

D. 結論

ガイドライン作成の基盤データとして、各臨床研修プログラムの二次医療圏における実施状況、具体的には各臨床研修分野ごと(特に救急)について調査検討した結果、

1) 救急(麻酔を含む)の割合が最も高いのは救命救急センターで96%、次いで大学病院で、民間病院、公的病院は比較的少ない状況であり、研修期間については、3ヵ月が最も多く64%であり、その中で最も多いのは救命救急センター、次いで大学病院、公的病院であった。

2) 救急(麻酔を含む)臨床研修については、①基本的手技、緊急を要する症状・病態(経験目標項目):研修医一人あたり平均経験数と具体的な指導内容、②指導医数など、③夜間救急、休日救急における研修医の勤務体制について調査した結果、

(1) 基本的手技:気管挿管については、公的病院、民間病院では約30例以上を超えているが、救命救急センター、大学病院では少なく、他の手技については心マッサージが少ないですが他の気道確保、人工呼吸につきまちは約30例近く経験させていることがわかった。気管挿管について具体的な指導内容は、ACLS実習またはシミュレーター等を用いた実習+救急患者例で実技指導が38%、麻酔例で実技指導が40%という状況であった。ACLS実習またはシミュレーター等を用いた実習+救急患者例で実技指導へのシフトも必要性とともに考えていかなければならないと考えている。

(2) 経験すべき緊急を要する症状・病態については、急性中毒、外傷例が多いが、意識障害、心肺停止、ショック症例も次いで多い結果であった。特に救命救急センターでは経験症例数が多いことがわかった。

(3) 指導体制については、指導医一人あたりの研修医数はほぼ一人であり、救急という現場で濃密な指導体制がしかれている結果と考えられる。

(4) 夜間・休日救急における勤務体制については、11回以上と当直の多い勤務体制もあるが、5回以下が約50%と最も多く、ほぼ週に1回の当直を経験していることが明らかとなった。