

喀痰吸引等実地研修体制確認書

受講者名 _____

※ 個別の書類を社会福祉法人寿陽会及び千葉県に提出する必要はありません。体制を整備した上で、本紙のみ提出してください。
 ※ 施設・事業所で独自の書類・様式を作成・使用しても構いません。

確認事項	チェック欄	整備する書類・様式等
1 利用者の同意		
利用者又は利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（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認を受けること。	□	「喀痰吸引等業務（第二号研修）の提供に係る同意書」
2 実地研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理		
喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに、医師から文書による指示を受けること。	□	介護職員等喀痰吸引等指示書」
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」を作成すること。	□	「喀痰吸引等業務（第二号研修）計画書」
指導講師要件を満たした講師が選任されていること。医師、保健師、助産師及び看護師資格取得後5年以上の実務経験を有し、国及び都道府県が実施する、指導者講習会修了者・指導看護師研修、医療的ケア教員講習会修了者	□	—
実地研修協力者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること。医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること。	□	任意様式
「喀痰吸引等実施報告書」を作成し、担当医師に提出すること。	□	「喀痰吸引等業務（第二号研修）実施状況報告書」
3 安全管理体制の確保		
関係者からなる「安全委員会」を設置すること（既存の委員会等を活用しても差し支えない）。構成員、役割分担、安全委員会で管理すべき項目及び会議の実施頻度などが文書化されていること。	□	任意様式
ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、喀痰吸引等の実施体制について、適切に評価、検証を行うこと。	□	「喀痰吸引等業務 ヒヤリハット・アクシデント報告書」
4 事故発生時の対応方法		
事故発生時の対応方法として、関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など、適切かつ必要な緊急措置が整備されていること。	□	任意様式
事故状況等についての記録・保存方法が文書化されていること。	□	任意様式
5 感染症の予防、発生時の対応方法		
感染症を予防するための衛生管理方法及び感染症の発生が疑わしい場合の確認方法が文書化されていること。	□	任意様式
感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法が文書化されていること。	□	任意様式
6 秘密保持措置が規定されていること		
実地研修協力者の秘密保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規定整備がなされていること	□	任意様式
7 記録の保存		
実地研修の実施状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存できること。	□	—
8 備品等の整備		
喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること	□	—

実地研修受入承諾書

当施設では、上記の通り実地研修体制が確認されています。よって、募集要項の内容を確認し、上記の受講生を「喀痰吸引等第2号研修」の受講者として受入いたします。

令和 年 月 日

施設・事業所名 _____

実地研修責任者名 _____

施設長・管理者名 _____ 印