

日本ALS協会埼玉県支部
介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の実施のための研修（特定の者）
実地研修の受講について

平成 24 年度から施行された改正社会福祉士及び介護福祉士法に基づき、たんの吸引・経管栄養を実施できる介護職員等を養成するための研修会を開催致します。

1. 日 程 実地研修に協力いただく利用者・指導者と調整した日

※ 受講決定通知を受け取った後に日程を調整して下さい。

※ 必要に応じて複数の日程を設定して下さい。

2. 開催場所 利用者の居宅等

3. 受講対象者

* 特定の者（特定の個人）に対してのみ、たんの吸引・経管栄養を行う介護職員等のうち、

（ア）基本研修を修了した者。

（イ）経過措置による認定特定行為業務従事者の認定証交付を受けた者。

* 以下の方は、当研修の受講対象となりません。

① 不特定の者（すべての方）に対して、たんの吸引・経管栄養の行為を行うことを希望する介護職員等。

② 医療機関、介護療養病床、重症心身障害者児施設で勤務する職員。

③ 特別養護老人ホーム、老人保健施設等高齢者施設で勤務する職員。

4. 受講料 3,000 円

* 受講料には、実地研修に関する謝礼・損害賠償保険料・その他経費は含まれておりません。

実地研修指導者への謝金等については、受講者の所属する事業所から指導者の所属する事業所等へご確認ください。

5. 申込方法と受講までの流れ

【受講申込の時点で依頼をしておく事項】

① 利用者の状況を理解している看護師等に、実地研修の指導を依頼してください。（様式 2）

指導者は医師、看護師、保健師、助産師に限ります。准看護師は含みません。

② たんの吸引・経管栄養の実地研修に協力いただく利用者（当研修を修了した介護職員等に

たんの吸引や経管栄養を依頼する予定の方）から実習の同意を得てください。（様式 3）

【申込方法】

- ③ 下記5点を事業所ごとに取りまとめてご郵送ください。

郵送先：〒336-0025 さいたま市南区文蔵 4-3-10 田中方 日本ALS協会埼玉県支部 宛

1. 受講申込書（様式1）	
2. 指導者派遣承諾書・誓約書（様式2）	事業所単位で記入。
3. 実地研修同意書・誓約書（様式3）	原本は利用者にわたし、写しの1通を本会へ提出、1通は受講者が保管。
4. 受講者本人確認書類の写し※	運転免許証、パスポート、健康保険証等、本人確認ができるものの写し
5. 認定特定行為業務従事者認定証の写し※	基本研修の受講免除が確認できる書類の写し

※ 4.受講者本人確認書類の写し 5.認定特定行為業務従事者認定証の写しについては、当会での受講履歴がある方は提出不要です。

【受講決定通知を受け取ったら準備、手続きを行う事項】

- ④ 受講が決定した方には、受講の手引きを送付します。確認の上、手続きを進めて下さい。
- ⑤ 利用者のかかりつけ医等から、書面による指示書の発行を受けてください。
指示書の発行は医療保険で行われますので、利用者に自己負担が発生する場合があります。
- ⑥ 損害賠償保険に加入してください。

6. 留意事項

- ① 本研修で実地研修を行った利用者に対して実地研修を行った内容のみ、修了証明書が発行されます。

【例】実地研修で、Aさんに口腔内のたんの吸引を行い修了し、認定証交付等の手続きを終えた場合
⇒ Aさんにのみ、口腔内のたんの吸引が可能。
Bさんに吸引を行うには、新たに実地研修の受講が必要。
Aさんに鼻腔内のたん吸引を行うには、新たに実地研修の受講が必要。

- ② 実際なたんの吸引等を行うためには、本研修修了後、認定特定行為業務従事者認定証の交付申請を行い、事業所としても登録をする必要があります。
- ③ 本研修の受講が決定していない介護職員等が、任意に看護師等からの実地研修の指導を受けても、研修を修了したとはみなされないので御注意ください。

7. 個人情報の取り扱い

申込書等に記載された個人情報については、適正な管理を行い、本研修の運営並びに認定特定行為業務従事者の認定及び登録特定行為事業者の登録以外の目的に利用することはありません。

8. 問い合わせについて

本研修に関するお問い合わせは、下記までお願い致します。

日本ALS協会埼玉県支部 担当：田中 TEL&FAX：048-839-4850