

喀痰吸引等研修（第3号）募集要項

1. 目的

福岡県内に所在する事業所等において、特定行為を実施できる介護職員等を養成することを目的とする。

2. 実施機関

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係
(社会福祉法人 拓く/出会いの場ポレポレ内)

3. 研修日

第3号研修【全課程】

基本研修

令和6年10月19日（土）～10月20日（日）2日間

基本研修（現場演習）・実地研修

令和6年10月21日（月）～12月16日（月）

4. 研修の種類

(1) 介護職員等を対象とした研修

第3号研修【特定の対象者に対して】

- ①口腔内の喀痰吸引(通常手順又は人工呼吸器(口鼻マスク)装着者に対する手順)
- ②鼻腔内の喀痰吸引(通常手順又は人工呼吸器(口鼻マスク)装着者に対する手順)
- ③気管カニューレ内部の喀痰吸引
(通常手順又は人工呼吸器(口鼻マスク以外のもの)装着者に対する手順)
- ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下及び半固形のいずれか又は両方)
- ⑤経鼻経管栄養

のうちの必要な行為を実施できるようにするもの。

5. 研修の構成

(1) 介護職員等を対象とした第3号研修【特定の対象者に対して】

- ①全課程【基本研修（現場演習含む）＋実地研修】

講義とシミュレーターを用いた演習からなる「基本研修（現場演習含む）」と、実際に現場において喀痰吸引等を必要としている対象者に対して特定行為を行う「実地研修」によって構成されます。

② 実地研修過程

「基本研修」を既に受講修了している者（※）が対象です。実際の現場において特定の対象者に行う「実地研修」によって構成されます。

※②の受講対象者は、これまでに第3号研修（全課程）を修了している者に限ります。

※②の受講対象者は、研修修了証の写しを提出して下さい。

6. 研修の内容

(1) 第3号研修（全課程）

※『〈別添1〉喀痰吸引等第3号研修カリキュラム』をご参照ください。

7. 受講に当たっての注意事項

① [全課程]

・基本研修（講義）を欠席した場合は、理由のいかんに関わらず、筆記試験を受けることはできません。

・筆記試験の正解率が9割未満の受講者は、再試験を1回のみ行います。

※再筆記試験の手数料がかかります（別途1,000円）

② [実地研修課程]

◎指導看護師を確保する必要があります。

※福岡県喀痰吸引等指導養成研修を受けた看護師

8. 申込方法

施設・事業所等が「第3号研修【全課程】」、「第3号研修【実地研修課程】」について、受講希望者を取りまとめの上、お申し込みください。

※受講申込書の必要枚数を「喀痰吸引等研修係」にご提出ください。

申込書類に含まれる個人情報、本研修に係る業務以外には一切使用いたしません。

[申込書類]

○「全課程」の受講希望者

A-1 第3号研修【全課程】申込書

○「実地研修課程」の受講希望者

A-2 第3号研修【実地研修課程】申込書

※喀痰吸引等研修修了者は、研修修了証の写しを提出して下さい。

〔提出方法〕 ◎原本をご提出ください。

受講申込書に必要事項を記入し F A X ・ メール ・ 郵送 ・ 持参にてお申込みください。紛失防止のため「郵送・持参」の場合は事前に連絡をお願いいたします。

※メール・FAXにてお申込みの場合は、後日原本を郵送又は研修当日にご持参ください。

〔申込み締切〕

9月27日（金）消印有効

9. 定員を超えた場合の取扱い

募集定員を超える申込みがあった場合、実施機関において選定を行います。なお、受講者が5名未満の場合は、開催を中止させていただきます。ご了承ください。

10. 受講決定

受講の決定については、施設・事業所等あてに『受講決定通知書』郵送します。なお、受講決定に関するお問い合わせは、一切お受けできません。

11. 受講決定後の流れ

受講決定者は10月18日迄に受講料のお振込み・必要書類を提出していただきます。詳細については『受講決定通知書』に同封する受講の手引きをご確認ください。

書類提出/お問い合わせ先

申込みに関するお問い合わせは、電話、FAX、メールにて行ってください。

メールの場合は、件名に【R6 喀痰吸引等研修（第3号研修）】と入れてください。

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係
(社会福祉法人 拓く/出会いの場ポレポレ内)

〒830-0071

福岡県久留米市安武町武島468-2

TEL 0942-27-2038

FAX 0942-27-2086

メール k-seibu-kikan@h-polepole.com

電話受付：8：30～17：30（土曜・日曜・祭日は除く）

喀痰吸引等第 3 号研修カリキュラム

日 程	時 間	内 容
10月19日(土) 会 場 出会いの場ポレポレ (福岡県久留米市安武町武島 4 6 8-2)	9:00 ~ 9:30	受付開始
	9:30 ~ 9:45	オリエンテーション
	9:45 ~ 11:45	重度障害児(者)の地域生活等に関する講義
	11:45 ~ 12:30	休憩
	12:30 ~ 17:00 (休憩を含む)	喀痰吸引等を必要とする重度障害児(者)等の障害及び支援に関する講義・緊急時の対応及び危険防止に関する講義
10月20日(日) 会 場 出会いの場ポレポレ (福岡県久留米市安武町武島 4 6 8-2)	9:00 ~ 11:00	講義
	11:15 ~ 11:45	筆記試験
	11:45 ~ 12:45	休憩
	11:55 ~ 12:25	再筆記試験
	12:45 ~ 15:00	演習
	15:00 ~ 15:10	実地研修に伴うオリエンテーション

講義・演習の時間は目安時間です。進行状況により予定時間が前後することがありますので、ご了承ください。

***筆記試験は、20 問中 9 割以上を合格としますので、事前の学習は必須です。**

●**対 象**：特定の重度障害者等に喀痰吸引等を実施しようとする介護職員等

●**受講料**：①基本研修（現場演習含む）・・・14,000 円

※筆記試験不合格者は当日再試験となります。（再試験手数料 1,000 円）現金でご準備ください。

②実地研修(特定の対象者 1 名につき)・・・ 3,000 円

例) 特定の対象者 2 名の場合 6,000 円

※基本研修のみの受講はできません。

※全課程を受講の場合は「基本研修+実地研修」の合計金額となります。

※受講料はお振込みにてお願いします。詳細は受講決定通知書に同封いたします。

●**持参物**

受講決定通知書・筆記用具・昼食・テキスト

平成30年度障害者総合福祉推進事業「介護職員による喀痰吸引等のテキスト等の作成に係る調査研究」成果物の喀痰吸引等研修（第三号研修）教材を使用します。各自でダウンロード又は印刷してご準備をお願いします。

※平成 24 年度版から改定されています。



テキストは QR から
ダウンロード可能。
QR をクリック又は
QR を読み取ってください。

第3号研修【全課程】申込書

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係 行

(FAX:0942-27-2086 / TEL:0942-27-2038)
〒830-0071 福岡県久留米市安武町武島468-2

原本を提出
コピーを保管して下さい。

【施設・事業所所在地】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【電話番号】

【FAX番号】

【連絡担当者名】

事業所印を押してください。

研修期間	10月19・20日(基本研修)	10月21日～12月16日(実地研修)	
ふりがな	受講者の氏名・住所・生年月日・連絡先を記入をご記入ください。	性別	生年月日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
ふりがな			
住所	(〒 -)		
連絡先		職種	

実地研修の対象となる利用者

医師の指示書にある種別のみ受講することが可能です。指示書と申し込み種別が一致していることをご確認ください。

実地研修の評価を行う看護師の名前をご記入ください。

利用者名	種別	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先	(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先	(氏名)
	2. 口腔内の喀痰吸引		(所属)
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		〒
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		所属先住所
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈着脱式コネクター〉		TEL
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈吸引用穴付きコネクター〉		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈閉鎖式〉		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		
利用者名	種別(○をつけて下さい)	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先	(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先	(氏名)
	2. 口腔内の喀痰吸引		(所属)
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		〒
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		所属先住所
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈着脱式コネクター〉		TEL
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈吸引用穴付きコネクター〉		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈閉鎖式〉		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		

※必ず原本を提出下さい。(郵送又は研修当日受付へ提出下さい)

第3号研修【全課程】申込書

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係 行

(FAX:0942-27-2086 / TEL:0942-27-2038)

〒830-0071 福岡県久留米市安武町武島468-2

【施設・事業所所在地】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

印

【電話番号】

【FAX番号】

【連絡担当者名】

研修期間	10月19・20日(基本研修)	10月21日～12月16日(実地研修)	
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
ふりがな			
住所	(〒 ー)		
連絡先		職種	

実地研修の対象となる利用者(複数の利用者がある場合は別の紙に書いて添付して下さい)

利用者名	種別(○をつけて下さい)		(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修 を依頼した指 導看護師名 及び所属先	(所属)
	2. 口腔内の喀痰吸引		
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター)	所属先住所	〒
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター)		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式)		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	TEL	
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		
利用者名	種別(○をつけて下さい)		(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修 を依頼した指 導看護師名 及び所属先	(所属)
	2. 口腔内の喀痰吸引		
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター)	所属先住所	〒
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター)		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式)		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	TEL	
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		

※必ず原本を提出下さい。(郵送又は研修当日受付へ提出下さい)

第3号研修【実地研修課程】申込書

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係 行

(FAX:0942-27-2086 / TEL:0942-27-2038)
〒830-0071 福岡県久留米市安武町武島468-2

原本を提出
コピーを保管して下さい。

【施設・事業所所在地】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【電話番号】

【FAX番号】

事業所印を押して下さい。

受講者の氏名・住所・生年月日・連絡先を記入をご記入ください。

研修期間	月16日(実地研修)		
ふりがな	性別	生年月日	
氏名	男・女	S・H	年 月 日
ふりがな			
住所	(〒 -)		
連絡先			

医師の指示書にある種別のみ受講することが可能です。指示書と申し込み種別が一致していることをご確認ください。

実地研修の評価を行う看護師の名前をご記入ください。

実地研修の対象となる利

別の紙に書いて添

利用者名	種別(○をつけて下さい)	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先	(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	〒	(所属)
	2. 口腔内の喀痰吸引		
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈着脱式コネクター〉	TEL	
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈吸引用穴付きコネクター〉		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)〈閉鎖式〉		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		

※必ず原本を提出下さい。(郵送又は研修当日受付へ提出下さい)

第3号研修【実地研修課程】申込書

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係 行

(FAX:0942-27-2086 / TEL:0942-27-2038)
〒830-0071 福岡県久留米市安武町武島468-2

【施設・事業所所在地】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

印

【電話番号】

【FAX番号】

【連絡担当者名】

研修期間	10月21日～12月16日(実地研修)		
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
ふりがな			
住所	(〒 ー)		
連絡先		職種	

実地研修の対象となる利用者(複数の利用者がある場合は別の紙に書いて添付して下さい)

利用者名	種別(○をつけて下さい)		(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修 を依頼した指 導看護師名 及び所属先	(所属)
	2. 口腔内の喀痰吸引		
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター)	所属先住所	〒
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター)		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式)		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	TEL	
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		
利用者名	種別(○をつけて下さい)		(氏名)
	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)	実地研修 を依頼した指 導看護師名 及び所属先	(所属)
	2. 口腔内の喀痰吸引		
	3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器)		
	4. 鼻腔内の喀痰吸引		
	5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター)	所属先住所	〒
	6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター)		
	7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式)		
	8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	TEL	
	9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
	10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)		
	11. 経鼻経管栄養		

※必ず原本を提出下さい。(郵送又は研修当日受付へ提出下さい)