

## 喀痰吸引等研修（第一号・第二号）

### 受講案内（募集要項）

◎厚生労働省一般教育訓練給付制度対象講座（指定番号 100631420010）

\*本書をよくお読みいただいてから、受講申込書を提出してください。

\*受講申込書にご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用します。提出された受講申込書については返却いたしませんので、予めご了承ください。

#### 1. 研修目的

平成 24 年 4 月 1 日に施行された、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に喀痰吸引等の行為が実施できることになりました。

介護研修センターでは、介護職員等による喀痰吸引及び経管栄養がより安全に提供されるため、それらの技術を適切に行うことができる介護職員等を養成することを目的とした、表記研修を開催します。受講希望者は、以下の要領及び注意事項を確認の上、所定の期間内にお申込みください。

#### 2. 対象者

①群馬県内に在住または県内の介護施設等に勤務する者で、介護福祉士資格保有者または、介護等の経験を 3 年以上有する者

②所属施設、事業所または同法人内の施設等にて実地研修が可能な者

③本研修のすべてのカリキュラムを受講できる者

※介護福祉士実務者研修(医療的ケア)等の修了者で、実地研修のみを希望する者であっても、当センターの実施する喀痰吸引等研修(実地研修)における手技等の統一を図るため、基本研修(演習)からの受講となります。

#### 3. 研修概要

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・腸ろう・経鼻経管栄養）  
講義（51 時間）・筆記試験（1 時間）・演習（2 日）・実地研修（受講者施設での履修が原則）

#### 4. 日程および会場

\*別途案内・カリキュラムを参照ください。

講義・演習会場は介護研修センター（前橋市昭和町三丁目 1 2 番 2 1 号）

#### 5. 定員

20 人

## 6. 受講料金

区分	料金		
基本研修 (講義、筆記試験、演習)	税込 77,000 円 (テキスト代含む)		
実地研修	研修課程等	自施設実習の場合	他施設実習の場合
	第一号研修	0 円	税込 77,000 円
	第二号研修	0 円	税込 11,000 円～44,000 円
再試験 (筆記試験不合格者)	税込 2,200 円		

- ア 当センターが紹介する実地研修機関 (関連施設) で実地研修を行う場合に実地研修費を徴収する。第二号研修の受講料について、1 項目につき 11,000 円 (税込) を徴収する。(最大 4 項目)
- イ 当センターが実地研修機関として承認した施設に、実地研修を委託し、かつ、当センターの実地研修担当講師を派遣しない場合においては、実地研修費を徴収しない。
- ウ 介護福祉士実務者研修(医療的ケア)修了者で、当センターにて演習のみ行う場合につき 13,200 円(税込)徴収する。

## 7. 受講料のお支払および返還について

- (1) 受講料は、受講決定後に所定の期日までに振り込みもしくは当センターまで持参しお支払いいただきます。
- (2) 受講料は 2 年間有効です。実地研修も含め 2 年間の間で全ての課程を修了してください。
- (3) お支払いをいただいた受講料は、原則として返還いたしません。受講開始日 7 日以前にキャンセルの申し出があった場合、これに応じ受講料の半額を返還いたします。

## 8. 研修内容について

### (1) 基本研修

講義および演習 (シミュレーターを用いた演習) を行い、筆記試験での合否判定をいたします。

### (2) 実地研修

- ① 自施設 (同一法人・関連法人等) において、実地研修を実施していただくことが原則です。難しい場合には当センターまでご相談ください。
- ② 実地研修は、指導看護師研修を修了した正看護師の指導の下、医療的ケアの必要な利用者に対し、習得すべき行為毎の実施回数以上の実地研修を実施した上で、実地研修評価票の全ての項目について指導看護師が評価を行います。

留意事項▶ 指導にあたっては、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(中央法規出版)を参考にしてください。

## 9. 研修の修了及び認定証の発行について

今回の研修の修了者に対して当センターより「修了証書」を交付します。

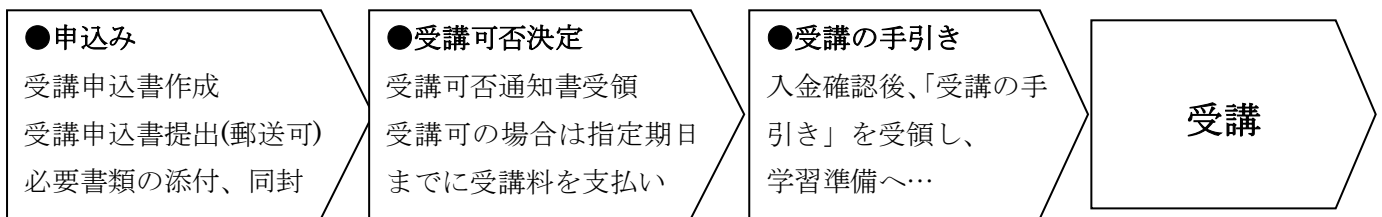
留意事項▶ 実際にたんの吸引等の特定行為を行うためには、当センターからの修了証書受領後、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けるため、群馬県に申請を行う必要があります。

▶ 「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けた介護職員等が、たんの吸引等の医療的ケアを行う事業者は、別途群馬県に「登録特定行為事業者」としての登録申請が必要です。

## 10. 研修の一部履修免除者について

- (1) 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成 22 年 4 月 1 日医政発第 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知) に基づくたんの吸引等を適切に行うために必要な知識及び技術に関する研修を修了した者。(免除対象：演習および実地研修のうち、「口腔内の喀痰吸引のみ」)
- (2) 養成施設等の教育課程において医療的ケアの科目を修了している者(免除対象：基本研修または実地研修(上記研修において修了した行為に限る)もしくはその両方)
- (3) 平成 22 年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業(不特定多数の者対象)」の研修(平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」)を修了した者(免除対象：基本研修・実地研修(上記研修において修了した行為に限る))
- (4) 平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業に基づく研修(平成 23 年 10 月 6 日老発第 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知)を修了した者(免除対象：基本研修(筆記試験に合格した者に限る)・演習・実地研修(上記研修において修了した行為に限る))

## 11. 受講決定までの流れ



## 12. 申し込み方法

指定の受講申込書に必要事項を記入の上、期限までに、郵送又は FAX でお申込みください。

※既に他の喀痰吸引等に関する研修等を履修している場合は、研修の修了証の写し等添付してください。

◇申込み期間 ホームページでも案内しております。指定された期日までにお申し込みください。

## 13. 受講決定

- ・申込書類を確認の上、受講決定者には受講決定通知及び、研修に関する必要書類等を郵送します。
- ・応募者が多数の場合は、1 施設あたりの受講者数など、研修受講の優位性・必要性等を踏まえ、審査の上受講決定をさせていただきますので予めご了承ください。

## 14. 振込先

東和銀行 本店営業部 普通預金 3 2 1 0 1 0 9

社会福祉法人ほたか会 介護研修センター

※振込人のご自分の氏名の前に 「カク」と記入してください。



## 15. 一般教育訓練給付制度について

(1)本講座は、一般教育訓練給付制度の指定講座となっております。

①雇用保険の一般被保険者である方のうち、支給要件期間が3年以上ある方（但し、初回に限り、支給要件期間が1年以上でも受給可能）

②一般被保険者でない方のうち一般被保険者資格を喪失した日以降、1年以内であり、かつ支給要件期間が3人以上ある方。

上記①、②の方が対象になります。

（受給資格の有無につきましては、ハローワークにお問合わせ下さい）。

(2)支給手続きは、本講座終了後、ご本人の住所を管轄するハローワークに所定の書類を提出することによって行います。

## 16. 自立支援教育訓練給付金について

(1)母子家庭の母か父子家庭の父の主体的な能力開発の取組みを支援するもので、雇用保険の教育訓練給付の受給資格を有していない人が本講座を受講し、修了した場合、市または、町村(窓口は県)に申請していただくと、後日経費の一部が支給されます。

※ただし、申込み前に申請が必要となる場合がございます。対象者は、お住まいの市町村にお問合わせください。

(2)対象者(要件)

①児童扶養手当の支給を受けているか又は同様の所得水準にあること

②雇用保険法による教育訓練給付の受給資格を有していないこと

## 17. 企業主導型保育施設コフレについて

○子育て中の方も安心して受講していただけるように、未就学児に限り、施設内にある保育施設を利用することができます。

お子様の状態によってはご利用できない場合もありますので、事前にご相談ください。

## 18. お問い合わせ先（お気軽にお問い合わせください）

社会福祉法人ほたか会 介護研修センター 〒371-0034 前橋市昭和町三丁目12番21号 TEL (027) 212-5020 FAX (027) 212-5562 E-mail kensyu-c@hotakakai.or.jp 営業時間は平日（月曜日～金曜日）のAM9：00～PM5：00です
--

**社会福祉法人ほたか会 介護研修センター**  
**喀痰吸引等研修（第一号・第二号）受講申込書**

以下のとおり、関係書類を添えて申し込みます。

		第( )期	申込日	令和 年 月 日		
受講希望者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)
	氏名					
	現住所	〒 — (アパート名等)				
	TEL	自宅：( ) —		携帯：( ) —		
	メールアドレス	@		同一施設内で複数名申し込む 場合の優先順位		位
	受講資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家資格 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護実務経験 3 年以上 <input type="checkbox"/> その他 ( )		免除関係	<input type="checkbox"/> 基本研修 (範囲： ) <input type="checkbox"/> 実地研修 (行為： ) <input type="checkbox"/> 口腔内吸引	
			受講希望	<input type="checkbox"/> 演習、実地研修 (基本研修免除)		
勤務先	法人名			サービス種別		
	施設名					
	住所等	〒 —		TEL：( ) —		
実地研修先	法人名	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ				
	施設名	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ				
	住所等	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ	〒 —		TEL：( ) —	
指導看護師	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)
	氏名					
	指導看護師修了書番号			所属部署・役職		
受付日	◆当センター記入欄					
	支払方法	入金日	受講料金	実地研修 実施について		
	分割・一括	未・済 ( / )	¥	当法人希望・自事業所での実施		

**[受講申込書記載上の留意点]**

- \* 太枠内は受講者選定に必要な内容となりますので、記入漏れ・誤りのないように記載してください。
- \* 受講可否通知までに記載内容に変更が生じた場合には、速やかに当センターまでご連絡ください。

**[添付書類について]**

- \* 申し込みにあたっては、該当する以下の書類を提出してください。(提出は郵送可です。)
- ・ (介護福祉士の場合) …介護福祉士登録証の写し
- ・ (介護実務経験 3 年以上の場合) …所属施設長等が発行する実務経験証明書 (任意書式可)
- ・ 研修の一部履修免除を証明する修了証等の写し (「受講案内 (募集要項) 10」に該当するもの)
- ・ 実地研修指導看護師の看護師免許証の写しおよび喀痰吸引等研修指導看護師研修修了証の写し

**[その他]**

- \* 当センターでは、本受講申込書に記載された個人情報 (氏名、住所、電話番号、その他個人を特定できるもの) につきまして、連絡手段のために利用させていただくほか、申し込みの手続きに必要なかつ最小限の範囲内で利用させていただきます。