

## 日本救急医学会

### 救急科専門医育成への取組みについて

#### : その 3

過去 2 回の「取組み」のご報告と同様に、「社会の皆さま」、「救急科専門医をめざす方」そして「日本救急医学会会員」に向け代表理事からのメッセージをお届けします。今回は「救急科専門医をめざす方へ」に、平成 29 年（2017 年）4 月からの本会の救急科専門医への対応に関する内容が書かれています。救急科専門医に関心のある方は、是非、ご確認ください。

#### ～ 社会の皆さま ～

医療界でいう専門医とは、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて修練を積み、十分な知識、技能と人間性を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」のことで、まずもって一般の方々に身近な医師です。

さて、医師の職業教育は医学生時代から始まるのですが、医学部を卒業し医師免許を取得してからは臨床医のキャリアを積み重ねつつ、本格的な修練が始まります。現在の我が国の場合、医師免許取得後、最初の 2 年間は、臨床研修医として内科・外科・救急科等々の診療科をローテーションします。各診療科の特徴の理解もさる事ながら、それらの連携による医療の全体像を視野に入れつつ修練します。この医師臨床研修制度は厚生労働省が所轄しています。2 年間の臨床研修修了後は、医師自らの希望で各領域の専門医資格取得のための研修に進むこととなります。この専門医研修は、これまでは〇〇科専門医として、それぞれの学会が管理・運営をしてきました。しかし、この専門医制度の数が 100 を超えるようになり、その役割や専門性だけでなく、教育の質・レベルの全てを的確に把握することが難しくなりました。そこで標準化を目指した改革が以前より続けられ、その帰結として 2 年前に日本専門医機構（以下、機構）が医療界の各団体・学会を中心として設立されました。

当初、機構の基本的考え方は、社会の一般の方々にも分かり易い専門医制度を目指すというものでした。領域の異なる専門医でも、その教育期間や研修到達レベルに差がなくどの領域の専門医でも、一般の方々からはその専門分野で

「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」という専門医像が提示されました。このことには、学会、医療に関わる各種団体も異論はなく、2年前から各領域の研修制度設計と新しい制度での研修実施に向けた準備が、各学会と機構の間で行われてまいりました。

現行の日本救急医学会（以下、本会）が管理・運営する救急科専門医も、これまでに一部プログラム制、事前登録制の導入等の制度改革を継続的に続けてまいりました。これらを踏まえつつ2年前から、機構とも打合せを繰り返し、新制度を組上げてきました。その際、機構側と共有した最も重要な理念は、「新専門医制度により、地域救急医療に悪影響を与えないこと」です。この点は、機構側と学会側が繰り返し確認をしながら新制度の検討をしてまいりました。

本会会員の多くは各地域の救急医療を支える救急医であり、次世代の救急医を育てる指導者であり、また改革を現場で担う医師であり、そして地域救急医療への新制度による悪影響を最初に蒙る人たちでもあります、まず、これら現場医師の理解と協力が無ければどんな改革も進まないという判断のもと、本会は以下のような対応を取りました。

- 1) 情報開示をリアルタイムに行う。  
「専門医通信」をHP会員専用ページへの掲載だけでなく、直接会員へメール配信。  
「専門医通信」は過去1年半で24号発行し4万字（原稿用紙100枚）を超える情報提供と解説を行いました。
- 2) 理事会への会員質問アドレスを設置し、常に質問・意見を出せる体制を確保しました。
- 3) 全国に7つある地方会の開催時には、必ず代表理事または代表理事代行が参加し、地方会幹事会や総会で新専門医制度の進捗状況を報告し、情報提供や意見聴取を行いました。
- 4) 学会として新専門医制度に関する都道府県連絡窓口担当（地方に長く在任し域内の諸事情に通じたベテラン救急医）を指名して、問題の早期把握と地域との連携強化を図りました。

以上のような、地方への情報提供システム（1）、3）、地方からの情報収集システム（2）、4）を構築しました。各地方の抱える問題は、それぞれ質も量も異なり多様です。しかし、一方では、多様な課題のなかにも共通する部分もあり、だからこそ他地域での具体的な対応策も参考になります。ここに本会が調整的役割を担う意義があります。

さて、2017年からの新制度の大きな特徴は、一つの病院での研修ではなく、研修施設群という病院グループを組んで、専門医研修を実施する点にあります。これまでも救急科専門医は、複数の施設で経験を積んで専門医試験を受験する

ことが多かったのですが、新制度ではその実績を基盤に、最初から研修施設群を明示することになります。救急科領域の研修施設群の大きな特徴は、研修施設群が互いにネットワークを組み、地域内・地域間に広がる研修施設ネットワークが広がっている点にあります（日本救急医学会 救急科専門医育成への取り組みについて：その2 参照）。これは研修を受ける医師に対し、救急医療の多様な側面の経験を可能にする制度的裏付けです。

しかし、平成28年の初めころから、（救急科専門医制度を特定しての議論ではありませんが、）新しい制度では医師偏在を助長するのではないかとの懸念の声は医療界から挙がりました。来年の専門医研修予定者が、事前登録を開始する予定の6月には「来年度からの実施は延期」という医療界の声が大きくなりました。厚生労働大臣からも「一旦立ち止まり」検討を行うべきコメントが発されています。

以上の経緯を踏まえ、機構が提示した当初の予定である、6月中：来年度研修希望者の予備登録、7月：全領域の研修プログラム公開、8月中旬から応募受付開始、9月以降に採用試験という（会員に既に通知されていた）タイムスケジュールを、救急科領域でも一旦停止することとしました。

我々は、専門医の研修制度は、あくまでも次世代を担う医師の育成のためのものであり、医師偏在を是正するための手段ではないと理解しています。しかし、専門医育成の制度改革が、医師偏在を促すような事態は絶対に避けるべきです。厚生労働大臣の「一旦立ち止まり」検討という発言趣旨は理解できます。

専門医育成制度は、専門医をめざす医師の教育制度であり、まさに現場の第一線で活躍し、これを支える医師の現場での実践的研修です。同時に、この研修が現場の医療を支える大事な柱の一つでもあります。新制度では、研修施設群のネットワークを活用することで、救急医療体制にとってもより拡がりのあるセーフティーネットを展開できる可能性があります。この方向に向けて、日本救急医学会は機構設立以前から、継続的に専門医制度の改革を続けてきたことは既にご紹介いたしました。

我々も「一旦立ち止まり」多様な観点からの検討を行いました。しかし、これまで順次積み重ねてきた改革の道をすべて白紙に戻すことは、少なくとも4～5年は制度を後退させることを意味します。さらに、「既に崩壊状態」とも表現されるような救急医療の実情を踏まえれば、ここで腰を下ろして議論を延々と続けるほど救急医療に関し、「この国にその余裕はない」というのが実感です。

また、救急医療は消防機関、行政との協議会（メディカルコントロール協議会）が地域において重要な役割を担っており、その強化を含め、機構との情報共有、協力・連携を推進し、この国の救急医療体制に停滞を来さない対応を講じることと判断致しました。

6月に新たに行った対応は、以下のようなものです。

(1) 制度設計に関わった関係者へのアンケート調査

1) 基幹施設代表者、日本救急医学会・社員（評議員）、日本救急医学会・新専門医制度の都道府県連絡担当者を対象にアンケート調査を実施しました。

対象総数は342名で回答者234名（68%）でした。基幹施設190施設では、回答数163で回答率は86%でした。

質問 A. 今後、救急科専門医育成でプログラム制を採用することについて

（ここでいうプログラム制とは、専門研修施設群が専門研修プログラムをあらかじめ提示し（各専攻医の研修施設の決定は毎年度ごとに設定すること可能）、救急科専門医を目指す専攻医はいずれかのプログラムに登録した上で、カリキュラムを最短3年間で修了し筆記試験受験資格を得る制度のことである。）

A-1：プログラム制を採用すべきである

A-2：プログラム制を採用すべきでない

A-1：201（87%）

A-2：30（13%）

質問 B. 質問 A で「A-1.プログラム制を採用すべきである」と答えた方へ質問です。プログラム制への移行時期について

B-1：日本救急医学会（以下学会）の主導で原則、来年度から移行すべき

B-2：日本専門医機構（以下機構）の体制が整うまで現行制度のみとし、その後、機構の管理下で移行すべき

B-1：130（63%）

B-2：75（37%）

質問 C. 各施設群のプログラムの定員設定について、日本救急医学会は地域救急医療の崩壊を招かないよう、大都市部の募集人員を可及的に制限するなど様々な調整を一次審査として行ってきました。そのことについて

C-1：概ね適切に調整されている

C-2：不適切である

C-1：191（84%）

C-2：37（16%）

2) 連携施設 740 施設に同様のアンケートを送りました。連携施設 740 施設のうち、自らが基幹施設でもあるのが 162 施設あり、連携施設のみは 578 施設です。この 578 施設の回答をまとめます。回答数は 128 で回答率は 22%でした。質問 A,B,C は同じです。

連携のみ ; A-1 : 77 (73%)

連携のみ ; A-2 : 28 (27%)

連携のみ ; B-1 : 33 (41%)

連携のみ ; B-2 : 48 (59%)

連携のみ ; C-1 : 73 (71%)

連携のみ ; C-2 : 29 (28%)

基幹施設と連携施設の回答率 (86%と 22%) の差は関心度が反映していると思われる。書類作成、審査での数回にわたる書面のやり取り等の具体的対応は、制度上は基幹施設のプログラム統括責任者が中心に行うため、この作業経験の度合いもアンケート回答率に反映していると思われる。設問 A のプログラム制度を採用すべきかという質問への賛成は基幹・連携を問わず高い数値となっています。また、設問 C の「日本救急医学会は地域救急医療の崩壊を招かないよう、大都市部の募集人員を可及的に制限するなど様々な調整を 1 次審査として行ってきました」に関しては、制度変更による「地域救急医療の崩壊を招かない」ことが重要であるという認識は共有されているということが示唆されます。これまでの学会の取組みを理解されているようです。

しかし、この結果をもって「地域救急医療の崩壊を招かない」ことの根拠にはならないのは、「医療において絶対安全は約束できない」のと同じであると思います。

注目すべきは、「プログラム制への支持」や「地域救急医療の崩壊を招かない」対応への理解に比べ、設問 B の「日本救急医学会 (以下学会) の主導で原則、来年度から移行すべき」という方針への賛成が相対的に低い事実です。連携施設のみ限れば、「日本専門医機構 (以下機構) の体制が整うまで現行制度のみとし、その後、機構の管理下で移行すべき」という方針への賛成が、前者よりも高い割合になっています。

これには幾つかの理由が挙げられます。一つには、これまで救急科専門医を取得した医師には、2 年間の研修終了後、直ぐに救急科専門医の研修を始めた者の他に、一旦、他領域の研修を経験したり、また他領域の専門医資格を取得した後に、救急科専門医を取得した者が多くいるからです。この場合、救急部門に勤務している専従歴が少なくとも 1 年間以上あり、救急医療に従事した総

経験年数と必要な症例数を満たせば、キャリアベースで筆記試験の受験資格が与えられるシステムにより専門医取得が可能となっています。各地域で、このような過程で専門医をめざす者や専門医を取得した医師が、救急医療を支えているのは事実です。

この事実を踏まえれば、プログラム制への移行が医学教育・研修の趨勢であるとしても、現行制度のキャリアパスも活かしながらのスムーズな移行が地域の救急医療体制への悪影響を回避するためには重要になります。既に、現行制度での筆記試験（専門医資格取得の最終審査）を平成 36（2024 年）まで行う事が、決まっています。今後、救急医療体制への悪影響を避けるための、制度のスムーズな移行に関しては検討を続けて参ります。現行制度との新プログラム制度への移行期間を確保すべき必要があれば、先の期間は 2026 年頃までの延期が必要になるかもしれません。

平成 27 年（2015 年）以降の医師免許取得者は原則、プログラム制による専門医取得の体制としつつも、平成 26 年（2014 年）以前の医師免許取得者で、現在、救急医療施設で専従、専任や兼任で勤務しつつ、救急科専門医をめざそうとする人には従来通り学会専門医の路は確保されていることはしっかりと広報すべきことは、今以上の救急医療体制の脆弱化を回避するうえで重要と思われます。

（2）機構 1 次審査承認プログラムを「日本救急医学会承認・救急科専門研修プログラム」として（6 月 16 日）、本会理事会で承認しました。

これは機構が平成 29 年 4 月から新制度を実施しない場合に備えての対応です。しかし、より現実的で即応性が求められる事態にもありました。これは前記のアンケート調査の過程で判明したことですが、関東某県では、6 月に県担当者の呼びかけで、救急科領域の基幹施設（2 施設）、救急関係者、地域の病院の代表が協議の場を持っています。当初、地域の病院からは医師派遣を要請されたとのことですが、専門医育成と医師派遣システムの相違を説明しこの点は了解が得られたそうです。しかし、地域医療の現状に鑑み、県内の研修先をより多くの施設から選択できるように連携施設を 2 か所追加し（ただし、全ての施設に必ず医師が研修に出向く分けではない）、募集人員も 2 名増加することを、協議会の参加者全員の同意を得たとのことでした。

問題は、この修正プログラムをどこに提出するかですが、本会は「日本救急医学会承認・救急科専門研修プログラム」の修正案として既に受理し、研修プログラム委員会で審議して回答の予定です。

現在、この県以外には、関係者が集まり救急科専門医制度に関わる事項を協議したという情報を、本会は得ておりません。

これからの時期、現行制度と新制度の柔軟な対応で、専門医の質とレベルを

維持しつつ、地域救急医療体制の向上をめざすのが本会の当面の課題と心得ます。

### ～ 救急科専門医をめざす方へ ～

平成 29 年（2017 年）4 月からの専門医研修は、以下のように実施致します。

- (1) 日本救急医学会は 2017 年（平成 29 年）4 月から現行制度に加えて、「日本救急医学会承認・救急科専門研修プログラム(以下、暫定プログラム)」による専門研修を開始します。
- (2) 2015 年（平成 27 年）に医師免許を取得した者については、暫定プログラムによる専門研修が原則となります。
- (3) 現行制度による救急勤務歴と診療実績審査の合格者に加えて、暫定プログラムの修了者は筆記試験を受験することができるようになります。

暫定プログラムにおける専門研修の具体的な応募方法、応募期間、採用選抜方法等に関しては改めて HP 上で公表する予定です。なお、本会の専門医制度に関する案内は、隔週 1 回程度（水曜日予定）更新するものとします。もちろん、至急の場合はそれに限らずご案内致します。

なお、今回の対応は平成 29 年 4 月からの専門研修開始者に適応します。平成 30 年 4 月からの研修に関しては、機構とも対応を協議し、その進捗は改めて適宜情報提供を致します。

### ～ 日本救急医学会会員へ ～

本年 6 月、関東圏のある県では、日本医師会等の「協議会」設置の要望を踏まえて、県担当者と救急科領域の研修基幹施設の責任者、および関係医療機関の代表が集まり、県レベルでの協議が実施されています。その結果、定員若干名増員、および連携施設の追加修正がその協議で了解されています。日本救急医学会にその結果が報告されてきましたが、これは「日本救急医学会承認・救急科専門研修プログラム」への変更届として本会では対応しております。同時に、機構には 1 次審査プログラムの県担当者・基幹施設責任者・医療機関の代表による協議の結果として報告を致しました。

現時点では、この事例以外、都道府県レベルでの協議の報告は本会では把握しておりませんが、そのような動きがあれば協同して善き方向に進むように致したく存じます。

専門医育成制度は、大きな過渡期にあります。これまで機構との話し合いでも「地域救急医療への悪影響は排除する」ということを最重視してまいりました。現行制度での学会による専門医認定は現在のところ2024年まで継続されます。もちろん、2020年以降に専門医更新の時期を迎えられたら、全ての方は機構での専門医更新となります。(機構による更新が開始されれば、学会による専門医更新は2020年以降なくなります。)従って、2020年以降に本会専門医を取得された方も、更新時には機構による専門医の更新が必要になる予定です。

この現行制度からのスムーズな移行は、救急医療体制の十全たる維持にも大きく資するものであり、関係者各位のご理解とご協力をお願い申し上げます。

一般社団法人 日本救急医学会  
代表理事 行岡哲男