

石川県知事 様

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書

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条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けたいので、下記のとおり

申請者（介護職員）の氏名等を記入

申請者	フリガナ	カナザワ ハナコ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	金 沢 花 子		
	住所	(郵便番号 920-0000) 石川 都 道 金 沢 (市) 区 鞍月〇丁目〇番地 府 (県) 町 村		
	電話番号	076-225-0000	特養の14時間研修の場合は、 研修を実施した施設名を記入	
認定を受けようとする特定行為	研修機関名（該当するものがある場合）	社会福祉法人 石川県社会福祉協議会		
	研修機関所在地（該当するものがある場合）	(郵便番号 920-0964) 石川 都 道 金 沢 (市) 区 本多町3-2-15 府 (県) 町 村		
	研修修了年月日/修了書番号（該当するものがある場合）		研修修了年月日/修了書番号 (該当するものがある場合)	
	〇 1. 口腔内の喀痰吸引		令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号	
	※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）		年 月 日/	
〇 2. 鼻腔内の喀痰吸引		令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号		
※1 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/		
※1 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/		
〇 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号		
※2 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）		年 月 日/		
5. 経鼻経管栄養		年 月 日/		

申請時点で研修を修了している行為のみ「〇」を記入
特養の14時間研修の場合は、「1」と「※2」のみ

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「〇」を記載してください。
- ※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。
- ※2 「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日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※2 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。
- 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

- 住民票（写）
- 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等に関する研修修了証明証（該当するものがある場合）及び、修了した研修内容、研修時間を示す資料
- 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）
- 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）
- 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③（実施状況確認書）

(様式 15 - 1)

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

令和〇年〇月〇日

石川県知事 様

申請者 住所

申請者(介護職員)の住所・氏名を記入

石川県金沢市鞍月〇丁目〇番地

氏名

金沢 花子

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四条第三項)

- 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。

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

令和〇年〇月〇日

石川県知事 様

申請者（介護職員）の住所等を記入

申請者 住所 石川県金沢市鞍月〇丁目〇番地
電話 (076) 225-〇〇〇〇
氏名 カナザワ ハナコ
生年月日 昭和〇年〇月〇日
所属 特別養護老人ホーム 〇〇

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。

違法性阻却に基づき実施している場合は、

①～④のいずれかに該当

	# 1)	実施可能な行為の範囲（# 2）
<input type="checkbox"/>	① A L S（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 A L S 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"/>	<p>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)</p>	<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"/>	<p>特養の14時間研修は④に該当</p> <p>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」)</p>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<p>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)</p> <p>平成23年度に石川県が実施した研修(不特定多数の者対象)は⑥に該当</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) <input checked="" 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 checked="" 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"/>	<p>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)</p>	<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"/>	<p>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)</p> <p>平成23年度に石川県が実施した研修(特定の者対象)は⑧に該当</p>	<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。

研修の内容が分かる資料、修了証明書など

* (#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・前ページの④～⑥に該当する場合は記入不要 行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。
 ・①～③、⑦、⑧に該当する場合のみ記入

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
能登 一郎	⑧	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input checked="" 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。)

(様式 15-3)

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

石川県知事 様

証明者（勤務する事業所の長など）の住所等を記入

令和〇年〇月〇日

証明者 住所 石川県金沢市広坂〇丁目〇番地

証明者 氏名 石川 太郎

申請者との関係 施設長

申請者 氏名 金沢 花子

申請者 所属 特別養護老人ホーム 〇〇

申請者（介護職員）の氏名、申請時点の所属施設等を記入

私は、下記について事実であることを証明しま

記

（介護サービス申請者（介護職員）の氏名を記入）等の一部を改正する法律附則第 14 条関係）

申請者 金沢花子 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

通知に基づいて実施している行為、または研修を修了した行為にチェック

（#2）

- ① A L S（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」）
- 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）
- 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）

(# 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。

・#2で④～⑥に該当する場合は記入不要
 ・①～③、⑦、⑧に該当する場合のみ記入

対象者氏名	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加えること。)

(様式 15 - 4)

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

石川県知事 様

申請者（介護職員）の住所等を記入

令和〇年〇月〇日

申請者 住所 石川県金沢市鞍月〇丁目〇番地
電話 (076) 225-〇〇〇〇
氏名 カナザワ ハナコ 金沢 花子
生年月日 昭和〇年〇月〇日
所属 特別養護老人ホーム 〇〇

(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)

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

- 喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引が適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）