

(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部

介護職員等医療的ケア第3号研修実地研修（基本研修の現場演習含む）指導実施承諾書

様式 4

西暦 年 月 日

日本 ALS 協会岩手県支部 支部長 様

指導事業所名: _____

郵便番号: _____

住所: _____

電話番号: _____

事業所の長: _____ 印

標記研修について、次の研修受講者に対し、特定の利用者ごとに指導することを承諾します。

実施にあたり、日本ALS協会岩手県支部より依頼書及び評価票などの送付を受けた後、介護職員へ研修を実施し、報告致します。

1. 基本研修（現場演習）及び実地研修を行う受講者並びに特定の利用者及び看護職名

| 研修受講者氏名 | 特定の利用者氏名 | 指導予定看護職氏名 | 指導者資格 |
|---------|----------|-----------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定 |
| | | | <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定 |

2. 基本研修（現場演習）及び実地研修内容

| 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 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 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 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 type="checkbox"/> | 滴下型の液体栄養剤 |
| | <input 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 |

3. 実地研修予定期間

西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

※指導者資格未取得の方は、実地研修指導を行う前に指導者資格取得のための DVD 視聴自己学習が必要です。

※【研修事務局記入欄】

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

受講生の所属事業所より実地研修指導事業所へ依頼→実地研修指導事業所記入→受講生の所属事業所が原本を受け取り、写しを保管
→原本は日本 ALS 協会岩手県支部