

## 「介護職員等による喀痰吸引等研修（第3号研修）」 開催要領

### 1 研修の目的

「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づき、たんの吸引及び経管栄養（以下、「たんの吸引等」と記す）を必要とする特定の者に対して、医師、看護師等との連携の下、必要なケアを提供するため、適切、安全にたんの吸引等を提供できる介護職員等を養成することを目的とします。

### 2 受講資格・要件

- (1) 原則として、在宅の訪問系等サービス事業所の介護職員等のうち、特定の利用者に対してたんの吸引等の行為を行う必要が現にある方又は近く実施する予定を見込んでいる方。
- (2) 実地研修にあたり、利用者本人（本人の意思が確認できない場合はその家族等）から、実地研修の協力について了承が得られること。
- (3) 実地研修にあたり、利用者の主治医の指示書にもとづき、指導できる看護師等の協力を得られること。
- (4) 実地研修中における偶発的な事故等に起因して、利用者の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合の賠償責任に対応できる保険に加入していること（事業所ですでに加入されている保険で対応可能かどうかをご確認ください）。

### 3 受講定員

約65名

### 4 研修担当講師

6名（保健師：2名、看護師：3名、学識経験者：1名）

### 5 研修使用教材など

#### (1) 使用テキスト

「平成24年度喀痰吸引等指導者講習事業 喀痰吸引等研修テキスト第三号研修（特定の者対象）」（株式会社ピュアスピリット作成）を使用。

希望者には実費相当額（2,000円）で販売しますので、申込書にてお申し出ください（モノクロ版）。

#### (2) シミュレーター機材

- ・吸引経管栄養総合モデルLM-097B（高研） 5台
- ・看護実習モデル“まあちゃん”（京都科学） 1台

### 6 受講料金

(1) 基本研修	10,000円（経管栄養のみ受講の場合は、5,000円）
(2) 実地研修	10,000円（対象者一人に対する料金） *自法人で指導看護師等を確保できる場合の受講料は不要。
(3) 事務手数料	2,000円（受講者一人に対する料金） *実地研修のみお申し込みの場合、過去に当法人での基本研修、実地研修受講の有無にかかわらず、受講生一人あたり2,000円をいただきます。
(4) テキスト	2,000円「平成24年度喀痰吸引等指導者講習事業 喀痰吸引等研修テキスト第三号研修（特定の者対象）」（株式会社ピュアスピリット作成）を使用。

## 7 研修日程等（詳細はお問い合わせください）

### (1) 基本研修（講義・筆記試験）

**平成27年11月17日（火）午前9時から午後7時**

### (2) 基本研修（シミュレーター演習）

- ①11月25日（水）午前10時から午前11時30分 ②11月25日（水）午後2時から午後3時30分  
③11月26日（木）午前10時から午前11時30分 ④11月26日（木）午後2時から午後3時30分

### (3) 実地研修（利用者宅での演習含む）

おおむね、平成28年2月29日（月）までの期間を目安にご利用者・指導看護師等と調整のうえ実施していただきます。ただし、ご利用者等のご都合によりそれまでに実施できない場合は、この限りではありません。

## 8 研修修了認定方法

### (1) 基本研修（講義）

筆記試験（四者択一式の20問を制限時間30分（経管栄養のみ受講の場合は、10問を15分）により、正答率が9割以上の者を修了とする。正答率が7割以上9割未満の者については、補講のうえ再試験とする。ただし、正答率が7割未満及び再試験で不合格（正答率9割未満）の者は研修終了とし、基本研修（講義）の再受講を必要とする。

### (2) 基本研修（利用者宅での演習）

「基本研修（演習）評価基準」で示す手順どおりに実施できていると指導者が確認した者を修了とする。

### (3) 実地研修

「実地研修評価基準」で示す手順どおりに実施できていると指導者が確認した者を修了とする。

## 9 研修会場

京都社会福祉会館3階 第5会議室（地図をご参照ください）。

## 10 お申込み方法

別紙「受講申込書（様式1）」に事業所ごと必要事項を記入の上、当法人人材開発部まで郵送、もしくはファクス（※）をお願いします。（締切り：平成27年11月13日（金）必着）

（※ファックス送信後、必ず（075-823-3341）まで確認のお電話をお願いいたします。）

なお、応募者が受講定員を上回った場合は、現にたんの吸引等が必要な方の人数や緊急性等を勘案して決定します。受講の可否については、後日、事業所宛てに文書にて通知します。

## 11 お問い合わせ先

社会福祉法人 京都福祉サービス協会 居宅本部 人材開発部（担当：北尾）

〒602-8143 京都市上京区中之町519 京都社会福祉会館3階

TEL：075-823-3341 FAX：075-823-3349 e-mail：jinzai-kaihatsu@kyoto-fukushi.org



### <交通>

- ・市バス「二条城前」もしくは「堀川丸太町」下車、徒歩3分
- ・地下鉄東西線「二条城前」下車、徒歩6分

## 喀痰吸引等第3号研修 受講の流れ

流れ	申込事業所（受講者）	研修機関（当法人）
<p><b>申し込み</b></p> <p>受講申込書（様式1）            FAX 075-823-3349            *受付時間 9時～17時（月～金）            *FAX 送信後お電話をお願いします。            TEL 075-823-3341</p>	<p>事業所で取りまとめて受講申込書（様式1）をご提出ください。</p>	<p>申込書の受け取りの確認</p>
<p><b>受講決定通知</b></p> <p>受講決定通知書がFAXで事業所に届きます。</p>	<p>受講決定通知を各事業所へ送付しますので、ご確認ください。</p>	<p>受講決定通知の送付</p>
<p><b>受講の準備</b></p> <p>受講料の振込            実地研修にむけて準備開始</p>	<p>受講料の振込をお願いいたします。            （振込先は「受講決定通知書」に記載）</p>	
<p><b>受講の準備</b></p>	<p>実地研修の準備を進めてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別のケアのマニュアル作成</li> <li>・ 利用者及びご家族の同意書（様式3）</li> <li>・ 主治医に指導看護師への指示書（様式4）を依頼</li> <li>・ 現場演習・実地研修の評価表の作成</li> <li>・ 日程調整</li> <li>・ その他</li> </ul>	<p>他法人の指導看護師等に講師依頼する場合、「講師派遣依頼状」を送付します。</p>
<p><b>基本研修</b></p> <p>講義 筆記試験            シミュレーター演習</p> <p>↓</p> <p>筆記試験            不合格者追試</p>	<p>基本研修 筆記試験・シミュレーター演習</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当日は、印鑑、研修テキスト、鉛筆、消しゴムをご持参ください。</li> </ul>	<p>不合格者へ再試験日の連絡            追試の実施</p>
<p><b>現場演習・実地研修</b></p> <p>指導看護師が評価。（様式5・6）            ※ヒヤリハット報告書（様式7）は必要に応じて受講生もしくは指導看護師等が記入してください            修了後、整備した様式を登録研修機関に提出してください。</p>	<p>現場演習・実地研修</p>	
<p><b>認定証交付申請</b></p> <p>研修修了証を発行します。            京都府へ認定証交付申請</p>	<p>① 様式5 現場演習・実地研修評価表            ② 様式6 実地研修 記録用紙            ③ 様式7 ヒヤリハット・アクシデント報告書</p>	
<p><b>京都府から認定証交付</b></p>	<p><b>実地研修をキャンセルされる場合</b></p>	
<p><b>喀痰吸引等の実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 京都府へ登録特定行為事業者として登録（未登録の場合）</li> <li>・ 京都府へ認定特定行為従業者の登録</li> </ul>	<p>キャンセル料 1,000円            （振込手数料及び事務・通信費等）            をご負担いただきます。ご了承ください。</p> <p>京都府へ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「認定特定行為業務従業者認定証」の交付申請を行ってください。</li> <li>・ 指定登録を受けていない事業所は、「登録特定行為事業者」としての登録申請を行ってください。</li> <li>・ 認定証取得後、「認定特定行為従業者」の登録・追加手続きを行ってください。</li> </ul>	<p>研修修了証明証・基本研修受講修了証を発行し、各事業所へまとめて送付します。</p> <p>実地研修修了報告書類受理後、担当していただいた指導看護師等に「講師謝礼金」を支払います。</p>
	<p>喀痰吸引等の実施にあたっては…</p> <p>医師の実施の指示書            ご本人・家族の実施の同意書            日々の喀痰吸引等の実施記録            定期的に医師へ実施状況の報告            ヒヤリハット・アクシデント報告と対策            安全委員会の設置            訪問看護等の医療機関との連携 など…</p> <p>の整備が義務付けられます。</p>	

「介護職員等による喀痰吸引等研修(第3号研修)」 受講申込書

【申込者】

法人名		事業所名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	
代表者氏名	職印	事務担当者氏名	(メールアドレス)

表記について、下記の者を受講者として申し込みます。

記

【受講対象者】

※募集定員を超過した場合、受講できないことがありますので、受講の優先度が高い対象者順にリストを作成してください。

優先順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)		受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所に○等をご記入ください)											合計金額	
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円					実地研修: 1利用者につき、自法人0円、他法人・無10,000円					1冊:2,000円		合計金額
			基本研修		演習希望グループ			利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無			テキスト	
希望日	全課程	第1希望	第2希望	第3希望	喀痰吸引	経管栄養	有(自法人)		有(他法人)	無	指導看護師等		要	不要	
例	① きょうかい はなこ	12/5	●	①	②	③	いろは	●		●			TEL: - FAX: -	●	44,000
	② 協会 花子						にほへ		●		●	○○訪問看護ステーション ○○ NS TEL:***-**** FAX:***-****			
	③ 〒 京都市						とちり	●	●		●	○○病院 ○○医師 TEL:***-**** FAX:***-****			
	④ ****年**月**日(**)						ぬるを	●	●			●	TEL: - FAX: -		
1	①											TEL: - FAX: -			
	②										TEL: - FAX: -				
	③ 〒										TEL: - FAX: -				
	④ 年 月 日 ( 歳)										TEL: - FAX: -				
2	①											TEL: - FAX: -			
	②										TEL: - FAX: -				
	③ 〒										TEL: - FAX: -				
	④ 年 月 日 ( 歳)										TEL: - FAX: -				

優先 順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)		受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所に○等をご記入ください)											合計 金額			
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日  お名前、ご住所は住民票等に記載 されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円					実地研修:利用者1名につき、自法人0円、他法人・無10,000円					1冊:2,000円					
		基本研修		演習希望グループ			利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無			テキスト				
		受講 希望日	全課程	第1 希望	第2 希望	第3 希望		喀痰 吸引	経管 栄養	有 (自法人)	有 (他法人)	無	指導看護師等		要	不要	
3	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 〒													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
4	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 〒													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
5	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 〒													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
6	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 〒													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			

【備考】

(1) 実地研修を実施するにあたり、次の書類が必要となりますので、あらかじめ準備をお願いします(受講決定後に提出できるようにご準備ください)。

①主治医による指示書 ②喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書 ※提出いただいた書類は、返却しませんのであらかじめご了承ください。

(2) 実地研修の指導看護師が他法人である場合は、指導看護師料として受講者ごとに1利用者あたり10,000円をお支払いいただきますが、諸事情により

一度も実地研修を実施することなく一旦研修を終了する場合は、指導看護師料を返金(※振込手数料は申込者負担)いたしますので、ご連絡をお願いします