評価表

【評価票１】　口腔内の喀痰吸引（通常手順）

【評価票2】　口腔内の喀痰吸引

（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

【評価票3】　鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）

【評価票4】　鼻腔内の喀痰吸引

（人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

【評価票5】　気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）

【評価票6】　気管カニューレ内部の喀痰吸引

（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）

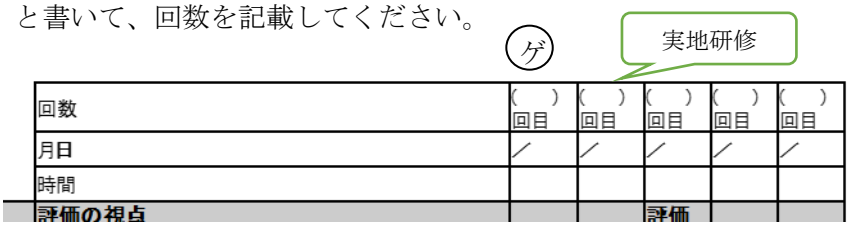
【評価票7】　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤）

【評価票8】　胃ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）

【評価票9】　経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤）

≪評価判定基準≫

- ケアの項目により、評価票が分かれているので、ケアの内容に応じた評価票を必要数コピーしてご利用ください。
- 評価判定基準は、最終のページにあります。
  現場演習は、すべて「ア」が１回、実地研修はすべて「ア」が連続２回で合格です。
- 現場演習、実地研修とも同じ書式です。現場演習の評価とわかるように
  回数の上に（ゲ）（現場のゲ）と書いて、回数を記載してください。



評価票　1：口腔内の喀痰吸引（通常手順）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。						
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
STEP5: 実施	4	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうか」などと 説明し、同意を得たか。					
	5	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・環境の調整及び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。	・喀痰の貯留、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。	・吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。						
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・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	吸引器のスイッチを入れる。						
	11	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されているか。					
	12	(乾燥法の場合)吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。 (薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルの外側の薬液が残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	13	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。					
	14	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	15	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で口腔内を吸引する。	・静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・適切な長さをこえて挿入していないか。					
	16	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	17	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。 ・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	18	非利き手で、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。					
	19	(単回使用の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 (乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	20	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	21	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・ 吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	22	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	23	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状等を観察する。 (経鼻経管栄養を行っている場合、吸引後の口腔内に栄養チューブが出ていないか確認する。)	・苦痛を最小限に、吸引できたか。 ・対象者の状態観察を行えているか。					
	24	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6: 報告	25	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 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。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	27	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8: 記録	28	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

留意点　※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票2：口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
STEP5: 実施	4	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうか」などと説明し、同意を得たか。					
	5	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・環境の調整及び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。	・喀痰の貯留、出血、腫れ、乾燥等のチェックをしたか。 ・マスクを外しての観察となるため、呼吸状態に十分な注意が必要。 ・観察後のマスクの取り扱いに注意。					
	7	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。 （手袋をする前に、必要に応じて、速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	・吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	9	吸引器のスイッチを入れる。	―					
	10	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されているか。					
	11	（乾燥法の場合）吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。 （薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルの外側の薬液が残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	12	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。					
	13	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	14	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。					
	15	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で口腔内を吸引する。	・静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・適切な長さをこえて挿入していないか。					
	16	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	17	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。 ・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	18	非利き手で、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。					
	19	（単回使用の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 （乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器に戻す	・衛生的に操作できているか。					
	20	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	21	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	22	口鼻マスクを適切な位置にもどし、適切な状態に固定（装着）する。	＊個人差があり、順番が前後することがある。					
	23	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。					
	24	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	25	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状等を観察する。 （経鼻経管栄養を行っている場合、吸引後の口腔内に栄養チューブが出ていないか確認する。）	・苦痛を最小限に、吸引できたか。 ・対象者の状態観察を行えているか。					
	26	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6: 報告	27	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・ 吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 片付け	28	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	29	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8: 記録	30	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

留意点　※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票3：鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。						
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
STEP5: 実施	4	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうか」などと説明し、同意を得たか。					
	5	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・環境の調整及び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。	・喀痰の貯留、出血等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。	・吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。						
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・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	吸引器のスイッチを入れる。						
	11	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されているか。					
	12	(乾燥法の場合)吸引カテーテルと接続管の内腔を,洗浄水等で洗い流す。 (薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルの外側の薬液が残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	13	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。					
	14	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	15	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で鼻腔内を吸引する。	・静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・適切な長さをこえて挿入していないか。					
	16	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	17	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。 ・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	18	非利き手で、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。					
	19	(単回使用の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 (乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	20	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	21	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	22	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	23	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状等を観察する。 (経鼻経管栄養を行っている場合、吸引後の腔内に栄養チューブが出ていないか確認する。)	・苦痛を最小限に、吸引できたか。 ・対象者の状態観察を行えているか。					
	24	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6: 報告	25	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 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。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	27	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8: 記録	28	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

留意点　※特定の対象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。

※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票4：鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

利用者名：＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	
月日	／	／	／	／	／	
時間						
看護職員　評価者サイン						

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4：実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
STEP5：実施	4	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうか」などと説明し、同意を得たか。					
	5	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・環 境の調整及び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。	・喀痰の貯留、出血等のチェックをしたか。 ・マスクを外しての観察となるため、呼吸状態に十分な注意が必要。 ・観察後のマスクの取り扱いに注意。					
	7	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。 （手袋をする前に、必要に応じて、速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。）	・ 吸引前の手洗いを行っているか。					
	8	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・吸引カテーテルの先端をあちこちにぶつけていないか。					
	9	吸引器のスイッチを入れる。	―					
	10	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されているか。					
	11	（乾燥法の場合）吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。 （薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルの外側の薬液が残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	12	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。					
	13	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	14	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。					
	15	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で鼻腔内を吸引する。	・静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・適切な長さをこえて挿入していないか。					
	16	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・ 喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	17	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。 ・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	18	非利き手で、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。					
	19	（単回使用の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 （乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器にもどす。	・衛生的に操作できているか。					
	20	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	21	対象者に吸引が終わったことを告げ、痰がとり切れたかどうかを確認する。	・吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	22	口鼻マスクまたは鼻マスクを適切な位置にもどし、適切な状態に固定（装着）する。	＊個人差があり、順番が前後することがある。					
	23	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。					
	24	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	25	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状等を観察する。 （経鼻経管栄養を行っている場合、吸引後の口腔内に栄養チューブが出ていないかの確認）	・苦痛を最小限に、吸引できたか。 ・対象者の状態観察を行えているか。					
	26	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6：報告	27	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7：片付け	28	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	29	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・ 洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8：記録	30	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。	―					

留意点　※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票5：気管内カニューレの喀痰吸引（通常手順）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
	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	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうかなどと説明し、同意を得たか。					
	6	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・環境の調整及び効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	7	気管カニューレの周囲、固定状態及び喀痰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(喀痰の吹き出し、皮膚の状態等)、固定のゆるみ、喀痰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。	・吸引前の手洗いを行っているか。					
	9	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。						
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・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	吸引器のスイッチを入れる。	・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。					
	12	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されているか。					
	13	(乾燥法の場合)吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。(薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルの外側の薬液が残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切った後、吸引カテーテルの外側を、アルコール綿で先端に向かって拭き取る。	・よく水を切ったか。					
	15	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	16	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で気管カニューレ内部を吸引する。	・静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・吸引カテーテルは気管ニューレの先端を越えていないか。					
	17	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	18	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	19	非利き手で、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	(単回使用の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 (乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	21	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	22	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	23	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	24	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状気管カニューレ周囲や固定状況等を観察する。	・苦痛を最小限に、吸引できたか。・対象者の状態観察を行えているか。・気 管カニューレ周囲の状態(喀痰の吹き出し、皮膚の状態等)、固定のゆるみ等のチェックをしたか。					
	25	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6: 報告	26	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 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。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	28	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8: 記録	29	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

留意点　※特定の対象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。

※実際に評価票を使用する際は、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後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。

2021.3作成

評価票6：気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
	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、少しコネクターを緩めておいても良い。						
STEP5: 実施	5	吸引の必要性を説明し、対象者の同意を得る。	・「痰がゴロゴロ言っているので吸引してもよろしいでしょうか」などと説明し、同意を得たか。					
	6	吸引の環境、対象者の姿勢を整える。	・ 環境の調整及び効果的に喀痰を吸引できる体位か。					
	7	気管カニューレの周囲、固定状態及び喀痰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（喀痰の吹き出し、皮膚の状態等）、固定のゆるみ、喀痰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。	・ 吸引前の手洗いを行っているか。					
	9	使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	―					
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出し、吸引器に連結した接続管に接続する。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。 ・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	吸引器のスイッチを入れる。	・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。					
	12	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されているか。					
	13	(乾燥法の場合)吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。 (薬液浸漬法の場合)吸引カテーテルの外側の薬液が　残らないように、アルコール綿で先端に向かって拭き取り、吸引カテーテルと接続管の内腔を洗浄水等で洗い流す。	・衛生的に、器具の取扱いができているか。					
	14	吸引カテーテルの先端の水をよく切った後、吸引カテーテルの外側を、アルコール綿で先端に向かって拭き取る。	・よく水を切ったか。					
	15	吸引開始の声かけをする。	・必ず声をかけて、本人から同意を得る。					
	16	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、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非利き手でフレキシブルチューブ先端のコネクターをそっとはずせているか。 ・気管カニューレをひっぱって痛みを与えていないか。 ・はずしたコネクターをきれいなタオル等の上に置いているか。 ・コネクターをはずした時、フレキシブルチューブ内にたまった水滴を気管カニューレ内に落とし込んでいないか。					
	17	適切な長さまで挿入し、適切な吸引時間で気管カニューレ内部を吸引する。	・ 静かに挿入し、適切な吸引時間で喀痰を吸引できたか。 ・吸　引カテーテルは気管ニューレの先端を越えていないか。					
	18	吸引を終了したら、すぐに、フレキシブルチューブ先端のコネクターを気管カニューレに接続し、正しく接続できているか人工呼吸器の作動状況や状態を確認する。	・ フレキシブルチューブ内に水滴が付いている場合、気管カニューレ内に落ちないよう、水滴を払ってから接続しているか					
	19	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・ 喀痰がとり切れていない場合はもう一回繰り返す必要性について確認しているか。					
	20	吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、吸引カテーテルと接続管の内腔を、洗浄水等で洗い流す。	・ 外側に喀痰がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水等に入れて水を汚染していないか。 ・接続管に喀痰が残っていないか。 ・吸引カテーテル内に喀痰が残っていないか。					
	21	非利き手で、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	(単回使用の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。 (乾燥法の場合、薬液浸漬法の場合）吸引カテーテルを接続管からはずし、衛生的に保管容器に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	23	手袋をはずす。セッシを使用した場合は元に戻す。	・衛生的に操作できているか。					
	24	対象者に吸引が終わったことを告げ、喀痰がとり切れたかを確認する。	・吸引終了を告げ、喀痰がとり切れたかどうかを確認しているか。					
	25	人工呼吸器が正常に作動していること、気道内圧、酸素飽和度などを確認する。	・人工呼吸器の不具合はないか。					
	26	体位や環境を整える。	・安楽な姿勢に整え、環境の調整を行ったか。					
	27	対象者の顔色、呼吸状態、吸引物の量や性状、気管カニューレ周囲や固定状況等を観察する。	・苦痛を最小限に、吸引できたか。 ・対象者の状態観察を行えているか。 ・気管カニューレ周囲の状態（喀痰の吹き出し、皮膚の状態等）、固定のゆるみ等のチェックをしたか。					
	28	流水と石けんで、手洗いをする。	・ケア後の手洗いを行ったか。					
STEP6: 報告	29	指導看護師に対し、吸引物、吸引前後の対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・吸引の開始時間、吸引物の性状・量、吸引前後の対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 片付け	30	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	・吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	31	保管容器や洗浄水等を適宜交換する。	・洗浄水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP8: 記録	32	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

留意点
※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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後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。

2021.3作成

評価票7：胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤）

利用者名：＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
STEP5: 実施	4	対象者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、対象者の意思を確認する。	・対象者の同意はあるか。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。 ・栄養剤の内容と量は指示通りか。 ・栄養剤の温度は適当か。					
	6	体位を調整する。	・対象者が望む安楽で安全な体位に調整しているか。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを閉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。 滴下筒に半分くらい満たし、滴下が確認できるようにする。	・クレンメを閉めているか。					
	8	クレンメを緩め、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を流して空気を抜き、クレンメを閉める。	・栄養剤を無駄にせず確実に空気を抜いたか。					
	9	胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を目視で観察する。 居ろう周囲の観察を行う。	・いじることなく、胃ろうチューブと胃ろう周囲を目視で観察しているか。					
	10	注入用ボトルを所定の位置につるし、胃ろうチューブの先端と経管栄養セットのラインの先端を、アルコール綿などで拭いてから接続する。	・所定の位置もしくは胃から50cm程度の高さにつるしているか。 ・再度、胃ろうチューブであることを確認してから接続しているか。					
	11	注入を開始することを対象者に伝え、クレンメをゆっくりと緩める。 滴下筒の滴下で注入速度を調整して、決められた滴下速度で滴下する。 注入開始時刻を記録する。	・決められた滴下速度に調整できているか。					
	12	滴下中に、対象者に異常がないか、確認する。	・栄養剤が胃ろう周辺や接続部位から漏れていないか。 ・以下の内容を確認しているか。 ▸対象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。 ▸急激な滴下や滴下の停止はないか。					
	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す。 カテーテルチップ型シリンジに白湯を吸い、胃ろうチューブ内に白湯を流す。	・決められた量の白湯を使い、胃ろうチューブ内の栄養剤をフラッシュできたか。 ・胃ろうチューブの栓を閉じているか。					
	14	終了後しばらくは上体を挙上したまま、安楽な姿勢を保つ。	・安楽の確認をしたか。					
	15	体位を整える。 必要時は、体位交換を再開する。	・安楽な体位であるか対象者に確認したか。 ・嘔気・嘔吐等はないか、再度確認したか。					
STEP6: 報告	16	指導看護師に対し、対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 片付け	17	使用物品の後片付けを行う。	・ 使用した器具（経管栄養セットやシリンジ）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。					
STEP8: 記録	18	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

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

留意点
※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票8：胃ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
STEP5: 実施	4	対象者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、対象者の意思を確認する。	・対象者の同意はあるか。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。 カテーテルチップ型シリンジを使う場合は、半固形栄養剤をシリンジで吸い取っておく。	・必要な物品が揃っているか。 ・衛生的に保管されていたか。 ・栄養剤の内容と量は指示通りか。 ・栄養剤の温度は適当か。					
	6	体位を調整する。	・対象者が望む安楽で安全な体位に調整しているか。					
	7	胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を目視で観察する。 胃ろう周囲の観察を行う。	・いじることなく、胃ろうチューブと胃ろう周囲を目視で観察しているか。					
	8	胃ろうチューブの先端をアルコール綿などで拭き、胃ろうチューブと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。	・それぞれの栄養剤に適したアダプターや接続用チューブ、加圧バッグ等が使用できているか。 ・再度、胃ろうチューブであることを確認してから接続しているか。					
	9	注入を開始することを対象者に伝え、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。必要時は加圧バッグを使用する。	・決められた速度で注入できるように加圧できているか。 ・過剰に圧をかけて、接続部がはずれていないか。					
	10	注入中に、対象者に、異常がないか、確認する。	・半固形栄養剤が接続部位から漏れていないか。 ・以下の内容を確認しているか。 ▸対象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。					
	11	注入が終了したら、カテーテルチップ型シリンジに白湯を吸い、胃ろうチューブ内に白湯を流す。	・決められた量の白湯を使い、胃ろうチューブ内の栄養剤をフラッシュできたか。 ・胃ろうチューブの栓を閉じているか。					
	12	終了後しばらくは上体を挙上したまま、安楽な姿勢を保つ。	・安楽の確認をしたか。					
	13	体位を整える。 必要時は、体位交換を再開する。	・安楽な体位であるか対象者に確認したか。 ・嘔気・嘔吐等はないか、再度確認したか。					
STEP6: 報告	14	指導看護師に対し、対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 片付け	15	使用物品の後片付けを行う。	・使用した器具（経管栄養セットやシリンジ）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。					
STEP8: 記録	16	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

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

留意点
※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、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。

2021.3作成

評価票　9：経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤）

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿
介護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿
看護職員：＿＿＿＿＿＿＿＿

回数	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目	（　）回目
月日	／	／	／	／	／
時間					
看護職員　評価者サイン					

実施手順		評価項目	評価の視点	評価				
STEP4: 実施準備	1	流水と石けんで、手洗いをする。	・外から細菌等を持ち込まない。					
	2	医師の指示書を確認する。	・ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	対象者本人・家族もしくは記録にて、体調を確認する。						
STEP5: 実施	4	対象者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、対象者の意思を確認する。	・対象者の同意はあるか。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。 ・栄養剤の内容と量は指示通りか。 ・栄養剤の温度は適当か。					
	6	体位を調整する。	・　対象者が望む安楽で安全な体位に調整しているか。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを閉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。 滴下筒に半分くらい満たし、滴下が確認できるようにする。	・クレンメを閉めているか。					
	8	クレンメを緩め、経管栄養セットのラインの先端まで栄養剤を流して空気を抜き、クレンメを閉める。	・栄養剤をムダにせず確実に空気を抜いたか。					
	9	経鼻胃管の破損や抜けがないか、固定の位置を観察する。口の中で経鼻胃管が巻いてないか確認する。	・破損、抜けがないか確認したか。 ・鼻から挿入された経鼻胃管の鼻より外に出た部位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確認したか。					
	10	注入用ボトルを所定の位置につるし、経鼻胃管と接続する。	・所定の位置、もしくは胃から50cm程度の高さにつるしているか。 ・　再度、経鼻胃管であることを確認してから接続しているか。					
	11	注入を開始することを対象者に伝え、クレンメをゆっくりと緩める。 滴下筒の滴下で注入速度を調整して、決められた滴下速度で滴下する。 注入開始時刻を記録する。	・決められた滴下速度に調整できているか。					
	12	滴下中に、対象者に、異常がないか、確認する。	・栄養剤が接続部位から漏れていないか。 ・以下の内容を確認しているか。 ▸対象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。 ▸急激な滴下や滴下の停止はないか。					
	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す。 カテーテルチップ型シリンジに白湯を吸い、経鼻胃管内に白湯を流す。	・決められた量の白湯を使い、経鼻胃管内の栄養剤をフラッシュできたか。 ・経鼻胃管の栓を閉じているか。					
	14	終了後しばらくは上体を挙上したまま、安楽を保つ。	・安楽な体位であるか対象者に確認したか。 ・嘔気・嘔吐等はないか、再度確認したか。					
	15	体位を整える。 必要時は、体位交換を再開する。	・安楽な体位であるか対象者に確認したか。 ・嘔気・嘔吐等はないか、再度確認したか。					
STEP6: 報告	16	指導看護師に対し、対象者の状態等を報告する。 ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、あわせて報告する。	・対象者の状態等を報告したか。 ・ヒヤリ・ハット、アクシデントがあれば、報告したか。					
STEP7: 片付け	17	使用物品の後片付けを行う。	・使用した器具（経管栄養セットやシリンジ）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。					
STEP8: 記録	18	実施記録を書く。 ヒヤリ・ハットがあれば、業務の後に記録する。						

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

留意点
※特定の対象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。
※実際に評価票を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、

2021.3作成

評価判定基準

(1) 基本研修（現場演習）評価判定基準

ア	評価項目について手順通りに実施できている。
イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
ウ	評価項目を抜かした。（手順通りに実施できなかった。）

(2) 実地研修評価判定基準

ア	1人で実施できる。 評価項目について手順通りに実施できている。
イ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 実施後に指導した。
ウ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。