

2010年2月22日

日本救急医学会
代表理事 杉本 壽 先生

将来計画委員会・6委員会合同会議
将来計画委員会 委員長 坂本 哲也
委員 氏家 良人
木村 昭夫
嶋津 岳士
平出 敦
松本 尚
溝端 康光
山崎 元靖
担当理事 山口 芳裕

指導医・専門医制度委員会 委員長 中谷 壽男
指導医認定委員会 委員長 篠澤洋太郎
専門医認定委員会 委員長 丸藤 哲
救急部門のあり方委員会 委員長 猪口 貞樹
ER 検討委員会 委員長 太田 祥一
ER 検討特別委員会 前委員長 堀 進悟

2007年10月に理事会からの諮問により、将来計画委員会では「救急科専門医のあり方について」の中間答申を報告しました。次いで指導医認定委員会から、ER部門を中心に熱心に救急医療を展開している施設等が、現行の基準では指導医指定施設となりえないことから、「指導医指定施設等の認定基準」の見直しについて要望され、2008年5月に理事会より、将来計画委員会・6委員会合同会議において、ER部門がどのようなシステムで運用されるべきであるか検討するよう諮問されました。それを受け、将来計画委員会・6委員会合同会議（以下、合同委員会と略記）において、別紙の通り報告書をまとめましたので、理事会にご報告申し上げます。

救急医療における ER 部門（救急外来部門）、および救急科専門医のあり方について

1. ER 部門の位置づけ

1970 年代に策定されたわが国の救急医療体制（初期・二次・三次）は救命救急センターの整備を通じて、重症救急患者に対する救急医療体制を飛躍的に進歩させた。この初期・二次・三次体制は病院前における「緊急度の判断」（以下、トリアージという）を前提とし、重症患者の適切な集約、役割分担による人的資源の確保と疲弊の防止などに貢献し、今後もわが国において堅持すべき体制である。しかし、増加しつつある急病や高齢者の重症患者を対象とした場合、患者自身や救急隊によるトリアージには限界があり、二次・三次医療機関における ER 部門の強化が課題となる。

1) 初期・二次・三次救急医療体制における救急部門の役割

従来の初期・二次・三次救急医療体制における救急部門の役割は、扱う患者の重症度および診療の場所（外来／入院／病院前）によって下記 6 つのカテゴリ（A～F）に分類できる。

カテゴリ A は重症の救急搬送患者に対する初期診療であり、年間に約 35 万人程度の患者が対象になると推定される。

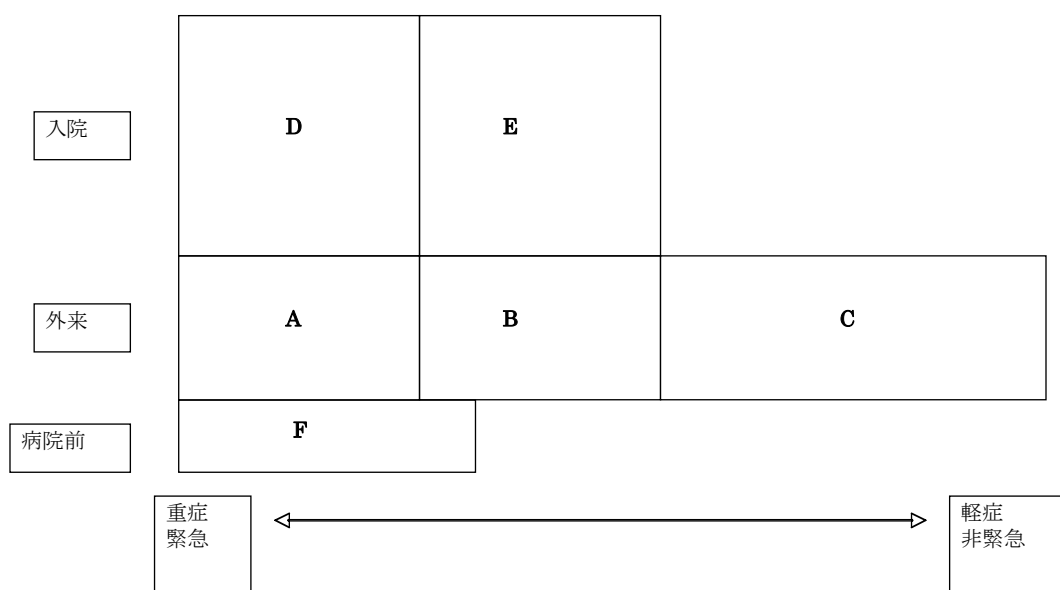
カテゴリ B はカテゴリ A 以外の救急搬送患者に対する初期診療であり、年間約 450 万人程度の患者が対象になると推定される。

カテゴリ C は救急車以外に対する初期診療で、時間外外来を訪れる患者が主体となる。緊急度の低い患者が多く含まれる一方、カテゴリ D の入院治療が必要となる重症患者も 0.8% 含まれ、多様な患者で構成されている。救急車以外で訪れる全ての時間外外来患者とすると年間約 2,000 万人程度の患者が対象になると推定される。

カテゴリ D は重症救急患者に対する入院治療であり、カテゴリ A からだけでなく、カテゴリ B や C からの入院患者もカテゴリ D を必要とすることがある。

カテゴリ E はカテゴリ D 以外の救急患者に対する入院治療であり、カテゴリ B の約半数と C の一部（5-10%）が緊急入院となりカテゴリ E を構成する。

カテゴリ F は病院前において、ドクターヘリ・ドクターカーなどを用いて医師が病院外で行う救急診療や、メディカルコントロールにより救急救命士を含む救急隊員の観察・処置に関わることなどが含まれる。



救命救急センター等を有する三次救急医療機関はカテゴリ A と D の診療を担当している。多くの場合、同じ医療機関が B、E、さらに C を担当している。

二次救急医療機関はカテゴリ B、E の診療が主たる業務である。二次救急医療機関の救急診療能力には格差があり、ほとんど機能していないところから、A、D の一部（循環器救急、脳神経救急等）を担当しているところまでである。多くの二次医療機関は C の一部も担当している。

初期救急医療機関（夜間休日診療所など）は、カテゴリ C の一部を担当している。

2) 米国モデルの ER とわが国の ER 型救急医療

二次・三次救急医療機関における ER 部門の強化の一方策として ER 型救急医療の導入があげられる。ER 型救急医療とは、救急医が重症度、性別、年齢などに関わらず救急患者を First Doctor として診療する体制である（ER 検討特別委員会）。米国モデルの ER はカテゴリ A、B、C の全てで初期診療（患者評価、安定化、経過観察、入院帰宅の判断）のみを担当し、専門的治療や入院診療は各診療科医師に任せる。米国モデルの ER は、緊急性のある患者のみならず医療にアクセスできない患者（無保険者等）の診療機能全般をも含めて診療を担当する必要のある米国の実情に応じたものである。一方、わが国では国民皆保険制度、一般外来へのフリーアクセスおよび救急医療機関の機能分化のため、米国モデルと同じ機能を有する ER 部門は現時点では少数であり、わが国の ER 型救急医療は A、B と C の一部を担当していることが多い。

3) 救急医療の現状と ER 部門の整備

都市部の救急医療の現状を見ると、一部の二次救急医療機関と三次救急医療機関に患者が過度に集中することによって施設が疲弊する現象が認められる。このような現状が続けば、二次救急医療機関の集中化（整理統合）が進む方向性は避けられないであろう。必要な救急医の人数から考えて、救急医のみで全救急患者の診療を行う体制を普遍的システムとすることは不可能である。一方で、救急医療に積極的な二次、三次救急医療機関の多くは、救急診療と初期臨床研修医への救急医学教育の両者を緊密に連携させ、地域における救急医療の遂行と、救急診療の素養を有する臨床医の養成を両立させることにより対処している。これらの医療機関に、救急医が関与し各診療科医師が協力する ER 部門を整備し、これを中核として、それ以外の地域医療機関が協力する体制を構築すれば、地域の救急医療の質は向上する。

一方、ER 型救急医療の実施のために、不足している重症救急患者を担当する救急医およびその志望者を浪費することにならないよう十分な注意が必要である。現在の三次救急医療機関は、救急医療の最後の砦として機能しており、その役割を減殺すべきではない。不完全な理解に基づく ER 型救急医療の推進により、現在、多数存在する 2～3 名程度の救急科専門医が配置された二次救急医療機関でも、救急医は時間外外来を含めた全ての救急患者に対応すべきだとの誤解を生む危険がある。医療機関の状況にもよるが、このような事態は各科の医師不足などによって増加している救急医への負担に拍車をかけ、地域の医療崩壊を招く可能性が高いので注意を要する。

ER 型救急医療の導入は単独では救急医療の需要増加に対する特効薬とはならず、病院前救護、ER 部門、専門的治療、後方医療、在宅医療など地域医療計画の中の一部として整備する必要がある。

合同委員会は、二次、三次救急医療機関を対象として、地域および医療機関の状況に配慮した上で、救急医が関与し各診療科医師が協力する ER 部門を整備すべきであると考えている。

2. 救急医の役割

カテゴリ A は、救急医が主体的に担当すべき領域である。2005 年 1 月に救急部門のあり方委員会が実施した“救急部門に関するアンケート”調査結果からみても、ほとんどの救急医がそのように考えている。また同調査では、カテゴリ D の一部には、大半の救急医が何らかの形で関与しており、また救急医が担当すべき領域と考えている。

カテゴリ B、E は医療施設の状況に応じて救急医と各科専門医が役割を分担すべき領域と考えられる。特に B については、救急隊による病院選定に限界があること、地域によっては救急隊による A のトリアージが行われていないことから、救急医が担当する機会が多い。E は各診療科の医師不足により、救急医が入院診療を担当するなどの負担がみられる。

カテゴリ C は、わが国では、専門科を問わず多くの診療科の医師による当直業務や休日・夜間診療所などで支えてきた時間外外来診療が含まれ、その全てを救急医が代わって行うことは不可能である。その理由として、①全てを担当できる数の救急医はわが国には存在しないこと、②これを救急医が担当すると業務が分散して過重勤務の原因となりうること、③医学的に救急を要する患者が少ないこと、などが挙げられる。カテゴリ C は救急医の関与のもとに初期臨床研修において全ての医師が研修すべきである。カテゴリ C は救急医のみでなく各科医師や家庭医などと連携すべき領域であり、医療機関全体が地域医療体制の中で対応すべき問題である。

カテゴリ F は、メディカルコントロール体制への関与のみならず、ドクターヘリ、ドクターカーなどによる病院前診療を含めて、救急医が中心となって推進すべき領域である。

重症救急患者の診療を主たる業務とする救命型救急医（本報告書ではこのように呼称する）が従来は救急医の大半を占めていたが、近年は ER 型救急医療を担当する ER 型救急医、もしくは両者の業務を担当する救急医も増加しつつある。

合同委員会は、救命型救急医はカテゴリ A、D、F に主体的に関与し、カテゴリ B、E には地域や各医療機関内での各科専門医との協議の中で救急医が役割を果たすべきであると考え。また、ER 型救急医はカテゴリ A、B、F に主体的に関与し、カテゴリ D、E には各医療機関の実情に合わせて関与すべきであると考え。カテゴリ C は ER 型救急医が関与すべき領域であるが、その全ての実務を行うことは人的資源から困難であり、医療機関全体として対応すべきであると考え。

3. 救急科専門医申請資格

救急科専門医の医師像については2007年7月に本学会から公表された下記の内容が将来的にも適切であると判断しこれを踏襲する。

「救急科専門医は、病気、けが、やけどや中毒などによる急病の方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を専門とします。病気やけがの種類、治療の経過に応じて、適切な診療科と連携して診療に当たります。更に、救急医療の知識と技能を生かし、救急医療制度、メディカルコントロール体制や災害医療に指導的立場を発揮します」というものである。

上記の「診療科に関係なく診療」ということは、軽症から重症にいたる多様な救急患者に対して適切な診療を施すための総合的な能力を意味する。救急科専門医には、この能力と重症患者に対応する能力の両者が求められる。救急科専門医の取得は救命型救急医とER型救急医を目指すいずれの医師にとっても、救急医としての基本的能力を保証するスタート地点と考える。従って、上記カテゴリAのみでなく、D、B、E、Cの分野での臨床経験と技量が全ての救急科専門医に求められる。

このような臨床経験を効果的に得るためには、ERおよびICUにおける研修のみでは不十分であり、後期臨床研修に他科ローテーションを盛り込むことが望ましい。しかし、2011年以降の救急科専門医申請資格でも、救急勤務歴3年（うち救急専従歴1年）が必要であり、他科ローテーション中は、当直などによる救急兼任歴として、救急勤務歴が最大で週2日（ローテーション期間の1/3）までが加算されるだけである。従って、他科ローテーションを盛り込むと申請資格を満たすまでに4年以上を要することも多い。

ER検討特別委員会が作成したER型救急医・後期臨床研修モデルプログラムでは研修期間として4年間を設定し、このうちおおむね2年間を救急専従期間、おおむね2年間を他科ローテーションによる研修期間と規定している。ローテーション期間2年間は設立当初の米国における救急医学研修プログラムにおけるローテーション期間に準じて設定されている。

同委員会では、他科ローテーション期間の短縮は教育の質の確保に関わる根源的な問題である一方、研修期間を4年以上とすることは後期臨床研修医の意欲を低下させる恐れがあるとしている。

上記の問題は、ER型救急医を目指す医師だけでなく、救命型救急医を目指す医師における外科、麻酔科などへの他科ローテーションについても同じ問題となっている。

一方、救急科専門医資格取得の段階でER型救急専門医、救命型救急専門医などと区別するべきではなく両方の経験を求める必要があり、それぞれに特化した専門医を目指すのであれば救急科専門医資格取得後に更に高度の専門性を求めて分化するべきである。従って、ER型、救命型に関わらず、2年間の他科ローテーションを行っても、4年間で救急科専門医申請資格を与えることが望ましい。

合同委員会は、救急科専門医申請資格に関し、救急科専門医養成プログラムと、それに所属する後期臨床研修医については事前登録制を採用し、プログラムに従って計画的に研修した場合には他科ローテーション期間の5割（合計最大1年間）を救急勤務歴として認めることについて、専門医認定委員会において検討すべきであると考えている。

4. 日本救急医学会指導医申請資格

日本救急医学会指導医は救急科専門医としての知識、技術や経験だけでなく、後進を指導して救急医を育成すること、地域における救急医療体制の指導的役割を果たすことが期待されている。ER 型救急医にも日本救急医学会指導医となる道を開く必要があるが、現在の指導医申請資格は救命型救急医をモデルとしているので、そのためには解決すべき課題がいくつかあると考えられている。最も大きな課題は、現在の指導医申請資格の診療実績表における[C]経験すべき手技（合計 100 点）の中で手術手技が 31 点を占めていることである。[C]経験すべき手技は 60 点以上が必須とされているが、手術手技の割合が高いため、手術経験の少ない医師には申請資格の取得が困難となっていることである。指導医にとって手術経験を有することは、初期診療後の専門的治療を具体的に知るために手術手技が含まれているが、全ての指導医に日常的に臨床の場で手術を行うことを求めているわけではない。従って、[C]経験すべき手技の中の項目と配点を見直し、ER 型救急医を初めとする手術経験が少ない医師にも申請が可能になることが望まれる。

また、現在、日本救急医学会指導医制度規則第 14 条第 2 項により、指導医指定施設だけでなくこれに準じる診療施設でも、指導医申請のための勤務歴として認められている。これに準じる診療施設であるかは指導医認定委員会で決定されるが、救命救急センターもしくは大学救急部のみでなく、地域救急医療に大きく貢献する ER 型救急医療を展開している、患者数が多く診療の質が高い独立した ER 部門も該当するか検討することが望まれる。

合同委員会は、指導医認定委員会において、手術経験が少ない医師にも申請が可能になるよう、現在の指導医申請資格における[C]経験すべき手技の中の項目と配点を見直すことが望ましいと考える。また、ER 型救急医が指導医申請を行うにあたり、救急初期診療に必要な広範な疾患群の診療経験をもって、手術手技の点数不足を補う方策も検討されてよいと考える。この診療経験は、疾患群の種類、症例数が ER 型救急医の指導医として社会的合意が得られるために十分であることが必須であり、ER 検討委員会における議論が必要であると考ええる。

5. 日本救急医学会指導医指定施設

指導医申請資格の修正と並行して、指導医である ER 型救急医が勤務する医療機関が指導医指定施設に認定される道を開くことが望まれる。地域救急医療体制の観点からすれば、ER 型救急医療の実施に重点を置き、入院診療の主体を他科に委ねる施設も、病院全体が高い救急機能を果たしているなら救急医療への貢献は高いと評価するべきである。

一方、少なくとも、カテゴリ A、B、D の研修が可能なことは指導医指定施設の必須要件である。指導医のもとで救急医が適切な指導を受けるうえで、カテゴリ A、D の研修は欠かすことができないものと考えられる。

現在、積極的に活動している ER 型救急医療施設が指導医施設と認定されるための障害のひとつは、5 床以上の救急専用の集中治療病床や救急部門への年間入院患者数 300 例以上など入院診療に関する条項である。実際に ER を経由して入院する重篤患者が十分な人数存在し、それらの患者についてカテゴリ A、D の研修が十分にできるのであれば、集中治療病床が救急専用でなく、救急患者の入院病床が救急部門でなくても認められる余地を残すべきである。このような場合は、入院診療以外の病院全体の救急診療機能にかかわる指標も適切に評価する必要がある。

合同委員会は、指導医認定委員会において指導医指定施設の集中治療病床と入院病床が救急専用であることの緩和を検討することが望ましいと考える。ただし、その場合の評価基準には、ER 受診患者総数、救急搬送受け入れ件数、ER 経由で入院した患者数（内、ICU 入室数）、ER 専従医師の有無を加え、重篤救急患者の研修も可能であることが必須であると考ええる。