別紙４

# 現場演習・実地研修予定表（既修了者）

★　事務局より必要書類を受領した旨のメールを受け取り後、受講者は指導看護職員と現場演習、実地研修の予定表を作成し、下記に必要事項を記入し、事務局までメールで提出をして下さい。

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな<br>**介護職員名** | | **（所属事業所名）** |
| ふりがな<br>**指導看護職員名** | | **（所属事業所名）** |

**・実施するケアに「○印」をしてください。**

| **ふりがな<br>利用者名** | **喀痰吸引** | | | **人工呼吸器<br>有・無** | **経管栄養** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1.口腔** | **2.鼻腔** | **3.気管** | | **4.胃ろう** | **5.腸ろう** | **6.経鼻** |
| | | | | 有・無 | | | |

| **実施事項** | **回** | **月　日** | |
|---|---|---|---|
| **現場演習** | 1 | | **所定の評価表の全ての項目において、指導看護師の評価の結果、１回「手順通りに実施できている」となった場合に、現場演習を修了とし、実地研修に入ることができます。** |
| | 2 | | |
| **実地研修** | 1 | | **評価表のすべての項目について、指導看護職員の評価の結果、連続２回「手順どおりに実施できる」となった場合に、実地研修の終了を認めます。**<br>**※令和９年３月１０日までに必ず実地研修を修了すること。** |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| | 4 | | |
| | 5 | | |
| | 6 | | |
| | 7 | | |
| | 8 | | |
| | 9 | | |
| | 10 | | |

【事務局】滋賀県重症心身障害児者・医療的ケア児等支援センターこあゆ　担当：園田

**提出先メールアドレス：**i_care@biwakogakuen.or.jp