

筑波記念病院
救急科専門研修プログラム
(2026年度版)

2026年4月1日

筑波記念病院 救急科専門研修プログラム管理委員会



筑波記念病院
TSUKUBA MEMORIAL HOSPITAL

筑波記念病院救急科専門研修プログラム

目次

1.	筑波記念病院救急科専門研修プログラムについて.....	2
2.	救急科専門研修の方法	3
3.	研修プログラムの実際	4
4.	専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	17
5.	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得.....	18
6.	学問的姿勢について	18
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.....	18
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.....	19
9.	年次毎の研修計画	19
10.	専門研修の評価について	20
11.	研修プログラムの管理体制について	21
12.	専攻医の就業環境について	22
13.	専門研修プログラムの評価と改善方法.....	22
14.	修了判定について	23
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.....	23
16.	研修プログラムの施設群	23
17.	専攻医の受け入れ数について	24
18.	サブスペシャリティ領域との連続性について.....	24
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.....	24
20.	専門研修実績記録システム、マニュアル等について.....	25
21.	専攻医の採用	26
22.	専攻医の募集、応募手続き	26

1. 筑波記念病院救急科専門研修プログラムについて

1) 理念と使命

救急医療では医学的緊急性への対応、すなわち患者が手遅れとなる前に診療を開始することであり、救急患者の緊急性に対応できる専門医を育てる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重要です。

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、地域全体における救急医療の安全確保の中核を担います。地域の救命救急センター、二次救急病院、療養病院、クリニック、施設との連携も必要で、地域全体を見渡す視点も求められます。そのため、救急救命センターで勤務することでその職責を果たす者もいれば、我々のように二次救急病院で、重症のみならず、軽症、中等症を含む多くの救急患者の診療を担う救急科専門医が必要になります。事実として、救急搬送事案の多くは軽症、中等症症例です。

筑波記念病院救急科では、根拠に基づいて、患者さんに適切なタイミングと方法で医療を提供すること、提供した医療が最終的に人の幸せな生活に繋がることを目指します。

本研修プログラムの目的は、「地域の救急医療の最前線に立ち、誠実で謙虚な姿勢をもって、医学的根拠に基づいた真に患者本位の医療を実践できる」救急科専門医を育成することです。

勿論、その人材育成は容易ではありませんが、素直に、謙虚に、一生懸命救急医療を行っている我々と過ごすことで、一緒に成長できると信じています。

本研修プログラムを修了した救急科専門医は、患者の年齢、重症度、診療の領域を限定せずすべての救急患者を受け入れ、緊急性の場合には迅速かつ適切な判断と対応を行うこと、入院の必要がない場合には責任をもって帰宅の判断を下し、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能力を修得します。

また急病で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合、あるいは外傷や中毒など外因性疾患の場合は、初期治療から継続して根本治療や集中治療においても中心的役割を担うことができます。さらに地域に根差した救急医療体制、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です。

2) 当院の特徴

当院は茨城県つくば市に位置し、2012年より茨城県より民間病院としては、はじめての地域支援病院の認定を受け、つくば医療圏の地域中核病院としての機能を果たしています。

また 二次救急病院として年間 約6,000件超の救急搬送を受け入れています。病床数は 487床（ICU、急性期病床、回復期病床、療養病床、地域包括ケア病床）を有し、ほかに老健施設（つくばケアセンター）、健診センター（つくばトータルヘルスプラザ）を有する自己完結型病院として発展し、地域支援病院の認定を受けたあとは、地域完結型病院へ「誠意を以って最善を尽くす」の基本理念を掲げ、地域のニーズに寄り添い成長してきました。

2026年には筑波記念病院からリハビリテーション病院【TKGリハビリテーション病院（ルヴィーブル）】を新設し、在宅復帰/在宅支援に注力する地域支援型総合リハビリテーションの機能分化を実現します。筑波記念病院はこれまで以上に高度急性期・急性期に集中した救急病院として、急性期医療の充実を図ります。

本プログラムでは超急性期～回復期～維持期に至るまでの全てのセクションを体感でき、地域の救急医療サービスを学習することができます。加えて、院内救命士が在籍しており協同して診療を担っていることから、地域救命士の再教育・病院実習の受け入れや、特定行為の指示・検証も担っており、メディカルコントロールに関連した実践・研修を行うことが可能です。

3) 専門研修の目標（整備基準 3）

本研修プログラムでは専門研修により、以下の能力を習得することを目標とします。

- (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（整備基準 13-16）

本研修プログラムでは、以下の 3 つの学習方法によって専門研修を行います。

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、専攻医に広く臨床現場での学習を提供します。

- (1) 救急診療での実地修練（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。

また救急科領域で必須となっている ICLS（AHA/ACLS を含む）コースは優先的に履修することができます。院内にはディレクター、インストラクターも多数在籍しており、自施設での受講、教育への参加も可能です。院外で受講の際は、参加費を補助します。

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、「救急診療指針」および日本救急医学会やその関連学会が準備する 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（整備基準 23-24,27,30-32）

本プログラムでは、救急科領域研修カリキュラムに沿って、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。

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専門医、感染症専門医、消化器内視鏡専門医の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を選択できます（サブスペシャリティ領域においては現在も調整中、今後広がるように学会としても働きかけを行っています）。またリサーチマインドの醸成及び今後の医学博士号取得を目指すための研究指導を受けることが可能です（医学博士が3名在籍）。

1) 定員：2名/年

2) 研修期間：3年間

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3.3. 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件…」参照。

3) 研修施設群：本プログラムは、研修施設要件を満たした8施設によって行います。

1) 筑波記念病院（基幹施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：二次救急医療施設、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関
- (2) 研修責任者：長田 雄大
- (3) 指導者：救急科指導医 1 名、救急科専門医 3 名、集中治療専門医 3 名
- (4) 救急車搬送件数：約 6,000件/年
- (5) 救急外来受診者数：約 11,000 人/年
- (6) 研修部門：救急外来・集中治療・入院診療
- (7) 研修領域と内容
 - a) 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）
 - b) 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - c) 重症患者に対する救急手技・処置
 - d) 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
 - e) 救急医療の質の評価・安全管理
 - f) 災害医療
 - g) 救急医療と医事法制
 - h) 臨床研究
 - i) 地域メディカルコントロール
- (8) 研修の管理体制：救急科専門研修プログラム管理委員会
- (9) 給与：シニアレジデント 1年次 約 566,500 円/月
シニアレジデント 2年次 約 618,000 円/月
シニアレジデント 3年次 約 669,500 円/月
※当会規程規定による手当を含みます
※基幹施設以外での研修中は当該施設の処遇・待遇となります
- (10) 日当直手当：30,000円/回（月 4 回程度）
※診療実績に応じたインセンティブあり
- (11) 身分：筑波記念病院の常勤医員（専攻医）
- (12) 勤務時間：原則 8:30-17:30
- (13) 時間外勤務：あり ※医師の時間外労働上限規制A水準（960時間未満）
- (14) 社会保険等：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用
- (15) 宿舎：あり
- (16) 専攻医室：専攻医専用の設備はありませんが、医局内に個人スペース（机、椅子）が充てられます。
- (17) 健康管理：年 2 回。その他各種予防接種
- (18) 医師賠償責任保険：病院において加入しますが個人でも加入していただきます。
- (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います。参加費は旅費規程により支給されます。
- (20) 週間スケジュール（救急診療と ICU・病棟診療）

時	月	火	水	木	金	土	日
8:15			医局会（朝礼）				
8:30		救急外来申し送り・ICU/病棟申し送り				当番以外は 原則休日	
		ICU/病棟回診					
～		救急外来・ICU/病棟管理					
16:30	多職種回診		ICU/病棟回診				
17:00		救急外来申し送り					

2) 聖路加国際病院（連携施設）

- (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、救急科指導医施設
- (2) 研修責任者：大谷 典生
- (3) 指導者：救急科指導医 2 名、救急科専門医 3 名、集中治療専門医 2 名
- (4) 救急車搬送件数：10,333件/年
- (5) 救急外来受診者総数：31,263 名/年
- (6) 研修部門：救命救急センター（救急外来、救命救急センター集中治療室(CCM/HCU)、一般病棟）
- (7) 研修領域と内容
 - a) 救急外来における救急外来診療（初期救急から三次救急）
 - b) 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - c) 重症患者に対する救急手技・処置
 - d) 集中治療室、一般病棟における入院診療
 - e) 救急医療の質・安全管理
 - f) 地域メディカルコントロール
 - g) 災害医療
 - h) 救急医療と医事法制
- (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：聖路加国際病院就業規則による(632870)
- (10) 身分：専攻医
- (11) 勤務時間：7:45～16:15 ※勤務のシフトにより変更する場合があります
- (12) 社会保険：各種保険に加入
- (13) 宿舎：なし（住宅手当あり）
- (14) 専攻医室：救命救急センター内に個人スペース・机・椅子・本棚が割り当てられます
- (15) 健康管理：2 回/年の健康診断を行う。その他、必要に応じ予防接種を行います
- (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：関連学会への 2 回/年の発表、学術誌への1本/年の論文発表
- (18) 週間スケジュール

※ICU/病棟管理、救急外来診療は当番制で行います。

時	月	火	水	木	金	土	日	
	当直勤務帯							
7:45	放射線科救急カンファレンス	救急部入院患者カンファレンス	放射線科救急カンファレンス					
8:00	脳神経外科救急カンファレンス						当番以外は 原則休日	
8:15	救急部入院患者カンファレンス&回診							
	救急外来、病棟管理（当番制）							
12:00	適宜、昼食							
	救急外来、病棟管理（当番制）							
15:00	救急外来、病棟管理（当番制）	Social カンファレンス	救急外来、病棟管理（当番制）					
16:00	救急部入院患者カンファレンス&回診							
17:00	当直勤務帯（～翌 7:45）							

3) 浦添総合病院（連携施設）

- (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、沖縄県ドクターヘリ基地病院、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) 研修責任者：米盛 輝武
- (3) 指導者：救急科指導医（学会）0名、救急科専門医（学会）3名
その他の専門診療科医師（脳神経外科 1名、集中治療 1名）
- (4) 救急車搬送件数：5,025件/年
- (5) 救急外来受診者数：21,866人/年
- (6) 研修部門：救命救急センター（救急集中治療部）
- (7) 研修領域
 - a) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - b) 病院前救急医療（MC・ドクターカー・ドクターヘリ）
 - c) 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - d) ショック
 - e) 重症患者に対する救急手技・処置
 - f) 救急医療の質の評価・安全管理
 - g) 災害医療
 - h) 救急医療と医事法制
 - i) 一般的な救急手技・処置
 - j) 救急症候に対する診療
 - k) 急性疾患に対する診療
 - l) 外因性救急に対する診療
 - m) 小児および特殊救急に対する診療
 - n) 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - o) 地域メディカルコントロール
- (8) 研修内容（研修方策）
 - a) 外来症例の初療
 - b) 病棟入院症例の管理
 - c) ICU入院症例の管理
 - d) 病院前診療（ドクターカー・ドクターヘリ）
 - e) オンラインメディカルコントロール
 - f) 災害訓練への参加
 - g) Off the job trainingへの参加
- (9) 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ります。そのため、ドクターカーにまず同乗し病院前救急診療を研修、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ます。当院以外で、ドクターカーなどで病院前救急診療を経験があればその経験を加味してヘリ研修に臨んでもらいます。
- (10) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (11) 給与：基本給：50万円（諸手当込み、別途緊急呼出手当・当直手当支給）1年毎に昇給有
- (12) 身分：診療医（後期研修医）
- (13) 勤務時間：日勤 8:30-17:30
- (14) 休日：土曜日の午後と日・祝日
- (15) 当直：ER 当直 月6回程度
- (16) 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
- (17) 宿舎：なし
- (18) 専攻医室：専攻医専用の設備はありませんが、病院医局内に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられます。

- (19) 健康管理：健康診断年 2 回。その他各種予防接種。
- (20) 医師賠償責任保険：病院加入（個人加入については任意）
- (21) 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
- (22) 学会発表については年5回、参加のみでも年1回まで旅費（交通費・宿泊費）を支給
- (23) 週間スケジュール

時	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				リビカンファレンス			
12:00～13:00		ラビミーティング					
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

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。

4) 日本医科大学付属病院（連携施設）

- (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、ドクターカー配備、東京ルール地域救急医療センター 区中央部医療圏固定型）、日本DMAT、東京DMAT指定病院、日本医師会JMAT、全日本病院協AMAT、事件現場医療派遣チーム（警視庁IMAT）、三次被ばく医療機関
- (2) 研修責任者：横堀 将司
- (3) 指導者：研修指導医14名、救急科専門医22名、その他の領域などの専門医（脳神経外科6名、外科4名、整形外科2名、集中治療科2名、clinical toxicologist 3名、熱傷専門医3名、脳血管内治療 専門医2名、高気圧酸素専門医1名など豊富な指導医を誇ります。
- (4) 救急車搬送件数：約8,500件/年
- (5) 救急外来受診者総数：約20,000人/年
- (6) 研修部門：高度救命救急センター、総合診療センター救急診療科(ER) 病院前診療としてドクターカー、災害除染車を配備しています。
- (7) 研修領域
 - a) クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - b) 病院前救急医療（ドクターカー・ヘリ、災害医療、DMAT、MCなど）：用途別に数種類のドクターカーを有し、日常の出動に加え、災害医療支援にも出動し様々な病院前救急医療が経験できます。
 - c) 心肺蘇生法・救急心血管治療の実践
 - d) 各種ショックの病態把握と対応・処置
 - e) 様々な重症患者に対する救急手技・処置
 - f) 高齢者救急、精神科救急に対する対応
 - g) 環境要因を原因とする救急（熱中症、低体温症）
 - h) 高気圧酸素治療(HBOT)を使用したガス壊疽などの特殊救急治療：高気圧酸素装置は多人数用の二類型で、治療中の医師入室が可能です。
 - i) 急性薬物中毒の処置・治療
 - j) 救急医療の質の評価、医療安全管理の習得 救急医療と医事法制の習得
 - k) 災害医療(DMAT、IMAT（日本医師会）、国際緊急援助隊JDR参加など)への積極的参加
- (8) 研修内容
 - a) 救急患者の初療：初期・二次への対応は外来対応も含め当院総合診療センター救急診療科(ER)で行い、三次は高度救命救急センター内での初療室で研修します。
 - b) 入院症例の管理
 - c) 病院前診療
- (9) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
- (10) 給与：基本給（24.3万円/月）＋当直料（1万円/回）＋外勤料（計約60～80万/月）
- (11) 身分：専攻医
- (12) 勤務時間：8:00～17:00
- (13) 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
- (14) 宿舎：なし
- (15) 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）が充てられます。
- (16) 健康管理：1回/年 その他各種予防接種
- (17) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会総会、同地方会、日本臨床救急医学会、日本外傷学会、日本集中治療医学会のほか、日本集中治療医学会地方会、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。旅費に関しては年回2回まで全額支給、論文投稿費用は英文も含め全額支給されます。

(18) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土
8:00	症例検討	抄読会	症例検討	症例検討	症例検討	症例検討
9:00		症例検討				
10:00						
11:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
12:00		放射線科				
13:00	ICU	医局会	ICU	ICU	ICU	
14:00	初療	初療	初療	初療	初療	
15:00	ドクターカー当番	ICU	ドクターカー当番	ドクターカー当番	ドクターカー当番	
16:00						
17:00	病棟回診	講演会	病棟回診	病棟回診	病棟回診	

5) 東京医科大学八王子医療センター（連携施設）

- (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、東京DMAT指定病院、他
- (2) 指導者：救急科専門医9名、その他の専門診療科医師（集中治療科6名、脳神経外科1名、脳血管IVR1名、麻酔科1名）
- (3) 救急車搬送件数：約6,000件/年
- (4) 研修部門：救命救急センター
- (5) 研修領域
 - a) 3次救急・心肺蘇生法
 - b) ICU管理・重症患者に対する入院担当
 - c) 重症患者に対する救急手技・処置
 - d) 2次救急患者に対する初期診療及び入院管理
 - e) 1次救急患者に対する初期診療及び入院管理（総合診療）
 - f) 救急医療の質の評価・安全管理
 - g) 災害医療
 - h) 救急医療と医事法制
- (6) 研修内容
 - a) 外来症例の初療：3次、2次、1次の救急患者
 - b) 入院症例の管理
 - c) 病院前診療（DMAT出動など）
- (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
- (8) 給与：基本給：本校規定による
- (9) 身分：診療医（専攻医）
- (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
- (13) 専攻医室：専攻医専用の設備はありませんが、救命救急センター内に個人スペース（机、椅子、棚）が充てられます。
- (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：
- (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1回以上の参加ならびに報告を行います。参加費ならびに論文投稿費用は全額支給されます。

(17) 週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
朝	症例カンファ	←		→	症例カンファ	勉強会 症例カンファ (奇数週のみ)	
午前	救命病棟 or 救急外来	←		→	救命病棟 or 救急外来	救命病棟 or 救急外来 (奇数週のみ)	
午後	救命病棟 or 救急外来	←		→	救命病棟 or 救急外来		
夕方	回診	←		→	回診		

【Aさんの例】

	月	火	水	木	金	土	日
朝	症例カンファ	症例カンファ	症例カンファ		症例カンファ	勉強会 症例カンファ (奇数週のみ)	
午前	救命病棟 or 救急外来	救命病棟 or 救急外来	外勤		900 当直明け	救命病棟 or 救急外来 (奇数週のみ)	
午後	救命病棟 or 救急外来	救命病棟 or 救急外来	外勤				
夕方		外勤当直		1600 当直入り			

6) 水戸済生会総合病院（連携施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：救命救急センター、災害拠点病院、DMAT指定医療機関、救急専門施設、日本集中治療学会専門施設、日本高級医療学会認定施設
- (2) 研修責任者：村岡 麻樹
- (3) 救急車搬送件数：3,062件/年
- (4) 救急外来受診者総数：9,436人/年
- (5) 研修部門：救急外来、集中治療室、病院前診療
- (6) 研修領域
 - a) 病院前救急診療
 - b) 重症集中治療
 - c) 心肺蘇生
 - d) ショック
 - e) 外傷初期診療
 - f) ER診療
 - g) 災害医療
 - h) 救急チームにおけるチーム医療
- (7) 研修内容
病院前救急医療、救急患者外来対応、重症集中治療、院内rapid response team
- (8) 研修の管理体制：研修センター設置予定
- (9) 給与：月額700,400円
- (10) 身分：水戸済生会総合病院 救急科 委員
- (11) 勤務時間：8:30～17:00 別途当直業務あり、当直明け帰宅可能
- (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) 宿舍：あり
- (14) 専攻医室：医局内に個人デスクを設置
- (15) 健康管理：12回/年 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、日本航空医療学会、日本外傷学会、各種関連諸学会における学術発表及び誌上発表を指導します。
ICLS、BLS、ACLS、PALS、ITLS、JATEC、MCLS、MCLS-CBRNE各コースへの参加、指導
- (17) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金/土	日/祝祭日
8:30	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理	申し送り・ICU・一般 病棟ラウンド・救急外 来対応・病院前診療 (ドクターカー)・ICU 管理
16:30	夕回診・申送り	夕回診・申送り	夕回診・申送り	夕回診・申送り	夕回診・申送り	夕回診・申送り
当直	ERもしくはICU当直（当番日のみ）					

7) 東京医科大学茨城医療センター（連携施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：二次救急医療機関、日本集中治療医学会集中治療専門医研修施設
- (2) 研修責任者：柳田 邦夫
- (3) 救急車搬送件数：3,800件/年
- (4) 救急外来受診者総数：10,100人/年
- (5) 研修部門：総合救急センター、ICU
- (6) 研修領域
 - a) 重症集中治療
 - b) 重症救急患者への初期対応
 - c) ERにおけるマネジメント
 - d) 整形外科的救急診療
 - e) 脳卒中の初期対応
 - f) 事故調査制度含む安全管理
 - g) 救急チーム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、臨床研究
- (8) 研修の管理体制：後期臨床研修運営部会による
- (9) 給与：研修手当200,000円、宿日直手当、超過勤務手当、救急勤務医手当、文書手当、待機手当、呼出出勤手当
- (10) 身分：後期研修医、臨床研究医
- (11) 勤務時間：7:00～18:30 1直2勤務体制あり（週2コマ研究日）
- (12) 社会保険：労災保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険 法令の定めにより加入
- (13) 宿舎：あり（自己負担あり）
- (14) 専攻医室：あり
- (15) 健康管理：1回/年 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、各種関連諸学会における学術発表及び誌上発表を指導
- (17) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	度/日/祝祭日
AM	7:00 ICU 打合せ 7:30 外科系カンファ 8:40 内科系カンファ 9:00 ER 担当	7:00 ICU 打合せ 7:30 外科系カンファ 8:40 内科系カンファ 9:00 ER 担当	7:00 ICU 打合せ 7:30 外科系カンファ 8:40 内科系カンファ 9:00 ER 担当	7:00 ICU 打合せ 7:30 外科系カンファ 8:40 内科系カンファ 9:00 ER 担当 10:00 RST 回診	7:00 ICU 打合せ 7:30 外科系カンファ 8:40 内科系カンファ 9:00 ER 担当	7:00 ICU 打合せ 8:30 職務終了
PM	17:00 カンファレンス 18:00 ICU 申送り	17:00 カンファレンス 18:00 ICU 申送り	14:00 NST カンファ 17:00 カンファレンス 18:00 ICU 申送り	17:00 カンファレンス 18:00 ICU 申送り	17:00 カンファレンス 18:00 ICU 申送り	
当直					ICU 当直	月 1～2 階の休日時間外業務日あり

8) 小豆畑病院（連携施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：救急告示病院
- (2) 研修責任者：小豆畑 丈夫
救急科指導医1名，救急科専門医（学会）4名
その他の診療科専門医：循環器科専門医1名、外科専門医2名、
消化器外科専門医2名、整形外科専門医3名
- (3) 救急車搬送件数：520件/年
- (4) 研修部門：救急・総合診療科、在宅医療
- (5) 研修領域
 - a) 地域の2次救急医療
 - b) 心肺蘇生法
 - c) 外傷患者の初期治療
 - d) ショックに対する初期診療
 - e) 急性腹症の緊急対応(手術含む)
 - f) メディカル・コントロール
 - g) 在宅医療の救急医療
 - h) 救急医療の質の評価・安全管理
 - i) 災害医療・災害訓練
- (6) 研修の管理体制：院内救急科領域専門研修管理委員会によって管理される。
- (7) 身分：医員（専攻医）
- (8) 勤務時間：9:00-18:00（原則）
- (9) 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
- (10) 宿舎：あり
- (11) 医師賠償責任保険：適用あり
- (12) 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，日本在宅救急医学会，日本集中治療医学会，日本外傷学会，日本外科学会，日本腹部救急医学会，日本Acute Care Surgery学会，日本消化器外科学会，日本臨床外科学会，日本災害医学会，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。

● 研修プログラムの基本モジュール

基本的には 3 年間の研修期間のうち、2 年は筑波記念病院救急センターの救急診療（クリティカルケア含む）、集中治療部門の研修を行います。病院前診療（ドクターカー）および 3 次救急での研修は連携施設にて行います。スケジュールについては専攻医と協議の上決定します。希望に応じて、他科研修を行うことも可能です（要相談）。

研修プログラムの基本モジュール

パターン A

専門研修 1 年目	専門研修 2 年目	専門研修 3 年目
筑波記念病院 12 ヶ月	連携施設 12 ヶ月	筑波記念病院 12 ヶ月

パターン B

専門研修 1 年目		専門研修 2 年目	専門研修 3 年目	
筑波記念病院 6 ヶ月	連携施設 6 ヶ月	筑波記念病院 12 ヶ月	連携施設 6 ヶ月	筑波記念病院 6 ヶ月

パターン C

専門研修 1 年目		専門研修 2 年目		専門研修 3 年目	
筑波記念病院 6 ヶ月	連携施設 3 ヶ月	筑波記念病院 12 ヶ月	連携施設 3 ヶ月	連携施設 6 ヶ月	筑波記念病院 6 ヶ月

基幹施設：筑波記念病院（茨城県）

連携施設：聖路加国際病院（東京都）、浦添総合病院（沖縄県）、日本医科大学付属病院（東京都）、東京医科大学八王子医療センター（東京都）、水戸済生会病院（茨城県）、東京医科大学茨城医療センター（茨城県）、小豆畑病院（茨城県）

4. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）（整備基準 4-5,8-12）

1) 専門知識

専攻医は救急科研修カリキュラムに沿って、カリキュラム A から O までの領域の専門知識を修得します。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ます。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

専攻医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に分けられます。

3) 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

(1) 経験すべき疾患・病態

専攻医が経験すべき疾患・病態は必須項目と努力目標とに区分されます。救急科研修カリキュラムを参照。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ます。救急科研修カリキュラムを参照。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て、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。

(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）

専攻医は、原則として研修期間中に 3ヶ月以上、研修基幹施設以外の連携施設で研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を経験します。また、消防組織との事後検証委員会への参加や指導医のもとでの特定行為指示などにより、地域におけるメディカルコントロール活動にも参加します。当院は院内救命士が在籍しており、地域の消防・救命士と密に連携をとっていますので、救命士の再教育・病院実習の受け入れ、指示要請など、メディカルコントロールの実践・研修を行うことができます。

(5) 学術活動

臨床研究や基礎研究へも積極的に関わる。専攻医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ですが、重要な貢献を果たした共同研究者としての共著者も可）を行います。日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などの研究に貢献することが学術活動として評価され、また、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（整備基準13）

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びます。
- 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における診断能力の向上を目指します。
- 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
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ます。また、基幹研修施設である当院が主催する ICLS コースに加えて、臨床現場でもシミュレーションラボにおける資器材を用いたトレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得します。

6. 学問的姿勢について（整備基準6）

救急科領域の専門研修プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することを重視しています。本研修プログラムでは、専攻医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ります。

- 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
- 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。
- 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びます。
- 4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を執筆します。指導医が共同発表者や共著者として指導します。
- 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経験症例を登録します。
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。

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（整備基準7）

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（プロフェッショナルリズム）。
- 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) チーム医療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。

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（整備基準 25,28,29）

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研修状況に関する情報を共有しながら、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ます。

併せて、研修施設群の各施設は診療実績を、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、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ます。

2) 地域医療・地域連携への対応

(1) 専攻医は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、地域のニーズに合わせた医療を提供できるよう地域医療機関と協力し、地域連携について学びます。

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おける研修で、原則3ヶ月以上地域における救急診療を行い、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。

(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) 指導の質の維持を図るために

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) 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ります。

(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します。

9. 年次毎の研修計画（整備基準 16）

専攻医には、筑波記念病院救急科専門研修施設群において、専門研修の期間中に研修カリキュラムに示す疾患・病態、診察・検査、手術・処置の基準数を経験します。

年次毎の研修計画を以下の通りです。

◇専門研修 1 年目（到達目標として全体の 50%を経験）

- ・ 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・技能
- ・ 必要に応じて他科ローテーションによる研修

◇専門研修 2 年目（全体の 25%を経験）

- ・ 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

- ◇ 専門研修 3 年目（全体の 25%を経験）
 - ・ 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拘らず弾力的に研修を行います。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できる）を定めます。

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します。

研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の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、必要があれば修正します。

1 0. 専門研修の評価について（整備基準 17-22）

1) 形成的評価

専攻医が研修中に自己の成長を知ることは重要です。習得状況の形成的評価による評価項目は、コアコンピテンシー項目と救急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、当該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。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。

研修プログラム管理委員会はこれらの研修実績および評価の記録を保存し総括的評価に活かすとともに、中間報告と年次報告の内容を精査し、次年度の研修指導に反映させます。

2) 総括的評価

(1) 評価項目・基準と時期

専攻医は、研修終了直前に専攻医研修実績フォーマットおよび指導記録フォーマットによる年次毎の評価を加味した総合的な評価を受け、専門的知識、専門的技能、医師として備えるべき態度、社会性、適性等を習得したか判定されることになります。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います。

(2) 評価の責任者

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

(3) 修了判定のプロセス

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行います。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。

(4) 他職種評価

特に態度について、（施設・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日常臨床の観察を通じ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ます。

1 1. 研修プログラムの管理体制について（整備基準 34-39）

専門研修基幹施設および専門研修連携施設、関連施設が、専攻医を評価するのみでなく、専攻医による指導医・指導体制等に対する評価も行います。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。

1) 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、研修プログラム関連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います。

2) 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。

3) 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) 専門研修基幹施設筑波記念病院の救急科診療部長であり、救急科の専門研修指導医です。
- (2) 救急科専門医として2回以上の更新を行い、19年の臨床経験があります
- (3) 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および共著者として5編以上を発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。

4) 救急科領域の専門研修プログラムにおける指導医の基準は以下であり、本プログラムの指導医は全ての項目を満たしています。

- (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す。
- (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こと。
- (3) 救急医学に関するピアレビューを受けた論文（筆頭演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。
 - ・ 採用の決定した専攻医を研修の開始前に日本救急医学会に所定の方法で登録します。
 - ・ 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。
 - ・ 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。

■ 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および専門研修関連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参加してもらい、専攻医および専門研修プログラムについての情報提供と情報共有を行います。

1 2. 専攻医の就業環境について（整備基準40）

救急科領域の専門研修プログラムにおける研修施設の責任者は、専攻医の適切な労働環境の整備に努めるとともに、心身の健康維持に配慮します。そのほか、労働安全、勤務条件等の骨子は以下です。

- 1) 勤務時間は週 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考えられますが、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) 当直業務に従事した場合は、給与規定に従って対価を支給します。
- 4) 当直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。

1 3. 専門研修プログラムの評価と改善方法（整備基準49-51）

1) 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

日本救急医学会が定める書式を用いて、専攻医は年度末に「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ます。

専攻医が指導医や研修プログラムに対する評価を行うことで不利益を被ることがないことを保証した上で、改善の要望を研修プログラム管理委員会に申し立てることができるようになっていきます。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もらえば回答します。研修プログラム管理委員会への不服があれば、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は以下の通りです。

- (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) 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）、筑波記念病院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。

〒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

TEL：03-3201-3930

E-mail：senmoni-kensyu@rondo.ocn.ne.jp

5) 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ます。

1.4. 修了判定について（整備基準 53）

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、専門医認定の申請年度（専門研修 3 年終了時あるいはそれ以後）に、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価し総合的に修了判定を行います。

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

1.5. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行います。専攻医は所定の様式を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付します。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ます。

1.6. 研修プログラムの施設群（整備基準 26）

< 専門研修基幹施設 >

- ・ 筑波記念病院

< 専門研修連携施設 >

筑波記念病院救急科研修プログラムの施設群を構成する連携病院は、診療実績基準を満たした以下の施設です。

- ・ 聖路加国際病院
- ・ 浦添総合病院
- ・ 日本医科大学付属病院
- ・ 東京医科大学八王子医療センター
- ・ 水戸済生会病院
- ・ 東京医科大学茨城医療センター
- ・ 小豆畑病院

<専門研修施設群>

- ・筑波記念病院救急科と連携施設により専門研修施設群を構成。

専門研修施設群の地理的範囲

・筑波記念病院救急科研修プログラムの専門研修施設群は、茨城県（筑波記念病院、水戸済生会病院、東京医科大学茨城医療センター、小豆畑病院）、東京都（聖路加国際病院、日本医科大学付属病院、東京医科大学八王子医療センター）および沖縄県（浦添総合病院）にあります。

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、1人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医数は3人以内とします。

本研修プログラムの研修施設群の指導医要件を満たすものは、筑波記念病院3名、聖路加国際病院9名、浦添総合病院3名、日本医科大学付属病院14名、東京医科大学八王子医療センター3名、水戸済生会病院4名、東京医科大学茨城医療センター1名、小豆畑病院3名 計40名です。また研修施設群の症例数は専攻医3名のための必要数を満たしているため、余裕を持って経験を積むことができます。

18. サブスペシャルティ領域との連続性について（整備基準 32）

- 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、消化器内視鏡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、救急科専門医取得後の各領域の研修で活かすことができます。
- 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。当院は集中治療領域専門研修施設であり、シームレスな研修も可能です。
- 3) 今後、サブスペシャルティ領域として検討される循環器専門医等の専門研修にも連続性を配慮します。

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（整備基準 33）

日本救急医学会および専門医機構が示す専門研修中の特別な事情への対処を以下に示します。

- 1) 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られます。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ヶ月まで研修期間として認められます。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ヶ月まで認められます。
- 4) 上記項目1) 2) 3) に該当する専攻医の方は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要となります。
- 5) 大学院に所属しても十分な救急医療の臨床実績を保證できれば専門研修期間として認められます。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ません。
- 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。
- 7) 専門研修プログラムを移動することは、移動前・後のプログラム統括責任者および専門医機構の救急科領域研修委員会から認められれば可能とします。この際、移動前の研修は移動後の研修期間にカウントできます。

20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について（整備基準 41-48）

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

▶ 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ます。

- ・ 指導医による指導とフィードバックの記録：専攻医に対する指導の証明は日本救急医学会が定める指導医による指導記録フォーマットを使用します。
- ・ 専攻医は指導医・指導管理責任者のチェックを受けた専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットを専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- ・ 書類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。
- ・ 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。
- ・ 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します。

▶ 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。

2 1. 専攻医の採用（整備基準 52）

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。
- ・ 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。
- ・ 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の開始前に日本救急医学会に所定の方法で登録します。

2 2. 専攻医の募集、応募手続き

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（2026年3月31日までに臨床研修を修了する見込みのある者を含みます）
- (3) 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること（2026年4月1日付で入会予定の者も含みます）

2) 応募期間：2025年9月

3) 応募書類：履歴書、臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了登録証の写し

- (1) 履歴書は当院ホームページよりダウンロードして下さい。
- (2) 当研修プログラムへの応募者は、定められた期間内に研修プログラム統括責任者宛に応募書類を提出して下さい。

4) 選考方法：書類審査、面接

面接の日時・場所は別途通知します。

問い合わせ先

〒300-2622 茨城県つくば市要 1187-299

筑波記念病院 リクルートセンター

TEL：029-864-6860（直通） FAX：029-864-6860

E-mail：recruit@tsukuba-kinen.or.jp