

令和7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 実施主体 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター
研修協力機関 石川県公立大学法人石川県立看護大学附属地域ケア総合センター

4 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

5 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「喀痰吸引等指導者マニュアル及びDVD」（以下「テキスト」という。）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、テキストを用いた自己学習（以下「学習」という。）を実施してください。
- (3) 看護師等は、学習後すみやかに「指導者養成事業報告書（アンケート）」を郵送にて本会あてに提出する。【提出期限】令和8年1月30日（金）必着
- (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、喀痰吸引等研修（特定の者対象）の講師及び指導が実施できます。

6 申込期間 令和7年12月26日（金）まで

7 申込方法

次の提出書類①②を、FAXまたは郵送にて本会（住所等は10 問合せ先（2））あてに提出してください。FAXの場合は、送信後、確認のため電話連絡してください。

【提出書類】

- ① 令和7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）申込者調書（3ページ）
- 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

8 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。

9 注意事項

5実施方法（3）について、期日（令和8年1月30日（金）必着）までに提出がなかった場合は、当該年度で修了することができません。本研修を修了する必要がある場合は、次年度以降にあらためて受講申し込みが必要です。なお、配布したテキストに変更がない場合は、引き続き使用してください。

10 問合せ先

（1）制度関係（受講対象、実地研修対象施設の要件、経過措置 等）

石川県健康福祉部 障害保健福祉課 自立支援グループ 担当：中川 TEL 076-225-1428

石川県健康福祉部 長寿社会課 施設サービスグループ 担当：立野 TEL 076-225-1416

（2）研修関係（申込方法 等）

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター 担当：山口・田中

〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 金沢勤労者プラザ 4階

TEL 076-221-1833 FAX 076-221-1834

令和7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）
申 込 者 調 書

申込日（令和7年 月 日）

ふりがな			申込状況 いずれか○	1. 初回申込み 2. 再申込み（ 年度受講） テキスト（ 有 ・ 無 ）
氏 名				
生年月日・年齢	昭和 ・ 平成 年 月 日生	（ ） 歳		
現在の勤務先	法人名		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	登録年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日 登録番号： ※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 送付を希望する場合 のみ記入すること	名称			
	所在地	〒 —		
		TEL	FAX	

①本紙および②保有資格（医師、看護師、保健師又は助産師）の免許証・登録証の写を、FAXまたは郵送にて石川県社会福祉協議会福祉総合研修センターあてに提出してください。FAXの場合は、送信後、確認のため電話連絡してください。

【送 付 先】〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 金沢勤労者プラザ4階 TEL 076-221-1833 FAX 076-221-1834

【申込期間】令和7年12月26日（金）まで