

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 様

法人名
事業所名
事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している下記の者について、標記研修会の受講について推薦します。

なお、研修の過程において習得の見込みなしと判断された場合、修了できずとも異議の申し立てはしません。

また、履修免除の申し出を行った場合でも、習得の状況が免除できる水準に達していないと判断された場合、履修免除されずとも異議の申し立てはしません。

記

事業所名	
受講申込者 職名	
受講申込者 氏名	
推薦理由	

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の一部履修免除の申出書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 様

事業所名
受講申込者名

印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

基本研修のうち下記の科目	
(ア) 基本研修（講義）の全て ※筆記試験を含む	
(イ) 基本研修（講義）の一部 ※筆記試験は含まない	
(ウ) 基本研修（演習）のうち、人工呼吸器装着者に対する 喀痰吸引演習を除く全て	
(エ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修のうち、下記の行為	
(カ) 喀痰吸引（口腔内）	
(キ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(ク) 喀痰吸引（気管カニューレ内部）	
(ケ) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
(コ) 経鼻経管栄養	

* 免除を希望する科目の全てに○をしてください。また、履修免除者の内、希望者は基本聴講を受講することが出来ます（1日当たり5,000円追加徴収）。受講希望の有無について下記該当欄に✓し、受講を希望する場合は該当日に○を記入してください。（講義内容は該当日毎に異なります。必ずカリキュラムより確認をお願いします。）

基本聴講の受講について	7/7（火）	7/9（木）
<input type="checkbox"/> 受講を希望する		
<input type="checkbox"/> 受講を希望しない		

注：免除を希望する場合は、認定特定行為業務従事者認定証の写し及び研修修了証又は受講証明書等の写しを添付してください。

※実務者研修修了者については、実務者研修修了証と共に医療的ケアの修了証の写しを添付してください。

※介護福祉士養成校卒業生については、医療的ケアの修了証の写しを添付してください。

敬老園本部研修 実地研修施設の基準

- (1) 利用者の人数
たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。
(少なくとも、たんの吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう)については、各々対象者が複数名必要)
- (2) 研修受講者の受入れ
原則として、自らの法人の職員に係らず、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。
- (3) 医療関係者との連携
実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。
- (4) 利用者の同意と医学的指示
当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等(以下、「実地研修協力者」という。)の書面による同意承認(同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。)がとれていること。
- (5) 緊急時の対応
事故発生時の対応(関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。)
- (6) 秘密保持
実地研修協力者の秘密の保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。
- (7) 確実な実地研修の実施
出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。