

## 「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」 お寄せいただいたご意見

※ご本人の承諾を得て掲載しています

### **意見番号 1**

1980年代後半に全国に救命救急センターが出来上がり、初期・二次・三次救急医療体制が構築され、救命救急センター専従医の中から救急科専門医、指導医が生まれてきました。当時の専従医は外科（消化器、脳神経、胸部・循環器、整形など）、内科（循環器など）、麻酔科を **subspeciality** を有する集団でした。そして、救急車搬送の 10%に満たない重症患者に専ら対応してきました。しかし、その後、各診療科の専門分化が進み、狭い専門領域にしか対応できない各科専門医が誕生し、初期、二次といった救急体制の担い手が減少し、そのしわ寄せが従来 3 次対応であった救急科専門医に訪れたのが今日ではないのでしょうか。診療科に関係なく初期対応をする医師がいなくなったため救急科専門医が 1 - 2 次に対応せざるを得なくなってきたのが現状です。これは本学会だけでは解決が不可能であり、日本専門医制評価・認定機構などで専門医のあり方を協議すると共に、救急医療は救急科専門医だけでなく、家庭医療、総合診療の医師や内科学会の総合内科専門医などと共に一翼を担うべきであります。救急医＝救急科専門医ではないことを強調し、その専門性を診療面では救急患者に対する ICU 管理、Acute Surgery、MC など、研究面では侵襲学の面で発揮すべきであるが、一方、救急科専門医は当然 1 - 2 次の救急診療にも対応できなければならないので ER 部門を整備する場合には総合診療も行なえる医師として積極的に関与し、各診療科医師（特に後期研修医）が必ず関わるような体制を構築すべきでしょう。

### **意見番号 2**

ワークショップの資料では、「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」とあります。確かにその通りで、それが理想だとは思いますが、特に ER 型救急医を目指し ER で勤務している者にとっては、救命型救急でしか、あるいは各専門科をローテートし直さなければ経験できない手技も多いのが現状です。「その地域で求められる救急をその地域で実践するためならばあえて習得し直す必要のない手技」も、「救急専門医取得を目指すなら必要となる手技」となってしまう、そのために現在の職場を離れて研修に出るとするのは、実際問題、非現実的だと思います。2010 年までの申請と 2011 年からの申請で、経験すべき診療実績に修正がありましたが、それでも、経験が難しい手技や、本当にそれが勤務先の ER で求められるのか疑わしい(もちろん身につけている、あるいは理解があるに越したことはないとしても)手技がまだまだあまりにも多い気がします。そういった手技を削除するのが困難であれば、あえて救急専門医を「ER 型救急専門医」と「救命型救急専門医」の 2 つに分けて、それぞれ別の「経験すべき診療実績」を設定する、というのもありではないかと思います。

まだまだ救急医の肩身が狭い日本、もっと、救急専門医取得の門戸を開いて頂けたらと思いますし、そのことで決して救急専門医のレベルが下がることにはならないと思います。

### 意見番号3

以下、若輩の意見では御座いますが、救急医学会の将来を不安に思う者です。一意見として組み入れていただければ幸いです。

本文中模式図に示された A,D の領域がこれまで救急医学会が重要視してきたものであり、救急医のモチベーション維持、多くの救急医に専門医の必須要件として考えられているというのであれば、この領域の診療を行うことなく“専門医”の称号を与えるという議論は如何なものかと思えます。特に ER 型中心で診療を行っており、初期診療は関与しているが入院診療を行っていないものが、重症症例の診療で専門医としての活躍ができるかどうかは疑問を感じずにいられません。

ER 診療を中心に行い、救急医学会の認定を受けた医師であってもそれはゴールではなく、“重症管理のできる専門医”としての技術・判断を習得するために努力を続ける立場であってほしいと考えます。

もちろん ER 診療を中心に行っていることを評価しないわけではありません。

現状の、“救命型の修練を積んだ医師は ER 型の能力に乏しく、ER 型の修練を積んだ医師は救命型の能力に乏しい”という議論は相容れず、救命型と ER 型の両立があり得るかのごとき論争は現場を混乱させるばかりと考えます。そのため両者を分けて考え、“ER 認定医”、“ER 指導医”のような資格を与えることはいかがでしょうか。ER に関して“専門医”の称号を与えることは時期尚早と考えるためです。

“ER 認定医”はさらに重症入院治療の修練を追加することで“救急科専門医”となることができ、“ER 指導医”は“救急指導医”のもとで修練を追加することによって“救急指導医”となるように緩和措置をとります。たとえ“ER 指導医”であっても、従来型の診療経験を積むことを望む形です。

逆に従来型の専門医・指導医に関しても、ER 型診療の経験を資格に反映できる（ER 認定医、ER 指導医の追加認定もその一つです）制度を構築することも必要かと考えます。

さらに制度を増やすことは混乱を招くとの御意見もあるかもしれませんが、相容れない二つの診療スタイルがある以上はこのような対応も妥当と考えます。

### 意見番号4

難しい問題をまとめていただき、有難うございました。

内容については概ね納得できましたが、カテゴリーCに対する救急医および本学会の基本的な姿勢に不明確な点があるように思います。「上記カテゴリーAのみでなく、D、B、E、Cの分野での診療経験と技量が全ての救急科専門医に求められる」（3. 救急科専門医申請資格 11 行目）との観点からは、A、B、D、Eに対するのに準じた姿勢で取り組むべき領域ということになります。Cの診療はA、B等の診療経験の流用では対処できないので、相応のトレーニングが必要となります。また、各科医師の協力体制で walk-in 患者の診療に対処し、救急医がその管理を行うケースでも、同様の考え方が成り立ちます。

このようにカテゴリーCの診療に救急医がある程度関与するという考えであれば、トレーニング

内容に walk-in 患者の診療経験を含める必要があります。もし救急医はカテゴリーCに關与する必要がないという考えであれば、walk-in 患者の診療経験は不要ですが、救急医の守備範囲からカテゴリーCを除くのが妥当ではないでしょうか。そのあたりが、やや中途半端に感じられます。

## 意見番号5

あくまで、言葉通り、「意見用紙」として、利用させていただきます。

「ER 部門」、「救急専門医」「北米型、欧州型」、「集中治療」といくら医療サイドで定義づけて議論しても、最終的に受診する一般の人々にとっては、理解し難いことと思います。

そもそも、「救急」という言葉を安易に使い過ぎたことに、混乱があるのではと思います。例えば、夜間、37℃台の発熱患者は「救急診療」を受診するものではなく、「時間外診療」を受診すべきであるし、必ずしも「救急医」がその場面に必要ではないと思われます。

これは、患者側からすれば、自分が「救急患者」であれば、早く、救急医によるレベルの高い診療を要求することになりますが、自分が「時間外患者」であれば、そのような形が成立しないことを認識させることができます。(その使い分を知り合いの病院で導入したところ、無用なトラブルの抑止力となったと聞いています。また、一般開業医の先生方にも、その理解がされていない感があります)。

まず、救急患者とは何かを明確化して、「ER 部門」「一次救急」「二次救急」のあり方を語るべきではないかと思ひます。

## 意見番号6

他科専門医における専従率はどのようになっているのか？

本学会は基本領域学会でありながら、本専門医取得者の専従率が低いのではないだろうか。つまり救急科専門医自体が subspecialty となってしまうのではないだろうか。救急医のさらなる養成は重要な課題であり、熱心な ER 部門における専門医・指導医取得あるいは施設認定の道を拓くことには全く賛成であるが、安易に門戸を拡大することは果たして妥当といえるだろうか。専従率が低い理由を明確にし、専従率の上昇のための方策を議論することも同時に必要ではないだろうか。

日本救急医学会は基本領域学会である。しかしその専門医申請資格は、外科・集中治療領域との重複が多い。逆に、小児科・産婦人科など他領域はほとんどと言っていいほど考慮されていない。救急科専門医を、例えば外科認定医・内科認定医のように二段階制度を採用する最もベーシックな資格と位置づけるのであれば、救急の性格上、現在の申請資格では全く不十分であり、さらなる subspecialty 専門医取得を可能にする他学会との調整もこれまで以上に必要である。あるいは逆に専門性が非常に高い資格であると位置づけるのであっても、なおさら救急科専門医の容易な取得を可能にする道は断つべきである。

大変失礼な物言いとなるが、日本の救急医療を牽引してこられた尊敬する学会の重鎮方は、他科（多くは外科）から救急の道へ入られた方が多く、医学部卒業直後または臨床研修終了直後から救急を志すものが多い現在の状況とはその育成課程が大きく異なる。ベースが外科専門医や脳外科専門医であった昔とは異なり、救急がベースである、あるいはベースとなりうることをもっと示し、それを踏まえて救急医の育成方法を確立していただきたい。それが叶わぬなら救急医の要

件としてまずは全員に例えば外科研修を義務付けるなど統一化し、日本救急医学会は関連領域あるいは subspecialty の一学会に徹するべきなのである。

専門医取得者のアンケート結果から求められる救急医像ではなく、社会のニーズに視点を置き学会が主導して救急医のあり方を追求しない限り、救急科専門医取得の意味は“取得しやすいただのお飾り”の域をいつまでも脱することはできないだろう。例えば日本循環器学会では ACLS の習得を専門医取得に義務付けているが、これは本来ならば救急医が担うべき“心停止前後の治療に積極的に介入する”ためとしている。救急車以外の初期診療における“医学的に救急を要する患者が少ない”“時間外外来診療の全てを救急医が代わって行うことは不可能である”“業務が分散して過剰勤務の原因となる”などという否定的な意見は、事実であっても救急医の傲慢でありナンセンスである。今後、循環器学会のように、外科・内科・脳外科・整形外科などの各学会がさらに積極的に救急領域の充実に方向転換するようなことがあれば、救急医の活躍できる場を自ら狭めるような考えは、救急医のアイデンティティ低下のみならず救急医の存在意義自体の問題につながる。

“救急がしんどくなったら外科や内科の資格を生かしてその道で生きていけばいい”と考える“自称現在救急医”は少なくない。私を含め、一生救急医を続けて行きたいと考えている後輩たちの芽を摘むような、バカをみていると思わせるようなことだけはしないで頂きたいと切に願う。

## 意見番号7

救急外来部門のあり方について

一言でいうと、救急外来部門とは「病態の重症度や疾患の種類を問わず、急性期の病態で来院した患者の初療を適切に行えるように調整する場」であるべきだと考えます。

上記の概念については、多くの方が合意できるイメージではないかと思いますが、具体的に“初療”とは何を意味しているか、“適切に行えるように調整する”ということ“どのように（どこまで）行う”という風に考えているかが、いろいろな医療機関や、地方、また、現在活躍している救急医の間でさえ大きな相違がある部分だと思います。

“初療”を“適切に行えるように調整する”ということにつき、私見を述べさせていただきます。

“初療”とは、①緊急性のある病態かどうかを見極め、②緊急性のある病態については、直ちに処置を行いつつ、③病態の原因・鑑別診断や、④数時間以内に行うべき重要性の高い治療の必要性の判断と、⑤その治療まで、を指すものと考えます。

そして、救急外来部門は、様々な病態に対し初療が適切に行なわれるための調整ができる場であるべきなので、上に記した初療の各段階がスムーズに行われる工夫が施されている必要があります。また、個々の救急外来が附属する施設により、救急外来部門と他部門の機能に差がありますので、上記のどこまでの段階を救急外来で行うかどうかは施設によって異なり、また、対応している疾患・病態・処置の種類によっても、（特に⑤部分に関しては）救急外来以外で行われることも多いと思われます。

さて、上記のような機能を果たす救急外来では、どのようなスタッフが働くべきか、ということですが、病態の種類にかかわらず、①②③段階では、全身管理になれたスタッフが主体になって行うのが適切と考えます。③の病態の原因・鑑別の部分は細かい専門性が要求されることもあり、そのような場合には専門医が判断に加わることができれば理想的かもしれません。④・⑤の部分は病態や治療の種類によってある程度異なりますが、様々な急性期治療の知識がある医師や、

技術が要求される処置の場合には特に専門医が行うのが適切（患者さんにとって最良）ではないでしょうか。

#### 救急科専門医のありかたについて

救急科専門医に期待される役割は上記のような救急外来部門での診療をリードすることだと思われます。さらに、中毒やその他の外因性の病態の入院後の管理は、他の専門科に適切な部門が存在せず（すなわち、専門的な知識としても救急科医師が最も適切な専門医と考えられる）、今後も救急科専門医の役割とするのが適切でしょう。

救急外来部門が理想的に機能すれば、下記のようなことが期待できると考えます。

- ①急性期病態の初期診断プロセスになれたスタッフが、常時、初期診断を担当するため、能率的で精度の高い診断を得られる確率が上がり、無駄な検査を削るなどで医療コストの削減や時間の短縮につながる
- ②初療場で、専門医の必要性を適切に判断できるようになり、緊急時の専門医の呼びだしなどが本当に必要な時だけに限定できるようになると、専門医の負担が軽減する。（救急部門への印象が良くなれば、本当に必要な際には協力も得やすくなる）