

## 令和5年度 こうほうえん喀痰吸引等研修 開催要項

### 1 研修の目的

平成24年4月1日から施行された介護職員等によるたんの吸引等の制度により、特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において、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事ができる介護職員等を養成することを目的とし、研修事業を実施します。

### 2 実施主体 社会福祉法人 こうほうえん

### 3 研修の対象者

#### (1) 受講対象者

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障がい児・者施設等、訪問介護事業者等に就業している介護職員等（介護福祉士を含む）。  
医療施設に勤務する者は対象外。

#### (2) 定 員 15人

### 4 研修形式

講義・演習共に集合研修とする。

### 5 研修受講申し込み

#### (1) 別紙受講申込書を記載し、下記担当まで申し込んでください（ファクシミリ可）。

E-mail: sasaki-a@kohen.jp

#### (2) 申込期限 令和5年 6月 20日 (火)

### 6 受講者の決定

(1) 5の研修受講申し込みにより、こうほうえんが決定を行う。

(2) 定員になり次第募集終了する。

### 7 経 費

(1) 受講料 132,000円(税込) : 内訳: 基本研修66,000円、実地研修66,000円

テキスト代 2,420円(税込 : 中央法規出版社 「新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト(2021年9月1日 発行)」

\*テキストは研修開始までに各自準備してください。

(2) 受講に係る旅費・宿泊費等の経費は、受講者の自己負担とします。

### 8 修了証書

基本研修(講義+実地)及び実地研修(2号研修)の全課程を修了した者に修了証明書を交付します。

### 9 研修内容等

#### (1) 基本研修(講義・演習)

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実施要綱」に定める講義(50時間)及び筆記試験(30問、試験時間60分)

#### (2) 日程

基本研修	7/4 7/7 7/14 7/28 8/2 8/18 8/25 8/29
筆記試験	9/5
基本演習	9/12 9/15
実地研修	4/1~2/29

(3) 実施場所

基本研修      アザレアコートこうほうえん会議室      鳥取県米子市両三柳 1,400 番地  
                  こうほうえん夜見研修センター          鳥取県米子市夜見町 3081-11

実地研修      下記施設及び受講者の勤務施設に委託も可

介護老人福祉施設	よなご幸朋苑	米子市上後藤三丁目 7-1
〃	さかい幸朋苑	境港市誠道町 2083
〃	なんぶ幸朋苑	米子市石井 1238
〃	新さかい幸朋苑	境港市上道町 2053-1
〃	みなと幸朋苑	境港市上道町 2053-6
〃	きんかい幸朋苑	米子市錦海町 3-5-15
〃	新しいなば幸朋苑	鳥取市浜坂 222-1
〃	にしまち幸朋苑	鳥取市西町 5-108
介護老人保健施設	さかい幸朋苑	境港市誠道町 2083
〃	なんぶ幸朋苑	米子市石井 1238
〃	いなば幸朋苑	鳥取市浜坂 228-1

10 研修科目の欠席に係る取り扱い

(1) 条件

科目の全時間を受講しなければ、その科目は欠席したものとします。

(2) 手続き

欠席する場合は、講義の開始前までに社会福祉法人こうほうえん本部に連絡し、速やかに欠席届を提出してください。

(3) その他

救済方法として、来年度優先的に受講受付を行います。

11 担 当

〒683-0853

鳥取県米子市両三柳 1400

社会福祉法人 こうほうえん 法人本部 佐々木 厚子

電話 0859-24-3111

E-mail: sasaki-a@kohoen.jp

(別紙4)

## 令和5度 こうほうえん喀痰吸引研修 申込書

(申込書提出期限： (申込書提出期限： 6月20日(火) 必着

【提出先】 社会福祉法人こうほうえん E-mail : sasaki-a@kohoen.jp

### 【受講を申し込む施設・事業所】

住 所	〒	
施設・事業所の名称		
法人の名称		
担当者	職・氏名	
	連絡先	電話番号：
		ファクシミリ：

※ 施設・事業所単位でお申込みください。

### 1 受講申込者 (氏名には、必ず「ふりがな」を付してください。)

優先順位	氏 名
1	(ふりがな)
	-----
	生年月日
	(住所) 〒
2	(ふりがな)
	-----
	生年月日
	(住所) 〒
3	(ふりがな)
	-----
	生年月日
	(住所) 〒

※ 申込書は、メールで御提出ください。

※ 受け付けは、申し込み順とさせていただきます。

### 2 実地研修の実施予定施設・事業所

※ 実地研修実施予定施設・事業所の名称を記載してください。

( )

【問合せ先】 社会福祉法人こうほうえん 佐々木 電話番号：0859-24-3111