

千葉県登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録要綱

1 目的

この要綱は、登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録において、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号。以下「法」という。）、社会福祉士及び介護福祉士法施行令（昭和62年政令第402号。以下「政令」という。）及び社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定める。

2 登録の申請

法第48条の3又は法附則第27条の事業者の登録を受けようとする者は、事業開始予定日の1月前までに、「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書」（別記様式1）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- ア 「介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」（別紙1-1）
- イ 「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」（別紙1-2）
- ウ 「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」（別紙1-3）

3 登録

- (1) 知事は、本要綱2により事業者の登録を受けようとする者から申請があったときは、法及び省令に基づきその内容を審査するものとする。
- (2) 知事は、(1)の審査を行うため、必要に応じて申請内容等について、関係者に対し照会を行い、報告を求め、又は実地に調査を行うことができる。
- (3) 法第48条の5第2項による登録は、「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録簿」（別記様式2）に記載して行うものとする。
- (4) 知事は、事業者を登録したときは、申請者に対し、「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録通知書」（別記様式3）により、通知するものとする。

4 変更等の申請、届出

- (1) 事業者は、実施する喀痰吸引等（特定行為）の追加をしようとする場合には、変更の20日前までに「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」（別記様式4）を知事に提出するものとする。

(2) 事業者は、登録を受けた内容等を変更しようとする場合には、変更の20日前までに「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」（別記様式5）により知事に届け出るものとする。

(3) 知事は、(1)による申請及び(2)による届出の内容が適当でないと認めるときは、事業者に対し、必要な指示を行うことができる。

5 登録辞退の届出

事業者は、登録を辞退する場合は、辞退する1月前までに、「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」（別記様式6）により知事に届け出るものとする。

6 実施内容の調査等

- (1) 知事は、必要に応じて事業者の実施内容について、関係者に対し照会を行い、報告を求め、又は実地に調査を行うことができる。
- (2) 知事は、事業者の実施内容が適当でないと認めるときは、事業者に対し必要な指示をすることができる。

7 登録の取消し

- (1) 登録の取消し及び喀痰吸引等業務の停止については、法第48条の7の規定により行うものとする。
- (2) 知事は、(1)により、登録を取り消し、又は期間を定めて喀痰吸引等業務の停止を命ずるときは、事業者に対して聴聞等の手続を執るものとする。

8 公示

法第48条の8の規定による公示は、千葉県ホームページに掲載して行うものとする。

9 その他

この要綱に定めのない事項については、知事が別に定めるものとする。

附 則

- 1 この要綱は平成24年3月5日から施行する。
- 2 この要綱は令和4年7月19日から施行し、令和4年4月1日から適用する。
- 3 この要綱は令和7年11月10日から施行する。

別記様式 1

受付番号

年 月 日

千葉県知事 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27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、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

| 事業所所在地市町村番号 | | | | | |
|---------------------|--------|--|-----------|-------|-----|
| 申 請 者 | フリガナ | | | | |
| | 事業所名称 | | | | |
| | 事業所所在地 | | (郵便番号 | 都 道 | 市 区 |
| | | | 府 県 | 町 村 | |
| | | | (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 | | 生年月日 | 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 | | | 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 | | | (別紙1-1) | | |

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
- 4 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎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。

添付書類

1 申請者に関する書類

(1) 申請者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令第26条の2第1項関係）

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令第26条の2第2項関係）

2 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面（省令第26条の2第3項関係）

3 法第48条の5第1項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）

4 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し

介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

| 番号 | 氏名 | 介護福祉士登録証登録番号/登録年月日 | 認定特定行為業務従事者認定証登録番号/登録年月日 | 本籍(国籍) | 生年月日 | 修了研修課程 | 対象者氏名(特定の者) | 修了した実地研修の種別 | 実地研修実施機関名称 | 修了年月日 |
|----|----|--------------------|--------------------------|--------|------|--------|-------------|-------------|------------|-------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

備考 1 「番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。

2 看護師等の免許をもって介護職員として喀痰吸引等業務を行う者については、保有資格名及び登録番号等を介護福祉士登録証番号記載欄に記載してください。

3 「修了研修課程」には、当該者が修了した研修課程等の番号(1～5)を記載してください。

1) 喀痰吸引及び経管栄養の全て:省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)

2) 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養:省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)

3) 各喀痰吸引等行為の個別研修:省令別表第三号研修(特定の者対象)

4) 経過措置対象者

5) 介護福祉士の養成課程等において医療的ケアに関する科目を修了した者

4 「既修了課程」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に対象者の氏名を記載してください。(「4」を選択した者で、対象者が限定される場合も同様に記載してください)

5 「修了した実地研修の種別」には実地研修の種類を以下から選択し、番号を記載してください。

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

※1. 人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その旨を合わせて記載してください。

※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものはその旨を記載してください。

6 「修了年月日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。

別紙1—2

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

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住所

氏名（法人にあっ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。（但し、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 拘禁刑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に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、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、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、精神保健福祉士法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、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、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、国家戦略特別区域法（第十二条の五第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。）、公認心理師法、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律、臨床研究法及び自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律の規定とする。

受付番号

年 月 日

千葉県知事 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以下のとおり、関係書類を添えて提出します。

| | | | | |
|---|------------|----------|------|-------|
| フリガナ | | | | |
| 事業所名称 | | | | |
| 申 請 者 | 事業所 所在地 | (郵便番号 | 都 道 | 市 区 |
| | | — | 府 県 | 町 村 |
| (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 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | 職名 | |
| 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書類を作成し、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書類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の書類提出は不要のため「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書類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。

登録喫煙吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録

備考 1 「登録番号」の欄は国で定めた付番基準に従って記載してください

2 「事業者区分」欄は「登録喫煙吸引等事業者」「登録特定行為事業者」のうち、該当するものに「〇」を記載してください。

3 「実施行為欄」には各事業者が実施する療育吸引等(特定行為)の行為種別を以下から選択し、番号を記載してください。

- 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

別記様式 3

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録通知書

千葉県 指令第 号

所 在 地
名 称
代表者職・氏名

年 月 日付けで申請のあった登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録については、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項（附則第27条第1項）の規定による登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）として下記のとおり登録しましたので、通知します。

年 月 日

千葉県知事

印

記

| | |
|---------|----------------------|
| 登録番号 | |
| 登録年月日 | |
| 事業者区分 | 登録喀痰吸引等事業者・登録特定行為事業者 |
| 法人名称 | |
| 事業所名称 | |
| 代表者の職氏名 | |

別記様式4

受付番号

年 月 日

千葉県知事 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）登録更新申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3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27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ので、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|
| 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) - 都 道 市 区 府 県 町 村 (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 | | (別紙1-1) | | | | | | | |

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1項第4号関係）
- 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）

別記様式 5

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

千葉県知事 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）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27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の規定により届け出ます。

| | | | |
|----------------------------------|--------|--------------------------------|------------|
| 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 -) 都 道 府 県 | 市 区 町 村 |
| | | (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) (変更後) | |
| 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 | | | |
| 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 | | 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「○」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）。

別記様式 6

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

千葉県知事

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）登録辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3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27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 -) | 都 道 | 市 区 | | | | |
| | | | 府 県 | 町 村 | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | |
| 登録を受けた年月日 | | 年 月 日 | 登録を辞退する予定年月日 | | 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下さい。

- 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。