

- \* 形式は問いません。
- \* 医師が指導看護師と介護職員を承認した旨が書かれていること。

参考

### 介護職員等喀痰吸引等実地研修承認書

〈 実地研修実施施設 〉  
〈 施設長 名 前 〉 様

喀痰吸引等実地研修について、指導看護師〈 名 前 〉の指導の下、  
介護職員〈 名 前 〉が医師の指示に従い、研修を実施することを承認  
します。

令和 年 月 日

所 属  
医師名

印

様式3-②

《記載例》

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 ( 令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 )			
事業者	事業者種別		
	事業者名称		
対象者	氏名	A 様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 80 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	⑤ 区分6
	主たる疾患 (障害) 名		
実施行為種別	<del>口腔内の喀痰吸引</del> ・ <del>鼻腔内の喀痰吸引</del> ・ <del>気管カニューレ内部の喀痰吸引</del> 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) 吸引圧 20 KPa ○口・鼻の吸引時間: 15秒以内 (右の鼻腔は出血しやすいので注意する) ○気管カニューレ内部: 吸引時間10秒以内		
	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) 高齢の方で耳が遠いので、ゆっくり説明して下さい		
	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	小型吸引器3WAY-750 (ブルークロス) 吸引チューブ { 口・鼻: 14Fr、40cm { 気管カニューレ内部: 12Fr、40cm	
	4. 人工呼吸器	種類:	
	⑤. 気管カニューレ	サイズ: 外径13.0mm、長さ74.5 mm	
	6. その他		
緊急時連絡先	香川クリニック		
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。			
		指導看護師名	〇〇 〇〇
		介護職員名	〇〇 〇〇
上記のとおり、指示いたします。			
		令和 〇年 〇月 〇日	
		機関名	香川クリニック
		住所	〇〇市 〇〇町1-2-3
		電話	×××-×××
		F A X	×××-×××
		医師氏名	香川 太郎 ㊞
(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長)		殿	

(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。

提供を受ける期間	喀痰吸引等（特定行為）の種別	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	
	提供を受ける頻度	年 月 日 ～ 年 月 日	
	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 平成 年 月 日

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	㊟	作成日	
承認者氏名①	㊟	承認日	
承認者氏名②	㊟	承認日	

基本情報	氏名		生年月日		
	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	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				
	担当医師氏名				

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	目 標		
	実施行為	実施頻度/留意点	
	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	年 月 日		