

平成 30 年度 相模原市介護職員等喀痰吸引等研修 受講者の募集について

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、平成 24 年度から所定の研修を受けた介護職員等による喀痰吸引等の実施が可能となりました。

相模原市では、特別養護老人ホーム等の施設・事業所及び居宅において、必要なケアをより安全に提供するため、適切に喀痰吸引等を実施できる介護職員等を養成・確保することを目的とし、喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）を実施します。

- 1 実施主体 相模原市
- 2 研修実施機関 一般社団法人財形福祉協会
- 3 研修課程 第 1 号研修 喀痰吸引（①口腔内・②鼻腔内・③気管カニューレ内部）
経管栄養（④胃ろう又は腸ろう・⑤経鼻経管）
第 2 号研修 上記 5 行為のうち、1～4 行為を選択して行う

4 受講対象者

相模原市内に所在地を有する特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、居宅サービス事業所等に就業している介護職員等（介護福祉士を含む。）で、従事する施設・事業所の長が推薦する者を対象とします。推薦は 1 施設・事業所単位とし、複数名の推薦を行う場合、必ず受講推薦者に優先順位をつけた上でご応募いただきます。また、以下の①～④を満たすことを受講の条件とします。

- ① 実地研修先は、原則として、推薦した事業所（同一法人）において確保すること。
- ② 実地研修実施に係る体制整備を行っていること。（例：医師の指示書、実地研修協力者（利用者）の同意書の取り付けなど）
- ③ 指導資格を有した実地研修指導者については、受講者が実地研修期間内（平成 31 年 2 月 8 日）に修了できるだけの人数を配置すること。
- ④ 8 月 25 日（土）に実施する管理者向けの説明会へ参加すること。

- 5 募集定員 **60 名** ※定員になり次第締め切りとさせていただきます。

6 研修内容

(1) 基本研修（講義）

喀痰吸引等の必要な基礎知識を 50 時間の講義（7 日間）で学びます。講義受講後、筆記試験により知識の習得を確認します。合格基準に達しない受講者に対しては、再試験を行い、再度、知識の習得を確認します。

(2) 基本研修（演習）

研修受講者が各行為について、喀痰吸引等の提供を安全に行うための技術を習得していることを、演習指導講師が評価します。

(3) 実地研修

研修受講者が実地研修指導講師の指導の下、実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識及び技能を習得していることを実地研修指導講師が評価します。

7 研修日程及び場所 別紙「喀痰吸引等研修スケジュール」のとおり

8 研修受講料 無料（ただし、テキスト代 4,000 円(税込) DVD 付き）

※使用テキスト 中央法規出版「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」
申込完了後、受講決定通知が届き次第 下記口座にお振込みください。

《振込先口座：三井住友銀行 神田駅前支店／当座 217416/一社）財形福祉協会》

9 実地研修について

・受講申込者が従事する施設・事業所の代表者は、実地研修開始日までに別紙「実地研修に係る確認書」に定める要件をすべて満たしておく（見込を含む）必要がありますので、必ず確認していただくようお願いします。ご不明な点につきましては、お申込の前に一般社団法人財形福祉協会までお問い合わせください。（「14 管理者向け説明会」でも、改めてご説明いたします。）

・第 2 号研修については、5 行為（①口腔内のたんの吸引、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及び⑤経鼻経管栄養）のうち、1 行為以上 4 行為以下の任意の行為について実地研修を修了した場合、個別に認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けられるものとします。

10 申込方法

【喀痰吸引等研修受講申込書】と【実地研修に係る確認書】2枚の書類のすべての項目を記入の上、下記までFAXにてお申し込みください。 ※原本は大切に保管してください。

FAX: 03-5651-8121

締め切り ~~平成 30 年 8 月 17 日(金)午後 6 時~~ 必着

平成 30 年 8 月 24 日(金)正午まで延長しました

11 選考方法及び選考結果のお知らせ

申込受領後、研修受講申込書を審査して一般社団法人財形福祉協会より選考結果を施設・事業所宛てに郵送もしくはお電話でお知らせします。受講申込者が定員を超えた場合、痰の吸引等を必要とする利用者の人数や現在ケアを実施できる職員の人数を基準とし、緊要度の高い施設・事業所を優先し、受講者を選考します。

12 研修課程の一部免除

喀痰吸引等に関する研修等の受講履歴その他受講者の有する知識及び経験を勘案した結果、相当の水準に達していると認められる場合には、当該喀痰吸引等研修の一部を履修したものと取り扱うこととし、次に定める者の場合には、次の履修の範囲とします。

- (1) 法第 40 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで若しくは第 5 号の規定に基づく養成施設若しくは学校又は同項第 4 号の規定に基づく高等学校若しくは中等教育学校において医療的ケア(実地研修を除く。)の科目を履修した者
【履修の範囲】 基本研修
- (2) 法第 40 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで若しくは第 5 号の規定に基づく養成施設若しくは学校又は同項第 4 号の規定に基づく高等学校若しくは中等教育学校において医療的ケア(実地研修を含む。)の科目を履修した者
【履修の範囲】 基本研修及び実地研修
- (3) 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成 22 年 4 月 1 日医政発第 0401 第 17 号医政局長通知)に基づくたんの吸引等を適切に行うために必要な知識及び技

術に関する研修を修了した者（都道府県知事から認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者に限る。）

【履修の範囲】 基本研修の演習のうち「口腔内吸引」及び実地研修のうち「口腔内の喀痰吸引」

- (4) 平成 22 年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業(不特定多数の者対象)」の研修(平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」)を修了した者

【履修の範囲】 基本研修(講義・演習)及び実地研修(上記研修において実地研修を修了した行為に限る。)

- (5) 「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」の実施について(平成 23 年 10 月 6 日老発第 1006 第 1 号老健局長通知)に基づく研修を修了した者

【履修の範囲】 基本研修(講義)(筆記試験に合格した者に限る。)、基本研修(演習)及び実地研修(上記研修において修了した行為に限る。)

- (6) 法附則第 4 条第 2 項に規定する喀痰吸引等研修を修了した者

【履修の範囲】 基本研修(講義)(筆記試験に合格した者に限る。)、基本研修(演習)及び実地研修(上記研修において修了した行為に限る。)

13 修了証について

全課程履修、筆記試験・演習評価を合格し、実地研修の修了をもって修了証を発行します。

実際、業としてたん吸引等業務を行う際は、本修了証と共に各都道府県への認定特定行為業務従事者の交付申請を行い、認定を受けてください。

14 管理者向け説明会

- ・日時： 8 月 25 日（土） 18：30 ～ 20：00
- ・会場： 相模原市民会館 第 2 中会議室

研修を円滑に進めるため、施設や事業所の管理者向けの、説明会を実施します。(参加必須です。)

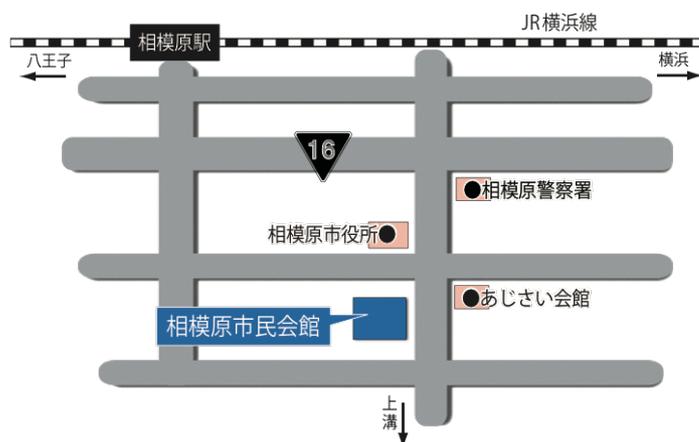
《説明会の内容》

- ・研修の進め方
- ・連絡体制（遅刻、早退、欠席について）
- ・受講管理
- ・会場利用について
- ・提出物について
- ・テキストについて
- ・筆記試験について（合格基準と結果発表方法）
- ・救急蘇生の演習時の服装について
- ・実地研修時の必要書類と進め方
- ・準備して頂く事（提出書類・手続き）
- ・補講について
- ・修了証の発行について
- ・その他（質問等も受け付けます）

15 研修及び説明会会場

相模原市民会館 〒252-0239 相模原市中央区中央 3-13-15

- JR横浜線 相模原駅より、徒歩20分
- バス利用 10分



16 留意事項

- ・基本研修の講義及び演習につきましては、共に補講は認められません。全日程確実に出席できる方を推薦してください。また、受講決定後は受講者が必ず研修に出席できるようご配慮願います。

※ 基本研修の演習の日程につきましては、こちらで調整させていただきます。

17 お問い合わせについて

下記までご連絡ください。

※「平成30年度相模原市喀痰吸引等研修の件で」とお伝え下さい。

<お問い合わせ先>
一般社団法人財形福祉協会 地域統括医療研究会 事務局
FAX : 03-5651-8121
電話 : 03-5651-8120
当日連絡先 : 090-3385-5422

喀痰吸引等研修スケジュール

会場：相模原市民会館(相模原市中央区中央3-13-15)

●管理者向け説明会（参加必須です）

日時:8月25日(土) 18:30～20:00 会場:相模原市民会館 第2中会議室

研修の進め方や実地研修時の必要書類と注意事項など、施設や事業所の管理者向けの説明会を実施します。

基本研修(講義)

	日時	時間	科目	時間	講師	場所
①	9月12日(水)	9時10分～9時30分	開校オリエンテーション			第1大会議室
		9時30分～11時00分	人間と社会	1.5	大津	
		11時10分～12時10分	保険医療制度とチーム医療	1	"	
			昼休み			
		13時10分～14時10分	保険医療制度とチーム医療	1	"	
	14時10分～16時40分	清潔保持と感染予防		2.5	"	
②	9月19日(水)	9時30分～12時30分	健康状態の把握	3	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時30分～17時30分	安全な療養生活	4	"	
③	9月26日(水)	9時00分～12時00分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	3	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時00分～18時00分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	5	"	
④	10月3日(水)	9時30分～12時30分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	3	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時30分～18時00分	高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	4.5	"	
⑤	10月10日(水)	9時30分～12時00分	高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	2.5	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時00分～16時00分	高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	3	"	
		16時00分～18時00分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	2	"	
⑥	10月19日(金)	9時30分～12時30分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	3	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時30分～16時30分	高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	3	"	
		16時30分～17時30分	高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	1	"	
⑦	10月24日(水)	9時30分～12時30分	高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	3	"	第1大会議室
			昼休み			
		13時30分～17時30分	高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	4	"	
⑧	10月31日(水)	10時00分～12時00分	演習(救急救命講習)		消防署委託	第1大会議室
			昼休み			
		13時00分～15時00分	筆記試験			
			合計	50		

基本研修(演習) * 以下⑨、⑩については、研修実施機関にて日程調整させていただきます。

	日時	時間	科目	講師	場所
⑨	11月3日(土)	9時30分～17時30分	演習(鼻腔・口腔・気管カニューレ吸引)	大津・他4人	第2中会議室
⑩	11月4日(日)	9時30分～17時30分	演習(鼻腔・口腔・気管カニューレ吸引)		第1大会議室
⑨	11月17日(土)	9時30分～17時30分	演習(胃ろう、鼻腔経管栄養)		第1大会議室
⑩	11月18日(日)	9時30分～17時30分	演習(胃ろう、鼻腔経管栄養)		第2中会議室

実地研修

演習修了～平成31年2月8日	口腔内のたんの吸引	10回以上
	鼻腔内のたんの吸引	20回以上
	気管カニューレ内部のたんの吸引	20回以上
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	20回以上
	経鼻経管栄養	20回以上

《平成 30 年度 相模原市介護職員等喀痰吸引等研修 受講申込書》

下記の項目へご回答ください。※複数申し込みの場合、氏名欄の（ ）へ優先順位をご記入ください。			
ふりがな		生年月日	性別
氏名 順位（ ）		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
施設・事業所名		サービスの種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 他（ ）
担当者名			
施設・事業所所在地	(〒 252 -) 相模原市		
		連絡先	(電話) (FAX) (担当者)
介護従事 経験年数等	年 か月	保有資格	
認定状況	<input type="checkbox"/> 現在、あなたは認定特定行為業務従事者の認定を受けている。 特定（対象行為： ） 不特定（対象行為： ） <input type="checkbox"/> 職場に認定特定行為業務従事者がいる。（ ）人		
希望の研修 及び利用者の 状況	<input type="checkbox"/> 1号研修 <input type="checkbox"/> 2号研修 現在の職場で下記の特定期間が必要か、利用者数も併せて記載ください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数： 名、うち半固形栄養剤： 名） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（利用者数： 名）		
実地研修 実施可否	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を予定しております。 <input type="checkbox"/> 医師、看護師（准看護師を除く）助産師、又は保健師がいる。 （実地研修指導者氏名（ ）、保有資格（ ）） <input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施が可能である。 <input type="checkbox"/> 職場外で実地研修の実施協力を取り付けている。 （協力先： 実施可能な行為： ） <input type="checkbox"/> 職員以外の実地研修の受入が可能である。 <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）である。 <input type="checkbox"/> 登録事業者ではないが、本事業を経て事業者登録を予定している		
履修免除	<input type="checkbox"/> 研修の一部履修免除あり（要資格証等の写し） <input type="checkbox"/> 免除なし		

上記の者が、平成 30 年度相模原市介護職員等喀痰吸引等研修を受講することを申込みます。

平成 30 年 月 日

施設（事業所）長氏名 印

下記番号まで FAX してください

FAX : 03-5651-8121

実地研修に係わる確認書

受講申込者が所属する実地研修を行う施設（事業所）長は、実地研修開始日まで、下記に定める要件をすべて満たしておく（見込を含む）必要があります。

該当チェック欄に「○」を記入し、提出願います。

(1) 利用者の同意に係る要件

要件	チェック欄
利用者本人(家族を含む)に、たんの吸引等の実地研修の実施について施設長等が説明を行い、その理解を得た上で、実地研修指導者の下、介護職員等が実地研修を行うことについて書面により同意を得ること。	

(2) 医療関係者による明確な医療管理に係る条件

医療、介護等の関係者による連携体制が整備されていること。	
医師から指導看護師に対して、書面による必要な指示が得られること。(医師の指示書)	

(3) たんの吸引等の研修実施の水準確保に係る要件

<p>研修申込時に、実地研修の指導にあたる講師を選任すること。 また実地研修場所において、受講者を指導する指導講師を1人以上配置することが可能であること。</p> <p>指導講師は医師、保健師、助産師又は正看護師の資格及び3年以上の実務経験を有し、相模原市が実施する「喀痰吸引等指導者養成研修(医療的ケア教員講習会)」への参加を了承している又はすでに受講している者であること。</p> <p>※すでに下記講習を修了している者の再受講は不要</p> <p>①国の「喀痰吸引等指導者講習」 ②都道府県の「指導看護師研修」 ③他社開催の「医療的ケア教員講習会」</p> <p>※「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修会」に基づく「指導看護師(施設内14時間研修に対応)」及び介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(特定の者対象)における「指導看護師」は、本研修の指導看護師には該当しない。(受講要)</p>	
---	--

(4) 施設における実地研修体制に係る要件

原則として研修を受ける介護職員等の所属施設・事業所を実地研修場所とする。 所属施設・事業所以外(同法人内他事業所等)を実地研修場所とする場合、研修申込時に当該実地研修場所の所属長・代表者の承諾及び実地研修に協力する利用者に対して書面による同意を得ていること。	
研修を受ける介護職員等と利用者及びその家族が実地研修の実施に協力できること。	
実地研修場所にたん吸引、経管栄養の対象者(利用者)が適当数入所等していること。	
施設又は事業所の責任者及び他の職員が実地研修に協力できること。	
利用者に関するたんの吸引等について、医師、指導看護師及び看護職員等の参加の下、一般的な技術の手順書が整備されていること。	
実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、施設長の総括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。	
利用者の健康状態について、施設長、医師、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。	
指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。	
ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。	
緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に医師、指導看護師との連絡・連携体制が構築されていること。	
施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	

上記の内容に間違いのないことを証明します。

また、上記でチェックした要件について、変更が発生した場合は速やかに連絡することとします。

虚偽の記載等があった場合、研修全体が取り消される可能性についても同意します。

平成 年 月 日

施設(事業所)名

施設(事業所)長名

施設印