



特定医療法人新生病院

2024 年度喀痰吸引等研修（第二号研修）

募集要項

2024年度長野県喀痰吸引等研修（第二号研修）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及び居宅において、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ことを目的とします。

2 実施者

特定医療法人新生病院

3 受講対象者

受講対象者は次の要件を満たし、所属する事業所の長が推薦する者であって研修の全過程を確実に受講できる者とします。

ア 次の【A】～【C】いずれかを満たす者

【A】介護福祉士資格保有者（平成27年度国家試験合格者以前の者）又は、介護若しくは障害者支援の経験を3年以上有する者。

【B】介護福祉士実務者研修修了者（医療的ケアの修了証明書がある者）。

【C】介護福祉士養成校等を卒業した者（医療的ケアの修了証明証がある者）。

イ 長野県内に住所がある者又は長野県内に所在する事業所に勤務している者。

ウ 原則として現在勤務する事業所が、介護保険施設、障害者支援施設、在宅系サービス事業所等であり、登録特定行為事業所として登録している、または、登録申請を行う予定である事業所に勤務する者。

エ 原則として現在勤務する事業所に実地研修指導者がおり、実地研修に際して指導を受けることができる者。

4 定員 15人

5 日程及び会場

別添カリキュラム通り

ア 基本研修（講義）

イ 筆記試験 9月5日（木）

※基本研修（講義）の全てのカリキュラムを修了した者が受験できるものとする。

ウ 基本研修（演習）

※筆記試験に合格した者が受講できるものとする。

エ 実地研修

※基本研修（演習）で一定以上の評価を得た者が受講できるものとする。

6 実地研修

原則として受講者が所属する施設にて実施いただきます。実地研修先においては、別紙2「実地研修施設の基準」に記載される要件が必要となりますので、実地研修に先立ち体

制整備を行っていただくようお願い致します。

また、実地研修先において指導をする看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）は、その実地研修先に勤務し、県が実施する「長野県喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習」を受講した看護師等に限りませう。

なお、実地研修先が確保できない場合は、別紙 1-1「特定医療法人新生病院喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書」の受講申込書にその旨を記載してください。

7 申込書類

- ・別紙1 - 1 特定医療法人新生病院喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書
- ・別紙1 - 2 特定医療法人新生病院喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書
- ・別紙1 - 3 特定医療法人新生病院喀痰吸引等研修（第二号研修）の一部履修免除の申出書（注）一部免除を希望する者のみ
- ・介護福祉士登録証の写し（注）介護福祉士の場合

8 申込書送付先

〒381-0295 上高井郡小布施町大字小布施851

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修担当者 宛

※ 封筒に「喀痰吸引等研修受講申込書在中」と記載してください。

9 募集期間

2024年5月13日(月)～5月23日(木)必着

10 研修費用

①基本研修 受講料金（税込）

区分	【A】 一般受講	【B】 実務者研修修了者 (医療的ケアの修了証がある者)	【C】 介護福祉士養成校卒業生 ・実地研修のみ受講生 (医療的ケアの修了証がある者)
基本研修（講義）	43,000 円 (テキスト代 2,420円含む)	一部免除 (詳細は別添カリキュラムより)	免除
基本研修（筆記試験）	5,000 円	5,000 円	免除
基本研修（演習）	25,000 円	25,000 円	25,000 円
損害保険	2,000 円	2,000 円	2,000 円
補講 (筆記試験不合格者)	10,000 円 (筆記試験の再受験料を含む)	10,000 円 (筆記試験の再受験料を含む)	なし
事務手数料 (通信費を含む)	なし (基本研修講義代に含まれる)	2,000 円	2,000 円
計	75,000 円 (補講料を除く)	34,000 円 (補講料を除く)	29,000 円

※区分【B】【C】に値する受講者であっても、免除を希望しない場合は【A】での申し込みをお願い致します。

②実地研修 受講料金（税込）

区分	料金			
	研修課程等	当施設実習の場合		自施設実習の場合
実地研修	第二号研修	口腔吸引	10,000 円	0 円
		鼻腔吸引	10,000 円	0 円
		胃ろう・腸ろう 経管栄養	10,000 円	0 円
		経鼻経管栄養	10,000 円	0 円
		気管カニューレ内 部	—	—

※当施設での気管カニューレ内部、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引の演習及び実地研修は不可

①+②合計費用

研修課程	新生病院で実習の場合			自施設実習の場合		
	【A】	【B】	【C】	【A】	【B】	【C】
第二号研修 (4科目)	115,000 円	74,000 円	69,000 円	75,000 円	34,000 円	29,000 円
第二号研修 (3科目)	105,000 円	64,000 円	59,000 円			
第二号研修 (2科目)	95,000 円	54,000 円	49,000 円			
第二号研修 (1科目)	85,000 円	44,000 円	39,000 円			

- ・補講となった場合には、上記合計費用に加えて 10,000 円を頂きます。
- ・区分【B】【C】受講者でテキストの購入を希望する場合は、上記合計費用に加えて 2,420 円頂きます。

※受講決定通知が届いた後、期日までに指定の銀行口座へお振込みください。振込が確認できない場合はキャンセルとみなします。

11 受講決定

決定通知は所属先に送付します。

12 その他

- ・新型コロナウイルス感染症の流行によっては、募集期間中及び受講決定後に研修が中止になる可能性があります。中止の場合はホームページにてご連絡いたします。
受講決定通知送付済みの方については、別途所属先へご連絡をさせていただきます。
- ・研修中の受講者並びに講師に感染者が発生した場合及び濃厚接触者が出た場合は、研修を中止することがあります。
- ・事務連絡は所属先を通して行いますが、緊急時等においては個人連絡先へご連絡させていただきます場合があります。

2024 年度特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

事業所名
受講申込者名 印

標記研修会について、下記の通り申し込みます。

記

●受講コース

申込区分	<input type="checkbox"/> 【A】一般受講 <input type="checkbox"/> 【B】実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 【C】養成校卒業生等
テキスト ※【B】【C】の場合	<input type="checkbox"/> 希望する
実地科目	<input type="checkbox"/> 口腔吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

●受講者情報

法人名				サービス種別	
所属事業所名					
事業所所在地	〒 —				
事業所連絡先	電話： FAX：	担当者名			
ふりがな 受講者氏名	生年月日		年	月	日
受講者の 現住所	〒 — 携帯電話番号（ ）				
現在の職名	保有資格				
受講者の 介護経験	施設・事業所名		勤務時の職種	通算勤務期間 (○年○か月)	

●所属法人内で実地研修の実施 可 不可

実地研修施設の状況	喀痰吸引の対象者数		経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	胃ろう・腸ろう	経鼻
	人	人	人	人
実地研修事業所名 (指導看護師氏名) ※注1	(看護師氏名：)			

※注1 指導看護師の「指導者養成講習修了証」等の写しを添付してください。

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）
受講推薦書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

年 月 日

法人名
事業所名
推薦者名
(事業所の長)

印

当該事業所において、介護(障害者の支援)に係る業務に従事している下記の者について、
標記の研修会を受講させたく推薦します。

記

事業所名	
受講者の職名	
受講者の氏名	
推薦理由	

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）の
一部履修免除の申出書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

法人名
事業所名
事業所長名 印
受講者氏名 印

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

基本研修のうち下記の科目	
(ア) 基本研修（講義）の全て・基本研修（筆記試験）	
(イ) 基本研修（講義）の一部	
(ウ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修のうち下記の行為	
(カ) 喀痰吸引（口腔内）	
(キ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(ク) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
(ケ) 経鼻経管栄養	

※免除を希望する科目に○をしてください。

免除対象者は下表の通りとなります。必要書類を添付してください。

免除対象者	免除科目	必要書類
【B】実務者研修修了者	イ	実務者研修修了証の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
【C】介護福祉士養成校 卒業生等	ア	基本研修修了証明書の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
経過措置対象者	ウ、カ	認定特定行為業務従事者認定証の写し

注1 特定の者対象の研修（第三号研修）を修了した者については、免除科目はありません。

特定医療法人新生病院 実地研修施設の基準

- (1) 利用者の人数
たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。
- (2) 研修受講者の受入れ
原則として、自らの法人の職員に係らず、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。
- (3) 医療関係者との連携
実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。
- (4) 利用者の同意と医学的指示
当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である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。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）がとれていること。
- (5) 緊急時の対応
事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）
- (6) 秘密保持
実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。
- (7) 確実な実地研修の実施
出席状況等、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。