

シーリング制度に対する主な意見

(シーリング制度の再考を求める意見)

・東京都の医師の勤務形態に次の特徴がある。 病院勤務医の割合が全国平均より10%低い。 病院勤務医の年齢層で30-40歳が多く、それ以上の年齢の勤務医は急激に少なくなる。 病院勤務医の多くが大学病院等の大病院に勤務している。 大学病院等より首都圏へ派遣をしている。 中小病院の勤務医は非常に少なく、大学病院からの派遣に依存している。

都内の病院の約90%を占める中小病院の医師確保はひっ迫しており、医師確保困難で救急医療体制を維持できなくなる。さらにシーリングを行うことは、医療水準、医師派遣機能の低下を招くため、再考をお願いしたい。

・症例が集められない施設は専攻医を受け入れても専門医育成に支障をきたすため、各施設の診療実態を分析し、各専門領域での必要症例数に基づく専攻医の受け入れ人数を許可すべき。人口が多いところに多くの症例が発生するのは現実

・過疎地域と呼ばれる地域では医療は不自由かもしれないが、それ以外の生活には豊かな自然環境などもあり住民は居住を決めているのだから、専攻医の育成と過疎地域の勤務は別に考えるべき。医師としての職業選択をする以上はやむを得ないとするならば、入学前の時期に卒後の研修勤務の中で義務として置く必要がある。

・東京都であっても医師不足地域は存在する。東京都という括りでは医師は多くいてシーリングをかけたくなるのだろうが、二次医療圏レベルまで精査して医師不足か否かの実情を把握すべき

(専攻医の負担軽減についての意見)

・専攻医に縁もない地域での研修を求めることは好ましくない。また専攻医の転居などに関する費用はきちんとしかるべき組織が負担すべき。経済的な負担を無駄に強いるのもいかなものか。

(高度医療への影響についての懸念)

・現行の方法で一部地域編変重が是正される方向にあるのであれば、算定方法は一定の妥当性はあると考えが、今後も同様な流れが続く場合、基幹病院の診療機能のみならず、都内の関連施設でのマンパワー不足が生じる可能性がある。東京都のように大学病院が集中する地域では、診療、研究、教育を担う専攻医のエフォートが実際より低く見積もられるため、その負荷は高度専門医療施設でより厳しいものとなる。

(シーリング選定方法を評価する意見)

・シーリング数の決定は、厚労省の綿密なデータ収集と理屈の通った計算方法によるだけでなく、連携プログラムとして、シーリング対象外地域への医師派遣についても考えられているので、理論的には異論はない。

・シーリングに関しては2020年から導入されたばかりであり、「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」達成にどれだけの効果があるのか、まだ判断できないため、2022年も2021年の数値を踏襲することはやむを得ないと考える。今後の厚労省からのデータを注目していく必要がある。

(新型コロナ診療の考慮を求める意見)

・専攻医クラスはどの診療科でも働き手として計算される。COVID-19対応では、単一の診療科のみではなく、診療科に関係なく対応するようにしなければ病院としての診療体制は崩壊する。人手不足は医療水準の低下に間違いなく繋がる。医師の働き方改革を進めようとする国が、人手不足の実態を掌握せずに専門医制度でのシーリングを課すことは、大都市の医療崩壊を引き起こす要因となる。

・東京の医療はコロナ感染症に対応しなければならないが、通常とは異なる状況で、専攻医は病院として重要な働き手となる。コロナという特別な状況、特にその対応の地域差についても考慮した方が良いのではないかと。

## 診療科ごとのシーリングに対する主な意見

### (小児科)

・都内の小児科医の不足は明らかで、超過勤務時間の調査では、他診療科と比べ、また地方県に比べ非常に長く、働き方改革の実行を考えるとシーリングは逆行するもの。少子高齢化による小児科医師数削減を考えると、現在の成育基本法の考え方に反しており、周産・女性診療科と連携した施策をとらなければ、少子化に歯止めがかからない。きちんとした小児科研修ができてこそ、地方への小児科医師の勤務が可能となる。専門研修期間を終えた後に、どの地域で勤務しているかを調査してほしい。都内での研修により、関東圏内小児医師過疎県である茨城県や埼玉県に、小児科医師を派遣し地域医療の崩壊を防いでいる点を、きちんと把握すべき。

### (精神科)

・大規模な大学医局では関連病院が多く、シーリングのない都外の関連病院もあり、これらを使って「連携プログラム枠」と「精神保健指定医枠」を活用し専攻医数を維持している。中小規模の大学医局では関連病院も十分でないため、シーリング制度開始前のように医師を確保することは困難となっている。専攻医シーリングは、都内の病院への精神科医の供給を危うくさせており、都内病院への精神保健指定医も含めての医師供給が、将来的に困難となり、都の精神科医療を担う人員確保は難しくなると思われる。

・精神科への診療需要はコロナ不安から急増することが予想される。厚労省が進める医師の働き方改革に伴い、指導医不足が生じないように配慮して頂きたい。

・新型コロナへの対応がどの程度分析されているのか。後遺症への対応や自殺者の増加などによる精神科領域の治療強化など、都ではこれまでより医師数を充足していく必要があるのではないか。

### (脳神経外科)

・都市部と地方における医師数の格差は是正すべき問題であるが、東京は基幹病院の数が多いため、都道府県単位で定員を設定することで一つひとつの基幹病院で採用できる医師数が少なくなってしまう事態がすでに生じている。これにより、診療だけでなく、研究や教育という点での育成も滞り、それぞれの人材不足が生じている。また、従来は地方の病院へと派遣していた経験や技術を有する医師を派遣することが困難となっている。

### (形成外科)

・東京都には基幹施設が15施設あるが、形成外科の専門的医療を行うとともに、ほとんどの施設が関東のみならず全国各地に医師を派遣し、地域の形成外科的医療を担っている。形成外科というと美容外科をイメージされることが多いが、病院の形成外科では外傷、糖尿病性足壊疽、術後潰瘍、腫瘍切除後の再建手術など他科と連携し、様々な疾病に対する治療を行っている。これ以上形成外科の定員が減ると、専門的もしくは地域の形成外科診療が崩壊する。

### (リハビリテーション科)

・定員数が少ない科においてシーリングによる影響は非常に大きく、例年の連携施設に対する安定した専攻医派遣が困難になり、プログラム自身の維持に大きな問題となっている。

### (産婦人科)

・新型コロナにより、がん検診を含む健診受診者が減り、生活習慣病などの潜在化が目立つ。一方、妊婦のメンタルヘルスケアの対象者が増え、妊婦の自殺も報告されている。今後もハイリスク妊娠や分娩、低出生体重児等医療を必要とする新生児が増えることも予想される。周産期をめぐる医療需要に対して、都内医療機関が担っている医師派遣機能を考え、専攻医の定数を削減しないようにして頂きたい。