

別添4

介護福祉士の実地研修の実施について

1. 趣旨

省令第26条の3第2項第1号及び第2号において登録喀痰吸引等事業者が満たすべき登録基準として、介護福祉士の実地研修の実施につき規定されているところであるが、当該実地研修については、喀痰吸引等研修と同程度以上のものを実施することとされていることから、実施研修の実施にあたっては、別添1～3に定めるもの（実地研修に関する部分のみ）を踏まえるとともに、以下のとおりの取扱いとすること。

2. 実地研修実施体制の整備等

(1) 実施体制

登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を構成かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。

当該実施体制には、当該研修の担当責任者のほか、研修講師、その他の関係者により構成し、研修実施、研修評価、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ものであること。

また、本研修はその内容として医行為について取り扱うものであることから、事業者での所属の如何に関わらず、医師及び看護職員（保健師、助産師及び看護師）の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。

なお、当該実施体制について、上記に掲げる内容について実施が可能な場合においては、安全委員会等の既存の研修実施体制の活用、複数登録喀痰吸引等事業者による共同実施等を行っても差し支えない。

(2) 研修の実施

研修の実施については、別添1に定めるもの（実地研修に関する部分のみ）のほか、以下の点に留意し実施を行うこと。

○研修計画の策定

研修受講者、研修講師双方の当該研修以外の業務に支障のないよう配慮を行うよう、務めること。

○研修受講者及び研修修了者等の管理

省令第26条の3第2項第2号を踏まえ行うとともに、省令第1条各号に掲げる行為毎の管理について徹底すること。

○研修教材

研修受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた一般的な知識及び基本的な技能の修得内容を確認しながら、当該登録喫煙吸引等事業者等における喫煙吸引等の実施において具体的に使用している書面等を活用することなどにより、より実践的な修得を促すよう努めること。

○研修講師

連携協力機関等の外部機関の研修講師を活用する場合には、研修講師所属機関等への配慮、研修受講者の個人情報の徹底など、当該研修を適切に実施するための取り決め等の整備を行うよう努めること。

○損害賠償保険制度への加入

実地研修についても対象となる損害賠償保険制度へ加入しておくなど、実地研修の実施における安全確保措置としての適切な対応を徹底すること。

(3)実地研修に関する修得程度の審査方法等

研修の修得程度の審査等については、別添2及び3に定めるもの(実地研修に関する部分のみ)に留意し実施を行うこと。

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
	住所				電話()	-
	要介護認定区分	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
	主たる疾患(障害)名	:				
実施行為種別		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				
指示内容	具体的な提供内容					
	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	機種:				
	4. 人工呼吸器	サイズ: 外径_____mm、長さ_____mm				
	5. 気管カニューレ	機種:				
	6. その他	サイズ: 外径_____mm、長さ_____mm				
緊急時の連絡先 不在時の対応法						

- 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
- 「要介護認定区分」または「障害程度区分」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

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

事務連絡
平成 24 年 3 月 28 日

各 都道府県保健福祉主管部局 御中

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課
福祉人材確保対策室

喀痰吸引等業務に関する参考様式例の送付について

先般、「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書」のほか、喀痰吸引等業務の登録申請等に関する参考様式についてお示ししたが、今般、下記のとおり、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。）第 26 条の 3 第 1 項第 3 号に示す計画書等の参考様式例について、下記のとおりお示しするので、各都道府県においては、参考とされたい。

なお、本様式はあくまで参考として示すものであって、各施設における様式等を活用し喀痰吸引等の実施に必要な計画等を策定することで差し支えないものであるため、留意いただきたい。

記

1. 省令第 26 条の 3 第 1 項第 3 号に示す計画書様式
・別添様式 1：喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書
2. 省令第 26 条の 3 第 2 項第 6 号に示す説明及び同意に用いる同意書様式
・別添様式 2：喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書
3. 省令第 26 条の 3 第 1 項第 4 号に示す報告書様式
・別添様式 3：喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書
4. 省令第 26 条の 3 第 2 号第 3 号に示すその他の対象者の安全を確保するために必要な体制に係るヒヤリハット・アクシデント報告書様式
・別添様式 4：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

(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	対 象 者	氏 名		生年月日				
		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				

(別添様式2)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

提供を受ける期間	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
提供を受ける頻度	年 月 日 ~ 年 月 日
提供体制	事業所名称
	事業所責任者氏名
	事業所担当者氏名
	担当看護職員氏名
	担当医師氏名

同意日 平成 年 月 日

住 所
氏 名 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所
代行者氏名 印
本人との関係

事業所名
事業所住所
代表者名 印

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							

実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日															
	(喀痰吸引) 平成 年 月							(経管栄養) 平成 年 月								
実施日 (実施日に○)	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

(別添様式4)

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"/> 記入者以外の介護職員 <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	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ()
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		

	<input type="checkbox"/> 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)	<p>【人的要因】 <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（ _____ ）</p> <p>【環境要因】 <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（ _____ ）</p> <p>【管理・システムの要因】 <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（ _____ ）</p>
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

事務連絡
平成23年12月9日

各都道府県保健福祉主管部局御中

厚生労働省 社会・援護局福祉基盤課
福祉人材確保対策室
社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課

喀痰吸引等業務の登録申請等に係る参考様式の送付等について

今般、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。）及び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。）に規定する登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）、認定特定行為業務従事者、登録研修機関の登録申請等に用いる様式について下記のとおりお示しするので、各都道府県においては、参考としていただき、各登録事務について遺漏のないようされたい。

なお、本事務連絡は医政局及び老健局に協議済みであることを申し添える。

記

1. 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）関係

（1）事業者登録申請等

- 法第48条の3第2項及び省令第26条の2第1項の申請書：別添 第1-1号様式
- 省令第26条の2第2項に規定する介護福祉士の氏名に関する書類：別添 第1-2号様式
- 省令第26条の2第1項第3号の書面：別添 第1-3号様式
- 省令第26条の2第1項第4号の書類：別添 第1-4号様式

（2）登録事業者の管理

- 法第48条の5第2項・法附則第20条第2項に規定する登録簿：別添 第2号様式

（3）事業者の登録更新等

- 法第48条の6第1項及び第2項・法附則第20条第2項の規定による届出等に関する書類：
別添 第3-1号様式（実施行為の追加に係る事前届出事項用様式）
第3-2号様式（登録内容の変更等に係る事後届出事項用様式）

第3-3号様式（登録辞退用様式）

2. 認定特定行為業務従事者認定証関係

（1）認定特定行為業務従事者認定証

○法附則第4条第1項に規定する認定特定行為業務従事者認定証：

別添 第4-1号様式（省令別表第一号、第二号研修修了者用様式）

第4-2号様式（省令別表第一号、第二号研修修了者用、交付事務委託用様式）

第4-3号様式（省令別表第三号研修修了者用様式）

第4-4号様式（省令別表第三号研修修了者用、交付事務委託用様式）

（2）認定証交付申請等

○省令附則第5条の規定による申請書：別添 第5-1号様式（省令別表第一号、第二号研修修了者用様式）又は第5-2号様式（省令別表第三号研修修了者用様式）

○法附則第4条第3項各号のいずれにも該当しない旨の誓約書：別添 第5-3号様式

（3）認定特定行為業務従事者の管理

○法附則第4条第1項の規定による認定特定行為業務従事者認定証の交付に関する書類：
別添 第6号様式

（4）認定証の変更届出等

○省令附則第7条の規定による変更の届出に関する書類：別添 第7号様式

○省令附則第8条第1項に規定する再交付申請書：別添 第8号様式

（5）認定の取消等

○法附則第4条第4項の規定による業務の停止又は返納に関する書類：

別添 第9号様式（認定証の返納、業務停止命令用様式）

第10-1号様式（都道府県間連絡・業務停止処分用様式）

第10-2号様式（都道府県間連絡・認定証返納処分用様式）

第11号様式（認定辞退用様式）

3. 登録研修機関関係

（1）登録研修機関登録申請等

○省令附則第10条第1項の申請書：別添 第12-1号様式

○省令附則第10条第2項第3号の書面：別添 第12-2号様式

○省令附則第10条第2項第4号の書類：別添 第12-3号様式

(2) 登録研修機関の管理

○法附則第8条第2項に規定する研修機関登録簿：別添 第13号様式

(3) 登録研修機関の登録更新等

○法附則第9条の規定による登録の更新に関する書類：別添 第14-1号様式

○法附則第11条の規定による変更の届出に関する書類：別添 第14-2号様式

(4) 業務規程

○法附則第12条第1項の規定による変更の届出に関する書類：別添 第15号様式

(5) 登録研修機関の休廃止届出

○法附則第13条の規定による業務の休廃止の届出に関する書類：別添 第16号様式

4. 認定特定行為業務従事者認定証関係（改正法附則第14条関係）

(1) 認定証交付申請等（改正法附則第14条関係）

○改正省令附則第4条第1項の申請書：別添 第17-1号様式

○改正省令附則第4条第1項第2号の書類：

別添 第17-2号様式（本人誓約書）

第17-3号様式（第三者証明書）

○改正省令附則第4条第1項第3号の書類：別添 第17-4号様式

(2) 認定特定行為業務従事者認定証（改正法附則第14条関係）

○改正法附則第14条第2項に規定する認定特定行為業務従事者認定証：

別添 第18-1号様式（不特定多数の者対象用様式）

第18-2号様式（特定の者対象用様式）

5. 登録喀痰吸引等事業者番号等の設定について

(1) 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）番号の設定

都道府県の別、登録喀痰吸引等事業者と登録特定行為事業者の別を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、各都道府県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いても差し支えない。

□□ □ □□□□□□
↓ ↓ ↓
A B C

A:都道府県番号(2桁)

B:事業者区分(1桁)

不特定多数の者を対象とする事業者にあつては1
特定の者のみを対象とする事業者にあつては2

C:事業者番号(6桁)

(各都道府県において任意の番号を付番)

(2) 認定特定行為業務従事者(経過措置の適用により認定される者を含む)番号の設定

都道府県の別、経過措置適用の有無を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、各都道府県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いても差し支えない。

□□ □ □□□□□□
↓ ↓ ↓
A B C

A:都道府県番号(2桁)

B:経過措置適用区分(1桁)

経過措置を適用しない者にあつては1
経過措置を適用する者にあつては2

C:従事者番号(6桁)

(各都道府県において任意の番号を付番)

(3) 登録研修機関番号の設定

都道府県の別、実施する研修課程の種別を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、各都道府県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いても差し支えない。

□□ □ □□□□
↓ ↓ ↓
A B C

A:都道府県番号(2桁)

B:実施研修課程区分(1桁)

省令別表第一号、第二号研修を開講する機関(第一号、第二号と第三号研修を合わせて開講する場合も含む)にあつては1

省令別表第三号研修を開講する機関にあつては2

C:研修機関番号(4桁)

(各都道府県において任意の番号を付番)

(様式 4 - 1)

(表面)

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)

本籍地

氏名

生年月日

登録年 月 日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 3 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

△△△県知事

印

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 2)

(表面)

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)

本籍地

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 3 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

法人名

代表者名

㊟

〇〇〇〇（認定証交付事務受託機関名）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 5 条に定める認定証交付事務受託機関として、△△△県知事が認めた認定特定行為業務従事者認定証の交付機関である。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 3)

(表面)

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)

本籍地

氏名

生年月日

登 録 年 月 日

登 録 番 号

対 象 者 氏 名

特 定 行 為 種 別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 3 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

△△△県知事

印

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 4)

(表面)

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)

本籍地

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

対象者氏名

特定行為種別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 3 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

法人名

代表者名

㊟

〇〇〇〇（認定証交付事務受託機関名）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 5 条に定める認定証交付事務受託機関として、△△△県知事が認めた認定特定行為業務従事者認定証の交付機関である。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式18-1)

(表面)

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)

本籍(国籍)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、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)附則第14条に定める認定特定行為業務従事者(経過措置対象者)であることを証明する。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付をうけたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式18-2)

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証
(経過措置・特定の者対象)

本籍(国籍)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

_____氏に対する_____の行為
に限る。

上記の者は、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)附則第14条に定める認定特定行為業務従事者(経過措置対象者)であることを証明する。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、登録名簿の移転等によって資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。



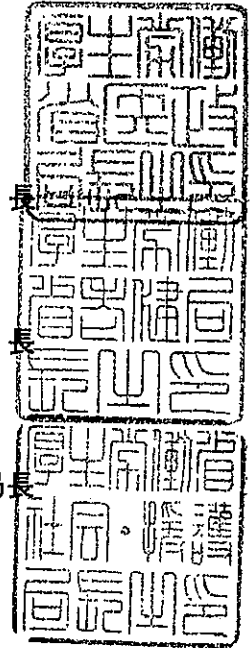
医政発0329第14号
老発0329第7号
社援発0329第19号
平成24年3月29日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局 長

老健局長

社会・援護局長



介護職員等の実施する喀痰吸引等の取扱いについて（通知）

標記については、「ALS（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日付け医政発第0717001号）、「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日付け医政発第1020008号）、「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日付け医政発第0324006号）及び「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日付け医政発0401第17号）（以下「喀痰吸引関連4通知」という。）により、介護職員が喀痰吸引等を実施することがやむを得ないと考えられる条件について示してきたところである。

今般、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、「法」という。）の施行に伴い、介護職員等による喀痰吸引等（改正後の社会福祉士及び介護福祉士法施行規則で定める行為に限る。以下同じ。）の実施について、下記のとおりとなるので、貴職におかれては、管内の市町村、関係機関、関係団体及び各特別養護老人ホーム等に周知いただくとともに、制度の円滑な実施に向けて特段の配慮をお願いしたい。

記

介護職員等による喀痰吸引等については、平成 24 年 4 月 1 日から、改正後の社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号。以下「改正法」という。）に基づき行われることとなること。

このため、改正法に基づかず実施している事実が確認された場合においては、できる限り速やかに改正法に基づいた適用手続を促すべきであること。具体的には、改正法施行の平成 24 年度前に喀痰吸引等の行為を実施していた者については、認定特定行為業務従事者認定証の交付申請及び当該者が属する事業所における登録喀痰吸引等事業者の登録手続をできる限り速やかに行うよう周知すること。

また、平成 24 年 4 月以降に喀痰吸引関連 4 通知で示した研修を実施しても、改正法の経過措置に基づく認定特定行為業務従事者の認定は受けられないことに誤解なきよう対応されたい。

なお、改正法に基づかない介護職員等の喀痰吸引等がやむを得ないものかどうかは個別具体的に判断されることになるが、その際、喀痰吸引等は原則として改正法に基づいて実施されるべきであることも勘案された上で判断されることとなると考えられること。