



福岡医発第 2518 号 (地)

平成 25 年 1 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

平成 24 年度福岡県喀痰吸引等研修の实地研修先について

介護職員が実施するたんの吸引等の研修に関しましては、平成 23 年 12 月 1 日付け福岡医発第 2026 号 (地)「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」及び平成 24 年 4 月 18 日付け福岡医発第 247 号 (地)「喀痰吸引等研修実施要綱等の送付について」においてご連絡申し上げているところです。

喀痰吸引等研修事業につきましては、本県では、福岡県より麻生教育サービス株式会社に委託され実施されております。しかしながら、基本研修 (演習) 修了後の实地研修先がいまだ確保できていない受講者がいることから、今般、会員への周知依頼が参りました。そこで、平成 25 年 1 月 24 日開催の本会第 30 回全理事会において協議の結果、各病院へ依頼すること並びに各医師会へ通知することを承認いたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 榎藤秀之
会長 蒲池 壽

24高支第2759号

平成25年1月23日

社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部高齢者支援課長

平成24年度福岡県喀痰吸引等研修の实地研修先について（依頼）

平素より本県の高齢者福祉行政に御理解と御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

また、標記研修の実施にあたっては、研修委員会委員を御推薦いただくなど多大な御協力をいただいているところであり、心より感謝申し上げます。

おかげさまで昨年12月に研修を開始することができ、現在、基本研修（講義）及び筆記試験を終えたところです。

ところで、基本研修（演習）修了後の实地研修先をいまだ確保できていない方がおられます。

そこで、本県といたしましては一人でも多くの受講生に修了していただけるよう、实地研修先の確保の支援を行いたいと考えております。

つきましては、貴会会員様へ实地研修の受講者の受け入れをお願いしたいと考えているところであり、併せて、貴職から会員様へ依頼内容等について周知等を行っていただきますよう、御協力をお願いいたします。

なお、受入れを御承諾いただいた病院に対し、後日、研修委託先である麻生教育サービス株式会社から受入依頼をさせていただくこととしております。

記

1 受入れ希望人数

福岡地区	50人
北九州地区	20人
筑豊地区	10人
筑後地区	10人

2 实地研修の内容

気管カニューレ内部の喀痰吸引
経鼻経管栄養

(公印省略)

24高支第2759号

平成25年1月24日

各病院の院長 殿

福岡県保健医療介護部高齢者支援課長
(施設運営係)

平成24年度福岡県喀痰吸引等研修の实地研修の受講者の受入れ
について(依頼)

平素より本県の高齢者福祉行政に御理解と御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、昨年4月の社会福祉士及び介護福祉士法の改正によって、一定の知識及び技能を有する介護職員が喀痰吸引等の行為を実施することができるようになったところです。

これに伴い、本県では、知事が行うこととされている介護職員による喀痰吸引等の実施のための研修について、麻生教育サービス株式会社に委託して、現在基本研修(講義)及び筆記試験を終えたところです。

今後、基本研修(演習)及び实地研修を行い修了となりますが、この最後の課程である实地研修の受入先等の確保の見通しがいまだ立たない受講者が生じております。

そこで、本県としては一人でも多くの方に修了していただけるよう、实地研修先の確保の支援を行いたいと考えております。

つきましては、貴院にて实地研修の受講者を受け入れてくださいますよう、お願いいたします。

なお、受入れを御承諾いただいた病院様に対し、後日、麻生教育サービス株式会社から御連絡をさせていただきますので、申し添えます。

記

1 受入れに必要な体制

別紙「第1号研修施設等チェックシート」の全ての項目に該当する病院

2 業務の内容

別紙「依頼する業務内容」のとおり

3 送付いただく書類

御承諾いただける場合には、平成25年1月31日（木）までに次の書類を福岡県保健医療部高齢者支援課へ御郵送ください。

- ① 実地研修施設等 調書
- ② 実地研修指導講師 調書
- ③ 第1号研修施設等チェックシート
- ④ 喀痰吸引等研修 実施機関承諾書

【送付先】

〒812-8577
福岡市博多区東公園7番7号
福岡県保健医療介護部
高齢者支援課 担当 今知

依頼する業務内容

1 指導講師の選任・伝達講習の受講

実地研修では、指導講師に指導を行っていただきます。

指導講師となるためには、伝達講習を受講していただく必要がありますので、指導講師予定の方を伝達講習に派遣してください。

*指導講師要件：医師・保健師・助産師・看護師のいずれか

【伝達講習】

日時：平成25年2月13日（水）・14日（木） 2日間

場所：南近代ビル 福岡市博多区博多駅南4丁目2-10

2 実地研修の受け入れ

次の（１）～（３）に基づき、受講者が患者様に対し、喀痰吸引等の実技を行わせていただきます。

日時：平成25年2月17日（日）～3月10日（日）

場所：貴病院

（１）医師の指示書及び利用者の同意書の徴収

喀痰吸引等実施についての医師の指示及び、研修実施についての利用者等の同意を書面にて頂いてください。

（２）実技の実施

次の手順について、次の回数以上、受講者に実技行わせてください。

【手順】

STEP 1	安全管理体制確保	STEP 4	準備	STEP 7	片づけ
STEP 2	観察判断	STEP 5	実施	STEP 8	記録
STEP 3	観察	STEP 6	報告		

【回数】

*技能の評価において、技能習得を認められるまで実施
気管カニューレ内部の喀痰吸引 20回以上
経鼻経管栄養 20回以上

（３）技能の評価

実技について、「実地研修評価票の評価基準」で示す手順通りに実施できているか評価を行い、終了後、評価票を麻生教育サービス(株)へ送付してください。

※ 実地研修における事故については、研修の委託先である麻生教育サービス(株)が別添の施設所有者賠償責任保険に加入いたします。

実地研修を履修する介護職員等向け賠償責任保険のご案内

介護職員等による喀痰の吸引等の研修事業にて、カリキュラムに基づいた実地研修中において発生した偶然な事故に起因して、他人の生命や身体を害したり、他人の財物を滅失、破損もしくは汚損した場合に、その介護職員等※の皆さまが法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害に対して、保険金をお支払いします。 ※介護職員等とは研修を履修する個人と研修を実施する登録研修機関等のことを示します。

Question：実地研修中の賠償リスクに備えた保険にご加入されていますか？

Answer

本保険のご加入により、登録研修機関当の皆さまが安全に実地研修を運営され、介護職員等の皆さまが安心して実地研修を履修できる環境の構築にお役立ていただくことができます。

例えば、こんな時にお役に立ちます

喀痰の吸引実地研修中に、誤って利用者
の気管を傷つけてしまった

喀痰の吸引実地研修中に、誤って利用者等の
所有物を破損させてしまった

お支払いする保険金

- 損害賠償金（法律上の損害賠償責任に基づいて損害賠償請求権者に対して支払うべき治療費や修理費用）
- 争訟費用（損害賠償に関する争訟について支出した訴訟費用、弁護士報酬等の費用）

支払限度額・免責金額

賠償責任補償の支払限度額				免責金額（1事故につき）		
身体障害	1名	5,000万円	1事故	5,000万円	身体障害	なし
財物損壊	1事故	1,000万円			財物損壊	3万円
管理財物	1事故	300万円（うち現金・有価証券等貴重品30万）			管理財物	3万円
人格権侵害	1名・1事故	300万円			人格権侵害	なし

費用補償の支払限度額			免責金額（1事故につき）
初期対応費用	1事故	500万円	なし
見舞金費用	1名・1事故	5万円（被害者通院時）	

※支払限度額とは、保険金をお支払いする限度額をいいます。賠償責任補償でお支払いする保険金のうち、争訟費用については、原則として支払限度額の適用はありません。ただし、争訟費用については損害賠償金の額が支払限度額を超える場合には取扱いが異なりますので、詳細は取扱代理店または当社までお問い合わせください。免責金額は、保険金としてお支払いする1事故ごとの損害の額から差し引く額で、お皆さまの自己負担となる金額をいいます。

※「管理財物」「人格権侵害」「初期対応費用」「見舞金費用」の詳細な補償内容等は裏面をご参照ください。

※保険料の具体的なお見積り等は、取扱代理店または当社までお問い合わせください。

○このチラシは「実地研修を行う介護職員等向け賠償責任保険」の特徴を説明したものです。詳しくは商品パンフレット「施設（管理）者賠償責任保険」をご覧ください。

お問い合わせ先

<取扱代理店>

MSK保険センター株式会社 本店営業第1部
担当：晴田（トキタ）・武藤
千代田区神田駿河台2-2（御茶ノ水吉盛ビル6階）
TEL:03-3259-7901 FAX:03-3259-7917

<引受保険会社>

三井住友海上火災保険株式会社 公務開発部 営業第1課
東京都千代田区神田駿河台3-11-1
TEL:03-3259-3017 FAX:03-3293-8609

管理財物損壊補償

補償の内容（保険金をお支払いする主な場合）

被保険者が管理する財物（管理財物）を滅失、破損または盗取した場合、管理財物について正当な権利を有する者に対して被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって生ずる損害に対して、保険金をお支払いします。

保険金をお支払いしない主な場合

- ①被保険者の代理人またはこれらの者の使用人が行いもしくは加担した管理財物の盗取
- ②被保険者の使用人、代理人もしくは下請負人が所有または私用に供する管理財物の損壊、紛失または盗取
- ③管理財物の自然の消耗または性質による腐れ、かび、腐敗、変色、さび、汗ぬれ、その他これらに類する事由またはねずみ食いもしくは虫食い

人格権侵害補償

補償の内容（保険金をお支払いする主な場合）

被保険者が「不当な身体の拘束による自由の侵害、名誉毀損」「口頭・文書によるプライバシー侵害」等の不当行為による他人の人格権侵害に因りて、法律上の損害賠償責任を負担することによって生ずる損害に対して、保険金をお支払いします。

保険金をお支払いしない主な場合

- ①被保険者によって行われた犯罪行為（過失犯を除きます）に起因する損害賠償責任
- ②被保険者による欺用、濫用または解雇に関して、被保険者によってまたは被保険者以外の者によって行われた不当行為に起因する損害賠償責任

初期対応費用補償

補償の内容（保険金をお支払いする主な場合）

事故発生初期段階において被保険者が緊急的対応のために行う事故現場の保存、担当者への事故現場への派遣等に必要な当社が承認する初期対応費用を保険金としてお支払いします。

保険金をお支払いしない主な場合

施設所有（管理）者賠償責任保険で規定する保険金をお支払いしない主な場合と同様となります。

被害者治療費等（見舞金費用）補償

補償の内容（保険金をお支払いする主な場合）

他人の身体に傷害を与えたことにより、その身体傷害を受けた者がその身体傷害を直接の原因として事故の日から180日以内に入院または重症後遺障害を負ったもしくは死亡した場合に、被保険者が治療費等を当社の同意を得て負担した場合に、その金額を治療費等保険金としてお支払いします。

【支払限度額】

- 1回の事故につき被害者1名あたり：被害者死亡時、重症後遺障害時50万円 / 被害者入院時10万円
/ 被害者通院時5万円
- 1事故あたり：1,000万円

保険金をお支払いしない主な場合

- ①治療費等を受け取るべき者の放棄
- ②保険受取者、被保険者または治療費等を受け取るべき者の親類行為、自殺行為または犯罪行為
- ③被害者の心神喪失

実地研修施設 調書

1 施設情報

施設名					
所在地	〒				
管理者	役職		氏名	印	
事業種別 (該当するものに○)	1 特別養護老人ホーム 2 養護老人ホーム 3 介護老人保健施設 4 軽費老人ホーム 5 その他 ()				
担当者	役職		氏名		
連絡先	TEL		FAX		

2 受入可能人数

	人
--	---

氏名	
氏名	
氏名	

4 研修受入可日

受入可能な日に○をしてください

2月												3月									
17日	18月	19火	20水	21木	22金	23土	24日	25月	26火	27水	28木	1金	2土	3日	4月	5火	6水	7木	8金	9土	10日

【研修内容】

口腔内の喀痰吸引 10回以上
 鼻腔内の喀痰吸引 20回以上
 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 20回以上

実地研修指導講師 調書

ふりがな					
氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日 () 歳				
住所	〒				
連絡先	TEL		FAX		
	携帯				
保有資格 (該当するものに○)	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師				

* 保有資格に関する免許等の写しを添付してください。

第 1 号研修 実地研修施設等チェックシート

施設・事業所名: _____

以下の項目に該当する場合（見込みも可）は☑をしてください。

要 件	チェック欄
① 実地研修において行為を受ける利用者（又は家族等）の同意が書面で得られること。	☐
② 実地研修にいて行う行為について、医師の指示が書面で得られること。	☐
③ 施設又は事業所の責任者の統括の下、責任を持って安全確保のための体制整備を行えること。	☐
④ 緊急時の対応手順をあらかじめ定め、その訓練を行うとともに、緊急時に配置医又は、実地研修施設又は事業所と連携している医師、指導看護師との連絡体制を構築すること。	☐
⑤ 実地研修において行為を受ける利用者（又は家族等）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されていること。	☐

上記記載内容に誤りがないことを証明します。

平成 24 年 月 日

施設・事業所名: _____

施設・事業所住所: 〒 _____

施設・事業所管理者名: _____ 印

(別紙5)

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

麻生教育サービス株式会社 殿

平成 年 月 日

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

㊟

下記は、福岡県知事が麻生教育サービス株式会社に委託して実施する平成24年度福岡県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。

記

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	