

灰色の欄は記載せず。

〒~~119~~ 番号

〇〇年〇月〇〇日

栃木県知事 様

主たる事業所の

所在地 宇都宮市埴田1-1-20

申請者 社会福祉法人 とちぎ会

代表者名 理事長 下野 国男

押印は不要です。

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	トクベツヨウゴロウジンホーム トチギ		
	事業所名称	特別養護老人ホーム とちぎ		
	事業所所在地	(郵便番号320-8501) 栃木 都 道 宇都宮 市 区 1-1-20 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	電話	施設長 (管理者) 名	623-31XX	個人・法人の種類 法人
	代表者	氏名	トチギ タロウ	生年月日 昭和XX年6月15日
	職名・生年月日	氏名	栃木 太郎	職名 施設長
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	左記の「要件」を満たしていることがわかる書類 (業務方法書等) を添付の上、該当部分を示してください。		〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P2
	② 利用者の状態について医師、看護職員が			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P2
	③ 医療従事者と介護職員とで適切な役割分			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P3-4
	④ 医療従事者と連携のもと、利用者ごとの			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P2
	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			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P2-3
	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			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P5、連絡体制表
	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			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P1
	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			(H27 以前は記載不要)
	③ 安全委員会の設置が規定されていること			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P3
	④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P5
	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			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P7、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			〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P7	
〇注意 記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。		〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P6 感染症予防指針		
		〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P1-2		
		〇〇ホーム喀痰吸引等業務方法書 P7		