

救急総合診療科研修プログラム

2023 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付属病院は、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きた歴史があります。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。2016 年度に救急総合診療科に改称され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 4 週間、また選択ローテートとして、2 年次に 4～16 週間 (4 週間単位) までローテート可能です (6 週間も可)。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、「内科外来研修」中に何度か準夜勤務 (14 時 30 分～23 時 10 分) を行い、救急診療について経験します。

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 diseases** 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 年目以上の指導医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おり、集学的な学びに繋げる貴重な時間となる。
- ⑤ 通常月 1 回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症例発表を行う。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】 研修期間

上記のように、4 週間、6 週間、8 週間、12 週間、16 週間のローテートに対応しています。

【Ⅲ】 研修目標

A. 医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム)

1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

5. 社会人としての常識と研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

B. 医師としての資質・能力

1～9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10 には当科に特有の目標を示す。

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得*を必須とする(当科で研修が可能なもの)。

医療面接(病歴聴取)
基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接接触れる診察を除く)
導尿法
採血法(静脈血、動脈血)
動脈血ガス分析(採血、計測)

細菌培養の検体採取(耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿)
穿刺法(腰椎、ただし薬剤の注入は除く)
心電図(12誘導)
超音波検査(心臓、腹部)
人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む)
胸骨圧迫
除細動(AEDの操作を含む)
圧迫止血法
創部消毒とガーゼ交換
包帯法
簡単な切開・排膿
軽度の外傷・熱傷の処置
注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)
胃管の挿入と管理(注入を除く)

*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む)を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む)を把握する。

10. 当科に特有の目標

軽症、中等症の救急患者に対する初期対応の能力を身につける。

- ① 基本的救命処置を実施できる。
- ② 軽症、中等症患者の初期救急患者の病態を鑑別し、初期治療を計画できる。
- ③ 1、2次救急医療体制の概要を説明できる。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。当科で研修可能な項目のみ示す。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

【IV】 研修方略

I. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間			
	4週	8週	12週	16週
① ショック	○	○	○	○
② 体重減少・るい瘦	○	○	○	○
③ 発疹	○	○	○	○
④ 黄疸	○	○	○	○
⑤ 発熱	○	○	○	○
⑥ もの忘れ	○	○	○	○
⑦ 頭痛	○	○	○	○
⑧ めまい	○	○	○	○
⑨ 意識障害・失神	○	○	○	○
⑩ けいれん発作	○	○	○	○
⑪ 視力障害	○	○	○	○
⑫ 胸痛	○	○	○	○
⑭ 呼吸困難	○	○	○	○
⑮ 吐血・喀血	○	○	○	○
⑯ 下血・血便	○	○	○	○
⑰ 嘔気・嘔吐	○	○	○	○
⑱ 腹痛	○	○	○	○
⑲ 便通異常(下痢・便秘)	○	○	○	○
㉑ 腰・背部痛	○	○	○	○
㉒ 関節痛	○	○	○	○
㉓ 運動麻痺・筋力低下	○	○	○	○
㉔ 排尿障害(尿失禁・排尿困難)	○	○	○	○
㉕ 興奮・せん妄	○	○	○	○
㉖ 抑うつ	○	○	○	○
㉗ 成長・発達の障害	△	△	△	△
㉘ 妊娠	△	△	△	△
㉙ 終末期の症候	△	△	△	△

〈経験すべき疾病・病態〉

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間			
	4週	8週	12週	16週
① 脳血管障害	○	○	○	○
② 認知症	○	○	○	○
③ 急性冠症候群	○	○	○	○
④ 心不全	○	○	○	○
⑤ 大動脈瘤	○	○	○	○
⑥ 高血圧	○	○	○	○
⑦ 肺癌	○	○	○	○
⑧ 肺炎	○	○	○	○
⑨ 急性上気道炎	○	○	○	○
⑩ 気管支喘息	○	○	○	○

⑪ 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	○	○	○	○
⑫ 急性胃腸炎	○	○	○	○
⑬ 胃癌	○	○	○	○
⑭ 消化性潰瘍	○	○	○	○
⑮ 肝炎・肝硬変	○	○	○	○
⑯ 胆石症	○	○	○	○
⑰ 大腸癌	○	○	○	○
⑱ 腎盂腎炎	○	○	○	○
⑲ 尿路結石	○	○	○	○
⑳ 腎不全	○	○	○	○
㉑ 糖尿病	○	○	○	○
㉒ 脂質異常症	○	○	○	○
㉓ うつ病	○	○	○	○
㉔ 統合失調症	○	○	○	○
㉕ 依存症 (ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)	△	△	△	△

II. 当科の研修で経験できる項目

研修目標 B-10 「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。

経験できる可能性:◎: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			
	4 週	8 週	12 週	16 週
《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	○	○	○	○
心電図 (12 誘導)	◎	◎	◎	◎
動脈血ガス分析	◎	◎	◎	◎
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	◎	◎	◎	◎
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)	◎	◎	◎	◎
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	○	○	○	○

創部消毒とガーゼ交換	△	△	△	△
軽度の外傷・熱傷の処置	△	△	△	△
気管挿管	△	△	△	△
除細動	△	△	△	△
《症状》				
全身倦怠感	○	○	○	○
不眠	△	△	○	○
食欲不振	○	○	○	○
浮腫	○	○	○	○
リンパ節腫脹	○	○	○	○
動悸	◎	◎	◎	◎
咳・痰	◎	◎	◎	◎
胸やけ	○	○	○	○
嚥下困難	△	△	△	△
腰痛	◎	◎	◎	◎
歩行障害	◎	◎	◎	◎
血尿	◎	◎	◎	◎
尿量異常	○	○	○	○
不安・抑うつ	○	○	○	○
《疾病・病態》				
出血傾向、紫斑病(播種性血管内凝固症候群)	○	○	○	◎
脳・脊髄外傷(急性硬膜外・硬膜下血腫など)	○	○	○	◎
脳炎・髄膜炎	○	○	○	◎
急性呼吸不全(窒息、異物を含む)	◎	◎	◎	◎
急性感染症(敗血症、ガス壊疽など)	◎	◎	◎	◎
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)	◎	◎	◎	◎
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)	◎	◎	◎	◎
急性腹症(消化管穿孔など)	◎	◎	◎	◎
急性消化管出血	◎	◎	◎	◎
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)	◎	◎	◎	◎
膵臓疾患(急性・慢性膵炎)	○	○	◎	◎
全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)	○	○	◎	◎
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)	◎	◎	◎	◎

急性中毒	△	△	△	△
環境要因による疾患(熱中症、低体温症)	○	○	○	○
精神科領域の救急(急性薬物中毒を含む)	○	○	○	○
老年症候群(転倒)	○	○	○	○

Ⅲ. 指導スタッフ

氏名	職位	専門領域
松田剛明	理事長・教授	救急医学、消化器免疫・侵襲学
長谷川 浩	教授	高齢者救急、老年医学、認知症、老年循環器学
畑 典孝	任期制助教	総合内科学、救急医学

他に内科、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

Ⅳ. 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 年目の専攻医以上が少なくとも 1 名以上勤務している。

Ⅴ. 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	CC	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

CC:週 1 回循環器カンファレンス

他に月 1 回、EBM もしくは症例発表カンファレンス

Ⅵ. 研修の場所

1・2 次救急外来(高度救命救急センター1 階)

Ⅶ. 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 次患者については管理当直補佐や看護師から、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. 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。

VIII. その他の教育活動

1. 月 1 回木曜日 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。EBM もしく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、週によっては自由参加の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る。
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。

【V】研修評価

研修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。評価結果は卒後教育委員会に提出する。

【推奨するテキスト・マニュアル】

- ・内科救急診療指針

