

専門研修プログラム整備基準

専門研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した専門研修プログラムを作成してください

項目
番号

専門領域

救急

科

1 理念と使命

① 救急科専門医制度の理念

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。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である。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である。救急科領域の専攻医は急病や外傷の種類や重症度に応じた総合的判断に基づき、必要に応じて他科専門医と連携し、迅速かつ安全に急性期患者の診断と治療を進めるためのコンピテンシーを修得することができる。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でも中心的役割を担うことが可能となる。さらに地域ベースの救急医療体制、特に救急搬送（プレホスピタル）と医療機関との連携の維持・発展、さらに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る。臨床研修に引き続いて専門研修を行う者はプログラム制を原則とする。

1

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・治療を進めることである。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。

2

研修カリキュラム

2 専門研修の目標

① 専門研修後の成果 (Outcome)

専攻医は救急科領域の専門研修プログラムによる専門研修により、以下の能力が備わる。

- 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に対応できる。
- 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 プロフェッショナルリズムに基づき、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。

以上の知識、技能、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ーネットが整備される。

② 到達目標 (修得すべき知識・技能・態度など)

i 専門知識

専攻医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する。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る。

ii 専門技能 (診察、検査、診断、処置、手術など)

専攻医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。これらの技能は、独立して実施できるものと、指導医のもとで実施できるものに分けられ、広く修得する必要がある。研修カリキュラムは付属資料として別紙に示す。

iii 学問的姿勢

専攻医は科学的思考、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。専攻医は研修期間中に以下に示す学問的姿勢を実践する。

- 1) 医学、医療の進歩に追従すべく常に自己学習し、新しい知識を修得する。
- 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、カンファレンスに参加して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を実践する。
- 4) 学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を執筆する。
- 5) さらに、外傷登録や心停止登録などの研究に貢献する。

iv 医師としての倫理性、社会性など

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。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でき、患者やメディカルスタッフと良好なコミュニケーションをとることができる。
- 2) 自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たし、周囲から信頼されること(プロフェッショナリズム)。
- 3) 診療記録の適確な記載ができる。
- 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。

7

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)

i 経験すべき疾患・病態

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付属資料として別紙に示す。

8

救急科領域の専門研修プログラムでは、各施設で経験できる疾患・病態数を明示して、専攻医一人あたりについての研修期間中の症例数が研修施設群として十分となることを示す必要がある。

ii 経験すべき診察・検査等

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付属資料として別紙に示す。

9

救急科領域の専門研修プログラムでは、各施設で経験できる疾患・病態数を明示して、専攻医一人あたりについての研修期間中の症例数が研修施設群として十分となることを示す必要がある。

iii 経験すべき手術・処置等

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でき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付属資料として別紙に示す。

10

救急科領域の専門研修プログラムでは、各施設で経験できる症例数を明示して、専攻医一人あたりについての研修期間中の術者および助手としての症例数が研修施設群として十分となることを示す必要がある。

iv 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)

専攻医は研修期間中に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を3か月以上経験することが原則として必要である。

研修連携施設および研修関連施設の選択では地域における医師偏在の解消に努めるものとする。

地域におけるメディカルコントロールを経験することが望ましい。

救急科領域の専門研修プログラムでは、地域医療に関してどのような経験ができるか研修内容と期間について具体的に示す必要がある。

11

v 学術活動

臨床研究や基礎研究へ積極的に関わることも大切である。

専攻医は研修期間中に日本救急医学会が認める救急科領域の学会で、筆頭者として少なくとも1回の発表を行うことが必要である。

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ある。

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る。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る。

12

3 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

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。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の向上に努め、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に基づいた救急診療能力の向上を目指す。
- 3) hands-on-trainingとして積極的に手術・処置の助手を経験する。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・処置記録の記載により、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) 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におけるトレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得する。

13

② 臨床現場を離れた学習(各専門医制度において学ぶべき事項)

専攻医は専門研修期間中に研修カリキュラムに沿って、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。ICLS(AHA/ACLS を含む)コースの履修は必須であり、指導者としても参加して救命処置の指導法を学ぶことが望ましい。研修カリキュラムは付属資料として別紙に示す。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感染対策・倫理・安全に関する講習に、それぞれ少なくとも1回は参加する必要がある。

14

③ 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)

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、「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などを活用して、より広く、より深く学習する必要がある。

15

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

専門研修プログラムの中に、各段階の研修目標と修練の内容をできるだけ具体的かつ詳細に示す。

- i 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
 - ・基本的診療能力(コアコンピテンシー)
 - ・救急科ER基本的知識・技能
 - ・救急科ICU基本的知識・技能
 - ・救急科病院前救護・災害医療基本的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修
- ii 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
 - ・基本的診療能力(コアコンピテンシー)
 - ・救急科ER応用的知識・技能
 - ・救急科ICU応用的知識・技能
 - ・救急科病院前救護・災害医療応用的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修
- iii 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
 - ・基本的診療能力(コアコンピテンシー)
 - ・救急科ER領域実践的知識・技能
 - ・救急科ICU領域実践的知識・技能
 - ・救急科病院前救護・災害医療実践的知識・技能
 - ・必要に応じて他科ローテーションによる研修

16

ER、ICU、病院前救護・災害医療等は年次に関わらず弾力的に組み合わせてかまわない。必須項目を中心として、知識・技能の年次毎のコンピテンシーレベル(例 A:指導医を手伝える、B:チームの一員として行動できる、C:チームを率いることができる)を定める。

4 専門研修の評価

① 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

17 専攻医が研修中に自己の成長を知ることは重要なので、修得状況の定期的な評価方法と時期について専攻医研修マニュアルに明示する。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ある。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、施設移動時と年度終了直後に救急科領域専門研修プログラム管理委員会（以下、研修プログラム管理委員会）へこれらを提出する。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、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る。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

18 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、よりよい専門研修プログラムの作成に役立てる必要がある。専門研修プログラムの中に、指導医にはどのような教育スキル、学習が必須かを明示する。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

19 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。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う。

2) 評価の責任者

20 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)および研修プログラム管理委員会が行う。専門研修期間全体を総括しての評価は救急科領域専門研修プログラム統括責任者(以下、研修プログラム統括責任者)が行う。

3) 修了判定のプロセス

21 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う。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る。

4) 多職種評価

22 特に態度については、(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る。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。

研修プログラム

5 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

救急科領域の専門研修基幹施設の要件を以下に示す。

- ・ 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門研修施設群で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する。
- ・ 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。
- ・ 大学病院(本院および分院)、救命救急センター、もしくは日本救急医学会指導医指定施設等に準ずる救急医療機関であること。
- ・ 倫理委員会等の臨床研究体制が確立していること。
- ・ 救急車受入件数が原則として年間1,000台以上であること。
- ・ 専門研修指導医数が2名以上であること。
- ・ 内、少なくとも1名は研修プログラム統括責任者の要件を満たすこと。
- ・ 研修内容に関する監査・調査に対応できる体制を備えていること。
- ・ 必要に応じて、施設実地調査(サイトビジット)による評価を受ける。
- ・ 専門研修基幹施設は日本救急医学会での審査を受けた後(一次審査)、機構の検証を受けて認定される(二次審査)。

23

② 専門研修連携施設の認定基準

救急科領域の専門研修連携施設および関連施設の要件を以下に示す。

- ・ 専門研修連携施設および関連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。
- ・ 都道府県知事が認定した救急告示(指定)医療機関であること。
- ・ 専門研修指導医数が原則として1名以上。
- ・ 地域の救急医療を中心的に担う施設や特別な内容(ドクターヘリ等)が経験できる施設については、専門研修施設群として十分な教育体制が整っていれば救急告示(指定)医療機関以外にもしくは当該施設に指導医がいなくても専門研修関連施設として認定される。
- ・ 専門研修連携施設および関連施設は日本救急医学会での審査を受けた後(一次審査)、機構の検証を受けて認定される(二次審査)。

24

③ 専門研修施設群の構成要件

研修基幹施設と研修連携施設および関連施設が効果的に協力して指導を行うために、専門研修施設群が適切に構成されていることの要件を以下に示す。

- ・ 専門研修が適切に実施・管理できる体制である。
- ・ 専門研修施設群には地域の中心的な救急医療施設を含め、各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すべての疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等を経験できるようにする。
- ・ 研修基幹施設もしくは研修連携施設における研修期間が合計で2年以上である。
- ・ 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。

25

④ 専門研修施設群の地理的範囲

専門研修施設群の構成については、バランスが考慮されていれば特定の地理的範囲に限定しない。研修内容の質を向上するため研修基幹施設と都道府県が異なる研修連携施設および研修関連施設と施設群を構成しても良い。地域における医師偏在を解消するため都市部の病院だけで専門研修施設群を構成しないように努める。

26

⑤ 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)

日本救急医学会の基準に基づいた専門研修プログラムにおける専攻医受入数を以下に示す。

27

- ・ すべ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。
- ・ 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人以内とすること。
- ・ 過去3年間における専門研修プログラムの専攻医受入数と専門医認定者数実績を考慮して、次年度はこれらを著しく超えないようにする。
- ・ 都市部への集中を防ぐため、都市部の都府県に研修基幹施設がある研修プログラムの定員は、専門医認定者数実績等も考慮した上で、日本救急医学会が調整する。
- ・ 全国で必要とされる救急科専門医10,000名の実現を目指すためには、少なくとも毎年300～500人の育成が必要である。

⑥ 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専門研修プログラムで提示すべき内容の具体例を以下に示す。

28

- ・ 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ぶ。3か月以上経験することを原則とする。
- ・ 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。
- ・ ドクターカーやドクターヘリで救急現場に出動し、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ぶ。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

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する。

29

- ・ 専門研修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。
- ・ 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などに参加し、研修施設群における教育内容の不足を補う。
- ・ 研修基幹施設と連携施設および関連施設が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セミナーを開催する。

⑧ 研究に関する考え方

救急科領域の専門研修プログラムでは、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、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために重視する。

30

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望ましく、そのためには専門研修プログラムの専門研修施設群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ることを推奨する。
大学院に所属している期間についても、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る。

⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]

専門研修施設群では専門研修の期間中にすべての専攻医が研修カリキュラムに示す基準数を経験できる疾患・病態、診察・検査、手術・処置が必要である。

31

- ・ 基幹施設および連携施設は、専門研修施設群の診療実績が研修カリキュラムに示す疾患・病態、診察・検査、手術・処置の基準数に募集する専攻医の合計人数を乗じた必要数を十分に満たしていることを専門研修プログラムに明示する。
- ・ 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、各年度毎に基幹施設の研修プログラム管理委員会へ報告する。
- ・ 卒後臨床研修において救急科領域の専門研修施設群で経験した診療実績は当該研修施設の指導管理責任者の承認により含むことができる。
- ・ 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する。

- 32 ⑩ Subspecialty領域との連続性について
- ・ Subspecialty領域の集中治療専門医、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の研修について、救急科領域の専門研修の中でそれらの専門研修と見なしうる研修内容について検討し専門研修プログラムの説明の中に明示する。
 - ・ 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の研修施設を兼ねる救急領域専門研修施設では、救急科専門医から上記専門医への連続的な育成への配慮を専門研修プログラムの説明の中に明示する。
 - ・ 今後、Subspecialty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する。
- 33 ⑪ 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…
- 日本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す。
- ・ 専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う6か月以内の休暇は1回までは研修期間にカウントできる。
 - ・ 疾病での休暇は6か月まで研修期間にカウントできる。
 - ・ 疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要である。
 - ・ 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か月まで認める。
 - ・ 上記項目に該当する者は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要である。
 - ・ 留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。
 - ・ 他領域の専門研修プログラムにより中断した者は、中断前・後の研修プログラム統括責任者および日本専門医機構が認めれば中断前の研修を研修期間にカウントできる。
 - ・ 専門研修プログラムを移動することは、移動前・後の研修プログラム統括責任者および日本専門医機構が認めれば可能とする。
 - ・ 専門研修プログラムの内容の変更は、研修プログラム統括責任者および日本専門医機構がその必要性を認めれば可能とする。
 - ・ 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専門医機構が認めれば可能とするが研修期間にカウントすることはできない。
- 6 専門研修プログラムを支える体制
- 34 ① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準
- 救急科領域の専門研修プログラムの管理運営体制についての基準を以下に示す。
- ・ 専門研修基幹施設および専門研修連携施設、関連施設は、それぞれの指導医および施設責任者の協力により専攻医の評価ができる体制を整備すること。
 - ・ 専門研修プログラムの管理には専攻医による指導医・指導体制等に対する評価も含めること。
 - ・ 双方向の評価システムにより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行うこと。
 - ・ 上記目的達成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研修プログラム管理委員会を置くこと。
- 35 ② 基幹施設の役割
- 救急科領域の専門研修プログラムの専門研修基幹施設の役割を以下に示す。
- ・ 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関連施設を統括する。
 - ・ 専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負う。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- 36 ③ 専門研修指導医の基準
- 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を以下に示す。
- ・ 専門研修指導医とは、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。
 - ・ 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。
 - ・ 救急医学に関するピアレビューを受けた論文(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)を少なくとも2編は発表していること。
 - ・ 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。

④ プログラム管理委員会の役割と権限

救急科領域の専門研修プログラムに設置される研修プログラム管理委員会の役割と権限を以下に示す。

37

- ・ 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研修プログラム管理委員会を置く。
- ・ 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、専門研修プログラムの継続的改良を行う。
- ・ 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。

⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

- ・ 研修プログラム統括責任者は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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 救急科専門医として、2回の更新を行っているか、日本救急医学会指導医であること。
- ・ 救急医学に関するピアレビューを受けた論文を少なくとも3編(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)発表していること。
- ・ 研修プログラム統括責任者は、プログラムの適切な運営を監視する義務を有し、必要な場合にプログラムの修正を行う権限を有する。
- ・ 専攻医の人数が20人を超える場合には、副プログラム責任者を置く。
- ・ 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する。
- ・ 研修プログラム統括責任者は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う。
- ・ 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する。

38

⑥ 連携施設での委員会組織

- ・ 専門研修連携施設は研修プログラム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。
- ・ 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う。

39

⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件

救急科領域の専門研修プログラムにおける労働環境、労働安全、勤務条件等への配慮について以下に示す。

40

- ・ 研修施設の責任者は専攻医のために適切な労働環境の整備に努める。
- ・ 研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮しなければならない。
- ・ 勤務時間は週に40時間を基本とする。
- ・ 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配慮することが必要である。
- ・ 当直業務と夜間診療業務を区別し、それぞれに対応した適切な対価を支給する。
- ・ 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る。
- ・ 過重な勤務とならないように適切に休日をとることを保証する。
- ・ 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する。

7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

41

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日本救急医学会で5年間記録・貯蔵蓄積する。

② 医師としての適性の評価

42

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。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

43

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、専門研修プログラムの効果的運用に必要な書式を別紙に示す。

◎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る。

44

- ・ 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る。

45

- ・ 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

46

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

47

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う。

- ・ 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研修プログラム管理委員会に提出する。
- ・ 書類提出時期は施設移動時(中間報告)および毎年度末とする。
- ・ 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する。
- ・ 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る。

◎指導者研修計画(FD)の実施記録

48

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する。

8 専門研修プログラムの評価と改善

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

49

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する。

専攻医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、不服があれば研修プログラム管理委員会に申し立てできることを専門研修プログラムに明記する。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提出する。

研修プログラム管理委員会への不服等は、日本救急医学会もしくは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。

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す。

- ・ 研修プログラム統括責任者は報告内容を匿名化して研修プログラム管理委員会に提出し、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に生かす。
- ・ 研修プログラム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する。
- ・ 研修プログラム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る。

50

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・調査への対応について以下に示す。

- ・ 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、関連施設責任者は真摯に対応する。
- ・ 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する。

51

9 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。

- ・ 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を毎年公表する。
- ・ 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。
- ・ 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する。

52

② 修了要件

救急科領域の専門研修プログラムの修了要件を以下に示す。

- ・ 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。

53

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

- ・ 研修カリキュラム制(研修カリキュラムに定められた到達目標を達成した段階で専門医試験の受験資格が与えられる制度)による研修については、現行の救急科専門医制度とも齟齬が生じないよう別途定めるものとする。
- ・ 他の基本領域学会専門医資格を取得すること(ダブルボード)は可能である。今後、新たに研修を開始する専攻医がダブルボードを円滑に取得できるよう、日本救急医学会は当該基本領域学会と協働して細則を定め、機構の認定を受ける。

54