

様式1 実地研修前準備チェック表

平成 年 月 日記入

受講番号		名前		所属	
指導看護師名前				所属	

- 利用者の同意(書面)
- 安全対策委員会が設置されていること
- 配置医又は実地施設と連携している医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示があること
- 具体的な計画作成(上記連携の下、たんの吸引等が必要な利用者毎に)
- 医師に承認された行為の確認(研修コース等)
- 当該利用者に関する技術手順、マニュアル等が整備されている
- 施設長が最終的責任を持って安全確保のための体制の整備
- 指示書、助言の記録等の管理、保管をする
- ヒヤリハット事例の蓄積、分析を評価・検証を行う体制
- 緊急時の対応手順・体制が定められ、緊急時連絡体制も確立していること
- 地域との連携体制