

令和 8 年度看護師特定行為研修 募集要項

独立行政法人国立病院機構災害医療センター
指定医療機関番号:2313037

特定行為研修の概要

独立行政法人国立病院機構は、「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に、たゆまぬ意識改革を行い、健全な経営のもとに患者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独立行政法人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、独立行政法人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。

【研修理念】

独立行政法人国立病院機構災害医療センター 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積み重ね、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。

【研修内容】

1. 共通科目

| No | 科目名 | 時間数 |
|-----|-------------|--------|
| 1 | 臨床病態生理学 | 31 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 | 41 時間 |
| 6 | 医療安全学 | 45 時間 |
| 7 | 特定行為実践 | |
| 小 計 | | 252 時間 |

2. 区分別科目：外科系基本領域

| 外 科 系 基 本 領 域 | 特定行為区分 | 特定行為 | 時間数 | 症例数 |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------------|
| | 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 | 7 時間 | 5 |
| | 創傷管理関連 | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | 26 時間 | 5 |
| | 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 | 6 時間 | 5 |
| | 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 | 9 時間 | 5 |
| | 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 | 11 時間 | 5 |
| | 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徵候がある者に対する薬剤の臨時の投与 | 29 時間 | 5 |
| | 術後疼痛管理関係 | 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 | 8 時間 | 5 |
| | 小 計 | | 96 時間 | 5 × 7 症例 |

※共通科目、区分別科目ともに、講義・演習・実習で構成されます。

※講義は主として e-ラーニング、演習・実習は集合研修です。

※講義毎に設定されている理解度の確認テストに合格すると、講義の受講完了となります。

※演習及び実習は、事後レポートまたは観察評価（評価表あり）により受講完了となります。

※科目ごとに設定されている講義・演習・実習の全てが受講完了となり、科目修了試験に合格する
と科目履修完了となります。（科目修了試験は時間数に含まれます。）

※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ことが必要です。

※研修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（筆記試験・実技試験・実習評価等）に合格していることが要件となります。

※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。

【研修期間】

令和8年4月1日～令和9年3月31日（水・木曜日主体に開講）

【研修日程】

| | |
|-------------|--------------------------------|
| 令和8年4月8日 | 開講式・ガイダンス |
| 令和8年4月9日 | 共通科目受講開始 集合研修（共通科目の演習・実習） |
| 令和8年8月31日 | 共通科目修了 |
| 令和8年9月上旬予定 | 区別科目受講開始 集合研修（区別科目の演習・実技試験） |
| 令和8年11月上旬予定 | 臨地実習開始 |
| 令和9年2月下旬予定 | 臨地実習修了　区別科目修了 |
| 令和9年3月下旬 | 修了式 |

【研修場所・実習施設】

集合研修：独立行政法人国立病院機構災害医療センター特定行為研修室

実習施設：当院ならびに所属施設

【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 | 650,000 円 |
| 独立行政法人国立病院機構以外の施設に所属する者 | 650,000 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S-QUE研究会®や学研®などのe-ラーニングでの学習内容が、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、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。

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、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

2. 募集人員 6名

3. 試験日 令和8年2月12日（木）

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 令和8年1月7日（水）～令和8年1月21日（水）消印有効

2) 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所属施設長の推薦書（様式4）

⑤看護師免許の写し（A4サイズ）

⑥実習施設情報（様式5）

⑦審査料振り込みの利用明細書のコピー（A4サイズ）

⑧返信用封筒（長形3号）※郵送に必要額の切手を貼付したもの

3) 審査料 20,000円

(1) 納入は、銀行振り込みとします。

振込先口座：みずほ銀行 立川支店 普通口座 8154226

口座名義 独立行政法人国立病院機構災害医療センター

（ドクリツギョウセイホウジンコクリツビヨウインキコウサイガイリョウセンター）

※インターネットバンキングによるお振込みは受け付けておりません。

(2) 「ご依頼人」は、必ず申請者本人の氏名を記入し、氏名の前に「トクテイコウイ」と入力してください。

(3) 振込手数料は、ご依頼人の負担となります。

(4) 振込時に金融機関から発行される利用明細書のコピー（A4サイズ）1枚を証拠書類として同封してください。金融機関で発行される利用明細書をもって、本学の領収証といたします。（出願書類⑦）

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、申請者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、令和8年1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6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推薦者は、施設長とし、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ります。厳封のまま送付してください。

(5)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。

(6)実習施設情報：指定用紙（様式5）

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）を記載してください。

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してください

➢ 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と記載してください。

➢ 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○で囲ってください。

➢ 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○で囲ってください。

*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となります。

(7)返信用封筒：指定封筒

①指定封筒（長形3号）は受験票送付に使用します。封筒に申請者の住所、郵便番号及び氏名を記入し、郵送に必要額の切手を貼付してください。封筒の送付先は、申請者に確実に届く住所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、書留郵便で郵送してください。

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日前になんで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災害医療センター 特定行為研修担当副看護部長 中村 博子
電話 042-526-5511 (代表)

(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災害医療センター 特別会議室 (小論文・面接)

2) タイムスケジュール (予定)

| 内容 | 予定時間 |
|---------------------|------------|
| 受付 (20分) | 9:00～9:20 |
| オリエンテーション (10分) | 9:20～9:30 |
| 小論文 (60分) | 9:30～10:30 |
| 面接 (原則、受験番号の早い順で計画) | 小論文終了後より開始 |

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。

8. 合格発表・入講手続

1) 合格発表日 : 令和8年2月26日 (木)

(1)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。

(2)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 令和8年2月27日 (金)～令和8年3月13日 (金)

(2)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。

9. その他

- 1) 提出された書類により得られた個人情報は、選考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。

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

〒190-0014

東京都立川市緑町 3256

独立行政法人国立病院機構災害医療センター

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災害医療センター

特定行為研修担当者 副看護部長 中村 博子

電話（代表）：042-526-5511

* 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。

受講申請書類一式

(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) 実習施設情報（様式 5）

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

受 講 申 請 書

独立行政法人 国立病院機構

災害医療センター 院長 様

私は、独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 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

正面上半身
(40×30mm)
6か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

西暦 年 月 日現在

| | | |
|------|-----------|-------|
| 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 | | | |
| 所属施設 | 〒 | | TEL 所属部署もしくは内線番号 () FAX |
| 住 所 | | | |
| 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】 |
|-----------|------|

記入見本

(様式 2)

履歴書

西暦 2020 年 3 月 10 日現在

正面上半身
(40×30mm)
6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 <input checked="" type="radio"/> |
| 生年月日 | 西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 31 歳) | |

| | | |
|-------------|---------------------------------|--|
| フリガナ | ○○ケン○○シ○○チョウ | |
| 現住所 | 〒123-0045 ○○県○○市○○町 1 丁目 1-1 | TEL 0123-456-7890 携帯 TEL 090-1234-5678 |
| フリガナ | ○○ケンリツ ○○ビョウイン | |
| 所属施設名 | ○○県立 ○○病院 | * 正式名称を記入すること |
| 所属施設 住 所 | 〒123-0065 ○○県○○市○○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 | ○○○○○○ 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 | ○○県立 ○○高等学校 | 西暦 2007 年 3 月 卒業 |
| 専門学歴 | ○○県立 ○○看護専門学校 | 西暦 2010 年 3 月 卒業 |

職歴

| | |
|--|--|
| 【施設名・診療科】 ○○県立○○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) | 【期間】 2010 年 4 月～2020 年 3 月 (10 年 0 月) |
| | ※必ず年数を記載 現在に至る |

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

西暦 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

災害医療センター 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。

申請者氏名：

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。

氏名

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るため、自施設実習を推奨している。

| | | 施設名称 |
|-------|---|---------|
| 自施設実習 | ① | |
| 他施設実習 | 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) | 2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*がいる場合、○を記入 |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------|
| 領域別パッケージ研修 「外科系基本領域」 | 中心静脈カテーテルの抜去 | | |
| | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | | |
| | 創部ドレーンの抜去 | | |
| | 直接動脈穿刺法による採血 | | |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 | | |
| | 感染徵候がある者に対する薬剤の臨時の投与 | | |
| | 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 | | |

*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