

令和8年度

喀痰吸引等研修

(第一号・第二号研修)



★「人材開発支援助成金」等も活用可能！ご希望の方はご相談ください

「社会福祉士及び介護福祉法」の一部改正により、介護施設や居宅において必要な医療的ケアを、一定の条件の下で介護職員も実施できるようになりました。この喀痰吸引等研修は、たんの吸引や経管栄養を適切に行える介護職員を養成するための研修です。

講習内容	※(1) 講義9日間 (2) 筆記試験 (3) 演習 (4) 実地研修 ◇ 実地研修は、原則として、受講者が所属する法人の施設・事業所において実施していただきます。	
講習日程	＜時間＞9:30～16:30 ※一部終了時間が異なります。※演習は時間が延長する場合があります。	
	① 9月10日(木)	② 9月17日(木)
	③ 10月8日(木)	④ 10月15日(木)
	⑤ 10月22日(木)	⑥ 10月29日(木)
	⑦ 11月6日(金)	⑧ 11月12日(木)
	⑨ 11月19日(木)	⑩ 12月4日(金)
	演習	12月16日(水) 12月17日(木)のうち1日
募集定員	15名	
費用	第一号研修・第二号研修 72,420円(税込み) 内訳】受講料70,000円、テキスト代2,420円使用するテキスト 「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」(中央法規出版(株)発行) 特定行為の追加コース、科目免除コース 12,000円(税込み) 随時受付中	
	◎ 第二号研修を修了しており、追加で特定行為の修了を希望する方 ◎ 介護福祉士養成施設で医療的ケア科目を修了または実務者研修(医療的ケア)を修了しており、実地研修の修了を希望する方。 ◎ 平成29年1月以降に介護福祉士取得者。(実地研修の事務手続(修了証明書の発行など)を希望する方。ご相談ください。	
募集対象者	① 福井県内の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、居宅サービス事業等に就業している介護職員(資格は問いません)。 ② 現在勤務する事業所の利用者に上記医行為を行う対象者がいること。 ③ 指導看護師(准看護師は不可)がおり、シミュレーション演習・実地研修に際し、受講者の指導を行うことができること。 ④ 全課程の出席が可能であること。	
会場	福井県社会福祉センター 福井市光陽2丁目3-22	
損害保険料	実地研修にかかる受講生の損害保険料は(公財)介護労働安定センターが負担します。	
申込み方法	『受講推薦書兼申込書』及び『指導看護師調書及び承諾書』に必要事項をご記入の上、郵送でお申し込みください。 ※指導看護師となる方の「指導者養成研修の修了証(写)」もしくは「医療的ケア教員講習会修了証」が必要となります。なお、「特定行為の追加コース」もしくは「科目免除コース」を希望される方は、「修了証書(写)」が必要となりますので、同封願います。	

＜問い合わせ先＞

公益財団法人 介護労働安定センター 福井支部

住所：〒910-0006 福井市中央1丁目3-1 加藤ビル6階

電話：0776-25-1365

FAX：0776-25-4706

介護労働センター 福井

担当：笹岡



公益財団法人 介護労働安定センター福井支部
 喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講推薦書兼申込書

（公財）介護労働安定センター福井支部
 支部長 殿

介護職員等によるたんの吸引等実施のため、喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講者として、以下の者を推薦の上、受講を申込みます。

法人名 _____
 施設・事業所名 _____
 住 所 _____
 代表者名 _____ 印
 担当者名 _____
 電 話 _____
 F A X _____

■喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講を推薦する者

（ふりがな） 受 講 申 込 者 名		男 ・ 女	生 年 月 日		
			年 月 日（ ）歳		
自 宅 住 所	〒 _____				
連 絡 先	電話番号			携帯番号	
希望する研修課程に○をつけてください。	(1) 第一号研修（5行為）				
	(2) 第二号研修（希望する行為もしくは任意の組み合わせを選んでください）				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管

■実地研修実施に関わる確認事項

実 地 研 修 先 の 確 保	可 ・ 不可				
実地研修先を確保できる場合、貴施設における各医行為対象となる利用者人数	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
実地研修指導看護師（注1）	有 ・ 無				
複 数 名 申 込 の 場 合 、 下 記 推 薦 者 の 優 先 順 位	_____ 名申込のうち _____ 位				

（注1）貴施設に演習及び実地研修実施の指導看護師が在籍している場合は、[様式2号] 指導看護師調書及び承諾書、指導看護師の指導者養成講習修了書の写しもしくは医療的ケア教員講習会修了書の写しが必要となります。

喀痰吸引等研修にかかわる演習及び実地研修
指導看護師 調書及び承諾書

（ふりがな） 氏 名			
生年月日	年	月	日生（ ）歳
勤務先 ※「施設所在地」については、「様式1号」と同じ場合は省略可能です。	施設名		
	施設所在地	〒	FAX
勤務先の種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 病院・診療所 (3-1 介護療養型医療施設 3-2 介護療養型医療施設以外) 4. 医療・看護系大学又は療養所 5. その他(具体的に：)		
保有資格	1. 医師	2. 保健師	3. 助産師 4. 看護師
免許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許について、記載してください。		
「指導者養成講習」及び「医療的ケア教員講習会」等の修了状況	修了年月日： 年 月 日	修了証書番号：	
	修了証書発行機関： ※修了証書の写しを添付してください。		
職 歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 ()年()か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 ()年()か月 c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 ()年()か月		

介護職員等による喀痰吸引等研修における演習及び実地研修指導講師とし、
受講(希望)者 _____ の指導及び評価にあたることを承諾します。

令和 年 月 日

指導看護師氏名

印