高知県長寿社会課長 様

法人名
施設名
施設住所 〒施設代表者名
担当者名
TEL:
FAX:
e-mail:**令和7年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業（基本研修・実地研修）
受講申込書兼推薦書**

標記について、下記の者を推薦し、関係書類（別紙様式4）を添えて申込みます。

受講者氏名	介護資格 ※1	介護経験年数※2	優先順位 (2名以上申込の場合)
		年	
		年	
		年	

※1 介護資格は、「介護福祉士」「実務者研修」「初任者研修」「ヘルパー1級」「ヘルパー2級」「介護職員基礎研修」などをご記入ください。（基本研修は無資格でも受講いただけます）

※2 おおよそで構いませんので、これまでの介護職員としての経験年数をご記入ください。

<備考>

- 申込者多数の場合、施設毎に受講者数を調整させていただく場合があります。
- ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。
- 提出された書類については返却しませんので、予めご了承下さい。

令和7年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業 (基本研修・実地研修) 受講申込者調査

(令和7年 月 日現在)

受講希望者	フリガナ	生年月日		
	氏名	S・H	年 月 日	生 満()歳
	現住所(本人)	〒		
	現在の勤務先	施設・事業所名		
	希望研修課程	☐ 第一号研修 (5行為全て) ☐ 第二号研修 (5行為中1行為以上)		
受講研修選択	以下①～④のうち受講希望の研修を1つ選択してください。			
	☐ ① 基本研修	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)の演習 <<11/18>>の追加受講を ☐ 希望する ☐ 希望しない		
	☐ ② フォローアップ研修 I (半固形演習) <<11/18>>	/		
	☐ ③ フォローアップ研修 II (喀痰吸引・経管栄養演習)<<10/25, 11/11>>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)の演習 <<11/18>>の追加受講を ☐ 希望する ☐ 希望しない		
	☐ ④ 実地研修のみ	/		
	②③④いずれかを選択の方	以下により、基本研修免除の要件に該当する(※該当書類の写し添付) ☐ 平成29年1月以降に介護福祉士国家試験に合格 ☐ 医療的ケア科目又は、実務者研修を履修している ☐ 過去に喀痰吸引等研修(第二号又は経過措置)を修了している(※14時間研修修了者は基本研修免除にはなりません) ☐ 過年度の県研修の基本研修までを修了している(何らかの事情で実地研修を中止した等、実地研修を修了していない)		
	介護福祉士資格をお持ちの方(平成29年1月以降の介護福祉士国家試験に合格された方) *基本研修免除の要件該当確認のため	試験合格年月日	H・R 年 月 日	
実地研修先(原則勤務先)	裏面(参考2)要確認 実地研修場の要件	<ul style="list-style-type: none"> ●「実地研修場の要件」(1)～(5)の<u>全てを満たす</u>(見込みである)ことを ☐ 確認している ☐ 確認していない ●上記で「確認している」と回答した実地研修予定場所 ☐ 勤務先と同じ ☐ 勤務先以外【 _____ 】 ●勤務先の指導者の状況について、どちらかにチェックを入れ人数を記載すること ☐ 指導者講習:平成23年度～令和6年度修了者(人)、令和7年度受講予定者(人) ☐ 医療的ケア教員講習会修了者(人) 		
	実地研修先の状況について	* 実地研修先の利用者で、介護職員等が喀痰吸引及び経管栄養の行為を行うことへの同意がとれる見込みの行為を選択してください。(申込時点) ☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下) ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) ☐ 経鼻経管栄養 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">↓ 半固形に✓の場合は、下記にもお答えください</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <<半固形栄養剤の投与方法>> 複数回答可 ☐ 加圧バッグ ☐ シリンジ注入 ☐ その他(具体的に: _____) </div>		

(参考1) 「基本研修免除の要件該当する」ことを証明する添付書類について

※該当するものに✓を入れてください。

平成 29 年 1 月以降に介護福祉士国家試験に合格

⇒介護福祉士資格証

医療的ケア科目(実務者研修等)を履修し免除の要件を満たしている

⇒実務者研修修了証 等

過去に喀痰吸引等研修(第二号又は経過措置)を修了している

⇒第二号(又は経過措置)研修修了証又は認定特定行為従事者認定証

※ただし経過措置のうち、14 時間研修修了者(修了証及び認定証に記載の修了行為が「口腔内の喀痰吸引、胃ろうによる経管栄養」の方)は基本研修免除にはならない。実地研修の口腔内の喀痰吸引のみ免除。

過年度の県研修の基本研修までを修了している(何らかの理由で実地研修を中止した等、実地研修を修了していない)

⇒受講年度の基本研修合格通知又は、当時事業所に送付した未修了通知

(参考2) 研修場所(原則勤務先)の要件

※全てを満たすことが必要です。詳細は(別添1)の2を参照ください。

(1) 利用者の同意

○利用者(利用者の意思が確認できない場合にはその家族等)の書面による同意が得られる。

(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

○指導者講習又は医療的ケア教員講習会を受けた指導者が介護職員等を指導すること。

○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。