別記様式第３号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
|  登録適合書類年　　月　　日　群馬県知事　あて申請者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則 に掲げる　　の登録要件に適合していることを証する書類について、次のとおり提出します。 |
| 　　　申　　請　　者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | 個人・法人の種別 |  |
| 代表者の氏名・職名・生年月日 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 適合要件 | 該当書類名 |
| １　法第４８条の５第１項第１号に掲げる要件（医師、看護師等との連携確保） |
| 　①　喀痰吸引等の実施に際し、医師からの文書による指示を受けること。 |  |
| 　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。 |  |
| 　③　医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携が図られていること。 |  |
| 　④　医療従事者との連携の下に、利用者ごとに喀痰吸引等実施計画書を作成すること。 |  |
| 　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。 |  |
| 　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。 |  |
| ２　法第４８条の５第１項第２号に掲げる要件（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。 |  |
| 　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。 |  |
| 　④　安全性確保のための研修体制が確保されていること。 |  |
| 　⑤　喀痰吸引等の実施のために必要な備品が備わっていること。 |  |
| 　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。 |  |
| 　⑦　感染症の予防方法、発生時の対応方法が規定されていること。 |  |
| 　⑧　喀痰吸引等の実施に関する利用者、家族への説明、同意手順が規定されていること。 |  |
| 　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。 |  |
| 備考　１　「受付番号」欄は、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は「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　「適合要件」について、それぞれ以下の要領を踏まえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」欄に記載してください。　　　なお、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。　　(1) 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。　　(2) 適合要件２―②　登録特定行為事業者にあっては、２―②の資料提出は不要であるため、「該当書類名」欄には「―（ハイフ　　　ン）」を記載してください。　　(3) 適合要件２―③　安全委員会の構成員、協議する内容、実施頻度等について記載した資料を作成してください。　　(4) 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」欄に記載した書類以外に関連する資料がある場合は、併せて提出してください。 |