

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業 「不特定多数の者対象」 実地研修（第2号研修）の追加研修受講マニュアル

既に認定特定行為業務従事者認定証又は特定登録証を所持されている方が、認定された行為以外の行為を行おうとする場合（現在口腔内吸引を行っているが、新たに胃ろうによる経管栄養を行おうとする場合等）等の実地研修の受講方法について、まとめています。

指導を受ける看護師にも必ずお渡しください（複数の方に実施する場合は、必要部数をコピーし、ご使用ください）。

【研修に関する提出書類について】

〇行為の追加研修が終了後、10日以内に、次の提出書類（※）を必ず「簡易書留又はレターパック」で兵庫県介護福祉士会【下記の宛先】に提出ください（提出先は県担当課ではありません）。

〒651-0062 兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-1 兵庫県福祉センター5階
一般社団法人兵庫県介護福祉士会 行為の追加研修担当 宛
TEL：078-855-9155 FAX：078-242-7033

〇県担当課から実地研修受講申出書の受理についてのFAX連絡票が送信された日から3ヶ月以内に次の提出書類（※）の提出がない場合は、実施研修受講申出書は無効扱いとなりますので、ご注意ください（特別の事情がある場合は、事情発生後、速やかに兵庫県介護福祉士会にご連絡してください）。

〇提出書類（※）

以下の①～⑧の提出書類作成の際には、毎回、必ずHPから様式をダウンロードして新様式を使用してください。

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| ①不特定 追加 実地研修実施票 | ※原本提出 |
| ②不特定実地研修評価票（追加） | ※原本提出 |
| ③実地研修の実施に係る指示書 | ※写提出 |
| ④不特定（追加）提出前チェックリスト | ※原本提出 |
| ⑤研修修了証書送付用レターパックライト【日本郵便】（370円） | ※表書き不要 |
| ⑥ヒヤリハット・アクシデント報告書 | ※記載があった場合のみ原本提出 |
| ⑦不特定（追加）実地研修報告書 | ※原本提出 |
| ⑧実地研修評価結果表 | ※原本提出 |

提出書類の作成にあたっての諸注意事項

- ① 受講生は、実地研修の日時、実施した特定行為の種類、研修内容等を記載の上、指導看護師に提出する。
指導看護師は、指導のポイントを記載し、記名捺印を行う。
- ② 評価票については、所定の判断基準に基づき指導看護師が評価し、記載する。
- ③ 個人情報の取扱いには十分に配慮する。ヒヤリハット・アクシデント報告書等を記載する場合には、利用者名は記載せずアルファベット等を使用する（例：福祉太郎⇒F.T）。
- ④ ボールペン書きで行う（鉛筆、消せるボールペンは使用しない）。
- ⑤ 研修記録を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で引き、訂正印を押した上で、記載する（修正液、修正テープは使用しない）。

不特定多数の者対象実地研修（第2号研修）の追加研修について

1 趣 旨

第二号研修修了者が、認定証の交付を受けた行為以外の行為を追加する場合等の取扱いを定める。

実地研修対象者

- ① 県看護協会または県介護福祉士会にて第二号研修を修了し、認定証又は特定登録証の交付を受けた者
 - ② 県看護協会または県介護福祉士会にて第二号研修の基本研修のみを修了したものの、実地研修が受講できず、基本研修修了の翌年度以降に実地研修を実施する者
- ※ 登録研修機関（県内・他府県とも）にて第二号研修を修了した方は、登録研修機関で手続きを行ってください。

2 実地研修先

受講生の所属事業所(以下「事業者」という。)

3 実地研修期間

実地研修受講申出書提出後、原則2ヶ月を目処に実施する。

4 研修前に必要な手続き

- (1) 県担当課へ実地研修受講申出書（参考様式）等（以下「申出書」という。）の提出
実地研修実施までに、次の3種類の書類を提出すること（実地研修開始の1週間前までに提出）。

なお、県から申出書受理通知等は送付しませんが、県担当課からFAXにより追加研修実施可否の連絡をしますので、連絡があるまでは実地研修を開始しないこと。

- 1 実地研修受講申出書（参考様式）
- 2 受講生の認定特定行為業務従事者認定証又は特定登録証の写及び、基本研修修了証書写（ただし、実地研修対象者②に該当する者は、基本研修受講証明書の原本を提出すること）
- 3 指導看護師の指導者講習会等修了証の写（写をもらえない場合は、指導者講習会等の実施機関名、修了証番号を確認し、記載すること）

※申出書提出前の実地研修は、実地研修として認めません。

※申出書到着後1週間以内に県担当課から事業者にFAX連絡します。

※申出書に記載した内容以外は実地研修として認めません。

※中断となった場合や変更等は、事業者から県介護福祉士会に必ず連絡してください。

(2) 日程調整

申出書提出後、事業者(指導看護師)と日程調整をする(日数は修了認定に要す日数)。

※申出書提出後、原則2ヶ月を目処に研修を終了してください。

(3) 実地研修に係る利用者の同意と医師の指示

実地研修開始までに対象となる利用者へ実地研修の説明を行い、同意書(添付様式)により

同意を得る。

また、利用者の主治医にも実地研修を行う旨を説明し、指示書(表紙に記載の提出書類(※)の③)により指示を得る。指示書は指導看護師に提出のうえ、事業者が保管する。

※指示書には、実地研修に要する期間を必ず記入してもらい、当該期間のみ実地研修が可能です。

実地研修の内容

医師の指示書に記載された内容以外は、実地研修として認められません。
実地研修終了後、記録とともに指示書のコピーを提出していただきます。

(4) 実地研修実施票及び評価票の様式

実地研修実施票及び評価票については、当該ホームページから最新様式をダウンロードする(いずれもエクセル様式)。

http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf27/tankyuin_ninteinaiyo_tsuikahenko.html

5 実地研修の具体的な手順

(1) 基本研修の演習修了の確認

実地研修開始前に、評価票に基づいて、指導者から口頭での質問等や実際の物品等を使用してシミュレーションを受け、利用者に対して安全に実施できることを確認する。

(2) 実地研修の評価

①実地研修評価票に基づき、ケアの種類ごとに規定した回数以上の実地研修を実施する。

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
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)	注) 20(10)回以上
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤)	注) 20(10)回以上
経鼻経管栄養	20 回以上

注) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養の実地研修が初めての場

- ・(滴下)(半固形化栄養剤)の両方の手技を実施する場合は、合わせて20回以上、但し、そのうち滴下は10回以上実施すること。
- ・(滴下)又は(半固形化栄養剤)のどちらか1つを単独で実施する場合は、20回以上実施すること。

注) すでに(滴下)(半固形化栄養剤)のどちらかの認定を受けている場合

- ・未実施の手技の実地研修を実施する場合の実施回数は10回以上とすること。

②該当ケアにおいて最終的な累積成功率が70%以上であること。

③該当ケアにおいて最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと(連続3回成功)。

注)(滴下)(半固形化栄養剤)の両方の手技を実施する場合は、(滴下)(半固形化栄養剤)それぞれ最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと。(連続3回成功)。

④1回の実施で、評価票の全項目が、評価判定基準の「ア」となった場合を1回の成功と判定する(「ア」:1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)。

※回数が不足する場合に同一法人内他施設での研修を行った場合、少なくとも最終3回は自施設で評価を行うこと。

※上記①～④を全て満たす必要があります。

※別添実地研修評価結果表は指導看護師にて結果を記載してください。

(3) 事故等があった場合の取扱い

実地研修中に事故等があった場合、

- 1 受講生は指導看護師の指示に従い、その場で利用者の安全確保を第一に努める。
- 2 受講生はヒヤリハット・アクシデント報告書)を記入し、指導看護師へ提出する。
- 3 提出を受けた指導看護師は、受講生に必要な指導を行う。

(4) 実地研修の留意事項

- 1 指導看護師の指示に従い実施し、実施後は指導看護師と振り返りを行い、次の実施の改善につなげる。
- 2 評価票は評価判定基準に基づき、指導看護師が評価する。
- 3 実地研修実施票は、指導看護師と共に記入する。
- 4 経管栄養の実地研修は、原則として栄養剤を用いて実施する(水分のみの注入は認めない)。
- 5 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養において、自然落下等クレンメ調節を行わない場合は、半固形の取扱いとする。
- 6 喀痰吸引と経管栄養の実施時間が重複している場合や、吸引を連続で行った場合は、必ずその理由を研修記録に記入する。

6 実地研修の修了認定

提出された評価票等の内容に不備等がある場合、兵庫県介護福祉士会の審査担当看護師から受講者又は指導看護師に確認等を依頼する場合があるので、依頼があれば速やかに依頼事項に対応する。

兵庫県介護福祉士会での審査が終了すれば、兵庫県介護福祉士会から実地研修修了証を交付(レターパックにより送付)する。

修了証が到着次第速やかに、認定特定行為業務従事者認定証の交付・更新申請及び認定特定行為事業者等の登録手続き等を行うこと。

7 本マニュアルに関する問い合わせ先

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1

兵庫県 健康福祉部

(介護保険サービス事業者) 少子高齢局 高齢政策課 介護基盤整備班

TEL 078-362-9117

FAX 078-362-9470

(障害福祉サービス事業者) 障害福祉局 障害福祉課 障害福祉基盤整備班

TEL 078-362-3194

FAX 078-362-3911

[添付様式]

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
実地研修の実施に係る同意書

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 様

(実地研修の対象となる利用者)

氏名 _____ ⑩

(利用者本人が署名できない場合)

代理人氏名 _____ ⑩

(利用者との関係 : _____)

私は、貴施設において実施する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（実地研修）に協力することに同意します。

なお、先に説明があった介護職員等による下記のケア（チェック有）の実施について、同意します。

- 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

※ この同意書は施設で保管します。

※ 対象となる方が署名若しくは記名、押印を行うことが困難な場合は、家族等の代理人が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名、押印を行ってください。

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

実地研修の実施に係る同意書

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 様

研修生の所属する介護施設について記載

(実地研修の対象となる利用者)

氏名 _____

(利用者本人が署名できない場合)

代理人氏名 _____

(利用者との関係: _____)

実地研修の説明をし、同意が得られたら、利用者あるいは代理人の署名・押印

私は、貴施設において実施する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（実地研修）において、介護職員等による下記のケア（チェック有）の実施について、協力することに同意します。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

※ この同意書は施設で保管します。

※ 対象となる方が署名若しくは記名、押印を行うことが困難な場合は、家族等の代理人が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名、押印を行ってください。