

救命救急科

○ 救命救急科の概要

1. 救命救急科の特色

「救急医療は“医”の原点であり、かつ、すべての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置付けられる。」(救急医療体制基本問題検討会報告書：平成9年12月)。すなわち救急医療は「健康で文化的な生活」を営む上で欠くことができない社会基盤といえる。そのため、すべての医療関係者は「いつでも、どこでも、だれでも」適切な救急医療を受けられるように応分の役割を果たすべきであり、これは医療施設についても同じである。「いつでも、どこでも、だれでも」を実現するための救急医療体制は、それぞれの地域の人口分布や地理的条件、交通網、経済・文化背景、医療資源によって異なる。さらに、救急医療でそれぞれの医療施設が果たすべき役割は、地域の救急医療提供システム全体の中で捉えるべきであり、一律であるべき必要はない。

埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター(救命救急科)は、地域救急医療の基幹病院としての役割を担っており、初期から三次まであらゆる救急患者を対象としており、救急専従医によりショック、外傷、広範囲熱傷、急性中毒などに対しては初期診療から手術、集中治療、リハビリテーションおよび外来通院までを可能な限り一貫して行い、また、急性冠症候群、脳卒中では心臓病センター、脳卒中センターの専門医が協力して初期診療を担当している。

特徴として、初期から三次まであらゆる重症度の救急車搬送患者の初期診療ならびに初療を行うER型ではなく、日本救急医学会専門医・指導医、日本外傷学会、日本救急医学会公認の外傷初期診療コース(JPTEC、JATEC、JNTEC)のインストラクターおよびプロバイダーを中心とし、一般外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、麻酔・集中治療などのサブスペシャリティを持つ外傷チームによる適切かつ迅速な初期診療・治療や手術から入院後の治療までを実践していることであり、地域における「Shock & Trauma Center」的な存在である。

2. 必修研修期間

3ヶ月間

3. 診療・教育スタッフ

根本 学(教授)
高平 修二(准教授)
龍神 秀穂(講師)
大谷 義孝(助教)

ほか、助教クラス数名

4. 研修責任者と臨床研修指導医、上級医(指導者)

研修責任者：根本 学(診療部長)
臨床研修指導医：高平 修二、龍神 秀穂、大谷 義孝
上級医(指導者)：小川 博史、野村 侑史、吉川 淳

5. 臨床研修プログラムの特色

必修研修では、患者の容態に合わせて診察、診断、治療を展開できるよう、下記の経験目標・到達目標を研修する。

2年目の自由選択研修では、初期研修医のリーダー的存在として、必修研修でローテートしている研修医を牽引していく役割を担うことで責任感を身につけられる。また、他科で得た知識や手技を深める意味で多くの症例を指導医の下で経験することができる。

6. 経験目標・到達目標

救急医療では、患者の容態に合わせて診察、診断、治療を展開する必要がある。すなわち、

- ① **Critical**：生命を脅かすような疾患あるいは高い死亡率が予測されるような外傷を持った患者で、すぐに治療を開始しなければ循環、呼吸、あるいは神経学的障害の進行を防ぐことができない。
- ② **Emergency**：あらゆる疾患や外傷で治療がすぐに開始されなければ重症度が進行する、あるいは合併症の発生の危険が高い。
- ③ **Lower acuity**：あらゆる疾患や外傷をもった患者ではあるが、更に重篤な疾患や合併症発生の

危険性が低い。

を的確に判断し、行動できることを目的とする。救命救急の場では、確定診断がつかないまま治療（処置）を行い、直ちに専門医へ紹介するか否かの判断も行わなければならない。特に、三次救急医療では、専門領域を超えた独自の診断・治療戦略として、診断の前にABC蘇生（緊急処置）が始まり、生命危機を回避する治療が求められる。これらは時間との戦いであり、それを乗り切るためには、消防機関や救急救命士、医師、看護師、放射線技師、薬剤師など複数の医療職ならびにコメディカルによるチーム医療が展開される必要がある。

救命救急医療の現場を体験し、将来、どのような専門分野の医師になっても、救急医療をシステムとして理解し、協力することができる医師を目指すことが最も重要である。

研修項目

1) 救急医療に必要な知識・技能

1. 救急隊からの患者受け入れ要請に対して理解し、適切に対応できる。
2. 救急救命士が行う救命救急処置（特定行為）を理解し、適切に対応できる。
3. 患者の全身状態を的確に評価し、緊急度・重症度が判断できる。
4. バイタルサインを把握し、その意味が理解できる。
5. ショックの診断ができ、病態に応じた処置が実践できる。
6. 一時救命処置を理解し、実践できる（BLS コース受講）。
7. 二次救命処置を理解し、その基本的手技が実践できる。
8. 初期診療後、必要に応じて適切な専門科医にコンサルテーションできる。
9. 外傷患者初期対応（JPTEC、JNTEC、JATEC）を理解することができる。
10. 集中治療室/一般病棟における基本的診療を理解し、実践できる。
11. 標準感染予防策を理解し、かつ、患者に応じた感染対策が実践することができる。
12. 死亡確認を実践し、死亡診断書（死体検案書）の記載法が理解できる。

2) 研修で経験すべき頻度の高い症状、病態

1. 頭痛
2. 胸痛
3. 腹痛
4. 発熱、咳、痰
5. 嘔気、嘔吐
6. 呼吸困難
7. 動悸
8. 浮腫
9. 失神
10. 下痢、便秘
11. 血尿
12. 排尿障害
13. その他

3) 研修で経験すべき緊急を要する症状、病態

1. 心肺機能停止
2. ショック
3. 意識障害
4. 急性心不全
5. 急性呼吸不全
6. 脳血管障害
7. 急性冠症候群
8. 急性腹症
9. 急性消化管出血
10. 急性腎不全
11. 急性感染症
12. 外傷（多発外傷を含む）
13. 急性中毒
14. 広範囲熱傷
15. 誤飲、誤嚥
16. 精神科救急

- 4) 研修で経験すべき基本的救急手技
 1. 気道確保 (気管挿管を含む)
 2. 人工呼吸 (バック・バルブ・マスクを用いた用手換気)
 3. 胸骨圧迫
 4. 圧迫止血法
 5. 採血 (動脈、静脈)
 6. 静脈路確保
 7. 電氣的除細動
 8. 胃管の挿入と胃洗浄
 9. 導尿法
 10. 緊急薬剤の投与
 11. 輸血および血液製剤の投与

到達目標と評価表 (1ヶ月間研修した場合)

【評価 A:可 B:不可】	自己評価	指導医評価
1. 緊急度、重症度の判断ができる。	()	()
2. 一次・二次心肺蘇生ができる。	()	()
3. 採血・末梢静脈路確保ができる。	()	()
4. 動脈血採血及び動脈血ガス分析ができる。	()	()
5. 必要な検査・処置の指示が実施できる。	()	()

到達目標と評価表 (2ヶ月目以上研修した場合)

【評価 A:可 B:不可】	自己評価	指導医評価
1. 緊急度・重症度の判断ができる。	()	()
2. 一次・二次救命処置ができる。	()	()
3. 採血・末梢静脈路確保ができる。	()	()
4. 動脈血採血及び動脈血ガス分析ができる。	()	()
5. 必要な検査・処置の指示が実施できる。	()	()
6. 気管挿管の介助が実施できる。	()	()
7. 手術室で助手が実施できる。	()	()
8. 現在の容態・今後の治療方針の説明ができる。	()	()

7. 週間スケジュール

カンファレンス

毎朝 8 時、17 時 (休診日は 18 時)

朝カンファレンスは前日の当直医報告から始まり、入院患者の治療方針等について検討する。

夕カンファレンスは日勤帯の報告および当直医への申し送りをを行う。

抄読会

隔週の土曜日に行う。

自由選択研修での研修医だけでなく、必修研修で研修期間が 2 ヶ月以上となる研修医であれば担当者となることもある。

症例検討会

死亡症例検討会や重症症例検討会を月 1 回程度行っている。

8. 研修に関する問い合わせ先

〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1

埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター

救命救急科 高平 修二 (准教授)

TEL : 042-984-4127

E-mail : takahira@saitama-med.ac.jp