

福岡県知事 殿

どちらの申請であるかわかるよう、該当しない方を二重線で消してください。

主たる事業所の  
所在地 福岡市博多区東公園7-7  
申請者 社会福祉法人〇〇〇〇  
代表者名 理事長 〇〇 〇〇 (押印不要)

~~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、次のとおり関係書類を添えて提出します。

実施事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームフクオカケンチョウ		
	名称	特別養護老人ホーム福岡県庁		
	所在地	(郵便番号 812-8577 ) 福岡 府 福岡 市 博多区東公園7-7 (建物の名称等)		
	電話番号	092-1234-5678		
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏 名	フクオカ タロウ 福岡 太郎	職 名 生年月日
要件	適合要件		該当書類名	
	1 法第48条の5第1項第1号で定める要件(医師、看護師等との連携確保)			
	① 喀痰吸引等の実施に際し、医師から文書による指示を受けること	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 1		
	③ 医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報共有が図られていること	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 1		
	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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 2		
	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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 2		
	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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 2		
	2 法第48条の5第1項第2号で定める要件(喀痰吸引等の実施内容及び実施記録)			
	① 喀痰吸引等の実地研修まで修了した介護福祉士(認定特定行為業務従事者)が業務を行うこと	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 3		
	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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 3		
	③ 安全委員会の設置が規定されていること	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 3		
	④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 3		
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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 4			
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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 4			
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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 4			
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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 4			
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	特別養護老人ホーム福岡県庁業務方法書 P 5			

備考

- 「1 法第48条の5第1項第1号で定める要件」については、「業務方法書」として一括して書類を作成し、「該当書類名」欄には「業務方法書」の名称及び該当ページ数を記入してください。  
適合要件1-③ 連携する予定の医療機関等について記入した資料を作成してください。
- 「2 法第48条の5第1項第2号で定める要件」については、それぞれの適合要件について、次の要領を踏まえた資料を作成し、その書類の名称を「該当書類名」欄に記入してください。「業務方法書」として一括して作成する場合は、1と同様に記載してください。  
適合要件2-② 「登録特定行為事業者」においては不要であるため、「該当書類名」欄には「- (ハイフン)」を記入してください。  
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、記入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。
- 「該当書類名」欄に記入した書類及びその他関連する資料を提出してください。