

## 令和5年度 介護職員等によるたんの吸引研修 不特定（第一号・第二号研修）募集要綱

### 1. 目的

秋田圏域人材支援事業協同組合では、社会福祉士及び介護福祉士法に基づき、特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において、必要なケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を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て、研修事業を実施します。

### 2. 主催・研修実施機関

秋田圏域人材支援事業協同組合

〒010-0101 秋田県潟上市天王字追分西 73 番地 1 (Tel. 018-877-7485)

### 3. 研修課程

#### ① 喀痰吸引等研修（第一号研修）

基本研修の講義および演習の履修と口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部のたんの吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養の5行為すべての実地研修を修了します。

#### ② 喀痰吸引等研修（第二号研修）

基本研修の講義および演習の履修と口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部のたんの吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養の5行為いずれかの実地研修を修了します。

### 4. 受講対象者

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等（医療施設を除く）、居宅サービス事業所等に就業している介護職員（介護福祉士を含む。以下同じ。）を対象とします。当研修は、原則として介護福祉士実務者研修等にて医療的ケアを未修了の方を対象としております。

### 5. その他の受講要件

実地研修は、原則として受講者自らが所属する法人の施設または事業所（以下、「実地研修機関」という。）で実施していただきます。実地研修機関となるためには、事前に秋田県に届出が必要となりますのでご注意ください。また、本研修を申し込むにあたり、実地研修機関確認書（別紙3）のすべての事項を確認の上、お申込みいただきますようお願いいたします。

実地研修を実施するためには、実地研修機関に指導看護師がいなければなりません。当組合では、指導看護師になるための研修と実地研修の評価方法に関するフォローアップ研修を実施しておりますので、お気軽にお問い合わせください。

6. 募集定員 第1回目 16名（第一号・第二号合わせて）

第2回目 16名（第一号・第二号合わせて）

### 7. 実施スケジュール

募集期間及び研修日程は、別紙1をご確認ください。

## 8. 実施場所

### 【基本研修（講義・演習）】

正和会グループ 講堂

〒018-1401 秋田県潟上市昭和大久保字街道下 24 (Tel. 018-877-7485)

### 【実地研修】

原則として受講者が所属する法人の施設又は事業所で実施します。

## 9. 実施方法

実施方法及び修了評価基準については、別紙 1、別紙 2 をご確認ください。

## 10. 受講料 130,000 円

内訳) 基本研修受講料	125,000 円	
事務手数料及び保険料	5,000 円	
※ 筆記試験不合格による再試験		+ 5,000 円
※ 実地研修に関する料金はございません。		

## 11. 徴収及び返還

受講料は、受講決定後にお届けする受講決定通知書に記載された期日までに所定の口座にお振り込みください。開講後、受講料は原則返還いたしません。ただし、受講生の申請により、やむを得ない理由と判断される場合に限り、受講料を返還いたします。

### 【開講日以前の受講辞退による受講料の返還】

①受講申込締切日翌日までの受講辞退	受講料の全額
②受講申込締切日翌日から開講 2 日前まで受講辞退	受講料の半額
③開講前日以降の受講辞退	受講料の返還なし

## 12. 申し込み方法

- ① 次の書類に必要事項を記入の上、募集期間内にご郵送ください。
    - ア. 喀痰吸引等研修受講申込書（様式 1）（※ 顔写真貼付）
    - イ. 喀痰吸引等研修受講に関する誓約書（様式 2）
    - ウ. 本人確認書類（※ 顔写真付き 1 種類 または 顔写真なし 2 種類）
    - エ. 実地研修機関確認書（別紙 3）
    - オ. 指導看護師の研修修了証の写し
  
  - ② 申込期限終了後 1 週間以内に「受講受付通知書」を郵送いたします。受講受付通知書には、受講の決定状況が記載されておりますので、受講が決定された方は、同通知書に記載された振込先に受講料をお振込みください。
- ※ 通知された期日前に定員に達した場合、受講者募集は終了いたします。
- ※ 受講申込の際に申告した書類に虚偽の記載があった場合は、受講の決定を取り消しとさせていただきます。

13. 申込書送付先・お問い合わせ先

〒010-0101 秋田県潟上市天王字迫分西 73 番地 1

Tel : 018-877-7485

E-Mail : ahsc-info@akita-hsc.com

秋田圏域人材支援事業協同組合（担当：近藤） 平日 9:30 ～ 17:00

(別紙1)

## 令和5年度 介護職員等によるたんの吸引研修 不特定(第一号・第二号研修)

### ● 募集期間及び研修日程

#### 【第1回】

募集期間： 令和5年3月14日～令和5年3月27日

基本研修(講義)： 令和5年5月9日～12日、15日～19日

基本研修(演習)： グループ1) 6月12日、13日、19日、20日、21日  
グループ2) 6月26日、27日、7月3日、4日、5日

実地研修： 基本研修(演習)の修了1か月後以降から開始

#### 【第2回】

募集期間： 令和5年7月11日～令和5年7月24日

基本研修(講義)： 令和5年9月5日～8日、11日～15日

基本研修(演習)： グループ1) 10月2日、3日、10日、11日、12日  
グループ2) 10月16日、17日、23日、24日、25日

実地研修： 基本研修(演習)の修了1か月後以降から開始

### ● 実施方法及び修了評価基準

#### 【基本研修(講義)】

あらかじめ定めたカリキュラム(別紙2)により9日間で行います。遅刻、早退、欠席があった場合には、当該科目の修了を原則認めません。講義最終日に筆記試験を実施します。なお、筆記試験の内容は、客観式問題(四肢択一)とし、出題数30問、試験時間60分、9割以上で合格となります。不合格の場合、再試験を有料にて実施します。

#### 【基本研修(演習)】

講義を受講し筆記試験を合格した受講者を8人1グループに分け、各グループ5日間で実施します。遅刻、早退、欠席があった場合には、当該科目の修了を原則認めません。演習指導講師による評価を実施し、習得すべき知識及び技能を習得したと判断できれば修了となります。合格に至らなかった場合の再評価および再演習の日程は別途調整します。

#### 【実地研修】

申し込み時に申請のあった施設において実施します。指導及び評価は、原則として、実地研修を行う施設等の実地研修指導看護師が実施し、評価すべき知識及び技能を習得したと判断できれば修了しますが、体制整備及び研修の修了の確認は当組合が行います。

(別紙2)

## 基本研修 カリキュラム

		不特定の者対象（第一号・第二号研修）		
基本研修	講義	日程	科目または行為	時間数または回数
		1日目	オリエンテーション	0.5
			人間と社会	1.5
			保健医療制度とチーム医療	2
			安全な療養生活	2
		2日目	安全な療養生活	2
			清潔保持と感染予防	2.5
			健康状態の把握	2
		3日目	健康状態の把握	1
			高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論	5
		4日目	高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論	6
		5日目	高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説	8
	6日目	高齢者および障害児・者の経管栄養概論	5	
	7日目	障害者および障害児・者の経管栄養概論	5	
	8日目	高齢者および障害児・者の経管栄養実施手順解説	8	
9日目	救急蘇生法	1回以上		
	筆記試験	1		
演習	10日目	口腔内のたん吸引	5回以上	
	11日目	鼻腔内のたん吸引	5回以上	
	12日目	気管カニューレ内部のたん吸引	5回以上	
	13日目	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	5回以上	
	14日目	経鼻経管栄養	5回以上	
	15日目	予備日	1回以上	

実地研修	科目または行為	回数	1号	2号
	口腔内のたん吸引	10回以上	5行為すべて	(複数可) いずれかを選択
	鼻腔内のたん吸引	20回以上		
	気管カニューレ内部のたん吸引	20回以上		
	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	20回以上		
	経鼻経管栄養	20回以上		

## 実地研修機関確認書

本研修では、原則として研修受講者が所属する施設・事業所（同法人内他事業所を含む）において実地研修を行っていただきます。実地研修指導看護師の指導の下、実地研修を行っていただくに際して、実地研修機関は、下記に定める要件をすべて満たす（見込み含む）必要があります。要件をご確認いただき、満たしている要件のチェック欄に「レ」を記入し、受講申込書に添付して提出をお願いいたします。

- 実地研修機関にたんの吸引等の利用者が適当数入所またはサービス利用している
- 利用者本人（利用者に同意する能力がない場合には、その家族等）に、たんの吸引等の実地研修の実施等について説明を行い書面により同意を得ている（協力者全員の同意書（任意様式）の写し（コピー）を実地研修修了時に提出できること）
- 医療、介護等の関係者による連携体制が確保される
- 実地研修場所において、受講者を指導する実地研修指導看護師（以下、「指導看護師」と言う。）を1人以上確保・配置することが可能である
- 指導看護師は、医師、保健師、助産師または正看護師（准看護師は不可）の資格とともに、臨床等での実務経験を5年以上有し、所定の「指導看護師研修」を修了している
- 施設または事業所の責任者および職員が実地研修に協力できること。また、実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備されている
- 配置医または実施施設と連携している医師から指導看護師および介護職員に対し、書面による必要な指示がある
- 配置医または実施施設と連携している医師、指導看護師および介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されている
- 利用者の健康状態について、施設長、配置医または実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされている
- たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されている
- 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されている
- ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医または実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行っている
- 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医または実施施設との連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されている
- 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意している
- 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関と日頃から連絡支援体制が整備されている
- 過去5年以内に介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令および第92条に基づく指定の効力の停止（障害者総合支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む）を受けたことがない

上記記入内容に間違いがないことを証明いたします。

令和      年      月      日

法人名

施設名

施設長名

受講者名

受付番号 (※事務使用欄)

秋田圏域人材支援事業協同組合  
喀痰吸引等研修受講申込書

令和 年 月 日

希望受講コース

令和 年 月開講コース

フリガナ 性別  
氏名 姓 名 印 男・女  
生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)  
フリガナ

証明写真  
貼付  
40mm×30mm

顔が明確に判別  
できるもの  
裏面に氏名記入

住所 〒 -

連絡先 電話番号 ( ) メール アドレス @  
携帯番号 ( )

勤務先情報  
施設種別 1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 短期入所生活介護  
4. グループホーム 5. 有料老人ホーム 6. 障害者(児)施設  
7. その他 ( ) ※〇印をつけてください。  
法人名  
住所  
電話番号

実地研修  
予定先情報  
 申込者就業施設 ・  申込者非就業施設 実務経験年数 年 か月  
施設名  
指導看護師の有無  いる \_\_\_\_名 ・  いない ※指導看護師の研修修了証を添付  
施設情報 ( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在) 入所者数 \_\_\_\_名 (定員 \_\_\_\_名)  
喀痰吸引  
等対象者 口腔内吸引 \_\_\_\_人 ・ 経鼻内吸引 \_\_\_\_人 ・ 気管カニューレ \_\_\_\_人  
胃ろう・腸ろう \_\_\_\_人 ・ 経鼻経管栄養 \_\_\_\_人 ※対象者がいない場合は、  
〇とご記入ください。  
 秋田圏域人材支援事業協同組合に実地研修先の紹介を依頼

保有資格  
 介護福祉士  介護職員初任者研修 (訪問介護員養成研修 \_\_\_\_級) 修了  
 介護福祉士実務者研修修了  介護職員基礎研修修了

本人確認  
書類  戸籍抄本・戸籍謄本・住民票  パスポート  運転免許証 (両面)  
 健康保険証  その他 ( ) ※顔写真がない書類は  
2種類添付

※個人情報の取り扱い：記載内容は「喀痰吸引等研修」以外には使用いたしません。

受付  
通知

修了  
証

受講  
証

受付

## 喀痰吸引等研修受講に関する誓約書

この度の喀痰吸引等研修を受講するにあたり、下記について約束いたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 記

#### 【研修全般について】

1. 研修にあたっては、秋田圏域人材支援事業協同組合の定める諸規則・スケジュール及び研修指導者の指示を遵守し研修に専念します。
2. 研修を通して知り得た施設内の諸情報（受講者や施設利用者及びその家族等の個人情報、施設職員の個人情報を含む）は外部に漏らしません。
3. 修了評価において予め定められた基準に達していないと判断され、修了が認められなかった場合は素直に受け入れます。
4. 受講料を納付する場合は、秋田圏域人材支援事業協同組合との契約に従って期日通りに納付いたします。
5. 私の故意または過失により、実習施設、その関係者、あるいは第三者に事故、器物破損、個人情報及び法人機密情報の漏洩その他の危害を与えた場合は、その賠償責任を負います。

#### 【基本研修及び実地研修について】

6. 設備・備品・器具などの使用の際は、必ず研修担当者の許可を得て使用します。
7. 研修中の私語は避け、他の人に迷惑のかからないようにします。
8. 施設への出入りは指示された場所からのみとし、指定の場所以外への侵入や通り抜けは致しません。
9. 体の具合が悪い時は、すぐに申し出ます。
10. 講師・指導者に対しては、謙虚に接し、効率的な学習ができるよう努めます。
11. 自分の判断で、施設利用者に接しません。
12. はっきりと、やさしい言葉づかいに心がけます。
13. 相手に不快感を与えるような服装、身だしなみは避け、アクセサリは危険防止のため着用しません。
14. 研修担当者以外の職員及び施設利用者への個人的接触はいたしません。
15. 研修実施施設内外において、駐車場および盗難等すべての事故について、個人で責任を持って対応します。
16. 研修において、他の受講生の受講の妨げになる行動や危険な行為により組合より注意があった場合素直に受け入れ、行動を改めます。また、再三の注意にも関わらず行動が改善されず、組合より中止と判断された場合は受け入れ、その場合においては受講料の返金を求めません。

以 上