|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 受験  番号 | ※ |

（様式３）

認定看護分野における実務研修施設概要

１　感染管理分野における実績：施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 1)実施しているサーベイランスの種類 | □血管内留置カテーテル関連血流感染  □尿道留置カテーテル関連尿路感染  □手術部位感染  □人工呼吸器関連感染  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2) 感染管理の担当部署 |  |
| 3)「感染対策向上加算」の有無  ※無の場合のみ、ICT配置の有無およびICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 1．感染対策向上加算　有（ １・２・３ ）・無    　※1.が無の場合は以下を記載  　　感染対策チーム（ICT）　　有　・　無  　　ミーティング　　　平均　　　回／年　程度  　　ラウンド　　　　　平均　　　回／年　程度 |
| 4) 感染管理分野の認定看護師および関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数  ※上記該当者がいない場合のみ、受講志願者自身が感染管理分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載 | 感染管理認定看護師　　　有（　　名）・　無  　感染症看護専門看護師　　有（　　名）・　無  　実務研修指導者： |

4)の※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、該当がない場合には部署の師長か主任等で感染管理分野の経験が５年以上ある者から指導を受けたこと、あるいは施設外の認定看護師からの指導があったことを記載してください。

２　実務研修の実績

　　最新の知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績を一つ記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 改善したケア | 改善の根拠や理由 | 改善方法（具体的に） | 改善した結果・評価 |
|  |  |  |  |

（注）※印欄には記入しないでください。