ご利用者及びご家族説明書兼同意書

平成　　　年　　月　　日

　　 　　様

施設・事業所名

代表者名　　　　　　　 　　　　　　　　印

介護職員による喀痰吸引と経管栄養の実地研修について（お願い）

当施設（事業所）では、介護職員が当施設（事業所）の職員等と協働して、医師又は講師となる指導看護師の指示の下で、ご利用者様に対する標記ケアについての実地研修を行うことになりました。

喀痰吸引と経管栄養につきましては、他の医療的ケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では、相対的に危険性が低いとされています。

これらのケアは、他の医療的ケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では、相対的に危険性が低いとされております。

下記のケアを行う介護職員は、必要な専門講義及び専門演習を受講し、筆記試験に合格の上、予め定められた基準を上回る演習評価を得て、安全に医療的ケアを実施できると判断された者が行います。

また、当施設（事業所）内においても研修の指導体制の整備、関係者からなる安全委員会を設置し、実施状況の把握や医療関係者との連携等見直しを行うなど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、介護職員が行う下記の医療ケアの研修にご同意いただきたく、お願い申し上げます。

記

■　喀痰吸引

　□　口腔内（咽頭の手前まで）　□ 鼻腔内（咽頭の手前まで）

■　経管栄養

　□　胃ろう又は腸ろう

**同　意　書**

介護職員による喀痰吸引と経管栄養の下記実地研修について同意します。

記

■　喀痰吸引

　□　口腔内（咽頭の手前まで）　□ 鼻腔内（咽頭の手前まで）

■　経管栄養

　□　胃ろう又は腸ろう

平成　　　年　　月　　日

ご利用者（ご家族）名　　　　　　　　　　　　　　　　　印