

事務連絡
平成 24 年 3 月 28 日

各 都道府県保健福祉主管部局 御中

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課
福祉人材確保対策室

喀痰吸引等業務に関する参考様式例の送付について

先般、「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書」のほか、喀痰吸引等業務の登録申請等に関する参考様式についてお示ししたが、今般、下記のとおり、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和 62 年厚生省令第 49 号。以下「省令」という。)第 26 条の 3 第 1 項第 3 号に示す計画書等の参考様式例について、下記のとおりお示しますので、各都道府県においては、参考とされたい。

なお、本様式はあくまで参考として示すものであって、各施設における様式等を活用し喀痰吸引等の実施に必要な計画等を策定することで差し支えないものであるため、留意いただきたい。

記

1. 省令第 26 条の 3 第 1 項第 3 号に示す計画書様式
・別添様式 1: 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書
2. 省令第 26 条の 3 第 2 項第 6 号に示す説明及び同意に用いる同意書様式
・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
3. 省令第 26 条の 3 第 1 項第 4 号に示す報告書様式
・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
4. 省令第 26 条の 3 第 2 号第 3 号に示すその他の対象者の安全を確保するために必要な体制に係るヒヤリハット・アクシデント報告書様式
・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

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 | | | | | |
| | 対象者 | 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 |

(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 | 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 |
| 提供を受ける期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 提供を受ける頻度 | |
| 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

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

| | | | | | | | | |
|----------|-----|---------|------------|------|------------------|-----|-----|-----|
| 基本情報 | 対象者 | 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 |
| | | 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 | | | | | | | | |

| 実施期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
|----------------|--|--|--|
| | (喀痰吸引) 平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | (経管栄養) 平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | |
| 実施日 (実施日に○) | | | |
| 実施行為 | 実施結果 | 特記すべき事項 | |
| 喀痰吸引 | 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 | | |
| 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

責任者名

㊟

○ ○ ○ ○ 殿

(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 | |
| | 介護職員氏名 | |
| | 管理責任者氏名 | |
| 被報告者状況 | 事業所名称 | |
| | 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 | | |