

[様式 1-⑧]

_____ 度介護職員等によるたんの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

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、注意事項を連絡させていただきます。(大阪府社会福祉協議会研修グループ喀痰吸引ホームページ、大阪府の通達を参照下さい)

◎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、それに伴う評価票の作成をお願いします。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。

記

1. 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。
2. 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 20 回以上と、水分補給を滴下により実施(10 回程度行い、最終 3 回連続成功)することで修了することができます。

3. 経管栄養にて複数のご利用者の対応の場合、滴下で栄養剤を注入している間に、次のご利用者に胃ろう等の行為を連続する場合、複数のご利用者の安全確認ができること。
4. 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る。
5. 実地研修の開始決定通知を送付後、すみやかにご利用者全員分の家族の同意書・医師の指示書・計画書(別添様式 1・2・3)の写しの提出をお願いします。
6. 今後も制度改正等で、実地研修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をお願いします。

以上

社会福祉法人 恭生会 総合介護福祉施設 和朗園 宛

上記の内容を確認、承知し実施研修を行います。

記入日 年 月 日

施設名

施設長名

㊟

指導看護師名

㊟