

喀痰吸引等登録研修機関 地域連携在宅看護研究会

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）について

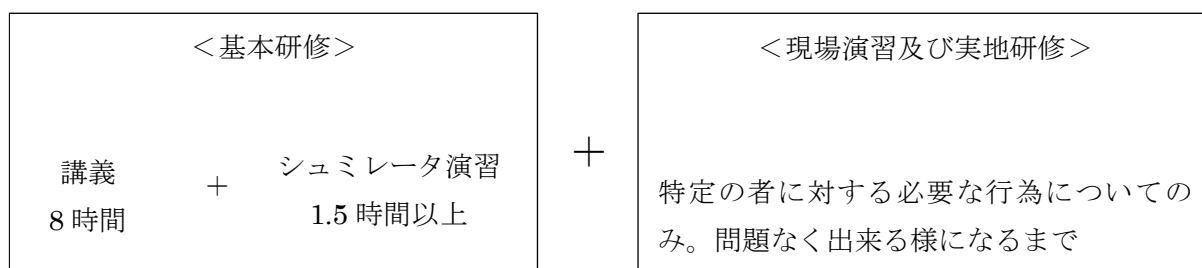
1. 研修の名称

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）

2. 実施する研修課程

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める第3号研修

別表第三研修（特定の者対象）



(1) 研修の進み方

- ① まず、基本研修の講義（8時間）を受講して頂きます。受講後、筆記試験を行い合格するとシュミレータ演習 1.5 時間以上を行います。ここまでで事業所の会議室等の研修会場で行います。シュミレータ演習には、人工呼吸器使用中の利用者に対する演習も行います。
- ② 講義とシュミレータ演習修了後、現場演習を行います。現場演習は、対象者の居る所で行いますが、対象者に使用する物品を用いて、シュミレータ演習を行います。問題なく出来る様になるまで行います。
- ③ 現場演習で問題なく出来る様になったら、いよいよ実際に対象者をお願いして実地研修を行います。

3. 受講者及び受講資格

次のすべてに該当するかたを対象とします。

- (1) 喀痰吸引等を日常的に必要とする障害者等の支援に従事する者であって、研修終了後、業として喀痰吸引等を行うことが見込まれる方
- (2) 実地研修の実施にあたり、対象となる利用者（実地研修協力者）、指導者（看護師等）及び実施機関の協力が得られる方
 - ① 対象となる利用者（実地研修協力者）は、研修開始時に受講生が受け持ちをされている方か、将来受け持つ予定の者である事。
 - ② 指導者（看護師等）は、現在受け持ち看護師又は主治医であるか、将来受け持つ予定の看護師又は医師とする事。（無関係の医療職に指導を依頼してはならない。）

4. 募集定員

会場の規模にもよりますが、一回の研修会は5名程度が理想で、最大8名位迄対応致します。最少1名より開催します。ただし、1～3名での申し込みの場合は、外部に対して募集を行う事をご了承下さい。

5. 受講料

全課程（基本研修及び実地研修）15000円 × 受講生人数分 + 講師交通費

(1) 受講料には、保険料と教材費、テキスト代、文書発行費を含む。

(2) 文書発行費には、外部の機関の文書発行費用（医師の指示書料等）は含まれない。その為、受講生が外部の機関に医師の指示書等文書を請求した場合、受講生が文書発行費用を負担する事とする。

(3) 現場演習及び実地研修の講師は、受講生が確保する事を前提とし実地研修機関や実地研修講師への謝金は、受講料には含まれていない。謝金が必要な場合は、受講生が各機関と相談し支払う事とする。

(4) 一回の研修会で、対象となる利用者一人分の研修を行う。複数人の場合は、一度研修を終えて、別途現場演習と実地研修を行う必要がある。

(5) 再試験に不合格の場合や途中で講義を受けられなくなった場合等、研修委員会が認める場合には、次回以降の研修会に参加し補習講義を受ける事が出来る。その場合、再保険料の実費などで5000円を別途徴収します。

(6) 講師交通費は、東急田園都市線 つきみ野駅を基点とした公共交通機関の往復×日数分の運賃の実費を別途請求する。

(7) 受講料は、研修修了時迄に納付する事。

6. 研修実施日時及び場所

(1) 基本研修及び筆記試験

日時の例 連続した土曜日、日曜日 9:30～16:30 二日間

休日的一天 8:00～20:00

平日夕方 一回3時間×4日

など、研修カリキュラムは、依頼者と相談して決めます。

場所 申し込みのあった、事業所の会議室等で行います。

研修会場の要件

① 10m²（6畳間程度）以上の広さがある部屋を確保出来る事。

*使用予定の部屋が「相談室」等施設認可の要件となっている部屋の場合、営業時間外しか使用することが出来ないのので注意をしてください。

② 最低6名が座れる椅子と机（テーブルでも可能）を用意できる事

③ 事業所の関係者以外の受講も認める事。

④ 駐車場を一台分確保できる事。

⑤ 流し台、トイレ等が使用できる事。

(2) 現場演習及び実地研修

- ① 基本研修の講義が終了後に行う筆記試験に合格後、各受講者の実地研修協力者（対象者）の居宅及び利用されている入所施設等で実地研修実施機関の実地研修指導講師の指導の下に行う。実地研修の実施の際は、対象となる利用者（研修協力者）等より、書面による同意を得るとともに、医師の指示書に基づき、研修を実施する事。

7. 実地研修指導講師について

- (1) 基本研修修了後、現場演習及び実地研修を行います。現場演習及び実地研修は実地研修指導講師（医師または看護師）の指導の下に行う必要があります。受講生は受講申し込みの時まで、実地研修指導講師を確保する必要があります。
- (2) 実地研修指導講師は、研修協力者（対象となる利用者）の状況を把握している者である医師、看護師（主治医、受け持ち看護師など）であり、実地研修指導講師の要件を満たしている必要があります。
- (3) 実地研修指導講師は登録された実地研修実施機関に所属している必要があります。実地研修実施機関になっていない訪問看護事業所等の看護師等では、現場演習及び実地研修を行えません。主治医や受け持ち看護師の所属している訪問看護ステーション等へ地域連携在宅看護研究会の事を知らせ、「実地研修実施機関の登録について」を渡して確認してもらってください。

*「実地研修実施機関の登録について」も確認して下さい。

8. 研修修了の認定方法

(1) 基本研修

すべての講義及び演習を出席した受講者に対して、筆記試験を実施し、90%以上の正解のあった場合に、研修修了と認定する。

(2) 実地研修

- ① 指導者は、喀痰吸引等研修実施要綱（H24.3.30 社援発 0330 第 43 号）に定める評価票に基づき、実地研修の結果を評価し、手順どおりに実施できると評価された受講者について、実地研修修了とする。
- ② 実地研修終了後、指導者から「評価票」を地域連携在宅看護研究会へ提出した後、報告内容を検討の上、適正と認められた場合に修了証を交付する。

9. 応募方法及び応募期限

(1) 応募方法

- ① まずは、研修予定月の前月 10 日迄にメールや FAX や留守番電話などで（出来るだけメールでお願い致します）、空き状況を確認して下さい。打ち合わせをして研修日時を決定致します。
- ② 確認後、必要書類を記載の上、郵送して提出して下さい。

(2) 提出書類

- ① 研修依頼書
- ② 研修会場案内
- ③ 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書
- ④ 喀痰吸引等研修参加申込書
- ⑤ 喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書
- ⑥ 喀痰吸引等研修の係る同意書
- ⑦ 身分証明証の写し（運転免許証、パスポート、住所の記載のある住基ネットカード又は、住民票）

- ✓ 「研修依頼書」「研修会場案内」「喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書」は、それぞれ 1 枚ずつ記載して下さい。
- ✓ 「喀痰吸引等研修参加申込書」「喀痰吸引等研修の係る同意書」は、受講生一人当たり 1 枚ずつ記載して下さい。
- ✓ 「喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書」は、受講生複数人分を 1 枚に記載する事が出来ます。逆に受講生一人に対して、複数の実地研修講師が指導する場合は、それぞれの講師が「喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書」を提出する必要があります。
- ✓ 「喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書」には、必ず保有している医師及び看護師免許証の写しを添付して下さい。

(3) 応募期限

- ① まず研修予定月の前月 10 日迄に空き状況を確認して下さい。
- ② 書類は研修予定日の 14 日前迄に必着で郵送して提出して下さい。

どうしても緊急で研修が必要な場合（急な退院決定等）は、ご相談下さい。ただし、事前に神奈川県に対して研修会の開催申請をする必要がある為、研修会開催日まで 1～2 週間は時間が必要です。「退院してしまった。」「急に明後日退院に…」などの状況は、とても困ると思います。その間、どうしたらよいかアドバイス出来る事もあるので、ご連絡下さい。

<空き状況の問い合わせ先など>

Mail: info@zaitakukango.jp

TEL/FAX: 046-277-5632

件名に「喀痰吸引等研修の空き状況確認したい」と記載して下さい

氏名 所属先 連絡先（電話番号とメールアドレス、FAX）を必ず記載して下さい。
連絡先が事業所の場合、事業所名も記載して下さい。

日中は、担当者が訪問看護師をされていて連絡をする事が出来ません。夜間の返信連絡になる事をご了承下さい。メールの場合は比較的、早く返信できるかもしれません。

<郵送先（提出先）>

〒242-0002

神奈川県大和市つきみ野 2-6-5-403

地域連携在宅看護研究会 研修責任者 才 野 博 之

<お問い合わせ>

〒242-0002

神奈川県大和市つきみ野 2-6-5-403

地域連携在宅看護研究会 研修責任者 才 野 博 之

Facebook page: <http://www.facebook.com/zaitakukango>

HP: <http://zaitakukango.jp/>

Mail: info@zaitakukango.jp

TEL/FAX: 046-277-5632

参考 介護職員等の喀痰吸引研修 カリキュラム案 二日間コース

日	日程	時間	大項目	中項目	時間数
第 1 日	○/○ (○)	9:15	オリエンテーション		
		9:30	重度障がい児・者等の 地域生活等に関する	障害者自立支援法と関係法規 利用可能な制度	2 時間
		11:30	講義	重度障がい児（者）等の地域生活 等	
			昼食		1 時間
		12:30	喀痰吸引等を必要と する重度障がい児・者 等の障がい及び支援 に関する講義	呼吸について 呼吸異常時の症状、緊急時対応 人工呼吸器について 人工呼吸器に係る緊急時対応 喀痰吸引概説 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の吸引 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 喀痰吸引の手順、留意点 等	4 時間
		16:30			

第 2 日	○/○ (○)	9:15	緊急時の対応及び危 険防止に関する講義	健康状態の把握 食と排泄（消化）について 経管栄養概説 胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 経管栄養の手順、留意点 等	2 時間
		11:15			
			休憩・自習		
		11:30	筆記試験		30 分
		12:00			
			オリエンテーション		30 分
			昼食・自習		45 分
		13:15 13:45	再試験	(以降は試験合格者のみ)	30 分
		14:00	喀痰吸引等に関する 演習	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養	2 時間 30 分
		16:30			

参考 介護職員等の喀痰吸引研修 カリキュラム案 1日間コース

日	日程	時間	大項目	中項目	時間数
第 1 日 日		8:00	オリエンテーション		
		8:15	重度障がい児・者等の 地域生活等に関する	障害者自立支援法と関係法規 利用可能な制度	2 時間
		10:15	講義	重度障がい児（者）等の地域生活 等	
			休憩		
		10:30	喀痰吸引等を必要と する重度障がい児・者 等の障がい及び支援 に関する講義	呼吸について 呼吸異常時の症状、緊急時対応 人工呼吸器について 人工呼吸器に係る緊急時対応 喀痰吸引概説 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の吸引 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 喀痰吸引の手順、留意点 等	4 時間
			休憩	合計	1 時間
		17:30	緊急時の対応及び危 険防止に関する講義	健康状態の把握 食と排泄（消化）について 経管栄養概説 胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 経管栄養の手順、留意点 等	2 時間
		17:30 18:00	筆記試験		30 分
		18:00 18:30	再試験		30 分
		18:30 20:00	喀痰吸引等に関する 演習	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養	1 時間 30 分
		20:00 21:00	オリエンテーション		

参考 介護職員等の喀痰吸引研修 カリキュラム案 夕方3時間×4日コース

日	日程	時間	大項目	中項目	時間数
第 1 日	○/○ (○)	18:30	オリエンテーション		
		18:45	重度障がい児・者等の地域生活等に関する講義	障害者自立支援法と関係法規 利用可能な制度 重度障がい児（者）等の地域生活 等	2 時間
		20:45			
		20:45	喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義	呼吸について 呼吸異常時の症状、緊急時対応 人工呼吸器について 人工呼吸器に係る緊急時対応	1 時間
		21:45			
第 2 日	○/○ (○)	18:30	喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義	喀痰吸引概説 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の吸引 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 喀痰吸引の手順、留意点 等	3 時間
第 3 日	○/○ (○)	18:30	緊急時の対応及び危険防止に関する講義	健康状態の把握 食と排泄（消化）について 経管栄養概説 胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 経管栄養の手順、留意点 等	2 時間
		20:30		経管栄養の手順、留意点 等	
		20:45 21:15	筆記試験		30 分
第 4 日	○/○ (○)	18:30 19:00	再試験 （筆記試験不合格者のみ）		30 分
		19:00	喀痰吸引等に関する演習	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養	135 分
		21:15			
			オリエンテーション		

＊注意点＊

次のページからの「実地研修実施機関の登録について」は、研修が始まる前に実地研修を指導してくれる訪問看護ステーション等に渡して、必ず読んでもらって下さい。講義が始まる前までに指導してくれる看護師が確保できている事が、研修を受ける条件となっています。また、「実地研修実施機関」と「実地研修指導講師」の登録を事前に都道府県に対して行う必要がありますので、「喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書」と「喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書」を記載してもらい提出して下さい。

地域連携在宅看護研究会 実地研修実施機関の登録について

「介護職員等の喀痰吸引等研修（第三号研修）」（以下、吸引等研修）では基本研修修了後、現場演習及び実地研修を行います。地域連携在宅看護研究会の行う吸引等研修では、現場演習及び実地研修を実地研修実施機関に委託しています。委託を受けるには、事前に実地研修実施機関の登録が必要です。また、実際に現場演習及び実地研修を行うには、一定の研修を修了した実地研修指導講師が受講生の指導にあたる必要があります。

1. 実地研修実施機関の登録要件

実地研修実施機関の登録には、下記の2項目すべてが当てはまっている必要があります。

- (1) 「実地研修指導講師養成勉強会」等に参加した実地研修指導講師が所属している。または、実地研修実施機関が「登録研修機関」であり研修講師が所属している事

現場演習及び実地研修では、実地研修実施機関の実地研修指導講師が受講生の評価や書類の作成を行います。しかし、評価方法や法定書類などの基準が決められており、事前にそれらの内容を十分理解している必要があります。研修に参加している講師が指導しないと、現場演習や実地研修を進める事が難しい為、研修を受けた講師が所属している事を要件としています。

*当研究会で認めている指導者の養成研修会は、下記の 3 実地研修指導講師の要件の（2）を確認してください

- (2) 実地研修実施機関選定基準を満たしている事

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。② 実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）、事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）、実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等、実地研修を実施する上で必要となる条件が確保されていること。③ 出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。 |
|---|

2. 実地研修実施機関の登録方法

上記の二項目の条件が満たされている場合に、「喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書」を提出することで都道府県に当研究会の研修会における実地研修実施機関として登録されます。提出方法は、依頼を受けた介護事業所等に書類を渡して下さい。その介護事業所等が当研究会に他書類と合わせて提出致します。

3. 実地研修指導講師の要件

実地研修指導講師は、受講生の評価や書類の作成を行います。評価方法や法定書類などの基準が決められており現場演習及び実地研修を進めるにあたり一定の知識を習得してある必要があります。その為、実地研修指導講師の要件を定めます。

(1) 実地研修指導講師は、医師又は看護師の資格を保有している事（准看護師は不可）

(2) 実地研修指導講師は、研修協力者（対象となる利用者）の状況を把握している者である受け持ち看護師や主治医である事

(3) 実地研修指導講師は、次の事業による研修を修了している事

修了していない場合には、地域連携在宅看護研究会の実施する「実地研修指導講師養成勉強会」（１～２時間程度）を受講する必要があります。（ただし、下記の研修を修了している場合でも、当研究会で行う「実地研修指導講師養成勉強会」の受講をお勧めいたします。）

- ① 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成 23 年 9 月 14 日障発 0914 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める指導者養成事業
- ② 平成 25 年 4 月以降に行われた、公益社団法人かながわ福祉サービス振興会による「指導看護師養成伝達研修」
- ③ 地域連携在宅看護研究会の実施する「実地研修指導講師養成勉強会」
- ④ その他、地域連携在宅看護研究会研修実施委員会が認める「指導者養成講習会」

地域連携在宅看護研究会の実施する「実地研修指導講師養成勉強会」について

地域連携在宅看護研究会では、介護職員等への喀痰吸引等研修を行い、地域医療・福祉サービスの充実を図りつつ、研修会などを通して、看護職、福祉職間の医療的ケア方法の共通化を図った後、地域で在宅看護の方法を共有し、円滑に在宅療養に移行出来る様に、医療機関と訪問看護との連携深化、地域連携パスの作成の提案をしていく事を目指しています。今回、「介護職員等の喀痰等研修」行うにあたり、介護職員等が医療的ケアを出来る様に教えるだけではなく、この研修会を通して介護職員と訪問看護師とが、今後ますますチームとして連携していける様に、そして研修会に関わった関係者の間で、医療的ケア方法の共通化を図れ、地域連携パスの地域側の共通化に向けた試みとなる様

な研修会にしていきたいと考えています。その為、当研究会の「介護職員等の喀痰吸引研修」では、受講生と相談しながら作成する書類も多く、また、手順書を指導講師が作るのがあったりと実地研修指導講師の役割と期待するものが、他の研修機関の研修会よりも大きくなっています。それらの説明を「実地研修指導講師養成勉強会」で行います。

4. 実地研修指導講師の登録方法

上記の二項目の条件が満たされている場合に、「喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書」を提出することで都道府県に当研究会の研修会における実地研修講師として登録されます。提出方法は、依頼を受けた介護事業所等に書類を渡して下さい。その介護事業所等が当研究会に他書類と合わせて提出致します。書類には必ず医師又は看護師免許の写しを添付して下さい。登録できるのは医師又は看護師資格保有者のみです。

5. 事故等緊急事態発生の際の対応について

事故等発生時は、

- ① 実地研修指導講師が中心となり、主治医、家族など連絡を取り、救急対応をして下さい。
- ② その後、080-7974-0272 才野 まで状況をご連絡下さい。
- ③ 受講生と「喀痰吸引等研修ヒヤリハット・アクシデント報告書」を記載して地域連携在宅看護研究会に提出・報告して下さい。

研修を行うにあたり、賠償保険に加入しております。

三井住友海上火災保険「実地研修を履修する介護職員向け賠償責任保険」

身体障害 1 名 5000 万円 1 事故 5,000 万円

財物損壊 1 事故 1000 万円

管理財物 1 事故 300 万円（うち現金・有価証券等貴重品 30 万）

人格権侵害 1 名・1 事故 300 万円

6. 実地研修の進め方について

実地研修の進め方については、「実地研修指導講師養成勉強会」等に参加して確認して下さい。また、参考資料を web 上に公開しております。ご確認ください。

地域連携在宅看護研究会で検索して、喀痰吸引等研修＞書類等ダウンロードと進むか、下記の URL を直接入力して下さい。

http://zaitakukango.jp/syorui_dl.html

7. その他の情報提供について

地域連携在宅看護研究会では、Facebook Page で情報提供をしていきます。勉強会で作り上げた「手順書」の見本なども随時公開していきますのでご活用ください。

Facebook Page <http://www.facebook.com/zaitakukango>

8. お問い合わせについて

質問に関してはメール、FAX、留守番電話で伺っています。日中は、他事業所で訪問看護師をしていますので、電話に出ることは出来ませんし、FAX の返信もすることも出来ません。お返事するのは夜間になると思います。ご了承ください。また、極力メールでの問い合わせをお願い致します。こちらは、日中も確認出来、返事がしやすいです。

一般社団法人 地域連携在宅看護研究会

〒242-0002 神奈川県大和市つきみ野 2-6-5-403

TEL/FAX 046-277-5632

E-mail info@zaitakukango.jp

Facebook Page <http://www.facebook.com/zaitakukango>

介護職員等の喀痰吸引等研修 研修責任者 才野博之

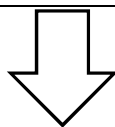
地域連携在宅看護研究会 介護職員等の喀痰吸引研修（特定の者対象）

研修会の出張開催依頼時のチェックリスト

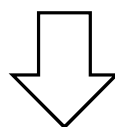
このチェックリストは、自分たちが勤めている事業所に研修を行えるスペースがあり、研修会の出張開催を依頼する時の手順を簡単に示したものです。書類提出時に同封して下さい。

1. 研修を行う事が出来るスペースがあるかをまずは確認して下さい。

- ☐ 10m²（6畳間程度）以上の広さがある部屋を確保出来る事。
- ☐ ＊使用予定の部屋が「相談室」等施設認可の要件となっている部屋の場合、営業時間外しか使用する事が出来ないの注意をしてください。
- ☐ 最低6名が座れる椅子と机（テーブルでも可能）を用意できる事
- ☐ 事業所の関係者以外の受講も認める事。
- ☐ 駐車場を一台分確保できる事。
- ☐ 流し台、トイレ等が使用できる事。



2. メールやFAXや留守番電話などで（出来るだけメールでお願い致します）、空き状況を確認してください。空き状況の確認は、研修予定月の前月10日迄に行ってください受講の意思をご連絡下さい。 研修日 _____



3. 研修日が決まったら、研修予定日の14日前迄に必着で郵送して下さい。書類は不備なく、すべて揃っている必要があります。不備があると研修の許可が出せません。（チェックして下さい）

- | | |
|--|--|
| ☐ 研修依頼書 | } → それぞれ1枚ずつ |
| ☐ 研修会場案内 | |
| ☐ 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書 | |
| ☐ 喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書
→（必ず、該当資格の免許証の写しを添付する事！） | } 複数の受講生の名前を記載する事でまとめる事が出来ます。

____名 計 ____枚 |
| ☐ 喀痰吸引等研修の係る同意書 | |
| ☐ 喀痰吸引等研修参加申込書 | |
| ☐ 身分証明証の写し | } 受講生一人につき一枚ずつ
各 ____枚ずつ |
| (運転免許証、パスポート、住所の記載のある住基ネットカード又は、住民票等) | |

研修依頼書

地域連携在宅看護研究会 殿

研修会の依頼を致します。

平成 年 月 日

依頼者 氏名 _____ 印

依頼事業所	法人名	
	事業所名称	
	管理者名	
	住所	〒 -
	連絡先	電話 FAX mail
	受講人数	名 (注1)

希望する研修会 (該当するものに○をする)		
喀痰吸引等	介護職員等の喀痰吸引研修	
研 修	実地研修指導講師養成勉強会	

会場要件の確認 (該当するものに○をする)	
① 10m ² (6畳間程度) 以上の広さがある部屋を確保出来る事。	
② 最低6名が座れる椅子と机を用意できる事 (座卓も可能ですが、ご相談下さい)	
③ 事業所の関係者以外の受講も認める事。	
④ 駐車場を一台分確保できる事。	
⑤ 流し台、トイレ等が使用できる事。	

研修会場の名目 (該当するものにレ点して下さい) (注2)

☐相談室 ☐会議室 ☐多目的室 ☐その他 (.....)

(注1) 受講人数が1～2名の場合、外部に受講生を募集する事をご了承ください。

受講生が2名以下の為、研修会を開放し受講生を募集する事に同意いたします。

事業所名.....

管理者名..... 印

(注2) 使用予定の部屋が「相談室」等施設認可の要件となっている部屋の場合、営業時間外しか使用する事が出来ないの注意をしてください。(目的外使用で監査対象となってしまいます。)

研 修 会 場 案 内

研修会場

事業所名

住 所

電話番号

(市外局番

)

—

最寄り駅（路線名も記載して下さい。）

最寄り駅からの交通機関

☐ バス バス乗り場の場所

行き先（系統番号

）

降りるバス停

行き先（系統番号

）

降りるバス停

バス停より徒歩

分

☐ 駅より徒歩

分

最寄り駅または、バス停からの簡単な地図（太めの字や線で記載して下さい。）

喀痰吸引等研修参加申込書

地域連携在宅看護研究会 殿

喀痰吸引等研修の申し込みを致します。

平成 年 月 日

受講希望者 氏名

印

受講希望者	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 -
	連 絡 先 (本 人)	電話 mail
	所 属 事 業 所 名	
	所 属 長 (管 理 者) 名	
	連 絡 先 (事 業 所)	〒 電話 mail
実地研修 協力者 対象となる 利用者	氏 名	
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 -
	連 絡 先	電話
指導者	事 業 所 名	
	実地研修指導講師名	
	連 絡 先 (事 業 所)	〒 電話
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		

喀痰吸引等研修参加申込書

地域連携在宅看護研究会 殿

喀痰吸引等研修の申し込みを致します。

記載の注意点

平成〇〇年〇〇月〇〇日

受講希望者 氏名

住民票に記載されている正確な字で！

印

受講希望者	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	住 所	〒 - 運転免許証や住民票等を確認して、正しい住所を！	
	連 絡 先（本 人）	電話 この欄には事業所の連絡先ではなく、本人と直接連絡出来る電話番号等を必ず記載する事！ mail	
	所 属 事 業 所 名		
	所 属 長（管理 者） 名		
	連 絡 先（事業所）	〒 電話 mail	
実地研修 協力者	氏 名		
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
対象となる 利用者	住 所	〒 -	対象となる利用者様の 情報を記載して下さい
	連 絡 先	電話	
指導者	事 業 所 名		
	実地研修指導講師名		
	連 絡 先（事業所）	〒 電話	実地研修指導講師が確保されている事が、研修を受ける前提条件となっています。必ず実地研修指導講師の情報を記載して下さい。
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）			一回の研修で、一人の利用者の複数の行為の研修を行う事が出来ます。
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			

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

地域連携在宅看護研究会 殿

法人・事業所名
所 在 地
代 表 者 名

地域連携在宅看護研究会 が実施する喀痰吸引等研修において、下記の「実地研修実施機関選定基準」満たしている事を確認し、実地研修実施機関として研修受講者を受け入れ、喀痰吸引等研修実施要綱（厚生労働省 平成 24 年 3 月 30 日 社援発 0330 第 43 号）に基づき実地研修を行うことを承諾いたします。

	実地研修実施機関選定基準
	実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。
	実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）、事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）、実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等、実地研修を実施する上で必要となる条件が確保されていること
	出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。

※確認した項目に「○」を記載してください。

施 設 （ 事 業 ） 種 別	
施 設 （ 事 業 所 ） 名	
設 置 年 月 日	
代 表 者 名	
法 人 名	
電 話 番 号	
実 地 研 修 責 任 者 名	
研修受講者受入開始時期	
研 修 受 講 者 受 入 人 数	

この書類は、実地研修を委託される訪問看護ステーション等が記載して下さい

見本

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

地域連携在宅看護研究会 殿

法人・事業所名 法人名と事業所名を書いてください
所 在 地
代 表 者 名 法人代表者の氏名を記載し代表印を押印下さい 印

地域連携在宅看護研究会 が実施する喀痰吸引等研修において、下記の「実地研修実施機関選定基準」満たしている事を確認し、実地研修実施機関として研修受講者を受け入れ、喀痰吸引等研修実施要綱（厚生労働省 平成 24 年 3 月 30 日 社援発 0330 第 43 号）に基づき実地研修を行うことを承諾いたします。

	実地研修実施機関選定基準
☐	実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。
☐	実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）、事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）、実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等、実地研修を実施する上で必要となる条件が確保されていること
☐	出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。

※確認した項目に「○」を記載してください。

施 設 （ 事 業 ） 種 別	（例） 訪問看護ステーション
施 設 （ 事 業 所 ） 名	〇〇訪問看護ステーション 等 事業所の名称を記載して下さい
設 置 年 月 日	（例） 平成〇〇年 〇月 〇日
代 表 者 名	法人代表者の氏名を記載して下さい
法 人 名	法人名を記載して下さい
電 話 番 号	研修受け入れ事業所の電話番号を記載して下さい
実 地 研 修 責 任 者 名	実地研修の責任者もしくは、事業所管理者の氏名
研修受講者受入開始時期	（例） 平成〇〇年 〇月 〇日 より
研 修 受 講 者 受 入 人 数	（例） 〇名

喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書

地域連携在宅看護研究会 殿

(平成 年 月 日 現在)

氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日			
勤 務 先 の 名 称			
保 有 資 格	1. 医師 2. 看護師 (注1)(登録番号)		
指 導 者 講 習 会 受 講 の 有 無	☐ 有り ☐ 無し		
実 地 研 修 受 講 者 の 氏 名			
担 当 科 目	実 地 研 修	口腔内の喀痰吸引	☐ 人工呼吸器使用
		鼻腔内の喀痰吸引	☐ 人工呼吸器使用
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	☐ 人工呼吸器使用
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
		経鼻経管栄養	
職 歴 ・ 講 師 歴	名 称	業 務 内 容	年 月
	合 計		
そ の 他 の 資 格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

上記の通り相違ありません。平成 年 月 日

また、この実地研修の講師（指導者）に就任することを承諾します。

実地研修講師 氏名 ㊞

（注1） 必ず保有資格の免許証の写しを添付してください。また指導者講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書も添付してください。

記載時の注意点

喀痰吸引等研修 実地研修講師 履歴書及び就任承諾書

地域連携在宅看護研究会 殿

この書類は、実地研修指導講師となる者が記載して下さい。

(平成 年 月 日 現在)

氏 名				性別	男 ・ 女
生 年 月 日					
勤 務 先 の 名 称					
保 有 資 格	1. 医師 2. 看護師 (注1) (登録番号 <u>必ず記載して下さい</u>)				
指 導 者 講 習 会 受 講 の 有 無	☐ 有り ☐ 無し <u>指導者研修受講者は修了証を添付して下さい</u>				
実 地 研 修 受 講 者 の 氏 名	<u>担当する受講生が複数の場合は、全員記載して下さい</u>				
担 当 科 目	実 地 研 修	口腔内の喀痰吸引	☒ 人工呼吸器使用	☒	
		鼻腔内の喀痰吸引	☐ 人工呼吸器使用		
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	☐ 人工呼吸器使用		
		胃ろう又は腸ろうによる経口栄養			
		経鼻経管栄養			
職 歴 ・ 講 師 歴	名 称	経 内 容	年 月		
	合 計				
そ の 他 の 資 格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日		

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

また、この実地研修の講師（指導者）に就任することを承諾します。

実地研修講師 氏名

㊞

(注1) 必ず保有資格の免許証の写しを添付してください。また指導者講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書も添付してください。

必ず免許証の写しを添付して下さい。指導講師は、医師か看護師に限定されています。

喀痰吸引等研修に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等研修の実施に同意いたします。

喀 痰 吸 引 等 研 修 の 種 別	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 腸ろうによる経管栄養 (該当するものを○で囲む) 経鼻経管栄養
提 供 を 受 け る 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
提 供 を 受 け る 頻 度	
提 供 体 制	事 業 所 名 称
	事 業 所 責 任 者 氏 名
	受 講 生 氏 名
	実 地 研 修 指 導 講 師
	主 治 医 氏 名

同意日 平成 年 月 日

住 所
氏 名 印

署名代行者
私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。
代行者住所
代行者氏名 印
本人との関係

事業所名
事業所住所.....
代表者名 印

必ず利用者又は家族等に同意確認をして記載してもらってください！

見本

喀痰吸引等研修に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等研修の実施に同意いたします。

喀痰吸引等研修の種別	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 胃ろうによる経管栄養 ☐ 腸ろうによる経管栄養 ☐ 経鼻経管栄養 (該当するものを○で囲む)	①には、研修開始日を記載して下さい。 ②には、研修終了予定日を記載して下さい。 * 研修は3か月程度で終わらせるようにして下さい。
提供を受ける期間	① 年 月 日 ~ ② 年 月 日	
提供を受ける頻度	<例> 週に3回の訪問時に行います	
提供体制	事業所名称	〇〇訪問介護
	事業所責任者氏名	所長や管理者の氏名
	受講生氏名	受講生の氏名
	実地研修指導講師	指導してくれる看護師や医師（普段看ている担当看護師や主治医）
	主治医氏名	主治医の氏名

同意日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 横浜市青葉区〇〇
氏 名 黒犬 ぼんた



署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所
 代行者氏名 印
 本人との関係

事業所名
 事業所住所
 代表者名 印