令和三年度　第二期生

看護師特定行為研修

受講者募集要項

【高度急性期・総合医療コース】

- ✧ 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
- ✧ 創部ドレーン管理関連
- ✧ 動脈血液ガス分析関連
- ✧ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
NCGM National Center for Global Health and Medicine

特定行為研修（高度急性期・総合医療コース：5区分10行為）について

１．教育理念

総合医療を基盤として高度先進医療、急性期医療を担う国立高度専門医療研究センターとして、高度な看護実践能力を高め、安全で質の高い医療提供に寄与できる人材を育成する。

２．教育目的・目標

重症かつ集中的な治療を必要とする高度急性期・総合医療の現場において、特定行為を実践する看護師の役割を自覚し、確かなフィジカルアセスメントと臨床推論力に基づいた初期対応ができる有能な看護師を育成する。

1) 高度急性期・総合医療の現場において、特定行為に関する臨床判断を行うために必要となる能力（知識・技術・態度）を養う。
2) 高度急性期・総合医療の現場において患者の安全に配慮しつつ、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) 高度急性期・総合医療の現場において、多職種の専門性を尊重し、効果的に協働できる能力を養う。

３．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、筆記試験及び観察評価の合格基準を満たすこと。
2) 1)修了後、区分別科目【高度急性期・総合医療コース：5区分10行為】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の修了証を交付し、研修修了者の名簿を厚生労働省に提出する。

４．受講資格

次の１）から５）のいずれの要件も満たしていること

1) 看護師免許を有し、看護師の資格取得後通算５年以上の実務経験を有すること。
2) 日本看護協会看護師賠償責任保険等の賠償責任保険に加入していること。
3) 就労しながら本研修を受講する強い意志と意欲があること。
4) 研修終了後、自施設での継続的役割な発揮と貢献する意志があること。
5) 所属長の推薦があること。

※なお、当院の看護職においては、クリニカルラダーⅢ以上の認定を受けている者が望ましい。

５．定員：３名

６．研修期間と募集時期

1) 募集時期 年１回（１２月～１月）

受講の可否は、２月初旬に書面にて連絡する。

2) 研修期間：１年

前期（４月～１０月）共通科目を履修。就労しながらe-ラーニングの受講を進め、週に１回半日程度の学習時間を設ける。

後期（１０月～３月）は、臨床研修期間とし区分別科目の履修を開始する。

※研修期間は、前期・後期続けた通年の研修受講が望ましいが、やむを得ない理由等が生じ、特定行為研修管理委員会の承認を得た場合には、中断（休学）することが可能である。中断（休学）期間は、最長1年とし、在籍期間は、最長2年間とする。

７．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つけるための科目（研修期間：6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	2	17.5	8	45
臨床薬理学	32.5	11.5	—	1	45
疾病・臨床病態概論	37	3	—	1	41
医療安全学/特定行為実践	22.5	17	3.5	2	45
合計	165	50.5	22	14.5	252

2)区分別科目（必修科目）：5区分10行為

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：6か月）

特定行為区分	時間数				
	講義	演習	実習	評価	合計
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	8	—	5 症例	2.75 （OSCE）	10.75h 5 症例
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	19.5	7	20 症例	7.5	34h 20 症例
創部ドレーン管理	5	—	5 症例	2.25	7.25h 5 症例
動脈血液ガス分析関連	11.5	—	10 症例	5 （OSCE）	16.5h 10 症例
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	12.5	2	5 症例	4	18.5h 5 症例

＊区分別科目は e-ラーニングを中心とした講義を受講し、確認テストに合格する。

＊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、指導者の観察評価により合格基準を満たす。

＊実習は関連する講義・演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す。

＊OSCE のある科目に関しては、患者に対する実技実習の前にOSCE に合格する必要がある。その後、科目修了試験に合格する。

８．研修スケジュール

進度表を参照。

各共通科目には、予備時間を設けている。研修進捗状況が遅滞する場合には、研修責任者に相談しながら、履修を進める。

９．研修方法・評価方法

共通科目履修タームは、前期（４月～１０月）とし、就労しながら履修をすすめる。

区分別科目履修タームは、後期（１０月～３月）とし、臨床研修期間とする。

修学支援として、通年、週に１回半日～1日程度の学習時間を保障する。

1) 共通科目（必修科目）

(1) 講義は、放送授業（e-ラーニング）で行い、必要科目の履修が終了した後に確認テストを実

施する。授業内容に質問事項等が生じた場合は、e-ラーニング内の「指導者への問い合わせ」ボタンを使用し、質問を行い、指導者から添削指導を受ける。

(2) 演習は、面接授業とする。演習の際は、指導責任者と受講生全員で行う。

(3) 科目修了試験は、特定行為研修室に集合しPC端末を用いて実施する。

＊すべての共通科目修了試験に合格した後、区分別科目履修タームに移行する。

2) 区分別科目（必修科目）

区分別科目においては、2グループに分かれて、救急救命センターあるいは、集中治療室（ICU）、ハイケアユニット（HCU）にて臨床研修を行う。臨床研修においては、指導責任者の指導・監督のもと、以下の通り履修を進める。

(1) 講義は、放送授業・手技動画試聴（e-ラーニング）で行い、必要科目の履修が終了した後に確認テストを実施する。授業内容に質問事項等が生じた場合は、指導責任者あるいは指導補助者に質問し指導を受けるか、e-ラーニング内の「指導者への問い合わせ」ボタンを使用し、質問を行い、指導者から添削指導を受ける。

(2) 演習は、面接授業とする。演習の際は、指導責任者と同じグループの受講生で行う。その他、レポートを提出し、添削指導を受ける。

(3) 実習は、面接授業とする。指導責任者の指導のもと、手順書の作成、シミュレーションによる手技練習を必ず行ったのち、患者に対する実技を行い、経験すべき症例数を実施する。実施後には、振り返りを行い、安全で確実な手技が実施できるよう指導を受ける。特定行為の適応・症状の範囲・更衣内容の判断・実施・報告までの一連の過程をレポートにて提出する。

(4) 科目修了試験は、特定行為研修室に集合しPC端末を用いて実施する。その間、研修責任者は立会を行い、不正がないよう管理・監督する。

＊ すべての共通科目修了試験に合格した後、区分別科目履修タームに移行する。

１０．選考方法

書類選考により行う。選考結果については、本人宛て簡易書留速達にて郵送する。電話やFAXでの合否の問合わせは不可とする。

１１．受講手続きと納付金について

受講手続き詳細については以下参照。

なお、納付金（消費税込）は、受講手続き終了後、当院から送付する納付書に基づき、振込むこと。

1) 出願手続き期間

令和2年12月1日（火） ～ 令和3年1月15日（金）

2) 出願書類

(1) 受講申請書　　（別記様式 1）

(2) 履歴書　　（別記様式 2）

(3) 志望理由書　　（別記様式 3）

(4) 推薦書　　（別記様式 4）

上司又は施設長等によるもので、人物評価及び臨床経験、研修終了後に施設で期待する役割、組織としての展望等に関する事項を含む

(5) 受講申請許可書　（別記様式 5）

(6) 看護師免許（写）

(7) 日本 看護協会看護師賠償責任保険などの賠償責任保険に加入していること が確認できる書類

(8) 審査合否結果送付用封筒

角形2 号封筒に、封筒の表に送付先の住所・氏名を明記し、返信用の郵送料及び簡易書留料金に相当する額の切手を貼付したもの

※2020年 10 月現在 450 円：基本送料 120 円＋簡易書留 320 円

＊様式第 1 号～第 5 号については、所定の様式を用いて提出してください。提出された書類は返却いたしません。

3) 出願書類提出方法

角型2号封筒の表に「特定行為研修受講申請書類在中」と朱書きの上、受講申請書類(1)～(8)を「簡易書留」で下記まで郵送、あるいは、直接持参のこと。

【送付先】
〒162-8655
東京都新宿区戸山 1-21-1
国立研究開発法人　国立国際医療研究センター病院
看護部　看護師特定行為研修係

問合せ窓口：看護部　特定行為研修担当者　電話：03-3202-7181 （代表）
e-mail：kango@hosp.ncgm.go.jp

4) 納付金

(1)入講料20,000円

(2)共通科目の受講料 一括450,000円

(3)区分別科目（5区分10行為）の受講料 一行為20,000円

※納付金は、前期・後期に分けて納付する。納めた納付金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にて実費負担とする。

※院内職員に関しては、(2)の費用のみとする。

※令和3年度に受講する院内職員に関しては、奨学金として90,000円差し引くこととする。

5) 募集受講生の今後の日程（目安）

令和3年4月12日　入講式・オリエンテーション

令和3年4月12日　共通科目受講開始

令和3年10月上旬　共通科目修了判定

令和3年10月中旬　区分別科目受講開始

令和4年3月中旬　区分別科目修了判定・修了式

●個人情報の取り扱いについて

国立国際医療研究センター病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努め、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選考試験の実施、合格発表、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、法律で定められた適正な手続により開示を求められた場合以外に、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。

アクセス

●地下鉄を利用の方

都営地下鉄　大江戸線　若松河田駅（河田口）から徒歩5分

東京メトロ　東西線　早稲田駅（2番出口）から徒歩15分

●都営バスをご利用の方

新宿駅から（宿74系統） 医療センター経由女子医大行き「国立国際医療研究センター前」下車　徒歩1分

大久保・新大久保から（橋63系統） 新橋行き「国立国際医療研究センター前」下車　徒歩1分

市ヶ谷・新橋から（橋63系統） 小滝橋車庫行き「国立国際医療研究センター前」下車　徒歩1分

都営飯田橋駅前（C1またはC3）から（飯62系統） 牛込柳町駅経由小滝橋車庫行き「国立国際医療研究センター前」下車　徒歩1分

様式第１号　　※受付番号：

受講申請書

国立研究開発法人

国立国際医療研究センター病院長　殿

私は、国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院における特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて申請します。

西暦　　年　　月　　日

氏名（自署）　　印

様式第２号

＊受付番号：

履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

写真貼付
（縦 4cm×横 3cm）
１．最近６ヶ月以内に撮影したもの
２．裏面に氏名を記入

フリガナ		男・女	
氏名		印	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生（満　　歳）		
フリガナ			TEL：
現住所			携帯： E-mail：
勤務先 フリガナ			緊急連絡先
勤務先 所属施設名			氏名　　（続柄　　） TEL：03-××××-×××× 携帯：090-××××-××××
勤務先 所属施設住所			TEL： FAX：
勤務先 職種		職位	

免許・資格	看護師	（西暦）　　年　　月　　日取得　登録番号：	
	専門看護師資格	（西暦）　　年　　月　　日取得	専門看護分野：　　登録番号
	認定看護師資格	（西暦）　　年　　月　　日取得	認定分野：　　登録番号
	特定行為研修修了	(西暦)　　年　　月　　日修了	研修機関名：

学歴（※西暦で記入、高等学校から記入）	
（西暦） 年　　月卒業	高等学校
年　　月入学 年　　月卒業	
年　　月入学 年　　月卒業	
年　　月入学 年　　月卒業	

職歴（※西暦で記入、施設に加え診療科を記載してください）		勤務年数
年　　月～ 年　　月		年　　ヶ月
年　　月～ 年　　月		年　　ヶ月
年　　月～ 年　　月		年　　ヶ月
年　　月～ 年　　月～		年　　ヶ月
年　　月～ 年　　月～		年　　ヶ月

様式第２号

＊受付番号：

履　　歴　　書（見本）

西暦　　年　　月　　日現在

写真貼付
（縦 4cm×横 3cm）
１．最近６ヶ月以内に撮影したもの
２．裏面に氏名を記入

フリガナ	コクサイ　ハナコ	男・女	
氏名	**国際　花子**	印	
生年月日	（西暦）〇〇〇〇年 〇〇月〇〇日生（満〇〇歳）		
フリガナ	トウキョウトシンジュククトヤマ		TEL：03-××××-××××
現住所	〒162－〇〇〇〇 東京都新宿区戸山〇丁目〇番〇号		携帯：090-××××-×××× E-mail：××@××.co.jp
勤務先 フリガナ	コクリツコクサイイリョウケンキュケンキュウセンター		緊急連絡先
勤務先 所属施設名	**国立国際医療研究センター病院**		氏名　（続柄　）
			TEL：03-××××-×××× 携帯：090-××××-××××
勤務先 所属施設住所	〒162－〇〇〇〇 東京都新宿区戸山〇丁目〇番〇号		TEL：03-××××-×××× FAX：03－〇〇〇〇－〇〇〇〇
勤務先 職種	看護師	職位	副看護師長

免許・資格	看護師	（西暦）〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日取得	登録番号：〇〇〇〇〇〇〇号
	専門看護師資格	（西暦）〇〇〇〇年〇〇月〇〇日取得	専門看護分野：〇〇〇〇認定登録番号〇〇〇〇〇〇号
	認定看護師資格	（西暦）　年　月　日取得	認定分野：〇〇〇〇　認定登録番号〇〇〇〇〇〇号
	特定行為研修修了	（西暦）　年　月　日修了	研修機関名：

学歴（※西暦で記入、高等学校から記入）	
（西暦） 〇〇〇〇 年　〇月卒業	〇〇県立〇〇高等学校〇〇科　卒業
〇〇〇〇 年　〇月入学 〇〇〇〇 年　〇月卒業	〇〇大学看護学部　入学 同　卒業
年　月入学 年　月卒業	
年　月入学 年　月卒業	

職歴（※西暦で記入、施設に加え診療科を記載してください）		勤務年数
〇〇〇〇年　〇月～ 〇〇〇〇年　〇月	〇〇〇〇〇〇病院　〇〇病棟（〇〇科）	〇年　〇ヶ月
〇〇〇〇年　〇月～ 年　月	〇〇〇〇〇〇病院　〇〇病棟（〇〇科） 〇〇〇〇年〇〇月現在勤務中	〇年　〇ヶ月
年　月～ 年　月		年　ヶ月
年　月～ 年　月		年　ヶ月

様式第３号　　※受付番号：

志望理由書

記入年月日：西暦　　年　　月　　日

氏名(自署)　　印

○看護師特定行為研修を志願した理由および認定後に自施設でどのような役割発揮をしていきたいと考えているか記入してください。（文字サイズ:11 ポイント、800 字程度）

様式第４号　　※受付番号：

推薦書

西暦　　年　　月　　日

国立研究開発法人　国立国際医療研究センター病院長　殿

下記の者を、看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

受講志望者氏名

推薦理由（研修修了後に貴施設で期待する役割などもご記入ください）

施設名

推薦者職位

推薦者氏名　　印

（推薦者は、上司又は施設長とする）

様式第５号　　※受付番号：

受講申請許可書

西暦　　年　　月　　日

国立研究開発法人　国立国際医療研究センター病院長　殿

受講志望者氏名

上記の者が、国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院　看護師特定行為研修の受講申請することを許可します。

施設名

代表者職位

代表者氏名　　印

（代表者は各医療機関の施設長とする）