

平成28年度

認定看護師（がん化学療法看護）教育課程

研修生募集要項

鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター

認定看護師（がん化学療法看護）教育課程研修生募集要項

1. 沿革

日本看護協会は、熟練した看護技術と知識を用い水準の高い看護実践のできる看護師を育成するために1996年に認定看護師制度を開設した。

本学では、2007年度文部科学省のがんプロフェッショナル養成事業に鳥取大学、島根大学、広島大学の「銀の道で結ぶがん医療人養成コンソーシアム」が採択され、がんに関連する専門医やコメディカルを養成してきた。さらに、2012年度からは、文部科学省がんプロフェッショナル養成基盤推進事業「ICTと人で繋ぐがん医療維新プラン」と連携し、鳥取大学医学部附属病院看護師キャリアアップセンターに「がん化学療法認定看護師教育課程」を設置した。

本教育課程では、2012年度、2013年度の受講生に対し、約6ヶ月間の教育を行った結果、いずれも日本看護協会の認定試験に合格し、現在、山陰各地で『がん化学療法看護認定看護師』として癌患者に対する質の高い看護・ケアを実践している。2014年度、2015年度には「乳がん看護認定看護師教育課程」を設置し、いずれも優秀な卒業生を送り出している。

2016年度には山陰各病院からの要望により、再度、「がん化学療法看護認定看護師教育課程」を再開し、がん化学療法分野において水準の高い看護実践ができる認定看護師を育成することとした。

2. 教育理念

医療の高度化および専門化、また国民の保健医療福祉に対する価値観やニーズの変容に伴い、看護の役割は拡大し、質の高い看護ケアが求められるようになった。このような社会や人々の期待に応え、看護実践現場におけるケアの質の向上を図るために、熟練した看護技術と専門知識を用いて患者・家族に対し個別的かつ全人的視点に立ち看護を実践できる能力や、自らの実践力を自律的に向上させることができる能力を有する看護実践者を育成する。

3. 教育目的

特定看護分野において、熟練した看護技術と専門知識を用いて患者・家族に対し個別的全人的視点に立ち看護を実践できる能力や、自らの実践力を自律的に向上させることができる能力を有する看護実践者を育成する。

4. 分野、定員、教育期間

- ・分野名：がん化学療法看護

- ・定員：10名

- ・教育期間：7ヶ月

《年間スケジュール》

開講式・・・平成28年9月1日（木）

修了式・・・平成29年3月6日（月）（予定）

《時間割》・・・1限 9：00～10：30

2限 10：50～12：20

3限 13：20～14：50

4限 15：10～16：40

5. 教育課程の目的

- 1) がん化学療法を受ける患者とその家族のQOL向上に向けて、水準の高い看護を実践する能力を育成する。
- 2) がん化学療法看護分野の専門的知識と実践力を基盤として、他の看護職者に対して指導・相談ができる能力を育成する。

6. 教育内容、授業時間数

共通科目 (120+30時間)	時間	専門基礎科目 (60時間)	時間	専門科目 (195時間)	時間	演習及び 臨地実習 (240時間)	時間
＜必須＞ 看護管理	15	がん看護学総論	15	がん化学療法概論	15	総合演習	60
リーダーシップ	15			がん化学療法薬の知識	15		
情報管理	15					臨地実習 *実習時間は 予定より増える ことがあります。	180
看護倫理	15	ヘルスアセスメント	15	主な疾患のがん化学療法	30		
指導	15						
相談	15			がん化学療法を受ける患者・家族のアセスメント	15		
文献検索・文献講読	15	腫瘍学概論	15				
臨床薬理学	15			がん化学療法レジメンの特徴と看護	15		
＜選択＞							
医療安全管理	15	がんの医療サービスと社会的資源	15	薬剤の投与管理とリスクマネジメント	30		
対人関係	15						
				がん化学療法に伴う症状の緩和技術とセルフケア支援	45		
				がん化学療法に伴う患者・家族の意思決定を支える看護援助	15		
				外来/在宅がん化学療法と看護援助	15		
総時間数 615 (+30) 時間							

認定看護師（がん化学療法看護）教育課程研修生選抜試験要項

1. 募集人員：がん化学療法看護分野 10 人

2. 出願資格：次に定める要件をすべて満たしている者。

- 1) 日本国の看護師免許を有する者。
- 2) 上記の免許取得後、通算 5 年以上の実務研修をしている者。
- 3) 通算 3 年以上、がん化学療法を受けている患者の多い病棟・外来・または在宅ケア領域での看護実績を有する者。
- 4) がん化学療法を受けている患者の看護（がん化学療法薬の投与管理の実績があることを必須とする）を、5 例以上担当した実績を有する者。
- 5) 現在、がん化学療法を受けている患者の多い病棟、外来で勤務していることが望ましい。

3. 応募手続き

1) 願書請求方法（下記のいずれかで請求してください）

①鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センターに郵送で請求する。

「認定看護師（がん化学療法看護）教育課程出願書類請求」と朱書きし、下記まで請求ください。

返信用封筒として角形 2 号の封筒に送付先住所、氏名を明記し、250円切手を貼付し、同封ください。

②鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センターよりダウンロードする。

(<http://www2.hosp.med.tottori-u.ac.jp/departments/center/medical-staff-education-center/>)

鳥大 医療スタッフ

検 索

2) 出願期間：平成 28 年 5 月 23 日（月）～平成 28 年 6 月 6 日（月）

※ 17：00 必着

3) 出願書類提出先：〒683-8504 鳥取県米子市西町 36-1

鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター

※「簡易書留」で郵送すること。

電話（0859）38-6997（直通）

4) 提出書類

- (1) 願書（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）
- (3) 志望理由書（様式 3）
- (4) 実務研修報告書（様式 4）
- (5) 勤務証明書（様式 5）
- (6) 事例報告書（様式 6-1）

- (7) 事例報告書(様式6-2)
- (8) 写真票および受験票(様式7)
- (9) 検定料 50,000 円

最寄りの銀行窓口で、下記口座に6月6日(月)までに振り込んでください。

振り込み手数料は振り込み者負担となりますのでご了承ください。

納入された検定料は、①出願しなかった、②二重に振り込んだ、③出願が受理されなかった場合を除き、いかなる理由があっても返還いたしません。

※ 振込用紙の振込者氏名欄には、氏名の頭にアルファベットの「C」を必ず記入してください。

銀行口座名義及び番号

- 山陰合同銀行米子支店 普通預金 3610271
国立大学法人鳥取大学 学長 豊島良太
- 鳥取銀行米子中央支店 普通預金 0028458
国立大学法人鳥取大学 学長 豊島良太

※ 振込控えは各自が責任を持って保管してください。

(10) 返信用封筒2通

受験票返信用封筒(長形3号):郵便切手380円(速達料を含む)を貼り、送付先住所、氏名を明記してください。

選抜試験可否通知書類送付用封筒(長形3号):郵便切手730円(簡易書留・速達料を含む)を貼り、送付先住所、氏名を明記してください。

4. 選抜試験期日:平成28年6月26日(日)

5. 選抜試験会場:鳥取大学医学部アレスコ棟

6. 選抜方法

- 1) 選抜の方法:筆記試験、小論文、面接について基準に沿って採点し、総合的に評価し選抜する。
- 2) 選抜の期日と内容

日 時	時 間	科目名
平成28年6月26日(日)	9:00~10:40	専門科目Ⅰ 専門科目Ⅱ
	11:00~12:00	小 論 文
	13:30~	面 接

7. 選抜試験概要

専門科目Ⅰ：がん化学療法に関する医療知識を問います。

専門科目Ⅱ：事例を用いてその事例に関する看護問題、援助方法を問います。

小論文：がん化学療法看護に関する思考力・論述力などを問います。

面接：個人面接1人10分程度。

8. 受験票の送付

提出書類一式を審査し、受験資格が認められた方に、受験票を6月中旬に郵送します。

9. 合格者発表

1) 発表日：平成28年7月11日（月）

2) 発表場所：鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センターホームページ

(<http://www2.hosp.med.tottori-u.ac.jp/departments/center/medical-staff-education-center/>)

3) 選考試験結果の通知：選考試験を受験したものの全員に合否を本人宛に郵送で通知いたします。電話等での合否の問い合わせは一切受け付けません。

10. 個人情報について

出願にあたって提供された氏名、住所その他の個人情報については、本課程における専攻試験、合格発表ならびに入学手続き等これらに付随する業務においてのみ使用し、それ以外の目的では使用しません。

11. 入学手続

手続きについては、合格通知時に案内いたします。

12. 納付金

入学料 100,000円

1) 入学料は平成28年7月29日（金）までに納入してください。

2) 受講料とまとめて800,000円納入されても結構です。

3) 納入された入学料はいかなる理由があっても返還しません。

受講料 700,000円

1) 受講料は平成28年8月19日（金）までに納入してください。

2) 参考：日本財団助成金制度や、鳥取県の補助があります。

13. 注意事項

1) 出願書類受理後は、出願書類の内容変更を認めません。

2) 受理した出願書類は理由のいかんに関わらず返還いたしません。

1 4. 資格の取得

教育課程修了者は、社団法人日本看護協会が行うがん化学療法看護認定看護師認定審査の受験資格を得ることができます。

1 5. 書類提出／問い合わせ先

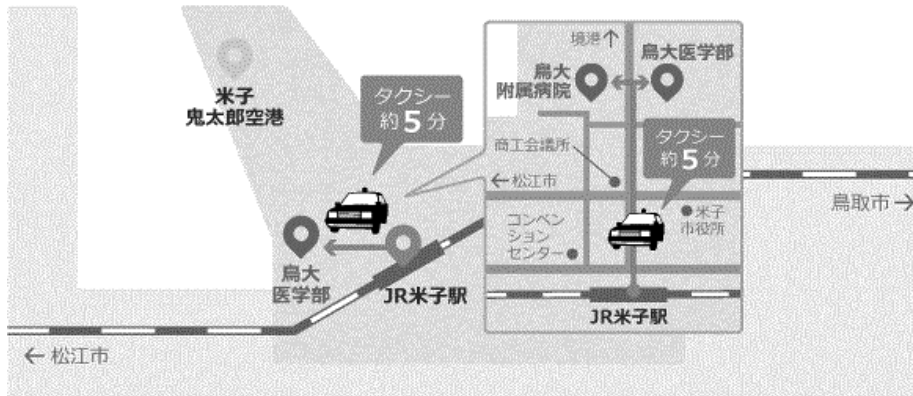
〒683-8504 鳥取県米子市西町 3 6 - 1

鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター 認定看護師育成支援室

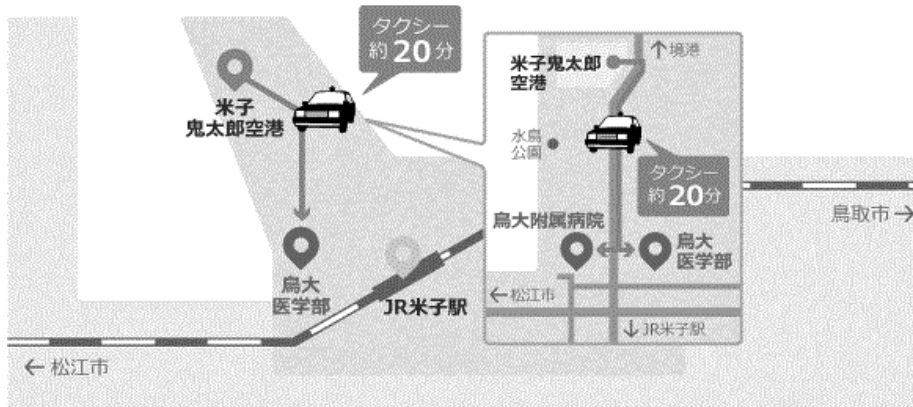
電話 (0859) 38-6997 (直通)

選抜試験会場のご案内

JR米子駅から



米子鬼太郎空港から



認定看護師（がん化学療法看護）教育課程選抜試験 提出書類一覧

1	願書	様式 1	*必要事項を記入する
2	履歴書	様式 2	*写真は、正面・カラー・3ヶ月以内に撮影したもの 【写真を貼付】
3	志望理由書	様式 3	*学会および研修会発表会等の業績については学会名・年・テーマを記入し、業績がない場合は「特になし」と記入する
4	実務研修報告書	様式 4	<p>*これまでの勤務状況を実務研修として記入する（准看護師歴は除く）</p> <p>*実務研修施設は免許取得後から常勤・非常勤での就業を年次順にすべて記入する</p> <p>*長期間実務から離れていた場合（育児休暇など）はその旨を記載し、休職期間は実務研修期間から除く</p> <p>*認定看護分野は部署の特徴が分かるように記入する</p> <p>*認定看護師・専門看護師がいない場合の「主に指導を受けた人の職名」は、部署の師長か主任等で、がん化学療法看護分野の経験が5年以上ある人を記入するあるいは施設外の認定看護師からの指導を受けた場合はそれを記入する</p> <p>*認定看護師分野歴に記載した期間において、がん化学療法患者の看護を担当した事例数（概算）を記入する</p> <p>*複数の実務研修を報告する場合はコピーして使用する</p>
5	勤務証明書	様式 5	<p>*人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の者が記入する</p> <p>*通算5年以上の実務経験の要件を満たすため複数の施設より証明が必要な場合、用紙はコピーして使用する</p> <p>*がん化学療法看護分野での3年以上の実務経験年数を記入する。なお、その分野の特徴を具体的に記入する</p>
6	事例報告書	様式 6－1 様式 6－2	<p>*今まで受け持ったがん化学療法看護を必要とした患者に関する4事例を様式6－1にまとめる</p> <p>*今まで受け持ったがん化学療法看護を必要とした患者に関する1事例を様式6－2に看護過程の展開が明確になるようまとめる（様式6－1の事例以外）</p>
7	写真票および受験票	様式 7 写真を貼付	<p>*写真票、受験票の該当欄2箇所1枚ずつ貼付する。写真は履歴書と同様のものにする</p> <p>*切り離さずに送付する</p>
8	検定料		<p>*検定料50,000円</p> <p>最寄りの銀行窓口で、下記口座に6月6日（月）までに振り込み（振り込み手数料は振り込み者負担）</p> <p>※ 振込用紙の振込者氏名欄には、氏名の頭にアルファベットの「C」を必ず記入する</p> <p>銀行口座名義及び番号</p> <p>○ 山陰合同銀行米子支店 普通預金 3610271 国立大学法人鳥取大学 学長 豊島良太</p> <p>○ 鳥取銀行米子中央支店 普通預金 0028458 国立大学法人鳥取大学 学長 豊島良太</p> <p>*振り込み控えは各自が責任をもって保管する</p>
9	返信用封筒① 返信用封筒②		<p>*本人宛の住所・氏名を明記し、切手（380円分、速達料含む）を貼付する（受験票送付用に使用する）</p> <p>*本人宛の住所・氏名を明記し、切手（730円分、簡易書留料・速達料含む）を貼付する（選抜試験合否通知書類送付用に使用する）</p>

申請書類（所定様式）の記入上の注意

注1. 枠内のスペースにおさまるように記入する

注2. 年号はすべて西暦表記で記入する

注3. 平成28年9月1日現在で記入する

注4. ※印の受験番号は記入しない

(様式1)

※ 受験番号

(記入不要)

申請者氏名

願 書

鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター長 殿

私は、鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センター認定看護師（がん化学療法看護）
教育課程において研修を受けたく、ここに必要書類を添えて申請いたします。

年 月 日

ふりがな
氏名

印

年 月 日 生

ふりがな
現住所（〒

— ）

TEL （ ）

申請者氏名

履 歴 書

氏 名	ふりがな			写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名
生年月日	西暦	年 月 日生	年齢 歳	
現住所	〒 ー			
TEL ()				
合格通知等送付先	〒 ー TEL ()			
現在の勤務先	〒 ー TEL ()			
<input type="checkbox"/> 保健師	取得年月日	年 月 日	免許番号	
<input type="checkbox"/> 助産師	取得年月日	年 月 日	免許番号	
<input type="checkbox"/> 看護師	取得年月日	年 月 日	免許番号	
学 歴				
(高等学校以降、最終学歴まで記入すること。在学中も含む)				
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
職 歴				
(職名も記入すること。現職も含む)				
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			
(西暦)	年 月～			

注1. 楷書で正確に記入する

注2. 数字はすべて算用数字で記入する

注3. がん化学療法に関する看護の経歴がわかるように記入する

*コピーして使用する

(様式3)

※ 受験番号

(記入不要)

申請者氏名

志 望 理 由 書

1. 志 望 理 由

2. 学会および研究会発表等の業績について

*コピーして使用する

申請者氏名

実務研修報告書

1. 実務研修施設（受験申請者の経歴を記入する）

全実務研修期間および実務研修施設名（所属施設名、職位）	
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
合 計	年 カ月間

うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）	
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合 計	年 カ月間

*コピーして使用する

申請者氏名

2. 認定看護分野における実務研修施設 概要

施設が複数の場合、施設ごとに記入する。(3施設以上の場合、様式をコピー)

がん化学療法看護分野における実績：施設名 ()

がん化学療法患者の年間症例数	約 () 例／年
施設の当該分野における診療加算の有無 (○で囲む) 「がん診療連携拠点病院加算」 「外来化学療法加算」 「緩和ケア加算」 「リンパ浮腫指導管理料」 上記がいずれも無の場合「がん化学療法に係るチーム設置」	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
当該分野の認定看護師および当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称とその人数	がん化学療法看護認定看護師 (名) 関連する認定看護師・専門看護師 (名) () (名) () (名) () (名) () (名) () (名)
上記該当者がいない場合、受験申請者自身が該当分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位(職名)	()

がん化学療法看護分野における実績：施設名 ()

がん化学療法患者の年間症例数	約 () 例／年
施設の当該分野における診療加算の有無 (○で囲む) 「がん診療連携拠点病院加算」 「外来化学療法加算」 「緩和ケア加算」 「リンパ浮腫指導管理料」 上記がいずれも無の場合「がん化学療法に係るチーム設置」	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
当該分野の認定看護師および当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称とその人数	がん化学療法看護認定看護師 (名) 関連する認定看護師・専門看護師 (名) () (名) () (名) () (名) () (名) () (名)
上記該当者がいない場合、受験申請者自身が該当分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位(職名)	()

3. 実務研修の実績

認定看護師分野実務歴に記入した期間において、がん化学療法患者の看護を担当した事例数

(概算)：通算 () 例 *継続的・中心的に患者に関わった事例5例以上であることが必要

(様式5)

※ 受験番号

(記入不要)

勤 務 証 明 書

年 月 日

申請者氏名

上記の者は当機関(施設)において、以下のとおり(勤務している・勤務していた)ことを証明します。

常勤勤務時間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務時間
	(西暦) 年 月～ 年 月	年 カ月	年 カ月
非常勤勤務時間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務時間
	(西暦) 年 月～ 年 月	年 カ月	年 カ月
育児休暇時間	勤務期間		
	(西暦) 年 月～ 年 月		
合計通算年数	年 カ月		

所属した部署の名称と具体的な特徴・経験年数

部署	年数
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月

勤務しているがん化学療法看護分野の具体的な特徴

機関(施設)名：

職位名：

氏 名：

印

所在地：

TEL：

*人事課(病院長名)あるいは看護部長の職位の人が記入する

*コピーして使用する

申請者氏名

事 例 報 告 書

No.	事例の状況	看護実践内容・評価
1		
2		
3		
4		

*コピーして使用する

申請者氏名

事 例 報 告 書

今まで受け持ったがん化学療法看護を必要とした患者に関する 1 事例を看護過程の展開が明確になるようまとめる (様式 6-1 の事例以外)

【事例の状況】

【アセスメント】

【看護上の問題】

【看護の実践と評価】

* コピーして使用する

(様式 7)

写真票

平成 2 8 年度
鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター
認定看護師（がん化学療法看護）教育課程

	受験 番号	
フリガナ		
氏名		
所属施設		
所在地 (都道府県のみ)	<div>写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名</div>	

切り離さないでください

※ 受験番号

(記入不要)

受験票

平成 2 8 年度
鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター
認定看護師（がん化学療法看護）教育課程

	受験 番号	
フリガナ		
氏名		
所属施設		
所在地 (都道府県のみ)	<div>写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名</div>	

※この受験票は、試験当日に必ず携帯すること

※受験番号欄は記入不要