

1 国から求められた確認事項

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。

	確認事項	状況
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、専攻医の受け入れを希望する場合は、連携施設になっているか	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 29 年度第 3 回医療対策部会（平成 29 年 9 月 12 日開催）において平成 30 年プログラム検証時に確認 ・平成 31 年プログラムは追加申請のみ
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おかれているか	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての領域において、複数の基幹施設がある
③	<p>次の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し専門医育成の教育レベルが保持されることを条件に柔軟な研修カリキュラム制による専門研修を行うなど、柔軟に対応を行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 出産、育児、介護、留学など、相当の合理的な理由がある場合 ・ 修学資金を貸与した地域枠医師などにおいて必要と考えられる場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認のための情報が提供されていない
④	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こと。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認のための情報が提供されていない

2 研修プログラムごとに改善を求める意見

定員等に関する情報が提供されていないため全ての項目において確認は困難であるが

①、②の確認事項について、提供された資料においては、現時点で改善を求める意見はない。

③、④の確認事項について、提供された資料では確認が困難である。

3 制度運用の改善を伴う意見

- (1) 研修カリキュラム制による研修などプログラムの柔軟な対応については、提供されたプログラム情報からは確認できないため、確認できる資料を提供されたい。
なお、自治医科大卒医師に係る配慮を求める声やプログラムの乗換についての要望もあり、もし資料提供が困難な場合、プログラム毎ではなく、制度として柔軟な対応を保証いただきたい。
- (2) ローテーション期間について、確認できる資料を提供されたい。
もし資料提供が困難な場合、連携施設での研修期間が原則1か所について3か月未満とにならないよう、プログラム毎ではなく、制度として対応していただきたい。
- (3) 申請、協議、認定、登録（採用）等スケジュール全体を予め、明確にしたうえで、県及び医療現場で支障が生じないように運用していただきたい。
また、専攻医の採用決定については、初期臨床研修のマッチング制度と同様、分かりやすい手続きにおいて、早期に結果を示していただきたい。
- (4) プログラム審査の整備基準及び審査基準を明確にし、十分な期間をもって、都道府県及び医療機関への周知を図ること。
また、審査の結果合格としない場合は、理由を明示のうえ、修正の機会を保障していただきたい。
- (5) 地域偏在を悪化させないように、連携施設等への配置状況等、都道府県協議会で検討・確認するために必要な情報については、国又は機構がとりまとめの上、遅滞なく情報提供していただきたい。
- (6) 地域医療に従事していることで、経験症例が不足しているなどと言われないう、テレビ電話・画像送受信等を用いた遠隔診療等についても、一定の基準を満たす場合には、専門研修の経験として活用できるようにするなど、配慮していただきたい。
- (7) 専攻医が都市部に集中している。地方にも専攻医が研修にくるよう、都内のプログラムを調整してほしいとの意見があった。
- (8) リハビリテーション科については、地域リハビリテーション、生活期リハビリテーションの研修も必要であることから、プログラムに組み込む検討が必要との意見があった。
- (9) プログラムの申請および審査を毎年実施するのは過大な事務業務を強いるためせめて数年に1回にとの意見があった。
- (10) プログラム制における連携施設研修の制約、あるいは一律に一定期間外部に出さなくてはならないこと、また医療資源の乏しい地域での研修を必須とすること等、画一的なローテーションを否定する意見があった。
- (11) 他方で、連携に必要な情報を集め、媒介することで、県内の基幹病院の増及び、県内での偏在の解消にも寄与するのではないかとこの意見もあった。

(12) 医師の autonomy の尊重を求める意見があった。

(13) 総合診療については、専攻医の症例登録等研修実績の管理方法、プログラム、指導医の認定及び専攻医等に対する認定の手続き等制度の基本的なところで改善を求める意見があった。

(14) 館山市内の安房地域医療センターについて、総合診療における「医療資源の乏しい地域」の医療機関として認めていただきたい。

同センターは、過疎地域である南房総市に近接、入院患者の5割は過疎地域からの患者であり、3次病院の搬送に救急車でも50分かかる地域の二次病院として救急医療を担う状況で、専門医の少ない中、総合診療医が非常に大きな役割を担っている。

4 意見詳細（個別の御意見）

No.	意見
1	基本領域学会と相談していくことだとは思いますが、基幹施設の変更を伴うプログラムの乗換に関する相談を受けています。研修生の不利にならないように、プログラムを柔軟に変更できる制度運用を望みたいです。（因みに相手は都内のプログラムです）
2	地方の病院に医師が配置されるよう、プログラムの改善を要望します。地域医療に従事していることで、経験症例が不足すると言われないよう、遠隔診療等も勘案して欲しい。
3	自治医科大学卒業生は、卒後9年間のうち、5年間を地域の中小病院で地域医療に従事するため、専門研修を3年間連続して取得するのが困難な状況です。 地域医療提供体制確保のために、専門研修期間の柔軟な対応を希望いたします。
4	専攻医が都市部に集中している。地方にも専攻医が研修にくるよう、都内のプログラムを調整してほしい。
5	プログラムの申請および審査を毎年実施するのは過大な事務業務を強いるためせめて数年に1回に減らして欲しい。 募集日程について早く確定していただきたい。応募者も自身の進路が決まらなくて困るし、募集担当者もこれに振り回されています。
6	テレビ会議システムを活用し、基幹病院の指導医と地域で診療に従事する医師が参加するカンファレンス等を可能にする国の補助金が用意されているが、そのような設備を活用した場合にも一定の基準を満たす場合には、研修医の実績に含めていただきたい。
7	リハビリテーション科専門医は医療・医学全体の中でのニーズが非常に高いにも関わらず、全国で約2,300名と他の領域と比較して非常に少なく、その中でも千葉県内の専門医は約90名とさらに少ない状況であり、少しでも多くの専門医を育成することが急務です。当院では小児から成人まで、回復期および生活期における質の高いリハビリテーション医療・福祉を提供しており、地域におけるリハビリテーションにも深く関わっており、専門医を育成する経験豊富な指導医が多数在籍しています。平成30年度は連携施設としての研修を行っていますが、平成32年度から基幹施設になる準備を進めています。制度運用の改善に関して回復期のリハビリテーションを研修することが現在必須条件ですが、リハビリテーション医にとっては地域リハビリテーション、生活期リハビリテーションの研修も必要であり、プログラムに組み込む検討が必要と思います。また施設間で専攻医の服務、給与が異なることから、施設間でその調整が必要となっており、この問題を解決するためには、服務や給与面で一定の基準を設け、ある程度平準化する必要があるのではないかと考えます。
8	①専門医機構による、専攻医の1次募集、2次募集のスケジュールについて 昨年、今年とも、当初公表された予定から大幅に遅れている。応募する研修医、募集を行う各医療機関とも、スケジュールの混乱に大きな影響を受けている。 研修医は、研修1年目の冬～2年目の夏には、後期研修の希望進路を決め、複数の施設の見学を行う。遅くとも前年の12月までには、翌年の専攻医募集スケジュールを公表する必要がある。2019年度の専攻医募集スケジュールは、2018年12月までに公表するように専門医機構に要請したい。

	<p>②専攻医募集における、マッチング方式の採用について</p> <p>現在の1領域・1プログラムのみ応募形式は、応募する研修医、募集を行う各医療機関ともに、制約が大きい。初期臨床研修同様のマッチングシステムを導入し、志望順位を付け、複数領域・複数プログラムに同時応募できるよう、基本領域プログラムを統括する各学会/専門医機構に、応募形式の改善を要請したい。</p> <p>③専門医プログラムにおける、連携施設のローテートについて</p> <p>専攻医の地域偏在対策としての、専門研修期間中の連携施設ローテート（いわゆる循環型研修）は、研修効率を下げ、専攻医の給与・保険・身分保障の点でも多くの問題を包含している。専門医養成において重要なのは研修の質であり、研修施設が単一か、複数かではない。専攻医の地域偏在は、都道府県ごと・各地域ごとのプログラム定員設定で調整を行い、専門医制度新整備指針における、プログラムにおける連携施設研修の制約は撤廃することを、専門医機構に提案したい。</p> <p>④千葉県としての、専門医プログラム広報について</p> <p>応募者である初期研修医は、医学生とは異なり、既に興味のある領域を限定している。県内プログラムの説明会を行うのであれば、同一日程で複数の領域を縦並びで行うよりも、一日程一領域で行う方が参加者を確保しやすい。加えて、各施設のプログラム説明のみでは、多忙な初期研修医を説明会に集めることは難しい。参加施設の指導医を講師として、同領域のセミナーを併催するのも、参加者確保には効果的である。説明会は千葉で開催する必要はない。今後の東京のプログラムシーリングを見据え、東京で千葉県プログラム説明会・領域別セミナーを開催する方法もある。まずは、領域毎のセミナー+プログラム説明会を、県として重点的に専攻医確保を行いたいいくつかの領域で試行してはどうか。</p> <p>⑤千葉県としての必要領域専門医確保のための、千葉県医師修学資金貸付制度の制度設計について</p> <p>千葉県として医師の重点的な育成が必要な領域については、その領域の専門医を取得する受給者の義務年限を軽減するなどし、制度上の領域誘導を行うことも検討をお願いしたい。</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> ・千葉県に限らず全国で、本来基幹病院になれる病院が基幹になろうとしないという問題があります。中には大学が医師派遣などで締め付けを行っていたり病院が大学の意向を忖度していたりということが原因の一つとされて批判が出たこともあり、若干は改善してプログラム数が増えた県や領域もあります。千葉県により多くの若手医師に来てその後も定着してほしいと思うのであれば、より多くのプログラムがあったほうが良いと思います。大学病院のプログラムでないと質が担保されないというわけではありませんし、多様なプログラムがあって若手医師の選択の範囲が広がるということが大事だと思います。千葉県の内科プログラムに関しても明らかにもっと多くの病院が基幹になる資格があると思います。県として、より多くの病院が基幹病院となるように、基幹になれるものにならない、またはなれない病院の実態調査や働きかけなどをすべきではないでしょうか。 ・プログラムでの連携をすすめるために県が間を取り持つことも考えてもよいのではないのでしょうか。現状では個々のプログラム任せで、大学医局がらみ、経営母体つながり、個人的、つながり、近さ、などで連携してプログラムを作成していると思いますが、こういった分野の研修ができる連携病院を探しているという基幹病院や、こういった分野が得意なので基幹病院から外部研修に来

	<p>てほしいと思っている中小病院などもあると思います。うまく情報を集めて媒介できれば前述の基幹病院も増えると思いますし、連携先が東京に偏らずに県内が多くなると思いますし、千葉県内での偏在の解消にも寄与するのではないのでしょうか。初期研修に関しても1年半後からの改正で地域医療に重きが置かれるので、そちらにも県として関与を考えてもいいのではないのでしょうか。</p> <p>・新専門医制度では一つの病院のみで研修することはできず、必ず2か所以上の病院で研修することが求められます。大学病院や大病院への集中を防ぐ、いろいろな病院で経験を積む、基幹病院で十分研修できないことを連携病院で研修する、といった意義は十分にあります。内科領域では3年間のうちの1年間を連携病院に出すことが求められています。一方で中小規模の基幹病院も一律に外部に出さなくてはならない、基幹病院で足りない部分がどの程度あってどの程度外部に行く必要があるかとは関係なく、一律に外部に出さなくてはならない、といった問題があります。外部派遣に関しては専攻医の身分の不安定さなどの問題もありますし、今までのように3年かけてじっくりレジデントを育てることが出来なくなります。関連病院への派遣が当然のものとして行われてきた大学病院と、原則自施設で、必要なら外部に一定期間研修に派遣していた市中病院に同じように外部派遣を求めるのは不都合が大きいと思います。例えば中小の市中病院については外部研修は半年でもいいのではないかと思います。中小病院では研修できない分野があり、外部研修が短くなると専攻医が十分な研修が受けられなくなるという懸念があるかもしれませんが、そのようなプログラムは専攻医から選ばれないだけだと思うのであまり問題にはならないと思います。</p>
10	<p>新たな専門医制度を創設する段階では、医師の autonomy が強調されていました。しかし、地域医療確保の観点からとは言え、専門研修プログラムの内容・変更について、厚生労働大臣だけでなく、都道府県、地域医療対策協議会の意見を聞かなければならないという状況は、専門研修における医師の autonomy は存在しないと考えざるを得ません。危惧されるところです。</p>
11	<p>【プログラムについて】</p> <p>①総合診療領域においては、専門医機構の定めによりへき地・過疎地域・医療資源の乏しい地域での研修が6ヶ月必要、東京・神奈川等の5都県では12ヶ月必要と定められました。当院の位置する館山市は、「医療資源の乏しい地域」に認定されておりません。当地は人口減少傾向であり、高齢化率38%、交通アクセスも不良であり病院に受診できず重症化する高齢者が多く来院されています。当院は地域の二次病院として救急医療を担っています。夜間休日の当番医制度はありますが、実質検査等ができる医療機関が少ないため、実質ほぼ当院に緊急対応が集中しています。三次病院や専門病院への搬送が必要な状況でも三次病院まで救急車で50分、受入困難の場合千葉市内等の遠方へ1時間半以上かけて転送しています。遠方への転送を嫌がりやむを得ず当院でできる限りの治療を行うケースも多くあります。専門医の少ない中、総合診療医が非常に大きな役割を担っており、当院149床のうち約70-90床は総合診療科が受け持っています。また当院の外来患者の4割、入院患者の約5割は近隣の過疎地域である南房総市・鴨川市などから来院しており、館山市外の過疎地域の診療にも大きく貢献しています。他に大きな病院を持ち、高齢化率の低い地域が「医療資源の乏しい地域」と認定されている中、当地域が認定されないというのは、現場感覚としては違和感を感じざるを得ません。</p> <p>②そもそも地域医療への影響を考慮してのへき地・医療資源の乏しい地域での研修必修化と思われませんが、総合診療領域では5都府県での専攻医45名、5都府県以外139名ですが、内科領域は5都府県1221名、5都府県以外1450名、産婦人科では5都府県221名、5都府県以外221名と、他領域での5都府県への集中が目立っている状況です。総合診療領域の応募が伸びないの</p>

	<p>は、総合診療領域だけがへき地勤務が義務化されているなど、総合診療領域への締め付けが厳しすぎる（専攻医が選びにくい）状況も影響していると思われます。内科領域などはむしろ5 都府県への集中が悪化したと考えられ、新専門医制度の運用方法自体を抜本的に見直していただきたいと考えます。</p> <p>【制度運用改善について】</p> <p>①専門医機構からプログラムへの連絡が遅く、書類準備等の時間が現実的な作業時間を考慮されないもので、現場負担が大きい。</p> <p>②専門医機構の理事会の内容が公表されていない。</p> <p>③現場の意見・専攻医の意見を聞く姿勢が見られない。</p> <p>④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。</p>
12	<p>日本専門医機構の対応について総合診療専門研修プログラム責任者として困っていること</p> <p>1. 今年度のプログラム認定に関して</p> <p>① 今年度のプログラム認定に関して、認定料を入金した旨のメールは受け取っているが、正式な認定証は発行されていない</p> <p>② 特任指導医、プログラム統括責任者の登録番号が発行されたら、今年度分も再提出してもらおうという文言があったが、登録番号が発行されておらず、また再提出のアナウンスも無い</p> <p>③ プログラム申請の期間が通知翌日から2週間というのは実質的に必要な作業量を想像できていない。申請機関は2週間でも良いがその告知は1-2ヶ月前に行うべき</p> <p>2. 専攻医の研修について</p> <p>① 今年度より総合診療専門研修を開始している専攻医に対し、専攻医登録証などの専門医機構から発行されるべき書類が発行されていない</p> <p>② 研修手帳が未だ公表されていない</p> <p>3. 特任指導医、プログラム統括責任者の認定について</p> <p>① 今年3月に行われた特任指導医、プログラム統括責任者講習を受講した方に認定証、登録番号が交付されていない</p> <p>② 受講免除規定で講習を免除された特任指導医、プログラム統括責任者に認定に対する案内がなく、認定証や登録番号は交付されていない</p> <p>③ 今年度にも講習が行われるべきだと考えるが、その予定は公表されていない</p> <p>4. 僻地、医療資源に乏しい地域について</p> <p>① 都道府県に対し「医療資源の乏しい地域」の調査を行ったと伺っているが、その結果について公表されていない</p> <p>5. 内科研修時のJ-OSLERの使用について</p> <p>① 内科研修を既に始めている専攻医もいますが、J-OSLERをいつから使用できるのか</p> <p>② 運用方法はどうなるのか、内科専攻医と違いはどうなるのか案内はない</p> <p>6. 来年度の専攻医の募集に関して</p> <p>① 2年前はプログラム申請受理前に募集するのは厳禁とされた。昨年はなんらアナウンスが無く</p>

募集することが出来る様になった。今年度はどうなのか

② 専攻医の定員について、決定されるのはいつか

③ 来年度の対象となるのは 2017 年 3 月卒業生だけなのか。それ以前の卒業生はどうしたらよいのか

7. 卒業判定、専門医試験受験資格について

① 卒業判定にポートフォリオ提出を考慮しているが、専門医受験にポートフォリオなどの提出を行うのか。これは 2 年あまり先になるが研修当初から指導する必要がある項目である

② 研修手帳が公表されていないが、1 年目、2 年目の研修終了時に研修の進捗状況をチェックするために提出する必要があるのか。もうすでに半年近く経過しているので早急に検討していただきたい

8. その他（専門医機構のガバナンスの脆弱さ、不透明さ、不公平性）

① なぜ理事会や委員会での討議内容が即時に公表されないのか。M3 から配信される情報しかプログラム関係者に伝わってこない。

② これまで案内は専門医機構から直接メールだけで行われてきた。特任指導医講習などの申請時に、メールが届かないということがあった。また書類を送付、メールで送信しても受理の返事が無いことがあった。

③ 重要な通知がウェブサイトだけの変更だけで行われその旨の通知がない。誰かが毎日ウェブサイトを確認しなければならず、さもないと間接的に最初に気付いた人からの通知で知ることとなる

9. 都市部の集中を避けるための措置について（医療資源の乏しい地域での研修を必須とすることについて）

① 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。権力の濫用である。どうしても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、研修を修了して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）の負担がかかること（専門医取得後であれば、研修環境の整備は不要で指導医も不要）、また、派遣されてくる地域住民の視点からしても研修中の医師よりは機構が目指す「質の担保された」専門医が派遣されてくることのほうが望ましいはずである。

② 総合診療医に必要な能力や研修内容の世界的な流れやコンセンサスを踏まえていない。世界的に見ればきわめて前近代的な研修の整備基準である。（整備基準を考える委員会に適切な識者が含まれていないからと考える）