

## 実地研修に係る確認事項チェックシート

施設・事業者名

受講者氏名

実地研修開始日までに、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしている必要があります。実地研修開始日までに要件を満たしていることを確認しチェック欄に記入して下さい。

記入日 令和 年 月 日

要件	確認欄
1. 喀痰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	<input type="checkbox"/>
2. 医療・介護等の関係者による連携体制があること	<input type="checkbox"/>
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等職員等数名につき1人以上の指導看護師の配置が可能であること * 訪問介護事業者にあつては、訪問看護事業所と連携の上、実地研修の場において介護職員等数名につき1人以上の指導看護師の確保が可能である場合を含む	<input type="checkbox"/>
4. 指導看護師は臨床での実務経験を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、上記指導看護師の他、指導者講習を修了した医師を含む（准看護師は不可）	<input type="checkbox"/>
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、常勤看護師の配置又は医療連携をとっていること	<input type="checkbox"/>
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、児童福祉法による同様の勧告を含む）を受けたことがないこと	<input type="checkbox"/>
7. たん吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所またはサービスを利用していること	<input type="checkbox"/>
8. 施設また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	<input type="checkbox"/>
9. 利用者に関するたん吸引等について配置医または実施施設と連携している医師、指導者及び介護職員の参加の下の技術の手順書が整備されていること	<input type="checkbox"/>
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からなる安全委員会が設置されていること	<input type="checkbox"/>
11. 利用者の健康状態について、施設長、配置医また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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
13. ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医また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	<input type="checkbox"/>
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、夜間をはじ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	<input type="checkbox"/>
15. 施設内の感染予防等、安全、衛生面の管理に十分留意すること	<input type="checkbox"/>
▼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が適当数入所またはサービスを利用しており、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	<input type="checkbox"/>
17. 人工呼吸器装着者が入所また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、なおか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	<input type="checkbox"/>