

[様式 1-②]

実地研修体制確認シート

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。

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)、必要書類(下記※印)を添付して提出願います。(★は整備する必要がある書類。提出不要)

1. 利用者の同意

※印は申込書に添付

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下、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、書面により同意を得ること。 ★実地研修同意書	<input type="checkbox"/> 実地研修同意をとること (提出不要)
--	---

2. 医療関係者による的確な医学管理

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こと。 ★喀痰吸引等指示書	<input type="checkbox"/>
指導看護師の指導の下、介護職員の実習が行われていること	<input type="checkbox"/> ※研修講師履歴書(様式 1-⑥) ※講師就任承諾書(様式 1-⑦)
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こと。	<input type="checkbox"/> ※実地研修実施計画書 (様式 1-⑤)

3. たんの吸引等の水準の確保

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こと。	<input type="checkbox"/> ※指導者養成研修修了証明
実地研修は基本研修を受け、基本研修の到達目標(筆記試験の合格及び演習の修了の認定)を達成した者であること。	<input type="checkbox"/>
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こと。	<input type="checkbox"/>
たんの吸引等について、技術の手順書が作成されていること。(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で作成されている) ★たんの吸引等手順書	<input type="checkbox"/>

4. 施設における体制整備

<p>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。</p> <p>★安全委員会構成員及び協議内容、実施頻度等記載した資料</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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、連携を図れる体制の整備がなれていること。</p> <p>★連携体制が明記された資料</p>	<input type="checkbox"/>
<p>たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。</p> <p>★たんの吸引等手順書</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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。 ★ヒヤリハット・アクシデント報告書</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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。</p> <p>★緊急時対応の連絡体制等手順書</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>

5. 地域における体制整備

<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

6. その他

<p>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。</p>	<input type="checkbox"/> <small>※実地研修実施機関承諾書</small>
<p>過去5年以内に、都道府県から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止(障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告を含む)を受けたことがないこと。</p>	<input type="checkbox"/>

体制が整備された項目の□欄にチェックを記入してください。

全ての項目について体制が整ったことを確認して提出してください。

平成 年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ 公印