

2023 年度後期 上越総合病院

NST 療法士認定制度 臨床実地修練要項

当院は日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）から栄養サポートチーム（以下；NST）教育施設として認定された施設です。

本臨床実地修練は NST 専門療法士取得又は NST 加算「施設基準」の所定の研修 40 時間以上のカリキュラムとなっています。

1. 目的

NST 専門療法士として必要な知識を身につけ、多職種と連携を図り、高度で専門性ある栄養管理を推進していくための技術を習得する。

2. 対象者

医療機関に従事する医療従事者

管理栄養士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、診療放射線技師

3. 募集人数

5 名程度

（研修の全日程に参加できる方のみとさせていただきます。）

* 定員になり次第募集を締め切り、申込多数の場合、事務局にて調整させていただきます。

4. 研修期間

2023 年 10/24、31、11/7、14、21（毎週火曜）

9：00～18：00（全 5 回×8 時間＝40 時間）【* 初日のみ 8：45 集合】

5. 実地場所

新潟厚生連 上越総合病院

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

6. 研修内容

下記「NST 専門療法士 臨床実地修練カリキュラム」を参照ください。

（* 状況により内容を一部変更することがあります）

7. 研修経費の負担等

1) 参加費：30,000 円（* 指定口座への振り込み）

* 研修申し込み受付後、別途ご連絡いたしますので、研修初日までにお振込み願います。

2) 研修参加のための旅費・滞在費等は、研修参加者の負担となります。

8. 修了証書の発行

研修終了後、当院にて学会への申請を行い、修了証書が届き次第、受講修了者へ郵送にて送付いたします。

9. 申し込み方法

下記の【様式⑤】「臨床実地修練申込書」に必要事項を記入いただき、郵送にて申し込みください。

申し込み締め切り 2023 年 9 月 22 日（金）消印有効

送付先

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

上越総合病院 NST 事務局 栄養科 宛

* 申込の受付については、「臨床実地修練申込書」記載のメールアドレスへご連絡させていただきます。

10. 問い合わせ

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

上越総合病院 NST 事務局 栄養科

電話番号： 025-524-3000（代表） メールアドレス：eiyo@joetsu-hp.jp

一般社団法人 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
臨床実地修練カリキュラム計画書

認定教育施設名	新潟厚生連 上越総合病院
認定施設番号	10720792
臨床実地修練期間（西暦） （※届出書の期間と一致）	自2023年10月24日～ 至 2023年11月21日（予定）

カリキュラム内容	
項目	時間
病棟回診	5 時間
カンファレンス	3 時間
講義	14. 5 時間
栄養評価等実技	14. 5 時間
その他	3 時間
その他カリキュラムの内容 ・ 症例検討及び報告 ・ ・	
臨床実地修練 合計時間	<u>40</u> 時間※2

臨床実地修練における厚生労働省が 指定する研修別実施時間※3	
厚生労働省 指定研修別	指定研修別 実施合計時間※1
イ：栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）	5 時間
ロ：栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導	5 時間
ハ：経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘	2 時間
二：経静脈輸液適正調剤法の取得	4 時間
ホ：経静脈栄養のプランニングとモニタリング	4 時間
ヘ：経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導	2 時間
ト：経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング	4 時間
チ：簡易懸濁法の実施と有用性の理解	2 時間
リ：栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応	3 時間
ヌ：栄養療法に関する問題点・リスクの抽出	4 時間
ル：栄養管理についての患者・家族への説明・指導	3 時間
ヲ：在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導	2 時間
ワ：その他	時間
臨床実地修練における厚生労働省が 指定する研修別実施合計時間	<u>40</u> 時間 ※3

申請番号（事務局記載欄）	受付日
- - -	

【様式 ⑤】

一般社団法人 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

申請日：20 年 月 日

認定教育施設名：新潟厚生連 上越総合病院

施設長： 籠島 充 殿

このたび、貴施設で実施される栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定制度 認定教育施設
臨床実地修練に申込みいたします。

フリガナ			
申請者氏名	⑩		
生年月日（西暦）	年 月 日生	性別	男 ・ 女
職種			
学会会員	会員 ・ 非会員	会員の方は会員番号	N
NST専門療法士受験必須セミナー受講歴 （受講歴のある方のみ記載）	（西暦） 年 第 回 受講		
NST専門療法士受験申請予定	（西暦） 年 予定		
所属施設			
所属部署			
所属住所	〒 - TEL： - - （内線） FAX： - -		
自宅住所	〒 -		
携帯番号	TEL： - -		
E-mailアドレス	@		
備考			

この申込書は認定教育施設宛にご送付ください。

※本申込書に記載された内容は、NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練の目的以外には使用いたしません。