

写

24地福第806号
平成25年1月11日

各 市 町 村 長 殿

愛知県健康福祉部長
(公 印 省 略)

平成24年度介護職員等によるたんの吸引等に関する指導者養成講習
(第三号研修：特定の者対象)の開催について(通知)

介護職員等によるたんの吸引等に関する指導者を養成するため、別紙の要項により指導者養成講習（(第三号研修：特定の者対象)を開催しますので、貴市町村内に所在する介護保険指定事業者、障害福祉サービス事業者等に周知し、積極的な参加を促していただきますようお願いいたします。

なお、この講習の実施要項、受講申込書等につきましては、地域福祉課のホームページ(<http://www.pref.aichi.jp/chiikifukushi/>)からダウンロードすることもできますので、あわせて周知をお願いいたします。

担 当 地域福祉課
民間福祉活動支援グループ(大井・池野)
電 話 052-954-6262(ダイヤルイン)
ファクシミリ 052-954-6945
E-mail chiikifukushi@pref.aichi.lg.jp

平成 24 年度愛知県たんの吸引等にかかる指導者養成講習
(第三号研修：特定の者対象) 実施要項

1 目 的

平成 23 年 6 月の「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、平成 24 年度から、介護職員等によるたんの吸引及び経管栄養（以下「たんの吸引等」という。）が制度化されたことに伴い、介護職員等がたんの吸引等を行うには、所定の研修を修了する必要があります。

この介護職員等に対する研修のうち、第三号研修（特定の者対象の研修）の講師となる予定の方及びその研修の「実地研修」において指導看護師等となる予定の方を対象に、講習を実施します。

2 実施主体

愛知県

3 対象者

医師、看護師（准看護師は不可）、保健師又は助産師の方で、次のいずれかの要件を満たす方

- ① 介護職員等が受講するたんの吸引等の研修のうち、第三号研修（特定の者対象の研修）の登録研修機関において講師となる予定の方
- ② 介護職員等が受講するたんの吸引等の研修の「実地研修」において、勤務先又は利用者の自宅等で介護職員の指導にあたる予定の方

4 募集定員

100名

(応募されたすべての方に対し、平成 25 年 2 月 8 日(金)までに受講の可否を通知します。期日までに通知が届かない場合は下記の「11 問い合わせ先」まで連絡してください。)

5 日時及び場所

(1) 日 時

平成 25 年 2 月 28 日(木)

(2) 場 所

愛知県東大手庁舎（名古屋市中区三の丸 3-2-1）

409 会議室

※別添の地図を参照してください。

※会場には駐車場がありませんので、公共交通機関を利用してください。

6 受講料

無 料

7 研修内容

2月28日(木)		内 容
講 義 等	12:10～	受 付
	12:40～12:50	開 会・オリエンテーション
	12:50～14:10 (80分)	講義1 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義 ○介護職員等によるたんの吸引等に関する制度の概要 ○介護職員等によるたんの吸引等の研修カリキュラム概要 ○障害者自立支援法と関係法規 ○利用可能な制度 ○重度障害児・者等の地域生活
	14:10～14:20	休 憩
	14:20～15:40 (80分)	講義2 たんの吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害 及び支援、緊急時の対応及び危険防止に関する講義 たんの吸引等に関する演習 ○呼吸について ○たんの吸引 ○たんの吸引の演習の手順
	15:40～15:50	休 憩
	15:50～16:50 (60分)	○健康状態の把握 ○経管栄養 ○経管栄養(胃ろう)の演習の手順(滴下型の液体栄養剤の場合)
	16:50～17:00	事務連絡等

8 テキスト

テキストとして、「介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)の研修テキスト」を使用します。

あらかじめ、下記の厚生労働省のホームページから「介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)研修の指導者用マニュアル」をダウンロードし、当日持参してください。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaigogyokuin/index.html

9 受講申込み方法

別紙受講申込書に必要事項を記入の上、免許証の写しを添えて、平成25年1月25日(金)までに、次の送付先へ郵送(当日消印有効)又は持参(平日：午前9時～午後5時30分)してください。

【送付先】

〒460-8501 (住所不要)
愛知県健康福祉部地域福祉課
民間福祉活動支援グループ たんの吸引担当

※持参の場合・・・県庁西庁舎3階北側 地域福祉課民間福祉活動支援グループ

10 その他

すべてのカリキュラムを修了した方には、修了証明書を交付します。

11 問い合わせ先

愛知県健康福祉部地域福祉課 民間福祉活動支援グループ
電 話 052-954-6262 F A X 052-954-6945

平成24年度たんの吸引等にかかる指導者養成伝達講習
(第三号研修：特定の者対象)受講申込書

(平成 25 年 1 月 1 日現在)

ふりがな 氏 名	印	生年月日・年齢	年 月 日生 () 歳
現 在 の 勤 務 先	法人名		事業所名
	所在地：〒 TEL FAX		
	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. 訪問看護ステーション 5. 障害者(児)福祉施設 6. 認知症グループホーム 7. 病院・診療所 8. 訪問介護事業所 9. 医療・看護・福祉系大学又は養成校 10. その他 ()		
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 該当するもの全てに○		
免 許	取得年月日：(西暦) 年 月 日		
	免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載すること。		
職 歴	a. 医師としての臨床等での通算経験年数 () 年 () か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での通算経験年数 () 年 () か月 * 准看護師としての経験年数は含めないこと。 c. 上記のうち、喀痰吸引等の業務に関する通算従事期間 () 年 () か月		
受 講 可 否 通知送付先	<u>勤務先以外を希望する場合は、下記に記載すること(自宅以外の場合は会社名なども記載すること。また、通知文が確実に届くようマンションやビルの名称、部屋番号も記載すること)。記載のない場合は勤務先に送付します。</u>		
	〒		
受 講 目 的 等 ア ン ケ ー ト		該当する項目に「○」を記入してください。→	チェック
1 講習修了後、登録研修機関の講師となる予定である。			
2 勤務先の介護職員又は勤務先の訪問看護の利用者に介護サービスを提供している介護職員が、登録研修(3号研修)機関で研修を受講中であり、講習修了後、勤務先又は利用者の自宅等において、介護職員に対し実地研修の指導者(指導看護師等)として指導する予定である。→(介護職員が受講している研修機関の名称：)			
3 現時点では、上記2の状況ではないが、講習修了後は実地研修の指導者(指導看護師等)として指導する予定である。			
4 平成24年1月に、県の委託により愛知県看護協会が看護研修会館で実施した講習会への参加を申し込んだが、受講できなかった。			

保有する資格の免許の写しを添付してください。

講習会場案内図

愛知県東大手庁舎

- ※ 地下鉄名城線「市役所」駅下車 2 番出口より
東へ徒歩 3 分
- ※ 名鉄瀬戸線「東大手」駅下車
南へ徒歩 2 分

