

第1回たんの吸引等研修不特定の者対象（第1号・第2号研修）

様式②

【実地研修先確認書】

*このシートは、必ず実地研修施設で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＞

たんの吸引等研修に関する実地研修を行う施設は、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を、すべて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ものですので、何卒ご理解ご協力を宜しくお願いいたします。

＜記載方法＞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、記名押印をお願いいたします。

確認欄	確認内容
<input type="checkbox"/>	①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について理解した上で、指導看護師の指導のもと、受講者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）。
<input type="checkbox"/>	②指導看護師は臨床での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講修了していること。又は、今後岐阜県において実施予定である指導者講習を受講することを了承している看護師を保有していること。
<input type="checkbox"/>	③医療・介護等関係者による連携体制がある。
<input type="checkbox"/>	④実地研修において、介護職員数名につき1人以上の指導看護師の配置が可能である。
<input type="checkbox"/>	⑤有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等においては、常勤看護師を配置している、又は医療連携加算をとっている。
<input type="checkbox"/>	⑥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）
<input type="checkbox"/>	⑦実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全確認のための体制整備を行うため、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。
<input type="checkbox"/>	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、連携が図れる体制の整備がなされている。
<input type="checkbox"/>	⑨指示書や指導助言の記録及び実施の記録が作成され、適切に管理・保管されている。
<input type="checkbox"/>	⑩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。
<input type="checkbox"/>	⑪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。
<input type="checkbox"/>	⑫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。
<input type="checkbox"/>	⑬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。
<input type="checkbox"/>	⑭施設又は事業者の責任において、たん吸引等研修の実施に協力できる。
<input type="checkbox"/>	⑮研修実施時は、修得程度の審査を一定期間に実施し、評価表等必要書類を提出する。

上記内容に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日 記入

施設名： _____

施設住所： _____

施設長名： _____ (印)