

岩手医科大学附属病院 救急科専門研修プログラム

(2026 年度版)

岩手医科大学附属病院救急科専門研修プログラム

目 次

序章. 岩手医科大学附属病院救急科について

I. 理念と使命

1. 救急科専門医制度の理念 3
2. 救急科専門医の使命 3
3. 本研修プログラムで得られること 4

II. 救急科専門研修の実際

1. 研修方法 5
2. 研修プログラムの実際 6
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など） 21
4. 学問的姿勢の習得 22
5. コアコンピテンシー、倫理性、社会性などの習得 22
6. 研修施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方 23
7. 年次ごとの研修計画 24
8. 専門研修の評価について 25
9. 研修プログラムの管理体制について 26
10. 専攻医の就業環境について 28
11. 専門研修プログラムの評価と改善方法 28
12. Subspecialty 領域との連続性について 29
13. 救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修 等 29
14. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について 30
15. 専攻医の採用と修了 31
16. 救急科専門医の取得に向けて 33

【基幹施設】 岩手医科大学附属病院救急科について

岩手医科大学の救急医療取り組みの歴史

- | | |
|-------|---|
| 1962年 | 有志医師団が救急医療の必要性を訴え、現在の内丸メディカルセンター地下に急患室を設置し、夜間休日の救急患者の診療を行うようになる。 |
| 1972年 | 受診患者数が年間一万人を越す状況となり、急患室の狭さやスタッフ不足などに苦慮する。 |
| 1974年 | 窮状を見かねた医師団が、救急医療体制の充実を求めて、岩手県、盛岡市、県立中央病院、医師会などに対してその改善と整備を要望。結果、学長と県知事のトップ会談が実現し、救急医療体制整備計画が急速に進展する。 |
| 1975年 | 厚生省（厚生労働省）が救急対策実施要項を示す。 |
| 1976年 | 厚生大臣の諮問機関である救急医療懇談会が、「当面とるべき救急医療対策について」提言。現行の一次、二次、三次外来の救急医療体制の枠組みができ、さらに救急医学の研究・教育体制の充実が重要視される。 |
| 1980年 | 11月1日、開設者は岩手県、運営は岩手医科大学が担うという全国に類をみない官民共同の救命救急センターがオープン。 |
| 1996年 | 地域に密着した診療実績が厚生省から高く評価され、 <u>広範囲熱傷・中毒・四肢切断などの特殊患者を受け入れる「高度救命救急センター」に認定</u> 。これは、全国にある150カ所の救命救急センターのなかで7番目であり、東北・北海道では最初の認定でとなる。 |

救急医学は医学の原点であり

救急医療は医療の原点である

近年「いつでも、どこでも、だれでも、良い医療を」と叫ばれる時代であり、そのためにはどんな救急病態にも対応できるジェネラリストとしての救急科専門医の育成が非常に重要となります。

当科は、完結型高度救命救急センターとして初期治療から高度医療まで積極的に取り組み、救急医療のリーダー的存在として良質の医療を提供できる医師の育成と、次代を担う医学生、病院まで命を繋いでくれる救急救命士の教育に力を入れています。

I. 理念と使命

1. 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、すなわち患者が手遅れとなる前に診療を開始することが重要です。しかし、救急患者が発生した段階では緊急性の程度や罹患臓器も不明なため、患者の安全確保には、いずれの病態の緊急性にも対応できる専門医が必要です。そのためには、救急搬送患者を中心に診療を行い、急病、外傷、中毒など、原因や罹患臓器の種類に関わらず全ての緊急性に柔軟に対応する専門医の存在が国民にとって重要になります。

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。

本研修プログラムを修了した専門医は、急病や外傷の種類、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ながら、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出来るようになります。また、急病で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合や、外傷や中毒といった外因性疾患でも、初期治療から継続して中心的役割を担うことが可能です。さらに地域の救急医療体制、とくに救急搬送(プレホスピタル)と医療機関との連携の維持・発展、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になります。

臨床研修に引き続いて専門研修を行う場合は、プログラム制を原則とします。

2. 救急科専門医の使命

救急科専門医の社会的債務は、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す。

さらに、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が使命です。

3. 本研修プログラムで得られること

専攻医は本研修プログラムによる専門研修により以下の能力を備えることができます。知識、技能、態度が備わった救急科専門医が全国に整備され、我が国の救急医療を担うことになれば、病院前から病院内までシームレスな標準的医療が、患者の緊急度に応じて迅速かつ安全に供給されます。その結果、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ます。

- 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) ほか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。



II. 救急科専門研修の実際

1. 研修方法

専攻医には、以下の3つの学習方法で専門研修を行っていただきます。

1) 臨床現場での学習

経験豊富な指導医が中心となり、救急診療や実地修練（on-the-job training）を中心に、広く臨床現場での学習をしていただきます。

- ① 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の能力向上に努め、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。
- ② 抄読会・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に基づいた救急診療能力の向上を目指す。
- ③ Hands-on-trainingとして積極的に手術・処置の助手を経験する。その際に術前のイメージトレーニングと術後の詳細な手術・処置記録の記載により、経験を自己の成長につなげる。
- ④ 設備や教育ビデオなどを利用して、手術・処置の技術を習得する。
- ⑤ ICLS(AHA/ACLSを含む)コースに加えて、臨床現場でもシュミ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。

2) 臨床現場を離れた学習

専門研修期間中、研修カリキュラムに沿って、救急医学に関連する学会や講習会などに参加し、国内外の標準的治療や先進的・研究的治療を学習していただきます。参加費用の一部は研修プログラムで負担いたします。

- ① 日本救急医学会を含む救急医学に関する学術集会、セミナー、講演会への参加
- ② JATEC、JPTEC、ICLS（AHA/ACLSを含む）コースの履修 ※ICLSコースは必須
- ③ 研修施設もしくは日本救急医学会やその関連学会が開催する認定された感染対策・倫理・安全に関する講習 ※それぞれ少なくとも1回の参加が必須

3) 自己学習

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準備する「救急診療指針」、e-Learningなどを活用した学習を病院内や自宅で利用できる機会を提供します。

2. 研修プログラムの実際

本専門研修プログラムは、各専攻医の希望を考慮し、個々の基本モジュールの内容を吟味した上で、基幹施設・連携施設のいずれの施設からの開始に対しても対応できるような研修コースです。

本専門研修プログラムによる救急科専門医取得後には、サブスペシャリティ領域である「集中治療医学領域専門研修プログラム」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す。

また、本専門研修プログラム管理委員会は、基幹研修施設である岩手医科大学附属病院の初期臨床研修を行う医師卒後臨床研修センターと協力し、大学卒業後2年以内の初期研修医の希望に応じて、将来、救急科を目指すための救急医療に重点を置いた初期研修プログラム作成にもかかわっています。

① 研修期間：3年

「年次ごとの研修計画」を参照してください。

② 応募開始時期：11月頃～

専門研修プログラムに応募するためには専攻医登録が必要です。
詳しくは日本専門医機構のホームページを参照してください。

③ 専門医の受け入れ数：最大5名

全ての専攻医が十分な症例および手術・処置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入数の上限を定めています。

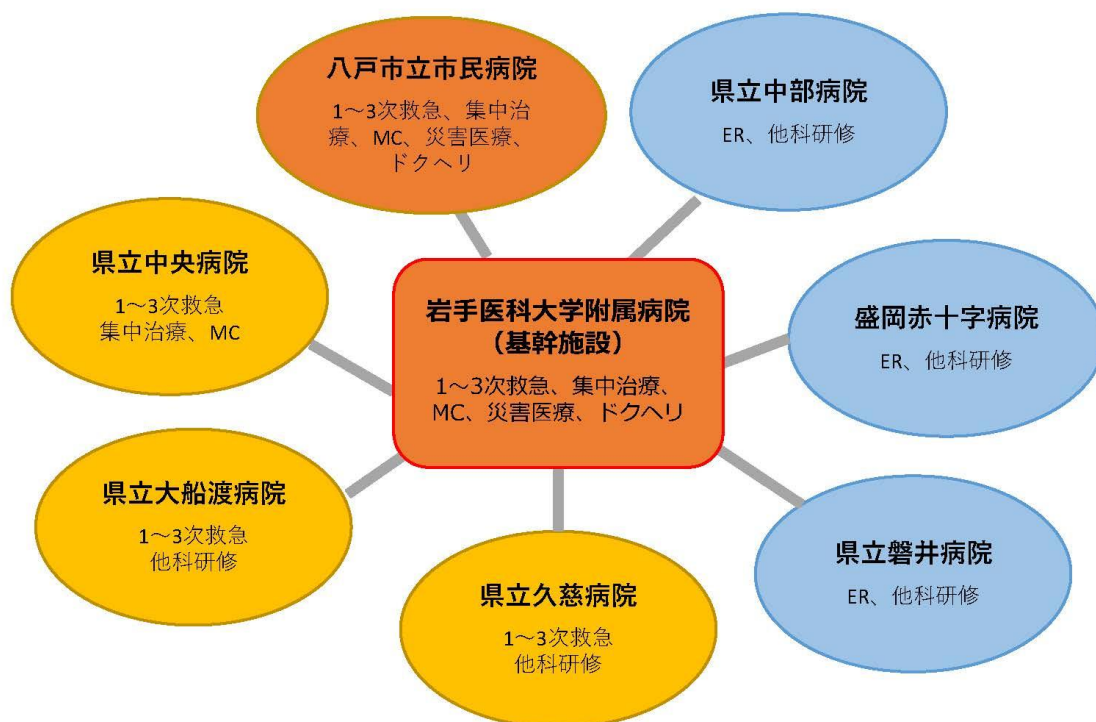
日本救急医学会の基準では、各研修施設群の指導医あたりの専攻医受入数の上限は1人/年とし、一人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医は3人以内となっています。また、過去3年間における研修施設群のそれぞれの施設の専攻医受入数を合計した平均の実績を考慮し、次年度はこれを著しく超えないようにとされています。

本研修プログラムでは、過去3年間で合計4名の救急科専門医を育ててきた実績を考慮して、毎年の専攻医受入数上限を5名とします。

- ⑤ **研修施設群**：岩手県、青森県にある下記の施設で専門研修施設群を構成します。
 連携施設は診療実績基準を満たしています。また、施設群は救命救急センターや災害拠点病院が含まれます。

専門研修基幹施設	岩手医科大学附属病院
専門研修連携施設	岩手県立中央病院
	岩手県立中部病院
	岩手県立久慈病院
	岩手県立磐井病院
	岩手県立大船渡病院
	盛岡赤十字病院
	八戸市立市民病院

研修施設の概要については次項以降を参照してください。



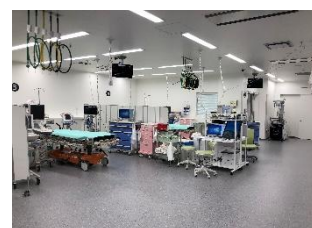
A. 岩手医科大学附属病院（基幹研修施設）



岩手県紫波郡矢巾町医大通
2丁目1-1



- 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）、災害拠点病院、ドクターカー・ドクターヘリ配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核病院、他
- 2) **指導者：**救急科指導医 1名、救急科専門医 5名、その他の診療科医師（消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、脳神経内科、脳神経外科、整形外科、外科、泌尿器科）
- 3) **救急車搬送件数：**年 3,715 件 ※ヘリ搬送を含む
- 4) **研修部門：**高度救命救急センター
- 5) **研修領域**
 - i クリティカルケア、重症患者に対する診療
 - ii 病院前救急医療（MC、ドクターカー、ドクターヘリ）
 - iii 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - iv ショック
 - v 重症患者に対する救急手技・処置
 - vi 救急医療の質の評価・安全管理
 - vii 災害医療
 - viii 救急医療と医事法制
- 6) **研修内容**
 - i 外来症例の初療
 - ii 入院症例の管理
 - iii 病院前診療
- 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：**岩手医科大学の規定による
- 9) **身分：**専門研修医（常勤医師）



- 10) **勤務時間**：8時30分～17時00分（土曜日は12時30分まで）
- 11) **社会保険**：労働者災害保険、健康保険、年金保険、雇用保険
- 12) **宿舎**：岩手医科大学レジデントハイム入居可。詳しくは下記 URL を参照して下さい。
<https://www.hosp.iwate-med.ac.jp/resident/臨床研修医等宿舎の利用申し込みについて/>
- 13) **専攻医室**：専用の設備はありませんが、救命救急センター医局内に個人スペース（机、椅子、書棚）が充てられます。
- 14) **健康管理**：健康診断 年1回。各種予防接種。
- 15) **医師賠償責任保険**：病院加入あり。個人では日本医師会や各学会の保険に加入してください（任意加入）。
- 16) **臨床現場を離れた研修活動**：救急医学・救急医療関連医学会（日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、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など）の学術集会（地方会を含む）に1回以上参加し、論文発表を行っていただきます。参加費や論文投稿料は全額支給いたします。

17) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
勤務時間内 (8:30～ 17:00)	チームカンファレンス・回診					日直・当直 ※第1・4土曜 日午前は病院 通常診療
	救急外来対応、病棟管理、ドクターヘリ搭乗業務 自己研究、自己学習					
時間外	12:00～13:00 医局会 症例カンファ					
	当直（土・日あわせて平均月2回）					

B. 岩手県立中央病院（連携施設）



岩手県盛岡市上田 1 丁目 4-1

- 1) **救急科領域関連病院機能**：救命救急センター、日本医療機能評価機構 高度・専門機能（救急医療・災害医療）認定病院、地域災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核病院
- 2) **指導者**：救急科専門医 3 名、その他の専門診療科専門医（総合内科専門医・指導医 20 名、外科専門医・指導医 21 名、麻酔科専門医・指導医 9 名）
- 3) **救急車搬送件数**：7,500 件/年
- 4) **救急外来受診者数**：17,680 人/年
- 5) **研修部門**：救急センター、ICU・HCU、放射線診断科、呼吸器センター、整形外科、脳神経センター、消化器センター、循環器センター、腎センター
- 6) **研修領域**
 - i 救急室における救急外来診療（クリティカルケア、重症患者の診療を含む）
 - ii 整形外科的救急手技・処置、入院診療
外科・消化器外科的救急手技・処置、入院診療
呼吸器外科的救急手技・処置、入院診療
脳神経外科的救急手技・処置、カテーテル治療の基本、入院診療
 - iii 救急画像読影、緊急 IVR 手技
 - iv 内因性救急（消化器・循環器）に関する救急手技・処置、入院診療
 - v ICU・HCU における入院診療
 - vi 自院の成績をまとめて救急医療の質の評価を行う。
 - vii 救急専門ナースと協力、トリアージなど安全管理
 - viii 院内災害訓練（年 2 回）、院内消防訓練（年 2 回）、盛岡市防災訓練、岩手県災害訓練、DMAT 参集訓練等に中心メンバーとして積極的に参加
 - ix 事後検証を行っている救急幹部の補佐を通じて地域メディカルコントロール活動を学んだり、救急隊との事例検討に積極的に参加・発表する。
 - x 救急医療と医事法制
- 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) 週間スケジュール：ローテートする診療科により異なるが、一例としてERローテート（研修開始1ヶ月目の基幹研修（院内事情にも慣れる））中の診療の場合を示す。

	月	火	水	木	金	土・日
9:00～	申し送り・症例振り返り					
10:00～	ER診療					
12:00～	ER診療					
18:00～	申し送り			申し送り		
19:00～	症例振り返り	救急当直		症例振り返り		
翌8:00		(ER診療)				

C. 岩手県立中部病院（連携施設）



岩手県北上市村崎野
第17地割10

- 1) **救急科領域関連病院機能**：地域二次救急医療圏
- 2) **指導者**：救急科専門医 1名、その他の専門診療科医師（外科、整形外科、脳神経外科、放射線科、消化器内科、循環器内科ほか）
- 3) **救急車搬送件数**：3,946/年
- 4) **研修部門**：救急外来、他専門科外来・病棟（外科、整形外科、麻酔科、放射線科、消化器内科、循環器内科ほか）
- 5) **研修領域**
 - i 外科的・整形外科的救急手技、処置
 - ii 重症患者に対する救急手技、処置
 - iii 救急心血管治療
- 6) **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
- 7) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
8:00～	病棟回診					
9:00～	外来・病棟症例レビュー					
10:00～	病棟業務 ER初療	救急外来 (ER)	ER症例検討会	病棟業務 ER初療		ER勤務 (シフト制)
18:00～			CCUカンファ CPC(1/月)			

D. 岩手県立久慈病院（連携施設）



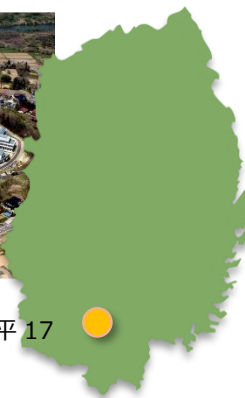
- 7) **救急科領域関連病院機能**：救命救急センター
- 8) **指導者**：救急科専門医 1名、その他の専門診療科医師（外科、整形外科、脳神経外科、循環器内科、消化器内科、小児科ほか）
- 9) **救急車搬送件数**：1,605/年
- 10) **研修部門**：救急外来、他専門科外来・病棟（眼科・小児科・耳鼻咽喉科ほか）
- 11) **研修領域**
- i 一般的な救急手技・処置
 - ii 急症候に対する診療
 - iii 急性疾患に対する診療
 - iv 外因性救急に対する診療
 - v 小児および特殊救急に対する診療
- 9) **施設内研修の管理体制**：救急科領域専門研修管理委員会による
- 10) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
7:00～	心電図カンファ				臨床レクチャー	救命救急センター勤務 (シフト制)
8:00～	救命救急センター朝ミーティング					
9:00～	病棟回診					
10:00～	救急センター勤務			ランチミーティング		
16:00～	救命救急センター症例検討					
17:00～	SCUカンファ CPC (1/月) 死亡症例カンファ	整形X線カンファ (1/月)		外科レクチャー (第4週)		

E. 岩手県立磐井病院（連携施設）



岩手県一関市狐禅寺字大平 17



- 1) **救急科領域関連病院機能**：地域二次救急医療機関
- 2) **指導者**：救急科専門医 3名、その他の専門診療科医師（外科、整形外科、脳神経外科、放射線科、消化器内科、循環器内科ほか）
- 3) **救急車搬送件数**：2,652/年
- 4) **研修部門**：救急外来、他専門科外来・病棟（外科、整形外科、麻酔科、放射線科、消化器内科、循環器内科ほか）
- 5) **研修領域**
 - i 外科的・整形外科的緊急手技、処置
 - ii 重症患者に対する救急手技、処置
 - iii 救急心血管治療
- 6) **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
- 7) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
8:30～	カンファランス					
9:00～	病棟回診					
10:00～	救急外来勤務					病棟・救急 外来勤務 (シフト制)
17:00～	病棟回診					

F. 岩手県立大船渡病院（連携施設）



岩手県大船渡市大船渡町
字山馬越 10 番地 1

- 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 1 名、その他の専門診療科医師（外科、整形外科、脳神経外科、消化器内科、循環器内科ほか）
- 3) **救急車搬送件数**：2,843/年
- 4) **研修部門**：救命救急センター
- 5) **研修領域**
 - i 外科的・整形外科的救急手技、処置
 - ii 外因性救急に対する診療
 - iii 心肺蘇生法、救急心血管治療
 - iv ショック
 - v 重症患者に対する救急手技、処置
- 6) **施設内研修の管理体制**：救急医療推進委員会
- 7) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
～8:30			8:00 脳外科症例検討			
	8:30 救命救急センターミーティング					救命救急センター日直 (月1～2回)
9:00～ 17:15	救命救急センター勤務					
			15:00 外科症例検討			
17:15～			18:00 救急症例検討 各科救急講義			
	救命救急センター当直 (週1回)					

G. 盛岡赤十字病院（連携施設）



- 1) **救急科領域関連病院機能**：地域二次救急医療機関
- 2) **指導医**：救急科専門医 1 名、その他の専門診療科医師（外科、脳神経外科、整形外科、消化器内科、循環器内科等）
- 3) **救急車搬送件数**：1,923/年
- 4) **研修部門**：救急外来、ほか専門科外来・病棟（脳神経外科、整形外科ほか）
- 5) **研修領域**
 - i 一般的な救急手技、処置
 - ii 救急症候に対する診療
 - iii 急性疾患に対する診療
 - iv 外因性救急に対する診療
- 6) **施設内研修の管理体制**：救急災害医療対策委員による
- 7) **週間スケジュール**

	月	火	水	木	金	土・日
8：00～	8：00 死亡症例検討会（2/月） 8：30 外来・病棟症例報告					8：30 外来・病棟 症例報告
9：00～	病棟回診					病棟・救急 外来勤務 （シフト制）
10：00～	病棟業務					
11：00～ 17：00	救急外来初療				13：00 医局カンファ	
	16：30 回診 指導医によるteaching round					

H. 八戸市立市民病院（連携施設）



- 1) **救急科領域関連病院機能**：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）協議会仲介施設
- 2) **指導医**：救急科指導医 3 名、専門医 13 名
- 3) **救急車搬送件数**：6,702 件/年
- 4) **救急外来受診者数**：18,511 人/年
- 5) **研修部門**：救命救急センター（救急室、集中治療室、救命救急センター病棟）
- 6) **研修領域**
 - i 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）
 - ii 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - iii 重症患者に対する救急手技・処置
 - iv 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
 - v 救急医療の質の評価・安全管理
 - vi 地域メディカルコントロール（MC）
 - vii 災害医療
 - viii 救急医療と医事法制
- 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) 週間スケジュール（救急診療とICU・病棟診療は6か月ずつ別チームで行動する）

	月	火	水	木	金	土・日
AM	ER、ICU申し送り					
	カンファレンス					
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予定、行事説明 ・ ER、CCM説明 ・ 病理解剖報告（年間25～40件） ・ 救命病棟回診（症例検討会） 					
PM	申し送り					
	夜間当直（申し送り）					

※ドクターヘリ（8：30～17：00）（要請から出動まで4分）

ドクターカー（8：00～23：00）（要請から出動まで2分）

当番医は上記の診療と並行して常に出動待機態勢をとる。

※死亡症例検討会は水曜日（7：30～8：10）

※救急車同乗実習は毎週火曜日（17：00～23：00）

⑥ 研修プログラムの基本モジュール

基本モジュールごとの研修期間は、すべての救急症例の病院前診療・初期診療・集中治療（クリティカルケア）を12ヵ月、ER診療部門を12ヵ月、総合診療、地域診療、希望に応じた他科（外科・整形外科・脳外科・麻酔科・循環器内科・小児科・放射線科）研修を3ヵ月から最大12ヵ月まで取り組むことが可能です。

総括すると下記3つのモジュールが研修プログラムの基本となります。

- クリティカルケア（基幹研修施設6ヵ月以上を含む） 12ヵ月
- ER研修（オプションとしてドクターヘリ、災害医療研修） 12ヵ月
- 修練希望領域に基づく他科研修 3～12ヵ月

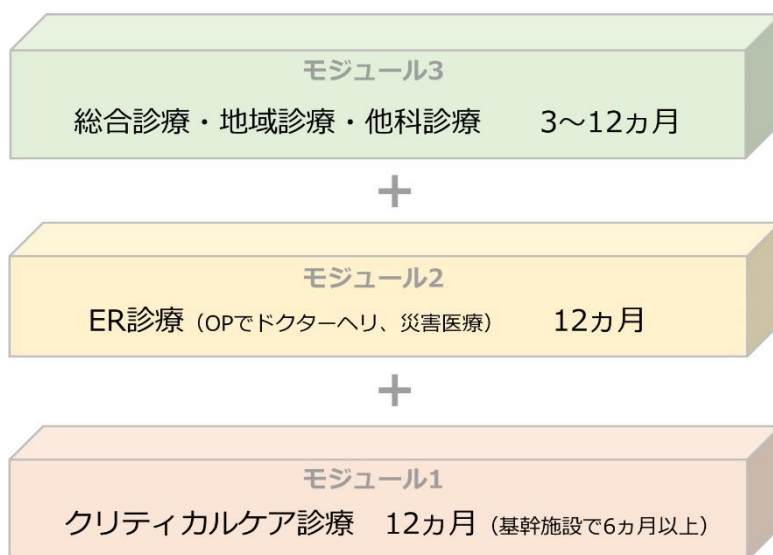


図) プログラムの概要

⑦ 各研修施設で経験可能な項目と経験すべき症例数一覧

A:岩手医科大学附属病院（基幹施設） B:県立中央病院 C:県立中部病院 D:県立久慈病院
E:県立磐井病院 F:県立大船渡病院 G:盛岡赤十字病院 H:八戸市立市民病院

0	項目	行動目標	症例数	A	B	C	D	E	F	G	H	
I	救急総論											
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				×					×	
IV	ショック 必須	各種ショックの基本初期診療	5例								×	
V	救急初期診療											
VI	救急手技・処置	緊急気管挿管	必須 45例 全項目3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										
		動脈カニューレシオン										
		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										
		気管切開	選択 30例 各項目3例まで									
		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						×	×	×	×	×		

A:岩手医科大学附属病院（基幹施設） B:県立中央病院 C:県立中部病院 D:県立久慈病院
E:県立磐井病院 F:県立大船渡病院 G:盛岡赤十字病院 H:八戸市立市民病院

項目	行動目標	症例数	A	B	C	D	E	F	G	H	
VII 救急症候に対する診療	意識消失	<input type="checkbox"/> 選択 30例 各項目3例まで									
	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・咯血										
	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					×				×		
VIII 急性疾患に対する診療	神経系疾患	<input type="checkbox"/> 選択 15例 各項目3例まで									
	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	<input type="checkbox"/> 選択 20例 各項目3例まで									
	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)										
	気道異物と食道異物										
	刺咬症										
アナフィラキシー											

A:岩手医科大学附属病院（基幹施設） B:県立中央病院 C:県立中部病院 D:県立久慈病院
E:県立磐井病院 F:県立大船渡病院 G:盛岡赤十字病院 H:八戸市立市民病院

項目	行動目標	症例数	A	B	C	D	E	F	G	H
X 小児および 特殊救急に対する診療	小児科領域	選択 6例 各項目3例まで								
	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									
XI 重症患者に対する診療	頭蓋内圧亢進の管理	選択 20例 各項目3例まで								
	急性呼吸症候群(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 救急医療と医事法則										
XV 医療倫理										

3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

別紙の救急科カリキュラムに沿って、カリキュラム I～XV の領域の専門知識を習得していただきます。

知識の要求水準は、研修終了時に単独での救急診療を可能にすることを基本とするように必修水準と努力水準に分けられています。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

研修カリキュラムに沿った救命処置、診療手順、診断手技、手中治療手技、外科手技などの専門技能を習得していただきます。

これらの技能は、単独で実施できるものと、指導医のもとで実施できるものに分けられています。

3) 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

① 経験すべき疾患・病態

専攻医が経験すべき疾患、病態は、必須項目と努力目的とに区分されています。

これらの疾患・病態はすべて、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで経験することができます。

② 経験すべき診察・検査等

経験すべき診察・検査等は、必須項目と努力目標とに区分されています。

これらの診察・検査等は全て、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで経験することができます。

③ 経験すべき手術・処置等

経験すべき手術・処置の中で、基本となる手術・処置については術者として実施できることが求められます。それ以外の手術・処置については、助手として実施を補助できることが求められています。

研修カリキュラムではそれぞれの実施経験の必要最低数が決められています。

これらの診察・検査等は全て、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで術者もしくは助手として経験することができます。

④ 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）

原則として、連携施設（県立中央病院、県立中部病院、県立久慈病院、県立磐井病院、県立大船渡病院、盛岡赤十字病院）で3ヶ月以上研修し、地域医療における医師偏在の解消に努めていただきます。

また、消防組織との事後検証委員会への参加や指導医のもとでの特定行為指示などにより、地域におけるメディカルコントロール活動に参加していただきます。

⑤ 学術活動

研修期間中、少なくとも1回以上、救急科領域の学会発表（筆頭）と救急医学に関する論文発表をしていただきます。日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などで経験症例を登録することにより、論文発表に変えることができます。

4. 学問的姿勢の習得

救急科領域の専門研修プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために最先端の医学・医療を理解すること、科学的思考法を体得することを重視しています。研修期間中に以下の内容を通じて学問的姿勢の習得をしていただきます。

- 1) 医学、医療の進歩に追従すべく常に自己学習し、新しい知識を習得する姿勢を指導医より伝授します。
- 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していただきます。
- 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を実践する指導医の姿勢を学んでいただきます。
- 4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を執筆していただきます。指導医が共同発表や共著者として指導いたします。
- 5) 外傷登録や心停止登録などの研究に貢献するため、経験症例を登録していただきます。この症例登録は論文発表の代わりとして用いることが出来ます。

5. コアコンピテンシー、倫理性、社会性などの習得

救急専門医としての臨床能力（コンピテンシー）には、医師としての基本的診療能力（コアコンピテンシー）と救急医としての専門知識・技術が含まれています。専攻医には研修期間中に以下を習得するよう努めていただきます。

- 1) 患者への接し方に配慮し、患者やスタッフとのコミュニケーション能力を磨くこと
- 2) 自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たし、周囲から信頼されること（プロフェッショナリズム）
- 3) 診療記録の的確な記載ができること
- 4) 医の倫理、医療安全等に配慮し、患者中心の医療を実践できること
- 5) 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習得すること
- 6) チーム医療の一員として行動すること
- 7) 後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行うこと

6. 研修施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方

1) 専門研修施設群について

本プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために最新の医学・医療を理解すること、科学的思考法を体得することを重視しています。具体的には、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持つことができるように、研修施設群の中に臨床研究あるいは基礎研究を実施できる体制を備えた施設を含めています。

各研修施設は、基幹施設が定めた研修プログラムに協力して専攻医の指導にあたります。具体的には、基幹施設または連携施設で、研修スケジュールに沿って合計2年以上の研修をしていただきます。専攻医の情報は6ヶ月ごとに共有され、救急症例の分野の偏りがなにかどうか、専攻医が必要とする全ての疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等を経験できるかどうかの検証を行います。

各連携施設は、年度ごとに診療実績を基幹施設の救急科専門研修プログラム管理委員会へ報告しています。

なお、研修施設群を構成する病院は、地域による医師偏在を解消するため、都市部の病院だけで構成しないようにしています。

2) 地域医療・地域連携への対応

① 専門研修基幹施設（岩手医科大学附属病院）から地域の救急医療機関（県立中央病院、県立中部病院、県立久慈病院、県立磐井病院、県立大船渡病院、盛岡赤十字病院）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、地域医療の実状と求められる医療について学びます。

3か月以上経験することを原則としています。

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、事後検証などから病院前救護の実状について学びます。

③ ドクターカーやドクターヘリ（岩手医科大学附属病院）で指導医とともに救急現場に出動し、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びます。

3) 指導の質の維持と研修基幹施設と連携施設における指導の共有化

研修基幹施設が専門研修プログラムで研修する専攻医を集めた講演会や hands-on-seminar などを開催し、研修基幹施設と連携施設の教育内容の共通化を図っています。更に、日本救急医学会やその関連学会が準備する講演会や hands-on-seminar などへの参加機会を提供し、教育内容の一層の充実を図っています。

7. 年次ごとの研修計画

岩手医科大学附属病院救急科専門研修の施設群において、専門研修の期間中、カリキュラムに示す疾患・病態、診察・検査、手術・処置の基準数を経験していただきます。

年次ごとの研修計画を以下に示します。

ER、ICU、病院前救護・災害医療等は年次に拘わらず弾力的に研修します。

必須項目を中心に、知識・技能の年次ごとのコンピテンシーの到達目標（例 A:指導医を手伝える、B:チームの一員として行動できる、C:チームを率いることが出来る）を定めています。

研修施設群の中で研修基幹施設および研修連携施設はどのような組み合わせと順番でローテーションしても、最終的には指導内容や経験症例数に不公平がないように十分に配慮いたします。研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、研修基幹施設の研修プログラム管理委員会が見直して、必要があれば修正させていただきます。

専門研修 1 年目

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

専門研修 2 年目

- ◇ 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

専門研修 3 年目

- ◇ 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

	1 年目	2 年目		3 年目	
A	岩手医科大学	岩手医科大学		県立中央病院	
B	岩手医科大学	八戸市立市民病院		岩手医科大学	
C	岩手医科大学	岩手医科大学		盛岡赤十字病院	岩手医科大学
D	県立中央病院	県立中部病院	岩手医科大学	岩手医科大学	
E	八戸市立市民病院	岩手医科大学		県立磐井病院	県立久慈病院

表. 研修施設郡ローテーション案（専攻医5人の場合）

8. 専門研修の評価について

1) 形成的評価

専門医が研修中に自己の成長を知ることは重要です。

習得状況の形成的評価による評価項目は、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す。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ていただきます。

次に、指導医から受けた評価結果を、年度の間と年度終了直後に研修プログラム管理委員会に提出していただきます。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ます。

2) 総括的評価

① 評価項目・基準と時期

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ごと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ます。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われます。

② 評価責任者

年次毎の評価は当該研修施設の指導責任者および研修管理委員会が行います。専門研修期間全体を総括しての評価は、専門研修基幹施設の専門研修プログラム統括責任者が行います。

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われます。修了判定には専攻医研修実績フォーマットに記載された経験すべき疾患・病態、診療・検査等、手術・処置等の全ての評価項目についての自己評価および指導医等による評価が研修カリキュラムに示す基準を満たす必要があります。

④ 他職種評価

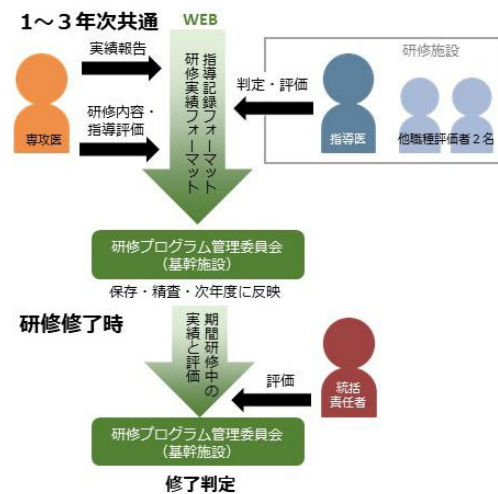
特に態度について、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW 等の他職種のメディカルスタッフによる専攻医の日常臨床の観察を通じた評価が重要となります。看護師を含んだ2名以上の担当者からの観察記録をもとに、当該研修施設の指導責任者から各年度の間と終了時に専攻医研修マニュアルに示す項目の形成的評価を受けることとなります。

9. 研修プログラムの管理体制について

専門研修基幹施設および専門研修連携施設が専攻医を評価するのみでなく、専攻医による指導医・指導体制等に対する評価をお願いします。

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目指しています。

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救急科専門研修プログラム管理委員会を置いています。



1) 救急科専門研修プログラム管理委員会の役割

- 研修プログラム統括責任者と連携施設担当者と構成される
- 専攻医および専門研修プログラム全体の管理と、研修プログラムの継続的改良を行う
- 提出された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助言を行う

2) プログラム統括責任者の役割

- 研修プログラムの立案・実行を行い、専攻医の指導に責任を負う
- 専攻医の研修内容と習得状況を評価し、その資質を証明する書面を発行する
- プログラムの適切な運営を監視する義務と、必要時にプログラムの修正を行う権限を有す
- 研修プログラム管理委員会における評価にもと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終了時に日本救急医学会に提出する

3) プログラム統括責任者の基準

本研修プログラムの統括責任者は、下記の基準を満たしています。

- 専門研修基幹施設（岩手医科大学附属病院）の常勤医であり救急科専門研修指導医である
- 救急科専門医として2回の更新を行い、日本救急医学会の指導医である
- 救急医学に関するピアレビューを受けた論文を、少なくとも年間2編発表している
- 専攻医の人数が20人を超える場合には、プログラム統括責任者の資格を有する救命救急センター副センター長を副プログラム責任者に置く

4) 研修プログラム指導医の基準

本研修プログラムの指導医は、下記の基準を満たしています。

- 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
- 5年以上の救急科医師としての経験をもつ救急科専門医、あるいは救急科専門医として少なくとも1回の更新を行っている

- 救急医学に関するピアレビューを受けた論文を少なくとも 2 編は発表している
- 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済み
- 積極的に ICLS (AHA/ACLS) コースなどに参加し、救命処置の指導法を学ぶ

5) 基幹施設の基準

本研修プログラムの基幹施設は、下記の基準を満たしています。

- 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
- 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
- 倫理委員会等の臨床研究体制が確立している
- 救急受け入れ件数が原則として年間 1,000 台以上
- 専門研修指導医数が 2 名以上で、うち少なくとも 1 名は研修プログラム統括責任者の要件を満たす
- 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
- 必要に応じて、施設実地調査（サイドビジット）による評価を受ける
- 日本救急医学会の審査（一次審査）後、専門医機構の検証（二次審査）を経て認定される

6) 基幹施設の役割

- 専門研修基幹施設は専門研修プログラムを管理し、当該プログラムに参加する専攻医および専門研修連携施設を統括する
- 研修環境を整備する責任を負っている
- 各専門研修施設が研修のどの領域を担当するかをプログラムに明示する
- 専門研修プログラムの修了判定を行う

7) 連携施設の基準

本研修プログラムの連携施設は、下記の基準を満たしています。

- 岩手県知事が認定した救急告示（指定）医療機関である
- 専門研修指導医数が原則として 1 名以上いる
- 地域の救急医療を中心的に担う施設や特別な内容（ドクターヘリ等）が経験でき、十分な教育体制が整っていれば、上記に該当しなくても関連施設として認定される
- 基幹施設が定めた専門研修プログラムに協力して専門医に専門研修を提供する
- 日本救急医学会での審査（一次審査）と専門医機構の検証（二次審査）を経て認定される

8) 連携施設での委員会組織

専門研修連携施設は専門研修管理委員会を組織し、自施設における専門研修を管理します。また、参加する研修施設郡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の修了判定を行います。

10. 専攻医の就業環境について

救急科領域の専門研修プログラムにおける研修施設の責任者は、専攻医の適切な労働環境の整備に努め、心身の健康維持に配慮いたします。

そのほか、労働安全、勤務条件等の骨子を以下に示します。

- 1) 勤務時間は週 40 時間を基本とする
- 2) 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
- 3) 当直業務と時間外診療業務を区別し、それぞれに対応した適切な対価を支給する
- 4) 当直業務あるいは時間外診療業務に対し適切なバックアップ体制を整える
- 5) 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
- 6) 専攻医の給与は各研修施設で負担する

11. 専門研修プログラムの評価と改善方法

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

専攻医は日本救急医学会が定める書式を用いて、年度末に「指導医に対する評価」と「プログラムに対する評価」を研修プログラム統括責任者に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を保証した上で、改善の要望を研修プログラム管理委員科に申し立てることが可能な体制をとっています。

研修プログラムに対する疑義解釈等は、研修プログラム管理委員会にお問い合わせ下さい。研修プログラム管理委員会への不服等は、日本救急医学会もしくは専門医機構の専門研修プログラム研修施設評価・認定部門に訴えてください。

2) 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

研修プログラムの改善方策について以下に示します。

- 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、研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改善に生かす
- 研修プログラム管理委員会は、専攻医からの指導医評価報告要旨をもとに指導医の教育能力を向上させるように支援する
- 研修プログラム管理委員会は、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

3) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

救急科領域の専門研修プログラムに対する監査・調査を受け入れて研修プログラムの向上に努めます。

- 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地調査（サイドビジット）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が対応する
- 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と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立的に対応する

1 2. Subspecialty 領域との連続性について

- 1) Subspecialty 領域の集中治療専門医、外傷専門医、脳神経外傷専門医領域の研修については、岩手医科大学附属病院での研修期間中にクリティカルケア・重症患者の診療より経験すべき症例や手技、処置の一部を習得していただき、救急科専門医取得後の各領域研修で活かしていただけます。
- 2) 集中治療領域専門研修施設、外傷専門医研修施設、脳神経外傷専門医研修施設を兼ねる岩手医科大学附属病院では、救急科専門医から各専門医への連続的な育成を支援します。
- 3) 今後、サブスペシャリティ領域として検討される循環器専門医等の専門研修にも連続性を配慮します。

1 3. 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修 等

- 1) 特定の理由（海外への留学・勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、管理職、災害被災など）のため研修が困難な場合は、申請により合計 6 ヶ月以内の休暇を研修期間に含むことができます。
- 2) 疾病の場合は診断書、出産の場合は出産証明書の提出が必要です。
- 3) 週 20 時間以上の短時間雇用形態での研修は、3 年間のうち 6 ヶ月まで認めます。
- 4) 特定の理由によってプログラム開始時期が遅れた場合は、6 ヶ月以内であれば研修期間に含めます。
- 5) 上記に該当する専攻医は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算 2 年半以上必要になります。
- 6) 診療業務のない大学院の期間は研修期間として認められません。

- 7) 他領域の専門研修プログラムにより中断した場合は、中断前後の研修プログラム統括責任者および日本専門医機構が認めれば中断前の研修を研修期間にカウントできます。
- 8) 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が認めれば可能です。
- 9) 専門研修プログラムの内容変更は、研修プログラム統括責任者および日本専門医機構がその必要性を認めれば可能です。
- 10) 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日本救急医学会が認めれば可能です。ただし、研修期間にカウントすることはできません。

1 4. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

計画的な研修推進、専攻医の研修終了判定、研修プログラムの評価・改善のため、専攻医研修管理システムに専攻医の研修実績と評価を記録します。

これらは基幹施設の研修プログラム管理委員会と日本救急医学会で5年間記録・貯蔵蓄積されます。

医師としての適性の評価

各年度に、指導医のみならず看護師等のメディカルスタッフ2名から、日常診療の観察評価により専攻医研修マニュアルに示す項目の形成的評価を受けることとなります。

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、指導医マニュアルなど、専門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。

専攻医研修マニュアル

以下の項目が含まれています。

- 専攻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
- その他

指導医マニュアル

以下の項目が含まれています。

- 指導医の要件
- 指導医として必要な教育法
- 専攻医に対する表可能
- その他

専攻医研修実績記録フォーマット

診療実績の証明は専攻医研修実績フォーマットを使用して行います。

指導医による指導とフィードバックの記録

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います。

- 専攻医は指導医・指導管理責任者のチェックを受けた専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットを専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- 書類作成時期は施設移動時および毎年度末です。
- 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。
- 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ます。

指導者研修計画（FD）の実施記録

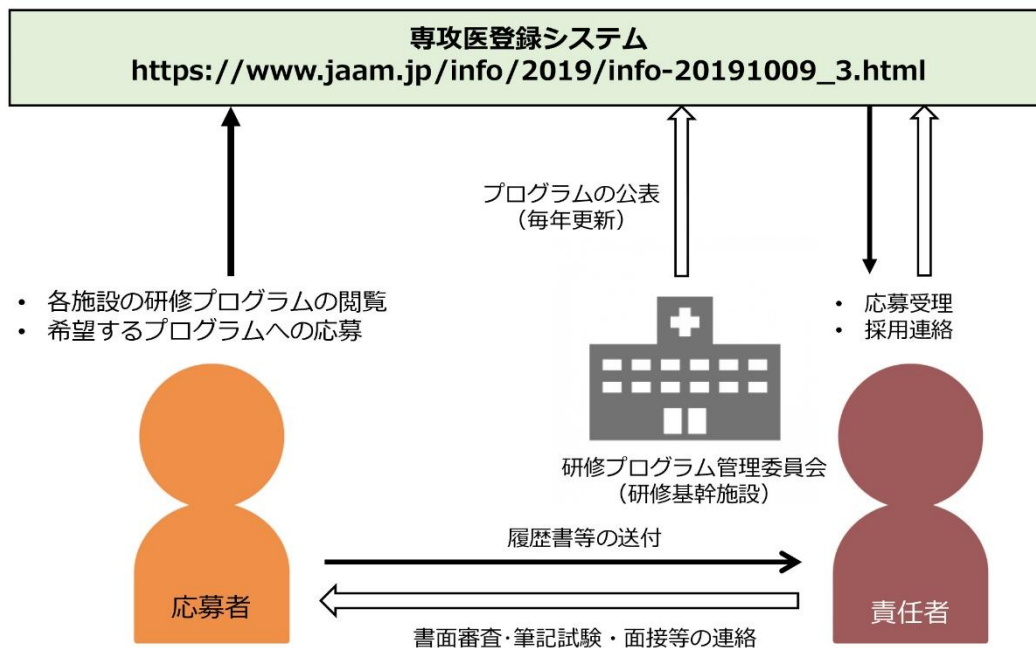
専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会は、専門研修プログラムの改善のために臨床研修指導医養成講習会もしくは日本救急医学会等の準備する指導医講習会への指導医の参加記録を保存します。

15. 専攻医の採用と修了

1. 採用方法

専攻医の採用は、日本専門医機構のシステムにより応募と採用が行われています。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。

- 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を毎年公表する。
- 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。
- 採否決定後、専攻医が定数に満たない場合は、日本専門医機構の発表するスケジュールに合わせて追加募集を行う。
- 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開始前に日本救急医学会に所定の方法で登録する。



2. 修了要件

研修プログラム管理委員会は、専門医認定の申請年度（専門研修3年終了時あるいはそれ以後）に修了要件を全て満たしているかを確認し、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価します。その評価に基づき、研修プログラム統括責任者が修了判定を行います。修了要件を以下に示します。

症例実績

必須症例数 **171 例**（詳細はシステム内「症例実績」で確認）。

卒後臨床研修において救急科領域の専門研修施設群で経験した症例は、当該研修施設の指導管理責任者の承認により含むことが可能です。

救急科領域での学会[※]発表

少なくとも1回の発表（筆頭）が必要です。

学会プログラムや抄録（自分の名前を確認できるもの）を、PDF や JPEG 等で添付してください。

論文発表

日本救急医学会が認める学術誌[※]（商業誌は不可）に、**少なくとも1編**の掲載が必要です。筆頭著者であることが望ましいですが、重要な貢献を果たした共同研究者としての共著者であれば可とします。

論文の第1頁（自分の名前を確認できるもの）を、PDF や JPEG 化して添付登録してください。

なお、日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録に5例以上登録することにより、論文発表に代えることができます。

専門医共通講習（医療安全講習、感染対策講習、医療倫理講習）

日本専門医機構認定の医療安全、感染対策、医療倫理の3講習を各1回受けて下さい。
受講証明書や、受講記録が確認できるものをPDFやJPEG化して添付してください。

ICLS(AHA-ACLSを含む)受講

受講証明書（自分の名前を確認できるもの）をPDFやJPEG等で添付してください。
「単位数」という項目名が表示された場合は、すべて「1」と入力してください。

年次評価

3月1日以降にその年の自己評価を入力してください。
専攻医が評価を入力した後に、指導医が評価を入力します。

年次評価指導記録フォーマット（360度評価）

評価担当指導医より評価のフィードバックを受けた日付を入力してください。
画面上では評価を確認できないため、口頭で受けて下さい。

- ※ 学会発表、論文掲載の評価対象となる学会、学術誌については、「日本専門医機構 救急科専門医更新基準（日本救急医学会ホームページ掲載）」の「参照1」で確認してください。

16. 救急科専門医の取得に向けて

1. 申請書類の提出

専門研修3年終了時（3月31日まで）以降、プログラム統括責任者の修了認定を受け
たら、専門医試験申請に必要な下記の書類を指定期日までに日本救急医学会に提出し
てください（詳しくは、日本救急医学会のホームページを参照）。

- ① 救急科専門医申請書
- ② 救急科領域専門研修プログラム修了証明書
- ③ 医師免許証の写し
- ④ 申請手数料の入金証明（ATM利用明細、振込書などの写し）

※①②は日本救急医学会のホームページよりダウンロードします。

2. 審査方法

下記の3段階で審査が行われ、総合判定として合計100点中70点以上で合格となります。

- ① 救急勤務歴審査：救急科領域専門研修プログラム修了により配点10点
- ② 診療実績審査：必要症例および必要な活動実績を満たせば配点10点
- ③ 筆記試験：80点満点