

# 救急総合診療科研修プログラム

平成 29 年度版

## 【 I 】 救急総合診療科の診療と研修の概要

2004 年度から実施された臨床研修制度での基本理念によれば、臨床研修とは

1. 医師としての人格のかん養
2. 医学及び医療の果たすべき社会的役割の認識
3. 一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力の修得

をすることとされています。この原則に基づき、内科分野および救急分野が必修分野として重視されていますが、大事なのは実際の研修現場で何が学べるのかであることは言うまでもありません。高度先進医療機関である大学病院では通常、内科は臓器別に細分化され、診断が困難な患者さん、あるいは難治な疾患の治療にシフトし、また救急科は心肺停止や多発外傷などの三次救急に特化した診療を行っており、上記基本理念の 2 や 3 に適していない場合が少なくありません。

しかし杏林大学医学部附属病院は、東京都の新宿以西における唯一の大学病院本院として、1970 年の開学時から 1 次～3 次の区別なくあらゆる救急患者さんを受け入れ、各科が協力して診療に当たって来た歴史があります。さらに当院は、2006 年 5 月に救急初期診療チーム Advanced Triage Team (ATT) を発足させ、内科系救急患者への初期対応を一元化して行っています。ATT は 2012 年には診療科 (ATT 科) となり、研修医、レジデント、および大学院生の指導体制が整備されています。さらに、2012 年に新しい第 3 病棟がオープンしてその 1 階に新 High Care Unit (HCU) が開設されたことを契機に、短期間の入院診療も可能となりました。ATT 科は平成 28 年度から救急総合診療科と名称変更し現在に至っています。

研修医のローテートは、2 年次に必修ローテートが 1 か月、また選択ローテートとして、1 年次・2 年次を問わず 1～4 か月までローテート可能です (6 週間、10 週間、14 週間も可)。1 年目の 1 か月のローテートは内科研修の一つとしてカウントすることも可能です。ローテート研修では、研修医も 12 時間交代勤務となります。また、1 年次研修医は年間を通じて救急総合診療科での準夜勤務 (18 時～23 時) を行い、救急診療について経験します。その他、病棟当直のない診療科をローテート中の研修医が、当該診療科に関係する病態・疾患の救急について学ぶ目的での救急総合診療科当直も受け入れています。

当科の研修の特徴は、以下の通りです。

- ① 年間を通じてバラエティに富んだ多くの患者が受診するため、common disease はもちろん、頻度は低いが見逃せない critical な疾患を経験できる。
- ② 感染症に関する知識は全ての科で必須である。数多くの感染症患者を経験し、原因菌の推定や抗菌薬選択について学ぶことができる。
- ③ 卒後 7 年目以上のアテンディング医師が常に勤務しており疑問や不安な点は相談できる。
- ④ 救急総合診療科を受診した全症例について、朝 8 時から振り返りカンファレンスを行う。救急総合診療科のスタッフはもちろん、循環器科、感染症科および放射線科からも定期的に専門医が参加して下さっており、集学的な学びに繋げる貴重な時間となる。
- ⑤ 通常毎週木曜日に行われるカンファレンスの中で、各研修医は自分が経験した症例に関連する内容で EBM Journal Club を 1 回、症例発表を 1 回行う。この経験を通じて、EBM、臨床推論、および症例プレゼンテーションの基本を学ぶことができる。

## 【Ⅱ】 研修目標

### I. 職業倫理

#### 【到達目標】

1. 社会人として、医師として良識ある行動をする。
2. 患者の権利・尊厳を尊重し、適切な医療を行う。
3. 常に自己を振り返りながら研鑽に努める。
4. 自らの心身の健康に留意する。

#### 【具体的目標】

- (1) 挨拶をきちんとする。(態度)
- (2) 医師としてふさわしい身なりをする。(態度)
- (3) ルールやマナーを遵守する。(態度)
- (4) 上長・指導医・上級医の指示に従う。(態度)
- (5) 研修の成果を適切に自己評価する。(態度)
- (6) 不足している部分について積極的に学習する。(態度)
- (7) 健康の維持と疾病の早期発見(定期健診の受診など)に留意する。(態度)

### II. 患者—医師関係

#### 【到達目標】

1. 患者、家族と良好な関係を築くことができる。
2. 患者、家族のニーズを身体的・心理的・社会的側面から把握できる。
3. 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

#### 【具体的目標】

- (1) 接遇の基本を身につける。(態度)
- (2) 個々の診療場面(病棟・外来・救急外来)において適切な医療面接を行える。(技能)
- (3) 患者、家族の訴えをよく聴き、苦痛や不安について共感的に理解する。(態度)
- (4) 検査や治療について適切に説明し、インフォームド・コンセントを得ることができる。(主として2年目)(技能)
- (5) 患者の個人情報の管理に留意する。(態度)

### III. 安全管理

#### 【到達目標】

1. 常に安全な医療を心がける。
2. 医療安全に関するルールを理解し、遵守する。
3. 個々の場面において自分の能力の限界を判断し、適切な行動をとることができる。

#### 【具体的目標】

- (1) 医療安全マニュアルに基づいて個々の医療行為を行う。(態度)
- (2) 個々の医療行為に際して、定められた確認(患者確認、指差確認)の手順を確実に実施する。(態度)
- (3) 医療現場における確実な情報伝達に留意する。(指示を明確に。口答指示は手順を守り、確実に伝わったことを確認する。)(態度)
- (4) スタンダード・プリコーションを理解し、実施する。(態度)
- (5) インシデント・アクシデントが発生した際に適切な対応をすることができる。(問題解決)
- (6) 医療安全について積極的に学習する(講習会への出席など)。(態度)
- (7) 患者の急変時に基本的な処置(BLS、ICLS)を行うことができる。(技能)
- (8) 不確実なこと、自己の能力を超えることを強行せず、指導者に援助を求める。(問題解決、態度)

## IV. チーム医療

### 【到達目標】

1. 診療チームのメンバーと良好な関係を築く。
2. 診療チームにおける自己の責任を果たす。
3. チームのメンバーや、他施設の人と適切に情報交換を行う。

### 【具体的目標】

- (1) チーム医療における自己の責任を果たす。(態度)
- (2) チーム医療のメンバーと適切にコミュニケーション(報告、連絡、相談)する。(態度)
- (3) 場面(回診・カンファレンスなど)に応じて適切に症例呈示を行うことができる。(技能)
- (4) 診療録、退院サマリーを遅滞なく適切に記載する。(問題解決、態度)
- (5) 紹介状、他科紹介、返事を適切に作成できる。(解釈)
- (6) コメディカル、後輩医師、学生に対して教育的配慮をする。(主として2年目)(態度)

## V. 医学知識

### 【到達目標】

1. 基本的な病態・疾患・検査法・治療法についての知識を身につける。
2. 個々の患者について適切な臨床的判断ができる。
3. 根拠に基づく医療(EBM =Evidence Based Medicine)の考え方を理解し、個々の患者の問題解決に応用できる。
4. 必要な知識を獲得する手段を身につける。

### 【具体的目標】

- (1) 基本的な病態・疾患・検査法・治療法についての知識を身につける。(想起)
- (2) 個々の患者について、病歴、診察所見、検査所見を適切に解釈・評価できる。(解釈)
- (3) 個々の患者について、プロブレムリストの作成、鑑別、検査・治療計画の立案ができる。
- (4) EBMの意義と手順について理解する。(想起)
- (5) EBMを個々の患者についての臨床的意志決定に応用できる。(問題解決)
- (6) 診療上必要な知識を獲得することができる。(技能)

## VI. 診療技能

### 【到達目標】

1. 基本的な診療技能(医療面接・身体診察・検査手技・治療手技)を身につける。

### 【具体的目標】

- (1) 個々の診療場面(病棟・外来・救急外来)において適切な医療面接を行うことができる(Ⅱ.患者－医師関係にも記載)。(技能)
- (2) 成人の基本的な身体診察(バイタルサイン、全身状態、皮膚、頭頸部、胸部、腹部、四肢、神経系)を適切に実施できる。(技能)
- (4) 患者の精神症状を適切に把握できる。(技能)
- (5) 基本的な検査手技・治療手技を適切に実施できる。(技能)

## VII. 医療の社会性

### 【到達目標】

1. 保健医療法規・制度を理解し、遵守する。
2. 医療保険、公費負担医療を理解し、コスト意識を持って適切に診療する。
3. 地域医療のありかたと医師の役割について理解する。
4. 予防医学の基本を理解する。

### 【具体的目標】

- (1) 保健医療法規にのっとり適切な診療をする。(問題解決、態度)

- (2) 医療保険、公費負担制度を理解する。(想起)
- (3) 医療資源を無駄遣いしないように留意する。(態度)
- (4) 予防医学の基本について理解する。(想起)
- (5) 地域医療における医師の役割について理解する。(想起)
- (6) 病診連携について理解する。(想起)

## Ⅷ. 経験目標

当科研修中に以下の疾患・病態や検査および処置を経験することを目標とする。ただし、すべての項目が必須事項というわけではない。(◎:多数経験可能かつ当科では積極的に指導している、○:経験できる可能性が>90%かつ当科で指導している、△:経験できる可能性が30%~90%かつ当科で指導している。経験できる可能性が30%未満、または当科では指導していない項目は削除した)

項目	研修期間			
	1か月	2か月	3か月	4か月
《臨床検査》				
一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む)	◎	◎	◎	◎
便検査(潜血)(直腸診を含む)	◎	◎	◎	◎
血算・白血球分画	◎	◎	◎	◎
血液型判定・交差適合試験(A)	○	○	○	○
心電図(12誘導)(A)	◎	◎	◎	◎
動脈血ガス分析(A)	◎	◎	◎	◎
血液生化学的検査	◎	◎	◎	◎
細菌学的検査・薬剤感受性検査	◎	◎	◎	◎
髄液検査	○	○	◎	◎
超音波検査(A)	◎	◎	◎	◎
単純X線検査	◎	◎	◎	◎
X線CT検査	◎	◎	◎	◎
《基本的手技》				
気道確保	△	△	○	○
心マッサージ(胸骨圧迫)	△	△	△	△
注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保)	◎	◎	◎	◎
注射法(中心静脈確保)				
採血法(静脈血、動脈血)	◎	◎	◎	◎
穿刺法(腰椎)	○	○	○	○
穿刺法(胸腔、腹腔)	△	△	△	△
導尿法	○	○	○	○
胃管の挿入と管理	○	○	○	○
局所麻酔法	○	○	○	○
創部消毒とガーゼ交換	△	△	△	△
皮膚縫合法				
軽度の外傷・熱傷の処置				
気管挿管	△	△	△	△
除細動	△	△	△	△
《頻度の高い症状》				
全身倦怠感	○	○	○	○

不眠	△	△	○	○
食欲不振	○	○	○	○
浮腫	○	○	○	○
リンパ節腫脹	○	○	○	○
発疹	○	○	○	○
黄疸	○	○	○	○
発熱	◎	◎	◎	◎
頭痛	◎	◎	◎	◎
めまい	◎	◎	◎	◎
失神	◎	◎	◎	◎
痙攣発作	◎	◎	◎	◎
胸痛	◎	◎	◎	◎
動悸	◎	◎	◎	◎
呼吸困難	◎	◎	◎	◎
咳・痰	◎	◎	◎	◎
嘔気・嘔吐	◎	◎	◎	◎
胸やけ	○	○	○	○
嚥下困難	△	△	△	△
腹痛	◎	◎	◎	◎
便通異常(下痢、便秘)	◎	◎	◎	◎
腰痛	◎	◎	◎	◎
歩行障害	◎	◎	◎	◎
四肢のしびれ	◎	◎	◎	◎
血尿	◎	◎	◎	◎
排尿障害(尿失禁、排尿困難)	◎	◎	◎	◎
尿量異常	○	○	○	○
不安・抑うつ	◎	◎	◎	◎
《緊急を要する症状・病態》				
ショック	◎	◎	◎	◎
意識障害(痙攣重積を含む)	◎	◎	◎	◎
脳血管障害(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	◎	◎	◎	◎
急性呼吸不全(窒息、異物を含む)	◎	◎	◎	◎
急性心不全	◎	◎	◎	◎
急性冠症候群	◎	◎	◎	◎
急性腹症(消化管穿孔など)	◎	◎	◎	◎
急性消化管出血	◎	◎	◎	◎
急性腎不全(緊急透析例など)	◎	◎	◎	◎
急性感染症(敗血症、ガス壊疽など)	◎	◎	◎	◎
急性中毒	○	○	○	○
精神科領域の救急(急性薬物中毒を含む)	◎	◎	◎	◎
《その他の疾患・病態》				
貧血(二次性貧血)	◎	◎	◎	◎
出血傾向、紫斑病(播種性血管内凝固症候群: DIC)	○	○	○	◎
脳・脊髄外傷(急性硬膜外・硬膜下血腫など)	○	○	○	◎

脳炎・髄膜炎	○	○	○	◎
皮膚感染症(蜂巣炎など)	○	○	○	◎
骨折(多発骨折を含む)	△	△	△	△
不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)	◎	◎	◎	◎
動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤)	◎	◎	◎	◎
呼吸器感染症(上気道炎、気管支炎、肺炎)	◎	◎	◎	◎
閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症、肺気腫など)	◎	◎	◎	◎
肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)	○	○	○	○
異常呼吸(過換気症候群)	◎	◎	◎	◎
胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)	◎	◎	◎	◎
食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)	◎	◎	◎	◎
小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎)	◎	◎	◎	◎
胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)	◎	◎	◎	◎
肝疾患(ウイルス性肝炎、急性肝炎、肝硬変)	◎	◎	◎	◎
膵臓疾患(急性・慢性膵炎)	○	○	◎	◎
腎不全(急性・慢性腎不全)	○	○	◎	◎
全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)	○	○	◎	◎
泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)	◎	◎	◎	◎
腹痛症(婦人科疾患を含む)	◎	◎	◎	◎
糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	◎	◎	◎	◎
蛋白及び核酸代謝異常(高尿酸血症)	○	◎	◎	◎
扁桃の急性・慢性炎症性疾患	◎	◎	◎	◎
食道の代表的な異物	△	△	△	△
ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、腸炎)	◎	◎	◎	◎
真菌感染症(カンジダ症)	△	△	△	△
アナフィラキシー(蕁麻疹を含む)	◎	◎	◎	◎
環境要因による疾患(熱中症、低体温症)	○	○	○	○
老年症候群(誤嚥、転倒)	◎	◎	◎	◎

## 【Ⅲ】 研修方略

### I. 指導スタッフ

氏名	職位	専門領域
松田剛明	副理事長・教授	救急医学、消化器免疫・侵襲学
柴田茂貴	講師	総合内科学、高齢医学、運動生理学、救急医学
宮内弘子	助教	総合内科学
得津敬之	助教	総合外科学
植地貴弘	助教	総合内科学、救急医学
佐野勇貴	医員	総合内科学

他に内科、外科、脳神経外科からの短期派遣医  
救急総合診療科レジデント、各科からの短期派遣レジデント

## II. 診療体制

12 時間毎の完全 2 交代制(8 時～20 時、20 時～8 時)。ただし前述の通り夜勤の場合は翌朝 8:00 から約 60 分間の振り返りカンファレンス(Short Conference)を行うので、勤務終了は 9 時前後となる。

勤務帯毎に卒後 7 年目以上の指導医が 1 名以上勤務し(うち 1 名がリーダー)、卒後 3～6 年目のレジデント以上が 2 名以上勤務している。

## III. 週間予定

	0000	0800	0900	1700	2000
月	夜勤(続き)	SC IC	日勤	日勤 (続き)	夜勤
火	夜勤(続き)	SC	日勤	日勤 (続き)	夜勤
水	夜勤(続き)	SC RC	日勤	日勤 (続き)	夜勤
木	夜勤(続き)	SC	EBMJC/CC 日勤	日勤 (続き)	夜勤
金	夜勤(続き)	SC	日勤	日勤 (続き)	夜勤
土	夜勤(続き)	SC	日勤	日勤 (続き)	夜勤
日	夜勤(続き)	SC	日勤	日勤 (続き)	夜勤

SC:振り返りカンファレンス RC:放射線カンファレンス IC:感染症カンファレンス

EBMJC: Evidence Based Medicine Journal Club(論文抄読会)

CC:クリニカルカンファレンス(症例発表等)

他に月 1 回循環器カンファレンス

## IV. 研修の場所

1・2 次救急外来(高度救命救急センター1 階)

High Care Unit(HCU)(第 3 病棟 1 階)

## V. 研修医の業務・裁量の範囲

《日常の業務》

1. 救急総合診療科受診患者に関し、1 次患者については受付事務員や看護師から、2 次患者については救急隊員から情報を得る。
2. 救急総合診療科受診患者のバイタルサインを確認し、緊急を要する状況か否かを判断し、必要な措置(観察ベッド入室、酸素投与、静脈路確保、モニター装着、末梢静脈血採血など)を講ずる。
3. 救急総合診療科受診患者(必要な場合にはそのご家族)と面接する。
4. 必要に応じて前医ないしかかりつけ医に情報提供を依頼する。
5. 救急総合診療科受診患者の身体診察を行う。
6. 救急総合診療科受診患者に関してプロブレムリストを作成し、鑑別すべき疾患のリストアップと検査計画を立案する。
7. 勤務帯リーダーないし上級医にプレゼンテーションを行い、検査計画を提案し、助言を受ける。
8. 採血、採尿、単純 X 線、ECG、血液ガス分析、超音波などの検査をオーダーないし実施する。
9. CT(造影を含む)や MRI 検査については、勤務帯リーダーの指示に従う。

10. 検査の結果を踏まえ、診断と今後の診療計画を立案する。
11. 勤務帯リーダーないし上級医にプレゼンテーションを行い、今後の診療計画を提案し、助言を受ける。
12. 治療を実施し、経過を注意深く観察する。
13. 入院の適応と考えられる患者など、専門診療科に診療を依頼する場合には、先方に対して電話でプレゼンテーションを行う。
14. 救急搬送患者はすべて、帰宅可能かどうかの判断を必ず指導医・上級医に仰ぐ。
15. 夜勤帯勤務者は朝 8 時からの振り返りカンファレンスで担当症例を中心にプレゼンテーションし、ディスカッションに参加する。
16. 総合内科の担当で HCU 入室となった患者の診療は、HCU 担当上級医と共に診療にあたる。
17. HCU 入院患者については朝の ATT 振り返りカンファレンス終了後に HCU で開催される HCU モーニングカンファレンスでプレゼンテーションを行い、そこで決定した引継ぎ科に対して適切な情報提供を行う。
18. 研修期間の最終木曜日の面談までに、指導医評価表を指導医から記入してもらうこと。救急総合診療科の研修目標に到達していないと評価された場合、必修分野である救急分野の研修を終えていないことになるため、再度救急総合診療科のローテートが必要となる。

## VI. その他の教育活動

1. 毎週木曜日 9 時から臨床カンファレンスを ICU・HCU カンファレンス室で開催する。研修医は全員参加すること。最初の 2 週間には EBM Journal Club、次の 2 週間には症例カンファレンスが割り当てられるので、担当指導医と相談の上プレゼンテーションの準備を行うこと。また、週によってはミニレクチャーや新規導入機器などの説明会が行われる場合があり、そちらも必ず参加すること。
2. 内科学会の内科救急講習会 JMECC が院内で開催される際には、積極的に参加すること。
3. CPC やリスクマネジメント講習会などの院内講習会には、原則として出席すること。On duty であっても、勤務帯リーダーができるだけ配慮する。
4. 示唆に富む症例などを担当した場合、地方会などで報告してもらうことがある。
5. 研修期間の最終木曜日の臨床カンファレンス終了後に、研修医面談を行う。研修記録と、記載した評価表を予め準備すること。

## 【IV】研修評価

「具体的目標」の項目について、研修医自身による自己評価、および指導医による評価を行う。なお、看護師、放射線技師、薬剤師、検査技師などのコメディカル・スタッフ、事務職員、ならびに患者に評価（観察）してもらった結果を評価に採り入れることがある。評価方法は「観察記録」と「プレゼンテーション評価」により行う。評価者は救急総合診療科のスタッフが分担し、評価票に沿って行う。評価結果は初期臨床研修委員会に提出する。

### 【推奨するテキスト・マニュアル】

- ・内科救急診療指針
- ・本当はやさしい臨床統計
- ・見逃せない、よくある 外臓疾患の診かた・みつけかた
- ・ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ・ジェネラリストのための内科外来マニュアル
- ・聞く技術-答えは患者の中にある-
- ・研修医当直御法度
- ・サンフォード感染症治療ガイド



## 【V】その他

当科の研修プログラムに関する質問・要望がありましたら、下記の臨床研修担当責任者に御連絡ください。

臨床研修係： 畑 典孝