

# 喀痰吸引等研修（第3号研修）の案内

2026年度版

## ○喀痰吸引等研修とは

自力で痰を出すことができず、職員による痰吸引が必要な方や、口から食事ができず経管栄養により栄養をとる必要がある方を支えるスキルを習得します。2012年4月から法改正により一定の研修を修了した介護職員が「痰の吸引」や「経管栄養」を行うことができるようになりました。そのため、習得することで現場で必要とされる介護職員を目指すことができます。

## ○第3号研修とは

実施対象者を特定の方とする研修です。例えば、在宅の重度障害者に対する喀痰吸引等のように、個別性の高い特定の対象者に対して特定の介護職員が喀痰吸引等を実施する場合に必要です。

## 【日 時】

回	基本研修	実地研修
第1回	2026年8月1日(土) 10:00～17:00 2026年8月2日(日) 10:00～15:30	8月3～8日のうち1日または2日 外部の方は座学のみになります。
第2回	2027年2月6日(土) 10:00～17:00 2027年2月7日(日) 10:00～15:30	2月8～14日のうち1日または2日 外部の方は座学のみになります。

※実地研修は、対象者自宅において基本研修終了後から12か月以内をめどに実施  
(日程は利用者・指導担当講師と調整)

【会 場】 社会福祉法人 くれんど 本部2階 広島県呉市安浦町水尻 1-3-1

## 【受講内容】

基本研修（講義、演習）		時間数
重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	(1) 障害者自立支援法と関係法規 (2) 利用可能な制度 (3) 重度障害児・者等の地域生活 等	2h
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	【喀痰吸引】 (1) 呼吸について (2) 呼吸異常時の症状、緊急時対応 (3) 人工呼吸器について (4) 人工呼吸器に係る緊急時対応 (5) 喀痰吸引概説 (6) 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の吸引 (7) 喀痰吸引のリスク、中止要件、緊急時対応 (8) 喀痰吸引の手順、留意点 等	3h

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	<b>【経管栄養】</b> (1) 健康状態の把握 (2) 食と排泄（消化）について (3) 経管栄養概説 (4) 胃ろう（腸ろう）と経鼻経管栄養 (5) 経管栄養のリスク、中止要件、緊急時対応 (6) 経管栄養の手順、留意点 等	3 h
演習	(1) 口腔内の喀痰吸引 (2) 鼻腔内の喀痰吸引 (3) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (4) 胃ろう（腸ろう）による経管栄養 (5) 経鼻経管栄養	1 h
筆記試験		0.5 h

基本研修（現場演習）及び実地研修		時間数
現場演習		0.5 h
○口腔内の喀痰吸引 ○鼻腔内の喀痰吸引 ○気管カニューレ内部の喀痰吸引 ○胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ○経鼻経管栄養		実施行為によって異なります。

**【受講定員】** 5名（先着順）

**【受講対象】** ・障害者（児）サービス事業所及び障害者（児）施設・訪問看護事業所等に就職している介護職員等、または特定の者に対して痰の吸引等の行為を行う必要のある方  
 ・指導看護師等による現場演習及び実地研修を受講することが可能である方（特定の者対象の指導看護師を確保していること）  
 ・実地研修にあたり医師の指示書及び利用者・家族の同意を得ていること  
 ・申込から1年以内に実地研修を修了できること（修了できなかった場合、受講料の返金はできません）

**【受講料】** 20,000円（テキスト代込）

**【申込方法】** (1) ホームページの申込フォームに必要事項を入力して、お申し込みいただくか、下記受講申込書に記入の上、FAXまたはメールしてください。  
 (2) 受講料は振込にてお願いします。納付された受講料は原則として返金できません。  
 （テキストは当日配布します）

※受講日1か月前から振込先等を記載した「受講決定通知書」をメールにてお送りいたします。

【修了証の交付】全ての研修科目を受講し、実地研修の審査の結果、合格した方に修了証を交付します。

〈問い合わせ・申し込み先〉  
呉市基幹相談支援センター  
(社会福祉法人 くれんど)  
〒737-2517 呉市安浦町水尻 1-3-1  
Tel : 0823-69-1055 Fax : 0823-69-0043  
ホームページ : <https://kurend.com/>  
メールアドレス : kure-kikan@kurend.com

-----キリトリ-----

## 喀痰吸引等研修（第3号研修）申込書

※修了者を県へ報告する義務があります。受講者の方の住所、電話番号を記入ください。

フリガナ 受講者名		
受講者 住所 電話番号	〒        -  (TEL)	
事業所名 住所 電話番号	(事業所名) 〒        -  (TEL)	
生年月日	(西暦)        年        月        日	
希望日程	第        回	
福祉に関する 免許・資格		
受講決定通知書の 受け取り (どちらかに○)	メール希望  (アドレス)	郵送希望

個人情報の取扱いについて

1. 受講生個人を識別できる受講生名、住所、生年月日の情報を「個人情報」とします。
2. 個人情報は下記の目的に使用させていただきます。  
①当団体からの郵便物の発送 ②重大事故発生時における国土交通省からの受講内容の照会
3. ご提供いただいた個人情報は、個人情報が不要であることを確認した時点で、およびその後当団体が必要と判断する一定月数を含めた期間において、第三者がお客様の個人情報に触れないよう、適切な管理体制のもとに、当団体が保管いたします。受講生ご本人から、個人情報の開示、修正または削除のご依頼があったときは、すみやかに開示、修正、または削除いたします。