

令和4年度秋田県介護職員等によるたん吸引等研修開催要領

第三号研修（特定の医療的ケア児対象）

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吸引及び経管栄養（以下「たん吸引等」という。）等の制度に基づき、たん吸引等を必要とする特定の医療的ケア児に対して、必要なケアを安全に提供するため、たん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ます。

2. 研修実施機関

秋田県立医療療育センター

3. 受講対象者

- ① 秋田県内の介護福祉士、障害者（児）サービス事業所及び障害者（児）施設等（医療機関を除く。）で介護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。）であること。
- ② 特定の医療的ケア児に対して、たん吸引等の行為を行う必要のある者で、その特定の医療的ケア児を対象にたん吸引等を行うことが可能な事業所に勤務する介護職員等であること。
- ③ 現在勤務している事業所が「登録特定行為事業者」であること。又は、受講者が研修修了後、秋田県から「認定特定行為業務従事者」としての認定を受けるとともに、事業所等は要件【別紙1】を満たし「登録特定行為事業者」の登録を行えること。
- ④ 現在勤務している事業所等において、たん吸引等を必要とする特定の医療的ケア児の利用があり、かつ、その医療的ケア児もしくはその保護者から、実地研修の同意が得られること。
- ⑤ 医師、看護師等の医療関係者との連携が確保されており、主治医等から実地研修の承認（指示）が得られること。
- ⑥ 実地研修指導者となる看護師から、実地研修指導の承諾を得ることができること。
- ⑦ 受講者は、所属事業所等が推薦をする者であること。
- ⑧ 受講者は、全日程の出席が可能であり、かつ、意欲を持って、研修に参加できる者であること。
※欠席の場合、補講は行いません。

4. 募集人員

10名

- #### 5. 開催日程
- | | | |
|---------------|------------|-----------|
| 令和4年12月10日（土） | 9：45～16：30 | （受付9：30～） |
| 令和4年12月11日（日） | 9：00～16：30 | （受付8：45～） |

6. 研修会場

秋田県立医療療育センター 講堂兼視聴覚室
秋田市南ヶ丘一丁目1番2号

7. 研修の内容

① 基本研修（11時間）

講義：8時間30分

演習：2時間30分

たん吸引等を実施するために必要な基礎知識について、講義及び演習で学びます。

※【別紙2】を参照

② 筆記試験

講義と演習が終了した後に、知識の修得を確認するために筆記試験を行います。

出題は四肢択一で、出題数は20問、試験時間を30分とします。

総正解率が9割に満たない場合は不合格となり、実地研修に進むことはできません。

ただし、7割以上9割未満の者に対しては再試験を1回のみ実施します。

③ 実地研修

基本研修をすべて受講し、筆記試験に合格後、対象となる利用者の居宅や施設において必要な行為（下記表のうち）について、指導看護師から実習指導・評価を受けます。

指導看護師は3段階で評価を行い、全ての項目で2回連続「手順どおりに実施できる」ことが確認された場合に終了し、秋田県医療的ケア児支援センター『コラソン』に評価票等の書類を提出していただきます。その後、試験判定部会で修了可否を判定します。

実地研修行為	
①	口腔内のたん吸引
②	鼻腔内のたん吸引
③	気管カニューレ内のたん吸引
④	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
⑤	経鼻経管栄養

※実地研修の日程は各事業所等で調整していただきます。

8. 費用

受講料は無料です。

テキストは、各自で準備してください。

書名	価格（税込み）
第三号研修（特定の者対象）のための喀痰吸引等研修テキスト （介護職員等による喀痰吸引等のテキスト等の作成に係る調査研究編纂委員会編集（中央法規出版 2020.2 発行））	3,080円

9. 受講申し込み

① 提出書類

書類類	様式	備考
受講申込書（特定の者対象）	様式1	
利用者情報	様式3	
受講者の資格証明書	写し（コピーしたもの）	A4版に縮小
返信用封筒 2通	<input type="checkbox"/> 長形3号120mm×235mm <input type="checkbox"/> 事業所名・住所・受講者氏名を明記 <input type="checkbox"/> 94円切手を貼付	受講可否通知 筆記試験結果通知

※秋田県医療的ケア児支援センター『コラソン』ホームページからダウンロードできます。

(<https://www.airc.or.jp/icarecenter/i-top.html>)

※提出書類は、【別紙3】を参考にしてください。

② 募集締め切り

令和4年10月14日（金）消印有効

③ 申込先・問合せ先

秋田県医療的ケア児支援センター 『コラソン』

喀痰吸引等研修担当宛

〒010-1409 秋田市南ヶ丘一丁目1番2号

TEL 018-827-5730/FAX 018-839-9868 Mail : kensyu2022@airc.or.jp

10. 実地研修のみ受講申し込み

① 提出書類

書類類	様式	備考
体制確認シート	様式 4	
実地研修説明書	様式 5	任意様式可
実地研修に係る同意書	様式 6	任意様式可
介護職員等喀痰吸引等指示書 (実地研修用)	様式 7	任意様式可
実地研修計画書	様式 8	任意様式可
指導看護師の派遣「承諾書」	様式 9	
実地研修実施届出書	様式 10	
94 円切手貼付返信封筒 ※訪問看護ステーションへ依頼の場合は 2 通	<input type="checkbox"/> 長形 3 号 120 mm × 235 mm <input type="checkbox"/> 事業所名・住所・受講者氏名を明記 <input type="checkbox"/> 94 円切手を貼付	実地研修開始通知用
実地研修のみ受講申込書	様式 2	
利用者情報	様式 3	

※秋田県医療的ケア児支援センター『コラソン』ホームページからダウンロードできます。

<https://www.airc.or.jp/icarecenter/i-top.html>

※提出書類は、【別紙 3】を参考にしてください。

② 募集締め切り

令和 5 年 2 月 28 日 (火) まで

③ 申込先・問合せ先

秋田県医療的ケア児支援センター 『コラソン』

喀痰吸引等研修担当宛

〒010-1409 秋田市南ヶ丘一丁目 1 番 2 号

TEL 018-827-5730/FAX 018-839-9868 Mail : kensyu2022@airc.or.jp

11. 留意事項

① 看護師への依頼

実地研修の指導看護師を確保した上で、研修を申込ください。

※指導看護師は、秋田県介護職員等によるたん吸引等研修特定（第三号研修）指導者養成講習を受講し、修了していることが条件となります。

② 申込人数

1事業所から複数の受講者の申込をする場合は、受講者の優先順位を付けてください。

③ 受講の決定について

定員を超えた場合は、利用者の有無や状況等を勘案し決定します。

受講の決定については、令和4年10月中旬以降に通知します。

④ 実地研修の実施

当センターにおいて提出書類の内容を確認した上で、実地研修賠償保険の加入手続きをします。保険加入後に実地研修開始を通知しますので、保険有効期限内に実地研修を終了してください。

登録特定行為事業者として登録するための要件

1. 医療関係者との連携に関する基準

- ① 登録特定行為従事者が特定行為を実施するにあたり、医師の文書による指示を受けること
- ② 医師・看護職員が特定行為を必要とする方の状況を定期的に確認し、登録特定行為従事者と情報共有を図ることにより、医師・看護職員と登録特定行為従事者との連携を確保するとともに、適切な役割分担を図ること
- ③ 特定行為を必要とする方の個々の状況を踏まえ、医師・看護職員との連携の下に、特定行為の実施内容等を記載した計画書を作成すること
- ④ 特定行為の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出すること
- ⑤ 特定行為を必要とする方の状態の急変に備え、緊急時の医師・看護職員への連絡方法をあらかじめ定めておくこと
- ⑥ 特定行為の業務の手順等を記載した書類（業務方法書）を作成すること

2. 特定行為を安全・適正に実施するための基準

- ① 特定行為は、登録特定行為従事者に行わせること
- ② 安全確保のための体制を整備すること（安全委員会の設置、研修体制の整備等）
- ③ 必要な備品を備えるとともに、衛生的な管理に努めること
- ④ 上記1. ③の計画書の内容を特定行為が必要とする方又はその家族に説明し、同意を得ること
- ⑤ 業務に関して知り得た情報を適切に管理すること

上記の詳細については、下記の省令及び通知をご確認ください。

- 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（平成 23 年厚生労働省令第 126 号）
- 社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）（平成 23 年 11 月 11 日付社援発 1111 第 1 号）

令和4年度秋田県介護職員等によるたん吸引等研修

第三号研修（特定の医療的ケア児対象） 基本研修日程

令和4年12月10日（土） 9：30 受付

場所：秋田県立医療療育センター 講堂兼視聴覚室

時間	内容	担当講師
9：45 ～	オリエンテーション	
10：00 ～ 12：00	I 概要 重度障害児・者の地域生活等に関する講義 ① 障害児総合支援法と関係法規 ② 利用可能な制度 ③ 重度障害児・者等の地域生活等	秋田県健康福祉部 障害福祉課 地域生活支援班 主査 進藤龍平氏
12：00 ～ 13：00	休憩	
13：00 ～ 15：30	II たんの吸引（講義） ① 呼吸について ② 呼吸異常時の症状、緊急時の対応 ③ 人工呼吸器について ④ 人工呼吸器に係る緊急時対応 ⑤ 喀痰吸引概説 ⑥ 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の吸引 ⑦ 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 ⑧ 喀痰吸引の手順、留意点 等	社会福祉法人雄勝なごみ会 障がい者支援施設 愛光園 看護係長 菅明美氏
15：40 ～ 16：30	実地研修の進め方	社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 施設振興・人材・研修部 主査 嶋崎理奈子氏

令和4年12月11日(日) 8:45 受付

場所：秋田県立医療療育センター 講堂兼視聴覚室

時間	内容	担当講師
9:00 ~ 10:00	III 健康状態の把握 ① 全身状態の観察とバイタルサイン測定 ② 感染予防対策について	社会福祉法人雄勝なごみ会 障がい者支援施設 愛光園 看護係長 菅明美氏
10:00 ~ 12:00	IV 経管栄養(講義) ① 食と排泄(消化)について ② 経管栄養概説 ③ 胃ろう(腸ろう)と経鼻経管栄養(半固形含む) ④ 経管栄養リスク、中止要件、緊急時対応 ⑤ 経管栄養の手順、留意点等	
12:00 ~ 13:00	休憩	
13:00 ~ 13:10	演習説明	社会福祉法人雄勝なごみ会 障がい者支援施設 愛光園 看護係長 菅明美氏 医療法人寿康会 介護老人保健施設 杏授苑 運営企画室長 茂木久美子氏 社会福祉法人いずみ会 リンデンバウムいずみ 看護師長補佐 小松保子氏
13:10 ~ 14:35	○たん吸引の演習 (シミュレータ演習)	
14:35 ~ 16:00	○経管栄養(半固形含む)の演習 (シミュレータ演習)	
16:00 ~ 16:30	筆記試験 全20問	

※講義の内容・時間を変更する場合がありますので、ご了承ください。

《問い合わせ先》

秋田県医療的ケア児支援センター『コラソン』

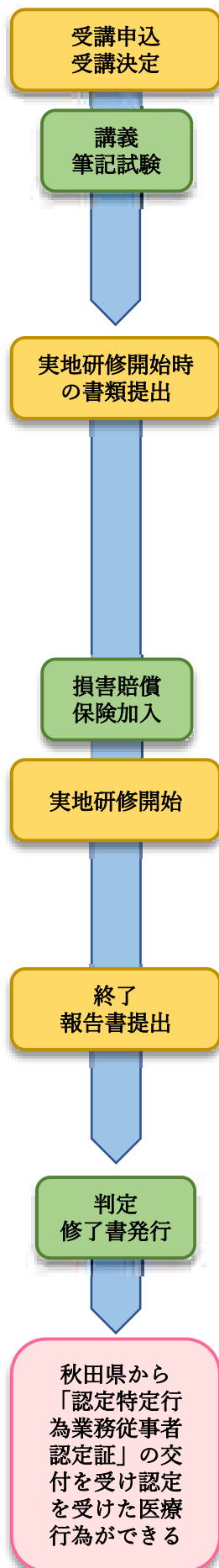
喀痰吸引等研修担当 佐々木

TEL 018-827-5730/FAX 018-839-9868

Mail: kensyu2022@airc.or.jp

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修
第三号研修（特定の医療的ケア児対象）に係る提出書類

研修の主な流れ



1. 受講申込時の提出書類

No	書類	提出形式	様式	備考
1	特定(第三号研修)受講申込書	原本	様式 1	
2	特定(第三号研修)利用者情報	原本	様式 3	
3	受講者の資格者証	写し		A4 版に縮小したもの
4	94 円切手貼付返信封筒 2 通		長形 3 号 120×235 mm	受講決定通知用 講義試験結果用

◇ 連携する訪問看護事業所等に指導看護師の派遣を依頼してください。

※実際に利用者への訪問看護サービスを(予定も含む)している訪問看護事業所が望ましい。

2. 実地研修に関わる書類

(1) 実地研修開始時に提出する書類（実地研修のみの受講申込時も同様）

No	書類	提出形式	様式	備考
5	(特定の者対象)体制確認シート	原本	様式 4	
6	実地研修説明書	写し	様式 5	任意様式可
7	喀痰吸引等研修(特定の者対象)実地研修に係る同意書	写し	様式 6	任意様式可
8	介護職員等喀痰吸引等指示書(実地研修用)	写し	様式 7	任意様式可
9	喀痰吸引等研修実地研修(特定の者対象)計画書	写し	様式 8	任意様式可
10	(特定の者対象)指導看護師の派遣「承諾書」	原本	様式 9	
11	実地研修実施届出書(特定の者対象)	原本	様式 10	
12	94 円切手貼付返信封筒 ※訪問看護ステーションへ依頼の場合は 2 通		長形 3 号 120×235 mm	実地研修開始通知用
【実地研修のみ受講申込時、下記書類 No13・No14 を追加】				
13	(第三号研修)実地研修のみ受講申込書	原本	様式 2	
14	(第三号研修)利用者情報	原本	様式 3	

◇ 上記の提出書類確認後、本センターで賠償保険の加入手続きを行います。

◇ 本センターから「実地研修開始・賠償保険加入」の通知が届いてから実地研修を開始してください。

◇ 標準の評価票と利用者の状況が合わない場合は、個別の手順書を作成してください。

(2) 実地研修終了後提出する書類

No	書類	提出形式	様式	備考
15	実地研修評価表(特定の者対象)	原本	様式 11	
16	ケア実施記録 喀痰吸引用記録	原本	様式 12-1	
17	ケア実施記録 経管栄養用記録	原本	様式 12-2	
18	ヒヤリハット・アクシデント報告書	原本	様式 13	
19	実地研修報告書	原本	様式 14	
20	請求書	原本	様式 15	
21	封筒 1 通 角形 2 号(240 mm×332 mm) 1 2 0 円切手貼付・事業所名・住所・受講者氏名を明記			判定結果・修了証書送付用

◇ 提出された書類を確認し、試験判定部会修了可否を判定します。

◇ 本センターで修了証書を発行します。

3. たん吸引等業務に従事するには

◇ 事業所が、秋田県健康福祉部 障害福祉課 地域生活支援班に申請します。

◇ 秋田県から、受講者が「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けます。

◇ 秋田県から、事業所が「喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)」の登録を受けます。

◇ 受講者は、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受け、特定の者に対し、認定を受けた医療行為が実施できます。