

## 医師の専門研修に関する協議について

### 【県が求められている協議】

#### 1 概要

一般社団法人日本専門医機構又は基本領域学会がプログラム整備基準に基づき作成する専門研修プログラムを定め、又は変更する場合には、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

#### 2 医師法第16条の8の規定に基づく専門研修に関する協議方法等

(1) 日本専門医機構及び基本領域学会から国及び都道府県への情報提供  
研修プログラムの内容(基幹施設・連携施設ごとの施設名・指導医数等)

(2) 国から都道府県への協議

地域医療対策協議会において、3のとおり確認し、医療提供体制の確保に与える影響への配慮の観点から改善を求める事項がある場合、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、研修プログラムごとに規定の様式により厚生労働省に提出する。なお、当該事項は(1)提供された情報の修正又は運用の改善を伴う意見に限られる。

(3) 国から日本専門医機構及び基本領域学会への意見

都道府県の意見を国において集約し、医道審議会医師分科会専門研修部会に協議した上で、日本専門医機構及び基本領域学会へ意見を提出する。

#### 3 都道府県での確認事項について

日本専門医機構及び各学会から提出された情報について、次に掲げる条件を満たすことなどにより、地域の医療提供体制に影響を与えるものではないことを確認する。

- ① 従来の学会認定制度において専攻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こと。
- ② 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こと。
- ③ 各都道府県のキャリア形成プログラムの運用において、各診療科別の専門研修プログラム定員配置が適切なものであること。
- ④ 各研修プログラムが都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること。

令和2年度専門研修プログラムにおける領域別研修施設等の状況

資料3-2

【基幹施設数（プログラム数）】

・基本領域名等が着色されている診療領域は、国が各都道府県に複数の基幹施設の配置を求めている領域（規模等から地域的な偏在等の調整が可能である領域）

基本領域	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急	形成	リハビリ	総合診療	合計
千葉	2	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	30
東葛南部	8	3	1	1	3	2	1	2		2		1	5	1		3	2	1	3	39
東葛北部	6	2			2	1	1	1	1	2			3	1	1	2	1	1	3	28
印旛	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1		2	2			1	1	1		22
香取・海匝	1	1		1	1		1				1		1	1		1			1	10
山武・長生・夷隅				1															1	2
安房	1	1			1	1	1	1	1	1		1	1	1		1		1	2	15
君津	1	1		1	1											1			1	6
市原	2									1			1						1	5
県全体（R2）	24	13	4	9	11	6	6	6	4	8	2	6	15	5	2	11	5	6	14	157
県全体（H31）	21	11	3	9	11	4	4	6	3	5	2	4	10	4	2	11	4	3	14	131
増減数（R2-H31）	+3	+2	+1			+2	+2		+1	+3		+2	+5	+1			+1	+3		+26

【参考】

H31採用者数	104	31	10	18	28	22	6	14	10	13	5	7	14	3	2	17	15	3	10	332
---------	-----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	---	---	----	---	---	----	----	---	----	-----

【連携施設数】

基本領域	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急	形成	リハビリ	総合診療	合計
千葉	27	19	2	15	14	21	5	7	6	15	13	5	14	7	3	16	10	11	11	221
東葛南部	32	17	6	12	28	23	29	10	7	15	13	7	13	12	1	13	10	19	12	279
東葛北部	27	9	3	7	23	15	12	5	6	8	11	4	11	6	1	8	8	9	15	188
印旛	20	10	4	7	10	11	9	5	5	9	4	6	7	6	1	8	5	2	2	131
香取・海匝	20	4	1	4	7	4	4	1	2	4	1	2	2	2		5	1	2	12	78
山武・長生・夷隅	23	1	1	2	8	5	3	1		1	4		2			4	1		16	72
安房	12	1	2	4	3	2	2	1	2	5	2	1	1	1		3	2	3	13	60
君津	4	1	2	2	4	3	2	1	1	2	1	3	1	3		7	2		1	40
市原	6	6	2	3	10	3	5	3	3	6	3	2	6	3		2	3	2	1	69
県全体	171	68	23	56	107	87	71	34	32	65	52	30	57	40	6	66	42	48	83	1138

※基幹施設数（プログラム数）、連携施設数は延べ数

※プログラム数は厚生労働省（日本専門医機構）提供データをもとに集計。参考のH31採用者数は日本専門医機構の「2019年度採用数」より



















## 別添 令和2年度専門研修プログラム一覧について

横の列: 医療圏順の連携施設名

縦の列: 診療科ごと、医療圏ごとの基幹施設名

桃色の着色は令和2年度新規追加、水色の着色は前年度より無くなったプログラムです。  
○がついているところが連携関係にありますので、左部の基幹施設名に着目した場合、右欄に○がついているところが連携病院であり、P2・4・6・8の一番右の欄には各基幹施設に対する連携施設の計を記載しています。  
なお、連携施設のうち病院以外の診療所等及び県外連携施設は施設数として整理しています。

上部の連携施設に着目し、○がついているところの左部を確認すると領域及びどこの基幹施設のプログラムに属しているかが確認できます。なお、県外基幹のプログラムについてはまとめて県外の基幹施設と整理しています。

(参考)

P1・P2 内科、小児科、皮膚科

P3・P4 精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科

P5・P6 泌尿器科、脳神経外科、麻酔科、病理、臨床検査

P7・P8 救急科、形成外科、リハビリテーション科、総合診療科

## 専門研修プログラムに関する国への意見提出について

### 1 都道府県による確認事項

各研修プログラムについて、次に掲げる条件を満たすことなどにより、地域の医療提供体制に影響を与えるものではないことを確認する。

(1)	従来の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、連携施設になっていること。
(2)	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、県に複数の基幹施設が置かれていること。
(3)	県のキャリア形成プログラムの運用において、各診療科別の専門研修プログラムの定員配置が適切なものであること。
(4)	各研修プログラムが県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること。

### 2 研修プログラムについて改善を求める意見

(1)・(2)について 特に意見なし。

(3)について

ア 県のキャリア形成プログラムに基づいて、医師少数区域（山武長生夷隅医療圏）に専攻医を配置できるよう、当該医療圏に研修プログラムの連携施設を増やしていただきたい。

(4)について

イ 医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていない。

ウ 内科プログラム基幹施設数について、人口約100万の千葉医療圏の施設数が2であるのは極端に少ない。千葉医療圏には千葉大学という大きな基幹施設が存在することも考慮しなければならないが、専門医あるいは医師の適正分布を図る上で、この基幹施設数は不均衡でないか。

エ 19診療科の養成数やバランスを考えたい。その根拠があれば示してもらいたい。それを踏まえて、各医療圏での養成数の考え方について示してもらいたい。

オ 連携施設が県内よりも県外に多くある医療機関があるため、特に産婦人科の県内連携の数を増やしていただきたい。

カ 医師不足地域の基幹施設において、3年間の研修を行う際、1年間は連携施設での外研修をしているが、当該地域の医師不足に拍車をかけることとなるため、医師不足地域については、基幹施設3年間の研修を認めても良いのではないか。

### 3 その他の意見

#### (1) 制度運用について

- キ 専攻医の養成について長い間議論があり、もちろん問題はあるが、まず結果をみたい。特に総合診療医については難しい問題があると考える。
- ク 研修を医師の分布不均衡の調整／解消の手段に用いるべきではない。研修を医療資源の乏しい地域への医療資源供給の手段としたければ、専門医取得後の医師を一定期間義務としてそういった地域に派遣すべきである。研修期間中に医療資源の乏しい地域での研修を義務化することは、研修環境の整備（患者の種類や数、指導医、研修リソース）に負担がかかる。また、地域住民としても研修中の医師よりは「質の担保された」専門医が派遣されてくる方が望ましいはずである。
- ケ 臨床研修病院でなければ専門研修基幹施設になることがほぼ不可能である現状を改善していただきたい。プログラムの内容や指導体制を総合的に評価し、柔軟に基幹施設として登録可能になることを希望する。
- コ サブスペシャルティの基準に関する機構と学会の話し合いは済んだのか。そうでなければ、施設ではプログラムを正確に組むことが出来ないのではないのか。

#### (2) 事務運用について

- サ 日本専門医機構からの連絡が遅く、書類作成等に要する作業時間が考慮されないものになっており、現場負担が大きい。
- シ 現場の意見・専攻医の意見を聞く姿勢が見られない、また説明会なども実施されていない。
- ス 採用スケジュールに不確定要素が大きく、医療現場・応募する研修医ともに大きな負担である。
- セ J-0slerの費用が専攻医の個人負担になることについて、内科学会員は費用負担なしとされていることは内科学会への利益誘導ではないか。
- ソ 日本専門医機構の理事会の内容が公表されていない。
- タ 専攻医手帳の公開が進んでいない。

#### (3) 特定診療科について

- チ 専門外という理由によって受入困難事例が発生しないよう、総合診療のできる医師の育成方法について配慮していただきたい。また、僻地等での研修が必須となっていることや研修体制が十分でないことによって、専攻医がこの領域を選びにくくなっている可能性が考えられる
- ツ 総合診療医に必要な能力や研修内容について、世界的な流れやコンセンサスを踏まえておらず、きわめて前近代的な研修の整備基準になっている。