様式２別紙２－２

令和　　　年　　　月　　　日

指定研修機関名　　医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院

**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（協力施設の場合のみ記入） | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 共通科目及び区分別科目の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 研修方法 | | | | | | | | 定員数 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 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 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | 患者の相談に応じる窓口の有無　　　　　　　有　　　　・　　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（協力施設がある場合に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | １）指導方針の共有方法 | | | ●実習前後に施設間で実習指導者会議を行い、打ち合わせを実施する。実習中は常に指定研修期間の担当者と連絡を取り合う。  ●実習指導者会議の実施、実習要綱の作成と周知、対面およびオンライン等による情報交換  ●シラバス（教育目標、到達目標、実習までの学習内容等）、患者に行う臨地実習の説明、同意書、医療事故等の危機管理体制、医療事故以外の報告等の情報交換  ●手順書についての情報交換 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２）関係者による定期的な会議の開催 | | | 開催頻度 | | | | | ２ | | | | 回／年 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 目的：  指定研修機関と指導方針を共有し、安全で有意義な実習が実践できるように調整する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検討事項の概要  ●実習前：指定研修機関より、実習概要説明と周知、医療事故等の危機管理体制の確認、実習方法、実習経過の情報交換、連絡先担当、指導者の確認  ●実習後：協力施設からのフィードバック、実習における問題点の確認と対応策についての協議および情報交換 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３）その他特定行為研修についての連携 | | | ●実習期間中は、して研修期間の指導担当者と協力施設の指導担当者は連携体制を構築し、実習の進捗状況について確認すると共に、適切な評価ができるように調整  　する。問題が発生した場合は、指定研修機関と協力施設が連携し、迅速に対応する  ●症例数が不足する場合は、指定研修機関に協力を依頼する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　様式２別紙２－２は、特定行為研修を行う特定行為区分に係る講義、演習又は実習を行う施設のうち、変更が生じた施設又は追加した施設について記入し、施設ごとに１部作成すること。

２　「５．施設の代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名記入すること。

３　「６．特定行為研修の実施責任者の氏名等」は、協力施設の場合のみ記入すること。

４　「７．当該施設で行う全ての特定行為研修」については、共通科目及び区分別科目の名称、それぞれの研修方法及び研修を受ける看護師の定員数を記入すること。年度内に同一の特定行為研修を複数回実施する場合は、1回の定員数を記入すること。「研修方法」は、講義、演習又は実習の別を記入すること。

５　「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」については、実習を行う施設のみ記入すること。

６　「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」の「症例数の実績（概数）」は、指定の申請が行われる年度の前年度における当該施設の症例数の実績（概数）を記入すること。また、「症例数の見込み」は前年度の症例数の実績を参考に実習を行う期間の症例数の見込みを記入すること。

７　「９．通信により研修を行う場合の環境の整備状況」は、通信による方法で特定行為研修を行う場合のみ記入すること。

また、「具体的な実施方法」は、以下の点について記入すること。

・「通信の方法」は、印刷教材、放送授業、メディアの別を記入すること。

・「主に学習する場所」は自宅、指定研修機関内、協力施設内の別を記入すること。

・「同時双方向性の確保」は、メディアによる授業であって、かつ同時双方向かつ教室等以外の場所でそれらを受講させる場合に、メディア利用する技術によって一体的に扱うことのできる情報の種類及び同時双方向性の程度を具体的に記入すること。

・「学修の進捗管理」は、出席の確認や学修時間の確保の方法、受講者に勉学を促す方法等の概要を記入すること。

・「添削指導」「設問解答」「質疑応答」については、その方法や工夫について記入すること。

・「意見交換」については、受講生等の意見交換の場の確保の方法や工夫について記入すること。

・「試験等評価の実施」は、試験等科目の履修の成果を評価する方法の概要を記入すること。

８　「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」については、整備されている場合は「有」を、整備されていな場合は「無」を、整備する予定がある場合は「購入予定」を選択すること。

９　「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」は、患者に対する実習を行う施設のみ記入すること。

10　「11．１）医師の臨床研修病院の指定の有無」については、指定がある場合は「有」を選択し、また指定を受けていない場合は「無」を選択すること。

11　「11．２）特定機能病院の承認の有無」については、承認されている場合は「有」を、承認されていない場合は「無」を選択すること。

12　「11．３）実習に係る安全管理に関する組織の設置状況」は、実習に係る安全管理に関する組織の主な構成員について人数を記入すること。同一人物が構成員として複数の役割を兼務している場合には、主たる役割にのみ人数を記入し、合計人数については、再掲を除いた実人数を記載すること。

13　「11．４）実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書」は、有、無、作成中を選択し記入すること。

14　「11．５）実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況」の「患者の相談に応じる窓口の有無」については、整備されている場合は「有」を、整備されていない場合は「無」を選択すること。

15　「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」は、患者に対する実習を行う施設のみ記入すること。

16　「13. 指定研修機関と協力施設の連携体制」については、協力施設の場合に記入すること。２以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う場合であって、特定行為区分ごとに「指導方針の共有方法」「関係者による定期的な会議の開催」「その他特定行為研修についての連携」の内容が異なる場合は、特定行為区分ごとに区別して記入すること。

17　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。