

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（第一号・第二号研修）

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
<input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引	回	回	%	有 無
<input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引	回	回	%	有 無
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の たん吸引	回	回	%	有 無
<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養	回	回	%	有 無
<input type="checkbox"/> 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。