

実地研修における介護職員等によるたんの吸引等説明書兼同意書

平成 年 月 日

(利用者名・家族名) _____ 様

施設(事業所)名 _____

施設(事業所)長名 _____ 印

受講介護職員名 _____

平成 24 年 4 月から「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和 62 年法律第 30 号)の一部改正により、介護福祉士及び法に規定される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」の医行為を実施できるようになりました。

当事業所では、法にもとづく「たんの吸引等」を実施できる介護職員に養成するため、登録研修機関が開催している喀痰吸引等研修を受講しているところです。この研修には、実地研修が必須あることから、当事業所では、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の見直しを図り、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ので、事業所の方針に賛同いただき、実施研修としての以下のケアの実施について同意していただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、実地研修においては、次のことをお約束します。

- 1 介護職員が、医師の指示のもとで指導看護師の指導を受けながら実施いたします。
- 2 この研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を登録研修機関に報告し、必要な措置を講じます。
- 3 この研修に関連した賠償責任に対する補償に関しては、健康被害の内容や程度に応じて、登録研修機関が負担します。
- 4 この研修において、あなたの個人情報情報を外部に提供することはありません。
- 5 この研修中はもちろん、研修後においても、あなたが不利益になるようなことはいたしません。

記

- 口腔内のたんの吸引
 鼻腔内のたんの吸引
 気管カニューレ内部のたんの吸引
 胃ろう・腸ろうによる経管栄養
 経鼻経管栄養

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。

平成 年 月 日

利用者名・家族名 _____ 印

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

施設長確認印	
--------	--