

令和6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 開催要項

- 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3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 令和6年7月18日（木）午前9時～午後16時半
第2回 令和6年12月9日（月） 同上
- 4 募集人員 30名
- 5 会場 セキショウ・ウエルビーイング福祉会館（茨城県総合福祉会館）
4階研修室、 3階多目的ホール（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
セキショウ・ウエルビーイング福祉会館 5階
一般社団法人 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
- 7 締切 第1回 7月4日（木）
第2回 11月25日（月）
- 8 注意事項 (1) 受講者の選考後、受講決定通知書等を送付します。
研修終了後、修了証を発行します。
(2) テキストの用意はあります。
研修に必要な持ち物・筆記用具、飲み物、昼食 等

- (3) 会場の都合により、会館内駐車場の用意が出来ない場合があります。
会場内担当者の指示で駐車ください。
- (4) 新型コロナウイルス等感染防止の為に、急遽、予定された研修が延期または中止となる可能性があります。

【新型コロナウイルス感染症対策について】

本研修は、感染予防対策を徹底し、開催します。受講生は下記にご注意ください。

- ① 三つの密を避ける為、広い会場を確保しています。席は十分に距離を取り、着席ください。
大声での会話はご遠慮ください。
- ② マスク着用、受付時の手指消毒にご協力をお願いします。
※ マスク着用にご協力を頂けない方は受講出来ません。
- ③ 研修会当日朝に必ず体温を測り、研修を受講してください。(受付で体温を確認します。)
※ 咳、発熱の症状がみられる場合、体温37.5度以上の方は受講出来ません。
- ④ 会場内で飲食は可能です。各自、三密、対面を避けて昼食をお取りください。
また、ゴミはお持ち帰りください。

【問い合わせ先】

- 研修内容に関する事 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）
- 制度に関する事 茨城県福祉部障害福祉課自立支援担当
Tel : 029-301-3363（直通）

令和6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	訪問看護ステーション愛美園 管理者 中島 由美子氏
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 菊地実生氏
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	茨城西南医療センター訪問看護ステーション 管理者 飯田 祐子 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 菊地 実生氏 飯田 祐子氏 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

※講師が変更になる場合があります。

また、コロナ感染状況によって中止になる場合があります。

その時は、事務局から受講希望者へ連絡いたします。

(別紙)

令和6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) 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。

令和 6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