

H31-04720-00393

平成31年4月25日

各介護保険者 様

長崎県福祉保健部長寿社会課長  
( 公 印 省 略 )

たんの吸引等に関する事業者・業務従事者の登録等  
について (参考送付)

このことについて、別添のとおり県内関係施設 (事業者) あて別添写しのとおり周知いたしましたのでお知らせします。

なお、お手数ですが、貴職管内の地域密着型小規模特別養護老人ホームへ周知していただきますよう、よろしく願いいたします。

【担当】長崎県福祉保健部長寿社会課  
介護人材確保推進班 磯野、水久保  
〒850-8570 長崎市尾上町3-1  
電話：095-895-2440 FAX：095-895-2576





H31-04720-00393

平成31年4月25日

県内関係施設（事業所） 代表者 様

長崎県福祉保健部長寿社会課長  
（公印省略）

たんの吸引等に関する事業者・業務従事者の登録等について（周知）

日頃より、本県の高齢者福祉保健行政の推進につきまして、格別のご協力をいただき、感謝申し上げます。

標記の件について、平成24年4月1日から、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、一定の研修を受けた介護福祉士及び介護職員等は、「認定特定行為業務従事者」として認定証の交付を受けたうえで、「登録特定行為事業者」として県に登録した施設・事業所において、喀痰吸引等の行為を実施できることとなっております。

また、平成28年度（平成29年1月）以降の介護福祉士国家試験合格者は、「登録喀痰吸引等事業者」として県の登録を受けた就労事業所等において実地研修を修了した後、介護福祉士登録証に実施可能な行為を付記することで、喀痰吸引等の行為を実施できることとなっております。

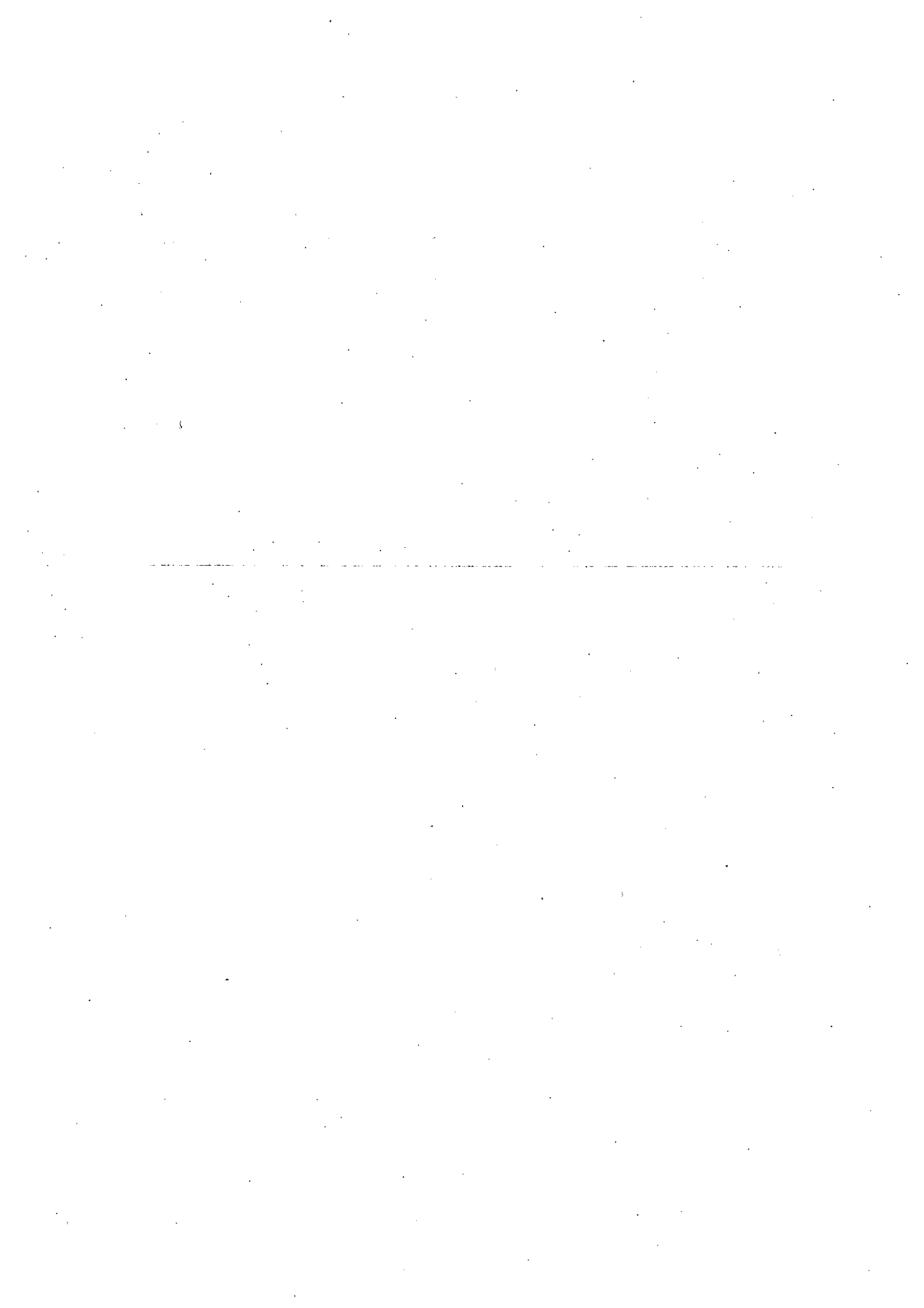
今回、上記「登録喀痰吸引等事業者」の長崎県における登録手続きについて、別添のとおりお知らせします。

ご不明な点は、下記担当までお問い合わせください。

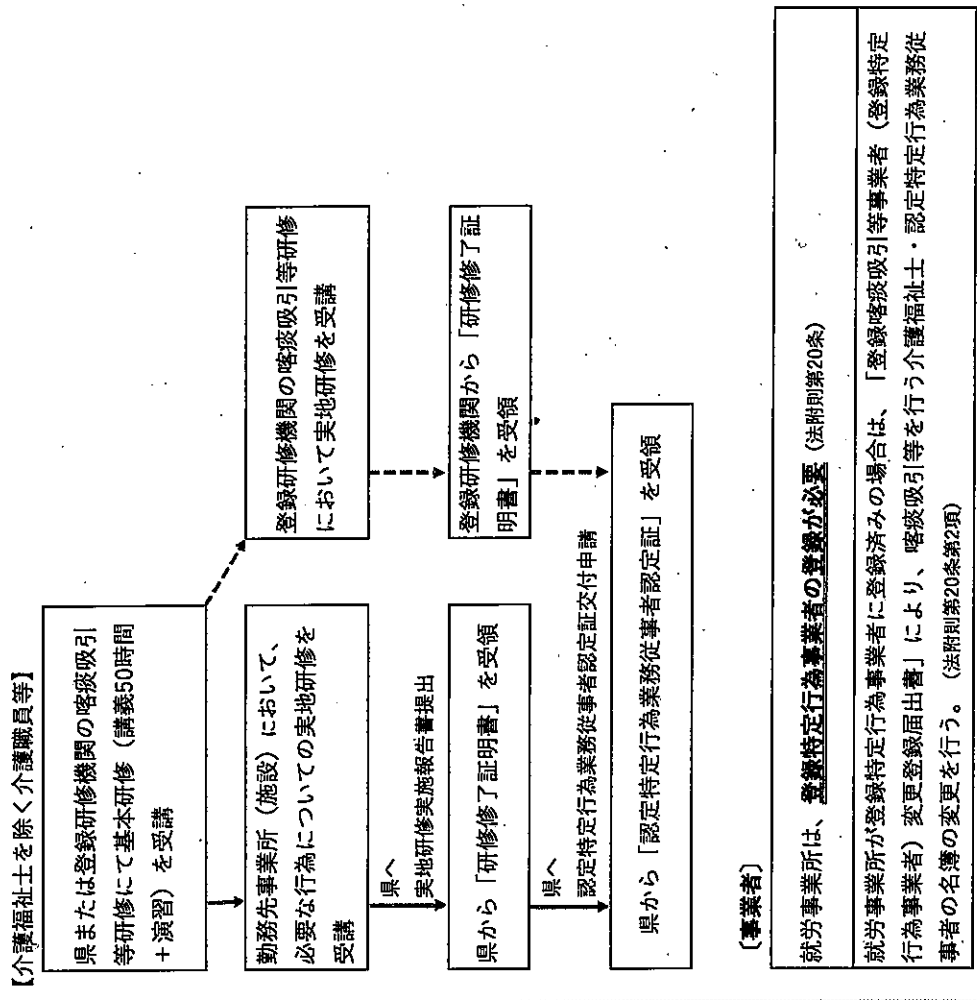
〔添付資料〕

1. 制度の概要について（手続きフロー図）【資料1】
2. たんの吸引等にかかる事業者の登録について【資料2】
3. 参考様式
4. 長崎県喀痰吸引等業務登録申請等実施要綱

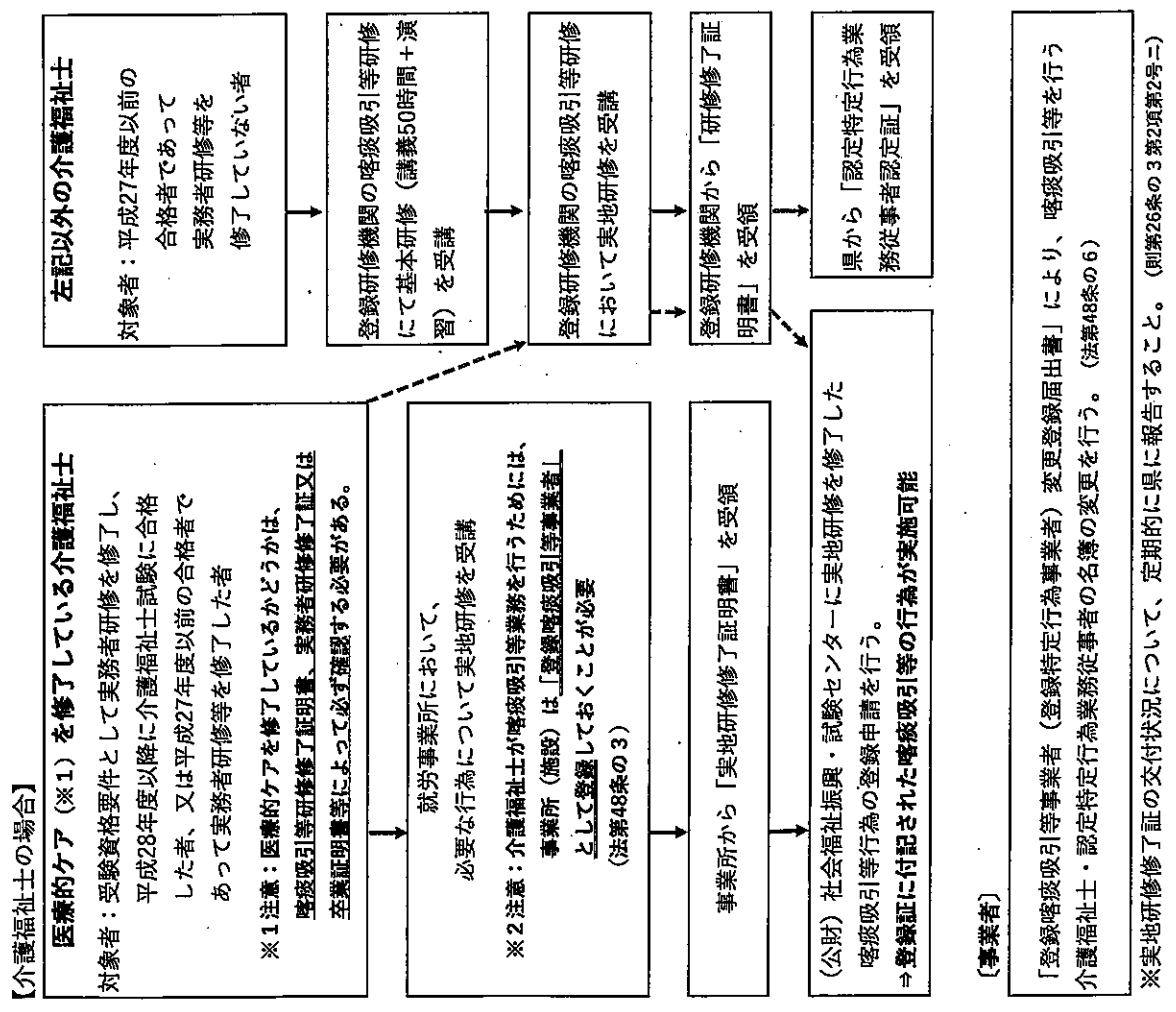
【担当】長崎県福祉保健部長寿社会課  
介護人材確保推進班 磯野、水久保  
〒850-8570 長崎市尾上町3-1  
電話：095-895-2440 FAX：095-895-2576



介護職員が施設（事業所）において、喀痰吸引等業務を行うまでの流れ



※平成27年度以前の合格者であって、県が実施した基本研修を受講した介護福祉士は、従前どおり勤務先事業所（施設）において実地研修を受講し、県から「研修修了証明書」を受領することとなります。





## 【資料2】

### たんの吸引等にかかる事業者の登録について

○喀痰吸引等の提供を行う場合、事業所ごとに、次の(1)(2)それぞれに県への登録が必要です。

- (1) 介護職員（認定特定行為業務従事者認定証を持つ者）に喀痰吸引等を行わせる場合  
⇒「登録特定行為事業者」の登録
- (2) 介護福祉士（喀痰吸引等が付記された介護福祉士登録証を持つ者）に喀痰吸引等を行わせる場合 ⇒「登録喀痰吸引等事業者」の登録

#### 1 登録に必要な書類

形式番号	登録特定行為事業者(法附則第20条)	登録喀痰吸引等事業者(法第48条の3)
①	1-1 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書	登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書
②	- 定款または寄附行為（申請者が法人である場合）	定款または寄附行為（申請者が法人である場合）
③	- 登記事項証明書（申請者が法人である場合）	登記事項証明書（申請者が法人である場合）
④	- 住民票（申請者が個人である場合）	住民票（申請者が個人である場合）
⑤	1-2 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿	介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿
⑥	- (1-2)名簿に記載した者の資格者証の写し	(1-2)名簿に記載した者の資格者証の写し
⑦	1-3 誓約書（法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書）	誓約書（法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書）
⑧	1-4 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	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
⑨	- 喀痰吸引等業務方法書	喀痰吸引等業務方法書
⑩	- <法第48条の5で定める要件が規定されているもの>	<法第48条の5で定める要件が規定されているもの>
⑪	- 上記方法書に定めてある様式等	上記方法書に定めてある様式等
⑫	-	実地研修実施方法書
⑬	-	講師（指導看護師等）の資格免許証の写し
⑭	-	指導者研修の修了証の写し
⑮	-	実地研修修了証（ひな型）

#### 2 「登録喀痰吸引等事業者」について

- ・介護福祉士に対する実地研修の実施にあたって、事前に登録すること。
- ・実地研修実施方法書等については、別添参考例を参考に作成すること。
- ・既に「登録特定行為事業者」として登録している事業者については、重複する書類について（上記②、③、④、⑦、⑨、⑩、⑪）、今回の登録申請にあたり変更が生じなければ、提出を省略することは可能である。⑤、⑥、⑫～⑮の書類は、必ず提出すること。
- ・介護福祉士に対する実地研修修了証は、登録喀痰吸引等事業者において交付すること。
- ・実地研修修了証の交付状況については、修了者管理簿（参考様式8）で管理し、定期的（翌年度4月末まで）に県に報告すること。





## 実地研修実施方法書

事業所名： \_\_\_\_\_

記入日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

### 1. 実施体制

	氏 名	所属先	医師	看護職員
担当責任者				
講 師				
その他の関係者				
備 考				

※ 講師について、施行通知第5（3）に記載する指導者向け研修の中で修了しているものがあれば備考欄に記載するとともに、医師等の資格免許証や受講した研修修了証等の写しを添付すること。また、複数人講師がおり、担当する特定行為の種別が異なる場合は担当する種別がわかるように記載すること。

※ 他の登録略痰吸引等事業者と共同実施している場合は、共同実施している事業所の名称を備考欄に記載すること。

### 2. 研修計画

平成 \_\_\_\_ 年度の予定

事 項	内 容
実施期間	
実施場所	
受講予定者数	
その他	

### 3. 研修教材

区分	種別	国（県） 様式	独自様式
実施機関が使用	実施報告書		
	その他（ _____ ）		
講師が使用	評価票		
	その他（ _____ ）		
受講者が使用	指示書		
	同意書		
	計画書		
	実施状況報告書		
	ヒヤリハット・アクシデント報告書		
	その他（ _____ ）		
	その他（ _____ ）		

※ 国様式とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」（平成24年3月30日社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知）に記載する教材や様式をいう。

※ 独自様式の場合は、当該様式がわかる書類を添付すること。

4. 実地研修に関する事務

次に掲げる事項に関する規程や様式を整備の上、当該書類を提出すること。

事項	整備状況
実地研修における書面による医師の指示	
実地研修協力者である利用者又は利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（実地研修協力者）の書面による同意承認	
事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切活必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）	
実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）	
出席状況等、研修受講者に関する状況把握、保存	
実地研修修了者管理簿	
実地研修修了証（ひな形）	
その他（ ）	

5. 修得程度の審査方法

事項	国（県）様式等	独自様式等
実施手順		
評価判定		
評価基準		
評価項目		
評価票		

※ 国様式等とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」（平成24年3月30日社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知）に記載する手順や様式等をいう。

※ 独自様式等の場合は、当該様式等がわかる書類を添付すること。

6. 損害賠償保険制度への加入の有無 有 ・ 無

※ 上記の記載内容に関する規程や様式等の関係書類があれば添付すること。

実地研修実施方法書

記入例

事業所名： ○○○○事業所

記入日：平成○○年○○月○○日

看護職員欄には、看護師、准看護師、保健師、助産師の別を記載

1. 実施体制

	氏名	所属先	医師	看護職員
担当責任者	○○ ○○	○○病院	○	
講師	○○ ○○	本事業所		○保健師
その他の関係者	○○ ○○ ○○ ○○	本事業所 本事業所		
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>講師である○○は、医療的ケア教員講習会を修了済み。</li> <li>△△事業所と実地研修を共同実施。</li> </ul>			

※ 講師について、施行通知第5(3)に記載する指導者向け研修の中で修了しているものがあれば備考欄に記載するとともに、医師等の資格免許証や受講した研修修了証等の写しを添付すること。また、複数人講師がおり、担当する特定行為の種別が異なる場合は担当する種別がわかるように記載すること。

※ 他の登録喫煙吸引等事業者と共同実施している場合は、共同実施している事業所の名称を備考欄に記載すること。

2. 研修計画

平成○○年度の予定

当面実地研修を行う予定がない場合、「未定」でも可。  
実施見込みが立った場合には事前に変更した書類を提出。

事項	内容
実施期間	平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日 平成△△年△△月△△日～平成△△年△△月△△日
実施場所	本事業所内
受講予定者数	○名
その他	

3. 研修教材

区分	種別	国(県)様式	独自様式
実施機関が使用	実施報告書	○	
	その他( )		
講師が使用	評価票	○	
	その他( )		
受講者が使用	指示書	○	
	同意書	○	
	計画書	○	
	実施状況報告書	○	
	ヒヤリハット・アクシデント報告書	○	
	その他( )		
	その他( )		

※ 国様式とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」(平成24年3月30日社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)に記載する教材や様式をいう。

※ 独自様式の場合は、当該様式がわかる書類を添付すること。

事項欄に掲げる内容について、整備状況欄に整備されていれば○と該当書類の名称を記載。全ての事項について○が付く必要がある。

4. 実地研修に関する事務

次に掲げる事項に関する規程や様式を整備の上、当該書類を提出すること。

事項	整備状況
実地研修における書面による医師の指示	○(該当書類名)
実地研修協力者である利用者又は利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等(実地研修協力者)の書面による同意承認	○(該当書類名)
事故発生時の対応(関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切活必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。)	○(該当書類名)
実地研修協力者の秘密の保持(関係者への周知徹底を含む。)	○(該当書類名)
出席状況等、研修受講者に関する状況把握、保存	○(該当書類名)
実地研修修了者管理簿	○(該当書類名)
実地研修修了証(ひな形)	○(該当書類名)
その他( )	

5. 修得程度の審査方法

事項	国(県)様式等	独自様式等
実施手順	○	
評価判定	○	
評価基準	○	
評価項目	○	
評価票	○	

※ 国様式等とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」(平成24年3月30日社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知)に記載する手順や様式等をいう。

※ 独自様式等の場合は、当該様式等がわかる書類を添付すること。

6. 損害賠償保険制度への加入の有無

有 ・  無

当面実地研修を行う予定がない場合は無でも可。

※ 上記の記載内容に関する規程や様式等の関係書類があれば添付すること。

# 実地研修実施計画書

番号	
----	--

平成 年 月 日

## 1. 実地研修受講者

(ふりがな) 氏名	( )	性別	男・女
現住所	〒		
生年月日・年齢	年 月 日生 ( ) 歳		
介護福祉士 登録番号	介護福祉士合格年度		
	医療的ケア等修了日		

- ※ 介護福祉士の登録証(写し)を添付すること。
- ※ 基本研修又は医療的ケアを修了していることを喀痰吸引等修了証、実務者研修修了証、卒業証明書等で確認し、その修了証(写し)を添付すること。

## 2. 実施する研修内容(実施する医行為に○)

口腔内のたんの吸引	胃ろう(腸ろう)からの経管栄養
鼻腔内のたんの吸引	経鼻経管栄養
気管カニューレ内部のたんの吸引	※ 演習を行っていない行為(人工呼吸器装着者へのたん吸引、半固形化栄養剤の経管栄養等)は、実地研修を、実施することはできません。

## 3. 指導講師

No.	氏名	勤務先名	指導者講習 ※
1 研修責任者			
2			
3			
※ 受講済みの指導者講習 (①～⑤のいずれかを記入)		① 平成22年度 試行事業指導者講習(厚生労働省主催) ② 平成23、24年度 指導者講習(厚生労働省主催) ③ 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県主催) ④ 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県以外の県が主催) ⑤ 医療的ケア教員講習会(厚生労働省規定の講習会で民間団体実施のもの)	

- ※ 該当する講習の修了証明書(写し)を添付すること。

## 4. 実地研修実施期間(予定)

行為の種類	回数	実施予定期間	実地研修 協力人数
口腔内のたんの吸引	10回以上	H . . ~ H . .	人
鼻腔内のたんの吸引	20回以上	H . . ~ H . .	人
気管カニューレ内部のたんの吸引	20回以上	H . . ~ H . .	人
胃ろう(腸ろう)からの経管栄養	20回以上	H . . ~ H . .	人
経鼻経管栄養	20回以上	H . . ~ H . .	人

### 《修了認定の基準》

- ・評価票の全ての評価項目が「ア」の場合成功となる。  
「ア」: 国の判定基準で「1人で実施できる。評価項目について手順通りに実施できている。」
- ・累積成功率が70%以上あること。
- ・最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと(連続3回成功)。

## 5. 介護福祉士が実地研修を実施する上で必要な条件

※チェック欄に「✓」を記入すること。

※全てに「✓」が付く体制となつてから、実地研修を開始すること。

	条件	チェック欄	参考様式等
(1)	登録喀痰吸引等事業者の登録がされている。(登録特定行為事業者の場合、別に登録喀痰吸引等事業者登録申請が必要)		
(2)	事業所に「実地研修実施体制(安全委員会)」が整備されている。→ 実施体制構成は下表に記入		
(3)	損害賠償保険が、実地研修に対しても適用される。		
(4)	事故発生時及び緊急時の対応手順・体制が定められ、連絡体制も確立している。		
(5)	ヒヤリハット事例の蓄積、分析を評価・検証を行う体制が確立している。		(様式6) ヒヤリハット・アシダント報告書
(6)	実地研修協力者に関する秘密の保持を関係者へ周知徹底している。		
(7)	必要な書類が整備され、適切に管理・保管(完了日より5年間)することができる。		
(8)	当該実地研修協力者に関する技術手順、マニュアル等が整備されている。		国要綱(H24.3.3 社援発0330第43号)別添2
(9)	実地研修の評価、判定の方法を理解している。		(様式4)総合評価表 (様式5)評価表
(10)	修了者管理簿の永年管理、長崎県への報告等が定められている。		(様式7)修了証 (様式8)管理簿 (様式9)報告書
(11)	介護福祉士の実地研修に対し、実地研修協力者(又はその家族等)へ説明を行った。		
(12)	介護福祉士の実地研修に対し、実地研修協力者(又はその家族等)から同意書を取得した。		(様式2)同意書
(13)	介護福祉士の実地研修に対し、医師から書面による指示があった。 [指示を行った医師の氏名]		(様式3)指示書

### ◆実地研修実施体制(安全委員会)の構成員

施設長(管理者) :	人(氏名 :	)
医 師 :	人(氏名 :	)
看 護 師 :	人(氏名 :	)
介 護 職 員 :	人(氏名 :	)
准 看 護 師 :	人	
介護支援専門員 :	人	
生活相談員 :	人	
栄 養 士 :	人	
そ の 他 :	人	

※実地研修実施体制：研修実施、研修の評価及び研修事務等を行うための検討と実施に関する責務を担う。

(参考様式2)

## 実地研修実施に係る同意書

平成 年 月 日

(施設・事業所名) \_\_\_\_\_

(施設長等名) \_\_\_\_\_ 様

(実地研修協力者)

氏名: \_\_\_\_\_ 印

私は、貴施設（または事業所）において喀痰吸引等研修の実地研修に協力することに同意します。

なお、先に説明があった介護福祉士による下記の行為（チェック有）の実施について同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 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

(代理人・代筆者氏名) \_\_\_\_\_ 印 (本人との続柄: \_\_\_\_\_)

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

※この同意書は施設（又は介護事業所）側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者も同意書の写しを保管してください。





(参考様式3)

### 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(平成 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	Tel ( ) -			
	要介護認定区分	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )			
	障害支援区分	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				
実施別行為種別		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			
具体的な提供内容					
指示内容	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				
	5. 気管カニューレ				
	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、障害者総合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「障害支援区分」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、空欄に必要な事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸等(特定行為)事業者の長) 殿



### 実地研修 総合評価票

実地研修 受講者名		介護福祉士 登録番号	
指導講師名		指導者講習 修了番号	

総合判定表

特定行為(必要回数)	実地研修	研修結果	実地研修修了証 交付年月日	平成 年 月 日
口腔内吸引(10回以上)	有・無	合・否	実地研修 修了証番号	
鼻腔内吸引(20回以上)	有・無	合・否		
気管カニューレ吸引(20回以上)	有・無	合・否		
胃ろう腸ろう(20回以上)	有・無	合・否		
経鼻経管栄養(20回以上)	有・無	合・否		

総合評価表

※評価票(参考様式5)の評価判定結果を記入し、評価票と一緒に保管してください。

たんの吸引	口腔内	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	11	12	13	14	15	
		月日																
		指導者 確認印																
		回数	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	最終 3回	累積 成功率	合・ 否	修了判定		
		月日														印	印	
		指導者 確認印																
	鼻腔内	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		月日																
		指導者 確認印																
		回数	16	17	18	19	⑳	21	22	23	24	25	最終 3回	累積 成功率	合・ 否	修了判定		
		月日														印	印	
		指導者 確認印																
気管カニューレ	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	月日																	
	指導者 確認印																	
	回数	16	17	18	19	⑳	21	22	23	24	25	最終 3回	累積 成功率	合・ 否	修了判定			
	月日														印	印		
	指導者 確認印																	
経管栄養	胃ろう又 は 腸ろう	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		月日																
		指導者 確認印																
		回数	16	17	18	19	⑳	21	22	23	24	25	最終 3回	累積 成功率	合・ 否	修了判定		
		月日														印	印	
		指導者 確認印																
	経鼻	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		月日																
		指導者 確認印																
		回数	16	17	18	19	⑳	21	22	23	24	25	最終 3回	累積 成功率	合・ 否	修了判定		
		月日														印	印	
		指導者 確認印																

※回数が不足する場合は、適宜追加してください。

記入例	口腔内	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	11	12	13	14	15	
		月日	10/5	10/7	10/8	10/10	10/13	10/15	10/18	10/19	10/23	10/25						
		指導者確認印	印	印	×	印	印	印	印	印	印	印						
		回数	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	最終3回	累積成功率	合	修了判定		
		月日													否	印		印
		指導者確認印											○	90%				

【記入手順】

- ①番号(任意)、実地研修受講者名(介護福祉士登録番号)、指導講師名(指導者講習修了番号)を記入。
- ②総合判定表に実地研修を行う行為の「有」に○を付ける。
- ③評価票(参考様式5)により実地研修を実施し日付けを記入、評価結果が全ての評価項目が「ア」の場合は押印、それ以外は「×」を記入。
- ④必要回数以上実施し、最終3回の評価が全て「ア」の場合「最終3回」欄に○を記入。  
また、累積成功率(押印の数÷全体の数)を算出し記入。
- ⑤行為ごとに合否を判定(【修了認定基準】参照)する。  
「合」に○を記入…最終3回が○かつ累積成功率が70%以上の場合  
「否」に○を記入…修了を認められない場合
- ⑥修了判定をした指看護師が「修了判定」欄に押印する。
- ⑦実地研修実施体制(安全委員会)で修了を審議する。
- ⑧総合判定表に各行為の合否を記入。修了証交付年月日と修了証番号を記入する。

\* 「ア」：国の判定基準で「1人で実施できる。評価項目について手順通りに実施できている。」

【修了認定基準】 例) 口腔内たんの吸引(1.0回以上)の場合

回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	最終3回	累積成功率	修了判定
A氏	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○					全て成功	70.0%	合格
B氏	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×					不成功[×]有	90.0%	不合格
C氏	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○					全て成功	60.0%	不合格
D氏	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	全て成功	71.4%	合格

※ 表中の「○」は、評価票の全ての評価項目について、講師の評価判定が「ア」だった場合。

(1) 喀痰吸引「実地研修」  
口腔内・鼻腔内吸引(通常手順) 指導者評価票

本票ページ番号 /

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。

※ 国要領(H24.3.30社理発0330第43号)の別添2に定める調査方法に留意して、修習程度の審査等を行ってください。

Table with 2 columns: 評価 (Evaluation) and 内容 (Content). Rows include 'ア 1人で実施し、手引きの手順とおりに実施できている', 'イ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた', 'ウ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた', 'エ 1人での実施を任せてもらえない'.

Form with 2 columns: 番号 (Number) and 実地研修受講者名 (Practical training participant name). Includes a field for 指導者名 (Instructor name).

Table with 6 columns: 例 (Example), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round). Includes fields for 実施月日 (Implementation date) and 開始時間 (Start time).

Main evaluation table with 3 columns: 実施手順 (Implementation procedure), 評価項目 (Evaluation item), and 評価判定 (Evaluation determination). Rows include '1 医師の指示等の確認を行う', '2 手洗いを行う', '3 必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する', '4 必要物品を実地研修協力者のもとに運ぶ', '5 実地研修協力者に吸引の説明をする', '6 吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える', '7 口腔内・鼻腔内を観察する', '8 手袋の着用またはセッシンを持つ', '9 吸引チューブを清潔に取り出す', '10 吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する', '11 (浸漬法の場合) 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く', '12 吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になることを確認する', '13 吸引チューブの先端の水をよく切る', '14 実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う', '15 適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する', '16 適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する', '17 吸引チューブを静かに抜く', '18 吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く', '19 洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす', '20 吸引器の電源を切る', '21 吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す', '22 手袋をはずす(手袋を使用している場合)またはセッシンに戻す', '23 実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える', '24 吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する', '25 実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する', '26 吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)', '27 手洗いをする', '28 吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する', '29 吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する(経鼻経管栄養実施者のみ)', '30 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合のみ)', '31 吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる', '32 使用物品を速やかに後片付けまたは交換する', '33 実施記録を記載する'. Includes a summary row 'アの合計個数' (Total number of 'A' items) and a legend for evaluation criteria.

自由記載欄 (Free description field) with 5 rows for recording specific details. Includes a note: ※評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

(1) 喀痰吸引「実地研修」  
口腔内・鼻腔内 吸引（通常手順） 指導者評価票

本票ページ番号

/

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。

※ 国要綱(H24.3.30社団法人0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、修得程度の審査等を行ってください。

評価	ア	1人で実施し、手順の手順どおりに実施できている
	イ	1人で実施しているが、手順の手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた
	ウ	1人で実施しているが、手順の手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた
	エ	1人で実施を任せてもらえない

番号	
実地研修 受講者名	
指導 講師名	

回数	例	回目	回目	回目	回目	回目
実施月日	12/15	/	/	/	/	/
開始時間	10:00	:	:	:	:	:

実施手順	評価項目	評価判定	評価判定	評価判定	評価判定	評価判定
準備	1 医師の指示等の確認を行う	ア				
	2 手洗いをを行う	ア				
	3 必要物品をそろえ、作動状況等を点検確認する	ア				
	4 必要物品を実地研修協力者のもとの運ぶ	ア				
実施	5 実地研修協力者に吸引の説明をする	ア				
	6 吸引の環境・実地研修協力者の姿勢を整える	ア				
	7 口腔内・鼻腔内を観察する	ア				
	8 手袋の着用またはセッシンを持つ	ア				
	9 吸引チューブを清潔に取り出す	ア				
	10 吸引チューブを清潔に吸引器と連結管で連結する	ア				
	11 (浸漬法の場合) 吸引チューブ外側を清浄綿等で拭く	ア				
	12 吸引器の電源を入れて水を吸い決められた吸引圧になることを確認する	ア				
	13 吸引チューブの先端の水をよく切る	ア				
	14 実地研修協力者に吸引開始について声かけを行う	ア				
	15 適切な吸引圧で適切な深さまで吸引チューブを挿入する	ア				
	16 適切な吸引時間で分泌物等の貯留物を吸引する	ア				
	17 吸引チューブを静かに抜く	ア				
	18 吸引チューブの外側を清浄綿等で拭く	ア				
	19 洗浄水を吸引し、吸引チューブ内側の汚れを落とす	ア				
	20 吸引器の電源を切る	ア				
	21 吸引チューブを連結管から外し保管容器に戻す	ア				
	22 手袋をはずす(手袋を使用している場合) またはセッシンを戻す	ア				
	23 実地研修協力者に吸引終了の声かけを行い、姿勢を整える	ア				
	24 吸引物及び実地研修協力者の状態を観察する	ア				
	25 実地研修協力者の吸引前の状態と吸引後の状態変化を観察する	ア				
	26 吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないかを観察する(経鼻経管栄養実施者のみ)	ア				
	27 手洗いをする	ア				
報告	28 吸引物及び実地研修協力者の状態を報告する	ア				
	29 吸引後に経鼻経管栄養チューブが口腔内に出てきていないことを報告する(経鼻経管栄養実施者のみ)	ア				
	30 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする(該当する場合のみ)	ア				
片付け	31 吸引びんの排液量が70%~80%になる前に排液を捨てる	ア				
	32 使用物品を速やかに後片付けまたは交換する	ア				
記録	33 実施記録を記載する	ア				
アの合計個数		32				
<合格基準> ア) 累積成功率が70%以上あること イ) 最終3回のケアの実施において、不成功が1回もないこと(連続3回成功)		一回の手技において ・すべて「ア」がそろっている → ○ ・「イ」「ウ」「エ」が一つでもある → ×	○			

\*自由記載欄:指導内容を具体的に記述してください。

※評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	

(3) 喀痰吸引「実地研修」  
気管カニューレ内部吸引（通常手順） 指導者評価票

本票ページ番号 /

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。

※ 国家検(124.3.30社連発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、修習程度の審査等を行ってください。

※ 気管カニューレ内部からの吸引については、特に清潔の遵守が必要。気管カニューレの長さ以上に挿入しない。

Table with 2 columns: 評価 (Evaluation) and 内容 (Content). Rows include: ア 1人で実施し、手引きの手順どおりに実施できている; イ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた; ウ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた; エ 1人での実施を任せてもらえない

Form with 2 rows: 番号 (Number), 実地研修受講者名 (Practical training participant name), 指導講師名 (Instructor name)

Table with 6 columns: 例 (Example), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round), 回目 (Round). Rows include: 実施月日 (Implementation date) 12/15, 開始時間 (Start time) 1000

Main evaluation table with 3 columns: 実施手順 (Implementation procedure), 評価項目 (Evaluation item), 評価判定 (Evaluation result). Rows include: 準備 (Preparation) steps 1-4, 実施 (Implementation) steps 5-27, 報告 (Reporting) steps 28-30, 片付け (Cleanup) steps 31-32, 記録 (Recording) step 33. Includes a summary row for 'アの合計個数' (Total number of 'A' marks) and a '合格基準' (Passing criteria) section.

\* 自由記載欄: 指導内容を具体的に記述してください。

※ 評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

Form with 5 rows for free description, each with a label '( )回目' (Round )

(3) 喀痰吸引「実地研修」  
気管カニューレ内部吸引(通常手順) 指導者評価票

本票ページ番号 /

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。  
※ 国要綱(H24.3.30社理発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、研修程度の審査等を行ってください。  
※ 気管カニューレ内部からの吸引については、特に清潔の遵守が必要。気管カニューレの長さ以上に挿入しない。

Table with 2 columns: 評価 (Evaluation) and 内容 (Content). Rows include: ア 1人で実施し、手引きの手順どおりに実施できている; イ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた; ウ 1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた; エ 1人での実施を任せてもらえない

Form with fields for: 番号 (Number), 実地研修受講者名 (Practical training participant name), 指導講師名 (Instructor name)

Table with 6 columns: 回数 (Number of times), 実施月日 (Implementation date), 開始時間 (Start time), and four 回目 (Times) columns. Example row: 回数 12/15, 実施月日 /, 開始時間 1000, 回目 /, /, /, /

Main evaluation table with columns: 実施手順 (Implementation procedure), 評価項目 (Evaluation item), 評価 (Evaluation), and 評価判定 (Evaluation determination). Rows include: 準備 (Preparation) steps 1-4, 実施 (Implementation) steps 5-27, 報告 (Reporting) steps 28-30, 片付け (Cleanup) steps 31-32, and a total score row for 'ア' (A) with a score of 33. Includes a legend for evaluation criteria and symbols.

Additional form section for recording specific details and overall results. Includes fields for recording specific content and a note to enter overall results into the evaluation form (reference form 4).



### (5) 経管栄養「実地研修」 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 指導者評価票

本票ページ番号	/
---------	---

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。  
 ※ 国要綱(H24.3.30社援発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、研修程度の審査等を行ってください。

評価	ア	1人で実施し、手引きの手順どおりに実施できている
	イ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた
	ウ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた
	エ	1人での実施を任せてもらえない

番号	
実地研修受講者名	
指導講師名	

回数	例	回目	回目	回目	回目	回目
実施月日	12/15	/	/	/	/	/
開始時間	1000	:	:	:	:	:

実施手順	評価項目	評価判定					
準備	1 医師の指示等の確認を行う	ア					
	2 手洗いを行う	ア					
	3 必要な物品を準備する	ア					
	4 指示された栄養剤（流動食）の種類・量・時間を確認する	ア					
	5 経管栄養の注入準備を行う	ア					
	6 準備した栄養剤（流動食）を実地研修協力者のもとに運ぶ	ア					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する	ア					
	8 注入する栄養剤（流動食）が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する	ア					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する	ア					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する	ア					
	11 注入中の表情や状態を定期的に観察する	ア					
	12 注入中の実地研修協力者の体位を観察する	ア					
	13 注入物の滴下の状態を観察する	ア					
	14 挿入部からの栄養剤（流動食）のもれを確認する。	ア					
	15 注入中に実地研修協力者の状態を観察する	ア					
	16 経管栄養チューブに白濁を注入し、状態を観察する	ア					
	17 クレンメを閉め、経管栄養チューブの接続を外し、半坐位の状態を保つ	ア					
報告	18 注入後、実地研修協力者の状態を観察し、報告する	ア					
	19 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位交換を再開する	ア					
	20 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする（該当する場合のみ）	ア					
片付け	21 環境を汚染させないよう使用物品を速やかに後片付けする	ア					
記録	22 実施記録を記載する	ア					
アの合計回数		22					
<合格基準> ア)累積成功率が70%以上あること イ)最終3回のケアの実施において、不成功が1回もないこと(連続3回成功)		一回の手技において すべて「ア」がそろっている → ○ 「イ」「ウ」「エ」が一つでもある → ×	○				

\* 自由記載欄: 指導内容を具体的に記述してください。

※評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	

(5) 経管栄養「実地研修」  
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 指導者評価票

本票ページ番号

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。

※ 国要綱(H24.3.30社援発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、修習程度の審査等を行ってください。

評価	ア	1人で実施し、手引きの手順どおりに実施できている
	イ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた
	ウ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた
	エ	1人での実施を任せてもらえない

番号	
実地研修 受講者名	
指導 講師名	

回数	例	回目	回目	回目	回目	回目
実施月日	12/15	/	/	/	/	/
開始時間	1000	:	:	:	:	:

実施手順	評価項目	評価判定	回目	回目	回目	回目	回目
準備	1 医師の指示等の確認を行う	ア					
	2 手洗いをを行う	ア					
	3 必要な物品を準備する	ア					
	4 指示された栄養剤（流動食）の種類・量・時間を確認する	ア					
	5 経管栄養の注入準備を行う	ア					
	6 準備した栄養剤（流動食）を実地研修協力者のもとに運ぶ	ア					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する	ア					
	8 注入する栄養剤（流動食）が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する	ア					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する	ア					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する	ア					
	11 注入中の表情や状態を定期的に観察する	ア					
	12 注入中の実地研修協力者の体位を観察する	ア					
	13 注入物の滴下の状態を観察する	ア					
	14 挿入部からの栄養剤（流動食）のもれを確認する。	ア					
	15 注入中に実地研修協力者の状態を観察する	ア					
	16 経管栄養チューブに白濁を注入し、状態を観察する	ア					
	17 クレンメを閉め、経管栄養チューブの接続を外し、半坐位の状態を保つ	ア					
報告	18 注入後、実地研修協力者の状態を観察し、報告する	ア					
	19 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位交換を再開する	ア					
	20 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする（該当する場合のみ）	ア					
片付け	21 環境を汚染させないように使用物品を速やかに後片付けする	ア					
記録	22 実施記録を記載する	ア					
アの合計回数		23					
<合格基準> ア) 累積成功率が70%以上あること イ) 最終3回のケアの実施において、不成功が1回もないこと(連続3回成功)		一回の手技において すべて「ア」がそろっている → ○ 「イ」「ウ」「エ」が一つでもある → ×	○				

\* 自由記載欄: 指導内容を具体的に記述してください。

※ 評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	

(6) 経管栄養「実地研修」  
経鼻経管栄養 指導者評価票

本票ページ番号

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。

※ 国要綱(H24.3.30社援発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、修得程度の審査等を行ってください。

ア	1人で実施し、手引きの手順どおりに実施できている
イ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、実施後に指導を受けた
ウ	1人で実施しているが、手引きの手順を抜かしたり間違えており、その場で指導を受けた
エ	1人での実施を任せてもらえない

番号	
実地研修 受講者名	
指導 講師名	

回次	例	回目	回目	回目	回目	回目
実施月日	12/15	/	/	/	/	/
開始時間	1000	:	:	:	:	:

実施手順	評価項目	評価判定	回目	回目	回目	回目	回目
準備	1 医師の指示等の確認を行う	ア					
	2 手洗いをを行う	ア					
	3 必要な物品を準備する	ア					
	4 指示された栄養剤（流動食）の種類・量・時間を確認する	ア					
	5 経管栄養の注入準備を行う	ア					
	6 準備した栄養剤（流動食）を実地研修協力者のもとの運び	ア					
実施	7 実地研修協力者に本人確認を行い、経管栄養の実施について説明する	ア					
	8 注入する栄養剤（流動食）が実地研修協力者本人のものであるかを確認し、適切な体位をとり、環境を整備する	ア					
	9 経管栄養チューブに不具合がないか確認し、確実に接続する	ア					
	10 注入を開始し、注入直後の様子を観察する	ア					
	11 注入中の表情や状態を定期的に観察する	ア					
	12 注入中の実地研修協力者の体位を観察する	ア					
	13 注入物の滴下の状態を観察する	ア					
	14 注入中に実地研修協力者の状態を観察する	ア					
	15 注入終了後は白濁を注入し、状態を観察する	ア					
	16 クレンメを閉め、経管栄養チューブの接続を外し、半坐位の状態を保つ	ア					
報告	17 実地研修協力者の状態を観察し、報告する	ア					
	18 体位交換が必要な実地研修協力者に対しては、異常が無ければ体位交換を再開する	ア					
	19 ヒヤリハット・アクシデントの報告をする（該当する場合のみ）	ア					
片付け	20 環境を汚染させないように使用物品を速やかに後片付けする	ア					
記録	21 実施記録を記載する	ア					
アの合計個数		21					
<合格基準> ア) 累積成功率が70%以上あること イ) 最終3回のケアの実施において、不成功が1回もないこと(連続3回成功)		一回の手技において、すべて「ア」がそろっている → ○ 「イ」「ウ」「エ」が一つでもある → ×	○				

\* 自由記載欄: 指導内容を具体的に記述してください。

※ 評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	
( )回目	

(6) 経管栄養「実地研修」  
経鼻経管栄養 指導者評価票

本票ページ番号 /

下記評価項目について、どの程度達成できているか該当する記号を記入してください。  
※ 図要綱(H24.3.30社援発0330第43号)の別添2に定める審査方法に留意して、修得程度の審査等を行ってください。

Table with 2 columns: 評価 (Evaluation) and 内容 (Content). Rows include criteria for implementation (ア), supervision (イ), observation (ウ), and non-compliance (エ).

Form for recording participant and instructor information. Fields include 番号 (Number), 実地研修受講者名 (Participant Name), and 指導講師名 (Instructor Name).

Summary table with columns for 回数 (Number of times), 実施月日 (Implementation date), and 開始時間 (Start time). Includes a '例' (Example) row.

Main evaluation table with columns: 実施手順 (Implementation procedure), 評価項目 (Evaluation item), and 評価判定 (Evaluation determination). Rows list 21 steps from preparation to reporting, with a final summary row for 'アの合計個数' (Total number of 'A's').

\* 自由記載欄: 指導内容を具体的に記述してください。

※ 評価結果を総合評価票(参考様式4)に記入すること。

Free description area with five rows for recording specific supervision content.

(参考様式6)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	連携看護職員氏名	

発生日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分頃
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
対象者	氏名: (男・女) 年齢:
	当日の状況

出来事の情報 (1連の行為につき1枚)

行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) 【経管栄養】 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 )
第1発見者 (○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 ( ) <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員
出来事の発生状況	※誰が、何をを行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。
医師への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
連携看護職員への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。
救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし

	□あり（具体的な処置： _____ ）	
出来事が発生した 背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。	
(当てはまる要因 を全て)	<b>【人的要因】</b> <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	<b>【環境要因】</b> <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <b>【管理・システムの要因】</b> <input type="checkbox"/> 連携（コミュニケーション）の不備 <input type="checkbox"/> 医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
出来事の 影響度分類 (レベル0～5の うち一つ)	<input type="checkbox"/> 0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった
	<input type="checkbox"/> 1	対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	<input type="checkbox"/> 2	処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
	<input type="checkbox"/> 3 a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
	<input type="checkbox"/> 3 b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
	<input type="checkbox"/> 4 a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない
	<input type="checkbox"/> 4 b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う
	<input type="checkbox"/> 5	レベル4 bをこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師・連携看護職員 の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他（今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など）

医師・連携看護職員 報告書記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第

号

## 実地研修修了証

氏名

生年月日

年 月 日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める喀痰吸引等研修のうち以下の行為を修了したことを証します。

1 実地研修を修了した行為

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

2 実地研修を修了した登録喀痰吸引等事業者

- (1) 登録番号
- (2) 事業所名
- (3) 事業種別

平成 年 月 日

(法人名)

(代表者名)





記載例

第2018-001号

各事業者における任意の番号を記入

# 実地研修修了証

氏名 長崎 花子

生年月日 昭和40年12月1日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める喀痰吸引等研修のうち以下の行為を修了したことを証します。

項目は実地研修を修了した行為のみ記入

1 実地研修を修了した行為

- ・口腔内のたんの吸引
- ・鼻腔内のたんの吸引
- ・気管カニューレ内部のたんの吸引
- ・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ・経鼻経管栄養

2 実地研修を修了した登録喀痰吸引等事業者

- (1) 登録番号 421100000
- (2) 事業所名 特別養護老人ホーム ○○○○
- (3) 事業種別 介護老人福祉施設

平成30年12月1日

社会福祉法人 ○○○○○会  
理事長 長崎 太郎



## 実地研修修了後の注意事項

### 登録喀痰吸引等事業者 様

- ・ 介護福祉士に実地研修の修了証を交付する際は、(公財)社会福祉振興・試験センターに、登録事項変更届出を行うよう伝えてください。実地研修を修了した喀痰吸引等の行為を付記した介護福祉士登録証が交付された後に、登録喀痰吸引等事業者にて付記された行為の業務を行うことが可能となります。  
介護福祉士登録証の登録事項変更届出については、(公財)社会福祉振興・試験センターのホームページを御確認ください。
- ・ 実地研修修了証の交付を受けた者の氏名・生年月日・住所及び交付年月日を記載した帳簿(「介護福祉士の喀痰吸引等実地研修修了者管理簿(参考様式8)」)を作成し、喀痰吸引等業務廃止まで管理することが必要です。なお、廃止する場合は、管理簿を長崎県に引き継ぎをしてください。
- ・ 実地研修修了証の交付状況について、年1回以上(実施した年度の翌年度4月30日までに)長崎県知事へ報告を行うことが必要です。
- ・ 実地研修に関する記録(実施計画書、評価票等)を整備し、5年間保存することが必要です。
- ・ 介護福祉士が喀痰吸引等の行為を付記された介護福祉士登録証の交付を受けたら、登録喀痰吸引等事業者は、長崎県に「登録喀痰吸引等事業者登録変更届出書」により喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿の変更を届け出る必要があります。

～実地研修を修了した介護福祉士に実地研修修了証を交付する際に次の連絡事項を添付してください。～

### 実地研修を修了した介護福祉士 様

- ・ 実地研修修了証が交付されたら、(公財)社会福祉振興・試験センターに、登録事項変更届出を行う必要があります。実地研修を修了した喀痰吸引等の行為を付記した介護福祉士登録証が交付されるまで、その行為の業務を行うことはできません。  
介護福祉士登録証の登録事項変更届出については、(公財)社会福祉振興・試験センターのホームページをご確認ください。
- ・ 喀痰吸引等の行為を付記された介護福祉士登録証の交付を受けたら、その写しを施設(事業所)へ提出してください。施設(事業所)は、長崎県に「登録喀痰吸引等事業者登録変更届出書」により喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿の変更届出を行う必要があります。

介護福祉士の喀痰吸引等実地研修 修了者管理簿

登録時喀痰吸引等実地研修番号	事業所名
----------------	------

No.	修了証番号	氏名	生年月日	住所	介護福祉士登録番号	合格年度	基本研修受講種類	受講開始年月日	修了証交付年月日	実施行為種別	指導講師の氏名	指導講師の受講講習
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

備考 1 「修了証番号」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 「実施行為種別」には実地した特定行為の種別を以下から選択し、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  
 3 「基本研修受講種類」には、以下のA～Dのいずれかを選択し、記入してください。  
 A 県主催の喀痰吸引等研修  
 B 登録研修機関主催の喀痰吸引等研修  
 C 実業者研修  
 D 養成校にて修了

4 「指導講師の受講講習」は以下のア～エのいずれかを選択し、記入してください。  
 ア 平成22年度 試行事業指導者講習(厚生労働省主催)  
 イ 平成23、24年度 指導者講習(厚生労働省主催)  
 ウ 平成23年度～指導者講習伝達講習(長崎県主催)  
 エ 平成23年度～指導者講習伝達講習(長崎県以外の県が主催)  
 オ 医療的ケア教員講習会(厚生労働省指定の講習会で民間団体実施のもの)

5 この管理簿は、喀痰吸引等業務停止まで管理することが必要です。廃止する場合は、管理簿を長崎県に引継ぎを行ってください。  
 6 実地研修修了証の交付状況について、交付した日の属する年度の翌年度の4月末日までに、長崎県知事へ報告を行うことが必要です。



(参考様式9)

受付番号

平成 年 月 日

長崎県知事 様

主たる事業所の  
所在地  
報告者  
代表者名

㊟

### 喀痰吸引等研修 実施結果報告書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の5第1項第2号に定める介護福祉士の実地研修について、下記の通り実施したので、省令第26条の3第2項の規定により報告します。

登録喀痰吸引等事業者登録番号		4	2						
報告者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 - )							
		県	郡市		(ビルの名称等)				
電話番号									
実地研修	実施年度	平成 年度							
	受講者数	人			修了者数	人			
	実施行為種別	口腔内の喀痰吸引	人						
		鼻腔内の喀痰吸引	人						
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	人						
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人						
経鼻経管栄養		人							
修了証交付日	年 月 日			修了証番号	~				
研修担当者の氏名及び連絡先	職・氏名								
	電話番号								

添付資料：介護福祉士の喀痰吸引等実地研修修了者管理簿（参考様式8）

※ 実地研修修了証の交付状況について、年1回以上（交付した日の属する年度の翌年度4月末日までに）長崎県知事へ報告を行うことが必要です。



(別添様式1)

喀痰吸引等業務 (特定行為業務) 計画書

作成者氏名	㊦	作成日	
承認者氏名①	㊦	承認日	
承認者氏名②	㊦	承認日	

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
		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。

平成 年 月 日

事業者名

責任者名

印

〇 〇 〇 〇 殿



## 長崎県喀痰吸引等業務登録申請等実施要綱

### (趣旨)

第1条 「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。)、  
「社会福祉士及び介護福祉士法施行令」(昭和62年政令第402号。以下「施行令」という。)、  
「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則」(昭和62年厚生省令第49号。以下「省令」という。)  
「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。以下「改正法」という。)  
及び「介護保険法施行規則の一部を改正する省令」(平成23年厚生労働省令第126号。以下「改正省令」という。)  
に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (喀痰吸引等(特定行為)業務の登録の申請及び登録)

第2条 法第48条の3第1項及び第2項又は法附則第20条の規定による申請をしようとする者は、「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書」(様式1-1)に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- 一 「介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」(様式1-2)
- 二 「社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4号各号の規定に該当しない旨の誓約書」(様式1-3)
- 三 「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」(様式1-4)
- 四 申請者が法人である場合は、その定款又は寄付行為及び登記事項証明書
- 五 申請者が個人である場合は、その住民票の写し

2 前項の規定により登録を申請した者が、法第48条の5第1項に掲げる要件の全てに適合し、法第48条の4の各号のいずれにも該当しないときは、知事は、法第48条の5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)登録簿」(様式2)により登録し、様式1-5により登録者に通知する。

### (登録喀痰吸引等(登録特定行為)事業者の登録更新等)

第3条 前条により登録を受けた者が、喀痰吸引等の行為又は法附則第3条に規定する特定行為を追加しようとするときは、「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録更新申請書」(様式3-1)に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- 一 「介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」(様式1-2)
- 二 「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」(様式1-4)

2 前条により登録を受けた者は、法第48条の3第2項第1号から第3号までに掲げる事項を変更しようとするときは、あらかじめ、同項第4号に掲げる事項を変更しようとするときは、遅滞なく、「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)変更登録届出書」(様式3-2)を、法第48条の6第1項の規定に基づき、知事に提出しなければならない。

3 登録喀痰吸引等事業者が喀痰吸引等業務(登録特定行為事業者にあつては特定行為業務)を行う必要がなくなったときは、法第48条の6第2項の規定に基づき、登録

を辞退する日の一月前までに「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書」（様式3-3）を知事に提出しなければならない。

- 4 前項の規定による届出があったときは、当該登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の登録は、その効力を失う。

（登録喀痰吸引等事業者における実地研修の実施）

第4条 第2条により登録を受けた登録喀痰吸引等事業者は、省令第26条の3第2項の規定に基づき、介護福祉士に対して実地研修を行ったときは、実地研修の修了者に対し、「実地研修修了証」を交付するものとする。

- 2 登録喀痰吸引等事業者は、実地研修の修了者の氏名、生年月日、住所、修了した実施行為の種別、修了年月日及び修了証の番号を記載した名簿を作成し、管理するものとし、年度ごとに翌年度の4月末日までに県に提出するものとする。
- 3 前項に定める名簿は永年保存とし、修了証の再発行に対応できるようにしておくものとする。

（登録喀痰吸引等（登録特定行為）事業者の登録の取消し等）

第5条 第2条により登録を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、知事は法48条の7の規定に基づき、その登録を取り消し、又は期間を定めて喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者にあつては特定行為業務）の停止を命ずることができる。

- 一 法第48条の4各号（第三号を除く。）のいずれかに該当するに至ったとき
- 二 法第48条の5第1項各号に掲げる要件に適合しなくなったとき
- 三 法第48条の6第1項の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をしたとき
- 四 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けたとき

- 2 前項の命令について、知事は、様式3-4により事業者に通知する。

（認定特定行為業務従事者認定証の交付申請、交付及び登録）

第6条 省令附則第5条の規定による申請をしようとする者は、省令別表第一号及び第二号研修修了者にあつては、「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4-1）に、省令別表第三号研修修了者にあつては、「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4-2）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- 一 住民票の写し
- 二 「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」（様式4-3）
- 三 喀痰吸引等研修の修了証明書

- 2 前項の規定により登録を申請した者が、法附則第4条第2項の要件に適合し、同条第3項の各号のいずれにも該当しないときは、知事は、省令別表第一号及び第二号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証（省令別表第一号、第二号研修修了者）」（様式5-1）を、省令別表第三号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証（省令別表第三号研修修了者）」（様式5-3）に次に掲げる事項を記

載して交付し、「認定特定行為業務従事者認定登録簿」(様式6)により登録する。

- 一 法附則第三条第一項に規定する認定特定行為業務従事者(以下「認定特定行為業務従事者という。」)の氏名及び生年月日
- 二 認定特定行為業務従事者が行う特定行為
- 三 その他必要な事項

(認定特定行為業務従事者認定証の交付事務の委託)

第7条 法附則第5条第1項及び施行令附則第5条の規定に基づき、前条に規定する認定特定行為業務従事者認定証に関する事務(認定特定業務従事者認定証の返納に係る事務、喀痰吸引等研修の課程修了に係る認定の事務及び認定証の交付の拒否に係る事務を除く。)の全部又は一部を登録研修機関に委託するときは、省令附則第9条の規定に基づき、あらかじめ知事と登録研修機関の間で委託契約書を作成して行うものとする。

- 2 前条の規定により知事の委託を受けた登録研修機関に、前条第1項の申請が行われ、登録を申請した者が、法附則第4条第2項の要件に適合し、同条第3項の各号のいずれにも該当しないときは、登録研修機関は、省令別表第一号及び第二号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第一号、第二号研修修了者)」(様式5-2)を、省令別表第三号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第三号研修修了者)」(様式5-4)に次に掲げる事項を記載して交付し、知事は「認定特定行為業務従事者認定登録簿」(様式6)により登録する。
  - 一 認定特定行為業務従事者の氏名及び生年月日
  - 二 認定特定行為業務従事者が行う特定行為
  - 三 その他必要な事項
- 3 第1項の規定により認定証交付事務の委託を受けた登録研修機関の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、法附則第5条第2項の規定に基づき、当該委託に係る認定証交付事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(認定特定行為業務従事者認定証の変更の届出等)

第8条 認定特定行為業務従事者は、省令附則第5条各号に掲げる事項に変更があつたときは、省令附則第7条の規定により、遅滞なく、「認定特定行為業務従事者認定証変更届出書」(様式7)を知事に提出しなければならない。

- 2 前項の提出に伴い、認定特定行為業務従事者認定証の再交付を希望する場合には、「認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書」(様式8)に、当該認定特定行為業務従事者認定証を添えて、知事に提出しなければならない。
- 3 認定特定行為業務従事者は、省令附則第8条第1項の規定に基づき、認定特定行為業務従事者認定証を汚損し、又は失つたときは、「認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書」(様式8)を、汚損した場合にあつては当該認定特定行為業務従事者認定証を添えて、知事に提出しなければならない。
- 4 認定特定行為業務従事者は、前項の申請をした後、失つた認定特定行為業務従事者認定証を発見したときは、省令附則第8条第2項の規定に基づき、速やかにこれを知

事に返納しなければならない。

(特定行為の業務停止及び認定特定行為業務従事者認定証の返納)

第9条 知事は、認定特定行為業務従事者が次の各号のいずれかに該当する場合には、法附則第4条第4項の規定に基づき、「認定特定行為業務従事者認定取消書」(様式9)により、期間を定めて特定行為の業務を停止し、又はその認定特定行為業務従事者認定証の返納を命ずることができる。

- 一 法附則第4条第3項各号(第5号を除く。)のいずれかに該当するに至った場合
  - 二 前号に該当する場合を除くほか、特定行為の業務に関し不正の行為があつた場合
  - 三 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた場合
- 2 前項の規定により返納を命ぜられた認定特定行為業務従事者は、施行令附則第4条第1項の規定に基づき、遅滞なく、知事にこれを返納しなければならない。
- 3 第1項の規定に基づいて、他の都道府県知事から認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた認定特定業務従事者について、期間を定めて特定行為の業務を停止した場合は、「業務停止処分に関する都道府県間連絡通知」(様式10-1)により、認定特定行為業務従事者認定証の返納を命じた場合は、「認定証返納処分に関する都道府県間連絡通知」(様式10-2)により、政令附則第4条第2項及び第3項の規定に基づき、当該認定特定行為業務従事者へ認定特定行為業務従事者認定証を交付した都道府県知事に通知するものとする。

(認定特定行為業務従事者認定の辞退)

第10条 第6条、第7条、第18条の規定により認定を受けた者が、喀痰吸引等業務を行う必要がなくなったときは、交付を受けた認定特定行為業務従事者認定証を添えて、認定を辞退する日の一月前までに、「認定特定行為業務従事者認定辞退届出書」(様式11)を知事に提出しなければならない。

(登録研修機関の登録申請)

第11条 法附則第6条の規定による申請をしようとする者は、省令附則第10条第1項の規定に基づき、「登録研修機関登録申請書」(様式12-1)に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- 一 申請者が法人である場合は、その定款又は寄付行為及び登記事項証明書
  - 二 申請者が個人である場合は、その住民票の写し
  - 三 「社会福祉士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」(様式12-2)
  - 四 「登録研修機関登録適合書類」(様式12-3)
  - 五 省令附則第14条に規定される業務規程
  - 六 実地研修の一部を委託する場合には、当該研修機関に係る資料
  - 七 「研修修了証明書」(様式12-4)
- 2 前項の規定により登録を申請した者が、法附則第8条第1項及び省令附則第11条

に掲げる要件の全てに適合し、法附則第7条の各号のいずれにも該当しないときは、知事は法附則第8条第2項の規定に基づき、「登録研修機関登録簿」（様式13）に次掲げる事項を記載して登録し、様式12-5により登録者に通知する。

- 一 登録年月日及び登録番号
- 二 登録を受けた者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、その代表者の氏名
- 三 事業所の名称及び所在地
- 四 喀痰吸引等研修の業務開始の予定年月日
- 五 喀痰吸引等研修の課程

（登録研修機関の登録の更新等）

第12条 前条により登録を受けた者（以下「登録研修機関」という。）は、前条第2項各号（第1号を除く。）の内容を更新するときは、法附則第9条及び施行令附則第6条の規定に基づき、5年ごとに、「登録研修機関登録更新申請書」（様式14-1）を知事に提出しなければならない。

- 2 登録研修機関が、前項の規定による更新を受けなかったときは、その期間の経過によってその効力を失う。
- 3 登録研修機関は、登録された内容に変更があったときは、法附則第11条に基づき、あらかじめ「登録研修機関変更登録届出書」（様式14-2）を知事に提出しなければならない。
- 4 登録研修機関は、登録された業務規程の内容に変更があったときは、法附則第12条第1項の規定に基づき、喀痰吸引等研修の業務の開始前に、「登録研修機関業務規程変更届出書」（様式15）を知事に提出しなければならない。

（修了証明書の交付等）

第13条 登録研修機関は、研修の修了者に対し、第11条第1項の「研修修了証明書」（様式12-4）を交付するものとする。

- 2 登録研修機関は、研修の修了者の氏名、生年月日、修了した研修の課程、修了年月日及び修了証明書の番号を記載した名簿を作成し、管理するものとし、年度ごとに翌年度の4月末日までに県に提出するものとする。
- 3 前項に定める名簿は永年保存とし、修了証明書の再発行に対応できるようにしておくものとする。

（登録研修機関の休廃止）

第14条 登録研修機関が、喀痰吸引等研修の業務の全部又は一部を休止し、又は廃止しようとするときは、法附則第13条及び省令附則第15条の規定に基づき、「登録研修機関休廃止届出書」（様式16-1）を、登録を休廃止する日の一月前までに、知事に提出しなければならない。

（適合命令）

第15条 知事は、登録研修機関が法附則第8条第1項各号のいずれかに適合しなくなったと認めるときは、法附則第14条の規定に基づき、その登録研修機関に対して、これらの規定に適合するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(改善命令)

第16条 知事は、登録研修機関が法附則第10条の規定に違反していると認めるときは、法附則第15条の規定に基づき、その登録研修機関に対して、同条の規定による喀痰吸引等研修を行うべきこと又は喀痰吸引等研修の方法その他の業務の方法の改善に関し必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(登録研修機関の登録の取消し等)

第17条 登録研修機関が、次の各号のいずれかに該当するときは、知事は法附則第16条の規定に基づき、その登録を取り消し、又は期間を定めて喀痰吸引等研修の業務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。

- 一 法附則第7条各号（第三号を除く。）のいずれかに該当するに至ったとき
  - 二 法附則第11条から第13条までの規定に違反したとき
  - 三 法附則第14条の規定による適合命令又は法附則第15条の規定による改善命令に違反したとき
  - 四 法附則第18条において準用する法第17条の規定に違反したとき
  - 五 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けたとき
- 2 前項の命令について、知事は、様式16-2により登録研修機関に通知する。

(認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の交付申請)

第18条 改正法附則第14条第1項の規定による知事の認定を受けようとする者は、改正省令附則第4条の規定により、「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書」（様式17-1）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- 一 住民票の写し
- 二 「社会福祉士及び介護福祉士法第4条第3項の各号の規定に該当しない旨の誓約書」（様式4-3）
- 三 喀痰吸引等に関する研修修了証明書（該当するものがある場合）及び修了した研修内容・研修時間を示す書類
- 四 「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」（様式17-2）
- 五 「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」（様式17-3）
- 六 「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」（様式17-4）

2 前項の規定により登録を申請した者が、法附則第4条第2項に規定する喀痰吸引研修の課程を修了した者と同等以上の知識及び技能を有すると知事が判断したときは、改正法附則第14条第2項の規定に基づき、「認定特定行為業務従事者認定証（経過措



置・不特定多数の者対象)」(様式18-1)又は「認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・特定の者対象)」(様式18-2)に次に掲げる事項を記載して交付し、「認定特定行為業務従事者認定登録簿」(様式6)により登録する。

- 一 認定特定行為業務従事者の氏名及び生年月日
- 二 認定特定行為業務従事者が行う特定行為
- 三 その他必要な事項

#### (公示)

第19条 知事は次の各号の一に該当するときは、法附則第17条の規定に基づき、その都度、公示するものとする。

- 一 登録をしたとき
  - 二 法第48条の6第1項又は法附則第11条の規定による届け出(氏名若しくは名称若しくは住所又は事業所の名称若しくは所在地に係るものに限る。)があったとき
  - 三 法第48条の6第2項又は法附則第13条の規定による届け出があったとき
  - 四 法第48条の7規定による登録の取消又は喀痰吸引等業務(登録特定行為事業者にあつては特定行為業務)の停止を命じたとき
  - 五 法附則第16条の規定による登録の取消又は業務の全部若しくは一部の停止を命じたとき
- 2 前項の公示は、長崎県報に登載又は長崎県庁ホームページへの掲載にて行うものとする。

#### (帳簿の備付け等)

第20条 法附則第18条において準用する法第17条の規定に基づき、登録研修機関は、喀痰吸引等研修の業務に関する事項を記載した帳簿を備え、これを保存しなければならない。

#### (報告)

第21条 法第48条の9若しくは法附則第18条若しくは法附則第20条において準用する法第19条の規定に基づき、知事は、法を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、登録喀痰吸引等事業者若しくは登録特定行為事業者若しくは登録研修機関に対し、報告をさせることができる。

#### (立入検査)

第22条 法第48条の9若しくは法附則第18条若しくは法附則第20条第2項において準用する法第20条の規定に基づき、知事は、法を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、その職員に、登録喀痰吸引等事業者若しくは登録特定行為事業者若しくは登録研修機関の事務所に立ち入り、帳簿、書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

- 2 前項の規定により立入検査を行う職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項に規定する権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(関係書類の保存)

第23条 登録喀痰吸引等事業者、登録特定行為事業者及び登録研修機関が保存すべき書類の種類及び保存期間は次のとおりとする。

一 第2条、第3条、第11条、第12条において規定する登録、更新、変更にかかる申請書及び添付書類は、永年保存とする。

二 前号に掲げるほか、喀痰吸引等業務、特定行為業務及び喀痰吸引等研修にかかる関係書類は、5年間保存する、

2 関係書類の保存は、確実に、かつ、秘密が漏れることのない方法により行う。

3 関係書類の廃棄は、焼却その他の復元することができない方法により行う。

附 則 この要綱は、平成24年3月9日から施行する。

この要綱は、平成31年3月26日から施行する。