

令和3年度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3年10月1日～令和4年9月30日

【共通科目】8カ月（令和3年10月1日～令和4年5月31日）

【区分別科目】4カ月（令和4年6月1日～令和4年9月30日）

3. 応募期間

令和3年8月1日～令和3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	30 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	45 時間
疾病・臨床病態概論	40 時間
医療安全学/特定行為実践	45 時間
小計	250 時間

【区分別科目】

下記10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	9 時間
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	29 時間
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	8 時間
創傷管理関連	34 時間
動脈血液ガス分析関連	13 時間
栄養及び水分管理に関わる薬剤投与関連	16 時間
血糖コントロールに関わる薬剤投与関連	16 時間

特定行為区分	研修時間
皮膚損傷に関わる薬剤投与関連	17 時間
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	33 時間
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	8 時間

* 上記 10 区分から選択受講（複数選択可能）

* 8 区分から 10 区分になりました。

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
- 4) 臨地実習：協力施設として自施設で実施可能

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）

8. 受講料

【共通科目】		消費税別
科目	単価	定員
(一律)	300,000 円	30 名

【区分別科目】		消費税別
科目	単価	定員
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	35,000 円	3 名
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	85,000 円	3 名
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	32,000 円	3 名
創傷管理関連	95,000 円	3 名
動脈血液ガス分析関連	43,000 円	3 名
栄養及び水分管理に関わる薬剤投与関連	50,000 円	3 名
血糖コントロールに関わる薬剤投与関連	50,000 円	3 名
皮膚損傷に関わる薬剤投与関連	55,000 円	3 名
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	77,000 円	3 名
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	30,000 円	3 名

* 共通科目と選択した特定科目を合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
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
	栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 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

_____ 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			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
看護師免許取得※准看護師の経験は含めない (免許証番号)	年 月 日取得	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。

