主催／一般社団法人　静岡県介護福祉士会

**2019年度　介護職員等の喀痰吸引等研修（第2号研修）募集要項**

1．目的

老人福祉施設、老人保健施設及び居宅において必要なケアをより安全に提供するため、適切に

喀痰吸引などを行うことができる介護職員等を養成します。

　　2．研修課程

　　　　不特定の対象者に対する喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう）に関する研修です。基本研修（講義50時間・演習・筆記試験）及び実地研修を行います。なお、実地研修に関しましては、全行為のうち、一部の行為だけを必要とする利用者が存在すれば、1行為からでも実施できます。実地研修は最大4行為までとします。

1. 対象者

・県内の介護保険施設や在宅サービス事業所等に勤務する介護職員とする。

・全日程受講できること。

・原則、所属する職場又は同一法人、関連法人の施設等で実地研修できること。

4. 研修日程

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本研修 | 講義 | 9／6（金）11（水）18（水）25（水）10／4（金）・16（水）  講義時間は概ね9:00～18:00を予定 |
| 筆記試験 | 10／25（金）　　　※講義終了後に試験 |
| 演習 | 11／1（金）2（土）3（日）4（月）のうちの1日 |
| 実地研修 | | 演習終了後　随時実施　　　　　※3月31日までに修了予定 |

5. 研修会場　　　　※講義演習会場には駐車場がありませんので、公共交通機関でお越し下さい。

　　　◇基本研修（講義）（演習）　　静岡県総合社会福祉会館シズウエル　（静岡市葵区駿府町）

　　　◇実地研修　　　　　　　　 　受講生が所属する職場又は同一法人又は関連法人の施設等で実施

して頂きます。※事業所での指導者とは（看護師の場合）3年以上

の実務経験がある正看護師をいいます。

6．募集定員　　 　　　　　　20名

　　7．受講料　　　　70,000円　（消費税、テキスト代、筆記試験料、賠償責任保険料含む）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※筆記試験が再試験の場合別途3,000円（税込み）が必要になります。

8．提出書類

　(1)受講申込書・調書

(2)実地研修に関する確認書　　　　※受講希望者は確認書を下記事務局へ請求して下さい。

(3)医療的ケア修了者又は免除対象者　（※修了証又は認定証の写しを添付して下さい。）

※研修の一部免除の取扱い

　「特別養護老人ホームにおける痰の吸引等の取扱いについて」(平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知)に基づく研修の修了者は、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「口腔内の喀痰吸引」が免除となります。申込み時に修了証明書の写しを添えて下さい。

※個人情報は、本研修の運営のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に開示、提供することはありません。

　　9．申込み方法

　　　　　上記書類を揃えて施設・事業所ごとに取りまとめ、下記事務局へ郵送願います。

10．締切日　　　8月24日（金）

※但し定員に余裕がある場合は研修開講10日前まで受付可能です。確認のため事務局へ連絡願います。

　　　※受講人数が10名以下の場合、実施できない場合もありますので了承願います。

　　11．選考及び通知方法

　　　　　(1)定員を超えた場合は選考し受講生を決定します。

　　　　　(2)申込みの施設・事業所担当者様に受講決定（不決定）通知を送付します。

12．研修修了後の手続き等

(1)研修修了者には修了証書を交付します。遅刻、早退、欠席とみなした場合は、修了証明書を

交付できません。

　　　　(2)実際に痰の吸引等の特定行為を行うには、修了証書受理後、県に「認定特定行為業務従事者認

定証」の交付を受ける必要があります。

「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けた介護職員等が事業所で痰の吸引等の医療的ケアを行う際には、事業所として別途県に「登録特定行為事業者」としての登録申請が必要です。

　　13．その他

　　（1）本研修を修了すると実務者研修の医療的ケアが免除になります。当会でも介護福祉士実務者

研修を実施しています。

　　（2）実務者研修等で医療的ケアを修了している方が、現場で実践するには実地研修の修了が必須に

　　　　 なります。自職場で実地研修が可能な場合、受講を受け付けますので下記事務局へご相談下さい。

申込み・問合せ　　　一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局／平野・谷口

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒420-0856静岡市葵区駿府町1-70　静岡県総合社会福祉会館4階

　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　**TEL 054－253－0818 ／ FAX 054-253-0829**

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　**E-mail　shizukai@cy.tnc.ne.jp**

**■**[**http://shizukai.jp**](http://shizukai.jp) 　静岡県介護福祉士会　**検索**

介護職員等の喀痰吸引等研修（第２号研修）**受講申込書・調書**

　　　　記入日　　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設情報に関する事項** | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | |  | | | | 種　別 | | 1 介護老人福祉施設（地域密着型含）2 介護老人保健施設  3 特定施設入居者生活介護（地域密着型含）  4 認知症対応型共同生活介護事業所  5 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 施設・  事業所名称 | |  | | | |
| 施設・事業所  代表者名 | |  | | | | 1 障害者支援施設　　2 障害者福祉サービス事業所  3 障害者(児)施設　　4 その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 | | 〒（　　　－　　　） | | | | | | | | | 担当者氏名 | |
|  | | | | | | | | |  | |
| TEL | |  | | | | FAX | | |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | |
| **実地研修に関する事項**(該当箇所にレ点　〇印　記載等願います) | | | | | | | | | | | | |
| □ | 1. 自施設での実施 | | | | | | | | | | | 可　　　　不可 |  | |
| □ | ※①で実施できない場合のみ記載  ②　同一法人又は関連法人施設で実施 | | | | | | | | | | | 可　　 　不可 |
| **※修了希望の行為にレ点、対象利用者の人数を記入して下さい（最大4行為まで）** | | | 痰の吸引 | 1. 口腔内（　）名　／　② 鼻腔内（　）名　／③ 気管カニューレ内部（　）名 | | | | | | | | |
| 経管栄養 | 1. 胃ろう又は腸ろう（　　）名　 ／　　⑤　経鼻経管栄養（　　）名 | | | | | | | | |
| 実地研修施設の名称 | | | |  | | | | | | | | |
| 指導看護師　(正看護師のみ)　　　氏　　名 | | | | | | |  | | | | | |
| 指導者講習会修了の有無 | | | | | | | （　　）修了している　（　　）修了していない | | | | | |
| **受講者情報に関する事項** | | | | | | | | | | | | |
| ※複数申込みの場合申込みの優先順位　（　　） | | | | | | | | | | | | |  |
| ふりがな | |  | | | | | | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | 昭和　・　平成　　　　年 　　月　　　日　生  　　　　　　　　　　　（　　　）歳 | | |
| 住　　所 | | 〒（　　　―　　　　） | | | | | | | | | | 性　別 |
|  | | | | | | | | | | 男性　　　女性 |
| 保有  資格 | 1 介護福祉士　　　2 実務者研修修了　　　3 介護職員初任者研修修了  4ホームヘルパー（　　級）　　5その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 電話番号（昼間つながる番号） |
|  |
| ※要項8の(3)一部免除参照  □　医療的ケア修了  □　特別養護老人ホームの研修修了 | | | | | 職　歴 | 介護福祉現場の勤続年数　　（　　）年（　　）ヶ月  現在の勤務先の勤続年数　　（　　）年（　　）ヶ月 | | | | | | |