

令和8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8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。

都道府県との連絡調整については、厚生労働省に代わり、研修事業実施者が行い、推薦情報を厚生労働省に報告し、厚生労働省が受講者を選定する。

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

メールアドレス：kensyu@qqzaidan.jp

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、施設研修実施医療機関に出向いての病院実習となる。

対象医療機関は全国の病院から研修事業実施者が選定するものとし、受講決定者の研修病院の割り振りについては、研修事業実施者が行う。

受講決定者に研修事業実施者より受講案内に際して、施設研修の希望医療機関を聴取し各病院と調整することとしており、受入可能人数の事情により、必ずしも、希望に沿うことができない場合がある。

(2)受講定員 70名

7 研修実施期間

合同研修：令和8年11月24日（火）～11月27日（金）、11月30日（月）
施設研修：病院ごとに、以下のいずれかの3日間。

第1回目	第2回目	第3回目	第4回目	第5回目	第6回目
10/28/～ 10/30	11/4～ 11/6	11/9～ 11/11	11/18～ 11/20	12/2～ 12/4	12/7～ 12/9

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

33,000円（受講者は、指定口座に振り込みとする。）

10 その他

- ・ 受講申込書については、都道府県より、委託先である一般財団法人日本救急医療財団へ提出される。
- ・ 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）のアカウントを事前に取得しておく必要がある。（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、原則、無線での接続は避け、有線での接続とされたい。
- ・ インターネット接続可能通信機器（PC）、Web カメラ（PC内蔵カメラ可）、ヘッドセット（PC 内蔵マイク・スピーカー可）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）がメールにより通知されるので、別紙（1）の「連絡用メールアドレス」及び受講経費振込担当者「メールアドレス」欄の記載については、スペル・数字・記号に誤りがないように、スペースを挟まないように入念に確認すること。（スペル誤り等がある場合、エラーメッセージの内容の把握・解析に時間を要し、受講案内が遅延する原因となることに留意。）

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	氏 名			
振 込 担 当 者	所 属	(TEL)		
(本人が振り込む場合は記載不要)	メールアドレス	@		
【研修を希望する理由及び意見】				

(注) 1 「男女の別」欄の記載は任意とする。他の欄は該当の有無を含め、必ず記載すること。

「有・無」等の選択欄については、丸印を付すのではなく、「有」又は「無」のように、該当する方を残すこと。

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などでセキュリティ上、メールに添付したファイル、URLが開か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。

PDFファイル又は手書きは判読できない場合があるので避けること。