

令和5年度長野県喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）
募集要項

1 目的

介護保険施設及び障害者支援施設等の施設及び居宅において、介護職員等が、医師の指示に基づき必要なケアをより安全に提供するため、適切に喀痰吸引等を行うことができる知識及び技術を修得することを目的とする。

2 実施者

飯田短期大学

3 受講対象者

長野県内における介護保険施設、障害者支援施設、在宅系サービス事業所等に従事している者であり、次の条件を満たし、所属する事業所の長が推薦する者とする。

- ① 介護福祉士養成校の卒業生で「医療的ケア」の科目において基本研修（講義・演習）を修了している者
- ② 実務者研修を修了している者

4 定員

- ① - 30人
- ② - 30人

5 受講料

- ① - 5,000円（損害保険含む）
- ② - 20,000円（筆記試験・演習料、損害保険含む）

6 日程及び会場

① - ア 実地研修

原則として、自施設において実施する。

※ただし、基本研修（演習）で一定以上の評価を得た者が実施できるものとする。

② - ア 筆記試験

令和5年11月14日（火）

※実務者研修の「医療的ケア」基本研修（講義・演習）の全てのカリキュラムを修了した者が受験できるものとする。

イ 基本研修（演習）

別添カリキュラムのとおり

※ただし、筆記試験に合格した者が受講できるものとする。

ウ 実地研修

原則として、自施設において実施する。

※ただし、基本研修（演習）で一定以上の評価を得た者が実施できるものとする。

7 実地研修

実地研修は、原則として受講者自らが所属する施設等において実施する。実地研修先においては、別紙2「実地研修施設の基準」に記載される要件が必要となるので実地研修に先立ち体制整備を行う。

また、実地研修先において指導をする看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）は、その実地研修先に勤務する看護師等とする。指導にあたる予定の看護師等は、「長野県喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習」を受講する必要がある。

8 申込書類

- ① 養成校卒業生：別紙1-1、「基本研修修了証明書」写し
- ② 実務者研修修了者：別紙1-1、別紙1-2、「実務者研修修了書」写し

- ・別紙1-1 「飯田短期大学喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書」
- ・別紙1-2 「飯田短期大学喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書」

【 申込書送付先 】

〒395-8567 飯田市松尾代田610 飯田短期大学 地域連携センター
*「喀痰吸引等研修応募書類在中」と朱書きのこと

9 申込期間

- ① の対象者：令和5年 4月 3日（月）～ 4月10日（月）
- ② の対象者：令和5年10月10日（火）～10月31日（火）

※郵送の場合は必着、持参の場合は平日9時～17時まで、FAXは不可
申込期間以外の受付は、受理いたしません

10 受講決定

受講決定後、決定通知を所属先に送付する。

11 留意事項

- ① 一号研修（気管カニューレ内部の喀痰吸引と経鼻経管栄養を含む研修）については、実地研修先の確保が難しいため、第二号研修に変更していただくこともありますので、予め御了承ください。
- ② 人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引を実施するには、カリキュラムに規定する科目の他、人工呼吸器装着者の基本研修（演習）及び実地研修を修了することが必要となります。人工呼吸器装着者へのケアが必要となっている場合であって、受講者自らが所属する施設等において実地研修が可能な場合のみ、申込みを受付けます。（別途受講料が必要となります。）
- ③ 受講料は2年間有効としますが、2年目の実地研修保険料は別途徴収となります。

飯田短期大学
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

飯田短期大学
学長 高松 彰充 様

受講申込者名 印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

（該当するものに○印） ① 養成校卒業生 ② 実務者研修修了者

所属事業所名		サービス種別			
法人名					
事業所連絡先	電話 ファクス	担当者名			
受講者(本人)の現住所	〒				
(ふりがな)受講者氏名	性別: 男 ・ 女 (生年月 S H 年 月 日)				
現在の職名		保有資格			
受講者の介護の経験	施設・事業所名	勤務時の職種	通算勤務期間 (○年 ○か月)		
研修コース	受講を希望する研修コースに レ(チェック)をしてください。 <input type="checkbox"/> 第一号研修 喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう) 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者有(注1) <input type="checkbox"/> 第二号研修 喀痰吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻)のうち 1項目以上、4項目以内				
実地研修施設の確保	所属法人での実施 可 ・ 不可				
実地研修施設の状況 (注2)	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
実地研修事業所名 (指導を行う予定の看護師名)		(指導看護師: _____)			
複数申込を行う場合の優先順位		/			

(注1) 人工呼吸器装着者に対する研修を選択する者は、実地研修先を自ら確保できる場合に限りします。

(注2) 自施設(自法人)の施設等において実地研修を実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、□にレ(チェック)を入れてください。

* 記入された個人情報、本学の喀痰吸引等研修に関する書類の発行に利用します。

飯田短期大学
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

飯田短期大学
学長 高松 彰充 様

法人名

事業所名

事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している下記の者について、標記研修会の受講について推薦します。

記

事業所名	
職 名	
氏 名	
研修課程	
推薦理由	

実地研修施設の基準

(1) 利用者の人数

たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員に係らず、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。

(3) 医療関係者との連携

実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。

(4) 利用者の同意と医学的指示

当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下、「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）がとれていること。

(5) 緊急時の対応

事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）

(6) 秘密保持

実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

(7) 確実な実地研修の実施

出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。