

日本栄養治療学会教育認定施設

NST 研修プログラム

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター

目次

1. 市立東大阪医療センターNST 施設研修プログラム
2. 修了認定
3. カリキュラム
4. 研修費
5. 市立東大阪医療センターNST 実地修練申し込み方法
6. 小児ウィルス疾患ワクチン抗体価の結果提出

様式 1. 臨床実地修練申込書

別資料. 研修カリキュラム

市立東大阪医療センターの病院の理念と基本方針

【理念】

「誠実な医療」を地域の人々に

【基本方針】

- 1) 市民に信頼される、安全・安心な質の高い医療を提供します
- 2) 患者さんを中心とした多職種協働を実践・推進します
- 3) 地域の医療・保健・福祉等の機関と連携し、地域医療の充実に貢献します
- 4) 豊かな人間性と確実な技能をもった医療人を育成します
- 5) 透明性の高い、効率的な病院経営に努めます

市立東大阪医療センター栄養サポートチームは、病院理念・基本方針を実践するため、院内外を問わず、NST 実地修練を希望する人の研修受け入れ支援を行っています。

日本栄養治療学会教育認定施設
市立東大阪医療センター NST 研修プログラム

1. NST 施設研修プログラム

市立東大阪医療センターは、日本栄養治療学会（JSPEN）から NST 教育施設として認定されており、院内外と問わず、NST 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。

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修練させること」を目的とする。

2. 修了認定

本プログラムは、日本栄養治療学会認定資格、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 時間以上の研修を受け、修了要件を満たした者に対して、市立東大阪医療センター NST 研修修了者として認定し、修了証を発行する（NST 専門療法士の認定試験の受験資格）。研修期間は、1 年以内とする。

3. カリキュラム

別資料参照

4. 研修費

管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師等 20,000 円

受講決定後、請求書兼振込依頼書を発送しますので期日までに納入お願い致します。

5. NST 実地修練申し込み方法

NST 実地修練を希望される方は、貴施設長から 当センター院長宛 の依頼状が必要となります。
（様式 1 の臨床実地修練申込書を使用）

送り先：〒578-8588

東大阪市西岩田 3-4-5

市立東大阪医療センター NST 事務局（事務局総務課内）

6. 小児ウィルス疾患ワクチン抗体価の結果提出

実習生及び患者への感染防止を目的に、当センターでの実習前に以下の小児ウィルス疾患に対する抗体価の測定と、抗体が無い場合はワクチン接種を受け、抗体の獲得をお願いしています。

初回のオリエンテーション時に抗体価の結果を持参して下さい。

【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	基準を満たさない (陰性)	基準を満たさない (陰性ではない)	基準を満たす*
麻疹	中和法で 1:4 未満 PA 法で 1:16 未満 EIA 法(IgG)で陰性	中和法で 1:4 PA 法で 1:16、1:32、1:64、1:128 EIA 法(IgG)で±、16.0 未満の陽性	中和法で 1:8 以上 PA 法で 1:256 以上 EIA 法(IgG)で 16.0 以上
風疹	HI 法 1:8 未満 EIA 法(IgG)で陰性	HI 法で 1:8、1:16 EIA 法(IgG)で±、8.0 未満の陽性	HI 法 1:32 以上 EIA 法(IgG)で 8.0 以上
水痘	IAHA 法で 1:2 未満 EIA 法(IgG)で陰性 水痘抗原皮内テストで陰性	IAHA 法で 1:2、1:4 EIA 法(IgG)で±	IAHA 法で 1:8 以上 EIA 法(IgG)で陽性 水痘抗原皮内テストで陽性
流行性 耳下腺炎	EIA 法(IgG)で陰性	EIA 法(IgG)で±	EIA 法(IgG)で陽性

参考資料：検査方法と判断基準の目安

*基準値を満たす場合のみワクチン接種不要

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

様式 1

臨床実地修練申込書

地方独立行政法人市立東大阪医療センター
院長 中 隆 様

貴院の日本栄養治療学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則に基づく実地修練の受け入れを願いたく申請いたします。

年 月 日

施設名：

施設長： 印

フリガナ			
申請者氏名	印		
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性 別	男 ・ 女
職種			
所属施設			
所属部署			
所属住所	〒 - TEL： - - (内線)		
自宅住所	〒 -		
携帯番号	TEL： - -		
E-mail アドレス	@		
備考			