

平成29年度

## 嗜痰吸引等行為の研修（特定の者対象）実施要領

### 1 研修の名称

介護職員等による嗜痰吸引等行為の研修（特定の者対象）

### 2 実施する研修課程

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める第3号研修

別表第三研修（特定の者対象）

### 3 受講者及び受講資格

次のすべてに該当する方を対象とします。なお、当センターの設立主旨に基づいて、基本研修の受講にあたっては、障害者支援の事業所を優先とさせていただきます。

- ・ 嗜痰吸引等を日常的に必要とする障害者等の支援に従事する者であって研修終了後、業として嗜痰吸引等を行うことが見込まれる者
- ・ 実地研修の実施にあたり、対象となる利用者（実地研修協力者）及び指導講師（看護師等）及び実施機関が決定している者

### 4 研修内容の一部免除

下記に該当する場合は、基本研修に係る部分は免除になりますので実地研修のみ受講してください。

- ・ 「認定特定行為業務従事者認定証」を既に取得している者
  - ① 新たに対象となる利用者のケアが必要になった者
  - ② 対象となる利用者に新たなケアが必要になった者
- ・ 基本研修を修了しているが、実地研修が終わっていないため「認定特定行為業務従事者認定証」（特定の者対象）を取得できていない者

# I 基本研修に関する要領

## I-1 定 員

30名

## I-2 基本研修の実施日時及び場所

- ・ **平成29年度日程**  
**平成29年 12月 2日(土) 8:30 ~ 19:30**  
(1日間、全て出席していただきます。欠席・遅刻・早退は認めません。)
- ・ **研修内容はトップページより(基本研修プログラム)を参照してください。**
- ・ 基本研修の会場は  
社会福祉法人十愛療育会 横浜療育医療センター 会議室  
〒241-0014 住所：横浜市旭区市沢町557-2 電話：045-352-6551  
※ この研修参加に限っては車での来所を可とします。

## I-3 受 講 料

- 基本研修受講料 . . . 12,000円(受講生1名につき)
- ・ 上記にはテキスト代、試験費を含みます。
  - ・ 支払いについては、欠席者に配慮し受講後に請求します。
  - ・ 受講料の支払い方法は振込みとなります。(手数料は支払者負担)
  - ・ 一度払い込まれた受講料は返還できません。

## I-4 基本研修・修了の認定方法

すべての講義及び演習を出席した受講者に対して、筆記試験を実施し、90%以上の正解のあった場合に基本研修・修了と認定し、「基本研修・修了確認書」を交付します。筆記試験の結果が90%未満の者に対しては再試験を行います。(初回の試験と合わせて2回まで)  
(医療的ケアを実施するうえで、最低限必要な 基本的事項を問うものです。高度で専門的な問題は出題されません。)

### ※ 再試験日程

**平成29年 12月 6日(水) 16時00分~16時30分**  
この試験に合格出来なかった場合は「確認書」の交付は出来ません。  
基本研修を再受講する必要があります。

## I-5 募集期間及び応募方法

- ・ 基本研修から受講を希望する場合  
**下記の受付期間内にFAX・e-mailのいずれかの方法**で下記の  
事前申込書を送信してください。(詳細は事前申込書を参照)

○ **事前申込書**

《用紙》はトップページよりダウンロードして作成し印刷してください。

上記の受理後に受講の可否についてtel又はe-mailで連絡します。  
受講可とした場合は次項の提出書類を末尾の連絡先あて郵送にて提出してください。

※ **事前申込書の受付期間**

**平成29年 10月 10日（火） ～平成29年 11月 10日**

※ **上記期間前の受理はいたしませんので注意してください。**

(受講者の決定方法等は事前申込書を参照)

I-6 基本研修・提出書類

※ **書類の提出は個人情報のため、前項の事前申込書を除き全て郵送にてお願いします。**

《下記の各用紙》はトップページよりダウンロードして作成し印刷してください。

① **基本研修申込書**

(手書でも可です。)(申込者の押印を忘れずに!)

② **喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書**

(手書でも可です。)

(実地研修の実施機関の管理者等の記名、押印をお願いします。)

(複数の受講者がいる場合は事業所として一部提出してください。)

(過去に提出し、変更がない場合は提出不要です。)

③ **喀痰吸引等研修 指導者履歴書及び就任承諾書**

(手書でも可です。)(指導講師の記名、押印をお願いします。)

(指導講師が複数の場合は指導講師別に一部提出してください。)

(免許証等を添付して下さい。詳細は承諾書の末尾に記載してあります。)

(過去に提出し、変更がない場合は提出不要です。)

④ **実地研修指導講師依頼書**

(手書でも可です。)

(研修協力者《特定の者》が当センター通所の利用者が当センターの職員に実地研修の指導講師を依頼する場合は、本書を提出して下さい。)

(本書は受講生1名の利用者1名毎に1枚作成が必要です。)

(各事業所で対応する場合は提出不要です。)

※ **提出書類の期限**

**平成29年 11月24日（金） 必着**

※ 基本研修の修了後は可及的速やかに実地研修を計画的に実施してください。

**II 実地研修に関する要領**

## Ⅱ-1 定 員

定めなし

※ 但し、1名の受講生につき1回の申込時における対象となる利用者  
**(特定の者)の数は5名を限度**とします。

5名を超える場合は、先に申し込みを行った5名分の修了証書を受けた上で、新たに申し込みを行ってください。

所属機関の事情により、受講生1名につき1度に5名以上の利用者  
(特定の者)の対応を要する場合は他の研修機関に於いて、第1号・  
第2号研修(不特定の者対象)の受講をお勧めします。

\* 実地研修は原則として受講生の所属する事業所の責任において実施  
することになります。各事業所で計画的に実施してください。

なお、基本研修を修了していない者は実地研修を行うことは出来ま  
せんので注意してください。

\* 実地研修の申し込みは基本研修とは別に行う必要があります。但し  
事前申込は不要です。各事業所において計画的に実地研修を行い、評  
価終了後「申込書」「評価票」「他の必要書類」を提出してください。

## Ⅱ-2 実地研修の募集期間及び受付期間

自 平成29年10月10日(火)

至 平成30年 2月28日(水) 必着(関係書類提出期限)

※ 上記の期間外の受理はいたしませんので注意してください。

## Ⅱ-3 受 講 料

実地研修受講料 . . . 2,000円(1件につき)

- ・ 受講生1名の対象となる特定の者1名につき1件となります。  
(特定の者に複数の行為が必要な場合、申込が同時であれば1件  
としますが、別々に申込をされた場合は別料金となります。)
- ・ 上記の費用には損害賠償保険料を含みます。
- ・ 実地研修の指導講師料は別途となります。(詳細は次項)
- ・ 支払いについては、清算方式によって請求しますので、前項で示した  
期間内に修了確認したものをまとめて事後に請求します。  
(3月頃の請求)
- ・ 受講料の支払い方法は振込みとなります。(手数料は支払者負担)
- ・ 一度払い込まれた受講料は返還できません。

## Ⅱ-4 実地研修の指導講師について

- ・ **トップページより「指導講師の皆様へ(重要)」を参照してください。**

実地研修の指導講師は、当該研修に関する趣旨を理解しており日常的に利用者（対象となる特定の者）に対する研修対象となる医療行為のケアを行っている医師、看護師、保健師又は助産師の方を選任してください。

**（注）准看護師は指導講師になることは出来ません。**

なお、できれば次の事業の研修を修了している方が望ましいです。

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める指導者養成事業

- ・ 原則として、指導講師の選任及び指導講師料については受講生の所属する事業所の責任において対応して下さい。但し、当センターの指導講師として登録は必要になります。
  - ※ 指導講師がどうしても確保できない場合、ご相談には応じますが当センターで指導講師を斡旋することは出来ません。
- ・ 対象となる利用者が当センターの通所の利用者であり、当センターに指導講師を依頼する場合は、「実地研修指導講師依頼書」の提出と下記の講師料が必要になります。
  - ・ 受講生1名の対象となる利用者1名につき・・・ 5,000円
  - ・ 受講料の支払い方法は振込みとなります。（手数料は支払者負担）
  - ・ 詳細は「依頼書」受理後に送付します。
  - ※ 一度払い込まれた指導講師料は返還できません。

## II-5 研修修了の認定方法

提出された評価票に基づき、内容を検討の上、適正と認められた場合に修了証書を交付します。

（注） 修了証書の受理後は「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請を神奈川県に対し行ってください。なお、既に認定証の交付を受けている特定の者が転帰事由により医ケアの行為を追加する場合は交付申請ではなく変更届となりますので注意してください。

また、登録事業所となっていない事業所は併せて登録申請を行ってください。（詳細は下記を参照）

<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=23>

## II-6 実地研修・提出書類

**※ 書類の提出は個人情報のため、全て郵送にてお願いします。**

《下記の各用紙》はトップページよりダウンロードして作成し印刷してください。

① **実地研修申込書**

(手書でも可です。)(申込者の押印を忘れずに!)

(受講資格を確認できる書類を添付してください。)

- ・「認定特定行為業務従事者認定証」の写し、若しくは他の研修機関において「基本研修を修了したことを確認できる書類」の写しを添付してください。
- ・本年度開催した当センターの基本研修受講に基づく場合は、修了確認書の番号を記入すれば添付書類は不要です。

② **評価票**

(手書でも可です。)(指導講師の押印を忘れずに!)

- ・各事業所において、よく確認のうえ提出してください。
- ・作成方法等について

トップページより(指導講師の皆様へ)を参照してください。

③ **喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書**

(手書でも可です。)

(実地研修の実施機関の管理者等の記名、捺印をお願いします。)

(複数の受講者がいる場合は事業所として一部提出してください。)

(過去に提出済で、変更がない場合は提出不要です。)

④ **喀痰吸引等研修 指導者履歴書及び就任承諾書**

(手書でも可です。)(指導者の記名、捺印をお願いします。)

(複数の受講者を指導する場合は指導者別に一部提出してください。)

(免許証等を添付して下さい。詳細は承諾書の末尾に記載してあります。)

(過去に提出済で、変更がない場合は提出不要です。)

⑤ **実地研修指導講師依頼書**

(手書でも可です。)

(研修協力者《特定の者》が当センター通所の利用者が当センターの職員に指導講師を依頼する場合は、本書を提出して下さい。)

(本書は受講生1名の利用者1名毎に1枚作成が必要です。)

(各事業所に対応する場合は提出不要です。)

※ **提出書類の受付期間**

Ⅱ-2を参照してください。

## Ⅲ その他の必要事項

### Ⅲ-1 その他の必要書類

以下の書類は当センターに提出する必要はありませんが、各事業所の責任において対応してください。

《下記の各用紙》はトップページより印刷してください。

① 同意書（研修協力者（利用者）からの説明と同意）

（注）この書式はあくまで《参考》として掲載しています。そのまま使用してもかまいませんが、この書式でなければならないという規定はありません各事業書で作成したもので結構です。

② 医師の指示書「A」（介護職員等喀痰吸引等指示書）

医師の指示書「B」（介護職員等喀痰吸引等指示書）（研修用）

（注）上記「A」については、受益者負担のため利用者の公的保険により対応できますが「B」については、受益者負担にはならないため受講生の所属する事業所の全額自費負担（保険適用外）となります。

「A」が既に発行されている利用者の場合は、「B」を省略することは出来ませんが、「B」を「A」に代替することは出来ませんので注意してください。

※ その他必要な手続き等については、必要の都度文書にて連絡いたします。

### Ⅲ-2 その他

介護職員等による喀痰吸引等の制度について

制度の概要については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

・ たんの吸引等の制度について

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/index.html)

・ 研修テキスト(特定の者対象)

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaiyahukushi/kaigosyokuin/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiyahukushi/kaigosyokuin/)

### Ⅲ-3 本研修に関するフローチャート

トップページより参照してください。

### Ⅲ-4 各書類提出先・及び連絡問い合わせ先

〒241-0014

住 所：横浜市旭区市沢町557-2

社会福祉法人十愛療育会 横浜療育医療センター

担当者：井上

電 話：045-352-6551

F A X：045-352-9241

e-Mail：

[yokoryo-soumu3@jvuuiryouikukai.or.jp](mailto:yokoryo-soumu3@jvuuiryouikukai.or.jp)