

高知県西部地区介護職員のための喀痰吸引等研修 (R3.黒潮町開講)

(第一号研修・第二号研修)

受講申込書

1. 受講を希望する研修種別 (該当に☑)

<input type="checkbox"/>	第一号研修	申込年月 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	第二号研修 (左記の実施する行為に☑)	<input type="checkbox"/> 口腔内の吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	実地研修のみ	※人工呼吸器装着者に対して実地研修を実施する場合は必ずご相談ください

2. 受講者名及び所属先の情報

フリガナ	生年月日 西暦	年	月	日
受講者氏名	Ⓜ	年齢	歳	性別 男 女
介護職員としての通算経過年数	年	ヶ月		
受講者の現住所	〒			
受講者の電話番号 (連絡先)	- () -			
資格等 (証明証の写しを添付して下さい)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 第二号研修 (平成27年3月までに修了した方) <input type="checkbox"/> 14時間研修 <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> その他 ()			
現勤務先名称				サービス形態 []
現勤務先住所	〒			
電話番号				
FAX番号				
担当者氏名				

3. 実地研修先(勤務している施設・事業所以外で実地研修を行う場合のみ記入して下さい)

施設・事業所名				
現勤務先住所	〒			
電話番号				
FAX番号				
担当者氏名				

4. 実地研修の指導講師

フリガナ	指導講師所属施設名 :			
指導講師氏名	Ⓜ	電話番号	TEL: - -	携帯: - -
修了研修 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 平成22年度～令和元年度に国または県が実施した指導講習会 ⇒ 修了証の写しを添付して下さい <input type="checkbox"/> 医療的ケア教員講習会 ⇒ 修了証の写しを添付して下さい			

※実地研修先につきましては、裏面「実地研修実施の要件」及び別添1「実地研修実施要領」をご確認下さい (裏面を必ず読んで記入してください)

研修機関 記入欄				
売掛NO	請求書送付 年 月 日	受講決定通知書送付 年 月 日	筆記試験合格通知書送付 年 月 日	
入金確認/入金方法	実地研修修了 年 月 日	修了証発行日 年 月 日		

(裏面)

■実地研修先(同法人内に限られます)の要件:『全ての要件を満たすことが必要となります。』

1. 利用者の同意

- ・利用者または家族等(利用者の意思が確認できない場合)の書面(別添「同意書」)による同意が得られること。

2. 医療関係者による的確な医学管理

- ・配置医または連携医から指導者に対し、書面による必要な指示(別添「指示書」)があること。
- ・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こと。

3. たんの吸引等の水準の確保

- ・指導者講習を受けた指導者が介護職員を指導すること。

○指導者の受けた指導者講習会について確認して下さい。

- H23年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H24年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H25年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H26年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H27年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H28年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H29年度指導者講習会修了者〔 人〕
- H30年度指導者講習会修了者〔 人〕
- R1年度指導者講習会修了者〔 人〕

- ・基本研修の到達目標を達成した介護職員が、指導者の下承認された行為について行うこと。
- ・当該利用者のたんの吸引等について、配置医または連携医、指導者及び介護職員参加の下、技術の手順書が整備されていること。

4. 施設における体制整備

- ・施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。
- ・利用者の健康状態について情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。
- ・たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。
- ・実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。
- ・ヒヤリハット事例の蓄積・分析等、実施体制の評価、検証を行うこと。
- ・緊急時対応の手順書があらかじめ定められ、訓練が定期的になされているとともに、連絡体制が構築されていること。
- ・施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。

5. 地域における体制整備

- ・医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との連絡支援体制が整備されていること。

以上の要件を満たす(見込み)の実地研修予定先を記載して下さい。

※実地研修実施にあたっての詳細については、別添1「実地研修実施要項」を参照してください。

高知介護福祉アカデミー

〒781-0806 高知県高知市知寄町1丁目8番11号

TEL:088-855-7502 Fax:088-855-7503