

【白寿会研修センター主催】 **【オンデマンド方式（動画配信型）】**

2024年度 第1回 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第1号・第2号研修） 募集要項

1. 目的

平成24年度から施行された介護職員等によるたんの吸引等実施の制度化に伴い、介護事業所等において必要なケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。そのため、受講者が適切な知識及び技術を習得するために必要な研修を行うことを目的とする。

2. 主催

社会福祉法人白寿会 白寿会研修センター

3. 実施主体

白寿会研修センター 喀痰吸引等研修実施委員会

但し、実地研修については、本研修受講者の勤務先施設などに委託する等して実施する。

4. 受講対象（下記①及び②とも満たされることを受講要件とします）

- ①老人福祉法・介護保険法に定める介護サービス事業（予防を含む）、障害者総合支援法に基づく障害者福祉サービス事業において介護職員として従事している者及び従事予定者
- ②実地研修を受講者が勤務する施設もしくは勤務を予定する施設で実施できる者
 - *受講申し込み後、実地研修予定施設管理者と協議の上、受講を決定する。
 - *実地研修施設とは、利用者の同意・指導看護師による指導が確保されている施設のことをいう。
 - *受講申し込みの際、勤務施設もしくは勤務予定の施設長の推薦を必要とする。

5. 募集定員

24人

6. 受講料

1人 55,000円（テキスト代は別途）

受講のための端末、講義視聴にかかる通信費については各自で準備・ご負担ください

指定テキスト：中央法規「新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 2,420円(税込)

※申し込いただきましたら、入手方法（送料無料）についてご案内いたします

7. 研修日程

講義配信期間 2024年6月4日（火）～10月21日（水）（10回シリーズ）

筆記試験（予定） 10月29日（火）

実技演習 11月中に小グループに分かれて実施

8. 研修方法および実施場所

【基本研修（講義）】

オンデマンド配信方式（指定期間内であればいつでも視聴できる動画配信方式）

50時間の講習を10回に分けて配信（1回につき4.0～5.5時間）

1回分の配信期間は2週間。全10回を各回の配信期間中に視聴する。

※講義視聴時は受講生1人につき1台の端末（パソコン・タブレット・スマートフォン）をご準備ください。問題に取り組みながら理解を深めます。

【筆記試験および実技演習】

会場で実施

社会福祉法人白寿会 特別養護老人ホーム白寿苑 他

住所：大阪府大阪市西成区南津守7-12-32（電話 06-6651-2210）

※近隣会場を指定する可能性もあります。

【実地研修】

受講者所属及び所属予定施設

9. 申込方法

白寿会研修センターへ郵送にて申し込みしてください。

*申込は、提出書類に不備なく提出期日までに郵送してください。

*郵送時、以下の宛名を切り取って使用いただくか、同内容を記載してください。

【申込み先】

〒557-0063 大阪府大阪市西成区南津守7-12-32

社会福祉法人白寿会 白寿会研修センター 宛

「介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修」申込書 在中

<申込提出書類> *必ず以下の書類を一緒に提出してください。

- (1) 受講申込書（様式1）
- (2) 受講適合確認表（様式2）
- (3) 研修科目免除申込用紙（様式3）
- (4) 推薦状（様式4）
- (5) 実地研修先確認シート（様式5）
- (6) 添付書類（資格証明書）

様式一式 [Word ファイル](#)

/

[PDF ファイル](#)



<申込手順>

手順1：「申込みの注意点」を熟読する

手順2：受講適合確認表（様式2）にて、受講要件の確認を行う

手順3：受講申込書（様式1）の記入

*推薦状（様式4）に必ず所属施設長（予定含む）の推薦をもらう

*添付書類（資格証明書）を準備する

手順4：研修科目免除申込用紙（様式3）の記入

手順5：実地研修先確認シート（様式5）に実地研修先施設からの承諾を得る

手順6：上記5つの書類と添付書類を確認し、上記「白寿会研修センター」へ郵送

*書類内容に不明点等がある場合はお問い合わせさせていただくことがあります。

*申込書類を確認の上、白寿会研修センターより、研修受講可否の連絡をいたします。

*受講料の支払いは、受講決定者へ支払い方法の連絡をいたしますので、申込時点で支払いは必要ありません。

10. 申込締切日

2024年5月24日(金) 必着

*但し、定員に達し次第、申し込みを締め切らせていただきます。

11. 修了証明書

基本研修を修了した方には基本研修の修了証を発行します。但し、実地研修未了の状態ですので、この修了証では「認定特定行為業務従事者認定証」の交付申請及び介護福祉士登録証への「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の届出を行うことはできません。実地研修を修了され、当研修センターでの確認が済んだ時点で、修了証書を発行します。それを受けて手続きを行ってください。

12. 受講に際しての注意事項

- ① 受講料の返金は、研修前日までの解約については全額返金いたしますが、研修開始以後はいかなる理由があっても返金できませんので、ご注意ください。
- ② 当センターが指定した期間内に講義を視聴した確認ができなかった場合は、その時点で研修中止となりますのでご注意ください。なお、やむを得ない理由がある場合は必ず事前に電話でご連絡ください（事務局・鈴木/大杉 電話 06-6651-2210）。
- ③ 講義カリキュラム終了後に実施される筆記試験について、1回目の試験で不合格の場合は補講と再試験を実施（要補講料）しますが、再試験でも不合格だった場合は実技演習に進めません。また、実技演習における実技試験について、試験日に不合格となった場合は再試験を実施（要補講料）しますが、再試験でも不合格だった場合は基本研修の修了は認められません。受講料も返還できません。後日、再受講された場合の受講料および受講科目についての免除もありません。
- ④ 筆記試験および実技演習の実施会場への交通費等の経費は受講者が負担してください。

<問い合わせ先> 受講に関して不明な点がございましたら、以下「問い合わせ先」までご連絡下さい。

問い合わせ先： 白寿会研修センター 鈴木・大杉

電話 06-6651-2210 メール hakuju.training@gmail.com

2024年度第1回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第1号・第2号研修）

【申込みの注意点】

1：申込みの前に以下の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者を対象）」についての通知を参照いただき、内容をご理解下さい。

- ①（社会福祉士及び介護福祉士法）介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（法律第72号）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/02_hourei_02.html

- ②（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則）社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（厚生労働省第126号）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-4-3.pdf

2：申込用紙の「受講適合確認表（様式2）」の確認項目を事前にチェックし、受講要件に適合しているかを確認してください。

3：申込書郵送時のチェック表

確認	申込時の確認内容
<input type="checkbox"/>	受講申込書（様式1）に記載漏れはありませんか？
<input type="checkbox"/>	受講適合確認表（様式2）で受講要件がすべて適合していましたか？
<input type="checkbox"/>	研修科目免除（様式3）を確認できましたか？ 免除科目がある場合、免除科目の修了証の写しは用意できましたか？ （同封）
<input type="checkbox"/>	所属施設等の施設長もしくは所長に研修受講を推薦（様式4）してもらえましたか？
<input type="checkbox"/>	実地研修先確認シート（様式5）を実地研修施設に記載・捺印してもらいましたか？ *受講決定後、実地研修施設に別の書類の提出依頼を行います。その旨を実習施設担当者へ説明してください。 （申込時は必要ありません） 。
<input type="checkbox"/>	有資格の資格証もしくは修了証の写しは用意できましたか？ （同封）
<input type="checkbox"/>	申込用紙一式は、コピーを取って保存しましたか？
<input type="checkbox"/>	研修カリキュラムの全日程の参加ができますか？

【申込み先】

〒557-0063 大阪府大阪市西成区南津守 7-12-32
社会福祉法人白寿会 白寿会研修センター

問い合わせ先：白寿会研修センター 鈴木・大杉(06-6651-2210)

2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
不特定の者対象 (第 1 号・第 2 号研修)
【 受 講 申 込 書 】

白寿会研修センター センター長 様

白寿会研修センターで実施されます「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。なお、研修に関する受講適合確認などを行いました。

必要事項を記入し、「添付書類」を必ず添えて、白寿会研修センターまで提出してください。

項目	記入欄	
ふりがな		
氏名	(男・女)	
生年月日(年齢)	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
自宅住所 <input type="checkbox"/> 郵送先に指定希望	〒 — (府・県)	(市・町・村)
連絡先	(電話) — — ※必須・携帯可 (メールアドレス) ※必須…パソコンメールが着信できる設定をお願いします @	
勤務先名		
勤務先種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
勤務先住所	〒 — (府・県)	(市・町・村)
勤務先電話&FAX	(電話) — — (FAX) — —	
有資格	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了・その他 () 注1:ヘルパー2級・実務者研修、基礎研修修了者は、介護職員初任者研修等修了に○を記載 注2:資格のない方は、未記入としてください。	
実地研修の予定	<input type="checkbox"/> 第1号研修として実施 <input type="checkbox"/> 第2号研修として実施 →実施予定行為 *吸引 (□口腔内 □鼻腔内 □気管カニューレ内) *経管栄養 (□胃ろう・腸ろう □経鼻)	

【添付書類】

- (1) 受講適合確認表 (様式 2) *受講の適合を必ずチェックしてください。
- (2) 研修科目免除申込用紙 (様式 3) *必ず研修修了証の写しを添付
- (3) 推薦状 (様式 4) *所属及び所属予定の施設長/所長の確認・押印が必要
- (4) 実地研修先確認シート (様式 5) *様式5は、実地研修施設が記載してください。
- (5) 有資格者の資格証もしくは修了証 *写しを添付

*書類確認のため、勤務先に連絡を入れることがあります。また、郵便物は基本的に勤務先に送付しますので、自宅への送付を希望される場合は、自宅住所枠の「□郵送先に指定」にチェックしてください。

2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第 1 号・第 2 号研修）

【 受講 適 合 確 認 表 】

以下の適合確認項目を確認し、右のチェック欄に☑をつけてください。

注)チェック欄に一つでも不適合がある場合は、受講要件を満たさないため、受講できません。

番号	適合確認内容	チェック欄
1	受講申込者が実地研修を行える施設があり、且つ、基本研修修了後 6 か月以内に実地研修を修了できる見込みがある	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
2	実地研修を行うことを理解した上で、利用者本人（実地研修協力者）とその家族が実地研修の実施に同意し協力できること（同意書を交わしていること）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
3	実地研修を行う施設の施設長（所長）が実地研修を行うことに承諾していること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
4	実地研修施設に指導看護師が配置されていて、実地研修の際、必ずその指導看護師の指導の下で介護職員等が実習を行えること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
5	指導看護師は、不特定の者を対象とした指導者講習を受講修了していること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
6	利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
7	実地研修施設の施設長が最終的な責任を持って、関係者皆が安全の確保のための体制の整備を行っている（安全委員会設置等）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
8	利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る）、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制が整備されていること（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 2 号）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
9	対象となる利用者の喀痰吸引等を行う医師の文書による指示がある（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 1 号）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
10	指示書や指導助言の記録、実地の記録が作成され、管理・保管されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
11	ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実地体制の評価、検証を行うこと	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
12	緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連携体制が構築されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
13	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意し施設の責任において実施されること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
14	実地研修は、その配置されている指導看護師が修得程度の審査を一定期間に実施し、評価票等必要書類を提出できる	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合

上記内容に間違いありません。

住所： _____

氏名： _____

※受講希望される個人の住所と氏名をご記入ください

【白寿会研修センター】
介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者対象）

【研修科目免除申込用紙】

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に関して、以下の科目の免除を申請します。

【参考】*この内容を確認し、申込者の免除科目の有無を確認し必要事項を記載し必ず提出

確認方法1：対象者欄で申込者が今までに受講し修了した研修を確認

*修了科目がない場合は、免除科目なし⇒住所・氏名のみ記載し提出してください。

*修了科目がある場合は、「確認方法2」へ

確認方法2：対象者欄の研修修了項目ア～カに対する免除科目欄のア～オを確認

確認方法3：免除科目チェック欄に☑を記載してください。

確認方法4：免除対象の研修修了証の写しを添付してください。

免除科目 チェック欄	対象者	免除科目
<input type="checkbox"/>	ア 介護福祉士養成課程の中で、医療的ケア（実地研修を除く）の科目を履修した者	ア （履修の範囲）基本研修
<input type="checkbox"/>	イ 介護福祉士養成課程の中で、医療的ケア（実地研修を含む）の科目を履修した者	イ （履修の範囲）基本研修及び実地研修
<input type="checkbox"/>	ウ 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日医政発第0401第17号厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引等を適切に行うために必要な知識及び技術に関する研修を修了した者	ウ （履修の範囲）基本研修の演習のうち「口腔内の喀痰吸引」及び実地研修のうち「口腔内の喀痰吸引」
<input type="checkbox"/>	エ 平成22年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）」の研修（平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）を修了した者	エ （履修の範囲）基本研修（講義）、基本研修（演習）及び実地研修（上記研修において実地研修を修了した行為に限る）
<input type="checkbox"/>	オ 「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研修事業」の実施について」（平成23年10月6日老発第1006号第1号厚生労働省老健局長通知）に基づく研修を修了した者	オ （履修の範囲）基本研修（講義）（筆記試験に合格した者に限る）、基本研修（演習）
<input type="checkbox"/>	カ 第2号研修修了者が第1号研修を受講する場合	カ （履修の範囲）基本研修及び実地研修のうち実地研修を修了した行為

年 月 日

住所： _____

申請者（申込者）氏名： _____

【 推 薦 状 】

年 月 日

社会福祉法人 白寿会
白寿会研修センター センター長 様

施設名 _____

施設長 _____ 公印

以下の職員を「2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(不特定の者)」受講に推薦します。

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

住 所 _____

推薦理由 (受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入してください。)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第 1 号・第 2 号研修）

【 実 地 研 修 先 確 認 シ ー ト 】

*このシートは、必ず実地研修施設に記載していただきますようお願いいたします。

＜実地研修協力施設様へのお願い＞

実地研修を行う施設にあたっては、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を、各施設で実地研修を実施するまでに満たしている必要があります。このシートは、その確認をお願いするシートとなりますので、何卒ご理解ご協力を宜しくお願いいたします。

なお、記載方法として、下記の要件を満たしていることを確認し、チェック欄に『✓』を記入し、署名捺印をお願いいたします。なお、すべての項目を満たすことができない場合は、実地研修を行うことができないため、研修申込者と協議いただきますようお願いいたします。

研修申込者の受講が決定した段階で、最後に記載しています「必要書類」の提出をお願いいたします。その際は、研修申込者へ①必要書類の提出方法②提出期限③提出先を説明いたしますので、記載及び提出をお願いいたします。

体制を整備されている項目の確認欄にチェックを記入してください。

(1)

確認欄	確認内容
＜利用者の同意＞	
<input type="checkbox"/>	利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応について施設長等から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の指導のもと、実地研修を受けている介護職員等が当該行為について実習を行うことについて、書面により同意している（同意書の記録がある）。
＜医療関係者による的確な医学管理＞	
<input type="checkbox"/>	①配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示がある。
<input type="checkbox"/>	②指導看護師の指導の下、介護職員等が実習を行う。
<input type="checkbox"/>	③配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されている。
＜たんの吸引等の水準の確保＞	
<input type="checkbox"/>	①実地研修においては、指導者講習又は指導者養成講習を修了した指導看護師が介護職員等を指導する。
<input type="checkbox"/>	②実地研修においては医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為について行う。
<input type="checkbox"/>	③たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている。（配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加のもとで作成されている）

＜施設における体制整備＞	
<input type="checkbox"/>	①実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確認のための体制の整備を行うため、施設長の総括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。
<input type="checkbox"/>	②利用者の健康状態について、施設長、配置医は又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされている。
<input type="checkbox"/>	③指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること
<input type="checkbox"/>	④ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行える実施体制があること。
<input type="checkbox"/>	⑤緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されていること。
<input type="checkbox"/>	⑥施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意していること。
＜地域における体制整備＞	
<input type="checkbox"/>	医療関係、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。
＜その他＞	
<input type="checkbox"/>	たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用しており、所定の実地研修が実施できる体制がとれること。

全ての項目について体制が整っていることをご確認いただき、提出してください。

年 月 日 記入

施設名： _____

施設住所： _____

施設長名： _____ 公印

【実地研修決定後の提出書類(必要書類)】 *以下の書類は、受講申請者の受講が決定後、提出を依頼します

- 1 実地研修実施計画書
- 2 別紙1(実地研修 実施機関承諾書)
- 3 別紙2(研修講師履歴書)