

介護職員等による喀痰吸引等の実施について

【自主点検シート】

Q1 貴施設・事業所のサービス利用者に喀痰吸引や経管栄養(以下「特定行為」という)の必要な方がおられますか？

☐ はい(Q2へ) ☐ いいえ(終了です)

Q2 その方への特定行為に携わっている介護職員がいますか？

☐ はい(Q3へ) ☐ いいえ(終了です)

Q3 貴施設・事業所は介護職員に特定行為を実施させるにあたって、次の基本要件を満たしていますか？

- 医療関係者との連携がとれている
- 介護職員が「認定特定行為業務従事者」(県から交付)であること
- 貴施設・事業所が「登録特定行為事業者」(県へ登録)であること

☐ はい(Q4へ)

☐ いいえ(直ちに県の医療介護人材課へ連絡し、必要な手続きをしてください)

Q4 さらに、次の運営上の主な要件を満たしていますか？

- 医師の文書による指示に基づいて、介護職員(登録特定行為従事者であること、以下同じ)に特定行為を実施させている
- 介護職員には、(事業所登録や従事者証において)認定された特定行為のみを実施させている
- 特定行為を必要とする方又はその家族に説明し、文書で同意を得ている
- 特定行為を必要とする方の状況を定期的に確認し、情報共有するなど、医師・看護職員と介護職員とが適切に連携し、役割分担を図っている
- 特定行為の実施状況に関する報告書が適宜、医師に提出されている
- 介護職員が、特定行為を必要とする方の状態の急変に備え、あらかじめ定められた緊急時の医師・看護職員への連絡方法について把握している
- 業務方法書に定められた安全委員会の開催や研修が適切に実施されている。
- 必要な備品を備え、衛生的に管理している
- 業務に関して知り得た情報を適切に管理している

☐ はい(Q5へ)

☐ いいえ(運営上の要件について関係者間で再確認し、適切な状態に改善してください)

Q5 「登録特定行為事業者」の登録後、申請内容に更新または変更がありましたか？

- 更新
事業者が追加で実施する喀痰吸引等の行為
- 変更
法人の名称または所在地・代表者
事業者の名称または所在地、
法人の定款または寄附行為
業務方法書、
喀痰吸引等を行う者の名簿、
備品一覧

☐ はい(更新申請書または変更届を提出してください)

☐ いいえ(終了です)