

(別添2)

介護長野発第2402347号  
令和6年4月1日

介護事業所 各位

公益財団法人 介護労働安定センター長野支部

公益財団法人介護労働安定センター長野支部  
令和6年度喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講者募集について

公益財団法人介護労働安定センターは登録研修機関として、社会福祉士及び介護福祉士法に基づく登録研修機関の登録を受け、喀痰吸引等研修を実施しております。

つきましては、令和6年度の喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講者を募集しますので、募集要項をご確認の上、令和6年6月17日（月）までに申し込みをしてください。

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 研修機関名 | (公財) 介護労働安定センター |
| 連絡先   | 026-232-0898    |
| 担当    | 浅野              |

**公益財団法人介護労働安定センター長野支部**  
**令和6年度喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）募集要項**

1 目的

介護保険施設及び障害者支援施設等の施設及び居宅において、介護職員等が、医師の指示に基づき必要なケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を行うための知識及び技術を修得することを目的とします。

2 研修機関

公益財団法人介護労働安定センター長野支部

3 受講対象者

受講者は以下の1～5の要件を全て満たし、受講者が勤務する事業所の長が推薦する者とします。

1. ①介護福祉士資格保有者、②実務者研修修了者（※1）、③第二号研修修了者、④介護福祉士養成校の卒業生で「医療的ケア」の科目において基本研修（講義・演習）を修了している者、又は⑤介護若しくは障害者支援等の経験を有する者
2. 長野県に住所がある者又は長野県に所在する事業所に勤務している者
3. 原則として、現在勤務する事業所に上記医療行為を行なう対象者がいる者
4. 原則として、現在勤務する事業所が特定事業所として登録申請している又は登録申請を行う予定である者
5. 原則として、現在勤務する事業所に実地研修指導者がおり、実地研修に際し指導を受けることができる者
6. 免除科目以外の全科目出席可能な者

※ 1. ②実務者研修修了者については医療的ケア 50 時間を通学で修了した者に限ります。

※ 2 から 5 については、勤務する事業所の設置法人の別の施設等において実地研修の実施が可能な場合も含まれます。

4 定員

75 人

5 受講料（保険料含む。消費税込）

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| ①介護福祉士<br>⑤介護・障害者支援経験者<br>経過措置対象者(口免)含む        | ②実務者研修修了者                                    | ③第二号研修修了者<br>④養成校卒業生 |
| 受講料 100,000 円<br>テキスト代 3,080 円<br>合計 103,080 円 | 受講料 40,000 円<br>テキスト代 3,080 円<br>合計 43,080 円 | 受講料 5,000 円          |

※筆記試験及び演習テストに不合格となった場合は、補講費用として各々10,000 円が必要となります

※新型コロナウイルス感染症等により、他法人の実地研修の場合は年度内に研修修了に至らない場合がありますのでご了承ください。

6 日程及び会場 ア～エの該当部分に参加

ア 基本研修（講義）50 時間

別添カリキュラムのとおり

① ⑤に該当の方は9月6日（金）及び9月17日（火）は登校不要

② 実務者研修修了者 講義（2日間登校）9月6日（金）9：30～16：30

9月17日（火）9：30～16：30

イ 筆記試験（①②⑤に該当する方）

令和6年9月19日（木）

試験結果により下記対応とする。

|            |  |
|------------|--|
| 7割未満の方     | 研修終了   |
| 7割以上9割未満の方 | 補講9月20日（金）9：00～17：00<br>追試9月21日（土）9：30～10：30 |

ウ 基本研修（演習） 別添カリキュラムのとおり

|             |                 |  |
|-------------|-----------------|--|
| 筆記試験<br>合格者 | 免除なしの方          | 5項目受講<br>（口腔吸引・鼻腔吸引・気管カニューレ・胃ろう腸ろう経管・経鼻経管） |
|             | 経過措置対象者<br>（口免） | 4項目受講<br>（鼻腔吸引・気管カニューレ・胃ろう腸ろう経管・経鼻経管）      |
|             | 実務者研修修了者        | 5項目受講<br>（口腔吸引・鼻腔吸引・気管カニューレ・胃ろう腸ろう経管・経鼻経管） |

※評価内容が合格に達していない場合や、規定回数内で合格できなかった場合は別日に補講（要補講代）が必要となります。

※③④第二号研修修了者、介護福祉士養成校の卒業生で「医療的ケア」の科目において基本研修（講義・演習）を修了している者は実地研修以外のア～ウが免除になります。

## エ 実地研修

原則として、自施設において受講していただきます。

※ 基本研修（演習）試験を合格した方が実地研修を受講できます。

※ 原則として自法人での演習が可能な事業所のみ申し込みを受け付けます。

## 7 実地研修

実地研修は、原則として、受講者自らが勤務する施設等において実施していただきます。実地研修先においては、別紙2「実地研修施設の基準」に記載される要件を満たす必要がありますので、勤務する事業所において、実地研修に先立ち実地研修の実施のための体制整備を行ってください。

また、実地研修先において指導をする看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）は、原則としてその実地研修先に勤務する看護師等とします。指導にあたる予定の看護師等は、「喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習」を修了している必要がありますので、県が行う講習を受講しておいてください。

## 8 申込書類

- ① 別紙1-1 「喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書」
- ② 別紙1-2 「喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書」
- ③ 指導者養成講習修了証等の実地研修の指導に係る証書（自施設・自法人内で実地研修を行う場合）

以下 該当者のみ提出

- ④ 別紙1-3 「喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の一部履修免除の申出書」
- ⑤ 免除に係る証書（認定特定行為業務従事者免許証の写し又は研修修了証の写し等）
- ⑥ 養成校卒業生は、基本研修修了証明書の写し
- ⑦ 別添6 喀痰吸引等研修実地研修施設承諾書

## 9 申込書送付先

〒380-0836

長野市南県町1082 ND南県町ビル5階

（公財）介護労働安定センター長野支部

※ 送付用の封筒に＜喀痰吸引等研修受講申込書在中＞と朱書きしてください。

## 10 申込期限

令和6年6月17日（月）※郵送必着（FAX不可）

## 11 受講決定

申込締め切り後6月中を目途に受講決定通知に関わる書類を事業所の担当者様に送付しますので、ご本人に通知願います。受講料の請求（SMBCシステムより別途）も同時期に送付させていただきます。

## 12 留意事項

- ①第一号研修は、自ら所属する施設等において実地研修が可能な場合のみ、申込みを受付けます。自ら確保できない場合、第二号研修に変更となります。あらかじめ御了承ください。
- ②人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引の演習及び実地研修は行いません。
- ③第二号研修（気管カニューレ内部の喀痰吸引、経鼻経管栄養）は、自ら所属する施設等において実地研修が可能な場合のみ、申込みを受付けます。自ら確保できない場合、第二号研修（口腔内吸引、鼻腔内吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養のいずれか、もしくはいずれかの組み合わせ）に変更となります。あらかじめ御了承ください。

公益財団法人介護労働安定センター長野支部  
令和6年度喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

（公財）介護労働安定センター長野支部長 様

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

## 記

| ○をする   | 免除無し                             | 経過措置<br>対象者(口免)              | 実務者研修<br>修了者                 | 第二号研修<br>修了者                 | 養成校<br>卒業生                   |
|--|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (ふりがな)<br>受講者名                               | ( 性別 男 ・ 女 ) (生年月日 年 月 日)        |                              |                              |                              |                              |
| 受講者<br>現住所                                   | 〒                                |                              |                              |                              |                              |
| 連絡先  | 電話                               | 携帯電話                         |                              |                              |                              |
| 所 属<br>法人名                                   |                                  |                              | 事業所名                         |                              |                              |
| 事業所<br>所在地                                   | 〒 -                              |                              |                              |                              |                              |
| 連絡先  | 電話<br>FAX                        | 担当者名                         |                              |                              |                              |
| 保有資格   | 介護福祉士 ・ 初任者研修 ・ 実務者研修<br>その他 ( ) |                              |                              |                              |                              |
| 受講者の<br>介護の<br>経験                            | 施設・事業所名                          |                              | 勤務時<br>の職種                   | 通算勤務期間<br>( 年 か月)            |                              |
|  |                                  |                              |                              |                              |                              |
|  |                                  |                              |                              |                              |                              |
|  |                                  |                              |                              |                              |                              |
| 研修の種類<br>希望する<br>コースに☑を<br>してくださ<br>い。<br>注1 | ① 第一号研修（5行為）                     |                              |                              |                              |                              |
|  | ② 第二号研修（希望する行為に☑をしてください）         |                              |                              |                              |                              |
|  | <input type="checkbox"/> ②-1     | <input type="checkbox"/> ②-2 | <input type="checkbox"/> ②-3 | <input type="checkbox"/> ②-4 | <input type="checkbox"/> ②-5 |
|  | 口腔吸引                             | 鼻腔吸引                         | 気管カニューレ                      | 胃ろう腸ろう経管                     | 経鼻経管                         |
| 実地研修施設の確保                                    | 所属法人での実施 可 ・ 不可（要電話連絡）           |                              |                              |                              |                              |
| 人材開発支援助成金                                    | 利用予定 ・ 利用しない                     |                              |                              |                              |                              |
| 実地研修<br>施設の状況<br>(注2)                        | 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<br>腸ろう                 | 経鼻経管                         |
|  |                                  |                              |                              |                              |                              |
| 実地研修事業所名<br>(指導を行う予定の看護師名)                   |                                  |                              | (指導看護師 : )                   |                              |                              |

公益財団法人介護労働安定センター長野支部  
令和6年度喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

（公財）介護労働安定センター長野支部長 様

法人名

事業所名

事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している下記の者について、今後、喀痰吸引等の業務に従事する必要があるため、標記研修会の受講について推薦します。

記

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 職 名  |  |
| 氏 名  |  |

令和 6 年度公益財団法人介護労働安定センター長野支部  
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の一部履修免除の申出書

（公財）介護労働安定センター長野支部長 様

事業所名  
受講者名

印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

| 基本研修のうち下記の科目                 |  |
|------------------------------|--|
| (ア) 基本研修（講義）の全て ※筆記試験を含む     |  |
| (イ) 基本研修（講義）50 時間 ※筆記試験は受講する |  |
| (ウ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ   |  |
| 実地研修のうち、下記の行為                |  |
| (エ) 喀痰吸引（口腔内）                |  |
| (オ) 喀痰吸引（鼻腔内）                |  |
| (カ) 喀痰吸引（気管チューブ内部）           |  |
| (キ) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）           |  |
| (ク) 経鼻経管栄養                   |  |

\* 免除を希望する科目の全てに○をしてください。

注 1：特定の者対象の研修（第三号）を修了した者については、免除科目はありません。

注 2：免除対象者は下表の通りとなります。必要書類を添付してください。

| 免除対象者       | 免除科目               | 必要書類  |
|-------------|--------------------|---|
| 経過措置対象者(口免) | ウ、エ                | 認定特定行為業務従事者認定証の写し                           |
| 実務者研修修了者    | イ、                 | 実務者研修修了証の写し<br>または平成 29 年度以降の介護福祉士資格<br>登録書 |
| 第二号研修修了者    | ア、エ～クの<br>うち修了した科目 | 認定特定行為業務従事者認定証の写し又<br>は喀痰吸引等研修修了証の写し        |
| 養成校卒業生      | ア                  | 基本研修修了証明書の写し                                |

(別紙6)

## 喀痰吸引等研修実地研修施設承諾書

令和 年 月 日

公益財団法人 介護労働安定センター長野支部 様

所在地  
事業所名  
代表者名

公益財団法人介護労働安定センター長野支部（研修実施機関）が実施する喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）における実地研修の受講者を受け入れることを承諾いたします。

### 記

|                                     |   |                               |     |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|-----|
| 法人名                                 |   |                               |     |
| 施設等の名称                              |   |                               |     |
| 施設等                                 | サービス種別  |                               |     |
|                                     | 喀痰吸引等業務の登録状況  | 登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録特定行為事業者 ・ 登録なし |     |
|                                     | 電話番号  |                               |     |
|                                     | ファックス番号   |                               |     |
|                                     | メールアドレス   |                               |     |
| 研修担当者名                              |   | 指導看護師名                        |     |
| 研修受講者受入開始時期                         |   | 受入可能人数                        | 人/回 |
| 研修可能な特定行為<br>※ 実施ができる特定行為に✓をしてください。 | 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 ）<br>※ 人工呼吸器装着者のたんの吸引<br>（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 ）<br>経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 ） |                               |     |

### 【参考】 喀痰吸引等の対象者数

（ 年 月 日 現在 ）

| 省令上の行為<br>(省令別表第一及び第二) | 類型区分 |          |
|------------------------|------|----------|
|                        | 通常手順 | 人工呼吸器装着者 |
| 口腔内の喀痰吸引               | 人    | 人        |
| 鼻腔内の喀痰吸引               | 人    | 人        |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引         | 人    | 人        |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養        | 人    |          |
| 経鼻経管栄養                 | 人    |          |

※ 対象者の人数を記載してください。

※ 対象者とは、実地研修の実施にあたっては、施設等における安全対策等が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施することが可能と判断する利用者であって、その利用者（又は家族）が研修の実施について同意している者をいう。

## 実地研修施設の基準

(公財) 介護労働安定センター長野支部

(1) 利用者の人数

たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。  
(少なくとも、たんの吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろうまたは腸ろう)については、各々対象者が複数名必要)

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員及び、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。

(3) 医療関係者との連携

実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。

(4) 利用者の同意と医学的指示

当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等(以下、「実地研修協力者」という。)の書面による同意承認(同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。)がとれていること。

(5) 緊急時の対応

事故発生時の対応(関係者への報告、介護労働安定センターへの報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。)

(6) 秘密保持

実地研修協力者の秘密の保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

(7) 確実な実地研修の実施

出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。