令和8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　　FAX:0859－24－3113

（２）申込期限　　令和 8年　5月　29日　（金）

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	6/16　6/19　6/23　6/26　6/30　7/3　7/7　7/10
筆記試験	7/14
基本演習	8/3　8/4
実地研修	4/1～2/28

（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　受講者が勤務している施設・事業所、

同一法人内の他の施設・事業所又は提携先施設・事業所　等

（４）研修内容

基本研修

講義：時間数　５０時間

カリキュラム内容は別紙のとおり

演習・喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）　各５回以上

・経管栄養（胃ろうまたは腸ろう、経鼻）　各５回以上　※　半固形（１回以上）

・救急蘇生法　１回以上

筆記試験：・講義（50 時間）の全課程を修了した者について、筆記試験を実施し、合格者が演習研修を受けることができます。

・筆記試験は、知識の修得状況を確認し、総正解率が９割以上の者を合格と認定します。

・総正解率が７割以上９割未満に該当する受講者については、自主学習による補習を行った上で再試験（１回）を実施します。

・総正解率が７割未満の受講者は不合格とし、受験資格を失います。

・再試験においても合格基準に達しない受講者については、総正解率が７割以上９割未満に該当する受講者に限り受験資格を失いませんが、演習・実地研修を行うことはできません。

実地研修

次の５行為すべての実地研修を行うもの（以下「第１号研修」という。）と、５行為のうち一部の行為の実地研修を行うもの（以下「第２号研修」という。）から選択する。

①　口腔内の喀痰吸引　１０回以上

②　鼻腔内の喀痰吸引　２０回以上

③　気管カニューレ内部の喀痰吸引　２０回以上

④　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養　２０回以上

※実地研修においては、滴下型、半固形型、又は両方を組み合わせて所定回数を実施すること。なお、実地研修で実施していない手技を実施する場合は、改めて未実施の手技について、別途十分な研修を実施し、安全性の検討後行うこと。

⑤　経鼻経管栄養　２０回以上

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８度　こうほうえん喀痰吸引研修　申込書

申込書提出期限：　5 月 29 日（金）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、メールまたはファクシミリで御提出ください。

※　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