|  |
| --- |
| **令和４年度 福島県社会福祉協議会**  **喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）**  **開 催 要 綱** |

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）の標準的な流れ ・・・ | 1 |
| 喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）開催要綱 ・・・・・ | 2 |
| 〃　　　　　プログラム ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 6 |
| 〃　　　　　受講申込書【様式１】 ・・・・・・・・・・・・・・ | 8 |
| 〃　　　　　実地研修実施計画予定書【様式２】 ・・・・・・・・ | 9 |
| 福島県男女共生センター案内図 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 10 |
|  |  |

**社会福祉法人 福島県社会福祉協議会**

****

**令和４年度 福島県社会福祉協議会 喀痰吸引等基本研修**

**（第一号・第二号研修） 開催要綱**

**１．目　的**

　社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）の規定に基づき、施設及び在宅において、不特定多数の者に対して安全かつ適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員を養成する。

**２．主　催**

　　 社会福祉法人福島県社会福祉協議会（登録研修機関　登録番号０７１０００８）

**３．会　場**福島県男女共生センター　１階　研修ホール

　　　　　　　二本松市郭内一丁目１９６－１　　※Ｐ１０案内図参照

**４．定　員**　　４８名　　※１施設・事業所につき申込みは２名までとします。

　　　　　　　　　　　　※申込人数が定員を超えた場合、申込書類等を基に選考します。

**５．研修期間**（Ｐ６～７プログラム参照）

【講　　義】　令和４年６月３０日（木）～７月１４日（木）　＜計８日間＞

【筆記試験】　令和４年７月２６日（火）午後　＜５０問／９０分＞

【演習（実技試験）】令和４年８月２４日（水）～８月２５日（木）　＜２日間＞

※筆記試験の合格者のみ、演習（実技試験）を受講することができます。

**６．申込期限**

　　　令和４年５月２０日（金）午後４時まで

**７．受講対象者（受講資格）**

　　　福島県内所在の下記の施設・事業所（以下「施設等」）に勤務する介護職員で、（１）から（５）の要件を全て満たすことができる者。

|  |  |
| --- | --- |
| **対象施設等** | ・救護施設　　・特別養護老人ホーム　　・介護老人保健施設　　・有料老人ホーム  ・グループホーム　　・障がい児（者）施設　　・訪問介護事業者　 等  ※注：医療機関に就業している方（介護療養型病床及び病院又は診療所で実施している通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションに従事する介護職員も同様）は対象外。 |

（１）勤務先（または同一法人内の施設等）において、医療的ケアの必要な利用者がいること。

（２）勤務先の所属長が推薦する者。

（３）全課程受講可能な者（遅刻・欠席があった場合は修了認定されません。）

（４）勤務先（または同一法人内の施設等）での実地研修が可能であること、もしくは他法人の協力により実地研修先を確保し、令和５年１月中旬までに実地研修を修了できること。

|  |
| --- |
| ※県内の他法人所属の介護職員等を受入れて実地研修を行った施設、事業所、医療機関に対しては、「福島県喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）受入協力金支給要領」により、実地研修の終了後、当該受入施設等から福島県高齢福祉課に申請することで助成金が交付されます。（詳細は「福島県高齢福祉課」へお問い合せください。） |

（５）実地研修を実施するために「指導者養成講習」または「医療的ケア教員講習会」を修了した（もしくは令和４年度受講予定）の医師、保健師または助産師、看護師（准看護師を除く）のいずれかが配置されていること。

**８．研修課程**

②実地研修

基本研修とは別に、原則として職員の所属する施設等において、一定の研修を修了した指導看護師等の指導の下、所定の項目を実施し、修了認定を受ける。

⇒ 修了証明書の交付

①基本研修

　ア 座学５０時間（８日間）

イ 筆記試験（50問／90分）

合格者（正解率９割以上）

ウ 演習（実技試験）

　　シミュレーターによる実技試験（２日間）

※演習（実技試験）の合格者には「基本研修修了証明書」を交付

福島県へ認定特定行為業務従事者の申請

※人工呼吸器の対応研修　　 は実施しない。

|  |
| --- |
| ＊ 実地研修に関する留意事項 ＊  　１）研修の受講申込時に「【様式２】令和４年度喀痰吸引等基本研修受講対象者実地研修（第一号・第二号）実施計画予定書」を提出してください。  ２）受講決定者が所属する施設等には、「実地研修実施届（様式第１号）」等の事前提出書類を７月末までに県社協へ提出していただきます。事前提出書類の詳細については、県社協ホームページにてご確認ください。  ３）事前提出書類の内容確認を受けた後、９月から１月中旬までの間に実地研修を実施し、１月末までに「業務完了報告書（様式第５号）」等の書類を提出していただきます。  　４）実地研修は単年度内で実施することとなりますので、やむを得ない理由により年度内に修了しない場合、次年度以降あらためて事前提出書類を県社協へ提出し、当該年度内に実地研修を実施してください。  ※本会が実施する実地研修は第一号・第二号研修『不特定多数の者対象』です。したがって、実地研修の実施対象者は実施する行為ごとに２名以上必要となります。**実施対象者が１名以下の場合や、２名以上いても１名にしか実施しなかった場合、その行為は認定されません**のでご注意ください。 |

**９．受講申込み上の留意点**

（１）『【様式１】令和４年度福島県社会福祉協議会喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）受講申込書』及び『（【様式２】令和４年度福島県社会福祉協議会喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）受講対象者実地研修実施計画予定書』に必要事項を記入のうえ、県社協へメール又はＦＡＸにてお送りください。

（２）申込書類の記載内容を確認し受理した場合は、受講申込書の「受信確認印」欄に受付印を押印して、県社協から送信元（申込み施設等）に返信ＦＡＸまたはメールいたします。

申込書類の送信後、５日以上経過しても返信がない場合はお問合せください。

**10．受講者の決定について**

受講者については申込書類等を基に選考・決定し、その結果を後日郵送で通知します。

**11．受講料等**

（１）受講料　３０，０００円

　　受講料は受講決定通知時に請求書及び「払込取扱票」を同封しますので、定められた期限までに納入してください（領収書は発行しません）。なお、受講開始後に受講を取り消した場合、受講料は返金いたしませんので予めご了承ください。

|  |
| --- |
| 福島県が実施する「地域医療介護総合確保基金事業補助金（多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業）」に該当する場合は、受講料等が一部補助される見込みです。詳しくは福島県社会福祉課（℡ 024-521-8620）へお問い合せください。 |

（２）テキスト

　　テキストは「新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」（中央法規出版**2021年9月発行**）を使用します。テキスト購入の取りまとめは行いませんので、受講決定通知時に同封される「テキスト申込書」（中央法規出版㈱仙台支社行き）をご活用ください。

**12．個人情報の取り扱いについて**

受講申込書等に記載された個人情報は、受講者名簿の作成等本研修の運営管理の目的にのみ使用します。なお、これらの情報は本会並びに福島県で共有します。

**13. 新型コロナウイルス感染症対策について**

新型コロナウイルス感染拡大防止のため以下の対策を講じますので、皆様のご協力をお願いいたします。（今後の状況により変更となる場合がありますので予めご了承ください。）

＜主催者としての主な対策＞

（１）新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に努め、研修開催については、国及び県の感染防止対策や使用する会場の方針に則り実施します。

　（２）研修会場の入口に手指消毒液を準備いたします。

　（３）本会職員や研修講師についても、手洗いやマスク着用等を徹底します。

　（４）研修中は会場入口のドアや窓を開ける等、定期的に換気を行います。

　（５）テーブル、椅子、ドアノブ等の消毒を行います。

　（６）受講者同士の間隔を取った座席配置とします。

　（７）研修の中止・延期の場合は本会ホームページ上にてお知らせいたします。

※福島県社会福祉協議会ホームページ　<http://www.fukushimakenshakyo.or.jp/>

＜受講される皆様にお願いしたい事項＞

（１）発熱や風邪など体調不良の場合には受講をお取り止めください。

　（２）必ず検温をした上で、事前に送付する「健康チェックシート」を受付時にご提出ください。

　（３）マスク着用の上で受講してください。

　（４）研修当日は事務局の指示に従って受講してください。

**14．その他**

（１）研修受講の際の宿泊施設の斡旋はいたしませんが、研修会場（福島県男女共生センター）は宿泊施設を併設していますので、希望する際は各自でご手配ください。（宿泊申込受付　℡：０２４３－２３－８３０１）

（２）自然災害等により研修が中止や延期等になる場合は、県社協ホームページ（<http://www．fukushimakenshakyo.or.jp>）等でお知らせしますので、必要に応じてご確認ください。

**15．問い合せ先**

**（１）基本研修の申込み・実地研修に関する書類提出・修了証明書証（再交付含む)について**

　　　 社会福祉法人 福島県社会福祉協議会　介護実習・普及センター

　　　　　〒964-0904　二本松市郭内一丁目196-1　福島県男女共生センター５階

　　　 電話：０２４３－２３－８３０６　　ＦＡＸ：０２４３－６２－４６３３

　　　　　E-mail：kaigo@fukushimakenshakyo.or.jp

※日曜・月曜・祝日は定休（月曜が祝日の場合は火曜まで休みとなります。）

**（２）介護職員等による喀痰吸引等の実施制度全般について**

　　　　福島県高齢福祉課

電話：０２４－５２１－７１９７　 ＦＡＸ：０２４－５２１－７７４８





|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福島県社会福祉協議会 介護実習・普及センター 行  ＦＡＸ：０２４３－６２－４６３３  **＜申込期限＞　令和４年５月２０日（金）** |  | 受信  確認印 |  | ※確認印は受講決定を確約するものではありません。 |

**【様式１】**

**令和４年度 福島県社会福祉協議会 喀痰吸引等基本研修**

**（第一号・第二号研修） 受講申込書**

**令和４年　　月　　日**

**１．法人／施設・事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| 施設種別 |  | 施設・事業所  代表者職・氏名 |  |

**２．連絡担当者**※本研修全課程の申込みから修了までの窓口担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・  事業所名 | ※上記１と異なる場合のみ記入 | 職名・ |  |
| 連絡先 | 〒 TEL： 　 FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | | |

**３．受講申込者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者記入欄 | ふりがな  氏　　名 |  | | | 性　別  （性自認） | |  |
|  | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日生 　〔　　　　　〕歳 | | | | | |
| 職種・役職 |  | | 介護業務経験年数  ※Ｒ４.４.１現在 | | 通算　　　　年　　　か月 | |
| 保有資格  ※該当に☑ | □ 介護福祉士  □ 介護職員実務者研修（ヘルパー１級・介護職員基礎研修）  □ 介護職員初任者研修（ヘルパー２級）  □ その他福祉関係資格〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 施設・事業所記入欄 | ※申込者が複数いる場合の  優先順位 | |  | | | | |
| 登録特定行為事業者の申請状況 | | １．申請済　　　　　　　　　２．申請中  ３．未申請〔理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| 喀痰吸引等を実施する認定証交付済の職員数 | | １．交付済〔　　　　〕人　　　２．申請中〔　　　　〕人  ３．無し | | | | |
| 指導者養成講習修了の指導看護師等の数 | | 〔　　　　〕人 | | | | |

≪注意≫ ・実地研修実施計画予定書【様式２】を申込者ごとに作成し、本状と一緒にＦＡＸしてください。

・全ての項目に必ず記入し、記入漏れや誤りのないようにお願いします。

**【様式２】**

**令和４年度福島県社会福祉協議会喀痰吸引等基本研修（第一号・第二号研修）**

**受講申込者　実地研修実施計画予定書**

福島県社会福祉協議会長　様

法人名

施設・事業所名

代表者職・氏名

次の受講申込者について、下記のとおり実施計画予定書を提出します。

**１．受講申込者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和 ・ 平成  年　　月　　日生 |
|  |

**２．実施場所等**※必ず確保すること

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修場所  ※該当に☑  及び記入 | □ 勤務先の施設  □ 自法人内の他施設  〔実施予定施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕   * 他法人の受入協力施設   〔受入協力法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  〔受入協力施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 主たる指導者養成講習修了の指導看護師等 | 氏　　名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  保有資格〔　医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師　〕　※該当に○  所属施設・事業所〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  役職名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  指導者養成講習等の修了証明書番号〔第　　　　　　　　号〕 |

**３．実施内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当に○ | 内　容 | 行　　為 | 実地研修場所 |
|  | 第１号研修 | ５行為すべて（必須） | 自法人の施設 |
|  | 第２号研修 | 任意の１～４行為 | 自法人の施設 |
|  | 第２号研修 | 任意の１～４行為 | 他法人の施設（受入協力施設約） |

**４．実施対象者**※該当に☑及び人数を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 喀痰吸引 | ① 口腔内吸引利用者 | □ | 対象利用者 |  | 人 |
| ② 鼻腔内吸引利用者 | □ |  | 人 |
| ③ 気管カニューレ利用者 | □ |  | 人 |
| 経管栄養 | ④－イ 胃ろう又は腸ろう（滴下）利用者 | □ |  | 人 |
| ④－ロ 胃ろう又は腸ろう（半固形）利用者 | □ |  | 人 |
| ⑤ 経鼻経管栄養利用者 | □ |  | 人 |

≪注意≫ ・受講申込書【様式１】と併せてＦＡＸしてください。

・受講者の選定に必要な内容となりますので、記入漏れや誤りのないようにお願いします。

・対象利用者は各行為とも２人以上必要です。（第一号・第二号は不特定多数の者対象）

