

令和5年度福島県喀痰吸引等研修（第三号研修）（特定の者対象）
実地研修における取扱いについて

厚生労働省「喀痰吸引等研修実施要綱」（以下、「要綱」という。）及び「令和5年度福島県喀痰吸引等研修（第三号研修）（特定の者対象）実施要領（以下、「要領」という。）に定めるものの他、以下のとおり取り扱うものとする。

1 実地研修の実施について

具体的な実施方法は要綱別添3の「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修の習得程度の審査方法」によるものとする。

2 実施手順

指導職員は以下のことに留意すること。

- (1) 指導する介護職員等が実施する行為について確認すること。
- (2) 家族の同意書、医師の指示書、緊急時の連絡体制等について確認すること。
- (3) 実施する行為ごとにケアの仕方をあらかじめ説明し、基本研修の演習で実施した器具類等と別である場合、個別に器具類の使用法や留意点について説明し、実地研修前に手順を確認させること。
- (4) 家族や利用者本人からの要望等を聞き取り、あらかじめ介護職員等に伝え、評価の基準として加わる場合があることを伝えること。
- (5) 実地研修に当たり、実際に利用者に対してたん吸引等の行為を実施する前に、現場や事業所等において手順等を繰り返し練習するなど、なるべく利用者の負担を減らすよう、工夫して進めること。
- (6) 実地研修中に利用者の状態が変化したり、指導職員が研修の継続が不可能と判断した場合には、速やかに主治医に連絡し、適切な処置をとることとし、その旨報告書に記載すること。その場合には、個別に調整した上で実地研修の継続を決定する。
- (7) 実地研修の評価は、要綱別添3の「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修の習得程度の審査方法」に基づき実施する。その際、評価票（別紙3-1～3-9）に必要事項を記入し、実地研修終了後、4（1）により報告すること。

3 評価基準

評価票の全ての項目について指導看護師等が、「手順どおりに実施できる」と認めた場合に、実地研修の修了を認める。

利用者による状態の違いにより、医師、家族や利用者本人から前もって受けた個別の留意点について、指導職員等が問題ないことを判断する。

4 報告について

(1) 指導職員からの報告

- ① 上記3の評価基準に基づいて実地研修の修了が認められる場合には、別紙様式1により、評価票を添えて事業所に報告書を提出すること。
- ② 令和6年2月29日までに実地研修がまだ修了と認められない、もしくは1回も実地研修(評価)が開始できない場合、令和6年2月29日現在の実施状況について、様式3を事業所を通して福島県障がい福祉課に令和6年3月6日(水)まで報告すること。

(2) 事業所からの報告

- ① 実地研修が修了した旨の指導職員から様式1の提出を受け、様式1及び評価票を添えて、様式2により福島県障がい福祉課に報告すること。
- ② 令和6年2月29日までに実地研修がまだ修了と認められない、もしくは1回も実地研修(評価)が開始できない場合、令和6年3月6日現在の実施状況について、様式3を福島県障がい福祉課に令和6年3月13日(水)まで報告すること。
また、利用者の状況の変化等により、期限内での実地研修の継続が困難になった場合には、その旨福島県障がい福祉課に速やかに任意様式で報告すること。
- ③ 提出期日を過ぎた報告書については、研修修了証明書を発行できなくなりますので、必ず報告してください。また、別法人から指導職員の派遣を行って実地研修を実施した場合には、必ず評価票を令和6年3月13日(水)までに提出してください。

5 実地研修における指導職員について

- (1) 指導職員は、本研修の申込み時点において事業所から申込みのあった看護職員等に対し、「福島県喀痰吸引等研修(第三号研修)(特定の者対象)実施のための指導者養成事業実施要綱」により、自主学習を実施する。

(2) 報酬

指導職員に対する謝金については、福島県が負担する。

報酬は、1日あたり3,000円とする。

ただし、同一施設内にある職員及び同一法人内の職員に対する実地研修の場合には、報酬は発生しないものとする。

(3) 旅費

指導職員に対する旅費は、福島県の規程に基づき福島県が負担する。

ただし、同一施設内及び同一法人内の職員にある職員に対する実地研修の場合には、旅費は発生しないものとする。

実地研修結果報告書

福島県知事様

令和5年度福島県喀痰吸引等研修（第三号研修）（特定の者対象）実地研修について、下記のとおり実施しましたので、評価票（要綱別紙3-1～3-9のうち、該当する行為についてののみ）を添えて報告いたします。

令和 年 月 日

担当指導職員 氏名 _____ 印

勤務先名 _____

勤務先住所 _____

担当した 介護職員氏名	利用者の氏名	実施した行為 (○を記入)					実施日 及び 実施時間	結果 (評価)	
		口腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引	鼻腔内 (咽頭の手前まで) のたん吸引	気管支 内部のたん吸引	胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養	経鼻 経管栄養		問題ない と認める	問題 がある

「問題がある」とした場合については、下記にコメントを記入すること。

※介護職員1人につき1枚ずつ提出すること。

実地研修報告書様式2【提出期限令和6年3月13日】(必着)

(事業所→障がい福祉課)

実地研修結果報告書

福島県知事様

令和5年度福島県喀痰吸引等研修(第三号研修)(特定の者対象)実地研修について、下記のとおり実施いたしましたので、指導職員からの報告書(様式1及び評価票別紙3-1～別紙3-9の該当行為)及び下記の書類を添えて報告いたします。

令和 年 月 日

法人名 _____

代表者職氏名 _____ 印

法人住所 _____

介護職員氏名	結果	
	問題なし	問題あり

添付書類(ウ～カは事業所ごとに1部ずつで可)

- ア 利用者又は家族からの同意書の写し
- イ 利用者のかかりつけ医の書面による指示書の写し
- ウ 損害保険の加入(証明できる書類)の写し
- エ 実地研修の個別計画書の様式
- オ 技術の手順書
- カ ヒヤリハット・アクシデント報告書の様式

実地研修報告書様式3【提出期限令和6年3月13日】(必着)

※様式2を提出する場合にはこの様式の提出は不要です。

(事業所→障がい福祉課)

実地研修状況報告書

福島県障がい福祉課長 様

令和6年2月29日現在、令和4年度福島県喀痰吸引等研修(第三号研修)(特定の者対象)実地研修の実施状況については、以下のとおりです。

令和 年 月 日

法人名 _____

代表者職氏名 _____ 印

以下のいずれかに○を記入してください。

1	実地研修を途中まで実施している。 (評価票を記入している。)
---	-----------------------------------

→指導職員からの評価票を必ず添付してください。

2	実地研修を1回も実施していない・ 実施できない。
---	-----------------------------

・1の場合、下記にご記入ください。

これまで実施した実地研修(評価)の回数	_____ 回
---------------------	---------

1の場合、終了した分の評価票を添付して提出してください。

・実施できなかった理由を下記にご記入ください。

--

・今後の実施見込みについて、以下のいずれかに○を記入してください。

1	実地研修を中止する。	
2	3月31日までに修了見込みのため継続する。	修了見込み 令和6年3月 日