社会福祉法人　東大阪市社会福祉事業団
東大阪市立障害児者支援センター
令和８（2026）年度喀痰吸引等研修（第３号研修：特定の者対象）募集要項

1. 目的

地域で暮らす重度障害者等に対し、喀痰吸引等業務を提供できる介護職員等を養成することを目的に標記研修を開催します。

2. 受講対象者

障害福祉サービス事業所の介護職員等のうち、中河内圏域在住の特定の重度障害者等に喀痰吸引等を実施しようとする者で、次の条件を満たす者

（1）介護職員等による喀痰吸引等の行為の実施を必要とする利用者が現にいること、又は受け入れる予定であること
（2）実地研修の実施に関して、利用者又はその家族から同意が得られること
（3）実地研修に関して、かかりつけ医等から書面による指示を受けられること
（4）実地研修のみ希望者は、基本研修の受講を終え修了書を取得されていること

3. 開催日時…随時受付しています。祭日を除く平日（9時から17時頃まで）。

実地研修

・訪問看護ステーション等の事業所（看護師）が日ごろ関わっている利用者の方は、受講生から実地研修の指導について依頼していただき、その事業所と東大阪市立障害児者支センターで委託契約を結びます。そのうえで、日程・開催場所についてはその事業所と相談していただく事になります。

・委託契約につきましては、**「喀痰吸引等研修　実地研修　実施機関承諾書」**の提出をして戴く事で契約締結とさせていただきます。

・東大阪市立障害児者支援センターでは、実地研修の実地における安全確保措置として、損害賠償保険に加入しています。

・依頼等する事業所（看護師）がいない場合は、相談させていただきます。

4. 受講料

①実地研修

・実地研修を訪問看護ステーション等の事業所に委託する場合、事業所と相談のうえ、直接支払っていただきます。

・東大阪市障害児者支援センター看護師を派遣する場合

実地研修（特定の者1名につき）　　1万円

1回の実地指導時間は3時間以内とします。

看護師の派遣を3回以上行った場合、1回につき5千円を追加徴収いたします。

なお、東大阪市立障害児者支援センターを利用されていない方の場合は、状況把握のた

めの派遣も派遣回数に含みます。

②修了証発行　　1枚につき　　3千円

5. 申し込み方法

受講を希望する場合は、お問合せ後**「令和 8(2026)年度　喀痰吸引等研修受講申込書」**にてFAXでお申し込みください。書式は社会福祉法人東大阪市社会福祉事業団　東大阪市立障害児者支援センター「レピラ」ホームページのイベント情報に掲載しています。

申込書には必ず住民票通りの氏名と住所を記入してください。(大阪府への届け出において必要となります)

申し込みの段階で、対象者及び家族からの同意を得たうえで申し込みをしてください。

なお、実地研修開始までに**「研修実施同意書」**、**「主治医指示書」**を提出していただきます。

また、実地研修で訪問看護ステーション等の事業所に講師を委託する場合は、実地研修開始までに**「喀痰吸引等研修　実地研修　実施機関承諾書」**を提出していただきます。

申込先　　東大阪市立障害児者支援センター「レピラ」 喀痰吸引等研修係

FAX　072－975－5715

TEL　072－975－5704(医療連携室)　　072－975－5700(代表)

担当:　渡邊　梶田

令和８年度喀痰吸引等研修（第３号研修：特定の者）

受　講　申　込　書

申込者
住所
氏名
申請日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所
（住民票に記載通り）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受講者電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">現在の
勤務先</td><td>所在地</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>施設等の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>施設等の種別</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>事業所電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>事業所
メールアドレス</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保有する資格</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">実地研修を
行う特定の
者</td><td>氏　　名</td><td>住　　所</td><td>実地研修内容</td></tr>
<tr><td></td><td>東大阪市
八尾市・柏原市</td><td>吸引（口腔内・鼻腔内・カニューレ内）
経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管）</td></tr>
<tr><td></td><td>東大阪市
八尾市・柏原市</td><td>吸引（口腔内・鼻腔内・カニューレ内）
経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管）</td></tr>
<tr><td></td><td>東大阪市
八尾市・柏原市</td><td>吸引（口腔内・鼻腔内・カニューレ内）
経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">訪問看護ステーション等に実地研修の講師を依頼できる場合</td><td>事業所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

（注意）受講申込者については、全課程に出席できるように勤務体制を確保してください。

令和8年度　喀痰吸引等研修（第３号研修：特定の者対象）

研　修　実　施　同　意　書

令和　　年　　月　　日

（研修受講者）

事業所名等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（たんの吸引等を受ける者）

本　　人　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人・代筆者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（本人との関係：　　）

わたしは，あなたが，特定の行為（　　）の実地研修を行うことに同意します。

※　たんの吸引等を受ける者が未成年である場合又は署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には，家族等の代理人・代筆者が記入し，当該代理人・代筆者も署名又は記入押印を行ってください。

令和８年度　喀痰吸引等研修（第３号研修：特定の者対象）

主　治　医　指　示　書

令和　　年　　月　　日

患　者　氏　名		性　別	
生　年　月　日		年　齢	
主たる疾患（障害）名			

上記の者に係る研修について，指導看護師等に対し，下記のとおり指示します。

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

特定の行為の種類	□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	□胃ろうによる経管栄養 □腸ろうによる経管栄養 □経鼻経管栄養
特定行為に係る指示	喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）	
	経管栄養（栄養剤の内容、与薬時間、与薬量、注意事項を含む）	
その他注意事項		
（参考）使用医療機器等	1、経鼻胃管	サイズ：　　Fr、種類：
	2、胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　Fr　　Cm
	3、吸引機	
	4、人工呼吸器	機種：
	5、気管カニューレ	サイズ：外径　　mm、長さ　　cm
	6、その他	

喀痰吸引等研修　実地研修　実施機関承諾書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　東大阪市社会福祉事業団
東大阪市立障害児者支援センター　殿

実施機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（看護師個人の場合は、記入の必要なし）

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（看護師個人の場合は、住所）

代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
（看護師個人の場合は、氏名と㊞）

下記は、社会福祉法人　東大阪市社会福祉事業団　東大阪市立障害児者支援センター（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

実施機関 （看護師個人の場合は、記入の必要なし）	名　　称	
	設立年月日	
	法　人　名	
講師看護師氏名		
講師看護師住所		
講師看護師電話番号		
研修受講者名　受入開始時期		
研修受講者　受入人数		

※実地研修の謝金については、受講者の所属する事業所と相談の上、事業所から直接受領いたします。

※東大阪市立障害児者支援センターでは、実地研修の実地における安全確保措置として、損害賠償保険に加入しています。