



## 利用者にやさしい、明日からでもできる排痰研修

### ～ 介護場面で活かせる排痰と口腔ケア ～

(本研修は宮崎県の委託を受けて開催いたします)

#### 《 趣 旨 》

この研修は介護業務に従事する方が、施設及び訪問先の利用者に対し、嚥下機能を理解し痰を未然に防ぐ方法や口の中を清潔に保つことの意義を踏まえた上で、口腔の動きを良くする口腔ケアや口腔リハビリを実施する事で、機器を使用せずに排痰ができ、又、排痰を促す体位などの方法や知識を習得する事で、安心して利用者やご家族に寄り添うことができることを目的として開催いたします。

#### 《 日 程 等 》

1) 開催日時 令和7年9月14日(日) 10:00～15:00

2) 会 場 宮崎県福祉総合センター 人材研修館 4階 大研修室  
宮崎市原町2-22

3) 参加対象 介護業務従事者 介護事業所就職希望者

4) 定 員 80名 (お申込み先着順)

5) 締 切 日 令和7年8月25日(月)(定員になり次第)

6) 受 講 料 無 料

7) 申込方法 申込書に記入の上、FAX又は郵送でお申し込み下さい。  
※申込先着順に受講票、駐車許可証(希望者のみ)を発行します。  
許可証のない車は、駐車できませんので、申込書欄に必ず記入して下さい。  
※申込数が募集定員を上回り、ご参加いただけなくなった方には、事務局よりご連絡します。

8) そ の 他 昼食は各自にてご準備いただくようお願いします。  
※研修会参加においては、マスクご持参のうえ会場内では着用をお願い致します。

9) 申し込み・問合せ先 一般社団法人宮崎県介護福祉士会 (月～金 9時～18時)  
〒880-0007 宮崎市原町2-22 宮崎県福祉総合センター 人材研修館内  
TEL (0985) 22-3710 FAX (0985) 22-3711



#### 【 プログラム 】

| 時 間         | 内 容                                  | 講 師                                |
|-------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 9:30～9:50   | 受 付                                  |                                    |
| 9:50～10:00  | オリエンテーション                            |                                    |
| 10:00～12:00 | 講 義・演 習<br>「摂食・嚥下リハビリテーションと口腔ケアの重要性」 | 講 師：清山 美恵 氏<br>みえ eat デンタルクリニック 院長 |
| 12:00～13:00 | 昼食休憩                                 |                                    |
| 13:00～15:00 | 講 義・演 習<br>「摂食・嚥下リハビリテーションと口腔ケアの重要性」 |                                    |
| 15:00～      | アンケート記入・終了                           |                                    |

「利用者にやさしい、明日からでもできる排痰研修」

## 【 受講申込 】

※駐車場の記入は、駐車場利用者「○」・同乗者「同乗」・利用無し「×」を記入下さい。 令和 7年 月 日

| 駐車場 | 開催日            | 内 容                                                       |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------------|
|     | 令和 7年 9月14日(日) | 「利用者にやさしい、明日からでもできる排痰研修」<br>宮崎市原町 2-22 宮崎県福祉総合センター 人材研修館内 |

※駐車場は希望者(○記入者)のみ駐車可能です。

|                                                                                    |                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな                                                                               |                                                                                                                              |
| 氏名                                                                                 |                                                                                                                              |
| 下記の質問において、該当する箇所に「○」または必要事項を記入下さい。                                                 |                                                                                                                              |
| ( )介護職員      ( )看護職員      ( )福祉関係実務者      ( )事業所等管理者<br>( )その他〔                  〕 |                                                                                                                              |
| 資格について                                                                             | 介護福祉士国家資格    ( )有り ・ ( )無し<br>その他の資格 (                                                 )                                     |
| 「介護福祉士有資格者」の方への質問です。                                                               | ( )介護の仕事をしています。    ( )介護職員だが、他職種へ転職を考えている。<br>( )介護以外の仕事をしています。    ( )その他〔                                                 〕 |
| 介護の仕事やご家族を介護される場面等で、不安を感じる事を記入下さい。                                                 |                                                                                                                              |
| 自宅住所                                                                               | 〒                  —                                                                                                         |
| 勤務先名                                                                               |                                                                                                                              |
| 電話／FAX<br>(必ず何れか記入下さい)                                                             | ( )勤務先 TEL (                  ) — FAX (                  ) —<br>( )自宅 TEL (                  ) — FAX (                  ) —  |
| 携帯電話                                                                               | —                  — ※連絡先として希望の方のみ                                                                                           |

※ 個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。

【申込み・問合せ先】 一般社団法人宮崎県介護福祉士会

〒880-0007 宮崎市原町2-22 宮崎県福祉総合センター 人材研修館内 TEL 0985(22)3710

申込締切日 令和7年8月25日(月)必着

送信先:FAX(0985)－22－3711