

2023 年度介護職員等によるたんの吸引等実施のための
第 1・2 号研修（不特定多数の者対象）

必要書類を揃え、和光会キャリアカレッジまでお申し込みください。

【必要書類】送付する書類に☑をいれてください。

- 受講申込書（様式①）
- 実地研修先確認書（様式②）※実地研修施設が記入してください。
- 実地研修実施機関承諾書（様式③）※実地研修施設が記入してください。
- 遠隔研修（ライブ配信）受講について（基本研修受講者のみ）
- 実地研修を行う指導看護師の講習会修了証の写し

◎履修科目一部免除対象者は該当する下記いずれかの写しが必要です。

（募集要項 別表 1 参照）

- 認定特定行為業務従事者認定証の写し
- 実務者研修終了証（医療的ケア 50 時間講義及び演習修了が証明できる書類）の写し
- 介護福祉士登録証の写し
- 基本研修修了証明書の写し

※送付前に下記をご確認ください。

【チェックリスト】

- 必要な提出書類が揃っている（この用紙も含む）
- 受講資格をすべて満たしている（募集要項参照）
- 実地研修を自施設または自法人内、もしくは協力施設で実施できる
- 実地研修を行うための指導看護師を確保している
- 「Zoom」を利用したオンライン研修のため、各施設にて PC、タブレット等で受講ができ、インターネットの環境が整っている（基本研修受講者のみ）

【送付先】 〒501-0104 岐阜市寺田 7 丁目 98 番地 1
和光会キャリアカレッジ 宛
(TEL) 058-254-8080 (代表)
(TEL) 058-201-2655 (直通) / (FAX) 058-201-2265
(E-mail) kenshu@wakokai.or.jp

**2023 年度介護職員等によるたんの吸引等実施のための
第 1・2 号研修（不特定多数の者対象）
【 受 講 申 込 書 】**

和光会キャリアカレッジ 御中

和光会キャリアカレッジで実施される「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。なお、研修に関する受講適合確認を行いました。

項目	記入欄		
受講研修 (どちらかに○印)	基本研修+実地研修	実地研修のみ※1	
研修区分	(どちらか選択) 第1号研修 ・ 第2号研修		
取得手技 (第2号研修のみ1~4種選択)	<input type="checkbox"/> 口腔吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸瘻経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 ※自施設にて実地研修が行える(事業者登録をしている)手技となりますのでご確認ください。		
ふりがな			
受講者氏名	(男 ・ 女)		
生年月日(年齢)	(西暦) 年 月 日生 (歳)		
受講者住所	〒 ー TEL: 携帯 TEL:		
所属施設・事業所	法人名 施設名称		
	施設所在地 〒 ー		
	TEL: FAX: Mail:		
施設事業所種別	例: 特別養護老人ホーム・グループホーム 訪問介護 等		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 (□通信・□通学)介護福祉士等実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修等修了 <input type="checkbox"/> 認定特定行為業務従事者認定証 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※受講決定通知は、このチェック先に郵送いたします。		
利用者の状況	項目	対象利用者数	
	口腔内吸引	名	
	鼻腔内吸引	名	
	気管カニューレ内部吸引	名	
	胃ろう・腸ろう経管栄養	【滴下】(水分滴下でも可)	名
		【半固形】	名
経鼻経管栄養	名		

※1 実務者研修等において医療的ケア 50 時間講義及び演習修了者(自施設にて実地研修可能な方)

遠隔研修（ライブ配信）受講について

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、基本研修（講義）を遠隔研修（ライブ配信）で行います。受講希望の皆様には、各施設・事業所等にてネット環境（パソコン等）を整えていただけますようお願い申し上げます。

以下について、ご記入をよろしくお願いいたします。

項目	記入欄	
ふりがな		
氏名		(男・女)
<p>① オンライン授業を視聴する場合、使用される端末は次のどれですか。 <input type="checkbox"/>パソコン <input type="checkbox"/>タブレット <input type="checkbox"/>スマートフォン</p> <p>※ 通信機器（カメラ機能・マイク機能有りのもの(外付け可)については各自でご用意していただくことが必要となります。 受講にかかる通信料は各施設・事業所負担となります。</p>		
メールアドレス (Zoom 招待メール送信先)	実際にお使いになる機器のアドレスをご記入ください。 @ (-ハイフン、_アンダーバー、oオ、0ゼロが判別し易いようにご記入ください)	

【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いただきますようお願いいたします。

＜実地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を行う施設は、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を、すべて満たしている必要があります。このシートは、その確認をお願いするものですので、何卒ご理解ご協力を宜しくお願いいたします。

＜記載方法＞下記の要件を満たしていることを確認し、チェック欄に『✓』を記入し、記名押印をお願いいたします。

確認欄	確認内容
<input type="checkbox"/>	①利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施について理解した上で、指導看護師の指導のもと、受講者が当該行為について実習を行うことについて、書面により同意している（同意書の記録がある）。
<input type="checkbox"/>	②指導看護師は臨床での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講修了していること。又は、今後岐阜県において実施予定である指導者講習を受講することを了承している看護師を確保していること。 ※なお、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員とによるケア連携協働のための研修会」に基づく「指導看護師（施設内14時間研修に対応）」及び「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）」における「指導看護師」は、本研修の指導看護師には該当しない。
<input type="checkbox"/>	③医療・介護等関係者による連携体制がある。
<input type="checkbox"/>	④実地研修において、介護職員数名につき1人以上の指導看護師の配置が可能である。
<input type="checkbox"/>	⑤医師から指導看護師に対して、書面による必要な指示が得られること。
<input type="checkbox"/>	⑥たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている。（配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加のもとで作成されている）
<input type="checkbox"/>	⑦実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全確認のための体制整備を行うため、施設長の総括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されている。
<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（別途主治医がいる場合に限る）、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指示書や指導助言の記録及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"/>	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緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又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たんの吸引及び経管栄養の対象者が、適当数入所又はサービスを利用しており、所定の実地研修が実施できる体制がとれる。
<input type="checkbox"/>	⑭施設又は事業者の責任において、たん吸引等研修の実施に協力できる。
<input type="checkbox"/>	⑮研修実施時は、修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する。

上記内容に相違ないことを証明します。

年 月 日 記入

法人名

事業所名

所在地名

施設管理者名

たんの吸引等研修（不特定の者対象）（第1号・第2号研修）

【 実地研修実施機関承諾書】

年 月 日

和光会キャリアカレッジ 御中

受講者名 _____

研 修 区 分	第1号研修 / 第2号研修 (※どちらかに○を付けてください)
---------	---------------------------------

1	施 設 の 名 称	
2	施 設 所 在 地	
3	受 入 責 任 者	
4	連 絡 先	電話番号 () -

受 講 者 受 入 の 条 件

5	受入開始時期	年 月 日から			
6	指 導 看 護 師	氏 名		修了証書No	
		氏 名		修了証書No	
		氏 名		修了証書No	
7	そ の 他 特 記 事 項				

和光会キャリアカレッジ(登録研修機関 No2110002)が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

年 月 日

法 人 名
事 業 所 名
所 在 地 名
施 設 管 理 者 名

印