獨協医科大学病院
救急科専門医研修プログラム

獨協医科大学病院救急科専門医研修プログラム

目　次

Ⅰ．　理念と使命

Ⅱ．　研修の全体像

Ⅲ．　研修施設群の特徴

（地理的範囲、症例数、各施設の特徴とスケジュール）

Ⅳ．　専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度）

Ⅴ．　施設群内の連携体制と地域医療についての考え方

Ⅵ．　年次ごとの研修計画

Ⅶ．　専門研修の評価

Ⅷ．　研修プログラムの管理体制

Ⅸ．　専攻医の就業環境

Ⅹ．　専門研修プログラムの評価と改善方法

ⅩⅠ．専攻医の受け入れ数について

ⅩⅡ．サブスペシャリティー領域との連続性について

ⅩⅢ．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

ⅩⅣ．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

ⅩⅤ．専攻医の採用

ⅩⅥ．研修の終了判定について

Ⅰ. 理念と使命

1. 救急科専門医制度の理念

現代の医学では、各専門領域において必要とされる知識は膨大となり、求められる技術も高度化、多様化しています。その結果として、医師の専門領域が細分化することは避けられません。これは医学の進歩によるものであり、今後もその傾向は変わらないと推察されます。しかし、救急患者が医療にアクセスした段階では罹患臓器や緊急性の程度は不明であり、どの分野の専門医が対応するのが適切であるかは必ずしも明らかではありません。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適切に診療を開始することが重要です。そのためには救急搬送患者を中心に診療を行い、急病、外傷、中毒など原因や傷病の種類に関わらず、すべての緊急性が高い病態に迅速に対応できる救急科専門医が国民の安全確保のために不可欠です。

本研修プログラムの目的は、「国民に良質で安心な標準的医療を提供できる」救急科専門医を育成することです。研修を終了した救急科領域の専攻医は、急病や外傷等の外因性疾患の種類や重症度に応じて総合的に判断し、必要に応じて他科専門医と連携しつつ、迅速かつ安全に急性期患者の診断と治療を進めることが可能になります。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他の診療科の枠に収まりきらない外因性疾患の場合などは、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可能です。

さらに、緊急性の高い病態の治療には適切な医療機関を速やかに受診することが重要であり、病院前の体制整備が不可欠です。救急科専門医は、病院前医療体制の整備や救急搬送（プレホスピタル）と医療機関との連携の質の向上、さらに災害時の対応にも関与し、地域全体の安全を確保する仕事の一翼を担うことも可能となります。

2. 救急科専門医の使命

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、救急患者を速やかに受け入れて初期診療に当たり、必要に応じて適切な診療科の専門医と連携して、迅速かつ安全に診断・治療を進めることです。

さらに、病院前の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、地域全体における救急医療の安全確保の中核を担うことです。

Ⅱ. 研修の全体像

1. 専門研修後の成果

専攻医は本研修プログラムによる専門研修により、以下の能力が備わります。

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、検査や治療の優先順位を判断できる。
③ 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、初期診療だけではなく、入院加療も行うことができる。
④ 必要な手術療法は当該診療科の協力を得つつ、外傷、熱傷、中毒、環境障害の入院加療を完結できる。
⑤ 重症患者（多臓器不全、多発外傷、重症呼吸不全、敗血症、DIC、各種ショック等）への集中治療が行える。
⑥ 開心術、肝移植、肺移植、肝切除、食道全摘、VAD、ECMO 等々、重症術後患者の集中治療室管理を行える。
⑦ ドクターヘリやドクターカーの適切な運用に貢献できる。希望者は前記に搭乗し、自ら病院前診療を行える。
⑧ 災害医療において指導的立場で対応できる。
⑨ 病院前救護のメディカルコントロールが行える。
⑩ 医学生、初期研修医、専攻医、コメディカルに対して、救急診療に関する教育指導が行える。
⑪ 救急救命士を含む救急隊員に病院前救護の教育を行える。
⑫ 救急診療の科学的評価や検証が行える。
⑬ 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、診療・教育能力を維持できる。
⑭ 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。
⑮ 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. 専門研修の方法

以下の3つの学習方法で専門医研修を行います。

① 研修施設での学習

本研修プログラムでは救急科専門医と他領域専門医が協働して、救急診療や重症患者管理の実地修練（on-the-job training）を中心に、広く臨床現場での学習を指導します。

実臨床での指導に加えて、研修カリキュラムに基づいたレベルと内容に沿って、以下の方法を救急科領域の専門研修プログラムに組み入れます。 これらの各種カンファレンスなどに

より知識・技能の習得を促進することで、研修の質を向上させます。

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

カンファレンスへの参加を通して、プレゼンテーション能力を向上し、病態と診断・治療過程を理解し、治療計画作成の理論を学んでいただきます。

2） 抄読会、勉強会、死亡症例検討会への参加

抄読会や勉強会、診療に難渋した症例の検討会などへ参加し、救急・集中治療における診療能力の向上を目指していただきます。定期的に専攻医自身も発表者となっていただきます。インターネット等を用いた情報検索の方法も指導します。

3） 研修施設内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

獨協医科大学に整備されているシミュレーション設備を利用して、臨床で実施する前に緊急病態の救命に重要なクリティカルケアの技術や手順を習得していただきます。

4） 安全・感染・法制・倫理等に関する講習に、積極的に参加していただきます。獨協医科大学病院では医療安全と感染対策に関する講演会は、それぞれ年 2 回以上の受講を義務づけています。

② 研修施設を離れた学習

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、講演会などには積極的に参加していただきます。また、JATEC、JPTEC、AHA/ACLS (ICLS を含む)、Local DMAT の off-the- job training course への参加は必修としています。これらのコースに指導者としても参加して救命処置等の指導法を学ぶことも望まれます。希望者は日本 DMAT 養成講習会やドクターヘリ講習会に参加することも可能ですが、本研修群病院への受講枠の割り当て待ちとなりますので、研修期間内に受講できるか否かは保証できません。

③ 自己学習

専門研修期間内に研修カリキュラムに記載されている疾患、病態で経験することが困難な項目は、日本救急医学会やその関連学会が準備する「救急診療指針」、e-Learning などを活用して、より広く、深く学習する機会を提供します。

基幹病院は大学病院であり、図書館の充実した蔵書を利用できます。また、集中治療室内の図書コーナーには専門医研修に必要な図書が整備されています。

3. 研修プログラムの概要

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

本専門研修プログラムによる救急科専門医取得後には、サブスペシャルティ領域である集中治療専門医、感染症専門医、熱傷専門医、外傷専門医、脳卒中専門医、消化

器内視鏡専門医、日本脳神経血管内治療学会専門医等の研修プログラムに進んだり、救急科関連領域の医療技術向上および専門医取得を目指す臨床研修や、リサーチマインドの醸成および医学博士号取得を目指す研究活動を選択したりすることが可能です。また、本専門研修プログラム管理委員会は、基幹研修施設である JAAM 大学医学部附属病院の初期臨床研修管理センターと協力し、大学卒業後 2 年以内の初期研修医の希望に応じて、将来、救急科を目指すための救急医療に重点を置いた初期研修プログラム作成にもかかわっています。

下記にプログラムの要点を示しますが、詳細は後記する該当項を確認してください。

① 研修期間:3 年 （出産、疾病、中断等に関してはＸⅢ章を参照ください）

② 募集定員:5 名 （定員の根拠はＸⅠ章をご覧ください）

③ 研修施設群

本プログラムでは、研修施設要件を満たした下記の6施設で研修を行います。
なお、各施設での経験可能症例数(2015 年)や研修スケジュールはⅢ、Ⅵ章に示します。

1） 基幹施設

獨協医科大学病院	
救急科領域の病院機能	救命救急センター
	災害拠点病院、ドクターヘリ基地病院
	地域メディカルコントロール担当病院
所在地	栃木県下都賀郡壬生町
病床数	1167
救急車(年間)	4620
ホームページ (救命救急センター)	http://www.dokkyomed.ac.jp/ (http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-m/eccm/)

2） 連携施設・関連施設

那須赤十字病院	
救急科領域の病院機能	救命救急センター
	災害拠点病院、ドクターカー基地病院
	地域メディカルコントロール担当病院
所在地	栃木県大田原市
病床数	460
救急車(年間)	2982
ホームページ	http://www.nasu.jrc.or.jp/

とちぎメディカルセンターしもつが	
救急科領域の病院機能	二次救急（病院群輪番制病院）
所在地	栃木県栃木市
病床数	307
救急車（年間）	2419
ホームページ	http://www.tochigi-medicalcenter.or.jp/shimotsuga/

宇都宮記念病院	
救急科領域の病院機能	二次救急（病院群輪番制病院）
所在地	栃木県宇都宮市
病床数	193
救急車（年間）	3533
ホームページ	http://www.nakayamakai.com/

上 都 賀 総 合 病 院	
救急科領域の病院機能	二次救急（病院群輪番制病院）
	災害拠点病院
所在地	栃木県鹿沼市
病床数	352
救急車（年間）	1808
ホームページ	http://www.kamituga-hp.or.jp/

菅 間 記 念 病 院	
救急科領域の病院機能	二次救急（病院群輪番制病院）
所在地	栃木県那須塩原市
病床数	319
救急車（年間）	1764
ホームページ	http://www.hakuai.or.jp/modules/kamma/index.html

④ 研修プログラムの基本構成モジュールと研修施設

研修の基本構成単位（モジュール）は大きく以下の7項目に分けられます。

1） 重症救急患者の初期診療と入院管理（クリティカルケア）
2） 救急外来診療（ER）
3） 他科研修（総合診療、麻酔、外科、放射線等）
4） 集中治療室管理（開心術後、臓器移植術後管理等を含む）
5） ドクターヘリ・ドクターカー研修
6） 災害医療研修
7） メディカルコントロール研修

1）の研修は獨協医科大学と那須赤十字病院の救命救急センター初期治療室および救命救急病床（集中治療室を含む）で行います。この研修がプログラムの中核となります。

2）は二次救急医療機関である連携 4 病院で研修します。

3）の他科研修は必修ではありません。専攻医本人の希望、受け入れ診療科の状況、救急科研修カリキュラムの達成状況等を考慮し、時期や期間を決定します。主に基幹施設で行う予定ですが、診療科によっては連携施設で行うことも可能です。

4）は獨協医科大学の一般用集中治療室で研修しますが、独立した研修期間は設けず、1）の研修と並行して行います。ただし、研修カリキュラムの達成状況によっては中途から集中治療管理に重点を置いた研修とすることも可能です。

5）のドクターヘリは獨協医科大学病院、ドクターカーは那須赤十字病院で研修します。集中治療室研修と同じく、1）の研修と並行して行います。搭乗は希望者のみとしますが、システムと受け入れ医療機関としての役割の理解は本プログラムでは必修となります。

6）の災害医療研修は災害拠点病院である獨協医科大学病院、那須赤十字病院、上都賀総合病院で行います。1）または2）の研修と並行して行います。

7）のメディカルコントロールの研修は、地域の救急隊員や医療機関が参加する事後検証会を定期的に行っている獨協医科大学病院と那須赤十字病院で、1）の研修と並行して行っていただきます。ただし、二次救急医療施設に勤務中であっても事後検証会への参加は可能であり、救急救命士への特定行為に対する指示要請への対応があります。他科研修期間を除いて、継続的に学んでいただきます。

Ⅲ. 研修施設群の特徴

（地理的範囲、症例数、各施設の特徴とスケジュール）

1. 研修群の地理的範囲

本プログラムの研修施設群は全て栃木県内にあります。獨協医科大学を含む 4 病院が県中南部に、那須赤十字病院を含む 2 病院が県北にあります。宇都宮記念病院は県庁所在地である宇都宮市の中心部にあり、繁華街に接しています。それ以外の 5 病院は地方中小都市の市街地から郊外に立地しています。

那須赤十字病院以外は JR または東武鉄道の駅から徒歩圏内ですが、時間的制約が大きいため、ほとんどの医師は公共交通機関を使用せず、自家用車か徒歩で通勤しています。県中南部 4 病院間は転居せずにローテーション可能です。県北2病院への通勤も可能ですが、近隣への転居を勧めます。この住居の問題も含めてローテーションの計画を立てます。

研修群病院の県内の位置

2. 各施設の症例数（平成 26 年度）

（A–E は地図内を参照してください）

		必要数（以上）	基幹	A	B	C	D	E	合計	必要数との比
疾病分類	心停止	15	134	119	107	113	97	74	644	42
	ショック	5	71	41	9	11	17	8	157	31
	内因性救急疾患	45	394	7956	1390	3278	1316	1068	15402	342
	外因性救急疾患	20	411	1753	1029	1482	183	615	5473	273
	小児および特殊救急	6	191	2422	17	0	27	0	2657	442
	計	91	1111	12291	2552	4884	1640	1765	24333	
救急受入	救急車	500	4620	2982	2419	3533	1808	1764	17126	34
	その内 救急入院患者	200	1199	1877	1146	1457	839	600	7118	35
	その内 重症救急患者	20	1099	844	116	124	114	120	2417	120

基幹病院の疾病分類の症例数は、救急車搬送中で救命救急センター医師が直接診療した数のみを記載しています。A 病院の疾病分類症例数は独歩来院患者も含めています。

表右端に示した専攻医 1 名あたりに必要な症例数と研修施設群全体の症例数との比から、本研修プログラムでは募集数 5 名に対して十分な症例が確保されていることがわかります。

経験できる疾病の特徴として、外傷患者が都市部と比較して多いことがあげられます。また、農薬中毒、ハチ刺傷によるショック、マムシ咬傷、破傷風など都会では少ない症例も経験できます。

3. 各研修施設の特徴（平成 29 年 4 月現在）

① 獨協医科大学病院

1） 救急に関連する病院機能： 救命救急センター、病院群輪番制二次救急病院、栃木県ドクターヘリ基地病院、災害拠点病院、地域メディカルコントロール担当病院、総合周産期母子医療センター、とちぎ子ども医療センター

2） 指導者： 救急科専門医 11 名（内、指導医 7 名、集中治療専門医 3 名）、
救急医学専従医 5 名（非専門医、含むレジデント）
他科派遣専従医 7 名（心臓・循環器 3 名、神経内科 2 名、脳外科 1 名、整形外科 1 名）

3） 研修部門： 救命救急センター初期治療室・病棟、集中治療室、ドクターヘリ

4） 研修・診療内容の特徴

・ 三次救急施設であり重症救急患者対応が主たる業務ですが、二次救急も兼ねるた

め比較的安定した救急車搬送患者の対応も行います。独歩来院救急患者の対応は各科の当直医が行います。

- 救命救急センター病棟の入院患者は、関係各科と協力して救命救急センター医師が主治医として治療します。
- 集中治療室入室患者の管理は救命救急センターの医師が行います。前年度は 688 名の術後、病棟急変患者が入室しており、様々な病態の入室患者を経験できます。
- ドクターヘリは前年度 751 件の出動があり、病院前の医療も豊富に経験できます。
- 複数の他科専門医が救命救急センターに派遣専従しており、他科の専門知識を学ぶ機会も豊富です。

5） 月間スケジュール

- 平日 8:30-9:30 申し送り兼カンファレンス（他科医師、看護師、臨床工学技士も参加）
- 平日 17:00－ カンファレンス
- 日・休日 9:00－ 申し送り兼カンファレンス
- 金曜日 11:00－12:00 センター長回診
- 第 2・3 水曜日 13:00-15:30 事後検証会・ドクターヘリ症例検討
- 17:00 頃- 1 回/2週程度 医療安全、感染対策、SD（スタッフ・ディベロップメント）等の院内講習会
- 日時不定 1 回/月 死亡症例検討会
- 日時不定 1-2 回/月 スタッフ勉強会

② 那須赤十字病院

1） 救急に関連する病院機能： 救命救急センター、病院群輪番制二次救急病院、災害拠点病院、地域メディカルコントロール担当病院、へき地医療拠点病院、地域周産期母子医療センター

2） 指導者： 救急科専門医 4 名（内、指導医 3 名、集中治療専門医2名）
救命救急センター専従医 2 名（内、外科専門医 1 名）

3） 研修部門： 救命救急センター初期治療室・病棟、集中治療室、ドクターカー

4） 研修・診療内容の特徴

- 三次救急施設であり重症救急患者対応が主たる業務ですが、一次・二次救急も兼ねているため比較的安定した救急患者の対応も行います。
- 多発外傷や多臓器不全等、担当診療科を限定しにくい重症患者は、救命センター病棟や集中治療室で救命救急センター医師が主治医として治療しています。
- ドクターカーの運用を行っています。
- 屋上にヘリポートが整備されており、ドクターヘリによる搬送患者を多数受け入れています。

5） 月間スケジュール

・ 平日 8:00-8:30　病棟回診、8:45－9:15　他科（内科）カンファレンス参加、
9:30-10:00　ICU・HCU カンファレンス
・ 第 4 水曜日　1 回/2 か月　事後検証会
・ 1 回/3 か月　ドクターヘリ・ドクターカー症例検討会

③ とちぎメディカルセンターしもつが

1） 救急に関連する病院機能： 病院群輪番制二次救急病院
2） 指導者： 救急科専門医1名
3） 研修部門： 救急外来
4） 研修・診療内容の特徴
・ 所在地である栃木市の救急医療の中核となる病院です。平成 28 年 4 月から下都賀総合病院を含む 3 病院を統合した新病院での診療となりました。栃木市の救急搬送患者の 6 割程度を受け入れています。独歩来院患者も診療しています。
・ 新病院では屋上にヘリポートが整備され、ドクターヘリによる患者の受け入れや転院搬送が迅速になりました。
5） 月間スケジュール
・ 平日　8:30－9:00　申し送り　17:30 業務終了
他の連携二次救急医療施設もほぼ同じ。

④ 宇都宮記念病院

1） 救急に関連する病院機能： 病院群輪番制二次救急病院
2） 指導者： 救急科専門医 2 名（指導医1名）
3） 研修部門： 救急外来
4） 研修・診療内容の特徴
・ 病院規模は大きくありませんが、設備やコメディカルスタッフは充実しており、救急車受け入れ数は宇都宮市内の医療機関では 2 番目です。本プログラム連携病院中では最多となっています。

⑤ 上都賀総合病院

1） 救急に関連する病院機能： 病院群輪番制二次救急病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院
2） 指導者： 救急科専門医1名
3） 研修部門： 救急外来
4） 研修・診療内容の特徴
・ 所在地である鹿沼市の救急搬送患者の半数を受け入れています。
・ 災害拠点病院であり、災害医療の研修も行えます。

⑥ 菅間記念病院

1） 救急に関連する病院機能： 病院群輪番制二次救急病院

2） 指導者： 連携施設担当者

3） 研修部門： 救急外来

4） 研修・診療内容の特徴

- 県北部の救急医療の中核病院の一つです。救急車搬送だけではなく、独歩来院患者も広く受け入れています
- 屋上にヘリポートが整備されています。ドクターヘリに加え、那須・塩原地区の山間部で防災ヘリに救助された患者も多数受け入れています。

Ⅳ. 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診療が可能とな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ます。ただし、これは最低要求水準です。別に示したように、本研修群では症例が豊富であり、さらに知識を広めつつ洗練することが可能です。特に、集中治療での重症術後患者管理の知識、災害医療、ドクターヘリとドクターカーによる病院前診療について深く学ぶことを期待します。

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習得していただきます。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とに分けられています。

3. 学問的姿勢の習得

救急科領域の専門研修プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために、最先端の医学・医療を理解すること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、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していただきます。

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身に着けていただきます。

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します。

5） 外傷登録や心停止登録などの研究に貢献するため、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できます。

4. 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

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参照してください。本研修施設群は症例が豊富であり、これらの経験すべき疾患、病態は全て、適切な指導のもとで経験することが可能です。

② 経験すべき診察・検査等

経験すべき診察・検査等は必須項目と努力目標とに区分されています。救急科研修カリキュラムを参照してください。本研修施設群は症例が豊富であり、これらの経験すべき診察・検査等は全て、適切な指導のもとで経験することが可能です。

③ 経験すべき手技・処置等

経験すべき手技・処置の中で、基本となる手技・処置については術者として実施できることが求められます。それ以外の手技・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それぞれ必要最低数の実施経験が必要です。研修カリキュラムを参照してください。疾患・病態と同様に、これらの経験すべき手技・処置は全て、適切な指導のもとで経験することが可能です。

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）

本研修施設群は中小地方都市に存在し、全ての施設が地域の中核病院として機能しています。そのため、専攻医は何れの研修施設でも周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を研修できます。しかし、中小規模の病院における病診・病病連携も経験すべきであり、研修基幹施設以外の連携施設もしくは関連施設において、原則3か月以上経験していただきます。

また、地域におけるメディカルコントロールの経験として、地域の消防組織と医療機関が参加する事後検証会に参加していただきます。指導医のもとでの特定行為指示なども経験していただきます。

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回の日本救急医学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、少なくとも1編の救急医学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）を行うことも必要です。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。また、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。

なお、救急科領域の専門研修施設群において、卒後臨床研修中に経験した診療実績（研修カリキュラムに示す疾患・病態、診察・検査、手術・処置）は、本研修プログラムの指導管理責任者の承認によって、本研修プログラムの診療実績に含めることができます。

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。

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 に基づいた救急診療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

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 JAAM 大学医学部附属病院が主催する ICLS(AHA/ACLS を含む) 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していただきます。

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・技術が含まれています。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（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。
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。
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） 医療チームの一員として行動できる。
7） 後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行える。

Ⅴ. 施設群内の連携体制と地域医療についての考え方

1. 連携方法

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、6 か月に一度基幹施設で行われる専門研修プログラム管理員会（以下、管理委員会）の場で専攻医の皆さんの研修状況に関する情報を共有します。これによって、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、手術・処置等を経験できるようにします。併せて、研修施設群の各施設は、日本救急医学会が示す診療実績年次報告書の書式に従って、診療実績を年度毎に基幹施設の研修プログラム管理委員会へ報告しています。

管理委員会等に関してはⅧ章研修プログラムの管理体制も参照してください。

2. 地域医療・地域連携への対応

1）専門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に出向いて救急診療を行い、自立して責任をもった医師として行動することを学ぶとともに、地域医療の実状と求められる医療について学びます。3か月以上経験することを原則としています。
2） 地域のメディカルコントロール協議会に参加し、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） ドクターカー(那須赤十字病院)やドクターヘリ(獨協医科大学病院)で指導医とともに救急現場に出動し、あるいは災害派遣や訓練を経験することにより病院外で必要とされる救急診療について学びます。

3. 指導の質の維持を図る方策

研修基幹施設と連携施設および関連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、研修基幹施設と連携施設および関連施設の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） 連携施設在籍中も基幹施設で行う勉強会やカンファレンスへの参加ができるよう配慮します。

Ⅵ. 年次ごとの研修計画

専攻医のみなさんには、獨協医科大学病院救急科研修施設群において、専門研修の期間内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。

1. 年次ごとの研修内容

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
・病院前救護・災害医療における基本的知識
・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
・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
・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

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
・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

救急診療、集中治療、病院前救護・災害医療等は年次に関わらず弾力的に研修しますが、ドクターヘリ搭乗と病院外での災害医療研修参加は 2 年目以降になります。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）を定めています。年次毎の研修の差は内容の違いというよりも、求められる到達レベルの差の違いと考えてください。

2. 研修施設ローテーションの決め方

研修基幹施設、研修連携施設および研修関連施設はどのような組み合わせと順番でローテーションしても、最終的には指導内容や経験症例数に不公平が無いように十分に配慮します。ローテーション決定上の基本的ルールを以下に記載します。

1） 獨協医科大学病院と那須赤十字病院の期間は最低でも計 2 年間とします。
2） 二次救急医療機関は何れかの 1 病院で 3 か月以上 6 か月以下とします。
3） 他科研修は 3 か月以上 9 か月以下とします。この期間内であれば、複数の診療科を選択することも可能です。
4） 原則として獨協医科大学病院から研修を開始していただきますが、専攻医数を考慮して、オリエンテーション終了後早期に那須赤十字病院で研修を開始していただく場合もあります。
5） 基幹施設以外では同年度の専攻医が同時期に複数名研修することはありません。十分な指導体制と症例数を確保するためです。
6） ローテ―ション方法は1）－5）のルール内で専攻医本人の希望を優先して決定します。
7） 希望の重複はプログラム管理委員会で不公平とならないように調整します。
8） 研修途中であっても、個々の専攻医の希望や研修進捗状況、研修受け入れ側の状況等を考慮してプログラム管理委員会で修正させていただきます。

A、B、C の専攻医 3 名がローテーションする例を表に示します。

<table>
<tr><th>施設名</th><th>指導医数</th><th>主な研修内容</th><th>1 年目</th><th>2 年目</th><th>3 年目</th></tr>
<tr><td rowspan="3">獨協医大</td><td rowspan="3">7</td><td rowspan="3">クリティカルケア
集中治療
ドクターヘリ
災害医療</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr>
<tr><td>B</td><td></td><td>B</td></tr>
<tr><td>C</td><td>C</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">那須日赤</td><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">クリティカルケア
ドクターカー
災害医療</td><td></td><td>B</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>C</td></tr>
<tr><td rowspan="2">二次救急施設</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">救急外来診療
地域医療</td><td></td><td>B</td><td>A</td></tr>
<tr><td></td><td>C</td><td></td></tr>
<tr><td>他科研修</td><td>0</td><td></td><td>B
総合診療</td><td>C
麻酔</td><td></td></tr>
</table>

Ⅶ. 専門研修の評価

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、専攻医にフィードバックします。次に、指導医から受けた評価結果を、施設移動時と毎年度末に研修プログラム管理委員会に提出していただきます。研修プログラム統括責任者は専攻医の診療実績等の評価資料をプログラム終了時に日本救急医学会に提出いたします。研修プログラム管理委員会（以下、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

専攻医の皆さんは、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（診療科長など）および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。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・処置等のすべ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多職種評価

特に態度については、施設や地域の実情に応じて看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW、救急救命士等の多職種のメディカルスタッフによる専攻医の皆さんの日常臨床の観察を通した評価が重要となります。各年度末に、メディカルスタッフからの観察記録をもとに、当該研修施設の指導管理責任者から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。

Ⅷ. 研修プログラムの管理体制

専攻医の研修が適切に行われるように、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。

1. 救急科専門研修プログラム管理委員会の構成と役割

1） 研修プログラム管理委員会（以下、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、研修プログラム関連施設担当者等で構成されます。

2） 管理委員会は専攻医および専門研修プログラム全般の管理と研修プログラムの継続的改良を行います。

3） 管理委員会では、専攻医およ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います。

2. プログラム統括責任者の役割と認定基準

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。

4） 本研修プログラムの統括責任者は下記のように認定の基準を満たしています。

・専門研修基幹施設である獨協医科大学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す。

・救急科専門医として5回の更新を行い、35 年の臨床経験があり、自施設で過去 3 年間に 5 名の救急科専門医を育てた経験を有しています。

・救急医学に関するピアレビューを受けた論文を筆頭著者として10編、共著者として50編発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。

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。

6） 採用の決定した専攻医を研修開始前に日本救急医学会に所定の方法で登録します。

7） 研修プログラム管理委員会における評価に基づいて修了の判定を行います。

8） 専攻医の診療実績等の評価資料をプログラム終了時に日本救急医学会に提出します。

3. 専門研修指導医の認定基準

本研修プログラムの指導医 11 名は、下記の基準を全て満たしています。

1） 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） 5年以上の救急科医師としての経験を持つ救急科専門医であるか、救急科専門医として少なくとも1回の更新を行っている。

3） 救急医学に関するピアレビューを受けた論文を筆頭者または重要な貢献をした共著者として少なくとも2編は発表している。

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。

4. 研修基幹施設の役割

1） 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ます。
2） 研修環境を整備する責任を負います。
3） 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。
4） 専門研修プログラムの修了判定を行います。

5. 連携施設および関連施設の役割

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、専門研修連携施設および関連施設は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。

Ⅸ. 専攻医の就業環境

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、専攻医の皆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。

以下にその骨子を示します。

1） 勤務時間は週に 40 時間を基本とします。
2） 研修のために自発的に時間外勤務を行うことはありえますが、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） 当直業務に対しては適切な対価を支給します。
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） 原則として専攻医の給与等については研修を行う施設で負担します。

Ⅹ. 専門研修プログラムの評価と改善方法

専門研修基幹施設および専門研修連携施設が、専攻医のみなさんを評価するのみではなく、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。

1. 専攻医による指導医および専門研修プログラムに対する評価

日本救急医学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。

専攻医みなさんが指導医や専門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うえで、改善の要望を専門研修プログラム管理委員会（以下、管理委員会）に申し立てることができます。専門研修プログラムに対する疑義解釈等は、管理委員会に申し出ていただければお答えいたします。管理委員会へ不服があれば、日本救急医学会もしくは専門医機構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

専門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管理委員会に提出し、管理委員会は専門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日本救急医学会からの施設実地調査（サイトビジット）に対して、研修基幹施設責任者および研修連携施設責任者、関連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、関連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。

4. 臨床研修センターへの相談・報告

研修基幹施設である獨協医科大学病院には臨床研修センターが設置されています。本研修プログラムもこの臨床研修センターの管理下に置かれています。センター長は臨床系主任教授の兼任ですが、常勤・専従の事務職員が配置されており、研修上の様々な問題に関して相談することが可能です。研修内容、指導体制、勤務体制、待遇等で疑問に感じることがあれば、遠慮なく相談してください。

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）、管理委員会や臨床研修センターを介さず、下記の日本専門医機構の救急科研修委員会に直接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 年ごとにプログラムの更新のための審査を受けます。

ＸⅠ. 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、十分な指導を受ける事が保証できるように診療実績と研修指導医の数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人以内となっています。また、研修施設群で経験できる症例の総数からもⅢ章に示したように専攻医の受入数の上限が決まっています。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。

過去3年間で、研修施設群全体で合計5名の救急専門医を育ててきた実績も考慮して、毎年の専攻医受入数上限は余裕をもって 5 名とさせていただきました。

本研修プログラムの研修施設群の指導医数は、獨協医科大学病院 7 名、那須赤十字病院 3 名、宇都宮記念病院1名の計 11 名なので、毎年最大で 11 名の専攻医を受け入れることができます。また、研修施設群の症例数は専攻医 29 名の受け入れ必要数をみたしていますので、受け入れ定員数 5 名であれば十分な経験を積んでいただけます。

ＸⅡ. 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である集中治療専門医、感染症専門医、外傷専門医、脳卒中専門医、消化器内視鏡専門医、日本脳神経血管内治療学会専門医の専門研修でそれぞれ経験すべき症例や手技、処置の一部を、本研修プログラムを通じて修得

していただき、救急科専門医取得後の各領域の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獨協医科大学病院と那須赤十字病院では、救急科専門医から集中治療専門医への連続的な育成を支援します。

3） 今後、サブスペシャルテイ領域として検討される循環器専門医等の専門研修にも連続性を配慮していきます。

ⅩⅢ. 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

日本救急医学会および専門医機構が示す特別な事情への対処を以下に示します。

1） 出産に伴う6か月以内の休暇は、男女とも1回までは研修期間として認めます。その際、管理員会への出産を証明する書類の提出が必要です。

2） 疾病での休暇は6か月まで研修期間として認めます。その際、管理委員会への診断書の提出が必要です。

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）に該当する専攻医は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要になります。

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認めます。ただし、病棟勤務のない大学院や留学の期間は研修期間として認められません。

6） 他の基本領域の専門医の取得も希望する者に対しては、1年次または 2 年次の終了時に連携する他の専門研修プログラムに移動して専門研修を 1 年次から開始することが可能です。他の基本領域の専門医取得後は、当該専門研修プログラム統括責任者と本プログラム統括責任者ならびに日本救急医学会と専門医機構の許可を得て、本プログラムによる救急科専門研修を2年次または3年次から再開することができます。

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、研修プログラム統括責任者および日本救急医学会と専門医機構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。

ⅩⅣ. 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、専門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記載して、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（以下、管理員会）と日本救急医学会で 5 年間記録・貯蔵されます。

2. 医師としての適性の評価

指導医のみならず、看護師等のメディカルスタッフからの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、日本救急医学会が準備する専攻医研修マニュアル、指導医マニュアル、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。

①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。

1） 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度について
2） 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数について
3） 自己評価と他者評価
4） 専門研修プログラムの修了要件
5） 専門医申請に必要な書類と提出方法
6） その他

②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。

1） 指導医の要件
2） 指導医として必要な教育法
3） 専攻医に対する評価法
4） 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行います。

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行います。

1） 専攻医は指導医・指導管理責任者のチェックを受けた専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットを管理委員会に提出する。

2） 書類提出時期は施設移動時（中間報告）および毎年度末（年次報告）です。

3） 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管理委員会に送付します。

4） 研修プログラム統括責任者は専攻医の診療実績等の評価資料をプログラム終了時に日本救急医学会に提出します。

5） 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指導者研修計画の実施記録

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

ＸＶ. 専攻医の採用

1. 応募資格

1） 日本国の医師免許証を有すること

2） 臨床研修終了登録証を有すること（本年度末終了見込みを含む）
（第 97 回以前の医師国家試験合格者は不要）

3） 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること（来年度 4 月 1 日付で入会予定も含む）

2. 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） 専攻医採用に関する事務的問い合わせ、応募要項等資料の請求、応募書類の提出は、全て獨協医科大学病院臨床研修センターが窓口になります。

3） 研修プログラムの具体的内容に関する疑問は獨協医科大学病院救命救急センター

まで問い合わせて下さい。メールアドレス等の連絡先はホームページをご覧ください。

4） 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所定の様式の「専門研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出してください。

5） 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。面接日時および場所は別途通知します。

6） 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。

7） 研修プログラム統括責任者は採用の決定した専攻医を研修開始前に所定の方法で日本救急医学会に登録します。

8） 問い合わせおよび書類提出先：

〒 321 － 0293　　栃木県下都賀郡 壬生町 北小林880
獨協医科大学病院　臨床研修センター
電話：(0282) 87 － 2417　　FAX：(0282) 87 － 2417
E-mail：r-kensyuc@dokkyomed.ac.jp
http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-m/kensyuc/

ⅩⅥ. 研修の終了判定について

1. 修了要件

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。終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、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。

2. 専攻医が研修プログラムの終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。研修プログラム管理委員会は 5 月末までに終了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。