別紙「様式６」

今年度になっているか必ずご確認ください

**※実地研修終了後に評価票と合わせて作成・提出願います。締切は令和8年3月10日(火)必着です。**

**記入例及び注意点**

　　年　　月　　日

**令和7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**

提出する日付をご記入ください

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）

※第1回目研修受講者 (老人福祉協会)と第2回目研修受講者 (老人保健施設協会)は、宛先が異なりますので、必ずご確認ください。

住　所　青森市中央○丁目○番○号（実地研修を行う場所）

名　称　実地研修を行う施設・事業所名

施設長　実地研修を行う施設・事業所長名

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　※様式１枚につき、受講者１名分で作成してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者番号 | 受講者氏名 |
| 001 | 青森　太郎 |

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 |
| 特別養護老人ホーム青森 | 老施　協子 | 999号 | 青森県 |
| 訪問看護青森 | 陸奥 　湊 | 99-99号 | 青森県老人福祉協会 |

３　実地研修の実施結果

各評価票にて、イまたはウがある場合は、成功となりませんので作成の際は今一度評価票をご確認ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 10回 | 8回 | 80％ | ○ |
| ○ | ②鼻腔内の喀痰吸引 | 20回 | 18回 | 90％ | ○ |
| ○ | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 20回 | 17回 | 85％ | ○ |
|  | ④口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 回 | 回 | ％  70％以上が合格となります。  成功率の計算方法  【成功回数÷実施回数  ×100＝累積成功率】 |  |
|  | 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） | 20回 | 19回 | 95％ | ○ |
| ○ | ⑧胃ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤） | 20回 | 19回 | 95％ | ○ |
|  | ⑨腸ろうによる経管栄養（滴下）  口腔・鼻腔の回数は分けてご記入ください。(両方合わせての実地はできません) | 回 | 回 | ％ | 最終３回は連続して必ず成功する事となっています。 |
|  | 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 | 20回 | 16回 | 80％ | ○ |

　　※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

※修正テープでの訂正はご遠慮願います。