

## 実地研修説明書

様

在宅や、高齢者施設、障害者（児）施設等において、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケアを必要とする方が増加していることを踏まえ、法律の改正により、平成24年4月から一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下で『たんの吸引等』の行為を実施できることとなります。

これを受け“特定非営利活動法人地域福祉サポートちた”では、平成24年4月1日に施行されたこの制度が安全に提供されるため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的として研修事業を実施しています。

この研修事業では、以下のケアについて、介護職員等が、医師の指示のもとで指導看護師の指導を受けながら実施いたします。

①口腔内のたんの吸引

※口腔内とは、咽頭の手前までを限度としています。

②鼻腔内のたんの吸引

③気管カニューレ内部のたんの吸引

④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

※胃ろう又は腸ろうの状態に問題がないことの確認は、指導看護師が1日1回以上行います。

⑤鼻からの経管栄養

※栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、指導看護師が毎回行います。

実地研修の実施にあたっては、以下の基本的な考えで臨むこととしておりますので、ご理解・ご協力をくださいますようお願いいたします。

1. 実地研修を行う介護職員等は、実務経験5年以上又は3年以上の実務経験を有し指導者講習を受講した指導看護師から指導を受けながら上記のケアを実施し、そのケアの習得状況を指導看護師が評価します。また、介護職員等は、基本研修（8時間の講義とたんの吸引と経管栄養についてのシミュレーター演習）を修了しています。
2. 医療、介護等の関係者による連携体制を構築するなど必要な安全管理体制を確保した上で、医師、看護師等の指導の下に実施します。
3. この実地研修の実施を同意していただきますと、看護師と家族だけでなく介護職員も“たんの吸引等”ができることになり、ご家族の負担も軽減することができます。
4. 利用者様・ご家族様は、実地研修に関する意見や質問があれば、いつでも当事業所の管理者や看護師等にお尋ねください。
5. 実地研修を通して知り得た情報は、これを他者に漏らすことがないようプライバシーの保護に十分配慮します。

〒478-0047

知多市緑町 12-1 知多市市民活動センター1階

特定非営利活動法人 地域福祉サポートちた

代表理事 市野恵

担当 山森英津子

T E L : 0562-33-1631

F A X : 0562-33-1743

## 介護職員による喀痰吸引等の実施に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解しました。“特定非営利活動法人地域福祉サポートちた”が実施する「2024年度介護職員等のたん吸引等研修実地研修」における介護職員の実習について同意致します。

喀痰吸引等(特定行為)の種別	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	
	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	
提供を受ける期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
提供を受ける頻度		
提 供 体 制	研修受講者所属事業所名	
	責任者氏名	
	受講者氏名	
	指導看護師所属事業所名	
	看護師氏名	
	担当医師所属事業所名	
	医師氏名	

同意日 年 月 日

住 所 .....  
氏 名 ..... 印

署名代理者

私は、本人に代わり署名致します。

代理人住所 .....  
代理人氏名 ..... 印  
本人との関係 .....

事業所名  
住所  
代表者名 ..... 印