別紙「様式６」

　　年　　月　　日

**令和４年度青森県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）に係る実地研修実施報告書**

公益社団法人青森県老人福祉協会

会　長　　棟　方　光　秀　殿

（実地研修実施施設）

住　所

名　称

施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の受講者について、「青森県喀痰吸引等研修実施要綱」に基づき実地研修を実施しましたので、指導者評価票を添えて実施結果を報告します。

記

１　受講者

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者番号 | 受講者氏名 |
|  |  |

２　指導にあたった指導看護師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 氏名 | 指導者講習修了証書の番号 | 修了証の交付団体 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑤鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑦胃ろうによる経管栄養（滴下） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑧胃ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑨腸ろうによる経管栄養（滴下） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑩腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤） | 回 | 回 | ％ |  |
|  | ⑪経鼻経管栄養 | 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。

４　実地研修評価票（指導者評価票）

　　　別添のとおり