

平成30年度特定非営利活動法人地域ケアさぼーと研究所 「重症児者のたんの吸引等医療的ケア支援者養成研修（特定の者）」のご案内

1 目的

たんの吸引や経管栄養など医療的ケアを必要とする障害の重い人たちや家族などが、地域で心豊かな生活を送れるようになるための安心・安全な環境づくりの一助として、支援者を育成するために本研修を実施する。

2 主催

特定非営利活動法人 地域ケアさぼーと研究所(第3号研修登録機関 登録日平成24年9月1日 番号132000003)

3 日時

| | | |
|-----|------------------------------------|--|
| 第1回 | ＜基本研修＞ 定員を超えましたので募集終了 ＜実地研修＞ | 第1日 平成30年 4月 21日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | | 第2日 平成30年 4月 22日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |
| 第2回 | ＜基本研修＞ 定員を超えましたので募集終了 ＜実地研修＞ | 第1日 平成30年 5月 26日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | | 第2日 平成30年 5月 27日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |
| 第3回 | ＜基本研修＞ 定員を超えましたので募集終了 ＜実地研修＞ | 第1日 平成30年 6月16日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | | 第2日 平成30年 6月17日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |
| 第4回 | ＜基本研修＞ 定員を超えましたので募集終了 ＜実地研修＞ | 第1日 平成30年 8月25日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | | 第2日 平成30年 8月26日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |
| 第5回 | ＜基本研修＞ 9時間+筆記試験 | 第1日 平成30年10月27日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | ＜実地研修＞ | 第2日 平成30年10月28日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |
| 第6回 | ＜基本研修＞ 9時間+筆記試験 | 第1日 平成30年12月15日(土) 9:45～16:30 ※受付 9:30～ |
| | ＜実地研修＞ | 第2日 平成30年12月16日(日) 12:45～16:30 ※受付 12:30～ 日程を相談の上、各対象居宅及び受講者の勤務先の施設で実地研修を行います。 |

4 会場

特定非営利活動法人 地域ケアさぼーと研究所事務所

(〒187-0035 東京都小平市小川西町4-34-2)

交通 西武拝島線小川駅 西口から徒歩3分

5 受講料等 6000円→9月から8000円に変更

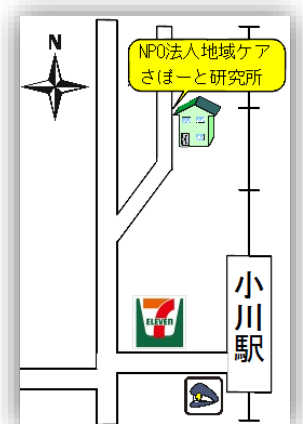
(受講料5000円テキスト代1000円)

→9月から(受講料6000円テキスト代2000円)

6 対象

- ①東京都近郊在住、在勤で通学可能な者。
- ②実地研修にご協力いただく利用者本人(本人が難しい場合は家族)の同意が得られていること。
- ③実地研修・評価にご協力いただく訪問看護師を派遣する訪問看護事業所の承諾を得られていること。

7 定員 各回 10名



8 基本研修カリキュラム

| | | 科目 | 時間数 |
|--------------------|-------------|--|------|
| 講義 | ①概論 | 重度障害児・者の地域生活等に関する講義 | 2 |
| | ②たんの吸引 (講義) | 喀痰吸引を必要とする重度障害児者 (人工呼吸器装着者を含む) の障害及び支援に関する講義 | 3 |
| | | 緊急時の対応及び危険防止に関する講義 | |
| | ④経管栄養 (講義) | 経管栄養を必要とする重度障害児者の障害及び支援に関する講義 | 3 |
| 緊急時の対応及び危険防止に関する講義 | | | |
| 演習 | ③たんの吸引 (演習) | 口腔、鼻腔、気管カニューレ内部の吸引 | 0. 5 |
| | ⑤経管栄養 (演習) | 胃瘻・腸瘻、経鼻経管栄養 | 0. 5 |
| | | | 9. 0 |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|------|---------------|-----------------|-------|----------------|----------------|-------|-------|-------|
| | | 9:30 | 9:45 | 10:00 | 12:00 | 12:45 | 15:45 | 16:15 | 16:30 | 17:00 |
| <1日目> | 受付 | 開場 | ガイダンス | ①概論 (休憩時間含む) | お昼休み | ②たんの吸引 (講義) | ③たんの吸引 (演習) | 評価 | たんの吸引 | 片付け |
| | | | 12:00 | 12:45 | 15:45 | 16:15 | 16:30 | 17:00 | | |
| <2日目> | 開場 | 受付 | ④経管栄養 (講義) | ⑤経管栄養 (演習) | 評価 | 経管栄養 | 片付け | | | |

9 実地研修

各利用者の居宅または受講者の勤務先で実地研修を行います。評価については、利用者の利用する訪問看護師または施設の看護師に指導看護師として御協力をいただく必要があります。事前に承諾を得るようお願いいたします。また、事情によっては本研究所の指導看護師を派遣することも可能ですので、ご相談ください。

10 修了証書の交付

「基本研修」による筆記試験 (各 15 分程度、択一式) に合格した後、「実地研修」において指導看護師により全評価項目で 2 回連続「ア: 手引きの手順通りに実施できている。」と評価された場合に、研修委員会において受講者の修了認定を行い、修了証明書を交付します。なお、事情によっては「基本研修」まで修了したことを証明する「研修修了課程確認書 (特定の者対象)」を交付いたします。

11 申込み方法

- 別紙受講申込書を E メールまたはファクシミリで申し込んでください。受付は先着順です。受講決定または定員超過のために受講不可の通知は必ず各自に送信いたします。
< 宛先 > E-mail : ccsupport@jcom.home.ne.jp ファクシミリ : 042-403-3229
- 締め切り 各開催日の 1 週間前
- 受講料の入金について 受講当日に会場にて受講料等を納入していただきます。

12 その他

- 認定特定行為従事者の認定と登録特定行為事業者の登録について
本研修を修了した介護職員等が、特定の者に対してたんの吸引等を実施するためには、都から「認定特定行為業務従事者」としての認定を受けるとともに、事業所等は「登録特定行為事業者」として登録をする必要があります。申請に関する手続きについては、東京都福祉保健局障害者施策推進部計画課の HP を御確認ください。
(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/jigyo/tankyuin/>)
- 事業所単位での研修会の企画について
年 5 回の開催日以外で、6 名以上の受講者がいる場合、事業所単位での研修会を別途企画することも可能です。研修場所は本会事務所でを行います。ご希望の場合は、実施候補日を決めていただいた上で、メール (ccsupport@jcom.home.ne.jp) で問い合わせをお願いします。
- 研修初日の受付において本人確認を行います。確認の方法は次のいずれかを提示していただきます。
 - 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 住民基本台帳カード ・ 年金手帳
 - 国家資格等を有する者については免許証又は登録証 ・ 在留カード等

NPO法人地域ケアさぼーと研究所 担当 下川宛

E-mail : ccsupport@jcom.home.ne.jp ファクシミリ : 042-403-3229

締め切り日 第1回 4月14日(土) 第2回 5月19日(土)
第3回 6月9日(土) 第4回 8月18日(土)
第5回 10月20日(土) 第6回 12月8日(土)

平成30年度特定非営利活動法人地域ケアさぼーと研究所
「重症児者のたんの吸引等医療的ケア支援者養成研修(特定の者)」受講申込書

| | | |
|--|---|---------------------|
| ①氏名 (ふりがな) | | |
| ②生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 月 日 |
| ③所属 | (1) 名称 (2) 電話番号 — — (3) ファクス — — | |
| ④自宅住所 (ご自分の住民票のある場所) | 〒 | |
| ⑤自宅または携帯電話 | | |
| ⑥メールアドレスまたは ファクシミリ番号 | | |
| ⑦参加希望の回(希望日に○) | 第1回 ・ 第2回 ・ 第3回 ・ 第4回 ・ 第5回 ・ 第6回 | |
| ⑧利用者の状況 (括弧に記入または○) | 対象者氏名(特定の者) | 実施行為種別(下記の番号①～⑥を記入) |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ⑨訪問看護師または施設の 看護師の協力(可・不可) →可の場合に看護師所属先 | 訪問看護師または施設の看護師の協力(可・不可) →可の場合に看護師所属先 () | |