

登録特定行為事業者 運営の手引き



沖縄県喫煙吸引等研修推進事業

はじめに

喀痰吸引等の「医療的ケア」は、「医療行為」です。本来は医師や看護師といった医療従事者しかできない行為ですが、法改正により、医師の指示により介護職員等にもできるよう、研修（喀痰吸引等研修等）が行われています。

「医療的ケア（特定行為）」を行うためには、事業所全体で医療的ケア（特定行為）が安全に行える体制を整え、そしてその体制が維持されなければなりません。そのため、**登録特定行為事業者は、それらが確認できる体制を整備し、医療的ケア（特定行為）を行うことを沖縄県に申請し、登録する必要があります。登録を行わずに特定行為を行なった場合、罰せられる可能性もあります**（社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3 法附則第20条ほか）。また、その登録内容に変更があった場合、**遅滞なくその旨を沖縄県に申請しなければなりません**（同第48条の6）。登録内容と実態が異なる場合、登録を取り消されることがあります（同第48条の7）。

この手引きでは、利用者に「医療的ケア（特定行為）」を行う事業者（登録特定行為事業者）として、どのような手続きが必要かについて説明しています。

また、必要に応じて、厚生労働省の法令や省令なども参考にしてください。

- 必要書類や書式は変更される場合があります。必ず、最新のを県のHPからダウンロードするなど、確認してください。

■ 関係法令など

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（法律第72号）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/02_hourei_02.html

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚労省省令第49号）

（以下、本手引きでは「省令」と呼びます）

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82023000

■ 書式などのダウンロード

沖縄県HP「介護職員等によるたん吸引等の制度について」

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/ippanfukushi/1007891/1026792/1006837.html>
沖縄県HP トップページ > 子育て・福祉・教育 > 一般福祉 > 社会福祉 > 介護職員等による喀痰吸引等の制度

沖縄県 喀痰吸引等 

一般社団法人Kukuru

<https://kukuruokinawa.com/>

沖縄 Kukuru 



医療的ケアを提供するために **事業所等がすべきこと**

1 喀痰吸引等研修を受講する職員のサポート

- 1-1 喀痰吸引等研修（**実地研修**）を行うための書類を整える
- 1-2 認定特定行為事業従事者**認定証**の発行手続きを行う

2 事業所等を沖縄県に登録する

- 2-1 **登録特定行為事業者の登録申請**を行う
 沖縄県では、登録特定行為事業所の申請書類の準備の仕方をまとめた「登録手続きの書類作成の手引き」を公開しています。
 沖縄県HPからダウンロードできますので参考にしてください。



3 特定行為を実施する時

- 3-1 **特定行為を行う前に...** **安全委員会**を開催する
業務計画書を作成する
同意書をもらう
- 3-2 **特定行為を行う時...** **医師**から**指示書**をもらう
実施記録をつける
 医師の指示書をもらう際、利用者にとどのような医療的ケアを行っているかを医師に伝える現状報告書を、担当看護師が作成すると良いでしょう。
- 3-3 **特定行為を行った後...** **実施状況報告書**に記録し報告する
ヒヤリハット・アクシデントがあれば記録する

4 登録した内容を変更する

- 4-1 実施する特定行為の種類に変更がある場合
→ **登録特定行為事業者 登録更新申請**
 - 4-2 喀痰吸引等を行う介護職員等の名簿や、業務方法書、事業者の設置者にかかる変更がある場合
→ **登録特定行為事業者 変更登録届**
- 行為を追加したり、対象が増える場合は、追加研修が必要な場合があります。追加研修を終えたら、必ず登録内容の変更手続きを行いましょう。

特定行為の提供をやめる (事業所登録をやめる)

登録特定行為事業者 登録辞届届出



問い合わせ先一覧

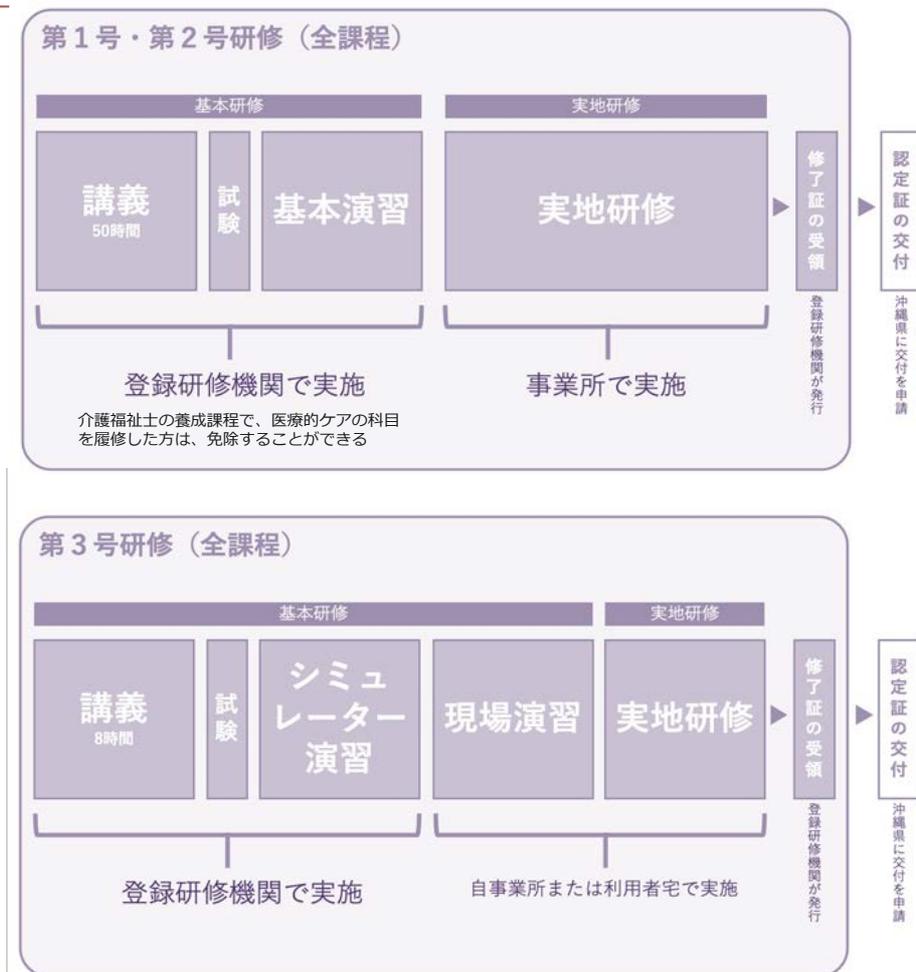
令和6年4月～

お問合せ事項		所管課
喀痰吸引等制度 全般、 認定特定行為業務従事者認定証の発行		生活福祉部 福祉政策課 098-866-2177
事業所の登録	介護保険法・老人福祉法上の事業所	保健医療介護部 高齢者介護課 098-866-2214
	障害者総合支援法の事業所、 介護保険法と障害者総合支援法の両方にまたがる事業所	生活福祉部 障害福祉課 098-866-2190
	上記以外の事業所、 保育所関係、幼稚園・学校関係	生活福祉部 福祉政策課 098-866-2177
登録研修機関（喀痰吸引等研修を自事業所で開催できるようにしたい）		生活福祉部 福祉政策課 098-866-2177



参考

喀痰吸引等研修の研修課程



喀痰吸引等研修（実地研修）を受講する 介護職員等のサポート

介護職員等の方が喀痰吸引等研修を受講するには、事業所等としての協力が必須です。受講するために必要な書類の準備は早めに着手し、研修がスムーズに進められるよう、受講者をサポートしましょう。

1-1

実地研修を行うための書類を整える

実地研修を開始前に提出を求めるべき書類は、各事業所で安全に研修が実施される体制が整っていることを確認するための書類です。各事業所で安全に研修がおこなわれるよう、登録研修機関の指示に従って準備しましょう。



実地研修を行いたい時は、登録研修機関に申し込みが必要です。

基本研修（講義＋演習）、または医療的ケア50時間課程を修了している方で、実地研修だけが必要という方は、必ず登録研修機関に研修の申し込みを行って、指示に従ってください。

特定行為の実地研修の開始に必要な書類

実地研修の開始に必要な書類

- 対象利用者の**研修**同意書
- 医師からの**研修**指示書
- **実地研修**計画書
- 評価票
- 実地研修実施機関承諾書（対象者のみ）
- 連携体制表
- 安全委員会の設置状況がわかる資料
- ヒヤリハットの様式
- 緊急時手順書の写し

登録研修機関で、各書類について参考書式を用意しているかと思えます。わからない時は、受講する登録研修機関に尋ねましょう。



同意書や指示書に「研修」の文字が入っているでしょうか？ 事業所で普段使用している書式を使う場合も多いので、研修用の同意書や指示書になっているか、確認しましょう。

事業所登録を済ませている事業所では、すでに作成されている書類になります。登録研修機関側でその事業所の登録番号を確認することで、提出不要とすることが可能です。



- ✓ それぞれの書類の日付
- ✓ 同意書や指示書が「**研修**」用のものになっているか？
- ✓ 指示書の宛先が、指導看護師 宛になっているか？
- ✓ 送付するのは「コピー」で、原本は事業所に保管されているか？

1-2

認定特定行為事業従事者認定証の発行手続きを行う

研修を修了した方には、登録研修機関から「修了証」が発行されます。その修了証を添えて沖縄県に「認定登録特定行為業務従事者認定証」を発行するよう届出することを、その職員に促しましょう。

申請書の書式は、沖縄県HPからダウンロードすることができます。



どう違う？ 修了証と認定証

修了証 = 研修を修了していることを証明するもの

認定証 = 沖縄県が修了証を確認し、特定行為を行っても良いと認定するもの

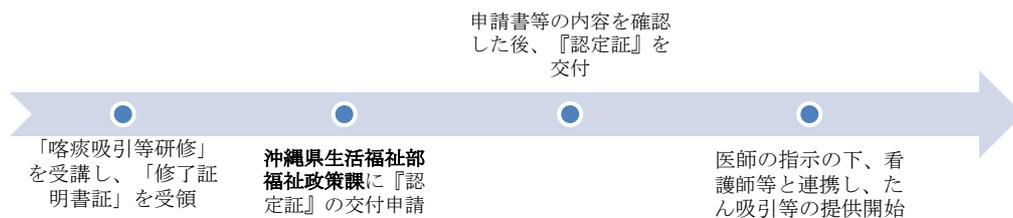


認定証交付の申請先は、「福祉政策課」です。

沖縄県「認定特定行為業務従事者認定証の申請手続きについて」

認定特定行為業務従事者認定証の申請手続きについて

《 事務の流れ 》



《 必要書類及び提出先 》

1 必要書類

- ① 特定行為業務従事者認定証交付申請証
 - 第1・2号研修修了者→第4号様式
 - 第3号研修修了者 →第4号様式の2
 ※ 第1・2号研修終了者と第3号研修終了者では申請証の様式が異なりますので、ご注意ください。
- ② 社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面(第4号様式の3)
- ③ 住民票(写)(個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの) ※直近3ヶ月以内
- ④ 喀痰吸引等研修の修了証明書(写)
- ⑤ 返信用封筒(切手貼付、返信先記入。)
 - (例)認定証1枚を角2封筒で返信する場合、140円切手を貼付。
 - ※認定証はA4サイズです。郵送料金についての詳細はお近くの郵便局へお問い合わせ下さい。

※第4号様式、第4号様式の2、第4号様式の3については、沖縄県福祉政策課のホームページに掲載しておりますので、ご活用下さい。

2 提出先

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2
 沖縄県生活福祉部 福祉政策課 地域福祉推進班 あて

《 問い合わせ先 》

沖縄県生活福祉部 福祉政策課 地域福祉推進班
 TEL : 098-866-2177
 FAX : 098-866-2569

ここに掲載しているのは、
2026年2月時点のものです。
更新されている場合があるので、
必ず県HPをご確認ください。

沖縄県「認定特定行為従事者認定証 交付申請書 記入例」

この書式は沖縄県HPからダウンロードできます

第4号様式（第5条関係）

記入例

受付番号

〇〇年 〇月 〇日

沖縄県知事 殿

研修修了証の発行日以降

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、
下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	オキナワ タロウ	生年月日	HO年〇月〇日
	氏名	沖縄 太郎	性別	男・女
	住所	(郵便番号〇〇〇-△△△△) 沖縄 都道 〇〇〇 市区 〇〇〇番地〇〇 府県 〇〇 町村		
	所属先（施設名）	特別養護老人ホーム〇〇		
	電話番号	098-000-xxxx (携帯でも可)		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	〇〇法人 〇〇〇〇〇〇		
	研修機関所在地	(郵便番号〇〇〇-△△△△) 沖縄 都道 〇〇〇 市区 〇〇〇番地〇〇 府県 〇〇 町村 (ビルの名称等)		
	認定を受けようとする特定行為		研修修了年月日/ 修了証明書番号	
	<input checked="" type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	RO年〇月〇日/〇〇〇〇〇〇	
		※ 口腔内の喀痰吸引（非侵襲的：人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的：人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的：人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
	<input checked="" type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	RO年〇月〇日/〇〇〇〇〇〇	
<input checked="" type="radio"/>	※胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形）	RO年〇月〇日/〇〇〇〇〇〇		
	5. 経鼻経管栄養（滴下）	年 月 日/		
	※経鼻経管栄養（半固形）	年 月 日/		

研修修了証に記載された
登録研修機関を記入

研修修了証から転記

備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を受講した方は第4号様式の2により申請してください。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 認定を受けようとする特定行為に「〇」を記載してください。

※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、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

5 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 住民票（写）
- 申請者が法附則第11条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面（第4号様式の3）
- 喀痰吸引等研修の修了証明書（写）

添付すること

2

事業所等を沖縄県に登録する

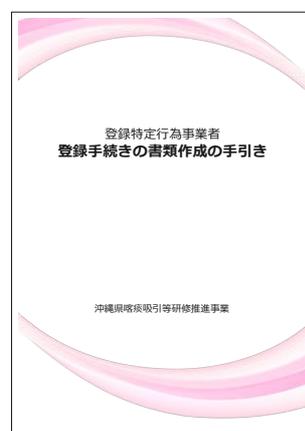
登録特定行為従事者認定証が発行されたら、今度は事業所として沖縄県に登録の届出をします。届け出ることによって「登録特定行為事業者」として、利用者に特定行為を行うことができます。

2-1

登録特定行為事業者の登録申請を行う

次ページに、沖縄県「登録特定行為事業者登録手続きについて」を掲載しています。この書類に、登録手続きに必要な書類について書かれている通り事業所で書類を準備します。事業所等の種別により、提出先や問合せ先が異なりますので、事前に確認しましょう。

沖縄県では、「登録手続きの書類作成の手引き」を公開していますので、登録特定行為事業所の申請書類の準備の仕方についてはそちらをご覧ください（この冊子「運営の手引き」では、省略します）
沖縄県HPからダウンロードできます。



提出先・問合せ先一覧（再掲）

令和6年4月～

お問合せ事項		所管課	
喀痰吸引等制度 全般、 認定特定行為業務従事者認定証の発行		生活福祉部 福祉政策課	098-866-2177
事業所の登録	介護保険法・老人福祉法上の事業所	保健医療介護部 高齢者介護課	098-866-2214
	障害者総合支援法の事業所、 介護保険法と障害者総合支援法の両方にまたがる事業所	生活福祉部 障害福祉課	098-866-2190
	上記以外の事業所、 保育所関係、幼稚園・学校関係	生活福祉部 福祉政策課	098-866-2177
登録研修機関（喀痰吸引等研修を自事業所で開催できるようにしたい）		生活福祉部 福祉政策課	098-866-2177

沖縄県「登録特定行為事業者登録手続きについて」1ページ目

登録特定行為事業者登録手続きについて

《 事務の流れ 》

【事業所】

事業者登録の申請

○ 各事業所ごとに申請

① 登録特定行為事業者登録申請

② 登録番号の交付・公示

【沖縄県】

高齢者介護課

・介護保険法及び老人福祉法上の事業所

障害福祉課

・障害者総合支援法の事業所
・介護保険法・障害者総合支援法の両方にまたがる事業所

福祉政策課

・上記以外の事業所

提出先は、事業所によって異なります



事業開始の1ヶ月前までに登録申請をしてください。

《 登録特定行為事業者関係の手続き 》

※書類の作成にあたっては、手引きを確認してください。

(①～⑥の書類に番号順にインデックスを付け、事業所ごとにフラットファイルに綴って提出してください。⑦は落ちないようにファイルにホッチキス止め。)

1 必要書類

- ①登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書（第1号様式）
- ②法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（直近3か月以内の原本）
- ③介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿（第1号様式の2）
- ④社会福祉士及び介護福祉法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書（第1号様式の3）
- ⑤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（第1号様式の4）
- ⑥登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類チェックリスト
 - ⑥-1 第1号様式の2の名簿掲載者に係る
 - 認定特定行為業務従事者認定証の写し（認定特定行為業務従事者が従事する場合）
 - 又は看護師等の免許証の写し（介護職員として看護師等が従事している場合）
 - ⑥-2 医師の指示書様式（別添様式5）
 - ⑥-3 喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書（別添様式1）
 - ⑥-4 喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書（別添様式2）
 - ⑥-5 喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書（別添様式3）
 - ⑥-6 喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書（別添様式4）
 - ⑥-7 業務方法書
- ⑦返信用封筒（登録番号通知書送付用）

定形長3号に送付先住所を記載し、110円切手を添付

※上記書類以外にも、提出をお願いする場合がありますので、ご了承下さい。

申請時にその旨を
担当者に伝えましょう

(様式1号)

- ◆認定特定行為業務従事者認定証の交付申請中の事業者にあつては、登録番号及び登録年月日欄を空欄で、申請中の介護職員を名簿に記載した状態で申請していただき、介護職員が認定証の交付を受け次第、様式1号を差し替えることも可能です。
- ◆看護師の資格を持つ職員が介護職員として勤務している場合については、様式1号の名簿に記載するとともに、免許証の写しを添付してください。

(登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類チェックリスト)

- ◆国から示されているチェックリストの確認事項において、「文書化」及び「明記」することが求められている事項については、それを含む文書を事業所として整備していただく必要があります。
- ◆なお、たん吸引等の関係で加算を考えている訪問介護事業所(介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算については、事業者登録が加算の条件にはなっておりません。)は、登録終了後に過誤調整を行ってください。
(4月中に申請があった事業所については、4月1日に遡って登録します。)
ただし、4月1日から加算を算定するためには、「同日から利用者に適切な加算該当サービスが実施されていること」及び「利用者にその旨説明がなされていること」が条件となります。
- ◆(加算に影響がない事業所) 現在、チェックリストの要件を文書化した書類がない場合は、業務方法書等を整備した上で、申請していただきますようお願いいたします。

(医師の指示書等)

- ◆各別添様式については、沖縄県福祉政策課のホームページ
(<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/ippanfukushi/1007891/1026792/1006837.html>) に掲載しておりますので、参考にしてください。

2 提出先

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 ○○○○○部 ○○○○○課 宛

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| (1) 介護保険法、老人福祉法上の事業所 | 保健医療介護部 高齢者介護課あて |
| (2) 障害者総合支援法上の事業所 | 生活福祉部 障害福祉課あて |
| (3) 介護保険法及び障害者総合支援法
に該当する事業所 | 生活福祉部 障害福祉課あて |
| (4) その他(特別支援学校・保育所等) | 生活福祉部 福祉政策課あて |

※従事者認定証の申請の場合とは、申請先が異なる事業所もありますので
ご注意くださいようお願いいたします。

3

特定行為を実施する時

特定行為の実施に必要な書類

事業所登録を行なった時に、別添資料として「様式（ひな型）」を作成し、沖縄県に提出したかと思えます。特定行為を利用者に提供を始める前に、その書式を用いて**利用者ごとに書類を作成**します。

これらの書類は、特定行為を安全に行うために大切な事項を、関与するスタッフ等が相互に、情報共有したり確認したりするための書類です。

どの書式を用いるか、それはいつ用意するのか、確認しましょう。

**利用者ごとにファイルを作成し、
下記の書類を綴っていきましょう。**

	書類の名前	その内容
3-1 特定行為を実施する前に	(安全委員会)	こちらは書類ではありませんが、業務方法書で定めた通りに開催しなければなりません。業務方法書を確認しましょう。
	喀痰吸引等業務計画書	対象者の希望、心身の状況、医師の指示をふまえた、喀痰吸引等の実施内容などを記載した計画書
	喀痰吸引等業務の提供に係る同意書	従事者が喀痰吸引等を実施することに関して、対象者から同意を得るための文書
3-2 特定行為を実施する時に	喀痰吸引等医師指示書	対象者の希望や心身の状況等を踏まえて、喀痰吸引等の実施内容などを定めた、医師の指示書
	(実施記録)	特定行為を実施したことを毎回、介護記録または看護記録などに記録します
3-3 特定行為を実施した後に	喀痰吸引等業務実施状況報告書	喀痰吸引等の実施日、実施内容、実施結果等を、医師に報告するための文書
	急変時等の対応に関する文書 (ヒヤリハット・アクシデント報告書)	対象者の急変時などに備えて、速やかに医師または看護師に連絡するなど急変時等の対応方法を定めた文書
	業務方法書	上記の文書、安全委員会、ヒヤリ・ハットの事例の蓄積・分析の方法・体制など、喀痰吸引等の業務全般について定めた文書



書類が不備の状態で行なった場合、登録の取り消しや罰則を課せられる恐れがあります。

3-1

特定行為の実施前に必要な書類等

安全委員会を開催する

業務方法書で定めたとおりに、安全委員会を開催しましょう。

安全委員会の会議内容を記録し、保存することも業務方法書で定めていますので、記録を残しておきましょう。



自事業所の業務方法書を確認しましょう

委員は誰か？ その役割分担は？

開催の頻度は？（ ヶ月に1回）

委員会で確認すべき事項は？

業務計画書を作成する

業務方法書で定めた書式を用いて、業務方法書を作成しましょう。

担当の看護師とともに、利用者に関わる介護職員等と一緒に作成します。

同意書をもらう

業務方法書で定めた書式を用いて、利用者本人、または署名代行者から同意書に署名をしてもらいましょう。

同意書に署名をもらう際には、どんな特定行為を行うのか、その内容や頻度などについて、業務計画書をもとに本人（または署名代行者）に説明を行いましょう。



研修同意書と提供同意書

喀痰吸引等研修で実地研修を行う際にも、利用者さんに対して特定行為を行うことについて同意を求めます。この時に使用する「研修同意書」と、実際に業務として特定行為を行うために必要な「提供同意書」を兼ねられる書式が、沖縄県HPで公開されています。

共通の書式を用いることで、少しでも事務負担を軽減していただけたら幸いです。

参考例) 喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

この書式は沖縄県HPからダウンロードできます

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

作成者氏名	㊦	作成日	
承認者氏名①	㊦	承認日	
承認者氏名②	㊦	承認日	

基本情報	氏名		生年月日					
	対象者	要介護認定状況	要支援（ 1 2 ） 要介護（ 1 2 3 4 5 ）					
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		障害名						
		住所						
	事業所	事業所名称						
		担当者氏名						
		管理責任者氏名						
		担当看護職員氏名						
		担当医師氏名						

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	目 標		
	実 施 行 為	実施頻度/留意点	
		口腔内の喀痰吸引	
		鼻腔内の喀痰吸引	
		気管カニューレ内部の 喀痰吸引	
		胃ろう又は腸ろうによ る経管栄養	
		経鼻経管栄養	
	結果報告予定年月日	年 月 日	

参考例) 喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

※ 研修と兼ねた同意書を利用している場合は、その雛形を使用可能です（次ページで紹介）

この書式は沖縄県HPからダウンロードできます

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別	口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養
提供を受ける期間	年 月 日 ～ 年 月 日
提供を受ける頻度	
提 供 体 制	事業所名称 事業所責任者氏名 事業所担当者氏名 担当看護職員氏名 担当医師氏名
	訪問介護うちなー 〇〇 〇〇

期間を毎回記入する時に
更新を忘れずに。

事業所名称（法人名ではありません）
と管理責任者氏名を記載してください。

同意日 令和 年 月 日

住 所
氏 名 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所
代行者氏名 印
本人との関係

事業所名称（法人名では
ありません）と代表者氏
名を記載してください。

事業所名 訪問介護うちなー
事業所住所 沖縄県△△市△△〇丁目〇-〇 △△ビル 〇階
代表者名 △△ △△ 印

参考例) 喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書

※ 研修と兼ねた同意書の例

この書式も沖縄県HPからダウンロードできます

喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書

下記の内容について事業所より十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務(特定行為業務)の実施に同意いたします。

- ①「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修」の、実地研修において医師の指示により、指導看護師の指導の下、貴施設(事業所)で下記の特定行為を実施する事
- ②「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修」を修了した貴施設(事業)の介護職員等が、医師の指示により、看護職との連携の下、下記の特定行為を実施する事
- ③当同意書は2部作成し、各1部保管する。
- ④当同意書を登録研修機関へ提出を行う事、並びに本件に関わる個人情報を共有する事。

喀痰吸引等(特定行為)の種別	<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"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
----------------	--

同意日 年 月 日

住 所

氏 名 印

署名代行者 私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所

代行者氏名 印

本人との関係

事業所名称(法人名
ではありません)と
代表者氏名を記載し
てください。

事業所名 訪問介護うちなー

住 所 沖縄県△△市△△〇丁目〇-〇 △△ビル 〇階

代表者名 △△ △△ 印

3-2

特定行為を実施する時に必要な書類等

医師からの指示書をもらいましょう

特定行為は医療行為です。そのため、医師から指示を受けることが必要です。

特定行為は、医師からの指示書の内容どおりに実施しましょう。



医師からの指示書の「記入例」が、沖縄県HPで公開されています。

この記入例を、指示書を依頼する医師に、指示書の書式とともに渡すようにしましょう。

また、記入したものをもらった後、内容に間違いがないか確認するときにも、記入例を見ながら確認しましょう。

次ページにその「記入例」を掲載しています。



医師への**現状報告フォーム**を活用しよう

沖縄県では、「**指示書の記入例**」「**現状報告フォーム**」を、沖縄県HPで公開しています。

医師に指示書を依頼する際に「現状報告フォーム」を提出することで、医師が指示内容を把握でき、指示書作成がスムーズになります。

担当看護師がこのフォームに記入し、指示書依頼と一緒に医師に提出しましょう。
(フォームを本書の指示書記入例の次のページに掲載しています)



医師指示書は、期限がくる前に更新をしていますか？

指示書に書いてある「指示期間」に気をつけて、指示期間が過ぎる前に、利用者に医師の診断を受けてもらい、指示書を更新してもらいましょう。

実施記録をつける

利用者に対して特定行為を行なったら、実施したことを記録しましょう。

実施記録をつけるのは、介護記録でも、看護記録でもどちらでも構いません。各事業所で記録をつけやすい方法で、忘れずに行うようにしましょう。



この記録を元に、「**実施報告書**」として各月の実施状況をまとめます。**(3-3)**
毎回の記録を忘れないようにしましょう。

参考) 医師の指示書 記入例

この記入例は沖縄県HPからダウンロードできます

介護職員等喀痰吸引等指示書		
標記の件について、下記の通り指示いたします。		
指示期間 (令和 年 月 日～ 年 月 日)		
対象者	事業者	事業者種別 事業者名称
	氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所	電話 () -
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
	障害程度区分	区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
主たる疾患(障害)名		
実施行為種別		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
指示内容	具体的な提供内容	
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む) 吸引圧: ○○kpa 口腔内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ 見える範囲 鼻腔内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ○cm 気管カニューレ内吸引 チューブ ○○Fr 挿入の長さ○cm 吸引時間: 毎食前、痰貯留時 注意事項: 喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意	
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む) 胃チューブ挿入の長さ ○○cm 注入速度: ○○ml / ○時間程度で 栄養剤名○○ml×○回/日 (○時・○時・○時) 注入後白湯 ○○ml	
	その他留意事項 (介護職員等)	異変時は、速やかに担当看護師に報告すること
その他留意事項 (看護職員)		毎食前に胃チューブの確認
(参考) 使用医療機器等	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 経鼻胃管	サイズ: ○○ Fr、種類: ○○
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 吸引器	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 人工呼吸器	機種: ○○○○○○
	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 気管カニューレ	サイズ: 外径 ○○ mm、長さ ○○ mm
	6. その他	
緊急時の連絡先	担当看護師○○ ○○ TEL ○○○—○○○—○○○	
不在時の対応法	主治医 ○○ ○○ TEL ○○○—○○○—○○○ ←事業所の緊急連絡体制に基づき記入	

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。
 ※2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

機関名 ○○○クリニック
 住所 沖縄県○○市○○○
 電話 ○○○—○○○—○○○
 (FAX) ○○○—○○○—○○○

医師氏名 ○○ ○○ 印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

3-3

特定行為を実施したことを、報告する

実施報告書を作成しましょう

介護記録に記入した記録を元に、1ヶ月に1回「実施報告書」にまとめます。

まとめた「実施報告書」は、指示書を記入した医師へ提出します。

ヒヤリハット・アクシデント報告書を作成しましょう

ヒヤリとしたこと、ハッとしたことがあったら、忘れないうちにヒヤリハット・アクシデント報告書を書きましょう。

書いた報告書は、医師や看護師、他のスタッフと情報共有し、次に活かしましょう。



ヒヤリハット・アクシデント報告書は、次の安全委員会で委員にも共有し、特定行為をより安全に実施できるよう、議論しましょう。

参考例) 喀痰吸引等業務 (特定行為業務) 実施状況報告書

この書式は沖縄県HPからダウンロードできます

(5)

喀痰吸引等業務 (特定行為業務) 実施状況報告書

基本情報	氏名		生年月日					
	対象者	要介護認定状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)				
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		住所						
	事業所	事業所名称						
		担当者氏名						
		管理責任者氏名						
	担当看護職員氏名							

業務実施結果	実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日																	
	実施日 (実施日に○)	(喀痰吸引)	平成	年 月							(経管栄養)	平成	年 月						
			1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7		
			8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14		
			15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21		
			22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28		
		29	30	31		29	30	31											
	実施行為	実施結果							特記すべき事項										
	喀痰吸引	口腔内の喀痰吸引																	
		鼻腔内の喀痰吸引																	
引	気管カニューレ内部の喀痰吸引																		
経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養																		
	経鼻経管栄養																		

事業所名称 (法人名ではありません) と**管理責任者氏名**を記載してください。

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日

事業者名 訪問介護うちなー

責任者名 ○○ ○○

印

○○○○ 殿

参考例) 喀痰吸引等業務(特定行為業務) ヒヤリハット・アクシデント報告書

1ページ目

この書式は沖縄県HPから
ダウンロードできます

自事業所で、すでに使用しているヒヤリハット・アクシデント報告書があれば、それを使用することも可能です。
その場合、事業所登録の時に、自事業所書式のヒヤリハット・アクシデント報告書をひな型として提出していますか？

喀痰吸引等業務(特定行為業務) ヒヤリハット・アクシデント報告書		
報告者状況	事業所名称	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	連携看護職員氏名	
発生日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃	
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
対象者	氏名: (男・女)	年齢:
	当日の状況	
出来事の情報(1連の行為につき1枚)		
行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) 【経管栄養】 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管)	
第1発見者 (○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ()
出来事の発生状況	※誰が、何をを行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。	
医師への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
連携看護職員への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。	
救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし	

参考例) 喀痰吸引等業務(特定行為業務) ヒヤリハット・アクシデント報告書

2ページ目

	<input type="checkbox"/> あり(具体的な処置: _____)
出来事が発生した背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。
(当てはまる要因を全て)	<p>【人的要因】 <input type="checkbox"/>判断誤り <input type="checkbox"/>知識誤り <input type="checkbox"/>確認不十分 <input type="checkbox"/>観察不十分 <input type="checkbox"/>知識不足 <input type="checkbox"/>未熟な技術 <input type="checkbox"/>技術間違い <input type="checkbox"/>寝不足 <input type="checkbox"/>体調不良 <input type="checkbox"/>慌てていた <input type="checkbox"/>緊張していた <input type="checkbox"/>思いこみ <input type="checkbox"/>忘れた <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>【環境要因】 <input type="checkbox"/>不十分な照明 <input type="checkbox"/>業務の中断 <input type="checkbox"/>緊急時 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>【管理・システムの要因】 <input type="checkbox"/>連携(コミュニケーション)の不備 <input type="checkbox"/>医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/>多忙 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
出来事の影響度分類(レベル0～5のうち一つ)	<input type="checkbox"/> 0 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1 対象者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない) <input type="checkbox"/> 2 処置や治療は行わなかった(対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた) <input type="checkbox"/> 3 a 簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など) <input type="checkbox"/> 3 b 濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など) <input type="checkbox"/> 4 a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない <input type="checkbox"/> 4 b 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う <input type="checkbox"/> 5 レベル4 bをこえる影響を与えた
介護職員 報告書記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医師・連携看護職員の助言等	<input type="checkbox"/> ①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について <input type="checkbox"/> ②介護職員へ行った助言・指導内容等について <input type="checkbox"/> ③その他(今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など)
医師・連携看護職員 報告書記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

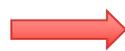
4

登録した内容に変更が生じた時の手続き

登録特定行為事業者の申請内容に変更があった時は、速やかに申請書や届出書を提出しなければなりません。
認定特定行為業務従事者の入退職や、利用者や行為の追加があった場合も申請の対象となります。

事業所で実施する**特定行為の種類**に変更がある場合

- 例) ✓ 喀痰吸引だけだったが、胃ろうを新たに追加したい
✓ 非侵襲（マスク）の人工呼吸器だったが、侵襲（気管切開）の人工呼吸器に変わった



4-1

登録特定行為事業者 **登録更新申請**

喀痰吸引等を行う**介護職員等の名簿、業務方法書、事業者の設置者**にかかる変更がある場合

- 例) ✓ 特定行為を行う介護職員が退職した（ので名簿から削除したい）
✓ 新たに研修を終えた介護職員を名簿に追加したい
✓ ある職員が担当する利用者が増えた（ので対象者を追加したい）←第3号研修の場合
✓ 事業所の管理責任者が変わった
✓ 事業所の名称が変わった



4-2

登録特定行為事業者 **変更登録届出**



追加研修を行いたい時は、登録研修機関に申し込みが必要です。
行為の追加、対象の追加をするためには、追加研修が必要です。
追加研修を行いたい時は、登録研修機関へ問い合わせ、研修申し込みを必ず行ってください。
登録研修機関の管理監督がない状態で（事業所独自で）研修を行っても、修了したと認められません。



追加研修を受けて、できる行為が増えた方は、認定証の変更の手続きが必要です。
変更申請に必要な書式は、沖縄県HPからダウンロードできます。

4-1

登録特定行為事業者 登録更新申請

こんな場合に登録更新申請書の提出が必要です！

- 事業所で実施する**特定行為の種類を追加**したい

(例)

- * これまで吸引だけだったが、胃ろうが必要になった = 行為の追加
- * これまででは口腔内吸引を実施していたが、新たに鼻腔内吸引も受け入れることになった = 行為の追加



実施できる特定行為を増やすため、**介護職員等が研修を受講して実施できる特定行為が増えた場合は「変更登録申請書」の提出も必要です。**

所属する介護職員等の名簿に変更を加える必要が生じるので、「登録更新申請書」と「変更登録届出書」を同時に提出してください。

第1号様式（第2条関係）

受付番号

年 月 日

沖縄県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

この様式は、最初に事業所を登録する時の申請様式です
登録更新申請の様式は次々ページに記入例があります

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ので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

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		
電話番号	(ビルの名称等)		
代表者の氏名・ フリガナ	個人・法人の種別	年 月 日	
フリガナ	生年月日	年	月 日
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
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	(第1号様式の2)		

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 「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 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。
6 以下の添付資料を合わせて提出してください。



登録更新申請は
何を更新するための申請？

左の様式は、
最初に事業所を登録する時に提出する
申請書です。

ここで申請した「実施する喀痰吸引等
（特定行為）の行為」の箇所を更新する
のが、この「登録更新申請」です。

登録更新申請に必要な書類

まず、事業所登録の時に提出した書類一式を手元に用意しましょう。（過去にも変更や更新の届出をしたことがあれば、直近のもの）

どこを変更する必要があるか？ どのように変更するか？

しっかり確認しながら、申請書類を準備していきましょう。

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

準備する書類	解説
1 登録更新申請書（第3号様式）	県HPから様式をダウンロードできます。記入例を、次ページに掲載していますので、参考にしてください。
2 認定特定行為業務従事者名簿（第1号様式の2）	県HPから様式をダウンロードできます。記入例を、次ページに掲載していますので、参考にしてください。
3 認定特定行為業務従事者認定証の写し	今回の申請で名簿への記載に変更があった方（変更や新規追加、削除）の分だけがかまいません。
4 登録適合書類（第1号様式の4）	これらは、事業所登録の時に提出した書類に含まれているものです。
5 登録適合チェックリスト	これまでに変更登録届出をしたことがなければ、事業所登録をした時のものと同じで構いません。
6 業務方法書	過去に変更登録届出を行い、業務方法書の内容を変更したことがある場合は、最新のものを用意しましょう。
7 その他 （業務方法書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*	これらの書類はすべて、業務方法書の中に、別紙または別添資料として含まれているはずですが、もし含まれていなければ、業務方法書を見直す必要があるでしょう。 *なお「記録等の整備状況に関する資料」とは、「喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書」のことです。

1「登録更新申請書」の記入例を、次のページに掲載しています。

申請書の下部に書いてある添付書類にあたるのが、上の表の2～7です。



登録更新申請書、変更登録届出書は、提出前に必ず控え（コピー）を取って、保管しましょう！
最初の登録申請書の控えと同じファイルに綴じて保管するのが良いでしょう。

記入例) 登録更新申請書

この書式は沖縄県HPから
ダウンロードできます

第3号様式 (第3条関係)

受付番号

年 月 日

沖縄県知事 殿

主たる事業所の所在地

申請者

代表者名

押印廃止

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)		4	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
フリガナ	ホウモンカイゴ ウチナー											
事業所名称	訪問介護うちなー											
事業所所在地	(郵便番号 000 - 0000)											
	沖縄	都	道	△△	市	区	△△	町	村	△△	丁目	〇-〇
	(ビル等の名称等) △△ビル 〇階											
電話番号	098-000-0000											
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	令和3年 00月 00日											
2. 鼻腔内の喀痰吸引	令和3年 00月 00日											
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	令和7年 00月 00日											
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	令和7年 00月 00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	(第1号様式の2)											

すでに登録している行為は、以前の申請の時に記入した年月日を記入。

新たに追加する行為は、事業開始を予定する年月日を記入。

備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。

- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 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)
- 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

ここに書かれている添付書類については、前ページで解説しています。

4-2

登録特定行為事業者 変更登録届

こんな場合に**変更登録届**出書の提出が必要です！

- 喀痰吸引等を行う**介護職員等の名簿**を変更したい
- 業務方法書に記載している内容を変更したい
- 事業者の設置者の住所や代表者が変更になった

(介護職員等の名簿の変更の例)

- * 新たに職員を採用した。または、職員が退職した。 = **名簿の変更**
 - * ある職員が担当する利用者が増えた = **利用者の追加**
 - * 鼻吸引の研修を終えた職員が、新たに胃ろうの研修も終えた = **資格の追加**
 - * これまで吸引だけだった利用者に、胃ろうが必要になった = **行為の追加**
- 行為の追加に関しては「登録更新申請」が必要な場合があります**

変更登録届出に必要な書類

まず、事業所登録の時に提出した書類一式を手元に用意しましょう。(過去にも変更や更新の届出をしたことがあれば、直近のもの)

どこを変更する必要があるか？ どのように変更するか？

しっかり確認しながら、申請書類を準備していきましょう。

変更登録届出には「第3号様式の2」の様式を用います(次ページに記入例あり)
届出書に添付する書類は、どんなことを変更するかによって異なります。下の表を参考に、添付書類を準備しましょう。

変更が発生する事項	添付書類
1. 設置にかかる事項	
① 代表者氏名	代表者の新しい氏名が記載されている登記事項証明書 (直近3ヶ月以内に発行されたもの)
② 代表者の住所	代表者の新しい住所が記載されている登記事項証明書 (直近3ヶ月以内に発行されたもの)
③ 事業所の名称	事業所の新しい名称が記載されている登記事項証明書 (直近3ヶ月以内に発行されたもの)
④ 事業所の所在地	事業所の新しい住所が記載されている登記事項証明書 (直近3ヶ月以内に発行されたもの)
⑤ 法人の寄付行為 又は 定款	新しい寄付行為又は定款 ※原本証明を付記してください
2. 登録特定行為事業者の登録に係る事項	
① 業務方法書	新しい業務方法書
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	・更新した介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿 ・名簿に記載のある者全ての、認定証等の写し
③ 喀痰吸引等の実施に係る 備品一覧	新しい備品一覧

記入例) 変更登録届出書

次ページの名簿の記入例と見比べてみましょう。

(例題)

- * 山田 花子が、介護福祉士の資格を取得した
- * 田中 一郎が那覇カメに特定行為をするために研修を終えた
- * 山本 次郎を新たに雇用した
- * 佐藤 太郎が退職した

第3号様式の2 (第3条関係)

受付番号

令和4年 3月20日

沖縄県知事 殿

主たる事業所の 沖縄県△△市△△〇丁目〇-〇

所在地 △△ビル 〇階

申請者 〇〇法人 うちなー

代表者名 代表理事 〇〇

×
押印廃止

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)		4	7	2	0	0	0	0	1	1	1
申請者	フリガナ										
	事業所名称	訪問介護うちなー									
	事業所所在地	(郵便番号 -)									
		都 道 市 区 府 県 町 村									
電話番号	(ビルの名称等)										
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						認定特定行為業務従事者の名簿: 山田 花子 資格:なし					
②代表者の住所						(変更後)					
③事業所の名称						認定特定行為業務従事者の名簿:					
④事業所の所在地						(資格の追加)					
⑤法人の寄附行為又は定款						・山田 花子 資格:介護福祉士					
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						(利用者追加)					
①業務方法書						・職員:田中 一郎 利用者:那覇 カメ 種別:① ②					
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						(名簿追加)					
③喀痰吸引等の実施に係る備品一覧						・職員:山本 太郎 新規採用のため名簿追加 (名簿削除) ・職員:佐藤 太郎 退職のため名簿削除					
変更年月日						令和4年 3月 15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「〇」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、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)。

6 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

記入例) 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿

前ページの「変更登録届出書（第3号様式-2）」の記入例と合わせて参考にしてください。

(例題)

- * 山田 花子が、介護福祉士の資格を取得した
- * 田中 一郎が、那覇カメに特定行為をするために研修を終えた
- * 山本 次郎を新たに雇用した
- * 佐藤 太郎が退職した



- 記入にあたっては、認定証または免許証に記載されている、認定番号または免許番号が必要になります。
- 登録変更届出書に、認定証または免許証のコピーを添付して提出しましょう。

第1号様式の2(第2条関係)

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	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類	実地研修実施機関名称	修了年月日
1	山田 花子	第D-123456号 令和3年4月27日	471000100 令和2年6月22日	昭和50年1月22日	3	琉球 くくる	③(人工呼吸器含) ④(半固形含)	一般社団法人Kukuru	令和2年6月15日
2	田中 一郎		471000321 令和2年8月31日	昭和45年11月5日	3	琉球 くくる	③	一般社団法人Kukuru	令和2年6月24日
3	田中 一郎		471000321 令和2年8月31日	昭和45年11月5日	3	那覇 カメ	① ②	一般社団法人Kukuru	令和2年12月22日
4	山本 次郎	第D-123456号 令和元年4月26日	471000555 令和元年7月7日	平成6年4月12日	1		① ② ③ ④(半固形含) ⑤	一般社団法人Kukuru	—

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類」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。

登録特定行為事業者
喀痰吸引等の業務にかかる手続きの手引き

編集 一般社団法人 K u k u r u
発行 初版（2026年2月）

沖縄県喀痰吸引等研修推進事業により作成

* 法令、県の要綱等の情報は発行日時点のものに準拠しています。