

## (別 添) 研修カリキュラム

### <基本研修>

日程	科目	中項目	時間	講師
【1日目】  (各 9:00 から受付)	重度障害児・者等の 地域生活等に関する 講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者総合支援法と関係法規</li> <li>・利用可能な制度</li> <li>・重度障害児・者等の地域生活等</li> </ul>	9:30~ 11:30	茨城県障害福祉課 自立支援G担当 松本 拓也 氏
	喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器について</li> <li>・人工呼吸器に係る緊急時対応</li> <li>・喀痰吸引概説</li> <li>・口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部の吸引</li> <li>・喀痰吸引の手順、留意点等</li> <li>・健康状態の把握</li> <li>・経管栄養概説</li> <li>・経管栄養の手順、留意点等</li> <li>・食と排泄（消化）について</li> <li>・胃ろう（腸ろう）と経管栄養</li> </ul>	12:30 ~ 16:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園 管理者 中島 由美子 氏</li> <li>・公益社団法人 茨城県看護協会 土浦訪問看護ステーション 菊地 実生 氏</li> </ul>
【2日目】  (各 9:00 から受付)	緊急時の対応及び危険防止に関する講義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸異常時の症状、緊急時対応</li> <li>・喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応</li> <li>・経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応</li> </ul>	9:30 ~ 11:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公益社団法人 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</li> </ul>
	試験	講義修得試験	11:10 ~ 11:50	
	喀痰吸引等に関する演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喀痰吸引（口腔内）</li> <li>・喀痰吸引（鼻腔内）</li> <li>・喀痰吸引（気管カニューレ内部）</li> <li>・経管栄養（胃ろう・腸ろう）</li> <li>・経管栄養（経鼻）</li> </ul>	12:50 ~ 15:30	中島 由美子氏 他指導講師

※試験の不合格者の再試験がある場合は、15:30~研修会場で行う予定です。

## < 実地研修 >

ケアの種類	実施回数	指導者
口腔内の喀痰吸引	指導看護師等による評価（所定の判断基準）により、問題ないと判断されるまで実施。 ※評価を行う際には、利用者の意見を聴取することが可能な場合は、利用者の意見も踏まえた上で評価を実施。	実地研修指導者 （看護師等）
鼻腔内の喀痰吸引		
気管カニューレ内部の喀痰吸引		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
経鼻経管栄養		

※実地研修の日程については、受講者の希望日程に基づき、各事業所が実地研修指導者へ連絡を取り、日程を調整、決定してください。

※日程が決まりましたら、実地研修申込書を事務局へ郵送し、研修を行ってください。

- （実地研修申込書には ①計画書  
②同意書（写）  
③医師指示書（写）・・・有効期限2ヶ月以内のもの  
④基本研修確認試験合格通知書（写）  
⑤指導看護師特定の者研修修了書（写）を提出願います。）

# (別添)

## 令和3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) 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 事業所連絡担当者氏名			

### 2 受講希望者(介護職員等)

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日
事業所における優先順位 (同一事業所で複数の方が受講 希望される場合は番号を記入)			
受講希望者自宅住所	〒(    -    )		
受講希望者の事業所での役職			
受講希望者の主な資格			
受講希望日程(希望に○印)	第1回                  ・                  第2回		
受講希望者の介護に関する 主な職歴 (※介護職の年数等を記載)			

### 3 対象利用者名及び特定行為の種類

利用者名		性別	男 ・ 女
特定行為	たん吸引 ( 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ) 経管栄養 ( 胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻経管栄養 )		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。

### 4 実地研修指導予定者(看護師)

指導者名		性別	男 ・ 女
指導者資格	有                  ・                  無 ※指導者資格を未取得の場合は、別途指導者講習会の受講申込が必要となります。		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。(※申込者多数の場合対象利用者欄空欄の方は受講できない場合があります。)

上記のとおり申し込みます。

令和3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

所 属 長 氏 名

印