

# 第3号研修（特定の者対象）受講申込書（個人用）

（□基本研修 ■ 実地研修）←該当するどちらかに☑

日本ALS協会 神奈川県支部

【送付先】メールの場合(PDF添付): daihyo@als-kanagawa.org FAXの場合: 045-330-6999

研 修 生 氏 名	自 宅 住 所 :							
	ふ り が な : 氏 名 : (印) (男 ・ 女) 生年月日・年齢: (西暦)							
勤 務 先	法人名		施設・事業所名					
連 絡 先 と 方 法	<input type="checkbox"/> 上欄の勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅(複数記入可) TEL _____ FAX _____ e-mail _____ @ _____							
保 有 資 格 (該当の番号 すべてに○)	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者(ホームヘルパー1級) 3. 介護職員初任者(ホームヘルパー2級) 4. 重度訪問介護従業者養成研修修了者 5. リハビリ関連職種( ) 6. その他 (具体的に )							
福 祉 関 係 経 験 年 数	a. 福祉関係勤続年数 b. 現在の勤務先勤続年数							
利用者名 と 行 う 行 為  (利用者1名毎 に申込書を作 成し提出して ください。)	利 用 者 氏 名	状態(*1)	行 う 行 為 の 区 分 な ど(*2)					
			①	②	③	④	⑤	⑥
	(*1) 利用者の状態の区分(A～Fのうち 1つだけを上の状態欄に記入) (A) ALS患者 (B) ALS以外の神経難病 (C) 神経難病以外の疾病 (D) 重度障害 (E) 高齢者 (F) その他							
	(*2) 行う行為の区分など(下の事項で該当する番号について、すべて上の表の番号に○を付ける) 喀痰吸引 : ①口腔内のたん吸引 ②鼻腔内のたん吸引 ③気管カニューレ内のたん吸引 経管栄養 : ④胃ろう又は腸ろう ⑤経鼻経管栄養 人工呼吸器 : ⑥人工呼吸器を装着している							
指導講師名  (看護師等)	氏 名		職名					
			所属					
実地研修 実施機関名	事業所名							

◆ 氏名記入のご注意: この調書は「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則って正確に記入して下さい。また、氏名の漢字については特に注意してください。例えば「斉藤」には「齊」「斎」「齋」があり、住民票と異なる文字での「修了証」では、県から申請時に受領してもらえません。充分ご注意ください。

◆ 受講の期間中に、結婚等で名字が変わった方は必ず届出てください。

◆ 申し込みは、E-mail(pdf添付)またはFAX、郵送は原本送付の場合のみとします。

## (様式2) 実地研修準備チェック表

日記入

(受講生1人+利用者1人)の1組につき、1枚ご提出ください

### 【受講者ご自身について】

ふりがな		受講番号
受講生氏名		
事業所名		

### 【利用者について】

ふりがな	
利用者氏名	

### 【指導看護師について】

ふりがな	
指導看護師氏名	
事業所名	
事業所連絡先	電話： FAX： e-mail：

### 【現場演習及び実地研修に関して、提出していただく書類】 (☑をお願いします。)

確認欄	依頼及び提出が必要なもの	内 容
<input type="checkbox"/> 原本	実地研修受講申込書(個人用)(様式1)	実地研修受講者からの研修実施内容の確認
<input type="checkbox"/> 複写	実地研修準備チェック表(様式2)	この用紙
<input type="checkbox"/> 複写	利用者または家族の同意書(様式3)	実地研修の実施に対する利用者の同意
<input type="checkbox"/> 複写	主治医の書面による指示書(様式4)	主治医から指導講師(看護師等)に対する指示
<input type="checkbox"/> 複写	実地研修指導講師承諾書(様式5)	実地研修指導に対する指導講師(看護師等)の承諾
<input type="checkbox"/> 原本	実地研修実施機関承諾書(様式6)	実地研修の実施に対する介護事業所の承諾

### 【各事業所が体制として整備するもの】 (☑をお願いします。)

確認欄	内 容
<input type="checkbox"/>	実地研修(当該研修)に対応した損害賠償保険に加入している
<input type="checkbox"/>	当該研修の指示書、助言の記録等の管理、保管をしている
<input type="checkbox"/>	当該利用者に関する技術手順、マニュアル等を整備している
<input type="checkbox"/>	利用者の個人情報の秘密保持に関わる措置を講じている(書面にて、誓約を交わしている)
<input type="checkbox"/>	ヒヤリハット事例の蓄積、分析、評価、検証を行う体制がある
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応手順・体制が定められ、緊急時の連絡体制が確立している
<input type="checkbox"/>	訪問看護事業所等との連携により、安全確保のための体制を整備している (施設の場合)安全確保のための「安全対策委員会」を設置している
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指導のもと、連絡・相談・報告等の連携が図れる体制がある
<input type="checkbox"/>	地域との連携体制が整備されている

(様式3)

## 喀痰吸引等第3号研修現場演習及び実地研修 利用者同意書

(施設長又は事業所長)

氏名：\_\_\_\_\_様

住所：\_\_\_\_\_

(対象となる利用者)

氏名：\_\_\_\_\_印

私は、貴施設（または事業所）において介護職員によるたんの吸引等の事業に協力することに同意いたします。

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

- ☐ 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

代理人・代筆者氏名：\_\_\_\_\_ 印（本人との続柄：\_\_\_\_\_）

※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には、家族等の代理人・代筆者が記入し、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。

※ この同意書は、介護事業所側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれの同意書の写しを保管することが望まれます。

(様式 4)

## 喀痰吸引等研修（第 3 号研修）実地研修の実施に係る指示書

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	
現在の状況 について	主たる傷病名	
	必要な医療的 ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管影響 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
指示内容	上記の必要な医療的ケアを、指導看護師等の指導の下、 介護職員等が行うことについて <div style="text-align: right;">( 可 ・ 否 )</div>	
特記事項		

上記のとおり指示する。本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

(事業所名	) 指導看護師等	様
(事業所名	) 指導看護師等	様
(事業所名	) 指導看護師等	様

医療機関名

所在地

(電話

医師氏名

)

印

(様式5)

## 第三号（特定の者対象） 指導講師調書 及び 指導講師承諾書

日本 ALS 協会 神奈川県支部

ふりがな 氏 名			
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生 ( ) 歳		
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 の事業所種別			
保有資格	1. 医師      2. 保健師      3. 助産師      4. 看護師      該当に○		
免 許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号：		
実地研修 指導内容 (該当を○)	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		
職 歴	名 称	業 務 内 容	従事期間 (年月)
第三号研修 (特定の者対象) 指導者育成伝達講習 等について (該当事項に☑と記入)		<input type="checkbox"/> 研修機関の伝達講習を受講 (年月： ) (機関： )	<input type="checkbox"/> 研修DVDによる自己学習 (年月： ) ※DVDが必要な方は当協会まで お問い合わせ下さい。

貴研修機関の研修指導講師の就任を承諾いたします。

指導者氏名 印

※ 保有免許証の写し及び指導者養成講習を修了している場合には、修了証明書の写しを添付して下さい。

(様式 6)

## 第三号(特定の者対象) 実地研修実施機関承諾書

日本 ALS 協会 神奈川県支部 殿

設置者 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

当設置者は、日本 ALS 協会神奈川県支部が、実施いたします「平成 26 年度介護職員等のたん吸引等研修（特定の者を対象とする研修〔第 3 号研修〕）」における実地研修についての受講者を受け入れ、当研修実施要項及び「喀痰吸引等研修実施要綱」（厚生労働省 社援発 0330 第 43 号 平成 24 年 3 月 30 日）に基づき、生命、安全に留意して当研修を実施することを承諾いたします。

施設・事業所 種別	
施設・事業所名	
設置年月日	
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修担当責任者名	
研修受講者受け入れ開始時期	
研修受講者受け入れ人数	
指導講師（看護師等）氏名	

※ 実地研修機関が「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」である場合は、「登録番号通知」の写しを添付して下さい。（日本 ALS 協会 神奈川県支部）

評価票:喀痰吸引 口腔内吸引(通常手順)

利用者氏名	
研修者氏名	
事業所名	

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	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。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。

		研修種類(該当に○)	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地
		回数	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目
		月日	/	/	/	/	/
		時間					
実施手順	評価項目	評価の視点	評 価				
STEP4 実施準備	1 訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2 医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3 利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
	4 利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
STEPS 実施	5 吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。					
	6 口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7 流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いを行っているか。					
	8 必要に応じ、きれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッじを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9 吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめぶつけていないか。					
	10 吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11 (薬液浸漬法の場合) 吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	12 決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロパスカル以下に設定する。					
	13 吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14 「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。					
	15 吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	16 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(水道水等)に入れて水を汚染していないか。					
	17 (薬液浸漬法の場合) 使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎではないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	18 吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったただでさえ早く消す。					
	19 吸引カテーテルを連結管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合) 消毒液の入った保存容器にもどす。						
	20 手袋をはずす(手袋専用の場合)またはセッじをもとに戻し、手洗いをする。						
	21 利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	22 利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	23 体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	24 吸引した物の量、性状等について、ふり回り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)					
STEP6 片付け	25 吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片付けているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	26 洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は横置きせず、セットごと取り換えているか。					
STEP7 最終記録確認報告	27 評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。(ヒヤリハットは業務の後に記録する。)					
アの個数			個	個	個	個	個

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点(良好な体位やOKサイン等)について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：喀痰吸引 鼻腔内吸引（通常手順）

利用者氏名		
研修者氏名		
		事業所名

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	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。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。

		研修種類(該当に○)	演習・実地 回数 ( )回目	演習・実地 ( )回目	演習・実地 ( )回目	演習・実地 ( )回目	演習・実地 ( )回目
		月 日	/	/	/	/	/
		時 間					
実施手順	評価項目	評価の視点	評 価				
STEP 5 実施	1 訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2 医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3 利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
	4 利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5 吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。					
	6 鼻の周囲、鼻腔内を観察する。	鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7 流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。					
	8 必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッショを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9 吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめぶつけていないか。					
	10 吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11 (薬液浸漬法の場合) 吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	12 決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカル以下に設定する。					
	13 吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14 「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。					
	15 吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。	奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。					
	16 (吸引カテーテルを手で操作する場合) こよりを擦るように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。	(吸引カテーテルを手で操作する場合) 吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。					
	17 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（水道水等）に入れて水を汚染していないか。					
	18 (薬液浸漬法の場合) 使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	19 吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	20 吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合) 消毒液の入った保存容器にもどす。						
	21 手袋をはずす（手袋専用の場合）またはセッショをもとに戻し、手洗いをする。						
	22 利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを確認しているか。					
	23 利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	24 体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
	25 吸引した物の量、性状等について、ふり回り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）					
片付け POST	26 吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	27 洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
評価結果 E記録 P記録 T報告	28 評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

アの個数			個	個	個	個	個
------	--	--	---	---	---	---	---

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印



評価票：喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引(通常手順)

利用者氏名					
研修者氏名				事業所名	

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	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。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。				

		研修種類(該当に○)		演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地
		回数		( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目
		月 日		/	/	/	/	/
		時 間						

実施手順	評価項目		評価の視点	評 価					
STEP4 実	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。						
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。							
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。						
	4	気管カニューレに人工鼻が付いている場合、はずしておく。							
STEPS 実	5	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。						
	6	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。						
	7	気管カニューレの周囲、固定状態及びたんの貯留を示す呼吸音の有無を観察する。	気管カニューレ周囲の状態（たんの吹き出し、皮膚の発等）、固定のゆるみ、たんの貯留を示す呼吸音の有無などのチェックをしたか。						
	8	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。						
	9	必要に応じきれいな手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。						
	10	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめにつけていないか。						
	11	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。						
	12	吸引器のスイッチを入れる。	先端から約10cmのところを手袋をした手（またはセッシ）で持つ。						
	13	（薬液浸漬法の場合）水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。吸引カテーテル先端の水を良く切る。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。						
	14	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカ以下に設定する。						
	15	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。						
	16	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をしてもらっているか。						
	17	手袋をつけた手（またはセッシ）で吸引カテーテルを気管カニューレ内（約10cm）に入れる。	手（またはセッシ）での持ち方は正しいか。どの時期で嚥庄をかけるか、あらかじめ決めておく。吸引カテーテルは気管カニューレの先端を越えていないか。						
	18	カテーテルを左右に回し、ゆっくり引き抜きながら、15秒以内で吸引をする。	吸引中、直後の患者の呼吸状態・顔色に気をつける。異常があった場合、家族や看護師に即座に報告したか。嚥庄をかけて吸引できているか。吸引の時間は適切か。						
	19	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水（滅菌蒸留水）に入れて水を汚染していないか。						
	20	（薬液浸漬法の場合）使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎていないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。						
	21	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。						
	22	吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。（薬液浸漬法の場合）消毒液の入った保存容器にもどす。							
	23	（サイドチューブ付き気管カニューレの場合）吸引器の接続管とサイドチューブをつなぎ、吸引する。							
	24	手袋をはずす（手袋着用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。							
	25	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんとがとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。たんとがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。						
	26	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。						
	27	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。						
	28	吸引したたんの量、性状等について、ふり回り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。（異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。）						
	片付け STEP6	29	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
		30	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
	評価結果 E記録 P確認 7報告 S告知 T	31	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					

アの備数				個	個	個	個	個
------	--	--	--	---	---	---	---	---

**留意点**

※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。

※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個性性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）

利用者氏名			
研修者氏名			
		事業所名	

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	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。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。

		研修種類(該当に○)	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地
		回数	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目
		月日	/	/	/	/	/
		時間					
実施手順	評価項目	評価の視点	評 価				
実施準備STEP4	1 流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2 医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3 利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4 利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5 必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も） 栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6 体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等） 頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7 注入内容を確認し、クレンメを正しい位置で「栄養剤」を注入容器に入れ、注入容器を高いところにかける。	クレンメは閉めているか。					
	8 クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9 胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する。	破損、抜けがないか。 胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	10 胃ろうに経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。 つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 利用者の胃から約50cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11 クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは100ミリリットル～200ミリリットル/時を目安に、本人にあった適切なスピードが良い。					
	12 異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位からか漏れていないか。 利用者の表情は苦しそうではないか。 下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。 意識の変化はないか。 息切れはないか。 始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13 滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白濁を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、よく洗ったか。 細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14 体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	15 後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。 食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。					
STEP7 結果確認記録報告	16 評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					
アの個数			個	個	個	個	個

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）

利用者氏名	
研修者氏名	
事業所名	

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	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。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。

		研修種類(該当に○)	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地
		回数	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目
		月日	/	/	/	/	/
		時間					
実施手順	評価項目	評価の視点	評 価				
STEP4 実施準備	1 流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2 医師・訪問看護の指示を確認する。						
	3 利用者本人あるいは家族に体調を聞く。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
STEP5 実施	4 利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。					
	5 必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）  栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6 体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等） 頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7 胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。	破損、抜けがないか。胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	8 胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし、半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぐ。	つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 庄をかけたとき、液がもれたり、シリンジが抜けたりすることがあるので、接続部位を把持しているか。（タオルなどで把持するとよい）					
	9 半固形栄養剤のバッグないしカテーテルチップ型シリンジの内筒を適切な圧で押しながら注入する。	5分～15分程度で全量注入する（250ccから400ccくらい） 本人にあった適切なスピードが良い。半固形の栄養バッグ（市販）は手で丸めこみ最後はそうきんを絞るように注入する（専用のスクイザーや加圧バッグで注入しても良い。）					
	10 異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位からか漏れていないか。 利用者の表情は苦しそうではないか。 下痢、嘔吐、異常な頻脈、異常な発汗、異常な顔面紅潮、めまいなどはないか。 意識の変化はないか。 息切れはないか。 始めはゆっくり注入し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	11 注入が終わったら、チューブ内洗浄程度の白湯あるいは10倍に希釈した食酢をシリンジで流す。	半固形栄養剤が液体になるほど加量に水分を注入していないか チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、庄をかけてフラッシュしたか。					
	12 体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	13 後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。 食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。 楽な体位であるか利用者に確認したか。 （半固形の場合は大きな角度のベッドアップは必要ではない）					
STEP7 結果確認・記録報告	14 評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					
アの個数			個	個	個	個	個

**留意点**  
※ ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施する  
※ ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用する

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：経鼻経管栄養

利用者氏名						
研修者氏名						
		事業所名				

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	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。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。				

			研修種類(該当に○)	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地
			回数	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目
			月日	/	/	/	/	/
			時間					

実施手順	評価項目		評価の視点	評価				
STEP4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。 声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。 衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も）  栄養剤の量や温度に気を付けているか。 （利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。 （頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等） 頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。	破損、抜けがないか。 胃ろうから出ているチューブの長さに注意しているか。					
	8	胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし、半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぐ。	つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 圧をかけたとき、液がもれたり、シリンジが抜けたりすることがあるので、接続部位を把持しているか。（タオルなどで把持するとよい）					
	9	半固形栄養剤のバッグないしカテーテルチップ型シリンジの内筒を適切な圧で押しながら注入する。	5分～15分程度で全量注入する（250ccから400ccくらい） 本人にあった適切なスピードが良い。半固形の栄養バッグ(市販)は手で丸めこみ最後はぞうきんを絞るように注入する（専用のスクイザーや加圧バッグで注入しても良い。）					
	10	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位からか漏れていないか。 利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、異常な頻脈、異常な発汗、異常な顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。 息切れはないか。 始めはゆっくり注入し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	11	注入が終わったら、チューブ内洗浄程度の白湯あるいは10倍に希釈した食酢をシリンジで流す。	半固形栄養剤が液体になるほど加量に水分を注入していないか チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、圧をかけてフラッシュしたか。					
	12	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP6 片付け	13	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。 食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。 （半固形の場合は大きな角度のベッドアップは必要ではない）					
STEP7 結果確認 記録報告	14	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。 （ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					
アの個数				個	個	個	個	個

留意点

- ※ ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施する
- ※ ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用する

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

## 評価判定基準

### （１）基本研修（現場演習）評価判定基準

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	評価項目を抜かした。（手順通りに実施できなかった。）

### （２）実地研修評価判定基準

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。 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。

(様式8)

実地研修 記録用紙

研修者氏名《 \_\_\_\_\_ 》

※該当項目を○で囲む 《 項目；たんの吸引（ 口腔 鼻腔 気管カニューレ内 人工呼吸器（回路 マスク）・経管栄養（ 経鼻経管 胃ろう 腸ろう ） 対象者の情

報 氏名《 \_\_\_\_\_ 》

指示書の確認

実施記録

回数	実施日時	対象者の状況	実施する際に留意した点・実施内容	振り返りと今後の課題	指導看護師
1					
2					
3					

上記のとおり実地研修を修了したことを認めます  
指導看護師等 印

## (様式 9)

## 喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	連携看護職員氏名	

発生日時	平成 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃		
発生場所			
	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )		
対象者	氏名：	(男・女)	年齢：
	当日の状況		

出来事の情報（1連の行為につき1枚）			
行為の種類	<b>【喀痰吸引】</b> ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位    ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) <b>【経管栄養】</b> ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 )		
第1発見者 (○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
出来事の発生状況	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。 <hr/>		
医師 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
連携看護職員 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。 <hr/>		
救急救命処置の 実施	<input type="checkbox"/> なし		

	□あり（具体的な処置：_____）
出来事が発生した 背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。 _____
(当てはまる要因 を全て)	<b>【人的要因】</b> <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他（_____） <b>【環境要因】</b> <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他（_____） <b>【管理・システムの要因】</b> <input type="checkbox"/> 連携（コミュニケーション）の不備 <input type="checkbox"/> 医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他（_____）
出来事の 影響度分類 (レベル0～5の うち一つ)	<input type="checkbox"/> 0    エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1    対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） <input type="checkbox"/> 2    処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） <input type="checkbox"/> 3 a    簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） <input type="checkbox"/> 3 b    濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） <input type="checkbox"/> 4 a    永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない <input type="checkbox"/> 4 b    永続的な障害や後遺症が残る、有意な機能障害の問題を伴う <input type="checkbox"/> 5    レベル4 b をこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日    20    年    月    日

医師・連携看護職員 の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他（今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など）

医師・連携看護職員 報告書記入日