

実地研修に係る確認書【施設・事業所内において実地研修を行う場合】

本研修においては、研修を受講する介護職員等の所属する施設・事業所（同法人内他事業所を含む）において指導看護師の指導の下、実地研修を行う。受講申込者が所属する施設・事業者代（見込を含む）必要があります。

実地研修を、所属施設・事業所（同法人内他事業所を含む）で実施する場合は、必ず提出する必要があります。
実地研修を複数の施設（法人内他事業所）で行う場合は、それぞれの施設分の「確認書」を作成・提出する必要があります。

該当チェック欄に「レ」を記入し、受講者（同法人内他事業所を含む）で実施する場合は、必ず提出する必要があります。）

(1) 基本的事項に係る要件

要 件	チェック欄
1 実地研修を予定しているたんの吸引等の利用者が適当数入所又はサービスを利用していること。	✓
2 実地研修においては、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）のうち、施設の方針、実態【利用者の状況、人数】等を勘案のうえ、必要な行為を1行為以上修了することが可能なこと。	✓
3 実地研修において、利用者本人及び家族が実地研修の実施に協力できること。	✓
4 医療、介護等の関係者による連携体制が確保されること。	✓
5 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人以上確保・配置することが可能であること。	✓
6 指導看護師は、医師、保健師、助産師又は正看護師（准看護師は不可）の資格とともに、臨床等での実務経験を3年以上有し、実施要領に示す、 所定の「指導看護師研修」 を受講・修了していること。	✓
7 過去5年以内に、東京都から介護保険法第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こと。	✓
8 施設又は事業所の責任者及び職員が実地研修に協力できること。	✓
9 原則として研修を受ける介護職員等の所属施設・事業所を実地研修場所とすること。 実地研修場所が「医療機関（病院・診療所）」でないこと。（ただし、介護療養型医療施設を除く）。 やむを得ず所属施設・事業所以外（同法人内他事業所等）を実地研修場所とする場合、研修申込時に当該実地研修場所の所属長・代表者の承諾を得ること。	✓

(2) 利用者の同意に係る要件

要 件	チェック欄
10 実地研修実施時において利用者本人（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と当該施設の組織的対応、医師との連携等について施設長等が説明を行い、その理解をえた上で、指導看護師の下、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得ること。（協力者全員の「 実地研修同意書兼誓約書 」（別途指定書類）の写し（コピー）を実地研修修了時に提出することが可能なこと。）	✓

(3) 医療関係者による的確な医療管理に係る要件

要 件	チェック欄
11 配置医又は実施施設と連携している医師から指導看護師及び介護職員に対し、書面による必要な指示があること。	✓
12 所定の研修を修了した指導看護師の指導の下、介護職員等が実地研修を行うこと。	✓
13 配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及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こと。	✓

(4) たんの吸引等の水準確保に係る要件

要 件	チェック欄
14 実地研修においては、「所定の指導看護師研修(指導者講習)」を修了した指導看護師が介護職員等を指導すること。	✓
15 介護職員等は、必要な基本研修(講義及び演習)を修了し、基本研修の到達目標を達成した者であること。	✓
16 たんの吸引等の行為(実地研修)については、医師に承認された介護職員等が指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。	✓
17 当該利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。	✓

(5) 施設における体制整備に係る要件

要 件	チェック欄
18 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	

受講申込者が所属する施設・事業者（同法人内他事業所を含む）代表者は、実地研修開始日までに、すべての要件を満たしておく（見込を含む）必要があります。

【重要】

※受講決定された場合、「実地研修開始通知」にあわせて「令和3年度東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）実地研修同意書兼誓約書」を送付します。

実地研修の開始に際して研修に協力頂く「利用者又は家族」の同意書兼誓約書の取得及び提出（写しを財団に提出）が必要となります。

実地研修に協力頂く利用者全員の同意書兼誓約書（署名・捺印されたもの）の写し（コピー）を、実地研修修了時に提出していただきます。

内容を十分把握の上、該当チェック欄に「✓」を記入し、提出してください。

1項目でも満たすこと（見込を含む）ができない場合は、実地研修場所として認められない場合があります。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可能性があります。

同一法人内他の事業所において実地研修の一部を行う場合、両方の施設・事業所から提出する必要があります。（実地研修を行う全ての施設・事業所から提出が必要となります。）

病院等の医療機関を実地研修場所とすることはできません。（ただし、介護療養型病床を除く。）

上記の内容に間違いの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可能性についても同意します。

記入日 令和3年 4月20日

施設（事業所）名 特別養護老人ホーム 東京

施設（事業所）長名 介護 一郎

施設印又は
代表者印（私
印を除く）