

介護福祉士の実地研修実施方法書

事業所名： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 実施体制

	氏 名	所属先	医師	看護職員
担当責任者				
講 師				
その他の関係者				
備 考				

※ 講師について、施行通知第5（3）に記載する指導者向け研修の中で修了しているものがあれば備考欄に記載するとともに、医師等の資格免許証や受講した研修修了証等の写しを添付すること。また、複数人講師がおり、担当する特定行為の種別が異なる場合は担当する種別がわかるように記載すること。

※ 他の登録喀痰吸引等事業者と共同実施している場合は、共同実施している事業所の名称を備考欄に記載すること。

2. 研修計画

年度の予定

事 項	内 容
実施期間	
実施場所	
受講予定者数	
その他	

3. 研修教材

様式欄については該当するものに○を記載の上、当該書類を提出すること。

区分	種別	国様式	独自様式
実施機関が使用	実施報告書		
	その他（ ）		
講師が使用	評価票		
	その他（ ）		
受講者が使用	指示書		
	同意書		
	計画書		
	実施状況報告書		
	ヒヤリハット・アクシデント報告書		
	その他（ ）		
	その他（ ）		
その他（ ）			

※ 国様式とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」（平成24年3月30日社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知）に記載する教材や様式をいう。

4. 実地研修に関する事務

次に掲げる事項に関する規程や様式を整備の上、当該書類を提出すること。

事項	整備状況
実地研修における書面による医師の指示	
実地研修協力者である利用者又は利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（実地研修協力者）の書面による同意承認	
事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切活必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）	
実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）	
出席状況等、研修受講者に関する状況把握、保存	
実地研修修了者管理簿	
実地研修修了証（ひな形）	
その他（ ）	

5. 修得程度の審査方法

様式欄については該当するものに○を記載の上、当該書類を提出すること。

事項	国様式等	独自様式等
実施手順		
評価判定		
評価基準		
評価項目		
評価票		

※ 国様式等とは「喀痰吸引等研修実施要綱について」（平成 24 年 3 月 30 日社援発 0330 第 43 号厚生労働省社会・援護局長通知）に記載する手順や様式等をいう。

6. 損害賠償保険制度への加入の有無 有 ・ 無

※加入無の場合、事故発生時等における対応方法について記載

（
）

※ 上記の記載内容に関する規程や様式等の関係書類があれば添付すること。