

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター

救急科専門研修プログラム

## 目次

1. 長崎医療センター救急科専門研修プログラムについて (P2)
2. 救急科専門研修の方法 (P3)
3. 研修プログラムの実際 (P3)
4. 専攻医の到達目標 (修得すべき知識・技能・態度など) (P10)
5. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得 (P13)
6. 学問的姿勢について (P13)
7. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて (P14)
8. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方 (P14)
9. 年次毎の研修計画 (P15)
10. 専門研修の評価について (P16)
11. 研修プログラムの管理体制について (P17)
12. 専攻医の就業環境について (P18)
13. 専門研修プログラムの評価と改善方法 (P19)
14. 修了判定について (P20)
15. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと (P20)
16. 研修プログラムの施設群 (P20)
17. 専攻医の受け入れ数について (P21)
18. サブスペシャルティ領域との連続性について (P21)
19. 救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件 (P21)
20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について (P22)
21. 専攻医の採用と修了 (P23)
22. 応募方法と採用 (P24)

## 1. 長崎医療センター救急科専門研修プログラムについて

### ① 理念と使命

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、救急患者が医療にアクセス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、いずれの緊急性にも対応できる専門医が必要になります。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、すべての緊急性に対応する救急科専門医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、「国民に救急医療へのアクセスを保障し、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救急科専門医は、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、必要に応じて他科専門医と連携し、迅速かつ安全に急性期患者の診断と治療を進めるためのコンピテンシーを修得することができるようになります。また急病で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合、あるいは外傷や中毒など外因性疾患の場合は、初期治療から継続して根本治療や集中治療においても中心的役割を担うことが可能となります。さらに地域ベースの救急医療体制、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、加えて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となります。

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を原則とします。

救急科専門医の社会的責務は、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・治療を進めることにあります。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。

### ② 専門研修の目標

専攻医の研修は、救急科領域研修カリキュラム（添付資料）に準拠し行われます。本プログラムに沿った専門研修によって専門的知識、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) 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) 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) 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を発揮できる。
- 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。
- これらの技能は、独立して実施できるものと、指導医のもとで実施できるものに分けられ、広く修得する必要があります。

## 2. 救急科専門研修の方法

専攻医のみなさんには、以下の3つの学習方法によって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、救急科専門医や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) 診療科での回診や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に参加し症例発表
- 3) 診療科もしくは専攻医対象の抄読会や勉強会への参加

### ② 臨床現場を離れた学習

- 1) 救急医学に関連する学術集会、セミナー、講演会およびJATEC、JPTEC、ICLS(AHA/ACLSを含む)コースを優先的に履修できるようにします。
- 2) ICLS(AHA/ACLSを含む)コースの受講し、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。
- 3) 当院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。

### ③ 自己学習

- 1) 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ことが可能です。
- 2) 当院には図書館があり多くの専門書と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可能です。
- 3) 手技を体得する設備(ラボ室)や教育ビデオなどを利用したトレーニングを実施致しています。

## 3. 研修プログラムの実際

本プログラムでは、救急科領域研修カリキュラム~~(添付資料)~~に沿って、経験すべき疾患・病態、検査・診療手順、手術、手技を経験するため、基幹研修施設と連携研修施設・地域医療研修施設での研修を組み合わせています。

基幹領域専門医として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で、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も選択が可能です。

① 募集人員：3名/年。

② 研修期間：3年間。

③ 出産、疾病罹患等の事情に対する研修期間についてのルールは「19. 救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件」をご参照ください。

④ 研修施設群

本プログラムは、下記のように研修施設要件を満たした2施設と地域医療を学ぶ4施設にて行います。

#### 1) 長崎医療センター救急科（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（高度救命救急センター）、災害拠点病院、県メディカルコントロール協議会・地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設、へき地支援病院

(2) 指導者：救急科専門医5-6名

(3) 救急車搬送件数：約4000件/年

(4) 救急外来受診者数：約~~12000~~ 14000人/年

(5) 研修部門：高度救命救急センター（救急外来、高度救命救急センター）

(6) 研修領域と内容

i. 救急外来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. 高度救命救急センターにおける入院診療

v. 救急医療の質の評価・安全管理

vi. ドクターヘリ、医師同乗高規格救急車、県下9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) 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：基本給：月給 約330,000円

(9) 身分：非常勤医師（後期研修医）

(10) 勤務時間：8:30-17:15および夜勤16:00-9:30 4週8休

(11) 社会保険：社会保険：公的医療保険（政府管掌保険）、公的年金保険（厚生年金）労働保険：公務員災害補償法の適用あり。

(12) 宿舎：院内宿舎（要相談）

(13) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、高度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：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、**日本航空医療学会**、**へき地離島救急医療学会**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。発表者には参加費用を援助する。

(17) 週間スケジュール

時間	月	火	水	木	金	土	日
8	救命センター ミーティング・引き継ぎ						
9	救急診療 救命センター診療			脳神経カ ンファ	救急診療 救命センター診療		
10							
11	救命センター カンファランス			救命セン ター カン ファランス	救命センター カンファランス		
12							
13							
14	救急診療 救命センター診療		救急診療 救命セン ター診療	救急診療 救命センター診療			
15							
16							
17			リハビリカンファ	救命センター 申し送り			

## 2) 長崎大学病院救急科

(1) 救急科領域関連病院機能：高度救命救急センター

(2) 指導者：救急科専門医 **9**名

(3) 救急車搬送件数：約**24002200**件/年

(4) 救急外来受診者数：約**41004500**人/年

(5) 研修部門：救命救急センター（救急室、集中治療室、**高度救命救急センター**）

(6) 研修領域と内容

- i. 救急室における救急診療（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. ドクターカー、長崎地域メディカルコントロール（MC）

vii. 災害医療

viii. 臨床医学研究、社会医学研究

(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：大学の定める給与規定により支給

(基本給：免許取得後 10 年まで日給 12102 円から 13000 円。免許取得後 10 年目以降 14000 円  
月末締め翌月払い)

(9) 諸手当：1. 支給要件該当者に支給：通勤手当

2. 勤務実績に基づき支給：特殊勤務手当、超過勤務手当、休日給、夜勤手当

(10) 身分：後期研修医

(11) 勤務形態：始業：8 時 30 分 終業：17 時 15 分 休憩：12 時 00 分～13 時 00 分

始業：8 時 45 分 終業：17 時 30 分 休憩：12 時 00 分～13 時 00 分

始業：17 時 00 分 終業：9 時 30 分 休憩：21 時 30 分～22 時 00 分、5 時 00 分～5 時  
30 分

超過勤務、時間外緊急呼び出し業務あり。

(12) 福利厚生：健康保険、厚生年金、労災保険、雇用保険に加入

(13) 宿舎：なし

(14) 後期研修医室：専攻医専用の設備はないが、個人スペース（机、椅子、棚）を用意。

(15) 健康管理：定期健康診断年 1 回。感染症抗体検査等実施。

(16) 医師賠償責任保険：病院で加入(院内診療時のみ対象)

(17) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本救急医学会地方会、長崎救急医学会、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。

(18) 週間スケジュール

週間スケジュールを下記に示します。

時刻/曜日	月	火	水	木	金	土	日
8	多職種合同カンファレンス、申し送り、病棟症例診療方針					申し送り、治療方針決定	
9	決定、スタッフによる指導						
10	初療、病棟、ドクターカー業務			初療、病棟、ドクターカー業務	初療、病棟、ドクターカー業務	初療、病棟業務	
11							
12							
13							
14							
15							
16				申し送り、スタッフ会議、抄読会、学会予行等	申し送り		
17	申し送り						
18	NSTカンファ						
19	初療、病棟業務(シフト制勤務)			初療、病棟業務(シフト制勤務)	初療、病棟業務(シフト制勤務)		
20							
21							
22							
23							
24							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

### 3) 長崎県対馬病院（地域研修施設）

- (1) 救急科領域関連病院機能：離島地域の二次救急医療機関
- (2) 指導者：救急科専門医1名、その他の専門診療科医師（内科8名、外科4名、小児科4名、整形外科4名、産婦人科3名、精神科3名、眼科1名、耳鼻科1名、麻酔科1名、放射線科1名）
- (3) 救急車搬送件数：約1500件 /年
- (4) 救急外来受診者数：約8000人/年
- (5) 研修部門：救急室、他専門科外来・病棟
- (6) 研修領域
  - i. 一般的な救急手技・処置
  - ii. 小児の救急診療
  - iii. 救急症候、急性疾患、内因性・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) 長崎県上五島病院（地域研修施設）

- (1) 救急科領域関連病院機能：離島地域の二次救急医療機関。
- (2) 指導者：その他の専門診療科専門医師（内科6名、外科4名、小児科2名、整形外科4名、産婦人科2名、眼科1名）
- (3) 救急車搬送件数：約780 件/年



- (4) 救急外来受診者数： 約5800人/年
- (5) 研修部門： 救急室、他専門科外来・病棟
- (6) 研修領域
  - i. 一般的な救急手技・処置
  - ii. 小児の救急診療
  - iii. 救急症候、急性疾患、内因性・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

**5) 佐世保市立総合病院医療センター（地域研修施設）**

- (1) 救急科領域関連病院機能： 本土地域の二次救急医療機関。
- (2) 指導者： 救急科専門医 1 名、その他の専門診療科医師
- (3) 救急車搬送件数： 約1600件/年
- (4) 救急外来受診者数： 約4550人/年
- (5) 研修部門： 救急室、集中治療室
- (6) 研修領域
  - i. 一般的な救急手技・処置
  - ii. 救急症候、急性疾患、外因性救急に対する診療
  - iii. 外科的・整形外科的救急手技・処置
  - iv. 重症患者に対する救急手技・処置
  - v. 集中治療室における入院診療
- (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

**6) 長崎みなとメディカルセンター市民病院（地域研修施設）**

- (1) 救急科領域関連病院機能： 本土地域の二次救急医療機関。
- (2) 指導者： その他の専門診療科医師
- (3) 救急車搬送件数： 約3300件/年
- (4) 救急外来受診者数： 約7600人/年
- (5) 研修部門： 救急室、他専門科外来
- (6) 研修領域
  - i. 一般的な救急手技・処置
  - ii. 救急症候、急性疾患、外因性救急に対する診療
  - iii. 外科的・整形外科的救急手技・処置
  - iv. 重症患者に対する救急手技・処置
- (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

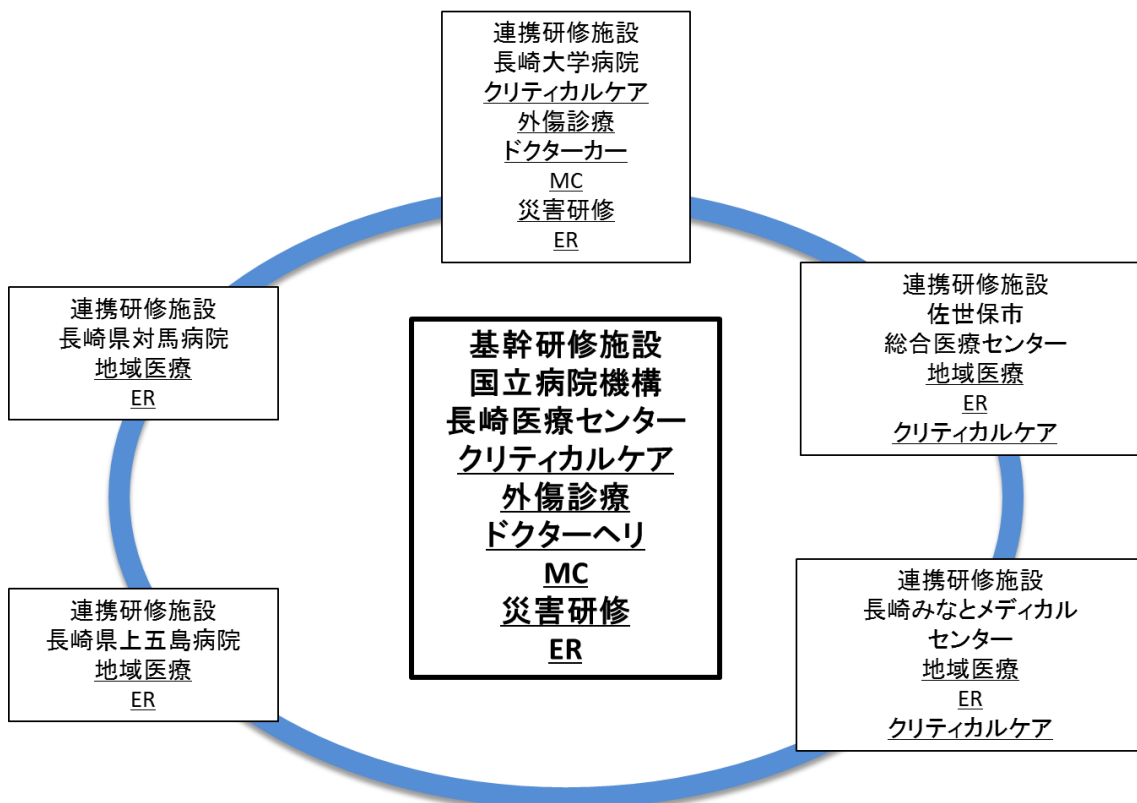


図1 本プログラムにおける研修施設群と特徴

⑤研修プログラムの基本モジュール

研修領域ごとの研修期間は、救急診療（クリティカルケア含む）18か月間、救急・外傷センター診療 6か月間、本土及び離島などの地域での救急診療 6か月間以上としています。

長崎医療センター 救急科専攻医研修計画						
	1年目		2年目		3年目	
A-1)バターン	基幹施設	基幹施設	基幹施設	長崎大学病院	地域(本土)	基幹施設
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	地域医療 外来診療	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ
A-2)バターン	基幹施設	基幹施設	基幹施設	長崎大学病院	地域(離島)	基幹施設
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	地域医療 外来診療	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ
A-3)バターン	基幹施設	基幹施設	基幹施設	長崎大学病院	地域(本土)	地域(離島)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 外傷センター ドクターカー	地域医療 外来診療	地域医療 外来診療
A-4)バターン	基幹施設	基幹施設	基幹施設	長崎大学病院	地域(離島)	地域(本土)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 外傷センター ドクターカー	地域医療 外来診療	地域医療 外来診療
	1年目		2年目		3年目	
B-1)バターン	基幹施設	長崎大学病院	長崎大学病院	基幹施設	基幹施設	地域(本土)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	地域医療 外来診療
B-2)バターン	基幹施設	長崎大学病院	長崎大学病院	基幹施設	基幹施設	地域(離島)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	地域医療 外来診療
B-3)バターン	基幹施設	長崎大学病院	長崎大学病院	基幹施設	基幹施設	地域(本土)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	地域医療 外来診療
B-4)バターン	基幹施設	長崎大学病院	長崎大学病院	基幹施設	基幹施設	地域(離島)
	救急診療 クリティカルケア	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 外傷センター ドクターカー	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	救急診療 クリティカルケア ドクターヘリ	地域医療 外来診療

#### 4. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

① 本項の最終ページ(表1)に経験すべき症候・病態・診療手技、必要症例数、およびそのコンピテンシーレベルを示します。この他に、救急医学総論、病院前救急医療、災害医療、救急医療の質の評価・安全管理、救急医療と医事法制、医療倫理等について知識を修得し、実践するための講習会等を受けて頂きます。

##### 専門知識

専攻医のみなさんは別紙の救急科研修カリキュラムに沿って、カリキュラムIからXVまでの領域の専門知識を修得していただきます。知識の要求水準は、研修修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）

専攻医のみなさんは別紙の救急科研修カリキュラムに沿って、救命処置、診療手順、診断手技、集中治療手技、外科手技などの専門技能を修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

専攻医のみなさんが経験すべき疾患、病態は必須項目と努力目標とに区分されています。別紙の救

~~急科研修カリキュラムをご参照ください。これらの疾患・病態は全て、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。~~

## ~~2) 経験すべき診察・検査等~~

~~専攻医のみなさんが経験すべき診察・検査等は必須項目と努力目標とに区分されています。別紙の救急科研修カリキュラムをご参照ください。これら診察・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~~

~~専攻医のみなさんが経験すべき手術・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出来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。研修カリキュラムに沿って術者および助手としての実施経験のそれぞれ必要最低数が決められています。別紙の救急科研修カリキュラムをご参照ください。これらの手術・処置等は全て、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。~~

~~下記は、当院基幹施設研修群の経験症例一覧です。（下記表削除）~~

分類		経験すべき症候・病態・診療手技	長崎医療センター症例数(年間)	長崎大学病院症例数	対馬病院症例数(年間)	上五島病院症例数(年間)	佐世保総合病院症例数(年間)	長崎みどりとメディカル症例数
症候	a	心停止(野生チームリーダー・MC体制下の指示)	200	347	30	20		3
		心停止(緊急要請対応)	50	83	20	5	104	20
	b	心停止(心拍再開後の集中治療管理)	10	19	5	5		7
		ショック	20	142	10	5	235	10
	c	重症虚脱	50	340	20	10	291	156
		失神	20	52	5	10	19	120
		めまい	10	54	30	20	50	192
		頭痛	50	134	50	20	180	216
		嘔吐	20	183	10	3	66	96
		運動麻痺、感覚消失、鎮麻	50	310	30	10	243	168
		尿閉	50	149	20	10	141	576
		動悸(不整脈を含む)	10	99	20	5	129	96
		窒息・窒息症	30	52	5	10	21	36
		呼吸困難	30	191	10	5	174	396
		咳・痰・吐血	20	96	30	5	156	132
		吐血と下血	30	58	30	10	39	72
		浮腫	30	343	30	20	99	576
		脈心・嘔吐	30	168	30	20	60	264
		下痢	30	53	30	20	90	60
		浮腫・腎臓病	20	61	20	5	39	156
		下血・無尿	20	24	10	5	42	28
	前熱・悪体温	10	401	30	5	336	638	
	倦怠感・脱力感	20	111	20	5	30	228	
	反動	20	130	20	10	95	84	
	精神症状	30	89	20	5	0	1	
	a	球嚥内圧亢進	20	49	5	5	50	10
		急性呼吸不全(ARDS)	40	74	10	3	68	12
		急性心不全	20	91	20	5	144	50
		急性肝障害、肝不全	20	18	5	1	65	3
		Acute Kidney Injury	30	22	5	1	1	5
		敗血症	20	75	10	3	116	30
		多臓器不全	20	35	10	1	15	12
		腎臓病・酸塩基平衡異常	40	39	30	3	69	20
過熱・過冷症		30	55	30	3	29	15	
緊急・集中治療領域の感染症		100	58	30	3	6	20	
b		頭部外傷	50	106	15	10	118	30
		骨挫・骨髄損傷	15	39	2	1	45	5
		頭蓋・頭部外傷	30	67	10	3	83	20
		腹部外傷	50	33	10	3	78	30
		胸部外傷	50	23	10	3	55	20
		骨盤外傷	20	30	3	1	35	5
		四肢外傷	50	246	30	3	104	50
	多発外傷	20	63	10	1	130	5	
	骨折脱臼・軟部組織傷・化学熱傷・電撃症	15	18	3	1	18	1	
	急性中毒	20	27	10	3	107	10	
	環境障害(熱中症・低体温症・凍傷等)・溺水	10	10	3	3	35	5	
	気道異物、食道異物	10	39	5	3	52	8	
	創傷	10	26	1	10	77	10	
	アナフィラキシー	10	22	5	3	25	10	
	c	小児科領域の救急患者	30	623	30	5	2968	20
		精神科領域の救急患者	30	98	20	3	0	5
		産婦人科領域の救急患者	1	149	5	5	496	5
泌尿器科領域の救急患者		10	146	5	5	180	10	
眼科領域の救急患者		3	136	3	3	62	2	
耳鼻咽喉科領域の救急患者		3	209	3	3	206	5	
耳鼻気管挿管		50	243	10	10	102	10	
a	電気ショック(同期・非同期)	5	19	3	5	27	3	
	胸動ドレーン	20	29	10	3	56	10	
	中心静脈カテーテル	150	24	20	10	265	10	
	動脈カニューレーションによる動脈圧測定	200	35	20	10	454	20	
	緊急超音波検査(FAST含む)	300	388	100	10	490	300	
	胃管の挿入と胃洗浄	100	242	20	5	13	20	
	経膈穿刺	20	43	10	3	144	10	
	創傷処置(汚染創の処置)	100	111	100	20	41	300	
	頸動脈圧の測定と固定	50	187	20	20	32	150	
	耳鼻気管支挿管	100	39	10	3	12	20	
	人工呼吸器による呼吸管理	50	216	20	10	265	20	
	緊急血液浄化法	30	32	10	3	117	10	
	重症患者の栄養管理と栄養管理	400	193	100	5	50	30	
	重症患者の鎮痛・鎮静管理	200	217	100	5	274	30	
	b	気管切開	20	18	3	3	27	5
		頸動脈切開・切閉	5	0	1	1	1	2
		緊急経静脈的一時ペーシング	10	25	5	3	96	20
		心窩穿刺・心臓穿刺	3	2	1	3	1	2
		閉鎖式心マッサージ	3	8	1	1	1	2
		動脈カテーテル挿入	5	22	0	0	1	3
		IABP導入管理	10	25	10	0	29	5
		PCPS導入管理	5	4	0	0	38	5
大動脈遊離バルンカテーテル挿入		5	1	0	0	1	1	
消化管内視鏡による検査と処置		20	45	30	5	119	20	
イレウス管挿入		20	5	20	5	40	10	
SBチューブ挿入管理		0	0	0	1	0	0	
腹腔穿刺・腹腔洗浄		10	2	2	0	1	10	
ICPモニター挿入		5	6	2	0	0	3	
腹腔(膀胱)内圧測定		20	2	0	0	3	1	
尿区画内圧測定		10	5	0	0	3	1	
減圧切開		10	5	0	1	0	1	
緊急IVR	30	72	1	1	37	30		
全身麻酔	50	289	20	10	339	30		
顕微鏡	5	1	0	0	0	0		

#### ②4) 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）

専攻医のみなさんは、原則として研修期間中に6か月以上、研修基幹施設以外の研修連携施設もしくは研修関連施設である長崎県対馬病院、長崎県上五島病院、佐世保市立総合病院医療センター、長崎みなとメディカルセンター市民病院で研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を経験していただきます。研修連携施設および研修関連施設の選択では地域における医師偏在の解消に努めます。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。

#### ③5) 学術活動

臨床研究や基礎研究へも積極的に関わっていただきます。専攻医のみなさん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回の発表を行うことが必要となります。また、少なくとも1編の救急医学会に関するピアレビューを受けた論文発表（筆頭著者であることが望ましいが、重要な貢献を果たした共同研究者としての共著者も可）を行うことも必要となります。

日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などの研究に貢献することが学術活動として評価されます。日本救急医学会が定める症例数を登録することにより論文発表に代えることができます。

表1 専攻医の経験すべき症候・病態・診療手技、症例数、コンピテンシーレベル

分類		経験すべき症候・病態・診療手技	必要症例数	コンピテンシーレベル			
				1年目	2年目	3年目	
病態	a	心停止(蘇生チームリーダー・MC体制下の指示)	各5例以上(必須) 合計15例以上	B	C		
		心停止(緊急薬剤投与)		C			
		心停止(心拍再開後の集中治療管理)		B	C		
	b	ショック	5例以上(必須)	B	C		
		意識障害		C			
		失神		C			
		めまい		C			
		頭痛		C			
		痙攣		C			
		運動麻痺、感覚消失、鈍麻		C			
		胸痛		C			
		動悸(不整脈を含む)		C			
		高血圧緊急症		C			
		呼吸困難		C			
		咳・痰・喀血		C			
		吐血と下血		C			
		腹痛		C			
	悪心・嘔吐	C					
	下痢	C					
	腰痛・背部痛	C					
	乏尿・無尿	C					
	発熱・高体温	C					
	倦怠感・脱力感	C					
	皮疹	C					
	精神症状	C					
	病態	a	頭蓋内圧亢進	各3例まで(選択) 合計20例以上	A	B	C
			急性呼吸不全(ARDS)		A	B	C
急性心不全			A		B	C	
急性肝障害、肝不全			A		B	C	
Acute Kidney Injury			A		B	C	
敗血症			A		B	C	
多臓器不全			A		B	C	
電解質・酸塩基平衡異常			A		B	C	
凝固・線溶系異常			A		B	C	
救急・集中治療領域の感染症			A		B	C	
b		頭部外傷	各3例以上(選択) 合計20例以上	B	C		
		脊椎・脊髄損傷		B	C		
		顔面・頭部外傷		B	C		
		胸部外傷		B	C		
		腹部外傷		B	C		
		骨盤外傷		B	C		
		四肢外傷		B	C		
		多発外傷		B	C		
		重症熱傷・気道熱傷・化学熱傷・電撃症		B	C		
		急性中毒		B	C		
環境障害(熱中症・低体温症・減圧症等)・溺水		B	C				
気道異物、食道異物		B	C				
刺咬症		B	C				
アナフィラキシー		C					
c		小児科領域の救急患者	各3例まで(選択) 合計6例以上		A	B	
		精神科領域の救急患者			A	B	
		産婦人科領域の救急患者			A	B	
	泌尿器科領域の救急患者			A	B		
	眼科領域の救急患者			A	B		
	耳鼻咽喉科領域の救急患者			A	B		
手技	a	緊急気管挿管	術者として 各3例以上(必修) 計45例以上	B	C		
		電気ショック(同期・非同期)		B	C		
		胸腔ドレーン		A	B	C	
		中心静脈カテーテル		A	B	C	
		動脈カニューレシジョンによる動脈圧測定		B	C		
		緊急超音波検査(FAST含む)		B	C		
		胃管の挿入と胃洗浄		B	C		
		腰椎穿刺		B	C		
		創傷処置(汚染創の処置)		A	B	C	
		簡単な骨折の整復と固定		A	B	C	
		緊急気管支鏡検査		A	B	C	
		人工呼吸器による呼吸管理		B	C		
		緊急血液浄化法		A	B	C	
		重症患者の栄養評価と栄養管理		A	B	C	
	重症患者の鎮痛・鎮静管理	A	B	C			
	b	気管切開	術者または助手として 各3例まで(選択) 計30例以上			A	
		輪状甲状間膜穿刺・切開				A	
		緊急経静脈的一時ペーシング				A	
		心窩穿刺・心窩開窓術				A	
		開胸式心マッサージ				A	
		肺動脈カテーテル挿入				A	
		IABP導入管理				A	
		PCPS導入管理				A	
		大動脈遮断用バルンカテーテル挿入				A	
		消化管内視鏡による検査と処置				A	
		イレウス管挿入				A	
		SBチューブ挿入管理				A	
腹腔穿刺・腹腔洗浄					A		
ICPモニタ挿入			A				
腹腔(膀胱)内圧測定			A				
筋区画内圧測定			A				
減張切開			A				
緊急IVR			A				
全身麻酔			A				
脳死判定			A				

(注) コンピテンシーレベルの分類  
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できる

## 5. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

本研修プログラムでは、救急科専門研修では、救急診療や手術での実地修練(on-the-job training)を中心にして、広く臨床現場での学習を提供するとともに、各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得の場を提供しています。

- ① 救急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  
カンファレンスの参加を通して、プレゼンテーション能力を向上し、病態と診断過程を深く理解し、治療の理論を学んでいただきます。
- ② 抄読会や勉強会への参加  
抄読会や勉強会への参加や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いただきます。
- ③ 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  
基幹研修施設や連携施設内の設備や教育ビデオなどを利用して、臨床で実施する前に重要な救急手術・処置の技術を修得していただきます。また、基幹研修施設が主催するACLS コースやJATECコース、JPTECコース、MCLSコースへの参加に加えて、臨床現場でもシミュレーションラボにおける資器材を用いたトレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得していただきます。

## 6. 学問的姿勢について

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及び科学的思考法を体得することを重視しています。本研修プログラムでは、専攻医の皆さんは研修期間中に以下に示す内容で、学問的姿勢の実践を図っていただけます。

- ① 医学、医療の進歩に追随すべく常に自己学習し、新しい知識を修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。指導医が共同発表者や共著者として指導いたします。
- ⑤ 外傷登録やドクターヘリレジストリー登録などの研究に貢献するため専攻医の皆さんの経験症例を登録していただきます。この症例登録は専門研修修了の条件に用いることが出来ます。

## 7. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて



救急科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。専攻医のみなさんは研修期間中に以下のコアコンピテンシーも習得できるように、救急医学会や基幹施設で行われる医療倫理・医療安全・院内感染対策等の研修会に参加していただきます。

- ① 患者への接し方に配慮でき、患者やメディカルスタッフと良好なコミュニケーションをとることができる。
- 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 診療記録の適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修得できる。
- 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・指導を行える。

## **8. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方**

### ① 専門研修施設群の連携について

専門研修施設群の各施設は、効果的に協力して指導にあたります。具体的には、各施設に置かれた委員会組織の連携のもとで専攻医のみなさんの研修状況に関する情報を6か月に一度共有しながら、各施設の救急症例の分野の偏りを専門研修施設群として補完しあい、専攻医のみなさん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ようにしています。併せて、研修施設群の各連携施設は年度毎に診療実績を基幹施設の救急科領域研修委員会へ報告しています。また、指導医が1名以上存在する専門研修施設に合計で2年以上研修していただくようにしています。

### ② 地域医療・地域連携への対応

- 1) 専門研修基幹施設から地域研修施設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。6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や症例検討会に参加し、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びます。

### ③ 指導の質の維持を図るために

研修基幹施設と連携施設における指導の共有化をめざすために以下を考慮しています。

- 1) 研修施設群として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、教育内容の共通化を図ります。

- 2) 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ただきます。
- 3) 研修基幹施設と連携施設がテレカンファレンスやWeb セミナーを開催して、基幹施設以外に在籍する間も十分な指導が受けられるよう配慮しています。

## 9. 年次毎の研修計画

専攻医のみなさんには、長崎医療センター救急科専門研修施設群において、専門研修の期間中に研修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。年次毎の研修計画を以下に示します。

### ① 専門研修1 年目

基本的診療能力（コアコンピテンシー）、救急外来診療の基本的知識・技能、クリティカルケアの基本的知識・技能、病院前救護・災害医療の基本的知識・技能を修練する。指導医・上級医の指導のもとで患者・家族へのIC を学ぶ。

### ② 専門研修2 年目

基本的診療能力（コアコンピテンシー）、救急外来診療の応用的知識・技能 クリティカルケアの応用的知識・技能、病院前救護・災害医療の応用的知識・技能を修練する。必要に応じて地域ローテーションによる研修を行う。指導医・上級医の指導のもとで患者・家族へのIC ができるようになる。

### ③ 専門研修3 年目

基本的診療能力（コアコンピテンシー）、救急外来診療の実践的知識・技能、クリティカルケアの実践的知識・技能、病院前救護・災害医療の実践的知識・技能を習得する。必要に応じて地域ローテーションによる研修を行う。一人で患者・家族へのIC ができるようになる。

カリキュラムに従って、救急外来診療、クリティカルケア、病院前救護・災害医療等は年次に拘らず弾力的に組み合わせることができます。必須項目を中心として、知識・技能の年次毎のコンピテンシーレベル（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できる）を定める。

3年間を通じて、医療者や市民向けの救急蘇生コースに、指導者として参加して頂きます。病院前救急医療研修や災害医療研修に最低1回参加して頂きます。救急領域関連学会において報告を最低1 回行って頂きます。また論文を1 編作成できるように指導を行う予定にしております。

## 10. 専門研修の評価について

## ① 形成的評価

専攻医が、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「救急領域の専門知識および技術」です。専攻医のみなさんは、少なくとも6ヶ月に1度は専攻医が研修目標の達成度を「専門研修実績フォーマット」に記録し、指導医のチェックを受け、「指導記録フォーマット」にて、態度および技能についての評価を受けて頂きます。これらの評価については、施設を異動する直前と、同一施設で1年経過する直前には行います。受けた評価の結果を、年度の間と年度終了後に専門研修プログラム管理委員会提出して頂きます。尚、態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価、施設ごとの責任者(プログラム統括責任者あるいは連携施設の責任者)による評価、看護師長などの他職種による評価が含まれています。

## ② 総括的評価

### 1) 評価項目・基準と時期

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います。

### 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

専攻医が、様式を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に提出します。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、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) 他職種評価

特に態度については、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW等の多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を施設ごとに予定しています。

## 1.1. 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、専攻医の皆さんを評価するのみでなく、専攻医の皆さんによる指導医・指導体制等に対する評価をお願いしています。この、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目指しています。そのために、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救急科専門研修プログラム管理委員会を置いています。

救急科専門研修プログラム管理委員会の役割は以下です。

- ① 研修プログラム管理委員会は、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等で構成され、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、研修プログラムの継続的改良を行っています。
- ② 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っています。
- ③ 研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、研修プログラム統括責任者が修了の判定を行っています。

プログラム統括責任者の役割は以下です。

- ① 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っています。
- ② 専攻医の研修内容と修得状況を評価し、その資質を証明する書面を発行します。
- ③ プログラムの適切な運営を監視する義務と、必要な場合にプログラムの修正を行う権限を有しています。

本研修プログラムのプログラム統括責任者は下記の基準を満たしています。

- ① 専門研修基幹施設長崎医療センターの救命救急センター長であり、救急科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、20年の臨床経験があり、自施設で過去3年間に3名の救急科専門医を育てた指導経験を有しています。

本研修プログラムの指導医1名は日本救急医学会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（またはそれと同等と考えられる）こと。

#### 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しています。以下がその役割です。

- ① 専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負っています。
- ② 専門研修基幹施設は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します。
- ③ 専門研修基幹施設は専門研修プログラムの修了判定を行います。

#### 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。

## 1 2. 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、専攻医のみなさんの適切な労働環境の整備に努めるとともに、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 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 給与規定は各施設の後期研修医給与規定に従います。

## 1 3. 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

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。

### 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

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 月末）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。

### ③ 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。

#### ④ 長崎医療センター専門研修プログラム連絡協議会

長崎医療センターは複数の基本領域専門研修プログラムを擁しています。同病院内の各専門研修プログラム統括責任者および研修プログラム連携施設担当者からなる専門研修プログラム連絡協議会を設置し、長崎医療センターにおける専攻医ならびに専攻医指導医の処遇、専門研修の環境整備等を定期的に協議します。

### 1 4. 修了判定について

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、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、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価し総合的に修了判定を行います。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、診察・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。

### 1 5. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

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ます。専攻医は所定の様式を専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付してください。基幹施設の研修プログラム管理委員会は5 月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。研修プログラムの修了により日本救急医学会専門医試験の第1次（救急勤務歴）審査、第2次（診療実績）審査を免除されるので、専攻医は研修証明書を添えて、第3次（筆記試験）審査の申請を6月末までに行います。

### 1 6. 研修プログラムの施設群

専門研修基幹施設

- ・長崎医療センター救急科

専門研修連携施設

- ・長崎大学病院高度救命救急センター

地域医療研修施設

- ・長崎県対馬病院

- ・長崎県上五島病院
- ・佐世保市立総合病院医療センター
- ・長崎みなとメディカルセンター市民病院

地理的範囲

長崎医療センター救急科の専門研修施設群は長崎県内本土及び離島の施設群です。研修内容を充実させるために、離島の地域中核病院も入っています。

17. 専攻医の受け入れ数について

募集定員：3名/年

救急科領域研修委員会の基準にもとづいた、本救急科領域専門研修プログラムにおける専攻医受入数を示しています。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3人以内となっています。また、研修施設群で経験できる症例の総数からも専攻医の受け入れ数の上限が決まっています。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て、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、余裕を持って経験を積んでいただくために、毎年の専攻医受け入れ数を3名とさせていただきます。

以下の表に本プログラムでの基幹施設と一つの連携施設の教育資源からみた専攻医受入上限数の算定状況を示します。

教育資源一覧表（専攻医受入上限算定）（下記表削除）

		必要症例数	長崎医療センター	長崎大学病院	合計数	必要数との比
指導医数		基幹2、 連携1	3.5	1	4.5	
疾病分類	心停止	15以上	35	15	50	3.3
	ショック	5以上	15	5	20	4.0
	内因性救急疾患	45以上	825	45	870	19.3
	外因性救急疾患	20以上	340	20	360	18.0
	小児および特殊救急	6以上	65	6	71	11.8
小計		91以上	1280	91	1371	15.1
救急受け入れ	救急車(ドクターカー、ヘリ含む)	500以上	3491	500	3991	8.0
	そのうち救急入院患者	200以上	2274	200	2474	12.4
	そのうち重症患者	20以上	822	20	842	42.1

~~現在（平成27年度）、長崎医療センター救急科専門研修施設群の指導医数は4.5名ですが、十分な指導を提供できることを考慮し、3学年で9名までを受け入れ可能人数の上限としています。~~

18. サブスペシャリティ領域との連続性について

- ① サブスペシャリティ領域として予定されている集中治療領域の専門研修について、  
連携施設における専門研修の中の重症患者に対する診療において集中治療領域の専門研修で経験すべき症例や手技、処置の一部を修得していただき、救急科専門医取得後の集中治療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を兼ねる研修施設では、救急科専門医の集中治療専門医への連続的な育成を支援します。

## 19. 救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

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します。

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ヶ月まで研修期間と認めます。
- 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、その期間を除いた専攻医研修期間が通算2年半以上必要になります。
- ⑥ 海外留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間に認めることができません。
- 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。
- ⑧ 他領域の専門研修プログラムにより中断した場合、中断前・後の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中断前の研修を研修期間にカウントすることができます。
- ⑨ 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、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。

## 20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

### ① 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します。

### ② 医師としての適性の評価

指導医のみならず、看護師を含んだ2名以上の多職種も含めた日常診療の観察評価により専攻医の人間性とプロフェッショナリズムについて、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形成的評価を受けることになります。



### ③ 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：以下の項目が含まれています。

- ・ 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
- ・ その他

2) 指導者マニュアル：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：診療実績の証明は専攻医研修実績フォーマットを使用しています。

4) 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います。

- ・ 専攻医は指導医・指導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。
- ・ 書類作成時期は毎年9月末と3月末とする。書類提出時期は毎年10月（中間報告）と4月（年次報告）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。

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、研修施設群として指導医講習会を実施し指導医の参加記録を保存します。

## 2 1. 専攻医の採用と修了

### ① 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します。

- 2) 研修プログラムへの応募者は下記の期間（応募方法と採用を参照ください）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。

## ② 修了要件

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、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価し総合的に修了判定を行います。

## 2.2. 応募方法と採用

### ① 応募資格

- 1) 日本国の医師免許を有する
- 2) 臨床研修修了登録証を有すること ~~（平成29年（2017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。）~~
- 3) 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること ~~（平成29年4月1日付で入会予定の者も含みません。）~~
- 4) 応募期間：~~平成28年6月1日から8月31日予定~~一般社団法人日本専門医機構が定める1次～2次採用応募期間

② 選考方法：書類審査、面接により選考します。面接の日時・場所は別途通知します。

③ 応募書類：~~所定の様式の願書および履歴書、臨床研修修了証もしくは臨床研修終了見込証明書の写し、願書、希望調査票、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：

〒856-0835 長崎県大村市久原2-1001-1

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 教育センター

電話番号：0957-52-3121（代）、FAX：0957-54-0292、

E-mail：kensyu@nagasaki-mc.com