

山口大学救急科専門いしんプログラム



2025 年度版



目次

I.	理念と使命	P. 2
II.	研修カリキュラム	P. 3
III.	募集定員	P. 7
IV.	研修プログラム	P. 8
V.	専門研修施設とプログラム	P. 16
VI.	専門研修プログラムを支える体制	P. 18
VII.	専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備	P. 18
VIII.	専門研修プログラムの評価と改善	P. 19
IX.	応募方法と採用	P. 20

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（プレホスピタル）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、本大学の救急科専門医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。

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あります。

「救急医学」は研究と教育を指し、「救急医療」は診療を指す言葉とご理解ください。私たちには幸い救急医療を行う場として「先進救急医療センター」[英語名を Advanced Medical Emergency & Critical Care Center、略して AMEC³（エーメック・スリー）]があります。大学病院併設型三次救命救急センターとして各診療科の協力のもとに、ICU 20床で運営しています。現在、年間受入れ患者数は約 1,300 人で、内訳のトップ 3 は、外因性傷病（外傷、急性中毒、熱傷など）、心血管疾患、脳神経疾患で、それぞれ救急科、循環器内科、脳神経外科が中心になって診療しています。また、人工呼吸療法、血液浄化療法、体温管理療法などの集中治療が必要な場合、救急科専門医がサポートしています。すなわち外因性傷病の他にも重症呼吸不全(ARDS)、重症感染症（敗血症）、蘇生後脳症など救急科が主治医となって診療する場合と、他科が主治医の患者を集中治療医として積極的にサポートする両方の役目を AMEC³の医師は担っています。反対に、外傷患者では整形外科や

脳神経外科、急性中毒患者では精神科、熱傷では皮膚科など、他科の診療協力を得て AMEC³ の円滑な運営が行われています。また、空床の確保のため宇部・山陽小野田市あるいは県内の病院と綿密に連携しています。

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（日本救急医学会 HP 掲載）に準拠し行われます。本プログラムに沿った専門研修によって専門的知識、専門的技術、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發揮できる。
- (8) 救急診療に関する教育指導が行える。
- (9) 救急・集中治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身につける。
- (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する。
- (6) チーム医療の一員として行動する。
- (7) 後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行う。

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記述されています。

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)
- (2) 診療科での回診、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への参加と症例発表
- (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

山口大学病院の標準的週間予定表 (クリティカルケア)

山口大学病院 先進救急医療センター週間スケジュール

	開始時刻	月	火	水	木	金	土/日
午前	8:00			抄読会			
	8:30	入院・外来・ドクターカー/ヘリ全症例カンファレンス					
	9:30	センター入室患者ラウンド					
	11:00			教授回診			
午後	12:00	救急初療担当/主治医 /ドクヘリ当番/夜勤/ 休みのうちいずれか 【夜勤】18:30~ 申し送りとラウンド		クリニカルカンファレンスなど	救急初療担当/主治医/ドクヘリ 当番/夜勤/休みのうちいずれか 【夜勤】18:30~ 申し送りとラウンド		
	16:00 (第3週)			救急事例検討会			
	17:30 (隔月第2週)			ドクターヘリスタッフ会議			
	17:00 (不定期)			DMAT連絡会議			



県立総合医療センターほかその他の標準的週間予定表 (ER 研修・地域医療研修)

山口県立総合医療センター 週間予定表

	開始時刻	月	火	水	木	金	土/日
午前	8:35	入院・外来患者カンファレンス					日直もしくは宿直の場合あり
	9:05	ER当番もしくは病棟(一般病棟、HCU、ICU)					
午後	12:30	ER当番もしくは病棟(一般病棟、HCU、ICU) 当直(宿直)の場合もあり					救急講習会(4月～7月)
	18:00	隔週抄読会(水)					

横浜労災病院 救命救急センター 週間スケジュール例

完全二交代制:一ヶ月間に7日勤7夜勤を行う。月曜と水曜に日勤、木曜に夜勤を行った場合の例。

時	月	火	水	木	金	土	日
	日勤日	休日	日勤日	夜勤日	休日	休日	休日
7:30			症例カンファレンス				
8:15	外来・入院患者カンファレンス		外来・入院患者カンファレンス		外来・入院患者カンファレンス		
8:45～	救急外来・病棟対応		画像・症例カンファレンス				
12:00	適宜 昼食		適宜 昼食				
12:30～	救急外来・病棟対応		救急外来・病棟対応				
17:00	外来・入院患者カンファレンス		外来・入院患者カンファレンス	外来・入院患者カンファレンス			
17:30～	帰宅		帰宅	救急外来・病棟対応			
				適宜 夕食 適宜 1時間半の休息			

関門医療センター 救命救急センター 週間スケジュール

時間	月	火	水	木	金	土	日
8:30	ERでの救急車対応					基本的に休日とするが、重症患者を受け持つ場合は交代制で治療にあたることもある	
12:00	休憩						
12:45	ERでの救急車対応						
	※並行して適宜ICUや救命センターの重症入院患者の全身管理						
17:00	救急患者カンファレンス						

※空き時間は、自己学習、研究、教育

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、MCLS コースを優先的に履修できるようにします。また、学術集会への発表者を優先しますが、費用の一部（交通費など）を負担致します。
- (2) ICLS 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ように配慮しています。
- (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) 基幹施設である山口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可能で、事務員または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

本救急科専門医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年度の

中間（9月）と年度終了直前（3月）に研修プログラム管理委員会へ提出することになります。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）

本大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、臨床工学技士、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です。

Ⅲ. 募集定員：5名／年

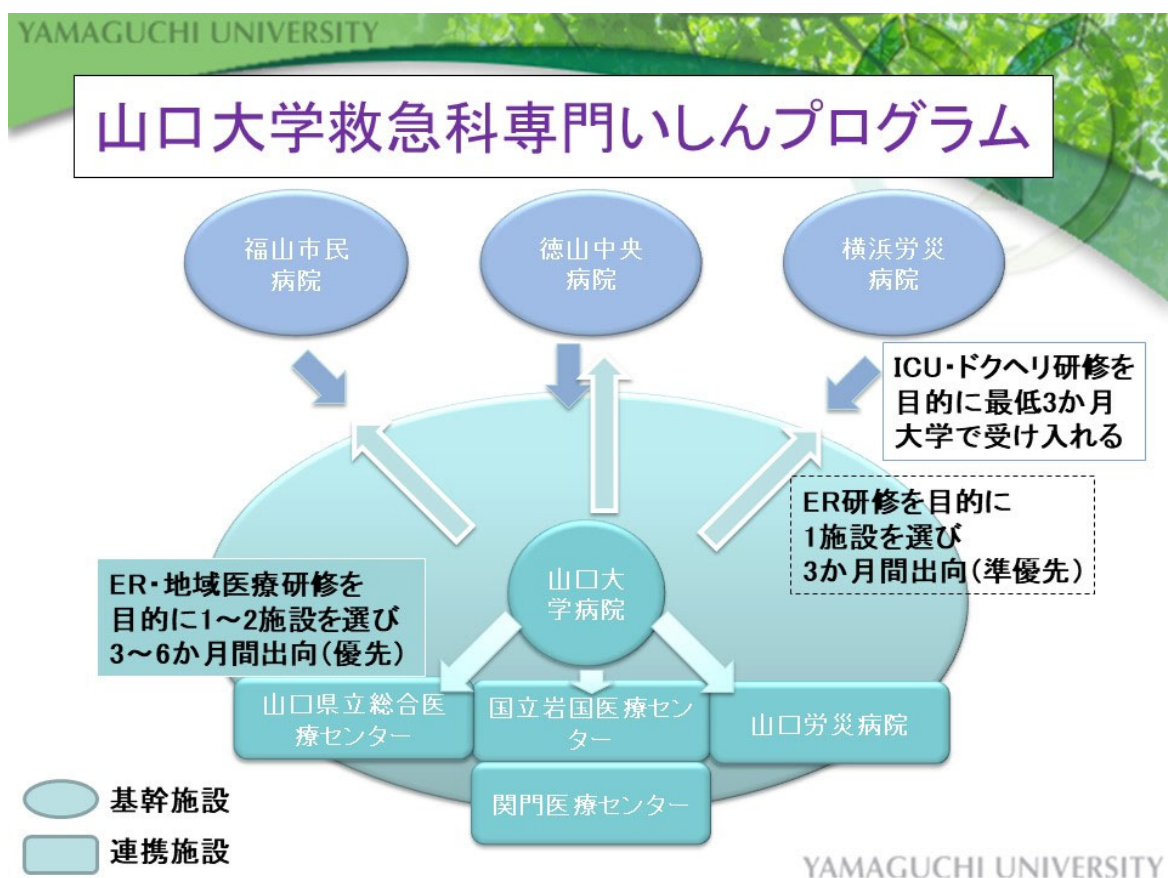
救急科領域研修委員会の基準にもとづいた、本救急科領域専門研修プログラムにおける専攻医受入数を示しています。各施設全体としての指導医あたりの専攻医受入数の上限は1名／年と決められております。1名の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医総数は3名以内です。以下の表に本プログラムでの基幹施設と7つの連携施設の教育資源からみた専攻医受入上限数の算定状況を示します。



教育資源一覧表（専攻医受入上限算定）

	必要数	施設群								合計	必要数との比	
		基幹	A	B	C	D	E	F	G			
指導医数	基幹2、連携1	8	2	2	3	12	4	1	1	33		
救急受入	病床数	736	504	530	519	650	506	400	313	4158		
	救急車数	500以上	1984	2582	4231	4700	6930	3198	1000	635	25260	50.5
	救急入院患者数	200以上	1254	1524	2429	961	5284	2119	500	307	14378	71.9
	重症患者数	20以上	1254	738	1564	372	1558	597	300	77	6460	323.0
疾病分類	心外心停止	15以上	99	133	130	75	261	114	16	15	843	56.2
	ショック	5以上	23	84	95	34	96	70	30	4	436	87.2
	内因性救急疾患	45以上	790	289	1248	282	916	506	1000	294	5325	118.3
	外因性救急疾患	20以上	266	230	877	138	216	312	600	415	3054	152.7
	小児および特殊疾患	6以上	76	2	79	29	59	121	65	57	488	81.3
小計	91	1254	738	2429	558	1548	1123	1711	785	10146		

本プログラムの病院群では指導医総数は33名ではありますが、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5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）診療部門（希望に応じてドクターヘリまたはドクターカー研修を含む）18～33か月、ER診療部門またはへき地/地域医療研修3～18か月とします。

B) 研修施設群の概要

研修施設本プログラムは、研修施設要件を充たした8施設によって行います。

1) 山口大学医学部附属病院（基幹研修施設）

- (1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療施設（高度救命救急センター）、ドクターヘリ基地病院、DMAT 指定病院、ドクターカー配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設
- (2) 指導医：研修プログラム統括責任者 TR・日本救急医学会指導医4名＝TR、FM、YT、KY・日本救急医学会専門医9名＝TR、KK、FM、TM、KY、YT、IT、AR、HK・日本集中治療医学会専門医7名＝TR、KK、FM、TM、NT、KY、YT
- (3) 救急車搬送件数：2,000/年
- (4) 研修部門：高度救命救急センター
- (5) 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(体外循環式心肺蘇生法を含む)
 - 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 救急医療と医事法制
 - ⑧ 病院前診療（MC・ドクターカー・ヘリ）
- (6) 研修の管理体制：院内救急科領域専門研修管理委員会（FM、KK）によって管理される。
身分：医員（後期研修医）勤務時間：8:00-19:00（日勤）、18:30-8:30（夜勤）
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
宿舎：なし、医師賠償責任保険：適用されます。
- (7) 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、ヨーロッパ集中治療医学会など救急・集中治療医学領域の学術集会への1回以上の参加ならびに報告を行う。

2) 山口県立総合医療センター（県内連携施設 A）

- (1) 救急科領域関連病院機能：へき地診療も行う救命救急センター、ヘリポートあり、災害基幹病院、DMAT 指定病院、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設。
- (2) 指導者：救急科指導医2名。
- (3) 救急車搬送件数：2,600/年
- (4) 救急入院患者数（救急車以外も含む）：1,500/年
- (5) 研修部門：救命救急センター（ICU）、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 外因性救急に対する診療
- ④ 小児および特殊救急に対する診療
- ⑤ へき地医療・地域医療

(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。

3) 国立病院機構岩国医療センター（県内連携施設 B）

(1) 救急科領域関連病院機能：へき地診療も行う救命救急センター、ヘリポートあり、災害拠点病院、DMAT 指定病院、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設。

(2) 指導者：救急科指導医 2 名、その他の診療科専門医（1 名、副院長）

(3) 救急車搬送件数：4,200/年

(4) 救急入院受診者数（救急車以外も含む）：2,400/年

(5) 研修部門：救命救急センター

(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 外因性救急に対する診療
- ④ 小児および特殊救急に対する診療
- ⑤ へき地医療・地域医療

(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。

4) 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）徳山中央病院（県内連携基幹施設）（連携施設 C）

(1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院、周南地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設、へき地医療拠点病院、DMAT 指定病院

(2) 指導者：指導医 2 名

(3) 救急車搬送件数：約 5,500 件/年

(4) 救急外来受診者数：約 28,000 人/年

(5) 研修部門：救命救急センター（救急外来、救命救急センター病棟（HCU））、ICU、一般病棟

(6) 研修領域

- ① 救急室における救急外来診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
- ② 外科的・整形外科的救急手技・処置
- ③ 患者に対する救急手技・処置
- ④ 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
- ⑤ 救急医療の質の評価 ・安全管理

- ⑥ 地域メディカルコントロール (MC)
 - ⑦ 災害医療
 - ⑧ 「周南地域 休日・夜間こども急病センター (周南地域医師会等の協力による小児救急対応のためのセンター)」 を中心とした小児救急対応
- (7) 研修の管理体制：研修プログラム管理委員会による。

6) 労働者健康福祉機構横浜労災病院 (県外連携基幹施設) (連携施設 D)

- (1) 救急科領域の病院機能：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 (MC) 協議会中核施設。
- (2) 指導医：救急指導医 8 名。救急科専門医 12 名、その他の専門診療科専門医師 (集中治療科 2 名、小児科 1 名)。
- (3) 救急車搬送件数：7,000/年
- (4) 救急外来受診者数：27,000 人/年
- (5) 研修部門：救命救急センター (救急室、集中治療室、救命救急センター病棟)
- (6) 研修領域
 - ① 救急室における救急外来診療 (クリティカルケア・重症患者に対する診療含む)
 - ② 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - ③ 重症患者に対する救急手技・処置
 - ④ 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
 - 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
- (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。医師賠償責任保険：各個人による加入を推奨。
- (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個人持ちとなる。

7) 福山市民病院 (県外連携基幹施設) (連携施設 E)

- (1) 救急科領域関連病院機能：三次救命救急センター、ヘリポートあり、災害拠点病院、DMAT 指定病院、地域メディカルコントロール (MC) 協議会中核施設。
- (2) 指導者：救急指導医 4 名。
- (3) 救急車搬送件数：3,200 /年
- (4) 救急入院患者数：2,000 /年
- (5) 研修部門：救命救急センター
- (6) 研修領域

- ① 救急室における救急外来診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
 - ② 外科的・整形外科的救急手技・処置
 - ③ 患者に対する救急手技・処置
 - ④ 集中治療室、救命救急センター病棟における入院診療
 - ⑤ 救急医療の質の評価・安全管理
 - ⑥ 地域メディカルコントロール（MC）
 - ⑦ 災害医療
- (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。

8) 独立行政法人 国立病院機構 関門医療センター（県内連携施設）（連携施設 F）

- (1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療機関、救命救急センター、災害拠点病院
- (2) 救急科専門医 1 名、総合診療部医師 2 名、その他の専門診療科専門医師（外科、整形外科、IVR の出来る放射線科医師など）
- (3) 救急車搬送件数： 2,929 件/年
- (4) 救急外来受診者数： 9,583 人/年
- (5) 研修部門：ER、救命救急センター、ICU
- (6) 研修領域と内容
 - ① ER における救急診療（クリティカルケア・重症患者に対する診療含む）
 - ② 整形外科的救急手技・処置(外傷含む)
 - ③ 重症患者に対する救急手技・処置
 - ④ ICU、救命センターにおける重症患者管理
- (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

9) 独立行政法人 労働者健康安全機構 山口労災病院（県内連携施設）（連携施設 G）

- (1) 救急科領域関連病院機能：救急告示病院、災害拠点病院
- (2) 指導者：救急科専門医 1 名。
- (3) 救急車搬送件数：1,700 件 /年
- (4) 救急入院患者数： ー/年
- (5) 研修部門：救急外来
- (6) 研修領域
 - ① 救急室における救急外来診療が主。（時に入院患者を担当、診療することもあり）
 - ② 内因性・外因性疾患の救急初期診療
 - ③ 救急外来診療に必要な手技
- (7) 施設内研修の管理体制：院内救急科領域専門管理委員会による。医師賠償責任保険は各個人による加入を推奨。

C) 研修年度ごとの研修内容

- 1) 1 年目：山口大学医学部附属病院（基幹研修施設救命救急センター）の 6 か月間は重症

患者の主治医となり、重症患者の診断と治療、家族への説明、他科との連携を学ぶことができます。後半の6か月では、救急当番（日勤または夜勤）に入り、上級医とともに救急車またはドクターヘリで搬送された患者の初期診療にあたります。場合によってはER研修または地域医療研修を3か月行います。

- (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。
 - (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：上級医の指導のもと、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。上級医の指導のもと、外科（外傷・急性腹症・気管切開）では外科的基本的知識と創処置技能修得のために、手術の助手を経験し、また術後管理に携わります。
- 2) 2年目：山口大学医学部附属病院（基幹研修施設救命救急センター）12か月、1年目で経験していない場合、ER研修または地域医療研修を6か月行います。山口大学病院では、主治医グループと救急当番グループを3か月ごとに経験し、救急・集中治療の実績をつみます。
- (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・多部門連係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。上級医の指導のもと、外科（外傷・急性腹症・気管切開）では外科的基本的知識と創処置技能修得のために、手術の助手を経験し、また術後管理に携わる。ドクターカーまたはドクターヘリによる病院前診療に従事し、さらに外傷を初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。
- 3) 3年目：山口大学医学部附属病院（基幹研修施設救命救急センター）の12か月、または一部連携病院（国立岩国医療センター）での12か月研修、あるいは1・2年目で経験していない場合、その他の連携施設で3か月研修を行います。主治医グループと救急当番グループを3か月ごとに経験し、さらなる救急・集中治療の研鑽をつみます。
- (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の実績を高めることができます。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・多部門連係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。上級医の指導のもと、外科（外傷・急性腹症・気管切開）では外科的基本的知識と創処置技能修得のために、手術の助手を経験し、また術後管理に携わります。ドクターカーまたはドクターヘリによる病院前診療に従事し、さらに外傷を初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。

4) 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災害訓練あるいは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します。

研修プログラムの例

施設群ローテーション研修の実際として、専攻医5人のプログラム例を説明します。山口大学病院でクリティカルケア・重症患者に対する診療病院前救急医療（MC・ドクターカー・ヘリ）を行い、専攻医研修の大部分をここで行うことができます。しかし、応募してきた専攻医の将来への夢、家族の事情、施設群の専攻医の人数などを鑑み、ER研修と地域医療研修（3～18か月）を決定します。施設群のなかでの選択法として、A～Bを優先的、C～Gを準優先とします。その理由は、地域の救急医療の安定化を図るためです。A～Bの連携施設からこのプログラムを選択した場合、頻回の住居移転を避けるため先にA～Bの施設でER研修と地域医療研修（3～18か月）を行い、その後に山口大学病院でのクリティカルケア・重症患者に対する診療病院前救急医療（MC・ドクターカー・ヘリ）を行っても構いません。以下に示すのはあくまでも例です。希望すればD、Eの県外連携施設（基幹施設兼任）で研修することが可能です。

専攻医	1年目	2年目	3年目
1	基幹施設（山口大学、クリティカルケア）		A 基幹施設
2	基幹施設（山口大学）	連携B	基幹施設（山口大学）
3	C	基幹施設（山口大学、クリティカルケア）	
4	基幹施設	D	基幹施設（山口大学、クリティカルケア）
5	基幹施設（山口大学）		連携B施設（ER・地域医療）

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山口大学医学部附属病院は以下の日本救急医学会による認定基準を充たしています。

- 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 2,000 台、専門研修指導医数は 8 名、ほか症例数、指導実績など日本救急医学会が別に定める専門研修基幹施設の申請基準を充たしています。
- 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 TR は下記の基準を充たしています。

- 1) 本研修プログラムの専門研修基幹施設である山口大学の常勤医であり、救命救急センターの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、30 年の臨床経験があります。

C) 基幹施設指導医の認定基準

残り 7 人の指導医も日本救急医学会によって定められている下記の基準を充たしています。

- 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少なくとも 1 回の更新または 5 年以上の経験があります。

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 9 連携施設は専門研修連携施設の認定基準を充たしています。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、指導実績など日本救急医学会が別に定める専門研修連携施設の申請基準を充たしています。
- 4) 施設認定は救急科領域研修委員会が行います。
- 5) 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、より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。しかし本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（山口大学病院）とは異なる医療圏の専門研修連携施設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、へき地など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となります。

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・地域連携を以下のごとく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) 専門研修基幹病院もしくは連携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、あるいは災害派遣の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

基幹施設である山口大学病院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。

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か月以内の休暇は、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か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書類の添付が必要です。
- 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か月まで認めます。
- 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、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~G)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(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への軽減に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) 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か月毎に1回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

多職種による社会的評価については別途評価表を定め、指導医がこれを集積・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

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研修プログラム管理システムを利用します
(日本救急医学会 HP 掲載)。
- 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研修プログラム管理システムを使用して行います。
 - (2) 指導医・指導責任者のチェックは毎年 10 月末と 3 月末とします。
 - (3) 研修プログラム管理委員会では指導医による評価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
研修プログラム管理システムを用いて、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管理システム上で行いません。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外部からの監査・調査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。
 - 3) 同僚評価によるサイトビジットをプログラムの質の客観的評価として重視します。

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山口大学医学部附属病院に救急科専門医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

最終研修年度（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。研修プログラムの修了により日本救急医学会専門医試験の第1次（救急勤務歴）審査、第2次（診療実績）審査を免除されるので、専攻医は研修証明書を添えて、第3次（筆記試験）審査の申請を行います。

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) 基幹研修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下記の期間に日本専門医機構のシステムへアクセスし、本プログラムへご応募ください。
- (3) 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。
- (4) 採否を決定後も、専攻医が定数に満たさない場合、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。
- (5) 専攻医の採用は、他の全領域と同時に一定の時期で行います。
- (6) 受け付けた専攻医の応募と採否に関する個人情報、専攻医データベースに登録されます。

B) 応募資格

- (1) 日本国の医師免許を有する

臨床研修修了見込証明書を有すること（令和7年（2025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7年4月1日付で入会予定の

者も含まれます)。

C) 応募期間：日本専門医機構のHP (<https://jmsb.or.jp/>) でご確認下さい。

D) 応募書類：履歴書、医師免許証の写し、研修修了見込証明書の写し。

問い合わせ先および提出先：

〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター

電話番号：0836-22-2343、FAX：0836-22-2344、e-mail：ko-taro@yamaguchi-u.ac.jp

