

令和元年度 伊那中央病院 看護師特定行為研修 募集要項

1. 研修の目的・目標

本研修の目的は、地域及び高度医療の現場において、医療安全に配慮しつつ、高度な臨床実践能力を発揮し、看護師特定行為が実践できる優秀な人材を育成する。

研修目標

- 1) 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) 患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実行できる能力を養う。
- 3) 患者の病状について、医師と充分ディスカッションできる知識を習得する。
- 4) 看護実践の中で、指導的役割を担う能力を養う。

2. 研修期間

令和元年 10 月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日

【共通科目】 8 カ月（令和元年 10 月 1 日～令和 2 年 5 月 31 日）

【特定科目】 4 カ月（令和 2 年 6 月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日）

3. 応募期間

令和元年 8 月 1 日～令和元年 8 月 31 日

4. 研修内容

【共通科目】

科目名	研修時間
臨床病態生理学	47 時間
臨床推論	45 時間
フジカルアセスメント	45 時間
臨床薬理学	46 時間
疾病・臨床病態概論	60 時間
医療安全学	30 時間
特定行為実践	47 時間
小計	320 時間

【特定科目】

下記 8 区分から選択受講（複数選択可能）

特定行為区分	研修時間
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	25 時間
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	63 時間
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	21 時間
創傷管理関連	72 時間

特定行為区分	研修時間
動脈血液ガス分析関連	30 時間
栄養及び水分管理に関わる薬剤投与関連	36 時間
血糖コントロールに関わる薬剤投与関連	36 時間
皮膚損傷に関わる薬剤投与関連	39 時間

5. 研修方法

- 1) 講義 各自で S-QUE 研究会開発の e-ラーニングを受講
但し既に特定行為研修を修了し、新たに区分を追加する場合、共通科目の受講は免除する。
- 2) 演習 シミュレーション、ロールプレイ等を各科目終了毎に集合して実施
- 3) 実習 区分毎に期間を定めて伊那中央病院にて実施

6. 受講資格

- 1) 看護師経験 5 年以上の実務実績を有すること
- 2) 当該領域に於いて概ね 3 年以上の実務実績を有すること
- 3) 看護部長の推薦を有すること

7. 出願書類

- 1) 受講申込書 (様式 1)
- 2) 推薦書 (様式 2)
- 3) 受講者履歴書 (様式 3)
- 4) 小論文 (様式 4)

上記提出書類を当院ホームページよりダウンロードし、募集期間内に (8 月 31 日消印有効) 郵便書留にて郵送して下さい。

【出願書類提出先】 〒396-8555 長野県伊那市小四郎久保 1313-1

伊那中央病院特定行為研修センター宛

受講の決定については、9 月中に本人へお知らせ致します。

8. 受講料

科目	単価(税抜)	定員
共通科目	300,000 円	40 名
特定科目		
呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	35,000 円	5 名
呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	85,000 円	5 名
呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連	32,000 円	5 名
創傷管理関連	95,000 円	5 名
動脈血液ガス分析関連	43,000 円	5 名
栄養及び水分管理に関わる薬剤投与関連	50,000 円	5 名
血糖コントロールに関わる薬剤投与関連	50,000 円	5 名
皮膚損傷に関わる薬剤投与関連	55,000 円	5 名

* 共通科目と選択した特定科目を合算し、別途消費税を加算した金額になります。

(様式1)

看護師特定行為研修受講申込書

令和 年 月 日

伊那中央病院長 殿

申込者氏名 _____

私は、伊那中央病院看護師特定行為研修を受講したいので、推薦書を添えて出願します。

特定行為区分受講希望欄 (呼吸器関連複数希望可能)
希望する特定行為区分名に○をして下さい

希望○	特定行為区分名
	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
	創傷管理関連
	動脈血液ガス分析関連
	栄養及び水分管理に関わる薬剤投与関連
	血糖コントロールに関わる薬剤投与関連
	皮膚損傷に関わる薬剤投与関連

(様式2)

推 薦 書

令和 年 月 日

伊那中央病院長

推薦者 _____ 印
(* 推薦者は、看護部門の責任者)

伊那中央病院看護師特定行為研修の受講者として

氏名 _____ を推薦します。

推薦理由 (研修終了後、施設で期待する役割なども記入して下さい)

(様式3)

受講者履歴書

太枠内を正確に記入してください。

ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	顔写真 縦4cm×横3cm (6か月以内に撮 影したもの)	
氏名		性別	男・女		
施設名		書類 送付先	施設・自宅		
施設所在地	〒 ー TEL: ー ー FAX: ー ー				
勤務部署 及び担当科名		直通電話番号 または 内線番号	直通:		
職位			内線:		
自宅住所	〒 ー (携帯: ー ー) 携帯メールアドレス: @ 携帯以外のメールアドレス: @ ※受講決定後の緊急連絡メールに使用時(携帯・携帯以外)…どちらかに○をつけて下さい				
看護教育学歴	学校名 昭・平 年 月卒業				
職歴 ※現職場も含め、最 近のものから3つ 記入	施設名	職種	勤務期間		
			昭・平 年 月～昭・平 年 月		
			昭・平 年 月～昭・平 年 月		
看護師免許取得※准看護師の経験は含めない 昭・平 年 月 日 取得 (免許証番号)	実務 経験 年数	保健師	助産師	看護師	合計
		年	年	年	年
認定・専門看護師等資格の有無: 有(資格名:)・無					
特定看護師研修修了の有無: 有(区分名:)・無					

【個人情報の取扱い】 提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用致しません。

(様式4)

2020年度 看護師特定行為研修 小論文

テーマ：「看護師特定行為研修を修了した看護師はこれからの社会へどのように貢献できる
と思うか、あなたの考えを述べてください」

【記入上の注意】

- ・ 下記枠内に、①横書き ②MS 明朝 10.5 ポイント③800～1000 文字程度で記入してください。

施設名： _____	氏名： _____