様式２別紙２－２

令和　　２年　　４月　　７日

指定研修機関名　　静岡県立静岡がんセンター

**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 | | | | 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 | | | |
| 創傷管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実習 | | | | | | | |  | | | |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実習 | | | | | | | |  | | | |
| 創部ドレーン管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | |
| 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 創部ドレーンの抜去 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| ９．通信により研修を行う場合の環境の整備状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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等の指定の有無 | | | | | | | | | | | | 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体制の周知方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | 患者の相談に応じる相談窓口の設置 | | | | | | | | | | | | 有 | | | | | 相談窓口であることがわかる看板等の設置 | | | | | | | | | | | 有 | |
|  |  | 相談窓口に関する掲示物の掲示板等への掲載 | | | | | | | | | | | | 有 | | | | | 掲示物等での相談窓口の場所の明示 | | | | | | | | | | | 有 | |
|  |  | 掲示物等での相談に応じる時間の明示 | | | | | | | | | | | | 有 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 共有の方法：対面、メール、ビデオ通話  共有の時期：実習実施前・実習中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２）関係者による定期的な会議の開催 | | | | 開催頻度 | | | | |  | | | | 回／年 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 目的： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検討事項の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３）その他特定行為研修についての連携 | | | | １．実習指導者へ実習オリエンテーション 1）実習概要（実習目的、実習目標、実習期間） 2）実習方法  　　①対象となる症例確保  ②カンファレンスや症例検討会への参加  ③患者の同意取得  3）指導者及び指導医の役割 　　①指導体制の調整  ②研修生の目標達成に向けた効果的な指導  ③指導の進捗管理  4）実習評価方法  5）実習中の倫理的配慮  6）医療に関する安全管理のための体制  7）実習中のアクシデント・インシデント対応  8）実習中の災害時対応  9）担当教員との連携  ２．指導者より研修生へ実習オリエンテーション  1）実習方法 　　①対象となる症例確保の方法  ②カンファレンスや症例検討会への参加方法  ③患者の同意取得  2）研修生の役割  　　①習得を目指す特定行為について患者の情報収集  ②指導医の指示のもと、手順書により必要な特定行為を実施し記録  ③症例の確保手順に沿って指導医の指導監督下で実践  3）実習評価  　　症例記録は看護師の指導者の指導を受け、指導医へ記録物を含む実習  総合評価を依頼  4）実習中の倫理的配慮  5）医療に関する安全管理のための体制  6）実習中のアクシデント・インシデント対応  7）実習中の災害時対応  8）指導者との連絡方法及び担当教員との連携 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |