令和８年度改訂版

２-②

＿＿＿＿＿年度介護職員等のたんの吸引等実施のための研修
実地研修　完了報告書

大阪福祉人材支援センター　所長　様

住所

名称

施設・事業所の長　　㊞

次の受講者について、「平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実施要領」４の（2）の②に基づき実地研修を実施しましたので、下記のとおり実施結果を報告します。

記

１　受講者

受講番号	受講者氏名

２　指導に当たった指導看護師

所属	修了証番号	氏名	事務局確認

３　実地研修の実施結果

行為の種類		実施回数	成功回数	成功率 成功／実施	最終３回成功確認
【様式 2-③】	口腔内のたんの吸引	回	回	%	
【様式 2-④】	鼻腔内のたんの吸引	回	回	%	
【様式 2-⑥】	気管カニューレ内部のたんの吸引	回	回	%	
【様式 2-⑧】 【様式 2-⑨】	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（流動食） 〃　（半固形）	計　回	計　回	%	
【様式 2-⑩】	経鼻経管栄養	回	回	%	
【様式 2-⑤】	人工呼吸器装着者：非侵襲的（口腔内）	回	回	%	
【様式 2-⑤】	人工呼吸器装着者：非侵襲的（鼻腔内）	回	回	%	
【様式 2-⑦】	人工呼吸器装着者：侵襲的（気管カニューレ内）	回	回	%	

※実地研修の規程回数は、口腔内の吸引は１０回以上、それ以外は全て２０回以上となります。
※実地研修を行った行為のみ実施結果を記入してください。人工呼吸器装着者の実地研修は、人工呼吸器装着者の演習を修了された方のみとなります。
※経管栄養の実地研修で、半固形のみの実技では完了したことにはなりません。
流動食と半固形の評価票はそれぞれの様式（様式 2-⑧と 2-⑨）にて別々に記載し、本紙上での実施結果回数は合計で記載してください。
※評価票を確認し「最終３回の成功」欄に〇印を付けてください。各行為の成功率の全てが７０％以上かつ最終３回の成功で実地研修が修了となります。