

# HEM-Net 医師研修標準カリキュラム評価表

研修期間； \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日

研修者施設名： \_\_\_\_\_

研修者氏名： \_\_\_\_\_

研修指導施設名： \_\_\_\_\_

研修指導者名： \_\_\_\_\_

## ◆ 一般目標(GIO : General Instructional Objectives)

- |                      |   |   |   |    |
|----------------------|---|---|---|----|
| 1. ドクターヘリについて説明できる   | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| 2. 病院前での診療を実践できる     | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| 3. 現場における迅速な意思決定ができる | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| 4. 現場において消防との協働が行える  | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| 5. 現場出動時の安全管理を実施できる  | 優 | 良 | 可 | 不可 |

指導者評価； ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 要指導 )

コメント:

## ◆ 行動目標(SBO : Specific Behavioral Objectives)

### 1. 基本的事項

- |  |   |   |   |    |
|--|---|---|---|----|
| (1) 迅速な出動を実践できる  | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| (2) 適切な安全管理(AMRM: air medical resource management)が実施できる | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| (3) クルー/消防との適切なコミュニケーションが取れる                             | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| (4) 非日常的環境下での臨床診断ができる                                    | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| (5) 現場における適切な治療ができる                                      | 優 | 良 | 可 | 不可 |
| (6) 適切な病院選定と搬送が実施できる                                     | 優 | 良 | 可 | 不可 |

指導者評価； ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 要指導 )

コメント:

## 2. 経験すべき具体的事項

※ 研修者は出動したすべての事案に関するレポートを別に定める書式に従って提出すること。

(1) 出動形態	優	良	可	不可
• 現場出動/病院間搬送			_____	件
• ランデブーポイントからの事故現場出動			_____	件
• 日没間際のミッション(離陸限界時間を考慮した活動)			_____	件
• 多数傷病者発生事案(現場での患者トリアージ/搬送トリアージ)			_____	件
• 災害現場出動			_____	件
(2) 無線交信が適切に行える	優	良	可	不可
(3) 症例に応じた現場診療が適切に行える	優	良	可	不可
(4) 現場での医療行為が適切に行える	優	良	可	不可
(5) 搬送先医療機関の選定が適切に行える	優	良	可	不可
(6) 搬送先医療機関での申し送りが適切に行える	優	良	可	不可
(7) 診療記録記載が適切に行える	優	良	可	不可
(8) ブリーフィング/デブリーフィングが適切に行える	優	良	可	不可

指導者評価 ; ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 要指導 )

コメント:

## 3. 病院内診療

(1) ドクターヘリデータベース/診療録の管理	優	良	可	不可
-------------------------	---	---	---	----

指導者評価 ; ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 要指導 )

コメント:

#### 4. 座学、OSCE

(1) ドクターヘリシステム総論・シナリオディスカッション	優	良	可	不可
(2) 基礎知識(飛行原理・機体構造・航空医学)	優	良	可	不可
(3) 消防、警察とのコラボレーション	優	良	可	不可
(4) 高速道路の事故対応	優	良	可	不可
(5) 安全管理(AMRM:air medical resource management)	優	良	可	不可
(6) 関係法令	優	良	可	不可
(7) JPTEC/JATEC/BLS/ICLS/PSLS/ISLS などの理解	優	良	可	不可

指導者評価 ; ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 要指導 )

コメント:

---

研修指導責任者総合評価 : ( 優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可 )

医師コメント:

研修指導医師責任者自署名: \_\_\_\_\_

看護師コメント:

研修指導看護師責任者自署名: \_\_\_\_\_

研修総合評価日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日