登録喀痰吸引等事業者における実地研修体制に関する誓約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（法人にあっては名称及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　登録喀痰吸引等事業者登録を行う事業所名

申請者（設置者）が設置する事業所における実地研修体制について下記事項を誓約します。

記

|  |
| --- |
| 実地研修体制に関する誓約事項  　一　指導看護職員の下、介護職員（介護福祉士）が実地研修を行います。指導ができる勤務態勢を確保するため、勤務調整等を行います。  　二　たんの吸引等が必要な利用者毎にアセスメントに基づく施設サービス計画書等を作成することができます。サービス担当者会議を実施（記録含む）し、取り組みます。  　三　利用者の健康状態について、施設長、配置医又は事業所と連携できる医師、看護職員、介護福祉士等が情報交換を行い、連携が図れる体制整備をとります。  　四　医療機関、保健所、消防等地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制をとります。  　五　介護福祉士養成施設等において喀痰吸引等に係る科目（医療的ケア）を修了している者に対してのみ実地研修を実施します。  六　指示書や同意書、指導助言の記録、実施の記録を作成し、適切に管理・保管します。  七　研修実施の際は、厚生労働省通知等に定められた研修基準を遵守します。 |