

喀痰吸引等研修 実施要項

【基本研修（講義・演習）、知識確認テスト、実地研修】

社会福祉法人 横浜共生会
地域生活支援センター海

1 研修目的

喀痰吸引等は、介護職員等にとってもサービス支援を受けるご利用者さんにとっても大変重要な行為です。喀痰吸引等研修は人としての尊厳にかかわる行為であることを認識していただくとともに、一人ひとりのニーズに対し適切な知識・技能を習得する事を目的としています。必要なケアを安全かつ適切に行えるよう、介護職員等を養成する事を目的とした研修です。

2 実施する研修課程

第3号研修（特定の者対象）

I 研修課程 1

基本研修（講義・演習）10時間	+	筆記試験（知識確認テスト）	+	実地試験・評価
		20問 9割以上		特定の者に対する必要な行為

研修課程 2

		科目又は行為	時間	又は回数
1. 基本研修	①講義	重度障がい児・者の地域生活等に関する講義	2	10時間
		喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義	7	
		緊急時の対応及び危険防止に関する講義		
	②演習	喀痰吸引等に関する演習	1	
2. 実地研修	喀痰吸引	口腔内の喀痰吸引	医師等の評価において、受講者が修得すべき知識・技能習得したと認められるまで実施	
		鼻腔内の喀痰吸引		
		気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	経鼻経管栄養			

II 第3号研修の概要

(1) 基本研修：講師による座学8時間の講義を受講

テキスト：厚生労働省が作成した「介護職員等による喀痰の吸引等の実施のための状態別・疾患別に配慮した研修テキスト」及び資料を使用する。

(2) 基本研修（演習）：シミュレーション人形を使用して、医行為（喀痰吸引・経管栄養）についての演習を実施する。

(3) 知識確認テスト：筆記試験問題20問（四肢択一）/30分、正解率9割以上

(4) 講義・演習すべてを受講、知識確認テストを合格した受講者には「基本研修・知識確認テスト修了受講証」を発行。

(5) 実地研修：知識確認テスト合格者が、受講生所属の施設・事業所において指導看護師の指導を受けて、協力ご利用者を実施。

医行為（喀痰吸引・経管栄養）の実施については、医師の指示等の条件の下「受講者が修得すべき知識・技能を習得したと認められるまで実施」して、医師等指導講師の評価（評価票による）を受けること。

(6) 実地研修を実施するに当たっては、実地研修の協力をお願いするご利用者の同意を得ている事。また、協力ご利用者の主治医や施設・事業所の医師等から実地研修についての書面による指示書を用意する必要がある事。

(7) 報告書の提出：実地研修終了後、「実地研修報告書」を提出する事。

(8) 修了証の発行：上記の「実地研修報告書」の内容を確認して「研修修了証」を発行する。

(9) 実地研修は3か月程度以内に終了する事。

3 受講者及び受講資格

次のすべてに該当する方を受講対象者とします。

- ・ 喀痰吸引等を日常的に必要とされる障がい者等の支援に従事する者であって、研修終了後、業として喀痰吸引等を行なう事が見込まれる方。
- ・ 従事されている施設・事業所等の責任者または管理者の推薦が得られる方。
- ・ 実地研修の実施にあたり、対象となるご利用者、指導者（指導看護師等）及び実施機関の協力が得られる方。

4 研修開催日

平成30年9月23日（日）24日（月・祝）

※詳細は別紙カリキュラム表参照

5 受講定員及び受講料

定員 12名

受講料金 10,000円

※受講料にはテキスト代、資料代、損害保険代を含みます。

※支払われた受講料は、受講を中止されても返却できませんのでご了承ください。

6 募集期間

平成30年8月1日（水）～平成30年8月17日（金）まで【当日消印有効】

7 申込方法

【基本研修受講前】

1. 研修受講申込者は、貴施設・事業所として申し込んでください。受講生は貴施設・事業所の推薦者として受け止めさせていただきます。
2. 次の提出書類に記入し郵送してください。各書類は当法人のホームページよりダウンロードできます。

①「研修受講申込書」

②「実地研修 実施機関承諾書」

※実地研修実施機関が登録特定行為事業者である場合は「登録番号」の写しを添付してください

③「喀痰吸引等研修 指導講師履歴書及び就任承諾書」

※保有免許証の写し、指導者養成講習を修了されている場合には、修了証明書の写しを添付してください。

【実地研修終了後】

④「実地研修報告書」

⑤「実地研修各評価票」

上記の各書類をダウンロードして作成し次のところへ郵送してください。

〒223-0057 横浜市港北区新羽町 1240-1 5F

地域生活支援センター海 登録研修機関担当 西原・長谷川 宛

8 受講の決定

- ・一施設から複数の申込をする場合は優先順位を持って判断する場合があります。
※複数申込される場合は優先順位の記載をお願いします。
- ・申込者が定員を超えた場合は受講できない事があります。
- ・受講の可否の通知は 8月24日（金）までに郵送します。

9 研修会場

基本研修	講義	地域生活支援センター海	<9月23日(日)>
	講義・演習	地域生活支援センター海	<9月24日(月・祝)>
	知識確認テスト	地域生活支援センター海	<9月24日(月・祝)>
実地研修		受講者所属施設・事業所にて	

10 個人情報の取り扱いについて

申込時に頂いた個人情報は、本研修事業の資料として厳重に管理し、本研修事業以外に使用いたしません。

<問合わせ先>

登録研修機関

社会福祉法人 横浜共生会

地域生活支援センター海

代表：萩原 岳（管理者）

事務局：西原・片山・長谷川

電話：045-534-1212

FAX：045-534-1213

平成 30 年度 カリキュラム表

	項目	科目または講義	開始	終了	時間
平成 30 年 9 月 23 日 (日)		オリエンテーション・開講挨拶	9:00	9:30	0.5
	講義	重度障害児・者の地域生活等に関する講義	9:30	11:30	2
		昼食休憩 (60 分)	11:30	12:30	
	講義	喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義 (注入)	12:30	14:00	1.5
		休憩 (15 分)	14:00	14:15	
	演習	喀痰吸引・経管栄養に関する演習 (注入)	14:15	16:15	2
平成 30 年 9 月 24 日 (月・祝)		オリエンテーション	9:00	9:15	
		喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義 (吸引)	9:15	10:45	1.5
		緊急時の対応及び危険防止に関する講義	10:45	11:45	1
		昼食休憩 (60 分)	11:45	12:45	
		喀痰吸引・経管栄養に関する演習 (吸引)	12:45	14:45	2
		休憩 (30 分)	14:45	15:15	0.5
		筆記試験	15:15	15:45	0.5
		試験結果発表	16:30		

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

社会福祉法人 横浜共生会 地域生活支援センター海 殿

設置者

所在地

代表者名

印

下記は、社会福祉法人 横浜共生会 地域生活支援センター海が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修において、実地研修として研修受講生を受け入れ、喀痰吸引等研修実施要綱(厚生労働省平成24年3月30日 社援発0330第43号)に基づき、この研修を承諾いたします。

施設(事業)種別	
施設(事業所)名	
設置年月日	S・H 年 月 日
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修受講者担当責任者	
研修受講者受入開始時期	平成 年 月 日
研修受講者受入人数	名

※実地研修実施機関が登録特定行為事業者である場合は「登録番号通知」の写しを添付してください。

喀痰吸引等研修(特定の者対象)
実地研修指導講師履歴書及び就任承諾書

社会福祉法人横浜共生会 地域生活支援センター海 殿

指導講師氏名				性別		
生年月日	年	月	日			
勤務先の名称						
連絡先電話番号						
保有資格 (該当するものに○)	医師		保健師		看護師	
※実地研修の内容 (該当する者に○)	口腔内の喀痰吸引					
	鼻腔内の喀痰吸引					
	気管カニューレ内部の喀痰吸引					
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養					
	経鼻経管栄養					
職歴・講師歴	名称	業務内容			従事期間	
					年	ヶ月
					年	ヶ月
					年	ヶ月
					年	ヶ月
その他の資格	名称	取得機関			取得年月日	

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

また、貴機関の指導看護師に就任する事を承諾します。

指導講師氏名

印

備考: 免許証の写し、また次の講習を修了している場合は修了証明書を添付してください。
「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業(特定の者対象)について」(平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害福祉保健部長通知)に定める指導者養成事業

※本書は研修の都度、再提出する必要はないため、実地研修の内容は対応可能であればすべての行為に○印をつけてください。

喀痰吸引等研修 受講申込書

社会福祉法人 横浜共生会
地域生活支援センター海 殿

喀痰吸引等研修(特定の者対象)基本研修に、次のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

受講希望者 氏名

印

受講希望者	氏名	
	生年月日	S・H 年 月 日
	住所	〒
	所属事業所名	
	連絡先電話番号	
実地研修 協力者 (対象となる利用者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	S・H 年 月 日
指導者	氏名	
実地研修 実施機関	事業所名称	
対象となる喀痰吸引等の行為(該当する者すべてに○)		
口腔内吸引(通常手順)		
口腔内吸引(人工呼吸器装着者)		
鼻腔内吸引(通常手順)		
鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者)		
気管カニューレ内吸引(通常手順)		
気管カニューレ内吸引(人工呼吸器装着者)		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
経鼻経管栄養		

※実地研修協力者(対象となるご利用者)が複数名の場合は、氏名記載欄に「別紙のとおり」と記載し「氏名」、「生年月日」、「対象となる喀痰吸引等の行為」の別紙一覧表を添付してください。