

令和元年度 介護職員等による喀痰吸引等研修事業 第1・2号研修「不特定多数の者対象」受講者募集要綱

高山赤十字病院では、平成24年4月1日改正「社会福祉士及び介護福祉士法」により、必要なケアを安全に提供するため、適切にたん吸引等を行うことのできる介護職員等を養成することを目的とした研修を以下の要綱で開催いたします。

受講希望の方は、以下の要領及び注意事項をよくお読みいただき、募集期間内にお申し込み下さい。

記

1. 主催・研修実施機関

実施機関名 : 高山赤十字病院
所在地 : 〒506-8550 高山市天満町3丁目11番地
連絡先 : TEL 0577-32-1111 FAX 0577-34-4155

2. 研修内容（別紙1のとおり）

基本研修：講義（50.5時間）・演習
実地研修：実習

3. 研修日程（別紙2のとおり）

令和元年 8月 19日（月） 20日（火） 21日（水） 22日（木） 23日（金）
26日（月） 27日（火） 28日（水） 29日（木） 30日（金）

4. 研修会場

基本研修（講義・演習）
高山赤十字介護老人保健施設はなさと 4階サンルーム・1階会議室
実地研修（実習）
高山赤十字病院または、実地研修実施機関承諾書提出施設

5. 受講資格

- ・介護職員等で、今後、たん吸引等の業務に当たる者又は、主催・研修実施機関が認めた者
- ・受講日に必ず出席できる者（欠席者に対しては、原則として修了認定はしない）

6. 受講定員

20名

7. 受講料

基本研修 50,000円（消費税別・筆記試験料込み）

研修テキストは、下記のテキストを使用します。なお、テキストは、当院での販売は行っておりません。必ず、当日までに各自購入し、準備して下さい。

※研修テキスト

「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」（中央法規出版）

著者：一般社団法人全国訪問看護事業協会＝編集

実地研修 30,000 円 (消費税別)

高山赤十字病院にて実地研修を実施する場合

8. 支払方法

指定口座への銀行振込 (振込手数料は、受講者にてご負担下さい。)

9. 申し込み方法

次の書類に必要事項を記入の上、募集期間内に郵送 (必着) またはご持参下さい。

(ご持参される場合は、封筒に入れてご提出下さい。)

「受講申込書」

「実地研修実施機関承諾書」

「実地研修に係る確認書」

受講決定後、決定通知を送付いたします。

受講料の入金を受講正式決定とし、受講票を送付いたします。

10. 募集期間

令和元年 7 月 1 日 (月) ~ 令和元年 7 月 14 日 (日) 必着

申込書送付先・お問い合わせ先

〒506-0026 高山市花里町 2 丁目 6 7 番地

高山赤十字介護老人保健施設はなさと 管理課 担当：磯谷(いそがい)

TEL 0577-35-5500 FAX 0577-35-5501

注意事項

- 1) 本研修は先着受付ではありません。受講申込書を確認の上、主催者が決定します。
申込者が定員を上回った場合は、研修受講の優位性・必要性について勘案の上、受講決定をさせていただきますので、予めご了承下さい。
- 2) 受講の決定については令和元年 7 月 18 日 (木) ~ 7 月 20 日 (土) までの間に、受講者へ通知いたします。
- 3) 受講者の都合により、受講料お支払い後のキャンセル・辞退についての返金はいたしません。
- 4) 本研修修了者には主催者より「研修修了証明書」をお渡ししますが、実際にたんの吸引行為を行うためには、修了証明書受領後、各自治体に「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を申請する必要があります。また、その場合、事業者も別途、都道府県に「登録特定行為事業者」としての登録申請が必要ですのでご承知おき下さい。

たん吸引等の実施のための研修事業カリキュラム (第 1 号研修)

		科 目 ・ 行 為	時間数・回数
基 本 研 修	講 義	1 人間と社会	1.5 時間
		2 保健医療制度とチーム医療	2.0 時間
		3 安全な療養生活	4.0 時間
		4 清潔保持と感染予防	3.0 時間
		5 健康状態の把握	3.0 時間
		6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	11.0 時間
		7 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	8.0 時間
		8 高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	10.0 時間
		9 高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	8.0 時間
	合 計		50.5 時間
	演 習	10 口腔内の喀痰吸引	5 回以上
		11 鼻腔内の喀痰吸引	5 回以上
		12 気管カニューレ内部の喀痰吸引	5 回以上
		13 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	5 回以上
		14 経鼻経管栄養	5 回以上
15 救急蘇生法		1 回以上	
実 地 研 修	16 口腔内の喀痰吸引	10 回以上	
	17 鼻腔内の喀痰吸引	20 回以上	
	18 気管カニューレ内部の喀痰吸引	20 回以上	
	19 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	20 回以上	
	20 経鼻経管栄養	20 回以上	

たん吸引等の実施のための研修事業カリキュラム (第2号研修)

		科 目 ・ 行 為	時間数・回数
基 本 研 修	講 義	1 人間と社会	1.5時間
		2 保健医療制度とチーム医療	2.0時間
		3 安全な療養生活	4.0時間
		4 清潔保持と感染予防	3.0時間
		5 健康状態の把握	3.0時間
		6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	11.0時間
		7 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	8.0時間
		8 高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	10.0時間
		9 高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	8.0時間
		合 計	50.5時間
演 習	10 口腔内の喀痰吸引	5回以上	
	11 鼻腔内の喀痰吸引	5回以上	
	12 気管カニューレ内部の喀痰吸引	5回以上	
	13 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	5回以上	
	14 経鼻経管栄養	5回以上	
	15 救急蘇生法	1回以上	
実 地 研 修	16 口腔内の喀痰吸引	10回以上	
	17 鼻腔内の喀痰吸引	20回以上	
	18 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	20回以上	

研 修 日 程

基本研修（講義・演習）場所：老人保健施設はなさと 4 階サンルーム

日 程	時 間	科 目	時間数	備考
第 1 日目 8月19日(月) 9:00～17:20	9:00～9:10	開講オリエンテーション		
	9:10～12:40	1 人間と社会	1.5	計 7.5
		2 保健医療制度とチーム医療	2.0	
13:20～17:20	3 安全な療養生活	4.0		
第 2 日目 8月20日(火) 9:00～17:30	9:00～12:00	4 清潔保持と感染予防	3.0	計 7.5
	13:00～16:00	5 健康状態の把握	3.0	
	16:00～17:30	6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	1.5	
第 3 日目 8月21日(水) 9:00～16:30	9:00～12:00	6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	3.0	計 6.5
	13:00～16:30	6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	3.5	
第 4 日目 8月22日(木) 9:00～17:00	9:00～12:00	6 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引概論	3.0	計 7.0
	13:00～17:00	7 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順	4.0	
第 5 日目 8月23日(金) 8:30～17:00	8:30～12:30	7 高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順	4.0	計 7.5
	13:30～17:00	8 高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	3.5	
第 6 日目 8月26日(月) 9:00～17:30	9:00～12:00	8 高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	3.0	計 7.5
	13:00～16:30	8 高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	3.5	
	16:30～17:30	9 高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順	1.0	
第 7 日目 8月27日(火) 9:00～17:00	9:00～12:00	9 高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順	3.0	計 7.0
	13:00～17:00	9 高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順	4.0	
第 8 日目 8月28日(水) 9:45～16:30	9:45～10:00	筆記試験に関する説明		
	10:00～11:30	筆記試験	1.5	
	13:00～16:00	救急蘇生法	3.0	
	16:00～16:30	オリエンテーション		

基本研修（演習）場所：老人保健施設はなさと 1 階会議室

日 程	時 間	科 目	時間数	備考
第 9 日目 8月29日(木) 9:00～17:00	9:00～12:30	経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	3.5	計 7.0
	13:30～17:00	経管栄養（経鼻経管栄養）	3.5	
第 10 日目 8月30日(金) 9:00～17:00	9:00～12:30	たん吸引（口腔内・鼻腔内）	3.5	計 7.0
	13:30～17:00	たん吸引（気管カニューレ内部）	3.5	

実地研修（実習）

令和元年 8 月 31 日（土）～ 令和 2 年 2 月 29 日（土）

令和 年 月 日

受講申込書

高山赤十字病院 御中

「平成30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（不特定多数の者対象）」
に受講申込をいたします

項目	記入欄	
受講研修	第1号研修 ・ 第2号研修（どちらかに○を記載して下さい。） 実地研修（高山赤十字病院内で研修を希望する場合のみ○を記載して下さい。）	
(ふりがな) 氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生（ 歳）	
自宅住所	〒 -	
連絡先 (携帯可)	TEL () - ※研修の開催に関連した緊急連絡先に使用しますので、個人に連絡がとれる番号を記載して下さい。	
勤務先名		
勤務先種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
勤務先住所	〒 -	
勤務先連絡	TEL () - FAX () -	
取得資格	介護福祉士・介護職員初任者研修修了・その他 () 注：ヘルパー2級・基礎研修修了者は、介護職員初任者研修修了に○を記載して下さい。	
受講決定通知書等 郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	

【添付書類】 実地研修を高山赤十字病院以外で実施する場合に必要となります。

実地研修に係る確認書

実地研修実施機関承諾書

※内容確認のため、勤務先に連絡をすることがありますので、あらかじめご了承ください。

令和 年 月 日

実地研修実施機関承諾書

高山赤十字病院 御中

受講者名 _____

研修課程	第1号研修 ・ 第2号研修 (※研修課程どちらかに○を記載して下さい。)
------	--------------------------------------

1	施設の名称						
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先						
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	令和 年 月 日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度 日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数 人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他						

高山赤十字病院が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

令和 年 月 日

法人名
所在地
代表者名



実地研修に係る確認書

※このシートは、必ず実地研修施設で記載していただきますようお願いいたします

【実地研修協力施設様へのお願い】

実地研修を行う施設は、国の研修事業実施要項に定める下記の要件をすべて満たしている必要があります。そのシートは、その確認をお願いするものですので、何卒ご理解ご協力をよろしくお願いいたします。（該当事項に○を記入、非該当事項は×を記入して下さい。）

要 件	チェック欄
1. 利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施について理解した上で、指導看護師の指導のもと、受講者が当該行為の実習を行うことについて、書面により同意している（同意書の記録がある）。	
2. 指導看護師は臨床での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講修了していること。又は、今後、岐阜県において実施予定である指導者講習を受講することを了承している看護師を保有している。	
3. 医療・介護等関係者による連携体制がある。	
4. 実地研修において、介護職員数につき1人以上の指導看護師の配置が可能である。	
5. 有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設においては、常勤看護師を配置している。又は、医療連携加算をとっている。	
6. たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている。（配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加のもとで作成されている）	
7. 実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全確認のための体制整備を行うため、施設長の総括の下で関係者からなる安全委員会が設置されている。	
8. 利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る）、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制の整備がなされている。	
9. 指示書や指導助言の記録及び実施の記録が作成され、適切に管理・保管されている。	
10. ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行える実施体制である。	
11. 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されている。	
12. 施設内感染の予防等安全・衛生面の管理に充分留意している。	
13. たんの吸引及び経管栄養の対象者が、適当数入所又はサービスを利用しており、所定の実地研修が実施できる体制がとれる。	
14. 施設又は事業者の責任において、たん吸引等研修の実施に協力できる。	
15. 研修実施時は、取得程度の審査を一定期間に実施し、評価表等必要書類を提出する。	

上記の記入内容に間違いがないことを証明します。

令和 年 月 日

施設名 _____

所在地 _____

施設長名 _____ 印