

長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習実施要領

平成 24 年 5 月 28 日 24 健長介第 158 号、24 障第 161 号

平成 25 年 4 月 5 日 25 健長介第 13 号、25 障第 16 号

令和元年 6 月 10 日元介第 150 号、元障第 212 号

令和 4 年 4 月 1 日 4 介第 288 号、4 障第 287 号

令和 7 年 6 月 13 日 7 介第 284 号、7 障第 299 号

1 趣旨

この要領に定める講習は、「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について(喀痰吸引等関係)(平成23年11月11日厚生労働省社会・援護局長通知(社援発1111号第1号))」の第5 1 (3) ②に基づく都道府県において実施する講習とする。

2 目的

介護職員等がたんの吸引等を実施するために受講することが必要な社会福祉士及び介護福祉士法(昭和六十二年五月二十六日法律第三十号)附則第11条に定める研修の講師を養成することを目的とする。

3 実施主体

実施主体は、県とする。

4 対象者

次の(1)及び(2)のいずれも満たす者とする。

- (1) 県内の医療機関、介護保険施設又は介護福祉士養成校等に現に勤務する医師、保健師、助産師又は看護師であって、臨床等での実務経験を3年以上有する者
- (2) 当該講習修了後に、県内の登録研修機関が実施する喀痰吸引等研修において、研修講師(基本研修の講師又は実地研修の指導看護師)として務めることが可能である者

3 講習内容

別紙1「喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習カリキュラム」のとおり。

4 申込方法

別紙2「長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習申請書」及び別紙3「長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習受講推薦書及び研修の協力に関する状況報告書」により、県に申し込むものとする。

5 修了証明書の交付等

講習の全課程を修了した者に、修了証明書(別紙4)を交付する。

6 研修の費用等

本事業の指導者講習の派遣に係る旅費は、受講者の負担とする。

7 その他

県は、県内の登録研修機関に対し、当該講習の修了者に関する情報を提供することができるものとする。

登録研修機関は、個人情報の取扱いに十分に配慮し、喀痰吸引等研修以外には用いないこととする。

喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習カリキュラム

区分	講習名	講習内容	時間	講師
講義	介護職員等による喀痰吸引等の実施について	制度の概要及び関連法規等	60分	担当者
講義	喀痰吸引等研修のカリキュラムについて	・研修の概要と指導者の役割 ・第一号研修、第二号研修実施上の留意点 ・第三号研修実施上の留意点 等	60分	担当者
講義	実地研修の体制整備について	・施設、事業所における安全管理体制 ・各職種の役割分担について ・リスクマネジメントについて ・ヒヤリハット、アクシデント報告の意義と実際 等	60分	看護師等
講義	心肺蘇生とAEDについて	心肺蘇生法の指導方法	30分	看護師等
講義	喀痰吸引のケア実施について	・喀痰吸引が必要な利用者のケアに関する知識・技術における指導上のポイント ・喀痰吸引の指導、評価の手順	50分	看護師等
講義	経管栄養のケア実施について	・経管栄養が必要な利用者のケアに関する知識・技術における指導上のポイント ・経管栄養の指導、評価の手順	50分	看護師等
演習	喀痰吸引のケア実施について	喀痰吸引の指導・評価演習	120分	看護師等
演習	経管栄養のケア実施について	経管栄養の指導・評価演習	120分	看護師等
計			550分	

※ 看護師等とは、国の指導者講習又は都道府県が実施する同等の内容の研修を修了した者とする。

長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習申請書

長野県知事 様

標記講習会に下記のとおり申し込みます。

記

（ふりがな） 氏名	（ 印	研修 会場	会場名
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ ）歳		
講習当日連絡 可能な連絡先	TEL		
現在の 勤務先 ※講習に関する お知らせは勤務 先の住所宛に送 付します。	法人名	施設名	
	〒 施設所在地： TEL FAX		
勤務先の 施設種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 病院・診療所（3-1 介護医療院 3-2 それ以外） 4. 医療・看護系大学又は養成所 5. その他（具体的に ）		
保有資格 該当するも の全てに○	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 ※保有する資格証の写しを添付（注1参照）		
職 歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 （ ）年（ ）か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 （ ）年（ ）か月 * 准看護師としての経験年数は含めないこと。 c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 （ ）年（ ）か月		
長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習修了後は、喀痰吸引等研修の講師又は指導者として協力します。 また、登録研修機関に対し県が行う指導者名簿の情報提供について承認します。			
同意者名		印（受講者の署名及び捺印をしてください。）	

注1 該当する資格証の写しを添付してください。複数の資格を所持している場合は、医師については医師免許のみを、保健師、助産師、看護師については看護師免許のみとしてください。

長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習受講推薦書
及び実地研修等の協力に関する状況報告書

長野県知事 様

法人名

(施設・事業所・病院)名

代表者名

印

当該指導者養成講習の受講にあたり、下記の者の受講について推薦します。
なお、推薦にあたり、県内の登録研修機関が実施する同研修の研修講師派遣及び実地研修の受入れ等について、協力を行います。

記

- 1 所属機関名
- 2 職 名
- 3 受講者名
- 4 他の法人の職員等の実地研修の受け入れ可否
可 ・ 否
- 5 実地研修の実施状況について
実地研修の実施可能な医療行為の範囲は、次のとおりです。

(年 月 日現在)

省令上の行為 (省令別表第1及び第2)	類型区分	
	通常手順	人工呼吸器装着者
口腔内の喀痰吸引		
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		

※ 実地研修を実施できる対象者の人数を記入してください。

※ 実地研修実施可能とは、事業所における安全対策等が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施することが可能と判断する対象者がおり、その対象者(又は家族)が研修の実施について同意している場合をいう。