

1 喀痰吸引等（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必要があります。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><事業所で登録している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><職員が実施している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p> </td> </tr> </table>	<p><事業所で登録している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>	<p><職員が実施している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><事業所で登録している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>	<p><職員が実施している行為></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>					

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、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"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	また、緊急時の連絡方法の更新及び見直しを随時行っていますか。	<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「できでない」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。）