

# 実地研修実施計画書

番号	
----	--

平成 年 月 日

## 1. 実地研修受講者

(ふりがな) 氏名	( )	性別	男・女
現住所	〒		
生年月日・年齢	年 月 日生 ( )歳		
介護福祉士 登録番号	介護福祉士合格年度		
	医療的ケア等修了日		

介護福祉士の登録証(写し)を添付すること。

基本研修又は医療的ケアを修了していることを喀痰吸引等修了証、実務者研修修了証、卒業証明書等で確認し、その修了証(写し)を添付すること。

## 2. 実施する研修内容(実施する医行為に )

口腔内のたんの吸引	胃ろう(腸ろう)からの経管栄養
鼻腔内のたんの吸引	経鼻経管栄養
気管カニューレ内部のたんの吸引	演習を行っていない行為(人工呼吸器装着者へのたん吸引、半固形化栄養剤の経管栄養等)は、実地研修を、実施することはできません。

## 3. 指導講師

No.	氏名	勤務先名	指導者講習
1 研修責任者			
2			
3			
受講済みの指導者講習 ( ~ のいずれかを記入)		平成22年度 試行事業指導者講習(厚生労働省主催) 平成23、24年度 指導者講習(厚生労働省主催) 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県主催) 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県以外の県が主催) 医療的ケア教員講習会(厚生労働省規定の講習会で民間団体実施のもの)	

該当する講習の修了証明書(写し)を添付すること。

## 4. 実地研修実施期間(予定)

行為の種類	回数	実施予定期間	実地研修協力人数
口腔内のたんの吸引	10回以上	H . . ~ H . .	人
鼻腔内のたんの吸引	20回以上	H . . ~ H . .	人
気管カニューレ内部のたんの吸引	20回以上	H . . ~ H . .	人
胃ろう(腸ろう)からの経管栄養	20回以上	H . . ~ H . .	人
経鼻経管栄養	20回以上	H . . ~ H . .	人

修了認定の基準

- ・評価票の全ての評価項目が「ア」の場合成功となる。  
「ア」: 国の判定基準で「1人で実施できる。評価項目について手順通りに実施できている。」
- ・累積成功率が70%以上あること。
- ・最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと(連続3回成功)。

## 5. 介護福祉士が実地研修を実施する上で必要な条件

チェック欄に「✓」を記入すること。

全てに「✓」が付く体制となってから、実地研修を開始すること。

	条件	チェック欄	参考様式等
(1)	登録喀痰吸引等事業者の登録がされている。(登録特定行為事業者の場合、別に登録喀痰吸引等事業者登録申請が必要)		
(2)	事業所に「実地研修実施体制(安全委員会)」が整備されている。実施体制構成は下表に記入		
(3)	損害賠償保険が、実地研修に対しても適用される。		
(4)	事故発生時及び緊急時の対応手順・体制が定められ、連絡体制も確立している。		
(5)	ヒヤリハット事例の蓄積、分析を評価・検証を行う体制が確立している。		(様式6) ヒヤリハット・アクシデント報告書
(6)	実地研修協力者に関する秘密の保持を関係者へ周知徹底している。		
(7)	必要な書類が整備され、適切に管理・保管(完了日より5年間)することができる。		
(8)	当該実地研修協力者に関する技術手順、マニュアル等が整備されている。		国要綱(H24.3.3 社援発0330第43号)別添2
(9)	実地研修の評価、判定の方法を理解している。		(様式4)総合評価表 (様式5)評価表
(10)	修了者管理簿の永年管理、長崎県への報告等が定められている。		(様式7)修了証 (様式8)管理簿 (様式9)報告書
(11)	介護福祉士の実地研修に対し、実地研修協力者(又はその家族等)へ説明を行った。		
(12)	介護福祉士の実地研修に対し、実地研修協力者(又はその家族等)から同意書を取得した。		(様式2)同意書
(13)	介護福祉士の実地研修に対し、医師から書面による指示があった。 [指示を行った医師の氏名]		(様式3)指示書

### 実地研修実施体制(安全委員会)の構成員

施設長(管理者) :	人(氏名 :	)
医 師 :	人(氏名 :	)
看 護 師 :	人(氏名 :	)
介 護 職 員 :	人(氏名 :	)
准 看 護 師 :	人	
介護支援専門員 :	人	
生活相談員 :	人	
栄 養 士 :	人	
そ の 他 :	人	

実地研修実施体制：研修実施、研修の評価及び研修事務等を行うための検討と実施に関する責務を担う。