**令和７年度　鳥取県喀痰吸引等研修（第三号研修・特定の者対象）**

**指導者養成事業開催要項**

**１．目　　　的**　　介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修（第三号研修・特定の者対象）

（基本研修・実地研修）の講師を養成する。

**２．実施主体**　　鳥取県

**３．事業実施機関**社会福祉法人こうほうえん

**４．事 業 名 称** 鳥取県喀痰吸引等研修（第三号研修・特定の者対象）指導者養成事業

**５．申 込 期 間** 随時受け付け（ただし最終申込期限は令和8年１月３０日（金））

**６．受講対象者**　　**鳥取県において基本研修及び実地研修の指導等を行う医師、看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）**

**＜注意＞第一・二号「不特定の者」の指導者研修を修了した方も改めて本事業の修了が必要です！**

**７．費 用 負 担**　　無料

**８．事業の流れ**

　　（※実地研修を希望する受講者が看護師等に依頼）

　①　看護師等は、申込書兼申込調書（様式１）を事業実施機関（こうほうえん）へ提出

　　　　　　　　　　　↓

　②　事業実施機関から、申込受理の返信を受け取り、「指導者用マニュアル」（以下「マニュアル」という。）を鳥取県障がい福祉課ホームページからダウンロード・印刷する

　　　　　　　　　　　↓

　③　看護師等は、マニュアルを用いた自己学習を実施し、学習が終了したら指導者養成事業報告書（様式２）を事業実施機関へ提出

　　　　　　　　　　　↓

　④　事業実施機関から「修了証明書」が発行され、研修講師としての資格を得る

**９．自己学習教材の内容**

　１）重度障がい児・者等の地域生活等

　２）喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者の障がい及び支援

　　　緊急時の対応及び危険防止について

　３）喀痰吸引等に関する演習

**10．申込み**

（１）方　　法　　**申込書兼申込調書（様式１）**に必要事項を御記入の上、下記宛先まで**郵送**にて御提出ください。（資格証の写しを添付すること）

（２）期　　限　　**令和８年１月３０日（金）**到着分までを受付けます。

（３）宛　　先　　〒６８３－０８５３　米子市両三柳１４００　社会福祉法人こうほうえん　佐々木宛

11.報告書提出期限　令和８年２月２８日（土)

**11．照 会 先**　　御不明な点がございましたら、次の連絡先まで御照会ください。

|  |
| --- |
| 社会福祉法人こうほうえん　住所：〒683-0853　米子市両三柳１４００電話：０８５９－２４－３１１１　　担当：佐々木　厚子 |

（様式１）

**鳥取県喀痰吸引等研修（第三号研修・特定の者対象）指導者養成事業**

**申込書兼申込者調書**

　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

社会福祉法人こうほうえん　理事長　廣江　　晃　様

私は、鳥取県が実施する「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（第三号研修・特定の者対象）」において、基本研修及び実地研修の指導講師として協力することとし、本事業に申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名・性別 | 印　　（　男 ・ 女　） | |
| 生年月日・年齢 | （西暦）　　　　　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：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | |
| 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：（西暦）　　　　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、たんの吸引等の業務に関する従事期間  　　（　　　　）年（　　　　）か月 | |

**※添付書類…資格証（免許）の写し**

＜個人情報の取扱について＞

・今回取得する皆様の個人情報は、指導者情報の管理のために取得するものであり、本事業以外には使用いたしません。

・個人情報は適正な管理を行い、個人情報の保護に努めます。

・提出された文書については返却しませんので、予めご了承下さい。

（様式２）

**鳥取県喀痰吸引等研修（第三号研修・特定の者対象）**

**指導者養成事業報告書**

　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人こうほうえん　理事長　廣江　　晃　様

私は、鳥取県喀痰吸引等研修（第三号研修・特定の者対象）指導者養成事業に係る自己学習を修了したので報告する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・性別 | 印　　（　男　・　女　） | |
| 生年月日・年齢 | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　　）歳 | |
| 住　　　所 | 〒 | |
| 現在の勤務先 | 設置主体名 | 事業所名 |
| 所在地：〒 | |
| 保有資格  該当するもの全てに〇 | １．医師　　２．保健師　　　３．助産師　　　・看護師 | |
| 修了証の送付先  （どちらかに〇） | 住所地　・　勤務先 | |

※本指導者養成事業報告書の提出をもって修了証明書が交付されますので、必ず提出してください。  
＜個人情報の取扱について＞

・今回取得する皆様の個人情報は、指導者情報の管理のために取得するものであり、本事業以外には使用いたしません。

・個人情報は適正な管理を行い、個人情報の保護に努めます。