

2024年度



看護師特定行為研修 募集要項 (1区分3行為)



独立行政法人国立病院機構
肥前精神医療センター

National Hospital Organization Hizen Psychiatric Medical Center



指定研修機関番号：2141006

第3回生 開講式



医療安全学/特定行為実践 演習



フィジカルアセスメント実習



特定行為研修の概要

1. 国立病院機構の理念

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に、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

2. 病院の理念

この病院で最も大切な人は患者さんである

人としての尊厳と人権を守り、信頼される医療を提供し、高度の医療・臨床研究・研修の創造的統合をめざします

3. 特定行為研修の理念

国立病院機構病院 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。

さらに、肥前精神医療センターで行う特定行為研修は、精神科に携わる看護師が医学的根拠に基づく判断を看護実践に活かせるスキルを身につけ、精神科医療に貢献できる人材の育成を目指します。

<研修目的>

精神科医療において、医師の包括的な指示のもと、看護師による診療の補助（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とともに、チーム医療の一員として役割が発揮できる看護師を育成する。

<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。
6. 医師の指示のもと、手順書に基づきフィジカルアセスメントを行い、医師から指示された病状の範囲内であることを適切に確認し、実施の可否を判断するための能力を身につける。
7. 特定行為の介入について、アセスメントから実施判断、評価、報告までのプロセスを学習することができる。

<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

* 共通科目は、講義・演習（e-ラーニング）、実習で構成されます。時間数には試験時間を含みます。

2. 区分別科目

No	特定行為区分	特定行為	時間数
20	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与	34時間 3×5症例
		抗精神病薬の臨時の投与	
		抗不安薬の臨時の投与	
小計			15症例

* 区分別科目は、講義・演習（e-ラーニング）、実習で構成されます。時間数には筆記試験時間を含みます。

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必要があります。

<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、各科目に定める終了試験（筆記試験・実技試験・実習評価等）に合格すること。

* 特定行為研修終了後、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。

<研修期間・スケジュール>

2024年5月～2025年2月

科目	月	5	7	8		9	10		3
		上旬	上旬	上旬	下旬	中旬	上旬	中旬	上旬
共通科目	開講式	ガイダンス 履修開始	集合教育 3日間	集合教育 2日間	集合教育 2日間	集合教育 5日間			修了式
区分別 科目					ガイダンス	履修開始	集合研修 2日間	臨地実習 開始	

<研修場所・実習施設>

集合研修：独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 医師養成研修センター3階
e-ラーニング・実習期間：所属施設

<研修経費>

1. 受講料

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

他の特定行為研修指定研修機関及び放送学習（e-learning）での学習内容が、本研修の学習内容に相当するものと認められる場合、共通科目に限り履修免除となることがあります。出願時に書類の提出が必要となりますので、出願前に問い合わせ先までご連絡ください。

2. 看護職賠償責任保険について

本研修の受講決定後は、看護職賠償責任保険の加入が必要です。入られていない方は開講式まで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。

当院の宿泊施設を利用される場合は、管理課庶務係での手続きが必要です。

担当：庶務班長

応募要領

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（受講年度の4月1日時点）
- 3) 所属施設長の推薦を有すること

2. 募集人員 8名

3. 試験日 2024年3月4日（月）

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 2024年1月16日（火）～2024年2月19日（月）消印有効

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所属施設長の推薦書（指定用紙）
- ⑤実習施設情報（指定用紙）*入講決定後提出
- ⑥履修免除申請書（指定用紙）
- ⑦看護師免許の写し（A4サイズ）
- ⑧受験票・写真票

3) 審査料 20,000円

(1)納入は、最寄りの銀行に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入のうえ、審査料 20,000円を本人名義で振り込んでください。（ATMは利用しないでください。）

(2)振込手数料は、ご依頼人の負担となります。

(3)「振込金受取書」をもって領収書に代えますので、保管してください。

(4)振込後は「振込金受取書」のコピーを出願書類とともに郵送してください。

(5)振込口座

口座番号等	佐賀銀行 三田川支店 普通 1520217
口座名義	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

4) 出願書類の書き方

(1)受講申請書：指定用紙（様式1）

- ①「申請者氏名（フリガナ）」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、2024年2月1日現在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。

(3)志願理由書：指定用紙（様式 3）

- ①「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。

(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。
- 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)実習施設情報：指定用紙（様式 5）*この用紙は入講決定後に提出していただきます。

①実習を行う予定の施設リスト

実習を行う場所（自施設または実習協力が可能な他施設）を記載する。

②受講を希望する特定行為に関する施設情報

- ・受講するすべての科目について施設情報を記載する。
- ・実習を行う施設の番号を記載する。実習する施設がない区分別科目は、⑤と記載する。
- ・各特定行為について、直近2箇月間で特定行為の対象となる患者が5例以上いる場合は○をつける。
- ・本研修の臨地実習と修了後の指導体制を確認するため、受講申請時点での指導者確保の可能性について、指導者がいる場合に○をつける。

*指導者とは：臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師

(6)履修免除申請書（様式 6）

- ①既修得科目の履修免除を申請する場合のみ、提出してください。
- ②履修免除を申請する者は「特定行為研修修了証」のコピーと放送授業（e-learning）の視聴管理システムによる視聴履歴（100%※2年以内）が分かる書類及び既習得科目のシラバスを同封してください。

(7)看護師免許証の写し

- ①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。

(8)受験票：指定用紙

- ①氏名（フリガナ）、生年月日を記入してください。

(9)写真票：指定用紙

- ①「履歴書」に使用した同じ写真を貼付してください。
- ②氏名（フリガナ）、生年月日を記入してください。

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)試験日の4日前になっても受験票が届かない場合は、下記へお問い合わせください。

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 特定行為研修担当

電話（代表）：0952-52-3231

(2)一旦納入した審査料及び提出書類は、返還できません。

6. 選考方法

小論文、面接試験の結果及び出願書類を総合し、合否判定基準に基づき判定します。

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肥前精神医療センター 医師養成研修センター2階

2) 時間割

試験科目	試験時間
受付 (30分)	13:00～13:30
オリエンテーション (15分)	13:30～13:45
小論文 (60分)	13:45～14:45
面接オリエンテーション (15分)	14:45～15:00
面接 (原則、受験番号の早い順で計画)	15:00～終了まで

3) 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・消しゴムを準備してください）

4) 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)病院駐車場を利用される場合は、外来駐車場は利用できません。職員駐車場をご利用頂くか、できる限り公共交通機関で来院ください。

8. 合格発表・入講手続

1) 合格発表日：2024年3月21日（木）

(1)病院ホームページに午前10時に合格者受験番号を掲示します。

(2)同日、合否結果を本人及び推薦者の施設長宛に通知文書を郵送します。

(3)電話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)手続期間 2024年4月1日(月)～2024年4月8日(月)

※研修費の入金は2024年4月1日(月)以降にお願い致します。

(2)入講に係る手続については、合否結果の通知文書に書面を同封し案内します。

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) 肥前精神医療センターのホームページから、募集要項、出願書類がダウンロードできます。

<http://www.hizen-hosp.jp/>

10. 試験に関する書類の送付先及び問い合わせ先

1) 送付先

〒842-0192

佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

特定行為研修 受講審査係

2) 問い合わせ先

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

特定行為研修担当者 西川

教育研修部 岡田

電話(代表) : 0952-52-3231

* 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。

E-mail : 607-kyoukenjimu@mail.hosp.go.jp

記入見本

履歴書

西暦 2024 年 2 月 1 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	山田
氏名	山田 花子	
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 35 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	〇〇〇〇〇〇 号
資格取得		
【資格名・認定機関】*上記以外の医療に関する資格のみ記載		【取得年】
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】		【期間】
〇〇県立〇〇病院 消化器内科5年		2010年4月～2015年3月
医療法人〇〇会 〇〇病院 精神科慢性期病棟3年		2015年4月～2018年3月
精神科スーパー救急病棟3年 現在に至る		2018年4月～

受講申請書

独立行政法人 国立病院機構

肥前精神医療センター 院長 様

私は、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 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		印
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ			
現住所	〒	TEL	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・認定機関】* 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
肥前精神医療センター 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

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考え、自施設実習を推奨している。

施設名称	
①	自施設実習
②	
③	
④	
⑤	実習施設がない

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

区分別科目またはパッケージ研修の名称	実習を行う施設 (※上記リストから番号を記入する)	4か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入	指導者(※1)がいる場合、○を記入
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与		
	抗精神病薬の臨時の投与		
	抗不安薬の臨時の投与		

※1 指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師

履修免除申請書

独立行政法人 国立病院機構
肥前精神医療センター 院長 様

私は、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 特定行為研修を受講するにあたり、入講前の既習科目の認定及び履修免除を認定していただきたく、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)

2024年度 受験票

受験番号	※
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 平成

1. 選考日時

2024年3月4日(月)

受付 13:00～13:30
オリエンテーション 13:30～13:45
小論文 13:45～14:45
面接オリエンテーション 14:45～15:00
面接 15:00～終了まで

2. 試験会場

国立病院機構肥前精神医療センター
医師養成研修センター2階

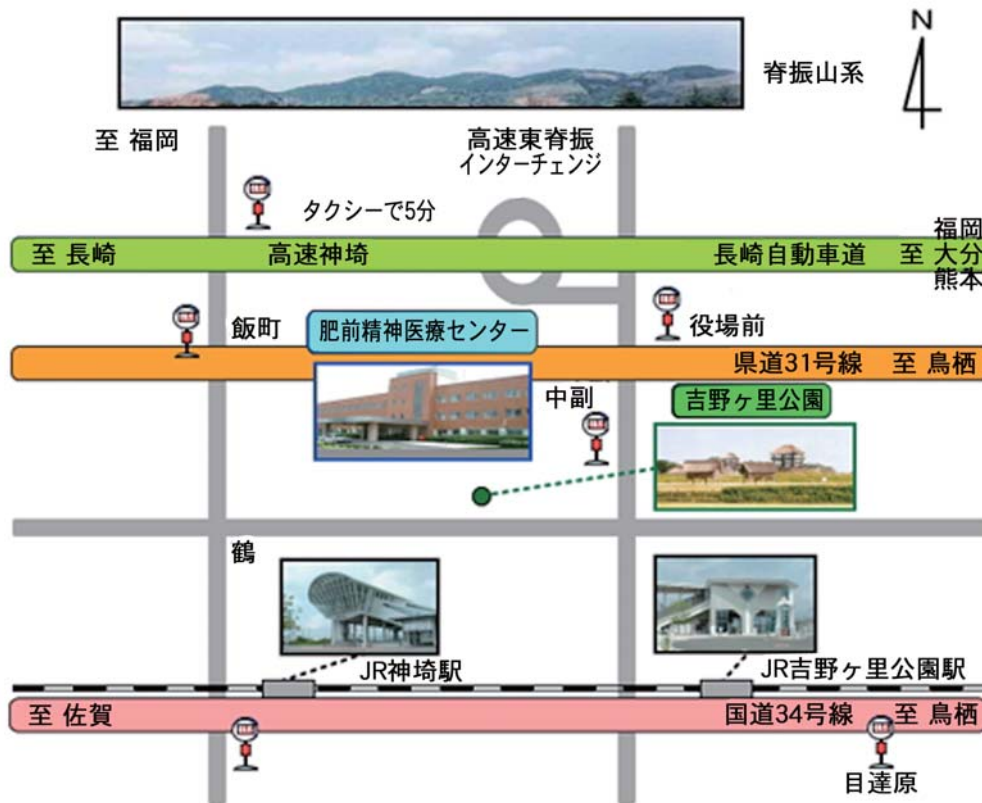
2024年度 写真票

写真添付欄
1. 上半身正面脱帽 2. 縦40mm×横30mm 3. 3か月以内撮影

受験番号	※
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 平成

注 ※欄には記入しないで下さい

肥前精神医療センターまでのアクセス



- 高速自動車道利用
長崎自動車道「東脊振インター」下車、
最初の信号を右折し、約500m先の信号「中副」を右折
約1.2km走行したところの左側
- 高速バス利用
「高速神埼」下車、タクシーで「肥前精神医療センター」
まで約5分
- JR九州利用
「神埼駅」又は「吉野ヶ里公園駅」下車、
タクシーで「肥前精神医療センター」まで約7分
- 当院送迎バス
(神埼駅北口 9:30 発、当院 11:20 発)



独立行政法人 国立病院機構
肥前精神医療センター

〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津 160
電話 (代表) : (0952) 52-3231
FAX (代表) : (0952) 53-2864

