（別紙様式１）令和５年度 第2回 介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修に係る実地研修実施報告書

社会福祉法人山口県社会福祉協議会

　会　　長　　　隅　　　　喜　　彦　　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、「令和５年度 第2回 介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修実施要項」に基づき実地研修を実施しましたので、下記のとおり結果を報告します。

記

１　受講者

|  |
| --- |
| 氏　名 |
|  |

２　指導に当たった指導看護師

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３　利用者（対象者）

|  |
| --- |
| 氏　名 |
|  |

４　実地研修の実施結果

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行為の種類 | | 実施回数 | 成功回数 |
|  | ① 口腔内吸引 | 回 | 回 |
|  | ② 鼻腔内吸引 | 回 | 回 |
|  | ③ 気管カニューレ内部吸引 | 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 口腔内のたんの吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 |
|  | ⑦ 鼻腔内のたんの吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 |
|  | ⑧ 気管カニューレ内部吸引（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。**

５　指導者評価票　　別添のとおり