

(案)

29 医務第 号
平成29年 月 日

一般社団法人日本専門医機構
理事長 吉村 博邦 様

愛知県健康福祉部保健医療局長

平成30年度の専門研修プログラムの認定に向けた調整について (回答)

日ごろは、本県の医療行政につきまして、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

平成30年度の専門研修プログラムの認定に向けた協議における、本県協議会による意見等は別紙のとおりです。

担当 医務課地域医療支援室
医師確保推進グループ
電話 052-954-6659 (ダイヤル)

別紙

1 平成29年6月27日付け医政局医事課長通知に基づく確認状況

| | 確認・検討項目 | 確認結果等 |
|---|---|---|
| 1 | 各基本領域学会（外科、産婦人科、病理、臨床検査を除く）専攻医総数が、原則として過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えないような募集定員数となっているか。 | 過去5年間の専攻医採用実績の送付がないため、都道府県協議会での確認及び調整は行うことができなかった。 |
| 2 | 従来 of 学会認定制度において専門医を養成していた医療機関が、専攻医の受入れを希望する場合は、連携施設となっているか。 | 従来 of 専門医を養成していた医療機関のうち、○施設が受け入れを希望しているが、新制度において連携施設となっていない。 これらの施設については、今後、個々に調整をしていく予定である。 |
| 3 | 内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科及び救急科については、都道府県ごとに複数の基幹施設が置かれているか。 | 精神科以外の領域については、大学病院とそれ以外の病院で、複数が設置されている。 精神科については、県内の基幹施設は大学病院（4か所）のみとなっている。 |
| 4 | 特別な症例を経験するために必要になる等の事情がなければ、原則として、基幹施設での研修は6か月以上となっているか。連携施設での研修は原則一か所につき3か月未満となっていないか。 | 小児科始め11領域で、一部、研修期間が6か月以上、3か月以上となっていないプログラムがある。（別紙のとおり） |
| 5 | プログラムに記載されている経験目標に、病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療、都市部以外などでの医療経験が含まれているか。 | 内科始め9領域で、一部、地域での医療経験等が含まれていないプログラムがある。（別紙のとおり） |

2 都道府県協議会意見

(1) 本県は専攻医数の推計が全国比6.04%であり、5%以上を占める都市部の5都府県の一つとして専攻医の募集定員に5年間の採用実績による上限が課されているが、本県の人口が全国比で5.87%であることを考慮すると、専攻医を過大に集めている状況はなく、人口以外の条件を考慮に入れたとしても、一律に専攻医数の割合が5%を超える場合にのみ、上限を課すことは不合理である。

なお、上限設定により専攻医が減少していけば、現在、人口10万人当たり病院勤務医師数が全国36位の低位にある本県において、医師不足による問題がより顕在化する恐れがある。

このことから、5年間の採用実績による募集定員の上限の設定については、専攻医数の全国割合により一律に区分するのではなく、専攻医の偏在が実質的に解消されるべく、各地域の医師充足度などを考慮した合理的な要件とするよう見直ししていただきたい。

- (2) 専攻医の受入れを希望する施設で、連携施設となっていない場合は、今後、本県において基幹施設との調整を行うが、調整が図られない場合は、機構及び学会における調整を別途、依頼する。
- (3) 精神科の基幹施設が大学病院のみとなっているため、今後、その他の医療機関が基幹施設となれるよう調整していただきたい。
- (4) 連携施設での期間が足りないプログラムについては、各領域の必要に応じて今後、期間を修正するよう調整していただきたい。
- (5) 地域での医療経験等が含まれていないプログラムについては、各領域の必要に応じて、今後、含まれるよう調整していただきたい。
- (6) 総合診療等研修プログラムの審査基準を明確にし、関係者の理解が得られるよう公表等を行っていただきたい。
- (7) 国チェックリストの項目については、機構にて確認をし、その結果を協議会に提示していただきたい。

○専門医制度に関して医療団体、医療機関、市町村から出された意見（一部）を送付しますので、御検討ください。

1 病院団体

(1) 愛知県医師会

愛知県は医師数が全国平均より少なく、専門医数（専攻医数）に上限を設定されると今の医師数を維持することができなくなることは明らかであり、撤廃すべきである。

今まで愛知県は病院における専門医研修が充実していたからこそ専攻医が研修を受けていたわけである。この病院の機能を専門医研修の上限を設けることで維持できなくなる可能性が高い。

必要とされる専門医数が不明であるのに、2～5年の専攻医数を専門医養成数の前提とする根拠が不明である。地域格差をなくするにあたって医師数の少ない愛知県を対象とすることは間違っている。

(2) 愛知県病院協会

・愛知県については専攻医採用数の制限を撤廃すること

専門医制度新整備指針及びその運用細則により、東京・神奈川・愛知・大阪・福岡の5都府県では、専攻医の採用人数が過去5年間の採用実績の平均を超えないように制限されることになっている。これでは、愛知県の人口10万人当たりの医療施設従事医師数・病院勤務医師数は全国平均より少ない状況が将来にわたって固定化されることになり、少ない医師数の中で地域医療を守りながら専攻医をOn-the-job trainingで育成してきた愛知県の教育システムを破壊するのみならず、愛知県の救急医療や地域医療に甚大な悪影響を及ぼすことになる。このことから本県においては医療施設従事医師数・病院勤務医師数が全国平均に達するまではこの制限を撤廃していただきたい。

・専門医の研修プログラムにおいては単独施設での研修を認めること

専門医研修プログラム期間中において、基幹施設と連携施設をローテイトすることになっているが、従来、愛知県の市中病院は単独施設で立派な専門医を育成してきた伝統がある。短期間で大病院を含む他施設への移動を強いることは、救急医療や地域医療の維持に必ずしも貢献せず、また教育効果を低下させることになりかねない。また、当事者たる専攻医にとっては身分保障や処遇が激変するとともに、経済的な不利益を被ることになる。また、病院にとっても費用負担を強いられることが危惧される。

このことから、地域医療の維持に必要な場合には、専攻医の研修が単独施設で履修することができる制度とすべきである。

(3) 愛知県医療法人協会

・専門医取得の制度上、基幹施設である大学病院、都市の中核病院のような大規模病院に専攻医が集中することが予想される。初期研修にまでその影響が及ぶと地方の中小病院で勤務する若手医師の減少が懸念され、地域医療に影響を及ぼすことが考えられる。

・また愛知県においては、後期研修医（卒後3年目から5年目くらいの若手医師）が病院の規模を問わず救急医療の中心を担っているのが現状である。今回のプログラム一覧を見る限り、多くの科において、従来後期研修医として病院勤務をしていた年代が一定期間大学病院での専門研修を行うことになる。そのため、大学病院以外で救急医療に少なからず影響が出ると思われる。

・整形外科、耳鼻科、泌尿器科など大学病院以外に基幹施設がほぼ存在しない科がいくつか見られる。これらの科においては、大学医局の医師派遣の権限がより強大となることが予想され、中小病院においては診療継続できなくなることも懸念される。大学医局の良識と良心に期待するよりない。

・逆に連携施設を選択する権利が研修医にあるので、連携施設の中の規模や立地が良いところが選ばれ、当初の「医師偏在を解消し、地方の医療を守る」目的とはかけ離れることが懸念される。6か月あるいは1年のために転居までしたがる専攻医は少ないと思われる。

2 医療機関

・新たな専門医制度の基幹施設は大学病院が多く、研修医の志向が大病院偏重となり、地方病院で研修する若い医師が減少するのではないかと危惧される。

愛知県では人口比で医師が少ない状況であるが、専攻医の募集定員が制限されている。このままでは医師不足がさらに深刻化する。

今回の専門医プログラムでは専攻医の病院間異動が義務付けられているが、その際の処遇や身分変更、さらには費用などの方針が明らかでない。

・新たな専門研修プログラムでは、基幹病院と連携病院が大型病院間の連携が目立ち、中小病院との連携が少ないように思う。また、研修期間も最低6か月以上とすることやへき地への研修を義務づけることなどをしないと、医師の偏在がますます強まり、地域医療が崩壊することが懸念される。

・愛知県は専攻医募集の上限がかけられており、現在の採用専攻医数を大幅に超すことは困難である。（以下2点を要望）

1. 今回の専門医制度においては、地域医療研修の目的でこれまであまり

専攻医を採用してこなかった連携病院における研修がプログラムとして準備されている。その趣旨は理解できるが、連携病院へ専攻医を派遣する間、基幹病院は欠員状態で診療を行うことになる。愛知県内の基幹病院はそれぞれの地域で救急医療を担っており、救急専門医がすべてをカバーできる病院は皆無である。そのためそれぞれに専攻医年次を中心とした救急医療体制を持って全国的にも有数の救急車受け入れシステムを構築している。その地域中核病院から専攻医が抜ける影響は、少なからず地域医療、特に救急医療に影響をもたらす可能性がある。したがって愛知県全体の専攻医募集枠設定に反対する。

2. 今回の専門医制度において基幹病院プログラムとして提出されている専攻医募集定数は、原則基幹病院のこれまでの採用履歴から算定された上でプログラム審査を受けている。しかるに連携病院においてもこれまで専攻医採用の実績を有している病院がある。これらの連携病院における実績が必ずしも基幹病院プログラム審査における募集定数の設定に配慮されていないと思われる。連携病院の多くは地域二次医療救急を担う病院であり、それらの病院に専攻医採用において空白を生じさせないことが必要です。したがって連携病院における専攻医採用枠を加えた上で、ある程度余裕を持った定数配分が望まれる。

・総合診療プログラムに定数2で申請したが、1次審査で不可となった。機構がその理由について開示していない。総合診療に関係する家庭医専門医を養成するプログラムを10年前より立ち上げ、東海3県に多く家庭医専門医を輩出してきた本院としてはこの結果に大変憤りを持っている。一方で5都道府県は基本的に1プログラムの定数を2にするよう機構から案内があったが、蓋をあければ大学系列で43人のうち、3か所で20人（うち大学は12人）、4大学病院と関連以外で県内病院が養成できる専攻医はわずか9人です。様々な領域で大学偏在が明確になっている中で、市中病院がなんとか養成が可能な総合診療分野でも、もはや大学や大学病院でなければ専攻医を確保できない時代となった。県として1次審査で振り落とされたプログラムについて把握し、過去の実績等も重視した審査をすることを強く要望する。

・本大学病院が位置する市周辺の複数の市民病院皮膚科の医師減少があり、本大学病院では昨年度1日当たりの皮膚科入院患者数は26.4人だったが、4～7月までは36.7人に増加している。このため、本学の皮膚科医師も過剰な患者数の診療で疲弊している。医師数の増員はなく、女性医師の休職者、休職予定者も多数いる状況である。来年4月には当プログラムのカバーする知多半島、三河地方で4つの市民病院で常勤皮膚科医

がいなくなると聞き及んでいる。従いまして、当プログラムのカバーする地域では地域医療を支える皮膚科専門医師をこれから多数名養成していかねばならず、もし新たな専門医制度において、専攻医の募集定員を厳しく制限されるような状況になれば、地域医療をさせる皮膚科医の減少にも拍車をかけることになると考える。

- ・ 指導医の人数による専攻医受け入れ上限の廃止（リハビリテーション科）
- ・ 研修期間中にプログラム間の移動を可能にするシステムが望ましい。そうでないと、卒後3年目に、どこかの医局に属することを決定しなくてはならなくなる。（外科）
- ・ 耳鼻咽喉科は、全国的に入局者数が減少しており、愛知県は耳鼻咽喉科も人数制限の対象になっている。1年ごとの人数制限ではなく少なくとも4年間の合計での人数制限にしてほしい。
- ・ 機構の対応があまりに遅く不透明（総合診療科）
- ・ スケジュールが二転三転して大変迷惑している。拙速な制度設計に研修医はじめ多くの若手に不信感が広がっている。（内科）
- ・ 修養年数が短く、真の専門性を獲得するには不十分と考える。（病理）
- ・ 愛知県の受け入れ定員について、年次別の変動を考慮するなど柔軟な運用ができるよう配慮を希望する。（放射線科）

愛知県は人口あたりの医師数が全国平均よりもずっと少ないのにも関わらず、都市部の扱いにされ、定員が制限されていることが問題である。

一定期間、原則連携施設に行かなければならない制度は、短期間では「お客様」状態であり、メリットよりデメリットの方が大きい。

これまで、単一施設で専攻医養成してきたところ、ローテイトが義務づけられることにより、処遇面でも混乱が生じている。

- ・ 当初の理念と制度がかけ離れており、本当に地域医療のためになるのか疑問
- ・ プログラム制よりカリキュラム制の方が制度が上手く機能するように感じる。
- ・ **基幹と連携を行き来する際の給与、身分に統一的な指針等がないため、混乱が生じる恐れがある。**
- ・ **基幹病院ごとにプログラムの内容が異なることは理解ができるが、基幹病院研修のしぼりが12か月の所もあれば、35か月という所もあり、混乱している。また、入局が必須とされると、基幹病院になれない市中病院として、若手の確保はもちろん、研修医獲得も厳しい。**
- ・ 救急科専門研修を専門領域（基本領域から外して）として、内科、外

科、麻酔科、放射線科、整形外科などの基本領域終了後に行えるようにすべき。

- ・関連施設での研修を週1回のような形でも可能としてほしい。
- ・開業医が参加できる専門医制度にしていきたい。

3 市町村

・新制度では、症例数（手術件数や指導実績数）が必要となるため、大学病院や大病院（基幹施設）で研修した方が、多くの経験を積むことができると考え、地方の中小医療機関で研修する専攻医が減少する可能性が懸念される。

その傾向が進むと、研修医や専攻医が担ってきた救急患者の受け入れに対して影響が生じることとなり、これまで何とかバランスを保ってきたこの地域の救急医療が崩壊する可能性がある。

また、基幹施設となりうる大病院を有しない近隣自治体も多く存在する当地では、これまで少ない医療資源で広域の医療を支え合ってきたが、専攻医及び指導医の偏在がさらに進むことにより、多大な影響を与えることも予想される。

・後期研修医が地域の連携病院にローテイトされることで、地域の医師不足が少しでも改善されることを望む。

・本市は、地域医療を確保するため、将来、医師として「市内の公的医療機関」に勤務する意思のある者に医師確保修学資金を貸与している。

新たな専門医制度の下で、修学資金を貸与した学生が「市内の公的医療機関」で自分の希望する診療科の専門研修を受けることができるか否かは、「市内の公的医療機関」に定職する時期、さらには定職そのものを左右する。

よって、本市は「市内の公的医療機関」であるA病院で、より多くの専門研修プログラムができるようになることを希望する。

・大学病院や大病院での高度な医療技術の習得や多くの事例を経験することは大切だと思うが、地域の病院の実態を知ってもらいたいと思う。