

2019年度 介護職員等によるたんの吸引等実施研修事業 「第三号研修・特定の者対象」指導者講習会 募集要項

- 1 目的 平成24年4月から制度化された介護職員等によるたんの吸引等の実施に向け、介護職員等が受講する必要がある研修（**特定の者対象【基本研修9時間・実地研修】**）における研修指導時の指導方法、評価方法等の標準化をはかるために、指導者を養成することを目的とする。
- 2 対象者 臨床経験3年以上の看護師（准看護師は対象外）
第三号研修・特定の者対象の実施研修を行う介護職員等を指導する全ての看護師
- 3 開催日 第1回：2019年 6月 6日（木）・・茨城県看護協会研修室
第2回：2019年12月22日（日）・・茨城県総合福祉会館研修室
- 4 募集人員 各回20名
- 5 会場 公益社団法人茨城県看護協会（水戸市緑町3-5-35）
茨城県総合福祉会館 （水戸市千波町1918番地）
- 6 研修内容 別添「カリキュラム」のとおり
- 7 申込方法 申込書に必要事項を記載し、下記まで郵送ください。申込様式は下記ホームページからダウンロードできます。
<http://care-net.biz/08/ibaraki/>
【郵送先】〒310-0851 茨城県水戸市千波町1918番地
茨城県総合福祉会館 5階
一般法人社団 茨城県介護福祉士会
※ 封書の表に「指導者講習会受講申込書」と赤字で明記
【FAX 送信先】 ☎029-353-7246
- 7 締切 ・第1回×切：2019年 5月22日（月）（郵送又はFAXにて）
・第2回×切：2019年12月10日（火）（ 同 じ ）
- 8 注意事項 会場の都合により、駐車場を確保できない場合があります。
決定通知または係員の指示で駐車下さいます様お願い申し上げます。
- 9 その他 ・受講者の選考後、受講決定通知書等を送付します。
テキストの用意はあります。
また、研修終了後に修了証明書を交付致します。
・受講料は無料です。
・持ち物・・筆記用具、飲み物、昼食 等

【問い合わせ先】

○研修内容に関すること 一般社団法人茨城県介護福祉士会（月・木曜日）

TEL：029-353-7244（直通）

○制度に関すること

茨城県保健福祉部障害福祉課自立支援担当

TEL：029-301-3363（直通）

**2019年度 介護職員等たん吸引等実施研修事業「第三号研修・特定の者対象」
指導者講習会 カリキュラム**

日程	講習の項目及び内容	講師（予定）
9:00 ～ 10:00	介護職員等によるたん吸引等の制度の概要 茨城県における現状報告 介護職員によるたんの吸引等の研修カリキュラムについて	茨城県保健福祉 部障害福祉課 自立支援グルー プ 片岡 清美氏
10:00 ～ 11:00	たん吸引のケアの実施指導について ・ケアに関する知識・技術における指導のポイント ・指導・評価の手順	公社）茨城県看護 協会土浦訪問看 護ステーション 管理者 川並 和恵氏
11:00 ～ 12:00	経管栄養のケア実施指導について ・ケアに関する知識・技術における指導のポイント ・指導・評価の手順	訪問看護ステー ション 愛美園 管理者 中島由美子 氏
13:00 ～ 14:00	安全管理体制とリスクマネジメント ・ヒヤリハット、アクシデント報告の意義と実際 ・事故発生の防止 ・体制整備の実際 ・ケア実施に必要な体制整備の概要と各職種の役割	公社）茨城県看護 協会鹿嶋訪問看 護ステーション 管理者 畑山 緑 氏
14:10	休憩	
14:10 ～ 16:10	たんの吸引のケア実施についての指導ポイント（演習） 経管栄養のケア実施についての指導ポイント（演習）	中島 由美子氏 川並 和 恵氏 畑山 緑 氏 深谷 文 代氏 他指導看護師
16:10 ～ 16:30	閉講式・修了証授与	一社）茨城県 介護福祉士会

(別紙)

2019年度 介護職員等たんに吸引等実施研修事業「第三号研修・特定の者対象」
(指導者講習会)
受講推薦・申込書

1 事業所の概要

法人名			
事業所名		電話番号	
事業所住所	〒(-)	FAX番号	
		E-mail	
この申込みに関する 連絡担当者氏名			

2 受講希望者

フリガナ 講習会受講希望者氏名		性別	男 ・ 女	
		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日	
講習会受講希望者自宅住所				
講習会受講希望者の勤務先				
保有資格				
免許	※資格証の写しを添付してください。			
第1号・2号研修指導者講習会について	<input type="checkbox"/> 受講している		<input type="checkbox"/> 受講していない	
指導対象事業所 及び対象となる介護職員	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

受講希望者氏名

印

上記の者を受講者として推薦します。 法 人 名

事 業 所 名

印