

令和元年度

医師救急医療業務実地修練
実施要領

厚生労働省医政局

令和元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研修し、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研修目標に従って研修することにより、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。

(研修目標)

- (1) 救急患者の初期の診断・治療の理論と実際を習得する。
- (2) 救急処置を行った後の患者管理の実際を習得する。
- (3) 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。
- (4) 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

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（認定医を含む）またはそれと同等の知識、技術を有する者）であって、施設長の推薦する者

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、推薦のあった者のうちから受講者を決定し、通知するものとする。

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 行岡 哲男

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

【 施設研修 】

札幌医科大学附属病院（北海道札幌市）
手稲溪仁会病院（北海道札幌市）
筑波メディカルセンター病院（茨城県つくば）
獨協医科大学埼玉医療センター（埼玉県越谷市）
埼玉医科大学総合医療センター（埼玉県川越市）
日本医科大学千葉北総病院（千葉県印西市）
日本医科大学附属病院（東京都文京区）
帝京大学医学部附属病院（東京都板橋区）
杏林大学医学部附属病院（東京都三鷹市）
昭和大学病院（東京都品川区）
東京医科大学病院（東京都新宿区）
日本大学医学部附属板橋病院（東京都板橋区）
日本医科大学多摩永山病院（東京都多摩市）
済生会横浜市東部病院（神奈川県横浜市）
昭和大学藤が丘病院（神奈川県横浜市）
東海大学医学部附属病院（神奈川県伊勢原市）
慈泉会相澤病院（長野県松本市）
関西医科大学附属病院（大阪府枚方市）
大阪急性期・総合医療センター（大阪府住吉区）
大阪府済生会千里病院（大阪府吹田市）
神戸市立医療センター中央市民病院（兵庫県神戸市）
兵庫県立西宮病院（兵庫県西宮市）
川崎医科大学附属病院（岡山県倉敷市）
久留米大学病院（福岡県久留米市）
沖縄県立中部病院（沖縄県うるま市）

【 合同研修 】

リロの会議室 田町会場
（東京都港区芝 5 - 2 6 - 2 4 田町スクエア）

(2) 受講定員 50名程度

7 研修実施期間

施設研修：令和元年9月12日（木）～13日（金）

合同研修：令和元年9月18日（水）～20日（金）

8 研修内容

別紙(2)を参照。

9 受講経費

49,680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。
- ・ 研修施設によって、診断書、抗体検査等が必要となる場合がある。
- ・ 受講申込者多数の場合は、受講できないことがある。
- ・ 旅費、滞在費及び宿泊費については、受講者側の負担とし、受講するために必要な筆記用具、白衣等は受講者が持参するものとする。

なお、宿泊施設については、受講者各自が確保することとする。

- ・ 受講決定者には、決定後、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 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 年 月 卒		
医師免許	免許番号	第 号		
	取得年月日	昭和・平成 年 月 日		
施設研修の 受講施設 の 希 望	第一希望			
	第二希望			
	第三希望			
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			
決定後の受講案内の送付希望先	自宅住所 ・ 勤務先住所			
備 考 (研修を希望する理由及び意見)				
研修施設決定後、本申込書の内容を当該施設に提供してよいか (可・不可)				

(注)1 受講施設については、必ず第三希望まで記入すること。

なお、特定の施設に多数の受講希望があった時などは、調整のため第二・第三希望を採用し決定するので、予め了知願いたい。

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。