

<研修に必要な書類>

実地研修を受講される方は、下記①～⑤の書類に必要事項を記入し、申込書とともに介護キャリアアカデミーまで送付してください。

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ご本人、もしくはご家族に記入してもらってください。

③ 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。

④ 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。

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。

<書類の送り先、お問い合わせ先>

〒336-0031 さいたま市南区鹿手袋 4-4-1

介護キャリアアカデミー 担当：山下

TEL：048-767-4115 FAX：048-711-6010



## 主治医指示書

西暦 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

西暦 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) 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。

西暦 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 〒336-0031 埼玉県さいたま市南区鹿手袋4-4-1

事業所名 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

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

2018年5月より実地研修を行う前に以下をお願いしております、

①三菱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閲覧できる介護職員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こと

[https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu\\_07.html](https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_07.html)

かつ

②三菱UFJリサーチ&コンサルティングから配信されております動画を見ていただくことが必要になります。視聴いただいたのち、アンケートにお答えください。

(動画につきましては下記から閲覧いただけます。

第1章

[https://www.youtube.com/watch?v=M\\_Hse5FagJc](https://www.youtube.com/watch?v=M_Hse5FagJc)

第2章

<https://www.youtube.com/watch?v=b6vdckpzGwo>

第3章

<https://www.youtube.com/watch?v=w4Rp4jPkMtM> です)

※医療的ケア教員講習会を受講済みの看護師様でも研修資料及び動画の閲覧は必要です。

以上よろしくお願ひ申し上げます。

介護キャリアアカデミー

# 喀痰吸引等登録研修（3号研修）講師資格申立書

埼玉県知事 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。

西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印