

平成25年11月1日

鹿児島県認知症グループホーム連絡協議会長 様

鹿児島県保健福祉部介護福祉課長

平成25年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業  
(不特定多数の者対象)に係る指導者講習の実施について

平素より本県の介護福祉行政の推進に御協力いただき感謝申し上げます。

さて、平成24年4月に施行された「社会福祉士及び介護福祉士法」及び「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則」の規定に基づく介護職員等に対する研修について、講師・指導者養成に係る講習を下記のとおり実施しますので、お知らせします。

開催案内は、県及び鹿児島県社協老人福祉施設協議会のホームページにも掲載しますので、貴団体の会員等に対して周知等してくださるようお願いいたします。

記

【指導者講習】

日時：平成25年12月12日(木) 8:30～17:00

場所：鹿児島サンロイヤルホテル(鹿児島市与次郎)

※詳細は別添開催要項のとおり

※県ホームページ

[http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/jigyosha/  
tankyuinsidousya.html](http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/jigyosha/tankyuinsidousya.html)

(ホーム>健康・福祉>高齢者・介護保険>県内の事業者の方へ>介護職員等による  
たんの吸引等の実施のための研修事業(不特定多数の者対象)指導者講習について)

**鹿児島県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業  
(不特定の者対象) 指導者講習 開催要項**

- 1 目的 介護職員等がたんの吸引等を実施するために受講することが必要な研修（基本研修・実地研修）の講師及びその指導者を養成することを目的とする。
- 2 対象者 次の（１），（２）のいずれも満たす者とする。  
（１）医師，保健師，助産師又は看護師（保健師，助産師，看護師については，臨床等での実務経験を３年以上有する者）※准看護師は不可  
（２）当該講習修了後に，介護職員等がたんの吸引等を実施するために受講することが必要な研修（基本研修，実地研修）において，講師及びその指導者として従事できる者
- 3 日程・場所 平成２５年１２月１２日（木）  
鹿児島サンロイヤルホテル（鹿児島市与次郎 1-8-10 TEL；099-253-2020）  
<http://www.sunroyal.co.jp/>  
※ 詳細は別紙指導者講習カリキュラムを参照のこと。
- 4 募集人員 150名
- 5 受講料 無料
- 6 申込方法 ①別紙申込者調書により，11月22日（金）までに県老協事務局へFAXにて申し込むこと。  
②記入漏れ等完備していない調書は受理できないため返却するので留意のこと。  
③申込者多数で定員を超える場合は，先着順で受講者を決定することとし，受講不可の場合のみ平成25年12月2日までにFAXで連絡する。（勤務先FAXへ連絡するので，調書は正確に記入のこと）  
④申込後変更が生じた場合は，開催日3日前までに県老協事務局へ変更後の別紙申込書を変更箇所が分かるように明記した上でFAX送信すること。
- 7 修了証明書の交付 全てのカリキュラムに出席した研修修了者に対しては，修了証明書を交付するものとする。
8. 昼食 1食700円（お茶付き）当日受付で納入ください。  
（申込後のキャンセルは12月9日（月）までにFAX送信下さい。それ以降のキャンセルは全額徴収いたします。）
- 9 その他 宿泊が必要な者は各自手配すること。
- 10 申込・連絡先 〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター内  
鹿児島県社協老人福祉施設協議会 事務局  
TEL；099-297-5611 FAX；099-250-9358

**鹿児島県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業  
(不特定の者対象) 指導者講習カリキュラム**

| 会 場                                 | 大 中 項 目  | 分  |
|-------------------------------------|--|----|
| H25. 12. 12 (木)<br><br>鹿児島サンロイヤルホテル | 8:00 受付  |    |
|                                     | 8:30～ 8:40 挨拶                                      | 10 |
|                                     | 8:40～ 9:20 1. 介護職員等によるたんの吸引等の実施について                | 40 |
|                                     | 9:20～10:00 2. 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           | 40 |
|                                     | 10:10～11:00 3. たんの吸引のケア実施について                      | 50 |
|                                     | 11:10～12:00 4. 経管栄養のケア実施について                       | 50 |
|                                     | 12:00～12:30 (昼食・休憩)                                |    |
|                                     | 12:30～13:50 5～6. 演習 たん吸引のグループと<br>経管栄養のグループに分かれて演習 | 80 |
|                                     | 13:50～15:10  | 80 |
|                                     | 15:20～16:00 7. 安全管理体制とリスクマネジメントについて                | 40 |
|                                     | 16:00～16:40 8. 施設・事業所における体制整備について                  | 40 |
| 16:40～17:00 9. 全体を通じて質疑応答           | 20   |    |

\* 会場 : サンロイヤルホテル (鹿児島市与次郎1-8-10 TEL ; 099-253-2020)

\* 研修の修了は、全てのカリキュラムを受講する必要があることから、遅刻・早退については一切認めておりませんので、予めご了承ください。

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局 行き (FAX; 099-250-9358)

平成25年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (不特定多数の者対象)  
指導者講習受講申込者調書

平成25年10月1日現在

|                    |  |           |            |
|--------------------|--|-----------|------------|
| ふりがな               |  |           | 1 男        |
| 氏名                 |  |           | 2 女        |
| 生年月日               | 1 昭和   | 2 平成      | 年 月 日 ( 歳) |
| 現住所                | 〒 —<br>TEL ( ) —   |           |            |
| 保有資格<br>該当するもの全てに○ | 1. 医師      2. 保健師      3. 助産師      4. 看護師  |           |            |
| 免許                 | 取得年月日： 昭和 ・ 平成      年      月      日<br>免許番号：<br>*医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載   |           |            |
| 勤務先種別<br>該当するものに○  | 1. 特別養護老人ホーム      2. 老人保健施設<br>3. 有料老人ホーム      4. 訪問看護ステーション<br>5. 障害者(児)福祉施設      6. 認知症(高齢者)グループホーム<br>7. 病院・診療所 (7-1 介護療養型医療施設 7-2 介護療養型医療施設以外)<br>8. 医療・看護系大学又は養成所<br>9. その他 (具体的に ) |           |            |
| 勤務先                | (設置主体名)  | (施設・事業者名) |            |
|                    | 〒 —<br>TEL ( ) —      FAX ( ) —  |           |            |
| 職歴                 | a. 医師としての臨床等での実務経験年数 ( )年 ( )月<br>b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 ( )年 ( )月<br>*准看護師としての経験年数は含めないこと。<br>c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 ( )年 ( )月  |           |            |
| 備考                 |  |           |            |

※ ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。

※ 提出された文書については返却しませんので、予めご了承ください。

▼研修実施機関記入欄

|        |               |      |  |
|--------|---------------|------|--|
| 全課程修了日 | 平成25年 月 日 ( ) | 修了番号 |  |
| 備考     |               |      |  |