別紙「様式１」

令和　　年　　月　　日

公益社団法人青森県老人福祉協会

会　長 　 棟　方　光　秀　殿

（実地研修実施施設）

住　所

施設・事業所名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 職名 |
|  |  |

２　受講者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者番号 | 受講者氏名 | 受講者の所属先 |
|  |  |  |

３　実施する行為について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | 氏名 |
|  |  |

　　※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 | 人 | 人工呼吸器　　　　人 |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 | 人 | 人工呼吸器　　　　人 |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 人 | 人工呼吸器　　　　人 |
| ④胃ろうによる経管栄養 | 滴下　　　　　　人 | 半固形化栄養剤 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 | 人 |  |
| 実人数 | 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 |  | 参考様式 |
| ③利用者又はその家族の書面による同意書 |  | 参考様式 |
| 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 |  |  |

７　研修の計画について

|  |  |
| --- | --- |
| 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 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ②鼻腔内の喀痰吸引（20回以上） | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 日 |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（20回以上） | 令和 年 　月 　日 ～令和 年　月　 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 年 　月 　日 ～令和 年　月　 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 年 　月 　日 ～令和 年　月　 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 年 　月 　日 ～令和 年　月　 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）