

## 実地研修機関確認書

本研修では、原則として研修受講者が所属する施設・事業所（同法人内他事業所を含む）において実地研修を行っていただきます。実地研修指導看護師の指導の下、実地研修を行っていただくに際して、実地研修機関は、下記に定める要件をすべて満たす（見込み含む）必要があります。要件をご確認いただき、満たしている要件のチェック欄に「レ」を記入し、受講申込書に添付して提出をお願いいたします。

- ☐ 実地研修機関にたんの吸引等の利用者が適当数入所またはサービス利用している
- ☐ 利用者本人（利用者に同意する能力がない場合には、その家族等）に、たんの吸引等の実地研修の実施等について説明を行い書面により同意を得ている（協力者全員の同意書（任意様式）の写し（コピー）を実地研修修了時に提出できること）
- ☐ 医療、介護等の関係者による連携体制が確保される
- ☐ 実地研修場所において、受講者を指導する実地研修指導看護師（以下、「指導看護師」と言う。）を1人以上確保・配置することが可能である
- ☐ 指導看護師は、医師、保健師、助産師または正看護師（准看護師は不可）の資格とともに、臨床等での実務経験を5年以上有し、所定の「指導看護師研修」を修了している
- ☐ 施設または事業所の責任者および職員が実地研修に協力できること。また、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されている
- ☐ 配置医または実施施設と連携している医師から指導看護師および介護職員に対し、書面による必要な指示がある
- ☐ 配置医または実施施設と連携している医師、指導看護師および介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されている
- ☐ 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、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
- ☐ たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されている
- ☐ 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
- ☐ 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、検証を行っている
- ☐ 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または実施施設との連携している医師、指導看護師との連絡体制が構築されている
- ☐ 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
- ☐ 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関と日頃から連絡支援体制が整備されている
- ☐ 過去5年以内に介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令および第92条に基づく指定の効力の停止（障害者総合支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む）を受けたことがない

上記記入内容に間違いがないことを証明いたします。

令和      年      月      日

法 人 名

施 設 名

施設長名

受講者名