



19. 6. 27

香川大学医学部附属病院
救急科専門研修プログラム

0 概略（ここだけ読んでください）

目次（これ以降は余裕のあるとき読んでください）

I プログラムの理念と社会的責務

救急科専門医制度の理念

救急科専門医の社会的責務

II 研修カリキュラムの特徴

専門研修の目標

専門的診療能力習得後の成果

基本的診療能力（コアコンピテンシー）習得の成果

研修内容

救急科専門研修の方法

臨床現場での学習方法

臨床現場を離れた学習

自己学習を支えるシステム

専門研修の評価

形成的評価

総括的評価

III 募集定員：4名／年

IV 研修プログラムの特徴

研修領域と研修期間の概要

研修施設

研修プログラムの例

V 専門研修施設とプログラム

専門研修基幹施設の認定基準

プログラム統括責任者の認定基準

基幹施設指導医の認定基準

専門研修連携施設の認定基準

専門研修施設群の構成要件

専門研修施設群の地理的範囲
地域医療・地域連携への対応
研究に関する考え方
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

VI 専門研修プログラムを支える体制

研修プログラムの管理体制
連携施設での委員会組織
労働環境、労働安全、勤務条件

VII 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム
コアコンピテンシーなどの評価の方法
プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

VIII 専門研修プログラムの評価と改善

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
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
研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応
プログラムの管理
プログラムの終了判定
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

IX 応募方法と採用

採用方法
応募資格
応募期間
応募書類
問い合わせ先および提出先

香川大救急プログラム 5つのポイント

(ここだけ読んでください)

- 1 香川大では救命救急＋神経救急・集中治療を計24ヶ月(時期分割可) みっちり学んでもらいます。
- 2 連携施設(3ヶ月、6ヶ月、最長12ヶ月)は行きたいところをチョイスできます。
- 3 神経集中治療(あさか医療)、外傷(兵庫災害、りんくう総合医療)、ER型救急(聖路加国際等)から選べます。
- 4 ここに載っていない連携施設にも行けますし、連携施設から先に研修開始してもOKです。
- 5 希望により研究のサポートします。

I プログラムの理念と社会的責務

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必要です。しかし、救急患者に初めて対応した時点ではその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能力、をもつ医師、つまり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能力を備えた専門医です。

国民にとってこのような能力を備えた救急科専門医の存在が必要であるとともに、救急科専門医は医師自身にとっても魅力ある存在です。

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。

本プログラムを終了した救急科領域の専攻医は以下の3つのエキスパートになります。

1) 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迅速かつ安全に急性期患者の診断と治療を進める。この際必要に応じて他科専門医と連携する。

2) 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おいて中心的役割を担う。

3) 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。

本プログラムを終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) 救急科専門医の社会的責務

以下ようになります。

1) 救急科専門医は、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。

2) 救急科専門医は、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

II 研修カリキュラムの特徴

A) 専門研修の到達目標

本プログラムの研修は、救急科領域専門研修カリキュラム

(<http://www.jaam.jp/html/info/2015/pdf/info-20151015.pdf>) に準拠します。本プログラムに沿った専門研修により、専攻医の皆さんは専門的知識、専門的技能、学問的姿勢の修得に加えて医師としての倫理性・社会性（コアコンピテンシー）を修得することが可能であり、以下の能力を備えることができます。

1) 専門的診療能力習得後の成果

- (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) 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。
- (4) 重症患者への集中治療が行える。
- (5) メディカルコントロール体制において指導的立場を発揮する。
- (6) 必要に応じて病院前診療を行える。
- (7) 救急受け入れの指揮および施設全体のマネージメントができ、地域医療や行政における救急医の立場を理解する。
- (8) 災害医療において指導的立場を発揮できる。
- (9) 救急診療に関する教育指導が行える。
- (10) 救急現場における急性期診療および病院内医療チームを統括できる。多職種連携の重要性を理解できる。
- (11) 救急診療の科学的評価や検証が行える
- (12) プロとして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。
- (13) 希望に応じたサブスペシャリティ（集中治療、外傷外科、熱傷、中毒、整形外科、脳神経外科、神経集中治療など）研修につながる経験症例、手技、学術活動ができる。
- (14) 救急集中治療の医学的限界、futility、終末期医療、脳死臓器提供を理解し実践できる
- (15) 国内外での学会発表、英語論文作成ができる。自身の将来構想のもとに研修や研究のプランを立てる。

2) 基本的診療能力（コアコンピテンシー）習得の成果

- (1) 患者への接し方に配慮し、患者やメディカルスタッフとのコミュニケーション能力を身につける
- (2) プロフェッショナリズムに基づき、自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たす

- (3) 診療記録の適確な記載ができる
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 臨床から学ぶことを通して基礎医学・臨床医学の知識や技術を修得する
- (7) チーム医療の一員として行動する
- (8) 後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行う

B) 研修内容

研修項目ごとの一般目標、行動目標、評価方法は、救急科領域専門研修カリキュラム (<http://www.jaam.jp/html/info/2015/pdf/info-20151015.pdf>) に記述されています。経験すべき疾患・病態は必須項目と選択項目に区分されます。

C) 救急科専門研修の方法

1) 臨床現場での学習方法

経験豊富な指導医が中心となり、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) 回診やカンファレンスおよび関連職種との合同カンファレンスに参加し症例発表
- (3) 専攻医対象の抄読会や勉強会への参加
- (4) 臨床現場でのシミュレーションシステムを利用した知識技能の習得

2) 臨床現場を離れた学習

- (1) 救急医学、集中治療医学に関連する学術集会、セミナー、講演会および外傷初期診療、救急蘇生、災害対応・等の各種トレーニングコース (JATEC、JPTEC、ICLS、ACLS、PSLS/ISLS、MCLS など)を受講できます。
- (2) 各コースは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。インストラクター資格を獲得できるようにします。
- (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。
- (4) 希望に応じて。DMAT 研修受講もできます。

3) 自己学習を支えるシステム

- (1) 専門研修期間中の疾患や病態の経験値の不足を補うために、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提供します。
- (2) 基幹施設である香川大学医学部附属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。

D) 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システム

本救急科専門医プログラムでは、指導医が専攻医のカリキュラム修得状況を6か月毎に、評価します。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・基準と時期

最終研修年度（専攻研修3年目）終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、研修終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になります。

(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になります。

(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。

Ⅲ 募集定員：4名／年

救急科領域研修委員会の基準にもとづき各施設全体としての指導医あたりの専攻医受入数の上限は1人／年と決められております。1人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医総数は原則として3人以内です。

本プログラムの病院群では充実した研修環境を確保するために募集定員を4人／年としました。

IV 研修プログラムの特徴

A) 研修領域と研修期間の概要

研修期間は3年間で、基幹研修施設でのクリティカルケア研修（計24か月）と連携施設でのモジュール研修（最長12ヶ月）から構成されます。救命救急疾患全般に対応できるスキルと知識、考え方を習得し、十分な症例を経験できます。

基幹研修施設研修は、重症救急症例の初療から手術・集中治療までのシームレスなクリティカルケア研修（計24か月）です。

各モジュール研修（神経集中治療、外傷外科、ER型救急、など）（3ヶ月、6ヶ月、最長12ヶ月）は希望に応じて研修時期や連携施設を選択できます。複数の連携施設での研修も可能です。これ以外の施設でも希望に応じて研修可能で、黒田がどこでも頼みに行きます

研修修了後は希望に沿った内容で国内サブスペシャリティ研修、国外留学などの相談に応じる。

本プログラムの研修途中で、他基本診療科のプログラムを先に専攻終了することも可能です。たとえば、1年終了した時点で、その後3年間他基本診療科の専門医プログラムに入りそれを取得後、救急科の2年目から始められます。

リサーチマインドを育む研修に重点をおいていることが特徴で、希望者には研修期間内に大学院入学を勧めています。

神経集中治療強化コース（3ヶ月、6ヶ月、最長12ヶ月）

連携施設：TMGあさか医療センター

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12か月)

神経救急・神経集中治療(TMG あさか医療センター)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12か月)

本プログラムの最大の特徴です。重症の脳傷害、神経疾患を対象とし、救急外来から手術室、血管内治療、集中治療へのシームレスな診断治療の研修を行う。脳と全身の管理を一括してバランスよく行えるスキルと知識を身につけることを目標とする。

脳神経外科、脳卒中診療部と緊密に連携があり、重症の脳傷害、神経疾患に関して救命救急センター内で治療が完結していること、症例数が多いことにより充実した研修が可能である。

体温管理療法に習熟し、希望により脳圧センサー留置術、穿頭術に参加できる。

外傷外科強化コース（3ヶ月、6ヶ月、最長12ヶ月）

連携施設：兵庫県立災害医療センター、りんくう総合医療センター

外傷＋救命救急(兵庫県災害医療センター、りんくう総合医療センター)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

ER 型救急強化コース (3 ヶ月、6 ヶ月、最長 12 ヶ月)

連携施設：聖路加国際病院、県内連携施設

ER 型救急＋救命救急(聖路加国際病院)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

集中治療専門医の取得について

上記いずれのコースにおいても、救急科専門医取得後、集中治療専門医を取得する場合、救急科専攻医 3 年間にうちの最後の 1 年間は、集中治療専攻研修 3 年間のうちの 1 年間とみなされます。つまり、必要な集中治療専門医研修期間は 2 年間に短縮されます。

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

救命救急＋神経救急・集中治療(基幹研修施設 12 か月)

集中治療研修

集中治療研修

B) 研修施設

基幹施設に加えて、地域外連携 4 施設、県内連携 4 施設があります。

1) 香川大学医学部附属病院（基幹研修施設）：**救命救急＋神経集中治療** 計 24 か月

(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）、災害拠点病院、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：研修プログラム統括責任者 1 名（救急医学会指導医、麻酔科指導医、集中治療専門医）、救急医学会指導医 2 名、救急科専門医 4 名、他領域指導医・専門医：麻酔科 1 名、整形外科 1 名、脳神経外科 1 名、内科認定医 1 名、その他の診療科専門医 集中治療専門医 2 名

(3) 救急車搬送件数：約 700/年

(4) 研修部門：救命救急センター（外来、入院）、手術等

(5) 研修領域

- ・救急室における救急外来診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
- ・脳外科的・整形外科的救急手技・処置
- ・集中治療、神経集中治療
- ・重症患者に対する救急手技・処置
- ・救命救急センター集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
- ・救急医療の質の評価 ・安全管理
- ・地域メディカルコントロール（MC）
- ・災害医療
- ・救急医療と医事法制
- ・臨床研究、論文作成

(6) 研修の管理体制：院内救急科領域専門研修管理委員会によって管理されます。

身分：医員（後期研修医）勤務時間：7:30-17:15

社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用

宿舍：なし 医師賠償責任保険：適用されます

(7) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療地方会、日本外傷学会など救急関連学会の学術集会、国際学会への 1 回以上の参加ならびに報告を行う。

香川大学医学部附属病院の標準的週間予定表（クリティカルケア）

| 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------|------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 7:30 | カンファレンス、他部署とのミーティング、回診 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--|
| 8:30 | 救急外来、病棟管理（担当制） | | | | | | |
| 12:30 | | | | 抄読会、 講義、各 種カンフ ァレンス | | | |
| 14:30 | 救急外来、病棟管理（担当制） | | | | | | |
| 17:00 | カンファレンス、他部署とのミーティング、回診 | | | | | | |

注) 土曜祝祭日は開始が 30 分（朝）、1 時間（夕）それぞれ遅くなる

(8) 研修の日々（週間スケジュールは上記）

- ・ 2 交代です。
- ・ 朝カンファレンス：ICU、HCU 入院患者および前日救急患者のプレゼンテーション。
転院・退院等ベッドコントロール確認、各診療科と手術検査本日の治療方針決定。その後 ICU、HCU 入院患者をベッドサイドで簡潔に回診
- ・ 夕カンファレンス：入院患者および当日救急患者のプレゼン。夜間に備えた連絡。
その後回診
- ・ 木曜日 12 時 30 分～14 時 30 分メニュー
 - 抄読会：臨床研究もしくは基礎実験の文献を読解
 - 学会予行演習、レクチャー
 - 各種カンファレンス
 - ・ 症例検討（ほりさげ）
 - ・ Mortality & Morbidity について検討し、問題点と改善方法を議論。
 - ・ スタッフ会議

(9) 研修・指導の特徴

診療プロトコルをもとに、神経救急・集中治療に関して指導医のもと十分な経験ができます。もちろん救命救急センターであるため、重症外傷、中毒、熱傷、敗血症など重症疾患・病態の初期対応、検査治療、集中治療の研修も十分にできます。

2) 兵庫県災害医療センター（地域外基幹施設）（連携施設 A）：外傷+救命救急

- (1) 救急科領域の病院機能： 三次救急医療施設（高度救命救急センター）、兵庫県基幹災害拠点病院、兵庫県・神戸市メディカルコントロール（MC）協議会中核施設、ドクターカー運用施設
- (2) 指導者： 救急科指導医 7 名（うち日本救急医学会指導医 3 名）、救急科専門医 12 名、

その他の基本診療科専門医師（外科、麻酔科、整形外科、内科認定医等）、
救急関連各種専門領域専門医師（集中治療科、消化器外科、胸部外科、外傷専門医、
熱傷専門医、中毒学会クリニカルトキシコロジスト、航空医療学会、他）

(3) 救急車搬送件数： 約 1100/年

(4) 救急外来受診者数： 約 1300/年

(5) 研修部門： 救命救急センター（外来・入院）、手術・内視鏡・IVR 等、ドクターカー

(6) 研修領域と内容

- ・ 救急室における救急外来診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
- ・ 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ・ 重症患者に対する救急手技・処置
- ・ 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
- ・ 救急医療の質の評価 ・安全管理
- ・ 地域メディカルコントロール（MC）
- ・ 災害医療
- ・ 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る

(8) 研修到達目標

ドクターカー出動による病院前診療の意義を理解し、そのために必要なスキルおよび知識の初歩を体得する。

多発外傷患者、外傷性ショック患者の初期対応から止血までの一連のプロセスを理解し、その初歩を体得する。

(9) 指導体制

救急部門専従の指導医によって、個々の症例や手技について指導、助言を受けることができます。

3) りんくう総合医療センター（地域外基幹施設）（連携施設 B）：**外傷＋救命救急**

1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療機関（救命救急センター）、災害拠点病院、ドクターカー配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設

2) 指導者：救急科指導医（学会）3名、救急科専門医（学会）14名、その他の専門医（集中治療専門医1名、脳神経外科専門医1名、整形外科専門医1名、外科専門医10名、小児科専門医1名、IVR専門医1名）

3) 救急車搬送件数：6587件/年

4) 研修部門：三次救急医療施設（大阪府泉州救命救急センター）、二次救急医療施設（りんくう総合医療センター）、災害拠点病院、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設

5) 研修領域

- ① クリティカルケア・重症患者に対する診療
- ② 病院前救急医療（MC・ドクターカー）
- ③ 心肺蘇生法・救急心血管治療
- ④ ショック
- ⑤ 重症患者に対する救急手技・処置
- ⑥ 救急医療の質の評価 ・安全管理
- ⑦ 災害医療
- ⑧ 救急医療と医事法制
- ⑨ 一般的な救急手技・処置
- ⑩ 救急症候に対する診療
- ⑪ 急性疾患に対する診療
- ⑫ 外因性救急に対する診療
- ⑬ 小児および特殊救急に対する診療
- ⑭ 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ⑮ 病院前救急医療（ドクターカー）
- ⑯ 地域メディカルコントロール

6) 研修内容（研修方策）

- ① 外来症例の初療
- ② 病棟入院症例の管理
- ③ ICU入院症例の管理
- ④ 病院前診療（ドクターヘリ）
- ⑤ オンラインメディカルコントロール
- ⑥ 検証会議への参加
- ⑦ 災害訓練への参加
- ⑧ off-the-job trainingへの参加

7) 研修の管理体：救急科領域専門研修管理委員会による

8) 身分：非常勤医師（後期研修医）

9) 給与：月給 基本給

3年目 286,500円

4年目 301,500円

5年目 316,300円

診療手当 月額 80,000円

期末勤勉手当 年間 3.95ヶ月

時間外勤務手当・宿日直手当

その他、該当者には通勤手当・住居手当・扶養手当あり。

- 10) 勤務時間：基本 8：45～17：15 日当直有（不定期）
- 11) 社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険、労災を適用
- 12) 宿舎：なし
- 13) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、救命救急センター内に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられる。
- 14) 健康管理：職員健康診断（年2回）、その他各種予防接種。
- 15) 医師賠償責任保険：各個人による加入を推奨。
- 16) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本救急医学会近畿地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療医学会地方会、日本外傷学会、日本中毒学会、日本熱傷学会、日本集団災害医学会、日本病院前診療医学会、Acute Care Surgery学会、日本腹部救急医学会、日本小児救急医学会など救急医学・救急医療関連医学会の学術集会への1回以上の参加ならびに報告を行う。発表をともなう参加については、旅費ならびに論文投稿費用を全額支給。発表をともなわない参加については年一回まで参加費、旅費を支給。
- 17) 週間スケジュール：循環器合同カンファレンス（月1回）、リサーチカンファレンス（月1回）、ドクターカー検証会議（月1回）、IVRカンファレンス（月2回）、整形カンファレンス（週1回）、抄読会（週1回）、モーニングレクチャー・イブニングレクチャー（不定期）
- 18) ステップアッププログラム（次頁参照）

| Step | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------|--|--|---|---|
| 勤務可能レベル | オリエンテーション | f, b, d直 | B, D直, 平日e直 一般(R)オンコール | g/G直, 休日e直, Q直 |
| 開始目安 | 4月第1週 | 4月第3週 | Step 3合格に関する通達の日以降 | 泉州救命救急センターでの研修歴が1年以上 Step 4合格に関する通達の日以降 直近の勤務表作成から |
| 勤務表への反映 | 4月第1週 | 4月第3週 | 直近の勤務表作成から | 直近の勤務表作成から |
| 可能な臨床業務 | ・泉州救命での臨床業務開始に必須となる オリエンテーションに専念 | ※発表済み勤務表もa/A直の許可で変更可 1. 単独での初療患者対応は不可 2. ホットライン機不可 3. ホットラインは主治医チームの上級医が携帯 4. Step 2の医師2名が同時に主治医チームメンバーとなることは不可 5. 指導医（フォロー）を必ず付ける (1)f直の場合には、i直またはa直がフォロー (2)b, d直の場合には、主治医チームの上級医がフォロー | ※合格後は発表済み勤務表もa/A直の許可で変更可 1. 単独での初療患者対応は不可 2. ホットライン機許可 3. Step 2の医師と同時に主治医チームメンバーとなることは原則不可 4. 指導医（フォロー）を必ず付ける (1)B, D直の場合には、主治医チームの上級医がフォロー (2)平日e直の場合には、a直またはG直がフォロー (3)f直の場合には、i直またはa直がフォロー 2. 一般オンコールへの参加を許可 注) 当該勤務帯のa/A直は、Rメンバーの技能およびStepに応じた役割付与を行うこと | ※合格後は発表済み勤務表もa/A直の許可で変更可 1. 単独での初療患者対応可 2. メンターへの参加不可 |
| 備考 | | ・a直は担当表作成時に指導医（フォロー）を明確に割り当てる ・指導医（フォロー）が当該勤務帯における担当医としての責任を持つ ・a直は担当患者の割り当てに際して、重症度と担当患者数を十分に配慮する ・カンファレンス及びラウンド時の患者プレゼンの最後にフォローは必ずコメントする | ・a直は担当表作成時に指導医（フォロー）を明確に割り当てる ・指導医（フォロー）が当該勤務帯における担当医としての責任を持つ ・a直は担当患者の割り当てに際して、重症度と担当患者数を十分に配慮する ・カンファレンス及びラウンド時の患者プレゼンの最後にフォローは必ずコメントする | ・主治医チームメンバーまたは各勤務帯におけるa/A直は責任を持って指導に当たる |
| Step up へ向けての評価期間 | 4月第1～2週 | 4月第3～4週 | Step 3へ昇格後～ | |
| Step up へ向けての評価内容 (各Stepで獲得すべき技能) | 必須オリエンテーション項目を全て履修していること | 1. オリエンテーション項目を全て履修していること 2. JATEC, ICLS, FCCSの内容の理解 3. 勤務内容の理解（院内CSCA体制や最低限のMCを含む） 4. チームリーダーとして活動する際に必要なコミュニケーション能力 5. 日常診療におけるコミュニケーション能力（上級医への報告・相談） 6. コミュニケーションに不備があれば 医師無制限でステップアップ不可 | 1. ひととりの全身管理ができる 2. コンサルテーションが適切にできる 3. 基本的臨床スキル（気管挿管、全身麻酔、CVC挿入など）が適切に施行できる 4. SSTTの内容の理解（SSTT産学コースの受講が望ましい） 5. PC3の内容の理解（PC3コースの受講が望ましい） | 1. CSCAの理解（MIMMS, DMAT, MCLSなど、CSCAに関するコース受講済） 2. 初療活動・全身管理についてのより深い理解 3. 多科・多職種連携に必要なコミュニケーション能力 |
| Step up への評価方法 | | | | |
| 1. テクニカルスキル 筆記試験または技能評価 | | 知識の確認（JATEC, ICLS, FCCS, CSCA, MCに関する内容について筆記テスト） | 実臨床/シミュレーションを通じたチェックリストを用いた評価を行う | 実臨床/シミュレーションを通じたチェックリストを用いた評価を行う |
| 2. ノンテクニカルスキル | | Step 3へのStep upに必要なノンテクニカルスキルを複数の指導医が評価する | Step 4へのStep upに必要なノンテクニカルスキルを複数の指導医が評価する ※ テクニカルスキル評価完了後 | |
| 評価内容の通知方法 | ・履修確認後に教育担当者より通達 ・Step up該当者はMLにて情報共有 | ・筆記テストを教育担当者が集計し所長へ報告、最終判断を経て所長より通達 ・Step up該当者はMLにて情報共有 | ・チェックリストおよびノンテクニカルスキルの評価を教育担当者が集計し所長へ報告、最終判断を経て所長より通達 ・Step up該当者はMLにて情報共有 | |
| その他 | | | Dr.car第1段階（見学集事）に必須 | Dr.car第2段階昇格に必須 |

<標準的な週間スケジュール>

| 時 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-------|--|--------------|-----|-----------------------|---|--------------|---|
| 7 | | | | | | | |
| 8:00 | 整形カンファ | ICU 症例検討会 | 抄読会 | モーニング レクチャー | M & M | | |
| 9:45 | 新患 レビュー ・ 朝カンファ | | | カン ファ レン ス | 初療 ・ Dr.car ・ ICU ・ 病棟 ・ ER 業務 | 新患レビュー・朝カンファ | |
| 10:00 | 初療 ・ Dr.car ・ ICU ・ 病棟 ・ ER業務 | 医局会 | | 初療・Dr.car・ICU・病棟・ER業務 | | | |
| 11:00 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13:00 | 初療・Dr.car・ICU・病棟・ER業務 | | | | | 初療・Dr.car | |
| 14 | ACS回診等の各専門チームのラウンド | | | | | ICU・病棟・ER業務 | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17:30 | タラウンド | | | | | | |
| 18:30 | イブニングレクチャー・リサーチカンファ・ ドクターカー検証会議・ ACS治療戦術カンファ・IVRカンファ 等 | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |

4) 聖路加国際病院（地域外基幹施設）（連携施設 C）：ER 型救急＋救命救急

(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）、災害拠点病院、救急科指導医施設

(2) 指導者：救急科指導医 3 名、救急科専門医 6 名、集中治療専門医 3 名

(3) 救急車搬送件数：10,502/年（2018 年度）

(4) 救急外来受診者総数：44,686 名/年（2018 年度）

(5) 研修部門：救命救急センター（救急外来、救命救急センター集中治療室（CCM/HCU）、一般病棟）

(6) 研修領域と内容

- ・ 救急外来における救急外来診療（初期救急から三次救急）
- ・ 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ・ 重症患者に対する救急手技・処置
- ・ 集中治療室、一般病棟における入院診療
- ・ 救急医療の質・安全管理
- ・ 地域メディカルコントロール
- ・ 災害医療
- ・ 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る

(8) 給与：聖路加国際病院就業規則による

※ただし、連携施設での研修期間中は、基幹施設での処遇と異なる場合があります

(9) 身分：専攻医

(10) 勤務時間：7:45～16:15 ※勤務のシフトにより変更する場合があります

(11) 社会保険：各種保険に加入

(12) 宿舎：なし

(13) 専攻医室：救命救急センター内に個人スペースを割り当てる

(14) 健康管理：2 回/年の健康診断を行う。その他、必要に応じ予防接種を行う

(15) 医師賠償責任保険：各個人による加入を推奨

(16) 臨床現場を離れた研修活動：関連学会への 2 回/年の発表、学術誌への 1 本/年の論文発表を行う

(17) 週間スケジュール

※ICU/病棟管理、救急外来診療は当番制で行う。

聖路加国際病院 救急部 週間スケジュール

| 時 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | |
|-------|--------------------|---|--------------------|--------------------|---|---------------|---|--|--|
| | 当直勤務帯 | | | | | | | | |
| 7:45 | 放射線科-救急カンファレンス | | 救急部入院患者 カンファレンス | 放射線科-救急カンファレンス | | 当番以外は 原則休日 | | | |
| 8:00 | 脳神経外科-救急カンファレンス | | | | | | | | |
| 8:15 | 救急部入院患者カンファレンス&回診 | | | | | | | | |
| | 救急外来、病棟管理(当番制) | | | | | | | | |
| 12:00 | 適宜、昼食 | | | | | | | | |
| | 救急外来、病棟管理(当番制) | | | | | | | | |
| 15:00 | 救急外来、病棟管理 (当番制) | | Social カンファレンス | 救急外来、病棟管理 (当番制) | | | | | |
| 16:00 | 救急部入院患者カンファレンス&回診 | | | | | | | | |
| 17:00 | 当直勤務帯(~翌7:45) | | | | | | | | |

5) TMG あさか医療センター（連携施設 D）：神経救急・神経集中治療

- (1) 救急科領域の病院機能：二次救急医療施設
- (2) 指導医：研修プログラム統括責任者 1 名
- (3) 救急車搬送件数：約 4900 件/年
- (4) 研修部門：神経集中治療部、脳外神経外科、脳卒中てんかんセンター
- (5) 研修領域
 - ・救急室における救急外来診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
 - ・脳外科的手技・処置
 - ・神経集中治療、集中治療
 - ・重症患者に対する救急手技・処置
 - ・集中治療室、重症病棟、一般病棟における入院診療
 - ・臨床研究、論文作成
- (6) 研修の管理体制：院内『研修管理委員会』によって管理されます。
- (7) 身分：医員（後期研修医）
- (8) 勤務時間：8:30-17:00
- (9) 社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用
- (10) 宿舎：家賃補助(条件付き) 医師賠償責任保険：適用されます

(11) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本集中治療医学会など救急医学・救急医療関連医学会の学術集会、関連国際学会への1回以上の参加ならびに報告を行う。

(12) 神経集中治療研修

重症の脳傷害、神経疾患を対象とし、救急外来から手術室、血管内治療、集中治療へのシームレスな診断治療の研修を行う。脳と全身の管理を一括してバランスよく行えるスキルと知識を身につけることを目標とする。

脳神経外科、脳卒中てんかんセンターと緊密に連携があり、重症の脳傷害、神経疾患に関して、症例数が多いことにより充実した研修が可能である。体温管理法に習熟し、希望により脳圧センサー留置術、穿頭術に参加できる。

(13) 週間スケジュール

| 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 7:30 | カンファレンス、他部署とのミーティング | | | | | | |
| 8:30 | 回診 | | | | | | |
| 9:00 | 外来・病棟管理（担当制） | | | | | | |
| 16:00 | カンファレンス、他部署とのミーティング、回診 | | | | | | |

朝カンファレンス：Neuro ICU、SCU 入院患者および前日救急患者のプレゼンテーション。
 転院・退院等ベッドコントロール確認、各診療科とともに本日の治療方針決定、手術検査予定の確認。

朝回診：Neuro ICU と SCU 患者のベットサイド回診

夕回診：Neuro ICU、SCU 入院患者の1日の総まとめと夜間に備えての申し送り。

6) 香川県内連携施設

6)-1 香川労災病院（県内）（連携施設 E）：**ER 型救急**

(1) 救急科領域関連病院機能：救急科専門医指定施設

(2) 指導者：救急科専門医 2 名

(3) 救急車搬送件数：約 3500/年

(4) 救急入院受診者数：約 1800/年

(5) 研修部門：救急外来、ICU

(6) 研修領域（内容）

- ・ 一般的な救急手技・処置 救急症候に対する診療
- ・ 急性疾患に対する診療

- ・外因性救急に対する診療
- ・内因性救急に対する診療

(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)研修到達目標

ERにおける実践的知識と技能を習得する。

(9)指導体制

救急外来、ICUで指導医から、個々の症例や手技、麻酔、集中治療について指導、助言を受けることができます。

6)-2 香川県立中央病院（県内）（連携施設 F）：ER型救急

(1)救急科領域関連病院機能：救命救急センター、ER型救急を行う。

(2)指導者：救急科専門医1名

(3)救急車搬送件数：約3600/年

(4)救急外来受診者数：2000/年

(5)研修部門：救急部

(6)研修領域(内容)

- ・一般的な救急手技・処置
- ・軽症救急症候に対する診療
- ・急性疾患に対する診療
- ・整形外科を中心とした外因性救急に対する診療

(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)研修到達目標

ERにおける実践的知識と技能を習得する。

(9)指導体制

救急外来で指導医から、個々の症例や手技について指導、助言を受けることができます。

救急初期診療のうち、特に緊急止血、創傷・骨折処置に係わる基本的知識と技能を習得する。

6)-3 三豊総合病院（県内）（連携施設 G）：ER型救急

(1)救急科領域関連病院機能：地域救命救急センター。ER型救急。

(2)指導者：救急科専門医1名

(3)救急車搬送件数：約3600/年

(4)救急外来受診者数：1400/年

(5)研修部門：救急部

(6)研修領域(内容)

- ・消化器的救急手技・処置

- ・軽症・中等症患者に対する救急手技・処置
- ・僻地医療・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)研修到達目標

ERにおける実践的知識と技能を習得する。

(9)指導体制

救急外来で上級医から、個々の症例や手技について指導、助言を受けることができます。

週1回、基幹施設から指導医が出向き、研修状況を把握して適切な助言指導を行う体制です。

6)-4 高松赤十字病院（県内）（連携施設H）：ER型救急

(1)救急科領域関連病院機能：ER型救急

(2)指導者：救急科専門医2名

(3)救急車搬送件数：約3600/年

(4)救急外来受診者数：10000/年

(5)研修部門：救急部

(6)研修領域(内容)

- ・ER救急
- ・軽症・中等症に対する救急手技・処置
- ・僻地医療・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)給与処遇：日本赤十字社給与要綱に準じる。労働基準法に準拠した勤務処遇

(9)専攻医身分：常勤医師

(10)勤務時間：シフト勤務、平日8:30-17:00、病院は完全週休2日制。ただし救命救急センターは夜間休日勤務があり、夜間休日給を支給する。

(11)休暇等：年次有給休暇、特別有給休暇、産前産後休暇、育児休業制度、介護休業制度あり

(12)福利厚生：社会保険（健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険）、医師賠償保険（日赤団体保険に任意加入）、自己啓発補助事業として受講費用の1/2を補助、院内保育所（0-3歳、7時から22時まで）

(13)宿舎：独身寮（院内・院外）、提携不動産会社あり

(14)専攻医スペース：総合医局に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられる。

(15)健康管理：年2回。その他各種予防接種

(16)臨床現場を離れた研修活動への補助：

救急医学会ほか関連学会への学術集会への参加を奨励し、これらへの旅費、宿泊費に関しては年回2回まで全額支給、論文投稿費用は英文も含め全額支給。研究費について

も救急科で承認されたものについては補助支弁が可能

(17) 研修到達目標

ERにおける実践的知識と技能を習得する。

(18) 指導体制

救急外来で指導医から、個々の症例や手技について指導、助言を受けることができます。

C) 研修プログラムの例

病院群ローテーション研修の実際として、専攻医2人（専攻医A、B）のプログラム例を示します。

| 施設 類型 | 指導 医数 | 施設名 | 研修内容 | 1年目 | 2年目 | 3年目 |
|------------------|----------|------------------|-----------------|-----|-----|-----|
| 基幹 | 8 | 香川大学医学 部附属病院 | 救命救急＋神経集 中治療 | A | | A |
| | | | | B | | B |
| 地域外 基幹施 設A | 16 | 兵庫県災害医 療センター | 外傷＋救命救急 | | A | |
| 地域外 基幹施 設B | 9 | りんくう総合 医療センター | 外傷＋救命救急 | | | |
| 地域外 基幹施 設C | 6 | 聖路加国際病 院 | ER型救急＋救命救 急 | | | |
| 地域外 連携施 設D | 1 | TMGあさか医療 センター | 神経救急・神経集 中治療 | | B | |
| 連携E | 2 | 香川労災病院 | ER型救急 | | | |
| 連携F | 1/2 | 香川県立中央 病院 | ER型救急 | | | |
| 連携G | 1 | 三豊総合病院 | ER型救急 | | | |
| 連携H | 1 | 高松赤十字病 院 | ER型救急 | | | |

V 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香川大学医学部附属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約 700 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 黒田泰弘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香川大学医学部附属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 2 回の更新を行い、31 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 4 編、共著者として 12 編発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。

C) 基幹施設指導医の認定基準

また、もう 2 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) 指導医不在の研修連携施設へは週 1 回基幹施設から指導医が出向し、専攻医の状況を把握し、適切な助言指導を行える体制です。

5) 施設認定は救急科領域研修委員会が行います。

6) 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。

5) 研修連携施設 D へは毎週火曜日に基幹施設から指導医が出向し、専攻医の状況を把握し、適切な助言指導を行える体制です。

6) 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。

7) 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) 専門研修施設群の地理的範囲

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) 研究に関する考え方

基幹施設である香川大学医学部附属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。

学会発表指導

救命救急関連全国学会（日本救急医学会学術集会、日本集中治療医学会学術集会など）で発表を行う。

上級医師の海外学会（Society of Critical Care Medicine, Annual Congress など）発表に同行して国際学会の雰囲気を経験し、次年度以降の発表に備える。

論文指導

最低、日本語の論文を1編以上、英語論文（症例報告、など）を1編以上作成する。

下級生の日本語論文作成、英語論文作成を指導する。

希望に応じて、下級生の英文など論文作成をサポートする。

学位取得コース（3-4 年間、実質 2 年）

同時に入学可能である。希望に応じて薬理学、脳神経生物学などにおいて基礎研究を行い、学位を取得できる。

トランスレーショナルリサーチ（基礎実験）＋臨床研究（統計）

週 3 日間の研究日、専門医取得者は助教併任

（ボーナス、各種手当、引っ越し費用、科研費の申請（教えます）

勤務体制は調整可能（※週末都内への帰宅可能）

英語原著論文の指導は黒田が行います（英文校正費用、投稿費用、学会ポスターは自己負担なし）

リサーチがやりやすい環境（倫理委員会）

給与待遇：常勤職＋アルバイト先多数（※ほとんど寝当直）

研究費の取得方法について学ぶことができる。

文科省科学研究費、厚労省科学研究費

USMLE(United States Medical Licensing Examination、米国医師国家試験)

希望に応じる

I) 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 ヶ月まで研修期間にカウントできます。
- 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 ヶ月まで認めます。
- 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。

VI 専門研修プログラムを支える体制

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・指導體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（A～H）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) おのおの施設の給与体系の詳細は各施設に問い合わせください。
- 10) 夏期休暇などあり

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 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香川大学医学部附属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者で構成されます。
- 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年終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）、香川大学医学部附属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

IX 応募方法と採用

A) 採用方法

- 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。

B) 応募資格

- 1) 日本国の医師免許を有する。臨床研修修了登録証を有すること（2019年）3月31日までに臨床研修を修了する見込みのある者を含みます。）
- 2) 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること（2019年4月1日付で入会予定の者を含む）。

C) 応募期間

2019年6月1日から8月31日(予定)

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

E) 問い合わせ先および提出先

〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸 1750-1

香川大学医学部附属病院救命救急センター

電話番号：087-891-2392、FAX：087-891-2393、E-mail：kuroday@kms.ac.jp