

平成30年度第3回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (不特定多数の者対象)【実地研修のみ】実施要項

1 研修の概要

(1) 目的

社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、平成24年度から、介護職員等によるたんの吸引及び経管栄養（以下「たんの吸引等」という。）が制度化されたことに伴い、介護職員等がたんの吸引等を行うには、所定の研修を修了する必要があります。

特に、介護福祉士養成課程（養成施設、実務者研修、福祉系高校等）において医療的ケア（講義及び演習）を修了した方（「医療的ケア（講義及び演習）」を修了した介護福祉士を含む）がたんの吸引等を行うためには、「実地研修」を修了する必要があります。

このため、東京都では、介護保険施設や障害者施設等において介護職員等がたんの吸引等を適切に行えるよう、介護職員等を対象にたんの吸引等研修（不特定多数の者対象）の「実地研修のみ」を対象に実施します。

研修の対象は、主に介護福祉士養成課程（養成施設、実務者研修、福祉系高校等）において医療的ケア（講義及び演習）を修了し「実地研修が未修了な方」で、自施設又は法人内他事業所で実地研修の実施を希望する場となります。

また、第2号研修修了者の方が、「未修了の行為」の追加を希望する場合も対象となります。

なお、平成30年度から、在宅系サービス施設・事業所に所属し、既に「医療的ケア（講義及び演習）」を修了している方も所要の要件を満たした場合、「不特定多数の者対象研修の実地研修」を自施設又は法人内他事業所、居宅等で実施することが可能となりました。

(2) 実施主体及び研修実施機関

- ・実施主体：東京都福祉保健局（以下「都」という。）
- ・研修実施機関：公益財団法人東京都福祉保健財団（以下「財団」という。）が都より委託を受けて実施します。

(3) 研修対象とするたんの吸引等

表1に示すたんの吸引等の行為に対する実地研修を研修対象とします。

下記の5行為全てを修了した場合は「第1号研修」を、1行為以上4行為以下を修了した場合、修了した「特定行為」に基づく「第2号研修」を修了したこととなります。

表1 たんの吸引等の行為及び実地研修対象

特定行為（たんの吸引等の行為）		実地研修
たんの吸引	口腔内の喀痰吸引（通常手順のみ）	○
	鼻腔内の喀痰吸引（通常手順のみ）	○
	気管カニューレ内部の喀痰吸引 （通常手順・人工呼吸器装着者を除く）	○
経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 （滴下及び半固形）	○
	経鼻経管栄養	○

※○：施設・事業所の実施方針、利用者の状況等を勘案し、選択して実施する研修科目（1行為以上の実施・修了が必要）

(4) 研修対象者

以下のア～キに示す条件を満たす方が研修対象となります。

ア 東京都内に所在する施設・事業所のうち、表2に示す対象施設・事業所に所属し、たんの吸引等を行う必要がある介護職員等で、事業所長・施設長等が本研修の受講者として推薦する者。(個人による申込はできません。)

イ 必要とされる基本研修(講義及び演習)が全て修了している者。(修了証明書等のコピー等の提出が可能な者)

※詳細は、7ページ「2 申込及び受講要件(2) 受講対象者」を参照。

ウ 施設配置医又はご利用者のかかりつけ医等から、ご利用者に対してたんの吸引等を行うことを承認された(又は承認をうけることができる)介護職員であること。また、「医師の指示書」等の書面により必要な医療的ケアの適切な指示を受けることが可能なこと。

エ 実地研修に協力可能なご利用者が一定以上確保することが可能であるとともに、ご利用者本人又は家族による「実地研修同意書兼誓約書」に署名等ができること。(施設職員等第三者による署名は原則認めない。)

オ 実地研修を、原則自施設又は法人内他事業所において実施可能なこと。

実地研修に係る必要要件を満たす場合(利用者の同意、指導看護師の確保等)は、利用者の居宅等で実地研修を行うことは可能。

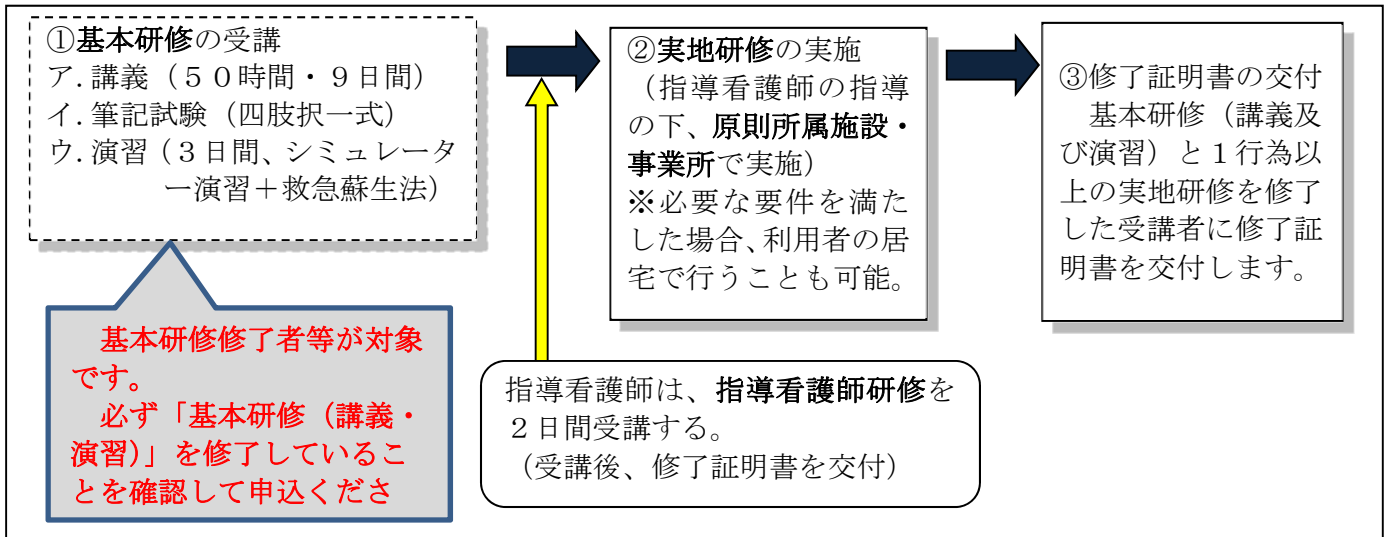
表2 「不特定多数の者対象研修」対象施設・事業所種別【実地研修のみ】

利用者区分	事業所形態	事業所種別
高齢者分野	①施設	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・特定施設入居者生活介護事業所 ・認知症対応型共同生活介護事業所 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
	②在宅系サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護事業所 ・訪問介護事業所 ・通所介護事業所 ・夜間対応型訪問介護事業所 ・訪問入浴介護事業所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 ・認知症対応型通所介護事業所 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・地域密着型通所介護 等
障害者分野	①施設	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者支援施設 ・障害福祉サービス事業所 ・障害児施設(医療機関を除く)
	②在宅系サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護事業所 ・重度訪問介護事業所 等

(注) 病院等の医療機関に所属している介護職員等は、本研修の対象とはなりません。

(5) 研修受講の流れ

研修受講の基本的な流れは、以下のとおりです。



(6) 指導看護師研修の受講

実地研修場所において、受講者を指導・評価する指導看護師（所定の「指導看護師研修」修了者）を1人以上確保・配置することが必要となります。

指導看護師が不在又は不足している施設においては、下記の日程で指導看護師予定者（指導看護師研修未受講者）を対象に、2日間の「指導看護師研修会」を開催します。

また、研修修了者には、後日「指導者講習修了証明書」を交付します。

指導看護師研修会の詳細については、受講決定された介護職員等が所属する施設・事業所宛に、別途通知します。

受講決定された介護職員が所属する施設・事業所の「指導看護師研修受講希望者」は、原則全員受講決定される予定です。（日程は下記のとおりとなりますので、申込みに際して受講の予定・日程調整をお願いいたします。）

指導看護師研修予定日：平成30年11月28日（水）、29日（木）2日間開催予定

<指導看護師の要件>

指導看護師は、医師、保健師、助産師又は正看護師（准看護師は不可）の資格とともに、臨床等での実務経験を3年以上有し、以下の「該当する指導者講習①～④」のいずれかの研修を受講・修了していることが必要となります。

【該当する指導者講習】

- ①平成23年度及び24年度に厚生労働省が実施した「指導者講習」（国研修）を修了した者
- ②平成23年度から29年度にかけて東京都（財団主催）が実施した指導者講習の「伝達研修（指導看護師研修）」を修了した者（他県主催の指導看護師研修（第1号、第2号）を含む。）
- ③平成30年度に東京都（財団主催）が開催する「指導看護師研修」（伝達研修・2日間）を受講し、修了する者
- ④「実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会の実施について」（平成23年10月28日社援発1028第3号厚生労働省社会・援護局長通知）に定める「医療的ケア教員講習会」を修了した者

なお、以下の研修修了者は、「不特定多数の者対象」の実地研修における指導看護師には該当しないため、改めて上記「③又は④」の指導者講習を受講・修了する必要があります。

【該当しない指導者講習】（再度、指導看護師研修の受講・修了が必須）

- ①平成23年度に実施した「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「指導看護師研修（施設内14時間研修に対応）」修了者
- ②「特定の者対象のたんの吸引研修（第3号研修）」における「指導看護師（DVDの視聴及びアンケート提出による）」修了者。（東京都及び他県の登録研修機関を含む）
- ③公益財団法人日本訪問看護財団が主催する「在宅での喀痰吸引・経管栄養管理 第3号研修における実地指導者の養成セミナー」の修了者

(7) 実地研修の実施

下記の要件及び11ページ「◆実地研修の留意事項(必要要件について) 別添資料・実地研修のみ」を満たしたうえで、実地研修場所において表3に示す行為の種類ごとに所定の回数以上を実施します。

「実地研修評価基準」で示す手順通りに実施でき、下記(a)、(b)のいずれも満たす場合において、実地研修の修了となり、「修了証明書」交付の対象となります。

(a)当該ケアにおいて最終的な累積成功率が70%以上であること。

(b)当該ケアにおいて最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと。

<実地研修場所の要件>

ア 原則として、受講者の所属施設・事業所(法人内他事業所を含む)を実地研修場所とすること。在宅系サービス事業所においては、指導看護師の確保、利用者の同意等により利用者の居宅等を実地研修場所とすることが可能。

イ やむを得ず所属事業所以外(同法人内他事業所に限る)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の承諾及び実地研修実施時において実地研修に協力する利用者の同意を得ること(協力者全員の「実地研修同意書兼誓約書」【別途指定様式】の写し(コピー)を実地研修修了時に提出することが必要)。

※病院等の医療機関は、実地研修場所として認められない。(ただし、介護療養病床を除く。)

<実地研修期間>

実地研修は、受講決定後、「実地研修開始に関する通知」を別途送付しますので、必ず通知に記載された指定期間内で、各実地研修場所において研修日時を決めて実施してください。

指定された実地研修期間外(期間前を含む)に、実地研修を行うことはできません。
指定された期間外で実地研修を行った場合は、「無効」となることがあります。

なお、特段の理由により予定の期間内に実地研修が修了できない場合は、実地研修終了期限までに「実地研修期間延長申請書」(別途送付予定)を申請・提出し、東京都の承認を得た場合のみ、1回に限り実地研修期間を延長することができます。(実地研修開始日から起算して概ね最長6か月以内、再度の延長はできません。)

実地研修期間において、表3に示す5行為全てを修了した場合は「第1号研修」を、1行為以上4行為以下を修了した場合、修了した「特定行為」に基づく「第2号研修」を修了したこととなります。

<訪問看護事業者(所)との連携による実地研修の実施について>

在宅系サービス施設・事業所において実地研修を行う場合、訪問介護事業所等が利用者の居宅において「利用者の同意」を得た上で、連携する別法人の「訪問看護事業所」に所属する訪問看護師による実地研修の指導・評価を受けることは可能となります。

その場合、訪問看護師は、「不特定多数の者対象」の指導看護師研修を受講・修了し、「指導看護師」となることが必要となります。(3ページに示す「(6)指導看護師研修の受講」参照。)

訪問看護事業所と連携して利用者の居宅で実地研修を行う場合は、必ず「指導看護師の派遣承諾書(不特定多数の者対象)様式5」の作成・提出(両事業者による書面の取り交わし)が必要となります。

また、施設系の認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)等においても「医療連携体制加算」等に基づき訪問介護事業所(別法人他事業所)との医療連携体制が整備・確保されている場合は、実地研修の指導看護師として指導・評価を受けることは可能となります。

なお、訪問看護事業所所属の指導看護師により、「不特定多数の者対象」の実地研修を行った場合、「特定の者対象」の実地研修の際に「訪問看護事業所」に支払われている「評価票作成に対する謝金」の支払は一切ありませんのでご注意ください。

表3 実地研修における各行為の実施回数

行為の種類		実施回数
たんの吸引 ¹⁾	口腔内の喀痰吸引（通常手順）	10回以上
	鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）	20回以上
	気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）	20回以上
経管栄養 ²⁾	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

注1)「たんの吸引」に関しては、いずれも「通常手順」のみに限定し、非侵襲的人工呼吸器装着者(NPPV)及び侵襲的人工呼吸器装着者(TPPV)に対する実地研修は対象外となります。

非侵襲的・侵襲的人工呼吸器装着者に対する「たんの吸引」が必要な場合は、「特定の者研修（第3号研修）」を個別に受講する必要があります。

2)「胃ろう又は腸ろうにおける経管栄養」に使用する栄養剤について、近年では医療機関のみならず介護施設・事業所においても、「半固形タイプ」の栄養剤の使用が普及してきています。

それに伴い、将来的な半固形栄養剤の使用に対応できるよう、平成29年度より、可能な限り「滴下*及び半固形*の両方」の手技を実施していただくことになりました。（東京都事業所管課の指導に基づく）

今後、半固形のみ利用者が入所されている施設・事業所においては、医師に相談のうえ、利用者の同意のもと水分補給等の形で滴下による手技を適宜実施するなどしてください。その際には、必ず「医師の指示」を指示書に記載していただくよう依頼してください。

実地研修の評価票提出時には、摘要欄に「水分補給」等の記載を行ってください。（詳細については、「実地研修開始時」にお知らせします。）

なお、現在及び将来的にも「滴下のみ」を施設方針とする施設・事業所においては、そのまま「滴下」のみの実地研修を行ってください。

半固形栄養剤を使用して「経鼻経管栄養」の研修を実施することはできません。（本制度対象外。）

※胃ろう又は腸ろうにおける経管栄養の滴下と半固形の区別について

本研修における「滴下による経管栄養法」とは、イリゲータ（栄養ボトル）、パック式栄養剤等と栄養点滴チューブを用いて高低差による自然滴下（クレンメによる滴下管理）により実施する方法とします。

「半固形による経管栄養法」とは、市販等の半固形化栄養剤を、手（スクイーズ等）又はカテーテルチップ型シリンジ、加圧バッグ等を用いて、適切な速度で注入する方法とします。

(8) 修了証明書の交付等

実地研修の修了後、修了した特定行為に対して研修修了証明書を交付します。

(9) 認定特定行為従事者の認定と登録特定行為事業者の登録について

本研修をすべて修了した介護職員等が、不特定の者に対してたんの吸引等を実施するためには、「研修修了証明書」に基づき都から「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「登録特定行為事業者」として登録をする必要があります。

申請に関する手続きについては、当財団ホームページまたは東京都福祉保健局高齢社会対策部、障害者施策推進部のホームページをご確認ください。

2 受講申込

(1) 申込要件（以下の要件をすべて満たす必要があります。）

- ア 受講者がすでに研修の基本課程（講義及び演習）を修了し、下記（2）の修了者に該当していること。
- イ 実地研修において、11ページ「◆実地研修の留意事項(必要要件について) 別添資料・実地研修のみ」に示す要件を満たすこと。

(2) 受講対象者

ア 介護福祉士養成課程（養成施設、実務者研修、福祉系高校等）修了者

介護福祉士養成課程において医療的ケアの講義及び演習を修了し、「実地研修」が未修了の方

《受講要件》

(ア)以下のいずれかの修了を証明する「修了証明書」等が提出可能なこと。

- ①介護福祉士養成課程における実務者研修の全課程（医療的ケアの講義・演習を含む）を申込日までに全て修了し、「実務者研修修了証明書」を交付されていること。（修了見込は不可）
- ②養成施設指定規則に規定する別表第4備考2に規定する医療的ケアの基本研修（講義及び演習）を修了し、指定施設・学校から「基本研修修了証明書」を交付されていること。
平成29年3月以降に養成施設・学校等を卒業した者は、「卒業証書」を交付されていること。（成績証明書等により「医療的ケア」の履修・修了を確認させていただく場合があります。）

(イ)本要領2ページ「(4) 研修対象者」の表2示す「対象施設・事業所」に所属し、施設長等が本研修の受講者として推薦すること。

(ウ)所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）内又はご利用者の居宅において、実地研修が可能なこと。

イ 第2号研修修了者

すでに第2号研修を修了した方が、既修了の特定行為以外の行為を追加したい場合。

（基本研修（講義・演習）及び修了した特定行為の実地研修は免除されます。）

《受講要件》

(ア)「第2号研修 修了証明書」を交付されていること。

(イ)実施要項 2ページ「(4) 研修対象者」の表2示す「対象施設・事業所」に所属し、施設長等が本研修の受講者として推薦すること。

(ウ)所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）内において、実地研修が可能なこと。

ウ 研修修了課程確認書交付対象者

都主催（財団実施）の不特定多数の者対象研修を過去に受講し、「研修修了課程確認書（不特定多数の者対象）」を交付されており、実地研修の実施を希望する方。

《受講要件》

(ア)過年度において「研修修了課程確認書（不特定多数の者対象）」を交付されていること。

(イ)実施要項 2ページ「(4) 研修対象者」の表2示す「対象施設・事業所」に所属し、施設長等が本研修の受講者として推薦すること。

(ウ)所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）内において、実地研修が可能なこと。

(3) 受講申込者数

ア 研修受講者（介護職員等）

人数制限等は設けませんが、実地研修期間内で実地研修が修了可能な人数で申込ください。

イ 指導看護師研修受講者（看護師等）

1事業所（施設）2名以内でお願いします。

なお、指導看護師（指導看護師研修）のみの申込を行うことはできません。

(4) 申込提出書類等

9 ページに示す、受講申込・提出書類一覧【**実地研修のみ**】を必ず確認のうえ、書類の作成・提出を行ってください。

ア 受講申込書（様式 1 - 3、様式 1 - 4）

表 2 の事業所形態が「①施設系」の施設・事業所に該当する場合、「様式 1 - 3」を作成・提出してください。

「②在宅系サービス」の施設・事業所に該当する場合、「様式 1 - 4」を作成・提出してください。

イ 受講者推薦・申込書（様式 2 - 2）

「様式 2 - 2」に記載のうえ、必ず、免除対象となる「証明書（実務者研修修了証明書等）」の写し（コピー）を全員分添付してください。

ウ 指導看護師調書（様式 3 - 1、様式 3 - 2）

以下のケース別に「様式 3 - 1」、「様式 3 - 2」を作成・提出してください。

(ア) 指導看護師が不在のため、「指導看護師研修」の受講を希望する場合

「様式 3 - 1」の指導看護師調書【指導看護師研修受講希望者用】を作成してください。

「指導看護師研修」のみの研修申込を行うことはできません。

(イ) すでに指導看護師が在籍等しているため、「指導看護師研修」の受講が必要ない場合

「様式 3 - 2」の指導看護師調書【指導看護師研修修了者用】を作成してください。

実地研修の評価・指導を予定している「指導看護師」全員の記載が必要となります。

本研修において「指導看護師」になれる方は、「指導看護師研修履歴」欄に示す研修を修了した者のみとなります。

「指導看護師研修履歴」欄の 2、3 に該当する方は、必ず「修了証明書」のコピーを添付してください。

記入欄が足りない場合は、コピー等をして作成してください。

(ウ) すでに指導看護師は在籍しているが、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する場合

「様式 3 - 1」及び「様式 3 - 2」の両方を作成・提出してください。

エ 実地研修に係る確認書（様式 4 - 1、様式 4 - 2）

所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）において、実地研修を実施する場合は、必ず提出する必要があります。

表 2 の事業所形態が「①施設系」施設・事業所及び「②在宅系サービス」事業所のうち、所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）において実地研修を行う場合は、「様式 4 - 1」を作成・提出してください。

事業所形態が「②在宅系サービス」事業所のうち、ご利用者本人の居宅において実地研修を行う場合は、「様式 4 - 2」を作成・提出してください。

所属事施設・事業所及び同法人内他事業所等の複数箇所を実地研修を行う場合は、全ての施設分を作成・提出してください。

オ 承諾書（様式 5）※訪問看護事業所と連携して利用者の居宅で実施する場合のみ提出

訪問介護事業所等が利用者の居宅等において「利用者の同意」を得た上で、連携する「訪問看護事業所」に所属する訪問看護師による実地研修の指導・評価を受ける場合は、必ず作成・提出してください。

その場合、訪問看護師は、「不特定多数の者対象」の指導看護師研修を受講・修了し、「指導看護師」となることが必要となります。（3 ページに示す「(6) 指導看護師研修の受講」参照）

訪問看護事業所と連携して利用者の居宅で実地研修を行う場合は、両事業者による「承諾書」の取り交わしを行ったうえ、必ず「原本」を提出してください。

なお、在宅系サービス施設・事業所が自施設又は法人内他事業所に所属する「指導看護師」の指導・評価により実地研修を行う場合は、作成・提出する必要はありません。

カ 返信用封筒（定型外郵便封筒 角形2号：A4サイズの内紙を折らずに入る大きさ）

返信用封筒には、送付・宛先（郵便番号、事業所所在地、事業所名、担当者名）を必ず記載の上、宛先の下に「**研修申込結果通知用**」と朱書してください。

必ず角形2号【A4サイズの内紙を折らずに入る大きさ】の封筒を使用してください。それ以外のサイズの封筒を同封した場合、再提出をお願いする場合があります。

※切手の貼付は一切不要です。

(5) 提出期限

平成30年11月20日（火）必着【郵送又は持参】

(6) 送付先（提出先）

上記(4)アからカに示す書類等を郵送にて下記提出先に御提出ください（封筒の左端に「不特定多数の者研修申込（実地研修のみ）」と朱書してください。）。なお、FAXやメール等による提出は受け付けておりません。

○送付先（提出先）

〒163-0718

東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 小田急第一生命ビル 19階N

公益財団法人東京都福祉保健財団

人材養成部 福祉人材養成室（たんの吸引担当）

3 受講者の決定について

平成30年11月下旬頃に、財団から各事業所宛に受講の可否について通知を発送する予定です。

4 個人情報の取扱い

申込書に記載された個人情報については、適正な管理を行い、本研修の運営並びに認定特定行為業務従事者の認定及び登録特定行為事業者の登録以外の目的に利用することはありません。

5 お問合せ

お問合せは、原則として財団ホームページに掲載されている**質問票**を用いて、下記宛にFAXでお願いいたします。

本研修の担当及び連絡先は下記のとおりです。

公益財団法人 東京都福祉保健財団

人材養成部 福祉人材養成室（たんの吸引担当）

（電話）03-3344-8629

（FAX）03-3344-8593

受講申込・提出書類一覧【実地研修のみ】

研修区分	提出区分	提出書類名		枚数	備考		
		様式	書類名称				
介護福祉士養成課程(養成施設、実務者研修、福祉系高校等)で医療的ケア(講義及び演習)を修了した者 【施設系及び在宅系サービス施設・事業所】	必須	①	様式 1-3	受講申込書 【施設系事業所用】	1枚	◆実地研修協力利用者の同意・協力の下、 実地研修を行う「特定行為」を1行為以上決定してください。 ◆表2の事業所形態が「①施設系」の施設・事業所に該当する場合、「様式1-3」を作成・提出してください。	
			様式 1-4	受講申込書 【在宅系サービス事業所用】	1枚	◆実地研修協力利用者の同意・協力の下、 実地研修を行う「特定行為」を1行為以上決定してください。 ◆表2の事業所形態が「②在宅系サービス」の施設・事業所に該当する場合、「様式1-4」を作成・提出してください。	
		②	様式 2-2	受講者推薦・申込書 【基本研修免除対象者用】	1枚	◆受講申込人数には、制限を設けませんが、期間内で実地研修が修了可能な人数で申込ください。 ◆受講者本人に名前【漢字】・ふりがな及び生年月日を再度確認のうえ、記載してください。 ◆ 申込者(基本研修免除対象者)全員の「基本研修修了証明書」等のコピーを添付してください。	
	選択	(1) 指導看護師が不在のため「指導看護師研修」の受講を希望する場合	③	様式 3-1	指導看護師調書 【指導看護師研修受講希望者用】	1枚	◆医師、保健師、助産師又は正看護師の資格とともに、臨床等での実務経験を3年以上有すること。(准看護師は不可) ◆申込は2名以内となります。
				様式 3-2	指導看護師調書 【指導看護師研修修了者用】	必要枚数	◆実地研修の評価・指導を予定している「指導看護師」全員の記載が必要となります。 ◆本研修において「指導看護師」に該当する方は、「指導看護師研修履歴」欄に示す研修を修了した者のみとなります。 ◆ 「指導看護師研修履歴」欄の2、3に該当する方は、必ず「修了証明書」のコピーを添付してください。
				様式 3-1	指導看護師調書 【指導看護師研修受講希望者用】	1枚	様式3-1及び3-2の両方を作成・提出してください。
				様式 3-2	指導看護師調書 【指導看護師研修修了者用】	必要枚数	
	必須		④	様式 4-1	実地研修に係る確認書 【施設系実施用】	必要枚数	◆実地研修を行う場合、施設内の体制等を確認のうえ、必ず作成・提出してください。 ◆ 自施設及び法人内他事業所で実地研修を予定する場合、両方の施設で作成・提出する必要があります。
				様式 4-2	実地研修に係る確認書 【利用者居宅系実施用】		◆実地研修を利用者の居宅等を行う場合、施設・事業所の体制等を確認のうえ、必ず作成・提出してください。
			⑤	返信用封筒 【定型外郵便封筒 角形2号：A4サイズの用紙を折らずに入る大きさ】	1通	◆返信用封筒には、送付・宛先(郵便番号、事業所所在地、事業所名、担当者名)を必ず記載の上、宛先の下に「研修申込結果通知用」と朱書してください。 ◆ 切手の貼付は不要です。	
	別法人等の訪問看護事業所と連携して利用者の居宅等で実地研修を行う場合【必須】	⑥	様式 5	指導看護師派遣「承諾書」	必要枚数	◆訪問介護事業所等が利用者の居宅において「利用者の同意」を得た上で、連携する「訪問看護事業所」に所属する訪問看護師による実地研修の指導・評価を受ける場合は、必ず作成・提出してください。 ◆なお、在宅系サービス施設・事業所が自施設又は法人内他事業所に所属する「指導看護師」の指導・評価により実地研修を行う場合は、作成・提出する必要はありません。	
第2号研修修了者【既修了の特定行為以外の行為を追加する場合】 過年度研修修了課程確認書交付対象者	必須	①	様式 1-3	受講申込書 【基本研修免除対象者用】	1枚	◆自施設又は法人内他事業所に入所されている利用者の同意・協力の下、実地研修を行う追加の特定行為を決定してください。 ◆1行為でも実施可能となります。	
			②	様式 2-2	受講者推薦・申込書 【基本研修免除対象者用】	1枚	◆受講申込人数には、制限を設けませんが、期間内で実地研修が修了可能な人数で申込ください。 ◆受講者本人に名前【漢字】・ふりがな及び生年月日を再度確認のうえ、記載してください。 ◆ 申込者全員の「第2号研修修了証明書」のコピーを添付してください。
	選択	(1) 指導看護師が不在のため「指導看護師研修」の受講を希望する場合	③	様式 3-1	指導看護師調書 【指導看護師研修受講希望者用】	1枚	◆医師、保健師、助産師又は正看護師の資格とともに、臨床等での実務経験を3年以上有すること。(准看護師は不可) ◆申込は2名以内となります。
				様式 3-2	指導看護師調書 【指導看護師研修修了者用】	必要枚数	◆実地研修の評価・指導を予定している「指導看護師」全員の記載が必要となります。 ◆本研修において「指導看護師」に該当する方は、「指導看護師研修履歴」欄に示す研修を修了した者のみとなります。 ◆ 「指導看護師研修履歴」欄の2、3に該当する方は、必ず「修了証明書」のコピーを添付してください。
				様式 3-1	指導看護師調書 【指導看護師研修受講希望者用】	1枚	様式3-1及び3-2の両方を作成・提出してください。
				様式 3-2	指導看護師調書 【指導看護師研修修了者用】	必要枚数	
	必須		④	様式 4-1	実地研修に係る確認書 【施設系実施用】	必要枚数	◆実地研修を行う場合、施設内の体制等を確認のうえ、必ず作成・提出してください。 ◆ 自施設及び法人内他事業所で実地研修を予定する場合、両方の施設で作成・提出する必要があります。
				⑤	返信用封筒 【定型外郵便封筒 角形2号：A4サイズの用紙を折らずに入る大きさ】		1通

※「必ず研修申込前に精読・確認をしてください。」

◆実地研修の留意事項（必要要件について）

実地研修の実施に際しては、以下に示す要件を全て満たすことが必要です。

ア 共通事項

- (ア) 実地研修を予定しているたんの吸引等の利用者が適当数入所又はサービスを利用していること。
- (イ) 実地研修においては、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）のうち、施設の方針、実態【利用者の状況、人数】等を勘案のうえ、必要な行為を1行為以上修了することが可能なこと。
- (ウ) 実地研修において、利用者本人及び家族が実地研修の実施に協力できること。
- (エ) 医療、介護等の関係者による連携体制が確保されること。
- (オ) 実地研修場所において、受講者を指導する指導看護師を1人以上確保・配置することが可能であること。
訪問介護事業所にあつては、必要に応じて訪問看護事業所と連携の上、実地研修の場(利用者の居宅等を含む)において所定の「指導看護師研修」を修了した指導看護師を1名以上確保することが可能なこと。
- (カ) 導看護師は、医師、保健師、助産師又は正看護師（准看護師は不可）の資格とともに、臨床等での実務経験を3年以上有し、実施要領「（6）指導看護師研修の受講」（3ページ）に示す、所定の指導看護師研修を受講・修了していること。
- (キ) 過去5年以内に、東京都から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止（障害者総合支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。）を受けたことがないこと。
- (ク) 施設又は事業所の責任者及び職員が実地研修に協力できること。
- (ケ) 以下のイ又はウの要件を満たしていること。

イ 施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等）において実地研修を実施する場合

介護職員等が施設においてたんの吸引等を実施するうえで、必要であると考えられる条件

- (ア) 利用者の同意に係る要件
実地研修実施時において利用者本人（利用者に同意する能力がない場合には、その家族等）に、たんの吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応、医師との連携等について施設長等が説明を行い、その理解をえた上で、指導看護師の下、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。（協力者全員の「実地研修同意書兼誓約書」（別途指定書類）の写し（コピー）を実地研修修了時に提出することが可能なこと。）
- (イ) 医療関係者による的確な医療管理に係る要件
 - ① 配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師及び介護職員に対し、書面による必要な指示があること。
 - ② 所定の研修を修了した指導看護師の指導の下、介護職員等が実地研修を行うこと。
 - ③ 配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。
- (ウ) たんの吸引等の水準の確保に係る要件
 - ① 実地研修においては、「所定の指導看護師研修(指導者講習)」を修了した指導看護師が介護職員等を指導すること。
 - ② 介護職員等は、必要な基本研修(講義及び演習)を修了し、基本研修の到達目標を達成した者であること。
 - ③ たんの吸引等の行為(実地研修)については、医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。
 - ④ 当該利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。

(エ) 施設における体制整備に係る要件

- ①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、施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。
- ②利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医(別途主治医がいる場合に限る。)、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。
- ③たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。
 - ④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。
- ⑤ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、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。
- ⑥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配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されていること。
- ⑦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。

(オ) 地域における体制整備に係る要件

- ①医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。

ウ 利用者の居宅等において実地研修を実施する場合

訪問介護職員等が利用者の居宅等でたんの吸引等を実施するうえで、必要であると考えられる条件

(ア) 利用者の同意に係る要件

実地研修実施時において利用者本人(利用者に同意する能力がない場合には、その家族等)に、たんの吸引等の実地研修の実施と訪問介護事業者、利用者のかかりつけ医等、訪問看護師等との連携等について訪問介護事業者等が説明を行い、その理解をえた上で、指導看護師の下、訪問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。**(協力者全員の「実地研修同意書兼誓約書」(別途指定書類)の写し(コピー)を実地研修修了時に提出することが可能なこと。)**

(イ) 医療関係者による的確な医療管理に係る要件

- ①利用者のかかりつけ医等から指導看護師及び訪問介護職員に対し、書面による必要な指示があること。
- ②所定の研修を修了した指導看護師の指導の下、訪問介護職員等が実地研修を行うこと。
- ③家族、利用者のかかりつけ医等、指導看護師、保健所の保健師等、家族以外の者等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれの役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実地研修を行うこと。