

別添d-2 参考資料

■実習に係る安全管理に関する組織の構成員

※別添d-1の構成員と異なる場合のみ提出してください。

〈注意点〉

- ・役割に、実習を行う施設の管理者、特定行為研修指導者(医師)を明記してください。
- ・名前は記載しなくても構いません。

| | 役割 | 名前 | 役名 | 職種 |
|----|---------------------|----|------------|--------|
| 1 | 施設の管理者 指導医・部門責任者 | | 副院長(兼)室長 | 医師 |
| 2 | 指導医 | | 副院長(兼)室長補佐 | 医師 |
| 3 | | | 医療安全管理監 | 医師 |
| 4 | 部門責任者 | | 医療安全管理監 | 看護師 |
| 5 | | | 医療安全管理監 | 医師 |
| 6 | | | 部長 | 医師 |
| 7 | | | 名誉院長 | 非常勤医師 |
| 8 | | | センター長 | 非常勤医師 |
| 9 | | | 部長 | 非常勤医師 |
| 10 | | | 副看護師長 | 看護師 |
| 11 | | | 看護師長 | 看護師 |
| 12 | 部門責任者 | | 主査 | 非常勤薬剤師 |
| 13 | | | 主査 | 薬剤師 |
| 14 | | | 部長 | 薬剤師 |
| 15 | | | 専門主査 | 薬剤師 |
| 16 | | | | 臨床検査技師 |
| 17 | | | 医療機器管理室室長 | 臨床工学技士 |
| 18 | | | | 事務 |
| 19 | | | | 事務 |

※特定行為研修の実習に係る緊急時の対応の文書は、あくまでも参考です。自施設独自のものを作成するか、参考を基に修正してください。

施設名： ○○○○○病院

自施設名を入力する

特定行為研修の実習に係る緊急時の対応

1. 説明と同意について

- ・ 特定行為研修の実習では、患者や家族に十分な説明を行い、同意を得た上で実施する。
- ・ 特定行為研修について説明を行う際には、患者や家族が一度了承した後であっても、対象患者となることについて拒否することができることを含め、十分に患者や家族に説明し同意を得る。
- ・ 特定行為研修の研修生は、医師である指導者（以下、指導医）と十分に連携を図り、患者や家族からの理解が得られるよう丁寧に対応する。
- ・ 指導医は、常に患者や家族の意向を確認し、特定行為研修の研修生による不足を補完する。

2. 医療事故発生など、緊急時の対応

- ・ 医療事故発生など、緊急時は、患者の生命の安全を最優先にした対応を行い、速やかに指導医と必要な対応を行う。
- ・ 緊急時には速やかな対応が必要であるため、指導医が主導して対応する。
- ・ 特定行為研修の研修生は、平常時より常に指導医に、いつ、どこで、誰に、どのような特定行為を行うかについて報告・連絡・相談を行う。また、特定行為実施前後に患者の状態が変化した際の連絡方法及び対処方法について確認する。
- ・ 特定行為実施後、指導医が不在時及び対応できない場合に
自施設の安全管理に関する委員会等の名称を入力する 関
係する医師らに周知しておく。
- ・ **医療安全○○委員会**において必要な報告を行う。
- ・ 患者対応の後、研修生より、指定研修機関（静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程）の担当教員に連絡する。
静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程への報告体制を入力する

施設名： ○○○○○○病院

自施設名を入力する

特定行為研修の実習を行うに当たり患者に対する説明同意の手順

1. 対象となる患者(必要時、患者家族同席)に対し、実習指導者と研修生は同意説明文書をもって特定行為研修について説明を行う。
 - 1) 特定行為に係る看護師の研修制度について
 - 2) 実施する特定行為について
 - 3) 実習に係る緊急時の対応について
 - 4) 実習に係る患者からの相談に応じる体制について

患者に同意を得られた場合



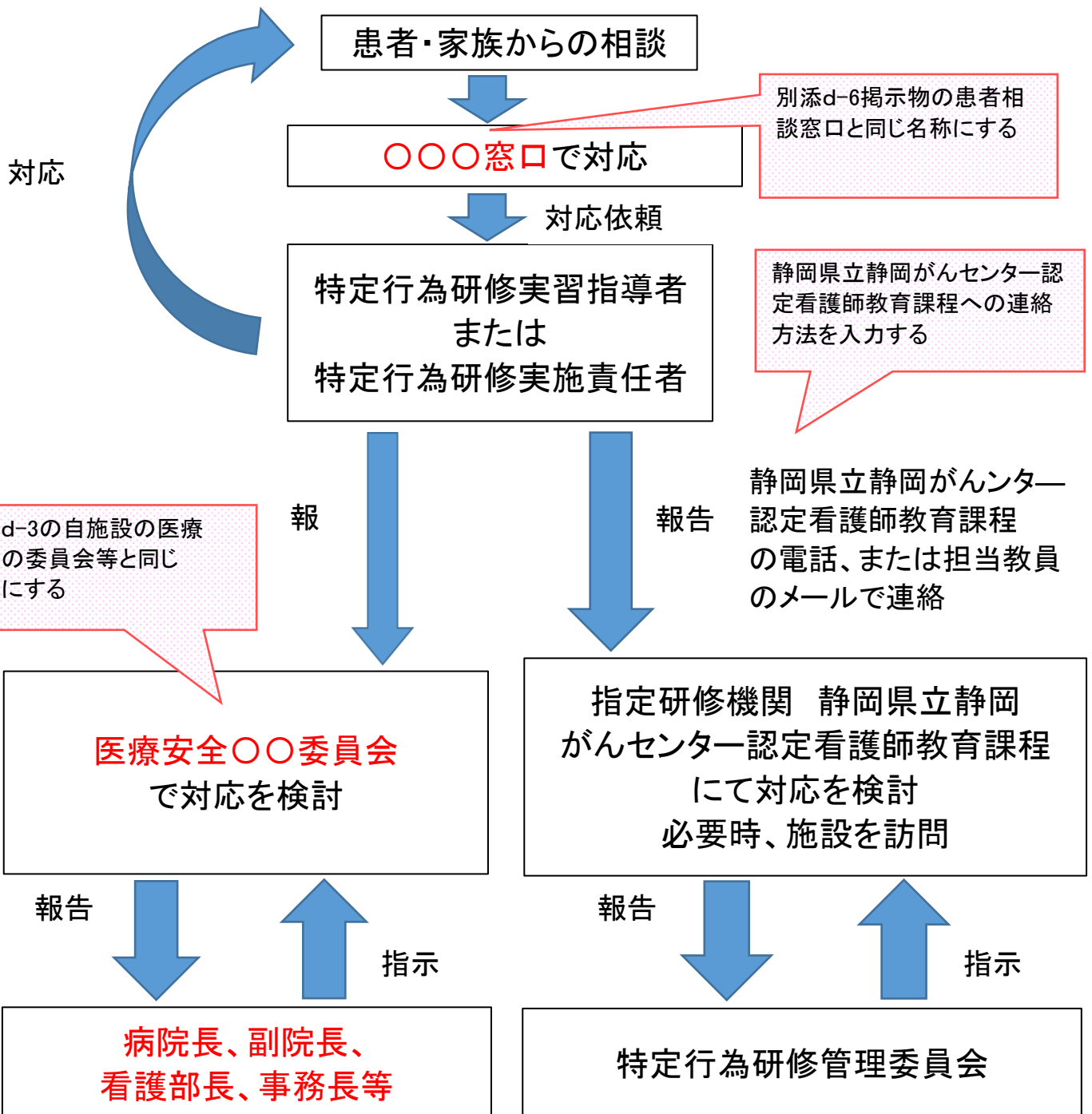
2. 実習指導者が、説明内容と同意についてカルテに記載する。

※同意書がある場合は、同意書の提出をお願いいたします。

施設名： ○○○○○病院

自施設名を入力する

医療安全に関する内容も含め特定行為研修の実習に係る
患者からの相談に応じる体制



特定行為に係る看護師の研修にご理解、ご協力をお願いいたします

当院は、厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度」の協力施設です。

特定行為を行う看護師とは、専門的な臨床能力を持ち、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師です。

医師と連携し安全には十分配慮して行いますが、患者さんはいつでも拒否を申し出ることができ、それにより何ら不利益を被ることはありません。

何卒、ご理解とご協力をお願いいたします。

「特定行為に係る看護師の研修」についてご相談がある場合には、下記患者相談窓口をご利用ください。

患者相談窓口

医療安全に関する相談も受け付けていることを明記する

当院をご利用いただく患者さん及びご家族のみなさまからの、治療や入院生活、医療安全などさまざまなお相談やご意見を受け付けております。お気軽にご利用ください。

相談日及び相談時間

対応可能な曜日、時間を明記する

- ○曜日～○曜日 ○:○○～○:○○
(祝日および年末年始を除く)

患者相談窓口の名称を明記する

- 場所 ○○○窓口

「患者の相談に応じる責任者」を明記する

- 窓口責任者 病院長 ○○○

- 相談担当者 ソーシャルワーカー○○○

相談窓口の部署長の氏名等を明記する
窓口責任者と同一の場合は記載しなくて良い

○○○○病院

自施設名を明記する

< 作成時の注意点 >

独自の掲示物の場合でも、相談内容に特定行為研修に関する事が含まれている旨を明記してください

施設名: ○○○○○○病院

自施設名を入力する

■相談窓口を周知する掲示物の掲示状況がわかる写真



- ①別添d-6で作成した「相談窓口を周知する掲示物」を実習を予定している場所や外来等に掲示してください
- ②患者・家族目線で、どのように見えるかがわかるように、掲示板全体を写真に収めるなど、掲示物から少し離れて写真を撮影してください
- ③複数箇所に掲示している場合は、それぞれ撮影してください
- ④相談窓口の周知の掲示物がわかるように図示してください

■掲示物の掲示場所、相談窓口の場所を図示したフロア図



- ①患者相談窓口、掲示物の掲示場所をわかりやすく図示してください
- ②複数箇所に掲示している場合は、すべての箇所を図示してください

■患者相談窓口の場所(周囲の様子を含む)の様子がわかる写真



どのような場所に患者相談窓口があるか分かるように、窓口から少し距離をとり（例えば廊下の反対側から写真を撮る等）患者・家族の目線で写真を撮影してください

■患者相談窓口の写真



■相談に応じる場所の写真



相談に応じる場所の様子(オープンスペースなのか、個室なのか、など)がわかる写真を撮影してください

指導者の要件

別添f 参考資料

- ・原則として、指導時間を十分に確保していること。
- ・区分別科目ごとに適切な職種、人数が確保されていること。
- ・指導に必要な経験及び能力を有しているものであること。

必要な経験とは、下記フロー参照。

