

2016年12月16日社員総会承認

専門医制度新整備指針

2016年12月

一般社団法人 日本専門医機構

日本救急医学会の取り組み

- ① 専門医育成のプログラム基準の作成
- ② 専攻医募集と教育
- ③ 専門医認定・更新の審査
- ④ 研修プログラムの審査

救急科専門医とは

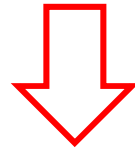
～理念と使命～

(救急科領域専門研修プログラム整備基準から)

- 急病、外傷、中毒など原因や罹患臓器の種類に関わらず、すべての**緊急性を要する疾患に対応**する。
- 急病で複数臓器の機能が急速に重篤化する場合、あるいは外傷や中毒など外因性疾患の場合などは、初期治療から継続して根本治療や集中治療でも中心的役割を担う。
- 救急搬送、および医療機関同士の連携維持・発展、災害医療などに関与することにより、**地域全体の救急医療の中核**を担う。

救急科プログラムの特徴

- 190プログラム（大学本院80プログラム）有し、地域の中核病院が基幹プログラムの過半数を占めている。



地域の救急を担っている救急医は歴史的にも大学病院主体ではなく、地域の中核病院が主体となって育成されてきた。救急領域の専門医プログラムはそのような歴史的な経緯、現状と将来を見据え、地域の救急医療がさらに発展することを考慮して作成されたものである。

- 5都府県をはじめとして都市部の定員を制限し、一方で地方の定員数には十分な配慮を行った。
- 本年度の実績で言えば、全国に占める各地方の人口比と専門医の比率がほぼ同様となっている。
- 複数の基幹施設が地域の中核病院（連携施設）および中小病院（関連施設）とネットワークを形成して、地域医療に配慮したプログラムを共有している。

地方別の専攻医数

地方別	PG	現行	合計	人口	専攻医比	人口比	専攻医/人口比
北海道	4	3	7	5,400	3.3%	4.2%	0.78
東北	7	4	11	11,349	5.2%	8.9%	0.59
関東	49	28	77	42,797	36.7%	33.7%	1.09
中部	20	12	32	20,992	15.2%	16.5%	0.92
近畿	30	16	46	20,750	21.9%	16.3%	1.34
中国四国	8	4	12	11,314	5.7%	8.9%	0.64
九州	14	11	25	14,480	11.9%	11.4%	1.04
合計	132	78	210	127,082	100.0%	100.0%	1.00

プログラム制を選択した専攻医の分布は、
現在の専門医総数の分布に比べると、
5都府県で減少し、それ以外で増加している

2017年プログラム制選択（新制度）

都市部	専門医総数	PG制専攻医数	専門医総数比率	PG制専攻医数比率	増減
5都府県	1,871	51	40.8%	38.6%	- 2.2%
それ以外	2,713	81	59.2%	61.4%	+ 2.2%
合計	4,584	132	100.0%	100%	

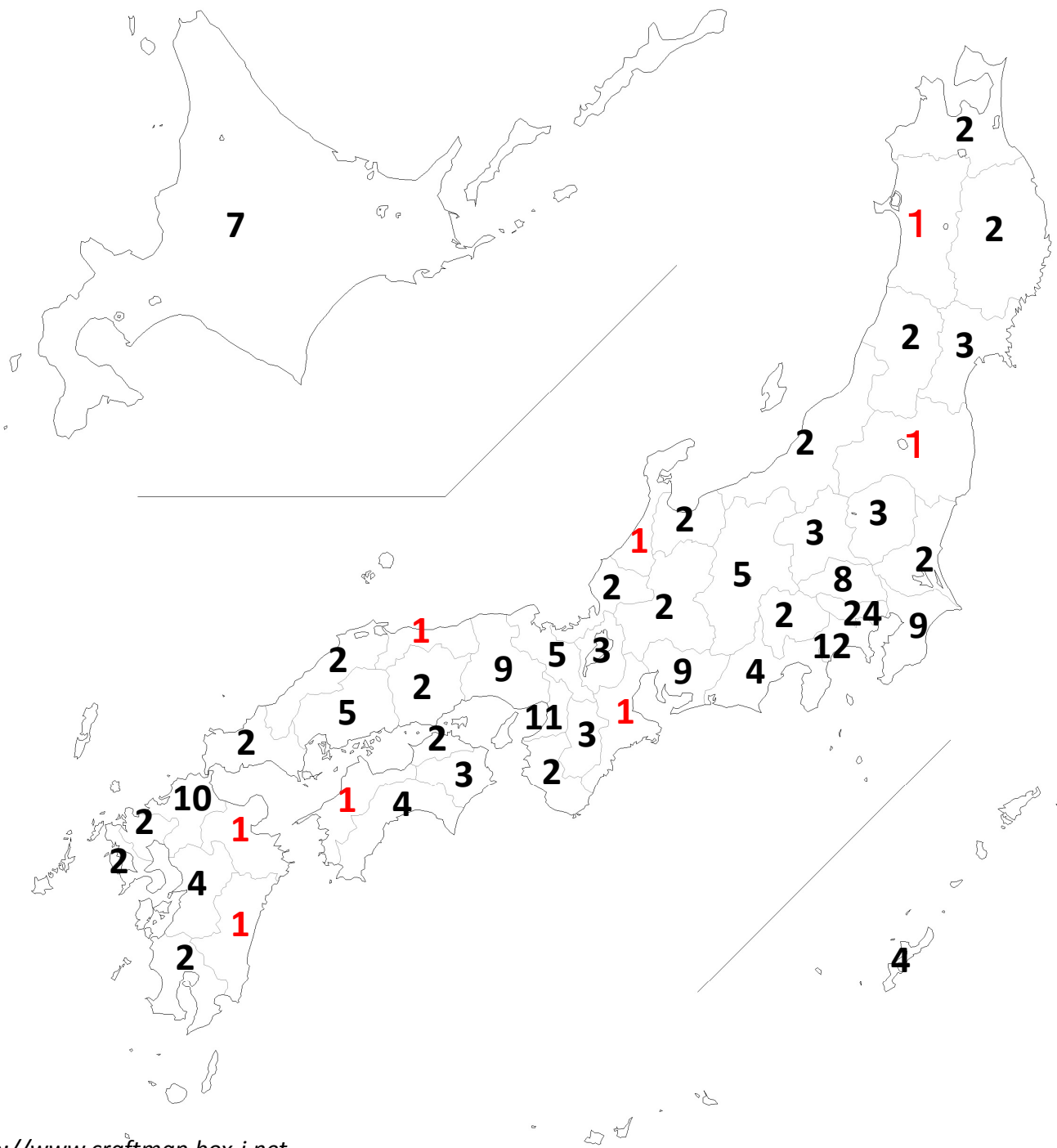
2017年カリキュラム制選択（現行制度）

都市部	専門医総数	現行専攻医数	専門医総数比率	現行専攻医数比率	増減
5都府県	1,871	39	40.8%	50.0%	+ 9.2%
それ以外	2,713	39	59.2%	50.0%	- 9.2%
合計	4,584	78	100.0%	100%	

都道府県別
救急科領域
基幹施設数

基幹施設の数が
現時点で一つの県

- 秋田県
- 福島県
- 石川県
- 三重県
- 鳥取県
- 愛媛県
- 大分県
- 宮崎県



救急科領域の研修施設群

	基幹施設	連携施設	関連施設 (指導医のいない地域の施設)
200床未満	2	15	16
200～300床	0	12	9
300～400床	19	30	14
400～500床	19	28	16
500～600床	24	17	13
600～800床	70	41	2
800床以上	56	21	
計	190	164	70

連携施設、関連施設は複数の基幹施設とプログラムを共有しているため、**実際のプログラムにおける200床未満の中小病院の延べ数ははるかに多い。**

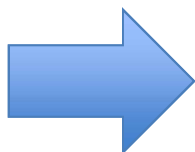
医師の偏在と救急医

救急科専門医の実数と必要数

			実数
救急科専門医数			4,582 名
新規合格者数			313 名/年
試験受験者数			437 名/年

	施設あたり必要数	施設数	必要数
救命救急センター	6 名	284 施設	1,704 名
救急告示病院	2 名	3,890 施設	7,780 名
臨床研修病院	1 名	1,031 施設	1,031 名
合計			10,515 名

(参考)	米国の救急科専門医数	33,589名
	日米の人口比による補正後の人数	13,040名



救急科専門医の全国的な不足が当分続く

日本救急医学会の調査

(プロジェクトリーダー：大友康裕東京医科歯科大学教授)

対象：

救急科専門医プログラムに参加予定の基幹施設／連携施設の計 **662** 施設
(除外；大学附属病院および国立高度専門医療研究センター)

調査機関：

2016年9月～10月

回答率：

662病院中 **289** 病院から回答を (回答率 43.7%)

結果は、日本病院会が2015年に行った常勤医数の増加についての調査結果と比較した。

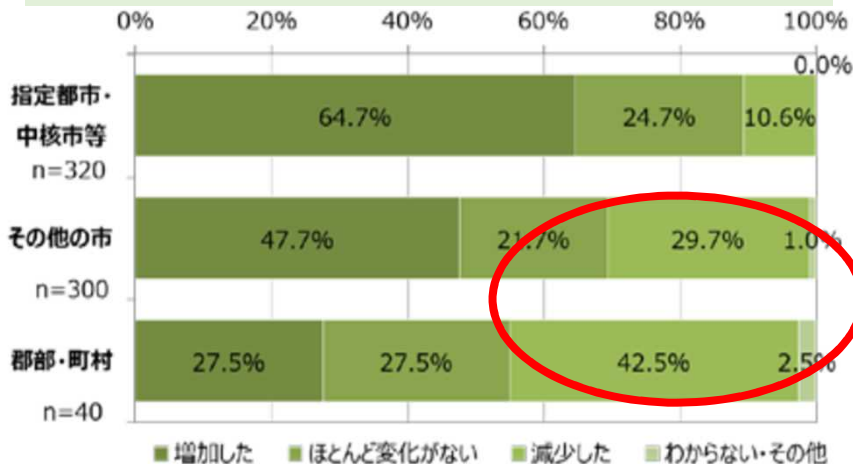


日本病院会：

地域医療再生に関するアンケート調査結果と比較 (平成27年)

日本病院会

「平成22年4月と平成27年4月を比較した場合、貴院の常勤医師数は増加しましたか？」



日本救急医学会

「過去10年間の常勤医師数の推移」

医師数が1.3倍以上増加した病院群(group1), 増加したものの1.3倍未満にとどまる病院群(group2), 減少した病院群(group3)

group	都市(%)	地方(%)
1(増加)	54	36
2(著変なし)	39	48
3(減少)	7	17

都市；政令指定都市、各県の県庁所在地
地方；上記以外

※救急科専門医新プログラム制度に参加している地方病院は、医師獲得に関して全国平均よりも健闘している。

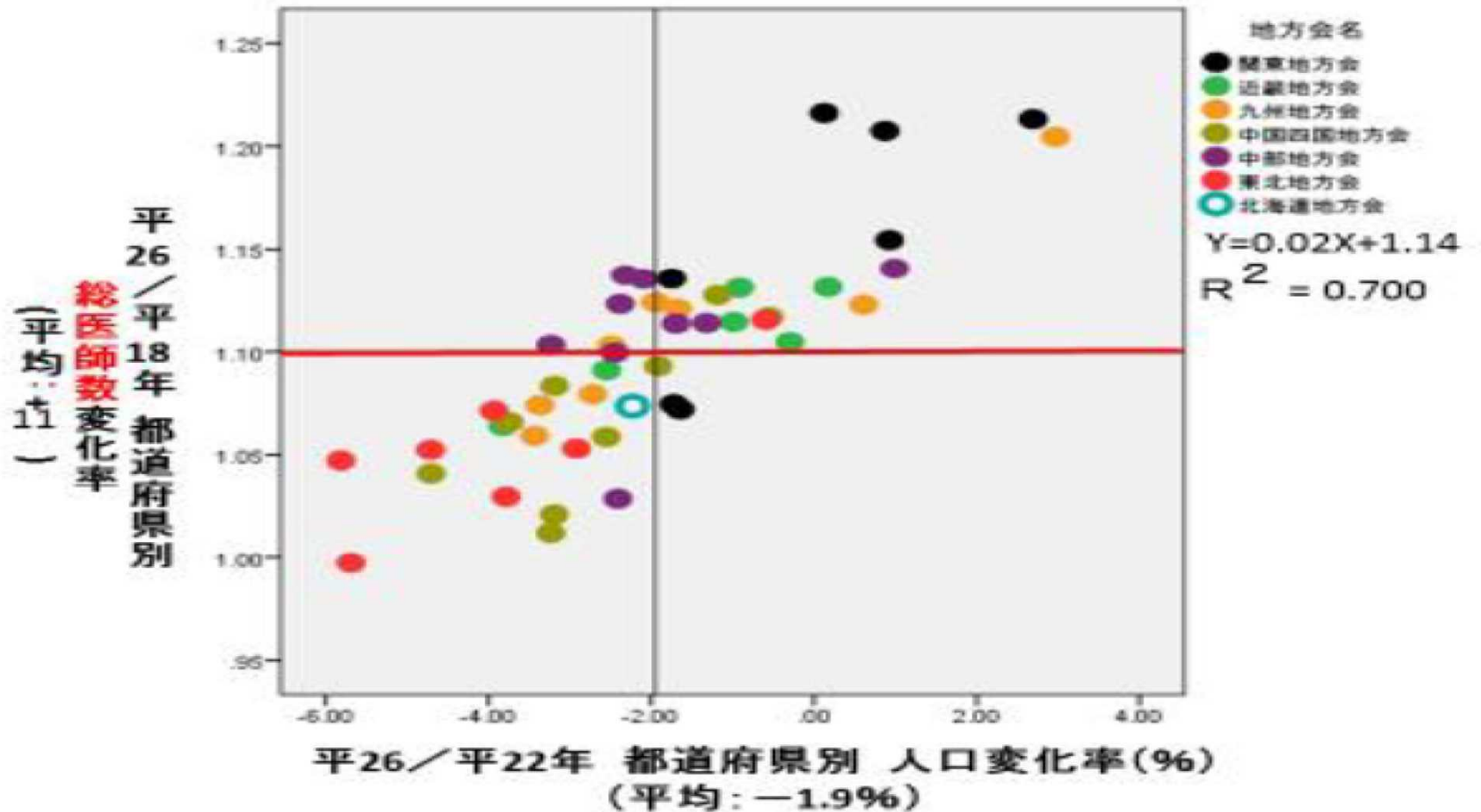
地方かつ地方自治体病院および公的医療機関のみ

group	病床数	医師数	救急科専門医数	病院数
1(増加)	401.8	67.73	3.5	26
2(不変)	405	74.52	1.8	47
3(減少)	312.3	48.96	1.7	18

※地方かつ地方自治体病院および公的医療機関でも、救急科専門医が3人以上いる病院では、常勤医師が増加している。

※地方かつ地方自治体病院および公的医療機関で、医師確保に苦戦している。

厚労省が2年毎に行う医師の実態調査の「主たる診療」の調査

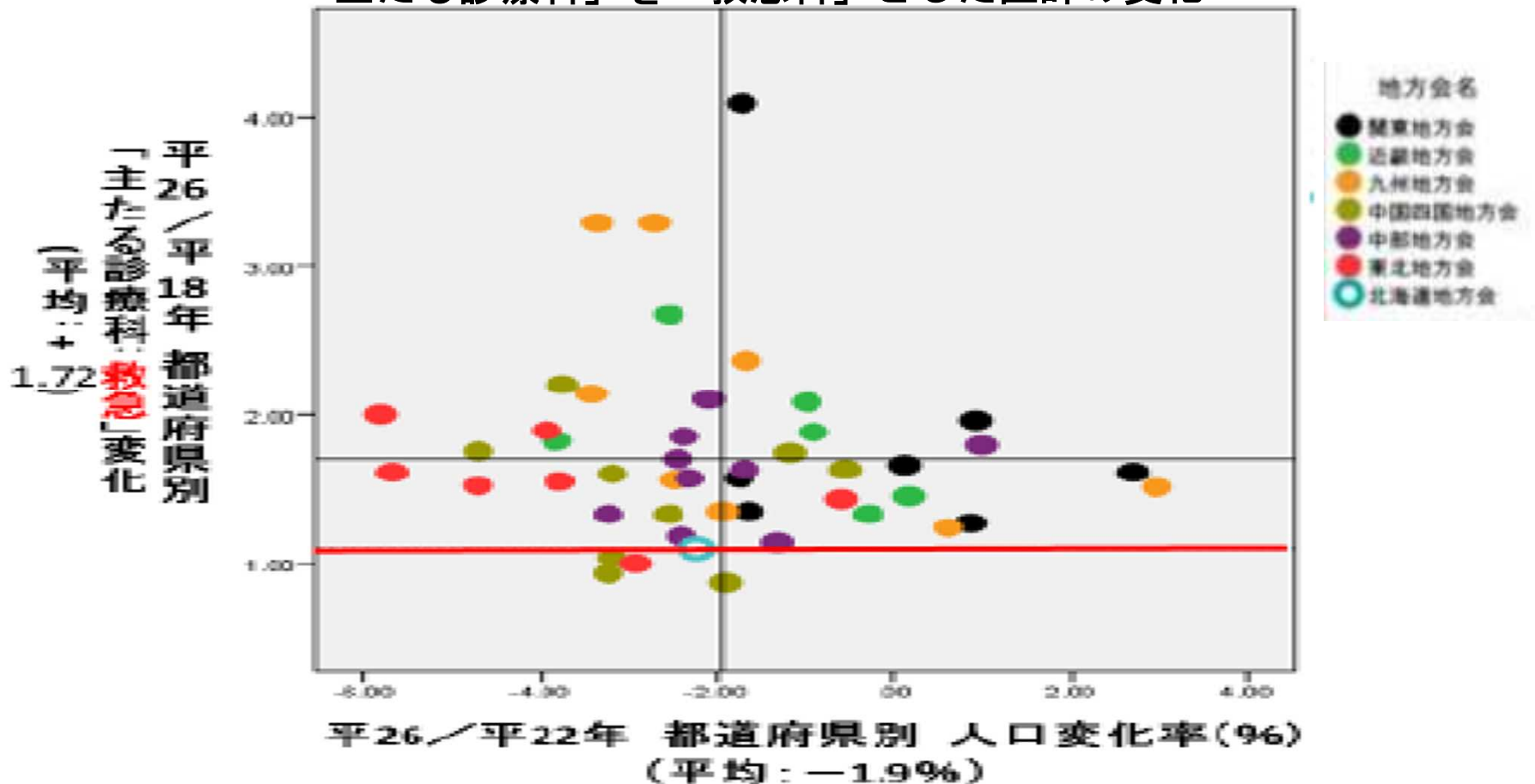


人口と医師の変化割合には、有意な正の相関関係があります。すなわち、人口がより増えたところでは「総医師数」もより増え、人口が減少したところではこれに応じて「総医師数」が減少したことを示している。

一方、救急医では

厚労省が2年毎に行う医師の実態調査の「主たる診療」の調査

「主たる診療科」を「救急科」とした医師の変化

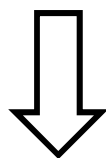


「救急科」は「総医師数」とは異なり、人口増減との相関はない。この結果は、「救急科」の増加が都市部への人口集中とは関係なく起こっていることを示唆する。「救急科」医師は、地理的偏在を生じていないと考える。

救急医の地域偏在は少ない！

「主たる診療科」を「内科」や「外科」と回答した医師だけで見ると、地域に関係なく、都市部でも減少していることが分かった。

「救急科」では、人口減少地域も増加地域も同様に、全国的に増加している。すなわち救急科を主たる診療科としている医師は、地域偏在していないことを示している。



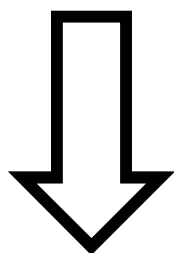
救急医では人口の多寡に伴う地域偏在はない！
引き続き、地域医療の救急医療を重視した プ
ログラムを作成してゆく！

プログラム制とカリキュラム制

臨床研修に引き続き救急科領域の専門医を取得する場合は、原則としてプログラム制を考慮するが、以下の場合などはカリキュラム制での専門医取得も可能である。

- 卒業後に義務年限を有する医科大学卒業生等、プログラム制にて研修することが不可能な状況下で、救急科専門医を取得することが、地域の医療や社会に資すると判断される場合
- 出産、介護、自身の疾病等でプログラムが中断され、救済処置の範囲を超えてしまったが、再度救急科専門医資格を取得しようとする場合
- 他の基本領域専門医を取得した後、救急科専門医を取得しようとする場合
- 地域における救急医療を担うことによって、研修カリキュラムに定められた全ての到達目標を達成した場合
- その他、日本救急医学会並びに専門医機構が妥当と判断した場合

救急科専門医は救急医療の観点から
地域医療を担うことを使命としている



救急科領域専門研修プログラム整備基準や
基幹施設の配置など、**質の高い救急医を
育成し、かつ地域医療の維持・発展**を最
大限に配慮したプログラムである。