（別紙様式２）

令和６年度介護職員等の喀痰吸引等研修に係る実地研修実施結果報告書

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　山口県社会福祉協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　（実地研修実施施設・事業所）

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次の受講者について、「実地研修実施要領」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。

記

１　受講者

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | 受講者氏名 |
|  |  |

２　指導に当たった指導看護師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 修了番号 | 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 |
|  | 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 | ％ |  |
|  | ⑥ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑦ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑧ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑨ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤） | 回 | 回 | ％ |  |

　※　実地研修を行った行為の欄に○印を付けて、実施結果を記入してください。

　※　⑥～⑨については、追加で実地研修を実施した場合のみ記載してください。

４　指導者評価票

　　別添のとおり

５　指導看護師の意見（合否の判定が必要な場合には、意見を付してください。）