

令和5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5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、研修期間内に複数個所の病院とオンライン会議システム（Zoom）での受講となる。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5年12月5日（火）～12月7日（木）

施設研修：令和5年12月18日（月）～12月19日（火）

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

28,600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。
- ・ 研修施設プログラムの参考とするため、受講申込書の内容を一般財団法人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)
	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 卒業学校・養成所欄は救急救命士の資格を得ることとなった学校名を記入すること。
(例：〇〇看護専門学校、〇〇消防学校救急救命士養成課程)
- 2 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。

3 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。

4 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。