

研修指示書について

研修指示書は、介護職員が安全に研修ができるために必要な指示内容になります。下記の記入例を参考に作成してください。

指示書のタイトルは「研修用」になっていますか？

記入例 介護職員等喀痰吸引等研修指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。実習期間と指示期間は異なります。指示期間に決まりはありませんが、実地研修は指示期間内に終了するようにしてください。↓

指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

事業者	事業者名称	〇〇〇事業所					
	受講者氏名	〇〇 〇〇、△△ △△△					
対象者	氏名	〇〇月〇〇日 明・大・昭・平 年 月 日				(歳)	
	住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号					
	要介護認定区分	要支援(12) 要介護(12345)					
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
	主たる疾患(障害)名	認知症による嚥下機能低下					
実施行為種別	口腔内の喀痰吸引・鼻腔内の喀痰吸引・気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・ <u>経鼻経管栄養</u>						

複数名受講生がいるときは、「上記事業所で喀痰吸引等研修を受講する介護職員等」としても可。

同意書・実施行為種別にチェックが入っている項目の指示はありますか？

指示内容	具体的な提供内容	
	喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)	
	吸引圧: 20kpa	
	口腔内吸引	チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ <u>見える範囲</u>
	鼻腔内吸引	チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 〇cm
	気管カニューレ内吸引	チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 〇cm
	吸引時間:	注意事項:
	経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)	
	栄養剤名: 〇〇ml × 〇回 / 日 (〇時・〇時・〇時) 注入後白湯 〇〇ml	
	注入速度: 100ml / 1時間程度で	
	経鼻の固定の長さ: 〇cm	半固形の場合は、加圧バッグの圧力やシリンジで何分程度で注入するのか等、水分についても滴下 / シリンジ等含め注入速度の記載をしてください。
	その他留意事項(介護職員)	異変時
	その他留意事項(看護職員)	毎食前

気管カニューレ内吸引の挿入の長さは、カニューレを超えない長さになっていますか？必要に応じて、看護師で長さを確認してください。

経鼻経管栄養の場合は、チューブの固定の長さも記載してください。

(参考) 使用医療機器等	①. 経鼻胃管	サイズ: 〇 Fr、種類: JMS
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm
	③. 吸引器	ミニック W
	④. 人工呼吸器	機種: ニューポート
	⑤. 気管カニューレ	サイズ: 外径 〇 mm、長さ 〇 mm
	6. その他	

胃ろうの場合は、胃ろうの種類・サイズ・長さの記載をお願いします。

緊急時の連絡先 担当看護師 〇〇 〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
不在時の対応法 主治医 〇〇 〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 ←事業所の緊急連絡体制に基づき記入

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
 機関名 〇〇〇クリニック
 住所 沖縄県〇〇市〇〇〇
 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
 (FAX) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
 医師名 〇〇 〇〇 印

指導看護師宛になっていますか？
 (施設の場合は、「施設名 指導看護師」となります。)

〇△訪問看護ステーション 指導看護師 殿

※「介護職員等喀痰吸引等研修指示書」は、実地研修を行うために、医師が指導看護師に交付する様式のため、「介護職員等喀痰吸引等指示書」とは異なります。ご注意ください。