

実地研修に係る確認シート

実地研修を行う事業所や居宅等にあたりましては、国の研修事業実施要綱（平成 23 年 10 月 6 日付け老発 1006 第 1 号）に定める下記の要件を満たしている必要があります。内容をご確認いただき、要件を満たしている確認欄に✓を記入してください。

要件	確認欄
(1) 利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合は、その家族等（以下、「実地研修協力者」という）に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承諾を受けることができる。	
(2) 喀痰吸引及び経管栄養の対象者が介護サービス等を利用している。	
(3) 事業所の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できる。	
(4) 指導看護師の 1 名以上の確保が可能で、連携がとれる。また、指導看護師は「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行う。	
(5) 利用者に関する喀痰吸引等について、主治医・指導看護師の確認の下、技術の手順等が整備されている。	
(6) 事業所の管理者が、最終的な責任をもって安全確保のための体制整備を行うために、管理者の統括の下で関係者からなる事故防止対策等がとられている。	
(7) 指示書や指導助言の記録、実施記録等が作成され、適切に管理・保管されている。	
(8) 利用者の健康状態について、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されている。	
(9) ヒヤリハット事例の蓄積・分析を、指導看護師参加の下で、実施体制の評価、検証を行い、主治医の報告される体制の整備がなされている。	
(10) 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、緊急時に主治医・指導看護師との連絡体制が構築されている。	
(11) 事業所内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意する。	
(12) 喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに医師による医行為等の指示書（写し可）を有している。	
(13) 医師の指示書に基づき医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」を作成する。	

上記の項目について、記入した内容に相違がないことを証明します。

令和 年 月 日

施設・事業所名 _____

代表者名 _____ 印

記入者名 _____

※重要書類になりますので、署名捺印後コピーをとり、貴施設（事業所）におかれましても保管をお願いします。