

令和6年度

看護師救急医療業務実地修練
実施要領

厚生労働省医政局

令和6年度看護師救急医療業務実地修練実施要領

1 目 的

本講習会は、救急看護業務を行っている看護師を対象とし、日常の救急看護能力の向上を目指すとともに、救急外来等において、患者をトリアージできる知能・技能の習得を目的とする。

2 対象者

次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1) 次の各号のいずれかに該当する者

ア 救命救急センター又はそれと同等の施設において、2年以上救急部門、集中治療室（ICU等）などで実務経験のある者

イ 上記の者と同等の経験を有している者で施設長の推薦する者

(2) 研修実施期間における全ての研修プログラムを受講できる者

3 受講者の推薦及び決定

都道府県は、前項に定める対象者のうちから救急医療体制の確保上最も効果の期待できるものを選考し、別紙（1）による受講申込書を1部作成添付のうえ、厚生労働省医政局地域医療計画課長に推薦するものとする。

厚生労働省医政局地域医療計画課長は、都道府県から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県に通知するものとする。

なお、受講者決定後の研修辞退・受講経費の返金は原則として認めない。

4 修了証書

本講習会を受講し、修了した者には修了証書を授与する。

5 研修事業実施者

厚生労働省の委託により一般財団法人日本救急医療財団が行う。

一般財団法人日本救急医療財団

代表者：理事長 横田 裕行

住所：〒113-0034 東京都文京区湯島 3-37-4 HF湯島ビルディング7階

電話番号：03-3835-1199

6 研修場所及び受講定員

(1) 研修場所

【 合同研修 】

オンラインによる研修

【 施設研修 】

施設研修については、研修病院に出向いての病院実習となる。研修病院は次の15病院を予定している。札幌医科大学附属病院、公益社団法人 筑波メディカルセンター、埼玉医科大学総合医療センター、日本医科大学千葉北総病院、日本医科大学付属病院、杏林大学医学部付属病院、昭和大学病院、日本大学医学部附属板橋病院、順天堂大学

医学部附属練馬病院、慈泉会相澤病院、関西医科大学附属病院、大阪急性期・総合医療センター、大阪府済生会千里病院、神戸市立医療センター中央市民病院、川崎医科大学附属病院（これらは予定であり、変更があり得る。）研修病院の割り振りについては、研修事業実施者が行うこととなるため、留意すること。

(2) 受講定員 70 名

7 研修実施期間

合同研修：令和7年1月20日（月）～1月24日（金）

施設研修：令和7年2月5日（水）～2月7日（金）

8 研修内容

別紙プログラム案を参照。なお、本内容は受講者募集時点での案であり、変更があり得る。

9 受講経費

27,500円（受講者は、指定口座に振り込みとする。）

10 その他

- ・ 受講申込書に記載の内容については、厚生労働省より、委託先である一般財団法人日本救急医療財団へ提供される。
- ・ 施設研修プログラムの参考とするため、受講申込書の内容を日本救急医療財団より、施設研修を行う医療機関に提供する場合がある。
- ・ 講義等は全てオンライン会議システム（Z o o m）で配信されるので、オンライン会議システム（Z o o m）のアカウントを取得する必要がある。（無料）
- ・ インターネットへの接続は、講義により（特にワークショップ）負荷がかかる場合があるので、講義の質を確保するため、原則、無線での接続は避け、有線での接続とされたい。
- ・ インターネットに接続可能な通信機器（パソコンが望ましい）、Webカメラ（PC内蔵カメラでも可）、ヘッドセット（PC内蔵のマイクとスピーカーでも可）については受講者側が準備すること。
- ・ 受講に係る通信費は受講者側の負担となる。
- ・ 受講決定者には、決定後、研修事業実施者より受講案内（受講経費の振込先の案内も含む）が通知される。

看護師救急医療業務実地修練受講申込書

(都道府県名)

ふりがな 受講者氏名		生 年 月 日		男女の別
		昭和・平成 年 月 日 (歳)		男・女
受講者住所	〒 (Tel)			
所 属 施 設 (勤務先)	施 設 名		救急告示の有無	有・無
	所 在 地	〒 (Tel)		
	職 名		所属している科	
卒業看護学校 ・ 養 成 所	学 校 名			
	卒 業 年 月	昭和・平成・令和 年 月 卒		
看 護 師 免 許	免 許 番 号	第 号		
	取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
救 急 医 療 の 経 験 年 数		年 か月		
所属施設の年間救急患者数		人		
所属施設の救急医療体制		救命救急センター・病院群輪番制病院・共同利用型病院・なし		
修了証の送付希望先		自宅住所 ・ 勤務先住所		
連絡用メールアドレス		@		
受 講 経 費 振 込 担 当 者	氏 名			
	所 属	(Tel)		
	メールアドレス	@		
備 考 (研修を希望する理由及び意見)				

(注) 1 当該研修の受講を希望する理由及びその他受講に対する特記事項について備考欄に記入すること。

2 連絡用メールアドレス欄については、受講決定後、研修実施事業者（一般財団法人日本救急医療財団 (kensyu@qqzaidan.jp)）より「受講案内」が送信されるので、必ず添付ファイル対応のメール受信ができるメールアドレスを記載すること。

特に、職場のメールアドレスであるためセキュリティ上、メールに添付したファイル、

URL が開けない等の問い合わせが多くなっているため、留意願いたい。

- 3 本申込書は、原則W o r d ファイルで提出すること。特に、手書きは判読できない場合があるので避けること。