

2025 年度  
看護師特定行為研修  
募集要項

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>済生会支部  
神奈川県済生会横浜市南部病院

---

# I. 研修概要

---

## 特定行為研修と基本理念

---

特定行為研修は、看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修である。

チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者及び国民並びに歯科医師その他医療関係者から期待される役割を十分に担うため、医療安全に配慮し、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するものである。

（「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の施行等について」（平成27年3月17日付け医政発0317第1号厚生労働省医政局長通知）

## 当院 特定行為研修の理念と目標

---

### 1. 理念

質の高い医療・看護を提供するため、専門的な知識・技術、そして高い倫理観を持つ自己教育力の高い看護師の育成を目指す。

### 2. 目標

- 1) 地域医療および高度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い、特定行為を行う上での知識、技術、態度、倫理観の基礎的能力を育成する。
- 2) 地域医療および高度医療の現場において、特定行為を安全に実行できる基礎的能力を育成する。
- 3) 医師を含む他職種との連携において、協力的態度で各専門職が効果的に医療にあたることのできる基礎的能力を育成する。
- 4) 自らの実践を振り返り、幅広い視点で自己教育力を養い、発展させることのできる看護師を育成する。

## 特定行為区分科目と定員

栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

動脈血液ガス分析関連 総計 4 名

※ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連は必須科目

## 研修期間

2025 年 4 月～2026 年 3 月

## 研修内容

### 1. 共通科目（約 6 ヶ月間：4 月～9 月）

- ・ 全日病 S-QUE 研究会 e-ラーニングを利用する。
- ・ e-ラーニングによる講義と集合教育による演習・実習・試験で構成される。
- ・ 演習・実習は、月に 4 回程度、集合教育がある。
- ・ 指定の講義（e-ラーニング）の受講と講義毎の小テスト、演習・実習を修了した者が科目修了試験に進むことができる。
- ・ 全ての共通科目を修了したのち、区分別科目の履修に進むことができる。

科目	研修時間	研修方法（※）
臨床病態生理学	30 時間	講義、演習
臨床推論	47 時間	講義、演習、実習（医療面接）
フィジカルアセスメント	45 時間	講義、演習、実習（身体診察手技）
臨床薬理学	45 時間	講義、演習
疾病・臨床病態概論	40 時間	講義、演習
医療安全学/特定行為実践	45 時間	講義、演習、実習（医療安全・チーム医療）
計	252 時間	

※自宅にインターネット接続可能な端末が必要となります。



---

## Ⅱ. 募集要項

---

### 受講資格

---

看護師特定行為研修志願者は、次の1～3に定める要件を満たしていることが必要となる。

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、受講開始時に看護実務経験を5年以上有していること
3. 所属長からの推薦が得られること

### 選考方法

---

書類審査・筆記試験（基礎知識）・面接試験

### 選考申請書類

---

1. 看護師特定行為研修受講申請書（様式1）
2. 推薦書（様式2）
3. 履歴書（様式3）
4. 既修得科目履修免除申請書（様式4）  
※既修得科目履修免除申請志願者は、特定行為研修修了証の写し（A4サイズに縮小）を提出する。  
様式1～4は、次のいずれかの方法で作成する。
  - 1) 本冊子巻末の、様式1～様式4の写しを取り、記入する。
  - 2) 当院ホームページ「看護師特定行為研修」から、様式をダウンロードして記入する。  
<https://www.nanbu.saiseikai.or.jp/community/learn/tokuteikenshu/>
5. 小論文  
テーマ：「私が考える自施設での特定行為看護師の役割」  
書式：word形式 A4版×1枚 10.5ポイント 横書き 明朝体 800～1,000文字程度
6. 看護師免許証の写し（A4サイズに縮小）
7. 受講審査料 11,000円（消費税含む）の振込を確認できる書類（利用明細書等）の写し

【振込口座】	※振込手数料は受験生負担
銀行名	三井住友銀行 港南台支店
口座番号	普通 5387393
フリガナ	サイセイカイヨコハマシナンブヒョウイン
口座名義	済生会横浜市南部病院
振込依頼人	「トクテイ」「氏名（フルネーム）」を登録する。

※銀行で発行される利用明細書をもって、本件の領収書とする。

※提出書類 1 ～ 7 の書類は返却不可

## 書類提出方法

1. A4 クリアホルダーに、受講申請書類を順に並べ、A4 封筒（角形 2 号）に入れる。
2. 書類送付期間内に、配達記録が残る方法（簡易書留や特定記録郵便等）で送付する。
3. 当院看護師は上記 1 で準備を行い、統括教育センター事務局に直接持参することも可能である。

受付時間：平日 10 時～16 時

〒234-0054 横浜市港南区港南台三丁目 2 番 10 号 済生会横浜市南部病院 統括教育センター 事務局 宛
---

## 書類提出期間

2024 年 12 月 2 日（月） ～ 2024 年 12 月 16 日（月） 16 時

※郵送の場合、当日消印有効

## 選考試験

試験日：2025 年 1 月 15 日（水） 8 時 30 分集合 ※試験会場は受験者に個別に案内。

時間	内容
8 : 30	受験者集合、諸連絡
8 : 45～9 : 15	筆記試験
9 : 30～	面接試験（1 名 10 分程度）

## 選考結果

2025年1月下旬、本人宛に特定記録郵便で郵送。

※電話での可否の問い合わせ及び、試験問題、解答用紙の開示は致しません。

## 受講手続き

- ・ 合格者宛に、合格証と受講手続きの書類一式を送付する。
- ・ 合格者は、合格通知に同封した振込口座に、受講料を、**2024年2月20日（木）**までに振り込む。
- ・ 一旦納めた受講料の返還不可。
  - ※研修の受講にあたり、「看護職賠償責任保険」の加入は必須。
  - ※4種感染症（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）の直近抗体価またはワクチンの接種歴の提出が必要。詳細は受講手続き書類内「書類送付のご案内」を確認。

## 受講料

		院内受講生	院外受講生
共通科目受講料		¥300,000	¥320,000
区分別科目受講料	1	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	¥50,000
	2	動脈血液ガス分析関連	¥70,000
			¥60,000
			¥80,000

※上記の金額は税抜き価格。別途、消費税分（受講料の10%）を申し受ける。

※受講料にはe-ラーニング、演習・実習費等が含まれる。

※原則、教科書等の指定教材はない。（参考図書等は自己購入になる）

※研修のための交通費等は実費負担になる。

## 本件問い合わせ先

社会福祉法人<sup>恩賜</sup>財団<sup>財団</sup>済生会支部神奈川県済生会横浜市南部病院  
統括教育センター 事務局 電話 045-832-1111（代）内線 219  
メールアドレス [kango-tokutei@nanbu.saiseikai.or.jp](mailto:kango-tokutei@nanbu.saiseikai.or.jp)

受験番号

様式 1

記入日：西暦 年 月 日

## 2025 年度 看護師特定行為研修受講申請書

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部  
神奈川県済生会横浜市南部病院 院長 殿

私は、下記の済生会横浜市南部病院特定行為研修の受講をたく、関係書類を添えて出願いたします。

### 【申込書】

フリガナ		(院内のみ)	
氏名		職員番号	
受講希望の 区分別科目 に○を記載	○	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 (必須)	
		動脈血液ガス分析関連	
出願理由			

※「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」履修修了者は既修得科目履修免除申請書を提出してください。



受験番号

様式2

記入日：西暦 年 月 日

## 推薦書

社会福祉法人<sup>財団</sup> 済生会支部  
神奈川県済生会横浜市南部病院 院長 殿

【推薦者】

所属：

職位：

氏名（自署）

済生会横浜市南部病院の看護師特定行為研修の受講生とし、下記の者を推薦します。

受講志願者氏名	
推薦理由	

※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。

# 履歴書

年 月 日現在

カラー写真貼付  
(4.5cm×3.5cm)  
1.最近6ヶ月以内に  
撮影した写真  
2.写真裏面に氏名を記  
入してください。

フリガナ 氏名				性別 ( )
	年 月 日生 (満 歳)			
現住所	〒 -			
連絡先	自宅: ( ) / 携帯: ( )			
	メール: ※ゼロとオー、ハイフンとアンダーバー等、紛らわしくないように明瞭に記載してください。			
勤務先	フリガナ 名称			
	所在地	〒 -		
	職 種		職 位	TEL ( )
免許	看護師	年 月 日	免許取得	号
	保健師	年 月 日	免許取得	号
	助産師	年 月 日	免許取得	号
学 歴	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	※高等学校以上について記入してください。			
職 歴	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	※施設名に加え、診療科を記入してください。			
医療関係の資格				
所属学会				

※記入欄が足りない場合は、適宜行数を増やして記入してください。

受験番号

様式4

## 既修得科目履修免除申請書

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>済生会支部  
神奈川県済生会横浜市南部病院 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修了しているため、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

既修得科目	履修修了した指定研修機関名	修了認定日
共通科目		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※必ず修了証等、履修を証明する書類を添付してください