

社会福祉士及び介護福祉士法の改正について

～介護職員等によるたんの吸引等の実施～

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正内容

(主な部分のみ抜粋)

- 「介護福祉士」とは……介護(喀痰吸引等を含む。)を行い(法第2条第2項)
- 介護福祉士は、……喀痰吸引等を行うことを業とすることができる。(第48条の2第1項)
- 介護の業務に従事する者のうち、「認定特定行為業務従事者」は、当分の間、……診療の補助として、医師の指示の下に、喀痰吸引等を行うことを業とすることができる。(附則第3条第1項)

喀痰吸引等の実施者について

介護福祉士・介護職員については、養成課程・一定の研修を修了し、都道府県知事の認定を受けることで喀痰吸引等の行為が実施可能となる。

①介護福祉士

- 平成24年度以降に見直される新たな養成課程を履修し卒業
- 国家試験に合格後「介護福祉士」として登録

〔例外〕

・養成課程の中で実地研修を修了しない場合は「喀痰吸引等が実施できない」介護福祉士として登録



・就業後に就業した事業所、施設で実地研修を修了後に、「喀痰吸引等が実施できる」介護福祉士に登録変更

喀痰吸引等の実施者について

②介護職員等（既に介護福祉士である方を含む）

一定の研修を修了し、県の認定を受ける必要がある。

【研修類型】

- ① 不特定多数の者を対象とし、対象となる全ての行為を行う場合
- ② 不特定多数の者を対象とし、対象となる行為のうち、気管カニューレ内の吸引と経鼻経管栄養を除く場合
- ③ 特定の者を対象とし、その方に対して行う行為を重視した場合

研修の類型について

- ① 不特定多数の者を対象とし、対象となる全ての行為を行う場合

基本研修（講義50時間、演習）

+

実地研修

たんの吸引	口腔内	10回以上
	鼻腔内	20回以上
	気管カニューレ内	20回以上
経管栄養	胃ろう又は腸ろう	20回以上
	経鼻経管栄養	20回以上

研修の類型について

- ② 不特定多数の者を対象とし、対象となる行為のうち、気管カニューレ内の吸引と経鼻経管栄養を除く場合

基本研修（講義50時間、演習）

+

実地研修

たんの吸引	口腔内	10回以上
	鼻腔内	20回以上
	気管カニューレ内	20回以上
経管栄養	胃ろう又は腸ろう	20回以上
	経鼻経管栄養	20回以上

研修の類型について

- ③ 特定の者を対象とし、その方に対して行う
行為を重視した場合

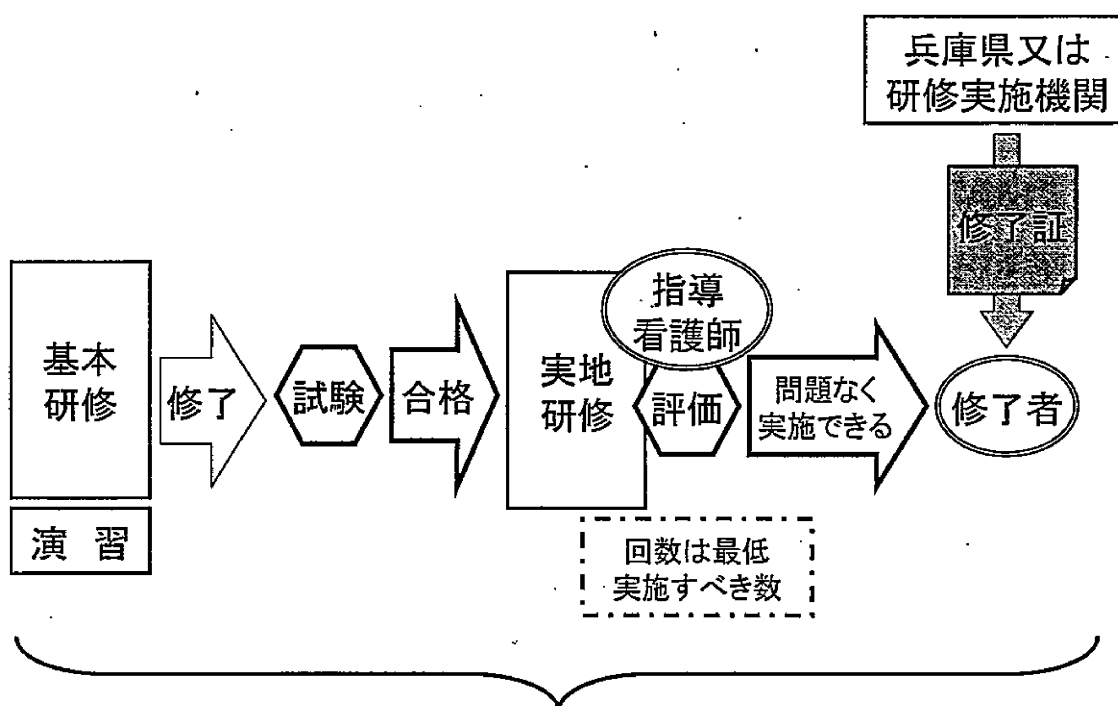
基本研修(講義及び演習 合計9時間)

+

実地研修

- ・特定の者に対する必要な行為のみ
- ・指導看護師が問題ないと判断するまで

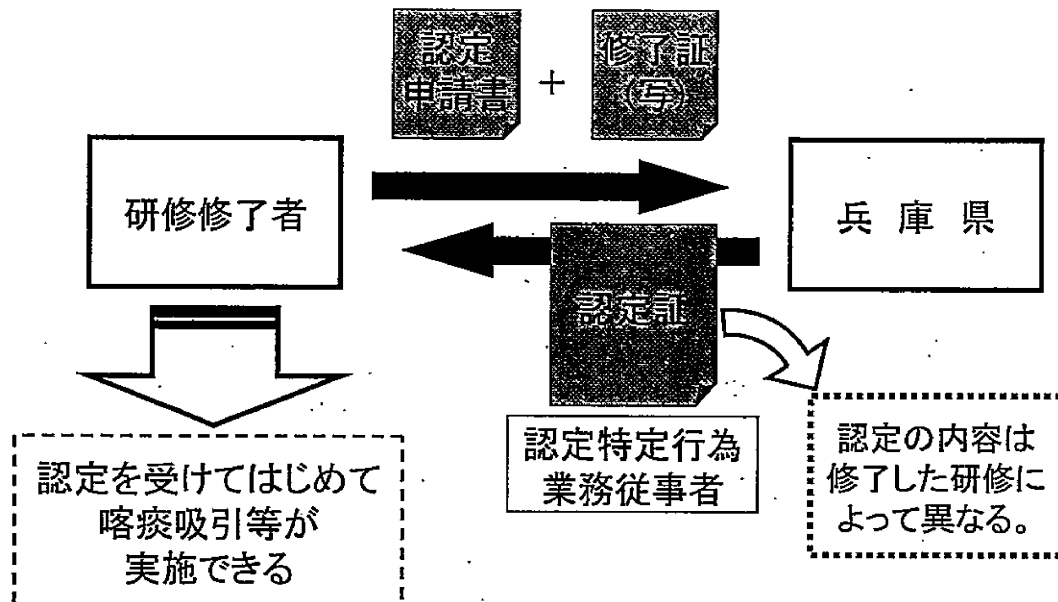
研修修了までの流れ



兵庫県又は登録研修機関が実施

研修修了から認定までの流れ

喀痰吸引等の実施には「認定特定行為業務従事者」としての認定を受けることが必要



事業所の登録について

「認定特定行為業務従事者」が勤務する事業所においては、県の登録を受ける必要がある。

登録事業者の類型

- ① 登録特定行為事業者(平成24年4月～)
- ② 登録喀痰吸引等事業者(平成27年4月～)

登録事業者の類型

- ①登録特定行為事業者(平成24年4月～)
〔認定特定行為業務従事者がいる事業所、施設〕

登録基準

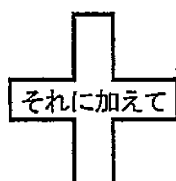
- ・ 医療関係者との連携に関する事項
 - ◇ たんの吸引の提供について、文書による医師の指示を受けること
 - ◇ 介護職員と看護職員との間での連携体制の確保・適切な役割分担
 - ◇ 緊急時の連絡体制の整備
 - ◇ 個々の対象者の状態に応じた、たんの吸引等の内容を記載した「計画書」の作成
 - ◇ たんの吸引等の実施状況を記載した「報告書」の作成と医師への提出
 - ◇ これらの業務の手順等を記載した「業務方法書」の作成 など
- ・ 安全確保措置など
 - ◇ 医療関係者を含む委員会設置や研修実施などの安全確保のための体制の確保
 - ◇ 必要な備品等の確保、衛生管理等の感染症予防の措置
 - ◇ たんの吸引等の「計画書」の内容についての対象者本人や家族への説明と同意
 - ◇ 業務上知り得た秘密の保持 など

登録事業者の類型

- ②登録喀痰吸引等事業者(平成27年4月～)
〔新制度により登録を受けた介護福祉士がいる事業所、施設〕

登録基準

- ・ 登録特定行為事業者と同じ



- ・ 養成課程で実地研修未実施の介護福祉士に対する実地研修の実施

1 対象となる行為

- (1) たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内）
- (2) 経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）

2 対象となる介護職員等

- (1) 平成23年度以降に県が兵庫県看護協会に委託して実施している「介護職員等によるたんの吸引の実施に係る研修事業」の研修修了者で、県から認定証の交付を受けた者
- (2) 平成22年度以前に厚生労働省から発出された通知に基づき、必要な知識及び技能を習得しており、県から認定証の交付を受けた者（経過措置対象者）

3 行為を実施できる事業所・施設

以下により県に登録を行った事業者

【登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録について】

区分	内容	様式	提出期限
新規登録	<ul style="list-style-type: none"> ・認定証の交付を受けた経過措置対象者を配置し、たんの吸引等の行為を行おうとする場合 ・平成24年4月以降、認定証の交付を受けた介護職員等を配置したたんの吸引等の行為を行おうとする場合 ・対象者（利用者）を追加する場合 	登録申請書 (様式1-1)	<ul style="list-style-type: none"> ・経過措置対象者を配置する場合にあっては平成24年4月末 ・上記以降は行為を行おうとする月の前月の15日
登録更新	<ul style="list-style-type: none"> ・実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為を追加したい場合 ・たんの吸引等の行為を実施する従事者を追加したい場合 	登録更新申請書 (様式3-1)	<ul style="list-style-type: none"> ・行為を行おうとする月の前月の15日
変更登録	<ul style="list-style-type: none"> ・登録を受けた内容に変更が生じた場合 	変更登録届出書 (様式3-2)	<ul style="list-style-type: none"> ・変更が生じた日から10日以内
登録辞退	<ul style="list-style-type: none"> ・登録を辞退する場合 	登録辞退届出書 (様式3-3)	<ul style="list-style-type: none"> ・登録を辞退する日の1月前

※ それぞれ添付書類が必要ですので、各様式をよく読んでください。

※ 各様式については、兵庫県ホームページに掲載します。

「暮らし・環境」－「健康福祉」－「その他健康福祉」

－「介護職員等による喀痰吸引等の実施に係る認定・登録等について」

【提出・問い合わせ先】

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1
 兵庫県 健康福祉部 社会福祉局 高齢社会課
 FAX 078-362-9470

介護事業者係 TEL 078-341-7711 (内線2944)
 (訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・認知症対応型共同生活介護 等)

高年施設係 TEL 078-341-7711 (内線2943)
 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・有料老人ホーム 等)

受付番号

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸敏三様

主たる事業所の

所在地

申請者

代表者名



登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町番号			
申請者	フリガナ				
	事業所名称				
	事業所所在地	(郵便番号 -)			
		兵庫県	市・区		
		(ビルの名称等)			
	電話番号		個人・法人の種別		
代表者	フリガナ	生年月日	S・H	年 月 日	
	氏名	職名			
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為		事業開始予定年月日			
	1. 口腔内の喀痰吸引	平成	年	月 日	
	2. 鼻腔内の喀痰吸引	平成	年	月 日	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	平成	年	月 日	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成	年	月 日	
	5. 経鼻経管栄養	平成	年	月 日	
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名		(様式1-2)			

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町番号」欄に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に、「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。

学校においては、「小学校」「中学校」「特別支援学校」等の別を記載してください。

3 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為ごとに「○」を記載してください。

4 「事業開始予定年月日」欄は該当する行為ごとに事業の開始予定年月日を記載してください。

5 以下の添付資料を合わせて提出してください。

(様式 1-3)

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸敏三様

住所

申請者

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名) ㊦

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(ただし、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。)

記

(社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の四)

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 三 第四十八条の七の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者。
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの。

(関連規定)

法第四十八条の四第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

受付番号

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸敏三様

主たる事業所の

所在地

申請者

代表者名



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				
	事業所名称				
	事業所所在地	(郵便番号 -)			
		兵庫県 市・区	(ビルの名称等)		
	電話番号		個人・法人の種別		
代表者	フリガナ	生年月日	S・H	年 月 日	
	氏名	職名			
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				
	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				
	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、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					

備考1 「受付番号」欄に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に、「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 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。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。

- ・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
- ・適合要件2-② 「登録特定行為事業者」においては2-②の資料提出は不要のため「該当書類名」欄には「-（ハイフン）」を記載してください
- ・適合要件2-③ 安全委員会の構成員及び、協議する内容と実施頻度等について記載した資料を作成してください
- ・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」に記載した書類及び、その他関連する資料がある場合は合わせて提出してください。

受付番号

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸 敏三 様

主たる事業所の

所在地

申請者

代表者名

印

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録更新申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為を追加したいため、以下のとおり申請します。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 —)							
		兵庫県 市・区							
		(ビルの名称等)							
	電話番号								
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為		事業開始（予定）年月日							
	1. 口腔内の喀痰吸引	年		月		日			
	2. 鼻腔内の喀痰吸引	年		月		日			
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年		月		日			
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年		月		日			
	5. 経鼻経管栄養	年		月		日			
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名		(様式1-2)							

備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。

2 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

3 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに登録を受ける行為は「○」を、それぞれ左側の空欄に記載してください。

4 「事業開始（予定）年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期）を記載してください。

5 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

1 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令第26条の2第4項関係）

2 その他（※1に記載されている場合は省略可。）

- ・ 喀痰吸引等業務の実施に係る備品一覧
- ・ 緊急時の体制に関する資料
- ・ 記録等の整備状況に関する資料
- ・ 実地研修の実施に関わる資料（登録喀痰吸引等事業者のみ）

受付番号

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸敏三様

主たる事業所の

所在地

申請者

代表者名

印

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第48条の6の規定に基づき届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 -)							
		兵庫県	市・区						
	(ビルの名称等)								
	電話番号								
変更が発生する事項		変更内容の概要							
1. 設置者に係る事項		(変更前)							
	①代表者氏名								
	②代表者の住所								
	③事業所の名称								
	④事業所の所在地								
	⑤法人の寄附行為又は定款								
2. 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録に係る事項		(変更後)							
	①業務方法書								
	②喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿								
	③喀痰吸引等の実施に係る備品一覧								
	④実地研修責任者の氏名								
変更年月日		平成 年 月 日							

備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。

2 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

3 変更が発生する項目番号に「O」を記載してください。

4 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。

5 変更内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更においては、介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定証、看護師であれば免許証の写しを合わせて提出してください）。

受付番号

平成 年 月 日

兵庫県知事 井戸敏三様

主たる事業所の

所在地

申請者

代表者名

印

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、次のとおり登録を辞退したいので届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 —)							
		兵庫県 市・区 (ビルの名称等)							
電話番号									
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為					事業開始（予定）年月日				
1. 口腔内の喀痰吸引					年 月 日				
2. 鼻腔内の喀痰吸引					年 月 日				
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引					年 月 日				
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養					年 月 日				
5. 経鼻経管栄養					年 月 日				
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名					(様式1-2)				
登録を受けた年月日	平成 年 月 日	登録を辞退する 予定年月日	平成 年 月 日						
登録を辞退する 喀痰吸引等（特定 行為）の行為	1. 口腔内の喀痰吸引								
	2. 鼻腔内の喀痰吸引								
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引								
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養								
	5. 経鼻経管栄養								
登録を辞退する理由									
現在喀痰吸引等（特定行為）を受けている対象者に対する措置									

- 備考1 登録を辞退する日の一月前までに届け出てください。
- 2 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 3 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 4 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。