



令和8年度

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**が必要のため、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実施のための研修

喀痰吸引等研修（第1・2号研修）

**日程：令和9年1月8日～令和9年3月18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。 ※¹⁾ 実施できる行為は、**実地研修を修了した行為になります。**



	1/8 (座学)	1/15 (座学)	1/22 (座学)	1/29 (座学)	* 2/5 (実技演習)	* 2/12 (実技演習)	2/19 (座学)
日 程	* 2/26 (実技演習)	* 3/3 (実技演習)	* 3/18 (筆記試験)	実技試験：* 3/11、* 3/12（どちらか1日） ※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 ※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） ※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) ※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。 ※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） ※テキスト代2,420円（税込）は当日別途ご購入頂きます。 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） （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 ※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18日迄にお申込みください。 但し、定員になり次第受付終了いたします。						



FAX 099-255-6361

(公財) 介護労働安定センター鹿児島支部

令和8年度 喀痰吸引等研修(第1号・2号) 受講申込書

受付印

受付番号	入金日	2026			46	
------	-----	------	--	--	----	--

受講希望コース ☐ ①全日程コース ☐ ②座学免除コース☒ ご記入ください ※②を受講希望の方は修了証明書等(写し)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			口 昭和 年 月 日 口 平成	口 男性 口 女性	
法人名称			サービスの 種別	口 介護老人福祉施設(特養ホーム) 口 介護老人保健施設 口 特定施設入居者生活介護 口 認知症対応型共同生活介護 口 訪問介護 口 障害者居宅介護 口 その他()	
施設・事業所名					
施設・事業所 所在地	(〒 -)				
受講者 住所	(〒 -)		連絡先 法人事業所	(TEL) (FAX) (メール)	
介護従事 経験年数	年 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。 口 いる 口 いない ↳⇒⇒⇒今後、登録申請をおこなう予定ですか。 口 はい 口 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。 ※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。 口 口腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) ※3 口 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) ※3 口 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 口 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 口 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。 口 職場での実地研修の実施が可能である。 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。) 看護師氏名 _____ ↳⇒⇒⇒「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。 ※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☑ご記入のうえ、当受講申込書と別紙「実地研修に係る確認事項チェックシート」をご提出ください。

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

**令和8年度介護職員等によるたん吸引等実施の為の研修(不特定多数の者対象)
実地研修に係る確認事項チェックシート**

受講申込者名() 施設・事業所名()

実地研修開始日(令和9年3月中旬以降)までに、国の研修事業実施要項に定める下記の要件を満たしている必要があります。

実地研修開始日までに、要件を満たしていること(見込者含む)を確認しチェック欄に記入してください。

記入日: 令和 年 月 日

要件	チェック 欄
(1)吸引等実施対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	☐
(2)医療、介護等の関係者による連携体制があること。	☐
(3)実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する指導看護師について、介護職員等数名につき1人以上の配置が可能であること。(訪問介護事業所にあつては、訪問看護事業所と連携の上、実地研修の場において指導看護師について、介護職員等数名につき1人以上の確保が可能である場合も含む。)	☐
(4)指導看護師は臨床等での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講していること。または、今後指導者講習を受講することを了承している看護師を確保していること。なお、実地研修における指導者には、上記指導看護師のほか、指導者講習を修了した医師を含む(准看護師は不可)。	☐
(5)有料老人ホーム、グループホーム、障害者(児)施設等においては、常勤の看護師の配置又は医療連携体制加算をとっていること。	☐
(6)過去5年以内に、都道府県から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく効力の停止(障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。)を受けたことがないこと。	☐
(7)たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用していること。	☐
(8)施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	☐
(9)利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。	☐
(10)実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため施設長の統括の下で、関係者なる安全委員会が設置されていること。	☐
(11)利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医(別途主治医がいる場合に限る。)指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。	☐
(12)指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。	☐
(13)ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価・研修を行うこと。	☐
(14)緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間を始め緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連携が構築されていること。	☐
(15)施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	☐

▼以下、要件は必ずしも満たしている必要はありません。

(16)気管カニューレ造設及び鼻腔経管栄養の対象者数が適当数入所又はサービスを利用しており、対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	☐
(17)人工呼吸器装着者が入所又はサービスを利用しており実地研修の対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	☐

※本紙は喀痰吸引等研修受講申込書に添付し、ご提出下さいますようお願いいたします。