

受付番号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

徳島県知事 殿

主たる事業所の 〒〇〇〇-〇〇〇〇

所在地 徳島県〇〇市〇〇町〇〇番地

申請者 社会福祉法人 〇〇

代表者名 理事長 〇〇 〇〇

押印は不要

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書

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	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇〇〇 特別養護老人ホーム〇〇〇〇		
	事業所所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 徳島 都 道 〇〇 (市) 区 〇〇町〇〇番地 府 (県) 町 村 (ビルの名称等)		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	個人・法人の種別	社会福祉法人
	代表者の氏名・フリガナ	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	職名・生年月日 氏名	〇〇 〇〇	職名	理事長
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	適合要件を満たしていることがわかる書類名を記載の上、該当書類を添付すること。		業務方法書 p.〇〇
	② 利用者の状態について医師、看護職員			業務方法書 p.〇〇
	③ 医療従事者と介護職員とで適切な役割			業務方法書 p.〇〇
	④ 医療従事者と連携のもと、利用者ごと			業務方法書 p.〇〇
	⑤ 喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当			業務方法書 p.〇〇
	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			緊急時連絡マニュアル
	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			認定特定行為業務従事者認定証
	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			安全委員会マニュアル
	④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること			研修計画書
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			備品管理規定	
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			感染症予防マニュアル	
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			同意書	
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			秘密保持マニュアル	

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 「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。