

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会主催
2025 年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための
看護師研修会【e-learning 講義および演習】のご案内

■ e-learning 受講期間：2025 年 7 月 25 日（金）～ 9 月 11 日（木）

■ 演習：【東京】10 月 18 日（土）／【大阪】11 月 1 日（土）

*演習は東京、大阪のいずれかの会場で受講いただきます。



2025年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会
【e-learning講義および演習】について

2025年 4月吉日

日本造血・免疫細胞療法学会

日本造血・免疫細胞療法学会看護部会では、2012年度から同種造血幹細胞移植後患者の外来フォローアップに関わる看護師を対象とした研修を毎年開催しています。

本年は、e-learningによる講義と対面での演習を組み合わせた研修会を開講することとしましたのでご案内いたします。

本研修は移植後患者指導管理料算定の施設基準に規定される「移植医療に係る適切な研修」と位置付けられております。本研修は、個人の学習や興味に対して行われるのではなく、同種造血幹細胞移植後患者の外来におけるフォローアップを実践する看護師を対象として行われるものである事を十分にご理解くださいますようお願い申し上げます。

1. 研修プログラムの目的

- 1) 同種造血幹細胞移植後患者の外来でのフォローアップに継続的に関わり、そのさまざまな病態・問題に対して適切に指導／介入ができる看護師を育成し、移植成績の向上と造血細胞移植患者のQOL向上に貢献する。
- 2) 同種造血幹細胞移植後患者の外来フォローアップに不可欠なチーム医療を医師と共にリードし、その充実を図り、医師の負担軽減にも貢献できる看護師を育成する。

2. 研修プログラムの受講資格および審査にあたって勘案される施設基準

* 2023年から、看護師実務経験年数の基準を5年以上から**4年以上**に緩和しました。

現在、看護師実務経験5年目の方から応募いただけます。

* 開講までに、所定の基礎研修Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのすべてを修了見込みの方も応募可能としました。

1). 下記の条件を満たす看護師を研修受講対象者とする。

①「造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルラダー」レベルⅢ相当^{*a}の者。

*a クリニカルラダーレベルⅢとは「臨床現場で生じている事象に対する自分の働き方がわかり、周囲の状況をマネジメントし、個別性を重視した柔軟な対応（患者教育やスタッフ指導も含む）ができる。リーダーとして活動できる」レベルをいう。詳細は学会HP参照（看護部会作成の「[造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルラダー](#)」）。

なお、下記③記載の「造血細胞移植看護基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）」を修了した者は、クリニカルラダーレベルⅢ相当とみなす。

②看護師実務経験4年以上かつ造血細胞移植医療に2年以上従事した経験^{*b}を有する者（所定の証明書提出）。

*b 造血細胞移植医療に従事するとは、入院移植患者看護、移植患者の外来看護（患者あるいはドナーコーディネートも含む）などをさす。

なお、下記③記載の「造血細胞移植看護基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）」を修了した者は、「造血細胞移植医療に2年以上従事した経験」相当とみなす。

③同種造血幹細胞移植を施行していない非認定診療科にあつては、造血細胞移植看護基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）^{*c}を造血細胞移植拠点病院で受講し修了証を得ている者もしくは開講までに修了見込みの者^{*d}（修了証を提出）。

*c 造血細胞移植看護基礎研修プログラム基礎研修の詳細は[学会HP参照](#)

*d 現在の所属が非認定診療科である場合は、基礎研修受講を受講資格としているが、過去に移植認定診療科（他施設も含む）で実務経験があり、かつ今後LTFUに関わる予定または意向がある者は、基礎研修を経ずとも受講が認められる可能性があるため、該当する場合は、受講申請フォームの「備考」欄に、過去の実務経験の内容、経験時期・年数等および今後LTFUに関わる予定、意向の有無を詳しく記載すること。記載内容を審査し受講可否を決定する。

④日本造血・免疫細胞療法学会員（正会員または一般会員）であり、以下を満たす。

・年会費を完納している。

・受講申請時に学会員でない場合は、受講決定後、指定の期日までに入会手続きを行うこととする（事前の入会または受講申請と同時入会も可能）。

2). 受講資格の審査にあたっては、以下に示す所属診療科の移植件数の基準を勘案する。ただし、非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準（移植施設認定基準）による認定診

療科（LVC含む）については、以下に満たない場合であっても受講を認める。

＜所属診療科の移植件数の基準＞

前年12か月（2024年1月～12月）に同種造血幹細胞移植6例を施行していること。ただし、小児科の場合は少なくとも同種造血幹細胞移植を3例、または前年までの3年の間に同種造血幹細胞移植を5例実施していること。なお、移植件数に関してはTRUMP dataで照合する。

3. 研修内容（研修プログラム）

e-learning講義と対面での演習

【演習】グループ討議による症例検討、ロールプレイ等

【e-learning講義】

- ・WEBサイトより聴講（1コマ40分程度、18コマ）
- ・パソコン、スマートフォン等のWEBブラウザから指定のWEBサイトにアクセスし聴講
- ・e-learning修了には、講義内容の理解度を確認する確認テストに合格する必要あり

4. 講 師

造血幹細胞移植に係わる十分な経験を有する医師（学会の理事・評議員）

学会看護部会委員、造血細胞移植拠点病院等の若干名の外部講師等

5. テキスト

『同種造血細胞移植フォローアップ看護』（2019年9月発行・第2版（南江堂））

※テキスト代は受講料に含まれており、受講決定後、事前に送付します。

※参考・推奨書籍：「造血細胞移植ガイドライン 第4巻」（2017年発刊：医薬ジャーナル社）（書籍は絶版となっているため、学会HPを参照してください。

https://www.jstct.or.jp/uploads/files/guideline/04_01_ltfu.pdf

6. 事前課題と当日資料

演習用ワークシート、演習に必要な説明文書や事前課題等

※e-learning修了後に、演習前事前課題のダウンロード可能です。必ず資料をダウンロードし、事前課題に取り組んで演習時に持参してください。

7. 研修日程と会場 ※会場は決定次第ご案内いたします。

e-learning受講期間：2025年7月25日（金）～ 9月11日（木）

対面演習：【東京】10月18日（土）／【大阪】11月1日（土）

※e-learning講義は受講期間内であれば、指定のWEBサイトからいつでも受講可能です。

※受講期間内に受講を修了しなかった場合、演習の受講は出来ません。

※演習は、東京、大阪のいずれかの会場に参加してください。申し込み時に、会場の希望を

確認しますが、希望通りにならない場合がありますことを予めご了承ください。
※演習については、遅刻・早退は受講とみなしません。

8. 募集定員

160名程度

9. 受講費

受講料：22,000円（税込）【会場費、教材費、講師交通費、e-learning運営費など】

受講申請方法等

<申請方法>

以下の 1 と 2 の両方 をご対応ください。

1. 受講条件証明書のご提出

※受講条件証明書の提出だけでは申込は完了しませんので、必ず「2. 受講申請フォームからの申請」もご対応ください

[こちらから受講条件証明書の様式をダウンロード](#)いただき、貴施設（診療科）の移植責任医師および看護部長より署名（自署）をいただってください。

<提出方法1：受講申請フォームからデータで提出>

署名（自署）いただいた受講条件証明書をスキャン（または写真撮影）し、PDFファイルまたは画像ファイルで、下記「受講申請フォーム」内の指定箇所に添付してください。

<提出方法2：FAX・郵送で提出>

署名（自署）いただいた受講条件証明書を、下記の締め切りまでに、FAXまたは郵送にて、6ページ記載の「お問い合わせ先」までお送りください。

2. 受講申請フォームからの申請

下記の受講申請フォームに必要事項をご入力の上、ご申請ください。

受講申請フォーム：<https://ws.formzu.net/dist/S80598368/>

※受講条件証明書をデータでご提出いただく方には、予めご準備いただいたPDFファイルまたは画像ファイルをフォーム内で添付いただきます。

※上記の受講申請フォームより学会への入会申込を同時に行うことも可能です。学会への入会に際しては、当該年の年会費を予めご納入いただき、ご納入いただいたことが分かる書類（払込受領証、明細書等）をフォーム内で添付いただく必要がございますので、

希望される方は、本学会HP「[入会申込](#)」より年会費の振込先をご確認の上、ご納入いただけますようお願い申し上げます。

<申請締め切り>

<申請締め切り> 2025年6月20日（金）

<ご留意事項>

- ・ **受講要件について**：受講申請に際しては、前述「2-1）」「2-2）」の看護師および施設（診療科）を十分にご確認ください。
- ・ **同一施設からの複数人の受講について**：定員に限りがあるため、同一施設で複数名の受講申請がある場合は人数を限らせていただく場合があります。その場合はご施設にご連絡をさせていただきます。予めご施設で優先順位を付けていただく場合は、申請フォームの備考欄に記載をお願いします。
- ・ **演習会場の希望について**：希望通りの会場にならない場合があることを予めご了承ください。その場合はご施設にご連絡をさせていただきます。
- ・ **学会からの連絡について**：受講決定の通知や講義・演習等に関する連絡事項は、Eメールにてお送りいたします。受講申請に際しては、受講者ご本人が受信確認でき、添付ファイルを受信できるメールアドレス（パソコンのメールアドレスなど）をご登録ください。
- ・ **修了証について**：e-learningの受講、演習に全て参加した方に修了証を発行します。

<受講に伴う日程>

受講可否のご案内について：7月11日（金）
◆受講締め切り後、ご申請いただいた内容を基に受講資格を確認、審査し受講可否をご案内いたします。
学会入会・学会費納入、受講費納入について：7月23日（水）まで
◆受講申請時に学会員でない方については、受講決定後に入会のお手続きをしていただきます（本学会HP「 入会申込 」ご参照）。 ※入会手続きがされない場合は、受講いただけませんのでご注意ください。 ※事前のご入会、受講申請と同時にご入会いただくことも、可能ですのでご検討いただけると幸いです。 ◆既会員の方で受講申請時に本年度分までの学会費を納入していない場合はこの期日までにご納入ください。 ◆受講費を所定の口座にご納入ください。

テキストの発送、e-learning講義の受講方法の通知（Eメール）：7月25日（金）

◆学会費、受講費の納入および学会入会手続きの完了を確認してからご案内します。

<受講費 振込方法>

受講費：22,000円

<振込締め切り> （受講決定後）2025年7月23日（水）

※下記の振込口座まで参加費のお振込みをお願いいたします。

※年会費お振込口座とは異なりますので、ご注意ください。

【振込先】 りそな銀行 名古屋駅前 支店（店番：721）
預金種目：普通 口座番号：1904912
名 義：一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

振込みにあたっては、お名前を必ずお書き添えください。（振込手数料はご負担をお願いいたします。） 払込受領証（原本）は、受領書として保管をお願いいたします。

<お問い合わせ先>

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会 事務局
〒451-0042 名古屋市西区那古野2丁目23-21-7d号
Tel：052-766-7127 Fax：052-766-7137
E-mail：jstct_office@jstct.or.jp <https://www.jstct.or.jp/>

受講条件証明書

下記の者が当施設において「2025年度同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会」参加の前提となる以下の受講要件を有していることを証明するとともに、同研修会へ受講申請することを承認いたします。

<受講要件> ※必ず以下をご確認の上、ご署名ください

- ① 造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルラダー（学会HP参照）レベルⅢ相当の者である（ただし要件⑥を満たす場合、本要件も満たすとみなす）
- ② 看護師実務経験4年以上かつ造血細胞移植医療に2年以上従事した経験がある（ただし要件⑥を満たす場合「造血細胞移植医療に2年以上従事した経験」があるとみなす）
- ③ 日本造血・免疫細胞療学会員（正会員または一般会員）である、または受講決定後、期日までに入会手続きを行う意志がある
- ④ 所属診療科は、非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準（移植施設認定基準）による認定診療科（LVC含む）に該当する（ただし要件⑤または要件⑥を満たす場合、必ずしも本要件満たしていなくとも可とする）
- ⑤ 【所属診療科が移植施設認定基準による認定診療科（LVC含む）に該当しない場合】
所属診療科の移植件数（TRUMP data）は以下を満たしている（ただし要件⑥を満たす場合、必ずしも本要件満たしていなくとも可とする）
成人：前年12か月（2024年1月～12月）に同種造血幹細胞移植6例を施行
小児：前年12か月（2024年1月～12月）に少なくとも同種造血幹細胞移植を3例、
または前年までの3年の間に同種造血幹細胞移植を5例実施
- ⑥ 【同種造血幹細胞移植を施行していない非認定診療科に所属している場合】
造血細胞移植看護基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）を修了している、または開講までに修了見込みである

以下にご署名（自署）ください ※必ず上記をご確認の上、ご署名ください

署名日（西暦） 年 月 日

受講申請者氏名：

施設名：

診療科名：

署名日（西暦） 年 月 日

移植責任医師名：

署名日（西暦） 年 月 日

看護部長名：