

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修
不特定（介護職員実務者研修等の医療的ケア科目履修者対象）
手技確認講習開催要領

1 目的

実務者研修受講者等の喀痰吸引等の手技習得状況を把握し、実地研修が安全かつ適切に進められるよう、受講者及び指導看護師等を支援する。

2 実施主体

秋田県

3 研修実施機関

秋田県社会福祉協議会が秋田県より委託を受けて実施します。

4 受講対象者

以下の要件を全て満たしていること

- (1) 介護職員実務者研修受講者及び介護福祉士養成施設又は福祉系高等学校卒業生（医療的ケア科目の演習までを受講した者）であること。
- (2) 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、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）であること。
※介護療養型医療施設等 医療機関に勤務する介護職員は、本研修の対象とならない。
- (3) 現在勤務している事業所の施設長が推薦した者であること。
- (4) 現在勤務している事業所に、医行為を必要とする利用者がいること（予定含む）。
- (5) 現在勤務している事業所が、県に対して実地研修施設としての届出をしていること（予定含む）。
※実地研修施設とは、指導看護師がおり、かつ医師・看護職員等との連携を確保する等の体制の整備が要件となっている。
- (6) 実地研修を行える実地研修施設を確保できること。

5 開催日程・募集定員・募集期間

※詳細は受講決定時に通知します。

1日コースと2日コースがありますので、いずれかを選択して受講してください。

内 容	日 程	定 員	募集期間
1日コース 手技確認講習1	6/5（水）	10名	4/22～ 5/7
2日コース 手技確認講習2	7/18（木）・19（金）	15名	6/3～ 6/14
2日コース 手技確認講習3	9/19（木）・20（金）	15名	8/5～ 8/16
2日コース 手技確認講習4	11/20（水）・21（木）	15名	10/7～10/18
2日コース 手技確認講習5	1/22（水）・23（木）	15名	12/9～12/20

- ・ 1日コース (午前) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：演習 2回
(午後) 口腔内のたん吸引：演習 2回 ※ 滅菌チューブ使用
- ・ 2日コース (1日目) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：演習 5回
(2日目) 口腔内のたん吸引：演習 5回 ※ 滅菌チューブ使用

6 研修会場

秋田県中央地区老人福祉総合エリア (中央シルバーエリア) 多目的ホール
秋田市御所野下堤 5 丁目 1 - 1

7 手技確認講習の内容・方法

- (1) 実地研修実施に向けて、医療的ケア「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」と「口腔内のたん吸引」の 2 行為について指導看護師が手技を確認して指導・助言等を行います。
- (2) 「口腔内のたん吸引」は、吸引チューブの単回使用 (使い捨て) の手法で、滅菌吸引チューブを使用します。
- (3) グループ毎にシミュレータを用いて演習を行います。
- (4) 評価票を用いて修得状況の評価を受け、「手順どおりにできている」と認められた場合、実地研修に進むことができます。
- (5) 認められなかった場合は、「認められなかった行為」について、次回以降の講習に申し込んでください。

8 費用

受講料は無料です。

9 受講申込

(1) 提出書類

提出書類	様式	備考
受講申込書	手技様式 1	
受講推薦書	手技様式 2	
医療的ケア科目履修者であることがわかる書類	養成校の修了証またはカリキュラムの写し	A4 サイズに縮小
封筒 1 通	◇長形 3 号 120mm×235mm ◇事業所名・住所・施設長宛てを明記 ◇94円切手を貼付	受講決定用通知 受講者 1 名につき 1 枚

(2) 募集期間

各コースの募集期間内に申し込んでください。(各期間の募集最終日 17 時必着)

(3) 申込先

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

施設振興・人材・研修部 「介護職員等によるたん吸引等研修」担当

〒010-0922 秋田市旭北栄町 1-5

TEL 018-824-2444 FAX 018-864-2840

1 0 受講の決定について

- (1) 受講の決定については、郵送で通知します。
- (2) 受講の可否については、電話での対応はできません。
- (3) 定員を超えた場合は、利用者等の状況を勘案し決定します。
 ※同一施設より、複数の者を受講させる場合は、申込書に優先順位を記入してください。

1 1 留意事項

- (1) 現在勤務している事業所、同一法人、系列事業所等の指導看護師に、手技確認講習及び実地研修で受講者の指導・評価を行えることを確認したうえで、申込書に指導看護師の氏名を記載してください。
- (2) 指導看護師には、手技確認講習への参加をお願いしております。受講者と同回の参加を原則としていますので勤務調整をお願いします。また、受講者についても勤務調整等に御配慮ください。
- (3) 在宅の重度障害者に対するたん吸引等のように、個別性の高い特定の利用者に対して医行為を行う場合には、別途開催の「特定（第三号研修）」を受講してください。

1 2 その他

問い合わせは、原則**FAX**でお願いします。

秋田県社会福祉協議会ホームページに掲載されている**質問票** **様式4**を用いてください。

質問内容	質問内容
・たん吸引等の制度全般について	<ul style="list-style-type: none"> ・受講者の「認定特定行為業務従事者認定証」に関すること ・事業所の「喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」の登録について ・実地研修登録施設について ・たん吸引等研修の計画・実施に関すること ・たん吸引等研修の種別及び選択について ・実地研修の進め方に関すること



【連絡先】	【連絡先】
秋田県庁 秋田県健康福祉部 長寿社会課 介護保険チーム	社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 施設振興・人材・研修部 介護職員等によるたん吸引等研修担当
TEL：018-860-1363 FAX：018-860-3867	TEL：018-824-2444 FAX：018-864-2840