

## 現場演習許可申請書

喀痰吸引等研修における現場演習の許可を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |      |
|---------|------|
| 受講生氏名   |      |
| 所属先名称   |      |
| 受講生連絡先  | 電話番号 |
| 研修対象者氏名 |      |
| 指導者氏名   |      |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 口腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |  |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |  |
| 経鼻経管栄養                       |  |

同時提出する必要がある関係書類（チェックした項目に○）

|  |                   |
|--|-------------------|
|  | 喀痰吸引等研修計画書        |
|  | 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価表 |
|  | 実地研修実施体制確認書       |
|  | 介護職員等喀痰吸引研修指示書    |

## 【地域連携在宅看護研究会 記載欄】

|             |                                                          |          |   |
|-------------|----------------------------------------------------------|----------|---|
|             | 年 月 日                                                    | 研修責任者 氏名 | 印 |
| 現場演習<br>□許可 | 理由                                                       |          |   |
| □不許可        | 再提出 □ 喀痰吸引等計画書 □ 手順書 □ 現場演習評価表<br>□ 実地研修実施体制確認書 □ その他( ) |          |   |

見本

年 月 日

地域連携在宅看護研究会 殿

受講生氏名 印

## 現場演習許可申請書

喀痰吸引等研修における現場演習の許可を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 受講生氏名   |                                  |
| 所属先名称   |                                  |
| 受講生連絡先  | 電話番号 個人の携帯電話等、日中連絡が取れる番号を記載して下さい |
| 研修対象者氏名 | 一度の受講で実習できる対象者は一人だけです。           |
| 指導者氏名   |                                  |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |                               |   |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| 口腔内吸引（通常手順）                  | 研修対象者に複数の行為を行う場合は、複数○を付けて下さい。 | ○ |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |                               | ○ |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |                               |   |
| 経鼻経管栄養                       |                               |   |

同時提出する必要がある関係書類（チェックした項目に○）

|                   |                   |                                                                                                                                          |
|-------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○                 | 喀痰吸引等研修計画書        | 全て揃っていないと、現場演習の許可は出せません。必ずチェックして提出して下さい。<br>上記で○を付けた喀痰吸引等行為の「喀痰吸引等手順書」と「現場演習評価表」を作成し、すべて同封して下さい。同封されていない項目は、研修を行えません。後から追加は、別の研修扱いとなります。 |
| ○                 | 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価表 |                                                                                                                                          |
| ○                 | 実地研修実施体制確認書       |                                                                                                                                          |
| ○                 | 介護職員等喀痰吸引研修指示書    |                                                                                                                                          |
| 【地域連携在宅看護研究会 記載欄】 |                   |                                                                                                                                          |

|             |                                                          |          |   |
|-------------|----------------------------------------------------------|----------|---|
|             | 年 月 日                                                    | 研修責任者 氏名 | 印 |
| 現場演習<br>□許可 | 理由                                                       |          |   |
| □不許可        | 再提出 □ 喀痰吸引等計画書 □ 手順書 □ 現場演習評価表<br>□ 実地研修実施体制確認書 □ その他( ) |          |   |

# 介護職員等喀痰吸引等研修指示書

介護職員等が喀痰吸引等の実地研修を行うにあたり、下記の通り指示いたします。

|              |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |                                       |      |         |               |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|---------|---------------|
| 事業者          |                                                                                                                                                                                                                    | 事業者名                                                                     |                                       |      |         |               |
|              |                                                                                                                                                                                                                    | 受講者名                                                                     |                                       |      |         |               |
| 対象者          | 氏名                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                       | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 月 日<br>( 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<br>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)<br>口腔内吸引          吸引圧          kPa 以下    吸引時間          秒以内<br>鼻腔内吸引          吸引圧          kPa 以下    吸引時間          秒以内<br>気管カニューレ内吸引    吸引圧          kPa 以下    吸引時間          秒以内<br><注意事項> |                                                                          |                                       |      |         |               |
|              | 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      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |                                       |      |         |               |

- 「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。
- 「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。

指導看護師等の指導の下、上記指示内容で喀痰吸引等を介護職員等が実地研修することについて同意します。

平成 年 月 日

機関名  
住所  
電話  
FAX

登録研修機関 地域連携在宅看護研究会  
介護職員等喀痰吸引等研修 実地研修指導看護師 殿

医師名



平成 年 月 日

## 実地研修実施体制確認書

地域連携在宅看護研究会 宛

受講者氏名

事業所名

代表者氏名

⑨

実地研修の実施にあたり、国の喀痰吸引等研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしていることを確認しましたので、報告します。

### 記

| 項 目                                                                                                                                                                                                 | チェック |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| (1) 利用者の同意                                                                                                                                                                                          |      |
| 利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施と介護職員等、利用者のかかりつけ医等の医師、訪問看護 事業所等との連携対応について介護職員等から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師等の指導の下、実地研修を受けている介護職員等が当該行為について実習を行うことを書面により同意していること。<br>* 喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書 |      |
| (2) 医療機関関係者による的確な医学管理                                                                                                                                                                               |      |
| ①指導をする者が医師以外の場合、利用者のかかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し書面による必要な指示があること。<br>* 介護職員等喀痰吸引等研修指示書                                                                                                                      |      |
| ②家族、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、保健所の保健師等、介護職員等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれ役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実習を行うこと。                                                                                                            |      |
| ③利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。                                                                                                                             |      |
| (3) たんの吸引等の水準の確保                                                                                                                                                                                    |      |
| ①実地研修においては、指導看護師等が介護職員等を指導すること。<br>* 喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書                                                                                                                                      |      |
| ②介護職員等は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であって、現場演習における評価基準を満たした者であること。                                                                                                                                         |      |
| ③たんの吸引等については、利用者のかかりつけ医等の医師に承認された介護職員等が、指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。                                                                                                                                 |      |
| ④利用者に関するたんの吸引等について、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、個別的な技術の手順書が整備されていること。                                                                                                                           |      |
| ※（指導補助者がいる場合）在宅等においては、医師、看護師等と連携した本人・家族・経験のある介護職員等が、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指示の下、指導の補助を行うことができる。<br>* 喀痰吸引等研修 実地研修講師補助 履歴書及び就任承諾書                                                                    |      |

| 項 目                                                                                                                                                                             | チェック |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| (4) 体制整備                                                                                                                                                                        |      |
| ① たんの吸引を実施する事業者は、安全の確保のための体制の整備を行うため、在宅の場合には、利用者ごとに医療関係者を含めた定期的なケア・カンファレンスを実施するなど、訪問看護事業所等との連携による安全確保体制を整備すること。                                                                 |      |
| ② 適切な医学管理の下で、当該利用者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該介護職員等は、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師の指導の下で、家族、利用者のかかりつけ医等の医師及び訪問看護師との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて利用者の健康状態を共有し連携を図ることができる体制の整備がなされていること。 |      |
| ③ 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。                                                                                                                                       |      |
| ④ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、たんの吸引等を実施する事業者や利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。                                                                                            |      |
| ⑤ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに夜間をはじめ緊急時に利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等との連絡体制が構築されていること。                                                                                      |      |
| ⑥ 感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。                                                                                                                                                    |      |
| ⑦ 事業所の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。                                                                                                                                                  |      |
| (5) 地域における体制整備                                                                                                                                                                  |      |
| 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。                                                                                                                                   |      |

\* 確認出来たら、チェック欄に確認者の印を押す事

\* 実地研修開始前に提出して下さい。

平成 年 月 日

## 実地研修実施体制確認書

地域連携在宅看護研究会 宛

受講者氏名 **川 神奈**

事業所名 **〇〇訪問介護**

代表者氏名 **オリバー・ニャーン**

印

実地研修の実施にあたり、国の喀痰吸引等研修事業実施要綱に示されていることを確認しましたので、

**この用紙は、受講生ともに、事業所の管理者がチェックして下さい。**

| 項 目                                                                                                                                                                                                 | チェック |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| (1) 利用者の同意                                                                                                                                                                                          |      |
| 利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施と介護職員等、利用者のかかりつけ医等の医師、訪問看護 事業所等との連携対応について介護職員等から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師等の指導の下、実地研修を受けている介護職員等が当該行為について実習を行うことを書面により同意していること。<br>* 喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書 |      |
| (2) 医療機関関係者による的確な医学管理                                                                                                                                                                               |      |
| ①指導をする者が医師以外の場合、利用者のかかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し書面による必要な指示があること。<br>* 介護職員等喀痰吸引等研修指示書                                                                                                                      |      |
| ②家族、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、保健所の保健師等、介護職員等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれ役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実習を行うこと。                                                                                                            |      |
| ③利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。                                                                                                                             |      |
| (3) たんの吸引等の水準の確保                                                                                                                                                                                    |      |
| ①実地研修においては、指導看護師等が介護職員等を指導すること。<br>* 喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書                                                                                                                                      |      |
| ②介護職員等は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であって、現場演習における評価基準を満たした者であること。                                                                                                                                         |      |
| ③たんの吸引等については、利用者のかかりつけ医等の医師に承認された介護職員等が、指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。                                                                                                                                 |      |
| ④利用者に関するたんの吸引等について、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、個別的な技術の手順書が整備されていること。                                                                                                                           |      |
| ※（指導補助者がいる場合）在宅等においては、医師、看護師等と連携した本人・家族・経験のある介護職員等が、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指示の下、指導の補助を行うことができる。<br>* 喀痰吸引等研修 実地研修講師補助 履歴書及び就任承諾書                                                                    |      |

| 項 目                                                                                                                                                                             | チェック |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| (4) 体制整備                                                                                                                                                                        |      |
| ① たんの吸引を実施する事業者は、安全の確保のための体制の整備を行うため、在宅の場合には、利用者ごとに医療関係者を含めた定期的なケア・カンファレンスを実施するなど、訪問看護事業所等との連携による安全確保体制を整備すること。                                                                 |      |
| ② 適切な医学管理の下で、当該利用者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該介護職員等は、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師の指導の下で、家族、利用者のかかりつけ医等の医師及び訪問看護師との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて利用者の健康状態を共有し連携を図ることができる体制の整備がなされていること。 |      |
| ③ 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。                                                                                                                                       |      |
| ④ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、たんの吸引等を実施する事業者や利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。                                                                                            |      |
| ⑤ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに夜間をはじめ緊急時に利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等との連絡体制が構築されていること。                                                                                      |      |
| ⑥ 感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。                                                                                                                                                    |      |
| ⑦ 事業所の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。                                                                                                                                                  |      |
| (5) 地域における体制整備                                                                                                                                                                  |      |
| 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。                                                                                                                                   |      |

\* 確認出来たら、チェック欄に確認者の印を押す事

\* 実地研修開始前に提出して下さい。

\* 印の書類が揃っている、もしくは項目が当てはまる場合に、管理者がチェックをして印を押して下さい。

すべての項目が確認され、当てはまった場合のみ実地研修を行える体制が整っている事業所と認め実地研修を行う事が出来ます。

# 喀痰吸引等研修 計画書

|                   |   |       |  |
|-------------------|---|-------|--|
| 作 成 者 氏 名         | ㊦ | 作 成 日 |  |
| 対象者又は署名代行者        | ㊦ | 承 認 日 |  |
| 実 地 研 修 講 師 氏 名   | ㊦ | 承 認 日 |  |
| 研 修 機 関 担 当 者 氏 名 | ㊦ | 承 認 日 |  |

下記の喀痰吸引等業務実施計画について十分に説明を受け、内容確認を行い計画を承認いたします。

|              |             |             |                             |         |                 |
|--------------|-------------|-------------|-----------------------------|---------|-----------------|
| 基本<br>情<br>報 | 対<br>象<br>者 | 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<br>業<br>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 |             |                             |         |                 |

|                            |                     |               |
|----------------------------|---------------------|---------------|
| 実<br>地<br>研<br>修<br>計<br>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<br>喀痰吸引  |               |
|                            | 胃ろう又は腸ろうによ<br>る経管栄養 |               |
|                            | 経鼻経管栄養              |               |
|                            | 結果報告予定年月日           | 年 月 日         |

## 喀痰吸引等研修 計画書

|                   |                    |       |          |
|-------------------|--------------------|-------|----------|
| 作 成 者 氏 名         | ここは受講生の氏名を書いてください㊦ | 作 成 日 | 作成日を記載する |
| 対象者又は署名代行者        | 利用者さんに同意をもらい署名捺印㊦  | 承 認 日 | 同意日を記載   |
| 実 地 研 修 講 師 氏 名   | 実地研修講師に同意をもらい署名捺印㊦ | 承 認 日 | 同意日を記載   |
| 研 修 機 関 担 当 者 氏 名 | 当研究会記載欄（空けておく事）㊦   | 承 認 日 | （空けておく事） |

下記の喀痰吸引等業務実施計画について十分に説明を受け、内容確認を行い計画を承認いたします。

|      |                 |             |                             |         |                 |
|------|-----------------|-------------|-----------------------------|---------|-----------------|
| 基本情報 | 対<br>象<br>者     | 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<br>業<br>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 |             | 受け持ちの訪問看護師等の氏名              |         |                 |
|      | 担 当 医 師 氏 名     |             | 指示書を書いた主治医の氏名               |         |                 |

|        |                     |                                            |  |  |  |
|--------|---------------------|--------------------------------------------|--|--|--|
| 実地研修計画 | 計 画 期 間             | 年 月 日 ～ 年 月 日                              |  |  |  |
|        | 目 標                 | 現場演習及び実地研修は、基本研修の講義の日の翌月末迄に終了するようにして下さい。   |  |  |  |
|        | 実 施 行 為             | 実施頻度/留意点                                   |  |  |  |
|        | 口腔内の喀痰吸引            | 例 週に一度訪問時に実施します。嘔吐しやすいので、食後直ぐには行わない様になります。 |  |  |  |
|        | 鼻腔内の喀痰吸引            |                                            |  |  |  |
|        | 気管カニューレ内部の<br>喀痰吸引  |                                            |  |  |  |
|        | 胃ろう又は腸ろうによ<br>る経管栄養 |                                            |  |  |  |
|        | 経鼻経管栄養              | 報告日の期限は、基本研修の講義の日の翌月末迄とします。                |  |  |  |
|        | 結果報告予定年月日           | 年 月 日                                      |  |  |  |

地域連携在宅看護研究会 殿

.....年 月 日

受講生氏名.....印

## 実地研修許可申請書

喀痰吸引等研修における実地研修の許可を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |      |
|---------|------|
| 受講生氏名   |      |
| 所属先名称   |      |
| 受講生連絡先  | 電話番号 |
| 研修対象者氏名 |      |
| 指導者氏名   |      |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 口腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |  |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |  |
| 経鼻経管栄養                       |  |

同時提出する必要がある関係書類（チェックした項目に○）

|  |              |
|--|--------------|
|  | 記入済みの現場演習評価表 |
|  | 実地研修評価表      |

### 【地域連携在宅看護研究会 記載欄】

|                         |                                                            |          |   |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|----------|---|
|                         | 年 月 日                                                      | 研修責任者 氏名 | 印 |
| 現場演習<br>□許可<br><br>□不許可 | 理由<br><br><br><br>再提出 □ 記入済みの現場演習評価表 □ 実地研修評価表<br>□ その他( ) |          |   |

見本

年 月 日

地域連携在宅看護研究会 殿

受講生氏名 印

## 実地研修許可申請書

喀痰吸引等研修における実地研修の許可を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 受講生氏名   |                                  |
| 所属先名称   |                                  |
| 受講生連絡先  | 電話番号 個人の携帯電話等、日中連絡が取れる番号を記載して下さい |
| 研修対象者氏名 | 一度の受講で実習できる対象者は一人だけです。           |
| 指導者氏名   |                                  |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |                               |   |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| 口腔内吸引（通常手順）                  | 研修対象者に複数の行為を行う場合は、複数○を付けて下さい。 | ○ |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |                               | ○ |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |                               |   |
| 経鼻経管栄養                       |                               |   |

同時提出する必要がある関係書類（チェックした項目に○）

|   |              |                                                                                                                                                   |
|---|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ | 記入済みの現場演習評価表 | 全て揃っていないと、実地研修の許可は出せません。必ずチェックして提出して下さい。<br>上記で○を付けた喀痰吸引等行為の「記入済み現場演習評価表」と、作成した「実地研修評価表」は、すべて同封して下さい。<br>同封されていない項目は、研修を行えません。後から追加は、別の研修扱いとなります。 |
| ○ | 実地研修評価表      |                                                                                                                                                   |

【地域連携在宅看護研究会 記載欄

|                                          |     |   |
|------------------------------------------|-----|---|
|                                          | 年 月 | 印 |
| 現場演習<br>□許可<br><br>□不許可                  | 理由  |   |
| 再提出 □ 記入済みの現場演習評価表 □ 実地研修評価表<br>□ その他( ) |     |   |

地域連携在宅看護研究会 殿

.....年 月 日

受講生氏名.....印

## 研修修了証申請書

喀痰吸引等研修における実地研修を修了し、研修修了証を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 受講生氏名   |                   |
| 受講生住所   |                   |
| 受講生生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 男性 女性 |
| 所属先名称   |                   |
| 受講生連絡先  | 電話番号              |
| 研修対象者氏名 |                   |
| 指導者氏名   |                   |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 口腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |  |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |  |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |  |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |  |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |  |
| 経鼻経管栄養                       |  |

同時提出する関係書類（すべて提出する必要があります。チェックした項目に○）

|  |                     |
|--|---------------------|
|  | 記入済みの実地研修評価表        |
|  | 記入済みの喀痰吸引等研修実施状況報告書 |

### 【地域連携在宅看護研究会 記載欄】

|                         |                                                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                         | 年 月 日 研修責任者 氏名 印                                              |
| 研修終了<br>□許可<br><br>□不許可 | 理由<br><br><br>再提出 □ 記入済みの実地研修評価表 □ 喀痰吸引等研修実施状況報告書<br>□ その他( ) |

見本

年 月 日

地域連携在宅看護研究会 殿

受講生氏名 印

## 研修修了証申請書

喀痰吸引等研修における実地研修を修了し、研修修了証を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 受講生氏名   |                                  |
| 受講生住所   |                                  |
| 受講生生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 男性 女性                |
| 所属先名称   |                                  |
| 受講生連絡先  | 電話番号 個人の携帯電話等、日中連絡が取れる番号を記載して下さい |
| 研修対象者氏名 | 一度の受講で実習できる対象者は一人だけです。           |
| 指導者氏名   |                                  |

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

|                              |                               |   |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| 口腔内吸引（通常手順）                  | 研修対象者に複数の行為を行う場合は、複数○を付けて下さい。 | ○ |
| 口腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 鼻腔内吸引（通常手順）                  |                               | ○ |
| 鼻腔内吸引（人工呼吸器（NIPPV）装着中）       |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（通常手順）            |                               |   |
| 気管内カニューレ内吸引（人工呼吸器（TIPPV）装着中） |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（滴下）          |                               |   |
| 胃瘻または腸ろうによる経管栄養（半固形）         |                               |   |
| 経鼻経管栄養                       |                               |   |

同時提出する関係書類（すべて提出する必要があります。チェックした項目に○）

|                         |                                                               |                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○                       | 記入済みの実地研修評価表                                                  | 全て揃っていないと、終了証発行は出来ません。<br>必ずチェックして提出して下さい。<br>上記で○を付けた喀痰吸引等行為の「記入済みの実地研修評価表」と実地研修指導講師に作成してもらった「喀痰吸引等研修実施状況報告書」をすべて同封して下さい。同封されていない項目は、終了証に記載できません。後から追加は、別の研修扱いとなります。 |
| ○                       | 記入済みの喀痰吸引等研修実施状況報告書                                           |                                                                                                                                                                       |
| 【地域連携在宅看護研究会 記載欄】       |                                                               |                                                                                                                                                                       |
| 年 月 日 研修責任者             |                                                               |                                                                                                                                                                       |
| 研修終了<br>□許可<br><br>□不許可 | 理由<br><br><br>再提出 □ 記入済みの実地研修評価表 □ 喀痰吸引等研修実施状況報告書<br>□ その他( ) |                                                                                                                                                                       |

# 喀痰吸引等研修実施状況報告書

|            |     |         |                             |         |     |             |
|------------|-----|---------|-----------------------------|---------|-----|-------------|
| 基本情報       | 対象者 | 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 |
|            | 事業所 | 住 所     |                             |         |     |             |
|            |     | 事業所名称   |                             |         |     |             |
|            |     | 受講生氏名   |                             |         |     |             |
|            |     | 管理責任者氏名 |                             |         |     |             |
| 実地研修指導講師氏名 |     |         |                             |         |     |             |

|                    |                        |          |                                    |                                   |
|--------------------|------------------------|----------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 研修実施結果             | 実 施 期 間                |          | 年 月 日 ～ 年 月 日                      |                                   |
|                    | 実 施 日<br>( 実 施 日 に ○ ) |          | 平成 年 月                             | 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                           |
|                    | 喀<br>痰<br>吸<br>引       | 口腔内の喀痰吸引 |                                    | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中 |
|                    |                        | 鼻腔内の喀痰吸引 |                                    | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中 |
| 気管カニューレ内部<br>の喀痰吸引 |                        |          | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中  |                                   |
| 経<br>管<br>栄<br>養   | 胃ろう又は腸ろうに<br>よる経管栄養    |          | <input type="checkbox"/> 半固形流動食の注入 |                                   |
|                    | 経鼻経管栄養                 |          |                                    |                                   |

上記のとおり、喀痰吸引等の研修実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日

事業者名

実地研修指導講師



# 喀痰吸引等研修実施状況報告書

見本

注意 この用紙は、実地研修を指導した看護師・医師が記載して下さい。

|            |     |         |                             |         |     |             |
|------------|-----|---------|-----------------------------|---------|-----|-------------|
| 基本情報       | 対象者 | 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 |
|            | 事業所 | 住 所     |                             |         |     |             |
|            |     | 事業所名称   |                             |         |     |             |
|            |     | 受講生氏名   |                             |         |     |             |
|            |     | 管理責任者氏名 |                             |         |     |             |
| 実地研修指導講師氏名 |     |         |                             |         |     |             |

|                |                        |          |                                              |                                              |
|----------------|------------------------|----------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 研修実施結果         | 実 施 期 間                |          | 年 月 日 ～ 年 月 日                                |                                              |
|                | 実 施 日<br>( 実 施 日 に ○ ) |          | 平成 年 月                                       | 平成 年 月 日                                     |
|                |                        |          | 1 2 3 4 5 6 7                                | 行った日に○を付けて下さい。研修が二カ月に渡った場合、こちらでも使用して下さい。     |
|                |                        |          | 8 9 10 11 12 13 14                           |                                              |
|                |                        |          | 15 16 17 18 19 20 21                         |                                              |
|                |                        |          | 22 23 24 25 26 27 28                         |                                              |
|                |                        |          | 29 30 31                                     | 29 30 31                                     |
|                | 実 施 行 為                |          | 実施結果                                         |                                              |
|                | 喀 痰 吸 引                | 口腔内の喀痰吸引 | 例 ○月○日より現場演習、○月○日より実地研修を行い、それぞれ問題なく出来る様になった。 | <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中 |
|                |                        | 鼻腔内の喀痰吸引 |                                              | 人工呼吸器(NIPPVも含む)使用中の場合チェックして下さい               |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |                        |          | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中            |                                              |
| 経 管 栄 養        | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養        |          | <input type="checkbox"/> 半固形流動食の注入           |                                              |
|                | 経鼻経管栄養                 |          | 半固形流動食の注入の場合チェックして下さい。                       |                                              |
|                |                        |          |                                              |                                              |

上記のとおり、喀痰吸引等の研修実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日

事業者名

実地研修指導講師



## 喀痰吸引等研修ヒヤリハット・アクシデント報告書

|        |          |  |
|--------|----------|--|
| 報告者状況  | 事業所名称    |  |
|        | 管理責任者氏名  |  |
|        | 受講者氏名    |  |
| 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              | <b>【喀痰吸引】</b><br>①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>②部位            ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 )<br><b>【経管栄養】</b> ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 ) |                                                                 |                                                                                             |
| 第1発見者<br>(○は1つ)    | <input type="checkbox"/> 記入者自身<br><input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員<br><input type="checkbox"/> 連携看護職員<br><input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 医師<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 家族や訪問者<br><input type="checkbox"/> その他<br>(                      ) |
| 出来事の発生状況           | ※誰が、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<br>への報告         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                                                                             |
| 連携看護職員<br>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<br>実施      | <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |                                                                                             |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | □あり（具体的な処置：_____）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 出来事が発生した<br>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<br>を全て)                   | <b>【人的要因】</b><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他（_____） |
|                                    | <b>【環境要因】</b><br><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（_____）<br><b>【管理・システムの要因】</b><br><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<br><input type="checkbox"/> その他（_____）                                                                                                                                        |
| 出来事の<br>影響度分類<br>(レベル0～5の<br>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<br>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