

別記第 17 号様式の 2 (第 17 条関係)

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

年 月 日

栃木県知事 様

申請者 住所 _____
 電話 () _____
 氏名 _____
 生年月日 _____
 所属 _____

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・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて (平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 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"/> 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等の取扱いについて (平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 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"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（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 |
| <input type="checkbox"/> | 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 |

(# 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。

* (# 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。)