滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)
実地研修の実施てびき

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

介護･福祉人材確保係

目次

実施のながれ	
● 実地研修の実施のながれ	P2
● 実地研修修了から業務実施までのながれ	P3
● 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修実施要領	P4
● 実地研修に係る確認事項チェックシート（居宅用）	P8
● 実地研修に係る確認事項チェックシート（施設用）	P9
● 指導看護師の評価方法（参考）	P10
様式集	
● 喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（実施・変更・延長）	P11
● 喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書（別紙様式２）	P15
● 喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書（別紙様式４）	P17
● 介護職員等喀痰吸引等指示書（実地研修用）（別紙様式３）	P19
● 第一、二号研修実地研修評価票（別紙３－１）	P20
● （同意取得時の説明資料）喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）における「実地研修」へのご協力にあたって	P22
他法人・参考様式	
● 研修実施状況報告書（※他法人で実地研修を実施した場合）（別紙様式５）	P27
● 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修に関する覚書	P28
● 喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修の受入依頼書（参考様式）	P31
その他	
● 実地研修に関するＱ＆Ａ	P33

実地研修申請書類のデータは、県公式ホームページにも掲載しておりますので適宜ご活用ください。
県民の方 ＞ 健康・医療・福祉 ＞ 高齢者福祉・介護 ＞ イベント・講座・募集 ＞ 喀痰吸引

実地研修の実施のながれ

体制整備

●てびきやチェックシートを参照し、実地研修の実施にむけた体制整備を行ってください。

自施設に指導看護師がいない場合、外部の指導看護師に指導を依頼していただいてもかまいません。

事業所に対象となる利用者がいないため、他法人事業所の利用者に実地研修を依頼する場合は「覚書」を結んでください。

申請

●必要書類（下記）をそろえ、実施開始の７日前までに申請してください。

・「申請書」（原本）
・「指示書」（写し）
・「同意書」（写し）
・「計画書」（写し）
・「緊急時の対応手順書および連絡体制表」（任意）
・「賠償責任保険加入が確認できる書類」
・※「研修修了証」（写し）（※介護職員においては滋賀県喀痰吸引等研修以外を受講した者、指導看護師においては医療的ケア教員講習会を受講した者）
・※「覚書」（写し）（※他法人で実地研修を実施する場合のみ）

実施

●承認通知が届きましたら開始してください。
●指導看護師が評価票に基づき評価します。

修了基準を満たすことを確認してから研修を終了してください。
【修了基準】
(1)口腔内の喀痰吸引は 10 回以上、その他行為は 20 回以上実施
(2)すべて「ア（問題なし）」（満点）が７割以上、かつ、最後の３回が満点

評価表提出

●修了基準を満たすことを確認し評価票をご提出ください。
●他法人の指導看護師に指導を依頼した場合、指導実績を併せてご提出ください。
●他法人で実地研修を実施された場合は研修実施状況報告書（別紙様式５）を併せてご提出ください。

評価票と同時に「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請書をご提出いただければ、研修修了証と同時に認定証を交付いたします。

研修終了

●県から研修修了証を交付します。

実地研修修了から
業務実施までのながれ

研修修了

●評価票提出後、県から研修修了証を交付します。

評価票の提出と同時に「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請書を提出いただければ、研修修了証と認定証を同時交付します。

認定証交付申請

●喀痰吸引等を行う介護職員等は「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けてください。
●必要書類（下記）をそろえてご提出ください。

・「申請書」（原本）
・「住民票」（写し）
・「誓約書」（原本）
・※「研修修了証」（写し）※評価票提出と同時に交付申請を行う場合は提出不要です。

事業者の登録 変更 更新

●喀痰吸引等を行う施設・事業所は、「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」の「登録」を受けてください。
●既に登録を受けている事業者で、新たに喀痰吸引等を実施する介護職員等を追加する場合は、「変更」の手続が必要です。
●既に登録を受けている事業者で、実施する行為を追加する場合は、「更新」が必要です。

手続によって提出書類が異なります。詳細は県ホームページをご参照ください。なお、認定証の交付申請と併せて各種手続の必要書類をご提出いただいても結構です。

手続完了

●「登録」および「更新」の場合、手続完了後、県から通知を発送しますので、通知受理後に業務を行ってください。
●「変更」の場合、通知等は送付致しませんのでご了承ください。

滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修実施要領

１．目的

事業所において安全かつ適正に喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）における実地研修を実施できるよう必要な事項を定め、質の高い喀痰吸引や経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）のケアを提供できる人材の確保と喀痰吸引等のサービスの安定的な提供体制の確立を図ることを目的とする。

２．研修対象者

実地研修は、基本研修の講義部分について知識が修得されていることが筆記試験により確認された者であって、かつ、演習について評価基準を満たした介護職員等を対象とする。

なお、介護福祉士の養成課程（実務者研修、介護福祉士養成施設または学校等（福祉系高校・中等教育学校・大学）において医療的ケア（講義および演習）を修了した者は、基本研修修了証明書もしくはそれに準じる証明書を提出することをもって受講対象者とみなす。

３．実地研修実施機関

実地研修の実施機関は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、通所介護、訪問介護、サービス付き高齢者向け住宅、障害者（児）施設等が望ましく、次に示す（１）（２）の基準を満たすものとする。（医療機関において実地研修を実施する際は、対象者の状態が比較的安定している場合において行うことが適当である。）

また、原則として、受講者が所属する（もしくは同一法人の）施設または事業所とし、訪問介護事業所においては在宅にて実施するものとする。（対象者がいない等やむを得ない事情がある場合、覚書を交わすことや、研修修了時に県が指定する書類を提出することを条件に、他法人間での実地研修の実施を認める。）

（１） 喀痰吸引等業務の手順に関すること

ア　利用者の状態を踏まえ、実地研修の指導者の指導の下で研修受講者が喀痰吸引等を実施可能かについて医師の承認を得ること。

イ　利用者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。（書面による同意承認が得られること。）

（２）喀痰吸引等の提供体制に関すること

ア　医療、介護等の関係者による連携体制があること。

イ　実地研修の場において介護職員を指導する看護師（以下「指導看護師」という。）について、介護職員数名につき、１人以上の配置が可能であること。（訪問介護事業所にあっては、訪問看護事業所と連携の上、実地研修の場において指導看護師について、介護職員数名につき、１人以上の確保が可能である場合も含む。）

ウ　指導看護師は、臨床等での実務経験を３年以上有し、喀痰吸引等研修指導者養成講習もしくは医療的ケア教員講習を修了していること。

エ　有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、障害者（児）施設等においては、常勤の看護師の配置または医療連携体制加算をとっていること。

オ　過去５年以内に、都道府県から介護保険法第 91 条の２に基づく勧告、命令および第 92 条に基づく指定の効力の停止を受けたことがないこと。

カ　施設または事業所の責任者および職員が実地研修の実施に協力できること。

４．実地研修の類型

次の医行為のうち、利用者本人とその家族から書面による同意が得られた行為であって、医師の指示のもと実施する行為とする。また、研修途中であっても、利用者本人またはその家族からの申し出があった場合には中止するものとする。

第一号研修	第二号研修
下記の類型**すべて**を実施 ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養	下記の類型のうち、**いずれか**を実施 ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養

５．各類型実施時の留意事項

（１）喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）

・口腔内および鼻腔内の喀痰吸引については、咽頭の手前までを限度とする。

・気管カニューレ内部の喀痰吸引については、気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度とすること。

・人工呼吸器装着者の喀痰吸引については、本研修では対応していないため、修了を希望するものは別途、第三号研修を受講すること。

（２）経管栄養（胃ろうまたは腸ろう、経鼻経管栄養）

・胃ろうまたは腸ろうの状態確認および経管栄養のチューブ挿入状態の確認は、看護職員が行うこと。

・胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養については、半固形栄養剤のみの実施では修了とは認められないため、必ず**滴下法による実施を併せて行うこと**。

・対象となる利用者が半固形栄養剤を使用している者のみであり滴下法による実施が困難な場合、医師の指示のもと、追加水（半固形栄養剤注入前に注入する水分）を滴下法により注入することが可能であれば、当該方法により滴下法による実施を行ったものとみなす。この場合、医師から滴下法による追加水の注入についての指示を得ること。

・経鼻経管栄養については、安全性の観点から半固形栄養剤による実地研修の実施を認めていないため、**滴下法のみ**で実施すること。

６．実地研修の申請、変更等

（１）実地研修実施機関は、実地研修の実施を実施しようとするときは、次の（ア）から（キ）の書類および関係書類をすべてそろえて、実施開始予定日の１４日前までに、県に申請し承認を得るものとする。

（ア）喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（別紙様式１）

（イ）喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書（別紙様式２）

（ウ）介護職員等喀痰吸引等指示書（別紙様式３）

（エ）喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書（別紙様式４）

（オ）緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意の様式）

（カ）賠償責任保険に加入していることが確認できる書類（保険加入申込書等）

（キ）覚書（写し）（※他法人で実地研修を行う場合のみ）

（２）県は、申請内容が適正であると認めたときは、申請書が提出された日から起算して１４日以内に実地研修の承認を通知するものとする。
（３）実地研修実施機関は、実地研修の内容を変更しようとするときは、別紙様式第１号および関係書類をそろえて変更申請を行うものとし、県からその承認を受けなければならない。

７．実地研修の承認期間

実地研修の承認期間は、医師の指示期間内（指示書の有効期間が最大６か月間であることからその範囲内）であって、かつ、利用者が同意した期間内とする。

ただし、やむを得ない事由により承認期間内に実地研修が修了できない場合は、原則として１回に限り、承認期間を延長できるものとし、延長しようとするときは、前項（３）の規程に準じ、別紙様式第１号および関係書類をそろえて延長申請を行うものとする。

８．実地研修の内容

実地研修の内容及び回数は次のとおりとする。実施に際しては、指導看護師の指導の下で、それぞれ規定の回数を実施する。各行為の対象となる利用者が複数名いる場合は、各利用者への実施回数を合算することができる。

行為（ケアの種類）	実施回数
口腔内の喀痰吸引	１０回以上
鼻腔内の喀痰吸引	２０回以上
気管カニューレ内部の喀痰吸引	２０回以上
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	２０回以上　※
経鼻経管栄養	２０回以上

※　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養における２０回以上の考え方

・「滴下法による経管栄養」と「半固形栄養剤による経管栄養」を実施する場合、滴下法は２０回以上実施することとし、半固形栄養剤による実施は安全かつ適切に実施できると指導看護師が認めるまで実施することとする。
・滴下法による追加水の注入（５．（２）参照）により滴下法と半固形栄養剤を併せて実施する場合、「滴下法による追加水の注入」および「半固形栄養剤による経管栄養」の両方の実施をもって各行為１回実施したと見なす。（「滴下法による追加水の注入」のみ行い「半固形栄養剤による経管栄養」を実施しなかった場合は、各行為とも０回とみなす。）

９．実地研修の評価

指導看護師は、第６項（２）の規程による承認通知に同封された実地研修評価票を用いて、行為ごとの各項目の評価を行うこと。下記に示す研修修了評価基準をすべて満たすことを確認したうえで、研修を終えること。

研修修了評価基準
・前項に規定する**行為ごとの実施回数以上**を実施していること
・行為ごとの**総実施回数の７割以上**において、評価票の**すべての項目が評価基準：ア**（一人で実施できる。評価項目について手順通りに実施できている。）となっていること
・行為ごとの実施回数の**最終３回**において、評価票の**すべての項目が評価基準：ア**（一人で実施できる。評価項目について手順通りに実施できている。）となっていること

10．実地研修の修了の報告

指導看護師は、前項の研修修了評価基準をすべて満たすことを確認したうえで、評価終了後１０日以内に、以下の書類をそろえて県あて報告することとする。

（１）評価票

（２）指導実績票（他法人の介護職員等を指導した場合のみ）

（３）研修実施状況報告書（別紙様式５）（※他法人で実地研修をした場合のみ）

11．修了証書

県は、前項の規定により提出された評価票を審査し、研修の全課程（基本研修およ　び実地研修）を修了したと認められるときは、当該受講者に対し修了証を交付することとする。

12．安全の確保等

（１）実地研修の実施にあたっては、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）に対し、実地研修の実施と当該実地研修を行う機関の対応について説明し同意を得る等適切な手続きをとること。

（２）実地研修において事故が発生した場合は、速やかに指導看護師等に報告し、適切な処置を講ずるものとする。また、その状況を滋賀県、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。

（３）前項の事故の状況および事故に際して採った処置については、記録するものとする。

（４）受講者は、賠償責任保険に加入するものとする。

（５）受講者は、利用者の安全の確保、知り得た秘密の厳守について万全を期すものとする。

13．指導看護師の指導料

同一法人以外の事業所等に所属する指導看護師が指導した際に、研修修了後に１時間あたり1,500円の指導料を指導看護師が所属する事業所等に支払う。指導料は県が負担する。

14．その他

この要領に定めるもののほか、平成23年11月11日社援発1111第１号厚生労働省社会・援護局長通知「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）」および平成24年３月30日社援発0330第43号同局長通知「喀痰吸引等研修実施要綱について」に定められたところにより安全に実施すること。

附　則

この要領は、令和２年９月１日から施行する。

附　則

この要領は、令和６年９月６日から施行する。

実地研修に係る確認事項チェックシート（居宅用）

実地研修を行う事業所においては、原則として、下記の要件を満たす必要がありますので、このチェックシートで要件を満たしていることを確認してください。

要　　件	チェック欄
（１）利用者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。 ※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、実地研修の実施等について事業所の管理者から説明を受け、書面により同意していること。	
（２）医療・介護等の関係者による連携体制があること。 ※利用者の主治医（以下「主治医」という。）から指導看護師に対し、書面による必要な指示があること。 ※家族、主治医、指導看護師、保健所の保健師等、家族以外の者等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれの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。 ※主治医、指導看護師およ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）実施研修の場において介護職員等を指導する看護師（以下「指導看護師」という）については、介護職員等数名に対し１名以上の配置が可能であること。	
（４）指導看護師は臨床等での実務経験を３年以上有し、指導者講習を修了していること。	
（５）たんの吸引等の行為については、主治医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。	
（６）たんの吸引および経管栄養の対象となる利用者が適当数入所またはサービスを利用していること。	
（７）施設または事業者の責任者および職員が実地研修の実施に協力できること。	
（８）利用者に関するたんの吸引等について、主治医、指導看護師および介護職員等の参加の下、たんの吸引等の行為に係る技術の手順書が整備されていること。	
（９）研修実施事業所の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整備を行うため、管理者の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。	
（10）適切な医学的管理の下で、利用者に対して適切な診療や訪問看護の体制がとられていることを原則とし、家族以外の者は、主治医および指導看護師の指導の下で、家族、主治医および指導看護師との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を図れる体制の整備がなされていること。	
（11）指示書や指導助言の記録、実施の記録を作成し、適切に管理・保管すること。	
（12）たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。	
（13）ヒヤリハット事例の蓄積、分析など、事業所の管理者、主治医、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。	
（14）緊急時の対応の手順をあらかじめ定め、その訓練を定期的に行うとともに、夜間をはじめ緊急時に主治医、指導看護師との連絡体制が構築されていること。	
（15）感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	
（16）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。	

実地研修に係る確認事項チェックシート（施設用）

実地研修を行う施設においては、原則として、下記の要件を満たす必要がありますので、このチェックシートで要件を満たしていることを確認してください。

要　　件	チェック欄
（１）利用者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。 ※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、実地研修の実施等について施設長から説明を受け、書面により同意していること。	
（２）医療・介護等の関係者による連携体制があること。 ※配置医または実施施設と連携している医師（以下「配置医等」という。）から指導看護師に対し、書面による必要な指示があること。 ※配置医等、指導看護師およ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）実施研修の場において介護職員等を指導する看護師（以下「指導看護師」という）については、介護職員等数名に対し１名以上の配置が可能であること。	
（４）指導看護師は臨床等での実務経験を３年以上有し、指導者講習を修了していること。	
（５）たんの吸引等の行為については、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。	
（６）有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等においては、常勤の看護師の配置または医療連携体制加算をとっていること。	
（７）過去５年以内に、都道府県から介護保険法第 91 条の２に基づく勧告、命令及び第 92 条に基づく指定の効力の停止（障害者自立支援法、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。	
（８）たんの吸引および経管栄養の対象となる利用者が適当数入所またはサービスを利用していること。	
（９）施設または事業者の責任者および職員が実地研修の実施に協力できること。	
（10）利用者に関するたんの吸引等について、配置医等、指導看護師および介護職員等の参加の下、たんの吸引等の行為に係る技術の手順書が整備されていること。	
（11）研修実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制整備を行うため、施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。	
（12）利用者の健康状態について、施設長、配置医等、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。	
（13）指示書や指導助言の記録、実施の記録を作成し、適切に管理・保管すること。	
（14）たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。	
（15）ヒヤリハット事例の蓄積、分析など、施設長、配置医等、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。	
（16）緊急時の対応の手順をあらかじめ定め、その訓練を定期的に行うとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医等、指導看護師との連絡体制が構築されていること。	
（17）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。	
（18）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。	

参考（指導看護師様へ）

実地研修の評価について

①実施回数

口腔内の喀痰吸引：１０回以上
鼻腔内の喀痰吸引：２０回以上
気管カニューレの喀痰吸引：２０回以上
胃ろう・腸ろうの経管栄養：２０回以上
経鼻経管栄養：２０回以上

②修了基準

すべて「ア（問題なし）」（満点）が７割以上、かつ、最後の３回が満点

-1-

胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養における２０回以上の考え方

① 「滴下法による経管栄養」と「半固形栄養剤による経管　栄養」を実施する場合、滴下法は２０回以上実施することとし、半固形栄養剤による実施は安全かつ適切に実施できると指導看護師が認めるまで実施することとする。

② 滴下法による追加水の注入（③参照）により滴下法と半固形栄養剤を併せて実施する場合、「滴下法による追加水の注入」および「半固形栄養剤による経管栄養」の両方の実施をもって各行為１回実施したと見なす。（「滴下法による追加水の注入」のみ行い「半固形栄養剤による経管栄養」を実施しなかった場合は、各行為とも０回とみなす。）

-2-

③ 対象となる利用者が半固形栄養剤を使用している者のみであり滴下法による実施が困難な場合、医師の指示のもと、追加水（半固形栄養剤注入前に注入する水分）を滴下法により注入することが可能であれば、当該方法により滴下法による実施を行ったものとみなす。この場合、医師から滴下法による追加水の注入についての指示を得ること。

（その他の留意点）

- 経鼻経管栄養については、安全性の観点から半固形栄養剤による実地研修の実施を認めていないため、**滴下法のみ**で実施すること。

-3-

実地研修評価基準

「ア」…評価項目について手順通りに実施できている。

「イ」…評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。

「ウ」…見過ごせないレベルであり、その場で指導した。

「エ」…１人での実施を任せられるレベルではない。

-4-

口腔内吸引の例１

１回目：イが２つある
２回目：すべてア(満点)
３回目：イが１つある
４回目：すべてア(満点)
５回目：イが１つある
６回目：すべてア(満点)
７回目：すべてア(満点)
８回目：すべてア(満点)
９回目：すべてア(満点)
10回目：すべてア(満点)

１０回中、満点が７回（＝７０％）

最後の３回が満点

↓

合格

-5-

口腔内吸引の例２：70%をこえるまで実施

１回目：満点でない
２回目：満点でない
３回目：満点でない
４回目：満点でない
５回目：満点
６回目：満点
７回目：満点
８回目：満点
９回目：満点
10回目：満点

（満点が６０％なので、まだ不合格）

１１回目：満点
１１回中、満点が７回
（＝６３．６％：まだ不合格）

１２回目：満点
１２回中、満点が８回
（＝６６．７％：まだ不合格）

１３回目：満点
１３回中、満点が９回
（＝６９．２％：まだ不合格）

１４回目：満点
１４回中、満点が１０回
（＝７１．４％：合格）

-6-

（別紙様式１）

年　月　日

（あて先）滋賀県知事

事業所名称

事業所所在地

代表者名

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（実 施・変 更・延 長）

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 **および研修修了区分（①・②）** ① 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号） ② ①以外（他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等） ※②の場合は研修修了証の写しを添付	（研修修了区分（該当に○）　①・②　）
	（研修修了区分（該当に○）　①・②　）
	（研修修了区分（該当に○）　①・②　）
	（研修修了区分（該当に○）　①・②　）
指導看護師の氏名および **指導者講習修了証書番号** ※医療的ケア教員講習会の修了者は、修了証の写しを添付 ※第三号研修（特定の者）、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可	（修了証書番号　　）
	（修了証書番号　　）
	（修了証書番号　　）
	（修了証書番号　　）
指導看護師の事業所名および事業所の **所在地（別の法人の時のみ記載）**	事業所名 所在地
実地研修を行うケア（該当するものに○） **および対象者氏名（患者）**	（　　）口腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　　） （　　）鼻腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　　） （　　）気管カニューレ内部の喀痰吸引 （対象者氏名　　） （　　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法のみ） （対象者氏名　　） （　　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法＋半固形栄養剤） （対象者氏名　　） （　　）経鼻経管栄養 （対象者氏名　　）

担当者氏名：　　電話番号：

＊添付書類：「介護職員等喀痰吸引等指示書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書」（写し）、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意の様式）」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、（研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合）各研修の修了証（写し）

＊変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

（別紙様式１）

記入例（実施）

令和3　年　10月　1日

事業所名称　〇〇〇〇事業所

事業所所在地　滋賀県〇〇市〇〇町

代表者名　〇〇　〇〇

申請区分を囲んでください

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（実 施・変 更・延 長）

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 および研修修了区分（①・②） ① 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号） ② ①以外（他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等） ※②の場合は研修修了証の写しを添付	滋賀　太郎　（研修修了区分（該当に〇）①・②） 志賀　二郎　（研修修了区分（該当に〇）①・②） ②の場合、修了証の写しを添付してください　（該当に〇）①・②） （研修修了区分（該当に〇）①・②）
指導看護師の氏名および 指導者講習修了証書番号 ※医療的ケア教員講習会の修了者は、修了証の写しを添付 ※第三号研修（特定の者）、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可	琵琶　花子　（修了証書番号　第18-01号） 該当する場合は添付してください　） （修了証書番号　） （修了証書番号　）
指導看護師の事業所名および事業所の 所在地（別の法人の時のみ記載）	事業所名 所在地 別法人の指導看護師に指導いただく場合、
実地研修を行うケア（該当するものに〇） および対象者氏名（患者） 「滴下法のみ」か「滴下法＋半固形栄養剤」か、分かるように記載してください （半固形栄養剤のみの実施は不可） 申請内容に関するお問合せ先を記入してください	（〇）口腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　近江　一郎　） （　）鼻腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　） （　）気管カニューレ内部の （対象者氏名　） 対象者が複数名おられる場合、括弧内に収まるようご記入ください （〇）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法のみ） （対象者氏名　近江　一郎　） （　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法＋半固形栄養剤） （対象者氏名　） （　）経鼻経管栄養 （対象者氏名　）

担当者氏名：　琵琶　花子　　電話番号：　〇〇〇　－　〇〇〇

＊添付書類：「介護職員等喀痰吸引等指示書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書」（写し）、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意の様式）」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、（研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合）各研修の修了証（写し）

＊変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

（別紙様式１）

記入例（変更）

例：対象者追加

変更後の内容をすべて記入してください

令和3 年 10 月 15 日

事業所名称　○○○○事業所

事業所所在地　滋賀県○○市○○町

代表者名　○○　○○

申請区分を囲んでください

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（実 施・変 更・延 長）

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 および研修修了区分（①・②） ① 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号） ② ①以外（他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等） ※②の場合は研修修了証の写しを添付	滋賀　太郎　（研修修了区分（該当に○）①・②） 志賀　二郎　（研修修了区分（該当に○）①・②） （研修修了区分（該当に○）①・②） （研修修了区分（該当に○）①・②）
指導看護師の氏名および 指導者講習修了証書番号 ※医療的ケア教員講習会の修了者は、修了証の写しを添付 ※第三号研修（特定の者）、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可	琵琶　花子　（修了証書番号 第18-01号） （修了証書番号　） （修了証書番号　） （修了証書番号　）
指導看護師の事業所名および事業所の 所在地（別の法人の時のみ記載）	事業所名 所在地
実地研修を行うケア（該当するものに○） および対象者氏名（患者）	（○）口腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　近江　一郎、淡海　良子　） （○）鼻腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　淡海　良子　） （　）気管カニューレ内部の喀痰吸引 （対象者氏名　） （○）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法のみ） （対象者氏名　近江　一郎　） （　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法＋半固形栄養剤） （対象者氏名　） （　）経鼻経管栄養 （対象者氏名　）

担当者氏名：　琵琶　花子　　電話番号：　○○○ － ○○○

＊添付書類：「介護職員等喀痰吸引等指示書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書」（写し）、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意の様式）」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、（研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合）各研修の修了証（写し）

＊変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

（別紙様式１）

記入例（延長）

例：職員１名の延長と同時に
ケア対象者を１名追加

令和３年 10月 15日

延長する内容のみを記入してください。
延長と同時に変更（対象者の追加等）する場合は、変更内容を併せて記入してください。

○○町

申請区分を囲んでください

代表者名　○○　○○

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（実 施・変 更・延 長）

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 および研修修了区分（①・②） ① 滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号） ② ①以外（他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等） ※②の場合は研修修了証の写しを添付	志賀　二郎　（研修修了区分（該当に○）　①・②） （研修修了区分（該当に○）　①・②） （研修修了区分（該当に○）　①・②） （研修修了区分（該当に○）　①・②） 延長する職員のみ記入してください。
指導看護師の氏名および 指導者講習修了証書番号 ※医療的ケア教員講習会の修了者は、修了証の写しを添付 ※第三号研修（特定の者）、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可	琵琶　花子　（修了証書番号　第18-01号） （修了証書番号　） （修了証書番号　） （修了証書番号　）
指導看護師の事業所名および事業所の 所在地（別の法人の時のみ記載）	事業所名 所在地
実地研修を行うケア（該当するものに○） および対象者氏名（患者） 延長するケアおよび対象者氏名を記入してください。 延長と同時に変更（対象者の追加等）する場合は、変更内容を併せて記入してください。	（　）口腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　） （　）鼻腔内の喀痰吸引 （対象者氏名　） （　）気管カニューレ内部の喀痰吸引 （対象者氏名　） （○）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法のみ） （対象者氏名　近江　一郎　） （○）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法＋半固形栄養剤） （対象者氏名　淡海　良子　） （　）経鼻経管栄養 （対象者氏名　）

担当者氏名：　琵琶　花子　　電話番号：　○○○　－　○○○

＊添付書類：「介護職員等喀痰吸引等指示書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書」（写し）、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書」（写し）、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意の様式）」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、（研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合）各研修の修了証（写し）

＊変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

（別紙様式２）

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

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、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為）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
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	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

同意日　　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

記入例

（別紙様式２）

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

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、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為）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
提供を受ける期間		**令和３**　年　**10**　月　**15**　日　～　**４**年　**４**月　**14**　日
提供を受ける頻度		**１日〇回**
提供体制	事業所名称	**〇〇事業所**
	事業所責任者氏名	〇〇　〇〇
	事業所担当者氏名	**滋賀　太郎、志賀　二郎**
	担当看護職員氏名	**琵琶　花子**
	担当医師氏名	〇〇　〇〇

該当するものを〇で囲んでください

医師の指示書に記載された期間内（最大６か月間）でご記入ください

記入例：「１日〇回」、「喀痰貯留時」、「期間中１日数回（状態により）」、等

担当する介護職員の氏名

担当する指導看護師の氏名

同意日　**令和３**　年　**10**　月　**１**　日

提供前に同意を得ていただくため、同意日は「提供を受ける期間」より前になります

住　　所　**〇県〇市〇町〇〇**

氏　　名　〇〇　〇〇　　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　**〇県〇市〇町〇〇**

代行者氏名　〇〇　〇〇　　印

本人との関係　**配偶者**

事業所名　**〇〇事業所**

事業所住所　**〇県〇市〇町〇〇**

代表者名　〇〇　〇〇

（別紙様式４）

喀痰吸引等業務（特定行為業務）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				

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

（別紙様式１）

記入例

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

作成者氏名	○○　○○	作成日	令和3年　10月　1日
承認者氏名①	△△　△△		10月　2日
承認者氏名②	□□　□□		10月　2日

・「計画作成者」、「承認者氏名①」、「承認者氏名②」は、それぞれ異なる方の氏名をご記入ください。
・指導看護師１名以上による承認を受けてください。

基本情報	対象者	氏名	近江　一郎	生年月日　○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	
		障害名		
		住所	○○市○○町○○	
	事業所	事業所名称	○○事業所	
		担当者氏名	滋賀　太郎、志賀　二郎	
		管理責任者氏名	○○　○○	
	担当看護職員氏名		琵琶　花子	
	担当医師氏名		○○　○○	

計画書はケアの対象者毎に作成が必要です。

担当する介護職員の氏名

担当する指導看護師の氏名

業務実施計画	計画期間	令和3　年　10月　15日　～　4年　4月　14日
	目標	医師の指示書の有効期間が最大６か月間であることからその範囲内で記入願います。（医師の指示書に記載された期間
	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	4年　4月　30日

・実施する行為全ての計画を作成し、記入してください。
・対象者の状態や個別性を踏まえたうえ、医師の指示書に基づき、具体的な数値を入れながら実際に行動できるような計画を作成してくださ

（別紙様式３）

介護職員等喀痰吸引等指示書（実地研修用）

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

事業者		事業者種別	
		事業者名称	
対象者	氏名		生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　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 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	具体的な指示内容		
	喀痰吸引等指示書（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）		
	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	種類：	
	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、指示いたします。　　年　　月　　日

機関名
住所
電話
（FAX）
医師氏名　　㊞

事業者の長　　殿

第一、二号研修実地研修評価票：喀痰吸引（口腔内・鼻腔内吸引（通常手順）

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	／

評価基準
「ア」…評価項目について手順通りに実施できている。
「イ」…評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
「ウ」…見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
「エ」…1人での実施を任せられるレベルではない。

実施回数			（　　）回目	（　　）回目	（　　）回目	（　　）回目	（　　）回目
実施月日			／	／	／	／	／
実施時間							
実施手順		評価項目	評価				
STEP4：準備	1	医師の指示等の確認を行う					
	2	手洗いを行う					
	3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する					
	4	必要物品を実地研修協力者のもとに運ぶ					
STEP5：実施	5	実地研修協力者に吸引の説明をする					
	6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える					
	7	口腔内・鼻腔内を観察する					
	8	手袋の着用またはセッシを持つ					
	9	吸引チューブを清潔に取り出す					
	10	吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する					
	11	（浸漬法の場合）吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く					
	12	吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になることを確認する					
	13	吸引チューブの先端の水をよく切る					
	14	実地研修協力者に吸引開始について声かけをする					
	15	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する					
	16	適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する					
	17	吸引チューブを静かに抜く					
	18	吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く					
	19	洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす					
	20	（セッシを持っている場合）セッシを戻す					
	21	吸引器の電源を切る					
	22	吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す					
	23	手袋をはずす（手袋を使用している場合）					
	24	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える					
	25	吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する					
	26	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する					
	27	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを観察する（経鼻経管栄養実施者のみ）					
	28	手洗いをする					
STEP6：報告	29	吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する					
	30	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する（経鼻経管栄養実施者のみ）					
	31	ヒヤリハット・アクシデントの報告をする（該当する場合のみ）					
STEP7：片付け	32	吸引びんの排液量が70%～80%になる前に排液を捨てる					
	33	使用物品を速やかに後片づけまたは交換する					
STEP8：記録	34	実施記録を記載する					
アの個数　計							
指導看護師サイン			（　　）	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）

※最後の3回が満点、かつ全体で7割満点であれば合格です。

＊自由記載欄

（　　）回目	
（　　）回目	
（　　）回目	
（　　）回目	
（　　）回目	

記入例

第一、二号研修実地研修評価票：喀痰吸引（口腔内・鼻腔内吸引（通常手順）

研修受講者氏名	びわこ　たろう
受講者所属名	びわこ かいつぶり 事業所
本票ページ数	1/2

評価基準
「ア」…評価項目について手順通りに実施できている。
「イ」…評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
「ウ」…見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
「エ」…1人での実施を任せられるレベルではない。

実施回数			（ 1 ）回目	（ 2 ）回目	（ 3 ）回目	（ 4 ）回目	（ 5 ）回目
実施月日			3/9	3/10	3/11	3/12	3/13
実施時間			10:20	11:04	17:15	15:00	13:00
実施手順		評価項目	評価				
STEP4：準備	1	医師の指示等の確認を行う	ア	ア	ア	ア	ア
	2	手洗いを行う	ア	ア	ア	ア	ア
	3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	ア	ア	ア	ア	ア
	4	必要物品を実地研修協力者のもとに運ぶ	ア	ア	ア	ア	ア
STEP5：実施	5	実地研修協力者に吸引の説明をする	ア	ア	ア	ア	ア
	6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	ア	ア	ア	ア	ア
	7	口腔内・鼻腔内を観察する	ア	ア	ア	ア	ア
	8	手袋の着用またはセッシを持つ	ア	ア	ア	ア	ア
	9	吸引チューブを清潔に取り出す	ア	ア	ア	ア	ア
	10	吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	ア	ア	ア	ア	ア
	11	（浸漬法の場合）吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	ア	ア	ア	ア	ア
	12	吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になることを確認する	ア	ア	ア	ア	ア
	13	吸引チューブの先端の水をよく切る	ア	ア	イ	ア	ア
	14	実地研修協力者に吸引開始について声かけをする	イ	ア	ア	ア	ア
	15	適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	ア	ア	ア	ア	ア
	16	適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する	ア	ア	ア	ア	ア
	17	吸引チューブを静かに抜く	ア	ア	ア	ア	ア
	18	吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	ア	ア	ア	ア	ア
	19	洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	ア	ア	ア	ア	ア
	20	（セッシを持っている場合）セッシを戻す					
	21	吸引器の電源を切る	ア				
	22	吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す	ア				
	23	手袋をはずす（手袋を使用している場合）	ア	ア	ア	ア	ア
	24	実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	ア	ア	ア	ア	ア
	25	吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する	ア	ア	ア	ア	ア
	26	実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する	ア	ア	ア	ア	ア
	27	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを観察する（経鼻経管栄養実施者のみ）					
	28	手洗いをする	ア	ア	ア	ア	ア
STEP6：報告	29	吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する	ア	ア	ア	ア	ア
	30	吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する（経鼻経管栄養実施者のみ）					
	31	ヒヤリハット・アクシデントの報告をする（該当する場合のみ）	ア	ア	ア	ア	ア
STEP7：片付け	32	吸引びんの排液量が70%～80%になる前に排液を捨てる	ア	ア	ア	ア	ア
	33	使用物品を速やかに後片づけまたは交換する	イ	ア	ア	ア	ア
STEP8：記録	34	実施記録を記載する	ア	ア	ア	ア	ア
アの個数　計			29	31	30	31	31
指導看護師サイン			（ 鮒 ）	（ 鮒 ）	（ 琵琶 ）	（ 琵琶 ）	（ 鮎 ）

該当しないstepは斜線を引いてください。

※最後の3回が満点、かつ全体で7割満点であれば合格です。

＊自由記載欄

（ 1 ）回目	利用者さんへの声かけを忘れていたが、指導するとできた。
（　　）回目	
（　　）回目	
（　　）回目	
（　　）回目	

よくお読みください

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）における「実地研修」へのご協力にあたって

内容についてわからないことや聞きたいこと、また何か心配なことがありましたら施設長（もしくは事業所長）におたずねください。

《連絡先》
施設長（事業所長）名：
住　所：
電話番号：

研修の説明の前に

この研修の内容についての説明の前に、私たち介護関係者がお約束することがらについてお話します。

□１．　この研修へのご協力について同意するかどうかは、あなたの自由です。同意しない場合も、あなたが介護サービスを受ける上で不利な扱いを受けることは決してありません。

□２．　この研修へのご協力にいったん同意した後でも、「研修への協力を取りやめたい」と思ったときには、たとえ研修期間中でもいつでも自由に同意を撤回して研修への協力をやめることができます。

研修に最後まで協力しなくとも不利な扱いを受けることは決してありません。

□３．　実地研修を行う介護職員に関連した賠償事故に対する補償に関しては、健康被害の内容や程度に応じて、施設が負担します。事前に賠償保険に加入しています。

□４．　あなたのプライバシーを守ることに十分注意を払います。

□５．　あなたの健康や研修への協力の継続について、あなたの意思に影響を与える可能性のある新しい情報が、得られた場合には、すみやかにお知らせいたします。

□６．　この研修について、わからないことや、聞きたいこと、また何か心配なことがありましたら、いつでも遠慮なく施設長（もしくは事業所長）、あるいは指導看護師等におたずねください。

今回の研修の内容について
ご説明いたします

■研修の経緯と目的

在宅や、高齢者施設、障害者（児）施設等において医療的なケアに対するニーズが高まっている今日の状況に対応するため、医師の指示のもと、看護職員と介護職員等が連携･協働して、利用者にとって安心･安全なケアを提供するための方策について、国において検討が進められてきました。

その結果、「社会福祉士及び介護福祉士法」が一部改正され、平成２４年４月１日から、介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で『たんの吸引等』の行為を実施できることになりました。この制度が安全に提供されるため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的として研修を実施しています。

■研修の方法

この研修では、以下のケアについて、介護職員が、医師の指示のもとで指導看護師の指導を受けながら実施いたします。

①口腔内のたんの吸引
　※　口腔内とは、咽頭の手前までを限度としています。
②鼻腔内のたんの吸引
③気管カニューレ内部のたんの吸引
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
　※　胃ろう又は腸ろうの状態に問題がないことの確認は、指導看護師が１日１回以上行います。
⑤鼻からの経管栄養
　※　栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、指導看護師が行います。
※経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、指導看護師が行います。

なお、介護職員は、実務経験を３年以上有し指導者講習を受講した指導看護師から指導を受けながら上記のケアを実施し、そのケアの習得状況を指導看護師が評価します。

■研修の予定期間

医師の指示書に基づいた期間になります。

■研修に参加する介護職員

この研修を行う介護職員は、基本研修（50 時間の講義と、たんの吸引と経管栄養についてのシミュレーター演習）を修了しています。

■予測される好ましくない事態について

□口腔内・鼻腔内のたんの吸引の場合

鼻からの吸引には、鼻腔粘膜やアデノイドを刺激しての出血が、まれではありますが生じる場合があります。

また、鼻や口から、咽頭の奥までの吸引を行えば、敏感なケースでは嘔吐・咳込み等の危険性もあります。したがって、鼻からの吸引や、口から咽頭の奥までの吸引は「一般論として安全である」とは言い難いです。

しかし、鼻からの吸引は、利用者の状態に応じ、吸引チューブを入れる方向を適切にする、左右どちらかのチューブが入りやすい鼻からチューブを入れる、吸引チューブを入れる長さをその利用者についての規定の長さにしておく、などの手順を守ることにより、個別的には安全に実施可能である場合が多いです。

以上の点から、介護職員は、指導看護師の指導を受けながら咽頭の手前までの吸引を行い、咽頭より奥の気道のたんの吸引は指導看護師が行います。

□気管カニューレ内部のたんの吸引の場合

気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引については、迷走神経そうを刺激することにより、呼吸停止や心停止を引き起こす可能性があるなど、危険性が高いことから、介護職員が行うたんの吸引の範囲は、気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度としています。

特に、人工呼吸器を装着している場合には、気管カニューレ内部までの気管内吸引を行う間、人工呼吸器を外す必要があるため、安全かつ適切な取扱いが必要なため、介護職員は指導看護師の指導を受けながら行います。

□鼻からの経管栄養の場合

鼻からの経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があり、指導看護師が行います。

なお、開始後の対応は介護職員によっても可能であり、指導看護師の指導を受けながら介護職員が行います。

■研修への協力の中止について

□あなた自身が研修へのご協力を取りやめたいと思った時。
□担当医師等があなたの研修ご協力を中止と判断する時。

以上で今回の研修についての説明は終わらせていただきます。

この研修へのご協力に同意していただけるようでしたら、同意書に署名をしてください。

（別紙様式５）　　年　　月　　日

滋賀県知事

所 在 地
機 関 名
代表者名

喀痰吸引等研修（実地研修）実施状況報告書

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）の実地研修を下記の通り実施したので報告します。

記

<table>
<tr><td rowspan="4">受講者の所属事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3">（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">研　修　課　程</td><td colspan="3">１．喀痰吸引及び経管栄養のすべて：規則別表第一号研修（不特定多数の者対象）
２．喀痰吸引及び経管栄養の行為のうち必要とする任意の行為：規則別表第二号研修（不特定多数の者対象）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">研修内容</td><td>実 施 場 所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>実 施 期 間</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受 講 者 数</td><td>人</td><td>修了者数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>評 価 実 施 日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">研修担当者の氏名及び連絡先</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

添　付　書　類	□　ヒヤリハット・アクシデント報告書の写し（※該当する場合のみ）
	□　研修評価票の写し（「指導者氏名」「介護職氏名」には記名押印または署名を行ってください。）

滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修に関する覚書

○○○（以下「甲」という。）と○○○（以下「乙」という。）とは、「滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修実施要領」（以下「要領」という。）に基づき、喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修（以下「実地研修」という。）の実施について次のとおり覚書を締結する。

（業務の内容および実施方法）

第１条　乙は「社会福祉士および介護福祉士法施行規則」（以下「規則」という。）および「喀痰吸引研修実施要綱」（平成 24 年３月 30 日社援発 0330 第 43 号厚生労働省社会・援護局長通知。以下「要綱」という。）に基づき、甲に所属する介護職員（以下「受講者」という。）に実地研修の実施および評価を行う。

（実地研修を行う上での遵守事項）

第２条　乙は、実地研修を実施するにあたって、次の各号の事項を遵守する。

（１）　指導講師である医師または看護職員との連携および役割分担による的確な医学管理および安全管理体制を確保する。

（２）　前項の管理体制の下、書面による医師の指示、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「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の説明を含む。）、事故発生時の対応（関係者への報告、協力者家族への連絡など適切な緊急措置、事故状況等についての記録および保存等を含む。）、協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規定を整備するなど、実施上、必要となる条件を整える。

（３）　出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存する。

（４）　研修中の事故等（ヒヤリハット事例を含む。）については、速やかに甲へ報告する。

２　受講生は、実習実施中、乙の指揮命令系統に従うこと。

（実施研修の修了の認定および報告）

第３条　規則に定める回数以上の研修を実施した後、乙の指導講師（医師または看護職員）が評価を行い、要綱に定める基準に達していることを確認した上で、乙は「実地研修実施状況報告書」（別紙様式）に評価票を添付し、滋賀県に送付することとし、併せて乙から甲に終了状況を報告することとする。

（経費の負担）
第４条　研修実施に要する経費（消耗品費等）は、乙が甲に対して受講料等として実費を徴収するものとする。

（保険の加入）
第５条　甲は、研修実施前に実地研修を履修する介護職員等向け賠償責任保険に加入することとする。

（事故の責任）
第６条　実地研修の実施期間中における事故および過失等により乙または乙の利用者および第三者に損害を与えた場合は、甲に故意または過失がある場合、甲がその賠償の責任を負うものとする。

（個人情報の保護）
第７条　甲は、この研修を実施するための個人情報の取扱いについては、甲において別途定める秘密保持等の規定を遵守しなければならない。

（協議）
第８条　この覚書に定めのない事項およびこの覚書に関し疑義が生じたときは、甲乙協議してこれを定めるものとする。

この覚書の締結を証するため、この覚書を２通作成し、甲乙両者記名押印の上、各自１通を保有する。

令和　　年　　月　　日

甲　　（住所）
（役職名）（氏名）

乙　　（住所）
（役職名）（氏名）

別記

個人情報の取扱いに係る特記事項

（基本的事項）

第１　乙は、個人情報（個人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいう。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

（秘密保持）

第２　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（収集の制限）

第３　乙は、この契約による業務を行うために個人情報を収集するときは、その業務の目的を明確にし、目的を達成するために必要な範囲で、適正な方法により収集しなければならない。

（目的外利用及び提供の禁止）

第４　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的外に利用し、又は第三者に提供してはならない。

（適正管理）

第５　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報について、漏えい、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。

（第三者への委託等の禁止）

第６　乙は、甲が承諾した場合を除き、この契約による業務については自らが行い、第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。

（第三者への委託等の準用）

第７　この特記事項は、乙が、甲の承諾に基づき、この契約による業務を第三者に委託し、又は請け負わせるときに準用する。

（業務従事者への周知）

第８　乙は、その業務に従事している者に対して、在職中及び退職後においても当該契約による業務に関して知り得た個人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に必要な事項を周知させるものとする。

（複写又は複製の禁止）

第９　乙は、この契約による業務を処理するため甲から引き渡された個人情報が記録された資料等を甲の承諾なしに複写し、又は複製してはならない。

（資料等の返還）

第１０　乙はこの契約による業務を処理するために、甲から提供をうけた個人情報が記録された資料等は、この契約の完了後直ちに甲に返還するものとする。ただし、甲が別に指示したときは当該方法によるものとする。

（資料等の廃棄）

第１１　乙はこの契約による業務を処理するために、乙自らが収集し、又は作成した個人情報が記録された資料等は、この契約の完了後速やかに廃棄するものとする。ただし、甲が別に指示したときは当該方法によるものとする。

（調査）

第１２　甲は、乙がこの契約による業務を処理するに当たり、取り扱っている個人情報の状況について、随時調査することができる。

（事故報告）

第１３　乙は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに、甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

（指示）

第１４　甲は、乙がこの契約による業務を処理するために取り扱っている個人情報について、その取扱いが不適当と認められるときは、乙に対して必要な指示を行うことができる。

年　　月　　日

（受入側）

様

（受講側）

住所

氏名　　印

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修の受入依頼書

このことについて、自事業所での実地研修の実施が困難なため、貴事業所における実地研修の受入実施を希望しますので、下記のとおり依頼します。

記

１．介護職員等の氏名および研修区分（①第一号、第二号研修または②実務者研修等）※1

２．希望する特定行為種別（☑を入れてください）

☐　口腔内の喀痰吸引　　☐　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

☐　鼻腔内の喀痰吸引　　☐　経鼻経管栄養

☐　気管カニューレ内部の喀痰吸引

３．希望する研修時期および受講頻度※2

研修時期：

受講頻度：

４．担当者

氏　名：

連絡先：

５．その他

※1　都道府県が実施する喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）を修了した場合は「①第一号、第二号研修」、介護福祉士の養成課程において医療的ケアを修了した場合は「②実務者研修等」を記入してください。

※2　研修時期は「例：○月～○月頃」、受講頻度は「例：週○日程度」等を記入してください。

記入例

令和２年　10 月　 1 日

（受入側）
社会福祉法人〇〇
特別養護老人ホーム〇〇　施設長　様

（受講側）
住所　大津市京町４丁目１－１
氏名　株式会社〇〇　訪問介護事業所〇〇
管理者　〇〇　〇〇　印

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修の受入依頼書

このことについて、自事業所での実地研修の実施が困難なため、貴事業所における実地研修の受入実施を希望しますので、下記のとおり依頼します。

記

１．介護職員等の氏名および研修区分（①第一号、第二号研修または②実務者研修等）※1
滋賀　太郎（①第一号、第二号研修）
近江　花子（②実務者研修等）

２．希望する特定行為種別（☑を入れてください）
☑ 口腔内の喀痰吸引
☑ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
☐ 鼻腔内の喀痰吸引
☐ 経鼻経管栄養
☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引

３．希望する研修時期および受講頻度※2
研修時期：令和２年 11 月～令和３年２月頃
受講頻度：週３日程度

４．担当者
氏　名：琵琶　一郎
連絡先：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

５．その他

※１　都道府県が実施する喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）を修了した場合は「①第一号、第二号研修」、介護福祉士の養成課程において医療的ケアを修了した場合は「②実務者研修等」を記入してください。
※２　研修時期は「例：〇月～〇月頃」、受講頻度は「例：週〇日程度」等を記入してください。

実地研修に関するＱ＆Ａ

医療福祉推進課　介護・福祉人材確保係

	項目	Q	A
1	実地研修の実施までの流れ	実地研修の実施方法を知りたい。 また、実地研修修了後、実際に介護職員が喀痰吸引等の業務行うまでの流れについて知りたい。	1）喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）の筆記試験を修了 2）事業所から県へ、実地研修の実施申請 3）県から事業所へ、実地研修の承認通知 4）承認通知受理後、事業所で実地研修の実施（指導看護師による指導） 5）実地研修修了後、事業所から県へ、「実地研修評価票」および「認定特定行為業務従事者認定証　交付申請書」の提出 6）県から事業所へ、「研修修了証明書」および「認定特定行為業務従事者認定証」の交付 7)事業所から県へ、「登録喀痰吸引等事業者（特定行為事業者）」の登録（もしくは更新）、登録済みの場合は変更届および「介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」の提出
2	実地研修（申請）	実地研修の実施にあたって、申請方法を知りたい。	「実地研修に係る確認事項チェックシート」により、実地研修が実施できる体制が整っていることを確認してください。 次の書類をすべてそろえて、実施７日前までに当課まで提出してください。 1）喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修申請書（原本） 2）喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書（写し） 3）喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書（写し） 4）介護職員等喀痰吸引等指示書（写し） 5）緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表（任意様式） 6）賠償責任保険に加入していることが確認できる書類（保険加入申込書等） 7）※研修修了証（写し）（※介護職員においては滋賀県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）以外を修了した者、指導看護師においては医療的ケア教員講習会修了者）
3	半固形栄養剤	「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」において、半固形栄養剤ので実施してよいか。	実地研修では、胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の基礎（滴下法）を習得いただくため、半固形栄養剤のみでの修了は認めておりません。半固形栄養剤を用いて実施する場合、半固形栄養剤での実施に加え、必ず滴下法での実施を行うこととしています。 ただし、半固形栄養剤の対象者しかいない場合、栄養剤注入前の追加水を滴下で注入可能か主治医に相談のうえ医師から指示を得たうえで実施していただくことで、滴下法と半固形栄養剤の両方を修了することができます。 なお、前述の方法がとれない場合は第三号研修（特定の者対象）において半固形栄養剤での胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養を修了する方法があります。
4	半固形栄養剤	「経鼻経管栄養」の実地研修を、半固形栄養剤で実施してよいか。	実地研修において半固形栄養剤を用いた経鼻経管栄養の実施は、安全性の理由から認めておりません。 ただし、胃に入ることで液体から半固形に変化するタイプの半固形栄養剤は、チューブを通過する時点では液体であるため経鼻での使用は可能であり、液体の栄養剤の取扱いに準ずるため、実地研修においても滴下法での実施と同様に扱います。
5	実地研修(指示書)	実地研修の指示書について、指示書料は請求可能か。	実地研修において指示書料は算定できません。実地研修を修了した介護職員者が喀痰吸引等を行うための指示書は指示書料の算定が可能です。 事業者登録後、認定者が行為をおこなうための指示書については、介護職員等による喀痰吸引等が制度として平成24年度から、「C007-2介護職員等喀痰吸引等指示書　240点」を保険医療機関の医師が「訪問介護，訪問入浴介護，通所介護，特定施設入居者生活介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護，夜間対応型訪問介護，認知症対応型通所介護，小規模多機能型居宅介護，認知症対応型共同生活介護，地域密着型特定施設入居者生活介護，複合型サービス（これらの予防サービスを含む。）」に指示書を提供した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定可能です（有効期間は６ヵ月以内）。ただし、介護老人福祉施設、老人保健施設は配置医（連携医師）があるため算定できません。
6	実地研修(申請)	介護職員が複数いる場合、まとめて申請してよいか。	一度にまとめて申請可能です。
7	実地研修(期間)	実地研修の申請期限はあるか（いつまでに申請しなければならないのか）。	申請期限はありません。実地研修が実施できる体制が整った時点で申請いただけます。
8	実地研修(期間)	申請後、実施期間に期限はあるか（いつまでに修了しなければならないのか）。	承認通知に記載された承認期間内に修了してください。 承認期間は、医師の指示書の有効期間が６か月であることから６か月以内と定めています。なお、承認期間内に延長申請することで、原則として１回、承認期間を延長することができます。（最大承認期間１年間）
9	実地研修(対象者の追加)	実地研修の対象者を追加（変更）するのに必要な手続を知りたい。	実地研修の変更申請が必要となります。申請書、指示書、計画書、同意書をご提出ください。
10	実地研修(評価)	実地研修の対象者を変更する場合、修了に必要な実施回数は一からやり直しとなるのか、合算することができるのか。	承認期間内であれば合算可能です（承認期間を延長した場合も合算可）。 承認期間内に修了できなかった場合は、再度、一から実施していただく必要があります。

	項目	Q	A
11	実地研修(評価)	評価票の回数について。実施月日の記載欄があるが、1日に複数回実施することはできるか。	医師の指示のもとで実施する行為であれば可能です。
12	他法人間での実地研修について（指導看護師について）	他法人の看護師に指導に来てもらい、自施設で実地研修をしようと考えています。覚書の提出は必要ですか？	不要です。実地研修の事前申請の書類に指導看護師について記載する欄があります。その記入欄に「他法人看護師」と記載してください。 実地研修の対象となる利用者を他法人の事業所で確保する場合は、覚書を交わすことや、研修修了時に県が指定する書類を提出することを条件に、他法人間での実地研修の実施を認めます。