※管理番号

**（一社）日本ALS協会岩手県支部**

様式4

**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**

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 |
|  |  |  | □取得済　□取得予定 |
|  |  |  | □取得済　□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） | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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） | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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 | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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 | ☐ | 滴下型の液体栄養剤 |
| ☐ | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 | ☐ | 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