

喀痰吸引等研修支援事業実地研修受入協力金支給要領

第1 趣旨

この要領は、神奈川県又は登録研修機関が行う喀痰吸引等研修（省令第1号、第2号）において、実地研修の場を提供し研修を実施した施設、事業所又は医療機関（以下「実地研修実施機関」という。）に対する協力金の支給について、必要な事項を定める。

第2 支給対象

協力金は、次の各号のいずれも該当する法人に対し、予算の範囲内で支給するものとする。

- （1） 神奈川県もしくは神奈川県が登録した登録研修機関に実地研修実施機関として選定され、あらかじめ実地研修実施機関承諾書を提出していること。
- （2） 研修を受講する介護職員等が所属する法人とは別の法人であり、かつ、別のグループの法人であること。
- （3） 研修を受講する介護職員等が神奈川県内の施設又は事業所に勤務していること。

第3 支給額

協力金の支給額は、実地研修実施機関が受け入れ受講修了させた人数に応じて、別表に定める額を支給するものとする。

第4 実施計画書の提出

第2に掲げる要件に該当する者で協力金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、実地研修を受講させる者の受講開始前に、様式第1号により実施計画書を神奈川県知事に提出しなければならない。

第5 支給の申請等

- 1 第4に規定する実施計画書を提出した申請者は、実地研修修了後、各年度の末日までに、様式第2号により神奈川県知事に実施結果を報告するとともに協力金の支給を申請することができる。
- 2 神奈川県知事は、前項により申請を受けたときは、その内容を審査し、第2の規定に該当すると認めるときは、協力金を支給するものとする。

第6 支給時期

神奈川県知事は、様式第2号を受領し確認後、速やかに協力金を支給するものとする。

第7 準拠

協力金の支出については、本実施要領に定めるもののほか、必要な事項は神奈川県知事が定める。

第8 適用除外

次に掲げる事項については、この要領を適用しない。

- 1 国、都道府県、市町村及び独立行政法人により設置されている施設、事業所もしくは医療機関等が実地研修実施機関となっている場合。なお、地方自治法（昭和22年法律第67号）第244条に規定する公の施設を管理する同法第244条の2第3項に規定する指定管理者も都道府県又は市町村により設置又は運営されている施設、事業所もしくは医療機関等とみなす。
- 2 本事業以外で、国や地方公共団体から支給対象者が本事業と同趣旨の金銭的な支給を受けている場合。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年10月30日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年1月11日から施行する。

別表

当該年度中の研修受講区分	支 給 額（1人あたり）
第1号研修	38,000円
第2号研修	19,000円

神奈川県知事 殿

(〒 ー)

(申請者) 住 所
法人名
代表者職氏名

事務担当者
電話番号
メールアドレス

喀痰吸引等研修支援事業実地研修受入れ実施計画書

標記について、次のとおり提出します。

実地研修受入れ 事業所名				
施設・事業所等 種 別		実地研修実施機関 承諾書提出の有無	有 ・ 無(今後予定)	
実地研修責任者 氏名		実施可能な喀痰 吸引等の種類 (該当する行為 に○)	たんの吸引	
実地研修 受入れ可能人数	人		口腔内	鼻腔内
			気管カニューレ内部	
			経管栄養	
			胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
		経鼻経管栄養		
実地研修受入れ予定期間 (開始年月日／終了年月日)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
指導可能な看護師等数	指導看護師等数 名 (内訳) 1 指導者研修等受講済の看護師等が確保できている。 → 名確保 2 指導者研修を今後受講させる予定である。 → 月頃 名受講予定			
実地研修対象者 (家族) の同意の有無	実地研修対象者から既に研修の受講対象となることについて 1 書面による同意を得ている。 2 今後速やかに同意を得る予定である。 → 年 月 日ころまでに			

※実地研修受入れ可能人数については、受入れ予定期間の合計人数の見込み数を記載してください。
※実地研修受入れ予定期間については、当該受入れ計画年度（4月から翌年3月）の期間内で受入れ
を予定する期間を記載してください。

神奈川県知事 殿

(〒 ー)

(申請者) 住 所
法人名
代表者職氏名

事務担当者
電話番号
メールアドレス

喀痰吸引等研修支援事業実地研修受入れ実施結果報告書
兼協力金支給申請書

標記について、次のとおり提出・申請します。

実地研修受入れ 事業所名							
施設・事業所等 種 別			実地研修責任者 氏 名				
実地研修 受入れ実績人数	第 1 号研修	人	実施した喀痰吸引等の種類 (該当する行為に○)	たんの吸引			
				口腔内		鼻腔内	
				気管カニューレ内部			
	第 2 号研修	人		経管栄養			
				胃ろう又は腸ろうによる経管栄養			
			経鼻経管栄養				
実地研修受入れ実施期間 (開始年月日／終了年月日)		年 月 日 から 年 月 日 まで					
支給申請額	研修区分	支給単価及び受入人数			支給申請金額		
	第 1 号研修	3 8 , 0 0 0 円 ×	人	円			
	第 2 号研修	1 9 , 0 0 0 円 ×	人	円			
	計			円			
添付書類	実地研修受入れ受講修了者一覧表						

○振込先口座

口座 名義	フリガナ										
	漢字										
金融機関名	(銀行等名称)	金融機関コード			(支店等名称)				店舗コード		
預金種別	普通 (総合) ・ 当座	口座番号									

※どちらかに○をつけてください。 ※左づめでご記入ください。

様式第 2 号関係 実地研修受入れ受講修了者一覧表

	受講修了者氏名	受講修了者所属事業所名	事業所所在市町村	基本研修機関名	研修区分	実地研修修了日
(例)	神奈川 太郎	〇〇ヘルパーステーション	△△市	株式会社□□	1	H29.1.1
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
1 0						
1 1						
1 2						
1 3						
1 4						
1 5						
1 6						
1 7						
1 8						
1 9						
2 0						

※受講者所属事業所が神奈川県内であることが支給要件となっています。

※研修区分欄には第 1 号、第 2 号の別を記入してください。

※受入数が 2 0 名を超える場合は、必要に応じて 2 枚目以降を添付してください。