

# 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。

・また看護師が記載した現状報告フォームをご活用ください

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。実習に際し、指示期間に期限はありませんが、実習は指定期日までに終了してください。↓

指示期間( 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			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	住所	複数名受講生がいる時は、「喀痰吸引等研修を受講する介護職員等」としても可						
	要介護認定区分	要支援( 1 2 ) 要介護( 1 2 3 4 5 )						
	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 〇〇〇						
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>							
指示内容	具体的な提供内容							
	喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む)							
	吸引圧: 〇〇kpa 口腔内吸引 チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 見える範囲 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: 毎食前、痰貯留時 注意事項: 喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意							
	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) 胃チューブ挿入の長さ 〇〇cm 注入速度: 〇〇ml / 〇時間程度で 栄養剤名 〇〇ml × 〇回 / 日 ( 〇時・〇時・〇時 ) 注入後白湯 〇〇ml							
	その他留意事項(介護職員) 異変時は、速やかに担当看護師に報告すること その他留意事項(看護職員) 毎食前に胃チューブの確認							
使用機器等	① 経鼻胃管	サイズ: 〇〇 Fr、種類: 〇〇						
	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							
	④ 人工呼吸器	機種: 〇〇〇〇〇						
	⑤ 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____ mm、長さ _____ mm						
	⑥ その他							
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							

気管カニューレない吸引の長さは、カニューレを超えない長さを確認

半固形の場合は、加圧バックの圧力やシリンジで何分かけて注入するか等、も記載

胃ろう・腸ろうの場合は入力

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合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。

所属名/指導看護師宛  
(個人名の記載は不要です)

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

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、「介護職員等研修指示書とは異なります。ご注意ください。