

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類チェックリスト(実地研修の留意点入)

※ 介護職員が安全に医行為が実施できるよう、事業者としての要件整備のための手順書・マニュアルを想定している（事業所名）

✓	確認事項	香川県版 主な留意点
1-①	喀痰吸引等の実施に際し、医師から文書による指示を受けること	○=確認事項及び指導事項
a	医師からの指示の方法が文書によるものとなっていることが文書化されていること ★対象者の希望、心身の状況等に踏まえて以下の医学的観点に基づき、個別に指導を受けるもの。	○以下の内容が文書化されているか？ ①介護福祉による喀痰吸引等の実施の可否 ②喀痰吸引等の実施内容 ③その他喀痰吸引等計画書に記載すべき事項 ○指示書の様式の提出はあるか？
b	指示内容に関する確認の方法が文書化されていること	○誰が（看護師が）、いつ指示を受けるかが文章化されているか？ ○指示受けの期間が設定されているか？ ★香川県は、急変のない場合は、概ね3ヶ月程度 最長6ヶ月を超えない程度と指導 根拠：介護職員等喀痰等指示料 医療報酬 240点 3ヶ月に一度
c	指示書の管理方法が文書化されていること	○文章化されているか？ ○指示書は、利用者毎の記録に管理することになっているか？ ○医務室に保管だけでなく、介護職員にも確認できるようになっているか？ ○サービス終了後、5年保管・国の規定は2年だが、他の書類とあわせてはどうか？ ★指示受けの漏れを防ぐために、各利用者毎の指示受け月がわかるような総括台帳を作成することが望ましい
1-②	利用者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること	
a	医師、看護職員が定期的に確認することが文書化されていること（確認頻度については、利用者ごとに異なることから、その部分に分かるような記載となっていることが望ましい）	○文章化されているか？ ○利用者毎に、いつ（頻度）、どこで、誰が、どのようにして確認し、介護職員に連携するのかがわかるか？ ○様式（提出）は、あるか？ ○看護師は、毎日1回以上は確認することになっているか？ ○確認連携する医師の氏名、所在地、連絡先（通常・夜間緊急時）を明記し（提出）はあるか？
b	医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること	○文章化されているか？ ○対応方法等が明記されているか？ ○看護師が確認した結果、介護職員が行っていい状態だと判断した結果を記録に残すことになっているか？
1-③	医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携が図られていること	
a	個別の対象者ごとに具体的に医療従事者及び介護職員の役割分担を形成することが文書化されていること	○個別の対象者ごとの手順書、役割分担の明記されたものがあるか？
b	関係機関の名称、関係者の氏名及び役職等が明記されていること	○医師、看護師、施設長、家族、その他関係者が明記されているか？
c	医療従事者及び介護職員それぞれの情報共有方法及び、連絡窓口が明記されていること	○関係者それぞれに明記されているか？
1-④	医療従事者と連携のもと、利用者ごとの喀痰吸引等実施計画書を作成すること	
a	喀痰吸引等実施計画書の作成について、作成方法、施設内の承認過程及び、関係職種や、対象者及びその家族等との共有方法が文書化されていること	○計画書は誰（看護師）がどのように作成し、施設内で承認するかを文書化されているか？ ○対象者やその家族にはどのように知らせるのかを文章化しているか？ ○共有の方法は記載されているか？ ○実施計画の様式（提出）はあるか？ ○計画の期間を原則3か月間程度としているか？
b	実施計画書の管理方法、期間が文書化されていること	○文書化されているか？ ○実施計画は、利用者毎の記録に管理することが記載されているか？ ○医務室に保管とするなら、介護職が確認できるような工夫が必要である。 ○管理期間は、国の基準は2年だが、行為終了後5年間とする方が、他の文書の保管と統一できるのではないか？
c	計画に変更が発生した際の計画書変更方法について文書化されていること	○計画書変更方法の具体的な手順について文書化されているか？
1-⑤	喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出すること	
a	喀痰吸引等実施報告書の作成について、作成方法、施設内の承認過程及び、医師への報告方法及び、その他関係職種への情報共有方法について文書化されていること（報告頻度については、利用者ごとに異なることから、その部分に分かるような記載となっていることが望ましい）	○文書化 ○実施報告書の様式（提出）はあるか？ ○利用者ごとの報告方法について明記はあるか？ ○報告書を作成する時期や何か月毎に作成するのかわかるか？ ○利用者ごとに異なることをことが明記されているか？
b	実施報告書の写しの管理方法、期間について文書化されていること	★実施報告書の写しは、各利用者の記録に管理し、管理期間は、サービス終了後5年間保
1-⑥	緊急時における医療従事者との連絡方法が定められていること	
a	緊急時の対応方法として状況確認方法、措置方法、上位者への連絡手順が文書化されていること	○文書化されているか？ ★緊急事態とはどのような状態なのか、介護職員が理解できるような体制を確認のこと。 ★緊急連絡の手順書が必要
b	医療従事者に連絡するまでの連絡ルート（連絡先を含む）が文書化されていること	○誰が、いつ、どのような時に、どのような方法で連絡するのかわかる連絡ルート、連絡先を明記し、どこに掲示？保管？してあるのかを共有できることが文章化されているか？

2-① 喀痰吸引等の実地研修まで修了した介護職員等が業務を行うこと	
a	介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿に修了した実地行為種別が記載されていること（看護師等であって介護職員として勤務する者にとっては、該当資格を有することの記載があること）
b	介護福祉士登録証（平成28年以降）、認定特定行為業務従事者認定証の写しから、修了した実地行為種別が確認できること（看護師にとっては免許書の写しの提出のみ）
<input type="checkbox"/> 各介護職員（看護師等であって介護職員も含む）の定められた医行為のうち実施可能な行為は何かが一目瞭然となる様式を作成し、整理してあるか？（様式1-2に準じてわかりやすく作成） <input type="checkbox"/> 修了証書のコピーがついているか？ 終了行為等を確認し、様式1-2をチェックすること	
2-② 介護福祉士への実地研修に関する実施方法が規定されていること	
a	実地研修実施体制の整備について文書化されていること
b	適正な研修実施に関する具体的な内容が文書化されていること
c	受講者が実施する医行為の修得程度の審査方法は、国の通知に定める要綱等に基づき、適切に実施することが文書化されていること
<input type="checkbox"/> 具体的に内容（構成員・役割等）が文書化されているか <input type="checkbox"/> 研修の担当責任者、講師（医師、看護師）等を位置づけているか <input type="checkbox"/> 研修の実施、評価（修得程度の審査等）、研修事務等が公正かつ適正に実施できる体制であるか（安全委員会等の体制の活用も可能） <input type="checkbox"/> 研修計画の策定や実施に関する書類等の整備 <input type="checkbox"/> 基本研修を修了した介護福祉士が、研修講師（指導看護師）による適正な研修を受講できる計画になっていること <input type="checkbox"/> 指示書、計画書、同意書等の整備 <input type="checkbox"/> 研修受講者及び研修修了者等の管理ができていないか <input type="checkbox"/> 受講者名簿を作成し、修得内容等の管理（任意様式）をすること <input type="checkbox"/> 受講者の手技確認の上、必要は医行為のみに限定して研修すること <input type="checkbox"/> 実施研修修了証明書の交付及び修了者名簿の作成（年1回県へ提出）し、管理（履歴単位）をすること <input type="checkbox"/> 研修講師（指導看護師）が適切に研修を実施すること <input type="checkbox"/> 指導看護師が、適切に指導、評価ができ基準の平準化のための研修を年1回以上参加すること <input type="checkbox"/> 指導者講習等を修了した指導看護師であること（提出） <input type="checkbox"/> 適切なテキスト等を活用すること <input type="checkbox"/> 損害賠償保険制度に加入していること <input type="checkbox"/> 医行為別に修得程度の審査が公正かつ適切にできているか <input type="checkbox"/> 実地研修評価票（国通知）を活用し、基準に沿って公正かつ適切な審査をすること	
2-③ 安全委員会の設置が規定されていること	
a	安全委員会の構成員及び、その役割分担が文書化されていること
b	安全委員会で管理すべき項目、会議の実施頻度が文書化されていること
c	安全委員会で管理すべき項目に「喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況」の他、「OJT研修」「ヒヤリ・ハット等の事例蓄積、分析」「備品及び衛生管理」が含まれていること
<input type="checkbox"/> 文書化されているか？ <input type="checkbox"/> 安全委員会で管理すべき内容（項目）は文章化されているか？ <input type="checkbox"/> 「喀痰吸引等業務の実施計画や実施状況」の他、「OJT研修」「ヒヤリ・ハット等の事例蓄積、分析」「備品及び衛生管理」が含まれているか？ <input type="checkbox"/> 会議の実施頻度を明記しているか？	
2-④ 安全性確保のための研修体制が確保されていること	
a	特定行為に関するOJT研修の内容や研修対象者、実施頻度等が文書化されていること
<input type="checkbox"/> 文書化されているか？ <input type="checkbox"/> 医行為業務の手順書や指針に対する研修会を必ず実施するよう指導すること <input type="checkbox"/> 手技に対する確認を必ず（OJT）するよう指導すること <input type="checkbox"/> 医行為に特化した年間研修計画を提出依頼すること <input type="checkbox"/> 備品を活用し、今回認定した介護職員全員が医師や救急車が来るまでの間、救命処置ができるようになるまで研修する体制となっているか？	
2-⑤ 喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること	
a	備品一覧及び、その使用目的が文書化されていること
<input type="checkbox"/> 備えて置かなければならない備品に、心肺蘇生訓練器材一式があるか？ <input type="checkbox"/> AEDだけではなく人工呼吸の訓練ができるものであること。 <input type="checkbox"/> 今のところ、法人で共有はOKとし、消防署で借用するのは×（消防署に県内全事業所が借用依頼すると対応できない） <input type="checkbox"/> その人形で介護職員が心肺蘇生のスキルを身につける研修を複数回実施することが重要！	
2-⑥ 衛生面を考慮した備品の管理方法が規定されていること	
a	備品一覧に記載した備品のうち、衛生面について考慮が必要なものについて、その管理方法が文書化されていること
<input type="checkbox"/> 備品一覧にあるものの消毒方法や交換・メンテナンス等も明記しているか？ <input type="checkbox"/> 衛生面を考慮して吸引チューブ、消毒液は一日置きに交換、洗浄水は8時間置きに交換を指導すること。	
2-⑦ 感染症の予防、発生時の対応方法が規定されていること	
a	感染症を予防するための衛生管理方法が文書化されていること
b	感染症の発生が疑わしい場合の確認方法が文書化されていること
c	感染症発生時の対応方法及び、関係機関への連絡方法が文書化されていること
<input type="checkbox"/> ★網羅している感染症マニュアルが提出されているか？	
2-⑧ 喀痰吸引等実施に対する利用者、家族への説明、同意手順が規定されていること	
a	利用者もしくはその家族に対して、文書および口頭で説明を行い、説明内容については以下の事項を含むことが文書化されていること a) 提供を受ける特定行為種別 b) 提供を受ける期間 c) 提供を受ける頻度 d) 介護職員が特定行為を行うこと e) 提供体制
b	同意を受けた内容に変更が発生した場合に再度説明し、同意を得ることが文書化されていること
c	同意書の管理方法、期間が文書化されていること
<input type="checkbox"/> 文書化され、同意書の様式が提出されているか？ <input type="checkbox"/> 同意書の中にa)～e)が含まれていること <input type="checkbox"/> 同意をとるのは、施設長であることが明記されているか？ <input type="checkbox"/> 変更が発生した場合に、再度同意を得ることが文書化しているか？ <input type="checkbox"/> 文書化されているか？ 同意書は各利用者毎に管理され、行為終了後5年間保存のこと。	
2-⑨ 業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置が規定されていること	
a	業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置が文書化されていること
<input type="checkbox"/> 文書化されているか？ 様式がある場合は提出のこと。	

介護福祉士の実地研修の実施体制確認表

登録喀痰吸引等事業者（登録特定事業者）において、介護福祉士を対象に実地研修を行うに当たっては、国の「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）」及び「喀痰吸引等研修実施要綱について」に定める下記の要件を適切に実施する必要があります。

下記の要件を満たしていることを確認し、必要書類を添付して御提出してください。

	チェック項目	留意点
1	利用者の同意	<ul style="list-style-type: none"> ・現在使用中の様式を活用 ※実習時は「実地研修用」と追記して活用すること
2	喀痰吸引等指示書	
3	実地研修実施計画書	
4	指導看護師の適切な実地研修の実施 実地研修講師履歴書（参考様式） 指導者講習又は、指導者養成講習修了証（写）	<ul style="list-style-type: none"> ・指導看護師としての要件の確認 看護師の経験年数が5年かつ左記講習修了者
5	介護福祉士養成学校等における基本研修修了証明（写）	<ul style="list-style-type: none"> ・基本研修（50時間）を修了していない場合は実地研修の受講はできない ※事前に該当の医行為の手技が確実にできていることを確認した上で、実地研修を開始すること
6	施設における安全及び連携体制 （安全委員会や連携体制のフロー図等）	既存の委員会等を活用
7	実地研修実施計画書（任意様式）	項目：研修開始予定日、完了予定日、指導看護師、受講者、医行為の種類等
8	各医行為の手順書	<p>「喀痰吸引等研修実施要綱について」厚生労働省社会・援護局長通知（平成24年3月30日付） 別添2「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一及び第二号研修の修得程度の審査方法について」 別添資料「基本研修（演習）及び実地研修評価基準・評価票（別紙1-1～6）を活用すること</p>
9	実地研修指導者評価票	<p>「喀痰吸引等研修実施要綱について」厚生労働省社会・援護局長通知（平成24年3月30日付） 別添2「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一及び第二号研修の修得程度の審査方法について」 別添資料「基本研修（演習）及び実地研修評価基準・評価票（別紙3-1～6）を活用すること</p>
10	実地研修修了証明書の交付及び修了者名簿管理 （任意様式）	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士登録証の変更等の申請時添付 ・修了者名簿は、管理台帳で管理し、研修修了時県へ報告する。
11	受講者個人でファイルにまとめること	