

平成30年度 青藍会 たんの吸引等研修  
第1・2号研修（不特定多数の者対象）

【 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頂きますようお願いいたします。

＜実施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施設は、国の研修事業実施要項に定める要件をすべて満たすことが必要とされています。このシートはその確認をお願いするものです。下記要件を満たしていることを確認し、チェック欄へ「レ」のご記入と記名押印へのご理解ご協力をお願い致します。

確認欄	確認内容
<input type="checkbox"/>	1.利用者又は患者等の協力者(本人に同意する能力がない場合にはその家族)が、たんの吸引等の実地研修について理解した上で、当該行為の実習への同意書の記録が得られる
<input type="checkbox"/>	2.実地研修において、「実地研修指導看護師講習」を受講修了又は、実地研修開始までに受講修了が確定している指導看護師を介護職員数に対し必要人数が確保できる
<input type="checkbox"/>	3.有料老人ホーム、グループホーム、障がい者(児)施設等においては、常勤看護師が配置されている、又は医療連携加算をとっている
<input type="checkbox"/>	4.たんの吸引及び経管栄養の協力者(対象者)が、適当数入院、入所等のサービスを利用しており、所定の実地研修の実施体制がとれる
<input type="checkbox"/>	5.たんの吸引等について、技術の手順書が作成されている
<input type="checkbox"/>	6.医師からの指示書が作成されている
<input type="checkbox"/>	7.配置医又は実施施設と連携している医師、主治医、看護師と介護職員等参加のもとで、吸引等に係る計画書が作成され共有することができる
<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、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.実地施設長の統括下で安全確認のための体制整備を行う安全委員会が設置されている
<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.緊急時対応の手順があらかじめ定められ、緊急時に配置医また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.指導助言の記録およ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"/>	14.研修実施時は、習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できる

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： \_\_\_\_\_ (印)