

令和 7 年度

医療機関に所属する救急救命士
業務実地修練
実施要領

厚生労働省医政局

令和7年度医療機関に所属する救急救命士業務実地修練実施要領

1 目 的

本講習会は、医療機関に所属する救急救命士を対象とし、令和3年に改正された救急救命士法の内容を熟知した上で、いわゆる救急外来において、法令に基づいて適切に救急救命処置を実施するために必要な、医療安全、感染対策、チーム医療等についての知識・技能の習得を目的とする。また、医療機関内で救急救命処置を行う救急救命士においては、行政機関、消防機関、医療機関など、多くの関係者に関する横断的な知識の習得が必要となることから、院内の体制のみならず、救急要請から医療機関収容に至るまでの救急医療提供体制についての知識も習得することを目的とする。

さらに、医療機関内で救急医療を担う医師や看護師と合同講習を実施することによって、救急外来における救急救命処置の質の向上と関係者との連携強化を図る。

2 対象者

次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 救急救命士免許を取得している者であって、医療機関（消防機関を除く）において、現に救急救命士として救急業務に従事している者又はしようとしている者
- (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

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11日（火）～11月13日（木）

施設研修：令和7年11月18日（火）～11月19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

30,800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。）

医療機関に所属する救急救命士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 （医療機関に勤務の 場合のみ記入）	有・無
	所 在 地	〒（Tel）		
	職 名			
卒 業 学 校 ・ 養 成 所	学 校 名			
	卒 業 年 月	昭和・平成・令和 年 月 卒		
救急救命士 免 許	免 許 番 号	第 号		
	取得年月日	平成・令和 年 月 日		
救 急 業 務 の 経 験 年 数		年 か月（救急救命士免許取得後 年 か月）		
所属施設の年間救急患者数		名（医療機関に勤務の場合のみ記入すること。）		
所属施設の救急医療体制 （医療機関に勤務の場合のみ記入）		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		
連絡先メールアドレス		@		
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。