

医療法人葵会チームもりおか
介護職員等医療的ケア第3号研修実地研修における説明書兼同意書

(利用者名) _____ 様
説明日を記入。 西暦 年 月 日

(事業所名) _____
(受講者名) _____
(事業所長名) _____ 捺印忘れずに。 印

平成 24 年 4 月から、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、医療や看護との連携が図られていること等、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できます。当事業所では、安全かつ適切に喀痰吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的に実地研修を実施します。実地研修の実施にあたり、指導看護師が受講者の指導を担うとともに、医療関係者との連携強化や安全体制を整備し、利用者様の安全確保に向けて最善を尽くしてまいります。つきましては、実地研修において実施する下記の行為について、同意いただきますようお願いいたします。

チェック忘れずに。

特定行為	チェック欄	行為の区分 (認定の区分)
口腔内の喀痰吸引 (咽頭の手前まで)	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
鼻腔内の喀痰吸引 (咽頭の手前まで)	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	通常手順
	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤
	<input checked="" type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤
経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤

同 意 書

実地研修において実施する上記の行為について、同意いたします。

西暦 年 月 日
利用者名 岩手 次郎 印
署名日を記入。 ※代筆の場合 代筆者名 (続柄) 岩手 長次郎 (長男) 印

※【研修事務局記入欄】

受講者管理 NO.	書類受理日 年 月 日 印
-----------	---------------

《写しを送付》受講者の所属事業所→医療法人葵会チームもりおか