

令和6年度 鹿児島県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

(不特定の者対象) 指導者講習 開催要項

- 1 目的 介護職員等がたんの吸引等を実施するために受講することが必要な研修（基本研修・実地研修）の講師及びその指導者を養成することを目的とする。
- 2 対象者 次の（１），（２）のいずれも満たす者とする。
 （１）医師，保健師，助産師又は看護師（保健師，助産師，看護師については，臨床等での実務経験を３年以上有する者）※准看護師は不可
 （２）当該講習修了後に，介護職員等がたんの吸引等を実施するために受講することが必要な研修（基本研修，実地研修）において，講師及びその指導者として従事できる者

- 3 日程・場所 年２回開催するため，いずれかの希望する日程で各期日までに申込みこと。

第1回講習	令和6年 9月12日（木）8：30～18：00 受講申込書締切 8月9日（金） オンライン研修
第2回講習	令和6年12月10日（火）8：30～18：00 受講申込書締切 11月8日（金） オンライン研修

- 4 募集人員 各回100名

- 5 受講料 無料

- 6 申込方法 ①別紙「受講申込者調書」により，希望回受講申込書締切までに県老施協事務局へFAX・メールにて申し込むこと。
 ②記入漏れ等完備していない調書は受理できず，返却するので留意のこと。
 ③申込者多数で定員を超える場合，先着順で受講者を決定することとし，受講不可の場合のみ各締切後10日以内にFAXで連絡する。（勤務先FAXへ連絡するので，調書は正確に記入のこと。）
 ④申込後変更が生じた場合，開催日5日前までに県老施協事務局へ変更後の別紙申込書を変更箇所が分かるよう明記しFAX・メール送信すること。
 ＊ 遅刻・早退は一切認めないため，予めご了承のこと。

- 7 カリキュラム

指導者講習カリキュラム		
8:00	受付	
8:30～9:00	概要説明	30分
9:00～10:00	1. 介護職員等による喀痰吸引等の実施について	60分
10:00～11:00	2. 介護職員による喀痰吸引等の研修カリキュラムについて	60分
11:00～12:00	3. 喀痰吸引のケア実施について	60分
12:00～13:00	昼食・休憩	60分
13:00～14:00	4. 経管栄養のケア実施について	60分
14:00～14:30	5. DVD 口腔・鼻腔・気管カニューレ	} 30分
14:30～15:00	6. 各行為実演・助言	
15:00～15:30	7. DVD 流動・半固形・経鼻	} 30分
15:30～16:00	8. 各行為実演 助言	
16:00～16:40	9. 安全管理体制とリスクマネジメントについて	40分
16:40～17:20	10. 施設・事業所における体制整備について	40分
17:20～18:00	11. 全体を通じて質疑応答	40分

- 8 修了証明書 全てのカリキュラムに出席した講習修了者に対して，修了証明書を交付するものとする。

*Zoom使用時は，カメラ・マイクが使用できるデバイス（パソコン等，スマホ不可）が各自必要となるため予めご了承のこと。（カメラオフは欠席扱いとする。）

*開始15分前（8：15）までに入室を完了すること。

問 連 合 絡 先	〒890-8517 鹿児島市鴨池新町 1-7 県社会福祉センター内 一般社団法人鹿児島県老人福祉施設協議会事務局 TEL：099-297-5611 FAX：099-250-9358 MAIL：jimukyoku@k-rousikyoo.com
-----------------------	---

令和6年度 鹿児島県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（不特定多数の者対象）
指導者講習 受講申込者調書

一般社団法人鹿児島県老人福祉施設協議会事務局 行き

(FAX ; 099-250-9358 MAIL ; jimukyoku@k-rousikyo.com)

各回受講申込書締切日現在

ふりがな		
氏名		
生年月日	1 昭和 2 平成	年 月 日 (歳)
現住所	〒 —	
	TEL () —	
保有資格 該当するもの全てに○	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師	
免許	取得年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日 免許番号： * 医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載	
勤務先種別 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. 訪問看護ステーション 5. 障害者（児）福祉施設 6. 認知症（高齢者）グループホーム 7. 病院・診療所（7-1 介護療養型医療施設 7-2 介護療養型医療施設以外） 8. 医療・看護系大学又は養成所 9. その他（具体的に)	
勤務先	(設置主体名)	(施設・事業者名)
	〒 —	
	TEL () — FAX () —	
職歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 () 年 () 月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 () 年 () 月 * 准看護師としての経験年数は含めないこと。 c. 上記のうちたんの吸引等の業務に関する従事期間 () 年 () 月	
チェック欄 (必須)	<input type="checkbox"/> カメラ・マイクの使用できるデバイス（パソコン等）が準備できる。 → <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> その他 ()	
会場選択	<input type="checkbox"/> 第1回講習(9/12開催) <input type="checkbox"/> 第2回講習(12/10開催)	

※ ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。

※ 提出された文書については返却しませんので、予めご了承ください。

▼研修実施機関（県老施協）記入欄

全課程修了日	令和6年 月 日 ()	修了番号	
備考			