

## 介護職員等によるたんの吸引等の研修事業 「特定の者対象」実地研修（第3号研修）の追加研修受講マニュアル

既に認定特定行為業務従事者認定証を所持されている方が、別の方に喀痰吸引等の行為を行おうとする場合や、同じ方に別の行為を行おうとする場合（現在口腔内吸引を行っているが、新たに胃ろうによる経管栄養を行おうとする場合等）等の実地研修の受講方法について、まとめています。指導を受ける看護師にも必ずお渡しください（複数の方に実施する場合は、必要部数をコピーし、ご使用ください）。

### 【研修に関する提出書類について】

○行為の追加研修が終了後、10日以内に、次の提出書類（※）を必ず「簡易書留又はレターパック」で兵庫県介護福祉士会【下記の宛先】に提出ください（提出先は県担当課ではありません）。

〒651-0062 兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-1 兵庫県福祉センター5階  
一般社団法人兵庫県介護福祉士会 行為の追加研修担当 宛  
TEL：078-855-9155 FAX：078-242-7033

○県担当課から実地研修受講申出書の受理についてのFAX連絡票が送信された日から3ヶ月以内に次の提出書類（※）の提出がない場合は、実施研修受講申出書は無効扱いとなりますので、ご注意ください（特別の事情がある場合は、事情発生後、速やかに兵庫県介護福祉士会にご連絡してください）。

### ○提出書類（※）

以下の①～⑥の提出書類作成の際には、毎回、必ずHPから様式をダウンロードして新様式を使用してください。

- |                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| ①第3号実地研修実施票 追加                  | ※原本提出           |
| ②第3号特定実地研修評価票（追加）               | ※原本提出           |
| ③実地研修の実施に係る指示書                  | ※写提出            |
| ④特定：3号（追加）提出前チェックリスト            | ※原本提出           |
| ⑤研修修了証書送付用レターパックライト【日本郵便】（370円） | ※表書き不要          |
| ⑥ヒヤリハット・アクシデント報告書               | ※記載があった場合のみ原本提出 |

### 提出書類の作成にあたっての諸注意事項

- ① 受講生は、実地研修の日時、実施した特定行為の種類、研修内容等を記載の上、指導看護師に提出する。  
指導看護師は、指導のポイントを記載し、記名捺印を行う。
- ② 評価票については、所定の判断基準に基づき指導看護師が評価し、記載する。
- ③ 個人情報の取扱いには十分に配慮する。ヒヤリハット・アクシデント報告書等を記載する場合には、利用者名は記載せずアルファベット等を使用する（例：福祉太郎⇒F.T）。
- ④ ボールペン書きで行う（鉛筆、消せるボールペンは使用しない）。
- ⑤ 研修記録を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で引き、訂正印を押した上で、記載する（修正液、修正テープは使用しない）。

## 特定の者対象実地研修（第3号研修）の追加研修について

### 1 趣 旨

経過措置対象者又は第三号研修修了者が、認定証の交付を受けた者以外の者に特定行為を実施する場合又は既に認定証の交付を受けている利用者に特定行為を追加する場合等の取扱いを定める。

#### 実地研修対象者

- ①経過措置対象者
  - ②県看護協会または県介護福祉士会にて第三号研修を修了し、認定証の交付を受けた者
  - ③県看護協会または県介護福祉士会にて第三号研修の基本研修のみを修了したものの、実地研修が受講できず、基本研修修了の翌年度以降に実地研修を実施する者
- ※ 登録研修機関（県内・他府県とも）にて第三号研修を修了した方は、登録研修機関で手続きを行ってください。

### 2 研修の実施方法

介護職員等によるたんの吸引等研修事業指導者講習会等を受講した、訪問看護ステーション等の看護師等（以下「指導看護師」という。）の指導の下に実施する。

原則として、指導看護師が対象となる利用者宅に訪問する際に受講生が同行して特定行為に係る実地研修を実施、指導を受ける。

### 3 研修前に必要な手続き

#### （1）研修の依頼

指導看護師への実地研修の依頼は、受講生が所属するサービス事業者等（以下「依頼事業者」という。）が、指導看護師の所属する訪問看護ステーション等の管理者（以下「承諾事業者」という。）へ別添依頼書（P6）により行う。

#### （2）研修実施の承諾

依頼を受けた承諾事業者は実地研修を承諾する場合、別添承諾書（P6）を依頼事業者に交付する。

#### （3）県担当課へ実地研修受講申出書（参考様式1）等の提出

実地研修実施までに、次の3種類の書類を提出すること（実地研修開始の1週間前までに提出）。

なお、県から申出書受理通知等は送付しませんが、県担当課からFAXにより追加研修実施可否の連絡をしますので、連絡があるまでは実地研修を開始しないこと。

1 実地研修受講申出書（参考様式1）

2 受講生の認定特定行為業務従事者認定証の写及び、基本研修修了証書写（ただし、実

地研修対象者③に該当する者は、基本研修受講証明書の原本を提出すること)

- 行為を追加する場合 : 当該対象者に対する認定証写
- 対象者を追加する場合 : 現に有している認定証写

※複数の認定証を有する場合、いずれか1枚の写で可  
第三号研修と経過措置の両方の認定証を有する場合、  
第三号研修の認定証写

- 3 指導看護師の指導者講習会等修了証の写 (写をもらえない場合は、指導者講習会等の実施機関名、修了証番号を確認し、記載すること)

#### (4) 研修の日程調整等

研修期間は修了認定に要する日数とし、日程は指導看護師と実地研修を受講しようとする介護職員 (以下「受講生」という。) との日程調整による。

#### (5) 研修に係る利用者の同意と医師の指示

依頼事業者は、実地研修を実施する前に、実地研修の対象となる利用者へ実地研修の説明を行い、同意書 (別添様式) により同意を得る。

また、利用者のかかりつけ医にも実地研修を行う旨を説明し、実地研修の実施について指示書により指示を得る。指示書は指導看護師に提出のうえ、承諾事業者が保管する。

##### 実地研修の内容

医師の指示書に記載された内容以外は、実地研修として認められません。  
実地研修終了後、記録とともに指示書のコピーを提出していただきます。

#### (6) 実地研修実施票及び評価票の様式

実地研修実施票及び評価票については、当該ホームページから最新様式をダウンロードする (いずれもエクセル様式)。

[http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf27/tankyuin\\_ninteinaiyo\\_tsuikahenko.html](http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf27/tankyuin_ninteinaiyo_tsuikahenko.html)

## 4 実地研修の具体的な手順

### (1) 実地研修資格の確認

実地研修開始前に、受講生は認定特定行為業務従事者認定証等を指導看護師に提示し、指導看護師は次のことを確認する。

- ア 第三号研修修了者であるか。
- イ 経過措置対象者の場合は、実施する特定行為が喀痰吸引であるか。

※経管栄養は実施 不可。ただし 23 年度の研修を修了し、経過措置の認定証に経管栄養の行為が記載されている場合を除く。

### (2) 基本研修の演習修了の確認

受講生は、実地研修開始前に対象となる利用者宅等で実際に利用者が使用している物品・機器を使用して評価票に基づき、手技を実施する。指導看護師は、安全に実施できることを確認し、実地研修実施票の所定欄に記名捺印を行う。

### 演習の修了確認及び評価

指導看護師は、演習の修了判定については、利用者宅等で実際に利用者が使用している物品・機器を確認しながら、評価票に基づいて受講生に口頭で質問等を行い、安全に実施できることを確認した上で行います。また、可能であれば、実際の物品等を使用してシミュレーションを行うことが望ましいです。

以上は必ず実地研修開始前に実施して下さい（実地研修開始日と同日でも可）。

**※現場演習で評価票の演習修了の確認(全項目が「ア」となること)後、実地研修1回目の評価に進んでください（記入参考資料参照）。**

### (3) 実地研修の評価

指導看護師が評価票の全項目について、**連続2回「手順どおりに実施できる」と評価した場合に、実地研修が終了となる。**

#### 評価にあたっての諸注意事項

口腔内のたんの吸引	指導看護師による評価（所定の判断基準）により、問題ないと判断されるまで実施する。 ※ 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、利用者の意見を踏まえた上で評価を実施 ※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養において、滴下・半固形化栄養剤どちらの手技も実施する場合は、それぞれで実地研修を実施
鼻腔内のたんの吸引	
気管カニューレ内部のたんの吸引	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
経鼻経管栄養	

### (4) 事故等があった場合の取扱い

実地研修中に事故等があった場合、

- ① 受講生は指導看護師の指示に従い、その場で利用者の安全確保を第一に努める。
- ② 受講生はヒヤリハット・アクシデント報告書を記入し、指導看護師へ提出する。
- ③ 提出を受けた指導看護師は、受講生に必要な指導を行う。

## 5 実地研修の修了認定

**提出された評価票等の内容に不備等がある場合、兵庫県介護福祉士会の審査担当看護師から受講者又は指導看護師に確認等を依頼する場合がありますので、依頼があれば速やかに依頼事項に対応する。**

兵庫県介護福祉士会での審査が終了すれば、兵庫県介護福祉士会から実地研修修了証を交付（レターパックにより送付）する。

なお、修了証が到着次第速やかに、**認定特定行為業務従事者認定証の交付申請及び認定特定行為事業者の登録手続き等を行うこと。**

## 6 費用の負担

実地研修の実施に係る費用については、依頼事業者と承諾事業者間で取り決めをし、依頼事業者が負担する。

### 【費用の例】

- 1 受講生の実地研修に係る交通費
- 2 実地研修に際して、承諾事業者に支払うべき費用
- 3 実地研修の実施に係る指示書の文書料
- 4 実地研修実施の際に生じた事故に対する賠償責任

損害賠償責任保険に積極的に加入する等、事故があった場合に備えてください

## 7 本マニュアルに関する問い合わせ先

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1

兵庫県 健康福祉部

(介護保険サービス事業者) 少子高齢局 高齢政策課 介護基盤整備班

TEL 078-362-9117

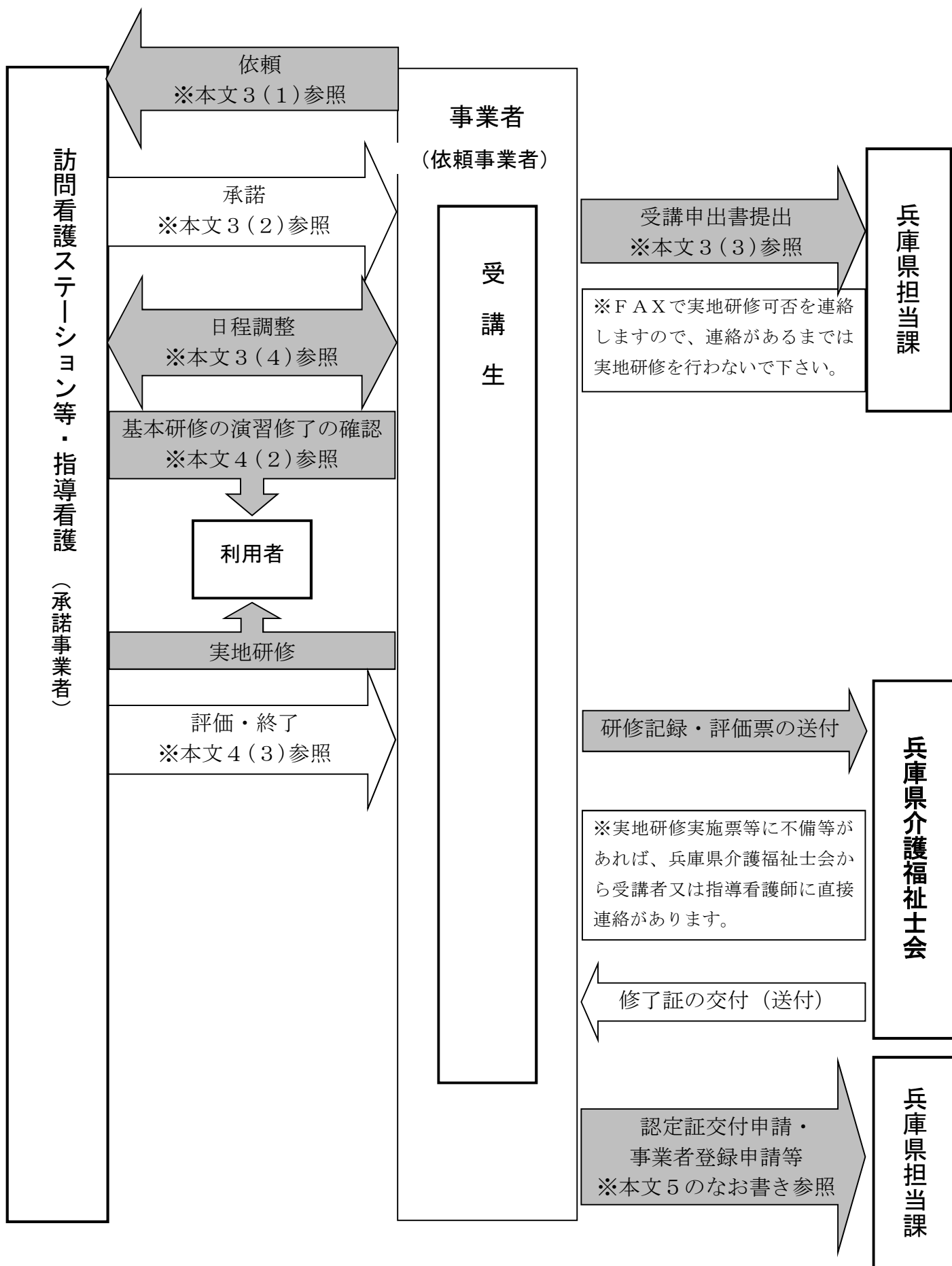
FAX 078-362-9470

(障害福祉サービス事業者) 障害福祉局 障害福祉課 障害福祉基盤整備班

TEL 078-362-3194

FAX 078-362-3911

## 特定の者 実地研修（追加）の流れ



# 依 頼 書

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション管理者 様

●●法人 ■■■■  
代表者 ▲▲▲▲

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事認定に係る実地研修の実施（指導、評価等）について、下記により依頼します。

なお、この実地研修において事故が生じた場合、当方がその全てについて、責任を負います。

## 記

- 1 対 象 者 □□ □□（大正・昭和・平成 年 月 日生）
- 2 特定行為の種類 ××××
- 3 受 講 者 △△ △△（昭和・平成 年 月 日生）

---

# 承 諾 書

年 月 日

●●法人 ■■■■  
代表者 ▲▲▲▲

〇〇訪問看護ステーション管理者

年 月 日付けで依頼のあった社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事認定に係る実地研修の実施（指導、評価等）については、承諾します。

(別添様式)

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業

実地研修の実施に係る同意書

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者 \_\_\_\_\_ 様

(実地研修の対象となる利用者)

氏 名 \_\_\_\_\_

(利用者本人が署名できない場合)

代理人氏名 \_\_\_\_\_

(利用者との関係： \_\_\_\_\_ )

私は、居宅にて実施する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(実地研修)において、介護職員 \_\_\_\_\_ による下記のケア (チェック有) の実施について、協力することに同意します。

- 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
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

※ この同意書は事業者側で保管します。

※ 対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合は、家族等の代理人が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。



## 介護職員等によるたんの吸引等の研修事業

### 実地研修の実施に係る同意書

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者 \_\_\_\_\_ 様

研修生の所属する介護事業  
所について記載

(実地研修の対象となる利用者)

氏名 \_\_\_\_\_

(利用者本人が署名できない場合)

代理人氏名 \_\_\_\_\_

(利用者との関係: \_\_\_\_\_)

実地研修の説明をし、同意が  
得られたら、利用者あるいは  
代理人の署名・押印

私は、居宅にて実施する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(実地研修)において、介護職員 \_\_\_\_\_ による下記のケア (チェック有) の実施について、協力することに同意します。

研修生である介護職員名、原則1名を記入  
(実地研修期間が同じ場合は、複数職員の連  
名可)

- 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
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

※ この同意書は事業者側で保管します。

※ 対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合は、家族等の代理人が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。