ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

**「たんの吸引等研修実施体制整備チェックシート」**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成担当者名

たんの吸引等の研修を進める上で、必要な基本的項目のチェックシートを作成しました。下記項目を

チェックの上実施して下さい。特に「利用者の同意」「医師による研修指示書」「指導講師(看護師等)」が得られることが受講資格となります。確かで安全な医療的ケアを行うため、ご確認を願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 項　 目 | チェック欄 |
| １ | 施設・事業所の管理者は、この制度について理解されていますか。 | はい　これから |
| ２ | 研修受講生（介護職員等）は、研修の目的を理解していますか。 | はい　これから |
| **３** | **実際の医療ケアの実地研修に協力・同意して下さる利用者がいますか。** | **はい　いいえ** |
| ４ | 利用者（家族も含め）に実地研修の同意（書）をお願いするに当たって、管理者等から、趣旨の説明と依頼をしていますか。 | はい　いいえ |
| **５** | **実地研修等を指導する指導看護師等は、いますか。** | **はい　いいえ** |
| ６ | 医院・訪問看護センター等の看護師等に指導看護師をお願いする予定ですか。 | はい　いいえ |
| ７ | 当法人の指導者養成伝達講習によって、指導看護師等の資格を得ることを考えておられる方がいますか。 | はい　いいえ |
| **８** | **実地研修を進めるに当たって、各利用者についての指示書を作成・助****言を得られる医師はいますか。** | **はい いいえ** |
| ９ | 医療関係者との連携をもって、安全確保のための「安全委員会」を設置していますか。 | はい　いいえ |
| 10 | たんの吸引、経管栄養等について、利用者ごとの手順書を作成していますか。 | はい　いいえ |
| 11 | ヒヤリハット事例の蓄積・分析などによって、実施体制の評価、見直しなどを行っていますか。 | はい　いいえ |
| 12 | 緊急時の対応の手順などを定め、訓練などを行うなど、緊急時の連絡体制を整えていますか。 | はい　いいえ |
| 13 | 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ますか。 | はい　いいえ |