

**令和6年度 介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修
指導者養成事業（特定の者対象）実施要領**

1 目的

石川県内において介護職員等が喀痰吸引等を実施するために受講することが必要な研修（基本研修）（以下「喀痰吸引等研修」という）の講師及び実地研修の指導者を養成することを目的とします。

2 対象者

医師、看護師（准看護師を除く）・保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）で、次のいずれかに該当する者

- ① 県が実施する介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修（特定の者対象）の講師及び実地研修の指導を行う予定の者
- ② 登録研修機関として自ら喀痰吸引等研修（特定の者対象）を実施予定の事業所等に勤める者

3 実施方法

- (1) 石川県社会福祉協議会（以下「本会」という。）は、受講申込みに基づき、看護師等に、厚生労働省が提供する介護職員等への指導のポイント、評価基準等をまとめた「指導者用マニュアル及びDVD」及び「指導者養成事業報告書（アンケート）」を配布します。
- (2) 看護師等は、「指導者用マニュアル及びDVD」を用いた自己学習（以下「学習」という。）を実施してください。
- (3) 看護師等は、学習後「指導者養成事業報告書（アンケート）」を本会あて送付する。
- (4) 本会より「受領書」を看護師等へ交付します。
- (5) 「受領書」を交付された看護師等は、介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修（特定の者対象）の講師及び指導が実施できます。

4 申込期間

通年で随時、申込み受付。

5 申込方法

下記の①②を、FAXまたは郵送にて本会（住所等は下記7（2））宛てに送付してください。

【提出書類】

- ① 「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）申込者調書」（別紙様式）
- ② 保有資格（医師、看護師、保健師又は助産師）の免許証・登録証の写

6 個人情報

提供いただいた個人情報は、本研修で使用する受講者名簿等の作成に利用します。ただし、個人情報の収集目的を超えた利用及び提供は、石川県個人情報保護条例で定める場合を除き、一切いたしません。

7 問合せ先

(1) 制度関係（対象者、実地研修 等）

石川県健康福祉部 障害保健福祉課 自立支援グループ

TEL 076-225-1428 担当：大地

石川県健康福祉部 長寿社会課 施設サービスグループ

TEL 076-225-1416 担当：折戸

(2) 研修申込関係

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター

〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 金沢勤労者プラザ 4F

TEL 076-221-1833 FAX 076-221-1834 担当：山口・田中

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）
申込者調書

（ 年 月 日）

ふりがな 氏名	印		
生年月日・年齢	昭和・平成	年	月 日生（ ）歳
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先等 該当するものに○	1. 都道府県庁（ 1-1 本庁 1-2 保健所 1-3 病院・診療所 ） 2. 訪問看護ステーション 3. 病院・診療所 4. 障害者（児）サービス事業所（サービス種別 ） 5. 障害者（児）施設（施設種別 ） 6. 特別支援学校 7. 保育所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. 認知症（高齢者）グループホーム 12. 医療系大学・養成所 13. その他（具体的に ）		
保有資格 該当するもの全てに○	1. 医師	2. 保健師	3. 助産師 4. 看護師
免許	取得年月日：昭和・平成 年 月 日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載すること。		
職歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 （ ）年（ ）か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 （ ）年（ ）か月 *准看護師としての経験年数は含めないこと。 c. 上記のうち、喀痰吸引等の業務に関する従事期間 （ ）年（ ）か月		
指導者マニュアル 等の送付先 ※ 現在の勤務先以外に 送付を希望される場合 は記入願います。	送付先名称： 所在地：〒 TEL FAX		

石川県社会福祉協議会福祉総合研修センター宛て郵送またはFAXにてお送りください。

【添付書類】保有資格（医師、看護師、保健師又は助産師）の免許証・登録証の写
 〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 金沢勤労者プラザ4F FAX 076-221-1834