

社会福祉法人 つばめ福祉会
2020 年度(令和 2 年度) 喀痰吸引等研修 募集要項

1. 研修名称

社会福祉法人 つばめ福祉会 喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修)

2. 研修期間・内容

実地研修：2020 年 9 月 1 日～2021 年 2 月 28 日

第一号研修：下記の「科目・行為」のうち、すべての実地研修を実施

第二号研修：下記の「科目・行為」のうち、いずれかの実地研修を実施

科目・行為	回数
口腔内の喀痰吸引 (※)	10 回以上
鼻腔内の喀痰吸引	20 回以上
気管カニューレ内部の喀痰吸引	20 回以上
胃ろう又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

※特別養護老人ホームにおける 14 時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方は、「口腔内の喀痰吸引」が免除となります。

3. 募集期間

2020 年 5 月 11 日～2020 年 7 月 10 日

※郵送の場合、7 月 10 日必着。持参される場合、7 月 10 日 17 時まで受付。

4. 研修会場

一定の要件を満たした実地研修機関（原則として、受講者の所属施設）

5. 募集定員

定員はありません。

6. 受講資格

受講希望者は、以下の項目を全て満たす方とします。

- ・ 介護福祉士実務者研修の医療的ケア(50 時間)の「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」をともに含む科目をスクーリングで受講した方、または介護福祉士養成施設(大学・専門学校など)で医療的ケア(基本研修(講義・演習))の科目を受講した方
- ・ 新潟県に住所がある者、または新潟県に所在する施設・事業所に勤務している方
- ・ 実地研修の行為が必要な利用者が、受講生所属の施設・事業所に入所していること
- ・ 実地研修の指導看護師が、実地研修を実施する施設・事業所に所属していること
- ・ 必要な書類が全て提出できること
- ・ 受講生が所属する施設・事業所の長の推薦があること
- ・ 社会福祉法人つばめ福祉会が案内する実地研修を保険対象とする賠償責任保険「実地研修を履修する介護職員等向け賠償責任保険」に加入すること(※全員加入)

7. 申込書類

申込みに必要な書類は、以下のとおりです。

- ・【様式 1】社会福祉法人 つばめ福祉会 喀痰吸引等研修 推薦状(とりまとめ票)
- ・【様式 2】社会福祉法人 つばめ福祉会 喀痰吸引等研修 受講申込書
- ・ 実地研修受け入れ承諾書(※実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ)
- ・ 返信用封筒(84 円分の切手貼付 ※申込人数によって料金不足となった場合は、追加料金をご負担ください)
- ・ 基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証書等の写し

8. 申込方法

申込書を施設・事業所ごとにとりまとめ、社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部 教育研修室へ直接提出、もしくは郵送により提出してください。

申込書提出先 〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地
社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部 教育研修室
TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771
窓口受付時間 9:00～17:00(月曜日から金曜日まで)

9. 選考結果の通知方法

申込者に対し、受講決定(不決定)通知を送付します。(7月17日発送予定)

10. 申込手続きの完了

受講決定通知と併せて「受講のてびき」を送付しますので、その内容に従い受講料を指定された期間内に銀行振込によりご入金ください。納めていただいたことを当法人が確認した時点をもって、申込手続きの完了といたします(やむを得ず申し込みを辞退される場合は、速やかにご連絡ください)。正当な理由がなく期限が過ぎても入金を確認できない場合は、申し込みを取り消すことがあります。

11. 受講料

7,000 円(事務処理費 5,000 円、賠償責任保険代 2,000 円)

12. 受講料の返還

一旦納付された受講料は、原則として返還しません。ただし、7月31日までにやむを得ない事情により受講を辞退した場合は、事務処理費と振込手数料を除いた受講料を返還します。

13. 受講科目一部免除の取り扱い

「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について」(平成 23 年 11 月 11 日社援発 1111 第 1 号)2 の(4)、また、「喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)に係る研修の一部履修免除の取扱方針について」(平成 25 年 8 月 1 日付け高齢第 512 号)に基づき免除します。免除の対象となる研修を修了している方は、受講申込書に研修修了証または受講証明書のコピーを添付してください。

14. 個人情報の取り扱い

提出していただいた個人情報は、選考結果通知、受講手続き、喀痰吸引等研修の運営のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に開示・提供することはありません。

15. 実地研修に関わる申込要件

以下の項目について、申込み前に必ずご確認ください。

- ・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。)に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承認を受けること。
- ・喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに医師からの文書による指示(指示書)を受けること。
- ・医師の指示書に基づき医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」を作成すること。
- ・国又は県が実施した「喀痰吸引等指導者講習」を修了した実地研修指導講師の指導の下、実地研修を行うこと。実地研修指導講師は、「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行うこと。
- ・実地研修協力者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること。医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること。
- ・「喀痰吸引等実施報告書」を作成し、担当医師に提出すること。
- ・関係者からなる「安全委員会」を設置すること(既存の委員会等を活用しても差し支えない)。構成員、役割分担、安全委員会で管理すべき項目及び会議の実施頻度などが、文書化されていること。
- ・ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、喀痰吸引等の実施体制について適切に評価、検証を行うこと。
- ・事故発生時の対応方法として、関係者への報告、実地研修協力者への連絡など適切かつ必要な緊急措置が整備されていること。
- ・事故状況等についての記録・保存方法が文書化されていること。
- ・感染症を予防するための衛生管理方法及び感染症が疑わしい場合の確認方法が、文書化されていること。
- ・感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法が、文書化されていること。
- ・実地研修協力者の秘密保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規定整備がなされていること。
- ・実地研修の実施状況等、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。
- ・喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること。

〔お問合せ先〕 社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部事務局 教育研修室
(担当：吉沢、中山、斎藤)

〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地

TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771

ホームページ <http://www.tsubame-fukushi.jp/>

メールアドレス hn-kenshu@tsubame-fukushi.jp

※対応時間は、平日の午前9時から午後5時とさせていただきます。

社会福祉法人 つばめ福社会 喀痰吸引等研修
推 薦 状 (とりまとめ票)

記入日 年 月 日

社会福祉法人 つばめ福社会
 理事長 吉田 賢一 様

設置主体

事業種別

施設・事業所名

施設長
 事業所長 氏名

印

住 所

電話番号

FAX番号

担当者氏名

下記の職員を喀痰吸引等研修に責任を持って推薦します。
 下記の職員の受講が決定した際は、下記の職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。
 (ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。)
 推薦状(とりまとめ票)、下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

	氏 名
1	
2	
3	

1. 実地研修先(どちらかに○)

実地研修先	所属する施設・事業所	・	所属する施設・事業所以外

2. 1で「所属する施設・事業所以外」を選択した場合の実地研修先 (同一経営主体の施設・事業所に限る)

実地研修先	設置主体	
	事業種別	
	施設 事業所名	
	施設長 事業所長 氏名	

※所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する場合、「実地研修受け入れ承諾書」を添付してください。

3. 実地研修先の利用者の状況

実地研修先の 利用者の状況 (申込日現在)	①口腔内の喀痰吸引	人	④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	人
	②鼻腔内の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引	人		

※第1号研修は①～⑤のすべての行為、第2号研修は①～⑤のうちいずれかの行為の実地研修が必要です。

4. 実地研修の指導講師

実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	

5. 受講に係る確認事項(確認欄に✓点でチェック)

確認欄	確認内容
	推薦する受講生は、募集要項の「6.受講資格」の全ての項目を満たしている。
	実地研修に関して、募集要項の「18.実地研修に関わる申込要件」の全ての項目を満たしている。

6. 受講が決定した際の受講料の請求方法(どちらかに○)

請求書の宛名	受講生個人宛て	・	所属する施設・事業所宛て
「所属する施設・事業所宛て」の場合、 複数名の受講生がいる際の請求方法	受講生別に作成	・	施設・事業所の合計金額で作成

7. 封入物チェックリスト

- 【様式1】推薦状(とりまとめ票)
- 【様式2】受講申込書
- 実地研修受け入れ承諾書(実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ)
- 返信用封筒(84円切手貼付 ※申込人数によって料金不足となった場合は、追加料金をご負担ください。)
- 基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証書等のコピー

社会福祉法人 つばめ福祉会 喀痰吸引等研修
受 講 申 込 書

記入日 年 月 日

受講を希望する研修 (どちらかに○)	第一号研修(喀痰吸引及び経管栄養のすべて) ・ 第二号研修(喀痰吸引等行為の個別研修)
-----------------------	---

第二号研修の場合、 実地研修で実施予定の行為 (該当する□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
--	---	--

○受講生の情報

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名	印		
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日	年 齢	歳
現 住 所	〒 -		
電 話 番 号	(自宅)	(携帯)	
科目の免除に関わる 資 格 ・ 研 修 (該当する□に✓点でチェック) 修了証のコピーを添付すること	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (「喀痰吸引の実施手順解説」、「経管栄養の実施手順解説」をともに含む科目をスクーリング形式で受講した場合) <input type="checkbox"/> 介護福祉士養成課程における医療的ケア(講義・演習)、喀痰吸引等研修 基本研修(講義・演習) <input type="checkbox"/> 14時間研修 (特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方)		
資 格 ・ 研 修 (該当する□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 取得年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級課程(ホームヘルパー1級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程(ホームヘルパー2級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修3級課程(ホームヘルパー3級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無資格		

○所属先の情報

所属する 施設・事業所	設置主体			
	名 称			
	所在地	〒 -		
	電話番号		勤務年数	年 月

〔添付書類〕

○基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証書等のコピー

※つばめ福祉会 教育研修室 使用欄

整理番号①		整理番号②	
受講決定		受講不決定	

喀痰吸引等研修の流れ

5月11日	募集開始	<p>〔書類作成・お申し込み〕</p> <p>募集要項・受講申込書等を新潟県HP、またはつばめ福祉会HPからダウンロードしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【様式1】推薦状(とりまとめ票) ・【様式2】受講申込書 ・実地研修受け入れ承諾書 (実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ) ・返信用封筒(切手貼付) ・基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証等のコピー
7月10日	募集締切	
7月17日	決定通知等送付	<p>〔ご入金〕</p> <p>受講決定(不決定)通知、受講のてびき、請求書を送付します。指定された期間内に受講料をご入金ください。</p>
8月上旬	実地研修実施のための 必要書類送付	<p>〔書類作成〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実地研修業務委託契約書 ・実地研修事業計画書 ・実地研修 指導講師 就任承諾書 ・喀痰吸引指導者講習修了証のコピー
8月下旬	実地研修で使用する 評価票等送付	
9月1日	実地研修開始	<p>〔実地研修〕</p> <p>喀痰吸引等研修では、実地研修を保険対象とする賠償責任保険に加入します。保険期間が設定されていますので、必ず9月1日から開始してください。</p>
	実地研修終了	<p>〔書類作成〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実地研修修了報告書 ・実地研修実施結果一覧表 ・実地研修評価票
	修了証明書発行 喀痰吸引等研修 終了	

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人 つばめ福祉会 喀痰吸引等研修
実地研修受け入れ承諾書

年 月 日

社会福祉法人 つばめ福祉会
理事長 吉田 賢一 様

設置主体

代表者名

印

住 所

社会福祉法人 つばめ福祉会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として受講生を受け入れることを承諾します。

設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・事業所長 氏名	
住 所	
電話番号	
FAX 番号	
研修受講生受け入れ担当者氏名	
研修受講生受け入れ人数	
研修期間	2020年9月1日～2021年2月28日

※実地研修を実施するための要件等は、募集要項の内容を確認してください。