

## 実地研修に係る確認書

受講申込者が所属する実地研修を行う施設・事業者代表者は、実地研修開始日まで、下記に定める要件をすべて満たしておく（見込を含む）必要があります。

該当チェック欄に「」を記入し、提出願います。

実地研修を所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）で実施する場合は、必ず提出してください

### (1) 利用者の同意に係る要件

要件	チェック欄
利用者本人(家族を含む)に、たんの吸引等の実地研修の実施について施設長等が説明を行い、その理解を得た上で、実地研修指導者の下、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得ること。	<input type="checkbox"/>

### (2) 医療関係者による明確な医療管理に係る条件

医療、介護等の関係者による連携体制が整備されていること。	<input type="checkbox"/>
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ること。(医師の指示書)	<input type="checkbox"/>

### (3) たんの吸引等の研修実施の水準確保に係る要件

研修申込時に、実地研修の指導にあたる講師を選任すること。 また実地研修場所において、受講者を指導する指導講師を1人以上配置することが可能であること。	<input type="checkbox"/>
指導講師は医師、保健師、助産師又は正看護師の資格及び3年以上の実務経験を有し、当社開催の「研修指導講師養成研修」への参加を了承している看護師を確保していること。  すでに下記講習を修了している者の再受講は不要 国の「喀痰吸引等指導者講習」 都道府県の「指導看護師研修」 他校開催の「医療的ケア教員講習会」  「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しない。(受講要)	<input type="checkbox"/>

### (4) 施設における実地研修体制に係る要件

原則として研修を受ける介護職員等の所属施設・事業所を実地研修場所とすること。 所属施設・事業所以外(同法人内他事業所等)を実地研修場所とする場合、研修申込時に当該実地研修場所の所属長・代表者の承諾及び実地研修に協力する利用者に対して書面による同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>
研修を受ける介護職員等と利用者及びその家族が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
実地研修場所にたん吸引、経管栄養の対象者(利用者)が適当数入所等していること。	<input type="checkbox"/>
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こと。	<input type="checkbox"/>
利用者に関するたんの吸引等について、医師、指導看護師及び看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こと。	<input type="checkbox"/>
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、施設長の総括の下で、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"/>
利用者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こと。	<input type="checkbox"/>
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"/>
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、検証を行うこと。	<input type="checkbox"/>
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こと。	<input type="checkbox"/>
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"/>

上記の内容に間違いのないことを証明します。

また、上記でチェックした要件について、変更が発生した場合は速やかに連絡することとします。

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。

平成      年      月      日

施設(事業所)名

施設(事業所)長名

施設印