

【実地研修体制確認シート】

確認欄
いずれかに○印を
つけてください。

施設名：_____

(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こと。 (有効期限 6 か月～1 年)	有 ・ 無 ※同意書 [様式 7 参考]
---	----------------------------

(2) 医療機関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こと。 (有効期限 6 か月)	有 ・ 無 ※包括指示書 [様式 8 参考]
②指導看護師の指導の下、介護職員が実習を行うこと。	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こと。 (有効期限 6 か月)	有 ・ 無 ※実施計画書 [様式 9 参考]

(3) たんの吸引等の水準の確保

①実地研修においては指導者養成講習を受けた指導看護師が介護職員等を指導すること。	可 ・ 否
②介護職員等は基本研修を受け、基本研修の到達目標（筆記試験及び演習の合格）を達成した者であること。	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、承認された行為について行うこと。	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こと。	有 ・ 無 ※手順書[様式任意] (研修テキスト等参照)

(4) 施設における体制整備

①実習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こと。	有 ・ 無 ※安全委員会構成員及び協議内容、実施頻度等を記載した資料 [様式任意]
②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こと。	有 ・ 無 ※連携体制が明記された資料 [様式任意]

③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こと。	有 ・ 無 ※手順書[様式任意] (研修テキスト等参照)
④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・保管されていること。	可 ・ 否
⑤ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実地研修施設と連携する医師、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うこと。	可 ・ 否 ※実地研修用記録様式
⑥緊急時の対応手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされるとき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こと。	有 ・ 無 連絡網・連絡手順など
⑦施設内の感染予防等、安全・衛生面の管理に十分留意されていること。 (備品の衛生的な管理を含む)	有 ・ 無 感染対策委員会の設置 感染対策マニュアル

(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こと。	有 ・ 無 体制の図式化
---	-----------------

(6) 賠償責任保険

自施設で行う実地研修に対応した賠償責任保険に加入している。	有 ・ 無
-------------------------------	-------

(7) その他

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。	有 ・ 無
--	-------

(8) 吸引及び経管栄養に関して医療的ケアを必要としている利用者総数と実地研修にあたり、同意が得られた利用者の数 ※いない場合は0と記入
(シート記載日現在)

項 目	対象利用者数(施設全体)	実地研修協力者数(同意あり)
口腔内のたん吸引	人	人
鼻腔内のたん吸引	人	人
気管カニューレ内部のたん吸引	人	人
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人	人
経鼻経管栄養	人	人

事業所定員数 名

入所者数 名

記入日 年 月 日 記入
施設(事業所) 名

施設長(管理者) 名

事業所印