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。　　　※施設長・所属長相当が記入すること**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **実　習　施　設　情　報** |
|  | **特定行為区分内容（行為毎）** | **実習期間内において臨地実習施設で対象となる事例が５例以上ある。（必須）** | **指導者情報** |
| **①臨地実習施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる。（必須）** | **②臨地実習施設に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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 人工呼吸器からの離脱 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ４ | 循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 一時的ペースメーカリードの抜去 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ５ | 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ６ | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 胸腔ドレーンの抜去 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ７ | 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） | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ８ | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 膀胱ろうカテーテルの交換 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| ９ | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 10 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 11 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 12 | 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 13 | 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 橈骨動脈ラインの確保 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 14 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 15 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 16 | 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 17 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 18 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 19 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 20 | 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 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 抗精神病薬の臨時の投与 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 抗不安薬の臨時の投与 | あり□ | なし□ | □ | □ |
| 21 | 皮膚損傷に係る薬剤投与連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 | あり□ | なし□ | □ | □ |

※実習について、①の指導者は必須。

医師の指導者…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…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育

経験を有する看護師など。

※血糖コントロールに係る薬剤投与関連については、糖尿病専門医が指導者となること。

※実習施設情報についての質問は、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）までお問合せください。

**臨地実習研修施設名（複数ある場合は、全てご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研修 施設名** | **所属施設にて研修の場合** |  | **所属施設以外にて研修の　場合※** |  |  |
|  |  |

　 　　**※「所属施設以外にて研修の場合」に記載の場合は「特定行為研修 他施設（所属施設以外）臨地実習実施承諾書」を記載のこと**

**実習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 |  |

**事務に関する問い合わせ先**

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