

日本慢性期医療協会「介護職員等によるたんの吸引・経管栄養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2号研修での実施の場合は実施した項目に

- 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  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

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管栄養	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