

番号	意見カテゴリ	内容
1	制度	専門医制度の研修はプログラム主導で症例重視になっているが、疾患を診ることに汲々として専門医としてある前に臨床医としての育成に問題が生じるのではないか。
2	制度	すべての医師が何らかの専門医を取得しなければ医師ではないといった印象を持たれた。専門医を取得して活躍を考える医師として進むのであれば、学会主体に時期、資質、実績等から認定する、その学会の運営や専門医の資格・定数を第三者組織が厳しく管理する、など別の方法があったと思われる。
3	制度	専門医制度を変えることによって地域格差の解消を視野に入れるのであれば、もう少し時間をかけて実施すべきで、一気に調整しようとするところに無理があると思う。
4	制度	いずれにしても一連の新専門医制度への移行は、新たに専攻医になる医師にとって、制度そのものはもとより将来の就職(研修)先の決定について、時間的制約を含めて非常に大きなストレスとなり、医療知識・技術の取得・形成の大切な時期に多大な支障をきたしたことは間違いない。将来の方向性を誤らせる一因ともなりうる。同時に、医療を支える施設側にとっても人材の確保の面から、非常に大きな問題となっていることは事実であろう。
5	制度	今後、いかなる手枷足枷が出てくるのか、不安は続く。実態に合った具体性のあるスケジュール提示等、採用する側・される側の両者にとってより分かりやすい専攻医選考・採用手順等ができることを期待する。
6	制度	専門医の質の維持のためには、更新に際して試験を課すなど現行の学会専門医制度よりも条件を厳格にした方がよい。
7	制度	今回の新たな専門医制度が、医療の質を高めるとともに、患者にとって医療機関や医師を選ぶ判断基準になるような、外に向けてのわかりやすいシステムとなるよう希望する。
8	制度	新たな専門医の仕組みが、これからその研修を受ける医師や将来医師を目指す人たちのことを十分に考えたものとなっているのか不明。 新たな仕組みの基本的な考え方は、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築することとしており、例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義されている。 若い医師たちが医師として人々に貢献していく自らのキャリアプランを形成し、そのために安心して研修を受けられる体制を整備する必要がある。 専攻医の処遇や勤務環境に関して、日本専門医機構にて検討が行われていたかと思うが、指針やQ&Aは現在公開されていないようである。検討状況等について早急に提示していただきたい。
9	制度	5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)を「都市部」として定義し、専攻医数の上限を設定するなど、単に5都府県における専攻医の育成を制限することは、これらの都府県の地域医療の確保を深刻に阻害するものであり、速やかに運用を見直すべきである。
10	制度	専門医の育成は、いかに良い医師を育成するかという観点で検討されるべきものであり、地域の医師確保は、専門医制度とは切り分けて医療制度全体の中で議論していく必要がある。
11	制度	今までの専門医とどう違うのか、誰に聞けば分かるのか。
12	制度	①今回新たな専門医の仕組み構築するにあたって出発点となった「専門医の在り方に関する検討会報告書」によれば、 ・専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定 ・少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮することとされているが、いつから、「患者数や研修体制にかかわらず、地域の実情を無視して、現在の地域偏在を解消するための仕組み」となってしまったのか。
13	制度	②各領域ごとに一次認定する定数の調整基準が統一されていない実情の中で、認定されたプログラムであるにもかかわらず、一次登録した応募者数をみて都市部への偏在を最終的に機構が調整し採用数が決まるとされる現在の行程は、著しく公正さを欠き、現場が大混乱となると想定される以外に、専門医の在り方のみならず、医師の働き方改革の方向性など多方面に矛盾を生む。

番号	意見カテゴリ	内容
14	制度	③厚労省が成しえない全国的な医師の地域偏在対策を、第三者機関をスケープゴートとして、強硬に進めようとするものと受け取れる。
15	制度	④新たな専門医の領域である総合診療専門医については、地域医療の定義を明らかにしないまま、一次認定の要件に「僻地等(過疎地域自立促進特別措置法に定める過疎地域)における一年以上の専門研修」を8月になってから突然加えている。 地域医療も総合診療も僻地だけのものではないはずだが、制度として十分検討されたものとは到底言えない。5都府県のみならず、地方都市の地域医療にも大きな影響を与えるであろう。
16	制度	⑤これらのやり方を強行すれば、「医師臨床研修制度」導入時と同様に、都市部のみならず全国の医療体制に大きな混乱を招き、国民に負の影響をもたらすものと予想される。
17	制度(評価)	プログラムが目的通りの医師を養成しているのか、専門医養成プロセスの不断の改善がなされているかを検証するシステムが必要である。「プログラム評価」が適切に行われれば、質の高い専門医を養成することができるが、逆に、質保証のシステムが不備であれば、プログラム運営者も専門修練医も、そして患者・市民も迷惑を被る。プログラム評価のシステム(第三者評価を中心とした)の確立を望む。
18	制度(評価)	来年度施行に向かって走りながら修正しつつ進んでおり、良い方向に向かっていると思うが、時間的余裕がなく拙速な感もある。来年度施行後も時機を失せず早目の評価が必要である。
19	プログラム	詳細は読み取れないが、多くのプログラムにおいて、他府県の施設との連携があり、地域を配慮しているように見える。概ね妥当ではないかと思う。
20	協議会	東京都で募集・採用数を調整するにはあまりにもプログラム数が多い。協議会としてすべてのプログラムをチェックすることは困難であり、結果として議論をすることは不可能である。
21	協議会	東京都医療対策協議会の総意として、意見を言うことができないことをもって、異議がないものと日本専門医機構に判断されることのないよう、専門医制度全般に係る意見を積極的に提言していく必要がある。
22	スケジュール	新たな専攻医の採用についても、抽象的な表現でのスケジュール発表であり、具体的に納得される状況にない。わかりにくい言葉は混乱を招くばかりであり、さらに議論等に関わる一部関係者等に有利に働く(内容をよく理解して先行して動ける)実態もあるのではないか。今まで各施設で実施されてきた研修医(専攻医)の採用手順(通常は公募のもとに日時を統一した採用試験・面接・面談等を実施したのちに採否を決定・通知する)等を理解しているとは到底思われぬスケジュール提示や文言表現であり、時間もないところから、さらに混乱をきたしていると考えられる。
23	スケジュール	日本専門医機構を通じ、一次審査を通過した全領域の専攻医数等の情報が東京都に提供されたのが9月下旬であり、10月上旬(当初示された日程は10月1日)に専攻医希望者がプログラムの登録を開始するためには、都道府県協議会が実質的な協議を行ったうえで、日本専門医機構がその意見を反映できるとは期待できないスケジュールとなっている。また、一次審査を通過したプログラムが専門医機構から集約して提供されないうえ、基本領域学会ホームページにおいてすべてのプログラムが公開されていることを日本専門医機構が確認していないため、都道府県や協議委員は意見を言うために必要な情報を入手することができない。特に447のプログラムを有する東京都においては、日本専門医機構から示された期間、情報では、プログラムの内容、専攻医数等について何らかの判断をすることは非常に困難である。今後は、適正なスケジュール・情報提供をお願いしたい。
24	定員数	東京で今まで専攻医研修を実施している医療機関が、今回の専門医制度の変更で専攻医数が減少した場合、今後、従来通りの診療を継続できるのか。
25	定員数	募集数の調整について:各施設・各診療科での過去の採用実績数を把握することは、たとえ申告数がすべてわかっても正確かどうかの判断は困難。カリキュラム制での研修であることから研修期間も様々であり、研修医の実績数換算の統一性がない限り、延数となって数は膨れる。したがって、今回の各プログラムでの募集・採用数が適切かどうか、乖離がどの程度あるのか、などの把握は困難と思われる。とすれば短期間に募集・採用数を調整することは不可能と思われる。
26	定員数	特に大きな比率を占め、他府県からの流入患者数も多い東京都では、無理な募集・採用制限をすれば医療そのものが成り立たなくなり、医師の勤務実態改善(働き方改革)に逆行することになると考えられる。

番号	意見カテゴリ	内容
27	定員数	都で申請されたプログラムについては、定員も含め、特に問題点はないと考える。ただ、いくら各施設の定員の上限が決められていても、都内には多くのプログラムが存在し、専攻医が都内に集中する可能性がある。一方、一部の地域では定員に満たない施設が多数発生する可能性がある。その場合にどのようにして調整するのか、あるいは調整できるのかが不明である。
28	定員数	東京都は初期研修医数で定員の上限が決められており、さらに専門医の専攻医の定員も制限されると、都内の医療の需要と供給のバランスが数年で大きく崩れる危険性がある。特に、現在も医師が不足している分野では、この傾向が強くなる。都市部集中の抑制策は再考すべきである。
29	定員数	全国の総募集定員が19,720名で、今年度初期研修を終える人数は8,630名程度(平成28年の医師国家試験合格数)となり、実際に各医療機関でプログラムを開始する専攻医は平均43%程度ということになるのか？
30	定員数	全国の専攻医募集定員数は臨床研修医の採用数(平成28年度8,622人)の2倍以上となっている。地域医療の確保などの評価は、指導医数や募集定員数だけでなくプログラムの詳細を見て個別に判断されるものであり、地方の医師確保を名目に、都道府県別の数字をもって機械的に定員が削減されることを強く懸念する。
31	定員数	一部の領域を除き、都市部において過去5年の専攻医採用実績を採用の上限とすることは、長期的には専攻医数が減少していくこととなるため、上限を設定するとしても柔軟な運用が必要である。
32	定員数	①来年度の初期研修医終了者は約9,000人であるが、都内だけでも、3,000人の募集がある。卒業生の動向を予想することは難しいが、東京都を含め、大都市の基幹病院に集まるのではないのか。
33	定員数	②連携施設も今後基幹施設からの派遣に期待するので、現状を維持するためにも、今まで通り、入局してもらわなければ、関連施設の医療が崩壊する。東京医師アカデミーも基幹施設として、特に内科の専攻医がこれまで通りの数が入らなければ、都立病院のERが成り立たなくなる。東京の定員をこれ以上に絞り込むと、東京都内の関連施設の医療が崩壊する。
34	定員数	①専門医の育成は重要であるが、将来の各科のニーズに合わせた育成数を考えてほしい。今回も各科募集人数はこれまでの実績に基づいており、将来予測に基づいたものではない。
35	定員数	②各科の育成数を制限した場合、当然連携施設への派遣数が減るので、連携病院の体制が激減する。そのため、緩和措置としても、すぐに将来的な必要数に一致した人数に制限するのではなく、その数に向けて、漸減させる方策を講じてほしい。
36	地域偏在	大学病院が基幹施設の場合、いわゆる関連病院が連携施設となっているが、研修ローテーションに関し、大学の医局人事が優先される懸念はある。
37	地域偏在	医療供給体制に関して単純な意見としては、西多摩医療圏での基幹施設および連携施設が少ないのが気になる。
38	地域偏在	平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査では、平成26年12月31日現在の医療施設に従事する人口10万対医師数は、東京都の市部で198.7人、郡部で65.8人と、全国平均(233.6人)を下回っている。地域医療の確保に当たっては、過疎地域自立促進措置法に定める過疎地域等や、5都府県以外の医師確保といった視点だけでなく、東京都の市部、郡部の医療機関との連携等を通じた地域医療の確保などの視点からもプログラムの認定を行うよう強く要望する。
39	地域偏在	東京はプログラム数も募集定員数も他域に比べて恵まれている。恵まれた分野を生かす布陣をして、専門の専門として、他県から患者を集める方針も良いと思う。
40	データ	基幹病院の関連施設で地域医療を担っていた病院で関連施設から外れる施設がどの程度あるのか。もし多いようであれば、今後の地域医療に問題が生じないのか。

番号	意見カテゴリ	内容
41	データ	資料4では、「全国の募集定員数に占める東京都の割合」が、耳鼻科20.2%からリハビリテーション13.7%となっており、全国の人口比率に比べ、東京都がもつ専門医定員が多くなっている。これは、プログラムで用いる病院が東京都だけでなく、他の地域の施設も含んでいるためと、東京には大学病院や大病院が多いためと推察される。
42	データ	東京のへき地(奥多摩や島しょなど)にどれくらいの数の専門の修練医師が医療研修に行くのかも数値的に表していただかないと、東京としてこのプログラム数と定員数で大丈夫なのかを判断するのは困難である。
43	データ	東京都内でも地域格差はある。区部の基幹施設がどの程度の多摩地域の連携施設を持っているのか、また東京都内の基幹施設が、他府県にどの程度の連携施設を持っているのか数字で出すことで、ある範囲内での地域格差の調整は可能かもしれない。しかしこれも研修期間、人数等の実態把握は困難であり、調整をするにはデータが全く不足している。
44	データ	プログラムの内容や、基幹施設と連携施設がどのような連携をするのか(専攻医を連携施設にどのように配属させるのか)が全く分からない状態では、判断ができない。 複数の基幹施設の連携施設になっている病院もあるので、このプログラムでそれぞれの病院に何人専攻医がいることになるのか全く分からない。 地域医療が確保できるのかどうか判断できるような情報を出していただけるよう、日本専門医機構に求めたい。
45	総合診療	今後、ますます在宅医療の必要性が重要になってくるなかで、東京都においては総合診療に対するプログラム数が少ないように感じる。(地域医療の確保の観点からは、やはり地域の基幹的な病院がプログラムに応募して、自ら専門医を養成する必要があるのではないかと、思う。) 東京都の割合を見ても総合診療科だけがプログラム数、募集定員ともに10%を下回っている。 特に、多摩地域において極端に少なくなっているのも、東京都としても島しょ部や西多摩のへき地に対する医師確保の観点からも、ぜひ力を入れていただきたい。 全国状況を見ると、総合診療科は内科や外科に次いで募集定員が多くなっており、需要が大きいのではないかと。
46	総合診療	これからの在宅医療の要となる総合診療医の育成に向け、特に(総合診療医の)研修プログラムの充実を是非図っていただきたい。
47	総合診療	③高齢化を踏まえた疾患の増減、複数の疾患を持つ患者の増加を考えれば、総合診療医は病院でも必要となる。既に専門医を取った医師に対しても、総合診療医への転換も容易にすると同時に何らかの優遇策を講じる必要がある。
48	総合診療	市民が初めて病院のお世話になる時は専門医に直接行くことは躊躇される。まずは、総合診療を受けて、治療の方針を専門家に相談したいと思う。その意味で、町の医者には総合診療であってほしいし、大病院でも、入口は総合診療で見たい。
49	総合診療	プログラムにおけるへき地研修の期間が長期に亘ることになると、基幹施設での研修が不十分なままへき地診療に携わることとなり、質の担保に問題が生じかねない。
50	総合診療	精神身体合併症など地域に求められる総合診療医を育成するプログラムについても、広く認定していく必要がある。
51	総合診療	5都府県においては定員数調整のため他道府県と違う条件が付加され厳しく扱われたとのことだが、他の領域で削減できなかった募集定員をこの領域で調整するのは問題である。全国一律の研修条件ではなく質に差が生じてしまうため、専門医制度の趣旨にも反することになるのではないかと。都市部においても、今後在宅医療の需要増等が見込まれており、総合診療は重要な領域である。
52	総合診療	不合格となった医療機関においては、その理由が不明確であること、また、実績もあり地域医療に不可欠にもかかわらず、不合格となっている医療機関もあることなどから、プログラムを申請した医療機関における地域医療への貢献等も踏まえて再度審査し、必要に応じて合格としていただきたい。また、不合格の場合は、その理由を明確に示していただくとともに、それが改善された場合は合格としていただきたい。

番号	意見カテゴリ	内容
53	地域枠	基幹病院が不足している県から地域枠で東京での専攻医研修を受けているプログラムが多数あるが、地域枠がその後の地域での就労に結びついているのか。
54	地域枠	地域枠研修が増加した場合、東京での医師数確保に問題がないのか。
55	地域枠	地域枠は各自治体から早期の医師不足地域での病院研修を求められているが、専門医としての資質に問題を生じないのか、しっかりとした専門医研修ができるのか疑問がある。