

(様式1)

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )
	住所	電話 ( ) -			
	要介護認定区分	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )			
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4 区分5 区分6
	主たる疾患(障害)名				
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養			
指示内容	具体的な提案内容				
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)				
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)				
	その他留意事項 (介護職員等)				
	その他留意事項 (看護職員)				
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ: Fr、種類:			
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ:		Fr、	cm
	3. 吸引器				
	4. 人工呼吸器	機種:			
	5. 気管カニューレ	サイズ: 外径		mm、長さ	mm
	6. その他				
緊急時の連絡先					
不在時の対応法					

※1. 「事業者種別」欄は、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。

2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印

(登録) 喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長 殿

(別添第2号)

## 介護職員による医療的ケアの実施に係る説明書兼同意書

平成 年 月 日

利用者氏名 様

登録特定行為事業者

事業所

管理者

印

サービス提供者等

印

当事業所では、「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和62年法律第30号)に基づき、利用者様に対する以下の医療的ケアについて、医師および看護職員の指導と連携の下、介護職員が実施する方針としております。

これらのケアを実施する介護職員については、法に規定される研修を修了し、専門的な知識および技能を習得した者として、喀痰吸引もしくは経管栄養を実施できる認定特定行為業務従事者としての認定を受けております。

また実施に当たっては、医師の指導の下、医療機関との連携、緊急時の体制整備など、利用者様の安全確保に向けて最善を尽くします。

### 同意書

私は、医師および看護職員の指導と連携の下、認定特定行為業務従事者による医療的ケアの実施について説明を受け、認定特定行為業務従事者が以下のケアを実施することに同意します。

#### 1. 提供を受けるケア

- 口腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 鼻腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

#### 2. 提供を受ける期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

利用者又はご家族の氏名

印

(別添第3号)

## 喀痰吸引等実施計画書

平成 年 月 日

登録特定行為事業者

事業所

サービス提供責任者等 印

(ふりがな) 利用者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
実施予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
ケア実施に 当たっての 課題			
アセスメント			
ケア実施上 の留意点			