

## 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さんーご利用者B様ー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」又は「基本研修課程：講義 基本研修課程：演習（現場演習を除く）」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 経過措置対象者※ は、実地研修の予定行為によっては、基本研修修了者と同等とみなせる場合がありますので、実地研修をお申込みする場合は、認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）の写しを裏面も含めて提出してください。

※ 経過措置対象者とは、平成24年3月末までに、厚生労働省の通知に基づき、在宅でたんの吸引等を実施し、「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）」が交付されている方です。

**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**

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 下記利用者に実施した、下記の特定行為

| 対象者氏名 | 特定行為                        | 修了日       |
|-------|-----------------------------|-----------|
| △△ △△ | 気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>経鼻経管栄養    | 平成26年*月*日 |
| ▲ ▲▲  | 口腔内の喀痰吸引<br>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

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。

第00-00-0000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、令和\*\*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12月15日厚生省令第49号)附則第4条、附則第13条に定めのある第3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。

令和\*\*年\*\*月\*\*日

公益財団法人東京都福祉保健財団

理事長 ☐ ☐ ☐ ☐

印章省略

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:講義  
基本研修課程:演習(現場演習を除く)

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4条、附則第13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