

(様式第1号)

喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）実施届

実施届の日付は、法人における稟議決裁日（本書類送付日）としてください。また、この日付以降が実地研修期間となるようにしてください。

令和〇年〇月〇日

会長 北村 清士 様

法人名 社会福祉法人〇〇福祉会
法人所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
代表者名 理事長 福祉 幸子

実施機関は法人単位のため、代表者は法人理事長としてください。（捺印は不要です）

（不特定多数の者対象）を実施することを届けます。

1	事業所の名称	有料老人ホーム〇〇苑				
	事業所長名	福島 太郎				
2	事業所の所在地	〒964-0904 二本松市〇〇12-34				
3	研修事業所名	特別養護老人ホーム 〇〇荘				
	研修事業所の所在地	〒964-0904 二本松市〇〇56-7				
4	研修受講者受入責任者名	郡山 △△				
5	事務担当者名 連絡先	佐藤 □□	電話番号 (0243)-00-0000	FAX (0243)-00-0000		
6	研修受講者受入時期	令和〇年10月1日から令和〇年12月25日				
7	受入可能人数	一日あたり受入可能な人数 ○ 人				
8	実地研修指導者	氏名	二本松 和子	資格	看護師	経験年数 25年
		氏名	本宮 花子	資格	看護師	経験年数 18年
		氏名		資格		経験年数
9	他施設職員の受け入れ	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可 (不可の理由)				

※事業所長名は、施設長名及び管理者名を記入願います。

(様式第2号)

令和〇年〇月〇日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会
会長 北村 清士 様

法人名 社会福祉法人〇〇福祉会
法人所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
代表者名 理事長 福祉 幸子

業務実施計画書

令和〇年〇月〇日付にて実施届を提出した、喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）について下記により実施します。

実地研修実施届（様式第1号）の届出日をそのまま記入してください。

- 業務実施計画書
喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）業務
- 計画書を提出する事業所の名称
有料老人ホーム〇〇苑
- 添付書類
(1) 業務計画書（様式第3号）
(2) 実地研修実施体制確認表（様式第4号）
※様式第4号の確認書類を添付する。
(3) その他参考となる資料

(様式第3号)

業務計画書

- 1 事業所の名称 有料老人ホーム〇〇苑
- 2 研修実施場所(事業所)名
同施設:
法人内: 特別養護老人ホーム 〇〇荘
(→承諾書が必要となります)
委託先:
(→別法人に委託する場合は、承諾書と契約書が必要となります。)

- 3 指導者名(看護師等免許写し及び指導者養成講習等の写しを添付すること)
二本松 和子
本宮 花子

- 4 実地研修類型(選択した方に○をつけること)
第一号研修 第二号研修

- 5 研修協力者氏名・実施する内容(例:氏名〇〇 〇〇、口腔内のたん吸引)

氏名	実施研修項目	備考
須賀川 次郎	口腔内吸引・鼻腔内吸引	
田村 育三	口腔内吸引・鼻腔内吸引	
白河 良子	口腔内吸引・鼻腔内吸引	
磐城 康子	胃ろう経管栄養	
桑折 清	胃ろう経管栄養	

実地研修実施届(様式第1号)の6で設定した受入時期の間に実地研修を行うようにしてください。

- 6 研修の実施期間
令和〇年10月1日 ~ 令和〇年12月25日

- 7 研修受講者名

No.	所属事業所名	氏名	生年月日(和暦)
1	有料老人ホーム〇〇苑	川俣 美咲	昭和〇年〇月〇日
2	有料老人ホーム〇〇苑	大玉 大輔	平成〇年〇月〇日
3			
4			
5			

(様式第4号)

実地研修実施体制確認表

番号	確認項目等	可・否 (施設が記入)	確認資料の提出
1	施設の責任者及び職員がとれる【別施設で行う場合】 ※看護師とは、厚生労働省指定の研修施設(認定)にできる体制がとれているか	可・否	施設全体の研修体制が解る
2	施設内で指導看護師の伝達 ※看護職員数につき、1人以上の配置が可能であること	可・否	確認資料に記載されている書類をすべて添付してください。
3	指導看護師の下、介護職員が実習を行うことができるか ※指導ができる勤務態勢ができていないか、複数いる場合は、全員分を添付する	可・否	【上記1、2で確認】
4	研修受講生が、基本研修等を修了し修了証の交付をうけているか、	可・否	基本研修修了証(写)、H27以降の養成校卒業証明書(写)等
5	利用者(利用者に同意する能力がない場合には、その家族)が、たんの吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応について施設長から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の下、実地研修を受けている介護職員等が当該行為について実習を行うことについて書面による同意を得ることができる ※要注:各項目とも研修協力者(施設等利用者)が複数名いること 実習予定対象者数(必須) たんの吸引(口腔) " たんの吸引(鼻腔) " たんの吸引(気管カニューレ) " 経管栄養(胃ろう)または腸 " 経管栄養(経鼻経管栄養)	可・否	同意書(写) 行為を行う項目は2人以上必要 ※実施も2人以上に行う必要があります
6	配置医または、実施施設と連携できる医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示を得ることができる。 ※医療、介護等の関係者による連携体制がとれているか	可・否	上記5の対象者の指示書(写) 【上記1で確認】
7	たんの吸引等が必要な利用者毎にアセスメントに基づく施設サービス計画書を作成できる ※サービス担当者会議を実施(記録含む)できる	可・否	サービス計画書(写)・サービス担当者会議録(写)等(各一部) ※療養病棟においても同様の書類が必要となる。
8	たんの吸引等の行為について、医師・指導看護師及び介護職員等が参加の下、個別介護計画・個別介護(吸引等)マニュアル(手書き)を作成できる	可・否	たん吸引の個別介護計画(写)を1例分
9	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	可・否	【上記1、6で確認】
10	利用者の健康状態について、施設長、配置医または実習施設と連携できる医師、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制整備ができていない ※心身の状況に関する情報の共有、看護職員による定期的な状態の確認等 ※モニタリング記録を含む	可・否	ケース会議等記録(写)・モニタリング記録(写)等(各一部) ※療養病棟においても同様の書類が必要となる。
11	たんの吸引・経管栄養実施に関する一般的な手順書が作成されている ※研修に関する手順書はテキストとなるが、通常業務の中での手順書を指す。	可・否	研修する項目全ての手順書
12	施設長の統括の下で、たんの吸引等に関する関係者からなる安全委員会を設置できる ※実習施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保を行うため	可・否	安全委員会の設置のわかる資料(設置要綱等)
13	ヒヤリ・ハット事例の蓄積分析など実施体制の評価、検証を行うことができる ※たんの吸引等の関係者からなる安全委員会が実施する	可・否	直近の安全委員会議事録(写)
14	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分注意できる	可・否	感染症対策マニュアル ※新型コロナウイルス感染症についてもできるだけ付けること
15	緊急時の手順書を作成しており、夜間・緊急時等に配置医または、施設と連携している医師、指導看護師との連携体制が構築できる ※訓練を定期的に行うことができる	可・否	緊急時対応(夜間時を含む)マニュアル
16	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・保管することができる	可・否	【上記1、6で確認】
17	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とれている	可・否	【上記1で確認】
18	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を受けたことがない	可・否	←18がある場合は実施できません
19	受講者を対象とした損害賠償保険に加入していること	可・否	保険証書(写)
<p>※上記の全ての要件を満たさない場合、喀痰吸引等実地研修に適合していません。 「確認資料の提出」に記載されている書類については、全て添付が必要です。(一部)となっているものについては、代表となるもののみ添付可。)年度内に研修が修了しない場合は、次年度以降、業務計画書等のすべての書類を再提出を要します。</p>			
施設名: 有料老人ホーム〇〇苑		事務担当者名: 佐藤 □□	電話番号: 0243-00-0000

(様式第5号)

日付は、法人における稟議決裁日(本書類送付日)としてください。なお、**実地研修の終了年月日より、あとの日付になるようにしてください。**

令和〇年12月25日

社会福祉法人
会長 北村 清士 様

法人名 社会福祉法人〇〇福祉会
法人所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
代表者名 理事長 福祉 幸子

業務完了報告書

令和〇年〇月〇日付けで実施届を提出した、喀痰吸引等実地研修(不特定多数の者対象)について下記のとおり完了しましたので報告します。

実地研修実施届(様式第1号)の届出日をそのまま記入してください。

1 事業完了日 令和〇年12月21日 **評価票の提出日を記入**

2 事業開始年月日 令和〇年10月5日 **研修の着手日を記入**

3 事業終了年月日 令和〇年12月20日

4 報告書を提出する事業所の名称 **すべてのケア(評価)が終了した日を記入**
有料老人ホーム〇〇苑

5 実地研修を行った事業所の名称 **報告書は受講者の所属施設・事業所が提出します。**
特別養護老人ホーム〇〇荘

(様式第6号)

日付は、法人における稟議決裁日(本書類送付日)としてください。なお、**実地研修の終了年月日より、あとの日付になるようにしてください。**

令和〇年12月25日

社会福祉法人
会長 北村 清士 様

法人名 社会福祉法人〇〇福祉会
法人所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
代表者名 理事長 福祉 幸子

業務実績報告書

令和〇年〇月〇日付けで実施届を提出した、喀痰吸引等実地研修(不特定多数の者対象)業務について下記のとおり実施しましたので、実績について報告します。

実地研修実施届(様式第1号)の届出日をそのまま記入してください。

1 業務名
喀痰吸引等実地研修(不特定多数の者対象)業務

2 報告書を提出する事業所の名称
有料老人ホーム 〇〇苑

3 添付書類
(1) 実績報告書(別紙1)
(2) 実地研修 総合評価票(別紙2)
(3) 実地研修 評価票(別紙3)
(4) ヒヤリハット・アクシデント報告書 ※該当する場合のみ

(別紙1)

実績報告書

1 報告を提出する事業所の名称
 有料老人ホーム〇〇苑

2 実地研修実施状況

- ①実地研修実施施設名： 特別養護老人ホーム〇〇荘
- ②指導看護師氏名： 二本松 和子 本宮 花子
- ③受講者氏名等 (下記 表のとおり)

受講者氏名	研修協力者氏名 (施設等利用者)	研修実施日	実施したケアの内容	備考
川俣 美咲	須賀川次郎 田村育三 磐城康子・桑折清	10月5日	口腔内吸引 4回 鼻腔内吸引 4回 胃ろう 4回	
	田村育三・白河良子 須賀川次郎 磐城康子・桑折清	10月17日	口腔内吸引 4回 鼻腔内吸引 4回 胃ろう 4回	
	桑折清		口腔内吸引 2回 鼻腔内吸引 4回 胃ろう 4回	
	田村育三 磐城康子	11月13日	鼻腔内吸引 3回 胃ろう 3回	
	須賀川次郎 桑折清	12月13日	鼻腔内吸引 3回 胃ろう 2回	
	白河良子 磐城康子	12月20日	鼻腔内吸引 3回 胃ろう 1回	

研修実施日と実施したケアの内容と回数は、総合評価票(別紙2-1・2-2)及び実地研修評価票(別紙3-1~3-7)と合致するように記入してください。

(別紙3-1)

実地研修評価票: 喀痰吸引(口腔内・鼻腔内吸引(通常手順)) ← 該当項目に○を記入する

- 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。
- イ 1人で実施できる。
評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
- ウ 1人で実施できる。
評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
その場では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にはない。

研修受講者氏名	川俣 美咲
本票ページ数	1 / 2

実施 手順	評価項目	評価の視点	評価								
			回数	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目			
			月日 時間	10月5日 10:00	10月5日 12:00	10月5日 14:00	10月5日 16:00	10月17日 10:00			
1	医師の指示等の確認を行う	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
2	手洗いをを行う	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
3	必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
4	必要物品を実地研修協力者(演習の場合は演習シミュレーター)のもとに	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
5	実地研修協力者に吸引の説明をする	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
6	吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
7	口腔内・鼻腔内を観察する	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
8	手袋の着用またはセツンを持つ	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
9	吸引チューブを清潔に取り出す	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
10	吸引チューブを	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
11	(浸漬法の吸引器の電	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
12	まると	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
13	吸引チューブを	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
14	実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
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	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
16	適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
17	吸引チューブを静かに抜く	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
18	吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
19	洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
20	(セツンを持っている場合)セツンを戻す	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
21	吸引器の電源を切る	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
22	吸引チューブを	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
23	手袋をは	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
24	実地研修	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
25	吸引物	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
26	実地研修	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
27	手洗いを	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
28	吸引物及び実地研修協力	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
29	ヒヤリハット・アクシデントの有	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
30	吸引びんの排液量が70%~	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
31	使用物品を速やかに後片付	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
32	ケアの実施の証明および今	省略	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ	ア	イ	ウ
アの個数 計 (記入例32/32)			29/31	31/31	30/31	31/31	31/31				
○×の記入 (※総合評価票と一致すること)			×	○	×	○	○				

項目内に「イ」があるため、この回は不成功となります。総合評価票(別紙2-1)の1回目・3回目の欄にも「×」を記載。

セツンを使用していない場合など、実施しない項目は評価せず、全体のアの個数にも含めません。(この場合は31項目を評価) また、評価しなかった理由を自由記述欄に記入してください。

項目がすべて「ア」の評価であるため、この回は成功となります。総合評価票(別紙2)の2回目・4回目・5回目の欄にも「○」を記載。

*自由記述欄
 1回目 セツンを使用していないため、項目20は評価しない
 回目

(別紙2-1)

喀痰吸引等実地研修 (不特定多数の者対象)

太枠の「総合評価」「✓記載」欄棟には記載しないこと

No. _____

実地研修 総合評価票

総合評価	合・否	県社協担当 印又はサイン
------	-----	-----------------

研修類型
※該当に○

第一号研修 ・ 第二号研修

研修実施施設名： 特別養護老人ホーム〇〇荘

受講者名： 川俣 美咲

指導者名： 二本松 和子

指導者のサイン又は押印

① 口腔内吸引 10回以上	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	日付	10/5	10/5	10/5	10/5	10/17	10/17	10/17	10/17	10/30	10/30											
	○×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○											
	✓記載																					
	最終3回成功確認	最終3回確認																				

最終的な累積成功率が70%以上であり、最終3回が連続して成功しているため合格となる。

最終3回	累積成功率	合否	修了判定	
			指導者	県社協担当
○	80%	合・否	二本松	印又はサイン

① 鼻腔内吸引 20回以上	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	⑳	
	日付	10/5	10/5	10/5	10/5	10/17	10/17	10/17	10/17	10/30	10/30	10/30	10/30	11/7	11/7	11/7	11/13	11/13	11/13	12/13	12/13	
	○×	×	×	×	○	×	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○	○	○	○	×	○	
	✓記載																					
	最終3回成功確認	最終3回成功確認																				

最終3回のうち1回が×のため、また規定の20回を実施した時点で累積成功率が70%に達していないため、合格とならない。累積成功率70%以上に達し、かつ最終3回が連続して成功するまで実施する。

最終3回	累積成功率	合否	修了判定	
			指導者	県社協担当
○	70%	合・否	二本松	印又はサイン

③ 気管カニューレ 内吸引	回数	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	⑳	
	日付	12/13	12/20	12/20	12/20																			
	○×	○	○	○	○																			
	✓記載																							
	最終3回成功確認	この時点で最終3回が成功し、また累積成功率が70%以上となったため、合格となる。なお、最終3回の箇所をマーカーや赤ペン等で囲って分かるようにすること。										最終3回確認												

この時点で最終3回が成功し、また累積成功率が70%以上となったため、合格となる。なお、最終3回の箇所をマーカーや赤ペン等で囲って分かるようにすること。

最終3回	累積成功率	合否	修了判定	
			指導者	県社協担当
		合・否	印又はサイン	印又はサイン

③ 気管カニューレ 内吸引	回数	1																						⑳	
	日付																								
	○×																								
	✓記載																								
	最終3回成功確認											最終3回確認													

実地研修評価票の回数と日程を合わせる。【要注意】提出にあたっては、指導看護師等2人以上でダブルチェックを行うこと。

10

たんの吸引