

申請の手引（別冊）

「申請様式及び記入例」 （新規申請）

※ 「申請様式及び記入例」は、東京都福祉保健財団のホームページからダウンロードして、ご利用いただけます。

<https://www.fukushizaidan.jp/107tankyu/touroku/>

なお、掲載資料のうち「登録適合書類」は、参考資料です。

事業者登録の際に必要な「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（第1号様式-3）」については、記載内容を証明する添付資料が必要になります。

登録適合要件の内容を満たしていれば、参考資料によらず、各事業所の既存資料などに替えていただいても結構です。

令和4年4月

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課

目 次

1 従事者認定申請（新規申請）

（記入例）「不特定多数の者対象」・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1

（記入例）「特定の者対象」・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 5

2 事業者登録申請（新規申請）

（記入例）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 9

（参考資料）

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類について

・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 14

業務方法書（施設）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 17

業務方法書（在宅）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 21

連絡体制・連携体制表（施設）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 25

連絡体制・連携体制表（在宅）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 26

介護職員等喀痰吸引等指示書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 27

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 28

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 29

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書・・・・・・・・・・ P 30

備品等一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 31

記入例

不特定多数の者対象

事業所 とりまとめ票
認定行為業務従事者認定証交付申請
(不特定多数の者対象)

●事業所名及び連絡先

| | | | |
|--------|----------------------|------|--------------|
| 事業所名 | 特別養護老人ホームみやこ | | |
| 住 所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇区〇〇1-2-3 | | |
| 事務担当者名 | 東京 太郎 | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |

●申請者名一覧

| NO | 申請者(介護職員等) | 都使用欄 | |
|----|------------|------|--|
| 1 | 介護 一郎 | | |
| 2 | 飯田橋 二郎 | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

提出書類一覧

認定特定行為業務従事者認定証交付申請 (不特定多数の者対象)

●申請者氏名(介護職員等)及び所属事業所名

| | |
|-------|--------------|
| 申請者氏名 | 介護 一郎 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホームみやこ |

※ 確認欄(提出者)に、○を付してください。

| | | 書類名 | 様式 | 確認欄 | | 備考 |
|---|------------------|--|----|-----|---|----|
| | | | | 提出者 | 都 | |
| 1 | | 提出書類一覧(本用紙) | | ○ | | |
| 2 | | 認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書(省令別表第一号、第二号研修修了者対象)(様式第1号(不特定多数の者対象)) | | ○ | | |
| 3 | | 本人誓約書(様式第3号) | | ○ | | |
| 4 | 添 付 書 類 | 住民票の写し(原本) (3ヶ月以内に発行されたもの)(マイナンバーの記載がないもの) | | ○ | | |
| 5 | | 研修修了証明書(写) | | ○ | | |
| 6 | | 返信用封筒 ※角2(A4サイズ)、切手貼付 | | ○ | | |

様式第1号（不特定多数の者対象）

東京都知事殿

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|--|-----------|--|
| 申請者 | フリガナ | カイゴ イチロウ | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | |
| | 住所 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3 | 東京都に住民票がある方（道府県に住民票がある方は、その道府県に申請して下さい） | | |
| | 電話番号 | 03- 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 | 東京都 | 東京都の研修（東京都福祉保健財団が実施した研修）を修了した方は、研修機関名は「東京都」、研修機関所在地は「東京都新宿区西新宿2-8-1」（都庁所在地）と記入して下さい。 | | |
| | 研修機関所在地 | (郵便番号 163- 8001) 東京都新宿区西新宿 2-8-1 (ビルの名称等) | | | |
| | 〇印を記入↓ | 認定を受けようとする特定行為 | | | |
| | <input checked="" type="radio"/> | 1. 口腔内の喀痰吸引 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | | |
| | | ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) | 年 月 日 / | | |
| | <input checked="" type="radio"/> | 2. 鼻腔内の喀痰吸引 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | | |
| | | ※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) | / | | |
| | | 3. 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) | / | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | | | |
| | 5. 経鼻経管栄養 | 年 月 日 / | | | |

- 備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を受講した方は、様式第1-2号（特定の者対象）により申請してください。
- 2 認定を受けようとする特定行為に「〇」を記載してください。
※人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。
- 3 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

(添付書類)

- 住民票（写） ※マイナンバーの記載がないもの。
- 様式第3号 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等研修の修了証明書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第3項の各号の規定に該当しない旨の誓約書

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

東京都知事 殿

申請者

住所

東京都〇〇区〇〇1-2-3

下記をお読みいただき、項目に
該当しないことを確認した上
で記入して下さい。

氏名

介護 一郎

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。

記

(社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第三項)

- 一 心身の故障により特定行為の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 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っ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っ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又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消し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一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定行為の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

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、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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、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、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び国家戦略特別区域法（第十二条の四第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。）の規定とする。

**記入例
特定の者対象**

事業所 とりまとめ票

認定特定行為業務従事者認定証交付申請
(特定の者対象)

●事業所名及び連絡先

| | | | |
|------------|----------------------|------|--------------|
| 事業所名 | 特別養護老人ホームみやこ | | |
| 住 所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇区〇〇1-2-3 | | |
| 事務 担当者名 | 東京 太郎 | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |

●申請者名一覧

| NO | 申請者(介護職員等) | 都使用欄 | |
|----|------------|------|--|
| 1 | 新宿 太郎 | | |
| 2 | 新大久保 二郎 | | |
| 3 | 池袋 京子 | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

提出書類一覧

認定特定行為業務従事者認定証交付申請 (特定の者対象)

●申請者氏名(介護職員等)及び所属事業所名

| | |
|-------|----------|
| 申請者氏名 | 新宿 太郎 |
| 事業所名 | 訪問介護 みやこ |

●対象者名及び対象者に行う特定行為の種類

| NO | 対象者氏名(サービス利用者) | 喀痰吸引 | | 経管栄養 | | |
|----|----------------|------|-----|-------------------|--------------|------------|
| | | 口腔内 | 鼻腔内 | 気管 カニューレ 内部 | 胃ろう 又は腸ろう | 経鼻 経管栄養 |
| 1 | ○○ ○○○ | ○ | ○ | | | |
| 2 | □□ □□ | | ○ | | ○ | |
| 3 | △△△ △△ | ○ | | ○ | | ○ |
| 4 | ☆☆☆ ☆☆☆☆ | ○ | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |

※ 確認欄(提出者)に、○を付してください。

| | 書類名 | 様式 | 確認欄 | | 備考 |
|---|--|----|-----|---|----|
| | | | 提出者 | 都 | |
| 1 | 提出書類一覧(本用紙) | | ○ | | |
| 2 | 認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書(省令別表第三号研修 修了者対象)(様式第1-2号(不定の者対象)) | | ○ | | |
| 3 | 本人誓約書(様式第3号) | | ○ | | |
| 4 | 添付書類 住民票の写し(原本) (3ヶ月以内に発行されたもの)(マイナンバーの記載がないもの) ※登録番号131000000認定申請時に提出済 | | ○ | | |
| 5 | 研修修了証明書(写) | | ○ | | |
| 6 | 返信用封筒 ※角2(A4サイズ)、切手貼付 | | ○ | | |

様式第1-2号 (特定の者対象)

東京都知事殿

書類を作成した日付を記入して下さい。

年 月 日

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第三号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|----------------|--------------------|---|--|-----------|
| 申請者 | フリガナ | カイゴ イチロウ | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | |
| | 住所 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3 | 東京都に住民票がある方(道府県に住民票がある方は、その道府県に申請して下さい) | |
| | 電話番号 | 03- 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 | 東京都 | 東京都の研修(東京都福祉保健財団が実施した研修)を修了した方は、研修機関名は「東京都」、研修機関所在地は「東京都新宿区西新宿2-8-1」(都庁所在地)と記入して下さい。 | |
| | 研修機関所在地 | (郵便番号 163- 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1 (ビルの名称等) | | |
| | 氏名 (特定の者) | 〇〇〇 〇〇 | 研修を修了した利用者の氏名を記入して下さい。 | |
| | 〇印を記入↓ | 認定を受けようとする特定行為 | 研修修了年月日 / 修了証明書番号 | |
| | 〇 | 1. 口腔内の喀痰吸引 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | |
| 〇 | 2. 鼻腔内の喀痰吸引 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | | |
| | 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 年 月 日/ | | |
| 〇 | 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 令和〇年〇〇月〇〇日 / 〇〇-〇-A1234 | | |
| | 5. 経鼻経管栄養 | 年 月 日/ | | |

- 備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(特定多数の者対象)により申請してくる者対象の研修)を受講した方は様式第1号(不特定多数の者対象)により申請してください。
- 2 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、この申請書に複数記載してください。
- 3 「氏名(特定の者)」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。
- 4 認定を受けようとする特定行為に「〇」を記載してください。
- 5 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

(添付書類)

- 住民票(写) ※マイナンバーの記載がないもの。
- 様式第3号 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等研修の研修修了証明書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第3項の各号の規定に該当しない旨の誓約書

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

東京都知事 殿

申請者

住所

東京都〇〇区〇〇1-2-3

下記をお読みいただき、項目に
該当しないことを確認した上
で記入して下さい。

氏名

介護 一郎

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。

記

(社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第三項)

- 一 心身の故障により特定行為の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 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っ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っ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又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消し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一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定行為の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

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、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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、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、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び国家戦略特別区域法（第十二条の四第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。）の規定とする。

●申請者

| | |
|--------|----------------------|
| 事業所名 | 都介護サービス 通所介護事業所 |
| 事業所住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇区〇〇1-2-3 |
| 事業所電話 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 事務担当者名 | 財団 花子 |

| | 書類名 | 確認欄 | | 備考 |
|---|--|-----|---|----|
| | | 提出者 | 都 | |
| 1 | 提出書類一覧(本用紙) | ○ | | |
| 2 | 登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書(第1号様式) | ○ | | |
| 3 | 設置者に関する書類① ・(法人の場合) 定款又は寄付行為(登記事項証明書と同内容のもの) | ○ | | |
| 4 | 設置者に関する書類② (3カ月以内に発行されたもの) ・(法人の場合) 登記事項証明書(原本) ・(個人の場合) 住民票の写し(原本) (マイナンバーの記載がないもの) | ○ | | |
| 5 | 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿(第1号様式-1) | ○ | | |
| 6 | 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しない旨の誓約書(第1号様式-2) | ○ | | |
| 7 | 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(第1号様式-3) ※作成する添付書類が複数あります。 | ○ | | |
| 8 | 登録証等 ・認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証(コピー) ・看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証(コピー) | ○ | | |
| 9 | 返信用封筒 ※角2(A4サイズ)、120円切手貼付 | ○ | | |

第1号様式

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

東京都知事殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
申請者(法人名) 都介護サービス株式会社
代表者名 代表取締役 東京 太郎

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める
福祉士法附則第20条に定める特
書類を添えて申請します。

東京都福祉保健財団に申請を行うのは、介護
保険法の指定を受けている事業所です。障害
者総合支援法の指定を受けている場合は、東
京都福祉保健局障害者施策推進部への申請に
なります。

| | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|--|-----------|------------|---------|------------|
| 喀痰吸引事業者 | フリガナ | ミヤコイコ サービス ツウショイコ ジギョウソ | | | | |
| | 事業所名称 | 都介護サービス 通所介護事業所 | | | | |
| | 事業種別 | (介護保険法) | 通所介護 | 事業所番号 | (介護保険法) | 1300000000 |
| | | (総合支援法) | | | (総合支援法) | |
| | 事業所所在地 | (郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇7-8-9 (ビルの名称等) | | | | |
| | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | 個人・法人の種類 | 株式会社 | |
| 代表者の氏名・ 職名・生年月日 | フリガナ | トキョウ 太郎 | 生年月日 | 昭和40年10月1日 | | |
| | 氏名 | 東京 太郎 | 職名 | 代表取締役 | | |
| ○印を 記入↓ | 実施する喀痰吸引等(特定行為) の行為 | | | 事業開始予定年月日 | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 1. 口腔内の喀痰吸引 | | | 年 月 日 | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 2. 鼻腔内の喀痰吸引 | | | 年 月 日 | | |
| <input type="radio"/> | 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | 年 月 日 | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | 年 月 日 | | |
| <input type="radio"/> | 5. 経鼻経管栄養 | | | 年 月 日 | | |
| 介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名 | | | (第1号様式-1) | | | |

実際に当該事業所で実施する行為※にのみ、○を付けて下さい。
※従事者認定を受けている行為である必要があります。

記入しないでください。
事業開始が可能である年月日を、
後日、財団より連絡いたします。

- 備考1 「個人・法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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。
2 「実施する喀痰吸引等(特定行為)の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
3 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。
4 以下の添付資料を合わせて提出してください。

(添付書類)

- 設置者に関する書類
 - 設置者が法人である場合
法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書(省令第26条の2第1項関係)
 - 申請者が個人である場合
住民票の写し ※マイナンバーの記載がないもの。(省令第26条の2第2項関係)
- 第1号様式-2 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面(省令第26条の2第3項関係)
- 第1号様式-3 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(省令第26条の2第4項関係)
- 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し

(第1号様式-1)

介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

訪問介護事業所等

| 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 修の種類 | 実地研修実施機関名称 | 修了年月日 |
|----|-------|------------------------|------------------------------|-----------|--------|-------------|-----------------|------------|-------|
| 1 | 介護 一郎 | | 13-2-000001 平成24年4月1日 | 昭和45年4月1日 | 4 | 高齢 一夫 | ①④ | | |
| 2 | 介護 花子 | | 東京都に申請中 | 昭和50年5月1日 | 3 | 高齢 一子 | ① | 東京都 | |

事業者の登録については、認定特定行為業務従事者の認定が行われた後に従事者名簿が整って初めて申請が可能となりますが、東京都に住民票がある従事者の場合は、従事者認定を申請中の場合でも、名簿に登録して差し支えありません。

訪問介護事業所などの場合は、(特定の者)を対象とするため、対象者氏名を記入する

下記「備考3」を参照

下記「備考5」を参照

(第1号様式-1)

介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

特別養護老人ホーム等

| 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 修の種類 | 実地研修実施機関名称 | 修了年月日 |
|----|-------|------------------------|------------------------------|-----------|--------|--------------------------------------|-----------------|------------|-------|
| 1 | 介護 二郎 | | 13-2-000001 平成24年4月1日 | 昭和48年4月8日 | 4 | | ①②③④⑤ | | |
| 2 | 介護 枝子 | | 131500000 | 昭和53年5月5日 | 2 | 特別養護老人ホームの場合は、(不特定多数の者)を対象とするため、記入不要 | ①②④ | 東京都 | |
| 3 | 介護 幹男 | | 東京都に申請中 | 平成4年2月3日 | 1 | | ①②③④⑤ | 東京都 | |

特別養護老人ホームの場合は、(不特定多数の者)を対象とするため、記入不要

下記「備考3」を参照

下記「備考5」を参照

備考 1 「番号」欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
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、保有資格名及び登録番号等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」欄には、当該者が修了した研修課程等の番号(1~5)を記載してください。
4 喀痰吸引及び経管栄養の全て;省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)
5 各喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろう又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)
6 各喀痰吸引等の個別研修;省令別表第三号研修(特定の者対象)
7 経過措置対象者
8 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
9 「既修了課程」欄において「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。
10 「修了した実地研修の種類」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、実習を修了した者については、その旨を合わせて記載してください。
※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その旨を記載してください。
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。

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

東京都知事殿

申請者(法人)

住所

東京都〇〇区〇〇2-8-1

下記をお読みいただき、項目に
該当しないことを確認した上
で記入して下さい。

氏名(法人にあつては名称及び代表者名)

都介護サービス株式会社

代表取締役 東京 太郎

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。(但し、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、その取消の日から起算して二年を経過しない者。
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの。

(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、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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、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、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び国家戦略特別区域法(第十二条の四第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。)の規定とする。

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

| | | | |
|---|-------|--|---|
| 喀痰吸引事業者 | フリガナ | ミヤコカイゴサービス ツウショカイゴジギョウシヨ | ・下記は【例示】です ・「業務方法書」として一括して書類を作成する場合は →「業務方法書の名称」及び「該当ページ数」を記載 |
| | 事業所名称 | 都介護サービス 通所介護事業所 | |
| | | 適合要件 | 該当書類名 |
| 1. 法第四十八条の五第一項第一号で定める要件（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 | ○指示書 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○連絡体制・連携体制表 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○連絡体制・連携体制表 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○実施計画書 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○実施報告書 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○業務方法書（PO） ○緊急時連絡網 |
| 要件 | | | |
| 2. 法第四十八条の五第一項第二号で定める要件（喀痰吸引等の実施内容及び実施記録） | | | |
| | | 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 | ○認定証の写し |
| | | 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 | ○喀痰吸引等実施研修規程 (平成28年度までは提出不要) |
| | | ③ 安全委員会の設置が規定されていること | ○業務方法書（PO） (または安全委員会設置規程など) |
| | | ④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること | ○業務方法書（PO） (または研修規程など) |
| | | 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 | ○備品一覧表 |
| | | 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 | ○備品の衛生管理に関する規程 |
| | | 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 | ○感染予防及び発生時の対応マニュアル |
| | | 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 | ○説明書兼同意書 ○業務方法書（PO） |
| | | 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 | ○業務方法書（PO） |

備考1 「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」の名称及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及び、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

2 「該当書類名」に記載した書類及び、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。

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録適合書類について

※ 下記の該当書類名はあくまで参考です。適合要件を満たす内容が確認できれば、書類名や様式は問いません。

| 適合要件1 | 記載すべき内容 | 該当書類名 |
|--|---|---|
| <p>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</p> | <p>『指示書』(参考様式1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指示の対象、内容、期間を明確にする。 ・介護職員等による喀痰吸引等の実施の可否を明確にする。 <p>『業務方法書』(参考様式3-1、3-2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師からの指示の方法が文書であることを明記する。 ・看護職員、介護職員等の確認の方法を明記する。 ・指示書の管理方法を明記する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・指示書 ・業務方法書 |
| <p>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</p> <p>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</p> | <p>『連絡体制・連携体制表』(参考様式2-1、2-2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本事業に係る組織的な役割、指示、チェック、管理、連携・連絡体制等を明確にする。 ・関係機関の名称、関係者の氏名及び役職等を明記する。 ・医療従事者及び介護職員それぞれの情報共有方法を明確にする。 <p>『業務方法書』(参考様式3-1、3-2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員が利用者の状況を定期的に確認することを明文化する。 ・医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることを明記する。 <p>【施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内における配置医や配置看護職員と介護職員と施設長等の管理者の関与について定める。 <p>【在宅】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員と事業所の管理責任者、訪問看護事業所等の看護職員・管理者、主治医等の間における、介護職員から看護職員への日常的な連絡・相談・報告体制、看護職員と医師、介護職員と医師との連絡体制等について定める。 | <ul style="list-style-type: none"> ・連絡体制・連携体制表 ・業務方法書 |

| | | |
|---|--|--|
| <p>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</p> | <p>『喀痰吸引等業務計画書』（参考様式4）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施手順、留意点等を記載する。 <p>『業務方法書』（参考様式3-1、3-2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施計画書の作成方法について、医師又は看護職員との連携方法について明記する。 ・実施計画書について、施設内の承認過程及び、関係職種や利用者及びその家族等との共有方法を明記する。 ・実施計画書の管理方法を明記する。 ・計画に変更が発生した際の計画書変更方法について明記する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・業務計画書 ・業務方法書 |
| <p>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</p> | <p>『実施報告書』（参考様式5）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引等を実施した日、実施内容、実施結果を記載すること。 <p>『業務方法書』（参考様式3-1、3-2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施報告書について、作成方法、医師への報告、看護職種への情報提供、及びその他関係職種への情報共有方法を明確にすること <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・施設 介護職員から配置看護職員、管理責任者、医師間の報告 ・在宅 介護職員から管理責任者、連携先の訪問看護事業所の看護職員、医師間の報告 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・実施報告書の管理方法について明文化すること ・報告手順を明記すること。 | <ul style="list-style-type: none"> ・実施報告書 ・業務方法書 |
| <p>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と</p> | <p>『業務方法書』（参考様式3-1、3-2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の対応方法として状況確認方法、措置方法、上位者への連絡手順を明確にすること ・医療従事者に連絡するまでの連絡ルート（連絡先を含む）を明文化すること | <ul style="list-style-type: none"> ・業務方法書 |

| 適合要件2 | 記載すべき内容 | 該当書類名 |
|---------------------------------------|---|----------------------|
| 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 | ※ 第1号様式-2で確認する。 | ・認定証の写し |
| 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 | ・事業所において必要な行為に係る研修について、実施方法と、業務遂行に係る安全性の確保について明文化する。 | ・喀痰吸引等実施研修規程 |
| ③安全委員会の設置が規定されていること | ・安全委員会の構成員及び、その役割分担、管理すべき項目を明文化する。 ・安全委員会で管理すべき項目に、「喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況」の他、「OJT研修」「ヒヤリ・ハット等の事例蓄積、分析」「備品及び衛生管理」を含む。 | ・業務方法書 ・安全委員会設置規程 |
| ④安全性確保のための研修体制が確保されていること | ・喀痰吸引等特定行為に関するOJT研修の内容や研修対象者を明文化する。 | ・業務方法書 ・研修規程 |
| 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 | ・備品一覧(吸引装置一式、経管栄養用具一式、処置台又はワゴン、心肺蘇生訓練用器具)及びその使用目的を明文化する。 | ・備品一覧表 |
| 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 | ・備品一覧に記載した備品のうち、衛生面について考慮が必要なものについて、その管理方法を明文化する。 | ・備品の衛生管理に関する規程 |
| 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 | ・感染症を予防するための衛生管理方法を明確にする。 ・感染症の発生が疑わしい場合の確認方法を明文化する。 ・感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法等を明文化する。 | ・感染予防及び発生時の対応マニュアル |
| 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 | ・利用者もしくはその家族に対して文書及び口頭で説明を行い、説明内容については以下の事項を含むことを明文化する。(参考様式6) a) 提供を受ける特定行為種別 b) 提供を受ける期間・頻度 c) 介護職員が特定行為を行うこと d) 提供体制 ・同意を受けた内容に変更が発生した場合に再度説明し、同意を得ることを明文化する。 ・同意書の管理方法を明文化する。 | ・同意書 ・業務方法書 |
| 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 | 業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置を明文化する。 | ・業務方法書 |

※ 上記の該当書類名はあくまで参考です。適合要件を満たす内容が確認できれば、書類名や様式は問いません。

施設系サービス事業所の喀痰吸引等業務方法書（参考例）

特別養護老人ホーム（介護老人保健施設）〇〇苑 喀痰吸引等業務方法書

※これは、あくまで例示であり、既に運営規程や業務マニュアル等を活用して作成されている事業所については、それを修正していただくことで結構です。

※参考にしていただく際も、事業所が実施できる方法や様式に適宜変更してください。

※書類審査に際しては、受入体制の整備状況を確認するため、入所者全員の具体的な指示書や同意書原本等ではなく、事業所で定めた様式を添付していただくだけで結構です。

1 連携体制

喀痰吸引等を安全に実施するために、医師・看護師・介護職員の連携はもとより、生活相談員・介護支援専門員・管理栄養士などが連携・協働するものとする。（連絡体制・連携体制表を作成）

2 役割分担

①施設長の役割

- ・各職員が情報交換・情報共有できる連携体制を構築する。特に、利用者の健康状態等に関する情報共有の体制や、各職員の責任分担を明確化、夜間や緊急時の職種間連携体制の構築を行う。
- ・介護職員が喀痰吸引等を行うことについての、利用者・家族への説明を行うとともに、同意を取得する。
- ・非医療従事者である介護職員が喀痰吸引等を行うことについて、施設長は介護職員の希望等を確認し、実施する介護職員からの十分な理解を得たうえで実施する。
- ・その他、全面的な体制整備に関する事項を統括する。

②配置医

- ・看護職員に対して、介護職員による喀痰吸引等の実施に関する指示を書面で発行する。
- ・看護師が実施する介護職員への研修に対して指導、助言を行う。
- ・介護職員が実施するための、喀痰吸引のための具体的な計画について、看護職員、介護職員と共有する。
- ・利用者の健康状態について、看護職員等と情報交換を行い、情報を共有する。
- ・夜間や緊急時の連携について施設側と相談し、連絡体制を構築する。

③看護職員

- ・介護職員に対する施設内での研修、技術指導などを行う。

- ・喀痰吸引等に関する必要な書類・記録を作成し、適切に管理・保管しておく。手順書等は必要に応じて内容を適宜更新する。
- ・喀痰吸引等の実施状況について、定期的に利用者の状況や実施記録などの確認を行い、施設長及び医師に報告を行う。
- ・利用者の健康状態について、施設長、配置医、主治医、介護職員と情報交換を行い、情報を共有する。

④介護職員

- ・利用者の状況について事前に家族・医師・看護師から説明を受けておく。
- ・喀痰吸引等は、看護職員の指導を受け実施する。
- ・喀痰吸引等の実施後は、実施記録を作成し、看護師に報告を行う。

⑤その他の職員の役割

- ・介護支援専門員は、利用者の状況、ケアの内容を把握し、喀痰吸引等の実施を含めた計画の作成を行う。
また、喀痰吸引等の手順や安全性の確保について知識を取得しておく。
- ・生活相談員は、利用者等への説明や同意の取得において施設長を補佐して手続きを行うとともに、家族や外部機関との連携体制も構築する。
- ・管理栄養士は、利用者の状態に合わせた栄養ケア計画の作成や、食事相談、栄養の管理を行う。

3 安全体制

- ①介護職員が喀痰吸引等を安全に行うために、施設長、配置医、看護師、介護職員、生活相談員、管理栄養士等をメンバーとする「安全委員会」を設置し、施設内の喀痰吸引等の実施体制の整備に努めるものとする。

安全委員会は、以下の業務を担当する。

- ・喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況の管理
- ・OJT 研修の企画、実施
- ・個別のケースを基にした、ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積、分析
- ・備品及び衛生管理に関すること

- ②喀痰吸引等の実施に際し、備えおく備品及び使用目的は備品一覧表のとおりとする。

- ③衛生管理については別途定める。

- ④感染予防及び感染症発生時の対応マニュアルについては別途定める。

- ⑤介護職員等に対する技術の確認・向上のための OJT 研修を実施する。

(対象者) 認定特定行為業務従事者

(研修内容) ・医療的ケアの技術の維持・向上のための研修

- ・事例検討
- ・心肺蘇生訓練

4 秘密保持

施設長は職員に対して、雇用締結時の取り決めを行うなど、業務を通じて知りえた情報の秘密保持について必要な措置を講じる。

5 具体的な手順

①利用者等への説明及び同意

施設長は、介護職員が喀痰吸引等を実施するときは、あらかじめ利用者もしくは家族に文書及び口頭で説明を行い、説明書兼同意書により、同意を得るものとする。なお、利用者の状況等の変化に応じ、喀痰吸引等の手法などに変更が必要な場合は、再度の説明、同意を得ること。

②医師への指示書発行依頼

施設長は、医師に対して、看護師の指示の下、介護職員が喀痰吸引等を行うことを許可するための指示書の発行を依頼するものとする。

③医師の文書による指示

医師は、介護職員による喀痰吸引等の実施に際し、施設長からの依頼により、利用者の希望、心身の状況を踏まえ、指示書を作成するものとする。

④実施計画書作成

看護師は、医師の指示の下、個別具体的な実施計画書を作成し、介護職員への指示を行うものとする。

実施計画書については、施設長承認のうえ、栄養士、介護支援専門員、介護職員等が確認するとともに、利用者及び家族に対しても説明を行う。

利用者の状況の変化等により実施計画書の変更の必要が生じた場合は、医師の指示の下、変更を行うものとする。

⑤喀痰吸引等の実施

介護職員は、医師の指示書、実施計画書を事前に確認のうえ、看護師の指示の下、手順書に従い、喀痰吸引等を実施するものとする。

⑥医師・看護師による利用者の状態の確認

医師・看護師は定期的に利用者の状態を確認する。

利用者の状態に応じ、医師又は看護師は介護職員の指導を行う。

⑦報告

介護職員は、喀痰吸引等の実施後は、実施報告書に記載し、看護師に報告するものとする。

看護師は、実施報告書を確認のうえ、定期的に施設長及び医師に報告を行うものとする。

6 急変時の連絡手順

利用者の状態の急変等に際しては、施設長、医師及び看護師に至急連絡をと

り、指示の下、対応を図るものとする。(緊急連絡先の一覧を添付)

7 文書の管理

登録特定行為事業者の登録、更新、変更にかかる申請書及び添付書類は、長期保存とする。

指示書、実施計画書、実施報告書、説明書兼同意書等の書類については、施設長（管理者）の責任の下、ロッカー等施錠できる書庫で管理するなど確実にかつ秘密が漏れることのない方法により行い、一定期間保存するものとし、廃棄する場合は、焼却その他の復元することができない方法により行うこととする。

在宅系サービス事業所の喀痰吸引等業務方法書（参考例）

〇〇訪問介護事業所 喀痰吸引等業務方法書

※これは、あくまで例示であり、既に運営規程や業務マニュアル等を活用して作成されている事業所については、それを修正していただくことで結構です。

※参考にしていただく際も、事業所が実施できる方法や様式に適宜変更してください。

※書類審査に際しては、受入体制の整備状況を確認するため、入所者全員の具体的な指示書や同意書原本等ではなく、事業所で定めた様式を添付していただくだけで結構です。

1 連携体制

喀痰吸引等を安全に実施するために、利用者の主治医等・提携する訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員等との連携・協働を十分に図るものとする。（連絡体制・連携体制表を作成）

2 役割分担

① 管理者の役割

- ・各職員が情報交換・情報共有できる連携体制を構築する。特に、利用者の健康状態等に関する情報共有の体制や、各職員の責任分担を明確化、夜間や緊急時の連携体制の構築を行う。
- ・介護職員が喀痰吸引等を行うことについての、利用者・家族への説明を行うとともに、同意を取得する。
- ・利用者の主治医等、提携する訪問看護ステーションの看護師等と協力のうえ、喀痰吸引等に関する必要な書類・記録を作成し、適切に管理・保管しておく。手順書等は必要に応じて内容を適宜更新する。
- ・定期的に喀痰吸引等の実施報告書を利用者の主治医等に報告する。
- ・非医療従事者である介護職員が喀痰吸引等を行うことについて、管理者は介護職員の希望等を確認し、実施する介護職員からの十分な理解を得たうえで実施する。
- ・その他、全面的な体制整備に関する事項を統括する。

② 利用者の主治医等

- ・介護職員による喀痰吸引等の実施に関する指示を書面で発行する。
- ・提携する訪問看護ステーションの看護師が実施する介護職員への技術指導に対して指導、助言を行う。
- ・介護職員が実施するための、喀痰吸引のための具体的な計画について、管理者、提携する訪問看護ステーションの看護師、介護職員と共有する。
- ・利用者の健康状態について、管理者、提携する訪問看護ステーションの

看護師等と情報交換を行い、情報を共有する。

- ・夜間や緊急時の連携について事業所と相談し、連絡体制を構築する。

③ 提携する訪問看護ステーションの看護師

- ・介護職員に対する技術指導などを行う。
- ・喀痰吸引等の実施状況について、定期的に利用者の状況や実施記録などの確認を行い、必要に応じて管理者や利用者の主治医等に報告を行う。
- ・利用者の健康状態について、管理者、利用者の主治医等、介護職員と情報交換を行い、情報を共有する。
- ・夜間や緊急時の連携について事業所と相談し、連絡体制を構築する

④ 介護職員

- ・利用者の状況について事前に家族・管理者・利用者の主治医等・提携する訪問看護ステーションの看護師から説明を受けておく。
- ・喀痰吸引等は、提携する訪問看護ステーションの看護師等の指導を受け実施する。
- ・喀痰吸引等の実施後は、実施記録を作成し、管理者に報告を行う。

3 安全体制

- ① 介護職員が喀痰吸引等を安全に行うために、管理者、利用者の主治医等、提携する訪問看護ステーションの看護師、介護職員、介護支援専門員等をメンバーとする「安全委員会」を設置し、施設内の喀痰吸引等の実施体制の整備に努めるものとする。

安全委員会は、以下の業務を担当する。

- ・喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況の管理
- ・OJT 研修の企画、実施
- ・個別のケースを基にした、ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積、分析
- ・備品及び衛生管理に関すること

- ② 喀痰吸引等の実施に際し、備えおく備品及び使用目的は備品一覧表のとおりとする。

- ③ 衛生管理については別途定める。

- ④ 感染予防及び感染症発生時の対応マニュアルについては別途定める。

- ⑤ 介護職員等に対する技術の確認・向上のための OJT 研修を実施する。

(対象者) 認定特定行為業務従事者

(研修内容) ・医療的ケアの技術の維持・向上のための研修

- ・事例検討
- ・心肺蘇生訓練

4 秘密保持

管理者は職員に対して、雇用締約締結時の取り決めを行うなど、業務を通じて知りえた情報の秘密保持について必要な措置を講じる。

5 具体的な手順

① 利用者等への説明及び同意

管理者は、介護職員が喀痰吸引等を実施するときは、あらかじめ利用者もしくは家族に文書及び口頭で説明を行い、説明書兼同意書により、同意を得るものとする。なお、利用者の状況等の変化に応じ、喀痰吸引等の手法などに変更が必要な場合は、再度の説明、同意を得ること。

② 利用者の主治医等への指示書発行依頼

管理者は、利用者の主治医等に対して、提携する訪問看護ステーションの看護師等の指導の下、介護職員が喀痰吸引等を行うことを許可するための指示書の発行を依頼するものとする。

③ 利用者の主治医等の文書による指示

利用者の主治医等は、介護職員による喀痰吸引等の実施に際し、管理者からの依頼により、利用者の希望、心身の状況を踏まえ、指示書を作成するものとする。

④ 実施計画書作成

管理者は、利用者の主治医等、提携する訪問看護ステーションの看護師等の協力のうえ、個別具体的な実施計画書を作成し、介護職員への指示を行うものとする。

実施計画書については、利用者及び家族に対しても説明を行う。

利用者の状況の変化等により実施計画書の変更の必要が生じた場合は、利用者の主治医等の指示の下、変更を行うものとする。

⑤ 喀痰吸引等の実施

介護職員は、利用者の主治医等の指示書、実施計画書を事前に確認のうえ、提携する訪問看護ステーションの看護師等の指導の下、手順書に従い、喀痰吸引等を実施するものとする。

⑥ 利用者の主治医、提携する訪問看護ステーションの看護師等による利用者の状態の確認

利用者の主治医、提携する訪問看護ステーションの看護師等は定期的に利用者の状態を確認する。

利用者の状態に応じ、利用者の主治医、提携する訪問看護ステーションの看護師等は介護職員の指導を行う。

⑦ 報告

介護職員は、喀痰吸引等の実施後は、実施報告書に記載し、管理者に報告するものとする。

管理者は、実施報告書を確認のうえ、定期的に利用者の主治医等に報告を行うものとする。

6 急変時の連絡手順

利用者の状態の急変等には、管理者、利用者の主治医及び提携する訪問看護ステーションの看護師等に至急連絡をとり、指示の下、対応を図るものとする。（緊急連絡先の一覧を添付）

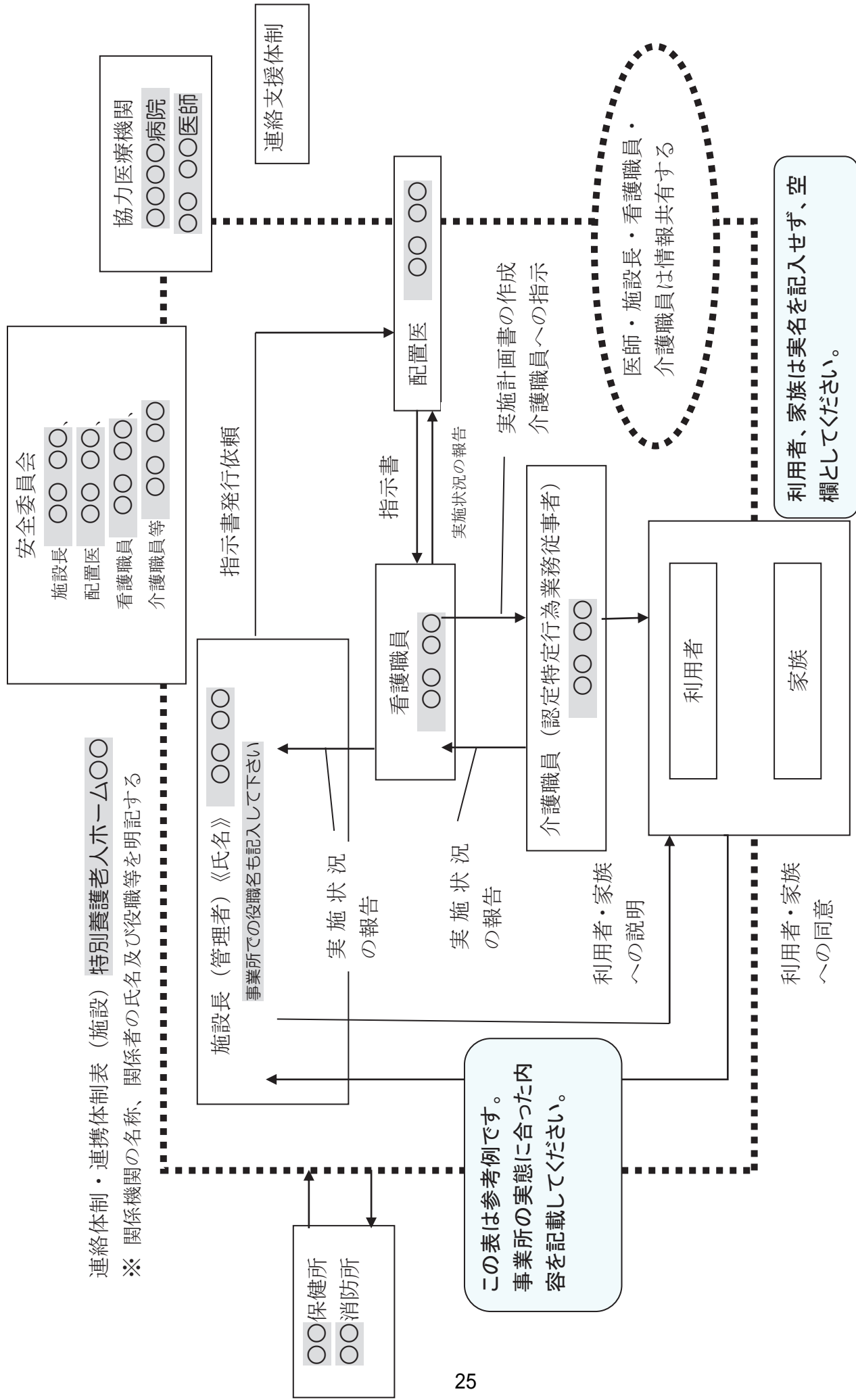
7 文書の管理

登録特定行為事業者の登録、更新、変更にかかる申請書及び添付書類は、長期保存とする。

指示書、実施計画書、実施報告書、説明書兼同意書等の書類については、施設長（管理者）の責任の下、ロッカー等施錠できる書庫で管理するなど確実にかつ秘密が漏れることのない方法により行い、一定期間保存するものとし、廃棄する場合は、焼却その他の復元することができない方法により行うこととする。

連絡体制・連携体制表（施設）特別養護老人ホーム〇〇

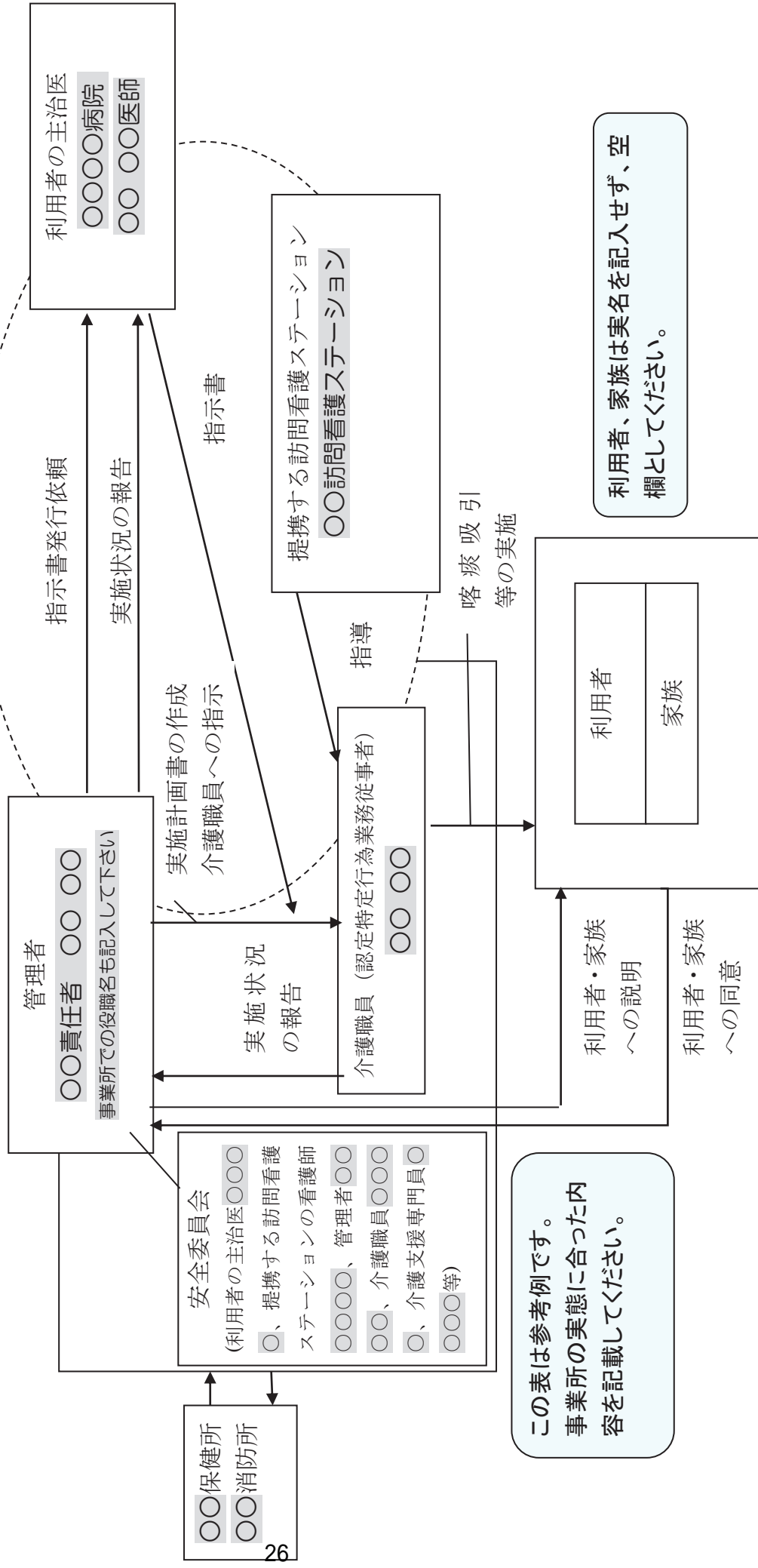
※ 関係機関の名称、関係者の氏名及び役割等を明記する



連絡体制・連携体制表（在宅） ○○居宅介護事業所

※関係機関の名称、関係者の氏名及び役職等を明記して下さい

連携・情報共有を図る



この表は参考例です。事業所の実態に合った内容を記載してください。

利用者、家族は実名を記入せず、空欄としてください。

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|-----|-----|
| 事業者 | | 事業者種別 | | | | | |
| | | 事業者名称 | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | | |
| | 住所 | | | 電話 () - | | | |
| | 要介護認定区分 | 要支援 (1 2) | | 要介護 (1 2 3 4 5) | | | |
| | 障害程度区分 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
| | 主たる疾患(障害)名 | | | | | | |
| 実施行為種別 | | 口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養 | | | | | |
| 指示内容 | 具体的な提供内容 | | | | | | |
| | 喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む) | | | | | | |
| | 経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む) | | | | | | |
| | その他留意事項 (介護職員等) | | | | | | |
| その他留意事項 (看護職員) | | | | | | | |
| (参考) 使用医療機器等 | | 1. 経鼻胃管 | サイズ：_____Fr、種類： | | | | |
| | | 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：_____Fr、_____cm | | | | |
| | | 3. 吸引器 | | | | | |
| | | 4. 人工呼吸器 | 機種： | | | | |
| | | 5. 気管カニューレ | サイズ：外径_____mm、長さ_____mm | | | | |
| | | 6. その他 | | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | | | | | |

- ※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
 2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

| | | | |
|--------|---|-----|--|
| 作成者氏名 | 印 | 作成日 | |
| 承認者氏名① | 印 | 承認日 | |
| 承認者氏名② | 印 | 承認日 | |

| | | | | | | |
|------|----------|---------|------------|------|------------------|-------------|
| 基本情報 | 対象者 | 氏名 | | 生年月日 | | |
| | | 要介護認定状況 | 要支援（ 1 2 ） | | 要介護（ 1 2 3 4 5 ） | |
| | | 障害程度区分 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 区分5 区分6 |
| | | 障害名 | | | | |
| | | 住所 | | | | |
| | 事業所 | 事業所名称 | | | | |
| | | 担当者氏名 | | | | |
| | | 管理責任者氏名 | | | | |
| | 担当看護職員氏名 | | | | | |
| | 担当医師氏名 | | | | | |

| | | | | | |
|--------|---------------------|---------------|--|--|--|
| 業務実施計画 | 計画期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| | 目標 | | | | |
| | 実施行為 | 実施頻度/留意点 | | | |
| | 口腔内の喀痰吸引 | | | | |
| | 鼻腔内の喀痰吸引 | | | | |
| | 気管カニューレ内部の 喀痰吸引 | | | | |
| | 胃ろう又は腸ろうによ る経管栄養 | | | | |
| | 経鼻経管栄養 | | | | |
| | 結果報告予定年月日 | 年 月 日 | | | |

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

| | | | | | | | | |
|------|----------|---------|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 基本情報 | 氏名 | | 生年月日 | | | | | |
| | 対象者 | 要介護認定状況 | 要支援（ 1 2 ） 要介護（ 1 2 3 4 5 ） | | | | | |
| | | 障害程度区分 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
| | | 住所 | | | | | | |
| | 事業所 | 事業所名称 | | | | | | |
| | | 担当者氏名 | | | | | | |
| | | 管理責任者氏名 | | | | | | |
| | 担当看護職員氏名 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------|---------------|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 業務実施結果 | 実施期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 実施日 (実施日に○) | (喀痰吸引) 平成 年 月 | | | | | | | (経管栄養) 平成 年 月 | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| | | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | 29 | 30 | 31 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | | |
| | 実施行為 | 実施結果 | | | | | | | 特記すべき事項 | | | | | | | |
| | 喀痰吸引 | 口腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 鼻腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | | |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 経鼻経管栄養 | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

令和 年 月 日

事業者名

責任者名

印

○ ○ ○ ○ 殿

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

| | | |
|--------------------|--|--|
| 喀痰吸引等（特定行為） の種別 | 口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養 | |
| 提供を受ける期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 提供を受ける頻度 | | |
| 提 供 体 制 | 事業所名称 | |
| | 事業所責任者氏名 | |
| | 事業所担当者氏名 | |
| | 担当看護職員氏名 | |
| | 担当医師氏名 | |

同意日 令和 年 月 日

住 所 _____
氏 名 _____ 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所 _____

代行者氏名 _____ 印

本人との関係 _____

事業所名

事業所住所

代表者名 _____ 印

備品等一覧表

(登録特定行為事業者用)

事業所名 _____

| 品名 | 使用目的 | 管理方法 | 備考 |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| 吸引装置一式 | たんの吸引実施の為 | 使用後は内側を洗い流し、清潔な状態にする | 利用者宅で保管 |
| 経管栄養用具一式 | 経管栄養実施の為 | 使用後は内側を洗い流し、清潔な状態にする | 利用者宅で保管 |
| 処置台(床頭台)またはワゴン | 吸引装置を置く為 | 清潔を保ち、ベット脇に設置 | 利用者宅で保管 |
| 心肺蘇生訓練用器材一式 | OJT研修(心肺蘇生訓練)を実施するため | | 〇〇消防署で研修を受講するため、事業所内では備品として保持しない |
| | | | |

「使用目的」と「管理方法」を具体的に記入して下さい。