

# 2026年度 看護師特定行為研修 募集要項

「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」

「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」

「ろう孔管理関連」

「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」

「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」



# 研修概要

## 1. 研修理念

法人理念でもある「良質な医療を地域に提供」することを目的に、チーム医療のキーパーソンである看護師が当該研修により、在宅を含む医療現場において、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、自己研鑽を継続する基盤を構築します。

## 2. 中頭病院の研修目標

- (1) 在宅を含む医療現場において、臨床判断を行うために必要な能力（知識・技術・態度）を養う
- (2) 特定行為を適切なタイミングに、倫理的かつ安全に行える能力（知識・技術・態度）を養う
- (3) 医学的視点と看護学的視点を融合した新たな役割のもと、多職種と協働しチーム医療を推進する能力（知識・技術・態度）を養う

## 3. 定員 8 名（総定員）

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 共通科目               | 6 名 |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 2 名 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 2 名 |
| ろう孔管理関連            | 2 名 |
| 栄養及び水分管理にかかる薬剤投与関連 | 2 名 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連  | 2 名 |

※共通科目受講に関しては定員 6 名

共通科目履修免除で区分別のみ受講を共通科目と合わせて 8 名を総定員とする

※5 区分のうち希望する区分を受講可能

※応募状況によっては開講されない区分が発生する可能性がある

## 4. 研修期間と募集時期

研修期間：1 年（在籍期間は、最長 2 年とします）

＊共通科目を履修後、区分別科目を受講開始します

募集時期：年 1 回（4 月開講）

## 5. 共通科目及び特定行為区分別科目の時間数、研修方法、評価方法

研修は、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、研修は講義、演習、または実習によって行われます。共通・区分別科目の講義は勤務先や自宅でeラーニングによる受講が可能ですが、演習・実習については中頭病院で実施します。eラーニングによる受講には、インターネット環境のあるパソコン、タブレット、スマートフォン等が必要です。中頭病院でも受講することができます。

### 【共通科目 250 時間】

(研修期間：6 か月)

| 科目           | 時間数   | 研修方法         | 評価方法               |
|--------------|-------|--------------|--------------------|
| 臨床病理生理学      | 30 時間 | 講義、演習        | 筆記試験               |
| 臨床推論         | 45 時間 | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価 |
| フィジカルアセスメント  | 45 時間 | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価 |
| 臨床薬理学        | 45 時間 | 講義、演習        | 筆記試験               |
| 疾病・臨床病態概論    | 40 時間 | 講義、演習        | 筆記試験               |
| 医療安全学/特定行為実践 | 45 時間 | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価 |

### 【特定行為区分別科目】

(研修期間：6 か月)

| 科目                      | 特定行為                            | 時間数             | 研修方法         | 評価方法                   |
|-------------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|------------------------|
| 呼吸器<br>(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                   | 30 時間<br>各 5 症例 | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価     |
|                         | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更                  |                 |              |                        |
|                         | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整    |                 |              |                        |
|                         | 人工呼吸器からの離脱                      |                 |              |                        |
| 呼吸器<br>(長期呼吸療法に係るもの) 関連 | 気管カニューレの交換                      | 9 時間<br>5 症例    | 講義、実習        | 筆記試験、実技試験<br>各種実習の観察評価 |
| ろう孔管理関連                 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 | 23 時間<br>各 5 症例 | 講義、実習        | 筆記試験、実技試験<br>各種実習の観察評価 |
|                         | 膀胱ろうカテーテルの交換                    |                 |              |                        |
| 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            | 16 時間<br>5 症例   | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価     |
|                         | 脱水症状に対する輸液による補正                 | 10 症例           |              |                        |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連       | インスリンの投与量の調整                    | 17 時間<br>5 症例   | 講義、演習、<br>実習 | 筆記試験、<br>各種実習の観察評価     |

※区分別科目の表の時間数については OSCE 時間が含まれていません

## 6.履修免除について

- (1) 当院又は他機関が実施した特定行為研修等において、共通科目の講義を修了し履修免除を受けようとする出願者は、出願時に履修免除申請書に共通科目の受講証明書を添えて申請するものとします。
- (2) 前項の申請があったときは、管理委員会において、共通科目の講義履修免除の可否を決定します。
- (3) 前項の規定により共通科目の講義履修免除が認定されたときは、別表に規定する共通科目の講義受講料を免除するものとします。

## 7.受講要件

次の(1)～(4)に定めるすべての要件を満たしていることが必要となります。

- (1)日本国の看護師免許を有すること
- (2)看護師免許取得後、看護実務経験が通年 5 年以上であること
- (3)所属する施設長または看護部門責任者の推薦があること
- (4)看護職賠償責任保険に加入していること

## 8. 修了要件

本研修を修了するためには、次の条件を満たす必要があります。

- (1) 共通科目を全て履修し、筆記試験並びに観察評価に合格すること。
- (2) (1) 修了後、選択した区分別科目を履修し、筆記試験及び観察評価、一部の科目では実技試験に合格すること。

\* 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毎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。

### 【合格基準】

各科目の筆記試験は、60%以上の成績で合格とする。

実習については観察評価を行い、B 評価以上で合格とする。

| 実習評価 | A   | B                             | C               | D    |
|------|-----|-------------------------------|-----------------|------|
| 評価基準 | できる | 助言があれば<br>できる <sup>注 1)</sup> | 監督下のもと<br>実施できる | できない |

注 1) 指導医又は評価者が現場を離れることが可能で、研修生は手技の前に指導医又は評価者への対話・助言のもと実施することができる。

## 9. 出願提出書類

### 1. 提出書類

- ① 受講願書
- ② 履歴書
- ③ 志願理由書
- ④ 推薦書（看護部長または同等職位の所属長）
- ⑤ 看護師免許の写し
- ⑥ 受講診査料 11,000 円

※診査料は提出期間内にお振込みをお願いいたします。

※提出された書類の返却は対応いたしません。

### 2. 提出期間

2025 年 12 月 1 日（月）～2025 年 12 月 26 日（金）※当日消印有効

### 3. 送付先

〒904-2195 沖縄県沖縄市字登川 610 番地

社会医療法人敬愛会 中頭病院

看護師特定行為研修担当

## 10. 選考方法および日時

書類選考および面接にて行います

面接日時：2026 年 1 月 6 日（火）～1 月 16 日（金）

合格発表：2026 年 2 月 18 日（水）

選考結果については、本人宛て簡易書留速達にて郵送いたします。

電話や FAX での合否のお問い合わせには応じません。

## 11. 受講手続きと納付金について

受講手続き詳細については以下をご参照ください。なお、納付金（消費税込み）は、受講手続き終了後、下記の振込期間内に下記項目に記載されている受講料振込先に、受講者名でお振込みをお願いします。

### 1. 受講手続き期間

2026 年 3 月 2 日（月）～2026 年 3 月 13 日（金）

### 2. 納付金 一括納付 (税込み)

|            |                    |           |             |
|------------|--------------------|-----------|-------------|
| 入学金（受講納付金） |                    | 22,000 円  | (24,200 円)  |
| 共通科目       |                    | 360,000 円 | (396,000 円) |
| 区分別        | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの関連） | 150,000 円 | (165,000 円) |
|            | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの関連） | 45,000 円  | (49,500 円)  |
|            | ろう孔管理関連            | 115,000 円 | (126,500 円) |
|            | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  | 85,000 円  | (93,500 円)  |
|            | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連  | 85,000 円  | (93,500 円)  |

※一旦収めた受講料は原則として返金いたしませんのでご了承ください。

※受講料お振込の際、振込手数料は本人負担となります。

※研修のための宿泊及び交通費等は各自にて実費負担となります。

### 3. 納付先

沖縄銀行 美里支店 普通預金 2074970

社会医療法人敬愛会

理事長 宮里善次

## 12. 募集受講生の今後の日程（※講師や会場の都合で日程が変更になる場合があります）

(様式 1)

※受験番号

# 受講願書

(中頭病院看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

社会医療法人敬愛会 中頭病院  
研修管理委員長殿

(申込者)

住所

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の社会医療法人敬愛会 中頭病院特定行為研修の受講を希望いたしますので、  
関係書類を添えて出願いたします。

## 記

| 希望研修 | 科目                 | 特定行為                            |
|------|--------------------|---------------------------------|
|      | 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                   |
|      |                    | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更                  |
|      |                    | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整    |
|      |                    | 人工呼吸器からの離脱                      |
|      | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 気管カニューレの交換                      |
|      | ろう孔管理関連            | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |
|      |                    | 膀胱ろうカテーテルの交換                    |
|      | 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                 |
|      | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連  | インスリンの投与量の調整                    |

\* 受講希望の研修に (○) を記入してください ※印の欄は記入しないでください



(様式2)

※受験番号

## 履 歴 書

記入日：令和 年 月 日

|             |                      |                                              |   |                                                                     |
|-------------|----------------------|----------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------|
| フリガナ        |                      |                                              |   | 写真貼付欄<br>(縦4 cm×横3 cm)<br>1. 最近3ヶ月以内撮影<br>2. 本人単身胸から上<br>3. 裏面に氏名記入 |
| 氏名・性別       |                      | (男・女)                                        |   |                                                                     |
| 生年月日        |                      | 昭和・平成 年 月 日生(満 歳)                            |   |                                                                     |
| 現住所         |                      | 〒 (      -      )                            |   |                                                                     |
| 電話番号(自宅)    |                      |                                              |   |                                                                     |
| 緊急連絡先(携帯)   |                      |                                              |   |                                                                     |
| メールアドレス     |                      | @                                            |   |                                                                     |
| 所<br>属<br>先 | フリガナ                 |                                              |   |                                                                     |
|             | 施設名称                 |                                              |   |                                                                     |
|             | 所在地                  | 〒 (      -      )                            |   |                                                                     |
|             |                      | TEL :      (      )      FAX :      (      ) |   |                                                                     |
|             | 出願者の職種               |                                              |   |                                                                     |
|             | 出願者の職位               |                                              |   |                                                                     |
| 免<br>許<br>等 | (看護師)                | 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得                          | 号 |                                                                     |
|             | (保健所)                | 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 |                                                                     |
| 学<br>歴      | 昭和・平成 年 月            |                                              |   |                                                                     |
|             | 昭和・平成 年 月            |                                              |   |                                                                     |
|             | 昭和・平成 年 月            |                                              |   |                                                                     |
|             | 昭和・平成 年 月            |                                              |   |                                                                     |
|             | 昭和・平成 年 月            |                                              |   |                                                                     |
|             | ※高等学校以上について記載してください。 |                                              |   |                                                                     |

|                                            |                         |  |
|--------------------------------------------|-------------------------|--|
| 職<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>歴 | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | 昭和・平成・令和 年<br>月～ 年 月    |  |
|                                            | ※施設名、所属部署、診療科を記載してください。 |  |
| 資格・学位                                      | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
| 研修受講歴                                      | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
| 学会及び社会に<br>おける活動（所属学会）<br>※わかる範囲で記入する      | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |
|                                            | 年 月 日                   |  |

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為以外には利用致しません

研修の志願理由および研修終了後の抱負について記入してください。



(様式 4)

※受験番号

## 推薦書

令和 年 月 日

社会医療法人敬愛会 中頭病院  
研修管理委員長殿

施設名

職位

推薦者（自署）\_\_\_\_\_ 印

中頭病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：\_\_\_\_\_

【推薦理由】＊現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

[illegible]

## アクセス

### お車でお越しの場合

沖縄北インターチェンジから車で約 3 分



#### ◎個人情報の取り扱いについて

中頭病院では「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。出願及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、当院の承諾なしに第三者へ開示・提供することはありません。

【お問い合わせ】 社会医療法人敬愛会 中頭病院

〒904-2195 沖縄県沖縄市登川 610 番地

看護師特定行為研修担当責任者

TEL:098-939-1300（代表）

TEL:098-989-8814（看護部直通）