

(様式1-2)

介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

喀痰吸引等業務を、介護福祉士（介護福祉士資格証に実地研修修了行為を付記された方）又は認定特定行為業務従事者として行っているかご確認のうえ、**どちらか片方の欄に番号をご記載ください。**
(番号を記載した資格証又は証明書の写しを添付ください)

備考5をご確認ください。

番号	氏名 (姓と名の間に 空白を入れて ください)	介護福祉士登録証登録 番号	認定特定行為業務従事 者認定証登録番号	介護福祉士登録 年月日又は認定 特定行為業務従 事者認定年月日	住所	本籍(国籍) (都道府県・国名)	生年月日	修了研修課程	対象者氏名 (特定の者)	修了した実地研修 の種類	実地研修実施機関名称	修了年月日
1	〇〇 〇〇		〇〇〇〇〇〇〇〇〇	H24.4.1	高知県〇〇〇〇〇〇	高知県	S40.1.1	4		AD(胃ろうのみ)	高知県	H24.3.1
2	〇〇 〇〇		〇〇〇〇〇〇〇〇〇	H29.4.1	高知県〇〇〇〇〇〇	高知県	S50.2.1	2		BC	高知県	H29.3.1
3	〇〇 〇〇	第〇-〇〇〇〇〇号		H30.4.1	高知県〇〇〇〇〇〇	高知県	S60.3.1	2		ABD(半固形を含む)	高知県	R3.3.1
4	〇〇 〇〇	第〇-〇〇〇〇〇号		R2.4.1	高知県〇〇〇〇〇〇	高知県	H1.4.1	1		ABCDE	高知県	R4.3.1

介護福祉士により喀痰吸引等業務を行う方がいる事業所は、「登録喀痰吸引等事業者」の登録が必要です。(介護福祉士に対する実地研修の実施体制が整備されている事業者)
※既に「登録特定行為事業者」の登録をされている場合は追加登録が必要です。

登録特定行為等事業者（登録喀痰吸引等事業者）が実施する喀痰吸引等の行為を追加するためには、あらかじめ登録更新の申請手続きを行う必要がありますのでご注意ください。
※登録のない行為を取得している方が名簿に追加されても、その行為について業務として行う予定がないのであれば登録更新は不要です。

- 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証番号記載欄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) 喀痰吸引及び経管栄養のうちいずれか任意の行為: 省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)
- 3) 各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「3」を選択した場合は、「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 「修了した実地研修の種類」には実地研修の種類を以下から選択し、番号を記載してください。
- A) 口腔内の喀痰吸引 B) 鼻腔内の喀痰吸引 C) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 D) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 E) 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(人工呼吸器装着者)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による経管栄養」の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものはその旨(胃ろうのみ)を記載してください。
- ※3. 半固形栄養剤による胃ろうまたは腸ろうの経管栄養法に関する実習を修了した者については、その旨(半固形のみ)又は(半固形を含む)を合わせて記載してください。
- 6 「修了年月日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。

「登録喀痰吸引等事業者」
介護福祉士（修了した実地研修について介護福祉士登録証に付記された者）が喀痰吸引等を行う事業者

「登録特定行為事業者」
認定特定行為業務従事者が特定行為を行う事業者

※両方の要件を満たす事業者は「登録喀痰吸引等事業者」及び「登録特定行為事業者」両方の登録を受けます。