

**令和4年度  
喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修)募集要項 (実地研修のみ)**

研修目的

平成24年4月に社会福祉士及び介護福祉士法が一部改正され、一定の研修を受けた介護職員等が、一定の条件の下にたん吸引等の行為を行えるようになりました。

この制度化に伴い、当会では、施設・居宅等において適切にたん吸引等を行うことのできる介護職員等を養成するため、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第4条に基づく喀痰吸引等研修を本要領のとおり実施することとしました。

受講をご希望の方は、本要領及び注意事項を参照の上、お申込みをお願い致します。

1、登録研修機関

一般社団法人 岐阜県老人福祉施設協議会

2、実地研修機関

受講者の所属施設等

3、申込方法

(1) 提出書類

- a. 別紙様式1「喀痰吸引等研修申込みについて」
- b. 別紙様式2「喀痰吸引等研修受講申込書」
- c. 認定特定行為業務従事者認定証の写し(該当する場合のみ)
- d. 実務者研修終了証(医療的ケア50時間講義及び演習終了が証明できる書類)
- e. 実地研修を行う指導看護師の講習会修了証の写し(該当者のみ)

(2) 提出方法

郵送により提出して下さい

(3) 提出先

〒503-8385 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号

一般社団法人 岐阜県老人福祉施設協議会

Te1 : 058-213-1950 Fax : 058-213-1951

4、申込手続きの完了

受講決定通知と併せて受講案内を送付しますので、それに従い受講料を指定された期間内に銀行振込によりご送金下さい。当法人がご入金を確認させて頂いた時点で申込手続きを完了と致します。

## 5、受講料

会員 5,000円 (損害賠償保険料を含む。)

非会員 10,000円 (損害賠償保険料を含む。)

## 6、受講資格

- ・岐阜県に所在する施設(事業所)に勤務している者
- ・実地研修機関に指導看護師が、所属していること
- ・実地研修機関に実地研修の行為が必要な利用者が、入所していること
- ・実地研修機関において、利用者及びその家族の同意・協力を得て、実地研修を行うことができること
- ・受講生が所属する施設(事業所)の長の推薦があること
- ・一般社団法人岐阜県老人福祉施設協議会が案内する実地研修を保険対象とする賠償責任保険に加入すること

7、募集期間 令和4年度 研修募集期間は下記のとおりとする。

令和4年 6月20日(月) ～ 令和5年1月31日(火)

別紙様式 1

年 月 日

一般社団法人岐阜県老人福祉施設協議会  
会長 若山 宏 様

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 印

令和 4 年度

喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の申込について

下記のとおり必要書類を添えて申込いたします。

記

**【添付書類】**

- ・別紙様式 2 「受講申込書」
- ・認定特定行為業務従事者認定証の写し（該当者のみ）
- ・実務者研修終了証（医療的ケア 50 時間講義及び演習終了が証明できる書類）の写し
- ・実地研修を行う指導看護師の講習会修了証の写し（該当者のみ）

**申込み前にもう一度確認してください**

チェックリスト

- 必要な提出書類が揃っている
- 受講資格をすべて満たしている
- 実地研修を行うための指導看護師を確保している
- 実地研修を行うために利用者の同意を得ることができる
- 募集要項の注意事項を了承している

令和 4 年度  
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

※受講生申込 1 人につき本受講申込書を 1 枚記入してください

1 受講を希望する研修種別

	第一号研修
	第二号研修

	※ 1 実地研修のみ受講
--	--------------

※ 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

2 受講者及び所属先

フリガナ				生年月日	年	月	日	
受講者氏名	印	年齢		歳	性別	男・女		
		介護経験		年		ヶ月		
受講者住所	〒							
特定行為業務従事者認定証の有無		有 ・ 無		介護福祉士資格の有無		有 ・ 無		
所属施設・事業所	設置主体				サービス種別			
	施設名称							
	住所	〒						
	連絡先	TEL				項目	対象利用者数	
		FAX				口腔内の喀痰吸引	人	
Mail					鼻腔内の喀痰吸引	人		
申込担当者氏名				利用者の状況	鼻腔内の喀痰吸引	人		
					気管カニューレ内部の喀痰吸引	人		
					胃瘻による経管栄養	人		
					腸瘻による経管栄養	人		

### 3 実地研修先

	所属施設・事業所等
	所属施設・事業所等以外で内諾を得ている 

所属施設・事業所以外で内諾を得ている施設・事業者について	
施設・事業所の名称	
サービスの種別	
担当者氏名	
担当者連絡先	TEL FAX

### 4 実地研修指導看護師（自施設・事業所以外の内諾を得ている指導看護師も含む）

フリガナ		
指導看護師 氏名	印	
所属施設名		
<input type="checkbox"/>	私は喀痰吸引等研修の実地研修において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。	
<input type="checkbox"/>	平成 22 年度以降に国又は県が実施した指導者講習会を修了しました	⇒ 修了証の写しを添付
<input type="checkbox"/>	医療的ケア教員講習会を修了しました	⇒修了証の写しを添付

該当箇所に○をつける