

## SP01-01 新しい専門医制度について

国立病院機構  
桐野 高明

わが国では各学会によって専門医制度が設けられてきた。その中には関係者の努力によって非常によく運営されている制度もある。しかし、各専門医制度は専門医の質のコントロールに重きを置き、その数や分布については比較的無関心であった。また各制度は専門医の認定試験を中心に運営され、専門医のための教育制度や教育病院のあり方についての外部からの評価を受けていなかった。また個々の制度が独立で、統一的な規格は存在しなかった。このような問題点を検討するため、専門医制度を有する学会の集合体である日本専門医制評価・認定機構が設立され、制度を評価する第三者機構を確立することを長期的目標に掲げて活動を続けてきた。一方、厚生労働省は2011年10月より「専門医の在り方に関する検討会」において検討を開始し、機構で検討されてきた考え方を尊重しつつ約1年半にわたって審議をおこない、2013年4月に「専門医の在り方に関する検討会報告書」を取りまとめた。これを受けて、日本専門医機構が独立の第三者機関として設立され、2014年6月2日に第一回理事会が開催され、その活動が始まった。新機構には、全体の運営に関する運営委員会、それぞれの専門医制度の評価と認定をおこなう評価認定部門、未承認診療領域の専門医制度の検討をおこなう委員会などの他に、総務・規約委員会、財務委員会などからなる常置委員会が設置され、さらにAdhoc委員会としてがん診療の専門医、総合診療専門医、および医療倫理・臨床研究に関する委員会が置かれることになっている。7月末現在まだ活動が始まったばかりではあるが、もし一斉に専門医の各制度が始まるとすれば、その影響は2015年より初期臨床研修を開始する医師にも及ぶ。拙速は避けなければならないが、時間の問題も考慮しながら進める必要があるだろう。

特別企画1

## SP01-02 外科系専門医制とNCD登録制度

大阪大学消化器外科  
森 正樹

新しく発足する専門医制度は第三者によってなされる。外科専門医についてはNational Clinical Database (NCD) のデータを評価に使用するように準備が進められている。また、基盤となる外科専門医だけではなく、消化器外科学会、心臓血管外科学会、呼吸器外科学会、小児外科学会など、2階建て分野の専門医制度でも使用が義務付けられる予定である。そこで今回の講演ではNCDの登録制度について、特に外科専門医制度との関連から発表させていただく。2011年より登録が開始されたNCDは統計的調査だけでなく、国際比較も勘案した医療水準評価、臨床研究支援、専門医制度との連携等にも活用できるよう設計されている。その理念としては以下のことが挙げられている。1) 外科関連の専門医のあり方を考えるための共通基盤の構築（外科関連の専門医の適正配置を考える上では、現状を把握することが重要）、2) 医療水準の把握と改善に向けた取り組みの支援（重症度補正等を行った医療水準を示す指標（真の実力）を自施設と全施設で対比することにより、自施設の特徴と課題を把握できる）、3) 患者さんに最善の医療を提供するための政策提言（日本全体として質の高い医療を提供する上で望ましい施設環境や、促進すべき医療プロセスについて、根拠に基づいた検討を行うことができる）、4) 領域の垣根を越えた学会間の連携（日本の医療を更に良いものにし、国際的なリーダーシップを示していく上でも非常に期待される）。初年度は3,372施設から約120万件の手術症例が登録された。その結果、例えば食道癌の手術関連死亡は年間20例未満の施設では4.5%、年間20例以上の施設では1.7%などと、専門医の関与により有意にリスク比が低下（ $p<0.05$ ）することが分かった。また、個々の症例の術前リスクを入力すると、全国の症例に基づいて算出されたアウトカムの予測発生率が即時にフィードバックされ、術前カンファレンスやインフォームドコンセントで活用が可能となるようになりつつある。NCDの今後の課題としては、財政基盤の整備、他の専門医制度データ管理システムへの拡大、入力現場の負担軽減、情報の管理・公開システムの整備などがある。今後、NCDの意義が全ての医師に理解され、有効利用されることを願っている。

## SP01-03 日本救急医学会の考える救急科専門医の方向性と課題

日本救急医学会研修プログラム委員会

坂本 哲也

救急科専門医制度の源流は、1984年の救急認定医制度に基づく第1回の認定に遡る。当時は全国の大学や中核病院に救急部や救急センターの併設が相次ぎ、救急医学にもっとも求められたのは重症救急患者の診療と管理であった。救急医学の歴史も浅く外科や麻酔科などで救急医療に従事した医師が救急認定医を取得することも多かった。この時代背景にも関わらず、当初から本制度が重症救急のみでなくプライマリーケアに必要な知識と手技も重視していたことに、今から振り返っても本学会の先見を持った一貫性のある姿勢を読み取ることが出来る。現在の救急科専門医には救急搬送患者を中心に軽症、重症を問わず初期診療を担当し、必要に応じて適切な診療科と連携して診療を展開する能力が重視される。重症患者では初期診療だけでなく、医療機関の体制に応じて根本治療や集中治療などの役割も果たさなければならない。また、メディカルコントロール体制や災害医療などにおいて地域の救急医療に関わる多様な組織との連携に指導的な役割が求められる。救急患者の診療から地域の救急医療体制整備までを含む社会の要請に応えられる専門医は19基本領域の中でも救急科専門医のみである。2014年の救急科専門医は3,822人だが我々の試算では10,000人程度が必要と考えている。

## 特別企画1

## SP01-04 ER型救急医療を担う救急医の視点からみた救急科専門医制度について

京都府立医科大学救急医療学教室

太田 凡

ER型救急医療とは「救急室を受診する患者を重症度や臓器専門性に関わらず救急医が診療する救急医療モデル」である。ER型救急医療を担う救急医は、軽症、中等症に限らず、重症傷病者も担当する。外傷はもとより、救急疾患として需要の多い小児救急、敬遠されがちな精神科救急なども含め、あらゆる領域を担う。結果的に帰宅可能と判断される診療に責任を持つ業務は、単なる「振り分け」ではない。総合診療医とは、重症傷病者の評価と管理の頻度が多い点において区別される。救急医が診療を担うことにより、各専門診療科の負担を強いることなく地域住民に救急医療へのアクセスを保障する。

こうした能力は、これまでも救急科専門医として求められてきたものであり、「ER型」として特別視されるものではない。救急科専門医として担保すべき能力に複数のイメージは求められていない。

救急医にとっては、診療範囲がオーバーラップし適切な連携をとることが重要な各専門診療領域のトレーニングも重要である。救急科専門医制度の整備にあたっては、日本救急医学会が救急科専門医取得のための統一されたカリキュラムを作成し、救急専従期間ではなく、「カリキュラム達成のためのプログラム（3年間で妥当）が履修されたかどうか」を救急科専門医の受験資格とすることが望ましい。

## SP01-05 米国における救急医学卒後研修の質管理

東京ベイ浦安市川医療センター救急科  
志賀 隆

【背景】日本救急医学会ER検討委員会によるモデルカリキュラムの発表以来多くの研修医が救急専門医施設から輩出されている。しかし、プログラムの概要やその質管理に関する情報はかならずしも完全ではない。米国では、1979年から正式な専門として救急医学が認識され以来ACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education：卒後医学教育認可評議会）にて認可を受けたプログラムが正式な後期研修を提供している。政府や学会が研修のあり方を決める日本に対して米国では第三者機関であるACGMEが現場の医師の意見を吸い上げ研修のあり方を規定している点である。

【現状】2013年時点で5734名（2010年は4950名）の救急レジデントが米国で研修をおりその数は増加している。160（2010年は155）の救急医学の正式なトレーニングが米国に存在し、2つは新規プログラムである。

【研修内容】トレーニングの年数は3もしくは4年となっている。ER検討委員会のモデルカリキュラム同様、卒業時を念頭に6つのコンピテンシーに基づいたACGMEレジデントの目標、手技の目標、年間の講義の目標、指導医の条件やその十分な数の保証（4.5人/時間以上患者を超えないなど）、労働時間の制限などが規定されている。

【質管理】全ての米国の救急医学プログラムはACGMEの許可をうけて後期研修を提供する。全ての研修医はACGMEに登録されている。様々な条件があるが年間3万人来院、重症患者最低1000名は必要となる。許可時には最低6名定員が必要。定員数は、指導医数・手技数・患者数による。許可後、書類と救急指導医による病院監査が4もしくは5年に一度行われる。

日本救急医学会 女性医師参画推進特別委員会 特別企画

女性医師参画の現状と課題

—女性医師活用は「一丁目一番地」？みなさんの本音を伺います—

順天堂大学医学部附属浦安病院

田中 裕

日本医科大学多摩永山病院救命救急センター

畝本 恭子

2014年6月、政府は「女性が活躍する社会の実現」を、我が国の新しい成長戦略の柱として位置づけました。一方、医療界では、2000年以降、医師国家試験合格者の女性比率は3割を超え、本学会が発足した1973年当時とは隔世の感があります。救急医不足が叫ばれて久しいなか、女性医師の活用は働く医師を増やす対策のひとつであり、また、様々な働き方や役割に基づいたダイバーシティの構築は、男女ともに働きやすい環境の整備につながる可能性を秘めています。

本年度発足した「女性医師参画推進特別委員会」では、本学術集会において、女性救急医（会員）の現状（アンケート結果）、行政の計画、他学会の状況、ある施設の取り組みなどを会員諸氏にお示しし、一緒に考えていただくセッションを企画いたしました。前半は講演、後半は参加者投票型意識調査として、女性参画に係るいろいろな命題について会場の皆様に「本音ボタン」を押して投票していただき、この課題の本質に迫りたいと考えております。

## SP02-01 2013年日本救急医学会女性医師会員アンケート調査結果

順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科  
角 由佳

2013年、日本救急医学会では「救急医療における女性医師参画推進プロジェクト検討会」を発足し、女性救急医の幅広い確保および継続のための取組みの一環として、その勤務実態と職場環境改善の取組みの現状について女性医師会員を対象にアンケート調査を行った(回答者385名、回答率37%)。現在救急医療に携わっている医師247名のうち、1週間の勤務時間が60時間を超える医師は約半数、連続勤務時間24時間以上の当直勤務体制が60%を占め、救急医の過酷な労働環境が明らかとなった。チーム制、院内保育所の整備、当直の免除などの就労支援をうけながら救急医療を続けている女性医師がいると答えた医師は36%であった。一方、救急医療を離れた医師は、業務の多忙さだけでなく、約3割が、結婚・出産・育児をその理由にあげた。労働環境が整えば、再度救急医療に携わりたいと答えた医師は70%を占め、職場環境の改善が望まれる。

このアンケート結果から、女性医師の視点での救急医の労働環境の問題点を浮き彫りにし、継続できる職場環境のための取組みを提案していきたい。

## 特別企画2

## SP02-02 がんばれ！女性救急医 応援に必要なものは・・・

東京都立墨東病院救急診療科・救命救急センター

岡田 昌彦, 杉山 彩子, 明石 暁子, 小林未央子, 三上 学,  
亀崎 真, 杉山 和宏, 大倉 淑寛, 濱邊 祐一

近年、女性医師数が増加傾向であるが、女性救急医の数は、まだ増加の兆しはない。特に、出産し育児が必要な時期の女性医師は、時間的な制約がある中での勤務となり、予測ができない展開の中での診療を行う救急医としての仕事を続けることが難しくなる。

当院は、年間約4万人が受診するERと年間2千件を超える収容件数の救命救急センターを擁する都市型の総合病院であり、現在、女性救急医が様々な勤務スタイルで活動している。当院救急部門では、女性救急医が仕事を続けていく上で必須であると思われる、『シフト勤務』、『チーム制診療』と『病院としての支援』の3つの柱のもとにサポートを行っている。本報告では、これらの三本の柱を軸とした女性救急医サポートへの取り組みについて現状を交えて報告したい。

## SP02-03 当救命救急センターの女性医師

東京女子医科大学救急医学  
並木みずほ, 矢口 有乃

当救命救急センターの常勤医師は22名であり、内女性医師は11名（50%）である。11名中3名が育児中であり、2名が大学の短時間勤務制度を利用している。本学の臨床系医師の短時間勤務は、週3日から5日まで、週28時間から36時間の勤務を選択し、その勤務時間数により、本給が減給となるが、各種保険も加入でき大学でのポストが維持できる。1名は小学6年生、1名は生後5か月と3歳児の母親であり、2名とも一次、二次救急外来を担当している。他1名は、小学6年生と中学2年生の母親であり、出産後、大学院へ進学し、その後復職、救急医としてのキャリアを継続し、現在病棟長である。当直勤務も他の医師と同様に行っている。当救命救急センターは、一次救急から三次救急までを担っており、日勤では、一次、二次救急外来担当、病棟担当、三次救急とICU担当に分かれ、一定期間でローテーション勤務、当直は月6から8回で、他の育児中以外の女性医師は、この勤務体制となっている。女性にとって妊娠、出産、育児の間のキャリア形成や継続をどのようにするかは、個人と組織で考えねばならない。が、本来、救急医療に携わりたいが環境や体制の理由で断念せざるを得ない女性医師に対して、組織として考慮するべきである。

## 特別企画2

## SP02-04 他学会の女性医師参画への取り組み

日本救急医学会女性医師参画推進特別委員会  
畝本 恭子, 岡田 昌彦, 木田 真紀, 木村 昭夫,  
角 由佳, 本多ゆみえ, 矢口 有乃, 田中 裕

【背景】日本女医会の創設は1902（明治35）年。一方、日本医師会が厚生労働省からの委託で本格的に女性（男女共同）参画委員会を始動したのは2004（平成16）年である。現在、女性医師バンク（2007年～）、再研修支援や男女共同参画フォーラム開催などの事業を行っている。学術団体である各医学会においても漸く女性（男女）参画に係る取り組みが広まりつつある。【目的】本学会における女性医師参画推進の取り組みに先立ち、他学会における女性医師支援や男女共同参画推進の委員会などの状況を整理する。【方法】各学会のウェブサイトと委員会報告書の分析【結果】医学会分科会における内部組織としての女性参画委員会の導入は、日本外科学会女性外科医支援委員会による調査（2011年）の104学会中22学会に対し、本年の日本医師会によるアンケート結果では102学会中42学会に伸びていた。一方、学会の意思決定に係る評議員の女性の割合は日本外科学会調査の2009年、2011年の調査では6%から6.8%と微増であったが、日本医師会調査では5.3%と低下した。女性医師の評議員・役員の割当制などを制度化している学会は10%に満たない。【結論】諸学会の女性医師参画への取り組みは徐々に進んでいるが、まだ、医療界に影響を与える活動には至っておらず、整備途上と考えられる。