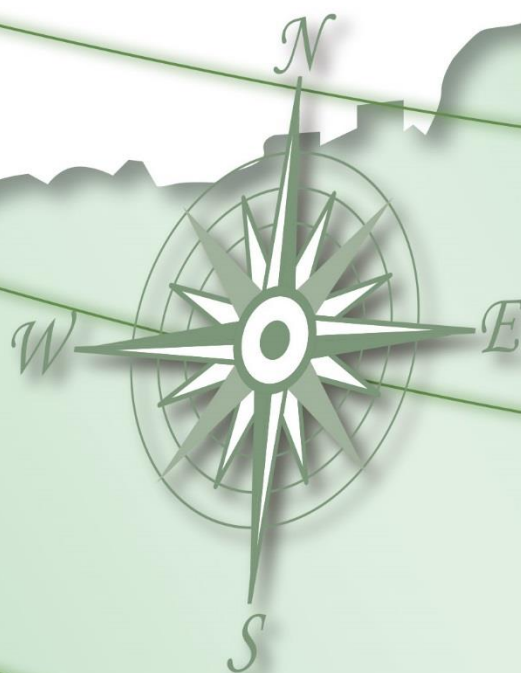


亀田総合病院

# 救急科専門医 研修プログラム



亀田総合病院

救急科専門医研修プログラム

## I. 理念と使命

### A) 救急科専門医制度の理念

救急医療では医学的緊急性への対応が重要であります。しかし、救急患者が生じた段階では緊急性や罹患臓器は不明なため、いずれの緊急性にも対応できる救急科専門医が必要になります。救急科専門医は救急搬送患者を中心に診療を行い、疾病、外傷、中毒など原因や罹患臓器の種類に関わらず、すべての緊急病態に対応することができます。国民にとってこの様な能力をそなえた医師の存在が重要になります。

本研修プログラムの目的は、「国民に良質で安心な標準的医療を提供できる」救急科専門医を育成することです。救急科専門医育成プログラムを修了した救急科領域の専攻医は急病や外傷の種類や重症度に応じた総合的判断に基づき、必要に応じて他科専門医と連携し、迅速かつ安全に急性期患者の診断と治療を進めることが可能になります。また、急病や外傷で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合は初期治療から継続して、根本治療や集中治療にも中心的役割を担うことも可能です。さらに加えて地域の救急医療体制、特に救急搬送（プレホスピタル）と医療機関との連携の維持・発展、また災害時の対応にも関与し、地域全体の安全を維持する仕事を担うことも可能となります。

以上のごとく、本研修プログラムを修了することによって、標準的な医療を提供でき、国民の健康に資するプロフェッショナルとしての誇りを持った救急科専門医となることができます。

### B) 救急科専門医の使命

救急科専門医の社会的責務は、医の倫理に基づき、急病、外傷、中毒など疾病の種類に関わらず、救急搬送患者を中心に、速やかに受け入れて初期診療に当たり、必要に応じて適切な診療科の専門医と連携して、迅速かつ安全に診断・治療を進めることでもあります。さらに、病院前の救急搬送および病院連携の維持・発展に関与することにより、地域全体の救急医療の安全確保の中核を担うことでもあります。

## II. 研修カリキュラム

### A) 専門研修後の成果 (Outcome)

専攻医は救急科領域の専門研修プログラムによる専門研修により、以下の能力が備わる。

- ① 様々な傷病、緊急度の救急患者に、適切な初期診療を行える。
- ② 複数患者の初期診療に同時に対応でき、優先度を判断できる。
- ③ 重症患者への集中治療が行える。
- ④ 他の診療科や医療職種と連携・協力し、良好なコミュニケーションのもとで診療を進めることができる。
- ⑤ 必要に応じて病院前診療を行える。
- ⑥ 病院前救護のメディカルコントロールが行える。
- ⑦ 災害医療において指導的立場で対応できる。
- ⑧ 救急診療に関する教育指導が行える。
- ⑨ 救急診療の科学的評価や検証が行える。
- ⑩ プロフェッショナリズムに基づき、最新の標準的知識や技能を継続して修得し、能力を維持できる。
- ⑪ 救急患者の受け入れや診療に際して倫理的配慮を行える。
- ⑫ 救急患者や救急診療に従事する医療者の安全を確保できる。

### B) 到達目標

#### 1) 修得すべき知識・技能・態度など

救急科領域研修カリキュラムに研修項目ごとの一般目標、行動目標、評価方法が表として別添資料に記述されています。

#### 2) 学問的姿勢

専攻医は科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度を修得する。専攻医は研修期間中に以下に示す学問的姿勢を実践する。

- (1) 医学、医療の進歩に追随すべく常に自己学習し、新しい知識を修得する。
- (2) 将来の医療の発展のために基礎研究や臨床研究にも積極的に関わり、カンファレンスに参加してリサーチマインドを涵養する
- (3) 常に自分の診療内容を点検し、関連する基礎医学・臨床医学情報を探索し、EBM を実践する。
- (4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を執筆する。
- (5) さらに、外傷登録や心停止登録などの研究に貢献する。

### C) 研修内容

亀田総合病院を基幹研修施設として、さらに複数の連携研修施設での研修を組み合わせることで、救急科領域研修カリキュラムに沿って、経験すべき疾患、病態、検査、診療手順、手術、手技を経験し、上記目標を達成できるようにします。

また、連携研修施設の中には大病院とは異なり、専門診療科のバックアップ体制が不十分な二次救急施設も含まれます。専攻医のときにそのような中小病院での救急医療体制を経験することは非常に大切なことで、救急科専門医とともに地域医療の現状も研修します。

研修中は臨床研究に積極的にかかわり、外傷登録や心停止登録など研究に貢献する必要があります。

また、専攻医は研修期間中に救急領域の学会で、筆頭者として少なくとも1回の発表を行うことが必要であり、筆頭者として少なくとも1編の論文発表を行うことも必要です。

#### D) 研修方法

##### 1) 臨床現場での学習

経験豊富な指導医が中心となり、救急科専門医や他領域の専門医とも協働して、専攻医のみなさんに広く臨床現場での学習を提供します。

- (1) 救急診療における手技、手術での実地修練 (on-the-job training)
- (2) 診療科での回診やカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンスに参加し症例発表
- (3) 診療科もしくは専攻医対象の抄読会や勉強会への参加

##### 2) 臨床現場を離れた学習

- (1) 救急医学に関連する学術集会、セミナー、講演会および JATEC、JPTEC、AHA/ACLS コースを優先的に履修できるようにします。また、費用の一部を負担致します。
- (2) AHA/ACLS コースを受講し、さらに指導者としても参加して救命処置の指導法を学べる様に配慮しています。
- (3) 研修施設もしくは日本救急医学会や関連学会が開催する認定された法制・倫理・安全に関する講習に、それぞれ少なくとも年1回以上参加できるように配慮致します。

##### 3) 自己学習を支える環境・システム

- (1) 日本救急医学会やその関連学会が作成する e-Learning などを活用して病院内や自宅で学習する環境を用意しています。
- (2) 基幹施設である亀田総合病院には図書館があり多くの専門書と製本された主要な文献およびインターネットによる文献および情報検索が学外からも可能で、指導医による利用のための指導が随時行なわれます。
- (3) 手技を体得する設備 (シミュレーションセンター) や教育ビデオなどを利用したトレーニングを頻回実施致しています。

## E) 専門研修の評価

### 1) 形成的評価

#### (1) フィードバックの方法と評価

日本救急科専門医プログラムでは専攻医がカリキュラムの修得状況について 6 か月毎に、指導医により定期的な評価を行います。評価は経験症例数（リスト）の提示や連携施設での指導医からの他者評価と自己評価により行います。評価項目は、コアコンピテンシー項目と救急科領域の専門知識および手技です。専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を年度の間（9月）と年度終了直後（3月）に研修プログラム管理委員会へ提出することになります。研修プログラム管理委員会はこれらの研修実績および評価の記録を保存し、中間報告と年次報告の内容を精査し、次年度の研修指導に反映させます。

#### (2) 指導医等のフィードバック方法の学習（FD）

本学の専攻医の指導医は指導医講習会などの機会を利用して教育理論やフィードバック法を学習し、よりよい専門的指導を行えるように備えています。研修管理委員会ではFD講習を年1回企画する予定をしています。

### 2) 総括的評価

#### (1) 評価項目の基準と時期

最終研修年度（専攻研修3年目）修了前に実施される筆記試験で基準点を満たした専攻医は、研修修了後に研修期間中に作成した研修目標達成度評価票と経験症例数報告票を提出し、それをもとに総合的な評価を受けることとなります。

#### (2) 評価の責任者

年次毎の評価は当該研修施設の指導医の責任者が行います。また、専門研修期間全体を総括しての評価は研修基幹施設のプログラム統括責任者が行うこととなります。

#### (3) 修了判定のプロセス

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行い、筆記試験の成績とあわせて総合的に修了判定を可とすべきか否かを判定致します。知識、技能、態度の中に不可の項目がある場合には修了不可となります。

#### (4) 多職種評価

特に態度について、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSWが専攻医の評価を日常臨床の観察を通して、研修施設ごとに行う予定をしています。

## F) 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

本プログラムで示される専門研修中の特別な事情への対処を以下に示します。

- 1) 専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う6ヶ月以内の休暇は、男女ともに1回までは研修期間にカウントできます。

- 2) 疾病での休暇は6ヵ月まで研修期間にカウントでききます。
- 3) 疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要です。
- 4) 週20時間以上の短時間雇用の形態での研修は3年間のうち6ヵ月まで認めます。
- 5) 上記項目に該当する者は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要です。
- 6) 海外留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間にカウントできません。
- 7) 専門研修プログラムを移動することは、移動前・後のプログラム統括責任者が認めれば可能です。

### Ⅲ. 研修プログラム

#### A) 亀田総合病院救急科専門研修プログラムの概要

本研修プログラムは亀田総合病院救命救急センターを中心に構成された研修プログラムです。亀田総合病院は千葉県の南部約3分の1という広範囲を医療圏とする基幹病院で、様々な病態の患者が集まります。そのため、当救命救急センターは重症患者のみではなく、すべての疾患に救急医が対応する北米型 ER 体制を基本としています。また、連携研修病院である安房地域医療センターと塩田記念病院は二次救急病院ですが、多くの救急患者が来院する地域の中核病院です。これらの病院の救急科のスタッフはすべて亀田総合病院救命救急科からの出向で、対応困難な患者はすべて亀田総合病院に転院搬送し、グループとして地域の救急医療体制を担っています。

亀田総合病院救命救急センターは北米型 ER 体制を基本とする救命救急科、ICU 管理を行う集中治療科、病棟管理を行う総合内科が一体となり構成され、診療および臨床研修の中心となっています。また、各専門診療科との強力な連携にてすべての救急疾患に対応しています。

外傷患者については救命救急科で初期治療から IVR および病棟管理を担当し、必要に応じて各外科系診療科と連携して外傷診療を行います。

さらに、連携研修施設である東京医科歯科大学救命救急センターおよび千葉県救急医療センターにおいては、当院よりも重症な患者、特に重症外傷患者をより多く経験でき、当研修プログラムの質の向上に寄与しています。

当研修プログラムが目指す救急医として以下を考えます。

#### 1) 幅広い救急疾患に対応できる ER 型救急医

救命救急センターと二次救急病院で研修することで、軽症から重症まで幅広い疾患を多く経験できます。経験がやや少ないと思われる重症外傷患者も連携研修施設にて十分研修できます。また、ラピッドカーによる現場出動にて病院前救急も研修できます。さらに君津ドクターヘリに搭乗する機会も与えられます。

#### 2) 世界に通用する臨床能力を備えた救急医

全ての救急疾患に対応できる救急医であることはもちろん、集中治療専門医の下で世界標準の集中治療を学び、総合内科専門医の下でエビデンスに基づいた病棟管理を学びます。また、臨床研究を通して世界にエビデンスを発信できるリサーチマインドを育てます。

#### B) 研修領域と研修期間

原則として研修期間は3年間です。研修期間は、亀田総合病院救命救急科での ER 診療、病棟診療（外傷患者）18 か月、亀田総合病院集中治療科 6 か月、亀田総合病院総合内科 3-6 か月、安房地域医療センターでの二次救急病院研修 3-6 か月、東京医科歯科大



学救命救急センターまたは千葉県救急医療センターでの重症患者・重症外傷研修 3 か月を基本とします。また、希望があれば 3 か月を限度に亀田総合病院他診療科（外科、整形外科、感染症科など）のローテーションを行うことも可能です。また、研修期間中にはラピッドカーでの出動やドクターヘリ（君津ドクターヘリ）への搭乗研修が可能です。

以下に、標準的な当プログラムのローテーションを示します。

1 年目	ER、病棟（外傷） （亀田 救命救急 6 か月）	ICU 研修 （集中 3 か月）	救急病棟研修 （総合 3 か月）
2 年目	ER、病棟 （救命 3 か月）	ER （二次 3 か月）	ICU 研修 （集中 3 か月）
			他診療科 （3 か月）
3 年目	ER、病棟（外傷） （亀田 救命救急 6 か月）		重症外傷 （連携 3 か月）

### C) 研修施設群

#### 1) 亀田総合病院（基幹施設）

(1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害基幹病院、ラピッドカー配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設

(2) 指導医：

- ① 救命救急科：救急医学会指導医 1 名、救急医学会専門医 2 名
- ② 集中治療科：日本集中治療学会専門医 1 名、救急医学会専門医 2 名
- ③ 総合内科：内科学会総合内科専門医 4 名
- ④ その他の診療科：各学会専門医

(3) 救急車搬送件数：約 4,700 /年

(4) 救急外来受診者数：約 27,000/年

(5) 研修部門：救命救急センター（救命救急科、集中治療科、総合内科）、その他診療科

(6) 研修領域

- ① 救急室における救急初期診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療を含む）
- ② 病院前救急医療（ラピッドカー、ドクターヘリ）
- ③ 心肺蘇生法・救急心血管治療
- ④ 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ⑤ 重症患者に対する救急手技・処置

- ⑥ 外傷患者に対する初期治療、IVR 手技の経験
- ⑦ 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
- ⑧ 地域メディカルコントロール
- ⑨ 救急医療の質の評価 ・安全管理
- ⑩ 災害医療
- ⑪ 救急医療と医事法制

(7) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会によって管理される。

(8) 各種カンファレンス・off-the-job training

- ① モーニングカンファレンス：前日入院患者や外来診療を行った患者のレビュー
- ② ジャーナルクラブ：ジャーナルを批判的に読む抄読会
- ③ 研修医レクチャー：初期および後期研修医に対するレクチャー
- ④ 外国人指導医によるカンファレンス：英語によるカンファレンス
- ⑤ リハビリカンファ：リハビリ、MSW を始め多職種による入院患者のカンファレンス
- ⑥ 症例検討会：重症外傷、重症患者のマネージメントに関する検討会
- ⑦ 総合内科、集中治療科カンファレンス：合同カンファレンス

(9) 講習会、シミュレーションなど

- ① 院内にシミュレーション室が完備されており、気管挿管、CVC 挿入、蘇生法、縫合などのトレーニングが可能。さらに気管支鏡、内視鏡、内視鏡手術などのトレーニングも可能である
- ② 院内 BLS、ACLS 講習会：講師として参加する
- ③ AHA-BLS、ACLS、PALS、JPTEC や JATEC その他院外での講習会参加に対して積極的に支援する。研修終了時にはインストラクターになることが望ましい。

(10) 標準的な週間スケジュール

ER 対応は ER リーダーを中心に 2 チーム配置し、1 チームは重症患者対応、1 チームは walk in 患者および軽症救急車対応を行う。それぞれ 2-4 人が割り当てられる。

ER 対応は 2 交代制 (8-19 時、19-8 時) で行っており、夜間の walk in は内科当直医、小児科当直医の協力を得ている。

さらに、病棟担当医師を配置し、病棟管理とともにラピッドカー出動に備える。

時間	月	火	水	木	金	土	日、祭日(シフト制)
8	症例カンファ 前日の症例のプレゼンテーション	症例カンファ 前日の症例のプレゼンテーション	症例カンファ 前日の症例のプレゼンテーション	症例カンファ 前日の症例のプレゼンテーション	症例カンファ 前日の症例のプレゼンテーション	申し送り	申し送り
9	病棟カンファ 入院患者のカンファ	病棟カンファ 入院患者のカンファ	病棟カンファ 入院患者のカンファ	病棟カンファ 入院患者のカンファ	病棟カンファ 入院患者のカンファ	病棟回診	病棟回診 (日直医)
10	病棟回診	病棟回診	病棟回診	研修医レクチャー	ジャーナルクラブ		救急車・ヘリ搬送患者対応
11				病棟回診	病棟回診		
PM 0			リハビリカンファ				
1	ER診療	ER診療	ER診療	ER診療	ER診療	ER診療	ER診療
2					Dr.Moody カンファ 英語プレゼンテーション		
3							
4							
5							
6					合同カンファ 総合診療科など		
7							
19-23 23-8	当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間	walk in 対応は 23時まで 当直業務 (シフト制) 救急車担当は 24時間

## 2) 安房地域医療センター（連携施設・地域医療）

- (1) 救急科領域関連病院機能：救急科専門医指定施設、救急告知病院、災害拠点病院、臨床研修病院（協力型）
- (2) 指導者：救急科専門医 3 名、その他の診療科専門医
- (3) 救急車搬送件数：約 2,200/年
- (4) 救急外来受診者数：約 24,000/年
- (5) 研修部門：救急センター
- (6) 研修領域
  - ① 一般的な救急手技・処置 軽症救急症候に対する診療
  - ② 急性疾患に対する診療
  - ③ 整形外科を中心とした外因性救急に対する診療
  - ④ 小児など特殊救急に対する診療
  - ⑤ 地域医療
- (7) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (8) 病院の特色および研修内容：病床数 146 床ではあるが、地域の中核二次救急病院で、診療所からの紹介も含めて症例が豊富です。救急科は ER 型で運営しており、シフト勤務で、救急病棟は持っていません。亀田総合病院の初期研修医も必須ローテーションとなっており、看護師含めスタッフはアットホームな雰囲気教育する体質が根付いています。電子カルテは亀田総合病院と共有で、夜間は亀田総合病院の専門医への電話コンサルテーションも可能で、亀田総合病院への転院搬送も年間 500 件以上あります。指導医は不在ですが、亀田総合病院の指導医がカルテチェックなどを行い、また合同カンファレンスにて教育の質は確保しています。

3) 千葉県救急医療センター（基幹施設・連携施設）

- (1) 救急科領域関連病院機能：高度救命救急センター
- (2) 指導者：救急科指導医 7 名
- (3) 救急車搬送件数：約 2,000/年
- (4) 救急外来受診者数：約 2,000/年
- (5) 研修部門：高度救命救急センター
- (6) 研修領域
  - ① 重症患者の救命処置・病棟管理
  - ② 重症外傷患者の手術・治療・病棟管理
- (7) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (8) 病院の特色と研修内容：病床数 100 床の独立型高度救命救急センターで三次救急患者を主に扱う。指導医とともに外来での救命処置に含め、緊急手術、IVR その他の緊急治療の研修を行う。

4) 東京医科歯科大学救命救急センター（基幹施設・連携施設）

- (1) 救急科領域関連病院機能：救命救急センター
- (2) 指導者：救急科専門医 7 名
- (3) 救急車搬送件数：約 8,000/年
- (4) 救急外来受診者数：約 13,000/年
- (5) 研修部門：救命救急センター（救急外来および ICU）
- (6) 研修領域
  - ① 病院前救急（ドクターカー）
  - ② 一般的な救急手技・処置・心肺蘇生法
  - ③ クリティカルケア・急性疾患に対する治療
  - ④ 外因性救急に対する診療
  - ⑤ 災害医療
- (7) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (8) 病院の特色および研修内容：病床数 750 床の都市型救命救急センターである。救命救急科がプレホスピタルから初療、集中治療とカバーしており、一連の過程として研修できる。指導医の充実度、症例の豊富さから当研修プログラムの不足部分を十分補える研修ができる。

D) その他の研修内容

- 1) プログラム全体でのカンファレンス
  - (1) 基幹・連携研修施設間における症例検討会を 3 か月に 1 回程度予定する。
  - (2) 同じ電子カルテがグループ病院間では参照可能であり、治療方針の相談は随時可能

であり、臨時の症例検討は随時行う。

## 2) 学会・研究会への計画的参加

- (1) 研修中に、臨床現場以外でのトレーニングコース（外傷初期診療（必須）、救急蘇生（必須）、災害時院外対応・病院内対応、ドクターヘリ、原子力災害医療等）を積極的に受講して頂きます。
- (2) 病院前救急医療研修や災害医療研修の一環としてマスギャザリングイベント対応の講習会などに参加して頂きます。

## E) リサーチマインドの養成および学術活動について

救急領域関連学会において報告を最低2回行う。また研修期間中に論文を1編作成できるように指導を行う予定をしております。また、国際学会にも積極的に参加して頂きます。

## F) コンピテンシーについて

救急科専門医としての基本的臨床能力（コンピテンシー）を習得するために以下の項目も研修に含む。

- (1) 医療倫理、医療安全などに関する講習会に病院の規定に沿って出席する。
- (2) 多職種カンファレンスに積極的に参加する。
- (3) 院内講習会の講師として積極的に参加する。

## G) 地域医療に関する研修について

当プログラム自体が地域医療そのものであり、亀田総合病院を基幹として約30-50km離れた地方都市にある二次救急病院をサテライト救急外来と位置づけ、重症患者を基幹病院に集める、地域における救急医療のモデルケースとして実践しています。その中で研修することで、地域全体を把握でき、救急医療のリソースをいかに利用するかを研修できる。

### 1) 地域医療の指導体制および質の保証

安房地域医療センターには研修指導医または救急科専門医を亀田総合病院から出向させており、救急外来における指導は十分可能であると考えます。また、夜間帯でも電子カルテを共有しているため、電話にて亀田総合病院の救命救急科または各専門診療科に相談できる体制にある。

## H) 専攻医研修ローテーション（例）

当研修プログラムでの教育資源は以下に示す。また、研修ローテーションの例を示す。

### 1) 教育資源一覧表（専攻医受入上限算定）

		必要数	病院群				合計
			亀田	安房 地域	千葉 救急	医科 歯科 大	
指導医数		基幹 2、連携 1	2・1/3	0	1/3	1/3	3
疾病 分類	心停止	15 以上	38	73	15	15	141
	ショック	5 以上	106	348	5	5	464
	内因性救急疾患	45 以上	4,189	16,502	45	45	20,781
	外因性救急疾患	20 以上	1,402	6,458	20	20	7,900
	小児および特殊救急	6 以上	215	3,369	5	6	3,495
小計		91	5,950	26,750	90	91	32,881
救急 受入	救急車（ドクターカー、 ヘリ含む）	500 以上	4,700	2,300	200	500	7,700
	そのうち救急入院患者	200 以上	850	1,700	150	200	2,900
	そのうち重症救急患者	20 以上	690	250	20	20	980

※亀田総合病院、千葉県救急医療センターおよび東京医科歯科大の指導医は当プログラムに按分された指導医数を記載しております。

※千葉県救急医療センターおよび東京医科歯科大学の症例数は当プログラムに按分された症例数を記載しております。

## 2) 研修ローテーション例

専攻医	1年目			2年目				3年目			
A	救命救急		総合内科	集中治療		安房地域		救命救急		千葉救急	救命救急
B	救命救急	総合内科	救命救急	救命救急	塩田記念	集中治療	形成外科 整形	救命救急	東京医科 歯科大	救命救急	

## IV. 専門研修施設とプログラム

### A) 専門研修基幹施設の認定基準

本プログラムにおける救急科領域の専門研修基幹施設である亀田総合病院は以下の日本専門医機構プログラム整備基準の認定基準を満たしています。

- (1) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院です。
- (2) 救急車受入件数は年間 3,400 台、専門研修指導医数は 3 名、ほか症例数、指導実績などが日本専門医機構の救急科領域研修委員会が別に定める専門研修基幹施設の申請基準を満たしています。
- (3) 施設実地調査（サイトビジット）による評価をうけることに真摯な努力を続け、研修内容に関する監査・調査に対応出来る体制を備えています。

### B) プログラム統括責任者の認定基準

プログラム統括責任者は下記の基準を満たしています。

- (1) 本研修プログラムの専門研修基幹施設である亀田総合病院の常勤医であり、救命救急センターの専門研修指導医です。
- (2) 救急科専門医として 5 回の更新を行い、25 年の臨床経験があり、過去 3 年間で 6 名の救急科専門医を育てた指導経験を有しています。
- (3) 救急医学に関する論文を筆頭著者として 3 編発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。

### C) 専門研修指導医の認定基準

また、もう 3 人の指導医も日本専門医機構プログラム整備基準によって定められている下記の基準を満たしています。

- (1) 専門研修指導医は、専門医の資格を持ち、十分な診療経験を有しかつ教育指導能力を有する医師です。
- (2) 救急科専門医として 5 年以上の経験を持ち、少なくとも 1 回の更新を行っています。
- (3) 救急医学に関する論文を筆頭者として少なくとも 2 編は発表しています。
- (4) 臨床研修指導医養成講習会もしくは日本救急医学会等の準備する指導医講習会を受講しています。

### D) 専門研修連携施設の認定基準

本プログラムを構成する施設群の 4 連携施設は専門研修連携施設の認定基準を満たしています。

要件を以下に示します。

- (1) 専門性および地域性から本専門研修プログラムで必要とされる施設です。

- (2) これら研修連携施設は専門研修基幹施設が定めた専門研修プログラムに協力して専攻医に専門研修を提供します。
- (3) 症例数、救急車受入件数、専門研修指導医数、指導実績などが日本専門医機構の救急科領域研修委員会が別に定める専門研修連携施設の申請基準を満たしています。
- (4) 施設認定は救急科領域研修委員会が行います。
- (5) 基幹施設との連携が円滑に行える施設です。

#### E) 専門研修施設群の構成要件

専門研修施設群が適切に構成されていることの要件を以下に示します。

- (1) 研修基幹施設と研修連携施設が効果的に協力して指導を行うために以下の体制を整えています。
- (2) 専門研修が適切に実施・管理できる体制です。
- (3) 研修施設は一定以上の診療規模（病床数、患者数、医療従事者数）を有し、地域の中心的な救急医療施設としての役割を果たし、臨床各分野の症例が豊富で、充実した専門的医療が行われています。
- (4) 研修基幹施設は2人以上、研修連携施設は1人以上の専門研修指導医が在籍します。  
1つの連携施設には指導医は不在ですが、電子カルテは共有で、基幹病院へのコンサルテーションも画像を含めて可能であり、また基幹病院の指導医が定期的に訪問し研修の質を保つようカンファレンスなどを行っております。
- (5) 研修基幹施設および研修連携施設に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を6か月に一度共有する予定です。
- (6) 研修施設群間での専攻医の交流を可とし、カンファレンス、抄読会を共同で行い、より多くの経験および学習の機会があるように努めています。

#### F) 専門研修施設の地理的範囲

専門研修施設群の構成については、特定の地理的範囲に限定致しません。しかし本県の地域性のバランスを考慮した上で、専門研修基幹施設とは異なる医療圏も含めて、専門研修連携病院とも施設群を構成しています。研修内容を充実させるために、へき地など医療資源に制限がある施設における一定期間の専門研修を含むこととなります。

#### G) 地域医療・地域連携への対応

本専門研修プログラムでは地域医療・地域連携を以下ごとく経験することが可能であり、地域において指導の質を落とさないための方策も考えています。

- (1) 専門研修基幹病院もしくは連携病院から地域の救急医療機関に出向いて救急診療を行い、自立して責任をもった医師として行動することを学ぶとともに、地域医療の実情と求められる医療について研修します。また地域での救急医療機関での治療の



限界を把握し、必要に応じて適切に高次医療機関への転送の判断ができるようにします。

- (2) 地域のメディカルコントロール協議会に参加し、あるいは消防本部に出向いて、事後検証などを通して病院前救護の実状について学ぶことができます。
- (3) ドクターカーやドクターヘリで救急現場に出動しOJT とするとともに、あるいは災害派遣や訓練を経験することにより病院外で必要とされる救急診療について学ぶことが可能です。

#### H) 研究に対する考え方

基幹施設である亀田総合病院には倫理委員会が設置され、臨床研究あるいは基礎研究を実施できる体制を備えており、研究と臨床を両立できます。本専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療の理解と科学的思考法の体得を、医師としての能力の幅を広げるために重視しています。専門研修の期間中に臨床医学研究、社会医学研究あるいは基礎医学研究に直接・間接に触れる機会を可能な限り持てるように配慮致します。

## V. 専門研修管理委員会の運営

### A) 研修プログラムの管理体制

本専門研修プログラムの管理運営体制について以下に示します。

- (1) 研修基幹施設および研修連携施設は、それぞれの指導医および施設責任者の協力により専攻医の評価ができる体制を整えています。
- (2) 専攻医による指導医・指導体制等に対する評価は毎年12月に行います。
- (3) 指導医および専攻医の双方向の評価システムによる互いのフィードバックから専門研修プログラムの改善を行います。
- (4) 上記目的達成のために専門研修基幹施設に、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する専門研修プログラム管理委員会を置き、また基幹施設に、救急科専門研修プログラム統括責任者を置きます。

### B) 連携施設での委員会組織

専門研修連携施設では、参加する研修施設群の専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会に担当者を出して、専攻医および専門研修プログラムについての情報提供と情報共有を行います。(年に1-2回の開催を目標としています)

### C) 労働環境、労働安全、勤務条件

本専門研修プログラムでは労働環境、労働安全、勤務条件等への配慮をしており、その内容を以下に示します。

- (1) 研修施設の責任者は専攻医のために適切な労働環境の整備に努めます。
- (2) 研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮します。
- (3) 勤務時間は週に40時間を基本とし、過剰な時間外勤務を命じないようにします。
- (4) 夜勤明けの勤務負担へ最大限の配慮をします。
- (5) 研修のために自発的に時間外勤務を行うことは考えられることですが、心身の健康に支障をきたさないように配慮します。
- (6) 当直業務と夜間診療業務を区別し、それぞれに対応した適切な対価を支給します。
- (7) 当直業務あるいは夜間診療業務に対して適切なバックアップ体制を整えます。
- (8) 過重な勤務とならないように適切に休日をとることを保証します。
- (9) おのおのの施設の給与体系を明示します。

## VI. 専門研修プログラムの評価と改善

### A) 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

日本専門医機構の救急科領域研修委員会が定めるシステムを用いて、専攻医は「指導医に対する評価」と「プログラムに対する評価」を提出していただきます。専攻医が指導医や研修プログラムに対する評価を行うことで不利益を被ることがないことが保証されています。

### B) 専攻医等からの評価（フィードバック）をシステム改善につなげるプロセス

本研修プログラムが行っている改善方策について以下に示します。

- (1) 専攻医は年度末（3月）に指導医の指導内容に対する評価を研修プログラム統括責任者に提出（研修プログラム評価報告用紙）します。研修プログラム統括責任者は報告内容を匿名化して研修プログラム管理委員会に提出し、これをもとに管理委員会は研修プログラムの改善を行います。
- (2) 管理委員会は専攻医からの指導医評価報告用紙をもとに指導医の教育能力を向上させるように支援致します。
- (3) 管理委員会は専攻医による指導体制に対する評価報告を指導体制の改善に反映させます。

### C) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本専門研修プログラムに対する監査・調査への対応についての計画を以下に示します。

- (1) 専門研修プログラムに対する外部からの監査・調査に対して研修基幹施設責任者および研修連携施設責任者は真摯に対応します。
- (2) 専門研修の制度設計と専門医の資質の保証に対して、研修基幹施設責任者および研修連携施設責任者をはじめとする指導医は、プロフェッショナルとしての誇りと責任を基盤として自律的に対応します。
- (3) 同僚評価によるサイトビジットをプログラムの質の客観的評価として重視します。

### D) プログラムの管理

- (1) 本プログラムの基幹研修施設である亀田総合病院に救急科専門医研修プログラム管理委員（以下管理委員会）を設置します。
- (2) 管理委員会は専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理するものであり、研修プログラム統括責任者、研修プログラム連携施設担当で構成されます。
- (3) 研修プログラム管理委員会では、専攻医及び指導医から提出される指導記録フォーマットにもとづき専攻医および指導医に対して必要な助言を行うこととします。
- (4) 研修プログラム統括責任者は、連携研修施設を2回/年、サイトビジットを行い、主

にカンファレンスに参加して研修の現状を確認するとともに、専攻医ならびに指導医と面談し、研修の進捗や問題点等を把握致します。

E) プログラムの終了判定

年度（専門研修3年修了時あるいはそれ以降）に、研修プログラム統括責任者は研修プログラム管理委員会における専攻医の評価に基づいて修了の判定を行います。

F) 専攻医や指導医による日本専門医機構の救急科研修委員会への直接の報告

専攻医や指導医が専攻医指導施設や専門研修プログラムに大きな問題があると考えた場合（パワーハラスメントなどの人権問題も含む）、亀田総合病院専門研修プログラム管理委員会を介さずに、直接下記の連絡先から日本専門医機構の救急科研修委員会に訴えることができます。

電話番号：03-3201-3930

e-mail アドレス：senmoni-kensyu@rondo.ocn.ne.jp

住所：〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-5-1 東京国際フォーラムD棟3階

## Ⅶ. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

### A) 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

救急科専攻医プログラムでは、登録時に日本救急医学会の示す研修マニュアルに準じた登録用電子媒体に症例登録を義務付け、保管します。また、この進行状況については6か月に1度の面接時には指導医の確認を義務付けます。

### B) コアコンピテンシーなどの評価の方法

多職種による社会的評価については別途評価表を定め、指導医がこれを集積・評価致します。

### C) プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

専攻医研修マニュアル、指導医マニュアル、専攻医研修実績記録フォーマット、指導医による指導とフィードバックの記録など、研修プログラムの効果的運用に必要な書式を整備しています。

#### 1) 専攻医研修マニュアル

下記の事項を含むマニュアルを整備しています。

- ・ 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度について
- ・ 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数について
- ・ 自己評価と他者評価
- ・ 専門研修プログラムの修了要件
- ・ 専門医申請に必要な書類と提出方法

#### 2) 指導者マニュアル

下記の事項を含むマニュアルを整備しています。

- ・ 指導医の要件
- ・ 指導医として必要な教育法
- ・ 専攻医に対する評価法
- ・ その他

#### 3) 専攻医研修実績記録フォーマット

診療実績の証明は日本専門医機構の救急科領域研修委員会が定める専攻医研修実績記録フォーマットを利用します。

#### 4) 指導医による指導とフィードバックの記録

- (1) 専攻医に対する指導の証明は日本専門医機構の救急科領域研修委員会が定める指導医による指導記録フォーマットを使用して行います。
- (2) 専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を臨床技能評価小委員会に提出します。

- (3) 書類作成時期は毎年 10 月末と 3 月末とする。書類提出時期は毎年 11 月（中間報告）と 4 月（年次報告）とします。
  - (4) 指導医による評価報告用紙はそのコピーを施設に保管し、原本を専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会に送付します。
  - (5) 研修プログラム管理委員会では指導医による評価報告用紙の内容を次年度の研修内容に反映させるように致します。
- 5) 指導者研修計画（FD）の実施記録
- 専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会は専門研修プログラムの改善のために、指導医講習会を実施し指導医の参加記録を保存します。

## VIII. 応募方法と採用

A) 募集定員：3人

B) 採用方法

救急科領域の専門研修プログラムの専攻医採用方法を以下に示します。

- (1) 研修基幹施設の研修プログラム管理委員会は研修プログラムを毎年公表します。
- (2) 研修プログラムへの応募者は下記の期間に研修プログラム責任者宛に所定の様式の「研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出して下さい。
- (3) 研修プログラム管理委員会は書面審査、および面接の上、採否を決定します。面接の日時・場所は別途通知します。
- (4) 採否を決定後も、専攻医が定数に満たない場合、研修プログラム管理委員会は必要に応じて、随時、追加募集を行います。
- (5) 専攻医の採用は、他の全領域と同時に一定の時期で行います。

C) 応募資格

- (1) 日本国の医師免許を有する
- (2) 臨床研修修了登録証を有すること
- (3) 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること
- (4) 応募期間：亀田総合病院ホームページまたは卒後研修センターにお問い合わせください。

D) 応募書類

願書、履歴書、医師免許証の写し、臨床研修修了登録証の写し

問い合わせ先および提出先：

〒296-8602 千葉県鴨川市東町 929

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 卒後研修センター

電話番号：04-7092-2211（代表）、E-mail：kouki-kenshu@kameda.jp