

救急科専門研修プログラム



慶應義塾大学病院救急科
救急医学教室

Ver 3.1

慶應義塾大学大学病院 救急科専門医研修プログラム

ム

目次

プログラムの概要	・・・	P.3
1. この救急科専門医研修プログラムの概要	・・・	P.4
2. 救急科専門医研修はどのように行われるのか	・・・	P.6
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	・・・	P.8
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	・・・	P.9
5. 学問的姿勢	・・・	P.10
6. 医師に必要な倫理性、社会性	・・・	P.10
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	・・・	P.11
8. 年次毎の研修計画	・・・	P.12
9. 専門研修の評価	・・・	P.16
10. 専門研修プログラム管理委員会	・・・	P.17
11. 専攻医の就業環境（労働管理）	・・・	P.18
12. 研修プログラムの改善方法	・・・	P.18
13. 修了判定	・・・	P.18
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	・・・	P.19
15. 研修プログラムの施設群	・・・	P.19
16. 専攻医の受け入れ数	・・・	P.20
17. サブスペシャリティとその他の専門医資格について	・・・	P.21
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	・・・	P.22
19. 専門研修の記録やマニュアルについて	・・・	P.23
20. 専攻医の採用と修了	・・・	P.23

プログラムの概要

名 称	慶應義塾大学病院救急科専門研修プログラム	
基幹施設	慶應義塾大学病院	
連携施設	済生会宇都宮病院 済生会中央病院 川崎市立川崎病院 済生会横浜市東部病院 横浜労災病院 藤沢市民病院 平塚市民病院	国立病院機構埼玉病院 東京歯科大市川総合病院 永寿総合病院 目白病院 荻窪病院 日野市立病院 川崎市立井田病院
コース	ローテーション研修重視型コース 救急部門研修重視型コース	
募集定員	6名	
研修期間	計3年 ローテーション研修重視型：基幹1年・連携2年 救急部門研修重視型：基幹2年・連携1年	

1. この救急科専門医研修プログラムの概要

救急医学とは、予期せずにおこった傷病の診断と治療に専念する基本専門領域です。臨床では、初期の評価、診断、および治療を含むと同時に、救急医療に関わる多職種や他の専門医と協力して、必要な医療を速やかに提供することが求められます。このような救急医学を実践する場は救急外来に限定されず、様々な状況で活かされます。もちろん、病院の救急部門が主となりますが、通常の外来診療や病棟、集中治療室、あるいは救急用自動車やヘリコプターをはじめとした病院前の救護や医療政策に、また、災害現場でも必要とされる専門性です。そして、その専門性を備えた救急科専門医が多様な場で活躍をすることで、地域の健康上の安全保障が担保されています。

(参照: Revised and approved by the ACEP Board of Directors June 2015)

① 救急科専門医の使命

1) 救急科専門医として、

- (1) 高い倫理観
 - (2) 最新の標準的医療の実践
 - (3) 安全な医療
 - (4) プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療
 - (5) 臓器別専門性に偏らない
 - (6) 全人的な急性期医療
 - (7) チーム医療の円滑な運営
- が求められます。

2) 本プログラムを修了し救急科専門医の認定を受けることは、救急科専門医としての基本的素養を身につけ、自己研鑽を行うことができるようになったことを意味します。すなわち、救急科専門医の認定を受けることが優れた救急医として認められたことを意味するわけではありません。したがって、救急医学や救急医療を自身のキャリアの中核として位置付けて、専門医として、常に自己研鑽を続け、安全な医療を提供してゆく姿勢が求められます。これによって救急医療全体の水準をも高めるような活躍をすることが期待できるようになります。

3) 救急医療は地域医療の根幹であり、地域の健康上の安全保障を担っています。

4) 将来の救急医学や救急医療の発展と救急医療に関わる医療政策立案には、研究や分析が欠くことができない要素です。これらを自立して行うようになるためには、リサーチマインドと研究立案、その解析の能力が必要であり、

そのような能力を持つことは、救急医学や救急医療をさらに発展させます。

② プログラムの特徴

- 1) 本プログラムは、東京都新宿区にある慶應義塾大学病院を基幹施設とし、関東地方（千葉県、栃木県、埼玉県、東京都、および神奈川県）にある連携施設で救急科専門研修を行います。大都市とその郊外にある救命救急センターおよび二次救急医療機関とで診療を行いながら、その役割を理解し、地域の実情と救急医療との関係とを実践の中で学びます。
- 2) 初期臨床研修を修了した救急科専攻医は、本プログラム専門研修施設群での3年間の研修を豊富な臨床経験を持つ指導医の下で研修カリキュラムに定められた救急科領域全般にわたる研修を行います。
- 3) 基幹施設は大学病院であり、特定機能病院かつ医育機関の特徴を活かして診療と教育、ならびに研究に直接触れることができます。一方、連携施設は地域の第一線の医療機関として救急医療を実践しています。いわゆるacademicな救急医学とcommunityに根ざした救急医学の双方を学ぶことによって、多様性と可塑性のある救急科専門医の基礎的能力が涵養できます。
- 4) 専攻医の希望に応じて、2つのコースを準備しています。一つは複数の診療科をローテーションして、救急科専門医に必要な診療経験を積む「ローテーション研修重視型コース」で、基幹施設である慶應義塾大学病院に1年、2つの連携施設で2年の研修を行います。もう一つは、救急部門での研修を重視する「救急部門研修重視型コース」で、基幹施設である慶應義塾大学病院に2年、1つの連携施設で1年の研修を行います。詳細については後述します。
- 5) 大学病院における研修を通じてリサーチマインドを涵養し、臨床研究や基礎研究を実際に行う契機となるような研修ができます。多施設共同研究や無作為試験などに直接触れる稀有な経験が可能です。
- 6) 標準的かつ全人的な医療の実践に必要な知識と技能とを修得します。救急患者は様々な社会的背景を持っていますので、知識や技能に偏らずに、患者に人間性をもって接すると同時に、医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得する必要があります。柔軟で可塑性が高く様々な環境で全人的な医療を実践する先導者としての素養を身に付けます。

③ 専門研修後の姿

- 1) 救急科専門医としての基本的能力は以下の通りです。
 - (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を同時に行うことができ、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) 病院前救護のメディカルコントロールが行える。
- (5) 必要に応じて病院前診療を行える。
- (6) 災害医療において指導的立場で対応できる。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 救急診療に関する教育指導が行える。
- (12) 救急診療の科学的評価や検証が行える。

これらのすべてを学び、(7) - (10) を基本にして、それぞれの得意分野を広げてゆきます。例えば、(1) と (2) を中心にした「ER型」救急医、(3) をサブスペシャリティとした集中治療専門医、(4) と (5) を中心にした「病院前救護」を扱う救急医、(6) を中心にした「災害医療」を扱う救急医などです。また、(11) や (12) を進めてゆけば、大学を中心にしたキャリア形成も可能です。

- 2) いわゆる「ダブルボード」、すなわち基本領域の専門医資格を複数取得することは、個人の努力で可能です。救急科領域は基本領域でありながらも、内科や外科などの他の基本領域の急性期部分を担当しているため、「内科が得意な救急医」や「外科が得意な救急医」が存在しえますし、これには国民的理解が得られるはずで、そこで、主たる基本領域を救急科領域とし、従たる基本領域を内科や外科などとすることも可能です。この場合、救急科領域の研修を終え、次に従たる基本領域の研修を行うこととなります。この場合、救急科専門医というキャリアにアンカー（錨）をおろした状態で他の基本領域専門医研修を行う必要がありますが、そのようなプログラムの提供が考慮され、準備されています。

2. 救急科専門研修はどのように行われるのか

専門研修の3年間の知識・技能の修得と症例経験の目標は、日本救急医学会が定める「救急科専門研修カリキュラム」に基づいています。このカリキュラムを達成するため、プログラムでは以下の方法による研修を含めています。なお、修了時には達成度を評価します。具体的な評価方法は後の項目で示します。

① 臨床での研修

- 1) 指導医や指導医を補佐する救急科専門医・上級医、あるいは他領域の専

門医とともに診療を行います。診療経験を単なる経験とすることなく、振り返りを行うことによってブラッシュアップをはかります。振り返りの方法は様々ですが、初期研修医や医学部学生へのクルズス等を行うことや、カンファレンスでの発表があげられます。また、示唆に富む経験は自己学習のみならず指導医からの直接的な指導を受けることができます。

- 2) 救急外来や病棟診療の特徴は同時に複数の患者を担当することにあります。以下のマイルストーンを想定して救急診療能力の向上の目安としています。すなわち、専攻医 1 年目は指導医とともに診療を行い、2 年目では指導医への報告を行いながら診療を行い、3 年目では指導医の管理下で自立して診療を行います。

	指導医の関与	同時に診療する患者数
専攻医 1 年目	直接的指導の下で	3 名程度
専攻医 2 年目	監督の下で	5 名程度
専攻医 3 年目	管理の下で自立して	5 名以上

- 3) 心臓超音波検査や腹部超音波検査などは救急診療に必須の手技ですが、慶應義塾大学病院（基幹施設）における研修では、週に 1 度、超音波検査室に出向いて研修を行う予定です。
- 4) 臨床で必要な様々な手技や診療手順は理解と習熟とを充分にしてから行うべきものです。そのためには、後述する自己学習を行うと同時にシミュレーションを行う必要があります。Simulation lab には各種のシミュレーターがあり、それらを用いることができます。また、Cadaver lab での修練も行っています。

② 臨床を離れた場での研修

- 1) カンファレンス・勉強会・抄読会は専攻医が必ず参加することを前提とし、教育を受けるために確保され、他の業務負担が課されない保護された時間としています。週間予定は後述します。
- 2) ICLS や JATEC をはじめとした、いわゆる Off-the-job- training に参加することができます。そのための時間確保と費用の負担を行います。これらへの参加は、単に受講することにとどまらず、指導を行えるレベルへの到達を勧めています。
- 3) 日本救急医学会をはじめとした各種学術集会や関連する学術団体の教育的講演や講習への参加を勧奨しています。なお、日本救急医学会と日本救急医学会関東地方会への参加と発表は義務としています。任意とはなりますが、国内にとどまらず、海外の救急系学術集会（American College of Emergency Physicians など）への参加も可能です。
- 4) 専門研修の各施設では医療安全、感染対策、医療倫理などの講習会が行

われています。これらへの参加は、すべての医師に将来にわたって義務付けられるものです。専攻医も同様ですので必ず参加していただきます。

- 5) CPCへの参加を推奨しています。近年、画像診断の進歩によって病理解剖の役割は低下しているといわれますが、各施設で行われるCPCは示唆に富んでいます。必ずしも救急傷病が対象にはなりません、重症病態や急性期病態がCPC症例の経過には含まれています。このような様々な病態をCPCで経験することは通常の臨床とは異なる有益な学習手段となります。

③ 自己学習

臨床経験を補い、かつ深めるためには自己学習は欠かせません。そのためには、各種の教科書や様々な文献の検索が必須です。慶應義塾大学病院は医学部の資源が豊富です。また、図書館では文献検索方法のアドバイスを受けることができる稀有な環境が整っています。特にオンラインでの文献検索や教科書参照が無料でできる環境がありますので自己学習を行う意欲のある専攻医にとっては極めて有益な環境です。これらを利用して、カンファレンス資料の作成や初期研修医向けレクチャーや医学部学生向けのクルズスなどを行います。

3. 専攻医の到達目標

- ① 3年間の専攻医研修期間で、以下に示す救急科専門医の修練に必須とされる経験を修得します。なお、本プログラムのコースによって、その経験順序や経験の場が異なります（各コースの到達目標は別紙に示します）。
- ② 先にも示したマイルストーンで年度ごとの到達目標を提示します。

専攻医 1 年目	カリキュラムに提示された傷病について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医とともに行うことができる。 各種手技についてはその適応、操作方法について説明することができる。そして、指導医とともに行うことができる。
専攻医 2 年目	カリキュラムに提示された傷病について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医の監督下に自立して行うことができる。 各種手技については指導医の監督下で自立して行うことができる。
専攻医 3 年目	カリキュラムに提示された傷病について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を

	<p>自立して行うことができ、チーム医療のリーダーシップがとれる。</p> <p>各種手技については自立して行うことができる。</p> <p>後輩医師等の教育・指導を行うことができる。</p>
--	--

- ③ 研修ログ（後述）を利用して、専攻医が研修実績を経時的に登録していきます。これによってそれぞれの専攻医の修得（経験）の度合いを可視化し、指導医や研修プログラム統括責任者（以下、統括責任者）が不足している経験についての助言を行います。

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

① 救急外来研修

（注）外来診療はシフト制を敷くため、担当シフト外の時間帯の参加は任意のものがあります。

1) 症例レビュー（平日午前）

前日に救急外来を受診した患者の電子カルテ記録を見ながら、初期研修医を対象にレクチャーを行います。カルテレビューを行うことで自身が直接経験しなかった症例についても経験を深めることができます。また、レクチャーを行うことによって、あるいは質問を受けることによって、自己学習すべき事項を発見し、さらに経験と知識を深める機会が得られます。

2) CT 読影チェック（平日午後）

前日に救急外来を受診して主に夜間に撮像された緊急 CT 画像について、放射線科読影医師のレポートを参照し見落としがないかをチェックします。これによって緊急 CT 画像に常に触れ、読影経験が深まります。

② 病棟研修

1) 朝カンファレンス・チーム回診

毎朝、受け持ち患者の状態を上級医とディスカッションし、チーム回診を行ってフィードバックを受け、指摘された課題について学習を進めます。

2) 総回診

受持患者について教授をはじめとした指導医陣に報告してフィードバックを受けます。受持以外の症例についての見識を深めます。

③ 外来・病棟共通

- | | |
|-----------------|--------|
| 1) 新入院カンファレンス | (毎木曜朝) |
| 2) 死亡症例報告 | (毎木曜朝) |
| 3) 初期研修医向けレクチャー | (毎木曜朝) |
| 4) 症例カンファレンス | (毎木曜朝) |

- 5) 研究報告会 (毎木曜午前)
- 6) 抄読会 (毎木曜昼)
- 7) CPC (原則として水曜夕刻・任意)
- 8) 学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生・初期研修医を指導する。後輩を指導することは、自分の知識を整理・確認することにつながることから、当プログラムでは、専攻医の重要な取組と位置づけています。
- 9) 消防との症例検討会 (年に数回)

5. 学問的姿勢

救急医学は臨床医学であり、社会性が高く求められる医療を担当しています。このため、「患者や救急医療に関わる多職種から学ぶ」という姿勢が求められます。これは、単に診療を行うことでは達成できません。科学的な根拠に基づいた診断と治療を行う (EBM: evidence based medicine) 姿勢に基づいています。常に科学的な根拠に基づいた診断と治療を行う姿勢を形成するには、科学的根拠となるリサーチを行うことでその視点が啓かれます。プログラムでは大学病院の特性を活かして以下を通じ、学問的姿勢の涵養を行います。なお、日常の診療で得た疑問や発想を科学的に追求するため、症例報告あるいは研究発表を義務としています。特に論文の作成は科学的思考や病態に対する深い洞察力を磨くためには極めて重要な作業です。内外へ広く情報発信する姿勢も高く評価されます。

- ① 各種ガイドラインや文献情報の検索を行い、自己学習をすすめます。なお、大学病院ではオンライン検索が充実しており、無料で利用できます。
- ② 日本救急医学会ならびに日本救急医学会関東地方会その他に参加して指導医の指導の下で症例発表や研究発表を行います。筆頭発表者として3年間に2回以上の発表を求めます。
- ③ 日本救急医学会関東地方会雑誌あるいはその他の救急関連雑誌に指導医の指導を受けて筆頭著者として1編以上の論文の投稿を求めます。
- ④ 稀な症例を経験した場合には、指導医の指導を受けて英文誌に投稿します。なお、投稿先雑誌は指導医と相談の上、決定します。
- ⑤ 各種の症例レジストリや多施設共同研究に参加し、自身の経験した症例登録を指導医とともにを行います。

6. 医師に必要な倫理性と社会性

医師として持たねばならない基本的な能力と、その能力を高めるために必要な資質や態度の涵養は、日常の診療のなかで、患者や医療に関わる多職種と接触しながら自己研鑽を行って学び続ける必要があります。しかし、このような能力や資質、態度の涵養は、独自の視点にのみ立脚して行うことはできません。そこで、このプログラムでは、いわゆる 360 度評価を活用しながら自らを修正することができるように配慮しています。また、医療コミュニケーションについて、必要があれば専門家からのアドバイスが得られる体制を敷いています。

- ① 施設や各種講演会で行われる医療安全・医療倫理・感染対策講習会に出席することを義務にしています。
- ② 社会人としての基本的な身だしなみ・ドレスコード・清潔感を求めます。院内での身だしなみにとどまらず、出退勤の際にも適切な身だしなみを求めます。
- ③ 患者やその近親者からのインフォームド・コンセントや病態説明の際に上級医と同席し、接遇態度、話し方や医療用語の適切な使用、予備知識の重要性などについて学びます。
- ④ 前述のマイルストーンに基づいて、医療チームの一員としての責務（患者の診療、カルテ記載、病状説明など）を果たし、最終年度にはリーダーシップがとれるようになることを求めます。
- ⑤ 後輩医師、医学部学生等に対して、自身が求められる倫理性や社会性について適切な指導を行えるようになることを求めます。

7. 研修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

救急医療は、地域医療の一翼です。本邦の救急医療が初期から三次救急医療機関の三層構造で構成されるので、研修では二次および三次救急医療機関での研修が必要になります。地域医療の観点から二次および三次救急医療機関を見れば、三次救急医療機関がその地域の救急医療の中核であり、最重症患者や病診・病病連携の最終到達点になります。一方、二次救急医療機関はその地域の救急医療の最前線を担い、軽症から重症まで幅広く患者を受け入れると同時に、病診・病病連携の中間的位置をとってゲートキーパーの役割を果たしています。

救急科での専門研修を行う場合には、研修先病院に救急部門が確立されていることが必須であり、研修の受入が可能なほどに整備された救急部門が確立されている医療機関は限られるため、プログラムにある主たる連携施設群は三次救急医療機関またはそれに準じる地域の中核的病院とならざるをえません。しかし、これのみでは、二次救急医療機関が果たす役割を体験することができません。そこ

で、このプログラムでは連携施設群Bを定義し、基幹施設である慶應義塾大学病院に所属している期間に、週1回の頻度での修練を行います。連携施設群Bは救急部門の常勤で直接の指導が可能な救急科専門医が不在である施設や救急科専門研修の連携施設としての条件を満たさない施設などです。指導はその施設の上級医と基幹施設である慶應義塾大学病院の指導医とが協力して行います。また、症例カンファレンスを利用して、連携施設群Bにおける症例経験の吟味を行います。施設群の詳細は別紙に記載します。

なお、慶應義塾大学は、医学部のある東京都新宿区のほかに主なキャンパスが東京都港区、神奈川県横浜市港北区、および藤沢市にあります。地域医療とは直接的な関係はありませんが、大学としての地域性を考慮した連携施設の配置がなされていることも申し添えます。

- ① 基幹施設： 慶應義塾大学病院
- ② 連携施設群A（年単位で救急部門に常勤医師として所属して研修を行う）

栃木県

栃木県済生会宇都宮病院 （救命救急センター）

東京都

東京都済生会中央病院 （救命救急センター）・・・三田/芝共立キャンパス

神奈川県

川崎市立川崎病院 （救命救急センター）

済生会横浜市東部病院 （救命救急センター）

横浜労災病院 （救命救急センター）・・・日吉キャンパス

藤沢市民病院 （救命救急センター）・・・藤沢キャンパス

平塚市民病院 （救命救急センター開設予定）

- ③ 連携施設群B（慶應義塾大学勤務中に非常勤医師として救急診療を行う）

埼玉県

国立病院機構さいたま病院 （二次救急医療機関）

千葉県

東京歯科大学市川総合病院 （二次救急医療機関）

東京都

永寿総合病院 （二次救急医療機関）

目白病院 （二次救急医療機関）

荻窪病院 （二次救急医療機関）

日野市立病院 （二次救急医療機関）

神奈川県

川崎市立井田病院 （二次救急医療機関）・・・日吉キャンパス

8. 年次毎の研修計画

本プログラムは救急医療を担う専門医の養成を企図しています。救急科専門医は多様であり、キャリアパスやロールモデルも多彩です。例えば、救急外来における幅広い診断と治療を重視する ER 型、外傷や急性腹症などの手術治療を重視する救命救急医型、重症患者の集中治療を重視する救急集中治療型などが挙げられます。これらは救急科専門医を取得してからのさらなる研修によって方向付けられるものですが、専攻医の抱く専門医像や将来像に幅広く対応するために、2つのコース（「ローテーション研修重視型」と「救急部門研修重視型」）を設けています。なお、コース選択後であっても条件を満たせば他のコースへの移行を認めます。大学院進学は、専門医資格取得後をお勧めしているため、「大学院進学コース」は設けていませんが、専攻医の期間から大学院に進学することを妨げるものではなく、臨床修練をつみながらの進学は希望により可能です。

① 「ローテーション研修重視型」

このコースの特徴は多様な救急傷病に対応する診療能力を、他診療科の協力を得ながら、最も効率的に修得することです。3年間の研修期間中の約5割を他科ローテーションに費やします。具体的には、以下の診療科をローテーションします。なお、救急医学をキャリアの中核に据えた研修にするため、各年次のうちほぼ半年の期間を救急部門の研修に費やすように工夫をしています。

- 1) 内科（循環器内科を含む6ヶ月間）： 基本的診察技能と患者管理の基本を学びます。また、循環器内科を含めることによって、循環器系疾患の基礎と血行動態の理解を深めます。循環器内科以外の内科系診療科については連携施設と本人の希望を考慮して決定します。
- 2) 麻酔科（2ヶ月間）： 気管挿管をはじめとした手技や鎮痛・鎮静について習熟します。また、様々な外科手術を麻酔の立場から学ぶことを期待しています。
- 3) 放射線診断科（3ヶ月間）： 近年の救急診療では画像診断の果たす役割が高まっています。CT読影の訓練を放射線科専門医のもとで行います。
- 4) 集中治療研修（3ヶ月間）： 集中治療の基礎について学びます。なお、施設によって救急部門の場合と他部門の所属の場合とがあります。
- 5) 選択研修（3ヶ月）： 専攻医の希望によってローテーションする診療科や部門などを決めることができます。もちろん、上記の各科や救急部門での研修を選択することもできます。
- 6) 慶應義塾大学病院所属期間中に、腹部および心臓超音波検査の研修を週1

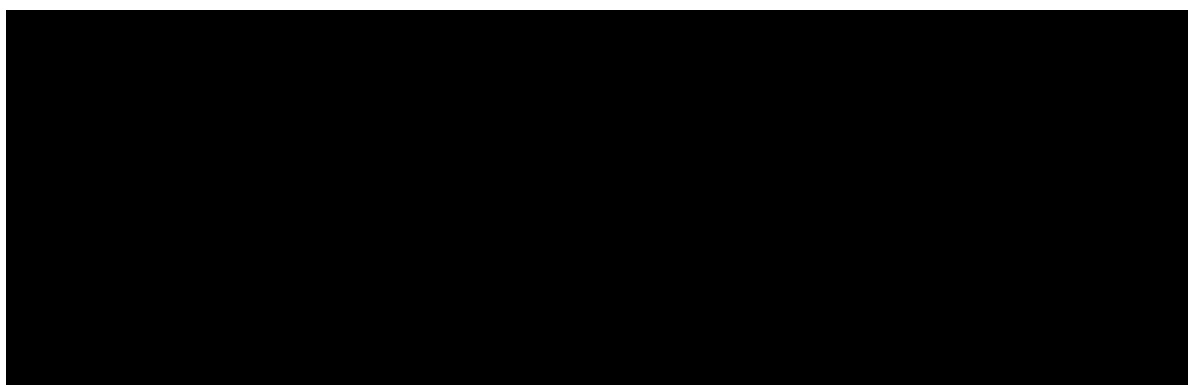
回の頻度で行う予定です。これは、いわゆる「パートタイム」型のローテーション研修となります。

なお、年次ごとの所属施設は以下の通りです。

専攻医 1 年目： 連携施設 A のいずれか

専攻医 2 年目： 慶應義塾大学病院（週 1 回の頻度で連携施設 B で研修）

専攻医 3 年目： 連携施設 A のいずれか（1 年目に所属しなかった施設）



② 「救急部門研修重視型」

このコースの特徴は、救急傷病に対応する診療能力を修得すると共に、他の基本領域とされる外科系診療科（外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、放射線科など）を年単位で研修することです。教育到達目標を「手術のできる救急科専門医」とし、救急医としての基本的な研修に加えて、acute care surgery（救急外科・外傷外科）・surgical acute medicine（外科系救急）・surgical intensive care（外科系集中治療）の基礎的修練を行います。救急医学をキャリアの中核に据えた研修にするため、3 年間の研修期間中の 2 年間は救急部門での研修を行い、集中治療を要する重症救急患者の入院患者をチーフレジデントとして管理する能力も身に付けます。外科系研修においても、外科系各科専門施設と連携して救急部門に所属しながら 1 年間連続で行うことにより、質の高い専門研修に腰を落ち着けて向かうことが可能になります。なお、専攻医 1 年目の救急部門での研修のうちの 3 ヶ月間は選択研修として、救急医として必要な多彩な傷病への対応をより専門的に経験できる機会を提供します。

1) 1 年目（専門研修基幹施設）

専門研修基幹施設である慶應義塾大学病院にて研修を行います。救急医と

しての基礎を救急科専門医診療実績表に基づいた救急病態や手技を経験しながら、救急医としての基礎を確立しつつ、2年目の外科系研修へ継続可能な修練を目標とし、併せて初期研修医のモデルとなることも目標とします。研修内容は、上級医の管理下で、患者の初期診療および入院診療を担当します。この期間には、個々の初期臨床研修の履修状況を考慮して、外科系救急医に必要な短期研修（整形外科・麻酔科などから選択）を他科研修施設（専門医研修連携施設、短期）として3ヶ月間ローテーションで行います。また、「ローテーション研修重視型」同様に、超音波検査研修（心臓・腹部）を週1回半日ずつ6ヶ月間研修を行います。これは、いわゆる「パートタイム」型のローテーション研修となります。

2) 2年目（連携施設）

救急科の他に研修を行って専門医となる基本領域（一般外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、放射線科など）を選択し「ダブルボード」取得を視野に入れた研修を行います。外科系研修施設（専門医研修連携施設）で手術（手技）および周術期管理の研修を行い、定型的手術（手技）の術前、術後管理ができ、助手の役割を果たすことができることが目標となります。研修の状況により、経験や技能をさらに向上させ、基礎的手術の術者となることも可能です。研修内容は、上級医の管理下で、手術等を含む患者の診療を担当します。基礎的レベルの手術を適切に実施できる能力を修得するため、病態別の検査計画、治療計画を学ぶとともに手術助手および術前術後管理を中心に研修することになります。なお、専門医研修連携施設での研修は、救急科所属での acute care surgery（救急外科・外傷外科）、もしくは救急科所属で院内外科系診療科出向のいずれかの研修体制になります。

3) 3年目（専門研修基盤施設）

専門研修基幹施設である慶應義塾大学病院にて、外科系チーフレジデントの期間を含む病棟（ICUなど）、ERでの診療に従事します。救急医としての経験や技能をさらに向上させ、救急診療のチームリーダーとしての指導的救急臨床研修により、実践において指導的な立場に立つことを目標にします。救急診療のチームリーダーとして、研修医に対しての指導、外来・病棟診療全体のマネジメントについて研修し、さらに学究的視点での救急医学の研鑽を積むこととなります。また、「手術のできる救急科専門医」として、他科研修での経験を基盤に外傷・熱傷などの外科的重度病態の初期診療および外科的治療のチーフレジデントとして診療を担当することとなります。

9. 専門研修の評価

① 症例・手技の経験

専攻医は経験した症例や手技・技能を別紙の要領で自己評価を行います。また、指導医または上級医は、それに対してフィードバックと形成的評価を行います。その後、専攻医はこのプログラムで使用する研修ログに経験症例や手技の登録を行います。年に2回以上、目標の達成度や各指導医の評価に基づき、統括責任者が研修の進行状況とその評価とを確認し、適切な助言や研修プログラムの個別修正を行います。

② 研修態度の評価

指導医や上級医のみならず、メディカルスタッフ（看護師、検査技師、事務員など）5名程度から、年に1回以上、360度評価を行います。評価方法は別紙の無記名アンケート形式で行い、その結果を指導医がフィードバックします。また、専攻医自身が自己評価を別紙の要領で行い、振り返りを行って自己研鑽につなげます。

③ 総括的評価

専攻医1・2年の3月に指導医が総括的評価を行い、次年度以降の研修での留意点を示します。専攻医3年目の2月に研修ログを確認して経験症例や知識、技術の達成度を最終評価します。所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります。指導医による総括的評価に基づいてプログラム管理委員会で討議を行い、その助言に基づいて統括責任者がプログラムの修了判定を行います。

④ 専攻医によるプログラム評価

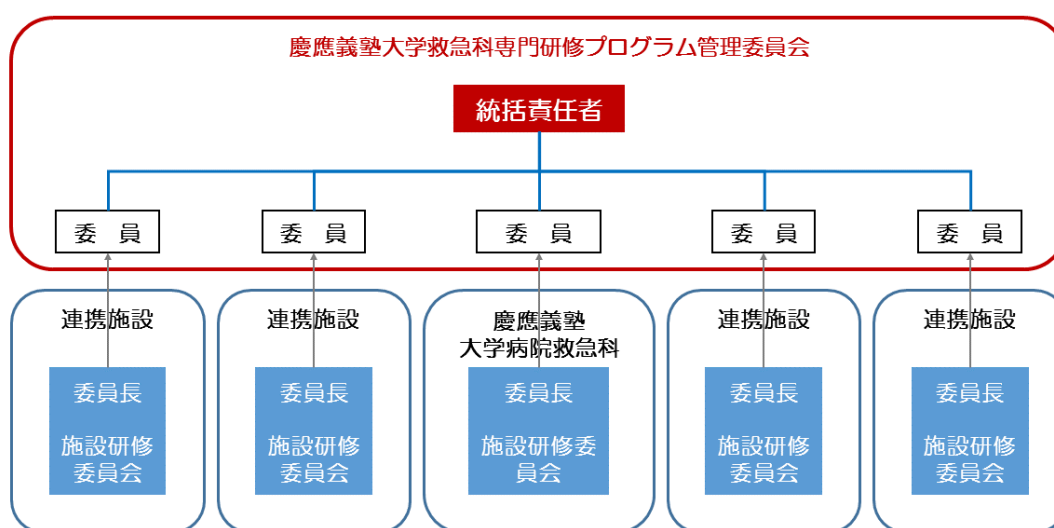
年に1回、別紙の要領で専攻医がプログラムの評価を行います。専攻医の満足度と改善点に関する意見や研修状況の把握を行い、次年度以降のプログラムの修正や将来のプログラム改訂の参考にします。

10. 専門研修プログラム管理委員会

専門研修施設群は一体となって効率的な研修プログラムを提供するために、横断的な慶應義塾大学救急科専門研修プログラム管理委員会（以下、プログラム管理委員会）を組織して、研修プログラムや研修状況から専攻医の抱える諸問題に至るまで、適切に対応する体制を整えています。

本プログラムを履修する専攻医の研修についての管理はプログラム管理委員会が行い、統括責任者が若干名の委員を任命します。プログラム管理委員会の下部組織として、連携施設を含めた各施設に専攻医の研修を管理する施設研修委員会を置き、各施設の委員会委員長がプログラム管理委員会の委員となります。プログラム管理委員会の役割は以下の通りです。

- ① 専門研修プログラムの管理・修正を行う。
- ② 専攻医の管理と助言を行う。
- ③ 専攻医の研修状況の管理・修正を行う。
- ④ 研修の中断や中止等の判定について討議し、統括責任者に対してその可否の助言を行う。
- ⑤ 指導医に対する助言を行う。
- ⑥ 専攻医の360度評価を行う際に、メディカルスタッフに対する評価の依頼を行う。
- ⑦ 研修終了判定を討議し、統括責任者に対して研修修了可否の助言を行う。
- ⑧ 日本専門医機構や日本救急医学会などによるサイトビジットに対応する。



11. 専攻医の就業環境（労務管理）

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件は、別紙のそれぞれの施設紹介を参照してください。専攻医の就業環境の整備に配慮し、プログラム管理委員会が各施設の労働環境、労働安全、勤務に関しての総括的に評価を行います。不備等については、プログラム管理委員会への上申や専攻医によるプログラム評価によって意見を伝える機会があります。専攻医の心身の健康維持への配慮は、各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します。

12. 専門研修プログラムの改善方法

① 研修状況の把握と修正

それぞれの専攻医の研修ログを確認することによって、各専攻医の研修状況の把握とその後の研修プログラムの最適化を行います。また、この情報を集約することによって、専門研修プログラムと連携施設群の配分などを見直す重要な契機になります。

② 指導医によるプログラム評価

指導医と指導を補佐する上級医が年に1回の頻度でプログラム評価を行います。また、各施設研修委員会とプログラム管理委員会とで検討を行って、改善を図ります。

③ 専攻医によるプログラム評価

前述（9-④）で記載したように、別紙の要領で専攻医がプログラムの評価を行います。専攻医の満足度と改善点に関する意見や研修状況の把握を行い、次年度以降のプログラムの修正や将来のプログラム改訂の参考にします。

④ サイトビジットへの対応

日本専門医機構や日本救急医学会などの各種団体によるサイトビジット（ピアレビュー）に対して、プログラム管理委員会が真摯に対応し、専攻医の育成プロセスの評価を積極的に受け、プログラムの改善に繋がります。

⑤ 専攻医や指導医からの直接報告

専攻医や指導医が何らかの相談や報告を要する場合、本来の窓口は統括責任者やプログラム管理委員会です。しかし、特別な事由のため、これらに相談や報告ができない場合には、日本救急医学会がその窓口となります。

13. 修了判定

担当指導医が承認し、プログラム管理委員会の修了判定会議を経て、統括責任者が判定を行います。なお、以下の項目をもって判定を行います。

① カリキュラムに指定された症例・手技を規定数以上経験していること。

各コース別に別紙で示した「具体的な到達目標」が規定する経験数が研修ログに記録されていること。

- ② カリキュラムに指定された知識が得られていること。なお、知識の確認は指導医による評価と自己評価の記録から判定します。
- ③ ICLS, JATEC を受講していること。
- ④ 施設で行われている医療安全、感染対策、ならびに医療倫理に関する講習会を受講していること。
- ⑤ 日本救急医学会または日本救急医学会関東地方会で筆頭発表者として2回以上の発表を行っていること。
- ⑥ 日本救急医学会関東地方会雑誌またはその他の救急関連雑誌に筆頭著者として1編以上の論文を投稿していること。
- ⑦ 指導医とメディカルスタッフによる360度評価の結果に基づき、医師として態度や適性に疑問がないこと。

14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

前記(13)の修了要件を満たすように自身の経験を記録に残す必要があります。プログラムでは適切な研修を受けられるように配慮していますが、研修は与えられるものではなく、受ける専攻医自身が様々な資源を積極的に活用すべきものです。専門医となることは、自己研鑽を続けてゆくことができると認められることでもありますので、自身の経験や修了要件に必要な事項は、指導医やプログラム管理委員会に依存せず、自身で管理を行うことが専攻研修の基本的な姿勢であることを理解してください。研修状況の把握をするためにリアルタイムに研修ログへの記録を行ってください。研修ログへの記録方法は別紙に示します。

15. 研修プログラムの施設群

前述(7)のとおり、二次救急医療機関と三次救急医療機関とで施設群を形成しています。研修の主体は救急診療部門が整備された施設で行うことが適切ですので、三次救急医療機関ならびにそれに準じる施設で行います。しかし、地域医療の観点と三次救急医療機関とは異なる視点での救急医療への関与は救急科専門医に欠くことができません。そこで、連携施設群Bを設定し、基幹施設である慶應義塾大学病院に所属している期間に、週1回の頻度で、近隣の二次救急医療機関で修練を行います。施設群の詳細は別紙に記載します。なお、ローテーション研修重視型コースでは、基幹施設に1年間、連携施設Aに計2年間在籍して修練を行います。救急部門研修重視型コースでは、基幹施設に計2年間、連携施設Aに1年間在籍して修練を行います。なお、どの連携施設に在

籍して研修を行うかは、研修開始時に専攻医の希望に配慮してコースごとにプログラム管理委員会で討議して決定します。

- ① 基幹施設： 慶應義塾大学病院
- ② 連携施設群 A（年単位で救急部門に常勤医師として所属して研修を行う）

栃木県

栃木県済生会宇都宮病院（救命救急センター）

東京都

東京都済生会中央病院（救命救急センター）

神奈川県

川崎市立川崎病院（救命救急センター）

済生会横浜市東部病院（救命救急センター）

横浜労災病院（救命救急センター）

藤沢市民病院（救命救急センター）

平塚市民病院（救命救急センター開設予定）

- ③ 連携施設群 B（慶應義塾大学勤務中に非常勤医師として救急診療を行う）

埼玉県

国立病院機構さいたま病院（二次救急医療機関）

千葉県

東京歯科大学市川総合病院（二次救急医療機関）

東京都

永寿総合病院（二次救急医療機関）

目白病院（二次救急医療機関）

荻窪病院（二次救急医療機関）

日野市立病院（二次救急医療機関）

神奈川県

川崎市立井田病院（二次救急医療機関）

16. 専攻医の受入数

各年度の専攻医の受入上限は 6 名です。このうち、ローテーション研修重視型コースの受け入れは原則として 3 名、救急部門研修重視型コースの受け入れは原則として 3 名ですが希望によって調整を行います。

- ① 基幹施設だけで過去 4 年間（2012-5 年度）の受入実績は計 13 名です。
- ② 経験すべき症例数のうち、専攻医の受入数を規定するものは施設ごとに別紙に示します。
- ③ 専攻医を指導する専門研修指導医については後述します。

施設群ごとの受入数イメージ

コース	1 年目	2 年目	3 年目
ローテーション重視型 定員 3 名	連携施設群 A 3 名 (3 施設)	慶應義塾大学病院と 連携施設群 B 3 名 (3 施設)	連携施設群 A 3 名 (3 施設)
救急部門重視型 定員 3 名	慶應義塾大学病院と 連携施設群 B 3 名 (3 施設)	連携施設群 A 3 名 (3 施設)	慶應義塾大学病院と 連携施設群 B 3 名 (3 施設)

1-3 年目の専攻医数： 慶應義塾大学病院： 8 名
 連携施設群 A： 9 名 (6 施設)
 連携施設群 B： 9 名 (7 施設)

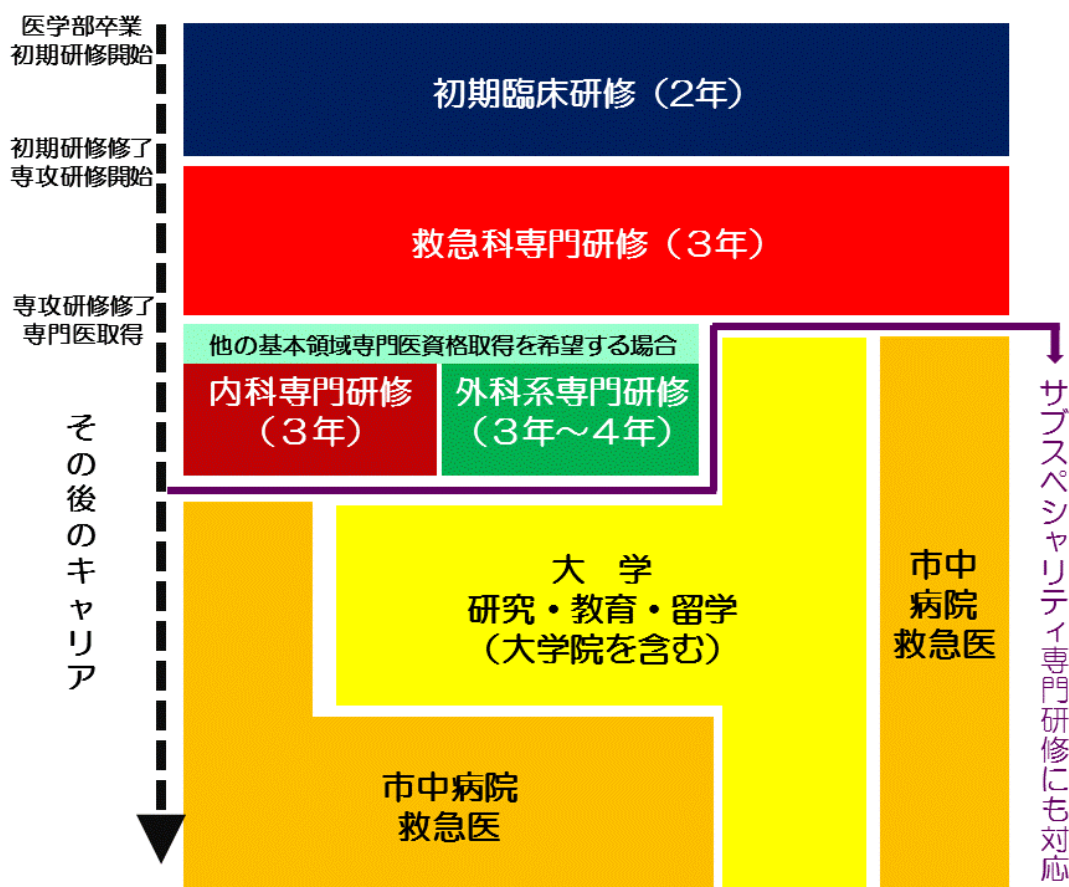
(連携施設群 B は慶應義塾大学病院に勤務中に非常勤として派遣される研修先)

17. サブスペシャリティとその他の専門医資格について

救急科専門医は多様で、得意とする分野や興味をもって自己研鑽を積んでゆく分野も多様です。このプログラムは慶應義塾大学病院を基幹施設とするプログラムであり、大学病院の持つ様々な資源を活用することができるので、多様な希望に沿うことができます。さらに、慶應義塾大学病院救急医学教室は伝統的に多様性を重視してきましたので、プログラムを修了し、救急科専門医資格を取得後の研鑽についても多様な希望に応じることができます。この中には、大学院進学や海外留学も含まれています。

救急科領域のサブスペシャリティ領域は、現状では集中治療専門医のみですが、サブスペシャリティとは異なり、内科や外科など、他の基本領域専門医資格をさらに取得する、いわゆる「ダブルボード」に対応することができます。この場合、基本領域専門医について、救急科領域を主とし、内科や外科などの基本領域を従とすることが考えられます。また、内科や外科を主とし、救急科領域を従とすることも考えられます。

例えば、このプログラム修了後に内科領域の専門研修を希望する場合には、慶應義塾大学病院救急科が内科専門研修プログラム上の連携施設になっているプログラムを紹介することができます。この場合、救急科領域の専門性をキャリアの中核として内科専門医、さらには内科のサブスペシャリティ専門医へとキャリアアップすることが可能です。このように、多様なニーズに応じることができるような準備を進めています (図を参考にしてください)。



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

- ① 妊娠、出産・産前後（産休）、育児（育休）、介護（介護休）、病気（病休）、留学等にあたって、連続して研修を休止できる期間は6カ月を限度とし、研修期間内にカリキュラムを達成できるように調整して不足分を補います。6か月を超える場合は、統括責任者に申し出て、プログラム管理委員会の承認を経て研修の中断ができます。この場合、不足分した研修期間を補う必要があります。6ヶ月を超えて1年以内の中断では、研修期間の延長は1年、1年を超える中断の場合には、年単位での延長を行います。プログラムの内容については、履修済みの研修内容を勘案して、調整を行います。例えば、育児等が継続する場合には、救急外来研修を増やし、シフト制によって勤務時間帯の調整が可能です。
- ② 様々な理由によって短時間の雇用形態での研修を希望する場合には、雇用時間の合計をもって研修期間の合計とします。この場合、研修期間1年の定義

は、週 32 時間×4 週×12 ヶ月で 1,536 時間となります。ただし、育児短時間勤務制度（3 歳未満の子どもを育てる場合に適用）を利用する場合には、1 年の定義を、週 30 時間×4 週×12 ヶ月で 1,440 時間とします。

- ③ 研修中に居住地の移動、その他の事情により、研修開始施設での研修続行が困難になった場合は、移動先の基幹研修施設において研修を続行できます。その際、移動前と移動先の両プログラム管理委員会と統括責任者とが協議し、日本救急医学会に申告して承認を得る必要があります。

19. 専門研修の記録やマニュアルについて

カリキュラムに基づいた研修の記録と各種評価について以下のように整備をしています。

① 研修ログ

カリキュラムで求められている症例や手技の記録を電子ファイルで記録してゆきます。各専攻医が自身の研修記録として自己管理するものです。記録方法は、後述する専攻研修マニュアルを参照してください。

② 項目ごとの研修内容の評価

- 1) 指導医による評価 (様式②)
- 2) 専攻医自身の自己評価 (様式②)

③ 年次ごとに行う研修状況の評価

- 1) 指導医による評価 (様式③-1)
- 2) 専攻医自身の自己評価 (様式③-2)

④ 医師としての態度やコミュニケーション

- 1) 指導医・多職種の評価 (様式④-1)
- 2) 専攻医自身の自己評価 (様式③-2)

⑤ プログラム評価

- 1) 専攻医による評価 (様式⑤)

⑥ 専攻研修マニュアル（研修の進め方）

円滑な研修と指導のため、簡潔に要点を示します。指導医に必要な情報は専攻医にとっても必要な情報ですので、専攻研修マニュアルは指導医と専攻医が共用します。

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します。救急科領域全般の最新情報や詳細は日本救急医学会のホームページで確認してください。また、本プログラムについては慶應義塾大学病院、医学部、ならび

に救急医学教室のホームページで確認してください。

- 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) 研修プログラムへの応募者は前年度の定められた期日までに研修プログラム責任者宛に所定様式「研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出して下さい。
- ② 研修プログラム管理委員会は書面審査、口頭試問、ならびに面接の上、採否を決定します。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。
- ③ 研修開始届
- ④ 専攻研修を開始した専攻医は、各年度の所定の期日までに、所定の開始届を、慶應義塾大学救急科専門研修プログラム管理委員会と日本救急医学会に提出します。具体的な指示を指導医から受けてください。なお、開始届には以下が含まれる予定です。
 - 1) 氏名と医籍登録番号、日本救急医学会員番号、卒業年度（様式###）
 - 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
- ⑤ 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います。具体的には前述（1 3）を参照してください。

