

専門研修プログラム整備基準

研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。
研修プログラムは日本専門医機構の中の「研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会」で審査され、基準に照らして認定されます。細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。

項目 専門領域 **麻酔** 科
番号

1 理念と使命

① 領域専門医制度の理念

1

麻酔科専門医制度は、周術期の患者の生体管理を中心としながら、救急医療や集中治療における生体管理、種々の疾病および手術を起因とする疼痛・緩和医療などの領域において、患者の命を守り、安全で快適な医療を提供できる麻酔科専門医を育成することで、国民の健康・福祉の増進に貢献する。

② 領域専門医の使命

2

麻酔科学とは、人間が生存し続けるために必要な呼吸器・循環器等の諸条件を整え、生体の侵襲行為である手術が可能なように管理する生体管理医学である。麻酔科専門医は、国民が安心して手術を受けられるように、手術中の麻酔管理のみならず、術前・術中・術後の患者の全身状態を良好に維持・管理するために細心の注意を払って診療を行う。患者の安全の最後の砦となる全身管理のスペシャリストである。同時に、関連分野である集中治療や緩和医療、ペインクリニック、救急医療の分野でも、生体管理学の知識と患者の全身管理の技能を生かし、国民のニーズに応じた高度医療を安全に提供する役割を担う。

研修カリキュラム

2 専門研修の目標

① 専門研修後の成果 (Outcome)

3

国民の健康と福祉の増進に寄与すべく、安全で質の高い周術期医療および麻酔科関連分野である集中治療や緩和医療、ペインクリニック、救急医療の分野の診療を実践できる。

具体的には下記の4つの資質を修得した医師である。

- 1) 十分な麻酔科領域、および麻酔科関連領域の専門知識と技能
- 2) 刻々と変わる臨床現場における、適切な臨床的判断能力、問題解決能力
- 3) 医の倫理に配慮し、診療を行う上での適切な態度、習慣
- 4) 常に進歩する医療・医学に則して、生涯を通じて研鑽を継続する向上心

② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

i 専門知識

麻酔診療および関連領域である集中治療、救急医療、ペインクリニック、緩和医療などの診療に必要な専門知識を修得し、臨床応用できる。具体的には日本麻酔科学会の定める「麻酔科医のための教育ガイドライン」の中の学習ガイドラインに準拠した、下記に示した10の大項目に分類された98項目の専門知識を修得する。

- 1) 総論: 麻酔科の役割, 麻酔の安全, 医事法制, 質の評価と改善, リスクマネジメント, 専門医制度, 他職種との協力, 手術室の安全管理・環境整備, 研究計画と統計学, 医療倫理について理解している。
- 2) 生理学: 下記の臓器の生理・病態生理, 機能, 評価・検査, 麻酔の影響などについて理解している。
 - A) 中枢神経系
 - B) 自律神経系
 - C) 末梢神経系
 - D) 神経筋接合部
 - E) 循環
 - F) 呼吸
 - G) 肝臓
 - H) 腎臓
 - I) 血液
 - J) 酸塩基平衡, 体液, 電解質
 - K) 内分泌, 代謝, 栄養
 - L) 免疫
- 3) 薬理学: 下記の麻酔関連薬物について作用機序, 代謝, 臨床上の効用と影響について理解している。薬力学, 薬物動態を理解している。
 - A) 吸入麻酔薬
 - B) 静脈麻酔薬
 - C) オピオイド, 鎮痛薬
 - D) 鎮静薬
 - E) 局所麻酔薬
 - F) 筋弛緩薬, 拮抗薬
 - G) 循環作動薬
 - H) 呼吸器系に作用する薬物
 - I) 薬力学, 薬物動態
 - J) 漢方薬, 代替薬物
- 4) 麻酔管理総論: 下記の項目について理解し, 実践ができる。
 - A) 術前評価
 - B) 術前合併症と対策
 - C) 麻酔器
 - D) 静脈内薬物投与システム
 - E) モニタリング
 - F) 気道管理
 - G) 体位
 - H) 輸液・輸血療法
 - I) 体温管理
 - J) 栄養管理
 - K) 脊髄くも膜下麻酔・硬膜外麻酔
 - L) 神経ブロック
 - M) 悪性高熱症
- 5) 麻酔管理各論: 下記の項目に関して理解し, 実践ができる。
 - A) 腹部外科手術の麻酔
 - B) 腹腔鏡下手術の麻酔
 - C) 胸部外科手術の麻酔
 - D) 成人心臓外科手術の麻酔
 - E) 小児心臓外科手術の麻酔
 - F) 血管外科手術の麻酔
 - G) 脳神経外科手術の麻酔
 - H) 整形外科手術の麻酔
 - I) 泌尿器科手術の麻酔
 - J) 産婦人科手術の麻酔
 - K) 眼科手術の麻酔
 - L) 耳鼻科手術の麻酔
 - M) 形成外科手術の麻酔
 - N) 口腔外科手術の麻酔
 - O) 小児麻酔
 - P) レーザー手術の麻酔
 - Q) 日帰り麻酔
 - R) 手術室以外での麻酔
 - S) 外傷患者の麻酔
 - T) 臓器移植の麻酔
- 6) 術後評価: 術後回復室, 術後合併症, 術後疼痛管理について理解し, 実践できる。
- 7) 集中治療: 集中治療を要する患者の呼吸・循環・神経・消化管・代謝内分泌・血液凝固の病態について理解し, 治療できる。集中治療室における感染管理, 輸液・輸血管理, 栄養管理について理解し, 実践できる。多臓器不全患者の治療ができる。小児・妊産婦や移植後患者といった特殊な集中治療を要する疾患の診断と治療について理解し, 実践できる。
- 8) 救急医療: 救急医療の代表的な疾患とその評価, 治療について理解し, 実践できる。災害医療や心肺蘇生法, 高圧酸素療法, 脳死などについて理解している。
- 9) ペインクリニック: ペインクリニックの疾患, 慢性痛の機序, 治療について理解し, 実践できる。
- 10) 緩和医療: 緩和医療が必要な病態について理解し, 治療できる。

ii 専門技能(診察, 検査, 診断, 処置, 手術など)

麻酔科診察, および関連領域である集中治療, 救急医療, ペインクリニック, 緩和医療などに要する専門技能(診察技能, 処置技能)を修得する。

1) 診察技能

麻酔科診察に必要な下記基本手技に習熟し, 臨床応用できる。具体的には日本麻酔科学会「麻酔科医のための教育ガイドライン」の基本手技ガイドラインに準拠する。基本手技ガイドラインに定められた下記9つのそれぞれの基本手技について, ガイドラインの定めた「Advanced」の技能水準に到達していることが求められる。

- A) 血管確保・血液採取
- B) 気道管理
- C) モニタリング
- D) 治療手技
- E) 心肺蘇生法
- F) 麻酔器点検および使用
- G) 脊髄くも膜下麻酔・鎮痛法および鎮静薬
- H) 感染予防
- I) 神経ブロック

5

2) 処置技能

麻酔科専門医として必要な臨床上の役割を実践することで, 下記2つの能力を修得して, 患者の命を守ることができる。

- A) 周術期などの予期せぬ緊急事象に対して, 適切に対処できる技能, 判断能力を持っている。
- B) 医療チームのリーダーとして, 他科の医師, 多職種を巻き込み, 統率力をもって, 周術期の刻々と変化する病態に対応することができる。

iii 学問的姿勢

医療・医学の進歩に則して, 生涯を通じて自己能力の研鑽を継続する向上心を醸成する。具体的には下記の4項目が実践できる。

- 1) 学習ガイドラインの中の麻酔における研究計画と統計学の項目に準拠して, EBM, 統計, 研究計画などについて理解している。
- 2) 院内のカンファレンスや抄読会, 外部のセミナーやカンファレンスなどに出席し, 積極的に討論に参加できる。
- 3) 学術集会や学術出版物に, 症例報告や研究成果の発表ができる。
- 4) 臨床上の疑問に関して, 指導医に尋ねることはもとより, 自ら文献・資料などを用いて問題解決を行える。

6

iv 医師としての倫理性, 社会性など

医師として診療を行う上で, 医の倫理に基づいた適切な態度と習慣を身につける。医療安全についての理解を深める。具体的には下記の7項目が実践できる。

- 1) 指導担当する医師とともにon the job training環境の中で, 協調して麻酔科診療を行う。
- 2) チーム医療を実践する中で, 他科の医師, メディカルスタッフなどと協力・協働して, 医療チームの一員として行動する。
- 3) 麻酔科診療において, 患者の接し方に配慮しながら, 麻酔方法や周術期合併症を適切に説明し, インフォームドコンセントを得る。
- 4) 初期研修医や他の研修中の医師, 実習中の学生などに対し, 麻酔科診療の教育をする。
- 5) 臨床従事者として臨床倫理を遵守し, 患者の権利に配慮しながら診療を行う。
- 6) 研究者として研究倫理を遵守し, 適切な研究活動, 発表を行う。
- 7) 診療記録や麻酔記録などの書類を適切に作成, 管理する。

7

③ 経験目標(種類, 内容, 経験数, 要求レベル, 学習法および評価法等)

i 経験すべき疾患・病態

周術期の安全管理を行う麻酔科専門医となるべく, 手術が適応となるあらゆる疾患を経験し, また手術を必要とする病態だけでなく患者が合併する病態を的確に理解する。特に特殊な知識や技能が必要となる手術に関しては研修期間中に一定以上の症例数経験が要求される。特殊な知識や技能を要する麻酔の種類ごとの具体的な必要症例数はiiiに示す。

研修期間中に, 下記に記すような全身合併症を持つ症例を経験する。プログラム統括責任者は, 各専攻医が下記の合併症を有する患者の麻酔を担当できるように症例の割り当てや, 研修施設のローテーションを配慮する。

- 1) 脳神経系疾患
- 2) 呼吸器系疾患
- 3) 循環器系疾患
- 4) 消化器系疾患
- 5) 内分泌代謝系疾患
- 6) 腫瘍などの悪性疾患
- 7) 肝機能障害
- 8) 腎機能障害
- 9) リウマチ・膠原病系疾患
- 10) 整形外科系疾患

8

ii 経験すべき診察・検査等

①術前診察において、担当する手術患者の全身状態を把握しリスク分類できること、②手術患者の合併する病態を把握し、適切な医療器具や生体情報モニターを用意するなど、リスクに応じた麻酔診療を行う準備が的確にできること、③術中に聴診、触診、視診や生体情報モニターなどを通じて刻々と変化していく患者の全身状態を監視し、患者の状況に応じた適切な処置を行うこと、④術後に患者の全身状態の管理だけでなく、適切な疼痛管理を行うことは、麻酔科専門医として修得すべき重要な能力である。

これらの能力を身に付けるため、研修期間中に下記に示したモニターを用いた麻酔管理を担当することで、全身状態の把握とその管理に関する知識を修得する。

- A) 麻酔深度モニタリング、脳波
 - ・脳波を用いた麻酔深度モニター
- B) 神経学的モニタリング
 - ・運動誘発電位モニタリング
- C) 循環モニタリング
 - ・心電図モニター
 - ・非観血的血圧計
 - ・尿量計
 - ・観血的動脈圧モニター
 - ・経食道超音波検査
 - ・局所混合血酸素飽和度モニター
- D) 呼吸モニタリング
 - ・パルスオキシメーター
 - ・スパイロメトリー
 - ・呼吸終末二酸化炭素濃度モニター
- E) 神経筋モニタリング
 - ・筋弛緩モニター
- F) 体温モニタリング
 - ・深部体温計
- G) 代謝モニタリング
- H) 血液凝固モニタリング

iii 経験すべき手術・処置等

研修期間中に600例以上の麻酔科管理症例(局所麻酔を含む)を担当医として経験する。さらに、下記の特異な症例に関して、所定の件数の麻酔を担当医として経験する。

帝王切開手術、胸部外科手術、脳神経外科手術に関しては、一症例の担当医は1人、小児と心臓血管手術については一症例の担当医は2人までとする。研修プログラムは下記の特異な症例に関して、各専攻医の経験必須症例の年次毎の到達目標数を明確にすることが望ましい。

基本的には、研修プログラム外の施設での経験症例は算定できないが、地域医療の維持などの目的のある場合において、研修プログラム外の施設であっても、研修プログラム管理委員会が認めた認定病院において卒業後臨床研修期間の2年の間に経験した症例のうち、専門研修指導医が指導した症例に限っては、専門研修の経験症例数として数えることができる。

- ・小児(6歳未満)の麻酔 25症例
- ・帝王切開術の麻酔 10症例
- ・心臓血管外科の麻酔 25症例
(胸部大動脈手術を含む)
- ・胸部外科手術の麻酔 25症例
- ・脳神経外科手術の麻酔 25症例

(症例の定義は別途資料1に示す。帝王切開手術、胸部外科手術、脳神経外科手術に関しては、一症例の担当医は1人、小児と心臓血管手術については一症例の担当医は2人までとする。)

iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

医療資源の少ない地域においても安全な手術の施行に際し、適切な知識と技量に裏付けられた麻酔診療の実施は必要不可欠である。大病院だけでなく、地域での中小規模の研修連携施設においても一定の期間は麻酔研修を行い、当該地域における麻酔診療のニーズを理解することとする。大都市に位置する研修プログラムは、麻酔診療の供給が少ない地域にある医療施設と連携し、専攻医が多様な臨床経験を積める形とすることが望ましい。また、専門研修基幹施設は地域の連携施設においても研修の質が確保できるような指導体制を組めるように連携施設を支援することも望まれる。

v 学術活動

臨床研究や基礎研究などの学術活動に積極的に関わることが必要である。日本専門医機構麻酔科領域研修委員会が認める麻酔科および関連領域の学術集会への参加、筆頭者としての学術集会での発表あるいは論文発表が、一定以上の基準で求められる。具体的な基準は別途資料2に示す。

なお日本麻酔科学会関連の学術集会・研究会での発表は日本麻酔科学会の会員であることを問わない。

3 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

各研修プログラムにおいて参加する各施設の特色、違いを踏まえ、所属する全ての専攻医が十分な知識と技能を修得し、定められた水準の知識・技能を獲得できるような研修プログラムを構築する。

具体的な方略の例は以下の通り

- 1) 手術症例を検討する術前カンファレンスにおいて、患者のリスクアセスメント、麻酔方法、手術方法、術後管理について、担当症例のプレゼンテーションを行い、指導医からのフィードバックを得る
- 2) 手術室において、麻酔導入、術中管理、麻酔覚醒の経験を通じて、当日の担当上級医や外科医、関連職種から現場で、技能・知識・コミュニケーション能力などのソフトスキルに関してon-the-job trainingを受ける
- 3) 担当症例について、術翌日以降に術後回診を行い、上級医・患者・外科医・看護師などと麻酔管理、術後管理についての検討を行う
- 4) 毎月～数ヶ月に1回の珍しい症例や難渋した症例、予期せぬ合併症を経験した症例などを集めた症例検討会や、最新の知識を吸収するための抄読会・研究会などから自らの経験症例からだけでは学べない知識を学習する
- 5) 必要があれば、適宜ハンズオンワークショップ、シミュレーションラボを用いた研修、ビデオ研修などの受講を通じて、臨床現場で学びづらい技能を習得する

専門研修指導医はこれらの方略によって、下記の④に示した年次ごとの目標を達成できているか各専攻医の研修状況を評価をし、必要であれば研修内容の修正を行う。

② 臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）

専攻医は、麻酔科学領域に関連する学術集会、セミナー、講演会およびなどへ参加し、国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を修得する。

また、各研修プログラムの参加医療機関において、院内の医療安全講習、感染制御講習、倫理講習や、院外の同様のセミナーなどに参加し、医療安全・感染制御・臨床倫理についての知識を修得する。
さらに、BLS/ACLSを必ず研修期間中に受講し、心肺蘇生技能を習得する。

③ 自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

麻酔は周術期管理学・全身管理学であるとともに危機管理学でもある。よって、専攻医は患者の疾患・病態や全身状態を深く把握し、リスクに見合った麻酔管理ができるように、資料3に示されている学習項目に関して、常日頃から自己学習しておく必要がある。

また、専門研修期間内に、研修カリキュラムに記載されている疾患、病態で経験することが困難な学習項目は、教科書や論文などの文献や、関連学会などの示したガイドラインや指針などに加えて、日本麻酔科学会やその関連学会が準備するe-Learningなどを活用して、より広く、より深く自主的に学習する。

これらの自己学習によって、下記の④に示す年次ごとの目標が達成できているかを適宜専門研修指導医が評価し、必要があれば自己学習に適した教材を示す。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

専門研修の年度毎の修練プロセスが明確に把握できるよう、各研修プログラムは各専攻医がどのようなことを、何年時にどの施設で修練するべきかを明示する。下記にその一例を示す。

専門研修1年目

手術麻酔に必要な基本的な手技と専門知識を修得し、ASA1～2度の患者の通常の定時手術に対して、指導医の指導のもと、安全に周術期管理を行うことができる。

専門研修2年目

1年目で修得した技能、知識をさらに発展させ、全身状態の悪いASA3度の患者の周術期管理やASA1～2度の緊急手術の周術期管理を、指導医の指導のもと、安全に行うことができる。

専門研修3年目

心臓外科手術、胸部外科手術、脳神経外科手術、帝王切開手術、小児手術などを経験し、さまざまな特殊症例の周術期管理を指導医のもと、安全に行うことができる。また、ペインクリニック、集中治療、救急医療など関連領域の臨床に携わり、知識・技能を修得する。

専門研修4年目

3年目の経験をさらに発展させ、さまざまな症例の周術期管理を安全に行うことができる。基本的にトラブルのない症例は一人で周術期管理ができるが、難易度の高い症例、緊急時など適切に上級医をコールして、患者の安全を守ることができる。

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

専攻医は、毎研修年次末に、専攻医研修実績記録フォーマット(資料6)を用いて自らの研修実績を記録する。研修実績記録は各施設の専門研修指導医に渡される。

専門研修指導医は、研修実績記録に基づき、各専攻医の年次ごとの知識・技能・適切な態度の修得状況を形成的評価し、

研修実績および到達度評価表、指導記録フォーマット(資料5および資料7)によるフィードバックを行う。

研修プログラム管理委員会は、各施設における全専攻医の評価を年次ごとに集計し、専攻医の次年次以降の研修内容に反映させる。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

専門研修指導医は、それぞれの施設、プログラム内あるいは外部機関による指導者のための講習を受け、フィードバック法などの指導法について学習し、専攻医が効果的に研修できるような環境を提供することが求められる。

学術機関であれば「医学教育者のためのワークショップ」、初期研修を行う医療施設であれば「臨床研修指導医講習会」などでもそのスキルの一部を学習することができる。また、日本麻酔科学会では、学術集会の際にリフレッシュコースの中でベーシックあるいはアドバンスの指導法が学習できるコースを提供しているため、専門研修指導医はこれらのコースを受講し、プログラム内で他の専門研修指導医に対して、伝達講習を行うことが推奨される。また、外部機関が提供しているe-learningや教育セミナーなどのリソースを利用しての学習も推奨される。

各研修プログラムは、専門研修指導医に対し、上記に記載されたような指導法の学習機会を提示すると共に習得すべきスキルを明らかにし、プログラム内の専門研修指導医がフィードバック法など指導法・評価法などの学習がしやすい環境を作ることが必須である。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

研修プログラム管理委員会において、研修プログラム専攻研修4年目の最終月に、専攻医研修実績フォーマット(資料6)、研修実績および到達度評価表(資料5)、指導記録フォーマット(資料7)をもとに、研修カリキュラムに示されている評価項目と評価基準に基づいて、各専攻医が専門医にふさわしい①専門知識、②専門技能、③医師として備えるべき学問的姿勢、倫理性、社会性、適性等を修得したかを総合的に評価し、専門研修プログラムを修了するのに相応しい水準に達しているかを判定する。

2) 評価の責任者

総括的評価の最終責任者は研修プログラム統括責任者である。

3) 修了判定のプロセス

修了判定は各施設の研修実施責任者が集まる研修プログラム管理委員会が行う。各専攻医が研修カリキュラムに定めた到達目標、経験すべき症例数を達成し、知識、技能、態度、社会性、職業倫理、それぞれが専門医にふさわしい水準にあるかどうかを確認する。具体的には、項目3に述べた4つの資質を兼ね備え、一般的な病院において、ASA1度あるいは2度の患者に対して一人で術前・術中・術後を通じて、麻酔ならびに周術期医療を安全に遂行できるレベルが到達水準である。周術期医療に関するものだけでなく、医療安全、感染制御の知識と技能、チーム医療におけるコミュニケーションスキル、職業倫理などが専門医に見合うレベルに到達しているかも判定の評価対象となる。

4) 多職種評価

周術期はチーム医療で行われるため、麻酔科医のみならず、外科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士、放射線技師など多職種が関わる。各施設において、外科医を始め、多職種の医療従事者と患者のリスク、麻酔管理方法などについて情報共有ができ、安全かつ円滑に周術期管理ができていないか、各施設の専門研修指導医あるいは研修実施責任者が多職種からの聞き取りや観察記録などを通じて、年次ごとに形成的評価を行う。この形成的評価の結果は指導記録フォーマット(資料7)を用いて記録として各研修プログラムで共有する。

研修プログラム

5 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

専門研修基幹施設は、以下の条件を満たす施設とする。

- (1) 麻酔科管理症例が年間1,000例以上あること
- (2) 複数の外科系診療科があること
- (3) 麻酔科を標榜しており、専門研修指導医の資格を持つ部門長、診療責任者ないしそれに準ずるものがあること。原則として、麻酔部門長または麻酔科診療責任者が研修プログラム統括責任者となる。
- (4) 麻酔科管理症例1,000例に対して1名の専門研修指導医が常勤医として在籍すること（1,000例以下の施設でも最低1名の在籍が必要）
※将来的には、麻酔科研修の質の担保ならびに周術期患者の安全確保のため、500例に対し1名の専門研修指導医または専門医の配置を目指す
- (5) プログラム内の専門研修連携施設A、Bと合計して、各専攻医あたり必要な研修を行うのに十分な症例数ならびに、下記に定められた特殊な麻酔管理を必要とする症例数が確保できていること。また施設単独でも下記条件のうち少なくとも2項目は所定の症例数の上回ること
 - ・小児(6歳未満)の麻酔 25症例
 - ・帝王切開術の麻酔 10症例
 - ・心臓血管外科の麻酔 25症例
(胸部大動脈手術を含む)
 - ・胸部外科手術の麻酔 25症例
 - ・脳神経外科手術の麻酔 25症例
- (6) 日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定める認定病院であること
- (7) 研修内容に関する監査・調査に対応できる体制があること
- (8) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準を満たすこと

認定病院とは

認定病院の要件は下記の通りで、5年おきに適格審査を受ける。

- (1) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
- (2) 常勤の麻酔科医が管理する全身麻酔症例が年間200例以上あること
- (3) 安全な麻酔を行うための施設、設備が整備されていること
- (4) 図書整備、学会出席等、麻酔科医の自己研修の機会が与えられていること
- (5) 専攻医を育成するための十分な施設、設備が整備されていること

麻酔科専門医研修プログラムは複数の施設で構成される。各施設は、専門研修基幹施設、専門研修連携施設(専門研修連携施設A、専門研修連携施設B)の3つに分類され、専門研修基幹施設が中心となって、専門研修連携施設A、専門研修連携施設Bと連携し、各専攻医が研修カリキュラムに示された到達目標が達成できるような専門研修を提供する

専門研修基幹施設は、全ての研修プログラム参加施設の研修実施責任者が参加する研修プログラム管理委員会を設置、開催し、研修の質を保つ必要がある。連携施設においても専攻医が十分な研修を受けられるように、必要に応じて教育・指導の支援を行う。

研修プログラム統括責任者は、プログラム全体の指導体制、研修内容、評価に関し監督責任を持つと同時に、当該施設においては研修実施の責任者としてその指導体制、研修内容、評価の質を担保する。

専門研修基幹施設は、他の研修プログラムへ専門研修連携施設Bとして参加できるが、専門研修連携施設Aとして参加することはできない。

② 専門研修連携施設の認定基準

専門研修連携施設は施設の規模や教育可能な水準に応じて下記の2種類に分かれる。連携研修施設は複数の研修プログラムに連携研修施設として参加することができる。

専門研修基幹施設は、他の研修プログラムへ専門研修連携施設Aとしては参加できないが、専門研修連携施設Bとしてであれば認められる。

●専門研修連携施設A(複数の研修プログラムに登録可、他研修プログラムの専門研修基幹施設は登録不可)
プログラムの中核的な施設として十分な臨床実績と指導体制を有する施設。専門研修連携施設Aは以下の条件を満たす施設とする。

- (1) 麻酔科管理症例が年間500例以上あること
- (2) 麻酔科管理症例1,000例に対して1名の専門研修指導医が常勤医として在籍すること（1,000例以下の施設でも最低1名の在籍が必要）

※将来的には、麻酔科研修の質と周術期患者の安全の担保のため、500例に対し1名を目指す

- (3) 1名の研修実施責任者(専門研修指導医)がいること
- (4) 日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定める認定病院であること

専門研修連携施設Aは、複数の研修プログラムに専門研修連携施設AまたはBとして参加することができる。

●専門研修連携施設B(複数の研修プログラムに登録可、他研修プログラムの専門研修基幹施設も登録可能)
プログラムの連携施設として、研修内容の部分的な補完ができる臨床実績と指導体制を有する施設とする。専門研修連携施設Bは以下の条件を満たす施設とする。

- (1) 1名の研修実施責任者(専門研修指導医)がいること
- (2) 日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定める認定病院であること

専門研修連携施設Bでの研修は、原則として2年を超えないものとする。

いずれの専門研修連携施設においても研修実施責任者は、当該施設における研修実施の責任者として指導体制、研修内容、評価の質を担保する。

23

24

- ③ 専門研修施設群の構成要件
- 研修プログラムは、原則として複数の施設群によって構成される。実施施設は、前項で定めた専門研修基幹施設、専門研修連携施設(A、B)の3つで構成される。
- 専門研修基幹施設が主となって提供する研修カリキュラムを構築する。いずれの施設も日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定める認定病院(項目23参照)である必要がある。プログラムの更新は5年に1回とするが、地域医療の維持や研修体制の強化などの目的のために変更を行った際には研修委員会の承認を得る。
- 研修プログラムは各施設の研修実施責任者と研修プログラム統括責任者からなる研修プログラム管理委員会を置き、研修プログラム統括責任者が委員長を務める。
- 25
1. 専門研修基幹施設および専門研修連携施設(A、B)は、上記に提示された条件以外に、病床数、常勤の指導医、専門医、認定医の数、麻酔科管理症例数、定期的開催される症例カンファレンス等の記録が、整備されているかなどを審査される。
 2. 各研修プログラムにおいて研修可能な専攻医の上限数を定める。この数は、専門研修基幹施設ならびに専門研修連携施設(A、B)の麻酔科管理症例数に基づく。
 3. 毎年、専門研修基幹施設は研修プログラムの年次報告をする。その際に専門研修連携施設(A、B)も含んだ年間の麻酔科管理症例数、専攻医数、常勤の指導医、専門研修専門医の数など、定められた事項を報告し、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会はその内容を審査する。
 4. 専門研修基幹施設および専門研修連携施設(A、B)の認定更新は、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の審査により行われる。研修委員会は必要に応じて実地調査を実施する。
- ④ 専門研修施設群の地理的範囲
- 専門研修施設群は、専門研修基幹施設が中心となって一つのプログラムとして専攻医に研修を提供できる地理的範囲の施設で構成されることが推奨される。ただし、専門性の高い症例など遠隔施設での研修が必要な場合は専攻医が円滑に研修が遂行できるような環境を提供する。
- 研修プログラムは地域の医療ニーズに配慮し、地域医療の空白地などが出ないように配慮をして施設群を定める。特に大都市に位置する研修プログラムは、地域医療の継続性を維持するため、麻酔診療の供給が少ない地域にある医療施設と連携することが望ましい。
- 26
- ⑤ 専攻医受入数についての基準(診療実績、指導医数等による)
- プログラムに所属する全専攻医が到達目標で定めた経験すべき症例数を担当できるよう各研修プログラムにおいて研修可能な専攻医の上限数を定める。この数は、プログラムを構成する専門研修基幹施設ならびに、専門研修連携施設(A、B)の麻酔科管理症例数に基づく。複数のプログラムを兼ねている施設は、それぞれのプログラムにどの程度症例を割り当てるかを明確にする。
- 年間麻酔科管理症例1,000例に対して1名の専門研修指導医が在籍することとする。(1,000例以下の施設でも1名以上は在籍)将来的には、麻酔科研修の質の担保ならびに周術期患者の安全確保のため、麻酔科管理症例500例に対し1名の専門研修指導医の配置を目指す。
- 現状では、麻酔科は麻酔診療の需要が逼迫し、専門医の養成のニーズが高いことから、当面は専門研修指導医1名が指導できる専攻医の数は合計4名を上限として育成を行う。複数の研修プログラムに属している施設に専門研修指導医が所属している場合は、指導する専攻医の総数がプログラム間で重複しないように上限を計算をする。日本全体での専攻医の各年度の定員は1,000名を上限とする。
- 27
- ⑥ 地域医療・地域連携への対応
- 専門研修基幹施設となる施設はそれぞれの地域において、周術期医療が円滑に行われるように配慮して研修施設群を構成する。特に医療人材の少ない地域や中小病院でも専攻医の育成ができるように、特に都市部に位置する各研修プログラムは専門研修連携施設Bというカテゴリーを有効活用し、地域医療の維持に貢献することが望まれる。
- 麻酔科医の人数は増加しているものの、手術の需要はさらに上回って増加しているため、特に医育機関や公的病院が専門研修基幹施設となる場合は僻地での医療の継続性を保つため、専門研修指導医を派遣するなどして専攻医人材の適正かつ効率的な配置が行えるよう配慮する。
- 28
- ⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法
- 専門研修指導医の少ない地域で専門研修の質を担保するために、専門性の高い症例などは専門研修指導医の豊富な遠隔施設に一定期間専攻医を研修派遣するなど、いかなる地域においても一定水準以上の研修が行われるよう研修プログラムを構成する。2種類ある専門研修連携施設のカテゴリーのうち、Bは地域の小さな施設でも専攻医を育成できるような仕組みである。
- また、専門研修基幹施設は医療資源の豊富でない地域の連携施設においても研修の質が確保できるような指導体制を組めるように連携施設を支援することも望まれており、必要な場合は、中核病院の専門研修指導医が、連携施設を訪問して、指導を実施するなどの措置も考慮に入れる。
- 29
- ⑧ 研究に関する考え方
- 日々進歩し続ける現代医療において、専門医として一定以上の水準の知識、技能を維持するために恒常的に自己の能力を研鑽する向上心を醸成することは研修プログラムにおいて大変重要である。研究従事期間はプログラム管理委員会承認する限りにおいて、1年間まで認めることができるが、それにより到達目標や必要症例数が達成できない場合は、達成されるまで研修期間を延長する。
- 生涯教育という観点から、専攻医は研修期間中に学術活動を行い、下記のような研究に必要な技能を修得するものとする。
- 30
- 1) 学習ガイドラインの中の麻酔における研究計画と統計学の項目に準拠して、EBM、統計、研究計画などについて理解している。
 - 2) 院内のカンファレンスや抄読会、外部のセミナーやカンファレンスなどに出席し、積極的に討論に参加できる。
 - 3) 学術集会や学術出版物に、症例報告や研究成果の発表をすることができる。
 - 4) 臨床上の疑問に関して、指導医とともに仮説を立て、それを解明するような研究のデザインを立案し、研究を実施し、仮説が成り立つか証明するという研究活動経験を持つことが推奨される。

⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]

専門研修基幹施設

- (1) 麻酔科管理症例が年間1,000 例以上あること
- (2) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
- (3) 複数の外科系診療科があること
- (4) 麻酔科管理症例1,000 例に対して1 名の専門研修指導医が在籍すること(1,000 例以下の施設でも1 名以上は在籍すること)

※将来的には、麻酔科研修の質の担保ならびに周術期患者の安全確保のため、500例に対し1名の専門研修指導医の配置を目指す

- (5) プログラム内の専門研修連携施設A、Bと合計して、各専攻医あたり必要な研修を行うのに十分な症例数ならびに、下記に定められた特殊な麻酔管理を必要とする症例数が確保できていること。また施設単独でも下記条件のうち少なくとも2項目は所定の症例数を上回ること

- ・小児(6歳未満)の麻酔 25症例
- ・帝王切開術の麻酔 10症例
- ・心血管外科の麻酔 25症例
(胸部大動脈手術を含む)
- ・胸部外科手術の麻酔 25症例
- ・脳神経外科手術の麻酔 25症例

専門研修連携施設(A)

- (1) 麻酔科管理症例が年間500 例以上あること
 - (2) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
 - (3) 麻酔科管理症例1,000 例に対して1 名の専門研修指導医が在籍すること(1,000 例以下の施設は1 名在籍すること)
- ※将来的には、麻酔科研修の質と周術期患者の安全の担保のため、500例に対し1名を目指す

専門研修連携施設(B)

- (1) 麻酔科管理症例が年間500 例以上あること
- (2) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること

⑩ Subspecialty 領域との連続性について

麻酔科診療関連領域として、集中治療、ペインクリニックなどが挙げられる。現在は、関連領域と話し合いを始めるところであり、詳細な方針決定はこれからであるが、麻酔科領域の専門研修の中でこれら各領域の専門研修と見なしうる研修内容について検討し研修プログラムの説明の中に明示することとする。

5年ごとの専門医の更新に際して、5年間で最小5単位～最大10単位の診療実績を必要とするが、麻酔科関連領域(ペインクリニック専門医、集中治療専門医)に進んだ専門医に対して連続性を担保するため、専門医資格保持できるような処置を考えている。

具体的には、専門医更新に必要な診療実績には手術麻酔以外に、集中治療・救急医療・ペインクリニック・入院患者疼痛管理・緩和ケアの症例経験を含めることができる。

手術麻酔は1症例につき0.02単位で換算し、その他については1症例0.1単位とする。

31

32

⑪ 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…

専攻医が専門研修を中断する場合は、研修プログラム統括責任者を通じて日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会へ通知をする。

出産あるいは疾病などに伴う6ヶ月以内の休止は1回までは研修期間として認める。その際は、研修プログラム管理委員会がその旨を認めたことを麻酔科領域の研修委員会に通知する。
研修プログラム統括責任者は、産休や育休、時短勤務など個別の専攻医のニーズに研修カリキュラムを対応させる必要がある。

最終的に到達目標を達成するまで、下記の理由で研修の休止をした場合は、連続して2年までを限度として研修終了の猶予期間を設けることができる。

(1) 妊娠・出産・育児・介護あるいは長期療養のため (2) 海外に居住したとき (3) 基礎医学や他の臨床医学の大学院において専従して研究活動を行ったとき

33

6ヶ月を超える休止期間は研修期間に含まれない。研修プログラムの休止回数に制限はなく、休止期間が連続して2年を超えていなければ、休止以前の研修実績は認められ、通算して4年の研修期間を満たせばプログラムを修了したものとみなす。連続して2年を超える期間、研修プログラムを休止した場合は、それまでの研修期間は認められない。ただし、地域枠コースを卒業し医師免許を取得した者については、卒後に課せられた義務を果たすために特例扱いとし2年以上の休止を認める。

専攻医は、やむを得ない場合、研修期間中に研修プログラムを移動することができる。
その際は移動元、移動先双方の研修プログラム管理委員会から、麻酔科領域の研修委員会へその旨を相談し、承認を得る。研修委員会は移動をしても当該専攻医が到達目標の達成が見込まれる場合にのみ移動を認める。

また、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の承認を持って、専攻医の研修に必要な場合は、研修プログラムの専門研修連携施設を追加あるいは変更を日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会に通知し、委員会の認定を得られた場合には追加あるいは変更をすることができる。

6 専門研修プログラムを支える体制

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

専門研修基幹施設には研修プログラム統括責任者、専門研修連携施設の各施設には研修実施責任者をおく。研修プログラム統括責任者、研修実施責任者は麻酔科の専門研修指導医資格を有する者から選任される。

研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者と各施設の研修実施責任者より構成され、所属する各専攻医の研修の進捗状況や評価を行い、各施設における研修の質が担保できるような専攻医の配置、研修カリキュラムの質などを検討する。委員長は研修プログラム統括責任者が務める。

研修プログラム管理委員会は、各専攻医からの報告を通じて、各施設における研修の状況を分析し、必要があれば各施設の研修指導医ならびに研修実施責任者に対して、フィードバックを行い研修環境の改善を指示する。

34

研修プログラム統括責任者は日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会に対して、専攻医の専門研修の実績について報告を行う。研修委員会は改善が必要と認められる場合は、研修プログラム統括責任者に対して、研修カリキュラム、研修環境などの改善を指示する。

② 基幹施設の役割

専門研修基幹施設は専門研修プログラムの中心施設として、研修プログラムの運営を担うとともに、研修の質を担保する責任を担う。プログラムに所属する各専攻医が研修期間中に後述の研修カリキュラム到達目標を達成できるよう、各年次の研修内容を具体的に明記した、研修実施計画を策定しなければならない。また、研修プログラムの方針策定・内容の改善、各専攻医の研修の進捗管理や修了認定をするための研修プログラム管理委員会を開催する。

35

研修プログラムが複数施設によって構成されるため、各専攻医がどの施設をいつローテーションし、どのような能力を修得するのか、専門研修の運営方針を示さなければならない。

研修プログラム管理委員会で討議の上、各専攻医の研修の進捗状況や希望、個別の状況などに配慮し、専攻医が到達目標が達成できるように、施設間のローテーションなどを研修期間中に変更することは妨げない。

③ 専門研修指導医の基準

専門研修指導医とは、麻酔科専門医の資格を持ち、十分な診療経験を有し、かつ専攻医への教育指導を適切に行える能力を持つ者である。麻酔科専門医としての資格更新を1回以上行う、またはそれと同等と考えられる実績を積んでいることが要求される。具体的には、専門医の資格更新を行っていない者に対しては、麻酔科領域研修委員会の指定する教育に関する講習会を受講していることが求められる。

36

また、専門研修指導医は麻酔科研修プログラムに所属していると認められるには、プログラム内で週3日以上麻酔および麻酔科関連領域の業務に従事していることが必要となる。複数のプログラムに関わっている場合には、その業務量により人数が案分される。

④ プログラム管理委員会の役割と権限

研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者と各施設の研修実施責任者で構成される研修プログラムの立案や運営の意思決定機関であり、年間を通じて定期的に開催される。具体的な管理事項は下記の通りである。

1) 各施設の設備や症例の数や種類、指導体制などを把握した上で、研修内容の詳細を決定する。
2) 各専攻医に十分な研修環境が確保できるよう、各研修施設ごとの年度ごとに研修可能な専攻医数、施設間ローテーションを決定する。

3) 継続的に、各専攻医の希望する研修や各研修施設における研修の実施状況、各専攻医の研修進捗を把握して、研修プログラムの質の管理を行う。

4) 専攻医に対する指導・評価が適切に行われるように、各研修施設に対して適切な指導体制の維持を要求する。

5) 専攻医からの研修プログラムに対する評価を集計し、その評価に基づいて研修プログラムの改善を行う。

6) 各専攻医の研修の総括的評価を行い、研修の修了判定をする。

37

遠隔施設などが含まれている場合には、地域医療の維持のために必ずしも直接会って委員会を行う必要はなく、ITや通信ツールなどを利用し、遠隔施設の研修実施責任者が日常診療を妨げることなく委員会に参加できるように配慮を行うことが望ましい。

- ⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限
- (基準)
- ・プログラム統括責任者は、麻酔科の専門研修指導医の資格を持ち、十分な診療経験を有し、かつ連携施設の研修実施責任者に対して、専攻医への適切な指導体制の維持を要求できる能力を持つ者である。
 - ・プログラム統括責任者は、専門研修基幹施設において部門長、診療責任者ないしはこれに準ずるものとする。
 - ・プログラム統括責任者は、プログラムの運営に関する講習などを受講し、研修プログラムを円滑に運営できる能力を習得している。
- (役割と権限)
- ・プログラム統括責任者は、プログラム管理委員会を主催し、研修プログラムにおける研修内容、指導体制に関し監督責任を持ち、プログラムの適切な運営に必要な場合には、プログラム管理委員会での討議を経た上で、プログラムの修正を行う権限を有する。
 - ・プログラム統括責任者は、所属するすべての専攻医の研修内容と修得状況を把握し、適切に研修が進捗していることを担保する。
 - ・20名を超える専攻医がプログラム内にいる場合は、プログラム統括副責任者をおき、プログラム統括責任者の業務を補佐する。この際、プログラム統括副責任者の分担する業務はプログラム管理委員会で決定される。
- 38
- ⑥ 連携施設での委員会組織
- 連携施設においては、当該施設における研修実施責任者が、当該施設での研修において、その内容、評価に対して責任を持つ、できれば委員会組織の形態をとり、複数の専門研修指導医で研修を運営する機関を設置することが望ましいが、麻酔科医の需給は逼迫しているため、施設の規模によっては、必ずしも施設ごとに委員会体制をとる必要はない。ただし、その場合は研修実施責任者が他の専門研修指導医や多職種のヒアリングなどを通じて、複数の目を持って研修体制の運営や多面的な専攻医の評価を行うことが求められる。
- 39
- ⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件
- 各研修施設において、研修プログラム統括責任者および研修実施責任者は、施設の管理者に対して専攻医が心身ともに健康に研修生活を送れるような適切な労働環境を整えるように協議する。基本給与ならびに当直業務、夜間診療業務などに対する手当が適切に支払われるように管理者と合意する。また、必要がある場合は、適切な環境下で研修が行われているか専攻医に対して聞き取りを行い、労働環境、労働安全の整備に努める。
- 40
- 可能であれば、基本勤務は週40時間とし、時間外労働は月に40時間を超えないように配慮する。さらに、子供の養育や親の介護などの家庭の事情、あるいは健康上の理由などやむを得ない様々な事情のために、当直業務や時間外労働に制限のある専攻医に対しても適切な研修ができるような環境を提供する。
- 7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備
- ① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム
- 研修プログラム管理委員会は、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定めた研修実績記録フォーマット(資料6)、研修実績および到達度評価表(資料5)に準ずる書式およびシステムを用意し、各専攻医の研修実績ならびに評価を研修施設ごとに記録し、保管をする。研修実績および到達度評価表上の各評価項目の判断基準は教育ガイドライン(資料3)の小項目の中の「行動目標」に示されており、これを元に達成度の5段階評価を記載する。経験症例数に関しては、各専攻医が研修実績記録フォーマットに則して担当症例数を記載する。
- 41
- この書式は、各研修施設において管理をしても、専門研修基幹施設において管理をしてもよいが、プログラム管理委員会において常に一括して参照できるようにしておく。これらの研修実績、評価の記録文書は情報が漏えいしないように適切な管理下で運用する。
- また、これら研修記録は当該専攻医の研修終了後5年間に渡って保管する。
- ② 医師としての適性の評価
- 研修実施責任者は、形成的評価を行う際に、各専攻医が医師として診療を行う上で、医の倫理に基づいた適切な態度と習慣を身につけているかを評価する。具体的には下記のような項目が考えられる。また、医療安全や感染制御にも配慮して臨床ができるかを評価する。
- 42
- 1) 指導担当する医師とともにon the job training環境の中で、協調して麻酔科診療を行うことができる。
 - 2) 他科の医師、コメディカルなどと協力・協働して、チーム医療を実践することができる。
 - 3) 麻酔科診療において、適切に患者に接し、麻酔方法や周術期合併症を適切に説明し、インフォームドコンセントを得ることができる。
 - 4) 初期研修医や他の研修中の医師、実習中の学生などに対し、適切な方法で接しながら、麻酔科診療の教育をすることができる。
 - 5) 臨床従事者として臨床倫理を遵守し、患者の権利に配慮しながら診療を行うことができる。
 - 6) 研究者として研究倫理を遵守し、適切な研究活動、発表を行うことができる。
 - 7) 診療記録や麻酔記録などの書類を適切に作成、管理することができる。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

研修プログラム統括責任者は、研修プログラム内の各研修施設においてどの専攻医も同様レベルの研修指導が受けられるよう、下記の運用マニュアル・フォーマットを用意する。これらの書式は、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会より示された内容を含んでいれば、各研修プログラムごとの特徴を出してよい。

43

- 1) 専攻医研修マニュアル
- 2) 指導者マニュアル
- 3) 専攻医研修実績記録
- 4) 指導記録およびフィードバックフォーマット

●専攻医研修マニュアル

研修プログラム統括責任者は、本プログラム整備指針、教育ガイドライン(資料3)、プログラムモデル案(資料4)などをもとに、専攻医の研修マニュアルを作成する。(資料8)はその実例である。

各施設の研修実施責任者は、施設の特徴を示すためにプログラム全体の研修マニュアルに準じるような各施設ごとの研修マニュアルを作成しても良い。

各研修プログラムの専攻医研修マニュアルは、その内容は日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定めた内容に準ずるものとし、下記の項目を必ず含む。

44

- 1) 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度について
- 2) プログラムの中で経験すべき症例の種類と数について
- 3) 専門研修方法
- 4) 専門研修の評価(自己評価と他者評価)
- 5) 専門研修プログラムの修了要件
- 6) 専攻医による専門研修指導医および研修プログラムに対する評価
- 7) 専門医申請に必要な書類と提出方法

●指導者マニュアル

研修プログラム統括責任者は、研修プログラムの指導医マニュアルを作成する必要がある。このマニュアルを通じて、専攻医に対する指導方法、評価方法のプログラム内での均一化を図る。(資料9)はその実例である。各研修プログラムの指導者マニュアルは、その内容は日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定めた内容に準ずるものとし、下記の項目を必ず含む。

45

- 1) 専門研修指導医の要件
- 2) 専攻医に対するon-the-job環境や、カンファレンスなどにおける指導・教育の方法
- 3) 専攻医の行った診療に対する助言や指導の与え方
- 4) 個別の専攻医の目標到達度の評価方法
- 5) 診療の規範を示す「ロールモデル」としての振る舞い方
- 6) 専攻医の精神状態の評価とケアの方法
- 7) 専攻医から指導医に対し、要望やフィードバックがあった場合の対処の仕方
- 8) 専攻医からのフィードバックに即してプログラムを改善する方策

●専攻医研修実績記録フォーマット

各専攻医は担当した全ての症例を記録する。

この症例記録には下記の項目を必ず記載することとする。

- ・患者情報(ID、氏名、生年月日、年齢、性別、主診療科)
- ・術前合併症
- ・手術情報(入室日、麻酔場所、術後搬送先、手術対象疾患名、術式名、体位、ASA PS、手術部位、麻酔法、麻酔担当医、麻酔指導医、偶発症)
- ・進捗時刻・術中備考(麻酔開始時刻、手術開始時刻、手術終了時刻、麻酔終了時刻、術中備考)
- ・出血量・輸血量(出血量、輸血の種類と各使用量)
- ・麻酔合併症

46

上記症例登録を元に、半年ごとに研修委員会が定めた専攻医研修実績記録フォーマット(資料6)に、研修実績のまとめを記載し、評価を担当する専門研修指導医に提示する。

この実績記録フォーマットには少なくとも年次ごとに専門研修指導医が形成的評価を記載し、研修終了時にはプログラム統括責任者が総括的評価を記載する。

研修症例登録システムとしては、日本麻酔科学会が作成している偶発症例登録システム(PIMS)を用いることを推奨する。

これらの研修実績記録は、各プログラムの研修プログラム管理委員会のメンバー間で共有できるようにし、当該専攻医の研修終了後も5年間は保管する。保管は各研修施設において行っても、研修プログラム管理委員会で一括管理しても良いが、いずれの場合も情報の管理には留意し、漏えいしないように対策を練る。

●専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

研修プログラムは、上記の研修実績記録とともに、各専攻医に対して指導医がどのような指導およびフィードバックが行ったかを記録しなければならない。記録の書式は、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の定める(資料5)のようなフォーマットを用い、各年次ごとに目標の達成度を記録した上で、それに基づいて行われたフィードバックおよび指導の内容を記録する。

47

研修実施責任者は、自施設の専門研修指導医や他職種からの各専攻医に対する形成的評価および総括的評価の材料を反映させた評価表を年次ごとに研修プログラム管理委員会に提出する。

これらの評価の記録は、研修プログラム管理委員会が管理をし、研修施設間で共有できるようにする。記載された評価内容は修了判定をする際の総括的評価の判断材料とする。これらの記録は、書類でもシステムでもよいが、情報の管理を適切に行う。

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以降の研修内容の改善に反映させることが望ましい。

	<p>・指導者研修計画(FD)の実施記録</p> <p>研修プログラム統括責任者は、所属する専門研修指導医の指導者研修計画を作成する。各研修施設の研修実施責任者(専門研修基幹施設は研修プログラム統括責任者)は、施設の管理者に対して、この研修計画に沿って専門研修指導医が指導者研修を受けられるような環境を整えるように協議する。研修プログラム管理委員会は、所属する専門研修指導医の指導者研修の受講実績を記録し、一括管理をする。</p> <p>指導者研修の方針</p> <p>日本麻酔科学会の学術集会のリフレッシュャーコースの中で提供されているベーシックあるいはアドバンスの指導法が学習できるコースや、他の機関が提供しているe-learningや教育セミナーなどのリソースを利用して下記に示されたような指導者スキルを身につける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カリキュラムプランニング ・指導・コーチングの手法 ・評価とフィードバックの技法 ・症例ごとの振り返りの促し
48	
8	<p>専門研修プログラムの評価と改善</p> <p>① 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</p> <p>専攻医は、毎年3月に所属する研修プログラムならびに研修を受けた指導医に対する評価を記載し、研修プログラム管理委員会に提出する。</p> <p>評価を行ったことで、専攻医が不利益を被らないように、研修プログラム統括責任者は、各指導医に対する評価表から専攻医個人を特定できないような配慮を行う義務がある。</p>
49	
50	<p>② 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</p> <p>研修プログラム統括管理者は、専攻医からの指導医および研修プログラムに対する評価に基づいて、すべての所属する専攻医に対する適切な研修を担保するために、自律的に研修プログラムの改善を行う義務を有する。</p> <p>研修プログラム統括管理者は、必要な改善事項に関して、研修プログラム管理委員会に諮り、研修プログラムのシステム改善を実施する。この際に、指導医あるいはプログラムに対してフィードバックを行った専攻医個人が特定できないような配慮をする。研修プログラム管理委員会では、専攻医によるフィードバックを分析し、研修プログラム、専門研修指導医の教育方法の改善に結びつける。</p> <p>プログラムに対してフィードバックした内容が、一定期間を経過してもプログラムの改善に反映されない場合は、専攻医は下記に記す実地監査(サイトビジット)・調査などの場を利用して、日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会に報告することができる。研修委員会において、研修内容あるいは研修環境の改善が必要であると判断された研修プログラムに対しては、研修委員会が改善点を指導し、改善を促す。</p>
51	
9	<p>専攻医の採用と修了</p> <p>① 採用方法</p> <p>全ての認定された研修プログラムは、そのプログラムの内容及び専攻医募集要項をインターネットや印刷物により、毎年公開をする。</p> <p>各研修プログラムの専攻医の募集要項ならびに、選考方法に関してはプログラムが独自に決めることができるが、応募方法、選考方法ならびに選考基準を明示する必要がある。</p> <p>専攻医に応募する者は、必要書類を研修プログラム統括責任者宛に提出する。研修プログラム管理委員会は書面審査や面接試験、筆記試験など必要に応じて実施をし、専攻医の選考を行う。</p> <p>専攻医募集開始、採用は日本専門医機構によって定められた時期に行う。</p>
52	
53	<p>② 修了要件</p> <p>修了判定は各施設の研修実施責任者が集まる研修プログラム管理委員会にて行う。</p> <p>研修プログラム管理委員会は、各専攻医が研修期間内に研修カリキュラムに定めた到達目標、経験すべき症例数を達成し、知識、技能、態度それぞれが専門医にふさわしい水準にあることを確認し、すべての目標を到達していれば修了を認定する。</p> <p>目標到達の確認に際しては、研修期間中に行われた形成的評価、研修実績、総括的評価を参考にする。</p>
10	<p>他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと</p>
54	