

東京都立
多摩総合医療センター施設群
救急科
東京医師アカデミー
専門研修プログラム

目次

1. 東京都立多摩総合医療センター施設群救急科東京医師アカデミー専門研修プログラムについて	→P.2
2. 救急科専門研修の方法	→P.3
3. 救急科専門研修の実際	→P.4
4. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	→P.37
5. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	→P.39
6. 学問的姿勢について	→P.39
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	→P.40
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	→P.41
9. 年次毎の研修計画	→P.42
10. 専門研修の評価について	→P.44
11. 研修プログラムの管理体制について	→P.45
12. 専攻医の就業環境について	→P.47
13. 専門研修プログラムの評価と改善方法	→P.48
14. 修了判定について	→P.49
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	→P.49
16. 研修プログラムの施設群	→P.50
17. 専攻医の受け入れ数について	→P.50
18. サブスペシャリティ領域との連続性について	→P.51
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	→P.52
20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について	→P.52
21. 専攻医の採用と修了	→P.54
22. 応募方法と採用	→P.54

1. 東京都立多摩総合医療センター施設群救急科東京医師アカデミー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。

医療へのアクセス時に短時間で気道・呼吸・循環という生理学的異常を観察、評価、介入をして、解決した後には今度は解剖学的異常へのアプローチをするというステップを常に踏みながらアクションを起こすことが可能な救急科専門医の存在意義は非常に高いと考えられます。

本研修プログラムの目的は、「地域住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臨床能力（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。

突然発症でかつ重篤な疾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、初療時からの早期判断・早期対応が非常に重要になります。対処すべき生理学的異常や解剖学的異常を速やかに理解してチーム医療としてその病態と対峙する必要があります。病院前救護または初療室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。その一貫性や看護スタッフなども含めた「チーム医療」が現在の救急・集中治療分野におけるキーワードになっています。「チーム医療」を十分に意識して多くのスタッフと協調性を持ちながら医療を継続していける救急科専攻医を目指してください。

また救急医療と一概に言いましてその地域の医療体制や地域の医療機関の考え方などによって非常に多種多様です。そのため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。東京都のような都市型救命救急センターでは現時点ではドクターヘリなどは導入されていません。ドクターヘリが必要不可欠で導入・運営している地域で研修することで医師の患者さんへの早期接触、早期治療開始の重要性を認知して頂ければと思います。

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。更なる高齢化社会に突入する日本で高齢者救急診療の問題は避けては通れません。高齢者救急や救急領域での終末期医療の問題などにも真摯に向き合っていける救急科専門医の養成が必要と考えます。優秀な救急科専門医であることは重要なことではありますが同時に一人の医師として、また一人の社会人として、さらには一人の人間として **hospitality**を持つことも重要です。

様々な診療科がある中で救急科を志して専門医を目指そうという若き先生方に対して救急科指導医としては敬意を表します。皆さんが日本の医療の宝の原石であることに論を俟ちません。期待しています。

②専門研修の目標

専攻医のみなさん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。

- 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。

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) **ER**、救命救急センターでの実地修練 (**on-the-job training**)
- 2) 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
- 3) 抄読会・勉強会・各種勉強会への参加
- 4) 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

② 臨床現場を離れた学習

国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習するために、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) コースなどの **off-the-job training course** に積極的に参加していただきます (参加費用の一部は東京医師アカデミーの研究研修費の規定に応じて負担いたします)。また救急科領域で必須となっている **ICLS** (**AHA/ACLS** を含む) コースが優先的に履修できるようにします。救命処置法の習得のみならず、優先的にインストラクターコースへ参加できるように配慮し、その指導法を学んでいただきます。また、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法制・倫理・安全に関する講習にそれぞれ少なくとも1回は参加していただく機会を用意いたします。

また、東京都立多摩総合医療センターは重症呼吸不全に対する **respiratory ECMO** 治療に軸足を置いており、**ECMO** 管理に関する勉強会、シミュレーションなどにも積極的に参加して頂きます。

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。

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、基幹研修施設と複数の連携研修施設での研修を組み合わせています。

本プログラムでは

- ① 救命救急センターの位置づけ、役割
- ② 重症患者管理
- ③ 世界基準の装置・管理方法での **ECMO** 管理

- ④ 多発外傷へのアプローチ・management
- ⑤ 心血管救急・脳卒中への迅速な management
- ⑥ 広範囲熱傷治療
- ⑦ ドクターヘリでの研修
- ⑧ リサーチマインド・チーム医療
- ⑨ 小児救急・集中治療
- ⑩ 母体救命：日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）での活動
- ⑪ 病院前救護
- ⑫ ER management
- ⑬ 高齢者救急・救急領域の終末期医療

などの救急科専門医として必要な経験を幅広く、また専攻医個人の希望に応じて非常に幅広い研修の選択が可能であるという特徴があります。3年間の専攻期間では救急科専門医の取得は当然ですが、広範囲な領域をカバーすべく救急科診療の現状も認識して頂きたいと考えています。専攻医のみなさんが実際に自身で研修・経験していく中で、目指すべき救急科専門医像、あるいはどのような救急システムの施設で救急科専門医として成長したいかなども模索すべき3年間である、と我々指導医は捉えています。救急科専門医の中で自分は何をサブスペシャリティとするか、あるいは何を軸足にしていくかなどを同僚や指導医達とともに考えることが可能な環境、プログラムであるとも自負しています。

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。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東京都立多摩総合医療センターの臨床研修支援室と協力し、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関わっています。

- ①定員：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「項目 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、研修施設要件を満たした下記の12施設によって行います。

1) 東京都立多摩総合医療センター 救急科 [救命救急科（救命救急センター）・救急診療科（ER）]（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）、**ER** 診療、災害拠点病院、**DMAT** 指定医療機関、**DMAT Car**、地域メディカルコントロール（**MC**）協議会中核施設、総合周産期母子医療センター（母体救命対応総合周産期母子医療センター）
- (2)指導者：救急科指導医 **1** 名、救急科専門医 **6** 名、その他の専門診療科専門医師（集中治療科 **1** 名、脳神経外科 **1** 名、整形外科 **1** 名、総合内科 **1** 名）
- (3)救急車搬送件数：救急車搬送件数 **8375** 台/年、
救命救急センター患者数 **1873** 人/年
- (4)救急外来受診者数：**40000** 人/年
- (5)研修部門：救命救急センター（救急初療室、救命救急センター病棟、**ICU**、**HCU**）、**ER**、一般病棟

【救命救急センター（救命救急科）について】

救命救急センターは **20** 床を有し、**6** 床が特定集中治療室の指定を受けています。重症患者に関しては東京消防庁からの **3** 次救命対応ホットラインを通じて年間 **1500** 件程の重症患者を直接受け入れております。ホットラインの応需率は **98%** を超える数値を誇り、「断らない救命」をモットーに運営しております。日本救急医学会専門医、指導医及び日本集中治療医学会専門医などの保持、及び資格習得を目指すスタッフで構成されています。入室患者は救命救急科入院が **80%** 程度でその他、循環器内科、脳神経外科での入院管理が多い状況です。

また、周産期センターも併設しているため、母体救命にも積極的に取り組んでおり西東京における唯一の母体救命対応施設として救命救急科・産婦人科・新生児科・脳神経外科・麻酔科などと協力体制を取り、たらい回しを防ぐべく最後の砦の役割を果たしています。日本母体救命システム普及協議会（**J-CIMELS**）の中心メンバーとして活動しているスタッフも多く、アドバンスコースも当センターで開催しております。

救命救急センターが満床の場合には重症ユニットである **ICU(6 床)**、**HCU (8 床)** などを使用するケースもあります。

■スピード感のある対応

◇循環器内科との連携

通常的心筋梗塞や心不全患者の初療に加えて来院時心肺停止患者や重度ショックの際には体外循環装置（**PCPS**）を可及的速やかに導入して早期 **PCI** に繋ぐことを目標としています。急性冠症候群（**ACS**）だけでなく肺塞栓症（**PE**）への **PCPS** 早期導入での救命症例は増加しています。

◇脳神経外科との連携

重症頭部外傷や脳血管障害なども時間との勝負でありスピード感を重視した初療を心掛けて速やかに脳神経外科にバトンタッチ可能な体制を構築しています。頭部外傷では速やかな手術室への入室を、くも膜下出血では速やかな **AG** 室への入室を、また当院の脳神経外科は脳梗塞に対する東京・関東屈指の再灌流治療施行施設でありそれに相応しい初療を意識しております。

■救命救急科入院患者

広範囲熱傷、多発外傷、敗血症性ショック、重症呼吸不全、意識障害、心肺停止などが多く、救命救急センターへ入室後は主治医チームとしてじっくりと腰を落ち着けての集中治療管理の施行になります。救命救急科が主治医・主科として管理する体制にはこだわり続け専攻医の皆さんと共に患者さんの病態改善を目指して行きます。管理として**CHDF**や**respiratory ECMO**なども積極的に導入しての集学的医療をおこなっています。重症外傷に対する**TAE**なども救命救急科で施行する場合や放射線科に依頼する場合などケースバイケースで対応します。また、院内急変の重症患者は救命救急科が別ユニットの**ICU**で管理を行います。必要があれば適宜院内の各科と連携をとって専門性の高いコンサルトやアドバイスを受ける体制となっています。

■Mobile ECMO Team の構築

重症呼吸不全に対する**Respiratory ECMO**として、他医療機関へチームで出向いて、そこでカニューレションをおこない、**ECMO**を確立して自施設へ搬送する**Primary Transport**の体制を構築しています。365日、24時間体制で応需し、防ぎ得る呼吸不全死亡への対応に努めています。

■ER との連携

当院は一次、二次患者を扱う「東京**ER**・多摩」と三次の重症患者を扱う「救命救急センター」の両者が救急部門として密接な協力関係を構築しながら運営されています。**ER**に搬送された患者で結果的に重症度が高い場合には救命救急センターへ入室となります。救命対応での搬送患者に加えて年間**600**名程が**ER**経由で救命救急センターに入室しています。緊急度も非常に重要視しており、**ER**に**under triage**の患者が搬送されれば速やかに救命救急センターに移して救命科医師が対応し、逆にホットラインで受け入れた患者が明らかに**over triage**で救命救急センターの適応外との判断が生じれば**ER**医に今後の対応を依頼する、という体制になっています。基本的には救命救急センターでの研修期間が中心になりますが専攻医の希望に応じて**ER**へのシフト期間を長く設定することもフレキシブルに可能です。

【ER・救急外来（救急診療科）について】

救急外来では、日中夜間の**walk-in**と、2次選定となった救急車の応需を行っています（小児科領域は隣の小児総合診療センターで対応）。救急外来にやってきた重症症例については、救急救命センター医師と連携して対応しています。

平日日中については**ER**リーダーを設定し診療内容の相談を受け、調整が必要な診療内容・トラブル対応については、上席日直当直医を設定し対応しています。

入院後の管理については各診療科の当直医へ依頼し、**ER**診療医は外来診療のみに専念できる環境になっています。日中はもちろんのこと、夜間当直帯においても、救急診療科に加えて、上席当直、内科、消化器科、循環器科、外科、脳神経外科、整形外科、精神神経科、産婦人科、麻酔科、救命救急センターなどの当直系列が整っています。

毎日、**8:30**から前日の当直症例についての振り返り（**ER**モーニングレポート）、夜勤帯から日勤帯への申し送り、**17:00**に日勤帯から夜勤帯への申し送りを行っています。平日は申し送り後に日勤帯症例についての振り返り（**ER**レビュー）を行っています。救命センターで行われる朝の勉強会や院内で行われる勉強会（毎週火曜日夜：**ER**カンファレンス、毎週水曜日昼：**ER**ランチョンレポート、不定期木曜日夜：画像カンファレンス、不定期開催：院外講師招聘）には救急外来での診療に役立つものも多く、参加を推奨しています（スケジュール表参照）。

また、院内での救急外来診療の標準化とコンセンサス共有のため、院内各診療科の協力の下、多摩**ER**マニュアルの作成・更新を行っています。

(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. 病院前救急医療（**Online MC**）
 - ・救急車同乗による病院前救護
 - ・伊豆諸島、小笠原諸島からのヘリ搬送要請事案への同乗
- iii. 心肺蘇生法、救急心血管治療
- 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. 重症患者に対する救急手技・処置（**ER**・外科的・整形外科的救急手技・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

研修内容

- i. 病院前救護・診療
- ii. 病院間搬送
- iii. 外来での初療
- iv. 入院症例の管理・検査・手術

(7) 研修の管理体制：東京都立多摩総合医療センター救急科領域専門研修管理委員会による

(8) 給与：基本給：日給 **24500** 円、月額 **392000** 円（月 **16** 日勤務、当直無しの場合）、他に宿日当直手当（**24500** 円/回）、超過勤務手当等あり。

※ 改定があった場合には、その定めによる。

(9) 身分：東京都医員（非常勤）

(10) 勤務時間：**8:30-17:15**

- (11) 社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用
- (12) 宿舎：あり（単身のみ）宿舎使用料月額 **12700 円-18900 円（2017 年 4 月現在）**
- (13) 専攻医室：専攻医専用の設備を有し、かつ、救命救急センター内に個人スペース（机、椅子、棚、**LAN**、及びソファ・テレビを含む休憩エリア）が充てられる。
- (14) 健康管理：年 **1** 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：
- ① 日本救急医学会、日本救急医学会関東地方会、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関東地方会、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、日本小児救急医学会、日本臨床モニター学会、日本腹部救急学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経外科救急医学会、日本神経救急学会、日本外科学会、**Acute Care Surgery** 学会、日本呼吸療法医学会、日本急性血液浄化学会、日本麻酔科学会、日本臨床麻酔学会、日本蘇生学会、日本航空医療学会、日本病院前診療医学会など。
- 上記の救急医学・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。学会参加費・旅費・宿泊費及び論文投稿費用は東京医師アカデミーの専攻医ごとの研究研修費の規定範囲内で支給。
- ② 院内における臨床研究や院内の学術的発表会などをおこなう。
- ③ 院内規定の医療安全講習会や救命講習会、感染症勉強会、リハビリ勉強会など様々な研修会への出席を励行している。
- ④ 救命救急科主催の **off the job training** への参加

週間スケジュールを下記に示します。

救命救急センターの週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8	8:30-9:00 モーニングレクチャー						
9	9:00-11:00 朝カンファレンス(新患プレゼンテーション及び重症患者申し送り)						
10	11:00-11:30 回診(救命救急センター、ICU,HCU), 及び各患者担当看護師とのショートカンファレンス						
11	水曜日:三宅教授回診						
12	救命救急センターの病棟業務・ホットライン対応・各種検査出し・手術・IVRなど						
13							
14	14:00- 多職種リハビリカンファ			14:00-14:30 看護師との合同カンファ			
15							
16							
17	創傷カンファ	ECMO勉強会	抄読会	M&Mカンファ	ECMOシミュレーション		
	タカンファレンス(朝カンファでの問題点解決の状況、日中の新患プレゼンテーション・治療方針、当直者への申し送り)						
		シニア連絡会1回/月	ERカンファ	小児総合とのECMO勉強会 1回/月			
				有志によるECMO抄読会	画像カンファ		

ER・救急外来の週間スケジュール(土、日は救急科専攻医は原則休み)

	月	火	水	木	金		
8:30	救命勉強会/ モーニングレポート	救命勉強会/ モーニングレポート	救命勉強会/ モーニングレポート	救命勉強会/ モーニングレポート	救命勉強会/ モーニングレポート		
	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ		
	ER勤務	ER勤務		ER勤務	ER勤務		
12:30			ERランチョン レポート				
13:30			ER勤務				
17:00	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ	引き継ぎ		
	ERレビュー	ERレビュー	ERレビュー	ERレビュー	ERレビュー		
		ERカンファ		画像カンファ レンス(不定期)			

連携施設 1) -11)

1) 帝京大学医学部附属病院

- (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、東京都地域救急医療センター、総合診療 **ER** センター、外傷センター
- (2) 指導者：日本救急医学会指導医 **11** 名、救急科専門研修指導医 **26** 名、救急科専門医 **29** 名、その他の専門診療科医師（外科 **12** 名、脳神経外科 **5** 名、整形外科 **6** 名、麻酔科 **2** 名、形成外科 **1** 名、熱傷 **3** 名、脳卒中 **2** 名、集中治療科 **5** 名）
- (3) 救急車搬送件数：**7,392** 件/年（内、三次ホットライン **2,426** 件）
- (4) 救急外来受診者数：**18,710** 人/年
- (5) 研修部門：救命救急センター、総合診療 E R センター、外傷センター
- (6) 研修領域
 - i. **ER** における初期診療
 - ii. 心肺蘇生・緊急心血管治療・ショック治療
 - iii. 重症患者に対する救急手技・処置
 - iv. クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - v. 救急外科手術（重症熱傷を含む）
 - vi. 整形外科手術
 - vii. 脳神経外傷手術
 - viii. 病院前救急医療（MC）
 - ix. 災害医療
 - x. 救急医療の質の評価・安全管理
 - xi. 救急医療と医事法制

(7) 研修内容

- i. 外来症例の初療
 - ii. 入院症例の管理
 - iii. 救急手術（救急外科・整形外科・脳神経外科）
- (8) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (9) 給与：基本給：月給 **15** 万円程度（後期研修医の給与規定による）
- (10) 身分：後期研修医
- (11) 勤務時間：**8:30-17:15**
- (12) 社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用
- (13) 宿舎：なし
- (14) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、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。
- (15) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本救急医学会関東地方会、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関東甲信越地方会、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。
- (16) 週間スケジュール
週間スケジュールを次ページに示します。

時	月	火	水	木	金	土	日
7	7：30-8：15 ジャーナル クラブ・MM カンファ	0:00-8:15 夜勤シフト(交代制)					
8	8:15-8:30 救急科当直報告・ミーティング						
9	8:30-9:00 外傷センター合同カンファレンス 9:00-10:00 救命救急センター新患・入院患者カンファレンス						
10	10:00-12:00 救命救急センターICU ラウンド ホットライン患者診療						日勤シフト (交代制)
11	救急外科・整形外科・頭部外傷手術						
12	ランチタイム勉強会（適宜）					午後シフト (交代制)	
13	13:00-16:00 救命救急センターICU 処置						
14	ホットライン患者診療 救急外科・整形外科・頭部外傷手術						
15	外傷センター病棟診療						
16	総合診療E Rセンター初期診療						
17	16:00-17:00 救命救急センターカンファレンス(夜勤申し送り) イブニング・ラウンド						
18	17:00-24:00 夜勤シフト（交代制）						

2)佐久総合病院 佐久医療センター 救急科

(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）、災害拠点病院、**DMAT**指定医療機関、ドクターヘリ配備、**DMAT**カー配備、地域メディカルコントロール(**MC**)協議会中核施設

(2)指導者：救急科指導医 1名、救急科専門医 2名、その他の専門診療科専門医師（集中治療科 1名、整形外科専門医 1名）

(3)救急車搬送件数：3,000/年

(4)救急外来受診者数：8,000人/年

(5)研修部門：救命救急センター（**ER**、集中治療室、救命救急センター病棟）

(6)研修領域

- i. 病院前救急医療（ドクターヘリ 他）
- ii. 心肺蘇生法・救急心血管治療

- iii. ショック
- iv. 重症患者に対する救急手技・処置
- v. クリティカルケア・重症患者に対する診療
- vi. 救急症候に対する診療
- vii. 急性疾患に対する診療
- viii. 外因性疾患に対する診療
- ix. 小児に対する診療

(7) 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

(8) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

(9) 給与：基本給：当院後期研修医の基本給に基づくもの

1 年次 404,584円 2 年次 469,064円 3 年次 523,544円

(10) 身分：診療医（後期研修医）

(11) 勤務時間： **7:30-17:00**

(12) 社会保険：労働者災害補償保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用

(13) 宿舎：なし

(14) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、医局内に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられる。

(15) 健康管理：年 1 回。その他各種予防接種。

(16) 医師賠償責任保険：各個人による加入を推奨。

(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、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。参加費ならびに論文投稿費用は全額支給。

(18) 週間スケジュール（救急診療と ICU・病棟診療は 6 ヶ月ずつ別チームで行動する）

時	月	火	水	木	金	土	日		
7	7:30-8:00 当直医から申し送り 8:00-8:30 各科とのミーティング 8:30-9:00 他職種カンファ（週 2 回） 9:00-10:00 病棟回診					8:00-8:30 当直医から申し送り			
8									
9						9:00-10:00 病棟回診		9:00-10:00 病棟回診	
10	病棟・初療・ドクターヘリ など					病棟・初療・			

11			ドクターヘリ など (シフト制)
12		ランチョン抄読会	
13	病棟・初療・ドクターヘリ など		
14			
15			
16			
17	病棟回診・当直医へ申し送り		

3) 相澤病院、救命救急センター

- 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）、地域医療支援病院、
地域がん診療連携拠点病院
- ② 指導者：日本救急医学会指導医 1 名、日本救急医学会専門医 11 名、救急科専門研修指導医 11 名、
その他の専門診療科医師（脳外科 1 名、外科 3 名、麻酔科 1 名、内科 7 名、循環器 1 名、神経内科 2 名）
- ③ 救急車搬送件数：7,000 件/年
- ④ 救急外来受診者数：46,000 人/年
- ⑤ 研修部門：救命救急センター【ER（緑 10 床、黄 4 床 赤 5 床）、ICU（10 床）、
HCU（8 床）、一般病床 3A（22 床）】

【当院の救命救急センターについて】

信州は豊かな自然に恵まれ、観光地も多く、毎年多くの人を訪れます。長野県の中心に位置する相澤病院は、3 次の重症者のみを診るのではなく、1 次から 3 次の患者さんまで、不安を抱えて飛び込んできた全ての患者さんを受け入れるのが当院の使命と考え、北米型 ER をモデルとし、相澤独自のシステムを構築してきました。センター内には救急科、総合内科、集中治療科を設け、緊急度の判定（看護師によるトリアージ）を行ったあと、ER ドクターによる診療を行い、各々の部門と連携・協力をした診療を行っています。

⑥ 研修領域と内容

- i. 救急室における救急診療（小児から高齢者まで、軽症から重症（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）、疾病・外傷、各専科領域におよぶあらゆる救急診療を救急医が担当する）
- 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（国際的医療機能評価 JCI 認定施設）
- vi. 病院前救急医療（地域メディカルコントロール：MC、ドクターカー）

- vii. 山岳医療（県警ヘリの受入れ：屋上ヘリポート直結型相澤ER）
 - viii. 災害医療
 - ix. 救急医療と医事法制
 - x. 他科専門研修（内科 外科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科）
- 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：1年次：5,760,000円
2年次：6,120,000円
3年次：6,480,000円
※時間外手当・宿日直手当は別途支給
- ⑨ 賞与：有り
- ⑩ 住宅補助：有り
- ⑪ 身分：診療医（後期研修医）
- ⑫ 勤務時間：9:00-17:30, 夜勤をした時は17:30-翌日9:00（2日分の勤務とする）
- ⑬ 社会保険：健康保険、厚生年金保険、労災保険、雇用保険加入
- ⑭ 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、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。
- ⑮ 健康管理：年2回。その他各種予防接種。
- ⑯ 医師賠償責任保険：病院で加入。
- 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、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。参加費ならびに論文投稿費用は全額支給。
- ⑱ 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）

曜日	AM	PM	カンファレンス
月	ER 日勤+ICU 管理	ER 日勤+ICU 管理	
火		ER 夜勤	症例検討会（月 1 回）
水	夜勤明け		
木	休み		午前 8 時から 総合内科合同カンファレンス M&M カンファレンス
金	ER 日勤+ICU 管理	ER 日勤+ICU 管理	午前 8 時から シニアレジデント勉強会
土	ER 日勤+ICU 管理	ER 日勤+ICU 管理	
日	ER 日勤+ICU 管理	ER 日勤+ICU 管理	

			ジュニアレジデント抄読会 (月 1 回) ER 多職種カンファレンス (月 1 回) ジャーナルクラブ (月 1 回)
--	--	--	---

- 勤務表（勤務日、日勤、夜勤）は週によって違います。

- 希望者は週2回の麻酔研修が受けられます。その場合土曜・または日曜日の勤務があります。

4) 浦添総合病院

(1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療機関（救命救急センター）、災害拠点病院、ドクターカー配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設、地域二次救急医療機関

(2) 指導者：救急科指導医（学会）1名、救急科専門医（学会）6名
その他の専門診療科医師（脳神経外科 1名、集中治療 2名）

(3) 救急車搬送件数：5300/年

(4) 研修部門：救命救急センター（救急集中治療部）

(5) 研修領域

- xii. クリティカルケア・重症患者に対する診療
- xiii. 病院前救急医療（MC・ドクターカー・ドクターヘリ）
- xiv. 心肺蘇生法・救急心血管治療
- xv. ショック
- xvi. 重症患者に対する救急手技・処置
- xvii. 救急医療の質の評価・安全管理
- xviii. 災害医療
- xix. 救急医療と医事法制
- xx. 一般的な救急手技・処置
- xxi. 救急症候に対する診療
- xxii. 急性疾患に対する診療
- xxiii. 外因性救急に対する診療
- xxiv. 小児および特殊救急に対する診療
- xxv. 外科的・整形外科的救急手技・処置
- xxvi. 地域メディカルコントロール

(6) 研修内容（研修方策）

- i. 外来症例の初療
- ii. 病棟入院症例の管理
- iii. ICU 入院症例の管理
- iv. 病院前診療（ドクターカー・ドクターヘリ）
- v. オンラインメディカルコントロール
- vi. 災害訓練への参加
- vii. off the job training への参加

(7) ドクターヘリ研修について

当院では、ドクターヘリ基地が、病院から離れているため、ヘリ研修は、1日基地へ出勤することになる。そのため、ドクターカーにまず同乗していただき、病院前救急診療を研修してもらい、必要な経験を経てセンター長が許可（口頭試問あり）した後期研修医が、ドクターヘリ **OJT** を受けることができる。当院以外で、ドクターカーなどで病院前救急診療を経験してきたものは、その経験を加味してヘリ研修に臨んでもらう。

- (8) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (9) 給与：基本給：50万円（諸手当混み、別途時間外・当直料支給）、1年毎に昇給あり。
- (10) 身分：診療医（後期研修医）
- (11) 勤務時間：日勤 **8:30-17:30**
- (12) 休日：土曜日の午後と日・祝日
- (13) 当直：**ER** 当直 月 **6** 回
- (14) 社会保険：健康保険、厚生年金保険、雇用保険、労災保険（病院負担）を適用
- (15) 宿舍：なし
- (16) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、病院医局内に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられる。
- (17) 健康管理：健康診断 年 **2** 回。その他各種予防接種。
- (18) 医師賠償責任保険：病院加入（個人加入については任意）
- (19) 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、日本病院前救急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。参加費ならびに論文投稿費用は、学会発表については年 **5** 回、参加のみでも年 **1** 回全額支給。
- (20) 週間スケジュール
週間スケジュールを下記に示します。

週間スケジュール（浦添総合病院）

	月	火	水	木	金	土	日
07:00～07:30		ジャーナルクラブ					
08:00～08:30	救急外来カンファレンス						
08:30～09:00	救急集中治療部ミーティング						
09:00～09:30							
09:30～10:30	重症病棟カンファレンス						
10:30～11:00	他職種回診						
11:00～12:00				リハビリカンファレンス			
12:00～13:00		ランチミーティング					
13:00～16:00							
16:00～17:00	夕回診						
17:30～	当直申し送り						

*ドクターカーは病院勤務しつつ要請に備える。ツードクターで出勤。

*ドクターヘリ基地は、病院にはないため、朝からヘリ基地へ出勤し、基地から帰宅となる。

5) 昭和大学病院（連携研修施設）

- (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)、災害拠点病院、**DMAT** 指定医療機関、**DMAT**カー配備、地位メディカルコントロール(**MC**)協議会中核施設
- (2) 指導者:救急科指導医2名、救急科専門医4名、その他の専門診療科医師(集中治療科1名、麻酔科1名、脳神経外科2名、整形外科1名、外科1名)
- (3) 救急車搬送件数: **918** 台/年
- (4) 研修部門:救命救急センター
- (5) 研修領域
 - i. クリテイカルケア・重症患者に対する診療
 - ii. 病院前救急医療(**Online MC**)
 - 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
- 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:基本給: 未定
- (9) 身分・診療医(後期研修医)
- (10) 勤務時間: **8:00-17:00**
- (11) 社会保険:未定
- (12) 宿舎:なし
- (13) 専攻医室:専攻医専用の設備はないが、救命救急センター内に個人用の棚が充てられる
- (14) 健康管理:年**1**回。その他各種予防接種。
- (15) 医師賠償責任保険:未定
- (16) 臨床現場を離れた研修活動:日本救急医学会、日本救急医学会関東地方会、日本臨床救急医学会、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、日本病院前救急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。
- (17) 週間スケジュール
週間スケジュールを下記に示します。レクチャーは週に**2**回程度、モジュール形式で実施しています。

時	月	火	水	木	金	土	日
8	8:00-9:30 当直報告・ 多職種合同カン ファレンス	8:00-9:00 教授回診	8:00-9:30 当直報告 多職種合同カン ファレンス	8:00-8:30 当直報告	8:00-9:30 当直報告・ 多職種合同カン ファレンス	8:00-9:30 当直報告・ 病棟カンファ レンス (シフト制)	
9		9:00-10:00 抄読会10:00- 11:00 スタッ フ ミーティ ング		8:30-9:00リハ カンファレンス 9:00-9:30			
10	病棟・初療		病棟・初療	多職種合同カン ファレンス	病棟・初療	病棟・初療	

11		病棟・初療		病棟・初療		(シフト制)
12	ランチョンセミナー（週2回程度）					
13	病棟・初療 16:30-17:00カンファレンス					
14						
15						
16						
17	CPC					

6) 日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科

(1)救急科領域の病院機能：3次救急医療施設（東京都救命救急センター）、地域救急医療センター（東京ルール参画・区西南部2次医療圏・幹事病院）、初期・2次救急医療施設、地域災害拠点病院、地域メディカルコントロール(MC)協議会中核施設、総合周産期母子医療センター（母体救命対応総合周産期母子医療センター）、日本DMAT指定医療機関、東京DMAT指定医療機関、日本赤十字社DMAT指定医療機関、東京DMAT Car 配備、

(2)指導者：救急科指導医3名、救急医学会指導医2名、救急科専門医3名、
その他専門診療科専門医師
（脳神経外科専門医2名、麻酔科認定医1名、呼吸療法学会専門医1名）

(3)救急診療実績：

救急車搬送件数：5,692件/年 救急外来受診者数：26,768人/年

入院数：2,167人/年、3次救急症例数：536件/年(すべて2016年実績)

(4)研修部門：救命救急センター（救急初療室、集中治療室、救命救急センター病棟）、一般病棟、他

(5)在籍後期研修医（在籍5名）

3年目（卒後5年目）：1名（現在、京都第二病院にて研修中）

2年目（卒後4年目）：1名 1年目（卒後3年目）：3名

【救命救急センター / 救急科 について】

救命救急センターは 総病床数は33床を配置しています。

外来部門は 重症・初療室2室、2次救急初療室2室、1次救急診察室6室と観察ベッド5床で構成されています。64列 Multislice CT（東芝社製）

病棟部門は 救急・集中治療室（EICU）：8床（救命救急入院料；特定集中治療室・2：1看護基準）、救命救急センター病棟：25床（救命救急入院料；4：1看護基準）を

HCU 対応 12 床、一般病床 13 床で構成しています。

重症患者搬送は東京消防庁からの**3 次救命対応ホットライン**にて年間**540 件**程度を受け入れています。この応需率は**85%**程度で東京都内**26 施設中 11 位**の成績です。救命救急センターの平均在院日数は**4.0 日**で病床稼働率は**74%**程度です。**(2015 年実績)** この数字の意味するものは「患者収容のためにセンターは余裕を持たせて運営している」ということです。救命救急センター全入院患者(**2167 名**)の**20%**にあたる**443 名**、集中治療室(**EICU**)入院患者(**930 名**)の**38%**にあたる**353 名**の診療を主担当で行い、他の診療科の診療もサポートしています。**(2016 年実績)**

集中治療室での診療には 人工呼吸器 (ハミルトン社製、ドレーゲル社製)、血行動態モニター (エドワーズ社製 ; **EV-1000、Vigileo、Vigilance**)、体外循環装置 (テルモ社製:**EMERSAVE**)、血液浄化装置 (旭メディカル社製・川澄化学工業社製)、局所ヘモグロビン酸素飽和度 (rSO2) 測定装置(**NONIN** 社製 ; **Sen Smart**)、体温管理システム (**IMI** 社製 ; **Arctic Sun**) などの各種機器を導入して「集学的な治療」の実践に務めています。

またカンファレンスは 医師、看護師はもちろん 薬剤師、管理栄養士、医療工学士、医療社会福祉士、臨床心理士からなる「**多職種**」でおこなっています。急性期から長期的な患者自身の経過を見据えた集学的治療の実践に務めています。

当院は東京都総合周産期母子医療センターと我々救命救急センターの連携をもとに「東京都母体救命対応総合周産期母子医療センター」と位置づけられ、妊産褥婦と新生児の重症救命対応症例の診療にも重点を置いています。

また選定困難 (東京ルール) 事案に対して、「地域救急医療センター・区西南部 **2 次医療圏**」の幹事病院と地域の救急医療全般を担う体制を維持しています。

このような設備を有し、「**ER 体制**」までの診療展開を目指して、重症救急疾患の初療と集中治療を中心とし、**1・2 次救急診療**にも対応できるような体制を目指しています。

是非とも「専攻医」の先生方とともに歩んでいけることを願っております。

(5)研修領域と内容

- a) クリティカルケア・重症患者に対する初期診療
(: 心肺蘇生、各種ショックへの対応とその病態把握)
- b) 重症患者に対する救急手技・処置
- c) 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
(: 人工呼吸、体外循環、血液浄化などの導入・管理)
- d) 外傷症例の初療 (**JATEC**) と外科・整形外科的救急手技・処置
- e) 周産期救急対応 (**J-MELS**) による初療と周産期集中治療の実践

- f) 急性中毒の診療
 - g) 環境障害にかかる病態（熱中症、低体温症）の診療
 - h) 高齢者・精神疾患などの福祉・救急医療への対応
 - i) 災害医療（：日本赤十字社救護班、**DMAT** 活動への積極的な参加）
 - j) 地域メディカルコントロール（**MC**）
 - k) 救急医療の質の評価・安全管理
 - l) 救急医療と医事法制
- (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)研修の管理体制：救急科専門研修プログラム管理委員会による
- (8)給与処遇：日本赤十字社給与要綱に準じ、労働基準法に準拠した処遇
- (9)専攻医身分：常勤医師
- (10)勤務時間：平日 **8:30-17:00** を基本とし、完全週休 **2** 日制である。
救命救急センターは夜間休日勤務を含み、夜間休日給を支給する。
- (11)休暇等：夏期休暇、年次有給休暇、特別有給休暇、産前産後休暇、
育児休業制度、介護休業制度あり
- (12)福利厚生：社会保険（健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険）、
医師賠償保険は任意加入（加入を推奨） 院内保育所あり
- (13)宿舎：特に確保はしていない。
- (14)専攻医室：救命救急センター内に個人用机、椅子、棚、ロッカーを確保。
- (15)健康管理：年 **2** 回。その他各種予防接種。
- (16)臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本救急医学会関東地方会、
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など救急医学・救急医療関連医学会の学術集会への
年 **1** 回以上の参加ならびに報告を行う。
学会参加については年 **1** 回の出張旅費は全額支給。
3 年間で **1** 編の論文投稿費用については全額支給する。

(17)週間スケジュール（救急診療とICU・病棟診療に並行して従事する）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	休日
8:00			8:15 抄読会					
	8:45 ~ 9:15 多職種症例カンファレンス(新入院・外来診療患者) + 回診					8:30 ~ 救命救急センター当直 申し送り		
9:00								
10:00								
11:00								
12:00		ミニレクチャー	ランチョン・セミナー	ミニレクチャー				
13:00								
14:00		多職種ミニレクチャー						
15:00								
16:00		多職種合同カンファレンス						
17:00	多職種症例カンファレンス(病棟・外来)							

※ 空欄は 救命救急センター内業務に従事（外来診療、集中治療・病棟業務）



救命救急センター・外来部門

重症患者 初療室（左）

：緊急手術にも対応可能

IVR 対応 初療室（右）(Hybrid ER room)

：Mobile Angio 装置・手術に対応可能



救命救急センター・病棟部門

救急集中治療室（EICU）（左）

： **Open floor** 4 床 個室 4 床 全 **8** 床

救命救急病棟 （右）

： **HCU** 対応 個室 **3** 床 大部屋 **2** 室 **9** 床 全 **12** 床

大部屋 **2** 室 **13** 床

7) 茨城西南医療センター

施設名

連携研修施設



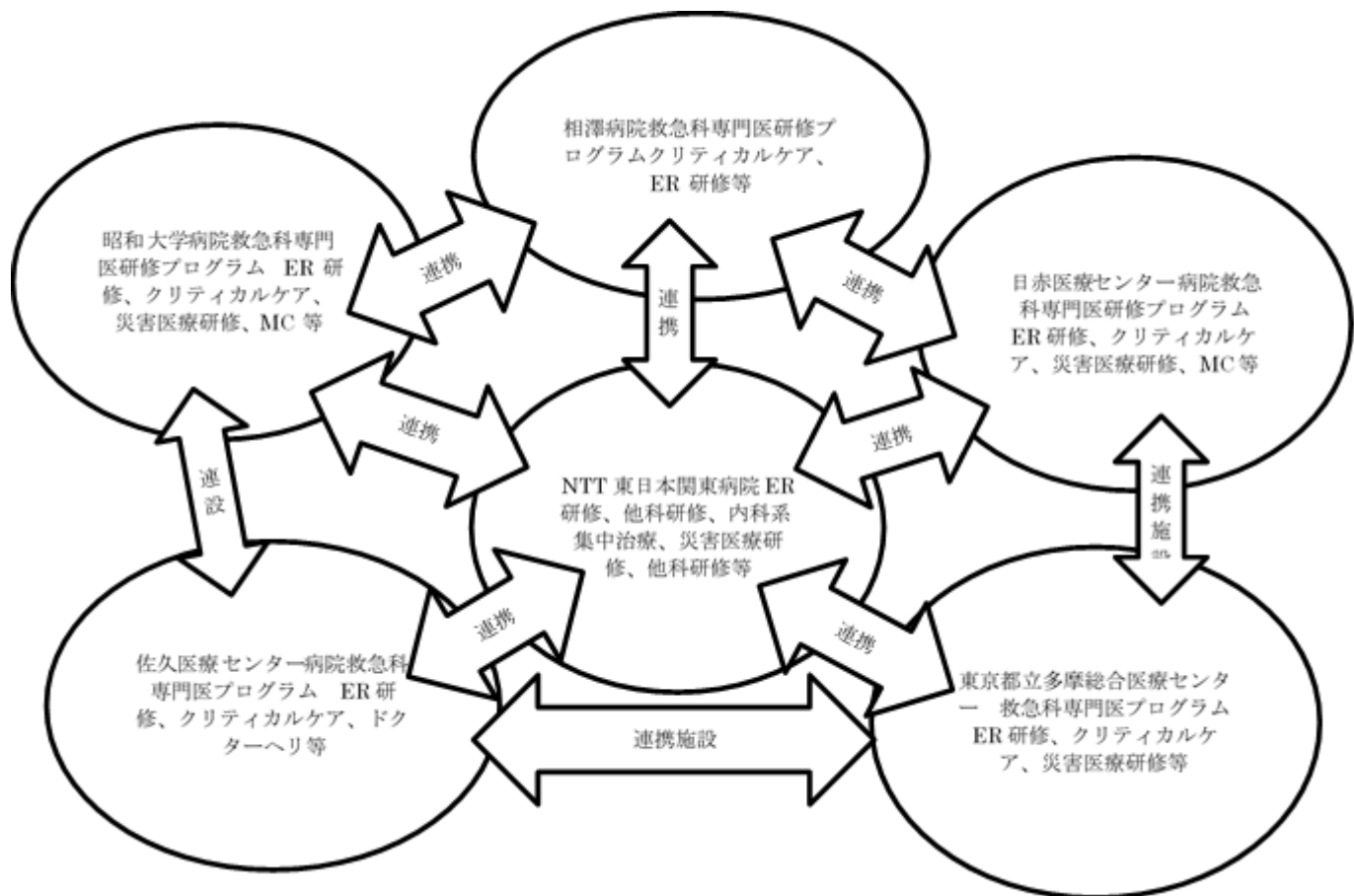
救急医学は医療の原点と言われています。しかし、今日の救急医療は高度に多様化し総合診療、災害医療、メディカルコントロール、外傷診療、集中治療、医療安全など細分化してきています。本院は救命救急センターを有しているためwalk-inから二次救急、三次救急と幅広く症例を経験でき、また入院後の重症患者の全身管理をICUにて行っています。また、茨城県内の各救急医療機関と連携し特色あるプログラムで、救急医療も経験できます。

1	救急科領域における病院機能	3次救急医療機関、救命救急センター、災害拠点病院					
2	指導者	田中 幸太郎					
3	救急車搬送件数	3,186件／年					
4	救急外来患者総数	16,425名／年					
5	研修部門	救急外来、ICU、CCU					
6	研修領域	①重傷集中治療	②心肺蘇生	③ショック			
		④外傷初期診療	⑤重症患者に対する救急処置	⑥災害医療			
		⑦救急・集中治療における研究	⑧救急におけるチーム医療				
7	研修内容	救急患者外来対応、重症集中治療					
8	研修の管理体制						
9	給与	348,600円＋研究手当149,100円(その他手当あり)(3年目の場合)					
10	身分	後期研修医					
11	勤務時間	8:30-17:00 別途オンコール・当直あり					
12	社会保険	労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険					
13	宿舎	応相談					
14	専攻医室	専攻医専用の設備はないが、医局内に個人デスクあり(更衣室ロッカーあり)					
15	健康管理	年1回健康診断、その他予防接種					
16	医師賠償責任保険	任意加入					
17	Off-JT	日本救急医学会総会及び関東地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会など、各種関連諸学会における学術発表及び誌上発表を指導					
18	週間スケジュール	月	火	水	木	金	土/日/祝祭日
	AM	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド	8:30申し送り/ICUラウンド カンファレンス・病棟ラウンド
	PM						シフトによる半日直・オンコール
	当直	25 シフトによる当直・オンコール					

8) NTT東日本関東病院

- (1) 救急科領域の病院機能: 地域初期・二次救急医療機関、災害拠点病院、**DMAT** 指定医療機関、地域メディカルコントロール (**MC**) 協議会中核施設など
- (2) 指導者: 救急科指導医**1**名、その他の専門診療科医師などとの連携した指導が可能
- (3) 救急車搬送件数: **3138**/年
- (4) 救急外来受診者数: **8908人**/年
- (5) 研修部門: 救命救急センター、救急外来、他専門外来など
- (6) 研修領域
 - i. 内科的救急疾患の診療、一般外傷の診療
 - ii. クリテイカルケア・重症患者に対する診療
 - iii. 心肺蘇生法・集中治療法・ショックの治療と専門診療科・**ME**との連携
 - iv. 災害医療、**DMAT**に関わる知識、経験
 - 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、感染管理
 - viii. 救急医療と医事法制 など
- (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
 - i. 外来症例の初療
 - ii. 入院症例の管理
 - iii. 病院前診療
- (7) 研修内容研修の管理体制: 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

時	月	火	水	木	金	土	日	
8	7:45-8:30 当直報告 カルテ回診	7:45-8:30 当直報告 カルテ回診	7:45-9:00 当直報告 総合診療科部長 回診	7:45-8:30 当直報告 カルテ回診	8:45-8:30 当直報告・	8:30-9:30 当直報告・ 病棟カンファ レンス (シフト制)		
9								
10	病棟・初療			病棟・初療		病棟・初療	病棟・初療 (シフト制)	
11		病棟・初療	病棟・初療					
12	休憩（交代制）							
13	病棟・初療 毎週月、木 16:00-17:00病棟患者 多職種カンファレンス 当直は後期研修医で 1か月に3~4回							
14								
15								
16								
17	当直勤務	当直勤務	当直勤務	当直勤務	当直勤務			



- ・希望により総合診療科初診外来を受け持つこともある
- ・当院以外の連携病院はすべて基幹病院で三次救急医療機関である
- ・当院は二次救急医療機関であり、専門医研修は基幹病院のプログラムを選択し、必要な研修および経験を十分に積める環境を整備した
- ・各病院間には相互に連携施設となっている

9) 秋田赤十字病院

- (1) 救急科領域の病院機能: 地域初期・二次救急医療施設・救命救急センター
災害拠点病院、**DMAT** 指定医療機関、
- (2) 指導者: その他の専門診療科医師
救急科**1**名、循環器内科**1**名、
- (3) 救急車搬送件数: **3,300**件/年
- (4) 救急外来受診者数: **16,000**人/年
- (5) 研修部門: 救急センター外来・**ICU**管理など
- (6) 研修領域
 - i. **ER**における**1～3**次患者の初期診療
 - ii. **ICU**における重傷多発外傷例等の全身管理
 - iii. 循環器学会専門医による心エコー研修
 - iv. 重症患者に対する救急手技・処置

- v. 小児および特殊救急に対する診療
- vi. ドクターヘリによる病院前救急医療
- vii. 災害医療（**DMAT**及び日本赤十字社救護員）
- (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) 週間スケジュール

時間	月	火	水	木	金	土日（シフト制）
AM 7						
8	ドクターヘリ運行準備開始 ER内 GPAカンファレンス ER初療開始	ドクターヘリ運行準備開始 ER初療開始	ドクターヘリ運行準備開始 ER初療開始	ドクターヘリ運行準備開始 ER初療開始	ドクターヘリ運行準備開始 ER研修医カンファレンス ER初療開始	ドクターヘリ運行準備開始
9	救急部入院患者回診診療 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	救急部入院患者回診診療 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	救急部入院患者回診診療 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	救急部入院患者回診診療 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	救急部入院患者回診診療 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助
10						
11						
PM 0	ER初療開始 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	ER初療開始 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	ER初療開始 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	ER初療開始 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	ER初療開始 適宜、ERでの診察、検査、治療、専門科へのコンサルテーション 入院患者の診療・指示出し	日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助
1						
2						
3						
4						
5	当直医への引き継ぎ	当直医への引き継ぎ	当直医への引き継ぎ	当直医への引き継ぎ	当直医への引き継ぎ	
夜 5-翌7	救急部入院患者回診診療 日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助	救急部入院患者回診診療 日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助	救急部入院患者回診診療 日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助	救急部入院患者回診診療 日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助	救急部入院患者回診診療 日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助	日当直体制（内科系・外科系） 必要時診療補助

社会保険：健康保険、厚生年金、厚生年金基金、雇用保険、労災保険

宿舎：あり

専攻医室：机、椅子、棚、インターネット環境あり。場所は医局員に準ずる。

健康管理：年1回。その他各種予防接種。

施設内研修の管理体制：臨床研修管理委員会

医師賠償責任保健：各個人による加入を推奨（当院としての対応はあり）。

周辺の環境：地方都市であり、公共交通機関の便は良くないが、生活環境に問題はない。

10) 東京都立小児総合医療センター 救命・集中治療部

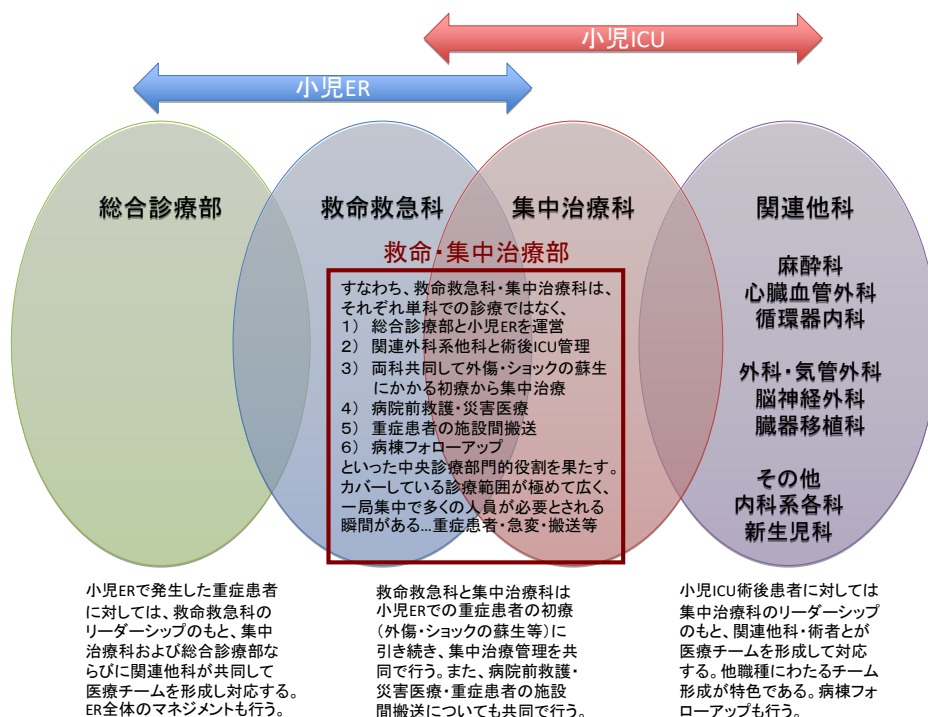
(1) 概要

【救命・集中治療部及び集中治療科の特色】

集中治療部門とは、内科系、外科系を問わず、呼吸、循環、中枢神経、代謝のほか重篤な急性機能不全患者を収容し、強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する部門と定義されている。

当科は、わが国で新たに増えつつある、小児に特化した集中治療部門であると同時に、救命救急部門とも密接に連携しながら診療を行うことが特徴である。

ショックと外傷の蘇生科学に立脚し、新しい中枢保護と革新的な蘇生法の確立にも挑戦し、救命救急科はじめ関連各科との協働のもと、現場主義の critical care outreach を目指したいと考えている。



【救命・集中治療部の運営方針・目標】

当科の **Mission & Vision** は、開設時より下記のとおりを設定した。

I . Justice

生命の危機にある子どもを優先的に診療する。

最善かつ最新の救命医療・集中治療を提供するための研鑽と研究を追求する。

II . Chain of survival

院内のみならず院外からの救命要請に対しても、搬送医療をもって迅速に対処する。

災害医療・海外医療協力についても、それを使命として積極的に応える。

III . Comprehensive care

外因（外傷）・内因（疾病）を包括する
生命危機に瀕した初期救命処置の全てに対応する。

IV. Mutual respect

総合診療部・専門各科・中央各診療部門、地域の医療施設、並びに家族との円滑な協働を、敬意をもって行う。

V. Tender loving care

病む子どもを中心に据え、いかなる緊急事象の中においても、家族への心ある配慮を忘れない。

【対象疾患】

- ・各種臓器不全・重症病態の管理
 - 急性呼吸不全（**ARDS**・重症肺炎・細気管支炎・気管支喘息重積）
 - 急性循環不全（劇症型心筋炎・難治性不整脈・心筋症・心不全）
 - 中枢神経障害（重症頭部外傷・蘇生後脳症・急性脳炎/脳症・痙攣重積）
 - 急性腎不全・急性肝不全・先天代謝異常症の急性増悪
 - 多臓器不全・敗血症性ショック・多発外傷・広範囲熱傷・中毒
- ・周術期管理
 - 心臓血管外科による開心術・非開心術の周術期管理
 - 一般外科・気管外科・移植外科・脳神経外科・形成外科・循環器内科等の周術期管理
 - その他、周術期に人工呼吸及びモニタリングを必要とする重症患者
- ・特殊治療
 - 膜型人工肺（**extracorporeal membrane oxygenation; ECMO**）
 - 経皮的心肺補助（**percutaneous cardiopulmonary support; PCPS**）
 - 持続的血液濾過透析（**continuous hemodiafiltration; CHDF**）
 - 頭蓋内圧モニター（**intracranial pressure; ICP monitoring**）
 - 低体温療法（**induced hypothermia; HypTh**）
 - 高頻度振動換気（**high-frequency oscillatory ventilation; HFOV**）
 - その他の特殊人工呼吸：一酸化窒素吸入療法、（**iNO**）、低酸素人工呼吸療法、**airway pressure release ventilation; APRV**

【重症患者搬送プログラム】

救命救急科との共同プログラムとして重症患者搬送を実施している。

呼吸不全やショックなど、集中治療管理が必要な症例については診断が明確でなくとも各施設より搬送依頼を受け、診療支援から搬送計画までを含めて応需している。

病院緊急自動車による、重篤小児患者の迎え搬送も行い、多摩総合医療センターヘリポートを用いた防災・消防ヘリ、ドクターヘリ応需も行っている。東京都事業であるこども救命事業でも多数の患者治療にあたった。また、東京都外、関東圏より遠方の長距離搬送要請にも応需しており、東京都外から **12 名**（ヘリ搬送 **4 名**、航空機搬送 **2 名**を含む）の患者を受け入れた。

Extracorporeal Life Support Organization; ELSO が規定する **ECMO** センターに国際登録した。**ECMO** センター集約手段としての ECMO 搬送については、関係部署との連携を含め、現在準備中。

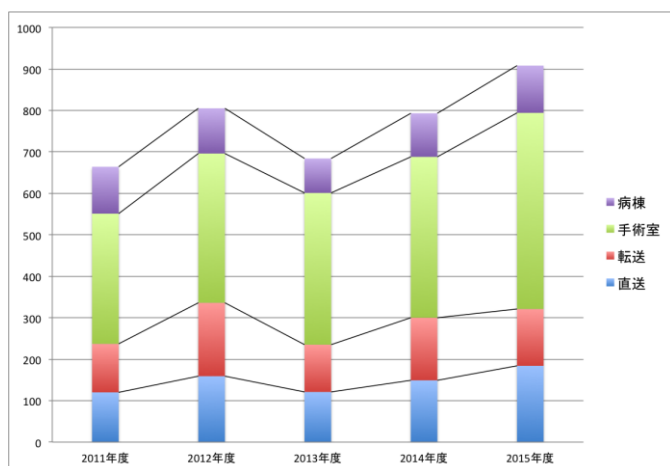
(2) 平成 27 年度の運営状況

ア 診療体制

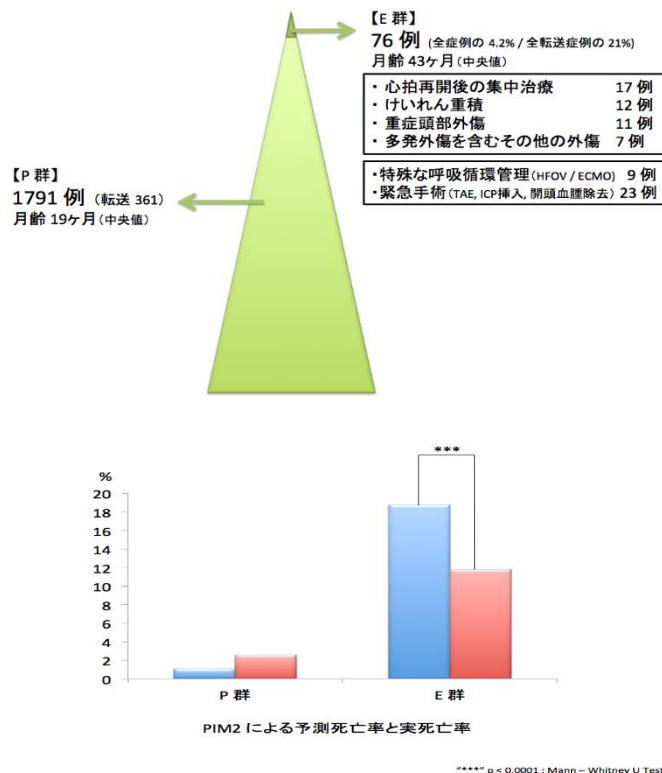
常勤医 7 名、非常勤医 2 名、研修医 10-11 名（サブスペシャリティレジデント 4 名、常勤的非常勤 5 名、他科他院からのローテーション 1-2 名）で診療にあたった。夜間帯はスタッフ 2 名及び研修医 2 名体制で当直業務を行っている。

イ 業務実績

① 入室症例数推移と入室経路



- ・ PICU/HCU の入室数は一定して 700 名前後を維持している

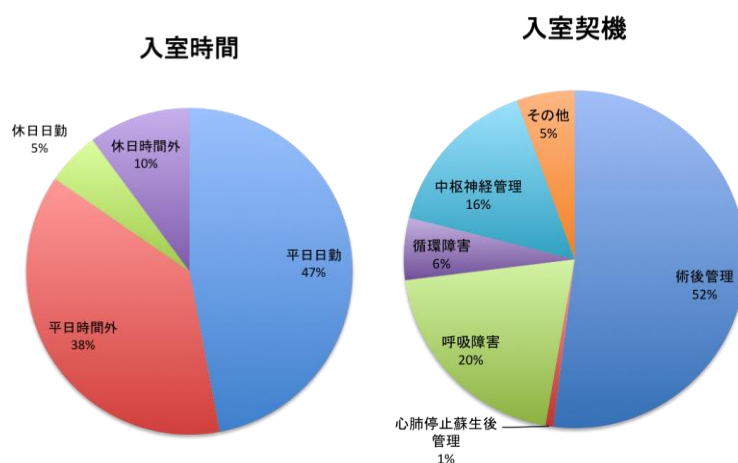


・2010年9月こども救命センター（東京都こども救命センター事業による）指定後、近隣の救命救急センターとの連携は急速に進みつつあり、2012年3月までに計76例が救命救急センターでの初療後、その後の集中治療管理目的で転院となっている。

・救命センターからの転院群の予測死亡率は、入室全体でのそれに比し有為に高かったが、当院での加療により、実死亡率を下げる事ができた。

・また、搬送地域は都内のみならず他県にもまたがり、平日時間外、休日時間外での緊急入室が増加傾向にある。

②入室時間と入室契機



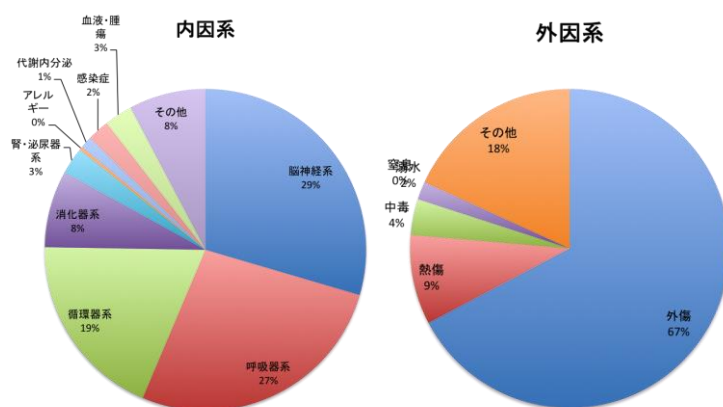
・入室症例の半数は、時間外・緊急入室症例であり、昼夜を問わない搬入が多い。あわせて何らかの理由で呼吸・循環不全を併発する重症症例が増加傾向にある

・術後症例の中でも先天性心疾患は約半数を占め、他奇形合併例など複雑な全身管理を要する症例が

③疾患内訳 内因・外因

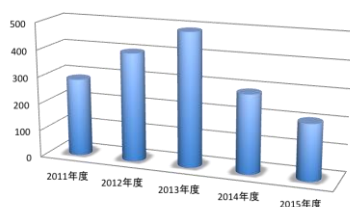
・小児がん拠点センター選定を受けて一層、血液・腫瘍疾の重症症例の集約化が進む一方、呼吸・循環・中枢神経疾患をはじめ、対象とする病態は多岐にわたる

・頭部外傷をはじめとする被虐待児等の入室も散見され、児童精神科・医療福祉士など、多職種との連携が必須となっている

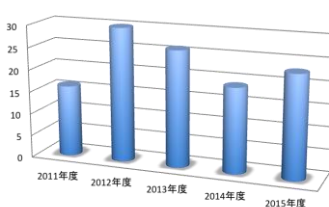


④特殊治療

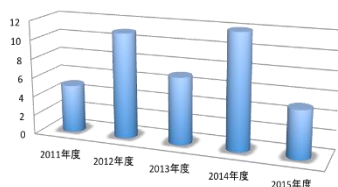
CHDFのべ施行日数



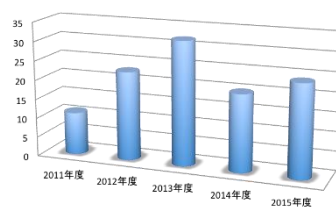
CHDF施行患者数



HFO施行患者数



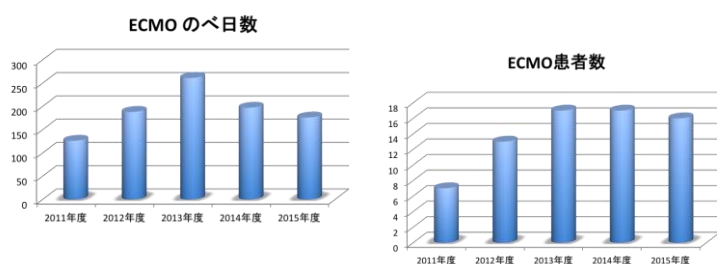
NO施行患者数



・ HFOV や iNO などの特殊な呼吸管理を要する症例の増加がみられる。

・ また CHDF などの腎代替療法は、のべ日数の顕著な増加がみられ、HFOV などとあわせてより小児に特化した繊細な管理が求められる症例が増加しているものと思われる

⑤ Extracorporeal Life Support (ECLS)



・当院は、日本集中治療医学会・日本呼吸療法医学会が強力に推進している「ECMO プロジェクト」に参加しており、ECMO を用いた呼吸循環管理を積極的に行っている。

・これにより、急性心筋炎などにおける従来の循環補助導入 (V-A ECMO) のみならず、呼吸補助 (V-V ECMO, ECCO2R) ・補助循環を用いた蘇生 (ECPR) 等、ECLS 適応は拡大傾向にある。それを反映して症例数および、のべ ECMO 日数の顕著な増加がみられた。小児 ECMO 実施施設として

ウ スケジュール

Jul	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	
0745-0800	Walking Rounds (attending & leader)	Simulation ※ 実技研修室 4F			Walking Rounds (attending & leader)			
0800-0820	Anaesthesia Cases		Business Meeting (attending only)	Journal Club	Short lecture			
0815-0830	ER Rounds							
0830-1000	Sitting Rounds					Walking Rounds (0900-1000)		
1000-1600								
1600-1700	Walking Rounds					(Walking Rounds)		

エ 取組について

① 研修医教育

ベッドサイドでの指導に加えて、小児集中治療の知識を俯瞰することを目的とした輪読会を開催した。また、小児に限らず救急・蘇生及び集中治療全般につき概観することを目的として、抄読会を開催した。

さらに **2014** 年度からは、上記を補填する為に、呼吸、循環、救急領域を俯瞰できるような系統講義を計画して導入した。

② シミュレーション教育

小児の場合、蘇生現場に遭遇する機会は成人に比べて多くない。その時の対処を円滑にし、チームとして有機的に機能することを目標として、医師/看護師共同でトレーニングを週 1 回の頻度で開始した。また、単純な蘇生事象だけでなく、重症患者の搬送や緊急 **ECMO** 導入といった複雑な導線を整理しながら対処することが要求される事象に対してもシミュレーションを導入した。

③ 感染症サーベイランス

感染症科、リンクナースと協働して行っている。データに関しては担当者が定期的に会議を開き、内容を検証してベッドサイドでの業務に反映している。

④ リスクマネジメント

医師、看護師、臨床工学技士及び薬剤師から構成されるリスク会議を月 1 回開催している。当科は、他科と比較しても患者に重大な影響を与えうる患者を広く対象としていることから、事前に予防できる内容がないか、適宜検証することとしている。

⑤ **Medical emergency team/Critical care Response team: MET/CCRT**

病棟急変の発生を早期に察知し、患者の生命予後を改善することを目的として、**MET/CCRT** を編成する。集中治療部と一般病棟との橋渡し、集中治療部退室後の患者フォローアップなどを開始した。

⑥ **ECMO 搬送**

より重篤な小児の集約化に向け、**ECMO** 搬送事業に着手した。

平成 26 年 3 月には日本医科大学心臓集中治療科との協力のもと、他院で **ECMO** を導入した上で当院へ搬送することを想定した搬送 シミュレーションを実施した。

11) 多摩北部医療センター

- (1) 救急科領域の病院機能: 地域初期・二次救急医療施設、
- (2) 指導者: 循環器内科医師
- (3) 救急車搬送件数: **3810** 台/年
- (4) 研修部門: 救急外来
- (5) 研修領域: 地域医療としての一次、二次救急診療
 - i 循環器救急疾患の初療
 - ii 内因性疾患の診療
 - iii 地域の救急診療
 - iv. 重症患者に対する救急手技・処置
 - v. クリティカルケア・重症患者に対する診療

- vi. 救急症候に対する診療
 - vii. 急性疾患に対する診療
 - viii. 外因性疾患に対する診療
- (6) 研修内容：救急患者の初療・循環器系疾患の初療

以降の医療機関は院外協力施設という位置づけになり、**3**ヶ月以内の研修期間になります。この研修先での症例・症候・手技・処置は救急科専門医認定に際して診療実績表に記載することはできません。しかしながら、各施設とも極めて特徴を持った施設であり各々の目的に応じた研修が可能です。各自の希望に応じて選択可能になります。

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。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。

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、救急室での救急診療（**ER** 及びクリティカルケアを含む）**18** か月間、集中治療部門 **12** か月間、希望に応じて地方救命救急センターでの外傷診療を **3** か月間、過疎地域での救急診療（ドクターヘリ同乗研修を含む）を **3** か月間としています。さらに希望や状況に応じて島しょ等の東京都へき地医療機関の研修（**1** か月間）や小児救急研修（**1** か月間：希望があれば **3-6** か月間）、リサーチマインドの醸成を図るため、大学病院での研修を行う可能です。また麻酔科研修などの選択も可能です。順序や期間などは各専攻医の希望や連携先の施設の専攻医数や状況に応じてフレキシブルに対応可能です。東京都立多摩総合医療センター自体が各診療科の同士の垣根が非常に低く、互いにコンサルトやローテートしやすい土壌、環境にあることも特徴の一つと言えます。

基本モジュールの1例

都立多摩総合医療センター (救急診療6か月＋集中治療6か月、ECMO training含む)		
西南医療センター (地方の外傷診療 含む3ヶ月)	多摩総合医療 センター(希望 により麻酔科や 他科ローテート 可能 3か月)	帝京大学/相澤/日赤など(リ ハビリ、チーム医療を含む 希望に応じて調整)
佐久医療センター 浦添総合 秋田赤十字 (地域・DRへリ 希望に応じて)	小児総 合医療セ ンター (希望に 応じて1 か月+α)	都立多摩総合医療セン ター(救急診療8か月、 ERシフトは希望に応じて)

特に東京都立多摩総合医療センターでは救急部門として救命救急センターが主体の救命救急科と **ER** 主体の救急診療科があり、各専攻医の希望に応じて研修期間の配分などはフレキシブルに対応可能です。その他、麻酔科をはじめとする他科研修も可能です。

4. 専攻医の到達目標 (修得すべき知識・技能・態度など)

①専門知識

専攻医のみなさんは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。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。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。

また、東京都立多摩総合医療センターでは世界基準での **ECMO** 管理、**ECMO** 勉強会を施行しており、日常的に **ECMO** を意識した研修を経験して頂きます。また、モバイル **ECMO** チームを編成して他施設の重症呼吸不全患者へのカニューレション及び転院搬送にチームで出向いて自施設に搬送しています。

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）

専攻医のみなさんは、原則として研修期間中に研修基幹施設以外の帝京大学医学部附属病院、佐久医療センター、西南医療センター、日本赤十字社医療センター、相澤病院、東京都立小児総合医療センター、浦添総合、NTT 東日本関東病院、昭和大学病院、秋田赤十字病院、多摩北部医療センターなど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。さらに希望があれば島しょ等の東京都へき地医療機関などでの研修も可能です。

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筆頭者として少なくとも 1 回の専門医機構研修委員会が認める救急科領域の学会で発表を行えるように共同発表者として指導いたします。また、筆頭者として少なくとも 1 編の論文発表を行えるように共著者として指導いたします。更に、東京都立多摩総合医療センターが参画している日本救急医学会や日本外傷学会、日本集中治療医学会などの外傷登録や心肺停止登録熱中症登録、敗血症登録、熱傷登録、**ECMO** プロジェクト登録など様々な登録システムで皆さんの経験症例を登録していただきます。

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

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、治療計画作成の理論を学んでいただきます。また、東京都立多摩総合医療センターが重要視している多職種連携、チーム医療を学ぶための多職種カンファレンスやリハビリカンファレンスなどにも積極的な参加を励行しています。

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。重症患者管理の際にも科学的裏付け、文献的考察などを踏まえた上で専攻医の皆さん自身で考えて治療方針、治療戦略を立てる習慣を身につけて頂きます。抄読会などではその論文の批判的吟味をどのようにするべきかを含めて統計処理の問題や研究デザインまで意識した解釈を学んで頂きます。その他、東京都立多摩総合医療センターならではの各分野に造詣が深い院外講師を招いての講演会などにも参加して頂きます。

また、院内の外国人講師による英語論文の執筆方法や英文校正などを1回/週の頻度で施行しており積極的な参加を励行しています。

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

各研修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、基幹研修施設である東京都立多摩総合医療センターが主催する **ICLS** コースや **JMECC** コースや **JCIMELS** コース及び連携施設の帝京大学附属病院が主催する **JATEC** コースなどに優先的に参加して頂き、救命スキルを修得して頂きます。その他、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、医師としての臨床能力（コンピテンシー）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、医療の進歩に追従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。 また、必ずフィードバックして物事を考えるような習慣をつけて頂けるように指導を徹底します。
- 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。 学会発表の方法と論文作成のアプローチは大きく異なりそれぞれのノウハウがあります。専攻医の皆さんが陥りやすい問題点などを適宜修正して質の高い発表や論文作成に繋がっていきたいと考えています。
- ⑤ 更に、外傷登録や心停止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。 現在、日本救急医学会では様々なデータベースの統合化を図っています。その膨大なデータから見えてくるものが我々指導医だけでなく専攻医の皆さんにも客観的指標として、あるいは臨床現場での答え合わせとして、さらにはリサーチマインドへと発展していくように高いモチベーションを維持しながらの作業と位置付けています。

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）と救急科専門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努めていただきます。

- ① 患者への接し方に配慮し、患者やメディカル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
(プロフェッショナルリズム)。
- 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。

以上は救急科専門医だけの問題ではなく、一人の成熟した医師として必要不可欠な項目です。接遇やチーム医療、倫理の問題などの重要性を認識しながら、そして周囲への感謝の気持ちを常に持ちながら目指すべき救急科専門医像を探してください。

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、研修施設群の各施設は年度毎に診療実績を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。特にリサーチマインドやリハビリテーション、チーム医療などに関心が高い専攻医は希望があれば昭和大学病院での専門性の高い研修も可能です。

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の救急医療機関である佐久医療センターあるいは秋田赤十字病院あるいは浦添総合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。さらに基幹研修施設の東京都立多摩総合医療センターが位置する東京都などの都市型救命救急センターでは研修できず、地方における救急医療の特色の一つと言えるドクターヘリでの現場出勤、医師の早期患者接触などの同乗研修を経験し、またドクターヘリ体制の運営システムの理解や問題点、今後の救急医療における展望などを意識して頂きます。

さらに、交通外傷などは近年はその死亡者数も減少傾向です。自動車のエアバック導入などの科学的進歩やシートベルト装着、チャイルドシート装着などの行政などの指導の徹底、救急医を中心とした外傷治療の標準化、システム化、ドクターヘリ、ドクターカーの普及など、これらの相加相乗効果で防ぎ得た外傷死の数も減少傾向です。実際には東京都での重症外傷数は多くはなく、郊外や地方での重症外傷の頻度は東京都に比べると多いです。そのため重症外傷研修として茨城西南医療センター（茨城県）や佐久医療センター（長野県）や相澤病院（長野県）などでの研修も希望に応じて可能な体制としています。

地域連携研修施設としては多摩北部医療センターと連携しており、初期及び二次救急の診療、特に救急科専門医が不在の施設での救急対応の修練を経験して頂きます。救急科専門医の指導者は不在ですが循環器救急をはじめとする疾患への救急の経験が豊富な指導医による教育を受けて頂きます。さら

に、都立多摩総合医療センターの救急科指導医による症例検討などのフィードバックを数回/月に施行する予定です。

また本プログラムの特徴の一つに隣接している東京都立小児総合医療センターでの研修が挙げられます。東京都立多摩総合医療センターとは同一の建物内で自動ドア一つで移動可能です。東京都立小児総合病院は日本を代表する小児医療機関で日本全国や海外から重症患者さんが搬送されており、小児の ECMO も積極的に導入・管理を行なっています。希望に応じた研修が可能です。

- 2) 地域のメディカルコントロール協議会に参加し、院内で、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) また、希望がある場合には状況に応じて都立病院の任務の一つである島しょ等の東京都へき地医療機関の診療を 1 ヶ月間研修することが可能です。島しょ等の東京都へき地医療機関には救急科指導医が不在であることから定期的に東京都立多摩総合医療センターの指導医が症例検討などのフィードバックを積極的に行ない介入することでその研修の質を担保する体制になっています。

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、教育内容の共通化をはかっています。現場の専攻医の希望や意見などを早期にフィードバック、反映できるようにスピード感を持ってリアルタイムに救急科指導医達も対応すべく努力をします。
- 2) 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ただきます。臨床と **off the job training** などのバランスを適切に維持可能な懐の深い専攻医の養成に努めます。
- 3) 研修基幹施設と連携施設が **IT** 設備を整備し **Web** 会議システムを応用したテレカンファレンスや **Web** セミナーを開催して、連携施設に在籍する間も基幹施設による十分な指導が受けられるよう配慮する方針です。

9. 年次毎の研修計画

専攻医のみなさんには、東京都立多摩総合医療センター救急科東京医師アカデミー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。

- ・専門研修 1 年目
 - ・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
 - ・救急診療における基本的知識・技能
 - ・集中治療における基本的知識・技能
 - ・外傷診療における基本的知識・技能
 - ・病院前救護・災害医療における基本的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修
- ・ECMOに関する知識、臨床、文献的考察
- ・専門研修 2 年目
 - ・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
 - ・救急診療における応用的知識・技能
 - ・集中治療における応用的知識・技能
 - ・外傷診療における基本的知識・技能
 - ・病院前救護・災害医療における応用的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修
- ・ECMOに関する知識、臨床、文献的考察
- ・専門研修 3 年目
 - ・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
 - ・救急診療における実践的知識・技能
 - ・集中治療における実践的知識・技能
 - ・外傷診療における基本的知識・技能
 - ・病院前救護・災害医療における実践的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修
- ・ECMOに関する知識、臨床、文献的考察

集合研修

本プログラムでは、都立病院・（公財）東京都保健医療公社病院が基幹施設となっている全領域の専門研修プログラムと合同で、集合研修を実施します。

1. 災害医療研修（1 年次）
 - ・災害医療の基礎概念を理解します。
 - ・災害現場初期診療、救護内診療、搬送等を想定して、実践的な訓練を行ないます。
 - ・災害現場での手技を修得します。
2. 研究発表会（2 年次）
 - ・臨床研修、研究成果を学会に準じてポスター展示と口演により発表します。
3. 3 年次集合研修

- ・3年次に相応しい研修テーマを年度毎に選定して実施します。

救急診療、集中治療、病院前救護・災害医療等は年次に拘らず弾力的に研修します。必須項目を中心に、知識・技能の年次毎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合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無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、専攻医の皆さんを中心に考え、個々の専攻医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。

表 研修施設群ローテーション研修の実際例

A～C：専攻医、専攻医のアルファベットのセルの最小幅は**3**か月

施設名	主たる研修内容	1年目			2年目			3年目		
都立多摩総合医療センター	救命救急診療・集中治療・外傷診療	A		B	C		C			B
	MC、病院前救護・医療		B			A		C		C
	ECMO管理全般	C		C		B	C	B		A
佐久医療センター	地域救急診療・ドクターヘリ同乗研修							A	B	C
帝京/相澤/日赤	多職種カンファ、リハビリテーション		C		A	B	C	B		
西南医療センター	重症外傷診療				C			A	B	

10. 専門研修の評価について

① 形成的評価

専攻医の皆さん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。専攻医の皆さんは、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。指導医は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などで身につけた方法を駆使し、みなさんにフィードバックいたします。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

専攻医のみなさんは、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) 評価の責任者

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が行われます。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。

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 等の多職種のメディカルスタッフによる専攻医のみなさんの日常臨床の観察を通し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。

11. 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 専門研修基幹施設である東京都立多摩総合医療センターの救命救急センター長・救命救急科部長であり、救急科の専門研修指導医です。
- ② 救急科専門医として、**3**回の更新を行い、日本救急医学会の救急科指導医でもあります。**22**年の臨床経験があり、前任施設では過去**10**年間に**10**名の救急科専門医をまた自施設で過去**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。その他、各種様々なサブスペシャリティの専門医を保持しています。
- ③ 救急医学に関する論文を筆頭著者として**36**編、共著者として**82**編を発表し、その他、多数の医学書の編著書も発刊しており十分な研究経験と指導経験を有しています。
- ④ 臨床研修指導医養成講習会も受講済みで、若手医師への成人教育という文化も浸透した教育方針を持つ指導者です。チーム医療及びプレゼンテーション、カンファレンスを重要視しており少数意見にも配慮する教育方針を持っています。厳しくあるべき研修ですが楽しさ、明るさなどの雰囲気も維持しつつの環境を提供できるように配慮します。
- ⑤ 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きます。

本研修プログラムの指導医**66**名は日本専門医機構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。
- ③ 救急医学に関する論文を筆頭者として少なくとも**2**編は発表していること。
- ④ 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。基幹施設では経験できない分野の積極的な研修先として十分な役割を果たして頂ければと考えています。

12. 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 勤務時間は **1** 日あたり **7** 時間 **45** 分を基本とします。
- ② 自己研鑽に励むことは考えられることではありますが心身の健康に支障をきたさないように自己管理してください。
- ③ 当直業務と夜間診療業務を区別し、それぞれに対応した給与規定に従って対価を支給します。
- ④ 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て負担を軽減いたします。
- ⑤ 過重な勤務とならないように適切に休日をとれることを保証します。
- ⑥ 各施設における給与規定を明示します。

13. 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

日本専門医機構の救急科領域研修委員会が定める書式を用いて、専攻医のみなさんは年度末に「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。専攻医のみなさんが指導医や研修

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会に申し立てることができるようになっています。専門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申し出ていただければお答えいたします。研修プログラム管理委員会への不服があれば、専門医機構の専門研修プログラム研修施設評価・認定部門に訴えることができます。

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
研修プログラムの改善方策について以下に示します。

- 1) 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、管理委員会は研修プログラムの改善に生かします。
- 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

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。

- 1) 専門研修プログラムに対する専門医機構をはじめとした外部からの監査・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が対応します。
- 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) 他の専門研修施設群からの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東京都立多摩総合医療センター専門研修プログラム連絡協議会

東京都立多摩総合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。東京都立多摩総合医療センター病院長、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、東京都立多摩総合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

⑤専攻医や指導医による日本専門医機構の救急科研修委員会への直接の報告

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）、東京都立多摩総合医療センター救急科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の救急科研修委員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

⑥プログラムの更新のための審査

救急科専門研修プログラムは、日本専門医機構の救急科研修委員会によって、**5**年毎にプログラムの更新のための審査を受けています。

14. 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。

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

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。専門研修 **PG** 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。

16. 研修プログラムの施設群専門研修基幹施設

専門研修基幹施設

・東京都立多摩総合医療センター 救急科[救命救急センター（救命救急科）とER（救急診療科）]が専門研修基幹施設です。

専門研修連携施設

・東京都立多摩総合医療センター 救急科東京医師アカデミー専門研修プログラムの施設群を構成する連携病院は、以下の診療実績基準を満たした施設です。

1. 帝京大学附属病院
2. 佐久総合佐久医療センター
3. 相澤病院
4. 浦添総合病院
5. 昭和大学病院

6. 日赤医療センター
7. 茨城西南医療センター
8. NTT 東日本関東病院
9. 秋田赤十字病院
10. 東京都立小児総合医療センター
11. 多摩北部医療センター

・島しょ等の東京都へき地医療機関（**11** 施設）

- ・利島村国保診療所
- ・新島村国保本村診療所
- ・新島村国保式根島診療所
- ・神津島村国保直営診療所
- ・三宅村国保直営中央診療所
- ・御蔵島国保直営御蔵島診療所
- ・青ヶ島村国保直営青ヶ島村診療所
- ・小笠原村立小笠原村診療所
- ・小笠原村率小笠原村母島診療所
- ・檜原村国保檜原診療所
- ・奥多摩町国保奥多摩病院

専門研修施設群

・東京都立多摩総合医療センター 救急科[救命救急センター（救命救急科）とER（救急診療科）]と連携施設、協力施設により専門研修施設群を構成します。

専門研修施設群の地理的範囲

・東京都立多摩総合医療センター救急科研修プログラムの専門研修施設群は、東京都（東京都立多摩総合医療センター、帝京大学附属病院、昭和大学病院、日本赤十字社医療センター、多摩北部医療センター、**NTT** 東日本関東病院、東京都立小児総合医療センター、島しょ等の東京都へき地医療機関（**11** 施設））および、長野県（佐久医療センター、相澤病院）、茨城県（西南医療センター）、秋田県（秋田赤十字病院）、沖縄県（浦添総合病院）にあります。施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院（過疎地域も含む）が入っています。

17. 専攻医の受け入れ数について

全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入数の上限を定めています。日本専門医機構

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。なお、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。

本研修プログラムの研修施設群の指導医数は、

- ・ 東京都立多摩総合医療センター **5名**
- ・ 帝京大学附属病院 **22名**
- ・ 佐久総合佐久医療センター **4名**
- ・ 相澤病院 **11名**
- ・ 浦添総合病院 **6名**
- ・ 昭和大学病院 **4名**
- ・ 日赤医療センター **3名**
- ・ 茨城西南医療センター **2名**
- ・ NTT 東日本関東病院 **1名**
- ・ 秋田赤十字病院 **1名**
- ・ 東京都立小児総合医療センター **6名**
- ・ 多摩北部医療センター **1名**

の計**66名**なので、毎年、最大で**17名**の専攻医を受け入れることが出来ます。研修施設群の症例数は専攻医**17人**のための必要数を満たしているので、余裕を持って経験を積んでいただけます。

過去**3年**間で、研修施設群全体で合計**28名**の救急科専門医を育ててきた実績も考慮して、毎年の専攻医受け入れ数は**3名**とさせていただきました。

18. サブスペシャルティ領域との連続性について

- ① サブスペシャル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、

東京都立多摩総合医療センターにおける専門研修の中のクリティカルケア・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救急領域専門研修施設では、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。 東京都立多摩総合医療センターは現時点で日本集中治療医学会専門医認定施設であり、また、重症

患者症例や術後患者管理、院内急変患者管理など icu 症例も豊富で、救急科研修終了後の連続的・継続的な育成が十分に可能です。

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。

- ① 出産に伴う 6 ヶ月以内の休暇は、男女ともに 1 回までは研修期間として認めます。その際、出産を証明するものの添付が必要です。
- ② 疾病による休暇は 6 か月まで研修期間として認めます。その際、診断書の添付が必要です。
- ③ 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 か月まで認めます。
- ④ 上記項目 1) ,2) ,3) に該当する専攻医の方は、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。
- ⑤ 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します。この際、移動前の研修を移動後の研修期間にカウントできます。
- ⑥ 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専門医機構の救急科領域研修委員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

計画的な研修推進、専攻医の研修修了判定、研修プログラムの評価・改善のために、専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットへの記載によって、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連携施設の専門研修管理委員会で蓄積されます。

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

研修プログラムの効果的運用のために、日本専門医機構の救急科領域研修委員会が準備する専攻医研修マニュアル、指導医マニュアル、専攻医研修実績フォーマット、指導記録フォーマットなどを整備しています。

● 専攻医研修マニュアル：救急科専攻医研修マニュアルには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

● 指導者マニュアル：救急科専攻医指導者マニュアルには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

● 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専門医機構の救急科領域研修委員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 **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）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ています。

21. 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。

- ・ 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。
- ・ 研修プログラムへの応募者は前年度の定められた〇月〇日までに（未定）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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 専攻医の採用は、他の全領域と同時に一定の時期で行います。

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。

22. 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こと
- 2) 臨床研修修了登録証を有すること（第 **99** 回以降の医師国家試験合格者のみ必要。平成 **30** 年（**2018** 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。）
- 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 **30** 年 **4** 月 **1** 日付で入会予定の者も含む。）
- 4) 応募期間：平成 **29** 年（**2017** 年）**10** 月 **1** 日から〇月〇日まで（未定）

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：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：

〒183-8524 東京都府中市武蔵台 2-8-29

東京都立多摩総合医療センター卒後臨床研修支援室

電話番号：042-343-5111、FAX：042-323-9209

E-mail：tm_kenshui@tmhp.jp