

令和2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2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）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

受講者は、都道府県等が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者を選考し、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、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等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。

なお、原則として実際に受講した時間数が総受講時間数の3分の2に満たない場合又は施設研修若しくは合同研修にかかる全ての日程を欠席した場合は、修了証書を授与しない。

### 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 】

リロの会議室 コンフォート水道橋

(東京都千代田区神田三崎町 2-7-10 帝都三崎ビル)

## 【 施設研修 】

筑波メディカルセンター病院（茨城県つくば市）※茨城県内在住者に限る  
獨協医科大学埼玉医療センター（埼玉県越谷市）※1  
東京医科大学病院（東京都新宿区）  
済生会横浜市東部病院（神奈川県横浜市）  
関西医科大学附属病院（大阪府枚方市）※1  
兵庫県立西宮病院（兵庫県西宮市）※兵庫県内在住者に限る  
川崎医科大学附属病院（岡山県倉敷市）※岡山県内在住者に限る  
久留米大学病院（福岡県久留米市）

- ※1 本施設での研修を受講するためには、事前に PCR 検査等、新型コロナウイルス感染症の検査を受け、陰性証明を提出する必要があります。検査等にかかる費用については受講者負担となります。
- ※2 ※1 以外の施設においても、事前の体温測定や、感染症等検査結果の提出を求められることがあります。また、今後の状況によっては、PCR 検査等の新型コロナウイルス感染症の検査結果を求める可能性があります。当該場合においても、かかる費用については受講者負担となります。
- ※3 今後の各施設の状況によっては、研修施設が決定後であっても、受講者の受入が中止になる場合がございます。

(2) 受講定員 16名程度

## 7 研修実施期間

合同研修：令和3年2月8日（月）～2月12日（金）

施設研修：令和3年2月24日（水）～2月26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。
- ・ 旅費、滞在費及び宿泊費については、受講者側の負担とし、受講するために必要な筆記用具、白衣等は受講者が持参するものとする。  
なお、宿泊施設については、受講者各自が確保することとする。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行等を踏まえ、研修の中止又は延期する場合がある。なお、宿泊費等のキャンセル料については、受講者側の負担となる。

- 本研修の一部の講義、ワークショップについては、講師による Web での対応となることがある。
- 研修開始日から起算して、海外渡航から帰国後 2 週間を経過していない場合は、研修に参加できない。
- 受講者は、新型コロナウイルス感染症の感染予防について、研修期間前を含め努めること。
- 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 年 月 卒	
看護師 免許	免許番号	第 号	
	取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
施設研修の 受講施設 の希望	第一希望		
	第二希望		
	第三希望		
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 受講施設については、必ず第三希望まで記入すること。

なお、特定の施設に多数の受講希望があった時などは、第二若しくは第三希望又は希望されていない施設を採用し決定することがあるので、予め了願いたい。

- 2 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。
- 3 連絡用メールアドレス欄には、必ず連絡の付く職場メールアドレスを記載すること。