

長野県高齢者生活協同組合 令和6年度喀痰吸引等研修受講申込書

別紙 1

年 月 日

長野県高齢者生活協同組合 理事長 様

喀痰吸引等研修について、申込みします。

<input type="checkbox"/> を する		免除無し		実務者研修 修了者		第二号研修 修了者		養成校 卒業生	
(ふりがな) 受講者名	( 性別 男 ・ 女 ) (生年月日 年 月 日)								
受講者 現住所	〒								
連絡先	携帯電話 ( ) メールアドレス ( @ )								
所 属 法 人名				事業所名					
事業所 所在地	〒 -								
連絡先	電話 FAX			担当者名					
事業所メール アドレス	( @ )								
保有資格	介護福祉士 ・ 初任者研修 ・ 実務者研修 その他 ( )								
受講者の 介護の 経 験	施設・事業所名			勤務時 の職種	通算勤務期間 ( 年 か月)				
研修の種類希 望する コースに☑をし てください。	① 第一号研修 (5行為)								
	② 第二号研修 (希望する行為に☑をしてください)								
	<input type="checkbox"/> ②-1	<input type="checkbox"/> ②-2	<input type="checkbox"/> ②-3	<input type="checkbox"/> ②-4	<input type="checkbox"/> ②-5				
	口腔吸引	鼻腔吸引	気管カニューレ	胃ろう腸ろう経管	経鼻経管				
所属法人内での実地研修の実施			可 ・ 不可						
人材開発支援助成金			利用予定 ・ 利用しない						
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				
実地研修事業所名 (指導を行う予定の看護師名) 注1			(指導看護師 : )						

注1 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下さい。

長野県高齢者生活協同組合 令和6年度喀痰吸引等研修受講推薦書  
(第一号研修・第二号研修)

長野県高齢者生活協同組合  
理事長 様

法人名

事業所名

事業所長名

印

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、喀痰吸引等研修を受講させたく推薦します。

なお研修の過程で習得の見込みがないと判断された場合に、未修了になる場合がありますことを了承し、異議の申し立ては致しません。

また履修免除の申し出をした場合にも、習得の状況が免除できる水準に達していないと貴組合が判断した場合には、履修免除にならないことも了承し、異議の申し立ては致しません。

記

事業所名	
職 名	
受講者氏名	

※1ヵ所の事業所から受講生が複数名申込する場合には、推薦書1枚に受講者全員の氏名を記入していただいても構いません。

長野県高齢者生活協同組合  
令和 6 年度喀痰吸引等研修(第一号研修、第二号研修)の一部履修免除の申出書

長野県高齢者生活協同組合 様

事業所名  
受講者名

印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

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	
実地研修のうち、下記の行為	
(エ) 喀痰吸引（口腔内）	
(オ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(カ) 喀痰吸引（気管チューブ内部）	
(キ) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
(ク) 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：特定の者対象の研修（第三号）を修了した者については、免除科目はありません。

注 2：免除対象者は下表の通りとなります。必要書類を添付してください。

免除対象者	免除科目	必要書類
実務者研修修了者	(イ)	実務者研修修了証の写し
第二号研修修了者	(ア)、(エ)～ (ク)の うち修了した科目	認定特定行為業務従事者認定証の写し又 は喀痰吸引等研修修了証の写し
介護福祉士の養成校等	(ア)	基本研修修了証明書の写し

※実務者研修修了者等、一部基本研修（講義）免除者は、4・5・7回目の一部講義を受講いただきます。受講後、筆記試験に参加していただきます。

## 喀痰吸引等研修実地研修施設承諾書

令和 6 年 月 日

長野県高齢者生活協同組合 様

所在地  
事業所名  
代表者名

印

下記は、長野県高齢者生活協同組合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。

## 記

法人名			
施設等の名称			
施設等	サービス種別		
	喀痰吸引等業務の登録状況	登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録特定行為事業者 ・ 登録なし	
	電話番号		
	ファックス番号		
	メールアドレス		
研修担当者名		指導看護師名	
研修受講者受入開始時期		受入可能人数	人 /回
研修可能な特定行為 ※ 実施ができる特定行為に✓をしてください。	喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 ） ※ 人工呼吸器装着者のたんの吸引 （ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 ） 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 ）		

## 【参考】喀痰吸引等の対象者数

(令和 年 月 日現在)

省令上の行為 (省令別表第一及び第二)	類型区分	
	通常手順	人工呼吸器装着者
内の喀痰吸引	人	人
内の喀痰吸引	人	人
カニューレ内部の喀痰吸引	人	人
う又は腸ろうによる経管栄養	人	
経管栄養	人	

※ 対象者（患者）の人数を記載してください。

※ 実地研修の実施にあたっては、施設等における安全対策等が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施することが可能と判断する利用者があり、その利用者（又は家族）が研修の実施について同意している場合をいう。

## 実地研修施設の基準

長野県高齢者生活協同組合

(1) 利用者の人数

たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。  
(少なくとも、たんの吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろうまたは腸ろう)については、各々対象者が複数名必要)

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員及び、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、長野県高齢者生活協同組合への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について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。)等に関する規程整備がなされていることなど、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。