

# 令和2年度第2回喀痰吸引等指導者講習（第一号・第二号研修）

## 募集要項

※この講習は、群馬県より群馬県社会福祉事業団へ委託されました。

### 【目的】

介護職員等が喀痰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）の講師を養成する。

### 【対象者】

次の1及び2のいずれも満たす者

- 1 医師、保健師、助産師又は看護師（准看護師は含まれません）で、施設長の推薦のある者（保健師、助産師、看護師で実地研修での指導予定者については、臨床等での実務経験を3年以上有するもの）
- 2 当該講習修了後に、登録研修機関（※注1）が行う喀痰吸引等研修事業（第一号・第二号）の基本研修又は実地研修の講師（※注2）となることが可能である者。

（※注1）群馬県内の登録研修機関の詳細は、群馬県のホームページをご覧ください。

（※注2）「実地研修指導講師」とは、登録研修機関で基本研修を修了した介護職員に対して、同機関と連携し、施設・事業所（実地研修の実施先）等で喀痰吸引等の特定行為の指導をする者。

### 【開催日】

年2回実施

- ・第2回 令和3年2月17日（水）・18日（木）の2日間

### 【開催会場】

特別養護老人ホーム明風園 第1研修室

### 【受講料】

5,000円 ※注（昨年度より有料になりました）

※講習会で使用するテキストについては各自で準備する  
（後日、受講決定通知において詳細を案内）

### 【定員】

50名（新型コロナウイルス感染防止のため、最大32名の受入れとします。）

### 【申込方法】

- ・ホームページ上の受講申込書（別紙様式1）・受講申込者個票（別紙様式2）に記入し、看護師免許証等の写し（A4版）を添えて、郵送又は持参してお申し込みください。
- ・封筒の左下に「喀痰申込書在中」と記入して下さい。
- ・申込締切り後、受講可の場合は受講決定通知書等を郵送致します。

### 【申込期間】

令和2年12月7日（月）～令和3年1月8日（金）

### 【申込・問い合わせ】

群馬県社会福祉事業団研修指導センター（特別養護老人ホーム明風園内）

〒371-0004 前橋市亀泉町1-26

TEL 027-269-7780 FAX 027-264-3522

メール：[kenshuce@gswc.or.jp](mailto:kenshuce@gswc.or.jp)

令和2年度 喀痰吸引等指導者講習（第一号・第二号研修） 開催プログラム

一日目 10:00 ～ 16:45 会場：特別養護老人ホーム明風園 研修室

講習内容
開場・受付開始
開講式・オリエンテーション
喀痰吸引制度論（50分） ・制度の概要
喀痰吸引等研修総論（80分） ・研修事業の全体象と指導者講習の位置づけ ・指導の基本方針と指導方法について ・研修テキストの指導ポイント
喀痰吸引概説・喀痰吸引実施手順解説①（講義60分） ・喀痰吸引指導上の留意点及び指導ポイント ・喀痰吸引の指導・評価手順
喀痰吸引実施手順解説②（演習125分） ・喀痰吸引の指導及び評価演習
事務連絡

二日目 10:00 ～ 16:05 会場：特別養護老人ホーム明風園 研修室

講習内容
開場・受付開始
経管栄養概説・経管栄養実施手順解説①（講義70分） ・経管栄養指導上の留意点及び指導ポイント ・経管栄養の指導・評価手順
経管栄養実施手順解説②（演習120分） ・経管栄養の指導及び評価演習
救急蘇生法の指導ポイント（30分）
実地研修の体制整備について（40分）
閉講式・事務連絡

※変更の場合があります。

令和2年度 第2回 喀痰吸引等指導者講習（第一号・第二号研修）受講申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団  
研修指導センター 所長 宛

法人名 \_\_\_\_\_

(施設・事業所・病院) 名 \_\_\_\_\_

施設種別 \_\_\_\_\_

施設所在地 〒 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

標記講習の受講について、別紙様式2に記載した者を推薦の上申し込みます。

令和2年度 第2回 喀痰吸引等指導者講習（第一号・第二号研修）受講申込者個票

ふりがな 氏名	性別（ ）		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生（ ）歳		
現在の勤務先	法人名	施設名	職名
	所在地：〒 -		
	TEL FAX		
現在の勤務先 （施設種別）	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 8. 診療所 9. 訪問介護事業所 10. 医療・看護系大学又は養成所 11. 介護福祉士養成施設 12. その他（具体的に ）		
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 登録年月日：昭和・平成 年 月 日 登録番号： ※医師、保健師、助産師、看護師の登録番号を記載すること。 ※免許証の写を、A4サイズに縮小して添付すること。		
職歴等	a. 医師、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（ ）か月（准看護師としての経験年数は含めないこと） b. たんの吸引経験（有・無） c. 経管栄養の経験（有・無） d. 小児看護経験（有・無） e. 呼吸器の取り扱い（有・無）		
受講目的 該当する番号に○ 及び（ ）内記載	1. 基本研修の講師 （登録研修機関名： _____ 講師予定） 2. 実地研修の指導者 （実地研修の実施先： _____）		

\*実地研修の実施先は、安全対策が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施する事が可能と判断する対象があり、その対象者（又は家族）が研修の実施について同意している等の条件が整った施設・事業所。

\*「受講目的」も必ずご記入ください。

\*敷地内禁煙となっております。