

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ず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 横浜市〇〇区〇〇1-2-3
電話 (fax) 045-〇〇〇-〇〇〇〇

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ず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								
	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	
具体的な提供内容									
指 示 内 容	喀痰吸引 吸引圧 吸引時期 注意事項		K p a ☐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								
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		F r	鼻翼固定位置		c m
	☐ 経鼻十二指腸管	メーカー		サイズ		F r	鼻翼固定位置		c m
	☐ 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			m l			
	☐ 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	横浜市港北区〇〇〇 1-2-3		電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇		
	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		特記特記		
	経管栄養	☒ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻		もれやすい		
具体的な提供内容						
指	喀痰吸引	20 Kpa				
	吸引圧	☒ 適宜 ☐ 定時 ()				
嘔吐しやすいので口腔内吸引時は留意すること						
〇〇〇〇 6.0分						
400 ml 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						
連携する看護士に対する留意事項						
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	〇〇〇	□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	〇〇〇	機器名称	〇〇〇〇〇	
	☐ 人工呼吸器	メーカー		機器名称		
	☒ 気管カニューレ	メーカー	〇〇〇	サイズ 外径	12 mm	長さ 70 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。

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。

登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長 殿

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 横浜市〇〇区〇〇 1-2-3

電話 (fax) 045-〇〇〇-〇〇〇〇

医師氏名 山百合 みなと 印

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。

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。

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となります。

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.kenshikyuu.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