　　年　　月　　日

介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修

実地研修　完了報告書

白寿会研修センター　所長　様

住所

名称

施設・事業所の長　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の受講者について、喀痰吸引等研修実施要綱（平成24年3月30日・社援発0330第43号）の別添2の2に基づき実地研修を実施しましたので、下記のとおり実施結果を報告します。

１　受講者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | 受講者氏名 | 生年月日 | 住所（住民票住所と同じ住所） |
|  |  | 昭和・平成  　　　　　　年  　　　月　　日 |  |

２　指導に当たった指導看護師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 |
|  |  |  |  |

３　実地研修の実施結果

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 修了済 |
| ①口腔内のたんの吸引 | 回 | 回 | ％ |  |  |
| ②鼻腔内のたんの吸引 | 回 | 回 | ％ |  |  |
| ③気管カニューレ内部の吸引 | 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 | ％ |  |  |

* 評価は上記実施要綱の別添資料で提示されている評価基準・評価票を用いて行う（実施した評価票、医師の指示書、研修実施についての同意書、吸引および経管栄養の実施にあたっての計画書を添付のこと）
* 第２号研修の場合は①～⑤のうち実地研修実施計画書で計画した任意の行為
* 第２号研修を一旦修了し、今回新たに別の行為を追加する場合は、修了している行為の「修了済」欄に○