

喀痰吸引等研修（実地研修コース）のご案内

介護福祉士実務者研修修了し実地研修を行っていない方を対象に、喀痰吸引等研修の実地研修のみのコースを開講いたします。

施設や病院等で喀痰吸引や経管栄養を行うためには、実務者研修修了後、実地研修を行う必要があります。

受講を希望される方は、本案内をご確認のうえお申込みください。

1. 研修の流れ

受講申込書に必要事項を記入して申込み（実務者研修修了証を添付）



手順確認日、実地研修日の日程調整



手順確認の実施（シミュレーターを使用した演習など）



実地研修の実施（病院での喀痰吸引、経管栄養）



研修修了、修了証明書の発行

2. 受講申込み

申込書に必要事項を記入し、FAX または郵送にてお申込みください。

申込書には、実務者研修修了証明書の写（無い場合は、研修を受講した機関が発行した実務者研修を修了したことを証明する書類。様式は別紙参照）を添付してください。

【FAX】0467-84-5966

【郵送】〒253-0061

茅ヶ崎市南湖 1-6-11 ふれあい医療福祉研修センター 喀痰吸引等研修担当

3. 受講決定

希望日をもとに手順確認日及び実地研修日の日程調整を行い、受講決定通知を送付いたします。希望日で調整できない場合は、他の日となることがありますのでご了承ください。

4. 手順確認の実施

実地研修を安全に行うため、シミュレーターを使用して各行為の手順確認を行います。技術を習得していることが確認できた場合に、実地研修に進むことができます。

手順確認は午前中（午前9時～正午）を予定していますが、技術習得度により午後に延びる場合があります。※土日、祝日は不可です。

【実施場所】茅ヶ崎市南湖 1-6-11 茅ヶ崎リハビリテーション専門学校 別館 3階

※JR 茅ヶ崎駅北口から徒歩約 18 分

5. 実地研修

指定の病院に行き、実地研修を行います。各行為を規定回数以上実施し、①最終3回の全てが成功、②累積成功率が70%以上の両方を満たした場合に修了となります。満たしていな

い場合は、修了基準に達するまで当該行為を追加で実施します。

実地研修は1日（概ね8時30分～17時）を予定していますが、技術習得度や患者様の状態により1日で終わらない場合は、追加研修（別日に設定）を実施いたします。

なお、第2号研修の場合は、該当する行為のみとなります。※土日、祝日は不可です。

【実施する行為】	口腔内吸引	10回以上
	鼻腔内吸引	20回以上
	気管カニューレ内部吸引	20回以上
	胃ろう腸ろうによる経管栄養	20回以上
	経鼻経管栄養	20回以上

6. 実地研修病院

下記指定病院の中からお選びいただけます。申込書の希望先欄に✓してください。

病 院 名	住 所	行 き 方
茅ヶ崎新北陵病院	茅ヶ崎市行谷 583-1	JR 茅ヶ崎駅北口から文教大学行きバス終点より徒歩徒歩3分
ふれあい平塚ホスピタル	平塚市袖ヶ浜 1-12	JR 平塚駅南口から徒歩約15分
ふれあい東戸塚ホスピタル	横浜市戸塚区上品濃 16-8	JR 東戸塚駅西口から徒歩約15分
ふれあい鶴見ホスピタル	横浜市鶴見区東寺尾 4-4-22	JR 新子安駅から徒歩約15分 京急生麦駅から徒歩約10分
康心会伊豆東部病院	静岡県賀茂郡東伊豆町 稲取 17-2	伊豆急行伊豆稲取駅から1.5km 無料巡回バスあり

7. 修了証明書の交付

実地研修終了後、評価票等を確認し修了判定を行います。修了証明書の交付には1ヶ月程度かかりますのでご了承ください。

8. 受講料の支払い

研修初日（手順確認日）に、受講料 50,000 円をご持参ください。第2号研修を選択した場合でも同額となります。

一度支払われた受講料は、いかなる理由でも返金いたしませんのでご了承ください。

研修実施場所への交通費等は、受講生の負担となります。

9. 保険加入

実地研修時の事故等に備え、賠償責任保険に加入していますが、それ以外の事故等における責任は負いませんのでご了承ください。

10. 連絡先、問合せ先

学校法人湘南ふれあい学園ふれあい医療福祉研修センター

【住 所】茅ヶ崎市南湖 1-6-11 茅ヶ崎リハビリテーション専門学校内

【電話番号】0467-84-0576

【参考様式】

実務者研修修了証明書の写が無い場合は、
こちらの様式を参考に研修受講機関に発行を
依頼してください。

介護福祉士実務者研修修了証明書

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、当機関が都道府県知事の指定を受けて行った社会福祉士及び介護福祉
士法(昭和62年法律第30号)に基づく下記実務者研修を修了したことを証明します。

養成施設名 _____

養成施設所在地 _____

研修実施期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

研修修了日 平成 年 月 日 _____

平成 年 月 日

養成施設設置者 所在地 _____

名 称 _____

代表者名 _____ 印