

平成25年度介護職員等によるたん吸引等実施のための研修（不特定多数の者対象）

実地研修に係る確認事項チェックシート

受講申込者名（ ） 施設・事業者名（ ）

▼実地研修実施開始日(平成25年8月15日)までに、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしている必要があります。実施研修開始日までに、要件を満たしていること(見込含)を確認しチェック欄に☑を記入下さい。 記入日：平成 年 月 日

要件	チェック欄
(1)対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(2)医療関係者、介護関係者等の関係者による連携体制があること。	<input type="checkbox"/>
(3)実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する指導講師(指導者講習修了者又は医療的ケア教員講習会修了者)について、介護職員等数名につき、1人以上の配置が可能であること。(訪問介護事業者にあつては、訪問看護事業者と連携の上、実地研修の場において指導講師について、介護職員等数名につき、1人以上の確保が可能である場合も含む。)	<input type="checkbox"/>
(4)指導講師は臨床等での実務経験を3年以上有し、指導者講習等を受講していること。または、今後指導者講習等を受講することを了承している看護師等を確保していること。(准看護師は不可)	<input type="checkbox"/>
(5)有料老人ホーム、グループホーム、障害者(児)施設等においては、常勤の看護師の配置又は医療連携体制加算をとっていること。	<input type="checkbox"/>
(6)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(障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。)を受けたことがないこと。	<input type="checkbox"/>
(7)たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用していること。 口腔内の喀痰吸引()名 鼻腔内の喀痰吸引()名 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養()名	<input type="checkbox"/>
(8)施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(9)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、指導講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。	<input type="checkbox"/>
(10)実施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。	<input type="checkbox"/>
(11)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。)、指導講師、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なされていること。	<input type="checkbox"/>
(12)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。	<input type="checkbox"/>
(13)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、指導講師、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。	<input type="checkbox"/>
(14)緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、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、指導講師との連絡体制が構築されていること。	<input type="checkbox"/>
(15)施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	<input type="checkbox"/>

▼以下要件は必ずしも満たしている必要はありません。

要件	チェック欄
(16)気管カニューレ造設及び鼻腔経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用しており実地研修対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できる。	<input type="checkbox"/>
(17)人工呼吸器装着者が入所又はサービスを利用しており実地研修対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できる。	<input type="checkbox"/>

※ 本紙は受講申込書に添付してFAX送信のこと。