

子 福 第 1461 号  
令 和 5 年 12 月 22 日

沖縄県内喀痰吸引等研修登録研修機関 各位

沖縄県子ども生活福祉部  
福 祉 政 策 課 長  
( 公 印 省 略 )

### 喀痰吸引等研修における医師指示書の発行依頼方法について（周知）

平素よりお世話になっております。

喀痰吸引等研修において、実地研修を実施する際、対象利用者の主治医より研修にかかる指示を受ける必要がありますが、喀痰吸引等制度で介護職員が実施可能な行為等について主治医が詳細を把握していない場合があります。

登録研修機関においては、指導看護師が研修にかかる適切な指示を受けられるよう、実地研修の指導看護師及び受講生に対し、研修用指示書の発行依頼時には主治医へ記載例を添付する等の助言をしていただくとともに、発行された指示書の内容について、介護職員等が実施できる範囲となっているか（気管カニューレ内部の吸引について挿入の長さがカニューレを超えていないか等）ご確認をお願いします。

また、県立宮古病院については、病院側との調整の結果、医師が在宅等でのケアの実情を把握するため、看護師による「介護職員等に関する現状報告」を添付した上で指示書の発行を依頼することとなりました。現状報告書については、利用者の状態をよく把握する看護師（指導者以外でも可。）が記載していただきますようお願いいたします。

現状報告書の様式や指示書の記載例については、沖縄県福祉政策課のホームページに掲載しますので、適宜ダウンロードする等してご活用ください。

沖縄県子ども生活福祉部 福祉政策課  
地域福祉推班 担当：新垣

電話：098-866-2177



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 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、障害者総合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。

令和 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名



(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 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
	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		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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: ○○kpa 口腔内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ 見える範囲 鼻腔内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ○cm 気管カニューレ内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ○cm 吸引時間: 毎食前、痰貯留時 注意事項: 喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意							
	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) 胃チューブ挿入の長さ ○○cm 注入速度: ○○ml / ○時間程度で 栄養剤名○○ml×○回/日 (○時・○時・○時) 注入後白湯 ○○ml							
	その他留意事項 (介護職員等)	異変時は、速やかに担当看護師に報告すること						
	その他留意事項 (看護職員)	毎食前に胃チューブの確認						
(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	担当看護師	○○ ○○	TEL	○○○-○○○-○○○				
不在時の対応法	主治医	○○ ○○	TEL	○○○-○○○-○○○	←事業所の緊急連絡体制に基づき記入			

- ※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合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。

令和 ○○ 年 ○○月○○日  
 機関名 ○○○クリニック  
 住所 沖縄県○○市○○○  
 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