

# 沖縄県 喀痰吸引等研修 指導看護師 現場演習 実地研修 の手引き



沖縄県喀痰吸引等研修推進事業

## はじめに

喀痰吸引等の「医療的ケア」は、「医療行為」です。本来は医師や看護師といった医療従事者しかできない行為ですが、法改正により、医師の指示により介護職員等にもできるよう、研修（喀痰吸引等研修等）が行われています。

「医療的ケア（特定行為）」を行うために、喀痰吸引等研修で実地研修等の指導を担う看護師の方の役割は大変重要です。

この手引きでは、喀痰吸引等研修で指導看護師をされる方に、研修において必要な準備や判定基準などを説明しています。ご参考になりましたら幸いです。

また、必要に応じて、厚生労働省の法令や省令なども参考にしてください。

- 必要書類や書式は変更される場合があります。必ず、最新のものを県のHPからダウンロードするなど、確認してください。

### ■ 関係法令など

#### 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（法律第72号）

[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tanno\\_kyuuin/02\\_hourei\\_02.html](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tanno_kyuuin/02_hourei_02.html)

#### 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚労省省令第49号）

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=82023000](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82023000)

### ■ 書式などのダウンロード

#### 沖縄県HP「介護職員等によるたん吸引等の制度について」

沖縄県 喀痰吸引等



<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/ippanfukushi/1007891/1026792/1006837.html>

沖縄県HP トップページ > 子育て・福祉・教育 > 一般福祉 > 社会福祉 > 介護職員等による喀痰吸引等の制度

#### 一般社団法人Kukuru

沖縄 Kukuru



<https://kukuruokinawa.com/>

## 1

### 知っておこう 喀痰吸引等制度

- 1-1 介護職員等ができる医療行為の範囲
- 1-2 第1・2号研修と、第3号研修の違い
- 1-3 **重要** 指導者養成研修の種別は合致していますか？

## いざ研修！

## 2

### 第1・2号研修の实地研修 (不特定の者対象)

= 实地研修を始める前に =

- 2-1 研修の流れ
- 2-2 基本研修と实地研修
- 2-3 实地研修の前に行うこと
- 2-4 評価票を作ろう
- 2-5 研修指示書を確認しよう
  - 現状報告フォームを活用しよう
- 2-6 研修計画書を作ろう
  - **重要** 沖縄県の演習と实地研修の研修方法について

= 实地研修 =

- 2-7 实地研修を評価する
  - 評価判定について確認しよう
- 2-8 評価した報告書を作成する
  
- 2-9 行為を追加したい時は？
  - おさらい～指導看護師がすること

## 3

### 第3号研修の实地研修 (特定の者対象)

= 現場演習・实地研修を始める前に =

- 3-1 研修の流れ
- 3-2 シミュレーター演習と  
現場演習・实地研修
- 3-3 現場演習・实地研修の前に行うこと
- 3-4 評価票を作ろう
- 3-5 研修指示書を確認しよう
  - 現状報告フォームを活用しよう
- 3-6 研修計画書を作ろう

= 現場演習 =

- 3-7 現場演習の前に準備しておくこと
- 3-8 現場演習を評価する
  - 評価判定について確認しよう

= 实地研修 =

- 3-9 現場演習を評価する
  - 評価判定について確認しよう
- 3-10 評価した報告書を作成する
  
- 3-11 行為や対象者を追加したい時は？
  - おさらい～指導看護師がすること

## 4

### 運用時に看護師が留意すること

介護職員等が特定行為を実施する際の注意点

- 4-1 介護医師の指示書の運用方法
- 4-2 医師の指示書の期限が切れていないか確認しよう
- 4-3 「研修」と「運用」で書類はどうちがう？～医師の指示書を例に～
- 4-4 介護職員等が持っている資格（誰に何ができるのか）は、こまめに確認しよう
- 4-5 介護職員等が実施の記録をしているか確認しよう

# 1

## 知っておこう 喀痰吸引等制度

### 1-1 介護職員等ができる医療行為の範囲

| 特定行為  | 種類（5行為）  |  |
|-------|--|--|
| たんの吸引 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 口腔内吸引</li> <li>● 鼻腔内吸引</li> </ul> | 咽頭手前まで<br>非侵襲的（口鼻マスク式）人工呼吸器装着者の<br>口腔内・鼻腔内吸引を含む  |
|       | ● 気管カニューレ内部  |  |
|       | 経管栄養   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 胃ろう または 腸ろうによる経管栄養（滴下・半固形）</li> <li>● 経鼻経管栄養（滴下・半固形）</li> </ul> |

### 1-2 第1・2号研修と、第3号研修の違い

研修課程は、習得する特定行為と対象者に応じて、3つの課程に分けられています。

| 研修課程  | 医療的ケアの対象者 | 認定する特定行為（実施できる行為） | どのような場合を想定しているか   |
|-------|-----------|-------------------|---|
| 第1号研修 | 不特定の者     | 全ての行為（5行為）        | 老人保健施設、特別養護老人ホームなど、不特定多数の対象者へ医療的ケアを実施する事ができる            |
| 第2号研修 |           | 1行為以上、4行為以下       |   |
| 第3号研修 | 特定の者      | 特定の対象者の、必要な行為     | 難病、障害など在宅生活をしている、特定の方へ実施する事ができる。<br>（一人一人実施方法が異なるケースなど） |

第2号研修・第3号研修を修了した方が、今特定行為を行っている対象者に別の特定行為が必要になったり、第3号研修を修了した方が、新たに別の方を担当することになったら、**追加研修**を受けることで、行為や対象者を増やすことが可能です。

## 1-3 重要 指導者養成研修の種別は合致していますか？

第1・2号研修の指導看護師資格で、第3号研修の指導看護師になることはできません。同様に、第3号研修の指導看護師資格で、第1・2号研修の指導看護師になることはできません。

これから喀痰吸引等研修を受講しようとする方が、どの課程を受講しようとしているか、また自分がどの課程の指導看護師資格を持っているか、しっかり確認しましょう。

資格と受講課程が合致していない場合は、**実地研修が始まるまでに指導者養成研修を受講してください。**指導者養成研修は登録研修機関で開催しています。

### ■ 第1・2号研修 指導者養成研修プログラム 「医療的ケア教員講習会」と同じです

| 科目       | 目標                                      | 時間数 |
|----------|---|-----|
| 制度の概要    | 介護職員等による医療的ケアの実施に関する制度の概要についての知識を身につける。 | 1   |
| 医療的ケアの基礎 | 感染予防、安全管理体制等について基礎的知識を身に付ける。            | 1   |
| 喀痰吸引     | 喀痰吸引について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。      | 1   |
| 経管栄養     | 経管栄養について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。      | 1   |
| 演習       | 喀痰吸引及び経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。          | 3   |
| 合計       |   | 7   |

### ■ 第3号研修 指導者養成研修プログラム（例） 特に規定はなく、研修内容は各登録研修機関に任されています。

| 講義内容   | 時間数  |
|--|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員等による喀痰吸引等の制度概要について</li> <li>介護職員による喀痰吸引等の研修カリキュラムについて</li> <li>実地研修における評価方法及び書類提出方法について</li> <li>介護職員等の研修後の実際の運用方法について</li> <li>質疑応答</li> </ul> | 120分 |

沖縄県主催の研修の場合は  
研修プログラム修了後、**アンケートに回答**

= 实地研修を始める前に =



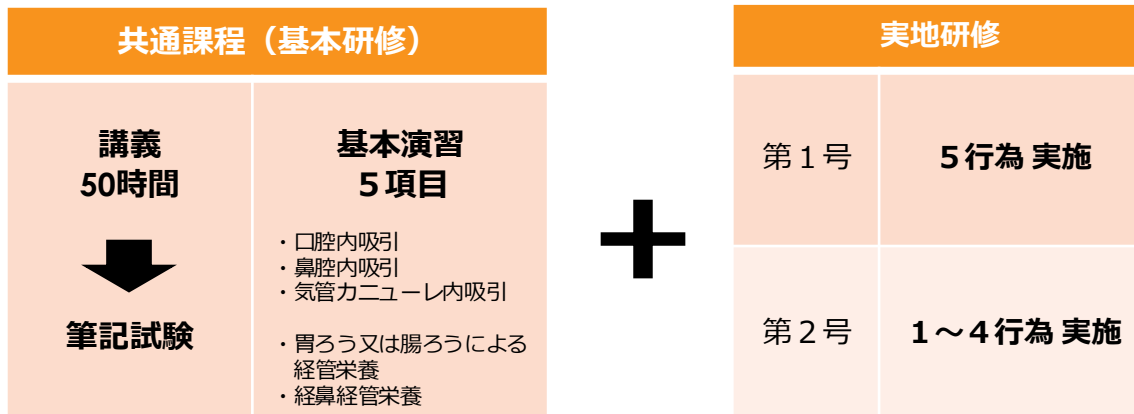
### 第1・2号研修受講を検討する時に 知っておいてほしいこと

- ◆ 老人保健施設、特別養護老人ホームなど、対象となる方が多数おられる事業所等で働く方に適しています。
- ◆ 医療的ケアが必要な対象者が複数人いないと、实地研修はかなりの時間がかかります。（対象者への負担も大）
- ◆ 追加研修を受けることで、行為の追加をすることが可能です。その場合は、实地研修のみの受講で修了できます。→ 2-9

## 2-1 研修の流れ

第1・2号研修の受講者（介護職員等）は、まず、講義・知識を確認する筆記試験・基本演習を受講します。これらを「基本研修」と言います。

その後、实地研修に入っていきます。实地研修では、実際に対象者に対して医療的ケアを、講師（指導看護師）の指導の下で行います。



新制度の介護福祉士や  
実務者研修受講者は  
基本研修は免除

講義については、介護福祉士養成校（新カリキュラム）又は介護福祉士実務者研修での、「医療的ケア50時間（基本研修）」と同じ内容です。



**实地研修だけの受講でも、登録研修機関に申し込みが必要です。**

基本研修（講義＋演習）、または医療的ケア50時間課程を修了している方で、实地研修だけが必要という方は、必ず登録研修機関に研修の申し込みを行って、指示に従ってください。

## 2-2 基本研修と実地研修

### 基本演習

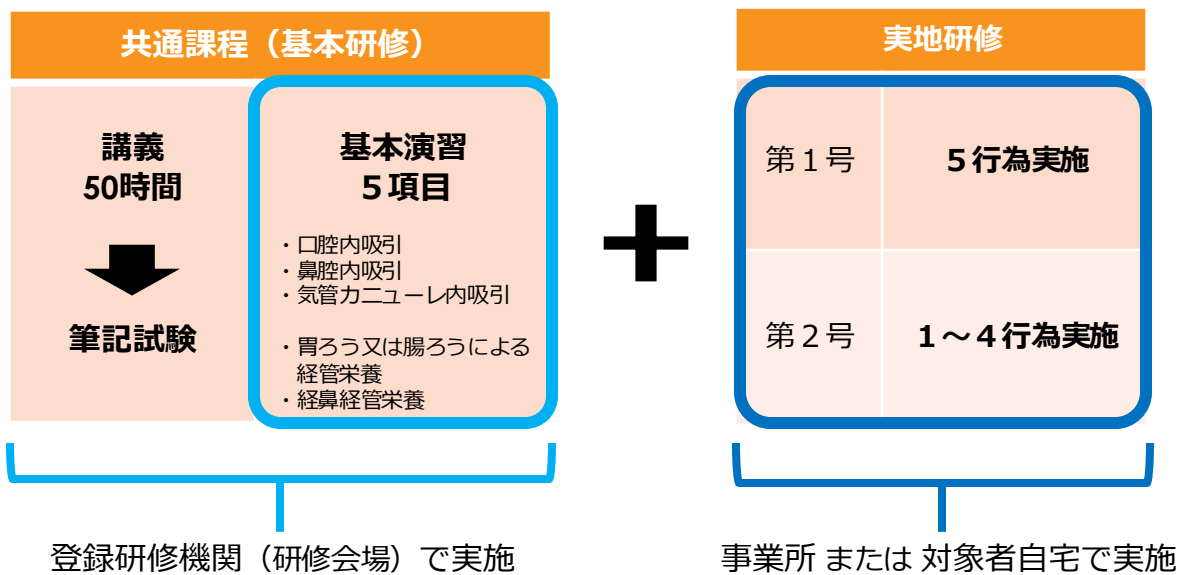
登録研修機関が用意する研修会場で実施します。

研修会場で、演習講師（指導看護師）の指導の下、シミュレーターを用いて訓練します。

各行為5回以上、評価表において一連の流れに問題ないと判断されるまで実施します。

併せて、救急蘇生法も実施します。

シミュレーターを用いての基本演習の様子



### 実地研修

実地研修は、対象者のご自宅や、対象者がおられる施設等で、指導看護師の監督の下、行われます。

各行為ごとに沖縄県が定めた回数を、評価表において一連の流れに問題ないと判断されるまで実施します。



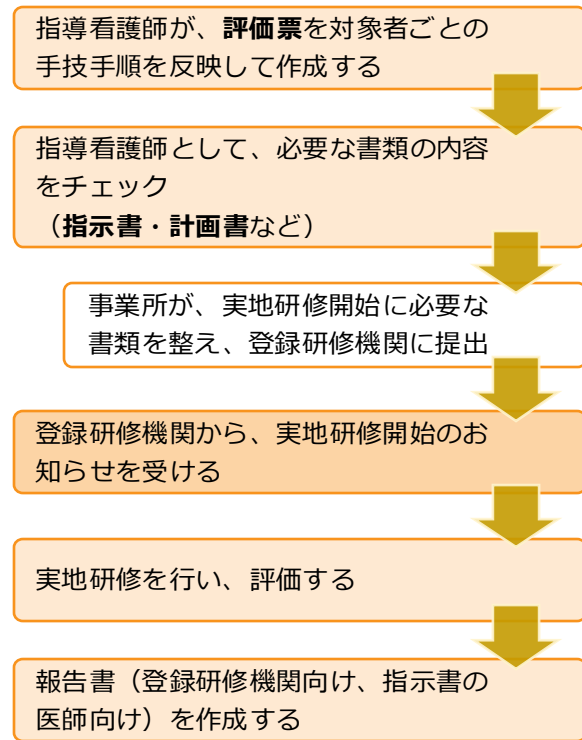
## 2-3 実地研修の前に行うこと



**実地研修だけの受講でも、登録研修機関に申し込みが必要です。**

基本研修（講義＋演習）、または医療的ケア50時間課程を修了している方で、実地研修だけが必要という方は、必ず登録研修機関に研修の申し込みを行って、指示に従ってください。

### まず、必要な書類と、流れを確認しよう！



実地研修は、登録研修機関から、開始の許可が出てからスタートしてください。

実地研修開始に必要な各書類は、参考書式を登録研修機関が用意しているかと思います。わからない時は、受講する登録研修機関に尋ねましょう。



同意書や指示書に「研修」の文字が入っているでしょうか？ 研修用の同意書や指示書になっているか、確認しましょう。

### 実地研修の開始に必要な書類

- 対象者の**研修**同意書
- 医師からの**研修**指示書 ⇒ 2-5
- **実地研修**計画書 ⇒ 2-6
- +
- **評価票** (実地研修を行う行為毎に必要) ⇒ 2-4

実地研修を行うために必要な書類があります。事業所の担当者から受け取り、書類が揃っているか確認してください。

また、指示内容などに間違いがないか、確認をしましょう。

次ページから、指導看護師が関与する各書類の準備のポイントやひな型・記入例などを紹介しています。



- ✓ それぞれの書類の日付、期間
- ✓ 同意書や指示書が「**研修**」用のものになっているか？
- ✓ 指示書の宛先が、指導看護師宛になっているか？



「研修時」と「運用時」で必要な書類の種類が異なります。4-3 も併せてご覧ください。



## 2-4 評価票を作ろう

受講者が、手順通りに行えたどうかをチェックする「評価票」は、指導看護師が作成します。評価票は、介護職員等が実際に業務する場合を想定した手順を反映して、項目を作成しましょう。

第1・2号研修の場合は、その受講者の取得しようとしている**特定行為ごと**に**評価票が必要**になります。



下記の行為は「別課程」と言い、別途**基本演習が必要**なため、修了していることを必ず確認してください。

- 非侵襲的（口鼻マスク）人工呼吸器装着者への、口腔内・鼻腔内吸引
- 侵襲的（気管切開）人工呼吸器装着者への、気管カニューレ内吸引
- 半固形の経管栄養

| (1)たんの吸引 氏名  |   | 口腔内吸引(通常手順) 指導者評価票   |        |       |       |       |  |
|--|---|--|--------|-------|-------|-------|--|
| あなたが指導している介護職員は下記の業務内容について、どの程度達成できているか該当する番号を記入して下さい。<br>※業務内容については、 <u>手順書の留意事項・考えられる主なリスクを参照のこと</u> |   |  |        |       |       |       |  |
| 達成度  | ア. 1人で実施し、手順通りの手順通りに実施できている<br>イ. 1人で実施しているが、手順の手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導した<br>ウ. 1人で実施しているが、手順の手順を抜かしたり間違えており、その場で指導した（その場では見過ごさないレベル）<br>エ. 1人での実施を任せられるレベルにはない   |  |        |       |       |       |  |
| 回数   |   | 別  | ( )回目  | ( )回目 | ( )回目 | ( )回目 |  |
| 月日   | 10/5  |  |        |       |       |       |  |
| 時間   | 14:00   |  |        |       |       |       |  |
| ケア実施対象者 (別紙参照)   |   | 1  | 1      | 2     | 3     | 1     |  |
| 実施準備   | 1 吸引器の点検と消毒<br>2 手洗いを行う<br>3 必要物品をそろえ、利用者のもとへ運ぶ<br>4 吸引器の作動状況等を点検確認する 吸引圧の確認を行う<br>5 利用者に吸引の説明をする<br>6 吸引の環境（ふたを開けておく）・利用者の姿勢を整える<br>7 吸引前の観察を行う（※観察シート）SpO2モニター装着<br>8 手袋を着用   | ア  |        |       |       |       |  |
| ケア実施   | 9 吸引チューブの接続部を袋から出す<br>10 吸引器の連結管と接続し、吸引チューブを清潔に取り出す<br>11 吸引チューブ外側を消毒綿等で拭く<br>12 吸引器のスイッチを入れて水を吸う<br>13 吸引チューブの先端の水をよくゆすぐ（異音の吸引は挿入の長さを変える）<br>14 利用者に吸引の開始について声かけをする<br>15 適切な深さまで吸引チューブを挿入する<br>16 吸引中の観察を行っていないが適切な吸引時間と分泌物等の貯留物を吸引する。（※観察シート）<br>17 吸引チューブを静かに抜く                   | ア  |        |       |       |       |  |
|  | 18 一度で吸引しきれなかった場合は、吸引チューブの外側をアルコール綿でふき取った後、洗浄水を吸って内側を流してから、再度吸引する。<br>19 吸引チューブの外側をアルコール綿等で拭き、洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす<br>20 吸引チューブの外側を新しいアルコール綿で拭く<br>21 吸引チューブを連結管からはみ出し保管容器に入れ、吸引器の電源を切る<br>22 手袋をはずし、利用者への終了の声かけをする<br>23 手洗いをする<br>24 利用者の姿勢を整え、吸引前後の状態変化を観察する<br>SpO2値測定（※観察シート） | ア  |        |       |       |       |  |
|  | 報告  | 25 ケア責任者（看護職員）に報告する<br>26 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする              | イ      |       |       |       |  |
|  | 片付け   | 27 使用物品を速やかに片付け、補充または交換する<br>28 吸引ビンの排液量が70～80%になる前に排液を捨てる | ア      |       |       |       |  |
|  | 記録  | 29 実施時刻、吸引した内容物の種類や性状及び量などを記録する                            | ア      |       |       |       |  |
|  | アの回数※   |  | 25/29  |       |       |       |  |
|  | ※手順の手順を抜かしたり、間違えた内容を具体的に記述して下さい<br>手順書の留意事項・考えられる主なリスク等に記載されている輸目レベルで記述   |  | 指導看護師名 |       |       |       |  |

指導看護師が修正しても良いのは、この部分です  
事業所において、介護職員等が実際に業務する場合を想定した手順に修正してください

## 2-5 研修指示書を確認しよう



- ✓ 指示期間は十分にとられていますか？
- ✓ 指示書は、「**研修**」用のものになっていますか？
- ✓ 指示書の宛先が、指導看護師宛になっていますか？

### 参考) 医師の 研修指示書 記入例

このフォームと記入例は沖縄県HPからダウンロードできます

### 研修指示書について

・研修指示書は、介護職員等が安全に研修ができるために必要な指示内容になります、下記の記入例を参考に作成してください。

・また看護師が記載した現状報告フォームをご活用ください

指示書のタイトルは「研修用」になっていますか？

**記入例**                      介護職員等喀痰吸引等**研修**指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間の長さに規定はありませんが、出来るだけ長めに依頼しましょう。!

指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

|  |  |                                      |                                       |       |                              |     |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------|------------------------------|-----|
| 事業者  | 事業者名称  | 〇〇〇事業所                               |                                       |       |                              |     |
|  | 受講者氏名  | 喀痰吸引等研修を受講する介護職員等                    |                                       |       |                              |     |
| 対象者  | 氏名   | 生年月日                                 | 明・大・昭・平                               | 年     | 月                            | 日   |
|  | 住所   | 複数名受講生がいる時は、「喀痰吸引等研修を受講する介護職員等」としても可 |                                       |       |                              |     |
|  | 要介護認定区分  | 要支援( 1 2 ) 要介護( 1 2 3 4 5 )          |                                       |       |                              |     |
|  | 障害程度区分   | 区分1                                  | 区分2                                   | 区分3   | 区分4                          | 区分5 |
|  | 主たる疾患(障害)名   | 認知症による嚥下機能低下    〇〇〇                  |                                       |       |                              |     |
| 実施行為種別                                       | 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<br>胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・ <b>経鼻経管栄養</b> |                                      |                                       |       |                              |     |
| 指示内容   | 具体的な提供内容   |                                      |                                       |       |                              |     |
|  | 喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む)                                  |                                      |                                       |       |                              |     |
|  | 吸引圧: 〇〇kpa   |                                      |                                       |       |                              |     |
|  | 口腔内吸引  | チューブ                                 | 〇〇Fr                                  | 挿入の長さ | 見える範囲                        |     |
|  | 鼻腔内吸引  | チューブ                                 | 〇〇Fr                                  | 挿入の長さ | 〇cm                          |     |
| 気管カニューレ内吸引                                   | チューブ   | 〇〇Fr                                 | 挿入の長さ                                 | 〇cm   |                              |     |
| 吸引時間: 毎食前、痰貯留時    注意事項: 喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意 |  |                                      |                                       |       |                              |     |
| 経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)               |  |                                      |                                       |       |                              |     |
| 胃チューブ挿入の長さ 〇〇cm    注入速度: 〇〇ml / 〇時間程度        |  |                                      |                                       |       |                              |     |
| 栄養剤名 〇〇ml × 〇回 / 日(〇時・〇時・〇時)    注入後白湯 〇〇ml   |  |                                      |                                       |       |                              |     |
| その他留意事項(介護職員)    異変時は、速やかに担当看護師に報告すること       |  |                                      |                                       |       |                              |     |
| その他留意事項(看護職員)    毎食前に胃チューブの確認                |  |                                      |                                       |       |                              |     |
|  |  | ① 経鼻胃管                               | サイズ: 〇〇 Fr、種類: 〇〇                     |       |                              |     |
|  |  | 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル                      | 種類: ボタン型・チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm |       |                              |     |
|  |  | ④ 吸引器                                |                                       |       |                              |     |
|  |  | ① 人工呼吸器                              | 機種: 〇〇〇〇〇                             |       |                              |     |
|  |  | ⑤ 気管カニューレ                            | サイズ: 外径 〇mm、長さ _____ mm               |       |                              |     |
|  |  | 6. その他                               |                                       |       |                              |     |
| 緊急時の連絡先                                      |  | 担当看護師                                | 〇〇 〇〇                                 | TEL   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇                  |     |
| 不在時の対応法                                      |  | 主治医                                  | 〇〇 〇〇                                 | TEL   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇-事業所の緊急連絡体制に基づき記入 |     |

気管カニューレ内吸引の長さは、カニューレを超えない長さかを確認

胃ろう・腸ろうの場合は入力

半円形の場合は、加圧バックの圧力やシリンジで何分かけて注入するか等も記載

所属名/指導看護師宛(個人名の記載は不要です)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

機関名 〇〇〇クリニック

住所 沖縄県〇〇市〇〇〇

電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

(FAX) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

医師名 〇〇 〇〇 印

〇△訪問看護ステーション 指導看護師 殿

※「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」は実地研修を行うために、医師が指導看護師に交付する様式のため、「介護職員等喀痰吸引等指示書」とは異なります。ご注意ください。



## 2-6 研修計画書を作ろう

下の研修計画書は一例です。各事業所で普段使っているものがあれば、それを「研修」用に変更して使ってかまいません。

この書式・記入例は、沖縄県HPからダウンロードできます

研修計画書は、介護職員等と協働で作成します

書き方

### 喀痰吸引等研修(現場演習及び実地研修)計画書

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 作成者氏名 | 印 | 作成日 |
|-------|---|-----|

|          |          |                            |      |     |     |     |     |
|----------|----------|----------------------------|------|-----|-----|-----|-----|
| 基本<br>情報 | 氏名       |                            | 生年月日 |     |     |     |     |
|          | 要介護認定状況  | 要支援(12) 要介護(1234⑤)         |      |     |     |     |     |
|          | 障害程度区分   | 区分1                        | 区分2  | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|          | 障害名      | 認知症による嚥下機能障害               |      |     |     |     |     |
|          | 住所       | 沖縄県〇〇市〇〇〇                  |      |     |     |     |     |
|          | 事業所名称    | 〇〇〇事業所                     |      |     |     |     |     |
|          | 受講者氏名    | 〇〇 〇〇←当事業所の介護職員で当該研修を受講する者 |      |     |     |     |     |
|          | 事業所責任者氏名 | 〇〇 〇〇                      |      |     |     |     |     |
|          | 指導看護師氏名  | 〇〇 〇〇                      |      |     |     |     |     |
|          | 担当医師氏名   | 〇〇 〇〇                      |      |     |     |     |     |

|                |                         |   |  |
|----------------|-------------------------|---|--|
| 研修<br>実施<br>計画 | 計画期間                    | 年 月 日 ~ 年 月 日   |  |
|                | 目 標                     | 利用者に必要な特定行為を含んだ内容を記載                                      |  |
|                | 実施行為                    | 実施頻度/留意点  |  |
|                | 口腔内の喀痰吸引                | <p style="font-size: 2em; color: orange;">看護師しか書けない部分</p> |  |
|                | 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                  |   |  |
| 実地研修修了予定       | 年 月 頃←研修終了期日(要綱参照)までの日付 |   |  |



# 重要 沖縄県の演習と実地研修の研修方法について

令和3年3月沖縄県福祉政策課からの通知（第1・2号研修部分を抜粋）

2021.3

## 沖縄県喀痰吸引等研修 演習 & 実地研修について

### 1. 胃ろう又は腸ろうの研修方法について

【第1・2号】※評価判定については、要綱に定められた通り

#### 滴下のみの場合

○演習……滴下5回以上

○実地研修…滴下20回以上

（滴下のみ認定証を取得した者が、行為の追加で半固形を取得する場合、半固形の演習（5回以上）・実地研修（10回以上）を受講する。）

#### 半固形のみの場合

※滴下は基本なので、半固形のみの場合でも、演習は滴下も実施する。

○演習……滴下5回以上、半固形5回以上

○実地研修…半固形20回以上

（半固形のみ認定証を取得した者が、行為の追加で滴下を取得する場合、滴下の実地研修（10回以上）を受講する。）

#### 滴下・半固形の場合

○演習……滴下5回以上、半固形5回以上

○実地研修…滴下10回以上、半固形10回以上

### 2. 人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引等研修方法について

喀痰吸引の（人工呼吸器装着者を含む）場合は、通常手順に加え、別途、人工呼吸器装着者の場合について省令別表に示された回数以上実施する。

【第1・2号】※評価判定については、要綱に定められた通り

#### 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）の場合

○演習……通常手順5回以上、人工呼吸器装着者5回以上（通常手順終了後）

○実地研修…通常手順10回以上、人工呼吸器装着者10回以上（通常手順終了後）

#### 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）の場合

○演習……通常手順5回以上、人工呼吸器装着者5回以上（通常手順終了後）

○実地研修…通常手順20回以上、人工呼吸器装着者20回以上（通常手順終了後）

#### 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）の場合

○演習……通常手順5回以上、人工呼吸器装着者5回以上（通常手順終了後）

○実地研修…通常手順20回以上、人工呼吸器装着者20回以上（通常手順終了後）

（通常手順のみ認定証を取得した者が、行為の追加で人工呼吸器装着者を取得する場合、人工呼吸器装着者の演習後、実地研修を受講する。）

= 実地研修 =

2-7 実地研修を評価する

作成した評価票を用いて、実地研修の評価を行います。

実地研修の評価判定については、次ページで説明します。

**記入例** (1)たんの吸引 氏名 **沖縄 花子(受講生氏名)**  
**口腔内吸引(通常手順) 指導者評価票**

あなたが指導している介護職員は下記の**業務内容**について、どの程度達成できているか該当する番号を記入して下さい。  
**※業務内容については、手引きの留意事項・考えられる主なリスクを参照のこと**

|     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 達成度 | ア. 1人で実施し、手引きの手順通りに実施できている                             | <b>評価基準</b> |
|     | イ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導した              |             |
|     | ウ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導した(その場では見過ごさない) |             |
|     | エ. 1人での実施を任せられるレベルにはない                                 |             |
|     | オ. 1人での実施を任せられるレベルにはない                                 |             |

| 回数   |   | 例  | (1)回目   | (2)回目  | (3)回目                                | (4)回目       | (5)回目       |   |
|--|---|--|---------|--|--------------------------------------|-------------|-------------|---|
| 月日   |   | 10/5   | 12/25   | 12/25  | 12/27                                | 1/3         | 1/3         |   |
| 時間   |   | 14:00  | 10:00   | 14:00  | 10:00                                | 10:00       | 14:00       |   |
| ケア実施対象者(別紙参照)  |   | 1  | 1       | 2  | 4                                    | 1           | 3           |   |
| 実施準備   | 1 医師の指示等の確認を行う                              | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 2 手洗いをを行う                                   | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 3 必要物品をそろえ、利用者のもとへ運ぶ                        | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 4 吸引機の作動状況等を点検確認する。吸引圧の確認を行う                | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 5 利用者に吸引の説明をする                              | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 6 吸引の環境(ふたを開けておく)・利用者の姿勢を整える                | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 7 吸引前の観察を行う(※観察シート) SpO2モニター装着              | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 8 手袋を着用                                     | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | ケア実施  | 9 吸引チューブの接続部を袋から出す   | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 10 吸引機の連結管と接続し、吸引チューブを清潔に取り出す  | ア       | ア  | イ                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 11 吸引チューブ外側を消毒綿等で拭く  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 12 吸引機のスイッチを入れて水を吸う  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 13 吸引チューブの先端の水をよく切る(鼻腔内吸引は挿入の長さを知る)  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 14 利用者に吸引の開始について声をかける  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 15 適切な深さまで吸引チューブを挿入する  | ア       | ア  | ア                                    | イ           | ア           | ア |
|  |   | 16 吸引中の観察を行いながら適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する。(※観察シート)                                    | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 17 吸引チューブを静かに抜く  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  |   | 18 <del>吸引機に接続された吸引チューブは、吸引終了後、アの外側をアルコール綿等で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を流してから、再度吸引する。</del> | ア       | 評価していないところは斜線  |                                      |             |             |   |
|  |   | 19 吸引チューブの外側をアルコール綿等で拭き、洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす                                  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           | ア |
|  | 20 吸引チューブの外側を新しいアルコール綿で拭く                   | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 21 吸引チューブを連結管からはみし保管容器に入れ、吸引機の電源を切る         | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 22 手袋をはずし、利用者への終了の声をかける                     | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 23 手洗いをとする                                  | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
| 確認事項・24  | 24 利用者の姿勢を整え、吸引前後の状態変化を観察する SpO2値測定(※観察シート) | イ  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 25 ケア責任者(看護職員)に報告する(ヒアリハットを含む)              | イ  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
| 報告片づけ記録  | 26 <del>吸引機・吸引チューブの報告をする</del>              | イ  | 斜線      |  |                                      |             |             |   |
|  | 27 使用物品を適やかに後片付け、補充または交換する                  | イ  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 28 吸引ビンの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる               | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
|  | 29 実施時刻、吸引した内容物の種類や性状及び量などを記録する             | ア  | ア       | ア  | ア                                    | ア           | ア           |   |
| アの個数率  |   | 25/29  | 27/27   | 26/27  | 26/27                                | 27/27       | 27/27       |   |
| ※手引きの手順を抜かしたり、間違えた内容を具体的に記述して下さい<br>手引きの留意事項・考えられる主なリスク等に記載されている項目レベルで記述 |   | 指導看護師名   | 琉球<br>桜 | た<br>引<br>手<br>機<br>に<br>1<br>球<br>つ<br>づ<br>い<br>て<br>先<br>ま<br>っ | 手<br>忘<br>れ<br>の<br>流<br>液<br>の<br>量 | 琉<br>球<br>桜 | 琉<br>球<br>桜 |   |

実地研修で実際に処置をおこなった対象利用者の方の番号を記入します。  
 番号は別紙で作成した、対象利用者一覧表で割り振った数字を記入します。

青地部分の例のように、手順の一つ一つに対し、評価基準ア～エで評価します

2回目、3回目は、評価の中に「イ」があるため、成功にならない。  
 1回目、4回目、5回目が、全て「ア」の評価なので成功。  
 指導看護師名は全てに記載を。



2-7 実地研修を評価する



第1・2号研修の  
評価判定について、確認しよう！

厚労省 H24社援発0330第43号 喀痰吸引等研修実施要綱 別添2 等を参考にまとめ

**実地研修の実施と評価判定**

- (1) 各事業所にて実施。
- (2) 各事業所に在籍している実地研修指導看護師の下、実地研修協力者の協力に基づき技術の確認を行う。
- (3) 実地研修指導講師の下、評価票を用いた評価を受ける。

評価方法は以下

- ・ 評価票の項目が全て「ア」で成功とみなす。
- ・ 規定の回数を行なった上で、累積成功率が70%以上に達し、最終連続3回を成功していれば終了。累積成功率が70%未満の場合、もしくは最終3回連続成功していない場合は、累積成功率が70%以上、最終連続3回を成功するまで続ける。

※累積成功率 = 成功回数 ÷ 総回数 × 100

**評価判定の例**

たんの吸引口腔内（10回以上）の場合

| 累積成功率 | 最終3回  | 回数  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 修了認定 |
|-------|-------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|------|
| 70.0% | 全て成功  | Aさん | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  |    |    |    |    | 合格   |
| 90.0% | 不成功有り | Bさん | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ×  |    |    |    |    | 不合格  |
| 60.0% | 全て成功  | Cさん | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | ○ | ○ | ○  |    |    |    |    | 不合格  |
| 71.4% | 全て成功  | Dさん | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | 合格   |

表中の「○」印は、評価票の全ての項目について、講師の評価結果が「『介護職員による喀痰吸引及び経管栄養のケア実施の手引き』」の手順どおりに実施できている」と認められたことを意味する



## 2-8 評価した報告書を作成する

受講生が、合格まで達成したら、評価票に記入した評価を報告書にまとめてください。

### 登録研修機関への研修終了の報告

評価の報告書の他、必要書類を登録研修機関に提出し、実地研修が終了したことを報告します。



登録研修機関によって、提出書類が異なります。登録研修機関からの案内をよく確認してください。

### 指示書もらった医師への研修終了の報告

決まった書式はありません。訪問看護報告書などを活用する等、各事業所で任意の方法で行ってください。



研修修了者や事業所に促すこと



**研修を修了したら、沖縄県に「認定証」の交付申請が必要です**

認定証がないと、特定行為を対象者に提供することはできません。

登録研修機関から修了証を受け取ったら、沖縄県に「認定証」の交付を申請するよう、研修修了者に促しましょう。



**特定行為を対象者に提供する前に、事業所の登録が必要です**  
登録特定行為事業者 登録申請はしましたか？

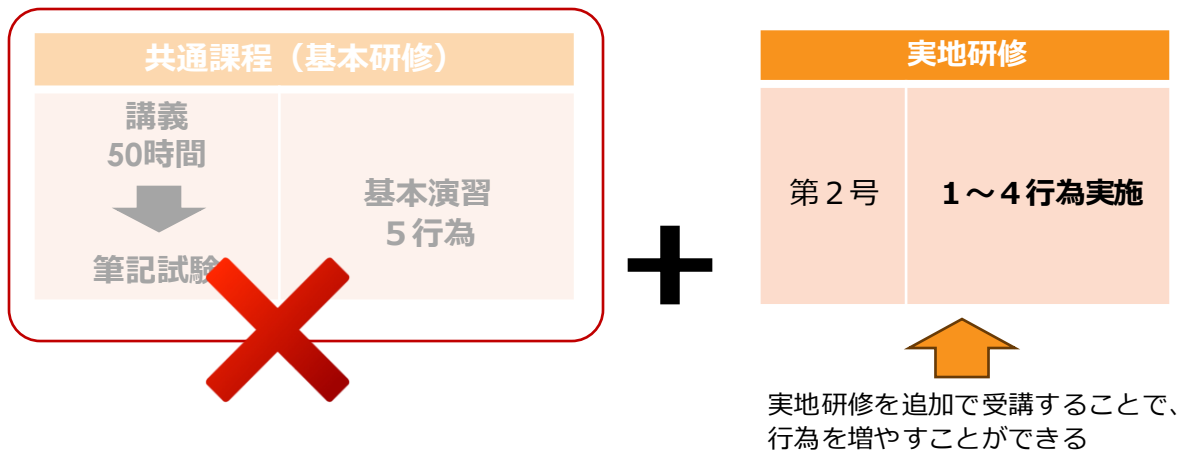
## 2-9 特定行為の追加、対象者の追加をしたい時は？

対象者の病状の変化で必要な特定行為が増えた、あるいは第3号研修修了者が別の対象者も担当することになった、といった時には、追加研修を行うことになります。



**追加研修を実施したい時も、必ず登録研修機関に申し込みを行ってください。**事業所等が任意に追加研修を行うことはできません。登録特定行為事業者であっても、任意に追加研修を行うことはできません。  
研修を自事業所で行うには、登録研修機関となるための申請が必要です。

### 第2号研修 特定行為を追加する場合

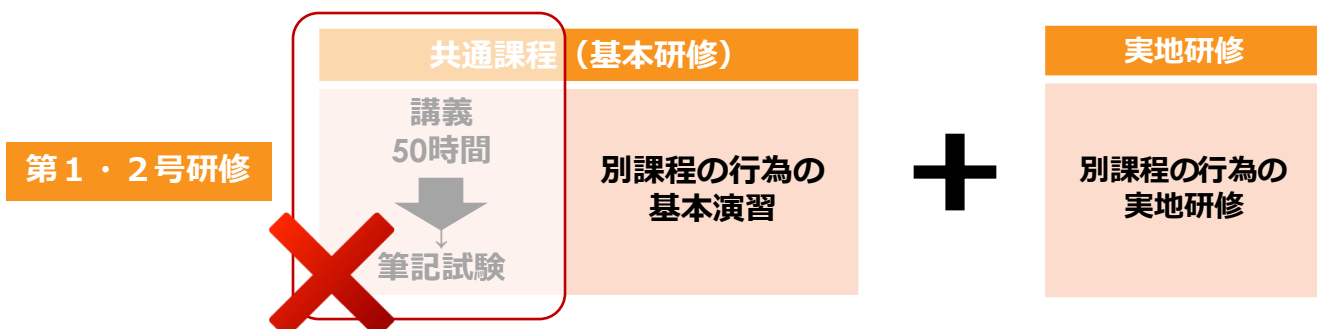


### 別課程の特定行為を追加する場合

#### 第1・2号研修

下記の行為については、**別途で研修が必要**です。基本演習が修了していることを必ず確認してください。→ 4-4

- 非侵襲的（口鼻マスク）人工呼吸器装着者への、口腔内・鼻腔内吸引
- 侵襲的（気管切開）人工呼吸器装着者への、気管カニューレ内吸引
- 半固形の経管栄養





## おさらい

### 第1・2号研修 指導看護師のすること

指導看護師が、**評価票**を対象者ごとの  
手技手順を反映して作成する

指導看護師として、必要な書類の内容  
をチェック  
(**指示書・計画書**など)

事業所が、**実地研修開始**に必要な  
書類を整え、登録研修機関に提出

登録研修機関から、**実地研修開始**のお  
知らせを受ける

実地研修を行い、評価する

報告書（登録研修機関向け、指示書の  
医師向け）を作成する

= 現場演習・実地研修を始める前に =



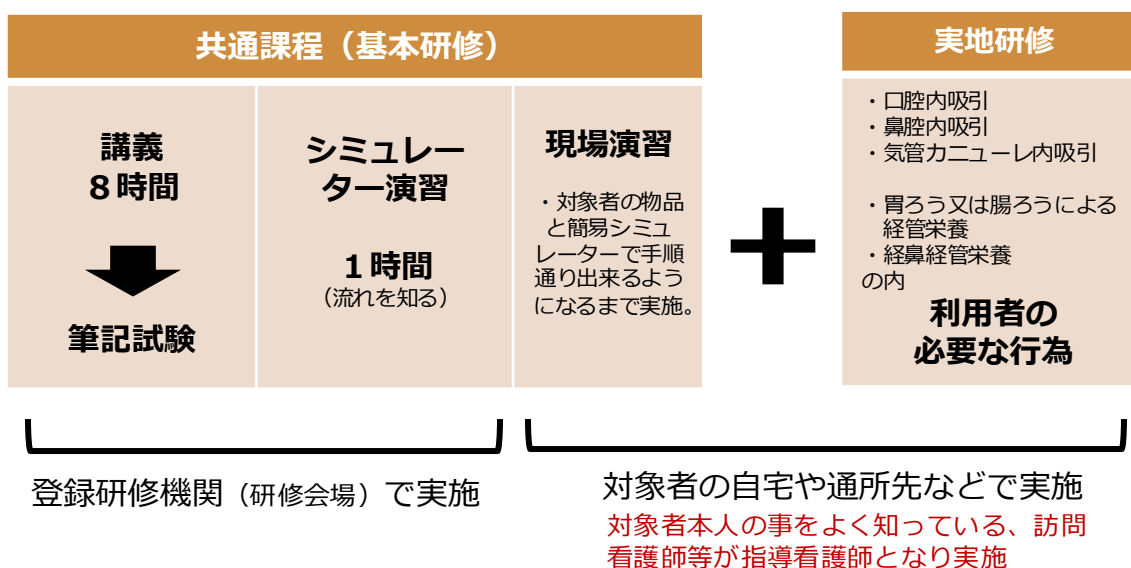
### 第3号研修受講を検討する時に 知っておいてほしいこと

- ◆ 難病や障害など在宅生活をしている、対象者とのコミュニケーションなど、対象者と介護職員等との個別的な関係性を重視して実施する場合に適しています。
- ◆ 第1・2号に比べると、比較的短い期間で研修を修了することができます。
- ◆ 追加研修を受講することで、別の方に喀痰吸引等を実施することも可能です。追加研修は、実地研修の受講で修了できます。→ 3-11
- ◆ 介護福祉士や実務者研修の「医療的ケア50時間」修了者であっても、第3号研修の基本研修を省略することはできません。

## 3-1 研修の流れ

第3号研修の受講者（介護職員等）は、まず、講義・知識を確認する筆記試験・シミュレーター演習を経て、現場演習を受講します。これらを「基本研修」と言います。

その後、実地研修に入っていきます。実地研修では、実際に対象者に対して医療的ケアを、講師（指導看護師）の指導の下で行います。



介護福祉士新カリキュラムや実務者研修の「医療的ケア50時間」修了者であっても、基本研修の免除はありません。第3号研修の場合は、すべての方が基本研修から受講する必要があります。

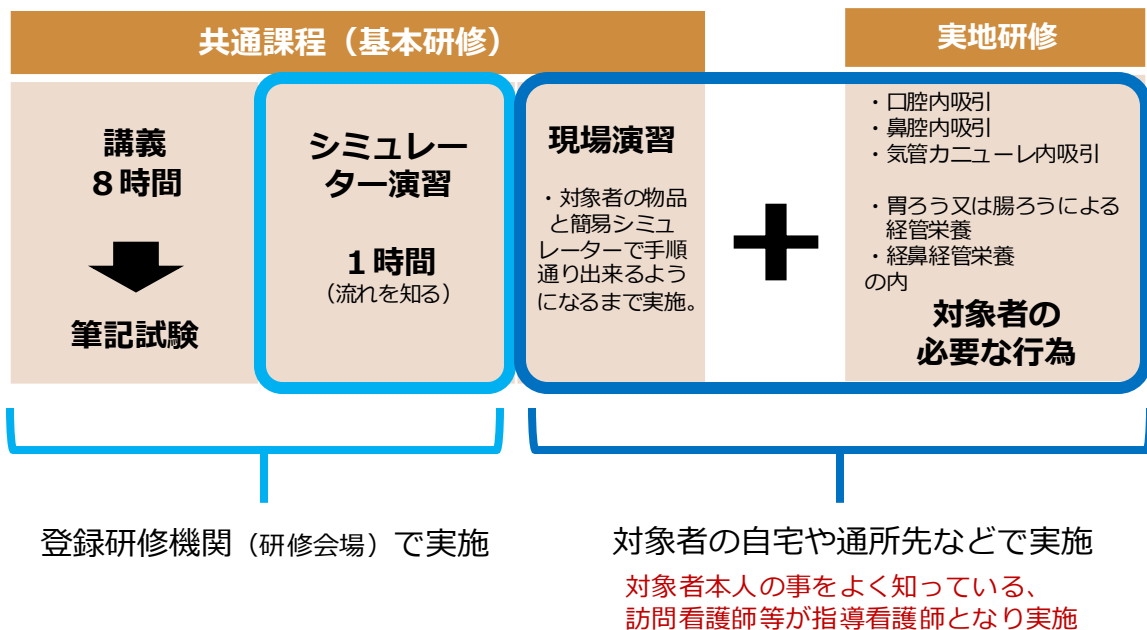
## 3-2 シミュレーター演習と現場演習・実地研修

### シミュレーター演習

登録研修機関が用意する研修会場で実施します。

研修会場で、演習講師（指導看護師）の指導の下、シミュレーターを用いて演習します。

シミュレーター演習の様子



### 現場演習・実地研修

現場演習と実地研修はいずれも、実際に対象者のいる現場（対象者自宅や通所先の事業所等）で行います。

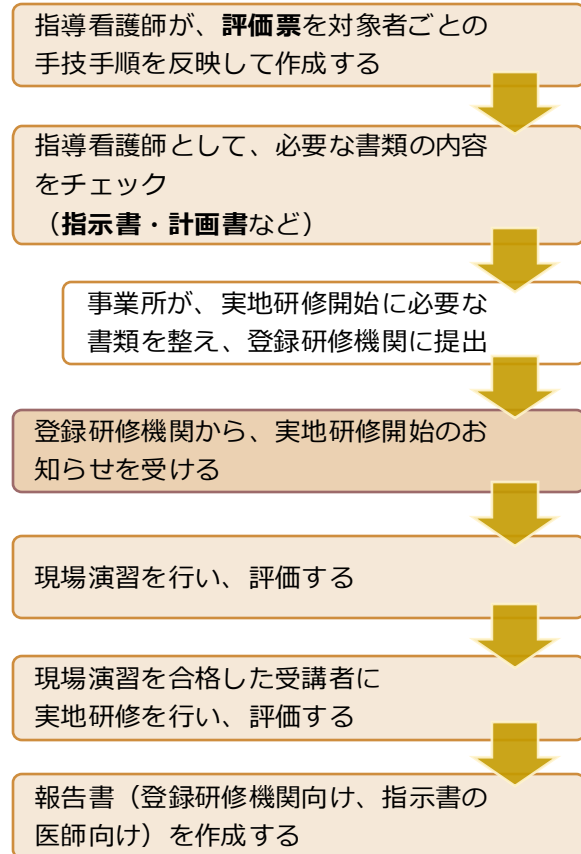
**現場演習**を事業所等で行う意味は、指導看護師や、経験のある介護職員等が行う特定行為を見ながら、対象者ごとの手順を学ぶためです。簡易シミュレーターを使って演習を行い、そのプロセスの評価を行います。（評価票に記入）

**現場演習をしっかりとっておくと、実地研修がスムーズです。**

**実地研修**は、実際の対象者に対し特定行為を行う研修です。指導看護師がそのプロセスの評価を行います。（評価票に記入）

### 3-3 現場演習・実地研修の前に行うこと

#### まずは、必要な書類と、流れを確認しよう！



実地研修は、登録研修機関から、開始の許可が出てからスタートしてください。

現場演習・実地研修開始に必要な各書類は、参考書式を登録研修機関が用意しているかと思います。わからない時は、受講する登録研修機関に尋ねましょう。



同意書や指示書に「研修」の文字が入っているでしょうか？ 研修用の同意書や指示書になっているか、確認しましょう。

#### 現場演習・実地研修の開始に必要な書類

- 対象者の**研修**同意書
- 医師からの**研修**指示書 ⇒ 3-5
- **実地研修**計画書 ⇒ 3-6
- +
- **評価票** (実地研修を行う行為毎に必要) ⇒ 3-4

現場演習・実地研修を行うために必要な書類があります。事業所の担当者から受け取り、書類が揃っているか確認してください。

また、指示内容などに間違いがないか、確認をしましょう。

次ページから、指導看護師が関与する各書類の準備のポイントやひな型・記入例などを紹介しています。



- ✓ それぞれの書類の日付、期間
- ✓ 同意書や指示書が「**研修**」用のものになっているか？
- ✓ 指示書の宛先が、指導看護師宛になっているか？



「研修時」と「運用時」で必要な書類の種類が異なります。4-3 も併せてご覧ください。

### 3-4 評価票を作ろう

受講者が、手順通りに行えたどうかをチェックする「評価票」は、指導看護師が作成します。評価票は、介護職員等が実際に業務する場合を想定した手順を反映して、項目を作成しましょう。

第3号研修の場合は、その受講者の取得しようとしている**特定行為ごとに評価票が必要**になります。

|   |    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>(1)たんの吸引    氏名<br/><b>口腔内・鼻腔内吸引(通常手順) 指導者評価票</b></p>         |    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><small>あなたが指導している介護職員は下記の業務内容について、どの程度達成できているか該当する番号を記入して下さい。<br/>※業務内容については、手引きの留意事項・考えられる主なリスクを参照のこと</small></p> |    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 達成度   |    | <p>ア. 1人で実施し、手引きの手順通りに実施できている<br/>イ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導した<br/>ウ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導した（その場では見過ごせないレベル）<br/>エ. 1人での実施を任せられるレベルにはない</p> |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | 回数   | 機     | (1)回目 | (2)回目 | (3)回目 | (4)回目 | (5)回目 | (6)回目 | (7)回目 |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | 月日   | 10/5  |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | 時間   | 14:00 |       |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | ケア実施対象者(別紙参照)  |       | 1     |       |       |       |       |       |       |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 1  | 1 吸引の指示等の確認を待つ   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 2  | 2 手洗いをを行う  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 3  | 3 必要物品をそろえ、利用者のもとへ運ぶ   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 4  | 4 吸引機の作動状況等を点検確認する。吸引圧の確認を行う   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 5  | 5 利用者に吸引の説明をする   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 6  | 6 吸引の準備(ふたを開けておく)・利用者の姿勢を整える   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 7  | 7 吸引前の観察を行う(※観察シート) SpO2モニター装着   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 8  | 8 手袋を着用  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 9  | 9 吸引チューブの接続部を袋から出す   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 10 | 10 吸引機の連結管と接続し、吸引チューブを清潔に取り出す  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 11 | 11 吸引チューブ外側を消毒綿等で拭く  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 12 | 12 吸引機のスイッチを入れて水を吸う  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 13 | 13 吸引チューブの外側の水をよく切る(鼻腔内吸引は挿入の長さを知る)  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 14 | 14 利用者に吸引の開始について声かけをする   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 15 | 15 適切な深さまで吸引チューブを挿入する  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 16 | 16 吸引中の観察を行いながら適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する(※観察シート)   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 17 | 17 吸引チューブを静かに抜く  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 18 | 18 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引チューブの外側をアルコール綿でふき取った後、洗浄水を吸って内側を流してから、再度吸引する。   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 19 | 19 吸引チューブの外側をアルコール綿等で拭き、洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 20 | 20 吸引チューブの外側を新しいアルコール綿で拭く  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 21 | 21 吸引チューブを連結管からはずし保管管に入れ、吸引機の電源を切る   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 22 | 22 手袋をはずし、利用者への終了の声かけをする   |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実施準備  | 23 | 23 手洗いをする  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 観察記録  | 24 | 24 利用者の姿勢を整え、吸引前後の状態変化を観察する<br>SpO2値測定(※観察シート)   |       |       |       |       |       |       |       |       | イ     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告  | 25 | 25 ケア責任者(看護職員)に報告する(ヒアリハットを含む)   |       |       |       |       |       |       |       |       | イ     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告  | 26 | 26 ヒアリハット・アクセシビリティの報告をする   |       |       |       |       |       |       |       |       | イ     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告  | 27 | 27 使用物品を速やかに後片付け、補充または交換する   |       |       |       |       |       |       |       |       | イ     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告  | 28 | 28 吸引ビンの残液量が70~80%になる前に廃棄を捨てる  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告  | 29 | 29 実施時刻、吸引した内容物の種類や性状及び量などを記録する  |       |       |       |       |       |       |       |       | ア     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| アの総数※   |    |  |       |       |       |       |       |       |       |       | 25/29 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | ※手引きの手順を抜かしたり、間違えた内容を具体的に記述して下さい<br>手引きの留意事項・考えられる主なリスク等に記載されている細目レベルで記述   |       |       |       |       |       |       |       |       |       | 指導看護師名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

指導看護師が修正しても良いのは、この部分です

事業所や在宅において、介護職員等が実際に業務する場合を想定した手順に修正してください

22



### 3-5 研修指示書を確認しよう



- ✓ 指示期間は十分にとられていますか？
- ✓ 指示書は、「**研修**」用のものになっていますか？
- ✓ 指示書の宛先が、指導看護師宛になっていますか？

**参考) 医師の 研修指示書 記入例**

このフォームと記入例は沖縄県HPからダウンロードできます

#### 研修指示書について

・研修指示書は、介護職員等が安全に研修ができるために必要な指示内容になります、下記の記入例を参考に作成してください。

・また看護師が記載した現状報告フォームをご活用ください

指示書のタイトルは「研修用」になっていますか？

**記入例**                      介護職員等喀痰吸引等**研修**指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間の長さに規定はありませんが、出来るだけ長めに依頼しましょう。↓

指示期間(    年   月   日 ~   年   月   日 )

|                                |  |                                      |                  |                              |       |                                |     |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|------------------|------------------------------|-------|--------------------------------|-----|
| 事業者                            | 事業者名称  | 〇〇〇事業所                               |                  |                              |       |                                |     |
|                                | 受講者氏名  | 喀痰吸引等研修を受講する介護職員等                    |                  |                              |       |                                |     |
| 対象者                            | 氏名   | 生年月日                                 | 明・大・昭・平          | 年                            | 月     | 日                              |     |
|                                | 住所   | 複数名受講生がいる時は、「喀痰吸引等研修を受講する介護職員等」としても可 |                  |                              |       |                                | ) - |
|                                | 要介護認定区分  | 要支援( 1 2 )                           | 要介護( 1 2 3 4 5 ) |                              |       |                                |     |
|                                | 障害程度区分   | 区分1                                  | 区分2              | 区分3                          | 区分4   | 区分5                            | 区分6 |
|                                | 主たる疾患(障害)名   | 認知症による嚥下機能低下    〇〇〇                  |                  |                              |       |                                |     |
| 実施行為種別                         | 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<br>胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・ <u>経鼻経管栄養</u> |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| 指示内容                           | 具体的な提供内容   |                                      |                  |                              |       |                                |     |
|                                | 喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む)                                  |                                      |                  |                              |       |                                |     |
|                                | 吸引圧: 〇〇kpa   |                                      |                  |                              |       |                                |     |
|                                | 口腔内吸引  | チューブ                                 | 〇〇Fr             | 挿入の長さ                        | 見える範囲 | 気管カニューレ内吸引の長さは、カニューレを超えない長さを確認 |     |
|                                | 鼻腔内吸引  | チューブ                                 | 〇〇Fr             | 挿入の長さ                        | 〇cm   |                                |     |
| 気管カニューレ内吸引                     | チューブ   | 〇〇Fr                                 | 挿入の長さ            | 〇cm                          |       |                                |     |
| 吸引時間: 毎食前、痰貯留時                 | 注意事項: 喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意   |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| 経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む) |  |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| 胃チューブ挿入の長さ                     | 〇〇cm   | 注入速度                                 | 〇〇ml / 〇時間程度     |                              |       |                                |     |
| 栄養剤名                           | 〇〇ml × 〇回 / 日(〇時・〇時・〇時)  | 注入後白湯                                | 〇〇ml             |                              |       |                                |     |
| その他留意事項(介護職員)                  | 異変時は、速やかに担当看護師に報告すること  |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| その他留意事項(看護職員)                  | 毎食前に胃チューブの確認   |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| ① 経鼻胃管                         |  | サイズ:                                 | 〇〇 Fr、種類:        | 〇〇                           |       |                                |     |
| 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル                |  | 種類:                                  | ボタン型・チューブ型、      |                              |       |                                |     |
| ③ 吸引器                          |  | サイズ:                                 | Fr、_____cm       |                              |       |                                |     |
| ④ 人工呼吸器                        |  | 機種:                                  | 〇〇〇〇〇            |                              |       |                                |     |
| ⑤ 気管カニューレ                      |  | サイズ: 外径                              | 〇mm、長さ           | 〇〇mm                         |       |                                |     |
| 6. その他                         |  |                                      |                  |                              |       |                                |     |
| 緊急時の連絡先                        | 担当看護師  | 〇〇 〇〇                                | TEL              | 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇                  |       |                                |     |
| 不在時の対応法                        | 主治医  | 〇〇 〇〇                                | TEL              | 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇—事業所の緊急連絡体制に基づき記入 |       |                                |     |

※1 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。  
 ※2 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

所属名/指導看護師宛  
(個人名の記載は不要です)

機関名    〇〇〇クリニック  
 住所      沖縄県〇〇市〇〇〇  
 電話      〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇  
 (FAX)    〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇  
 医師名    〇〇 〇〇    印

〇△訪問看護ステーション 指導看護師 殿

※「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」は実地研修を行うために、医師が指導看護師に交付する様式のため、「介護職員等喀痰吸引等指示書」とは異なります。ご注意ください。

3-4 研修指示書を確認しよう



**研修指示書の依頼には  
現状報告フォームを活用しよう！**

医師に指示書を依頼する場合、「現状報告フォーム」を提出することで、医師が実際のケア内容を把握でき、指示書作成がスムーズになります。

- ◆ 現状報告フォームは、対象者のことをよく知っている看護職員が記入してください（指導看護師以外の方でも可）
- ◆ 記入した現状報告フォームを、指示書依頼と一緒に医師に提出しましょう。

**参考) 医師への 現状報告フォーム**

このフォームは沖縄県HPからダウンロードできます

このフォームは、対象者をよく知る看護職員が記入し、指示書依頼と一緒に、医師に提出しましょう

【現状報告について】  
このフォームは喀痰吸引等指示書を記載するために、医師が参考にする必要な情報です。  
在宅でのケアの詳細を、看護師がご記入ください。不備がある場合、介護職員等指示書が記載できない場合があります。

**介護職員等喀痰吸引等に関する 現状報告**

年 月 日現在

|              |  |                                       |
|--------------|--|---------------------------------------|
| 実習(業務) 開始予定日 |  | 年 月 日～                                |
| 事業者名         | 事業者名称  |                                       |
| 対象者          | 氏名   | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)               |
|              | 住所   | 電話( ) -                               |
| 実施行為種別       | 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<br>胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養   |                                       |
| 実施内容         | 具体的なケア内容   |                                       |
|              | 喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む)<br>・吸引圧:【      】kpa<br>・口腔内吸引吸引チューブ【      Fr】挿入の長さ【見える範囲】<br>・鼻腔内吸引チューブ【      Fr】挿入の長さ【      cm】<br>・気管カニューレ内吸引チューブ【      Fr】挿入の長さ【      cm】<br>・吸引時間<br>・注意事項 |                                       |
| (参考) 使用医療機器等 | 経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)   |                                       |
|              | ・栄養剤名【      】<br>・投与時間【      〇〇ml×〇回/日(〇時・〇時・〇時)      】<br>・注入速度【      】<br>・注入後白湯【      〇〇ml      】<br>・注意事項  |                                       |
| (参考) 使用医療機器等 | 1. 経鼻胃管  | サイズ: ____Fr、固定の長さ: ____cm             |
|              | 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル  | 種類: ボタン型・チューブ型、<br>サイズ: ____Fr、____cm |
|              | 3. 吸引器   |                                       |
|              | 4. 人工呼吸器   | 機種:                                   |
|              | 5. 気管カニューレ(実測値)  | サイズ: 外径 ____mm、長さ ____mm              |
|              | 6. その他   |                                       |

上記のとおり、報告いたします。

令和   年   月   日

主治医 殿

所属機関名  
住所  
電話  
報告看護師氏名

**POINT**  
カニューレの長さは、入口から出口までの長さを利用者ごとに測定して記入しましょう

### 3-6 研修計画書を作ろう

下の研修計画書は一例です。各事業所で普段使っているものがあれば、それを「研修」用に変更して使ってかまいません。

この書式・記入例は、沖縄県HPからダウンロードできます

**研修計画書は、介護職員等と協働で作成します**

書き方

#### 喀痰吸引等研修(現場演習及び実地研修)計画書

|       |   |     |  |
|-------|---|-----|--|
| 作成者氏名 | 印 | 作成日 |  |
|-------|---|-----|--|

|      |          |                               |      |  |  |
|------|----------|-------------------------------|------|--|--|
| 基本情報 | 氏名       |                               | 生年月日 |  |  |
|      | 要介護認定状況  | 要支援( 1 2 ) 要介護( 1 2 3 4 (5) ) |      |  |  |
|      | 障害程度区分   | 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6       |      |  |  |
|      | 障害名      | 認知症による嚥下機能障害                  |      |  |  |
|      | 住所       | 沖縄県〇〇市〇〇〇                     |      |  |  |
|      | 事業所名称    | 〇〇〇事業所                        |      |  |  |
|      | 受講者氏名    | 〇〇 〇〇←当事業所の介護職員で当該研修を受講する者    |      |  |  |
|      | 事業所責任者氏名 | 〇〇 〇〇                         |      |  |  |
|      | 指導看護師氏名  | 〇〇 〇〇                         |      |  |  |
|      | 担当医師氏名   | 〇〇 〇〇                         |      |  |  |

|          |                         |                               |
|----------|-------------------------|-------------------------------|
| 研修実施計画   | 計画期間                    | 年 月 日 ~ 年 月 日<br>↑研修終了期日までの日付 |
|          | 目標                      | 利用者に必要な特定行為を含んだ内容を記載          |
|          | 実施行為                    | 実施頻度/留意点                      |
|          | 口腔内の喀痰吸引                | 看護師しか書けない部分                   |
|          | 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   |                         |                               |
| 実地研修修了予定 | 年 月 頃←研修終了期日(要綱参照)までの日付 |                               |

= 現場演習 =

### 3-7 現場演習の前に準備しておくこと

現場演習では、簡易シミュレーターや水を入れたコップを対象者と見立て、対象者が普段使用している機器等を用いて手順通り実施します。



吸引器の側面にメモリを付けておこう  
カニューレの長さの確認に便利です！



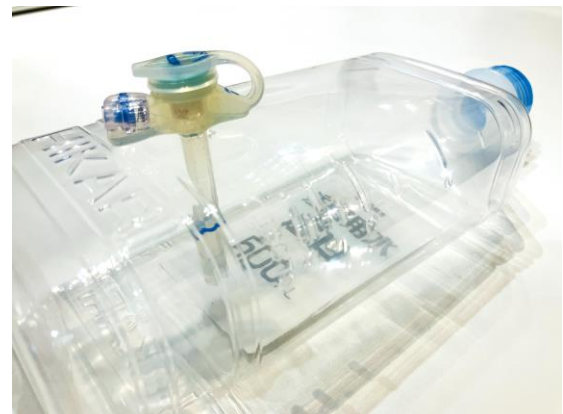
簡易シミュレーターを作ろう！

口腔内や鼻腔内吸引は、コップに水を入れたものでOK。

気管カニューレ・経鼻経管栄養・胃瘻は、本人の使用しているものを交換時に取り替えておいて、洗浄消毒後、ペットボトル等を活用し、簡易シミュレーターを作成してください。



ペットボトルを利用した  
気管カニューレ内吸引の  
簡易シミュレーター



ペットボトルを利用した  
胃ろうの簡易シミュレーター

= 現場演習 =

### 3-8 現場演習を評価する

最初に手順の方法を、指導看護師が評価票の手順に沿って実演をします。その後、受講生は評価表に沿って実施します。**評価票への記入を忘れずに。**

**基礎演習をしっかりとっておくと、実地研修がスムーズです。**

現場演習の評価判定については、次ページで説明します。

**記入例** (1)たんの吸引 氏名 **沖縄 花子(受講生氏名)**  
**口腔内・鼻腔内吸引(通常手順) 指導者評価票**

あなたが指導している介護職員は下記の**業務内容**について、どの程度達成できているか該当する番号を記入して下さい。  
 ※業務内容については、**手引きの留意事項・考えられる主なリスクを参照のこと**

|     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 達成度 | ア. 1人で実施し、手引きの手順通りに実施できている<br>イ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導した<br>ウ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導した(その場では見通<br>エ. 1人での実施を任せられるレベルにはない | <b>評価基準</b> |
|-----|--|-------------|

| 回数   |       | 例  | 1回目   | 2回目           | 3回目 | 4回目 | 5回目 |  |
|--|-------|--|---|---------------|-----|-----|-----|--|
| 月日   |       | 10/5   | 12/2  | 12/3          |     |     |     |  |
| 時間   |       | 14:00  | 10:00   | 10:00         |     |     |     |  |
| ケア実施対象者(別紙参照)  |       |  |   |               |     |     |     |  |
| 実施準備   | 1     | 医師の指示等の確認を行う                                 | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 2     | 手洗いをを行う                                      | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 3     | 必要物品をそろえ、利用者のもとへ運ぶ                           | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 4     | 吸引器の作動状況等を点検確認する。吸引圧の確認を行う                   | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 5     | 利用者に吸引の説明をする                                 | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 6     | 吸引の準備(ふたを開けておく)・利用者の姿勢を整える                   | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 7     | 吸引前の観察を行う(※観察シート) SpO2モニター装着                 | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 8     | 手袋を着用  | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 吸引の実施 | 9  | 吸引チューブの接続部を袋から出す  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 10   | 吸引器の運動管と接続し、吸引チューブを清潔に取り出す                                      | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 11   | 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 12   | 吸引器のスイッチを入れて水を吸う  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 13   | 吸引チューブの先端の水をよく切る(鼻腔内吸引は挿入の長さを知る)                                | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 14   | 利用者に吸引の開始について声をかける  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 15   | 適切な深さまで吸引チューブを挿入する  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 16   | 吸引中の観察を行いながら適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する。(※観察シート)                      | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 17   | 吸引チューブを静かに抜く  | ア             | ア   | ア   |     |  |
|  |       | 18   | 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引チューブの外側をアルコール綿でふき取った後、洗浄水を吸って内側を清してから、再度吸引する。 | ア             | イ   | ア   |     |  |
|  | 19    | 吸引チューブの外側をアルコール綿等で拭き、洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 20    | 吸引チューブの外側を新しいアルコール綿で拭く                       | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 21    | 吸引チューブを連結管からはずし保管容器に入れ、吸引器の電源を切る             | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 22    | 手袋をはずし、利用者への終了の声をかける                         | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 23    | 手洗いをする                                       | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
| 観察記録   | 24    | 利用者の姿勢を整え、吸引前後の状態変化を観察する SpO2値測定(※観察シート)     | イ   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 25    | ケア責任者(看護職員)に報告する(ヒアリハットを含む)                  | イ   | ア             | ア   |     |     |  |
| 報告片づけ記録  | 26    | <del>吸引チューブの報告をする</del>                      | イ   | 評価していないところは斜線 |     |     |     |  |
|  | 27    | 使用物品を速やかに後片付け、補充または交換する                      | イ   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 28    | 吸引ピンの廃棄量が70~80%になる前に廃棄を終える                   | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
|  | 29    | 実施時刻、吸引した内容物の種類や性状及び量などを記録する                 | ア   | ア             | ア   |     |     |  |
| アの個数※  |       | 25/29  | 27/28   | 28/28         |     |     |     |  |
| ※手引きの手順を抜かしたり、間違えた内容を具体的に記述して下さい<br>手引きの留意事項・考えられる主なリスク等に記載されている科目レベルで記述 |       | 指導看護師名                                       | 藤子<br>花子<br>の<br>氏<br>名   | 流<br>球<br>様   |     |     |     |  |

青地部分の例のように、**手順の一つ一つに対し、評価基準ア~エで評価します**

2回目、3回目は、評価の中に「イ」があるため、成功にならない。  
 1回目、4回目、5回目が、全て「ア」の評価なので成功。  
 指導看護師名は全てに記載を。

### 3-8 現場演習を評価する



#### 第3号研修の 現場演習の評価判定について、確認しよう！

第3号研修では、**対象者の必要な行為のみ**実施します。（第1・2号研修とは異なります）

評価票において、1回全ての項目がAになるまで実施します。

厚労省 H24社援発0330第43号 喀痰吸引等研修実施要綱 から要点まとめ

- 対象者がいる居宅等の現場において、対象者が使用する吸引器等を使用し、演習シミュレーターに対して、演習指導講師が1回の実演を行う。
- 研修受講者は、対象者が使用する吸引器等を使用し、演習シミュレーターに対して演習を実施し、演習指導講師は研修受講者に対して、観察・指導を行う。
- 演習指導講師は、演習実施毎に「基本研修(演習)評価票」を記録するとともに、毎回研修受講者と一緒に振り返りを行い、研修受講者は次の演習の改善につなげる。
- 評価票の全ての項目についての演習指導講師の評価結果が、「基本研修(演習)」評価基準で示す手順どおりに実施できているとなった場合に、演習の修了を認める。

#### 評価判定の例

|            | 現場演習 |   |   |   |   |   |   |   | 実地研修 |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|------|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
|            | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 口腔内吸引      | ×    | ○ |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 気管カニューレ内吸引 | ×    | × | × | ○ |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 経鼻経管栄養     | ×    | × | ○ |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |

上記の例は、いずれも評価基準通りに1回できているので、実地研修に進むことができます。



= 実地研修 =

3-9 実地研修を評価する

作成した評価票を用いて、評価を行います。評価票は、現場演習で用いたものと同じものを用います。

なお、実地研修の評価判定については次ページで説明します。

**記入例** (1)たんの吸引 氏名 **沖縄 花子(受講生氏名)**  
**口腔内・鼻腔内吸引(通常手順) 指導者評価票**

あなたが指導している介護職員は下記の**業務内容**について、どの程度達成できているか該当する番号を記入して下さい。  
 ※業務内容については、**手引きの留意事項・考えられる主なリスクを参照のこと**

|     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 達成度 | ア. 1人で実施し、手引きの手順通りに実施できている                             | <b>評価基準</b> |
|     | イ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導した              |             |
|     | ウ. 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導した(その場では見過ごせない) |             |
|     | エ. 1人で実施を任せられるレベルにはない                                  |             |

| 回数   |      | 例  | (1)回目   | (2)回目        | (3)回目    | (4)回目    | (5)回目    |   |
|--|------|--|---|--------------|----------|----------|----------|---|
| 月日   |      | 10/5   | 12/25   | 12/25        | 12/27    | 1/3      | 1/3      |   |
| 結団   |      | 14:00  | 10:00   | 14:00        | 10:00    | 10:00    | 14:00    |   |
| ケア実施対象者(別紙参照)  |      | Aさん  | Aさん   | Aさん          | Aさん      | Aさん      | Aさん      |   |
| 実施準備   | 1    | 医師の指示等の確認を行う                                 | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 2    | 手洗いをを行う                                      | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 3    | 必要物品をそろえ、利用者のもとへ運ぶ                           | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 4    | 吸引器の作動状況等を点検確認する。吸引口の確認を行う                   | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 5    | 利用者に吸引の説明をする                                 | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 6    | 吸引の準備(ふたを開けておく)・利用者の姿勢を整える                   | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 7    | 吸引前の観察を行う(※観察シート) SpO2モニター装着                 | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 8    | 手袋を着用  | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | ケア実施 | 9  | 吸引チューブの接続部を袋から出す  | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 10   | 吸引器の連結管と接続し、吸引チューブを清潔に取り出す                                      | ア            | ア        | イ        | ア        | ア |
|  |      | 11   | 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く  | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 12   | 吸引器のスイッチを入れて水を汲う  | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 13   | 吸引チューブの先端の水をよく切る(鼻腔内吸引は挿入の長さを知る)                                | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 14   | 利用者に吸引の開始について声かけをする   | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 15   | 適切な深さまで吸引チューブを挿入する  | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 16   | 吸引中の観察を行いながら適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する。(※観察シート)                      | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 17   | 吸引チューブを静かに抜く  | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  |      | 18   | 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引チューブの外側をアルコール綿でらき取った後、洗浄水を吸って内側を流してから、再度吸引する。 | ア            | ア        | ア        | ア        | ア |
|  | 19   | 吸引チューブの外側をアルコール綿等で拭き、洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 20   | 吸引チューブの外側を新しいアルコール綿で拭く                       | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 21   | 吸引チューブを連結管からはずし保管容器に入れ、吸引器の電源を切る             | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 22   | 手袋をはずし、利用者への終了の声かけをする                        | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 23   | 手洗いをする                                       | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
| 確認事項   | 24   | 利用者の姿勢を整え、吸引前後の状態変化を観察する SpO2値測定(※観察シート)     | イ   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
| 報告片付け記録  | 25   | ケア責任者(看護職員)に報告する(ヒアリハットをさむ)                  | イ   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 26   | <del>吸引チューブの保管をする</del>                      | イ   | 評価してないところは斜線 |          |          |          |   |
|  | 27   | 使用物品を速やかに後片付け、補充または交換する                      | イ   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 28   | 吸引ピンの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる                   | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
|  | 29   | 実施時刻、吸引した内容物の種類や性状及び量などを記録する                 | ア   | ア            | ア        | ア        | ア        |   |
| アの回数率  |      | 25/29  | 28/28   | 27/28        | 27/28    | 28/28    | 28/28    |   |
| ※手引きの手順を抜かしたり、間違えた内容を具体的に記述して下さい<br>手引きの留意事項・考えられる主なリスク等に記録されている細目レベルで記述         |      | 指導看護師名                                       | 琉球桜   | た引手。機に球      | 球に引手。機に球 | 球に引手。機に球 | 球に引手。機に球 |   |
| 2回目、3回目は、評価の中に「イ」があるため、成功にならない。<br>1回目、4回目、5回目が、全て「ア」の評価なので成功。<br>指導看護師名は全てに記載を。 |      |  |   |              |          |          |          |   |

実地研修で実際に処置をおこなった対象利用者の方の名前を記入します。

青地部分の例のように、手順の一つ一つに対し、評価基準ア～エで評価します



## 3-9 実地研修を評価する



### 第3号研修の 実地研修の評価判定について、確認しよう！

評価票において、連続2回全ての項目がAになるまで実施します。  
終了後は、対象者本人、家族からもチェックしてもらいましょう。

厚労省 H24社援発0330第43号 喀痰吸引等研修実施要綱 から要点まとめ

- 指導看護師等による指導、確認を初回及び状態変化時に行い、初回及び状態変化時以外の時は、定期的に指導看護師等による指導、確認を行うこととし、医師・看護師等と連携した本人・家族又は経験のある介護職員等が実地研修の指導の補助をすることも可能とする。また、指導看護師等は、実地研修の評価を行うものとする。
- 実地研修を受けた介護職員等に対し、所定の評価票（介護職員等によるたんの吸引等の研修テキストに添付）を用いて評価を行う。（特定の者ごとの実施方法を考慮した評価基準とすることができる。）
- 評価票の全ての項目についての医師又は指導看護師等の評価結果が、連続2回「手順どおりに実施できる」となった場合に、実地研修の修了を認める。
- 「特定の者」の実地研修については、特定の者の特定の行為ごとに行う必要がある。なお、その際、基本研修を再受講する必要は無い。

### 評価判定の例

|            | 現場演習 |   |   |   |   |   |   |   | 実地研修 |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|------|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
|            | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 口腔内吸引      | ×    | ○ |   |   |   |   |   |   | ×    | ○ | ○ |   |   |   |   |   |
| 気管カニューレ内吸引 | ×    | × | × | ○ |   |   |   |   | ×    | ○ | × | × | ○ | ○ |   |   |
| 経鼻経管栄養     | ×    | × | ○ |   |   |   |   |   | ×    | × | ○ | ○ |   |   |   |   |

上記の例は、いずれも評価基準通りに連続2回できているので、研修修了となります。

### 3-10 評価した報告書を作成する

受講生が、合格まで達成したら、評価票に記入した評価を報告書にまとめてください。

#### 登録研修機関への研修終了の報告

評価の報告書の他、必要書類を登録研修機関に提出し、実地研修が終了したことを報告します。



登録研修機関によって、提出書類が異なります。登録研修機関からの案内をよく確認してください。

#### 指示書もらった医師への研修終了の報告

決まった書式はありません。訪問看護報告書などを活用する等、各事業所で任意の方法で行ってください。



研修修了者や事業所に促すこと



**研修を修了したら、沖縄県に「認定証」の交付申請が必要です**

認定証がないと、特定行為を対象者に提供することはできません。

登録研修機関から修了証を受け取ったら、沖縄県に「認定証」の交付を申請するよう、研修修了者に促しましょう。



**特定行為を対象者に提供する前に、事業所の登録が必要です**  
登録特定行為事業者 登録申請はしましたか？

### 3-11 特定行為や対象者の追加をしたい時は？

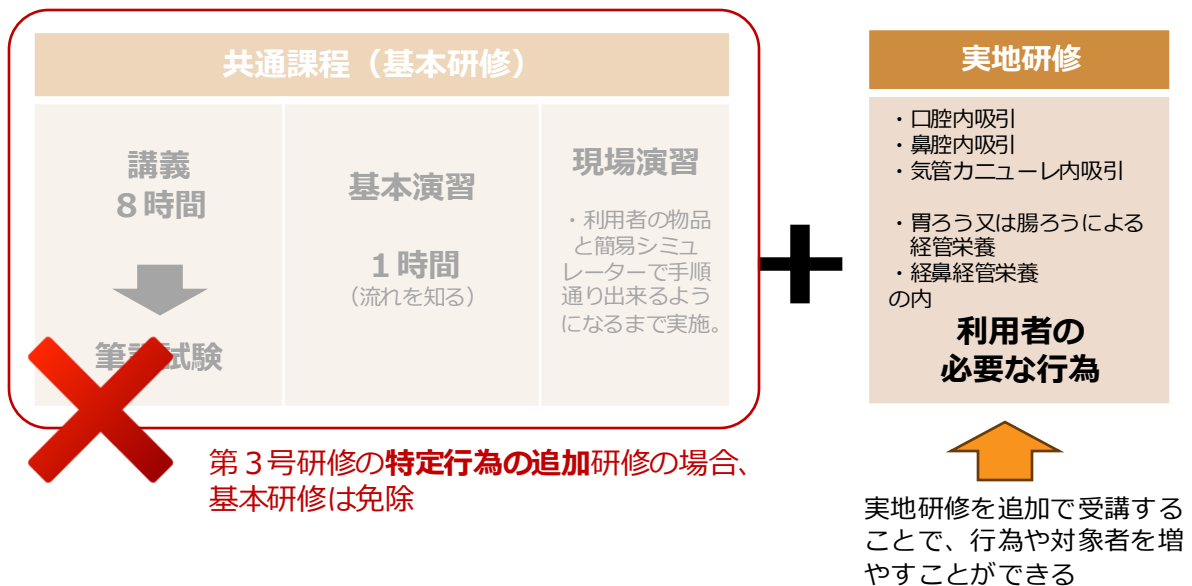
同一対象者だが別の特定行為も必要になった、あるいは別の対象者も担当することになった、といった時に、追加研修を行うことで対応が可能です。



**追加研修を実施したい時も、必ず登録研修機関に申し込みを行ってください。**事業所等が任意に追加研修を行うことはできません。登録特定行為事業者であっても、任意に追加研修を行うことはできません。

研修を自事業所で行うには、登録研修機関となるための申請が必要です。

同一対象者だが新たな特定行為を追加する場合  
対象者を追加する場合



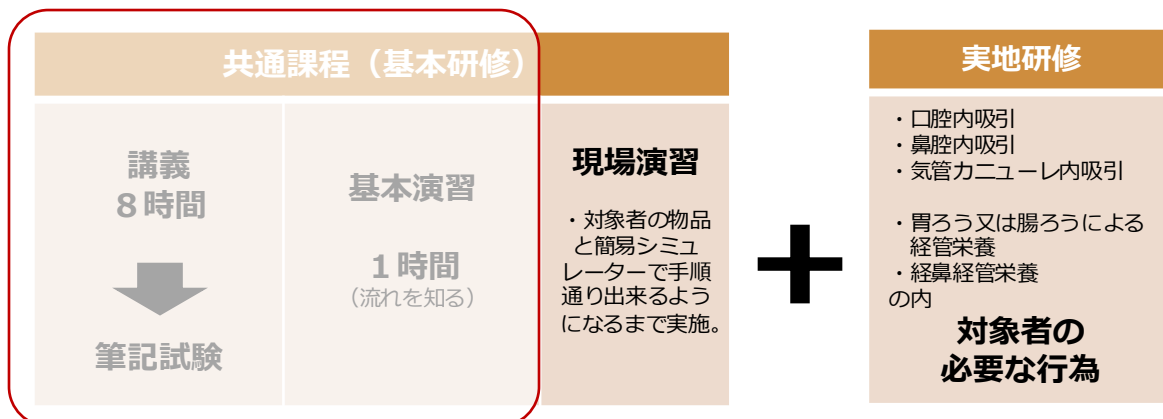
第3号研修の**特定行為の追加研修の場合**、**基本研修は免除**



**新たな特定行為を追加する場合は、現場演習も実施して、手順を確認するようにしましょう**

新たな特定行為の例)

鼻腔内吸引だけだった方に、胃ろうを追加することになった  
経鼻経管栄養だけだった方に、口腔内吸引が必要になった





## おさらい

### 第3号研修 指導看護師のすること

指導看護師が、**評価票**を対象者ごとの  
手技手順を反映して作成する

指導看護師として、必要な書類の内容  
をチェック  
(**指示書・計画書**など)

事業所が、**実地研修開始**に必要な  
書類を整え、登録研修機関に提出

登録研修機関から、**実地研修開始**のお  
知らせを受ける

現場演習を行い、評価する

現場演習を合格した受講者に  
実地研修を行い、評価する

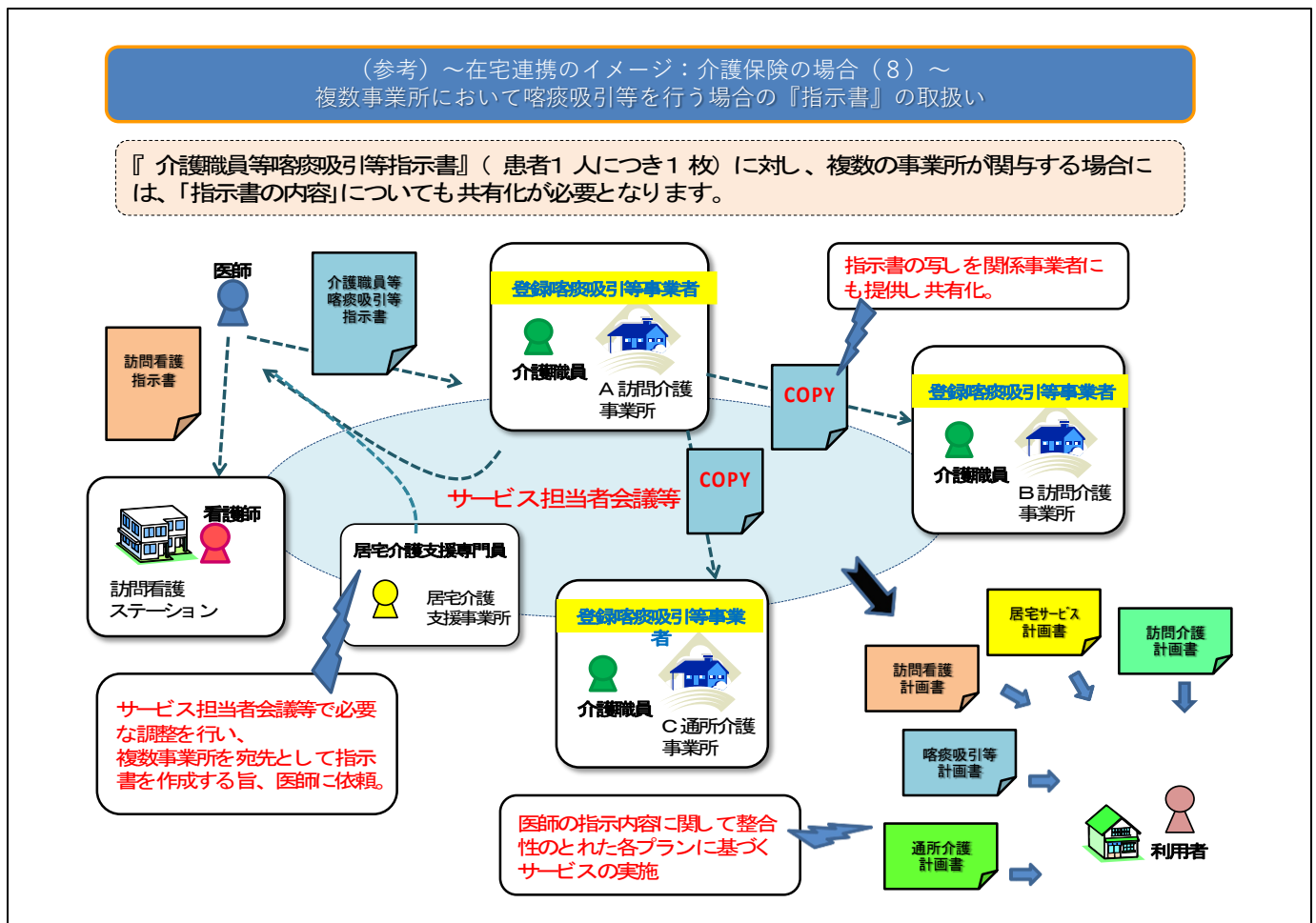
報告書（登録研修機関向け、指示書の  
医師向け）を作成する

## 4-1 医師の指示書の運用方法

医師指示書は、対象者1名につき1枚しか発行されません。

そのため、指示書の宛名部分は、その対象者に関与する事業所全ての連名で発行してもらうようにし、コピー等で共有しましょう。

厚生労働省の資料より



## 4-2 医師の指示書の期限が切れていないか確認しよう

指示書には、期間を記入する欄があります。この期間が過ぎていませんか？

期限が過ぎてしまわないよう「期限の〇週間になったら医師に新たに依頼する」など、事業所等でルールを設け、更新を忘れないようにしましょう。



次のページで、医師の指示書における「研修用」と「運用用」の違いを具体的に説明しています。

## 4-3 「研修」と「運用」で書類はどうちがう？ ～医師の指示書を例に～

文書名のところでも「研修用の指示書」であることを明記。

指示期間は、研修用には規制はありませんので、できるだけ長くしておくのが良いでしょう。一方、業務用は、最長6ヶ月と定められており、運用の際は期限が切れていないか、定期的に確認する必要があります。

研修用のものには、受講生の氏名を書く欄があります。

### 研修用

介護職員等喀痰吸引等 研修 指示書

規制なし

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

|                    |                                     |  |                |     |     |     |
|--------------------|-------------------------------------|--|----------------|-----|-----|-----|
| 事業者                | 事業者名称                               |  |                |     |     |     |
|                    | 受講者氏名                               |  |                |     |     |     |
| 対象者                | 氏名                                  | 生年月日   | 明・大・昭・平        | 年   | 月   | 日   |
|                    | 住所                                  |  |                |     |     |     |
|                    | 要介護認定区分                             | 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)                      |                |     |     |     |
|                    | 障害程度区分                              | 区分1  | 区分2            | 区分3 | 区分4 | 区分5 |
| 主たる疾患(障害)名         |                                     |  |                |     |     |     |
| 実施行為種別             |                                     | 口腔内の喀痰吸引・鼻腔内の喀痰吸引・気管カニューレによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・ |                |     |     |     |
| 指示内容               | 具体的な提供内容                            |  |                |     |     |     |
|                    | 喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項) |  |                |     |     |     |
|                    | 経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)      |  |                |     |     |     |
|                    | その他留意事項(介護職員)                       |  |                |     |     |     |
| その他留意事項(看護職員)      |                                     |  |                |     |     |     |
| (参考) 使用医療機器等       | 1. 経鼻胃管                             | サイズ: _____ Fr、種類:                            |                |     |     |     |
|                    | 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル                     | 種類: ボタン型・チューブ型                               | サイズ: _____ Fr、 |     |     |     |
|                    | 3. 吸引器                              | 機種:  |                |     |     |     |
|                    | 4. 人工呼吸器                            | 機種:  |                |     |     |     |
|                    | 5. 気管カニューレ                          | サイズ: 外径 _____ mm、                            |                |     |     |     |
|                    | 6. その他                              |  |                |     |     |     |
| 緊急時の連絡先<br>不在時の対応法 |                                     |  |                |     |     |     |

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。  
※2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

機関名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
(FAX) \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_

〇〇特別養護老人ホーム  
指導看護師 殿

### 業務用

介護職員等喀痰吸引等指示書

最長6ヶ月

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

|                    |                                |  |                |          |     |     |
|--------------------|--------------------------------|--|----------------|----------|-----|-----|
| 事業者                | 事業者種別                          |  |                |          |     |     |
|                    | 事業者名称                          |  |                |          |     |     |
| 対象者                | 氏名                             | 生年月日   | 明・大・昭・平        | 年        | 月   | 日   |
|                    | 住所                             |  |                |          |     |     |
|                    | 要介護認定区分                        | 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)  |                |          |     |     |
|                    | 障害程度区分                         | 区分1  | 区分2            | 区分3      | 区分4 | 区分5 |
| 主たる疾患(障害)名         |                                |  |                |          |     |     |
| 実施行為種別             |                                | 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<br>胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養 |                |          |     |     |
| 指示内容               | 具体的な提供内容                       |  |                |          |     |     |
|                    | 喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)        |  |                |          |     |     |
|                    | 経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む) |  |                |          |     |     |
|                    | その他留意事項(介護職員)                  |  |                |          |     |     |
| その他留意事項(看護職員)      |                                |  |                |          |     |     |
| (参考) 使用医療機器等       | 1. 経鼻胃管                        | サイズ: _____ Fr、種類:  |                |          |     |     |
|                    | 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル                | 種類: ボタン型・チューブ型   | サイズ: _____ Fr、 | _____ cm |     |     |
|                    | 3. 吸引器                         | 機種:  |                |          |     |     |
|                    | 4. 人工呼吸器                       | 機種:  |                |          |     |     |
|                    | 5. 気管カニューレ                     | サイズ: 外径 _____ mm、長さ _____ mm                                     |                |          |     |     |
|                    | 6. その他                         |  |                |          |     |     |
| 緊急時の連絡先<br>不在時の対応法 |                                |  |                |          |     |     |

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。  
※2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

機関名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
(FAX) \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

この指示書が、誰に宛てて発行されたものなのかを記載する欄も、研修用と業務用では異なります。

研修用 = 指導看護師  
業務用 = 事業所の長



**研修を修了したら、沖縄県に「認定証」の交付申請が必要です。**  
 認定証がないと、特定行為を利用者に提供することはできません。  
 登録研修機関から修了証を受け取ったら、沖縄県に「認定証」の交付を申請するよう、研修修了者に促しましょう。

## 4-4 自事業所の介護職員等が持っている資格は こまめに確認しよう ～誰が、誰に、どれができるのか？～

介護職員等の認定証について、各資格所有者が「誰に」「どんな特定行為」が出来るか、こまめに確認しましょう。

特に第3号研修修了者は、「誰に」「どの特定行為」に対し、認定を受けているか、間違えて指示を出さないよう、気をつけなければなりません。

沖縄県から発行された認定証で、しっかり確認しましょう。

### 参考)

第1・2号研修修了者の認定証の例

認定特定行為業務従事者認定証  
 (省令別表第一号、第二号研修修了者)

本籍地  
 氏名  
 生年月日

登録年月日  
 登録番号  
 特定行為種別

・口腔内吸引  
 ・胃ろうによる経管栄養

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和42年法律第20号)附則第3条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年月日  
 △△△県知事 印

特定行為の種別ごとに  
 認定される

### 参考)

第3号研修修了者の認定証の例

認定特定行為業務従事者認定証  
 (省令別表第三号)

本籍地  
 氏名  
 生年月日

登録年月日  
 登録番号  
 対象者名  
 特定行為種別

○木 ×子  
 ・口腔内吸引  
 ・胃ろうによる経管栄養

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和42年法律第20号)附則第3条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年月日  
 △△△県知事 印

利用者と特定行為が一緒  
 に認定される



## 4-5 介護職員等が実施の記録をしているか確認しよう

特定行為を実施した記録を、介護記録等にきちんと記入しているかどうか、確認しましょう。介護職員等は、介護記録等に記入した記録を元に、1ヶ月に1回「実施報告書」にまとめ、指示書を記入した医師へ提出しなければなりません。これらがきちんと行われているか、看護師も気をつけましょう。

### 参考例) 喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

この書式は沖縄県HPからダウンロードできます

| 喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書          |                     |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----|------------------|------------------------------|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 基本情報                            | 対象者                 | 氏名            |               |     | 生年月日             |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 要介護認定状況       | 要支援（ 1 2 ）    |     | 要介護（ 1 2 3 4 5 ） |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 障害程度区分        | 区分1           | 区分2 | 区分3              | 区分4                          | 区分5 区分6 |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 | 事業所                 | 住所            |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 事業所名称         |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 担当者氏名         |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 管理責任者氏名                         |                     |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 担当看護職員氏名                        |                     |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 業務実施結果                          | 実施期間                |               | 年 月 日 ~ 年 月 日 |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 | 実施日<br>(実施日に○)      | (喀痰吸引) 平成 年 月 |               |     | (経管栄養) 平成 年 月    |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 1             | 2             | 3   | 4                | 5                            | 6       | 7  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|                                 |                     | 8             | 9             | 10  | 11               | 12                           | 13      | 14 | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|                                 |                     | 15            | 16            | 17  | 18               | 19                           | 20      | 21 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|                                 |                     | 22            | 23            | 24  | 25               | 26                           | 27      | 28 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|                                 |                     | 29            | 30            | 31  | 29               | 30                           | 31      |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 | 実施行為                |               | 実施結果          |     |                  | 特記すべき事項                      |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 | 喀痰吸引                | 口腔内の喀痰吸引      |               |     |                  | <b>特記事項がある場合は<br/>看護師も記入</b> |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     | 鼻腔内の喀痰吸引      |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 気管カニューレ内部<br>の喀痰吸引              |                     |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 経管栄養                            | 胃ろう又は腸ろうに<br>よる経管栄養 |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 | 経鼻経管栄養              |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。 |                     |               |               |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     |               | 平成 年 月 日      |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     |               | 事業者名          |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                 |                     |               | 責任者名          |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 〇 〇 〇 〇 殿                       |                     |               | 印             |     |                  |                              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |

事業所名称（法人名ではありません）と管理責任者氏名を記載してください。

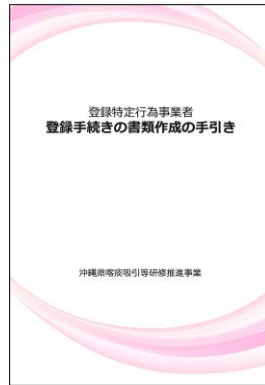


ご活用ください

## 沖縄県の喀痰吸引等制度に関する「手引き」



沖縄県の喀痰吸引等制度  
はじめの一步



沖縄県の喀痰吸引等制度  
登録特定行為事業者  
登録手続きの書類  
作成の手引き

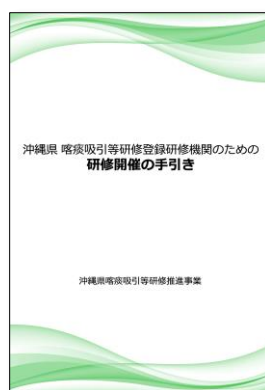


沖縄県の喀痰吸引等制度  
登録特定行為事業者  
運営の手引き

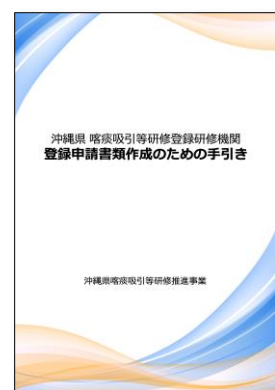
この冊子



沖縄県 喀痰吸引等研修  
指導看護師 現場演習  
・ 実地研修の手引き



沖縄県 喀痰吸引等研修  
登録研修機関のための  
研修開催の手引き



沖縄県 喀痰吸引等研修登録研修機関  
登録申請書類  
作成のための手引き

「手引き」のダウンロードはこちらから

沖縄県HP「介護職員等によるたん吸引等の制度について」

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/ippanfukushi/1007891/1026792/1006837.html>

沖縄県HP トップページ > 子育て・福祉・教育 > 一般福祉 > 社会福祉 > 介護職員等による喀痰吸引等の制度

沖縄県の喀痰吸引等制度ポータルサイト

<https://ikea.kukuruokinawa.com/>

# 問合せ先一覧

令和6年4月～

| お問合せ事項                           |  | 所管課                            |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 喀痰吸引等制度 全般、<br>認定特定行為業務従事者認定証の発行 |  | 生活福祉部<br>福祉政策課 098-866-2177    |
| 事業所の登録                           | 介護保険法・老人福祉法上の事業所                           | 保健医療介護部<br>高齢者介護課 098-866-2214 |
|                                  | 障害者総合支援法の事業所、<br>介護保険法と障害者総合支援法の両方にまたがる事業所 | 生活福祉部<br>障害福祉課 098-866-2190    |
|                                  | 上記以外の事業所、<br>保育所関係、幼稚園・学校関係                | 生活福祉部<br>福祉政策課 098-866-2177    |
| 登録研修機関（喀痰吸引等研修を自事業所で開催できるようにしたい） |  | 生活福祉部<br>福祉政策課 098-866-2177    |



研修における質問は、  
受講中の登録研修機関にお問い合わせください。



こちらもご利用ください

沖縄県の喀痰吸引等制度ポータルサイト

<https://ikea.kukuruokinawa.com/>

沖縄県の喀痰吸引等研修  
指導看護師 現場演習・実地研修の手引き

編集 一般社団法人 K u k u r u  
発行 2024年8月（初版）

沖縄県喀痰吸引等研修推進事業により作成

\* 法令、県の要綱等の情報は発行日時点のものに準拠しています。