

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		平成 年 月 日	登録番号	2	7						
法人名											
代表者（理事長）名											
事業者	名称										
	所在地										
	種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他施設（ ） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> その他事業所（ ）									
記入者（職・氏名）											

☆ 自主点検表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者毎に実施してください。
- 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。
 ・記入すべき箇所については、できる限り具体的に記入してください
- 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。

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
第1 登録基準	(1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合していますか。					
	①介護福祉士（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を個別に受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	②喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③対象者の希望、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、喀痰吸引等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"/>	<input type="checkbox"/>
	④喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随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"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等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。 ※報告の頻度は特に定めはないが、一定程度の頻度で行うこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦対象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を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しをしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されていること。その他安全かつ適正に実施するために必要な措置を講じていますか。					
	①喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせていますか。 ※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喀痰吸引等業務を行かせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②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、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他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。 【委員会のメンバー】 ・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。 （ ※メンバーの職種記載 ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※安全委員会は、多職種から構成すること。 ※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す所掌内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可</p> <p><安全確保体制における具体的取組内容></p> <p>安全委員会等においては、以下について取り決めを行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該委員会の設置規程に関すること。 ・喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 ・喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 ・喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関すること。 ・ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討 ・その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。 <p><安全委員会等の運用上の留意事項></p> <p>安全委員会等の運用においては、以下の点に留意している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 ・当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。 <p>※喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。</p>					
	③喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第 2 登録の変更に関する事項	<p>(1) 登録の変更は適切に行っていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>法人の名称 <input type="checkbox"/>法人の住所 <input type="checkbox"/>法人の代表者</p> <p><input type="checkbox"/>事業所の名称 <input type="checkbox"/>事業所の所在地</p> <p><input type="checkbox"/>法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/>業務方法書</p> <p><input type="checkbox"/>喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/>登録特定行為</p> <p><input type="checkbox"/>個別の緊急連絡網（特定の者対象の場合のみ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>