**様式１４**

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修事業（実地研修）

　　実施結果報告書（不特定多数の者対象）

１　受講者等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護職員 | 所属事業所 |  |
| 氏名 | 受講番号（　　　―　　　　―　　　　　　） |
| 指導看護師等 | 所属事業所 |  |
| 氏名 | 　　　　　㊞ |
| 実地研修を実施した施設・事業所の名称 |  |
| 実施期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |

２　実施結果　☑をしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| □　口腔内のたん吸引 | 回 | 回 | ％ | 有　　無 |
| □　鼻腔内のたん吸引 | 回 | 回 | ％ | 有　　無 |
| □　気管カニューレ内部のたん吸引 | 回 | 回 | ％ | 有　　無 |
| □　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 回 | 回 | ％ | 有　　無 |
| □　経鼻経管栄養 | 回 | 回 | ％ | 有　　無 |

　※成功とは、評価票で全ての項目の評価が「○」となったときを言う。

**注意事項**

1. この報告書は、介護職員１名につき１枚作成してください。
2. 修了が認定されるためには、累積成功率が７０％以上で、かつ最終３回の成功が必要となります。
3. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養は、滴下・半固形含めて２０回以上とし、その割合は半固形が５割以下とします。
4. 実施結果報告書提出の際は、評価票及び実施記録の原本、ヒヤリハット・アクシデント報告書を添付して下さい。