様式４

年次報告書

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

指定研修機関名

代表者

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年厚生労働省令第３３号）第１１条の規定に基づき、年次報告書を提出いたします。

様式４

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 本報告に関する問合せ窓口 |
| 氏名 | フリガナ |  |
|  |
| 部署名 |  |
| 電話 |  | － |  | － |  | （内線番号） |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 指定研修

機関の名称 | フリガナ |
|  |
| ２．指定研修機関番号 |  |
| ３．所在地 | 郵便番号 |  | － |  | 都道府県 |  |
| フリガナ |
|  |
| ４．電話 | 　　　－　　　　　－ | ５．FAX | 　　　－　　　－ |
| ６．代表者の氏名 | フリガナ |
|  |
| ７．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況 | ＊　別紙１－１、１－２に記入 |
| ８． 特定行為研修管理委員会の開催実績 | 実施回数　　　　回主な議事内容： |

|  |
| --- |
| ９．特定行為区分ごとの特定行為研修の実施状況 |
| 特定行為区分の名称 | 特定行為研修の実施期間 | 受講者数 | 修了者数 |
|  | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  | 　 |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 領域別パッケージ研修 | 在宅・慢性期領域 | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 外科術後病棟管理領域 | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 術中麻酔管理領域 | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 救急領域 | 前年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 外科系基本領域 | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 集中治療領域 | 前年度　　　 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |

備考

１　「本報告に関する問合せ窓口」は、様式４に関する問合せに対して回答できる作成責任者を記入すること。

２　「本報告に関する問合せ窓口」のメールアドレスについては、携帯電話のメールアドレスは使用しないこと。

３　「６．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を記入すること。

４　「７．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況」は、特定行為研修を行った全ての特定行為区分ごとに、講義、演習又は実習を行う全ての施設及び設備について別紙１－１、別紙１－２に記入すること。

５　「９．特定行為区分ごとの特定行為研修の実施状況」は、特定行為研修を実施している特定行為区分の欄に、特定行為研修の実施期間、受講者数、修了者数を記入すること。なお、同一年度に同一の特定行為研修を複数回実施している場合は、特定行為研修を実施した期間ごとに受講者数及び修了者数を記入すること。複数年度にわたって特定行為研修を実施している場合は、それぞれの特定行為研修を実施した期間ごとに受講者数及び修了者数を記入すること。特定行為研修を実施しているが受講者または修了者がいない場合は「０」と記入すること。

６　領域別パッケージ研修を行った場合は、領域別パッケージ研修ごとに研修の実施状況を記入すること。

７　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。

様式４別紙１－１（No.　　）

令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

**講義、演習又は実習を行った施設及び設備の状況** 指定研修機関番号　　　　　　　　 指定研修機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ③　研修を行った特定行為区分数 | ④　共通科目の受講者数 | ⑤特定行為研修を受講した看護師数 |
| 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 | 心囊ドレーン管理関連 | 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 | 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 | 感染に係る薬剤投与関連 | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 術後疼痛管理関連 | 循環動態に係る薬剤投与関連 | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |
| ①指定研修機関名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
|  |
| ②講義、演習又は実習を行った施設名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 1 |  | 　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　本様式については、指定研修機関及び講義、演習又は実習を行った施設ごとに、特定行為研修を行った特定行為区分ごとに項目を記入し、１部作成すること。

２　指定研修機関は、①に指定研修機関名を記入し、指定研修機関において③研修を行った特定行為区分数、④共通科目の受講者数、⑤特定行為研修を受講した看護師数を記入すること。年度内に同一の特定行為研修を複数回実施した場合は、年間の受講者数の延べ人数を記入すること。

３　「②講義、演習又は実習を行った施設名」については、講義、演習又は実習を行った全ての施設（指定研修機関を含む）について記入すること。

４　患者に対する実習を行った施設は、③研修を行った特定行為区分数、⑤特定行為研修を受講した看護師数を記入すること。患者に対する実習を行っていない施設については、②講義、演習又は実習を行った施設名のみの記入でよいこと。

５　記入欄が足りない場合は、行を追加して記入すること。なお複数頁にわたる場合は「（No.　）」に通し番号を記入すること。

様式４別紙１－２

令和　　　年　　　月　　　日

指定研修機関番号

指定研修機関名

**講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（独自の科目名がある場合は括弧書きで併記） | 研修方法 | 受講者数 |
|  |  | 　　 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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総数 |
|  | 特定行為名 | 症例数の総数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ９．症例数が不足した場合の対応の実施状況 |
| 10．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 |  |
| 11．指定研修機関と協力施設との連携体制（協力施設の場合に記入） |
|  | １）指導方針の共有方法 |  |
| ２）関係者による定期的な会議の開催 | 開催頻度 |  | 回／年 |  |
| 目的： |
| 検討事項の概要 |
| ３）その他特定行為研修についての連携 |  |

備考

１　本様式は、講義、演習又は実習を行った全ての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を記入すること。

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た看護師の数を記入すること。「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総数」については、実習を行った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総数」の「症例数の総数」は、報告の対象となる年度における当該施設において受講者が経験した特定行為の症例数の総数を記入すること。

７　「９．症例数が不足した場合の対応状況」は症例数が不足した場合に対応した状況を記入すること。

８　「10．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った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。

９　「11. 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。

10　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。