

更新；2023 年 3 月 16 日

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. 募集について
3. 研修目的と修了認定
4. 研修プログラム
5. 研修費
6. 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申込方法
7. 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

一般社団法人日本臨床栄養代謝学会認定教育施設
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、一般社団法人日本臨床栄養代謝学会(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(以下、NST)専門療法士受験のために臨床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. 募集について

募集人数 若干名

参加要件 日本臨床栄養代謝学会 会員

なお、受験必須セミナー受講済みであることがのぞましい

【留意事項】

本修練は、NST 専門療法士を目指す日本臨床栄養代謝学会会員のための学会事業であることを踏まえた当センターでの教育プログラムです。

3. 修練目的と修了認定

このプログラムは、NST 専門療法士認定規則(日本臨床栄養代謝学会:令和4年1月23日改訂)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。

なお、本プログラムは、日本臨床栄養代謝学会認定資格、NST 専門療法士認定規則に則った、40 時間以上のカリキュラムである。

4. 研修プログラム

別添1参照

5. 研修費

・看護師 2,620 円/日

・薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師等 3,870 円/月

(大阪府立病院機構診療料等に関する規定)

6. 大阪国際がんセンターNST 専門療法士実施修練申込方法

臨床実地修練を希望される場合は、以下の手順で手続きが必要です。

1) 大阪国際がんセンターNST 事務局への連絡

●下記を記載の上、NST 事務局の電子メールアドレスまでご連絡ください。募集期間終了後、研修受け入れの可否をご連絡いたします。

- ① 氏名、ふりがな
- ② 所属施設・部署・職種
- ③ 日本臨床栄養代謝学会入会年・会員番号
- ④ NST 専門療法士試験受験予定
- ⑤ NST 専門療法士受験必須セミナー受講歴
- ⑥ 所属施設における NST 活動実績
- ⑦ NST に関連する業績（学会・論文発表、学術集会等参加など）

連絡先：大阪国際がんセンター

NST 事務局 栄養管理室

電子メールアドレス：oici-nst@oici.jp

2) 研修受け入れ決定後の書類提出

研修受け入れ決定の連絡を受け取られましたら、以下の書類を修練開始までに郵送してください。

- ① 臨床実地修練受け入れ依頼書（別添 2-1）・・・当センター様式
- ② 日本臨床栄養代謝学会 NST 専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書（別添 2-2）・・・日本臨床栄養代謝学会指定様式による。ウェブサイト（<https://www.jspen.or.jp/>）よりダウンロードも可能。
- ③ 小児ウイルス疾患抗体価結果（別添 3）
（書式については、7. 小児ウイルス疾患抗体価の結果提出を参照）

●この書類の提出なき場合は修練に参加できません。ただし、研修受け入れ決定前には受理はできません。

送り先：〒541-8567

大阪市中心区大手前 3 丁目 1 番 69 号

大阪国際がんセンター NST 事務局 栄養管理室 宛

FAX 番号:06-6945-1900

電話番号:06-6945-1181(代表)【内線 2601】

※封筒の表に「NST 臨床実地修練申し込み書類」と記載しお送りください

7. 小児ウイルス疾患抗体価の結果提出

当センターでは、すべての実習者等の受け入れに際し、感染防止のため以下の小児ウイルス疾患に対する抗体価を全員に確認しております。実地修練前に必ず抗体価測定の上、結果提出をお願いいたします。

なお、抗体価陰性および、当センター基準を満たさない抗体価陽性の場合は、当該疾患に対応するワクチンを接種お願いしています。その際、接種証明書の提出をもって確認いたします。

結果提出並びに接種証明書は(別添 3)もしくは、同等の内容が記載されている場合、書式の規定はありません。

【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(ムンプス)

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