

平成 30 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）

【 受講 適 合 確 認 表 】

以下の適合確認項目を確認し、右のチェック欄に☑をつけてください。

注)チェック欄に一つでも不適合がある場合は、受講要件を満たさないため、受講できません。

番号	適合確認内容	チェック欄
1	受講申込者が実地研修を行える施設があり、且つ、基本研修修了後 6 か月以内に実地研修を修了できる見込みがある	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
2	実地研修を行うことを理解した上で、利用者本人（実地研修協力者）とその家族が実地研修の実施に同意し協力できること（同意書を交わしていること）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
3	実地研修を行う施設の施設長（所長）が実地研修を行うことに承諾していること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
4	実地研修施設に指導看護師が配置されていて、実地研修の際、必ずその指導看護師の指導の下で介護職員等が実習を行えること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
5	指導看護師は、不特定の者を対象とした指導者講習を受講修了していること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
6	利用者に関するたんの吸引等について、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、技術の手順書が整備されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
7	実地研修施設の施設長が最終的な責任を持って、関係者皆が安全の確保のための体制の整備を行っている（安全委員会設置等）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
8	利用者の健康状態について、施設長、配置医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、連携を図れる体制が整備されていること（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 2 号）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
9	対象となる利用者の喀痰吸引等を行う医師の文書による指示がある（参考：省令第 26 条の 3 第 1 項第 1 号）	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
10	指示書や指導助言の記録、実地の記録が作成され、管理・保管されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
11	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、実地体制の評価、検証を行うこと	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
12	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、指導看護師との連携体制が構築されていること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
13	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意し施設の責任において実施されること	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合
14	実地研修は、その配置されている指導看護師が修得程度の審査を一定期間に実施し、評価票等必要書類を提出できる	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合

上記内容に間違いありません。

申込者住所： _____

申込者氏名： _____ 印

(シヤチハタ・ゴム印不可)