

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

事業者		事業者種別				
		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		:				
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)					
	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)					
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					
	4. 人工呼吸器	機種:				
	5. 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____ mm 長さ _____ mm				
	6. その他					
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。

年 月 日

機関名  
住所  
電話  
(FAX)

医師氏名

## 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	1	口腔内の喀痰吸引	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	2	鼻腔内の喀痰吸引	5	経鼻経管栄養
	3	気管カニューレ内部の 喀痰吸引		
提供を受ける期間	当事業所との契約が終了するまで			
提供を受ける頻度	サービス提供時			
提 供 体 制	事業所名称			
	事業所責任者氏名			
	提供を行う介護者 氏名（連名可）			
	担当看護職員氏名			
	担当医師氏名			

同意日                      年    月    日

住    所 .....  
氏    名 .....

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 .....

本人との関係 .....

事業所名

事業所住所

代表者名

## 実地研修 実施計画書

受講者氏名		受講者番号	
事業所名		利用者氏名	
実地研修内容	1 口腔内の喀痰吸引	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	2 鼻腔内の喀痰吸引	5 経鼻経管栄養	
	3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	※ 人工呼吸器の使用 有・無	
指導看護師氏名		事業所名	

実施予定日	実施予定時間	実地研修内容（1～5）・回数 ※演習は計画書には記入不要
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)

(別紙 4)

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

特定非営利活動法人 ポムハウス 殿

訪問看護ステーション名 .....

(看護師個人の場合は、記入の必要なし)

所在地 .....

(看護師個人の場合は、住所)

代表者名 .....

(看護師個人の場合は、氏名)

下記は、特定非営利活動法人 ポムハウス（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。なお、実地研修を行う正看護師は、指導者養成研修を受講、または、「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修の指導者マニュアル」で自己学習をしています。また、実地研修の謝金については、受講者の所属する事業所と相談の上、事業所から直接受領いたします。

訪問看護 ステーション (看護師個人の場合は、 記入の必要なし)	名 前	
	設置年月日	
	法 人 名	
責任者名 (看護師個人の氏名)		
電 話 番 号		
研修受講者 受入開始時期		年 月
研修受講者名 全員の名前を お書きください		

※ 指導者養成研修を受講された場合は、指導者養成研修修了証明書のコピーを添付してください。

※ 看護師個人で承諾され、指導者養成研修修了証明書が無い場合は、看護師免許証のコピーを添付してください。

## 実地研修 実施報告書

受講者氏名		受講者番号	
事業所名		利用者氏名	
実地研修内容	1 口腔内の喀痰吸引	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	2 鼻腔内の喀痰吸引	5 経鼻経管栄養	
	3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	※ 人工呼吸器の使用 有・無	
指導看護師氏名		事業所名	

実施日	実施時間	実地研修内容(1~5)・回数 ※演習は評価票には記入の上、報告書には記入不要
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)
/	:	( 回目)

(別紙6)

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		

	□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)	<p><b>【人的要因】</b>  <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（ _____ ）</p> <p><b>【環境要因】</b>  <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（ _____ ）</p> <p><b>【管理・システムの要因】</b>  <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（ _____ ）</p>
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 <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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日