

たん吸引等ができる介護職員に！平成28年6月30日募集締切

医療法人社団 瑞鳳会

喀痰吸引研修開催

岐阜県登録研修機関：登録番号 2110004

平成24年度から施行された「社会福祉士及び介護福祉士法」により一定の研修を修了した介護職員は、医行為であるたんの吸引・経管栄養を行うことができるようになりました。

瑞鳳会では、介護職員が医師の指示に基づき、適切にたんの吸引等を行うための知識及び技術を習得する研修を実施します。つきましては介護職員の方々にぜひ喀痰吸引の研修を受講して、今後の医療と介護のニーズに応じていただきたくご案内申し上げます。

研修概要 第1号・第2号研修

【基本研修】

講義
50H

+

たん吸引
経管栄養

シミュレーター演習



【実地研修】

- | | |
|-------------------|-----|
| ①口腔内の喀痰吸引 | 10回 |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 | 20回 |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 20回 |
| ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 | 20回 |
| ⑤経鼻経管栄養 | 20回 |

第1号研修→①②③④⑤ 第2号研修→①②④

30%OFF

受講料		備考
基本研修 90,000円(消費税別)	63,000円(消費税別)	・テキスト代 2,160円別途必要 ・分割払い可(3回まで) ・実地研修代は瑞鳳会施設で行う場合 ・自施設の場合はありません
実地研修 25,000円(消費税別)		

瑞鳳会 喀痰吸引研修の特徴

POINT

1

経験豊かな講師陣！

医療・介護の両面に精通したベテラン看護師が担当します。

日々の実体験をもとに、具体的な実施方法を分かりやすく的確に指導します。

あなたのやる気を全面的にサポートします。

POINT

2

リアルな模型で実践さながらの演習！



吸引シミュレータ Qちゃん内部の様子を確認しながらシミュレーションできます



ガーテル挿入から栄養剤の注入まで経管栄養法(胃ろう)の手順を総合的にトレーニングします

瑞鳳会 喀痰吸引等研修事業部



0120-606-810

担当 岡元

お仕事に無理のないカリキュラム！

日付	時間	内容	場所
H28. 7月 5日 (火)	13:00~17:00	基本研修(講義) 省令で定められた講義 50時間 ※適宜トイレ休憩有	岐阜市長旗町 2-18 社会福祉法人瑞鳳会 特別養護老人ホーム ハートステージ鳳 7F ホール
7月 8日 (金)	13:00~17:00		
7月 12日 (火)	13:00~17:00		
7月 15日 (金)	13:00~17:00		
7月 19日 (火)	13:00~17:00		
7月 22日 (金)	13:00~17:00		
7月 26日 (火)	13:00~17:00		
8月 2日 (火)	13:00~17:00		
8月 5日 (金)	13:00~17:00		
8月 9日 (火)	13:00~18:00		
8月 12日 (金)	13:00~18:00		
8月 16日 (火)	13:00~17:00		
8月 16日 (火)	17:00~18:00		
8月 23日、24日 25日、26日	9:00~18:00 いずれか一日	基本研修(演習) ※時間延長あり	
H28.8月 27日(土)~H29.2月 28日(火)		各自にて現場実地	実地研修実地承諾機関

※人工呼吸器装着者に対する演習は実施いたしません

■受講対象者

現在実務に従事している介護職員の方で、全てのカリキュラムを受講できる方。

第1号研修においては、自身の勤務先等、自ら実地研修先が確保できる方。

第2号研修においては、自身の勤務先等、自ら実地研修先が確保できる事が望ましいですが、確保できないような場合はご相談下さい。

■定員 20名

*先着順にて受け付けます。

*募集期間内に定員が5名に満たない場合は、開講を見送らせていただきます。その場合は、申し込み施設に連絡させていただきます。

■申込方法

①「喀痰吸引等研修(第1号・第2号)受講申込書・調書」に記入し、それに付随する必要書類を添付の上、下記の申込先まで郵送またはFAXして下さい。

募集期間 5月28日(土) ~ 6月30日(木) 必着

〒500-8167 岐阜市東金宝町 2-12-6

医療法人社団 瑞鳳会 喀痰吸引等研修事業部 宛

FAX

058-263-3893

②お申込み書類の到着後、5日以内に ・研修のカリキュラム } 等を希望郵送先に郵送またはFAXします。
 ・研修の注意事項 }

万一通知が届かない場合は 0120-606-810 岡元 までご連絡下さい。

③受講料振込のご案内は、開講が決定した時点で改めてご連絡させていただきます。入金の確認をもって受講正式決定とします。

瑞鳳会

喀痰吸引等研修事業部 御中

喀痰吸引等研修（第1号・第2号研修）受講申込書・調書

希望研修 ☐を記入	☐ 第1号研修 ・ ☐第2号研修		
ふりがな 氏名			性別 男 ・ 女
現住所	〒 —		
	TEL ()	FAX ()	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 () 歳		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 —		
	TEL ()	FAX ()	
日中の連絡先	☐携帯電話（番号 — — ） ☐勤務先		
受講票等の 郵送・FAXの宛先	☐自宅 ☐勤務先		
施設種別	☐特別養護老人ホーム ☐介護老人保健施設 ☐グループホーム ☐訪問サービス ☐有料老人ホーム ☐障害者施設 ☐その他 ()		
保有資格	☐介護福祉士 ☐介護職員基礎研修修了者 ☐ホームヘルパー 級修了者 ☐介護支援専門員 ☐社会福祉士 ☐その他（具体的に)		
職歴	福祉職場の勤務年数 () 年 () か月		
医療的ケアが必要な 入居者の人数 (申込日時点で)	a. 口腔内喀痰吸引 () 名 b. 鼻腔内喀痰吸引 () 名 c. 気管カニューレ内喀痰吸引 () 名 d. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 () 名 e. 経鼻経管栄養 () 名		
実地研修先	☐自身の勤務先（同一法人含む） ☐自身の勤務先以外の施設	【実地研修に係る確認書】を確認して下さい	
免除科目について	免除科目のある方は、修了証明書の写しを同封して下さい		

第1・2号研修

実地研修に係る確認書

実地研修を行う施設は、下記要件を満たしている必要があります。

実地研修実施施設要件	チェック欄
1) 利用者本人（実地研修協力者）とその家族が実地研修に協力でき、書面による同意を得られること	<input type="checkbox"/>
2) 医療・介護等関係者による連携体制があること	<input type="checkbox"/>
3) 指導者講習を修了した指導看護師が配置されていること	<input type="checkbox"/>
4) 介護職員数名に対して1名以上の指導看護師で指導できること	<input type="checkbox"/>
5) 喀痰吸引等の医療行為の手順書が整備されていること	<input type="checkbox"/>
6) 安全確保のための体制の整備を行うため、安全委員会が設置されていること	<input type="checkbox"/>
7) 指示書や指導の記録、実施の記録が作成され、適切に管理されていること	<input type="checkbox"/>
8) ヒヤリハットの事例の蓄積、分析など実施体制の評価・検証を行うこと	<input type="checkbox"/>
9) 緊急時の対応マニュアルが整備されていること	<input type="checkbox"/>
10) 施設内の感染予防対策等の安全・衛生管理が十分行われていること	<input type="checkbox"/>
11) 研修実施にあたり、評価表等必要書類を提出すること	<input type="checkbox"/>

上記内容に間違いがないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名 _____

事業所所在地 _____

施設管理者名 _____ (印)