

令和5年3月1日

関係各位

学校法人高松学園
理事長 高松彰充

令和5年度長野県喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）
受講者募集について

学校法人高松学園は、長野県の登録研修機関として標記研修を実施することとなりました。

つきましては、別添「令和5年度長野県喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）募集要項」に基づき、受講者を募集しますので、受講希望者は、下記の飯田短期大学宛に申し込みをしてください。

1 事業所において複数の者の申し込みを行う場合は、優先順位を記載してください。申込多数の場合は、利用者の状況等を勘案し、受講決定を行いますのでご了承ください。

記

- 1 日程及び内容
別紙カリキュラムのとおり
 - 2 場所
飯田短期大学
 - 2 申込期間
 - ① 介護福祉士養成校卒業生
令和5年 4月3日（月）～ 4月10日（月）
 - ② 実務者研修修了者
令和5年 10月10日（火）～10月31日（火）
※郵送の場合は必着、持参の場合は平日9時～17時まで、FAXは不可
申込期間以外の受付は、受理いたしません
 - 3 申込書送付先・受付窓口
〒395-8567 飯田市松尾代田610
飯田短期大学 地域連携センター宛
 - 4 その他
送信用の封筒に「喀痰吸引等研修受講申込書在中」と**朱書き**してください。
受講決定通知は、別途所属宛に通知させていただきます。
- * 令和5年度より「飯田短期大学」に校名変更となります。ご了承ください。

者に人工呼吸器装着者がいる場合は、口にレ（チェック）を入れてください。
* 記入された個人情報は、本学の喀痰吸引等研修に関する書類の発行に利用します。

別紙 1 - 2

飯田短期大学
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

飯田短期大学
学長 高松 彰充 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。

記

事業所名	
職 名	
氏 名	
研修課程	
推薦理由	

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。

(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。