

# 医療的ケア教員講習会

介護福祉士法の改正により、一定条件下での介護職員等による喀痰吸引等が可能となりました。これに伴い、平成 27 年度以降の介護福祉士受験要件である実務者研修にも、医療的ケア(喀痰吸引等研修)の教育が組み込まれました。

これにより、医療的ケアを教授する指導看護師にも看護師資格取得後、実務経験が 5 年以上あることに加え、医療的ケア教員講習会を修了することが必須となりました。

看護師資格をお持ちで、資格取得後看護師としての実務経験が 5 年以上ある方の場合、医療的ケア教員講習会を修了されると、介護事業所で職員に対するたん吸引等の研修を行う指導看護師となることができます。

看護師としての実務経験を 5 年以上お持ちの方や現在介護事業所にお勤めの看護師で、指導看護師をめざす看護師の方は、医療的ケア教員講習会を修了することをおすすめします。

開催日程：

2019 年度 第 31 回	開講日	2019 年 4 月 16 日(火)
2019 年度 第 32 回	開講日	2019 年 6 月 18 日(火)
2019 年度 第 33 回	開講日	2019 年 8 月 20 日(火)
2019 年度 第 34 回	開講日	2019 年 10 月 15 日(火)
2019 年度 第 35 回	開講日	2019 年 12 月 10 日(火)
2019 年度 第 36 回	開講日	2020 年 2 月 18 日(火)

※1 日間の受講で全講義修了となります。上記日程から都合の良い日をお選び下さい。

但し所属施設で実地研修を希望される方は、実地研修前の日程をお選び下さい。

会場：大分市金池町 2 丁目 14 番 23 号 谷口ビル  
ヒューマンケアスクール大分

対象者：受講要件(下記の項目のいずれか)を満たす方

医師、保健師、助産師又は看護師の資格を取得した後、5年以上の実務経験を有する者であり、本講習会修了後に介護福祉士養成施設等において、両規則別表第4の領域「医療的ケア」を教授する者又は教授する予定の者。

受講料：10,000円(税込み、資料代、テキスト代込み)

申し込み方法：申込書に必要事項を記載の上、郵送または FAX にてお申し込みください。

受講決定・受講料の納入方法 : 受講申込書の先着順で受講受付を行います。  
受講決定者へ「受講決定通知書」を送付します。記載して  
いる振込先に受講料を納入してください。  
※ なお、原則入金後の返金はいたしません。

振込先 銀行名:<sup>ホウワギンコウ</sup>豊和銀行  
支店名:<sup>ツルサキミナミシテン</sup>鶴崎南支店  
口座番号:(普)1172773  
口座名義:<sup>コウエキザイダンホウジン</sup>公益財団法人 <sup>ジンザイクセイシンコウザイダン</sup>人材育成振興財団  
代表理事 <sup>ダイヒョウリジ</sup>高橋 <sup>タカハシ</sup> <sup>ヤスユキ</sup> 泰行

評価について : 講習会の受講者は科目毎に定められた時間数すべてを  
受講し、修了のための評価を受けなければなりません。

評価は、筆記試験、レポート・課題の提出、演習時の応答等によるもの  
のほか、受講態度、演習課題に取り組む姿勢など講師による評価並びに受  
講者自身による自己評価を併せ、総合的に行います。

証明書について : 講習会の所定の課程を修了した者には「医療的ケア教員講習会修了証」  
が発行されます。

その他 : 受験希望者の個人情報講習会以外の目的で使用することはありません。  
本研修が定めるカリキュラムを全て修了しなければ、修了証を発行することはでき  
ません。遅刻・早退等があった場合も同様です。

問い合わせ先 : ヒューマンケアスクール大分  
担当 : 森本 ・ 荒木  
〒870-0026  
大分市金池町2丁目14番23号 谷口ビル  
TEL097-529-7277 FAX097-529-7276

医療的ケア教員講習会

申込用紙 記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	年 月 日	
氏名		・	(年齢)		
		女		満 才	
住所	〒 ー				
電話番号	自宅( )		携帯( )		
職務との関係	1. 職場から派遣・参加 2. 個人参加 3. その他( )				
勤務先所在地	〒				
勤務先の名称等	名称:				
	役職名:				
	電話:( )		FAX:( )		
受講希望日に○をつけてください	2019年 4月16日(火)		2019年 10月15日(火)		
	2019年 6月18日(火)		2019年 12月10日(火)		
	2019年 8月20日(火)		2020年 2月18日(火)		
講師 資格 要件	資格名称		登録番号	取得年月日(西暦)	
	勤務先名		業務内容	勤務期間	
				～	
				～	
				～	
講師 経 験	研 修 名			経 験 年 数	年 月
					年 月
					年 月
					年 月
	その他・備考				