

埼玉医科大学国際医療センター

救急科専門医研修プログラム

2017年改正プログラム整備基準準拠

プログラムの名称：埼玉医科大学国際医療センター・救急科専門医研修プログラム

I. 理念と使命

A) 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が重要であります。しかし、救急患者が生じた段階では緊急性や罹患臓器は不明なため、いずれの緊急性にも対応できる救急科専門医が必要になります。救急科専門医は救急搬送患者を中心に診療を行い、疾病、外傷、中毒など原因や罹患臓器の種類に関わらず、すべての緊急病態に対応することができます。国民にとってこの様な能力をそなえた医師の存在が重要になります。

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。救急科専門医研修プログラムを終了した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ことが可能になります。また、急病や外傷で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合は初期治療から継続して、根本治療や集中治療にも中心的役割を担うことも可能です。さらに加えて地域の救急医療体制、特に救急搬送（病院前救護）を担う消防機関や事件・事故等に関する警察機関及び医療機関との連携の維持・発展、また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ります。

以上のごとく、埼玉医科大学国際医療センターの救急科専門医研修プログラムを終了することによって、標準的な医療を提供でき、国民の健康に資するプロフェッショナルとしての誇りを持った救急科専門医となることができます。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します。

B) 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もあります。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、地域全体の救急医療の安全確保の中核を担うことでもあります。

II. 研修カリキュラム

1) 専門研修の目標

本プログラムの専攻医の研修は、救急科領域研修カリキュラム（付属資料）に準拠し行われます。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、広く修得する必要があります。本プログラムに沿った専門研修によって専門的知識、専門的技能、学問的姿勢の修得に加えて医師としての倫理性・社会性（コアコンピテンシー）を修得することが可能であり、以下の能力を備えることができます。

1) 専門的診療能力習得後の成果

- (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) ドクターカー、ヘリを用いた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。
- 2) 基本的診療能力（コアコンピテンシー）習得の成果
- (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) プロフェッショナリズムに基づき、自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たす
 - (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・指導をできる。

2) 研修内容

救急科領域研修カリキュラムに研修項目ごとの一般目標、行動目標、評価方法が示され、付属資料に記述されています。経験すべき疾患・病態は必須項目と努力項目に区分されます。

3) 研修方法

1) 臨床現場での学習方法

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、専攻医のみなさんに広く臨床現場での学習を提供します。

- (1) 救急診療における手技、手術での実地修練（on-the-job training）。
- (2) 診療科での回診や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に参加し症例発表。
- (3) 診療科もしくは専攻医対象の抄読会や勉強会への参加。

2) 臨床現場を離れた学習

- (1) 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)コースを優先的に履修できるようにします。また、費用の一部を負担致します。
- (2) ICLS(AHA/ACLS を含む) コースの受講し、さらに指導者としても参加して救命処置の指導法を学べる様に配慮しています。
- (3) 研修施設もしくは日本救急医学会や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年1回以上参加できるように配慮致します。

3) 自己学習を支えるシステム

- (1) 日本救急医学会やその関連学会が作成する救急診療指針やe-Learningなどを活用して病院内や自宅で学習する環境を用意しています。
- (2) 基幹施設であるQQ医科大学には図書館があり多くの専門書と製本された主要な文献およびインターネットによる文献および情報検索が学外からも可能で、指導医による

利用のための指導が随時行なわれます。

- (3) 手技を体得する設備（シミュレーションセンター）や教育ビデオなどを利用したトレーニングを頻回実施致しています。

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

本救急科専門医研修プログラムでは専攻医がカリキュラムの修得状況について6か月毎に、指導医により定期的な評価を行います。評価は経験症例数（リスト）の提示や連携施設での指導医からの他者評価と自己評価により行います。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手技です。専攻医は指導医・指導管理責任者のチェックを受けた研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を研修プログラム管理委員会へ提出することになります。書類提出時期は施設移動時（中間報告）および毎年度末とします。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、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) 指導医等のフィードバック法の学習（FD）

本学の専攻医の指導医は指導医講習会などの機会を利用して教育理論やフィードバック法を学習し、よりよい専門的指導を行えるように備えています。研修管理委員会ではFD講習を年1回企画する予定をしています。

2) 総括的評価

(1) 評価項目・基準と時期

最終研修年度（専攻研修3年目）終了前に実施される筆記試験で基準点を満たした専攻医は、研修終了後に研修期間中に作成した研修目標達成度評価票と経験症例数報告票を提出し、それをもとに総合的な評価を受けることとなります。

(2) 評価の責任者

年次毎の評価は当該研修施設の指導医の責任者が行います。また、専門研修期間全体を総括しての評価は研修基幹施設のプログラム統括責任者が行うこととなります。

(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、筆記試験の成績とあわせて総合的に修了判定を可とすべきか否かを判定致します。知識、技能、態度の中に不可の項目がある場合には修了不可となります。

(4) 多職種評価

特に態度について、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSWが専攻医の評価を日常臨床の観察を通して、研修施設ごとに行う予定をしています。

III. 募集定員：4名／年

救急科領域研修委員会の基準にもとづいた、本救急科領域専門医研修プログラムにおける専攻医受入数を示しています。各施設全体としての指導医あたりの専攻医受入数の上限は1人／年と決められております。1人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医総数は3人以内です。

本プログラムでは指導医総数は5名ですが、地域全体との整合性と充実した研修環境を確保するために募集定員を4人／年としました。

A) 研修領域と研修期間の概要

原則として研修期間は3年間です。研修領域ごとの研修期間は、基幹研修施設での初期、

二次及び重症救急症例の病院前診療・初療・集中治療（クリティカルケア）、リハビリテーションを中心とした基本診療部門：24 か月、他科研修：9 か月、僻地/地域医療研修：3 か月を基本とします。

本専門研修プログラムによる救急科専門医取得後には、サブスペシャリ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。

B) 現在、当科では指導医、上級医、専攻医それぞれ1名、計3名で当直体制を取っており、昨年は救急科専門医を目指す専攻医も2名/年の割合で在籍するようになりましたが、人手不足は解消されていません。このように厳しい状況下でも、2015年の三次救急受入率は埼玉県の集計で96.9%と最も高い受入率でした。本来であれば、複数の研修関連施設で修練すべきですが現状を考えると困難な状況です。一方、秩父地域は現在、3病院で救急輪番制度を行っており、重症もしくは高度な専門的治療が必要な患者は当院に搬送されています。従って、秩父地域の中心的役割を担っている医療法人花仁会秩父病院には、僻地/地域医療研修として出向を予定しています。当該施設は救急科領域における研修連携施設としての条件を満たしていませんが、研修関連施設としては非常に魅力ある地域二次救急医療機関です。また、電子カルテの記載内容や画像を伝送することも可能なWeb会議システムを導入していますので、国際医療センターへの画像読影依頼や転院搬送患者の情報提供等は24時間対応可能となっています。

医療法人花仁会 秩父病院（研修関係施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：二次救急告示病院
- (2) 指導医：研修プログラム統括責任者 花輪峰夫（理事長、病院長 日本外科学会外科専門医・指導医）、坂井謙一（副院長、日本内科学会総合内科専門医、日本消化器病学会消化器病専門医、日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡指導医）、山田正己（日本外科学会外科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医・指導医）大野哲郎（日本外科学会外科専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医・指導医）、森 麻理子（日本外科学会外科専門医）、福田千衣里（日本内科学会認定内科医）、福田千晶（日本内科学会認定内科医）ほか。
- (3) 救急車搬送件数：215件/年
- (4) 救急入院患者数：410人/年
- (5) 研修部門：僻地/地域医療
- (6) 研修領域
 - ① 初期・二次救急患者に対する初期診療
 - ② 心肺蘇生法
 - ③ 重症患者の評価と転院搬送に必要な処置及び転院搬送途上の継続治療
 - ④ 日常よくみられる疾患への対応
 - ⑤ 消化器内科、消化器外科、整形外科を中心とした一般診療
 - ⑥ 地域における救急医療体制の質の評価
 - ⑦ 地域消防機関との連携
 - ⑧ 人間ドック、健康診断、在宅診療
 - ⑨ その他
- (7) 研修の管理体制：院内研修管理委員会により管理される。
身分：医員（後期研修医） 勤務時間：8:30～17:30
社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適応
宿舎：あり 医師賠償責任保険：適応

- (8) 臨床現場を離れた研修活動：それぞれの指導医が在籍している学会に参加することで幅広い見識を得ることができます。また、埼玉県医師会には毎年研修医に発表に機会が与えられていますので、出向中でも研究活動を行うことが可能尾です。秩父地域は3病院が連携して救急輪番制度を実施しているため、他医療機関との連携に関しても経験できます。更に地域消防機関とも密接な連携が築かれており、地域救急医療システムを理解することが可能です。

C) 研修年度ごとの研修内容

- 1) 1年目：埼玉医科大学国際医療センター（基幹研修施設救命救急センター）12か月。
- (1) 研修到達目標：救急医の専門性、独自性に基づく役割と多職種連携の重要性について理解し、救急科専攻医診療実績表に基づく知識と技能の修得を開始することになります。またわが国ならびに地域の救急医療体制を理解し、MCならびに災害医療に係る基本的・応用的な知識と技能を修得します。
 - (2) 指導体制：救急科指導医によって、個々の症例や手技について指導、助言を受けます
 - (3) 研修内容：上級医の指導の下、重症外傷、中毒、熱傷、意識障害、敗血症など重症患者の初期対応、入院診療、退院・転院調整を担当します。ドクターカーによる病院前診療し、さらに外傷を初めとした症例登録も担当します。
- 2) 2年目：埼玉医科大学国際医療センター（基幹研修施設救命救急センター）12か月。
- (1) 研修到達目標：救急受け入れの指揮や部門全体の運営を経験することができます。救急関連領域全般の知識と技能を向上させ、救急診療における緊急度把握能力と多職種・多部門関係のための調整能力をさらに高めます。
 - (2) 指導体制：救急科指導医、専門医によって、個々の症例や手技について指導、助言を受けることができます。
 - (3) 研修内容：上級の救急医および各診療科の専門医の助言支援体制の下、初期救急から重症救急に至る症例の初期診療を経験することができます。また地域MC体制を把握し、プロトコル策定や検証、オンラインMC業務を行います。
- 3) 3年目（前半3か月）：僻地/地域医療研修
- (1) 研修到達目標：病院長ならびに上級医の指導の下、地域救急医療の根幹である二次救急告示病院の役割を理解し、重症度に関わらず初期対応するための知識・技術の修得を目指します。また、転院搬送の判断、搬送前に行うべき蘇生処置及び転院搬送途上で行うべき医療行為について上級医の指導下に経験し、地方地域の厳しさを体験すると共に連携の必要性を理解し、地域医療に対する認識を深めます。また、地域医療機関で行われている手術の術者、助手を経験し、術前術後管理に携わります。内視鏡も、上級医の指導の下で外来あるいは入院中の検査予約患者を中心に経験することになります。更に麻酔も上級医の指導の下、主に気道確保手技に関する技能を修得できます。
 - (2) 指導体制：主に外科部門専従の指導医によって、個々の症例や手技について指導、助言を受けることとなります。研修基幹病院には、診療録・画像伝送システムを用いて24時間連絡を取ることができるため、必要時には兼酒基幹病院の指導医から指導を受けることが可能です。
 - (3) 研修内容：初期救急から重症救急に至る症例の初期診療を研修します。また地域MC体制を把握し、医療機関敷地内に併設されている臨時ヘリポートを利用したドクター

ヘリでの搬送や、プロトコル策定や検証、オンラインMC業務に参加します。

4) 3年目（後半9か月）：院内他科研修

- (1) 研修到達目標：救急初期診療のうち、特に緊急止血、創傷・骨折処置、麻酔に係わる基本的知識と技能を習得することになります。
- (2) 指導体制：外科または整形外科、麻酔科または内視鏡（消化管）またはInterventional Radiology (IVR)の指導医、専門医によって、個々の症例や手技について指導、助言を受けることになります。
- (3) 研修内容：上級医の指導の下、外科では外科的基本的知識と創処置技能修得のために、手術の術者、助手を経験し、また術前術後管理を担って頂きます。内視鏡とIVRも、上級医の指導の下で外来あるいは入院中の検査予約患者を中心に実施し、適宜急患の緊急止血術を経験して頂きます。麻酔も上級医の指導の下、主に気道確保手技に関する技能を修得して頂きます。

5) 3年間を通じた研修内容

- (1) 救急医学総論・救急初期診療・医療倫理は3年間通じて共通の研修領域です。
- (2) 研修中に、臨床現場以外でのトレーニングコース（外傷初期診療（必須）、救急蘇生（必須）、災害時院外対応・病院内対応、ドクターヘリ、原子力災害医療等）を受講して頂きます。
- (3) 市民向けの救急蘇生コースに、指導者として参加して頂きます。
- (4) 病院前救急医療研修や災害医療研修の一環としてマシガザリングイベント対応に最低1回参加して頂きます。
- (5) 救急領域関連学会において報告を最低1回行う。また論文を1編作成できるように指導を行う予定です。

V. 専門研修施設とプログラム

A) 専門研修基幹施設の認定基準

本プログラムにおける救急科領域の専門研修基幹施設である埼玉医科大学国際医療センターは以下の日本専門医機構プログラム整備基準の認定基準を満たしています。

- 1) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院です。
- 2) 救急車受入件数は年間3800台以上、専門研修指導医数は5名、ほか症例数、指導実績などが日本専門医機構の救急科領域研修委員会が別に定める専門研修基幹施設の申請基準を満たしています。当院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ました（二次審査）。
- 3) 施設実地調査（サイトビジット）による評価をうけることに真摯な努力を続け、研修内容に関する監査・調査に対応出来る体制を備えています。

B) プログラム統括責任者の認定基準

プログラム統括責任者根本学は下記の基準を満たしています。

- 1) 本研修プログラムの専門研修基幹施設である埼玉医科大学国際医療センターの常勤医であり、救命救急センター長で専門研修指導医です。
- 2) 救急科専門医として4回の更新を行い、28年の臨床経験があり、過去10年間で8名の救急科専門医を育てた指導経験を有しています。

3) 救急医学に関する論文を筆頭著者、共著者として多数発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。

C) 基幹施設指導医の認定基準

また、他の指導医も日本専門医機構プログラム整備基準によって定められている下記の基準を満たしています。

- 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) 救急科専門医として5年以上の経験を持ち、少なくとも1回の更新を行っています。
- 3) 救急医学に関する論文を筆頭者として少なくとも2編は発表しています。
- 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ます。

D) 地域医療・地域連携への対応

本専門研修プログラムでは地域医療・地域連携を3か月以上経験することが可能であり、地域において指導の質を落とさないための方策も考えています。

- (1) 専門研修基幹病院から地域の救急医療機関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、地域医療の実情と求められる医療について研修します。また地域での救急医療機関での治療の限界を把握し、必要に応じて適切に高次医療機関への転送の判断ができるようにします。
- (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ぶことができます。
- (3) ドクターカーやドクターヘリで救急現場に出動しOJTとするとともに、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ことが可能です。

E) 研究に関する考え方

- 1) 基幹施設である埼玉医科大学国際医療センターには倫理委員会が設置され、臨床研究あるいは基礎研究を実施できる体制を備えており、研究と臨床を両立できます。本専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療の理解と科学的思考法の体得を、医師としての能力の幅を広げるために重視しています。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可能な限り持つように配慮致します。
- 2) 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回の発表を行って頂きます。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(筆頭著者または共同研究者として)も行って頂きます。
- 3) 日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録などの症例登録も行って頂きます。

F) 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

日本専門医機構によって示される専門研修中の特別な事情への対処を以下に示します。

- 1) 専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う6ヶ月以内の休暇は、男女ともに1回までは研修期間にカウントできます。
- 2) 疾病での休暇は6ヵ月まで研修期間にカウントできます。
- 3) 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す。
- 4) 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ヵ月まで認めます。
- 5) 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

- 6) 半以上必要です。
- 7) 海外留学、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ません。
- 8) 専門研修プログラムを移動することは、日本専門医機構の救急科領域研修委員会および移動前・後のプログラム統括責任者が認めれば可能です。

VI. 専門研修プログラムを支える体制

A) 研修プログラムの管理体制

本専門研修プログラムの管理運営体制について以下に示します。

- 1) 研修基幹施設および研修連携施設は、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えています。
- 2) 専攻医による指導医・指導体制等に対する評価は毎年12月に行います。
- 3) 指導医および専攻医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行います。
- 4) 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専門研修プログラム管理委員会を置き、また基幹施設に、救急科専門医研修プログラム統括責任者を置きます。

B) 労働環境、労働安全、勤務条件

本専門研修プログラムでは労働環境、労働安全、勤務条件等への配慮をしており、その内容を以下に示します。

- 1) 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ます。
- 2) 研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮します。
- 3) 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します。
- 4) 夜勤明けの勤務負担へ最大限の配慮をします。
- 5) 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すが、心身の健康に支障をきたさないように配慮します。
- 6) 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します。
- 7) 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ます。
- 8) 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します。
- 9) 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。おのおのの施設の給与体系を明示します。

VII. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

A) 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

救急科専門医研修プログラムでは、登録時に日本救急医学会の示す研修マニュアルに準じた登録用電子媒体に症例登録を義務付け、5年間記録・保管します。また、この進行状況については6か月に1度の面接時には指導医の確認を義務付けます。

B) コアコンピテンシーなどの評価の方法

多職種のメディカルスタッフによる評価については別途評価表を定め、指導管理責任者がこれを集積・評価致します。

C) プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

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、専攻医研修実績記録フォーマット、指導医による指導とフィードバックの記録など、研修プログラムの効

果的運用に必要な書式を整備しています。

1) 専攻医研修マニュアル

下記の事項を含むマニュアルを整備しています。

- ✓ 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

2) 指導者マニュアル

下記の事項を含むマニュアルを整備しています。

- ✓ 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

3) 専攻医研修実績記録フォーマット

診療実績の証明は日本救急医学会が定めるフォーマットを利用します。

4) 指導医による指導とフィードバックの記録

- (1) 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。
- (2) 専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を臨床技能評価小委員会に提出します。
- (3) 書類作成時期は毎年10月末と3月末とする。書類提出時期は毎年11月（中間報告）と4月（年次報告）とします。
- (4) 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。
- (5) 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ように致します。

5) 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、指導医講習会を実施し指導医の参加記録を保存します。

VIII. 専門研修プログラムの評価と改善

A) 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システムを用いて、専攻医は「指導医に対する評価」と「プログラムに対する評価」を日本救急医学会に提出していただきます。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が保証されています。

B) 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

本研修プログラムが行っている改善方策について以下に示します。

- 1) 専攻医は年度末（3月）に指導医の指導内容に対する評価を研修プログラム統括責任者に提出（研修プログラム評価報告用紙）します。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、これをもとに管理委員会は研修

プログラムの改善を行います。

- 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致します。
- 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。

C) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本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の計画を以下に示します。

- 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、研修連携施設責任者、関連施設責任者は真摯に対応します。
- 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、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。

D) プログラムの管理

- 1) 本プログラムの基幹研修施設である埼玉医科大学国際医療センターに救急科専門医研修プログラム管理委員を設置します。
- 2) 管理委員会は専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理するものであり、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で構成されます。
- 3) 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こととします。
- 4) 研修プログラム統括責任者は、連携研修施設を2回/年、サイトビジットを行い、主にカンファレンスに参加して研修の現状を確認するとともに、専攻医ならびに指導医と面談し、研修の進捗や問題点等を把握致します。

E) プログラムの修了判定

年度（専門研修3年修了時あるいはそれ以降）に、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専攻医の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修了時に日本救急医学会に提出します。

F) 専攻医や指導医による日本専門医機構もしくは日本救急医学会への直接の報告

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）、埼玉医科大学国際医療センター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もしくは日本救急医学会に訴えることができます。

電話番号：03-3201-3930

E-mail：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

IX. 応募方法と採用

A) 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) 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。面接の日時・場所は別途通知します。

- (3) 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。
- (4) 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。

B) 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（平成30年（2018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（平成30年4月1日付で入会予定の者も含みます。）

C) 応募期間

平成29年8月1日から月日(予定)

D) 応募書類

- (1) 申請書
- (2) 履歴書
- (3) 医師免許証（コピー）
- (4) 臨床研修修了登録証（コピー）あるいは修了見込証明書
- (5) 保険医登録票（コピー）
- (6) 所属先の所属長の推薦書

E) 問い合わせ先および提出先

〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1
埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター
電話番号：042-984-0079、FAX：042-984-0594
E-mail：imckensh@saitama-med.ac.jp