

「かながわ地域看護師養成ガイド」の検証について（案）

1 目的

施設等において、実際に「かながわ地域看護師養成ガイド」（以下、「ガイド」という。）を用いた「かながわ地域看護師」の取組みを実施することにより、ガイドの有用性を検証するとともに、取組に必要な経費を把握します。

2 実施方法

(1) 実施施設

- J A神奈川県厚生連 伊勢原協同病院
- 医療法人社団厚仁会 秦野厚生病院

(2) 実施時期

実施施設間で定める期間とします。ただし、開始時期は、令和6年6月1日以前に着手をお願いします。

(3) 実施内容

実施施設において、ガイドを用いた人材交流を実施するとともに、その結果の報告をお願いします。

(4) 実施報告

実施施設は、ガイドの改善すべき箇所や取組みに要した費用等について、別紙様式により、次の期日までに県に報告をお願いします。

1回目（途中経過）：令和6年7月31日

2回目（実施結果）：実施期間の終期から起算して1か月を経過した日

(様式)

「かながわ地域看護師養成ガイド」の検証結果報告書

- 1 施設名
- 2 出向先施設名
- 3 出向の方法
- 4 出向者
 - 職 位
 - 勤続年数
 - 基 本 給
- 5 出向期間
- 6 出向の成果
 - (1) 施設の成果
 - (2) 出向者の成果
- 7 出向条件

項目	調整内容
賃金	
手当	
賞与	
退職金	
労働時間・休憩・休日	
有給休暇	
健康管理・安全衛生	
服務規律	
福利厚生	
懲戒	
退職・解雇	
労災保険	
雇用保険	
健康保険・厚生年金保険	

8 ガイドの改善すべき点

ページ	改善すべき内容と理由

9 取組みに要した経費（見込みを含む）

費目	金額（円）	（参考）
合計		—

※適宜行を追加してください。

※見込みの費用は、費目に「（見込み）」を明記すること。

※「（参考）」欄には、当該費用を負担した者を記載すること（出向元又は出向先の名称を記載）。

10 その他（自由記載）