

喀痰吸引等登録研修機関 障害者支援施設 静心園
第三号研修（特定の者対象）募集要項

1. 目的

平成24年4月に改正された「社会福祉士及び介護福祉士法」により、介護職員等による喀痰吸引等の実施について制度化されたことから、介護保険施設や障害者施設等において、利用者に対し適切に喀痰吸引等の医療行為ができる介護職員等を養成することを目的とします。

2. 研修機関

社会福祉法人 けやきの村
障害者支援施設 静心園
〒960-0261
福島市飯坂町中野字堰場41

3. 研修対象者

(1) 基本研修及び実地研修

福島県に所在地を有する指定障害福祉サービス事業所、介護サービス事業所の介護職員等のうち特定の重度障がい者等に喀痰吸引等を実施しようとする者。

(2) 実地研修のみ

第三号研修（特定の者対象）の基本研修合格者。

4. 受講要件

以下に掲げる要件をすべて満たしている者としてします。

(1) 実地研修の指導及び評価を行う指導者（医師、看護師等）を確保できること。

(2) 利用者本人もしくはその家族から、実地研修の協力について書面による同意が得られること。

(3) 実地研修及び今後喀痰吸引等を介護職員等が実施することに、医師から指示があること。

(4) 実地研修に際しては、事業所として安全性を確保し、体制を整備すること。

(5) **コロナウイルス感染対策の観点から、基本研修受講日からさかのぼった1週間の健康管理表の記入が可能であること。**

5. 基本研修

募集定員：4名

研修会場：障害者支援施設静心園 会議室

研修期間：第1回 令和3年7月1日～7月31日

第2回 令和3年10月1日～10月31日

※日程に関しましては、コロナウイルス感染対策の観点から事業所ごとに2日間期間内に割り振らせていただきます。

参加人数が1名の場合には他事業所と合わせて実施することもあります。事前に了承いただきますようお願いいたします。

6. 実地研修

(1) 日時：筆記試験合格後利用者で、主治医及び指導看護師等との調整のもと3月末日までに修了する見込みであること。

(2) 場所：利用者がいる居宅もしくは、通所・入所施設等

7. 受講の申し込み

(1) 受講料

基本研修+実地研修 10,000円

テキストは各自、けやきの村のホームページ上にもある下記のURLより“研修用テキスト”を印刷し、持参して下さい。

http://www.pures.co.jp/h24_kakutan.html

印刷が難しい場合、印刷代をいただきますが、当日お渡しすることも出来ますので事前にご連絡下さい。受講当日に、印刷代をご持参下さい。当日の印刷は、出来かねますので前日までにはご連絡をお願いします。

印刷代 白黒 1,000円 カラー 2,000円

※ご連絡の際に、白黒・カラーの希望をお伝え下さい。

実地研修のみ 5,000円

※受講料は、実地研修が終了し修了証を受け取った後、確認し振り込みの手続きを行うようお願いいたします。

口座振込（手数料はご負担していただくようになります。）

東邦銀行 飯坂支店 普通 464861

社会福祉法人けやきの村 理事長 舟山信悟

(2) 提出書類

- 受講申込書（※受講希望する職員1名に対し利用者1名を1枚ずつ）
- 喀痰吸引等研修実地研修講師履歴書（正看護師免許証の写）
- 損害賠償保険の証書のコピー（※実地研修における事故等が保証されるもの）
- 実地研修のみの申込の場合は上記の他に、第三号研修（特定の者対象）の基本研修の合格通知書（写）、実地研修実施計画書

(3) 申し込み先、お問い合わせ先

〒960-0261

福島市飯坂町中野字堰場4-1

障害者支援施設 静心園 担当 総務課 鈴木

TEL：024-542-7213

FAX：024-542-9811

※お申し込みは、郵送又はFAXにてお願いします。

(4) 申し込み期日

基本研修＋実地研修を受講する場合

第1回

令和3年6月30日必着

第2回

令和3年9月30日必着

申込書を確認の上、受講申込者には受講決定の有無の通知を連絡します。

実地研修のみ受講する場合

随時、受付可能。

(5) その他費用について

- 交通費等は受講者（事業所）負担とします。
- 実地研修時必要となる損害保険料及び医師から指導看護師、介護職員等に対する指示書については、受講者（事業所）負担とします。
- 実地研修実施について、指導看護師等の確保及び謝礼金等については、当施設では責任を負わないこととします。

第三号研修（特定の者対象）受講のための注意事項

1. 個人情報について

ご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用します。提出された受講申込書等については、返却しませんのであらかじめご了承ください。

2. 研修課程において介護職員等が行うことが許容される医療行為の範囲について

たんの吸引	口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部	口腔内、鼻腔内については咽頭の手前までを限度とする。
経管栄養	胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養	胃ろう、腸ろうの状態確認、経管栄養のチューブの挿入状態の確認は、定期的に看護職員が行う。

3. 基本研修における筆記試験について

試験は20問（四肢択一）で時間は30分で行います。9割以上正解した者を合格者とし、実地研修を実施できるものとします。

4. 筆記試験合格者

合格者には合格通知書を送付いたします。同時に、実地研修についての取扱い要領等及び各種様式を送付いたしますので、合格通知書の到着後、実地研修を開始してください。

5. 実地研修

（1）実施回数

評価票のすべての項目について実地研修講師となる看護師の評価結果が、連続して2回「手順通りに実施できる」となるまで実施して下さい。

（2）事業所での準備

実地研修に際しては、安全性を確保し、体制を整備したうえで実施してください。実地研修の受講にあたっては、以下のものを準備してください。

- 利用者又は家族からの同意書
- 利用者のかかりつけ医からの書面による指示書
- 損害保険の加入（証明できる書類）
- 実地研修における体制の確認
 - * 家族、かかりつけ医、指導看護師、保健所の保健師等の役割分担や連携体制
 - * 実地研修の個別具体的な計画書
 - * 技術の手順書の整備
 - * ケア・カンファレンスの実施又は、安全委員会の設置

- * 指示書や指導助言の記録・実施記録の作成、適切な管理・保管
- * ヒヤリハット事例の蓄積・分析
- * 夜間を含めた緊急時の対応の手順を整備するとともに定期的な訓練の実施
- * 感染の予防等、安全・衛生面の管理
- * 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との連絡支援体制の整備

(3) 実地研修の期限

令和3年3月末日までに修了した場合を対象とします。

6. 研修修了後について

本研修を修了しただけでは、たん吸引等の実施をすることはできません。

研修を修了した介護職員等は、修了証書受領後、**「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けるため、県に申請をしてください。**尚、実地研修のみを追加で受けた場合にも、認定証の交付は必要です。

その後、「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を雇用し、たんの吸引等を行う事業者は、県に「登録特定行為事業者」としての申請をしてください。

健康管理表

事業所名: _____

氏名: _____

フリガナ: _____

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 月 日

基本研修受講予定日: 令和 _____ 年 月 日 記録開始日: 令和 _____ 年 月 日

日付	朝		夕		症状等の有無					
	時間	体温	時間	体温	咳	鼻水・鼻閉	息苦しさ	頭痛	下痢	その他
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
/	:		:		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	

1ヶ月以内の他県への外出 (有 ・ 無) 有る場合には下記に記入願います。

日付	県名	人数	内容	その他
/		人		
/		人		
/		人		
/		人		

1ヶ月以内に他県の方との濃厚接触 (有 ・ 無) 有る場合には下記に記入願います。

日付	県名	人数	内容	その他
/		人		
/		人		
/		人		
/		人		

(別紙様式1)

令和2年度 喀痰吸引研修第三号研修 (特定の者対象)

受講申込書

受講種別を選択 (どちらかに☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 基本研修と実地研修を両方受講	<input type="checkbox"/> 実地研修のみ受講
添付書類 (※右記の添付書類は申込の際、 毎回必ず提出してください。)	<ul style="list-style-type: none"> • 喀痰吸引研修実地研修講師履歴書 (※正看護師免許の写しを添付してください。) • 損害賠償保険の証書の写し (※実地研修における事故等が保証されるもの。) 	<ul style="list-style-type: none"> • 第三号研修(特定の者対象)の基本研修の合格通知書(写) • 喀痰吸引研修実地研修講師履歴書 (※正看護師免許の写しを添付してください。) • 損害賠償保険の証書の写し (※実地研修における事故等が保証されるもの。) • 実地研修実施計画書(任意様式)

所 属			
事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
事業所管理者		申込担当者	

受講者			
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	〒 -		
保有する資格			

特定の対象者			
利用者氏名		指導看護師名	
行為種別	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
住所	〒 -		
かかりつけ医の承認	有・無	利用者または家族の同意	有・無

<申込先>
 〒960-0261 福島市飯坂町中野字堰場 41
 障害者支援施設 静心園 担当： 総務課 鈴木
 TEL：024-542-7213 FAX：024-542-96811
 FAXでの申込の場合は、月～金 8:30～17:30 まで

*当施設 記入欄	受付日	受講可否連絡	
		連絡日	担当
	/	/	