

# 実際の現場にて、あらゆる体験を元に学習することができます。

## 学 習

### On the job training

研修期間中に救命救急センター内の救急外来、ACC、ICUをローテーションする。患者ごとに研修医と共に担当となり、上級医の指示のもと患者の診療と研修医の指導を行う。

#### 〈カンファレンス〉

- Morning conference (8:00~9:30) 毎日
- 夕回診 (17:00~18:00) 毎日

#### 〈感染症カンファレンス〉 週1回

病院のICDとともにセンター内の患者の感染症についてカンファレンスを行い、抗菌薬の使用などについて方向性を決める。

#### 〈フィルムカンファレンス〉 週1回

救急外来で経験した画像診断について症例の概要とともに検討する。

#### 〈リエゾンカンファレンス〉 週1回

救急外来やセンター内における精神的な援助の必要な患者について精神科担当医とともにカンファレンスを行い、治療の方向性を定める。

#### 〈教授回診〉 毎週木曜日

モーニングカンファレンスの後、教授回診を行う (ICU、ACC、病棟)。

### Off the job training

JATEC、ACLS、ICLS、JPTECについて、随時院内外で研修、指導を行う。これは業務として正式な勤務時間として扱う。学会出張についても同様である。

#### 〈救急医学講座講演会〉 3カ月に1度

第一線で活躍している先生方に講演していただき、知見を深める。

## 評 価

#### 〈自己評価〉

日本救急医学会認定救急科専門医の申請用紙に準じて、経験症例、手技を記載し、到達度を確認する。

#### 〈指導医による評価〉 3カ月に1度

教授による面接を実施し、目標の設定と評価、進路の相談等を行う。



「救急医学には専門性などない…」「うちの科に入局してから救急にローテイトさせてあげるよ…」「あんなものは専門の片手間にできるよ…」などという発言を、20年前はよく聞いたものです。しかし、最近ではそのような発言はほとんど聞かれなくなりました。何故なら、それは救急専門医の存在によって、その病院における重症患者の運命が大きく変わってしまうことが明確になったからです。例えば、各科の優秀な医師が5人いたとしても、それだけでは重症急性期患者を救命できるわけではありません。救急医学の専門性は臓器別診療体系とは明確に一線を画しており、一つの臓器をコントロールすることではなく、一定の時間内にどれだけのことを行い、救命し得るかということです。だからこそ、私たちが育てたいのは、どのような状況におかれてもその場にいる救急集中医療チームの能力を最大限に生かすことのできるリーダーなのです。

岐阜県は山間部面積率が日本で第二位にあり県土の80%以上が山間部です。また唯一ある大学医学部の定員も国立大学最少であったために、医師数がどのような統計を取っても国内のワースト10に入る過酷な条件を持つ県であり、当然のように救急医療に対する備えもかつては十分ではありませんでした。

岐阜大学に救急・災害医学分野の講座ができて初代教授として私が赴任してきたのが平成13年10月。その時点で教室理念として挙げたのが「岐阜県内で発症した患者さんは、たとえどんな場所であっても日本で最高水準の急性期治療を直ちに受けられるようにする」という点です。この目標に向けてすでに臨床実績・スタッフの質量ともに、地方にありながら本邦有数の成績を上げています。皆さんも、岐阜大学高度救命救急センターで後期研修を行い、大きな飛躍をしませんか？

チャンスに後ろ髪はありませんよ！

教授 小倉真治

救急医学は時間との闘い…。  
リーダーが求められている。  
最大限に生かすことのできる  
医師たちを束ねて、  
ボーダーレスに専門の

#### 〈プロフィール〉

岐阜大学大学院医学系研究科救急・災害医学教授  
同大学医学部附属病院高次救命治療センター長

1985年に岐阜大学医学部を卒業。  
96年に米国サウスキャロライナ医学大学客員研究員。  
翌年、香川医科大学附属病院救急部助教授となり、  
2003年より現職。  
日本救急医学会指導医、専門医。  
専門分野:救急医療体制ほか