

秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修 特定（第三号研修） 体制確認シート

（実地研修の委託条件）

- ① 医師及び看護職員との連携並びに役割分担による的確な医学管理体制を確保するため、実地研修を実施する上で必要となる次の条件が担保されていること。

確認欄
いずれかに○印を
つけてください。

1) 医師の承認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態像を踏まえ、実地研修指導講師の指導の下で研修受講者が喀痰吸引等を実施可能かについて、医師の承認を得ること。 	可 ・ 否
2) 利用者・家族等の同意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者（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）に喀痰吸引等の実地研修の実施と当該施設・事業所の組織的対応について説明し、実地研修指導講師の指導の下、介護職員等である研修受講者が当該行為について実地研修（実習）を行うことについて書面により同意を得ること。 	可 ・ 否 特定様式 2.3 （サンプル）
3) 医師の指示	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修受講者による喀痰吸引等の実施に際し、医師から文書による指示を受けること。 <p>※文書による指示を行う医師は、施設の場合は配置医や嘱託医、在宅の場合は利用者のかかりつけの医師等を特定して、利用者の身体状況の変化等にも継続的に対応できるよう努めること。</p>	可 ・ 否 特定様式 4 （サンプル）
4) 医師及び看護職員との連携並びに役割分担による的確な医学管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修受講者による喀痰吸引等の実地研修について同意を得た利用者（以下「実地研修協力者」という。）の状態について、医師又は看護職員（保健師、助産師、看護師等をいう。）による確認を定期的に行い、当該実地研修協力者に係る心身の状況に関する情報を研修受講者と共有することにより、医師又は看護職員及び研修受講者の間における連携を確保するとともに、当該医師又は看護職員と研修受講者との適切な役割分担を図ること。 	可 ・ 否
5) 計画書の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実地研修協力者の希望、医師の指示及び心身状況を踏まえて、医師又は実地研修指導講師及び研修受講者との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容その他の事項を記載した計画書を作成すること。 	可 ・ 否 特定様式 5 （サンプル）
6) 医師への実施状況の報告	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実地研修の喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出すること。 	可 ・ 否
7) 緊急時の連絡体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実地研修協力者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておくこと。 	可 ・ 否 体制の図式化 【様式任意】

確認欄
いずれかに○印を
つけてください。

② 安全管理体制を確保するため、実地研修を実施する上で必要となる
次の条件が担保されること。

<p>1) 安全委員会の設置</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師又は実地研修指導講師を含む関係者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備その他の対象者の安全を確保するために必要な体制を確保すること。 ・なお、既存の委員会等（例えば、感染予防委員会、事故発生防止委員会等の委員会組織、サービス担当者会議など）が設置運営されている場合で、実地研修に関わっている医師や実地研修指導講師などが構成員として参画するなど、安全委員会としての代替が可能であれば、当該体制の活用により安全確保体制を構築しても差し支えないこと。 	<p>可 ・ 否</p>
<p>2) 事故発生時の対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実地研修において事故が発生した場合は、速やかに指導を行っている医師、看護職員に報告し、適切な処置を講ずること。また、その状況を県社協、秋田県障害福祉課、当該実地研修協力者利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずること。 ・当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、県社協に記録を添えて報告すること。 	<p>可 ・ 否</p>
<p>3) 必要な備品等の整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実地研修において喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えること。 	<p>可 ・ 否</p>
<p>4) 衛生的な管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引等に必要な備品等について衛生的な管理に努めるほか、研修受講者の清潔の保持及び健康状態の管理並びに施設・事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるなど感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めること。 	<p>可 ・ 否</p>
<p>5) 秘密の保持</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実地研修中に喀痰吸引等の実施に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講ずること。 	<p>可 ・ 否</p>
<p>6) その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・過去5年以内に、都道府県から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止を受けたことがある。 	<p>有 ・ 無</p>

記入日 年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会 長 宛

事業所名 _____

代表者名 _____ ㊟