

令和6年度 介護職員等によるたんの吸引等実施研修事業  
「第三号研修・特定の者対象」開催要項

- 1 目的 重度訪問介護事業所や訪問介護事業所等において、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。
- 2 対象者 居宅介護、重度訪問介護事業所、訪問介護事業所等居宅サービス事業所、障害者（児）サービス事業所及び障害者（児）施設で以下の介護業務に従事する必要がある介護職員等（介護福祉士を含む）又は、特別支援学校の教員等であること。

ケア等の種類	
たんの吸引	口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部吸引
経管栄養	胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養

- 3 開催日 第1回 令和6年 6月17日（月）9時～16時半  
6月24日（月）9時～16時半（再試験該当者は17時迄）  
第2回 令和6年 11月11日（月）9時～16時半  
11月18日（月）9時～16時半（再試験該当者は17時迄）

- 4 募集人員 50名

- 5 会場 セキショウ・ウエルビーイング福祉会館（茨城県総合福祉会館）  
4階研修室・3階多目的ホール  
（〒310-0851 茨城県水戸市千波町1918番地）

- 6 研修内容 別添カリキュラムのとおり

- 7 受講料 4,000円

- 8 申込方法 申込書に必要事項を記載し、下記まで郵送ください。

申込書、テキストは下記ホームページからダウンロードできます。

**三菱UFJリサーチ&コンサルティングオフィシャルサイト**

**[Murc.jp/wp-content/uploads/2022/11houkatsu\\_07\\_5\\_14.pdf](http://Murc.jp/wp-content/uploads/2022/11houkatsu_07_5_14.pdf)**

【郵送先】〒310-0851 茨城県水戸市千波町1918番地

セキショウ・ウエルビーイング福祉会館（茨城県総合福祉会館）5階  
一般社団法人 茨城県介護福祉士会

※ 封書の表に「(特定の者対象)基本研修受講申込書」と赤字で明記

- 9 締 切 第1回 令和6年 6月5日(水)  
第2回 令和6年10月28日(月)

10 注意事項

- (1) 事業所内で複数の受講希望者がいる場合は、必ず優先順位を記載してください。  
定員を超える場合、受講ご希望に添えない場合があります。
- (2) テキストの準備はありません。下記を参照に事前にご準備願います。  
①「茨城県介護福祉士会HP⇒三菱UFJリサーチ&コンサルティングオフィシャルサイト」  
からダウンロードし印刷したものをご準備下さい。  
または、パソコン、タブレットの使用でテキストを閲覧ください。  
※(注)電源の準備はありません。  
②新版 第3号研修(特定の者対象)のための喀痰吸引研修テキスト  
※中央出版株式会社発行
- (3) 研修に必要な持ち物  
昼食、飲み物、筆記用具、秒針のある時計(2日目演習の際に使用)

- 11 その他
- ・受講者の選考後、受講決定通知書等を送付します。
  - ・会場の都合により、会館内駐車場の用意ができない場合があります。  
会場内担当の指示で駐車ください。
  - ・本研修は年2回の開催につき、医療的行為が見込まれる職員は前もって基本研修を受講されることをおすすめします。
  - ・新型コロナウイルス等感染防止につき、急遽、予定された研修が延期または中止となる可能性があります。

【新型コロナウイルス感染症対策について】

本研修は、感染予防対策を徹底し、開催します。受講生は下記にご注意ください。

- ①三つの密を避ける為、広い会場を確保しています。席は十分に距離を取り、着席ください。  
大声での会話はご遠慮ください。
- ②マスク着用、受付時の手指消毒にご協力をお願いします。  
※マスク着用にご協力いただけない方は受講できません。
- ③研修会当日朝に必ず体温を測り、研修を受講してください。発熱などの症状がみられる場合、  
体温37.5度以上の方は受講できません。
- ④研修室内での飲食は可能ですが、場所により飲食ができないところがあります。  
各自、三密、対面を避けて昼食をお取りください。  
また、ゴミは各自、お持ち帰りください。

【問い合わせ先】

○研修内容に関すること 一般社団法人茨城県介護福祉士会  
Tel: 029-353-7244 (月・木曜日)

○制度に関すること 茨城県福祉部障害福祉課自立支援担当  
Tel: 029-301-3363 (直通)

## そ の 他

### 1 今回の研修について

- (1) ご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用します。  
提出された受講申込書については返却しませんので、予めご了承ください。
- (2) 今回の研修（以下、「基本研修」と記載します。）では、講義及び演習（シミュレータ演習）を行います。最終日（いずれの日程においても2日目）に講義内容に関する評価（試験）を行います。

※演習（シミュレータ演習）については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的としていますので、評価（試験）は行いません。

### 2 受講料

決定通知が、到着後、お支払いください。

基本研修修了後に実地研修を行う際には、別途申込手続並びに研修に関する団体加入保証料、演習指導研修料が必要になります。

※実地研修申込の際に、事務局から振込先口座等の連絡をいたします。

### 3 受講要件

受講者（介護職員）の所属する事業所として以下の要件をすべて満たすことを条件に参加申込みをすること。

- (1) 利用者の同意を得られること  
居宅等において介護職員等が医行為についての実地研修を行うことについて、利用者本人（本人の意思が確認できない場合はその家族等）から、書面による同意を得られること
- (2) 医師からの指示書を得られること  
利用者の主治医から、利用者に対して医行為の実習を行うことについて、書面による指示が得られること
- (3) 実地研修の指導者（看護師）の協力が得られること。  
利用者の普段の状況をよく知っている方に実地研修の指導者（看護師）となっていただく必要があります。受講者側で、利用者が利用する訪問看護事業所等の了解を得た上で、受講申込書に指導者（看護師）予定者名もご記入のうえ、申込みください。

注）指導予定者（看護師）が、茨城県主催の指導者講習会（第3号・特定の者対象）を受講されていない場合は、介護職員への実地研修指導は行えません。

令和6年度指導者講習（日程：令和6年7月18日（木）、12月9日（月））

実施の指導者講習会を必ず受講されます様協力要請を行ってください。

- (4) 緊急時バックアップ体制を整えること  
実地研修において、介護職員等が利用者に対して医行為を行うに当たり、緊急時のバックアップ等について、主治医や訪問看護事業所等の協力を得て、バックアップ体制を整えていること。
- (5) 研修参加は事業所業務扱いとし、基本研修全てについて受講が可能であること。
- (6) 研修において知り得た個人情報保護を遵守すること。

### 4 （参考）実地研修について

実地研修は、指導者講習会（第3号・特定の者対象・・茨城県主催）を修了した看護師の指導の下、介護職員が実際担当することになる対象者の自宅等において、該当する行為それぞれについて実施し、指導看護師がプロセスの評価を行います。

5 (参考) 研修の修了及び認定証の発行、事業者登録について

- ・ 今回の研修及び実地研修の修了者に対しては、一般社団法人茨城県介護福祉士会から「修了証書」を交付しますが、実際にたんの吸引等の行為を行うためには、修了証書受領後、茨城県から「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受ける必要がありますので、別途、県に申請を行って下さい。
- ・ また、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けた介護職員等を雇用し、たんの吸引等の医療的ケアを行う事業者は、別途、県に「登録特定行為事業者」としての登録申請が必要です。

【参考】喀痰吸引等を実施するまでの流れ（特定の者対象）

(1) 介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修・特定の者対象」基本研修を修了

↓

(2) 介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修：特定の者対象」実地研修を修了

↓

(3) 茨城県に認定証の交付申請

※様式は茨城県福祉部障害福祉課ホームページに掲載

(対象となる介護職員等)

①平成23年度以前より一定の要件の下でたんの吸引等の提供を行っている介護職員等（実質的違法性阻却による）

※介護職員等たん吸引等実施研修会（第3号特定の者）研修を受講ください。

②平成24年度から令和5年度までの介護職員等たん吸引等実施研修会（第3号特定の者対象）の実地研修まで修了した介護職員等

※【認定特定行為業務従事者認定証（特定の者対象）交付申請先】

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

茨城県保健福祉部障害福祉課 自立支援担当（TEL:029-301-3363）

(4) 茨城県に登録喀痰吸引事業者（登録特定行為事業者）の登録申請

（登録1ヶ月前までに必要書類をそろえて申請）

申請様式は、茨城県障害福祉課・茨城県長寿福祉課のホームページに掲載（制度により申請先が異なります）

【登録特定行為事業者登録申請先】

・ 障害者総合支援法上の事業所指定を受けている場合

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

障害福祉課 自立支援担当（TEL:029-301-3363）

・ 介護保険法上の事業所指定を受けている場合

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

長寿福祉課 介護保険指導担当（TEL:029-301-3343）

6 経過措置としての認定特定行為業務従事者の研修受講について

制度改正に伴い、経管栄養が含まれておりますので、経過措置対象として認定特定行為業務従事者認定証の交付を既に受けている方、または県に申請を行っている方についても必ず基本講習を受講ください。

(別 添) 研修カリキュラム

<基本研修>

日程	科目	中項目	時間	講師
【1日目】  (各 9:00 から受付)	重度障害児・者等の 地域生活等に関する 講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者総合支援法と関係法規</li> <li>・利用可能な制度</li> <li>・重度障害児・者等の地域生活 等</li> </ul>	9:30~ 11:30	医療法人恒貴会 訪問看護ステーショ ン愛美園 管理者 中島 由美子 氏
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器について</li> <li>・人工呼吸器に係る緊急時対応</li> <li>・喀痰吸引概説</li> <li>・口腔内、鼻腔内、気管カニ ューレ内部の吸引</li> <li>・喀痰吸引の手順、留意点等</li> <li>・健康状態の把握</li> <li>・経管栄養概説</li> <li>・経管栄養の手順、留意点等</li> <li>・食と排泄（消化）について</li> <li>・胃ろう（腸ろう）と経管栄養</li> </ul>	12:30 ~ 16:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人恒貴会 訪問看護ステーシ ョン愛美園管理者 中島 由美子 氏</li> <li>・公益社団法人 茨城県看護協会 土浦訪問看護ステー ション 菊地 実生 氏</li> </ul>
【2日目】  (各 9:00 から受付)	緊急時の対応及び危 険防止に関する講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸異常時の症状、緊急時対 応</li> <li>・喀痰吸引のリスク、中止要件、 緊急時対応</li> <li>・経管栄養のリスク、中止要件、 緊急時対応</li> </ul>	9:30 ~ 11:00	茨城西南医療センタ ー 訪問看護ステー ション所長 飯田 裕子 氏
	試験	講義修得試験	11:10 ~ 11:50	
	喀痰吸引等に関する 演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喀痰吸引（口腔内）</li> <li>・喀痰吸引（鼻腔内）</li> <li>・喀痰吸引（気管カニ ューレ内 部）</li> <li>・経管栄養（胃ろう・腸ろう）</li> <li>・経管栄養（経鼻）</li> </ul>	12:50 ~ 15:30	中島 由美子氏  他指導講師

※試験の不合格者の再試験がある場合は、15:30~研修会場で行う予定です。

## < 実地研修 >

ケアの種類	実施回数	指導者
口腔内の喀痰吸引	指導看護師等による評価（所定の判断基準）により、問題ないと判断されるまで実施。 ※評価を行う際には、利用者の意見を聴取することが可能な場合は、利用者の意見も踏まえた上で評価を実施。	実地研修指導者 （看護師等）
鼻腔内の喀痰吸引		
気管カニューレ内部の喀痰吸引		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
経鼻経管栄養		

※実地研修の日程については、受講者の希望日程に基づき、各事業所が実地研修指導者へ連絡を取り、日程を調整、決定してください。

※日程が決まりましたら、実地研修申込書を事務局へ郵送し、研修を行ってください。

実地研修申込書には ①計画書

②同意書（写）

③医師指示書（写）・・・有効期限2ヶ月以内のもの

④基本研修確認試験合格通知書（写）

⑤指導看護師特定の者研修修了書（写）を提出願います。）

実地研修が終了し、速やかに「実地研修修了報告書」を茨城県介護福祉士会宛郵送願います。実地研修が合格され

①修了証が手元に届く⇒②茨城県へ申請を提出⇒③茨城県が認定する  
の手続き終了後、はじめて医療的サービスを行えます。

# (別添)

## 令和6年度 介護職員等たん吸引等実施研修事業(第三号研修・特定の者対象) 受講推薦・申込書

### 1 事業所の概要

法人名			
事業所名		電話番号	
事業所住所	〒(    -    )	FAX番号	
		E-mail	
この申込みに関する 事業所連絡担当者氏名			

### 2 受講希望者(介護職員等)

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日
事業所における優先順位 (同一事業所で複数の方が受講 希望される場合は番号を記入)			
受講希望者自宅住所	〒(    -    )		
受講希望者の事業所での役職			
受講希望者の主な資格			
受講希望日程(希望に○印)	第1回                  ・                  第2回		
受講希望者の介護に関する 主な職歴 (※介護職の年数等を記載)			

### 3 対象利用者名及び特定行為の種類

利用者名		性別	男 ・ 女
特定行為	たん吸引 ( 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ) 経管栄養 ( 胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻経管栄養 )		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。

### 4 実地研修指導予定者(看護師)

指導者名		性別	男 ・ 女
指導者資格	有                  ・                  無 ※指導者資格を未取得の場合は、別途指導者講習会の受講申込が必要となります。		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。(※申込者多数の場合対象利用者欄空欄の方は受講できない場合もあります。)

上記のとおり申し込みます。

令和6年 月 日

受講希望者氏名

印

上記の者を受講者として推薦します。 法 人 名

印

事業所名

所属長氏名