

豊生会 介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修
基本研修 第1・2号 (不特定多数の者対象)

【 受 講 申 込 書 】

豊生会 介護教育室 御中

豊生会 介護教育室で実施される「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。尚、研修に関する受講要件適合を確認いたしました。

項 目	記入欄	
受講研修 希望するものを 選択して□にレを 付けてください	① 開催回	<input type="checkbox"/> 第一回 <input type="checkbox"/> 第二回
	② 各種行為	<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修 ↳ 希望行為を 選択してください <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> 喀痰吸引：口腔内・鼻腔内・気管カニューレ 経管栄養：胃ろう又は腸ろう・経鼻経管 半固形栄養剤 </td> </tr> </table>
喀痰吸引：口腔内・鼻腔内・気管カニューレ 経管栄養：胃ろう又は腸ろう・経鼻経管 半固形栄養剤		
ふりがな		
氏 名	(男 ・ 女)	
生 年 月 日	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
自 宅 住 所	〒 (-)	
連 絡 先	TEL ① - - ② - - 注：筆記試験の可否など、研修に関連した緊急連絡等に使用します。 必ず個人に連絡が取れる番号を記載してください。	
勤 務 先 名		
勤 務 先 住 所	〒 (-)	
勤 務 先 電/FAX	TEL : - - (内線) FAX : - -	
有 資 格	介護福祉士・介護職員初任者研修修了・その他 ()	
受講決定通知等 郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※チェックが無い場合は勤務先とします。	
管理者確認欄 ※推薦確認	当該受講者について「受講資格①～④」を確認のうえ、推薦いたします。 ※下記に自筆で署名の上、押印願います。 職名： 氏名： ㊦	
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 駐車場の利用を希望します <input type="checkbox"/> 駐車場は利用しません ※やむを得ない場合のみ、利用許可となります。	

※内容確認のため、勤務先に連絡する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

- 【添付書類】 1) 様式②受講者調書 2) 様式③実地研修先確認書 3) 様式④実地研修機関承諾書
4) 資格証の写し

豊生会 介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修
 基本研修 第1・2号研修 (不特定多数の者対象)

【受講申込者調書】

年 月 日現在

氏名 (ふりがな)			性別	男・女 (○で囲んでください)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) (○で囲んでください)			
勤務先での 就労業務	介護員・相談員・ケアマネ・管理業務・その他 () ※該当職を全て選択			
取得資格 ※取得の全て	①	②	③	④
※以下について、可能な範囲でお答えください。○又は☑にて選択してください。				
1. 勤務先は介護職員による吸引等を行っていますか？			はい・実施予定・未定	
2. 介護職員によるたんの吸引等の制度は知っていますか？			はい・少し・いいえ	
3. 認定後はたんの吸引等実施の予定はいつ頃ですか？			近々・数か月後・未定	
4. 施設・事業所内の認定者は全介護職員の何%いますか？			50%↑・30%↑・30%↓	
5. 今回、研修を受講する理由を選択☑ (複数選択可) 又は自由に記載してください。				
☐上司の勧め		☐職場で介護職員が行っている		
☐今後必要度になると思うから		☐対象者が施設にいる		
☐事業所(法人)方針だから		☐介護職として成長できる		
☐高齢・障害者及び家族に安心を提供できる		☐高齢・障害者の個別性ある生活の実現の為		
☐介護職の処遇が改善する		☐介護職の地位向上に繋がる		
その他：				

※ この調書の個人情報、本研修事業の実施のために必要な範囲内で使用し、他の目的には一切使用しません。

※ 提出された調書については、返却いたしませんので予めご了承ください。

豊生会 介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修

第1・2号研修（不特定多数の者対象）

【 実 地 研 修 先 確 認 書 】

※このシートは、必ず実地研修施設で記載して頂きますようお願いいたします。

＜実施研修協力施設様へのお願い＞

たんの吸引等研修に関する実地研修施設は、国の研修事業実施要項に定める要件をすべて満たすことが必要とされています。このシートはその確認をお願いするものです。下記要件を満たしていることを確認し、チェック欄へ「レ」のご記入と記名押印へのご理解ご協力をお願い致します。

確認欄	確 認 内 容
<input type="checkbox"/>	1.利用者又は患者等の協力者（本人に同意する能力がない場合にはその家族）が、たんの吸引等の実地研修について理解した上で、当該行為の実習への同意書の記録が得られる
<input type="checkbox"/>	2. 実地研修において、「実地研修指導看護師講習」を受講修了又は、実地研修開始までに受講修了が確定している指導看護師を介護職員数に対し必要人数が確保できる
<input type="checkbox"/>	3. 有料老人ホーム、グループホーム、障がい者(児)施設等においては、常勤看護師が配置されている、又は医療連携加算をとっている
<input type="checkbox"/>	4.たんの吸引及び経管栄養の協力者（対象者）が、適当数入院、入所等のサービスを利用しており、所定の実地研修の実施体制がとれる
<input type="checkbox"/>	5. たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている
<input type="checkbox"/>	6. 医師からの指示書が作成されている
<input type="checkbox"/>	7. 配置医又は実施施設と連携している医師、主治医、看護師と介護職員等参加のもとで、吸引等に係る計画書が作成され共有することができる
<input type="checkbox"/>	8. 利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制の整備がなされている
<input type="checkbox"/>	9.実施施設長の統括下で安全確認のための体制整備を行う安全委員会が設置されている
<input type="checkbox"/>	10.ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で実施体制の評価、検証を行える実施体制がある
<input type="checkbox"/>	11.緊急時対応の手順があらかじめ定められ、緊急時に配置医または実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されている
<input type="checkbox"/>	12.施設内感染の予防等安全・衛生面の管理に十分留意している
<input type="checkbox"/>	13. 指導助言の記録および実施の記録が作成され、適切に管理・保管されている
<input type="checkbox"/>	14. 研修実施時は、習得程度の審査を一定期間に実施し、評価表等必要書類を提出できる

上記内容に相違ないことを証明します。

年 月 日 記入

施設名： _____

施設住所： _____

施設長： _____ ㊟

様式④

平成 30 年度 豊生会 介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修
第 1・2 号研修（不特定多数の者対象）

【 実地研修 実施機関承諾書】

平成 年 月 日

医療法人社団 豊生会

星野 豊 殿

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名 ㊦

下記は、「豊生会 介護教育室」が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設種別及び施設名	
設置年月日	
代表者名	
法人名	
電話番号	
研修実施担当責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	

※ 実地研修を実施できる医療機関は、「介護療養病床」及び「重症心身障害児(者)施設」に限ります。

介護職員等のたん吸引等研修 (不特定多数の者を対象とする研修 [第1号及び第2号研修])

【基本研修(全課程・一部)免除申請及び実地研修受講申込書】

豊生会 介護教育室 様

(受講を申し込む施設・事業所)

年 月 日

住 所	〒		
施設・事業所の名称			
施設・事業所の長 (職・氏名)	印		
担当者	職・氏名		
	連絡先	TEL	FAX

次の職員について、標題の介護職員等のたん吸引等研修基本研修(全課程・一部)の免除を申請し、実地研修の受講を申し込みます。

記

1. 研修受講申込者

項 目	記入欄	
受講研修	開催回	<input type="checkbox"/> 第一回 <input type="checkbox"/> 第二回 <input type="checkbox"/> 第三回
該当するものを選択して□にレを付けてください	取得希望各種行為	A 実地研修のみ 認定取得の希望行為を選択してください ・喀痰吸引： <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ ・経管栄養： <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 半固形栄養剤
ふりがな		
氏 名	(男 ・ 女)	
生 年 月 日	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
自 宅 住 所	〒 (-)	
連 絡 先	①	②
	注：筆記試験の可否等緊急連絡等に使用します。直接個人に連絡が取れる番号を記載してください。	
受講決定通知等郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※チェックが無い場合は勤務先とします。	
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 駐車場の利用を希望します <input type="checkbox"/> 駐車場は利用しません ※やむを得ない場合のみ、利用許可とします。	
受講希望研修 ※該当するものにチェック	* A 実地研修のみ { <input type="checkbox"/> 基本研修全課程免除 <input type="checkbox"/> 基本研修一部 } *◎開催回 { <input type="checkbox"/> 第一回 <input type="checkbox"/> 第二回 <input type="checkbox"/> 第三回 }	

※基本研修全課程修了の場合も、復習学習及び演習等の受講が必須となります。

2 受講修了した研修について、以下に記載してください

(1) 修了した研修の名称	
(2) 研修の開催日時	
(3) 研修実施機関	

3 実地研修の実施予定施設・事業所について

実地研修は、研修受講者が就業している施設・事業所内の実施が原則となります。
やむ負えない場合に限り、他の施設・事業所にて実施することが可能です。
実地研修指導看護師が必要数確保されていることが必要です。
実地研修の実施先を次の(1)(2)の該当欄に○印を付してください。

<input type="checkbox"/>	(1) 受講申込者が就業している施設・事業所で実施研修を実施する。
<input type="checkbox"/>	(2) 受講申込者が就業している施設・事業所以外で実施研修を実施する。

※ 実地研修指導講師とは指導に必要な指導者講習修了証保持の看護師です。

実施先の(2)に「○」を付けた方は、内諾を得ている施設・事業所を以下に記載してください

実地研修内諾先の住所	〒	
実地研修内諾先の名称		
連絡先	担当者氏名	
	連絡先	TEL FAX

※ 実地研修を実施できる医療機関は、「介護療養病床」及び「重症心身障害児(者)施設」に限ります。療養病棟等の「医療療養病棟」及び障がい者病棟等の「一般病棟」は、実地研修機関の対象外です。

4 添付書類

- 1) 受講者調書(様式②)
- 2) 実地研修先確認書(様式③)
- 3) 実地研修実施機関承諾書(様式④)
- 4) 基本研修受講証明書等の写し(免除内容を確認する資料)
- 5) 基本研修修了の研修プログラム(研修日時及び研修プログラムがわかる資料)
- 6) 資格証の写し

注:印刷時は両面刷としてください