地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
神奈川県立 足柄上病院
Kanagawa Prefectural Ashigarakami Hospital

令和６年度

特定行為研修

募集要項

目　次

1. 特定行為研修の目的・目標 1
研修目的 1
研修目標 1
2. 修了要件 1
3. 定員 1
4. 研修期間と募集時期 2
5. 研修内容と時間数 2
6. 受講スケジュール 3
7. 受講資格 4
8. 出願手続き 4
9. 選考方法 4
10. 受講手続きと受講料 5
個人情報の取り扱いについて 5
提出書類
様式 1　受講願書
様式 2　履歴書
様式 3　受講志願理由書
様式 4　推薦書
様式 5　緊急連絡先
アクセス
問い合わせ・提出書類送付先

1. 特定行為研修の目的・目標

目 的

安全に特定行為を実践し、看護師に求められる責務を遂行するために必要な高度かつ専門的な知識及び技能・態度を修得し、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療を担う人材の確保と人材育成を行う。

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施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。

2. 修了要件

本研修を修了するためには、次の条件を満たすこと。

1) 共通科目を全て履修し、筆記試験又は観察評価に合格すること。
2) 1)修了後、選択した区分別科目を履修し、一部の科目では実技試験に合格すること。

※本研修修了者には、保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項 第 1 号に規定する特定行為及び同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令に基づき、修了した特定行為区分ごとの修了証を交付する。研修修了者については、名簿を厚生労働省に提出する。

3. 定員

A コース創傷管理領域と B コース血糖管理領域の2コースを設置する。定員は表の通りとする。

領域名	特定行為区分	特定行為	定員
Aコース 創傷管理 領域	創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去	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	
		脱水症状に対する輸液による補正	
Bコース 血糖管理 領域	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整	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	
		脱水症状に対する輸液による補正	

4. 研修期間と募集時期

1)　研修期間:１年

共通科目を修了後に区分別科目を受講開始する。

2)　募集時期　年1回(4 月開講)

5. 研修内容と時間数

研修は、共通して学ぶ「共通科目」と特定行為区分ごとに学ぶ「区分別科目」に分かれており、講義、演習または実習によって行われる。

1)共通科目(必修科目):特定行為区分に共通して必要とされる能力を、身に着けるために学習する科目(研修期間:9 か月)

科目		時間数				
		講義	演習	実習	評価	合計
臨床病態生理学		29	1		1	31
臨床推論		26.5	16	1	1.5	45
フィジカルアセスメント		17.5	8.5	13.5	5.5	45
臨床薬理学		32.5	11.5		1	45
疾病・臨床病態概論	主要疾患の臨床診断・治療	30			0.75	30
	状況に応じた臨床診断・治療	7	3		0.25	11
医療安全学/特定行為実践		24.5	14	4.25	2.25	45
合計		167	54	18.75	12.25	252

＊共通科目講義は、e-ラーニング(令和5年度は学研メディカルサポートを使用)を受講し、確認テストに合格することが必要である。

演習は、関連する e-ラーニング講義を履修したのち実施し、事前学習・指導者の観察評価・最終レポートの評価により合格基準を満たさなければならない。

実習は、関連する講義・演習(ペーパーシミュレーション)・手技練習(模擬患者の活用、シミュレーターの利用等のシミュレーションによる学習)を履修したのち実施し、指導者の観察評価により合格基準を満たさなければならない。

症例実習は指導医師のもと実施し、症例レポートの評価により合格基準を満たす。

その後、修了試験に合格することが必要である。

2） 区分別科目（必修科目）:

各特定行為に必要とされる能力を身につけるための科目（研修期間:3 か月）

特定行為区分	時間数				
	講義	演習	実習	評価	合計
創部ドレーン管理関連	5	—	5 症例	1	6＋ 5 症例
栄養及び水分管理に係る 薬剤投与関連	12.5	2	各 5 症例	1.5	16＋ 各 5 症例
血糖コントロールに係る 薬剤投与関連	11	3	5 症例	2	16＋ 5 症例

＊区分別科目講義は、e-ラーニングで受講し、確認テストに合格することが必要である。

演習は、関連する e-ラーニング講義を履修したのち実施し、事前学習・指導者の観察評価最終レポートの評価により合格基準を満たさなければならない。

実習は、関連する講義・演習（ペーパーシミュレーション）・手技練習（模擬患者の活用、シミュレーターの利用等のシミュレーションによる学習）を履修したのち実施し、指導者の観察評価により合格基準を満たさなければならない。

その後、修了試験に合格することが必要である。

症例実習は指導医師のもと実施し、症例レポートの評価により、合格基準を満たさなければならない。

6. 受講スケジュールの目安

月（目安）	4月	4~6月	7~8月	9~11月	11~12月	1月	1月中旬~3月		翌年3月
科目	共通科目前期（3科目）			共通科目後期（3科目）		区分別科目（Aコース・Bコース共通）			
スケジュール	**開講式** 研修 ガイダンス	e-ラーニング 受講期間	演習・実習 修了試験	e-ラーニング 受講期間	演習・実習 修了試験	e-ラーニング 受講期間 演習・実習 症例実習 ガイダンス	症例実習	修了試験	**閉講式**
研修方法	集合	各自	集合	各自	集合	各自・集合	臨地	集合	集合
集合研修日数	午前半日		8日程度 （48時間）		7日程度 （37時間）	2日程度 （11時間）	症例実習 7週間の 10日程度	1日 （3.5時間）	午前半日

＊ 集合研修は神奈川県立足柄上病院で実施する。

7. 受講資格　　＊次の①から③までのすべてを満たすこと。

① 日本国内における看護師免許を有すること。

② 看護師免許取得後に、通算 5 年以上の実務経験を有すること。

③ 勤務している施設の所属の長の推薦を有すること。

＊なお、地方独立行政法人神奈川県立病院機構看護師の受講資格は、以下の④を併せて満たすこと。

④ 日本看護協会キャリアラダーステップⅢ以上であること。

8. 出願手続き

出願希望者は、締切日までに次の必要書類を郵便書類により提出する。

【出願締め切り】

2023 年 12 月 4 日(月) 当日必着

【必要書類】

1)受講願書(様式 1)

2)履歴書(様式 2)

3)受講志願理由書(様式 3)

4)推薦書(様式 4)　　＊原則として所属施設長の推薦。

5)看護師免許(写)

※提出された書類の返却はしない。

【送付先】

〒258-0003　足柄上郡松田町松田惣領 866-1

地方独立行政法人　神奈川県立病院機構　神奈川県立足柄上病院

看護教育科　看護師特定行為研修事務局

※「特定行為研修受講申請書類在中」と朱書きし、必ず「郵便書留」で送付すること。

電話:0465-83-0351 (代表)

問合せ窓口:看護教育科　看護師特定行為研修担当事務局

9. 選考方法

書類選考により実施。選考結果については、本人宛てに簡易書留にて

2024 年 2 月 2 日(金)までに通知する。

選考結果の問合せには応じない。

10. 受講手続きと受講料

受講手続き期間は、受講決定後に連絡。
受講料（消費税込）は、当院から送付する振込依頼書により振り込み（振込手修了本人負担）。

受講料
Ａコース（創傷管理領域）：一般　291,900 円
Ｂコース（血糖管理領域）：一般　309,400 円
※納めた受講料は原則として返還しない。
※研修のための宿泊及び交通費等は各自で負担。

受講料内訳
共　通 科目　一般　221,900 円
区分別 科目　コース別

領域名	区分別科目	受講料	
Ａコース 創傷管理領域	創部ドレーン管理関連 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	一般	70,000 円
Ｂコース 血糖管理領域	血糖コントロールに係る薬剤投与関連 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	一般	87,500 円

※ 上記は、令和 5 年度の受講料です。
令和 6 年度の受講料は、令和 5 年度 3 月に決定予定です。
決定した受講料については、追って連絡致します。

個人情報の取扱いについて

神奈川県立足柄上病院では「神奈川県個人情報保護条例」を遵守し、個人情報の適正な取扱いに努め、安全管理のために必要な措置を講じております。出願および受講手続にあたって提供いただいた個人情報は、書類選考の実施、選考結果の発表、受講手続き、履修関係等の必要な業務において使用させていただきます。なお、当院が取得した個人情報は、法令で定められた適正な手続による場合以外に、本人の承諾なしに第三者へ開示・提供することはありません。

様式１

受　講　願　書

年　　月　　日

地方独立行政法人　神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院　病院長　殿

ふりがな
申込者氏名（自署）

所　属　長

所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記の地方独立行政法人神奈川県立病院機構　神奈川県立足柄上病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

領域名	特 定 行 為 区 分 名

［作成上の注意］
※当院以外の指定研修機関において特定行為研修を修了している者は「特定行為研修修了証」の写しを添付すること。

様式２

カラー写真貼付
（縦4cm×横3cm）
１最近３か月以内に
撮影したもの
２上半身 脱帽 正面
３裏面に氏名を記入

履　　歴　　書

年　　月　　日現在

ふりがな 氏 名	男 ・ 女 西暦　　年　　月　　日生（　　歳）

現 住 所	〒　　－ TEL　　（　　）			
メールアドレス				
勤務先	ふりがな 名 称			
	所在地	〒　　－ TEL　　（　　）		
	職 種		職 位	
免許	（ 看 護 師 ）	西暦　　年　　月　　日	免許取得	号
	（ 保 健 師 ）	西暦　　年　　月　　日	免許取得	号
	（ 助 産 師 ）	西暦　　年　　月　　日	免許取得	号
資格	（ 専門看護師 ）	西暦　　年　　月　　日	資格取得	分野
	（ 認定看護師 ）	西暦　　年　　月　　日	資格取得	分野
学歴	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	※　高等学校<u>卒業以降</u>について記載してください。			
職歴	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	西暦　　年　　月			
	※　施設名に加え、診療科を記載してください。			
	看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の実務経験年数は含まない。）		通算　　年	

所属施設内の 教育歴 ＊ラダー等※1含む	
所属施設内の 委員会活動等	
これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格（専門、認定看護師以外）	
所属学会	

※1　ラダー等とは、公益社団法人日本看護協会が提示する「看護師のクリニカルラダー」を言う。

様式３

受　講　志　願　理　由　書

年　　月　　日

氏名

【　志願理由　】

＊研修の志願理由及び研修終了後の抱負について 800 字以内で記入してください。

（最後に文字数を記載してください）

様式４

推　薦　書

年　　月　　日

地方独立行政法人　神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院　病院長 殿

施設名
職　位
推薦者(自署)　　印

地方独立行政法人神奈川県立病院機構　神奈川県立足柄上病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【　受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入　】

同施設複数名応募の場合の優先順位：＿＿＿位＿

貴施設での症例実習指導の可能性：　有　・　無

＊特定行為区分の実習指導ができる医師が必要となります。指導できる医師とは、
指導医講習会を受けていることが条件です。

アクセス

- 小田急線「新松田駅」下車　徒歩5分
- JR御殿場線「松田駅」下車　徒歩10分

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

神奈川県立
足柄上病院

問い合わせ・提出書類送付先

〒258-0003
神奈川県足柄上郡松田町松田惣領 866-1
地方独立行政法人　神奈川県立病院機構　神奈川県立足柄上病院
看護教育科　看護師特定行為研修事務局
TEL. 0465-83-0351（代表）
E-mail：tokutei.@ashigarakami-hospital.jp