

実地研修に係る確認書

受講者氏名 _____

該当項目に○を記入してください。非該当事項は×を記入してください。

要 件	○/×
(1) 利用者(利用者に同意する能力が無い場合にはその家族等)が、たんの吸引等の実地研修の実施と当該施設の組織的対応について施設長等から説明を受け、それらを理解した上で指導看護師の指導の下、実地研修を受けている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受けること。	
(2) 医療・介護等関係者による連携体制が整備されていること。	
(3) 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。	
(4) 医師の指示の下に、指導看護師による実地研修計画書が整備されていること。	
(5) 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すること。実地研修に置いて、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可能であること。看護師が変更の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こと。	
(6) 指導看護師は臨床での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講修了していること。又は実地研修開始までに岐阜県において実施予定である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、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員と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。	
(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) 施設又は事業所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、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。	
(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。	
(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、連携を図れる体制が整備されていること。	
(12) 指示書や指導助言の記録、実地の記録が作成され、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、配置医又は実地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、実地体制の評価、検証を行うこと。	
(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体制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し施設の責任において実施されること。	

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同意します。

2016年(H28年) 月 日

法人名
事業所名
事業所所在地
施設管理者名

印

※研修実施行為ごとに実地研修先が異なる場合は、それぞれの受け入れ施設において様式1-2、1-3の記入が必要です。