神奈川県内　医療関係者各位

喀痰吸引等制度へのご協力をお願いします

～自宅（施設）療養を行なっている患者さんに対して、介護職員等が医療行為の一部を行えるようになりました。そのために医師の皆様のご協力が必要です～

神奈川県委託事業／資料作成　NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

平成24年4月1日より、それまで医療職にしか許可されていなかった医療行為の一部が、非医療職でも対応出来るようになりました。喀痰吸引と経管栄養が今回対象となった医療行為です。

「喀痰吸引等制度＊1」と呼ばれるもので、在宅におけるヘルパー、特別支援学校における教員、保育所の保育士、福祉施設の介護職員などが一定の研修を修了することを前提に診療の補助としての上記行為が行える制度となっています。

＊1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則改正

この制度は、病院を退院した患者さんが在宅や福祉施設で生活する際により多くの人に支えられながら療養ができることを目的に作られました。

医療機関や福祉事業所などで診療を行われている医師の皆様に、この制度のことを理解していただき、患者さんあるいは施設から求められた時に指示書などを適切に書いていただくことをお願いするために本パンフレットを作りました。

今回、介護職員等に認められた行為はあくまで医療行為であるという位置づけのため、研修をする際や実際の医療行為を行う際に後述する「医師の指示書」が必要になります。

先生方が患者さんの状態を把握した上で、介護職員などに研修や実施を行うことが可能であるとご判断された場合に指示書を書くこととなります。

もし、患者さんの状態により喀痰吸引や経管栄養であっても看護師などの医療職によらなければリスクが高いと思われた場合には、むしろ医療的資源である訪問診療や訪問看護回数の増量、看護職の配置の多い施設や医療機関への移動などを考慮する必要があります。そうでないとご家族、施設職員などが過度の負担に陥る可能性があります。

高齢者・障害者の内、喀痰吸引や経管栄養を必要とされている方々に医療と福祉の協働によるケアを円滑に進めるために、先生各位のご協力をお願い致します。

指示書作成には費用算定・補助制度があります

指示書には２種類あります

①介護職員等喀痰吸引等研修実施指示書

まだ資格を持たない介護職員等が患者さんの協力を得て、指導看護師などにより研修を受けることの許可のための指示書となっています。

研修実施機関の看護職員等に対して、「この患者さんのこのケアなら研修に協力していただいても大丈夫ですよ」という判断をされた場合にお書き頂くものです。

従来この指示書に対する補助制度がなかったため研修生側が作成費用を負担していましたが、平成27年6月1日より神奈川県では１通2400円を上限に補助制度を立ち上げましたのでご活用下さい。（詳しくは裏面参照）

②介護職員等喀痰吸引等指示書

①の研修を修了し資格を得た介護職員等が実際のケアを開始する際に、所属する事業所に対して指示を行うものです。

ケアの実施を行う事業所の長に対して「この患者さんのこのケアなら資格を得た介護職員などによるケアを行なっても大丈夫ですよ」という判断をされた場合にお書きいただくものです。

一人の患者さんが複数の事業所よりサービスを受けている場合には、１ヶ所を代表として書いていただき、事業者側がそれを複写して他の事業所や連携する訪問看護ステーションなどに配布する方法が許可されていますので、先生方は一人につき１通お書きいただければ結構です。

この指示書は診療報酬算定ができます。一人の患者さんに対して３月毎（最長６ヶ月）指示を出すことができ、240点の算定ができます。

C007-2　介護職員等喀痰吸引等指示料

介護職員等喀痰吸引研修実施指示書　記入例

○研修機関宛の指示書となります。

○患者さん１人に対して１枚の指示書です。

○民間医療機関の場合、2,400円を上限に補助制度があります。（最終頁参照）

○補助制度を使う申し出があった場合、文書料が2,400円を超える場合には差額分を窓口で請求して下さい。

介護職員等喀痰吸引研修実施指示書

介護職員等が法律に則り医療行為の一部である内喀痰吸引等を行えるようになるために、
下記の対象者の協力を得て行われる実地研修を行って下さい。尚、対象者と医療行為内容は
つぎのとおりとします。

複数のケアを行う場合にも患者さん一人につき1枚の指示書となります。

対象者名　神奈川　太郎　様

生年月日　□M□T☑S□H　20　年　7　月　7　日

実地研修項目

	注意事項・特記事項
☑ 口腔内吸引	
□ 鼻腔内吸引	
☑ 気管カニューレ内吸引	
□ 経鼻経管栄養	
☑ 胃ろう栄養	漏れやすいので注意を
□ 腸ろう栄養	

平成　27　年　10　月　1　日

医療機関名　かながわ在宅医療クリニック

住所　横浜市○○区○○1－2－3
電話(fax)　045－○○○－○○○○

医師氏名　山百合　みなと　印

研修機関名　フュージョンコムかながわ県肢体不自由児協会

指導看護師等　殿

研修機関名をお書き下さい。この研修機関で指導をする看護師等に対する指示を行うことになります。

介護職員等喀痰吸引研修実施指示書

介護職員等が法律に則り医療行為の一部である内喀痰吸引等を行えるようになるために、
下記の対象者の協力を得て行われる実地研修を行って下さい。尚、対象者と医療行為内容は
つぎのとおりとします。

対象者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

生年月日 □M□T□S□H 年 月 日

実地研修項目

	注意事項・特記事項
□ 口腔内吸引	
□ 鼻腔内吸引	
□ 気管カニューレ内吸引	
□ 経鼻経管栄養	
□ 胃ろう栄養	
□ 腸ろう栄養	

平成 年 月 日

医療機関名

住所
電話(fax)

医師氏名 印

研修機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指導看護師等 殿

介護職員等喀痰吸引指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。　　注）指示期間は最短3ヶ月、最長6ヶ月

指示期間（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

主たる事業者	事業者種別　＊１			
	事業者名称			
対象者	氏　名		□M□T□S□H　　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　）		
	障害者程度区分	□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）			
実施行為種別	吸　　引	□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内	特記	
	経管栄養	□胃ろう　□腸ろう　□経鼻	特記	

指示内容	具体的な提供内容	
	喀痰吸引 吸引圧 吸引時期 注意事項	Ｋｐａ □適宜　□定時（　　）
	経管栄養 注入栄養物 提供時間 １回提供量 注意事項	ｍｌ
	介護職員に対するほかの留意事項	
	連携する看護師に対する留意事項	

使用医療機器等	□　経鼻胃管	メーカー		サイズ		Ｆｒ　鼻翼固定位置		ｃｍ
	□　経鼻十二指腸管	メーカー		サイズ		Ｆｒ　鼻翼固定位置		ｃｍ
	□　胃ろう・腸ろう	メーカー		□チューブ型　□ボタン型		mm/Fr		cm
				□バルーン固定		ｍｌ		
	□　吸引器	メーカー		機器名称				
	□　人工呼吸器	メーカー		機器名称				
	□　気管カニューレ	メーカー		サイズ　外径		ｍｍ　長さ		ｍｍ
	□　その他							

緊急時の連絡先	
不在時の対応法	

＊１．介護保険法、障害者総合支援法、学校教育法等による事業の種別を記載する

対象者が利用する他の事業者あるいは連携する訪問看護ステーションへの文書のコピーを許可します。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

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

介護職員等喀痰吸引指示書　記入例

○主たる事業者宛の指示書となります。

○患者さん１人に対して3ヶ月（最長6ヶ月）の指示です。

○診療報酬で240点が算定できます。最大3ヶ月毎の算定が可能です。

○診療報酬のため、別途文書料は請求できません。

介護職員等喀痰吸引指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。　　注）指示期間は最短3ヶ月、最長6ヶ月

指示期間（平成　27 年 10 月 1 日～ 27 年 12 月 31 日

主たる事業者	事業者種別　＊1	訪問介護	
	事業者名称	かながわ訪問介護ステーション	
対象者	氏　名	神奈川　太郎	□M□T☑S□H 20 年 7 月 7 日（ 70 歳）
	住　所	横浜市港北区○○○　１－２－３	電話　０４５－○○○－○○○○
	要介護認定区分	要支援（ □1 □2 ）	要介護（ □1 □2 □3 □4 ☑5 ）
	障害者程度区分	□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）	脳血管障害	高血圧
実施行為種別	吸　引	☑口腔内 □鼻腔内 ☑気管カニューレ内	特記
	経管栄養	☑胃ろう □腸ろう □経鼻	特記　もれやすい

具体的な提供内容

指示	喀痰吸引 吸引圧	20 Kpa
	吸引時期	☑適宜 □定時（ ）
	注意事項	嘔吐しやすいので口腔内吸引時は留意すること
		○○○○
		６０分
	共量	400 ml
	項	胃瘻部分が漏れやすいので、注入中留意すること
	員に対するほかの留意事項	
	連携する看護師に対する留意事項	胃瘻の漏れが増悪したときに主治医まで連絡を

使用医療機器等	□ 経鼻胃管	メーカー		サイズ		Ｆｒ 鼻翼固定位置		ｃｍ
	□ 経鼻十二指腸管	メーカー		サイズ		Ｆｒ 鼻翼固定位置		ｃｍ
	☑ 胃ろう・腸ろう	メーカー	○○○	□チューブ型 ☑ボタン型	20 mm/Fr	3.5 cm	☑バルーン固定	5 ml
	☑ 吸引器	メーカー	○○○	機器名称	○○○○○			
	□ 人工呼吸器	メーカー		機器名称				
	☑ 気管カニューレ	メーカー	○○○	サイズ 外径	12 mm	長さ	70 mm	
	□ その他							

緊急時の連絡先	０４５－○○○－○○○○
不在時の対応法	○○訪問看護ステーションへ連絡を

＊1．介護保険法、障害者総合支援法、学校教育法等による事業の種別を記載する

対象者が利用する他の事業者あるいは連携する訪問看護ステーションへの文書のコピーを許可します。

平成　27 年 10 月 1 日

医療機関名　かながわ在宅医療クリニック

住所　横浜市○○区○○１－２－３

電話（fax）　０４５－○○○－○○○○

医師氏名　山百合　みなと　　印

登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長　殿

介護保険法では
・訪問介護
・通所介護
・介護老人福祉施設
・介護老人保健施設　等
障害者総合支援法では
・居宅介護
・生活介護
・施設入所
・児童発達支援
・放課後等支援事業　等
学校教育法では
・特別支援学校　等
の種別があります。

厚生労働省のテキストでは、介護職員が行う場合に吸引圧が20Kpa程度とされています。

複数種類の場合には
400～600
などと記載。

連携する訪問看護ステーションの看護師などに対する指示です。

この記載があることで、複数業者を利用している患者さんがそれぞれの場所でケアを受けられます。また連携する訪問看護ステーションへ伝達も行えます。

喀痰吸引等制度を行う事業所の責任者に対する指示書となり、そこに所属する介護職員全体に対して指示をしたことになります。

神奈川県では 喀痰吸引等研修支援事業を始めました

喀痰吸引等制度は、在宅や施設で生活する高齢者・障がい者で医療的ケアが必要な方が、介護職員等も含めた多くの人々に支えられて生活をするためにつくられました。

しかし、まだその制度は始まったばかりで全国隅々まで行き渡っていません。その中で神奈川県は全国的にみて実践先行があり本制度の先進県の一つとなっています。この制度の充実を牽引してゆくのも神奈川県の役割のひとつと考え、平成27年度より下記のような負担軽減事業を開始しました。

だれもが地域で安心して、そして家族などの負担が過度にならないように暮らし続けるために、この事業を活用してくださるようご案内致します。

(1)医師への謝礼金支給

・支給対象者／支給申請者

支給対象者は、実地研修指示書を書いた医師又はその所属する法人です。

支給申請者は、研修生の所属する法人です。（⇒支給対象者である医師側の申請手続の負担に配慮し、研修生側が医師側に代わって申請手続きを行うことにご留意下さい。）

・この際「相手方登録兼口座振込申出書」の記載を求められることになります。

・支払額及び支給先

研修生側が医師に支払うこととしている謝礼金額と、2,400円のいずれか低い額を県が支払います。

（例）文書料が3,240円の場合、県より2,400円が振り込まれ、研修生側が840円の窓口で請求を行ないます。

・支給要件

ア　対象となる患者さんが県内在住であること

イ　指示書を書く医師が、研修生と別の法人に属すること

ウ　研修生が所属する機関が国公立または自治体の指定管理機関でないこと（教員も含む）

エ　指示を出す医師が所属する機関が国公立または自治体の指定管理機関でないこと　他

(2)指導看護師等への謝礼金支給

・支給対象者／支給申請者

支給対象者は、指導看護師等又はその所属する法人です。

支給申請者は、研修生の所属する法人です。（⇒支給対象者である指導看護師等側の申請手続の負担に配慮し、研修生側が医師側に代わって申請手続きを行うことにご留意下さい。）

・支給額及び支給先

研修生側が指導看護師側に支払うこととしている謝礼金額と、6,400円のいずれか低い額を県が支払います。

・支給要件

ア　対象となる患者さんが県内在住であること

イ　指導する看護師等が、研修生と別の法人に属すること

ウ　研修生が所属する機関が国公立または自治体の指定管理機関でないこと（教員も含む）

エ　指導する看護師等が所属する機関が国公立または自治体の指定管理機関でないこと　他

(3)実地研修受入に協力する事業所・施設・医療機関への協力金支給

・支給対象者／支給申請者

支給対象者及び支給申請者は、喀痰吸引等研修（1号、2号研修に限る）において、実地研修の場を提供し研修を実施した施設、事業所、又は医療機関を有する法人です。

・支給額

受講生が　10人以上・・24万円、　25人以上・・40万円、　50人以上・・64万円

年間を通じて10人以上受入実績があれば支給可能です。

・支給対象機関

障害者施設全般、介護保険施設全般

医療機関の内　・介護療養型医療施設　・医療療養型医療施設（＊２）・療養介護施設（旧重症心身障害児施設）

＊２　神奈川県独自に研修先を広げるために関係機関との協議により対象機関に含めました。

・支給要件

ア　研修生が所属する法人と研修受入事業所が別法人であること

イ　研修生が県内の施設・事業所に勤務していること

ウ　受入機関が国公立または自治体の指定管理機関でないこと　他

詳しくは下記のURLをご参照下さい。③ではパンフレットで紹介した指示書がダウンロードできます。

① 必要な人に、必要な医療的ケアを届けるために　http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f532570/p882504.html

② 喀痰吸引等研修支援事業のご紹介　http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f532570/

③ 喀痰吸引等制度へのご協力をお願いします　https://goo.gl/Sgxpcn

NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会 http://www.kenshikyou.jp/index.htm
〒221-0844 神奈川県横浜市神奈川区沢渡4-2 社会福祉会館 TEL:045-311-8742/FAX:045-324-8985