

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①

本人誓約書

平成24年〇月〇〇日

岡山県知事 殿

介護職員

申請者

住所 岡山市北区内山下2-4-6

電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

フリガナ 村 や タ 叻  
氏名 岡 山 太 郎

申請者の個人印

印

性別 (男) 女

生年月日 昭和〇年〇月〇日

所属 ※在宅関係の事業所名を記入

私は、下記について事実であることを誓約します。

記

(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附則第14条関係)

私は、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（#1）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（#2）を実施しています。（※）

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（#3）

\* 以下の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

	通知名又は事業名（#1）	実施可能な行為の範囲（#2）
<input type="checkbox"/>	①ALS（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日医政発第0717001号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	②盲・聾・養護施設におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成16年10月）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	③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日医政発第0324006号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引の取扱いについて（平成22年4月1日医政発0401第17号）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 （チューブ接続及び注入開始を除く）

申請者が行っている喀痰吸引等の根拠となる違法性阻却通知に✓を付す。  
※2つの通知のうち、いずれか又は両方

申請者が実施可能な行為に✓を付す。

□	⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象） （平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
□	⑥平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について（平成 23 年 10 月 6 日老発 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
□	⑦介護職員によるたん吸引等の試行事業（特定の者対象）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
□	⑧平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうに <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

該当する箇所に  
✓を付す。

- (#3)
- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
  - 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
(離職中の理由： )
  - 通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

- 様式 17-1 の末尾に記載している添付資料の 3 のことです。
  - 在宅関係の違法性阻却通知に基づき喀痰吸引を行っている介護職員の場合
    - ・ 「第三者証明書」(様式 17-3) の証明者が、申請者(介護職員)が勤める事業所の長である場合
      - 喀痰吸引等に関する教育修了証明書(該当するものがある場合)及び、修了した教育内容、教育時間を示す資料を添付
    - ・ 「第三者証明書」(様式 17-3) の証明者が、患者又は障害者の主治の医師である場合
      - 喀痰吸引等に関する教育修了証明書(該当するものがある場合)及び、修了した教育内容、教育時間を示す資料の添付は不要
- ※H24.2.7 付けの事務連絡の 2 をお読みください。

\* (#1)のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に(#1)にある通知名又は事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は適宜加えてください。)