（様式４-２ 緩和ケア分野）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

（記入不要）

実務研修報告書　＜緩和ケア分野＞

１．認定看護分野歴における実務研修施設 概要

緩和ケア分野における実績　：　施設名（　 　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 1-1）当該分野に関する患者の年間症例数 | （　　　　　　　　例）／年 |
| 1-2）施設の当該分野における診療報酬等の有無※いずれも無の場合のみ、緩和ケアチームの設置（緩和ケア診療加算をとっていない緩和ケアチーム）の有無を記載する。 | 「がん診療連携拠点病院加算」　　　　有　・　無「緩和ケア診療加算」　　　　　　　　有　・　無「緩和ケア病棟入院料」の有無　　　　有　・　無※緩和ケアチームの設置　　　　　有　・　無 |
| 1-3）当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 | 緩和ケア認定看護師　 （　　）名がん性疼痛看護認定看護師　 （　　）名がん看護専門看護師　 （　　）名他の認定看護師・専門看護師数　 　　　（　　）名 |
| 1-4）自施設での特定行為研修修了者の人数と指導医の有無（特定行為研修者は今年度修了見込みも含む） | 【特定行為研修修了者の人数】　　　　　　　　【指導医の有無】「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」（　　）名　　有・無 |

２．実務研修の実績 概要

|  |  |
| --- | --- |
| 様式4-１で記載した認定看護分野における看護実務研修期間において、緩和ケアを受ける患者の看護を担当した事例数※（通算の事例数） | 約　　　　　　　　　例　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※担当した事例とは、継続的・中心的に関わった事例とし、5例以上あること。

３．認定看護分野における研修実績　　　　　※最新のものから記載し、枠内に収めること

|  |  |
| --- | --- |
| 研修内容　※学会・研究会・講習会･セミナー等の参加 | 看護研究業績　　※学会発表・論文・執筆等 |
| 年　 月  |  | 年　 月 |  |
| 年　 月  |  | 年　 月 |  |
| 年　 月 |  | 年　 月 |  |
| 年　　月 |  | 年　　月 |  |
|  |

４．当課程受験説明会の参加歴

|  |  |
| --- | --- |
| 当課程受験説明会の参加の有無※有の場合は参加年を記載する | 無　・　有（　　　　　　年） |

５.　特定行為研修の自施設実習についての確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為研修の自施設実習に関する施設状況 | ☐自施設実習ができる☐自施設実習ができない（実習について管理者と　　□相談した　　□相談していない）☐合格したら自施設実習ができるように準備予定 |