様式２

実地研修準備チェック表

令和　　　年　　　月　　　日記入

受講者1人＋利用者1人の1組につき、1枚ご提出下さい

【受講者ご自身について】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受講生氏名 | （昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日生） |
| 事業所名 | 一般社団法人HK　とやま２４ |

【利用者について】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 利用者氏名 |  |

【指導看護師について】研修機関所属の指導看護師で申し込まれる場合は記載不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 指導看護師氏名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

【現場演習及び実地研修に関して、提出していただく書類】　（☑をお願いします。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認欄 | 依頼及び提出が必要なもの | 内容 |
| □原本 | 実地研修受講申込書（個人用）（様式1） | 実地研修受講者からの研修実施内容の確認 |
| □複写 | 実地研修準備チェック表（様式2） | この用紙 |
| □複写 | 利用者の同意書と利用者に対する誓約書（様式3） | 実地研修の実施に対する利用者の同意、事業所の誓約 |
| □複写 | 主治医の書面による指示書（様式4） | 主治医から指導講師（看護師等）に対する指示 |
| □複写 | 実地研修指導講師承諾書（様式5） | 実地研修指導に対する指導講師（看護師等）の承諾 |
|  | | |

【各事業所が体制として整備するもの】　（☑をお願いします。）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 | 内容 |
| □ | 実地研修（当該研修）に対応した損害賠償保険に加入している |
| □ | 当該研修の指示書、助言の記録等の管理、保管をしている |
| □ | 当該利用者に関する技術手順、マニュアル等を整備している |
| □ | 利用者の個人情報の秘密保持に関わる措置を講じている（書面にて、誓約を交わしている） |
| □ | ヒヤリハット事例の蓄積、分析、評価、検証を行う体制がある |
| □ | 緊急時の対応手順・体制が定められ、緊急時の連絡体制が確立している |
| □ | 訪問看護事業所等との連携により、安全確保のための体制を整備している （施設の場合）安全確保のための「安全対策委員会」を設置している |
| □ | かかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指導のもと、連絡・相談・報告等の連 携が図れる体制がある |
| □ | 地域との連携体制が整備されている |

※有効期限　記入日より３か月　※提出済の同意書への加筆は不可　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式３

|  |
| --- |
| （利用者記入）  令和６年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  （特定の者対象研修）実地研修「同意書」  私は①　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　③　　　　　　　　　　　④  さんが、標記研修の実地研修として下記の「誓約書」に基づき、指導看護師等の指導のもと、必要な実習を行うことを承諾し、協力します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※利用者の意思が確認できない場合等は、家族等がご記入（ご利用者名）、捺印してください。 |
| （受講者記入欄）  令和６年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  （特定の者対象）実地研修「誓約書」  私は、標記研修の実地研修におけるたんの吸引等の実習を、　　　　　　　　　　　　　さんにお願いするにあたり、以下のことをお約束します。　　　　　　　　　　　　（ご利用者名）  １　本研修は、私が今後あなた様にたんの吸引等のケアをより安全に提供するために行うものです。  ２　実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を  所属事業所に報告いたします。  ３　本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないので、  あなた様の氏名を富山県に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。  ４　実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることはいたしません。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  所属事業所名  事業所住所  氏名①　　　　　　　　　　　　　　　　　印②　　　　　　　　　　　　　　　　　印③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  氏名④　　　　　　　　　　　　　　　　　印⑤　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**※利用者、受講者、研修機関ともに各１通を保管する。**

**（受講者は２枚コピーし、原本を利用者に渡し、１通は研修機関に提出し、１通は受講者が保管する）**

**※押印・署名等不鮮明の場合、メールによる画像提出（写メ）をお願いすることがあります。**

**提出先：**[**psw313aka@yahoo.co.jp**](mailto:psw313aka@yahoo.co.jp)

**修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大1年間保管し、研修機関で責任をもって処分させて頂きます。**

様式４

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 対象者 | | 氏名 |  | | 生年月日　　　　　　　年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 住所 | 電話（　　　　）　　－ | | | | | |
| 主たる疾患  (障害)名 |  | | | |  |  |
| 実施行為種別 | | | 口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養 | | | | | |
| 指示内容 | 具体的な提供内容 | | | | | | | |
| 喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）  吸引圧：  吸引時間： | | | | | | | |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） | | | | | | | |
| 参考）使用医療機器等 | | | | 1．経鼻胃管 | | サイズ：　　　　Fr、種類： | | |
| 2．胃ろう・腸ろうカテーテル | | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　　　　Fr、　　　　cm | | |
| 3．吸引器 | |  | | |
| 4．人工呼吸器 | | 機種： | | |
| 5.気管カニューレ | | サイズ：外径　　　mm、長さ　　　mm | | |
| 6．その他 | |  | | |

上記のとおり指示する。本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。

ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

（事業所名　　　　　　　　　　　）指導看護師等　様

（事業所名　　　　　　　　　　　）指導看護師等　様

（事業所名　　　　　　　　　　　）指導看護師等　様

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

所在地

（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※有効期限、期限日より３か月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式５

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （指導看護師派遣事業所記入）  第三号（特定の者対象）　　指導看護師　及び　指導講師承諾書  在宅ケアサポートたなか   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ふりがな  氏　　名 | ㊞ | | | | | | 生年月日・年齢 |  | |  | | | | 現在の勤務先 | 設置主体名 | | 事業所名 | | | | 所在地：〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | | | 現在の勤務先の  事業所種別 |  | | | | | | 保有資格 | １．医師　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師　　　　　　　　　　※該当に○して下さい | | | | | | 免許 | 取得年月日：（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日  免許番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※複数お持ちの方は看護師免許を記入 | | | | | | 実地研修  指導内容  （該当に○） | １．　口腔内の喀痰吸引  ２．　鼻腔内の喀痰吸引  ３．　気管カニューレ内部の喀痰吸引  ４．　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  ５．　経鼻経管栄養 | | | | | | 職歴 | 名称 | 業務内容 | | | 従事機関（年月） | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | 第三号研修  （特定の者研修）  指導者養成研修等について | 研修機関の養成研修を受講  （年月：　　　　　　　　　　　　　　　）  （機関：　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  | |   令和　　　年　　　月　　　日  貴研修機関の研修指導講師の就任を承諾いたします。  指導者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※保有免許証の写し及び指導者養成研修を修了している場合には、修了証書の写しを添付してください。 |