

福岡医発第2121号(地)

平成19年3月1日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武



新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）の実施について

標記の件につきまして、日本医師会より別添のとおり通知がありましたので、お知らせいたします。

なお、関係医療機関には福岡県保健福祉部医療指導課より直接、通知されております。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽





(地I170)

平成19年2月26日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

羽 生



## 新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）の実施について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、厚生労働省医政局看護課より標記通知が都道府県看護行政担当者あてに発出されるとともに本会に対してもその周知方依頼がなされました。

本件は、新人看護職員の教育担当者等に対し、新人看護職員研修についての臨床実務研修を実施させることにより、新人看護職員の臨床技能向上及び医療安全の確保を図ることを目的としており、新人看護職員の教育担当者等に対する継続教育及び教育研修指導の実践を系統的に修得するため、研修体制と研修プログラムを有する医療機関において実施される教育担当者研修に係る費用の一部を補助するものであります。

つきましては貴会におかれましても本件に関しましてご了知いただきますと共に、管下会員当への周知方につきましてご高配賜りますようお願い申し上げます。



事 務 連 絡

平成19年2月13日

(社) 日本医師会御中

厚生労働省医政局看護課長補佐

新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）の実施について

看護行政の推進につきましては、平素より格別のご協力を賜り御礼を申し上げます。  
今般、標記について別添のとおり都道府県あて通知したので、参考までに送付致します。

事務連絡

平成19年2月13日

各都道府県看護行政担当者 殿



厚生労働省医政局看護課長補佐

平成18年度新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）の実施について

新人看護職員の教育担当者等に対し、新人看護職員研修についての臨床実務研修を実施させることにより、新人看護職員の臨床技能向上及び医療安全の確保を図ることを目的として、標記事業を下記のとおり実施することとしたので通知する。

貴職におかれては、本事業の趣旨を御了知のうえ、貴管下の医療機関及び関係団体等に対して周知方お願いしたい。

## 記

## 1 事業の内容

## (1) 概要

本事業は、新人看護職員の教育担当者等に対する継続教育及び教育研修指導の実践を系統的に修得するため研修体制と研修プログラムを有する医療機関において実施される教育担当者研修に係る費用の一部を補助するものである。

## (2) 事業実施機関

本事業は別紙の研修施設基準を満たし、新人看護職員の教育担当者等に対する研修の実施に適した医療機関（以下、「研修施設」とする。）で実施する。

なお、研修施設は原則として他の医療機関の新人看護職員の教育担当者を研修に受け入れる準備があることとする。

## (3) 対象者

新人看護職員の教育担当者または今後教育担当者となる予定の者

## (4) 期間

本事業の実施期間は、原則として20日間とする。

## 2 事業の申請

本事業の実施を希望する施設の開設者は、申請書（様式 1 から 4）を平成 19 年 3 月 2 日（金）までに厚生労働省医政局看護課に提出すること。

（申請書提出先）

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2 中央合同庁舎 5 号館  
厚生労働省医政局看護課  
電話 03-3595-2206（直通）

## 3 事業の決定

申請書の内容に基づき厚生労働省が審査し決定する。

平成 18 年度の実施機関は 16 施設程度、1 施設あたりの定員は原則 6 人程度とする。

採択については、新人看護職員（新卒）が 20 名以上の施設を優先とする。

なお、独立行政法人及び国立大学法人は、本事業の対象に含まない。

## 4 事業の実績報告

事業を実施する病院の開設者は、事業の実績について報告書（様式 5）をもって、平成 19 年 3 月 31 日（土）までに厚生労働省に報告すること。

## 5 その他

本事業の実施状況等について、別途、あらためて調査票を送ることがあるのでご協力頂きたいこと。

# 新人看護職員臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)研修施設申請書(様式1)

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

施設名  
施設の管理者

印

新人看護職員臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)について以下のとおり申請いたします。

|                                          |                                                                                                           |  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. 施設の名称                                 | フリガナ                                                                                                      |  |
| 2. 施設の所在地                                | 〒 □ □ □ □ □ □ □ ( 都・道・府・県 )<br>電話 : ( ) — FAX : ( ) —                                                     |  |
| 3. 施設の開設者の氏名(法人の名称)                      | フリガナ                                                                                                      |  |
| 4. 施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)              | 〒 □ □ □ □ □ □ □ ( 都・道・府・県 )<br>電話 : ( ) — FAX : ( ) —                                                     |  |
| 5. 施設の管理者の氏名                             | フリガナ                                                                                                      |  |
| 6. 看護部長の氏名                               | フリガナ                                                                                                      |  |
| 7. 教育委員会の委員の氏名等                          | * 様式2に記入                                                                                                  |  |
| 8. 施設のホームページアドレス                         | http://                                                                                                   |  |
| 9. 事業の実施期間                               | 年 月 日 から 年 月 日                                                                                            |  |
| 10. 医療法上の許可病床数                           | 1. 一般 : _____ 床、 2. 療養 : _____ 床、 3. 精神 : _____ 床、<br>4. 感染症 : _____ 床、 5. 結核 : _____ 床、 6. その他 : _____ 床 |  |
| 11. 看護職員の員数                              | 常勤 : _____ 名<br>非常勤(常勤換算) : _____ 名<br>計(常勤換算) : _____ 名 医療法による看護職員の標準員数 : _____ 名                        |  |
| 12. 新人研修への他施設の新人看護職員の受入れの可否及び現時点における受入予定 | 1. 可 0. 否                                                                                                 |  |
| 13. 施設及び看護部門の組織図                         | * 別途、資料を添付のこと                                                                                             |  |
| 14. 看護部門の理念(方針)及び平成18年度の看護部門の目標          | 理念(方針) :<br>目標 :                                                                                          |  |
| 15. 看護部門の業務規定の整備状況                       | 概要 :                                                                                                      |  |
| 16. 助産録及び看護記録の管理体制                       | 概要 :                                                                                                      |  |
| 17. 看護基準及び看護手順の整備状況                      | 概要 :                                                                                                      |  |
| 18. 看護記録に関する基準の整備状況                      | 概要 :                                                                                                      |  |
| 19. 看護計画及び看護計画の評価等の状況                    | 概要 :                                                                                                      |  |
| 20. 各部署におけるカンファレンスの実施状況                  | 概要 :                                                                                                      |  |
| 21. 看護職員の勤務体制                            | 1. 3交替制 2. 2交替制 3. その他                                                                                    |  |
| 22. 看護部門の継続教育に係る組織図                      | * 別途、資料を添付のこと                                                                                             |  |
| 23. 看護部門の継続教育に関する年間教育計画                  | * 別途、資料を添付のこと                                                                                             |  |
| 24. 平成18年度の看護部門の継続教育の実施状況                | * 別途、資料を添付のこと                                                                                             |  |
| 25. 看護部門の継続教育に関する評価及び改善の状況               | 概要 :                                                                                                      |  |
| 26. 平成18度の新人看護職員の教育担当者研修の目標、研修内容、及び評価方法  | * 別途、資料を添付のこと                                                                                             |  |

|                                                      |            |                                                  |             |
|------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------|-------------|
| 27. 教育責任者の氏名等                                        |            | * 様式 3 に記入                                       |             |
| 28. 教育担当者及び実地指導者の氏名等                                 |            | * 様式 4 に記入                                       |             |
| 29. 当該研修の定員                                          |            | 名                                                |             |
| 30. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境の状況                        | 看護学の図書及び雑誌 | 図書                                               | 冊 雑誌 種類     |
|                                                      | 図書室の利用可能時間 | :                                                | ~ (24 時間表記) |
|                                                      | 文献データベース   | 1. 有 0. 無                                        |             |
| 作成責任者の氏名及び連絡先<br>本申請書の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。 | フリガナ       | 職位                                               |             |
|                                                      | 氏名         | 電話番号<br>( ) — (内線 )<br>(直通電話 ( ) — )<br>e-mail : |             |

※10 から 11 については、申請日の属する年度の 4 月 1 日現在で記入すること。

**新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教員担当者研修）研修施設申請書（様式2）**

**教育委員会委員の氏名等**

| 氏名   | 職位（職種） | 備考 |
|------|--------|----|
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |
| フリガナ |        |    |
|      |        |    |

※委員長、教育責任者については、「備考」欄にその旨を記入すること。

## 新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）研修施設申請書（様式3）

## 教育責任者履歴

|                              |                                |   |  |
|------------------------------|--------------------------------|---|--|
| フリガナ                         |                                |   |  |
| 氏 名                          |                                |   |  |
| 施設名                          |                                |   |  |
| 職 位（職種）                      |                                |   |  |
| 教育責任者の業務<br>の専任、兼任の別         | 専任 ・ 兼任                        |   |  |
| 所属する看護単位<br>名                |                                |   |  |
| 臨床経験年数                       | 年                              |   |  |
| 臨床実践における<br>主な履歴・教育歴         | 年                              | 月 |  |
| 看護職員の継続教<br>育に関する講習会<br>の受講歴 | (例)2001 年〇月〇日～〇月〇日 〇〇講習会（〇〇主催） |   |  |
|                              |                                |   |  |



## 新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）研修実績報告書（様式5）

厚生労働大臣 殿

平成 年 月 日

施設名  
施設の管理者

印

新人看護職員臨床実践能力向上推進事業（教育担当者研修）について以下のとおり報告いたします。

|                                                      |                                                     |                                                       |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. 施設の名称                                             | フリガナ                                                |                                                       |
| 2. 施設の所在地                                            | 〒 □ □ □ □ □ □ □ □ ( 都・道・府・県 )<br>電話：( ) — FAX：( ) — |                                                       |
| 3. 研修期間                                              | 年 月 日 から 年 月 日                                      |                                                       |
| 4. 当該研修の定員及び修了者数                                     | 名 うち、研修修了者 名                                        |                                                       |
| 5. 平成18年度新人看護職員の教育担当者研修の目標、研修内容、評価に関する実績の概要          | * 別途、研修プログラムの内容、実施状況等に関する資料を添付のこと                   |                                                       |
| 作成責任者の氏名及び連絡先<br>本報告書の開示等に対して回答できる作成責任者について記入してください。 | フリガナ<br>氏名                                          | 職位<br>電話番号<br>( ) — (内線 )<br>(直通電話 ( ) — )<br>e-mail: |