



平成23年10月28日
社援発1028第3号

各
〔都道府県知事
指定都市の長
中核市の長
関係団体の長
地方厚生（支）局長〕
殿

厚生労働省社会・援護局長

実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会の実施について

実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会（以下「講習会」という。）については、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和62年厚生省令第50号）第5条第9の2号及び第7条の2第1号ホ並びに社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成20年文部科学省・厚生労働省令第2号）第5条第9の2号及び第7条の2第1号ホに規定されており、また、社会福祉士及び介護福祉士養成施設指定規則第7条の2第1号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第7条の2第1号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成23年厚生労働省告示第414号）により科目及び時間数等が規定されているところである。

これらについて、更に具体的な運用基準を示すため、今般、別添1のとおり実務者研修教員講習会実施要領を、別添2のとおり医療的ケア教員講習会実施要領を定めたところであるので、御了知願いたい。

別添 2

医療的ケア教員講習会実施要領

1. 講習会の実施主体

医療的ケア教員講習会（以下「講習会」という。）の実施主体は、3に定める全ての科目について講習を適切に行うことができる法人又は団体であること。

2. 講習会実施の届出

（1）講習会の実施者は、毎年度、講習会の実施前に、当該講習会を実施する地の都道府県を所管する地方厚生（支）局長へ様式1による届出書を届け出ること。ただし、複数の都道府県で講習会を実施する場合にあっては、当該講習会を実施する法人又は団体の所在地の都道府県を所管する地方厚生局（支）局長へ届け出ること。

（2）講習会の実施者は、当該講習会の終了後、講習会修了者に対して様式3による医療的ケア教員講習会修了証を交付するとともに、速やかに様式2による講習会修了者名簿を地方厚生（支）局長に届け出ること。

なお、実施者の側にあっても、受講生からの事後的な照会等に対応できるよう、講習会修了者名簿を適切に管理しておくこと。

（3）講習会を廃止する場合にあっては、廃止前にその旨を速やかに届け出ること。

3. 講習会の内容

（1）講習会の具体的内容は、下表の内容以上のものとする。また、講習会の実施者がこれらの内容全てを実施する必要があること。

科目	目標	時間数
制度の概要	介護職員等による医療的ケアの実施に関する制度の概要についての知識を身に付ける。	1
医療的ケアの基礎	感染予防、安全管理体制等について基礎的知識を身に付ける。	1
喀痰吸引	喀痰吸引について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。	1
経管栄養	経管栄養について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。	1
演習	喀痰吸引及び経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。	3
合計		7

- (2) 講習会の実施に当たっては、科目ごとの教育内容について一貫性及び統一性が確保され、効果的な授業の運営が行われるよう配慮すること。

4. 講習会の評価

- (1) 講習会の実施者は、あらかじめ講習会の評価計画を策定し、講習会の終了後、当該計画に基づき実施した講習会の内容の評価を行うこと。

なお、講習会の評価に当たっては、少なくとも以下の内容を盛り込むこと。

ア 3の(1)の教育内容等を踏まえ、当該講習会が設定する教育目標

イ 教育目標を踏まえた受講生の理解度を評価するための基準

ウ 受講生の評価結果を踏まえた講習会の課題と今後の改善方針

- (2) 講習会の実施者は、(1)の評価計画及び評価結果を少なくとも5年間は適切に管理しておくこと。

5. 講習会の講師等

講習会の講師は、以下のいずれかに該当する者であることが望ましいこと。

ア 医師、保健師、助産師又は看護師（以下「看護師等」という。）の資格を取得した後5年以上の実務経験を有し、かつ、3年以上の看護師及び介護職員等への指導経験を有する者

イ 講習会（介護職員等におけるたんの吸引等の試行事業に係る指導者講習を含む。）を修了し、かつ、3年以上の看護師及び介護職員等への指導経験を有する者

6. 講習会の施設設備

講習会の実施者は、当該講習会の実施期間中専用に利用できる教室を確保すること。また、演習を行うための演習室を確保できることが望ましいこと。

7. 講習会の科目の履修認定等

講習会及び「介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者を対象としたものに限る。）における指導者講習会」の講師として1又は複数の科目を担当した経験を有するものであって、当該講師が講習会を受講する場合にあっては、講習会の実施者は、当該講師が担当した1又は複数の科目について、当該講師が当該科目を当該講習会において履修したものと認定することができるものであること。

様式 1

医療的ケア教員講習会実施届出書

講習会の名称		
実施主体の名称		
実施主体の主たる事務所の所在地等	電話番号：	
講習会を実施する会場の所在地（都道府県単位）		
開講期間	受講定員	
講習会の内容		
	開講時間数	担当講師の氏名
制度の概要		
医療的ケアの基礎		
喀痰吸引		
経管栄養		
演習		

（注）開催要綱等、講習会の内容が分かる資料を添付すること。

当講習会の内容は、上記のとおりです。

平成 年 月 日

法人・機関名：_____

法人・機関代表者氏名：_____

様式 2

医療的ケア教員講習会修了者名簿

实施主体：

[illegible]

様式 3

医療的ケア教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和 62 年厚生省令第 50 号）第 5 条第 9 号の 2 又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成 20 年文部科学省・厚生労働省令第 2 号）第 5 条第 9 号の 2 に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

平成 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名

