

—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

「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

【申込者】

法人名		事業所名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	
代表者氏名	職印	事務担当者氏名	

表記について、下記の者を受講者として申し込みます。

記

【受講対象者】

※募集定員を超過した場合、受講できないことがありますので、受講の優先度が高い対象者順にリストを作成してください。

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)		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)										1冊:2,000円		合計 金額		
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載 されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円			実地研修: 1利用者につき、自法人0円、他法人・無10,000円					テキスト						
			受講 希望日	全課程	第1 希望	第2 希望	第3 希望	利用者氏名	喀痰 吸引	経管 栄養	有 (自法人)	有 (他法人)	無	指導看護師の有無		要	不要
例	① けんしゅう あゆみ		11/17	●	①	②	③	いろは	●		●			TEL: - FAX: -	●	44,000	
	② 研修 歩						にほへ		●		●		○○訪問看護ステーション TEL:***-**** FAX:***-****				
	③ 〒 京都市						とちり	●	●		●		○○病院 ○○医師 TEL:***-**** FAX:***-****				
	④ **** 年 ** 月 ** 日 ( ** )						ぬるを	●	●			●	TEL: - FAX: -				
1	①												TEL: - FAX: -				
	②												TEL: - FAX: -				
	③ 〒												TEL: - FAX: -				
	④ 年 月 日 ( 歳)												TEL: - FAX: -				
2	①												TEL: - FAX: -				
	②												TEL: - FAX: -				
	③ 〒												TEL: - FAX: -				
	④ 年 月 日 ( 歳)												TEL: - FAX: -				

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)		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)											1冊:2,000円		合計 金額	
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載 されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円			実地研修:利用者1名につき、自法人0円、他法人・無10,000円					指導看護師の有無		テキスト				
			受講 希望日	全課程	第1 希望	第2 希望	第3 希望	利用者氏名	喀痰 吸引	経管 栄養	有 (自法人)	有 (他法人)	無	指導看護師等	要		不要
3	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 千													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
4	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 千													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
5	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 千													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			
6	①													TEL: - FAX: -			
	②													TEL: - FAX: -			
	③ 千													TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)													TEL: - FAX: -			

【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	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	
			月日	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	
STEP4 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。						
STEP5 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。					
	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キロボスカル以下に設定する。					
	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、心の準備をもらえているか。					
	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ないか。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)またはセツンをもとに戻し、手洗いをする。							
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。	本人の意志を確認しているか。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。)						
STEP6 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。					
STEP7 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	

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
/	/
恒道薬種研印	恒道薬種研印

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。

実施手順	評価項目	評価の視点	研修種類（該当に○）								
			回数	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地				
			（ ）回目	（ ）回目	（ ）回目	（ ）回目	（ ）回目				
			月	日	時間						
STEP4 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。									
STEP5 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	必要に応じて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ちこちにぶつけていないか。								
	10	吸引カテーテルを吸引器に接続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キロパスカル以下に設定する。								
	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、心の準備をしてもうえているか。								
	15	口鼻マスクをはずす。	個人差があり、順番が前後することがある。								
	16	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。								
	17	口鼻マスクを適切にもとの位置にもどす。	個人差があり、順番が前後することがある。								
	18	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。								
	19	（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ないか。吸引カテーテル内に分泌物が残っていないか。								
	20	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。								
	21	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。									
	22	手袋をはずす（手袋専用の場合）またはセッシをもとに戻し、手洗いをする。									
	23	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。	本人の意志を確認しているか。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ないか。								
	24	利用者の顔色、呼吸状態等を観察する。	苦痛を最小限に、吸引してきたか。利用者の状態観察を行っているか。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。								
	25	人工呼吸器が正常に作動していること、口鼻マスクの装着がいつも通りであることを確認する。	人工呼吸器の作動状態、マスクの装着状態を確認しているか。								
	26	体位を整える	楽な体位であるか利用者に確認したか。								
	27	吸引した物の量、性状等について、ふり返り確認する。	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。）								
	STEP6 S T E P 6	28	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。							
		29	洗浄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。							
	STEP7 結 算 書 記 録 報 告	30	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	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(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	研習・実地					
			回数 ( )回目	回数 ( )回目	回数 ( )回目	回数 ( )回目	回数 ( )回目	
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。						
	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。					
STEP 5 実施	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、吸引前の手洗いを行っているか。					
	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ョンを持つ。	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。					
	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同時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キロパスカル以下に設定する。					
	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(手袋着用の場合) またはセッションをもとに戻し、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。	本人の意志を確認しているか。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。	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	吸引したたんの量、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 S T E P 付 6	26	吸引びんの廃液量が70～80%になる前に廃液を捨てる。	手早く片付けているか。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 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, and performance metrics (回数, 演習・実地).

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 \_\_\_\_\_
指導者講師印 \_\_\_\_\_ 指導者講師印 \_\_\_\_\_

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, 評価の視点, 評価, and 回数. Includes rows for preparation (STEP 4), implementation (STEP 5), and completion (STEP 6).

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

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○), 回数 (演習・実地), 月日, 時間, 評価. Includes rows for S T E P 4 and S T E P 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：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	研修種類（該当に○）	演習・実地					
			回数	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	
			月日時間	( )回目	( )回目	( )回目	( )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。						
	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ご注意しているか。					
	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。 利用者の胃から約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、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。					
	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	研修種類（該当に○） 回数 月日 時間	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	
			( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	
STEP4 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。						
STEP5 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（専用のスク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位から漏れていないか。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濁あるいは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。					
STEP6 後片付け	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）					
STEP7 結果評価確認記録報告	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

**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：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	研修種類 (該当に○)	演習・実地					
			回数	演習・実地	演習・実地	演習・実地	演習・実地	
			月日 時間	( )回目	( )回目	( )回目	( )回目	
STEP4 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。						
STEP5 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。滴下筒に半分位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いないか確認する。	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に変わりがないか確認したか。口腔内で経鼻胃管がとく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。利用者の胃から約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。						
STEP6 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。					
STEP7 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

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	<b>【喀痰吸引】</b> 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 ) <b>【経管栄養】</b> ( <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、何を行っている際、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><b>【人的要因】</b>  <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><b>【環境要因】</b>  <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><b>【管理・システムの要因】</b>  <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

京都市下立売通新町西入藪の内町

京都府 介護・地域福祉課 介護・障害事業者担当

TEL 075-414-4671・4672

(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 成年被後見人又は被保佐人
- 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つ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
- 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三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、薬事法、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、障害者自立支援法、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及び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の規定とする。

(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（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。

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）

\* 次表を確認の上記入し、従業者の申請を取りまとめの上、送付してください。

区分	不特定の者対象 ・ 特定の者対象 （該当する方に○をつけてください。）								
施設・事業所等の名称 ※個人の場合は個人の氏名 を記入									
施設・事業所等の種別 ※個人の場合はその他に ○をし、（ ）に氏名を記載	高齢	特養・老健・特定（有料）・訪問介護・その他（ ）							
	障害	障害者支援施設・GH・CH・生活介護・居宅介護・その他（ ）							
問合わせ先 (担当者氏名)									
連絡先	電話	（ ）							
	FAX	（ ）							
提出申請数	名分								
提出書類一覧 （申請者ごとに書類が揃っているかチェック☑してください。）									
申請者氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	府受付 欄 (※)
	交付申請書 (様式4-1) 第一、第二号	交付申請書 (様式4-2) 第三号	住民票	欠格条項に 該当しない旨の 誓約書 (様式4-3)	研修修了 証明書	返信用 封筒	(同右) 切手		
								—	
								—	
								—	
								—	
								—	
								—	
								—	
								—	

※府受付欄には記載しないでください。

# (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	昭和〇〇年 〇月〇〇日
	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
	<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「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。
- 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 上京区下立売藤田西入敷/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

# 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 様式集

- ・(様式1-1) 登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者) 登録申請書
- ・(様式1-2) 介護福祉士・認定特定行為業務従事者 名簿
- ・(様式1-3) 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
- ・(様式1-4) 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
- ・(様式3-1) 登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者) 登録**追加**申請書
- ・(様式3-2) 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
- ・(様式3-3) 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
- ・登録特定行為事業者登録申請提出書類一覧(チェックリスト②)

## ●提出先

〒602-8570

京都市下立売通新町西入藪の内町

京都府 介護・地域福祉課 介護・障害事業者担当

TEL 075-414-4671・4672



京都府知事様

申請者  
所在地又は住所

法人名又は氏名  
(法人の場合)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20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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所又は個人	フリガナ				
	名称又は氏名				
	事業種別				
	所在地又は住所		(郵便番号 - ) 市 町 村 (ビルの名称等)		
	電話番号				
	長の氏名・職名	フリガナ		職名	
		氏名			
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			(様式第1-2号)		

備考

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「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。
- 「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。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 申請者に関する書類
  - 申請者が法人である場合 ①法人の定款又は寄附行為、及び②登記事項証明書（省令第26条の2第1項第1号関係）
  - 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1項第2号関係）
- 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ことを誓約する書面（省令第26条の2第1項第3号関係）[第1-3号様式]
- 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）[第1-4号様式]
- 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



(第1-3号様式)

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

京 都 府 知 事 様

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

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。(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 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、薬事法、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、障害者自立支援法、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及び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の規定とする。

京 都 府 知 事 様

申 請 者  
所在地又は住所

法人名又は氏名  
(法人の場合)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下記のとおり、関係書類を添えて提出します。

事業所又は個人	フリガナ			
	名称又は氏名			
	事業種別			
	所在地又は住所		(郵便番号 - ) 市 町 村	
	電話番号		(ビルの名称等)	
長の氏名・職名	フリガナ			
	氏 名		職 名	
要件	適合要件		該当書類名	番号
	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 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設」（介護保険法）、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 2 「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資料を作成し、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資料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の資料提出は不要のため「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資料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
- 3 「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。

京 都 府 知 事 様

申 請 者  
所在地又は住所

法人名又は氏名  
(法人の場合)代表者名

㊦

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録追加申請書

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20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、以下の通り申請します。

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）										
事業所又は個人	フリガナ									
	名称又は氏名									
	事業種別									
	所在地又は住所	(郵便番号 - ) 市 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					(第1-2号様式)					

備 考

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護（障害者自立支援法）」等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「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。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿〔第1-2号様式〕
- 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）〔第1-4号様式〕
- その他 ※上記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）

平成25年 1月10日

京 都 府 知 事 様

申 請 者  
所在地又は住所 **京都市上京区下立売通新町西入**

法人名又は氏名 **社会福祉法人●●福祉会**

(法人の場合) 代表者名 **理事長** ■■■■ ■■■■ ㊟

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録追加申請書

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20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、以下の通り申請します。

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）		<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
事業所又は個人	フリガナ	<b>ホウモンカイゴジギョウシヨ ●●ヘルパーステーション</b>								
	名称又は氏名	<b>訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション</b>								
	事業種別	<b>訪問介護</b>								
	所在地又は住所	(郵便番号 <b>602-8570</b> ) <b>京 都 市 町 上京区下立売通新町西入</b> 村								
	電話番号	<b>075-414-4671</b>								
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	<b>平成24年12月18日</b>								
◎	2. 鼻腔内の喀痰吸引	<b>平成24年12月18日</b>								
○	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<b>平成25年 2月 1日</b>								
◎	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<b>平成24年12月18日</b>								
	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1-2号様式)								

備 考

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護（障害者自立支援法）」等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「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。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿〔第1-2号様式〕
- 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）〔第1-4号様式〕
- その他 ※上記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）

(第3-2号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申 請 者  
所在地又は住所

法人名又は氏名  
(法人の場合) 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20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）														
事業所又は個人	フリガナ													
	名称又は氏名													
	事業種別													
	所在地又は住所	(郵便番号 - ) 市 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)									
	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法人の定款又は寄附行為													
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										(変更後)				
	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													
	⑤事業開始予定年月日													
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。

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「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。
- 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
- 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。
- 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）。



京 都 府 知 事 様

申 請 者

所在地又は住所 **京 都 府 上 京 区 下 立 売 通 新 町 西 入 敷 / 内 町**

法人名又は氏名 **社 会 福 祉 法 人 ●● 福 祉 会**

(法人の場合) 代表者名 **理 事 長 ■■■■ ■■■■** ㊟

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20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）		2	6	2	0	0	0	0	0	1
事業所又は個人	フリガナ	<b>ホウモンカイゴジギョウショ ●●ヘルパーステーション</b>								
	名称又は氏名	<b>訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション</b>								
	事業種別	<b>訪問介護</b>								
	所在地又は住所	(郵便番号 <b>602-8570</b> ) <b>京 都 市 町 上 京 区 下 立 売 通 新 町 西 入 敷 / 内 町</b> 村								
		(ビルの名称等)								
	電話番号	<b>075-414-4671</b>								
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	<b>別紙（変更前）のとおり</b>								
	②代表者の住所									
	③事業所の名称									
	④事業所の所在地									
	⑤法人の定款又は寄附行為									
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					(変更後)					
	①業務方法書	<b>別紙（変更後）のとおり</b>								
○	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									
	⑤事業開始予定年月日									
変 更 年 月 日					<b>平成24年 12月 25日</b>					

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 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。

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 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。

5 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。

6 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）。

(第3-3号様式)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申 請 者  
所在地又は住所

法人名又は氏名  
(法人の場合) 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社会福祉士及び介護福祉士法附則第20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）									
事業所又は氏名	フリガナ								
	名称又は氏名								
	事業種別								
	所在地又は住所	(郵便番号 - ) 市 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ください。

2 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業の登録を辞退される場合は、事業毎に作成してください。

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。

平成25年11月11日

京都府知事様

申請者

所在地又は住所 京都市上京区下立売通新町西入  
藪/内町

法人名又は氏名 社会福祉法人●●福祉会

(法人の場合) 代表者名 理事長 ■■■ ■■■ ㊟

## 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社会福祉士及び介護福祉士法附則第20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)		2	6	2	0	0	0	0	0	1
事業所又は氏名	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ ●●ヘルパーステーション								
	名称又は氏名	訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション								
	事業種別	訪問介護								
	所在地又は住所	(郵便番号 602-8570 ) 京都市町 上京区下立売通新町西入藪/内町 村								
	電話番号	075-414-4671								
登録を受けた年月日	平成25年 2月 1日	登録を辞退する予定年月日				平成25年 12月 31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 <input type="radio"/> 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	従事者の退職により、気管カニューレ内部の喀痰吸引が実施できなくなるため									
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	別の事業所を紹介									

備考1 登録を辞退する日の一月前までに届け出てください。

2 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設(介護保険法)」、「居宅介護」、「生活介護(障害者自立支援法)」等を記載してください。複数の事業の登録を辞退される場合は、事業毎に作成してください。

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。

## 登録特定行為事業者登録申請提出書類一覧(チェックリスト②)

### 提出書類問合せ先

施設名		
担当者		
連絡先	Tel	Fax
	E-mail	

	書類名	様式番号	添付書類内訳	チェック欄
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	(様式1-1)	—	<input type="checkbox"/>
2	誓約書(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)	(様式1-3)	—	<input type="checkbox"/>
3	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	(様式1-4)	—	<input type="checkbox"/>
4	3の書類に関し登録要件に該当することを証明 する書類	—	添付書類数 種類	<input type="checkbox"/>
5	介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿	(様式1-2)	—	<input type="checkbox"/>
6	<申請者が法人の場合> 法人の定款又は寄附行為	—	—	<input type="checkbox"/>
7	<申請者が法人の場合> 法人の登記事項証明書	—	—	<input type="checkbox"/>
8	<申請者が個人の場合> 住民票の写しまたは外国人登録証明書の写し	—	—	<input type="checkbox"/>
9	登録通知書を送付するための返信用封筒 (定形長3号に郵便番号・住所・事業所名を記 載。92円切手を貼付)	—	—	<input type="checkbox"/>

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。

また本人に関係する登録喀痰吸引等事業者に限り本指示書をコピー使用することを許可する。

指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

(ふりがな) 利用者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生 ( 歳 )		
要介護区分	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )		
障害支援区分 (障害程度区分)	区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6		
主たる疾患名			
実施行為種別	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		
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)		
	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)		
	その他留意事項 (介護職員等)		
	その他留意事項 (看護職員)		
使用医療機器等	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	
	3. 吸引器		
	4. 人工呼吸器	機種:	
	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・不在時の対応法			

※「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。

(京都府医師会 様式 2 - 2)

事業者 1	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 2	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 3	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 4	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 5	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 6	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 7	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 8	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 9	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 10	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 11	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 12	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 13	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 14	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 15	事業者種別	
	事業者名称	

※「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。

年 月 日

医療機関名

住所  
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

(京都府医師会 様式 2-3)

児童生徒名 \_\_\_\_\_ の医療的ケアに係る具体的な指示内容は以下の通りです。

1 経管栄養

\*該当する□のなかにレを記入の上、必要事項を記入

介護職員・教員が実施可能なケア	留置管の種類	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	実施時間に関する指示	<input type="checkbox"/> 昼食時 <input type="checkbox"/> 水分補給時  <input type="checkbox"/> その他 ( )
	注入量及び内容に関する指示	昼食時： 水分補給時： その他：
	与薬に関する指示（時間・量等）	
	注入後に関わる指示	
	留意事項	
	トラブル発生時の対応 (チューブ抜去、分泌物増加、嘔吐等想定されることについての応急的な対応)	
その他		
看護師への指示事項 ・先端確認、胃ろうまたは腸ろうの状態確認等、特に看護師のみが対応する必要があること。		

2 吸引

\*該当する□のなかにレを記入の上、必要事項を記入

介護職員・教員が実施可能なケア	吸引の種類	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内
	吸引を要すると判断する状況	
	手技に関する指示	
	吸引の回数、時間、間隔等に関する指示	
	留意事項	
	トラブル発生時の対応 (カニューレ抜去、出血、嘔吐等想定されることについての応急的な対応)	
その他		
看護師への指示事項 ・特に看護師のみが対応する必要があること。		

3 その他の医療的ケアについて（看護師のみによる対応）

内 容	実施する際の留意点

4 緊急時の処置、対応について

5 その他喀痰吸引等計画書（実施マニュアル）に記載すべき内容