



2025年度(令和7年度)

【喀痰吸引等研修受講案内】

第3号研修(特定の方対象)

社会福祉法人ぶるーむ

(社会福祉法人ぶるーむは、障がいを持った子どもたちの自立と、そのご家族の笑顔をサポートしています)

◎はじめに

私たちは、柏市を拠点として、在宅障がい児・者の支援を行っている社会福祉法人です。平成26年4月にNPO法人から社会福祉法人に移行し、就学前の児童発達支援から、放課後デイサービス、生活介護、居宅支援、グループホーム、相談支援等、重症心身障がい児や医療的ケアの必要な方なども含めて、様々な障がい福祉サービスを提供しています。

私たちは、障がい児・者、特に医療的ケアを必要とする重度の心身障がい児・者の在宅生活を総合的に支えていくことを大きな目的として活動しています。その一環として、人材育成にも力を入れたいと考え、障がい者のケアに携わる方々が、障がい者の支援に必要とされる知識や技能を総合的に身に付け、地域の中で活動していただくための研修を実施することにしました。

この研修の大きな特徴は、

- ① 講師が重症心身障がい児のケアに関して豊富な経験を有していること
- ② 主に重症心身障がい児を対象とした演習を実施すること
- ③ 人工呼吸器業者様にご協力いただいたり医療機器・物品を充実させたりすることで、より現場のニーズに合わせた必要な技術を身に付けられる体制を整備していることです。

引き続き、障がいを持つ方々にとって、少しでも暮らしやすい街を築いていけるよう、様々な取り組みを進めていきたいと考えておりますので、私たちの趣旨にご賛同いただける皆さまのご応募をお待ちしています。

1 研修の種類

- ・喀痰吸引等研修(第3号:特定の方対象)
※「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令(平成23年10月3日厚生労働省令第126号)」別表第3に掲げる研修
※千葉県登録研修機関 第1220033号(令和2年2月27日登録)

2 講習日程・時間

- ・基本研修:講義と演習
2025年(令和7年)
6月21日(土)午前8時25分～午後6時 (受付:8時15分～)
6月22日(日)午前9時～正午 (受付:8時45分～)
※講習終了時刻は、変わる場合があります。
- ・実地研修
おおむね、2025年12月末まででお願いします。

3 会場

- ・基本研修(講義、演習)
社会福祉法人ぶる一む(柏市中原1817-1)
ぶる一むの風1階 会議室
- ・実地研修 特定対象者のご自宅又はご利用事業所等

4 対象

特定の重度障がい者等に喀痰吸引等を実施しようとする介護職員等

5 定員

10名(程度)

※原則として先着順ですが、申し込み多数の場合は、同一事業所からの受講者数を制限させていただく場合があります(定員に余裕がある場合は、制限は設けない予定です)。

※申込者が3名以下の時は、中止させていただく場合があります。

6 研修内容について

別紙1「カリキュラム一覧表」のとおり

※実地研修のみ受講ご希望の場合でも、基本研修(講義・演習)から受講していただきます(一部免除されるカリキュラムがありますので、お問い合わせ願います)。

7 受講料(詳しくは別紙 2「料金一覧表」のとおり)

- ・基本研修(講義・筆記試験、演習)

25,000 円(テキスト代、修了証明書発行手数料 1 通分含む)

- ・修了証明書発行手数料(再発行含む)

1,000 円(修了証明証書発行 2 通目から、1 通につき)

※実地研修指導料は、指導を受ける方(訪問看護事業所様など)へ直接お支払いください。

※受講決定後、6 月 17 日(火)までに指定口座への振り込みでお支払い願います。

※お住まいの市によっては、受講料の助成を行っている場合もありますので、詳しくは各市にお問い合わせください。

8 申し込み

- ・第一次募集:5 月 7 日(水)~5 月 16 日(金)

- ・第二次募集:5 月 22 日(木)~6 月 13 日(金)

「受講申込書(別紙 3)」に必要事項を記入の上、

「対象の方の同意書・受講希望者の実地研修誓約書(別紙 4)」、

「実地研修指導事業所承諾書(別紙 5)」

を添えて下記「送付先」まで郵送、ファックス又は持参願います。(ファックスでお申込みの場合は、基本研修時に原本をお持ちください)

※第一次募集の段階で申し込みが定員を超えた場合は、二次募集は行いません。

応募状況は当法人 HP にてお知らせします。

[各種研修・講習会 | 社会福祉法人ぶる一む\(公式ホームページ\) \(bloom.or.jp\)](http://bloom.or.jp)

※実地研修指導者は、ぶる一むでの講師登録が必要です(ぶる一むよりご連絡させていただきます)。

◎送付先

〒277-0085 柏市中原 1817-1

社会福祉法人ぶる一む ぶる一むの風「喀痰吸引等研修担当」宛て

FAX 04-7128-4136

※受講決定

受講の可否については 5 月 19 日以降通知書をお送りします。受講していただく場合には、テキスト・受講料・振込方法等の案内なども併せてお送りします。

9 受講上の注意点

- (1) 当日発熱・体調不良がみられる場合は、受講できません。
- (2) この研修では遅刻、早退、一時退出及び欠席は認められません(失格となります)。

ただし、やむを得ない事情があると判断される場合には、別途、検討のうえ対応を決めさせていただきます。また、研修開始までに受講料の入金が確認できない場合、受講できません。

- (3) 受講生が失格とされた場合や、ご自身のご都合等により研修(基本研修・実地研修とも)をキャンセルした場合でも、受講料は返還いたしません。
- (4) 受講に係る交通費等は受講生の負担とします。
- (5) 自動車による通学はできません(ただし、周辺の有料駐車場等、研修の実施場所以外を個人的に利用する場合はこの限りではありません)。
- (6) お昼の休憩時間は、講義の進捗状況等により短縮する場合があります。
- (7) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎・新型コロナウイルス及びインフルエンザのワクチンに関しては、各所属事業所の規定に基づき、接種しておくことをお勧めします。

10 研修修了の認定方法

(1) 基本研修(講義)の段階

筆記試験事務規程及び「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修の修得程度の審査方法について(以下「審査基準」という。)」に基づき認定します。

基本研修終了後、筆記試験により知識修得の確認をします。総正解率が9割以上の方を合格とし、合格者がその後の演習に参加できます。

(2) 基本研修(演習)の段階

審査基準に基づき評価を行い、「基本研修(演習)評価票」の全ての項目について、演習指導講師の評価結果が「基本研修(演習)評価基準」で示す手順どおりに実施できているとなった場合において、受講者が修得すべき知識及び技能を修得したと判断できれば合格と認定します。

(3) 実地研修の修了段階

審査基準に基づき評価を行い、「実地研修評価票」の全ての項目について、実地研修指導講師の評価結果が「実地研修評価基準」で示す手順どおりに実施できているとされた場合(原則として、すべての項目が2回続けて「ア」になった場合)において、研修修了の是非を判定します。

11 研修修了証明書の交付

この研修を修了した方には、修了証明書を交付し、修了者名簿を千葉県に提出します。

※各自でお住まいの都道府県の認定を受け、登録事業所に所属したうえで、医師の指示の下、特定の方に喀痰吸引等の行為を行うことが可能となります。

12 損害賠償保険への加入

実地研修の際の事故等に備え、損害賠償保険に加入しています。ただし、善管注意義務違反等、加害者の故意または重大な過失により生じた損害については、保障の対

象とならない場合があります(本人の責任で賠償することになります)。

13 その他

- ・その他、この案内に定めのない事項については、業務規程、研修計画、筆記試験事務規程等の定めによります。
- ・研修終了後、実際の就業状況(研修がどう活かされたか)についての追跡調査や、研修の内容についてアンケート調査を行う場合がありますので、ご協力をお願いいたします。
- ・新型コロナウイルスなどの感染状況によっては、中止させていただく場合があります。
- ・新たな対象者あるいは行為で実地研修を行いたい場合は、ご連絡ください。(下の囲み部を参照)
- ・基本研修修了後の実地研修の進め方、認定申請の方法などについては千葉県HPをご確認ください。

【追加の実地研修を行う場合】

第3号研修は、特定の方(ご利用者)に対する特定の行為の研修ですので、新しい方や追加の行為に関しては改めて実地研修を行う必要があります。

その場合は

- 1 受講申込書(別紙3)
- 2 対象の方の同意書・受講希望者の実地研修誓約書(別紙4)
- 3 実地研修指導事業所承諾書(別紙5)

を揃えて、ぶる一むまでお申し込みください。

追加の実地研修は随時受け付けております。

(事前にお電話でご相談ください)

社会福祉法人ぶる一む

〒277-0085 千葉県柏市中原 1817 番 1

T E L : 04-7128-4135

F A X : 04-7128-4136

E-mail: info@bloom.or.jp

令和 7 年 4 月 23 日 発行

【カリキュラム一覧表】

日程	科目	内容	時刻	
基本研修	6月21日	1 重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	・障害者総合支援法と関係法規	8:30～9:10
			・利用可能な制度	9:10～9:50
			・重度障害児・者等の地域生活等	9:50～10:30
	2 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	・呼吸について	10:40～	
		・呼吸異常時の症状、緊急時対応	13:40	
		・人工呼吸器について		
		・人工呼吸器に係る緊急時対応		
		・喀痰吸引概説		
		・口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引		
		・喀痰吸引御リスク、中止要件、緊急時対応		
・喀痰吸引の手順、留意点等				
	【昼休み】	13:40～		
3 健康状態の把握	14:10～			
	・食と排泄（消化）について	17:10		
	・経管栄養概説			
	・胃瘻（腸瘻）と経鼻経管栄養			
・経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応				
・経管栄養の手順、留意点等				
	筆記試験	17:20～		
6月22日	3 喀痰吸引等に関する演習	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の喀痰吸引 ・口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） ・鼻腔内の喀痰吸引 ・鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） ・気管カニューレ内部の喀痰吸引 ・気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） ・胃瘻又は腸瘻による経管栄養（滴下・半固形） ・経鼻経管栄養 	9:00～12:00	

内 容	
実地研修	・口腔内の喀痰吸引
	・口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
	・鼻腔内の喀痰吸引
	・鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
	・気管カニューレ内部の喀痰吸引
	・気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
	・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下・半固形）
	・経鼻経管栄養

【料 金 一 覧 表】

研修区分	医療的 行為	種 別 等	料 金	備 考
基本研修 (講義及び 演習)	<ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引 ・経管栄養 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内 / 鼻腔内 / 気管カニューレ内部 (通常 / 人工呼吸器装 着者) ・胃ろう又は腸ろう/ 経鼻経管栄養 	25,000 円	テキスト代・ 研修修了証明書発行手 数料(1通分)込み
修了証明書 発行手数料 (再発行含 む)			1,000 円	修了証明書の発行を受 けた後、追加で発行す る修了証明書1通につ き

※実地研修指導料は、受講生から指導看護師様(訪問看護事業所様)へ直接
お支払いください。

※実地研修にかかる指示書は、受講生または指導看護師様から主治医の先生に
ご依頼ください。

【令和7年度 喀痰吸引等研修（第3号）申込書】

(ぶるーむ 記入欄)		令和	年	月	日
受講生番号					
フリガナ	昭和 / 平成				
氏名	生年月日 年 月 日				

※氏名は省略せず、住民票に記載の漢字でご記入ください

住所	〒					
連絡先	TEL		FAX			
所属	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 ()					
	事業所名					
	TEL :		FAX :			
担当業務(経験年数) (年 か月)						
実地研修	対象者氏名		フリガナ	開始		
				月 日 (予定)		
	医療的行為	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器装着者)			
			<input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器装着者)			
			<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 侵襲的人工呼吸器装着者)			
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (<input type="checkbox"/> 滴下 / <input type="checkbox"/> 半固形)			
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養						
指導者		氏名 :		ぶるーむでの講師登録 有 / 無		
		事業所名 :				
		住所 :				
		TEL :				
主治医		氏名 :		所属		
資格	取得済みの資格 (資格証添付)					
	名称					
取得年月日 年 月 日						
領収証	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (宛先 :)					

【研修申し込みに係る誓約書】

私は、「2025年度（令和7年度）喀痰吸引等研修受講案内」の内容を理解し、同案内の記載事項を遵守したうえで上記の研修を受講することを誓約します。

令和 年 月 日

申込者署名

【喀痰吸引等研修（第3号・特定の方対象） 実地研修同意書】

私は、（受講者）_____様が、社会福祉法人ぶるーむが実施する喀痰吸引等研修(第3号・特定の方対象)を受講し、実地研修を受講する際、下記の「誓約事項」を遵守していただければ、実地研修実施機関が指定する指導看護師等の指導に基づき痰の吸引等を行うことに協力し、必要な実習を行うことに同意します。

年 月 日

利用者様 氏 名 _____^①

(代理人氏名： _____ 利用者様との続き柄： _____)

【喀痰吸引等研修（第3号・特定の方対象） 実地研修誓約書】

_____様
(利用者様氏名)

私は、あなた様に、社会福祉法人ぶるーむが実施する喀痰吸引等研修(第3号・特定の方対象)実地研修において痰の吸引等を行うことについて、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

- ・ 実地研修において事故が発生した場合は、必要な処置を講じるとともに、速やかにその状況を所属事業所等に連絡します。
- ・ あなた様の個人情報につきましては、千葉県への登録事務に関するもの以外には使用いたしません。
- ・ あなた様が不利益を被るようなことは行いません。また、ご迷惑もおかけいたしません。

年 月 日

氏 名 _____^①

【喀痰吸引等研修（第3号・特定の方対象）実地研修指導事業所承諾書】

年 月 日

社会福祉法人ぶるーむ
理事長 野田幸子様

名称
実施機関所在地
代表者氏名

④

標記のことについて、下記のとおり実施することを承諾いたします。

記

区分	内 容	
実地研修者 (受講者)	氏 名	
	所 属	
実地協力者 (利用者)	氏 名	
	特定行為	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器装着者)
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器装着者)
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の吸引 (<input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> 侵襲的人工呼吸器装着者)
		<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 滴下 / <input type="checkbox"/> 半固形)
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
指導看護師	氏 名	
指示書作成者 (医師)	氏 名	
	所 属	
実地研修の 期間	年 月 日 まで ※延長する必要がある場合は、別途、協議いたします	
実地研修場所	実施機関指定の場所	
評価方法	別添「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修の修得程度の審査方法について」の「2. 評価による技能修得の確認」による	

以上

