

## 介護職員たんの吸引等研修（第三号研修）

どんな重度な障害を持っていても地域で共に暮らせる社会…私どもはそんな社会を目指して、障害を持つ人たちの自立をサポートするさまざまな活動を展開しているNPO法人です。

平成24年度より、一定の研修を修了した介護職員に対して、たんの吸引などの医療的ケアが正式に認められることになりました。人工呼吸器使用者などの最重度の障害者にとって、たん吸引や経管栄養は、地域で生活する上で当たり前に必要なケアのひとつです。

こうしたケアができるヘルパーを地域に増やしていくことが、重度障害者が安心して暮らせる地域づくりにつながると考え、私どもは静岡県登録研修機関として、このたびの研修を開催いたします。

- 日 時：【基本研修】平成30年11月16日（金）9時～20時  
【実地研修】基本研修修了後に随時（指導看護師によって、たん吸引等が適切にできると判断されるまで）
- 場 所：【基本研修】ひまわり事業団研修室（静岡県静岡市駿河区曲金5丁目4-58）  
【実地研修】各利用者宅（指導看護師の下、特定の者の特定の行為ごとに行う）
- 定 員：16名（利用者が既にある方を優先とし定員に達し次第、締切とします）
- 受講料：11,000円（テキスト代1,000円含む）  
※上記に加え、実地研修損害保険料として利用者一人につき2,000円必要
- 対象者：特定の者に対して、たんの吸引等介護業務に従事する必要のある方

### 〈受講条件〉

- ① 実地研修の指導および評価を行う指導看護師を確保できること
- ② 利用者から、実地研修を実施することについて書面による同意が得られること
- ③ 利用者の主治医から、実地研修を実施することについて書面による指示が得られること

### ■申込み方法、および連絡先

所定の申込書にご記入の上、FAX、郵送等で、主催者まで提出して下さい。

NPO法人ひまわり事業団

〒422-8006 静岡市駿河区曲金5丁目4-58

TEL 054-288-6068、FAX 054-287-4922、e-mail:himawari@scil.jp

## 基本研修（平成30年 11月16日〈金〉）カリキュラム

時間	時間数	科目
8時40分		受付、オリエンテーション
9時00分 ～11時00分	2	重度の肢体不自由者の地域生活等に関する講義 （障害者自立支援法と関係法規、利用可能な制度、重度障害児・者等の地域生活 等）
11時10分 ～12時10分	1	喀痰吸引を必要とする重度障害者の障害と支援に関する講義、緊急時の対応及び危険防止に関する講義① （呼吸について、呼吸異常時の症状、緊急時対応、人工呼吸器について、人工呼吸器に係る緊急時対応、喀痰吸引概説、口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内の吸引、喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応、喀痰吸引の手順、留意点）
12時10分 ～13時00分		昼食休憩
13時00分 ～15時00分	2	同上（つづき）
15時10分 ～18時10分	3	経管栄養を必要とする重度障害者の障害と支援に関する講義、緊急時の対応及び危険防止に関する講義② （健康状態の把握、食と排泄（消化）について、経管栄養概説、胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養、経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応、経管栄養の手順、留意点）
18時20分 ～19時20分	1	喀痰吸引等に関する演習 喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内）人工呼吸器装着者含む、経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻）
19時30分 ～20時00分	0.5	確認テスト

★平成30年度の「介護職員たんの吸引等研修」については、以下の通り予定します。

実施日	募集定員
平成31年2月15日（金）	16名

平成30年度 NPO法人ひまわり事業団 主催

介護職員たんの吸引等研修(第3号研修)基本研修 受講申込書

基本研修	30年11月16日(金)		申し込み日時	平成	年	月	日
ふりがな 氏名	性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
受講生住所	〒 -						
事業所名							
事業所連絡先 ※担当者名 ( )	住所	〒 -					
	tel						
	fax						
	e-mail						
対象利用者と 実地研修内容	氏名: ※すでに確定している場合のみお書き下さい						
	内容: ( )口腔内吸引、( )鼻腔内吸引、( )気管カニューレ内吸引、( )胃ろう・腸ろう、( )経鼻経管栄養						
受講料等	1 基本研修(講義+シュミレーター演習)					10000円	
	2 テキスト					1000円	
	3 実地研修損害保険料(利用者一人につき2000円)					( )円	
	※3の保険料は実地研修が確定している場合のみで結構です					合計	円

\* 受講料等については、基本研修当日に現金にてお支払い下さい。

\* 上記受講料には、実地研修の指導看護師謝金は含まれていません。

実地研修における指導看護師についてご記入下さい(未定の場合は空欄で結構です)		
指導看護師の氏名		
所属事業所		
連絡先	tel	
	fax	
	e-mail	

FAX 054-287-4922

TEL 054-288-6068

e-mail: himawari@scil.jp

NPO法人ひまわり事業団 担当: 大川

※事務所 使用欄	
	指導看護師書類
	主治医指示書
	利用者同意書
	実地研修修了