

滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 実地研修実施のてびき

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

令和8年4月 更新

てびきについて

- 本手引きは、滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)実地研修実施要領の内容に基づき、研修実施についての流れや手続き方法を記載しているものです。
- 実地研修の実施に際しては、実地研修実施要領や本てびきのほか、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してください。
- 介護職員の喀痰吸引等の実施については、介護職員が資格を持っていることに加え、事業所・施設が県に登録を受けている必要がありますので、滋賀県ホームページの「喀痰吸引等制度について」をご確認ください。

もくじ

- 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 …p1～4
- 実地研修の前に確認ください …p5
- 実地研修の流れ …p6
- 1. 体制整備(p7～)
- 2. 申請(p8～p14)
- 3. 実施(p15～p17)
- 4. 評価票の提出(p18)
- 5. 研修修了(p19)
- Q&A集 …p20～p21
- 様式集 …p22～
 - 実地研修に係る確認事項チェックシート(p23)
 - (対象者への説明資料)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(p24～p28)
 - 別紙様式1 喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)実地研修申請書(p29)
 - 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(p30)
 - 別紙様式3 介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)(p31)
 - 別紙様式4 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書(p32)
 - 別紙様式5 喀痰吸引等研修(実地研修)実施状況報告書(p33～34)
 - 第一、二号研修実地研修評価票(p35～p40)
- (参考資料)(他法人で実地研修を行う際の)覚書(p41～p43)
- (参考資料)他法人への依頼文(p44～45)

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つては、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 <u>行為ごとの実施回数以上</u> を実施していること
・行為ごとの <u>総実施回数の7割以上</u> において、評価票の <u>すべての項目が評価基準：<u>ア</u></u> （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 <u>最終3回</u> において、評価票の <u>すべての項目が評価基準：<u>ア</u></u> （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1,600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。

附 則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

実地研修の前に確認ください

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)の実地研修を実施する前に、事業所・施設にて本フローチャートを確認ください。

現在、事業所・施設に医療的ケアが必要な利用者がサービスを利用している、または、今後、医療的ケアが必要な利用者を受け入れる予定で、介護職員に業務として喀痰吸引や経管栄養を実施してもらいたい。



はい



いいえ

介護職員は研修の対象ではありません。

介護職員は基本研修課程を修了していますか。

- ①滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)基本研修を修了した、または、介護福祉士の養成課程(実務者研修、介護福祉士養成施設や学校等)において医療的ケア(講義および演習)を修了した
- ②平成28年度以降に介護福祉士資格を取得した



いいえ

介護職員は基本研修課程を修了する必要があります。



はい②



はい①

事業所・施設は県から登録喀痰吸引等事業者の登録を受けていますか。



いいえ

事業所・施設にて実地研修の体制を整備できますか。(P6~7を参照)

- 指導資格を持つ看護師がいる、または、外部(他法人でも可)の指導資格を持つ看護師から協力が得られる。
- 実地研修の同意をとれる利用者がいる、または、他の事業所・施設および利用者から実地研修の同意がとれる(他法人でも可)。
など。



はい

事業者登録時に定めた実地研修方法書に従い、実地研修を実施ください。(研修毎に県への申請は不要ですが、年に1回、研修の実施状況の報告をする必要があります。)

はい



いいえ

実地研修の体制が整っていないため、県に実地研修を申請できません。
※登録研修機関で実地研修を受講できる場合がございますので、希望される方は個別に登録研修機関へお問い合わせください。(県ホームページ「登録研修機関(喀痰吸引等研修関連)の登録等」に一覧を掲載しています。)

実地研修が行える体制を整え次第、県へ実地研修の実施申請をしてください。手続き完了後、県から承認通知を送付します。承認内容に従って、安全に研修を実施してください。

実地研修実施の流れ

1. 体制整備 (p7)

- 事業所・施設にて本てびきや実地研修実施要領を確認
- 業務調整や事業所・施設内のマニュアルの作成、研修協力者への依頼、指導看護師の確保など、実地研修の実施に向けた体制を整備

2. 申請 (p8-p14)

- 実地研修を行う介護職員が所属する事業所・施設から医療福祉推進課へ必要書類をそろえて、実地研修の実施申請
- 医療福祉推進課から事業所・施設へ承認通知の送付

3. 実施 (p15-p17)

- 医療福祉推進課からの承認通知内容に従い、指導看護師の指導のもと研修を実施 (※延長や変更事項がある場合は、医療福祉推進課へ申請が必要)

4. 評価票の提出 (p18)

- 修了基準を満たしたことを確認し、評価票を医療福祉推進課へ提出(事業所・施設が提出。他事業所・施設の指導看護師が提出することも可)

5. 研修修了 (p19)

- 医療福祉推進課より実地研修の修了証を交付 (評価票の提出があった事業所・施設宛にまとめて送付。個人送付を希望の場合は申し出ること)

事業所・施設の手続き、研修修了者の資格証に関する手続き等、すべて完了してから実務として実施できる。

1. 体制整備

実地研修を安全に実施するために、以下チェックシートをご活用ください。

実地研修を実施場所は受講する介護職員が所属する(もしくは同一法人内の)事業所・施設とし、訪問介護事業所においては在宅にて実施するものです。やむを得ない事情がある場合は、県が指定する書類を提出することを条件に、他法人間での研修の実施を認めています。

〈実地研修に係る確認事項チェックシート〉

	要件	チェック
人に関する要件	(1) 利用者が喀痰吸引や経管栄養の対象として適当数入所・利用していること。	
	(2) 利用者本人(同意する能力がない場合はその家族等)が実地研修に協力でき、書面同意があること。	
	(3) 実地研修の場において、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) 事業所・施設の管理者(責任者)および職員が実地研修に協力できること。	
連携体制に関する要件	(6) 医師から書面による必要な指示があること。	
	(7) 管理者(責任者)や介護職員等が、随時、利用者および家族、医師、指導看護師、医療従事者へ報告・連絡・相談が図れる体制が整備されていること。	
	(8) 利用者に対する喀痰吸引や経管栄養について、医師、指導看護師、介護職員等参加のもと行為の手順書が整備されていること。	
	(9) 喀痰吸引等が必要な利用者に対して、個別の計画を作成すること。	
	(10) 利用者の状態について、医師、看護職員が定期的に確認すること。	
	(11) 医療機関、保健所、消防署等関係機関等、日頃から地域の関係機関との連絡支援体制が整備されていること。	
安全・衛生に関する要件	(12) 緊急時の対応手順や夜間・緊急時の医師や指導看護師、医療職員との連絡体制を定めていること。	
	(13) 研修実施事業所・施設の管理者(責任者)が最終的な責任を持って安全確保の体制整備を行うため、事業所・施設の管理者(責任者)統括の下、関係者からなる安全委員会を設置し、委員会(研修の評価、ヒヤリハット事例の分析等)を実施すること。	
	(14) 感染予防、安全、衛生面の管理について十分に留意すること。	
	(15) 指導記録、実施記録等を作成し、指示書、計画書、同意書とあわせて適切に管理・保管すること。	
事業所・施設の要件	(16) 過去5年以内に、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類の勧告等を含む。)を受けたことがないこと。	
	(17) 有料老人ホーム、グループホーム、障害者(児)施設においては、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。	
	※ (やむを得ない事情があり他法人間で研修を実施する場合) 法人間で取り決めをかわし、覚書を締結する <u>可</u> とができる。	

2. 申請(実施申請)

実地研修実施申請

実地研修が実施できる体制を整いましたら、申請書をご提出ください。
期間内に研修を修了できるように事業所・施設にて計画いただきますようお願いいたします。

〈提出書類〉

- 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)
- 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)(写し)
- 介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)(別紙様式3)(写し)
- 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書(別紙様式4)(写し)
- 緊急時対応の手順書および夜間の連絡体制表(任意の様式)
- 賠償責任保険加入が確認できる書類
- (覚書の写し)※他法人の事業所・施設やその利用者に協力を得て実地研修を行う場合のみ添付

実施開始予定日の14日前までに県に申請ください。

手続き完了後、県から承認通知と評価票を送付します。**通知内容を遵守し、研修を開始してください。**

県ホームページにてお手続き方法をご確認いただけます。
申請様式や記入例も掲載しております。

<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/308065.htm>

(滋賀県 > 県民の方 > 健康・医療・福祉 > 高齢者福祉・介護

> 注目情報「介護人材の確保・育成・定着」> 喀痰吸引等制度について
> 喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修))

〈県ホームページ〉



提出先(郵送の場合)

〒520-8577 滋賀県京町四丁目1番1号
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 宛
TEL:077-528-3597 FAX:077-528-4851

申請書記入例①(実施申請)

(別紙様式1)

(あて先) 滋賀県知事

令和7年11月28日

実地研修を行う介護職員の所属が申請

事業所名称 ○○○○事業所

事業所所在地 滋賀県○○市○○町

代表者名 所長 ○○ ○○

記入例(実施)

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) ※該当する方に○ 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の場合は修了証の写しを添付	滋賀 太郎 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ① (修了番号 <u>253001</u>)・②)
	志賀 二郎 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了区分(①・②) (第三号研修(特定の者)、特別介護老人ホームにおける看護師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) ※該当する方に○ ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 ※②の方は修了証の写しを添付	琵琶 花子 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ① (修了番号 <u>25-01</u>)・②)
	湖 花火 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
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が指導する際、記入
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)	<input checked="" type="radio"/> 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 近江 一郎、介護 よしこ) <input type="radio"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input type="radio"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input checked="" type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <u>(滴下法のみ)</u> (対象者氏名 近江 一郎) <input type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <u>(滴下法+半固形栄養剤)</u> (対象者氏名 _____) <input type="radio"/> 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)の提供に係る同様の様式」、賠償責任保険に加入して
 申請内容に関する問い合わせ先を記入ください。書類確認で、連絡させていただくことがあります。
 各修了証(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。

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	同意を得るすべての種別に○ ※○忘れ多いので注意	
提供を受ける期間	令和7年12月12日 ~ 令和8年6月11日		
提供を受ける頻度	1日○回	指示書の内容に従って記入 記入例:「1日○回」、「喀痰貯留時」、「期間中1日数回(状態により)」,等	
提供 体 制	事業所名称	○○事業所	
	事業所責任者氏名	○○ ○○	
	事業所担当者氏名	滋賀 太郎、志賀 二郎	実地研修を行う介護職員全員の氏名、 指導する指導看護師全員の氏名を記載。
	担当看護職員氏名	琵琶 花子、湖 花火	
	担当医師氏名	○○ ○○	

同意日 令和7年11月11日

住所 ○○県○○市○○町○○
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 ○○県○○市○○町○○

代行者氏名 ○○ ○○ 印

本人との関係 (例:夫、妻、子等)

事業所名 ○○事業所
事業所住所 ○○県○○市○○町○○
代表者名 ○○ ○○

実地研修を行う介護職員
員の所属を記載

計画書 記入例

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

作成者氏名	〇〇 〇〇	作成日	令和12年12月7日
承認者氏名①	△△ △△ ㊟	承認日	令和12年12月8日
承認者氏名②	□□ □□ ㊟	承認日	令和12年12月8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	氏名	近江 一郎	生年月日	〇年〇月〇日
	要介護認定状況	要	計画書は対象者ごとに作成が必須です。	
	障害程度区分	区4	1	2 3 4 5)
	障害名		区分5	区分6
	住所	〇〇市〇〇町〇〇		
	事業所名称	〇〇事業所		
	担当者氏名	滋賀 太郎、志賀 二郎		
	管理責任者氏名	〇〇 〇〇		
	担当看護職員氏名	琵琶 花子、湖 花火		
	担当医師氏名	〇〇 〇〇		

実地研修を行う介護職員全員の氏名、指導する指導看護師全員の氏名を記載。

業務実施計画	計画期間	令和7年12月12日 ~ 令和8年6月11日
	目標	
	実施行為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	・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い。
	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	結果報告日を記載 ※記入漏れ多いため注意
結果報告予定年月日	令和8年6月11日	

2. 申請(変更申請、延長申請)

実地研修の実施について、変更事項(対象者の方が急遽入院された、指導できる看護師が増えた等)が生じた際、事前にお手続きをしていただければ、実地研修の変更や延長が可能です。

実地研修の**変更**申請

- 実地研修の承認期間内であれば、実習協力者(対象者)や指導看護師の追加・変更をすることができます。

※必ず事前に申請すること。

〈提出書類〉

- 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)
- 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)(写し)
- 介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)(別紙様式3)(写し)
- 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書(別紙様式4)(写し)
- 緊急時対応の手順書および夜間の連絡体制表 (任意の様式)
- 賠償責任保険加入が確認できる書類

実地研修の**延長**申請

- 1回に限り、実地研修を延長することができます。

※必ず研修の承認期間内に申請すること。

〈提出書類〉

- 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)
- 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)(写し)
- 介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)(別紙様式3)(写し)
- 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書(別紙様式4)(写し)
- 緊急時対応の手順書および夜間の連絡体制表 (任意の様式)
- 賠償責任保険加入が確認できる書類

申請書記入例②(変更申請:対象者を追加する場合)

(別紙様式1)

変更する内容を記入ください

令和7年12月20日

(あて先) 滋賀県知事

事業所名称 **〇〇〇** **事前に必ず申請!**
 事業所所在地 **滋賀県〇〇市〇〇町**
 代表者名 **所長 〇〇 〇〇**

記入例(変更)

例:対象者追加

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) ※該当する方に○ 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の場合は修了証の写しを添付	滋賀 太郎 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ① (修了番号 <u>253001</u>)・②)
	志賀 二郎 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了区分 (①・②) (第三号研修 (特定の者)、特別介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) ※該当する方に○ ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 ※②の方は修了証の写しを添付	琵琶 花子 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ① (修了番号 <u>25-01</u>)・②)
	湖 花火 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
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)	(<input checked="" type="radio"/>) 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 近江 一郎 、 介護 よしこ 、 福祉 ゆきこ) (<input type="radio"/>) 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 福祉 ゆきこ) (<input type="radio"/>) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名 福祉 ゆきこ) (<input checked="" type="radio"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (<u>滴下法のみ</u>) (対象者氏名 近江 一郎) () 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (<u>滴下法+半固形栄養剤</u>) (対象者氏名 _____) () 経鼻経管栄養 (対象者氏名 _____)

追加するケアと対象者を記載

担当者氏名: **琵琶 花子** 電話番号: **〇〇〇 - 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、(介護職員 研修修了区分②の場合、指導看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証 (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。

申請書記入例③(延長申請:職員の研修期間を延長する場合)

(別紙様式1)

延長する内容を記入ください

令和7年12月20日

(あて先) 滋賀県知事

承認期間内に必ず申請!

記入例(延長)

例:職員1名を延長

事業所名称

事業所所在地

滋賀県〇〇市〇〇町

代表者名

所長 〇〇 〇〇

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) ※該当する方に○ 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の場合は修了証の写しを添付	志賀 二郎 (修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	延長する職員を記入
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了区分(①・②) (第三号研修(特定の者)、特別介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) ※該当する方に○ ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 ※②の方は修了証の写しを添付	琵琶 花子 (修了区分 ① (修了番号 25-01)・②)
	湖 花火 (修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
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、介護 よしこ) () 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 _____) () 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、(介護職員 研修修了区分②の場合、指導看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証(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。

3. 実施

県からの承認通知に則り、指導看護師の指導のもと実地研修を実施してください。指導看護師は研修内容や評価基準に従い、研修指導や評価票の記入をしてください。

実地研修の内容

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の経管栄養	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回以上の数え方

- 経管栄養の基礎(滴下法)を習得するため、制度上、半固形栄養剤のみの研修は認められていません。
- 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できるか主治医に相談し、追加水の滴下注入の指示を得ることができれば、当該方法で滴下法と半固形栄養剤の実施が可能**です。
- この場合は「**追加水の滴下注入 + 半固形栄養剤の注入**」で1回と数え、どちらか片方だけではカウントできません。

実地研修の評価

(評価基準)

「ア」 評価項目について手順どお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

(研修修了評価基準)

- 行為ごとの**実施回数以上を実施していること**
- 行為ごとのすべての**実施回数の7割以上において、評価票のすべての項目が「ア」**となっていること
- 行為ごとの実施回数の**最後の3回において、評価票のすべての項目が「ア」**となっていること

3. 実施(修了評価の例)

例1 口腔内の喀痰吸引

- 1回目: **イ**が2つある
- 2回目: **イ**が1つある
- 3回目: **イ**が1つある
- 4回目: すべてア(満点)
- 5回目: すべてア(満点)
- 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

例2 口腔内の喀痰吸引 70%超えるまで

- 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: **イ**が1つある
- 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6回(=60%)
⇒まだ合格ではない

- 11回目: すべてア(満点) … 11回中満点が7回(=63.6%)
- 12回目: すべてア(満点) … 12回中満点が8回(=66.7%)
- 13回目: すべてア(満点) … 13回中満点が9回(=69.2%)
- 14回目: すべてア(満点) … 14回中満点が10回(=**71.4%**)
最後の3回が満点

合格

評価票(記入例)

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)

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。

研修受講者氏名	滋賀 太郎
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

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				
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
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ツンを持つ	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)吸引チューブ先端を消毒綿等で拭く	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 (セツンを持っている場合)セツンを戻す					
	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	
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
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
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		(湖)	(湖)	(琵琶)	(琵琶)	(湖)

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	

4. 評価票の提出

実地研修の修了基準を満たしていること、第一、二号研修実地研修評価票(以下、評価票)に記載漏れがないことを確認したうえで、評価修了後の10日以内に**評価票を県へ提出**してください。※1※2

※1 評価票の提出とあわせて認定特定行為業務従事者認定証の交付申請書も提出いただけます。

※1 認定特定行為業務従事者認定証の交付申請を併せて行う場合、以下書類をご提出ください、(H28年度以降に介護福祉士資格を取得した方は手続き対象外です。)

(指導看護師が記入する書類)

- 第一、二号研修実地研修評価票

(研修を受講した介護職員が記入する書類)

- 認定特定行為業務従事者認定証交付申請書(様式第5号(第一号、第二号研修))
- 誓約書(様式第5号の2)

〈県ホームページ〉

<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisyua/308117.html>

(滋賀県>県民の方>健康・医療・福祉>高齢者福祉・介護
>注目情報「介護人材の確保・育成・定着」>喀痰吸引等制度について
>認定特定行為業務従事者認定証)



⇒提出書類を確認した後、修了証明書とあわせて認定特定行為業務従事者認定証を交付いたします。

※2 他法人の指導看護師が介護職員等の指導をした場合は、他に提出が必要な書類があります。指導看護師は以下表を確認いただき、書類を記入し、ご提出ください。

介護職員等の所属に、他法人の指導看護師が 出向いて指導をした場合	介護職員等が、他法人の指導看護師の事業所・施設にて指導を受けた場合
<p>(指導看護師が記入する書類)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 第一、二号研修実地研修評価票 <input type="checkbox"/> 滋賀県喀痰吸引等研修(1号・2号)実地研修指導実績表 	<p>(指導看護師が記入する書類)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 第一、二号研修実地研修評価票 <input type="checkbox"/> 滋賀県喀痰吸引等研修(1号・2号)実地研修指導実績表 <p>(指導看護師の所属の担当者が記入する書類(指導看護師記入も可))</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(実地研修)実施状況報告書(別紙様式5)

⇒提出書類を確認した後、指導料のお支払いについて県から指導看護師のご所属へ通知文を送付いたします。

5. 研修修了

県は提出された評価票を審査し、研修修了基準を満たしていると判断した後に、修了証明書を交付します。修了証明書は無くさないよう適切に管理ください。

実地研修を申請された事業所・施設あてにまとめて送付します。個人送付を希望の場合は申し出ください。

〈参考〉

研修を修了した介護職員等が業務として喀痰吸引等を実施する場合、以下①～③の要件を満たす必要があります。

①人に関する要件	
● 介護福祉士	介護福祉士登録証に喀痰吸引等を行えるものとしての付記があること
● 介護職員等	認定特定行為業務従事者認定証が発行されていること
②事業所・施設の要件	
●	介護職員が喀痰吸引等を行う事業者登録を受けていること
③事業所・施設の要件	
●	喀痰吸引等を行う職員が事業者登録の従事者名簿に記載されていること

介護福祉士資格お持ちの方

- 手続き先は「公益財団法人 社会福祉振興・試験センター」です。ホームページ等から手続き方法をご確認ください。



事業者の登録について(県ホームページ)

<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/308228.html>

(滋賀県>県民の方>健康・医療・福祉>高齢者福祉・介護
>注目情報「介護人材の確保・育成・定着」>喀痰吸引等制度について
>登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録)



登録事業者の従事者名簿の変更届出について(県ホームページ)

<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/308864.html>

(滋賀県>県民の方>健康・医療・福祉>高齢者福祉・介護
>注目情報「介護人材の確保・育成・定着」>喀痰吸引等制度について
>登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の更新、変更、辞退)



Q&A集

Q1.介護職員が複数いるので、まとめて申請してもよいですか？

- 一度にまとめて申請可能です。

Q2.実地研修はいつまでに申請しないといけませんか？

- 実地研修の実施について申請期限はありません。体制が整った時点で申請いただけます。
- 実地研修の申請をいただいてから14日以内に審査・承認をするため、研修開始予定日の14日前までに申請書をご提出いただくと、書類の不備等なければ、予定通り研修を開始いただくことができます。

Q3.申請後、実地研修はいつまでに修了しなければなりませんか？

- 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、承認期間を延長を認めています。(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「7.実地研修の承認期間」参照)

Q4.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1からやり直しになりますか？合算できますか？

- 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、1から実施していただくこととなります。

Q5.評価票の回数について。1日に複数回実施することはできますか？

- 医師の指示のもとで実施する行為であれば可能です。

Q6.「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」を半固形栄養剤で実施してもよいですか？

- 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。
- 半固形栄養剤の対象者しかない場合、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+半固形栄養剤の両方を修了することができます。
- 前述の方式がとれない場合は第三号研修(特定の者)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。

Q7.「経鼻経管栄養」を半固形栄養剤で実施してもよいですか？

- 半固形栄養剤を用いた経鼻経管栄養の実地研修は安全性の理由から認めていません。
- 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、液体の栄養剤の取扱い(滴下法)に準ずるため、実施可能です。

Q8. 実地研修の指示書について、指示書料は請求できますか。

- 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等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カ月以内)。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。

様式集

1. 実地研修に係る確認事項チェックシート(p23)
2. (対象者への説明資料)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(p24～p28)
3. 別紙様式1 喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)実地研修申請書(p29)
4. 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(p30)
5. 別紙様式3 介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)(p31)
6. 別紙様式4 喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書(p32)
7. 別紙様式5 喀痰吸引等研修(実地研修)実施状況報告書(p33～34)
8. 第一、二号研修実地研修評価票(p35～p40)
9. (参考資料)(他法人で実地研修を行う際の)覚書(p41～p43)
10. (参考資料)他法人への依頼文(p44～45)

〈実地研修に係る確認事項チェックシート〉

	要件	チェック
人に関する要件	(1) 利用者が喀痰吸引や経管栄養の対象として適当数入所・利用していること。	
	(2) 利用者本人(同意する能力がない場合はその家族等)が実地研修に協力でき、書面同意があること。	
	(3) 実地研修の場において、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) 事業所・施設の管理者(責任者)および職員が実地研修に協力できること。	
連携体制に関する要件	(6) 医師から書面による必要な指示があること。	
	(7) 管理者(責任者)や介護職員等が、随時、利用者および家族、医師、指導看護師、医療従事者へ報告・連絡・相談が図れる体制が整備されていること。	
	(8) 利用者に対する喀痰吸引や経管栄養について、医師、指導看護師、介護職員等参加のもと行為の手順書が整備されていること。	
	(9) 喀痰吸引等が必要な利用者に対して、個別の計画を作成すること。	
	(10) 利用者の状態について、医師、看護職員が定期的に確認すること。	
	(11) 医療機関、保健所、消防署等関係機関等、日頃から地域の関係機関との連絡支援体制が整備されていること。	
安全・衛生に関する要件	(12) 緊急時の対応手順や夜間・緊急時の医師や指導看護師、医療職員との連絡体制を定めていること。	
	(13) 研修実施事業所・施設の管理者(責任者)が最終的な責任を持って安全確保の体制整備を行うため、事業所・施設の管理者(責任者)統括の下、関係者からなる安全委員会を設置し、委員会(研修の評価、ヒヤリハット事例の分析等)を実施すること。	
	(14) 感染予防、安全、衛生面の管理について十分に留意すること。	
	(15) 指導記録、実施記録等を作成し、指示書、計画書、同意書とあわせて適切に管理・保管すること。	
事業所・施設の要件	(16) 過去5年以内に、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類の勧告等を含む。)を受けたことがないこと。	
	(17) 有料老人ホーム、グループホーム、障害者(児)施設においては、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。	
	※ (やむを得ない事情があり他法人間で研修を実施する場合) 法人間で取り決めをかわし、覚書を締結することができる。	

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態に対応するため、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。

□ 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を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。

(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) ※該当する方に○ 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の場合は修了証の写しを添付	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了区分 (①・②) (第三号研修 (特定の者)、特別介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) ※該当する方に○ ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 ※②の方は修了証の写しを添付	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
	(修了区分 ① (修了番号 _____)・②)
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)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input type="checkbox"/> 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 _____) <input type="checkbox"/> 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 _____) <input type="checkbox"/> 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、(介護職員 研修修了区分②の場合、指導看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証 (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		
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

(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

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	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						
		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		

(あて先) 滋賀県知事

所在地

指導看護師の所属名

実地研修の担当又は指導
看護師名

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

受講者の所属事業所	名 称		
	所 在 地	(〒 -)	
	電 話 番 号		
	受 講 者 氏 名		
研修内容	実 施 場 所		
	実 施 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	評 価 実 施 日	年 月 日	
	研修担当者の氏名及び連絡先	氏名	
電話番号			

添付書類	<input type="checkbox"/> 研修評価票
	<input type="checkbox"/> 指導実績票（※該当する場合のみ）
	<input type="checkbox"/> ヒヤリハット・アクシデント報告書の写し （※ヒヤリハット・アクシデントがあった場合のみ）

記入例

(あて先) 滋賀県知事

所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇
滋賀県大津市京町四丁目〇番〇号

指導看護師の所属名

社会福祉法人 医療福祉推進課
特別養護老人ホーム しがけん

実地研修の担当又は指導看護師名

琵琶 花子

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

受講者の所属事業所	名称	〇〇〇〇訪問介護事業所	
	所在地	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 滋賀県〇〇市〇〇町	
	電話番号	077-000-0000	
	受講者氏名	滋賀 太郎、志賀 二郎	
研修内容	実施場所	特別養護老人ホーム しがけん	
	実施期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日	
	評価実施日	〇年〇月〇日	
	研修担当者の氏名及び連絡先	氏名	琵琶 花子
電話番号		077-000-0000	

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 研修評価票
	<input checked="" type="checkbox"/> 指導実績票 (※該当する場合のみ)
	<input type="checkbox"/> ヒヤリハット・アクシデント報告書の写し (※ヒヤリハット・アクシデントがあった場合のみ)

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）

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
準備	1 医師の指示等の確認を行う					
	2 手洗いをを行う					
	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					
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ツシを持つ					
	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 (セツシを持っている場合)セツシを戻す					
	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					
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)					
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					
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	

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)

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
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					
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ツシを持つ					
	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 (セツシを持っている場合)セツシを戻す					
	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					
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)					
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付けまたは交換する					
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	

第一、二号研修実地研修評価票：喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(通常手順)

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
準備	1 医師の指示等の確認を行う					
	2 手洗いをを行う					
	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の運ぶ					
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 気管カニューレ周囲や固定の状態を観察する					
	8 手袋の着用またはセツシを持つ					
	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原則として滅菌精製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行う					
	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 適切な吸引時間で気管カニューレ内の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 滅菌精製水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす					
	20 (セツシを持っている場合)セツシを戻す					
	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、または単回使用の場合は原則として破棄する					
	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					
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)					
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付けまたは交換する					
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	

第一、二号研修実地研修評価票：胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下法）

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
準備	1 医師の指示等の確認を行う					
	2 手洗いをを行う					
	3 必要な物品を準備する					
	4 指示された栄養剤(流動食)の種類・量・時間を確認する					
	5 経管栄養の注入準備を行う					
	6 準備した栄養剤(流動食)を実地研修協力者のもとの運ぶ					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する					
	8 注入する栄養剤(流動食)が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する					
	11 注入中の表情や状態を定期的に観察する					
	12 注入中の実地研修協力者の体位を観察する					
	13 注入物の滴下の状態を観察する					
	14 挿入部からの栄養剤(流動食)の漏れを確認する。					
	15 注入中の実地研修協力者の状態(気分不快、腹部膨満感、おう気・おう吐、腹痛、呼吸困難等)を観察する					
	16 注入終了後はクレンメを閉め、経管栄養チューブの連結をはずす					
	17 経管栄養チューブに白湯を注入し、状態を観察する					
	18 半坐位の状態を保つ					
報告	19 注入後しばらく実地研修協力者の状態を観察し、報告する					
	20 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位交換を再開する					
	21 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)					
片付け	22 環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする					
記録	23 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	

第一、二号研修実地研修評価票：半固形栄養剤による胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
準備	1 医師の指示等の確認を行う					
	2 手洗いをを行う					
	3 必要な物品を準備する					
	4 指示された栄養剤(半固形栄養剤)の種類・量・時間を確認する					
	5 半固形栄養剤の注入準備を行う					
	6 準備した栄養剤(半固形栄養剤)を実地研修協力者のもとに運ぶ					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、半固形栄養剤の経管栄養の実施について説明する					
	8 注入する栄養剤(半固形栄養剤)が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する。					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する					
	11 注入中の実地研修協力者の状態(気分不快、腹部膨満感、おう気・おう吐等)を観察する					
	12 挿入部からの栄養剤(半固形栄養剤)の漏れを確認する。					
	13 注入中の実地研修協力者の状態を観察する					
	14 注入終了後は白湯を注入し、状態を観察する					
	15 半坐位の状態を保つ					
報告	16 注入後、実地研修協力者の状態を観察し、報告する					
	17 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位変換を再開する					
	18 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)					
片付け	19 環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする					
記録	20 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	

第一、二号研修実地研修評価票：経鼻経管栄養

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。

研修受講者氏名	
受講者所属名	
本票ページ数	/

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				
準備	1 医師の指示等の確認を行う					
	2 手洗いをを行う					
	3 必要な物品を準備する					
	4 指示された栄養剤(流動食)の種類・量・時間を確認する					
	5 経管栄養の注入準備を行う					
	6 準備した栄養剤(流動食)を実地研修協力者のもとに運ぶ					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する					
	8 注入する栄養剤(流動食)が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する					
	11 注入中の表情や状態を定期的に観察する					
	12 注入中の実地研修協力者の体位を観察する					
	13 注入物の滴下の状態を観察する					
	14 注入中の実地研修協力者の状態(気分不快、腹部膨満感、おう気・おう吐、腹痛、呼吸困難・むせ込み、顔色・表情の変化、苦悶表情の出現等)を観察する					
	15 注入終了後はクレンメを閉め、経管栄養チューブの連結をはずす					
	16 経管栄養チューブに白湯を注入し、状態を観察する					
	17 半坐位の状態を保つ					
報告	18 注入後しばらく実地研修協力者の状態を観察し、報告する					
	19 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位変換を再開する					
	20 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)					
片付け	21 環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする					
記録	22 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	

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

〇〇〇（以下「甲」という。）と〇〇〇（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。

【他法人・参考様式】

(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つて、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き、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、その取扱いが不相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：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。

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。