特定行為研修　実習施設情報

　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

**受講希望する特定行為区分について、該当するものに☑すること。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望の区分に☑** | **特定行為区分（行為毎）** | | **実　習　施　設　情　報** | | |
| **４ヶ月間で自施設に対象となる事例が**  **５例以上ある。** | ＊①、②のどちらかに該当すること | |
| **①特定行為区分の**  **臨地実習が行える医師の指導者がいる。** | **②特定行為研修修了者がいる。** |
| □ | 1.呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 2.呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の 投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 人工呼吸器からの離脱 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 3.呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 気管カニューレの交換 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 4.循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 一時的ペースメーカリードの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 5.胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 胸腔ドレーンの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 6.腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。） | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 7.ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 膀胱ろうカテーテルの交換 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 8.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 | 中心静脈カテーテルの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 9. 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 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 10.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 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 11.創部ドレーン管理関連 | | 創部ドレーンの抜去 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 12.動脈血液ガス分析関連 | | 直接動脈穿刺法による採血 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 橈骨動脈ラインの確保 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 13.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 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 脱水症状に対する輸液による補正 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 14.血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | | インスリンの投与量の調整 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 15.術後疼痛管理関連 | | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 | □ | □ | □ | | |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | | | |
| □ | 16.循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 | | □ | □ | | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　） | | 施設への確認 | （　有・無　） | | |
| □ | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 | | □ | □ | | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 施設への確認 | （　有・無　） | | |
| □ | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | | □ | □ | | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 施設への確認 | （　有・無　） | | |
| □ | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 | | □ | □ | | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 施設への確認 | （　有・無　） | | |
| □ | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | | □ | □ | | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 施設への確認 | （　有・無　） | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 17.精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 抗精神病薬の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |
| □ | 抗不安薬の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | （　有・無　） | |

＊実習は、①、②のうち、いずれかの指導者がいること。指導者とは、医師の指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

・実習施設情報のチェック項目が揃わない場合は、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）

までご相談ください。

**実習施設情報に関する問い合わせ先（志願者以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職種 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | | | メールアドレス | |  | | |

**事務担当者**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | メールアドレス | |  | | |