

救急科専攻医指導者マニュアル

はじめに

救急医療では医学的緊急性への対応が重要ですが、救急患者が医療にアクセスした段階では緊急性や罹患臓器も不明なため、どのような緊急性にも対応できる専門医が必要となります。そのためには、救急搬送患者を中心に診療し、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な役割を果たします。

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を目標とします。内因性疾患で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合や、外傷や中毒など外因性疾患では、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となる専門知識と技能を修得します。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大切な到達目標です。

本マニュアルは、緊急性や重症度に依らない初期診療、これに引き続く根本治療と集中治療、地域医療体制整備、さらに災害医療を含む、救急医療の中心となる救急科専門医を目指す救急科専攻医の指導者のためのマニュアルです。

※ [専攻医がプログラム修了に必要な実績 ⇒ P.8](#)へ

※ [研修管理システム 研修評価の流れ ⇒ P.12](#)へ

『救急科専門医の使命』とは

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。

1. 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度と指導について

1) 救急科領域専門研修の目標

救急科領域の専門医を目指す専攻医は、3年間の専門研修後には以下の能力を備えた医師となるための研修をします。

- 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。

以上の知識、技能、態度が備わった救急科専門医が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、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ものとなります。

2) 救急科専門研修の到達目標と指導

専門研修後の成果として掲げた能力を十分に備えるためには、知識・技能、学問的姿勢と医師としての態度など、以下、i～iv を目標として指導します。

i. 専門知識

研修修了時に単独での診療を可能にすることを基本として、救急科研修 I から X V までの領域に関して、必修水準と努力水準に分けて専門知識を修得できるように指導します。

ii. 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

救急科研修行動目標に沿って、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、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ついて広く修得すべく指導します。

iii. 学問的姿勢

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し、以下に示す学問的姿勢を実践するように指導します。

- 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。
- 2) 将来の医療の発展のための基礎・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) 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と社会性

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・技能が含まれます。以下のコアコンピテンシーも修得できるよう指導します。

- 1) 患者への接し方に配慮し、患者やメディカルスタッフとのコミュニケーション能力を磨くこと
- 2) 自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たし、周囲から信頼されること（プロフェッショナリズム）
- 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能を修得すること
- 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

2. 救急科専攻医指導医とは

救急科専門医を目指す専攻医が、その課程に従って研修を行ない、専門医としての要件を充たし、使命としての社会的責務を果たすことのできる救急医となるために導き、その研修における指導的役割を担う医師です。

3. 専門研修指導医の要件

専門研修指導医とは、救急科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。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に示します。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 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. 指導医としての必要な教育法

救急科専門医としての知識・技能、学問的姿勢と医師としての態度などを修得するよう教育・指導を行います。専門研修における教育は、臨床現場での教育と臨床現場を離れた教育に分けることができます。さらに、適切なフィードバックが求められます。

1) 臨床現場での教育と指導

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した教育を行う。研修行動目標に基づいたレベルと内容に沿って以下の教育・指導を行う。

- 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 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。

2) 臨床現場を離れた学習と指導

研修行動目標に沿って、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)コースなどへ積極的に参加し、内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習するように指導するとともに、その機会の確保に努める。特に ICLS(AHA/ACLS を含む)コースは必ず履修させる。

また、専攻医は、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ため、積極的な参加指導とともに、その機会の確保に努める。

3) 専門研修中の知識・技能・態度の修練プロセスに応じた教育・指導

研修プログラムに示した各段階の研修目標と修練の内容を理解し、それぞれの目標に応じた修練を可能とするように教育・指導する。

- 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

4) 指導医としてのフィードバック法の学習

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、よりよい専門医研修プログラムの作成に役立てることが必要です。

5. 専攻医に対する評価法

専攻医が研修中に自己の成長を知ることは重要であり、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を評価項目として実施します。

1) 研修管理システムによる評価

評価担当指導医は、専攻医の施設移動時および年度末に、専攻医の入力する「研修管理システム」の点検を行い、指導記録フォーマット（360 度評価）を登録する。多職種による評価は、多職種（看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW 等、看護師を含んだ 2 名が望ましい）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評価の聞き取り調査を行い、施設移動時および各年度末に、専門研修指導医が形成的評価をシステムに登録する。研修プログラム統括責任者は研修の進捗を各年度終了直後に確認し、フィードバックで形成的評価を行う。

2) フィードバック面接による評価

研修プログラム統括責任者は、年度末にフィードバック面接を施行し形成的評価を行うとともに、以降の研修指導に反映させる。

3) 評価結果の報告と年次・総括評価

年次毎の評価および専門研修期間全体を総括しての評価は専門研修プログラム統括責任者が行う。

研修修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するとともに、倫理観および医療のプロフェッショナリズムについて、特に他職種からの評価を踏まえ到達目標に達していることを確認し、医師としての適性に問題がないことを含め、総合的に修了判定が行う。

専攻医研修実績および指導記録については、研修管理システム上に 5 年間記録・貯蔵蓄積される。(専門医資格取得時より 5 年間)

6. その他

1) 専門研修プログラム管理―専攻医による指導医の評価とプログラムの改善

専攻医による指導医・指導体制等に対する評価が含まれており、専攻医は年度末に「指導医に対する評価」を研修管理システムに入力し、研修プログラム統括責任者がそれをチェックします。

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は保証されており、不服があれば研修プログラム管理委員会に申し立てが可能であり、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が求められます。

2) 研修プログラム管理委員会の役割と権限

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、専攻医および指導医が研修管理システムに入力した専攻医研修実績および指導記録にもとづき、専攻医とともに指導医に対して必要な助言が行われます。

3) 専攻医の労働環境、労働安全、勤務条件に関して

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します。

- ・ 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こととする。
- ・ 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 時間を基本とし、過剰な時間外勤務を命じないようにする。

- ・ 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。
- ・ 施設の給与体系を明示する。

専攻医がプログラム修了に必要な経験

1. 症例実績（必要経験症例数 171 例）

必要経験症例数 確認時の注意点

A 症候 主治医として 担当した症例 （初療または 入院日）	Aa 心停止	3 項目につき 5 例ずつ、 合計 15 例 登録があるか
	Ab ショック	5 例 登録があるか
	Ac 経験すべき症候	合計 30 例以上 登録があるか 21 項目につき 各 3 例まで
B 症候 主治医として 担当した症例 （初療または 入院日）	Ba 重症病態の集中治療管理	合計 20 例以上 登録があるか 10 項目につき 各 3 例まで
	Bb 外因性救急疾患	合計 20 例以上 登録があるか 14 項目につき 各 3 例まで
	Bc 専門領域との連携	合計 6 例以上 登録があるか 6 項目につき 各 3 例まで
C 手技 術者として担当した症例 （施行日）	Ca 必修項目	合計 45 例 登録があるか 15 項目につき 各 3 例まで
C 手技 術者または助手として担当した症例 （施行日）	Cb 選択項目	合計 30 例以上 登録があるか 20 項目につき 各 3 例まで

※救急科プログラム在籍前に経験した症例は最大で 12 例まで使用可能です。ただし使用できる症例は、救急科プログラムの基幹施設または連携施設として登録されている施設での経験に限られます。

※重複の禁止について

- (1) A（症候）および B（病態）のなかに同一症例を記載してはならない。
 ⇒1 患者に複数の症候もしくは病態があっても主たる症候もしくは病態として 1 項目しか登録できない。
 1 患者は異なる申請年度を含めて 1 名のみの専攻医が症候もしくは病態の主治医として登録できる。
 例えば、「ショック」の症候のある「重症熱傷」の病態の症例を担当しても、A（症候）の「ショック」あるいは B（病態）の「重症熱傷」のどちらか一方しか登録できない。
- (2) C（手技）のなかに同一症例を重複して登録してはならない。

⇒1 患者に 1 人の専攻医が複数の手技を行っても手技は 1 項目しか登録できない
例えばある症例の 1 回の入院期間中に「気管切開」と「肺動脈カテーテル挿入」の両方を自ら行っても、気管切開あるいは肺動脈カテーテル挿入のどちらか一方しか C（手技）として登録できない。

1 患者に対する 1 手技は異なる申請年度を含めて 1 名のみの専攻医が術者もしくは助手として登録できる。

気管切開を 2 名の専攻医がそれぞれ術者および助手として担当してもいずれか 1 名しか C（手技）として登録できない。

2. 救急科領域での学会発表（筆頭演者として少なくとも 1 回の発表）

専攻医は研修修了年の 3 月末までに、学会や大学、医師会など（製薬会社が主催・共催となっている講演会を除き）が行っている学術集会（地方会を含む）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す。

※初期研修中の発表も可

3. 論文発表（少なくとも 1 編の掲載）またはレジストリへの参加

専攻医は研修修了年の 3 月末までに少なくとも 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が必要です。なお、日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などのレジストリに 5 例以上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。

※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。

※ピアレビューを受けた論文であれば原著・症例等、特段の研究デザインの制約は設けておりません。

※救急科プログラム在籍前の発表も可

※研修期間中にアクセプトされている論文であることを証明できれば、掲載時期は問いません。

日本救急医学会が認めるレジストリとは

企業等の営利団体が一切関与しない実績のある大規模レジストリデータベースで、日本救急医学会およびその地方会が関わるものに限定されます。その患者の診療に実質的に関与し、原則としてその症例登録を自ら行った場合のみ記載可。（現在認められているレジストリは [こちら](#)）

※救急科プログラム在籍前のレジストリ参加も可

※救急科専門研修の到達目標である ii.専門技能の修得ではなく、iii.学問的姿勢の「5)外傷登録や心停止登録などの研究に貢献する。」ことが目的であるため、レジストリ登録は症例実績（必要経験症例数 171 例）に使用した症例と重複しても問題ありません。

4. 専門医共通講習（日本専門医機構認定の医療安全・医療倫理・感染対策を各 1 回受講）

専攻医は研修修了年の 3 月末までに日本専門医機構認定の医療安全講習・医療倫理講習・感染対策講習を各 1 回受講し単位を取得すること。

※対象となるのは、日本専門医機構の認定の共通講習会のみです。原則として、開催案内に「日本専門医機構認定共通講習」である旨が明示され、受講証明書に登録番号が記載されています。ただし、一部の講習ではこれらの記載がない場合がありますので、不明な場合は講習の主催者へご確認ください。

※開催日・氏名・講習名・登録番号が確認できる受講証明書を研修管理システムへ登録してください。

※日本専門医機構認定の共通講習は、e 医学会の「動画配信」でも受講できます。

※e 医学会に登録された「共通講習受講状況」について

研修管理システムには受講数のみが反映されます。学会事務局で受講履歴は確認できますので e 医学会に登録された共通講習については統括責任者側の承認作業は不要です。施設側の運用上専攻医に研修管理システムへ登録が必要な場合は、専攻医へ e 医学会マイページの「学会関連メニュー」「専門医単位照会」から共通講習受講証を出力し登録するようお伝えください。

5. ICLS（AHA-ACLS を含む）受講（少なくとも 1 回の受講）

研修修了年の 3 月末までに受講証明（ご自身の氏名を確認できるもの）をデータ化（PDF 化もしくは zip 等）し、研修管理システムに登録してください。

※救急科プログラム在籍前の受講証明も可

※JPTEC や JATEC は推奨であり、必須ではありません。

実績の有効期間および登録について

研修修了までに必要な経験（1.～5.）で使用できる実績は研修修了年の 3 月末までに経験のもの、かつ研修修了年の 3 月 31 日時点で過去 10 年以内の実績に限られます。これらの実績は、研修管理システムを利用し、研修期間中に実績の登録を進めてください。（システムへのアクセスは [こちら](#)）

☆**専攻医が研修管理システムを利用するには救急医学会への入会が必要です。**

専攻医のお手元に入会后正式な会員番号（例：a9999）が届きましたら、統括責任者は、研修管理システム内で「専攻医の採用」登録および「研修予定の管理」から研修予定の登録を行ってください。

◆年次評価・指導記録フォーマット（360 度評価）・総括的評価等の評価について

研修管理システムには、専門研修の評価 ―自己評価と他者評価― の各種評価も登録をしていただきますが、専門医資格取得のために経験すべき症例、手術、検査等と異なり、各基幹プログラムの評価・保存の目的にのみ使用します。専門医試験申請時に各研修態度の評価のご入力がない場合は、学会より入力を促す連絡をさせていただくことはありますが、研修態度の評価内容による修了判定を学会が行うことはございません。

(参考)

- [日本救急医学会 救急科プログラム整備基準](#)
- [日本救急医学会 研修管理システム](#) (ログインには救急医学会への入会が必要)

★研修管理システム 研修評価の流れ

※日本専門医機構システムと連動しておりませんので、プログラム制またはカリキュラム制で採用した専攻医を学会の研修管理システムで別途登録を行ってください。また研修管理システム利用には、日本救急医学会会員である必要がありますので、専攻医が入会手続きを済ませているか登録前にご確認ください。（研修管理システムへの登録時期の定めは特にありませんが、専攻医の会員入会は研修開始年の12月末までに手続きを完了してください。）学会研修管理システムは[こちら](#)

=====

★採用者登録から研修スケジュール登録まで

【統括責任者】

■プログラム・カリキュラム採用者の登録

- ①研修管理システムの「統括責任者メニュー」から「専攻医の採用」を選択
- ②「専攻医採用登録」をクリック後、「会員の登録」から採用した専攻医を検索
- ③「採用」ボタンを押下後の画面で「所属期間開始日」を研修開始年4月1日に修正後「専攻医の採用」をクリックして登録

■研修スケジュールの登録

- ①統括責任者メニューから研修予定の管理を選択
- ②研修予定入力のため該当の専攻医の右側にある「編集」をクリック
- ③画面左下の「研修予定登録」をクリック
⇒研修予定の修正を行う場合は該当期間の「編集」から修正が可能です。
- ④施設名右側の「追加」ボタンをクリックし、その施設での研修期間を入力して登録
⇒ここまで行っていれば、専攻医側で研修予定が登録されている期間の経験症例の登録ができるようになります。

★プログラム制における研修期間の原則

- (1) 基幹施設に最低6ヶ月
- (2) 連携施設または関連施設に最低3ヶ月
- (3) 基幹施設および連携施設での経験が通算2年以上

(4) (3) の条件から指導医のいない関連施設では最大 1 年間

★カリキュラム制における研修期間と実績の利用について

指導医不在の関連施設で経験した研修期間や症例の利用できません。詳しくは[こちら](#)。

★各種実績の確認・承認および研修評価

【統括責任者および担当指導医】

■**研修管理その 1**（「症例」「専攻医の学術活動、講習受講履歴の確認」の確認・承認）
各種実績はまず専攻医本人が行います。担当指導医および統括責任者は登録された実績の確認作業・承認作業をお願いします。

⇒『**担当指導医（確認作業）**』

適宜のタイミングで専攻医が経験した症例や講習会の登録が完了しているか指導医メニュー内にある「症例の確認」や「専攻医の学術活動、講習受講履歴の確認」からご確認いただき、確認作業を行ってください。

⇒『**統括責任者（承認作業）**』

統括責任者のメニュー内にある「症例の承認」や「専攻医の学術活動、講習受講履歴の確認」からご確認いただき、承認作業を行ってください。担当指導医の確認作業を省略することも可能ですが、省略する場合は必ず担当指導医と連携を取った上で承認作業をお願いします。

※e 医学会に登録された「**共通講習受講状況**」について

現在、研修管理システムには受講数の数値のみ反映されます。学会事務局にて受講履歴は確認できるので統括責任者側の承認作業は不要でも構いません。しかし、基幹施設として承認を行いたい場合はご不便おかけいたしますが専攻医に別途登録作業を行うようにお伝えください。登録方法は専攻医側の操作をご確認ください。

■**研修管理その 2**（年次評価・指導記録フォーマット（360 度評価の入力））

⇒『**担当指導医（年次評価）**』

- ① 年次評価については各年度末（3月）に行っていただくことを推奨します。
- ② 専攻医側にて自己評価を入力した後、担当指導医側で年次評価の入力が可能です。
- ③ 指導医として評価を行うため「指導医メニュー内」の年次評価よりアクセスしてください。統括責任者メニューからは評価内容の閲覧のみですのでご注意ください。
- ④ 項目別に評価をご入力ください。項目の変更は画面右側「行動目標」から選択可能です。

⇒『**担当指導医（指導記録フォーマット（360度評価））**』

- ① 360度評価は施設移動時や年度替わりのタイミング等でご入力をお勧めします。
- ② 年次評価と異なり、専攻医の自己評価はないため、指導医側の操作になります。
- ③ 他職種評価になるので、担当指導医の先生はコメディカル等の評価を基にご入力をお願いします。
- ④ 大項目別に評価をご入力ください。
- ⑤ 評価が終わりましたら専攻医に総評を専攻医にお伝えし、専攻医側でフィードバックした日付を入力するようにお伝えください。

■**研修管理その3（統括責任者による総括評価）**

⇒『**統括責任者（総括評価）**』

- ① 統括責任者の先生は最後に総括評価をお願いします。
- ② 年次評価同様に「行動目標」別に評価登録をお願いします。

※学会では■研修管理その1の承認状況を確認し修了判定を行います。■研修管理その2および■研修管理その3については各基幹施設における修了判定の材料としてください。