

2025 年度

聖隷福祉事業団 聖隷三方原病院

認定看護管理者教育課程ファーストレベル募集要項

聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院

〒433-8558 静岡県浜松市中央区三方原町 3453

はじめに

聖隷福祉事業団聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程ファーストレベルは、日本看護協会から認定を受け、日本看護協会認定看護管理者委員会の提示する「カリキュラム基準」に基づいて実施するものです。

聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院では、多様なヘルスニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスの提供をめざしています。そのためには、保健医療福祉に貢献する看護管理者の育成が重要と考えています。一定の基準に基づいた看護管理者養成の体制を整え、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与しています。

聖隷福祉事業団聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程は、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に必要な、最新のエビデンスに基づいた看護管理を学ぶ場を提供します。そして、受講生の方々が主体的に自己の課題に取り組めるよう講義・演習の方法を工夫します。また、研修中から研修後にわたり継続的に受講生を支援し、認定看護管理者の社会的認知をもたらす人材の育成をめざします。

教育目的

本教育課程では、多様なヘルスニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供するために必要な看護管理者としての態度、看護管理者に求められる知識・技術を習得します。

1. 看護専門職者として必要な管理に関する基本的な知識・技術・態度を習得する。
2. 看護を提供するための組織化並びにその運営の責任の一端を担うために必要な知識・技術・態度を習得する。
3. 組織的看護サービス提供上の諸問題を客観的に分析する能力を高める。

教育目標

本教育課程では、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に必要な、最新のエビデンスに基づいた看護管理について学びます。

1. 保健医療福祉に関する諸制度や理論を学び、職種・機関の役割を理解する。
2. 組織の目的を達成するために、組織の基本概念を理解し、管理に必要な基礎的な能力を育成する。
3. 管理・監督者としての責務を自覚し、人間能力を高め、リーダーシップを発揮できる能力を養う。
4. 職場の看護サービスの向上をめざし、課題を分析し解決する能力を拡大する。

教育課程

1. 教科目/時間 : 6 科目/111 時間
2. 特別科目/時間 : 1 科目/3 時間

表 1 「聖隷福祉事業団聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程 ファーストレベルカリキュラム」参照

教育課程修了要件

1. 教育課程の各教科目の所定の時間数の 4/5 以上の出席があること
特講は所定時間に含まない。
2. 教育課程の各教科目で所定に定める判定基準により一定以上の成績を修めていること。
6 教科目においてそれぞれすべてが C 判定以上であること。
＜判定基準＞
80～100 点=A、70～79 点=B、60～69 点=C、59 点以下=D
60 点以上が合格
3. 修了要件をもとに、認定看護管理者教育運営委員会で個別の審査を行い、修了者を決定する

実施機関 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院

会場 聖隷クリストファー大学または聖隷三方原病院
(静岡県浜松市中央区三方原町 3453)

開催期間 2025 年 9 月 4 日 (木) ～ 2025 年 11 月 20 日 (木) (うち 21 日間)

※日程表は受講通知時にお知らせします。土日・祝に講義が入る事があります。

※講義は対面・web など様々な方法で実施します。

応募資格

1. 日本国の看護師免許を有する者
2. 看護師免許を取得後、応募時に実務経験が通算 5 年以上ある者
3. 管理業務に関心がある者

募集定員 50 名

受講料 150,000 円 (修了審査料を含む)
*既納料金は返金しません。
*受講決定通知の到着後、受講料 (150,000 円) の振込をお願いします。

テキスト料 各講師から参考・必須テキストが提示されますので適宜購入してください。

受講申し込み方法

1. 申込期間 **2025 年 5 月 13 日（月） ～ 2025 年 6 月 13 日（金）** 当日消印有効
2. 提出書類：以下の必要書類をまとめて簡易書留で郵送してください。
 - ア. 2025 年度 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル 申込書（様式 1）
受講動機を記載（200 文字以内）、字体明朝、文字の大きさ 10.5 ポイント
＊ホームページからダウンロード可
 - イ. 看護師免許証の写し（A4 サイズに縮小）
 - ウ. 実務経験通算 5 年以上である勤務証明書（様式 2）
 - エ. 返信用封筒（角型 2 号封筒：140 円切手貼付）に受講生の住所氏名を表記したもの
申込書類の記載漏れがないように記載し、提出前にご確認ください。
書類に不備のあった場合は受け付けません。
3. 提出先
〒433-8558 静岡県浜松市中央区三方原町 3453 総合病院 聖隷三方原病院
聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程ファーストレベル（朱書き）

受講決定

1. 認定看護管理者教育運営委員会が必要書類を審査のうえ受講可否を決定する。
2. 受講の可否は、**2025 年 7 月 10 日**までに本人宛に通知する。
3. 受講決定通知の到着後、受講料（150,000 円）の振込をお願いします。
4. **2025 年 7 月 31 日**までに通知がない方は聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程へお問い合わせください。

個人情報の取り扱いについて

1. 個人情報を収集する場合は、利用目的及び利用目的にのみ使用する。
2. 個人情報が含まれる電子データ及び紙面媒体の取り扱いに十分留意し、セキュリティの確立した環境（サーバーもしくは施錠可能な保管庫など）で管理する。
3. 個人情報の収集・保管・廃棄に関する規程はあり、遵守している。
別紙資料にて「個人情報保護規定」を参照する。

問合せ

聖隷福祉事業団聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程専任教員 山田弘美
月曜日から金曜日 9 時～17 時
電話 053-436-1251（代）交換台から山田につながります。
なお、土日祝日および時間外の対応はしかねます。

表 1. 聖隷福祉事業団聖隷三方原病院 認定看護管理者教育課程 ファーストレベルカリキュラム

教科目 (時間数)	単元	単元の内容	時間数	
			講義	演習
ヘルスケアシステム論Ⅰ (15 時間)	社会保障制度概論	社会保障制度の体系 社会保障の関連法規	6	
	保健医療福祉サービスの提供体制	保健医療福祉制度の体系 地域包括支援システム 地域共生社会	3	
	ヘルスケアサービスにおける看護の役割	看看連携 地域連携における看護職の役割 保健医療福祉関連職種との理解 看護の社会的責務と業務基準 看護関連法規 倫理綱領 看護業務基準	6	
組織管理論Ⅰ (15 時間)	組織マネジメント概論	組織マネジメントに関する基礎知識 看護管理の基礎知識	9	
	看護実践における倫理	看護実践における倫理的課題 倫理的意思決定への支援	6	
人材管理論Ⅰ (30 時間)	労務管理の基礎知識	労働法規 就業規則 健康管理（メンタルヘルスを含む） 雇用形態 勤務体制 ワークライフバランス ハラスメント防止	6	
	看護チームのマネジメント	チームマネジメント 看護ケア提供方式 リーダーシップとメンバーシップ コミュニケーション ファシリテーション 准看護師への指示と業務 看護補助者の活用	15	
	人材育成の基礎知識	成人学習の原理 役割理論 動機づけ理論 人材育成の方法	9	
資源管理Ⅰ (15 時間)	経営資源と管理の基礎知識	診療・介護報酬制度の理解 経営指標の理解 看護活動の経済的効果	9	
	看護実践における情報管理	医療・看護情報の種類と特徴 情報管理における倫理的課題（情報リテラシー）	6	
質管理Ⅰ (15 時間)	看護サービスの質管理	サービスの基本概念 看護サービスの質評価と改善 看護サービスの安全管理 看護サービスと記録	15	
統合演習Ⅰ (15 時間)	演習	学習内容を踏まえ、受講者が取り組む課題を明確にし、対応策を立案する		21
特別講義 (3 時間)	テーマについて裏づけをもって論理的に表現する方法を学ぶ	レポート作成の基本的知識	(3)	
合計			93	21

2025 年度 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル 申込書（様式1）

聖隷三方原病院認定看護管理者教育課程

フリガナ		
氏 名		
フリガナ		
施設名		
施設	住所	〒
	TEL	
自宅	住所	〒
	TEL	
受講要件		該当する番号へ○印を付けてください 1. 日本国の看護師免許を有する者 2. 看護師免許を取得後、応募時に実務経験が通算 5 年以上ある者 3. 管理業務に関心がある者
受講動機 (200 文字以内)		
個人情報の取り扱いについて、研修に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。なおこの範囲を超える場合は、本人の同意を得た上で取り扱います。		

勤務証明書（様式 2）

西暦 年 月 日

氏名 _____

1. 在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務して【いる／いた】ことを証明します。

西暦 _____年 ____月より

西暦 _____年 ____月まで 通算 ____年 ____月間

2. 職位

上記の者は当施設において、以下の職位で【ある／あった】ことを証明します。

西暦 _____年 ____月より

西暦 _____年 ____月まで 職位 _____

施設名：

所在地：

施設長名：

印