



2020年度（令和2年度）

## 【喀痰吸引等研修受講案内】

第3号（特定の方対象）

社会福祉法人ぶるーむ

（社会福祉法人ぶるーむは、障がいを持った子どもたちの自立と、そのご家族の笑顔をサポートしています）

## ◎はじめに

私たちは、柏市を拠点として、在宅障がい児・者の支援を行っている社会福祉法人です。平成26年4月にNPO法人から社会福祉法人に移行し、就学前の児童発達支援から、放課後デイサービス、生活介護、居宅支援、グループホーム、相談支援等、重症心身障がい児や医療的ケアの必要な方なども含めて、様々な障がい福祉サービスを提供しています。

私たちは、障がい児・者、特に医療的ケアを必要とする重度の心身障がい児・者の在宅生活を総合的に支えていくことを大きな目的として活動しています。その一環として、人材育成にも力を入れたいと考え、障がい者のケアに携わる方々が、障がい者の支援に必要とされる知識や技能を総合的に身に付け、地域の中で活動していただくための研修を実施することにいたしました。

この研修の大きな特徴は、①講師が重症心身障がい児のケアに関して豊富な経験を有していること②主に重症心身障がい児を対象とした演習を実施すること③人工呼吸器装着者に対する実地研修や半固形栄養剤の注入もカリキュラムに加えることなど、現場のニーズに合わせて、必要な技術を身に付けることができるような体制を整備していることです。

引き続き、障がいを持つ方々にとって、少しでも暮らしやすい街を築いていけるよう、様々な取り組みを進めていきたいと考えておりますので、私たちの趣旨にご賛同いただける皆さまのご応募をお待ちしております。

## 1 研修の種類

- ・喀痰吸引等研修（第3号：特定の者対象）

※「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（平成23年10月3日厚生労働省令第126号）」別表第3に掲げる研修

※千葉県登録研修機関 第1220033号（令和2年2月27日登録）

## 2 講習日程・時刻

- ・2020年（令和2年）6月13日（土）、午前8時30分～午後6時50分

※講習終了時刻は、変わる場合がありますので、ご注意願います。

※新型コロナウイルスの感染防止のため、中止または延期させていただく場合があります。

- ・実地研修 特定対象者の利用事業所等

## 3 会場

- ・基本研修（講義、演習）

社会福祉法人ぶるーむ（柏市中原1817-1）

- ・実地研修 特定対象者の利用事業所等

## 4 対象

特定の重度障がい者等に喀痰吸引等を実施しようとする介護職員等

## 5 定員

- ・10名

※原則として先着順ですが、申し込み多数の場合は、同一施設からの受講者数を制限させていただく場合があります（定員に余裕がある場合は、制限は設けない予定です）。

※申込者が3名以下の時は、中止させていただく場合があります。

## 6 研修内容について

別紙1「カリキュラム一覧表」のとおり

## 7 受講料

- ・基本研修（講義、演習） 20,000円（テキスト代含む）
- ・実地研修 5,000円（所属事業所の場合は無料）
- ・医師の指示書 3,000円

※受講決定後、指定口座への振り込みでお支払い願います。

## 8 申し込み

4月20日（月）～6月5日（金）の間に、「受講申込書（別紙2）」に必要事項を記入・押印の上、下記「送付先」まで郵送願います。ただし、原則として、定員を超えた時点で、受け付けは終了させていただきます（先着順）。

### ◎送付先

〒277-0085 柏市中原1817-1

社会福祉法人ぶる一む「喀痰吸引等研修担当」宛て

※後日、受講決定通知、受講料の振り込み方法等について、通知文書をお送りします

## 9 研修の一部免除

一定の条件を満たす方は、研修の一部が免除される場合がありますのでお問い合わせ願います。

## 10 受講上の注意点

- (1) この研修では遅刻、早退、一時退出及び欠席は認めないものとします（失格とします）。ただし、やむを得ない事情があると判断される場合には、別途、検討のうえ、決定させていただきます。
- (2) 受講生が失格とされた場合及び自身の都合により出席できなくなった場合においても、受講料は返還いたしません。
- (3) 受講に係る交通費、昼食代等は受講生の負担とします。
- (4) 自動車による通学はできません（ただし、民間の有料駐車場等、研修の実施場所以外を個人的に利用する場合はこの限りではありません）。
- (5) お昼の休憩時間は、講義の進捗状況等により短縮する場合があります。
- (6) 実地研修期間が11月にかかる場合は、実地研修先にインフルエンザワクチン接種証明の提出が必要になります。負担は各自でお願いいたします。
- (7) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎のワクチンに関しては、各所属事業所の規定に基づき、実地研修前に接種しておくことが望ましいです。

## 11 研修修了の認定方法

### (1) 基本研修（講義）の段階

筆記試験事務規程及び「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修の修得程度の審査方法について（以下「審査基準」という。）」に基づき認定します。

### (2) 基本研修（演習）の段階

審査基準に基づき評価を行い、「基本研修（演習）評価票」の全ての項目について、演習指導講師の評価結果が「基本研修（演習）評価基準」で示す手順どおりに実施できているとなった場合において、受講者が修得すべき知識及び技

能を修得したと判断できれば合格と認定します。

### (3) 実地研修の修了段階

審査基準に基づき評価を行い、「実地研修評価票」の全ての項目について、実地研修指導講師の評価結果が「実地研修評価基準」で示す手順どおりに実施できているとなった場合において、研修修了の是非を判定します。

## 1.2 研修修了証明書の交付

- ・この研修を修了した方には、修了証明書を交付し、修了者名簿を千葉県に送付します。

※各自でお住いの都道府県の承認を受け、登録事業所に所属したうえで、医師の指示の下、喀痰吸引等の行為を行うことが可能となります。

## 1.3 損害賠償保険への加入

実地研修の際の事故等に備え、損害賠償保険に加入しています。ただし、善管注意義務違反等、加害者の故意または重大な過失により生じた損害については、保障の対象とならない場合があります(本人の責任で賠償することになります)。

## 1.4 その他

- ・その他、業務規程、研修計画、筆記試験事務規程等によります。
- ・研修終了後、実際の就業状況(研修がどう活かされたか)についての追跡調査や、研修の内容についてアンケート調査を行いますので、ご協力をお願いいたします。

社会福祉法人ぶるーむ

〒277-0085 千葉県柏市中原 1817 番 1

Tel//04-7128-4135 Fax//04-7128-4136

E-mail : info@bloom.or.jp

## 【カリキュラム一覧表】

日時：2020年 6月13日(土)

場所：ぶるーむの風

日 程	科 目	内 容	時 刻		
基本研修	1 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	・障害者総合支援法と関係法規	8:30～ 9:10		
		・利用可能な制度	9:10～ 9:50		
		・重度障害児・者等の地域生活等	9:50～10:30		
	2 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 緊急時の対応及び危険防止に関する講義	・呼吸について	10:40～13:40		
		・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・気管カニューレ内部の吸引			
		・喀痰吸引御リスク、中止要件、緊急時対応			
		・喀痰吸引の手順、留意点等			
		【昼休み】		13:40～14:10	
		・健康状態の把握		14:10～17:10	
	・食と排泄（消化）について				
	・経管栄養概説				
	・胃瘻（腸瘻）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、留意点等			
【筆記試験】			17:20～17:50		
3 喀痰吸引等に関する演習	・口腔内の喀痰吸引	17:50～18:50			
	・口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				
	・鼻腔内の喀痰吸引				
	・鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				
	・気管カニューレ内の喀痰吸引				
	・気管カニューレ内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				
	・胃瘻又は腸瘻による経管栄養				
	・経鼻経管栄養				

実地研修	・口腔内の喀痰吸引	
	・口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	
	・鼻腔内の喀痰吸引	
	・鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	
	・気管カニューレ内の喀痰吸引	
	・気管カニューレ内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	
	・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	・経鼻経管栄養	



## 【令和2年度喀痰吸引等研修(第3号)申込書】

令和 2年 月 日

(フリガナ) 氏名			昭和・平成  年 月 日生
	男・女		
住所	〒		
連絡先	TEL	FAX	
所属	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 事業所名： _____ 担当業務(経験年数) _____ ( 年 月)		
実地研修対象者	対象者1	氏名	
	医的行為	<input type="checkbox"/> 口腔吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻(滴下) <input type="checkbox"/> 胃瘻(半固形) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	
	指導事業所		
	対象者2	氏名	
	医的行為	<input type="checkbox"/> 口腔吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻(滴下) <input type="checkbox"/> 胃瘻(半固形) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	
	指導事業所		
資格	取得済みの資格(資格証の写しを添付) 名称 _____ 取得年月日 _____ 年 月 日		

※該当する「□」に「☑」をしてください。

※受講申込者が定員を超えた場合は、事業所単位で受講者数に制限を設けることがあります。

※申込者が3名以下の時は、中止させていただく場合があります

※新型コロナウイルスの関係で延期または中止する場合があります

## 【研修申し込みに係る誓約書】

私は、「2020年度(令和2年度)喀痰吸引等研修受講案内」の内容を確認し、同案内の記載事項を遵守したうえで上記の研修を受講することを誓約します。

令和 年 月 日

申込者署名 \_\_\_\_\_