



手順書名	医療的ケア要領・細則に沿った手続き			手順書番号
作成者	関根まき子	作成日		確認
改訂		承認		

医療的ケア要領にあるもの（様式1～6）、手順書は数字

医療的ケア細則にあるもの（様式A-1～4）手順書はアルファベット

	作業概要	留意事項	備考
1	医療的ケア申請 ① 該当ご利用者に配布する ② 申請書回収後内容を確認 ※記入漏れや誤りは訂正してもらう	<ul style="list-style-type: none"> 実施期間は年度で切り替わるため、申請を継続する場合は2月～3月に配布し提出してもらう。 新規申請は、申請事象がわかり次第手続きを開始する。 新規施設利用の場合は医療的ケア要領、細則の説明必要。 	【様式1】
2の1	主治医意見書依頼 ① 様式の空欄を埋めて完成。	<ul style="list-style-type: none"> 特例実施者ありの場合は、「添付特例実施者資料」を添付する。この資料にある、特例実施者が実施をする医療的ケアについて、該当箇所に○をする、カラー印刷をするなど、主治医にわかりやすく伝えるよう加筆修正は可能。 	【様式2】 新規スタンダード
2の2	主治医意見書依頼 ① 様式の空欄を埋めて作成。 ② 医療的ケア実施報告（様式6）を近況報告をして添付して可。この場合は稟議書を作成して、施設長決裁とすること（個人情報の伝達）	<ul style="list-style-type: none"> 特例実施者ありの場合は、「添付特例実施者資料」を添付する。この資料にある、特例実施者が実施をする医療的ケアについて、該当箇所に○をする、カラー印刷をするなど、主治医にわかりやすく伝えるよう加筆修正は可能。 	【様式2】 継続・実施内容変更スタンダード
3	主治医指示書 ① 様式の空欄を埋めて作成。		【様式3】
4	封書で宛先は病院、主治医名を記載 ① ご利用者・保護者に受診時持参し、作成いただくよう依頼する。 ②	<ul style="list-style-type: none"> 様式2、必要時「添付特例実施者資料」様式3を準備する。継続の場合は様式6を加えることができる。 過去に主治医意見書を作成している場合は、そのコピーを同封しておくと、主治医は記入しやすい。 付箋など使用して記入していただく箇所をわかり易くしておくと良い。 	
5	医療的ケア実施の稟議書作成 ① 様式1～3の記載内容確認 ② ご利用者氏名、実施する医療的ケアを稟議書に記入しておくこと	<ul style="list-style-type: none"> 指導医検診が実施できる場合は実施し、指導医検診記録（様式7）を作成する。 	稟議書作成者は施設長 決裁は理事長
6の1	医療的ケア実施通知 ① 理事長決済後、様式の空欄を埋めて作成。 ② ご利用者に配布し、承諾可否の記入を依頼する。	<ul style="list-style-type: none"> 申請内容、主治医指示内容と相違がない事を確認する。 	【様式4】 特例実施者なし
6の2	医療的ケア実施通知 ① ①②は上記に同じ ② 特例実施者の記入欄に記入をする。	注：特例実施者に関わる研修、認定等全ての手続きを終え（手順A～H、様式A1～A4）稟議書で理事長決済後に作成、配布すること。	【様式4】 特例実施者あり
7の1・2	医療的ケア実施承諾 ① 記入内容確認後1部コピーをしてコピーはご利用者の控えとして渡す。 ② 原本を稟議書に閉じて個別にファイルに保管する。	<ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア実施に関わる様式をまとめた個人ファイルあり。（医務室） 	【様式5】 (様式4の下部にある)
8	医療的ケア実施報告 ① 看護師が作成する。 ② 稟議書で施設長決裁後提出可。	<ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア申請継続手続き時添付可。 ご利用者の近況報告として隨時使用できるが、認定特定行為業務従事者業務実施報告書の代用不可とする。 	【様式6】

作業概要		留意事項	備考
A	特例実施者研修の企画 • 看護師が研修資料、手技チェックリストを作成する。 • 研修資料には、ご利用者個人の医療的ケアマニュアルを添付すること。 • 粟議書で研修企画の決裁をもらう	• 対象ご利用者、対象支援職員を稟議書に記入しておく。 • 研修資料及び手技チェックリスト等指導医の助言をもらう。	• 研修資料 • 手技チェックリスト • ご利用者個人の医療的ケアマニュアル • 粟議書は施設長決裁
B	特例実施者研修の実施 • 講師は施設看護師（指導医）以外に、医療機器メーカー担当等可。 • 基礎知識は書籍、動画等使用可。	• 一度に実施できない場合は、同じ内容で複数回実施する機会を設ける。 • <u>研修報告書を作成すること。</u>	• 研修様子がわかるよう映像で記録しておく
C	特例実施者研修記録作成 • 研修に参加した支援職員が記録する。 • 記録は速やかに提出し、とりまとめて回覧すること。	• 記録にある「研修で学ぶこと」については、研修の初めに必ず伝えること。	【様式 A-1】
D	医療的ケア手技チェックリスト作成 • 医療的ケアの内容毎に原案を作成する。 • 実際に使用している医療機器など、ご利用者の状況に合わせて、原案に加筆して使用する。	• 主義の確認は看護師（指導医）が実施する。チェックリスト記入は研修者とし、最終チェックを看護師とする。	【医療的ケア手技チェックリスト】
E	特例実施者認定記録作成 • 看護師→指導医→施設長の順に作成する。指導医の作成に期間を要する場合は、メール等記録に残る方法で指導医と看護師が情報共有しておくことで、指導医が仮作成したこととみなす。その場合は来所持（検診時）に作成を依頼する。	• 新規申請の場合は、主治医検診まで特例実施者の認定をしなくともよい。その場合は、承諾、実施までに期間を要するため、特例実施者以外の申請手続きを先にすすめること。	【様式 A-2】
F	医療的ケアの実施及び特例実施者の認定に関する稟議書作成（2つの稟議書） ① 様式1～3の記載内容確認 ② 様式A-1～2内容確認 手技チェックリスト添付	医療的ケア実施稟議書 ⇒ご利用者氏名、実施する医療的ケアを稟議書に記入しておく 特例実施者認定稟議書 ⇒ご利用者氏名、実施する医療的ケア、特例実施者（全員）氏名を記入しておく	稟議書作成者は施設長 決裁は理事長
G	特例実施者業務指示書作成 ① 理事長決済後、様式の空欄を埋めて作成。 ② 特例実施者に配布し、承諾可否の記入を依頼する。		【様式 A-3】
H	特例実施者業務承諾書作成 ① 特例実施者が記入し施設長に提出 ② 回収後、特例実施者の稟議書にとりまとめ個別にファイルに保管する。	• 医療的ケア実施に関わる様式をまとめる個人ファイルあり。（医務室）	【様式 A-4】

特例実施者認定が新規、手技チェックに期間を要し、（ご利用者が施設利用をしていない等）医療的ケア申請手続きが滞る場合は、以下の手順で行う。

- ① 手順1～8の「特例実施者あり」ですすめる。
 ※医療的ケア実施通知【様式4】の特例実施者に関する記載はせず、特例実施者の稟議書が理事長決裁、特例実施者業務指示、特例実施者実施承諾済み次第、様式4を改訂し、再度手続きをする。
- ② 上記の場合、特例実施者認定稟議書には、理事長決裁済（医療的ケア実施）稟議書、様式1～3全てをコピーして、添付しておくこと。

_____年_____月_____日

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
花の郷 施設長 殿

ご利用者氏名 _____ 印
保護者氏名 _____ 印

医療的ケア申請書

標記の件につきまして、花の郷医療的ケア要領及び細則に基づき下記のとおり申請します。

記

1. 申請する医療的ケア（該当番号に○、【】は具体的に記入）

区分：① 新規 ② 継続 ③ 申請内容の変更 ④ その他【_____】

内容：① 吸引（①鼻腔 ②口腔 ③エアウエイ内 ④気管カニューレ内）

（⑤その他【_____】）

② 経管栄養（①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④食道ろう）

（⑤口腔ネラトン法 ⑥中心静脈栄養）

③ 導尿

④ エアウエイの管理

⑤ 定時薬液吸入

⑥ 気管切開部の衛生管理

⑦ 経管栄養に関わる衛生管理

⑧ 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

⑨ 人工呼吸器の管理

⑩ 血糖測定及びその後の処置

⑪ その他【_____】

2. 実施者の依頼（該当番号に○）

① 看護師 ② 認定特定行為業務従事者 ③ 特例実施者（注1）

（注1）花の郷で特例実施者が実施する医療的ケアは、「介護職員等による喀痰吸引等制度」の認定特定行為以外の医療的ケアの一部（酸素、カニューレフリー等）です。該当者にはその旨案内いたします。

3. 健康状態【_____】

4. 緊急時連絡先【_____】

5. 主治医【病院名_____ 医師名_____】

_____年_____月_____日

●●病院●●科

●● 殿

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会

花の郷 施設長 ●●印

依頼書

日頃から当事業所の医療的ケアにつきまして、深く御理解、御配慮を賜り、心より御礼申し上げます。この度、当事業所利用に関する下記のご利用者から医療的ケア実施の申請を受けました。当事業所では、ご利用者が安全に安心して施設生活を送ることができるよう、当法人の定める医療的ケア指針及び医療的ケア要項に基づき、医療的ケア実施のための諸条件の整備に取り組んでいるところです。

つきましては、当該ご利用者の主治医のお立場で、この件に関しまして医療的ケア指示書により御指示をお願いいたします。また、ご利用者・保護者に対して、施設における医療的ケアについて、期待できるメリットとリスクについて御説明をお願いいたします。

記

1. 医療的ケア申請 ご利用者氏名 ●●様

2. 申請された医療的ケアの内容 (該当箇所に○をつけてあります)

内容 : ① 吸引 (① 鼻腔 ② 口腔 ③ エアウエイ内 ④ 気管カニューレ内)
(⑤ その他 [_____])

② 経管栄養 (① 経鼻胃管 ② 胃ろう ③ 腸ろう ④ 食道ろう)
(⑤ 口腔ネラトン法 ⑥ 中心静脈栄養)

③ 導尿

④ エアウエイの管理

⑤ 定時薬液吸入

⑥ 気管切開部の衛生管理

⑦ 経管栄養に関する衛生管理

⑧ 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

⑨ 人工呼吸器の管理

⑩ 血糖測定及びその後の処置

⑪ その他 [_____]

以下、該当あり

該当なし

当事業所では、支援職員が認定特定行為業務以外の医療的ケアを「特例実施者」として実施する場合がございます。実施する医療的ケアは内容①-⑤、②-④、④(一部)、⑥(一部)、⑦(一部)、⑧(一部)、⑨(一部)、⑩(内容による)です。詳細は別紙資料を添付いたします。是非、御確認いただき、御理解いただきますようお願いいたします。

_____年_____月_____日

●●病院●●科

●● 殿

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会

花の郷 施設長 ●●印

依頼書

日頃から●●●様につきまして、大変お世話になっております。この度、当事業所利用に関して、医療的ケア実施の申請を受けました。当事業所では、ご利用者が安全に安心して施設生活を送ることができるよう、当法人の定める医療的ケア指針及び医療的ケア要項に基づき、医療的ケア実施のための諸条件の整備に取り組んでいるところです。

つきましては、当該ご利用者の主治医のお立場で、この件に関しまして医療的ケア指示書により御指示をお願いいたします。また、ご利用者・保護者に対して、施設における医療的ケアについて、期待できるメリットとリスクについて御説明をお願いいたします。

記

1. 医療的ケア申請 ご利用者氏名 ●●様

2. 申請された医療的ケアの内容 (該当箇所に○をつけてあります)

内容 : ① 吸引 (①鼻腔 ②口腔 ③エアウエイ内 ④気管カニューレ内)
(⑤その他 [_____])

② 経管栄養 (①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④食道ろう)
(⑤口腔ネラトン法 ⑥中心静脈栄養)

③ 導尿

④ エアウエイの管理

⑤ 定時薬液吸入

⑥ 気管切開部の衛生管理

⑦ 経管栄養に関する衛生管理

⑧ 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

⑨ 人工呼吸器の管理

⑩ 血糖測定及びその後の処置

⑪ その他 [_____]

以下、該当あり (下記参照) 該当なし (下記は関係ないため別紙添付資料はございません)

当事業所では、支援職員が認定特定行為業務以外の医療的ケアを「特例実施者」として実施する場合がございます。実施する医療的ケアは内容①-⑤、②-④、④(一部)、⑥(一部)、⑦(一部)、⑧(一部)、⑨(一部)、⑩(内容による)です。詳細は別紙資料を添付いたします。是非、御確認いただき、御理解いただきますようお願いいたします。

当法人における医療的ケアについて説明いたします。

【医療的ケアに関する考え方】

医行為 医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼす恐れるある行為。医療関係の資格を保有しない者は行ってはならない。

例：臨時薬液吸入、一時的な酸素吸入又は酸素流量の変更

特定行為

- ・口腔内、鼻腔内の喀痰吸引
- ・気管カニューレ内の喀痰吸引
- ・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ・経鼻胃管栄養

看護師及び認定特定行為業務従事者が医療的ケアを実施する。当事業所で第3号研修を実施している。

各事業所が実施する医療的ケア

特定行為以外の、各事業所が実施している医療的ケア
例：酸素吸入、導尿、定時薬液吸入など

実施者：看護職員、特例実施者（※）

特例実施者の根拠：介護職員等痰の吸引制度Q&Aその4 A-35（厚生労働省）喀痰吸引と経管栄養以外の行為が医行為に該当するか否かや、介護職員が当該行為を実施することが当面のやむを得ない措置として許容されるか否かは、行為の態様、患者の状態等を勘案して個別具体的に判断されるべきものであり、法が施行された後もその取扱いに変更を加えるものではない。

法人として「医療的ケア指針」「医療的ケア要項」を作成。それを基に各事業所が「医療的ケア要領」「医療的ケア細則」を作成し運用している。（「医療的ケア細則」は特例実施者に限定した内容）

【医療的ケア細則に定めていること】

目的、医療的ケア委員会の設置及び役割、特例実施者が医療的ケアを実施する環境及び条件

特例実施者が実施する医療的ケアの範囲、医療的ケア申請、主治医指示、指導医の役割

特例実施者研修、認定、業務指示書、記録、医療的ケアマニュアル、災害時を含む緊急時対応 等

【特例実施者が実施できる条件】

ご利用者の個人の状態・事象を勘案した中で、認定特定行為業務従事者が実施する以外の医療的ケアについて、各事業所の「医療的ケア要領」及び「医療的ケア細則」に基づき、一定の条件のもとで「特例実施者」として当法人の承認を得た支援職員は、以下の医療的ケアを実施することができる。

- ① 特例実施者が実施できる医療的ケア 「医療的ケアの実施項目・内容及び標準的な実施区分」(裏面参照)
 - ・各事業所の医療的ケア委員会で協議・必要と判断し、理事会で承認されたもの
- ② 支援職員が特例実施者として医療的ケアの実施者となることができる条件
 - ・主治医の許可があり、指示書に具体的な指示内容が記載されていること
 - ・「医療的ケア要領」及び「医療的ケア細則」に基づいた手続きが済んでいること
 - ・認定特定行為業務以外での吸引及び注入は、認定特定行為業務従事者として一定の経験がある支援職員（例：カニューレフリーの吸引）
 - ・看護師等による研修企画及び研修の実施、実地研修記録が管理されていること
 - ・各事業所の医療的ケア委員会で決定され、最終的に理事長決裁がされた職員
 - ・ご利用者及び保護者からの依頼及び同意を得ている職員

【 ●●●様が当事業所に申請された「特例実施者」による実施依頼の医療的ケア内容】

「特例実施者」につきまして、ご不明な点がございましたら、当事業所に連絡いただけますと助かります。

※1 ご利用者の状況、注入量等考慮しご利用者個別に実施可とする

※2 日常支援に必要な内容を看護師から研修を受け、マニュアルの通り実施する内容とする

※3 緊急時における違法性の阻却に基づく事象が発生することを想定し研修をしておく

【「医療的ケアの実施項目・内容及び標準的な実施区分」について】

各事業所で実施できる医療的ケア			NS	認定特定行為業務従事者	特例実施者
実施11項目					
① 吸引	口腔内・鼻腔内	咽頭より手前	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		咽頭より奥	<input type="radio"/>		
	エアウエイ内	エアウエイが咽頭より手前	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		エアウエイが咽頭より奥	<input type="radio"/>		
	気管カニューレ	カニューレ内	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		カニューレより先	<input type="radio"/>		
	カニューレフリー			<input type="radio"/>	●
② 経管栄養	経鼻胃管	滴下（ポンプ含む）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		水分のシリンジ注入	<input type="radio"/>		
		トロミ付き水分、半固体、食品等	<input type="radio"/>		
	胃ろう	滴下（ポンプ含む）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		半固体、食品の注入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		水分のシリンジ注入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※1	
	腸ろう	滴下（ポンプ含む）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		水分のシリンジ注入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※1	
	食道ろう	滴下（ポンプ含む）	<input type="radio"/>		●
		半固体、食品の注入	<input type="radio"/>		●
		水分のシリンジ注入	<input type="radio"/>		●
	口腔ネラトン法	滴下（ポンプ含む）	<input type="radio"/>		
		半固体、食品の注入	<input type="radio"/>		
		水分のシリンジ注入	<input type="radio"/>		
	中心静脈栄養	ルート、ポンプ等管理	<input type="radio"/>		
③ 導尿			<input type="radio"/>		
④ エアウエイの管理	経験工アウエイの挿入・抜去			<input type="radio"/>	
	経鼻工アウエイの管理			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※2
⑤ 定時薬液吸入			<input type="radio"/>		
⑥ 気管切開部の管理	気管切開部の衛生管理			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※2
	気管カニューレ抜去時の再挿入			<input type="radio"/>	
⑦ 経管栄養に関わる衛生管理	経管栄養の衛生管理			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※2
	経鼻胃管の（再）挿入			<input type="radio"/>	
⑧ 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理	酸素管理及び呼吸補助装置の管理			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※3
	作動状況の確認及び緊急時連絡等			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※3
⑨ 人工呼吸器の管理	人工呼吸器の管理			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※3
	作動状況の確認及び緊急時連絡等			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ※3
⑩ 血糖測定及び	血糖値測定			<input type="radio"/>	
	インスリン注射、低血糖対策			<input type="radio"/>	
⑪ その他	ご利用者に必要な医療的ケア			<input type="radio"/>	●※1

※1 ご利用者の状況、注入量等考慮しご利用者個別に実施可とする

※2 日常支援に必要な内容を看護師から研修を受け、マニュアルの通り実施する内容とする

※3 緊急時における違法性の阻却に基づく事象が発生することを想定し研修をしておく

※該当の指示内容に□（チェック）・【】は数値や内容等を記入してください。

1. ご利用者氏名 【 _____ 】

上記ご利用者の施設利用における医療的ケアに関して、以下の通り指示します

2. 施設で実施可能な医療的ケア

- 吸引 【 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 ・ その他 _____ 】
- 経管栄養 【 経鼻胃管 ・ 胃ろう ・ 中心静脈栄養 ・ その他 _____ 】
- 導尿
- エアウエイの管理
- 定時薬液吸入
- 気管切開部の衛生管理
- 経管栄養に関わる衛生管理
- 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理
- 人工呼吸器の管理
- 血糖値測定及びその後の処置
- その他 【 _____ 】

3. 特例実施者（認定特定行為業務以外に支援職員の実施可能な医療的ケア）の内容

【 該当ないためチェック不要 ・ 該当あり 】 ※ 花の郷であらかじめ〇をしてあります

- 永久気管孔で気管カニューレを挿入していない場合の気管内吸引
- 酸素ボンベ↔酸素濃縮装置の交換及び、流量確認、酸素ボンベの交換
- 呼吸補助装置の準備及び片づけ、作動中の様子観察
- 人工呼吸器作動中の様子観察及び、加湿水の補充・ウォータートラップの水排気
- 人工呼吸器の準備（回路）及び片づけ
- 呼吸補助装置使用時の災害時を含む緊急時対応
- 人工呼吸器装着時の災害時を含む緊急時対応
- その他 【 _____ 】
- 認定特定行為業務以外の医療的ケアについて、特例実施者（支援職員）の実施は認めません

4. 実施可能な医療的ケアの内容について（吸引・経管栄養）

吸引カテーテル挿入の長さ	注入内容・方法	
<input type="checkbox"/> 鼻腔 _____ cm	<input type="checkbox"/> 栄養剤のみ	<input type="checkbox"/> 薬の注入可
<input type="checkbox"/> 口腔 _____ cm	<input type="checkbox"/> 食品注入可	<input type="checkbox"/> 半固体注入可
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 _____ cm	<input type="checkbox"/> シリンジでの水分注入可【 _____ mlまで】	
<input type="checkbox"/> 気管孔（気管カニューレなし） _____ cm	※ 胃残【 _____ ml】以上注入中止・延期	
<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 _____ cm	※ 1日に必要な水分の目安【 _____ ml】	
吸引カテーテル保管方法	※ 1日に必要な栄養の目安【 _____ Kcal】	
<input type="checkbox"/> ドライ法 <input type="checkbox"/> 薬液浸漬法 <input type="checkbox"/> その他	※ 胃食道逆流	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※該当の指示内容に□（チェック）・【】は数値や内容等を記入してください。

5. ご利用者の生活について

項目	実施可否等	条件など
施設の利用	□ 利用制限なし	□ 利用制限あり【】
送迎車利用	可・否	□ 条件なし
		□ 看護師が添乗する
		□ 認定特定行為業務従事者の添乗を認める
		□ 特例実施者の添乗を認める
1日外出	可・否	□ 条件特記なし □ 条件あり【】
宿泊	可・否	□ 条件特記なし □ 条件あり【】
プール	可・否	□ 条件特記なし □ 条件あり【】

6. 医療的ケア実施にあたっての注意事項及び災害時を含む緊急時対応について

吸引に関すること

経管栄養に関すること

看護師による対応について 気管カニューレ抜去時の再挿入 □ 可 □ 不可
 エアウエイ抜去時の再挿入 □ 可 □ 不可
 経鼻胃管誤挿入（留置）時の再挿入 □ 可 □ 不可
 胃ろう抜去時、再挿入し皮膚にテープで固定しておき、受診すること
 （バルーンは膨らませない、バンパーは吸引カテーテル3cm挿入まで）
 □ 可 □ 不可
 胃ろう抜去時、上記以外での対応【】

吸引・経管栄養以外の医療的ケアに関する事、起きやすいトラブル及びトラブルの既往

7. 緊急時連絡先

作成年月日

年 月 日

指示書作成者(所属、診療科、氏名)

_____年_____月_____日

ご利用者氏名 _____様
保護者氏名 _____様

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
花の郷 施設長_____印

医療的ケア実施通知書

標記の件につきまして、花の郷医療的ケア要領及び細則に基づき下記のとおり通知します。

- 医療的ケア申請（様式1）のとおり実施いたします。
- 吸引（①鼻腔 ②口腔 ③エアウエイ内 ④気管カニューレ内 ⑤その他_____）
- 経管栄養（①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④食道ろう ⑤口腔ネラトン法 ⑥中心静脈栄養）
- 導尿
- エアウエイの管理
- 定時薬液吸入
- 気管切開部の衛生管理
- 経管栄養に関わる衛生管理
- 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理
- 人工呼吸器の管理
- 血糖測定及びその後の処置
- その他【 _____】
- 医療的ケア申請（様式1）について、以下の条件付きで実施いたします。
- 【 条件付きの医療的ケア _____】
- 【 理由 _____】
- 医療的ケア申請（様式1）について、以下は実施できません。
- 【 実施できない医療的ケア _____】
- 【 理由 _____】

_____年_____月_____日

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
花の郷 施設長

ご利用者氏名 _____様
保護者氏名 _____様

医療的ケア実施承諾書

標記の件につきまして、上記医療的ケア実施通知書のとおり承諾します。

- いいえ、承諾できません。【 理由 _____】

_____年_____月_____日

ご利用者氏名 _____様
保護者氏名 _____様

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
花の郷 施設長_____印

医療的ケア実施通知書

標記の件につきまして、花の郷医療的ケア要領及び細則に基づき下記のとおり通知します。

医療的ケア申請（様式1）のとおり実施いたします。

吸引（①鼻腔 ②口腔 ③エアウエイ内 ④気管カニューレ内 ⑤その他_____）

経管栄養（①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④食道ろう ⑤口腔ネラトン法 ⑥中心静脈栄養）

導尿

エアウエイの管理

特例実施者が以下の医療的ケアを実施いたします

吸引（カニューレフリー）

日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

その他【_____】

特例実施者氏名

定時薬液吸入

気管切開部の衛生管理

経管栄養に関する衛生管理

日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

人工呼吸器の管理

血糖測定及びその後の処置

その他【_____】

医療的ケア申請（様式1）について、以下の条件付きで実施いたします。

【条件付きの医療的ケア_____】

【理由_____】

医療的ケア申請（様式1）について、以下は実施できません。

【実施できない医療的ケア_____】

【理由_____】

_____年_____月_____日

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
花の郷 施設長

ご利用者氏名 _____様
保護者氏名 _____様

医療的ケア実施承諾書

標記の件につきまして、上記医療的ケア実施通知書のとおり承諾します。

また、看護師以外に特例実施者による医療的ケア実施について、実地通知書のとおり承諾します。

_____年_____月_____日

●●病院●●科

●● 殿

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会

花の郷 施設長 ●●印

報告書

日頃から当事業所の医療的ケアにつきまして、深く御理解、御配慮を賜り心より御礼申し上げます。
当事業所のご利用者の健康状態及び医療的ケア実施状況を報告させていただきます。
ご利用者が安全に安心して施設生活を送ることができるよう、今後ともご指導いただきたく、重ねて
お願ひいたします。

記

1. ご利用者氏名 ●● 様

2. 実施している医療的ケアの内容 (該当箇所に○をつけてあります)

内容 : ① 吸引 (①鼻腔 ②口腔 ③エアウエイ内 ④気管カニューレ内)
(⑤その他 [_____])

② 経管栄養 (①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④食道ろう)
(⑤口腔ネラトン法 ⑥中心静脈栄養)

③ 導尿

④ エアウエイの管理

⑤ 定時薬液吸入

⑥ 気管切開部の衛生管理

⑦ 経管栄養に関する衛生管理

⑧ 日常的酸素吸入及び呼吸補助装置の管理

⑨ 人工呼吸器の管理

⑩ 血糖測定及びその後の処置

⑪ その他 [_____]

3. 特例実施者が実施している医療的ケアの内容

該当あり 該当なし

実施している医療的ケアの内容 [_____]

※当事業所では、支援職員が認定特定行為業務以外の医療的ケアを「特例実施者」として実施する場合がございます。

4. ご利用者の健康状態及び対応等

ご利用者氏名

NO

検診年月日	検診記録	医療的ケア実施可否	サイン
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 聴診実施	<input type="checkbox"/> 医療的ケア実施可 <input type="checkbox"/> 特例実施者可 <input type="checkbox"/> 指導事項あり <input type="checkbox"/> その他	

職員氏名

記録年月日

年 月 日

特例実施者研修記録

対象ご利用者

実施予定の医療的ケア

研修日時、場所

研修講師

- 研修で学ぶこと
- ①
 - ②
 - ③
 - ④
 - ⑤

学んだこと

学びの確認（日付け、サイン）

施設長

副施設長

指導医

医ケア
担当主任

看護師

この様式A-1に、実施する医療的ケアの手技チェックリストを添付すること

特例実施者認定記録

職員氏名

対象ご利用者

実施予定の医療的ケア

上枠について、特例実施者研修を修了しました。（特例実施者研修記録を添付する事）

年 月 日

看護師氏名 _____ 印

上枠について、チェックリストを基に手技演習及び確認を終了しました。

年 月 日

看護師氏名 _____ 印

医療的ケア要領及び細則に基づき、特例実施者研修及び実技を学んだ職員について、
特例実施者として、以下の通り認定します。

職員氏名

対象ご利用者

実施可能な医療的ケア

実施における注意事項等

年 月 日

指導医氏名 _____ 印

医療的ケア要領及び細則に基づき、指導医から特例実施者の認定を受けた職員について、
医療的ケア委員会において最終決定された特例実施者について、以下の通り業務指示を
します。

特例実施者氏名

対象ご利用者

業務指示をする医療的ケア

年 月 日

施設長氏名 _____ 印

年 月 日

特例実施者氏名

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会
施設長 _____ 印

特例実施者業務指示書

医療的ケア要領及び細則に基づき、特例実施者として以下の業務指示をいたします。

対象ご利用者

実施可能な医療的ケア

実施における注意事項等

医療的ケア実施について、ご利用者の安全確保等、実施が困難な場合は看護師が実施をします。いつでも看護師に声をかけ下さい。

年 月 日

社会福祉法人ボワ・すみれ福祉会

施設長 ○○

特例実施者氏名 _____ 印

特例実施者業務承諾書

「特例実施者業務指示書」に記載のあるとおり、特例実施者として業務を実施いたします。実施については、研修内容及び実施マニュアルのとおり実施いたします。また、実施が困難の場合は、看護師に連絡をいたします。

この様式A-3及びA-4における業務継続に限り、指示期間を、年度初日～年度末日とする。