

**社会福祉法人つばめ福社会
2025 年度(令和 7 年度) 喀痰吸引等研修 募集要項**

1. 研修名称

社会福祉法人つばめ福社会 喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修)

2. 研修期間・内容

実地研修：2025 年 9 月 1 日(月)～2026 年 2 月 28 日(土)

第一号研修：下記の「科目・行為」のうち、すべての実地研修を実施

第二号研修：下記の「科目・行為」のうち、いずれかの実地研修を実施

科目・行為	回数	備考
口腔内の喀痰吸引	10 回以上	特別養護老人ホームにおける 14 時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方は、「口腔内の喀痰吸引」が免除となります。
鼻腔内の喀痰吸引	20 回以上	
気管カニューレ内部の 喀痰吸引	20 回以上	
胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養 (滴下型・半固成型)	20 回以上	「半固成型」栄養剤の実地研修を行う場合は、「滴下型」栄養剤での実地研修を 10 回以上実施後、「半固成型」を実施し、合わせて 20 回以上とする。
経鼻経管栄養	20 回以上	

※「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」について

- 「半固成型」のみでの修了はできません。
- 「滴下型」で実地研修を修了した場合、「滴下型」のみ実施可能となります。
- 「半固成型」の栄養方法の利用者しかいない場合、医師の指示を受け、利用者等の同意を得た上で、「半固成型」を注入する前に水分補給の形で「滴下型」の手技を実施し、「滴下型」を実施したこととして評価を受けることは可能です。ただし、もともと「滴下型」を使用している利用者の場合は、この取扱いを認めないこととします。

※新潟県では、介護福祉士実務者研修の「医療的ケア」(50 時間)をすべて通信課程で受講した方について、16 時間の補講が必要となります。詳しくは募集要項の 5 ページをご覧ください。

3. 募集期間

2025 年 3 月 1 日(土)～7 月 4 日(金)

※郵送の場合、7 月 4 日(金)必着。持参される場合、7 月 4 日(金)午後 5 時まで受付。

4. 研修会場

一定の要件を満たした実地研修機関(原則として、受講者の所属施設)

5. 募集定員

定員はありません。

6. 受講資格

受講者は、以下の要件をすべて満たす方とします。

- ・ 介護福祉士実務者研修の医療的ケア(50 時間)の「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」をともに含む科目をスクリーニングで受講した方、または介護福祉士養成施設(大学・専門学校など)で医療的ケア(基本研修(講義・演習))の科目を受講した方
- ・ 新潟県に住所がある方、または新潟県に所在する施設・事業所に勤務している方
- ・ 実地研修の行為が必要な利用者が、受講生所属の施設・事業所に入所していること
※所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方は、実地研修受け入れ承諾書を提出してください。(同一経営主体の施設・事業所に限ります。)
- ・ 実地研修の指導看護師が、実地研修を実施する施設・事業所に所属していること
- ・ 必要な書類がすべて提出できること
- ・ 受講生が所属する施設・事業所の長の推薦があること
- ・ 社会福祉法人つばめ福祉会が案内する実地研修を保険対象とする賠償責任保険「実地研修を履修する介護職員等向け賠償責任保険」に加入すること(※全員加入)

7. 申込書類

申込みに必要な書類は、以下のとおりです。

- ・ 【様式 1】社会福祉法人つばめ福祉会 喀痰吸引等研修 推薦状(とりまとめ票)
- ・ 【様式 2】社会福祉法人つばめ福祉会 喀痰吸引等研修 受講申込書
- ・ 実地研修受け入れ承諾書(※実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ)
- ・ 返信用封筒(110 円分の切手貼付 ※申込人数によって料金不足となった場合は、追加料金をご負担ください)
- ・ 科目の免除に関わる資格・研修の修了証書等の写し
【受講内容：実地研修のみ】基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証書等の写し
【受講内容：補講 16 時間＋実地研修】介護福祉士実務者研修 修了証書の写し
【口腔内の喀痰吸引免除】認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・不特定多数の対象)の写し

8. 申込方法

申込書を施設・事業所ごとにとりまとめ、社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部 教育研修室へ持参、もしくは郵送により提出してください。

申込書提出先 〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地
社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部 教育研修室
TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771
窓口受付時間 午前 9 時～午後 5 時 (祝日を除く平日のみ)

9. 選考結果の通知方法

申込者に対し、受講決定(不決定)通知を送付します。(7 月 11 日(金)発送予定)

10. 申込手続きの完了

受講決定通知と併せて「受講のてびき」を送付しますので、その内容に従い受講料を指定された期間内に銀行振込によりご入金ください。納めていただいたことを当法人が確認した時点をもって、申込手続きの完了といたします(やむを得ず申し込みを辞退される場合は、速やかにご連絡ください)。正当な理由がなく期限が過ぎても入金を確認できない場合は、申し込みを取り消すことがあります。

11. 受講料

7,000 円（事務処理費 5,000 円、賠償責任保険代 2,000 円）

12. 受講料の返還

一旦納付された受講料は、原則として返還しません。ただし、7 月 25 日(金)までにやむを得ない事情により受講を辞退した場合は、事務処理費と振込手数料を除いた受講料を返還します。

13. 受講科目一部免除の取り扱い

「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について」(平成 23 年 11 月 11 日社援発 1111 第 1 号)2 の(4)、また、「喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)に係る研修の一部履修免除の取扱方針について」(平成 25 年 8 月 1 日付け高齢第 512 号)に基づき免除します。免除の対象となる研修を修了している方は、受講申込書に研修修了証または受講証明書のコピーを添付してください。

14. 個人情報の取り扱い

提出していただいた個人情報は、選考結果通知、受講手続き、喀痰吸引等研修の運営のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に開示・提供することはありません。

15. 実地研修に関わる申込要件

以下の項目について、申込み前に必ずご確認ください。

- ・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。)に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承認を受けること
- ・喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに医師からの文書による指示(指示書)を受けること
- ・医師の指示書に基づき医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」を作成すること
- ・国又は県が実施した「喀痰吸引等指導者講習」を修了した実地研修指導講師の指導の下、実地研修を行うこと。実地研修指導講師は、「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行うこと
- ・実地研修協力者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること。医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること
- ・「喀痰吸引等実施報告書」を作成し、担当医師に提出すること
- ・関係者からなる「安全委員会」を設置すること(既存の委員会等を活用しても差し支えない)。構成員、役割分担、安全委員会で管理すべき項目及び会議の実施頻度などが、文書化されていること
- ・ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、喀痰吸引等の実施体制について適切に評価、検証を行うこと
- ・事故発生時の対応方法として、関係者への報告、実地研修協力者への連絡など適切かつ必要な緊急措置が整備されていること
- ・事故状況等についての記録・保存方法が文書化されていること
- ・感染症を予防するための衛生管理方法及び感染症が疑わしい場合の確認方法が、文書化されていること
- ・感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法が、文書化されていること
- ・実地研修協力者の秘密保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規定整備がなさ

れていること

- ・ 実地研修の実施状況等、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
- ・ 喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること

[お問合せ先] 社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部事務局 教育研修室
(担当：樋口、斎藤、伊藤)
〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地
TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771
ホームページ <https://www.tsubame-fukushi.jp/>
メールアドレス hn-kenshu@tsubame-fukushi.jp

※対応時間は、祝日を除く平日のみの午前9時から午後5時とさせていただきます。

(介護福祉士実務者研修の「医療的ケア」(50時間)をすべて通信課程で受講した方)

喀痰吸引実施手順解説・経管栄養実施手順解説の補講について

新潟県では、「喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)に係る研修の一部履修免除の取扱方針について」(平成25年8月1日付け高齢第512号)において、『介護福祉士養成施設等において医療的ケアの科目を履修した者のうち、「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則」(昭和62年厚生省令第49号)附則の別表第一及び別表第二に規定する基本研修の「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」及び「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」の2科目(各8時間、計16時間)を対面の講義形式以外で履修した者は、登録研修機関が行う研修において当該科目について補講を受けるものとする。』と定めています。

つばめ福祉会が実施する喀痰吸引等研修では、上記の16時間の補講を実施しますので、介護福祉士実務者研修の医療的ケアをすべて通信課程で受講された方は、ご検討ください。

1. 補講日程・内容

補講日	研修時間	時間数	科目名
6月2日 月	9:00 ~18:00	8時間	高齢者及び障害児・者の 喀痰吸引実施手順解説
6月16日 月	9:00 ~18:00	8時間	高齢者及び障害児・者の 経管栄養実施手順解説

※上記の補講を実施後、9月1日(月)より実地研修を開始していただきます。

2. 募集期間

2025年3月1日(土)~5月9日(金)

※郵送の場合、5月9日(金)必着。持参される場合、5月9日(金)午後5時まで受付。

※締切日が異なりますので、ご注意ください。

3. 研修会場

社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部 会議室

4. 受講料

16時間補講+実地研修 23,000円

(補講料16,000円、事務処理費5,000円、賠償責任保険代2,000円)

※16時間の補講では、「介護福祉士実務者研修テキスト 第5巻 医療的ケア 第4版」(3,080円/中央法規出版)の該当する单元のみ使用します。購入を希望される方は、受講申込書の「科目の免除に関わる資格・研修」の欄のテキスト購入希望にチェックを記入してください。

受講資格(基本研修免除に関する項目を除く)、申込書類、申込方法、個人情報の取り扱い、実地研修に関わる申込要件などについては、通常のカンタン吸引等研修と同様です。受講申込書の「科目の免除に関わる資格・研修」の「介護福祉士実務者研修【補講16時間+実地研修】」にチェックを記入し、介護福祉士実務者研修 修了証書の写しを添付してお申込みください。

選考結果の通知方法については、受講決定(不決定)通知を5月16日(金)に発送予定です。補講日の勤務の調整を忘れずに行ってください。

喀痰吸引等研修の流れ

	【実地研修のみ】	【補講16時間＋実地研修】
2025年		
3月1日(土)	募集開始→(書類作成・お申し込み) 募集要項・受講申込書等を新潟県HP、またはつばめ福祉会HPからダウンロードしてください。 ・【様式1】推薦状(とりまとめ票) ・【様式2】受講申込書 ・実地研修受け入れ承諾書 (実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ) ・返信用封筒(切手貼付) ・基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証等のコピー	
5月9日(金)		募集締切
5月16日(金)		決定通知等発送予定→(ご入金) 受講決定(不決定)通知、受講のてびき、請求書を送付します。 指定された期間内に受講料をご入金ください。
6月2日(月)		補講「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」
6月16日(月)		補講「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」
7月4日(金)	募集締切	
7月11日(金)	決定通知等発送予定→(ご入金) 受講決定(不決定)通知、受講のてびき、請求書を送付します。 指定された期間内に受講料をご入金ください。	
8月上旬		実地研修実施のための必要書類送付→(書類作成) ・実地研修業務委託契約書 ・実地研修事業計画書 ・実地研修 指導講師 就任承諾書 ・喀痰吸引指導者講習修了証のコピー
8月下旬		実地研修で使用する評価票等送付
9月1日(月)	(実地研修開始) 喀痰吸引等研修では、実地研修を保険対象とする賠償責任保険に加入します。 保険期間が設定されていますので、必ず9月1日(月)以降から開始してください。	
2026年		
2月28日(土)まで	(実地研修修了)	
3月10日(火)まで	(書類作成・提出) ・実地研修修了報告書 ・実地研修実施結果一覧表 ・実地研修評価票	
		修了証明書発行・喀痰吸引等研修 修了

社会福祉法人つばめ福祉会 喀痰吸引等研修
推 薦 状 (とりまとめ票)

記入日 年 月 日

社会福祉法人 つばめ福祉会
 理事長 高橋 是司 様

設置主体

事業種別

施設・事業所名

施設長
 事業所長 氏名

印

住 所

電話番号

FAX番号

担当者氏名

下記の職員を喀痰吸引等研修に責任を持って推薦します。
 下記の職員の受講が決定した際は、下記の職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。
 (ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。)
 推薦状(とりまとめ票)、下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

	氏 名
1	
2	
3	

1. 実地研修先(どちらかに○)

実地研修先	所属する施設・事業所	・	所属する施設・事業所以外

2. 1で「所属する施設・事業所以外」を選択した場合の実地研修先 (同一経営主体の施設・事業所に限る)

実地研修先	設置主体	
	事業種別	
	施設 事業所名	
	施設長 事業所長 氏名	

※所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する場合、「実地研修受け入れ承諾書」を添付してください。

3. 実地研修先の利用者の状況

実地研修先の 利用者の状況 (申込日現在)	①口腔内の喀痰吸引	人	④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (滴下型)	人
	②鼻腔内の喀痰吸引	人	④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (半固成型)	人
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人

※第1号研修は①～⑤のすべての行為、第2号研修は①～⑤のうちいずれかの行為の実地研修が必要です。

※胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養については、「半固成型」のみでの修了はできません。

※「滴下型」で実地研修を修了した場合、「滴下型」のみ実施可能となります。

※「半固成型」の栄養方法の利用者しかいない場合、医師の指示を受け、利用者等の同意を得た上で、「半固成型」を注入する前に水分補給の形で「滴下型」の手技を実施し、「滴下型」を実施したこととして評価を受けることは可能です。

ただし、もともと「滴下型」を使用している利用者の場合は、この取扱いを認めないこととします。

4. 実地研修の指導講師

実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	

5. 受講に係る確認事項(確認欄に✓点でチェック)

確認欄	確認内容
	推薦する受講生は、募集要項の「6.出願資格・受講資格」のすべての項目を満たしている。
	実地研修に関して、募集要項の「15.実地研修に関わる申込要件」のすべての項目を満たしている。

社会福祉法人つばめ福祉会 喀痰吸引等研修
受講申込書

記入日 年 月 日

受講を希望する研修 (どちらかに○)	第一号研修(喀痰吸引及び経管栄養のすべて) ・ 第二号研修(喀痰吸引等行為の個別研修)
-----------------------	---

第二号研修の場合、 実地研修で実施予定の行為 (該当する□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下型) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固成型) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
--	---	--

○受講生の情報

フリガナ		性別	男・女
氏名	印	年齢	歳
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日		
現住所	〒 -		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
科目の免除に関わる 資格・研修 (該当する□に✓点でチェック) 修了証のコピーを添付すること	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修【受講内容:実地研修のみ】 <small>(「喀痰吸引の実施手順解説」、「経管栄養の実施手順解説」をともに含む科目をスクーリング形式で受講した場合)</small> <input type="checkbox"/> 介護福祉士養成課程における医療的ケア(講義・演習)【受講内容:実地研修のみ】 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 基本研修(講義・演習)【受講内容:実地研修のみ】 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修【受講内容:補講16時間+実地研修】 <input type="checkbox"/> テキスト購入希望(3,080円) <small>(基本研修(講義)に該当する範囲をすべて通信形式で受講した場合)</small> <input type="checkbox"/> 14時間研修【口腔内の喀痰吸引免除】 <small>(特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方)</small>		
資格・研修 (該当する□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 登録年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級課程(ホームヘルパー1級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程(ホームヘルパー2級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修3級課程(ホームヘルパー3級) 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 修了年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無資格		

○所属先の情報

所属する 施設・事業所	設置主体			
	名称			
	所在地	〒 -		
	電話番号		勤務年数	年 月

〔添付書類〕

- 基本研修(講義・演習)の履修を証明する修了証書等のコピー
 ○(該当者のみ)認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・不特定多数の者対象)のコピー

※つばめ福祉会 教育研修室 使用欄

整理番号①		整理番号②	
受講決定		受講不決定	

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人つばめ福祉会 医療的ケア研修コース [喀痰吸引等研修]
実地研修受け入れ承諾書

年 月 日

社会福祉法人 つばめ福祉会
理事長 高橋 是司 様

設置主体

代表者名

印

住 所

社会福祉法人 つばめ福祉会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として受講生を受け入れることを承諾します。

設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・事業所長 氏名	
住 所	
電話番号	
FAX 番号	
研修受講生受け入れ担当者氏名	
研修受講生受け入れ人数	
研修期間	2025年9月1日～2026年2月28日

※実地研修を実施するための要件等は、募集要項の内容を確認してください。