

# 看護師特定行為研修 募集要項

(術中麻酔管理領域)



独立行政法人 国立病院機構

**横浜医療センター**

(指定医療機関番号：2014014)

# 特定行為研修の概要

## <はじめに>

国立病院機構は、「私たち国立病院機構は、国民一人ひとりの健康と我が国の医療の向上のため、たゆまぬ意識改革を行い、健全な経営のもとに患者さんの目線に立って懇切丁寧に医療を提供し、質の高い臨床研究、教育研修の推進につとめます。」の理念のもと、急性期医療からセーフティネット分野の医療を担い、地域医療に貢献してきました。

医療を取り巻く環境が変化しても、患者や地域住民が必要とする医療を安定的かつ継続的に提供していく上では、医療提供体制の充実・強化が必要不可欠です。また、医療の質を向上させ、維持するために、未来を担う医療人の育成は国立病院機構の責務と考えます。これらの使命を果たすべく、国立病院機構は看護師特定行為研修を推進することとしました。

## <国立病院機構横浜医療センターの理念>

私たちは、人権を尊重し、思いやりの心をもって、安全で納得していただける患者中心の医療を目指します。

私たちは、急性期の地域医療を基盤として、質の高い総合的な専門医療を提供すると共に、関係医療機関と密接な連携をもつ地域完結型医療を目指します。

私たちは、健全な病院運営を心がけ、患者の皆様がより良い医療が受けられ、地域で選ばれる病院になるべく日々努力していきます。

## <研修理念>

国立病院機構横浜医療センター 看護師特定行為研修（以下「本研修」という。）は、チーム医療の要である看護師が、医療機関や在宅において患者や利用者の状態・状況を自律的に判断し、特定行為の実施も含めた適切な医療を提供することにより、これからの時代に望まれる医療の実現（再構築・姿）に向けて役割が果たせることを目指します。なかでも、特定行為の実施にあたっては、研修後も自己研鑽を重ね、より安全で質の高い看護の提供を探求する姿勢を養うことを重視します。また、本研修は地域医療構想の実現、地域包括ケアシステムの構築に貢献できる看護師の育成を、地域の医療機関とともに連携・協働して行っていくものとし、地域における医療人の育成に貢献していきます。

## <研修目的>

医師の包括的な指示のもと、診療の補助（特定行為）が安全かつ医療倫理に基づき実施できる基礎的能力を養う。

## <研修目標>

1. 多様な臨床場面において、対象の病態とその変化を迅速かつ包括的にアセスメントできる。
2. 多様な臨床場面において、必要な治療を理解した上で、対象の状態に応じた対処を導くことができる。
3. 多様な臨床場面において、患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実践できる。
4. 対象の問題解決に向けて、多職種専門性を尊重し、効果的に協働することができる。
5. 自らの看護実践を検証し、判断力・技術力の向上及び標準化するための能力を身につける。

<研修内容>

1. 共通科目

No	科目名	時間数
1	臨床病態生理学	30時間
2	臨床推論	45時間
3	フィジカルアセスメント	45時間
4	臨床薬理学	45時間
5	疾病論・臨床病態論	40時間
6	医療安全学	45時間
7	特定行為実践	
小 計		250時間

2. 区分別科目：術中麻酔管理領域（実習が中心）

特定行為区分	特定行為	時間数
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	11.25 時間
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	18.5 時間
	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	16.5 時間
	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	12.25 時間
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	9.25 時間
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	13.25 時間

\*区分別科目を履修するためには、共通科目の全科目に合格していることが必要です。

\*共通科目・区分別科目ともに講義をe-ラーニングにて各個人が受講後、演習・実習を研修施設にて行います。

\*演習・実習の順序は、状況により順番を入れ替えることがあります。

\*記載の時間数には修了試験（筆記試験・実技試験・実習評価等）の時間を含まず。また、修了試験は基本的に各演習・実習の後に行われますが、状況により別の演習・実習が間に入ることがあります。

\*演習・実習は原則として平日で実施します。

<研修修了要件>

研修科目における出席時間が当該科目時間数を満たしたうえで、各科目に定める修了試験に合格すること。

\*特定行為研修修了後、修了証を交付し、研修修了者の名簿を厚生労働省に提出します。

<研修場所・演習・実習施設>

e-ラーニングによる講義：所属施設（自宅でも受講可）

演習・実習・修了試験：独立行政法人国立病院機構横浜医療センター内の都度指定する研修場所

<研修期間・スケジュール>

研修期間は1年を見込んでおりますが、状況により研修期間は前後することがあります。(以下の表は一例です。状況により実際のスケジュールと異なることがあります。)

月数	1月目		10月目		11月目		12月目	
研修内容	開講式 ガイダンス	共通科目 開始	共通科目 修了	区分別科 目開始	区分別科 目修了	臨地実習 開始	臨地実習 修了	修了式

<研修経費>

1. 受講料(税込)

所 属	受講料
独立行政法人国立病院機構の病院に所属する者	450,000円
独立行政法人国立病院機構以外の施設に所属する者	600,000円

2. その他

学習に必要なテキスト等の書籍費

<その他>

1. 履修免除について

他の大学・研修等での履修学習の読み替えは、当研修では予定しておりません。

2. 看護職賠償責任保険について

本研修の受講決定後は、開講式までに看護職賠償責任保険に加入してください。

3. 集合研修中の宿泊先は研修生で手配してください。

4. e-ラーニングでの講義はご自宅にて受講することができます。ご自宅のネットワーク環境がサポートされている環境かどうかについては、当院のe-ラーニングコンテンツ「看護師特定行為研修『全日病 SQUE e-ラーニング』」を提供する一般社団法人 S-QUE(エスキュー)研究会(0120-128-774)へお問い合わせください。

5. 看護師特定行為研修については、給付金や助成金、奨学金などの対象となることがあります。詳細につきましては国やお住まいの自治体、関係団体のウェブサイトをご確認ください。

# 募集要項

## 1. 受講資格

以下のすべてを満たしていること

- 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5年以上の実務経験を有すること
- 3) 所属施設長の推薦を有すること

## 2. 募集人員 5名

## 3. 試験日 出願の都度、書類選考通過者に当院より通知 (募集人員に達している可能性がありますので、出願の際には事前に特定行為研修担当者へお問合せ下さい。)

## 4. 試験科目 小論文(800字程度)、面接試験

## 5. 出願手続

### 1) 出願期間

当院ウェブサイトの特定行為研修のページにて随時掲載

### 2) 出願書類

- (1) 受講申請書(指定用紙)
- (2) 履歴書(指定用紙)
- (3) 志願理由書(指定用紙)
- (4) 推薦書(指定用紙)
- (5) 看護師免許の写し(A4サイズ)
- (6) 審査料の支払を証明できる書類

### 3) 審査料 20,000円(税込)

### 4) 出願書類の書き方

#### (1) 受講申請書: 指定用紙(様式1)

「申請者氏名(ふりがな)」は、本人が署名し押印してください。

#### (2) 履歴書: 指定用紙(様式2)

- ① 年齢は、履歴書に記載の年月日時点の年齢で記入してください。
- ② 電話番号は、いつでも連絡がとれる番号をいずれか1つは記入してください。
- ③ 一般学歴・専門学歴は、いずれも最終学歴を記入してください。
- ④ 職歴は、正式な施設名と診療科、勤務期間を記入してください。
- ⑤ 写真は3か月以内に撮影したもの(縦40mm×横30mm、裏面に氏名記載)を貼付してください。なお、書類選考通過後に送付される受験票に貼り付けるための同一サイズの写真も併せてご用意ください。(履歴書用と受験票用で計2枚必要です)

#### (3) 志願理由書: 指定用紙(様式3)

「志願理由」は、臨床看護の経験を含めて、具体的に記載してください。なお、文字数に制限はありませんが、様式の文字と同等以上の文字の大きさと、枠内に収めてください。

#### (4) 推薦書: 指定用紙(様式4)

- ① 推薦者氏名には、施設長の氏名を記入し、施設長印を押印してください。

②「推薦理由」は、「受講希望者の看護実践能力、研修修了後の期待される役割等」を具体的に記載してください。なお、文字数に制限はありませんが、様式の文字と同等以上の文字の大きさを、枠内に収めてください。

③推薦書は「厳封」にて準備してください。開封すると無効になるので、厳封のまま送付してください。

(5) 看護師免許証の写し

看護師免許（原本）をA4サイズに縮小し複写したものを提出してください。

5) 出願方法

出願書類を一括して封筒に入れ、書留郵便での郵送又は持参してください。

封筒の表の左側に、「特定行為研修」と朱書きしてください。

6) 注意事項

(1) 書類選考通過者には、後日受験票をお送りします。受験票は到着後、所定の位置に写真を貼り、必要事項を記載のうえ、試験日当日まで大切に保管してください。

(書類選考通過者宛に当院より受験票を発送することをもって、書類選考通過の発表に代えさせていただきます。選考試験日の3日前までに到着するよう発送します。)

(2) 提出した書類は、返還できません。書類不備がある場合には受験を認めないことがあります。

6. 選考方法

書類選考後に小論文、面接試験の結果により判定します。

7. 試験会場及び時間割等

1) 試験会場

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 会議室

2) 時間割

受験票に記載

3) 試験科目

小論文（60分）／面接（15分）

4) 試験に持参するもの

(1) 受験票

(2) 筆記用具（鉛筆・シャープペンシルを準備してください）

(3) 昼食（時間割が午前から午後にまたがる場合には必要です。）

5) 試験時の注意点

(1) 試験中は携帯電話の電源を切って、カバンに入れてください。

(2) 試験中は、係員の指示に従ってください。

(3) 病院駐車場は、原則使用できません。公的交通機関で来院ください。

8. 合格発表・入講手続

1) 合格発表：

(1) 合格者宛に当院より入講手続書類を発送することをもって、合格発表に代えさせていただきます。選考試験日の10日後までに到着するよう発送します。

(2) 電話やFAX、メールでの合否の問い合わせには応じられません。

2) 入講手続

(1) 入講に係る手続きについては、合否結果の通知文書に書面を同封し案内します。提出期限等につきましては書面をご確認ください。

## 9. お支払いについて

### 1) 審査料

- (1) 納入方法は、銀行振込とします。その他の支払方法は原則認めません。
- (2) 支払い方法は一括のみとします。
- (3) 振込手数料は、ご依頼人の負担となります。
- (4) 振込の際には振込依頼人名を「トクテイウイ+（お名前フルネーム）」として下さい。
- (5) 審査料の支払を証明できる書類の写しを必ず出願書類とともに提出してください。（「依頼人情報」「受取人情報」「日付」「金額」が分かる書類が該当します）
- (6) 納入した審査料は返金できません。
- (7) 振込口座は以下のとおりです。

銀行名 三井住友銀行 横浜中央支店 普通預金 口座番号 112381 口座名義 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター
--

### 2) 受講料

- (1) 納入方法は、銀行振込とします。その他の支払方法は原則認めません。
  - (2) 支払い方法は一括のみとします。
  - (3) 振込手数料は、ご依頼人の負担となります。
  - (4) 振込の際には振込依頼人名を「トクテイウイ+（お名前フルネーム）」として下さい。
  - (5) 開講式の2営業日前までに振込が確認できない場合には、受講辞退とみなします。
  - (6) 納入した受講料は原則として返金できません。ただし以下の場合には受講料の全部又は一部を返金することがあります。返金の際には受講料の支払を証明できる書類が必要です。（「依頼人情報」「受取人情報」「日付」「金額」が分かる書類が該当します）
    - ①開講式の10日前までに受講辞退の意思表示をした場合
    - ②特別な事由があり、かつ当院の特定行為研修管理委員会にて返金が承認された場合
  - (7) 受講料の振込口座は審査料と同様です。
- 3) テキスト代、実習ユニフォーム代、コピー代などは受講生の実費です。
- 4) その他発生する費用の取り扱いについては、入講時にお渡しする「受講生便覧」及び横浜医療センターで定める規則に準じます。

## 9. その他

- 1) 提出された書類により得られた個人情報、受講審査関連のために利用し、その他の目的には一切使用しません。
- 2) 横浜医療センターのウェブサイトから、募集要項、出願書類がダウンロードできます。  
<https://yokohama.hosp.go.jp/>

## 10. 試験に関する書類の送付先及び問い合わせ先

〒245-8575

神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター

特定行為研修担当者

電話（代表）：045-851-2621

\* 祝祭日を除く月～金曜日の8:30～17:15までにご連絡ください。

## 記入見本

(様式 2)

## 履歴書

西暦 2022 年 3 月 10 日現在

正面上半身  
(40×30mm)  
3か月以内に  
撮影したもの  
裏面に氏名を記入

フリガナ	ヤマダ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	山田 花子	山田
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 31 歳)	

フリガナ	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ	
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1	TEL 0123-456-7890 携帯TEL 090-1234-5678
フリガナ	〇〇ケンリツ 〇〇ビョウイン	
所属施設名	〇〇県立 〇〇病院 *正式名称を記入すること	
所属施設 住所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町2丁目2-2	TEL 0123-194-1110 所属部署もしくは内線番号 ( 内線 456 ) FAX 0123-194-1112
免許取得年月日	保健師 西暦 年 月 日	号
	助産師 西暦 年 月 日	号
	看護師 西暦 2010 年 4 月 5 日	〇〇〇〇〇 号
資格取得		
【資格名】 *上記以外の医療に関する資格のみ記載 感染管理認定看護師	【取得年】 2017年	
学 歴		
一般学歴	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業
職 歴		
【施設名・診療科】 〇〇県立〇〇病院 (外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従 看護師3年) 現在に至る	【期間】 2010年4月～	

## 受講申請書

独立行政法人 国立病院機構

横浜医療センター 院長 様

私は、独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 特定行為研修を受講いたしたく、  
ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

フリガナ  
申請者氏名 (自署)

印

## 履 歴 書

西暦 年 月 日現在

正面上半身 (40×30mm) 3か月以内に 撮影したもの 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TEL
フリガナ			
所属施設名			
	*正式名称を記入すること		
所属施設 住 所	〒		TEL 所属部署もしくは内線番号 ( ) FAX
免許取得年月日	保健師	西暦 年 月 日	号
	助産師	西暦 年 月 日	号
	看護師	西暦 年 月 日	号
資格取得			
【資格名】 *上記以外の医療に関する資格のみ記載		【取得日】	
学 歴			
一般学歴			西暦 年 月 卒業
専門学歴			西暦 年 月 卒業
職 歴			
【施設名・診療科】		【期間】	

# 志 願 理 由 書

西暦 年 月 日

氏 名

\*パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

# 推 薦 書

西曆 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

横浜医療センター 院長 様

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

推薦理由



## 電車・バス

## ACCESS

### JR戸塚駅

戸塚駅西口の戸塚バスセンター  
 戸50「ドリームハイツ」  
 戸52「俣野公園・横浜薬大前行」  
 「横浜医療センター前」で下車  
 戸55「横浜医療センター経由 俣野公園・横浜薬大前行」  
 「横浜医療センター」で下車  
 戸56「横浜医療センター」終点

### JR大船駅

船21「立場ターミナル行」  
 船22「俣野公園・横浜薬大前経由 立場ターミナル行」  
 船24「俣野公園・横浜薬大前行」  
 船25「ドリームハイツ」  
 「横浜医療センター前」で下車  
 小型乗合バス「こすすめ号」(昼のみ)  
 「横浜医療センター」で下車

### JR藤沢駅

藤54「俣野公園・横浜薬大前行」  
 「横浜医療センター前」で下車  
 藤55「横浜医療センター行」  
 「横浜医療センター」で下車



横浜市南西部地域中核病院

独立行政法人 国立病院機構

# 横浜医療センター

National Hospital Organization Yokohama Medical Center

〒245-8575

神奈川県横浜市戸塚区原宿三丁目 60 番 2 号

電話 (代表) : (045) 851-2621

FAX (代表) : (045) 851-3902



当院は日本医療機能評価機構  
 (3rdG:Ver2.0) の認定病院です。