

喀痰吸引等 実地研修についてのご案内

実地研修には、必ず申込書が必要です。

喀痰吸引等基本研修を受講して頂いたのち、たん吸引等を実施する予定のご利用者様に対し、実地研修を行う事で**喀痰吸引等 3号研修の全課程が修了**となります。

※実地研修は、ご利用者様・行為ごとに行う必要があります。

実地研修の修了後、弊社より修了証を発行致します。

実地研修を行う際は、受講者様ご自身（所属事業所など）で実地研修の講師を依頼していただきます。

→ 実地研修講師への報酬については、受講者様と講師の方との間で、直接取り決め（報酬のお支払いまで）を行ってください。介護キャリアアカデミーでは関与できません。

実地研修を受講される方は、**下記①～⑥の書類に必要事項をすべて記入し、申込書とともに**介護キャリアアカデミーまでメール添付、FAX 又は郵送にて送付してください。

- ① 主治医指示書
→ 実地研修を行う**利用者様の主治医の方**に記入してもらってください。
- ② 研修実施同意書
→ 実地研修を行う**利用者様本人、もしくはご家族の方**に記入してもらってください。
- ③ 実地研修確認書及び看護師指導予定表
→ 実地研修の**指導講師**を依頼される方に記入してもらってください。
- ④ 実地研修実施同意書
→ 実地研修の**指導講師**を依頼される方に記入してもらってください。
- ⑤ 講師資格申立書
→ 実地研修の**指導講師**を依頼される方に記入してもらってください。
- ⑥ 喀痰吸引等業務計画書
→ 実地研修を行う**受講者様本人、もしくは事業所の方**が記入ください。

上記書類を介護キャリアアカデミーが受領後、**実地研修指導講師の方に必要書類を送付致します。**講師の方と直接日程を調整し実地研修を行ってください。

～喀痰吸引等の医療的ケアを提供する流れ～

医師により『指示を受ける』→利用者様より『同意を得る』→医師の指示に基づき『計画を立てる』→医療的ケアを実施→指示期間が終了後、医師へ『報告する』

<注意事項>

※**実地研修講師**を行うには、医師、または看護師の資格が必要です。また厚生労働省が定める指導者研修事業を修了もしくは相当の知識・技能を有することが必要です。(同封の講師資格申立書をご参照ください) 医師や看護師の方が所属する団体等により、講師資格についてその他取り決めが為されている場合があります。講師の依頼を予定している方には、予め確認される事をお勧めします。

～**実地研修終了後、指導講師から介護キャリアアカデミーあてに送付される「実地研修評価表」「実地研修報告書」に基づき介護キャリアアカデミーにて修了証を発行、介護事業所様あてに送付させていただきます。**～

(実地研修の評価項目は、基本研修テキストの最後「資料1」をご参照ください)

介護キャリアアカデミーの研修機関としての役割は修了証発行までに至る利用者毎の一連の資料の保管業務と修了証の発行までとなります。

※評価票等必要書類の発送、修了証の発行等の事務手数料として **5,500 円(税込み)**が必要となります。※2024年10月1日～価格改定

【はじめて実地研修を終えられた事業所様の場合】

事業所の所在している、都道府県宛で喀痰吸引事業所登録が必要です。

大阪府にございます事業所様の場合、大阪府障害福祉室生活基盤推進課に連絡いただき訪問の上登録手続きを行って下さい。アポイントが必要です。

通例、訪問は登録時に一回のみです。申請費用が必要です。大阪府にご確認ください。登録後は郵送・電話でのやりとりとなります。

インターネットで「大阪府喀痰吸引等の制度申請 研修機関 事業所登録」などの用語でご検索頂き、閲覧の上事業所登録の必要書類等ご確認ください。

以上よろしくお願ひ申し上げます。

FAX: 06-6606-8731

mail: contact@kc-academy.jp

介護キャリアアカデミー大阪校かく痰吸引等研修申込書【実地研修】

申込日 年 月 日

◆ 注意事項(名前の記載)

研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ 受講者様 氏名	
生年月日	(歳)
住 所 ※受講者様 のご住所	
申込み後の 連絡先 ※振込案内を お送り します	事業所名: _____ 担当名: _____ 住所: 〒 _____ 電話番号: _____ FAX: _____ メールアドレス: _____
振込名義人	

【実地研修の申し込み内容】 ※すでに基本研修を終了している方が対象です。

対象者様 人数	()名	対象者様氏名	
必要行為 ※必要な行 為に○をつけ てください	<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	基本研修 受講確認	<input type="checkbox"/> 介護キャリアアカデミーで受講済 (年 月 日修了) <input type="checkbox"/> 他社で受講済 → 修了証のコピーを添付してください。

※指導看護師は、厚生労働省が定める指導者養成研修事業修了または相当する知識、技能を有することが必要です。

※講師より指導いただく際の指導料については、指導料の取り決め、受け渡しに関してなど受講者様と指導講師の間で直接行っていただきます。

※実地研修には、対象利用者・主治医・看護師の同意が必要です。

※振込金額は利用者数により変わります。

事務手数料：実地研修のみ：5,500円(税込) (受講生1名かつ利用者1名あたり)

●本研修の申込をもって、下記の内容に同意することといたします。●

【受講者本人、及び関わる事業所において、反社会的勢力との関わりがないことを表明します。】

※ ここから下部は介護キャリアアカデミーの記入欄となります

①基本研修修了確認は出来ているか？		⑤実地研修実施同意書 研修講師、介護事業所の印はあるか？	
②主治医指示書 指示期間、対象行為、対象者名、医師名は正しいか？		⑥講師資格申立書 実地研修の評価看護師の申立書があるか？	
③研修実施同意書 対象行為、本人又は代理人のサインはあるか？		⑦計画書 指示書に基づいて作成されているか？	
④実地研修確認書及び看護師指導予定表 受講者名、対象者名、対象行為は正しいか？	確認 <input checked="" type="checkbox"/>	確認者①	確認者②

主治医指示書

年 月 日

患者氏名		性別	
生年月日		年齢	

上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり指示します。

医療機関名 _____
住 所 _____
電 話 _____
担当医師名 _____ 印

指導看護師等
(事業所等名) _____

(氏 名) ()

研修受講生
(事業所等名) _____

(氏 名) ()

特定の行為の種類	<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"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 人工呼吸器の使用(有 ・ 無)
特定行為に係る指示	
その他	

※この様式はあくまで参考様式となり、別途様式で代用可能です。

研修実施同意書

____年 ____月 ____日

<研修受講者>

事業所名等 _____

氏 名 _____

(複数名であれば連名で)

氏 名 _____

氏 名 _____

(たんの吸引等を受ける者)

本人 _____ 印

_____ 印

(本人との関係: _____)

私は、あなた(あなたがた)が、特定の行為の实地研修を行う事に同意します。

特定の行為について(該当欄に利用者印を押す)

	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
	胃ろうによる経管栄養
	腸ろうによる経管栄養
	経鼻経管栄養
	人工呼吸器の装着 (あり ・ なし)

※ たんの吸引等を受ける者が未成年である場合または、署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合には、ご家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名もしくは記名押印を行ってください。

実地研修確認書及び看護師指導予定表

受講者名	
------	--

※複数利用者がおられる場合はコピーしてご利用下さい。

利用者名	
この利用者に対して今回 研修を受ける特定行為の種類 ※研修を受けようとする特定行為に ○をしてください。	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
	胃ろうによる経管栄養
	腸ろうによる経管栄養
	経鼻経管栄養
人工呼吸器の使用(あり・なし)	

日頃から利用者を看護されている 看護師等の事業所名	
上記の看護師等の氏名(複数名可)	

指導予定表

今回の「たん吸引等研修」実施に当たり、下記のとおり受講生に対して指導いたします。

事業所住所 〒

事業所名

印

予定される指導看護師名

実地研修実施同意書

甲(実地研修講師) _____ は、 乙(登録研修機関) 株式会社
ベストケア・パートナーズ 介護キャリアアカデミー から委託を受けて、丙(ヘルパー派遣事業所)
_____ の喀痰吸引等研修(3号・特定の者対象)、実地研修の研修指導を行う
ことについて同意いたしました。

指導料については、甲(実地研修講師)と、丙の間で決定し、授受することとします。

年 月 日

甲

事業所住所 〒

事業所名

印

予定される指導看護師名

乙

事業所住所 〒558-0011 大阪市住吉区苅田9-14-20-206

事業所名

介護キャリアアカデミー

丙

事業所住所 〒

事業所名

印

受講者名

受講者名

指導看護師様へ

《喀痰吸引等登録研修(3号研修)講師資格申立書について》

大阪府の指導で実地研修を行う前に当「喀痰吸引等登録研修(3号研修)講師資格申立書」をご提出いただく事になりました。

当「申立」をしていただく為には下記2点が必要になります。

- ① 厚生労働省作成の介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)の研修資料を閲覧していただく事。
- 且つ
- ② 以前厚生労働省から配信されておりました動画を見ていただく事が必要となります。

①の厚生労働省の資料は、下記の三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社のホームページからご覧いただけます。

https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_07.html

②の動画につきましては現在厚生労働省からの配信が終了しておりますのでご覧になる場合は下記より閲覧ください。

http://www.kc-academy.jp/kakutan_douga

パスワードは douga5678 です

※医療的ケア教員講習会を受講済みの看護師様は研修資料及び動画の閲覧は必要ございません。

以上よろしくお願い申し上げます。

株式会社ベストケア・パートナーズ
介護キャリアアカデミー

⑤

喀痰吸引等登録研修（3号研修）講師資格申立書

大阪府知事 様

私 _____ は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）に定める指導者養成研修事業を修了した者に相当する知識及び技能を厚生労働省が提示する介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修資料及び動画により習得していることを申し立てます。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

記入見本

作成者氏名	実地研修を行う受講生氏名。※連名可	作成日	●年●月●日
-------	-------------------	-----	--------

対象者1人に対して1枚ずつ作成し、それぞれ対象者さまへ提出してください。

基本情報	氏名		生年月日	●年●月●日			
	対象者	要介護認定状況	要支援（ 1 2 ）	要介護（ 1 2 3 4 5 ）			
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
	障害名						
	住所						
	事業所	事業所名称					
		担当者氏名					
		管理責任者氏名					
		担当看護職員氏名					
		担当医師氏名					

医師の指示期間を記載

業務実施計画	計画期間	●●年 ●月 ●日 ~ ●●年 ●月 ●日
	目標	短時間の吸引による呼吸苦の減少を実現し、安全な在宅生活を維持する 対象者に合わせて『安全で実現可能な』目標を定めてください。
	実施行為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	吸引前にカフアシストを使用し、食事前後や口腔ケア時等、必要時に実施します。 常に呼吸状態の観察を行います。
	鼻腔内の吸引	医師の指示に基づき、具体的な計画を立案してください。 例： 吸引時間、吸引のタイミング、経管栄養剤の内容など
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	実施しません。
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	実施しません。
	経鼻経管栄養	実施しません。 計画期間終了後、医師宛に報告書を提出してください。
結果報告予定年月日	年 月 日	

喀痰吸引等業務 (特定行為業務) 計画書

作成者氏名		作成日	
-------	--	-----	--

基本情報	氏名		生年月日					
	対象者	要介護認定状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)				
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		障害名						
		住所						
	事業所	事業所名称						
		担当者氏名						
		管理責任者氏名						
		担当看護職員氏名						
		担当医師氏名						

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	目標						
	実施行為	実施頻度/留意点					
		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					
		経鼻経管栄養					
		結果報告予定年月日	年 月 日				