



ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業

文部科学省

Project KPUM

重症患者に対応できる
ジェネラリストナース養成プロジェクト

募集要項

2025年度 前期



京都府公立大学法人

京都府立医科大学 看護実践キャリア開発センター

はじめに

本事業「Project KPUM 重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト」は、令和6年度文部科学省「ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業（社会的な要請に対応できる看護師の養成）」に選定された、重症患者に対応できる看護師を養成するための実践的教育プログラムです。

近年、新型コロナウイルス感染症の流行や自然災害の発生、人口の高齢化や生産年齢人口の減少に伴うヘルスケアニーズの多様化などにより、看護師に求められる能力や看護を提供する場が多様化しています。このような社会の変化、要請に対応できる看護師の養成が急務となっていることを受け、当教育プログラムでは①高度なクリティカルケア実践能力をもち、医療ひっ迫時に派遣要請に対応できる看護師を養成する②自施設のクリティカルケアにおいて指導的役割を担い、看護の質向上に寄与できる看護師を養成する③プロジェクトを通じて京都府内におけるクリティカルケア領域の看護師間・組織間のネットワークを構築する④認定看護師、専門看護師、特定行為看護師につながるよう受講生のキャリア形成を支援するという4つの目的を掲げ、重症患者に対応できるジェネラリストナースに資する教育モデルの確立を目指します。

教育プログラムは半年のコースで、eラーニング、認定看護師や専門看護師および看護学科教員による講義と演習、三次救急医療施設における実習（On the Job Training：OJT）を行います。プログラム終了後は、京都府内のクリティカルケアナースのネットワークを構築し、情報交換や連携、質の向上に努めていきます。本事業により、京都府内で急性期医療に従事する看護師のレベルアップと施設間連携が期待でき、新興感染症の流行、大規模自然災害、超高齢化・人口急減による急性期医療ニーズの変化に対応することが可能になると考えます。

クリティカルケアの即戦力となる看護師を養成し、京都府内の救急・災害医療の充実を図るため、京都府立医科大学、京都府立医科大学附属病院、看護実践キャリア開発センターが一丸となって取り組みます。

目次

I. プログラムの概要

1. 目的	1
2. コースの概要	1
3. 教育目標	1
4. 受講期間	2
5. 教育内容	2

II. 出願手続き

1. 募集コース・募集定員	4
2. 対象・受講要件	4
3. 出願書類、および提出方法	4

III. 受講可否の決定について

1. 決定方法	5
2. 受講可否の通知について	5

IV. 受講について

1. 受講手続	5
2. 受講料	5
3. 賠償責任保険	5
4. その他	5

各種様式

様式1 (受講願書)	7
様式2 (履歴書)	8
様式3 (勤務証明書・推薦書)	9
様式4 (小論文 (志願理由))	10

I. プログラムの概要

1. 目的

本プロジェクトは、京都府内に勤務する臨床経験3年以上の看護師を対象に、高度なクリティカルケアの看護実践能力を有する看護師養成およびネットワーク構築を目指す事業である。

目的は以下の4つである。

- ① 高度なクリティカルケア実践能力をもち、医療ひっ迫時に派遣要請に対応できる看護師を養成する。
- ② 自施設のクリティカルケアにおいて指導的役割を担い、看護の質向上に寄与できる看護師を養成する。
- ③ プロジェクトを通じて京都府内におけるクリティカルケア領域の看護師間・組織間のネットワークを構築する。
- ④ 認定看護師、専門看護師、特定行為看護師につながるよう受講生のキャリア形成を支援する。

2. コースの概要

受講対象を臨床経験3年以上としているが、個々のクリティカルケアの実践状況に応じて受講できるように以下の2つのコースを展開している。

1) 実践コース (Aコース)

eラーニングを用いた学習、対面での講義に参加する。

京都府内の三次救急医療施設において計4週間の実習(OJT)を行う。

2) 学習コース (Bコース)

eラーニングを用いた学習、対面での講義に参加する。

京都府立医科大学(スキルス・ラボ)において計5時間のクリティカルケア演習を行う。

※両コースとも、ICLS(Immediate Cardiac Life Support)、施設見学実習の受講が可能。

3. 教育目標

1) 実践コース (Aコース)

(1) 到達目標

集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー(日本集中治療医学会,2019)

レベルⅡ:集中治療領域の標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する。

(2) 行動目標

- ①集中治療にある患者・家族や状況(場)のニーズを自らとらえることができる。
- ②患者・家族や状況(場)に応じた看護を実践し、評価できる。
- ③関係者の役割を理解した上で看護チーム内において情報交換ができる。
- ④患者・家族や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる。
- ⑤自施設のクリティカルケアにおける看護の問題点を明確化し改善策を考えることができる。

2) 学習コース (Bコース)

(1) 到達目標

集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー (日本集中治療医学会, 2019)

レベル I : 集中治療領域の基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する。

(2) 行動目標

- ①助言を得て集中治療にある患者・家族や状況 (場) のニーズをとらえることができる。
- ②患者の病態生理を理解し、助言を受けながら患者・家族に基礎看護技術が提供できる。
- ③関係者から情報収集し、情報共有ができる。
- ④患者・家族や周囲の人々の意向を知る。
- ⑤自部署のクリティカルケアにおける看護の問題点を明確化し改善策を考えることができる。

4. 受講期間

2025年4月～9月

5. 教育内容

教育内容の区分は、【共通科目】【専門科目】【演習】【実習】の4つの枠組みと選択科目を含む16の科目で構成される。

本プログラムの教育内容を以下に示す。

eラーニング：指定のeラーニングツール (全日病 SQUE 看護師特定行為研修) を各自視聴

講義：京都府立医科大学にて実務家教員・実務家による対面講義を受講

演習：京都府立医科大学にて実務家教員・実務家による対面演習を受講

施設見学実習：ドクターヘリ拠点地、手術室、ICU、PICU、救急救命センターのうち2カ所を選択し見学

OJT：三次救急医療施設にて計4週間受講 (Aコースのみ)

※実習期間の分割 (1週単位で調整)、実習施設の選定については受講決定後、相談して決定する。

表1 スケジュール

月	実践コース(Aコース)	学習コース(Bコース)
4月	開講式	eラーニング受講開始
5月	講義	講義、演習
6月		
7月	三次救急医療施設にて実習(OJT)	
8月		
9月	症例報告発表会 発表	閉講式

表2 教育課程の概要

※表の中の数字は時間数を示す

科目		受講形式		実践コース (Aコース)		学習コース (Bコース)	
		eラー ニング	対面	必修	選択	必修	選択
共通科目	看護組織論		2	2		2	
	医療安全	3		3		3	
	医療倫理	3		3		3	
	臨床推論	9		9		9	
	フィジカルアセスメント	6		6		6	
	臨床病態概論	8		8		8	
専門科目	クリティカルケア	5	5	10		10	
	救急看護	3	3	6		6	
	災害看護		3	3		3	
	感染管理		3	3		3	
	小児看護	3	2		5		5
	老年看護	3	3		6		6
演習	クリティカルケア演習		5	/		5	
	救急看護演習 (ICLS)		7		7		7
実習	施設見学実習		16		16		16
	施設実習 (OJT)		160	160	/		

II. 出願手続き

1. 募集コース・募集定員

実践コース（Aコース） 10名

学習コース（Bコース） 5名

*同一施設からの応募は2名までとし、定員を超える場合は先着順とします。

2. 対象・受講要件

京都府内で勤務する臨床経験3年目以上の看護師
(ICU、救急部門での臨床経験は問いません)

3. 出願書類、および提出方法

1) 出願書類

出願書類①～④を郵送または直接持参により提出してください。

① 受講願書（様式1） p.7

② 履歴書（様式2） p.8

③ 勤務証明書・推薦書（様式3） p.9

※看護部長等の職位の方がご記入ください。

④ 小論文（志願理由）（様式4） p.10

※必要書類はホームページからダウンロード可能です。

https://www.kpu-m.ac.jp/j/cdcn/ProjectKPUM_01.html

出願書類一式の返却は致しかねますのでご了承ください。



2) 提出方法

[郵送の場合]

下記へ簡易書留またはレターパック(ライト、プラス不問)で郵送してください。

[持参の場合]

事前にご連絡の上、受付時間内(土、日、祝日を除く午前9時～午後4時)に下記へ持参してください。

【提出先】京都府立医科大学 看護実践キャリア開発センター ※住所は p.6 参照

郵送の場合、表面に『重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト受講申請書類
在中』と朱書きしてください。

3) 出願期間

2024年12月20日(金)～2025年1月24日(金) 当日消印有効

(2024年12月27日～2025年1月5日は閉室)

Ⅲ. 受講可否の決定について

1. 決定方法

書類審査

※受講要件を満たさない、あるいは出願書類に記載不備がある場合は、受講不可となります。

2. 受講可否の通知について

通知日 2025年2月中旬頃

受講可否はメールでお知らせいたします。

受講可否に関する電話やFAXによる問い合わせには対応できません。

Ⅳ. 受講について

1. 受講手続

1) 提出書類

受講が決定した方は、下記の①～③を郵送または直接持参により提出してください。なお、書類提出期間内に手続きが完了しない場合には、本プログラムの受講を辞退したものと取り扱います。

① カラー写真1枚

(縦4.0cm×横3.0cm、正面上半身無帽、背景なし、出願6ヶ月以内に撮影したもの)

② 看護師免許証の写し(A4に縮小したもの)

③ 賠償責任保険に加入していることがわかる証明書類の写し(保険の証書等)

2) 提出方法

[郵送の場合]

下記へ簡易書留またはレターパック(ライト、プラス不問)で郵送してください。

[持参の場合]

事前にご連絡の上、受付時間内(土、日、祝日を除く午前9時～午後4時)に下記へ持参してください。

【提出先】京都府立医科大学 看護実践キャリア開発センター ※住所は p.6 参照

郵送の場合、表面に『重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト受講手続き書類
在中』と朱書き

3) 書類提出締め切り

2025年2月28日(金) 必着

2. 受講料

無料

3. 賠償責任保険

受講にあたり、賠償責任保険への加入は必須となります。未加入の方は個人でご加入ください。
(日本看護協会「看護職賠償責任保険」など)

4. その他

- ・受講期間中には、交通費(通学)等の経費が必要になります。
- ・受講に関する連絡並びに資料送付などをメールで行いますので、必ず受信できるようにしてください。

【書類提出先 (Project KPUM 事務局)】

京都府立医科大学 看護実践キャリア開発センター

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路 上る梶井町4 6 5 番地

TEL/FAX : 075-212-5422

MAIL: careinfo@koto.kpu-m.ac.jp

【本学アクセス】



本学ホームページ (アクセス)

(様式1)

受講願書

年 月 日

京都府立医科大学 学長 殿

「Project KPUM 重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト」の受講を
願いたいので関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな			
氏名 (自署)			
現住所		〒 _____ TEL: () _____ 携帯電話: () _____ メールアドレス(PC): _____	
施設名	名称		
	所在地	〒 _____ TEL () _____	
	職種	職位	
志願コース ※志願するコースの欄に✓を付記してください。	<input type="checkbox"/> 実践コース (Aコース) <input type="checkbox"/> 学習コース (Bコース)		
賠償責任保険 ※どちらかに✓を付記してください。	<input type="checkbox"/> 加入している (保険名: _____) <input type="checkbox"/> 加入していない		

(様式2)

履 歴 書

年 月 日

写真貼付欄

縦 4cm×横 3cm
正面上半身無帽、背景
無し、応募前 6ヶ月内
に撮影したもの。
写真の裏に氏名を記
入して貼ること。

ふりがな	
氏名 (自署)	
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)

現住所	〒 —	TEL/FAX	
		TEL ()	FAX ()
所属施設名 病床数	病床数 ()	TEL/FAX	
		TEL ()	FAX ()
所属施設住所	〒 —		
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日 号	() 西暦 年 月 日 号	() 西暦 年 月 日 号
(西暦)	学歴 (高等学校卒業から記入) 及び職歴		
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

(様式3)

勤務証明書・推薦書

年 月 日

氏名： _____

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務していることを証明します。

在職期間： 西暦 _____ 年 _____ 月 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月

勤務形態： 常勤 ・ 非常勤

また、上記の者は、「Project KPUM 重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト」を受講する要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦します。

【推薦理由】

施設名
職位
氏名（自署）
施設所在地 〒 _____
電話番号

※看護部長等の職位の方がご記入ください。

