

平成 29 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第 1 号・第 2 号研修）

【 実 地 研 修 先 確 認 シ ー ト 】

*このシートは、必ず実地研修施設に記載していただきますようお願いいたします。

＜実地研修協力施設様へのお願い＞

実地研修を行う施設にあたっては、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を、各施設で実地研修を実施するまでに満たしている必要があります。このシートは、その確認をお願いするシートとなりますので、何卒ご理解ご協力を宜しくお願いいたします。

なお、記載方法として、下記の要件を満たしていることを確認し、チェック欄に『✓』を記入し、署名捺印をお願いいたします。なお、すべての項目を満たすことができない場合は、実地研修を行うことができないため、研修申込者と協議いただきますようお願いいたします。指導看護師がいない場合は、指導者講習会に参加される等検討をお願いいたします。

研修申込者の受講が決定した段階で、最後に記載しています「必要書類」の提出をお願いいたします。その際は、研修申込者へ①必要書類の提出方法②提出期限③提出先を説明いたしますので、記載及び提出をお願いいたします。

体制を整備されている項目の確認欄にチェックを記入してください。

(1)

| 確認欄 | 確認内容 |
|--------------------------|---|
| ＜利用者の同意＞ | |
| <input type="checkbox"/> | 利用者（利用者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、たんの吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応について施設長等から説明を受け、それを理解した上で、指導看護師の指導のもと、実地研修を受けている介護職員等が当該行為について実習を行うことについて、書面により同意している（同意書の記録がある）。 |
| ＜医療関係者による的確な医学管理＞ | |
| <input type="checkbox"/> | ①配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示がある。 |
| <input type="checkbox"/> | ②指導看護師の指導の下、介護職員等が実習を行う。 |
| <input type="checkbox"/> | ③配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されている。 |
| ＜たんの吸引等の水準の確保＞ | |
| <input type="checkbox"/> | ①実地研修においては、指導者講習又は指導者養成講習を修了した指導看護師が介護職員等を指導する。 |
| <input type="checkbox"/> | ②実地研修においては医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為について行う。 |
| <input type="checkbox"/> | ③たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている。（配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加のもとで作成されている） |

| ＜施設における体制整備＞ | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ①実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確認のための体制の整備を行うため、施設長の総括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。 |
| <input type="checkbox"/> | ②利用者の健康状態について、施設長、配置医は又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされている。 |
| <input type="checkbox"/> | ③指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること |
| <input type="checkbox"/> | ④ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行える実施体制があること。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されていること。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意していること。 |
| ＜地域における体制整備＞ | |
| <input type="checkbox"/> | 医療関係、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。 |
| ＜その他＞ | |
| <input type="checkbox"/> | たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用しており、所定の実地研修が実施できる体制がとれること。 |

全ての項目について体制が整っていることをご確認いただき、提出してください。

平成 年 月 日 記入

施設名： _____

施設住所： _____

施設長名： _____ (印)

【実地研修決定後の提出書類(必要書類)】 *以下の書類は、受講申請者の受講が決定後、提出を依頼します

- 1 実地研修実施計画書
- 2 別紙1(実地研修 実施機関承諾書)
- 3 別紙2(研修講師履歴書)