

### 主3関1-1 私を緩和と志望から救急志望へと変化させた当院救急外来

<sup>1</sup>公立阿佐留医療センター救急科  
中村和裕<sup>1</sup>, 桑名 司<sup>1</sup>, 雅楽川聡<sup>1</sup>

私は高校時代から緩和医療に興味を持ち、緩和医療医になろうと医師になった。しかし、救急科研修後、救急志望となった私の経験を報告する。当院は、年間約8000名の二次救急患者があり、そのうち私は約700名を経験した。当院の研修プログラムでは、1年間週1回の救急外来を担当する。救急指導医の下で、初期評価・検査・治療戦略までの判断をすべて課せられる。多岐にわたる疾患を経験し、時には重症敗血症・多発外傷なども経験する。遣り甲斐がある一方、責任感を感じる研修である。研修初期は戸惑う毎日だった。何とかしようとして休日にも救急外来に行き、救急医の動き方、思考プロセスを何度も見学し、少しずつ自分に不足しているスキルが見えてきた。それを生かして自分で実践した。すると、救急外来が非常に魅力的な現場となった。また、救急医が言った「キューブラー・ロスの死の受容プロセスを救急外来では一瞬で経験できる場所なのだよ。」という一言に私の中の何かが変わった。短所もある。当院では救急科病棟を持たないため、初期治療後の治療を自ら出来ない点である。これを補うため、電子カルテでその後の経過をチェックし、他科の先生方に教を頂いたりしている。これから3次救急医療を経験し、さらに救急医療の勉学を進めて行きたいと思う。

### 主3関1-2 中規模地域中核病院での救急研修

<sup>1</sup>亀田総合病院地域ジェネラリストプログラム, <sup>2</sup>安房地域医療センター救急科, <sup>3</sup>亀田総合病院救命救急科  
谷川朋幸<sup>1</sup>, 不動時純明<sup>2,3</sup>, 弥永真之<sup>2,3</sup>

「救急が出来る」ようになるのが目標の初期研修医は多い。大切なのは救急車もウォークインも多様な症例に正常な頻度で十分暴露されること、研修医自身が診ること、その上で教育的なフィードバックが存在することであろう。私が所属する亀田総合病院地域ジェネラリストプログラムは安房地域医療センターを中心に亀田総合病院をローテーションするプログラムである。救急研修を行う安房地域医療センターは150床と中規模ながら、年間救急患者数約24000人、救急車搬送約2000件の二次救急医療機関である。そこには0歳から100歳超までの年齢の患者が集まり、重症度も大咬傷から心筋梗塞まで様々である。すべてを研修医がファーストタッチし、全症例を上級医にプレゼンテーションし、フィードバックがかかる仕組みである。さらに印象的なのは急性虫垂炎を診断すると、そのまま手術に参加するなど、初診から治療・処置されるまでの道筋を一気通貫に経験できることだ。本発表では、これまでに経験した症例や参加した治療について考察する。さらに初期研修医にとって魅力的な救急外来のあり方について検討を加える。

### 主3関1-3 当院でのER研修

<sup>1</sup>札幌東徳洲会病院2年次研修医, <sup>2</sup>札幌東徳洲会病院救急科  
森田裕之<sup>1</sup>, 松田知倫<sup>2</sup>, 橋本文華<sup>1</sup>, 民谷健太郎<sup>2</sup>

札幌東徳洲会病院は、230万人あまりを対象人口とする札幌医療圏の二次救急病院であり、救急車受け入れ件数は年間9000件を超える。当直スタッフによる指導のもと1, 2年次の初期研修医19人がシフトを組み、24時間365日全ての救急車のファーストタッチに関わっている。2年間を通して救急当直にあたるので圧倒的な数の症例を経験することができる。また、日曜以外の毎朝行われる、研修医全員が参加する症例検討会でスタッフドクターとともに振り返りを行っており、経験した以上の症例を共有している。問題点として、多忙時には、自分で当座の検査や処置を行うか、上級医を呼ぶかの判断を迫られるため、主体的に判断する場に置かれることによって臨床力がつくが、経験不足でコンサルトが遅れることもある。当直回数が多く、睡眠時間も十分確保できないため、本来のローテーション科の研修への影響も少なくない。指導体制として、救急科のマンパワー不足により、救急科以外の医師による指導となる部分があり、救急受け入れ不能、救急対応の違いを目の当たりにすることも多い。全時間帯をカバーできるだけの救急科専門医の確保が望ましく、そうすることで救急診療の質が保証され、救急研修の質も向上すると考える。

### 主3関1-4 北米型ERでの研修を経験して

<sup>1</sup>岸和田徳洲会病院救急救命センター  
伊藤嘉彦<sup>1</sup>

私の研修病院は大阪府の南部にある341床の田舎の病院である。救急医療システムは北米型であり、ERの救急車の受け入れ件数は年間9,500人、時間外ウォークイン患者は年間30,000人である。救急件数は1年目3ヵ月、2年目2ヵ月である。また、救急以外のローテーション中には月7-8回のER当直のdutyがある。私は1年目に988人の救急患者および2,500人の時間外ウォークイン患者の診療を行った。ほとんどの患者のファーストタッチは研修医であり、診断、治療方針（あるいは治療）および入院か帰宅かの判断までを行う。研修医は各診療終了後、救急指導医にチェックを受ける。治療現場でのon the jobトレーニング以外に7:00から30分間の講義あるいはスキルスラボでのシミュレーショントレーニングがある。勤務は激務であり日勤は7:30から16:00までがdutyである。夜勤の日は日勤から引き続き診療する。また、原則的に翌日も通常勤務である。【診療医からの提言】北米型ERで軽症から重症、内科疾患から外傷まで多くの疾患の診断、治療を行うことができている。しかし、診療時間が長く当直が多い。米国レジデントのごとくカンファレンスなどを含め週80時間以内の勤務時間の規定導入が望まれる。

### 主3関1-5 ER型救命救急センターでの初期研修～多様な症例を経験して～

<sup>1</sup>神戸市立医療センター中央市民病院救急科  
阪本裕亮<sup>1</sup>, 蛭名正智<sup>1</sup>, 有吉孝一<sup>1</sup>, 佐藤慎一<sup>1</sup>

【はじめに】当院は年間約40,000人、救急車約8,000台を受け入れているER型救命救急センターであり、1次から3次まであらゆる症例を救急医の指導のもとに初期研修医が初療にあたっている。初期研修における救急科研修は、4ヶ月間の救急科研修と2年間を通じて月4回の救急当直業務とからなる。1年目は全例救急医へのコンサルトが必須であり、2年目からは症例に応じて救急医へコンサルトをしている。

【目的・方法】ER型救命救急センターにおいて1人の初期研修医が1年間での程度症例を経験しているかを調査し、その利点・欠点について検討する。

【結果】演者自身が1年間の救急科研修で経験した症例は約980症例であり、その内訳は内因性疾患450症例、外傷250症例、その他280例であった。全体で小児は約200例であった。

【考察】ERでの研修では専門研修へ進んだ後も、自分の専門診療科にとらわれずに広い視野で診療を行うための基礎を身につけることができると考えられる。研修の欠点を挙げるとすれば、1年間では経験する症例に偏りが生じること、また重症例を診療する機会が少ないことがある。2年目の選択研修で各個人の研修目標を明確に設定した上で救急科研修を行うことで症例の偏りや不足について補うことができると考える。

### 主3関1-6 研修医が成長するための3つの条件 沖縄県立中部病院での救急研修を通して

<sup>1</sup>沖縄県立中部病院初期臨床研修医, <sup>2</sup>沖縄県立中部病院救急科  
手塚幸雄<sup>1</sup>, 高橋賢亮<sup>2</sup>, 中山由紀子<sup>2</sup>, 山田直樹<sup>2</sup>, 宜保光一郎<sup>2</sup>,  
大久保雅史<sup>2</sup>, 多鹿昌幸<sup>2</sup>, 豊里尚己<sup>2</sup>, 高良剛口ロベルト<sup>2</sup>, 宮城良亮<sup>2</sup>

当院は24時間365日、1次から3次まで区別なく受け入れるER型の救急センターを運営している。研修医は1, 2年次ともに約1か月ずつの救急研修に加えて、数日おきの救急当直により1年間を通して救急症例に暴露される。救急患者の初期診療は原則として全例1年目研修医が行い、経過観察や入院が必要な患者は2年目研修医にコンサルトする。1年目研修医は1年で1000例の初期診療を行うことを目標としており、ほとんどの研修医がこの目標を達成している。1000例診療するまでは1年目研修医単独で患者を帰宅させることはできず、指導医にプレゼンを行って許可を得た後に帰宅となる。つまり、コンサルトするにせよ帰宅させるにせよ、1年間に救急外来で「診察→プレゼンテーション」を1000回行うことになる。2年目研修医はコンサルトを受けた患者や重症患者の初期診療を行う。また、当院の入院の約8割は救急外来を経由しているため、救急以外の科で研修中も救急研修医からのコンサルトや救急患者の入院診療という形で毎日救急症例に触れる。私自身の研修を振り返り、研修医の成長に貢献する点について考察した。特に重要だと考える3点について、私自身の具体的な研修内容を例にとりながら発表する。

### 主3関1-7 初期研修医が二次救急病院ERで行う臨床研修の意義

<sup>1</sup>医療法人倚山会田岡病院救急科研修医, <sup>2</sup>同救急科, <sup>3</sup>同麻酔科, <sup>4</sup>同外科  
中西嘉憲<sup>1</sup>, 高橋真美子<sup>1</sup>, 上山裕二<sup>2</sup>, 山中明美<sup>2,3</sup>, 吉岡一夫<sup>4</sup>

【背景】当院はER常駐の救急専従医とともに救急科研修が行われている地方都市中心部の二次病院である。【目的】研修医が経験した内容をまとめることでより良い救急科研修を目指す。【対象と方法】H22年1月からの2年間に研修医が関わった症例を電子カルテから抽出・検討した。【結果】3ヶ月の研修を終えた初期研修医は16名。診療に関わった症例数は研修医一人当たり118.9例、救急車87.3件、心停止5.9例、多発外傷1.1例だった。疾病例の主訴分類では、失神、めまい、腹痛で45.5%を占めた。【考察】救急患者は、重症よりも軽症が圧倒的に多い。救急専従医と共に診る二次病院での救急研修では、1) 頻繁に関わるよくなる軽症外傷や疾病などを数多く経験できる、2) 当直や僻地で自分しかいない時でもある程度自信を持って対応できるようになる、3) 将来何科の専門医になったとしても必要であろうごく一般的な診療を学べる、4) 病診連携を通じて紹介されたり高次病院へ紹介したりといった地域医療を目の当たりにすることができる、などのメリットがある。研修医すべてが将来救急医を目指すわけではない。大病院の経験のみでは、紹介する側の立場を想像するなど決してできない。救急科研修を最低2施設以上義務付けるなど、多様な視点から救急医療全体を見渡すことが必要である。

### 主3関1-8 初期臨床研修医の救急科研修～救急医を目指す研修医の視点～

<sup>1</sup>福岡和白病院救急科

古川愛子<sup>1</sup>, 中村覚肅<sup>1</sup>, 村上大道<sup>1</sup>, 徳田隼人<sup>1</sup>, 家永慎一郎<sup>1</sup>, 白馬雄士<sup>1</sup>, 富岡譲二<sup>1</sup>

【背景】初期臨床研修必修化も今年で9年目を迎えた。研修制度の内容は一部改訂が行われたものの、救急科の研修は3ヶ月間が義務付けられている。また、厚生労働省の掲げる救急科研修の獲得目標を見てみると、その目的は将来どの診療科に進んだとしても、初期の救急対応が出来るGeneralistを養成することであると思われる。しかしながら、救急科の診療形態はER型救急を展開する病院や救命救急センターなど各病院において異なるのが現状である。また、研修医側の要因として、漠然とながら将来進む診療科を決めている場合が多く、救急科研修に求めるものが若干ながら異なるという現実もある。将来漠然とはあるが救急医を目指している私は、初期研修の場としてER型救急を行っている2次救急病院を選んだ。それは、必ずしも将来ER型の救急医を目指しているからではなく、研修期間中に多くのcommon diseaseに触れGeneralistとしての力をつけたいと思ったからである。実際の研修は、良い意味でも悪い意味でも当初の予想とは違うものであった。救急医を目指す研修医の視点から、2次救急を担うER型救急病院の救急研修の現状を、提言を交えつつ述べたい。

### 主3関2-1 災害に強い救急初期研修を目指して

<sup>1</sup>山形大学医学部救急医学講座

赤嶺逸朗<sup>1</sup>, 伊関 憲<sup>1</sup>

日本の初期研修には災害医療に関する研修が少ないと思っている。山形大学医学部附属病院では、AHA-BLSとACLSコースを全員必修としており、希望者はJPTECや外傷講習会、災害講演会などにも参加できる。災害の講習会としては、MCLSやBDLSなどのコースが受講可能であるが、このコースを受講してもDMATとして災害初期に活動することはできない。山形県は東日本大震災の被災地に隣接しており、私は災害医療の重要性を実感した。現在では、災害初期には災害派遣医療チーム研修を受講したDMATのメンバーしか現場に赴くことができず、初期研修医がDMATの講習会に参加することは困難である。また、その後の医療救護班についての学習機会もない。初期研修医も災害の現場で支援できるように、日本救急医学会などが中心となり、希望する研修医に研修医版DMATコースや、医療救護班についての講習を受講できる機会を設けてほしい。また、この講習会を受講すると地域医療実習の一環として、被災地での病院実習で災害支援活動を行えるようにするのはどうだろうか。多くの被災地では医療過疎に悩んでおり、この地域で研修することが本当の地域医療実習になると思われる。若い機動性のある研修医が災害時に活動できるように提案していきたい。

### 主3関2-2 大学病院, 協力病院, 双方での救急研修と地域研修(離島)とのコンビネーションは最高だった!

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属病院卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>京都府立医科大学附属病院救急医療部

渡邊 慎<sup>1</sup>, 太田 凡<sup>2</sup>, 山畑佳篤<sup>2</sup>, 安 炳文<sup>2</sup>, 吉山 敦<sup>2</sup>, 武部弘太郎<sup>2</sup>

【背景】本学の研修は、2年間大学で研修を受けるコース、大学と協力病院のたすきがけコース、周産期重点プログラムに分かれる。筆頭演者は2年間大学病院で研修を受けている。大学病院での救急研修は、1年目に1ヶ月大学+1ヶ月協力病院、2年目に1ヶ月大学病院の計3ヶ月研修する。地域研修で離島を選択することができる。【目的・方法】筆頭演者の初期研修期間中の救急研修経験をもとに大学病院での救急研修について検討する。【結果】筆頭演者は1年目2月に大学病院で、3月に協力病院(救命救急センター)で、2年目5月に大学病院でそれぞれ救急研修を受けた。また2年目4月に地域研修として離島で研修を受けた。【考察】教育機関でもある大学で手厚く熱意のこもった指導を受けた後、救命救急センターにおいてひたすら体を動かしながらその知識を行動化し、そこで得られたものを総動員して離島医療に臨み、離島で未熟と感じた部分を引き続き大学で再研修できるという順番で研修できたことは、筆頭演者にとって最高であった。1ヶ月区切りではあるが様々な救急医療の現場を経験できたことは今後の医療を考える上で非常に糧になった。【結語】総合医指向を持つ筆頭演者にとってコンビネーション研修は非常に良かった。

### 主3関2-3 小児救急医を目指して～重症外傷・集中治療・小児科研修の充実～

<sup>1</sup>順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科

丸山沙緒里<sup>1</sup>, 森川美樹<sup>1</sup>, 中村有紀<sup>1</sup>, 石原唯史<sup>1</sup>, 長田浩平<sup>1</sup>, 林 伸洋<sup>1</sup>, 角 由佳<sup>1</sup>, 井上貴昭<sup>1</sup>, 松田 繁<sup>1</sup>, 岡本 健<sup>1</sup>, 田中 裕<sup>1</sup>

2005年に開設された当救命救急センターは、千葉県東葛南西部160万医療人口圏をカバーする施設として、ER診療から重症患者の診療を担っており、各診療科と連携してチーム医療を推進している。初期研修医は2学年総58名が所属し、1年次2か月必須、2年次選択1～3か月間の研修を行う。1年次は主にERにおけるcommon diseaseの初期対応や重症集中治療の基礎を学ぶ。2年次は救急外来におけるリーダーとして、看護スタッフや他診療科との連携、後輩の指導を指導医と共に実施している。当地域は平均人口年齢が37歳と若年層が多く、更に隣接するテーマパークから多数の小児症例が搬入される。このような地域のニーズに応え、本年度よりこども救急センターを開設した。これは、小児科・小児外科・小児救急科がタッグを組み、これまで成人に対して軽症から超重症に至るまで救急医療を完結してきたことを小児に対しても展開するものである。自身は将来の小児救急医を目指し、外傷外科研修として整形外科3か月、小児科1か月、救急診療科3か月、小児救急2か月の研修を予定しており、新たな小児救急医療養成のプログラムを歩み始めた。当施設では、大学病院の特性を生かし、小児科を始め各専門診療科の研修を同時に受けられる利点を持つ。

### 主3関2-4 石巻赤十字病院における救急科研修の実態

<sup>1</sup>石巻赤十字病院救命救急センター

榎本純也<sup>1</sup>, 浅沼敬一郎<sup>1</sup>, 小林正和<sup>1</sup>, 小林道生<sup>1</sup>, 石橋 悟<sup>1</sup>

石巻赤十字病院は東日本大震災後、救急患者数が著増している。急性期を脱した今でも救急外来患者数は約2倍、救急者搬送患者数は約1.5倍となっており、多忙な日々となっている。そのような状況の下、当院では上級医と初期研修医の二人で救急車対応を行っている。1次～3次救急まで扱っているため、症例数は非常に豊富であり、幅広い能力を身に付けることができるのは大きなメリットであろう。当院の根底には「断らない救急」という概念があり、地域住民に健康と安心を提供し続けることが出来るのである。我々が救急搬送を断ってしまうと、陸の孤島である石巻で他に誰が診ることになるのか。そのような使命感をもちながら行える救急研修は非常に実のあるものであろう。欲を言えば、多忙が故に上級医からのフィードバックを十分に行うことが出来ない点は改善すべきところであろう。我々の要望としては、救急専門医をあと3人ほど迎え入れることが実現できれば、上級医-初期研修医2年目-1年目の屋根瓦方式が採用できるであろう。



### 主3関2-5 群馬大学医学部附属病院での救急研修

<sup>1</sup>群馬大学大学院臓器病態救急学, <sup>2</sup>群馬大学医学部附属病院救命・総合医療センター

澤田悠輔<sup>1,2</sup>, 青木 誠<sup>1,2</sup>, 村田将人<sup>1,2</sup>, 萩原周一<sup>1,2</sup>, 古川和美<sup>1,2</sup>, 中村卓郎<sup>1,2</sup>, 大山良雄<sup>2</sup>, 田村遼一<sup>2</sup>, 大嶋清宏<sup>1,2</sup>

群馬大学医学部附属病院の初期臨床研修プログラムでは、研修医1年次に1ヵ月半ないし3ヶ月間、救急部での研修を行うことが必修化されている。群馬県内唯一の大学病院である当院は、地域に密着した大学病院として、3次救急医療に限定せず1～3次まで幅広く患者を受け入れている。また、当院では救急部と総合診療部が「救命・総合医療センター」として協力しながら診療や教育を行っていることも特徴の1つである。7床の救急専用病棟を有し、重症患者については当院集中治療部と共同で高度な集中治療管理を行っている。当院には充実したスキルラボセンターがあり、ICLSコースを始め、心エコーや手術基本手技など、救急研修にも有用なOff the Job Trainingも積極的に行われている。救急部での研修中には、前橋市消防局の救急車への同乗研修も行って、現場へ出場してプレホスピタルケアの実際について学び、救急救命士との連携を深めることが出来る機会を与えられている。救急部スタッフ中救急科専門医は3名在籍しており、研修医は熱意あるスタッフに囲まれ、日々指導を受けながら地域の救急医療を担うという自覚を持って研修を行っている。本発表では研修中に経験した症例も提示しながら、当院救急部での研修について検討する。

### 主3関2-6 魅力的な救急研修とは 一とにかくなんでもやりたい

<sup>1</sup>東京警察病院初期研修医, <sup>2</sup>同救急科, <sup>3</sup>同臨床研修委員会, <sup>4</sup>加古川西市民病院救急科

下稲葉みどり<sup>1</sup>, 島村元章<sup>2</sup>, 鳥山亜紀<sup>2</sup>, 金井尚之<sup>2,3</sup>, 丸茂一義<sup>3</sup>, 切田 学<sup>4</sup>

【背景】当院の救急研修は、1年次の救急必修2ヶ月に加え、2年次にも自由に選択できるシステムとなっている。1学年6名であり、人が少ない分やる気があれば相当の手技の実践が可能である。救急車は年間5000台あり、日勤帯は、ERで救急対応と救急科で入院となった症例の対応も行ない、夜勤の時は、当直医とともに内科研修を中心に診療している。【目的】一研修医の経験から魅力的な救急研修を探ること。【方法】選択研修を加えた4ヶ月の期間で実際に行った手技を検討した。【結果】創傷処置10回、CV挿入は、血液浄化用のカテーテルを含め14回、胸腔ドレナージ9回、胸腔穿刺3回、気管切開2回、気管支鏡検査4回、上部消化管内視鏡検査19回、胃瘻造設4回、腰椎穿刺4回、気管挿管6回、その他肝膿瘍ドレナージ・腹腔ドレナージ・膝関節穿刺・骨髄穿刺などがあった。【考察】当院の救急科は振り分けのみではなく、自分たちで受け持ちもするため、入院後も経過を見ることが出来る。外科的な手技の時には、外科と救急の指導医資格をもった二人の上級医と中堅の医師から指導を受けることができ、安全に施行することができる。研修医にとって魅力的な研修環境とは、豊富な症例数としっかりした上級医のもとで、忙しく研修を受けることである。

### 主3関2-7 初期研修医一年目が考える救急研修「愛のむちゃぶり指導」

<sup>1</sup>亀田総合病院卒後研修センター, <sup>2</sup>安房地域医療センター救急科

鈴木 史<sup>1</sup>, 不動寺純明<sup>2</sup>, 弥永真之<sup>2</sup>

私が6年間の卒前教育を通して考える良い学生・研修医指導とは、その名も「愛のむちゃぶり指導」です。私自身、岐阜県の診療所でこの「愛のむちゃぶり指導」を受けて多くの学びをさせていただきましたので、ご紹介させていただきます。このむちゃぶりというのは少しだけ高いハードルを設定して研修医の言い訳を聞かずにどんどんやってもらう。愛のというのは指導医は研修医を遠くで見守りフィードバックを与えるという意味です。患者さんを丸投げされ、窮地に追い込まれることで、自分にできることを必死で考える。できたことは患者さんのコメントで、できなかったことは自分の反省で、そして総括的に指導医からのフィードバックで実体験として学ぶ。主体的に考えることは、責任感、自ら学んでいくチャンスが与えます。私が研修している安房地域医療センターは、軽症から重症まで地域に密着した救急センターとなっており、「愛のむちゃぶり指導」を受けることも多々あります。1年生の4月から救急車対応をしたりと、まさにむちゃぶりの2ヶ月間、指導医の愛のあふれるフィードバックで、成長と学びの日々だと感じています。私は救急研修においてできるだけ多くの指導医の先生方から「愛のむちゃぶり指導」を受けることで良い初期研修となると考えています。

### 主3関2-8 初期臨床研修医の気管挿管手技習得に必要な症例数の検討

<sup>1</sup>東京都立多摩総合医療センター救急科・救命救急センター, <sup>2</sup>東京都立多摩総合医療センター麻酔科

九社前実香<sup>1</sup>, 森川健太郎<sup>1</sup>, 櫻山鉄矢<sup>1</sup>, 伊賀 徹<sup>1</sup>, 肥川義雄<sup>2</sup>

【背景・目的】気管挿管は初期研修医が習得すべき重要な救急手技とされているが、研修医が挿管技術習得に必要な症例数についての研究は少ない。気管挿管手技の習得に必要な症例数を明らかにすることを目的とし、麻酔科研修時の初期研修1年目医師の気管挿管成功率を検討した。

【対象・方法】初期研修1年目の医師6名について、麻酔科研修3か月間の気管挿管の成功率を診療録に基づき後方視的に調査した。患者は、ASA分類1-3の予定手術症例とし、エアウェイスコープ使用症例及び経鼻挿管症例は除外した。2回以内の施行で気管挿管が問題なく行えた場合を成功、甲狀軟骨圧迫やBURP法以外の挿管補助を用いた挿管は失敗とした。

【結果・考察】対象とした6名が3ヶ月で経験した症例数は、中央値60.5例(範囲51-80)、成功率が90%以上となる経験症例数の中央値は、34例(範囲30-47)であった。事前研修後に臨床実習に臨む救命救急士では、はるかに少ない症例数でこの目標を達成している。研修医においても、事前研修の充実が必要と考えられた。なお、今回は後方視的検討であったため、Cormack分類を研修医自身が持っているなどの制約があり、また事前の自主的トレーニングの有無等については、十分な調査が出来ていない。今後は前向きな検討が必要である。