

様式記載要領

様式A： 指定研修機関の指定の申請（協力施設用）

※本様式記載要領は、特定行為に係る看護師の研修制度に関する厚生労働省のホームページより

「様式記載要領 様式A： 指定研修機関の指定の申請、変更の届出、変更の承認、年次報告（協力施設用）」を基に、作成・一部改変したものです。

- はじめに

はじめに（１／２）

- この申請様式は、「保健師助産師看護師法（昭和２３年７月３０日法律第２０３号）」、「保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項第４号に規定する特定行為研修に関する省令（平成２７年３月１３日厚生労働省令第３３号）」及び「保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項第４号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について（平成２７年３月１７日医政発０３１７第１号）（以下、通知）」に基づくものです。

はじめに（2 / 2）

誤入力・誤操作防止のため、最初に以下をご確認の上、ご記入ください。

行や列の挿入・削除、セルの結合等の禁止

- この様式ファイルでは、**行や列の挿入・削除、セルの幅・高さの変更、セルの結合を行うことはできません**（シートに保護をかけているため、記入者側でこのような操作は行えません）。

記入時の注意事項

- 誤入力防止のため、項目によっては「選択式」、「半角数字のみ」、「全角カタカナのみ」等の入力制限を設定しています。
- 自由記述式の項目を記入する際、**セル内での改行は行わないでください。**

推奨環境

- この様式ファイルは、**ディスプレイ解像度1920×1200以上**で適切に表示されることを確認しています。
- これ以下の環境の場合、「一部項目で文字が見切れる」、「行の縦幅に余裕がなく読みづらい」等の事象が発生する可能性があるため、ご注意ください。

- 別添e：協力施設承諾書

別添e (1 / 1)

西暦(年月日)

協力施設承諾書

1 役職、氏名

当該施設が病院の場合「開設者（病院）」となります。

氏名は代表者の氏名を記入してください。

代表者とは、保健所に開設届、開設許可を出している病院開設者です。病院管理者（病院長）ではありません。

別添eの内容が別添dに自動で反映されます

施設名 ▼▼法人 ○○大学

所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇

1

役職 開設者（病院）

氏名 厚生 太郎

下記の特定行為研修の実施に連携協力す

姓と名の間は全角スペース1字空ける

記

指定研修機関名 静岡県立静岡がんセンター

| 研修を行う特定行為区分等の名称 | |
|-------------------------------------|--|
| 共通科目 | |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | |
| 循環器関連 | |
| 心嚢ドレーン管理関連 | |
| 胸腔ドレーン管理関連 | |
| 腹腔ドレーン管理関連 | |
| ろう孔管理関連 | |
| 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | |
| 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 | |
| 創傷管理関連 | |

- 別添d：講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

別添d (1 / 2)

1 施設名

名称のみ、別添eの内容が自動反映されます。
修正が必要な場合は別添eのシートを修正してください。
フリガナはこのシートで記入してください。

2 特定行為研修の実施責任者

特定行為研修の実施の管理を行う方を記入してください。職種について、「その他」を選択した場合、直下の「その他を選択した場合」欄がクリーム色に変わるので、具体的な内容を自由記述で記入してください。

3 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

過去の症例数の実績を参考に、実習期間（9週間）の症例見込み数を記入してください。

【創傷管理関連】

- 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

【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】

- 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

講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

指定研修機関 0
変更又は区分 指定研修機関番号 0000000
変更の場合、
該当箇所に○

| 施設種別 | 協力施設 | |
|--------------------------|----------------------|-------------------|
| 施設名 | 名称 | ▼▼法人 ○○病院 |
| 所在地 | 1 名称(フリガナ) | |
| | 郵便番号(半角数字、ハイフンなしで記入) | |
| | 都道府県 | |
| 電話(半角数字、ハイフンなしで記入) | 所在地 | |
| | 施設の代表者 | 氏名(姓と名の間は1字空けること) |
| 特定行為研修実施責任者(協力施設の場合のみ記入) | 2 氏名(姓と名の間は1字空けること) | 厚生 太郎 |
| | 職種 | |
| | その他を選択した場合 | |
| 役割 | | |

| | | | |
|---|-------------------|---|---|
| 3 | 創傷管理関連 | 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 | 例 |
| | 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 | 例 |
| | 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 橈骨動脈ラインの確保 | 例 |
| | 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 | 例 |
| 3 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | 例 |
| | | 脱水症状に対する輸液による補正 | 例 |

別添d (2/2)

4 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

整備している場合は「有」を、
整備していない場合は「無」を、
整備予定の場合は「購入予定」を
選択してください。

5 実習を行う施設の医療に関する安全管理体制

実習を行う施設の医療に関する安全管理体制に
関連して、特定機能病院の承認及び医療の安全
を確保するための措置の有無を選択してください。

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|---|
| 4 | 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 | |
| | | 医学教育用視聴覚教材 | |
| 5 | 実習を行う施設の医療に関する安全管理体制 | 特定機能病院の承認の有無 | |
| | | 医療の安全を確保するための措置の有無 | 有 |
| | 実習に係る安全管理体制 | 予定と異なる対応を選択した場合(年次報告時のみ) | |
| | 実習に係る安全管理体制 | 実習に係る安全管理に関する組織の設置 | 有 |
| | 実習に係る安全管理体制 | 実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書 | 有 |
| | | 実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保 | 有 |
| | | 変更有を選択した場合(年次報告のみ) | |
| | 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 |
| | 指定研修機関との連携体制 | 定期的な会議の開催回数(年次報告時のみ) | |

- 別添f：特定行為研修の指導者一覧

別添f (1 / 2)

指定研修機関と協力施設で指導者が重複する場合は、両方の別添fにその指導者を記載してください。

1 職種

「医師」、「歯科医師」、「看護師」以外の職種を選択した場合は、理由書を添付してください。

2 臨床研修指導医又は臨床研修指導歯科医と同等以上の経験

「職種」で「医師」又は「歯科医師」を選択した場合はクリーム色になるので、記入してください。「その他または非該当」の場合は、理由書を添付してください。また、同等以上の経験とは、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者等が想定されます。

3 特定行為研修を修了又はこれに準ずる

「職種」で「看護師」を選択した場合はクリーム色になるので、記入してください。診療看護師である場合は「研修修了者」を選択してください。「その他または非該当」を選択した場合は、理由書を添付してください。
※「研修修了者」に加え、認定看護師・専門看護師である場合は、「研修修了者」を選択してください。

特定行為研修の指導者一覧

| 指定研修機関 指定研修機関番号 変更区分 | 氏名 | 職種 | 所属する団体の名称 | 【医師又は歯科医師】臨床研修指導医又は臨床研修指導歯科医と同等以上の経験 | 【看護師】特定行為研修を修了又はこれに準ずる | 特定行為研修指導者講習会の受講経験 |
|----------------------------|-------|------------|-----------|--------------------------------------|------------------------|-------------------|
| 〇〇〇〇〇〇〇〇 1 | 厚生 花子 | 医師 | 〇〇病院 | 該当 | | 有 |
| | 労働 次郎 | 医師 | 〇〇病院 | 該当 | | 有 |
| | 特定 花江 | 薬剤師(理由書添付) | 〇〇病院 | | | 無 |
| | 厚生 太郎 | 看護師 | 〇〇病院 | | 研修修了者 | 有 |
| | 特定 太郎 | 医師 | △△病院 | 該当 | | 有 |

姓と名の間は全角スペース
1字空ける

所属する団体がない場合は
「なし」と記入

別添 f (2 / 2)

4 その他の資格・研修の受講経験

当該指導者が、担当分野に関連する研修の受講経験又は資格を有する場合、その研修の受講年度と名称、又はその資格の取得年度と名称を記入してください。

看護師で、特定行為研修修了者は修了した特定行為区分を記入、認定看護師又は専門看護師はその分野を記入してください。

5 担当分野

当該指導者の担当分野について、「指導者」を選択してください。

【創傷管理関連】

【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】

4

| その他の資格・研修の受講経験(認定・専門看護師の場合は、その分野を記載) | 担当分野 |
|---|---------|
| | 臨床病態生理学 |
| 平成●年日本救急医学会専門医 | |
| 平成■年日本△△医学会専門医 | |
| 5年●●大学教授 | |
| 平成○年創傷管理関連・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連、平成○年皮膚・排泄ケア認定看護師 | |
| 平成■年日本△△医学会専門医 | |
| | |
| | |

5

| 創傷管理関連 | 創部ドレーン管理関連 | 動脈血液ガス分析関連 | 透析管理関連 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|--------|------------|------------|--------|-------------------|
| 指導者 | | | | |
| 指導者 | | | | 指導者 |
| | | | | 指導者 |
| 指導者 | | | | 指導者 |
| | | | | 指導者 |
| | | | | |
| | | | | |

- 指導者は、担当分野を指導するために必要な経験と能力を有していることを、教育歴、教育に係る研究、臨床経験、資格等の業績から総合的に判断してください。判断に使用した資料（別添 f-1・別添 f-2）を理由書として提出してください。