

実地研修に係る確認書

受講者氏名 _____

次の要件の該当事項に○、非該当事項に×をチェック欄に記入してください。

※喀痰吸引等研修の実地研修を実施するためには次の要件を満たす必要があります。

	要件	チェック欄
1	たんの吸引・経管栄養の対象者が入所またはサービスを利用している	
2	利用者（または家族）の同意が得られる	
3	施設の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できる	
4	施設内で介護職員を指導する実地研修指導者1名以上の配置が可能である	
5	指導看護師は、喀痰吸引等研修等の指導者講習を受講している、正看護師として実務経験5年以上を有している	
6	指導看護師が指導者講習を受講していない場合、当スクールの演習指導の見学に参加することができる	
7	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または医療連携体制加算を取っている	
8	過去5年以内に、都道府県からの介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止を受けたことがない	
9	医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示を得ることができる	
10	指導看護師は、介護職員によるたんの吸引及び経管栄養の計画書を作成できる	
11	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、連携が図れる体制整備ができています	
12	たんの吸引・経管栄養についての手順書が整備されている	
13	ヒヤリ・ハット事例の蓄積分析など実施体制の評価、検証を行うことができる	
14	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分注意できる	
15	指導看護師は受講者の評価等を適切に実施し、評価票等必要書類を提出することができる	

上記の記入内容に間違いのないことを証明します。

法人名：

事業所名：

事業所所在地：〒

電話番号：

施設管理者名：

⑩