

三重大学医学部附属病院 救急科 専門研修プログラム



三重県の救急医療を維持・発展させるために

目次

1. プログラムの目的
2. 研修プログラムを担当する指導医
3. 募集定員
4. 研修時期と期間
5. 応募方法
6. プログラム概要
7. 基本的研修プラン
8. 研修例
9. 研修の1週間の計画
10. 救急専攻医の労働環境、労働安全、勤務条件
11. 研修期間中の知識・技能・態度の修練プロセス
12. 各研修施設で経験すべき症例数一覧
13. 研修到達目標の評価
14. 専門研修プログラム委員会について
15. 専門研修プログラムの改善方法
16. 終了判定について
17. 専門研修施設とプログラムの認定基準
18. 専門研修の休止・中断、プログラムの移動に関して

【別紙1】 願書

【別紙2】 履歴書

【別紙3】 各研修施設で経験すべき症例数一覧

1. プログラムの目的

本プログラムは三重県下の救急教育病院群から構成される三重県独自の救急専門研修プログラムである。3年間の専門研修により、以下の救急医療必須の能力が備わることを目的とする。

- ① 様々な傷病、緊急度の高い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 緊急度の高い患者だけではなく、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総合診療を進めることができる。
- ⑤ 必要に応じて病院前診療（ドクターカー、ドクヘリなどを含む）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に対応できる。（特に南海トラフ大地震に対する即戦力として働くことができる。）
- ⑧ 救急診療に関して教育指導が行えて後輩の育成が出来る。
- ⑨ 救急診療の科学的評価や検証が行い、科学論文を作成できる。
- 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することで能力を維持できる。
- ⑪ 救急患者の受け入れや診療に際して倫理的配慮を行うことができる。
- 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。

このプログラムによって優秀な救急専攻医を育成すると同時に三重県の地域社会にとって不可欠なセーフティーネットが整備されることを目的としている。

2. 研修プログラムを担当する指導医

専門研修基幹施設：

三重大学医学部附属病院 救命救急センター

プログラム統括責任者：今井 寛

指導管理責任者：川本英嗣

指導医：石倉 健

金子 唯

専門研修連携施設： 地域の中核病院から構成される（以下順不同）

① 地方独立行政法人桑名市総合医療センター

指導管理責任者：佐々木俊哉

② 県立総合医療センター

指導管理責任者：伊藤秀樹

指導医：山本章貴

指導医：大木基通

③ 市立四日市病院

指導管理責任者：柴山美紀根

指導医：鹿野敏雄

④ 鈴鹿中央総合病院

指導管理責任者：大森隆夫

⑤ 鈴鹿回生病院

指導管理責任者：荒木朋浩

⑥ 三重中央医療センター

指導管理責任者：渡邊文亮

⑦ 松坂中央総合病院

指導管理責任者：星野有

⑧ 松坂市民病院

指導管理責任者：

指導医：渡邊文亮

⑨ 済生会松坂総合病院

指導管理責任者：河埜道夫

⑩ 伊勢赤十字病院

指導管理責任者：説田守道

指導医：徳井俊也

指導医：大森教成

指導医：田村佳久

指導医：佐藤啓太

指導医：山内洋介

指導医：堂本佳典

⑪ 尾鷲総合病院

指導管理責任者：小薮助成

⑫ 亀山市立医療センター

指導管理責任者：若林英樹

⑬ 一志病院

指導管理責任者：若林英樹

⑭ 湘南鎌倉総合病院

指導管理責任者：山上 浩

⑮ 大阪府済生会千里病院

指導管理責任者：伊藤裕介

⑯ 神戸市立医療センター中央市民病院

指導管理責任者：有吉孝一

3. 募集定員

毎年 10 名程度

4. 研修開始時期と期間

- ・令和5年4月1日～令和8年3月31日
- ・原則3年間のプログラムとする。ただし、プログラムを延長したい旨があれば随時考慮してプログラムの延長を行うことも可能。

5. 応募方法

応募資格：以下の①と②を満たすもの

- ② 日本国の医師免許証を有する
- ③ 臨床研修修了登録証を有する（第98回以降の医師国家試験合格者のみ必要。令和5年3月31日までに臨床研修を修了する見込みの者を含む）。

応募期間：令和4年10月1日～令和5年3月31日

選考方法：書類審査および面接により選考する。面接の日時・場所は別途通知する。（9月頃から応募順に行う）

応募書類：願書・履歴書（別紙1、2を使用すること）、医師免許証の写し、臨床研修修了証の写し

問い合わせ先および提出先：

〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174

三重大学医学部附属病院 救命救急センター 願書受付（一階秘書室）宛へ

- ① URL：<https://www.hosp.mie-u.ac.jp/mie-ccc/senmon/program/> よりダウンロード
- ② 電話：059-232-1111 での問い合わせ
- ③ E-mail：a-2kawamoto@clin.medic.mie-u.ac.jp（事務担当 川本まで）

6. プログラム概要

三重大学医学部附属病院 救命救急センター専門研修プログラムは、専門研修基幹施設である三重大学医学部附属病院 救命救急センターと県内外地域の中核病院である16個の専門研修連携施設からなる。

これらの研修施設は三重県の高度医療から地域医療までを担う病院群から形成されており、それぞれの特徴を活かして救急専門医になるための研修を行うことで、日本救急医学会・専門医機構が掲げる研修到達目標や症例および必須手技経験基準を満たすことができる。

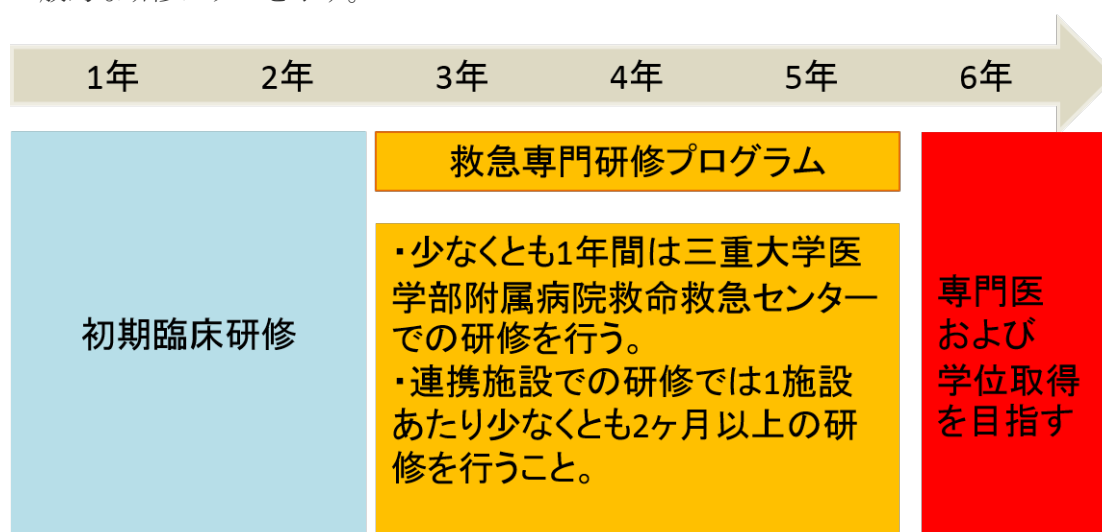
3年間の研修のうち、少なくとも1年間は研修基幹施設である三重大学医学部附属病院救命救急センターにおいて研修を行い、臨床（高度救命救急医療）、研究（臨床・基礎研究）、教育（若手研修医・後輩への教育）の素養を身につける。

残り2年間の研修期間をどの施設で研修するかは上記連携施設の長およびプログラム統括責任者（今井寛）と相談して決定することができる。なお、上記以外の病院での研修は研修期間として扱われない可能性があるので十分注意すること。そのためもし、上記以外の病院での研修を望む際は事前にプログラム統括責任者（今井寛）と相談することが必要である。

プログラムに定められた研修の評価は施設ごとに指導管理責任者（専門研修連携施設）、指導医が行い、プログラム統括責任者が最終評価を行う。本プログラムでは3年間の研修終了時には研修到達目標を達成し、救急専門医になるための必要十分な研修を受けることができる。

7. 基本的研修プラン

一般的な研修プランを示す。



8. 研修例

例 1. 三重大学での研修期間を多く取りたい人には

1 年目	2 年目	3 年目
三重大学（臨床）	市立四日市病院	三重大学（研究）

この例では1年目と3年目に大学病院での研修を行うが、3年目は大学院生として在学して研究と臨床を並行して行うことが出来るプランである。

例 2. 市中病院で多くの患者と向き合いたい人には

1 年目	2 年目	3 年目
松阪中央総合病院	伊勢赤十字病院	三重大学

この例では 1 年目に初期臨床研修を行った松阪中央総合病院でそのまま専門医教育をうけ、その後近隣の伊勢赤十字病院でドクターヘリ、1, 2, 3 次医療を含めた研修を行うことができる。また、3 年目には大学病院での研修も可能である。

例 3. 6 ヶ月毎に病院をローテート研修したい人には

1 年目前半	1 年目後半	2 年目	3 年目
松坂市民病院	市立四日市病院	三重大学	尾鷲総合病院

この例では 1 年目は 6 ヶ月毎に松坂市民病院と市立四日市病院で研修を行う。どの病院も優れた指導者がいて教育体制は充実している。

このように研修希望者の意向と三重県の救急医療を維持するための最善のプログラムを構築している。本プログラムでは、本人の希望により充実した救急研修を送ることが出来る。

ただし、専攻医は研修期間中に研修基幹施設以外の研修連携施設において研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実践（**地域の救急医療機関での研修**）を 3 か月以上経験することが原則として必要である。この 3 ヶ月間を有意義に過ごすためにどの年次に 3 ヶ月を当てはめるかは指導管理責任者とよく相談して決定する。

9. 研修の 1 週間の計画

専門研修基幹施設：三重大学での 1 週間の計画

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	モーニングカンファ および外来・病棟業務	モーニングカンファ および外来・病棟業務	モーニングカンファ および外来・病棟業務	モーニングカンファ および外来・病棟業務	モーニングカンファ および外来・病棟業務
午後	医局会、抄読会	外来・病棟業務	外来・病棟業務	外来・病棟業務	外来・病棟業務
		教育セミナー※			

※教育セミナーは救急専門医に必要な知識を補うものとする。（昨年度のセミナー例：貧血のメカニズム、プロカルシトニンの使い方、高血糖患者への対応、人工呼吸器講義、高体温症例への対応、低体温療法、論文を早く読む方法、循環と呼吸のフィジカルアセスメントなど多くの教育セミナーを用意している。）

抄読会では臨床から基礎研究にかけて幅広く知識を得ることを目標とする。

三重大学（基幹病院）もしくは連携病院で行われる医療安全、感染対策、医療倫理に関する講習会にそれぞれ 1 回以上出席することを必須とする。（新専門医制度では専門医取得に必須のため）

10. 労働環境、労働安全、勤務条件

救急科領域の専門研修プログラムにおける労働環境、労働安全、勤務条件等への配慮について以下に示す。

- ・ 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こととする。
- ・ 研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮しなければならない。
- ・ 勤務時間は週に40時間を基本とする。
- ・ 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はあるが、心身の健康に支障をきたさないように配慮することが必要である。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 施設の給与体系については、各病院間で取り決めを行い、それらの交渉には指導管理責任者とプログラム統括責任者が責任を持って取り組む。（諸先輩方の話では三重県の救急医の給料は其れほど悪くないらしい。心配なら個別に相談に乗るので遠慮無く申し出ること。）

11. 研修期間中の知識・技能・態度の修練プロセス

【I】 専門研修1年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修内容

・基本的診療能力（コアコンピテンシー）

1. 患者に対するコミュニケーション能力
 - 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる.
 - インフォームド・コンセントが実施できる.
 - 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる.
2. チーム医療を実践できる。
 - 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる.
 - 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる.
 - 同僚および後輩への教育的配慮ができる.
 - 患者の転入、転出にあたり情報を交換できる.
 - 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる.
3. 問題対応能力
 - 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への対応を判断できる.
 - 自己評価および第三者による評価をふまえた問題対応能力の改善ができる.
 - 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ.
 - 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める.
4. 安全管理
 - 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる.
 - 医療事故防止および事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる.
 - 院内感染対策を理解し、実施できる.
5. 医療の社会性
 - 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる.
 - 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる.
 - 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる.
 - 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる.

症候に対する到達目標

- ① 意識障害の診断と治療
- ② 失神の診断と治療
- ③ めまいの診断と治療
- ④ 頭痛の診断と治療
- ⑤ 痙攣の診断と治療

- ⑥ 運動麻痺、感覚消失・鈍麻の診断と治療
- ⑦ 胸痛の診断と治療
- ⑧ 動悸（不整脈含む）の診断と治療
- ⑨ 高血圧緊急症の診断と治療
- ⑩ 呼吸困難の診断と治療
- ⑪ 咳・痰・咯血の診断と治療
- ⑫ 吐血・下血の診断と治療
- ⑬ 腹痛の診断と治療
- ⑭ 悪心・嘔吐の診断と治療
- ⑮ 下痢の診断と治療
- ⑯ 腰痛・背部痛の診断と治療
- ⑰ 乏尿・無尿の診断と治療
- ⑱ 発熱・高体温の診断と治療
- ⑲ 倦怠感・脱力感の診断と治療
- ⑳ 皮疹の診断と治療
- ㉑ 精神症候の診断と治療

上記21の救急症候に対して適切な対応が出来る。

症例に対する能力

疾患別に経験が望まれる症例

I. 急性疾病

- ① 神経系疾患
- ② 心大血管系疾患
- ③ 呼吸器系疾患
- ④ 消化器系疾患
- ⑤ 代謝・内分泌系疾患
- ⑥ 血液・免疫系疾患
- ⑦ 運動器系疾患
- ⑧ 特殊感染症

上記8項目の症例を経験し、サマリーを作成することが出来る。

II. 外因性救急

1) 外傷

- ① 頭部外傷 ② 脊椎・脊髄外傷 ③ 顔面・頸部外傷 ④ 胸部外傷 ⑤ 腹部外傷
- ⑥ 骨盤外傷 ⑦ 四肢外傷 ⑧ 多発外傷

- 2) 重症熱傷・気道熱傷・下顎熱傷・電撃傷
- 3) 急性中毒
- 4) 環境障害（熱中症・低体温症・減圧症等）・溺水
- 5) 気道異物と食道異物
- 6) 刺咬症
- 7) アナフィラキシー

上記の7項目の救急に特異的な症例に対応出来る。

Ⅲ. ショック

4種類のショックに対して適切に対応出来る。

Ⅳ. 来院時心肺停止（蘇生チームのリーダーとして対応出来る）

心肺停止症例に対して迅速に対応（緊急薬剤投与および2次救命処置）でき、その後の低体温療法を含む集中治療へスムーズに移行させることが出来る。

・救急科ER基本的知識・技能

ERにおいて身につけるべき必要な手技・処置

- ① 緊急気管挿管（心肺停止例を除く）
- ② 電気ショック（同期・非同期）
- ③ 胸腔ドレーン挿入
- ④ 中心静脈カテーテル挿入
- ⑤ 動脈圧測定カテーテル挿入
- ⑥ 緊急超音波検査（外傷におけるFAST）
- ⑦ 胃管挿入・胃洗浄
- ⑧ 腰椎穿刺（腰椎麻酔・検案を除く）
- ⑨ 創傷処置（汚染の創傷処置）
- ⑩ 簡単な骨折の整復と固定
- ⑪ 緊急気管支鏡検査
- ⑫ 人工呼吸器による呼吸管理
- ⑬ 緊急血液浄化法
- ⑭ 重症患者の栄養評価・栄養管理
- ⑮ 重症患者の鎮痛・鎮静管理

上記の15項目の知識を身につけることができる。

・救急科ICU基本的知識・技能

ICUにおいて経験すべき診療内容

- ① 頭蓋内圧亢進の管理
- ② 急性呼吸不全（ARDS）の呼吸管理
- ③ 急性心不全の循環管理
- ④ 急性肝障害および肝不全の管理
- ⑤ Acute Kidney Injuryの管理
- ⑥ 敗血症の管理
- ⑦ 多臓器不全の管理
- ⑧ 電解質・酸塩基平衡異常の管理
- ⑨ 凝固・線溶系異常の管理
- ⑩ 救急・集中治療領域の感染症の管理

ICUにおいて身につけるべき必要な手技・処置

本プログラム専攻医には優先的に教育され、また経験してもらえるように配慮する。

- ① 気管切開（穿刺法を含む）
- ② 輪状甲状間膜（靱帯）穿刺・切開
- ③ 緊急ペーシング（経皮または経静脈ペーシング）
- ④ 心嚢穿刺・心嚢開窓術
- ⑤ 開胸式心臓マッサージ
- ⑥ 肺動脈カテーテル挿入
- ⑦ IABP導入・実施
- ⑧ PCPS導入・実施
- ⑨ 大動脈遮断用バルーンカテーテル挿入
- ⑩ 消化管内視鏡
- ⑪ イレウス管挿入
- ⑫ SBチューブ挿入
- ⑬ 腹腔穿刺・腹腔洗浄
- ⑭ 頭蓋内圧（ICP）測定
- ⑮ 腹腔（膀胱）内圧測定
- ⑯ 筋区画内圧測定
- ⑰ 減張切開
- ⑱ 緊急IVR
- ⑲ 全身麻酔
- ⑳ 脳死判定

これらの20項目の手技に関しては三重大学医学部附属病院救命救急センター内には旧専門医制度の内科、外科、集中治療、胸部外科、脳神経外科、麻酔科な

どの専門医取得者が常駐しているため上記の専門的な処置を学ぶ事が可能である。

・救急科病院前救護および救急処置の普及へ参加

BLS、AED、ICLS、ACLS、JATEC、JPTEC、ISLS、FCCSなどへ積極的に参加を促す。これらのコースに加えて、臨床現場でも三重大学シミュレーションラボにおけるトレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得する。

・災害医療基本的知識・技能

災害医療システムに関する教育を一般市民レベルの応急処置、救急蘇生方法などからNBC災害などの特殊災害まで幅広く扱う。

・必要に応じて他科ローテーションによる研修

救急医学の土台は内科学・外科学である。もちろん外傷、集中治療、麻酔科学などの知識も必要であるが、一般的な内科学・外科学の知識が確立していなければ（すなわち土台があやふやなままであれば）救急医学を学ぶ事はできない。そのため内科学や外科学を会得することを本カリキュラムでは重要視している。そのため他科ローテーション希望があれば本人の希望に応じてカリキュラムを組むことも可能である。専攻医から本プログラム委員会へ意見を出していただく事が可能である。

【Ⅱ】 専門研修2年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

1年次で学ぶべき項目と変わらない。

- ・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
- ・救急科ER応用的知識・技能
- ・救急科ICU応用的知識・技能
- ・救急科病院前救護
- ・災害医療応用的知識・技能
- ・必要に応じて他科ローテーションによる研修

ER、ICU、病院前救護・災害医療等は年次に関わらず弾力的に組み合わせてかまわない。

2年次には、診療科における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を通して、プレゼンテーション能力の向上に努め、病態と診断過程を深く理解し、治療計画作成の理論を学ぶことも必要である。

その他、抄読会や勉強会への参加、インターネットによる情報検索の指導により、臨床疫学の知識やEBMに基づいた救急外来における診断能力の向上を目指し

てほしい。

2年次は1年次と違い自己学習の機会を持つことも重要である。専門研修期間内に研修カリキュラムに記載されている疾患、病態で経験することが困難な項目は、日本救急医学会やその関連学会が準備する「救急診療指針」、e-Learningなどを活用して、より広く、より深く学習する必要がある。そのための情報提供を指導医は行う。

【Ⅲ】 専門研修3年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

臨床能力の面では1年次と習得すべき研修内容は変わらないが、3年目は特に学術的なサポートを行う。

- ・ 基本的診療能力（コアコンピテンシー）
- ・ 救急科ER領域実践的知識・技能
- ・ 救急科ICU領域実践的知識・技能
- ・ 救急科病院前救護
- ・ 災害医療実践的知識・技能
- ・ 必要に応じて他科ローテーションによる研修

さらに3年次では、

- ・ 学術的なサポートを積極的に行う。

①国内外で学会発表を行ってもらう。

②リサーチマインドのあるものには臨床研究と基礎研究の両面からサポートする。

例えば三重大大学附属病院 救命救急センターでは臨床研究として、患者の便検体を用いて敗血症時の腸内細菌叢の変化を観察している。また、基礎研究としては血管内皮細胞上のタンパク質と白血球の相互作用の研究を行っている。

研修期間中に大学院に所属している期間についても、十分な救急医療の臨床実績を保証できれば専門研修期間として認めることもできるので、指導管理責任者とよく相談すること。

③希望があれば海外留学を積極的に支援する。

12. 各研修施設で経験すべき症例数一覧

別紙 3 参照

13. 研修到達目標の評価

①研修の評価については、プログラム統括責任者、指導管理責任者（専門研修連携施設）、専門研修指導医、専門研修プログラム委員会で行う。

②専攻医は専門研修指導医および研修プログラムの評価を行い、

5：とても良い

4：良い

3：普通

2：改善が必要

1：経験していない・評価できない・わからない

の5段階で評価する。

③専門研修指導医は専攻医の実績を研修到達目標に照らし、

5：とても良い

4：良い

3：普通

2：改善が必要

1：経験していない・評価できない・わからない

の5段階で評価する。指導医は2の評価を付けた項目については必ずコメントを記載し、改善のためのアドバイスをを行うこと。

④研修プログラム委員会（プログラム統括責任者、各施設の指導管理責任者その他の指導医）で内部評価を行い、研修プログラム委員会へ報告する。

⑤サイトビジットによる外部評価を受け、プログラムの必要な改良を行う。

14. 専門研修プログラム委員会について

①専門研修基幹施設である三重大学医学部附属病院には、プログラム統括責任者と救急専門研修プログラム管理委員会（各施設の指導管理責任者から構成され、プログラム統括責任者が委員長となる）を置く。

②専門研修連携施設群には、専門研修連携施設担当者（指導管理責任者もしくはその代理）が置かれる。

③専門研修プログラム委員会は基幹施設の救急専門研修プログラム管理委員会および専門研修連携施設担当者と6ヶ月毎に1回以上の委員会を開催する。

④専門研修プログラム委員会では、研修プログラムの改善へ向けて討論を行う。この委員会には専門医取得直後の若手医師代表も加わることもできる。

⑤専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行い、三重県内の若手救急医の育成のために尽力し、三重県の救急医療を維持・発展させる。

15. 専門研修プログラムの改善方法

三重大学医学部附属病院 救命救急センター 救急研修プログラムでは救急専攻医からのフィードバックを重視して研修プログラムの改善を行う。

①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

専攻医は、年次毎に指導医、救急専門医指導施設、専門研修プログラムに対する評価を行う。また、指導医も救急専門医指導施設、専門研修プログラムに対する評価を行う。専攻医や指導医等からの評価は、研修プログラム管理委員会に提出され、研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改善に役立てる。このようなフィードバックによって専門研修プログラムをより良いものに改善していく。専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、救急専門医指導施設の実地調査および指導を行うことができる。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構の救急科専門研修委員会に報告する義務を有する。

②研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

専門研修プログラムに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われる。その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で研修プログラムの改良を行う。専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の救急科研修委員会に報告する。

③指導医層へのフィードバック方法

専攻医が研修中に自己の成長を知ることは重要なので、修得状況の定期的な評価方法と時期について専攻医研修マニュアルに明示する。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技能である。専攻医は専攻医研修実績フォーマットに指導医のチェックを受け、指導記録フォーマットによるフィードバックで形成的評価を受け、年度終了直後に救急科領域専門研修プログラム管理委員会（以下、研修プログラム管理委員会）へこれらを提出する。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、総括的評価に活かすとともに、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る。

16. 修了判定について

3 年間の研修期間における年次毎の評価表および専攻医研修実績フォーマット目録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の救急科領域研修委員会が要

求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年(3 年目あるいはそれ以後)の 3 月末に研修プログラム統括責任者が研修プログラム管理委員会において評価し、委員長である研修プログラム統括責任者が修了の判定を行う。

評価項目

専攻医は、研修終了直前に専攻医研修実績フォーマットおよび指導記録フォーマットによる年次毎の評価を加味した総合的な評価を受け、専門的知識、専門的技能、医師として備えるべき態度、社会性、適性等を習得したか判定される。判定は研修カリキュラムに示された評価項目と評価基準に基づいて行う。

修了判定のプロセス

専攻医は専門研修プログラム統括責任者の修了判定を受けた後、日本専門医機構の救急科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。なお、看護師を含んだ2名以上の医療従事者からの観察記録をもとに、当該研修施設の指導責任者から各年度の中間と終了時に専攻医研修マニュアルに示す項目の評価を受ける。

17. 専門研修施設とプログラムの認定基準

専門研修基幹施設

三重大学医学部附属病院 救命救急センターは以下の専門研修基幹施設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の指定基準を満たす教育病院の水準が保証されていること。
- ②大学病院（本院および分院）、救命救急センターもしくは日本救急医学会指導医指定施設等に準ずる救急医療機関であること。
- ③倫理委員会等の臨床研究体制が確立していること。
- ④救急車受入件数が原則として年間 1,000 台以上。
- ⑤専門研修指導医数が 2 名以上。内、少なくとも 1 名は研修プログラム統括責任者の要件を満たす。
- ⑥研修内容に関する監査・調査に対応できる体制を備えていることが必要である。

専門研修連携施設

三重大学医学部附属病院救命救急センター専門研修プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の条件を満たし、かつ当該施設の専門性および地域性から専門研修基幹施設が作成した専門研修プログラムに必要とされる施設とする。

- ①都道府県知事が認定した救急告示（指定）医療機関であること。
 - ②専門研修指導医数が原則として 1 名以上。
 - ③地域の救急医療を中心的に担う施設については、専門研修施設群として十分亜教育体制が整っていれば当該施設に指導医がいなくても認定される。（施設認定は救急科領域研修医委員会が行う。）
 - ④すべての専攻医が十分な症例および手術、処置等を経験できることが保証できるように診療実績に基づいて専攻医受け入れ数の上限を定める。
- 各研修施設群の指導医あたりの専攻医受入数の上限は 1 人/年とし、一人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医数は 3 人以内とする。

専門研修施設群の構成要件

三重大学医学部附属病院救命救急センター研修プログラムの専門研修施設群は、専門研修基幹施設と専門研修連携施設が効果的に協力して一貫した指導を行うために以下の体制を整える。

- ①専門研修が適切に実施・管理できる体制である。
- ②専門研修施設は一定以上の診療実績と専門研修指導医を有する。
- ③研修到達目標を達成するために専門研修基幹施設と専門研修連携施設ですべての専門研修項目をカバーできる。
- ④専門研修基幹施設と専門研修連携施設の地理的分布に関しては、地域性も考慮し、できるだけ地域全体に分布し、地域医療を積極的に行っている施設を含む。
- ⑤専門研修基幹施設や専門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最低 1 年間に一度共有する。

専門研修施設群の地理的範囲

三重大学医学部附属病院救命救急センター研修プログラムの専門研修施設群は三重県の施設群である。施設群の中には、地域中核病院（過疎地域も含む）が入っている。

診療実績基準（専攻医受け入れ上限決定のための 1 人の専攻医が経験すべき症例数）

本プログラムでは 1 年間で 1 つの病院で研修することでおおよそ以下の必要症例数を満たすことができる。

		必要症例数
疾病分類	心停止	15 以上
	ショック	5 以上
	内因性救急疾患	45 以上
	外因性救急疾患	20 以上
	小児および特殊救急	6 以上
	小計	91
救急受入	救急車（ドクターカー、ヘリ含む）	500 以上
	そのうち救急入院患者	200 以上
	そのうち重症救急患者	20 以上

なお、法令や規定を遵守できない施設、サイトビジットにてのプログラム評価に対して、改善が行われない施設は認定から除外される。

また、上記症例数に満たないときは他施設での研修を斡旋することで十分な症例数を確保するように努める。

18. 専門研修の休止・中断、プログラム移動に関して

救急科領域研修委員会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す。

- ・ 専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う6か月以内の休暇は1回までは研修期間にカウントできる。
- ・ 疾病での休暇は6か月まで研修期間にカウントできる。
- ・ 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ある。
- ・ 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か月まで認める。
- ・ 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。
- ・ 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ない。
- ・ 他領域の専門研修プログラムにより中断した者は、中断前・後の研修プログラム統括責任者および専門医機構の救急科領域研修委員会が認めれば中断前の研修を研修期間にカウントできる。
- ・ 専門研修プログラムを移動することは、移動前・後の研修プログラム統括責任者および専門医機構の救急科領域研修委員会が認めれば可能とする。
- ・ 専門研修プログラムの内容の変更は、研修プログラム統括責任者および専門医機構の救急科領域研修委員会がその必要性を認めれば可能とする。
- ・ 専門研修プログラムとして定められているもの以外の研修を追加することは、研修プログラム統括責任者および専門医機構の救急科領域研修委員会が認めれば可能とするが研修期間にカウントすることはできない。

【別紙 1】

令和 年 月 日

三重大学医学部附属病院 救急科専門研修プログラム

願 書

プログラム統括責任者：今井 寛 殿

氏 名 ⑩

このたび、下記のとおり三重大学医学部附属病院 救命救急センター 専門研修プログラムを志願しますので許可くださるようお願いします。

記

研修期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ か月）
プログラム への 希望※	
備 考	

※ 研修内容に関して希望があれば記入してください。

【別紙2】

履 歴 書

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名				男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 才)			
連 絡 先	(〒 -) 電話 番 号 : メールアドレス : 写真貼付欄 縦 38 mm×横 30 mm 無帽上半身、正面向 きで、出願前 3 か月 以内に撮影したもの			
年 月 日	(学歴)			
	大学	学部	学科卒業	
年 月 日	(職歴・研究歴)			

【別紙3】

別紙3 各研修施設で経験すべき症例数一覧

【各研修施設で経験すべき症例数一覧】		
項目	行動目標	必要症例数
I 救急医学総論		
II 病院前救急医療		
III 心肺蘇生法・救急心血管治療	二次救命処置 緊急薬剤投与 心拍再開後集中治療管理	5例以上(必須) 5例以上(必須) 5例以上(必須)
IV ショック	各種ショックの基本初期診療	5例(必須)
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 動脈カニューレション 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) 簡単な骨折の整復と固定 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・鎮静管理	45例(必須:全項目3例以上)
	気管切開 輪状甲状間膜穿刺・切開 緊急経静脈的一時ペーシング 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モニター 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	30例(選択:各項目3例まで)

三重大学医学部附属病院 救命救急センター 専門研修プログラム

【各研修施設で経験すべき症例数一覧】		
項目	行動目標	必要症例数
VII 救急症候に対する診療	意識障害 失神 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 吐血と下血 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	30例(選択:各項目3例まで)
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 IX 外因性救急に対する診療	頭部外傷 脊椎・脊髄損傷 顔面・頭部外傷 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・減圧症等)・溺水 気道異物と食道異物 刺咬症 アナフィラキシー	20例(選択:各項目3例まで)

別紙3 各研修施設で経験すべき症例数一覧

【各研修施設で経験すべき症例数一覧】		
項目	行動目標	必要症例数
X 小児および特殊救急に対する診療	小児科領域 精神科領域 産婦人科領域 泌尿器科領域 眼科領域 耳鼻咽喉科領域	6例(選択:各項目3例まで)
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		

項目	行動目標	必要症例数
I 救急医学総論		
II 病院前救急医療		
III 心肺蘇生法・救急心血管治療	二次救命処置 緊急薬剤投与 心拍再開後集中治療管理	5例以上(必須) 5例以上(必須) 5例以上(必須)
IV ショック	各種ショックの基本初期診療	5例(必須)
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 動脈カニューレション 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) 簡単な骨折の整復と固定 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・鎮静管理	45例(必須:全項目3例以上)
	気管切開 輪状甲状間膜穿刺・切開 緊急経静脈的一時ペーシング 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	30例(選択:各項目3例まで)

