

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管理委員会について
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】 救急科専門医取得のために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、専門研修期間施設および三重県の医療機関を中心とした専門研修連携施設から構成される、三重県独自の救急科専門研修プログラムである。3年間の専門研修により、救急医療において必須となる以下の能力が備わることが目的とする。

- ① 緊急度の高い救急患者に対し、症候を問わず適切な初期診療を行うことができる。
- ② 複数患者の初期診療に同時に対応でき、優先度を意識した診療を行うことができる。
- ③ 緊急度の高い患者に対する初期診療だけでなく、重症患者への集中治療を行うことができる。
- 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 病院前診療（ドクターカー・ドクターヘリなどを含む）を経験し、消防職員等と良好なコミュニケーションをとることができる。
- ⑥ 病院前救護におけるメディカルコントロールを理解し、救急救命士・救急隊員に対し適切な指示・助言を行うことができる。
- ⑦ 災害医療において指導的立場で対応することができる（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・集中治療において、後輩医師・初期研修医・医学生等に対する教育指導を補助することができる。
- ⑨ 救急診療の科学的評価や検証を行い、学術集会での発表および科学論文の作成を行うことができる。
- ⑩ プロフェッショナリズムに基づき、最新の標準的知識・技能を継続して修得し、自らの能力を維持できる。
- ⑪ 救急患者の受け入れや診療に際し、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することができる。

このプログラムによって、優秀な救急科専門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・総合集中治療センター

プログラム統括責任者：鈴木圭

指導管理責任者：鈴木圭

指導医：石倉健、横山和人、川本英嗣、宮村岳、新貝達、伊藤亜紗実、池尻薫

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 桑名市総合医療センター

指導管理責任者：高橋直樹

② 県立総合医療センター

指導管理責任者：山本章貴

指導医：富田正樹

③ 市立四日市病院

指導管理責任者：柴山美紀根

④ 鈴鹿中央総合病院

指導管理責任者：清水重利

指導医：浅田玲緒尚

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：佐藤友昭

指導医：信岡祐

⑦ 松阪中央総合病院

指導管理責任者：星野有

指導医：谷口健太郎、岩田真

⑧ 松阪市民病院

指導管理責任者：藤永和寿

指導医：藤永和寿

⑨ 済生会松阪総合病院

指導管理責任者：近藤昭信

⑩ 伊勢赤十字病院

指導管理責任者：説田守道

指導医：大森教成、徳井俊也、田村佳久、佐藤啓太、山内洋介、堂本佳典

⑪ 尾鷲総合病院

指導管理責任者：大森隆夫

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

⑰ 愛知医科大学

指導管理責任者：渡邊栄三

3. 募集定員

毎年 10 名程度

4. 研修開始時期と期間

- ・令和 6 年 4 月 1 日～令和 9 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である。

5. 応募方法

応募資格：以下の①と②を満たすもの

- ① 日本国の医師免許証を有する。
- ② 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 6 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 6 年 10 月 1 日～令和 7 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。

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

応募書類提出先：

〒514-8507 三重県津市江戸橋 2 丁目 174

三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター 1 階事務室

願書受付 宛へ

問い合わせ先：

- ① 三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援部 専門研修センターの「募集要項」よりダウンロード (<https://www.hosp.mie-u.ac.jp/mie-ccc/senmon/boshu/>)
- ② 三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センターへメール (kyukyu6@med.mie-u.ac.jp)
- ③ 三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センターへ電話 (059-231-5119)

6. プログラム概要

三重大学医学部附属病院 救急科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・総合集中治療センターと県内外地域の中核病院である 17 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科専門医になるための研修を行うことで、日本救急医学会・日本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・総合集中治療センターにおいて研修を行い、臨床（高度救命救急医療・集中治療）、研究（臨床・基礎研究）、教育（後輩医師・初期研修医・医学生等に対する）の素養を身につける。

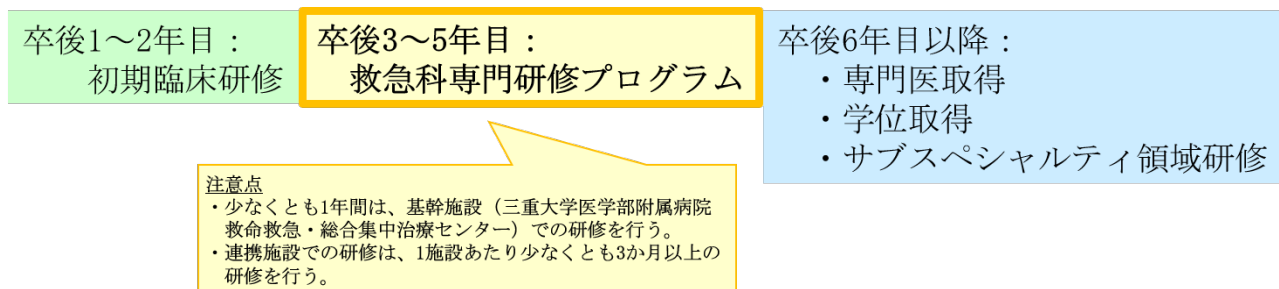
残り 2 年間の研修期間をどの施設で研修するかは上記連携施設の長およびプログラム統括責任者（鈴木圭）と相談して決定することができる。なお、上記以外の病院での研修は研修期間として扱われない可能性があるため、十分注意すること。そのため、上記以外の病院での研修を望む際は、事前にプログラム統括責任者と相談することが必要である。

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）および指導医が行い、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、救急科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。

なお、他の基本領域とのダブルボードプログラム（例：内科・外科・麻酔科・総合診療など）を希望する場合には、個人の希望に添うように研修をカスタムすることができる。実際に基本領域の 2 つの専門医取得は、日本専門医機構においても認められたもので、個人の努力によって可能である。救急科プログラムは途中で中断が可能であり、救急科プログラムを 1～2 年間履修し、次に他の基本領域のプログラムに移って研修を完了した後に、再び残りの期間だけ救急科プログラムに戻り、救急科専門医を取得することが可能である。

7. 基本的研修プラン

初期研修終了後に救急科専門研修プログラムを選択した場合の、基本的な研修プランを示す。



8. 研修例

例1 三重大学医学部附属病院で多く研修したいP先生、早くから研究に取り組みたいQ先生

1年目	2年目	3年目
三重大学医学部附属病院 (臨床)	A病院	三重大学医学部附属病院 (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った。3年目は大学院生として在学しながら研修を続けることができる。

例2 初期研修先（B病院）を含む市中病院で、多くの患者と向き合いたいR先生

1年目	2年目	3年目
B病院	C病院	三重大学医学部附属病院

この例では、初期臨床研修を行ったB病院で1年目は専門研修を受けた。その後、C病院で1～3次救急医療を幅広く研修を行い、3年目には大学病院で専門研修を受けた。

例3 6か月ごとに病院をローテート研修し、多くの病院を経験したいS先生

1年目		2年目	3年目	
D病院	A病院	三重大学医学部附属病院	E病院	F病院

この例では、1年目と3年目は2つの病院で研修を受けた。多くの病院で研修を積み、それぞれの地域における救急医療体制を経験することができた。

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できる。

ただし、専攻医は研修期間中に基幹施設以外の連携施設において研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際（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か月間を有意義に過ごすためにどの年次に3か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

例 専門研修基幹施設（三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター）での計画

	月	火	水	木	金	土	日
00:30～	救急診療（深夜帯）						
08:30～	朝カンファレンス						
	リハビリテーション・栄養ラウンド（09:30～）						
	救急診療（日勤帯）						
16:30～	夕カンファレンス					死亡症例検討会 （17:30～）	
	救急診療（準夜帯）						

※ 不定期で、教育セミナーを実施している。教育セミナーは、救急科専門医に必要な知識を補うものとする。

※ 基幹施設もしくは連携施設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（救急科専門医取得に必須のため）。

10. 労働環境、労働安全、勤務条件

本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。

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. チーム医療の実践
 - ・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. 心停止
 - ① 心停止患者に対する治療を理解し、適切に行うことができる。
 - ② 自己心拍再開に至った心停止後患者に対し、自己心拍再開後の治療を行うことができる。
 - ③ 救急搬送される心停止患者に対するメディカルコントロールの概要を説明できる。
2. ショック
 - ① ショックを分類し、適切に治療できる。
 - ② 救急搬送されるショック患者に対するメディカルコントロールの概要を説明できる。

3. 経験すべき症候

下記21症候に対し、適切な対応ができる。

- ① 意識障害 ② 失神 ③ めまい ④ 頭痛 ⑤ 痙攣
- ⑥ 運動麻痺、感覚消失・鈍麻 ⑦ 胸痛 ⑧ 動悸（不整脈を含む）
- ⑨ 高血圧緊急症 ⑩ 呼吸困難 ⑪ 咳・痰・喀血 ⑫ 吐血・下血 ⑬ 腹痛
- ⑭ 悪心・嘔吐 ⑮ 下痢 ⑯ 腰痛・背部痛 ⑰ 乏尿・無尿 ⑱ 発熱・高体温
- ⑲ 倦怠感・脱力感 ⑳ 皮疹 ㉑ 精神症候

<救急科ER領域基本的知識>

1. 急性疾病

下記8項目の症例を経験し、サマリーを作成することができる。

- 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

2. 外因性救急疾患

下記7項目の症例を経験し、サマリーを作成することができる。

- A) 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
- B) 重症熱傷・気道熱傷・化学熱傷・電撃傷
- C) 急性中毒
- D) 環境障害（熱中症・低体温症・減圧症等）・溺水
- E) 気道異物、食道異物
- F) 刺咬症
- G) アナフィラキシー

3. 専門領域との連携

下記6領域に関し、専門診療科と連携を取りながら診療にあたることができる。

- ① 小児科 ② 精神科 ③ 産婦人科 ④ 泌尿器科 ⑤ 眼科 ⑥ 耳鼻咽喉科

<救急科ER領域基本的技能>

下記15項目の知識を身につけ、適切に施行できる。

- ① 緊急気管挿管 ② 電気ショック（同期・非同期） ③ 胸腔ドレーン
- ④ 中心静脈カテーテル ⑤ 動脈カニューレーションによる動脈圧測定
- ⑥ 超音波検査（FAST含む） ⑦ 胃管の挿入と胃洗浄 ⑧ 腰椎穿刺
- ⑨ 創傷処置（汚染創の処置） ⑩ 簡単な骨折の整復と固定 ⑪ 緊急気管支鏡検査
- ⑫ 人工呼吸器による管理 ⑬ 緊急血液浄化法 ⑭ 重症患者の栄養評価と栄養管理
- ⑮ 重症患者の鎮痛・鎮静管理

<救急科ICU領域基本的知識>

下記10項目の知識を身につけ、指導医と相談しながら診療できる。

- ① 頭蓋内圧亢進
- ② 急性呼吸不全 (ARDS)
- ③ 急性心不全
- ④ 急性肝障害、急性肝不全
- ⑤ 急性腎障害
- ⑥ 敗血症
- ⑦ 多臓器不全
- ⑧ 電解質・酸塩基平衡異常
- ⑨ 凝固・線溶系異常
- ⑩ 救急・集中治療領域の感染症

<救急科ICU領域基本的技能>

- ・ 下記20項目の知識を身につけ、指導医による指導の下で適切に施行できる。
- ・ 本プログラム専攻医には優先的に経験できるよう配慮する。基幹施設（三重大学医学部附属病院救命救急・総合集中治療センター）には、内科・外科・整形外科・麻酔科・集中治療などの専門医取得者が在籍しているため上記の専門的な処置を学ぶことが可能である。

- ① 気管切開
- ② 輪状甲状間膜穿刺・切開
- ③ 緊急経静脈的一時ペーシング
- ④ 心嚢穿刺・心嚢開窓術
- ⑤ 開胸式心マッサージ
- ⑥ 肺動脈カテーテル挿入
- ⑦ IABP導入管理
- ⑧ PCPS導入管理
- ⑨ 大動脈遮断用バルーンカテーテル挿入
- ⑩ 消化管内視鏡による検査と処置
- ⑪ イレウス管挿入
- ⑫ SBチューブ挿入管理
- ⑬ 腹腔穿刺・腹腔洗浄
- ⑭ ICPモニタ挿入
- 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

<救急科病院前救護コース等への参加、および救急処置の普及>

BLS, ICLS, ACLS, JATEC, JPTEC, ISLS, FCCS, MCLS等へのコースへ、積極的に参加を促す。また、余裕があればインストラクター・アシスタントとして参加してもよい。

これらのコースに加えて、三重大学医学部附属病院スキルズラボ等におけるトレーニングにより、緊急病態に対する救命スキルを習得する。

<災害医療基本的知識・技能>

災害医療システムに関し、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、知識・技能を幅広く習得する。

<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。外傷・集中治療・麻酔科学などの知識も勿論必要ではあるが、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）、救急医学を学ぶことはできない。そのため、内科学や外科学を会得することを本プログ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すことが可能である。

【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

臨床能力の面では、専門研修1年目と習得すべき研修内容と大きな変わりはない。

- ・ 基本的診療能力（コアコンピテンシー）
- ・ 救急科ER領域応用的知識・技能
- ・ 救急科ICU領域応用的知識・技能
- ・ 救急科病院前救護コース等への参加、および救急処置の普及
- ・ 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

2年目には、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年目は1年目と違い、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」やe-Learningなどを活用して、より広く・深く学習する必要がある。そのため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、専門研修1, 2年目と習得すべき研修内容と大きな変わりはないが、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
- ・ 救急科病院前救護コース等への参加、および救急処置の普及
- ・ 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、専門研修3年目では、学術的なサポートを積極的に行う。例示すると、

- ① 国内外の学術集会で発表等の活動を支援する。
- ② リサーチマインドのある者には、臨床研究と基礎研究の両面からサポートする。

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。

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（連携施設）、専門研修指導医、専門研修プログラム管理委員会で行う。
- 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
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
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、専門研修プログラム管理委員会へ報告する。
- 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善を行う。

14. 専門研修プログラム管理委員会について

- 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（指導管理責任者またはその代理）が置かれる。
- ③ 専門研修プログラム管理委員会は、基幹施設および連携施設担当者と、6か月毎に1回以上の委員会を開催する。
- ④ 専門研修プログラム管理委員会では、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善を行い、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 救急科専門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、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門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。その評価に基づいて、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領域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であり、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・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、年度終了直後に専門研修プログラム管理委員会へこれらを提出する。専門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て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基づいて、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専門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、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・総合集中治療センターは、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 救急科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な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 年あたり 1 人とし、1 人の指導医が同一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 救急科専門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 1 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 救急科研修プログラムの専門研修施設群は、多くが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、1人の専攻医が経験すべき症例数）

三重大学医学部附属病院 救急科研修プログラムでは、1年間で1つの病院を研修することで、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・ドクターヘリ含む）	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：鈴木 圭 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 救急科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いたします。

記

研修期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (年 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 40 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】 救急科専門医取得のために経験すべき症例数一覧

A) 経験すべき症候

a	心停止 (蘇生チームリーダー・MC 体制下の指示)	各 5 例 (必須) 合計 15 例
	心停止 (緊急薬剤投与)	
	心停止 (心拍再開後の集中治療管理)	
b	ショック	5 例 (必須)
c	意識障害	各 3 例まで (選択) 合計 30 例以上
	失神	
	めまい	
	頭痛	
	痙攣	
	運動麻痺、感覚消失・鈍麻	
	胸痛	
	動悸 (不整脈を含む)	
	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		

三重大学医学部附属病院 救急科専門研修プログラム (2025 年)

B) 経験すべき病態

a	頭蓋内圧亢進	各 3 例まで (選択) 合計 20 例以上
	急性呼吸不全 (ARDS)	
	急性心不全	
	急性肝障害、肝不全	
	急性腎障害	
	敗血症	
	多臓器不全	
	電解質・酸塩基平衡異常	
	凝固・線溶系異常	
	救急・集中治療領域の感染症	
b	頭部外傷	各 3 例まで (選択) 合計 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・電撃症	
	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、食道異物	
	刺咬症	
アナフィラキシー		
c	小児科領域の救急患者	各 3 例まで (選択) 合計 6 例以上
	精神科領域の救急患者	
	産婦人科領域の救急患者	
	泌尿器科領域の救急患者	
	眼科領域の救急患者	
	耳鼻咽喉科領域の救急患者	

C) 経験すべき手技

a	緊急気管挿管	術者として 各 3 例 (必須) 合計 45 例以上
	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	
	動脈カニューレーションによる動脈圧測定	
	緊急超音波検査 (FAST 含む)	
	胃管の挿入と胃洗浄	
	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と栄養管理	
	重症患者の鎮痛・鎮静管理	
b	気管切開	術者または助手として 各 3 例まで (選択) 合計 30 例以上
	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 導入管理	
	PCPS 導入管理	
	大動脈遮断用バルーンカテーテル挿入	
	消化管内視鏡による検査と処置	
	イレウス管挿入	
	SB チューブ挿入管理	
	腹腔穿刺・腹腔洗浄	
	ICP モニタ挿入	
	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		

