

岐阜大学（岐阜・尾州東西北部地域）

救急科専攻医 プログラム

岐阜大学（岐阜・尾州東西北部地域） 救急科専攻医 プログラム

目次

1. 岐阜県・尾張地域救急科専門研修プログラムについて
2. 救急科専門研修の実際
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4. その他（各種カンファレンスなど）による知識・技能の習得
5. 学問的姿勢の習得
6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などの習得
7. 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
8. 年次毎の研修計画（知識・技能・態度の修練プロセス）
9. 専門研修の評価について
10. 研修プログラムの管理体制について
11. 専攻医の就業環境について
12. 専門研修プログラムの改善方法
13. 修了判定について
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15. 研修プログラムの施設群
16. 専攻医の受け入れ数について
17. サブスペシャリティ領域との連続性について
18. 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
19. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
20. 専攻医の採用と修了

【1. 岐阜大学(岐阜・尾州東西北部地域)救急科専攻医プログラムについて】

(はじめに)

救急科専門医の理念

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ある。また、人的・物質的・時間的に不足した状況でも最善の努力が求められる。他方、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、患者の安全確保に難渋することが多いのが国内の現状である。救急科専攻医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医師と考えられる。症例各々の重症度や緊急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ことを専門とする。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、救急科専攻医が初期治療から継続して根本治療や集中治療でも中心的役割を担うことが求められるが、当地域では未だ道半ばである。

救急科専攻医には、先述の事項に加え総務省もしくは厚生労働省から示されている地域メディカルコントロールの推進が強く求められている。国民・県民・地域住民など様々な要望があるが、こと救急医療に関してその付託に十分に答えられる医師の養成が必要である。特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、さらに災害時の対応計画・実践にも関与し、地域全体の医療安全を維持する仕事も担うとされている。岐阜県・尾張地域の中で特に岐阜県約 200 万人の人口ながらも県土も広く、その多くが山林、県の南北で救急に限らず、地域毎の医療事情も様々である。プロトコルを中心とした県土全体のルール作りは出来ているものの、県全体での検証、改正などはようやくスタートしたところである。尾張地域は約 180 万の人口がある。救急受け入れ施設は多いものの、救急医不足から十分な治療が受けられない症例が散見される現状にある。メディカルコントロール体制に関しては、心肺停止症例以外へのプロトコルの立案、周知、検証といった部分が弱く、地域単位での連携がようやくうまくつながりだした地域である。このような地域の救急科専攻医育成にあたっては、地域の実情も加味しつつ都市部と変わらぬ救急医療提供ができる人材育成を行い、この地域の救急医療充実を担うのはもとより、全国どの地域に出ても十分力を発揮できる専攻医を養成することを目標とする。

救急科専門医の使命

救急科専門医は、医の倫理に基づき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・治療を進めることが使命である。さらに、行政や消防、近隣病院間の連携などの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。また関連組織との連携・教育なども中心的に担うことが求められる。

救急科専門研修の目標

当救急科専攻医プログラム修了者は研修により、以下の能力が備わる。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 重症患者への集中治療が行える。
- ⑥ 他の診療科や医療職種と連携・協力して診療を進めることができる。
- ⑦ 必要に応じて病院前診療を行える。
- ⑧ 病院前救護のメディカルコントロールが行える。
- ⑨ 災害医療において指導的立場を発揮できる。
- ⑩ 救急診療に関する教育指導が行える。
- ⑪ 救急診療の科学的評価や検証が行える。
- ⑫ 最新の標準的知識や技術を継続して習得し能力を維持できる。

以上の知識、技術、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えば、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る。これによって地域社会にとって不可欠なセーフティネットが整備される。

【2.当救急科専攻医研修の実際】

A：臨床現場での学習

当救急科専攻医プログラムでは、救急診療や手術での実地修練（on-the-job training）を中心に、広く臨床現場での学習を重視するため、関連 13 施設内での内科・外科・整形外科などの手技を学ぶ場所（時間）を提供する。

- 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ぶ。
- ② 抄読会や勉強会への参加、インターネットによる情報検索の指導により、臨床疫学の知識や EBM に基づいた救急外来における診断能力の向上を目指す。
- ③ hands-on-training として積極的に手術の助手を経験する。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記録の記載により経験を自己の成長に繋げる。
- ④ 手技をトレーニングする設備や教育ビデオなどを利用して手術・処置の技術を修得する。
- ⑤ 岐阜大学に存在するシミュレーションラボを中心とした事前トレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得する。

B：臨床現場を離れた学習（学ぶべき事項）

当救急科専攻医プログラムでは専門研修期間中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)、MCLS コースなどへ参加し、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。特に ICLS(AHA/ACLS を含む)、JPTEC、JATEC コースの履修は必須とする。いずれかのコースにおいて指導者としても参加して救命処置の指導を行うこととする。また、検証作業など病院前救急医療から、院内での専門治療まで連続

した事象を学ぶ上で、検証医講習会などへの参加を促し、質の高い救急医療を提供できる人材となるべく学びの場を提供する。

C:自己学習（学習すべき内容/方法）

当救急科専攻医プログラムでは専門研修期間内に研修カリキュラムに記載されている疾患、病態で経験することが困難な項目がある場合は、日本救急医学会やその関連学会で作成している各種研修ガイド、e-Learningなどを活用して、より広くより深く学習する必要がある。

研修プログラムの実際

当研修プログラムは、参加する救急科専攻医の皆の要望を考慮し、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内容としている。

当研修プログラムによる救急科専門医取得後には、集中治療専門医や外傷専門医をはじめとする救急科関連領域のサブスペシャリティー取得を含めた医療技術向上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することも可能な内容である。また当研修プログラム管理委員会は、基幹研修施設である岐阜大学医学部附属病院の医師育成推進センターの初期臨床研修部門と協力し、初期研修医の時期から救急専門医希望者に対応した急性期コースプログラムを実働させており、初期後期の研修中に一貫した救急医療教育に重点を置いた研修プログラムとなっている。

- ① 研修期間：研修期間は基本3年間。
- ② 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 18. 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」をご参照のこと。
- ③ 参加施設は以下の13施設（本プログラム最終覧に関係図を示す）。
- ④ 研修プログラムの基本構成案（本項最下段に基本プラン3案を示す）

研修施設群

当プログラムは、研修施設要件を満たした下記13施設施行
以下に具体的指標と研修内容を示す。

A:岐阜大学医学部附属病院(基幹研修施設)

(他基幹施設への連携あり/木澤記念病院プログラム・山形大学プログラム)

- ① 救急科領域の病院機能：
 - (ア) 三次救急医療施設(高度救命救急センター)
 - (イ) 災害基幹病院
 - (ウ) ドクターヘリ配備
 - (エ) 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:救急指導医6名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医15名 その他の診療科専門医(集中治療専門医3名、麻酔科医2名、循環器内科医3名、脳神経外科医2名、整形外科医1名、外科医3名、小児科医1名)
- ③ 救急車/ドクターヘリ利用搬送件数:1439台/年 (2015/01-12)
- ④ 救急外来受診者総数 :4140人/年 (2015/01-12)
- ⑤ 研修部門:高度救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は黄、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)

- (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
- (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
- (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
- (カ) 重症熱傷治療
- (キ) 災害医療
- (ク) 救急医療と医事法制
- (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

⑦ 研修内容

- (ア) ER:
- (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
- (ウ) 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:医員給与に準ずる。

⑩ 身分:医員(後期研修医)

⑪ 勤務時間:日勤 8:00-17:30 夜勤 17:00-08:30

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:専攻医にためだけの設備はないが、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:

⑰ 臨床現場を離れた研修活動:日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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

以下に週間スケジュール例(基幹施設)を示す。連携施設によって異なる場合あり。

夜勤もしくは当直が週1回程度あり(回数は施設により異なる)。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
7	総合カンファランス 事例検討 申し送り確認						
8							
9							
10	感染症カンファランス	回診		総合回診		回診	
11	回診	病棟業務や ER 業務、情報整理など					
12	抄読会			NST/RST			
13	ER/透析/病棟業務など(ヘリ担当時には午前から1日それに従事)						
14	初期研修医指導など						
15	学生指導など						
16	(休日/祝祭日には病院外での研修などに積極的に参加)						
17	夕回診/申し送り						
18	放射線科合同カンファ			研修医勉強会			
19	リハビリ科合			多施設合同症例			

	同カンファ		検討会(webカンファ)			
--	-------	--	--------------	--	--	--

B: 岐阜県総合医療センター (他施設との連携無し)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設(救命救急センター)
 - (イ) 災害基幹病院
 - (ウ) 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 0 名 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 4 名 他の診療科専門医(集中治療専門医 0 名、麻酔科医 1 名、循環器内科医 1 名、外科医 2 名)
- ③ 救急車搬送件数 : 5963 台/年
- ④ 救急外来受診者総数: 32423 人/年
- ⑤ 研修部門: 救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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: 非公開
- ⑩ 身分: 後期研修医
- ⑪ 勤務時間: 変形労働時間制(1 日 8 時間・週 40 時間)
(日勤 8:30-17:15 特別勤務 17:15-2:00)
- ⑫ 雇用保険関連: 地方共済組合
- ⑬ 宿舍: あり
- ⑭ 専攻医室: 総合医局。
- 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: 団体
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動: 日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

C: 岐阜県立多治見病院 (他施設との連携無し)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設(救命救急センター)
 - (イ) 災害拠点病院
 - (ウ) 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 0 名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 1 名(集中治療専門医 1 名、麻酔科医 2 名)
- ③ 救急車搬送件数: 4360/年
- ④ 救急外来受診者総数: 12872 人/年

- ⑤ 研修部門:救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:1200万/年

⑩ 身分:常勤医

⑪ 勤務時間:8:30-17:15

⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など

⑬ 宿舎:なし

⑭ 専攻医室:総合医局。

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:任意

⑰ 臨床現場を離れた研修活動:

日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

D:中濃厚生病院 (他施設との連携なし)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設(救命救急センター)
 - (イ) 災害拠点病院
 - (ウ) 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0名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医3名(集中治療専門医1名、麻酔科医2名)
- ③ 救急車搬送件数:2740台/年
- ④ 救急外来受診者総数:16627人/年
- ⑤ 研修部門:救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)

(ウ) 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:1200万
- ⑩ 身分:後期研修医
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:15 週休2日 当直は月4程度
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舍:なし
- ⑭ 専攻医室:医局室。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動:
日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

E:大垣市民病院 (他施設との連携あり/名古屋掖済会病院・藤田保健衛生大学 按分 当方1/3)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設(救命救急センター)
 - (イ) 災害拠点病院
 - (ウ) 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0名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医1名(集中治療専門医1名)
- ③ 救急車搬送件数:8960台/年
- ④ 救急外来受診者総数:44358人/年
- ⑤ 研修部門:救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVRなどによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MCなど)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:70万/月
- ⑩ 身分:後期研修医
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:15 当直は月2程度
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舍:なし
- ⑭ 専攻医室:後期研修医室。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動:日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

F:高山赤十字病院 (他施設との連携あり/名古屋第二赤十字病院 按分 当方 2/3)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設(救命救急センター)
 - (イ) 災害基幹病院
 - (ウ) 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、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 2 名(集中治療専門医 0 名、外科医 1 名、脳神経外科医 1 名)
- ③ 救急車搬送件数:2877/年
- ④ 救急外来受診者総数:16429 人/年
- ⑤ 研修部門:救命救急センター
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:日赤給与規定による
- ⑩ 身分:後期研修医
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:15 当直は月数回程度
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舍:なし
- ⑭ 専攻医室:医局室。
- ⑮ 健康管理:年 2 回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動:

日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

G:一宮市民病院 (他施設との連携あり/藤田保健衛生大学 按分 当方 1/2)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設
 - (イ) 災害拠点病院
 - (ウ) 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 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 1 名(集中治療専門医 1 名)
- ③ 救急車搬送件数:5864 台/年
- ④ 救急外来受診者総数:29977 人/年
- ⑤ 研修部門:救急部門
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)

- (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
- (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
- (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
- (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
- (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
- (カ) 重症熱傷治療
- (キ) 災害医療
- (ク) 救急医療と医事法制
- (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

⑦ 研修内容

- (ア) ER:
- (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
- (ウ) 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:900 万/年

⑩ 身分:専攻医

⑪ 勤務時間:8:30-17:15 当直あり

⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など

⑬ 宿舎:あり

⑭ 専攻医室:総合医局。

⑮ 健康管理:年1回。

⑯ 医師賠償責任保険:任意

⑰ 臨床現場を離れた研修活動:

日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

H:厚生連江南厚生病院 (他施設との連携あり/愛知医科大学・名古屋市立大学 按分 当方 1/3)

① 救急科領域の病院機能:

- (ア) 三次救急医療施設
- (イ) 災害拠点病院
- (ウ) 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0名 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医3名(集中治療専門医1名、麻酔科医0名)

③ 救急車搬送件数:6470/年

④ 救急外来受診者総数:29288人/年

⑤ 研修部門:救急部門

⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)

- (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
- (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
- (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
- (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
- (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
- (カ) 重症熱傷治療
- (キ) 災害医療
- (ク) 救急医療と医事法制
- (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

⑦ 研修内容

- (ア) ER:
- (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
- (ウ) 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:1000万/年
- ⑩ 身分:医師
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:00 当直あり
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舎:あり
- ⑭ 専攻医室:医局室。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床を離れた研修活動:
日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

I: 陶生病院 (他施設との連携あり/藤田保健衛生大学 按分 当方 1/2)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 三次救急医療施設
 - (イ) 災害拠点病院
 - (ウ) 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0名 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医1名
その他の診療科専門医(集中治療専門医1名、外科1名)
- ③ 救急車搬送件数:6850台/年
- ④ 救急外来受診者総数:28144人/年
- ⑤ 研修部門:救急部門
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVRなどによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MCなど)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:900万円/年
- ⑩ 身分:医師
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:15 当直あり
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舎:なし
- ⑭ 専攻医室:医局あり。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床を離れた研修活動:
日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

稿費用は全額支給。

J:岐阜市民病院 (他施設との連携なし)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 二次救急医療施設
 - (イ) 災害拠点病院
- ② 指導者:救急科指導医 0 名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 4 名
その他の診療科専門医(集中治療専門医 1 名、麻酔科医 1 名、循環器内科医 1 名、
外科医 1 名)
- ③ 救急車搬送件数:4455/年
- ④ 救急外来受診者総数:18384 人/年
- ⑤ 研修部門:救急部門
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:480000/月
- ⑩ 身分:後期研修医
- ⑪ 勤務時間:8:30-17:15 当直は月数回程度
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舍:なし
- ⑭ 専攻医室:なし。
- ⑮ 健康管理:年 2 回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動:

日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

K:松波総合病院 (他施設との連携無し)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 二次救急医療施設
 - (イ) 災害拠点病院
- ② 指導者:救急科指導医 0 名、以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医 0 名
その他の診療科専門医(脳神経外科医 1 名)
救急車搬送件数:3417 台/年
救急外来受診者総数:12653 人/年
- ③ 研修部門:救急部門
- ④ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)

- (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
- (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
- (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
- (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
- (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
- (カ) 重症熱傷治療
- (キ) 災害医療
- (ク) 救急医療と医事法制
- (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

⑤ 研修内容

- (ア) ER:
- (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
- (ウ) 病院前診療

⑥ 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 給与:1166万/年

⑧ 身分:後期研修医

⑨ 勤務時間:8:30-17:15 当直は月数回程度

⑩ 雇用保険関連:厚生年金保険など

⑪ 宿舎:なし

⑫ 専攻医室:医員室。

⑬ 健康管理:年2回。

⑭ 医師賠償責任保険:任意

⑮ 臨床現場を離れた研修活動:

日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

L:中津川市民病院

(他施設との連携あり/愛知医科大学 按分 当方 4/5)

① 救急科領域の病院機能:

- (ア) 二次救急医療施設
- (イ) 災害拠点病院
- (ウ) ドクターカー配備施設

② 指導者:救急科指導医0名 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医1名
その他の診療科専門医(集中治療専門医1名、麻酔科医1名)

③ 救急車搬送件数:2516台/年

④ 救急外来受診者総数:8503人/年

⑤ 研修部門:病院前救急診療科

⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)

- (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
- (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
- (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
- (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVR などによる止血
- (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
- (カ) 重症熱傷治療
- (キ) 災害医療
- (ク) 救急医療と医事法制
- (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MC など)

⑦ 研修内容

- (ア) ER:
- (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)

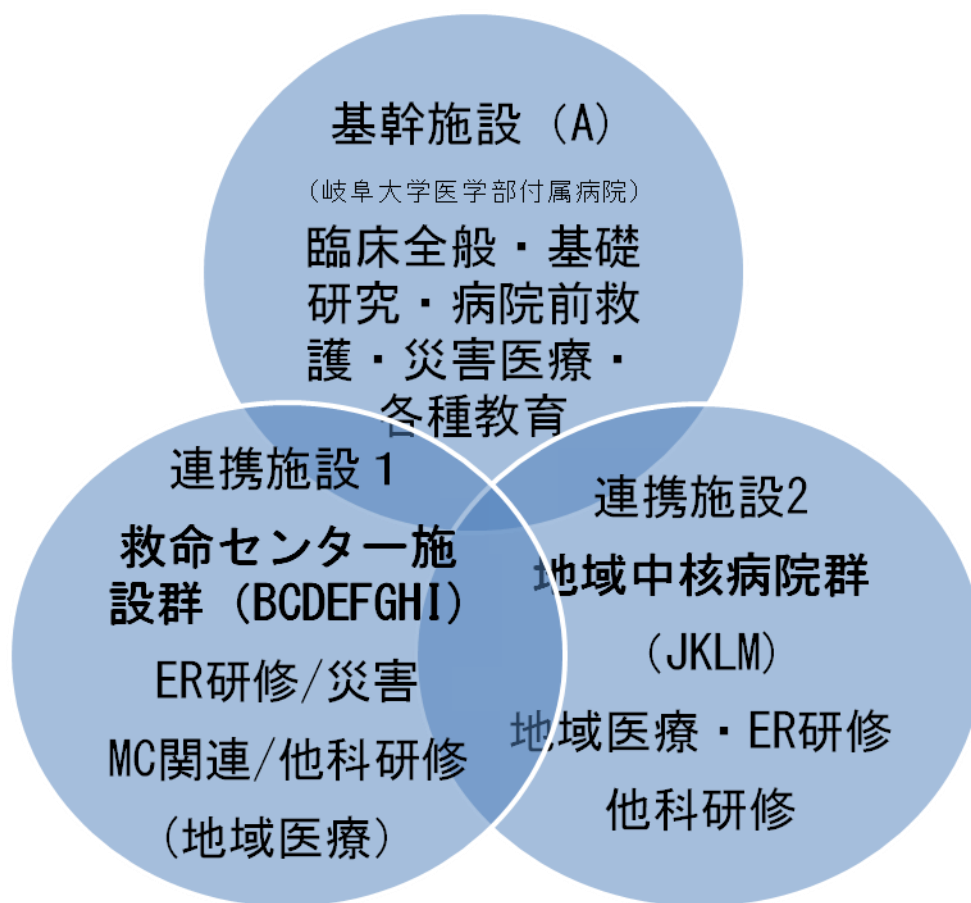
(ウ) 病院前診療

- 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:1300万/年
- ⑩ 身分:医師
- ⑪ 勤務時間:9日連続勤務/5日連休
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舎:なし
- ⑭ 専攻医室:総合医局。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床現場を離れた研修活動:
日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

M:木沢記念病院 (基幹施設として相互連携あり 指導医数 1.0 症例按分 1/11)

- ① 救急科領域の病院機能:
 - (ア) 二次救急医療施設
 - (イ) 災害拠点病院
- ② 指導者:救急科指導医0名 以下は専門医取得済の救急科所属指導者数 救急科専門医3名、集中治療専門医0名、循環器内科医0名、脳神経外科医1名、外科医2名)
- ③ 救急車搬送件数:3685台/年
- ④ 救急外来受診者総数:16591人/年
- ⑤ 研修部門:救急部門
- ⑥ 研修領域(不可は赤、一部可能は緑、可能は青)
 - (ア) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - (イ) 病院前救急医療(ドクターヘリ・ドクターカー)
 - (ウ) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - (エ) 重症外傷等への緊急手術・IVRなどによる止血
 - (オ) 敗血症管理(染色・培養・ICT・呼吸器・血液浄化)
 - (カ) 重症熱傷治療
 - (キ) 災害医療
 - (ク) 救急医療と医事法制
 - (ケ) 救急医療の質の評価・安全管理(MCなど)
- ⑦ 研修内容
 - (ア) ER:
 - (イ) ICU(専門医を持ち、主として管理・治療ができる)
 - (ウ) 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:1050万~1230万/年
- ⑩ 身分:医師
- ⑪ 勤務時間:8:00-17:00 夜勤あり
- ⑫ 雇用保険関連:厚生年金保険など
- ⑬ 宿舎:あり
- ⑭ 専攻医室:医局個室。
- ⑮ 健康管理:年2回。
- ⑯ 医師賠償責任保険:任意
- ⑰ 臨床を離れた研修活動:
日本救急医学会、日本救急医学会中部地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療中部地方会、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。

稿費用は全額支給。



図：本プログラムにおける研修病院群関係図

研修プログラム案は以下 3 案を基本とする。

プラン 1 では、基幹施設での 24 ヶ月間に、重症救急症例の病院前診療（ドクターヘリなど含む）・初期診療・集中治療（クリティカルケア）診療部門を中心に学ぶ。この中には基礎研究への参画 3 ヶ月や MC 関連/災害関連の研修も含まれる。特に連携施設では ER 診療部門や MC への参画を通じて、地域の実情に根差した救急医療を実践出来る経験をしていただくとともに希望領域に応じて外科・整形外科・脳外科、麻酔科・循環器内科・小児科・放射線科など複数科を最大 6 か月程度、他科研修も認めている。

プラン 2 では、基本内容はプラン 1 と同様であるが、基幹施設での研修を 18 か月程度（この間の他科研修は 6 か月まで）、連携施設も同じく 18 か月程度として、より地域に根差した救急をより実践する中で、本人はもとより地域全体の救急医療の将来像を考える内容としている。

プラン 3 では、基幹施設での研修を 12 か月程度、他科研修は 3-6 か月までとし、連携施設での救急科専攻医研修を中心としている。多くは連携施設出身者を想定したプランである。全体の質の担保については、基幹施設研修中以外でも基幹施設でのスキルアップ研修や多施設カンファランスなどへの参加を義務付ける事などで維持する。また、プラン参加地域全体の実情を把握することで、医療の高度化、広域化、均一化などを考えるための情報収集や分析マインドについても理解できる内容としている。

研修プラン1(基本プラン)

年次	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1	基幹病院研修(クリティカルケア・病院前救護→プレイヤー教育)			
2	連携施設研修1(ER、MC など)		連携施設研修2(地域医療・他科研修等)	
3	基幹病院研修(基礎研究+臨床)	基幹病院研修(クリティカルケア中心にリーダー教育を)		

研修プラン2(基幹施設中心研修プラン)

年次	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1	連携施設研修1(クリティカルケア・ER・MC→プレイヤー教育)			基幹病院研修(基礎研究+臨床)
2	基幹病院研修1(クリティカルケア・病院前救護中心→リーダー教育)			
3	基幹病院研修1継続	連携施設研修2(ER・地域医療・他科研修等)	連携施設研修1(ER、MC など)	

研修プラン3(連携施設中心研修プラン)

年次	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1	連携施設研修1(クリティカルケア・ER・MC→プレイヤー教育)			基幹病院研修(基礎研究+臨床)
2	基幹病院研修1(クリティカルケア・病院前救護中心→リーダー教育)			連携施設研修2(ER・地域医療・他科研修等)
3	連携施設研修2(クリティカルケア・ER・MC→リーダー実践)			

注) 研修内容と経験すべき症例数/評価法一覧は別1及び別3に示す。

【専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス】

1. 専門研修1年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策
 - ①すべての救急症例について、診断・治療などの立案が補助的に行える
 - ②救急科 ER 基本的知識・技能
 - ③救急科 ICU 基本的知識・技能
 - ④救急科病院前救護・災害医療基本的知識・技能
 - ⑤必要に応じて他科ローテーションによる研修
2. 専門研修2年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策
 - ①すべての救急症例について、診断・治療などの立案が主体的に行える。

②救急科 ER 応用的知識・技能

③救急科 ICU 応用的知識・技能

④救急科病院前救護・災害医療応用的知識・技能

⑤必要に応じて他科ローテーションによる研修

3. 専門研修 3 年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

①すべての救急症例について診断・治療の立案の指導が補助的あるいは主体的に行える。

②救急科 ER 領域実践的知識・技能

③救急科 ICU 領域実践的知識・技能

④救急科病院前救護・災害医療実践的知識・技能

⑤必要に応じて他科ローテーションによる研修

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

【3.専攻医到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）】

1. 専門知識

当救急科専攻医プログラムでは別紙の救急科研修カリキュラムに沿って、成果目標 I から X V までの領域の専門知識を習得する。知識の要求水準は、研修終了時に単独での診療を可能にすることを基本とする。

2. 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

当救急科専攻医プログラムで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習得する必要がある。専攻医は研修期間中にこれらの技能を広く習得する必要がある。

3. 学問的姿勢

当救急科専攻医プログラムでは専攻医に科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度を修得するように求める。専攻医は研修期間中に以下に示す学問的姿勢を実践できるように努める。

1) 医学、医療の進歩に追従すべく常に自己学習し、新しい知識の習得に努める。

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、リサーチマインドを涵養する。

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 を実践できるように努める。

4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表する。さらに論文の執筆は必須とする。

4. 医師としての倫理性、社会性など

岐阜県救急科専攻医プログラムでは救急科専攻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・技術が含まれる。専攻医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る。

- 1) 患者への接し方に配慮し、患者や医療関係者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) 後輩医師に教育・指導を行うこと

専攻医の到達目標の詳細

(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

当救急科専攻医プログラムでは専攻医は研修カリキュラムに沿って、経験すべき疾患、病態を経験するように努めなければならない。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る。研修カリキュラムは別1及び別3に準じる。

2. 経験すべき診察・検査等

当救急科専攻医プログラムでは専攻医は研修カリキュラムに沿って経験すべき検査・診療手順などを経験するように努めなければならない。経験すべき検査、診療手順は必須項目と努力目標に区分される。研修カリキュラムは別1及び別3に準じる。

3. 経験すべき手術・処置等

当救急科専攻医プログラムでは専攻医は研修期間中に経験すべき手術・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る。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る。研修カリキュラムに沿って術者および助手としてそれぞれ必要最低数の実施経験が必要である。研修カリキュラムは別1及び別3に準じる。

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)

当救急科専攻医プログラムでは研修期間中に基幹施設及び連携12施設(救命センター群においても県北や中濃地域では地域研修は十分可能、地域中心施設群は地域医療研修可能)において、少なくとも基幹施設+救命センター群+地域中心群での研修を必須とし、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を経験することができる。地域におけるメディカルコントロールも特に救急隊員との連携(特定行為指示・検証・再教育など)で経験することとなる。

5. 学術活動

当救急科専攻医プログラムでは研修期間中に研修カリキュラムに沿って筆頭者として年1回以上の救急関連学会発表を行うこと(H28年度に関しては関連に関する規定が日本救急医学会の定めるところに準じるが次年度以降は専門医機構研修委員会が定めるところとなる)が必要であり、更に筆頭

者として研修期間中に 1 編以上の救急科領域での論文発表を行うことと規定する。研修カリキュラムは別 1 及び別 3 に準じる。また、基幹病院である岐阜大学での臨床研究や基礎研究へも積極的に関わることができる。

以下に参加学会例を示す

日本救急医学会 日本臨床救急医学会 日本外傷学会 日本集中治療学会 日本集団災害医学会
日本熱傷学会 日本航空医療学会 日本急性血液浄化学会 日本透析学会などの救急関連学会
日本内科学会 日本外科学会 日本麻酔科学会 日本小児科学会 日本整形外科学会 日本脳神経外科学会などの基本 19 学会のうち、救急の subspeciality として必要な学会。

【4. その他の手段による知識・技能の習得】

当救急科専攻医プログラムでは、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、施設毎はもとより、webによる多施設を結ぶ形も含め、各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得の場も提供する。

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ぶ。

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。また、基幹研修施設である岐阜大学医学部附属病院にて開催されるICLS、AHA-BLS、AHA-ACLS、JPTEC、ITLS、JATEC、ISLS、MCLS、MIMMS、Emargoなどのコースに加えて、臨床現場でもシミュレーションラボの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する。

【5. 学問的姿勢の習得】

当救急科専攻医プログラムでは、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おり、専攻医は研修期間中に以下に示す内容を通じて、学問的姿勢の習得を行う。

- 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から伝える。
- 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、基礎系カンファレンス、臨床系カンファレンスともに参加してリサーチマインドを養う。
- 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ぶ。

- 4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を2編以上執筆すること。指導医は共同発表者や共著者として指導すること。
- 5) 外傷登録や心停止登録などの研究に貢献するため、経験症例の登録なども行い、多施設共同研究などの基礎部分についても学ぶ。

【6. 医師に必要なコアコンピテンシー（倫理性、社会性などの習得）】

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・技術が含まれる。従って救急科専攻医にあつて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なければならない。

- 1) 接遇に配慮し、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) 自立して誠実かつ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。

【7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療について】

施設間連携について

当プログラム参加の各施設は、効果的に協力して指導にあたることを前提とする。具体的には、各連携施設に置かれた委員会組織の連携のもとで専攻医各々の研修状況に関する情報を6か月に一度共有しつつ、連携施設毎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調整しなければならない。併せて、施設群の各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なければならない。指導医が1名以上存在する専門研修施設に合計で2年以上研修することを基本とする。

地域医療・地域連携への対応

- 1) 基幹施設から地域の救急医療機関である高山赤十字病院や中津川市民病院、岐阜市民病院や松波総合病院、木沢記念病院、一宮市民病院、厚生連江南厚生病院など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体験する。3か月以上経験することを原則とする。
- 2) 県や地域のメディカルコントロール協議会への参加、地域におけるプロトコールの理解、それに元つく活動評価としての2次検証以後の事後検証などを通して、病院前救護の実状について学ぶ。
- 3) ドクターカー（中津川市民病院）やドクターヘリ（岐阜大学医学部附属病院）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前救護活動で必要とされる救急診療について学ぶ。

指導の質の維持を図るために

当プログラム参加施設間での指導共有化について以下に示す。

- 1) 基幹施設（場合によっては連携施設）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図る。
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る。

- 2) すでに Web 会議システムがあり、これ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、どの施設で研修中であっても十分な指導環境を提供す。
- 3) 専攻指導医不在施設における研修については、基幹施設より定期的な直接指導を行うシステムを構築する。

【8.年次毎の知識・技能・態度の修練プロセス】

注：以下は別 1 及び別 3 を参照のこと

1. 専門研修 1 年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

- ①すべての救急症例について、診断・治療などの立案が**補助的**に行える
- ②救急科 ER 基本的知識・技能
- ③救急科 ICU 基本的知識・技能
- ④救急科病院前救護・災害医療基本的知識・技能
- ⑤必要に応じて他科ローテーションによる研修

2. 専門研修 2 年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

- ①すべての救急症例について、診断・治療などの立案が**主体的**に行える。
- ②救急科 ER 応用的知識・技能
- ③救急科 ICU 応用的知識・技能
- ④救急科病院前救護・災害医療応用的知識・技能
- ⑤必要に応じて他科ローテーションによる研修

3. 専門研修 3 年目で修得すべき臨床能力と具体的な研修方策

- ① すべての救急症例について診断・治療の立案の**指導が補助的あるいは主体的**に行える。
- ② 救急科 ER 領域実践的知識・技能
- ④ 救急科 ICU 領域実践的知識・技能
- ⑤ 救急科病院前救護・災害医療実践的知識・技能
- ⑥ 必要に応じて他科ローテーションによる研修

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

以下に研修施設要件を示す。本プログラムでの救急科専攻医研修希望者については、以下の状況を踏まえ、研修開始 1 か月前までに研修カリキュラムを各科単位（基本は 3 か月毎）に組み入れて作成、各施設との調整を完了すること。

	施設名	専攻医 指導医 数	地域医 療研修	主たる研修内容	研修体制/ローテーションなど

基幹施設:	岐阜大学医学部附属病院	11	×	ER/集中治療/ドクターヘリ/MC/基礎研究など。サブスペシャリティー領域との連続性を考慮しての研修も可能。透析/集中治療など。また内科、外科、産婦人科、整形外科、脳神経外科、循環器科、小児科などの専門研修も可能。	研修プランにより6か月から30か月の間で研修。基礎研究も必ず含まれる。サブスペシャリティーを含めた将来像を見据えた研修を推奨。各ローテーション基本単位は3か月。
連携施設 1:救命センター群	岐阜県総合医療センター	3	×	ER中心の診療施設が多いが集中治療についても指導可能。MC関連についてもいずれの施設も地域MCの中核施設であり、指導可能。。サブスペシャリティー領域との連続性を考慮しての研修可。内科、外科、産婦人科、整形外科、脳神経外科、循環器科、小児科などが対象。	研修プランにより6か月から30か月の間で単一施設研修可能。基本単位は3か月。専攻指導医不在施設は2017.04までにその予定があるため含まれるものとす。また、プログラム期間中に不在となる場合には、研修施設変更を基本とするが、移行期間は週1回以上の研修日を必ず設けるなどで質の維持を行う。専攻指導医に帯同する形での研修(放射線科など特殊手技の研修がそれに当たる)も容認する。
	岐阜県立多治見病院	1	●		
	高山赤十字病院	2	●		
	大垣市民病院	1	●		
	厚生連 中濃厚生病院	1	●		
	厚生連 陶生病院	1	×		
	厚生連 江南厚生病院	3	●		
一宮市民病院	1	●			
連携施設 2:地域中核施設群	岐阜市民病院	2	×	ER中心の診療施設。MC関連についてもいずれの施設も地域MCの中核施設であり指導可能。	現状は3か月単位の連携研修施設。施設の受け入れ状況により12か月までは連続した研修も認める。
	木沢記念病院	2	●		
	松波総合病院	0	●	病院前救護(ドクターカー)と麻酔を中心とした研修が中心。	
	中津川市民病院	1	●		

【9.専門研修の評価について】

形成的評価

1. フィードバックの方法とシステム

当救急科専攻医プログラムでは専攻医が研修中の修得状況について6か月毎に指導医により定期的な評価を行う。経験症例数(リスト)の提示や連携施設での指導医からの他者評価と自己評価により行う(別1、別2、別3参照)。評価項目は、コアコンピテンシー項目と救急科領域の専門知識および技能である。専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた別1と別2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へ提出する。研修プログラム管理委員会はこれらの研修実績および評価の記録を保存し、中間報告と年次報告の内容を精査し、次年度の研修指導に反映させる。

2. (指導医層の) フィードバック法の学習(FD)

指導医は付属2に示すマニュアルを熟知する他、指導医講習会などの機会を利用してフィードバック法を学習し、よりよい専門医研修プログラムの作成に役立てる必要がある。

総括的評価

1. 評価項目・基準と時期

最終研修年度（専攻研修 3 年目）終了前に実施される全国統一の筆記試験で基準点を満たした専攻医は、研修終了後に研修期間中の別 1 及び別 2 に示す研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙をもとに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を習得したか判定される。

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が行う。専門研修期間全体を総括しての評価は研修基幹施設の責任者が行う。

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い、全国統一の筆記試験の成績とあわせて総合的に修了判定を可とすべきか否かを判定する。知識、技能、態度の中に不可の項目がある場合には修了とみなされない。

4. 多職種評価

特に態度について、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW などの多職種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、看護師 2 名以上を含む評価チームを施設ごとに構築、評価者からの記録（別 2 を指す）を用いて、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形成的評価を行う。

【10.研修医プログラムの管理体制について】

専門研修基幹施設の基準

1. 当プログラムにおける救急科領域の専門研修基幹施設の要件を以下に示す。

- 1) 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。
- 2) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準を満たす教育病院の水準が保証されていることが必要である。
- 3) 症例数、救急車受入件数、専門研修指導医数、指導実績などが日本専門医機構の救急科領域研修委員会が別に定める専門研修基幹施設の申請基準を満たす必要がある。
- 4) 研修内容に関する監査・調査に対応出来る体制を備えていることが必要である。
- 5) 必要に応じて、施設実地調査（サイトビジット）による評価をうける。
- 6) 施設認定は救急科領域研修委員会が行う。

2. 救急領域の専門研修基幹施設における専門研修プログラム統括責任者要件を以下に示す。

- 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えること。
- 2) 専門研修基幹施設の常勤医であり、救急科の専門研修指導医であること。
- 3) 救急科専門医として 10 年以上救急科の診療に従事していること。指導医である事が

望ましい。

- 4) 学会専門医を年1名以上通算で10名以上指導した実績があること。(2016年時まで)
- 5) 臨床研究・基礎的研究を実施し、公表した実績が一定数以上あること。

専門研修連携施設の基準

救急科領域の専門研修連携施設としての要件を以下に示す。

- 1) 専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であること。
- 2) 研修連携施設は専門研修基幹施設が定めた専門研修プログラムに協力して専攻医に専門研修を提供すること。
- 3) 症例数、救急車受入件数、専門研修指導医数、指導実績などが日本救急医学会（いずれは日本専門医機構）の救急科領域研修委員会が別に定める専門研修連携施設の申請基準を満たすこと。
- 4) 施設認定は救急科領域研修委員会が行う。
- 5) 基幹施設との連携が円滑に行える施設であること。

専門研修施設群連携のための基準

専門研修施設群が適切に構成されていることの詳細を以下に示す。

- 1) 研修基幹施設と研修連携施設が効果的に協力して指導を行うための体制を整えている。
- 2) 専門研修が適切に実施・管理できる体制である。
- 3) 研修施設は一定以上の診療規模（病床数、患者数、医療従事者数）を有し、地域の中心的な救急医療施設としての役割を果たし、臨床各分野の症例が豊富で、充実した専門的医療が行われている。
- 4) 研修基幹施設は1人以上、研修連携施設は1人以上の専門研修指導医が存在する。
※地域における専攻指導医不在施設については別途記述あり。
- 5) 研修基幹施設および研修連携施設に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を6か月に一度共有する。
- 6) 研修施設間での専攻医の行き来を可としてより多くの経験が accrue するようにつとめる。

専門研修施設群の地理的範囲

本プログラムにおける専門研修施設群の構成については、特定の地理的範囲に限定しない。しかし岐阜県および尾張地域における地域性のバランスを考慮した上で、専門研修基幹施設とは異なる医療圏も含めて、専門研修連携病院とも施設群を構成すること。特に県北部や東部の過疎地域を包括する研修施設の設置/拡充に留意する。更には研修内容を充実させるために、これら、へき地など医療資源に制限がある施設における一定期間の専門研修を含むこと。

専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

救急科領域研修委員会の基準に従い、本研修プログラムにおける専攻医受入数基準を以下に示す。

- 1) 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る。

- 2) 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2人以内とすること。
- 3) マンツーマンでの指導ができる体制であること。
- 4) 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すること。

地域医療・地域連携への対応

地域医療・地域連携の経験について、本研修プログラムでは以下の内容で行うこととする。

- 1) 専門研修基幹病院もしくは連携病院から地域の救急医療機関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、地域医療の実情と求められる医療について学ぶ。また地域での救急医療機関での治療の限界を把握し、必要に応じて適切に高次医療機関への転送の判断ができるようにする。
- 2) 地域のメディカルコントロール協議会に参加し、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ぶ。
- 3) ドクターカーやドクターヘリで救急現場に出動しOJTとするとともに、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ぶ。

【10-2.当プログラムを支える体制について】

専門研修基幹施設および専門研修連携施設からの専攻医の方々への評価は元より、専攻医の方々からも指導医・指導体制等に対する評価を行うこととする。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当研修プログラムの改善を目指す。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設置する。

救急科専門研修プログラム管理委員会の役割

- 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う。
- 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う。
- 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う。

プログラム統括責任者の役割

- 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う。
- 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する。
- 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する。

プログラム統括責任者の基準要件について

- 1) 専門研修基幹施設岐阜大学医学部附属病院の救命救急センター長であり、救急科の専門研修指導

医である。

- 2) 救急科専門医として3回の更新を行い、25年の臨床経験があり、自施設にて過去5年間で10名以上の救急科専門医を育てた指導経験を有している。
- 3) 救急医学に関する論文を筆頭著者として10編以上、共著者として50編以上発表し、十分な研究経験と指導経験を有している。
- 4) 本プログラムは、統括責任者とは別に統括責任者と同等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。

指導医の基準について

本研修プログラムの指導医29名は日本救急医学会（いずれは日本専門医機構）により定められた下記の基準を満たしている。

- 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または日本救急医学会等の開催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する。役割を以下に示す。

- 1) 専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負う。
- 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する。
- 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う。”

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する。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う。

【11. 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、専攻医の方々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する。

具体的な労働安全、勤務条件等の骨子を以下に示す。

- 1) 勤務時間は週に 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ことではあるが、心身の健康に支障をきたさないように自己管理すること。
- 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する。
- 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する。
- 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する。
- 6) 各施設における給与規定を明示する。

【12. 専門研修プログラムの改善方法】

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（いずれは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、専攻医の方々は年度末に「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、これをもとに、専攻医の方々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仕組みとした。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ることで回答を得ることができる。以下、(()) 内について、本年は削除となるが今後は専攻医の立場を保護することを目的に行われる事案である。（（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る。））

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なければならない。
- 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なければならない。

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なければならない。

- 1) 専門研修プログラムに対する外部からの監査・調査（いずれは日本専門医機構が行う）に対しては、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。
- 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なければならない。
- 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すること。

④ 岐阜県・尾張地域救急科専攻医研修プログラム連絡協議会

岐阜大学医学部附属病院は複数の基本領域専門研修プログラムを擁している。同院病院長、同大学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が設置されており、当プログラムにエントリーした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は定期的に協議される仕組みである。

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）、当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る。

電話番号 03-3201-3930

e-mail address 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 ★以下はH28については削除となっているが今後必要な事案である。

★プログラムの更新のための審査

当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る。

【13. 修了判定について】

当プログラムでは基幹施設である岐阜大学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うこととする。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る。

【14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと】

当プログラムでは基幹施設である岐阜大学の研修プログラム管理委員会において、専攻医個々の知識、技能、態度それぞれについて評価を行う。専攻医は別1及び別に示すシートをもれなく記載の上、専門医認定申請年の4月末までに基幹施設の専門研修プログラム管理委員会に送付しなければならない。同専門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なければならない。

研修プログラム終了認定にて、日本救急医学会専門医試験の第1次および第2次審査は免除されるため、終了認定を受けた者は研修証明書を添えて、第3次（筆記試験）審査申請を6月末までに行う。

【15. 研修プログラムの施設群】

(ア) 基幹研修施設

- ① 岐阜大学医学部附属病院 (専攻指導医)
1. プログラム統括責任者 : **小倉真治** (救命救急センター長・病院長)
 2. 指導管理責任者 : **小倉真治** (救命救急センター長/麻酔科指導医他)
 3. 副プログラム責任者 : **豊田 泉** (副救命救急センター長/脳神経外科専門医)
 4. 事務責任者 : **吉田 隆浩** (救急科指導医/外科専門医)
 5. 指導医・専門医 : **熊田 恵介** (救急科指導医/集中治療専門医)
吉田 省造 (救急科専門医/集中治療・透析ほか)
中野 通代 (救急科専門医/麻酔科指導医)
神田 倫秀 (救急科専門医/整形外科専門医)
名知 祥 (救急科専門医/外科専門医)
土井 智章 (救急科指導医/外科専門医/集中治療/透析他)
中野 志保 (救急科専門医/外科専門医/外傷/熱傷他)
長屋 聡一郎 (救急科専門医/小児科専門医)
岡田 英志 (基礎研究/循環器内科専門医)
牛越 博昭 (救急科専門医/内科指導医)

(イ) 連携研修施設 (太字は専攻医指導医相当)

- ① 岐阜県総合医療センター (専攻指導医 3)
1. 指導管理責任者 : 野田 俊之 (救命救急センター長)
 2. 指導医 : **森 義雄** (救急専門医・心臓血管外科専門医)
増江 達彦 (救急専門医・麻酔科専門医)
河合 雅彦 (救急専門医・外科専門医)
- ② 岐阜県立多治見病院 (専攻指導医 1)
1. 指導管理責任者 : 伊藤 淳樹 (救命救急センター長)
 2. 指導医 : **山崎 潤二** (救急科専門医・麻酔科専門医)
- ③ 中濃厚生病院 (専攻指導医 1)
1. 指導管理責任者 : 森 茂 (救命センター長)
 2. 指導医 : **森 茂** (救命救急センター長 救急科専門医 外科専門医)
三嶋 肇 (救急科専門医)
森下 健太郎 (救急科専門医 内科専門医)
- ④ 大垣市民病院 (専攻指導医 1)
1. 指導管理責任者 : 坪井 重樹 (救命救急センター医長)
 2. 指導医 : **坪井 重樹** (救急科専門医)
- ⑤ 高山赤十字病院 (専攻指導医 2)
1. 指導管理責任者 : 白子 隆志 (救命救急センター長)
 2. 指導医 : **白子 隆志** (救命救急センター長、救急科指導医、外科指導医)
加藤 雅康 (救急科専門医、脳神経外科専門医)
- ⑥ 岐阜市民病院 (専攻指導医 2)
1. 指導管理責任者 : 上田 宣夫 (救急部長)
 2. 指導医 : **上田 宣夫** (救急科専門医 麻酔科専門医)
小塩 信介 (救急科専門医)
波頭 経明 (救急科専門医)
- ⑦ 木沢記念病院 (専攻指導医 2)
1. 指導管理責任者 : 山田 実貴人 (救急部門長)
 2. 指導医 : **山田 実貴人** (救急科専門医、脳神経外科専門医)

金田 英巳 (救急科専門医)

- ⑧ 松波総合病院 (専攻指導医 0)
 - 1. 指導管理責任者: (救命救急集中治療施設長)
 - 2. 指導医:
 - 3. 他領域指導医・専門医: 八十川 雄図 (脳神経外科)
- ⑨ 中津川市民病院 (専攻指導医 1)
 - 1. 指導管理責任者: 間瀬 則文 (病院前救急診療科長)
 - 2. 指導医: 間瀬 則文 (救急科専門医、麻酔科専門医)
- ⑩ 一宮市民病院 (専攻指導医 1)
 - 指導管理責任者: 山口 均 (救命救急センター長)
 - 指導医: 山口 均 (救急科指導医・専門医)
- ⑪ 陶生病院 (専攻指導医 1)
 - 指導管理責任者: 市原 利彦 (救命救急センター長)
 - 指導医: 市原 利彦 (救急科専門医 外科専門医)
- ⑫ 厚生連江南厚生病院 (専攻指導医 2)
 - 指導管理責任者: 竹内 昭憲 (救命救急センター長)
 - 指導医: 竹内 昭憲 (救急科指導医)
 - 野口 裕記 (救急科専門医)
 - 増田 和彦 (救急科専門医)

募集予定定員：8名/年

専門研修基幹施設

岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センターを専門研修基幹施設とする。

専門研修連携施設

当研修プログラムを構成する連携病院を以下に示す。(診療実績などは別紙にて提示。)

岐阜県総合医療センター、大垣市民病院、岐阜県立多治見病院、厚生連中濃病院、高山赤十字病院、岐阜市民病院、松波総合病院、木沢記念病院、中津川市民病院、一宮市民病院、厚生連江南厚生病院、陶生病院

専門研修施設群

岐阜大学医学部附属病院高度救命救急センターと連携施設により専門研修施設群を構成する。

専門研修施設群の地理的範囲

当研修プログラムの専門研修施設群は岐阜県(岐阜大学医学部附属病院、岐阜県総合医療センター、大垣市民病院、岐阜県立多治見病院、厚生連中濃病院、高山赤十字病院、岐阜市民病院、松波総合病院、木沢記念病院、中津川市民病院)のほか、愛知県(尾張東部・北部・西部地域)の一宮市民病院、厚生連江南厚生病院、陶生病院が含まれる。

【16. 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る。日本救急医学会（いずれは日本専門医機構）の基準では、各研修施設群の指導医あたりの専攻医受け入れ数の上限は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人以内となっている。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おり、当プログラムでも過去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や診療実績を考慮して、次年度以降はこれを著しく超えないように努めることとする。

当研修プログラムの研修施設群の指導医数は、岐阜大学医学部附属病院 11 名、岐阜県総合医療センター3 名、大垣市民病院 1 名、岐阜県立多治見病院 1 名、厚生連中濃病院 1 名、高山赤十字病院 2 名、岐阜市民病院 2 名、松波総合病院 0 名、木沢記念病院 2 名、中津川市民病院 1 名、一宮市民病院 1 名、厚生連江南厚生病院 3 名、陶生病院 1 名である。ただし、連携施設のうち大垣市民病院は名古屋掖済会病院、藤田保健衛生大学と、高山赤十字病院は名古屋第二日赤病院と、中津川市民病院は愛知医科大学と、厚生連江南厚生病院は愛知医科大学、名古屋市立大学と、陶生病院は藤田保健衛生大学との連携プログラムにも参加しており、按分され、最大で 20.9 名まで受入れ可能となる。症例数からみた必要数では受入れ可能専攻医数は 50 名を超え、当方の年 8 名までの受入れ計画は十分に達せられると考える。

【17. 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領域
集中治療/外傷/熱傷の各専門研修については岐阜大学医学部附属病院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、処置の一部を修得が可能であり、救急科専門医取得後の各領域研修につなぐ事ができる。
- 2) 1) に示す各領域専門研修施設を兼ねる岐阜大学医学部附属病院では、救急科専門医から各領域専門医への連続的な育成を支援する。
- 3) 救急を基本領域としつつ、内科/外科/整形外科/麻酔科/小児科など専門性を持たせるべく、長期間の国内外留学も専攻医取得後には検討する。

【18. 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る。その際、出産を証明するものの添付が必要となる。
- 2) 疾病による休暇は6か月まで研修期間として認めることとする。その際、診断書の添付/提出が必要となる。

- 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か月まで容認する。
- 4) 上記項目1), 2), 3) に該当する専攻医の方は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要となる。
- 5) 大学院に所属しても十分な救急医療の臨床実績を保証できれば専門研修期間として容認する。ただし、留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間として認められない。
- 6) 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日本救急医学会（いずれは日本専門医機構の救急科領域研修委員会）が認めれば可能とする。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る。
- 7) 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（いずれは日本専門医機構の救急科領域研修委員会）が認めれば可。ただし、研修期間にカウントすることはできない。

【19. 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する。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る。
- 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する。
- ② 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、日本救急医学会（いずれは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する。
 - 専攻医研修マニュアル（付属1）：救急科専攻医研修マニュアルには以下の項目が含まれる。
 - ・ 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（付属2）：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る。
 - ・ 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（別1）：

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う。

- 指導医による指導とフィードバックの記録（別2）：
専攻医に対する指導の証明は日本救急医学会（いずれ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う。
- ★ 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（別1）と指導記録フォーマット（別2）を専門研修プログラム管理委員会に提出する。
- ★ 書類作成時期は毎年10月末と3月末、書類提出時期は毎年11月（中間報告）と4月（年次報告）とする。
- ★ 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なければならない。
- ★ 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なければならない。
- 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なければならない。

【20. 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す。

- ・ 岐阜大学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する。
- ・ 当研修プログラムへの応募者は前年度の定められた日時まで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すること。
- ・ 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、追加募集を行う。
- ・ 専攻医の採用は、他の全領域と同時に一定の時期で行う。
- ・ 基幹施設で受け付けた専攻医の応募と採否に関する個人情報 は研修プログラム統括責任者から日本救急医学会（いずれは日本専門医機構の救急科領域研修委員会）に報告され、専攻医データベースに登録となる。

② 研修開始届け （以下は①の最下段記載にて行うため H28 については行わない）

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに、以下の専攻医氏名を含む報告書を、岐阜県・尾張地域救急科専門研修プログラム管理委員会（edm2@gifu-u.ac.jp）および、日本専門医機構の救急科研修委員会に senmoni-kensyu@rondo.ocn.ne.jp 提出する。

- 1) 専攻医の氏名と医籍登録番号、日本救急医学会員番号、専攻医の卒業年度、
専攻医の研修開始年度（初期臨床研修2年間に設定された特別コースは専攻研修に含まない）
- 2) 専攻医の履歴書（様式15-3号）
- 3) 専攻医の初期研修修了証

③ 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う。