

【実地研修先確認書】

* このシートは必ず実地研修施設様で記載していただきますようお願いいたします。

＜実地研修協力施設様へのお願い＞

本研修に関する実地研修を行う施設は、国の研修事業実施要項に定める下記の要件を、すべて満たしている必要があります。このシートは、その確認をお願いするものですので、何卒ご理解ご協力をよろしくお願いいたします。

＜記載方法＞下記の要件を満たしていることを確認し、チェック欄に『レ』を記入し、記名捺印をお願いいたします。

（１）利用者様の同意に係る要件

要 件	チェック欄
1 利用者様本人（家族を含む）に、喀痰吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応、医師との連携等について施設長等が説明を行い、その理解をえた上で、指導看護師の下、介護職員等が実地研修を行うことについて書面により同意をしている。	

（２）医療関係者による的確な医療管理に係る条件

要 件	チェック欄
2 医療、介護等の関係者による連携体制が整備されている。	
3 医師から指導看護師に対して、書面による必要な指示が得られている。	

（３）喀痰吸引等の研修実施の水準確保に係る要件

要 件	チェック欄
4 研修申込時に、実地研修の指導にあたる指導看護師を選任している。 実地研修場所において、受講者を指導する指導看護師を1人以上配置することが可能である。	
5 指導看護師は医師、保健師、助産師又は看護師（准看護師不可）の資格を有し、以下の指導者講習を修了している。 A 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の開催について」による指導者講習。またこれと同等して都道府県において実施された講習 B 「実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会の実施について」に定める「医療的ケア教員講習会」 なお、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修会」に基づく「指導看護師（施設内14時間研修に対応）」及び東京都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）における「指導看護師」は、本研修の指導看護師には該当されません。	

(4) 施設における実地研修体制に係る要件

要 件	チェック欄
6 実地研修場所にたんの吸引及び経管栄養の対象者(利用者)が適当数入所等している。	
7 施設又は事業所の責任者及び他の職員が実地研修に協力できる。	
8 利用者様に関する喀痰吸引等について、医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、一般的な技術の手順書が整備されている。	
9 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。	
10 利用者様の健康状態について、施設長、医師、指導看護師、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。	
11 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。	
12 ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、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、検証が行える。	
13 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医師、指導看護師との連絡・連携体制が構築されている。	
14 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意されている。	

上記の内容に間違いのないことを証明します。

また、虚偽の記載等があった場合、研修全体が取り消される可能性についても同意します。

年 月 日 記入

施設（事業所）名 _____

施設（事業所）長名 _____