

2026年度

茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程

ファーストレベル募集要項

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

〒 309-1793 茨城県笠間市鯉淵 6528



## はじめに

茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程ファーストレベルは、日本看護協会から認定看護管理者教育機関としての認定を受け、日本看護協会が定めた認定看護管理者カリキュラム基準にもとづいて実施するものです。

看護師はその看護実践に行動責任・結果責任を負うとともに、行動規範を遵守し自らの専門職としての能力を維持する義務を負います。急激に変化し続ける患者ニーズや科学的知見や技術の進歩、保健医療制度の見直しという状況に適応し、看護師がケアの質や実践の成果を高めていくために、看護管理者には次のような能力(Competencies：成果を生み出す力)が求められます。

- 1) 関係をマネジメントし組織として意思決定を行うためのコミュニケーションと関係性構築の能力
- 2) 臨床実践をはじめ、経済・財政、質の評価や改善などヘルスケア環境に関する知識
- 3) 変化をマネジメントしクリティカルシンキングを活用して計画を成功に導くリーダーシップ
- 4) キャリアプランニングならびにエビデンスに基づく臨床と管理を実践し専門職組織の中で活発なメンバーシップを発揮できる看護職としての専門性
- 5) ヘルスケアのコスト管理、人的資源管理と開発、戦略的マネジメント、情報管理などのビジネススキル

茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程は、これらの能力(Competencies)を高めるために各自の課題を明確化し研修期間を通じた演習により、教育機関と各自の看護の実践の場が一体となったプログラムを提供します。また、より質の高い医療の提供を目指して実践を行うことへの、受講生の動機や自己効力感を高められるよう授業方法を工夫するとともに、研修中から研修後にわたり受講生を支援します。

## 教育目的

看護専門職として必要な管理に関する基本的知識・技術・態度を習得する。

## 到達目標

1. ヘルスケアシステムの構造と現状を理解できる。
2. 組織的看護サービス提供上の諸問題を客観的に分析する。
3. 看護管理者の役割と活動を理解し、これからの看護管理者のあり方を考察できる。

## 応募方法

- 1) 募集人員： 30名
- 2) 開講期間： 2026年9月4日(金) ～ 2026年12月11日(金)  
112.5時間 (教科目以外 8時間含む) 日6時間 19日間)  
毎週金曜日、一部金曜・土曜日の連続開講

【開講予定日：色付き部分(予備日あり)】

9 月						10 月						11 月						12 月									
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31		

### 【研修の実施方式について】

当課程では対面式研修を基本としていますが、感染症等により対面式研修が困難と判断した場合には、オンライン研修に変更するなど研修の方法を変更します。

オンライン研修ではパソコン、Webカメラ、マイクが必要となります。利用環境によっては、ヘッドセットやイヤホンなどの準備が必要となります。また、通信環境として光回線やケーブルテレビのネット回線、Wi-Fiなどの通信量の制限がない場所での利用を推奨しています。

- 3) 応募資格：
  - ① 日本国の看護師免許を有する者
  - ② 看護師免許取得後、実務経験が通算5年以上ある者
  - ③ 管理業務に関心がある者
- 4) 応募期間：2026年6月5日(金) ～ 2026年6月17日(水) 必着
- 5) 応募方法：以下の①～④の必要書類をまとめて簡易書留(角型2号)またはレターパックプラスで郵送してください。
  - ① 2026年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル受講申込書(様式1)
  - ② 看護師免許取得後、実務経験が通算5年以上である勤務証明書(様式2)  
(2ヶ所以上の施設で合わせて5年以上になる場合には個々に証明が必要です)
  - ③ 受講動機(様式3-1、3-2)  
表紙はいりません。1部は所属・氏名を記入してください(様式3-1)。もう1部は所属・氏名を無記入(審査用)とし、計2部を提出してください(様式3-2)。

### 【テーマ】

『受講動機も含め、自身が考える看護管理者の役割について』750文字以内で記述してください。

④ 看護師免許証の写し（A4 サイズに縮小）

申請書・申込書類の記載漏れがないように記載し、提出前にご確認下さい。

書類に不備があった場合は、受け付けられませんのでご注意ください。

書類送付先 〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528

茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程事務局 担当：外塚 恵理子

6) 受講費用：①受講料： 132,000円（税込み）

②審査・修了証書料：なし

7) 選考方法：① 書類審査

② 受講者が定数を超える場合、下記※をもとに教育運営委員会で審査を行い、受講者を決定します。

※ 同一施設から複数名の応募となる場合、施設長の推薦順位を確認させていただく場合があります。

8) 受講決定通知：①受講決定の可否について2026年7月初旬までに本人へ通知します。

②受講者には受講手続きのご案内と必要書類をお送りいたします。

9) 情報開示については、受講不可となった場合、個人の得点結果を開示します。

① 開示期間は受講可否通知後から1週間以内となります。

② 事前に電話で専任教員と日程調整を行い、開示手続きを行っていただきます。

③ 当日は本人の身分が証明できるものをご持参し提示していただきます。開示は申込本人の得点結果のみとなります。

10) 受講料の納入：受講手続きが完了した後、受講料のお支払いについてのご案内と請求書を施設代表者様宛に送付します。請求書の金額を指定された日までに入金していただきます。

11) 研修会場：① 茨城県立中央病院 研修棟会議室A

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528

② 茨城県立医療大学

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町大字阿見4669-2

教育科目外の「情報検索の方法」は茨城県立医療大学で実施する予定です。

## 教育内容

### 1) 教育科目

教 科 目	時間	教科外科目	時間
ヘルスケアシステム論 I	15	小論文の書き方	1.5
組 織 管 理 論 I	15	情報検索の方法	6
人 材 管 理 I	30		
資 源 管 理 I	15		
質 管 理 I	15		
統 合 演 習 I	15		
小 計	105	小 計	7.5
		合 計	112.5

※教科外科目は必須受講科目ですが、修了要件には含まれません。

### 2) 修了要件：以下の各項目をすべて満たすことが修了の要件です。

- (1) 各教科目の所定の時間数の5分の4以上の出席があること。
- (2) 各教科目で、別に定める評定基準により一定以上の成績をおさめていること。
- (3) 認定看護管理者教育課程ファーストレベルカリキュラムに必要な教科目の所定の時間数を修得すること。修了要件をもとに教育運営委員会で審査を行い、修了者を決定します。

評定基準	
80～100点…A	A・B・Cが合格、Dは不合格
70～79点…B	
60～69点…C	
59点以下…D	

### 3) 2) の修了要件を満たさない場合は、以下の通りとなります。

- (1) については、次年度のその教科目を再受講することができます。
- (2) については、教科目責任者の判断により、再試験を行う場合があります。  
再試験の結果59点以下（不合格）の場合は次年度にその教科目を再受講することができます。ただし、その試験の結果は、合格であっても「C」評定となります。
- (3) については、不足した教科目を次年度に再受講することができます。なお、各講師の単元において、全てが未受講の場合は、科目責任者と講師の判断により課題を提出してもらう場合があります。

### 4) 修了証書：教育課程を修了した受講生に対し、修了証明書を授与します。

### 5) 個人情報の取扱い：本教育課程の受講に際して提供された情報（電話、メールアドレス、性別、年齢、職歴、所属部署・診療科、役職）は、連絡や書類発送、演習のグループ編成、受講関係統計資料作成に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

(様式1)

2026年度認定看護管理者教育課程  
ファーストレベル受講申込書

2026年 月 日

茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程長

秋山 順子 殿

茨城県立中央病院における2026年度認定看護管理者教育課程

ファーストレベルの受講を申し込みます。

申込者氏名(ふりがな)： \_\_\_\_\_ 印

所属施設名： \_\_\_\_\_

所属部署(診療科)※1： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号※1： \_\_\_\_\_ (自宅・施設・個人携帯)

書類送付先住所※2： 〒 \_\_\_\_\_

書類送付先宛名： \_\_\_\_\_

※1 所属部署、連絡先電話番号は書類に関する問い合わせ、受講手続きのお知らせ等に利用します。

※2 書類送付先住所は結果等を送付する際に利用しますので、郵便番号から記入してください。

(様式2)

## 勤 務 証 明 書

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

在職期間(看護師免許取得後より起算)

\_\_\_\_\_(西暦) 年 月 日から

\_\_\_\_\_(西暦) 年 月 日まで

(在籍年数 年 ヶ月)

上記相違ないことを証明します。

\_\_\_\_\_(西暦) 年 月 日

施設名

所在地

施設長名

印

(公印を押印すること)

(様式3-1)

受講動機

テーマ			
所属施設名		氏名	

(本文) MS 明朝体 10.5 フォントを使用し、750 文字以内で本用紙 1 枚にまとめ、最後に文字数を入れてください。

線の下から書き始めてください。

(様式 3-2) **審査用**

※ 教育課程記入欄

テーマ	
-----	--

(本文) MS 明朝体 10.5 フォントを使用し、750 文字以内で本用紙 1 枚にまとめ、最後に文字数を入れてください。

線の下から書き始めてください。

---

---