

令和2年度

病院前医療体制における指導医等研修
(初級者)
実施要領

厚生労働省医政局

令和2年度病院前医療体制における指導医等研修実施要領

1 目的

メディカルコントロール（以下、「MC」という。）を実践している、あるいはこれからMCに関わろうとする医師、また地域の救急医療を担う二次救急医療機関の医師などが、MCの理念や運用体制を理解し、救急救命士等に対する指示ならびに救急救命士等が行う処置の事後検証に必要な知識を深めるための研修を実施することで、もってMC体制の向上を図るとともに地域の救急医療体制の充実強化を図ることを目的とする。

2 対象者

① 初級者研修

3年以上の救急臨床歴があり、次の各号のいずれかに該当する者。

ア これからMCを始める医師

イ 現在も救急隊員への指導・助言を行っており、また、オンラインでも指示をしている医師

ウ 救急救命士・救急隊員の病院実習に関して院内コーディネーター役となる医師

エ 二次救急医療機関において救急医療を担当している医師

② 上級者研修

5年以上の救急臨床歴があり、救急科専門医やそれと同等の資格を有し、2年以上の地域のMC担当医として経験を積んだ医師で、地域においてBLS、ACLS、JPTEC、JATECなどの講習会や救急隊教育において指導歴があること。

3 受講者の推薦及び決定

都道府県等は、前項に定める対象者のうちから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、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等に通知するものとする。

4 修了証書

本研修を受講し、終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 大阪会場

研修場所：天満研修センター（大阪府大阪市北区錦町2-21）

受講定員：40名

② 東京会場

研修場所：リロの会議室 コンフォート水道橋

(東京都千代田区神田三崎町2-7-10 帝都三崎町ビル)

受講定員：40名

7 研修実施期間

① 大阪会場：令和2年11月12日(木)～13日(金)

② 東京会場：令和2年11月26日(木)～27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。
- ・ 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。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行等を踏まえ、研修の中止又は延期する可能性がある。なお、宿泊費等のキャンセル料については、受講者側の負担となる。
- ・ 本研修の一部の講義、ワークショップについては、講師によるWebでの対応となることがある。
- ・ 研修開始日から起算して、海外渡航から帰国後2週間を経過していない場合は、研修に参加できない。
- ・ 受講者は、新型コロナウイルス感染症の感染予防について、研修期間前を含め努めること。
- ・ 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。

病院前医療体制における指導医等研修（初級）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	施設名			
	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		
救急医療の経験年数	年 か月			
救急科専門医又は同等の資格の有無	有()・無			
消防司令室における指示の経験の有無	有(回程度)・無			
※救急車に同乗のうえ救急現場に赴いた経験の有無	有(回程度)・無			
講習会・救急隊教育における指導歴の有無	有※下欄に指導歴の詳細を記入・無			
	指導歴の詳細(名称・期間等)	名称: (平成 年 月~ 月)		
メディカルコントロール協議会での業務経験	有(平成 年 月~ 月)・無			
所属するメディカルコントロール協議会				
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	@			
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は、必ず連絡の付くメールアドレスを記載すること。