

平成29年度

医療的ケア教員講習会

介護職等に対する医療的ケアの教え方を学ぶ講習会

介護福祉士法の改正により、一定条件下で介護職員等による喀痰吸引等が可能となりました。医療的ケア(喀痰吸引等)を担当する介護職員等に指導する指導看護師になるために1日完結の講習です。

具体的には制度概要、感染予防・安全管理、喀痰吸引や経管栄養に関する基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法等、介護職員等に対して指導するポイントを学習します。

【このような方が受講しています】

- ・ 介護事業所で職員に対するたん吸引の研修を行う指導看護師となる方
- ・ 実務者研修講習(介護福祉士国家試験の受験に必須講習)の医療的ケアを担当する講師の方
- ・ 「喀痰吸引等研修」における講義・演習を担当する講師の方
- ・ さらなる資格を取りスキルアップをしていきたい方



科目	内容	時間
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の知識を身につける。	1H
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つける。	1H
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・評価方法を身につける。	1H
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・評価方法を身につける。	1H
演習	喀痰吸引及び経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身につける。	3H
修了評価	時間数全てを受講し、修了評価を受ける必要があります。筆記試験としてレポートの提出、受講態度、教員としての姿勢などを総合的に評価します。	

日 時

平成29年5月23日(火) 9時~18時

対象者

医師、保健師、助産師又は看護師の資格を取得した後、5年以上の経験を有する者(准看護師の方は対象となりません)

※ 資格証(写)の提出が必要となります

場 所

札幌市中央区南1条西6丁目4-19 旭川信金ビル8階 講習会場(東急ハンズ西)

定 員

20名 (募集人数に達した場合は、締切日前であっても募集を締切ることがあります)

締め切り

平成29年5月9日(火)

講習料等

17,000円(消費税込) ※テキスト代 2,160円・指導者用テキスト代 864円含む

お申込について

裏面「申込方法」をご確認のうえ、手順に従ってお申し込み下さい。

公益財団法人 介護労働安定センター北海道支部

〒060-0061 札幌市中央区南1条西6丁目4-19旭川信金ビル5階

TEL: 011-219-3157 FAX: 011-219-3158

* 個人情報について 当センターの「個人情報管理規定」に従い、適正かつ厳正に取り扱います。



F A X
011-219-3158

申込方法

手順1 受講申込書をFAXする。 下記の受講申込書に必要事項をご記入のうえ、FAX送信してください。
FAX：011-219-3158

手順2 電話をする。 受講申込書をFAX後に、介護労働安定センター北海道支部にご連絡下さい。
TEL：011-219-315（平日 9:00~17:30） 担当：高木・越田・前田

手順3 受講料の振り込み。（必ず電話連絡後にお振り込みをお願いします）

受講料振込期間 年度がわりとなりますので振込期間にご注意下さい

4月1日（土）～5月9日（火）3時まで（時間厳守）



【振込金額】17,000円（税込）（受講料：13,976円・テキスト代：3,024円）

【銀行名】北洋銀行 本店営業部 【口座番号】普通預金 2111831

【口座名義】公益財団法人介護労働安定センター北海道支部

留意事項

- * 振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- * 振込の控え（銀行の振込票等）をもって領収書に代えさせていただきます。
- * 『受講申込書』による申込があっても、1週間以内に受講料のお振込みがない場合には、キャンセル扱いとなります。講習をキャンセルする場合には、必ず事前にご連絡ください。
- * 尚、入金が無い場合には、電話連絡させていただきます。
- * お振込いただいた受講料は、締め切り日以降（※該当日が土・日・祝日の場合はその前日）原則として返金いたしませんので予めご了承ください。
- * 現金での受講料の支払いは受付いたしません。

手順4 「受講申込」の完了です。

- お振り込みいただいた時点で、受講申込が完了となります。
- ご入金の確認後、1週間程度のうちに当センターから、原則FAXにて『入金確認書』をFAX送信いたします。
- 受講開始14日前頃に受講決定通知書を送付させていただきます。
- ※ 本講習が12名に満たない場合等、当センターの都合で講習を中止する場合には、電話等でご本人に連絡のうえ、お振込み金額を返金いたします。
- ※ ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

平成29年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

支部名	北海道 支部	※受講番号		受付番号	受付印
ふりがな 氏名					
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女		
保有資格	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師	実務経験	年 月		
文書送付先	(いずれかに○) 自宅 ・ 勤務先	電話連絡先	(いずれかに○) 携帯電話 ・ 自宅電話 ・ 勤務先電話		
自宅住所 電話・FAX (厚生局に届出します ので必ずご記入 ください。)	〒 自宅TEL () FAX ()	携帯	()		
勤務先名					
勤務先住所 電話・FAX	〒 TEL ()	FAX	()		