

救急科臨床研修プログラム

研修の到達目標

緊急を要する病態に適切に対処し、患者・家族と良い人間関係を築きながらプライマリケアの診療を実施できるようになるために、地域の救急医療提供体制と患者のニーズを理解し、他科・他医療機関と協力しながら行う適切な初期診療能力を習得する。

救急科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. プライマリケアの外来診療に必要な基本的診療を实践できる。
2. 緊急性が高い病態、または外傷をもつ患者の初期治療を实践できる。
3. 患者の問題を心理的かつ社会的に解決できる。
4. 患者・家族とよりよい人間関係が構築できるように努力できる。
5. チーム医療の一員として強調できる。
6. 診療録に適切に記載ができる。
7. 自己評価及び診療チーム員からの評価を通じて研修を改善できる。

1.に示す、「プライマリケアの外来診療に必要な基本的診療を实践できる」とは、おおむね以下のような内容を含む。

- 1) 患者、家族との正しいコミュニケーションと適切なコンサルテーションの能力。
- 2) 全身の診察法（内科的診察のほか、直腸診、眼底鏡検査、耳鏡検査、外傷の診察、小児の診察、妊婦の診察等も含む）の実施と主要な所見の把握。
- 3) 必要に応じて臨床検査（検尿、検便、血算、血液型、血糖の簡便検査、心電図等）を実施し、解釈できる。
- 4) 基本的な臨床検査法（生化学検査、血清免疫学的検査、細菌学的検査・薬剤感受性検査、髄液検査、呼吸機能検査、脳波検査、X線検査、頭部CT・全身CT検査、超音波検査、核医学検査等）の適切な指示と解釈の能力。
- 5) 臨床検査または治療のための各種の採血法（静脈血、動脈血）、採尿法（導尿法を含む）、注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴、静脈確保法等）、穿刺法（腰椎・胸腔・腹腔穿刺等）の適応決定と実施。
- 6) 基本的な内科的治療法（輸血・輸液法、一般的な薬剤の処方・投与法、一般的な食餌療法等）の適応決定と実施。
- 7) 簡単な外科的治療法（簡単な切開・摘出・止血・縫合法、包帯・副木・ギプス法、滅菌・消毒法等）の適応決定と実施。
- 8) 末期患者の適切な管理能力（アドバンスケアプランニングの概念に沿った人間的・心理学的理解のうえに立った治療、家族への配慮、死後の法的処置並びに剖検の積極的な参加を含む）。
- 9) 通常よくみられる病気や外傷をもつ患者に対して、以上の各能力を総合的に適用

し、単独で処置できる問題解決能力。

2.に示す、「緊急性が高い病態、または外傷をもつ患者の初期治療を実践できる。」とは、おおむね以下のような内容を含む。

- 1) バイタルサインを正しく把握し、生命維持に必要な処置（一次救命処置、人工呼吸、心マッサージ、除細動等）を的確に行う能力
- 2) 問診・全身の診察を、迅速かつ効率的に行う能力。
- 3) 問診・全身の診察及び検査所見等によって得られた情報をもとにして、迅速に判断を下し、初期診療計画を立て、それを実施できる能力。
- 4) その後の状況変化に応じて、計画をよりよいものに改善できる能力。
- 5) 患者のケアのうえで必要な注意を、看護師などのメディカルスタッフに適切に指示する能力。
- 6) 患者の診療を、専門的医師または高次医療機関の手に委ねるべき状況を適切に判断する能力。
- 7) 患者を搬送する必要がある場合、転送上の注意を指示する能力。
- 8) 情報や診療内容を正確に記録でき、他の医師・医療機関の手に委ねるときには、これらの情報を適切に申し送る能力。

研修方略

On the job training (ON-JT)

1. ER 診療：ER を受診した救急搬送患者、walk-in 患者について、指導医の指導のもとで診療にあたり、以後の診断・治療・教育計画を立案する。また、患者の初期の安定化のための方策を提案、実施する。診療に参画した患者リストを作成し、診察後は指導医と振り返りを行う。
2. 病棟診療：ER から HCU へ入院した救急患者、ER や外来から病棟に入院した患者を受け持ち、入院時計画や毎日の患者の変化を把握し、診療録に記載する。指導医の指導のもと、問題点をあげ、解決方法を提案する。
3. 当直業務：休日・夜間に ER を受診した救急搬送患者、walk-in 患者について、当直医とともに診療にあたり、診断・治療計画を立案する。また、患者の初期の安定化のための方策を提案、実施する。診療に参画した外来患者リストを作成し、指導医と振り返りを行う。
4. カンファレンス：教育的価値の高い症例について検討する場としてカンファレンスを用意し、当該症例を担当した研修医に積極的な発表を促す。
5. 救急症例検討会：三か月に一度開催される、地域の救急隊やコメディカルをまじえた症例検討会に参加し、救急医療に関する知識のブラッシュアップに努め、症例発表を経験する。
6. 医療シミュレーター実習：医療シミュレーターを用いた心肺蘇生、気道確保、中心

静脈確保などのシミュレーション研修を行う。患者に対する実際の手技は、シミュレーション研修終了後に、日々の診療の中で指導医とともに行う。

Off the job training (Off-JT)

1. 救急救命関連の off the job training : 原則として当院を会場に定期的で開催される、BLS、ACLS、JPTEC、外傷コース (ITLS に準拠)、PALS、ISLS、ACLS-EP、ICLS などの国際的・国内的に認可されたトレーニングコースを受講し、プロバイダー資格を取得する。

週間予定表

曜日	午前	午後
月	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
火	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
水	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
木	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
金	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療

カンファレンス、救急症例検討会、医療シミュレーター実習、off the job training は、週間スケジュールに組み込まれていない。時間的余裕のあるときや、問題点のある症例に遭遇したときなどに随時開催されるか、別途スケジュールが事前に通知される。

当直業務は救急科研修とは別に、初期研修を通じて行われる。

※ なお当直勤務明けの日は、原則として午前中の救急症例カンファレンス終了後に出勤とする。

研修到達目標の追加：長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修に際しては、以下を追加する

1. 重症多臓器不全やショック状態の患者に対する集中治療理論と技術を指導医とともに経験習得する
2. 急性薬物中毒患者や多発外傷の患者の主担当医となり、他科医師と連携しながら救急医学診療理論の習得に努める

評価

研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

研修後の評価

研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

総括的評価

救急科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、救急科研修の形成的評価もその材料となる。

救急科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

経験すべき症候

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、発熱、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋肉低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ

経験すべき疾病・病態

脳血管障害、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、肺炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、消化性潰瘍、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

必修診療科としてローテートした後に、再度救急科を選択研修としてローテートする場合の研修プロセス

必修研修で学んだことをふまえ、資質・能力の水準をより高めるとともに、研修修了後に救急科を専攻する研修医に対しては円滑な専門研修への意向に資するような研修を行う。なお、研修医が選択で救急科を再履修する動機はさまざまであるので、個別に変更・調整する場合があってもよい。

到達目標、身につけるべき資質・能力

必修研修と同様であるが、より高い水準への到達を目指す。

研修方略

基本的には必修研修の方略を踏襲するが、以下のような配慮を加える。

- 1 研修医の到達度によって、いくつかの研修機会は見合わせてもよい（点滴実施、動脈血液ガス実施）
- 2 救急科専門研修では、救急ホットラインを所持して直接、救急隊から救急搬送患者収容を受諾し、救急隊への適切な助言・指導を行う。多彩な患者の初期対応に参画する。
- 3 病棟での救急科患者診療は必修研修時よりも多くの受け持ち患者を持ち、日々の診療計画を能動的に立案する。
- 4 病棟では必修研修時よりも重症な患者、複雑な病状の患者を受け持ち、日々の診療計画を能動的に立案する。
- 5 患者への病状説明内容や方針を立案し、指導医の指導のもとで説明を実践する。
- 6 他科とのコンサルテーションや他部門との連携を活用し、包括的な、高水準の診療を実践する。
- 7 上越消防救急隊との合同カンファレンスや事後検証回に能動的に参画する。
- 8 適切な症例があった場合、学会（日本内科学会信越地方会など）で症例報告を行う。

週間予定表

必修研修のスケジュールを踏襲するが、研修医の意向に沿って調整を加える。

評価

必修研修の場合と同様の手順とする。

指導体制

研修責任者

田中 敏春

指導医

田中 敏春

指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）