

2017年度後期

日本静脈経腸栄養学会教育認定施設

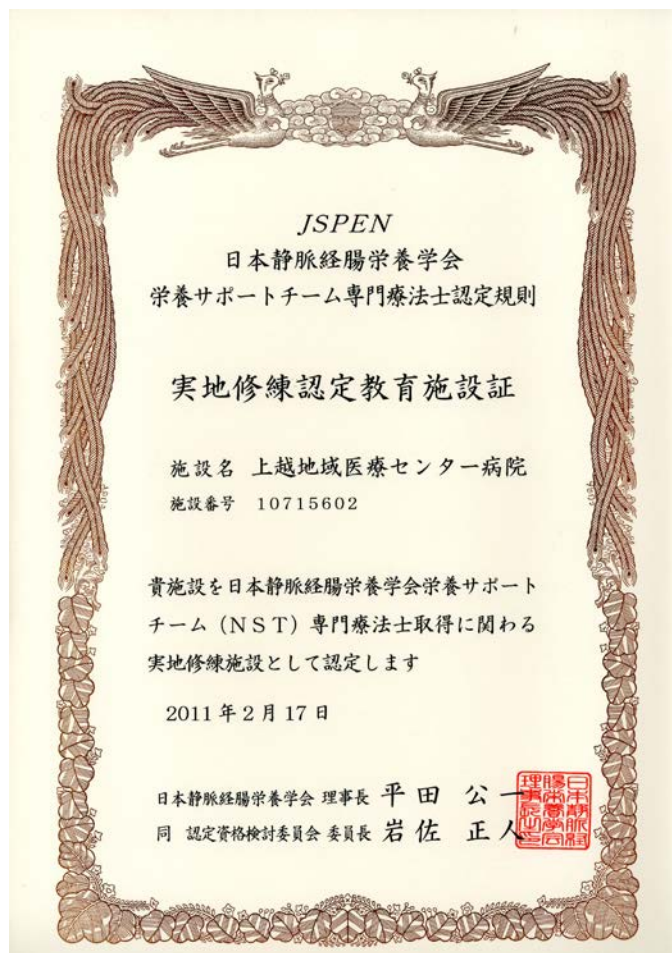
NST研修プログラム



氏名 _____

目 次

1. 上越地域医療センター病院 NST施設研修プログラム	3
2. 終了認定	3
3. 対象者	3
4. カリキュラム	3
5. 研修費	3
6. 募集定員	3
7. 上越地域医療センター病院 NST実地修練申し込み方法	4
別紙1. プログラム	5
様式1. 臨床実地修練申込書	6
様式2. 臨床実地修練終了証	7
様式3. 栄養サポートチーム終了証	8
様式4. 経歴書	9



上越地域医療センター病院栄養サポートチームは、病院理念である「患者中心」の医療に最善をつくすべく院内外を問わず、NST実地修練を希望する人の研修受け入れ支援を積極的に行っています。

上越地域医療センター病院 NST研修プログラム 2017

1. NST施設研修プログラム

上越地域医療センター病院は、日本静脈経腸栄養学会（JSPEN）からNST教育施設として認定されており、院内外を問わず、NST実地修練を希望する者に対して教育プログラムを提供する。

このプログラムは、栄養サポートチーム専門療法士認定規則（日本静脈経腸栄養学会）に基づき、「臨床栄養法のために必要とされる患者との人間関係の確立を基盤とし、栄養学的専門知識を実際の臨床において発揮させるための技能を修得させること」を目的とする。

本プログラムは、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取得又は栄養サポートチーム加算「施設基準」の所定の研修内容を満たす40時間以上のカリキュラムとなっている。

2. 終了認定

本プログラムにおいて40時間以上の研修を受け、終了要件を満たした者に対して、上越地域医療センター病院NST研修修了者として認定し、終了証（NST専門療法士の認定試験の受験資格）を発行する。

※NST専門療法士の認定試験受験用（様式2）

※栄養サポートチーム所定の研修終了用（様式3）

3. 対象者

管理栄養士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士であって以下の要件を満たすもの

- ①3年以上の臨床経験のある者
- ②日常各々の施設でNST、若しくはそれに準ずる業務に従事している者
- ③過去にJSPENの学会若しくはJSPENが認める地方会等に1回以上の参加があることが望ましい

4. カリキュラム

別紙1参照

5. 研修費

職種を問わず参加者1名につき 21,600円

6. 募集定員

職種を問わず2名（先着順とし定員に達した場合は締め切ります）

7. NST実地修練申し込み方法

他施設から上越地域医療センター病院にてNST実地修練を希望される場合は、以下の手続きが必要です。

1) 提出して頂く書類について（9月22日必着で郵送して下さい）

①貴施設長からの公文書（様式1の臨床実地修練申込書を使用、ホームページよりダウンロード）

患者ケアに関して実践的な内容も含まれております。そのため、NST研修を受けていただくには貴施設長から当病院長宛に公文書が必要となります。

送り先：943-8531

上越市南高田町6-9

上越地域医療センター病院 病院長 石橋敏光 宛

(NST事務局 広報企画課)

②経歴書（3年以上の臨床経験を確認するため、様式4を使用、ホームページよりダウンロード）

③過去に参加がある場合は、学会または地方会への出席が証明できる書類（参加証のコピー等）

2) 上越地域医療センター病院NST事務局への連絡(参加希望がある場合は事前にお知らせ下さい)

「NST研修プログラム」をご参照のうえ、NST事務局に電子メールにてご連絡ください。

上越地域医療センター病院NST事務局

事務部 広報企画課

電子メールアドレス：numanami@j-icen.or.jp

電話番号：025-523-2131

【内線 204】

別紙1

2017年度 NST研修(後期日程)

- ① 平成29年 10月 5日 (木) 13:00~18:00
- ② 平成29年 10月12日 (木) 13:00~18:00
- ③ 平成29年 10月19日 (木) 13:00~18:00
- ④ 平成29年 10月26日 (木) 13:00~18:00
- ⑤ 平成29年 11月 2日 (木) 13:00~18:00
- ⑥ 平成29年 11月 9日 (木) 13:00~18:00
- ⑦ 平成29年 11月16日 (木) 13:00~18:00
- ⑧ 平成29年 11月30日 (木) 13:00~18:00 (17時から修了証授与)

項 目	担 当 者	時 間	内 訳
NST回診	回診メンバー	16時間	120分×8
NST委員会	メンバーズ	1時間	30分×2
基礎学習 ・ 栄養療法の基礎 ・ 経腸栄養法、在宅経腸栄養法 ・ 静脈栄養法、感染管理 ・ 静脈栄養法における薬剤、栄養素 ・ NST薬剤師の役割 ・ NST管理栄養士の役割 ・ 褥瘡の予防とケア	管理栄養士 看護師 認定看護師 薬剤師 臨床検査技師 医師 看護師 薬剤師	7時間	60分×7
・ 各種検査値の評価法 ・ NST医師の役割 ・ NST看護師の役割 ・ NST言語聴覚士の役割 ・ NST検査技師の役割	言語聴覚士 臨床検査技師 管理栄養士 認定看護師 事務	3.75時間	45分×5
・ 栄養法に対する経費償還		0.5時間	30分×1
各種病態に対する栄養療法 ・ 消耗疾患、周術期に対する栄養療法 ・ 肝疾患に対する栄養療法 ・ 脾疾患、炎症性腸疾患、短腸症候群に対する栄養療法 ・ 腎不全、腎疾患に対する栄養療法 ・ 糖尿病に対する栄養療法 ・ 脳神経疾患に対する栄養療法	医師	4.5時間	45分×6
症例報告まとめ	メンバーズ	4.75時間	
症例報告報告会等	メンバーズ	3時間	

※上記プログラムにより40時間(8日)に全日参加すること。

様式 1

臨床実地修練申込書

上越地域医療センター病院
病院長 石橋 敏光 様

貴院の静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則に基づく実地修練の受入れを願いたく申請いたします。

平成 年 月 日

施設名：

施設長： ⑩

申請者氏名 ⑩

現住所 〒

TEL

勤務先 〒

TEL

生年月日

性別 男 ・ 女

職種 管理栄養士 薬剤師 看護師 臨床検査技師
その他 ()

様式 2

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」認定試験

日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」
認定規則に基づく臨床実地修練修了証明証

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ (印)
(自署、捺印のこと)

日本静脈経腸栄養学会
理事長 殿

_____ (申請者氏名) は貴学会認定規則に基づく
当認定教育施設において、所定の臨床実地修練を修了したことを証明する。

記

- 認定規則改正 (平成 18 年 1 月 25 日) 以前に 80 時間以上の臨床実地修練を修了
※症例報告の提出は不要です。
- 上記以降 合計 40 時間以上の臨床実地修練を修了

実地修練期間：自 年 月 日～至 年 月 日

実地修練内容：

病棟回診：	時間
カンファレンス出席：	時間
講義受講：	時間
栄養評価等実技：	時間
その他：	時間
実地修練合計：	時間

以上のとおり証明する。

認定教育施設名： _____

(施設認定番号 _____)
指導責任者氏名： _____ (印)
(自署、捺印をお願いいたします)

様式3

栄養サポートチーム研修終了証

_____ 様

貴方は当院において、所定の臨床実地修練を終了したことを証明する。

記

実地修練期間：自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

実地修練内容

講義受講	時間
病棟回診等	時間
カンファレンス出席	時間
栄養評価等実技	時間
その他	時間
<u>実技修練合計</u>	<u>時間</u>

以上のとおり証明する。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定教育施設名：上越地域医療センター病院
(施設番号 10715602)

指導責任者：病院長 石橋 敏光 (印)

様式4

経 歴 書

氏名：_____

年	月	職歴

年	月	学会参加実績（参加証のコピーを添付して下さい）