喀痰吸引等第一・二号（不特定の者対象）
実地研修修了手続のご案内

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

１．目的

実務者研修及び喀痰吸引等（不特定の者対象）の基本研修を修了後、喀痰吸引等の行為を行う登録事業者として登録するための認定特定行為業務従事者の申請をするために必要な現場での実地研修を行うことを目的とする。

２．日程

各事業所にて御調整ください。

３．対象者

（１）以下の研修修了者で、事業所管理者が本研修の受講者として推薦する者。

喀痰吸引等一・二号（不特定の者対象）研修の基本研修修了者
介護職員実務者研修修了者
認定特定行為事業従事者（第二号から第一号へ変更希望の方）

（２）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体制並びに安全管理体制が確保できる等の条件を満たす施設・事業所（病院及び診療所を除く）に就労している者で、施設・事業所が次の条件を満たすことができること。

① 研修対象となるすべての行為種別に対し、実地研修協力者がおり、適当数入所又は利用していること。（第一号研修は５行為、第二号研修は３行為）
② 喀痰吸引等を必要とする利用者本人とその家族から、実地研修協力に係る同意が書面により得られること
③ 実地研修の場において介護職員等を指導する「指導看護師」等を法人で１人以上確保することが可能であること。
④ 事業所長・代表者の推薦を得られること。
④ 過去５年以内に、神奈川県（及び横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市。但し、地域密着型サービスについては事業所の指定を行った市町村）から介護保険法第９１条の２外に基づく命令及び第９２条外に基づく指定の効力の停止（障がい者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。）を受けたことがないこと。

４．特定行為の種類

介護職員等が行うことが許容される喀痰吸引等の次の行為

第一号研修受講修了者が可能な実施行為	第二号研修受講修了者が可能な実施行為
喀痰吸引（口腔内）	喀痰吸引（口腔内）
喀痰吸引（鼻腔内）	喀痰吸引（鼻腔内）
喀痰吸引（気管カニューレ内部）	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
経鼻経管栄養	

人工呼吸器装着者への行為希望の場合は別途ご相談下さい。

５．実施研修修了までの流れ

研修申込み
- （様式２）「実地研修修了手続申込書」
- （様式３）「実地研修同意書」
- （様式４）「実地研修実施承諾書」
- （様式５）「実地研修に係るチェックシート」
- （様式６）「実地研修指導講師（指導看護師）調書・承諾書」
- （様式７）「実地研修計画書」
- 様式なし　医師の実地研修指示書

書類確認後、
実地研修開始承諾書を
お送りいたします。

実地研修開始

表４　実地研修における各行為の実施回数

行為種類		実施回数（第１号研修）	実施回数（第２号研修）
たんの吸引	口腔内	１０回以上	１０回以上
	鼻腔内	２０回以上	２０回以上
	気管カニューレ内部	２０回以上	
経管栄養	胃ろう又は腸ろう	２０回以上	２０回以上
	経鼻経管栄養	２０回以上	

※評価：最後の３回は連続して成功することと、トータルで総回数の７０％以上の成功率が必要となります。

指導看護師による評価票
実地研修報告書（様式８）

内容確認後、
修了証書をお送りいたします。

６．手　数　料

１０．０００円

受講料の他に、別途、実地研修に係る費用を事業所でご負担いただきます

（但し当振興会にて基礎研修を終了された方の号数変更は８，０００円とさせて戴きます。）

※資料代、研修中の保険料代を含みます。

※実地研修に係る費用は、含まれておりませんので、受講生の方の所属する法人、事業所にてご負担くださいますようお願いします。(医師の指示書､訪問看護師指導料等に係る費用を含む)

※受講に当たり演習が必要と認められた方で演習先がない方は、別途演習に参加（有料）していただくこともございます。

※支払われた受講料はいかなる理由でも返還できませんので、ご承知おきください。

※人工呼吸器装着等の追加行為については、３，０００円となります。

７．手続き方法

（１）指定の受講申込書に必要事項を記入し、必要書類を同封のうえ、郵送にてお申し込み下さい・

（必要書類）

（様式２）「実地研修修了手続申込書」（事業所代表者の推薦承認が必要です。）

（様式３）「実地研修同意書」（事業所と受講生の誓約と利用者本人等からの同意が必要です）

（様式４）「実地研修実施承諾書」

（様式５）「実地研修に係る確認事項チェックシート」

（様式６）「実地研修指導講師（指導看護師）調書・承諾書」

（担当する看護職の方の情報と所属する事業所の承諾が必要です）

（様式７）「実地研修計画書」
様式なし「医師の実地研修指示書」、
基本研修終了が確認できる書面の写し

（２）「実地研修修了申込書」を受理後、受講料のお支払方法、実地研修開始に必要な書類をお送りいたします。

８．修了証書

実地研修を終了され、報告書と評価票を確認した後、当振興会名で修了証書を発行いたします。
※当振興会は、神奈川県に喀痰吸引等研修機関として登録しています。

９．お問合せ先

（公社）かながわ福祉サービス振興会　かなふく人財センター　教育事業課
〒231-0005　横浜市中区山下町 23 日土地山下町ビル 9 階
TEL：045-210-0788　FAX:045-671-0295

●実地研修施設の要件について

（１）実地研修について、医療、介護等の関係者による連携体制があること。
（２）施設又は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。
（３）利用者に関するたんの吸引等について、配置医または実施施設もしくは事業所と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、一般的な技術の手順書が整備されていること。
（４）実施施設もしくは事業所の施設長（管理者）が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、施設長（管理者）の統括の下で、関係者からなる事故防止の指針等が設置されていること。
（５）利用者の健康状態について、施設長（管理者）、配置医又は実施施設（事業所）と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。
（６）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。
（７）ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長（管理者）、配置医又は実施施設（事業所）と連携している医師、指導看護師、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。
（８）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配置医又は実施施設（事業所）と連携している医師、指導看護師との連携体制が構築されていること。
（９）施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。
（10）胃ろう又は腸ろうに関する経管栄養については、「流動食」を対象とすること。
（但し、「半固形食」による経管栄養が実施されている場合は、「流動食」及び「半固形食」の双方について実地研修により学んでいただきます。）

●利用者の同意

実地研修を実施するに当たっては、利用者（本人に確認が出来ない場合や利用者に同意する力がない場合にはその家族）に対し、喀痰吸引等の実地研修の実施と当該事業所としての組織的な対応について管理者等から説明し、それを理解した上で実習を行うことを、利用者が同意したことを証する同意書を用意する必要があります。

●医師からの指示書
利用者の主治医等から、介護職員が研修を目的として、利用者に対して医行為を行うことについて、書面による指示書が得られることが必要です。

●実地研修の指導看護師等の協力
実地研修の際には、勤務する指導看護師等（以下、指導看護師等という。）の協力を得た上で行うことが必要です。指導看護師がいない場合は、当振興会が実施する指導者養成研修又は医療的ケア教員講習会を受講していただきます。
指導看護師等としての認定を得ていない場合には、当法人が実施する「医療的ケア教員講習会」への受講をお勧めいたします。

●実地研修における保険
実地研修期間内については、当振興会で手続きをして受講生、指導看護師の方に損害賠償、傷害保険にお入りいただきます。

＜個人情報の取扱いについて＞

受講申込書及び関係資料に記載された個人情報については、適正な管理を行い、本研修の運営以外の目的に利用することはありません

～実地研修について留意事項～

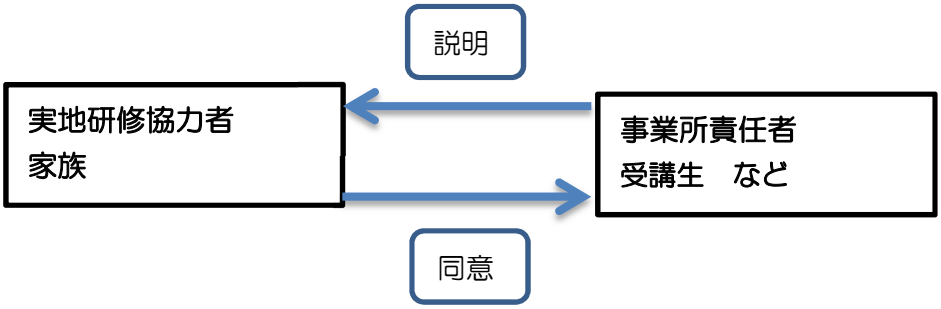
実地研修は、協力者の同意のもと、実地研修機関が医療関係者との連携し、安全体制が整備されていることが必要です。

講義から筆記試験や演習を修了後　実地研修協力者に対して　実地研修をおこなうためには
同意書、医師の指示書、実地研修計画書の３点が必要です。
下記に手順と一例をお示ししております。ご参照下さい。

実地研修手順（一例としてご参照ください）

1.実地研修協力者（又は家族）から同意を得る

実地研修協力者本人又はその家族に対して実地研修の趣旨と内容を説明したうえで、「**喀痰吸引等研修事業　実地研修同意書（様式３）**」に**署名、捺印**をしてもらいます。
※同意として認められるのは、本人かご家族のみです。
（成年後見人又は施設長の同意は認められません。）

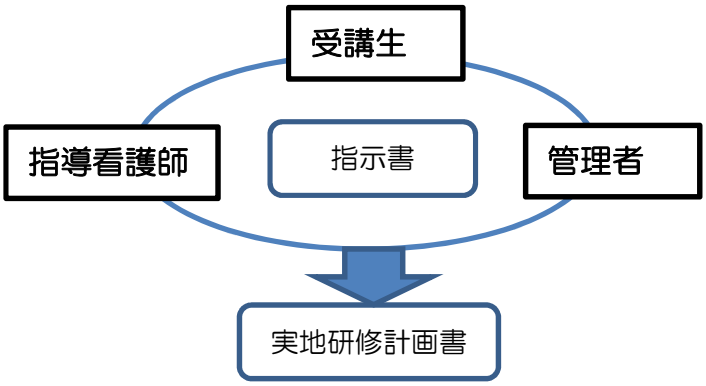


2.実地研修協力者の主治医に依頼し、医師の指示書の交付を受ける

医師に依頼をし、「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」の交付を受けます。
※指示書の手数料が発生する場合は、受講生施設の負担となります。
※主治医は指示する際に　介護職が可能な医療的行為の範囲を認識して指示をしていただく必要があります。

3.医師の指示書を基に、実地研修計画書を作成する

医師の指示書を確認し、受講生が指導看護師と連携してそれぞれの実地研修協力者ごとに「実地研修計画書（様式７）を作成します。

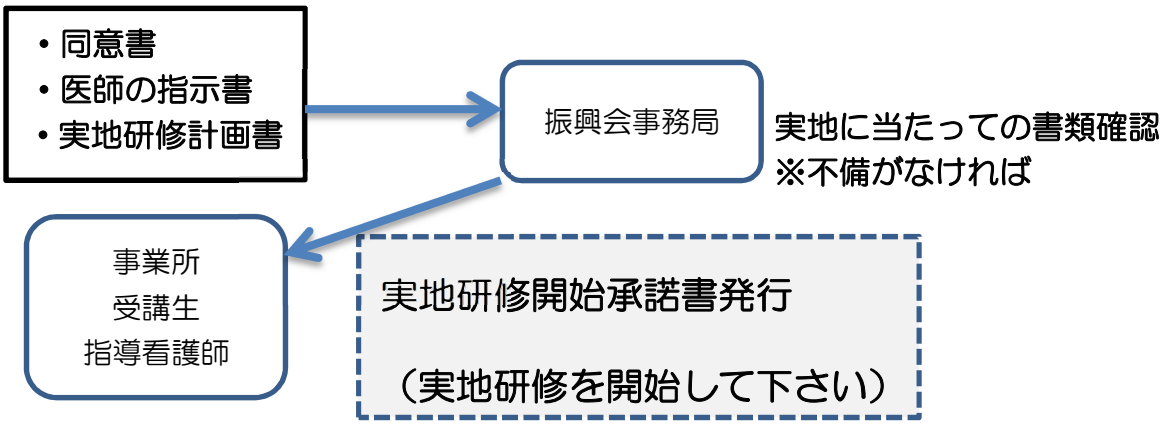


4.実地研修承諾書を受取る

上記の３点セットが揃いましたら　振興会の事務局に書類をお送り頂き
事務局が書類の確認後

- **実地開始承諾書（実地研修を開始して下さいという書面）**
- **実地研修のための評価票**
- **報告書**

をお送りいたしますので指導看護師と連携頂き実地研修を開始して頂きます。

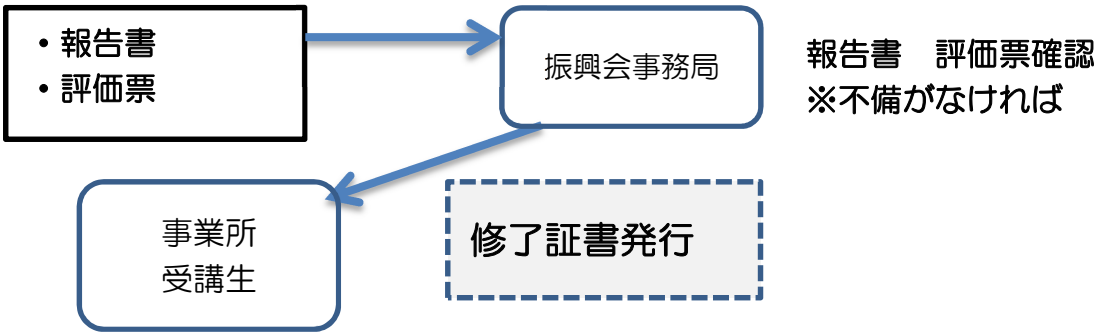


4.実地研修を開始する

指導看護師立会いのもと　実地研修協力者へ受講生が実地研修を開始いたします。

5.実地研修した報告書・評価票を提出する

規定回数実施、規定の評価基準に達している評価票と報告書をご送付頂き
書類確認後、修了証書をご送付いたします。（発行に２週間ほどお時間を頂きます）



6.神奈川県担当部署へ登録申請する

研修修了後、医行為実施にあたって神奈川県の担当部署へ
修了者は「認定特定行為業務従事者」の認定
事業所は「登録特定行為事業者」の登録をしてはじめて痰吸引等のサービス
を提供することができます。
※詳細については修了証書に資料を同封いたしますのでご確認ください

実Ⅰ・Ⅱ様式２

喀痰吸引等第一・二号（不特定の者対象）実地研修申込書

ふりがな 受講者氏名		性別	男　・　女
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日　生　（　　）歳		
職　業	1.経営者　２.管理職　３.介護職　４.ケアマネ　５.その他　（　　）		
資　格	１介護福祉士　２介護職員基礎研修課程修了者　３（訪問）介護員養成研修　級修了者 ４社会福祉士　　５その他（具体的に　　）		
自　宅	〒　　－ TEL　　携帯 TEL ※E-mail		
勤務先	法人名	事業所名	
	〒　　－ TEL　　FAX E-mail		
サービス種別	1.訪問介護　２通所介護　３訪問看護　４認知症対応型共同生活介護　５特定施設入所者生活介護　６介護老人福祉施設　７介護老人保健施設　８その他（　　）		
連絡先 該当に○	**1.自宅に同じ　2.勤務先に同じ　3.その他→その他の場合下に住所・宛先等をご記入ください** （住所）〒　　－ （宛先） （担当者）　　（TEL）　　（FAX）		
実地協力者 （利用者） 利用者氏名と特定行為の該当に☑ ※利用者名複数の場合には、 他　何名と記入してください。	利用者氏名	特定行為	
		□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管カニューレ内　の喀痰吸引 □　経管栄養（胃ろう・腸ろう）□経鼻経管栄養	
		□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管カニューレ内　の喀痰吸引 □　経管栄養（胃ろう・腸ろう）□経鼻経管栄養	
		□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管カニューレ内　の喀痰吸引 □　経管栄養（胃ろう・腸ろう）□経鼻経管栄養	
		□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管カニューレ内　の喀痰吸引 □　経管栄養（胃ろう・腸ろう）□経鼻経管栄養	
		□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管カニューレ内　の喀痰吸引 □　経管栄養（胃ろう・腸ろう）□経鼻経管栄養	
実地研修担当 指導看護師	１．氏名（　　） ２．保有資格（　医師　・　看護師　・その他（　　）） ３．所属及び役職等（　　）		
基本研修及び実務者研修 修了証明書	基本研修及び実務者研修　終了登録機関名： 基本研修及び実務者研修　　修了年月日：　平成　　年　　月　　日		

上記のものが「喀痰吸引等　第一・二号実地研修」を受講することを推薦します。
なお、実地研修にあたり発生する費用については、すべて当事業所・施設にて負担することを確約します。

平成　　年　　月　　日　　法人名
事業所名
事業所代表者（管理者）　　㊞

実Ⅰ・Ⅱ様式３

喀痰吸引等研修事業　実地研修同意書

下記の「誓約書」に基づき、「喀痰吸引等研修」の実地研修として、次のとおり必要な実習に協力することに同意します。

また、実地研修協力者として、氏名及び実習内容が研修実施機関の公益社団法人かながわ福祉サービス振興会（以下「振興会」という。）を通じ、神奈川県に報告されることを同意いたします。

【喀痰吸引等研修の実地研修を行う介護職員等】

実地研修者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【実地研修で協力する特定行為】

喀痰吸引等（特定行為）の種別 （協力に同意する行為に☑をつけてください。）	□　口腔内の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　鼻腔内の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　気管カニューレ内部の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　胃ろう・腸ろうによる経管栄養　□　経鼻経管栄養

同意日　　平成　　年　　月　　日

住　　所 ……

氏　　名 ……　㊞

（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 ……　㊞

本人との関係 ……

・・・・・・・・・・・・【誓約書】・・・・・・・・・・・・

私は「喀痰吸引等研修」の実地研修の実習にあたっては、次のことをお約束します。

1　「喀痰吸引等」の特定行為実施にあたっては、安全確保を徹底します。

2　指導看護師の指導のもと実施し、評価は指導看護師が行います。

2　実地研修において万一事故が発生した場合は、下記提供体制のもと速やかに対応し、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会に報告します。

3　実地研修の事故や実施状況、評価結果は、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会を通じて、神奈川県に報告いたします。

4　実地研修で知り得た個人情報は、本研修に係る業務以外には一切使用いたしません。

5　実地研修中はもちろん、研修後においても、利用者様が不利益になることはいたしません。

提供体制	事業所名称	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

事業所名

事業所住所

代表者名　㊞

実施研修者氏名　㊞

利用者、受講者、振興会はとも各１通を保管する（原本は事業所、写しは、利用者、振興会が保管）

下記の吹き出し以外も記入漏れなきようご確認ください。

Ⅰ・Ⅱ様式３

喀痰吸引等研修事業　実地研修同意書

下記の「誓約書」に基づき、「喀痰吸引等研修」の実地研修として、次のとおり必要な実習に協力することに同意します。

また、実地研修協力者として、氏名及び実習内容が研修実施機関の公益社団法人かながわ福祉サービス振興会（以下「振興会」という。）を通じ、神奈川県に報告されることを同意いたします。

【喀痰吸引等研修の実地研修を行う介護職員等】

実地研修者氏名　研修者は複数名でも構いません

【実地研修で協力する特定行為】

実施する行為に必ずチェックレを入れて下さい

喀痰吸引等（特定行為）の種別（協力に同意する行為に☑をつけてください。）	□　口腔内の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　鼻腔内の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　気管カニューレ内部の喀痰吸引　（通常・人工呼吸器） □　胃ろう・腸ろうによる経管栄養　□　経鼻経管栄養

同意日　平成　年　月　日

住　所

氏　名　㊞

（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。

日にち、捺印を確認して下さい。

代行者住所

代行者氏名　㊞

本人との関係

・・・・・・・・・・・・【誓約書】・・・・・・・・・・・・

私は「喀痰吸引等研修」の実地研修の実習にあたっては、次のことをお約束します。

1　「喀痰吸引等」の特定行為実施時には、安全確保を徹底します。
2　実地研修時は、看護師の指導・評価のもと実施します。
3　実地研修時に、万が一事故が発生した場合は、下記提供体制のもと速やかに対応し、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会に報告します。
4　実地研修の事故や実施状況、評価結果は、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会を通じて、神奈川県に報告します。
5　実地研修で知り得た個人情報は、本研修に係る業務以外には一切使用しません。
6　実地研修中はもちろん、研修後においても、利用者様が不利益になることはいたしません。

提供体制	事業所名称	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

すべての欄に記入してください

事業所名

事業所住所

代表者名　㊞

実施研修者氏名　㊞

捺印を確認して下さい。

利用者、受講者、振興会はとも各１通を保管する（原本は事業所、写しは、利用者、振興会が保管）

実Ⅰ・Ⅱ様式４

喀痰吸引等　第一・二号研修（不特定の者対象）に係る

実地研修実施承諾書

平成　　年　　月　　日

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会
理事長　板橋　悟　様

（設置者）
住　　所

名　　称
代表者名　　㊞

当法人の事業所・施設において、公益社団法人かながわ福祉サービス振興会が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、下記受講者を受け入れることを承諾致します。

記

１　実地研修を行う受講者と受入れ施設、期間
受講生が実地研修を行う施設と実地研修を予定している時期をご記入ください。

受講生氏名	施設名（サービス種別）	受入れ期間
	（　　）	～
	（　　）	～
	（　　）	～
	（　　）	～

※実地研修受入れ期間に変更や延期があった場合にも、引き続き受け入れることを承諾します。

２　指導に当たる実地研修指導講師（指導看護師）及び担当する研修受講者
あわせまして、様式６指導看護師調書・承諾書の提出をお願いします。

受講者氏名	実地研修担当指導看護師氏名	指導看護師所属先

３　指示書を出す医師及び担当する特定の利用者

所属	医師氏名	担当する利用者氏名

４　実地研修受入れに関する責任者（担当者）
実地研修を実施するにあたり、直接担当となる方の氏名をご記入ください。

所属	責任者（担当者）氏名	連絡先

実Ⅰ・Ⅱ様式５

実地研修に係る確認事項チェックシート

実地研修を行う事業所や居宅等にあたっては、国の研修事業実施要綱（平成 23 年 10 月 6 日　老発 1006 第 1 号）に定める下記の要件を実地研修実施開始日までに、満たしている必要があります。チェック欄に「レ」を記入してください。

要　　件	チェック欄
（1）対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力でき、同意書を提出できること。	
（2）喀痰吸引及び経管栄養の対象者が介護サービス等を利用していること。	
（3）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。	
（4）指導看護師の１名以上の確保が可能で、連携がとれること。	
（5）指導看護師が事業所にいない場合、実地研修の際に立会う看護師が厚生労働省に指定されているチェックシートに基づいて評価できるように「指導看護師講習会」等に参加すること。	
（6）利用者に関する喀痰吸引等について、主治医・指導看護師の確認の下、技術の手順書が整備されていること。	
（7）事業所の管理者が、最終的な責任をもって安全確保のための体制整備を行うために、管理者の統括の下で関係者からなる事故防止対策等がとられていること。	
（8）指示書や指導助言の記録、実施記録等が作成され、適切に管理・保管されていること。	
（9）利用者の健康状態について、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。	
（10）ヒヤリハット事例の蓄積・分析を、指導看護師参加の下で、実施体制の評価、検証を行い、主治医に報告される体制の整備がなされていること。	
（11）緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、緊急時に主治医・指導看護師との連絡体制が構築されていること。	
（12）事業所内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	
（13）医師による医行為等の指示書（写し可）を有していること。	

上記の項目について、記入した内容に相違がないことを証明します。

施設・事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※写しをとって施設・事業所でも保管してください。

実Ⅰ・Ⅱ様式6

喀痰吸引等研修

実地研修指導講師（指導看護師）調書・承諾書

必要事項に記入、該当項目に〇を付けた上で、講師承諾書に押印をお願いいたします。

ふりがな 氏　名	㊞	
生年月日・年齢	（西暦）　　年　　月　　日生　（　　）歳	
現在の勤務先	設置主体名	事業所名
	所在地：〒 TEL　　FAX	
現在の勤務先 の 事業所種別	１．都道府県庁（1-1 本庁　1-2 保健所　1-3 病院・診療所） ２．訪問看護ステーション　　３．病院・診療所 ４．障害者(児)サービス事業所（ｻｰﾋﾞｽ種別　　） ５．障害者(児)施設（施設種別　　） ６．特別支援学校　　７．保育所 ８．特別養護老人ホーム　　９．老人保健施設 １０．有料老人ホーム　　１１．認知症(高齢者)グループホーム １２．医療系大学・養成所　　１３．その他（具体的に　　）	
保有資格	１．医師　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師	
免許	取得年月日：(西暦)　　年　　月　　日 免許番号： ※医師については医師免許番号を、保健師、助産師、看護師については看護師免許番号を記載すること。	
職　歴	a.医師としての臨床等での実務経験年数 （　　）年（　　）か月 b.保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 （　　）年（　　）か月　※准看護師としての経験年数は含めないこと。 c.上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 （　　）年（　　）か月	
勤務先以外の関係機関・活躍・講演経歴など	※特記事項などがございましたらご記入ください。	
指導看護師に関する養成事業又は指導看護師伝達研修、講習会等の修了状況	（修了年月日）	（修了証書番号）
	（修了証書発行機関） ※修了証書の写しを添付してください。	

介護職員等による喀痰吸引等の研修における実地研修指導講師として、

受講生＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の指導・評価にあたることを承諾いたします。

平成　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

Ⅰ・Ⅱ様式７（実地研修）

喀痰吸引等実地研修計画書

作成者氏名	㊞	作成日	
承認者氏名①	㊞	承認日	
承認者氏名②	㊞	承認日	

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				
	実地研修者氏名				

業務実施計画	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	
	結果報告予定年月日	年 月 日

実Ⅰ・Ⅱ様式７

喀痰吸引等実地研修計画書　記入例

作成者氏名	実地研修を行う受講生本人　㊞	作成日	
承認者氏名①	指導看護師　㊞	承認日	
承認者氏名②	管理者　㊞	承認日	

対象者一人に一枚ずつ作成してください。

基本情報	対象者	氏名	
		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		
	実地研修者氏名	受講生名	

実地研修計画	計画期間	実地研修計画の目標は研修者によって違いがあると思いますが、基本的には・・・「安全かつ安楽なスキルを身につける」方向で考えて下さい。
	目標	
	実施行為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	対象者の特徴をふまえ、具体的な数値も入れながら実際に行動できるような計画を立案してください。 例）吸引圧、吸引するタイミング、吸引時間、カテーテル挿入の長さ、経管栄養剤の注入速度、対象者の特徴に沿った実施前後の観察ポイント、実施時の注意点　など
	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	
	結果報告予定年月日	年　月　日

研修７日目までに「実地研修計画書」「ご利用者様からの同意書」「医師からの指示書」を揃えて、ご提出いただきますと、演習終了次第、実地研修の開始承諾書を発行致します。

介護職員等喀痰吸引等研修指示書（記入例）

標記の件について、下記のとおり指示いたします。　指示書の有効期限に注意してください（6ヶ月）

指示期間（平成　26年　4月　1日～　26年　9月　30日）

事業者		事業者種別	○○○
		事業者名称	△△△
対象者	氏名	A　様	（生年月日）明・大・昭・平　年　月　日　（ 85 ）歳
	住所	〒　－ TEL:	
	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		・口腔内吸引　・鼻腔内吸引　・気管カニューレ内部の吸引 ・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	
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） 吸引圧20ｋＰａ 吸引時間：痰貯留時、10～15秒以内 カテーテル挿入の目安　口腔○cm、鼻腔○cm 注意事項：喀痰の性状の観察 演習時は口腔10cm、鼻腔12cmを目安にしていますが、対象者に合った数値を記入してください。		
	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） ラコール100ｍｌを30分かけて注入して下さい。50滴/分　（6時、12時、18時　） 注入後白湯30ｍｌをフラッシュ（用手注入） 注意事項：胃ろう部の漏れ、嘔気・嘔吐の観察 滴下数も記入してください。		
	その他留意事項（介護職員等）	異変時は、速やかに担当看護師に報告すること	
	その他留意事項（看護職員等）	胃ろうカテーテルを適宜観察すること	
（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、サイズ型＿＿＿Fr、＿＿＿cm
		3.吸引器	エマジン小型吸引器３ＷＡＹ－７５０
		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、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指導看護師の指導の下、介護職が行うこと指示いたします。

平成　26　年　4　月　1　日

機関名　○○クリニック

住所　×　×　×　×

電話　○○○－○○○○　　FAX　○○○－○○○○

医師氏名 AB　C　　印

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　指導看護師所属事業所の　殿