

令和2年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修開催要項

(既修了者等)

A. 第三号研修の修了証明書の交付を受けている者

B. 第三号研修の基礎研修を受講し筆記試験に合格している者（実地研修は未実施）

1. 目的

平成24年度から介護職員等による喀痰吸引等が制度化されたことを受け、居宅及び障害児者支援施設等において、必要なケアをより安全に提供するため、適切に喀痰吸引等を行うことが出来る介護職員等を養成することを目的とします。

この研修は、在宅等において、特定の者（以下「利用者」という。）に対して、特定のケアを実施できる介護職員を養成することを目的とするものです。

例：Aさんに対して、胃ろうを実施できるようになることを希望する場合。

⇒Aさんに対して胃ろうを行うことに特化した実地研修を行うので、研修終了後、同じ胃ろうであってもAさん以外には実施できません。

[特定のケアの範囲]

ア. 喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）

- ・口腔内・鼻腔内については、咽頭の手前までを限度とします。

イ. 経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）

- ・胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブの挿入状態の確認は、介護職員等を指導する指導看護職員（保健師、助産師、看護師）が行います。

[対象となる利用者]

一回の研修において、利用者2人までの実地研修を行うことができます（ケアの内容が異なっても可）。

2. 実施主体

滋賀県（健康医療福祉部障害福祉課）

3. 実施機関（委託先）

社会福祉法人びわこ学園

4. 受講対象者および受講要件等

1) 受講対象者

受講対象者は、以下の事業所等で介護業務に従事している介護職員、特別支援学校の教員、保育士等（以下「介護職員等」という。）のうち、次の者となります。

A. これまでに喀痰吸引等第三号研修（特定の者対象）を修了し修了証明書の交付を受けており、「同一利用者への新たな特定のケア」や「他の利用者への特定のケア」を実施しようとする者。

B. H31年度研修事業（特定の者対象・第三号研修）の基礎研修を受講し筆記試験に合格しているが、実地研修は未実施の者。

介護保険サービス	①訪問介護事業所
障害福祉サービス	①居宅介護事業所 ②重度訪問介護事業所 ③障害者（児）サービス事業所 ④障害児（者）施設（医療施設を除く）
学校	① 特別支援学校等

2) 受講要件

①受講者（介護職員等）の所属する事業所として、②～⑦の要件をすべて満たすことを条件に参加申込をすること。

②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。（別紙1）

③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、書面による指示がられること（別紙2）。

④実地研修の指導看護職員の協力が得られること。

実地研修の際に指導する看護職員（保健師、助産師、看護師以下、指導看護職員という）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看護職員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うえで、受講申込書に指導看護職員予定者欄もご記入の上、お申し込みください。

*下記の「6. 実地研修の指導看護職員について」をご覧ください。

⑤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（実習）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られること。（別紙3 参考様式）

⑥研修において知り得た個人情報保護を順守すること。

5. 既修了者研修の内容

[研修の流れ] *昨年度まで求めていた基礎演習受講は、今年度は不要です。

① 現場演習

実際に利用者のいる現場において、指導看護職員や経験のある介護職員が行う吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って行う。

② 実施研修

指導看護職員に評価を受ける。

*基本研修講義の受講は必須ではありませんが、ご希望があればご参加いただけます。

[実地研修] 研修場所：利用者の居宅等で実施。

内容	日程	備考
実地研修	第一回目研修： 6週間 第二回目研修： 6週間 第三回目研修： 6週間 各々上記期間内で終了すること。	実地研修開始時までに、 10回を計画 *必要に応じ、回数を増減

[実地研修内容]

口腔内の喀痰吸引	指導看護職員等による評価（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。
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	

実地研修の評価基準を満たした者には、修了証明書を交付します。

6. 実地研修の指導看護職員について

- ①指導看護職員は、原則、すでに喀痰吸引等参考研修の指導を経験された方とします。
- ②受講決定後、実地研修の指導看護職員となっていただく方に、以下のものをお送りします。
 - ア. 評価票（三号研修）
 - イ. 実施研修等予定表
 - ウ. 実施研修等評価票
 - エ. 振り込み依頼（⑤参照）
- ③指導看護師職員の方については、基本研修の講義の受講は必須ではありませんが、ご希望よりご参加いただけます。
- ④各指導看護職員は、所属事業所の業務として実地研修等の指導をしていただくことが必要です。
- ⑤受講する介護職員等とは別の法人に所属する指導看護職員には、看護職員所属事業所に指導費用をお支払いします。
 - ・利用者の居宅等での現場演習指導（実地研修前）1回、実地研修等指導10回程度を想定。交通費含み1回毎に5千円とするが上限は6万円とします。
 - ・申込書「3」に記載されている指導看護職員のみ指導費用の対象となります。複数の指導看護職員が対応した場合でも、指導費用を重ねてお支払いすることはできませんので、ご了承ください。
 - ・同一法人に属する看護職員にはお支払いできません。

7. 参加申し込みについて

申し込みは、随時可能です。申込書に必要事項を記載の上、原本は事務所に保管し、コピーを郵送してください。申込書等を確認後、お電話にて、実施研修日程等を調整させていただきます。

(注)・指導看護師は、喀痰吸引等三号研修指導経験ある方に限ります。

- ・受講料は不要です。

8. 申込書・書類等送付先

〒520-2321 滋賀県野洲市北桜978-2

社会福祉法人びわこ学園 「滋賀県喀痰吸引等第三号研修」担当 宛て

9. その他

記載いただいた個人情報については、本研修の連絡に使用する他、受講修了者については、名簿を作成し、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課に報告します。

[問い合わせ先] 募集に関すること 社会福祉法人びわこ学園 (担当: 森)

滋賀県野洲市北桜978-2

TEL 077-587-1144

FAX 077-587-4211

Email h_mori@biwakogakuen.or.jp

制度に関すること 滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 (精神・障害保健福祉係)

TEL 077-528-3543

FAX 077-528-4853

Email ec0004@pref.shiga.lg.jp

令和2年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修受講申込書 (既修了者等用)

○申し込み確認事項 (口に✓をつけてください)

- 申込書と指導看護職員承諾書ともに、同意書(別紙1)、指示書(別紙2)、緊急時の対応方法(別紙3 参考様式)の必要事項を記載されましたか。
- 上記、書類の原本は事業所に保管の上、コピーを郵送しておられますか。
- 指導看護職員は、喀痰研修等三号研修の指導経験のある方ですか。

1 申し込み事業所

法人名	
事業所名	(種別: _____)
事業所代表者名	公印
事業所連絡先	住所(〒 _____) 電話番号: _____ FAX番号: _____

2 受講者

介 護 職 員	ふりがな 氏名		生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	保有資格 (番号を丸で囲み 必要事項を記入)	1. 介護福祉士 2. 訪問介護員養成研修 _____ 級過程修了者 3. その他(_____) *医療・教育・福祉系の資格を記入 4. 資格なし	
	経験年数	実務経験年数(_____)年(_____)ヶ月	

3 受講者が担当される利用者名と実施する医療的ケア(○をつける。)指導看護師名

(注)・看護職員に指導看護職員となる旨の承諾を「指導看護師承諾書」により得た上で、申し込むこと
 ・一人の利用者に対して、一人の指導看護師であること

	ふりがな 利用者名	喀痰吸引			人工呼吸器 有・無	経管栄養			ふりがな 指導看護師
		1. 口腔	2. 鼻腔	3. 気管		4. 胃ろう	5. 腸ろう	6. 経鼻	
1					有・無				
2					有・無				

指導看護職員承諾書 (既修了者等用)

- ◆必ず、受講申込書と一緒に提出すること。
- ◆申込書「3」に記載された指導看護職員の人数分提出すること。

○指導対象介護職員（介護職員所属事業所が記載のこと）

ふりがな 対象介護職員名	
ふりがな 事業所	

○介護職員が医療的ケアを提供する利用者（介護職員所属事業所が記載のこと）

ふりがな 利用者氏名	
---------------	--

○指導看護職員（以下は、看護師所属事業所が記載のこと）

法人名			
事業所名	(種別：)		
事業所代表者名	公印		
事業所連絡先	住所（〒)		
	電話番号：	F A X 番号：	
ふりがな 指導看護職員 氏 名		生年月日 S・H 年 月 日 (歳)	
保有資格 (該当するもの全て)	1. 医師(取得年月日) ・免許番号 () 2. 保健師(取得年月日) ・免許番号 () 3. 助産師(取得年月日) ・免許番号 () 4. 看護師(取得年月日) ・免許番号 () 5. 指導看護師として喀痰等第三号研修(特定の者対象)の基礎演習と説明会に参加の有無： <u>あり</u> ・なし ありの場合は、参加年度を○で囲む 平成23・24・25・26・27・28・29・30・31年度		