

佐賀大学医学部附属病院  
特定行為研修

# 募集要項

2020 年度

# I. 研修概要

## 1. 佐賀大学医学部附属病院特定行為研修の基本理念と目標

### 1) 研修の基本理念

佐賀大学医学部附属病院特定行為研修（以下「本研修」という。）は、病院理念「患者・医療人に選ばれる病院を目指して」の精神に基づき、全ての人々の尊厳を重んじ、高度急性期医療及び急性期医療の現場において、チーム医療のキーパーソンとして、患者・国民のニーズに応えることは無論、医師・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えるよう看護師の人材育成をめざし、特定行為を実施する上で必要となる学習環境を提供します。本研修を通じて、経験を積んだ看護師がたゆみなく自己研鑽し、チーム医療の要として活躍すると共に、看護観を深め、品性のある全人的看護を提供できることを期待します。

### 2) 研修の目標

- (1) 地域医療およ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おこない、特定行為を行う上での知識、技術、態度の基礎的能力を養う。
- (2) 患者の安心に配慮しつつ、特定行為を安全に実行できる基礎的能力を養う。
- (3) 医師を含む他職種との連携において、協力的態度で各専門職が効果的に医療にあたるような基礎的能力を養う。
- (4) 患者のニーズに応え、自らの実践を振り返り、さらに看護実践を標準化する能力を養う。

## 2. 特定行為研修の教育体制

本研修では、特定行為における豊富な臨床経験に加え各学会認定の指導医や専門医等を有する医師と特定行為研修を修了した看護師等が指導にあたり、教材は、e-learning を主体とし、受講生は各自のペースに合わせて繰り返し学習することができます。また、当院の卒後臨床研修センターには、多くのシミュレーターを備えたスキルステーションやセミナー室等を備えているほか、大学の図書館やネット環境などの学習環境を整備しています。

## 3. 開講する特定行為区分及び定員

【術中麻酔管理領域パッケージ】 定員：3名

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の離脱
	人工呼吸器からの離脱
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
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整

#### 4. 研修期間

原則1年（令和2年10月1日～令和3年9月30日）とし、在籍期間は2年（24ヶ月）を限度とします。

事項	日程（予定）
開講式・ガイダンス	2020年10月1日
共通科目受講開始	2020年10月5日
区分別科目受講開始	2021年4月上旬
修了判定／修了式	2021年9月中旬／下旬

#### 5. 研修内容及び研修時間数

本研修は、すべ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」で構成され、講義、演習および実習によって行われます。

講義は、勤務先や自宅で e-learning による受講が可能ですが、演習・実習については当院での集合教育となります。e-learning による受講には、インターネット環境のあるパソコン、タブレット、スマートフォン等が必要です。当院でも受講することができます。

##### 1) 共通科目

履修科目	時間数				
	講義	演習	実習	評価	合計
臨床病態生理学	27	2		1	30
臨床推論	35	8	1	1	45
フィジカルアセスメント	39	3	2	1	45
臨床薬理学	35	9		1	45
疾病・臨床病態概論 主要疾患の臨床診断・治療	27	2		1	30
疾病・臨床病態概論 状況に応じた臨床診断・治療	7	2		1	10
医療安全学／特定行為実践	22	13	9	1	45
<b>合計</b>	<b>192</b>	<b>39</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>250</b>

##### 2) 区分別科目

科目	時間数(時間)				
	講義	演習	実習	評価	合計
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9	-	5 症例	1	10+5 症例
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	13	4	各 5 症例	1	18+10 症例
動脈血液ガス分析関連	13	-	各 5 症例	1	14+10 症例
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	10	1	5 症例	1	12+5 症例
術後疼痛管理関連	7	1	5 症例	1	9+5 症例
循環動態に係る薬剤投与関連	11	1	5 症例	1	13+5 症例
<b>合計</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>40 症例</b>	<b>6</b>	<b>76+40 症例</b>

## 6. 修了要件

本研修を修了するためには、次の以下の要件を満たし、当院の特定行為研修管理委員会において修了が認定された場合、科目別履修証明書及び区分別修了認定書を交付します。

- ① 共通科目を全て履修し、筆記試験並びに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、筆記試験及び観察評価、一部の科目では実技試験に合格すること

## II. 応募要領

### 1. 応募資格

次の要件をすべて満たしていることが必要です。

- 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、5年以上の実務経験を有すること
- ③ 勤務している場合、所属長（看護部長又は同等職位の所属長）の推薦を有すること

### 2. 出願手続き

1) 出願期間 令和2年9月16日(水) ～ 9月22日(火) 必着

### 2) 提出書類

- ① 受講願書（職務経歴を含む）（様式1）
- ② 推薦書（様式2）
- ③ 志願理由書（様式3）
- ④ 看護師免許証（写）
- ⑤ 実務経歴証明書（様式4）  
\* ④⑤に関しては、佐賀大学医学部附属病院に在職中の者は不要です
- ⑥ 受講審査料の振込を確認できる書類（写）
- ⑦ 受験票返送封筒  
\* 長3封筒に受験票返送先の郵便番号、住所、氏名を明記し、84円切手を貼付してください
- ⑧ その他  
共通科目及び区分別科目において、既に特定行為研修を修了している場合、履修免除を申請することができます。以下の書類を提出してください。
  - ・履修免除申請書
  - ・特定行為研修修了証明書(写)
  - ・成績通知書(写)

### 3) 提出先

〒849-8501

佐賀県佐賀市鍋島5丁目1番1号

佐賀大学医学部附属病院 医学部総務課人事主担当（担当：古川） 0952-34-3029

#### 4) 提出方法

封筒表に「特定行為研修受講申請書類在中」と朱書きの上、郵便書留で郵送、もしくは直接持参してください。

#### 5) 審査料の納付

審査料 10,000 円(税込)

審査料は、請求書に明記された振込先へ支払期限までに、申請者本人名でお振込みください。

\* 既に納入した審査料は、原則として返還いたしません。

#### 6) 選考方法

書類審査及び面接により行います。面接の日時は出願期間終了後に連絡します。なお、選考結果については、本人宛の簡易書留速達にて郵送予定です。

#### 7) 合否発表

令和 2 年 9 月 28 日 (月)

合否の通知は、本人宛簡易書留で郵送します。電話、FAX、メールでの問い合わせには対応しませんので、ご了承ください。

#### 8) 履修科目免除について

受講申請時の書類提出と面接の結果により、特定行為研修管理委員会で承認後、合格通知書と共に結果を通知いたします。

### III. 受講料

#### 1. 受講料

合否発表の際に、受講手続きおよび研修受講料の振込について詳細をご案内します。

・共通科目受講料	400,000 円
・区分別科目受講料	300,000 円
<b>合 計</b>	<b>700,000 円</b>

\* 既に納入した受講料は、原則として返還いたしません。

#### 2. その他

実習期間中は、任意保険（看護師賠償責任保険）への加入が必要となります。

### IV. 個人情報の取扱いについて

当院では、「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報保護に関する方針を掲げ、履行しています。出願及び受講手続き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のみ使用させていただきます。なお、取得した個人情報は、法律で定められた適正な手続き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。

研修及び募集に関するお問い合わせ

医学部総務課人事主担当（担当：古川） 0952-34-3029

(様式1)

## 特定行為研修受講願書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院

特定行為研修管理委員会委員長 殿

氏 名 印

特定行為研修を受講いたしたく、必要書類を添付のうえ願書を提出いたします。

(フリガナ) 氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	性 別	男 ・ 女
現住所			
連絡先			
看護師免許番号	No. ( 年 月 日)		
勤務先			
学 歴	入学年月日	卒業年月日	学校名
職 歴	就職年月日	退職年月日	(上段) 病院名・職種等 ----- (下段) 職務内容等
			----- -----
			----- -----
			----- -----

学会発表および執筆、所属施設外の社会活動等の実績



(様式2)

# 推薦書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院

特定行為研修管理委員会委員長 殿

推薦者氏名 (自署)

印

施設名

住所 〒

TEL :

下記の者は、佐賀大学医学部附属病院特定行為研修の受講生として、要件を十分に満たしていると評価されますので、ここに推薦いたします。

受講申請者氏名 :

推薦理由

--

(様式3)

# 志 願 理 由 書

令和 年 月 日

氏名

印

\*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。

(様式 4)

## 実務経験証明書

下記の者は、当施設において業務に従事したことを証明します。

氏名	
生年月日	
職種	
業務内容	
従事態様	1週間あたりの従事日数 日 1日あたりの従事時間数 時間
実務経験期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 年 カ月)

令和 年 月 日

施設名

所在地

管理者職名

および氏名