

2026年度特定非営利活動法人地域ケアさぽーと研究所
「重症児者のたんの吸引等医療的ケア支援者養成研修(特定の者)」
指導看護師による実地研修及び書類作成のお願い

1. 書類のダウンロードのお願い

実地研修にかかる書類、指導看護師になるための自己学習のテキスト・ビデオは、以下のURLまたはQRコードからアクセスして、必要な書類をダウンロードして下さい。

①指導看護師による実地研修関係

- ・同意書（利用者に記入してもらう）
- ・訪問看護ステーション等との契約書
- ・実地研修報告書

②指導看護師への書類

- ・指導看護師研修用ビデオ
- ・指導者マニュアル（テキスト）・報告書（アンケート）
- ・実地研修指導者評価票（指導看護師記入用）



<https://drive.google.com/drive/folders/14A5BjTNwZAwbIvH73MkfUegCzTFiqu1B?usp=sharing>

2. 実地研修を開始するにあたって

- (1) 受講者は、基本研修における評価（筆記試験）に合格すると、基本研修修了となります。基本研修修了前に、実地研修を行うことは出来ません。なお、基本研修修了時に「研修修了課程確認書（特定の者対象）」をお渡しします。実地研修の対象者が当分いらっしゃらない時などに、実地研修を受講可能であることの証明になりますので、大切にお持ちください。
- (2) 受講者または受講者の所属する事業所は、実地研修を実施する前に次の条件を整えておいてください。

①指導看護師の確保

実地研修で指導にあたる看護師等（以下「指導看護師」という。）は、実地研修開始前に指導者養成研修を受講していただく必要があります。既に指導者養成研修の「受講確認証」や「修了証」等を都道府県や他の研修機関から受けている場合は、その写しを他の報告書類等と一緒に、NPO法人地域ケアさぽーと研究所（以下「本研究所」）に送付してください。（※准看護師等については、指導看護師の指示の下で講師補助者として研修に携わることのみ可能であり、指導看護師とは認められませんので、ご注意ください。）

「指導者養成研修」（自己学習形式）を受講されていない場合、「喀痰吸引等研修指導者マニュアル第三号研修（特定の者対象）」やビデオ「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修カリキュラム」で自己学習していただきます。

自己学習後に実地研修の指導・評価を行うことができます。アンケートの提出は、実地研修後に他の報告書類等と一緒に、本研究所に送付してください。なお、連携する訪問看護事業所から同意が得られない場合、主治医や貴事業所や法人等の看護師による指導・評価も可能です。どうしても難しい場合、本研究所の指導看護師を派遣することも可能です。ご相談ください。

②利用者への説明と同意

利用者にたんの吸引等の制度と研修（実地研修に御協力いただくこと等）を説明し、同意を得て下さい。

③主治医の研修に対する同意

利用者を通じて主治医に、介護職員等が利用者の痰の吸引等の研修を受講し、実施する旨、文書による指示を得てください。なお、取得した指示書を研修機関様へ提出していただく必要はありません。

④訪問看護ステーション等との指導看護師派遣の契約

事業所法人内ではない外部の訪問看護ステーション等に看護師派遣を依頼する場合、必要に応じて訪問看護事業所と「指導看護師の派遣「承諾書」・指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」」で契約してください。なお貴事業所等と訪問看護ステーションの間で取り交わすこの契約書について、私どもへの提出は不要です。

3. 実地研修の実施について

実地研修では、施設や利用者の居宅等で、対象となる利用者にとって必要な行為を実施します。指導看護師が4段階で評価を行い、全ての項目について2回連続「A. 1人で実施し、手引きの手順通りに実施でき

ている」と評価されるまで、繰り返し実地研修を行います。指導者評価票は、「1. 書類のダウンロードのお願い」で紹介したホームページからエクセルデータをダウンロードして、実地研修に必要な評価票を用いて指導看護師に記入していただけてください。なお、指導者評価票に示されている手順等は標準的なものですので、ケア実施対象者の状況に応じて変更していただけて構いません。

なお、東京都福祉財団実施の喀痰吸引等の研修では、謝金9,000円を指導看護師派遣事業所へ支払っていますが、本研修でのお支払いはありません。東京都福祉財団は国と東京都の予算による無料開催に対して、本事業は受講者の受講費で開催していること、「看護職員が介護職員のたんの吸引等について手技の確認等を行った場合についても訪問看護基本療養費を算定できる」（疑義解釈資料の送付について（その1）厚生労働省保険局医療課 平成24年3月30日付事務連絡）と診療報酬で請求できることから、本事業では謝金はお支払いしていませんのでご理解願います。（実地研修に係る費用が発生する場合、所属事業所と指導看護師派遣事業所等の間で負担額の調整・契約など行ってください。）

指導看護師が作成した指導者評価票は、「実地研修報告書」を最初のページにして指導者評価票と一緒にクリップ止めして、他の書類と一緒に、本研究所へ送付してください。

4. 実地研修後提出していただく書類

受講者または受講者の所属する事業所は、次の書類をまとめて本研究所へ送付してください。

- ①実地研修報告書と指導者評価票（指導看護師記入済みのもの）を綴じたもの
- ②同意書（利用者に記入してもらう。原本は事業者で保管し、コピーを提出して下さい）
- ③返信用封筒（送付先が書かれた角2封筒（定形外）に140円又は180円切手を貼ったもの）
- ④実地研修を評価する指導看護師について：既に指導看護師の方は「受講確認証」の写しを提出してください。自己学習して新たに指導看護師になられる場合には「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修の実施のための指導者養成事業報告書（アンケート）」を提出して下さい。

5. 修了証書の交付について

本研究所で指導者評価票の内容を確認の上、修了証書を発行し、受講者宛てに送付します。

6. 修了証の交付後について

痰の吸引等を提供するためには、受講者及び所属事業所は、都道府県に対して次の手続きが必要になります。

①認定特定行為業務従事者の認定申請について

登録研修機関が実施する研修を修了した方が、たんの吸引等を実施する場合は、「認定特定行為業務従事者」の認定申請が必要になります。

②登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録について

たんの吸引等を業として行うためには、事業所ごとに一定の要件（医療関係者との連携・安全確保措置等）を満たしている旨の登録申請を行い、登録特定行為事業者となる必要があります。東京都の場合、次のホームページを参照してください。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/jigyo/tankvuin/>

7. 追加の実地研修について

利用者に新たなケアが増えた場合や、別の利用者がいらした場合は、追加の実地研修を行ってください。上記4の書類等を提出していただき、内容を確認できましたら、新しい修了証を発行いたします。なお当面、手数料等は無料にいたします。



問い合わせ・書類提出先

NPO法人 地域ケアさぼーと研究所 担当：下川和洋

〒187-0043東京都小平市学園東町1丁目22-6

携帯：080-5882-9068 電話：042-403-3229

FAX: 042-405-1779

Email: eesupport@jcom.home.ne.jp

年 月 日

同 意 書

施設・事業所名 _____

施設・事業所の長 _____ 様

私は、貴施設・事業所におい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実地研修に関する説明を受け、介護職員等が以下の行為を実施することについて同意いたします。

- ☐ 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

氏 名 _____ 印
代理人・代筆者氏名 _____ 印
(本人との続柄： _____)

重症児者のたんの吸引等医療的ケア支援者養成研修（特定の者） 指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、（乙）の介護職員等が、特定非営利活動法人地域ケアさぽーと研究所（以下「研究所」という。）が実施する標記研修において、下記「誓約書」に基づき実地研修を行う際に、指導看護師（DVD視聴・アンケート提出者）を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価票作成含む）を行うことを承諾します。

年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

（甲）事業所代表者氏名 _____ 印

事業所住所 〒 _____

担当者氏名 _____ 電話番号 _____

※指導者養成用教材必要の有無（○をつけて下さい） 必要 不要

重症児者のたんの吸引等医療的ケア支援者養成研修（特定の者） 指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導及び評価を（甲）へ依頼するにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の受講決定をされた介護職員等です。
- 2 本研修は、今後、当事業所職員が利用者にたんの吸引等を適切に実施するために受講するものです。
- 3 実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を研究所に報告し、必要な措置を講じていただきます。
- 4 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、協力指導看護師派遣事業所名を特定しなければならぬので、東京都（研究所経由）に報告しますが、それ以外は事業所名が分かることは記載しません。
- 5 実地研修中はもちろん、研修後においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。

年 月 日

法人名 _____

事業所等名 _____

（乙）事業所代表者氏名 _____ 印

事業所住所 〒 _____

担当者氏名 _____ 電話番号 _____

※作成したものを2通コピーし、1通を（甲）で保管、もう1通を（乙）で保管してください。

※登録研修機関（NPO法人地域ケアさぽーと研究所）への提出は不要です。

年 月 日

受講者名・
又は事業者名

印

実地研修報告書

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業実地研修が終了したので、「実地研修指導者評価票」とあわせて次の通り報告します。

	受講者の氏名	ケア実施対象者の氏名	ケアの種類 (※)	指導看護師の氏名
例	小平一郎	1 山田太郎	①②③④⑥	佐藤花子
①		1		
		2		
		3		
②		1		
		2		
		3		
③		1		
		2		
		3		

※ケアの種類は、次の①～⑥の数字を記入して下さい。

- | | | |
|---|--|---|
| { | 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 (鼻マスク等の場合①や②、気管切開の場合③も記入) | } |
|---|--|---|