2027 年度

（2027 年 4 月開講予定）

新潟県立中央病院 看護師特定行為研修

募 集 要 項

新潟県

新潟県立中央病院

Niigata Prefectural Central Hospital

1. 看護師特定行為研修の理念

地域住民の命と健康を守るため、医療安全に配慮しながら、急性期から在宅医療まで幅広い医療現場に対応できる看護師の育成を目指す。さらに、チーム医療の一員として多職種と協働し、地域医療の質向上と持続可能な医療体制の構築に貢献する人材を育てることを理念とする。

2. 看護師特定行為研修の目的と育成目標

1）目的

① 地域医療及び高度医療の現場において、看護師が医師の包括的指示のもとで特定行為を安全かつ的確に実施できるよう、必要な知識・技術・判断力を体系的に習得する。

② 特定行為の実践にあたっては、患者の安全と安心を最優先に考え、倫理的配慮を含めた質の高い看護を提供できる態度を養う。

③ チーム医療の一員として多職種と連携・協働し、地域医療の質向上に寄与する看護師の育成を目指す。

2）育成目標

① 特定行為を行う看護師として、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態度を身につける。

② 医療現場において、疾患や病態の変化を包括的にアセスメントし、特定行為を安全に実施する能力を養う。

③ チーム医療の一員として多職種と連携・協働を行いながら患者のニーズに対応できる能力を養う。

3. 開講する看護師特定行為研修の特定行為区分

・在宅・慢性期領域パッケージ

・術中麻酔管理領域パッケージ

4．定員と受講可能な区分

定員：4 名（表 1 参照）

受講可能な区分：領域別パッケージの受講はいずれか 1 領域とする。

表１特定行為区分（領域別パッケージ）

領域	特定行為区分の名称	特定行為	定員
在宅・慢性期領域	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	2
	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	
	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	
	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	
術中麻酔管理領域	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	2
	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	
		人工呼吸器からの離脱	
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	
		橈骨動脈ラインの確保	
	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	
	術後疼痛管理関連	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	
	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	

５．研修スケジュール

2027 年 4 月から 2028 年 3 月（12 ヶ月間）

日程	内容
2027 年 4 月上旬	開講式、オリエンテーション
4 月～ （6 ヶ月間）	共通科目 （e ラーニング、演習・実習）
2027 年 10 月～（3 ヶ月間）	区分別科目（e ラーニング、演習・実習）
2028 年 1 月～ （3 ヶ月間）	臨地実習
2028 年 3 月下旬	閉講式

6．受講者の要件

受講者は、以下の要件をすべて満たしていること。

1）日本国内における看護師免許を有していること。

2）受講申請時点において、看護師免許取得後5年以上程度の実務経験を有していること。

3）実習までに、看護職賠償責任保険に加入すること。

4）実習までに、4種ウイルス（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）抗体検査を実施し、基準に満たないものは、予防接種を実施すること。

7．履修の読み替え

専門看護師教育課程、認定看護師教育課程、看護師の特定行為研修、その他大学院などですでに履修した共通科目の取り扱いについては、本院の看護師特定行為研修管理委員会で判断された場合に限り考慮する。ただし、受講料の減免は行わない。

8．受講審査

1）受講審査料

5,500円（税込）

2）出願期間

① 2026年11月16日から2026年11月30日（当日消印有効）

② 提出先：庶務課　特定行為研修担当

3）審査（2026年12月中旬）

① 審査方法：書類審査、面接

② 合否判定（合格発表）：審査の結果は2026年12月下旬までに合否結果を郵送する。

9．受講料

共通科目および領域別パッケージ研修	受講料
共通科目	440,000円
在宅・慢性期領域パッケージ	165,000円
術中麻酔管理領域パッケージ	330,000円

10. 修了要件

次の要件をすべて満たし、指定研修機関の特定行為研修管理委員会において修了が認められること。修了者には、指定研修機関より研修修了証を発行する。

1）共通科目をすべて履修し、規定の試験に合格すること。

2）共通科目終了後、区分別科目を履修し、規定の試験に合格すること。

11. 出願手続き

募集要項請求方法

※新潟県立中央病院ホームページ「看護師特定行為研修募集要項」から必要書類をダウンロードしてください。

【ホームページ】URL：https://www.cent-hosp.pref.niigata.jp/

出願提出書類

1）受講申請書　（様式１）

2）履歴書　　（様式２）

3）推薦書　　（様式３）

4）受講動機　　（様式４）

5）看護師免許証の写し　　※ A4 判に縮小の両面コピー（看護師免許の表裏）

6）認定・専門看護師認定証の写し（対象者のみ）有効期限内のもの。A4 判のコピー

7）受講審査料払い込み明細書のコピー

8）送付先を記載し切手（簡易書留料金）を貼付した合否通知用の角封筒

※なお、提出された出願書類は返却いたしません。

12. 出願書類提出方法

【送付先】〒943-0192　新潟県上越市新南町 205 番地

新潟県立中央病院　庶務課特定行為研修担当

※必ず封筒表に「看護師特定行為研修受講申請書　在中」と朱書きの上、簡易書留で郵送してください。

13.　受講審査料の支払いについて

料金　5,500 円

【振込先】　金融機関名：第四北越銀行　支店名　県庁支店

口座種別　：普通　　口座番号　１０３５１５５

口座名義　：新潟県病院局新潟県立中央病院

※出願期間中に指定の振込先に振り込むこと。その際は申請者氏名が分かるように記載すること。

※受講審査料の振込明細書のコピー1 枚を、出願書類とともに送付する。

※受講審査料の振込手数料は申請者の負担となります。

14. 個人情報の取り扱いについて

新潟県立中央病院では、「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出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、履修関係など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。

15. その他

本院での研修は、一部 e-ラーニングになるため、各自でパソコンを準備してください。

16. お問い合わせ先

新潟県立中央病院　庶務課　特定行為研修担当

〒943-0192　新潟県上越市新南町 205 番地

TEL　025-522-7711（代表）

外部受講者専用

新潟県立中央病院

2027 年度 特定行為研修受講申請書類一式

様式番号	種別
様式 1	受講申請書
様式 2	履歴書
様式 3	推薦書
様式 4	受講動機
－	看護師免許証の写し ※ A4 判に縮小の両面コピー（表裏）
－	認定・専門看護師認定証の写し ※対象者のみ、有効期限内のもの。A4 判のコピー

書類に不備がある場合は受理できません。

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

◆ 記入方法を参考に過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。
◆ 自署以外は、パソコンでの入力可。フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可。
◆ 年号はすべて西暦表記とすること。

2. 記入方法

申請書類	様式	記入方法と注意事項
申　請　書　類 チェックリスト	－	☑を入れて、書類一式とともに提出する。
1）受 講 申 請 書	1	氏名の記載は自署とする。 受講を希望するコース、またはパッケージに○印を入れる。
2）履　　歴　　書	2	・ 書類作成日を記載する。 ・ 氏名は戸籍上の姓を記入する。 ・ 所属機関は正式名称を記載。 ・ 病床数は所属機関の許可病床数を記載する。 ・ 学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。 ・ 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。
3）推　　薦　　書 （部署責任者の推薦書）	3	・ 受講者を推薦する理由を、所属機関の看護部長（あるいは所長などの施設管理者）が記載する。 ・ 推薦者は、看護部長（あるいは所長などの施設管理者）とする。
4）受　講　動　機	4	・ 特定行為研修区分を選択した理由 ・ 特定行為研修修了後、自施設にどのような貢献ができるかについて、簡潔に記載する。
その他	－	すべての様式における「受付番号」は、事務局側で記入するため、記載しないこと。

（事務局側が記載）

受付番号＿＿＿＿＿＿

申請書類チェックリスト

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

チェックリストで申請書類の有無を確認のうえ、提出してください。

【受講申請者各自で確認し、以下に☑を入れること】

□	【本用紙】申請書類チェックリスト
□	【様式 1】 受講申請書
□	【様式 2】 履歴書
□	【様式 3】 推薦書
□	【様式 4】 受講動機
□	看護師免許証の写し　　※ A4 判に縮小の両面コピー（看護師免許の表裏）
□	認定・専門看護師認定証の写し ※対象者のみ、有効期限内のもの。A4 判のコピー

（様式　1）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

受　講　申　請　書

新潟県立中央病院　病院長　様

私は、下記の特定行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。

■選択コース（任意）　　※ 選択するパッケージ名のいずれかに〇を入れる
※ 共通科目の受講を必須とする

選択番号	共通科目および区分別科目	選択
①	共通科目	
②	在宅・慢性期領域パッケージ	
③	術中麻酔管理領域パッケージ	

西暦　２０　　年　　月　　日

氏名（自署）　　印

（様式　2）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

正面上半身 (40×30mm) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入	フリガナ		男　・　女
	氏　名		
	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

フリガナ		TEL： 携帯 TEL： E-mail（携帯メール以外）
現住所	〒	
フリガナ		施設概要 【病床数】
所属施設名		
所属施設 住　　所	〒	TEL 所属部署もしくは内線番号 （　　） FAX

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
認定看護師資格分野名 ＿＿＿＿＿＿分野	認定看護師資格取得年月日 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号
専門看護師資格分野名 ＿＿＿＿＿＿分野	専門看護師資格取得年月日 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号

学　歴	
大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける）	
西暦 年　月修了／在学中	
認定看護師教育（修了年月と機関名を下記に記入）　*認定看護師教育課程修了者のみ記入	
西暦 年　月修了	

職歴（看護師免許取得以降の施設名・診療科・職位を明記）枠が不足する場合は追加してください。

西暦　　年　　月～　　年　　月	
西暦　　年　　月～　　年　　月	
西暦　　年　　月～　　年　　月	
西暦　　年　　月～　　年　　月	
西暦　　年　　月～　　年　　月	

（様式　3）　　**受付番号**＿＿＿＿＿

推　薦　書

受講者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

採用年月日　　年　　月　　日　採用　　（　　年　　月現在）

勤続年数　　年　　ヶ月　　（　　年　　月現在）

現役職名　　（　　年　　月発令）

（推薦理由）

西暦　２０　　年　　月　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名（自署）　　印

（推薦者は所属機関の看護部長、あるいは所長などの施設管理者）

（様式　4）

受付番号＿＿＿＿＿＿

受講動機

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自身が受講する特定行為研修区分を選択した理由と、特定行為研修修了後にどのように組織へ貢献するか、あなたの考えを述べてください。

※枠の調整は行わず、フォントはMS 明朝・サイズは10.5 とし、1200 字程度で1 枚にまとめること。