

様式 1

株式会社アース 訪問看護サポテン
介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）申込書
FAX 047-311-8639

以下の研修日程（基本研修 2 日間）を希望します。

1 日目	月 日（土）	2 日目	月 日（土）
------	-------------	------	-------------

事業所名			
住所			
電話番号		FAX 番号	
E-mail		ご担当者	

受講希望者

	氏名	生年月日	住所	基本研修 2 日目の希望時間※
1				9:00～13:00・14:00～18:00
2				9:00～13:00・14:00～18:00
3				9:00～13:00・14:00～18:00
4				9:00～13:00・14:00～18:00
5				9:00～13:00・14:00～18:00

※どちらかを囲んでください。希望者が一方に集中した場合は調整させていただくことがあります。

実地研修指導者

（フリガナ） 指導者氏名				
所属事業所名				
連絡先住所	〒			
電話番号		資格		経験年数
FAX 番号		指導者研修認定	あり なし	

特定の利用者

利用者氏名	人工呼吸器	利用者に必要な行為（実地研修予定の行為）		サービス種別
（フリガナ）	有 無	たんの吸引	経管栄養	介護保険 障害者自立支援法
		口腔・鼻腔・気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう・ 経鼻胃管	

様式 2

(指導者派遣事業所記入)

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）指導者の派遣 承諾書

当事業所は、_____の介護職員等が、株式会社アースが実施する標記研修の基本研修を修了後、下記の誓約書に基づき実地研修を行う際に、指導者を派遣し、実地研修の指導および評価（評価票作成含む）を行うことを承諾します。

年 月 日

事業所名 _____

(甲) 事業所代表者氏名 _____ 印

事業所住所 〒 _____

(研修申込事業所等記入)

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）指導者の派遣依頼に伴う誓約書

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導および評価を、貴事業所 _____へお願いするにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の基本研修を修了する予定の介護職員です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にとんの吸引等をより適切に実施するために受講するものです。
- 3 実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を株式会社アースに報告願います。
- 4 本研修の受講申込および研修結果の報告においては、実地研修指導者を特定しなければならないので千葉県に報告しますが、それ以外は事業所名および指導者名が分かることは記載しません。
- 5 実地研修中はもちろん、研修後においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。
- 6 なお、株式会社アースでは実地研修において一切の責任を負いません。

年 月 日

事業所等名 _____

(乙) 事業所代表者氏名 _____ 印

※甲、乙ともにそれぞれコピーを1通保管する。(甲および乙が押印した原本は乙より株式会社アース訪問看護サポテンに送付していただき、そこで保管することとする。)

様式 3

(利用者記入)

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象） 実地研修 同意書

私は、(受講者氏名) _____さんが、「介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の実施のための研修（特定の者）」の実地研修として、下記の「誓約書」に基づき、指導者の指導によりたんの吸引等を行うことに協力し、必要な実習を行うことを承諾します。

年 月 日

(利用者様)

住所 _____ 氏名 _____ (印)

※ 利用者の意思が確認出来ない場合等は、家族等がご記入、捺印して下さい。

(受講者記入)

介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象） 実地研修 誓約書

(利用者様氏名) _____ 様

私は、「介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の実施のための研修（特定の者）」の実地研修におけるたんの吸引等の実習を、あなたにお願いするにあたり、以下のことをお約束します。

- 1 本研修は、私が今後、あなたのたんの吸引等のケアをより安全に提供するために実習するものです。
- 2 実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を所属事業所および研修実施機関である株式会社アースに報告いたします。
- 3 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないので、あなたの個人名を千葉県に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。
- 4 実地研修中はもちろん、研修後においても、あなたが不利益になることはいたしません。

年 月 日

所属事業所名 _____

事業所住所 _____

受講者氏名 _____ (印)

※利用者、受講者、株式会社アースともに各1通を保管する。(受講者は2枚コピーし、原本を利用者に渡し、写しの1通は株式会社アースへ提出、1通は受講者が保管する。)

実地研修指導者様

この度は、株式会社アース介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）にご協力いただきありがとうございます。以下に、本研修の内容について説明させていただきます。
なお、ご不明点等がございましたら担当：長谷川（080-2066-0799）までお問い合わせください。

研修および事業者登録の流れ

1. 受講者が研修申し込み前～実習開始前に①～③の準備をする。

- ① 利用者の状況を理解している看護師等（医師・看護師・保健師・助産師で、准看護師は不可）に実地研修の指導を依頼する。（様式2）なお、実地研修をお願いする事業所様へは、弊社より薄謝（4,000円/件）をお支払いします。
- ② 研修対象の特定の利用者から実習の同意を得る。（様式3）
- ③ かかりつけ医より指導看護師等に対する書面による指示書の発行を受ける。

↓

2. 2日間の基本研修（講義・演習）を受講する。

↓

3. 基本研修修了後に、予め依頼した看護師等から実地研修を受ける。 ←お願いする部分

↓

4. 実地研修修了後に当社より発行される研修修了証を添えて県に対して研修修了後認定特定行為業務従事者の認定証交付申請を行う。

↓

5. 事業所は登録特定行為事業所として登録する。

実地研修用に、たんの吸引と経管栄養に関する演習の手順と留意点（留意事項）および指導ポイントに関する説明と、評価票を準備しました。

たんの吸引の評価票に関しては、以下のバリエーションを準備しました。これら全てを行うのではなく、対象者の状況に応じて使用してください。

- 口腔内吸引（通常手順）
- 口腔内吸引（口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法者用手順）
- 鼻腔内吸引（通常手順）
- 鼻腔内吸引（口鼻マスク・鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法者用手順）
- 気管カニューレ内吸引（通常手順、人工呼吸器未装着）
- 気管カニューレ内吸引（侵襲的人工呼吸器装着者用手順）

なお、手洗いに関しては、利用者の体位を調整するなどで利用者の体に触れた場合、吸引を行う直前に改めて行うべきと考え、訪問時の第1回目の手洗いと別に記載しました。

経管栄養に評価票に関しては、以下のバリエーションを準備しました。これら全てを行うのではなく、対象者の状況に応じて使用してください。

- 胃ろう（滴下）からの注入
- 胃ろう（半固形タイプ）からの注入
- 経鼻胃管からの注入

演習及び実地研修の評価票については、上記たんの吸引、経管栄養とも標準的な手順にしたがって作成していますが、指導看護師、訪問看護師、利用者本人、家族等とよく相談し、当該「特定の者」に適合した方法になるよう適宜アレンジしてご使用下さい。なお、実地研修の合格終了の判定は、評価票のすべての項目について医師または指導看護師等の評価結果が、連続2回「手順通りに実施できる」となった場合となっています。