

# 2019 年度 看護師特定行為研修

## 募集要項

【厚生労働省に指定研修機関申請中】承認後開講予定

公益財団法人慈愛会 今村総合病院  
看護師特定行為研修センター  
〒890-0064 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 11-23  
TEL : 099-263-8151 FAX : 099-263-8161



## 1. 教育理念

地域医療及び高度医療の現場において、フィジカルアセスメントと実践能力が高く、医療チームから信頼される自立した特定行為の実践看護師を養成します。

## 2. 教育目標

- 1) 地域医療及び高度医療の現場において、迅速かつ包括的なアセスメントを行い、当該特定行為を行う上での知識、技術及び態度の基礎的能力を養う。
- 2) 地域医療及び高度医療の現場において、患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実践できる基礎的能力を養う。
- 3) 地域医療及び高度医療の現場において、問題解決にむけて、多職種と効果的に協働できる能力を養う。
- 4) 自らの看護実践を見直しつつ、標準化する能力を養う。

## 3. 研修の特色

知識の習得については、e-learning による自己学習と指導者講習を受けた医師による講義、技術の習得については、指導医と特定行為研修等を修了した看護師による演習を行います。実習は、臨床の場で実践力が身につくように指導者が積極的に分かりやすく支援指導致します。

月に1回3日間程度の出講日・試験日、5日程度の共通科目の演習・実習、1週間～2週間程度の区分別の実習があります。働きながら計画的に履修できるように研修期間に余裕を持たせる工夫をしております。

## 4. 履修コース

- 1) 標準コース  
共通科目を受講後、継続して区分別科目を修得するコース
- 2) 共通科目免除コース  
他の研修機関で共通区分を修得しており、区分別科目を修得するコース

## 5. 区分の選択

- 1) 標準コース  
2区分4行為すべて受講できることを推奨する。
- 2) 共通科目免除コース  
2区分4行為を推奨するが、区分選択は可能とする。

## 6. 履修期間

### 1) 標準コース

教育期間：2019年4月1日～2020年3月31日の1年間

（共通科目は4月～8月までに修得、区分別科目は、8月～翌年3月までに修得）

※ ただし、事情により研修が終了不可の場合、次年度の1年間は延長可能です。

### 2) 共通科目免除コース

教育期間：2019年4月1日～2019年9月30日

※ 共通科目免除コースは、半年間とします。ただし、事情により研修が修了不可の場合、次年度の前期（4月～9月）に延長可能です。

※ 別紙、履修免除の手続きを参照

## 7. 開講する特定行為区分と定員

特定行為区分名	特定行為名	定員
①創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	10名
	創傷に対する陰圧閉鎖療法	
②栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	10名
	脱水症状に対する輸液による補正	

## 8. 募集定員

1) 創傷管理関連 10名

2) 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 10名

## 9. 研修生の要件

当院の看護師特定行為研修を志願する者は、次の各号に定める資格をすべて満たしていなければなりません。

- 1) 日本国の看護師免許を有すること
- 2) 看護師の資格取得後、通算5年以上の実務経験を有していること
- 3) 現在も看護実践に関わっていること（管理者、教育者を含む）
- 4) 所属する施設長の推薦があるもの
- 5) 自賠償保険加入の可能な方

## 10. 研修内容と時間数

共通科目	時間数（時間）
臨床病態生理学	48
臨床推論	45.5
フィジカルアセスメント	53
臨床薬理学	46.5
疾病・臨床病態概論Ⅰ	51.25
疾病・臨床病態概論Ⅱ	16.25
医療安全学	31
特定行為実践	45
合 計	336.5

※ 共通科目時間数のうち、247 時間は、e-learning による個別受講となります。

区分別科目	時間数（時間）
創傷管理関連	75
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	39

## 11. 研修方法

- 1) 共通科目は、8科目の e-learning 受講終了後7月末を目途に筆記試験を実施します。
- 2) 共通科目筆記試験合格者は、8月に実習を行います。
- 3) 共通科目を全て合格した者は、区分別科目の e-learning の受講及び実習を実施します。
- 4) 全ての講義、演習、実習、試験終了後に、3月に評価を行います。

### 【 仕事と学業が継続できるためのサポート体制 】

受講生一人ひとりに対してきめ細やかな教育・指導を行うことを目標としており、毎月の出講日やメールでの相談に対して、指導補助者がサポートを行います。

## 12. 出願手続き期間

2018年12月20日（木）～2019年1月31日（木）必着

### 13. 出願提出書類

提出書類は、別添の下記様式にて提出して下さい。

※ 様式は手書き可

様式必要時は、メールアドレス：[jtokutei@jiaikai.jp](mailto:jtokutei@jiaikai.jp)にご連絡下さい。送付致します。

1) 看護師特定行為研修志願書（様式1）

2) 履歴書（様式2）

3) 志願理由書・推薦書（様式3）

4) 履修科目免除申請書（様式4）

5) 看護師免許証（写し）

6) 受講審査料 10,000円（消費税を含む）の振込を確認できる書類の写し

受講審査料は、出願期間中に以下の受講審査料振込先に申請者本人名で振り込んでください。受講審査料の振込手数料は、申請者の負担となります。お振込いただいた受講審査料につきましては、返金いたしませんので、ご了承下さい。

振込先	
銀行名・支店名	鹿児島銀行 本店
預金種別	普通預金
口座番号	964576
フリガナ	コウキザ イアンホウジン イムラウカノウビョウイン リツチョウ イムラヒデヒト
口座名義	公益財団法人慈愛会 今村総合病院 理事長 今村英仁

※ なお、提出された書類は、返却致しません。

### 14. 出願書類提出方法

上記の出願書類を封入し、封筒表に「看護師特定行為研修受講申請書類在中」と朱書きのうえ、以下の送付先に必ず「郵便書留」で送付してください。

【 提出先・問い合わせ窓口 】

〒890-0064

鹿児島県鹿児島市鴨池新町 11-23

公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護師特定行為研修センター

メールアドレス：[jtokutei@jiaikai.jp](mailto:jtokutei@jiaikai.jp)

TEL：099-263-8151 FAX：099-263-8161

## 15. 選考方法

書類審査

## 16. 合否発表

2019年2月20日（水）

合否の通知は、本人宛簡易書留にて郵送致します。

電話、FAX、メール等でのお問い合わせには対応致しませんので、ご了承ください。

## 17. 受講手続き及び研修受講料について

合格通知の際に、受講手続き及び研修受講料の振込についての詳細をご案内致します。

受講手続き及び研修受講料の振込については、以下のとおりです。

・ 受講手続き・受講料納入期間：

2019年2月21日（木）～ 2019年3月8日（金）

・ 研修受講料は、同封の専用振込用紙にて、上記振込先へ納入願います。

・ 専用振込用紙以外での振込の場合、振込手数料が振込者の負担となりますので、ご注意ください。

・ お振込いただいた受講料につきましては、返金いたしませんので、ご了承下さい。

### 研修受講料（消費税を含む）

○ 共通科目研修受講料	385,000 円
○ 特定行為区分別科目研修受講料	
創傷管理関連	85,000 円
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	40,000 円

※ 研修受講料は、許可された科目の合計金額となります。

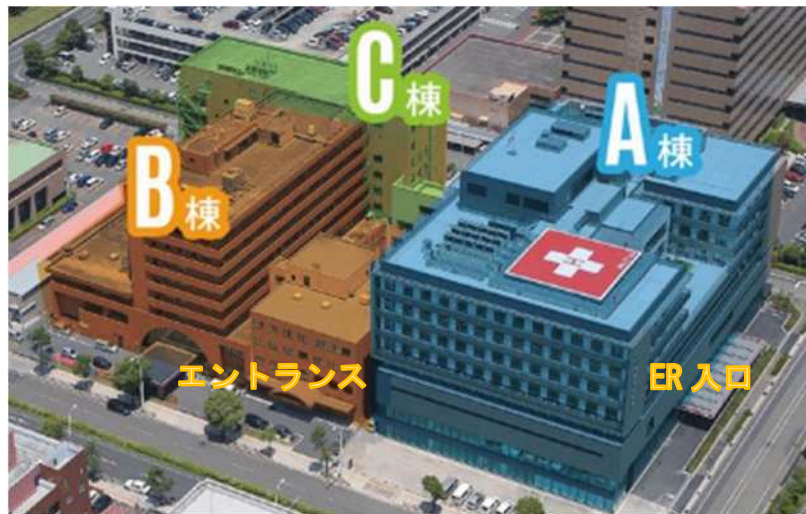
※ 上記の他、書籍等の経費が別途必要になる場合があります。

## 18. 個人情報の取扱いについて

出願に当たって知り得た氏名、住所、その他の個人情報については、当院の看護師特定行為研修及びこれらに付随する事項にのみ利用し、他の目的には利用しません。

## 19. その他

### 【 看護師特定行為研修センター及び講義・演習・実習施設 】



### 【 交通アクセス 】



- 市営バス    ニュータウン中央バス停下車・・・徒歩約2分
- 市営バス    県庁前バス停下車・・・・・・・・徒歩約5分
- 市    電    郡元下車・・・・・・・・徒歩約15分



## 履修免除の手続き

### 1. 他の指定研修機関にて研修を修了している者の取り扱い

- 1) 受講者に履修免除の申出がある場合、特定行為研修運営委員会で審議した上で履修免除を認める。ただし、履修免除は、特定行為研修の共通科目に限る。
- 2) 看護師特定行為研修機関で、本人が共通科目の履修免除を申請した場合に免除することができる。ただし、履修証明書等で内容を把握すると共に、必要時面接等を実施して特定行為研修運営委員会で審議・免除した後とする。

### 2. 共通科目履修免除の要件

- 1) 厚生労働省が指定する看護師の特定行為研修の指定研修機関にて研修が修了している者
- 2) 当院が開講する区分を未取得で、当院の開講する区分を希望する者
- 3) 他の指定研修機関の研修修了証明書を提示できる者
- 4) 特定行為研修の管理委員会にて免除を承認する者

### 3. 必要書類

- 1) 履修科目免除申請書（様式4）
- 2) 認定された科目の履修を証明する書類（成績証明書または単位修得証明書）



※受験番号

平成 年 月 日

2019年度  
 公益財団法人慈愛会 今村総合病院  
 看護師特定行為研修  
 志 願 書

公益財団法人慈愛会 今村総合病院  
 院長 帆北 修一 様

フリガナ  
 志願者氏名（自署）

印

私は、下記の公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護師特定行為研修を受講  
 したく、関係書類を添えて出願致します。

## 記

志願する特定行為研修区分名（志願する区分に○を記入する。）

共通科目及び特定行為区分名	志願する区分
共通科目	
創傷管理関連	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	

※の欄は記入しないでください。



※受験番号

## 履 歴 書

平成 年 月 日 現在

フリガナ		性別	写 真 (縦4cm×横3cm)  1. 最近6ヶ月以内に 撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名を記入 し、糊付け	
氏 名		男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)			
現 住 所		〒 (       -       )  TEL :                    (       ) 携帯 TEL :            (       ) 緊急連絡先 TEL :     (       )		
選考結果通知先		〒 (       -       ) ※現住所と同じ場合記載不要  TEL :                    (       )		
勤 務 先	フリガナ			
	施設等名称			
	所在地	〒 (       -       )  TEL :                    (       )		
	施設長名			
	出願者の職種	看護師 ・ 保健師 ・ 助産師		
	出願者の職位			
免 許 等	(看護師)	昭和・平成	年 月 日 免許取得	号
	(保健師)	昭和・平成	年 月 日 免許取得	号
	(助産師)	昭和・平成	年 月 日 免許取得	号
学 歴	昭和・平成	年 月 卒		
	昭和・平成	年 月 卒		
	昭和・平成	年 月 卒		
	昭和・平成	年 月 卒		
	昭和・平成	年 月 卒		
注) 高等学校以上について記載してください。				

職 歴	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
	昭和・平成 ～	年 年	月 月	
注) 施設名、診療科を記載してください。				
資 格 ( 認 定 看 護 師 等 )	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
研修受講歴 (5日以上)				
学会及び社会における活動 (所属学会)				
賞 罰				

注) 行が不足する場合は、追加してください。  
尚、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には利用しません。

※の欄は記入しないでください。

※受験番号

## 志 願 理 由 書 ・ 推 薦 書

平 成 年 月 日

氏 名

## ○志願理由書

研修の志願理由及び研修修了後の抱負について、1000字以内で記入してください。

## ○推薦書

上記の者は、公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護師特定行為研修の研修生としての教育を受ける要件を十分に満たしていると評価し、推薦致します。

【 推薦理由 】

施 設 等 の 名 称

職 位 ・ 氏 名

印





※受験番号

平成 年 月 日

## 履修科目免除申請書

公益財団法人慈愛会 今村総合病院  
院長 帆北 修一 様

申請者  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

履 修 科 目	
共通科目	
<input type="checkbox"/> 臨床病態生理学	( _____ )
<input type="checkbox"/> 臨床推論	( _____ )
<input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント	( _____ )
<input type="checkbox"/> 臨床薬理学	( _____ )
<input type="checkbox"/> 疾病・臨床病態概論Ⅰ	( _____ )
<input type="checkbox"/> 疾病・臨床病態概論Ⅱ	( _____ )
<input type="checkbox"/> 医療安全学	( _____ )
<input type="checkbox"/> 特定行為実践	( _____ )

- ・免除希望科目の□に✓印を記入してください
- ・カッコ内に卒業（修了）した学校等において履修した科目名を記入

免除希望科目を履修した、大学・専門学校・指定研修機関

学校・研修機関名	所在地
	〒 _____

- ・学校・研修機関については、学部・学科・コース名まで詳細に記入してください
- ※の欄は記入しないでください。