

# 2019 年度総合福祉施設須坂やすらぎの園 喀痰吸引等研修（第二号研修）募集要項

## 第1 目的

介護保険施設及び障害者支援施設等の施設において、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します。

## 第2 実施者

社会福祉法人 睦会 総合福祉施設 須坂やすらぎの園

## 第3 受講対象者

次の要件を満たし、所属する事業所の長が推薦する人としてします。

- (1) 介護福祉士資格保有者（平成 27 年度国家試験合格者以前の人）又は、介護若しくは障害者支援の経験を 1 年以上有する人。  
あるいは、介護福祉士実務者研修修了者若しくは介護福祉士養成校卒業した人とし、何れの場合も医療的ケアの修了証がある人。
- (2) 北信地域に住所がある人又は北信地域に所在する事業所に勤務している人。
- (3) 勤務する事業者が、登録特定行為事業所として長野県に登録している。または、登録申請を行う予定である事業所に勤務する人。
- (4) 勤務する事業所に実地研修指導者がおり、実地研修に際し、自施設で指導を受ける事ができる人。
- (5) 研修全過程を確実に受講できる人。

## 第4 定員 18名

## 第5 受講料

区分	料 金			
基本研修（講義）	30,000 円（税抜き）テキスト代 2,000 円（税抜き）			
基本研修（筆記試験）	4,600 円（税抜き）			
基本研修（演習）	28,000 円（税抜き）			
実地研修	研修課程等	当施設実習の場合		自施設実習の場合
	第二号研修 (全て税抜き)	口腔吸引	9,300 円	0 円
		鼻腔吸引	9,300 円	0 円
		胃瘻・腸瘻経管栄養	9,300 円	0 円
		経鼻経管栄養	9,300 円	0 円
気管カニューレ内部		—	0 円	
損害保険	2,000 円（税込）			
補講（筆記試験不合格者）	9,300 円（税抜き）*筆記試験の再受験料を含む。			

但し、7月1日現在、当施設での気管カニューレ内部の実地研修、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引の演習及び実地研修はできませんのでご了承下さい。

## 第6 日程及び会場

- (1) 基本研修（講義）  
別紙カリキュラムの通り。  
但し、養成校卒業生は免除。
- (2) 基本研修（筆記試験）  
2019年11月30日（土）  
但し、養成校卒業生は免除。
- (3) 基本研修（演習）  
別紙カリキュラムの通り。
- (4) 実地研修  
別紙カリキュラムの通り。

## 第7 実地研修

実地研修は、受講者が所属する法人施設又は事業所（以下「実地研修機関」という。）で実施して頂きます。

尚、やむを得ない事由により、実地研修機関での実地研修が実施できない場合は、当施設にお申し出下さい。

## 第8 申込書類

当施設が定める「受講申込書（別紙1）」に以下の書類を添付してお申し込み下さい。

- (1) 受講推薦書（別紙2）  
※以下は、必要な人のみご提出下さい。
- (2) 一部履修免除の申出書（別紙3）
- (3) 所属する事業所の認定特定更衣業務従事者認定証の写し
- (4) 介護福祉士実務者研修修了証（医療的ケア）の写し
- (5) その他必要な書類

## 第9 申込書提出先

総合福祉施設 須坂やすらぎの園 総務課

住所 〒382-0011 長野県須坂市大字日滝字寺窪 2887-1

電話 026-246-4600 FAX 026-246-4771

## 第10 申込期限

2019年9月27日（金）17時まで

但し、郵送の場合は、9月27日必着。

## 第11 受講決定

受講申込書受付後、選考の上、決定通知書を送付します。

総合福祉施設 須坂やすらぎの園  
喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

統括施設長 大島 順道 様

標記研修を以下の通り、申し込みます。

記

年 月 日

受講者名	印	生年月日	
受講者住所	〒		
職名		保有資格	
受講者の介 護の経験	施設・事業所名	職種	勤務期間
			年 月
			年 月
実地研修	第二号研修 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内、 <input type="checkbox"/> 鼻腔内、 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻又は腸瘻、 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 ※希望する行為に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。		
所属法人名			
事業所名			
事業所 所在地	〒	サービス種別	
連絡先		担当者名	
所属法人内での実地 研修の可否	可 ・ 否	指導看護師名	
備考			

総合福祉施設 須坂やすらぎの園  
喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

統括施設長 大島 順道 様

年 月 日

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。

尚、研修の過程において、当該受講者が研修習得の見込みなしと判断され、修了できなくとも異議の申し立てはしません。

記

事業所名	
氏名	
職名	
推薦理由	

## 総合福祉施設 須坂やすらぎの園

## 喀痰吸引等研修（第二号研修）の一部履修免除の申出書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

統括施設長 大島 順道 様

年 月 日

事業所名

受講者名

印

標記研修について、下記科目の履修免除を申し出ます。

記

※希望する項目に○をして下さい。

基本研修の内、下記の科目	
(1) 基本研修（講義）の全てと筆記試験	
(2) 基本研修（講義）の一部	
(3) 基本研修（演習）の内、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引演習を除く全て	
(4) 基本研修（演習）の内、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修の内、下記の行為	
(5) 口腔内の喀痰吸引	
(6) 鼻腔内の喀痰吸引	
(7) 気管カニューレ内部の喀痰吸引	
(8) 胃瘻又は腸瘻経管栄養	
(9) 経鼻経管栄養	

注1： 特別養護老人ホームの経過措置対象者が、免除できる科目は、(4) と (5) です。

注2： 特定の人対象の研修を修了した人については、免除科目はありません。

注3： 免除を希望する場合は、認定特定行為業務従事者認定証の写し及び研修修了証、受講証明書等の写しを添付して下さい。

注4： 実務者研修修了者については、「医療的ケア」科目履修の証明書類の写しを添付して下さい。