

## 社会福祉法人キャマロード 喀痰吸引等研修(不特定の者対象) 実施要領

### 1 研修の名称

介護職員等による喀痰吸引等行為の研修(不特定の者対象)

### 2 実施する研修課程

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める第1号研修及び第2号研修

### 3 受講者及び受講資格

次のすべてに該当するかたを対象とします。

- ・ 喀痰吸引等を日常的に必要とする障害者等の支援に従事する者であって、研修終了後、業務として喀痰吸引等を行うことが見込まれるかた
- ・ 実地研修の実施にあたり、対象となる利用者(実地研修協力者)、指導者(看護師等)及び実施機関の協力が得られるかた

### 4 定員及び受講料

定員5名

基本研修受講料 70,000円(テキスト代含む)とする。

実地研修受講料 実地研修の対象となる利用者1名当たり10,000円

### 5 研修実施日時及び場所

基本研修 別紙カリキュラムのとおり

基本研修会場は、みどりの家（横浜市緑区青砥町220-1）にて行います。

実地研修会場は、各受講者の実地研修実施機関で行います。

### 6 実地研修の指導者

実地研修の指導者は、研修協力者(対象となる利用者)に対するたんの吸引等を指導することのできる医師、看護師、保健師又は助産師のかたを受講者が選定し、依頼してください。

### 7 研修修了の認定方法

#### (1) 基本研修

すべての講義及び演習を出席した受講者に対して、筆記試験を実施し、90%以上の正解のあった場合に、研修修了と認定します。

#### (2) 実地研修

各受講者が依頼した指導者が実地研修を行います。

指導者は、喀痰吸引等研修実施要綱(H24.3.30 社援発0330第43号)に定める評価票に基づき、実地研修の結果を評価し、手順どおりに実施できると評価された受講者について、実地研修修了とします。

実地研修終了後、指導者から喀痰吸引等研修 実地研修 研修結果報告書を社会福祉法人キャマロードへ提出していただき、報告内容を検討の上、適正と認められた場合に修了証を交付します。

なお、実地研修の実施の際は、対象となる利用者(研修協力者)等より、書面による同意を得るとともに、医師の指示書に基づき、研修を実施してください。

## 8 募集期間及び応募方法

### (1) 募集期間

平成31年3月11日から平成31年3月22日

### (2) 応募方法

次の書類を、社会福祉法人キャマロード(〒226-0022 横浜市緑区青砥町220-1)へ提出ください。  
(平成31年3月22日締切)

#### ① 研修参加申込書

#### ② 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

(実地研修の実施機関の管理者等の記名、捺印をお願いします。)

#### ③ 指導者 履歴書 及び 就任承諾書

(指導者の記名、捺印をお願いします。)

受講の可否及びその後の手続き等については、後日文書にてお知らせします。

お問い合わせ

社会福祉法人キャマロード

〒226-0022

横浜市緑区青砥町220-1

TEL 045-482-7356

担当:太田

# 介護職員によるたんの吸引等(不特定の者対象)基本研修 カリキュラム(予定)

会場

みどりの家 多目的ホール  
横浜市緑区青砥町220-1

日程		教科名	時間	
3月29日	金	16:00-16:30	オリエンテーション	0.5
		16:30-18:00	人間と社会	1.5
4月26日	金	16:00-17:30	清潔保持と感染予防	1
5月24日	金	16:00-17:00	清潔保持と感染予防	1
5月25日	土	9:00-15:30	保健医療制度とチーム医療	2
			安全な療養生活	4
6月21日	金	16:00-17:30	清潔保持と感染予防	1
6月29日	土	9:00-17:00	健康状態の把握	3
			清潔保持と感染予防	1
			たんの吸引概論1(呼吸のしくみとはたらき)	1.5
			経管栄養概論1(消化器系のしくみとはたらき)	1.5
7月27日	土	9:00-17:30	たんの吸引概論2	8
7月30日	火	16:00-17:30	たんの吸引概論3	1.5
8月23日	金	16:00-17:30	経管栄養概論2	1.5
8月31日	土	9:00-16:30	経管栄養概論3	7
9月28日	土	9:00-17:30	たんの吸引実施手順	8
9月30日	月	16:00-17:00	たんの吸引演習	1
10月26日	土	9:00-17:30	経管栄養実施手順	8
10月30日	水	16:00-17:00	経管栄養演習	1
10月31日	木	16:00-17:00	筆記試験	1

## 喀痰吸引等研修(不特定の者対象) 参加申込書

社会福祉法人 キャンアラード 殿

喀痰吸引等研修に、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	
	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)	氏名	
	生年月日	
指導者	氏名	
実地研修 実施機関	事業所名称	
実地研修を行う喀痰吸引等の行為 (該当するものすべてに○)		
口腔内吸引(通常手順)		
口腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		
鼻腔内吸引(通常手順)		
鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスク又は鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		
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:侵襲的人工呼吸療法)		
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(半固形タイプ)		
経鼻経管栄養		

- 実地研修協力者(対象となる利用者)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。

# 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

社会福祉法人 キャマロード 殿

設置者

所在地

代表者名

印

下記は、社会福祉法人 キャマロード が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れ、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、この研修を行うことを承諾します。

施設（事業）種別	
施設（事業所）名	
設置年月日	
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修受講者責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	

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(不特定の者対象) 実地研修  
指導者 履歴書 及び 就任承諾書**

指導者氏名		性別	男・女	
生年月日				
勤務先の名称				
連絡先電話番号				
保有資格	1. 医師    2. 保健師    3. 助産師    4. 看護師			
実地研修の内容	研修受講者氏名			
	研修協力者(対象となる利用者)氏名			
	実施内容(該当するものに○)	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	期間 (年)	
	合計			
その他の資格	名称	取得機関		

上記のとおり相違ありません。

平成    年    月    日

また、この実地研修の指導者に就任することを承諾します。

指導者氏名

印

1 免許の写し、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・援護局障害保健福祉部長通知)に定める指導者養成事業

2 「保有資格」欄に記載する資格の中に該当するものがあれば、その番号に「○」を記載してください。