※１事業所につき１枚※

様式１－１

令和８年度（２０２６年度） 熊本県喀痰吸引等研修　第三号研修

# 基本研修 受講申込書

年　　月　　日

研修機関長　様

（受講を申し込む施設・事業所等）

住　所

名　称

施設・事業所等の長

当施設・事業所等は、平成２４年４月１日施行の社会福祉士及び介護福祉士法附則第２０条第１項に基づき、登録特定行為事業者として熊本県知事の登録を受ける予定なので、下記の職員について、「喀痰吸引等研修 第三号研修　受講申込者調書（様式１－２）」を添えて受講を申し込みます。

なお、「体制整備に係る確認事項チェックシート（参考①）」の１１項目の要件を全て満たしていることを確認しました。

また、現場演習・実地研修にあたり、利用者、主治医及び指導看護師からの同意と主治医からの「指導看護師の下、介護職員等が実地研修にあたる際の医師の指示書」は準備します。

記

受講申込者について

| 優先順位 | 氏名 | 受講会場 |
|---|---|---|
| 1 | | 県北 |
| 2 | | 県北 |
| 3 | | 県北 |
| 4 | | 県北 |
| 5 | | 県北 |

担当予定の指導看護師

| 氏名 | 所属 | 連絡先 | 研修受講※ |
|---|---|---|---|
| | | TEL<br>FAX | 済 ・ 未 |
| | | TEL<br>FAX | 済 ・ 未 |
| | | TEL<br>FAX | 済 ・ 未 |
| | | TEL<br>FAX | 済 ・ 未 |
| | | TEL<br>FAX | 済 ・ 未 |

※　実地研修事前研修＜平成２３～２７年度＞、喀痰吸引等研修（第１号・第２号研修）指導者養成講習、医療的ケア教員講習会、指導者養成研修（第三号）＜平成２７～令和７年度＞のいずれかを受講済みの場合は「済」を○で囲み、該当の「修了証明書（写し）」を添付してください。未受講の場合は「未」を○で囲み、別途、指導者養成研修（第三号）の受講申込みが必要です。

| | | |
|---|---|---|
| 担当者 | 氏　名 | |
| | 電　話 | |
| | ＦＡＸ | |

※受講申込者１人につき１枚※
要提出≪年度に１回≫

様式１－２

令和８年度（２０２６年度） 熊本県喀痰吸引等研修　第三号研修

# 受講申込者調書

（　　年　　月　　日　現在）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受講申込者 | 住　所:〒 | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | |
| 生年月日・年齢 | 西暦　　年　　月　　日生　（　　）歳 | | |
| 現在の勤務先 | 法人名： | 施設（事業所）名： | |
| | 所在地：〒<br><br>TEL：　　FAX： | | |
| 現在の勤務先<br>(施設等種別)<br>該当するものに〇 | １．障害者（児）支援施設　　６．障害児通所支援事業所<br>２．障害福祉サービス事業所等　　７．障害児入所施設<br>３．グループホーム　　８．特別支援学校<br>４．居宅介護　　９．介護老人保健施設　１０．介護老人福祉施設<br>５．訪問介護事業所　１１．介護サービス事業所　１２．その他 | | |
| 保有資格<br>該当するもの全てに〇 | １．介護福祉士　２．ホームヘルパー　３．保育士　４．生活支援員　５．教員　６．児童支援員<br>７.その他（具体的に　　）８．実務者研修受講済 | | |
| 職　歴 | ａ．福祉職場の勤続年数　（　　）年（　　）か月<br>ｂ．現在の勤務先における勤続年数　（　　）年（　　）か月 | | |
| 経　験<br>あり・なしの<br>いずれかに〇 | 喀痰吸引 | 口腔内のたんの吸引 | 経験あり　・　なし |
| | | 鼻腔内のたんの吸引 | 経験あり　・　なし |
| | | 気管カニューレ内部のたんの吸引 | 経験あり　・　なし |
| | 経管栄養 | 胃ろう(腸ろう)からの経管栄養 | 経験あり　・　なし |
| | | 経鼻経管栄養 | 経験あり　・　なし |

※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。

※要確認≪提出不要≫※

様式１－３

令和８年度（２０２６年度） 熊本県喀痰吸引等研修　第三号研修

# 体制整備に係る確認事項チェックシート

研修にあたっては、国の研修事業実施要綱（平成２３年１１月１１日　障発１１１１第２号）に定める次の要件を満たしている必要があります。このチェックシートで要件を満たすことを確認し（チェック欄に「レ」を記入）、受講申込を行ってください。

ただし、受講申込書に添付する必要はありません。

| 要　件 | チェック欄 |
|---|---|
| （１） 対象者本人とその家族が研修の実施に協力できること。 | |
| （２） 施設又は事業者の責任者及び職員が研修の実施に協力できること。 | |
| （３） 主治医、看護師、介護職員等の関係者による連携体制があること。 | |
| （４） 医療関係者を含めた定期的なケア・カンファレンスの実施（関係者からなる安全委員会を設置）など、関係機関等との連携による安全確保体制が整備されていること。 | |
| （５） 適切な医学的管理の下で、利用者に対して適切な診療や訪問看護の体制がとられていること。 | |
| （６） 利用者毎に、たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。 | |
| （７） 指示書や指導助言の記録を作成し、適切な管理・保管していること。 | |
| （８） ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、関係者による実施体制の評価、検証を行っていること。 | |
| （９） 緊急時の対応の手順を定めており、その訓練を定期的に行うと共に、夜間をはじめ緊急時の連絡体制を構築していること。 | |
| （１０） 感染の予防等、安全・衛生面の管理をしていること。 | |
| （１１） 過去５年以内に、介護保険法及び障害者自立支援法に基づく行政処分を受けていないこと。 | |