

各施設長様  
指導看護師様

令和 年度介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修  
実地研修における注意事項確認書

平素は本研修の運営につきまして格別のご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
これから実施される実地研修について大阪府より指導されている内容を踏まえ、下記事項を確認のうえ実施いただきますようお願いいたします。

記

◎実地研修は、医療行為を実施するための研修であることを踏まえ、各行為の実施は、1人ずつの一連の流れ（準備・実施・報告・片付け・記録）で行うことを前提としています。

研修生は、まだ資格を取得していないため、日常業務の一貫として研修を行うのではなく、ご利用者の安全確保を第一に考え研修を実施してください。そのため下記のとおり実地研修を実施し、それにもなう評価票の作成をお願いいたします。研修開始時間は準備開始時間とし、研修終了時間は記録が終わった時間とします。

- 口腔内・鼻腔内を一連の行為として実施する場合は、どちらか一方のカウントとすること。
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の実施については、滴下型（流動食）での実施が前提ですが、滴下型と半固形栄養剤との併用は可能です。ただし、全てを半固形栄養剤のみの実技で行うことは認められていません。
  - ・半固形栄養剤による経管栄養の対象者のみの施設については、半固形栄養剤による実施と水分補給を滴下により実施（合わせて20回以上行い、最終3回連続成功）することで修了することができます。
- 経管栄養の実施において複数の対象者へ並行して実施する場合（例えば、滴下で栄養剤を注入している間に次の対象者へ胃ろう等の行為を連続する場合）、注入中の対象者の安全確認ができること。
- 平成30年6月30日までは、準備した時刻を複数の行為に記入できましたが、以降は同一時刻の記入は無効とし、再度または追加の研修を要請することがあります。
- 実地研修の開始決定通知を送付後、すみやかに、対象者全員分の医師の指示書（任意様式）、実地研修同意書（任意様式）、実施計画書（任意様式）の提出をお願いします。
- 今後も制度改正等で、実施の方法や各種書類の様式等が変更になる場合もございますので、柔軟な対応をお願いすることがありますので、ご対応よろしくをお願いいたします。

大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター 宛

上記の内容を確認、承知し実地研修を行います。

記入日 年 月 日

施設名

施設長名

印

指導看護師名

印