

平成 25 年 7 月 1 日

## 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修【医療的ケア研修】 第一号認定研修講座（第 2 回）参加者募集のお知らせ

盛夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。日頃は大変お世話になっております。

この度、【第 2 回介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 6 条に定める喀痰吸引等研修）】を開催するはこびとなりました。介護職員の医療的ケア技術と専門知識の理解促進のために、下記の通り参加者の募集を行います。希望者の応募をお待ちしております。

記

研修名；【介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修】  
第 1 号認定研修（第 2 回）

実施機関；岡山県登録番号 第 3 3 1 0 0 0 4 号  
登録研修機関名 医療法人盛全会 介護老人保健施設 日立養力センター  
岡山西大寺病院

研修内容；口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、  
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養、人工呼吸器装着者への  
喀痰吸引

開催期間；8 月 2 日～10 月予定（実地研修修了まで）

申込期限；7 月 24 日（水）正午必着

申込条件；1）【医療的ケア】指導看護師所属施設に勤務する介護福祉士  
2）【喀痰吸引等 第一号研修】参加依頼書の同意及び提出  
3）第 2 号研修の実地研修部分が、各自施設で登録機関申請を行い、  
実習可能な事（当講座依頼の場合は、別途料金がかかります。）

申込方法；①受講申込書、②喀痰吸引等第 1 号研修参加依頼書、③登録研修機関契約  
書、④喀痰吸引等研修実施研修機関承諾書、以上 4 点を同封の上、郵送し  
て下さい。

※受講決定は、受講申込後に決定。受講決定を郵送にて通知。

受講料； 80,000 円（決定通知が届きましたら連絡下さい。）  
120,000 円（第 2 号研修の実地研修部分を当講座に依頼する場合）

【医療的ケア】第 2 号実地研修部分は各参加者所属の施設にて指導看護師の指導の下  
に実施することが条件になります。（当講座依頼の場合は、別途料金がかかります。）

※喀痰吸引等研修実地研修実施機関としての登録が必要です。

登録後、当事務局まで登録証明（写）を提出下さい。

## — 喀痰吸引等研修 実地研修実施機関への登録 —

※各施設で登録した上で、当事務局に次の書類を提出お願い致します。

- ①契約書
- ②喀痰吸引等研修実施研修実施機関承諾書（別紙 5）

### 【参考情報】

岡山県ホームページ

↓

健康・福祉

↓

保健福祉

・保健福祉

↓

お知らせ

・介護職員等による喀痰吸引等（たんの吸引等）について

（2012年5月1日更新／保健福祉課）

↓

登録研修機関について

・喀痰吸引等研修実地研修実施機関について

→契約書【参考例】[word ファイル／31KB]……………（当事務局提出必須）

### 【必要書類】（1）～（9）

※（1）喀痰吸引等研修実施研修実施機関承諾書

別紙 5〔48kb〕……………（当事務局提出必須）

尚、（2）～（9）も適切な実施研修をして頂くために各施設にて整備が必須です。

---

**お問い合わせ；医療法人盛全会 岡山西大寺病院**

**〒704-8192 岡山市東区西大寺中野本町 8-41**

**【医療的ケア】事務局（人事課）**

**連絡先（086）238－5252 担当／櫻井**

---

平成 年 月 日

介護老人保健施設 日立養力センター

『介護職等による医療的ケア 第1号認定研修』事務局 殿

私は、『介護職等による医療的ケア研修』の受講を申し込みます。

### 受講申込書

ふりがな 受講者氏名	印	性別 男・女	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
ふりがな 御住所	〒			
連絡先	TEL ( )	—	携帯 TEL ( )	—
職場名				
職場住所	〒			
	TEL ( ) —			
保有資格				
取得年月日	S・H 年 月 日			
受講動機				
ふりがな 身元保証人氏名	印			
ふりがな 御住所	〒			
連絡先	TEL ( )	—	携帯 TEL ( )	—

平成 年 月 日

医療法人盛全会  
喀痰研修等研修 指導責任者 殿

(団体・部署名)

(代表者 氏名)

**【喀痰吸引等 第一号研修】参加依頼書**

医療法人盛全会が実施する『介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 第一号研修 (社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める)』におきまして、医療的ケア技術と専門知識の理解促進のために当該研修を受講させていただきたく、下記のとおり申し込みますので、参加受入れをよろしく願いいたします。

尚、貴研修受講においては、全ての日程に合わせ、研修修了までのあらゆるスケジュール変更に対応することをお約束いたします。

記

1. 日 時 ; 平成25年8月2日 (金) ~平成25年10月予定 (研修修了まで)
2. 参加者氏名 ;
3. 参加者住所 ;
3. 所属施設連絡先 ; ( ) —  
連 絡 先 ; ( ) —  
携 帯 電 話 ; ( ) —
4. 【医療的ケア】  
指導看護師氏名 ;  
  
連 絡 先 ; ( ) —  
携 帯 電 話 ; ( ) —