

(記入例)

喀痰吸引等研修 実地研修実施計画書

作成者氏名	神奈川 太郎 (指導看護師名)	印	作成年月日	2024年6月1日
医師氏名	川崎 一郎	印	承認年月日	2024年6月17日
本人または親族氏名	横浜 花子	印	承認年月日	2024年7月1日

基本情報	氏名	横浜 二郎	生年月日	昭和10年1月10日
	要介護認定状況	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		
	障害名			
	住所	神奈川県川崎市〇〇〇△△△ 1-1-1		
	事業所名称	特別養護老人ホーム セントホーム		
	担当者氏名	東京 三郎		
	管理責任者氏名	日本橋 和子		
担当看護職員 (指導看護師) 氏名	神奈川 太郎			
担当医師氏名	川崎 一郎	演習(振り返り演習)の翌日以降の日付を記入してください。		

実地研修実施計画	計画期間	2024年 〇月 〇日 ~ 2024年 11月 29日	
	目標	介護職員が正しい手順で、安全に下記行為が実施できるようになる。	
	実施行為	実施頻度/留意点	
	口腔内の喀痰吸引	体調面が普段と変わらない場合に限り実施。1日3回程度を想定。	
	鼻腔内の喀痰吸引	実施無し。	
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	実施無し。	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	体調面が普段と変わらない場合に限り実施。昼食及び夕食時を想定。	
	経鼻経管栄養	実施無し。	
結果報告予定年月日	2024年 11月 29日		

※1 作成は指導看護師が行うこと。

※2 医師及び本人または親族等に承認をもらうこと。

※3 管理者の責任の下、研修期間を延長する際は関係者に同意を得て延長することができる。