

(別紙様式2 表面)

平成29年度青森県喀痰吸引等研修(第一、第二号研修)受講申込書  
(新規受講者用)

顔写真貼付欄

- ・3か月以内に撮影
- ・写真の大きさは、3cm×2.4cm
- ・背景のないもの
- ・貼付したものと同じ写真(ウラ面に所属名及び氏名を記載)を別に1枚提出

1 受講者及びその所属先について

|                              |                                     |                |               |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| フリガナ                         |                                     |                | 平成__年__月__日撮影 |
| 受講者氏名                        | 印                                   |                | 性別            |
| 私は、研修全課程を受講することに同意し、申込みします。  |                                     |                | 性別            |
| 生年月日(西暦)                     | 19__年__月__日生(____歳)<br>※平成29年4月1日現在 |                | 男・女           |
| 資格                           |                                     |                |               |
| 介護職員としての勤務年数<br>※平成29年4月1日現在 | 施設系事業所<br>居宅系事業所                    | 年  月<br>年  月   |               |
| 所属している事業所の設置主体名(法人名)         |                                     | 所属している施設名・事業所名 |               |
| 事業所の根拠法                      | サービスの種別                             |                |               |
| 事業所所在地 (〒____-____)          |                                     |                |               |
| 登録特定行為事業者としての登録              | 登録済み                                | 登録申請予定         | ※いずれかに○印を付す   |
| フリガナ                         | 電話番号                                |                |               |
| 研修責任者氏名                      | FAX番号                               |                |               |

2 指導看護師について

指導看護師等について記載してください。

※指導看護師等がない場合は、指導看護師の伝達講習に申込みが必要です。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。

利用者がいない場合は0人としてください。

|           |  |
|-----------|--|
| フリガナ      |  |
| 指導看護師等の氏名 |  |
| 1         | 平成23年度～24年度中央研修修了者<br>(修了証の写しを添付すること)  |
| 2         | 平成23年度～28年度 伝達講習修了者<br>(修了証の写しを添付すること) |
| 3         | 医療的ケア教員講習修了者<br>(修了証の写しを添付すること)        |
| 4         | 平成29年度 新規<br>※指導看護師の申込みも行うこと→別紙様式3を提出  |

※指導看護師は1～4のいずれかに該当する者です。  
該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証)を添付してください。

| 希望 | 項目               | 対象利用者数   |
|----|------------------|----------|
|    | 1 口腔内吸引利用者       | 人        |
|    | 2 鼻腔内吸引利用者       | 人        |
|    | 3 気管カニューレ内部吸引利用者 | 人        |
|    | 4 経管栄養           | 胃ろう利用者 人 |
|    |                  | 腸ろう利用者 人 |
|    |                  | 経鼻利用者 人  |
|    | 5                |          |

※いずれかの行為を必要とする利用者が現にいることが申込みに必要な要件です。(1. 2. 4の行為について、利用者がいることが望ましい。)

4 一部履修免除について

平成28年度から、介護福祉士の養成課程等において、喀痰吸引等に関する科目「医療的ケア」を修了した者については、喀痰吸引等研修のうち、基本研修(講義 50時間)の受講が免除できることとなりました。

※免除を希望する場合は、「医療的ケア」を修了したことがわかる書類を添付してください。28年度以降に介護福祉士養成施設を卒業している場合は、卒業が分かる書類を添付してください。

|                                    |          |                  |
|------------------------------------|----------|------------------|
| 《「医療的ケア」修了者》基本研修(講義 50時間)の受講免除について | 希望する・しない | いずれかに○印を付してください。 |
|------------------------------------|----------|------------------|

(別紙様式2 裏面)

## 5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。  
訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。  
なお、介護療養型医療施設を除く医療機関で実地研修を行うことはできません。

|            |  |          |  |
|------------|--|----------|--|
| 設置主体名（法人名） |  | 施設名・事業所名 |  |
| 事業所の根拠法    |  | サービスの種別  |  |

## 6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上(①②④の3行為以上が望ましい。)を実施します。

- |                   |       |                            |
|-------------------|-------|----------------------------|
| ① 口腔内吸引           | 10回以上 |                            |
| ② 鼻腔内吸引           | 20回以上 |                            |
| ③ 気管カニューレ内部吸引     | 20回以上 |                            |
| ④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 20回以上 | ※胃ろうと腸ろうを合わせて20回以上ではありません。 |
| ⑤ 経鼻経管栄養          | 20回以上 |                            |

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- ・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- ・当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- ・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員(保健師、助産師及び看護師)の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- ・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- ・研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- ・研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- ・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より実践的な修得を促すよう努めること
- ・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

- ・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、  
\_\_\_\_\_ を推薦します。

平成29年 \_\_\_月 \_\_\_日

施設名(事業所名) \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

印

平成29年度青森県喀痰吸引等研修（第一、第二号研修）受講申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

顔写真貼付欄

- ・3か月以内に撮影
- ・写真の大きさは、3cm×2.4cm
- ・背景のないもの
- ・貼付したものと同一写真（ウラ面に所属名及び氏名を記載）を別に1枚提出

1 受講者及びその所属先について

|                              |   |                |          |                   |
|------------------------------|---|----------------|----------|-------------------|
| フリガナ                         | アオモリ ゴロウ                                |                |          | 平成 29 年<br>4 月 撮影 |
| 受講者氏名                        | 青森 五郎                                   |                |          |                   |
| 私は、研修全課程を受講することに同意し、申込みします。  |   |                |          |                   |
| 生年月日（西暦）                     | 19 80 年 4 月 2 日生（ 36 歳）<br>※平成29年4月1日現在 |                |          | 性別<br>男・女         |
| 資格                           | 介護福祉士                                   |                |          |                   |
| 介護職員としての勤務年数<br>※平成29年4月1日現在 | 施設系事業所                                  | 3 年 3 か月       |          |                   |
|                              | 居宅系事業所                                  | 5 年 3 か月       |          |                   |
| 所属している事業所の設置主体名（法人名）         |   | 所属している施設名・事業所名 |          |                   |
| 社会福祉法人あおもり会                  |   | 特別養護老人ホームあおもり荘 |          |                   |
| 事業所の根拠法                      | 介護保険法                                   | サービスの種別        | 介護老人福祉施設 |                   |
| 事業所所在地                       | ( 〒 030 - 0801 )<br>青森市新町10丁目11-11      |                |          |                   |
| 登録特定行為事業者としての登録              | 登録済み                                    |                | 登録申請予定   | ※いずれかに○印を付す       |
| フリガナ                         | ヒロサキ ハチロウ                               |                | 電話番号     | 017-000-000       |
| 研修責任者氏名                      | 弘前 八郎                                   |                | FAX番号    | 017-000-001       |

2 指導看護師について

指導看護師等について記載してください。

※ 指導看護師等がない場合は、指導看護師の伝達講習に申込みが必要です。

3 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。

利用者がいない場合は0人としてください。

|           |  |
|-----------|--|
| フリガナ      | アオモリ ハナコ                               |
| 指導看護師等の氏名 | 青森 花子                                  |
| 1         | 平成23年度～24年度中央研修修了者<br>(修了証の写しを添付すること)  |
| 2         | 平成23年度～28年度 伝達講習修了者<br>(修了証の写しを添付すること) |
| 3         | 医療的ケア教員講習修了者<br>(修了証の写しを添付すること)        |
| 4         | 平成29年度 新規<br>※指導看護師の申込みも行うこと→別紙様式3を提出  |

※ 指導看護師は1～4のいずれかに該当する者です。  
該当する番号に○を付し、必要書類(指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証)を添付してください。

| 希望 | 項目               | 対象利用者数     |
|----|------------------|------------|
| ○  | 1 口腔内吸引利用者       | 10 人       |
| ○  | 2 鼻腔内吸引利用者       | 10 人       |
|    | 3 気管カニューレ内部吸引利用者 | 人          |
| ○  | 4 経管栄養           | 胃ろう利用者 5 人 |
|    |                  | 腸ろう利用者 人   |
| ○  | 5 経鼻利用者          | 3 人        |

※いずれかの行為を必要とする利用者が現にいないことが申込みに必要な要件です。(1. 2. 4の行為について、利用者がいることが望ましい。)

4 一部履修免除について

平成28年度から、介護福祉士の養成課程等において、喀痰吸引等に関する科目「医療的ケア」を修了した者については、喀痰吸引等研修のうち、基本研修(講義 50時間)の受講が免除できることとなりました。

※ 免除を希望する場合は、「医療的ケア」を修了したことがわかる書類を添付してください。28年度以降に介護福祉士養成施設を卒業している場合は、卒業が分かる書類を添付してください。

《「医療的ケア」修了者》基本研修(講義 50時間)の受講免除について

希望する ・ しない

いずれかに○印を付してください。

(別紙様式2 裏面)

## 5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。  
訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。  
なお、介護療養型医療施設を除く医療機関で実地研修を行うことはできません。

|             |       |               |          |
|-------------|-------|---------------|----------|
| 設置主体名（法人名）  |       | 施設名・事業所名      |          |
| 社会福祉法人あおもり会 |       | 特別養護老人ホームみさわ荘 |          |
| 事業所の根拠法     | 介護保険法 | サービスの種別       | 介護老人福祉施設 |

## 6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上（①②④の3行為以上が望ましい。）を実施します。

- |                   |       |                            |
|-------------------|-------|----------------------------|
| ① 口腔内吸引           | 10回以上 |                            |
| ② 鼻腔内吸引           | 20回以上 |                            |
| ③ 気管カニューレ内部吸引     | 20回以上 |                            |
| ④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 20回以上 | ※胃ろうと腸ろうを合わせて20回以上ではありません。 |
| ⑤ 経鼻経管栄養          | 20回以上 |                            |

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱(平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)より  
抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

- 登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
- 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
- 本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員（保健師、助産師及び看護師）の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
- 当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

- 研修計画を策定すること(受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること)
- 研修受講者及び研修修了者等を管理すること(出席状況等を把握すること)
- 研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より実践的な修得を促すよう努めること
- 協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

- 受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、

青森 五郎

を推薦します。

平成29年 5月 9日

施設名(事業所名)

特別養護老人ホームあおもり荘

代表者職・氏名

施設長 黒石 六郎

施設  
長印