

(参考様式1)

説明書兼同意書

平成 年 月 日

利用者名 _____ 様

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

平成24年4月1日から、特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において一定の研修を受けた介護職員等が一定の条件の下に喀痰吸引等ができるようになりました。

このため鳥取県では、必要なケアをより安全に提供するため、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として、研修事業を実施しています。

研修では、利用者様の了解を得て下記行為の現地研修を行いますが、これは基本研修の講義部分について知識を習得し、かつ、演習について評価基準を満たし、利用者様の主治医から承認された介護職員等が、指導看護師等の指導の下、承認された行為について行うものです。

また施設では、医療関係者の適切な医学的管理の下、本研修が安全に実施されるよう体制整備に最善を尽くして参ります。

つきましては、趣旨を御理解いただき、本研修において、介護職員等があなたに対し以下の行為を実施することを御了解くださいますようお願いいたします。

記

(喀痰吸引)

- 口腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引

(経管栄養)

- 胃ろうによる経管栄養
- 腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

私は、貴施設（または事業所）で、「平成29年度介護職員等の喀痰吸引等研修」において、上記行為を実施することに同意します。

平成 年 月 日

利用者又は
家族名 _____ 印

本人との続柄（ ）

注：説明書兼同意書は1年ごとに利用者又は家族に取ってください。