**介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修**

**実地研修実施報告書**

記入日：平成　　年　　月　　日

**１．研修受講者**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講者氏名 | 生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 自宅住所 | （〒　　　－　　　） |
| 基本研修修了番号 | 第　　　　－　　　　－　　　号 |
| 所属施設名 |  |

**２．実地研修指導者**

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修指導者氏名 |  |
| 修了指導者講習名 |  |
| 修了書番号 | 第　　　　－　　　　－　　　号 |

**３．実地研修施設**

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修施設名 |  |
| 施設種別 |  |

**４．実施した研修体系に☑**※人工呼吸器装着者に対する行為は、本研修の対象とはなりません。

　□ 第１号研修　喀痰吸引：①口腔内、②鼻腔内、③気管カニューレ

　　　　　　　　 経管栄養：④胃ろう又は腸ろう、⑤経鼻経管栄養

　□ 第２号研修　喀痰吸引：①口腔内、②鼻腔内

　　　　　　　　 経管栄養：③胃ろう又は腸ろう

**５．実地研修の実施結果**※実地研修を行った行為の欄に○印を記入し、実施結果を記入して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 行為の種類 | 実施回数 | 成功回数 | 累　積成功率 | 最終３回の成功 |
|  | ①口腔内の喀痰吸引 | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ②鼻腔内の喀痰吸引 | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ④胃ろう又は腸ろうによる経腸栄養 | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑤経鼻経管栄養 | 回 | 回 | ％ |  |

　※実地研修において「成功」とは、評価票に全ての項目の評価が「ア．１人で実施し、手引きの手順どおり実施できている」となったときをいいます。

　※最終３回の実施に不成功（イ、ウ、エ）がない場合は、「最終３回の成功」の欄に○印を記入して下さい。

**６．実地研修評価票**　別添のとおり