

介護職員等による喀痰吸引等研修（第二号研修）

実地研修に係る確認シート

実地研修を行う事業所や居宅等にあたりましては、下記の要件を満たしている必要があります。内容をご確認いただき、要件を満たしている確認欄に **○印** を記入してください。

要件	確認欄
(1) 喀痰吸引及び経管栄養の対象者がいること。	
(2) 利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合は、その家族等（以下、「実地研修協力者」という）に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承諾を受けることができること。	
(3) 事業所の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	
(4) 指導看護師の1名以上の確保が可能で、連携がとれること。また、指導看護師は「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行うこと。	
(5) 利用者に関する喀痰吸引等について、主治医・指導看護師の確認の下、技術の手順等が整備、指導がされていること。	
(6) 事業所の管理者が、最終的な責任をもって安全確保のための体制整備を行うために、管理者の統括の下で関係者からなる事故防止対策等がとられていること。	
(7) 喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに医師による医行為等の「指示書」（写し可）を有していること。	
(8) 利用者の健康状態について、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されていること。	
(9) 医師の指示書に基づき医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」、「実施報告書」を作成すること。	
(10) 「指示書」や指導助言の記録、「計画書」「実施報告書」等が適切に管理・保管されていること。	
(11) ヒヤリハット・アクシデント事例を蓄積・分析し、指導看護師参加の下で、実施体制の評価、検証を行い、主治医へ報告される体制の整備がなされていること。	
(12) 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、緊急時に主治医・指導看護師との連絡体制が構築されていること。	
(13) 実地研修に必要な備品等を整備するとともに、事業所内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	

上記の項目について、記入した内容に相違がないことを証明します。

令和 年 月 日

施設・事業所名 _____

代表者名 _____ 印

記入者名 _____