

2019 年度

看護師特定行為研修

# 募集要項

【血糖コントロールに係る薬剤投与関連】

【腹腔ドレーン管理関連】

社会医療法人河北医療財団

河北総合病院

指定研修機関番号 1713008

# 河北総合病院 看護師特定行為研修

## 1. 特定行為に係る看護師の研修制度と目的

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、今後の医療を支えるために保健師助産師看護師法の一部改正によって、平成27年10月1日から、手順書により特定行為を行う看護師に対し、「特定行為研修」の受講が義務づけられました。特定行為研修が受講できる指定研修機関は、研修制度が開始された平成27年度は21機関であり、平成30年8月現在では87機関となっています。河北総合病院は、平成28年2月に指定研修機関として認可されました。

本研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することで、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成することを目的としています。

当院では、特定行為の実践に必要な実践力を習得し特定行為を行い、地域医療を支えるチーム医療のキーパーソンとして関係者の力を引き出しながら、地域全体の健康向上と、生活者としての健全な暮らしと人としての尊厳、ならびに安寧な死の尊重に働きかけることができる看護師を養成します。

## 2. 看護師の特定行為とは

特定行為とは、「診療の補助であって、看護師が手順書により行なう場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう。」（保健師助産師看護師法第37条の2）と明記されています。

また、手順書とは、「医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録であって、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項」が定められているものをいいます。（保健師助産師看護師法第37条の2）

## 3. 特定行為研修の基本理念

特定行為研修は、チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者及び国民並びに医師及び歯科医師その他医療関係者から期待される役割を十分に担うため、医療安全に配慮し、在宅を含む医療現場において、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければなりません。

# 特定行為研修の概要

## 1. 開講する特定行為区分

- 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- 腹腔ドレーン管理関連

## 2. 研修期間

2019年6月～2020年3月（9ヶ月間）

\* 就労を継続しながら受講することが可能です。

## 3. 研修内容（教科目）と時間数

特定行為研修は、全ての特定行為区分に共通する「共通科目」と各特定行為に必要とされる能力を身につけるための「区分別科目」に分かれており、必修である共通科目と区分別科目で構成されます。研修は、講義・演習および実習によって行われます。

本研修では、①1つの特定行為区分のみの選択、②2区分の選択のいずれかの形態での受講が可能です。なお、区分別科目の受講は、共通科目の受講が終了していることが条件となります。

### 1) 共通科目（必修科目）

共通科目名	時間数
臨床病態生理学	47時間
臨床推論	45時間
フィ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	60.5時間
医療安全学	30時間
特定行為実践	47時間
小計	320.5時間

\* 共通科目については、320.5時間のうち247時間は、e-learningによる講義となります。

### 2) 区分別科目（選択科目）

区分	特定行為区分名	時間数
1	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	36時間
2	腹腔ドレーン管理関連	21時間

\* 共通科目の講義・演習・実習及び試験終了後、区分別科目へ進みます。

#### 4. 修了要件

- 研修修了には以下の要件を満たすことが必要です。
  - ①全ての科目を履修し、科目ごとの修了試験 70 点以上である。
  - ②各種実習の観察評価に合格している。

要件を満たした者に特定行為研修修了証を交付します。

#### 5. 研修場所と実習施設

河北総合病院シミュレーションセンターおよび河北総合病院にて実施します。

但し、共通科目の講義については、自宅での e-learning による視聴も許可します。

# 応募要領

## 1. 出願資格

受講申請にあたっては、次に定める要件をすべて満たしていることとします。

- 1) 看護師としての実務経験を5年以上有する
- 2) 期待される役割を理解し、推進する意思を持っている
- 3) 施設長、看護部長等2名からの推薦を受けられる

\*看護師賠償責任保険への加入を推奨します。

## 2. 定員

募集人数 特定行為1区分 10名

\*1区分で3名以上の応募が無ければ当該区分における研修は中止となります。

## 3. 出願期間

2019年2月18日(月)～3月20日(水)17時必着

## 4. 出願提出書類

- 1) 履歴書
- 2) 受講申請書(様式1)
- 3) 研修受講理由(様式2) \*2区分を受講する場合はまとめて記入する
- 4) 推薦書(様式3)
- 5) 看護師免許の写し(A4サイズ) \*1)～4)はホームページでダウンロード可能

## 5. 出願書類提出方法

出願書類1)～5)を封筒に入れ、封筒表面に「特定行為研修受講申請書在中」と朱書きで明記し、「一般書留」で書き送付先へ郵送または直接持参(下記)で、出願期間内にご提出ください。  
なお、一旦受理した出願書類は、原則として返却いたしません。

### ● 送付先

〒166-8588 東京都杉並区阿佐ヶ谷北1-7-3  
社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 「看護部」宛

### ● 直接持参する場合の提出先

〒166-8588 東京都杉並区阿佐ヶ谷北1-7-3  
社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 新館3階 「看護部長室」まで  
\*受付時間:平日9時～17時

## 6. 受講決定と手続き

- 1) 受講の決定については、郵送で通知します。
- 2) 受講手続きの詳細は、受講決定者にご案内します。

## 7. 学費

内訳	費用
共通科目	300,000 円
区分別科目	
1.血糖コントロールに係る薬剤投与関連	50,000 円
2.腹腔ドレーン管理関連	30,000 円
教材費	10,000 円

\*その他、書籍代などは別途必要となる場合もあります。

## 8. 学費納付先

【振込先】	
銀行名	三井住友銀行 (0009) 高円寺支店 (089) ( ) は銀行コード・支店コード
種類	普通預金
口座番号	6014220
講座名義	社会医療法人 河北医療財団 理事長 河北 博文
フリガナ	イ) カワキタイリョウザイダン リジチョウ カワキタ ヒロブミ

- ・ご依頼人には、「特定行為」と記入した後に受講生ご本人の氏名を記入してください。
- ・原則として、一旦納入された学費は返還いたしません。
- ・受講決定後、2019年5月17日(金)までにお振込みください。

# 受講選考

## 1. 選考方法

書類審査および面接試験

## 2. 試験実施日と時間

2019年3月25日(月) 13時30分開始

面接開始時間は、3月22日(金) 12時までに履歴書に記載されている電話番号に連絡いたします。

## 3. 試験会場

東京都杉並区阿佐ヶ谷北 1-7-3

河北総合病院 西館 4階シミュレーションセンター カンファレンス室

## 4. 選考結果

2019年4月末日までに、選考結果を本人宛に書面にて郵送いたします。

## 5. 問い合わせ先

〒166-8588 東京都杉並区阿佐谷北 1-7-3

社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 看護部

TEL：03-3339-2121(代) 内線：205301 (平日9時～17時)

## 6. その他

個人情報の取り扱いについて

— 提出いただいた氏名、住所、その他の個人情報については、当院における特定行為研修の手続き並びに入学後の修学指導など、これらに付随する業務においてのみ利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

## 出願提出書類一式





氏名

年(和暦)	月	免許・資格

当財団を志望した動機

長所・短所

ストレス解消方法

得意な職務領域

趣味・特技・スポーツ・文化活動

健康状態

就職後の住居  
賃貸契約(アパート・マンション) ・ 入寮希望 ・ 実家 ・ その他( )

就職後の最寄駅

線	駅	見学日(見学された方のみ) 年 月 日
交通機関 電車 ・ バス ・ 自転車 ・ 徒歩	通勤時間 約 時間 分	扶養家族(配偶者を除く) 人
特記事項	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無

保護者(本人が未成年者の場合のみ記入)

フリガナ 氏名	住所〒 ( - )	TEL
------------	-----------	-----



(様式1)

## 受講申請書

平成 年 月 日

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院  
理事長 殿

申請者氏名 (自筆)

印

私は、貴院の下記の看護師の特定行為研修受講を希望したいので、必要書類を添えて申請いたします。

記

区分	特定行為区分科目名
1	腹腔ドレーン管理関連
2	血糖コントロールに係る薬剤投与関連

\*受講を希望する区分に○をすること。

(様式 2)

## 研修受講理由

平成 年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_

研修受講理由

\*パソコンで入力する際は、MS明朝・フォント 11 で設定してください。  
\*枠の中に記載してください。

(様式 3)

## 推薦書

平成 年 月 日

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院  
理事長 殿

看護師の特定行為研修受講者として、次に者を推薦します。

受講者氏名

\_\_\_\_\_

推薦理由

\* 推薦文は代表者 1 名が記載してください。

職 位

推薦者名 (自筆)

印

職 位

推薦者名 (自筆)

印

