

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）受講申込書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 自立生活センターさっぽろ

理事長 佐藤 喜美代 様

◎受講申込者

■受講する研修内容（該当する研修名の左横に○をつけてください）			
<input type="checkbox"/>	全研修受講	<input type="checkbox"/>	実地研修のみ

■受講者			
(ふりがな) 氏 名		性別	男・女 (○で囲んでください。)
生年月日	大正 年 月 日生 (年齢 歳) 昭和 平成		
住 所	(〒 -)		
電 話	() -		
施設・事業所 の名称			
施設・事業所の長	(印)		
住 所	(〒 -)		
電 話	() -		

◎特定の利用者（重度障害者）の氏名等

実地研修で行う医行為の種類に○印を付けてください。

(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
実地研修 で行う 医行為の 種類	①口腔内の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-1)
	②口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-2)
	③鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-3)
	④鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-4)
	⑤気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-5)
	⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-6)
	⑦胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）		(別紙2・3-7)
	⑧胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形型栄養剤の場合）		(別紙2・3-8)
	⑨経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）		(別紙2・3-9)

(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
実地研修 で行う 医行為の 種類	①口腔内の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-1)
	②口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-2)
	③鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-3)
	④鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-4)
	⑤気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）		(別紙2・3-5)
	⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸器装着者用手順）		(別紙2・3-6)
	⑦胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）		(別紙2・3-7)
	⑧胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形型栄養剤の場合）		(別紙2・3-8)
	⑨経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）		(別紙2・3-9)

上記の申し込みについて同意します。

申込者との関係

住 所

氏 名

印

(*申請者が20歳未満の場合は親権者などの法定代理人の方の同意が必要となりますので、親権者又は法定代理人の方は上欄に記名、押印してください。)

特定非営利活動法人
 自立生活センターさっぽろ
 理事長 佐藤 喜美代 様

誓 約 書

住 所

申込者

印

私は、特定非営利活動法人 自立生活センターさっぽろが開催する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）の受講を申し込むとともに、下記の事項を順守することを誓約します。

記

- 1 特定の者に対してたんの吸引等の行為を行う必要のある者を対象とする。
- 2 対象の利用者の居住地が札幌市内および近郊の方。
- 3 下記の基準を満たしていることとする。

1) 事業所事項	<p>①受講者が所属する事業所は、「登録特定行為事業者」の指定を受けていること。または、指定を受ける予定であること。合わせて安全委員会が設置されている。または設置する予定であること。</p> <p>②受講者が医療行為を行う「利用者名」と「医療行為内容(どこの痰吸引なのか、栄養の種類は何かなど)」が決まっていること。(複数の利用者を担当する場合は、すべての利用者名で申し込む)その対象の利用者は、主治医や医療関係機関と連携を取り、緊急時の対応方法や人工呼吸器のトラブル等にも対応できる体制を整えている。または、今後、体制を整備する計画であること。</p> <p>③受講者が所属する事業所が医療行為を行う利用者と介助サービスの利用契約を締結していること。またはこれから締結する予定であること。</p> <p>④受講者が所属する事業所が「登録特定行為」(喀痰吸引や経管栄養など)に対応できる「介助サービス事業保険(賠償責任保険)」に加入していること。</p>
2) 対象利用者	①実地研修を行うことを利用者さんにしっかりと説明し、同意・協力を得ていること。
3) 指導看護師	<p>①実地研修を行う場合、普段関わっている(または関わる予定の)指導看護師等で行うこと。</p> <p>②実地研修を担当する指導看護師等は、「3号研修の指導看護師の資格」を持っていること。(指導看護師登録番号・資格証があること)</p> <p>③実地研修を担当する指導看護師等は、「看護協会に登録」をしている。もしくは「看護師(または医療職用)自賠責保険」に加入していること。加入していない場合は、こちらで用意する「看護師(または医療職用)自賠責保険」に加入することに同意していること。</p> <p>④実地研修を担当する指導看護師等は、当事業所と講師契約(講師料は当事業所と看護師で直接決める)ができること。</p>
4) その他	<p>①実地研修を行う場合、当事業所のスタッフが同席することに同意できること。</p> <p>②上記の基準に関わらず、当事業所が認めた者。</p>