

令和7年度 松塩筑木曽老人福祉施設組合喀痰吸引等研修（第一・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並びに居宅において、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ことができる知識及び技術を修得することを目的とします。

2 実施者

松塩筑木曽老人福祉施設組合

3 受講対象者

- (1) 介護福祉士実務者研修修了者又は平成28年度以降介護福祉士系学校卒業者
- (2) 松塩筑木曽老人福祉施設組合が開催する研修会場に通うことができる者

4 定員 20人

一号研修（10人※2人）実地研修が自施設で可能な者を優先します。

注：一号研修が定員を超えた場合には二号研修に変更いただく場合があります。

二号研修（10人※6人）

※ 実地研修委託医療機関定員

5 受講料

- (1) 介護福祉士実務者研修修了者

初回支払額＝26,000円＋実地研修費用（研修を依頼する場合）

内 訳	金 額	初回費用	備 考
事務手数料	4,000 円	4,000 円	
筆記試験	10,000 円	10,000 円	再試験の場合も同額
基本研修Ⅱ（演習）	10,000 円	10,000 円	
損害保険	2,000 円	2,000 円	1年間有効
実地研修（第一号研修）	10,000 円	10,000 円 ×履修数	研修を依頼する場合は履修する手技1科目につき要する費用が10,000円
実地研修（第二号研修）			

- (2) 平成28年度以降介護福祉士系学校卒業者

初回支払額＝16,000円＋実地研修費用（研修を依頼する場合）

内 訳	金 額	初回費用	備 考
事務手数料	4,000 円	4,000 円	
基本研修Ⅱ（演習）	10,000 円	10,000 円	
損害保険	2,000 円	2,000 円	1年間有効
実地研修（第一号研修）	10,000 円	10,000 円 ×履修数	研修を依頼する場合は履修する手技1科目につき要する費用が10,000円
実地研修（第二号研修）			

※受講料は納付案内によりお支払いください。尚、実地研修費用は、初回支払額に加算してお支払いいただくことになります。

6 日程及び会場

別紙3「松塩筑木曽老人福祉施設組合 喀痰吸引等研修カリキュラム」参照

7 基本研修Ⅱ（演習）

演習は複数のグループに分けて実施し、実施日は個別に指定します。

8 実地研修

実地研修は、原則として受講者自らが所属する事業所において実施していただきます。実地研修を行う事業所においては、必要な体制整備を行っていただくようお願いします。また、実地研修先にて指導をする者は、県が実施した喀痰吸引等研修指導者研修を修了したその実地研修先に勤務する者（以下「指導看護師」という。）とします。

なお、実地研修先が確保できない場合は、別紙1「喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書」にその旨記載してください。

また、吸引を履修する方は、口腔内吸引の選択が必須になります。

9 申込書類

- ・別紙1「喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）受講申込書」
- ・別紙2「喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）推薦書」（事業所で作成）
- ・介護福祉士実務者研修修了者の方は修了証の写し、平成28年度以降介護福祉士系学校卒業者の方は卒業証書の写し

【 申込書送付先 】

〒399-0704 塩尻市大字広丘郷原1683番地1

松塩筑木曽老人福祉施設組合事務局内 喀痰吸引等研修事業担当

10 申込期限

令和7年5月1日（木）から令和7年5月23日（金）

※郵送にてお願いします。（FAX、メール便 不可）

11 受講決定

受講決定は、所属事業所の喀痰吸引等のケアを必要とする該当者の数や、自施設で実地研修を行えるか等を勘案して受講を決定し、その結果を郵送にて事業所宛に6月上旬までに通知します。

12 注意事項

指定した期日までに受講料の支払いが確認できない場合や、記載内容に虚偽があった場合、及び受講者が遅刻、早退、欠席した場合、並びに研修を継続するのが困難だと判断した場合は受講が無効となりますのでご注意ください。

喀痰吸引等研修（第一・二号研修）受講申込書

松塩筑木曽老人福祉施設組合

管理者 塩尻市長 百 瀬 敬 様

記載日 令和 年 月 日

受講者氏名	(フリガナ) ()
	受講申込者名 _____ 印
	生年月日 (昭和・平成 年 月 日) 性別 (男・女)

標記研修会について、次のとおり受講を申し込みます。

(該当する・に○をして必要事項を記入してください。)

研修種別	・ 一号研修 ・ 二号研修
履修過程	・ 介護福祉士実務者研修修了 ・ 平成 28 年度以降介護福祉士系学校卒
履修したい 手技の科目	吸引 (・口腔内吸引 ・鼻腔内吸引 ・気管カニューレ内吸引) 経管栄養 (・胃ろう ・経鼻経管栄養) 合計 () 科目
一号研修を申し 込まれる方へ	一号研修が定員を超えて受講できない場合 (該当に○) ・ 受講しません。 ・ 二号研修に変更して受講申し込みをします。
受講者住所	〒 -
受講者連絡先 (任意)	TEL () 携帯 () 緊急連絡用
受講者職種	
受講者 保有資格 受講資格 等	(該当する資格に○をして経験年数を記入してください) 介護福祉士 ・ 2 級ヘルパー ・ その他 () ・ 無 介護若しくは障害者支援の経験年数 (年)
所属事業種別	
事業所法人名	
事業所名	
代表者氏名	
事業所住所	〒 —
事業所 TEL	()
事業所 FAX	()
実地研修先	(該当に○をしてください) 所属事業所で行います ・ 依頼します

喀痰吸引等研修（第一・二号研修）受講推薦書

松塩筑木曾老人福祉施設組合

管理者 塩尻市長 百 瀬 敬 様

記載日 令和 年 月 日

事業所名	
事業所長名	印

当該事業所において、介護に係る業務に従事している次の者について、標記研修会の受講について推薦します。

令和 6 年度 研修受講者				
優先順位	氏 名	職 名	研修種別（該当に○）	備 考
1			一号・二号	
2			一号・二号	
3			一号・二号	
4			一号・二号	

所属事業所の喀痰吸引等のケアを必要とする該当者の現在の人数について	
・ 口腔内吸引 経鼻内吸引の該当者数	人
・ 胃ろうによる経管栄養の該当者数	人
・ 気管カニューレ内の吸引の該当者数	人
・ 経鼻経管栄養の該当者数	人

実地研修体制に関する申告（該当に○をしてください）

当事業所は、「喀痰吸引等の登録事業者」として

登録されています ・ 登録されていません

↓

登録されている場合以下記入

上記受講推薦者について、実地研修を自事業所で

行います ・ 行いません

↓

行う場合以下記入

指導看護師代表者氏名

注：本表は各事業所で 1 枚提出してください。

☒ 提出物チェック表

喀痰吸引等研修（第一・二号研修）受講申込書の確認

☐ 研修種別は正しく記入されていますか？

研修種別	・ 一号研修 ・ 二号研修
履修過程	・ 介護福祉士実務者研修過程 ・ 平成 28 年度以降介護福祉士系学校卒

一号研修＝全ての手技の科目を履修するもの

二号研修＝手技の科目のうち一部を履修するもの

介護福祉士実務者研修課程＝一号か二号か選択した後、介護福祉士実務者研修を受けており、学科を修了している者は○をする

平成 28 年度以降介護福祉士系学校卒＝平成 28 年度以降に介護福祉士系短大や専門学校を卒業して介護福祉士を取得した者は○をする

履修したい 手技の科目	吸引（・口腔内吸引 ・鼻腔内吸引 ・気管カニューレ内吸引） 経管栄養（・胃ろう ・経鼻経管栄養） 合計（ ）科目
----------------	---

一号研修を選択した方は、全ての科目に○をして、合計数に 5 を記入してください。二号研修を選択した方は、履修したい科目に○をつけて、合計科目数を（ ）内に記載してください。

☐ 経験年数は記入されていますか？

受講者 保有資格 受講資格 等	（該当する資格に○をして経験年数を記入してください）
	介護福祉士 ・ 2 級ヘルパー ・ その他（ ）・ 無
	介護若しくは障害者支援の経験年数 （ ）年

☐ 所属事業所名は正規の名称が記載されていますか。
法人名や事業所名は、略称や通称ではなく正式名称を記載してください。

封筒の中身を確認

- ☐ 喀痰吸引等研修（第一・二号研修）受講申込書
- ☐ 喀痰吸引等研修（第一・二号研修）受講推薦書
- ☐ 介護福祉士実務者研修修了者の方は修了証の写し、平成 28 年度以降介護福祉士系学校卒業者の方は卒業証書の写し

封筒の宛名を確認

- ☐ 〒399-0704 長野県塩尻市大字広丘郷原 1 6 8 3 番地 1
松塩筑木曾老人福祉施設組合事務局内 喀痰吸引等研修事業担当