

医師臨床研修制度の到達目標・評価の
在り方に関するWG
日本救急医学会資料
(2015/08/19)



日本救急医学会
教育研修統括委員会
委員長 森村尚登

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

- 1. 到達目標にかかる論点
 - (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
 - 緊急度判定体系の理解が必要
 - (2) 医療提供体制の変化
 - 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須
 - (3) 医師養成全体における連続性
 - 本学会合意形成中の医学部教育内容との連続性ならびに今後の専門医制度における認定基準との連続性
 - (4) 診療能力
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を示すべき
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
 - 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

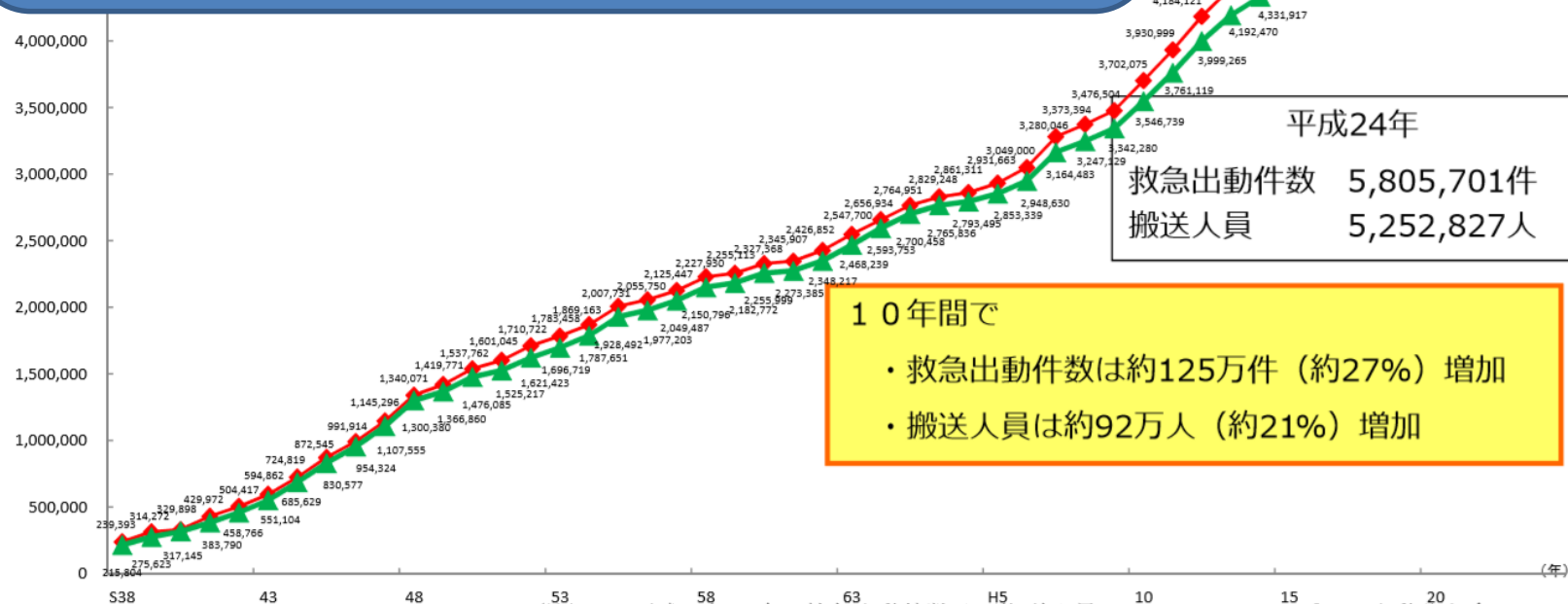
到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

- 1. 到達目標にかかる論点
 - (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
 - **緊急度判定体系の理解が必要**
 - (2) 医療提供体制の変化
 - 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須
 - (3) 医師養成全体における連続性
 - 本学会合意形成中の医学部教育内容との連続性ならびに今後の専門医制度における認定基準との連続性
 - (4) 診療能力
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を示すべき
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
 - 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

救急出動件数および搬送人員の推移

年々増加の一途を辿る救急車搬送例数の一因として高齢化率上昇に伴う疾病構造の変化等が関与している。



10年間で

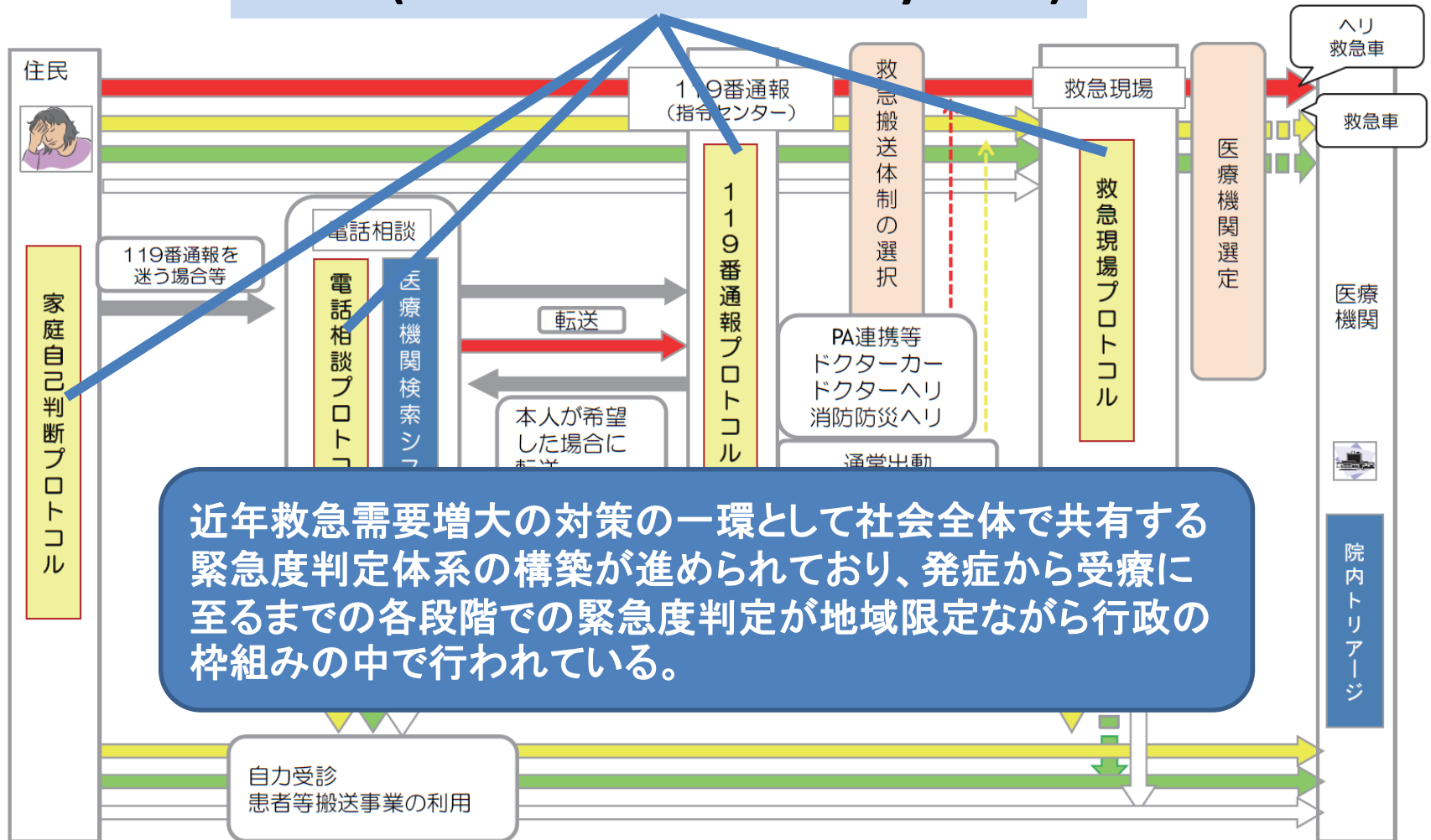
- ・救急出動件数は約125万件（約27%）増加
- ・搬送人員は約92万人（約21%）増加

「平成25年救急・救助の現況」(総務省消防庁)

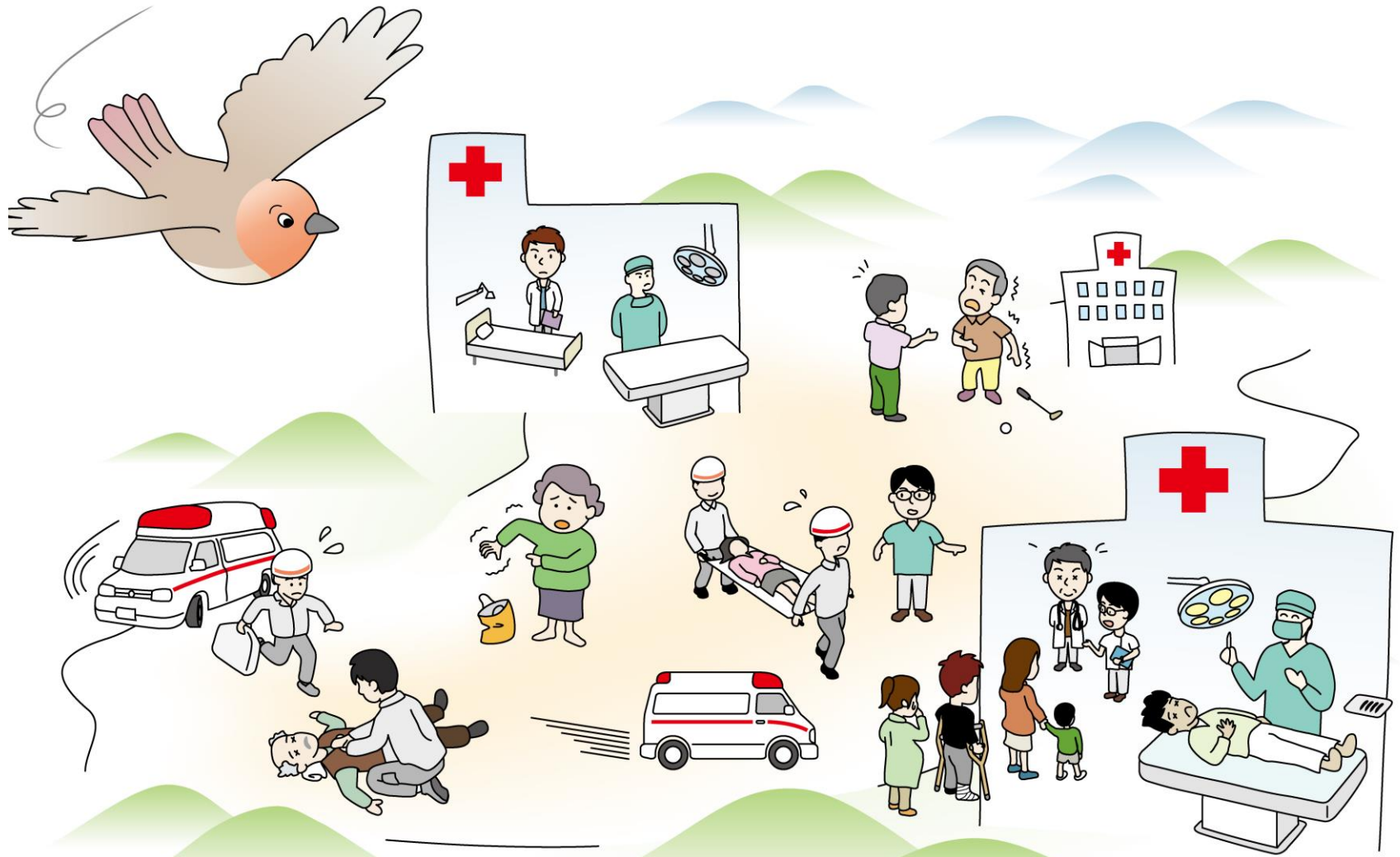
(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

発症から受療までの緊急度判定体系

NOAS (National Overall Acuity Scale)



Bird's viewによって自身の役割を知ることは重要



臨床研修の到達目標

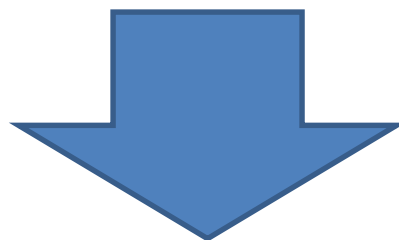
厚生労働省医政局長通知

平成27年3月31日

I 行動目標

(6) 医療の社会性

1) 制度の理解



「緊急度判定体系について説明
することができる」を入れる。

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 1. 到達目標にかかる論点

– (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
• 緊急度判定体系の理解が必要

– (2) 医療提供体制の変化

• 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須

– (3) 医師養成全体における連続性

救急医療の機能分化、特に医療機関機能の分化を進めるにあたっては、傷病者の緊急度・重症度と受け入れ医療機関の機能が適合した場合の診療上のメリットと引き換えに必要な不適合時の病院間連携システムや、病院前医療体制の強化の一環としての救急隊員の活動の質向上が不可欠である。

• 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

救急救命士の処置範囲拡大の推移

- 平成3年 心肺停止に対する特定行為
 - » 指定気道確保用器具、電気ショック、末梢静脈路確保
- 平成15年 包括的指示下電気ショック
- 平成16年 気管挿管
- 平成18年 薬剤投与(アドレナリン)
- 平成21年 包括的指示下薬剤投与
- 平成26年 血糖測定/ブドウ糖投与
ショック症例静脈路確保



救急隊活動の質向上を目指して隊員の処置範囲が徐々に拡大されてきたが、医師以外の職種による病院外の限定的医療行為実施にあたっては医師による事前計画・教育・検証・改訂・再教育といった一連の質保証に係わる業務(メディカルコントロール)が不可欠である。→この概念と体制を知る必要がある。

メディカルコントロール体制の確保

メディカルコントロール

傷病者の救命率や予後の向上のため、①業務のプロトコルの作成、②医師の指示、指導・助言、③救急活動の事後検証、④救急救命士等の教育等により、医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

地域メディカルコントロール協議会

(医療機関(救急医など)、郡市区医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

- ・業務の**プロトコル**の作成
- ・医師の指示、指導・助言体制の整備
- ・救急活動の事後検証体制の確保
- ・救急救命士等の教育機会の確保
- ・地域の医療機関と消防機関の連絡調整 等



都道府県メディカルコントロール協議会

(医療機関(救命救急センター長など)、都道府県医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

- ・地域のメディカルコントロール体制間の調整
- ・地域メディカルコントロール協議会からの報告に基づき指導、助言 等

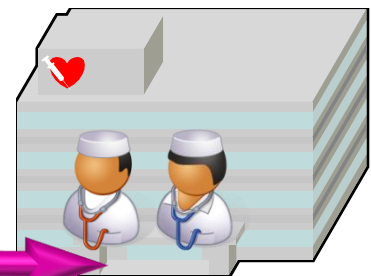
全国メディカルコントロール協議会連絡会

- ・全国の関係者間での情報共有及び意見交換の促進等

傷病者の発生

救急搬送

- ・救急救命士による救急救命処置
- ・救急隊員による応急処置



救急医療機関

臨床研修の到達目標

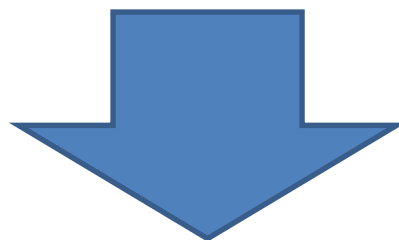
厚生労働省医政局長通知

平成27年3月31日

I 行動目標

(6) 医療の社会性

1) 制度の理解



「メディカルコントロールについて説明することができる」を追加

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 1. 到達目標にかかる論点

- (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
 - 緊急度判定体系の理解が必要
- (2) 医療提供体制の変化
 - 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須
- (3) 医師養成全体における連続性
 - 本学会合意形成中の医学部教育内容との連続性ならびに今後の専門医制度における認定基準との連続性
- (4) 診療能力
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を示すべき
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
 - 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

まずは医学部教育内容の標準化を図る

日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会

救急医学教育カリキュラム検討ワーキンググループ

全国国公立大学病院救急部協議会 今後の国公立大学医学部に
おける救急医学教育プログラムとカリキュラムのあり方部会

日救医雑誌 2014;25:325-33.



学会通信

国公立大学医学部における 救急医学教育カリキュラム策定に係わるアンケート結果報告 —救急医学教育基本項目の提案—

森村 尚登^{1,2} 相引 眞幸^{1,2} 大友 康裕^{1,2} 小倉 真治^{1,2}
久志本成樹^{1,2} 嶋津 岳士^{1,2} 田勢長一郎^{1,2} 溝端 康光^{1,2}
平出 敦¹

はじめに

わが国の大学医学部における救急医学の卒前教育の内容は、モデルコアカリキュラムや医師国家試験の出題基準などを基にしているが、統一された、あるいは標準化されたものではない。平成22年に文部科学省が各学会から意見を集めて、専門家からの助言を得て「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂を行ったり。この際日本救急医学会は、救急医学領域教育研修委員会が中心になって選択制カリキュラムの救急科の追加と、救急領

すべき救急医学に係る項目、必要コマ数（または時間）、講義・実習の種別、および必要度についてアンケート調査を行い、集計結果に基づき標準的カリキュラム案を策定したので報告する。

1. アンケート調査

あり方部会とWGが「国公立大学医学部における救急医学教育カリキュラム策定に係わるアンケート」を計画し、国公立救急部協議会をプラットフォームにして実施した。

救急医学教育項目 推奨候補一覧 (Version 1)

1. 救急医療体制(含メディカルコントロール)
2. 症候学
 - ① 緊急度評価・診断仮説
 - ② 呼吸困難、**ショック**、意識障害、**けいれん**、**チアノーゼ**
 - 赤字はABCD異常の視点でコアカリ項目から追加
3. 心肺蘇生(BLS・ALS)・応急処置(止血法など)
4. 外傷(初期診療理論・蘇生を要する外傷の病態)
5. 熱傷(重症度評価、初期診療)
6. 急性中毒総論
7. 環境障害(熱中症・低体温症、高山病・潜函病)
8. 異物(気道異物はBLSへ、ボタン電池・PTP等の消化管異物)
9. 侵襲学とクリティカルケア(敗血症、SIRS、多臓器障害、DIC、ARDS:含む呼吸・循環管理、機械的補助)
10. 特殊感染症(破傷風、重症軟部組織感染症)
11. 救急医療と法・倫理(虐待、異状死体、脳死、尊厳死、DNAR等)
12. 災害医療(含CBRNE災害)

Version 1 に基づく項目別必要コマ数の一覧 (45-50分/コマ)

アンケート大項目	今回策定した推奨項目一覧 (Version 1)	コマ数中央値 (座学)	コマ数中央値 (実習)
救急医療体制	1.救急医療体制(含MC)	2	0
症候学	2.症候学	4	2
心肺蘇生・応急処置	3.心肺蘇生・応急処置	2	2
外傷診療	4.外傷	2	2
熱傷	5.熱傷(重症度評価、初期診療)	1	0
急性中毒	6.急性中毒総論	1	0
環境異常	7.環境障害	1	0
異物	8.異物	0.5	0.0
クリティカルケア	9.侵襲学とクリティカルケア	4.0	1.0
侵襲学			
特殊感染症	10.特殊感染症	1.0	0.0
救急医療と法	11.救急医療と法・倫理	2.0	0.0
救急医療と倫理			
災害医療	12.災害医療	1.0	0.5
	計	21.5	7.5

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 1. 到達目標にかかる論点

- (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
• 緊急度判定体系の理解が必要

従来の到達目標の多くは.....
「**経験すること**」である。

– (4) 診療能力

- 単に経験の有無ではなく、**習得の程度を示すべき**
- コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
- 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき



Japanese Association

サイトマップ

日本救急医学会

◎ 総会・学術集会

◎ 専門医制度 ◎ 指導医制

◎ 提言・報告等

現時点で日本救急医学会が提言するカリキュラムも「経験」を問うものが多い。

2003年12月3日

卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム

日本救急医学会

救急医学領域教育研修委員会

明石 勝也、猪口 貞樹、篠崎 正博、杉山 貢、田伏 久之
瀧 健治、寺沢 秀一、平出 敦、横田 順一郎

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元的な医療である。新医師臨床研修制度において必修科目に位置づけられているのは当然のことと言えよう。しかしながら救急医療の領域は広く、基本単位である3か月の研修期間で到達可能なカリキュラムの設定には本制度の基本設計である「プライマリケアにおける基本的な診療能力を修得する」を重視することとした。

具体的には厚生労働省による新医師臨床研修制度検討ワーキンググループの作成したカリキュラム案の救急医療関連項目をすべて包含し、これに日本救急医学会認定医診療実績において必要とされる項目の中から、研修期間中にも修得可能なものを加味して作成した。

施設によっては救急部門の研修期間中に麻酔研修も行われるものと思われるが、本カリキュラムには含めていない。また多くの救急医療施設には集中治療室が併設されているが、プライマリケアを重視する基本設計を尊重し敢えて集中治療については本カリキュラムからは除外した。これらの研修の重要性も十分に認知されるものであり、多くの研修者に選択科目として履修されることが望ましい。



一般目標 (GIOs)

1. 生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対する適切な診断・初期治療能力を**身につける**。
2. 救急医療システムを理解する。
3. 災害医療の基本を理解する。

一般目標では「習得」に関連した表現
（「身につける」）を用いている。



行動目標 (SBOs)

1. 救急診療の基本的事項

- (1) バイタルサインの把握ができる。
- (2) 身体所見を迅速かつ的確にとれる。
- (3) 重症度と緊急度が判断できる。
- (4) 二次救命処置 (ACLS) ができ、一次救命処置 (BLS) を**指導できる**。
- (5) 頻度の高い救急疾患・外傷の初期治療ができる。
- (6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- (7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

2. 救急診療に必要な検査

- (1) 必要な検査 (検体、画像、心電図) が指示できる。
- (2) 緊急性の高い異常検査所見を指摘できる。

行動目標の基本的事項の一部に
「習得」に関連した表現 (「指導できる」)
がある。



行動目標 (SBOs)

3. 経験しなければならない手技

* 必修項目: 下線の手技を自ら行った経験があること。

- (1) 気道確保
- (2) 気管挿管
- (3) 人工呼吸
- (4) 心マッサージ
- (5) 除細動
- (6) 注射法 (皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈路確保、中心静脈路確保)
- (7) 緊急薬剤 (心血管作動薬、抗不整脈薬、抗けいれん薬など)
- (8) 採血法 (静脈血、動脈血)
- (9) 導尿法
- (10) 穿刺法 (腰椎、胸腔、腹腔)
- (11) 胃管の挿入と管理
- (12) 圧迫止血法
- (13) 局所麻酔法
- (14) 簡単な切開・排膿
- (15) 皮膚縫合法
- (16) 創部消毒とガーゼ交換
- (17) 軽度の外傷・熱傷の処置
- (18) 包帯法
- (19) ドレーン・チューブ類の管理
- (20) 緊急輸血

手技の行動目標では
「**経験**」にとどまっている。



行動目標 (SBOs)

4. 経験しなければならない症状・病態・疾患

A 頻度の高い症状

* 必修項目: 下線の症状を経験(自ら診療し、鑑別診断を行う)し、レポートを提出する。

- (1) 発疹
- (2) 発熱
- (3) 頭痛
- (4) めまい
- (5) 失神
- (6) けいれん発作
- (7) 視力障害、視野狭窄
- (8) 鼻出血
- (9) 胸痛
- (10) 動悸
- (11) 呼吸困難
- (12) 咳・痰
- (13) 嘔気・嘔吐
- (14) 吐血・下血
- (15) 腹痛
- (16) 便通異常(下痢、便秘)
- (17) 腰痛
- (18) 歩行障害
- (19) 四肢のしびれ
- (20) 血尿
- (21) 排尿障害(尿失禁・排尿)

B 緊急を要する症状・病態

* 必修項目: 下線の病態の初期治療に参加すること。

- (1) 心肺停止
- (2) ショック
- (3) 意識障害
- (4) 脳血管障害
- (5) 急性呼吸不全
- (6) 急性心不全
- (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
- (13) 急性中毒

症状・病態・疾患の行動目標では「**経験**」にとどまっている。

Evaluation and care of patients with acute... 講するのが望ましい。



行動目標 (SBOs)

5. 救急医療システム

- (1) 救急医療体制を説明できる。
- (2) 地域のメディカルコントロール体制を把握している。

6. 災害時医療

- (1) トリアージの概念を説明できる。
- (2) 災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握している。

救急医療システムと災害医療の行動目標では
「体制の把握ないし説明」にとどまっている。

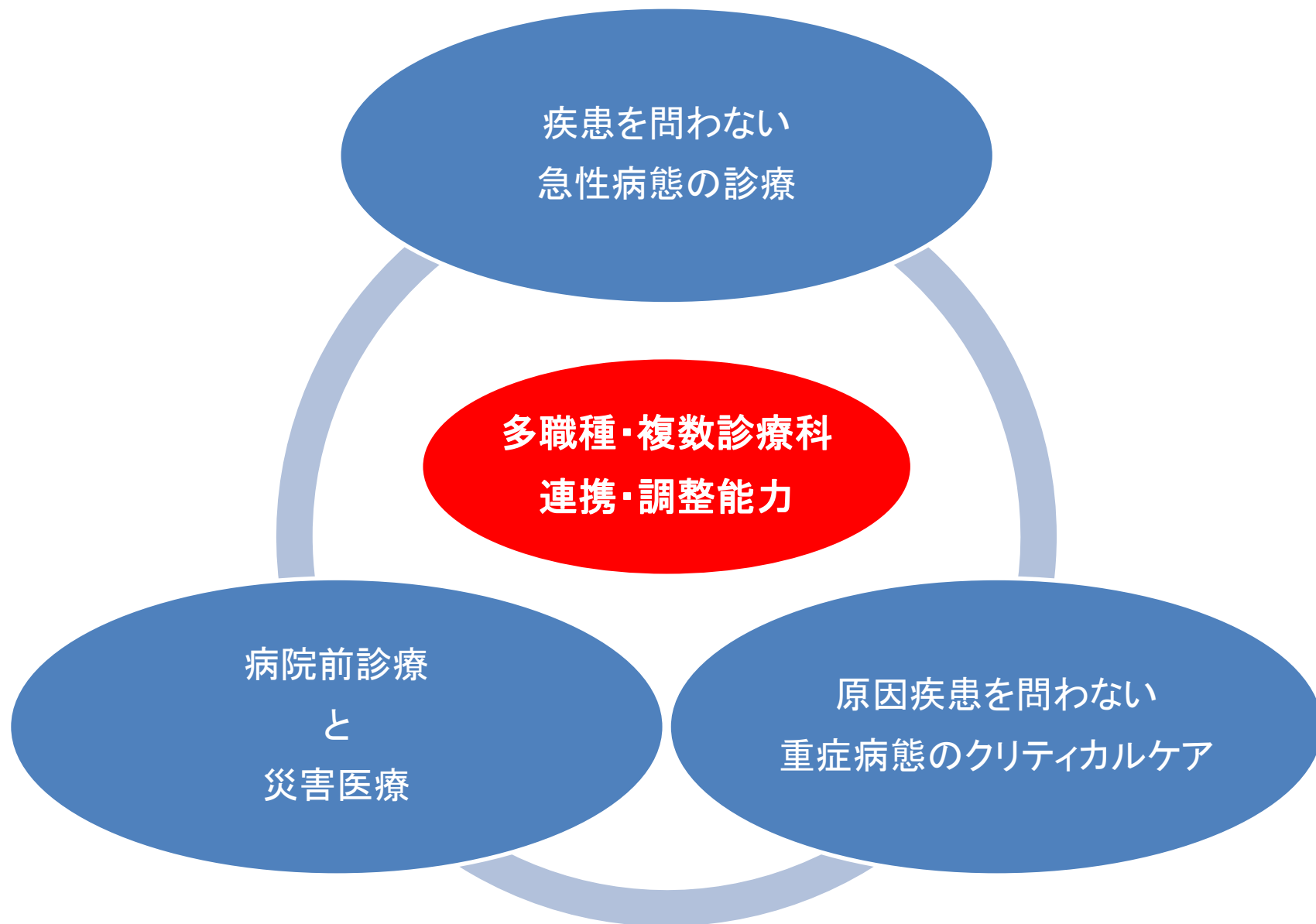
到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 1. 到達目標にかかる論点

- (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
 - 緊急度判定体系の理解が必要
- (2) 医療提供体制の変化
 - 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須
- (3) 医師養成全体における連続性
 - 本学会合意形成中の医学部教育内容との連続性ならびに今後の専門医制度における認定基準との連続性
- (4) 診療能力
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を示すべき
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
 - 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

救急医療に必要なコンピテンシーとは



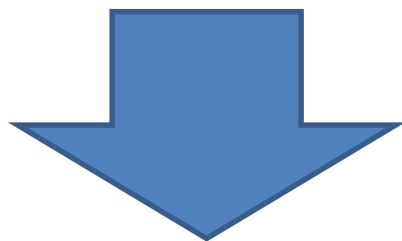
臨床研修の到達目標

厚生労働省医政局長通知

平成27年3月31日

I 行動目標

(2) チーム医療



Key wordは**コミュニケーション**

コミュニケーションに関する到達目標

- 救急患者の病態について
 - 上級医(専門医)に対するコンサルテーションを「口頭で短時間で」できる
- メディカルコントロールに関して
 - プレホスピタルの状況、消防機関という行政組織を正しく理解すること
 - その結果、病院外組織の人々と良好なコミュニケーションをとることができる

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 1. 到達目標にかかる論点

- (1) 人口動態・疾病構造変化の観点からの見直し
 - 緊急度判定体系の理解が必要
- (2) 医療提供体制の変化
 - 救急医療提供体制理解の上でメディカルコントロールの概念と体制の理解は必須
- (3) 医師養成全体における連続性
 - 本学会合意形成中の医学部教育内容との連続性ならびに今後の専門医制度における認定基準との連続性
- (4) 診療能力
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を示すべき
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示が必要
 - 各論として「緊急度判定」の実施を強調すべき

救急医療

救急医療とは、病気、けが、やけどや中毒などによる**急病**を診療科に関係なく診療し、特に重症な場合に救命救急処置、集中治療を行うこと

緊急度・時間経過が各病態の生命予後・機能予後に影響を与える程度

重症度：各病態が生命予後・機能予後に影響を与える程度

すなわち救急医療の対象には「緊急度」の高い症例が多い

緊急度（アキュイティ）とは？

- 重症になっていくスピード
- 死亡・機能障害に至るスピード
- 診療の側からみると...
 - 重症化を防ぐための診療開始までの**持ち時間**



緊急度が高い！！！！

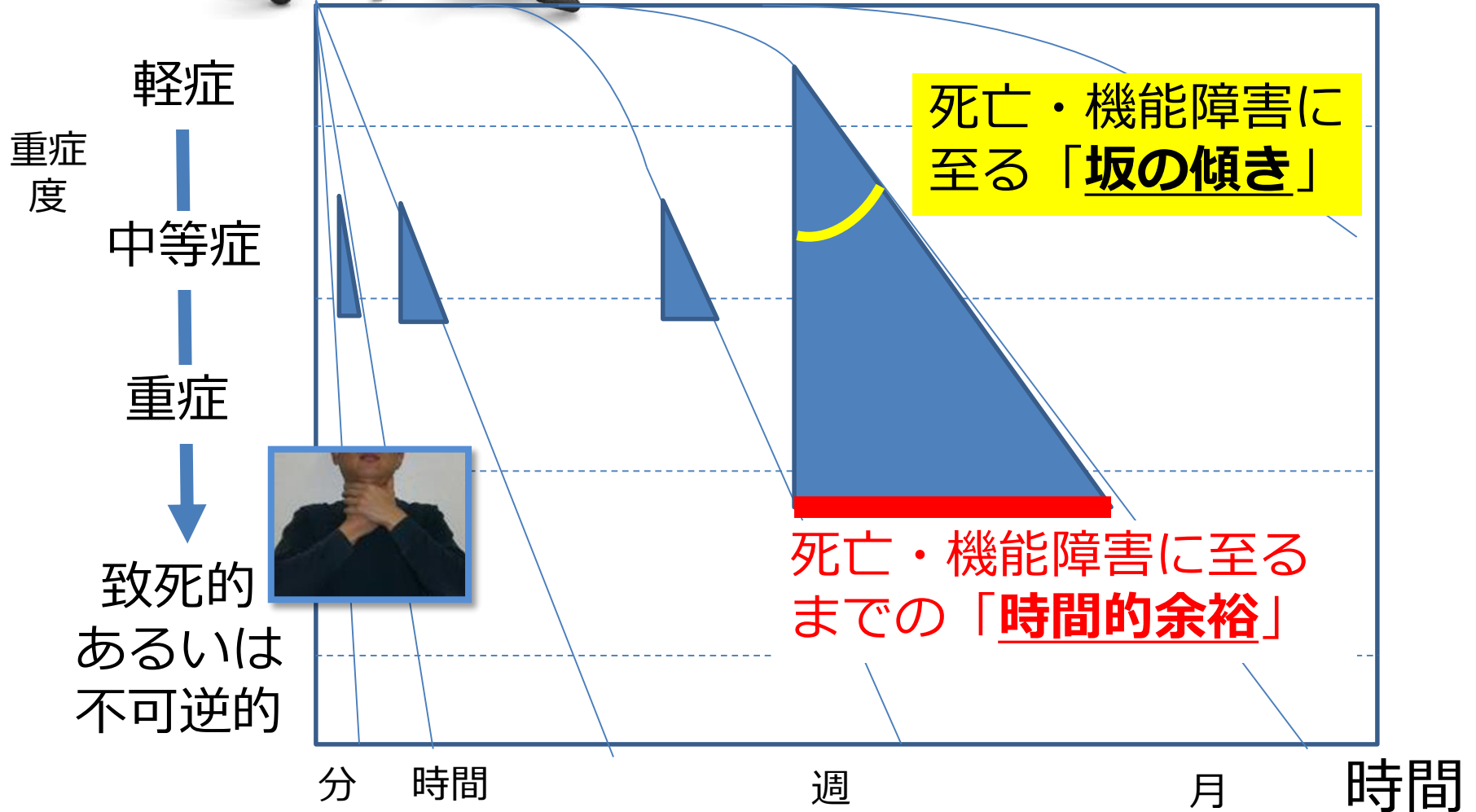


重症化するスピードが速い



急いで治療開始！

緊急度の概念図



災害医療の目標

最大多数の傷病者に対する最良の治療

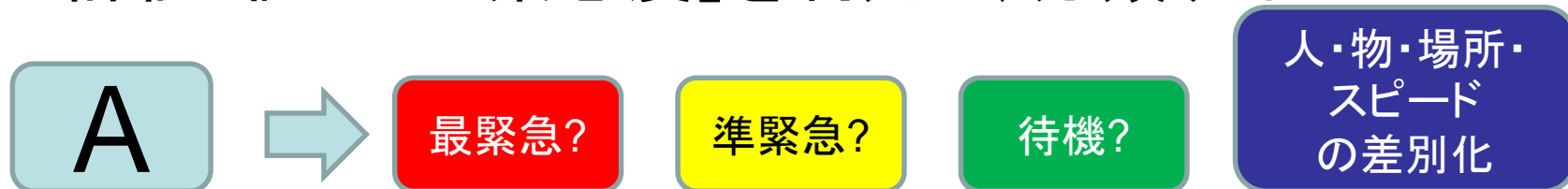


そのためには

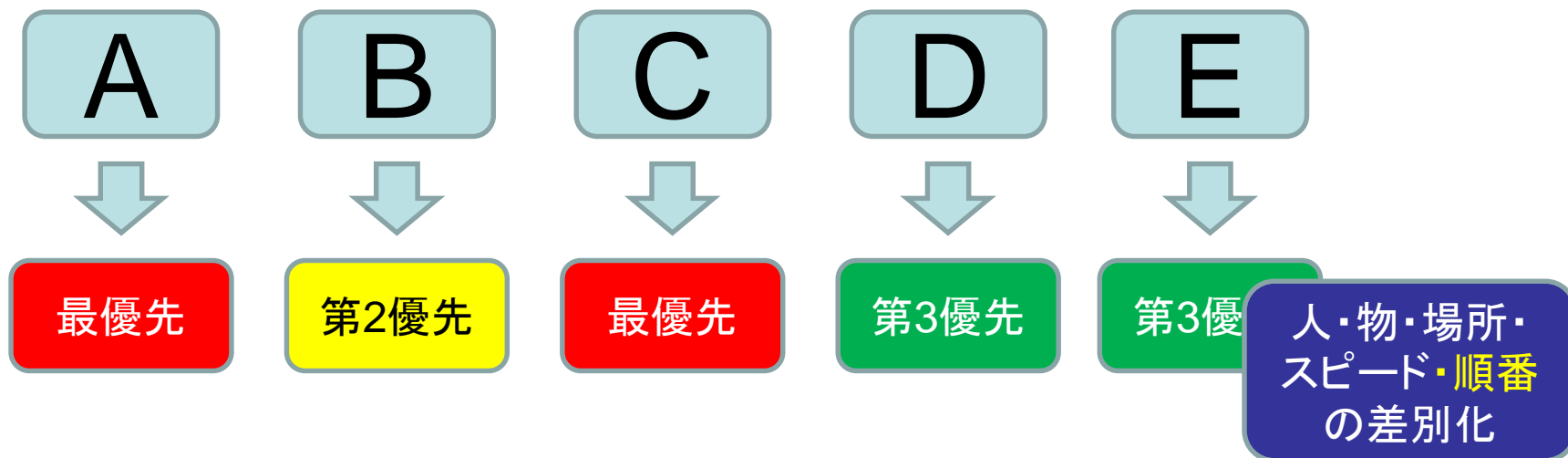
全員が専門性を超えて一定の手順に従って
医療を実施する

緊急度判定と優先度判定

- 個人評価: 個人の「緊急度」を判定し、分類する



- 他者比較: 複数人の中で個人ごとの「緊急度」を比較した上で「優先度」を判定し、分類する



臨床研修の到達目標

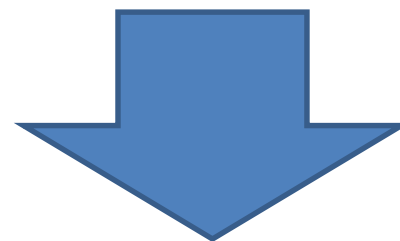
厚生労働省医政局長通知

平成27年3月31日

Ⅱ 経験目標

C 経特定の医療現場の経験

- (1) 救急医療
- 2) 重症度及び緊急度の把握ができる
- 7) 大災害時の救急医療体制を理解し、
自己の役割を把握できる



習得すべき項目に
「緊急度・優先度判定」を入れる。

到達目標・評価の在り方にかかる論点

第1回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG
(2014/08/20)

• 2. 評価にかかる論点

– 標準化が必要

- 本学会領域関連の他国での取組例(AHA・MIMMS)
- 基本は360度評価
- 患者対応に対する評価が必須
- 職種間・診療科間の連携に対する評価が必要

自己申告による経験値/3か月 集計例

初期治療で経験する症候	経験数	
外傷	28.5	
内因	64.9	
外因	6.5	
心停止	9.5	
その他	0.1	
総計	109.5	
診断に基づく類型	初療	入院
外傷	35.5	29.0
内因		
外因		
心停止		
その他	0.1	0.1
総計	81.6	65.7

研修医数

◆2次研修:
5.8人/月

◆3次研修:
9.0人/月

経験値や自己評価は「習得」の程度を客観的に示す方法としては不十分

Off-the-Job trainingコースインストラクター候補者評価表(英国ALSG)

Lecture/Presentation Skills Feedback Form – Matrix

SET (includes environment)

	Needs further development	Effective and competent
1. Checks and adjusts layout and equipment	Layout inappropriate and no adjustments made. Fails to check and / or is unable to use equipment	Appropriate layout. Checks and is able to use equipment
2. Introductions	Neglects to welcome and / or introduce self	Welcomes and introduces self
3. Establishes usefulness and clearly states learning outcomes	Fails to convey usefulness. Does not establish or communicate learning	Conveys context of lecture. Outlines learning outcomes

「習得」の程度を指導者が
予め決めた項目と基準を用いて評価する。

DIALOGUE

1. Uses visual aids appropriately	Inappropriate use of equipment/content	Competent and appropriate use
-----------------------------------	--	-------------------------------

市民対象心肺蘇生講習を通じた技能評価例

指導医

研修医

医学生(CCS)

受講者(市民)



評価用紙を用いた ベッドサイドでの研修到達度評価例



救命救急センター 臨床研修医技能評価

- 目標
 - 重症症例に対する診療手順を実施できる
 - 重症症例の生理学的・解剖学的異常を把握できる
 - 重症症例の蘇生処置内容について述べるができる

設定・方法

- 設定: ICU入室症例
- 方法:
 - 既に装着されて定量評価されているモニタリング値を見ないことを大前提とする
 - 患者の診察を実施し、得られた情報を基に問題点を抽出し、問題点に対する処置、検査を挙げる
 - 診察時間は5分
- 評価:
 - 評価用紙の基づく、教育担当上級医によるフィードバック

重症症例に対する初期診療手順のアプローチ：センター病院救命救急センター臨床研修医技能評価

受講者名:
評価者名:
年月日:

診療前準備

- 感染対策、吸引、酸素、初期輸液、モニター、US、X-ray、血液検査キット、スタッフ招集

第1ステップ: quick survey と「sick」の判断

緊急性の高い病態、すなわち処置や蘇生をただちに実施すべき病態を有しているかどうか(「sick」か否か)を判断することが「quick survey」の目的

- 患者に接した時点で全体をすばやく俯瞰
- 短時間に概観(年齢、性別、服装(衣服の乱れ)、全体の印象、会話のパターン、体位)をつかむ
- 簡単な声かけによる意識の評価
- 「見て、聞いて、感じて、触って」気道(A)、呼吸(B)、循環(C)の簡易評価
- 異臭の有無の確認
- 皮膚の色の観察

第2ステップ: 迅速な ABCDE アプローチと蘇生

- 心拍数とパルスオキシメータによる SpO2 の連続モニタリング

A(気道):

- 視診: 喉頭引き込みの有無、呼吸補助筋使用の有無
- 聴診: 呼吸音(呼気性喘鳴、吸気性喘鳴、gurgling、あえぎの有無)
- 触診: 気管の位置

B(呼吸):

- 視診: 呼吸数、チアノーゼの有無、呼吸パターン、呼吸の深さ、呼吸の規則性、胸郭の動き、SpO2
- 聴診: 呼吸音
- 打診: 濁音の有無

C(循環):

- 視診: 頸静脈怒張の有無、末梢皮膚(冷感、蒼白、湿潤か乾燥か、皮膚の厚み、浮腫)、眼結膜(貧血の有無)
- 聴診: 心音、頸動脈雑音の有無
- 触診: 脈拍(回数、リズム、質、左右差)、前胸部心拍動、capillary refill time(毛細血管再充満時間)

D(中枢神経):

- JCS または GCS、瞳孔所見

E(体温・皮膚):

- 体温、皮膚所見の観察(発汗、黄疽、紅斑、紅潮、創傷、発疹、点状出血)

第3ステップ: 病歴聴取・ベッドサイド検査と診断的処置

- 患者本人(可能ならば)、付き添ってきた者、あるいは救急隊員から主訴、現病歴、既往歴を迅速に聴取

□ ベッドサイド検査:

- 超音波検査
- ポータブル胸部 X 線写真
- 12 誘導心電図
- 血液検査
- 動脈血液ガス分析
- この段階で行う診断的処置や診断的治療の内容
 - 気管挿管(A の異常)、人工呼吸(NIPPV を含む)
 - 薬剤投与(気管支拡張薬など)
 - 胸腔穿刺・ドレナージ(B の異常)
 - 輸液・輸血、経皮ペースメーカー、カルディオバージョン、薬剤投与(昇圧薬、降圧薬、抗不整脈薬、亜硝酸薬、麻薬、アナフィラキシーに対するアドレナリンなど)(C の異常)
 - ABC の安定化、薬剤投与(サイアミン、ブドウ糖、ナロキサンなど)(D の異常)
 - 解熱薬(E の異常)

全体の印象

- Excellent □ Good □ Fair □ Poor



まとめ

- 1. 到達目標
 - 緊急度判定体系の理解
 - メディカルコントロールの概念と体制の理解
 - 医学部教育内容・専門医制度認定基準との連続性
 - 単に経験の有無ではなく、習得の程度を明記
 - コンピテンシーを踏まえた到達目標の提示
 - 「緊急度・優先度判定」の実施
- 2. 評価
 - 標準化
 - 360度評価
 - 患者対応に対する評価
 - 職種間・診療科間の連携に対する評価