

令和4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4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

- (1) 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
- (2) 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

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。

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、研修期間内に複数個所の病院とオンライン会議システム（Zoom）での受講となる。施設の希望はできず、研修事業実施者により割り振ることとなるため、留意すること。

札幌医科大学附属病院	北海道札幌市
手稲溪仁会病院	北海道札幌市

筑波メディカルセンター病院	茨城県つくば市
獨協医科大学埼玉医療センター	埼玉県越谷市
埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県川越市
日本医科大学千葉北総病院	千葉県印西市
日本医科大学附属病院	東京都文京区
帝京大学医学部附属病院	東京都板橋区
杏林大学医学部附属病院	東京都三鷹市
昭和大学病院	東京都品川区
東京医科大学病院	東京都新宿区
日本大学医学部附属板橋病院	東京都板橋区
日本医科大学多摩永山病院	東京都多摩市
済生会横浜市東部病院	神奈川県横浜市
昭和大学藤が丘病院	神奈川県横浜市
慈泉会相澤病院	長野県松本市
関西医科大学附属病院	大阪府枚方市
大阪急性期・総合医療センター	大阪府住吉区
大阪府済生会千里病院	大阪府吹田市
神戸市立医療センター中央市民病院	兵庫県神戸市
兵庫県立西宮病院	兵庫県西宮市
川崎医科大学附属病院	岡山県倉敷市
久留米大学病院	福岡県久留米市
沖縄県立中部病院	沖縄県うるま市

※上記は募集時点での候補であり、加除が有り得る。

(2) 受講定員 70名

7 研修実施期間

合同研修：令和5年2月6日（月）～2月10日（金）

施設研修：令和5年2月15日（水）～2月17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（Zoom）で配信されるので、オンライン会議システム（Zoom）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	@		
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Word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。