。

・ゴーグル・フェイスシールド・・・血液や排泄物、嘔吐物などで眼を汚染する可能性がある場合に着用します。

〇感染源には消毒や滅菌の対策が必要です。消毒とは、人体に有害な微生物の数を減少させることです。滅菌は、全ての微生物を殺滅または除去することです。感染リスクに応じて、消毒や滅菌を適切な方法で実施することが重要です。

〇消毒の方法には、煮沸や紫外線を用いる方法や消毒液を用いる方法があります。消毒液の効果に影響する3要素として「濃度」「温度」「時間」があります。消毒液を使用する場合は、使用する消毒液の種類に応じて上記の3要素や、消毒液の使用方法を遵守することが重要です。

〇介護現場等で感染対策を実施する際には下記のマニュアル等も参照してください。

・「介護現場における感染症対策の手引き」
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf

・障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル（入所系）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/1225_nyuusyo-2_s.pdf

・障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル（通所系）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/1225_tuusyo-2_s.pdf

・障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル（訪問系）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/1225_houmon-2_s.pdf

No.1
水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良い体温測定は、「水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること」のみです。

〇舌下に体温計を差し込んで体温を測定すること、肛門から直腸に体温計を挿入して体温を測定することは実施できません。

〇介護職員は、測定された数値を基に投薬の要否などの医学的な判断を行うことはできません。

※水銀体温計は、2021 年 1 月 1 日以降の製造・輸出入が禁止となりました。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

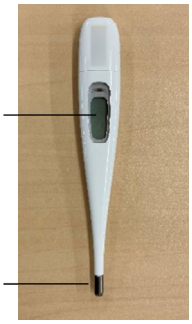
〇必要な物品

・電子体温計、耳式電子体温計

・消毒綿、耳式電子体温計により体温測定する場合は必要に応じて綿棒

・記録道具

電子体温計の例



耳式体温計の例

※ プローブカバーが必要のない製品もあります

1. 体温測定前の確認事項

〇室内の温度の確認

・室内の温度が適温であるか事前に確認します。

〇機器の確認

・電子体温計、耳式電子体温計については、電池切れになっていないか、表示部分の数値は正しく表示されているか、清潔であるか確認します。

・体温計には、予測式のものと実測式のものがあります。多くの体温計は予測式で、比較的短時間で体温の計測ができます。正確な体温を知りたい場合には、実測式を使用します。実測式は、体温の計測時間が予測式に比べ10分程度長くなります。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 体温測定の実施（座った状態かつ腋下で、電子体温計により測定する場合）

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の衣服をまくり、利用者に腋下を開いてもらいます。

注意点：・腋下に汗があると、正しい数値を測定できないので、汗や汚れがあれば乾いたタオルなどで拭きます。

・麻痺、痛み、傷などがある場合は、それらがない方の腋下で測定します。麻痺側は健側（麻痺のない側）に比べて血液循環が変化しやすいので正確な値を測定できません。麻痺がある場合には、健側で測定します。

（2）体温計を腋下に当てます。

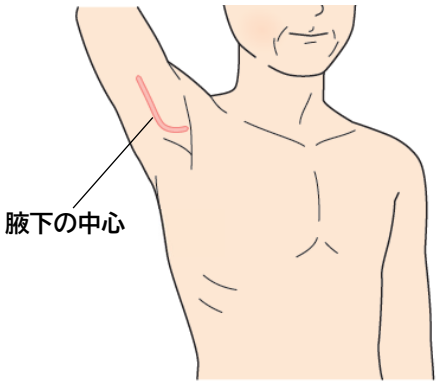
〇体温計を、下から上へ約 45°の角度で腋下に入れます。正しく測定するため、先端（感温部）を腋下の中心（温度が高い部分）に当てるようにします。

〇腋下が隙間なく閉じた状態になり、体温計の位置がずれないよう、反対側の腕で利用者自身に押さえてもらいます

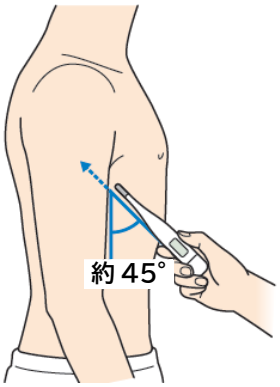
注意点：・利用者が押さえることのできない場合には、介護職員が軽く押さえます。

・人差し指を腋下に入れると、体温計の先端が肌に密着しているかを確認できます。

当てる位置



体温計の当て方の例



（3）体温を計測します。

〇測定スイッチを押し、体温の数値が測定されるまで待ちます。

〇測定中に利用者の体勢が動いて体温計がずれていないか観察します。

〇測定中に顔色や呼吸の様子などいつもと変化が無いか観察します。

（4）体温測定が終了したら数値を確認し、片付けをします。
〇体温計を利用者から外します。
〇利用者の衣服を整えます。
〇体温計の電源を切り、体温計の先端（感温部）を消毒綿で拭いて適切な場所へ戻します。

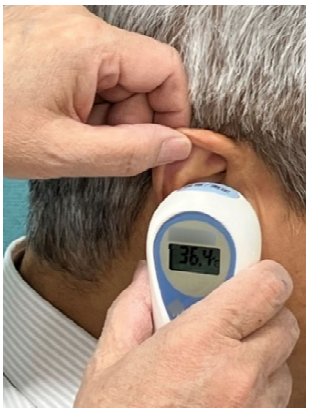
（5）記録をします。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに数値を記録します。
〇体温測定を行った時間や、どの部位で体温測定を行ったかも記録します。

4. 体温測定の実施（座った状態かつ耳で、耳式電子体温計により測定する場合）

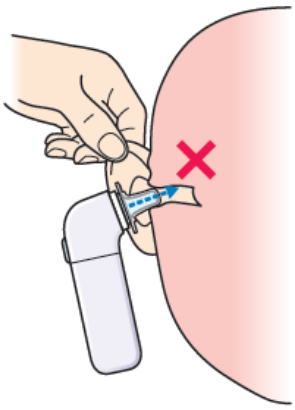
（1）耳の中を確認します。
注意点：・耳の中が濡れている場合は、綿棒等で水分を拭きます。明らかにわかる耳垢がある場合は取り除きます。
・氷枕等により耳が冷えているときは、冷えがとれてから測定します。
・耳に傷などがある場合にはそれらがない方で測定します。

（2）体温計のスイッチを入れ、体温計の先端部分（プローブ）を耳の中に挿入します。
〇プローブカバーのあるタイプのものは、プローブカバーを付け電源を入れます。
〇耳式電子体温計は耳の中から出てくる赤外線を検出して体温を測定します。
〇プローブを挿入するときは、正確な体温を測定するため、外耳道（耳の穴）がまっすぐになるように耳介（耳たぶ）を斜め後ろに軽く引き、プローブの先端を耳の奥（鼓膜）の方向に向けるようにして、まっすぐ奥まで挿入します。
〇挿入したら耳を固定したまま測定ボタンを押し、測定終了まで保持します。

耳介（耳たぶ）を斜め後ろに引く様子の例



プローブをまっすぐ奥まで挿入する例



(3)体温を測定します。
○3. 体温測定の実施(座った状態かつ腋下で、電子体温計により測定する場合)(23 頁参照)と同様の手順で行います。
○体温の数値が測定されるまで待ちます。(測定時間は1～2秒間です。)

(4)終了したら片付けをします。
○体温測定が終了したら、プローブを利用者の耳から外します。
○体温計の電源を切り、プローブを消毒綿で拭いて、体温計を適切な場所へ戻します。

(5)記録をします。
○3. 体温測定の実施(座った状態かつ腋下で、電子体温計により測定する場合)の(5)と同様の手順で行います。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○体温測定の数値を医療職へ報告します。

【緊急時の対応】
○体温測定の数値が、事前に医療職からの指示があった場合より低い場合や、高い場合は医療職へ速やかに報告します。

コラム

事業所等での取り組み例～発熱時の対応～

利用者が発熱した場合の対応については、予め医療職(看護師)から具体的な対応について共有があります。また当事業所では、医療職(看護師)へ報告する数値の基準を予め定めて、医療職(看護師)と介護職員が連携するように工夫しています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○体温は、運動、時間、気温、食事、睡眠、感情の変化などにより、一定の範囲内で変動します。また、体温は 1 日の中でも変化しています。そのため、可能な範囲で体温測定をする際の環境を一定にします。
○体温には個人差があります。

No.2・3
自動血圧測定器・半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）による血圧測定

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良い血圧測定は、「自動血圧測定器による血圧測定」と「半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）による血圧測定」のみです。アネロイド式血圧計や水銀血圧計による血圧測定は実施できません。

〇介護職員は、測定された数値を基に投薬の要否などの医学的な判断を行うことはできません。

※水銀血圧計は、2021 年 1 月 1 日以降の製造・輸出入が禁止となりました。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

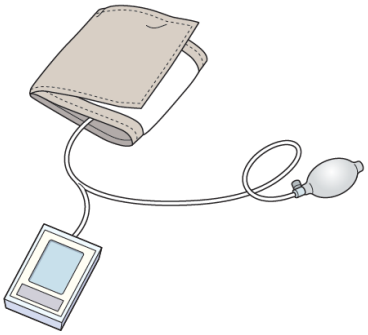
〇必要な物品

・自動血圧測定器もしくは半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）

・記録道具

自動血圧測定器の例

半自動血圧測定器の例



1. 血圧測定前の確認事項

〇室内の温度の確認

・室内の温度が適温であるか事前に確認します。

〇機器の確認

・使用する機器が故障していないかどうか、マンシェット（腕帯）の中に空気が入っていないか確認します。

〇利用者の観察

・運動後や食事の直後だと血圧の数値が正しく測定できないので、利用者が落ち着いた状態であることを事前に観察します。

〇利用者の衣服や体勢の確認
・窮屈な衣類（ガードル、ベルトなど）や前かがみになるなどによって腹圧が上がると、血圧も上がります。そのような体勢になっていないか確認します。

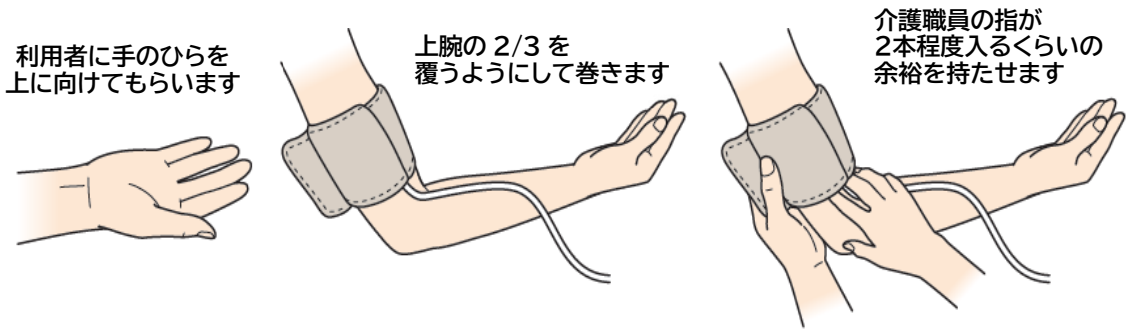
2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 血圧測定の実施（座った状態かつ上腕で測定する場合）
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者が衣服の袖をまくって上腕を出したときに、衣類で腕をしめつけていないかを確認します。
〇腕の位置と心臓の位置が同じ高さになるようにします。
〇腕の高さが心臓よりも極端に低い場合には、小枕などで調整します。
注意点：・心臓より高い位置で測定すると、測定値が高くなることがあります。
・麻痺や傷、痛みがある腕では測定せず、麻痺や傷、痛みがない方の腕で測定します。
・寝た状態で測定をする時は、仰向けの状態で実施します。
（横向きでは血圧は測定しません。）

（2）マンシェットを利用者の腕に巻きます。
〇マンシェットを利用者の腕に巻くときは、上腕の 2/3 を覆うようにして巻きます。
（目安：肘から 2cm くらい上の場所。）
〇マンシェットを利用者の腕に巻くときは、介護職員の指が2本程度入るくらいの余裕を持たせて巻きます。
注意点：・マンシェットがきつかったりゆるかったりすると、正しい数値が測定できません。

マンシェット（腕帯）の巻き方の例



（3）血圧を測定します。
〇測定スイッチを押し、血圧の数値が測定されるまで待ちます。
〇介護職員は、測定中に利用者の体勢が動いたりしていないか、測定中に利用者の顔色や呼吸の様子などいつもと変化が無いか観察します。
〇マンシェットの急な締め付けにより、利用者によっては痛みや気分不快を訴える場合もあります。介護職員は、利用者の変化にすぐに対応できるよう、注意して観察します。
〇利用者が不安になったり緊張したりすると血圧の数値に影響を与えるので、介護職員は言葉遣いにも気を付けます。
〇利用者が安心して血圧を測定できるよう、介護職員は利用者の側で見守ります。

（4）血圧測定の数値を記録します。
〇終了後は、数値を事業所等で指定されたものに記録します。
〇測定を行った時間や、測定部位も記録します。

（5）終了後、片付けをします。
〇マンシェットを利用者から外します。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇血圧測定器の電源を切り、使用した物品を適切な場所へ戻します。マンシェット中の空気が残っている場合は、マンシェットに残った空気を出します。

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）
〇血圧測定の数値を医療職へ報告します。
〇利用者にいつもと違う様子がみられる場合は、医療職に報告します。

【緊急時の対応】
〇測定した数値が、事前に医療職から指示があった場合より低い場合や高い場合は医療職へ速やかに報告します。
〇測定した数値に問題がなくても、利用者が頭痛や吐き気を訴えている場合には、血圧測定の数値と利用者の症状を速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識
〇血圧＝心拍出量×末梢血管抵抗で表されます。
〇血圧は、利用者によって基準となる数値が異なります。
〇血圧の高い状態が続くと、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性心不全など多くの疾患の原因となります。
〇血圧が低い場合、めまいやふらつきの症状が出ることもあります。

参考

血圧の数値について

血圧の値は、成人・高齢者ともに、家庭での血圧が 135/85mmHg（収縮期血圧/拡張期血圧）未満、診察時の血圧が 140/90mmHg 未満が適切と言われています。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編：「高血圧治療ガイドライン 2019」ライフサイエンス出版, p.18

Q&A

Q. 利用者が厚手のセーターや上着を着用している場合の血圧測定はどのように対応したら良いでしょうか。

A. 厚手のセーターや上着を着用したままの場合、服の袖をまくり上げると動脈が圧迫されて、血流が少なくなり血圧も低く測定されることがあります。

正しい血圧の測定値を測定できなくなる理由を説明し、厚手のセーターや上着などは脱いでもらって測定しましょう。

No.4・5
パルスオキシメーターの装着による動脈血酸素飽和度の確認

※この項目内での動脈血酸素飽和度は、パルスオキシメーターの装着による動脈血酸素飽和度の確認なので、経皮的動脈血酸素飽和度を指しています。この項目内では、動脈血酸素飽和度を、SpO_2と記載しています。

行為を実施する前に確認してください！

〇新生児や入院治療が必要な方に対しては、介護職員はパルスオキシメーターを用いたSpO_2の測定は行うことができません。

〇介護職員は、測定された数値を基に投薬の要否などの医学的な判断を行うことはできません。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

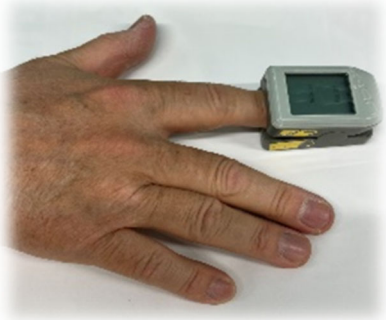
〇必要な物品

・パルスオキシメーター

・消毒綿

・記録道具

パルスオキシメーターの例



1. SpO_2測定前の確認事項

〇室内の温度の確認

・室内の温度が低いと、利用者の体が冷えて正しい値が測定できないことがあるので、室内の温度が適温であるか事前に確認します。

〇機器の確認

・使用する機器が故障していないかどうか、数値を測定するセンサーが汚れていないか予め確認します。

〇利用者の観察

・運動した後や、入浴直後だと数値が正しく測定できないので、SpO_2測定の前には利用者が落ち着いた状態であることを観察します。1～2 分程度呼吸を整えてから測定します。

・測定する部位が冷えている場合は、測定エラーになってしまうこともあるので、測定する部位が冷えていないか観察します。冷えている場合には、温めてから測定します。

・測定する部位に傷がないか、麻痺はないか、皮膚が弱い利用者ではないか予め確認します。

・爪にネイルアートや汚れがあると正しい数値を確認できないので、ネイルアートや爪の汚れは事前に除去します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. SpO_2の測定の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)パルスオキシメーターのセンサー部分を消毒綿等で消毒し、指先に装着します。

注意点：・パルスオキシメーターを複数の利用者で使用する場合は、必ず使用前後にセンサー部含む指が触れる部分の消毒をします。

・直射日光が当たっていると、正しい数値が確認できないので、直射日光があたっていないか観察します。

・センサー装着後は、利用者の指先に痛みがないか観察します。

・心臓より低い位置だと正しい値が測定できない可能性があるため、センサーと心臓を同じくらいの高さにします。

(2)パルスオキシメーターの数値を確認します。

〇数値が安定するまで時間がかかるので、数値が出てもセンサーをすぐに外さないようにします。装着直後ではなく、動脈拍動を検出してから 20～30 秒後の数値を読み取ります。

〇利用者が動いたり会話をしてしまうと、正しい数値が測定できない可能性があるので、SpO_2を測定している時は、利用者が安静にしているか観察します。

注意点：・長時間センサーをつけていると、やけどをしてしまうことがあります。数値がわかったらセンサーを外し、長時間センサーを装着しないようにします。

(3)数値を確認して記録します。

〇測定値を事業所等で指定されたものに記録します。

〇測定を行った時間や、測定部位も記録します。

(4)測定を終了したら片付けをします。

〇利用者からセンサーを外します。

〇利用者の衣服や体位、環境を整えます。

〇パルスオキシメーターの電源を切り、センサー部を含む指が触れた部分を消毒綿等で消毒し、使用した物品を適切な場所へ戻します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇SpO_2の測定値を医療職へ報告します。

【緊急時の対応】

〇確認した数値が、事前に医療職から指示があった場合より低い場合や高い場合は医療職へ速やかに報告します。

〇SpO_2の測定値が問題なくても、利用者の顔色が悪かったり、呼吸が苦しいと訴えがある場合には、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇SpO_2は、動脈血（一般的に肺で酸素の交換を終えた血液）中の酸素に結合しているヘモグロビン（※）の割合をパルスオキシメーターで経皮的に表示しています。

※ヘモグロビン・・・酸素や二酸化炭素と結合する血液中のタンパク質のことです。

参考

SpO_2の数値について

通常、SpO_2は 96%～99%の間にあるといわれています。90%未満の場合や、利用者の普段の数値より3～4%数値が低い場合は呼吸不全などが疑われます。

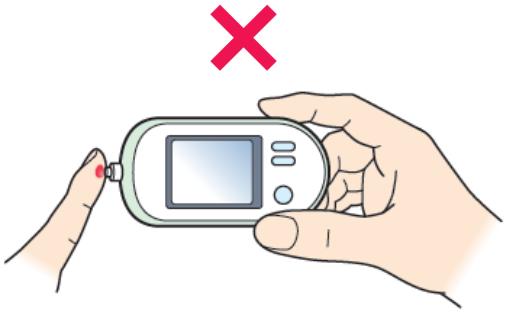
（日本呼吸器学会肺生理専門委員会パルスオキシメータ小委員会編：「Q＆A パルスオキシメータハンドブック」株式会社法研、p.22、Q1 より引用）

No.6
利用者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の血糖値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと」のみです。簡易血糖測定器による血糖値の読み取りや血糖測定は実施することができません。

簡易血糖測定器の例



Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・持続血糖測定器、センサー、消毒綿、廃棄物入れ

・記録道具

持続血糖測定器の例

センサーの例

1. センサーの貼付や血糖測定前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者の状態がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であることを観察します。

〇機器の確認

・センサーの貼付方法は、利用者の使用する器具によって異なるので、どのようにセンサーを貼付したら良いか予め医療職と連携し確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)介護職員は、センサーを貼付する利用者の身体の部位を消毒綿などで拭いて、清潔にします。

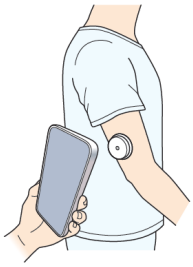
○消毒後、皮膚が乾燥してからセンサーを貼付します。

○利用者と相談し、既に皮膚が赤くなっていたり、腫れていたりする場所や、利用者がかゆみを訴えているような場所には貼りません。

○センサーは長期間(1～2 週間程度)、貼付したままである場合もあるので、センサー添付文書に従って適切な部位に貼付します。

○同じ部位だけにセンサーを貼付すると、かゆみが出たり皮膚がただれたりする場合があるので、貼付する部位は毎回変えるようにします。

測定をしている様子の例



(2)適切な部位にセンサーを貼付します。

○センサーの貼付方法は、利用者の使用する器具によって異なるので、どのようにセンサーを貼付したら良いか予め医療職に確認します。

注意点:・センサーは、湿気を帯びると正確に測定できないため、開封後はすぐに貼付します。

・センサーを貼り付けた後、出血があった場合は直ちに医療職に連絡します。

(3)血糖値の読み取り及び確認をします。

○持続血糖測定器やアプリの入ったスマートフォンをセンサーにかざすと、血糖値が表示されます。

○血糖値の単位は「mg/dL」なので、この単位の前の数値を読み取り、利用者と確認します。

(4)血糖値を記録します。

○読み取った血糖値を事業所等で指定されたものに記録します。

○血糖値を読み取った時間や、センサーを貼付している位置なども記録します。

(5)片付けをします。

○センサーを貼付した場合、利用者の衣服などを整えます。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○読み取った血糖値を医療職へ報告します。

【緊急時の対応】

○血糖値が問題なくても、利用者に冷や汗や手の震え、意識低下がある場合には、血糖値と利用者の症状を直ちに医療職へ報告します。

コラム

事業所等での取り組み例～医療職との連携における工夫～

当訪問介護事業所では、介護職員が原則として医行為ではない行為を行う際は、必ず医療職からの指示を受けて行うようにしています。利用者が安心してサービスを受けることができるように、外部の医療職と連携し、医療職の理解を得ながらこまめに医療職への確認を行っています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○血糖値とは、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のことです。血糖値が常に高い状態にあると、糖尿病などの疾患につながります。

参考

血糖値について

○高血糖の場合には、口渇や多飲、体重減少などが症状として現れます。
○低血糖の場合には、手の震えや冷や汗、動悸などが症状として現れます。
○血糖値は高すぎても低すぎても身体に悪影響を及ぼしますので、適正な値の血糖値を維持できるようにすることが重要です。
○一般的に、血糖値の正常値は、下記と言われています。

空腹時血糖値 100mg/dL 未満

（日本糖尿病学会 編・著：糖尿病診療ガイドライン 2024, p.8, 南江堂, 2024 より引用）

低血糖：70 ㎎/dL 未満

（日本糖尿病学会 編・著：糖尿病治療ガイド 2022-2023, p.98, 文光堂, 2022 より引用）

No. 7･8･9

No. 7　在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の利用者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと

No. 8　在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること

No. 9　在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること。

※ペン型のインスリン注射器である場合、針を交換したあとに注射が実施されていない使用前状態のペン型インスリン注射器であれば、未使用の注射器に該当します。この項目内では、使用前状態のペン型インスリン注射器についても「未使用の注射器」とします。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、インスリン注射の実施はできません。

〇介護職員は、使い終わったインスリン注射器の針を抜いたり、処分したりすることは実施できません。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

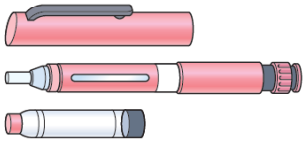
〇必要な物品

・利用者のインスリン注射器

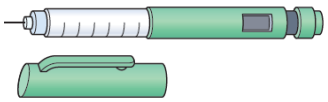
・記録道具

インスリン注射器の例

〈カートリッジ交換型〉
インスリン注射器とカートリッジ



〈一体型〉
インスリン注射器



1. 実施前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者の状態がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であることを観察します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者が、手洗いをします。

(2)利用者が、血糖値を測定します。

(3)介護職員は、利用者に、インスリン注射実施のタイミングを声かけし、未使用の注射器等を渡します。

(4)介護職員は、利用者が測定した血糖値が予め医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているか確認します。

〇血糖値の単位は「mg/dL」です。使用するインスリンの量は「単位」という用語で表されます。

(5)介護職員は、利用者が準備したインスリン注射器の目盛りが、予め医師から指示されたインスリンの単位数と合っているか読み取ります。

(6)介護職員は、利用者がインスリン注射を実施している間、見守ります。

(7)介護職員は、インスリン注射器などの片付けを行います。

⚠介護職員は、注射器の針を抜いたり、注射器の針を処分することはできません⚠

〇利用者の衣服や、環境を整えます。

〇終了後は、利用者に手を洗うよう声かけをします。

(8)記録します。

〇実際に使用したインスリンの量やどこにインスリン注射をしたのか事業所等で指定されたものに記録します。

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇インスリン注射は、薬の効果がすぐに出る物もあります。インスリン注射直後から利用者の体調が変化しやすいことに留意して、事前に利用者の体調が悪くなった場合の連絡スキームを整備・確認しておきます。

【緊急時の対応】

〇インスリン注射を実施した直後に、利用者に冷や汗や手の震えなどの低血糖症状が出たら、直ちに医療職へ連絡します。

〇連絡する際には、血糖値の測定結果やインスリンの投与量（単位数）、インスリンの種類、インスリン注射を実施した時間、利用者の症状について伝えます。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇高血糖の場合には、口渇や多飲、体重減少などが症状として現れます。

〇低血糖の場合には、手の震えや冷や汗、動悸などが症状として現れます。（35 頁参照）

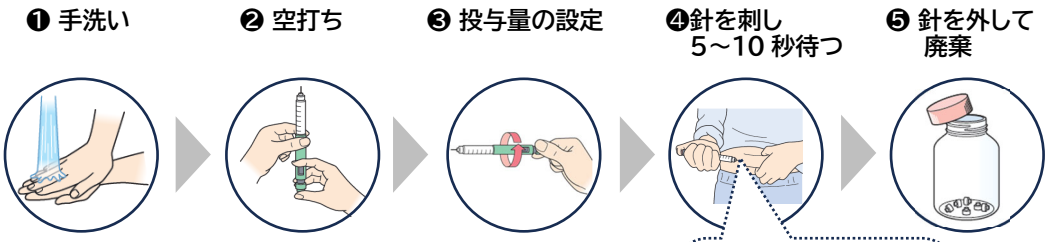
参考

ここでは参考資料として、インスリン注射の手順や注射方法、注射部位の例を掲載します。

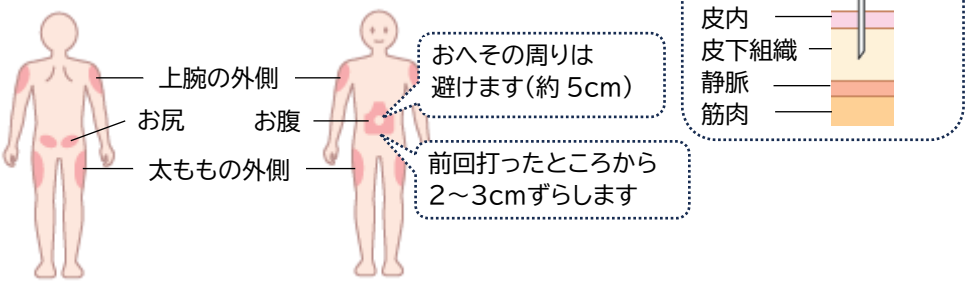
インスリン注射には、短時間で作用してすぐに効く物や、長時間作用する物など色々なタイプの注射があります（速効型、超速効型、持効型、混合型など）。

使用するインスリンの種類や単位数を間違えると、低血糖や高血糖の症状を引き起こし、場合によっては死亡事故につながることもあるため、適切に投与できるよう慎重に対応することが必要です。

インスリン自己注射の手順



インスリンの注射部位



No.10
皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない利用者について、既に利用者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない利用者について、既に利用者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと」のみです。元々、皮膚に発赤等があったり、腫れていたり皮膚トラブルがある場合は実施できません。

〇専門的管理が必要かどうかは、医師又は看護職員が判断します。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・消毒綿、チューブを留めるテープ、はさみ、廃棄物入れ、必要に応じてリムーバー

・記録道具

1. 経鼻胃管栄養チューブを留めているテープの再貼付前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者が落ち着いた状態であることを観察します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

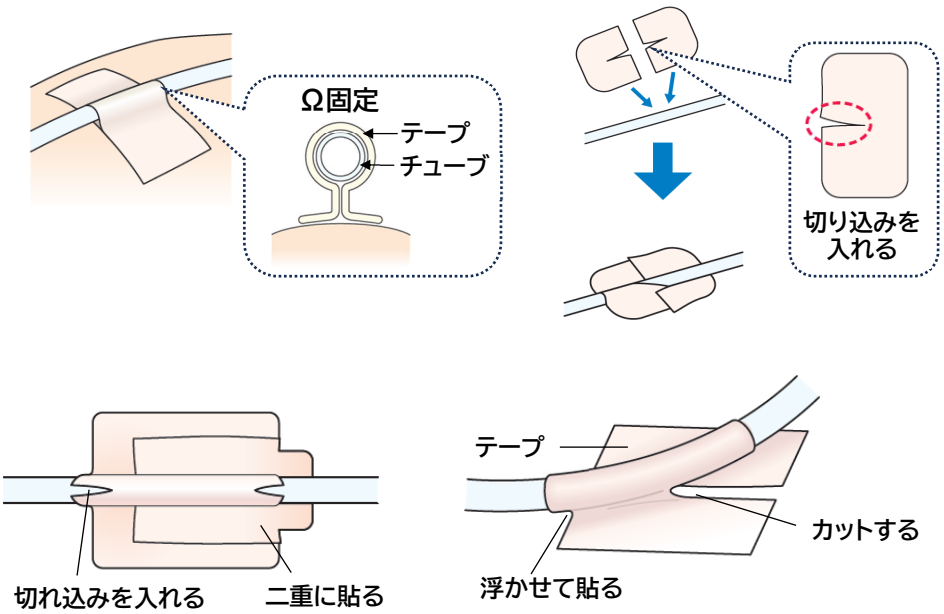
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）予めテープを貼付する位置を確認し、テープが外れたり、汚染した箇所のテープを再貼付します。

〇テープを剥がす必要がある場合は、周囲の皮膚を手で押さえながら、ゆっくりと剥がします。

注意点：・無理矢理剥がすと皮膚トラブルになることがあります。特に高齢者や皮膚が脆弱な利用者の場合には表皮剥離などが生じやすいですので、注意が必要です。剥がれにくい場合などは、必要に応じてリムーバーを使用します。

固定テープの貼り方の例示



※利用者の状態や様々な状況によって、固定方法は変わります。上記では貼付方法の例を示しています。

(2)終了したら片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

(3)記録します。
〇テープを貼付した位置やいつ貼付したのか、介護職員の観察したことなど事業所等で指定されたものに記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇テープの貼付について、医療職に報告します。
〇テープを貼付する前後に皮膚が赤くなっていたり、腫れていたり、利用者がかゆみや痛みを訴えている場合は、速やかに医療職へ報告します。

【緊急時の対応】
〇テープを再度貼付する際に経鼻胃管栄養チューブが抜けている場合は、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇経管栄養は、利用者が口から飲食物を摂取することが難しい場合に栄養を摂取する方法の1つです。

〇経管栄養のチューブが抜けると利用者が適切に栄養を摂取できなくなるので、適切な位置にテープを貼付し、チューブが抜けないようにすることが大事です。

〇長期（4週間以上）にわたって経管栄養のチューブを留置しておくことで、皮膚の潰瘍が生じるなどのリスクがあります。

No.11
経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと。

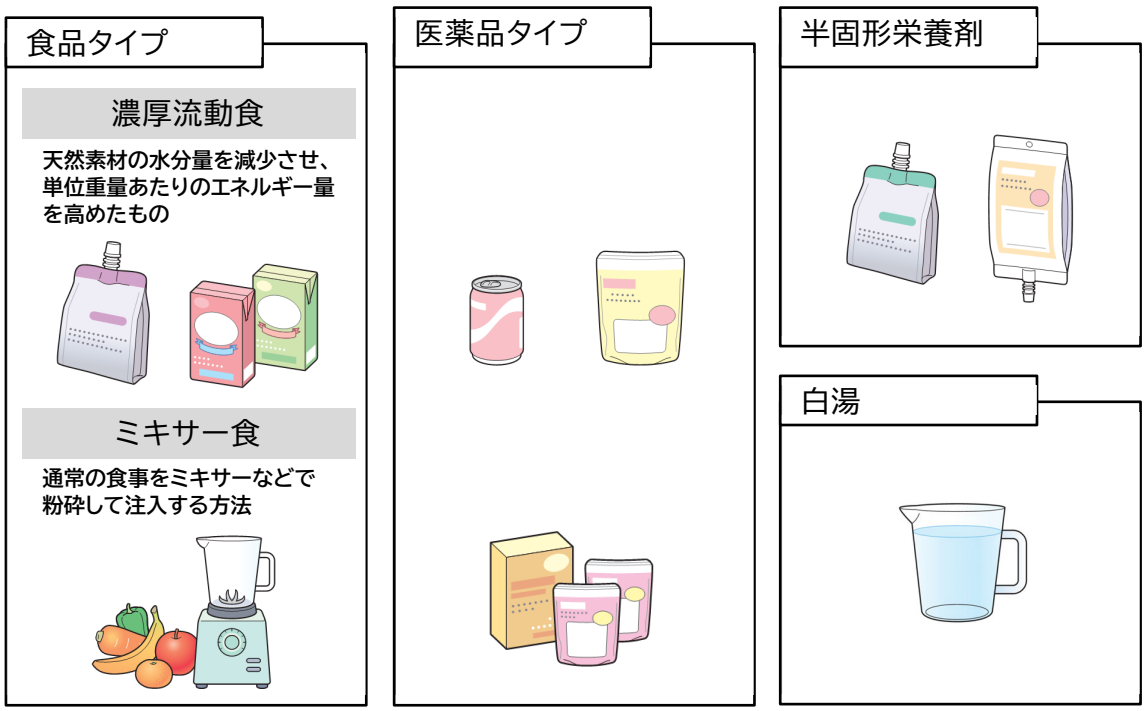
以下の３点については医師又は看護職員が行うこと。
① 鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。
② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など、胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。
③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること。

行為を実施する前に確認してください！
〇介護職員が行っても良いのは、「経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと」のみです。栄養等の注入及び注入の停止は、喀痰吸引等研修を修了した場合を除き実施することはできません。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・利用者の栄養等、タオル
・記録道具

栄養等の種類の例



1. 経管栄養の準備及び片付け前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者の意識状態にいつもと変わった様子がなく、落ち着いた状態であることを観察します。

・利用者に排泄の有無を確認し、希望があれば先にすませてもらいます。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 経管栄養の準備及び片付けの実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)準備をします。

〇経管栄養に必要な物品を確認し、医療職が援助しやすい位置に置きます。

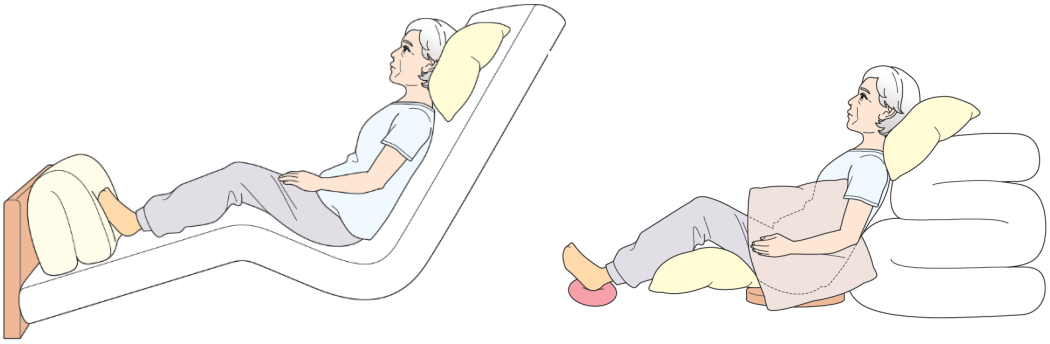
注意点:・物品が破損していないか、清潔かなど確認します。

【栄養等の注入前】

(2)利用者は、半座位の姿勢になります。

注意点:・注入した栄養等が逆流し、気道に入ることで誤嚥性肺炎などが起こらないように医療職の指示に基づき、原則半座位の姿勢をとります。半座位の姿勢を取れない場合は医療職に報告します。

半座位の姿勢の例



(3)利用者の身のまわりを整えます。

〇衣服や寝具が汚れないように、利用者の首もとにタオルを置いたり、利用者の周辺を整えます。

注意点:・口の中や鼻の中に、薬や鼻水などなにか妨げになる物が残っていないか確認します。

(4)利用者の栄養等の準備をします。
〇利用者本人に処方されている栄養剤であるか必ず確認します。
〇温度が低いままでは、経管栄養に使用できないので、それぞれの栄養等の適切な方法で温めます。
※栄養剤の種類によっては、加熱禁止などあるので栄養剤の取扱い説明書や注意書きを確認してください。
〇ミキサー食は分離する可能性もあるので、適宜、かくはんさせます。
注意点：・栄養剤が冷たいままだと、下痢や腹痛など体調不良につながることがあります。
・栄養剤は適切な温度管理が必要なので、保管方法について注意が必要です。

⚠栄養等の注入は、医師、歯科医師、看護師等の免許を有する者や、社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 2 第1項及び同法附則第 10 条第1項に基づいて、喀痰吸引等研修を修了した者が実施します。研修を修了していない、介護職員は実施できません⚠

【栄養等の注入後】

(5)利用者の身のまわりを整えます。
注意点：・栄養等の注入後は、胃の内部に注入した栄養等の逆流や誤嚥による逆流性食道炎や誤嚥性肺炎を防ぐため、利用者は 30～60 分程度身体を起こした状態でいます。

(6)片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

(7)記録します。
〇経管栄養の準備及び片付けが終了したら、実施した時間や介護職員が観察したことを事業所等で指定されたものに記録します。

参考

経管栄養の準備及び片付けのうち、「原則として医行為ではない行為」に該当するのは、以下の実施手順のうち、オレンジ色で示した部分です。

STEP 1 安全管理体制確保

利用者の状態に関する情報を共有し、報告・連絡・相談等の連携体制を確保する（急変・事故発生時の対策を含む）。

STEP 2 観察判断

医師又は看護職員が、利用者の状態の判断を行う。

STEP 3 準備

医師の指示等の確認を行う。

↓

手洗いを行う。

↓

必要物品を揃え、指示された栄養等の種類、量、時間を確認する。

↓

パッケージされていない栄養剤（流動食）については、指示内容に従って、栄養点滴チューブをつないだボトルに詰め、パッケージされた栄養剤（流動食）については、利用者のものであることを確認し、滴下筒を介し栄養点滴チューブの先端まで満たして、栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しておく。

↓

準備した栄養等 を利用者のもとに運ぶ。

STEP 4 実施

医師又は看護職員が栄養等の注入及び停止を実施する。

STEP 5 片づけ

使用物品を速やかに後片づけする。

STEP 6 記録

経管栄養の準備及び片付けが終了したら、実施した時間や介護職員が観察したことを事業所等で指定されたものに記録する。

※「令和 3 年版 介護職員等による喀痰吸引等の研修テキスト」（令和 3 年 3 月発行、編集：一般社団法人全国訪問看護事業協会）より改変

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇医療職へは、介護職員が観察したことも報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇経管栄養は、利用者が口から飲食物を摂取することが難しい場合に栄養を摂取する方法の1つです。体外からチューブを胃または腸内に挿入し、栄養等を注入します。

No.12
食事(とろみ食を含む。)の介助を行うこと

Ⅰ.行為の実施方法(介護職員として必要な観察項目を含む)

〇必要な物品例

※利用者の状態に応じて必要な物品を準備します。

・オーバーテーブル、おしぼり、タオル、お膳、箸・スプーン・フォーク、ストロー、吸いのみ、クッション、介護職員用椅子、ハンドタオル、コップ、ガーグルベースン、歯みがき・口腔ケアセット
(必要に応じて)食事用エプロン、ティッシュペーパー、箸置き、自助具、すべりどめマット、嚥下補助食

・記録道具

食器類の例

1. 食事の介助前の確認事項

〇食事をする環境の確認

・食事前に排泄をすませておき、食事が中断しないようにします。

・部屋の明るさ、使用するテーブルの衛生面、自助具の用意など、利用者が楽しく安全に食事ができる環境かどうか、を確認します。

〇利用者の観察

・利用者の気分、体調、顔色、表情、呼吸の様子、しっかりと目を覚ましているか(覚醒状態)などを観察します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 食事の介助の実施(座位で一部介助が必要な場合)

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

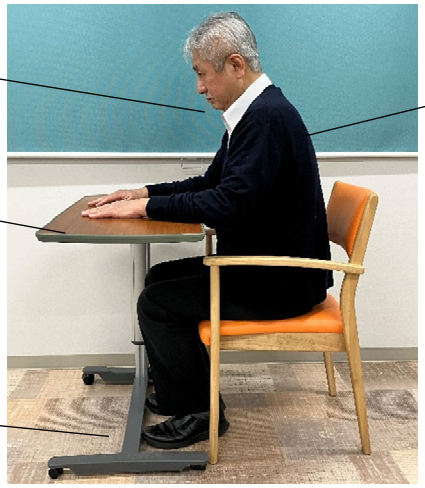
(1)食事の前には、うがいや歯磨きを実施し口腔内を清潔にすると共に、利用者の手も清潔にします。

(2)利用者に椅子に座ってもらい、姿勢を整えます。

〇咀嚼・嚥下をスムーズにして誤嚥を防止するため、テーブルの高さ、足は床についているかなどを確認します。

〇献立の説明の際に、熱いのか冷たいのか、食材や調理法、味付けなども説明して、利用者の食欲を高める工夫も必要です。

食事姿勢の例



(3)利用者に、最初に水分をとってもらいます。

〇水分をとることで唾液の分泌が促がされ、咀嚼・嚥下がスムーズになります。

注意点:・水分をとる際の動作や嚥下の状態を観察し、必要に応じて食事の形態や介助内容の変更も検討します。

(4)介護職員は、利用者の食事状況を観察しやすい位置に座り、必要に応じて介助します。

注意点:・食事中に利用者に話しかけすぎると誤嚥してしまうことがあるので、注意が必要です。

・食物を口に運ぶペースが速すぎたり、一口量が多いと誤嚥や窒息につながることがあるので注意が必要です。

・食物を口に運ぶ際に、上方向に出し入れすると利用者の顎が上がり、飲み込みにくく、むせやすくなるので注意が必要です。

（5）片付けをします。

〇食事が終了したら口を開けてもらい、口の中に食物が残っていないことを確認します。麻痺側に食物が残りやすいのでよく確認します。

〇利用者の食事が終了したことを確認して下膳をします。食事の量や食べ残し、食べこぼしや汚れ、などを観察します。

〇使用した物品は、必要に応じて適切な場所へ戻すか廃棄します。

（6）食事の状況について記録します。

〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。

〇食事に要した時間や、食欲、食事摂取量、食事の動作、咀嚼や飲み込みの状態、むせの有無などを記録します。

参考

水分へのとろみの付け方
①お茶等の水分に適量のとろみ調整剤を少しずつ入れながら、ダマにならないように素早く混ぜます。 ・温かいもののほうがダマになりやすい傾向があります。また、ダマになったものは嚥下しにくいのでダマにならないように注意します。 ②数分置いてとろみを安定させます。 ・とろみが足りない場合に、出来上がった上にとろみ調整剤を直接追加するとダマになりやすくなります。 ③とろみの状態が安定したかどうかを確認してから飲んでもらいます。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇医療職へは、食事の介助時に介護職員が観察したことを報告します。

〇利用者がむせたり咳き込んだり、食べ物が口に残っていたり、食事にいつもより時間がかかる、食欲や食事の量の低下などがあるときは、医療職へ報告します。

【緊急時の対応】

〇食事の介助時に、利用者が食べ物で窒息した場合や、手で首を押さえたりかきむしったりするような動作が見られる場合や、全身にじんましんが出た場合には、すぐに医療職へ連絡します。

コラム

事業所等での取り組み例～食事介助における多職種連携①～

食事のミールラウンド（食事の観察評価）を多職種で行っています。定期的に、利用者の食事の様子を見て、とろみの必要性や、とろみの程度などを多職種で検討しています。

コラム

事業所等での取り組み例～食事介助における多職種連携②～

当事業所では、月に2回、言語聴覚士（ST）の見回りがあり、むせることへの対応、食べ方や食事の際の姿勢について助言をもらっています。食事形状の変更についても、都度、医療職（看護師）やケアマネージャーと相談し、対応しています。摂食嚥下障害の勉強会も定期的に開催しています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○咀嚼機能や嚥下機能が低下した利用者に合わせた水分、食事形態を提供します。特に高齢者は、嚥下機能が低下していることが多いので、窒息などのリスクがあります。

○睡眠薬などの薬剤を内服している利用者の場合は、起床後に薬剤の効果が残っていることもあるので、誤嚥などのリスクが高くなります。

○誤嚥の誘因となるため、利用者のペースに合わせて食事介助します。一口量が多すぎると誤嚥や窒息の原因になり、逆に少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる場合もあるため適切な一口量を調整することが大切です。

○口腔内の清潔を保ち誤嚥性肺炎のリスクを軽減するために、口腔ケアが重要です。
（口腔ケアについては 89 頁参照）

○介護職員は、自助具の知識を持ち、利用者の状態を観察し、適切な用具の選定を支援できるようにします。

○食事中の観察として、箸やスプーン等が適切に使えているか、咀嚼や嚥下に問題はないか、食欲、調理方法による食べにくさはないか、食事にかかる時間に問題はないか、いつもと異なることはないかなどを確認します。

No.13
吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと」のみです。吸引カテーテルの挿入、喀痰の吸引は行うことができません。喀痰の吸引は、喀痰吸引等研修を修了した場合を除き実施することはできません。

※喀痰吸引等研修において介護職員が実施可能な喀痰吸引の範囲は、口腔内、鼻腔内及び気管カニューレ内部の喀痰吸引です。また、いずれも咽頭の手前までが限度です。

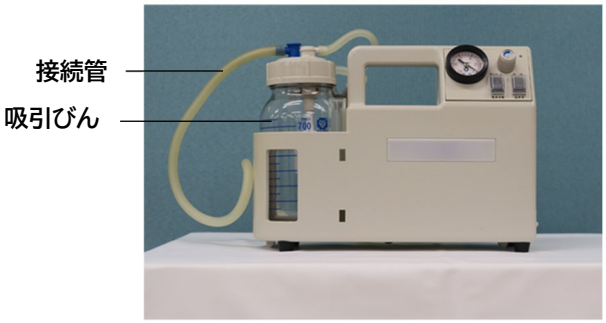
Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・吸引器、水、コップ、計量カップ

・記録道具

吸引器（在宅用）の例



1. 実施前の確認事項

〇利用者に吸引器の汚水の廃棄、水の補充をすることの声掛けをします。

2. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）吸引器の吸引びんを外し、汚水を廃棄します。

注意点：・汚水は施設や家庭の決まりに基づいて廃棄します。

・吸引びんは、汚水を適切な場所へ捨てた後、元に戻します。

・吸引びんを外したら、接続部を消毒綿などで拭いて清潔にします。

(2)痰などが吸引びんの底に付着しないよう吸引びんに少し水を入れておきます。

(3)吸引チューブ内を洗浄するための水を補充します。
注意点:・コップ、計量カップなどに水を入れ、医療職員が行う吸引に支障がなく、吸引器に近い場所に置いておきます。

⚠喀痰吸引等の行為は、医師、歯科医師、看護師等の免許を有する者や、社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 2 第1項及び同法附則第 10 条第1項に基づいて、喀痰吸引等研修を修了した者が実施します。研修を修了していない、介護職員は実施できません⚠

(4)終了したら片付けをします。
〇使用した物品は廃棄または適切な場所へ戻します。

(5)記録します。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇医療職は、喀痰吸引を実施し、血液やいつもと異なる色の分泌物を吸引した際、介護職員に、利用者の状態について情報共有します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇吸引器は、次の使用時にスムーズに使うことができるよう清潔にして準備します。

Q&A

Q.　吸引びんにたまった汚水はどのくらい貯まったら廃棄しますか？

A.　1日1回吸引びんの内容物を廃棄することが必要です。吸引びんの容量がいっぱいになりそうな場合は、吸引びんの 70～80%になる前に汚水を捨てるようにします。
　吸引器は、吸引びんの容量がいっぱいになってしまうと、吸引モーター部への逆流につながり、吸引ができなくなったりしてしまいます。

No.14・15・17

No.14　在宅酸素療法を実施しており、利用者が援助を必要としている場合であって、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は医師、看護職員又は利用者本人が行うこと。

No.15　在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと。

No.17　在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれ、次のいずれかに該当する利用者が一時的に酸素から離脱（流入量の減少を含む。）したことが見込まれる場合に、当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すこと

・肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者

・睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は行うことができません。

〇介護職員は、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着している場合の酸素流量変更は、実施することができません。

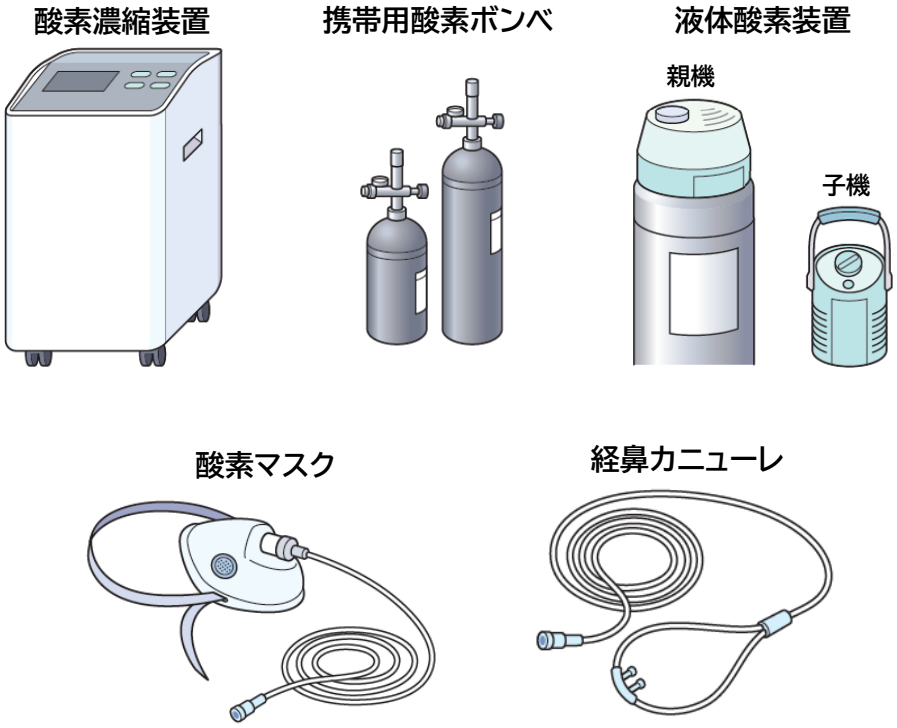
Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・利用者の使用している酸素供給装置や酸素マスク・経鼻カニューレ

・記録道具

在宅酸素療法で使用される物品の例



1. 事前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者の体調がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であることを観察します。

〇利用者の使用している酸素供給装置や酸素マスク・経鼻カニューレの確認

・酸素マスク、経鼻カニューレが破損していないか、清潔であるか確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)介護職員は、利用者が、酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない場合、医師の指示に基づいて酸素流量の設定を行うことができます。

⚠介護職員は、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着している状態での酸素流量の設定や、酸素吸入の開始や停止はできません。⚠

〇酸素流量は「〇L/分」という形で表示されるので、医師の指示書の数値に設定できているか確認します。

（2）介護職員は、利用者が酸素を流入していない状況で、酸素マスクや経鼻カニューレ装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うことができます。

（3）酸素供給装置の使用に係る環境の整備を行うことができます。

〇加湿瓶の蒸留水の交換を行う際には、交換の頻度を医療職に確認します。利用者の使用している酸素供給装置の取扱説明書についても、確認します。

注意点：・加湿瓶内の蒸留水の量が少なすぎると適切な加湿が行われず、多すぎると酸素チューブ内に水が流入し、適切な酸素の供給が行えなくなります。

・自動加湿機能がある酸素供給装置では、蒸留水の交換が不要な場合もあります。

〇酸素供給装置の拭き取りを行う場合には、予めどこを拭き取ったら良いのか、装置の注意点について医療職に確認します。

〇酸素濃縮装置は、周囲の酸素を取り込んで使用するため、装置の周辺に十分なスペースを確保するようにします。

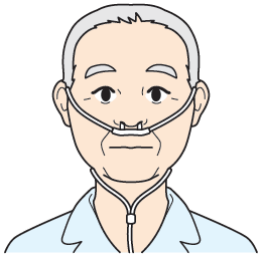
注意点：・酸素は支燃性の気体なので、酸素供給装置の周辺では火気の使用は厳禁です。

（4）酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれた場合に、当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻します。

⚠原則として、酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すことができるのは、「肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者」や「睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者」が、一時的に酸素から離脱（流入量の減少を含む。）したことが見込まれる場合に限られます。⚠

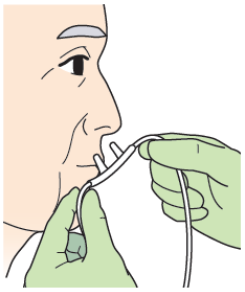
酸素マスクの装着例

経鼻カニューレの装着例

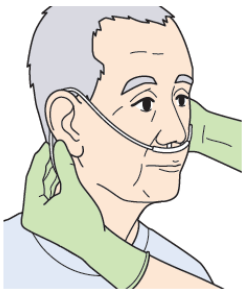


経鼻カニューレの装着手順の例

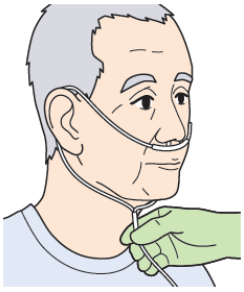
❶ カニューレの向きを合わせます



❷ ストラップを耳介にかけます



❸ 顎の下で長さを調節し固定します



(5)記録します。

〇介護職員が実施した行為について、いつどのタイミングで実施したのか、介護職員が観察したことなどを記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇実施前後に、医療職へ報告が必要です。

〇予め、酸素流量の指示を確認します。酸素供給装置についても使用方法や管理方法について医療職と確認します。

〇酸素供給装置を使用していても利用者が苦しいと訴える場合や、息切れ、顔色が悪いなどの変化が見られる場合には、医療職へ報告も必要です。

コラム

事業所等での取り組み例
～在宅酸素療法ではどのようなことに気をつけていますか？～

当事業所では、在宅酸素療法中の利用者と関わる場合、カニューレやチューブが曲がったりしていないか、火気が利用者の近くにないか確認をしています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇酸素療法は、血液中の酸素が不足している場合に酸素を吸入する治療法で、酸素供給装置などを使用します。息切れの改善や呼吸が楽になるなどの効果が期待されます。

〇安静時の呼吸は、深さやリズムは一定のことが多いです。呼吸数は年齢によって異なり、子どもは成人よりも呼吸数が多くなります。

〇酸素マスクや経鼻カニューレでの圧迫により、皮膚トラブルが生じるリスクがあります。

No.16
在宅人工呼吸器を使用している利用者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと。

※　人工呼吸器の回路が外れると呼吸困難になり、死に至ることも少なくありません。介護職員はリスクが高いことを十分に理解して実施する必要があります。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・記録道具

1. 人工呼吸器の位置の変更前の確認事項

〇利用者の観察
・利用者の体調がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であること、などを観察します。

〇医師又は看護職員の確認

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の体位を変換します。

（2）令和4年医政局長通知に従い、人工呼吸器の位置の変更をします。

（3）片付けをします。
〇利用者の衣服や寝具、周辺の環境を整えます。

（4）記録します。
〇記録が必要な場合、事業所等で指定されたものに記録します。

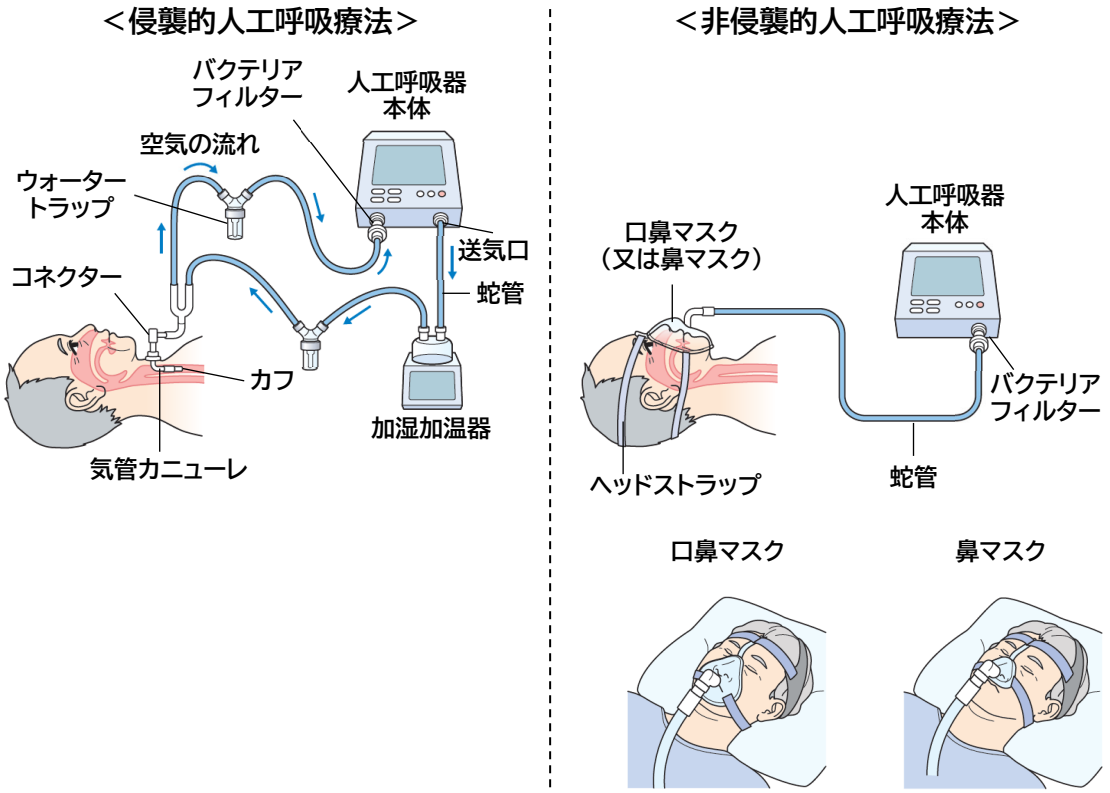
参考

人工呼吸器のしくみ

人工呼吸器とは、呼吸の補助や代行をする機器のことです。下記のような人工呼吸器の種類があります。

人工呼吸療法には、気管にチューブを挿入する気管挿管や気管切開をして気管カニューレを挿入して換気する方法と、口鼻マスクまたは鼻マスクを通して換気を行う方法があります。

人工呼吸器のしくみ



Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

○人工呼吸器の位置の変更中や変更後に、利用者の状態に変化があった場合には、医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○人工呼吸療法は機器が呼吸を助ける治療法で、溜まった二酸化炭素を排出して酸素の取り込みを促します。

コラム

事業所等での取り組み例～医療的ケア児の対応の多職種連携～

ある事業所では、医療的ケア児を受入れる際、事前の準備として下記の準備などを実施した。

①事業所内での取組：てんかん発作や人工呼吸器の勉強会を実施

近隣の大学病院てんかんセンターの医師を講師に招いて勉強会を実施した。事業所内で人工呼吸器に関する勉強会を実施した。

②他施設との協働：病院や対象となる利用者が通っている養護学校へ視察

医療的ケア児本人の生活している環境について聴取。医療的ケア児を受入れている病院は複数箇所訪問し、関わる上での留意点など聴取した。養護学校では、実際に、対象の方の学校での過ごし方を観察するのみならず、教員や学校の看護師にも学校での生活状況を聴取した。

③自宅への訪問：実際の自宅での生活などの聞き取りを実施

その後、実際に自宅へ訪問し、自宅での生活の様子を観察することで、事業所内では日常生活と変わらない対応ができるようにしている。

コラム

ALS 等の利用者を対象とする現場での実際の取組み例

ALS 等の人工呼吸器利用者も、重度訪問介護[1]による外出時の移動中の介護を利用して、頻繁に社会参加するようになりました。ヘルパーは重度訪問介護に従事するために必要な研修[2]を受講し、入浴や排泄等の介助を実施しますが、在宅酸素や人工呼吸器関連の原則として医行為ではない行為についても、かかりつけ医や（訪問看護等を実施する）看護師から指導を受ける等、医療職と連携しながら安全に実施しております。

1）「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」（平成17 年法律第 123 号）第5条第3項に基づいています。

2）重度訪問介護に従事するための「重度訪問介護従業者養成研修」には、基礎課程、応用課程、統合課程などがあります。

No.18・19・20
No.18　膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄（DIB キャップの開閉を含む。）を行うこと。
No.19　膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと。
No.20　膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。

※膀胱留置カテーテルとは、カテーテル（管）を膀胱内に入れたままにし、持続的に尿を排出する方法のことです。

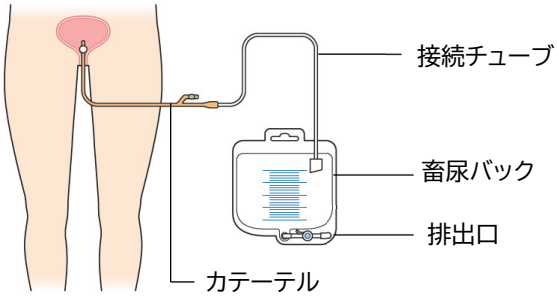
行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、膀胱留置カテーテルの挿入や、膀胱留置カテーテルを抜いたりすることはできません。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・消毒綿、採尿容器、ビニール、カテーテルを留めるテープ、廃棄物入れ
・必要に応じて尿の量を計測するための計量カップ、リムーバー
・記録道具

膀胱留置カテーテル、畜尿バックの例



1．実施前の観察

〇利用者の観察
・利用者の様子がいつもと変わった様子がなく、落ち着いた状態であることを観察します。

〇蓄尿バックの位置の確認
・蓄尿バックを膀胱より高く上げると、排出された尿が膀胱内に逆流したり、尿が蓄尿バックへ流れなくなる可能性があります。そのため、蓄尿バックは利用者の膀胱より低い位置にします。
・蓄尿バックを床に倒して置いたり、蓄尿バックが床についていると、汚染される可能性があります。そのため、蓄尿バックは床につかないようにします。

〇膀胱留置カテーテルや接続チューブの確認

・膀胱留置カテーテルや接続チューブが折れ曲がったり、ベッド柵などで潰れていないか、を確認します。

〇周囲の環境の確認

・これらの行為を実施する前には、利用者の部屋のドアを閉めたり、カーテンを閉めるなどプライバシーに配慮します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 蓄尿バックからの尿廃棄（DIB キャップの開閉を含む。）

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

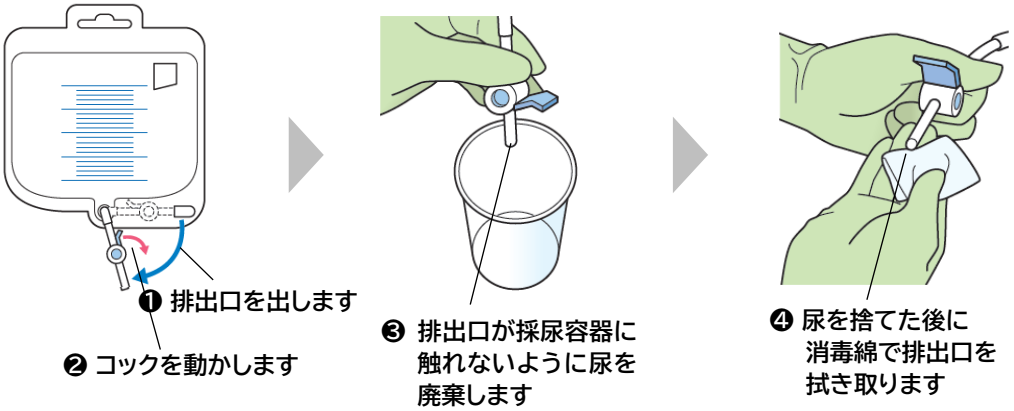
（1）蓄尿バックの排出口を開けて、採尿容器に静かに尿を廃棄します。

〇蓄尿バックの排出口を消毒綿で拭いてから閉め、元の位置に固定します。

注意点：・尿で床を汚さないよう、床の上にビニールなどを敷いておきます。

・蓄尿バックから尿を破棄する際に、排出口が採尿容器や周囲の物に触れないようにします。

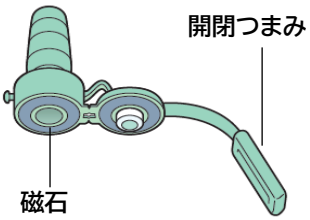
尿の廃棄方法の例



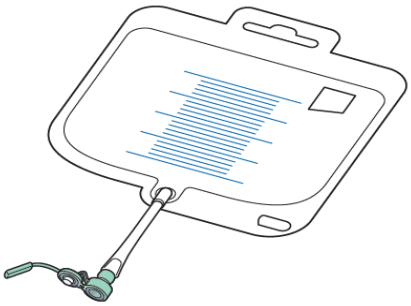
〇尿の排出口である DIB キャップは、磁石で開閉ができるキャップです。

注意点：・磁気カードなど磁石の影響を受ける物を近くに置かないようにします。

DIB キャップの例



DIB キャップのついた畜尿バックの例



(2)片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

(3)記録します。
〇介護職員が、対応した時間や観察したことを記録します。

4. 膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

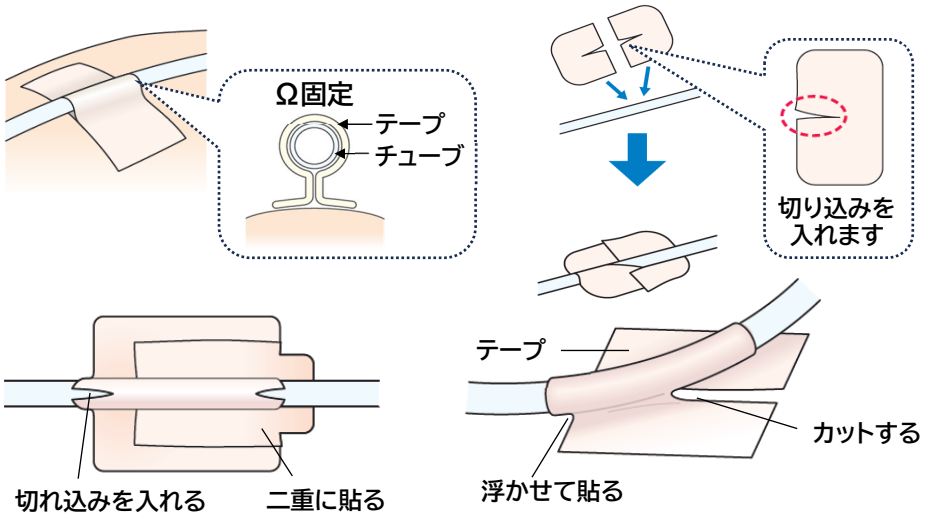
(1)蓄尿バックの尿量及び尿の色を確認します。
注意点:・普段と尿の色が異なる場合は医療職へ報告します。

(2)3. 蓄尿バックからの尿廃棄(DIB キャップの開閉を含む。)の(2)及び(3)の手順に従って片付けと記録をします。

5. 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付すること
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)テープを貼付する際は、チューブが曲がっていないことを確認します。

固定テープの貼り方の例示



※利用者の状態や様々な状況によって、固定方法は変わります。上記では貼付方法の例を示しています。

(2)3. 蓄尿バックからの尿廃棄(DIB キャップの開閉を含む。)の(2)及び(3)の手順に従って片付けと記録をします。

コラム

事業所等での取り組み例～ICT を活用した医療職(看護師)との連携～

タブレット端末を各職員に1台配布し、医療職(看護師)と介護職員がリアルタイムでのコミュニケーションが可能な状態にしています。タブレット端末のコミュニケーションツールを使用して、訪問先で膀胱留置カテーテルの浮遊物や尿の色などを写真で送り、医療職(看護師)と連携することができています。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○医療職へは、テープの再度貼付を行った際や介護職員が観察したことを報告します。
○蓄尿バックの尿の廃棄や、蓄尿バックの尿量や尿の色の確認を行う時間帯について、事前に医療職と確認します。

【緊急時の対応】
○膀胱留置カテーテルが抜けている場合は、直ちに医療職へ報告します。
○利用者が痛みを訴えている場合や、尿に血液が混ざっている場合、尿の量・色・臭いなどがいつもと違うときは、すぐに医療職へ報告します。
○テープを貼付する前後に剥がした際に皮膚が赤くなっていたり、腫れていたり、利用者がかゆみや痛みを訴えている場合は、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○尿は老廃物を身体の外に捨てる手段の1つです。普段より尿量が少なければ脱水や体調不良の可能性があるなど、尿を観察することで身体の変化に気づくことができます。

No.21
専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄を行うこと。

※ 膀胱留置カテーテルとは、カテーテル（管）を膀胱内に入れたままにし、持続的に尿を出す方法のことです。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄を行うことができます。

〇膀胱留置カテーテルが抜けていても、介護職員は膀胱留置カテーテルを入れることはできません。

〇専門的管理が必要かどうかの判断は、医師又は看護職員が確認します。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・陰部洗浄ボトル（38～40℃程度の温湯を入れておく）、保温のためのバスタオルやタオルケット、防水シーツ、紙おむつまたは差し込み便器、ガーゼ（洗浄用）、タオル、石けん、水温計、ワゴン

・記録道具

陰部洗浄ボトルの例

※ 陰部洗浄ボトルを他の利用者と共有する場合は、皮膚に直接触れないように使用します。他の利用者に使用する場合は、洗浄・消毒を実施して使用します。

1．実施前の確認事項

〇専門的管理が必要ないことを事前に医療職に確認します。

〇利用者の観察

・利用者の体調がいつもと変わった様子がないことを観察します。

〇室内の状態確認

・ベッドの上で行う場合、室温は適温にし、利用者のプライバシー保護のため、ドアやカーテンを閉めます。

〇蓄尿バックの確認

・陰部洗浄を実施する前に蓄尿バックを空にしておくことが望ましいです。蓄尿バックにたまった尿の破棄方法については61頁を参照してください。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 陰部洗浄の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者の下着を脱がし、姿勢を整えます。

〇保温やプライバシー保護のため、バスタオルやタオルケットを利用者にかけます。

〇衣類やシーツが汚染されないよう、防水シーツを腰の下に敷きます。

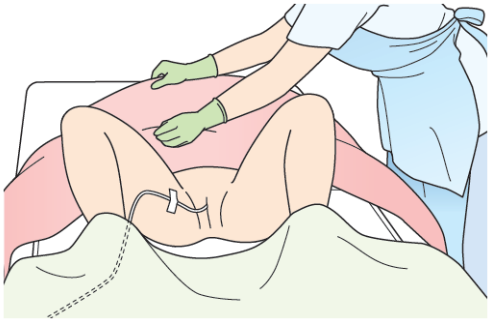
〇洗い流した温湯を受けるため、紙おむつや差し込み便器を腰の下に置きます。

〇タオルで下肢を保温します。また、温湯の飛散・流入を防ぐため、タオルを下腹部と鼠径部(足の付け根の溝の内側)に置きます。

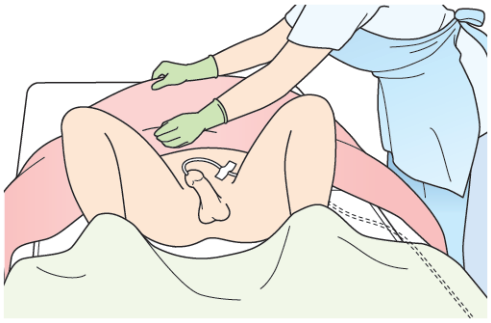
注意点:・膀胱留置カテーテルを留めているテープが剥がれていないか、膀胱留置カテーテルが抜けていないか観察をします。

・合わせて、尿の色などの観察をします。(62 頁を参照してください。)

女性の場合の例



男性の場合の例



(2)陰部に温湯をかけた後、石けんを泡立てて十分に洗浄します。

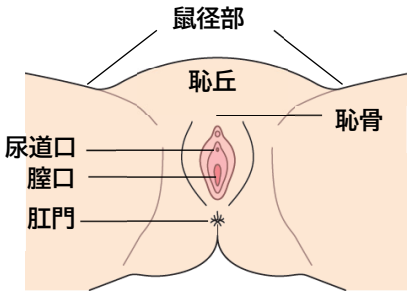
〇最初に陰部に近い太ももの部分などに温湯をかけて、湯の温度が利用者にとって適温か確認します。

〇蓄尿バックは、膀胱より低い位置に保ちます。

注意点:・陰部洗浄中に、膀胱留置カテーテルを誤って引っ張らないようにします。

（女性の場合）

〇陰唇を開いて、恥丘→尿道口→鼠径部→肛門の順に温湯をかけて洗います。その後、石けんを使用した洗浄の場合は、尿道口→鼠径部→肛門の順に洗います。

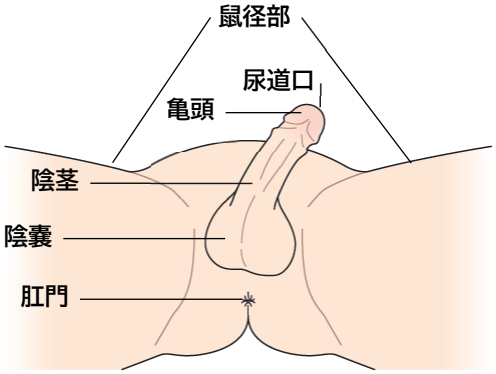


（男性の場合）

〇陰茎を手で支え、尿道口→亀頭→陰嚢→陰嚢の裏側→鼠径部→肛門の順に温湯をかけて洗います。石けんを使う場合も、この順で洗います。

〇亀頭を洗うときは、包皮を反転させ、円を描くようにして亀頭を洗います。陰嚢はしわが多いため、陰茎を持ち上げて左右別々に洗います。

注意点：・包皮を反転させたら、洗浄後は必ず元に戻します。



（男女共通）

〇男女とも、便による汚染を予防するため、肛門は最後に洗浄します。

〇肛門を洗うときは、側臥位にしたほうが洗いやすい場合があります。

〇皮膚や粘膜の損傷を防ぐため、洗浄や拭き取りの際に強くこすり過ぎないように注意します。

〇石けんの泡は十分に洗い流します。

〇最後に、タオルなどで水分を拭き取ります。必要があれば、おむつ交換を行います。

（3）片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品は適切な場所へ戻します。

（4）記録します。
〇終了したら、記録します。
〇実施した時間や観察したことを記録します。

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇終了後は、陰部洗浄の終了と、介護職員が観察したことを医療職へ報告します。
〇実施する時間は、起床、食事、就寝の時間などを考慮して、事前に医療職と相談して決めておきます。

【緊急時の対応】
〇膀胱留置カテーテルが抜けている場合は、陰部洗浄を実施せず医療職へ報告します。
〇膀胱留置カテーテルが接触している皮膚や、臀部の皮膚に赤みや腫れ、ただれがある場合には医療職へ報告します。
〇利用者が痛みを訴えている場合は、すぐに医療職へ報告します。

コラム

事業所等での取り組み例
～膀胱留置カテーテルの管理に関する医療職（看護師）との連携～

医療職（看護師）が、専門的管理が必要のないことを確認した上で、介護職員が膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄をしている際、少しでもカテーテルが動いたらカテーテルが抜けてしまうのではないかと心配になることがあります。当事業所では、なにか心配なことがあれば、医療職へ報告して連携するようにしています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇陰部は皮膚や粘膜が接していて尿や便が排泄されるため、汚染されやすく細菌が増殖しやすいです。
〇女性の場合は、男性に比べて尿道が短いので、尿路感染症になりやすいです。
〇感染予防のため、陰部の清潔を保持することが必要です。

No.22・23
No.22　ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）　※平成 17 年医政局長通知
No.23　専門的な管理が必要とされない場合の、肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具を交換すること。
＊「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの（いわゆるツーピースタイプ）と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの（いわゆるワンピースタイプ）の双方を含むものである　※平成 23 年医政局医事課長通知

○「ストマ」「ストーマ」の表記が混在していますが、意味は同じものになります。
本文中では平成 17 年の医政局長通知に沿って「ストマ」表記にしています。

【注意点】

平成 17 年医政局長通知においては、「ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）」となっておりますが、平成 23 年医政局医事課長通知（平成 23 年7月5日付医政医発 0705 第3号）において、「肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具（※）については、ストーマ及びその周辺の状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合には、その剥離による障害等のおそれは極めて低いことから、当該ストーマ装具の交換は原則として医行為には該当しない」とされている。

そのため本項目では、肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具の交換についても記載する。

※上記の「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの（いわゆるツーピースタイプ）と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの（いわゆるワンピースタイプ）の双方を含むものである。

行為を実施する前に確認してください！

○介護職員は、ストマに関して専門的な対応が必要な場合はストマ装具の貼り替えを実施することができません。また、肌に接着したストマ装具の交換については、医行為に該当するものと考えられているため、実施することができません。
○専門的管理が必要かどうかは医療職が判断します。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

○必要な物品
・おむつまたはビニール袋、トイレットペーパー
・消臭潤滑剤、凝固剤
・記録道具

（肌への接着面に皮膚保護機能を有するストマ装具の交換を行う場合は、）上記に加えて
・ストマ装具、石けん、42℃程度の微温湯、ガーゼ、ハサミ、必要に応じてリムーバー

1. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる前の確認事項

〇ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てるタイミングの確認
・ストマ装具のパウチには 1/3～半分程度排泄物がたまった時点で排泄物を捨てるようにします。
※パウチの種類によって取り替えのタイミングが異なりますので、必ずパウチの種類を確認します。

〇利用者が日常的に行っている方法を予め確認します。
・利用者の希望に添えるように、利用者が日常的に行っている方法について予め確認します。合わせて利用者が普段使っている道具などがあれば、事前に確認します。

〇ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる場所の確認
・利用者と相談し、トイレで行うかベッド上で行うかなどを決め、ストマ装具のパウチにたまった排泄物を実際に捨てる場所を確認します。
・これらの行為を実施する前には、利用者の部屋のドアを閉めたり、カーテンを閉めるなどプライバシーに配慮します。

〇部屋の温度の確認
・室内の温度が適温であるか事前に確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる（トイレ内で行う場合）

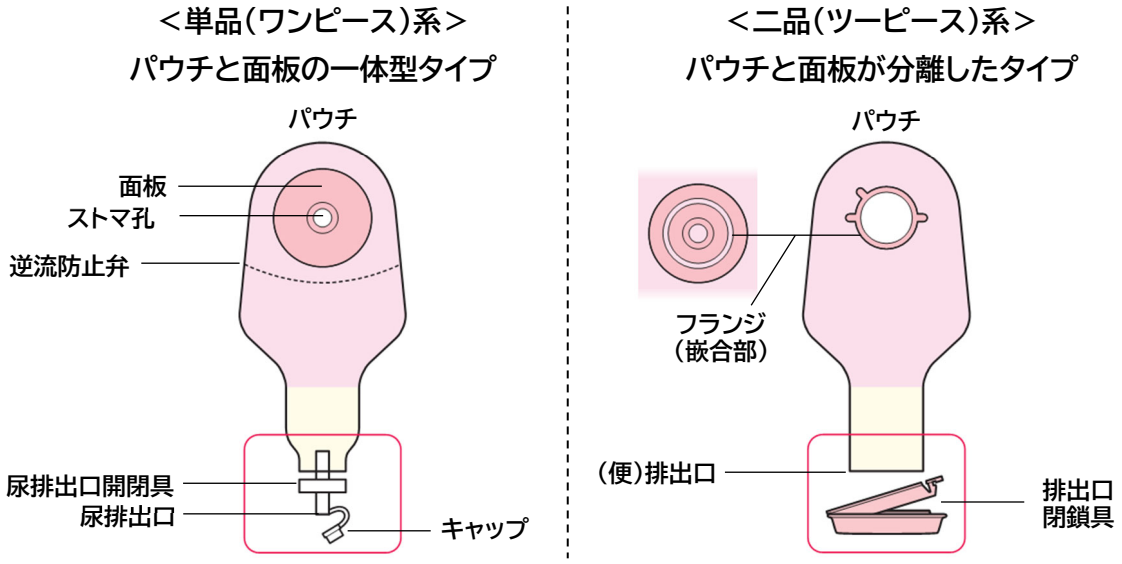
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者は、トイレに座ります。
注意点：・介護職員は必要物品を持って利用者と一緒にトイレに移動します。
・排泄物の跳ね返りを防ぐために、便器内に予めトイレットペーパーを折りたたんで置いておきます。

（2）ストマの装着部分の肌を露出します。

(3)ストマ装具のパウチの排出口(下図の赤枠の部分)を開けます。
注意点:・下向きに開けてしまうとそのまま尿や便が出てしまうことがあるので、排出口を上にして開けます。

ストマ装具の種類の例



(4)ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てます。
○便の場合は、ストマ装具のパウチ内を押し出すようにして、パウチ内の排泄物を捨てます。

【尿や便の観察】
(尿の場合)
○尿の色がいつもと変わりないか、尿が濁ったり、尿に出血が混ざったりしていないか観察します。
(便の場合)
○便の色・柔らかさがいつもと変わりないか、便が白かったり、出血が混ざったりしていないか観察します。
注意点:・腸にストマを造っている利用者の場合は、食後2時間程度で便が出ることが多いです。

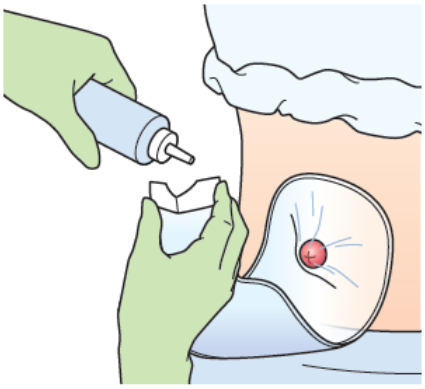
（5）パウチの排泄物を捨てることができたら、パウチの排出口をトイレットペーパーでよく拭きます。

注意点：・このときにパウチの中を水などで洗ってしまうと臭いの原因になってしまうので、パウチの中は洗わないようにします。

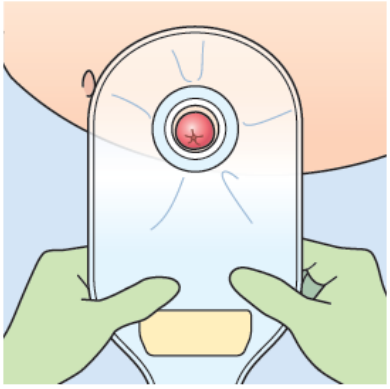
・臭いが気になる場合は、必要に応じて消臭潤滑剤を使用します。消臭潤滑剤を使用すると、消臭効果だけでなく、次回以降パウチにたまった排泄物を捨てるのがスムーズになります。

・パウチの排出口は、臭いや漏れの予防のためによく拭きます。

パウチの装着方法



❶ 排泄物を排出した後に、パウチの排出口から消臭潤滑剤を入れます



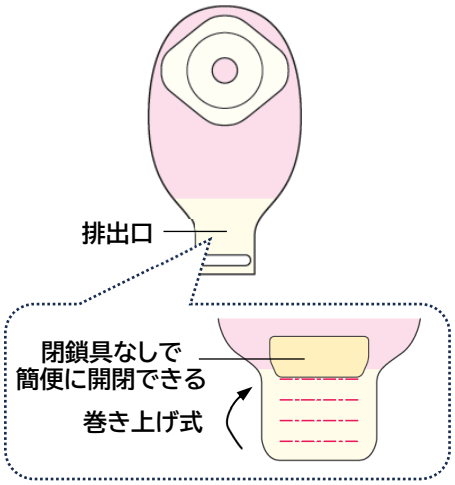
❷ 消臭潤滑剤がパウチ全体に広がるよう軽くもんでなじませます

（6）手袋を外しパウチの排出口を止めることができたら、利用者の衣服を整えて片付けをします。

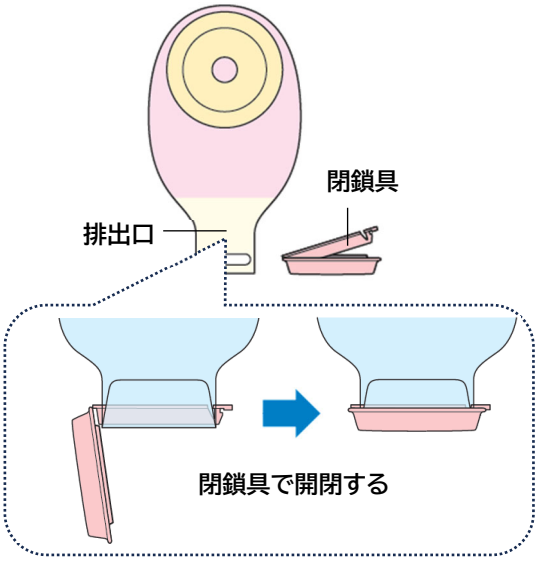
○トイレで実施した場合は、水を流し便器内の排泄物を流します。

○必要に応じて換気をします。

閉鎖具一体型装具の例



閉鎖具分離型装具の例



(7)ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てることができたら記録をします。
〇いつ、どのくらいの量の排泄物を捨てたかなど、事業所等で指定されたものに記録します。

4. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる(ベッド上で行う場合)
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者に安楽な姿勢を取ってもらいます。
注意点:・姿勢についてはその日の利用者の状態なども考慮して、利用者と相談して決めます。

上述の「3. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる(トイレ内で行う場合)」の(2)～(3)までは同様の手順で行います。

(4)ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てます。
〇ベッド上で行う場合は、おむつに捨てるか、ビニール袋に捨てるか予め決めておきます。ビニール袋に捨てる場合は、凝固剤を入れて排泄物を固めてから捨てる方法もあります。
〇便の場合は、ストマ装具のパウチ内を押し出すようにして、パウチ内の排泄物を捨てます。
〇尿や便の観察は、「3. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる(トイレ内で行う場合)」(69 頁参照)と同じです。

(4)の次は、上述の「3. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる(トイレ内で行う場合)」の(5)、(6)と同様の手順を行います。

(7)排泄物を決められた場所に捨てます。

(8)上述の「3. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てる(トイレ内で行う場合)」の(7)と同様に記録します。

5. 肌への接着面に皮膚保護機能を有するストマ装具の交換を実施する場合
〇ストマ装具は、定期的な交換が必要です。交換のタイミングは、利用者の排便状態や装具のタイプなどによって異なります。
⚠介護職員が肌への接着面に皮膚保護機能を有するストマ装具の交換を実施する場合は、「ストーマ及びその周辺の状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合」といった条件があります。(68 頁参照)改めて確認して実施してください⚠

○専門的な管理が必要かどうかは医療職が判断します。

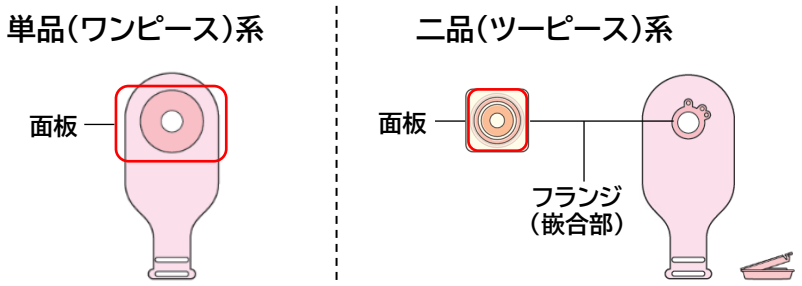
(1)利用者に安楽な姿勢を取ってもらいます。
注意点:・利用者主体で行う場合には座った状態、介護職員が主体となって行う場合には横になってもらうのが良いですが、姿勢についてはその日の利用者の状態なども考慮して、利用者と相談して決めます。

(2)ストマの装着部分の肌を露出します。
○このときに、排泄物で周囲を汚さないように、利用者のストマがある側のからだの下におむつを敷きます。防水シーツなどを使用する方法もあります。

(3)利用者のからだの側に、すぐに汚染物を捨てることができるようビニール袋を置きます。

(4)面板(下図の赤枠の部分)をはがします。
○片手で面板、もう片方の手で利用者の皮膚をおさえながら剥がしていきます。
○このときに、リムーバーがあればリムーバーを面板にたらしながら剥がしていくとスムーズに剥がれます。このとき、リムーバーの先端が面板につかないようにします。
○リムーバーがなければ微温湯でぬらしたガーゼを代わりに使用すると面板を剥がしやすいです。
○上から下に剥がすと、手元が汚れにくいです。面板を剥がす方向を毎回変えることで皮膚の負担を軽減できます。

面板の例



(5)剥がした面板を観察します。
○面板が、ふだんと異なる状態であれば医療職へ報告します。

(6)剥がした面板を捨てます。
○面板の丸くなっている部分を合わせるようにして捨てると、排泄物が漏れ出るのを防ぐことができます。

(7)ストマ周辺を洗います。
○便や尿が皮膚に残っている場合は、微温湯に浸したやわらかいガーゼなどでやさしく拭いてから洗います。
○ガーゼなどに少量の石けんをつけてよく泡立て、泡でストマ周辺を洗います。よく泡立てることで皮膚への刺激を和らげることができます。
○介護職員はストマ周辺を洗うと同時に、ストマの周辺の皮膚がただれていないか、いつもより腫れていないか、出血がないか、ストマが黒くなったりしていないか観察を行います。

(尿の場合)
○内側から外側に向かうようにして洗います。

(便の場合)
○外側から内側に向かうようにして洗います。
○洗い終わったら微温湯をかけて石けんを流し、ビニール袋やおむつで吸収します。微温湯で洗い流すのが難しい場合は、ガーゼなどを微温湯にひたして泡を拭き取ります。
○皮膚がぬれた状態だと面板を取り付けられないので、乾いたガーゼなどを用いて水分を拭き取ります。

(8)使い捨て手袋を交換します。

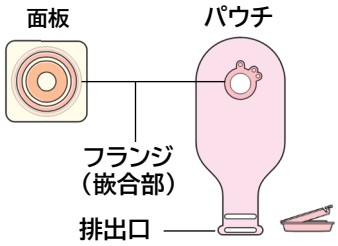
(9)必要があれば、ストマの大きさに合わせて面板をカットします。
○予め指示のあった大きさに従って調整します。

(10)カットした部分を指でなぞり、カット面を滑らかにします。
○カットした部分を指でなぞることで、カット面が温められてなめらかになり、ストマ周辺に傷が付くのを防止できます。

(11)面板を装着します。
○サイズが合っていることが確認できたら、裏紙を剥がして身体に装着します。
○下半分をストマの下の部分に合わせるようにして、上半分を覆うようにして半分ずつ貼っていきます。このとき、下の部分がずれたりしていると排泄物の漏れや皮膚のかぶれの原因になるので注意します。
○装着ができたら、皮膚保護剤を中心から外側に向かってなでるようにして皮膚に密着させます。手の体温で、皮膚保護剤がなじみやすくなります。

(12)装着ができたら、装具を軽く下に引っ張り、外れないかどうか確認します。

二品(ツーピース)系の装着



○フランジを介して、面板とパウチを接合させます。
この時、パウチを引っ張り、しっかりとはまっていることを確認します。
○排出口が閉じられているかも確認します。

(13)ストマ装具の交換が終了したら、手袋をはずし利用者の衣服を整えて、片付けをします。また、床などが水で濡れていないか確認します。

(14)ストマ装具の交換で発生した廃棄物を決められた場所に捨てます。

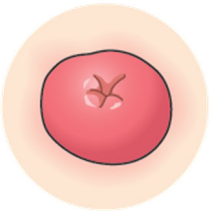
(15)ストマ装具の交換が終了したら記録をします。
○いつストマ装具を交換したかなど事業所等で指定されたものに記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○ストマは、皮膚ではなく粘膜です。ストマは痛みを感じる神経がなく傷ついても痛みを感じません。強い力や硬いものなど様々な要因でストマは傷つきやすく慎重な管理が必要です。そのため、専門的な管理が必要でないか医療職の判断のもと当該行為を実施する必要があります。

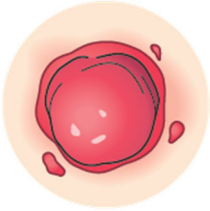
【緊急時の対応】
○ストマ装具が肌に接着している部分を観察し、出血がある場合や皮膚にただれがみられる場合、ストマ自体の色が黒くなっていたり、色がピンクでない場合は直ちに医療職へ報告します。
○ストマやストマ周辺の皮膚に異常が見られない場合でも、利用者が痛みやかゆみを訴えている場合には、速やかに医療職へ報告します。
○ストマから漏れが続く場合は、医療職へ報告します。

正常なストマの例



医療職に報告が必要なストマの例

循環障害



出血

コラム

事業所等での取り組み例～ストマのある利用者への対応の工夫～

当事業所では、基本的には（ストマの）パウチ交換が必要な方は医療職（看護師）が対応できる時間に入浴するなどの工夫をしています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇ストマとは、自然に排便や排尿ができなくなった場合に、一時的もしくは永久的に腹部に造る人工的な排泄孔のことです。一般的に「人工肛門」や「人工膀胱」と言われています。

〇通常は便や尿を排泄するときに、「括約筋」という筋肉を緩めたり縮めたりして排泄しますが、ストマがある場合は、意図的な排泄ができなくなります。

〇また、排泄物を受け止めるストマ装具というものが必要になります。

No.24
自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと

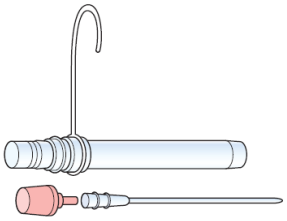
行為を実施する前に確認してください！
〇介護職員は、自己導尿のカテーテルの挿入は実施することができません。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

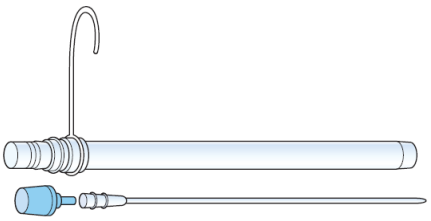
〇必要な物品
・利用者が普段使用しているカテーテルとそのケース、消毒綿、採尿容器、防水シーツ、廃棄物入れ
・必要に応じて鏡、潤滑剤
・記録道具

カテーテルとケースの例

〈女性用〉



〈男性用〉



1. 自己導尿の補助前の確認事項

〇利用者の観察
・利用者の体調、顔色や呼吸の様子などにいつもと変わった様子がないか観察します。
・自己導尿を実施する前に、利用者に手洗いをしてもらいます。

〇利用者のカテーテル、ケースの確認
・利用者によっては、使い捨てカテーテルを使用している場合もあります。

〇利用者が日常的に行っている方法を予め確認します。

〇自己導尿を実施する場所の確認
・利用者と相談し、トイレで行うか、ベッド上で行うかなどを決め、自己導尿を実施する場所を確認します。

〇部屋の温度の確認
・肌の露出があるので、室内が適温であるか予め確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者と共に自己導尿を実施する場所に移動します。

(2)必要物品や周辺環境を整えます。

〇例えば、ベッド上で行う場合は防水シーツを敷く、事前に尿を受け取るために尿器を準備しておく、など環境を整えます。

自己導尿の補助姿勢の例

(3)利用者に声をかけ、利用者が自己導尿を実施しやすい安楽な姿勢になってもらいます。

(4)ケースからカテーテルを取り出すなど準備をします。

〇女性の場合は、鏡が必要なこともあるので必要に応じて鏡も準備します。

注意点:・カテーテルが汚れると感染症などの原因になるので、カテーテルの先端が周囲の物に触れないように注意します。

(5)自己導尿がスムーズにできるように補助します。

〇座っている状態で実施する場合、介護職員は、利用者が前屈みになりすぎず姿勢を保てるよう支えます。

〇ベッド上で実施する場合には、ベッドを起こしたり、枕やクッションを利用して座っている状態を保てるように支えます。

〇介護職員は、尿の色がいつもと変わりないか、尿が濁ったり、尿に出血が混ざったりしていないか観察します。

(6)終了後は、利用者の衣服を整えて片付けをします。

〇利用者の衣服や、環境を整えます。

〇必要に応じて換気します。

〇使用した物品は適切な場所へ戻します。

(7)記録します。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。
〇実施した時間や、観察したことを記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇終了後は、医療職へ報告します。
〇医療職へは、介護職員が観察したことを報告します。

【緊急時の対応】
〇利用者が自己導尿をする際に、カテーテルがスムーズに入らない場合や、利用者が痛みを訴えている場合、尿に血液が混ざっている場合は、直ちに医療職へ報告します。
〇尿の量、色、臭いなどがいつもと違うときは、医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇様々な原因で、自力で尿が出せなくなった場合、自己導尿が必要になることがあります。
〇尿を排出しない状態が続くと、感染症になったり、腎臓の機能が悪くなってしまうことにつながるので、尿を定期的に排出することが必要です。

No.25
市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(※)を用いて浣腸すること

※ここでいう、市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器とは、挿入部の長さが 5 から 6 センチメートル程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40 グラム程度以下、6 歳から 12 歳未満の小児用の場合で 20 グラム程度以下、1 歳から 6 歳未満の幼児用の場合で 10 グラム程度以下の容量のものを指します。

※ディスポーザブルグリセリン浣腸器とは、使い捨ての浣腸器を指します。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「挿入部の長さが 5 から 6 センチメートル程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40 グラム程度以下、6 歳から 12 歳未満の小児用の場合で 20 グラム程度以下、1 歳から 6 歳未満の幼児用の場合で 10 グラム程度以下の容量の市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること」です。

〇この範囲でないものや処方されたグリセリン浣腸器の浣腸は実施できません。

Ⅰ. 行為の実施方法(介護職員として必要な観察項目を含む)

〇必要な物品

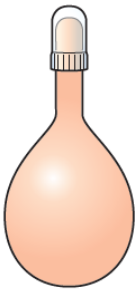
・市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器

・ディスポーザブルグリセリン浣腸器を温めるための約 45℃のお湯、お湯を入れるための入れ物、バスタオル、ティッシュペーパー(またはトイレットペーパー)、廃棄物入れ

・必要に応じて防水シーツ、潤滑剤

・記録道具

市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器の例



1. 浣腸前の確認事項

※事前に医療職に、利用者の全身状態を観察してもらい、介護職員が浣腸をしても問題ないことを確認してもらいます。

〇利用者の観察

・利用者がいつもと変わった様子がなく落ち着いた状態であることを観察します。

・利用者に、尿意があれば、事前に排尿を済ませてもらいます。

〇浣腸器の確認

・浣腸を実施する前に、浣腸の種類・量、浣腸器の使用期限や、浣腸器に破損がないかを確認します。

〇実施する場所と環境の確認

・利用者と相談し、どこで浣腸を実施するか決めます。実施してすぐに便をしたいと感じる利用者もいるので、実施する場所が、利用者がすぐにトイレに行ける環境かなど、利用者の状態に合った排泄ができるか予め確認して環境を調整します。その際に、利用者のプライバシーにも配慮します。

〇室内の温度の確認

・室内の温度が適温であるか事前に確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 浣腸の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)ディスポーザブルグリセリン浣腸器を、40℃程度に温めます。

注意点：・ディスポーザブルグリセリン浣腸器の中身は、グリセリンと水です。冷えたままだと、利用者の血圧に影響したり、高温すぎると腸が傷ついてしまうので、必ず 40℃程度に温めます。

・ディスポーザブルグリセリン浣腸器を温めるときに、電子レンジを使うと破裂してしまったり、温かいところと冷たいところのムラができてしまうので、電子レンジではなく湯煎で温めます。

(2)利用者の衣服や下着をおろします。

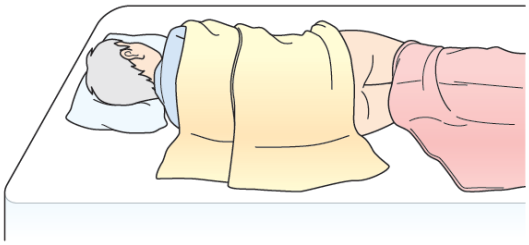
〇身体の左側を下にして横になってもらい、膝を抱えるような姿勢をとってもらいます。

〇防水シーツなどを敷く場合には、衣服や下着などをおろす時と同じタイミングで利用者に腰をあげてもらってから、防水シーツを敷きます。

〇使用済みの物品を入れるための廃棄物入れを、近くに用意しておきます。

注意点：・浣腸を実施する際は、上からバスタオルをかけるなど利用者の不必要な露出を避け、保温するようにします。

利用者の姿勢（左側を下にします）

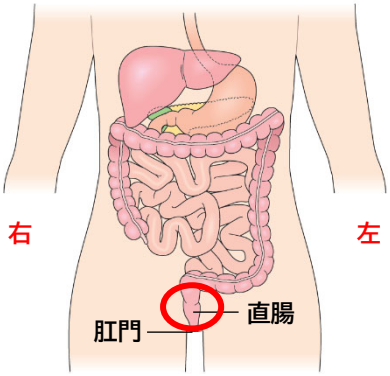


Q&A

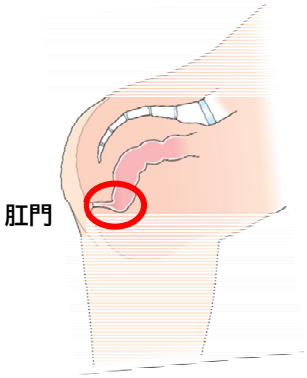
Q. 浣腸を実施する際に、なぜ左側を下にした姿勢にするのですか？

A. 人体の消化管の構造は下の図のようになっています。
　腸の走行に従って浣腸液が流入しやすくなるように、左側を下にした姿勢で実施します。
　立ったままの浣腸は、腸が傷ついたりやぶけたりしてしまう危険性があるので行いません。

直腸の位置



立った場合のイメージ

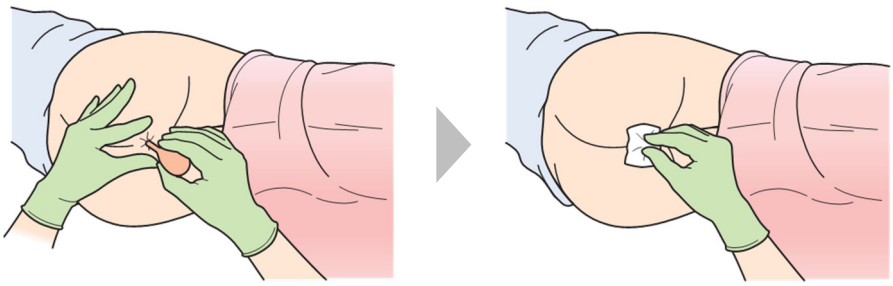


(3)浣腸器を挿入します。
〇必要に応じて浣腸器の先端に潤滑剤を塗布します。
〇利き手と反対の手で肛門を開き、利用者に口でゆっくり呼吸をしてもらいながら、利き手で浣腸器の先端を挿入します。

(4)利用者が息を吐いたタイミングで浣腸器の先端を 5～6cm 肛門に入れて、浣腸器を押し出して、浣腸器の中の液体(グリセリン)を入れます。
〇液体を完全に押し出したら、本体を握ったまま肛門から引き出します。
注意点：・浣腸器の中に入った液体を入れた後、手を緩めてしまうと液体がもどってしまうことがあるので、浣腸器を握ったまま肛門から抜きます。
・お腹に力が入った状態だと、浣腸の液体がスムーズに入らなくなるので、息を吐いてもらうように声かけすることが望ましいです。

(5)浣腸器を抜いたらトイレットペーパーなどで肛門を押さえます。
○浣腸をした後すぐにトイレに行ってしまうと、浣腸の液体が出てしまい効果が得られにくいので、できれば3分程度は我慢した方が良いことを伝えます。
○浣腸後は、すぐに便をしたいと感じる利用者もいるので、介護職員は、利用者の体調が悪くなっていないかなどの観察を行い、利用者の側にいます。

浣腸器の挿入



(6)3分程度時間が経過し、利用者が便をしたいと感じたら、利用者に適した方法で排便の介助をします。
注意点:・特に便に血液が混ざっていないか、利用者がふらついたり、気持ち悪いなどの体調不良がないかよく観察します。また、これらの症状が見られた場合には、直ちに医療職への報告が必要です。

(7)排便が終わったら利用者の衣服を整えて、片付けをします。
○必要に応じて換気をするなど環境を整えます。また、浣腸液などで床が濡れていないか確認し、転倒予防に努めます。
○廃棄物は決められた場所に捨てます。

(8)終了後、実施状況について記録します。
○実施した時間や、介護職員が観察したことも記録します。

Ⅱ.医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○医療職へは、浣腸器挿入時に介護職員が観察したことや変化がなかったことを報告します。
○浣腸のタイミングについては、毎日の排便状況などをもとに、事前に医療職と連携します。

【緊急時の対応】

〇浣腸後に利用者に吐き気や、寒気、早い呼吸など変化が見られる場合には速やかに医療職へ報告します。

〇浣腸実施後、肛門から出血がある場合には速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇日々の生活の中で、食物繊維の多い食事を摂ることや、水分を摂取すること、適度な運動を心がけるようにするなど浣腸が不必要となる日常的な関わりが重要です。

〇便秘の原因は、食生活の乱れ、水分不足、運動不足、便意の我慢、過度なストレス、薬剤の副作用など、さまざまです。

Q&A

Q. グリセリン浣腸はどのようなしくみで排便を促すのですか？

A. グリセリンはアルコールの一種であり、グリセリン浣腸器にはグリセリンを薄めた薬剤が使われています。グリセリンは、直腸内に注入されることによって腸管が刺激されて腸管の蠕動が活発になり、また、浸透作用で便を軟化させることによって排便を促すと考えられています。

No.26
有床義歯（入れ歯）の着脱及び洗浄を行うこと

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・義歯の着脱及び洗浄に必要な道具
義歯専用歯ブラシもしくは歯ブラシ、洗面器、義歯洗浄剤、就寝時の保管用専用ケース

・記録道具

1．義歯の着脱及び洗浄をする前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者がいつもと変わった様子がなく落ち着いた状態であることなどを観察します。

・特に、利用者の飲み込む力（嚥下）が、いつもと変わらないか日常生活での観察を通して、例えば食事中でのむせが増えていないか、水を飲んだときに普段よりもむせやすくないかどうか観察します。

2．利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3.義歯の着脱及び洗浄の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）洗浄に必要な物品を準備します。

（2）利用者に口を開けてもらい、利用者の口の中を観察します。

注意点：・口の中に、食べ物が残っていないか、出血がないか口内炎などができていないか観察します。

・部分義歯の場合、歯の揺れがないか観察します。

（3）義歯をはずします。

〇利用者に声をかけて、義歯をはずします。

〇総義歯の場合は、先に下の義歯からはずします。前歯部分を持ち、義歯の端を引き上げてはずします。次に、上の義歯をはずします。前歯部分をつまんで持ち、義歯の端を引き下げてはずします。口から出す場合は片側から出すようにします。

〇部分義歯の場合、上の義歯は部分義歯のバネに人差し指の爪をかけてはずします。下の義歯は部分義歯のバネに親指の爪をかけてはずします。

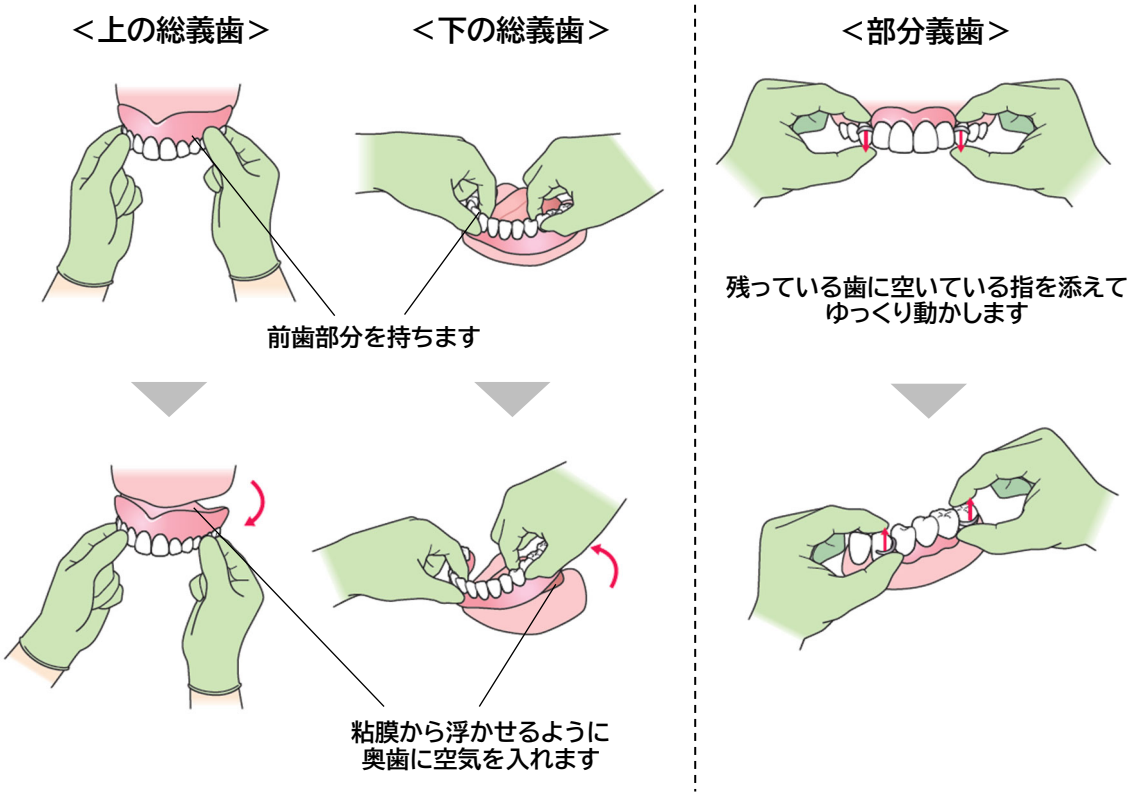
（4）義歯を清掃します。

〇洗面器に水を張り、水道の水を流しながら、義歯専用歯ブラシもしくは歯ブラシで磨きます。

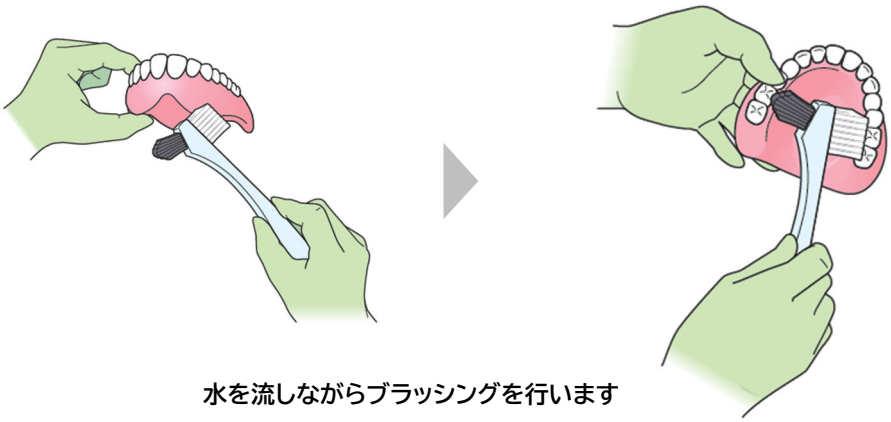
注意点：・義歯を傷つけてしまったり変形することがあるので、歯みがき剤や熱湯は使わないようにします。

・汚れがたまりやすい義歯の付け根、バネとその周囲などを、特に丁寧に磨きます。

義歯の外し方の例



義歯の洗浄方法の例



(5)義歯を装着します。

○総義歯の場合は、先に上の義歯をはめたあと、下の義歯を入れるとスムーズに入ります。入れる際は片側から入れます。

○部分義歯の場合は、バネが土台の歯にかかるようにはめます。

○義歯の装着後はゆっくり噛んでしっかりとはまったことを確認します。

○定期的に、義歯洗浄剤を使用して歯垢(歯の汚れ)を除去します。義歯洗浄剤の使用方法や入れておく時間は、使用する洗浄剤で異なるので、歯科医師など医療職の指示に従います。

注意点:・義歯をはずしたままだと義歯が合わなくなるので、夜間以外ははずさないようにします。

・歯茎を休ませ、細菌繁殖を予防するために、就寝時は基本的に義歯をはずして水を張った専用ケースに入れて保管します。

義歯の入れ方の例

(6)義歯の着脱及び洗浄が終了したら片付けをします。

○利用者の衣服や、環境を整えます。

○使用した物品を適切な場所へ戻します。

○終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。

○実施した行為とともに観察したこと(開始前に食べ物が口の中に残っていなかったか、利用者の口の中から出血がないか、口の中に口内炎などの病気がなかったかなど)を記録します。

コラム

事業所等での取り組み例～動画を活用した義歯装着の確認～

利用者によっては、義歯の装着方法についてご家族の同意のもと動画を撮らせてもらい、利用者が日常生活で実施している手技を、介護職員がいつでも確認できるようにしています。

義歯の洗浄については、歯科医師から力の入れ具合などを、ご家族を交えて指導を受けています。その際に、文字で見るよりもわかりやすいので、動画にし、手技をいつでも確認できるようにしています。

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

○口腔内に異常が見られる場合（出血がある、歯肉が腫れている、歯がぐらぐらしているなど）は速やかに歯科医師をはじめとする医療職へ報告します。

○義歯の着脱を嫌がったりする場合は、口腔内に傷がある場合などもあるので、歯科医師をはじめとする医療職へ報告します。

○日頃から義歯の状態を確認し、義歯に傷があったり破損した場合は、歯科医師をはじめとする医療職に報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○口の中は、様々な細菌が繁殖するための条件がそろっています。

○口の中を清潔にすることは、むし歯の予防だけでなく、口臭や誤嚥性肺炎などの予防のためにも大事です。

○歯が全くない場合でも、義歯の清潔とともに口腔ケアを実施することが重要です。

参考

洗浄について

洗浄とは、対象物から汚染物や有機物などの異物を除去することと言われています。消毒や滅菌を適切に行うためには、適切な洗浄を行い異物が除去されていることが必要です。（消毒や滅菌については 21 頁を参照してください。）

No.27
重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

※「重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること」のことを、この項目の中では、「口腔ケア」と呼びます。

※口腔内に異常が見られる場合（出血、歯肉の腫れ、歯のぐらつきなど）は、速やかに医療職へ報告します。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、重度の歯周病等がある場合には、口腔ケアが実施できません。

〇重度の歯周病等の判断は、歯科医師をはじめ医療職が判断します。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・口腔内刷掃・清拭に必要な道具

歯ブラシ、タフトブラシ、スポンジブラシ、歯間ブラシ、デンタルフロス、舌ブラシ、綿棒または巻き綿棒（柄の長いものが望ましい）、ガーゼ、歯磨き用コップ、約 200ml の水またはぬるま湯、歯磨き剤、必要に応じてガーグルベースン、タオル

・記録道具

使用する物品例

デンタルフロス　舌ブラシ　スポンジブラシ

ガーグルベースン

1．口腔ケアをする前の確認事項

〇利用者の観察

・利用者がいつもと変わった様子がなく落ち着いた状態であること、咳やむせなどがないことなどを観察します。

・特に、利用者の飲み込む力（嚥下）が、いつもと変わらないか日常生活での観察を通して、例えば食事中でのむせが増えていないか、水を飲んだときに普段よりもむせやすくないか観察します。

・義歯を装着している場合は、予め義歯を外します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3.口腔ケアの実施（歯ブラシを用いる場合）

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の姿勢を整えます。

〇できるだけ座位やギャッジアップによって身体を起こす姿勢にし、顔を横に向け安全で安楽な姿勢を確保します。

〇座位が難しい場合は、利用者をできるだけ起こした状態にして、顔を横に向けます。

〇ベッドを起こすのも難しい場合は、横向きになるか、仰向けで顔を横に向けます。

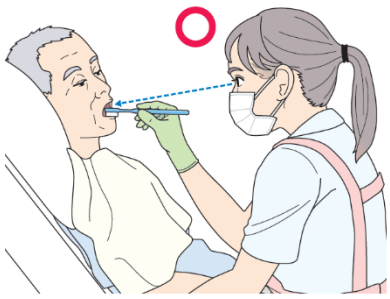
注意点：・顔が上を向いていたり、顎が上がっていたりすると、水分などが食道以外の場所に入り誤嚥が起こりやすくなります。

・どのような姿勢であっても、顎が上がった姿勢にならないように、枕やクッションで調整します。

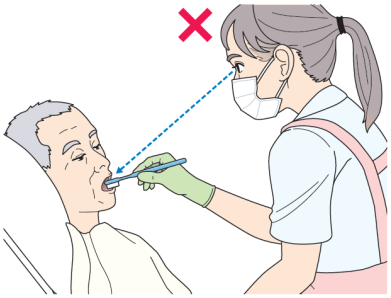
・介護職員は利用者の顎が上がる姿勢にならないように利用者の顔と高さを同じにし、目線を合わせて行います。

・麻痺や嚥下障害のある利用者の場合は、麻痺のない方を下にします。麻痺や嚥下障害のある利用者の場合は、むせ・咳が出る反射が低下しているので、誤嚥に注意する必要があります。

利用者の姿勢の例



介護職員は利用者の顔と高さを同じにし、目線を合わせます



利用者の顎が上がると誤嚥が起こりやすくなるので、注意が必要です

前から介助する場合の例

（2）利用者の姿勢を整えたら、利用者の衣服の汚れ防止のために胸元にフェイスタオルをかけます。

〇横向きなどで実施する場合は、下になっている頬の下から肩にかけてフェイスタオルをかけると良いです。

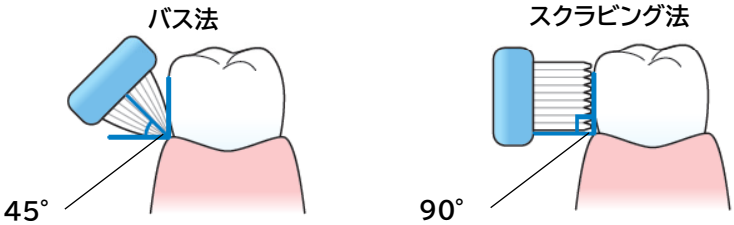
（3）利用者に口を開けてもらい、利用者の口腔内を観察します。

（4）利用者に、うがいをしてもらいます。
〇うがいをすることで、口の中の食べかすを取り除くことができます。
注意点：・うがいができない場合や、すぐにむせてしまう場合は、水またはぬるま湯で適度に湿らせたスポンジブラシやガーゼなどで口の中を拭きます。
・口腔内が乾燥している場合は、傷がつきやすいのでまずは、適度に湿らせたスポンジブラシなどで潤わせてから行います。

（5）歯ブラシを軽く水でぬらします。
〇歯の汚れは歯磨き剤をつけなくてもブラッシングのみで十分とれると言われています。そのため歯磨き剤は利用者の好みに合わせて少量使用するようにします。

（6）歯ブラシで利用者の歯をブラッシングしていきます。
〇ブラッシングは、奥から手前にかけて行うと、磨き残しを防ぐことができます。
〇歯ブラシは、歯の斜めまたは直角に当てると良いです。
〇奥歯や歯の間、歯と歯肉の境目はプラーク（細菌の塊）がたまりやすいので、ゆっくり丁寧に磨きます。
〇歯と歯の間は、歯間ブラシやデンタルフロスを使うと汚れがより落ちやすくなります。
注意点：・強くこすりすぎると歯肉や粘膜を傷つけてしまい効果的に磨けないので適度に弱い力で磨きます。
・歯ブラシをペングリップの持ち方で持つと、強すぎず、適度な弱めの力で磨くことができます。
・介護職員は口角に指を入れると側面や奥が磨きやすくなります。

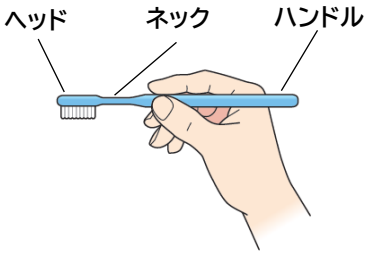
ブラッシング方法の例



歯ブラシの先を
歯の表面に対して
45°にあてて小刻みに動かします

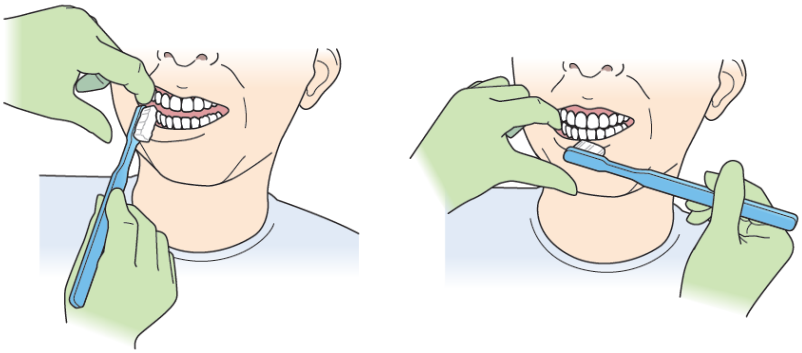
歯ブラシの先を
歯の表面や咬合面に対して
直角にあてて小刻みに動かします

歯ブラシの持ち方の例



ペングリップの持ち方で持つと
強すぎない適度な力で磨くことができます

介護職員の左手の使い方の例



(7)利用者の舌を清掃します。

○舌ブラシまたはやわらかい歯ブラシを水に湿らせ、奥から手前に動かして、舌苔(舌に細菌や食べ物のタンパク質などがついてできた汚れ)を取ります。

注意点:・舌を傷つけないようにやさしく行います。舌の奥の方(喉に近い部分)を触ると、「嘔吐反射」といって物を吐き出すような反射が起こるので、舌の奥の方は刺激しないように行います。

(8)利用者に、うがいをしてもらいます。

○利用者に2～3回程度うがいをしてもらいます。

○ご自身で洗面台に行けない利用者は、ガーグルベースンを使用して排水してもらいます。

(9)終了したら片付けをします。

○利用者の顔が汚れた場合は、タオルで汚れを拭きます。利用者の衣服や、環境を整えます。

○使用した物品をきれいに洗浄し、適切な場所へ戻します。歯ブラシはよく乾燥させてください。

(10)記録をします。

○事業所等で指定されたものに記録します。

○口腔ケアの実施時に介護職員が観察したことも記録します。

4.口腔ケアの実施（綿棒や巻き綿棒を用いる場合）

※利用者の状態によって、うがいができない場合や歯ブラシを使用できない場合は、綿棒等を使用してブラッシングと口の中を拭き、清潔を保ちます。

※この時、綿棒は柄の長いもので、綿棒の綿径が 10mm～20mm のものを使用することが望ましいです。

（1）綿棒や巻き綿棒を用いる場合、上述の「3.口腔ケアの実施（歯ブラシを用いる場合）」の（1）～（3）まで同様の手順で行います。以下ではそれ以降の手順について記載します。

（2）綿棒を水で濡らし、コップのふちに押し付けるなどして余分な水分を十分に絞ります。

注意点：・水分を十分に絞ることで、綿棒から流れた水で利用者が誤嚥するのを防ぎます。

（3）綿棒で利用者の歯や口の中を拭いていきます。

〇上あごの歯の表面と歯肉を左右別々に奥から手前に向かって、歯の外側→歯のかみ合わせの面→歯の内側の順で拭きます。

〇上あごが終わったら、下あごも同様に拭きます。

〇下あごが終わったら、両側の頬を左右別々に奥から手前まで拭きます。

〇上あごを、綿棒を左右に往復させながら奥から手前に拭きます。

〇舌があがれば舌の下を奥から手前に拭きます。

〇舌を、綿棒を左右に往復させながら奥から手前に拭きます。

注意点：・上述の3.口腔ケアの実施（歯ブラシを用いる場合）（7）と同様のことに注意します。

・綿棒が汚れたら、適宜交換します。

（4）上述の「3.口腔ケアの実施（歯ブラシを用いる場合）」の（9）、（10）と同じ手順で片付けと記録をします。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

【緊急時の対応】

〇口腔ケア中に、咳き込んだり、むせたりして、唾液やうがいの水を誤嚥した場合は、大きな声で直ちに医療職を呼ぶか、医療職がすぐそばにいない場合は直ちに医療職へ連絡します。

〇口腔内に異常が見られる場合（出血、歯肉の腫れ、歯のぐらつきなど）は、速やかに歯科医師や歯科衛生士などの医療職へ報告します。

コラム

事業所等での取り組み例～歯科医師、歯科衛生士との連携～

当事業所は、定期的に、歯科医師や歯科衛生士の訪問を受けています。毎回同じユニットを訪問いただき、毎回同じ利用者を診てもらえるよう調整しています。（歯科医師や歯科衛生士の）訪問の際には、特別な方法によるケアが必要な方の場合の口腔ケアの方法や用具などのアドバイスを得ています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○口腔内は、様々な細菌が繁殖するための条件がそろっているので、口腔内を清潔にすることは、むし歯の予防だけでなく歯周病や誤嚥性肺炎予防のためにも重要です。

○口から食事の摂取をしていない場合でも、感染症や肺炎予防のため、口腔ケアが必要です。

○口腔内が乾燥していたりすると口臭の原因にもなります。口腔ケアを行うことで口臭の予防にもなります。

コラム

令和6年度介護報酬改定における口腔の健康状態の評価の取扱い

令和6年度介護報酬改定では、介護保険施設において、入所者の入所時及び月1回程度の口腔の健康状態の評価が義務化されています。また、訪問系サービス及び短期入所系サービスについても、介護職員等が口腔の健康状態を観察し、その結果を歯科医療機関と介護支援専門員に伝えることを評価した口腔連携強化加算が設けられています。

No.28
爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること」のみです。
〇専門的な管理が必要な爪の爪切りは行うことができません。
〇専門的な管理が必要かどうかは、医師又は看護職員が判断します。

専門的管理が必要とされている巻き爪や陥入爪の例

巻き爪

陥入爪

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

ニッパー式爪切りの例

〇必要な物品
・爪切りもしくはニッパー式爪切り、やすり、消毒綿、廃棄物入れ

1. 爪切り前の確認事項

〇室内の明るさの状態確認
・照明の明るさ、日光の明るさ等、介護職員が利用者の爪の状態を見ることができる明るさであることを確認します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 爪切りの実施

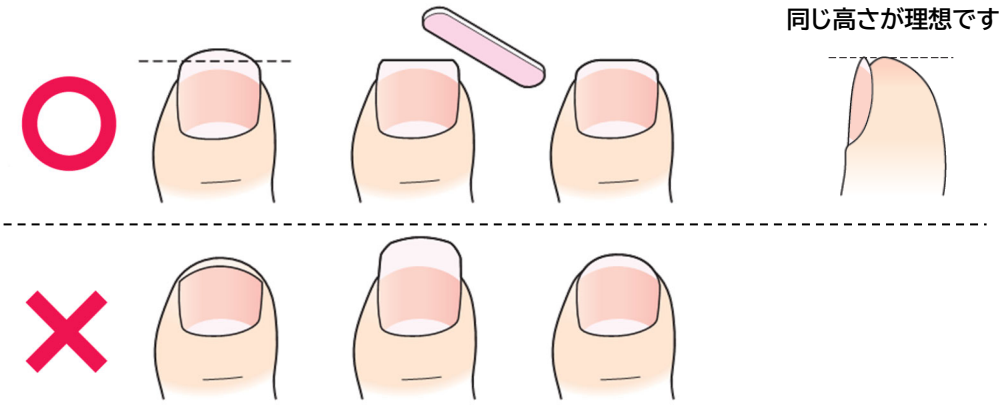
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者に安楽な姿勢になってもらいます。
注意点：・手の爪の場合は、介護職員は利用者が手を差し出しやすい位置（利用者の横または斜め前など）に座り、目線が同じになるようにします。

・足の爪の場合、座った状態の場合は肘付き椅子を用意し、台座にタオルを敷いて利用者に足を乗せてもらいます。
・座った状態の保持が困難な場合、ベッドをギャッチアップしたり、枕を利用したりして座った状態を保持できるようにします。

(2)爪を切ります。
○爪切りを持っていない方の手で利用者の指の先を持ち、爪切りをするときの土台にします。手や足の下に不識布またはティッシュペーパーなどを置いて、その上に切った爪を落とすようにします。
○指の間を開いて爪切りを爪と皮膚の間に差し込み、上と横から皮膚を挟んでいないことを確認します。
注意点:・指先から少し上部分の伸びた部分を直線に切ります(スクエアカット)
・次に足の爪の場合は角を残したままで、手の爪の場合は左右の端を少しだけ爪やすり等で切ります(スクエアオフ)。
・深爪やバイアス(斜め)切りにならないよう注意します。
・利用者の表情を見ながら、痛みや不快感の有無を確認します。

爪の切り方の例



(3)やすりをかけます。
○やすりをかけて爪の断面を滑らかにします。二枚爪(爪の先端が薄く割れてはがれてしまうこと)防止のため、爪先の両端から一方向に動かして力をかけすぎないようにします。
○やすりかけが終了したら、蒸タオルなどで爪の表面についた汚れを落としてきれいにします。

(4)利用者に終了したことを伝え、片付けをします。
○利用者の衣服や、環境を整えます。
○使用した爪切りなどを消毒綿で拭いて清潔にし、使用した物品を適切な場所へ戻します。

(5)記録します。
○終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。
○爪切りを行った時間や、介護職員が観察したことも記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○医療職へは、爪切り時に介護職員が観察したことを報告します。

【緊急時の対応】
○爪切り時に、万一、爪周囲の皮膚からの出血や、利用者が痛みを訴えたときなどは、速やかに医療職へ報告します。

コラム

事業所等での取り組み例～爪切りを実施する場合の工夫～

当事業所では、爪切りで切りすぎて出血しないように、少しずつ切ること、また爪切りの方向に注意するようにしています。
爪切りは基本的に介護職員が実施しますが、何か異常があれば速やかに医療職(看護師)に報告するようにしています。介護職員が少しでも不安があれば随時、医療職(看護師)に伝えてもらい、医療職(看護師)が爪切りの対応をしています。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

○入浴後や手浴・足浴の後などの場合には、爪が水分を含んでやわらかくなり、切りやすくなります。
○爪は、皮膚の最も表面にある角質が硬くなったもので、タンパク質が主成分です。爪は1日に約 0.1mm伸び、足より手のほうが早く伸びます。
○手の爪に痛みやトラブルがあると、細かい作業ができなくなったり、伸びた爪で顔や身体を傷つけたり、爪が伸びすぎると折れたり、はがれたりすることがあります。
○足の爪に痛みやトラブルがあると、身体を支えられず、歩くことが困難になって生活が不活発になったり、爪に汚れがたまって感染症にかかる可能性もあります。

No.29
耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「耳垢を除去すること」のみです。耳垢塞栓（※）の除去は、行うことはできません。

※耳垢塞栓・・・耳垢が耳の奥にたまって、耳の聞こえが悪くなる状態のことです。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・耳かき、綿棒、必要に応じて消毒綿

・記録道具

1. 耳垢の除去前の確認事項

〇室内の明るさの状態確認

・照明の明るさ、日光の明るさ等、介護職員が利用者の耳の中を見ることができる明るさであることを確認します。

〇利用者の観察

・利用者の状態がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であることを観察します。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 耳垢の除去の実施（座った状態で実施する場合）

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者に椅子に座ってもらいます。

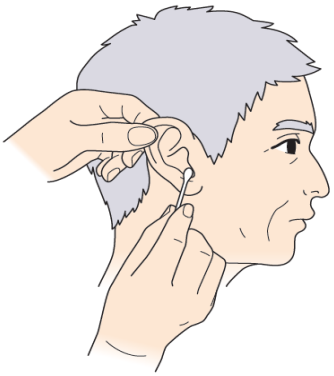
〇介護職員は、利用者の耳の中を見ることができる位置に座ります。

（2）耳かきや綿棒で耳垢を除去します。

〇利用者に頭を動かさないように声をかけ、頭部を安定した状態にして、耳介を上後方にやさしく引きます。

〇耳かきや綿棒を、耳穴にまっすぐに入れます。耳の入り口から１㎝くらいまで入れ、ゆっくり回します。奥の方に押し込まないように注意しながら、やさしく耳垢を除去します。

耳垢を取り除く様子の例



注意点：・耳かきや綿棒を耳の奥まで入れると、皮膚や鼓膜を傷つけたり、耳垢を奥に押し込んでしまうことがあるので、奥まで入れないように注意します。
・入浴後は耳の穴が湿っているので、除去しやすくなります。

○介護職員は、利用者が動いたり、変化がないか観察します。

（3）利用者に終了したことを伝え、片付けをします。

○必要に応じて耳かきの先端を消毒綿で拭いて清潔にします。耳垢の除去に使用した綿棒は適切な場所へ廃棄します。

○利用者の衣服や、環境を整えます。

○使用した物品を適切な場所へ戻します。

（4）記録します。

○耳垢の除去について事業所等で指定されたものに記録します。

○耳垢の除去を行った時間や、耳の中の状態、耳垢の状態なども記録します。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

○医療職へは、耳垢の除去時に介護職員が観察したことを報告します。

○耳垢の除去時に、利用者が痛みを訴えたとき、出血があったとき等は、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

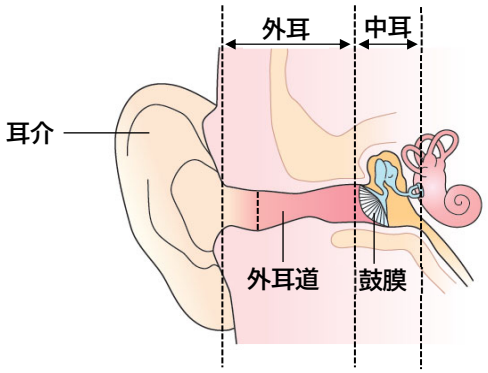
○耳の入り口から鼓膜までを外耳道といいます。

○耳垢は、外耳道からの分泌物に剥離した表皮やほこりなどが混ざって生じ、日常生活の中で自然に排泄されるため、すべて取り除く必要はありません。しかし、うまく排泄されず蓄積すると、耳垢が原因で聴力の低下をきたすことがあります。

参考

耳の構造について

ここでは参考資料として
耳の構造について掲載しています。



No. 30
軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）

※「軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）」のことを、この項目の中では、「軽微な傷・やけど等の処置」と呼びます。

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、「軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）」です。
専門的な処置が必要な場合は実施することができません。

〇専門的な判断や技術を必要とするかどうかは、医療職が判断します。

※切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことについては否定されておりません。

Ⅰ. 行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品

・医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します。

1. 軽微な傷・やけど等の処置前の確認事項

〇医療職と連携して、予め軽微な傷・やけど等の処置の方法について確認をします。

2. 利用者へ説明を実施し、同意を得ます。

3. 行為の実施

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

〇具体的な行為については、医療職と連携し、実施します。

Ⅱ. 医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇傷を処置した後、しばらく観察しても出血が止まらないときは、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇軽微な傷ややけどでも感染が起こることがあるので、傷口を清潔にします。

〇やけどは、電気毛布、湯たんぽ、使い捨てカイロなど、あまり高温ではないものによって起こることもあります。

〇物品を使用する場合は、清潔な物を使用します。

No.31・32
皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）・皮膚への湿布の貼付を介助すること

※この項目の中では、「皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）」と「皮膚への湿布の貼付」を、それぞれ「軟膏塗布」と「湿布貼付」と言います。

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、褥瘡への軟膏の塗布、湿布以外の薬剤（経皮吸収型薬剤など）の皮膚への貼付は行うことができません。
〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の軟膏または湿布
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1．軟膏塗布・湿布貼付前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。

・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察
・利用者がいつもと変わった様子がなく落ち着いた状態であることを観察します。

〇軟膏や湿布の確認
・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

2. 利用者に、軟膏塗布または湿布貼付の介助をすることの説明を行い、同意を得ます。

3. 軟膏塗布の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)軟膏塗布の前に、利用者の皮膚を清潔にします。
〇軟膏塗布をする場所に、汗や汚れ、ほこり、水分などがあれば、清潔なタオルなどで拭き取ります。
注意点:・皮膚を拭く際に、汗ふきシートは、シートに含まれている成分が皮膚を刺激する可能性があるので、使用しません。

(2)予め、決められた量と方法に従って利用者の皮膚に軟膏を塗ります。
注意点:・強くこすりすぎると皮膚炎になることもあるので、やさしく塗ります。
・軟膏を多く塗ると、皮膚が蒸れて感染症やかゆみの原因になる事があります。

(3)終了したら片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

(4)記録します。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。
〇実施した時間帯や、介護職員が観察したことも記録します。

4. 湿布貼付の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)湿布貼付の前に、利用者の皮膚を清潔にします。
〇湿布貼付をする場所に、汗や汚れ、ほこり、水分などがあれば、清潔なタオルなどで拭き取ります。
注意点:・皮膚を拭く際に、汗ふきシートは、シートに含まれている成分が皮膚を刺激する可能性があるので、使用しません。
・皮膚に赤みやかゆみ、湿疹、腫れなどがある場合には医療職へ報告します。

(2)湿布を貼るところが濡れていたりしないか確認して、湿布を貼付します。
〇湿布の粘着面を、湿布を貼付する部位に当てて、フィルムをはがしながら貼ります。
注意点:・湿布を引っ張りすぎると、長時間しわが寄ったままになるなど、皮膚に負担がかかるので、湿布をあまり強く引っ張らないようにします。
・介護職員は、湿布に触れた手で、目や鼻、口に触れないようにします。

(3)終了したら片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用した物品は適切な場所へ戻すか廃棄します。

(4)湿布貼付について記録します。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。
〇実施した時間や、介護職員が観察したことも記録します。

Ⅱ.医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

Ⅲ.介護職員として必要な知識

〇皮膚は、加齢によって薄くなり、刺激に弱くなります。特に高齢者や皮膚が脆弱な利用者の場合には、表皮剥離などが生じやすいので注意が必要です。また、保湿力が低下して乾燥肌になり、湿疹などの皮膚トラブルが起きやすくなります。
〇湿布は、「パップ剤」と「テープ剤」に分けられます。パップ剤は、不織布に水分を含む薬剤が塗られたもので厚みがあります。テープ剤は、水分をほとんど含まない薬剤が塗られ、薄くて伸縮性に富んでいます。いずれも、皮膚から有効成分が吸収されて効果を発揮しますが、テープ剤は粘着性が強く、かぶれやすい傾向があります。
〇過度に長時間、湿布を貼ったままにしたりすると、かぶれの原因になります。

No.33
点眼薬の点眼を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、眼の軟膏を塗ることはできません。
〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ. 行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の点眼薬
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1. 点眼する前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察
・点眼を実施する前に利用者の眼の状態を観察します。

〇点眼薬の確認
・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

2. 利用者に点眼薬の点眼を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 点眼薬の点眼の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者にあおむけもしくは、座ってもらい、天井を見るような姿勢になってもらいます。

(2)利用者に眼を開けてもらいます。介護職員は、下まぶたを軽く引き下げます。

〇薬剤の効果が適切に発揮するように、利用者の目線は少し上を見てもらうように声かけをします。

〇下まぶたを下に引く場合、手でげんこつを作って下まぶたを下に引く方法もあります。

下まぶたを軽く引き下げる様子の例

(3)点眼薬の容器の先端が、まぶたやまつげ、眼に直接触れないように、点眼薬の容器を下にして、決められた量の液量を落とします。

(4)利用者に眼を閉じてもらい、目頭をガーゼなどで軽く押さえます。

〇眼を閉じることで、薬が眼の全体に行き渡ります。

注意点:・点眼薬が皮膚に付着しているとかゆみ等の原因になることがあるので、眼からあふれた点眼液は、ガーゼやティッシュなどで、軽く拭きます。

(5)点眼薬の点眼を終了したら利用者の体勢などを整えて、片付けをします。

〇使用した物品は適切な場所へ片付けます。

（6）終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】

〇点眼をした後に利用者の体調が悪くなったり、かゆみ、充血などがある場合には、直ちに医療職へ報告します。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

〇眼は常に「涙液（いわゆる涙）」という液体で覆われており、栄養や老廃物を運んで、眼を乾燥から防いでいます。

No.34
一包化された内用薬の内服（舌下錠（ぜっかじょう）の使用も含む）を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Q&A

Q. 薬の一包化とは、何でしょうか？

A. 一包化とは、内服のタイミングが同じ薬を、1回の服用分ずつ1袋にまとめることです。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
- ・医療職によって確認された利用者の一包化された内用薬もしくは舌下錠
- ・約100ml の水または白湯（舌下錠の場合は不要）
- ・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
- ・記録道具

1. 一包化された内用薬の内服介助前の確認事項

〇予め確認する事項

・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。

・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。

・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察

・内用薬が誤って食道以外の場所に入らない（誤嚥しない）ように、利用者がいつもと同じ状況か、いつもと違う状況がないか観察します。

⚠もちろん、「誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと」が介護職員の行う服薬介助では、1つの条件になっています。⚠

・特に、利用者の飲み込む力（嚥下）が、いつもと変わらないか日常生活での観察を通して、例えば食事中でのむせが増えていないか、水を飲んだときに普段よりもむせやすくないかどうか観察します。

〇一包化された内用薬または舌下錠の確認

・医療職と連携し、医療職によって確認された一包化された内用薬または舌下錠を用います。

2. 利用者に、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 一包化された内用薬の内服の介助（舌下錠ではない場合）

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の名前と、薬を確認します。

このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

（2）コップ１杯程度（約 100ml）の水もしくは白湯と利用者の一包化された内用薬を用意します。

注意点：・水や白湯以外の飲み物で薬を飲むと、薬の効果が適切に発揮されないので、必ず水か白湯を用意します。

（3）利用者の姿勢を整えます。
注意点：・利用者が、横向きや仰向けだと薬や水を飲みこむことが難しいので、座った姿勢にするか、ベッドを起こします。

（4）一包化された内用薬を飲む前に利用者の口の中を湿らせます。
注意点：・薬を飲む前に利用者の口の中を湿らせることで、薬を飲みやすくすることができます。

（5）利用者に一包化された内用薬を渡し、水もしくは白湯と一緒に薬を飲んでもらいます。

（6）利用者の口の中に薬の飲み残しがないか確認します。
注意点：・特に口の中の奥の方や、舌の下に薬が残っていることが多いので念入りに確認します。

口の中に薬の飲み残しがないかを確認する例

（7）薬の飲み残しがないことを確認したら片付けをします。
〇利用者の姿勢やコップを適切な位置に戻すなど環境を整えます。
注意点：・薬を飲んですぐに横になってしまうと、薬が胃に届かないので2～3分くらい薬を飲んでもらった姿勢を保ったあとに横になってもらいます。

4. 舌下錠の内服の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

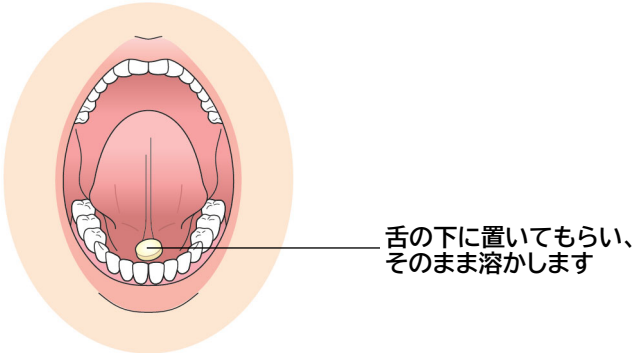
（1）利用者の名前と、薬を確認します。
このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

(2)利用者の姿勢を整えます。

(3)利用者の口の中を湿らせます。
注意点:・舌下錠の場合は、口の中に水分が無いと薬が溶けにくいので、口の中が乾燥していないかどうか確認します。
・口の中が乾いている場合は、水を少し含んで舌を湿らせます。

(4)利用者に薬を渡し、薬を舌の下に入れてもらいます。
〇舌下錠は、舌の下に薬を入れて唾液で薬を溶かしながら飲みます。
注意点:・利用者が薬をかみ砕いたり、飲み込んだりしないように声かけを行い、観察します。

舌下錠を内服する場合



(5)服薬が終わって薬が舌の下にないことを確認したら片付けます。
〇利用者の姿勢やコップを適切な位置に戻すなど環境を整えます。

Ⅱ.医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】
〇利用者が薬を飲んで急に呼吸が苦しくなったり気分が悪くなったりした場合には、緊急の対応が必要です。予め医療職と対応方法について相談しておきます。

コラム

事業所等での取り組み例～誤薬防止の工夫～

服薬介助の際、利用者の名前を読み上げたことで、薬剤を取り違えていることに気づき、誤薬に至らなかったことがあります。その後、当事業所では、服薬時に2人で確認を実施するよう、服薬介助の確認体制を再検討しました。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇薬は、からだで吸収され様々な場所に運ばれることで効果を発揮します。

〇吸収された薬の多くは、肝臓で分解され、腎臓から尿などでからだの外へ出ます。

〇高齢者は様々な疾患を抱えていることが多く、いろいろな薬を飲んでいます。さらに、各臓器の機能が低下していることもあるので、からだに薬の成分が残りやすくなったりすることがあります。

〇薬が変更になったときは、特に日常生活においてふらつきや食欲低下、便秘などの変化がないかよく観察をします。

参考

薬の飲み合わせについて

利用者が飲んでいる薬の中には、飲み合わせによって薬の効果が強まったり弱まったりするものもあります。

例えば、ワーファリン（血液をさらさらにする薬）は、納豆を食べると薬の効果が弱まります。

また、血圧を下げる薬の中には、グレープフルーツジュースを飲むと薬の効果を強めて、必要以上に血圧を下げてしまうものもあります。

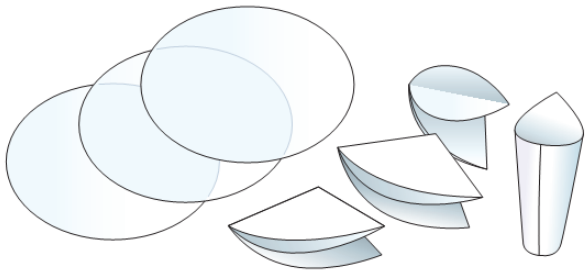
上記のように薬の飲み合わせによって薬の効果も変わってくるので、薬剤の取扱いについては医療職と連携することが重要です。

参考

服薬補助剤の活用

薬剤を内服する際は、利用者の状況に応じて服薬補助剤と言われる、オブラートや服薬補助ゼリーなどを活用することがあります。

オブラートの例



服薬補助ゼリーの例

No.35
肛門からの坐薬挿入を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ. 行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の坐薬
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1. 肛門からの坐薬挿入前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察
・利用者が落ち着いた状態であることを観察します。

〇坐薬の確認
・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

〇坐薬挿入を実施する場所と環境の確認
・利用者と相談し、どこで坐薬を挿入するか決めます。坐薬は、入れた後すぐに便をしたいと感じることもあるので、坐薬挿入を実施する場所が、利用者がすぐにトイレに行ける環境かなど、利用者に合った排泄ができるか予め確認して環境を調整します。
・利用者のプライバシーに配慮した環境を調整します。

〇部屋の温度の確認
・肌の露出があるので、室温が適温であるか事前に確認します。

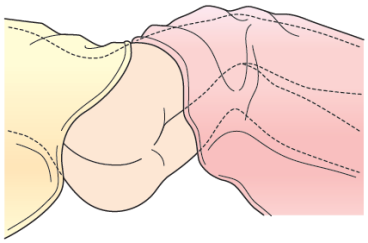
2. 利用者に、坐薬挿入の介助をすることの説明を行い、同意を得ます。

3. 肛門からの坐薬挿入の介助
※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。
〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者の名前と、薬を確認します。
このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

(2)利用者の衣服や下着をおろします。
〇身体の左側を下にして横になってもらい、膝を抱えるような姿勢をとってもらいます。左側臥位にすると、腸の走行が自然な位置になり、薬剤が直腸に流入しやすくなります。(82頁参照)
〇利用者のプライバシーに配慮し、バスタオルなどで覆い、肌の露出が必要最低限になるようにします。また、このようにすることによって、利用者の保温にもつながります。

左側臥位で膝を曲げる様子の例



(3)肛門から坐薬を挿入します。

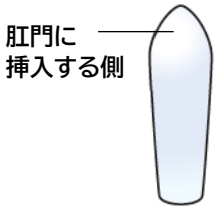
○利用者に口で呼吸して、腹部の力を抜くように声をかけます。介護職員は、利き手と反対の親指と人差し指で肛門部を広げ、坐薬を挿入します。

○坐薬を入れるときの向きに気をつけ、坐薬の効果が適切に発揮できるように、肛門から3～5cm の深さまで挿入します。

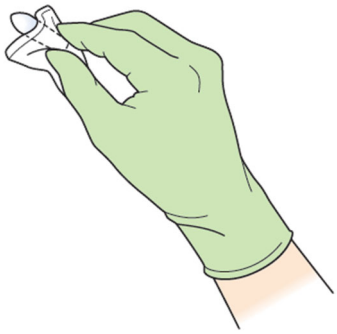
注意点：・利用者の顔色が悪くなっていたり、利用者の呼吸が早くなっているなど変化がある場合には、直ちに医療職へ連絡します。

・坐薬は、手で持つと体温で溶けやすいので、ガーゼやトイレットペーパーで持ちます。

坐薬の形状



坐薬の持ち方の例



(4)坐薬を入れたら、肛門にガーゼやトイレットペーパーなどをあてて1～2分押さえます。

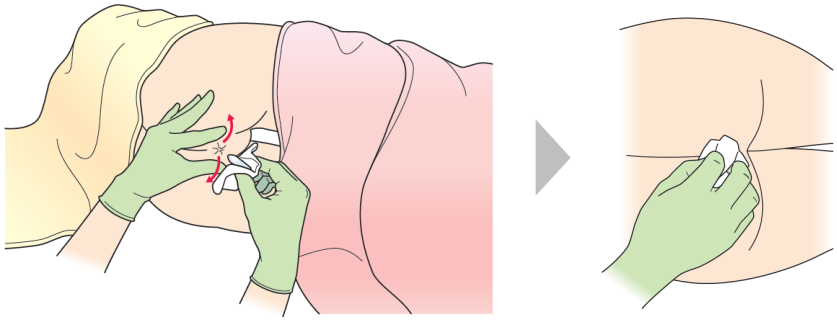
○入れたばかりの坐薬がすぐに出ないか観察します。

○坐薬は、薬を入れてから20～30分後に薬の効果が出ます。

○1～2分経って坐薬が外に出ないことを確認できたら、利用者の足を伸ばします。そうすることで、さらに坐薬が外に出にくくなります。

○坐薬を入れた後に肛門付近から出血がないか観察します。

坐薬の挿入介助の例



❶ 坐薬を入れます　　❷ 挿入後、ガーゼで押さえます

(5)終了したことを利用者に伝え、利用者の衣服を整えて、片付けをします。

○腹部に力を入れないように説明します。

（6）記録します。
〇終了後は、事業所等で指定されたものに記録します。
〇実施した時間や、肛門からの坐薬挿入時に介護職員が観察したことを記録します。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】
〇坐薬挿入後に、肛門に出血があった場合には、直ちに医療職へ報告します。
〇坐薬挿入直後に、吐き気、寒気、早い呼吸など変化が見られる場合には速やかに医療職へ報告します。
〇利用者に、なにかいつもと違う様子が見られる場合は、速やかに医療職へ報告します。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

〇坐薬は、口で薬を飲んだりすることが難しい場合や、すぐに薬の効果を発揮させたいときに選択される薬の形態です。
〇坐薬は、肛門から挿入したのち、体温で溶けて粘膜から吸収されます。

No.36
鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受ける。あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員が行っても良いのは、鼻腔粘膜への薬剤噴霧のみです。鼻への軟膏塗布や、点鼻薬の服薬介助は行うことができません。
〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ. 行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の点鼻薬
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1. 鼻腔粘膜への薬剤噴霧前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇点鼻薬の確認
・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

〇利用者の観察
・利用者の鼻から出血がないか、鼻水の量が多くないか、緑色や黄色の鼻水がでていないか観察します。このときにいつもと違う状態が見られた場合は、薬を投与せずに、医療職へ報告します。

2. 利用者に、鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者の名前と、薬を確認します。
このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

(2)利用者に座った姿勢になってもらいます。
〇座った姿勢が難しい場合は、ベッド上で背もたれを 45°程度起こすような姿勢になってもらいます。

(3)鼻水が出ている場合、利用者は事前に鼻水をかみます。

(4)点鼻薬の容器をよく振ってから、片方の鼻をガーゼやティッシュなどで軽く押さえ、もう片方の鼻に先端を入れて点鼻薬を噴霧します。
〇この時に、利用者に息を吐いてもらって、軽く吸うタイミングと同時に容器の底を押すとより効果的です。
注意点:・なるべく鼻の粘膜に容器の先が触れないように注意します。

点鼻薬の噴霧の例

（5）利用者の頭を後ろに倒したままの場合、すぐに頭の位置を戻さず、数分間姿勢を保ちます。

注意点：・点鼻薬を使用した後、利用者の体調に変化がないか観察します。

（6）片付けをします。

〇点鼻薬の容器の先端を拭いてから、容器に蓋をします。

〇利用者の衣服や、環境を整えます。

〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

（7）記録します。

〇事業所等で指定されたものに記録します。

〇実施した時間や、介護職員が観察したことも記録します。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】

〇点鼻薬を使用した後に、利用者の鼻から出血があったり、呼吸の苦しい様子などがある場合には、医療職へ直ちに報告します。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

〇点鼻薬には、鼻に部分的に薬の効果があるものと、鼻の血管から全身への作用に薬の効果があるものがあります。

No.37
水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、褥瘡への軟膏又は外用液の塗布は行うことができません。
〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ．行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の軟膏や外用液
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1．実施前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察
・利用者がいつもと変わりなく、落ち着いた状態であることを観察します。

〇水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏、外用液の確認
・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

2. 利用者に、水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏または外用薬の塗布を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

(1)利用者の名前と、薬を確認します。
このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

(2)水虫や爪白癬にり患した爪に軟膏、外用液を塗布します。

〇水虫は、症状が出ていなくても菌が多く存在していることがあるため、足の裏全体にまんべんなく塗ります。

〇爪白癬の軟膏、外用液は、爪全体、爪と皮膚の境界、爪と皮膚のすき間に塗ります。

水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏、外用液の塗布の例

(3)終了したら片付けをします。

〇利用者の衣服や、環境を整えます。

〇使用した物品を適切な場所へ戻します。

(4)水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布について記録します。
〇事業所等で指定されたものに記録します。
〇水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布を行った時間や、介護職員が観察したことも記録します。

Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

Ⅲ. 介護職員として必要な知識

〇水虫は、白癬菌(いわゆる水虫菌)が皮膚の角質層に寄生することによって引き起こされる皮膚の病気です。白癬菌は他者へも感染するリスクがあり、9 割程度は足に感染するといわれています。
〇爪白癬は、白癬菌に感染したために爪の色が白く濁ったり、爪の厚みが増して変形したり、爪がもろく崩れやすくなった状態のことです。痛みやかゆみはないですが、症状が進むと爪の変形による痛みが生じる場合もあります。

参考

爪白癬の治療
日本皮膚科学会皮膚真菌症診療ガイドライン 2019 では、爪白癬の治療には原則として経口抗真菌薬の内服と示されていますが、爪白癬は、外用薬や軟膏と併用して治療することもあるので、医療職と連携します。

No.38
吸入薬の吸入を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の吸入薬
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します
・記録道具

1. 吸入薬の吸入介助前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察

・利用者がいつもと変わった様子がなく落ち着いた状態であること、咳やむせなどが落ち着いていることなどを観察します。

・特に、利用者の飲み込む力（嚥下）が、いつもと変わらないか日常生活での観察を通して、例えば食事中でのむせが増えていないか、水を飲んだときに普段よりもむせやすくないかどうか観察します。

〇吸入薬の確認

・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

〇吸入薬の吸入を介助する環境の確認

・吸入薬は、吸入後にうがいをする必要があるものもあります。そのため、手洗い場の側で行うようにしたり、ベッドサイドには必要物品を用意したりしておくなど、予め利用者が吸入後にうがいをしやすいような環境を医療職と相談して整えておきます。

2. 利用者に、吸入薬の吸入を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 吸入薬の吸入の介助

※具体的な方法については、医療職から予め指示を得て介助します。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の名前と、薬を確認します。

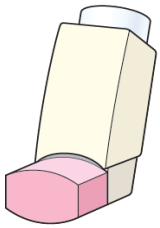
このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

（2）吸入薬の吸入の介助を行います。

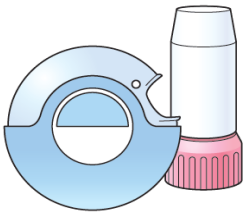
〇吸入薬には下記のような吸入器が使用されることがありますが、具体的な介助の方法については医療職の指示に従ってください。

吸入薬の吸入器の例

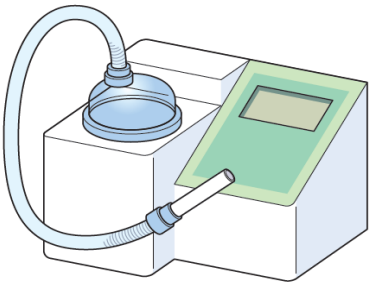
＜加圧噴霧式定量吸入器＞



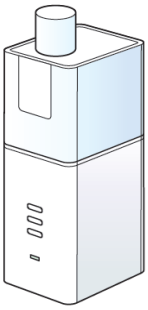
＜ドライパウダー吸入器＞



＜ネブライザー（施設用）＞



＜ネブライザー（在宅用）＞



（3）終了後は、片付けを行います。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

○終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】

○利用者が吸入をして急に呼吸が苦しくなったり気分が悪くなったりした場合には、直ちに医療職を呼びます。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

○吸入は、吸入器によって薬剤を霧状にした粒子（エアロゾル）を吸入し、気道や肺に直接投与する治療法です。吸入薬は直接肺などに作用します。

○吸入薬は適切な吸入を行わないと効果が発揮されません。吸入薬を適切に使用することで、薬の副作用を最小限に抑えることができます。

No.39
分包された液剤の内服を介助すること

⚠服薬介助を行う場合は、必ず下記の条件を満たしているか確認した上で実施しましょう⚠

〇利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

行為を実施する前に確認してください！

〇介護職員は、液剤の分包を実施することができません。
〇当該行為は、看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合にはその指導の下で実施されるべきものです。

Ⅰ.行為の実施方法（介護職員として必要な観察項目を含む）

〇必要な物品
・医療職によって確認された利用者の液剤
・その他、医療職と連携して利用者にとって必要な物品を準備します。
・記録道具

1. 液剤を飲む前の確認事項

〇予め確認する事項
・医師、歯科医師又は看護職員が利用者の状態が上記①～③の3条件を満たしていることを確認し、介護職員等による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている。
・事前の本人又は家族等の具体的な依頼を確認している。
・医療職による服薬指導、保健指導等が行われている。

〇利用者の観察

・液剤が誤って食道以外の場所に入らない（誤嚥しない）ように、利用者がいつもと同じ状況か、いつもと違う状況がないか観察します。

⚠もちろん、「誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと」が介護職員の行う服薬介助では、1つの条件になっています。⚠

・特に、利用者の飲み込む力（嚥下）が、いつもと変わらないか日常生活での観察を通して、例えば食事中でのむせが増えていないか、水を飲んだときに普段よりもむせやすくないかどうか観察します。

〇液剤の確認

・医療職と連携し、医療職によって確認された薬剤を用います。

2. 利用者に、分包された液剤の内服を介助することの説明を行い、同意を得ます。

3. 液剤の内服の介助

※一般的な介助方法を記載しています。介護職員は、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

〇実施前は衛生的手洗いを行い、利用者の状況に応じた個人防護具を使用します。

（1）利用者の名前と、薬を確認します。

このとき、利用者が会話可能であれば利用者本人に名乗ってもらって本人確認をします。利用者が、会話をすることが難しい場合は、部屋の氏名や、本人の氏名がわかるもので本人の確認をします。

（2）利用者の姿勢を整えます。

注意点：・利用者が、横向きや仰向けだと液剤を飲みこむことが難しいので、座った姿勢にするか、ベッドを起こした姿勢にします。

（3）介護職員は、医療職が分包した液剤を利用者に飲んでもらうよう介助します。

⚠介護職員は、液剤を分包することはできません⚠

（4）利用者の口の中に液剤の飲み残しがないか確認します。

注意点：・液剤が口の中に残っていると誤嚥のリスクが高いです。薬の効果も得られないので、利用者が液剤を全部飲み込めたか、口の中に残っていないか確認します。

（5）飲み残しのないことを確認したら片付けをします。
〇利用者の衣服や、環境を整えます。
〇使用物品を適切な場所へ戻します。

Ⅱ．医療職との連携（緊急時や異常時の対応等を含む）

〇終了後は、医療職より予め指示のあった事項について報告します。

【緊急時の対応】
〇利用者が液剤を飲んで急に呼吸が苦しくなったり気分が悪くなったりした場合には、直ちに医療職へ連絡します。

Ⅲ．介護職員として必要な知識

〇薬の成分を液体に溶かした薬を液剤といい、固形の薬に比べて飲みやすい、身体への吸収が早い、という特徴があります。

参考文献

・一般財団法人厚生労働統計協会編『厚生の指標 増刊　国民衛生の動向』第 71 巻第 9 号(通巻第 1111 号), 一般財団法人厚生労働統計協会, 2024 年
・一般社団法人全国訪問看護事業協会編『令和 3 年版 介護職員等による喀痰吸引等の研修テキスト』一般社団法人全国訪問看護事業協会ホームページ, 2021 年, https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r2-3-2.pdf(閲覧日: 2025 年 3 月 19 日)
・一般社団法人日本呼吸器学会『Q&A パルスオキシメータハンドブック』一般社団法人日本呼吸器学会, 2014 年, https://www.jrs.or.jp/file/pulse-oximeter_medical.pdf(閲覧日: 2025 年 3 月 19 日)
・一般社団法人日本呼吸器学会『よくわかるパルスオキシメータ 第 2 版』一般社団法人日本呼吸器学会, 2021 年, https://www.jrs.or.jp/file/pulse-oximeter_general20211004.pdf(閲覧日: 2025 年 3 月 19 日)
・一般社団法人日本糖尿病学会編著『糖尿病診療ガイドライン 2024』南江堂, 2024 年
・医療情報科学研究所編『フィジカルアセスメントがみえる』メディックメディア, 2015 年
・医療情報科学研究所編『看護がみえる vol.1 基礎看護技術 第 1 版』メディックメディア, 2018 年
・医療情報科学研究所編『看護がみえる vol.1 基礎看護技術 第 2 版』メディックメディア, 2024 年
・『インフェクションコントロール』29 巻 11 号, メディカ出版, 2020 年
・太田貞司・上原千寿子・白井孝子編『介護職員初任者研修テキスト第2巻 自立に向けた介護の実際 第2版』中央法規出版, 2020 年
・大瀧厚子著『介護職スキルアップブック 手早く学べてしっかり身につく！ 介護の医学知識』秀和システム, 2023 年
・介護技術ハンドブック作成委員会編, 上原千寿子監修『本人の視点に基づく介護技術ハンドブック』中央法規出版, 2019 年
・介護と医療研究会著, 川邉正和・川邉綾香監修『医療知識＆お薬(介護スタッフのための医療の教科書)』翔泳社, 2024 年
・介護福祉士養成講座編集委員会編『最新 介護福祉士養成講座7 生活支援技術Ⅱ 第 2 版』中央法規出版, 2022 年
・介護福祉士養成講座編集委員会編『最新 介護福祉士養成講座 15 医療的ケア 第 2 版』中央法規出版, 2022 年
・角濱春美・梶谷佳子編著『看護実践のための根拠がわかる基礎看護技術 第 3 版』メヂカルフレンド社, 2020 年

・茂野香おる著者代表『基礎看護学[2] 基礎看護技術Ⅰ 第16版』医学書院，2015年
・高山かおる著『巻き爪、陥入爪、外反母趾の特効セルフケア』マキノ出版，2014年
・任和子著者代表『基礎看護学[3] 基礎看護技術Ⅱ 第18版』医学書院，2021年
・野崎真奈美・林直子・佐藤まゆみ・鈴木久美編『看護学テキストNiCE 成人看護学 成人看護技術[Web動画付](改訂第3版)生きた臨床技術を学び看護実践能力を高める』南江堂，2022年
・服部万里子監修『介護で使える！「医行為でない行為」がすぐできるイラスト学習帳 最新改訂版』エクスナレッジ，2021年
・服部万里子著『介護で使える!「医行為でない行為」がすぐできるイラスト学習帳』エクスナレッジ，2012年
・深井喜代子編『新体系看護学全書 基礎看護学③ 基礎看護技術Ⅱ 第5版』メヂカルフレンド社，2021年
・前川美智子著『根拠からわかる介護技術の基本』中央法規出版，2008年
・村上美好監修『写真でわかる基礎看護技術1 看護技術を基礎から理解！』インターメディカ，2005年
・村上美好監修『写真でわかる基礎看護技術2 日常の看護技術を深めるために』インターメディカ，2006年
・『Medical Technology』51巻4号，医歯薬出版，2023年
・渡辺裕美編著，藤澤雅子・秋山恵美子・大牟田佳織著『介護職にできる「医行為でない行為」ビジュアルガイド：爪切りはOK?浣腸はNG?：安全で正しい手順がイラストでまるわかり!』メディカ出版，2016年
・一般社団法人職業感染制御研究会
感染予防のための個人防護具(PPE)の基礎知識とカタログ集 2022年版(2022年)，http://jrgoicp.umin.ac.jp/index_related.html(閲覧日: 2025年3月19日)
個人防護具適正使用チェックリスト，職業感染制御研究会ホームページ・新型コロナウイルス感染症，http://jrgoicp.umin.ac.jp/index_ppewg_ppe_usage.html(閲覧日: 2025年3月19日)
・公益社団法人日本皮膚科学会『皮膚真菌症診療ガイドライン 2019』公益社団法人日本皮膚科学会,2019年，
https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/shinkin_GL2019.pdf(閲覧日: 2025年3月25日)

○ 検討会委員名簿

（敬称略：五十音順）

所 属	氏 名
公益社団法人 日本医師会 常任理事	江澤 和彦
公益社団法人 日本介護福祉士会 常任理事	柏本 英子
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	加藤 馨
NPO法人ALS／MNDサポートセンターさくら会 副理事長	川口有美子
東京福祉専門学校 副学校長（※ 検討会委員長）	白井 孝子
全国身体障害者施設協議会 会長	白江 浩
公益社団法人 全国老人保健施設協会 常務理事	瀬口 里美
公益社団法人 日本看護協会 常任理事	田母神裕美
公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事	野村 圭介
元帝京科学大学教授	柊崎 京子
民間介護事業推進委員会	古屋 直樹
千葉県立松戸向陽高等学校福祉教養科 主任	望月 玲子

○ 作業部会委員名簿

（敬称略：五十音順）

所 属	氏 名
東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学分野 准教授	五十嵐 歩
大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科 教授	伊藤 直子
医療介護福祉政策研究フォーラムシニアアドバイザー 中部学院大学 人間福祉学部 講師	小山 晶子
東京福祉専門学校 副学校長（※ 作業部会長）	白井 孝子
大阪人間科学大学 人間科学部 社会福祉学科 教授	時本ゆかり
元帝京科学大学教授	柊崎 京子
日本社会事業大学 社会福祉学部福祉援助学科 教授	森 千佐子
栃木県立真岡北陵高等学校 介護福祉科 教諭	柳 路子
社会福祉法人 枚方療育園 関西看護専門学校 教務主任	山﨑 裕美

○ オブザーバー

厚生労働省 社会・援護局、障害保健福祉部、医政局、老健局

「原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」は、株式会社日本経済研究所のホームページ（https://www.jeri.co.jp/report/elderlyhealth-r6）に掲載し、公開しています。

厚生労働省　令和6年度老人保健健康増進等事業

「原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」
令和7（2025）年3月
株式会社 日本経済研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1－9－2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15 階
TEL：03-6214-4600