

# 特定の者対象 喀痰吸引等研修 実地研修申込書

基本研修修了者が、新しい利用者のケアに入る場合や、利用者にこれまでとは別の吸引や経管栄養が必要となった場合には、実地研修を受けて、「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けなければなりません。ポムハウスで、その手続きを引き受けます。

手続費用：ポムハウスで基本研修を受講した方は、1介護者・1利用者につき 2,000 円

他機関で基本研修を受講した方は、1介護者・1利用者につき 4,000 円

(実地研修の内容を問わない。)

実地研修を始める前に**ポムハウスに提出**していただく書類 (実地研修予定日の 10 日前必着)

- 受講証明書**、または、**修了証明書** (コピー) (ポムハウス受講の場合は不要)
- 医師の指示書** (別紙 1) (コピー)
- 本人の同意書** (別紙 2) (コピー)
- 計画書** (別紙 3) (原本)
- 実施機関承諾書** (別紙 4) (原本) (訪問看護ステーション、正看護師個人など)  
(ポムハウスから看護師を派遣する場合のみ、不要)
- 指導者研修修了証書** (コピー)
- 修了証書のない場合のみ **看護師免許証** (コピー)

ポムハウスから、書類確認の**連絡 FAX** を受け取る。

**実地研修** (場所は、利用者の自宅や日中活動先など)

- ・ 9 種類の中から必要な評価票を選び、内容を利用者に合わせて変更する。  
(モノクロの演習評価票と、カラーの評価表)
- ・ 指導看護師や経験のある介護職員が行う利用者のたんの吸引等を見る。
- ・ 利用者ごとの手順に従ってシュミレータなどを使って現場演習を実施し、看護師が基本研修 (演習) 評価票に記入する。(回数は問わない)
- ・ 利用者と看護師の了解後、実地研修を行い、看護師が評価票に記入する。
- ・ 指導看護師による評価は、実地研修評価表の全ての項目について評価  
手順どおりに実施でき、2 回連続 A の評価となった場合、研修修了。

※ 指導看護師への謝金については、事業所と実施機関 (訪問看護ステーション、正看護師個人など) でご相談の上、事業所から直接お支払いください。

※ 指導看護師がない場合は、ポムハウスから指導看護師を派遣します。

謝金は1介護者・1利用者につき基本10,023円と交通費実費になります。

### 実地研修終了後にポムハウスに送付する書類

- 報告書 (別紙5) (原本)
- 基本研修(演習)評価票 (原本)
- 評価表 (原本)

「喀痰吸引等に関する研修修了証明書」を、ポムハウスから受け取る。(月2回発行)

### 「認定特定行為業務従事者認定証交付申請」

各事業所(個人)は、必要書類(※1~6)を添えて申請すると、各都道府県から「認定特定行為業務従事者認定証」が交付される。

### ※認定特定行為業務従事者認定証の交付申請書類

- 1 認定特定行為業務従事者認定証交付申請書 特定の者対象(省令別表第三号)研修修了者の場合  
認定特定行為業務従事者認定証交付申請書(省令別表第三号研修対象)(様式4-2)
- 2 住民票の写し(原本に限る。住所、氏名、生年月日が記載されたもので発行後6か月以内のもの。  
(外国籍の方は同様に必要事項のみを記載した外国人登録原票の写しの提出で可)
- 3 社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第3号の各号の規定に該当しない旨の誓約書(様式4-3)
- 4 喀痰吸引等に関する研修修了証明書
- 5 返信用定型封筒(認定証送付分相当の切手貼付、返信先記入のこと)
- 6 事業所がまとめて提出する際は、認定特定行為業務従事者認定証交付申請書類一覧(チェックリスト2)

大阪府 HP <http://www.pref.osaka.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/ninteisyorui.html>

書類送付先 〒562-0013 箕面市坊島 4-5-20 みのお市民活動センター

特定非営利活動法人 ポムハウス 宛

連絡先電話番号 072-721-5150

E-Mail [info@pomhouse.org](mailto:info@pomhouse.org)



FAX : 072-721-5150      E-mail : info@pomhouse.org

## 喀痰吸引等研修 実地研修申込書

|                       |                                |       |
|-----------------------|--------------------------------|-------|
| フリガナ<br>氏 名           |                                |       |
| 生年月日                  | 西曆                             | 年 月 日 |
| 住 所                   | 〒 住民票通りの住所をお願いします。<br>市 丁目 番 号 |       |
| 受講者連絡先<br>携帯電話番号      |                                |       |
| 所<br>属<br>事<br>業<br>所 | 名称                             | 担当者名  |
|                       | 住所                             | 〒     |
|                       | 電話番号                           |       |
|                       | FAX 番号                         |       |
|                       | メールアドレス                        |       |
| 特定の者（利用者）氏名           | 実地研修内容                         | 指導看護師 |
|                       | 吸引 ・ 経管栄養                      | 有 ・ 無 |
|                       | 吸引 ・ 経管栄養                      | 有 ・ 無 |

実地研修を始めるにあたって必要になる書類

「受講証明書」、または「修了証明書」

「介護職員等喀痰吸引等指示書」

「喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書」

「実地研修実施計画書」

「喀痰吸引等研修 実地研修 実地機関承諾書」

「指導者研修修了証書」、または、「看護師免許証」

など