

<記載例（特定の者対象用）>

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②

第三者証明書

申請日は、平成 24 年 2 月 20 日以降の日付を記載してください。

年 月 日

静岡県知事 殿

申請者が勤務する事業所・学校の長の職・氏名を記載してください。

証明者 住所 ※勤務先の事業所（学校）住所を記載

フリガナ 氏名 施設長 アオイ ジョウジ 葵 次郎

印

申請者との関係 施設長

施設長等の職印又は私印 ※いずれも可

認定を受ける介護職員の氏名を記載してください。

申請者

フリガナ 氏名 シズオカ タロウ 静岡 太郎

印

所属 ※勤務している事業所（学校）名を記載

私は、下記について事実であることを証明します。

認定を受ける介護職員の氏名を記載してください。

記

（介護サービス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）

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

※ 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「✓」をつけてください。

（# 1）

- 口腔内の喀痰吸引
- 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）
- 経鼻経管栄養

特定の者に対して実施している医療的ケア（医師等の指導を受けて実施している行為）にチェックを入れてください。

（注1）申請書に記載した特定行為と一致していること。

（注2）特定の者対象の場合は、灰色のマーカーをした行為は対象外。（選択しないこと）

医政局長通知に基づき、医療的ケアを実施している場合は、①から③のいずれかの項目にチェックを入れてください。

（# 2）

- 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）
- 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）
- 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)

- 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)
- ⑤介護職員によるたんの吸引等申請をする特定の利用者への医療的ケアについて、平成 23 年度に県が実施した「たんの吸引等の実施のための研修」を修了している場合は、⑧の項目にチェックを入れてください。
- ⑥平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いについて(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)
- 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)
- 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)

申請時の状態をチェックしてください。

(# 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。

* (# 2) 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、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	行 為 名
静岡 花子	<input checked="" 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