（様式５）

**介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修**

**（第三号研修・特定の者対象）実地研修実施報告書**

　　年　　月　　日

社会福祉法人こうほうえん　理事長　廣江　　晃　　様

標記研修について以下のとおり実施しましたので、実施結果を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **実　　地　　研　　修　　内　　容** | **研　修　日** | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）  ～　令和　　年　　月　　日（　　曜日） | |
| **研　修　場　所** |  | |
| **受講者氏名** |  | |
| **利用者氏名** |  | |
| **実施した行為** | ＮＰＰＶ　　有　　無　　　：ＴＰＰＶ　　　有　　　無 | |
|  | 口腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 |
|  | 鼻腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 |
|  | 気管カニューレ内部のたん吸引 |
|  | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（状態確認は看護職員） |
|  | 経鼻経管栄養（チューブ挿入、状態確認は看護職員） |
| **※ 現 場 演 習** | １、合格  ※　実地研修の開始前に、利用者毎の手順を受講者に説明し、理解しているか評価する。必ず合格してから利用者への行為に入ること。 | |
| **実　施　結　果** | １、合格　　　　２、再指導が必要  ※　申込のあった全ての行為が修了と認められた場合に「合格」を、まだ修了していない行為があるときは「再指導」を選択 | |

**添付資料：実施した行為についての評価票（現場演習及び実地研修）**

※本実施報告書は受講者１名につき１枚作成すること。（研修日欄には現場演習開始日～実地研修修了日を記載する事）

※ＮＰＰＶ：非侵襲的陽圧換気療法　ＴＰＰＶ：気管切開下陽圧換気療法

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連名）

指導者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　今回の実地研修の内容・結果について指導者より説明を受け、確認しました。

受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印