

登録喀痰吸引等事業者、登録特定行為事業者、認定特定行為業務従事者および登録研修機関の登録等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、社会福祉士及び介護福祉士法施行細則(平成24年福井県規則第3号。以下「細則」という。)第6条の規定に基づき、登録喀痰吸引等事業者、登録特定行為事業者、認定特定行為業務従事者および登録研修機関の登録等に関し、必要な事項を定める。

(申請書等の添付書類)

第2条 細則第2条に基づく申請は、次に掲げる書類を添付して行うものとする。

- 一 申請者が法人である場合は、法人の定款または寄附行為および登記事項証明書
- 二 申請者が個人である場合は、住民票の写し
- 三 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号。以下「法」という。)第48条の4各号の規定に該当しないことを誓約する書面(要綱様式1)
- 四 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類(要綱様式2)
- 五 喀痰吸引等の業務に従事する介護職員等の名簿(要綱様式3)
- 六 前号に記載した職員の喀痰吸引等の業務に関する資格等を証する書類の写し

2 細則附則第3号に基づく申請は、次に掲げる書類を添付して行うものとする。ただし、学校教育法第一条に規定する学校(大学および高等専門学校を除く。)の教員にあつては、教育職員免許状の写しと、所属する学校が作成し学校長等が承認した住所を記載した書類を添付することで第一号の書類に代えることができる。

- 一 住民票の写し
- 二 申請者が法附則第4条第3号各号の規定に該当しないことを誓約する書面(要綱様式4)
- 三 喀痰吸引等研修の修了証明書の写し

3 細則附則第7号に基づく申請は、次に掲げる書類を添付して行うものとする。

- 一 申請者が法人である場合は、法人の定款または寄附行為および登記事項証明書
- 二 申請者が個人である場合は、住民票の写し
- 三 法附則第7条各号の規定に該当しない旨の誓約書(要綱様式5)
- 四 法附則第8条第1項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類(要綱様式6)

4 細則附則第17号に基づく申請は、次に定める書類を添付するものとする。ただし、平成23年度に福井県が実施する喀痰吸引等に関する研修を修了した者は、第三号から第五号の書類に代えて研修修了証明書を添付するものとする。また、学校教育法第一条に規定する学校(大学および高等専門学校を除く。)の教員にあつては、教育職員免許状の写しと、所属する学校が作成し学校長等が承認した住所を記載した書類を添付することで第一号の書類に代えることができる。

- 一 住民票の写し
- 二 申請者が法附則第4条第3号各号の規定に該当しないことを誓約する書面(要綱様式4)
- 三 本人誓約書(要綱様式7)
- 四 第三者証明書(要綱様式8)
- 五 実施状況確認書(要綱様式9)

第3条 細則附則第18号に規定する認定証は、次の表の左欄に掲げる通知または事業に基づき特定行為の実施に必要な知識および技能の修得を終えている者について、それぞれ同表の右欄に定める認定証を交付するものとする。

通知名または事業名	認定証
特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて(平成22年4月1日医政発0401第17号 厚生労働省医政局長通知)	細則附則様式第17号
介護職員によるたんの吸引等の試行事業(不特定多数の者対象)(平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」)	細則附則様式第17号
平成23年度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の実施について(平成23年10月6日老発1006号第1号 厚生労働省老健局長通知)	細則附則様式第17号

ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成15年7月17日医政発第0717001号 厚生労働省医政局長通知）	細則附則様式第18号
盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成16年10月20日医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知）	細則附則様式第18号
在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成17年3月24日医政発第0324006号 厚生労働省医政局長通知）	細則附則様式第18号
介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）	細則附則様式第18号
平成23年度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（特定の者対象）の実施について（平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）	細則附則様式第18号

（関係書類の保存）

第4条 登録喀痰吸引等事業者、登録特定行為事業者および登録研修機関が保存すべき書類の種類および保存期間は5年間とする。

- 一 細則第2条、第3条、細則附則第7号、第8号、第9号、第10号、第11号、第13号、第14号、第15号において規定する登録、更新、変更等にかかる申請書および添付書類
- 二 前号に掲げるほか、喀痰吸引等業務、特定行為業務および喀痰吸引等研修にかかる関係書類

附 則

この要綱は平成24年4月1日から施行する。

社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の四各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住所

名称・代表者氏名（法人以外にあつては氏名）

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。（ただし、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。）

記

（社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の四）

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 第四十八条の七の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

（関連規定）

法第四十八条の四第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

年 月 日

福井県知事 様

所在地  
 申請者 名 称 印  
 代表者氏名  
 (法人以外にあつては、住所および氏名)  
 担 当 者 名  
 (連絡先電話番号) ( )

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第26条の2第1項第4号に規定する登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録要件に該当することについて、次の関係書類を添えて提出します。

登録を申請する事業所	フリガナ			
	事業所の名称			
	事業所の所在地	(郵便番号 - )		
		福井県 郡市 (ビルの名称等)		
電話番号				
要件	適合要件		該当書類名	
	1 法第48条の5第1項第1号で定める要件（医師、看護師等との連携確保）			
	①喀痰吸引等の実施に際し、医師から文書による指示を受けること			
	②利用者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること			
	③医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携が図られていること			
	④医療従事者と連携のもと、利用者ごとの喀痰吸引等実施計画書を作成すること			
	⑤喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出すること			
	⑥緊急時における医療従事者との連絡方法が定められていること			
	2 法第48条の5第1項第2号で定める要件（喀痰吸引等の実施内容および実施記録）			
	①喀痰吸引等の実地研修まで修了した介護職員等が業務を行うこと			
	②介護福祉士への実地研修実施方法が規定されていること			
	③安全委員会の設置が規定されていること			
	④安全性確保のための研修体制が確保されていること			
	⑤喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること			
	⑥衛生面を考慮した備品の管理方法が規定されていること			
⑦感染症の予防、発生時の対応方法が規定されていること				
⑧喀痰吸引等実施に対する利用者、家族への説明、同意手順が規定されていること				
⑨業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置が規定されていること				

※提出書類の個人情報にかかる部分は塗りつぶすなどしてください。

## 備考

- 1 保育所、学校等が登録を申請しようとする場合は、「事業所」をそれぞれ「保育所」、「学校」と読み替えてください。
- 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 3 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目も含めて、「業務方法書」として一括した書類作成を行う場合には、「業務方法書」の名称および該当ページ数を記載してください。
  - 適合要件1-② 連携する予定の医療機関等について記載した資料を作成してください。
  - 適合要件2-② 「登録特定行為事業者」においては2-②の資料提出は不要のため「該当書類名」欄には「- (ハイフン)」を記載してください。
  - 適合要件2-③ 安全委員会の構成員および、協議する内容と実施頻度等について記載した資料を作成してください。
  - 適合要件2-⑤ 備品の一覧表を作成してください。
- 4 「該当書類名」に記載した書類および、その他関連する資料がある場合は合わせて提出してください。

介護福祉士・認定特定行為業務従事者 名簿

番号	氏名	介護福祉士登録証登録番号 /登録年月日	認定特定行為業務従事者認定証 登録番号/登録年月日	生年月日	修了研修課程	対象者氏名（特定の者）	修了した実地研修 の種別	実地研修実施機関名称	修了年月日	備考（兼務先等）
1										
2										
3										
4										
5										
6										

- 備考 1 行が不足する場合は、適宜追加してください。
- 2 看護師等の免許をもって介護職員として喀痰吸引等業務を行う者については、保有資格名および登録番号等を介護福祉士登録証番号記載欄に記載してください。
- 3 「修了研修課程」には、当該者が修了した研修課程等を以下から選択し、番号を記載してください。  
 ①喀痰吸引および経管栄養の全て；省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）  
 ②喀痰吸引等のうち口腔または鼻腔において行われる喀痰吸引および胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養；省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）  
 ③各喀痰吸引等行為の個別研修；省令別表第三号研修（特定の者対象）  
 ④経過措置対象者  
 ⑤介護福祉士の養成課程等において医療的ケアに関する科目を修了した者
- 4 「既修了課程」において「③」を選択した場合は、「対象者氏名（特定の者）」に対象者の氏名を記載してください。（「④」を選択した者で、対象者が限定される場合も同様に記載してください）
- 5 「修了した実地研修の種別」には実地研修の種類を以下から選択し、番号を記載してください。  
 ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引  
 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養
- ※1. 人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実地研修を修了した者については、上記番号に加えて「（人）」と記載してください。  
 ※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものは上記番号に加えて「（胃）」と記載してください。
- 6 「修了年月日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。
- 7 兼務する事業所等がある場合は、兼務先名を記載してください。

社会福祉士法及び介護福祉士法附則第四条第三項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住所

氏名

印

申請者が下記のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

(社会福祉士法及び介護福祉士法附則第四条第三項)

- 一 成年被後見人又は被保佐人
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号または第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消の日から起算して二年を経過しない者
- 五 次項の規定により認定特定行為業務従業者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第四条第三項第三号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

社会福祉士及び介護福祉士法附則第七条各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住所

名称および代表者氏名（法人以外にあっては氏名）

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。（ただし、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。）

記

(社会福祉士及び介護福祉士法附則第七条)

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 附則第十六条の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第七条第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。



福井県知事 様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名 印  
 (法人以外にあつては、住所および氏名)  
 担当者名  
 (連絡先電話番号) ( )

登録研修機関登録適合書類

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第10条第2項第4号に規定する登録研修機関の登録要件に該当することについて、次の関係書類を添えて提出します。

登録を申請する事業所等	フリガナ			
	事業所の名称			
	事業所の所在地	(郵便番号 - )		
		都道市区 府県 町村		
	電話番号			
代表者の氏名・職名	フリガナ		職名	
	氏名			
要件	適合要件		該当書類名	
	1 法附則第八条第一項第一号で定める要件 (研修内容)			
	喀痰吸引等に関する法律制度および実務に関する科目について講習を行うこと			
	2 法附則第八条第一項第二号で定める要件 (講師の要件)			
	喀痰吸引等に関する実務に関する科目の講師は、医師、看護師、保健師、助産師の資格を保有していること			
	3 法附則第八条第一項第三号で定める要件 (研修の実施内容)			
	①受講者の数を勘案した十分な数の講師が確保されていること			
	②研修に必要な機械器具、図書その他の設備を有すること			
	③研修業務を適正に実施するために必要な経理的基礎を有すること			
	④講師の氏名および担当する科目を記載した書類を備えること			
⑤研修修了者の名簿を作成し、業務廃止まで保管すること				
⑥課程ごとの研修修了者一覧表を定期的に都道府県に提出すること				

備考

- 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目以外の規定等について、業務規程書として合わせて作成を行う場合には、その業務規程書の名称および、該当ページ数を記載してください。  
 適合要件1 業務規程に記載するとともに、別途カリキュラム表を作成してください。なお、人工呼吸器装着者へ対する喀痰吸引の演習、実習を行う場合は、その旨を業務規程および、カリキュラムに記載してください。  
 適合要件2 講師ごとに講師履歴書を作成してください(医師、看護師等の資格所有者についてはその免許証の

写しを合わせて提出してください。

適合要件3-① 業務規程中に必要講師数を記載し、別途講師一覧表を作成してください。

適合要件3-② 備品の一覧表および、図書目録を作成してください。

適合要件3-④ 「2」で作成した講師履歴書および、講師一覧表（3-①の講師一覧に担当科目が含まれているのであれば同じものでも差し支えない）を作成してください。

3 その他、関連する資料がある場合は合わせて提出してください。

認定特定行為業務従事者認定（経過措置）申請書添付書類①  
本人誓約書

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
フリガナ  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 性別 男 女 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 所属 \_\_\_\_\_

私は、下記について事実であることを誓約します。

記

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係)

私は、介護の業務に従事しており、以下の通知または事業に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為を実施しています。(※)

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）および以下の通知または事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。

\* 以下の（# 1）から（# 3）の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

- （# 1）実施する喀痰吸引等の行為の元となる通知名または事業名
- （# 2）（# 1）の通知に基づき知識および技能を修得した行為の範囲
- （# 3）現在の状況

	通知名または事業名（# 1）	実施可能な行為の範囲（# 2）
<input type="checkbox"/>	①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 (チューブ接続および注入開始を除く)

<input type="checkbox"/>	⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）（平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	⑥平成 23 年度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の実施について（平成 23 年 10 月 6 日老発 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形栄養） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	⑧平成 23 年度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（特定の者対象）の実施について（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(# 3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
(離職中の理由： )
- 通知または事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

\* (# 1) の通知に基づき知識および技能を修得した期間（研修等を受講した期間）

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

\* (#1)のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に(#1)にある通知名または事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名または事業名の番号	行 為 名
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は適宜加えてください。)

認定特定行為業務従事者認定（経過措置）申請書添付書類②  
第三者証明書

年 月 日

福井県知事 様

証明者 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請者との関係 \_\_\_\_\_

申請者 フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

私は、下記について事実であることを証明します。

記

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係)

申請者 \_\_\_\_\_ は、介護の業務に従事しており、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為を以下の通知または事業に基づき実施しています。(※)

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）および以下の通知または事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。

\* 以下の（# 1）から（# 3）の該当する項目に「✓」をつけてください。

- （# 1）実施する喀痰吸引等の行為の元となる通知名または事業名
- （# 2）（# 1）の通知に基づき知識および技能を修得した行為の範囲
- （# 3）現在の状況

（# 1）

- ① A L S（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）
- ② 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）
- ③ 在宅における A L S 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知）
- ④ 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知）
- ⑤ 介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）（平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）
- ⑥ 平成 23 年度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の実施について（平成 23 年 10 月 6 日老発 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知）
- ⑦ 介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）
- ⑧ 平成 23 年度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（特定の者対象）の実施について（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

(# 2)

- 口腔内の喀痰吸引
- 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形栄養）
- 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続および注入開始を除く）
- 経鼻経管栄養

(# 3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
(離職中の理由： )
- 通知または事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* (# 1) の通知に基づき知識および技能を修得した期間（研修等を実施した期間）

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

\* (# 1) のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	行 為 名
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は加えること。)

認定特定行為業務従事者認定（経過措置対象者）申請書添付書類③  
実施状況確認書

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
電話 ( ) \_\_\_\_\_  
フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
性別 男 女 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
所属 \_\_\_\_\_

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係)

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

- 喀痰吸引および経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示および看護職員との連携の下行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引が適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）