

2019年度
第2回

医療的ケア 教員講習会

2019
10/19(土)

9:30 ~ 17:30
(受付 9:00~)
講習時間 7 時間

● 医療的ケア教員講習会とは

「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）」が平成23年6月22日に交付され、介護福祉士の業務内容に喀痰吸引等が追加されました。この法律改正により、介護福祉士国家試験で医療的ケアの内容が追加となりました。医療的ケア教員講習会を受講すると、介護福祉士養成施設等において介護福祉士に医療的ケアを教授することができる資格を取得できます。

● この講習会はこんな方にもおすすめです

- ・介護施設、在宅等における介護職員等に対する喀痰吸引等の指導看護師・予定の方
- ・介護福祉士の養成校・実務者研修等で「医療的ケア」を教授予定の方
- ・介護福祉士に対する就業前の実地研修の指導看護師予定の方
- ・指導看護師養成講座は2日間あり受講が難しい方（1日で取得できます）

参加費

15,000 円 (消費税込・テキスト代別途)

講習では、下記のテキストを使用します。
購入を希望される場合は、受講申込みの際にあわせてお申込みください。

- ①(中央法規刊「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」税込2,160円)
(2015/9/15発行改訂版)
- ②(中央法規刊「改訂 指導者用指導上の留意点とQ&A」税込864円(2016/1/5発行改訂版))

定員

20 名
(先着順受付・定員に達し次第締め切ります)

受講資格

医師、保健師、助産師又は看護師で
5年以上の実務経験を有する方

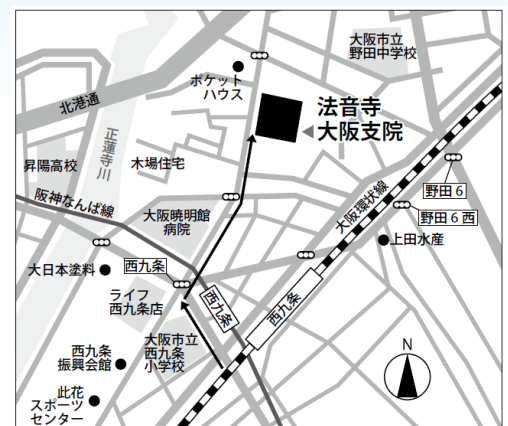
会場

日本福祉大学
大阪サテライト

(法音寺大阪支院内)

〒554-0012 大阪市此花区西九条3-4-41

TEL 06-6468-2400



JR大阪環状線、阪神なんば線
西九条駅から徒歩8分

駐車場有(無料)

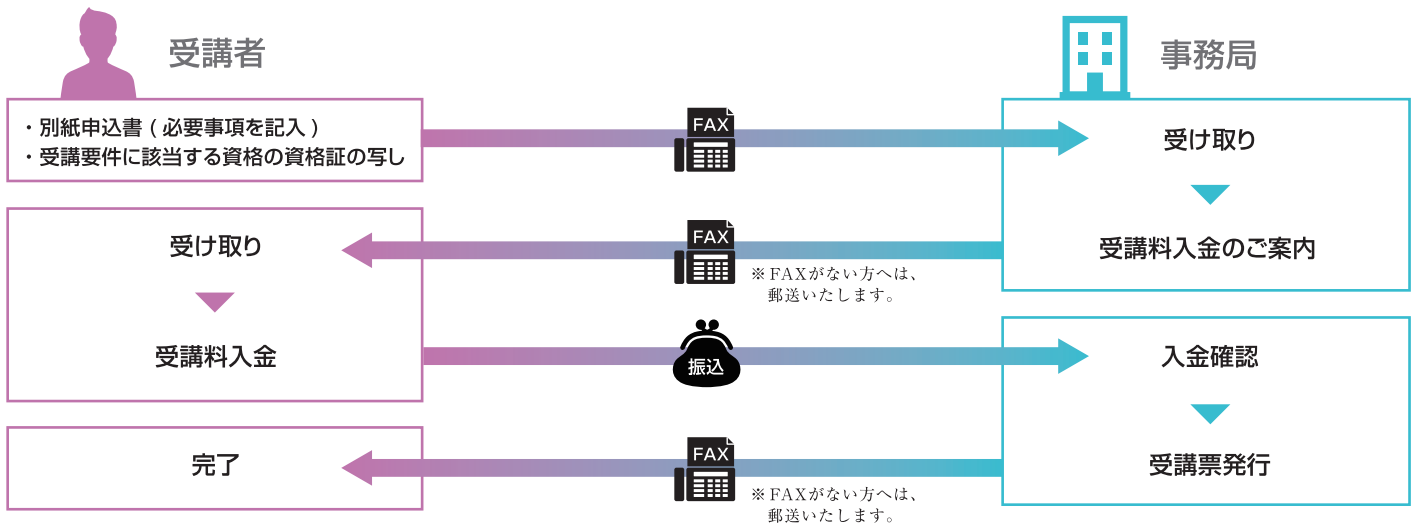
・お車でお越し予定の方は申し込み時に
必ずお申し出ください

2019年度第2回医療的ケア教員講習会

●講習内容

時間	講座内容		
9:30～	講義 60分	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概要についての知識を身に付ける
10:30～	講義 60分	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知識を身に付ける
11:30～	講義 60分	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
12:30～	休憩		
13:30～	講義 60分	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
14:30～	演習 90分	演習：喀痰吸引	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
16:00～	演習 90分	演習：経管栄養	

●お申込みの流れ



- 申込期間：5/20(火)～10/11(金) 必着
- ご入金・受講票送付後のキャンセルには応じられませんので予めご了承ください。

事務局・お申込み・お問合せ先

日本福祉大学 大阪サテライト

〒554-0012 大阪市此花区西九条3-4-41

TEL:06-6468-2400 / FAX:06-6468-2401

(Open 火～土10:00～18:00 / Close 日・月・祝日)

日本福祉大学 大阪サテライト 主催
医療的ケア教員講習会 **参加申込書** **FAX: 06-6468-2401**

氏名	ふりがな -----	性別	男性 ・ 女性
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
自宅連絡先	〒 -		
	TEL () -	FAX () -	
	E-mail		
勤務先名称			
勤務先連絡先	〒 -		
	TEL () -	FAX () -	
日中の連絡先			
テキスト	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。※①2015/9/15発行改訂版、②2016/1/5発行改訂版を使用します。 ①(中央法規刊「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」税込2,160円) ②(中央法規刊「改訂 指導者用指導上の留意点とQ&A」税込864円 <input type="checkbox"/> 事前に自身で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る		
基礎資格	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。※資格証の写しを必ずご提出ください。		
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師		
	上記資格の取得年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
資格取得後の実務経験	年 月		
受講票送付先	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	▼「その他」をご希望の場合は、住所等をご記入ください。※FAXがある方は、FAX番号を必ずご記入ください。		
	〒 -		
	TEL () -	FAX () -	

ご記入の個人情報は厳重に管理し、本講座の運営、連絡、受講状況の管理に使用させていただきます。