2025年度第1回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

様式１

不特定の者対象　(第1号・第2号研修)

【　受　講　申　込　書　】

白寿会研修センター　センター長　様

白寿会研修センターで実施されます「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などを行いました。

必要事項を記入し、「添付書類」を必ず添えて、白寿会研修センターまで提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **項　目** | **記　入　欄** |
| ふ　り　が　な | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （　男　・　女　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日（年齢） | （昭和・平成）　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　歳） |
| 自宅住所□郵送先に指定希望 | 〒　　　－　　　　　　（府･県）　　　　　　（市･町･村） |
| 連絡先 | （電話）　　　　　－　　　　　　－　　　　　　※必須・携帯可（メールアドレス）　※必須…パソコンメールが着信できる設定にお願いします　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※連絡は基本的に**各自にメール**で行います（講義動画の視聴アドレスの送信、受講確認に関する連絡、筆記試験の合否、実技演習に関すること等）※**緊急連絡は電話**で行います |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先種別 | □特別養護老人ホーム　　　□介護老人保健施設□特定施設入居者生活介護　□認知症対応型共同生活介護□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先住所 | 〒　　　－　　　　　　（府･県）　　　　　　（市･町･村） |
| 勤務先電話＆FAX | （電話）　　　　　　－　　　　　　　－（ＦＡＸ）　　　　　－　　　　　　　－ |
| 有資格 | 介護福祉士・介護職員初任者研修等修了・その他（　　　　　　）注1：ヘルパー2級・実務者研修、基礎研修修了者は、介護職員初任者研修等修了に○を記載注2：資格のない方は、未記入としてください。 |
| 実地研修の予定 | □第1号研修として実施□第2号研修として実施　→実施予定行為　＊吸引（□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内）　　　　　　　　　＊経管栄養（□胃ろう・腸ろう　□経鼻） |

【添付書類】

（1）受講適合確認表（様式２）　　　　＊受講の適合を必ずチェックしてください。

（2）研修科目免除申込用紙（様式３）　＊必ず研修修了証の写しを添付

（3）推薦状（様式４）　　　　　　　　＊所属及び所属予定の施設長/所長の確認・押印が必要

（4）実地研修先確認シート（様式５）　＊様式５は、実地研修施設が記載してください。

（5）有資格者の資格証もしくは修了証　＊写しを添付

　＊書類確認のため、勤務先に連絡を入れることがあります。また、郵便物は基本的に勤務先に送付しますので、自宅への送付を希望される場合は、自宅住所枠の「□郵送先に指定」にチェックしてください。

2025年度第１回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

様式2

不特定の者対象　(第1号・第2号研修)

【 受 講 適 合 確 認 表 】

以下の適合確認項目を確認し、右のチェック欄に☑をつけてください。

注）チェック欄に一つでも不適合がある場合は、受講要件を満たさないため、受講できません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **番号** | **適合確認内容** | **チェック欄** |
| 1 | 受講申込者が実地研修を行える施設があり、且つ、基本研修修了後6か月以内に実地研修を修了できる見込みがある | □適合□不適合 |
| 2 | 実地研修を行うことを理解した上で、利用者本人（実地研修協力者）とその家族が実地研修の実施に同意し協力できること（同意書を交わしていること） | □適合□不適合 |
| 3 | 実地研修を行う施設の施設長（所長）が実地研修を行うことに承諾していること | □適合□不適合 |
| 4 | 実地研修施設に指導看護師が配置されていて、実地研修の際、必ずその指導看護師の指導の下で介護職員等が実習を行えること | □適合□不適合 |
| 5 | 指導看護師は、不特定の者を対象とした指導者講習を受講修了していること | □適合□不適合 |
| 6 | 利用者に関するたんの吸引等について、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下、技術の手順書が整備されていること | □適合□不適合 |
| 7 | 実地研修施設の施設長が最終的な責任を持って、関係者皆が安全の確保のための体制の整備を行っている（安全委員会設置等） | □適合□不適合 |
| 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、連携を図れる体制が整備されていること（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 2 号） | □適合□不適合 |
| 9 | 対象となる利用者の喀痰吸引等を行う医師の文書による指示がある（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 1 号） | □適合□不適合 |
| 10 | 指示書や指導助言の記録、実地の記録が作成され、管理・保管されていること | □適合□不適合 |
| 11 | 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、実地体制の評価、検証を行うこと | □適合□不適合 |
| 12 | 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、指導看護師との連携体制が構築されていること | □適合□不適合 |
| 13 | 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意し施設の責任において実施されること | □適合□不適合 |
| 14 | 実地研修は、その配置されている指導看護師が修得程度の審査を一定期間に実施し、評価票等必要書類を提出できる | □適合□不適合 |

上記内容に間違いありません。

住所：

氏名：

　　　　　　　　※受講希望される個人の住所と氏名をご記入ください

【白寿会研修センター】

様式3

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者対象）

【 研 修 科 目 免 除 申 込 用 紙 】

　「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に関して、以下の科目の免除を申請します。

【参考】＊この内容を確認し、申込者の免除科目の有無を確認し必要事項を記載し必ず提出

　確認方法１：対象者欄で申込者が今までに受講し修了した研修を確認

　　　　　　　＊修了科目がない場合は、免除科目なし⇒住所・氏名のみ記載し提出してください。

　　　　　　　＊修了科目がある場合は、「確認方法２」へ

　確認方法２：対象者欄の研修修了項目ア～カに対する免除科目欄のア～オを確認

　確認方法３：免除科目チェック欄に☑を記載してください。

　確認方法４：免除対象の研修修了証の写しを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **免除科目****チェック欄** | **対象者** | **免除科目** |
| □ | ア　介護福祉士養成課程の中で、医療的ケア（実地研修を除く）の科目を履修した者 | ア　（履修の範囲）基本研修 |
| □ | イ　介護福祉士養成課程の中で、医療的ケア（実地研修を含む）の科目を履修した者 | イ　（履修の範囲）基本研修及び実地研修 |
| □ | ウ　「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成22年4月1日医政発第0401第17号 厚生労働省医政局長通知) に基づくたんの吸引等を適切に行うために必要な知識及び技術に関する研修を修了した者 | ウ　（履修の範囲）基本研修の演習のうち「口腔内の喀痰吸引」及び実地研修のうち「口腔内の喀痰吸引」 |
| □ | エ　平成22年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）」の研修（平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）を修了した者 | エ　（履修の範囲）基本研修（講義）、基本研修（演習）及び実地研修（上記研修において実地研修を修了した行為に限る） |
| □ | オ　「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業」の実施について」（平成23年10月6日老発第1006号第1号 厚生労働省老健局長通知）に基づく研修を修了した者 | オ　（履修の範囲）基本研修（講義）（筆記試験に合格した者に限る）、基本研修（演習） |
| □ | カ　第2号研修修了者が第1号研修を受講する場合 | カ　（履修の範囲）基本研修及び実地研修のうち実地研修を修了した行為 |

　　年　　月　　日

住所：

申請者（申込者）氏名：

(シャチハタ・ゴム印不可)

※受講希望される個人の住所と氏名をご記入ください

様式4

【　**推　薦　状**　】

　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人　白寿会

白寿会研修センター　センター長　様

施設名

施設長　　　　　　　　　公印

以下の職員を「2025年度第１回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）」受講に推薦します。

氏　　名

生年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 生

住　　所

推薦理由　（受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入してください。）

2025年度第1回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

様式５

不特定の者対象　(第1号・第2号研修)

【 実 地 研 修 先 確 認 シ ー ト 】

＊このシートは、必ず実地研修施設に記載していただきますようにお願いいたします。

＜実地研修協力施設様へのお願い＞

実地研修を行う施設にあたっては、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を、各施設で実地研修を実施するまでに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シートとなりますので、何卒ご理解ご協力を宜しくお願いいたします。

なお、記載方法として、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、署名捺印をお願いいたします。なお、すべての項目を満たすことができない場合は、実地研修を行うことができないため、研修申込者と協議いただきますようにお願いいたします。

研修申込者の受講が決定した段階で、最後に記載しています「必要書類」の提出をお願いいたします。その際は、研修申込者へ①必要書類の提出方法②提出期限③提出先を説明いたしますので、記載及び提出をお願いいたします。

体制を整備されている項目の確認欄にチェックを記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **確認欄** | **確認内容** |
| **＜利用者の同意＞** |
| □ | 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と当該施設の組織的対応について施設長等から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の指導のもと、実地研修を受けている介護職員等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）。 |
| **＜医療関係者による的確な医学管理＞** |
| □ | ①配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示がある。 |
| □ | ②指導看護師の指導の下、介護職員等が実習を行う。 |
| □ | ③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下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されている。 |
| **＜たんの吸引等の水準の確保＞** |
| □ | ①実地研修においては、指導者講習又は指導者養成講習を修了した指導看護師が介護職員等を指導する。 |
| □ | ②実地研修においては医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為について行う。 |
| □ | ③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） |
| **＜施設における体制整備＞** |
| □ | ①実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確認のための体制の整備を行うため、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こと。 |
| □ | ②利用者の健康状態について、施設長、配置医は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、連携を図れる体制の整備がなされている。 |
| □ | ③指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること |
| □ | ④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こと。 |
| □ | ⑤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こと。 |
| □ | ⑥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こと。 |
| **＜地域における体制整備＞** |
| □ | 医療関係、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。 |
| **＜その他＞** |
| □ | 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こと。 |

全ての項目について体制が整っていることをご確認いただき、提出してください。

　　年　　月　　日　記入

施設名：

施設住所：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

【実地研修決定後の提出書類（必要書類）】　　＊以下の書類は、受講申請者の受講が決定後、提出を依頼します

　　１　実地研修実施計画書

　　２　別紙1（実地研修　実施機関承諾書）

　　３　別紙2（研修講師履歴書）