

2021年度

# 看護師特定行為研修 募集要項



社会医療法人共愛会

社会医療法人共愛会  
看護師特定行為研修

〒804-0092 北九州市戸畑区小芝2丁目5番1号

TEL/FAX:093-871-6069

## 目次

I. 看護師特定行為研修の概要	2
II. 特定行為区分と定員	3
III. 研修内容と時間数	3
IV. 研修方法	4
V. 成績評価及び修了認定	5
VI. 履修免除について	5
VII. 受講要件	5
VIII. 出願手続き	6
IX. 出願提出書類	6
X. 出願書類提出方法	7
XI. 選考方法及び日時	7
XII. 合否発表	7
XIII. 受講手続き及び研修受講料について	8
XIV. 抗体検査・予防接種について	8
XV. 個人情報の取扱いについて	8
XVI. 研修施設及び交通アクセス	9
志願書他	11～17

## I. 看護師特定行為研修の概要

### 1) 教育理念

高度な専門的知識と技能を身につけ判断ができる特定行為を実践する自律した看護師を育成する。

### 2) 教育目的

実践的な理解力や思考力、判断力を備え、高度な専門的知識と技能を身につけ、医師をサポートするとともに、チーム医療のキーパーソンとしての役割と、より安全な医療を提供する。

### 3) 教育目標

高度な看護実践に向けて、臨床病態(症状とメカニズム)について理解を深め、患者の身体を総合的に把握するための専門的知識を習得し、患者に対する援助方法や正常な機能へ戻すための方法について自ら考え、対策を立て、対処できる人材を育成する。

## Ⅱ. 特定行為区分と定員

区分別科目	特定行為名	定員数 <sup>注1)</sup>
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	中心静脈カテーテルの抜去	3名
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血 橈骨動脈ラインの確保	3名
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	3名

注1) 募集定員は、区分別科目のみ受講者を含みます。

## Ⅲ. 研修内容と時間数

共通科目	時間数(時間)
臨床病態生理学	30
臨床推論	45
フィジカルアセスメント	45
臨床薬理学	45
疾病・臨床病態概論	40
医療安全学／特定行為実践	45
合計	250

※共通科目250時間(eラーニング)のうち演習と科目試験(約41時間)は、出講日となります。

特定行為区分別科目	時間数(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	10
動脈血液ガス分析関連	17
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	18

## IV. 研修方法

### 1) 研修期間

- ・前期に共通科目(6ヶ月)履修後に、選択した区分別科目を履修します。
- ・履修免除の場合は、選択した区分別科目からの履修となります。
- ・区分別科目は、3区分の科目を選択できます。また、選択した区分別科目により研修期間は異なります。

#### 例① 共通科目履修後、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連(1区分)を履修する場合

月	前期						後期					修了認定	
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4		5
共通科目(6科目)250時間	講義(eラーニング) 演習 試験												
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連18時間							講義・演習・試験	実習5症例以上					

#### 例② 共通科目履修後、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連と動脈血液ガス分析関連の2区分を履修する場合

月	前期						後期					修了認定
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	
共通科目(6科目)	講義(eラーニング) 演習 試験											
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連18時間							各分野 講義・演習・試験	各実習5症例以上				
動脈血液ガス分析関連17時間												

注1)区分別科目を2区分選択した場合、12ヶ月の研修期間になります。

#### 例③ 共通科目履修後、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連と動脈血液ガス分析関連と栄養に係るカテーテル管理関連の3区分を履修する場合(18ヶ月期間)

月	前期						後期					修了認定
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	
共通科目(6科目)	講義(eラーニング) 演習 試験											
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連18時間							各分野 講義・演習・試験	各実習5症例以上				
動脈血液ガス分析関連17時間												

翌年/月	前期						修了認定
	6	7	8	9	10	11	
栄養に係るカテーテル管理関連10時間	各分野 講義・演習・試験		実習5症例以上				

注2)区分別科目を3区分選択した場合、研修期間は最短12ヶ月で修了認定が可能です。

- 2) 研修日程 eラーニング講義受講:月曜日～金曜日(土日・祝は休み)、原則、自宅学習  
出講日:4～5日/月でeラーニング受講状況の確認や演習
- 3) 研修時間 原則平日 9:00～16:30 ※選択区分の実習により時間は異なります。
- 4) 講義、実習、演習、科目修了試験等の詳細については、別途年間計画表を配布いたします。
- 5) 実習症例数について
  - ・区分別科目の実習は観察評価で合格基準に達した5症例以上を条件とします。
  - 症例に満たない場合には補修期間に実習を実施します。
- 6) 研修場所及び実習施設  
社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 戸畑リハビリテーション病院  
戸畑共立病院健診センター2F

## V. 成績評価及び修了認定

共通科目を全て履修し、筆記試験にて合格した後、区分別科目を履修し、筆記試験及び実習の観察評価に合格することが修了要件です。

試験は、eラーニングによる試験・筆記試験・OSCE (Objective Structured Clinical Examination:客観的臨床能力試験)の方法によって、実施します。

## VI. 履修免除について

- 1) 受講者に履修免除の申出がある場合、特定行為研修管理委員会で審議した上で履修免除を認めます。ただし、履修免除は、特定行為研修の共通科目に限ります。
- 2) 看護師特定行為研修機関と大学院教育機関で、本人が共通科目の履修免除を申請した場合に免除することができます。ただし、履修証明書等で内容を把握するとともに、面接等を実施して特定行為研修管理委員会で審議・免除した後になります。
- 3) 必要書類  
履修科目免除申請書(様式3-2)に、認定された科目の履修を証明する書類(成績証明書または単位修得証明書)を添えて他の出願書類と一緒に提出となります。

## VII. 受講要件

次の1)～5)に定める全ての要件を満たすことを条件とします。

- 1) 日本国の看護師免許を有する。
- 2) 看護師免許取得後、看護経験が通算5年以上。
- 3) 看護師賠償責任保険制度に加入している。
- 4) 特定行為研修の受講者として、所属施設の病院長(施設長)もしくは、看護部長の推薦書を有する。
- 5) BLS講習は必修であること。

- 6) ACLS講習を受けていることが望ましい。
- 7)「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」もしくは、自施設ラダーのレベルⅢ以上であることが望ましい。
- 8) 特定行為研修の指定研修機関と大学院教育機関において、共通科目を履修した者に限り、区分別科目の免除を認める。

## VIII. 出願手続き

募集期間：2020年10月12日(月)～2020年12月26日(土) 必着

募集要項は、社会医療法人共愛会ホームページより必要書類をダウンロードしてください。

※社会医療法人共愛会 <http://www.kyoaikai.com/>

## IX. 出願提出書類

- 1) 看護師特定行為研修志願書(様式1)
- 2) 履歴書(様式2)
- 3) 志願理由書(様式3-1)
- 4) 推薦書(様式4)
- 5) 看護師免許証(写し)
- 6) BLS講習受講証明書  
各施設による証明書可
- 7) 感染症の抗体価調査用紙(様式5)
- 8) 受講審査料20,000円(消費税含む)の振込を確認できる書類(写し)
  - ・受講審査料は、出願期間中に以下の受講審査料振込先に、申請者本人名で振り込んでください。
  - ・受講審査料の振込手数料は、申請者の負担となります。

受講審査料振込先	
銀行名(店名)	福岡銀行 戸畑支店
預金種別	普通
口座番号	373759
フリガナ	イ) キョウアイカイトバタキョウリツビョウイン
口座名義	社会医療法人共愛会戸畑共立病院 理事長下河邊智久

9) 受験票用写真

縦4cm×横3cm 最近6ヶ月以内に撮影した写真2枚

必ず、裏面に氏名を記入しておいてください。

10) 受験票返送封筒

角形2号の封筒(表に受験票返送先の住所、氏名、郵便番号を明記すること)に

普通郵便+簡易書留(460円分の切手)分を貼付してください。

11) 履修科目免除申請書(様式3-2)

12) 特定行為研修修了証

〈注1〉 11) 12) 履修科目免除者のみ提出してください。

13) 自施設のクリニカルラダーレベル証明書

14) ACLS講習受講証明書

〈注2〉 13) 14) 該当者のみ提出してください。

※出願提出書類につきましては、可否に関わらず返却いたしませんのでご了承ください。

## X. 出願書類提出方法

「特定行為研修受講申請書類在中」と朱書きの上、以下の送付先に必ず、「郵便書留」で郵送、または直接持参してください。

【書類提出先及び問い合わせ先】

〒804-0092

北九州市戸畑区小芝2丁目5番1号

社会医療法人共愛会 看護師特定行為研修事務局

TEL/FAX:093-871-6069

## XI. 選考方法及び日時

選考方法:書類審査及び面接を行います。

一次選考(書類審査):2021年1月4日(月)~2021年1月18日(月)

二次選考(面接):2021年2月13日(土)

(一次選考に合格した方のみ面接を行います。)

## XII. 合否発表

一次選考:2021年1月26日(火)

二次選考:2021年3月9日(火)

合否の通知は、本人宛簡易書留にて郵送します。

電話、FAX、メールでのお問い合わせには対応しませんのでご了承ください。

### XIII. 受講手続き及び研修受講料について

※受講料振込期間：2021年3月15日(月)～4月9日(金)

共通科目研修受講料	300,000円
-----------	----------

特定行為区分別科目受講料	
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	50,000円
動脈血液ガス分析関連	70,000円
OSCE 受験料	20,000円を含む
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	70,000円

※上記の他、書籍等の経費が別途必要になる場合があります。

※補助金…一般教育訓練給付金(費用の20%相当額、上限10万円)

### XIV. 抗体検査・予防接種について

- 1) 感染症に関して、抗体価検査の結果を提出してください。
- 2) 感染症の抗体価調査用紙によりウイルス抗体価が不十分な方には実習前にワクチン接種を受けてください。
- 3) 冬季はインフルエンザの予防接種を受けてください。
- 4) 抗体検査、予防接種にかかる費用は自費とします。

### XV. 個人情報の取扱いについて

個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」に基づいて取扱います。ご提供いただいた個人情報は、本研修及びこれらに付随する事項にのみ利用し、他の目的には利用しません。また、あらかじめ本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。

## XVI. 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 特定行為研修施設 及び交通アクセス



### JR九州(鹿児島本線)

九州工大前駅出口から徒歩約7分  
 戸畑駅北口から徒歩約22分  
 枝光駅出口から徒歩約45分

### バス

西鉄バス[2]戸畑循環行  
 戸畑駅から小芝まで約9分  
 西鉄バス[91]砂津行  
 枝光駅から小芝まで約15分  
 (バスを降りて、国道199号線を小倉方面に歩き、沢見二丁目の交差点を右に行き、そのまま真っすぐ行くと左手に戸畑共立病院があります。)

受付日 *	年 月 日
受験番号 *	

西暦 年 月 日

2021年度  
社会医療法人共愛会  
看護師特定行為研修  
志願書

社会医療法人共愛会 看護師特定行為研修  
管理委員長 殿

フリガナ  
志願者氏名（自署）

私は、看護師特定行為研修を受講したく関係書類を添えて出願いたします。

記

志願する特定行為研修名に丸印を付けてください。

共通科目	<input type="radio"/>
区分別科目	受講区分
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	<input type="radio"/>
動脈血液ガス分析関連	<input type="radio"/>
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	<input type="radio"/>

\*欄は記入しないでください。

## 履 歴 書

西暦 年 月 日現在

フリガナ		性別	写真 (縦 4 cm × 横 3 cm) 1. 最近 6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名記入しのみり付け
氏名		男・女	
生 年 月 日	西暦	年	月 日 生 (満 歳)
現 住 所	〒(      —      )  ① TEL (      ) 連絡先 ② TEL (      )		
E-mail			
選考結果通知先	〒(      —      )  TEL (      )		
勤 務 先	フリガナ		
	施設等名称		
	所在地	〒(      —      )  TEL (      )	
	施設長名		
免 許 等	(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
	(認定看護師資格) 西暦	年	月 日 免許取得 号
	(専門看護師資格) 西暦	年	月 日 免許取得 号
	(診療看護師資格) 西暦	年	月 日 免許取得 号
学 歴	西暦	年	月
	※高等学校以上について記載してください。		

注1 連絡先は必ず2ヶ所記入してください。

職       歴	西暦	年	月	
	～	年	月	
	西暦	年	月	
	～	年	月	
	西暦	年	月	
	～	年	月	
	西暦	年	月	
	～	年	月	
※施設名、診療科を記載してください。				
修了認定を受けた 特定行為研修区分				
資 格				
研究論文発表・執筆				
研修受講歴 (6日間以上)				
学会及び社会における 活動 (所属学会)				
賞 罰				

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為研修以外には利用いたしません。



## 履修科目免除申請書

社会医療法人共愛会 看護師特定行為研修  
管理委員長 殿

受付日 *	年 月 日
受験番号 *	

西暦 年 月 日

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

私は、共通科目の履修免除を申請いたします。

履修した大学・研修機関

大学・研修機関名	所在地
	〒 _____

※大学・研修機関については、学部・学科・コース名まで詳細に記入してください。

\*欄は記入しないでください。

# 推 薦 書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

社会医療法人共愛会 看護師特定行為研修  
管理委員長 殿

施設等の名称

施設長または看護部長名

---

社会医療法人共愛会 特定行為研修の研修生として、次の者を推薦いたします。

志願者氏名

---

【推薦理由】

## 感染症の抗体価調査用紙

社会医療法人共愛会 看護師特定行為研修

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

感染症名	抗体価検査 / 検査方法			ワクチン接種
記入例	検査日	検査法：EIA法 / ELISA法 抗体価【 24 】	陰性	接種日
	2020年 5 月 1 日		陽性	年 月 日 接種日不明
麻疹 (IgG)	検査日	検査法：EIA法 / ELISA法 抗体価【 】	陰性	接種日
	年 月 日		陽性	
風疹 (HI・IgG)	検査日	検査法：HI法 / EIA法 抗体価【 】	陰性	接種日
	年 月 日		陽性	年 月 日 接種日不明
水痘 (IgG)	検査日	検査法：EIA法 / ELISA法 抗体価【 】	陰性	接種日
	年 月 日		陽性	
水流行性 耳下腺炎	検査日	検査法：HI法 / EIA法 抗体価【 】	陰性	接種日
	年 月 日		陽性	年 月 日 接種日不明
結核	検査日	検査法：IGRA(QFT検査/Tスポット) 抗体価【 】	陰性	接種日
	年 月 日		陽性	年 月 日 接種日不明
B型肝炎	検査日 年 月 日	HBs 抗体価精密測定 抗体価【 】	陰性	接種日
			陽性	【1回目】 年 月 日 【2回目】 年 月 日 【3回目】 年 月 日 接種日不明
		Hbs 抗原	陽性	
C型肝炎	検査日		陰性	
	年 月 日		陽性	
【医療機関および担当医師名】				



社会医療法人共愛会