

ER・救命救急センター研修（新設）

【目的】

中等症以上の急性期疾患に対し、診断と治療の両面を主体的に経験することで、基本的な診療能力の定着と向上を図る。

【対象】

初期研修2年目の医師

【期間】

初期研修2年目のうち合計8週間

8週連続である必要はないが、1回の救命救急センター研修は最短でも連続した4週間であることが望ましい

【目標】

- ・ERで受け入れた救急患者に対し、救急科医師指導のもと診断並びに初期治療をERで行い、入院主科となる診療科の決定および主科への入院依頼を一貫して行えるようになる。
- ・救命救急病棟への入院に際し、入院時に必要なオーダー（入院入力、各種同意書の出力、各種評価・アセスメントの入力など）を適切に入力することができる。また、患者の病状変化に合わせて適宜再評価やアセスメントの内容を変更することができる。
- ・主科主治医と協議の上で急性期の治療方針を決定し、主治医とともに治療計画を患者本人ならびに関係者へ適切に説明して、同意を得ることができる。
- ・急性期の治療方針に基づいた急性期指示書を集中治療科医師と作成し、救命救急病棟スタッフと治療方針を共有することができる。
- ・担当医として急性期治療の中心を担い、主治医並びに集中治療科医師の指導のもと、一般病棟管理が可能となる状態までチーム医療の一端を担って治療に当たることができる。
- ・患者の家族背景や社会的背景に配慮し、当院を退院するにあたって必要と考えられるサポートを急性期の段階で考慮し、適切な時期にOT/PT/STやMSWへの依頼を行うことができる。
また、当該患者の治療に関わる医療者チームの中心的役割を担うことができる。
- ・一般病棟退室の際には、診療サマリーを作成の上で主治医（もしくは主科研修中の初期研修医）へ患者の状態を申し送り、亜急性期から慢性期さらには退院までの診療が滞りなく進むように配慮することができる。
- ・救命不可能と判断された急性期患者に対して、各種終末期ガイドラインを参考にしながら急性期における看取りの医療を立案し、スタッフとその内容を共有しながら患者本人および家族へその意思に沿った形で終末期医療を提供することができる

【研修責任者】

研修責任者は救命救急センター長とする。

また救急科医師と集中治療科医師も共同で研修の責任を負い、業務量を調整するなどして公平かつ過度な負担にならない研修を初期研修医が行えるように十分配慮する。

【その他・補足】

- ① 研修の主体は救急初期診療であるため、ERに業務の主軸を置く。
病棟業務のためにERを離れるタイミングは、初期研修医個々人がER全体の忙/閑を鑑みて判断することを求める。
- ② 初期研修2年目における追加での選択研修は認めるが、初期研修1年目の履修は認めない。
つまり初期研修1年目については従前どおりの救急科研修としてER業務のみを行う。これは、1年目にはER研修を集中的に行うことによって、2年目以降での夜間救急車対応を確実に安全に遂行できるようにするためである。
- ③ 救命救急センター研修で行う業務は、ERにおける初期対応ならびに救命病棟における病棟業務に限定し、緊急手術等への参加は含めない。長時間にわたってERの業務から離脱することを避けるためである。
- ④ 夜間および休日の救急当直時に対応した救急患者については、救命救急センター研修の対象患者としない。日勤帯の通常業務中に対応した患者のみを対象として担当医につくこととする。
- ⑤ 入院主科を研修中の初期研修医が同時にいる場合、担当医の振り分けは主科が行うこととする。
- ⑥ 集中治療科研修は重症患者の管理に特化するため、3週間の選択制研修とする。集中治療科研修中の初期研修医が不在の場合には、救命救急センター研修医が重症患者を担当することが可能である。

〈EPOCに登録可能と考えられる、当研修において経験が可能な症例・処置〉

特に救命救急センター研修で経験可能と思われるものを太字で示す。

・ 経験すべき症候-29症候-

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、**黄疸**、**発熱**、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、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・筋力低下、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

・ 経験すべき疾病・病態-26疾病・病態-

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、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)**

・ その他(経験すべき診察法・検査・手技等)

◆臨床手技

気道確保、人工呼吸(BVMによる徒手換気を含む)、胸骨圧迫、圧迫止血法、包帯法、採血法(静脈血、動脈血)、注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)、腰椎穿刺、穿刺法(胸腔、腹腔)、導尿法、ドレーン・チューブ類の管理、胃管の挿入と管理、局所麻酔法、創部消毒とガーゼ交換、簡単な切開・排膿、皮膚縫合、軽度の外傷・熱傷の処置、気管挿管、除細動

◆検査手技

血液型判定・交差適合試験、**動脈血液ガス分析**、心電図の記録、超音波検査

臨床研修G、救急科、集中治療科

2021年 3月17日第1版発行