

【募集を締め切りました】NST 専門療法士研修のご案内

※今年度の研修につきましては募集を締め切らせていただきました。

公立みつぎ総合病院 NST

令和4年度公立みつぎ総合病院 NST 専門療法士研修プログラム

【期間】令和4年10月20日(木)、26日(水)、27日(木)、11月2日(水)、10日(木)

【対象】日本臨床栄養代謝学会 NST 専門療法士認定資格取得希望者

【研修時間】9:00~17:00

【募集人数】若干名

【費用】30,000円 ※受講者都合による受講中止が発生しても返金できません。

【研修プログラム】研修プログラムについては別紙参照

【申し込み締切日】令和4年9月30日(金) 申し込み書類必着

※定員になり次第締め切らせて頂きます。

【申し込み方法】電話にて申し込みのうえ、必要書類を下記までご提出ください。書類の送付は、封筒に「NST 専門療法士研修書類在中」と朱書の上、必ず簡易書留にて郵送するようお願い致します。

【必要書類】1) 臨床実地修練申込書

臨床実地修練申込書は [JASPEN ホームページ \(臨床実地修練届出制について\)](#) より【様式⑤】臨床実施修練申込書を各自ダウンロードのうえ、作成いただきますようお願い致します。

2) 誓約書 (様式1)

3) 所属施設長の推薦文書 (参考記載例を参考のこと)

4) 実地研修希望職種の免許証の写し

【その他】新型コロナウイルス感染症の感染状況により、急遽開催を中止または延期とする場合がございますので予めご了承ください。

【連絡先】〒722-0393 広島県尾道市御調町市 124 番地

公立みつぎ総合病院 栄養管理室

NST 専門療法士研修担当：浦上

TEL：(0848) 76-1111 (代) (受付時間：平日 9:00~17:00)

FAX：(0848) 76-1112 (代)

E-mail：eiyoun@mitsugibyoin.com

NST 専門療法士研修プログラム

A. 研修理念

効果と安全を両立する栄養療法により、治療のみならず疾病・介護の予防、日常生活の質向上さらに患者の幸福感を達するために求められる知識と実践及びコミュニケーション能力を身につける。

B. 研修の到達目標と講義内容

- 1) 基本知識の整理、再確認
- 2) 介入実践の流れ（退院後を含む）及び院内人的物的資源の活用を効果・効率的にするためのポイントの理解と自らの役割の認識
- 3) 栄養療法における安全対策（防止・問題発生時対応）の再確認と基本手技の習得・向上
- 4) スタッフから厚い協力を得る、職種間で議論する、医師に交渉・相談する、患者・家族の納得・安心を得る、これらをスムーズに進めるコミュニケーションのコツの理解
- 5) 治療の質向上から退院後の生活像に至る視点に立った栄養療法の計画書の作成
- 6) 高齢者摂食ケアの実践面の具体的理解と自ら実践可能な手技の向上
- 7) 終末期における食事・栄養に関する問題点並びにその対応方法の理解
- 8) 地域包括ケア及びそのシステム構築とそのなかでの栄養・摂食ケアの意義の理解

C. プログラム表（次ページ参照）

令和4年度 公立みつぎ総合病院 NST 専門療法士研修プログラム

	9:00～ 10:00	10:00～ 11:00	11:00～ 12:00	12:00～ 13:00	13:00～ 14:00	14:00～ 15:00	15:00～ 16:00	16:00～ 17:00
10月 20日 (木)	オリエンテーション	スクリーニングと早期対処 解剖、生理、生化学 フィジカルアセスメント	NST 回診	回診症例 カンファ	嚥下機能評価と 実践	創傷ケアと 栄養ケア	がんと栄養	リハビリと栄養 リハビリ見学
10月 26日 (水)	栄養剤の選択と 適正使用	栄養治療法 合併症対策	NST 回診	摂食介助 見学・実習	摂食嚥下	褥瘡回診	検査データの 評価	間接熱量計 In Body 測定 実習
10月 27日 (木)	病態栄養	地域包括ケアシ テムと在宅 NST	NST 回診	PEG と CV に ついて	側管投与 CVC 管理	PEG 造設見学	輸液調剤 (CV 等) ・ 配合変化・簡易懸濁 (実習) (感染対策・安全管理)	
11月 2日 (水)	栄養療法の基礎と実践		NST 回診	回診症例 カンファ	施設 NST カンファランス	回診計画書 作成	経腸の 衛生管理と注入 (見学)	地域包括 口腔ケア について
11月 10日 (木)	『症例に対処できるか?』 当日回診用の計画書の作成 (実習)		NST 回診 (担当例提示)	回診症例 カンファ	症例報告 まとめ	口腔ケア ラウンド	基本と症例問題 修了試験	相互評価 まとめ

※都合により研修内容が変更することがあります。予めご了承ください。

様式1

令和 年 月 日

誓 約 書

1. NST 臨床実地修練研修期間及び研修内容

- 1) 標記実習に際しましては、貴院の諸規則を遵守するとともに、臨床実地修練研修期間において、研修内容等、貴院の NST 臨床実地修練指導者 (NST 委員長、以下「NST 指導者」という) の指示に従い、研修に臨みます。
- 2) 貴院の診療状況等により、研修時間及び内容に変更が生じた場合は、貴院 NST 指導者の指示に従います。

2. NST 研修生の服務

NST 臨床実地修練研修中における服務並びに医療安全等については、貴院の諸規程に従います。

3. NST 研修生の損害賠償

NST 臨床実地修練研修中において、万一自身の故意又は過失による事故等により、器物破損等貴院に損害を及ぼした場合は、一切の責任を負います。

また、第三者に損害を与えた場合は、NST 指導者との協議の上、自己の責任において措置を講じます。

4. 個人情報の保護

NST 臨床実地修練研修中に知り得た個人情報については、研修終了後においても守秘義務を遵守します。

5. 協議事項

上記、誓約に定めていない事項に関しては、NST 指導者との協議の上決定し指示に従います。

上記内容について、誓約致します。

公立みつぎ総合病院

院長 松本 英男 様

年 月 日

施設名 :

所在地 :

氏 名 :

㊞

【所属施設長の推薦文書 参考記載例】

年 月 日

公立みつぎ総合病院
院長 松本 英男 様

〇〇病院
院長 〇〇 〇〇 印

日本臨床栄養代謝学会「NST 専門療法士」認定規則等に基づく
臨床実地修練研修の依頼について

平素より、当院の運営に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして、当院職員が下記のとおり受講致したく存じますので、何卒
よろしくお願い申し上げます。

記

1. 研修名 : 日本臨床栄養代謝学会「NST 専門療法士」認定規程等
に基づく臨床実地修練研修
2. 期 間 : 貴院の指示のとおり
3. 受講者 : 職種〇〇〇〇 氏名〇〇 〇〇

【照会先】

住 所 : 〇〇市〇〇町 123
担当者 : 〇〇課 〇〇 〇〇
電 話 : 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (直通)
E-mail : aaaa@bbbbbb.ne.jp