様式２別紙２－２

令和　　　年　　　月　　　日

指定研修機関名　学校法人獨協学園　獨協医科大学

**講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．施設の名称 | | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．所在地 | | | 郵便番号 | | |  | | | － | | |  | | | 都道府県 | | | | | |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３．電話 | | |  | － | | |  | | | | － |  | | | | ４．FAX | | | |  | | | － | | |  | | － |  |
| ５．施設の代表者の氏名 | | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６．特定行為研修の実施責任者の氏名等（協力施設の場合のみ記入） | | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 職 種 | |  | | | | | |
| 役 職 | |  | | | | | |
| ７．当該施設で行う全ての特定行為研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 共通科目および区分別科目の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 研修方法 | | | | | | | | 定員数 | | |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実習 | | | | | | | |  | | |
| 感染に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実習 | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| ８．実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 特定行為名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 症例数の  実績（概数） | | | | | 症例数の  見込み | | |
| 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 脱水症状に対する輸液による補正 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 感染兆候がある者に対する薬剤の臨時の投与 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| ９．通信により研修を行う場合の環境の整備状況　**※記載不要** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 具体的な実施方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 通信の方法 | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | 主に学習する場所 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 同時双方向性の確保 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 通信環境トラブル対処 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 学修の進捗管理 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 添削指導 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 設問解答 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 質疑応答 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 意見交換 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 試験等評価の実施 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10．医学教育用シミュレーター及び視聴覚教材等の整備状況　**※記載不要** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 医学教育用シミュレーター　　有　・　無　・　購入予定 | | | | | | | | | | | | | 医学教育用視聴覚教材　　　　有　・　無　・　購入予定 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11．実習を行う施設の医療に関する安全管理のための体制 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | １）医師の臨床研修病院の指定の有無 | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | ２）特定機能病院の承認の有無 | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |
|  | ３）実習に係る安全管理に関する組織の設置状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 構成員 | | | | | | 人数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | 実習を行う施設の管理者 | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | 関係各部門の責任者 | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | 医師である指導者 | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | その他 | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | 合計 | | | | | | | | | |
|  | ４）実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書　　　　有　　　　・　　　　無　　　・　　　作成中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | ５）実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 患者の相談に応じる責任者 | | | | | | | | 職種 | | | | | | | | 役職 | | | | | | | 備考 | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | 患者の相談に応じる窓口の有無　　　　　　　有　　　　・　　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12．実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書　　　　　　有　　　　・　　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13．指定研修機関と協力施設との連携体制（協力施設の場合に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | １）指導方針の共有方法 | | | **実習開始前：**指導者並びに施設責任者に実習要項をもとに研修責任者から指導方針の説明を行う。研修責任者、地域共創看護教育センター教員は最低1回指導者と話し合いを行い、その後はメール、Web会議を利用して打ち合わせを行う。  **実習中：**Web会議、メールなどを活用し、実習中の研修生の学習状況の相談・報告を受ける。実習終了の確認は必ず、指導者から研修責任者にメール、またはWeb電話にて状況報告を受ける。  **実習終了後：**研修生のフォローアップするべき課題の有無、実習環境などの課題について、Web会議、運営会議の際などに報告を受け、調整を行う。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２）関係者による定期的な会議の開催 | | | 開催頻度 | | | | | 最大6 | | | | 回／年 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 目的：研修生の学習進度の把握と情報共有、指導者の指導力の保証のための課題の明確化と対策共有、研修センターの指導方針の変更事項などの情報共有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直近の会議の開催日及び検討事項：  （調整中）。  検討事項：  ①実習準備状況の確認  ②指導上の課題の確認  ③その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３）その他特定行為研修についての連携 | | | 医療安全に関しては、報告書が上がった時点で、本研修センターと協力施設の指導者ならびに管理者に状況把握に努め、今後の対策などを検討する。その後、他の協力施設ともメーリングやWeb会議などで情報共有する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　様式２別紙２－２は、特定行為研修を行う特定行為区分に係る講義、演習又は実習を行う施設のうち、変更が生じた施設又は追加した施設について記入し、施設ごとに１部作成すること。

２　「５．施設の代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名記入すること。

３　「６．特定行為研修の実施責任者の氏名等」は、協力施設の場合のみ記入すること。

４　「７．当該施設で行う全ての特定行為研修」については、共通科目および区分別科目の名称、それぞれの研修方法及び研修を受ける看護師の定員数を記入すること。年度内に同一の特定行為研修を複数回実施する場合は、1回の定員数を記入すること。「研修方法」は、講義、演習又は実習の別を記入すること。

５　「８．実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み」については、実習を行う施設のみ記入すること。

６　「８．実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み」の「症例数の実績（概数）」は、指定の申請が行われる年度の前年度における当該施設の症例数の実績（概数）を記入すること。また、「症例数の見込み」は前年度の症例数の実績を参考に実習を行う期間の症例数の見込みを記入すること。

７　「９．通信により研修を行う場合の環境の整備状況」は、通信による方法で特定行為研修を行う場合のみ記入すること。

また、「具体的な実施方法」は、以下の点について記入すること。

・「通信の方法」は、印刷教材、放送授業、メディアの別を記入すること。

・「主に学習する場所」は自宅、指定研修機関内、協力施設内の別を記入すること。

・「同時双方向性の確保」は、メディアによる授業であって、かつ同時双方向かつ教室等以外の場所でそれらを受講させる場合に、メディア利用する技術によって一体的に扱うことのできる情報の種類及び同時双方向性の程度を具体的に記入すること。

・「学修の進捗管理」は、出席の確認や学修時間の確保の方法、受講者に勉学を促す方法等の概要を記入すること。

・「添削指導」「設問解答」「質疑応答」については、その方法や工夫について記入すること。

・「意見交換」については、受講生等の意見交換の場の確保の方法や工夫について記入すること。

・「試験等評価の実施」は、試験等科目の履修の成果を評価する方法の概要を記入すること。

８　「10．医学教育用シミュレーター及び視聴覚教材等の整備状況」については、整備されている場合は「有」を、整備されていな場合は「無」を、整備する予定がある場合は「購入予定」を選択すること。

９　「11．実習を行う施設の医療に関する安全管理のための体制」は、患者に対する実習を行う施設のみ記入すること。

10　「11．１）医師の臨床研修病院の指定の有無」については、指定がある場合は「有」を選択し、また指定を受けていない場合は「無」を選択すること。

11　「11．２）特定機能病院の承認の有無」については、承認されている場合は「有」を、承認されていない場合は「無」を選択すること。

12　「11．３）実習に係る安全管理に関する組織の設置状況」は、実習に係る安全管理に関する組織の主な構成員について人数を記入すること。同一人物が構成員として複数の役割を兼務している場合には、再掲であることがわかるよう記載するとともに、合計人数については、再掲を除いた実人数を記載すること。

13　「11．４）実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書」は、有、無、作成中を選択し記入すること。

14　「11．５）実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況」の「患者の相談に応じる窓口の有無」については、整備されている場合は「有」を、整備されていない場合は「無」を選択すること。

15　「12．実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書」は、患者に対する実習を行う施設のみ記入すること。

16　「13. 指定研修機関と協力施設の連携体制」については、協力施設の場合に記入すること。２以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う場合であって、特定行為区分ごとに「指導方針の共有方法」「関係者による定期的な会議の開催」「その他特定行為研修についての連携」の内容が異なる場合は、特定行為区分ごとに区別して記入すること。

17　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。