

13 注意事項

- (1)研修の申し込みは、たんの吸引等を行う特定の利用者がいる方は、
①受講者(介護職員等) ②たん吸引等利用者 ③実地研修指導講師となるかかりつけ医又は看護師の
3名で申し込んでください。
- (2)申し込み時点で、特定のたん吸引等利用者がいなくても申し込むことはできますが、条件を次のとおりとしますので、
ご注意ください。
- ①申し込み時点で特定のたん吸引等利用者がある方の受講を優先とし、定員に空きがある場合にのみ、
定員の範囲内において、特定の利用者のいない方の基本研修受講者を決定する。
- ②①により、特定の利用者のいない方が基本研修を修了した場合は、安全上の観点から、基本研修終了後
6ヶ月以内に特定の利用者への実地研修を行わなければ、基本研修の修了を無効とする。
- (3)申込多数の場合、受講できない場合がありますので、御了承ください。
- (4)応募者多数の場合は、1事業所あたりの受講者数を限らせていただくことがありますので、あらかじめ御了承ください。
1事業所で複数名申し込まれる場合は、必ず受講優先順位をご記入ください。
- (5)受講者の選考後、受講決定者には、受講決定通知書等を送付します(所属事業所あてに郵送)。
- (6)実地研修に必要な提出書類等については、受講決定後にお知らせします。
- (7)研修の全てを受講しないと修了となりません(欠席・遅刻は厳禁となっております)。
- (8)経過措置の認定証又は第三号研修の認定証(特定の者対象)をお持ちの方は、講義・演習を省略できる場合が
あります。
省略せず全日程受講していただいても結構ですが、申込多数の場合は基本研修の優先順位が下がります。
- ＜講義・演習を省略できる例＞
- (例1) 現在、経過措置の認定証があり、口腔内たんの吸引をしている。新しい利用者に対して、同じ行為を行う。
→ 実地研修のみでよい。
- (例2) 現在、経過措置の認定証があり、たんの吸引をしている。新しい利用者に対して、たん吸引と胃ろうを行う。
→ 講義・演習のうち、胃ろう等・経管栄養に関するもの等を受講。その後、実地研修(たんと胃ろう)。
- (例3) 現在、第三号研修の認定証があり、たんの吸引をしている(胃ろう等の講義・演習も受講済み)。新しい利用者に対して、
たん吸引と胃ろうを行う。
→ 実地研修のみでよい(たんと胃ろう)。

14 研修修了後の手続き

研修の修了者には、公益財団法人介護労働安定センター徳島支部から「修了証書」を交付しますが、
実際にたんの吸引等の行為を行うためには、修了証書受領後、
「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受ける必要がありますので、別途、県に申請を行ってください。

また、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けた介護職員等を雇用し、たんの吸引等の医療ケアを行う
事業者は、「登録特定行為事業者」としての登録が必要となります。

登録特定行為事業者となっていない場合は、必ず、県に「登録特定行為事業者」になるための登録申請をしてください。

(認定特定行為業務従事者認定、登録特定行為事業者申請の手続については、徳島県障がい福祉課ホームページに掲載しています。) 【 <https://www.pref.tokushima.lg.jp/jigyoshanokata/kenko/shogaifukushi/5018888> 】

15 問い合わせ先

- ・研修内容、損害保険に関すること
- ・募集等に関すること

公益財団法人介護労働安定センター徳島支部 TEL:088-655-0471
徳島県障がい福祉課 TEL:088-621-2242

介護職員等によるたんの吸引等研修事業(第三号研修)受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな	生 年 月 日		○を入れてください
氏 名	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女
自宅住所・電話	〒		自宅電話:
勤 務 先	事業所名:	法人名:	
事業所所在地	〒		
事 業 所 TEL&FAX	TEL:	FAX:	
緊急連絡先 (携帯等)			
保有資格・免許	1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修課程修了者 3 介護職員初任者研修課程修了者 4 (訪問)介護養成研修____級課程修了者 5 その他 ()		
実務経験年数	()年 ()か月		
事業所内での受講優先順位		第 位	
ア 認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・特定の者対象)の有無		有り ・ 無し (「有り」のとき)今回の実地研修の利用者に対する認定証ですか? はい ・ いいえ	
イ 認定特定行為業務従事者認定証(第三号研修修了者(特定の者対象))の有無		有り ・ 無し (「有り」のとき)今回の実地研修の利用者に対する認定証ですか? はい ・ いいえ	
上記ア又はイが有りの場合・・・右記のいずれかに○を入れてください。		全日程受講希望 ・ 必要な科目のみを受講	
利用者(たんの吸引等 を必要とされている方) の氏名	ふりがな: 氏名:		
実地研修指導講師(利用 者のかかりつけ医又は 看護師)の氏名・生年月 日・資格・所属 注4)	ふりがな: 氏名:	資格:	あわ はなこ 例)阿波花子 看護師
	生年月日: 昭和・平成 年 月 日		
	所属:	所属TEL番号:	例)〇〇病院 088-621-××××
	所属所在地: 〒		
	実地研修指導講師研修(受講済・今回申込み) ← ○をつけてください。		
	謝礼の支払先: 法人・個人 ← ○をつけてください。		
受講対象となる担 当する医療行為に ○を入れてください	1 口腔内喀痰吸引	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	← 利用者が必要と する医療行為です。 <u>必ず確認してください!</u>
	2 鼻腔内喀痰吸引	5 経鼻経管栄養	
	3 気管カニューレ内部喀痰吸引		
	人工呼吸器装着者ですか? はい・いいえ		

推 薦 書

募集要項の内容を確認し、上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等研修事業(第三号研修)」の受講者として推薦します。

令和 年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター徳島支部長 様

事業所名

事業所の長

印

注1) 複数の事業所で勤務し、それぞれでたんの吸引等の行為を担当する必要がある場合は、勤務時間の長い事業所から申し込んでください。

注2) 申し込む際は、募集要項をよく確認の上、お申し込みください。

注3) 1事業所で複数名申し込まれる場合は、必ず受講優先順位を御記入ください。

注4) 指導看護師のみのお申込みの場合は、濃い黒の枠内のみをご記入下さい。

※介護職員のお申込みの場合でも記載が必要となります。