

実地研修に係る確認書

受講申し込み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に、下記に定める要件を全て満たしておく（見込を含む）必要があります。

1. 利用者の同意に係る要件

チェック欄

| | |
|--|--|
| 1) 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、受講職員が実地研修を行うことについて書面により同意を得ている。 | |
|--|--|

2. 医療関係者による明確な医療管理に係る条件

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1) 医療、介護等の関係者による連携体制が整備されている。 | |
| 2) 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。 | |
| 3) 医師の指示のもとに、指導看護師による実地研修計画書が整備されている。 | |

3. たんの吸引等の研修実施の水准确保に係る要件

| | |
|--|--|
| 1) 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できる。看護師の変更があった場合は速やかに連絡するとともに必要書類を提出する。 | |
| 2) 指導看護師は医師、保健師、助産師又は看護師の資格を有し、指導看護師講習（医療的ケア教員講習会）を受講した看護師を確保していることが望ましい。ただし、指導看護師講習（医療的ケア教員講習会）を受講した看護師と同等の経験や知識を習得し、臨床での喀痰吸引等経験が5年以上の看護師でも構わない。すでに国の「喀痰吸引等指導者講習」又は都道府県の「指導看護師研修」（平成23年10月28日付社援発1028第3号厚生労働省社会・援護局長通知）に定める「医療的ケア教員講習会」を修了している者でも構わない。*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。 | |

4. 施設における実地研修体制に係る要件

| | |
|---|--|
| 1) 原則として研修を受ける職員等の所属施設・事業所を実地研修場所とする。やむを得ず所属施設・事業所以外（同法人内事業所等）を実地研修場所とする場合、研修申込時に当概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。 | |
| 2) 研修を受ける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。 | |
| 3) 実地研修場所にたん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。 | |
| 4) 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。 | |
| 5) 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。 | |
| 6) 実地施設の施設長が最終的な責任を持って安全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。 | |
| 7) 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。 | |
| 8) 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。 | |
| 9) 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、受講職員等の参加の下で、実地体制の評価、検証を行うことができる。 | |
| 10) 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。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。 | |
| 11) 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意している。 | |

上記内容に相違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ことについても同意します。

年 月 日

施設（事業所）名

印

受講者名

印