

大社福研発第 42 号
平成 25 年 4 月 24 日

各施設長 様

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会
大阪社会福祉研修センター
所 長 奈 良 公 美
(公 印 略)

平成 25 年度 介護職員などによるたん吸引等の実施のための研修
(不特定多数の者対象) の開催について

平素は、本研修センターの業務運営につきまして格別のご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

さて、今年度も、本研修センターで標記研修を下記のとおり開催させていただくこととなりました。

つきましては、受講希望の方がおられましたら、開催要項をご確認の上、別添の研修受講申込書にて期日までにお申し込みいただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 開催要項 別添のとおり

申込み書以外の提出物については ホームページよりダウンロード
をお願いします

2 申込締切日 平成 25 年 5 月 17 日 (金) <当日消印有効>

※申込期間が短く申し訳ございませんが、期日までに **郵送** で申
込
みいただきますようお願いいたします。

3 受講申込先・問合せ先

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会
大阪社会福祉研修センター【担当：高木・浅井・向井・片山・清水】
(所在地) 〒542-0065 大阪府中央区中寺 1-1-54
(TEL) 06-6762-9035
(FAX) 06-6764-5149

※特定の者対象研修(3号研修)、指導看護師研修、医療的ケア教員講習会 は本研
修センターでは開催いたしておりませんので、ご了解の程、よろしくお願いいたします。

平成25年度 介護職員など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) 開催要項

1. 目的

平成24年度から施行された介護職員などによるたん吸引等の制度化に伴い、特別養護老人ホーム等において、必要なケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。

2. 実施主体

大阪府社会福祉協議会 社会福祉研修センター

3. 協力機関

大阪府社会福祉協議会 老人施設部会、公益社団法人 大阪介護老人保健施設協会

4. 研修内容 不特定多数の者を対象とし、実施できる特定の範囲が以下のもの

研修体系	実施する行為の類型
第1号研修	①口腔内喀痰吸引②鼻腔内喀痰吸引③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養⑤経鼻経管栄養
第2号研修	①口腔内喀痰吸引②鼻腔内喀痰吸引③胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

※なお、筆記試験までは第1号・第2号とも同一の研修内容であり、実地研修については、各施設で対象とする上記研修体系の行為を実施します。

5. 研修日程・会場

別紙「カリキュラム及び日程表」のとおり（演習日程はこちらで指定し、決定通知にてお知らせします）

6. 受講対象者

- (1) 大阪府内の次の施設・事業所で勤務する介護職員等（介護福祉士を含む）であって、不特定多数の医療的ケアを必要とされる方の支援をしているもの。

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、障がい者（児）施設（医療施設を除く）など

- (2) 施設長が推薦した者であること（個人での申込みは不可）
- (3) 研修課程を全て受講できるものであること。遅刻早退は原則不可。
- (4) 実地研修は受講者が勤務する自施設で実施できること。また不特定多数の者対象(50時間)指導者養成研修(または医療的ケア教員講習会)を修了した指導看護師の指導・評価を受けることができるもの（ただし、同法人施設であれば府内外問わず調整を可能とする）。また実地研修を行うに当たり体制が整備されていること。

※実地研修体制についてはチェックシートを参照し、必ず実地研修までに体制を整備すること。

7. 受講定員

75名

8. 参加費

72,100円（受講料70,000円＋テキスト代2,100円）

（テキストとして中央法規出版刊『介護職員などによる喀痰吸引・経管栄養研修テキスト』を使用します。研修初日に配布いたします）

受講決定の後に振込指定口座をお知らせします。

9. 申込み方法

別紙受講申込書（施設長・管理者の公印必須）および下記①～④までの書類にご記入後、郵送でお申込みください。①喀痰吸引等研修 研修講師履歴書および就任承諾書（様式1-①）②実地研修実施機関承諾書（様式1-②）③指導者養成研修修了証明（不特定多数の者対象）または医療的ケア教員講習会修了証④免許（看護師免許など）の写しを添付すること

※なお実地研修体制確認シート（様式1-④）についてはご確認していただくとともに体制を整備していただき、実地研修計画（様式1-③）とともに実地研修開始前までにご提出をお願いいたします。

10. 申込み締切日

平成25年5月17日（金）消印有効

11. 受講決定について

受講の可否、受講料振込先等は、後日送付する受講決定通知でお知らせします。

（5月24日頃に送付予定）なお、定員を超える申し込みがあった場合、受講申込書の記載内容などを参考にし、優先順位を付け、受講者を決定します。

また、受講決定者の変更については原則認められません。やむを得ず、変更が生じた場合は研修開始の前日（6月9日）までにお申し出ください。事前の申し出がない場合は受講決定者と異なる方が来られても受講できません。

研修開始後の受講者都合によるキャンセル・辞退などは原則返金いたしません。

12. 修了証明書の交付について

研修の全課程を修了された方に対して研修修了証明書を交付します。遅刻、早退、欠席などにより全日程修了できない場合は修了証明書を交付できません。

※修了証明書のみではケアは実施できません。修了後、大阪府に認定特定行為従事者の

登録をする必要があります。（詳しくは大阪府の担当課ホームページ等をご確認ください。）

13. 個人情報の取り扱いについて

本研修の申込者に関わる個人情報につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

【研修に関するお問い合わせ】 （福）大阪府社会福祉協議会 大阪社会福祉研修センター
（担当：高木）（TEL）06-6762-9035 （FAX）06-6764-5149

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 カリキュラム及び日程表(予定)

研修段階	回	開催日	時間(目安)	研修科目(予定)	会場																								
基本研修(講義)	1日目	6月10日	9:15~17:10	第1章:人間と社会 第2章:保険医療制度とチーム医療 第5章:健康状態の把握	大阪社会福祉指導センター 5Fホール																								
	2日目	6月14日	9:45~17:05	第4章:清潔保持と感染予防 第3章:安全な療養生活	大阪社会福祉指導センター 5Fホール																								
	3日目	6月18日	9:15~17:15	第6章:高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論	大阪社会福祉指導センター 5Fホール																								
	4日目	6月21日	10:00~16:50	第6章:高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論 第7章:高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	大阪府社会福祉会館 501																								
	5日目	6月24日	9:15~16:40	第8章:高齢者および障害児・者の経管栄養概論	大阪社会福祉指導センター 5Fホール																								
	6日目	6月28日	10:00~16:25	第8章:高齢者および障害児・者の経管栄養概論 第9章:高齢者および障害児・者の経管栄養実施手順解説	大阪府社会福祉会館 401																								
	7日目	7月1日	10:00~16:45	第7章:高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	8日目	7月8日	10:00~16:45	第9章:高齢者および障害児・者の経管栄養実施手順解説	大阪社会福祉指導センター 5Fホール																								
基本研修(演習)	Aグループ 1日目	7月23日	9:15~17:00 (6日間のうち 2日を指定する)	各グループ2日出席 ①喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内) ②経管栄養(胃ろう及び腸ろう・経鼻) シミュレーター1台につき指導看護師1:受講生3 各行為1種類につき10分×5種類×5回以上	大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	Bグループ 1日目	7月24日			大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	Cグループ 1日目	7月25日			大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	Aグループ 2日目	7月30日			大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	Bグループ 2日目	7月31日			大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
	Cグループ 2日目	8月1日			大阪社会福祉指導センター 研修室1,3																								
基本研修 (筆記試験)		8月19日	1時間半程度	50問 90分	大阪府社会福祉会館 301																								
<p style="text-align: center;">実地研修 (合否決定通知後に実施) 半年間を目途に実施すること</p>			<p>次の5行為全ての実地研修を行う「5行為の類型」(第1号研修)と④気管カニューレ内部の喀痰吸引と⑤経鼻経管栄養を除く3行為の実地研修を行う「3行為の類型」(以下第2号研修)から選択。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; padding-right: 10px;">1号</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 2px 10px;">2号</td> <td style="padding: 2px 10px;">①口腔内の喀痰吸引</td> <td style="padding: 2px 10px;">10回以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;">②鼻腔内の喀痰吸引</td> <td style="padding: 2px 10px;">20回以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;">③胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</td> <td style="padding: 2px 10px;">20回以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">+</td> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;">④気管カニューレ内部の喀痰吸引</td> <td style="padding: 2px 10px;">20回以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 2px 10px;">⑤経鼻経管栄養</td> <td style="padding: 2px 10px;">20回以上</td> </tr> </table>		1号	{	2号	①口腔内の喀痰吸引	10回以上		②鼻腔内の喀痰吸引	20回以上			③胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	20回以上		+					④気管カニューレ内部の喀痰吸引	20回以上			⑤経鼻経管栄養	20回以上	各受講者勤務施設
1号	{	2号	①口腔内の喀痰吸引	10回以上																									
			②鼻腔内の喀痰吸引	20回以上																									
			③胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	20回以上																									
		+																											
			④気管カニューレ内部の喀痰吸引	20回以上																									
		⑤経鼻経管栄養	20回以上																										

※会場などの詳細については後日決定通知でお知らせします。

**平成25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) 研修受講申込書 (第1号・第2号研修)**

平成 年 月 日

下記の者を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（不特定多数の者対象）の受講者として推薦し、申し込みます。

大阪府社会福祉協議会 社会福祉研修センター所長 様

法人名 _____

施設名 _____

施設長名 _____ 公印

(申込担当者名： _____)

施設住所	〒 _____	実地研修類型を選択 1号 ・ 2号	
施設電話番号	(_____)	施設FAX番号	(_____)
下記推薦者の優先順位 ※複数申込の場合必ず記載してください		申込み _____ 人中 _____ 位	
貴施設における介護職員の従事者のうち認定特定行為業務従事者(経過措置)取得者数 ※必ず記載してください		全介護職員 _____ 人のうち _____ 人	
貴施設における指導看護師(不特定多数の者対象(50時間)指導者養成研修もしくは医療的ケア教員講習会を修了)の有無		有 ・ 無	
貴施設において医療的ケアを必要とする人の数(申込日現在)	①たんの吸引	人	合計人数： 実人数 _____ 人 延べ人数(①+②) _____ 人
	②経管栄養	人	

【研修受講を推薦する者】

ふりがな氏名		男・女	生年月日 昭平 年 月 日()歳
連絡先	(※日中連絡できる連絡先の電話番号： _____)		
従事している事業種別 該当するものに○	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 有料老人ホーム ④ 認知症高齢者グループホーム ⑤障がい者(児)施設 ⑥ その他(_____)		
保有資格・免許 該当するものに○	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修課程修了者 3. (訪問)介護員養成研修 _____ 級課程修了者 4. その他(_____) 5. 資格なし ※ 医療・教育・福祉系の資格を記入		
実務経験年数	経験年数 (_____) 年 (_____) か月 役職 (_____)		
認定特定行為業務従事者(経過措置)認定証	有 ・ 無		