

九州がんセンター

看護師特定行為研修 募集要項 2024



目次

特定行為研修の概要

1. 国立病院機構の理念	1
2. 九州がんセンターの理念	1
3. 特定行為研修の理念	1
4. 特定行為研修の趣旨	1
5. 特定行為研修の目的・目標	1
6. 定員	2
7. 研修内容	2
8. 研修方法と場所	2
9. 研修日程	3
10. 研修の修了	3
11. 受講料	3
12. 必要経費	3
13. 履修免除	3

応募要領

1. 出願資格	4
2. 研修期間	4
3. 募集人員	4
4. 出願期間	4
5. 出願手続き	4
6. 選考方法	6
7. 試験日	6
8. 試験科目	6
9. 試験会場及び時間割等	6
10. 合格発表・受講手続	6
11. その他	6
12. 試験に関する書類の送付先及び問い合わせ先	7

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、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. 九州がんセンターの理念

私たちは「病む人の気持ちを」そして「家族の気持ちを」尊重し、温かく、思いやりのある最良のがん医療をめざします。

3. 特定行為研修の理念

国立病院機構看護師特定行為研修は、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。

4. 特定行為研修の趣旨

本研修では、一般的な術後ケアから終末期や医療依存度の高い在宅療養の場面において普遍的に活用でき、かつ当センターの実習環境に適合した5区分6行為の特定行為を履修科目としています。共通科目では専門的知識と医療倫理に基づいた自律的な判断ができる能力を養い、区分別科目では特定行為をおこなうための知識と技術を習得します。

研修を通して看護師としての自己の役割や課題を考察し、広い視野をもって地域全体の医療・看護の質向上に貢献できる看護師の育成を目指します。

5. 特定行為研修の目的・目標

<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、多職種の専門性を尊重し、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. 定員

※下記の5つの特定行為区分の全ての履修を必須とする

特定行為区分	定員
腹腔ドレーン管理関連	最大3名
創部ドレーン管理関連	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	
感染に係る薬剤投与関連	
術後疼痛管理関連	

7. 研修内容

1) 共通科目：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

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

2) 区分別科目：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

特定行為区分	特定行為	時間数+症例数
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去	9時間+5症例
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去	6時間+5症例
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	17時間+各5症例
	脱水症状に対する輸液による補正	
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候のある者に対する薬剤の臨時投与	30時間+5症例
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時間+5症例
合計		71時間+30症例

8. 研修方法と場所

- 1) 共通及び区分別科目は、S-QUE 研究会®のeラーニングに基づいた講義・演習・実習を行います。
- 2) 講義、演習は九州がんセンター内の教育研修センターで、臨地実習は九州がんセンターの病棟・HCU等で行います。

9. 研修日程

<研修期間>

2024年6月3日～2025年3月31日

<研修日程>

2024年6月3日	開講式・ガイダンス
2024年6月4日	共通科目受講開始
2024年8月中旬	共通科目修了
2024年8月中旬	区分別科目受講開始
2024年9月上旬	区分別科目筆記試験
2024年9月上旬	臨地実習開始
2025年2月下旬	臨地実習修了 区分別科目修了
2025年3月	修了式



10. 研修の修了

共通科目を履修し、修了試験及び演習・実習の観察評価に合格した後、区分別科目を履修し、修了試験に合格して臨地実習を行います。臨地実習において症例数を満たし観察評価に合格したことが特定行為研修管理委員会で承認され、修了認定となります。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。

11. 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	445,000 円（内共通科目受講料：280,000 円）
独立行政法人国立病院機構以外の施設に所属する者	556,250 円（内共通科目受講料：350,000 円）

*当院の特定行為研修は「特定一般教育訓練」の指定講座となっています。

制度の詳細、手続きに関しましては厚生労働省ホームページ教育訓練給付制度のページをご確認ください。教育訓練給付制度を活用される場合、開講1カ月前までにハローワークにおいて手続きが必要となりますのでご注意ください。

12. 必要経費

他に交通費等が必要となります。

13. 履修免除

他の特定行為研修指定研修機関及びS-QUE研究会® eラーニングで履修した学習内容が、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。

応募要領

1. 出願資格

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、通算3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
- 4) 看護職賠償責任保険に加入していること

2. 研修期間 2024年6月3日(月)～2025年3月31日(月)

3. 募集人員 最大3名

※下記の5つの特定行為区分の全ての履修を必須とする

特定行為区分	定員
腹腔ドレーン管理関連	最大3名
創部ドレーン管理関連	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	
感染に係る薬剤投与関連	
術後疼痛管理関連	

4. 出願期間 2024年3月1日(金)～3月29日(金) 当日必着

5. 出願手続き

1) 出願書類

- (1) 受講申請書(様式1)
- (2) 履歴書(様式2)
- (3) 志願理由書(様式3)
- (4) 推薦書(様式4)
- (5) 履修免除申請書(様式5)
- (6) 看護師免許の写し(A4サイズ)
- (7) 受験票(様式6)
- (8) 受験写真票(様式6)
- (9) 返信用封筒
- (10) 振込金受取書(研修生控)の写し貼付用紙(様式7)

2) 審査料 20,000円

- (1) 納入は、銀行振り込みとします。本研修指定の「振込依頼書」を使用し、振り込んでください。
- (2) 「ご依頼人」は、必ず**申請者本人の氏名**を記入し、銀行窓口へ提出してください。
尚、お名前の頭に「特定行為」を印字しているので、その続きに記入してください。
- (3) 振込手数料は、ご依頼人の負担となります。
- (4) 「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。
- (5) 振込後は「**振込金受取書**」の**コピー**を様式7に貼付し出願書類とともに郵送してください。

3) 出願書類の書き方

(1) 受講申請書(様式1)

- ①「年月日」は記載日を記入してください。
- ②「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(様式2)

- ①年齢は、2024年4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。
学歴は、高校卒業から現在までをすべて記入してください。欄が不足する場合は、別紙に記載し添付して一緒に提出してください。
- ④職歴は、正式な施設名と在職期間、及び勤務部署(診療科など)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(様式3)

- ①「年月日」は記載日を「氏名」は本人氏名を記入してください。
- ②「志願理由」は、臨床看護の経験を含めて、具体的な出願理由を記載してください。

(4) 推薦書(様式4)

- ①「年月日」は作成日を記載してください。
- ②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。
- ③「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。
- ④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ります。

(5) 履修免除申請書(様式5)

- ①既修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」のコピーを同封してください。
- ③S-QUE研究会eラーニングで共通科目を履修した場合は視聴履歴(2年以内)も同封してください。

(6) 看護師免許の写し

- ①看護師免許(原本)をA4サイズに縮小コピーしたものを提出してください。

(7) 受験票(様式6)

- ①氏名(ふりがな)、生年月日を記入してください。

(8) 受験写真票(様式6)

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

(9) 返信用封筒: 指定封筒

- ①受験票送付封筒に受験者の住所、郵便番号及び氏名を記入し、速達郵便額相当分(344円)の郵便切手を貼ってください。封筒の送付先は、受験者に確実に届く住所を記入してください。

(10) 振込金受取書(研修生控)の写し貼付用紙(様式7)

- ①振込後の振込金受取書(研修生控)をコピーし必要部分のみを切り取って貼付してください。

5) 出願方法

出願書類を一括して封筒に入れ、簡易書留での郵送又は持参してください。
封筒の表の左側に、「特定行為研修出願書類在中」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九州がんセンター 特定行為研修担当 樋口マキ
電話(代表)092(541)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. 試験日 2024年4月15日(月)

8. 試験科目 小論文(800字程度)、面接試験

9. 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九州がんセンター 会議室1・2

2) 時間割

試験科目	試験時間
受付 (15分)	9:15 ~ 9:30
オリエンテーション (15分)	9:30 ~ 9:45
小論文 (60分)	9:45 ~ 10:45
面接オリエンテーション・休憩 (15分)	10:45 ~ 11:00
面接(原則、受験番号の早い順で計画)	11:00 ~ 終了まで

3) 試験に持参するもの

(1) 受験票

(2) 筆記用具(鉛筆又はシャープペンシル、および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) 病院駐車場は、原則使用できません。公的交通機関で来院ください。

(4) 試験当日、体調不良時は事前に特定行為研修担当者に連絡してください。

10. 合格発表・受講手続

1) 合格発表日:2024年4月30日(火)

(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) 受講手続

(1) 手続期間 2024年5月1日(水)~2024年5月24日(金)

(2) 受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。

11. 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) 九州がんセンターのホームページから、募集要項、出願書類の一部がダウンロードできます。

3) 受講決定後、実習における医療安全のため、麻疹、風疹、水痘、ムンプス、B型肝炎の予防接種歴及び抗体価の結果等を確認させていただきます。

12. 試験に関する書類の送付先及び問い合わせ先

1) 送付先

〒811-1395

福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター 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九州がんセンター 特定行為研修担当 樋口マキ

電話(代表): 092(541)3231 E-mail: higuchi.maki.hc@mail.hosp.go.jp

* 祝祭日を除く月～金曜日の9:00～17:00の間にご連絡ください。

(様式 2)

記入見本

履歴書

西暦 2024年 4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

ふりがな	やまだ はなこ		
氏名	山田 花子		
	性別 (<input checked="" type="radio"/> 女 ・ <input type="radio"/> 男) 西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 35 歳)		
ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう		
現住所	(〒 123 - 0045) 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1		
電話番号	自宅: 012 (345) 6789 携帯: 080 (1234) 5678 いずれかを記入のこと		
勤務先	ふりがな	どくりつぎょうせいほうじんこくりつびょういんきこう 〇〇いりょうせんたー	
	名称	独立行政法人国立病院機構 〇〇医療センター	
	ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう	
	所在地	(〒 123 - 0046) 〇〇県〇〇市〇〇町2丁目2-2 電話番号: 012 (456) 7890	
	職種	看護師	職位 看護師, 副看護師長, 主任, 師長など
免許	看護師免許	西暦 2010 年 4 月 10 日	免許取得 〇〇〇〇〇〇〇〇 号
	保健師免許	西暦 年 月 日	免許取得 号
	助産師免許	西暦 年 月 日	免許取得 号
学歴	〇〇県立〇〇	高等学校	2003年 4月～ 2006年 3月 (卒業・中退)
	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科		2006年 4月～ 2010年 3月 (卒業・中退)
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)
* 高等学校以上について記載してください			
職歴	2010年 4月 1日	〇〇県立〇〇病院 採用	(循環器内科病棟: 3年)
	2013年 3月 31日	同上	退職
	2013年 4月 1日	独立行政法人国立病院機構〇〇医療センター	採用
	年 月 日		(脳神経外科病棟: 2年、産婦人科病棟: 5年)
	年 月 日		現在に至る
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
* 施設名に加え、診療科と期間を記載してください			

**欄は記入しないこと

* (女・男) (卒業・中退) の選択部分はいずれかに○をつけること

(様式 2)

所属施設内の 委員会活動等	20〇〇年～20〇〇年 看護記録委員会 20〇〇年～ 感染対策チーム委員会 20〇〇年～ 副看護師長委員会 20〇〇年～ 実習指導者会
これまでに取得した 医療・福祉関係の 免許・資格等	20〇〇年 社会福祉士 20〇〇年 呼吸療法認定士 20〇〇年 感染管理認定看護師 ※認定看護師、専門看護師等も記載
所属学会	20〇〇年 日本がん看護学会 20〇〇年 日本看護科学学会

*記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出

*記入する事項がない場合は「なし」と記入

(様式 1)

※受験番号	
-------	--

受講申請書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
九州がんセンター院長 殿

ふりがな
申請者氏名 (自署)

印

私は、独立行政法人国立病院機構九州がんセンターの下記の看護師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。

記

以下の5つの特定区分全ての受講を希望します

特定行為区分名
腹腔ドレーン管理関連
創部ドレーン管理関連
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
感染に係る薬剤投与関連
術後疼痛管理関連

※欄は記入しないこと

(様式 2)

※受験番号	
-------	--

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
--

ふりがな							
氏名							
	西暦 年 月		性別 (女 ・ 男) 日生 (満 歳)				
ふりがな							
現住所	(〒 -)						
電話番号	自宅: ()		携帯: ()				
	いずれかを記入のこと						
勤務先	ふりがな						
	名称						
	ふりがな						
	所在地	(〒 -)					
	電話番号: ()						
免許	看護師免許	西暦	年	月	日	免許取得	号
	保健師免許	西暦	年	月	日	免許取得	号
	助産師免許	西暦	年	月	日	免許取得	号
学歴		高等学校	年	月	～	年	月 (卒業・中退)
			年	月	～	年	月 (卒業・中退)
			年	月	～	年	月 (卒業・中退)
			年	月	～	年	月 (卒業・中退)
			年	月	～	年	月 (卒業・中退)
* 高等学校以上について記載してください							
職歴	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
* 施設名に加え、診療科と期間を記載してください							

※※欄は記入しないこと
 * (女・男) (卒業・中退) の選択部分はいずれかに○をつけること

(様式 2)

所属施設内の 委員会活動等	
これまでに取得した 医療・福祉関係の 免許・資格等	※認定看護師、専門看護師等も記入
所属学会	

*記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出
*記入する事項がない場合は「なし」と記入

(様式 3)

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由 書

西暦 年 月 日
氏 名

臨床経験を含めた具体的な受講理由および臨床看護師としての自己の課題を記入してください

*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。

*※欄は記入しないこと

(様式 4)

※受験番号	
-------	--

推 薦 書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

九州がんセンター院長 殿

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

貴院の看護師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	看護実践能力、受講終了後の進路や期待される役割等をご記入ください
推薦理由	

*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。

*※欄は記入しないこと

(様式5)

※受験番号	
-------	--

履修免除申請書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
九州がんセンター院長 殿

ふりがな
申請者氏名 (自署) 印

私は、独立行政法人国立病院機構九州がんセンター特定行為研修を受講するにあたり、受講前の既修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。

研修を修了した指定研修機関名	修了証交付日
	20 年 月 日

※欄は記入しないこと

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター

看護師特定行為研修

2024年度 受験票

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日

1. 試験日時

2024年4月15日(月)

受付 9:15 ~ 9:30
オリエンテーション 9:30 ~ 9:45
小論文 9:45 ~ 10:45
面接オリエンテーション 10:45 ~ 11:00
面接 11:00 ~

2. 試験会場

独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 会議室1・2

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター

看護師特定行為研修

2024年度 受験写真票

写真貼付欄

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

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日

注 ※欄には記入しないこと

※受験番号	
-------	--

(様式7) 振込金受取書(研修生控)の写し貼付用紙

振込金受取書(研修生控)のコピーの必要な部分のみを切り取って貼付してください

貼 付 箇 所

※欄は記入しないこと