

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
内科			専攻医が大学病院を希望する傾向が顕著となり、市中病院としては専攻医の安定的な確保に支障をきたしています。 東京都においては、シーリング等の問題により、内科専攻医が減っており、今後地域医療において問題となってくると考えます。
内科			専攻医が大学病院を希望する傾向が顕著となり、市中病院としては専攻医の安定的な確保に支障をきたしています。 東京都においては、専門医認定のために、内科専攻医が減っており今後、地域医療において問題となってくると考えます。
内科(内分 泌糖尿病内 科)	基幹		・当科の診療には影響がない ・専門医制度の影響で、内科へ進む研修医が減ることを危惧しています
内科(血液 内科)	基幹		内科については、専門医取得までの期間が長いこと、それまでのしぼりがある。以前のように1回認定医を修得してから、自分の医師のライフスタイルに合わせて専門医をとるといったことがしづらくなった。そのため、今後内科志望が減少しジェネラルに患者を診てゆける医師が少なくなってゆくことが心配される
内科	連携		(1)基幹施設ではないことは診療への影響はありませんが、3年目以降の研修先として臨研でありながら初期研修医が研修継続を選択できないという状況になりました。長期的に自院で後継者を育てることが困難という事態は病院の存続にかかわる深刻な事態と考えます。
内科			整備基準では、研修期間3年間のうち「基幹施設での研修を1年以上、基幹施設以外での研修を1年以上」とされているが、基幹施設以外での研修を必須とせず、「基幹施設以外での研修を1年以上行うことができる」など柔軟に対応してもよいのではないかと考える。3年間くらいは同施設で腰を据えて研修をした方がいいと考える。
内科	基幹 連携		新専門医制度開始により、大学病院に集中し、初期研修の段階で経験を積んでいない医師が業務多忙な一般病院に派遣されてきた場合など指導医の疲弊が顕著である。働き方改革とあわせて、指導医のみ過重な負担がかかり、診療レベル低下、地域医療への貢献度低下に繋がっていると非常に懸念している。
内科(上下 部消化管内 科)	連携		当科の研修では、内科専門医(専攻医)の条件を満たしませんので、それを知った見学の入職希望者の先生が入職をあきらめた事例がありました。
内科(消化 器内科)	基幹 連携		東京都の内科には昨年同様、シーリングがかかりました。このシーリング枠ですが昨年実績を基準に設定されています。しかしながら、これはもともと一昨年の採用実績をもとに設定されたもので、そのときに診療上必要な人数を下回る人員しか確保できなかった施設ではそれが数年間持ち越されてしまっていることとなります。これは内科医人員確保の面からは明らかにマイナス効果で人員を増やそうと努力するモチベーションを奪ってしまいます。東京以外の病院との連携を強めた場合に定員枠を増やすことを認めるなどのさらなる工夫があったほうが良いかと思えます。
内科	基幹 連携		シーリングによる定員制限の影響で、当院基幹プログラムで研修したい専攻医が研修できず、他施設基幹での研修を余儀なくされています。当プログラムでは既に東京のみならず埼玉、千葉、静岡などにある病院と連携しており、一律に東京都基幹施設の募集人員を削減することに対して疑問があります。
内科	基幹		このアンケート結果が、今後の制度改正にどのように影響を与えるのかをご教授いただきたいです。
内科(脳神 経内科)	連携		当院はナショナルセンターとして貴重な症例が集積する施設であるが、制度の開始とシーリングの影響もあり全国各地からの専攻医の受け入れが困難となった。専攻医の質の均てん化のためには、特殊な症例や多くの症例が集まりやすい大都市の病院が全国から希望する研修医を受け入れ、一定期間研修した後各地域の基幹病院に戻るといった枠組みをシーリング等に影響されない形で作るべきである。
内科	基幹		東京都はシーリングのため内科専攻医採用人数が制限されています。当院内科プログラムも10名から6名に減らされたため、1名が採用試験前に辞退しました。今年も募集予定者は採用されるかの不安を口にしています。当院の内科では地域の病院に定期的に中堅医師研修を行っています。茨城県の…医療センター、鹿児島県の…総合病院、福島県の…病院です。募集人数を減らされると、専攻医プログラムに支障をきたしてしまいます。内科医の研修は関連病院では充足しておらず、専攻医定員を少しでも増やして頂きたいと思えます。専攻医制度によって3年間の各科ラウンド、連携病院での研修が義務付けられ、先述のように地域病院や都内の関連病院への研修が難しくなった。また院内で人員が足りない、救急科や総合内科への研修が困難になる可能性が高いです。 また、専攻医制度、その上でサブスペシャリティの制度となるため、診療科の専門医としてなかなか育てられない。また、血液内科など設置が少ない特定の診療科と消化器内科、循環器内科などの診療科が同列に考えられているため、特定の診療科に専門研修が集中し、現場のニーズにそぐわないと考えられる。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
内科	基幹		<p>新たな専門医制度の開始により、従来連携のとれていた東京中央の大学からの後期研修医クラスの派遣がなくなってしまった診療科があり、非常に困っています。</p> <p>内科部門における主要な診療科であると同時に病院全体の救急医療への貢献度の高い診療科における人員減は病院の診療体制全体へも影響が大きく非常に苦しんでいます。</p> <p>4月からの働き方改革と称した動きも加わり、診療体制の縮小、救急患者受け入れの制限、残る勤務者への負担増大と悪循環を呈しており、地域医療の崩壊が懸念されます。</p> <p>病院の経営収支にも悪影響が出ており、様々に対応策を打ち出していますが厳しい状況が続いています。</p> <p>せめて、内科専攻医枠がもっと自由裁量であれば、リクルート活動もやりやすくなります。当院の制度開始前の評価では内科専攻医7名枠が認められたにもかかわらず、初年度1名を理由に3名へ削減とされ、次年度も3名のままのようです。</p> <p>東京一極集中と言われるものの、東京でも中央と多摩島嶼地域は全く事情が異なることを強く申し上げておきたい。</p> <p>今の風潮が続くと、当院は存続の危険に瀕すると懸念しています。</p> <p>多摩島嶼地域と中央との取り扱いを別立てにさせていただきたいと思えます。</p>
内科	連携		<p>現在、都内大学病院、他の連携施設となっているが、いつどの程度の期間専攻医が派遣されるのかが分からず、対応に戸惑っている。</p> <p>市中病院への専攻医の配置は、同時に、指導医を務める部医長らの研鑽の機会でもあるので、今後とも絶えることのないようにお願いしたい。</p>
消化器内科			<p>(1) 当院は、地域医療振興協会が運営する施設であり、へき地・地域の医療機関に医師・専門職種の派遣などを行っている医療機関であります。医師の偏在を解消する制度であったはずですが、東京都に病院が所在するが故に、地域医療に興味のある研修医の採用に際し人数の制限があります。地域に積極的に専攻医や指導医を派遣している施設には採用枠を増やすなどの工夫が必要かと思えます。</p> <p>(2) 当院は基幹型施設ですが、専門医機構のタイムスケジュールの発表が遅いため、採用日程、募集人数の決定が直前にならないとできない現状があります。可能なかぎり早めの決定を希望します。</p> <p>(3) 指導施設、関連施設が途中で追加できないため、指導医が移動、不在になった際、専攻医を派遣することができない可能性があります。J-OSLERなど活用し指導施設、関連施設の追加や変更がよりスピード感をもって対応できるようにしていただきたいです。</p>
内科	基幹		<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医が一般病院から大学病院に流れており、研修医が集めにくくなった。</li> <li>・研修医の評価etcに多大の時間をさく必要が出て、勤務超過につながっている。</li> </ul>
内科(総合内科)	連携		<p>連携病院である。今後、東京都内にあることによる定員の減員が心配であり、医療の維持が問題になりそうである。</p>
内科	基幹連携		<p>当院は過去2年間の採用実績から定員が3名に抑えられている。来年度入局希望者が3名を超えるのでどう選抜するか苦慮している。</p> <p>同じ東京都でも2次医療圏ごとに医師の充足率がかなり異なる。当院の属する区東北部医療圏は医師の充足率が低いのでシーリングを外してほしい。それができないならば、初期臨床研修と同様に、東京都が配分枠を数十名分確保し、充足率の低い2次医療圏の病院に優先的に割り当てていただきたい。</p>
内科	基幹連携		<p>新制度初年度の定員数からシーリングにより、定員数が減らされている。</p> <p>現状、希望者が2倍となっているため、定員数の増加を望む。</p>
内科	基幹		<p>2019年度より東京都の専攻医採用は前回の採用実績から5%削減する方針となり、2018年度の採用実績が3名以下のプログラムは一律、定員が3名(従来の定員は8名)となった。2018年度の採用実績は例年実績に比べ、かなり少なく2名であったが、過去3～5年の実績を踏まえて調整していただいたかった。次年度も一次審査で定員3名との通知があり、今後、3名から増員されることは難しい状況である。内科領域における東京のプログラム定員調整方法の再考を望みます。</p>
内科	基幹		<p>定数が削減され従来の実績を下回る人数しか採用できないこと、初期研修のようにマッチングがないので公式募集開始前から青田刈りに早めに希望者を確保しておかなければ定員が満たなくなる懸念があること、制度が毎年豹変し今年から連携施設が他県でないこと定員を削減されるという新たな制度が突然発表され、…病院プログラムにとっては不利であり、俄かに他県の連携病院を探さなければならなくなったこと、そもそも新専門医制度は内科においては専門志向でなく内科一般の知識と技能を有した医師を育成するという……の主旨に合致した制度として発足したはずなので、いつの間にか当初の理念が消えて、医師の全国的な定数配分を目的とした政治的な制度になってしまい、東京や大阪など都会の病院が目撃にされれしまったことは……病院としても何らかのアクションを起こす必要があるのでは。</p>
内科(消化器内科)	基幹		<p>基幹病院であるが、シーリング(3名)の影響により当院への応募者がほとんど採用できなかった。内科全体でのシーリングのため、当科(消化器内科)には一人も採用されなかった。診療体制の見直しが必要になり、院内業務調整はもちろん、出張予定も中止せざるを得ない状況になった。また「内科は院内に残れない病院」となってしまったため、内科希望の初期研修医が入ってこなくなりつつある。今後も続けば院内にいる医師の減少により、内科医療の崩壊が起こることは間違いない。シーリングの解除を強く希望致します。</p>

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
内科(循環器内科)	基幹		新病院への移転のため採用数が極端に少なかった(3人)年度を基準として病院としての枠を決定されてしまったため、…病院としては現実的ではない人数での運営を強いられている。枠の再調整をお願いしたい。
内科	基幹連携		東京都のシーリングの影響で、募集直前に専攻医募集枠が3名より1名へ削減され大変困っている。今年度は連携施設との調整など諸事情のため基幹採用専攻医は0名であったが、今後基幹の専攻医が1名のみとなれば実績で2名以上となるのは相当困難が予想され、当院のような中小病院の場合には将来を担う医師の確保が難しくなり死活問題である。教育に力を注いできた当院は、専攻医3名採用を前提に指導体制を整えており、指導医の医療資源を十分に有効活用して有能な専攻医を育て、新たな医療資源として社会に還元する道が著しく狭められる措置と受止めている。
内科(血液内科)	基幹		・専門医制度による「しばり」があり、なかなか血液専門医としての教育が進まない傾向がある。 ・システムが面倒で複雑である為、わずらわしい仕事が増えて困る。
内科	連携		連携施設への派遣に対し、双方の研修期間の調整が難しい。専攻医からは頻回の引っ越しに対する時間、労力、費用への苦情が聞かれる。連携先の施設の受け入れがうまくいかず、専攻医師が精神的に耐えられず、すぐに戻ってしまう事例が発生している。
内科(総合科(内科担当))	基幹		・内科専門医の専攻医が減少。 ・総合診療専門医の希望者は大学ではなく一般病院志向となり、応募がない状況。内科からのローテーション医師数も減少している。
内科・麻酔科			現在、都内大学病院の連携施設となっているが、いつどの程度の期間専攻医が派遣されるのかが分からず、人数のやりくりで戸惑っている。
内科(消化器内科)	連携		連携施設になっているものの、専攻医の申し込みが皆無である状況です。診療等への影響については、今後の状況をみて判断していきたく考えております。
小児科	連携		小児科医の不足は地域のみならず、東京でも明らかである。休日・全夜間の当直体制を確保するのは大変となっている。それにもかかわらず今年度は新規小児科医の東京都採用数の上限が決められ、他に回っていただいた方もあった。ぜひご一考をお願いしたいと思います。
小児科	基幹		新たな専門医制度開始により、その後の診療で大きく影響が出ています。当科は新宿区に位置し、365日24時間の小児救急医療に協力をしてきました。その維持のためには一定数の小児科医師数が必要です。一定数を確保するためには、若手医師の採用が必須となっており、従前は施設の独自の基準に従い採用の数を設定できました。とはいっても自ずから需要に見合う一定数に落ち着き、1年委3~4名の新規採用となっていました。しかしながら新制度開始後は、1年度内に1度の応募しか認めない制度となり、これにより応募数が激減しました。またそれに加えて東京都の小児科医採用数シーリングが規定され、さらに採用可能数が激減しています。当科は当初の規定が非常に実情と見合わない定数3とされたことに加え、シーリングをすべての施設で分け合う制度により最低数の2となっています。このことは、開始後直ちに実診療に影響が出、現在救急診療の維持に支障をきたし、さらには病棟運営や外来診療でも医師不足の影響が強くなり、在籍の医師すべてに負担をかけております。また、職業選択の自由、居住地選択の自由という点からも、シーリング制は医師職業の魅力を損ないます。教育面からは、小児医療は東京都などの人口の多い地域において質量ともに高い教育ができると考えられ、初めの3年間の教育には重点地域での教育を行い、その後の3年間で地域医療の支援を行う制度のほうが、よりよいと思います。
小児科	基幹		1、定員にシーリングがかかる場合、専攻医研修における地方貢献度によって定員が決められる計算式となっている。公的病院(都道府県立、市立、ナショナルセンター病院など)が基幹病院の場合、設置場所以外の他県への地方貢献はまずないであろう。公的病院にとって不平等である。 2、専攻医の募集時期が10月以降と遅く、専攻医に応募する医師を不安にさせている。 3、小児科の場合、子どもの数が少ない地方の県にも小児科専攻医定員にシーリングがかかっている。当該の県では、小児科医不足を深刻化させ、少子化が一層進むのではないかと危惧される。
小児科			過去の採用人数を参考に設定された定員数が実情にあっておらず(実際はもっと指導能力があるにも関わらず定員が少なすぎる)、診療や教育の水準維持が困難になりつつある。
小児科			新専門医制度が始まって、研修スケジュールを決めていても、妊娠出産があったり、体調不良などで、予定通りの研修ができなくなり、スケジュールを変更しないといけない場合が多く、当院プログラムだけでも、採用2人のうち、2人が該当。また、保育園がなかったり、ご家族の支援の関係で、いける施設がかぎられまっています。場合の寄っては研修中断も起こりえそうです。また、研修施設は関連企業ではないので、保険や年金、年休などがその途切れてしまうので、不満が多く出ています。また、小児科はプログラム採用施設はほとんど24時間365日当直が必要な病院であることが多く、人事がいつ会でも立っても決まらず、人の確保に大変苦労しています。場合によっては、都内であっても救急医療から撤退することも考えないといけません。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
小児科	連携		専門医制度が開始され本年度採用の東京での小児科専門医を目指す専攻医（後期研修医）の採用枠にシーリングがかかりました。小児科学会からは4名採用の枠でしたが2名となり、来年度の採用もさらに厳しいシーリングがかかることで地方貢献度が低いと判断される当院では2名の採用になりそうです。専攻医はこれまで各学年3名3学年計9名採用されていました。当院での小児科当直体制は連日複数名が担当していますが後期研修医が大きくかかわっており、後期研修医の減数は当直回数の増加から小児科医の時間外勤務増加に直結する問題となります。スタッフ数が定数に足りず、時間外勤務が常に100時間を切ることがない新生児科も当院は抱えております。後期研修医は最低6か月間は新生児科に配置され、当直も小児科当直とは別にここにもまた複数名が担当しますので、後期研修医の減数は当院における新生児医療にも大きな打撃を与えています。新生児科があり連日当直体制を単科で組んでいる当院に対し、もとより少ない採用枠にシーリングがかかることの影響は大きなものがあることをご理解いただきたい。
小児科	基幹		都道府県の医師偏在を是正するためではありますが、シーリングによって子育て中であった既婚女性医師が、内科専攻医になり未来の小児科医を一人失いました。小児科は夜間救急の繁忙が他科と比べて著しいですが、持病や妊娠、子育て、介護などの理由で当直できない医師もいるため、数での規制は非常に危険だと思います。既婚などの理由で東京都以外で就労が難しい場合もあり、シーリングの選考で落選した場合、小児科医を断念するであろうと予想されます。今回のアンケートをして頂き、シーリングによって他県で小児科医になった具体的な人数を施設に報告お願い致します。
精神・神経科			これまで地域医療に貢献するために、遠隔地に医師の派遣を行ってきたが、新専門医制度開始により十分な医師数の確保が困難になり、東京都以外の関連病院への医師派遣が困難になった。
精神科	連携		当科は複数の基幹病院の連携先となっている。基幹病院にシーリングがかかることで、当科のような連携施設で研修する医師の確保が厳しくなることが推測される。 また、大学病院以外の市中病院に対するシーリングは、同病院の診療体制の維持をおびやかし、若手医師の貴重な診療経験の機会を奪うことにもつながりうると考える。
精神科			大きな影響はない。ローテートの関係で、精神科専攻医1年目の医師が向出で来たときは、教育的にも大変な面はないわけではないが、ある程度はやむを得ないと理解している。研修が終わった後に再び常勤医として戻ってきていただけるように臨床面や教育面の工夫をしていくことがより魅力的な病院になっていくための追い風として専門医制度を捉えていきたいと考えている。
精神科	連携		現在のところ、連携施設として研修医を受け入れることになっておりますがまだ配属はされておられません。
精神科			新たな専門医制度開始により特に影響は出ていません。 転科する先生が専門医を希望される時の対応が、当院では困難となっております。
精神神経科	基幹		今年度は目立った影響は出なかったが、来年度はシーリングの影響で、専攻医が減員される可能性がある。 そのため連携施設とともに人員のやりくりが戸惑っている。 またシーリングに伴って、人員調整を行う必要がある基幹施設・入局できない研修医、双方に大きな負担がかかることが予想される。
外科（一般・消化器外科）	連携		連携施設であるため、施設としての要望が基幹病院に受け入れられなければ、専攻医を受け入れることが出来ない。専攻医の受入が出来なければ、診療体制に問題が生じる可能性がある。また、連携施設では独自に専攻医を取得することができず、基幹病院（主に大学病院）に依存しなければならないため、医局制度に拍車がかかる可能性がある。
外科	連携		当院は専門制度には直接関係はありませんが医師の派遣を受けている大学病院からの専攻医の配置を希望したいのですが、いつどの程度の期間専攻医が派遣されるのかが分からず人員のやりくりが苦労しています。
外科			当院外科は……病院群の基幹施設であり、かつ……大学、……大学の連携施設でもある。……病院間での研修は事務的な煩雑さはあるものの、まだ問題が少ないが、大学病院からの派遣者は常勤的非常勤となり、当プログラムの研修医の比較し、待遇面で大きな差が生じている。
外科（胃・食道外科）	連携		連携施設への派遣に対し、機構より制度的な流れの提示がないことから、施設ごとのルールが優先されている。 経済的な事由により派遣できない可能性もあり、研修医に不利益が生じることもあり得る。研修医の身分や給与に関して具体的な指針を提示してほしい。
外科（消化器外科）【再掲】	連携		連携施設になっているものの、専攻医の申し込みが皆無である状況です。 診療等への影響については、今後の状況をみて判断していきたいと考えております。
整形外科			従来学位研究などの開始が遅くなり、今後の日本の医学界での研究成果に影響しないかが懸念されます。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
整形外科			当科は、整形外科とリハビリテーション科を標榜しているが、新専門医制度が導入されることが決定されて以降、定期的に大学病院から若手医師に赴任してもらうために・・・病院整形外科、・・・病院リハビリテーション科、そして・・・病院リハビリテーション科の3つの研修プログラムに参加している。これに伴う影響であるが、院内で整形外科とリハビリテーション科の指導医資格を唯一持つ科長が、各プログラムの説明会への参加や書類作成、3つの医局のうち自らは所属していない医局への金銭支出等まで業務外、時間外に行っている。・・・施設に勤務する医師の確保をこのまま現場の責任者の個人的努力に依存した状態を放置すると、・・・施設から指導医がいなくなり、それに伴って研修施設の資格が維持できなくなり、最終的には若手医師も勤務しなくなるという負の循環になる危険があると考えられる。
整形外科			事務作業に係る人員がおらず、プログラムに関わる医師の事務作業の負担がふえた。医師を事務作業に使うべきではなく、専門の事務員の増員が必要である。整備基準に地方を含めた複数の病院のローテーションが求められた結果、一つの病院ですべての研修・指導を受けられるという東京都のメリットがなくなった。大学病院のローテーションの仕組みと変わらなくなり、多摩総合への見学者は激変し、プログラムへの志望者は今年ゼロである。当科の業務はシニアレジデントなくしては成立しないため、大変な危機的状況を迎えていると言える。また、数年の専攻医がないと将来プログラムの存続が認められない可能性があるが、東京都のプログラム自体がなくなると、自治医大の卒業生が整形外科になる道が閉ざされる。社会的、人権的な問題がある。プログラム存続のための対応が必要である。専門医機構は給料を先方の病院での勤務に従うようにうたっている。さて、大学病院での研修を求めているが、大学病院では非常勤を無限にとる予算はない。そのため、東京都が基本給を支給しているが、超過勤務について整理が遅れており、支給にむけた早急な対応が必要である。また、3か月という短期ローテーションにおいて、入職、退職を繰り返すと事務的な繁忙と保険の切り替えの問題もある。連携病院先での待遇の悪化も懸念されるので、東京都からの給料の安定した支給が今後とも望まれる。地方の連携病院の指導体制が代わると新たな連携病院を探索せざるを得ず、地方での連携病院の安定した研修ができなくなるという不安定要因が残存している。今後の対策が望まれる。
整形外科	基幹		現在のところ、診療に影響は出ていません。
産婦人科	連携		基幹病院プログラムの連携施設となっています。現在3名受け入れています。（分娩数・手術件数等から2～3名の受け入れが可能。逆に1名だと足りない。4名だと症例不足の感があります。）
産婦人科	基幹		基幹施設として専攻医を受け入れているが、以前より大学医局の囲い込みがきつくなっている印象がある。産婦人科はシーリングがかかっているが、3年のうち1年は外に出さねばならず、マンパワーとしては2/3としてしか計算できない。大きな病院での囲い込みをやめさせるための制度とはいえ、働き方改革と妊娠、分娩、子育て世代の女性医師が増えてきており、救急救命にも携わる基幹病院としては人のやりくりが大変である。専門医制度自体もプログラム作成、Webへの登録など、統括責任者あるいは事務担当者（指導医）への事務作業負担が大変大きく、片手間ではなかなか困難である。このような業務に対してもインセンティブをつけるか専門の事務担当をおくべきと思う。挙句の果てに不祥事続発、ガバナンス不全の専門医機構である。結局、本来のきちんとした専門医を育てるという制度本来の目的から、医師を地方に強制配置するという政治目的になってしまい、いろいろな利害が錯綜しすぎた制度になっている。現状では専門医を持たなくとも保険診療は可能であり、いろいろな施設をまわると嫌う医師などが、専門医を持たない選択をしないか心配である。結局、専門医制度以前の方が人が回っていたと思う。本当に必要なのであれば、もっと外科、産婦人科、小児科、脳外科などの勤務状況の厳しい科に進んだ専攻医に対する公的サポート（専攻医手当など）を充実させてほしい。
産婦人科	連携		現在、都内大学病院の連携施設となっており、引き続きの派遣を期待している。
産婦人科	基幹		すでに言い古されたことで、言わずもがな、ですが、専門医を育成する、ということと、地域医療を支える、ということは本来、別の次元で考えることだと思えます。
産婦人科 (女性診療科・産科)	基幹		産婦人科ではシーリングはかかっていますが、来年から適用されると聞いています。大学病院は地方に関連病院を持っていますので、東京や大都市にシーリングが適用されると、大学に余裕がなくなり地方に派遣できなくなります。結果的に地方との格差が拡大することになります。産婦人科や外科にシーリングを適用することに強い懸念を抱いています。
産婦人科	基幹		現在はなんとか動いていますが、今後シーリングなどが行われるとこれがどのようになるのか大きな不安を感じています。
眼科	連携		旧制度の際は、毎年4名前後の専攻医を採用していた。現在、都内複数の基幹施設の連携施設となっているが、シーリングの影響により、当院での研修が含まれるコースへ専攻医が配置される数が年々減っており、来年度は0名の予定。当院は連携施設では有るが、来年度以降、専攻医がいらない状態になっていく可能性が高い。専攻医の育成は指導医の成長の機会となっていることや、専攻医が成長することで、医局の中核戦力の一翼を担ってきたことから、専攻医の受入を今後も継続したいのでシーリングの緩和をお願いしたい。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
眼科			シーリングによる人数制限で希望者を断らなければならない状況は少し問題あると思います。仮に眼科で断った場合に地方に行くのではなく東京のほかの科を選択する方が多い印象です。
眼科	基幹連携		東京都の眼科専攻医採用数はシーリングが行われておる、診療に十分な眼科医の確保が難しく、また連携施設に派遣できる眼科医師が不足している。東京都の眼科医師数は開業医を除くと充足してないと思われる。
眼科	基幹		シーリング人数制限がかかったことによる影響が出た。
眼科	連携		按分している基幹病院からの派遣がより厳しくなっていると感じています。（今まで以上に当院に要求している人材がこない）
眼科	基幹		実情に合わない少なめの定員を一方向的に設定され、希望する医師が研修できなくなっている。
耳鼻咽喉科（頭頸科）	連携		専門医になるためには基幹病院に所属するほかなく、連携病院に就職することができません。若年の医師で専門施設での研鑽を望む者には選択肢がないことが挙げられます。
耳鼻咽喉科	基幹		2019年度は1名の専攻医を受け入れることが出来ました。そのこともあり、新たな専門医制度開始により診療等に大きな影響は出ておりません。当科に於きましては、原則として専攻医3年目に周辺県の連携施設において研修を行っているため、毎年1名を受け入れることが可能となっています。引き続きよろしくお願い申し上げます。
泌尿器科	基幹		・専門研修の定員数が、主に過去の実績から決められたため、手術件数が増加して専門研修医を教育するために必要な症例数を十分満たしていても、なかなか募集数を増やせない。過去の実績が既得権となって固定化するならば、健全な競争と自主努力に基づいた各施設の発展を阻害する可能性があると感じます。 ・都道府県でシーリングがあると、実際に誰を落とすのかが極めて大きな問題となり、人間関係にも齟齬を生じうる。
脳神経外科	基幹		地域枠で入学し義務年限を負っている医師について、基幹施設で研修ができるように配慮をしてほしい。
脳神経外科	連携		大学を基幹として再編成され、当院希望の研修医でも、全く自由度がなく 大学所属となってしまう、本人の希望が 叶わないというのが問題でしょうか。
放射線科	連携		過去に3名以上採用した実績もあったが、定員を上限2名とされているため不便を感じている。また3年間の後期研修（専門研修）のうち、必ず一定期間（一般に6ヶ月程度）連携施設での研修が義務付けられているが、これがdutyとなっていることによって年度によっては（若手のマンパワーのやり繰りという観点で）診療に支障を来すことがあり、dutyではなく努力目標程度にさせていただけると有り難いと感じる。研修を受ける専攻医にとっても、他施設での研修をdutyとすることでメリットよりもいたずらに慌ただしくなるだけ、というデメリットの方が上回る事例が多いと感じる。よりflexibleな制度になるようご対応をお願いしたい。
麻酔科	連携		1)麻酔科医数は全国的にも不足しているし、海外と比較し本邦は、対人口比でも少ない。 2)最近の麻酔の安全性についての関心の高まりと、麻酔事故の重大性のため、麻酔科医への期待は高まっている。 3)このため麻酔科を希望する医師数も増加しているが、機構による近年の麻酔科医師数の単純な増加率に基づく麻酔科専攻医数の制限により、麻酔科を選択できない医師も出ている。 4)麻酔科医師の不足は、手術を中心とした、急性期医療の崩壊を来す。結果として地域の医療の状況は悪化する。このため過疎化は促進される。 5)日本医療、即ち医師の偏在と員数の機構によるコントロールは、日本の特異性とガラパゴス化を助長し、引いては人口減少を促進、特に地方の衰亡に向かうこととなる。
麻酔科			麻酔科医の偏在の問題は重要であることは認識しています。しかし、シーリングによる調整が適切かどうかには疑問が残ります。来年度の結果をしっかりと評価して公開していただきたいと思います。
麻酔科	基幹		心臓外科手術がない当院では当院だけで麻酔科の後期研修医のトレーニングは完結できません。以前は、…医大の医局と提携していたため、後期研修医を受入れておりましたが、現在は各大学の医局との連携に切り替わり、各医局もマンパワー不足であるため、とくに後期研修医を受け入れることができておりません。
麻酔科	連携		2020年度専門医制度から厳しくなる東京都の麻酔科専攻医募集シーリングでは、それぞれの…病院ごとに定数上限が加えられるため、…病院全体では麻酔科医師数が減少するにもかかわらず、シーリングにより東京都での勤務ができない例が多発する可能性があります。個別の病院ではなく、…病院全体としてのシーリングの採用を…として働きかけないと、近い将来、…病院の手術医療は立ちいかなくなると思われます。 どの診療科もそうだと思いますが、…全体で専攻医を採用したのち、各施設へ分配する方式の採用を期待します。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
麻酔科	連携		初期研修2年間、麻酔科専門研修4年間の総計6年間で義務付ける現行制度は、女性医師のキャリア形成を阻む要因となっている。とりわけ技術習得に長期間を要する麻酔科専門研修を、保育施設確保困難地域である東京都で継続することのハードルは高い。急性期病院では、非常勤嘱託医師と産休・育休中の女性医師の両者を確保して診療を継続しているが、女性医師の職場復帰は不確実である。専門研修を卒業後早期から開始して専門的技量を習得した後の産休、育休であれば、休職期間後のキャリア継続は容易となる。現行の初期研修制度・専門医制度は、女性医師のキャリア形成ならびに医療機関の人材確保に深刻な影響を齎すものであり、早期見直しを要望するものである。
麻酔科	基幹		シーリングにより入局人数制限やその後の地域派遣などがあるため、基幹病院の人数減少による過剰業務や手術麻酔、緩和やICUなどの業務拡大への対応、関連連病院、専門病院研修派遣などに影響がでている。
内科・麻酔科【再掲】			現在、都内大学病院の連携施設となっているが、いつどの程度の期間専攻医が派遣されるのかが分からず、人数のやりくりで戸惑っている。
病理診断科	連携		特にありません。制度については本来の趣旨に基づく形でサブスペシャリティ等がまとまることを希望しています
病理診断科	基幹連携		○基幹病院になったため、専攻医が集まるようになった。また、学年の異なる専行医がいると、屋根瓦方式の教育システムを構築することができ、専行医自身が教えながら成長することができるようになった。 ○他の基幹病院の研修プログラムの連携病院としての立場から、専行医がローテーションで赴任してく際の連絡や手続き等で戸惑うことがあった。また、3カ月のローテーションでは短く、病理解剖例をまとめる時期が他へ異動後になるため、指導に十分時間をかけることができなかった。
病理診断科	基幹		連携施設で専門医研修を行なう際の、賃金や労務災害による保障制度について、専門医機構から一定の指針を出していただきたい。連携施設での研修が6ヶ月-1年以上におよぶ場合には、基幹施設を退職して連携施設に入職することも可能であるが、短期、週に1回の研修の際に、基幹・連携間の取っ組み合いがそれぞれに委ねられている状況であり、現場の混乱と、制度運用の不自由さを感じている。
病理部	連携		病理専門医研修に6か月の連携先での研修のために身分が不安定で改善する必要がある。これでは昔の医局制度における病院派遣と同じである。
病理診断科	基幹		新たな専門医制度開始に伴う日常診療等への支障は、現在のところありません。
救急科	基幹		特に大きな影響はない。研修年数だけ固定して勤務するので、医師の短期の移動がなくてよい。
救急科	基幹		診療科間で医師の需要に対する偏在が認められる。
救命救急科	連携		小児ERを展開する施設は全国でも珍しいため、今までは全国から小児救急医学を学びに当院ERに研修に来ていた。しかし、専門医制度が実施されたことで、連携を結んでいる施設以外からは研修に実質的に来れなくなってしまった。
救命救急科	基幹		従来から地域（福島県、栃木県、埼玉県、山梨県など）の救急医療を担う人材、特に若い人材を派遣し、地域医療に貢献してきた。しかし、新制度になってからはプログラムの制限から（募集人数、プログラム上の柔軟な対応が困難であることなど）、その地域医療への貢献が逆に困難になっている。
救急科	連携		診療は制度と関係なく進行するのでそういった意味で制度が診療に影響することは全くない。少なくとも状況を悪化させることはあっても、改善していることもない。機構の呈示した標準応募開始時期（9月）に今年度も開始されないことが常態化していることには呆れている。また今年度のプログラム修正の手続きも「修正点」のみの申告に簡素化しており、これで適正に管理できるものなのかどうかまったく把握できなくなっている。とはいえ変わらず「申請料」のみ 医療機関と専門医本人から徴収するという現状をどのように変えるのか、機構の管理官庁である厚生労働省にも何らかの説明を求めたいものである。専攻医の管理さえ統括できていない事態で専門医の管理をしているのだろうか？ 基本領域学会への専門医資格更新のための規定を明確に示すことも出来ていない現状が揶揄される。基本的には機構には何ら期待を持っていない。所属学会との連携のみで十分に資格の本質の管理（機構の管理する以前の方法）は可能である。今のところ、専門医資格維持のための2重徴収機関でしかない。
形成外科	基幹		プログラム制の導入により、医育機関としての教育が硬直化してしまった。個人の希望に合わせた柔軟な研修ができない。プログラムの定員制、東京都のシーリングにより計画的な研修体制の構築が困難になった。
形成外科	基幹		現在のところ、特にありません。

## 資料4-1②

東京都照会に係る状況確認結果 一覧（新専門医制度開始後の診療等への影響や、制度に対する意見）

診療科	種別	施設名	意見
リハビリテーション科	連携		当施設としては不利になっている。すなわち、基幹施設が東京シーリングで専攻医の受け入れが少なく、連携施設としては若い医師が不足して困っている。従来は研修施設であったため、勧誘努力次第で若い医師が入ってくれたが、東京シーリングもあり、都内でいくつも研修プログラムを作れないこともあり、連携施設にならざるを得なかった。 制度設計としては、①地方の医師不足は重要であると思うが、現在の大都市シーリングを行っても、地方の医師は増えないと思う。東京の大学が、埼玉神奈川千葉などの分院を利用して抜け道をつくるだけであろう。若手医師の少ない地方を特定し、その地方の基幹施設のプログラムと、都会の基幹施設のプログラムのたすき掛け（半分は地方に行く事）を設定し、そのような場合には、「地域支援枠」としてシーリングから外すようにしてはどうか。②転科者に不利であり、その点は今後も改訂が必要と思われる。
総合診療科	基幹		医師の地域偏在問題については理解できますが、総合診療プログラムに僻地医療が義務付けられたことにより、結婚や出産などによるライフイベントに直面する女性医師が都市部プログラムを選択しにくい状況となりました。
総合診療科			総合診療科のみ、医療資源の乏しい地域での研修1年以上が義務化されたため、新専門医制度になって以降、本来総合診療科志向の強い女性医師の応募が明らかに減っている
総合診療科	基幹		基幹施設が東京都に存在する総合診療専門研修プログラムでは、12か月間の総合診療Ⅰの研修を行う場所はへき地や離島に限られています。連携先となるへき地や離島の医療機関を探すのに苦労するため、総合診療Ⅰとして連携を希望している医療機関と都市部のプログラムとをマッチングする仕組みがあると良いと思います。
総合診療科	基幹		内科シーリングについて撤回を。根拠に基づかない推計で定員を決めることには反対します。
総合診療			新専門医制度のプログラムの書類の整備、連携施設へのあいさつ回り、専攻医受け入れにおける先方とのやり取りなどにただいな事務作業面での労力を割くことになった。専門医機構の事務機能の貧弱さも含めて、なお一層の困難さが生じている。このあたりの業務について、医師単独で行わずに事務、医療秘書などのサポートがより増強されることが望ましい。
総合科(内科担当)【再掲】	基幹		・内科専門医の専攻医が減少。 ・総合診療専門医の希望者は大学ではなく一般病院志向となり、応募がない状況。内科からのローテーション医師数も減少している。
事務室			新専門医制度の開始によって、実際には大きな変化はないと思います。制度に対する意見ですが、東京都の枠で言うと、東京以外の地方での、また在宅での診療が重要視されていると思われませんが、障害児者医療に関してもプログラムの中にいれてもらい義務化してもらえると、日本全体の医療として幅が広がり、良くなると思われれます。是非、ご検討ください。