

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための
指導者養成研修（自己学習）実施要領

（趣旨）

第1条 大分県内において介護職員等がたんの吸引等を実施するために必要な研修（特定の者を対象とする第三号研修）（以下「第三号研修」という）の講師及び実地研修指導者（以下「指導者等」という）を養成するため、研修を実施するものとし、その実施に関しては、この要領に定めるところによる。

（実施主体）

第2条 本研修の実施主体は県とする。

（受講対象者）

第3条 本研修の対象者は、県内の登録研修機関において第三号研修の指導者等となる予定の医師、保健師、助産師又は看護師（准看護師を除く）（以下「看護師等」という）であり、臨床等における実務経験を5年以上有する者とする。

（研修の実施方法）

第4条 本研修の実施方法は次のとおりとする。

（1）受講申込み

自己学習を希望する看護師等は、「指導者養成研修（自己学習）受講申込届出書」（別紙様式1）及び「指導者養成研修（自己学習）申込者調書」（別紙様式2）に資格免許証の写しを添えて県に提出するものとする。なお、申込者の本研修対象者としての要件に疑義がある場合にかぎり、申込届出書收受後一週間以内に県から連絡を行うものとする。

（2）自己学習の実施

看護師等は、大分県のホームページに掲載する「喀痰吸引等研修指導者マニュアル 第三号研修（特定の者対象）」及び動画スライドにより自己学習を実施するものとする。但し、上記の方法での受講が困難な場合は、県が教材DVDの貸出しを行うものとする。

（3）実施報告書の提出

自己学習を修了した看護師等は、遅滞なく「指導者養成研修（自己学習）実施報告書」（別紙様式3）を県に提出するものとする。なお、第三号研修の実地研修は、報告書記載の自己学習修了日以降に行うことができるものとする。

（4）受領書の交付

県は、報告書を受領後、「指導者養成研修（自己学習）報告書受領書」（別紙様式4）を当該看護師等に交付する。

（5）修了者の帳簿管理

県は、この研修による自己学習を修了した看護師等について、修了者名簿（別紙様式5）を作成し、保存管理するものとする。又、看護師等本人の同意に基づき、必要に応じて登録研修機関等に研修修了者に関する情報提供を行うことができるものとする。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか、本研修の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

(別紙様式1)

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための
指導者養成研修（自己学習）受講申込届出書

年 月 日

大分県福祉保健部障害福祉課長 殿

(申込者)

住所

氏名

勤務先名

私は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保険福祉部長通知）に定める指導者養成研修を受講したいので、関係書類を添えて申し込めます。

なお、申込者調書に関する情報について、大分県が登録研修機関等に提供することに同意します。

(添付書類)

- (1) 「指導者養成研修（自己学習）受講申込者調書」（別紙様式2）
- (2) 医師又は看護師免許の写し

(別紙様式 2)

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための
指導者養成研修(自己学習) 申込者調書

(年 月 日現在)

ふりがな 氏 名		
生年月日・年齢	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	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： 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のうえ、免許証の写しを添付すること。	
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	
登録研修機関の 名称		
実地研修予定日	年 月 日 *必ず事前に自己学習を修了すること。	

ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。
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。

(別紙様式3)

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための
指導者養成研修（自己学習） 実施報告書

年 月 日

大分県福祉保健部障害福祉課長 殿

(受講者)

住所

氏名

勤務先名

私は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保険福祉部長通知）に定める指導者養成研修事業を修了した者に相当する知識及び技能を厚生労働省が提示する「喀痰吸引等研修指導者マニュアル 第三号研修（特定の者対象）」及び動画スライドを用いた自己学習により修得しましたので報告します。

自己学習修了日	年 月 日
実地研修実施（予定）日	年 月 日

(別紙様式 4)

大分県介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)の実施のための
指導者養成研修(自己学習) 実施報告書受領書

受付番号

氏 名

生年月日

上記の者から報告のあった標記について、受領したことを証明する。

年 月 日

大分県福祉保健部障害福祉課長

(別紙様式5)

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための指導者養成研修 自己学習修了者名簿

受付番号	修了年月日	受領年月日	氏名	住所	生年月日	勤務先			資格	備考
						事業所名	種類	TEL		

備考1 勤務先種類

- 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
- 5. 障害者（児）施設
- 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

備考2 資格

- 1. 医師
- 2. 保健師
- 3. 助産師
- 4. 看護師