

# 令和6年度第1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)【基本研修免除】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。

### (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：(公財) 東京都福祉保健財団（以下「財団」という。）が都より受託実施

### (3) 研修対象者

以下のア～ウ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1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。

※1 個人での申し込みはできません。

※2 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。

イ 下記①～③のいずれかに該当し、修了証明書等のコピーの提出が可能な者

①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の講義及び演習を修了し、「実地研修」が未修了の者

②すでに第2号研修を修了しており、既修了の特定行為以外の行為の追加を希望する者

③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）」を交付されている方

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）者。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者。

表1 「不特定多数の者対象研修」対象施設・事業所種別【基本研修免除】

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

(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。

#### (4) 研修内容

##### 実地研修

受講決定後、指定された実地研修期間内に（概ね6か月間）、実地研修場所<sup>※</sup>において、指導看護師の指導の下で、表2に示す行為の種類ごとに所定の回数以上を実施します。

「5行為全て」を修了した場合は「第1号研修」を、各行為のうちいずれか任意の行為を修了した場合は、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2 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 <sup>1)</sup> | 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 <sup>2)</sup>  | 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、「特定の者対象研修(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。ただし、「滴下のみ」の実地研修において、水分補給等の形での実施をすることはできませんのでご注意ください。

また、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(スクイザー等)又はカテ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。

**【実地研修場所について】**

実地研修は、以下の①又は②に示した場所で実施します。そのため、受講申込者が所属する施設・事業者代表者は、実地研修開始日までに、次ページに定める要件をすべて満たしておく(見込を含む)必要があります。

- ① 研修を受講する介護職員等の所属する施設・事業所及び同法人内他事業所  
※病院等の医療機関は不可。(ただし、介護療養型医療病床等施設を除く。)
- ② 利用者の居宅等(指導看護師の確保、利用者の同意等が必要)

## ＜実地研修の要件＞

### (ア) 基本的事項に係る要件

| 要 件  |
|--|
| 1 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。  |
| 2 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。   |
| 3 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。  |
| 4 医療、介護等の関係者による連携体制が確保されること。   |
| 5 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。<br>訪問介護事業者(所)等にあつては、必要に応じて訪問看護事業者(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。           |
| 6 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、実施要領に示す、 <b>所定の「指導看護師研修」を受講・修了</b> していること。  |
| 7 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。  |
| 8 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。  |
| (施設系事業所のみ)   |
| 9 原則として研修を受ける介護職員等の所属施設・事業所を実地研修場所とすること。<br>実地研修場所が「医療機関（病院・診療所）」でないこと。（ただし、介護療養型医療施設を除く）。<br>やむを得ず所属施設・事業所以外（同法人内他事業所等）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・代表者の承諾を得ること。 |

### (イ) 利用者の同意に係る要件

| 要 件   |
|---|
| 10 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。 <b>（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。）</b> |

### (ウ) 医療関係者による的確な医療管理に係る要件

| 要 件  |
|--|
| 11 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。   |
| 12 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。   |
| 13 訪問介護事業者(所)等にあつては、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。 |
| 14 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。                                 |

(エ) たんの吸引等の水準確保に係る要件

| 要 件   |
|---|
| 15 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。                      |
| 16 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。                           |
| 17 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。             |
| 18 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。 |

(オ) 施設における体制整備に係る要件

| 要 件  |
|--|
| 19 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。  |
| 20 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。<br>訪問介護事業者(所)等にあつては、適切な医学的管理の下で、当該利用者に対して適切な診療や訪問看護の体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、利用者のかかりつけ医等及び指導看護師の指導の下で、家族、利用者のかかりつけ医等及び指導看護師との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を図れる体制の整備がなされていること。 |
| 21 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。   |
| 22 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。   |
| 23 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。  |
| 24 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。   |
| 25 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。   |

(カ) 地域における体制整備に係る要件

| 要 件  |
|--|
| 26 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。 |

## イ 指導看護師研修

実地研修を実施する際には、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。

財団では、たんの吸引等研修（不特定多数の者対象）の申込があった施設・事業所の指導看護師予定者（指導看護師研修未受講者）を対象に、「指導看護師研修会」を開催しています。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。

### <指導看護師の要件>

- 医師、保健師、助産師又は正看護師（准看護師は不可）の資格があること。
- 臨床等での実務経験を3年以上有していること。
- 下記の「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。

#### 【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年度から令和4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令和5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

#### 【該当しない指導者講習】（上記「③又は④」の指導者講習を受講・修了する必要あり）

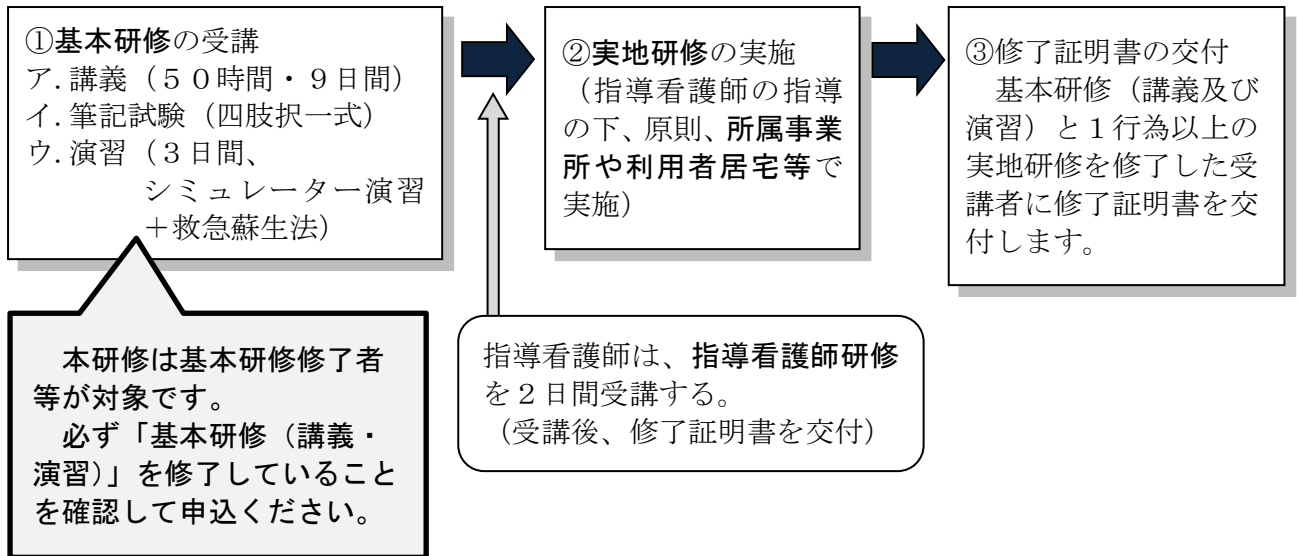
- ①平成23年度に実施した「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修会」に基づく「指導看護師研修（施設内14時間研修に対応）」修了者
- ②「特定の者対象のたんの吸引研修（第3号研修）」における「指導看護師（DVDの視聴及びアンケート提出による）」修了者。（東京都及び他県の登録研修機関を含む）
- ③公益財団法人日本訪問看護財団が主催する「在宅での喀痰吸引・経管栄養管理 第3号研修における実地指導者の養成セミナー」の修了者

## ウ 修了証明書の交付等

本研修の実地研修を修了後、研修修了証明書を交付します。

## エ 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。



## オ その他

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」に基づき都道府県から「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「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 受講者が実地研修を実施できること。
- イ 1 ページに示す「(3) 研修対象者」の条件を満たすこと。
- ウ 4 ページより示す「実地研修の要件」を満たすこと。

### (2) 受講申込者数

- ア 研修受講者（介護職員等）  
期間内で実地研修が修了可能な人数
- 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  
なお、指導看護師研修のみの申込を行うことはできません。

### (3) 申込方法

#### 研修予約システム（Web によるオンライン申込）

※研修予約システムは、下記財団ホームページ内にリンクがあります。  
<https://www.fukushizaidan.jp/107tankyu/futokutei/>

#### ◆基本研修免除対象者の提出（アップロード）が必要な書類について

基本研修免除対象者の申込みにあたっては、下記の表に記載のある書類（1 名につき該当するものいずれか 1 つ）のデータ（PDF、JPEG、PIG データ）をアップロードいただきます。下記表に示す書類のうちいずれか 1 つをあらかじめご準備の上、システムよりお申込みください。

表 3 基本研修免除対象者の提出が必要な書類

|                      |  |
|----------------------|--|
| 1 名につき該当するものいずれか 1 つ | ① 実務者研修修了証明書（修了見込みは不可）                                       |
|                      | ② 指定施設・学校が発行した基本研修修了証明書又は平成 28 年度以降の卒業証書                     |
|                      | ③ 平成 28 年度以降の介護福祉士登録証  |
|                      | ④ 第 2 号研修修了証明書<br>◆すでに 2 号研修を修了しており、既修了の特定の行為以外の行為の追加を希望する方  |
|                      | ⑤ 研修課程修了確認書<br>◆都主催（財団実施）の不特定多数の者対象研修において、基本研修（講義・演習）のみ修了した方 |

### (4) 研修申込締切日

令和 6 年 5 月 7 日（火） 23 時 59 分まで



(5) 申込完了から受講決定まで

ア 申込完了

研修申込情報を入力・送信後、研修予約システムに入力された各事業所・施設のメールアドレス宛（以下、「各事業所・施設のメールアドレス」という。）に財団より**申込完了のメール**が自動送信されます。

新規申込は1事業所につき1回限りです。同一事業所が新規申込を複数回に分けて行った場合、システムでは同一事業所からの申込と認識できません。お手数ですが、申込は担当者が施設内の受講生全員分を取りまとめの上、お申し込みください。また、申込情報の追加・変更がある場合は、必ず自動送信メールに記載された URL から申込内容変更ボタンを押して追加入力をしてください。

イ 受講決定

令和6年6月上旬（予定）に、財団より各事業所・施設のメールアドレス宛に受講決定者の連絡をいたします。

従来の受講決定通知書及び受講票、受講の手引き等の資料につきましては、郵便等による送付は行いません。必ず各事業所・施設宛に送信されている「申込完了のメール」に記載された URL から、各資料（受講決定通知書兼受講票、受講の手引き等）をダウンロードしてください。

なお、受講申込が定員を超過した場合は、受講できないことがありますのでご了承ください。

(6) 参加費用

ア 実地研修

参加費用は必要ありません。

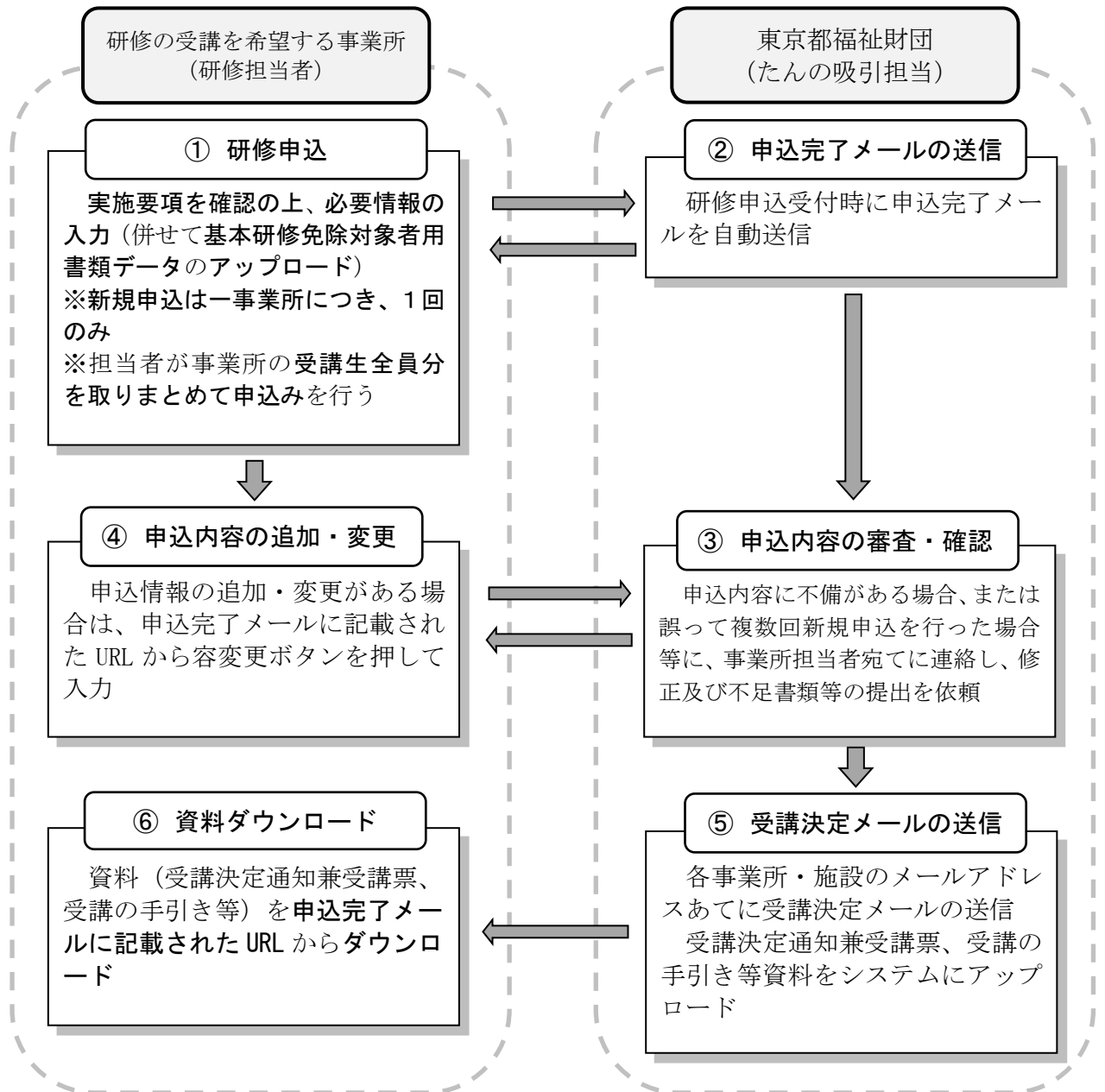
なお、「特定の者対象」の実地研修とは異なり、訪問看護事業所所属の指導看護師に依頼して実地研修を実施した場合は、東京都が訪問看護事業所に対して評価票作成の謝金を負担することは一切ありません。

実地研修における謝金の支払いについては、事前に訪問看護事業所と協議してください。

イ 指導看護師研修会

研修会に係る経費（テキスト代、会場費等）は全て東京都が負担しますが、会場への往復交通費及び昼食代等は自己負担となります。

◆研修申込の流れ



### 3 研修日程

(1) 令和6年度第1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）

|      | 日 程   | 予定会場                                    |
|------|---|---|
| 実地研修 | A日程：令和6年 7月から令和6年12月までの6か月間（予定）<br>B日程：令和6年10月から令和7年 3月までの6か月間（予定）<br>（具体的な日程は別途通知します。） | 研修を受講する介護職員等の所属する施設・事業所（同法人内他事業所・居宅を含む） |

(2) 令和6年度第1回指導看護師研修会

|       | 日 程                            | 予定会場       |
|-------|--------------------------------|------------|
| 講義・演習 | 令和6年9月24日（火）及び令和6年9月25日（水）の2日間 | 受講決定後に別途通知 |

### 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 問合せ先

問合せは、原則として13ページに示す 質問票 を用いて、下記宛に FAX でお願いいたします。

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



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 宛

**FAX番号 03-3344-8593**

※送信票は不要です。質問票をそのままFAXしてください。

## 質問票

※質問1項目につき、質問票1枚を作成してください。

|       |       |
|-------|-------|
| 事業所名  |       |
| 担当者名  |       |
| 電話番号  |       |
| FAX番号 |       |
| 送信年月日 | 年 月 日 |

●**質問内容** ※該当する項目に○をつけてください

- ( ) 不特定多数の者対象の研修について
- ( ) 特定の者対象の研修について
- ( ) 認定特定行為業務従事者の認定、登録特定行為事業者の登録について

---

---

---

---

---

---

---

---