別添1

喀痰吸引等研修実施委員会の設置及び運営について

1. 実施体制の整備

喀痰吸引等研修の実施主体である都道府県又は登録研修機関においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「喀痰吸引等研修実施委員会」（以下、「研修委員会」という。）を整備すること。

研修委員会は、当該研修の担当責任者のほか、研修講師複数名、その他の関係者により構成することとし、別添2及び別添3に定める研修評価に関する実務のほか、本通知において定める研修事務等を行うための検討と実施に関する責務を担うものであること。

また、本研修はその内容として医行為について取り扱うものであることから、研修講師としての業務従事如何に関わらず、医師及び看護職員（保健師、助産師及び看護師）の有資格者について、それぞれ1名以上を構成委員とすること。

ただし、第三号研修の登録研修機関においては、小規模な事業所も想定されることから、研修委員会の構成委員については、研修講師を複数名とすることや医師又は看護職員を含めることが困難な場合があること、当該研修の担当責任者が研修講師を兼務することなど当該事業所の実情に応じた形態が考えられること。

2. 研修事務

（1）研修実施計画

研修の実施に先駆けて、研修実施計画を策定すること。

研修実施計画は、研修実施日程、研修実施期間（1回あたりの喀痰吸引等研修の実施期間）、研修実施場所、研修委託の有無、研修受講定員、研修講師数、研修教材等設備調達方法、資金運用方法、修得程度審査方法、その他当該喀痰吸引等研修に関し必要な事項等を含むものであること。

研修実施計画の策定については、上記1の研修委員会の構成委員のほかに、当該研修に関与する経理担当者等、必要な者についても適宜参画させること。

策定した研修実施計画については、研修実施主体における組織的な承認を得るとともに、より適切妥当な研修実施に資するよう、適宜、見直しや検証を行うよう努めること。

研修実施計画は、省令及び通知に定める研修の実務に関する規程（業務規程）との整合性を図るとともに、その策定単位については、研修実施期間や実施年度、実施場所等を勘案し、

策定すること。

研修受講者の研修受講進捗状況等の管理についても、当該研修実施計画に基づき行うこととし、当該管理については、「喀痰吸引等研修研修修了者管理簿」（別紙1）を参考として帳簿作成を行うとともに、登録研修機関においては、都道府県からの求め等の必要に応じて、適宜、提出を行えるようにしておくこと。なお、登録研修機関において都道府県に対して、適宜、研修実施結果の報告を行う場合に置いては、「喀痰吸引等研修実施結果報告書」（別紙2）を参考として行うこと。

（2）研修教材の選定

研修教材については、以下に示す教材等を参考とし、研修委員会において選定を行うこと。

なお、下記の研修教材の提示については、喀痰吸引等研修の円滑実施に資することを目的に技術的助言として行われるものであることから、これに拠らない研修教材を使用しても差し支えないこと。

〇研修テキスト（指導上の手引きを含む。）

（ア）第1号研修・第2号研修

「訪問看護と訪問介護の連携によるサービス提供のあり方に関する研究調査事業～介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修カリキュラム等策定に関する研究事業～」（平成 23 年度老人保健健康増進等事業、実施主体：（社）全国訪問看護事業協会）において作成した『介護職員によるたんの吸引等の研修テキスト』

（イ）第3号研修

平成23年度「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業」において厚生労働省が作成した『介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修テキスト』

〇「喀痰吸引等研修　指示書」

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第1号厚生労働省保険局医療課長、歯科医療管理官通知)の別添1中、別紙様式34に定める「介護職員等喀痰吸引等指示書」

〇「喀痰吸引等研修　計画書」

「喀痰吸引等業務に関する参考様式の送付について」（平成 24 年 3 月 28 日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室事務連絡）の別添様式1『喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書』

〇「喀痰吸引等研修　同意書」

「喀痰吸引等業務に関する参考様式の送付について」（平成 24 年 3 月 28 日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室事務連絡）の別添様式2『喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書』

〇「喀痰吸引等研修　報告書」

「喀痰吸引等業務に関する参考様式の送付について」（平成 24 年 3 月 28 日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室事務連絡）の別添様式3『喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書』

〇ヒヤリハット様式

「喀痰吸引等業務に関する参考様式の送付について」（平成 24 年 3 月 28 日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室事務連絡）の別添様式4『喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書』

（3）研修講師の選定

喀痰吸引等研修の業務を実施する研修講師については、研修委員会において公正・中立な選定を行うこと。

ただし、第三号研修の登録研修機関においては、小規模な事業所も想定されることから、研修講師が構成委員を兼務することで差し支えない。

研修講師候補者については、履歴等を提出させ、講師要件との整合性や適正等につき、十分な審査を行うこととし、適宜、当該研修講師候補者への面接、ヒアリング等についても行うよう努めること。なお、研修講師候補者に提出させる履歴については、「喀痰吸引等研修研修講師履歴書」（別紙3）を参考とし行うこと。

また、研修講師については、以下の区分に基づく管理を行うこと。

・講義を担う研修講師：講義担当講師
・演習を担う研修講師：演習指導講師
・実地研修を担う研修講師：実地研修指導講師

（4）筆記試験に関する事務

基本研修（講義）における修得程度の審査（知識の定着の確認）として行われる筆記試験については、研修委員会において事務規程等の取り決めを策定するとともに、当該筆記試験問題の作成、筆記試験の実施、審査判定等の実施事務について責務を担うものであること。なお、事務規程の整備においては、「筆記試験事務規程（参考例）」（別紙4）を参考とし行うこと。

（5）実地研修に関する事務

実地研修の実施については、都道府県又は登録研修機関自らが実施する場合、又は委託を行う場合のいずれの場合においても、研修委員会において事務規程等の取り決めを策定するとともに、実地研修を行う機関（以下「実地研修実施機関」という。）の選定においては、下記に示す「実施研修実施機関選定基準」を参考とし、適切に選定を行うこと。なお、実施研修実施機関への委託承諾については、「喀痰吸引等研修実地研修実施機関承諾書」（別紙5）を参考とし行うこと。

〇実施研修機関選定基準

・ 実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。

・ 当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下、「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）、事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）、実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

・ 出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。

3. 研修実施上の留意事項

喀痰吸引等研修の実施にあたっては、以下の点に留意して行うこと。なお、これらの留意事項についても、適宜、研修委員会において具体的な取り決めを行うとともに、研修を委託により行う場合においても同様の取扱とすること。

（1） 基本研修（講義）は集合的な研修実施で差し支えないが、基本研修（演習）については少人数のグループを編成して実施すること。

（2） 研修実施日程、研修開催期間、研修受講定員等の規模等の設定にあたっては、研修受講者の多くが現従事者（現に介護等の業務に従事している者）であること等の状況を鑑み、開講日や時間等について工夫をするなど、適宜受講し易い環境設定に配慮すること。

（3） 喀痰吸引等研修の実施主体である都道府県又は登録研修機関においては、当該研修事業の実施に先駆けて、損害賠償保険制度（実地研修を保険対象に含むもの）に加入しておくなど、実地研修の実施における安全確保措置として適切な対応を図ること。

（別紙1）

喀痰吸引等研修 研修修了者管理簿（平成　　年度　　回分）

修了証番号	氏名	生年月日	住所	受講開始年月日	受講修了年月日	修了課程	対象者氏名（特定の者）	実施行為種別

備考 １ 「修了証番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
２ 「修了課程」には、当該者が修了した研修課程の番号（１～３）を記載してください。
１）喀痰吸引及び経管栄養の全て：省令別表第一号研修（不特定の者対象）
２）喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修（不特定の者対象）
３）各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修（特定の者対象）
３ 「修了課程」において「３」を選択した場合は、「対象者氏名（特定の者）」に対象者の氏名を記載してください。
４ 「実施行為種別」には実地した特定行為の種別を以下から選択し、番号を記載してください。
①口腔内の喀痰吸引　②鼻腔内の喀痰吸引　③気管カニューレ内部の喀痰吸引
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　⑤経鼻経管栄養　⑥人工呼吸器装着者への喀痰吸引

（別紙２）

受付番号	

平成　　年　月　日

知事 殿

主たる事業所の
所　在　地
申　請　者
代 表 者 名　　㊞

喀痰吸引等研修 実施結果報告書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める喀痰吸引等研修について、下記の通り実施したので、省令附則第１１条第２項第６号の規定に基づき報告します。

登録研修機関登録番号									

申請者	フリガナ				
	事業所名称				
	事業所所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
	電話番号				
研修課程		１．喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一研修（不特定の者対象） ２．喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二研修（不特定の者対象） ３．各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三研修（特定の者対象）			
研修内容	基本研修（講義）	実施場所			
		実施期間	年　月　日　～　年　月　日		
		受講者数	人	修了者数	人
		試験実施日	年　月　日		
	基本研修（演習）	実施場所			
		実施期間	年　月　日　～　年　月　日		
		受講者数	人	修了者数	人
		評価実施日	年　月　日		
	実地研修	実施場所			
		実施期間	年　月　日　～　年　月　日		
		受講者数	人	修了者数	人
		評価実施日	年　月　日		
	研修担当者の氏名及び連絡先	氏名			
		電話番号			

※特定の者研修においては、実地研修を在宅で行った場合については、実施場所に各対象居宅と記載すること

添付資料
研修修了者一覧

（別紙３）

喀痰吸引等研修 研修講師履歴書

勤務先登録研修機関の名称					
氏名				性別	男・女
生年月日					
保有資格	１．医師　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師				
担当科目Ⅰ	基本研修	講義	人間と社会（※１）		
			保健医療制度とチーム医療（※１）		
			安全な療養生活		
			清潔保持と感染予防		
			健康状態の把握		
			高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論		
			高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説		
			高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論		
			高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順解説		
		演習	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		
			救急蘇生法		
			人工呼吸器装着者への喀痰吸引		
	実地研修		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		
			人工呼吸器装着者への喀痰吸引		

担当科目Ⅱ	基本研修	重度障害児・者等の地域生活に関する講義（※１）	
		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	
		喀痰吸引等に関する演習	
	実地研修	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	

職歴・講師歴	名　　称	業務内容	年　　月
	合　　計		

その他の資格	名　　称	取　得　機　関	取得年月日

備考１　講師毎に作成し、就任承諾書及び免許の写し、また講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書を添付してください。

２　「保有資格」欄に記載する資格の中に該当するものがあれば、その番号に「○」を記載してください。

３　省令別表第一号、第二号研修（不特定の者対象の研修）の科目を教授する場合は「担当科目Ⅰ」に、省令別表第三号研修（特定の者対象の研修）の科目を教授する場合は「担当科目Ⅱ」の各科目に「○」を記載してください

４　（※１）については、相当の学識経験を有する者を講師として差し支えありません。

５　「人工呼吸器装着者への喀痰吸引」の教授は省令別表第一号、第二号研修の課程（担当科目Ⅰの部分）に限られます。

（別紙５）

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成　　年　　月　　日

○ ○ ○ ○　殿

設　置　者

所　在　地

代 表 者 名　　㊞

下記は、○○○○（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設種別及び施設名	
設置年月日	
代表者名	
法人名	
電話番号	
研修受講者責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	