

令和 8 年度

病院前医療体制における指導医等研修（上級者）

実施要領

厚生労働省医政局

令和8年度病院前医療体制における指導医等研修（上級者）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並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習得することで、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

次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 5年以上の救急臨床歴があり、次の各号の全てに該当する者
 - ア 救急科専門医やそれと同等の資格を有する医師
 - イ 2年以上の地域のMC担当医として経験を積んだ医師
 - ウ 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医師
- (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）の受講申込書を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。

都道府県(国の機関を除く)との連絡調整については、厚生労働省に代わり、研修事業実施者が行い、推薦情報を厚生労働省に報告し、厚生労働省が受講者を選定する。

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

本研修を受講し、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

研修場所：ビジョンセンター虎ノ門溜池山王

(〒107-0052 東京都港区赤坂1-1-12明産溜池ビル)

受講定員：50 名

7 研修実施期間

令和8年10月21日（水）～10月23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

51,700円（受講者は、指定口座に振り込みとする。）

10 その他

- ・ 受講申込書については、都道府県及び厚生労働省より、委託先 である一般財団法人日本救急医療財団へ提出される。
- ・ 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、パソコン等は受講者各自が確保（研修会場にワークショップ専用パソコンを各班1台用意するので、各自が使用するパソコンを持参）することとする。
- ・ 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。）

病院前医療体制における指導医等研修（上級者）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	学 校 名				
大 学	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 い て の 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 い て の 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： (年 月～ 月)			
メ ディ カ ル コ ン ト ロール 協 議 会 で の 業 務 経 験			有 (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		@			
受 講 経 費 振 込 担 当 者 (本人が振り込む場合は記載不要)	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 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。

「昭和・平成」等の選択欄については、丸印を付すのではなく、「昭和」又は「平成」のように、該当する方を残すこと。

2 連絡用メールアドレス欄及び受講経費振込担当者の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、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（携帯電話・スマートフォン専用のものは避けること）を記載すること。

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。

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。