

各種様式

ヒヤリハット事象報告要領

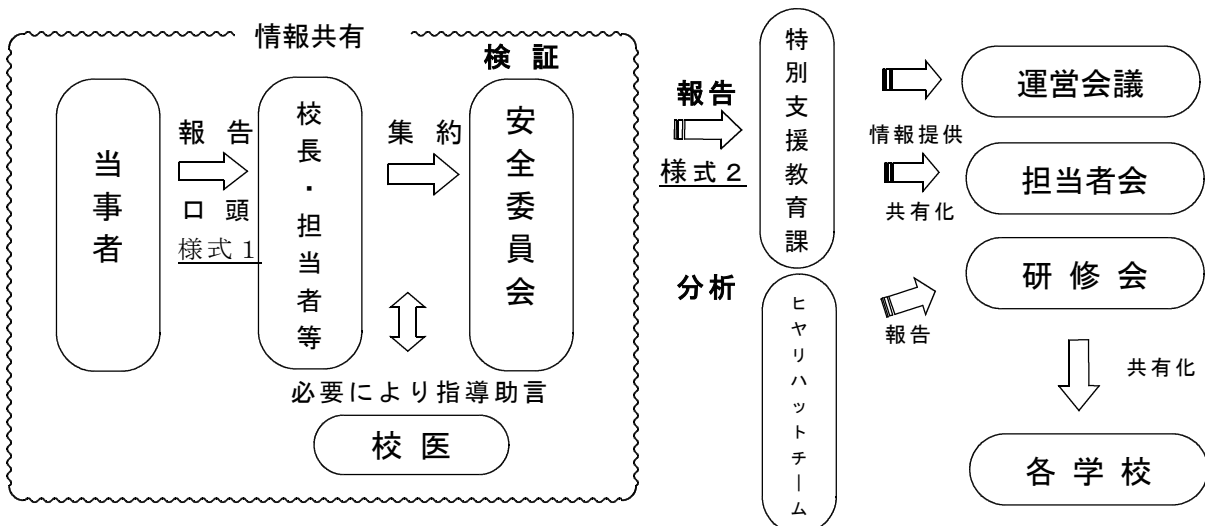
京都府教育庁指導部特別支援教育課

- 目的：**学校内で医療的ケア等を安全に実施していくために取り組む。
- 医療的ケア等にかかわる児童生徒及び教員、看護師が安全で安心して取り組むことができることを目的とする。
 - 「生じた事実」を把握し、その背景にあった要因を明らかにし、今後の対策を検討することともに、ヒヤリハット事象の状況を集約し、情報を共有化することにより、今後の事故を未然に防ぐ手立てとする。

- 記入方法：**
- 1 当事者(事象に直接かかわった者)が報告することを原則とする。
 - 2 事実に基づいて、記述する。
 - 3 速やかに記載し、提出する。
 - 4 「今後の防止策」については、対策として考えられるもの等を記載する。

- 集約手順：**
- 1 ※ 校内における集約手順、分析等は、より各校で設定する。
 - 2 必要により、各校において校医等医療関係者の助言を受ける。
 - 3 報告書(様式2)により、毎月10日までに前月分を指導部特別支援教育課長あて、報告する。特別支援教育課は、これを集約する。
 - 4 医療的ケア担当者会ヒヤリハットチームは、必要により医療関係者の助言を得ながら、集約結果の分析を行い、医療的ケア担当者会等において報告し、共有化を図る。
 - 5 各校の医療的ケア担当者は、校内に持ち帰り、報告し、共有化を図る。

- その他：**
- 1 早急な対応を必要とするものは、校内の緊急時の対応に準じる。
急を要すると判断されないものも、各校の集約手順によることとするが、速やかに管理職、養護教諭、看護師等に口頭で報告し、追って報告書として提出することを原則とする。
 - 2 報告書は、今後の事故を予防するための貴重な情報として捉え、多くの情報を集約することにより、より安全な医療的ケアを行うために活用する。
そのため、個人が「ヒヤッとした、ハッとした」ことについて、率直に報告する。
 - 3 報告書は、事故を防ぎ、安全性を高めていくためのシステムレベルでの改善を行うために活用する。



様式 1

校内用

ヒヤリハット事象報告書

学 校 名 :

平成	年	月	日 ()	記 入 者 名		
		時	分頃			
時間帯						
場 所				対象児童生徒名	部 年	男・女
発生状況 (誰が、何を、どうした、どうなった)	項 目	<input type="checkbox"/> 吸引(鼻腔・口腔・カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻・口腔)				
		<input type="checkbox"/> 酸素吸入 吸入 <input type="checkbox"/> 姿勢変換・保持 <input type="checkbox"/> 器具の消毒 <input type="checkbox"/> 衛生管理 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	発生状況	発生状況				
	発見者	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外 ()				
それに対する対応 (どのように行動(対応)したか)	対応	看護師への連絡の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 主治医への連絡の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 救急救命処置の実施 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
今後の防止策 (どう工夫すれば改善できるか)						
確 認	校長					

平成27年度

月分

学校名

NO	年月日時刻	時間帯	場所	項目	発生状況	対応	防止策	医療対応の有無	要因(複数可)※
1									

※ 要因を次の中から選択(複数可)

要因	A	不十分な観察・確認
	B	判断の誤り
	C	知識の不足や誤り
	D	手技の未熟や誤り
	E	当事者の心身の不調
	F	校内の連絡・報告が不十分(転記・記入漏れも含む)
	G	学校と保護者間の連絡が不十分
	H	医療的ケアマニュアル以外の緊急時の対応
	I	環境要因(物品の不備や故障・不適切な配置・薬の不備等)
	J	その他の要因

項目

経管栄養	●	経管栄養(鼻腔に留置されている管からの注入)※経管栄養に伴う服薬も含む
	●	経管栄養(胃ろう)
	●	経管栄養(腸ろう)
		経管栄養(口腔ネラトン)
		IVH中心静脈栄養
		チューブの抜去(抜去しそうなものを含む)
		その他
呼吸	●	口腔・鼻腔(咽頭より手前まで)からの吸引
		口腔・鼻腔(咽頭より奥の気道)からの吸引
	●	気管切開部(気管カニューレより)からの吸引
		気管切開部の衛生管理・装着管理
		経鼻咽頭エアウェイ挿入
		吸入(ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等))
		吸入(蒸留水・生理食塩水)
		経鼻咽頭エアウェイの装着
		酸素療法(酸素吸入)
		人工呼吸器の使用
その他		導尿
		その他の医療的ケア(新しい項目を記入)

場所

場所	教室
	特別教室・校舎内その他・廊下
	体育館
	プール
	グラウンド
	校舎外
	学校外(修学旅行・校外学習等)
	保健室
	病棟
	その他の場所()

時間帯

時間帯	登校時
	朝の会
	授業中
	食前(食前の準備等の時間)
	食事中
	食後(食後の後片付け等の時間)
	休憩時間(業間・昼休み等の時間)
	移動中
	終わりの会
	下校前
	下校中
	その他の時間帯()

【記入上の留意点】

- ・ 防止策について校内で十分検討した上で報告してください。
再発防止のためには、いつ、どのように、どの点を確認するかまでを記入することが必要。
例「時々、外れていないか確認する」→注入後、何分に、接続部を確認する。
- ・ ヒヤリハット事象がない場合もその旨必ず報告をしてください。
- ・ ヒヤリハット事象報告の様式と記入方法を確認をお願いします。
※「時間帯」「場所」「項目」については、選択記入できるようになっています。
☆「年月日時刻」は、「H〇年〇月〇日 11:00頃」と記入してください。
☆「時間帯と場所」は、ヒヤリハット事象が起こった時を記入してください。※気づいた時ではありません。
☆「発生状況と対応」は、具体的に記入してください。特に主語をはっきりさせてください。
☆「医療対応の有無」は、医療的ケアマニュアルには記載のないことが起こった場合に、主治医または病院と連絡をとった等、医療との連携があった場合に「有」としてください。

別紙 実施手続き一覧（標準）

①	医療的ケアに関する保護者への説明を行う。 (医療的ケアの位置づけや手続き等)	(参考様式あり)
②	保護者は、主治医に学校での医療的ケアについて相談をする。 校長は、主治医に「学校における医療的ケアについて(依頼)」の文書にて「医療的ケアを要する児童生徒に関する指示書」(以下、「指示書」)の作成を依頼する。	(様式1-1)
③	主治医が、学校において医療的ケアの実施が必要であると認めた場合は、主治医が「指示書」を作成する。 (京都府医師会様式2-1, 2-2及び2-3)	(様式1-2)
④	保護者は、主治医の「指示書」と保護者の「医療的ケア実施依頼書」(以下、「依頼書」)を学校に提出する。	(様式2)
⑤	提出された「指示書」と「依頼書」を基に医療的ケア校内委員会で実施について検討する。	
⑥	校長は、医療的ケア校内委員会の検討結果を受け、実施の適否について最終的に判断する。	
⑦	医療的ケア校内委員会で実施者を検討し、実施者の意志を確認の上、校長が最終決定をする。	(様式3-1)
⑧	検討の結果、実施できない場合は、校長は、保護者に実施できない旨の「医療的ケア検討結果通知書」、主治医に実施できない旨の「医療的ケアを要する児童生徒に関する対応について」の文書を渡す。	(様式3-2) (様式3-3)
⑨	実施者は、標準マニュアルを基本とする個別の実施マニュアル(喀痰吸引等計画書)を作成する。	
⑩	実施者、看護師は、主治医訪問を行い、個別の実施マニュアル(喀痰吸引等計画書)の確認を受ける。 主治医は、個別の実施マニュアル(喀痰吸引等計画書)を確認し、学校における医療的ケアの実施を認める場合は「同意書」を作成し校長に渡す。	(様式4-1) (様式4-2)
⑪	校長は、保護者に「医療的ケア実施通知書」を渡す。 保護者は、「医療的ケア実施通知書」の内容を承諾した場合は「同意書」を校長に提出する。	(様式3-1) (様式4-3)
⑫	実施者は、認定特定行為従事者となるための研修を受ける。	
⑬	医療的ケアの実施 指示書に従い実施する。	
⑭	有効期限の記載された指示書について、適切に対応する。 (京都府医師会様式2-1, 2-2及び2-3)	(様式1-2)
⑮	定期的に主治医に医療的ケアの報告を行う。	(様式 5)

<様式1-1>

平成 年 月 日

主治医 様

京都府立 学校
校 長

学校における医療的ケアについて（依頼）

平素から、特別支援教育の推進に御理解と御配慮をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、介護サービスの基盤の強化のための介護保険法等の一部を改正する法律による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴い、平成24年4月から、京都府立特別支援学校において、制度に基づいた医療的ケアを実施しています。本校においても、保護者や主治医・医療機関とより緊密に連携しながら取り組んでいるところです。

つきましては、下記の児童生徒の学校における医療的ケアに関しまして、貴主治医として学校において医療的ケアの実施が必要であると御判断された場合は、別紙（京都府医師会様式 2-1、2-2及び2-3「介護職員等喀痰吸引等指示書」）において御指示・御教示いただきたくお願い申し上げます。

なお、この指示書に基づき「喀痰吸引等計画書」等の作成を行うため、今後御連絡させていただきますことを御了承ください。

おって、学期末（年度末・受診）毎に医療的ケア実施報告をいたしますので、より安心・安全なケアが実施できますよう、御指導いただきますようお願いいたします。

記

1 児童生徒名

部 年 氏名

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

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

<様式2>

平成 年 月 日

京都府立 学校長 様

学部・学年 _____

児童生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印

医療的ケア実施依頼書

上記児童生徒の体調の急変が予測されない限り、主治医の指示書に基づき下記の医療的ケアの実施を依頼します。

なお、必要に応じて学校が主治医と面談をすること及び教員が制度に基づいて特定行為についての実地研修を行うことを承知します。

記

1 依頼する医療的ケアの内容

2 実施上の留意点

<様式3-1>

平成 年 月 日

様

京都府立 学校
校長

医療的ケア実施通知書

医療的ケアの実施依頼について、検討の結果、医療的ケアが必要な場合に、下記の内容で実施することになりましたので通知します。

記

1 児童生徒名

部 年 氏名

2 実施する医療的ケアの内容・範囲

3 実施期間

4 実施担当者名

職名 _____ 氏名 _____

職名 _____ 氏名 _____ (基本研修修了後から実施します)

職名 _____ 氏名 _____ (基本研修修了後から実施します)

<様式3-1>

平成 年 月 日

様

京都府立 学校
校長

医療的ケア実施通知書

医療的ケアの実施依頼について、検討の結果、医療的ケアが必要な場合に、下記の内容で実施することになりましたので通知します。

記

1 児童生徒名

部 年 氏名

2 実施する医療的ケアの内容・範囲

3 実施期間

4 実施担当者名

職名 _____ 氏名 _____

職名 _____ 氏名 _____

職名 _____ 氏名 _____

<様式3-2>

平成 年 月 日

様

京都府立 学校
校 長

医療的ケア検討結果通知書

医療的ケアの実施依頼について、検討の結果、下記のようにになりましたので
通知いたします。

記

1 児童生徒名

部 年 氏名

2 検討結果

3 医療的ケアを実施できない理由

<様式3-3>

平成 年 月 日

主治医 様

京都府立 学校
校 長

医療的ケアを要する児童生徒に関する対応について

先に医療的ケア実施について御指示をいただきましたが、検討の結果、下記
のようになりましたので御報告します。

記

- 1 児童生徒名
部 年 氏名
- 2 検討結果
- 3 医療的ケアを実施できない理由

<様式4-1>

平成 年 月 日

主治医 様

京都府立 学校
校 長

喀痰吸引等計画書の確認及び同意書作成について（依頼）

平素から、特別支援教育に御理解と御配慮をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、下記の児童生徒の医療的ケア実施に関して御指示のありました内容につきまして、別紙のとおり喀痰吸引等計画書を作成いたしました。
つきましては、別紙計画書の御確認および御指導のほどよろしく願いいたします。

また、上記の計画書を御確認の上で、当該児童生徒に対する医療的ケアを学校が実施することに貴主治医として御同意していただける場合は、別紙「同意書」の作成も併せてお願いいたします。

記

1 児童生徒名

_____ 部 年 氏名

2 医療的ケア実施内容

<様式4-2>

同意書

京都府立 学校長 様

下記の児童生徒について、指示書で指示をした内容に基づき学校が医療的ケアを実施することに同意します。ただし、医療的ケアを行う教員については、法に基づく所定の研修を修了し、認定特定行為業務従事者（経過措置対象者を含む）であることを条件とします。

記

1 児童生徒名

部 年 氏名

平成 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

<様式4-3>

同意書

京都府立 学校長 様

医療的ケア実施通知書に記載された内容で、学校において医療的ケアが実施されることに同意します。

平成 年 月 日

学部・学年 学部 年

児童生徒氏名

保護者氏名 印

喀痰吸引等業務等医療的ケア実施状況報告書

対象児童生徒名	学部 年
学 校 名	
担 任 氏 名	
ケア実施教員名	
担当看護師名	

実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
実 施 日 (実施日又は実施頻度)	(喀痰吸引)	(経管栄養)
実 施 行 為	実施結果・状況	
喀 痰 吸 引	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	
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	
そ の 他		

上記のとおり、喀痰吸引等医療的ケア実施状況について報告いたします。

平成 年 月 日

学校名

校長名



喀痰吸引等業務等医療的ケア実施状況報告書

対象児童生徒名	学部 年
学 校 名	
担 任 氏 名	
ケア実施教員名	
担当看護師名	

実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
実 施 状 況	(喀痰吸引)	(経管栄養)
	例：ほぼ毎日登校後、給食後に吸引を実施した。	例：給食を約20分間食べた後、毎日経管栄養を実施した。
実 施 行 為	実施結果・状況	
喀 痰 吸 引	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	
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	
そ の 他		

上記のとおり、喀痰吸引等医療的ケア実施状況について報告いたします。

平成 年 月 日

学校名

校長名



受付番号	
------	--

年 月 日

京 都 府 知 事 様

主たる事業所の
 所 在 地
 申 請 者
 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。

				事業所所在地市町村番号		
申 請 者	フリガナ					
	事業所名称					
	事業所所在地		(郵便番号 -) 市 町 村			
			(ビルの名称等)			
	電話番号				個人・法人の種類別	
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日		
		職名				
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

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「個人・法人の種類別」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。
- 「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

- 設置者に関する書類
 - 設置者が法人である場合 法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（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

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	本籍(国籍)	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

- 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 「修了研修課程」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。

(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に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。

受付番号	
------	--

年 月 日

京 都 府 知 事 様

主たる事業所の
 所 在 地
 申 請 者
 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。

申 請 者	フリガナ			
	事業所名称			
	事業所所在地		(郵便番号 -)	
			市 町 村	
	電話番号		個人・法人の種別	
代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
		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 「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 「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

4 「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。

受付番号	
------	--

年 月 日

京 都 府 知 事 様

主たる事業所の
 所 在 地
 申 請 者
 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）										
申 請 者	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)								
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1-2)					

- 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 「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。
- 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。
- 5 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
 - ・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）

(様式 3 - 2)

受付番号

年 月 日

京 都 府 知 事 様

主たる事業所の
所 在 地
申 請 者
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）									
申 請 者	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					
		(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法人の寄附行為又は定款								
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								
変 更 年 月 日					年 月 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「○」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、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）。

(様式 3 - 3)

受付番号

年 月 日

京 都 府 知 事 様

主たる事業所の
所 在 地
申 請 者
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）									
申 請 者	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 (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下さい。
- 「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。
 - 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。