令和7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7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。救急医療においては、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・治療の理論と実際を習得する。
- イ 救急処置を行った後の患者管理の実際を習得する。
- 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・三次救急医療機関等に勤務し、救急医療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。

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 50名

7 研修実施期間

合同研修：令和7年11月12日（水）～ 11月14日（金）

施設研修：令和7年11月 4日（火）～ 11月 5日（水）

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

52,800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。
- ・ 施設研修を行う医療機関においては、受講者に対して、事前提出書類(各種誓約書、感染症関連証明書、施設研修オリエンテーション事前学習報告書等)の提出を求める場合があるので、研修事業実施者(日本救急医療財団)からの伝達に即し、提出すること。(提出遅延は、施設研修を行う医療機関の施設研修プログラム確定作業に影響がでることから、提出期限を厳守すること。)
- ・ 合同研修の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（日本救急医療財団）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。）

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 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 「男女の別」欄の記載は任意とする。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。