

(別紙1-1)

朝日ながの病院研修センター 2024年度 (前期・後期・実地のみ)
喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修) 受講申込書

年 月 日

社会福祉法人ハイネスライフ
理事長 山田 康裕 様法人名
事業所名
事業所長名

所属事業所名		サービス種別			
事業所所在地	〒 -				
事業所連絡先	電話 FAX	喀痰事務担当者名			
(フリガナ)		生年月日	昭和・平成		
受講者氏名			年 月 日		
受講者の現住所連絡先	〒 - 携帯電話番号 (-) 携帯・PCメール(@)				
現在の職名		保有資格			
受講者の介護の経験 ※直近のものから記入	施設・事業所名	勤務時の職種	通算勤務期間(○年○か月)		
研修のコース ※施設の責任者と確認して 希望研修と科目の□に必ずチェック(レ) をしてください	<input type="checkbox"/> 第1号研修(5科目)(注1)				
	<input type="checkbox"/> 第2号研修 (※最大で4科目まで)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 <input type="checkbox"/> 経鼻経管		
受講者が所属する施設の対象利用者数(重複可)	喀痰吸引の対象者数		経管栄養の対象者数		
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
	人	人	人	人	人
所属法人内での実地研修の実施 ※いずれかにチェック(レ)をしてください		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可(注1)		
実地研修を行う予定の施設名 (指導を行う予定の看護師名)(注2)		(指導看護師名:)			
複数申込の場合の受講者の優先順位		番目 / 人中			

(注1) 所属法人内で実地研修ができない場合は、第2号研修をお申し込みください。

(注2) 自施設(自法人)で実地研修をする場合は、**指導看護師の「指導者養成講習修了証」等の写しを添付**してください。

(別紙1-2)

**朝日ながの病院研修センター 2024年度 (前期・後期・実地のみ)
喀痰吸引等研修 (第一号研修・第二号研修) 受講推薦書**

年 月 日

社会福祉法人ハイネスライフ
理事長 山田 康裕 様

法人名

推薦者名
(事業所の長)

当該事業所において、介護(障害者の支援)に係る業務に従事している下記の者について、
標記の研修会を受講させたく推薦します。

なお、研修の過程において修得の見込みなしと判断された場合、修了できずとも異議の申し立てはしません。

また、履修免除の申し出を行った場合でも、修得の状況が免除できる水準に達していないと判断された場合、履修免除されずとも異議の申し立てはしません。

記

受講者の所属 する事業所名	
受講者の氏名 (職名)	

※「(別紙1-3) 受講生推薦書」は各研修コース(前期、後期、実地のみ)に応じて、一つの事業所から1枚の提出で結構です。受講生が複数名いる場合は、同じ用紙に全員の氏名を記入してください。

(別紙1-3)

朝日ながの病院研修センター 2024年度 (前期・後期・実地のみ)
喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修)の一部履修免除の申出書

年 月 日

社会福祉法人ハイネスライフ
理事長 山田 康裕 様

法人名
事業所名
事業所長名

受講者氏名

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

基本研修のうち下記の科目	
(ア) 基本研修(講義)の全て ※筆記試験を含む	
(イ) 基本研修(講義)の一部 ※計8回中の6回分のみ免除	
(ウ) 基本研修(演習)のうち、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引演習を除く全て	
実地研修のうち下記の行為	
(カ) 喀痰吸引(口腔内)	
(キ) 喀痰吸引(鼻腔内)	
(ク) 喀痰吸引(気管カニューレ内部)	
(ケ) 経管栄養(胃ろう又は腸ろう)	
(コ) 経鼻経管栄養	

※免除を希望する科目に○をしてください。

注1 特定者対象の研修修了者：免除科目はありません。

注2 免除を希望する場合の提出書類、履修免除の例：

対象者	提出書類(写し)	履修免除
実務者研修修了者	・「実務者研修修了証明書」	・上記の(イ)
介護福祉士の養成校等	・「基本研修修了証明書」 ※講義50時間の修了、演習の行為回数等が記載されたもの	・上記の(ア)
実地研修のみの受講生	①「認定特定行為業務従事者認定証明証」 ※現在保有しているもの ②「研修修了書」(※①または②)	・上記の(ア) ・上記(カ)~(コ)のいずれか

注3 「実務者研修修了者」等、一部履修免除対象者：「喀痰吸引」「経管栄養」の実地手順を学ぶ第5回、8回の基本研修の講義は必ず受講してください。受講後、筆記試験に参加できます。

注4 「特別養護老人ホームの経過措置対象者」：履修免除の対象に該当しません。

(別紙2)

朝日ながの病院研修センター 実地研修施設の基準

- (1) 利用者の人数
たんの吸引(口腔・鼻腔)及び経管栄養(胃ろうまたは腸ろう)の対象者がそれぞれ適当数(複数名)いること。
- (2) 研修受講者の受入れ
原則として、自らの法人の職員に限定せず、他の法人の職員についても実習を受け入れることが可能であること。
- (3) 医療関係者との連携
実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による、的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。
- (4) 利用者の同意と医学的指示
当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等(以下、「実地研修協力者」という)の書面による同意承認(同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む)がとれていること。
- (5) 緊急時の対応
事故発生時の対応(関係者への報告や、実地研修協力者等への連絡など、適切かつ必要な緊急措置のほか、事故状況等についての記録及び保存等を含む)。
- (6) 秘密保持
実地研修協力者の秘密の保持(関係者への周知徹底を含む)等に関する規程が整備されているなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。
- (7) 確実な実地研修の実施
出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。