

令和6年度

医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年度医師救急医療業務実地修練実施要領

1 目 的

本講習会は、救急医療に携わっている医師を対象とし、日常の救急診療能力の向上のみならず、地域救急医療の指導者となる医師の養成を目指すものである。救急診療においては、種々の検査や処置を整然と速やかに行い、救急疾患の病態を把握した合理的で無駄のない診療が重要である。このことから、本講習会では、単に個々の手技を習得するのではなく、これらの組み合わせによる最適な救急診療を、実地修練等を通じて伝達し、各地域における救急医療の指導者となるための知識等を下記目標に従って習得することにより、救急医療における専門性の高い医師の確保に資することを目的とする。

(目標)

- ア 救急患者の初期の診断・治療の理論と実際に習得する。
- イ 救急処置を行った後の患者管理の実際に習得する。
- ウ 救命救急センター等への転送の適用と、転送に際して必要な準備と処置を習得する。
- エ 各地域における救急医療の実態を把握し、改善できる能力を習得する。

2 対象者

次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 二次・三次救急医療施設等に勤務し、救急の第一線で活動している者（日本救急医学会救急科専門医またはそれと同等の知識、技術を有する者）
- (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、獨協医科大学埼玉医療センター、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、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 50 名

7 研修実施期間

合同研修：令和 7 年 1 月 22 日（水）～1 月 24 日（金）

施設研修：令和 7 年 2 月 13 日（木）～2 月 14 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

50, 600 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。

医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			生 年 月 日		男女の別
受講者氏名			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		所属科		
卒業医科 大 学	学 校 名				
	卒業年月	昭和・平成・令和 年 月 卒			
医師免許	免許番号	第 号			
	取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
診療科目及び主たる研究 (専門領域)					
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。