

評価票＜喀痰吸引 口腔内吸引(通常手順)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数					回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした	実施月日					/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした（手順どおりに実施できなかった）	開始時間					:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印					印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じ、きれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手（またはセッシ）で持つ。（カテーテルを持つ逆の手）					
	12	（薬液浸漬法の場合）水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すと同時に吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	13	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	15	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。					
	16	吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	17	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	18	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎているか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	19	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	20	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。						
	21	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	22	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	23	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	24	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	25	吸引した物の量、性状等について、ふり返し確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
STEP6 片付け	26	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	27	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 記録、結果確認報告	28	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。（ヒヤリハット含む）記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。		一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一個でもある → ×						

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

留意点

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

評価票＜喀痰吸引 口腔内吸引(人工呼吸器装着者)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数	回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした	実施月日	/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした(手順どおりに実施できなかった)	開始時間	:	:	:	:	:
指導看護師 確認印				印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。					
	8	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手(またはセッシ)で持つ。(カテーテルを持つ逆の手)					
	12	(薬液浸漬法の場合)水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すと同時に吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	13	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	15	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。					
	16	口鼻マスクをはずす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	17	吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	18	口鼻マスクを適切にもとの位置にもどす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	19	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿(アルコール綿等)で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(水道水等)に入れて水を汚染していないか。					
	20	(薬液浸漬法の場合)使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿(アルコール綿等)で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	21	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	22	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合)消毒液の入った保存容器にもどす。						
	23	手袋をはずす(手袋着用の場合)またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	24	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	25	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	26	人工呼吸器が正常に作動していること、口鼻マスクの装着がいつも通りであることを確認する。	人工呼吸器の作動状態、マスクの装着状態を確認しているか。					
	27	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	28	吸引した物の量、性状等について、ふり返し確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)					
STEP6 片付け	29	吸引びんの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	30	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 記録、結果確認報告	31	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。(ヒヤリハット含む)記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一個でもある → ×					

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

留意点

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

評価票＜喀痰吸引 鼻腔内吸引(通常手順)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数	回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした	実施月日	/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした(手順どおりに実施できなかった)	開始時間	:	:	:	:	:
指導看護師 確認印				印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	鼻の周囲、鼻腔内を観察する。	鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手(またはセッシ)で持つ。(カテーテルを持つ逆の手)					
	12	(薬液浸漬法の場合)水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すと同時に吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	13	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカ以下に設定する。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	15	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。					
	16	吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。	奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。					
	17	(吸引カテーテルを手で操作する場合)こよりを燃えるように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。	(吸引カテーテルを手で操作する場合)吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。					
	18	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿(アルコール綿等)で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(水道水等)に入れて水を汚染していないか。					
	19	(薬液浸漬法の場合)使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿(アルコール綿等)で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	20	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	21	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合)消毒液の入った保存容器にもどす。						
	22	手袋をはずす(手袋着用の場合)またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。						
	23	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	24	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	25	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	26	吸引した物の量、性状等について、ふり返し確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)					
STEP6 片付け	27	吸引びんの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	28	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 記録、結果確認報告	29	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。(ヒヤリハット含む)記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一個でもある → ×					

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

留意点

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

評価票＜喀痰吸引 鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数				
	イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした	実施月日				
	ウ	評価項目を抜かした（手順どおりに実施できなかった）	開始時間				
				指導看護師 確認印			
			回目	回目	回目	回目	回目
			/	/	/	/	/
			:	:	:	:	:
			印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	6	鼻の周囲、鼻腔内を観察する。	鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	必要に応じてきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッソを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手（またはセッソ）で持つ。（カテーテルを持つ逆の手）					
	12	（薬液浸漬法の場合）水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すと同時に吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	13	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカル以下に設定する。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	15	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。					
	16	口鼻マスクまたは鼻マスクをはずす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	17	吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。	奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。					
	18	（吸引カテーテルを手で操作する場合）こよりを燃やさないように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。	（吸引カテーテルを手で操作する場合）吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。					
	19	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	20	口鼻マスクまたは鼻マスクを適切にもとの位置にもどす。	個人差があり、順番が前後することがある。					
	21	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎているか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	22	保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。						
	23	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	24	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。						
	25	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッソをもとに戻し、手洗いをする。						
	26	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、喀痰がとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。喀痰がとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	27	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	28	人工呼吸器が正常に作動していること、口鼻マスクまたは鼻マスクの装着がいつも通りであることを確認する。	人工呼吸器の作動状態、マスクの装着状態を確認しているか。					
	29	体位を整える。	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	30	吸引した物の量、性状等について、ふり取り確認する。	吸引した喀痰の量・色・性状を見て、喀痰に異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
STEP6 片付け	31	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	32	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 記録、結果確認報告	33	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。（ヒヤリハット含む）記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一つでもある → ×					

*自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

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

評価票＜喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(通常手順)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数					回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした	実施月日					/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした（手順どおりに実施できなかった）	開始時間					:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印					印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定									
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。									
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。										
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。	ここまででは、ケアの前に済ませておく。									
	4	気管カニューレに人工鼻が付いている場合、はずしておく。										
STEP5 実施	5	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。									
	6	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。									
	7	気管カニューレの周囲、固定状態及びたんの貯留を示す呼吸音の有無を観察する。	気管カニューレ周囲の状態（たんの吹き出し、皮膚の発赤等）、固定のゆるみ、たんの貯留を示す呼吸音の有無などのチェックをしたか。									
	8	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。									
	9	必要に応じきれいな手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。									
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。									
	11	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。									
	12	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手（またはセッシ）で持つ。（カテーテルを持つ逆の手）									
	13	（薬液浸漬法の場合）水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。吸引カテーテル先端の水を良く切る。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。									
	14	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。									
	15	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。									
	16	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。									
	17	手袋をつけた手（またはセッシ）で吸引カテーテルを気管カニューレ内（約10cm）に入れる。	手（またはセッシ）での持ち方は正しいか。どの時期で陰圧をかけるか、あらかじめ決めておく。吸引カテーテルは気管カニューレの先端を越えていないか。									
	18	カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をする。	吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつける。異常があった場合、家族や看護師に即座に報告したか。陰圧をかけて吸引できているか。吸引の時間は適切か。									
	19	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（滅菌蒸留水）に入れて水を汚染していないか。									
	20	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿（アルコール綿等）で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎているか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。									
	21	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。									
	22	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。										
	23	（サイドチューブ付き気管カニューレの場合）吸引器の接続管とサイドチューブをつなぎ、吸引する。										
	24	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。										
	25	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。									
	26	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。									
	27	体位を整える。	楽な体位であるか利用者に確認したか。									
	28	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）									
STEP6 片付け	29	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。									
	30	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。									
STEP7 記録、結果確認報告	31	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。（ヒヤリハット含む）記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。									
			アの合計個数									
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一個でもある → ×									

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

留意点	<ul style="list-style-type: none"> ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。 ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。 ※ サイドチューブ付き気管カニューレの場合、気管カニューレ内吸引の前でサイドチューブからも吸引することが、肺炎予防の上で望ましい。
-----	---

評価票＜喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(人工呼吸器装着者)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数					回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした	実施月日					/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした(手順どおりに実施できなかった)	開始時間					:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印					印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。						
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
	4	気管カニューレに固定ヒモが結んである場合はほどいておき、少しコネクタをゆるめておいても良い。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
STEP5 実施	5	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	6	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。					
	7	気管カニューレの周囲、固定状態およびたんの貯留を示す呼吸音の有無を観察する。	気管カニューレ周囲の状態(たんの吹き出し、皮膚の発疹)、固定のゆるみ、たんの貯留を示す呼吸音の有無などのチェックをしたか。					
	8	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。					
	9	必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめふつけていないか。					
	11	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	12	吸引器のスイッチを入れる。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。先端から約10cmのところを手袋をした手(またはセッシ)で持つ。(カテーテルを持つ逆の手)					
	13	(薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルの周囲、内腔の消毒液を取り除くため、専用の水を吸引し、周囲も洗う。吸引カテーテル先端の水を良く切る。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	14	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカル以下に設定する。					
	15	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	16	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をもらっているか。					
	17	人工呼吸器から空気が送り込まれ、胸が盛り上がるのを確認後、フレキシブルチューブのコネクターを気管カニューレからはずし、フレキシブルチューブをきれいなタオル等の上に置く。	呼吸器から肺に空気が送り込まれたことを確認後に、片手でフレキシブルチューブ(コネクター)を、そっとはずしているか。気管カニューレをひっぱって痛みを与えていないか。はずしたフレックスチューブをきれいなガーゼかタオルの上に置いていないか。水滴を気管カニューレ内に落とし込んでいないか。					
	18	手袋をつけた手(またはセッシ)で吸引カテーテルを気管カニューレ内(約10cm)に入れる。	手(またはセッシ)での持ち方は正しいか。どの時期で陰圧をかけるか、あらかじめ決めておく。吸引カテーテルは気管カニューレの先端を越えていないか。					
	19	カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をする。	吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつける。異常があった場合、家族や看護師に即座に報告したか。陰圧をかけて吸引できているか。吸引の時間は適切か。					
	20	吸引を終了したら、すぐにコネクタを気管カニューレに接続する。	フレキシブルチューブ内に水滴が付いている場合、水滴を払った後に、コネクタを気管カニューレに接続しているか。					
	21	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側を消毒綿(アルコール綿等)で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(滅菌蒸留水)に入れて水を汚染していないか。					
	22	(薬液浸漬法の場合)使用済み吸引カテーテルは外側を消毒綿(アルコール綿等)拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	23	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	24	吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合)消毒液の入った保存容器にもどす。						
	25	手袋をはずす(手袋着用の場合)またはセッシをもとに戻す。手洗いをする。						
	26	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意志を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	27	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。吸引開始から吸引終了まで利用者の状態を常に観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。					
	28	人工呼吸器が正常に作動していること、気道内圧、酸素飽和度等をチェックする。						
	29	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	30	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)サイドチューブ付き気管カニューレの場合、サイドチューブからも吸引する。(吸引器の接続管とサイドチューブをつなぐ)					
STEP6 片付け	31	吸引びんの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	32	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 記録、結果確認報告	33	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。(ヒヤリハット含む)記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					

アの合計個数

＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。	一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一個でもある → ×						
--	--	--	--	--	--	--	--

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

留意点	※ 特定の利用者における個別の留意点(良好な体位やOKサイン等)について、把握した上でケアを実施すること。 ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。 ※ サイドチューブ付き気管カニューレの場合、気管カニューレ内吸引の前でサイドチューブからも吸引することが、肺炎予防の上で望ましい。
-----	---

評価票＜胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名				

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数	回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした	実施月日	/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした（手順どおりに実施できなかった）	開始時間	:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印	印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等）頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入用ボトルに入れ、注入用ボトルを高いところにかける。滴下筒に半分位満たし滴下が確認できるようにする。	クレンメは閉めているか。					
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9	胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する。	破損、抜けがないか。胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	10	胃ろうに経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。利用者の胃から約50 cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは本人にあった適切なスピードが良い。 例：200ccを1時間かけて注入の場合、3秒に2滴					
	12	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位からか漏れていないか。利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白湯を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぐ為、白湯を適量注入したか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。					
STEP7 記録、結果確認報告	16	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。（ヒヤリハット含む）記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
<合格基準> 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一つでもある → ×					

* 自由記載欄

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

※ 利用者による評価ポイント【評価を行うに当たって利用者の意見の確認が特に必要な点】

- ・調理の仕方は適切か。流してみてもチューブにつまらないか。
- ・注入の早さ、温度は利用者の好みであるか。
- ・注入中の体位が楽な姿勢か。

留意点

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

評価票＜胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形タイプ)＞

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数	回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした	実施月日	/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした(手順どおりに実施できなかった)	開始時間	:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印	印	印	印	印	印

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまででは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。(食中毒予防も) 栄養剤の量や温度に気を付けているか。(利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。)					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。(頭部を30~60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等) 頭部を一気に挙上していないか(一時的に脳貧血などを起こす可能性がある)。					
	7	胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。	破損、抜けがないか。胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	8	胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし、半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぐ。	つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。圧をかけたとき、液がもれたり、シリンジが抜けたりすることがあるので、接続部位を把持しているか。(タオルなどで把持するとよい)					
	9	半固形栄養剤のバッグないしカテーテルチップ型シリンジの内筒を適切な圧で押しながら注入する。	5分~15分程度で全量注入する(250ccから400ccくらい) 本人にあった適切なスピードが良い。半固形の栄養バッグ(市販)は手で丸めこみ最後はぞうぎんを絞るように注入する。(専用のスクイーズや加圧バッグで注入しても良い。)					
	10	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位から漏れていないか。利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、異常な頻脈、異常な発汗、異常な顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり注入し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し(場合によってはパルスオキシメーターも参考に)適切なスピードを保ったか。					
	11	注入が終わったら、チューブ内洗浄程度の白湯あるいは10倍に希釈した食酢をシリンジで流す。	チューブ先端の詰まりを防ぐ為、白湯を適量注入したか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	12	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	13	後片付けを行う。	使用した器具(栄養チューブやシリンジ)を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。(半固形の場合は大きな角度のベッドアップは必要ではない)					
STEP7 記録、結果確認報告	14	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。(ヒヤリハット含む) 記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					

			アの合計個数					
＜合格基準＞ 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一つでもある → ×					

()回目	
()回目	
()回目	
()回目	
()回目	

※ 利用者による評価ポイント(評価を行うに当たって利用者の意見の確認が特に必要な点)

- ・調理の仕方は適切か。流してみてもチューブにつまらないか。
- ・注入の早さ、温度は利用者の好みであるか。
- ・注入中の体位が楽な姿勢か。

留意点

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

評価票<経鼻経管栄養>

現場演習用

受講登録番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師氏名

評価判定基準	ア	評価項目について手順どおりに実施できている	回数	回目	回目	回目	回目	回目
	イ	評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした	実施月日	/	/	/	/	/
	ウ	評価項目を抜かした（手順どおりに実施できなかった）	開始時間	:	:	:	:	:
			指導看護師 確認印	EP	EP	EP	EP	EP

実施手順	評価項目	評価の視点	評価判定					
STEP4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等）頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入用ボトルに入れ、注入用ボトルを高いところにかける。滴下筒に半分位満し滴下が確認できるようにする。	クレンメは閉めているか。					
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9	チューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認する。口の中でチューブが巻いていないか確認する。	破損、抜けがないか。鼻から挿入されたチューブの鼻より外に出たチューブの長さに変わりがないか確認したか。口腔内で経鼻胃管がとぐろを巻いていないか。					
	10	経鼻胃管に経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。つないだのが経管栄養のチューブであることを確認したか。利用者の胃から約50 cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは本人にあった適切なスピードが良い。 例：200ccを1時間かけて注入の場合、3秒に2滴					
	12	異常がないか、確認する。	利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで経鼻胃管に白湯を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぐ為、白湯を適量注入したか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP7 記録、結果確認報告	16	実施したケア及びヒヤリハットを報告する。ケア実施の証明および今後のケアプランに活用できるように記録しておく。	実施したケアについて報告する。（ヒヤリハット含む）記録内容は、客観的に記載し、共通認識できる用語や表現を使用する。実施時刻、吸引した内容物の種類や性状、一般状態、特記事項、実施者名、利用者の訴えなどを記載する。					
			アの合計個数					
<合格基準> 1回の手技において、全ての項目に「ア」がそろっていること。			一回の手技において ・すべて「ア」が揃っている → ○ ・「イ」「ウ」が一つでもある → ×					
()回目								
()回目								
()回目								
()回目								
()回目								

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

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