

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）自主点検表

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記入年月日 | 年 月 日 | 登録特定行為事業者等登録番号 | 0 | 4 | | | | | | | | | | |
| | | 登録特定行為事業者等として登録していない場合は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 法 人 名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者（理事長）名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 名 称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話 : | F A X : | | | | | | | | | | | |
| | 種 別 | 【障害福祉サービス】 | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 短期入所（医療型を除く） <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | | | | | | | | | | | | | | |
| 種 別 | 【障害児入所施設（医療型を除く） | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他事業所（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| | 【介護保険サービス】 | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設・介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他事業所（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者（職・氏名） | | | | | | | | | | | | | | |

※この自主点検は、主に手続きの不備等が散見される内容を対象としており、認定特定行為業務従事者の登録特定行為事業者の登録に必要な手続きの内容を網羅しているものではありません。

自主点検以外の内容についても、県のウェブページ等を御確認の上、適切に対応願います。

☆ 記載にあたっての留意事項

- チェック対象
 - ・本チェックについては、登録を受けている事業所毎に実施するものです。
 - ・喀痰吸引等を実施している事業所で、登録特定行為事業者として登録していない事業所については、「4 問合せ先」に直接お問い合わせください。
 - チェック項目
 - ・該当するものにチェック（☑）をしてください。
 - ・内容欄の項目について該当のない場合については、該当無をチェックしてください。
 - 文章中、「法」とは「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年5月26日法律第30号）」を、「省令」とは「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」を指します。
- ※なお、法附則第27条第2項により、「喀痰吸引等業務」とあるのは「特定行為業務」と、「喀痰吸引等」とあるのは「特定行為」と、「介護福祉士」とあるのは「認定特定行為業務従事者」と、「登録喀痰吸引等事業者」とあるのは「登録特定行為事業者」と読み替えるものとします。

1 咳痰吸引等（特定行為）の実施の有無

| | | |
|--|---|----------------------------|
| 貴事業所において、介護職員による喀痰吸引等の特定行為業務の実施はありますか。 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | ⇒「2 登録特定行為事業者 自主点検表」についても回答してください。 。 | ⇒質問は以上となります。 |

2 登録特定行為事業者 自主点検表

| 項目 | 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|---------|-----|--|----------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | できている | 一部できていない | できていらない | 該当無 | | | | | | | | | | | | | |
| (1) 特定行為業務従事者の認定に関すること | <p>①特定行為業務を行う者は、登録研修機関での研修を修了し、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けていますか。</p> <p>※研修を修了しただけでは、特定行為業務を行うことはできません。</p> <p>※新たな対象者へ特定行為を実施する場合や既に認定を受けている利用者に対して認定を受けている特定行為以外の行為を実施する場合には、改めて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けることが必要です。</p> <p>②貴事業所の認定特定行為業務従事者は、認定を受けた利用者へ、認定を受けた特定行為のみを実施していますか。</p> <p>※認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉士等に対し登録特定行為を行わせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得ます。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) 事業者の登録に関すること | <p>①登録特定行為事業者として登録している特定行為のみ実施していますか。</p> <table border="1"> <tr> <td><事業所で登録している行為></td> <td><職員が実施している行為></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</td> </tr> </table> | | | | | <事業所で登録している行為> | <職員が実施している行為> | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 | <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 経鼻経管栄養 |
| <事業所で登録している行為> | <職員が実施している行為> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 | <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 経鼻経管栄養 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 項目 | 内 容 | できている | 一部できていない | できていらない | 該当無 |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ②下記の場合には、適切に登録変更届を提出していますか。 | | | | |
| | 【あらかじめ提出するもの】 | | | | |
| | (ア) 法人の名称、所在地又は代表者を変更しようとする場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (イ) 事業所の名称、代表者又は所在地を変更しようとする場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (ウ) 事業者登録の内容を更新する場合 (特定行為を追加する場合) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※認定特定行為業務従事者認定証を有する職員が配置されても、登録喀痰吸引等事業者としてその特定行為が登録されていない場合は、特定行為業務を行うことはできません。 | | | | |
| | ※登録を受けていない特定行為を新たに実施しようとする場合には、事前に登録を受けることが必要です。 | | | | |
| | 【変更から遅滞なく提出するもの】 | | | | |
| | (ア) 特定行為を行う認定特定行為業務従事者、又は特定行為を必要とする利用者の増減があった場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (イ) 業務方法書（業務規程）を変更する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 医師、看護師等との連携確保に関すること | ①認定特定行為業務従事者による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示（医師の指示書等）を個別に受けていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | また、医師の指示書等での指示期間は有効なものとなっていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②利用者の状態について、医師、看護職員が定期的に確認していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | また、確認頻度については、利用者ごとに定められていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③医師又は看護職員と認定特定行為業務従事者との適切な役割分担及び情報共有が図られていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④利用者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、特定行為の実施内容等を記載した計画書を作成していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 項目 | 内 容 | できている | 一部できていない | できていない | 該当無 |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ⑤特定行為の実施ごとに実施結果を記録し、隨時看護職員に報告していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑥特定行為の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出していますか。 また、提出頻度については、利用者ごとに定められていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑦利用者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡が行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。 また、緊急時の連絡方法の更新及び見直しを隨時行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑧医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置等の対象者の安全を確保するために必要な体制を確保していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 「一部できていない」又は「できていない」項目の対応及び改善について

| 項目番号 | 対応及び改善内容 | 改善時期 |
|------------|--|-------------------------|
| (例) (2)(ア) | 法人の代表者（代表取締役）が変更されたことについて、変更届を速やかに提出します。 | 速やかに、○週間以内、 ○月○日まで 等 |
| | | |
| | | |
| | | |

4 問合せ先

〒980-8570 仙台市青葉区本町3丁目8番1号（宮城県庁）

宮城県保健福祉部 精神保健推進室 発達障害・療育支援班

電話 022-211-2543（平日 午前8時30分から午後5時15分まで）

FAX 022-211-2597

Mail seishin-ry@pref.miyagi.lg.jp

【参考（喀痰吸引等に関するウェブページ）】

<https://www.pref.miyagi.jp/site/tan-kyuin/>

（詳しい手続方法の確認、申請書のダウンロードできます。）