

2020 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】

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

少子高齢化の進展による医療・介護ニーズの増大と医療の高度化・複雑化は、私たちがこれまで経験したことのない環境の変化を予測させ、変化への早急な対応が求められています。

このような背景の中で、社会医療法人河北医療財団 河北総合病院は、地域医療支援病院として急性期医療を中心とした、質の高い恕（おもいやり）のある医療を行うとともに地域の健康向上に寄与することを目的に医療機関や訪問看護ステーションなどで勤務する看護師の質の向上を目指すため、また当院のみならず地域医療に貢献する地域包括ケアシステムの中で勤務する看護師の人財育成に寄与したいと考え、特定行為研修機関として取り組んでおります。

研修の理念

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らないとしています。

研修目的

特定行為の実践に必要な実践力を習得し、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。

特定行為研修の概要

血糖コントロールに係る薬剤投与関連の研修目標

- 在宅医療を含む様々な臨床場面において、適切に血糖コントロールが図れない患者に対し、タイムリーかつ適切な方法で血糖コントロールを図り、正常範囲内に安定化させることで、合併症などの発生を可能な限り、抑え、症状や病態の悪化を防止し、健康状態を維持する。
- 口渇、冷汗の程度、食事摂取量などの身体所見や血糖値などの検査結果をもとに、医師の指示下に手順書に示された病状範囲にあることを確認の上、インスリン投与の必要性の判断と投与量の調整を行うために必要な知識・判断・態度を習得する。

1. 研修期間

2020年10月～2021年3月（6ヶ月間）

*就労を継続しながら受講することが可能です。

2. 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。

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 | 31 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 | 45 時間 |
| 疾病・臨床病態概論 | 41 時間 |
| 医療安全学／特定行為実践 | 45 時間 |
| 小計 | 252 時間 |

*共通科目については、252時間のうち 165時間は、e-learningによる講義となります。

2) 区分別科目

| 区分 | 特定行為区分名 | 時間数 |
|----|-------------------|-------|
| | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 16 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。

3. 入学要件

出願書類がすべて提出され受講選考をもって入学が認められた者となります。

4. 修了要件

河北医療財団河北総合病院特定行為研修「研修の終了および休止・中断並びに科目評価に関する規定」に基づき、全ての科目を履修し科目ごとの修了試験 70 点以上であり、かつ各種実習の観察評価に合格している者とし、修了者には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および実習は受講生の協力施設にて実施します。受講開始前に協力施設としての承諾が必要となります。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。

6. 受講生の所属施設（協力施設）における実習指導者の申請（2020年9月15日 必着）

当財団の看護師特定行為研修では、原則として、臨床実習（患者に対する実技）を受講者の所属する施設で実施することとしております。そのため、受講にあたっては、臨床実習協力施設として受講生が所属する施設の登録を行い下記の書類のご提出をお願いいたします。

- | | |
|-----------------------------|------|
| 1) 施設承諾書 | 別紙 1 |
| 2) 協力区分別科目の患者に対する実技を行う施設の概況 | 別紙 2 |
| 3) 特定行為研修の指導者一覧 | 別紙 3 |

* 受講申請書類等の様式は、当財団ホームページに掲載いたします。ダウンロードしてお使いください。

血糖コントロールに係る薬剤投与関連

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 5 年以上有し、かつ糖尿病患者の看護経験が 2 年以上ある者とする。
- 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) 施設長および看護部長等から 2 名の推薦を受けられる
- 4) 原則として日本看護協会看護師のクリニカルラダーレベルⅣ相当の者とする。
- 5) 看護師賠償責任保険に加入していることを推奨

2. 定員

募集人数 特定行為区分「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」 10 名

* 3 名以上の応募が無ければ当該区分においての研修は中止となります。

3. 出願期間

2020 年 6 月 15 日（月）～ 7 月 15 日（水）16 時必着

4. 出願提出書類

- 1) 履歴書
- 2) 勤務証明書（様式 1）
- 3) 受講申請書（様式 2）
- 4) 研修志願理由書（様式 3）
- 5) 受講する特定行為に関する患者への実務報告書（様式 4）
- 6) 推薦書（様式 5）
- 7) 所属部門受講同意書（様式 6）
- 8) 看護師免許の写し（A4 サイズ）

* 2) ～ 7) 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) ～ 8) 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、合否に関わらず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 「看護部長室 特定行為研修担当者」宛

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 | |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 50,000 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、2020年 9月 15日(水)までにお振込みください。

受講選考

1. 選考方法

1. 書類審査後面接審査

面接審査日 8月8日(土) 予定 詳細な内容は応募者に別途お知らせいたします。

2. 選考結果

2020年8月21日(金) に、選考結果を本人宛に書面にて郵送いたします。

3. 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)

4. 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。

附則：受講生の所属施設（臨床実習協力施設）の申請に関して

(2020年9月18日(金)必着)

「臨床実習協力施設」として申請することにより、臨床実習は、受講者の勤務施設等で実施することができます。《病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等》

指定研修機関： 河北総合病院 ⇄ 実習協力施設：受講者の勤務施設等

- 「臨床実習協力施設」の申請にあたっては、指導者、医療安全、緊急時の対応、患者への同意説明体制、該当症例数の確保等の要件を満たすことが必要です。
- 「訪問看護ステーション」で臨床実習を行う場合は、
 - ・ 診療所の医師が指導者となるなど、指導体制の確保が必要です。
 - ・ 医療安全の管理のための体制整備を独自に行うことが困難である場合には、地域の他の病院等と連携して体制を確保する必要があります

(1) 申請書類

※申請書類の様式をホームページに掲載いたします。

(2) 受講生1人あたりが臨床実習で経験すべき症例数

- ・ 各特定行為における経験すべき症例数は5例です。
- ・ 特定行為ごとに、症例数について、「実習前年度の実績」と「実習期間中の見込み」の申請が必要です。

(3) 受講生の所属施設（協力施設）における実習指導者の申請

指導者の申請は、行為区分ごとに行う必要があります。すでに申請済みの指導者であっても、当院における協力施設として申請していない場合は、その行為区分について追加申請が必要です。

社旗医療法人河北医療財団 河北総合病院
看護師特定行為研修

勤務証明書

下記の通りであることを証明します。

| | | | |
|-------|-------|-------|----------------------|
| フリガナ | | | |
| 志願者氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日生 (満 歳) |
| 在職期間 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 |
| 所属部署 | ① | 昭和・平成 | 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 |
| | ② | 昭和・平成 | 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 |
| | ③ | 昭和・平成 | 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 |
| | ④ | 昭和・平成 | 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 |

年 月 日

施設所在地：

施設名称：

施設長：

⑩

注) 受講要件

- 1 看護師免許を有すること
- 2 看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験かつ糖尿病看護の実務経験3年を有すること
- 3 施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長等）及び施設長（病院長）の推薦状があること
- 4 研修で行う臨床実習はすべて受講生の所属する施設（自施設）で行うことを原則とする

受講申請書

令和 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

特定行為区分科目名

血糖コントロールに係る薬剤投与関連

以上

(様式3)

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院
看護師特定行為研修
志願理由書

受講志願する理由を枠の中に記述ください。

令和 年 月 日

氏 名

パソコンで入力する際はMS明朝フォント 11 で設定ください

特定行為に関する患者への実務報告書

年 月 日

氏 名

最近関わった糖尿病患者の看護実践の概要と特定行為研修「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」で学びたい課題について記述ください。

パソコンで入力する際はMS明朝フォント 11 で設定ください

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院
看護師特定行為研修

推 薦 書

年 月 日

河北総合病院
看護師特定行為管理委員会 殿

施設等の名称：

役 職：

推薦者の氏名：



河北総合病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

志願者氏名 _____

【推薦理由】 ※ 受講修了後の期待される役割などを記入ください

注) 受講資格

- 1 看護師免許を有すること
- 2 看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること
- 3 施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長等）及び施設長（病院長）の推薦状があること
- 4 看護職賠償責任保険に加入していることを推奨
- 5 研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属する施設（自施設）で行うことが可能であること

受講同意書

社会医療法人河北医療財団
理事長 河北 博文 殿

下記の者が、社会医療法人河北医療財団 河北総合病院が主催する看護師
特定行為研修を受講することに同意いたします。

受講志望者氏名 _____

(西暦) 年 月 日

施 設 名

所属部門長職位

所属部門長氏名

印

メールアドレス:

_____ @ _____

協力施設承諾書

施設名

所在地

代表者

印

下記の特定期間研修の実施に連携協力することについて、承諾いたします。

記

指定研修機関名

別紙3

| 研修を行う特定行為区分等の名称 | |
|-----------------|-------------------------------------|
| | 共通科目 |
| | 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 |
| | 循環器関連 |
| | 心嚢ドレーン管理関連 |
| | 胸腔ドレーン管理関連 |
| | 腹腔ドレーン管理関連 |
| | ろう孔管理関連 |
| | 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 |
| | 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 |
| | 創傷管理関連 |
| | 創部ドレーン管理関連 |
| | 動脈血液ガス分析関連 |
| | 透析管理関連 |
| | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| | 感染に係る薬剤投与関連 |
| ○ | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| | 術後疼痛管理関連 |
| | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
| | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |

令和 年 月 日

指定研修機関名

講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

| | | | | |
|--|------|------------|---------|-----|
| 1. 施設の名称 | フリガナ | | | |
| | | | | |
| 2. 所在地 | 郵便番号 | — | 都道府県 | |
| | フリガナ | | | |
| 3. 電話 | — | — | 4. FAX | — — |
| 5. 施設の代表者の氏名 | フリガナ | | | |
| | | | | |
| 6. 特定行為研修の実施責任者の氏名等(協力施設の場合のみ記入) | フリガナ | | | 職 種 |
| | | | 役 職 | |
| 7. 当該施設で行う全ての特定行為研修 | | | | |
| 共通科目および区分別科目の名称 | | 研修方法 | 定員数 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 8. 実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み | | | | |
| 特定行為名 | | 症例数の実績(概数) | 症例数の見込み | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

9. 通信により研修を行う場合の環境の整備状況

具体的な実施方法

| | | |
|------------|--|---|
| 通信の方法 | | / |
| 主に学習する場所 | | |
| 同時双方向性の確保 | | |
| 通信環境トラブル対処 | | |
| 学修の進捗管理 | | |
| 添削指導 | | |
| 設問解答 | | |
| 質疑応答 | | |
| 意見交換 | | |
| 試験等評価の実施 | | |

10. 医学教育用シミュレーター及び視聴覚教材等の整備状況

| | |
|-----------------------|---------------------|
| 医学教育用シミュレーター 有・無・購入予定 | 医学教育用視聴覚教材 有・無・購入予定 |
|-----------------------|---------------------|

11. 実習を行う施設の医療に関する安全管理のための体制

| | | |
|--------------------|-----|---|
| 1) 医師の臨床研修病院の指定の有無 | 有・無 | / |
| 2) 特定機能病院の承認の有無 | 有・無 | |

3) 実習に係る安全管理に関する組織の設置状況

| 構成員 | 人数 | / |
|-------------|----|---|
| 実習を行う施設の管理者 | | |
| 関係各部門の責任者 | | |
| 医師である指導者 | | |
| その他 | | |
| | 合計 | |

4) 実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書 有 ・ 無 ・ 作成中

5) 実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況

| 患者の相談に応じる責任者 | 職種 | 役職 | 備考 |
|----------------------|----|----|----|
| | | | |
| 患者の相談に応じる窓口の有無 有 ・ 無 | | | |

12. 実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書 有 ・ 無

13. 指定研修機関と協力施設との連携体制(協力施設の場合に記入)

| | | |
|---------------------|---------|-----|
| 1) 指導方針の共有方法 | | |
| 2) 関係者による定期的な会議の開催 | 開催頻度 | 回/年 |
| | 目的: | |
| | 検討事項の概要 | |
| 3) その他特定行為研修についての連携 | | |

特定行為研修の指導者一覧

指定研修機関番号

特定行為区分名

指定研修機関名

| | 1. 担当分野 (共通科目名および 区分別科目名) | 2. 氏名 | 3. 職種 | 4. 所属団体の 名称 | 5. 役職 | 6. 臨床 経験年数 | 7. 指導医講 習会等の受 講経験 有:○ 無:× | 8. 特定行為 研修指導者 講習会の受 講経験 有:○ 無:× | 9. 特定行為 研修の修了 有:○ 無:× | 10. その他 の資格・ 研修の受 講経験 | 11. 教育歴 | 12. 備考 |
|----|---------------------------------|-------|-------|----------------|-------|---------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|---------|--------|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |

