

平成25年度 厚生労働省
チーム医療・在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業
診療の補助における特定行為に係る医師の指示に基づく
プロトコール試行事業 申請書

平成 年 月 日

厚生労働省 医政局 看護課 御中

申請法人名： _____

申請施設名： _____

管理責任者： _____

所在地：

連絡先：(Tel)

(E-mail)

担当者：

以下について、診療の補助における特定行為に係る医師の指示に基づくプロトコール試行事業に申請いたします。

I) 申請施設（事業実施施設）について

法人名	
施設名	
施設の概要 (注)「代表者名」以外の項目は該当する場合のみ記入	
代表者名	
病床数 (病床を有する場合のみ記入)	() 床
診療科目 (診療科目を有する場合、科目名を記入)	
医師数	() 名 (非常勤含む)
看護職員数 (保・助・看・准の員数)	() 名 (非常勤含む)

管理責任者について	
氏名	
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
役職	

本事業において連携する医療機関（訪問看護事業所、介護関係施設のみ記載）	
連携施設名	

II) 対象行為について

申請する対象行為 1（以下の行為から、必ず一つ以上選択し、○を入力/記載してください）		
例		PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の管理・操作
○	人工呼吸管理下の鎮静管理	幹細胞移植：接続と滴数の調整
	気管カニューレの交換	胃ろう・腸ろうチューブ・胃ろうボタンの交換
	経口・経鼻挿管の実施	膀胱ろうカテーテルの交換
	経口・経鼻挿管チューブの抜管	脱水の程度の判断と輸液による補正
	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	投与中薬剤（降圧剤）の病態に応じた調整
	橈骨動脈ラインの確保	投与中薬剤（子宮収縮抑制剤）の病態に応じた調整
	PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入	投与中薬剤（K, Cl, Na）の病態に応じた調整
	中心静脈カテーテルの抜去	投与中薬剤（利尿剤）の病態に応じた調整
	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）	臨時薬剤（抗けいれん剤）の投与
	胸腔ドレーン抜去	臨時薬剤（抗精神病薬）の投与
	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	臨時薬剤（抗不安薬）の投与
	心嚢ドレーン抜去	臨時薬剤（感染徴候時の薬物）投与
	創部ドレーン抜去	投与中薬剤（糖質輸液・電解質輸液）の病態に応じた調整
	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	抗がん剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
	「一時的ペースメーカー」の抜去	

申請する対象行為 2		
例		NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）開始、中止、モード設定
○ 硬膜外チューブの抜去		巻爪処置（ワイヤーを用いた処置）
	直接動脈穿刺による採血	創傷の陰圧閉鎖療法の実施
	手術前検査の項目・実施時期の判断	大動脈バルーンパンピングチューブの抜去
	腹部超音波検査の実施	硬膜外チューブの抜去
	心臓超音波検査の実施	血糖値に応じたインスリン投与量の調整
	表在超音波検査の実施	血液透析・CHDF（持続的血液濾過透析）の操作、管理
	下肢血管超音波検査の実施	投与中薬剤（カテコラミン）の病態に応じた調整
	直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	投与中薬剤（高カロリー輸液）の病態に応じた調整
	膀胱内圧測定の実施	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整
	血流評価検査（ABI/PWV/SPP）の実施	WHO 方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量調整
	挿管チューブの位置調節	WHO 方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の投与量調整
	人工呼吸器モードの設定条件の変更	腐骨除去
	人工呼吸管理下の鎮静管理	血管結紮による止血
	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	

Ⅲ) 事業対象となる看護師（対象看護師）について（※以下は1名毎に記載）

<研修受講歴等>

研修受講歴（本事業においてプロトコールに基づき行う対象行為に関連した、対象看護師の研修の受講歴を記載）				
年・月	対象行為名	受講した研修名	研修実施機関	研修の概要

認定状況（本事業においてプロトコールに基づき行う対象行為に関連した、対象看護師の認定歴を記載）			
年・月	対象行為名	認定名	認定学会・機関等

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程（修士・研修）」又は「看護師特定能力養成 調査試行事業実施課程（8ヶ月）」の修了者の場合は以下に記載。	
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」の修了状況	修了（ 年 月修了）
上記修了の実施課程名	
平成23年度特定看護師（仮称）業務試行事業実施の有無	有 ・ 無 業務試行事業実施施設名：
平成24年度特定看護師（仮称）業務試行事業実施の有無	有 ・ 無 業務試行事業実施施設名：

<勤務体制>

勤務体制（所属等も含む）：	
雇用体制	常勤 非常勤
配属部署	看護部 院長（施設長）直属 診療科 その他（ ）
主な活動予定場所 （可能であれば診療科名も記入）	病棟（ ） 外来（ ） その他（ ）

IV) プロトコールの検討体制

＜プロトコール検討・作成体制＞

プロトコールに基づき対象行為を行おうとする看護師による患者の病態確認行為についての、医師や関係職種と共に検討する体制について、具体的に記載すること。別途作成した資料（提出の様式は自由）による提出でも構わない。

※具体的に記載

V) 事業計画

平成 26 年 3 月末までの事業計画を提出のこと（提出の様式は自由）。

事業計画の内容には、厚生労働省に対して平成 25 年 9 月末までの以下の事業成果（※）を報告するための具体的かつ実現可能な計画が含まれていること。

※事業成果

- ・対象看護師が行った患者の病態の確認内容の妥当性に関する情報
- ・プロトコールに記載すべき内容に関する情報
- ・プロトコール作成・修正の過程
- ・プロトコール活用時の取り決め事項、工夫
- ・プロトコール例

なお、平成 25 年 9 月末以降の事業については、それまでに実施していた当該事業を継続することを原則とする（提出の様式は自由）。

以上