

平成 27 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

「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」において指導講師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、実務経験が3年以上あり、かつ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

※ 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。

- 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（現在は、①の登録研修機関と連携し、実地研修を行う必要があります。）

4 募集定員

100名

※応募されたすべての方に対し、平成 27 年 10 月末までに受講の可否を通知します。
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 日時及び会場

(1) 日時

平成 27 年 12 月 1 日(火) 午後 0 時 40 分～午後 5 時

(2) 会場

愛知県自治センター（名古屋市中区三の丸 2-3-2）

1 2 階 会議室 E

※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、公共交通機関をご利用ください。

6 受講料
無 料

7 研修内容

12月1日(火)		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、「第三号研修(特定の者対象)のための喀痰吸引等研修テキスト」(中央法規出版 税込2,808円)を使用します。

テキストの購入を希望される場合は、受講申込み時に申し込んでください。中央法規出版が会場で当日、販売します。

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27年10月9日(金)(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

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27年度愛知県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27年12月1日現在)

ふりがな		捺印		昭和 平成	年	月	日生
氏名		印	生年月日・年齢				() 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。 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						

テキスト購入希望	
※ 講習で使用するテキスト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。 ※ お持ちでない方は必ずご購入ください。	チェック
第三号研修(特定の者対象)のための「喀痰吸引等研修テキスト」 (中央法規出版：税込2,808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、該当欄に一つ〇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。

※申込者多数の場合には、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の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。 ()

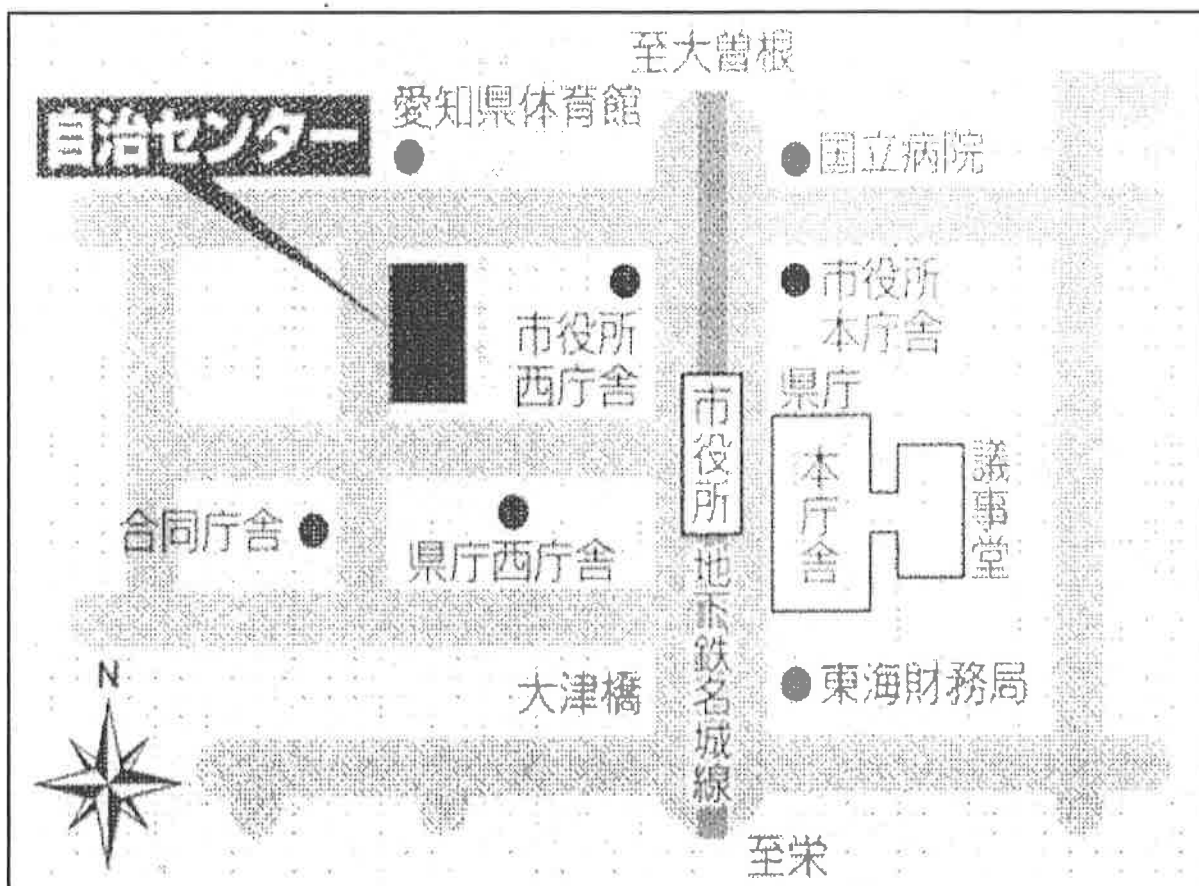
※ 1. 保有している資格の免許証の写しを添付の上、申し込んでください。

※ 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。

(会場案内図)

会 場 愛知県自治センター 12階 会議室E

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



○ 会場 12階 会議室E

