

現在、厚生労働省へ特定行為区分変更を申請中です

令和7年度

宮崎大学医学部附属病院
看護師特定行為研修

募 集 要 項

「区分別選択コース」(新規開講)



宮崎大学医学部附属病院
看護師特定行為研修センター

*Advanced Nurse Training Center
University of Miyazaki Hospital*

1. 看護師特定行為研修の教育理念

宮崎大学、医学部、看護部の教育理念に基づき、看護師特定行為研修（以下、「特定行為研修」とする）を通して、地域医療の質向上に貢献できる、豊かな人間性と倫理観、看護専門職者として高度な臨床実践能力を有する看護師を育成します。

2. 特定行為研修の目的

本特定行為研修の教育理念に基づき、特定行為を実践できる看護師を養成します。研修を修了した看護師が、患者及び国民、そして医師・歯科医師やその他の医療関係者から期待される役割を十分に担うために、急性期医療や在宅医療の現場において高度な臨床実践能力を発揮できる人材となり、地域医療に貢献することを目的としています。

3. 特定行為研修の目標

- 1) 高度医療及び在宅医療の現場において、迅速かつ包括的なアセスメントを行うための知識、技術および態度の基礎的な能力を養う。
- 2) 患者の安全や倫理性に配慮し、臨床判断を適切なタイミングで行い、必要な特定行為を実践できる能力を養う。
- 3) 医学的視点と看護学的視点を融合した役割の中から、他職種の専門性を尊重し、チーム医療が円滑に働くように支援できる能力を養う。

4. 本院における特定行為研修の特色

本特定行為研修は、各専門医、臨床指導医、宮崎大学医学部教員、薬剤師、専門看護師、認定看護師など多職種からなる講師陣が講義・演習・実習を担当しています。また、より高度な知識、技術が習得できるよう、医療手技のトレーニングは、看護師特定行為研修センター、宮崎大学医学部内の臨床技術トレーニングセンターのシミュレーターを用いて行います。加えて、宮崎大学附属図書館医学部分館の利用により、学習を深めることが可能です。

5. 開講する区分別特定行為研修

区分別選択コース

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-----------------------|---|
| 栄養及び水分管理に係る薬剤 投与関連 | <ul style="list-style-type: none"> ・持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 ・脱水症状に対する輸液による補正 |

- * 当センターで開講している「外科術後病棟管理領域パッケージ」と同時に受講することも可能です
- * 共通科目及び区分別科目において、すでに特定行為研修を履修している場合、履修免除を申請することができます

6. 研修内容と時間数

研修は、全ての特定行為区分に共通して学ぶ「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、演習及び実習を行います。また、共通科目修了後に区分別科目の受講開始となります。

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(研修期間：4ヶ月)

| 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 | 8.5 | 13.5 | 5.5 | 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 | 24.5 | 14 | 4.25 | 2.25 | 45 |
| 合計 | 167 | 54 | 18.75 | 12.25 | 252 |

2) 区分別科目

特定行為区分と時間数（研修期間：3ヶ月予定）

| 特定行為区分 | 時間数 | | | | |
|-------------------|------|----|-------------|-----|-------------|
| | 講義 | 演習 | 実習 | 評価 | 合計 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 12.5 | 2 | 5症例 ×2行為 | 1.5 | 16+ 10症例 |

* 区分別科目の臨床実習は、所属施設（自施設）においての実習も可能です

7. 募集定員

2名

8. 受講資格

次の1) から4) のいずれの要件も満たす看護師であること。

- 1) 日本国の看護師免許を有すること。
- 2) 看護師の免許取得後、通算5年以上の看護実務経験を有すること。
- 3) 所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）の推薦を有すること、ただし本院に勤務する看護師は所属する部署の看護師長等の推薦を有すること。

* 申請時、医療機関等の所属施設を有していない場合は、別途お問い合わせください。

- 4) 看護職賠償責任保険に加入していること。

9. 研修期間

研修期間：令和7年4月1日～令和7年10月31日

「共通科目」履修免除の場合の期間：令和7年8月1日～令和7年10月31日

なお、在籍期間は最長2年間とします。

10. 研修場所

共通科目、区分別科目の講義・演習等は、宮崎大学医学部附属病院内の施設で行います。研修中、原則、平日（月～金）8:00～16:45 は本院に常駐していただくこととなりますが、e-ラーニング授業は自宅や自身の職場でも受講可能です。そのため、本院以外の施設から受講を希望される際は、ご留意いただくようお願いします。

区分別選択コースの臨床実習（症例取得に係る実技実習）は、研修生の所属施設（自施設）で実施していただくことも可能です。この場合、宮崎大学医学部附属病院の協力施設として、必要書類を作成いただき、厚生労働省に提出する必要があります、また、実習指導ができる医師（臨床研修指導医もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験を有する医師）が必要となります。なお、協力施設の申請に関しましては、責任者と事務担当者を配置いただきますと、当院の研修責任者と総務課で支援いたします。

11. 修了要件

本研修を修了するためには、次の要件を満たす必要があります。なお、修了認定は、看護師特定行為研修管理委員会で行います。

- 1) 共通科目を全て履修し、筆記試験および観察評価に合格すること
- 2) 共通科目修了後、区分別科目を履修し、筆記試験及び、実技試験、実習などの科目ごとの観察評価で合格すること

* 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ごとの修了証を交付し、研修修了者の名簿を厚生労働省に提出します。

12. 出願手続き

【出願書類請求方法】

本院看護師特定行為研修センターのホームページから必要書類をダウンロードしてください。

【出願期間】

令和7年1月29日（水）～令和7年2月14日（金）（必着）

【出願提出書類】

- 1) 志願書（様式1）
 - 2) 履歴書（様式2）
 - 3) 受講志願理由書（様式3）
 - 4) 推薦書（様式4）
 - 5) 看護師免許証の写し（A4サイズに縮小）
 - 6) 受講審査料 10,000 円（消費税込）の振込を確認できる書類の写し
- * 受講審査料は、出願期間中に以下の受講審査料振込先に志願者本人名で振り込んでください。
- * 受講審査料の振込手数料は、志願者の負担となります。

受講審査料振込先

| | | |
|------|-------------|---------|
| 銀行名 | 宮崎銀行 | 清武支店 |
| 口座番号 | 普通預金 | 0057855 |
| フリガナ | コクリツバカクホクジン | ミヤガキカク |
| 口座名義 | 国立大学法人 | 宮崎大学 |

- 7) 受験票用写真 縦4cm×横3cm 最近6ヶ月以内に撮影した写真 1枚（履歴書に貼付した写真とは別にもう1枚ご準備ください）
- * 必ず、裏面に氏名を記入すること。

8) 受験票返送封筒

受験票返送先の住所、氏名、郵便番号を明記した長3封筒を1枚同封すること。

9) 選考結果返送封筒

選考結果返送先の住所、氏名、郵便番号を明記した長3封筒を1枚同封すること。

10) 既修得科目履修免除申請書(様式5)

既に修了した科目について、履修免除を申請する場合のみ提出してください(特定行為研修修了証等の修了を証明する書類、修了した研修の内容、履修時のシラバスも同封すること)。

* 認定看護師資格を有する場合は認定証の写しもご提出ください。

* 提出書類の返却には対応いたしません。

【出願書類提出方法】

上記の出願書類を封入し、封筒の表に「特定行為研修志願書類一式」在中と朱書の上、以下の送付先に必ず「簡易書留」で送付するか、または直接持参してください。

【送付先及び問合せ窓口】

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原5200

宮崎大学医学部総務課

Tel: 0985-85-9007 e-mail: n_tokutei@med.miyazaki-u.ac.jp

* 「特定行為研修志願書類一式」在中と朱書の上、必ず「簡易書留」で送付すること。

13. 選考方法

選考方法：書類審査及び面接、筆記試験

試験日：令和7年2月19日(水)

面接場所：宮崎大学医学部附属病院内

* 詳細は出願締め切り後、出願者にご連絡いたします。

14. 合否発表

令和7年2月末までに、ご本人様宛て簡易書留速達にて発送いたします。

なお、電話、FAX、メール等による合否のお問い合わせには対応いたしません。

15. 研修手続き及び研修受講料について

研修手続きの詳細については以下を参照ください。

なお、研修受講料(消費税込)は、受講手続き終了後、本院から送付する請求書により振込みをお願いします。

【受講手続き期間】

令和7年3月3日(月)～令和7年3月12日(水) 必着

| 【研修受講料】 | | (消費税込み) |
|-----------|-------------------|---------|
| 科目名 | | 受講料 (円) |
| 共通科目 (必須) | | 264,000 |
| 区分別科目 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 39,000 |

* 「共通科目」は特定行為研修に必須の研修です。

研修受講料振込先

銀行名 宮崎銀行 清武支店
 口座番号 普通預金 0057855
 フリガナ コリツダ イクホウジン ミヤザキダ イク
 口座名義 国立大学法人 宮崎大学

- * 納付いただいた受講料は原則として返還しません。
- * 振込手数料はご負担をお願いします。
- * 受講料の支払いは請求書に記載の支払い期日までに納付をお願いします。
- * 研修のための宿泊及び交通費等は各自で実費負担となります。

16. 個人情報の取り扱いについて

宮崎大学医学部附属病院では「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。

17. その他

各種感染症に係る免疫確認について

研修の受講前に、各種感染症に係る抗体保有の確認をします。抗体価結果を確認できる書類等を準備してください。

※受験番号

令和 年 月 日

令和 7 年度
宮崎大学医学部附属病院
看護師特定行為研修
志 願 書

宮崎大学医学部附属病院長 殿

フリガナ

志願者氏名（自署）

施 設 名

私は、下記の宮崎大学医学部附属病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて出願いたします。

記

志願する共通科目・区分別特定行為研修（○を記入する。）

| 共通科目及び特定行為区分名 | | 志願する区分 |
|----------------------|-------------|--------|
| 共通科目 (どちらかに○をつける) | 共通科目を受講 | |
| | 既修得科目履修免除申請 | |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | | |

* ※は記入しないこと。

※受験番号

履 歴 書

令和 年 月 日現在

| | | | |
|----------------------|--------------|----------------------------------|--|
| フリガナ | | 性別 | 写 真 (縦4cm×横3cm) |
| 氏 名 | | 男・女 | 1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名を記入し、糊付け |
| E-mail アドレス | | | |
| 生 年 月 日 | | 昭和・平成 年 月 日生(満 歳) | |
| 現 住 所 | | 〒() TEL () 緊急連絡先 TEL () | |
| 選考結果通知先 | | 〒() TEL () | |
| 勤 務 先 | フリガナ | | |
| | 施設等名称 | | |
| | 所 在 地 | 〒() TEL () | |
| | 施設長名 | | |
| | 出願者の職種 | | |
| | 出願者の職位 | | |
| 免 許 | (看護師) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 免許取得 号 |
| | (保健師) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 免許取得 号 |
| | (助産師) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 免許取得 号 |
| | (認定看護師) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 免許取得 号 |
| | (専門看護師) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 免許取得 号 |
| 学 歴 | 昭和・平成・令和 年 月 | | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 | | |
| *高等学校以上について記載してください。 | | | |

| | | |
|------------------------------------|-----------------------|--|
| 職 歴 | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ～ 年 月 | |
| | *施設名、診療科を記載してください。 | |
| 資 格 | | |
| 研修受講歴 (5日以上) | | |
| 学会及び社会 における活動 (所属学会) | | |
| 賞 罰 | | |

- * 行が不足する場合は、追加して記入してください。
なお、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には利用しません。
- * ※は記入しないこと。

※受験番号

研修志願理由書

令和 年 月 日

氏名

施設名

【研修の志望理由及び研修修了後の抱負について1000～1200字以内で記入してください。】

切
り
取
り
線

- * パソコン入力をする場合には、【フォント：明朝体、10.5ポイント】で入力してください。
- * ※は記入しないこと。

※受験番号

推 薦 書

令和 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

施設名 _____

職 位 _____

推薦者（自署） _____

宮崎大学医学部附属病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

受講志願者氏名 _____

【推薦理由（受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入）】

* ※は記入しないこと。

※受験番号

令和 年 月 日

既修得科目履修免除申請書

宮崎大学医学部附属病院長 殿

フリガナ
申請者氏名（自署）

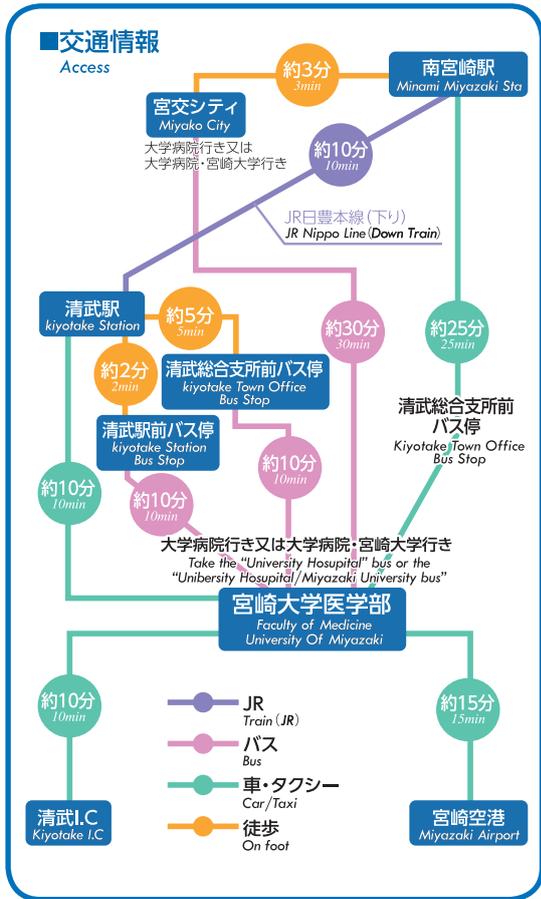
私は、看護師特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目に○を記入してください。）

| 科目名 | | 履修免除申請 |
|-------------------|----------------------|--------|
| 共通科目 | | |
| 区分別選択コース | | 履修免除申請 |
| 区分別科目名 | 特定行為名 | |
| 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 | |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 | |

* ※は記入しないこと。

宮崎大学医学部附属病院 地図・アクセス・交通機関



宮崎大学医学部附属病院 看護師特定行為研修センター

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200

(医学部総務課)

TEL 0985-85-9007 FAX 0985-85-3101

E-mail n_tokutei@med.miyazaki-u.ac.jp

ホームページ <http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/home/tokutei/>