令和3年度青森県喀痰吸引等研修 (第一号、第二号研修) 実施要綱

目 次

7	研修概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	実施主体 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3	募集人員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
4	第一号、第二研修、医療的ケア履修者演習前講座・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
	(1) 対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
	(1) 対象者(2) 対象事業所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	(3) 研修課程 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
	(4) 医療的ケア履修者・前年度筆記試験不合格者 ・・・・・・・・・	4
	別表 $1 \sim 3$ · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	6
5	認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
•		7
	(2) 研修課程	7
6	半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	-
6		7
	(-) / 4:41 [7
_		7
7	人工呼吸器追加講座・演習・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
	(1) 対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
	(2) 研修課程	8
	(3) 申込要件	8
8	指導看護師の伝達講習・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
	(1) 対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
	(2) 研修課程 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
9	受講料、資料代等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
10	研修日程・場所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 0
	(1) 第一号、第二号研修 ・・・・・・・・・・・・・・・	1 0
	(2) 認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習 .・・・・・	1 1
	(3) 半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習 ・・・・・・	1 1
	(4)人工呼吸器追加講座・演習 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 1
	(5) 指導看護師の伝達講習 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 1
11	申込方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 2
	(1) 提出様式等 ····································	1 2
	(2) 注意事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3
	(3) 申込方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3
	(4) 受講決定通知 ····································	1 3
12	実施要綱 別添2 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 4
13	各種様式	1 7
10	(0) 別紙様式 0 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2 7
	(1) 別紙様式1-1 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2 9
	(2) 別紙様式1-2	3 1
	(3) 別紙様式1-3	3 3
	(4) 別紙様式1-4 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 5
	(5) 別紙様式 2 - 1 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 7
	(6) 別紙様式 2 - 2 · · · · · · · · · · · · · · · · ·	4 1
	(7) 別紙様式 2 - 3 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 5
	(8) 別紙様式 2 - 4 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 9
	(9)別紙様式3 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 3

1 研修の概要

「社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)」及び「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)」に基づき、介護老人福祉施設等の施設及び居宅において、必要な医療的ケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。

2 実施主体

青森県

(委託先:公益社団法人青森県老人保健施設協会、公益社団法人青森県老人福祉協会)

3 募集人員

	研修名	募集人数
1	第一号、第二号研修 ・医療的ケア履修者を含む ・前年度筆記試験不合格者を含む	300名程度
2	認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習	50名程度
3	半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習	100名程度
4	人工呼吸器追加講座・演習	15名程度
5	指導者講習の伝達講習	50名程度

[※]応募者が多数の場合は、参加申込書等の書類等により選考することと しますので、申込書類は洩れなく記入してください。

4 第一号、第二号研修、医療的ケア履修者演習前講座

(1) 対象者

下記の条件1~7を全て満たす者となります。

なお、介護療養型医療施設等医療機関に所属する介護職員、看護師、 准看護師等の有資格者は対象外です。

番号	条件				
1	研修申込み時点で開設している対象事業所に就業している介護職員等				
1	(※1)であり、施設長又は管理者が推薦した者であること				
2	現在勤務する事業所に研修対象の医行為を必要とする利用者がいる、				
	若しくは受け入れる見込みであること				
3	実地研修先を自ら確保できること				
4	指導看護師(※2)がおり、実地研修に際し受講生の指導を行うことが				
4	できること				
	①から③のいずれかに該当する者				
	① (入所系) に該当する事業所に3年以上常勤職員として介護職員等と				
5	して従事経験のある者(※3)				
	②(通所系)に該当する事業所に5年以上常勤職員として介護職員等と				
	して従事経験のある者(※3)				

	③介護福祉士養成施設及び実務者研修等において、「医療的ケア」を履修			
	した者			
6	全課程出席可能であること (欠席についての補講はなし。)			
7	所属先が登録特定行為事業者(登録喀痰吸引等事業者を含む)として			
_ ′	登録している又は登録申請を行う予定であること。			

- ※1 介護職員等には、喀痰吸引等を行う必要がある保育士等も含まれます。
- ※2 指導看護師については、(3) オを参照
- ※3 従事経験は、入所系と通所系を合算して計算することはできません。
- 例) X 法人特養 A 2 年勤務 Y 法人老健 B 1 年 2 月勤務 \rightarrow 該当 X 法人特養 C 2 年勤務 X 法人訪問介護 D 2 年勤務 \rightarrow 非該当 X 法人訪問介護 D 1 年勤務 Y 法人居宅介護 E 4 年 2 月勤務 \rightarrow 該当

(2) 対象事業所

分類根拠法		事業所種別		
入所系 施設	介護保険法	介護老人福祉施設(地域密着型含む。) 介護老人保健施設 短期入所生活介護 認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 特定施設入居者生活介護(地域密着型含む。ただし 外部サービス利用型を除く。) 介護医療院		
	障害者総合支援法	害者総合支援法 障害者支援施設		
	児童福祉法	障害児入所施設		
	老人福祉法	有料老人ホームのうち、住宅型有料老人ホームに 該当するもの		
通所系施設	介護保険法	訪問介護 通所介護(地域密着型含む。) 通所リハビリテーション 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	障害者総合支援法	居宅介護、重度訪問介護、生活介護、共同生活援助		
	児童福祉法	児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所		
	認定こども園法	認定こども園		

その他喀痰吸引等を必要とする利用者等がいる施設等

(3)研修課程

ア 研修内容

項目		時間等	備考
基本研修(講義)		50時間	医療的ケア履修者及び前年度筆記試験不合格
		(別表1)	者は免除を希望することができるが、その場合
		(8日間)	は、医療的ケア履修者演習前講座を受講する
			必要がある。
	医療的ケア	1 日	対象は医療的ケア履修者及び前年度筆記試験
	履修者演習		不合格者。基本研修の内容について、テキスト
	前講座		に基づいた振り返り学習を実施する。
基	本研修 (演習)	2日間	
		(別表2)	
筆	記試験	1時間30分	正解率9割以上を合格とし、演習において一定
			の評価を得た者は、引き続き実地研修を受講
			する。再試験等は実施しない。不合格者は実地
			研修を受講できない。
実	也研修	規定回数	1行為以上(たんの吸引(口腔内、鼻腔内)
		(別表3)	及び経管栄養(胃ろう又は腸ろう)を含む
			3行為以上が望ましい)を実施する。

イ 実地研修

厚生労働省が定めた「喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)」(以下、「実施要綱」という。)の別添2(P14)に基づき実施するものとする。

ウ 実地研修において介護職員等が行うことが許容される医行為の範囲

4	寺定行為	備考
	口腔内	口腔内・鼻腔内については、咽頭の手前まで
	鼻腔内	を限度とする。
たんの吸引	気管カニューレ	気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度
	内部(侵襲的人工	とする。
	呼吸療法含む)	
		胃ろう・腸ろうの状態確認は、介護職員等を
	胃ろう又は腸ろう	指導する指導看護師が行う。胃ろうなどから
		の内服薬等の薬剤注入は、当該行為に含まれ
経管栄養		ない。
性目不良		栄養チューブが正確に胃の中に挿入されて
	経鼻経管栄養	いることの確認は、判断を誤れば重大な事故
		につながる危険性があることから、医師又は
		看護職員が行う。

エ 研修の修得程度の審査方法 実施要綱の別添2に基づき実施する。

オ 実地研修の指導看護師

医師、保健師、助産師、看護師(准看護師は含まない。)としての臨床 での実務経験を3年以上有する者で、かつ、次のいずれかに該当する者

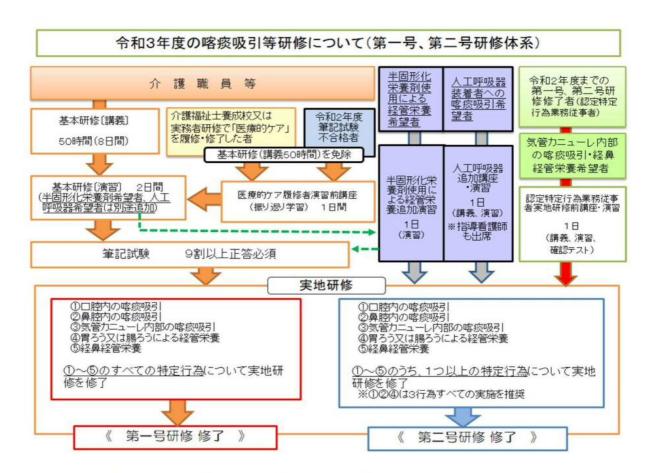
- ① 平成23年度及び平成24年度に厚生労働省が実施した指導者 講習を修了した者
- ② 平成23年度から令和2年度にかけて青森県が実施した指導者 講習の伝達講習を修了した者
- ③ 令和3年度に青森県が実施予定の指導者講習の伝達講習を受講し、 修了した者
- ④ 厚生労働省にあらかじめ届出を行った法人等が実施した医療的 ケア教員講習会を受講し、修了した者

(4) 医療的ケア履修者・前年度筆記試験不合格者

第一号、第二号研修申込者で、既に実務者研修、介護福祉士養成施設 において、医療的ケアの課程を修了している場合は、基本研修の講義 (50時間)を免除することができます。

また、第一号、第二号研修申込者で、前年度筆記試験で不合格となった者は、医療的ケア履修者と同様の扱いとし、基本研修の講義(50時間)を免除できることとします。なお、この基本研修の講義(50時間)免除は一度限りとします。

この場合、医療的ケア履修者演習前講座(1日)を受講する必要があります。



令和3年度喀痰吸引等研修課程(第一号、第二号)

区分		基本研修 〔講義〕 (50時間) 8日	医療的ケア 履修者 演習前講座 (振り返り 学習) 1日	認定特定行為 業務従事者 実地研修前 講座·演習 1日	基本研修 (演習)	筆記試験	実地研修
ア	新規受講者 (イ、ウを除く)	0	-	-	半固形化栄養剤 使用による経管栄養、人工呼吸器装養者への喀痰吸引を希望する演習 は別法追加演習 を実施	0	0
イ	「医療的ケア」を 履修・修了した者	免除	0	-	〇 同上	0	0
ゥ	令和2年度筆記 試験不合格者	免除	0	-	〇 同上	0	0
I	令和2年度までの 第一号・第二号研修 修了者	免除	-	0	-	免除	0

[別表1]基本研修(講義)の内容及び時間

	—————————————————————————————————————	時間数
1	人間と社会	1.5
2	保健医療制度とチーム医療	2
3	安全な療養生活	4
4	清潔保持と感染予防	2.5
5	健康状態の把握	3
6	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	1 1
7	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	8
8	高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	1 0
9	高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	8
	숌 탉	5 0

〔別表2〕基本研修(演習)の内容及び回数

	実施回数	
	口腔内吸引	5回以上
喀痰吸引	鼻腔内吸引	5回以上
	気管カニューレ内部	5回以上
nd de n7 7 1	口腔内吸引(人工呼吸器装着者)	5回以上
喀痰吸引 (希望者)※	鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者)	5回以上
(布主省/ 🛣	気管カニューレ内部(人工呼吸器装着者)	5回以上
奴竺兴美	胃ろう又は腸ろう (滴下)	5回以上
と 経管栄養 としている とうかい とうかい とうかい とうかい とうかい とうかい とうかい とうかい	経 鼻	5回以上
経管栄養 (希望者)	胃ろう又は腸ろう(半固形化栄養剤)	5回以上
救急蘇生法		1 回以上

[※] 受講者の指導看護師の出席を条件とする。

〔別表3〕実地研修の内容及び回数

	実施回数	
	口腔内のたんの吸引	1 0 回以上
喀痰吸引	鼻腔内のたんの吸引	2 0 回以上
	気管カニューレ内部のたんの吸引	2 0 回以上
	口腔内のたんの吸引(人工呼吸器装着者)	1 0 回以上
喀痰吸引 (希望者)	鼻腔内のたんの吸引(人工呼吸器装着者)	2 0 回以上
(布里日)	気管カニューレ内部のたんの吸引(人工呼吸器装着者)	2 0 回以上
你	胃ろう又は腸ろう (滴下)	2 0 回以上
と 経管栄養 としている という	経鼻	2 0 回以上
経管栄養 (希望者)	胃ろう又は腸ろう(半固形化栄養剤)	2 0 回以上

5 認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習 (気管カニューレ内部のたんの吸引・経鼻経管栄養)

(1)対象者

現に対象施設(第一号、第二号研修と同じ)に勤務している認定特定 行為業務従事者(ただし、経過措置者は除く。)であって、気管カニューレ 内部のたん吸引及び経鼻経管栄養(どちらか1つでも可)の行為を追加 したい者

(2) 研修課程

ア 研修内容

項目	項目時間等	
小テスト	10分	
振り返り講義	50分	
演習	2~3時間	3回以上
実地研修	規定回数(別表3)	各施設で実施

イ 実地研修

実施要綱の別添2 (P14) に基づき実施するものとする。

ウ 実地研修において介護職員等が行うことが許容される医行為の範囲

特定行為	備考
気管カニューレ内部 (侵襲的人工呼吸療法 含む)	気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度と する。
経鼻経管栄養	栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる 危険性があることから、医師又は看護職員が行う。

6 半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習

(1)対象者

ア 第一号、第二号研修を受講する者で、半固形化栄養剤使用による 経管栄養の特定行為を希望する者

イ 既に認定特定行為業務従事者(ただし、経過措置者は除く。)であり、 半固形化栄養剤使用による経管栄養の特定行為を希望する者

(2) 研修課程

項目	時間等	備考	
演習	午前又は午後の半日	5回以上	
実地研修 規定回数(別表3)		各施設で実施	

7 人工呼吸器追加講座・演習

重症化する利用者や、在宅の難病患者等への支援体制の整備強化を図るため、人工呼吸器装着者に対応した研修を実施する。

<対象となる特定行為>

特定行為	種別
口腔内のたんの吸引	非侵襲的人工呼吸療法
鼻腔内のたんの吸引	非侵襲的人工呼吸療法
気管カニューレ内部のたんの吸引	侵襲的人工呼吸療法

(1) 対象者

ア 第一号、第二号研修を受講する者で、人工呼吸器に対応した上記 特定行為(1つでも可)の追加を希望する者

イ 既に認定特定行為業務従事者(ただし、経過措置者は除く。)であり、 人工呼吸器に対応した上記特定行為(1つでも可)の追加を希望する者

(2) 研修課程

項目	時間等	備考
講義	1時間	
演習	規定回数(別表2)	受講者の指導看護師の出席
実地研修	規定回数(別表3)	各施設で実施

(3) 申込要件

ア 将来、人工呼吸器を装着する利用者を受け入れる意思のある事業所であって、現に利用者がいない場合の本研修への参加について、<u>令和</u> 3年度は、現に利用者がいなくても、実地研修先を確保できる事業所 とします。

また、気管カニューレ内部のたん吸引(侵襲的人工呼吸療法)は、開放式吸引のみの研修とします。

イ <u>人工呼吸器追加講座・演習では、受講者の指導看護師が出席し、</u> 研修受託機関の講師とともに評価票による演習の指導をすることを 条件とします。

8 指導看護師の伝達講習(指導者講習の伝達講習)

(1) 対象者

医師、保健師、助産師、看護師(准看護師は含まない。)として臨床での 実務経験を3年以上有する者で次のいずれかに該当する者

- ①第一号、第二号研修、認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習、 半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習、人工呼吸器追加講座・演習 の受講生に対し実地研修等を指導する予定がある者
- ②登録喀痰吸引等事業者又はその登録を行う予定がある事業所において 介護福祉士に対し実地研修を指導する予定がある者

(2)研修課程

項目	時間等	備考
講義・演習	6 時間	

9 受講料、資料代等

項目	費 用
基本研修(講義・演習)等に係る受講料	無料
テキスト代(※)	受講者又は所属先が負担
実地研修に係る費用	受講者又は所属先が負担

※ テキストについては、中央法規が発行している「改訂・介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」2015 年9月発行((一社)全国訪問看護事業協会編集)2,200円)を用います。

指導看護師の伝達講習は、上記テキストの他に、中央法規が発行している「改訂・介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト(指導者用)指導上の留意点とQ&A」2016年1月((一社)全国訪問看護事業協会編集)880円)を用います。

9 研修日程・場所

(1) 第一号、第二号研修

	7		申込
研修種別	1回目	2回目	締切日
基本研修 (講義・ 8日間)	6月17日(木)、18日(金)、 19日(土)、23日(水)、24日(木) 25日(金)、28日(月)、29日(火) 場所:県民福祉プラザ4階県民ホール	7月13日(火)、15日(木)、 16日(金)、20日(火)、22日(木) 23日(金)、29日(木)、30日(金) 場所:アピオ青森イベントホール	
医療的ケア 履修者演習 前講座 (1日)	6月30日(水) 場所:県民福祉プラザ4階県民ホー ※基本研修の講義(50時間)を免防		
	< 青森 > 7 月 17 日 (土)、18 日 (日) 場所: 青森中央学院大学 7 号館 4 階実習室	< 青森 > 8 月 7 日 (土)、8 日 (日) 場所: 東奥学園高等学校	令和3年 5月14日
基本研修 (演習・ 2日間)	< 弘前>7月14日(水)、15日(木)場所:弘前学習センター	<弘前> 8月 17 日(火)、18 日(水) 場所:弘前プラザホテル	(金) 消印有効
	〈八戸〉 7月20日(火)、21日(水) 場所:友の会福祉会館 2階大ホール	<八戸> 8月21日(土)、22日(日) 場所:八戸学院八戸短期大学	
筆記試験	9月26日(日)14時30分から16時 場所:青森県立保健大学(教育研究A棟) 受付時間 13時から14時15分まで		
実地研修	11月~3月4日まで各事業所におい	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

- 注)基本研修(講義)の1回目を受講し、(演習)は2回目を希望することはできません。必ずどちらかの回を選択してください。
- 注)研修会場に関する希望に関しては、一切受け付けません。受講決定書で 自身の研修会場を御確認ください。また、申込みの状況により、受講回を 調整させていただく場合がありますので、予め御了承ください。
- 注) カリキュラム等は、受講決定通知と一緒に送付します。
- 注)半固形化栄養剤使用による経管栄養、人工呼吸器装着者への演習は、希望者のみを対象に半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習、人工呼吸器追加講座・演習において別途実施します。

(2) 認定特定行為業務従事者実地研修前講座。演習

日時等	申込締切
令和3年9月27日(月) 場所:アピオ青森 イベントホール 午前:気管カニューレ内部の吸引 午後:経鼻経管栄養	令和3年6月25日(金) 消印有効

- 注) カリキュラム等は、受講決定通知と一緒に送付します。
- 注) 気管カニューレ内部の吸引のみ希望の方は午前から、経鼻経管 栄養のみ希望の方は午後からを予定しています。

(3) 半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習

日時等	申込締切
令和3年9月9日(木)、10日(金) 場所: リンクステーションホール青森 3階小会議室4、4階小会議室1	令和3年6月25日(金) 消印有効

- 注)第一号、第二号研修申込者で、当該研修希望者の申込締切は 5 月 14 日(金)(消印有効)とします。
- 注) カリキュラム等は、受講決定通知と一緒に送付します。
- 注) 当該研修の受講は、午前又は午後のいずれかを指定します。

(4) 人工呼吸器追加講座・演習

日時等	申込締切
令和3年9月7日(火) 場所:リンクステーションホール青森 3階小会議室4	令和3年6月25日(金) 消印有効

- 注)第一号、第二号研修申込者で、当該研修希望者の申込締切は 5 月 14日(金)(消印有効)とします。
- 注) カリキュラム等は、受講決定通知と一緒に送付します。
- 注)受講者の指導看護師の出席を条件とします。

(5) 指導看護師の伝達講習(指導者講習の伝達講習)

日時等	申込締切
令和3年9月3日(金)	令和3年5月14日(金)
場所:アピオ青森 イベントホール	消印有効

注) カリキュラム等は、受講決定通知と一緒に送付します。

10 申込方法

(1)提出様式等

研修区分	様式	添付資料等
1 第1号、第2号 研修(医療的 ケア履修者演習 前講座を含む)	様式1-1	受講希望回を必ず記載してください。
		指導看護師の伝達講習修了証 (今年度に指導看護師の伝達講習を受講する場合は、 看護師の資格免許の写)
	様式2-1	※基本研修(講義)の免除を希望する場合は、医療的ケアを修了したことがわかる書類又は平成 28 年度以降介護福祉士養成施設の卒業が分かる書類の提出。ただし、昨年の筆記試験不合格者は不要。 (実務者研修修了者は、修了証とカリキュラムの分かるもの、平成 27 年度以前の介護福祉士養成施設卒業生はカリキュラム等の分かるもの)
	写真 (2枚)	様式2-1に1枚貼付し、受験票用に1枚同封 してください。 写真裏には氏名、事業所名を記載すること。
2	様式1-2	
認定特定行為 業務従事者 実地研修前 講座・演習	様式2-2	認定証(写)指導看護師の伝達講習修了証(今年度に指導看護師の伝達講習を受講する場合は、看護師の資格免許の写)
3	様式1-3	受講者属性、受講希望回を必ず記載してください。
当 半固形化栄養剤 使用による経管 栄養追加演習	様式2-3	認定証(写)指導看護師の伝達講習修了証(今年度に指導看護師の伝達講習を受講する場合は、看護師の資格免許の写)
4 人工呼吸器 追加講座·演習	様式1-4	受講者属性を必ず記載してください。
	様式2-4	認定証(写)指導看護師の伝達講習修了証(今年度に指導看護師の伝達講習を受講する場合は、看護師の資格免許の写)
5 指導看護師 伝達講習	様式3	・看護師の資格免許の写

- ※<u>当年度分申込書の初回提出時に、様式0(総括表)を提出</u>してください。また、 様式0に記載した部数の返信用封筒を同封してください。
- ※返信用封筒には宛先を記入し、140円分の切手を貼付してください。<u>2名以上の</u>申請の場合は、250円分の切手を貼付してください。

(2)注意事項

- ア 勤続年数は、現所属のみならず、過去の所属も含む。現所属と違う法人 であっても勤続年数に含めることができる。なお、入所系サービスと通所 系サービスの勤務年数は通算できない。
- イ 受講希望者は、実地研修の指導看護師となる者を申告し、申込みをする ものとする。

なお、指導看護師がいない場合は、指導看護師となる看護師等(医師、 保健師、助産師を含む。准看護師は含まない。)が併せて伝達講習の申込 みをすること。

ウ 指導看護師がいない単独の事業所等については、必ず他の事業所等の 指導看護師に依頼して申し込むものとする。

(3) 申込方法

郵送または持参

研修に関する問合せは、質問票 (ホームページに掲載) でお願いします。

〒030-8570青森市長島一丁目1番1号青森県 高齢福祉保険課 喀痰吸引等研修 係

(4)受講決定通知

研修名	期日
第一号、第二号研修	6月 7日 (月) まで
認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習	7月21日 (水) まで
半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習	7月21日 (水) まで
人工呼吸器追加講座・演習	7月21日 (水) まで
指導看護師の伝達講習	6月 7日 (月) まで

期日までに通知が届かない場合は、御連絡をお願いします。

10 実施要綱 別添2

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則 別表第一 及び 第二号研修の修得程度の 審査方法について

1 筆記試験による知識の定着の確認

(1) 基本方針

基本研修(講義)については、筆記試験により、研修受講者が喀痰吸引等を安全に実施するための知識を修得していることを確認すること。

(2) 出題範囲

以下のとおりとすること。

研修課程	出題範囲
省令附則第四条 別表第一 の ①講義	左同
省令附則第四条 別表第二 の ①講義	左同

(3) 出題形式

客観式問題 (四肢択一) により行うこと。

(4) 出題数及び試験時間

出題数30問、試験時間60分を下限とし実施すること。

(5) 問題作成指針

以下ア~エに基づき作成すること。

- ア 細かな専門的知識を要求する問題を避け、医学的な問題に偏らず、喀痰吸引等を中心とした内容となるよう配慮すること。
- イ 次のことについて基礎的知識を問う問題を中心とすること。
 - 対象者を観察した内容を適確に表現できる用語や指示が理解できる知識
 - ・喀痰吸引等について行為の根拠や目的及び技術に関する知識
- ウ 知識の想起及び理解を問う問題を中心に出題すること。
- エ 試験問題の作成にあたっては複数からなる専門領域の異なる立場の者が検討し、問題の客観的な妥当性を高めるよう工夫すること。

(6) 合否判定基準

総正解率が9割以上の者を合格とすること。

また、筆記試験の総正解率が9割未満の者については、別添1に定める「喀痰吸引等研修実施委員会」において、その取扱方針を定めておくこと。

2 評価による技能修得の確認

(1)基本方針

基本研修(演習)及び実地研修については、評価の実施より、研修受講者が喀痰吸引等を安全に実施するための技能を修得していることを確認すること。

(ア) 基本研修 (演習) 評価

研修受講者が、演習指導講師の指導の下、演習シミュレーター(吸引訓練モデル、経管栄養訓練モデル、心肺蘇生訓練用器材一式)、人体解剖模型、その他演習に必要な機器(吸引装置一式、経管栄養用具一式、処置台又はワゴン等)を用いて、演習を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための技術を修得していることを演習指導講師が評価すること。

(イ) 実地研修評価

研修受講者が、実地研修指導講師の指導の下、実地研修協力者の協力に基づき 実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識及び技能を修得し ていることを、実施研修指導講師が評価すること。

※ 評価は、実際の喀痰吸引等の提供が安全管理体制の確保、医師・看護職員・介護職員等の連携確保や役割分担、医師の文書による指示等の条件の下で実施されることを念頭においた基本研修(演習)又は実地研修を実施した上で行うこと。

(2) 実施手順

基本研修(演習)及び実地研修の実施手順は、以下のSTEP4~STEP8の順を踏まえ行うこととし、このうち、STEP4~8について、以下に示す「基本研修(演習び実地研修類型区分」の区分ごとに、「基本研修(演習)及び実地研修評価基準・評価票」(別添資料)を用いた評価を行うこと。

なお、具体的な実施手順については、以下に示す「実施手順参考例」を踏まえ行う こと。

STEP1:安全管理体制確保(※ 実地研修のみ。)

実際の喀痰吸引等の提供が、医師、看護職員との連携体制・役割分担の下で行われることを想定し、実地研修指導講師である医師が実地研修指導講師である看護職員とともに、研修受講者の実地研修の実施についての総合的判断を行う。

STEP2: 観察判断 (※ 実地研修のみ。)

研修受講者の実地研修の実施毎に、実地研修指導講師が、実地研修協力者の状態像を観察し、実施の可否等を確認する。

STEP3: 観察

研修受講者が演習シミュレーター又は実地研修協力者の状態像を観察する。

STEP4:準備

研修受講者が、研修講師である医師の指示等の確認、手洗い、必要物品の 用意や確認など、演習又は実地研修の実施に必要な準備を行う。

STEP5: 実施

研修受講者が、喀痰吸引等の演習又は実地研修を実施し、安全に行われたかどうかを確認する。

※ 経鼻経管栄養の場合の栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認を除く。

STEP6:報告

研修受講者が、演習シミュレーター又は実施研修協力者の喀痰吸引等の実施後の状態を研修講師に報告する。

STEP7: 片付け

研修受講者が、演習又は実地研修で使用した物品等を片付ける。

STEP8: 記録

研修受講者が、演習又は実地研修で行った喀痰吸引等について記録する。

〇 基本研修(演習)及び実地研修類型区分

省令上の行為	類型区分			
(省令別表第1及び第2)	通常手順	人工呼吸器装着者		
口腔内の喀痰吸引	1-1	1 - 2		
鼻腔内の喀痰吸引				
気管カニューレ内部の喀痰吸引	1 - 3	1 - 4		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	1-5	<u> </u>		
経鼻経管栄養	1-6	Weg-MA Particular		
救急蘇生法	\$ <u>—</u> \$	<u>200—76.</u>		

- 1-(1): 喀痰吸引 口腔内・鼻腔内吸引 (通常手順) -
- 1-②:喀痰吸引 口腔内・鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者:非侵襲的人工呼吸療法)-
- 1-③:喀痰吸引 -気管カニューレ内部吸引(通常手順)-
- 1-④: 喀痰吸引 -気管カニューレ内部吸引(人工呼吸器装着者:侵襲的人工呼吸療法)-
- 1-5:経管栄養 -胃ろう又は腸ろうによる経管栄養-
- 1-⑥:経管栄養 -経鼻経管栄養-

〇 実施手順参考例

- (ア) 基本研修(演習)実施手順(例)
 - ① 標準的なレベルの演習シミュレーターに対して、演習指導講師が1回の実演を行う。
 - ② グループ試行として、研修受講者はグループになり1人1回実施し、演習指導講師はグループに対して、観察・指導を行う。
 - ③ 全ての研修受講者に「基本研修(演習)及び実地研修類型区分」の区分ごとに、 省令別表に定める以上の演習を行わせる。
 - ④ 演習指導講師は、演習実施ごとに「基本研修(演習)評価票」を記録するととも に、毎回研修受講者と一緒に振り返りを行い、研修受講者は次の演習の改善に つなげる。

(イ) 実地研修実施手順(例)

- ① 実地研修協力者の状態像を踏まえ、実地研修指導講師の指導の下で研修受講者 が実施可能かについて、医師である実地研修指導講師の承認を得る。
 - ※ 初回実施前及び実地研修協力者の状態が変化した時点において必要。
- ② 実地研修指導講師は、実地研修協力者の喀痰吸引等を行う部位及び全身の状態を観察し、研修受講者が実施可能かについて確認する。
- ③ 実地研修指導講師は、研修受講者が喀痰吸引等を実施している間においては、実地研修協力者の状態の安全等に注意しながら研修受講者に対して指導を行う。
- ④ 実地研修指導講師は、実施研修実施ごとに「実地研修評価票」を記録するとともに、 毎回研修受講者と一緒に振り返りを行い、研修受講者は次の実地研修実施の改善 につなげる。また、研修受講者の喀痰吸引等に関する知識及び技能の到達度を踏 まえながら指導を継続していく。

(3) 実施上の留意事項

- (ア) 上記(2) STEP1~8 に示す実施手順における研修講師の役割分担について 基本研修(演習)及び実地研修の研修講師である医師又は看護職員の役割分担 については、以下の①及び②を参考として効果・効率的な実施を行うこと。
 - ① STEP2 において、研修受講者が喀痰吸引等を安全に実施することができるか 判断に迷う場合は、実地研修指導講師である医師の判断を確認すること。

- ② STEP3~8 のいずれかの段階において、研修受講者が、緊急時対応の必要性 や実地研修協力者の異常等を確認した場合においては、演習又は実地研修の 研修講師である医師又は看護師が観察判断を行うこと。
- (イ) 研修受講者の実施できる範囲について

実地研修においては、上記(2) STEP4~8 の研修受講者が実施する行為について、下表「実地研修実施上の留意点」に基づき実施すること。

なお、(エ)の経鼻経管栄養の栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認については、研修受講者が行うことができないことから、基本研修(演習)の STEP5 においても、演習指導講師である医師又は看護職員が行うこと。

〇 実地研修実施上の留意点

- (ア) 研修受講者が行うことができる標準的な許容範囲
- (イ) 一定の条件の下、かつ、実地研修指導講師との役割分担の下、研修受講者が 行うことができる許容範囲
- (ウ) 一定の条件の下、研修受講者が行うことができる許容範囲
- (エ) 研修受講者が行うことができないもの

7 / 48112	文語句がリノことができないもの	
	喀痰吸引	経管栄養
(ア)	咽頭より手前の範囲で吸引チューブを	経管栄養開始時における胃腸の調子の
	口から入れて、口腔の中まであがってき	確認は、実地研修指導講師が行うことが望
	た痰や、たまっている唾液を吸引するこ	ましいが、開始後の対応は研修受講者によ
	とについては、研修受講者が基本研修を	っても可能であり、実地研修指導講師の指
	踏まえた手順を守って行えば危険性は相	導の下で研修受講者が行うことは差し支
	対的に低いことから差し支えないこと。	えないこと。
(イ)	以下の観点を踏まえ、研修受講者は咽	
	頭の手前までの吸引を行うにとどめるこ	/
	とが適切であり、咽頭より奧の気道の喀	
	痰吸引については許容範囲としないこ	
	٤.	
		/
	なお、鼻腔吸引においては対象者の状	
	態に応じ「吸引チューブを入れる方向を	
	適切にする」、「左右どちらかのチューブ	
	が入りやすい鼻腔からチューブを入れ	
	る」、「吸引チューブを入れる長さを個々	
	の対象者に応じて規定しておく」等の手	
	順を守ることにより、個別的には安全に	
	実施可能である場合が多いので留意する	
	こと。	
	※ 鼻腔吸引においては、鼻腔粘膜や	
	アデノイドを刺激しての出血がま	
	れではあるが生じる場合や、また、	
	鼻や口から咽頭の奥までの吸引を	
	行えば敏感な対象者の場合、嘔吐や	/
	咳込み等の危険性があり、一般論と	
	して安全であるとは言い難いため。	

(ウ) 気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引については、迷走神経そうを刺激することにより、呼吸停止や心停止を引き起こす可能性があるなど危険性が高いことから、気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度とすること。

特に、人工呼吸器を装着している場合には、気管カニューレ内部までの気管内吸引を行っている間は人工呼吸器を外す必要があるため、実地研修指導講師及び研修受講者は、安全かつ適切な取扱いが必要であることに留意すること。

(I)

経鼻経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認については、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があることから、研修受講者の実施の許容範囲としないこと。

経鼻経管栄養に比べて相対的に安全性が高いと考えられるが、胃ろう・腸ろうの状態そのものに問題がないかどうかの確認について、研修受講者の実施の許容範囲としないこと。

(4)評価判定

基本研修(演習)及び実地研修の総合的な評価判定は、研修受講者ごとに、技能修 得の判定を行うこと。

(ア) 基本研修 (演習) 評価判定

当該研修受講者が、省令で定める修得すべき全ての行為ごとの実施回数以上の演習を実施した上で、「基本研修(演習)評価票」の全ての項目についての演習指導講師の評価結果が「基本研修(演習)評価基準」で示す手順どおりに実施できているとなった場合に、演習の修了を認めることとし、実施研修については、基本研修の修了が確認された研修受講者に対して行うこと。

なお、演習の修了が認められなかった者については、再度、演習の全課程を 受講させること。

(イ) 実地研修評価判定

当該研修受講者が修得すべきすべての行為ごとの実施回数以上の実地研修を 実施した上で、「実地研修評価票」の全ての項目について実地研修指導講師の評価結果が、「実地研修評価基準」で示す手順どおりに実施できているとなった場合であって、下記(a)、(b)のいずれも満たす場合において、研修修了の是非を判定し研修修了証明書の交付を行うこと。

なお、実地研修の修了が認められなかった者については、再度、実地研修の 全課程を受講させること。

- (a) 当該ケアにおいて最終的な累積成功率が 70%以上であること
- (b) 当該ケアにおいて最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと

別添資料(国通知 別添2関係)

基本研修(演習)及び実地研修評価基準・評価票

1 評価判定基準

(1)基本研修(演習)評価判定基準

基本研修(演習)を行った研修受講者ごと、かつ評価項目ごとについて、以下のア〜ウの 3段階で演習指導講師が評価すること。

ア	評価項目について手順どおりに実施できている。
1	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
ウ	評価項目を抜かした。(手順どおりに実施できなかった。)

(2) 実地研修評価判定基準

実地研修を行った研修受講者ごと、かつ評価項目ごとについて以下のア〜ウの3段階で 実地研修指導講師が評価すること。

ア	1人で実施できる。 評価項目について手順どおりに実施できている。	
イ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 実施後に指導した。	
ウ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。	
エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。	

2 類型区分別評価項目

参考:類型区分別評価項目数一覧

			類型	区分		
	喀痰吸引 口腔内・ 鼻腔内 吸引 (通常手順)	喀痰吸引 気管カニ ユーレ 内部 (通常手順)	喀痰吸引 口腔内・ 鼻腔内 吸引 (人工呼吸 器装着・ 非侵襲的人 工呼吸療 法)	喀痰吸引 気管カニ ューレ内 部 (人工呼吸 器装着・ 侵襲的人工 呼吸療法)	胃ろう又 は腸ろう による 経管栄養	経鼻経管栄養
STEP4:準備	1~4	1~4	1~4	1~4	1~6	1~6
STEP5:実施	5~27	5~30	5~27	5~30	7~17	7~16
STEP6:報告	28~30	31~34	28~30	31~34	18~20	17~19
STEP7:片付け	31•32	35•36	31 • 32	35•36	21	20
STEP8:記録	33	37	33	37	22	21
項目数 計	33	37	33	37	22	21

3 基本研修(演習)評価票

J	本平明16	(9月) 叮叫示
•	喀痰吸引	口腔内・鼻腔内吸引(通常手順) ・・・・・・・・・・・・別紙2-1
•	喀痰吸引	口腔内・鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者・非侵襲的人工呼吸療法)・・・・別紙2-2
٠	喀痰吸引	気管カニューレ(通常手順)・・・・・・・別紙2-3
•	喀痰吸引	気管カニューレ(人工呼吸器装着者・侵襲的人工呼吸療法)・・・・・・別紙2-4
•	胃ろう又は	腸ろうによる経管栄養・・・・・・ 別紙2-5
•	経鼻経管	栄養·······
4	実地研修	評価票
		F. 163243
	喀痰吸引	口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)・・・・・・・・・・・・・・別紙3-1
	喀痰吸引 喀痰吸引	
•		口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)・・・・・・・・別紙3-1
•	喀痰吸引	口腔内·鼻腔内吸引(通常手順) ····································
	喀痰吸引 喀痰吸引 喀痰吸引	口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)・・・・・・・別紙3-1 口腔内・鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者・非侵襲的人工呼吸療法)・・・・別紙3-2 気管カニューレ(通常手順)・・・・・別紙3-3
	喀痰吸引 喀痰吸引 喀痰吸引 胃ろう又は	口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)・・・・・・・・・・・・・・別紙3-1 口腔内・鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者・非侵襲的人工呼吸療法)・・・・別紙3-2 気管カニューレ(通常手順)・・・・・・別紙3-3 気管カニューレ(人工呼吸器装着者・侵襲的人工呼吸療法)・・・・別紙3-4

評価項目:喀痰吸引 口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)

実施手順			評価の視点
~ ING J FIRM	1	医師の指示等の確認を行う	吸引圧・吸引時間・吸引の深さ・留意点等の確認ができているか。
		手洗いを行う	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。
STEP4: 準備	3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	必要物品を把握しているか。 吸引脈の排液が廃棄されているか。 吸引器の電源を入れ、陰圧がかかるか。
	4	必要物品を実地研修協力者(演習の場合は演習シミュレー ター)のもとに連ぶ	吸引器は水平な場所に設置しているか。 使用しやすい位置に物品を置いているか。 吸引器については、電源配置や接続チューブの長さについても確認しているか。
	5	実地研修協力者に吸引の説明をする	対象者の協力が得られるように、吸引の必要性や方法などをわかりやすく十分説明しているか。
	6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをしているか。 できる限り楽で安定した姿勢で吸引チューブを挿入しやすい体位に整えているか。
	7	口腔内・鼻腔内を観察する	口腔内 (義歯の状態)・鼻腔内の状態 (出血や損傷の有無)・口腔内の分泌物等の貯留物を観察・確認できているか。
	8	手袋の着用またはセッシを持つ	清潔な手袋の着用やセッシの操作方法が守られているか。
		吸引チューブを清潔に取り出す	吸引チューブの先端が周囲に触れないように取り出せているか。
	10	吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	吸引チューブの先端が周囲に触れないように扱い、確実に連結管をつなげているか。 清浄綿等を清潔に取り出せているか。
	11	(浸漬法の場合) 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	他の部分に吸引チューブが触れないようにして、清浄綿等で連結部から先端に向かって拭き とることができているか。 消毒液が確実に拭きとれているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。
	12	吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になることを確認する	水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認できているか。 吸引圧のメーターを確認しているか。
	13	吸引チューブの先端の水をよく切る	吸引チューブの先端から水が垂れていないか。
	14	実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う	わかりやすい言葉で協力が得られるよう話しかけ、反応や返答を確認しているか。
	15	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	決められた(指示のあった) 吸引圧と深さを守っているか。 挿入の際、吸引チューブの先端が周囲に触れていないか。 粘膜を刺激しないようよう静かに挿入しているか。 挿入しにくい時に強引に挿入していないか。
STEP5: 実施	16	適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する	吸引時間を守っているか。 一力所に吸引圧がかからないように吸引チューブを静かにまわしながら操作できているか。 吸引物や対象者の様子の観察ができているか。
	17	吸引チューブを静かに抜く	粘膜を刺激しないように吸引チューブを抜いているか。
	18	吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	清潔に清浄綿等を取り出せているか。 肉眼的に確認できる吸引チューブの外側の付着物を連結部から先端に向かって拭きとること ができているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。
	19	 洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	吸引チューブの内側の汚れの除去を確認しているか。
		吸引器の電源を切る	
	21	吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す	吸引チューブを保管容器の中に確実におさめたか。
	22	エ代をけずす(工作を使用している場合)またけれ…これ	汚染した手袋が周囲に触れることなく手袋をはすし、廃棄しているか。 セッシを、周囲や容器の縁に触れることなく戻しているか。
	23	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	吸引物の状況を分かりやすく伝え、とりきれたかどうかを確認しているか。 ねぎらいの言葉をかけているか。 呼吸を整えやすい安楽な姿勢に整え、その姿勢でよいかどうかを対象者に確認しているか。
	24	吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する	吸引した物の量・性状、顔色、呼吸の状態、全身状態、(鼻腔の場合)鼻腔からの出血など について観察できているか。
	25	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する	吸引前の状態と比較して観察しているか。
	26	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない かを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)	アキレオルナビオのフィキのフィッ リもがに とのておた 海切にし アンフム
	27	手洗いをする	石鹸と流水まだはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。 研修講師に、吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態、鼻腔からの出血、異常
STEP6:		吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する 吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない	断形の相所に、吸引した初の量・性外、原色・呼吸の外感、主身外感、辨腔からの正皿、兼常の有無などについて報告できているか。
報告	29	ことを報告する(経鼻経管栄養実施者のみ)	エボのこうが対象字のハットと、そのルについて、下述にかまたできていった
	30	のみ) 吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか 吸引びんの廃液量の確認が行えているか。
STEP7: 片付け		使用物品を速やかに後片付けまたは交換する	廃液量の交換の必要性を判断できているか。 事故防止、故障予防のために速やかに片づけているか。 体用物品の交換が適性な方法で行うているか。
STEP8: 記録		実施記録を記載する	使用物品の交換が適切な方法で行えているか。 記載事項を把握しているか。 記載もればないか。
ロレ亜米			適切な内容の記載ができているか。

評価項目:喀痰吸引 口腔内•鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者:非侵襲的人工呼吸療法)

実施手順		評価項目	評価の視点		
	1	医師の指示等の確認を行う	吸引圧・吸引時間・吸引の深さ・吸引の留意点、人工呼吸器装着脱上の留意点の確認ができているか		
		手洗いを行う	ているか。 石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。		
STEP4: 準備	3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	必要物品を把握しているか。 吸引脈の排液が廃棄されているか。 吸引器の電源を入れ、陰圧がかかるか。		
	4	必要物品を実地研修協力者(演習の場合は演習シミュレー ター)のもとに運ぶ	吸引器は水平な場所に設置しているか。 使用しやすい位置に物品を置いているか。 吸引器については、電源配置や接続チューブの長さについても確認しているか。		
	5	実地研修協力者に吸引の説明をする	対象者の協力が得られるように、吸引の必要性や方法などをわかりやすく十分説明しているか。		
	6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをしているか。 できる限り楽で安定した姿勢で吸引チューブを挿入しやすい体位に整えているか。		
	7	口腔内・鼻腔内を観察する	□腔内(義歯の状態)・鼻腔内の状態(出血や損傷の有無)・□腔内の分泌物等の貯留物、 人工呼吸器の作動状況、□鼻マスクの位置、皮膚の状態を観察・確認できているか。 観察時、□鼻マスクを外すまたは鼻マスクに変更するなどの必要がある場合適切に操作でき ているか。		
	8	手袋の着用またはセッシを持つ	清潔な手袋の着用やセッシの操作方法が守られているか。		
		吸引チューブを清潔に取り出す	吸引チューブの先端が周囲に触れないように取り出せているか。		
	10	吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	吸引チューブの先端が周囲に触れないように扱い、確実に連結管をつなげているか。		
	11	(浸漬法の場合)吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	清浄綿等を清潔に取り出せているか。 他の部分に吸引チューブが触れないようにして、清浄綿等で連結部から先端に向かって拭き とることができているか。 消毒液が確実に拭きとれているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。		
	12	吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になるこ とを確認する	水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認できているか。 吸引圧のメーターを確認しているか。		
		吸引チューブの先端の水をよく切る	吸引チューブの先端から水が垂れていないか。		
	14	実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う	わかりやすい言葉で協力が得られるよう話しかけ、反応や返答を確認しているか。		
	15	口鼻マスクまたは鼻マスクをはずす(注)	ロ鼻マスクまだは鼻マスクを外すタイミング、外す方法は適切であるか。 外す際に吸引チューブの清潔は保たれているか。		
0.7505	16	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	決められた(指示のあった) 吸引圧と深さを守っているか。 挿入の際、吸引チューブの先端が周囲に触れていないか。 粘膜を刺激しないようよう静かに挿入しているか。 挿入しにくい時に強引に挿入していないか。		
STEP5: 実施	17	適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する	吸引時間を守っているか。 一力所に吸引圧がかからないように吸引チューブを静かにまわしながら操作できているか。 吸引物や対象者の様子の観察ができているか。		
		吸引チューブを静かに抜く 口鼻マスク・鼻マスクを適切に戻す(注)	粘膜を刺激しないように吸引チューブを抜いているか。 ロ鼻マスクまたは鼻マスクを外す又は変更した場合、適切に元に戻しているか。		
		吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	清潔に清浄綿等を取り出せているか。 清潔に清浄綿等を取り出せているか。 内眼的に確認できる吸引チューブの外側の付着物を連結部から先端に向かって拭きとることができているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。		
	21	 洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	吸引チューブの内側の汚れの除去を確認しているか。		
		吸引器の電源を切る			
	23	吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す	吸引チューブを保管容器の中に確実におさめたか。		
	24	手袋をはずす(手袋を着用している場合)またはセッシを 戻す	汚染した手袋が周囲に触れることなく手袋をはずし、廃棄しているか。 セッシを、周囲や容器の縁に触れることなく戻しているか。		
	25	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	吸引物の状況を分かりやすく伝え、とりきれたかどうかを確認しているか。 ねぎらいの言葉をかけているか。 呼吸を整えやすい安楽な姿勢に整え、その姿勢でよいかどうかを対象者に確認しているか。		
	26	人工呼吸器が正常に作動していること・ロ鼻マスクまたは 鼻マスクの装着感が通常通りであることを確認をする	胸の上がり具合を確認して人工呼吸器の正常作動を確認しているか。 固定位置・固定の強さ、皮膚の状態などの観察項目を把握して、確認もれがないか。		
	27	吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する	吸引した物の量・性状、顔色、呼吸の状態、全身状態、(鼻腔の場合)鼻腔からの出血など について観察できているか。		
	28	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察 する	吸引前の状態と比較して観察しているか。		
	29	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない かを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)			
	30	手洗いをする	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。		
	31	吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する	研修講師に、吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態、鼻腔からの出血、異常の有無などについて報告できているか。		
STEP6:	32	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない ことを報告する(経鼻経管栄養実施者のみ)			
報告	33	人工呼吸器が正常に作動していること・ロ鼻マスクまたは 鼻マスクの装着感が通常通りであることを報告をする	マスクの 着脱に伴う呼吸の変動の可能性もあるため、呼吸状態の異常の有無に加えて、マスクからの空気の漏れ、人工呼吸器回路の異常等について確認できているか。		
	34	ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合 のみ)	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか。		
STEP7:	35	吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる	吸引びんの廃液量の確認が行えているか。 廃液量の交換の必要性を判断できているか。		
片付け	36	使用物品を速やかに後片付けまたは交換する	事故防止、故障予防のために速やかに片づけているか。 使用物品の交換が適切な方法で行えているか。		
STEP8:	37	実施記録を記載する	記載事項を把握しているか。 記載もれはないか。 適切な内容の記載ができているか。		

※清潔の保持、マスク着脱時の皮膚損傷の予防、確実な呼吸器の装着を確認する。

評価項目:喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(通常手順)

	一	評価の視点	
	어때 누건		
1	医師の指示等の確認を行う	吸引圧・吸引時間・吸引の深さ・吸引の留意点、気管カニューレに関する留意点等の確認が できているか。	
2	手洗いを行う	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。	
3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	必要物品を把握しているか。 吸引瓶の排液が廃棄されているか。 吸引器の電源を入れ、陰圧がかかるか。	
4	必要物品を実地研修協力者(演習の場合は演習シミュレーター)のもとに運ぶ	吸引器は水平な場所に設置しているか。 使用しやすい位置に物品を置いているか。 吸引器については、電源配置や接続チューブの長さについても確認しているか。	
5	実地研修協力者に吸引の説明をする	対象者の協力が得られるように、吸引の必要性や方法などをわかりやすく十分説明しているか。	
6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをしているか。 できる限り楽で安定した姿勢で吸引チューブを挿入しやすい体位に整えているか。	
		ロ腔内 (義歯の状態)・鼻腔内の状態 (出血や損傷の有無)・口腔内の分泌物等の貯留物に加えて気管カニューレ周囲や固定の状態を確実に観察・確認できているか。	
		清潔な手袋の着用やセッシの操作方法が守られているか。	
		吸引チューブの先端が周囲に触れないように取り出せているか。	
10	吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	吸引チューブの先端が周囲に触れないように扱い、確実に連結管をつなげているか。	
11	(浸漬法の場合) 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	清浄綿等を清潔に取り出せているか。 他の部分に吸引チューブが触れないようにして、清浄綿等で連結部から先端に向かって拭き とることができているか。 消毒液が確実に拭きとれているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。	
12	吸引器の電源を入れて原則として滅菌精製水を吸い決めら れた吸引圧になることを確認する	水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認できているか。吸引圧のメーターを確認しているか。	
13	吸引チューブ先端の水をよく切る	吸引チューブの先端から水が垂れていないか。	
14	実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う	わかりやすい言葉で協力が得られるよう話しかけ、反応や返答を確認しているか。	
15	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	気管力ニューレの長さ以上まで挿入しないよう所定の深さを守っているか。	
16	適切な吸引時間で気管カニューレ内の分泌物等の貯留物を 吸引する	吸引時間を守っているか。 一力所に吸引圧がかからないように吸引チューブを静かにまわしながら操作できているか。 吸引物や対象者の様子の観察ができているか。	
17	吸引チューブを静かに抜く	粘膜を刺激しないように吸引チューブを抜いているか。	
18	吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	清潔に清浄綿等を取り出せているか。 肉眼的に確認できる吸引チューブの外側の付着物を連結部から先端に向かって拭きとること ができているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。	
		吸引チューブの内側の汚れの除去を確認しているか。	
	回使用の場合は原則として敬某する	吸引チューブを保管容器の中に確実におさめたか、または単回使用の場合は破棄したか。 	
22	子衣ではより(子衣で自用している場面)よだはとサンで戻す	セッシを、周囲や容器の縁に触れることなく戻しているか。	
23	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	吸引物の状況を分かりやすく伝え、とりきれたかどうかを確認しているか。 ねぎらいの言葉をかけているか。 呼吸を整えやすい安楽な姿勢に整え、その姿勢でよいかどうかを対象者に確認しているか。	
		吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態などについて観察できているか。 呼吸状態および気管カニューレや固定状態等の観察項目を把握しているか。 観察もればないか。	
25	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する	吸引前の状態と比較して観察しているか。	
26	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない かを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)		
27	手洗いをする	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。	
		研修講師に、吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態、鼻腔からの出血、異常の有無などについて報告できているか。	
29			
30	ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合のみ)	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか。	
31	吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる	吸引びんの廃液量の確認が行えているか。 廃液量の交換の必要性を判断できているか。	
32	使用物品を速やかに後片付けまたは交換する	事故防止、故障予防のために速やかに片づけているか。 使用物品の交換が適切な方法で行えているか。	
33	実施記録を記載する	記載事項を把握しているか。 記載もれはないか。 適切な内容の記載ができているか。	
	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	ま地研修協力者に吸引の説明をする 吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える 気管カニューレ周囲や固定の状態を観察する 手袋の舗用またはセッシを持つ 吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する 収引器の電源を入れて原則として滅菌精製水を吸い決められた吸引圧になることを確認する 吸引器の電源を入れて原則として滅菌精製水を吸い決められた吸引圧になることを確認する 吸引・カーブ先端の水をよく切る 実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う 適切な吸引時間で気管カニューレ内の分泌物等の貯留物を吸引する 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・チューブを静かに抜く 吸引・カーブを連結管から外し保管容器に戻す、または単回使用の場合は原則として破棄する 手袋をはずす(手袋を着用している場合)またはセッシを戻す 実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える 実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える 実地研修協力者の吸引的の状態と吸引後の状態変化を観察する 実地研修協力者の吸引的の状態と吸引後の状態変化を観察する 吸引・物及び実地研修協力者の状態を観察する 吸引・して破異する 現の引後に経鼻経管栄養・チューブが口腔内に出てきていないかを観察する(経鼻経管栄養・実施者のみ) できる。 吸引・物及び実地研修協力者の状態を報告する 吸引・物及び実地研修協力者の状態を報告する 吸引・物及び実地研修協力者の状態を報告する の引・放して、とないないかを観察する(経鼻経管・栄養・変施者のみ) にとないない、とないない、とないないない、とないないないないないないないないないな	

評価項目:喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(人工呼吸器装着者:侵襲的人工呼吸療法)

実施手順		評価項目	評価の視点
	1	医師の指示等の確認を行う	吸引圧・吸引時間・吸引の深さ・吸引の留意点、人工呼吸器装着脱上の留意点等の確認ができているか。
	2	手洗いを行う	一 石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。
STEP4: 準備	3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	必要物品を把握しているか。 吸引瓶の排液が廃棄されているか。 吸引器の電源を入れ、陰圧がかかるか。
	4	必要物品を実地研修協力者(演習の場合は演習シミュレーター)のもとに運ぶ	吸引器は水平な場所に設置しているか。 使用しやすい位置に物品を置いているか。 吸引器については、電源配置や接続チューブの長さについても確認しているか。
	5	実地研修協力者に吸引の説明をする	対象者の協力が得られるように、吸引の必要性や方法などをわかりやすく十分説明しているか。
	6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	プライバシー保護のため、必要に応じてカーテン・スクリーンをしているか。 できる限り楽で安定した姿勢で吸引チューブを挿入しやすい体位に整えているか。
		気管カニューレ周囲や固定の状態、人工呼吸器の作動状況 を観察する	口腔内(義歯の状態)・鼻腔内の状態(出血や損傷の有無)・口腔内の分泌物等の貯留物に加えて気管カニューレ周囲や固定の状態、人工呼吸器の作動状況を観察・確認できているか。
		手袋の着用またはセッシを持つ	清潔な手袋の着用やセッシの操作方法が守られているか。
		吸引チューブを清潔に取り出す 吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	吸引チューブの先端が周囲に触れないように取り出せているか。 吸引チューブの先端が周囲に触れないように扱い、確実に連結管をつなげているか。
	11	吸引デュープを周潔に吸引品と理動管で連絡する (漫漬法の場合)吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	マンガー・フリカの国内に関わないように扱い、
	12	吸引器の電源を入れて原則として滅菌精製水を吸い決めら れた吸引圧になることを確認する	滅菌精製水を吸引して、吸引力を観察し、適切な吸引力の設定を確認できているか。 吸引圧のメーターを確認しているか。
		吸引チューブ先端の水をよく切る	吸引チューブの先端から水が垂れていないか。
		実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う 人工呼吸器の接続を外す	わかりやすい言葉で協力が得られるよう話しかけ、反応や返答を確認しているか。 人工呼吸器の接続は吸気を確認して適切なタイミング、方法で外しているか。 気管カニューレを抑えすぎたり引っ張りすぎていないか。 外した後の回路の清潔は保たれているか。 外す際に吸引チューブの清潔は保たれているか。
	16	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	 気管カニューレの長さ以上まで挿入しないよう所定の深さを守っているか。
STEP5:		適切な吸引時間で気管カニューレ内の分泌物等の貯留物を 吸引する	吸引時間を守っているか。 一力所に吸引圧がかからないように吸引チューブを静かにまわしながら操作できているか。 吸引物や対象者の様子の観察ができているか。
実施		吸引チューブを静かに抜く	粘膜を刺激しないように吸引チューブを抜いているか。
		人工呼吸器の接続を元に戻す 吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	人工呼吸器の接続は、確実かつ清潔に元に戻しているか。 清潔に清浄綿等を取り出せているか。 肉眼的に確認できる吸引チューブの外側の付着物を連結部から先端に向かって拭きとること ができているか。 使用した清浄綿等は、1回ごとに廃棄しているか。
	21	滅菌精製水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	吸引チューブの内側の汚れの除去を確認しているか。
	22	吸引器の電源を切る	
	23	吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す、または単回使用の場合は原則として破棄する	吸引チューブを保管容器の中に確実におさめたか、または単回使用の場合は破棄したか。
	24	手袋をはずす (手袋を着用している場合) またはセッシを 戻す	汚染した手袋が周囲に触れることなく手袋をはずし、廃棄しているか。 セッシを、周囲や容器の縁に触れることなく戻しているか。
	25	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	吸引物の状況を分かりやすく伝え、とりきれたかどうかを確認しているか。 ねぎらいの言葉をかけているか。 呼吸を整えやすい安楽な姿勢に整え、その姿勢でよいかどうかを対象者に確認しているか。
	26	人工呼吸器が正常に作動していることを確認する	胸の上がり具合を確認して人工呼吸器および回路の正常作動を確認しているか。 人工呼吸器の着脱に伴う呼吸の変動の可能性もあるため、呼吸状態の異常の有無や、コネクター接続部からの空気の漏れ、人工呼吸器回路の異常等について確認できているか。
	27	吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する	吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態などについて観察できているか。 呼吸状態および気管カニューレや固定状態等の観察項目を把握しているか。 観察もればないか。
	28	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察 する	吸引前の状態と比較して観察しているか。
	29	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない かを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)	
	30	手洗いをする	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。
	31	吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する	研修講師に、吸引した物の量・性状、顔色・呼吸の状態、全身状態、鼻腔からの出血、異常の有無などについて報告できているか。
STEP6: 報告	32	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていない ことを報告する(経鼻経管栄養実施者のみ)	
	33	人工呼吸器が正常に作動していることを報告する ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか。
		のみ) 吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる	吸引びんの廃液量の確認が行えているか。
STEP7: 片付け		使用物品を速やかに後片付けまたは交換する	廃液量の交換の必要性を判断できているか。 事故防止、故障予防のために対しているか。
		2.3.5555 C.E. (1.0.1 C.E.) (1151) O/ICIO X1X 3 O	使用物品の交換が適切な方法で行えているか。 記載事項を把握しているか。
STEP8: 記録	37	実施記録を記載する	記載手具を出煙しているが。 記載もればないか。 適切な内容の記載ができているか。

評価項目:胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

実施手順		評価項目	評価の視点
	1	医師の指示等の確認を行う	注入物・注入量・注入時間・留意点等の確認ができているか。
	2	手洗いを行う	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。
	3	必要な物品を準備する	必要部品が準備できているか。 使用物品の状況を観察し、劣化、漏れ、汚染状況を観察しているか。
STEP4:	4	指示された栄養剤(流動食)の種類・量・時間を確認する	氏名・経管栄養剤の内容と量・有効期限・注入開始時間・注入時間を確認できているか。
準備	5	経管栄養の注入準備を行う	栄養剤は本人のものであることを確認しているか。 栄養剤を適温にできているか。 栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しているか。 イルリガートル(ボトル)のふたは確実に閉めているか。
	6	準備した栄養剤(流動食)を実地研修協力者(演習の場合 は演習シミュレーター)のもとに運ぶ	栄養剤が本人のものであることを確認ができているか。
	7	実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施につい て説明する	意識レベルの低い場合でも、実地研修協力者に処置の説明を行っているか。
	8	注入する栄養剤(流動食)が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する	栄養剤が実地研修協力者本人のものであるか確認できているか。 適切な体位をとれているか。 接続部より50cm以上高い所にイルリガートル(ボトル)の液面があるか。
	9	経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する	経管栄養チューブが、ねじれたり折れたりしていないか、固定が外れていないかを確認しているか。 外れないように接続できているか。
	10	注入を開始し、注入直後の様子を観察する	実地研修協力者の状態に異常がないか確認しているか。 滴下速度は指示されたとおりであるか。
STEP5: 実施	11	注入中の表情や状態を定期的に観察する	全身状態の観察ができているか。 むせこみ、表情の変化などの観察を行っているか。
	12	注入中の実地研修協力者の体位を観察する	適切な体位を維持できているか。
	13	注入物の滴下の状態を観察する	注入物の滴下が適切かどうか、観察できているか。
	14	挿入部からの栄養剤(流動食)のもれを確認する。	挿入部の異常の有無(もれの兆候等)を確認しているかどうか。
	15	注入中に実地研修協力者の状態を観察する	注入中に実地研修協力者が気分不快、腹部ぼう満感、おう気・おう吐などを訴えていないかを確認できているか。 異常を発見した場合は研修講師に連絡し、対応できているか。
	16	注入終了後は白湯を注入し、状態を観察する	注入終了後に、白湯を注入しているか。 実地研修協力者の状態を観察しているか。
	17	クレンメを閉め、経管栄養チューブの接続を外し、半坐位 の状態を保つ	クレンメを確実に閉め、接続を外す際は、チューブを抜去しないように注意しているか。 半坐位の状態を保持しているか。
	18	注入後、実地研修協力者の状態を観察し、報告する	研修講師に、腹部ぼう満感、おう気・おう吐・腹痛、呼吸困難や表情の変化など観察し、報告ができているか。
STEP6: 報告	19	体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位変換を再開する	おう吐を誘発する可能性もあり、観察し報告できているか。
	20	ヒヤリハット・アクシテントの報告をする(該当する場合 のみ)	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか。
STEP7: 片付け	21	環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする	使用物品は決められた方法で洗浄・消毒を行っているか。 環境を汚染していないか。
STEP8: 記録	22	実施記録を記載する	実施時刻、栄養剤(流動食)の種類、量等について記録しているか。 記載もれはないか。 適切な内容の記載ができているか。

評価項目:経鼻経管栄養

実施手順	評価項		評価の視点
	1	医師の指示等の確認を行う	注入物・注入量・注入時間・留意点等の確認ができているか。
	2	手洗いを行う	石鹸と流水またはすりこみ式のアルコール製剤により手指を清潔にしているか。 手洗い方法が守られているか。
	3	必要な物品を準備する	必要部品が準備できているか。 使用物品の状況を観察し、劣化、漏れ、汚染状況を観察しているか。
STEP4:	4	指示された栄養剤(流動食)の種類・量・時間を確認する	氏名・経管栄養剤の内容と量・有効期限・注入開始時間・注入時間を確認できているか。
準備	5	経管栄養の注入準備を行う	栄養剤は本人のものであることを確認しているか。 栄養剤を適温にできているか。 栄養点滴チューブ内の空気を排除し準備しているか。 イルリガートル(ボトル)の心たは確実に閉めているか。
	6	準備した栄養剤(流動食)を実地研修協力者(演習の場合 は演習シミュレーター)のもとに運ぶ	栄養剤が本人のものであることを確認ができているか。
	7	実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する	意識レベルの低い場合でも、実地研修協力者に処置の説明を行っているか。
	8	注入する栄養剤(流動食)が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する	栄養剤が実地研修協力者本人のものであるか確認できているか。 適切な体位をとれているか。 接続部より50cm以上高い所にイルリガートル(ボトル)の液面があるか。
	9	経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する	経管栄養チューブが、ねじれたり折れたりしていないか、固定が外れていないかを確認しているか。 外れないように接続できているか。
	10	注入を開始し、注入直後の様子を観察する	実地研修協力者の状態に異常がないか確認しているか。 滴下速度は指示されたとおりであるか。
STEP5: 実施	11	注入中の表情や状態を定期的に観察する	全身状態の観察ができているか。 むせこみ、表情の変化などの観察を行っているか。
	12	注入中の実地研修協力者の体位を観察する	適切な体位を維持できているか。
	13	注入物の滴下の状態を観察する	注入物の滴下が適切かどうか、観察できているか。
	14	注入中に実地研修協力者の状態を観察する	注入中に実地研修協力者が気分不快、腹部ぼう満感、おう気・おう吐などを訴えていないか を確認できているか。 異常を発見した場合は研修講師に連絡し、対応できているか。
	15	注入終了後は白湯を注入し、状態を観察する	注入終了後に、白湯を注入しているか。 実地研修協力者の状態を観察しているか。
	16	クレンメを閉め、経管栄養チューブの接続を外し、半坐位 の状態を保つ	クレンメを確実に閉め、接続を外す際は、チューブを抜去しないように注意しているか。 半坐位の状態を保持しているか。
	17	注入後、実地研修協力者の状態を観察し、報告する	研修講師に、腹部ぼう満感、おう気・おう吐・腹痛、呼吸困難や表情の変化など観察し、報告ができているか。
STEP6: 報告	18	体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位変換を再開する	おう吐を誘発する可能性もあり、観察し報告できているか。
	19	ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合のみ)	手順のミスや対象者のいつもと違った変化について、正確に報告ができているか。
STEP7: 片付け	20	環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする	使用物品は決められた方法で洗浄・消毒を行っているか。 環境を汚染していないか。
STEP8: 記録	21	実施記録を記載する	実施時刻、栄養剤(流動食)の種類、量等について記録しているか。 記載もれはないか。 適切な内容の記載ができているか。

施設名 事業所名	
施設名•事業所名	

令和3年度青森県喀痰吸引等研修申込にかかる総括表

	研修名	申込	申記	
	如修石	今回 申込者数	別途 申込者数	※な
1	第一号、第二号研修	人		
2	 認定特定行為業務従事者実地研修前講座•演習 	人	人	
3	半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習	人	人	
4	人工呼吸器追加講座·演習	人	人	
5	指導者講習の伝達講習	人		

申込なし ※なしと記入

注1) 当様式は、当年度分申込書の初回提出時にのみ、ご提出ください。

注2)申込ありの欄において、

色付きセルのみ、または色なしセルのみに人数が入った場合→返信用封筒を1通同封してください。 色付きセルと色なしセルの両方に人数が入った場合→返信用封筒を2通同封してください。

(2通同封した場合、別途申込時には返信用封筒は不要です)

返信用封筒の同封部数を右下欄に記載してください。

海信田封笛	湿
返信用封筒	囲

令和3年	5	月	7	日
		~		

令和3年度分申込書の 初回提出月日を記入すること

ᄮ	設律	フュマ	≠ ≉	ᆇᆱ	f名
伌	配え1	5.5	尹ヲ	トリ	140

令和3年度青森県喀痰吸引等研修申込にかかる総括表

	TII lby 力	申込あり			
	研修名 	今回 申込和		別途 申込者	
1	第一号、第二号研修	3	人		
2	認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習		人	2	人
3	半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習	1	人	2	人
4	人工呼吸器追加講座•演習		人		人
5	指導者講習の伝達講習	1	人		

申込なし
※なしと記入
なし

注1) 当様式は、当年度分申込書の初回提出時にのみ、ご提出くだ。人数が入った場合は、、返信用

色付きセル、色なしセル、両方に 封筒は2通同封すること

注2)申込ありの欄において、

色付きセルのみ、または色なしセルのみに人数が入った場合→返信用封筒を1通同封してください。 色付きセルと色なしセルの両方に人数が入った場合→返信用封筒を2通同封してください。

(2通同封した場合、別途申込時には返信用封筒は不要です)

返信用封筒の同封部数を右下欄に記載してください。

2 通 返信用封筒

青森県知事 三村申吾 殿

施設名•事業所名	
代表者 職・氏名	

令和3年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-1(新規受講者用) 部 2 介護職員の写真(縦3cm×横2.4cm)2枚 人分
- 3 介護職員の受講優先順位及び受講希望回

優先順位	職員氏名	受講希望回
1		第1回目 · 第2回目
2		第1回目 · 第2回目
3		第1回目 · 第2回目
4		第1回目 • 第2回目
5		第1回目 · 第2回目

受講希望回を○で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※申込みの状況により、受講回を調整させていただく場合があります。

令和 3 年 5 月 7 日

青森県知事 三村申吾 殿

提出する年月日を記入すること

施設名・事業所名 特別養護老人ホームあおもり荘

代表者 職・氏名 施設長 黒石 六郎

令和3年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

1 別紙様式2-1(新規受講者用)

3 部

2 介護職員の写真(縦3cm×横2.4cm)2枚

3 人分

3 介護職員の受講優先順位及び受講希望回

優先順位	職員氏名	受講希望回
1	青森 五郎	第1回目・第2回目
2	弘前 一郎	第1回目 第2回目
3	八戸 二郎	第1回目 · 第2回目
4		第1回目 • 第2回目
5		第1回目 · 第2回目

受講希望回を○で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※ 6名以上申し込む場合は、行をコピーして追加してください。

※申込みの状況により、受講回を調整させていただく場合があります。

青森県知事	=	++	由	五	殿
日林宗和尹		ሆጉ	₩		严又

施設名•事業所名		
代表者 職•氏名		

令和3年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-2(認定特定行為業務従事者用) _____ 部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名
1	
2	
3	
4	
5	

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

令和3年5月7日

青森県知事 三村申吾 殿

提出する年月日を記入すること

施設名・事業所名 特別養護老人ホームあおもり荘 代表者 職・氏名 施設長 黒石 六郎

令和3年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-2(認定特定行為業務従事者用) 3 部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名
1	青森 五郎
2	弘前 一郎
3	八戸 二郎
4	
5	

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※ 6名以上申し込む場合は、行をコピーして追加してください。

主太旧后古	_	++	-	-	13.00
青森県知事	_	个门	甲	台	殿

施設名·事業所名	
代表者 職・氏名	

令和3年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-3(半固形化栄養剤) 部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性	受講希望回(希望日)
1		一·二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後
2		一·二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後
3		一·二号 · 既認定者 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後
4		一·二号 · 既認定者 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後
5		一·二号 · 既認定者 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後

受講者属性・受講希望回の該当項目を〇で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※申込みの状況により、受講回を調整させていただく場合があります。

令和3年5月7日

青森県知事 三村申吾 殿

提出する年月日を記入すること

施設名・事業所名 特別養護老人ホームあおもり荘

代表者 職·氏名 施設長 黒石 六郎

令和3年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-3(半固形化栄養剤)__ 3 部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性	受講希望回(希望日)
1	青森 五郎	一·二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・午後
2	弘前 一郎	一·二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 年前・ 午後
3	八戸 二郎	-・二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木) • 9/10(金) 午前 • 午後
4		一·二号 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後
5		一·二号 · 既認定者 研修申込者 · 既認定者	9/9(木)・9/10(金) 午前 ・ 午後

受講者属性・受講希望回の該当項目を〇で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※ 6名以上申し込む場合は、行をコピーして追加してください。

※申込みの状況により、受講回を調整させていただく場合があります。

青森県知事 三村申吾 殿

施設名・事業所名		
代表者 職・氏名		

令和3年度人工呼吸器追加講座・演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-4(人工呼吸器) 部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性		
1		一·二号 研修申込者 · 既認定者		
2		一·二号 研修申込者 · 既認定者		
3		一·二号 · 既認定者 研修申込者 · 既認定者		
4		一·二号 研修申込者 · 既認定者		
5		一·二号 研修申込者 · 既認定者		

受講者属性の該当項目を〇で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

令和 3 年 5 月 7 日

青森県知事 三村申吾 殿

提出する年月日を記入すること

施設名・事業所名 特別養護老人ホームあおもり荘

代表者 職・氏名 施設長 黒石 六郎

令和3年度人工呼吸器追加講座・演習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

1 別紙様式2-4(人工呼吸器)

3 部

2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性
1	青森 五郎	一・二号 ・ 既認定者
2	弘前 一郎	一·二号 研修申込者 · 既認定者
3	八戸 二郎	一·二号 研修申込者 · 既認定者
4		ー・二号 研修申込者 ・ 既認定者
5		一·二号 研修申込者 · 既認定者

受講者属性の該当項目を〇で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※ 6名以上申し込む場合は、行をコピーして追加してください。

(別紙様式2-1表	を面)						<u> 顔写真貼付欄</u>
令和3年	E度青森県喀痰吸 ^ī	引等研修(第一、 (新規受講者用)		号研修)受詞	講申込書		- 3か月以内に撮影 - 写真の大きさは、 3cm×2.4cm - 背景のないもの
1 受講者及びその	の所属先について	•					・貼付したものと同じ 写真(ウラ面に所属名
フリガナ							及び氏名を記載)を 別に1枚提出
受講者氏名						_	令和3年 月 撮影
私	は、研修全課程を	受講することに同意	意し、	申込みします	· o		性別
生年月日(西暦))年	月	3 生	《	歳) 4月1日現在		男・女
 資 格				200 12 12 1			l
介護職員等とし	ての勤務年数	入所系事業所	-		年	か月	
※令和	3年4月1日現在	通所系事業所			年	か月	
所属している事業所	所の設置主体名(法.	人名)		所属している	施設名・事	業所名	
事業所の根拠法				サービスの種	重別		
事業所所在地	(〒 _)			
登録特定行為事業	者としての登録	登録	済み	• 登録申	請予定		※ いずれかに ○印を付す
フリガナ		-		電話番号			
研修責任者氏名				FAX番号			

2 指導看護師について

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講 習に申込みが必要です。

	フリガナ	
指導看	護師等の氏名	
1		2 4 年度中央研修修了者 を添付すること)
2		令和2年度 伝達講習修了者 を添付すること)
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	講習修了者 を添付すること)
4	今年度 新規 ※指導看護師の申 を提出	□込みも行うこと→ 別紙様式3

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資 格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してくださ

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

1 7/			, , , , , , , , , , ,	0	
希望		対象 利用者数			
	1	口月	人		
	2	鼻肌	人		
	3	気管	気管カニューレ内部 吸引利用者		
	4	経	胃ろう利用者		
	4	管栄	人		
	5	養	経鼻利用者	人	

※いずれかの行為を必要とする利用者が現にいることが申込 みに必要な要件です。(1.2.4の行為について、利用者がい ることが望ましい。)

4 一部履修免除について

平成28年度から、介護福祉士の養成課程等において、喀痰吸引等に関する科目「医療的ケア」を修了した者につい ては、喀痰吸引等研修のうち、基本研修(講義 50時間)の受講が免除できることとなりました。

また、平成30年度から前年の本研修の筆記試験不合格者についても基本研修(講義 50時間)の受講が免除(一 度限り)できることとなりました。

基本研修(講義 50時間)の受講免除について

希望する・しない

いずれか に○印を 付してく ださい。

年3月介護福祉士 令和2年県喀痰吸引等 免除該当理由 実務者研修修了 研修受講 養成施設卒業

(別紙様式2-1 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名)	施設名・事業所名
事業所の根拠法	サービスの 種別

6 実地研修について

(1) 宝地研修!	+ 次の行為のうた	いずれか―行为	11 F (1)2)A)A	3行為以上が望まし	ハ)を宝施します
(1) 天坝坝川溪山	み、火ひ川 (高ひ) ノウ	しょり オレル・ニュース	<i>V</i>	311点以上が主まし	ひら かま 一切しまり 。

① 口腔内吸引 10回以上

② 鼻腔内吸引20回以上③ 気管カニューレ内部吸引20回以上

④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 20回以上 ※胃ろうと腸ろうを合わせて20回以上ではありません。

⑤ 経鼻経管栄養 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当 を	該研修の受講生として、 推薦します。
令和3年月日	
施設名(事業所名	
代表者職・氏名	

記載例					<u> 顔写真貼付欄</u>
令和3年	F度青森県喀痰	吸引等研修(第一、第	二号研修)受講申	込書	・3か月以内に撮影・写真の大きさは、
		※ 行の高さ、列の幅	は変えないこと。		3cm×2.4cm ・背景のないもの
1 受講者及びそ	の所属先につい	いて			貼付したものと同じ写真(ウラ面に所属名
フリガナ		アオモリ ゴ	ロウ		及び氏名を記載)を 別に1枚提出
受講者氏名		青森 五	郎		令和3年
文冊 1 八七			נות		4月 撮影
私	は、研修全課程	を受講することに同意し	、申込みします。		性別
生年月日(西暦)	1980	年 8 月 2 日 5	± (40	歳)	(男)・女
		- <u>- </u>	※令和3年4月1	日現在	
資 格	介護福祉:	±			
介護職員等とし	 ての勤務年数	入所系事業所	3 年	3 か月	
※令和	3年4月1日現在	通所系事業所	5 年	3 か月	
所属している事業所	所の設置主体名(法人名)	所属している施言	役名・事業所名	
社	会福祉法人あ	おもり会	特別養護	老人ホームあ	おもり荘
事業所の根拠法	1	个護保険法	サービスの 種別	介護老人	、福祉施設
事業所所在地	(〒	030 —	0801)		
青森市新町10丁	目11-11				
登録特定行為事業	*************************************	録 登録済み) · 登録申請	 予定	※いずれかに ○EDなせま

2 指導看護師について

フリガナ

研修責任者氏名

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講習 に申込みが必要です。

ヒロサキ

弘前

八郎

$\frac{1}{2}$	グが必安しり。	
フリガナ		アオモリ ハナコ
指導看護師等の氏名		青森 花子
1		・2 4 年度中央研修修了者 いを添付すること)
2		・令和2年度 伝達講習修了者 いを添付すること)
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	負講習修了者 しを添付すること)
4	今年度 新規 ※指導看護師の 提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3を

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資 格免許の写し及び研修の修了証)を添付してください。

4 一部履修免除について

電話番号

FAX番号

5

Ľ	希望			利用	者数	
	0	1	口腔口	10	人	
	0	2	鼻腔内吸引利用者			人
		3		気管カニューレ内部 吸引利用者		
)	,	経	胃ろう利用者	5	人
	0) 4 管 栄	腸ろう利用者	0	人	

017-000-000

017-000-001

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。

利用者がいない場合は0人としてください。

※いずれかの行為を必要とする利用者が現にいることが申 込みに必要な要件です。(1.2.4の行為について、利用 者がいることが望ましい。)

経鼻利用者

平成28年度から、介護福祉士の養成課程等において、喀痰吸引等に関する科目「医療的ケア」を修了した者に ついては、喀痰吸引等研修のうち、基本研修(講義 50時間)の受講が免除できることとなりました。

また、平成30年度から前年の本研修の筆記試験不合格者についても基本研修(講義 50時間)の受講が免除 (一度限り)できることとなりました。

基本研修(講義 50時間)の受講免除について

希望する・しない

いずれか に○印を 付してく ださい。

○印を付す

対象

3 人

平成29年3月介護福祉士 免除該当理由 実務者研修修了 養成施設卒業

令和2年県喀痰吸引等 研修受講

(別紙様式2-1 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名	3)	施設名・事業所名		
社	会福祉法人あおもり会	特別養護老人ホームみさわ荘		
事業所の根拠法	介護保険法	サービスの 種別	介護老人福祉施設	

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上(①②④の3行為以上が望ましい。)を実施します。

① 口腔内吸引

10回以上

② 鼻腔内吸引

20回以上

③ 気管カニューレ内部吸引

20回以上

④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

20回以上 ※胃ろうと腸ろうを合わせて20回以上ではありません。

· OBXL ABOTOM

⑤ 経鼻経管栄養 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の 提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地研	「修先を確保した上	で、当該研修の受講生として	•
青森	五郎	を推薦します。	

令和3年<u>5</u>月<u>7</u>日

施設名(事業所名)

特別養護老人ホームあおもり荘

代表者職 氏名

施設長 黒石 六郎

令和3年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習申込書

1	受講者及	7170	いい国	牛1-	\sim 1	17
- 1	安油有及	ハマロ	ソバル	カル	こつし	١(

フリガナ						
受講者氏名						
ま んし	 は、研修全課程	を受講することに同意	1. 自込みし	 .ます。		 性別
					<u> </u>	十八.1
┃ 生年月日(西暦) ┃ ┃	<u> </u>	_ ^年 ^月	l 生 (※令	歳 和3年4月1日現	,	男・女
資 格						
介護職員等とし	ての勤務年数	入所系事業所	-	年	か月	
※令和2	2年4月1日現在	通所系事業所		 年	か月	
所属している事業所	所の設置主体名(法人名)	所属して	いる施設名	• 事業所名	
 			 !	<u>-</u>		
事業所の根拠法			サービス	スの種別		
事業所所在地	(〒	_)		
	•			_		
フリガナ			電話番	:号		
┃ ┃ 研修責任者氏名 ┃				-		
			FAX番	ち		
			1			
認定証登録番号						
			_			
	1	口腔内の喀痰吸引	;			
	2	鼻腔内の喀痰吸				
認定済の特定行	·為 3	気管カニューレP		支引		
	4	胃ろう又は腸ろう			固形を除く	

2 指導看護師について

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講習に申込みが必要です。

5

経鼻経管栄養

	フリガナ	
指導看護師等の氏名		
1		・2 4 年度中央研修修了者 シを添付すること)
2		・令和2年度 伝達講習修了者 ・を添付すること)
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	講習修了者 を添付すること)
4	今年度 新規 ※指導看護師のF を提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象 利用者数
	気管カニューレ内部吸引利用 者	人
	経鼻経管栄養利用者	人

(別紙様式2-2 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名)	施設名・事業所名
事業所の根拠法	サービスの 種別

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか又は全部を実施します。

気管カニューレ内部吸引 20回以上経鼻経管栄養 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、 を推薦します。
令和3年 月日

施設名(事業所名)	
代表者職·氏名	

令和3年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・演習申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

1 受講者及びその所属先につ	しい	って
----------------	----	----

フリガナ		アオモリ ゴロ					
受講者氏名		青森 五郎					
私	は、研修全課程	を受講することに同意し	`	申込みします	0		性別
生年月日(西暦)	1980					男・女	
資 格	介護福祉士	Ė					
介護職員等とし	ての勤務年数	入所系事業所		3	年	3 か月	
※令和	2年4月1日現在	通所系事業所		5	年	3 か月	
所属している事業所の設置主体名(法人名)				所属している施設名・事業所名			
社会福祉法人あおもり会				特別養	護	老人ホームあ	おもり荘
事業所の根拠法	 1	 介護保険法)	介護老人	.福祉施設
事業所所在地	(〒	030 —	08	01)			
青森市新町10丁目11-11							
フリガナ	<u>۲</u> ۵	サキ ハチロウ		電話番号	017	7-000-000	
研修責任者氏名	<u>5</u> ,	仏前 八郎		 FAX番号	017	7–000–001	

認定証登録番号 0 2 2 0 0 0 0 0 0

	0	1	口腔内の喀痰吸引
	0	2	鼻腔内の喀痰吸引
認定済の特定行為		3	気管カニューレ内部の喀痰吸引
	0	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形を除く)
		5	経鼻経管栄養

2 指導看護師について

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講習に申込みが必要です。

フリガナ		アオモリ ハナコ	
指導看護師等の氏名		青森 花子	
1		- 2 4 年度中央研修修了者 - を添付すること)	
2	平成23年度~令和2年度 伝達講習修了者 (修了証の写しを添付すること)		
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	員講習修了者 しを添付すること)	
4	今年度 新規 ※指導看護師の 提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3を	

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象 利用者数
	気管カニューレ内部吸引利 用者	0 人
0	経鼻経管栄養利用者	2 人

(別紙様式2-2 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。 訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人	图)	施設名・事業所名		
社	会福祉法人あおもり会	特別養護老人ホームあおもり荘		
事業所の根拠法 介護保険法		サービスの 種別	介護老人福祉施設	

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか又は全部を実施します。

気管カニューレ内部吸引

20回以上

経鼻経管栄養

20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、 その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の 提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、 青森 五郎 を推薦します。

令和3年 5月 7 日

施設名(事業所名)

特別養護老人ホームあおもり荘

代表者職•氏名

施設長 黒石 六郎

令和3年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習受講申込書

1 受講者及びその所属先について

	77774761		
フリガナ			
受講者氏名			
私は	、研修全課程を受講することに同意し、申	込みします。	性別
生年月日(西暦)	——年—月——日生	(歳) ※令和3年4月1日現在	男・女
所属している事業所の	の設置主体名(法人名) 所	所属している施設名・事業所名	
事業所所在地	(T —)	
フリガナ		電話番号	
研修責任者氏名		 FAX番号	
認定証登録番号	*	※第一号、第二号研修申込	⅓者は記入不要
認定済の特定行為		喀痰吸引 る経管栄養(半固形を除・	<)

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

2 指導看護師について

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講習 に申込みが必要です。

	フリガナ	
指導看	護師等の氏名	
1		・2 4 年度中央研修修了者 ・を添付すること)
2		・令和2年度 伝達講習修了者 ・を添付すること)
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	i講習修了者 いを添付すること)
4	今年度 新規 ※指導看護師のF を提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象 利用者数
	胃ろうによる経管栄養 (半固形化栄養剤)	人
	腸ろうによる経管栄養 (半固形化栄養剤)	人

(別紙様式2-3 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名)		施設名・事業所	名
事業所の根拠法		サービスの 種別	

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか又は全部を実施します。

胃ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤) 20回以上 腸ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤) 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、 その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、

- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

を推薦	薦します。
令和3年月日	
施設名(事業所名)	
代表者職・氏名	

令和3年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演習受講申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

1 受講者及びその所属先について

フリガナ	フリガナ アオモリ ゴロワ				
受講者氏名	受講者氏名 青森 五郎				
私は、	研修全課程を受講することに同意し、	申込みします	- o	性別	
生年月日(西暦)	年	`	歳) 4月1日現在	男・女	
所属している事業所の	所属している事業所の設置主体名(法人名) 所属している施設名・事業所名				
社会福祉法人あおもり会			養護老人ホームを	あおもり荘	
事業所所在地 (〒030 —0801					
青森市新町10丁目11一11					
フリガナ	ヒロサキ ハチロウ	電話番号	017-000-0000		
研修責任者氏名	弘前 八郎	FAX番号	017-000-0001		

認定証登録番号 0	2	1	0	0	0	0	0	0
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

•			-1 . +
	\bigcirc	1	口腔内の喀痰吸引
	\bigcirc	2	鼻腔内の喀痰吸引
認定済の特定行為	\bigcirc	3	気管カニューレ内部の喀痰吸引
	\bigcirc	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形を除く)
		5	経鼻経管栄養

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

2 指導看護師について

指導看護師等がいない場合は、指導看護師の伝達講習 に申込みが必要です。

フリガナ		アオモリ ハナコ	
指導看	護師等の氏名	青森 花子	
1	平成23年度~24年度中央研修修了者 (修了証の写しを添付すること)		
2	平成23年度〜令和2年度 伝達講習修了者 (修了証の写しを添付すること)		
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	負講習修了者 いを添付すること)	
4	今年度 新規 ※指導看護師の 提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3を	

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象 利用者数		
\bigcirc	胃ろうによる経管栄養 (半固形化栄養剤)	2	人	
	腸ろうによる経管栄養 (半固形化栄養剤)		人	

(別紙様式2-3 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名	3)	施設名・事業所名		
社	会福祉法人あおもり会	特別養調	護老人ホームあおもり荘	
事業所の根拠法	介護保険法	サービスの 種別	介護老人福祉施設	

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか又は全部を実施します。

胃ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤) 20回以上 腸ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤) 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、 その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の 提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地	研作	多先を確保	した上で、	、当該研修の	り受講生とし	て、
青	茶	五郎		を推薦し	ます。	

令和3年<u>5</u>月<u>7</u>日

施設名(事業所名) 特別養護老人ホームあおもり荘

代表者職・氏名 施設長 黒石 六郎

48

令和3年度人工呼吸器追加講座・演習受講申込書

1	受講者	及びそ	-の所	属先に	こつい	1
---	-----	-----	-----	-----	-----	---

フリガナ	
受講者氏名	
私は、	研修全課程を受講することに同意し、申込みします。 性別
生年月日(西暦)	年月日生(歳) ※令和3年4月1日現在 男・女
所属している事業所の	設置主体名(法人名) 所属している施設名・事業所名
事業所所在地	(T
フリガナ	電話番号
研修責任者氏名	FAX番号
認定証登録番号	※第一号、第二号研修申込者は記入不要
認定済の特定行為	1 口腔内の喀痰吸引2 鼻腔内の喀痰吸引3 気管カニューレ内部の喀痰吸引

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

経鼻経管栄養

2 指導看護師について

指導看護師も研修に出席し、研修受託機関の講師ととも に評価票による演習の指導をすることを条件とします。

5

,	フリガナ	
指導看	護師等の氏名	
勤務先		
電話番号		FAX番号
1		・2 4 年度中央研修修了者 ・を添付すること)
2		・令和2年度 伝達講習修了者 ・を添付すること)
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	i講習修了者 ルを添付すること)
4	を提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形を除く)

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象 利用者数
	口腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	人
	鼻腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	人
	気管カニューレ内部の 喀痰吸引(侵襲的人工呼吸療法)	人

※ 気管カニューレの研修は開放式吸引のみとなります。

4 実地研修先の確保について

上記3において、現に利用者がいなくても、 自ら実地研修先を確保できる場合は〇を記載 してください。

自ら実地研修先を確保できる。

(別紙様式2-4 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名	名)	施設名・事業所	名
事業所の根拠法		サービスの 種別	

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上を実施します。

口腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸療法) 10回以上 鼻腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸療法) 20回以上 気管カニューレ内部の喀痰吸引(侵襲的人工呼吸療法) 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、 その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、

- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

を推	É薦します。
令和3年月日	
施設名(事業所名)	
代表者職・氏名	

令和3年度人工呼吸器追加講座·演習受講申込書

1 受講者及びその所属先について

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

· 文冊 古及いての							
フリガナ	アオモリ ゴロ	ウ					
受講者氏名	青森 五郎	3					
私は	私は、研修全課程を受講することに同意し、申込みします。 性別						
生年月日(西暦)	年8月2日生	(<u>40</u> 歳) ※令和3年4月1日現在	男・女				
所属している事業所の設置主体名(法人名) 所属している施設名・事業所名							
社会福祉法人あおもり会 訪問介護事業所あおもり							
事業所所在地	(T 030 —08	01)					
青森市新町10丁目	11−11						
フリガナ	ヒロサキ ハチロウ	電話番号 017-000-0000					
研修責任者氏名	弘前 八郎	FAX番号 017-000-0001					
-							

認定証登録番号	0	2	1	0	0	0	0	0	0) ※第一号、第二号研修申込者は記入不	要
				•							
			<u>) </u>	1		<u>腔内</u>	の啐	客痰 吸	<u> </u>		
			\supset	2	鼻	腔内	の噂	客痰呀	吲		
認定済の特定行	為		\supset	3	気	管カ		L — L	/内i	7部の喀痰吸引	
			\supset	4	胃	ろう	又に	は腸さ	うう	うによる経管栄養(半固形を除く)	
			$\overline{)}$	5	経	鼻 終	管策	養			

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

2 指導看護師について

<u>指導看護師も研修に出席し、研修受託機関の講師ととも</u> <u>に評価票による演習の指導をすることを条件とします。</u>

	フリガナ	アオモリ ハナコ				
指導看	護師等の氏名	青森 花子				
勤務先	訪問看護	養ステーションあおもり				
電話番号	017-700-0002	FAX番号 017-700-0003				
1	平成23年度〜24年度中央研修修了者 (修了証の写しを添付すること)					
2	平成23年度〜令和2年度 伝達講習修了者 (修了証の写しを添付すること)					
3	医療的ケア教員 (修了証の写し	負講習修了者 いを添付すること)				
4	提出	申込みも行うこと→ 別紙様式3を				

※ 指導看護師は1~4のいずれかに該当する者です。 該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し)を添付してください。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目		象 者数
	口腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	0	人
	鼻腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	0	人
\bigcirc	気管カニューレ内部の 喀痰吸引 (侵襲的人工呼吸療法)	0	人

※ 気管カニューレの研修は開放式吸引のみとなります。

4 実地研修先の確保について

上記3において、現に利用者がいなくても、自ら実地研修先を確保できる場合は〇を記載してください。

 •
自ら実地研修先を確保できる。

(別紙様式2-4 裏面)

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名(法人名	3)	施設名・事業所名			
社	会福祉法人あおもり会	訪問看護ステーションあおもり			
事業所の根拠法	介護保険法	サービスの 種別	訪問介護		

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上を実施します。

口腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸療法) 10回以上 鼻腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸療法) 20回以上 気管カニューレ内部の喀痰吸引(侵襲的人工呼吸療法) 20回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制 として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、 その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、 当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より 実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修 を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の 提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地	研修	多先を確保	した上で、	,当該研修 <i>0</i>	り受講生とし	て、
青	<u>*</u>	五郎		を推薦し	ます。	

令和3年<u>5</u>月<u>7</u>日

施設名(事業所名) 訪問介護事業所あおもり 代表者職・氏名 管理者 日本 一郎

令和3年度指導者講習の伝達講習 申込書

	<u>ひその所</u>	禹允に ん	ンいて								
フリガナ	-										
受講者氏	名										
生年月日(西	暦)		年	月	日 生	(歳)		<u>ተ</u>	生別
	•					※令和	口3年4月1	日現在		男	· 女
資格						免許	番号				
通算臨床経験	(年数	年		か月	現在	の施設・ 経験 ⁴		での		年	か月
所属している事	[業所の設置	主体名(注	去人名)			所属して	いる施設	设名・事	業所名		
事業所所在地		(〒_)				
電話番号					FΑ	X番号	 				
指導する介護	職員等の氏	名									

2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許の写しを添付してください。

下記に記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

		項目	対象 利用者数	人工呼吸器装着者 利用者数
1	口腔	四内吸引利用者	人	人
2	鼻腔	四个	人	Д
3		カニューレ内部 吸引利用者	人	人
4	経	胃ろう利用者	人	
4	管 栄	腸ろう利用者	人	
5	養	経鼻利用者	人	

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。

令和3年度指導者講習の伝達講習 申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

1	受講者及びその	D所属先につい <mark>て</mark>	
			 -

フリガナ	/				ハチノ	ヘーハナ							
受講者氏	.名				八戸	花子	<u>-</u>						
生年月日(西	西暦)	_19	970 年	3	月 30	日生	(<u>*</u>	49 予和3年4月1	歳) 日現在		月	性	別 女
資格			;	看護師	币		免記	午番号		126	5789)	
通算臨床経験	年数	10	年	0	か月	現在		・事業所 食年数	での	5	年	3	か月
所属している事	掌業所の	設置主	体名(法	人名)			所属し	ている施言	ひ名・事	業所名			
	社会福	祉法人	、あお キ	もり会	:		特	持別養護 ≉	老人ホ-	ームは	ちσ.)^	荘
事業所所在地		(Ŧ	033		00	31)					
電話番号	0178-0	0-0000)			FA)	〈番号	0176–00-	-0001				
指導する介護職員等の氏名 青森 五郎													

2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許の写しを添付してください。

下記に記載してください。 利用者がいない場合は0人としてください。

		項目		対象 用者数	人工呼吸器装着者 利用者数		
1	口腔	空内吸引利用者	20	人	0	人	
2	鼻腔	內吸引利用者	10	人	0	人	
3		カニューレ内部 吸引利用者	2	人	0	人	
4	経	胃ろう利用者	5	人			
4	管 栄	腸ろう利用者	5	人			
5	養	経鼻利用者	0	人			

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。