

条件により**人材開発支援助成金**等も活用出来る研修です。**開講日1ヵ月前迄の申請**が必要なため、ご利用の詳細は鹿児島労働局へお問合せください（099-219-5101）

## 介護職員等によるたん吸引等の実地のための研修

# 喀痰吸引等研修（第1・2号研修）

**日程：令和8年1月9日～令和8年3月19日（講義9日間＋実技試験及び筆記試験）**

「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、平成24年4月から、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携により安全確保が図られていること等、一定の条件の下で「**喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）**、**経管栄養（胃ろうまたは腸ろう・経鼻）**」を実施できることになりました。 ※<sup>1</sup> 実施できる行為は、実地研修を修了した行為になります。



|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 日 程     | 1/9<br>(座学)                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1/16<br>(座学)    | 1/23<br>(座学)     | 1/30<br>(座学)                                        | * 2/6<br>(実技演習) | * 2/13<br>(実技演習) | 2/20<br>(座学) |
|         | * 2/27<br>(実技演習)                                                                                                                                                                                                                                                                           | * 3/4<br>(実技演習) | * 3/19<br>(筆記試験) | 実技試験：* 3/12、* 3/13(どちらか1日)<br>※決定した日程は講習開始後にお伝えします。 |                 |                  |              |
|         | ※感染症等の状況により、日程が変更になる場合がございます。※実地研修は、上記とは別日程となります                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 講習会場    | 鴨池南国ビル 地階 第4会議室 鹿児島市鴨池新町6-6                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 募集定員    | 20名                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 募集対象者   | 県内に在住する介護保険事業所や障がい福祉事業所等（※1）に所属し、喀痰吸引を行う介護職員等として事業所管理者が本研修の受講者として推薦し、自施設での実地研修が可能（※2）な方<br>※1：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、特定入居者生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、訪問介護、通所介護事業所等、または障害者支援施設、障がい福祉サービス事業所、障がい児施設（医療機関を除く）<br>※2：同法人に指導看護師等がおり、実地研修を行える事が必要。一定の条件（別紙「実地研修に係る確認事項チェックシート」で確認ください） |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 講習内容    | ■座学：5日間 ■実技演習：4日間 ■筆記試験：1日間 ■実技試験：1日間 ■実地研修※2)<br>※2)実地研修は、原則として所属する施設等において実施していただきます。<br>※当センターでは人工呼吸器装着、半固形栄養剤の実地研修はできませんのでご注意ください。                                                                                                                                                      |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 受講料等    | ①全日程：受講料 50,000円（税込）<br>※テキスト代2,420円（税込）は当日別途ご購入頂きます。<br>中央法規(株)発行「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」                                                                                                                                                                                             |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
|         | ②資格保有者等の座学免除コース（実技演習+実技試験+筆記試験）：受講料 40,000円（税込）<br><br>（養成施設等で医療的ケアの科目を修了しており、実地研修を希望する方） * の日程のみ受講<br><br>※資格証もしくは修了証明書（写）の提出が必要となります。）                                                                                                                                                   |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| 損害保険料   | 実地研修にかかわる受講生の損害保険料については、当センターが負担いたします。                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |
| お申し込み方法 | 裏面申込書により12月20日迄にお申込みください。 但し定員になり次第受付終了します。<br>※開催日から14日前以降のキャンセル申し出は、原則受講料等の返還はできません。ご了承ください。                                                                                                                                                                                             |                 |                  |                                                     |                 |                  |              |

（お問い合わせ先）  公益財団法人 介護労働安定センター 鹿児島支部

〒890-0064 鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル11階

TEL：099-255-6360 FAX：099-255-6361 E-mail：kaigokagoshima@kaigo-center.or.jp

2025 喀痰吸引等研修（第1号・第2号）受講申込書

|      |     |     |    |
|------|-----|-----|----|
| 受付番号 | 入金日 | 202 | 46 |
|------|-----|-----|----|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           |                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 受講希望するコース<br>※☑入れてください |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ①全日程コース <input type="checkbox"/> ②座学免除コース<br>※②を受講希望の方は修了証明書（写）等の提出が必要となります。     |                                                            |
| ふりがな                   | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           | 性別                                                         |
| 受講者氏名                  | <input type="checkbox"/> 昭和      年      月      日<br><input type="checkbox"/> 平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |
| 法人名称                   | サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養ホーム）                                                                  |                                                            |
|                        | の種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設                                                                         |                                                            |
| 施設・事業所名                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護                             |                                                            |
| 施設・事業所所在地              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 訪問介護<br><input type="checkbox"/> 障害者居宅介護<br><input type="checkbox"/> その他（      ） |                                                            |
| 受講者住所                  | 連絡先<br>（法人事業）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (電話)<br><br>(FAX)<br>(メール)      @                                                                         |                                                            |
| 介護従事<br>経験年数           | 年      か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 主たる保有資格                                                                                                   |                                                            |
| I 事業所の状況               | 貴事業所は、鹿児島県に登録特定行為事業者として登録していますか。<br><input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない<br>↳⇒⇒⇒今後、登録申請をおこなう予定ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           |                                                            |
| II 利用者の状況              | 現在の職場で下記の特定行為の利用者数を記載ください。<br>※3 当センターでは人工呼吸器装着、半固形栄養剤の実地研修はできませんのでご了承ください。<br><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引      （利用者数：      名、うち人工呼吸器装着：      名）※3<br><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引      （利用者数：      名、うち人工呼吸器装着：      名）※3<br><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引      （利用者数：      名、うち人工呼吸器装着：      名）※3<br><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数：      名、うち半固形栄養剤：      名）※3<br><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養      （利用者数：      名） |                                                                                                           |                                                            |
| III 実地研修可否             | 実地研修については、受講者の職場での実施を予定しております。<br><input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施が可能である<br>指導をおこなう看護師氏名を記載ください。（指導にあたる看護師の方が複数の場合、全員ご記入ください。）<br>_____<br>看護師氏名<br>↳⇒⇒⇒「指導者講習修了証書」又は「医療的ケア教員講習会修了証書写し」を添付ください。<br>※担当指導看護師に変更等がある場合は、必ずご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                                            |

※ 上記内容を記入(チェック)のうえ、当受講申込書に、別紙「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付ください。

上記の者が、公益財団法人介護労働安定センター鹿児島支部が実施する喀痰吸引等研修に受講することを申込みします。

令和      年      月      日。

施設・事業責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_