

喀 痰 吸 引 等 指 示 書

大阪府立 支援学校

児童生徒名 ()

大阪府立 支援学校 校長 様

*平成26年4月1日から、特別支援学校宛の指示書の発行については、「介護職員等喀痰吸引等指示料 240点（3月に1回算定 有効期間6か月）」が適用されます。
（平成26年3月5日 保発0305号第1号 「平成26年度診療報酬改定の概要」厚生労働省保険局長通知による）
ただし、学校教育法一条校に定められた学校で、喀痰吸引等を実施するための適切な研修を修了した教員が配置されている学校に限ります。

府内特別支援学校 喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

☐ 前回分から指示内容に変更はありません。

指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

事業者		事業者種別	特別支援学校		
		事業者名称	大阪府立 支援学校		
対象者	名前			生年月日 (歳)	
	住所	電話番号			
	障害程度区分	☐ 区分1 ☐ 区分2 ☐ 区分3 ☐ 区分4 ☐ 区分5			
	主たる疾患 (障がい)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			

※「使用医療機器等」については、最終頁に記入欄を設けています。

指示内容	具体的な提供内容	
	☐ 喀痰吸引 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管カニューレ内 ☐ その他 ()	◆ 口腔 吸引カテーテル () Fr () cm ◆ 鼻腔 吸引カテーテル () Fr () cm ◆ 気管カニューレ内 () Fr () cm ◆ その他 () () Fr () cm ＊注意事項 () ☐ カニューレサイズ変更時保護者に医師の指示を確認の上実施
	喀痰吸引留意事項(看護師)	☐ 口腔・鼻腔内吸引については咽頭を超えても可能 ☐ 気管カニューレ内吸引についてはカニューレを超えての吸引も可能
	☐ 気管切開部の衛生管理	()
	☐ 経管栄養 ☐ 経鼻 ☐ 経胃ろう ☐ 経腸ろう ☐ その他 ()	◆ 定められた処方(指示)にしたがって ☐ 薬剤 ☐ 栄養剤 ☐ 水分 ☐ 食事 を注入する ◆ 胃残測定 ☐ 必要 (☐ 水分注入前 ・ ☐ 栄養注入前) 胃残量が多い場合 () ☐ 不必要 ◆ 胃ろうボタン・カテーテル抜去時の対応 ☐ カテーテル挿入 ☐ 病院搬送 ☐ その他 () ＊注意事項(衛生管理・胆汁や血液がひけた時等) ()
	☐ 浣腸	薬剤名 () ・ 量 () mlを () 個 必要な状況 ()

指示内容	☐ 吸入 ☐ 定時 ☐ 必要時	◆ 定時 . . . 時間 () 薬剤 () を () ml 薬剤 () を () ml 生理食塩水 を () ml } を吸入 ＊注意事項 ()
		◆ 必要時 . . . () の場合に適宜 薬剤 () を () ml 薬剤 () を () ml 生理食塩水 を () ml } を吸入 ＊注意事項 ()
	☐ 酸素療法 ☐ 常時 ☐ 必要時	◆ 定時 流量 () l/分 ◆ 必要時 SpO ₂ () %以下が () 分以上続くとき 流量 () l/分 で吸入する ◆ 離脱条件 () ＊注意事項 ()
	☐ 気管カニューレ 抜去時の対応	☐ 病院搬送 ☐ 保護者にてカニューレ再挿入 ☐ 緊急にカニューレを再挿入し、医療機関に連絡 【●下枠に注意点を記載】 ☐ 再挿入時は同じカニューレを使用し、挿入困難な場合は予備のものを使用 ☐ その他 () 搬送先 ☐ 救急病院 ☐ かかりつけ医 () 病院 ☐ その他 ()
	● 再挿入にあたり、注意すべきこと ・ 緊急にカニューレ再挿入が必要な理由 () ・ 該当する項目にチェック ☐ 喉頭離断 ※喉頭離断の場合、口鼻マスクは無効であり緊急にカニューレ再挿入が必要 ☐ 気管軟化症 ☐ 気管の変形 ☐ 肉芽 肉芽の位置 () ☐ 腕頭動脈を傷つける可能性 ・ その他の注意事項 ()	
	● 再挿入に必要な物品 ・ 予備のカニューレのサイズ (内径 mm 製品名) ・ 潤滑油 ☐ 不要 ☐ 必要 必要な場合、(薬剤名)	

指示内容	☐ 人工呼吸器	呼吸器の設定 () アラーム設定 () 離脱可能時間 () 呼吸状態悪化時の対応 () * 注意事項 () * その他(排痰補助装置があればこちらに記載) ()
	☐ 導尿	カテーテル () Frを () cm 挿入 頻度 () 時間ごと または () 時 * 注意事項 ()
	☐ インスリン	☐ 血糖値測定 ☐ 定時 (:) (:) (:) ☐ 必要時 () ☐ インスリン注射 () を () 単位 * 注意事項(低血糖・高血糖時の対応等) ()
	☐ 緊急時の投薬	薬剤名 () ・ 量 () mgを () 個 必要な状況 () * 注意事項(低血糖・高血糖時の対応等) ()
	☐ 緊急時の対応	病院に搬送が必要な状態 (. . .) 緊急時の対応 () 搬送先 ☐ 救急病院 ☐ かかりつけ医 () 病院 ☐ その他 ()

(参考) 使用医療機器等	☐ 1. 経鼻胃管	サイズ : Fr 挿入長 : cm
	☐ 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 製品名 :
	☐ 3. 吸引器	
	☐ 4. 人工呼吸器	機種 :
	☐ 5. 気管カニューレ	サイズ : 内径 mm 製品名 :
		カフ : ☐ なし ☐ あり () ml
	☐ 6. その他	
緊急時の連絡先		
不在時の対応法		

児童生徒の泊行事参加について
☐ 特に追加で配慮する事項なし
泊行事中に追加する医療的ケアの内容
泊行事参加に際して、注意事項及び配慮事項
予想される緊急事態があれば、その時の対応について（緊急時の薬剤使用も含めて）

* 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。

令和 年 月 日
機関名 大阪母子医療センター
住所 大阪府和泉市室堂町840
電話 0725 - 56 - 1220
診療科
医師名 ⑩