　「実地研修実施に係る医師の指示書」発行依頼書

医師　　 　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 介護事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 看護師事業所名

下欄記入指導看護師名

介護職員等の喀痰吸引等の実地研修を実施予定です。

「実地研修実施に係る医師の指示書」の発行をお願い申し上げます。

対象者：

指示期間(※実地研修に必要な期間 約2ヶ月)：（　　　　年月日　～　　年　　　月　　日　　）

ご参考まで、ご協力いただく対象者に実施予定の喀痰吸引等内容は下記のとおりです。

実施行為種別**☑**　：　 **□**　口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　 **□**胃ろうによる経管栄養（滴下）

**□**　鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　 **□**　胃ろうによる経管栄養（半固形）

**□**　気管カニューレ内部の喀痰吸引　 **□**　腸ろうによる経管栄養

**□**　経鼻経管栄養

**※下記枠内は指導看護師がご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引 | ■吸引圧　：（　　　　）kPaまたは（　　　　）mmHg  ■吸引上限時間：口腔内・鼻腔内(　 )秒、気管カニューレ内部（　　　　　）秒  ■吸引チューブ上限挿入長：咽頭手前まで（口腔内 　　　　）㎝、(鼻腔内　　　　）㎝  ：(気管カニューレ内部　　　 　　）㎝/気管カニューレの長さ(　　　　　)㎜  ■吸引チューブ：口腔（　）Fr、鼻腔（　）Fr、気管（　）Fr　　**□**　メラ唾液持続吸引チューブ  ■気管カニューレ：**□**　標準型気管カニューレ　　**□**レティナカニューレ  ■人工呼吸器：**□**装着なし　**□**　装着あり  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経管栄養 | ■胃ろうカテーテルの種類 ：　　**□**ボタン型　**□**チューブ型  ■栄養剤： **□**　滴下：栄養剤名（　　　　　　　　　　） **□**半固形：栄養剤名/内容量（　　　　　　　/ 　　　　ｍｌ・ｇ　）  ■クレンメ操作による滴下速度調整 ：**□**　あり　**□**　なし　　**□**　自然落下  ■半固形方法:**□**電動ポンプ　**□**加圧バッグ　**□**カテーテルチップシリンジ　**□**スクイーザ　**□**手  ■栄養剤投与：**□**朝（　　　　　ml・ｇ/　　　分） **□**昼（　　　　　ml・ｇ/　　　分） **□**夕（　　　　　ml・ｇ/　　　分）  ■栄養剤以外水分投与方法：**□**滴下(クレンメ操作　**□**あり**□**なし)　**□**カテーテルチップシリンジ　**□**半固形  ■栄養剤以外水分：　**□**栄養剤注入(　　　分)前　　**□**栄養剤注入(　　　分)後　　**□**その他 (　　　　　　　　　　　）  ■上記投与量：**□**朝（　　　　ml・ｇ/　　　分）　**□**昼（　　　　ml・ｇ/　　　分）　**□**夕（　　　　ml・ｇ/　　　分）  ■注入終了後の白湯注入量：(　　　　　　　 　)ml　　　　**□**その他（　　　　　　　ml/　　　分）  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※注意：介護職員が出来る医療行為に該当せず法令違反となるため介護職員が出来ない事**

* **咽頭手前以上奥の吸引**
* **ミニトラックの吸引**
* **永久気管孔の吸引**
* **カフアシスト装着者の吸引**
* **PTEG**
* **薬の調合注入**
* **経管栄養での吸引によるガス抜き**

**※個別の理由等により、標準的指示と異なる場合は注意事項に理由等の説明記入が必要**

**(例)・定時に吸引が必要な場合**

**・半固形栄養剤注入後の水分注入量が多い場合**

※**太枠内**は主治医に記入してもらうこと

**記入見本**　　　　　**実地研修の実施に係る指示書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | （ふりがな）  氏名 | | （ふくし　たろう　）  **福祉　太郎**　様 | | | (イニシャル)  **F.T** | | 生年月日  **〇○○〇**　年 **〇** 月 **〇** 日（ **〇 歳**) | |
| 主たる疾患(障害)名 | | | **ALS** | | |  | |  |
| 指示期間  ※実地研修に必要な期間  (約2ヶ月) | | | | **〇○○〇**　年　**〇**月　**〇**日～**〇○○〇**　年　**〇**　月　**〇**　日 | | | | | |
| 実施行為種別  該当する**□**にㇾ | | | | **☑**　口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　**☑**　胃ろうによる経管栄養（滴下）  **☑**　鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　**☑**　胃ろうによる経管栄養（半固形）  **☑**　気管カニューレ内部の喀痰吸引　　　 **□**　腸ろうによる経管栄養  **□**　経鼻経管栄養 | | | | | |
| 指示内容（必要事項はすべてご記入・**☑**してください） | 具体的な提供内容 | | | | | | | | |
| 喀痰吸引 | ※介護職員はカフアシスト装着者に対する喀痰吸引はできません。  ■吸引圧：(　-**20**　)kPa又は（　　　）mmHg  ■吸引上限時間：口腔内・鼻腔内（**15**)秒、気管カニューレ内部（**10**)秒  ■吸引チューブ上限挿入長：咽頭手前まで（口腔内　 **8** ））㎝、(鼻腔内　**10**）㎝  ：(気管カニューレ内部　　**7**　　）㎝/気管カニューレの長さ(　**75**　)㎜  ■吸引チューブ：口腔（**12** ）Fr、鼻腔（　**12** ）Fr、気管（**10** ）Fr　　　**□**メラ唾液持続吸引チューブ  ■気管カニューレ：**☑**標準型気管カニューレ　　**□**　レティナカニューレ  ■人工呼吸器：**☑**装着なし　**□**　装着あり  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 経管栄養 | ※介護職員は薬の注入はできません。※経管栄養の実地研修は原則、栄養剤で実施して下さい。  ■胃ろうカテーテルの種類　　**☑**ボタン型　**□**チューブ型  ■栄養剤：**☑**　滴下**：**栄養剤名（**朝夕**　**Ｅ液**）**☑**半固形**：**栄養剤名/内容量（**昼Ｐ剤400ｋｃａｌ/267ｍｌ・ｇ**　）  ■クレンメ操作による滴下速度調整：☑　あり　**□**　なし　　**□**　自然落下  ■半固形方法　**□**電動ポンプ　**☑**加圧バッグ　**□**カテーテルチップシリンジ　**□**スクイーザ　**□**手  ■栄養剤投与量：**☑**朝（　**300**ml・ｇ/　**60分**）　**☑**昼（　**267**ml・ｇ/　**20分**） **☑**夕（　**300**ml・ｇ/　**60分**）  ■栄養剤以外水分投与方法:**□**滴下(クレンメ操作**□**あり**□**なし)**☑**カテーテルチップシリンジ**□**半固形  ■栄養剤以外水分：**☑**栄養剤注入(**20分**)前　　**□**栄養剤注入(　　　分)後　　**□**その他 (　　　　　　　　　　)  ■上記投与量：**□**朝（　　　　　ml・ｇ/　　　分）　**☑**昼（　**100** ml・ｇ/　**5**分）　**□**夕（　　　　　ml・ｇ/　　　分）  ■注入終了後の白湯注入量：(**朝夕30、　昼10**ｍｌ)　　　　　　　　**□**その他（　　　　　　ml・ｇl/　　　分）  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **参考：テキストｐ282**  **参考：テキストｐ322** | | | | | | | |
| その他留意事項（介護職員等） | | | | **高齢の方で耳が遠いので、ゆっくり説明してください。**  **右鼻腔、出血しやすいので注意してください。** | | | | |
| その他留意事項（看護職員） | | | | **この欄への記入は原則、研修生1名のみ。同じ対象者で複数の研修生が実施する場合、**  **各研修生に対する指示期間・実施行為種別・指示内容が同一時のみ連名可** | | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | | | | | | | | |

上記の必要な医療的ケアを指導者の下、**介護職員　　兵庫　愛**　が行うことを指示いたします。

**指導者の所属事業所名を記入**

**指示期間初日同日または以前の日**

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

指導看護師　　　　　　　　　　　　　様　　　　 　 住所

　　　電話

**担当看護師責任者または担当看護師全員の氏名を記入**

医師氏名

※**太枠内**は主治医に記入してもらうこと

**実地研修の実施に係る指示書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | （ふりがな）  氏名 | | （　　　　　　　　　　 　 　　　）  　　　　　　　　　　　 　 　　様 | | | (イニシャル) | | 生年月日  　　　年　　　月　　　日(　　　　歳) | |
| 主たる疾患(障害)名 | | |  | | |  | |  |
| 指示期間  ※実地研修に必要な期間  (約2ヶ月) | | | | 年月日　～　　年　　　月　　日 | | | | | |
| 実施行為種別  該当する□にㇾ | | | | **□**　口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　**□**　胃ろうによる経管栄養（滴下）  **□**　鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　**□**　胃ろうによる経管栄養（半固形）  **□**　気管カニューレ内部の喀痰吸引　　　　**□**　腸ろうによる経管栄養  **□**　経鼻経管栄養 | | | | | |
| 指示内容（必要事項はすべてご記入・☑してください） | 具体的な提供内容 | | | | | | | | |
| 喀痰吸引 | ■吸引圧　：（　　　　）kPaまたは（　　　　）mmHg  ■吸引上限時間　：口腔内・鼻腔内(　 )秒、気管カニューレ内部（　　　　　）秒  ■吸引チューブ上限挿入長：咽頭手前まで（口腔内 　　　　　）㎝、(鼻腔内　　　　　）㎝  ：(気管カニューレ内部　　　　 　　）㎝/気管カニューレの長さ(　　　　　　)㎜  ■吸引チューブ：口腔（　）Fr、鼻腔（　）Fr、気管（　）Fr　　**□**メラ唾液持続吸引チューブ  ■気管カニューレ：　**□**　標準型気管カニューレ　　**□**レティナカニューレ  ■人工呼吸器：　**□**装着なし　**□**　装着あり  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 経管栄養 | ※介護職員は薬の注入はできません。※経管栄養の実地研修は原則、栄養剤で実施して下さい。  ■胃ろうカテーテルの種類　　**□**ボタン型　**□**チューブ型  ■栄養剤：**□**　滴下**：**栄養剤名（　　 　　　　 ）**□**半固形 **：**栄養剤名/内容量（　　　　　　/ 　　　ｍｌ・ｇ　）  ■クレンメ操作による滴下速度調整：**□**あり　**□**なし　**□**　自然落下  ■半固形方法　**□**電動ポンプ　**□**加圧バッグ　**□**カテーテルチップシリンジ　**□**スクイーザ　**□**手  ■栄養剤投与量：**□**朝（　　　ml・ｇ/　　　分）**□**昼（　　　ml・ｇ/　　　分） **□**夕（　　　ml・ｇ/　　　分）  ■栄養剤以外水分投与方法:**□**滴下(クレンメ操作**□**あり**□**なし)**□**カテーテルチップシリンジ**□**半固形  ■栄養剤以外水分：**□**栄養剤注入(　　　分)前　**□**栄養剤注入(　　　分)後　**□**その他 (　　　　　　　　　）  ■上記投与量：**□**朝（　　　　ml・ｇ/　　　分）　**□**昼（　　　　ml・ｇ/　　　分）　**□**夕（　　　　　　ml・ｇ/　　　分）  ■注入終了後の白湯注入量：(　　)ml　 　　　　　　　　　　**□**その他（　　　　　　ml・ｇl/　　　分）  注意事項：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| その他留意事項（介護職員等） | | | |  | | | | |
| その他留意事項（看護職員） | | | |  | | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | | | | | | | | |

上記の必要な医療的ケアを指導者の下、　が行うことを指示いたします。

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

指導看護師　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　住所

電話

医師氏名　　　 　　 　　　　　　　　