

# 平成 29 年度 第 2 回 喀痰等研修(第三号研修:特定の者対象)研修 募集要項

平成 29 年 11 月 17 日

石川記念会 HITO 病院

社会福祉士及び介護福祉士法(昭和 62 年法律第 30 号)に基づき、登録喀痰吸引等登録機関として、喀痰吸引等研修を実施することにより、地域で暮らす疾病や障害による喀痰吸引や経管栄養を必要としている方々に必要なケアをより安全に提供できる介護職員を養成することを目的に下記の研修を開催します。

## 記

1. 研修実施機関 : 社会医療法人 石川記念会 HITO 病院
2. 名 称 : 喀痰吸引等登録研修機関 HITO 病院 介護職員等の喀痰吸引研修  
(特定の者対象)
3. 研 修 内 容 : 特定の対象者に対する喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内)及び経管栄養  
(経鼻経管栄養、胃ろう又は腸ろう)に関する研修
4. 受 講 対 象 者 : 訪問系サービス事業所の介護職員のうち、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で、次に該当する者
  - (1) 介護サービス事業所又は障害福祉サービス事業所で介護業務に従事している介護福祉士等
  - (2) 介護業務に従事した実務経験が 3 年以上の者
  - (3) 当該サービス事業所にたんの吸引等を受ける特定の利用者(児)がおり、かつ利用者本人や家族の書面による同意が得られていること
  - (4) 特定の利用者(児)のかかりつけ医等から、当該利用者(児)に対してたん吸引等を行うことを承認された者であること
  - (5) 実地研修の指導及び評価を行なう指導看護師等(注)を確保できること  
注)当該利用者(児)に対し、たんの吸引等の医療ケアを行っている特定の医師・看護師に限る
  - (6) 所属長(事業所長等)が本研修を受講することを適当と認める者
5. 実 施 時 期 :
  - (1)第 3 号研修修了者及び基本研修修了者に対し、実施研修のみの実施について  
・12 月 4 日(月)10:00～

6. 研修実施内容：

(1) 実地研修

- ・実地研修の前に基本研修(現場演習)を実施
- ・指導者による評価により問題がないと判断されるまで実施

7. 募集定員：各回 10名

8. 申し込み方法：受講申し込み書を、受付開始後に提出(FAX)するものとし、先着順で受講者を決定し、定員になり次第受付を終了させていただきます。この場合において、研修課程の一部が免除される場合は、当該免除に係る部分の履修を証する書類の写しを併せて提出して下さい。

\* 受講決定者には、「受講決定通知」を必要記入書類と併せて、事業所宛に郵送します。

\* FAX 番号:0896-29-5655(看護部管理室直通)

9. 受付開始：第2回目…12月4日(月)10:00～ <実地研修のみ>

10. 受講料：料金は、受講内容に応じて次の通りとし、方法は口座振替により、期限は研修終了後30日までに支払ってください

・実地研修のみの場合;15,000円

\* 各料金には、保険料、事務経費等を含みます

11. 問合せ先：〒799-0121

愛媛県四国中央市上分町 788-1

社会医療法人 石川記念会 HITO 病院

電話:0896-58-2222(代表)・FAX:0896-29-5655(看護部管理室直通)

看護部 三好真寿美

**喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込み書**

<b>受講者</b>			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
介護経験年数	年      ヲ月	研修の一部 履修免除	有 { 第三号研修基本研修済み H28年度以降介護福祉士資格取得 無
有している 資格			
<b>所属</b>			
事業所名			
サービス種別			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
事業所管理者名		役職	
<b>特定の対象者(申し込み時点)</b>			
利用者名		利用者の同意	有 ・ 無
行為種別	【喀痰吸引】 ① <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 ② <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 ③ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者	かかりつけ医 の承認	有 ・ 無
	【経管栄養】 ① <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ・その方法 <input type="checkbox"/> 滴下 <input type="checkbox"/> 注入(半固形) ・その形態 <input type="checkbox"/> ボタンタイプ <input type="checkbox"/> チューブタイプ ② <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	指導看護師 の承認	有 ・ 無
	指導者 看護師名		実務経験

- ・申込み希望者は、上記申込み書に必要事項を記入の上、FAX(0896-29-5655)して下さい。
- ・先に、申込み状況を問い合わせ先に確認の上、FAX いただいても構いません。

当事業所 記入欄	受付日	受講可否連絡	
		連絡日	担当
	/	/	