様式第１号の４

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　**○**年　　**○**月　　**○**日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地　　**○○県○○市○○町○番**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　　請　　者　　**社会福祉法人○○**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名　　**理事長　○○　○○**

**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○○ |
| 事業所名称 | 特別養護老人ホーム○○ |
| 事業所所在地 | （郵便番号　**○○○**　　－　**○○○○**　　　　）　　　**○○**　　　　都　道　　　　　**○○**　　　　　　　　　市　区　　　　**○番○号**　　　　　　　　　府　県　　　　　**○○**　　　　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 | **○○-○○-○○** | 個人・法人の種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者の氏名・職名・生年月日 | フリガナ | **○○　○○** | 生年月日 | **○**年　**○**　月　**○**　日 |
| 氏名 | **○○　○○** | 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 | **－**（前回提出分から変更がない場合は空欄） |
| 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医療従事者と連携のもと、利用者ごとの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 | 業務方法書第○条（ｐ○）、別紙様式○ |
| 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 | 業務方法書第○条（ｐ○）、実地研修実施方法書 |
| 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喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること | 備品一覧 |
| 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 | ○○マニュアル |
| 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 | **－** |
| 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 | **－** |
| 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 | **－** |