

平成 30 年度
栄養サポートチーム専門療法士
臨床実地修練
研修プログラム

大阪国際がんセンター
栄養サポートチーム

目次

- 1) 大阪国際がんセンター 栄養サポートチーム専門療法士臨床実地修練について
- 2) 研修目的と修了認定
- 3) 研修プログラム
- 4) 研修費
- 5) 大阪国際がんセンター栄養サポートチーム専門療法士実施修練申込方法
- 6) 小児ウイルス疾患ワクチン抗体価の結果提出について

大阪国際がんセンターの理念・基本方針

<理念>

患者の視点に立脚した高度ながん医療の提供と開発

<運営の基本方針>

1. 先進医療の開発と実践
2. 患者満足度の徹底追及
3. 教育と情報発信の充実
4. 医療資源の最大利活用
5. 経営改革へのたゆまぬ努力

日本静脈経腸栄養学会認定教育施設

大阪国際がんセンター栄養サポートチーム専門療法士臨床実地修練プログラム

1. 大阪国際がんセンター 栄養サポートチーム専門療法士臨床実地修練について

大阪国際がんセンターは、日本静脈経腸栄養学会（JSPEN）から認定教育施設（施設番号 10928710）として認定されており、院内外を問わず、栄養サポートチーム専門療法士受験のために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。

2. 研修目的と修了認定

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：平成 29 年 2 月期改訂）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習得させること」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認定規則に則って、40 時間以上のカリキュラムとする。

本プログラムにおいて 40 時間以上の実地修練を受け、修了要件を満たした者に対して、大阪国際がんセンター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書を発行する。

3. 研修プログラム

添付資料 1 参照

4. 研修費

- ・看護師 2,570 円/日
- ・薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師等 3,800 円/月

（大阪府立病院機構診療料等に関する規定）

5. 大阪国際がんセンター栄養サポートチーム専門療法士実施修練申込方法

他施設から大阪国際がんセンター栄養サポートチーム専門療法士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) 大阪国際がんセンターNST 事務局への連絡

「栄養サポートチーム専門療法士臨床実地修練研修プログラム」をご参照の上、NST 事務局に電子メールまたは FAX にてご連絡ください。

連絡先：大阪国際がんセンター NST 事務局

栄養管理室 谷口 祐子

電子メールアドレス：oici-nst@mc.pref.osaka.jp

FAX 番号：06-6945-1900

電話番号：06-6945-1181（代表）

【内線 2601】

研修参加の確認が認められた方は、2) の依頼状を送付してください。

2) 貴施設長からの依頼状（別添2の臨床実地修練申込書を使用）

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、栄養サポートチーム専門療法士実地修練を受けていただくには、貴施設長から総長宛に依頼状が必要になります。

送り先：〒541-8567

大阪市中央区大手前3丁目1番69号

大阪国際がんセンター 総長 松浦 成昭 宛

(NST 事務局 栄養管理室)

6) 小児ウイルス疾患ワクチン抗体価の結果提出

患者への感染防止の目的に、当センターでの実地修練前に以下の小児ウイルス疾患に対する抗体価の測定と、抗体価陰性および抗体価陽性（基準を満たさない）場合は、ワクチン接種を受けてください。

初回のオリエンテーション時に抗体価の結果およびワクチン接種証明書（別添資料 4）を持参してください。

【対象疾患】

1. 麻疹（はしか）
2. 風疹（三日ばしか）
3. 水痘（水ぼうそう）
4. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	EIA法(IgG):陰性 あるいはPA法:<1:16 あるいは中和法:<1:4	EIA法(IgG):(±)~16.0 あるいはPA法:1:16,32,64,128 あるいは中和法:1:4	EIA法(IgG):16.0以上 あるいはPA法:1:256以上 あるいは中和法:1:8以上
風疹	IHI法:<1:8 あるいはEIA法(IgG):陰性	HI法:1:8,16 あるいはEIA法(IgG):(±)~8.0	HI法:1:32以上 あるいはEIA法(IgG):8.0以上
水痘	EIA法(IgG)<2.0 あるいはIAHA法:<1:2 あるいは中和法:<1:2	EIA法(IgG):2.0~4.0 あるいはIAHA法:1:2 あるいは中和法:1:2	EIA法(IgG):4.0以上 あるいはIAHA法:1:4以上 あるいは中和法:1:4以上 あるいは水痘抗原皮内テストで陽性(5mm以上)
流行性耳下腺炎	EIA法(IgG):陰性	EIA法(IgG):(±)	EIA法(IgG):陽性

日本環境感染学会 院内感染対策としてのワクチンガイドラインより抜粋

別添資料1

平成30年度 栄養サポートチーム専門療法士臨床実地修練プログラム				
研修場所: 8F・13Fカンファレンス室				
時間 日付	13:00	14:00	15:00	16:00
5/8(火)	オリエンテーション	栄養障害例の抽出・早期対応(スクリーニング)	栄養療法に関する問題点・リスクの抽出	栄養薬剤・栄養剤食品の選択 適正使用法の指導
5/11(金)	経静脈栄養剤の側管投与方法 薬剤配合変化の指摘		回診 カンファレンス	
5/16(水)	経静脈輸液適正調剤法の取得		回診 カンファレンス	
5/18(金)	経静脈栄養のプランニングとモニタリング		回診 カンファレンス	
5/23(水)	経静脈栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導		回診 カンファレンス	
5/25(金)	経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング		回診 カンファレンス	
5/30(水)	簡易懸濁法の実施と有用性の理解		回診 カンファレンス	
6/1(金)	栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応		回診 カンファレンス	
6/6(水)	栄養管理についての患者・家族への説明・指導		回診 カンファレンス	
6/8(金)	在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導		回診 カンファレンス	
6/13(水)	症例検討		回診 カンファレンス	
6/15(金)	症例検討		回診 カンファレンス	
6/20(水)			回診 カンファレンス	
6/22(金)			回診 カンファレンス	
6/27(水)			回診 カンファレンス	
6/29(金)			回診 カンファレンス	

※都合により、一部時間等変更する場合があります。

別添2

臨床実地修練申込書

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター
総長 松浦成昭様

貴院の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の受け入りを願いたく申請いたします。

平成30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: 看護師 薬剤師 管理栄養士 臨床検査技師

その他()

添付3

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」
認定規程に基づく臨床実地修練修了証明書

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ ⑩
自署、捺印(コピー不可)

一般社団法人 日本静脈経腸栄養学会
理事長 殿

_____ (申請者氏名)は貴学会認定規程に基づく
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 平成 年 月 日 ~ 至 平成 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: _____
大阪国際がんセンター

(施設認定番号 10928710)

指導責任者氏名: _____ ⑩

自署、捺印をお願いいたします。(コピー不可)

別添資料 4

流行性ウイルス疾患 抗体価検査および予防接種実施証明書

フリガナ

氏名： _____

■抗体検査結果 下表1～3にご記入ください。3は該当する検査方法に☑をつけてください。

検査項目	1.検査実施日(西暦)	2.検査方法	3.抗体価	参考：ワクチン不要抗体価
麻疹	年 月 日	<input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> 不明		NT：8倍以上 PA：256倍以上 EIA：16.0以上
風疹	年 月 日	<input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> 不明		HI：32倍以上 EIA：8.0以上
水痘	年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> IAHA <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> 不明		EIA：4.0以上 IAHA：4倍以上 NT：4倍以上
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> 不明		EIA：4.0以上

*当院では、日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版に準じてワクチン接種の判定を行っています。

■予防接種実施状況

(抗体検査が陰性または不十分な場合、下記ワクチンの接種が必要となります)

*ワクチン実施の有無、接種回数を○で囲み、最終実施日を記載してください。

接種項目	ワクチン実施の有無		接種回数	最終年月日(西暦)
	有	無		
麻疹ワクチン	有	無	1回・2回	年 月 日
風疹ワクチン	有	無	1回・2回	年 月 日
水痘ワクチン	有	無	1回・2回	年 月 日
ムンプスワクチン	有	無	1回・2回	年 月 日

上記の抗体検査結果および予防接種実施について証明します。

西暦 年 月 日

所在地

施設名

醫師名