看護師の特定行為に係る研修機関の養成力向上支援事業　応募書類記入要領・様式

看護師の特定行為に係る研修機関の養成力向上支援事業

応募書類記入要領

○企画書（様式１）

　様式１の記載例に従って作成してください。用紙サイズはＡ４両面を基本としてください。

　採択された場合は、原則として本企画書に従い事業を実施していただくことになるので、実現可能な内容としてください。採択後、事業内容の大幅な変更が生じた場合は、採択の取消等となる場合がありますのでご注意ください。

　記載内容の説明であるため、様式中のイタリック体（斜字体）は削除してください。

*（様式１）*

番　　号

日　　付

看護師の特定行為に係る研修機関の養成力向上支援事業企画書

法人名　　○○○○

代表者名　○○○○

所在地　○○県○○市

連絡先　所　属

　　　　役　職

氏　名

　　　　所在地

　　　　ＴＥＬ　△△－△△△△－△△△△（代表）　内線△△△△

　　　　ＦＡＸ　△△－△△△△－△△△△

　　　　e－mail \*\*\*\*@\*\*\*\*\*\*\*\*

看護師の特定行為に係る研修機関の養成力向上支援事業企画書 [概要]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．事業実施体制 | | （１）法人組織図*（別添で組織図等の添付でも可）*  *法人内のどの部署が担当するのかについて記載し、補助金の事務処理等を行う経理部門についても記載してください。*  （２）実施体制*（別添で体制図等の添付でも可）*  *本事業を実施する体制について、実施人員や業務分担など詳細に記載してください。なお、本事業を専任で行う者はその旨、本事業以外の業務を兼務する者はその従事割合が分かるように記載してください。* |
| ２．指定研修機関の  基本情報 | | 指定研修機関として指定された年度  （　　　）年  承認を受けている特定行為区分  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  合計（　　）区分  承認を受けている領域別パッケージ研修  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  合計（　　）領域  定員数の合計（　　　）名  *応募時点で申請中の特定行為区分及び領域別パッケージ研修については、特定行為区分名及び領域別パッケージ研修の領域名の後ろに（予定）と記載すること。* |
| ３．　事　　　業　　　内　　　容 | ①　外部の医療機関等に勤務する受講者の受け入れ等  (有　・　無) | ＜修了者の内訳＞   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | | （A）全修了者数  ※外部の医療機関等に就業していた修了者数（B）を含む | ●人 |  |  |  |  |  | | （B）全修了者のうち、  訪問看護ステーション、介護保険施設（介護老人保険施設、介護医療院、指定介護老人保健施設（特別養護老人ホーム）、障害者施設に就業していた修了者数 |  |  |  |  |  |  |   *年度ごとの修了者数及び外部の医療機関等に勤務する受講生の受け入れ人数を記載してください。*  *2022年度については、現在受講中の人数も含むこと。*  外部の医療機関等に勤務する受講者の受入れ人数制限の有無  （　有　・　無　）  「有」の場合、制限の詳細  （*記載例：5人まで、●●区分は3名まで*　　　　）  外部の受講者の受入れにあたって、地域のニーズ調査を実施し、課題を把握した上での研修の計画・運用の有無  （　有　・　無　）  外部の医療機関等に勤務する受講者の受入れにあたって工夫していること  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②特定行為研修修了者が研修修了後にその知識や技術を維持・実践していくための支援の実施  (有　・　無) | ＜支援の内容＞  特定行為の知識・技術に関する研修  *（記載例）*  実施日　　：　*2021年10月10日*  研修の題　：　*PICC挿入のいろは*  開催方法　：　*オンライン開催*  参加人数　：　*50人*  対象　　　：　*特定行為研修修了者*  *（外部の医療機関等に勤務する修了者も対象）*  今後の予定：　*2022年度は、6月と11月にオンラインで開催予定。*  修了者同士の意見交換等の開催  実施日　　：  開催方法　：  参加人数　：  今後の予定：  その他  （*記載例：研修終了後も、引き続き特定行為研修のe-ラーニングを受講できる体制を整えている。　等*）  *複数回実施している場合は、記載欄を増やし記載すること。*  *実施していない場合は、空欄とすること。* |
| ③近隣の指定研修機関との連携  (有　・　無) | ＜連携の内容＞  連携会議・連絡会等の実施  連携対象　：　*都道府県担当者、○○県医師会、*  *○○県看護協会*  　会議名　　：　*○○県特定行為研修連絡会*  実施日　　：　*2021年6月、12月*  今後の予定：　*2022年度も半年に１回定例開催*  研修内容・症例等の共有  　連携対象　：　*○○病院（指定研修機関）*  　連携の詳細：　*受講者の履修簿や実習の記録を共有し、受講者が必要な症例を経験できるよう指定研修機関同士で症例のマッチングを行っている。*  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  *複数回実施している場合は、記載欄を増やし記載すること。*  *実施していない場合は、空欄とすること。*  *なお、協力機関との連携は含まれない。* |
| ④特定行為研修修了者の、特定行為研修の指導者としての活用  (有　・　無) | ＜活用の詳細＞  修了者の指導者数　：　*4人*  区分　　　　　　　：　*動脈血ガス分析関連*  *ろう孔管理関連* |
| ⑤受講者が既に履修した科目の免除に関する規定  (有　・　無) |  |
| ⑥その他 | *①～⑤以外の、より多くの修了者を養成するための取り組み*  *について記載してください。* |

*※別様で事業全体スケジュールも作成してください。（Ａ４で１枚、様式任意。）*

*※　別添として積算を作成し添付してください。なお、対象とする経費が限られているので、作成に当たっては、公募要領「７　本事業に係る補助金の交付について」に留意してください。*

*※　上記の様式以外に、参考資料などとして資料を添付することは避けてください。*