別紙「様式１」

**記入例及び注意点**

令和　　年　　月　　日

公益社団法人青森県老人福祉協会

提出する年月日をご記入ください

会　長 　 棟　方　光　秀　殿

（実地研修実施施設）

※老人福祉協会（第1回目研修受講者）と老人保健施設協会（第2回目研修受講者）は宛先が異なりますので、作成の際はご留意願います。

住　所　青森市中央○丁目○番○号（実地研修を行う場所）

施設・事業所名　実地研修を行う施設・事業所名

代表者職・氏名　実地研修を行う施設・事業所長名　　㊞

公印

（個人の印鑑ではなく、施設または事業所の印鑑を押印ください。）

令和４年度青森県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）に係る実地研修

実施のための確認書等の提出について

標記につきまして、当（施設・事業所）は、青森県及びその委託機関が実施する令和４年度青森県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）において、実地研修を行うために必要な体制等を下記のとおり整備しましたので、添付書類を添えて提出します。

記

１　研修実施責任者　※指導看護師の氏名及び職名を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 職名 |
| 老施　協子 | 看護師 |

２　受講者について　※様式１枚につき、受講者１名分で作成してください。

（２名の場合は２枚必要となります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者番号 | 受講者氏名 | 受講者の所属先 |
| 001 | 青森　太郎 | 左記の受講者の所属先を記入してください。 |

３　実施する行為について

胃ろう又は腸ろうの実施する行為に○をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | ①口腔内の喀痰吸引（１０回以上） |
| ○ | ②鼻腔内の喀痰吸引（２０回以上） |
| ○ | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（２０回以上） |
|  | ④口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（１０回以上） |
|  | ⑤鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（２０回以上） |
|  | ⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（２０回以上） |
| ○ | ⑦胃ろうによる経管栄養（滴下）（２０回以上）選択 |
| ○ | ⑧胃ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）（２０回以上）選択 |
|  | ⑨腸ろうによる経管栄養（滴下）（２０回以上）選択 |
|  | ⑩腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）（２０回以上）選択 |
| ○ | ⑪経鼻経管栄養（２０回以上） |

　　※上記④、⑤、⑥については、「人工呼吸器追加講座・演習」を受講した方が選択することができます。通常の行為と人工呼吸器装着者に対する行為は異なる行為ですので、必要な方は両方実施してください。

　　※上記⑧、⑩については、「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤）追加演習」を受講した方が選択することができます。滴下と半固形は異なる行為ですので、必要な方は両方実施してください。

　　※実地研修は、令和５年３月３日(金)までに終了するよう計画してください。

４　指示を行う医師　　※複数名いる場合は、枠を追加してご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | 氏名 |
| 青森病院 | 八戸　一郎 |

　　※指示を行う医師は、施設で実施する場合は配置医又は嘱託医、利用者宅で実施する場合は利用者の主治医としてください。

５　実地研修の対象となっていただく利用者数　※実施する行為に該当する利用者の人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①口腔内の喀痰吸引 | 1人 | 人工呼吸器装着　　人 |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 | 1人 | 人工呼吸器装着　　人 |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 1人 | 人工呼吸器装着　　人 |
| ④胃ろうによる経管栄養 | 滴下　　　　　 2人 | 半固形化栄養剤 1人 |
| ⑤腸ろうによる経管栄養 | 滴下　　　　　　人 | 半固形化栄養剤　 人 |
| ⑥経鼻経管栄養 | 1人 |  |
| 実人数  １人の利用者が複数行為の対象者となる場合、実人数は必ずしも合計ではありません。 | 5人 |  |

６　整備する書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類 | チェック | 様式他 |
| ①医学管理・安全管理体制に関する書類 | ○ |  |
| ②実地研修における医師の指示 | ○ |  |
| ③利用者又はその家族の書面による同意書 | ○ |  |
| ④事故発生時の対応に関する書類 | ○ |  |
| ⑤秘密の保持に関する書類 | ○ |  |

全ての書類を整備してください。

７　研修の計画について

・実施する行為の実地研修予定期間を書いてください。

・開始時期は様式提出前の日付にしないでください。

・喀痰吸引等研修計画書と実施期間を合わせてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設で実地研修を行う行為 | 実施予定期間 |
| ①口腔内の喀痰吸引（10回以上） | 令和 4年11月1日 ～令和 5年3月 3日 |
| ②鼻腔内の喀痰吸引（20回以上） | 令和 4年11月1日 ～令和 5年3月 3日 |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（20回以上） | 令和 4年11月1日 ～令和 5年3月 3日 |
| ④口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（10回以上） | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ⑤鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（20回以上） | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）（20回以上） | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ⑦胃ろうによる経管栄養（滴下）（20回以上）選択 | 令和 4年12月1日 ～令和 5年3月 3日 |
| ⑧胃ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）（20回以上）選択 | 令和 4年12月1日 ～令和 5年3月 3日 |
| ⑨腸ろうによる経管栄養（滴下）（20回以上）選択 | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ⑩腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤）（20回以上）選択 | 令和　年 　月 　日 ～令和　年　月　 日 |
| ⑪経鼻経管栄養（20回以上） | 令和 4年12月1日 ～令和 5年3月 3日 |

※上記④、⑤、⑥については、「人工呼吸器追加講座・演習」を受講した方が選択することができます。通常の行為と人工呼吸器装着者に対する行為は異なる行為ですので、必要な方は両方実施してください。

※上記⑧、⑩については、「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤）追加演習」を受講した方が選択することができます。滴下と半固形は異なる行為ですので、必要な方は両方実施してください。

　　※実地研修は、令和５年３月３日(金)までに終了するよう計画してください。

８　添付書類

①　喀痰吸引等研修の提供に係る同意書（参考様式）

②　喀痰吸引等指示書（参考様式）

③　喀痰吸引等研修計画書（参考様式）

　　※自施設以外で行う行為がある場合は、様式2の提出も必要となります。