

# 令和3年度介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修

## (第三号研修・特定の者対象) 実地研修開催要項

1. 目的 特定の者に対して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。
2. 実施主体 鳥取県
3. 研修実施機関 社会福祉法人こうほうえん
4. 研修名称 令和3年度介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修  
(第三号研修・特定の者対象) 実地研修
5. 研修期限 令和4年3月20日(日)までに終了すること
6. 研修場所 研修当事者間で個別に調整(利用者の居宅、入院先等)
7. 受講対象者 基本研修の講義及び筆記試験を修了(令和3年度以前でも可)した者
8. 指導講師 指導講師は以下の条件を全て満たす者とする  
(1) 原則たんの吸引を必要とされている方を現に担当している医師、看護師、保健師又は助産師  
(2) 鳥取県喀痰吸引等研修(第三号研修・特定の者対象)指導者養成事業(他自治体で実施され、知事が同等であると認められる事業を含む)を修了した者であること  
※講師予定者にはあらかじめ指導者養成事業を修了しておいていただくようお願いします  
※指導講師には指導料をお支払いします。(ただし、指導講師が受講者と同一法人(事業所)に所属している場合はお支払いしませんのでご了承ください)
9. 定員 鳥取県内 30名
10. 受講料 無料
11. 留意事項 別紙のとおり (必ずお読みください。)
12. 申込み  
(1) 方法 受講申込書(様式1)に以下の書類を添付して、下記宛先まで郵送にて御提出ください。
  - ・説明書兼同意書(様式2)
  - ・研修講師履歴書(様式3) ※指導者養成事業の修了証明書の写しを添付
  - ・実施承認・指示書(様式4)
  - ・損害保険証書等の写し
  - ・返信用封筒 2枚(84円切手を貼付)  
(2) 期限 随時受け付け、定員になり次第申し込みを終了  
(3) 宛先 〒683-0853 米子市両三柳1400 社会福祉法人こうほうえん 井澤宛  
(4) その他
  - ・定員に達した場合、受講できないこともございますので、予め御了承ください。
  - ・受講を認められた方、指導講師の方には、受講決定に係る連絡をする予定です
13. 照会先 御不明な点がございましたら、次の連絡先まで御照会ください。

社会福祉法人こうほうえん

住所：〒683-0853 米子市両三柳1400 電話：0859-24-3111 担当：井澤 美恵子

## 実地研修の留意事項（必ずお読みください）

### 1. 医療機関等との連携について

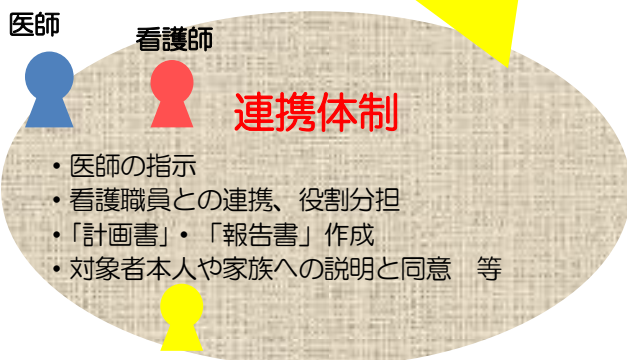
施設・在宅どちらにおいても医療関係者との連携の下で安全に実施される「喀痰吸引等」の提供体制を構築

本研修は、在宅等において、特定の利用者にとんの吸引や経管栄養などの特定の医療的ケアを実施できる介護職員等を養成するものです。

実地研修は「Aさん」という特定の者に、Aさんが必要としている特定の医療行為をできるようにするため、実際にAさんに行為を行うものです。

利用者の方の安全を確保しながら研修を進めるためには医療関係者との連携が欠かせません。実地研修を受講していただくための要件として、事業所自ら利用者、指導講師、医師との調整を行っていただく必要がありますが、これも初期段階から連携体制を築いていただくための仕組みです。

研修の時だけに留まらず、その後も継続して安全な体制でたん吸引等を実施していくため、どうぞご協力をお願いします。



### 介護職員等 2. 実地研修の受講に当たって準備する必要があるもの

実地研修の受講に当たって、次の書類を御提出いただく必要があります。

#### (1) 利用者への説明書兼同意書（様式2）

実地研修において、受講者は、研修修了後行為を行う予定の利用者を相手に、指導者の指導の下、利用者が必要とするたんの吸引等の行為を行っていただくこととなりますので、事前に利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）に対して、研修の実施、受講者とかかりつけ医等医師、訪問看護事業所等との連携対応について御説明いただいた上、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）から実地研修を行うことについて書面により同意を得てください。

#### (2) 指導看護師の研修講師履歴書（様式3）

実地研修の指導に当たる看護師等に承諾を取り、書類を作成してください。指導者としての認定を受けていない場合は実地研修までに認定を受けていただく必要があります（「指導者養成事業開催要項」をご確認ください）。

指導者には研修の実施報告に基づき、指導料が支払われます。

#### (3) 利用者のかかりつけ医の研修実施承認・指示書（様式4）

利用者のかかりつけ医から行為の実施に係る承認を得た上、指導看護師等に対し、書面により必要な指示を得てください。

#### (4) 損害保険の加入

実地研修の事前に、研修中の行為についても対象となる損害保険に御加入いただき、その保険証書の写しを御提出ください。

### 3. 実地研修実施上の留意点

研修で許容される行為の範囲を以下の表でよくご確認ください。

- (ア) 研修受講者が行うことができる標準的な許容範囲
- (イ) 一定の条件の下、かつ、実地研修指導講師との役割分担の下、研修受講者が行うことができる許容範囲
- (ウ) 一定の条件の下、研修受講者が行うことができる許容範囲
- (エ) 研修受講者が行うことができないもの

	喀痰吸引	経管栄養
(ア)	<p>咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まであがってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修受講者が基本研修を踏まえた手順を守って行えば危険性は相対的に低いことから差し支えないこと。</p>	<p>経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、実地研修指導講師が行うことが望ましいが、開始後の対応は研修受講者によっても可能であり、実地研修指導講師の指導の下で研修受講者が行うことは差し支えないこと。</p>
(イ)	<p>以下の観点を踏まえ、研修受講者は咽頭の手前までの吸引を行うにとどめることが適切であり、咽頭より奥の気道の喀痰吸引については許容範囲としないこと。</p> <p>なお、鼻腔吸引においては対象者の状態に応じ「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腔からチューブを入れる」、「吸引チューブを入れる長さを個々の対象者に応じて規定しておく」等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ので留意すること。</p> <p>※ 鼻腔吸引においては、鼻腔粘膜やアデノイドを刺激しての出血がまれではあるが生じる場合や、また、鼻や口から咽頭の奥までの吸引を行えば敏感な対象者の場合、嘔吐や咳込み等の危険性があり、一般論として安全であるとは言い難いため。</p>	
(ウ)	<p>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、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。</p> <p>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っている間は人工呼吸器を外す必要があるため、実地研修指導講師及び研修受講者は、安全かつ適切な取扱いが必要であることに留意すること。</p>	

(エ)	<p>経鼻経管栄養の場合、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については、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があることから、研修受講者の実施の許容範囲としないこと。</p> <p>胃ろう・腸ろうによる経管栄養は、経鼻経管栄養に比べて相対的に安全性が高いと考えられるが、胃ろう・腸ろうの状態そのものに問題がないかどうかの確認について、研修受講者の実施の許容範囲としないこと。</p>
-----	--

## 介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修 (第三号研修・特定の者対象) 実地研修受講申込書

社会福祉法人こうほうえん  
理事長 廣江 晃 様

事業所等名  
管理者氏名

印

下記の者を、標記研修（実地研修）の受講者として推薦し、受講の申込みをします。

<b>受講者</b>	<b>ふりがな氏名</b>		<b>基本研修修了年度</b>		
			平成	年度	
			(東部・中部・西部)		
	<b>生年月日</b>		年	月	日 ( ) 歳
	<b>所属</b>	<b>法人名</b>			
		<b>事業所等名</b>			
		<b>事業所種別</b>			
<b>事業所所在地</b>		〒	-		
<b>連絡先</b>	<b>電話</b>				
	<b>ファクシミリ</b>				
	<b>メールアドレス</b>				
<b>優先順位</b>		第 位 (同一事業所で複数名の申込みがある場合、事業所内での優先順位を記入)			
<b>利用者</b>	<b>ふりがな氏名</b>				
	<b>連絡先</b>	<b>住所</b>		〒	-
		<b>電話</b>			
	<b>必要な行為</b>		NPPV 有 無 : TPPV 有 無		
			口腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引		
			鼻腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引		
気管カニューレ内部のたん吸引					
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (状態確認は看護職員)					
経鼻経管栄養 (チューブ挿入、状態確認は看護職員)					
<b>提出書類</b>	<b>利用者の同意書 (様式2)</b>		<b>説明者氏名</b>		
	<b>講師履歴書 (様式3)</b>		<b>指導者氏名</b>		
	<b>医師の承認・指示書 (様式4)</b>		<b>主治医所属氏名</b>		
	<b>損害保険証書の写し</b>		<b>保険会社名</b>		

※NPPV：非侵襲的陽圧換気療法 TPPV：気管切開下陽圧換気療法

**介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修  
(第三号研修・特定の者対象) 実地研修実施報告書**

年 月 日

社会福祉法人こうほうえん 理事長 廣江 晃 様

標記研修について以下のとおり実施しましたので、実施結果を報告します。

<b>実 地 研 修 内 容</b>	<b>研 修 日</b>	令和 年 月 日 ( 曜日) ～ 令和 年 月 日 ( 曜日)	
	<b>研 修 場 所</b>		
	<b>受講者氏名</b>		
	<b>利用者氏名</b>		
	<b>実施した行為</b>	NPPV 有 無 : TPPV 有 無	
		口腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引	
		鼻腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引	
	気管カニューレ内部のたん吸引		
	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (状態確認は看護職員)		
	経鼻経管栄養 (チューブ挿入、状態確認は看護職員)		
<b>※ 現 場 演 習</b>	1、合格 ※ 実地研修の開始前に、利用者毎の手順を受講者に説明し、理解しているか評価する。必ず合格してから利用者への行為に入ること。		
<b>実 施 結 果</b>	1、合格                      2、再指導が必要 ※ 申込のあった全ての行為が修了と認められた場合に「合格」を、まだ修了していない行為があるときは「再指導」を選択		

**添付資料：実施した行為についての評価票（現場演習及び実地研修）**

※本実施報告書は受講者1名につき1枚作成すること。（研修日欄には現場演習開始日～実地研修修了日を記載する事）

※NPPV：非侵襲的陽圧換気療法    TPPV：気管切開下陽圧換気療法

(連名)  
指導者氏名 \_\_\_\_\_ 印

今回の実地研修の内容・結果について指導者より説明を受け、確認しました。

受講者氏名 \_\_\_\_\_ 印