

## 喀痰吸引等研修

# 実地研修機関登録書類一式

- 送付状
- 実地研修先 要件項目チェックシート
- 喀痰吸引等研修 実地研修実施機関承諾書
- 喀痰吸引等研修 研修講師履歴書
- 喀痰吸引等研修登録研修機関 研修講師就任承諾書

上記5点に加え、指導者の「看護師等の免許」(写し)と「医療的ケア教員講習会」(指導者講習)等の修了証(写し)をご提出ください。

## 受講者の勤務先、提携施設等で実地研修を行う場合の要件

### 1) 所属する介護施設・事業所が「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)」であること(予定含む)

※医療機関の場合は、対象者の状態が比較的安定している「療養病床」や「重症心身障害児施設等」の施設であること(新宿駅前校は除く)

※「要件項目チェックシート」の全項目が○であることが必要です。

※お申し込みの時点で登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)である必要はありません。

※実地研修実施の施設は、都道府県へ実施機関として届け出るため、別添の実施機関承諾書を当校へ提出することが必要です。

### 2) 実地研修を指導できる講師がいること(①～④全てを満たすこと)

①医師、保健師、助産師、看護師(正看護師)であること

②実務経験5年以上であること

③医療的ケア教員講習会又は同等の喀痰吸引等研修指導者研修(不特定多数者対象)を修了していること

※実地研修指導予定の方は、当社の「医療的ケア教員講習会」(1日8時間)を無料で受講可

(ただし、指導する予定の介護職員の方が、当社の喀痰吸引等研修(標準)実地研修先紹介なしコースをお申込みの場合に限ります)

④実地研修指導講師として都道府県へ届け出るため、別添の研修講師履歴書、研修講師就任承諾書、免許(写し)指導者講習会修了証(写し)を提出することに同意すること

★★書類をご提出いただく際は、必ずこの送付状を添付してください★★

## 喀痰吸引等研修 実地研修機関登録書類 送付状

### ① 提出区分

新規登録（今回一式を始めて提出）

追加（指導看護師の追加登録）

⇒ 下記書類一式を本紙とあわせてご送付ください

- ・「喀痰吸引等研修 実地研修機関登録通知証(写し)」
- ・「医療的ケア教員講習会」(指導者講習)等の修了証(写し)
- ・看護師免許証等の写し
- ・研修講師就任承諾書
- ・研修講師履歴書

### ② 当校の喀痰吸引等研修の受講生名をご記入ください(予定含む)

※上記区分が「新規」の事業所のみ

受講者名	
------	--

### ③ 当校への喀痰吸引等研修のお申込み予定について(新規の場合)

予定なし

予定あり

梅田校・天王寺校

三ノ宮校

新宿校

横浜校

大宮校

千葉校

その他( )

※チェックがあった教室での受講が可能となります

### ④ 登録通知書の送付先について

※当校より「登録通知書」をお送りします。通知書の受取先をご記入ください。

住所	〒
法人・施設名	
部署・担当者名	(部署) (担当者名)
	(連絡先)

### ⑤ 提出書類一覧 ※提出する書類に☑を入れてください

実地研修機関 要件項目チェックシート

実地研修 実施機関承諾書

研修講師履歴書

研修講師就任承諾書

看護師免許書等の写し

指導者講習等の修了証明書の写し

## 喀痰吸引等研修 実地研修実施機関 要件項目チェックシート

喀痰吸引等実施要綱に定める各要件について、確認できるものに「○」を記入してください。

(1) 利用者の同意に係る要件

要件	チェック欄
利用者及びその家族等から実地研修の実施について協力が得られる。 研修の実施について施設長等から説明を受け、書面により同意している。	○

(2) 医療関係者による明確な医療管理に係る条件

利用者の健康状態について、施設長、医師、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。	○
医師から指導看護師に対して、書面による必要な指示が得られる。(医師の指示書)	○

(3) たんの吸引等の研修実施の水準確保に係る要件

実地研修において指導にあたる指導講師(要件あり)を1人以上配置することが可能である。	○
<p>《指導講師の要件》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、保健師、助産師又は正看護師の資格取得後、5年以上の実務経験を有すること</li> <li>・指導者講習を修了していること</li> </ul> <p>例) 国の「喀痰吸引等指導者講習」(不特定多数の者対象) 都道府県の「指導看護師研修」(不特定多数の者対象) 「医療的ケア教員講習会」</p> <p>《要件にあたらない指導者講習》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホーム経過措置に基づく「指導看護師(施設内14時間研修に対応)講習」</li> <li>・介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(特定の者対象)</li> </ul>	○
利用者に対するたんの吸引等の行為について、医師、指導看護師及び看護職員等の参加の下で、行為にかかる技術の手順書を作成・整備している。	○

(4) 施設における実地研修体制に係る要件

実地研修場所にたん吸引、経管栄養の利用者が適当数入所等している。	○
施設又は事業所の責任者及び他の職員が実地研修に協力できる体制である。	○
実施施設の施設長が最終的な責任を持ち、安全確保のための体制の整備を行っている。(保険加入等含む) また、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。	○
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。	○
ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、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、検証を行っている。	○
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。 また夜間をはじめ緊急時に医師、指導看護師との連絡・連携体制が構築されている。	○
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。	○

質問事項 ～実習生の受入について～

<p>当校では、自施設にて実地研修を行えない受講生に対し、実地研修先をご紹介します。より多くの修了生を養成する目的で、受入にご協力いただける事業所をお探ししています。貴法人所属でない実習生のお受入についてのご意向をご教示ください。</p> <p>※検討可に☑をつけていただいた際には、担当営業より後日お電話差し上げます ※お受入れは契約締結後となり、お受入れ実績に応じた謝金をお支払いいたします</p>	<input type="checkbox"/> 検討可 <input type="checkbox"/> 検討不可
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

上記の内容に間違いのないことを証明します。

また、上記でチェックした要件について、変更が発生した場合は速やかに連絡することとします。

虚偽の記載等があった場合、研修全体が取り消される可能性についても同意します。

平成      年      月      日

施設(事業所)名

施設(事業所)長名

施設印

# 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

株式会社ニッソーネット  
福祉の教室ほっと倶楽部 殿

法人名

所在地

代表者名

印

下記は、株式会社ニッソーネット 福祉の教室ほっと倶楽部が実施する喀痰吸引等研修において  
実地研修先として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ( <input type="checkbox"/> 介護付 <input type="checkbox"/> 住宅型 ) <input type="checkbox"/> 療養病床 ( <input type="checkbox"/> 介護療養 <input type="checkbox"/> 医療療養 ) <input type="checkbox"/> その他病床 ( ) <input type="checkbox"/> その他
法人名	
事業所名	
代表者名	
所在地(事業所)	
電話番号	
設置年月日	
研修責任者名	
研修受講者 受入開始時期	年 月
研修受講者 受入人数	名 / 月間

# 記入例

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 30年 3月 3日

株式会社ニッソーネット  
福祉の教室ほっと倶楽部 殿

原則として法人本部をご記入ください。  
本部と事務所が同一住所の場合はその住所をご記入ください。

法人名 社会福祉法人 にっそう会  
所在地 大阪府大阪市北区芝田1  
代表者名 日綜 太郎 印

下記は、株式会社ニッソーネット 福祉の教室ほっと倶楽部が実施する喀痰吸引等研修において  
実地研修先として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設種別	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 該当する施設種別にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ( <input type="checkbox"/> 介護付 <input type="checkbox"/> 住宅型 ) <input type="checkbox"/> 療養病床 ( <input type="checkbox"/> 介護療養 <input type="checkbox"/> 医療療養 ) <input type="checkbox"/> その他病床 ( ) <input type="checkbox"/> その他
法人名	社会福祉法人 にっそう会
事業所名 (※1)	にっそうホーム 実地研修を行う事業所の名称をご記入ください。
代表者名	日綜 太郎 (※1)の代表者名をご記入ください。
所在地(事業所)	大阪府大阪市阿倍野区旭町2 (※1)の住所をご記入ください。
電話番号	0120-0000-XXXX (※1)の電話番号をご記入ください。
設置年月日	平成27年2月2日 (※1)の設置年月日をご記入ください。
研修責任者名	二層 花子
研修受講者 受入開始時期	平成 30年 4月 実地研修開始予定の月をご記入ください (※2)
研修受講者 受入人数	10 名 / 月間 実地研修の受入可能最大予定人数を ご記入ください (※3)

※2 受入開始は見込のため、明確な開始月でなくても構いません。ただし、記載の月よりも以前に実地研修の実施は  
できません。

※3 受入人数は見込人数を超えないように注意してください。

# 喀痰吸引等研修 研修講師履歴書

登録研修機関の 名 称	株式会社ニッソーネット 福祉の教室ほっと倶楽部		
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
保 有 資 格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師		
担当科目 I 《実地研修》	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引		
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	<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"/> 人工呼吸器装着者への喀痰吸引		
職 歴 ・ 講 師 履 歴	名 称	業 務 内 容	期 間
	合 計		計 年 月
そ の 他 の 資 格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

- 講師毎に作成し、就任承諾書及び免許の写し、また講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書を添付してください。
- 「保有資格」欄に記載する資格の中で該当するものに、「✓」を記載してください。
- 省令別表第1号、第二号研修(不特定多数の者対象の研修)の科目を教授する場合は、「担当科目 I」の各科目に「✓」を記載してください。

# 喀痰吸引等研修 研修講師履歴書

記入例

登録研修機関の 名 称	株式会社ニッソーネット 福祉の教室ほっと倶楽		
氏 名	<b>大阪 花子</b>		
生 年 月 日	平成元 年 1 月 1	性 別	男 ・ <b>女</b>
保 有 資 格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師		
担当科目 I 《実地研修》	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引		
	<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者への喀痰吸引		
職 歴 ・ 講 師 歴	名 称	業 務 内 容	期 間
	大阪ほっと病院	看護師	平成23年4月～平成24年3月
	特別養護老人ホーム ほっと倶楽部	看護師	平成24年4月～平成25年3月
	ニッソー医院	看護師	平成25年4月～現在
	合 計		計 5 年 1 ヶ月
そ の 他 の 資 格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日
	看護師	厚生労働省	平成23年4月1日
	医療的ケア教員講習会	株式会社ニッソーネット	平成28年5月15日

1 講師毎に作成し、就任承諾書及び免許の写し、また講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書を添付してください。

2 「保有資格」欄に記載する資格の中で該当するものに、「✓」を記載してください。

3 省令別表第1号、第二号研修(不特定多数の者対象の研修)の科目を教授する場合は、「担当科目 I」の各科目に「✓」を記載してください。



# 喀痰吸引等研修登録研修機関 研修講師就任承諾書

平成 年 月 日

私は、社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条の規定による登録研修機関  
株式会社ニッソーネット 福祉の教室ほっと倶楽部 の研修講師として選任されたので、  
その就任を承諾します。

住 所

氏 名

印

株式会社ニッソーネット  
福祉の教室ほっと倶楽部

代表取締役 山下 吾一 殿