

記載例

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請

第1号様式

受付番号	
------	--

空欄にして下さい

平成 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 代表取締役社長 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項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

喀痰吸引事業者	フリガナ	ミヤコゴサービス 村ミヤコゴジキョウ				
	事業所名称	都介護サービス 訪問介護事業所				
	事業種別	(介護保険法)	訪問介護	事業所番号	(介護保険法)	137.....
		(総合支援法)	重度訪問介護		(総合支援法)	131.....
	事業所在地	(郵便番号 112 - 0006)				
		東京都	文京区	小日向	4-1-6	
	電話番号	00-0000-0000	個人・法人の種別	株式会社		
	代表者の氏名・フリガナ	氏名	生年月日	昭和40年10月1日		
	職名・生年月日	氏名	職名	管理者		
	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 type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	年	月	日		
<input checked="" 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)				

事業所等で実施する行為にのみ、○を付けて下さい。

空欄にして下さい

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

- 「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」「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。
- 「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。
- 「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。
- 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

特定の者の氏名を記入して下さい。

修了証書を発行した研修機関名称を記入して下さい。

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		1320000 × × 平成24年4月1日	昭和45年4月1日	4	高齢 一夫	①		
2	介護 花子		1315000 × × 平成25年8月26日	昭和50年5月1日	3	高齢 一子	③、④	公益財団法人 東京都福祉保健財団	平成25年〇月〇日
3	介護 花子			昭和50年5月1日	3	高齢 大和	①、③	公益財団法人 東京都福祉保健財団	平成25年〇月〇日

従事者認定を『申請中』の場合は空欄のまま提出して下さい。
※認定証が交付されたら写しを交付願います。

1: 省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)
2: 省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)
3: 省令別表第三号研修(特定の者対象)
4: 経過措置対象者
のうち該当する番号を記入して下さい。

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

- 備考 1 「番号」の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の番号(1~5)を記載してください。
 - 1) 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)
 - 2) 喀痰吸引及び経管栄養の全ての行為のうち、1行為以上4行為以下: 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。

(第1号様式-2)

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書

空欄にして下さい

平成 年 月 日

東京都知事殿

申請者(法人)

住所

東京都新宿区西新宿2-8-1

氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

都介護サービス株式会社

代表取締役社長 東京 太郎

代表
者印

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、ご署名下さい。

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っ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っ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。
- 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 法人であって、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。

(第1号様式-3)

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 ホウモンカイゴジギョウシヨ		
	事業所名称	都介護サービス 訪問介護事業所		
要件	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		○医師の指示書 ■業務方法書	
	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	
	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		■業務方法書	
	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		○喀痰吸引等業務計画書 ■業務方法書	
	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	
	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	
	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		(平成29年度までは提出の必要なし)	
	③ 安全委員会の設置が規定されていること		■業務方法書	
	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	
	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		■備品一覧表	
	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	
	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	

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、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

- 登録適合書類は、適合要件を確認できる書類を、第1号様式-3に添付して提出してください。
- 上記記載例の「○の書類」（医師の指示書等）は様式のみを、「■の書類」（連携体制・連絡体制表や業務方法書等）は、事業所の状況を確認できる書類を作成し、提出してください。
- 上記記載例の参考様式はHPに掲載しておりますので、参照ください

2 「該当書