

調査票

事業所名：

担当者：

連絡先：

- ① 喀痰吸引等研修（第3号研修）の基礎研修（実地研修は除く）が実施された場合、受講を希望される（もしくは受講を勧めたい）職員はいらっしゃいますか。

YES ・ NO

- ② ①で YES とお答えいただいた場合、受講を希望する（もしくは受講を勧めたい）職員は何名いらっしゃいますか。受講可能な時期も併せてお答えください。

--

名

受講可能な時期	8 月	12 月	3 月
1 回あたり 受講可能な人数(名)			

- ③ 令和4年5月末時点で、喀痰吸引や経管栄養もしくはその両方が必要な利用者は何名いらっしゃいましたか。

--

名

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

※喀痰吸引等研修：平成24年の社会福祉士及び介護福祉法の一部改正に伴い、介護職員等が適切に喀痰吸引等（一定の喀痰吸引・経管栄養）が実施できるよう受講が必要となった「介護職員等に対する研修（喀痰吸引等研修）」を指します。
※第3号研修：喀痰吸引等研修において、特定の利用者だけに特定のケアを行うための研修を指します。

送り先：40syokei@city.kawasaki.jp