

【実地研修先体制確認シート】

施設名： _____

(受講者所属施設 _____) ※上記施設と相違する場合記入

確認欄
いずれかに○印を
つけてください

(1) 利用者の同意

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している。	可 ・ 否
i) 第1号研修対象となる利用者があり、実地研修に関する利用者同意が得られている。	可 ・ 否
ii) 第2号研修対象となる利用者があり、実地研修に関する利用者同意が得られている。	可 ・ 否

(2) 医療関係者による的確な医学管理

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。	可 ・ 否
② 指導看護師の指導の下、介護職員等が実地研修を行うことができる。	可 ・ 否
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。	可 ・ 否

(3) たんの吸引等の水準の確保

① 指導者講習又は指導者養成講習を受けた指導看護師が実地研修において、介護職員等を指導できる。	可 ・ 否
② 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を確認の上、実地研修に臨ませる。	可 ・ 否
③ たんの吸引等の行為については、医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為を確認した上で、実施できる状況である。	可 ・ 否
④ 当該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（マニュアルが整備されている）。	可 ・ 否

(4) 施設における体制整備

① 事業所として登録特定行為事業者の登録を受けている。	可 ・ 否
② 実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されている。	可 ・ 否
③ 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、連携を図る体制の整備がなされている。	可 ・ 否
④ 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。	可 ・ 否
⑤ 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。	可 ・ 否
⑥ 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、検証を実施している。	可 ・ 否
⑦ 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。	可 ・ 否
⑧ 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。	可 ・ 否

(5) 地域における体制整備

医療機関、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。	可 ・ 否
---	-------

(6) その他

① 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できている。	可 ・ 否
② 過去5年以内に、事業所として、都道府県・市町村等から勧告、命令及び指定の効力の停止（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。）の処分を受けたことがない。	可 ・ 否

当施設は、一般社団法人山形県老人福祉施設協議会（喀痰吸引等登録研修機関）の実地研修先として委託契約を結び、実地研修を実施することを承諾いたします。

令和 年 月 日 記入

施設（事業所）名

施設（事業所）長名

印