

令和4年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修開催要項

(新規受講者)

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。）とします。

| | |
|----------|--|
| 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、書面による指示が得られること (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研修参加は事業所業務扱い (出張等) とし、基本研修全てについて受講が可能であること。
- ⑦研修において知り得た個人情報保護を順守すること。

5. 研修内容・実施日時等

[実施日時]

第一回目研修：野洲会場 (野洲市北桜 978-2 びわこ学園医療福祉センター野洲 地域交流棟)
 基本演習 令和4年7月9日 (土)・10日 (日)
 実地研修 令和4年7月11日 (月)～8月22日 (月) *6週間

第二回目研修：野洲会場 (野洲市北桜 978-2 びわこ学園医療福祉センター野洲 地域交流棟)
 基本演習 令和4年10月18日 (火)・19日 (水)
 実地研修 令和4年10月20日 (木)～11月24日 (木) *6週間

第三回目研修：野洲会場 (野洲市北桜 978-2 びわこ学園医療福祉センター野洲 地域交流棟)
 基本演習 令和5年1月13日 (金)・14日 (土)
 実地研修 令和5年1月16日 (月)～2月27日 (月) *6週間

[基本研修] 基本研修：講義・基礎演習・筆記試験

| 日 程 | | |
|-------------|--|---|
| | 受 講 者 | 指導看護職員 (2日目の午後から参加) |
| 一 日 目 | オリエンテーション：9:00～9:30 講義①：9:30～11:30 講義②：12:30～15:30 | |
| 2 日 目 | 講義③：9:00～12:00 基礎演習：13:00～15:00 筆記試験：15:45～16:15 | 基礎演習：13:00～15:00 実地研修等についての説明会：15:00～16:30 |

- ①研修内容は、別表1参照のこと。
- ②基本研修における講義・演習後に筆記試験を行います。基準に達しない場合は、実地研修を行うことは出来ません。筆記試験の基準に達しなかったものには、2回まで追試験を行います。

③筆記試験終了後に、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喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って現場演習を実施し、プロセスの評価を行います。

*なお対象とする利用者が人工呼吸器を装着されている場合、基本研修終了後、以下の項目等の「人工呼吸器の基礎知識について 補講（講義・実技）」を1時間程度実施します。
開催日時は、2日目の筆記試験後、該当受講者と調整します。この「補講」には指導看護師の方も参加していただく事が望ましいですが、必須ではありません。

[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 | 基本研修終了後、筆記試験合格者のみに実施。 6週間以内で終了すること。 | 実地研修開始時までには、 10回程度を計画 *必要に応じ、回数を増減 |

①研修内容は、別表2参照のこと。

②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で、初回の方に限り、以下のものをお送りします。

基本研修二日目までに自己学習をお願いします。

- ・研修テキスト（新版 2020年2月15日発行）
- ・CD（実技内容説明）

②自己学習をされた上で、上表の基礎演習及び説明会にご参加ください。

③指導看護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、ご希望があれば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研修参加、実地研修等の指導をしていただくことが必要です。

⑤初回の方に限り指導看護職員は、基礎演習参加時に、看護師等免許のコピーを提出してください。

⑥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。

- ・基礎演習参加1回+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

参加申込書類は、下記の2枚です

〇令和4年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修受講申込書（新規受講者用）

〇指導看護職員承諾書（新規受講者等用）

必要事項を記載の上、郵送にてお申し込みください。

参加申し込み後に変更が発生した場合は、速やかにびわこ学園までご連絡下さい。

申込書には、受講希望者及び指導看護職員予定者の所属施設長名を記載し、公印を押印してください。

なお、下記に示した別紙1、別紙2、別紙3の3種類の用紙の必要事項を記入し原本は、保管し、コピーを、研修参加当日にご持参ください。

○別紙1 同意書

○別紙2 医師指示書

○別紙3 緊急時対応例

8. 申込期間・定員

第一回目研修（野洲会場）

令和4年 6月1日 ～ 6月18日 必着 15名程度（介護職員等）

第二回目研修（野洲会場）

令和4年 9月1日 ～ 9月17日 必着 15名程度（介護職員等）

第三回目研修（野洲会場）

令和4年12月1日 ～ 12月17日 必着 15名程度（介護職員等）

9. 申込書送付先

〒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

10. 受講者の選考・決定等

①申し込み期限日後に、滋賀県と協議の上、受講者を選定させていただきます。受講の可否については、受講申込者（介護職員）の事業所に宛て、FAXでお知らせいたします。

②定員を超える申し込みがあった場合受講できないこともあります。受講決定の際には、受講希望者（介護職員等）及び指導看護職員予定者が研修に参加できるよう、勤務上の配慮を予めさせていただきますよう、お願いします。

③受講決定通知後、テキスト（新版2020年2月15日発行）等の必要資料・書類を送付します。

11. 受講料等

受講者には、資料代等として3千円のご負担をいただきます（基本研修初日にお支払ください）。その他、研修に必要な実費についてご負担いただく場合があります。

*ご負担いただいた資料代等は、納入後、受講を中止された場合や、筆記試験及び最大2回の追試験を行っても基準に達しなかった場合でも返還できませんのでご注意ください。

12. 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

【別表 1】

○ 基本研修（講義及び演習）

| 科目 | 中項目 | 時間数 |
|--|--|-----|
| 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者総合支援法と関係法規 ・ 利用可能な制度 ・ 重度障害児・者等の地域生活 等 | 2 |
| 喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義 緊急時の対応及び危険防止に関する講義 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 呼吸について ・ 呼吸異常時の症状、緊急時対応 ・ 人工呼吸器について ・ 人工呼吸器に係る緊急時対応 ・ 喀痰吸引概説 ・ 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引 ・ 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 ・ 喀痰吸引の手順、留意点 等 | 3 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康状態の把握 ・ 食と排泄（消化）について ・ 経管栄養概説 ・ 胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 ・ 経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 ・ 経管栄養の手順、留意点 等 | 3 |
| 喀痰吸引等に関する演習 ＊喀痰吸引・経管栄養について各1時間の予定 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引（口腔内） ・ 喀痰吸引（鼻腔内） ・ 喀痰吸引（気管カニューレ内部） ・ 経管栄養（胃ろう・腸ろう） ・ 経管栄養（経鼻） | 2 |

＊演習（シミュレーター演習）については、当該行為のイメージをつかむこと（手順の確認等）を目的とし、評価は行わない。

＊筆記試験終了後に、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喀痰吸引等を見ながら利用者ごとの手順に従って現場演習を実施し、プロセスの評価を行う（現場演習についても、申込書に記載いただいた指導看護職員予定者にしていただきます）。

【別表 2】

○ 実地研修

| | |
|-----------------|--|
| 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 | |

令和4年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修受講申込書 (新規受講者用)

○申し込み確認事項 (口に✓をつけてください)

- 利用者本人 (またはその家族等) から実地研修の実施について書面による同意は得られますか。
(同意書 別紙1)
- 利用者のかかりつけ医等の医師から、利用者に対して上記医療的ケアを行うことの承認及び指示書は得られますか。(指示書 別紙2)
- 緊急時のバックアップ等について、主治医・訪問看護事業所等の協力を得られますか。
(緊急時 別紙3 参考様式です。)

これらの用紙3点は、原本は事業所に保管し、コピーを研修会当日に提出してください。
上記の3点について承諾を得たので、第_____回 の研修会を申し込みます。

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、申し込みこと
・一人の利用者に対して、一人の指導看護職員であること

| | ふりがな利用者名 | 喀痰吸引 | | | 人工呼吸器 有・無 | 経管栄養 | | | ふりがな指導看護職員 |
|---|----------|----------|----------|----------|--------------|-----------|-----------|----------|------------|
| | | 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 | | | | |

喀痰吸引等の実地研修（第三号研修） 同意書

令和 年 月 日

1. 研修を受講する介護職員等の氏名： _____ 様

介護職員等の所属施設・事業所名： _____

2. 実地研修を指導する看護師等の氏名： _____ 様

指導看護師等の所属施設・事業所名： _____

私は、貴施設・事業所職員が受講・実地研修指導をする滋賀県喀痰吸引等第三号研修事業に協力すること及び以下のケア（該当項目にチェックすること）の実施について同意します。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引 （人工呼吸器装着： あり ・なし ）
- 胃ろうによる経管栄養
- 腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

（たんの吸引・経管栄養をされるもの）

氏名： _____ 印 （ _____ 歳）

住所： _____

代理人・代筆者： _____ 印

（本人との続柄）

*喀痰吸引・経管栄養をされるものが未成年である場合、または署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、署名もしくは記名押印を行ってください。

*この同意書は、たんの吸引・経管栄養を行う介護職員等が所属する施設・事業所で保管し、研修前に、以下に写しを提出することとします。

ア. たんの吸引・経管栄養をされるもの

イ. 指導看護師等が所属する施設・事業所

ウ. 社会福祉法人びわこ学園（滋賀県からの研修事業受託機関） *基礎研修初日

実地研修（第三号研修）における医師の指示書

下記の利用者に対して、指導看護師がケアを行うこと、また、指導看護師の指示の下
介護職員等が実地研修を実施することを許可いたします。
実施にあたっては、指示書のとおり実施すること。

（指示期間：実地研修終了まで）

| | | | |
|--|----------------------------------|----------|----------|
| (フリガナ) 利用者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 日生（ 歳） |
| 看護師の指導の下、介護職員が実施可能なケア ※該当するケアに✓を付けてください | 指示内容 | | |
| <input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで) | 吸引圧 挿入の長さ その他 | カテーテルサイズ | |
| <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで) | 吸引圧 挿入の長さ その他 | カテーテルサイズ | |
| <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたん吸引 | 吸引圧 挿入の長さ その他 | カテーテルサイズ | |
| <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 経管栄養剤の種類 注入する量 注入時間 その他 | 注入する温度 | 注入開始時間 |
| <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 | 経管栄養剤の種類 注入する量 注入時間 その他 | 注入する温度 | 注入開始時間 |
| 特記事項 | | | |
| 介護職員等所属 氏名 | | | |
| 指導看護師所属 氏名 | | | |

令和 年 月 日

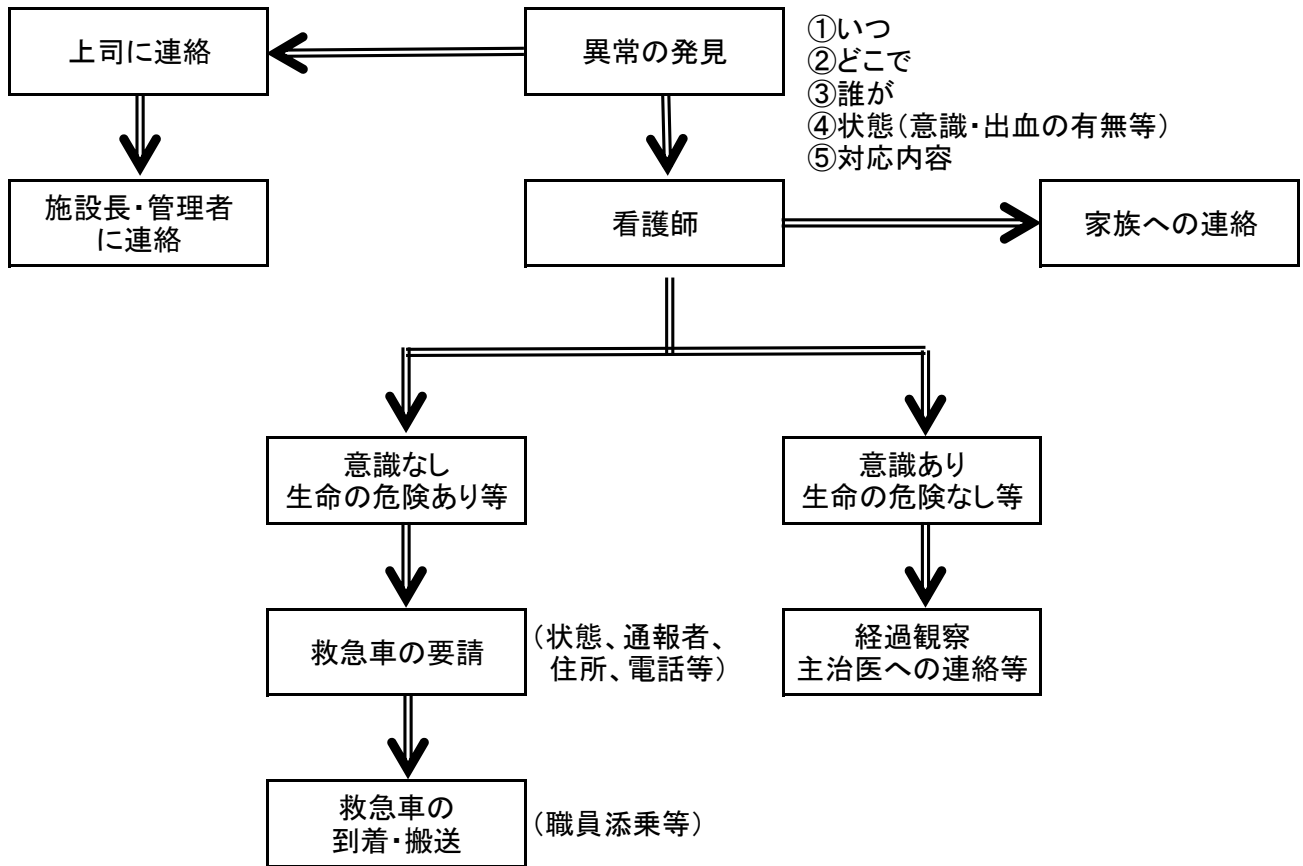
所 属
住 所
電 話
医師氏名

印

事業者代表者 様

(参考様式) * 下記のチャートを参考に、連絡手順・連絡先等の緊急時対応を整理してください。

緊急時の対応方法(例)



| | | | | |
|-----------------|-------|--|------|--|
| 指導看護師 | 事業所名 | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |
| 主治医 | 医療機関名 | | | |
| | 医師名 | | | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |
| 緊急連絡先 (家族など) | 氏名 | | 続柄 | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |
| その他連絡先 | 氏名など | | | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |