東邦大学医療センター大森病院

救急科専門 up to date 研修プログラム

日本救急医学会

プログラム名称

東邦大学医療センター大森病院救急科専門 up to date 研修プログラム

目次

Ⅰ　理念と使命

A）救急科専門医制度の理念

B）救急科専門医の使命

Ⅱ　研修カリキュラム

A）専門研修の目標

B）研修内容

C）研修方法

D）専門研修の評価

Ⅲ　募集定員

Ⅳ　研修プログラム

A）研修領域と研修期間の概要

B）施設群

C）研修年度ごとの研修内容

Ⅴ　専門研修施設とプログラム

A）専門研修期間施設の認定基準

B）プログラム統括責任者の認定基準

C）基幹施設指導医の認定基準

D）専門研修連携施設の認定基準

E）専門研修施設群の構成要件

F）専門研修施設群の地理的範囲

G）地域医療・地域連携への対応

H）研究に関する考え方

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

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

B）連携施設での委員会組織

C）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

A）研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

B）コアコンピテンシーなどの評価の方法

C）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

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

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

C）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

D）プログラム管理

E）プログラムの終了判定

Ⅸ　応募方法と採用

A）採用方法

B）応募資格

C）応募期間

D）応募書類

I.　理念と使命

A）救急科専門医制度の理念

本研修プログラムの目的・使命は、「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」にある

高度医療を持った現在でも救急患者が生じた初期段階ではその原因や緊急性、重症度を判断することは困難であり、年齢、性別を問わず国民の全てが救急患者に成り得る可能性を秘めている　そのためいずれの緊急性、重症度、原因臓器にも対応できる初療医、救急医の存在が不可欠となる

救急患者となった国民の誰でもが、秒単位・分単位でも早く救急医に診療を受けるためには臨床力を持ったより多くの救急科専門医の育成が必要不可欠となる

救急科専門医育成プログラムを終了した救急科領域の専攻医は、内因性、外因性を問わずその重症度と緊急性を見極め、必要であれば他科との連携し最善、最短の道で救急患者の診療が可能となる　重症度が高く治療の継続が必要な救急患者の初療から集中治療まで中心的な役割を果たすことも可能となる

また地域の救急医療体制、特に病院前診療（プレホスピタル）と医療機関との連携、さらに当病院は災害拠点中核病院であり災害医療への対応にも力を入れることで、地域全体の救急医療の向上にも繋がると考えている

以上、本学の救急科専門医プログラムを終了することで多彩な救急患者を経験でき、救急科専門医として救急患者に対して標準の、そしてそれ以上の技術と知識を持ったプロフェッショナルとしての救急医となることができる

原則、臨床研修に引き続いて専門研修を行う者はプログラム制とする

B）救急科専門医の使命

救急科専門医の責務はあらゆる内因性、外因性などの原因臓器、緊急度、重症度のいかんにも関わらず救急患者を迅速に受け入れ、最善、最短の道で初療から集中治療へ対応することである

さらに救命救急士の教育を含めた病院前診療や医療機関との連携により地域の救急医療の向上に繋がり、その中心的役割を担うことになる

さらに当院は災害拠点中核病院であり、災害医療においても最大の減災を目標に地域の最後の砦としても中心的な役割を担うことになる

Ⅱ　研修カリキュラム

A）専門研修の目標

救急患者に対しての診療・治療は以下の項目を掲げている

１）専門的診療能力習得後の成果

(1) 病院前診療・救護（Prehospital care）を含めたメディカルコントロール

(2) 初期診療（Emergency care・初療室：Emergency Room）

a) 多様な重症度・緊急度の救急患者に適切な初療

b) 複数の多様な患者に対応、優先度の判断

c) 入退院・治療方針の決定と実行

(3) 根治的治療（Definitive treatment）

a) acute care surgery（緊急手術）

b) IVR（Interventional Radiology）

(4) 集中治療管理（Intensive care）

(5) 他診療科と良好な連携・コミュニケーション能力の取得

(6) 災害医療（東京 DMAT・日本 DMAT の取得）への対応

(7) 救急科的な教育・指導能力の取得

(8) 救急科的な科学的評価・検証が行える

(9) 学術的な活動が積極的に行える（学会発表・学術論文の作成など）

内科系・外科系・集中治療医などの専門性を持つと共に、後期研修の 3 年間でこの上記項目の修得、さらに入退院・治療方針の決定と実行、初期研修医・救急救命士などへの教育と指導が出来る能力を身に着けることを目標とする

上記技能は独立して実施できるものと指導医、上級医のもとで実施するものに分け習得する

２）基本的診察能力習得の成果

(1) 患者・患者の家族・コメディカルとの連携、コミュニケーション能力を身に着ける

(2) 医師としての自覚を持ち、真摯に医療、患者に対して接する

(3) 診療記録を SOAP に沿って記載できる

(4) 医療安全、医の倫理（特に救急領域での終末期医療など）、院内感染対策を理解し実行できる

(5) 臨床の場から得た知識を、基礎医学・臨床医学的見地から統計学的・文献検索などを用いて習得できる

(6) チーム医療が出来る

(7) 後輩医師・他科医師・コメディカル・救急救命士に教育・指導が出来る

B）研修内容

研修項目ごとに一般目標・行動目標・評価方法が表として別添資料に記述されている
疾患・病態は必須項目と努力項目に区別し経験する

C）研修方法

1）臨床現場での学習方法

複数の指導医（上級医師）が中心となり、救急科専門領域だけでなく他領域の医師とも協力して専攻医に臨床現場での学習を提供する

(1) On-the-job training：救急領域での手技・手術での実地訓練

(2) 回診、朝カンファレンスを通してのプレゼンテーション能力の向上

(3) 関連診療科・プログラム施設群との定期症例検討会への参加

{M & M（mortality and morbidity）カンファレンスを含む}

(4) 抄読会・勉強会などへの参加

東邦大学医療センター大森病院　救命救急センターの標準的週間予定表

<table>
<tr><th></th><th>時間</th><th>月曜日</th><th>火曜日</th><th>水曜日</th><th>木曜日</th><th>金曜日</th><th>土曜日</th><th>日曜日</th></tr>
<tr><td></td><td>8:00</td><td colspan="5">朝カンファレンス（他診療科・多職種合同カンファレンス）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>午前</td><td>9:00</td><td colspan="5">病棟回診</td><td>朝カンファレンス</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>10:00</td><td colspan="5" rowspan="4">初療対応・三次救急対応

病棟管理・ICU管理</td><td>病棟回診</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>初療・病棟対応</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>12:00</td><td rowspan="2">研修医
抄読会・勉強会</td><td></td></tr>
<tr><td>午後</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>18:00</td><td>勉強会</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

平塚市民病院の標準的週間予定表

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	7:00	ER勤務早番	ER勤務早番 ワークステーション 当番	救急病棟勤務			病棟回診/当番制	
	8:00						（必要に応じて）	
午前	9:00							
	10:00							
	11:00							
	12:00							
	13:00							
	14:00							
午後	15:00							
	16:00				ER勤務遅番	ER勤務遅番		
	17:00							
	18:00	画像読影 カンファレンス	症例（ER） カンファレンス	入院患者 カンファレンス				
	19:00							
	20:00							
	21:00							
	22:00							
	23:00							

他に、ひらつかER事例検討会；年2回

社会医療法人社団 順江会 江東病院の標準的週間予定表

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	8:00	ER当直医申し送り						
午前	9:00							
	10:00	ER勤務					ER勤務（シフト制）	
	12:00							
午後								
						ER症例別 レクチャー M&M（月1回）		
	18:00							

東邦大学医療センター大橋病院の標準的週間予定表

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	8:00	ER当直申し送り						
午前	9:00	ER勤務					ER勤務（シフト制）	
午後								
	17:00							
	18:00					ER症候別レクチャー		
						M&M（月1回）		

２）臨床現場を離れた学習

(1)学術集会、セミナー、講習会、研究会、東京 DMAT、日本 DMAT の取得、さらに JATEC、JPTEC、ICLS コースの履修する　その費用はセンターが負担をする

(2) ICLS コースの受講、各 DMAT の取得とともに訓練、実践に参加し、指導者としても指導法を学ぶ

(3)基幹病院および日本救急医学会や関連学会で認定された法制・倫理・安全に関する講習に年１回以上の参加が可能である

３）自己学習を支えるシステム

(1) 日本救急医学会や関連学会が作成する救急診療指針や e-Learning などを活用し病院内外で学習が可能である

(2) 当センターは医学部に隣接しているためメディアセンター（図書館）を有し、多くの専門分野の機関誌を始め主要な文献の取得が可能であり、さらに施設内にない場合でもインターネットによる文献取り寄せ依頼、取得が可能である

(3) 実際に手技を体現するためのシュミレーションラボを有し、頻回の手技の確認が可能である

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

本救急科専門医育成プログラムにおいての修得状況を、3 か月後、6 か月後、1 年後に行い以後は 6 か月毎に指導医により行われる

評価は、経験症例数の提出、面談、他診療科指導医からの評価と情報収集、自己評価により行う

評価項目は、医師としての倫理性・社会性に加え基本的診察能力、救急科領域の知識と手技を対象とする

専攻医は指導医・指導管理責任者に研修目標達成度評価報告用紙および経験症例数報告用紙のチェックを受け、研修プログラム管理委員会に施設移動時（中間報告）および毎年度末に提出する

研修プログラム管理委員会はこれを保存し、検討の末、次年度の研修・指導に反映させる

(2) 指導医等のフィードバック法の学習

指導医は専攻医の指導医としてだけでなく、厚生労働省認可「臨床研修医指導医」の資格も取得し、教育理論やフィードバッグ法を学びより良い指導を行えるように備えている

2）総括的評価

(1) 評価項目・評価基準・評価時期

専攻研修 3 年目終了前に実施する筆記試験で合格基準に達した専攻医に対して、研修終了時点で面接を行い総合的な評価を受ける

(2) 評価の責任者

各評価時期では指導医が行い、研修期間全体を総括してはプログラム統括責任者が行う

(3) 修了判定

基幹施設の研修プログラム管理委員会が、技術・知識・態度など各々で評価を行い、筆記試験、プログラム統括責任者の面接結果と合わせて総合的に修了判定の可否を決定する

(4) 多職種評価

医師以外の職種、看護師、薬剤師、臨床生理機能技師、放射線技師、メディカルソーシャルワーカー、臨床工学士などコメディカルが専攻医の評価を行う

Ⅲ　募集定員：2 名／年

救急科領域研修委員会の基準にもとづき、本救急科領域専門研修プログラムにおける専攻医受け入れ人数を示す　指導医 1 名が年度ごとに最大専攻医 3 名以内の受け入れが可能である

本プログラムの病院群では指導医数は 8 名であり、地域との整合性から研修環境の確保のためには募集定員を 2 名／年とした

Ⅳ　研修プログラム

A）研修領域と研修期間の概要

研修期間は原則 3 年間とする

各研修期間は基幹施設で 18～24 か月｛最長 27 か月：ER 領域として救命救急センター、総合診療・急病センター12 か月（最長 18 カ月）、他科研修 9～12 か月｝、連携施設で 9～12 か月（一次・二次救急・集中治療・ドクターカー・熱傷研修など）とする

基幹施設内の研修では希望によりそれぞれ外科系（acute care surgery）、内科系（循環器内科・呼吸器内科・神経内科など）、集中治療系を中心とした十分な研修を行う

本専門研修プログラムによる救急科専門医取得後には、サブスペシャルティ領域である集中治療専門医、感染症専門医、熱傷専門医、外傷専門医、脳卒中専門医、消化器内視鏡専門医、日本脳神経血管内治療学会専門医の研修プログラムに進んだり、救急科関連領域の医療技術向上および専門医取得を目指す臨床研修や、リサーチマインドの醸成および医学博士号取得を目指す研究活動を選択したりすることが可能である

基幹施設（24～27 か月）

：救命救急センター研修 12～18 か月

：他科研修 9～12 か月（専門科選択）

：総合診療内科 3 か月・総合診療感染症科 3 か月・循環器科 3 か月・神経内科 3 か月・呼吸器内科 3 か月

：総合診療外科 3 か月・心臓血管外科 3 か月消化器外科 3 か月・整形外科 3 か月・脳神経外科 3 か月・

：麻酔科 3～6 か月

連携施設（9～12 か月）

：平塚市民病院 6 か月

：順江会 江東病院 3 か月

：東邦大学医療センター大橋病院 3 か月

B）施設群（研修施設要件を満たす 4 施設によって行われる）

1）東邦大学医療センター大森病院（基幹研修施設）

(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）

：災害拠点中核病院・DMAT カー所有（東京 DMAT、日本 DMAT）

：ドクターカー配備

：地域メディカルコントロール協議会中隔施設

(2) 指導医

；救急科：研修プログラム統括責任者・救急科指導医 2 名

；他　科：総合診療科、消化器外科、整形外科、心臓血管外科、脳神経外科、
循環器科、神経内科、呼吸器内科、集中治療

(3) 救急車搬送件数：約 6000 台/年

(4) 研修部門：救命救急センター（総合診療・救急医学講座）

(5) 研修領域

① 病院前診療（Prehospital care）

② 病院前救急医療（Medical Control）

③ 初期診療（Emergency care）

1) 心肺蘇生法

2) 救急手技・処置

3) 重症患者への対応・判断

4) 根治的治療（Definitive treatment）

(1) 緊急手術

(2) カテーテル治療

⑤ 集中治療管理（Intensive care）

⑥ 災害医療

⑦ 救急医療での安全管理・倫理・医師法制、院内感染対策

(6) 研修の管理体制：院内研修管理委員会により管理

身分：センター局員（医局員：後期研修医）

勤務時間：8:00～17:30

社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適応

宿舎：なし

医師賠償責任保険：適応（ただし個人加入）

(7) 臨床現場外研修活動：日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本外傷学会、日本集団災害医学会、日本臨床救急医学会、日本救急医学会関東地方会、日本集中治療関東甲信越地方会、日本熱傷学会、日本中毒学会、日本病院前診療医学会など

救急医学・救急医療関連医学会の学術集会への参加・報告（年に 1 回以上）

2）平塚市民病院（連携施設 A）

(1) 救急科領域関連病院機能：地域二次救急医療機関（2018 年度救命救急センターを申請予定）、災害医療拠点病院、平塚市救急ワークステーション

(2) 指導者：日本救急医学会指導医 1 名（葉）、救急科専門医 3 名（葉、福嶋、小林）、他領域指導医・専門医：葉、小林、金子（外科）、葉（外傷、熱傷、消化器内視鏡）

(3) 救急車搬送件数： 6624 台/年（平成 27 年実績）

(4) 救急外来受診者数：14572 人/年（平成 27 年実績）

(5) 研修部門：救急科（ER および救急病棟）

(6) 研修領域

我々の施設では、広汎な領域にわたる救急医学において、『ER 診療』、『救急・集中治療』、『救急外科』の 3 つの軸からなるアプローチを行い、診療を行う

災害医療は、災害医療企画室が担当しており、救急科は主要構成である

① ER 診療

内因性、外因性を問わず、軽症から重症まで受け入れている 応需率は 97.6%（平成 26 年度）で、多種多様な疾患、手技を経験できる

救急科医師が平日午前 7 時～午後 11 時まで ER 常駐（2 シフト制）し、主に救急車で搬送される患者の診療を担当する ER 勤務においては、指導医と同じシフトとし、初期診療、disposition の決定、初期研修医教育について指導を受ける

平塚市救急ワークステーション：院内に平日日勤帯、平塚市消防本部救急隊 1 隊が常駐しており、キーワード方式によって医師・看護師が救急車に同乗して出動し、重症患者に対する病院前診療に積極的に参画している

② 救急・集中治療

敗血症、ARDS、ショック、急性中毒、心肺停止蘇生後症候群などの重篤な疾患に対し、救急病棟にて積極的な集中治療を行っている 適応患者には、積極的に体外循環（CHDF、PCPS 等）を行っている 指導医のもと、重症患者に対する集中治療／全身管理を学ぶ

③ 救急外科（acute care surgery）

外科と連携し acute care surgery に取り組んでいる 腹部救急疾患に対する外科的アプローチ（emergency general surgery）、外傷外科（trauma surgery）、外科的集中治療（surgical critical care）を実践している 熱傷に対する、外科的治療ならびに全身管理も行っている 主に ER において、上記患者の初期治療、IVR、緊急開胸・開腹術に参画することが可能である

④　災害医療

年に１度の災害対応医療訓練を実施し、各種院外の訓練にも参加している

救急科では３人（葉、福嶋、小林）が日本 DMAT 隊員資格を有している

(7) 施設内研修の管理体制：院内の救急科領域専門研修管理委員会による

３）社会医療法人社団 順江会 江東病院（連携施設 B）

(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療医期間

(2) 指導者：救急科指導医 1 名

(3) 救急車搬送件数： 3134 台/年

(4) 救急外来受診者数：1728 人/年

(5) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（小児科・麻酔科ほか）

(6) 研修領域

① 一般的な救急手技・処置

② 救急症候に対する診療

③ 急性疾患に対する診療

④ 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

４）東邦大学医療センター大橋病院（連携施設 C）

(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療機関

(2) 指導者：救急科専門医 1 名、その他の診療科専門医（3 名：外科、整形外科、内科）

(3) 救急車搬送件数： 4000 台/年

(4) 救急外来受診者数：16000 人/年

(5) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（眼科・小児科・耳鼻咽喉科ほか）

(6) 研修領域

① 一般的な救急手技・処置

② 救急症候に対する診療

③ 急性疾患に対する診療

④ 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

C）研修年度ごとの研修内容

1）1 年目：東邦大学医療センター大森病院（基幹研修施設）6～12 か月

(1) 研修到達目標：救急医の専門性、独自性に基づく役割と多職種連携の重要性を理解し、救急科専攻医診療実績表に基づく知識と技能の習得を開始する　東京都城南地区第二方面の救急医療体制を理解し、MC や災害医療に関わる基本的・応用的な知識と技能の取得を目指す　同時に医療倫理、医療安全、院内感染対策を学ぶ

(2) 指導体制：救急科指導医を中心に救急科専門医、各科専門医、スタッフ医師によって、個々の症例や手技について指導、助言を受ける

(3) 研修内容：チーム制を導入し、日勤帯は各チームスタッフ、当直帯は上級当直医の指導の下、主に重症な循環器疾患・呼吸器疾患・外傷・中毒・熱傷、敗血症、意識障害、ショックなどの症例の初期対応、入退院決定、集中治療、転科・転院調整を行う　さらに症例登録を行う　院内災害訓練、第 2 方面 DMAT 訓練、DMAT 出動などの災害医療活動にも参加する　全研修を通じて医療倫理、医療安全、院内感染対策を担当医となることで知識を身に着ける

2）2 年目または 3 年目（6 か月）：平塚市民病院（連携施設 A）

(1) 研修到達目標：

- 地域の救急医療制度、Medical Control 体制を理解する　救急隊とのホットラインを携帯し、救急搬送患者を受け入れ、初期研修医の指導を行いながら、ER の診療マネージメントを専従の日本救急医学会指導医、救急科専門医の監督下に行う
- 救急ワークステーション出動時には、指導医と共に救急車に同乗し、救急隊と連携した病院前診療を学ぶ
- 救急科専門医診療実績表に基づいた救急病態や手技・処置を経験しながら、救急医としての基礎を確立する
- 救急医として必要な手技・処置については、その準備、技術、管理が指導医の監督下に自身で遂行可能となることを目標とする
- 救急病棟では、各種重症病態の患者（CPA 蘇生後、重症敗血症など）の集中治療を指導医と共に担当医として行い、あわせて初期研修医の指導を行う

(2) 指導体制：

- 専従の日本救急医学会指導医、救急科専門医のもとで救急診療を学ぶ体制が整っている
- 指導医（日本救急医学会指導医、救急科専門医）は各 sub-specialty を有しており、ER 診療、重症患者に対する集中治療に加え、sub-specialty をいかした救急診療の指導体制が整っている
- ER での診療、救急病棟での集中治療、初期研修医への教育などが、指導医により適宜評価され、フィードバックされる体制が整っている

(3) 研修内容：

- 指導医のもとで、ER での診療（診断、治療、disposition の決定）ならびに、救急病棟に入院した重症患者の入院集中治療を担当する
- 救急ワークステーション出動時には、指導医と共に救急車に同乗し、病院前医療に参画する
- ER において、初期研修医の指導を行う
- カンファレンスを通じて、ケースプレゼンテーションの方法、症例の共有による病態の理解、他職種との交流・連携を行う
- 年間 2 回開催される、ひらつか ER 救急事例検討会に参加し、他職種との積極的な議論を行う
- 院内実習を行っている救急救命士教育にも参画する
- 日本救急医学会、日本救急医学会関東地方会等において、積極的に学会発表を行い、プレゼンテーションの組み立て方、発表の仕方を学ぶ

3）2 年目（3 か月）：社会医療法人社団 順江会 江東病院（連携施設 B）

(1) 研修到達目標：初期救急から重症救急を一括して診療する体制を有する（いわゆる ER）施設において、救急受け入れの指揮や部門全体の運営を経験することができる　救急関連領域全般の知識と技能を向上させ、救急診療における緊急度把握能力と多職種・多部門連係のための調整能力をさらに高める

(2) 指導体制：救急部門専従の救急科専門医によって、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る

(3) 研修内容：上級の救急医および各診療科の専門医の助言支援体制の下、初期救急から重症救急に至る症例の初期診療を経験することができる　また消防局出向による東京消防庁救急相談センター相談医勤務を通じて、地域 MC 体制を把握する　また連携病院内の研修オプションとして、最大 3 ヶ月、小児科の救急外来診療に係わる診療科の研修を行うことができる

4）2 年目（3 か月）：東邦大学医療センター大橋病院（連携施設 C）

(1) 研修到達目標：初期救急から重症救急を一括して診療する体制を有する（いわゆる ER）施設において、救急受け入れの指揮や部門全体の運営を経験することができる　救急関連領域全般の知識と技能を向上させ、救急診療における緊急度把握能力と多職種・多部門連係のための調整能力をさらに高める

(2) 指導体制：救急部門専従の救急科指導医、専門医によって、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る

(3) 研修内容：上級の救急医および各診療科の専門医の助言支援体制の下、初期救急から重症救急に至る症例の初期診療を経験することができる　また連携病院内の研修オプションとして、最大 3 ヶ月、眼科、耳鼻科、小児科等の救急外来診療に係わる診療科の研修を行うことができる

5）2 年目（最長 9 か月）：東邦大学医療センター大森病院（基幹研修施設）

(1) 研修到達目標：指導医、専門医の指導の下、外科系では主に総合診療外科・消化器外科など外科系診療科において解剖を筆頭に外科的基本知識と創処置技能修得、手術の術者、助手を経験し、さらに術前後の集中管理に携わる。内科系・集中治療系は麻酔科にて主に気道確保手技（気管内挿管）、全身管理、集中管理を習得する

(2) 指導体制：救急科指導医を中心に救急科専門医、各科専門医、スタッフ医師によって、個々の症例や手技について指導、助言を受ける

(3) 研修内容：指導医、専門医のスタッフ、当直帯は上級当直医の指導の下、主に全身管理を目的として各臓器の生理・解剖を外科的・内科的に行う　さらに麻酔や集中治療を中心とした重症症例の診療・管理を行う　また東京消防庁出向による救急安心センター相談医勤務（救急隊指導医勤務）を通じ、地域 MC への参加、体制把握プロトコル作成や検証、オンライン MC 業務に参加する。

6）3 年目：東邦大学医療センター大森病院（基幹研修施設）6～12 か月

(1) 研修到達目標：指導医、専門医指導の下、専門の方向性を考慮する　全ての研修医は一次～三次救急患者の初期対応が可能となり、その入退院の判断、診断・治療方針の決定、集中治療・管理を行う　さらに初期研修医の指導、教育ができるようになる　入退院の決定に始まり、手術適応、治療方針の決定を行う　内視鏡手技・知識とともに IVR なども上級医の指導の下で外来あるいは入院中の患者を中心に実施し、適宜急患の緊急止血術を経験することになる　災害医療を指導の立場で活動できる　医療倫理、医療安全、院内感染対策を学び指導できる

(2) 指導体制：救急科指導医を中心に救急科専門医、各科指導医、専門医、スタッフ医師によって、個々の症例や手技について指導、助言を受ける

(3) 研修内容：指導医、専門医指導の下、前半は、外科系は専門性を考慮し心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科などへの研修も 3 か月から最大 6 か月行う事ができる　内科系・集中治療系はその専門性を考慮し循環器内科、呼吸器内科、神経内科などへの研修も 3 か月から最大 6 か月行う事ができる　後半は救命救急センターで重症救急患者を中心に初療から集中治療まで行う
さらに災害医療活動に積極的に参加し院内災害訓練、DMAT 訓練、DMAT 活動などに指導者の立場で参加する　研修期間において医療倫理、医療安全、院内感染対策を担当医となることで知識を身に着け、指導できる立場となる

7）4 年目以降の研修：東邦大学医療センター大森病院（基幹研修施設）・関連施設
外科系・内科系・集中治療系の十分な研修を 3 年に渡り行った後、4 年目以降は各専攻医と相談し、国内留学を含めてより専門性に特化した関連施設、診療科で知識・技術の取得のための研修を目指す

7）各研修施設別経験可能な疾患・症候・手技等項目と経験すべき症例数一覧

	項目	行動目標	必須症例数	東邦大学医療センター大森病院	平塚市民病院	順江会江東病院	東邦大学医療センター大橋病院
Ⅰ	救急医学総論						
Ⅱ	病院前救急医療						
Ⅲ	心肺蘇生・救急心血管治療	二次救急処置	15例以上				
		緊急薬剤投与					
		心拍再開後集中治療管理					
Ⅳ	ショック	各種ショックの基本初期診療	5例以上				
Ⅴ	救急初期診療						
Ⅵ	救急手技・処置	緊急気管挿管					
		電気ショック(同期・非同期)					
		胸腔ドレーン					
		中心静脈カテーテル					
		動脈カニュレーション					
		緊急超音波検査					
		胃管挿入・胃洗浄					
		腰椎穿刺					
		創傷処置(汚染創の処置)					
		簡単な骨折の制服と固定					
		緊急気管支鏡検査					
		人工呼吸器による呼吸管理					
		緊急血液浄化法					
		重症患者の栄養評価・栄養管理					
		重症患者の鎮痛・鎮痛管理					
		気管切開					
		輪状甲状間膜穿刺・切開					
		緊急頸静脈的ー時ペーシング					
		心嚢穿刺・心嚢開窓術					
		開胸式心マッサージ					
		肺動脈カテーテル挿入					
		IABP					
		PCPS					
		大動脈遮断用バルンカテーテル					
		消化管内視鏡					
		イレウス管					
		SBチューブ					
		腹腔穿刺・腹腔洗浄					
		ICPモニタ					
		腹腔(膀胱)内圧測定					
		筋区画内圧測定					
		減張切開					
		緊急IVR					
		全身麻酔					
		脳死判定					

Ⅶ	救急症候に対する診療	意識障害	内因性救急疾患			■	
		失神	45例以上			■	
		めまい					
		頭痛					
		痙攣				■	
		運動麻痺・感覚消失・鈍麻				■	
		胸痛					
		動悸					
		高血圧緊急症					
		呼吸困難					
		咳・痰・喀血					
		吐血・下血					
		腹痛					
		悪心・嘔吐					
		下痢					
		腰痛・背部痛					
		乏尿・無尿					
		発熱・高体温					
		倦怠感・脱力感					
		皮疹					
		精神症候				■	■
Ⅷ	急性疾患に対する診療	神経系疾患				■	
		心大血管系疾患				■	
		呼吸器系疾患					
		消化器系疾患					
		代謝・内分泌系疾患				■	
		血液・免疫系疾患				■	■
		運動器系疾患				■	
		特殊感染症				■	■
Ⅸ	外因性救急に対する診療	頭部外傷	20例以上			■	
		脊椎・脊髄損傷				■	■
		顔面・頸部外傷				■	
		胸部外傷				■	
		腹部外傷					
		骨盤外傷				■	■
		四肢外傷				■	
		多発外傷				■	■
		重症熱傷・気道熱傷・化学熱傷・電撃傷				■	■
		急性中毒				■	
		環境障害(熱中症・低体温症・減圧症					
		気道異物・食道異物					■
		刺咬傷					■
		アナフィラキシー					
Ⅹ	小児および特殊救急に対する診療	小児科領域	6例以上				
		精神科領域				■	■
		産婦人科領域					■
		泌尿器科領域				■	■
		眼科領域				■	■
		耳鼻咽喉科				■	■

XI	重症患者に対する診療	頭蓋内圧亢進の管理					
		急性呼吸不全(ARDS)の呼吸管理					
		急性心不全の循環管理					
		急性肝障害および肝不全の管理					
		Acute Kidney Injuryの管理					
		敗血症の管理					
		多臓器不全の管理					
		電解質・酸塩基平衡異常の管理					
		凝固・線溶系異常の管理					
		救急・集中治療領域の感染症					
XII	災害医療						
XIII	救急医療の質の評価・安全管理						
XIV	救急医療と医事法制						
XV	医療倫理						

８）3 年間を通じた研修内容

(1) 救急医学総論・救急初期診療・集中治療・医療倫理・医療安全・院内感染対策は 3 年間通じて共通の研修領域である
基幹・連携研修施設間における症例検討会（1 か月に 1 回）に参加し、最低 3 回の症例報告を行う

(2) 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・病院内対応等）を受講する

(3) 初期研修医向け・市民向けの救急蘇生コースに、指導者として参加する

(4) 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を含めた災害訓練に参加する

(5) 救急領域関連学会において症例報告を最低 1 回、また論文を 1 編投稿できるように指導を行う

研修施設群ローテーションの実際

（A:内科系救急専攻医、B：外科系救急専攻医、C：集中治療系救急専攻医）

施設類型	指導医数	施設名	研修内容	1年目	2年目	3年目	4年目
		東邦大学	救急初期診療	A		A	
基幹	4	医療センター	集中治療	B		B	
		大森病院	災害医療	C	C	C	
			ER研修		A		
連携施設A	1	平塚市民病院	ドクターカー研修		B		
			外傷外科			C	
		順江会	ER研修		A		
連携施設B	1	江東病院	熱傷疾患		B		
					C		
		東邦大学	ER研修		A		
連携施設C	1	医療センター	他科研修		B		
		大橋病院					

Ⅴ　専門研修施設とプログラム

A）専門研修期間施設の認定基準

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東邦大学医療センター大森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る

1）初期臨床研修の基幹型臨床研修病院である

2）救急車受入件数は年間約 6000 台、専門研修指導医数は 2 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す　当院は日本救急医学会での審査を受けた後（一次審査)、機構の検証を受けて認定された（二次審査）

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る

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す

1）本研修プログラムの専門研修基幹施設である東邦大学医療センター大森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ある

2）救急科専門医として 4 回の更新を行い、34 年の臨床経験があり、過去 5 年間で 5 名の救急科専門医を育てた指導経験を有している

3）救急医学に関する論文を筆頭著者として 26 編、共著者として 25 編発表し、十分な研究経験と指導経験を有している

C) 基幹施設指導医の認定基準

4 名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る

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ある

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る

3）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る

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 3 連携施設は専門研修連携施設の認定基準を満たしている

要件を以下に示す

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ある

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ている

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る

4）施設認定は救急科領域研修委員会が行う

5）基幹施設との連携が円滑に行える施設である

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る

2）専門研修が適切に実施・管理できる体制である

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る

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ている

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ある

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る

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せず地域性のバランスを考慮した上で専門研修連携病院と施設群を構成している　研修内容を充実させるために、災害医療に力を入れ、医療資源に制限がある状況での研修を含むことになる

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 3 か月以上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を考えている

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を行う　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する

2）地域のメディカルコントロール協議会に参加、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

3）ドクターカーや DMAT カーで救急現場に出動し OJT をするとともに、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ある

H) 研究に関する考え方

1）基幹施設である東邦大学医療センター大森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る　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る　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する

2）専攻医は研修期間中に日本救急医学会が認める救急科領域の学会で、筆頭者として少なくとも1回の発表を行う　また，少なくとも1編の救急医学に関するピアレビューを受けた論文発表（筆頭著者または共同研究者として）も行う

3）日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などの症例登録も行う

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

日本専門医機構によって示される専門研修中の特別な事情への対処を以下に示す

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ることとする

2）疾病での休暇は 6 ヵ月まで研修期間にカウントできる

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となる

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 ヵ月まで認める

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 年半以上必要である

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はできない

7）専門研修プログラムを移動することは、日本専門医機構の救急領域研修委員会および移動前・後のプログラム統括責任者が認めた場合に限り可能とする

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る

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 月に行う

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う

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く

B）連携施設での委員会組織

専門研修連携施設（A～C）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う年に１～２回の開催を目標とする

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，その内容を以下に示す

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る
２）研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮する
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する
４）夜勤明けの勤務負担へ最大限の配慮をする
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が、心身の健康に支障をきたさないように配慮する
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する
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る
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する
９）原則として専攻医の給与などについては研修を行う施設で負担することとするおのおのの施設の給与体系を明示する

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 5 年間記録・保管する　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る

B）コアコンピテンシーなどの評価の方法

多職種のメディカルスタッフによる評価については別途評価表を定め、指導管理責任者がこれを集積・評価致する

C）プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

日本救急医学会が準備する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する

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する

- 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について
- 専門研修プログラムの修了要件について
- 専門医申請に必要な書類と提出方法について

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る

- 指導医の要件について
- 指導医として必要な教育法について
- 専攻医に対する評価法について
- 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救急医学会が定める専攻医研修実績記録フォーマットを利用する

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救急医学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う
(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する
(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）とする
(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する
(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する

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する

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

日本救急医学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」を日本救急医学会に提出する　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る

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）する　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う

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ために支援する

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る

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す

1）専門研修プログラムに対する日本救急医学会からの施設実施調査（サイトビジット）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する

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、関連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する

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する

D）プログラム管理

1）本プログラムの基幹研修施設である東邦大学医療センター大森病院に救急科専門医研修プログラム管理委員会（以下管理委員会）を設置する

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る

3）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

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する

E）プログラムの修了判定

専攻医研修最終年度末（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う　専攻医の診療実績等の評価資料をプログラム修了時に日本救急医学会に提出する

F）専攻医や指導医による日本専門医機構もしくは日本救急医学会への直接の報告

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)、東邦大学医療センター大森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もしくは日本救急医学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

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する

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する

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、採否を決定する　面接の日時・場所は別途通知する

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う

5）専攻医の採用は他の全領域と同時に一定の時期で行う

6）研修プログラム統括責任者は採用の決定した専攻医を研修の開始前に日本救急医学会に所定の方法で登録する

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（2020 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む）

2）一般社団法人日本救急医学会の正会員であること（2020 年 4 月 1 日付で入会予定の者も含む

C）応募期間： 2019 年 10 月 1 日から 11 月 30 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

問い合わせ先および提出先：〒143-8541 東京都大田区大森西 5-21-16
東邦大学医学部　卒後臨床研修／生涯教育センター
電話番号：03-3762-4151
URL：http://www.trainee.med.toho-u.ac.jp/
E－mail：ttec@jim.toho-u.ac.jp