

**平成30年度 社会福祉法人みずうみ（喀痰吸引等研修実施委員会）
介護職員等によるたんの吸引等の実施のための
研修【第三号研修特定の者】募集要項**

1 研修の目的

平成24年4月1日から施行された介護職員等によるたんの吸引又は経管栄養（以下「たんの吸引等」という。）の制度化を受けて、居宅及び障がい者支援施設等において、必要なケアをより安全に提供するため、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、研修事業を実施します。

2 受講対象者

介護福祉士、障がい者（児）サービス事業所及び障害者（児）施設等（医療機関を除く。）で福祉サービスに従事している介護職員、特別支援学校の教員、保育士等（以下「介護職員等」という。）、特定の者に対してたんの吸引等の行為を行う必要のある者を対象とします。

なお、経過措置対象者で通知の範囲に含まれない行為や、現在実施している以外の行為を行う場合も、当該研修の対象とします。

◎当該研修の受講対象とならない方は、以下のとおりです。

- ①医療機関、介護療養病床、医療型障害児入所施設、特別養護老人ホーム、老人保健施設等高齢者施設で従事する職員
- ②「不特定の者」に対して、たんの吸引等の行為を行おうとする介護職員等⇒「不特定の者」の研修を受講

3 受講にあたっての留意事項

当該研修は「特定の者」のたんの吸引等を行う介護職員を対象とした研修です。それぞれの事業所及び利用者の実態を勘案の上申し込みをしてください。

当該研修の受講にあたっては、以下の留意点をすべて満たしていることが条件となります。

依頼、準備等するもの	内 容
①指導者 医師、看護師、保健師、助産師に限る。 ※准看護師は含まない。	受講者が実地研修を行う際、利用者の居宅等でたんの吸引等を指導する方 ※指導者は、利用者の状態を理解している者であること。 ※研修受講が決定した介護職員に係る指導者は、指導者養成研修を受講すること。
②たんの吸引等の実地研修に協力いただく利用者	※現在たんの吸引等をされている方で、かつ、当研修を修了した介護職員等にその行為を依頼する予定の方
③利用者又は家族からの同意書	実地研修において、たんの吸引等の実習に協力していただく利用者又は家族からの同意書
④利用者のかかりつけ医の書面による指示書	かかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し、書面による必要な指示があること。
⑤損害賠償保険	実地研修の際に加入すること。

4 研修内容

(1) 基本研修の部

①研修日程等

	日程	時間	場所
講義及び 筆記試験	平成30年11月9日(金)	8:30～ 18:30	特別養護老人ホーム すまいる苑研修室
演習	平成30年11月13日(火)	9:00～ 12:30	特別養護老人ホーム すまいる苑研修室

※場所は変更になる場合があります。

②研修内容等

【講義及び筆記試験】11月9日(金)

	時間	内容	講師
午前	8:30～9:00	オリエンテーション	
	9:00～10:00	障害者総合支援法と関係法規 利用可能な制度に関する講義	松江市障がい者福祉課 給付・審査係長 石田豊 氏
	10:00～11:00	重度障害者等の地域生活に関する講義	松江市・島根県共同設 置松江保健所 所長 村下伯 氏
	11:05～12:05	喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者 等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講 義	松江市立病院 喀痰吸引指導看護師 原田久美子 氏 森脇茜 氏
休憩	12:05～12:45	※昼食は各自準備	
午後	12:45～14:45	喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者 等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講 義	松江市立病院 喀痰吸引指導看護師 原田久美子 氏 森脇茜 氏
	14:50～17:50	喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者 等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講 義	松江市立病院 喀痰吸引指導看護師 原田久美子 氏 森脇茜 氏
	18:00～18:30	筆記試験	松江市・島根県共同設 置松江保健所

【演習】 11月13日（火）

	時間	内容	講師
午前	9:00~9:30	実地研修の実施について説明	松江市・島根県共同設置松江保健所
	9:30~12:30	喀痰吸引等に関する演習	社会福祉法人みずうみ 看護師

※1 講師は変更になる場合があります。

※2 なお、11月9日の研修の終了時刻は18:30を予定しておりますが、受講者数等の状況により、ずれ込む場合もありますので、ご了承ください。

(注) 研修受講にあたって、30分を超えて遅刻した場合は、受講を認めません。

(注) 昼食は各自で準備ください。

(※) 研修受講にあたってのテキストは研修当日に配付いたします。

●テキスト：

「喀痰吸引等研修テキスト（第三号研修）」※指導者マニュアルではありません
厚生労働省HP：

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/kaigosyokuin/

(2) 実地研修の部

①研修日程等

利用者・指導者と調整した日時（基本研修実施日以降）

②場所

利用者の居宅等

③講師

当該介護職員等が依頼した指導者

④研修の内容等：

口腔内喀痰吸引	利用者に必要な行為を実施 指導者による評価により、問題ないと判断されるまで実施
鼻腔内喀痰吸引	
気管カニューレ内部の喀痰吸引	
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	
経鼻経管栄養	

5 修了証明書の交付等

基本研修及び実地研修を修了された方に対して、研修修了証明書を交付します。

実地研修については、終了後に「実地研修報告書（様式10）」を提出してください。

6 研修後の効果

研修は、実地研修で行った「特定の者」に対する「特定の行為」のみに対して、ケアを行うことが可能になる研修です。

【例1】実地研修で、Aさんに対する口腔内のたん吸引を行い修了した。

⇒Aさんにも、口腔内のたん吸引のみが可能。Bさんにはできない。

【例2】実地研修で、Aさんに対する口腔内のたん吸引を行い修了した。

⇒Aさんに口腔内のたん吸引のみ可能。鼻腔内たん吸引や経管栄養はできない。

② 当研修を受講・修了することで、直ちにたんの吸引等の行為を実施できるものではありません。たんの吸引等を事業所の業として実施するには、事業者は、特定行為事業者として登録を行い、介護職員等は、特定行為業務従事者としての届け出が必要です。

7 申込みについて

(1) 申込期限 第1回 平成30年10月26日(金)まで(みずうみ必着)

(2) 申込方法 上記研修日程について研修日の1か月前より申込みを受け付けます。
別添申込書に必要事項を記載の上、郵送にて申し込んでください。

(3) 申込先 〒690-0861
松江市法吉町626-1
社会福祉法人みずうみ 法人本部 人材環境室 武田英俊
TEL 0852-27-3443
Fax 0852-27-4301

(4) 受講決定 受講決定者に対して研修開始日の概ね3日～5日前までに通知します。

(5) 受講費用 無料(ただし、実地研修期間中の損害保険料は受講者(又は事業所等)の負担となります。)

8 補則

この要項に定めるもののほか、当研修の実施に関し必要な事項は、「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実施要綱(特定の者対象)」(平成23年11月11日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知の別紙)に定めるところによります。

9 主催・共催

主催：社会福祉法人みずうみ(喀痰吸引等研修実施委員会)

共催：松江市・島根県共同設置松江保健所、松江市立病院

10 連絡先

(研修の申し込み、受講決定、修了証の発行に関すること)

社会福祉法人みずうみ 法人本部 人材環境室 武田英俊

TEL：0852-27-3443 FAX：0852-27-4301 Email：jinji@mizuumi.jp

喀痰吸引等第三号研修 受講の流れ

流れ	申込事業所(受講者)	研修機関(当法人)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">受講申込み</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	受講申込書(別紙様式 1)をご提出ください。	申込書の受け取りの確認
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">受講決定通知</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	受講決定通知書を各事業所へ送付しますので、ご確認ください。	受講決定通知書の送付
基本研修の部		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">基本研修 講義・筆記試験・ シミュレーター演習</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">自己学習 (シミュレーター演習)</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">筆記試験不合格者 追試</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">実地研修</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">《基本研修》 講義・筆記試験・シミュレーター演習</p> <p>筆記用具、昼食等をご持参ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■みずうみの施設内で、シミュレーター演習を行うことができますので、ご利用ください。 ■追試が必要な方には別途ご連絡させていただきます。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>基本研修修了証明書の発行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シミュレーター演習受入、支援 ・不合格者への再試験日の連絡、追試の実施 </div>
実地研修の部（基本研修の際に説明します）		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">《実地研修にむけた準備》</p> <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況の確認や実地研修場所及び指導看護師の確保、研修期間の調整等、準備を行ってください。 <p style="text-align: center;">《実地研修に関する書類の準備》</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実施要件を満たしていることを(様式 1-1)、または(様式 1-2)で確認してください。 ■損害賠償保険に加入してください。 ■利用者等から同意を得てください。(様式 2)(様式 3) ■医師の書面等による指示を受けてください。(様式 5) ■指導看護師へ依頼し、承諾を得てください。(様式 4-1) または(様式 4-2)、(様式 3)(様式 5) ■実施計画書を作成してください。(様式 7) ■みずうみへ(様式 1-1)または(様式 1-2)、(様式 4-1) または(様式 4-2)、(様式 7)を提出してください。 <p style="text-align: center;">《実地研修の実施》</p> <ul style="list-style-type: none"> ■技術の手順書を作成後、実技を行い、評価票に基づき指導看護師から評価を受けてください。 <p style="text-align: center;">《研終了後の報告、支払い》</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実地研修の結果について、実施状況報告書を作成し、かかりつけ医等に報告してください。(様式 8) ■実地研修報告書等、必要書類をみずうみに提出してください。(様式 10) ■医師に「指示書作成料」、指導看護師等に「指導費用」をお支払いください。(様式 6)(様式 11) </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>「利用者の居宅で行う場合」</p> <p>「利用者が入院中の医療機関で行う場合」</p> <p>の2つの方法があります。 どちらかで実地研修を受けてください。</p> <p>※ヒヤリハット報告書は必要に応じて受講生もしくは指導看護師等が記入してください。(様式 9)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・実地研修対象者や研修場所についての相談 ・実地体制確認書等、実地研修実施前に書類の確認 ・研修実施機関管理簿による実施状況の管理 ・実地研修報告書等、必要書類の確認 ・研修修了証明書の発行 ・島根県へ実施結果報告書、修了者管理簿の提出 </div>
研修終了後		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">島根県へ認定証交付申請</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">島根県から認定証交付</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">登録特定行為事業者登録</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>島根県へ登録特定行為事業者として登録(未登録の場合)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">《島根県へ申請》</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請を行ってください。 ●指定登録を受けていない事業所は、「登録特定行為事業者」としての登録申請を行ってください。 <p style="text-align: center;">【上記申請・登録に関する問い合わせ先】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者関係及びその他 島根県健康福祉部高齢者福祉課地域包括ケア推進室 TEL：0852-22-6385 FAX：0852-22-5238 ●障がい者関係 島根県健康福祉部障がい福祉課自立支援給付グループ TEL：0852-22-5239 FAX：0852-22-6687 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; border-radius: 15px; text-align: center;"> <p>研修受講、登録申請等、本当にお疲れさまでした。 私たちは同志です！ これからも一緒にがんばりましょう！</p> </div>

(別紙様式1)

平成30年度 社会福祉法人みずうみ(喀痰吸引等研修実施委員会)
介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(第三号研修特定の者)
受講申込書

申込年月日 年 月 日

受講申込者	ふりがな 氏 名				性別	男・女
	生年月日 (西暦)	年 月 日()歳				
	住 所	(〒)				
勤務先 (推薦事業所)	法人名					
	事業所種別 (サービス種別)					
	事業所名					
	所在地	(〒)				
	管理者氏名					印
	TEL			FAX		
	メールアドレス					
基本研修内容						
区 分	科 目					
基本研修(講義)	重度障がい児(者)等の地域生活等に関する講義					
	喀痰吸引等を必要とする重度障がい児(者)等の障がい及び支援に関する講義					
	緊急時の対応及び危険防止に関する講義					
基本演習 (シミュレーター演習)	喀痰吸引(口腔内)					
	喀痰吸引(鼻腔内)					
	喀痰吸引(気管カニューレ内部)					
	経管栄養(胃ろう)					
	経管栄養(腸ろう)					
	経管栄養(経鼻)					
試 験	筆記試験					

※基本演習(シミュレーター演習)では、喀痰吸引(口、鼻、気管)、経管栄養(胃、腸、経鼻)すべての手技を演習します。また、筆記試験の可否は演習実施日にお知らせします。

※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみ使用させていただきます。