

## 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（特定の者対象／3号研修）

# F A Q

Q 現在、事業所に所属していません。特定の者対象研修を受講することは可能ですか？

A 東京都の特定の者対象研修は、都内の事業所に所属している方を対象としています。事業所からのお申込みのみで、個人でのお申込みはできません。

Q 現在、たんの吸引が必要なご利用者はいません。将来的に受け入れを検討しています。研修を受講することは可能ですか？

A 実地研修を行う特定の者対象のご利用者がいない場合は受講できません。

Q 介護福祉士養成課程（養成施設、実務者研修、福祉系高校等）修了者ですが、3号研修（特定の者）は基本研修免除になりますか。

A 3号研修（特定の者）の基本研修免除とはなりません。基本研修から受講となります。

Q 介護福祉士の国家試験に合格しました。3号研修（特定の者）の基本研修は免除となりますか。

A 3号研修（特定の者）の基本研修免除とはなりません。基本研修から受講となります。

Q 正看護師の資格を持ちながら介護職員として働いているのですが、基本研修および実地研修を受講する必要はありますか。

A 基本研修および実地研修の受講の必要はありません。ただし、**事業者登録（または変更・追加）は必要**となります。

Q 特定の者対象研修を実地研修まで修了しており、修了証明書「受講生Aさん、ご利用者B様、ご利用者B様の特定行為（口腔内の喀痰吸引）」を持っています。このたび新たなご利用者C様の口腔内の喀痰吸引が必要になりましたが、研修を申込み必要はありますか？

A 3号研修は「受講生Aさん－ご利用者B様－ご利用者の特定行為（口腔内の喀痰吸引）」が組として、修了証明書の交付まで行われます。今回は新しいご利用者C様によって新しい組となりますので、研修のお申込みを行い、受講してください。

Q 基本研修免除のための修了証明書はどのようなものですか。

A 修了証明書（確認書）の基本研修欄に「概論、たんの吸引、経管栄養」と表記されているものです。また、重度訪問介護従事者養成研修（統合課程）修了証明書も該当します。

Q 経過措置対象者で、認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）を持っているのですが？

A 「（経過措置・特定の者対象）」と記載のある従事者認定証をお持ちの方は、「概論+たんの吸引」の基本研修が免除となります。また、平成23年度以降で経管栄養のみを受講している方は、その修了証明書も合わせて提出いただくと基本研修の全てが免除となります。

（例）「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）」＋

「平成23年度 経管栄養のみのコース 修了証明書」 ⇒ 「概論、たんの吸引、経管栄養」免除

**Q 基本研修免除のための関係書類を教えてください。**

A 別紙に一部見本を掲載しています。ご確認ください。

**Q 財団以外に3号研修を開催しているところがありますか？**

A 東京都福祉保健局のホームページに「登録研修機関」が掲載されていますのでご確認ください。

⇒ <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/jigyo/tankyuin/kenshukikan.html>

**別紙**

**基本研修免除のための関係書類見本**

★「基本研修」+「実地研修」

第00-00-0000号

修了証明書

氏名	〇〇 〇〇
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日

あなたは、東京都の委託を受けて公益財団法人東京都福祉保健財団が開催した、平成\*\*年度第0回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（特定の者対象）において、下記のとおり研修を修了したことを証します。

基本研修 概論、たんの吸引、経管栄養  
 実地研修 下記利用者を実施した、下記の特定行為

「概論、たんの吸引、経管栄養」受講免除

対象者氏名	特定行為	
△△ △△	気管カニューレ内部の喀痰吸引 経鼻経管栄養	平成26年*月*日
▲ ▲▲	口腔内の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成26年*月*日

平成\*\*年\*月\*日

公益財団法人 東京都福祉保健財団

理事長 □□ □□

財団法人  
 東京都福祉  
 保健財団  
 理事長印

第00-00-00000号

〇〇 〇〇 殿

## 研修課程修了確認書（特定の者対象）

東京都からの受託に基づき、公益財団法人東京都福祉保健財団において実施した、平成\*\*年度第\*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（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年2月15日厚生省令第49号）附則第四条、附則第十三条に定めのある第三号研修に相当）における、以下の研修課程を修了したことを確認する。

平成\*\*年\*月\*日

公益財団法人東京都福祉保健財団

理事長 □ □ □ □

財団法人  
東京都福祉  
保健財団  
理事長印

記

1 受講者氏名 〇〇 〇〇

2 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

3 受講番号 00000

「概論、たんの吸引、経管栄養」受講免除

4 修了研修課程 基本研修課程（概論、たんの吸引、経管栄養）

5 その他

(1) 実地研修課程は未修了である。

(2) 認定特定行為業務従事者の認定申請には、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第四条、附則第十三条に定めのある、実地研修課程の修了を確認する書類を添付する必要がある。

0000-00-0000

# 修了証明書

修了者氏名 ○○ ○○

生年月日 昭和○○年 ○月 ○日生

指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働省大臣が定めるもの  
(平成18年9月29日厚生労働省告示第538号)に規定する研修の  
重度訪問介護従業者養成研修統合課程を修了したことを証明する。

「概論、たんの吸引、経管栄養」受講免除

修了年月日 平成\*年\*月\*日

□□□□□□□株式会社

代表取締役 □□ □□

代表者  
の印

東京都たんの吸引等認定特定行為業務従事者認定証  
(経過措置・特定の者対象)

「概論、たんの吸引」受講免除  
※経管栄養の受講は必要

氏 名 ○ ○ ○ ○  
生 年 月 日 昭和 ○○年 ○月 ○日

上記の者は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律  
(平成23年法律第72号) 附則第14条に定める認定特定行為業務従事者(経過措置  
対象者)であることを証明する。

ただし、裏面の登録番号毎に記載された、対象者に対する特定行為種別に限る。

平成24年4月1日

東京都知事 □ □ □ □

東京都  
知事印

(注意)

- (1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- (2) この認定証を著しく汚損し、又は失ったときは、遅滞なく再交付申請書を、著しく汚損した場合にあってはこの認定証を添えて、都知事へ提出しなければならない。

★経過措置・特定の者対象の従事者認定証（裏面）

1	登録番号	000000000-0	特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日	平成**年**月**日	<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名	△△ △△	<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養

2	登録番号		特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日		<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名		<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養

裏面も一緒にご提出下さい。

3	登録番号		特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日		<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名		<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養

4	登録番号		特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日		<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名		<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養

5	登録番号		特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日		<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名		<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養

6	登録番号		特定行為種別（○をつけたもの）	
	登録年月日		<input type="radio"/>	口腔内の喀痰吸引
			<input type="radio"/>	鼻腔内の喀痰吸引
対象者氏名		<input type="radio"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
			<input type="radio"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
				経鼻経管栄養



第23-1-00000号

修了証明書

氏名	〇〇 〇〇
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日

あなたは、東京都の委託を受けて財団法人東京都福祉保健財団が開催した、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において、下記のとおり研修を修了したことを証します。

「概論、経管栄養」受講免除

基本研修 経管栄養のみコース

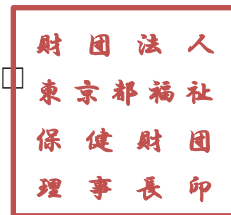
実地研修 下記利用者を実施した、下記の特定行為

対象者氏名	特定行為
△△ △△	胃ろう・腸ろう

平成\*\*年\*\*月\*\*日

財団法人 東京都福祉保健財団

理事長 □□ □□



## ★経管栄養のみのコース（平成23年度）「基本研修のみ」

第00-0-0000号

基本研修修了証明書

氏名 ○○ ○○

生年月日 昭和○年○月○日

あなたは、東京都の委託を受けて財団法人東京都福祉保健財団が開催した、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において、**基本研修（経管栄養のみコース）**を修了したことを証します。

「概論、経管栄養」受講免除

平成\*\*年\*\*月\*\*日

財団法人 東京都福祉保健財団

理事長 □□ □□

財団法人  
東京都福祉  
保健財団  
理事長印



第00-00-0000号

〇〇 〇〇 殿

## 基本研修課程修了確認書（特定の者対象）

東京都からの受託に基づき、公益財団法人東京都福祉保健財団において実施した、平成\*\*年度第0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（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年2月15日厚生省令第49号）附則第四条、附則第十三条に定めのある第三号研修に相当）における、以下の研修課程を修了したことを確認する。

平成\*\*年\*月\*日

公益財団法人東京都福祉保健財団

理事長 □ □ □ □

財団法人  
東京都福祉  
保健財団  
理事長印

記

1 受講者氏名 〇〇 〇〇

2 生年月日 昭和\*\*年\*月\*日

3 受講番号 0000

4 修了研修課程 基本研修課程（概論、たんの吸引、経管栄養）

「概論、たんの吸引、経管栄養」受講免除

5 その他

(1) 上記4を除く研修課程は未修了である。

(2) 認定特定行為業務従事者の認定申請には、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第四条、附則第十三条に定めのある、実地研修課程の修了を確認する書類を添付する必要がある。