



救急専門研修プログラム



プログラムの名称:東北医科薬科大学病院 救急専門研修プログラム

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。国民にとってこのよう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救命救急医療を提供できる」救急科専門医を育成することです。救急科専門医育成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には、初期治療からシームレスに根本治療や集中治療の中心的役割を担うことも可能です。さらに地域の救急医療体制、特に病院前救急医療システムと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、東北医科薬科大学病院の救急科専門研修プログラムを終了することによって、標準的な救命救急医療を提供でき、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。

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・適切に診断・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間連携の維持・発展に関与することにより、地域全体の救急医療の質の維持、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

A) 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、様々な緊急度・重症度の救急患者に、適切な初期診療を行うことができる。
- (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うことができる。
- (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、ドクターヘリを活用した病院前診療を実践できる。
- (6) 病院前救急医療システムと連携してメディカルコントロールを実践できる。
- (7) 災害医療において指導的立場で多職種と連携できる。
- (8) 救急診療に関する教育指導を行うことができる。
- (9) 救急・集中治療診療の科学的評価や検証を行うことができる。

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し、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) プロフェッショナルリズムに基づき、自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たすことができる。
- (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する。
- (6) チーム医療の一員として行動することができる。
- (7) 後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行うことができる。

B) 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、評価方法が表として付属資料に記述されています。経験すべき疾患、病態疾患・病態は必須項目と努力目標とに区分されています。

C) 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)を行う。
- (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を行う。
- (3) 診療科もしくは専攻医対象の抄読会や勉強会に参加する。

2) 臨床現場を離れた学習

- (1) 救急・集中治療医学、災害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) 統括責任者は ICLS ディレクター・JMECC ディレクター・AHA ACLS ディレクターを有しており、ICLS(AHA/ACLS を含む) コースを受講し、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 e-Learning などを利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) 基幹施設である東北医科薬科大学には付属施設として図書館があり、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) 手技を体得するための専門施設(メディカルトレーニングセンター)や教育ビデオなどを利用したトレーニングを実施しています。

D) 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

本救急科専門研修プログラムでは専攻医のカリキュラム修得状況について、指導医が 6 か月毎の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救急科専門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、研修施設異動時(中間報告)および毎年度末(3 月、年次報告)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(Faculty Development, FD)

東北医科薬科大学病院の指導医は臨床研修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になります。

(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になります。

(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、専攻医の日常臨床の観察を通して、診療看護師(Nurse Practitioner)、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床工学技士、MSW などによる“360 度評価”を研修施設ごとに行うよう予定しています。

Ⅲ. 募集定員:3 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。以下の表に本プログラムでの基幹施設と11つの連携施設の教育資源からみた専攻医受入上限数の算定状況を示します。

教育資源一覧表(専攻医受入上限算定)

		必要数	病院群				
			基幹	連携 A	連携 B	連携 C	連携 D
指導医数		基幹 2, 連携1	4	16	6	4	3
疾病 分類	心停止	15 以上	34	30	15	10	35
	ショック	5 以上	90	20	5	10	100
	内因性救急疾患	45 以上	3750	200	45	30	1600
	外因性救急疾患	20 以上	900	100	20	20	140
	小児および特殊 救急	6 以上	600	50	6	10	20
小計		91	5374	400	91	80	1895
救急 受入	救急車(ドクター カー、ヘリ含む)	500 以上	2500	100	500	100	1000
	そのうち救急入院 患者	200 以上	1350	100	200	60	800
	そのうち重症救急 患者	20 以上	97	100	20	20	200

病院群							合計	必要数 との比
連携 E	連携 F	関連 G	連携 H	連携 I	関連 J	連携 K		
3	3	0	1	1	0	7	48	
50	40	80	5	2	30	30	361	24
30	10	171	10	7	50	40	543	109
800	1200	4978	880	70	1000	100	14653	326
240	500	66	200	220	800	30	3236	162
120	45	46	200	0	500	5	1602	267
1240	1795	5341	1295	299	2380	205	20395	887
1200	1200	1763	700	500	700	100	10363	21
250	180	1051	280	240	350	80	4941	25
100	300	93	140	3	200	20	1293	65

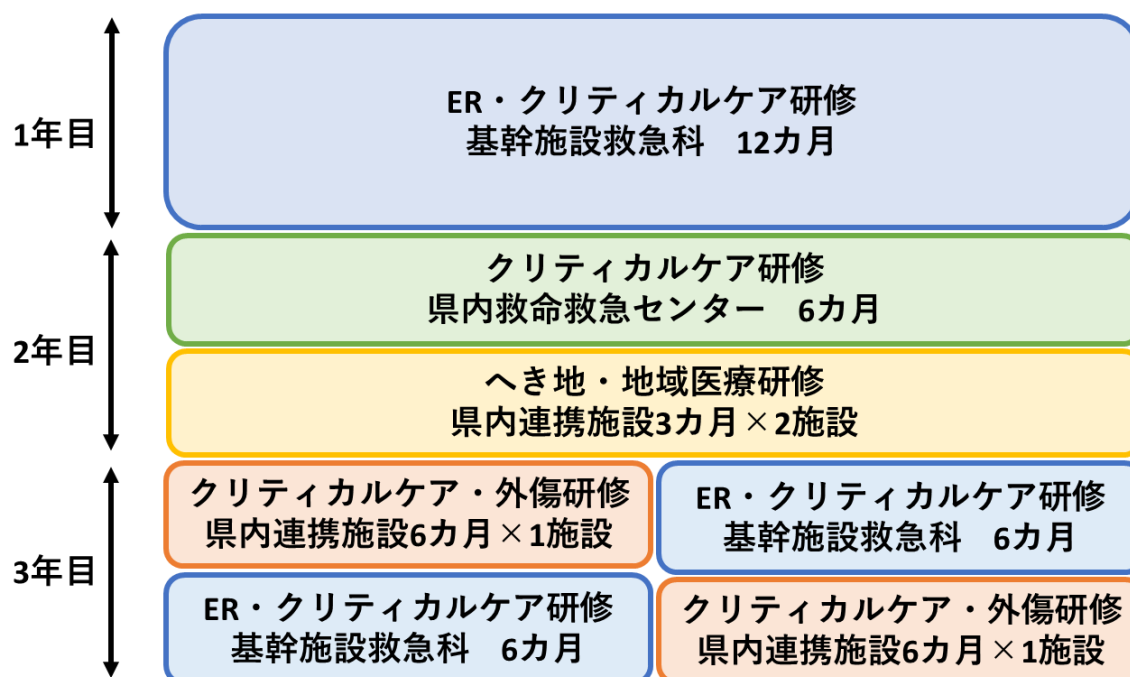
本プログラムの病院群では指導医総数は 54 名で、救急車数および症例数は必要数の 15

倍以上ありますが、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 3 人／年としました。

IV. 研修プログラム

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 Walk-in から重症救急症例の初療・集中治療(クリティカルケア)診療部門を合わせて 12 ～18 か月、連携研修施設での ER 診療部門、病院前診療および集中治療診療部門を 12 ～18 か月、僻地/地域医療研修 6 か月とします。



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、循環器専門医、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) 研修施設

本プログラムは、研修施設要件を満たした12施設によって行います。

1) 東北医科大学病院(基幹研修施設)

- (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
- (2) 指導医:研修プログラム統括責任者 救急医学会指導医1名、救急医学会専門医3名、その他の専門診療科資格医(心臓血管外科、呼吸器外科、外科、麻酔科、感染症科、循環器専門医1名(重複あり)、集中治療専門医2名(重複あり))
- (3) 救急車搬送件数:3400/年
- (4) 救急外来受診者数(救急車以外も含む):7200/年
- (5) 研修部門:救急外来、ICU、病棟

(6) 研修領域

- ① 救急外来における主に内科系2～3次患者・一般外傷の初期診療
- ② クリティカルケア・重症患者に対する診療、ECMO 診療
- ③ 心肺蘇生法・救急心血管治療
- ④ ショック
- ⑤ 重症患者に対する救急手技・処置
- ⑥ 救急医療の質の評価・安全管理、感染管理
- ⑦ 災害医療
- ⑧ 救急医療と医事法制

(7) 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。

身分:医員(後期研修医)勤務時間:8:30-17:15、夜勤 17:15-8:30

社会保険:共済

宿舍:あり(単身用のみ、希望者多数時は抽選、利用期限最大 2 年間、空き状況により利用できない場合あり)

医師賠償責任保険:適用されます

専攻医室:卒後研修支援センター内に個人スペースあり

健康管理:健康診断年 1 回、その他各種予防接種

(8) 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う。報告者の旅費は全額支給。参加費並びに論文投稿費用は一部支給。

(9) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日	
7								
			抄読会					
8	病棟・ICU回診							
	症例検討					診療(救急外来、ICU、一般病棟)		
9	ICU合同カンファランス							
10	診療(救急外来、ICU、一般病棟)							
11								
12								
13							診療(救急外来、ICU、一般病棟)	
14								
15								
16								
17	病棟・ICU回診							

2) 東北大学病院高度救命救急センター(県内連携基幹施設)(連携施設 A)

- (1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設(高度救命救急センター)、災害拠点病院、宮城県ドクターヘリ基地病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設
- (2) 指導者：救急科指導医 2 名、救急科専門医 16 名、救急科認定医 1 名、その他の専門診療科資格医(集中治療専門医 8 名、脳神経外科専門医 2 名、整形外科専門医 3 名、外科認定医 1 名、外科指導医 2 名、外科専門医 4 名、麻酔科専門医 2 名、麻酔科認定医 1 名(重複あり))
- (3) 救急車搬送件数：3000/年
- (4) 研修部門：高度救命救急センター(集中治療、熱傷、外傷など、多くのサブスペシャリティ領域の認定修練施設にもなっています)
- (5) 研修領域
 - ① クリティカルケア
 - ② ハイブリッド ER における重症救急患者に対する初期診療、根本的治療

- ③ 病院前救急医療(MC・ドクターカー、ドクターヘリ基地病院)
- ④ 心肺蘇生法・救急心血管治療
- ⑤ ショック
- ⑥ 重症患者に対する救急手技・処置
- ⑦ 外傷、外科領域の外科的手技・処置
- ⑧ 救急医療の質の評価・安全管理
- ⑨ 災害医療
- ⑩ 救急医療と医事法制
- ⑪ 学術活動と初期研修医に対する教育

(6) 施設内研修の管理体制:救急科領域専門研修管理委員会による

(7) 給与:病院規定による

(8) 身分:準職員、医員(後期研修医)

勤務時間:日勤 8:15-17:15、夜勤 16:45-8:45

週 40 時間を duty とするシフト制を基本とする。

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

宿舍:なし

健康管理:年 1 回。その他各種予防接種。

医師賠償責任保険:個人で加入

(9) 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う。参加費ならびに論文投稿費用は全額支給。

(10) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8	8:15-9:30 モーニングカンファランス:外来・入院症例のプレゼンテーションとディスカッション 第1 火曜日 7:30-8:15 外科系総合カンファランス 第3 火曜日 8:00-8:30 M&M カンファランス 第1 水曜日 8:15-8:45 放射線科合同カンファランス						
9							
10	ICU/HCU 回診(火曜日と金曜日は部長回診) ICU/HCU、一般病棟入院患者診療(処置・手術なども含む) 初療対応(ドクターヘリ含む)						
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17	16:45-17:30 イブニングカンファランス(夜勤スタッフへの申し送り) :外来・入院症例のプレゼンテーションとディスカッション						
18	医局会		スタッフ講義 (毎月1回)				
	・薬品説明会						
	・抄読会			神経救急 カンファランス (毎月1回)			
	・チームカンファランス ・研修医講義						

3) 仙台市立病院(県内連携基幹施設)(連携施設 B)

- (1) 救急科領域関連病院機能:三次救急医療施設(救命救急センター)、災害拠点病院、仙台市救急ステーション高度処置救急車(ドクターカー)配備、地域メディカルコントロール協議会中核施設。
- (2) 指導者:救急科指導医 2 名、救急科専門医 4 名、その他の診療科専門医師多数
- (3) 救急車搬送件数: 6,000/年
- (4) 救急外来受診者数:15,000/年
- (5) 研修部門:救命救急センター
- (6) 研修領域
 - ① ER での初療
 - ② 病院前診療(ドクターカー同乗)、メディカルコントロール
 - ③ 災害医療
 - ④ 心肺蘇生法・救急心血管治療
 - ⑤ 重症患者に対する救急手技・処置
 - ⑥ 重症患者の集中治療

- ⑦ 救急医療の質の評価・安全管理
- ⑧ 小児救急および特殊救急に対する診療
- (7) 施設内研修の管理体制:救急科領域専門研修管理委員会による。

時	月	火	水	木	金	土	日
7				研修医勉強会			
8	入院患者カンファ						
9	診療(救急外来、ドクターカー当番、ICU、HCU、一般病棟 等)					病棟当番 (月1回程度)	ドクターカー 日当直 (月1回程度)
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17	PTLS 勉強会 (月 1 回)		全科当直 (週1回程度)	研修医 勉強会 (月 1 回)			
18							

- 4) 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター(県内連携基幹施設)(連携施設 C)
- (1) 救急科領域関連病院機能:三次救急医療施設(救命救急センター)、基幹災害拠点病院、宮城県ドクターヘリ基地病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。
- (2) 指導者:救急科指導医 2 名、救急科専門医1名、その他の診療科専門医多数
- (3) 救急車搬送件数: 5,000/年
- (4) 救急外来受診者数:10,000/年
- (5) 研修部門:救命救急センター
- (6) 研修領域

- ① 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ② 重症患者に対する救急手技・処置
- ③ 救命救急センター病棟での入院診療
- ④ 病院前救急医療(地域メディカルコントロール、ドクターヘリ)
- ⑤ 救急医療の質の評価・安全管理
- ⑥ 災害医療
- ⑦ 救急医療と医事法制

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
7							
8	総回診 カンファレンス			抄読会	総回診 カンファレンス		
9	救急科入院症例カンファレンス						
10	診療(救急外来、救命救急センター病棟、一般病棟)						
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18		症例検討会					

5) 大崎市民病院(県内連携施設)(連携施設 D)

(1) 救急科領域関連病院機能:三次救急医療施設(救命救急センター)、災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。

(2) 指導者:救急科専門医 3 名、その他の診療科専門医(集中治療専門医 1 名 外科専門医 3 名 重複あり)

(3) 救急車搬送件数: 5,300/年

(4) 救急外来受診者数:10,000/年

(5) 研修部門:救命救急センター

(6) 研修領域

- ① クリティカルケア・重症患者に対する診療
- ② 心肺蘇生法
- ③ ショック
- ④ 重症患者に対する救急手技・処置
- ⑤ 災害医療
- ⑥ 地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8				抄読会			
	9	外来患者申し送り 入院患者検討会					診療(救急外来,ICU,HCU, 一般病棟)
ICU,HCU,一般病棟回診							
10	診療(救急外来,ICU,HCU, 一般病棟)	カンファレンス		診療(救急外来,ICU,HCU, 一般病棟)			
11							
12							
13							
14							
15							
16							
ICU,HCU,一般病棟回診							
17	外来患者申し送り						
18	週に2回程度の 当直とオンコー ル当番						

6) 石巻赤十字病院(県内連携施設)(連携施設 E)

(1) 救急科領域関連病院機能:三次救急医療施設(救命救急センター)、災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。

(2) 指導者:救急科専門医3名、その他の診療科専門医(循環器内科、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、神経内科、小児科、放射線科ほか)

(3) 救急車搬送件数: 5,600/年

(4) 救急外来受診者数:30,000/年

(5) 研修部門:救命救急センター

(6) 研修領域

- ① クリティカルケア・重症患者に対する診療
- ② 病院前救急医療(MC・ドクターカー)
- ③ 心肺蘇生法
- ④ ショック
- ⑤ 重症患者に対する救急手技・処置
- ⑥ 災害医療
- ⑦ 救急医療と医事法制
- ⑧ 地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
7							
	救急車 振り返り (週末分)				抄読会		
8		回診	回診	回診	回診		
		前日救急車 振り返り	前日救急車 振り返り	前日救急車 振り返り	前日救急車 振り返り		
9	救急外来・病棟診療・ドクターカー等					救急外来・病棟業務 (当番・オンコール対応)	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16	日中業務終了後回診						
17				薬剤、医療、機 器など説明会 (不定期)			
18							

7) みやぎ県南中核病院(県内連携施設)(連携施設 F)

- (1) 救急科領域関連病院機能:三次救急医療施設(地域救命救急センター)、災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。
- (2) 指導者:救急科指導医 1 名、救急科専門医 3 名、その他の診療科専門医(外科、整形外科、脳神経外科、麻酔科、放射線科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科ほか)
- (3) 救急車搬送件数: 4,300/年
- (4) 救急外来受診者数:17,000/年
- (5) 研修部門:救命救急センター
- (6) 研修領域
 - ① クリティカルケア・重症患者に対する診療
 - ② 心肺蘇生法
 - ③ ショック
 - ④ 重症患者に対する救急手技・処置
 - ⑤ 救急医療の質の評価・安全管理
 - ⑥ 災害医療
 - ⑦ ヘキ地・地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
7							
			MCC 月1回	画像カンファ レンス 月2回			
8	COVID19対策会議		医局会 月1回				
	ER 朝ミーティング、病棟回診					救急初療、病棟業務 (シフト制)	
9	外来症例レビュー						
	救急初療、ICU・病棟業務、RRS/MET対応						
10	RST回診					救急初療、病棟業務 (シフト制)	
11	救急初療、ICU・病棟業務、RRS/MET対応						
12							
13							
14							
15							
16							
16	ICU多職種 カンファ						
	病棟回診(指導医によるteaching round)						
17	ER 夕方ミーティング						

8) 独立行政法人労働者健康安全機構 東北ろうさい病院(県内連携施設)(連携施設 G)

(1) 救急科領域関連病院機能:地域二次救急医療施設、災害拠点病院。

(2) 指導者:救急科専門医 1 名、その他の診療科専門医(消化器外科、整形外科、麻酔科など)

(3) 救急車搬送件数: 3,500/年

(4) 救急外来受診者数:6,000/年

(5) 研修部門:救急外来・専門外来・病棟

(6) 研修領域

- ① 一般的な救急手技・処置・救急症候に対する診療
- ② 急性疾患に対する診療
- ③ 外科的・整形外科的救急手技・処置(特に腹腔鏡手術の症例数が多く、腹腔鏡手術手技の修得が可能、また整形外科疾患の経験も可能)
- ④ 重症患者に対する救急手技・処置

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8	カンファレンス		カンファレンス		カンファレンス		
	部長回診	病棟、手術、救急対応					
						病棟回診(当番制)	
手術							
	11						
12							
13							
14							
15	カルテ回診						
16							
17	ビデオ カンファレンス	病棟回診					
18	抄読会 症例検討会			がんサ ー ボ ー ド			

9) 仙台オープン病院(県内関連施設)(連携施設 H)

(1) 救急科領域関連病院機能:地域二次救急医療施設、災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。

(2) 指導者:その他の診療科専門医(心臓血管外科専門医 1 名、外科専門医 1 名)

(3) 救急車搬送件数: 3,500/年

(4) 救急外来受診者数:10,000/年

(5) 研修部門:救急外来

(6) 研修領域

- ① 一般的な救急手技・処置・救急症候に対する診療
- ② 急性疾患に対する診療
- ③ 消化器、呼吸器、循環器疾患の二次救急患者に対する緊急内視鏡検査・治療、緊急カテーテル検査・治療及び緊急手術等の専門的な治療
- ④ 地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8							
	症例検討及びカンファランス						
9	診療（救急外来）						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

10) 石巻市立病院(県内連携施設)(連携施設 I)

(1) 救急科領域関連病院機能:地域二次救急医療施設

(2) 指導者:救急科専門医 1 名、その他の診療科専門医(循環器内科、消化器内科、整形外科、麻酔科など)

(3) 救急車搬送件数: 1,100/年

(4) 救急外来受診者数:1,800/年

(5) 研修部門:救急診療室

(6) 研修領域

① 一般的な救急手技・処置・救急症候に対する診療

② 急性疾患に対する診療

③ ヘキ地医療・地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8							
	症例検討						
9	診療 (救急外来、病棟)						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

11) 気仙沼市立病院(県内連携施設)(関連施設 J)

(1) 救急科領域関連病院機能:地域二次救急医療施設、災害拠点病院、地域メディカルコントロール協議会中核施設。

(2) 指導者:その他の診療科専門医(脳神経外科、循環器内科、麻酔科、外科ほか)

(3) 救急車搬送件数: 2,000/年

(4) 救急外来受診者数:6,000/年

(5) 研修部門:救急診療室

(6) 研修領域

① 一般的な救急手技・処置・救急症候に対する診療

② 急性疾患に対する診療

③ ヘキ地医療・地域医療

(7) 週間スケジュール

時	月	火	水	木	金	土	日
8							
	夜間救急症例検討会・ICU回診					診療(救急外来、ICU、 一般病棟)	
9	診療(救急外来、ICU、 一般病棟)						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17	病棟・ICU回診						

年 1 回みやぎドクターヘリ宮城県北症例検討会、年 4 回救急症例検討会(気仙沼・本吉広域防災センター)、年 12 回気仙沼市立病院研修医症例検討会

- 12) 東京都立多摩総合医療センター(地域外連携基幹施設)(連携施設 K)
- (1) 救急科領域関連病院機能: 三次救急医療施設(救命救急センター)、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関、ECMO センター、地域メディカルコントロール協議会中核施設、総合周産期母子医療センター(母体救命対応総合周産期母子医療センター)。
 - (2) 指導者: 救急科指導医 2 名、救急科専門医 11 名
 - (3) 救急車搬送件数: 6,000/年
 - (4) 救急外来受診者数: 40,000/年
 - (5) 研修部門: 救命救急センター(救急初療室、救命救急センター病棟、ICU、HCU)、ER、一般病棟
 - (6) 研修領域
 - ① ER における重症救急患者診療
 - ② 心肺蘇生法、救急心血管治療
 - ③ 重症患者に対する救急手技・処置(ER・外科的・整形外科的救急手技・処置)
 - ④ 集中治療室、救命救急センター病棟での入院診療、ECMO 診療
 - ⑤ 救急医療の質の評価・安全管理
 - ⑥ 災害医療
 - ⑦ 救急医療と医事法制
 - ⑧ ドクターカーを運用し行う病院前診療
 - ⑨ 伊豆諸島、小笠原諸島からのヘリ搬送要請事案への同乗
 - ⑩ Mobile ECMO Team による病院間搬送
 - (7) 週間スケジュール(救命救急センター)

時	月	火	水	木	金	土	日
8							
	モーニングレクチャー						
9	朝カンファレンス(新患プレゼンテーション及び重症患者申し送り)						
10							
11	回診(救命救急センター、ICU,HCU), 及び各患者担当看護師とのショートカンファレンス						
	三宅教授回診						
12	多職種リハビリカンファ 看護師との合同カンファ						
13							
14							
15							
16							
17	創傷カンファ	ECMO勉強会	抄読会	M&Mカンファ	ECMO シミュレーション		
18	タカンファレンス(朝カンファでの問題点解決の状況、日中の新患プレゼンテーション・治療方針、当直者への申し送り)						
		シニア連絡会1回/月	ERカンファ	小児総合とのECMO勉強会 1回/月 有志によるECMO 抄読会	画像カンファ		

C) 研修年度ごとの研修内容

1) 1 年目:東北医科薬科大学病院(基幹研修施設救急科)12 か月。

救急外来で上級医とともに Walk-in 患者、救急車で搬送された患者の初期診療にあたります。中等症～重症患者の主治医となり、診断と治療、家族への説明、他科との連携を学ぶことができます。重症外傷・広範囲熱傷以外のあらゆる重症度の救急患者を経験します。

- (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、外傷、中毒、意識障害、敗血症、心停止(E-CPR を

含む)、重症急性呼吸不全(VV-ECMOを含む)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。

2) 2年目(前半6か月):県内の救命救急センター(連携病院A~F)。

ドクターカーやドクターヘリによる病院前診療の臨床経験に加えて、重症救急患者の全身管理や集中治療室の運営・管理を学ぶことができます。

- (1) 研修到達目標:初期救急から重症救急を一括して診療する体制を有する(いわゆるER)施設において、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・多部門連携のための調整能力をさらに高めます。
- (2) 指導体制:救急部門専従の救急科指導医、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、入院患者管理を経験することができます。

3) 2年目(後半6か月):県内の市中病院(連携/関連施設G~J)3か月×2施設

宮城県内の救急医療に貢献すべく、地域の二次救急指定病院でへき地医療・地域医療を経験することができます。

- (1) 研修到達目標:初期救急から二次救急を診療する体制を有する施設において、救急受け入れ・初期診療・重症度判定から、地域連携による高次搬送について学びます。救急診療における緊急度把握能力と多職種・多部門連携のための調整能力を高めます。
- (2) 指導体制:連携施設では救急部門専従の救急科専門医によって、関連施設では各科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、初期救急から二次救急症例の初期診療、入院患者管理を研修します。

4) 3年目(6か月×2施設):外傷・Acute Care Surgeryを経験可能な県内もしくは県外の救命救急センター(連携病院A~D、K)6か月および東北医科薬科大学病院救急科(基幹施設)6か月。

- (1) 研修到達目標:救急初期診療のうち、特に蘇生、緊急止血、創傷・骨折処置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:救急科指導医・専門医、外科、整形外科の指導医、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：上級の救急医および各診療科の専門医の助言支援体制のもと、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。外科研修（外傷・急性腹症・気管切開）では上級医の指導のもと、外科的基本的知識と創処置技能修得のために手術の助手を経験し、術後管理にも携わります。ドクターカーまたはドクターヘリによる病院前診療を行い、さらに外傷を始めとした症例登録も担当します。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。上級医の指導のもと、救急患者の病院前診療、外来・入院患者管理を実践して頂きます。

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。基幹・連携研修施設間における Web 会議システムを利用した症例検討会(3 か月に 1 回)に参加し、最低 3 回症例報告をして頂きます。
- (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スギャ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 回行います。また論文を 1 編作成できるように指導を行う予定をしております。

研修プログラムの例

病院群ローテーション研修の実際として、以下に専攻医 3 人(専攻医 1、2、3)のプログラム例を示しています。基幹施設である東北医科薬科大学病院では救急初期診療と入院が必要な中等症～重症患者に対する様々なレベルの集中治療の研修を行います。東北医科薬科大学病院は救命救急センターではないため、2 年目の前半で宮城県内の救命救急センターにおいて 3 次救急の修練を積みます。2 年目後半は 3 カ月毎にへき地・地域医療を重視したローテーションを行います。3 年目は基幹施設もしくは県外を含む救命救急センターでそれぞれ半年ずつ、より高度な救急医療・集中治療の習得に重点を置いています。

専攻医	1年目	2年目		3年目	
1	基幹施設	A	B	C	基幹施設
2	基幹施設	A	B	基幹施設	C
3	基幹施設	A	B	C	基幹施設

A：県内の救命救急センター（連携施設A～F）6カ月
 B：県内の市中病院（連携施設G～J）3カ月×2
 C：県内・外の救命救急センター（連携施設A～E, K）6カ月

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東北医科薬科大学病院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 3400 台、専門研修指導医数は 4 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。
- 3) 施設実地調査(サイトビジット)による評価を受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 遠藤智之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東北医科薬科大学の常勤医であり、救急科の専門研修指導医です。
- 2) 24 年の臨床経験があり、救急科専門医として 3 回の更新を行い、日本救急医学会指導医です。
- 3) 救急医学に関する論文を筆頭著者として 2 編、共著者として 11 編発表し、十分な研究経験と指導経験を有しています。
- 4) 臨床研修指導医養成講習会を受講しています。

C) 基幹施設指導医の認定基準

また、もう 3 名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を受講しています。

D) 専門研修連携施設の認定基準

本プログラムを構成する施設群の 11 連携施設は専門研修連携施設の認定基準を満たしています。

要件を以下に示します。

- 1) 専門性および地域性から本専門研修プログラムで必要とされる施設です。
- 2) これら研修連携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します。
- 3) 症例数、救急車受入件数、専門研修指導医数、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連携施設の申請基準を満たしています。
- 4) 当該施設が専門研修指導医を有していなくても、地域の救急医療を中心的に担う施設については、専門研修施設群として十分な教育体制が整っていれば専門研修関連施設として認定することができます。
- 5) 施設認定は救急科領域研修委員会が行います。
- 6) 基幹施設との連携が円滑に行える施設です。

E) 専門研修施設群の構成要件

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します。

- 1) 研修基幹施設と研修連携施設が効果的に協力して指導を行うために以下の体制を整えています。
- 2) 専門研修が適切に実施・管理できる体制です。
- 3) 研修施設は一定以上の診療規模(病床数、患者数、医療従事者数)を有し、地域の中心的な救急医療施設としての役割を果たし、臨床各分野の症例が豊富で、充実した専門的医療が行われています。
- 4) 研修基幹施設は 2 人以上、研修連携施設は 1 人以上の専門研修指導医が在籍します。

- 5) 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予定です。
- 6) 研修施設群間での専攻医の交流を可とし、カンファレンス、抄読会を共同で行い、多くの経験および学習の機会があるように努めています。

F) 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、特定の地理的範囲に限定致しません。しかし宮城県の地域性のバランスを考慮した上で、専門研修基幹施設とは異なる医療圏も含めて、専門研修連携病院とも施設群を構成しています。研修内容を充実させるために、宮城県内でも医療資源に制限がある施設における一定期間の専門研修を含むことになります。

G) 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・地域連携を以下ごとく 3 カ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) 災害派遣や災害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。

H) 研究に関する考え方

- 1) 基幹施設である東北医科薬科大学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てる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（参考：http://www.jaam.jp/html/senmoni/senmoni_2017_4.pdf）で、筆頭者として少なくとも1回の発表を行っていただきます。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（筆頭著者もしくは共同研究者共同研究者での共著者として）も行っていただきます。
- 3) 日本救急医学会が認める外傷登録や心停止登録（JAAM OHCA レジストリ）などにおける研究に参加し症例登録を行っていただきます。このような症例登録は学術活動と

して評価され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。

I) 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

本プログラムで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 ヶ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 ヶ月まで認めます。
- 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 年半以上必要です。
- 6) 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。
- 7) 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救急科専門研修プログラム管理委員会を置き、また基幹施設に、救急科専門研修プログラム統括責任者を置きます。

B) 連携施設での委員会組織

専門研修連携施設(A～K)では、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います。(メーリングリストや Web 会議などを活用し、年に1-2回の開催を目標としています)

C) 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に関して、最大限に配慮します。
- 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などについては研修を行う施設で負担します。おのこ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

救急科専攻医プログラムでは、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、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専攻医研修実績記録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専門医機構の救急科領域研修委員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救急科専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- (3) 書類提出時期は、研修施設異動時(中間報告)および年度末(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および専門医機構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東北医科薬科大学病院に救急科専門研修プログラム管理委員(以下管理委員会)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者で構成されます。
- 3) 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、専攻医を派遣している連携研修施設を 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

修了年度(専門研修 3 年終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。専攻医の診療実績など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)、東北医科薬科大学病院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) 基幹施設の救急専門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
臨床研修修了登録証を有すること(令和5年(2023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。)
- (2) 一般社団法人日本救急医学会の正会員であること(令和5年4月1日付で入会予定の者も含みます。)

C) 応募期間: 令和4年11月1日から11月15日(予定)

D) 応募書類: 願書、履歴書、医師免許証の写し、臨床研修修了登録証の写し

問い合わせ先および提出先:

〒983-8512 宮城県仙台市宮城野区福室 1-12-1

東北医科薬科大学病院 卒後研修支援センター

電話番号:022-259-1221、FAX:022-259-1232

E-mail:kenshu-shien@tohoku-mpu.ac.jp