

# 医療的ケア教員講習会

## 開催要綱

### 1 目的

平成 23 年の介護保険法等の一部改正により、介護福祉士の業務に喀痰吸引等が追加されて以降、医療・介護の連携は地域包括ケアシステムの中で一層推進されてきています。

要介護者の医療ニーズは高まり、医療的ケアとしての対応が求められています。

このような社会の動きを受け、平成 30 年度介護報酬改定では、夜勤時間帯を通じて介護職員等で認定特定行為業務従事者を配置していることをより評価する事項が設けられています。

医療チームの一員として、介護福祉士等の介護職員が、利用者様の安全と健康維持・増進のために専門性を発揮しつつ、目的や情報が共有されることが求められています。そのため、医療的ケア教員の役割は大きく期待されているところです。

医療的ケアを教授する教員は、「医療的ケア教員講習会受講者修了者等」であって、かつ看護師等の資格を取得した後に 5 年以上の実務経験を有する者が就任し、介護福祉士等の実地指導及び研修の評価をすることになっています。

この度の講習会は、医療的ケアにおいて必要な知識と技能を教授することで質の高い医療的ケアの提供者を育てるとともに、医療チームの構築に資するために行うものです。

### 2 研修事業の名称 医療的ケア教員講習会

### 3 主催 広島県老人福祉施設連盟

### 4 研修実施機関 尾道福祉専門学校

### 5 研修実施場所 尾道福祉専門学校 〒722 - 0042 尾道市久保町 1760-1 (尾道ふくしむら) TEL 0848-37-2222 FAX 0848-20-7122

### 6 受講対象者

医師、保健師、助産師、または看護師の資格を取得後、5 年以上の実務経験を有する者であり、登録研修機関が実施する喀痰吸引等研修の講師、並びに実地研修の評価を行う指導者、又は介護福祉士実務者研修において「医療的ケア」の科目を担当する講師

### 7 研修課程及び受講定員等

#### (1) 研修課程

科目	目標	時間数
制度の概要	介護職員等による医療的ケアの実施に関する制度の概要について身に付ける。	1 時間
医療的ケアの基礎	感染予防、安全管理体制等について基礎的知識を身に付ける。	1 時間
喀痰吸引	喀痰吸引について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。	1 時間
経管栄養	経管栄養について基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法を身に付ける。	1 時間
演習	喀痰吸引及び経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。	3 時間
	合計	7 時間

(2) 受講定員 35名

(3) 受講料 14,000円(テキスト代、消費税込み)

(4) 研修日時

平成30年 8月 5日(日) 9:30~17:30

## 8 申込方法及び期間

(1) 申込みの方法

別紙「平成30年度医療的ケア教員講習会申込書」により、  
FAX(あるいはメール)でお申し込み下さい。

FAX:0848-20-7122

E-mail: onofuku@satukikai.com

(2) 申込みの期間

平成30年 7月 10日(火)~ 7月 27日(金) 17:00 必着

## 9 受講決定及び受講料の納入方法

(1) 受講決定

受講決定は、申込順となります。

受講決定はFAX(あるいはメール)でお知らせします。

(2) 受講料の納入方法

受講決定のFAX(あるいはメール)通知で、受講番号と受講料振込先をお知らせします。

受講決定の連絡後、8月2日までに口座振込をお願いします。

原則として納入済みの受講料の返金には応じることができませんのでご注意ください。

## 10 研修修了の認定と証明書の発行

本講習会の全科目を修了した方に厚生労働省が定める様式による

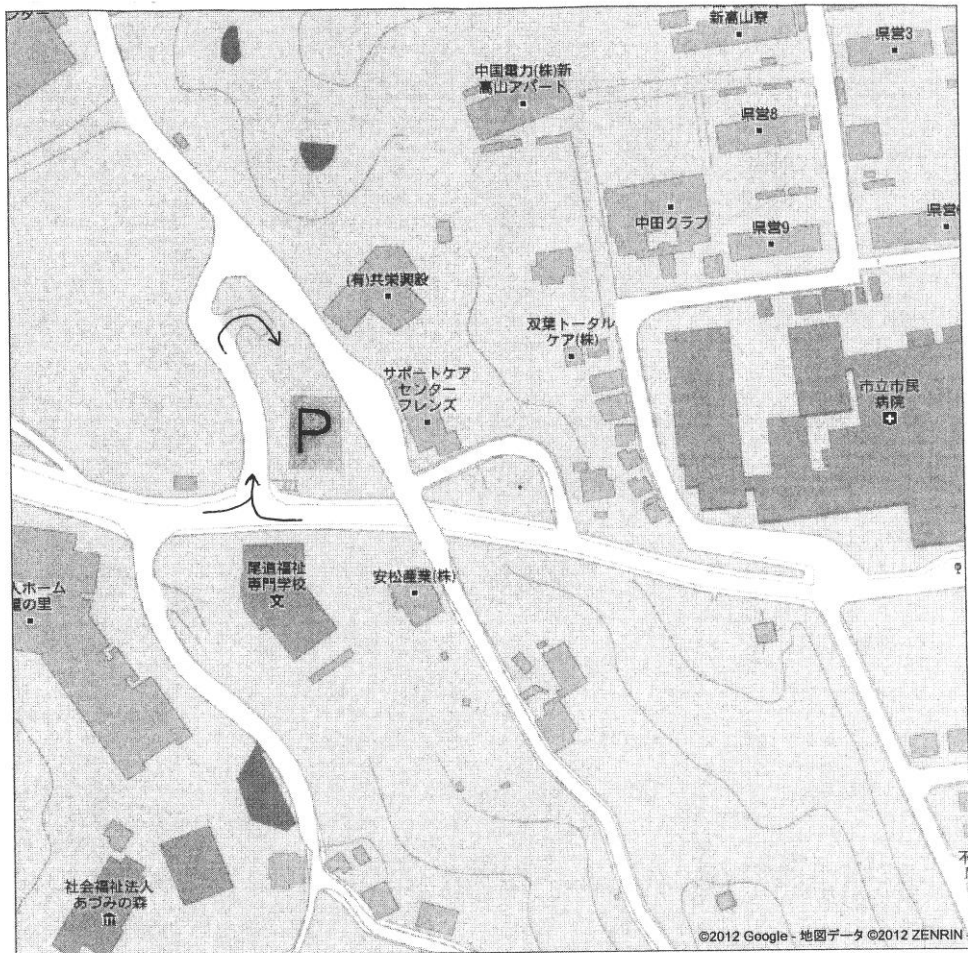
「医療的ケア教員講習会修了証」を交付する

11 問合せ先 尾道福祉専門学校事務局 電話:0848-37-2222

12 その他

演習があるため動きやすい服装で受講ください。筆記用具、室内靴、昼食をご準備ください。

# 駐車場地図



# 医療的ケア教員講習会の流れ

時間	内容
開始前オリエンテーション	出席押印、テキスト、アンケート配布
	本日の流れ、注意事項等説明
9:30~10:30 講義 1	制度の概要
10:30~11:30 講義 2	医療的ケアの基礎
11:40~12:40 講義 3	経管栄養
昼休憩	
13:30~14:30 講義 4	喀痰吸引
14:30~17:30 演習	グループごとの演習 演習 1: 経管栄養 演習 2: 喀痰吸引
修了	修了証の交付 アンケートの記入

講師 社会福祉法人 泰清会 サンライズマリン瀬戸  
施設長 久保田 あけみ 先生

# 医療的ケア教員講習会 受講申込書

ふりがな			男	生年月日・(西暦)	
受講者名			女	年 月 日 ( ) 歳	
連絡先 (受講生の現住所記入)	現住所	〒 —			
	電話		携帯		
勤務先	法人名 施設名				
	所在地	〒 —			
	TEL		FAX		
現在の勤務先 事業種別 該当に○	1. 高齢者施設等 ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③有料老人ホーム ④認知症高齢者グループホーム ⑤その他 ( ) 2. 障害児施設等 ①障害者支援施設 ②障害福祉サービス事業所 ③福祉型障害児入所施設 ④障害児通所支援 ( ) ⑤その他 ( )				
保有資格 □にレ点をつける	3. <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師  取得年月日       年       月       日 (実務経験年数       年       月)				

受講者様あるいは職場施設担当者様のパソコンメールアドレス

---

尾道福祉専門学校事務局

FAX : 0848-20-7122

E-mail : onofuku@satukikai.com