

令和5年度 看護師受け入れ研修要項

1. 目的

看護実践能力向上のための知識の習得ならびに、臨床実践の見学やシミュレーション・トレーニングによる学びをもとに、看護実践リーダーとしての役割が発揮できる看護職を育成する

2. 研修の実施主体

公立大学法人和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター
和歌山県立医科大学附属病院看護部 専門看護師・認定看護師会

3. 研修方法・期間・定員

コース名	研修方法	開催日程	定員
がん看護ベーシック (日程①と②計1.5日)	講義および臨床現場の見学	①令和6年1月12日 ②1月15日・16日・17日・1月18日のいずれかの半日*	数名 8名
感染管理ベーシック(3日間)	講義およびICTラウンドの同行	9月8日、22日 10月3日	10名
感染管理アドバンス(4日間)	講義およびICTラウンドの同行	令和6年1月11日、19日 2月1日、9日	2名 6名
状態変化時の初期対応 (初級編) (半日)	講義およびシミュレーターを用いた事例トレーニング	11月24日PM 12月6日PM、8日AM	数名 12名

*がん看護ベーシックの②の日程は、受講決定後、いずれかの日程をお知らせします

感染管理ベーシックコースとアドバンスコースは両方お申込みいただき、受講することも可能です。(項目は同じですが、内容は少し異なります)

4. 対象・目標 各コース別に記載

5. 研修場所 和歌山県立医科大学 高度医療人育成センター / 和歌山県立医科大学附属病院

6. 受講料

一人1日につき、2,500円(税込) ※半日の場合、2,000円(税込)

※お支払い方法は、事前振り込み

(受講決定通知時に、振り込み先をご案内します。入金後の返金は原則いたしません)

7. 申込について

- **申込期間**：令和5年9月6日(水)～9月29日(金)
- **申込方法**：「研修申し込み書」をメール添付、または郵送、FAXにて送付してください。
- 申込に必要な様式は、看護キャリア開発センターのHPよりダウンロード可能です。
URL : <http://www.wakayama-med.ac.jp/med/ncc/hukusyoku/kensyu.html>
- 「状態変化時の初期対応(初級編)」をお申込みの場合、(様式2)の提出は不要です。

8. 申込から研修参加の流れ

- ① 希望するコースについて、(別紙様式1)を看護キャリア開発センターまで送付
- ② 看護キャリア開発センターから、お申し込みメールアドレスまで受講決定通知書を送付
- ③ がん看護ベーシック・感染管理アドバンス受講者は
事前課題をメールで看護キャリア開発センター(kango-c@wakayama-med.ac.jp)へ提出
- ④ 研修を受講
- ⑤ がん看護ベーシック・感染管理ベーシック・感染管理アドバンス受講者は
事後課題をメールで看護キャリア開発センターへ(各コースの締め切り日までに)提出

→各コースの詳細については、それぞれの項目を参照

申込み・その他お問合せ先

公立大学法人和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター

担当：田村、関口、西

〒641-8509 和歌山市紀三井寺 811-1

メール：kango-c@wakayama-med.ac.jp

電話：073-441-0768 (直通) FAX：073-441-0769

対応可能時間：平日 8時45分～17時30分

がん看護ベーシックコース（1.5日間）

開催日：①令和6年1月12日（金）

②令和6年1月15日（月）1月16日（火）1月17日（水）1月18日（木）のいずれかの半日

※②の日程については、受講決定後、受講日をお知らせします。

プログラムの詳細は下記スケジュール通り

目 標：がん性疼痛を有する患者に対して総合的な判断を元に個別的なケアを計画することができる。

対象者：臨床経験年数3年目以上で、がん看護の経験がある看護師

担当者（講師）：和歌山県立医科大学附属病院看護部 （がん看護専門看護師）
（緩和ケア認定看護師）
（がん性疼痛看護認定看護師）
（がん化学療法看護認定看護師）
（乳がん看護認定看護師）
（がん放射線療法看護認定看護師）

定 員：8名

場 所：和歌山県立医科大学附属病院 中央棟4階 大会議室

事前課題：受講決定通知とともに、課題シートをメールで送付いたしますので入力後メールでご返送ください。締め切りは、令和5年10月31日（火）です。

1. この研修を受けるきっかけや研修を通して学びたいこと
2. がん患者の疼痛管理で困った（もしくは難しかった）事例

事後課題：下記について所定様式に記載のうえ、令和6年1月30日（火）までに、看護キャリア開発センターまでメールに添付し、ご提出ください。

1. 研修での学び
2. 事前課題で提出していただいた事例の看護計画再立案

持参物品：病院内での見学がありますので見学日はユニフォーム、靴、名札を持参ください。

更衣室・ロッカーをご案内します。

また研修初日の朝、（別紙様式2）**抗体価検査結果報告書**をご提出ください。

＜スケジュール＞

①研修 1 日目：令和 6 年 1 月 12 日（金）9：30～17：00

日程	内容
10：00～10：10	オリエンテーション
10：10～11：40	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全人的苦痛について ・ 病状やニーズに基づいた、疼痛の原因、誘因、疼痛緩和を阻害する要因など多角的なアセスメントについて ・ 疼痛の評価について
11：40～12：40	昼休憩
12：40～14：10	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬理的、非薬理的疼痛管理に関するエビデンスに基づく疼痛管理について ・ 効果的でコスト、安全性を考慮した適切な疼痛管理について
14：10～14：20	休憩
14：20～15：20	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者に適した疼痛管理のための効果的な対処法、資源活用等の指導、支援について
15：20～15：30	休憩
15：30～16：45	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例検討（グループディスカッション） <li style="padding-left: 20px;">当日こちらで準備した架空事例の検討を行う
16：45～17：00	<ul style="list-style-type: none"> ・ まとめ

②研修 2 日目 * 4 日間のうちいずれかの日程で、1～2 名ずつ研修

見学	
1 月 15 日（月） 1 月 16 日（火） 1 月 17 日（水） 1 月 18 日（木） のいずれかの 13：30～17：00	緩和ケアチーム看護師とともに <ul style="list-style-type: none"> ・ 学んだ基礎的知識に基づいて疼痛のある患者のアセスメントを行う ・ アセスメントに基づいて、疼痛コントロールの根拠となる考え方や基礎的知識を応用した疼痛緩和の実際を確認する ・ 見学後、学んだ基礎的な知識と実際との整合性の確認を行う

②についての日程は、受講決定後にご連絡いたします。

感染管理アドバンスコース（4日間）

* ベーシックコースとアドバンスコースの両方を受講することは可能です。同じ項目でも内容が少し異なります。

開催日：令和6年1月11日（木）、1月19日（金）、2月1日（木）、2月9日（金）

※詳細は下記スケジュール通り

- 目 標：1) エビデンスに基づいた感染管理を理解することができる
2) 自施設の感染管理における問題点を把握し改善の方法を検討することができる
3) 研修の学びを自施設の感染管理の実践に活かすことができる

担当者（講師）：和歌山県立医科大学附属病院感染制御部（感染管理認定看護師）
和歌山県立医科大学附属病院看護部（感染管理認定看護師）

対象者：ICT など院内の感染管理に関わる者
感染管理認定看護師を目指す者 等

定 員：5～6名

場 所：和歌山県立医科大学附属病院4階 大会議室

事前課題：下記の質問について Google form から回答してください。受講決定通知とともに、URL と 2次元コード（QRコード）をメールで送付いたします。締め切りは、令和5年12月28日（木）です。

受講決定通知とともに、URL と 2次元コード（QRコード）をメールで送付いたします。

<事前アンケート内容>

1. この研修を受けるきっかけや研修を通して学びたいこと
2. 自施設の感染管理で困っていること、改善したいこと

事後課題：以下2点について、所定様式に記載のうえ、令和6年2月29日（木）までに、看護キャリア開発センターまでメールでご提出ください。

1. 研修を受講しどのようなことを学べたか
2. 学びをどのように活かしていこうと考えているか

持参物品：計算機（サーベイランスで使用）

N95 マスク 1枚（自施設で使用している製品）、自施設の感染対策マニュアル

【研修3日目】ユニフォーム、靴、名札（病院内での見学時、更衣室・ロッカーをご案内します）

※研修初日の朝に、（別紙様式2）抗体価検査結果報告書をご提出ください。

日程	内容
<p>令和6年 ①1月11日(木) 10:00~16:30</p>	<p>1. 感染管理に係る関係法規、診療報酬 2. 感染管理組織 3. エビデンスに基づく感染対策の基本 4. 洗浄・消毒・滅菌</p>
<p>②1月19日(金) 10:00~16:30</p>	<p>1. エビデンスに基づくデバイス別感染対策 カテーテル関連尿路感染、中心静脈カテーテル関連血流感染ほか 2. 職業感染防止 針刺し・切創 ワクチンプログラム 3. 自施設の現状と課題 演習</p>
<p>③2月1日(木) 10:00~16:30</p>	<p>1. 微生物と抗菌薬 基礎知識 適正抗菌薬 ASTにおける看護師の役割 2. AST ラウンド AST ラウンドの見学 3. 感染症発生時の対応</p>
<p>④2月9日(金) 10:00~16:30</p>	<p>1. サーベイランス デバイスサーベイランス 耐性菌サーベイランス 演習 2. ICT ラウンド(手指衛生直接観察) ICT ラウンドに同行</p>

状態変化時の初期対応(ベーシック) (1回コース)

※講義+シミュレータを用いた事例トレーニング

開催日：令和5年11月24日(金)PM
12月6日(水)PM
12月8日(金)AM } 3日のうちのいずれかを選択

※研修は1回完結です。開催日のなかから参加希望日を申込書に記入してください。

※内容の詳細は下記スケジュール通り

目標：1)患者の「何かおかしい」に気づき、観察と対応について理解できる
2)状態変化時の適切な報告ができる

担当者(講師)：和歌山県立医科大学附属病院看護部 (救急看護認定看護師)
(集中ケア認定看護師)
和歌山県立医科大学看護キャリア開発センター (集中ケア認定看護師)

対象者：患者の状態変化時の観察と対応について学びたい方
看護師経験年数2年以上

定員 各回合計12名まで(先着順) ※同施設で、複数名の参加可能
シミュレーション・トレーニングのため、合計3名以上の参加者日程で開催調整

場所：和歌山県立医科大学高度医療人育成センター2階 スキルスラボ

事前課題・事後課題：なし(終了時アンケートあり)

持参物品：筆記用具、時計(秒が測れるもの)、動きやすい服装(パンツスタイル、スニーカー等)
聴診器(こちらでもご準備していますが、ご自身のものを使用したい場合はご持参ください)

<スケジュール>

下記のうち、いずれかの日程を選択

日程	内容
・11月24日(金)13:30~16:30 ・12月6日(水)13:30~16:30 ・12月8日(金)9:30~12:30 のうちのいずれかの日程	・講義(60分) ・シミュレーション(90分) ・ふりかえり 研修全体で約3時間程度を予定

(様式1)

研修申込書 (受け入れ研修用)

(記載日) 令和 年 月 日

ふりがな 申し込み者氏 名		年齢	() 歳
		性別	男 女
所属機関		所属部署	
所属機関 住 所	〒		
緊急連絡先	※当日、本人に連絡可能な番号を記載してください	勤務先 電話番号	内線 ()
Eメール アドレス	※携帯のメールアドレスの場合、【@wakayama-med.ac.jp】のメールが受信できるようにしておいてください		
臨床経験年数	() 年		
免許の種類 (看・助・保)	年 月 日 (看護師 助産師 保健師)		
取得年月日	年 月 日 (看護師 助産師 保健師)		
資格取得月日 (CN・CNS分野)	年 月 日 ()		

希望コース	
受講希望日 *「状態変化時の初期対応」コースの場合、 第1希望から第3希望を記入	第1 () 第2 () 第3 ()

(様式2)

抗体価検査等結果申告書

和歌山県立医科大学附属病院長 殿

研修生 所属機関： _____ 氏 名： _____

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (行った検査方法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA		≥10.0IU/mL	1回目 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA			2回目 年 月 日
備考					

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 *検査方法はEIA (IgG)

項目	検査日 (年月日)	測定値	基準			ワクチン接種日 (年月日)
			陰性	陽性 (基準を満たさない)	陽性 (基準を満たす)	
麻疹	年 月 日		<2	2-15.9	≥16.0	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
風疹	年 月 日		<2	2-7.9	≥8.0	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
水痘	年 月 日		<2 (-)	2-3.9 (±)	≥4.0 (+)	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日		<2 (-)	2-3.9 (±)	≥4.0 (+)	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
備考						

結核

項目	検査日 (年月日)	検査結果 (1つに○)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	異常の有無：有・無	異常無
QFT / T-SPOT いずれかに○	年 月 日	陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考			

インフルエンザワクチン接種 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (接種予定もしくは接種日を記載)

新型コロナウイルス感染症ワクチン接種 計 _____ 回 接種済 最終接種年月 _____ 年 _____ 月

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

施設長名： _____

印