

平成 30 年 11 月 21 日

各病院長・施設長 様

岩手県立中央病院

院長 宮田 剛
NST 委員会委員長 神谷 蔵人

「栄養サポートチーム専門療法士」資格取得にかかる実習開催のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、チーム医療の質の向上が求められる昨今、栄養サポートチームの医療効果が注目されるようになりました。このたび、日本静脈経腸栄養学会認定資格「栄養サポートチーム専門療法士」受験申請に必要な条件として、教育認定施設における 40 時間の実地修練が定められており、当院では NST 委員会が企画し、開催することになりました。

来年度以降の受験を検討されている貴院関係職員の皆様に、ご案内くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日時 平成 31 年 1 月 29 日～31 日 10:00～17:45
平成 31 年 2 月 6 日～ 8 日 10:00～17:45 (最終日 16:00)
※計 6 日間で 40 時間の実習
2. 開催場所 岩手県立中央病院 (盛岡市上田一丁目 4-1)
TEL 019-653-1151、FAX019-605-8713 (栄養管理科直通)
3. 内容 別紙参照
4. 費用 20,000 円 (他病院の状況を鑑み、左記のように設定)
5. 対象者 看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師等 定員 6 名
下記の条件を満たす方を優先いたします。
 - ① 受験資格の要件である 5 年以上の勤務経験を有する管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師等の方。
 - ② 学会学術集会に 1 回以上、学会主催の教育セミナーに 1 回以上参加されている方。※上記の条件を満たさない場合もご相談ください。

受講を希望される方は、平成 30 年 12 月 5 日(水)までに別紙 FAX 用紙にて、お申し込みください。受け入れ結果については 12 月中旬にご連絡を差し上げます。

研修内容について：

1) カリキュラム内容

別紙カリキュラム（予定）をご参照ください。

2) 選択実習について

受験申請時に、実習先における症例報告が条件づけられています。

最終日にはまとめていただいた内容を報告し合い、受講者全員でディスカッションを行います。

希望される診療科を下記より選択し、申込用紙にご記入ください。

※ご希望に添えない場合や対象患者および病棟事情により、希望診療科を変更していただく場合があります。あらかじめご了承ください。

コース	診療科
A コース	消化器内科・消化器外科
B コース	循環器内科・心臓血管外科
C コース	腎臓内科・呼吸器内科

3) 担当患者の割り当てについて

希望をもとに、当院で対象患者を抽出します。

（受講者1名に対し、介入患者1名）

実習初日に、担当する患者についてお知らせします。

4) 症例発表の手順について

① 受験申請時の症例報告用紙について

各自 JSPEN のホームページにアクセスし、最新の「症例報告書」をダウンロードしてください。

② 実習中の症例報告は、作成した症例報告書を配布し発表していただきます。

③ 実習最終日までに提出してください。

④ 提出していただいた用紙は、当院指導責任者が確認し、サインを記入しお返しします。（※後日郵送にて）

⑤ 発表時間1人10分以内で発表してください。

5) 臨床実地修練修了証の交付

症例報告用紙とともに受験申請時に必要な書類「臨床実地修練修了証」を後日郵送いたします。

6) 準備するもの

- ① ファイル (A4 サイズ) 1 冊、白衣、筆記用具、電卓、上履き、印鑑、
をご持参ください。

※ファイルはお渡しした資料を各自保管していただくために使用します。

- ② 講義には、「南江堂 静脈経腸栄養テキストブック(日本経腸栄養学会編集)」
を使用します。

- ③ 症例発表用の入力にはノートパソコンを 2 台ご用意いたしますが、混み合
いますので、パソコンをご持参いただいても構いません。

7) 駐車場について

院内の駐車場を利用することができます。

駐車場料金については、各自負担となります。

※1 時間につき 100 円 (ただし夜 20:30~翌朝 7:00 の間は最大 800 円)。

出庫時の合計金額に消費税額 8%を掛けた金額が請求されます。

申込要領： 実地修練申込書に必要事項を記入のうえ、FAX にてお申し込みください。

(別紙締め切りは平成 30 年 12 月 5 日 (水) です。)

FAX にて受付後、受け入れ結果と実地修練初日に持参していただく書類を送付
いたします。

研修の申込・問い合わせ：

〒020-0066 岩手県盛岡市上田一丁目 4-1

岩手県立中央病院 栄養管理科

栄養サポートチーム専門療法士実地修練係

担当：遠藤、瀬川、齋藤

Tel 019(653)1151 内線 2125

FAX 019(605)8713 ※栄養管理科直通

栄養サポートチーム専門療法士取得にかかる実地修練申込

施設名	
所属部署	
かな 氏名	
連絡先	〈勤務先〉 〒 — TEL () FAX () 〈自宅〉 〒 — TEL () FAX ()
希望の診療科	第一希望 コース 第二希望 コース
その他	① 勤務経験年数 年 ヶ月 ② 学会学術集会の参加 あり なし ③ 学会主催の教育セミナーの参加 あり なし

- 申込締め切り 平成 30 年 12 月 5 日 (水)
- FAX 送信先 岩手県立中央病院 栄養管理科
 栄養サポートチーム専門療法士 実地修練係 (担当：遠藤、瀬川、齋藤)
 FAX 019(605)8713 ※栄養管理科直通