

27地福第1193号
平成27年11月11日

各市町村長 殿

愛知県健康福祉部長
(公印省略)

平成27年度第2回愛知県たんの吸引等にかかる指導者養成伝達講習
(第一号研修・第二号研修：不特定多数の者対象)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研修の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(第一号研修・第二号研修：不特定多数の者対象)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します。

また、この講習の受講申込書等の電子データについて、メールでの送付を希望の場合は下記アドレスまでその旨記載のうえ御連絡ください。

担 当 地域福祉課民間福祉活動支援グループ
小林・五藤・池野
電 話 052-954-6262(ダイヤル)
ファクシミリ 052-954-6945
E-mail chiikifukushi@pref.aichi.lg.jp



昭和二十一年三月二十一日
行方不明の事

徳島市役所

徳島市役所
徳島市役所

徳島市役所
徳島市役所

徳島市役所
徳島市役所

徳島市役所
徳島市役所



平成 27 年度第 2 回愛知県たんの吸引等にかかる指導者養成伝達講習 (第一号研修、第二号研修：不特定多数の者対象) 実施要項

1 目的

「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、第一号、第二号研修（不特定多数の者対象の研修）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、国で行われた指導者講習会の内容に準じた伝達講習を実施します。

2 実施主体及び協力機関

- ・実施主体：愛知県
- ・協力機関：日本福祉大学社会福祉総合研修センター

3 対象者

実務経験を 3 年以上有する医師、看護師（准看護師は不可）、保健師又は助産師
申込多数の場合は、次のいずれかの要件を満たす方を優先して受講決定します。

- ① 介護職員等が受講するたんの吸引等の研修のうち、第一号研修、第二号研修（不特定多数の者対象の研修）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、勤務先等で指導にあたる予定の方（現在は、①の登録研修機関と連携し、実地研修を行います。）

※ 登録研修機関とは、所定の要件を満たし、愛知県健康福祉部地域福祉課において、登録研修機関としての登録を受けている機関を指します。

4 募集定員・受講料

(1) 受講定員

100 名（応募されたすべての方に対し、平成 27 年 12 月 21 日（月）頃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、お手数ですが、下記の「10 問い合わせ先」まで連絡してください。）

※会場の都合上、1 事業所あたり原則 2 名までとします。

(2) 受講料

無料

5 日時及び会場

(1) 日時

平成 28 年 1 月 19 日（火）及び 20 日（水） 計 2 日間

(2) 会場（※会場は変更となる場合があります。）

愛知県自治センター（名古屋市中区三の丸二丁目 3 番 2 号）

1 日目 1 2 階 会議室 E

2 日目 1 2 階 会議室 E 等

6 講習内容 (予定)

1月19日(火)		内 容
講 義 等	9:30～	受 付
	10:00～	開 会・オリエンテーション
	10:10～	喀痰吸引等制度論 (50分) ○制度の概要
	11:00～	休 憩 (10分)
	11:10～	第Ⅰ部 総論 (90分) ○研修事業の全体像と指導者講習の位置づけ ○指導の基本方針と指導方法について ○研修テキスト第Ⅰ部総論(P14-P102)の指導ポイント
	12:40～	休 憩 (60分)
	13:40～	第Ⅱ部 喀痰吸引概説、喀痰吸引実施手順解説① (60分) ○研修テキスト第Ⅱ部第1章～第2章(P104-P177)の指導ポイント
	14:40～	休 憩 (10分)
	14:50～	補講 人工呼吸器解説、AEDシミュレーター解説 (30分)
	15:20～	休 憩 (10分)
	15:30～	第Ⅲ部 経管栄養概説、経管栄養実施手順解説① (60分) ○研修テキスト第Ⅲ部第1章～第2章(P246-P307)の指導ポイント
	16:30～	事務連絡等 (5分)

1月20日(水)		内 容
演 習 等	10:00～	受 付
	10:30～	[Aグループ] 第Ⅳ部 喀痰吸引実施手順解説②、喀痰吸引演習 ○研修テキスト第Ⅱ部第3章(P180-P244)
		[Bグループ] 第Ⅴ部 経管栄養実施手順解説②、経管栄養演習 ○研修テキスト第Ⅲ部第3章(P310-P357)
	12:00～	休 憩 (60分)
	13:00～	[Aグループ] 第Ⅴ部 経管栄養実施手順解説②、経管栄養演習 ○研修テキスト第Ⅲ部第3章(P310-P357)
		[Bグループ] 第Ⅳ部 喀痰吸引実施手順解説②、喀痰吸引演習 ○研修テキスト第Ⅱ部第3章(P180-P244)
	14:30～	片づけ (30分)
	15:00～	質疑・応答 (30分)
15:30～	閉 会・事務連絡等 (10分)	

※会場は指定席となっており、グループごとに演習を行います。

7 テキスト

講習では、①から③のテキストを使用します。

②及び③のテキストは、講習会1日目に、中央法規出版が会場で販売しますので、希望者は、受講申込書に記載のうえお申込みください。

- ① 「平成24年度 喀痰吸引等指導者講習事業(第一号、第二号研修指導者分)」の講義1(資料及び参考資料)、講義2(資料)及び演習(資料)
→あらかじめ、厚生労働省のホームページからダウンロードし、当日持参していただく必要があります。ダウンロードが必要な部分については、受講決定通知の際にお知らせします。
- ② 「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」
(2015年9月発行 中央法規出版：定価2,160円)
- ③ 「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 指導者用 指導上の留意点とQ&A」(2015年12月発行予定 中央法規出版：定価864円)

8 受講申込み方法等

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27年12月9日(水)(必着)までに、角2の封筒(A4判の書類が入るもの)に返信先の住所を記載し、120円切手を貼って次の申込み先まで郵送してください。

【送付先】

〒460-8501 (住所記載不要)

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

9 その他

- (1) 2日間の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。
- (2) 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。
- (3) 会場には食堂がありませんので、付近の食堂を利用していただくかご持参ください。
- (4) 講習会初日〔1月19日(火)〕の午前9時の時点で、県内のいずれかの地域に特別警報(但し、波浪特別警報を除く)や暴風警報が発令されている場合は、講習を中止します。なお、地震等災害が発生もしくは発生するおそれがあり、研修を中止する場合は、地域福祉課ホームページ(<http://www.pref.aichi.jp/chiikifukushi/>)でお知らせします。

10 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

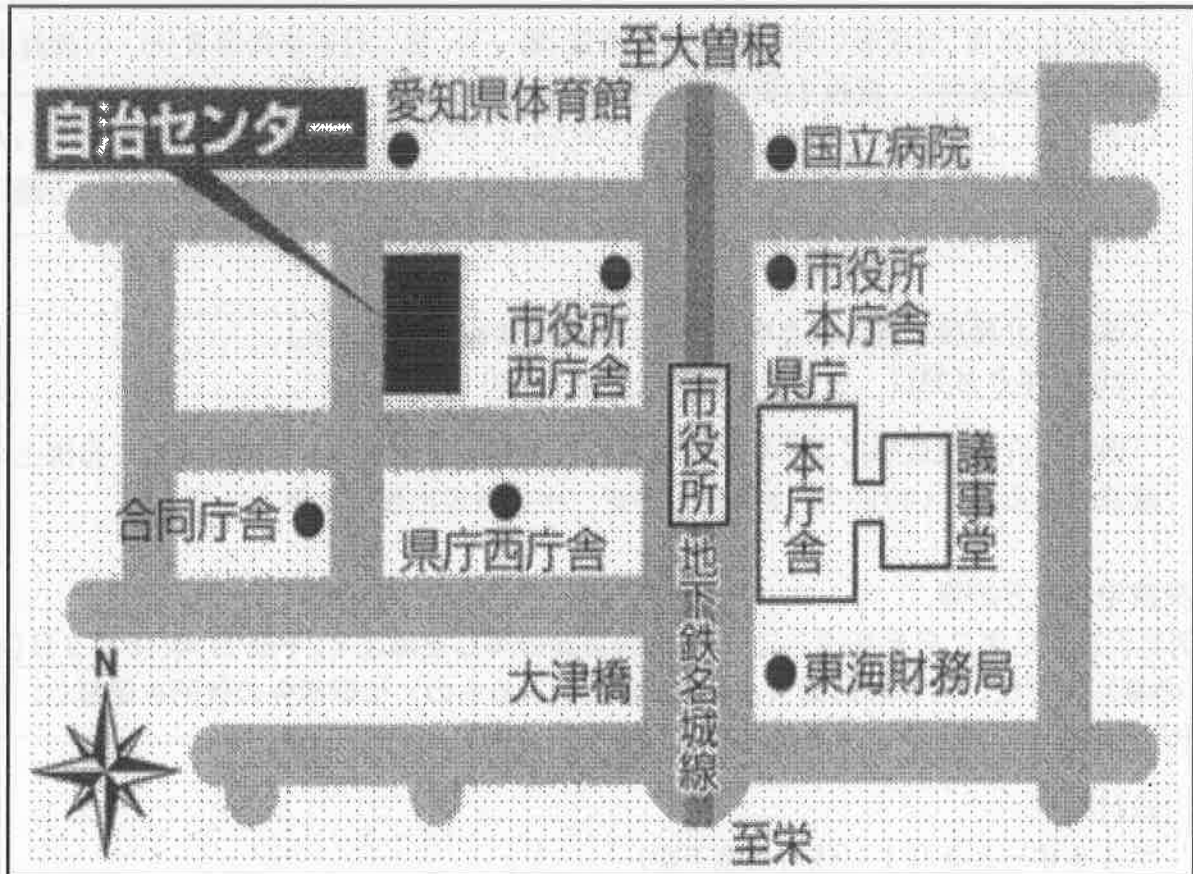
電話 052-954-6262

FAX 052-954-6945

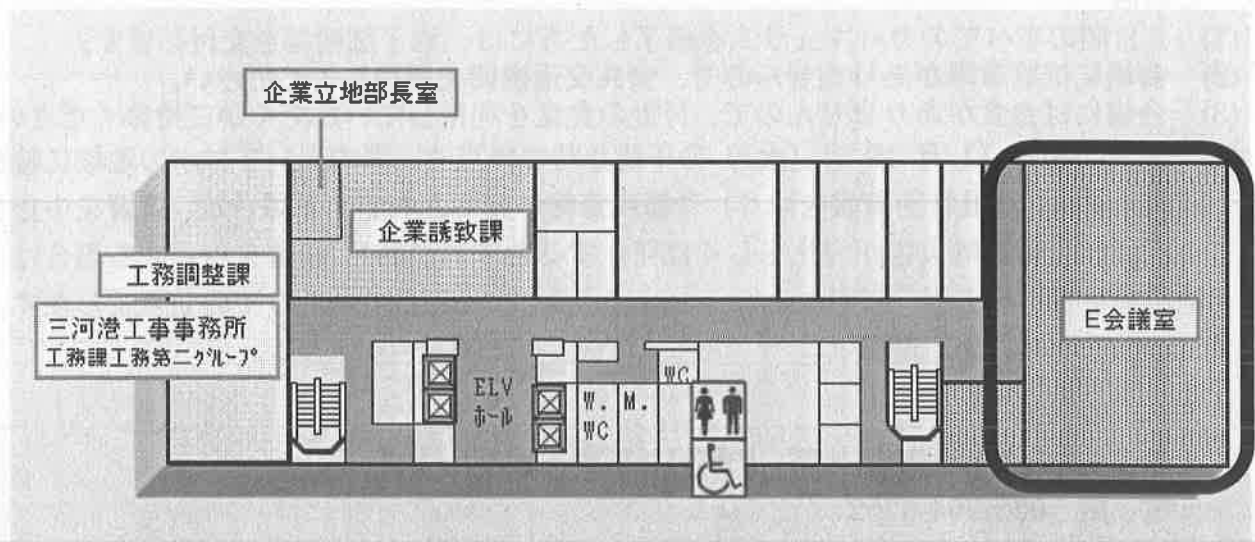
(会場案内図)

会・場 愛知県自治センター 12階 会議室E等

アクセス 名古屋市営地下鉄名城線「市役所」駅から徒歩3分



○ 第1日目会場 12階 会議室E



平成27年度第2回愛知県たんの吸引等にかかる指導者養成伝達講習
(第一号、第二号研修：不特定多数の者対象) 受講申込書

(平成28年1月19日現在)

ふりがな		捺印	昭和	年	月	日生
氏名		印	平成	()	()	歳
現在の勤務先	法人名		施設名			
	所在地：〒□□□-□□□□					
	TEL			FAX		
	(日中連絡可能な電話番号)					
	TEL (「受講可否通知」の送付先) いずれかにチェックをし、必要事項を記載してください。 <input type="checkbox"/> 上記勤務先に郵送 <input type="checkbox"/> 自宅又はその他へ郵送 (郵送先) 〒					
保有資格	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()					
	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 ※該当するもの全てに○をつけ、免許の写しを添付してください。					
免許	取得年月日：(西暦) 年 月 日					
	免許番号： ※保健師、助産師又は看護師の免許をお持ちの方は、看護師免許の番号を記載すること。					
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。 上記 a、 b のうち、喀痰吸引等の業務に関する通算従事期間 ()年()か月					

テキスト購入希望	
※ 講習で使用するテキストのうち、下記の2冊については当日会場で購入することができます。購入を希望される方はチェック欄に「○」を記入してください。	チェック ↓
※ お持ちでない方は必ずご購入ください。	
「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 (2015年9月発行 中央法規出版：定価2,160円)	
「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 指導者用 指導上の留意点とQ&A」(2015年12月発行予定 中央法規出版：定価864円)	

※受講者御本人が記入・捺印してください。裏面の受講目的等アンケートにも必ず記入してください。

※受講申込書に記入漏れがないことを確認のうえ、A4サイズが入る封筒(120円切手を貼り、送付先を記入)を添えてお申し込みください。

受講目的等アンケート

施設名 ()

氏名 ()

以下の設問について、御自身の状況に最も近いものを選び、該当欄に一つ○を記入してください。

必ず受講申込書と同時に提出をお願いします。

※設問には、必ず受講者御本人が回答してください。

※申込多数の場合には、本アンケートの回答を参考に講習会の受講優先順位を決めることがあります。

設問 1. 今回の受講の理由を教えてください。

- | | |
|---|--|
| ① | 講習修了後、現在登録済の研修機関において講師となる予定である。
⇒ 登録研修機関名を記載してください。
() |
| ② | 職場で、(または個人で) 研修機関としての登録を検討しており、講習修了後、講師となる可能性がある。
⇒ 登録を検討している職場の法人名(または会社名)を記載してください。
() |
| ③ | 勤務先が、すでに登録研修機関から委託を受けて「 実地研修実施機関 」となっており、自分も介護職員等への指導をする必要がある。
⇒ 委託を受けている登録研修機関名を記載してください。
() |
| ④ | 介護職員等が登録研修機関で研修を受講中(または受講予定)であり、実地研修の指導について相談・依頼されている。
⇒ 介護職員等が受講している(または受講予定である)登録研修機関名を記載してください。
() |
| ⑤ | その他
※上記①～④に当てはまらない場合は、こちらに今回の受講理由を記載してください。
() |

設問 2. 御自身が勤務する事業所あるいは訪問先の事業所は、たんの吸引等の登録事業者となっていますか。※登録事業者とは、「登録研修機関における研修を修了し、認定証が交付された介護職員等が所属する事業所のことで、業としてたんの吸引等を行うことについての登録手続を済ませた事業所」をいいます。

- | | |
|---|--|
| ① | 登録事業者である。
⇒ 登録している事業所の名称を記載してください。
() |
| ② | まだ登録事業者ではない。
⇒ 今後登録の予定があれば、その予定時期を教えてください。(平成 年 月頃) |
| ③ | 自分は事業所等には勤務していない。(病院等の医療機関、大学・養成校等にお勤めの方) |
| ④ | その他
※上記①～③に当てはまらない場合は、こちらに理由を記載してください。
() |

※ 1. 保有している資格の免許証の写しを添付の上、申し込んでください。

※ 2. 申込用紙が2枚にわたりますので、2枚目(アンケート)の上部に必ず氏名を記入してください。