

平成24年度第1回  
障害福祉サービス等事業者集団指導（説明会）資料

【介護職員等によるたんの吸引等の制度について】

沖縄県福祉保健部

障害保健福祉課



## 介護職員等によるたん吸引等の制度について

### 【 経 緯 】

これまで、当面のやむを得ず必要な措置(実質的違法性阻却)として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一の行為を実施することを運用によって認めてきました。

しかしながら、こうした運用による対応については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないかと、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されてきました。

そこで、たんの吸引等が必要な者に対して必要なケアをより安全に提供するため、「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」(平成23年法律第72号)により「社会福祉士及び介護福祉士法」が一部改正され、介護職員等によるたんの吸引等が適法・安全にできるようになりました。

[周知用パンフレットはこちらから](#)  
[たん吸引についての全体像はこちらから](#)  
[沖縄県説明会資料はこちらから](#)  
[喀痰吸引等に関するQ&Aはこちらから](#)

### 【 実施要綱および様式集 】

#### 1: 沖縄県喀痰吸引等業務登録申請等実施要綱

#### 2: 認定特定行為業務従事者について

##### (1) 経過措置対象者について

・経過措置認定証交付申請書(第17号様式)

・経過措置認定証交付申請書添付書類(本人誓約書:第17号様式の2)

・経過措置認定証交付申請書添付書類(第三者誓約書:第17号様式の3)

・経過措置認定証交付申請書添付書類(自己チェック:第17号様式の4)

・社会福祉士法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(第4号様式の3)

##### (2) H24年度以降の研修修了者の申請について

・認定特定行為業務従事者認定証交付申請証(不特定:1号・2号研修修了者:第4号様式)

・認定特定行為業務従事者認定証交付申請証(特定:3号研修修了者:第4号の2)

・社会福祉士法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(第4号様式の3)

### 3: 登録特定行為事業者について

・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)

・介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿(第1号様式の2)

・社会福祉士法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(第1号様式の3)

・登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録基準適合書類(第1号様式の4)

・登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録簿(第2号様式)

・医師の指示書(参考様式1)

・実施計画書(参考様式2)

・ケア実施記録(参考様式3)

・説明書兼同意書(参考様式4)

### 4: 登録研修機関について

・登録研修期間登録申請書(第12号様式)

・社会福祉士法及び介護福祉士法附則第7条の規定に該当しない旨の誓約書(第12号様式の2)

・登録研修機関登録適合書類(第12号様式の3)

・認定特定行為業務従事者登録簿(第13号様式)

・登録研修機関登録更新申請書(第14号様式)

・登録研修機関変更登録届出書(第14号様式の2)

・登録研修機関業務規程変更届出書(第15号様式)

・登録研修機関休廃止届出書(第16号様式)

喀痰吸引等に関する質問は下記をクリック

メールソフトを起動します

[沖縄県ホーム](#) | [お問合せ\(代表\)](#) | [使用条件](#) | [プライバシーポリシー](#)

〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2 電話(代表): Tel 098-866-2333 メール(代表): [okinawa@pref.okinawa.lg.jp](mailto:okinawa@pref.okinawa.lg.jp)  
沖縄県庁 (Okinawa Prefecture)

沖縄県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書

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条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）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		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	(郵便番号 - ) 都 道 府 県	市 区 町 村	
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名 (該当するものがある場合)			
	研修機関所在地 (該当するものがある場合)	(郵便番号 - ) 都 道 府 県	市 区 町 村	
		(ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/修了書番号 (該当するものがある場合)	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/		
	※2 胃ろうによる経管栄養 (チューブの接続及び注入開始を除く)	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		
添付書類	住民票 (写)			
	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 (第4号様式の3)			
	研修修了証明証 (該当するものがある場合) 及び修了した研修内容、研修時間を示す資料			
	認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類① (本人誓約書) (第17号様式の2)			
	認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類② (第三者証明書) (第17号様式の3)			
	認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類③ (実施状況確認書) (第17号様式の4)			

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記載してください。  
 ※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。  
 ※2 「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日厚生労働省医政局長通知)に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※2 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。
- 4 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

添付した書類の該当する欄に「○」を記載してください。

- 1 住民票 (写)
- 2 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 (第4号様式の3)
- 3 喀痰吸引等に関する研修修了証明証 (該当するものがある場合) 及び修了した研修内容、研修時間を示す資料
- 4 認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類① (本人誓約書) (第17号様式の2)
- 5 認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類② (第三者証明書) (第17号様式の3)
- 6 認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類③ (実施状況確認書) (第17号様式の4)

認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類①

本人誓約書

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 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、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業(＃1)に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為(＃2)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)及び以下の通知又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。(＃3)

\* 以下の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

	通知名又は事業名(＃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"/> 胃ろう又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 (チューブ接続及び注入開始を除く)

<input type="checkbox"/>	<p>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」）</p>	<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"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>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）</p>	<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"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>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）</p>	<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"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>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）</p>	<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"/> 胃ろう又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： \_\_\_\_\_）
- 通知又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)にある通知名又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	通知名又は事業名の番号	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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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。)

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類②

第三者証明書

年 月 日

沖縄県知事 殿

証明者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請者との関係 \_\_\_\_\_

申請者 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)

申請者〇〇〇〇は、現在、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（#1）を以下の通知又は事業（#2）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）及び以下の通知又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。（#3）

\* 以下の該当する項目に「✓」をつけてください。

(#1)

- 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）
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）
- 経鼻経管栄養

(#2)

- 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）
- 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）

- 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)

(# 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: )
- 通知又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。

\* (# 2) 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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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"/> 胃ろう又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。)

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
電話 ( ) \_\_\_\_\_  
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。

- 喀痰吸引及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、医師の指示及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）

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

社会福祉士法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

年 月 日

沖縄県知事 殿

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者であることを誓約します。

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。

沖縄県知事 殿

主たる事業所の  
所在地  
申請者  
代表者名

㊦

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。

申請者	フリガナ			
	事業所名称			
	事業所所在地		(郵便番号 - ) 都道 市区 府県 町村 (ビルの名称等)	
	電話番号		個人・法人の種別	
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日 職名	年 月 日
	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
	1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日	
	2. 鼻腔内の喀痰吸引		年 月 日	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		年 月 日	
	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号様式の2)	

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 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」「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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。
- 6 以下の添付資料を合わせて提出してください。

1 設置者に関する書類

(1) 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）

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令第26条の2第2項関係）

- 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号様式の3】
- 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）【第1号様式の4】
- 4 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号様式の2(第2条関係)  
介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

番号	氏名	介護福祉士登録番号 /登録年月日	認定特定行為業務従事者 登録番号/登録年月日	生年月日	修了研修課程	対象者氏名(特定の氏)	修了した研修 の種類	実施研修実施機関名称	修了年月日

- 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番号等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) 名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」においては「3」を選択した場合、「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 「修了した実施研修の種類」には実施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」または「胃ろう」または「腸ろう」のみを認めた者であって、「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」には実施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

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

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。(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、その取消し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、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。

沖縄県知事 殿

主たる事業所の

所在地  
申請者  
代表者名

㊟

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を証する書類について下記のとおり、関係書類を添えて提出します。

申請者	フリガナ			
	事業所名称			
	事業所所在地		(郵便番号 - )	
			都 道 市 区 府 県 町 村	
			(ビルの名称等)	
電話番号		個人・法人の種別		
代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日	
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			
	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			
	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				

- 2 「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。
- 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。
- 4 「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。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

登録喫煙吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録簿

登録番号	登録年月日	事業者区分		名称	住所	電話番号	実施行為	事業開始年月日	更新年月日	登録取消年月日
		登録喫煙吸引等事業者	登録特定行為事業者							
				代表者(法人名) 事業所						

備考 1 「登録番号」の欄は国で定めた付番基礎に従って記載してください。  
 2 「事業者区分」欄は「登録喫煙吸引等事業者」「登録特定行為事業者」のうち、該当するものに「○」を記載してください。  
 3 「実施行為」欄には各事業者が実施する喫煙吸引等(特定行為)の行為種別を以下から選択し、番号を記載してください。  
 ①口屋内の喫煙吸引 ②店舗内の喫煙吸引 ③風管がエレベーター内部の喫煙吸引  
 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養

(参考様式1)

## 指 示 書

(ふりがな) 利用者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
看護師の指導の下、介護職員が実施可能なケア	<input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで) <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたん吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 ※該当するケアにレ点を付けてください。		
指示内容	※ たんの吸引については、吸引圧、カテーテルサイズ、挿入の長さ等を指示してください。 ※ 経管栄養については、経管栄養剤の種類、注入する量、温度、注入時間、注入開始時間等を指示してください。		
特記事項			

上記の利用者に対して、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して上記の医療的ケアを実施することを承諾します。

平成 年 月 日

(看護師)

所属

氏名

様

医師氏名

印

(参考様式2)

## 介護職員等によるたん吸引等実施計画書

作成日：平成 年 月 日

作成者

医師氏名

看護師氏名

介護職員氏名

(ふりがな) 利用者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
ケア実施に 当たっての 課題			
アセスメント			
ケア実施上 の留意点			

(参考様式3)

## ケア実施記録

(ふりがな) 利用者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)		
実施日時	平成 年 月 日 時 分		
実施したケア	口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部		
記録内容	※たん吸引実施後に、吸引した内容物の種類や性状、量などを記録 ※経管栄養実施後に、栄養剤の種類、内容、量、注入時間などを記録		
特記事項 (状態の変化等の異常など)			
利用者の訴え			
看護師の 指導助言			
実施者氏名			

(参考様式4)

介護職員によるたんの吸引等の実施に係る説明書兼同意書

年 月 日

(利用者又は家族の氏名) 様

施設・事業所の名称

施設・事業所の長

印

当施設では、「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和62年法律第30号)の改正を受け、利用者様に対する以下のケアの一部の医行為を医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。

これらのケアを実施する介護職員については、法に規定される研修を修了し、専門的な知識・技能を習得した者として、医療的ケアを実施できる認定特定行為業務従事者としての認定を受けたところです。

また、医師の指示の下、医療機関との連携・緊急時の体制整備など、利用者様の安全確保に向けて最善を尽くしてまいりますので、施設の方針に賛同いただき、看護職員と介護職員が協働して実施する以下のケアの実施について同意していただきますよう、よろしくお願いいたします。

- 口腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 鼻腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろうに又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

---

同意書

看護職員と介護職員が協働して実施する以下のケアの実施について同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 鼻腔内のたんの吸引(咽頭の手前まで)
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろうに又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

施設・事業所の名称

施設・事業所の長

様

(利用者又は家族の氏名)

印



## 登録喫煙吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類チェックリスト

(事業所名 )

✓	確認事項	備考
1-①	喫煙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	
a	医師からの指示の方法が文書によるものとなっていることが文書化されていること	
b	指示内容に関する確認の方法が文書化されていること	
c	指示書の管理方法が文書化されていること	
1-②	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	
a	医師、看護職員が定期的に確認することが文書化されていること（確認頻度については、利用者ごとに異なることから、その部分が分かるような記載となっていることが望ましい）	
b	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が文書化されていること	
1-③	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	
a	個別の対象者ごとに具体的に医療従事者及び介護職員の役割分担を形成することが文書化されていること	
b	関係機関の名称、関係者の氏名及び役職等が明記されていること	
c	医療従事者及び介護職員それぞれの情報共有方法及び、連絡窓口が明記されていること	
1-④	医療従事者と連携のもと、利用者ごとの喫煙吸引等実施計画書を作成すること	
a	喫煙吸引等実施計画書の作成について、作成方法、施設内の承認過程及び、関係職種や、対象者及びその家族等との共有方法が文書化されていること	
b	実施計画書の管理方法、期間が文書化されていること	
c	計画に変更が発生した際の計画書変更方法について文書化されていること	
1-⑤	喫煙吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出すること	
a	喫煙吸引等実施報告書の作成について、作成方法、施設内の承認過程及び、医師への報告方法及び、その他関係職種への情報共有方法について文書化されていること（報告頻度については、利用者ごとに異なることから、その部分が分かるような記載となっていることが望ましい）	
b	実施報告書の写しの管理方法、期間について文書化されていること	
1-⑥	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	
a	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が文書化されていること	
b	医療従事者に連絡するまでの連絡ルート（連絡先を含む）が文書化されていること	
2-①	喫煙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	
a	介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿に修了した実地行為種別が記載されていること（看護師等であって介護職員として勤務する者にとっては、該当資格を有することの記載があること）	
b	介護福祉士登録証（平成27年以降）、認定特定行為業務従事者認定証の写しから、修了した実地行為種別が確認できること（看護師にとっては免許書の写しの提出のみ）	
2-②	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27年以前では考慮不要	

2-③ 安全委員会の設置が規定されていること		
a	安全委員会の構成員及び、その役割分担が文書化されていること	
b	安全委員会で管理すべき項目、会議の実施頻度が文書化されていること	
c	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」が含まれていること	
2-④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること		
a	特定行為に関するOJT研修の内容や研修対象者、実施頻度等が文書化されていること	
2-⑤ 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		
a	備品一覧及び、その使用目的が文書化されていること	
2-⑥ 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		
a	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、その管理方法が文書化されていること	
2-⑦ 感染症の予防、発生時の対応方法が規定されていること		
a	感染症を予防するための衛生管理方法が文書化されていること	
b	感染症の発生が疑わしい場合の確認方法が文書化されていること	
c	感染症発生時の対応方法及び、関係機関への連絡方法が文書化されていること	
2-⑧ 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		
a	利用者もしくはその家族に対して、文書およ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が文書化されていること a) 提供を受ける特定行為種別 b) 提供を受ける期間 c) 提供を受ける頻度 d) 介護職員が特定行為を行うこと e) 提供体制	
b	同意を受けた内容に変更が発生した場合に再度説明し、同意を得ることが文書化されていること	
c	同意書の管理方法、期間が文書化されていること	
2-⑨ 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		
a	業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置が文書化されていること	