

## 複数事業所への連名方式の指示書（神奈川バージョン）について

非医療職による痰の吸引等の実施では、はじめに医師からのケアに関する指示書が必要とされ、それが健康保険の適応となりましたが下記のような問題点が指摘されています。

1) 保険適応として対象事業所のなかに特別支援学校が含まれていないため、その部分は自費での指示書入手が必要となる。

2) 1人の利用者が何か所かの事業所で医療的ケアを受けようとする場合にはその事業所の数だけ指示書が必要になり、場合によりそれが自費請求される可能性がある。

そこで、フュージョンコムでは国に確認をとったうえで、次ページに示すような複数事業者への連名宛先の指示書ひな形を作ってみました。

皆様のところで活用していただければ幸いです。

尚、指示書の有効期限については、平成 24 年 5 月の通知により 6 カ月とされました。

少なくとも 6 カ月毎に指示書が必要になるとのことです、また医療機関側としては 1 回指示書を出した後 3 カ月たてば、再び指示書を書くことで保険請求ができます。ですから、下記のような場合が想定されます。

① 3 か月毎に指示書を書いてもらい、それをもとにケアを実行する。

② 6 カ月毎に指示書を書いてもらい、それをもとにケアを実行する。

③ 特別支援学校のみでケアを行っている場合には、上記の 3 か月毎請求、6 カ月有効といった保険請求上の規定外であるため、逆に 1 年間や 3 年間有効と判断してその間指示書を省略する。

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  | ①  | ②                        |  |
|              | 事業者種別  |  |                          |  |
|              | 事業者名称  | ③  | ④                        |  |
| 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)名   |  |                          |  |
| 実施行為種別       | 口腔内の喀痰吸引<br>胃ろうによる経管栄養   | 鼻腔内の喀痰吸引<br>腸ろうによる経管栄養   | 気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>経鼻経管栄養 |  |
| 指示内容         | 具体的な提供内容   |  |                          |  |
|              | 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、注意事項を含む)  |  |                          |  |
|              | その他の留意点(介護職員等)   |  |                          |  |
|              | その他の留意点(看護職員)  |  |                          |  |
| (参考) 使用医療機器等 | 1. 経鼻経管<br>2. 胃ろう・腸ろうカテーテル<br>3. 吸引器<br>4. 人工呼吸器<br>5. 気管カニューレ<br>6. その他 | サイズ: ___Fr, 留置長___cm 種類:<br>種類: ボタン型; チューブ型、サイズ: ___Fr, ___cm<br>機種<br>サイズ: 外径___mm, 長さ___mm 種類:<br>サイズ: ___Fr, 留置長___cm 種類: |                          |  |
| 緊急時の連絡先      |  |  |                          |  |
| 不在時の対応法      |  |  |                          |  |

- ※1. 「事業者種別」欄には、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。  
 ※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」欄については当該項目に○を付し、空欄に必要事項記入すること。

平成 年 月 日

下記の登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長 殿

|   |  |
|---|--|
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印