

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するので、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

(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	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
		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													
実施日 (実施日に○)		(喀痰吸引) 平成 年 月							(経管栄養) 平成 年 月						
		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	喀痰吸引														
	口腔内の喀痰吸引														
	鼻腔内の喀痰吸引														
引	気管カニューレ内部の喀痰吸引														
経管栄養	経管														
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養														
	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

印

〇 〇 〇 〇 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、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		

	<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)	<p>【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(_____)</p> <p>【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(_____)</p> <p>【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(_____)</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 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日