

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）

（基本研修免除対象者用）について

1. 研修の名称

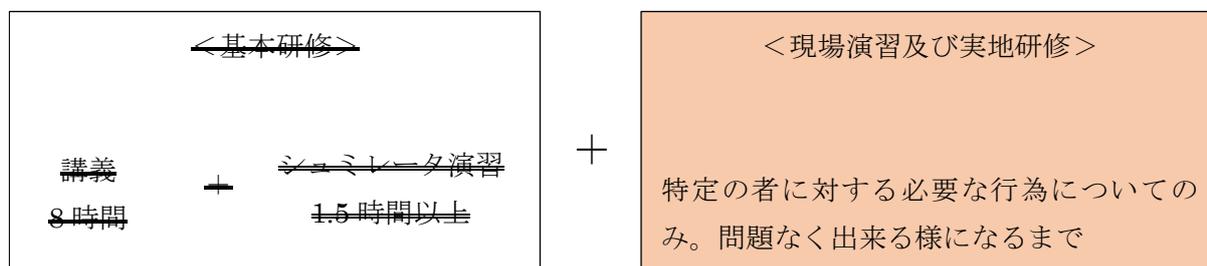
介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）

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号研修のうち、現場演習及び実地研修のみを行います。

基本研修を修了しているが、実地研修が終わっていないため、認定特定行為従事者認定証を取得できていない方や認定特定行為業務従事者認定証（特定の者対象）の既取得者で、新たな対象者や新たな喀痰吸引等の行為が生じた方を対象にしています。

別表第三研修（特定の者対象）



(1) 研修の進み方

- ① 申込時に必要な書類が提出されたら、審査を行い問題なければ現場演習の実施許可を致します。現場演習の実施許可が出てから現場演習を行って下さい。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、シミュ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。
- ② 現場演習後、実地研修に必要な書類が提出され確認が取れたら、実地研修の許可を致します。実地研修の実施許可が出てから実際に対象者をお願いして実地研修して下さい。
- ③ 実地研修が終わり書類を提出する事で修了証を発行いたします。

*基本研修免除の方の研修は、法令では実地研修のみで修了出来ますが、地域連携在宅看護研究会が行う介護職員等の喀痰吸引等研修では、安全性確保の為と実際に研修対象者に行う前に指導看護師等と個別的な対応方法を検討して手技の確認をしてもらいたい為、現場演習も必ず行ってもらっています。

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
- (3) 研修課程のうち、下記のいずれかに該当し、基本研修の課程のすべてが履修免除となる方（注意！ 一部免除の方は対象ではありません。）

- ① 認定特定行為業務従事者認定証を取得している者。または、登録研修機関が行った介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象、別表第三号研修）を修了している者。
- ② 平成 22 年度に厚生労働省からの委託を受けて実施された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業（特定の者対象）」の研修修了者
- ③ 「平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について」（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づく研修修了者

4. 受講料

実地研修 5000円

- (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) 受講料は、研修申し込み時までに支払いをする事とする。尚、受講料支払い後は、受講生の都合による返却は行わない事とする。また、振り込みにかかる手数料は受講生が負担する。

受講料振込先

三井住友銀行 つきみ野支店 店番 191 □座番号 7011809
一般社団法人 地域連携在宅看護研究会
イッパンシャダンハウジン チイキレンケイザイタクカンゴケンキュウカイ
金額 5000円

5. 現場演習及び実地研修

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。

6. 実地研修実施機関について

(1) 実地研修は実地研修実施機関に所属する実地研修指導講師（医師または看護師）の指導の下に行う必要があります。当研究会の「介護職員等の喀痰吸引等研修」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。受講生は受講申し込みの時までに、実地研修実施機関と交渉し、実地研修指導講師を確保する必要があります。

(2) 実地研修実施機関には、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）が所属しており、指導者も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) 実地研修実施機関になっていない訪問看護事業所等では、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。

7. 研修修了の認定方法

(1) 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。

8. 応募方法

(1) 応募方法

① まずはメールや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)、受講の意思をご連絡下さい。

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

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。

イ) 申込時に提出する書類

- ① 「喀痰吸引等研修参加申込書（基本研修免除対象者用）」
- ② 「喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書」
- ③ 「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！）
- ④ 「喀痰吸引等研修の係る同意書」
- ⑤ 「認定特定行為業務従事者認定証の写し又は、基本研修免除を証明する証書等」
- ⑥ 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）
- ⑦ 振り込みご利用明細（喀痰吸引等研修参加申込書（基本研修免除対象者用）の裏に張り付けて下さい。）
- ⑧ 現場演習許可申請書
- ⑨ 喀痰吸引等研修計画書
- ⑩ 実地研修実施体制確認書
- ⑪ 介護職員等喀痰吸引等研修指示書
- ⑫ 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価票

<以下は、研修の段階が進んだ際に提出する書類です。>

ロ) 現場演習終了後、実地研修を行う際に提出する書類

- ① 実地研修許可申請書
- ② 記入済みの現場演習評価票
- ③ 実地研修評価票

ハ) 実地研修終了後、研修修了証の発行申請をする際に提出する書類

- ① 研修修了証申請書、
- ② 記入済みの実地研修評価票、
- ③ 喀痰吸引等研修実施状況報告書

<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

9. お問い合わせ

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。

〒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>

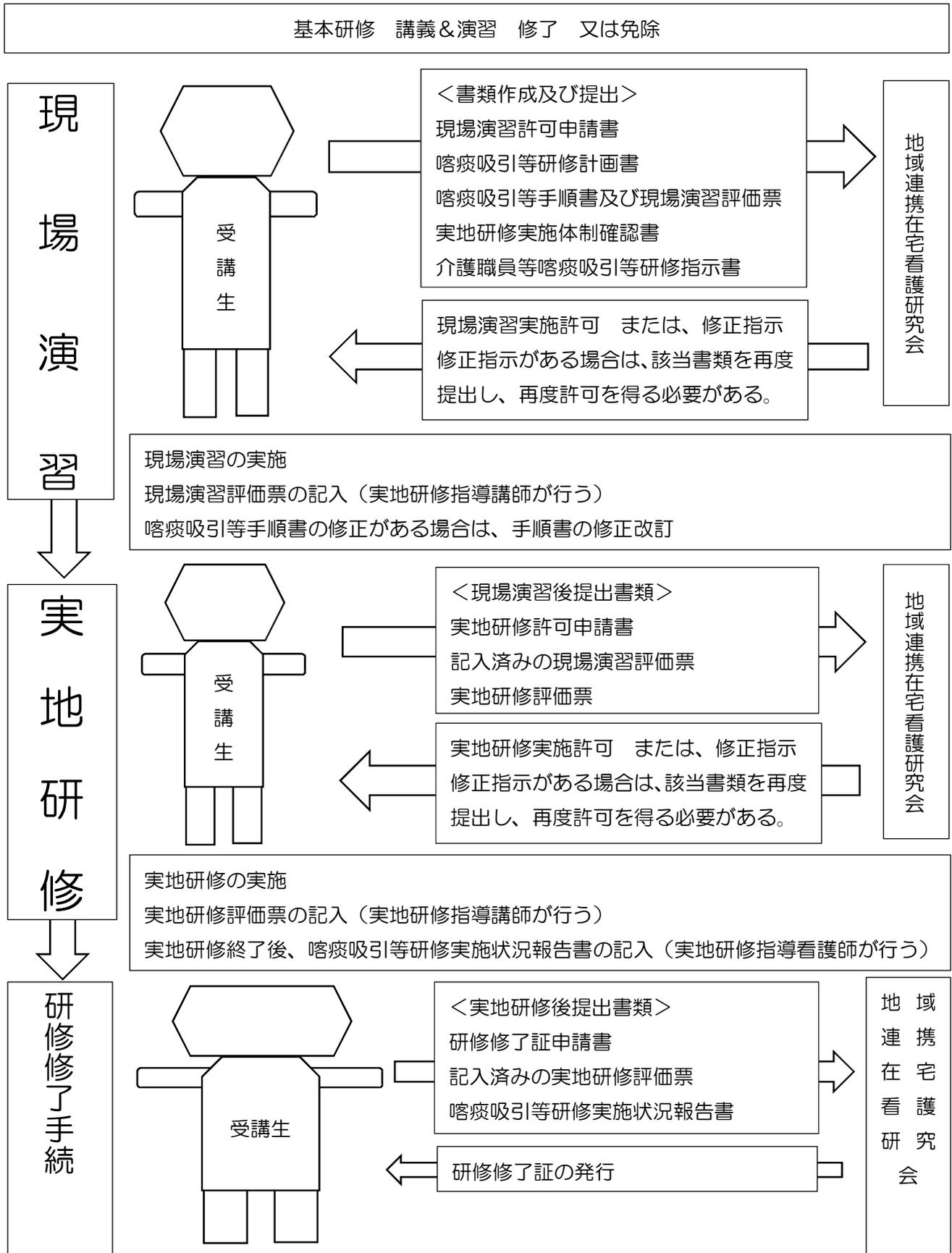
HP: <http://zaitakukango.jp/>

Mail: info@zaitakukango.jp

TEL/FAX: 046-277-5632

現場演習及び実地研修の 進め方について

現場演習と実地研修の進め方について



1. 現場演習及び実地研修について

これから、現場演習及び、実地研修について説明を行っていきます。実地研修では実際に利用者様の御身体を使用しての実習となります。介護職員等が行う事が可能になったとはいえ、「医療行為」であり危険を伴います。実習の進め方について、十分理解をして行うようにして下さい。また、提出する書類が大変多くなっています。そろっていないと研修を進める許可を出せませんのでよく確かめて提出して下さい。

2. 現場演習について

現場演習では、対象者の所に行き、対象者使用している物品・機材を用いて、実地研修指導講師の下でシュミレーター演習を行います。**現場演習の段階では絶対に対象者に対して演習をしてはいけません。**

(1) 現場演習実施手順

- ① 各種の書類を作成し、提出する。書類提出後、審査が行われる。審査の結果、現場演習実施許可証が交付される。また、内容不足などで修正が必要な場合は、修正後再度提出して審査を受け、現場演習実施許可が出るまで修正を行う。
- ② 現場演習実施許可証が交付されたら、対象者がいる居宅等の現場において、対象者が使用する吸引器等を使用し、演習シュミレーターに対して、実地研修指導講師が1回の実演を行う。
- ③ 研修受講者は、対象者が使用する吸引器等を使用し、演習シュミレーターに対して演習を実施し、実地研修指導講師は研修受講者に対して、観察・指導を行う。
- ④ 実地研修指導講師は、演習実施毎に「現場演習評価票」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、研修受講者と実地研修指導講師は次の演習の改善や「手順書」の改訂を行う。
- ⑤ 研修受講者が、作成した手順書のとおり実施でき「現場演習評価票」の全ての項目について評価結果が「ア」となった場合で、実地研修指導講師が問題ないと判断した場合に演習の修了が認められる。

(2) 提出書類について

現場演習を始めるにあたり以下の書類を提出し現場演習の実施許可を得る必要があります。

基本研修免除の方は、研修申し込み時に同時に提出して下さい。

- ・ 現場演習許可申請書
- ・ 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票
- ・ 実地研修実施体制確認書
- ・ 介護職員等喀痰吸引等研修指示書

(3) 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票の作成について

内容が不足している場合は、演習開始の許可が出ませんので、**実地研修指導講師としっかり打ち合**

わせを行い、書類の作成をして下さい。

- ① 喀痰吸引等研修計画書は、実地研修指導講師より助言を得ながら、受講生が作成して下さい。既存の喀痰吸引等業務計画書を参考にして作成しても良いでしょう。
- ② 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価票は、実地研修指導講師に作成を依頼して下さい。地域連携在宅看護研究会では、喀痰吸引等手順書の内容を特に重視しています。手順だけしか載せていない手順書では、内容不足で修正を求められる事になると思います。観察項目や中止基準、緊急時の対応方法、連絡先など、手順書に記載されている必要があります。現場演習評価票は、評価票の見本を参考に作成してもらって下さい。

(4) 介護職員等喀痰吸引等研修指示書について

介護職員等喀痰吸引等研修指示書は、主治医に記載してもらう必要があります。対象者に喀痰吸引等指示書が交付されていても、その喀痰吸引等指示書を流用することは出来ません。研修用に新たに介護職員等喀痰吸引等研修指示書を、主治医に記載してもらう必要があります。添付されている「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」ではなく医療機関が保有する既存の「介護職員等喀痰吸引等指示書」を使用される場合は、指示先が「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」宛になっているかを確認して下さい。なっていない場合は、指示書として無効となりますのでご注意ください。なお、介護職員等喀痰吸引等研修指示書交付にかかる費用は、今回の研修料金には含まれていませんので、受講生が準備する必要があります。また、介護職員等喀痰吸引等研修指示書は、業務ではなく研修なので、保険請求が出来ませんので、間違えて対象者の負担とならないように注意して下さい。

(5) 現場演習の評価について

現場演習は、作成した手順書のとおり実施でき「現場演習評価票」の全ての項目について評価結果が「ア」となった場合で、実地研修指導講師が問題ないと判断した場合に演習の修了が認められる

(6) 演習用シュミレーターについて

教科書の資料の項などを参考にして、実地研修指導講師とともに自作して下さい。

(7) 現場演習中のその他注意点など

- ① 現場演習の実施許可が出るまでは、現場演習を行ってはならない。
- ② 省令で定められた行為の認められた範囲の中だけの事を行うこと。
- ③ 申請した行為以外の事は行わないこと。
- ④ 現場演習は、対象者の物品・機材を使用してのシュミレーター演習であり、この段階では絶対に対象者に行為を行ってはならない。
- ⑤ 現場演習の評価票は、必ず「ア、イ、ウ」で評価する事

3. 実地研修について

実地研修では、対象者の所に行き、実地研修指導講師の指導の下、対象者に医行為を行っていきます。

少しでも不安があるようなら実施せず、シュミレーターを用いて練習し自信をもって出来るようにしておきましょう。

(1) 実地研修実施手順

- ① 各種の書類を作成し、提出する。書類提出後、審査が行われる。審査の結果、実地研修実施許可証が交付される。また、修正が必要な場合は、修正後再度提出して審査を受け、実地研修実施許可が出るまで修正を行う。
- ② 実地研修実施許可証、喀痰吸引等研修に係る同意書、介護職員等喀痰吸引等研修指示書、喀痰吸引等研修計画書、喀痰吸引等手順書等の書類がそろったら、対象者の状態像を踏まえ、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して、実地研修指導講師が該当行為の実演を行う。
- ③ 実地研修指導講師の指導の下、対象者の状態の安全等に注意しながら受講生は、実地研修を行う。
- ④ 実地研修指導講師は、実施研修実施毎に「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。
- ⑤ 研修受講者が、作成した手順書のとおり実施でき 2 回連続「実地研修評価票」の全ての項目について評価結果が「ア」となった場合で、実地研修指導講師が問題ないと判断した場合に実地研修の修了が認められる。

(2) 提出書類について

実地研修を始めるにあたり以下の書類を提出し実地研修の実施許可を得る必要があります。

- ・ 実地研修許可申請書
- ・ 記入済みの現場演習評価票
- ・ 実地研修評価票

(3) 喀痰吸引等手順書及び実地研修評価票について

実地研修評価票は、喀痰吸引等手順書に対応しているものが出来ているかを審査する。その為、喀痰吸引等手順書が、実地研修の前に変更があり、現場演習の際に使用したものと違う場合は、喀痰吸引等手順書も提出する必要がある。

(4) 実地研修の評価について

作成した手順書のとおり実施でき、2 回連続「実地研修評価票」の全ての項目について評価結果が「ア」となった場合で、実地研修指導講師が問題ないと判断した場合に実地研修の修了が認められる。

(5) 実地研修中のその他注意点など

- ① 実地研修の実施許可が出るまでは、実地研修を行ってはならない。
- ② 実地研修指導講師がいない時に行ってはならない。
- ③ 省令で定められた行為の認められた範囲の中だけの事を行うこと。
- ④ 申請した行為以外の事は行わないこと。
- ⑤ 「実地研修実施許可証」、「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」、「喀痰吸引等研修計画書」、「喀痰吸引等手順書」、「喀痰吸引等研修の係る同意書」は、実地研修を行う前に毎回実地研修指導講師とともに確認を行う事。
- ⑥ 実地研修の評価票は、必ず「ア、イ、ウ、エ」で評価する事

4. 研修修了について

実地研修を終了したら、①研修修了証申請書、②記入済みの実地研修評価票、③喀痰吸引等研修実施状況報告書を提出して下さい。②、③は実地研修指導講師が記載する必要があります。書類が届き次第、研修修了証を発行致しますので、事業所で都道府県の担当部署に対して「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請をしてもらって下さい。

5. 各種書類送付先

〒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
TEL/FAX 046-277-5632

6. 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。

E-mail info@zaitakukango.jp

TEL/FAX 046-277-5632

7. 事故等緊急事態発生の際

実地研修指導講師の下、主治医、家族など連絡を取り、救急対応をして下さい。

その後、**080-7974-0272 才野** まで状況をご連絡下さい。

(こちらは、緊急時のみ掛けるようにして下さい。この番号では質問などは受け付けません。)

8. 書類等ダウンロード先

現場演習や実地研修では、書類がたくさん必要になります。書き損じた場合や、不足してしまった場合は、ホームページからダウンロード出来ます。URL http://zaitakukango.jp/syorui_dl.html を直接入力するか、検索サイトで「地域連携在宅看護研究会」で検索するとホームページか Facebook Page が表示されます。ホームページの場合は、「喀痰吸引等研修」→「書類等ダウンロード」とページを進めて

下さい。Facebook Page の場合は、「活動内容とお問い合わせ」を選択するとホームページが表示されます。「喀痰吸引等研修」→「書類等ダウンロード」とページを進めて下さい。

また、地域連携看護研究会では、Facebook Page で情報発信を行っていきます。手順書見本等を随時更新していきますので「いいね！」してご活用下さい。

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）

基本研修免除対象者用の申込時のチェックリスト

このチェックリストは、介護職員等の喀痰吸引研修（基本研修免除対象者用）申込の手順を簡単に示したものです。提出時に同封して下さい。

1. 自分が受講資格を満たしているか確認してください。いずれかに該当している必要があります。（当てはまるものをチェックして下さい）

- 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置を除く）を取得している者。または第別表三号研修を修了している者。
- 平成 22 年度に厚生労働省からの委託を受けて実施された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業（特定の者対象）」の研修修了者
- 「平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について」（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づく研修修了者

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）、受講の意思をご連絡下さい。
3. 受講の意思を伝え了解が得られたら、必要書類を記載の上、郵送して提出して下さい。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）

- 喀痰吸引等研修参加申込書（基本研修免除対象者用）
- 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！）
- 喀痰吸引等研修の係る同意書
- 認定特定行為業務従事者認定証の写し又は、基本研修免除を証明する証書
- 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）
- 振り込みご利用明細（喀痰吸引等研修参加申込書（基本研修免除対象者用）の裏に張り付けて下さい。）
- 現場演習許可申請書
- 喀痰吸引等研修計画書
- 実地研修実施体制確認書
- 介護職員等喀痰吸引等研修指示書
- 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価票

受講生 氏名.....

喀痰吸引等研修参加申込書 基本研修免除者用

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	氏 名	
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 -
対象となる 利用者	連 絡 先	電話
	事 業 所 名	
指導者	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

基本研修色除考用

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

住民票等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！ 必ず身分証明書の住所と一字一句違わないように記載する事！
	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	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。
	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）		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 ㊟

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	
<input type="radio"/>	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。
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	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	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用
		鼻腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器使用	○
		鼻腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用	
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用	
		胃ろう又は腸ろうによる経腸栄養		
		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

保有する資格の番号に○を書いて下さい。医師、看護師以外は、講師になることは出来ません(准看護師は不可)

人工呼吸器を使用している場合はチェックをして下さい。

今回担当する手技に○を記載して下さい。

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 (該当するものを○で囲む)	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
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！



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 (該当するものを○で囲む)	<input type="radio"/> 口腔内の喀痰吸引	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。
	<input type="radio"/> 鼻腔内の喀痰吸引	
	<input type="radio"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	
	<input type="radio"/> 胃ろうによる経管栄養	
	<input type="radio"/> 腸ろうによる経管栄養	
<input type="radio"/> 経鼻経管栄養		
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

.....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
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○）

<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修計画書
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等手順書及び現場演習評価表
<input type="checkbox"/>	実地研修実施体制確認書
<input type="checkbox"/>	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                         | 理由                                                                                                                                                                          |          |   |
| <input type="checkbox"/> 許可  |                                                                                                                                                                             |          |   |
| <input type="checkbox"/> 不許可 | 再提出 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等計画書 <input type="checkbox"/> 手順書 <input type="checkbox"/> 現場演習評価表<br><input type="checkbox"/> 実地研修実施体制確認書 <input type="checkbox"/> 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○）

|                          |                   |                                                                                                                                          |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 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。 |
| <input type="checkbox"/> | 喀痰吸引等手順書及び現場演習評価表 |                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 実地研修実施体制確認書       |                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 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                         | 理由                                                                                                                                                                          |          |   |
| <input type="checkbox"/> 許可  |                                                                                                                                                                             |          |   |
| <input type="checkbox"/> 不許可 | 再提出 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等計画書 <input type="checkbox"/> 手順書 <input type="checkbox"/> 現場演習評価表<br><input type="checkbox"/> 実地研修実施体制確認書 <input type="checkbox"/> 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      |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                     |      |                       |     |     |

1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要な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



## 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。

## 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・ニヤーン**

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定める上記の要件を満たし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 |
|      |          | 障害名     |             |      |                   |             |
|      |          | 住所      |             |      |                   |             |
|      | 事業所      | 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   |         |             |      |                   |             |

|        |                     |               |  |  |  |
|--------|---------------------|---------------|--|--|--|
| 実地研修計画 | 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る<br>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 | 氏名     | 生年月日     |                |                  |     |     |     |
|      | 対象者    | 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     |          |                |                  |     |     |     |
|      | 事業所    | 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          | 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           |                                            |

.....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 |
| 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○）

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 記入済みの現場演習評価表 |
| <input type="checkbox"/> | 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                         | 理由                                                                         |          |   |
| <input type="checkbox"/> 許可  |                                                                            |          |   |
| <input type="checkbox"/> 不許可 |                                                                            |          |   |
|                              | 再提出 <input type="checkbox"/> 記入済みの現場演習評価表 <input type="checkbox"/> 実地研修評価表 |          |   |
|                              | <input type="checkbox"/> その他( )                                            |          |   |

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○）

|                          |              |                                                                                                                                               |
|--------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 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。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。 |
| <input type="checkbox"/> | 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                         | 理由                                                                         |  |   |
| <input type="checkbox"/> 許可  |                                                                            |  |   |
| <input type="checkbox"/> 不許可 |                                                                            |  |   |
|                              | 再提出 <input type="checkbox"/> 記入済みの現場演習評価表 <input type="checkbox"/> 実地研修評価表 |  |   |
|                              | <input type="checkbox"/> その他( )                                            |  |   |

.....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              |
| 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 □許可 □不許可	理由 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 □ 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。

Form with fields: 受講生氏名, 受講生住所, 受講生生年月日, 所属先名称, 受講生連絡先, 研修対象者氏名, 指導者氏名. Includes a note: 一度の受講で実習できる対象者は一人だけです。

対象となる喀痰吸引等の行為（該当するものにすべてに○）

Table listing various suction techniques (oral, nasal, tracheal) with checkboxes for completion. Includes a red box note: 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。

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○）

Table with checkboxes for: 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. Includes a red box note: 全て揃っていないと、終了証発行は出来ません。必ずチェックして提出して下さい。

【地域連携在宅看護研究会 記載欄】

Form for completion details: 研修終了 (許可/不許可), 理由, 再提出 (実地研修評価表/実施状況報告書/その他). Includes a red box note: 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。

喀痰吸引等研修実施状況報告書

基本情報	氏名		生年月日		
	対象者	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			
	住所				
	事業所	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 (実施日に○)	平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	平成 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	実施行為	実施結果	特記すべき事項
	喀痰吸引	口腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中
	引	鼻腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中
	経管栄養	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
	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
	養	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	氏名		生年月日	
	対象者	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	
		住所		
	事業所	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 (実施日に○)	平成 年 月	平成 年 月	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	7 4 21 28 29 30 31	
	実施行為	実施結果	特記すべき事項	
	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



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

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

- 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必要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」等に参加して確認をして下さい。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