

# 修了証明書

氏 名

生年月日

あなたは、（都道府県名）で指定を受けた（養成施設・学校名称）が開催した、平成〇〇年度介護福祉士養成カリキュラムの全課程（※裏面に記載の「医療的ケア（講義50時間＋演習）」を含む）を修了したことを証します。

平成 年 月 日

（養成施設・学校名称）

（役職・代表者氏名）

印

「医療的ケア（講義50時間＋演習）」カリキュラム

		科目又は行為	時間数又は回数
基本研修	①講義	人間と社会	1.5
		保健医療制度とチーム医療	2.0
		安全な療養生活	4.0
		清潔保持と感染予防	2.5
		健康状態の把握	3.0
		高齢者及び障害児・者の喀痰吸引 概論	11.0
		高齢者及び障害児・者の喀痰吸引 実施手順解説	8.0
		高齢者及び障害児・者の経管栄養概論	10.0
	②演習	高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説	8.0
		口腔内の喀痰吸引	5回以上
		鼻腔内の喀痰吸引	5回以上
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	5回以上
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	5回以上
	経鼻経管栄養	5回以上	
	救急蘇生法	1回以上	