

令和 5 年度介護職員等によるたん吸引等実施の為の研修（不特定多数の者対象）

実地研修に係る確認事項チェックシート

受講申込者名（ ） 施設・事業所名（ ）

実地研修開始日（令和 6 年 3 月中旬以降）までに、国の研修事業実施要項に定める下記の要件を満たしている必要があります。実施研修開始日までに、要件を満たしていること（見込者含む）を確認しチェック欄に記入してください。

記入日：令和 年 月 日

要件	チェック欄
（１）吸引等実施対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	☐
（２）医療、介護等の関係者による連携体制があること。	☐
（３）実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する指導看護師について、介護職員等数名につき 1 人以上の配置が可能であること。（訪問介護事業所にあつては、訪問看護事業所と連携の上、実地研修の場において指導看護師について、介護職員等数名につき 1 人以上の確保が可能である場合も含む。）	☐
（４）指導看護師は臨床等での実務経験を 3 年以上有し、指導者講習を受講していること。または、今後指導者講習を受講することを了承している看護師を確保していること。なお、実地研修における指導者には、上記指導看護師のほか、指導者講習を修了した医師を含む（准看護師は不可）。	☐
（５）有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等においては、常勤の看護師の配置又は医療連携体制加算をとっていること。	☐
（６）過去 5 年以内に、都道府県から介護保険法第 91 条の 2 に基づく勧告、命令及び第 92 条に基づく効力の停止（障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。）を受けたことがないこと。	☐
（７）たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用していること。	☐
（８）施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	☐
（９）利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。	☐
（１０）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統括の下で、関係者なる安全委員会が設置されていること。	☐
（１１）利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）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。	☐
（１２）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。	☐
（１３）ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価・研修を行うこと。	☐
（１４）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、夜間を始め緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師との連携が構築されていること。	☐
（１５）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。	☐

▼以下、要件は必ずしも満たしている必要はありません。

（１６）気管カニューレ造設及び鼻腔経管栄養の対象者数が適当数入所又はサービスを利用しており、対象者本人とその家族が実施研修の実施に協力できること。	☐
（１７）人工呼吸器装着者が入所又はサービスを利用しており実地研修の対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	☐

※本紙は喀痰吸引等研修受講申込書に添付して下さるようお願いいたします。