

天晴れ介護サービス総合教育研究所

介護職のための医療知識講座

介護現場における医行為ではない 行為に関するガイドライン」解説 (後編)

令和8年 3月18日
看護師 吉村美由紀

【自己紹介】

吉村 美由紀(よしむら みゆき)

愛知県犬山市出身

看護学校卒業後、総合病院で7年半勤務

(循環器内科、呼吸器内科、内分泌内科、外科に勤務)

平成11年 訪問看護ステーションに勤務

平成12年 介護支援専門員資格取得

平成17年 訪問看護・介護支援専門員兼務

平成18年 医療法人へ転職し、訪問看護、居宅介護支援事業所兼務後法人本部にて
小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホーム、
地域密着型介護老人福祉施設等の開設・運営等に携わる

平成23年 愛知県認知症介護指導者研修修了、認知症介護実践者研修、認知症
介護実践リーダー研修、小規模多機能サービス等計画作成担当者研修
にて講師として携わる

平成31年 もう一度現場に戻りたい！と転職し、現在、住宅型有料老人ホーム併設
の訪問看護事業所にて看護師として勤務中

【保有資格】 看護師、介護支援専門員、認知症介護指導者

前
編

第1部 総論

1. はじめに
 2. 本ガイドライン作成の背景
 3. 「原則として医行為ではない行為」の理解
 4. 介護職員の役割
 5. 医療職との連携
 6. 本ガイドラインの活用方法
 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」一覧

第2部 各論

- 血圧等測定関係 ○血糖測定関係 ○経管栄養関係
- 喀痰吸引関係 ○在宅酸素療法関係
- 膀胱留置カテーテル関係
- 排泄関係 ○その他関係 ○服薬介助関係

後
編

介護職員が実施できる 医行為ではないこと

～平成17年通知＋令和4年通知を全解説！～

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！

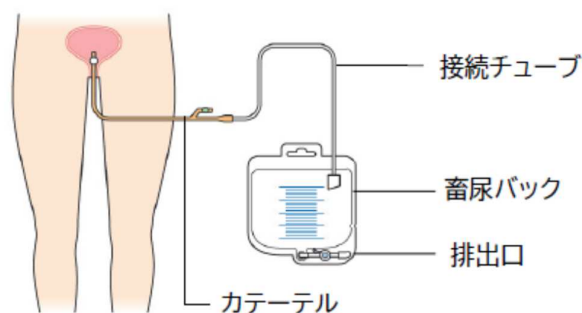
○介護職員は、膀胱留置カテーテルの挿入や、膀胱留置カテーテルを抜いたりすることはできません。

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)

○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、蓄尿バックの例

**1. 実施前の観察**

○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。

○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。

○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。

○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。)

- 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。

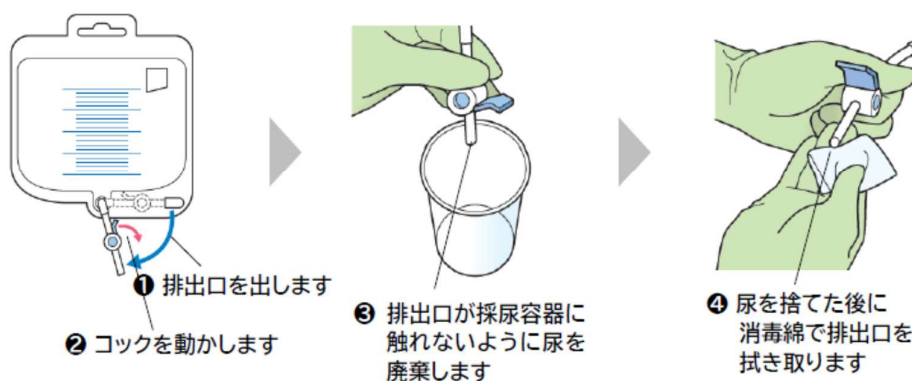
(1)蓄尿バックの排出口を開けて、採尿容器に静かに尿を廃棄します。

○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。

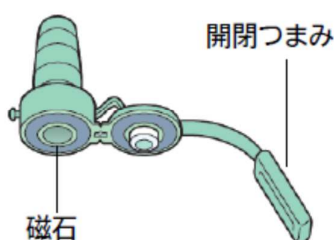
尿の廃棄方法の例



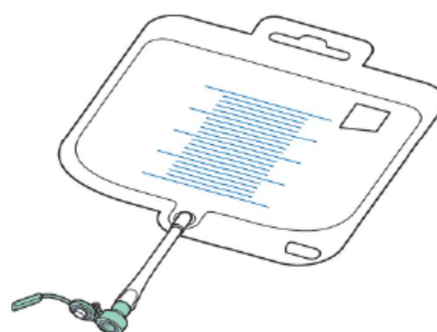
○尿の排出口であるDIB キャップは、磁石で開閉ができるキャップです。

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 キャップのついた蓄尿バックの例



(2)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。

(3)記録します。

○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

○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。

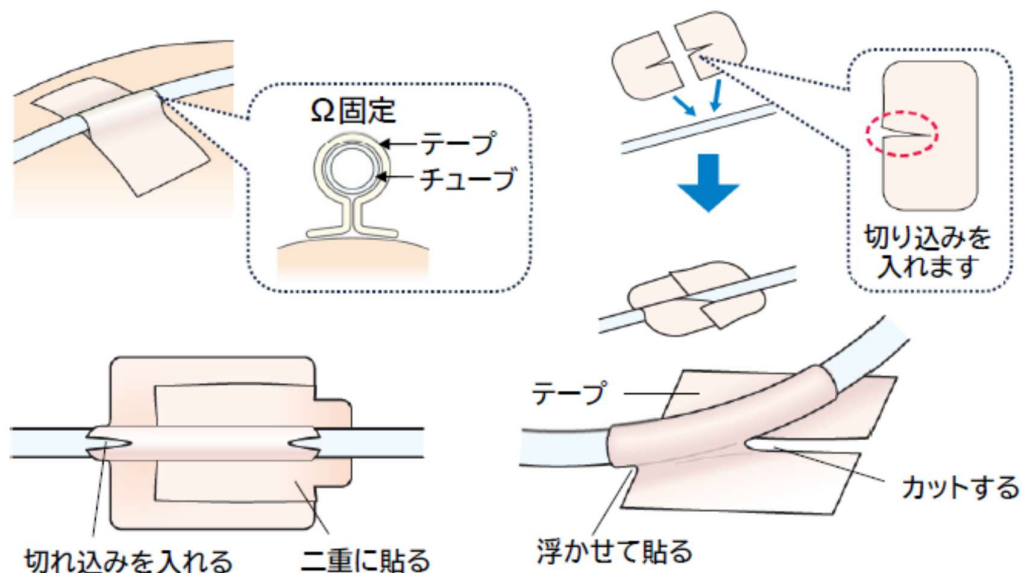
5. 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付すること

○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

P.62-63



※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ので、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。

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！

○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。

○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。

○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)

○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、防水シート、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

○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。

○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。

○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。

○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

○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。

○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。

○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。

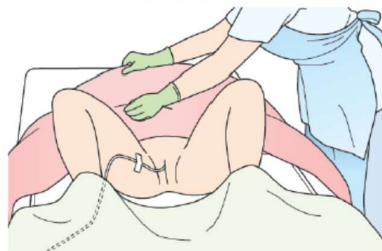
○洗い流した温湯を受けるため、紙おむつや差し込み便器を腰の下に置きます。

○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。

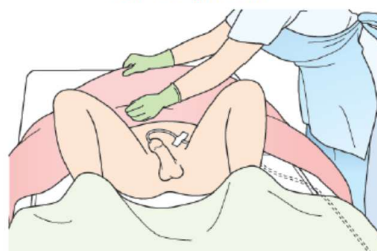
注意点: ・膀胱留置カテーテルを留めているテープが剥がれていないか、膀胱留置カテーテルが抜けていないか観察をします。

・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。

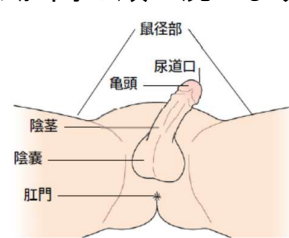
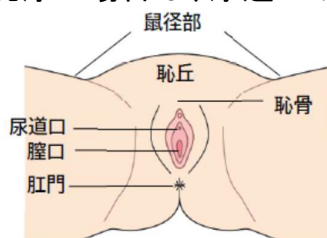
○最初に陰部に近い太ももの部分などに温湯をかけて、湯の温度が利用者にとって適温か確認します。

○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)

○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)

○陰茎を手で支え、尿道口→龟头→陰囊→陰囊の裏側→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。

○龟头を洗うときは、包皮を反転させ、円を描くようにして龟头を洗います。陰囊はしわが多いため、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)

○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。

○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。

○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。

○石けんの泡は十分に洗い流します。

○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。
- 利用者の衣服や、環境を整えます。
 - 使用した物品は適切な場所へ戻します。

- (4) 記録します。
- 終了したら、記録します。
 - 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)

- 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。
- 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】

- 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。
- 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。
- 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

- 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。
- 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。
- 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、肌に着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

○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。

○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。

○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。

○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)

○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。

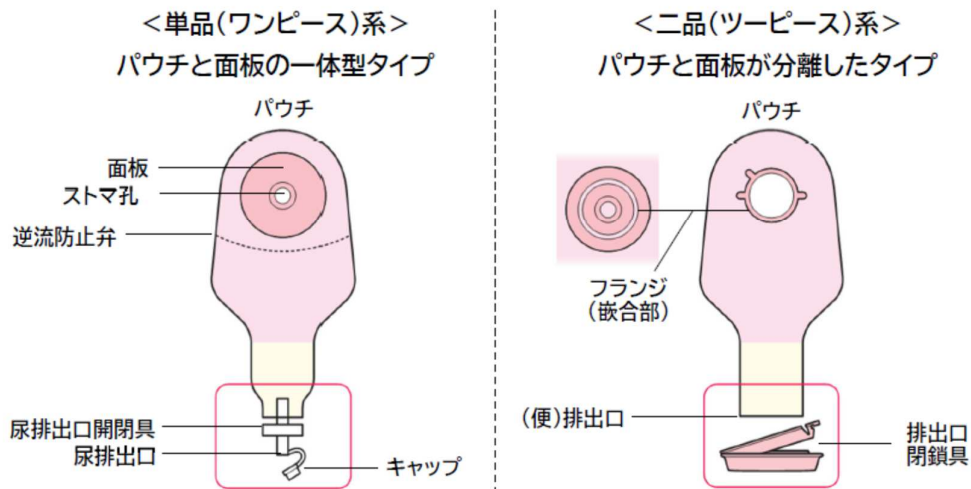
- ・排泄物の跳ね返りを防ぐために、便器内に予めトイレトペーパーを折りたたんで置いておきます。

(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人が多いです。

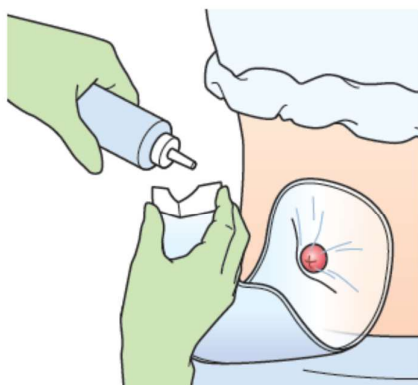
(5) パウチの排泄物を捨てることができたなら、パウチの排出口をトイレトペーパーでよく拭きます。

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。

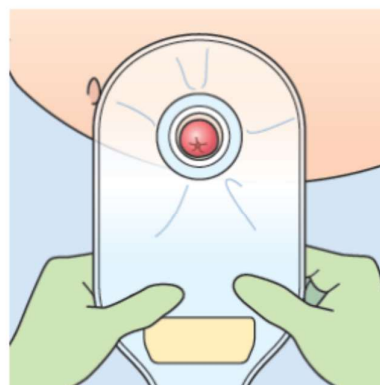
・臭いが気になる場合は、必要に応じて消臭潤滑剤を使用します。消臭潤滑剤を使用すると、消臭効果だけでなく、次回以降パウチにたまった排泄物を捨てるのがスムーズになります。

・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



① 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



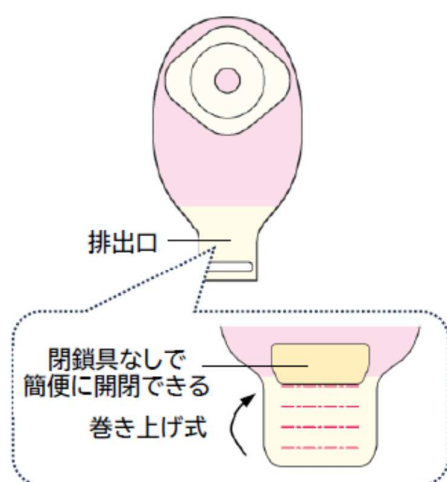
② 消臭潤滑剤がパウチ全体に広がるよう軽くもんでなじませます

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

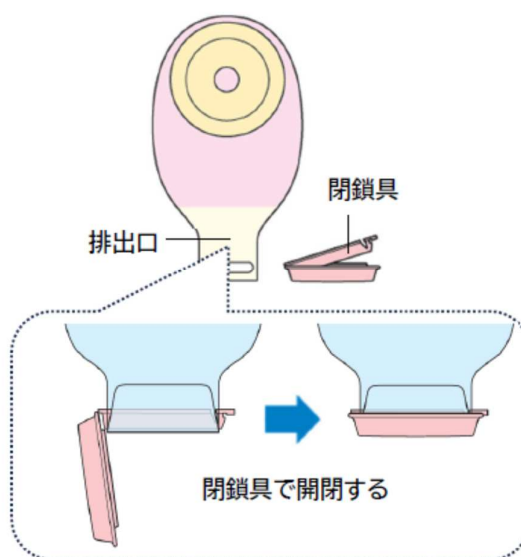
○トイレで実施した場合は、水を流し便器内の排泄物を流します。

○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なら記録をします。○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)

P.72

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

○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。

○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。

P.72-73

(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

○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。防水シート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。

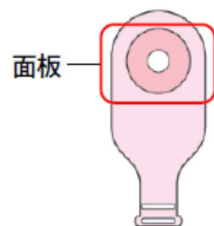
○片手で面板、もう片方の手で利用者の皮膚をおさえながら剥がしていきます。

○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。

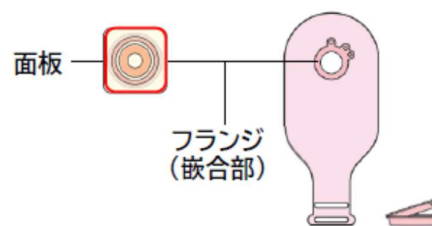
○リムーバーがなければ微温湯でぬらしたガーゼを代わりに使用すると面板を剥がしやすいです。

○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。

単品(ワンピース)系



二品(ツーピース)系



(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。

P73

(6) 剥がした面板を捨てます。

P73-74

○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。

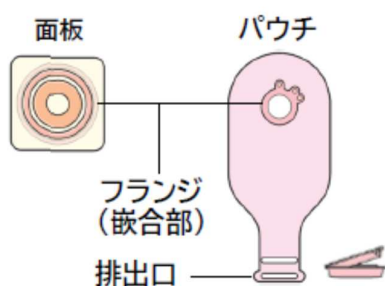
○サイズが合っていることが確認できたら、裏紙を剥がして身体に装着します。

○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。

○装着ができたなら、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) 装着ができたなら、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、しっかりとハマ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。

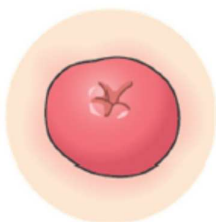
Ⅱ. 医療職との連携(緊急時や異常時の対応等を含む)

○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。

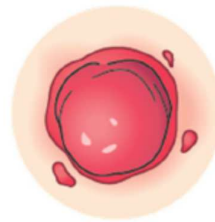
正常なストマの例



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

- 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。
- 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。
- また、排泄物を受け止めるストマ装具というものがようになります。

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

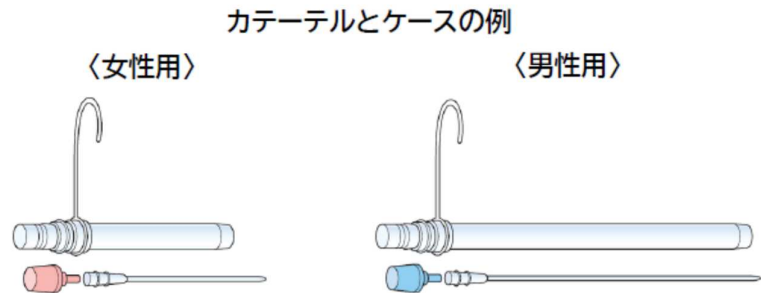
行為を実施する前に確認してください！

○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)

○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、防水シート、廃棄物入れ
- ・必要に応じて鏡、潤滑剤
- ・記録道具



1. 自己導尿の補助前の確認事項

○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。

○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。

○利用者が日常的に行っている方法を予め確認します。

○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。

○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

○実施前は衛生的手洗いをし、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。

○例えば、ベッド上で行う場合は防水シートを敷く、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。

(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。

自己導尿の補助姿勢の例



(4) ケースからカテーテルを取り出すなど準備をします。

○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。

○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。

○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。

○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。

○利用者の衣服や、環境を整えます。

○必要に応じて換気します。

○使用した物品は適切な場所へ戻します。

(7) 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。

○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)

○終了後は、医療職へ報告します。

○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】

○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。

○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

○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。

○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ため、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！

○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。

○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)

○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(またはトイレトペーパー)、
市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器の例
- ・必要に応じて防水シート、潤滑剤
- ・記録道具



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。

○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。

○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。

○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。

○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

○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。

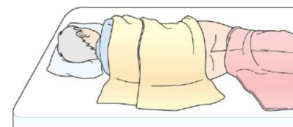
○身体の左側を下にして横になってもらい、膝を抱えるような姿勢をとってもらいます。

○防水シート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、防水シートを敷きます。

○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)



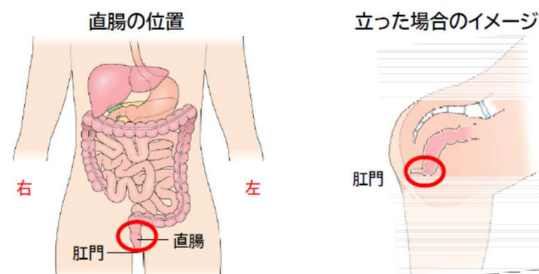
Q&A

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。



(3) 浣腸器を挿入します。

○必要に応じて浣腸器の先端に潤滑剤を塗布します。

○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。

○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。

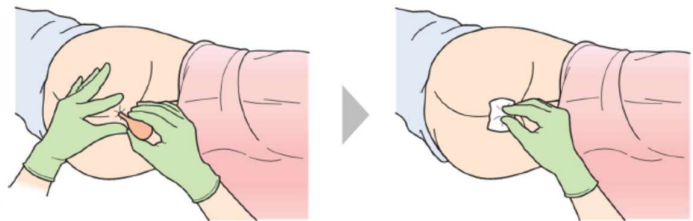
・お腹に力が入った状態だと、浣腸の液体がスムーズに入らなくなるので、息を吐いてもらうように声かけすることが望ましいです。

(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】

- 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。
- 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

- 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。
- 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)

○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

○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

- 実施前は衛生的な手洗いを行い、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。

○利用者に声をかけて、義歯をはずします。

○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。

○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。

○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。

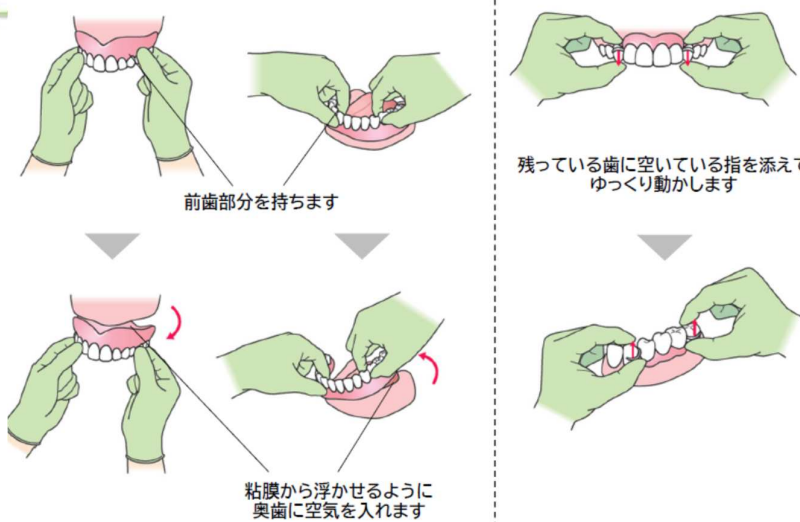
・汚れがたまりやすい義歯の付け根、バネとその周囲などを、特に丁寧に磨きます。

義歯の外し方の例

<上の総義歯>

<下の総義歯>

<部分義歯>



前歯部分を持ちます

残っている歯に空いている指を添えて ゆっくり動かします

粘膜から浮かせるように 奥歯に空気を入れます

義歯の洗浄方法の例



水を流しながらブラッシングを行います

(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、文字で見るとよりわかりやすいので、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重要です。
- 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されています。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！

- 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。
- 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)

○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

記録道具

使用する物品例



デンタル

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

○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すかないか観察します。
- ・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)

○実施前は衛生的な手洗いを行い、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。

○できるだけ座位やギャ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。

○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。

○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

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。

○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。

○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。

○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。

○ブラッシングは、奥から手前にかけて行くと、磨き残しを防ぐことができます。

○歯ブラシは、歯の斜めまたは直角に当てると良いです。

○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。

○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。

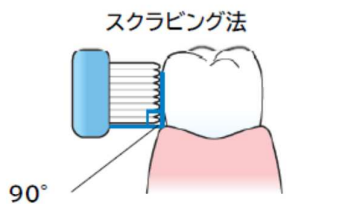
・歯ブラシをペングリップの持ち方で持つと、強すぎず、適度な弱めの力
で磨くことができます。

・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

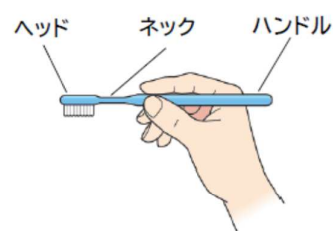


歯ブラシの先を
歯の表面に対して
45°にあてて小刻みに動かします



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。

○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。

○上あごが終わったら、下あごも同様に拭きます。

○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。

○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。

○舌があがれば舌の下を奥から手前に拭きます。

○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。

P93-94

・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】

○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。

○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。

P94

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

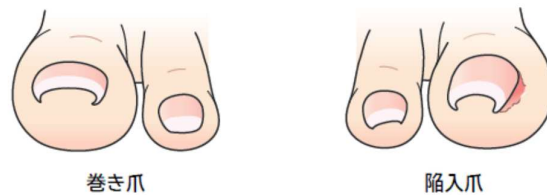
令和6年度介護報酬改定では、介護保険施設において、入所者の入所時及び月1回程度の口腔の健康状態の評価が義務化されています。また、訪問系サービス及び短期入所系サービスについても、介護職員等が口腔の健康状態を観察し、その結果を歯科医療機関と介護支援専門員に伝えることを評価した口腔連携強化加算が設けられています。

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！

- 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。
- 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。
- 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

ニッパー式爪切りの例



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)

○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

P95-96

○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

○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、視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。

手や足の下に不織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。

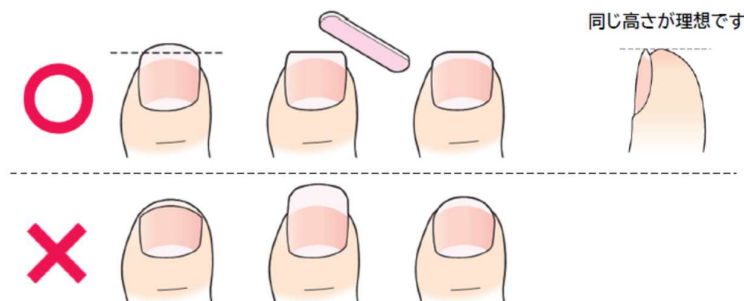
注意点：・指先から少し上部分の伸びた部分を直線に切ります(スクエアカット)

・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。

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。

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！

○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)

○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

○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。

○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)

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

○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。

○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。

○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 cm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。

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

○介護職員は、利用者が動いたり、変化がないか観察します。

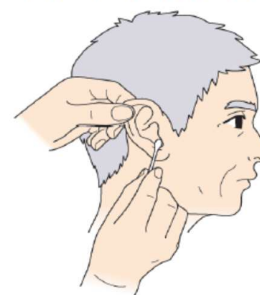
(3)利用者に終了したことを伝え、片付けをします。

○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。

耳垢を取り除く様子の例



(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

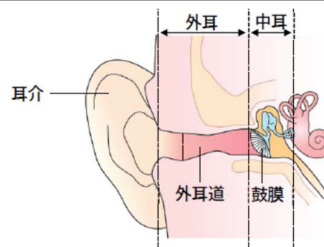
○耳の入り口から鼓膜までを外耳道といいます。

○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。



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！

○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。

○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られません。

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)

○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

○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

○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。

○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)

○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

○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。

○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。

○物品を使用する場合は、清潔な物を使用します。

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△

○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！

○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。

○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)

○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

○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。

○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。

○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。

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

○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ため、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ため、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。

○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。

○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。

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

○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ため、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。
- 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。
- 利用者の衣服や、環境を整えます。
 - 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。
- 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)

- 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

- 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中には、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。
- 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。
- 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。

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△

○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！

○介護職員は、**眼の軟膏を塗ることはできません。**

○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)

P104-105

○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

○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。

○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。

○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。

○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。

○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。

○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。

○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。

○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)

○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】

○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

○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。

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

△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△

○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！

○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)

○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

○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。

○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すかないかどうか観察します。

○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。

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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的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。

○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。

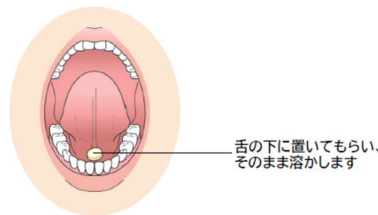
・口の中が乾いている場合は、水を少し含んで舌を湿らせます。

(4) 利用者に薬を渡し、薬を舌の下に入れてもらいます。

○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。

○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)

○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

- 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。
- 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。
- 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きます。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。
- 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。

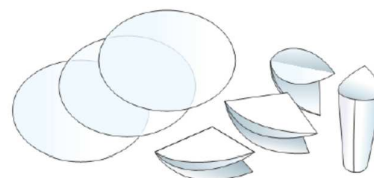
上記のように薬の飲み合わせによって薬の効果も変わってくるので、薬剤の取扱いについては医療職と連携することが重要です。

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



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△

○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！

○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)

○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

○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。

○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。

○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。

○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、利用者にあ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。

○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。

○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。

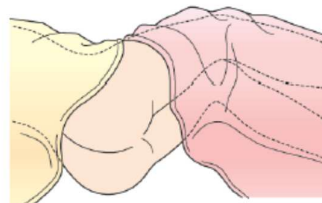
(2) 利用者の衣服や下着をおろします。

○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)

○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。

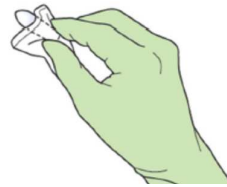
・坐薬は、手で持つと体温で溶けやすいので、ガーゼやトイレットペーパーで持ちます。

坐薬の形状



肛門に
挿入する側

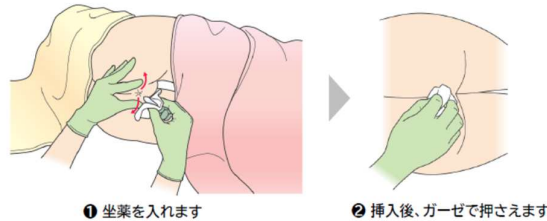
坐薬の持ち方の例



(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



(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。

- 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)

- 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】

- 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。
- 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。
- 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

- 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。
- 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。

△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△

○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！

- 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。
- 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)

○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

○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。

○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。

○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出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。

○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。

○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。

○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。

- 点鼻薬の容器の先端を拭いてから、容器に蓋をします。
- 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。

(7) 記録します。

- 事業所等で指定されたものに記録します。
- 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)

○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】

○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

○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

水虫や爪白癬に罹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△

○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！

- 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。
- 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。

○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

○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。

○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。

○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。

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

○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。

○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。
○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) 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。
○事業所等で指定されたものに記録します。
○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)

- 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

- 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。
○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。

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△

○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！

○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)

○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

○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。

○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すかないかどうか観察します。

○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。

○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。

○実施前は衛生的手洗いをを行い、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。

吸入薬の吸入器の例

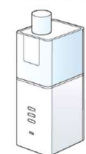
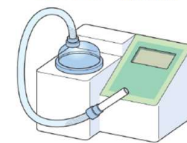
<加圧噴霧式定量吸入器>

<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)>



(2) 吸入薬の吸入の介助を行います。

○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。

(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。

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△

○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！

○介護職員は、液剤の分包を実施することができません。

○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)

P125-126

○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

○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。

○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」が介護職員が行う服薬介助では、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。

○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。

○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。

○利用者の衣服や、環境を整えます。

○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)**

○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**

○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。

補足

厚生労働省医政局 2025年12月26日通知 「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3)」

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)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条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「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している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要があるが、介護現場等において医行為であるか否かにつ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ないと考えられるもの等については、これまで、「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日付け医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知。以下「平成17年通知」という。)等においてお示してきたところである。

今般、規制改革実施計画(令和6年6月21日閣議決定)において、平成17年通知等に記載のない行為のうち、介護現場等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することとされた。

これを踏まえ、医療機関以外の介護現場等で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるもの及び当該行為を介護職員が行うに当たっての患者や家族、医療従事者等との合意形成や協力に関する事項について別紙のとおり列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際や、ケアの提供体制について検討する際の参考とされたい。

なお、本通知については、厚生労働省社会・援護局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局及び医薬局並びにこども家庭庁支援局と調整済みである。また、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、患者の状態を踏まえ、医師、歯科医師、薬剤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あることを申し添える。

(別紙)

(服薬準備等関係)

1 医師、看護師等の免許を有しない者によるいわゆる湿布の貼付(※1)又はその他の医薬品の使用の介助ができることを**医師、歯科医師又は看護職員が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患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・助言を遵守したいわゆる湿布の貼付又はその他の医薬品の使用の介助をすること。

具体的には、

- ① お薬カレンダーへ一包化された等の医薬品をセットすること
- ② 服薬の直前にPTPシートから薬剤を取り出すこと(※2)
- ③ 専門的な管理が必要無いことを医師若しくは看護職員が確認した皮膚に、いわゆる湿布を貼付すること

※1 鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(**麻薬若しくは向精神薬であるもの又はステロイド外用剤等専ら皮膚疾患に用いるものを除く。**)

※2 PTPシートをハサミなどで1つずつに切り離さないよう留意すること。

(蓄尿バッグ交換等関係)

2 **医師又は看護職員の立会いの下で安全に行えることを事前に確認された実施者が、蓄尿バッグの破損等尿漏れを確認した際や、蓄尿バッグが膀胱留置カテーテルから外れた際に、膀胱留置カテーテルと未開封・未使用の蓄尿バッグを接続すること。**

注1 前記1に掲げるいわゆる湿布の貼付は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、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、薬剤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、薬剤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。

注2 前記1に掲げる医薬品の使用の介助について、抗血栓薬といった特に安全管理が必要な医薬品等服薬の内容によっては、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が当該行為を実施する際に注意すべきものや医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員による専門的な管理を必要とするものもあるため、当該行為の実施に当たってはこれらの免許を有する者が判断し、服薬する医薬品の用法を遵守するとともに、その内容について確認すること。

注3 前記2に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、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。

注4 前記2に掲げる行為については、以下に留意の上、実施すること。

- ① 患者にいつもと変わった様子がないことを実施前に観察すること。
- ② 排出された尿が膀胱内に逆流する等の可能性があるため、蓄尿バッグは常時患者の膀胱より低い位置にすること。また、蓄尿バッグが汚染される可能性があるため床につかないようにすること。
- ③ 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たりしていないか確認すること。また、膀胱留置カテーテル挿入時に膀胱内で膀胱留置カテーテル先端のバルーンに水を注入し、膨らませて膀胱に留置しているため、膀胱留置カテーテルは引っ張らないようにすること。
- ④ 蓄尿バッグの交換は、石鹼や擦式アルコール製剤を使用した手洗いをを行った上で、手袋を装着して行い、終了後も手洗いをすること。また、蓄尿バッグ側と繋ぐ膀胱留置カテーテルの接続部は、接続前に消毒綿で拭いてから蓄尿バッグと接続すること。

注5 前記1に掲げるいわゆる湿布の貼付及び前記2に掲げる行為の実施に当たっては、当然ながら患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患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、注1のサービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師、薬剤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、薬剤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求められる。

注6 前記1及び2に掲げる行為について、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べきである。また、前記2に掲げる行為は、破損等尿漏れを確認した場合の行為であり、定期的な交換においては、医師又は看護職員が膀胱留置カテーテル・蓄尿バッグの両方を交換すること。また、蓄尿バッグの交換について、医師又は看護職員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。

注7 今回の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。

【まとめ】

原則として「医行為」ではないと考えられるものを 介護職員が実施するときの注意点

- ◆ 通知の内容は、あくまでも、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切かどうか判断する際の参考とするものであり、1つの行為が医行為であるかどうかは、個々の行為の態様に応じ、個別具体的に判断する必要があることを忘れないこと。

**一人ひとり利用者、入居者の病状、皮膚状態等が
違うため、一律に「医行為ではない」と判断できない！**

◆ 介護職員は体温、血圧などの測定値についての判断をしてはいけない。

➡ 事前に確認された「正常値」の範囲を外れた場合には、直ちに医師、看護職員等に報告し、判断を仰ぐこと。

「正常値」とその値から外れた場合の対応について、事前に医師等に確認すること！

◆ 「医行為」に該当しない行為についても、安全に行われるよう、医師、看護職員等との連携、必要に応じてマニュアルの作成、医療従事者による研修を行うこと。

介護サービス事業者等は、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

これらを踏まえて、

利用者・入居者サービス担当者会議の際に、

その方に**必要なケア**の内容と、それを**誰が行うのか**を確認。その中で、介護職員が行う必要のあるケアについてそれが「医行為」にあたらぬかどうかを確認し**合意形成**をしておくことが重要！

また、利用者・入居者の状態の変化等に合わせ、訪問診療の際などに、都度医療に関する資格のない者がその処置を行っても良いか確認をすることが重要。

介護職のための医療知識講座

- | | | |
|------|------------|------------------|
| 第1回 | 令和6年11月13日 | 「高齢者の特徴・バイタルサイン」 |
| 第2回 | 令和6年12月8日 | 「心不全」 |
| 第3回 | 令和7年1月21日 | 「浮腫について」 |
| 第4回 | 令和7年2月18日 | 「脳血管疾患(前編)」 |
| 第5回 | 令和7年3月12日 | 「脳血管疾患(後編)」 |
| 第6回 | 令和7年4月21日 | 「精神疾患」 |
| 第7回 | 令和7年5月21日 | 「薬について」 |
| 第8回 | 令和7年6月25日 | 「緊急時対応(前編)」 |
| 第9回 | 令和7年7月23日 | 「緊急時対応(後編)」 |
| 第10回 | 令和7年8月27日 | 「呼吸器疾患」 |

介護職のための医療知識講座

- 第11回 令和7年9月17日
「心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈)」
- 第12回 令和7年10月27日
「スキンケア・褥瘡について」
- 第13回 令和7年12月15日 「誤嚥性肺炎」
- 第14回 令和8年1月21日
「点滴・膀胱内留置カテーテル」
- 第15回 令和8年2月18日
「介護現場における医行為ではない
行為に関するガイドライン」解説(前編)
- 第16回 令和8年3月18日
「介護現場における医行為ではない
行為に関するガイドライン」解説(後編)

今後の予定

次回、17回目は・・・

令和8年4月15日 19時～

「終末期ケア」

第18回 令和8年6月 「医療職との連携のポイント」

ご清聴ありがとうございました

