

平成26年度 医療的ケア教員講習会 受講案内

1. 目 的

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号。以下、「介護保険法等一部改正法」という。）」が平成23年6月22日に公布され、介護福祉士の業務内容に喀痰吸引等が追加されました。

この法律改正及び平成26年6月の施行時期延期の法律改正により、平成28年度以降の介護福祉士国家試験から医療的ケアの内容が追加されることとなり、各介護福祉士養成施設等においては、各養成課程の入学者の卒業時期が平成28年度以降となる場合には、当該生徒に対して医療的ケアの教育を行う必要があることとなりました。

教員要件等についても「社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則」（昭和62年厚生省令第50号）及び「社会福祉士介護福祉士学校指定規則」（平成20年文部科学省、厚生労働省令第2号）（以下、これらの規則を「両規則」という。）の改正が行われ、両規則において、介護福祉士養成施設等において医療的ケアを教授する教員は、「当該教育内容を教授する教員として必要な知識及び技能を修得させるために行う講習会であって、あらかじめ厚生労働大臣に届け出られたものを修了した者その他その者と同等以上の知識及び技能を有すると認められる者（以下「医療的ケア教員講習会修了者等」という。）であって、かつ、医師、保健師、助産師又は看護師の資格を取得した後五年以上の実務経験を有する者を置くこと。」と規定されました。

本事業は、両規則に対応するため医療的ケア教員講習会を開催し、介護福祉士養成施設における教員の資質の向上を図り、もって質の高い介護福祉士を養成することを目的とするものです。

※ なお、厚生労働省の福祉人材確保対策検討会で介護福祉士資格取得方法見直しに向けた取組として、養成施設ルートでの平成28年度からの国家試験義務付けを延期する方向性が示され、その施行時期については、法令改正で対応するとされております。

2. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-6-14 三久ビル7階
TEL : 03 - 5512 - 4745 FAX : 03 - 5512 - 4746

3. 開催日程及び会場

開催日時 平成27年2月14日（土）・15日（日）
会 場 東京福祉専門学校 第1校舎
〒134-0087
東京都江戸川区清新町2-7-20

4. 受講対象者

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。

5. 講習内容及び受講定員

(1) 講習内容

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の知識を身に付ける。	1
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
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
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
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
合計		7

※ 開講日程については別紙「医療的ケア教員講習会プログラム」をご確認下さい。

(2) 受講料 18,000円

(3) 受講定員 60人

6. 申込み方法及び期間

(1) 申込み方法

別紙様式「平成26年度医療的ケア教員講習会受講申込書」に必要事項をご記入いただき、協会事務局まで郵便でお申込み下さい。

※ 「平成26年度医療的ケア教員講習会受講申込書」(記入例)を参考にご記入下さい。

〔申込先〕 公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会 事務局
〒100-0013
東京都千代田区霞が関3-6-14 三久ビル7階

(2) 申込み期間

平成26年11月28日(金)～12月26日(金)

7. 受講決定及び受講料の納入方法

- ① 受講申込書の協会事務局への先着順で受講決定を行います。
- ② 申込み期間内であっても定員に達し次第受付は終了します。
- ③ 受講が決定した方には、平成27年1月16日（金）を目途に協会から「受講決定通知書」を郵送します。

受講料の納入については、受講決定通知書に記載の口座へ納入して下さい。

なお、受講料には講習会受講時の旅費・宿泊費・食費等は含まれません。

また、受講決定通知後は原則として、納入済み受講料の返金等に応じることができませんのでご留意下さい。

8. 科目毎の評価と証明書の発行

(1) 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。

(2) 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。

平成26年度医療的ケア教員講習会プログラム
〔平成27年2月14日（土）・15日（日）〕

（1日目） 12：00～17：00

時間	講習内容等	時間数
11:00～	開場、受講者受付	—
12:00～	開催のご挨拶・オリエンテーション	—
12:15～	講義1. 制度の概要(講義 60分) ○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付ける。 (講師)調整中	1
13:15～	休憩(10分)	—
13:25～	講義2. 医療的ケアの基礎(講義 60分) ○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。 (講師)調整中	1
14:25～	休憩(10分)	—
14:35～	講義3. 喀痰吸引(講義 60分) ○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。 (講師)調整中	1
15:35～	休憩(10分)	—
15:45～	講義4. 経管栄養(講義 60分) ○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。 (講師)調整中	1
16:45～	事務連絡	—
合 計		4

（2日目） 9：30～13：30

時間	講習内容等	時間数
09:00～	開場(受講者は各教室へ)	—
09:30～	連絡事項等	—
09:40～	グループA 演習1(喀痰吸引)(演習 90分) ○喀痰吸引の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。 (講師)調整中	1.5
	グループB 演習2(経管栄養)(演習 90分) ○経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。 (講師)調整中	
11:10～	休憩+教室移動(20分)	—
11:30～	演習2(経管栄養)(演習 90分) ○経管栄養の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。 (講師)調整中	1.5
	演習1(喀痰吸引)(演習 90分) ○喀痰吸引の演習に係る指導・評価方法を身に付ける。 (講師)調整中	
13:00～	休憩+教室移動(10分)	—
13:10～	閉会のご挨拶・事務連絡	—
合 計		3

(別紙様式1)

平成26年度医療的ケア教員講習会受講申込書

記入日 平成 年 月 日

1. 申込者

フリガナ 氏 名	印	性別	生年月日 (年齢)	昭和	年	月	日
		男・女		平成			
自宅住所	〒 —						
連絡先	〔自宅等〕						
	TEL	—	—	FAX	—	—	
連絡先	〔勤務先〕						
	TEL	—	—	FAX	—	—	
現職名	常勤 非常勤 (いずれかに○印を付けて下さい)						
保有資格	現職の要件に 関係する資格		取得年月日	昭和	年	月	日
	その他 資格						
会員番号							
養成施設名							
学科名							
養成施設 所在地	〒 —						
開始年度	平成 年度入学生から (医療的ケア教育を開始する年度を ご記入下さい。)						

※ 受講希望者の個人情報は、医療的ケア教員講習会以外の目的で使用することはありません。

平成26年度医療的ケア教員講習会を受講したく、上記の者について申し込みます。

公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会

会長 小林 光俊 殿

養成施設名

代表者名

印

平成26年度医療的ケア教員講習会受講申込書

記入日 平成 26年12月 15日

①受講申込日をご記入ください。

1. 申込者

フリガナ 氏名	介養協 太郎 印	性別	生年月日 (年齢)	昭和 40年 1 月 1 日
		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		平成 満 49 才

②修了証に記載されますので、氏名(フリガナ)・年齢をご記入ください。

自宅住所	〒 100 - 0013 東京都千代田区霞が関3-6-14
------	----------------------------------

③修了証に記載されますので、ご自宅の郵便番号・住所をご記入ください。

連絡先	[自宅等] TEL 03 - 5512 - 4745 FAX 03 - 5512 - 4746
	[勤務先] TEL 03 - 5512 - 4745 FAX 03 - 5512 - 4746

④緊急時の連絡先となりますので、連絡先をご記入ください。

現職名	専任教員	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤	(いずれかに○印を付けて下さい)
-----	------	--	------------------

保有資格	現職の要件に 関係する資格	看護師	取得年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 61年 4 月 1 日 <input type="radio"/> 平成
	その他 資格			

会員番号	****
------	------

養成施設名	日本介護福祉士養成施設協会専門学校
-------	-------------------

学科名	介護福祉学科
-----	--------

養成施設所在地	〒 100 - 0013 東京都千代田区霞が関3-6-14
---------	----------------------------------

開始年度	平成 27 年度入学生から	(医療的ケア教育を開始する年度をご記入下さい。)
------	---------------	--------------------------

⑤養成課程において医療的ケア教育を開始する予定の年度を必ずご記入ください。

※ 受講希望者の個人情報は、医療的ケア教員講習会以外の目的で使用することはありません。

平成26年度医療的ケア教員講習会を受講したく、上記の者について申し込みます。

公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会

会長 小林 光俊 殿

養成施設名 日本介護福祉士養成施設協会大学

代表者名 **** 印

⑥養成課程代表者様からの申し込みとさせていただきます。
養成施設名・代表者名(理事長・学校長)・押印をお願いいたします。