

募集要項

介護職員等の喀痰吸引等のための 指導者(看護師等)育成伝達講習会(第4回)

特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

喀痰吸引等研修運営委員会

1. 指導者(看護師等)育成伝達講習会 開催の目的

介護職員等による喀痰吸引等研修には、指導講師(看護師等)による指導を受けることが求められています。神奈川県の委託を受け、適切に痰の吸引等を行うことができる介護職員の養成に必要な指導者を育成することを目的にした講習会を、下記のように開催します。

また、この研修は平成22~24年度に国が実施した不特定多数の者対象(第1号・2号)研修の指導者講習及び平成23年度に国が実施した特定の者対象(第3号)研修の指導者講習のカリキュラムに、準拠した「伝達研修」となります。(したがって研修修了後は所属先等によらず登録研修機関の指導者として介護職員等に医療的ケア(不特定の者対象、特定の者対象共)の指導を行うことができます。)

指導看護師の適切な指導及び評価は、利用者の生命にかかわる重要な意義があります。そのため本研修では、喀痰吸引等制度の理解、講義及びシミュレーターによる演習の指導について学ぶ他、特に当会研修の特徴として、介護職員等対象の第3号実地研修の進め方、指導看護師による指導手順・評価について、実際に第3号研修(演習)を参観する機会を設けています。

また、研修受講の条件として、受講修了後には、県が定めた「喀痰吸引等指導者育成伝達講習修了名簿」に登載・管理され、指導看護師が必要な研修受講生(介護職員等)に対し登録研修機関等を通じ、適宜必要に応じて名簿が提供されることに同意していただくことになります。

2. 受講対象者

- (1) 看護師資格を持つ人(准看護師は含まず)、医師、保健師、助産師
- (2) 介護職員等の喀痰吸引等のための指導者(看護師等)育成伝達講習会に全日程参加できると。
- (3) 所属する事業所の施設長または法人の代表者から推薦を得られること。
- (4) 研修修了後に必要に応じ、「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令(平成23年厚生労働省令第126号)の別表第一、第二、第三に規定する実地研修を行う介護職員に対して、評価表に基づいた評価を行うこと。
- (5) 受講修了後、「喀痰吸引等指導者育成伝達講習修了名簿」に登載され、指導看護師が必要な研修受講生に対し登録研修機関を通じ、必要に応じて提供されることに同意できること。

3. 募集人数： 各30名

4. 受講料：5,000円（振込用紙を、申込み締切以降に送付します。）

※ 受講料には教科書：伝達講習資料集(3,400円)を含みます。

※ 受講料は、受講を中止されても返金いたしませんのでご注意ください。

5. 開催日程(会場) 及び 募集期間

(1) 年間予定

○2019年度は研修会を4回開催します。都合のよい回を選び、お申込みください。

○年間の研修開催日(研修会場) 及び、受講募集期間を下記にまとめました。

○カリキュラムの内容は変わりませんが、二日日程と一日日程のコースがあります。二日日程コースは、第2回と第3回と第4回を予定しています。

○一日日程コースは、9時開始、18時30分終了になります。

○演習時には、第3号特定研修における実際の演習場面を参観を通して、指導法等についても学んで頂きます。

研修会		開催日	課程	会場	募集期間(事務局必着)
第4回	一日 日程	令和2年2月1日(土)	講義 演習	昭和大学保健医療学部	令和元年12月2日(月) ~令和2年1月23日(木)

※お問い合わせは、募集期間に係らず随時お受けしております。お電話でご相談ください。

※会場は変更になることがあります。

(2) 会場

1. 昭和大学保健医療学部(横浜キャンパス)

〒226-8555 横浜市緑区十日市場町1865 ☎045-985-6500

交通アクセス：JR十日市場駅よりバス若葉台中央行き中山谷下車 徒歩5分

6. 申し込み及び締め切り

申し込み：別添「受講申込書」に必要な事項を記載し、募集期間内に**郵送で送付ください。**

<送付先>

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4-2 神奈川県社会福祉会館内
NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会 宛

<受講通知の案内>

※ 受講受付の通知は、申込締切日以降に受講料の振込用紙と一緒に郵送いたします。

※ 受講を受付出来ない場合は、事前に事務局より電話等にて連絡をいたします

7. 研修内容

指導者（看護師等）育成伝達講習会 第4回（一日日程）

会場：昭和大学保健医療学部（第4回）			
	時間	内容	講師
第4回 2/1 (土)	8:50～	受付	
	9:00～9:10	オリエンテーション	事務局
	9:10～9:40 (30分)	講義：制度の概要、	フュージョンコム かながわ研修講師
	9:40～11:40 (120分)	講義：喀痰吸引・経管栄養	
	休 憩		
	12:30～13:45 (75分)	第3号研修（演習参観）	
	13:55～14:25 (30分)	講義：制度の概要	事務局
	14:25～15:25 (60分)	講義：医療的ケアの基礎	フュージョンコム かながわ研修講師
	15:30～18:25 (165分)	演習：演習・実地研修に係る実施手順 評価方法	

8. 根拠法規及び県喀痰吸引等研修支援事業の概要

1. 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（平成23年厚生労働省令第126号）
附則第11条第1項（喀痰吸引等が医行為であることから当該喀痰吸引等研修のうち、実務に関する科目についての講師を医師、保健師、助産師及び看護師に限定）
2. 「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について」（喀痰吸引等関係）社援発1111第1号平成23年11月11日第2次改正社援発0312第24号平成25年3月12日 第5-1-(3)（指導者向け研修を
修了した者が、研修課程に応じて講師を行うことが望ましい）
3. 「実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会の実施について」（平成23年10月28日社援発1028第3号 厚生労働省社会・援護局長） 別添2「医療的ケア教員講習実施要領」3.講習会の内容 に準拠して実施します。

<お問い合わせ先>

〒221-0844横浜市神奈川区沢渡4-2 神奈川県社会福祉会館内

電話：045-311-8742 Fax：045-324-8985

Eメール：jimukyoku@kenshikyou.jp H P：<http://www.kenshikyou.jp>

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

受講される月に○をつけて
ください。第1回→05

19障福(05 07 11 2)指伝—2

年 月 日

指導者(看護師等)育成伝達講習会(第3~4回)

受講申込書 (郵送にてお申し込みください)

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

ふりがな 氏名	㊞		
生年月日・年齢	(和暦) 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 の事業所種別		役職	㊞
		推薦者名	
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 該当○		
免許	取得年月日：(和暦) 年 月 日		
	免許番号：		
	発行：		
< 同意書 >			
私は、喀痰吸引等指導者育成伝達講習会を受講したことについて神奈川県への名簿の登録及び必要に応じた登録研修機関への研修修了登録簿の提供について同意いたします。			
平成 年 月 日			
所属 _____ 氏名 _____ ㊞			
職歴	名称	業務内容	従事期間(年月)
指導の予定	あり なし	指導先	自事業所 他()

指導講師のための[主免許状の写し](#)を添付して下さい。

ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用させていただきます。