

(別添様式2)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	該当する（実地研修を実施する行為）にチェックする
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養	
	<input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養	
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
提供を受ける期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
提供を受ける頻度	実地研修種別・回数等（指示書より）	
提 供 体 制	事業所名称	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

同意日は実施期間以前の日付

同意日 平成 年 月 日

利用者が自署

住 所
氏 名 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所
代行者氏名 印
本人との関係

事業所名
事業所住所
代表者名 印

(別紙様式 34)

介護職員等喀痰吸引等指示書

最長6ヶ月間

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	実地研修を実施する受講生の所属事業所
	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	該当する(介護区分・障害区分)にチェック							

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	具体的な提供内容	
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)	該当する(実地研修を実施する行為)を○で囲む
	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)	<p>指示内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引は、吸引圧、吸引時間、吸引チューブの挿入長さなど ・経管栄養は、栄養剤の内容、投与時間、投与量など 注意事項等とともに、具体的な数値を記入する
	その他留意事項(介護職員等)	喀痰吸引・経管栄養実施時に留意する点があれば記入する

(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	種類 :
	5.気管カニューレ	サイズ : 外径 _____mm、長さ _____mm
	6.その他	

使用する医療機器の種類とサイズを記入する

緊急時の連絡先 不在時の対応法	受講生の属する事業所の緊急連絡体制を記入する。
--------------------	-------------------------

- ※ 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法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

(別添様式1)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

作成者氏名	実地研修を行う受講生本人	要押印	作成日	計画書を作成した日 (指示書記入日以降の日付)
承認者氏名①			承認日	
承認者氏名②	① 指導看護師 ② 管理者		承認日	

基本情報	氏名	生年月日	計画を承認した日 (計画書作成日以降の日付)				
	要介護認定状況	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
	障害名						
	住所						
	事業所名称						
	担当者氏名	研修担当者					
	管理責任者氏名						
	担当看護職員氏名	指導看護師					
	担当医師氏名						

指示書に基づき計画した期間

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	目 標	目標は「安全かつ安楽な技術を身につける」ことを基本に考えてください
	実 施 行 為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	指示書に基づく実施計画 対象者の特徴もふまえ、具体的な数値も入れながら実際に行動できるような計画を立案してください。 注) 吸引チューブ挿入の長さについて 口・鼻腔内吸引は、咽頭の手前までです。 気管カニューレ内部の吸引は、気管カニューレサイズの長さを超えてはいけません。
	鼻腔内の喀痰吸引	
	気管カニューレ内部の 喀痰吸引	
	胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養	
経鼻経管栄養		
結果報告予定年月日	現時点で想定される報告年月日 年 月 日	

(別添様式3)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

基本情報	氏名	該当する（介護区分・障害区分）にチェック				
	要介護認定状況	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
	住所					
	事業所	事業所名称				
		担当者氏名				
	管理責任者氏名					
	担当看護職員氏名					

実地研修の開始日から終了日

実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
	(喀痰吸引) 平成 年 月 日							(経管栄養) 平成 年 月 日							
実施日 (実施日に○)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	
	29	30	31					29	30	31					
実施行為	実施結果							特記すべき事項							
業務実施結果	口腔内の喀痰吸引	指導看護師の実地研修実施結果 (必須)							指導看護師の実地研修実施結果よりの 特記事項 (任意)						
	鼻腔内の喀痰吸引														
	気管カニューレ内部の喀痰吸引														
経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養														
	経鼻経管栄養														

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日
事業者名

実地研修を指示した医師

責任者名

印

○ ○ ○ ○ 殿

介護職（受講生）並びに指導看護師が記入

(別添様式 4)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	介護職（受講生）施設
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	指導看護師施設（自施設以外の場合はその施設）
	連携看護職員氏名	

発生日時	平成 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
対象者	氏名 :	(男・女)	年齢 :
	当日の状況		

出来事の情報（1連の行為につき1枚）			
行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) 【経管栄養】 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管)		
第1発見者 (○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ()
出来事の発生状況	※誰が、何をを行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。		
医師 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
連携看護職員 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。		

救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的な処置： _____ ）
出来事が発生した背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。
（当てはまる要因を全て）	【人的要因】 <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【環境要因】 <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【管理・システムの要因】 <input type="checkbox"/> 連携（コミュニケーション）の不備 <input type="checkbox"/> 医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
出来事の影響度分類 （レベル0～5のうち一つ）	<input type="checkbox"/> 0 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） <input type="checkbox"/> 2 処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） <input type="checkbox"/> 3 a 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） <input type="checkbox"/> 3 b 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） <input type="checkbox"/> 4 a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない <input type="checkbox"/> 4 b 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う 事故発生日 <input type="checkbox"/> 5 レベル4 bをこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師・連携看護職員の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他（今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など）

医師・連携看護職員 報告書記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師・指導看護師等が助言等の欄を記入した日