

—障害のある方の医療的ケアのすすめ方—

様式集

(平成27年6月版)

京都市障害者自立支援協議会
「医療的ケア部会」

目 次

- 1 「介護職員等による喀痰吸引等研修（第3号研修）」受講申込関係
- 2 認定特定行為業務従事者認定証 交付申請関係
- 3 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者） 登録申請関係
- 4 京都府医師会介護職員等喀痰吸引等指示書（様式2-1）,（様式2-2）
- 5 京都府医師会（児童生徒用）介護職員等喀痰吸引等指示書（様式2-3）

「介護職員等による喀痰吸引等研修 (第3号研修)」受講申込関係

- ・(様式1)「介護職員等による喀痰吸引等研修(第3号研修)」受講申込書
- ・(様式2) 実地研修準備チェック表
- ・(様式3) 利用者又は家族の同意書(例)
- ・(様式4) 主治医の研修の指示書(例)
- ・(様式5-①~⑨) 手順書兼評価表
- ・(様式6) 実地研修 記録用紙
- ・(様式7) ヒヤリハット・アクシデント報告書

優先 順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円) ①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	基本研修:10,000円				受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所に○等をご記入ください) 実地研修:利用者1名につき、自法人0円、他法人0円、無10,000円				1冊:2,000円		合計 金額	
		受講 希望日	全課程	演習希望グループ		利用者氏名	指導看護師の有無		テキスト 要	テキスト 不要			
				第1 希望	第2 希望		第3 希望	有 無			有 無		
3	① ② ③ 千 ④ 年 月 日 (歳)												
4	① ② ③ 千 ④ 年 月 日 (歳)												
5	① ② ③ 千 ④ 年 月 日 (歳)												
6	① ② ③ 千 ④ 年 月 日 (歳)												

【備考】

※実地研修を実施するにあたり、次の書類が必要となりますので、あらかじめ準備をお願いします(受講決定後に提出)。

※提出いただいた書類については、返却しませんので、あらかじめご了承ください。

様式2 実地研修準備チェック表

20 年 月 日記入

(受講生1人+利用者1人)の1組につき、1枚ご提出ください

【受講者ご自身について】

ふりがな		受講番号	
受講生氏名			
事業所名			

【利用者について】

ふりがな	
利用者氏名	

【指導看護師について】

ふりがな	
指導看護師氏名	
事業所名	
事業所連絡先	電話： FAX： e-mail：

【現場演習及び実地研修に関して、提出していただく書類】

確認欄	依頼、提出が必要なもの	内容
<input type="checkbox"/>	主治医の書面による指示書(控え)	主治医から指導看護師等に対し、書面による指示があること
<input type="checkbox"/>	利用者または家族の同意書(控え)	実地研修の実施に対し、利用者または家族からの同意を得ること

【各事業所が体制として整備するもの】

確認欄	内容
<input type="checkbox"/>	実地研修(当該研修)に対応した損害賠償保険に加入している
<input type="checkbox"/>	当該研修の指示書、助言の記録等の管理、保管をしている
<input type="checkbox"/>	当該利用者に関する技術手順、マニュアル等を整備している
<input type="checkbox"/>	利用者の個人情報の秘密保持に関わる措置を講じている(書面にて、誓約を交わしている)
<input type="checkbox"/>	ヒヤリハット事例の蓄積、分析、評価、検証を行う体制がある
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応手順・体制が定められ、緊急時の連絡体制が確立している
<input type="checkbox"/>	訪問看護事業所等との連携により、安全確保のための体制を整備している(施設の場合)安全確保のための「安全対策委員会」を設置している
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指導のもと、連絡・相談・報告等の連携が図れる体制がある
<input type="checkbox"/>	地域との連携体制が整備されている

(様式3)

同意書 (例)

20 年 月 日

(施設長又は事業所長)

氏名： _____ 様

住所： _____

(対象となる利用者)

氏名： _____ 印

私は、貴施設（または事業所）において介護職員によるたんの吸引等の事業に協力することに同意いたします。

なお、先に説明があった介護職員による下記のケア（チェック有）の実施について同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

代理人・代筆者氏名： _____ 印（本人との続柄： _____）

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

※ この同意書は施設（又は介護事業所）側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれの同意書の写しを保管することが望まれます。

(様式4)

喀痰吸引等研修（第3号研修）実地研修の実施に係る指示書

対象者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
現在の状況 について	主たる傷病名	
	必要な医療的 ケア	<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"/> 腸ろうによる経管影響 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
指示内容	上記の必要な医療的ケアを、指導看護師等の指導の下、 介護職員等が行うことについて (可 ・ 否)	
特記事項		

上記のとおり指示する。本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

(事業所名) 指導看護師等 様
(事業所名) 指導看護師等 様
(事業所名) 指導看護師等 様

20 年 月 日

医療機関名
所在地
(電話)
医師氏名 (印)

評価票：喀痰吸引 口腔内吸引(通常手順)

研修者氏名		事業所名	
-------	--	------	--

評価基準	ア	評価項目について手順通りに実施できている。
	イ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
	ウ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
	エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。

実施手順	評価項目	評価の視点	研修種類(該当に○)					
			回数	回数	回数	回数	回数	
			月日	月日	月日	月日	月日	
STEP 4 実施準備	1	訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP 5 実施	4	利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	必要性のある時だけ行っているか。					
	5	吸引の環境、利用者の姿勢を整える。	効果的にたんを吸引できる体位か。					
	6	口の周囲、口腔内を観察する。	唾液の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。					
	7	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをすす。	利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。					
	8	必要に応じ、きれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセッシを持つ。	手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。					
	9	吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめふたつけないか。					
	10	吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。	衛生的に操作できているか。					
	11	(薬液浸漬法の場合) 吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの周囲を洗う。	衛生的に、器具の取扱いができていないか。					
	12	決められた吸引圧になっていることを確認する。	吸引圧は20キロボスカ以下に設定する。					
	13	吸引カテーテルの先端の水をよく切る。	よく水を切ったか。					
	14	「吸引しますよ～」と声をかける。	本人に合図を送り、心の準備をもらっているか。					
	15	吸引カテーテルを口腔内に入れ、両頬の内側、舌の上下周囲を吸引する。	静かに挿入し、口腔内の分泌物を吸引できたか。あまり奥まで挿入していないか。					
	16	一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。	外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(水道水等)に入れて水を汚染していないか。					
	17	(薬液浸漬法の場合) 使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。	洗浄水、消毒液を吸いすぎているか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。					
	18	吸引器のスイッチを切る。	吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。					
	19	吸引カテーテルを接続管からはずし、破棄する。(薬液浸漬法の場合) 消毒液の入った保存容器にもどす。						
	20	手袋をはずす(手袋着用の場合) またはセッシをともに戻し、手洗いをすす。						
	21	利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。	本人の意思を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを聞いているか。					
	22	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行っているか。経鼻管使用者では、吸引後、経鼻管が口腔内に出てきていないかを確認。					
	23	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。					
24	吸引したたんの量、性状等について、ふり回り確認する。	吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに変化はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)						
STEP 6 片付け	25	吸引びんの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。					
	26	洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。	洗浄の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。					
STEP 7 結果確認記録報告	27	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。(ヒヤリハットは業務の後に記録する。)					
アの個数			個	個	個	個	個	個

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点(良好な体位やOKサイン等)について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
研修者確認印	研修者確認印

評価票：喀痰吸引 口腔内吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

研修者氏名 事業所名

評価基準
ア 評価項目について手順通りに実施できている。
イ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
ウ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ 1人での実施を任せられるレベルにはない。

Main evaluation table with columns: 研修種類 (該当に○), 回数, 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数). Rows include implementation steps (STEP 4, 5, 6) and results (STEP 7).

留意点
※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※ 実際に評価票を使用する際は、各対象者の個性性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日 実地合格日
指導看護師印 指導看護師印

評価票：喀痰吸引 鼻腔内吸引(通常手順)

研修者氏名 [] 事業所名 []

評価基準
ア 評価項目について手順通りに実施できている。
イ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
ウ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ 1人での実施を任せられるレベルにはない。

研修種類(該当に○)
回数 ()回目
月日 / /
時間

実施手順 STEP 4 実施 STEP 5 実施
評価項目 評価の視点 評価
1 訪問時、第一回目の流水と石けんによる手洗いを済ませておく。 外から細菌を持ち込まない。
2 医師・訪問看護の指示を確認する。 ここまでは、ケアの前に済ませておく。
3 利用者本人あるいは家族に体調を聞く。
4 利用者本人から吸引の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。 必要性のある時だけ行っているか。
5 吸引の環境、利用者の姿勢を整える。 効果的にたんを吸引できる体位か。
6 鼻の周囲、鼻腔内を観察する。 鼻汁の貯留、出血、腫れ、乾燥などのチェックをしたか。
7 流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。 利用者の体に接触した後、吸引前の手洗いをしているか。
8 必要に応じきれいな使い捨て手袋をする。場合によってはセツンを持つ。 手洗い後、決められた吸引カテーテル保持方法を守っているか。
9 吸引カテーテルを不潔にならないように取り出す。 衛生的に、器具の取扱いができていないか。吸引カテーテルの先端をあらかじめつけていないか。
10 吸引カテーテルを吸引器に連結した接続管につなげる。 衛生的に操作できているか。
11 (薬液浸漬法の場合) 吸引器のスイッチを入れ、水を吸って吸引カテーテルの内腔を洗い流すとともに吸引カテーテルの両脚を洗う。 衛生的に、器具の取扱いができていないか。
12 決められた吸引圧になっていることを確認する。 吸引圧は20キロボスカ以下に設定する。
13 吸引カテーテルの先端の水をよく切る。 よく水を切ったか。
14 「吸引しますよ～」と声をかける。 本人に合図を送り、心の準備をしてもらえているか。
15 吸引カテーテルを陰圧をかけない状態で鼻腔内の奥に入れる。 奥に挿入するまで、吸引カテーテルに陰圧はかけていないか。適切な角度の調整で吸引カテーテルを奥まで挿入できているか。
16 (吸引カテーテルを手で操作する場合) こよりを燃えるように左右に回転し、ゆっくり引き抜きながら吸引する。 (吸引カテーテルを手で操作する場合) 吸引カテーテルを左右に回転させながら引き抜いているか。
17 一回で吸引しきれなかった場合は、吸引カテーテルの外側をアルコール綿で拭き取った後、洗浄水を吸って内側を洗い流してから、再度吸引する。 外側に分泌物がついた吸引カテーテルをそのまま洗浄水(水道水等)に入れて水を汚染していないか。
18 (薬液浸漬法の場合) 使用済み吸引カテーテルは外側をアルコール綿で拭き取った後、水を吸って内側を洗い流してから、保存容器の消毒液を吸引カテーテル内に吸引する。 洗浄水、消毒液を吸いすぎているか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。
19 吸引器のスイッチを切る。 吸引器の機械音は、吸引が終わったらできるだけ早く消す。
20 吸引カテーテルを接続管からはずし、破壊する。(薬液浸漬法の場合) 消毒液の入った保存容器にもどす。
21 手袋をはずす(手袋専用の場合)またはセツンをもとに戻し、手洗いをする。
22 利用者に吸引が終わったことを告げ、確認できる場合、たんがとれたかを確認する。 本人の意思を確認しているか。たんがとれ切れていない場合はもう一回繰り返すかを確認しているか。
23 利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。 舌痛を最小限に、吸引できたか。利用者の状態観察を行えているか。経鼻胃管使用者では、吸引後、経鼻胃管が口腔内に出てきていないかを確認。
24 体位を整える。 楽な体位であるか利用者に確認したか。
25 吸引した物の量、性状等について、ふり返し確認する。 吸引したたんの量・色・性状を見て、たんに異常はないか確認しているか。(異常があった場合、家族や看護師、医師に報告したか。感染の早期発見につながる。)
STEP 6
26 吸引びんの廃液量が70~80%になる前に廃液を捨てる。 手早く片づけているか。吸引びんの汚物は適宜捨てる。
27 洗浄用の水や保存容器の消毒液の残りが少なければ取り換える。 洗浄用の水や消毒液は継ぎ足さず、セットごと取り換えているか。
STEP 7 結果確認記録報告
28 評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。 記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。(ヒヤリハットは業務の後に記録する。)

アの個数 [] 個 [] 個 [] 個 [] 個 [] 個

留意点
※ 特定の利用者における個別の留意点(良好な体位やOKサイン等)について、把握した上でケアを実施すること。
※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日 [] 実地合格日 []
指導看護師印 [] 指導看護師印 []

評価票：喀痰吸引 鼻腔内吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）

研修者氏名 _____ 事業所名 _____

評価基準
ア 評価項目について手順通りに実施できている。
イ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
ウ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ 1人での実施を任せられるレベルにはない。

Main evaluation table with columns: 実施手順, 評価項目, 評価の視点, 評価, 回数, 演習・実地 (各5回). Includes rows for preparation (STEP 4) and implementation (STEP 5).

留意点
※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日 / 実地合格日
指導看護師印

評価票：喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引（通常手順）

研修者氏名 事業所名

評価基準
ア 評価項目について手順通りに実施できている。
イ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
ウ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ 1人での実施を任せられるレベルにはない。

Main evaluation table with columns: 実施手順, 評価項目, 研修種類 (該当に○), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (月日), 演習・実地 (時間), 評価の視点, 評価

留意点
※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日 実地合格日
指導看護師印 指導看護師印

評価票：喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）

研修者氏名 事業所名

評価基準
ア 評価項目について手順通りに実施できている。
イ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
ウ 1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ 1人での実施を任せられるレベルにはない。

Main evaluation table with columns: 実施手順, 評価項目, 評価の視点, 研修種類 (該当に○), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数), 演習・実地 (回数)

留意点
※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
※ 実測に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日 実地合格日
指導看護師印 指導看護師印

評価票：胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）

研修者氏名		事業所名	
-------	--	------	--

評価基準	ア	評価項目について手順通りに実施できている。
	イ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした。実施後に指導した。
	ウ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かししたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
	エ	1人で実施を任せられるレベルにはない。

実施手順	評価項目	研修種類（該当に○）	演習・実地					
			回数 （ ）回目	回数 （ ）回目	回数 （ ）回目	回数 （ ）回目	回数 （ ）回目	
		月日 時間	/	/	/	/	/	
評価の視点		評価						
STEP 4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。					
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。					
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。						
STEP 5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。 声をかけているか。					
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。 衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も） 栄養剤の量や温度に気を付けているか。（利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）					
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。（頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等） 頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。					
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入容器に入れ、注入容器を高いところにかける。	クレンメは閉めているか。					
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。					
	9	胃ろうチューブの破損や抜けがないか、固定の位置を観察する。	破損、抜けがないか。 胃ろうから出ているチューブの長さには注意しているか。					
	10	胃ろうに経管栄養セットをつなぐ。	しっかりとつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。 つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 利用者の背から約50 cm程度の高さに栄養バッグがあるか。					
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは100ミリリットル～200ミリリットル/時を目安に、本人にあった適切なスピードが良い。					
	12	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部位からか漏れていないか。 利用者の表情は苦しそうでないか。 下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。 意識の変化はないか。 息切れはないか。 始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。					
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白濁を流す。	チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、よく洗ったか。 細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。					
	14	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。					
STEP 6 片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。 食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。					
STEP 7 結果確認 評価記録	16	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。（ヒヤリハットは業務の後に記録する。）					
アの個数			個	個	個	個	個	

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個性性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）

研修者氏名		事業所名	
-------	--	------	--

評価基準	ア	評価項目について手順通りに実施できている。
	イ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
	ウ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
	エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。

実施手順	評価項目	評価の視点	研体種類（該当に○）							
			回数 月日 時間	演習・実地 ()回目						
STEP 4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。							
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。							
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。								
STEP 5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。 声をかけているか。							
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。 衛生的に保管されていたか。（食中毒予防も） 栄養剤の量や温度に気を付けているか。 （利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。）							
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。 （頭部を30～60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等） 頭部を一気に挙上していないか（一時的に脳貧血などを起こす可能性がある）。							
	7	胃ろうチューブの破損や抜けがないか確認する。	破損、抜けがないか。 胃ろうから出ているチューブの長さにご注意しているか。							
	8	胃ろうに半固形栄養剤のバッグないし、半固形栄養剤を吸ったカテーテルチップ型シリンジをつなぐ。	つないだのが胃ろうチューブであることを確認したか。 圧をかけたとき、液がもれたり、シリンジが抜けたりすることがあるので、接続部位を把持しているか。（タオルなどで把持するとよい）							
	9	半固形栄養剤のバッグないしカテーテルチップ型シリンジの内筒を適切な圧で押しながら注入する。	5分～15分程度で全量注入する（250ccから400ccくらい） 本人にあった適切なスピードが良い。半固形の栄養バッグ（市販）は手で丸めこみ最後はぞうきんを絞るように注入する（専用のスライザーや加圧バッグで注入しても良い。）							
	10	異常がないか、確認する。	胃ろう周辺やチューブの接続部からか漏れていないか。 利用者の表情は苦しそうではないか。 下痢、嘔吐、異常な頻脈、異常な発汗、異常な顔面紅潮、めまいなどはないか。 意識の変化はないか。 息切れはないか。 始めはゆっくり注入し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し（場合によってはパルスオキシメーターも参考に）適切なスピードを保ったか。							
	11	注入が終わったら、チューブ内洗浄程度の白湯あるいは10倍に希釈した食酢をシリンジで流す。	半固形栄養剤が液体になるほど加量に水分を注入していないか チューブ先端の詰まりを防ぎ、細菌が繁殖しないように、圧をかけてフラッシュしたか。							
12	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。 楽な体位であるか利用者に確認したか。								
STEP 6 片付け	13	後片付けを行う。	使用した器具（栄養チューブやシリンジ）を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。 食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。（半固形の場合は大きな角度のベッドアップは必要ではない）							
STEP 7 結果確認記録報告	14	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。 （ヒヤリハットは業務の後に記録する。）							
アの個数				個	個	個	個	個	個	

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点（良好な体位やOKサイン等）について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個性性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師印	指導看護師印

評価票：経鼻経管栄養

研修者氏名		事業所名	
-------	--	------	--

評価基準	ア	評価項目について手順通りに実施できている。
	イ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。実施後に指導した。
	ウ	1人で実施できる。評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
	エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。

実施手順	評価項目	評価の視点	研修種類 (該当に○)						
			回数	回数	回数	回数	回数		
			月日時間	月日時間	月日時間	月日時間	月日時間		
STEP 4 実施準備	1	流水と石けんで手洗い、あるいは速乾性擦式手指消毒剤で手洗いをする。	外から細菌を持ち込まない。						
	2	医師・訪問看護の指示を確認する。	ここまでは、ケアの前に済ませておく。						
	3	利用者本人あるいは家族に体調を聞く。							
STEP 5 実施	4	利用者本人から注入の依頼を受ける。あるいは、利用者の意思を確認する。	本人の同意はあるか。意思を尊重しているか。声をかけているか。						
	5	必要物品、栄養剤を用意する。	必要な物品が揃っているか。衛生的に保管されていたか。(食中毒予防) 栄養剤の量や温度に気を付けているか。(利用者の好みの温度とする。栄養剤は冷蔵保存しないことが原則である。)						
	6	体位を調整する。	安全にかつ効果的に注入できる体位か。(頭部を30~60度アップし、膝を軽度屈曲。関節の拘縮や体型にあわせ、胃を圧迫しない体位等) 頭部を一気に挙上していないか(一時的に脳貧血などを起こす可能性がある)。						
	7	注入内容を確認し、クレンメを止めてから栄養剤を注入容器に入れ、注入容器を高いところにかける。滴下筒に半分満たし滴下が確認できるようにする。	クレンメは閉めているか。						
	8	クレンメをゆるめ、栄養剤を経管栄養セットのラインの先端まで流し、空気を抜く。	経管栄養セットのライン内の空気を、胃の中に注入しないため。						
	9	チューブの破損や抜けがないか、固定の位置を確認する。口の中でチューブが巻いてないか確認する。	破損、抜けがないか。鼻から挿入されたチューブの鼻より外に出たチューブの長さ変わらないか確認したか。口腔内で経鼻胃管がとぐろを巻いていないか。						
	10	経鼻胃管に経管栄養セットをつなぐ。	しっかりつなげ、途中で接続が抜けるようなことはないか。つないだのが経管栄養のチューブであることを確認したか。利用者の背から約50 cm程度の高さに栄養バッグがあるか。						
	11	クレンメをゆっくり緩めて滴下する。	滴下スピードは100ミリリットル~200ミリリットル/時を目安に、本人にあった適切なスピードが良い。						
	12	異常がないか、確認する。	利用者の表情は苦しそうではないか。下痢、嘔吐、頻脈、発汗、顔面紅潮、めまいなどはないか。意識の変化はないか。息切れはないか。始めはゆっくり滴下し、顔色や表情の変化がないかどうか確認し(場合によってはパルスオキシメーターも参考に)適切なスピードを保ったか。						
	13	滴下が終了したらクレンメを閉じ、経管栄養セットのラインをはずし、カテーテルチップ型シリンジで胃ろうチューブに白湯を流す。	チューブ先端の詰まりを防止、細菌が繁殖しないように、よく洗ったか。細菌増殖予防目的で、食酢を10倍程度希釈し、カテーテルチップ型シリンジで注入する場合もある。						
14	体位を整える	終了後しばらくは上体を挙上する。楽な体位であるか利用者に確認したか。							
STEP 6 片付け	15	後片付けを行う。	使用した器具(栄養チューブやシリンジ)を洗浄したか。割ったり壊したりしないように注意したか。食器と同じ取り扱いでよく洗浄したか。楽な体位であるか利用者に確認したか。						
STEP 7 結果確認報告	16	評価票に記録する。ヒヤリハットがあれば報告する。	記録し、ヒヤリハットがあれば報告したか。(ヒヤリハットは業務の後に記録する。)						
アの個数				個	個	個	個	個	個

留意点

- ※ 特定の利用者における個別の留意点(良好な体位やOKサイン等)について、把握した上でケアを実施すること。
- ※ 実際に評価表を使用する際は、各対象者の個別性に適合させるよう、適宜変更・修正して使用すること。

演習合格日	実地合格日
/	/
指導看護師 印	指導看護師 印

評価判定基準

(1) 基本研修(現場演習)評価判定基準

ア	評価項目について手順通りに実施できている。
イ	評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。
ウ	評価項目を抜かした。(手順通りに実施できなかった。)

(2) 実地研修評価判定基準

ア	1人で実施できる。 評価項目について手順通りに実施できている。
イ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 実施後に指導した。
ウ	1人で実施できる。 評価項目について手順を抜かしたり、間違えたりした。 その場では見過ごせないレベルであり、その場で指導した。
エ	1人での実施を任せられるレベルにはない。

(様式6)

実地研修 記録用紙

研修者氏名《 _____ 》

※該当項目を○で囲む《 項目；たんの吸引（ 口腔 鼻腔 気管カニューレ内 人工呼吸器（回路 マスク）・経管栄養（ 経鼻経管 胃ろう 腸ろう ） _____ 》

対象者の情報

--

指示書の確認

--

実施記録

回数	実施日時	対象者の状況	実施する際に留意した点・実施内容	振り返りと今後の課題	指導看護師
1					
2					
3					

上記のとおり実地研修を修了したことを認めます
指導看護師等 印

(様式7)

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	平成 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		

	<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 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師・連携看護職員の助言等	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
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	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 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請関係

- ・(様式4-1) 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)
- ・(様式4-2) 認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書(省令別表第三号研修修了者対象)
- ・(様式4-3) 社会福祉士法及び介護福祉士法附則第4条第3項の各号の規定等に該当しない旨の誓約書
- ・(様式7) 認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書
- ・(様式8) 認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請書
- ・(様式9) 認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書
- ・認定特定行為業務従事者認定証交付申請提出書類一覧(チェックリスト①)
- ・記載例(様式4-1, 4-2)

●提出先

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

京都府 高齢者支援課 事業所・福祉サービス係

TEL 075-414-4571・467

(第4-1号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

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4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		生年月日	年 月 日
	氏名		性 別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認 定 を 受 け よ う と す る 特 定 行 為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 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
		1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日/
		※ 口腔内の喀痰吸引 (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 (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 (人工呼吸器装着者)		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/	

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4-2号様式により申請してください。
- 2 認定を受けようとする特定行為に「○」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。
- 3 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

- 1 住民票 (写)
- 2 申請者が法附則第4条第3項の各号の規定等に該当しないことを誓約する書面[第4-3号様式]
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書

京 都 府 知 事 様

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第三号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4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		生年月日	年 月 日
	氏名		性 別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認 定 を 受 け よ う と す る 特 定 行 為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	氏名 (特定の者)			
		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
		1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日/
		※口腔内の喀痰吸引 (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 (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 (人工呼吸器装着者)		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/	

備 考

- 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号、第二号研修 (不特定多数の者対象の研修) を受講した方は第4-1号様式により申請してください。
- 2 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごとに申請書を作成してください。
- 3 「氏名 (特定の者)」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。
- 4 認定を受けようとする特定行為に「O」を記載してください。
- 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

- 1 住民票 (写)
- 2 申請者が法附則第4条第3項の各号の規定等に該当しないことを誓約する書面[第4-3号様式]
- 3 喀痰吸引等研修の研修修了証明書

(第4-3号様式)

社会福祉士法及び介護福祉士法附則第4条第3項の各号の規定等に該当しない旨の誓約書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申請者 住所

氏名

印

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。

記

社会福祉士法及び介護福祉士法附則第4条第3項

- 一 心身の故障により社会福祉士又は介護福祉士の業務を適正に行うものができない者として厚生労働省令で定めるもの
※認定特定登録事業者認定証交付後に上記に該当した場合は、別添心身の故障に係る届出様式を提出する。
- 二 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った日から起算して二年を経過しない者
- 三 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っ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った日から起算して二年を経過しない者
- 四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者
- 五 次項の規定により認定特定行為業務従業者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第四条第三項第一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定行為の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

法附則第四条第三項第三号及び第七条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、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、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、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及び臨床研究法の規定とする。

[別添]

心身の故障に係る届出様式

____年 ____月 ____日提出

京都府知事 殿

下記のとおり、心身の故障により特定行為の業務を適正に行うことができない者について届け出ます。

氏名： _____ (印)

住所： _____

連絡先電話番号： _____

- (1) 心身の故障により特定行為の業務を適正に行うことができない者の氏名（記入できる部分をご記入ください。）

氏名：
生年月日： ____年 ____月 ____日
登録番号：

- (2) 心身の故障により業務に生じている支障について、具体的な内容をご記入ください。

- (3) (2)に記載した業務への支障の原因と考えられる心身の故障の状態及び回復可能性等に関する医師の診断書等の証明書類を添付ください。その際、以下の記入欄に書類の概要をご記入ください。

(4) 届出者と(1)に記載した者との関係(該当するものに☑)

本人

同居の親族

法定代理人(具体的にご記載ください:)

その他(具体的にご記載ください:)

以上

(第7号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号											
申 請 者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名	㊦						性別	男 ・ 女		
	住所	(〒 -)		都 道 市 区		府 県 町 村					
	電話番号										
変 更 が 発 生 す る 事 項						変 更 内 容 の 概 要					
1. 申請者氏名						(変更前)					
2. 喀痰吸引等研修を修了した特定行為						(変更後)					
変 更 年 月 日						年 月 日					

- 備考1 変更が生じた日から10日以内に届出書を提出してください。
- 2 「認定証登録番号」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てください。
- 5 「申請者氏名」変更の場合は、認定特定行為業務従事者認定証（原本）及び、変更内容が確認できる書類（裏書きのある運転免許証、旧姓・新姓の両方が載っている住民票、戸籍抄本等）を添付してください。
- 6 「修了した特定行為」の変更の場合は、認定特定行為業務従事者認定証（写）及び、喀痰吸引等研修の研修修了証明書等（写）を添付してください。

(第7号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号											
申 請 者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名	⑩						性別	男 ・ 女		
	住所	(〒 -)		都 道 市 区		府 県 町 村					
	電話番号										
変 更 が 発 生 す る 事 項						変 更 内 容 の 概 要					
1. 申請者氏名						(変更前)					
2. 喀痰吸引等研修を修了した特定行為						(変更後)					
変 更 年 月 日						年 月 日					

- 備考1 変更が生じた日から10日以内に届出書を提出してください。
- 2 「認定証登録番号」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てください。
- 5 「申請者氏名」変更の場合は、認定特定行為業務従事者認定証（原本）及び、変更内容が確認できる書類（裏書きのある運転免許証、旧姓・新姓の両方が載っている住民票、戸籍抄本等）を添付してください。
- 6 「修了した特定行為」の変更の場合は、認定特定行為業務従事者認定証（写）及び、喀痰吸引等研修の研修修了証明書等（写）を添付してください。

(第9号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、次のとおり
辞退したいので届け出ます。

認定証登録番号										
フリガナ								生年月日	年 月 日	
氏名								性別	男 ・ 女	
住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村									
電話番号										
認定を受けた年月日	年 月 日			認定を辞退する予定年月日	年 月 日					
認定を辞退する理由										

- 備考1 認定を辞退する日の一月前までに届け出てください。
- 2 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）を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあつては、その認定証ごとに届出書を作成してください。
 - 3 「認定証登録番号」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 認定特定行為業務従事者認定証（原本）を添付してください。

(記載例 - 第二号研修の場合)

(第4-1号様式)

平成24年12月15日

京 都 府 知 事 様

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4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	キョウト タロウ	生年月日	昭和●●年 ●月●●日
	氏名	京 都 太 郎 ㊦	性 別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号602-8570) 都 道 市 区 京 都 府 県 京 都 町 村 上京区下立売通御西入藪/内町		
	電話番号	075-414-4671		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	京 都 府		研修修了年月日/ 修了証明書番号
	研修機関所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	<input type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	平成24年12月10日/ 第241000号	
	※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/		
<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	平成24年12月10日/ 第241000号		
	※ 鼻腔内の喀痰吸引 (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 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/		
<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成24年12月10日/ 第241000号		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

備 考

- 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4-2号様式により申請してください。
- 認定を受けようとする特定行為に「○」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。
- 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4条第3項の各号の規定等に該当しないことを誓約する書面[第4-3号様式]
- 喀痰吸引等研修の修了証明書

京 都 府 知 事 様

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第三号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4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	キョウト タロウ	生年月日	昭和●●年 ●月●●日
	氏名	京 都 太 郎	性 別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号 602-8570) 都 道 市 区 京 都 府 県 京 都 町 村 上京区下立売餅町西入敷/内町		
	電話番号	075-414-4671		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	社会福祉法人 ●●●会 ●●●●センター		
	研修機関所在地	(郵便番号 ●●●-●●●●) 都 道 市 区 京 都 府 県 宇 治 町 村 宇治若森●● (ビルの名称等)		
	氏名(特定の者)	宇 治 太 郎		
		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 type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引		平成24年12月10日/第123456号
	<input type="radio"/>	※口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		平成24年12月10日/第123456号
	<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引		年 月 日/
	<input type="radio"/>	※鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		年 月 日/
	<input type="radio"/>	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日/
	<input type="radio"/>	※気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		年 月 日/
<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		平成24年12月10日/第123456号	
<input type="radio"/>	5. 経鼻経管栄養		年 月 日/	

備 考

- 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号、第二号研修(不特定多数の者対象の研修)を受講した方は第4-1号様式により申請してください。
- 2 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごとに申請書を作成してください。
- 3 「氏名(特定の者)」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。
- 4 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
- 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

- 1 住民票(写)
- 2 申請者が法附則第4条第3項の各号の規定等に該当しないことを誓約する書面[第4-3号様式]
- 3 喀痰吸引等研修の研修修了証明書