

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		<p>・東京都に対するシーリングについて意見を述べたいと思います。まず東京に偏重しているという意見についてはデータに基づけば初期研修の分布がほぼそのまま移行しただけだと思います。すなわち初期研修医を受けた地域での専門医研修を望んでいるという傾向があるだけで専門医プログラムから東京都に流入したわけではありません。また東京都の病院数、患者数、周辺の県(埼玉、神奈川、千葉など)からの患者流入を考えれば決して東京都の内科医は充足しているとは言えない状況です。また東京都は23区内と外で医療事情は大きく異なっています。23区外の地域は大学病院本院は当院しかなく、ベッドタウン人口をカバーするだけの十分な医療機関数は備わっていません。多くの西東京地区で内科医、外科医の人数は不足し、昨今の働き方改革の影響もあって救急医療は半ば崩壊寸前といった状況です。東京都の内科医、外科医にシーリングをかけた場合、23区内の大学病院をはじめとした基幹病院は23区外から医師を引き上げる可能性が高いと思われます。すでにその兆候は始まっております。東京都をひとくくりにして、シーリングをかける発想は短絡的で東京都(特に23区外)の医療崩壊を招く危険があります。</p>
		<p>平成31年度の研修プログラム申請においては、既に重要課題の一つとされていた都市部への専攻医集中を回避するための一助として、当院における希望定員を25%減らし、昨年度の8名から今年度6名へ自主的に定員減として申請済みです。従いまして、昨年度の実績のみで、さらに定員が減らされることがあっては当院としては診療体制が立ち行かなくなります。新専門医制度が開始される前には毎年5~6名の専攻医(専攻医)を採用し、最近10年間では、一人の脱落者も出すことなく毎年全員内科認定医試験に合格している実績もありました。</p>
		<p>学会や機構と問題になったことは特にない。実施方法については、募集時期がなかなか定まらず、現場は混乱している。</p>
		<p>審査時期をもっと早めていただきたい。</p>
		<p>平成30年度に定員5名の承認を受けましたが、1名の応募を受けましたが採用に到りませんでした。東京都5%削減目標を受け、4名に定員を20%減じて申請しました。連携施設の登録を平成29年度末の段階で決定する必要がありましたが、医師の移動などの変化もありますので、総合診療などの専門分野のようにもう少し遅いと助かります。</p>
		<p>なるべく早急に結論をいただきたい。メールで配信するなど、ホームページ上に指示するだけでは不十分と思います。</p>
		<p>一次審査のスケジュールも含め、機構から公式発表や議事録の公開が一切ない状況でありプログラム運営に苦慮している。機構のガバナンスに関する様々な情報がメディアを通して流れており、現場の医療者はこれまでの制度運用が公正であったかについて疑問を感じている。</p>
		<p>専門研修初年度の実績だけで東京都定員をシーリングするのは時期尚早と考える。方針を決めるのがあまりに遅いため、準備期間が短い期間で設定されており、現場は大混乱している。</p>
		<p>専攻医募集や人員計画を円滑に行うためにプログラムの認証やスケジュールの決定を早めに行って頂きたい、宜しく願いいたします。</p>
		<p>・プログラムの認定、募集定員の確定、専攻医登録スケジュール等についての発表が遅く、研修医や採用担当側の現場に不安感、混乱が生じている。募集定員が明確でないため、既に採用を見送っているケースもある。・シーリングの基準(根拠)が明確でない。・初期研修医ならびに学生向けのアナウンスが現場任せとなっており、対応に苦慮している</p>

		東京都の募集人数が平成30年度の実績の5%減とする計画を聞きました。当院の内科では地域の病院に定期的の中堅医師研修を行っています。茨城県のひたち医療センター、鹿児島県の今給黎総合病院、福島県の会津中央病院です。平成31年度から募集人数を減らされてしまうと、専攻医プログラムに支障をきたしてしまいます。内科医の研修は昭和大学関連病院では充足しておらず、専攻医定員の見直しはご容赦願いたいと思います。
		当院の内科では地域の病院に定期的の中堅医師研修を行っている。平成31年度から募集人数を減らした場合、専攻医プログラムに支障をきたすだけでなく、職員全体の絶対数の減少と考えられることから病院の運営および診療体制にも影響を及ぼす可能性がある。
		平成31年度採用のスケジュールが現時点で確定しておらず困惑している
		機構から、東京都枠として一定割合の定員削減をする方針に関する意見具申があり、東京都を全て一括りで扱うのではなく、当院が所属する南多摩医療圏というように、より細かい医療圏と都区部との医療体制の違いにも配慮した調整をお願いしたい旨、希望をあげました。
		平成31年度は当プログラムでの研修希望者が複数名いるが、平成30年度の新規採用実績がゼロであり、平成31年度の定員次第では採用を断念せざるを得ない希望者も生じる可能性があることを危惧している。各プログラムには最低数名の定員は割り当ててほしい。
		9月に登録開始の予定ですでに多くの2年目の研修医に内定をだしていたが、急に時期が変更になり、なおかつ東京都は定員削減の方針もしめされ、影響が大きい。何よりも現在の2年目の研修医にとって就職先が変更になる可能性があるということであり、大変不安に感じているようである。また定員削減が行われた場合、地方への派遣も難しくなる。
		東京都の定員数を5%削減する方針は、科学的検証から提示されておらず、説得力に欠ける。
		定員数に関する通達は現時点では受けておりません。連携施設を一施設増やしましたが、その期間への派遣は最大6か月とするようご指導がありました。
		都市部は人口も機能も偏在しているので、内科、外科のメジャー科はシーリングからはずさなければ将来医療の根幹がゆらぎます。
		当院では過去に毎年度10～13名の採用実績がございました。しかし、平成30年度は応募人数が減少し、募集定員を大幅に下回る3名の採用に留まりましたが、これは開院以来最少人数です。応募人数の減少は、きわめて老朽化した旧病棟での診療などに伴う一時的なものであるにも関わらず、今年度の採用実績を基に定員が決定されるようだと、内科全体の診療、教育、研究体制の維持が困難であり、診療科の存続にも関わる重大な事態です。すでに本年6月に新病院としてリニューアルオープンし専攻医を迎え入れる体制は整っています。
		連携施設の距離(遠すぎる)が問題となり、京都の施設が連携施設として登録できなかった。何を基準にしているのかが不明。都外、都内といっても例えば東村山市(東京都)は当院から距離30km以上ある。これらを都内という枠組みだけで判断されるのは疑問。J-OSLER登録日程が現時点でも未定。突然削減の話が出てくるなど、一般的には当たり前の計画的かつ早期の情報公開ができていない。日程に関してはこちらの採用日程にも影響が出てしまっている。削減の話は到底容認できない。

		いまだに人数枠の決定がないので、次年度に向けたアナウンスができません。
		H31年度の当院への専攻医受け入れ人数枠が減ることになるとH32年度以降の他道府県(神奈川県を除く)への派遣医師数が減少することが懸念されます。
		連携施設の範囲追加に柔軟性があるとよい。
		現在、大学病院と相互連携をしているが、専攻医が派遣されるかどうか(期間、人数等)が分からず苦慮している。
		「神奈川県の施設が入る必要性が不明である。」との疑義に対して「既に北里大学から派遣の3年目の医師で当院内科で研修させている実績がある。(2017年度、2018年度)また東京都の多摩医療圏(当院が所属)と神奈川県の相模原医療圏(北里大学病院が所属)は隣接している医療圏であり、病院間も車で30分の距離である医療事情で似通っており、地域医療を学ぶ上で両者で研修する意義は大きい」

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		新専門医制度の開始により、大学回帰が進んでおり、今年度の当院内科希望の専攻医が大きく減ってしまいました。内科においては、若手医師の間に内科サブスペシャリティー専門医取得までに時間がかかりすぎるとの懸念も多く見られ、内科専攻医希望者自体が2割近く減ってしまったという報告も見られます。東京都内と言えども、内科専攻医不足で大変困っております。当院は慶應大学教育中核病院に認定されていますが、他の慶應大学関連の市中病院も同じような状況で困っております。
		診療には影響していないが、制度がコロコロ変わるのはいかがなものか。
		プログラムの認定時期が遅く、採用活動がなかなかできず、平成30年度は人員確保が困難であった。平成31年度については、今年度の採用実績に応じて、定員数を削減すると聞いているが、既に応募者(内定者)もあり、考慮していただきたい。
		当院志望者が減少し、人員減から診療体制の変更を余儀なくされている。
		当院においては内科領域については、従来の総合内科専攻の希望者の多くが、新しい総合診療専攻となりました。9月現在まででは総合診療専門研修者の内科症例登録に課題があると感じます。平成31年度においては、総合診療専攻希望者と新内科専攻希望者に分かれる見込みです。
		後期研修医クラスの人数が研修できないと病院自体に活気ができません。向上心のある若手医師を相互に研修できることがいい基幹としてとても重要であると考えます。30年度1名しか内科医を確保できなかったもので、内科全体に不安感があります
		平成30年度すなわち専門医制度開始初年度は、新制度ということもあり大学病院以外の市中病院への応募は極端に少なかったと聞いております。事実、当院でも応募者なしという事態に陥り今年度の卒後3年目専攻医採用者はゼロでした。当院は東京都地域医療支援病院の指定を受けており専攻医の人員減が救急医療を含めた診療等に与える影響は大きくスタッフ医師の負担がかなり増えている状況です。医師の地域偏在の問題から東京など大都市の定員削減の話が出ますが、東京都でも区部と市部の状況は全く違います(区部の医師数 >> 市部の医師数)。また新制度開始1年の実績で定員数に手を付けるのはあまりに早計かと思えます。

		本来内科プログラム定員は各施設の過去実績に基づいて決める予定だったが、日本内科学会がその方針を無視した。東京都の過去の内科の採用平均は567名だが、平成30年度の定員の過半数の347名が過去に十分数の受け入れの実績のない6施設に配分され、受け入れ実績がある市中病院の定員は相対的に過少となった。この結果、平成30年度の東京の定員は過去実績の約2倍の969名となった。この定員数の決定の過程は医療機関の側からすればプロセス及び根拠の不明瞭な点が多く、医療機関からの納得は得られていない。このような平成30年度の実績を元に平成31年度の定員を決めることは不適切であり、受け入れられない。
		プログラム定員制、基幹施設での研修必須などの制約で、関連病院(茨城県、埼玉県、千葉県、山梨県、長野県)への派遣が出来なくなり、地域医療を支えることが出来ない。
		これまでの防衛省における自衛隊医官の配置や人事のあり方についても一部見直しが必要となり、そのことによって逆にスタッフ数に影響が出た
		東京都内とはいえ、当院のような地域密着型の病院、中規模の病院は柔軟に対応してほしい
		プログラム策定J-OSLERでの評価、入力等のため、医師を中心に事務作業が激増し、就業時間の短縮などの働き方改革が進まなかった。
		・専攻医のみならず、上級医師についても条件があることから、各施設への医師派遣が困難となっていく可能性が否めない。今後、医師派遣について大学病院として教育の機能を担うため、人材が確保できない場合は、見直し・縮小を検討せざるを得ない。都内も患者の一極化がさらに進行する可能性が懸念される。・J-OSLERの導入により、一部の現場医師(指導医)の負担が増えた。・研修システムが複雑になり内科領域を敬遠し、他の領域へ転向したこともあり、例年より採用人数が減少した。
		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、先にも回答した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。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。
		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、先にも回答した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、救急科や総合診療科への研修が困難になる可能性が高い。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。
		例年10人の専攻医を採用していたが、今年度は7人しか採用できず、連携施設への派遣がスタートする次年度以降、院内、及び地方の連携施設群でマンパワー不足により病棟管理など診療に影響が及ぶ可能性が非常に高く、毎年10人の専攻医の採用が必要不可欠である。

		新たな専門医制度の開始によって、マイナーの科志望の研修医が以前と比べて多くなり、内科を希望する研修医が減ってきている。また、内科の募集開始がいつも遅れることも内科離れをまねている。当センターでは旧制度を合わせると、8人の内科専攻医(新制度3人、旧制度5人)を確保できたが、将来の都市部の高齢者の内科救急医療に大きな影響を及ぼすと考えられる。
		新専門医制度の実施方針の決定・命令下達、時間的な余裕のないギリギリの状態となされたため、病院内での受け入れ態勢の準備や専攻医の希望調整などが非常に困難で、混乱を極めました。
		年度毎で採用人数の増減が発生するため、ある程度の増員を認めていただきたく存じます。①定員を超えての応募に対応できなかった。②診療科によっては1次採用人数が0人、2次採用で調整しようとする、希望者が出てこない可能性あり。結果、定員を割ってしまう可能性があったため、1次で定員数採用することになり、最終的には診療科毎の採用人数にバラつきが出ってしまった。
		ももとのプログラムで、1年次は全科ローテーション、2年次以降は都外の連携病院での研修を主体とし、3年次にサブスペシャリティー研修の連動を組んであったので、新たな研修プログラムには大きな変更をすることなく移行できた。ただし、定数が都外の連携病院に派遣するに足るものであったから、今後、これ以上に定数を削減されるとなれば、地方病院における研修を減らざるを得ない。
		残念ながら、当プログラムでは新規の専攻医を獲得することができなかった。そのために、診療体制の維持のため他施設から既卒の後期研修医を複数名採用した。
		診療そのものには影響はしていませんが、機構の方針決定が遅く、かつ変更の通知が突然おこなわれるため、それへの対応に困惑しています。
		研修委員会委員・指導医や事務担当者の負担が飛躍的に増え、診療やその他の業務に影響が出ている。必ず1年間以上、他施設において研修することが義務付けられたため、特に、サブスペシャリティー重点研修において、研修計画を組み立てにくい、他施設とサブスペシャリティー研修で適切な連携を組むのが難しい場合がある。連携施設が13病院あるが、連携施設から専攻医が何人派遣されどの程度の期間来るのかわからないため、人員のやりくり不安がある。
		大学病院に募集が集中した。今後もこの傾向が続くようであれば、専攻医不足となる。
		定員を7名と、専門医制度開始前の8～10名より少なく設定したため、当直体制に若干の影響が出た。また内科各診療科のうち、専攻医を確保できない診療科が存在した。
		現時点では影響はありません。将来的には救急外来業務・当直業務の人員不足が生ずる可能性があると考えます。
		順天堂から当院の救急部門への医師派遣が半減しました。採用人数が昨年度のままだと救急医療は崩壊します。
		採用人員の減少に伴い、内科全体の診療体制を縮小せざるを得ない状況となっています。
		ローテーション後に剖検が入ったときなど困ることがある。連携施設への出向で調整が混乱している。連携施設からの登録希望があった場合の対応でも、サブスペシャリティーまでの対応をどうすればいいのかなど難しく、対応に苦慮している。

		人員が確保できず、困っている。
		働き方改革に向けた動きもあり、夜間・休日の体制、とくに救急の受け入れ体制を保持するためには、人数の確保が欠かせません。専攻医の採用人数を削減されると、当院も含めて夜間・休日の救急を縮小せざるを得ない医療機関が多くでてくるものと思われます。
		内科志望の初期研修医が大学病院を選んで、当院に残ってもらえなかったことなどがあり、採用者が少なくなりました。そのため、埼玉や栃木の病院での研修というコースを作っていたが、現在採用している専攻医2名は本人の希望も考慮しつつ、目黒区と青梅市の連携病院で研修することになった。
		当院は総合内科に強みを持つ急性期病院であるが、内科病床が多く、新制度下になって志願者が減少し、特に内科サブスペ領域での人員不足が表面化してきている。コモン・ディゼーズはともかく、内科各分野も充実した布陣で長らく医師の卒後研修をリードしてきたので、専攻医の漠然とした「医局志向」と必要のない「予期不安」をレベルの高い専門研修で払拭したいと考えています。
		各診療科に回る専攻医の数に偏りが生じています。初期研修時代に多く症例経験した診療科には専攻医が集まらない傾向が生じています。
		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、費用への苦情がきかれる。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		全ての決定が遅すぎてあいまい
		問題は特に指摘されておらず、本プログラムで研修は完結可能と認定されている。本プログラムは、当施設では研修が不足しかつ専攻医の希望も強い領域について、研修の効率化を実効性を加味して施設選択を行っている。当施設周辺に優れた研修施設があること、かつ地域医療に損害がないことを考え選定した。
		日本小児科学会は、東京都以外への地域医療貢献要素を計算式に入れて、都外への派遣が少ない病院には、平成31年度の専攻医定員の削減を計画しています。当院が立地する世田谷区の人口は約90万人(小児人口約15万人)と年々増加しております。世田谷区の小児入院施設は、地域医療支援病院である当院にほぼ限られ、地域医療への貢献度が高まっています。更に、当院の小児救急センターでは外傷を含めた小児患者の救急車受入台数は年間約3300台となっています。都内でも異なる地域医療事情を考慮しない定員削減は都内の医療を危うくします。
		募集人数に関して、東京や福岡などの募集専攻医が多い地域で、その募集人数を減らす方向が示されている。しかし地方の連携施設や関連施設への医師派遣は、これら地域のプログラム加入専攻医も多い為、募集人数削減は、結果的に地方施設への医師派遣を停滞させてしまう危険性ははらんでいる。これに対する良い解決手段が望まれる。
		決定事項の変更などの連絡が徹底していないように感じます。
		日本小児科学会の定めるプログラム定員数が、機構の定める「過去5年間の平均採用人数」ではないので、学会に是正を求めています。
		現行の制度では、専攻生が、家族・家庭、健康、経済面の事情で、研修場所を余儀なくされる状況が生じた場合、研修場所を変えることにより、せっかく積み上げた研修経験はゼロにカウントされてしまいます。研修プログラム相互の乗り換えシステムの構築を希望いたします。
		I. 地域貢献率という新たな尺度による専攻医人数削減について私たちのプログラムは、専攻医の人数の点では、①例年9-11人とほとんど変動のない人数で採用しており、採用数が増えることによる地方圧迫には関与しないこと、②多摩地区の小児科医は年少人口10万人当たり114.9人(2016年度)と、全国平均の105.5(区部165.9人)と大きな差がなく、卒業生の多くも多摩地域の医療を担っていること、などの特徴を有します。東京をひとくりにした人員削減になると、多摩地域の小児医療も将来的に破綻を来す危険性をはらんでいます。II. プログラム承認・採用決定のプロセスについて新専門医の制度そのものが安定していない現状、致し方ないことかもしれませんが、機構認定がおりないことと採用人数が確定しないことから、専攻医を希望する初期研修医に、自分たちのプログラムをきちんと紹介することができません。また、初期研修医は方法論として確立しているマッチングを経験してきており、それと比較して専攻医の募集・採用方法に不安・疑問を抱いているようです。
		東京都外の連携施設がないことを問題視されたが、本プログラムに参加する医師は東京都の地方公務員で有り、都外の医療機関に勤務することは公務員法の規定のため不可能である。当院は、東京都の公立病院として行政医療も行なっている。このような特性を持った病院のプログラムであることには配慮なく、都内の一般医療機関のプログラムと同等に扱われるとすれば、都立病院の機能が損なわれ、東京都の行政医療が縮小される事が危惧される。また、都立病院を受診する患者の中には、他府県在住の患者もいる。他府県への医療貢献の判断基準が、医師派遣の有無のみで行なわれることに疑問を感じる。

		<p>小児科医地域遍在性の問題が指摘され、専攻医募集開始の直前に日本専門医機構より日本小児科学科宛に、一次審査の時点では許可されていた定員数が東京都では一方的に減らされる可能性があるとの通達があった(当初9月1日募集開始予定で通達があり、今回8月下旬に定員削減の通達があった)。さらに地域貢献率が低い施設の定員は減少されることになるが、2018年6月の時点で認可された研修プログラムがそのまま施行された場合の今後3年間の貢献度で計算するため、当科のように都内のみでの研修プログラムで申請していると地域貢献度は0になってしまうことになる。上記のような通達に対応する対策を検討するためにはもっと早い時期に通達してもらう必要がある。必要なプログラム変更の時間的余裕がなく、対応することができない。見学に来る初期研修医にも専門医機構からの必要な情報を与えることができない。</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		<p>複数の役所や学会などから実務担当者に、専門医制度に関する類似した書類の作成が依頼される。この書類作成にかかる時間が割かれ、診療、教育、研究に要する時間を削減せざるをえない状況になっている。なお、例の(5)にある、採用活動、人事確保などの表現(例2)、および内定者に関する記載(例3)であるが、そもそも本専門医制度においては人事確保を前提とした採用活動、内定を行うことは厳しく禁止されているはずである。東京都においてはこれらの違反行為が認められているかのような誤解を与えるものであり、例として極めて不適切と考える。修正の通知をお願いしたい。</p>
		<p>次年度の採用決定が遅く、人数上限があり募集や他のスタッフ、人数の配分も決めにくい</p>
		<p>まだ開始したばかりで影響は出ていないが、今後連携施設への研修が開始されると一時期に2~3名の医師が当院に不在となるため、実際の診療上定員減となり、診療に当たる医師が不足する。特に当院は24時間365日救急医療を行っているが、将来的には実施が維持できない可能性が高くなる。プログラムの認定時期や開始時期が定まらず、採用が非常に困難になっている。またプログラムが認定されたのちにも関わらず、定員を削減する旨の通知が出るなど制度への信頼性が専攻医及び研修施設から失われており、専攻医による施設選定に大きく影響し、小さな施設には非常に悪い影響を与えている。</p>
		<p>初期研修医(臨床研修医)が多く働く病院と比較して、基幹型臨床研修病院になり得ない小児病院である当院では、初期研修医に接触できる機会が少ないため、専攻医研修の募集に際し不平等感を感じています。実際、例年定員の2倍以上の応募があった小児科専攻医の平成30年度応募者が定員と同数となり激減しました。また、当院では、外科系診療科や産科は基幹施設として専攻医研修ができないため、大学医局に派遣を依頼せざるを得ず、従来以上に自助努力での医師確保が難しくなっています。</p>
		<p>科や病院を問わず、いわゆる青田買いや囲い込みに近い状況を見ることがあります。早い段階で決断を迫られた研修医の先生方の中には、研修開始後早期に転科を希望され、ご相談いただくケースが少なからずありました。こういった傾向はシーリングにより助長されるかもしれませんが、年度内の転科に関してはなかなか難しい部分もあるかと思いますが、何らかの救済方法があってもよいかと考えました。</p>



	<p>小児科は平成29年度から開始しており、平成30年度は2年目となるが、診療等で影響が出たことは無い。1名、新専門医制度開始後に入局した女性医師が、研修中初年度に結婚され、ご主人が研修している他県の大学プログラムに加入することを希望した。しかしこの大学は当院と連携関係ではなかったため、本女性医師の当院での研修は全て無となり、他県のプログラムに最初から新たに入り直す形となった。このようなケースでは、最初の研修が何らかの形でカウントされるシステムが必要であると思われた。</p>
	<p>診療そのものに影響は出ていません。ただし、専攻医の採用に関して、採用時期、採用人数などの決定が遅く、対応に苦慮する部分があります。</p>
	<p>定員数が定められたことにより、各連携施設での医師確保が困難となっております。</p>
	<p>小児科では、人員確保がなかなか困難で、24時間365日の小児救急医療体制の維持が難しくなっています。</p>
	<p>診療にはありません。制度開始による影響であれば、専攻医応募(登録)の時期にギリギリ間に合わず、諦めた希望者がいました。</p>
	<p>現状では影響なし。しかし、今後シーリングや5%削減案などにより、定員が減らされた場合、24時間救急体制を維持することは不可能となり、地域医療サービスが大幅に低下することは避けられない。</p>
	<p>上記のように採用に関する最終通達が遅かったため、当科での後期研修を希望している初期研修医に、専門医機構からの基幹病院宛の最終通達を伝えることが出来ず、十分な情報を提供できなかった。</p>

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		<p>専門医機構では学会を通じて東京都では専攻医の採用人数を抑えるように指導されていますが、実際の当科の採用人数が他県の同規模(診療実績、指導医数)の施設と比較し低く抑えられており、このままですと診療体制維持が難しい状況になります。東京都でも当施設は都心とは明らかに異なる医療圏に存在するため都心部と同一にくぐられますと東京都23区外(多摩地区)の医療体制維持が困難になる可能性があります。</p>
		<p>定員についてのシーリングがありますが、皮膚科では産休、育休に数年間休む医師が多く(ほぼ同時期に)その分を上乗せした定員を検討いただきたい。</p>
		<p>定員以上の応募があったが、希望に沿って採用できない状況である。</p>
		<p>当科の志望者の人数が多く、当科の定員数が少なく採用が困難であったこと</p>
		<p>入局者数が厳密に規定される、とのことだが、医局の状況によっては年度毎の採用人数を増減することが必要であり、柔軟な調整ができると良い。</p>
		<p>定員数の削減が検討されているが、当科の場合は、常に定員上限を満たす形で、毎年多くの入局者をかかえ、また、本年も多数の本学出身者を含む多数が入局を希望してくれています。関連病院、関連大学も多数あり、他の大学から派遣が難しい病院も含めて、多数派遣しており、また、若手の教育も十分な環境です。実際の病院は、都内でも、区外の地域密着型の中大規模病院(例えば公立昭和病院など皮膚科の患者が多く、また、皮膚科の人員の確保が難しいといわれている病院)、さらには、都外では、栃木県、埼玉県(例えば埼玉小児医療センター)、千葉県(例えば新松戸中央総合病院)、神奈川県など、地域医療への貢献度が高いと自負しており、このあたりも考慮していただき、削減を避けていただきたい。</p>
		<p>10月中旬が締め切りであるのに人数が決まらず、当科も受ける医師も困惑している。東京集中がいけないのだとすれば、来年以降、東京都のプログラムで一律、半年は過疎地の研修をいれるようにしたほうが地域に医師が補充される。無理に地域に行かせれば専門医を取らない医師が増える可能性があり、地域に送れる医師はより減ってしまう。ただし、地域を義務づけると特に女性医師のドロップアウトが増えるかもしれない。</p>
		<p>定員シーリングの方針を出すのが遅すぎます。現場は振り回されており、31年度の新専攻医が最も困惑しています。</p>
		<p>シーリングの影響で、定員を減らされる可能性があること</p>
		<p>5%シーリングとなり定員が削減されたこと。</p>

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		平成29年度よりも定員が削減されると地域(土浦、千葉など)への派遣が困難
		定員が削減されると、関連病院へ人材が送れなくなり、都外を含めた地域医療への人材派遣や医療貢献が難しくなっていくことが予想され、これらは、新専門医制度のポリシーとは異なる方向性と考えられるため、削減は避けてもらいたい。また、定員の決定が早期になされないと内定者を正式に決定することができなくなり、できなくなった場合、本人の就職先がなくなることが懸念される。
		内定や決定の時期が不明確であったため、大学のように医局員など専従させるスタッフがいない当科では外来や手術を減らして対応しなくてはならなかった。新研修制度の影響で医局員を取れない大学は派遣切りをしており、多摩総合医療センターでは2年半、常勤の皮膚科医がいない。今年からは多摩南部地域病院も同様に皮膚科勤務医は都内でも少ない。
		診療で影響が出たことはありません。しかし、当初は内定を出してよいのか分からず、採用の可否について悩みました。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		東京都の病院を一律で扱うことはせず、三多摩地区は医療資源が十分ではない実情があり、シーリングの際に考慮してほしい。
		シーリングや5%減については、地域間格差だけではなく、施設間格差が生じないように行っていただきたい
		30年度、12名以上採用したプログラムは3名減ずるように指示があった。当プログラムは都外に連携施設が多く、医療体制の維持が困難になりうると考えている。
		タイムスケジュールが不透明なので心配しています。
		当プログラムは東京都以外の件の病院を連携病院としてかかえており、定員を削減されますと、他県の精神科医療に悪影響を及ぼします。この点は、日本精神神経学会にも陳情し、学会から専門医機構にお願いするようになっております。
		H30年度の医師アカデミー採用のシニアレジデントは5名で、内訳は新専門医制度の専攻医4名、旧専門医制度でのレジデント1名でした。人数の比率は選考が終了するまで未定なので、希望定員数を何名にすればよいか迷いました。今年も同様な状況で、最大という意味で『希望定員数』を5名としました。
		機構による審査を早めにおこなっていただけるようお願いいたします
		※学会及び機構宛て専攻医枠増のお願い発出(8/28)

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		二次募集が突然中止となったため、採用予定人数(3名)を満たすことができず、各専攻医の負担が大きくなっている。
		今後ローテートによる人事のコントロール、基幹と連携施設間での人件費の支出の配分、東京都における採用人数の制限などについて不安要素が大きい。
		プログラムの認定後に定員を削減され、内定者を採用できず、他のプログラムへの移籍を必要とした。
		東京都シーリングで二次募集期間に応募して来た人材を登録できず、人員に不足を生じた。
		入局者の制限があり、受け入れ人数が減少したことで、地方を含む地域に医師を派遣できなくなりました。
		(プログラムの定員は5だが、精神神経学会より4に減少するよう依頼があった)
		・専攻医の応募・手続き等のスケジュールが明瞭ではなく、日程の調整が容易ではなかった。・東京都においては応募後に定員の削減が決定されることであり、その点について応募者に説明し理解を得ておく必要がある。また、実際に削減となった際には、応募者に多大な負担を強いることになることが予想される。

		従来、当科は東京医師アカデミーのシニアレジデント1-2名以外にも、常勤医員、常勤的非常勤医員の身分で精神科専門医、精神保健指定医を育ててきた。自治医科大学卒の東京都の常勤医員にも専門医、指定医をめざす研修をシニアレジデントとは別枠で行ってきた。しかし、専門医機構により専攻医の人数を制限されることによって、従来行っていたことができなくなってしまった。
		東京都としての定員があったため、当研修プログラムの定員に空きがあったにも関わらず、二次募集を行う事が出来ず人員確保が困難であった。
		診療面での問題は特に出していないが、専攻医の臨床研修において進行にばらつきが生じないよう配慮が必要になった印象がある。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		派遣先との労働調整
		大都市への専攻医の集中を避けることは、研修医の隔たりをなくす上で必要な対策と思われるが、専攻医の希望にそぐわない形での抑止力になることが危惧される。
		外科専門医制度はプログラム制になっております。カリキュラム制については、専門機構との調整をお願いします。
		・全NCD数から計算される専攻医募集数は実際の将来専攻医数を大幅に上回る(それほどの外科医師が年間に誕生しない)との現実から、日本外科学会より募集人数を少し減らすよう通達があった。・専門医機構から配信される情報が極めて少なく、ホームページ上の情報も少なく情報が得られにくくなっている。
		学会と機構がお互いに気を使っているのか、細部に関する質問に明確な答えがなかなか得られない。決定権はどちらにあるのか明確にした方がよいのではないかとと思われる。
		外科学会からも専門医機構からも、一次審査の結果について連絡いただいております
		2018年医療広告ガイドラインの制定により、研修プログラムの作成において、各施設が過度なアピールや誇張、あるいは他施設との比較などで優位性を持つような表現は慎むべきとなっております。本審査においても一定の基準を設けて頂き、周知して頂けると幸いです。
		5年間のプログラムということで申請し、認定を受けている。施設側から変更希望がない場合は、申請は不要としてもらいたい。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		専攻医の募集開始時期が遅く、採用活動がなかなか進められず、人員確保が困難でした。
		院外から申し込みがなく、何とか院内から3名確保できたので、継続して診療可能である。
		専攻医を医局のやむを得ない事情などの場合においても、柔軟な形で出張させることができなくなった。
		診療については影響はありません。本専門研修制度は、専攻医が働いている施設で雇用することが原則となっております。都内の連携病院施設において、雇用の準備が整っておらず、派遣ができない事例が生じています。
		8月3日に開催された日本専門医機構「第2回理事会」にて、平成31年度専攻医採用等に向けたスケジュールに関して、当初、9月初旬より専攻医の募集をスタートする予定になっておりました。それに伴い、当院の専門習得コースの募集期間を例年より早い8月31日に設定されました。これまで7月と9月の年2回レジデント説明会を行っていましたが、2回目の開催より先に応募が締め切られることになり、やむを得ず中止しました。しかし実際には開始時期が『10月中旬の予定』に変更となり、当院の締め切りも9月29日まで延期されました。もう少し早い時期に決まっていれば2回目の説明会も開催でき、専攻医希望者数の増加につながったと思います。

		昨年度はギリギリまで募集時期が決まらず、募集活動もままならなかった。今年度は昨年度のようにならないよう、早めの9月1日より登録開始となっていたが、諸事情で10月中旬に遅くなるとの事で未だ募集時期と締切が決まっていない。当院に興味を持ってきている研修医へ、試験日や登録方法等、周知したくても曖昧な情報しか伝えられず、憤慨している。
		プログラムの認定時期が遅く、人員確保のための期間が短かった。
		当院では消化器外科の研修として東京都がん検診センターに3か月内視鏡の研修を行っていたが、手術をしていない施設なので、連携施設とはならず、貴重な内視鏡研修の機会を失ってしまっている。
		専門医制度外でのカリキュラム制の研修が行いにくくなり、レジデントの人数が減少して救急診療への対応力が低下しています。
		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。 現実的なことも含め、機構による取り決めをしていただきたい。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		過去5年の平均だと募集人数が増えることがない。
		地方に専攻医を派遣している実績を加味してほしい。
		募集開始までに定員が確定していないと、希望者の調整が難しい。
		本プログラムは、都内と都外というだと都内となる、大島の医療センターに医師を派遣しています。こちらについては、何らかの配慮がいただけるような質問にしていただけると大変ありがたく存じます。また、東京都の定員は、上限から5%の削減となったと伺いました。今後も東京都に限りそれが進められていくのかどうかについて、大変心配しております。
		当プログラムは地域枠の病院が11施設あるので定員数を今より増やしていただきたい。
		東京都のプログラムは定員数を採用実績から削減されるとの通達が来ました。一次審査で定員数を決定しておりそれに基づいて募集も行っています。募集要項にも定員数を明示しており募集してから定員削減は問題になる可能性があると思います(今後)。現在、医師の働き方改革も進めています。一定数の医師は退職していきますので採用の時点で定員を決められてしまうと退職分の医師を補う事が困難となります。人が減ったからといって一人あたりの勤務時間数を増やすことは働き方改革を進めている段階では困難であり、救急当直体制の縮小などが予想され、最終的には患者さんが不利益を被る事につながりかねないと懸念しております。地方も医師不足だとは思いますが東京都内であっても十分に医師が足りているとは思えず人材の確保は必要だと思います。
		平成31年度の研修プログラムの一次審査において本プログラムに関する問題を指摘されたことはありません。本プログラムは国立病院機構に属する地方病院への専攻医派遣と高齢化で患者数が急増している都内地域医療連携の両面に配慮した形になっています。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		プログラムで4年間のローテーションが決定してしまうので急な人事に対応できず、現場の負荷が増大している。
		同じ都内でも、以前より多くの医師が選択する大学を中心としたプログラムには、より多くの医師が選択し、今までも少なかったプログラムはより選択されなくなっています。しかし、東京都という括りで総数は増加していないため、それは表面化しません。都内でも医師の偏在化が今後も進むことを危惧しています。
		毎年のプログラム更新作業などの負担が増えた。プログラム承認や募集人数などがなかなか決まらないため、募集開始や採用試験などの時期を見切りで行わざるを得ず、専攻医希望者に具体的な予定を示すことができない。
		平成30年度は定員10名に対し5名の募集がありました。採用は年によっての波がありますので前年実績で定員数を決められてしまうと本来は多く採用できる年も採用できず、少ない年を基準にどんどん削られていくことになり、総数が減る事で地域はおろか都内の病院での人材不足が懸念されます。東京都は大学病院の数も多く、整形外科の場合18プログラムのうち14が大学病院が基幹となってます。基幹病院は東京であっても連携施設に地域の病院を多く抱えており人数が減る事で地域に派遣する医師が減るばかりでなく大学病院での勤務にも支障を来しかねないように思います。



		従来は当院で専攻医を採用できたが、新制度では連携施設をローテートするため実質上の人員減となり、今後の業務維持が困難な見通しである。機構からの公示が遅く、候補者への案内に支障をきたし、科ごとに採用活動の足並みがそろわないなど、不確定かつ不安定な状況であった。
		平成30年度は3名の採用枠に対して3名の応募があり、採用試験の結果2名の採用になりました。3次を含む救急医療と年間1200件を超える手術件数などの臨床資源の多さから、専攻医の時間外勤務が多くなり、近年の働き方改革との両立が困難を極めています。本プログラムには、人口が多い多摩地区と世田谷区を含んでおり、現在のプログラム定員数でも充足しているとは言いがたく、都内の医師の疲弊へも配慮が必要と考えています。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		当初の一次審査の締め切り期間では研修先を決めきれないと困っている研修医もいたのであまり締め切りを早くするよりは研修中に検討する時間があってもよいのかと思います。
		一施設での研修期間の上限が24カ月であるため、やや忙しい専門研修になっている。当プログラムのように採用数の少ないプログラムに関しては、医師を育てた上で、地域医療等に貢献する趣旨で、基幹施設に関して30カ月程度までの研修を認めてほしい。
		審査の期日を早く確定してほしい

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		大学病院におけるレジデント採用枠数、医員採用枠数に制限があるため、新規採用者に対して平等な初期指導が困難となっている。都外に多く連携施設を有しているため、一律に東京都の募集定員を減らされるのはプログラム運用上大きな問題がある。
		産婦人科の研修プログラムでは(帝京だけに限らず)大学院で基礎研究を行う場合には、その年数だけ専門医の取得を遅らせるようになっています。他科にはその制約がないので、産婦人科の志望者が減ってしまいます。
		業務増加ありますが、どのくらいの成果が出るのかは不明です。
		現在のところ、特になし。今後に関してですが地方研修中に産休育休を取得した場合について、実質診療した期間を半年とするのか、産休育休で実質地方研修をしない研修も実際にありなのか、決まりがあるのでしょうか？
		プログラムの認定時期が遅く、採用可能な人数の正式決定の前に、採用活動開始する必要があり、活動に支障があった。
		基幹病院外の研修が必須となり、当院の機能(主に待機医師数等)に支障が生じ、センター機能の低下となっている。
		現在のところ、各施設内で対応しております。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		定員数が減らされてしまったこと。杏林大学病院眼科は、近隣に他の大学病院やそれと同等の総合病院が複数存在するような都心部とは異なり、西東京の広域をカバーしているという特性・地域性を有します。よってカバーする救急医療圏は広く、実際の患者数、手術件数やその内容(高度な技術を要する手術件数が多い)は全国でも屈指です。よって入局者はさらに多く必要ですし、現在も志高く杏林大学眼科への入局を希望している人員も全員は受け入れられない可能性があることにとっても不安を感じています。施設の規模や指導医の数などは十分に整備・配置されており、是非入局者数を決めるにあたりこれらのことを個別に検討して頂きたいと思えます。
		一度採用した医師を後から定員削減により不採用とすることには大きな問題があると思われる。
		30年度にプログラム認定後定員削減され、内定者を採用できなくなった。(他県に移動し、プログラム変更した。)専攻医が不信感を抱く結果となった。今後本意でないにもかかわらず他県に出たこの専攻医の取り扱いをどうすべきかに関して学会・機構と問題になっている。
		30年は定員6名のところ、5名に削減であったため、1名の定員削減を余儀なくされた。31年度はさらに通告なしにまた削減されるかもしれないのでとても不安です。弁解の余地はないのでしょうか。
		専攻希望者が多数いるのに定員を削減されてしまうと対応に苦慮する。
		登録時期がはっきりせず、病院での申込が延期となった。
		一次審査の結果、定員数などが未だ発表されていない。
		定員数やCeilingが決定される時期が遅いため、何人まで受け入れられるか確定しないため、一次審査における合格・内定者を出すに当たって、非常に困惑しております。年度途中で人数を決定するのでは無く、年度の初めには受け入れ人数を確定していただき、調整は次年度に行うなど早めの対応をお願いできればと思います。
		平成30年度の研修プログラムの一次審査において元々割り当てられていた定員が後になって減らされた。本人とも密に連絡を取り内定を出していたが、後で断ることになってしまい、二次審査で他府県のプログラムに回ってしまった。
		平成30年9月時点で、定員が決定していないので、採用活動に大きな支障がある。 平成30年度定員を、突然削減を言われた経緯があり、採用人数を確定できない。

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		・プログラムの申請後に内定者を受け入れられなくなったこと。
		足利赤十字病院への派遣をとりやめることとなった。
		平成29年度よりも定員が削減されたことにより、採用者が減ってしまった。診療体制縮小をせざるを得なくなった。プログラム認定後、定員を削減されて内定者を採用できなくなった。採用された内定者に対する裏切りのような形となってしまう、専攻医が不信感を抱く結果となった。
		当科は昭和大学付属病院4施設を保有しているため、これ以上の専攻医削減は医局・病院の運営に大きな影響が出ます。
		定員の削減のため診療の人員不足が生じている。
		定員削減され、眼科志望の方が他科へと変更となった。
		2次審査で可能な募集人数より削減されたうえ、突如、さらに都市部での人数の削減を言い渡され、内定していた研修医に断る必要もでた。このような扱いを受けた研修医に人を尊重する意識が育まれるか心配に思う。病院に勤務する眼科医は不足しているにもかかわらず、30年度の措置の影響で眼科の専攻をやめたものもいた。また、地方への派遣する医師の確保が困難になってきた。
		入局内定者を決めた後で、Ceilingが決まり、2名別のプログラムにお願いする事になり、非常に困惑いたしました。今後もこのようなことが続かないように、早めの対策をお願いしたいと思っております。
		定員数の上限を厳しく設けられたことによって、今後積極的に診療形態を拡大していくことができなくなっている。もともと定員を割っていた連携施設の定員数を充足できない。今後都内の専攻医に対する教育は尻つぼみになっていくことが懸念される。
		平成30年度は、前期、後期に分かれた研修制度となって以降、初めて専攻医の採用ができませんでした。一次募集で採用決定該当者はなく、二次募集と選考の時点で、眼科専門医制度委員会より二次選考をしない旨の通知がありました。
		上記したように採用活動に支障がでた。 平成30年度定員を、突然削減を言われ、採用に影響が出た。
		プログラムの認定後に定員を削減されたため、内定者を採用できなくなった。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		東京都における研究に際してceilingが厳しくなっており、初回提出しました募集人数6人が5人に1人減らされた経緯がある。杏林大学の場合、東京都の中でも都心から最も西にある大学病院の本院である。三鷹地区300万人の医療圏を担っており、連日救急疾患から慢性疾患まで幅広く多くの患者さんが来院しており、数多くの患者さんの診療を行っていることから東京都の他のプログラムと同様のCeilingを適用されると今後診療に支障をきたす可能性が大きい。
		当専門研修プログラムの専攻医募集予定は1なのですが、これを減らされてしまうと0、つまり専攻医募集ができないこととなり、当プログラム関係者及び当プログラムでの研修を希望する新専攻医が混乱してしまう可能性があります。ご高配宜しくお願い申し上げます。
		一次審査の結果はまだ機構から届いていません。採用者を登録後の12月になってから減員するのは、専攻医にとって人権上大きな問題があります。シーリングをかけるのであれば最初の定員枠にかけるべきです。
		プログラム内の複数の連携施設が大都市圏以外にまたがっている場合には、各地域への医療貢献をしていると考え、極力専攻医数の制限を緩めて欲しい。
		連携施設の指導医が退局し、医長が専門医指導医ではなくなった場合の対処法、手続等を教えてください
		当科のプログラムは、基幹施設は東京都にあり、一方、連携施設は様々な県の地域中核病院であるので、大学病院で臨床と研究の両面について最先端の医療を学び、かつ、地域における実践的で包括的な耳鼻咽喉科診療も学べる専門研修プログラムである。長年に渡り都外へ多くの医師を派遣してきた実績があるが、今後、プログラム定員が東京都で減らされてしまうと、当科への新入医局員が減少していくことになるので、今まで都外へ派遣していた医師を派遣できなくなる事態が起きるのではないかと心配している。
		診療科の特徴として、採用希望者の多い年もあれば少ない年もあり、シーリングによる定数の制限は将来的には医師数の減少を招きます。その結果、地方への派遣は減らさざるを得ない状況となります。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		現在までの所大きな問題は生じていないが上述したように、今後募集人数のシーリングがますます厳しくなれば、問題を生じかねない。
		平成30年度は、当施設の耳鼻咽喉科は基幹プログラムではなく、複数の他基幹プログラムの連携施設であったため、都内だけでなく地方の基幹施設との連携や人的交流がより活発となりました。
		大都市圏の専攻医数制限のため希望されたプログラムで研修することが出来ず、様々な事情で地方のプログラムへの登録も困難であったため専攻医への登録を1年浪人される医師がいた。

		病院の研修医の採用が始まっているが、プログラムの認定が遅く、採用活動に支障がある。 プログラム認定後に定員の減少があると内定者を採用できなくなる可能性がある。
		専門医機構、所属学会への提出書類が急激に増加し、申請時期には診療業務に影響が出ている。それに加え、制度が開始したばかりという事情があるかと思うが、厚生労働省や東京都など、官公庁からも地域派遣の状況などについて、かなり短期間の〆切を設定して書類の提出要請がきており、医局としても対応に追われるため、診療に影響が出ている。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		指導体制も診療実績も十分であるが、東京都心部より東京西部中心の医療圏で、都市部同様に5%削減をされると現在の診療体制を維持することは不可能と思われる。
		現時点では平成30年度と同じ定員数を認められている。
		医師偏在が問題になっている昨今の状況も鑑み、専門医未取得の専攻医については、都外の連携施設を中心に研修する方針としています。平成30年9月現在、当プログラム研修中の専攻医11名のうち都外で8名が研修しています。また都内研修の3名のうち2名は専門研修1年目で基幹施設で研修しています。
		平成30年度、定員を満たす後期研修医を獲得したが、審査の段階で東京都枠の定員がすでに埋まっており、採用するに当たりフロントとなる学会の専門医制度審議会に調整を依頼せねばならなかった。
		機構の昨年のアナウンスでは、6月に1次募集開始となっていたが、機構執行部役員の改選により、9月さらには10月中旬へと遅れに遅れている。専門医機構の集計では、基本19領域のうち泌尿器科学会の専門医の東京の割合が最も低く、シーリングの必要はないと考える。
		審査で問題になることは特にありません。しかし、総枠や府県ごとのシーリングについては根拠が非常に不明瞭と感じます。
		・一次審査とはあまり関係ないが、機構の対応が色々と後手後手で専攻医受け入れ側も、専攻医志願者も双方混乱して非常に困惑した。・具体的には、①現時点においてもプログラム応募期間が明示されてない、②8月頃に入って急に都市部の定員調整を言い始める、さらには③9月30日に5都府県のプログラム責任者を集めて調整会議を開くと言いつつ、など常識的に考えても現場を混乱させ、計画性のなさ、制度設計の稚拙さが目立つと思う。
		定員2名を超える希望者数です。だが、調整して定員数の2名を内々定とした。指導体制としては3名以上可能である。
		東京都のため、専攻医採用数が決められていること。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		今回の専門医制度は関係ないが、教授の代替わりにあたり、専攻医の実績は少ないが、今年度以降の希望者は増加することが想定される。過去の実績にとらわれることなく、定員数の上限を決定して頂きたい。
		当教室のいわゆる関連病院ではあるが、専門研修プログラムの連携施設ではない施設(都外の施設も含みます)への医師派遣の選択肢が狭まったため、地域医療への貢献がしにくくなった面があります。
		募集定員を定める基準となった過去3年の入職者数が一時的に少なかったため、プログラムの必要数を満たせない状態です。したがって、他県への専攻医の派遣も難しい状態となっています。
		専攻を決める時期が来年度以降さらに前倒しになる。そのため、初期研修1年目でローテートできない診療科は初期研修医へのアピールという点で時間不足となる。泌尿器科のようなマイナー-外科系はメジャー科に比較して不利な立場となった。

		募集人員が定員に達していませんでしたが、東京都の枠の問題で定員まで採用できなかった。
		<ul style="list-style-type: none"><li>・専門研修プログラムの運用開始により、プログラムの連携施設でないと研修と認められなくなるため、いわゆる医局外との人事交流の柔軟性がなくなった。</li><li>・専門研修プログラムのプログラム修正や専門研修プログラムの制度に合わせた新人募集のために余計な仕事が増え、これに関連した超過勤務が大幅に増えた。「働き方改革」を訴える安倍首相の方針に逆行すると思う。</li><li>・採用人数に上限を設けられたことで東大が派遣している地方(静岡、埼玉、栃木など)のニーズに応えにくくなった。</li></ul>
		東京都のため、専攻医採用数が決められており、内定者を採用できなくなった。



(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		医師偏在対策のための人員制限(シーリング)が東京都に適応されている点。基幹施設が東京都にあっても派遣施設は地方(当プログラムでは茨城県、静岡県)にあり、当該地域の医療を担当している。
		本プログラムは東京都以外にも8つの連携施設を有しており、現在まで地域医療に貢献してきている。診療科(脳神経外科)の性格上、毎年専攻医の潤沢な応募があるわけではなく、本プログラムの専攻医を希望する研修医が多い年度は、可能な限り採用したい。昨年度は定員以上の採用を認めていただいた。本プログラムに属する医師数が減少した場合は地域医療への貢献度を減らさざるを得なくなる可能性もあり、今後も定員以上の採用を認めていただきたい。
		定員の規定を年度毎ではなく期間で判断することに関して(もともと少数の診療科であるため)
		定員以上の希望者がおり、学会に全員採用を強く要望している。
		本プログラムは東京・神奈川以外の県に連携施設を多く有しているのが特徴である。東京・神奈川以外の県の連携施設での診療の維持のために定員の増加を要望する
		次項にあげる問題を解決するためにも、各種想定を早めにお願したい。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		医師偏在対策のための人員制限(シーリング)が東京都に適応されている点。基幹施設が東京都にあっても派遣施設は地方(当プログラムでは茨城県、静岡県)にあり、当該地域の医療を担当している。
		上述の通り、幸い定員以上の採用を認めていただいたため、概ね新たな専門医制度の開始によって診療などに影響は出ていない。今後、専攻医採用人数の調整が定員通り厳格に入った場合、地域医療、特に医師数の少ない医療機関への派遣人員の減少、あるいは撤退を考慮せざるを得なくなる可能性がある。
		年度毎に希望者数は変動するため、定員に関する規定が非常に心配です。
		上述のように定員以上の数の希望者の場合
		・プログラムの認定時期が遅く、病院の採用試験の方が先になってしまい、配属先の決定が遅くなってしまった。・指導医認定時期も同様に遅いため、連携施設への昇格予定者が昇格できなかった。
		診療に直接影響が出たわけではないが、脳神経外科も東京都に関しては定員を設定されているため思い通りの専攻医の採用を行えない。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		プログラムの内容が複雑であり、連携施設への施設概要などの作成が難しかった。(理解してもらうのに時間を要する)
		募集定員等について何ら連絡も無く、教室説明会や入局試験日の決定に支障を来した。昨年度募集プログラムを提出したにも関わらず直ぐに更新することを求められた。特に変更のない場合は5年程度同一プログラムでの募集を認めて欲しい。
		東京都内での人数制限(前年度-5%)が更に厳しくなった。東京都から地域に多くの医師を派遣しているプログラムと東京都内にしか派遣していないプログラムを分けて欲しい。(前者が人数制限されると結局地方の医師が増えないことが予想される)
		当科専門医制度はプログラム制になっております。カリキュラム制については、専門機構との調整をお願いします。
		当初4名で申請していたが、我々のプログラム参加希望者が一時的に増えたとき、断らざるを得ないのは心苦しい。
		平成30年度のプログラムに対して、当初定員(6名)よりも多い希望者(8名)がいたことから、学会と相談のうえ、平成31年度プログラムでは定員を1名増員して7名で申請させていただきました。
		定員数について指導体制も実績もあるにも拘らず、1名とするように指導されました。大学病院などについてはこのような削減指導はなかったようなので不公平に感じています。
		一般に、応募者数は年ごとにかなり変動します。小人数の定員の研修プログラムでは多く応募者がいた時に人員を確保しないと、応募者のない年もあるため、平均値として必要人員を確保できません。都市部での専攻医数抑制を定員数の設定段階で行うのではなく、各プログラムへの応募状況が判明してから協議して行うべきではないでしょうか。小プログラムの定員数にはゆとりを持たせていただけないでしょうか。
		定員数は削減しないようにお願いしたい。
		平成30年度は0名でしたので、診療の人で不足は否めません。

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		煩雑な事務作業が著しく増加した。
		プログラムで採用できる人数制限かつ東京都での人数制限のため、十分な医師の確保ができない可能性がでてしまった。これにより地域に十分な数の医師を派遣できなくなってしまう可能性があった。
		決定が早くなり、放射線科の希望者が減った印象である。実際に、2次募集で希望科を変更したいという申し出があったが、すでに一度決まった科からの許可が得られず移れなかった。
		プログラムの認定後に定員削減の話し合いがあり、内定者採用困難となった。
		現時点においては、診療については大きな影響はありません。
		プログラム認定時期が遅く希望者の中で採用者を選定するのに十分な時間が無かった。プログラム施行により、人事が複雑になるとともに制約が生じるため、分院や連携(関連)先への診療に対応できる人員配置が適切に行えるか、多少の困難さを感じています。
		定員数一名のプログラムに不安を持たれたのか、あるいは新制度初年でもあり、寄らば大樹というような風潮のためか大学病院志向が強く、平成30年度には応募者がなく人員不足になってしまいました。
		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。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		当院で問題になったわけではないが、地方の県から奨学金をもらっている研修医が当院での専門研修を希望したため、内諾を出した。県との相談で、専門医取得後にその県内の病院に勤務することを県の担当者と約束した。この県は数年間の専門研修を東京で受けることを許可してくれたが、もし、専門研修の最初から奨学金が出ている県内での専門研修を義務とすると、問題が起きるかもしれない。また、研修医が奨学金をもらっていることや地域枠であることを隠して応募するということが起きるかもしれない。将来的に、地方との連携を行って、専門医取得後に地方へ貢献する、という規約のもと、東京で初期の専門研修を受けることを容認していただき、その分の東京枠を確保していただきたい。研修医は都内の指導体制の整った病院で専門研修を受けられ、地方はきちんとした専門研修をうけた専門医を受け入れられる、双方にとって好都合ではないかと考える。
		一次審査では研修指導医数と症例数から導き出された定員受入数18名のところ、定員として認められたのは7名でした。
		東京以外の地方の病院を連携施設に加えるように指導を受けた。地域医療研修は第3-4学年に行われるため、その時期医近くにならないと実際の派遣先は決定できず、後から連携施設を追加することとなる。
		提出書類等について、学会から連絡をいただいてから提出期限までの期間が極端に短いことが多々あり、大変な思いをしている。もう少し余裕をもって御連絡いただきたいし、方針等も決定から周知するまでの時間に余裕が欲しいと思います。
		記載上の問題以外には、特に問題となった事項はなかった。
		定員を減らされてしまったわけですが、これは入局者数の減少に直結するため、近い将来、関連病院の維持に影響が出ないか不安ではあります。
		プログラムの一次審査後に、定員削減(11名から9名)となったことで、混乱をきたしている。
		東京の定数のシーリングが8月になって発表されたことで当初の定数から減員された。機構は日和見で発表するのではなくしっかりと中期の見通しを立ててほしい。
		当プログラムでは、研修の質を重視して、症例数や指導者数から算定される定員数よりも少なく定員数を申請したにもかかわらず、5%ルールのためにそれよりもさらに減らされてしまった。診療への影響は避けられないと考えている。また、この時期での定員数や一次締め切り期日の変更は現場を非常に混乱させている。
		本年度や前年度の募集開始の時期の変更は、有用なプログラム制度作成のため必要であったと思いますが、専攻医や研修施設において、規定枠内に収める採用交渉を難しくし、非常に大きな混乱を生じさせています。今後は決定した期日は遵守していただくと制度の有用な運用につながると思います。
		麻酔科医は不足しているにもかかわらず、東京でシーリングをかけられると、更に不足を助長します。東京の手術は症例的に多く、麻酔科の特殊性として全科の手術に関わるので、シーリングはなくしてほしいと思います。
		8月29日に定員を14名から11名へと減らすとの連絡が日本麻酔科学会よりありました。新専門医制度はまだ混乱が続いているようですが、早めに連絡を頂けると幸いです。

		東京都の定員数を5%削減する方針は、科学的検証から提示されておらず、説得力に欠ける。
		20名の希望定員数で申請したところ、本年6月に、定員15名との連絡を受けました。8月初旬には15名を超える研修希望者があり、採用に関する問い合わせに対応してきました。しかし、8月中旬になって15名から12名への定員削減の連絡があり、研修希望者に混乱・不安をもたらし、心配をかけることになりました。学会や機構からの募集定員・登録予定日の決定・連絡・変更は、急であると思います。今後は計画通りの専攻医募集を実施していただきたいです。
		審査書類を提出した後の制度変更は、制度に対する信頼を損ねる。

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		当科では内定を出しておりませんが、他のプログラムでは内定・内々定を出しているところがあるという噂があり不公平感があります。また、今年度は研修医の登録開始時期が直前になって1か月以上先延ばしになり、勧誘・採用に影響が出ました。
		新しい制度になって大学病院の中で以前と比べて大量に採用者を増やした大学がみられる。そういった病院では、人的余裕からさらに労働環境を整えやすい条件となっていると感じる。そして都内でも一般病院へはその余波が及んでいる。もともと4年間の固定プログラムは大学病院に有利な制度と考えます。
		専門研修を開始したものの、その施設と相性等があわず研修を継続できない専攻生が他施設で出ており、研修先を当院に変えたいとの希望を受けた例がある。都市部の病院間での研修先の移籍は認められないとの専門医機構からの通達があるが、専攻生本人の健康を害する結果となっており放置しておけない問題である。
		特にございませぬ。8月から9月には採用試験が行えるようご配慮いただければ幸いです。
		診療ではありませんが、専門研修の間に大学院に入学したり、大学院生として研究に割ける時間が減ったりということで、若手が大学院入学を選択することが難しくなっていました。
		地方と東京との人材争奪など不必要に煽るメディアが多く、専攻医の気持ちが振り回された。
		プログラム外施設での研修の融通が利かなくなり、都内他施設への人材の派遣が硬直化したと思われる。
		麻酔領域では、早期に専門医制度対応を始めていましたので診療における混乱などはありませんでした。
		影響を最小限度に留めるようシステムを構築しておりますが、締切の近い書類作成業務の多いことは診療を圧迫しております。
		病院運営の立場から、この制度で雇用を保証することには限界がある。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		当院は地域医療に根差した市中病院としてのプログラムを提供するもので、遠隔病理診断においてへき地医療の研鑽も積むことが出来るが、審査において大学院を含めた学術的な部分や実際に遠隔地域の病院での研修を強く求められた。この部分をあまりに強調されてしまうと、市中病院に尽力出来る良質な外科病理医の育成を妨げることになるかもしれないので、市中病院プログラムが存在する意義をよく考えていただきたい。
		大学のプログラムでは関連病院に出すという昔ながらの方法で連携施設での研修を行えるが、大学以外の一般病院での病理研修プログラムでは、現在のような病院経営が難しい状況のなかで、非専門医である専攻医に給料を払って研修を受け入れてくれる連携施設はほとんどないのが現状である。大学以外で病院病理医を目指す専攻医には非常に不利な制度である。大学のプログラムはすべて連携施設での研修は都外とし、大学以外の病院のプログラムは都内での研修とするべきである。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		非常に助かっている。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	医療機関名	理由
		平成31年度研修希望のパイロットの方について、臨床検査医学会の専修医制度責任者の自治医科大学山田教授にも確認し、慈恵医大での研修について許可をいただきました。ただし、大学附属病院との協議において、大学附属病院勤務にはならないので、研修プログラムを終えて専門医にはなれるが、後期研修を修了したしたことにはならないことを確認し、希望者には伝えてあります。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	医療機関名	理由
		専修医研修に参加したのは、臨床検査医学講座・附属病院中央検査部の講師1名、助教1名ですが、特に大学の教育や病院での診療には影響はでていません。専門医研修を通じて、教育や診療内容には良い効果がでていと思います。



(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		当プログラムでは、都内だけでなく、特に地方の救急医が不足していると考えられる地域にある病院と連携し、積極的に派遣を行うことで地域の医師不足解消に貢献していると考えております。プログラムで採用できる人数に制限を設けられるとその分医師が不足している地域に研修医を派遣することが困難となります。
		希望する定員を大幅に減らされたこと
		次年度の採用スケジュールが直前に変更となる状況に困惑している。31年度採用者の決定スケジュール/制度設計は、少なくとも前年度の4月(30年4月)の時点で明確にしておいてほしかった。もし年度途中で採用スケジュール含めた制度変更が必要となったのであれば、既に次年度採用者リクルートは始まっていることを勘案し、次々年度採用者(32年度)から適応とすべきである。研修先を決める2年目研修医の目線で制度運用を考えてほしい。
		当院では平成30年9月1日より後期研修医(専攻医)の募集受け付けを開始しているが、現時点(9月4日)で受入れ上限数が定まっておらず、入局希望者へ入局可否の連絡ができない状況。
		東京都の定員数を5%削減する方針は、科学的検証から提示されておらず、説得力に欠ける。
		機構がどこまで制御をするのかが、まったくわからない。 機構の提示する研修プログラム作成の基準に対して、学会毎に解釈の違いが存在する。 今年も募集時期がずれるという事態が発生している。

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		いわゆる”ダブルボード”取得への道筋が定まっておらず、採用活動に影響があった。
		公立昭和病院救急科のマンパワー不足は以前から深刻であった。平成30年度わが専門研修プログラムに3人の専攻医が採用された。しかし、当然のことだが、わがプログラムの専攻医がすべての期間公立昭和病院にいるわけではないので、公立昭和病院救急科のマンパワー不足は全く解消されていない印象である。
		プログラムの自由度がなくなってしまったこと。サブスペシャリティ研修やダブルボード希望者、学位取得希望者への対応が明確になっていないために資格取得に今まで以上に時間がかかること。救急への医師の派遣などが他科のプログラムに入っていない場合には出向や派遣が困難となり、救急部門の医師不足に影響している。
		現時点で診療等に影響は出ていない。 本年度採用者が地域へ一定期間派遣される際には院内マンパワー減は確実であり憂慮している。 (本制度運用開始に伴い、派遣分の採用数増があったわけではないので、都内一般病院にとって、医師派遣時のマンパワーは純減となります)
		救急科専門医は、他の専門医を持っている医師がダブルポートとして更に取得するケースが多くありました。新専門医制度によって、他の専門医を維持しながら、救急科専門医プログラムで研修することが困難になりました。
		救急科専門医プログラム中は他の領域の研修を行いにくく、研修内容の自由度が大きく低下した
		今のところは発生していないが、たかだか1年で不具合が出るようでは先が思いやられる。
		プログラム認定時期や応募期間が短く、採用活動ができなかった。募集期間終了後の採用希望者の採用ができなかった。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		定員数の設定については改善の余地があると思います。東京都全体の人数が決まっていたり過去の採用数の平均を上回れないなど、とにかく定員を減らす方法に向かい過ぎていると思います。以前より採用者数には年度による偏りがあり、多い年度もあれば少ない年度もあります。実績も指導体制も整っているのに希望者を採用できない状態には疑問を感じます。採用人数は診療科の活力であり未来です。これをいたずらに削減するような方向性は決して良いとは思えません。
		研修プログラムの募集を行っているが東京都のシーリングによる定員数の削減が懸念される。
		特に現場の研修医の不安は非常に大きい。
		最近、女性医師の中で産休や育児休暇に入りその後退職する方が増加しています。今後プログラムに登録し、専攻医としてプログラムを全うせずに中途退職者が出た場合、プログラムとしての欠員が生じます。この場合、アメリカのように翌年、あるいはどこかの時点で専攻医の追加募集や追加登録は可能でしょうか。

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		プログラムの認定時期が遅く採用者の人数が決まるのが遅れたため人事の調整に支障が出た。
		院内では後期研修医として2名確保の枠があるが、専門医制度によって定員が制限され、これを有効活用できなくなってしまった。また短期、長期的な人事の流動性が著しく低下し、多様性のある人事が困難になってしまいました。
		新たな制度が開始されてまだ半年間ですので、具体的に診療に影響が出ていることはないです。しかし今後の動向は心配しています。プログラムの認定時期が遅いことで採用活動に支障が出ています。採用者の決定が遅いので来年度の診療科全体の人事構想も遅れがちとなります。その結果、他施設に研修に行きたいのにその募集期間に間に合わない(願書を出せるかどうかの決定が期限までにできない)などの弊害は起こっています。
		プログラムの認定が遅かったため、採用活動が遅くなった
		希望する定員から削減された。 プログラムの認定が遅れ、様々な情報が錯綜する中で採用活動がほとんど行えなかった。
		プログラムの認定時期が定まらず、採用活動がなかなかできず、人員確保が困難だった。
		本基幹プログラムの定員が少ない。東京都にある基幹病院全体の定員の合計も少ない。これでは、当病院の医師を地方の病院に派遣することができないので、東京都・東京の病院のプログラムの定員を絞るのは、本末転倒である。
		専門医制度の開始により採用定員が規定され、希望者を断る状況となった。

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		この時期になって採用枠が定まらず、人数調整の方法も不透明であるのは採用側にとって大変な負担。
		リハビリテーション科は、ニーズに比して医師数が大きく不足しており、平成30年度も全国で70人程度と専修医数が非常に少ない状況です。その中で、平成30年度は都市部のシーリングにより当プログラムから不合格者を出すという残念な状況となってしまいました。地方のプログラムが少ないリハビリテーション科では、当科のような都市部のプログラムで学び、地域に戻る方も多いこと、リハビリテーション科を人数制限規定から除外していただくことを学会から働きかけていただけるよう、お願いしておりました。
		リハビリ医はもっとも需要が多いのに専門医が少ないのに人数制限をする問題がある。考えられない。リハ病院とうたっているのに専門医がいない病院がある。
		特定の大病院に集中していること

(2)制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		プログラム管理にかかわる労力が著しく増大した。
		(1)のようにライフイベントや留学には柔軟に対応しておりますが、現状のような厳しい定員制限が続きますと、対応が困難になってくるのが危惧されます。また、当プログラムを希望されて見学や説明会にこられる後期研修医の方を拝見していると、定員があり自分が望んだプログラムに入れられないかもしれないという不安は強いと感じます。
		制限があるので多くの希望があったが、断らざるを得なかった。リハ講座が少ないので、教育機関として青森京都などに専門医を派遣している。足りない。
		東京都単独(都市部全体でなく)のシーリングという方針が急遽決まり、東京都内で調整の必要性など不安を生じた。
		レジデントがなくなりました

(1)平成31年度の一次審査における問題や、実施方法に関する意見

番号	基幹施設名	意見
		・医療資源の乏しい地域、へき地が明確でなく連携施設の選定に悩んだ。 ・育児等で勤務地が限定される医師もプログラム制で研修できるようにしていただきたい。
		僻地の定義について昨年度との変更など混乱した。
		告示が遅く、プログラム提出までの時間が短い。
		機構から推奨された医療機関を協力機関に組み込んで、定員を増やすように言われた。さらに3年間のプログラムを4年間に修正するように言われた。
		採用定員が少ないため、今後の指導医育成などに不安がある
		機構の発表は常に決定事項が5日ほど経ってホームページに掲載される。また、大切な決定事項は、機構ではなく、メディカルトリビューなどの取材記事で広まるのはおかしい。指導医講習会の数が少なすぎる。
		総合診療専門医領域のすべての日程の遅れ、および1年以上のへき地等での研修の追加条件等により、期待される応募者数を大きく下回ったと思われる。
		いまだに人数枠の決定がないので、次年度に向けたアナウンスができません。
		結婚、出産、家庭の都合で都心中心のローテーションを希望するものに対し、都市型総合診療研修するプログラムも考慮していたが、機構よりの指導によりへき地・医療資源の乏しい地域での1年の研修が義務化となったため、そのプログラムは行えないことになった。都心への集中を防ぎ医療資源の乏しい地域へ専修医をまわすことは必要であると考えますが、総合診療プログラムのみにそのような縛りがあることは納得できない。また、このような縛りは女性医師が総合診療専門医志望から遠ざける原因にもなると思われる。
		機構の事務局機能は全くなっていない。改善を求めたい。
		総合診療専門医はプログラム作成に様々な制約があるため、今年度は適切な連携先を確保するための時間的余裕がなかった。来年度のプログラムでは万全の体制を整えている。
		現在のところ、特に問題となっていることはありません。 当プログラムは全研修を東京都内で行うこととなっていますが、へき地医療機関での研修が中心です。東京都とは言っても多数のへき地医療機関があることを専門医機構や関連機関の皆様にはぜひご理解いただきたいと思います。
		とにかく決定・通知が遅く、プログラム改訂の日数も短い。一方で「医療資源の乏しい地域」の定義が未だに定まっていない等、プログラム作成・改訂において十分な対応が出来ない状況での作成となってしまった。
		総合診療専門医プログラムについて、昨年、医療評価機構への質問に対する回答のメール送信時刻が深夜であったり現場スタッフの御苦労は理解していますが、返事は遅く人的な補充など必要だと思いました。また認定に関する助言があった医療機関とそうでない医療機関があり、認定の公平性について疑義がありました。今年、プログラム整備基準を満たしながらも認定されないプログラムがあるのか、ある場合は整備基準以外にどのような付加的な基準で決定されるのか、専攻医登録開始を1か月半遅らせたものの短期間でのプログラム認定に公平性が担保されるのか、昨年専攻医登録の実績のないプログラムは認定に不利になるのかどうか、など疑義は払拭されていません。

		変更等あればすみやかに通知して頂きたい。 関係各所への調整には時間を要します。
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導医資格の要件を満たすものがいても、指導医の講習会が実施されていないため、指導医を増やすことができない。</li> <li>・認定時期が不明で、定員の指示もないため、募集人数を確定させることができない。</li> </ul>
		日本専門医機構の考えも十分に妥当性のある内容であり、それに従っております。あえて言うならば、今後、東京の区部や市部においても、高齢化の著しい増加、独居老人の増加、ソーシャルキャピタルの低さ、在宅医療ができる医師の不足、包括的医療ができる医師の伸び悩みなど、東京都医療の抱える問題も山積していると思われ、東京都内に総合診療医がさらに必要になることも考慮は必要と思われれます。
		地域医療研修先として、へき地の定義や義務期間が変動することで困惑しました。
		プログラム申請の募集開始から締切りまでの期間が極めて短いことに加え、募集開始時期が遅く、事実上採用活動ができないのは大問題です。また、総合診療の領域においてのみ「僻地1年」を課しているのは根本的な問題だと考えています。この規定がある限り、上記アンケート項目にもあるように、家庭を持ち、育児・介護等との両立が求められる医師は、遠方への赴任が困難で、総合診療の道を選択できません。僻地への医師派遣の重要性は理解できますが、そのことを本当に考えているのなら、圧倒的に専攻医が多いメジャー科にこそ協力を求めるべきです。
		去年の申請は認められなかった。機構にどの部分がだめなのか問い合わせたが、「後日回答する」と言われたが連絡がない。
		まだ1次審査の結果が出ていませんが、昨年は僻地を1年以上組み込まなかったとの理由でプログラム認定がされなかったため、本年は僻地で研修を1年以上確保しました。公正な審査をお願いしたいです。
		平成31年度のプログラム審査結果はまだ通知が来ていないので意見の言いようがありません。ですので、提出に至るまでのことで意見を言わせて頂きますと、まず初めにPG募集開始の告知から受付、締切までの期間設定が異常です。それまでほとんど情報提供がないまま期間だけが過ぎていたのに、8月16日の夜に募集開始の告知があり、翌日から受付開始、締切まで2週間しか無いなかでの作業はかなりのストレスでした。昨年の機構の対応からすればある程度の乱暴な進め方は想定しておりましたが、予想を上回る乱暴さに機構のガバナンスを疑いたくなってしまいます。また、昨年までは努力義務であったへき地・離島が必須条件になってしまった理由、なぜ総合診療領域だけがそういった制約が課せられるのかもまったく不明です。遡れば、昨年提出したPGの落ちた理由も「要件を満たしていない」の一言だけで、具体的にどの部分が不十分だったのかもまったく分かりません。この点を機構に問い合わせても明確な返事はなく、今回、PGを新規申請しようにもどこを改善すればよいのかも分からない状態です。そもそも総合診療専門医は新専門医制度の目玉として始まったはずですが、特定の理事の言動で振り回され、今後の見通しもよく分からない状況では専攻医が総合診療を敬遠するのは目に見えております。
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・提出書類が公開されてから締め切りまで2週間と、申請準備期間があまりに短すぎる。連携施設間での調整や書類記載確認作業が必要となるため、最低4週間程度の準備期間は必要ではないか。</li> <li>・書類記載内容には重複点が多く効率的ではないため、改善が必要。改善することで、医療機関の事務負担が軽減できる。</li> </ul>

(2) 制度開始によってその後の診療等で影響が出たことなど

番号	基幹施設名	意見
		総合診療のみへき地研修が義務化されており、本来希望者が多い女性医師に敬遠されています。
		今年度は専攻医を採用しませんでした。プログラムでは他科、他院にお願いする期間が長く、自科で育てる期間が少ないのが残念に思います。
		大学病院の総合診療専門研修プログラムに入る専攻医が少なくなった。平成30年度のプログラムでは地域医療は大島医療センターであり、東京都ではあるが離島医療研修である。専攻医が不足すると離島医療への貢献に影響が出る恐れがある。
		現状では影響はなし。ただ救急をまわるシニアがこれまで来ていた駒込病院からシニアが来なくなり今後影響が出る。
		当院プログラムへの専攻医応募登録はなく、将来の当院総合診療を担うべき人材確保が得られなかった。
		人員が確保できず困っている
		東京都のプログラムについては僻地などでの研修が1年間義務付けられています。当初は、在宅診療での研修で考えていた1年間の僻地研修に当ることになりました。東京都においては独居の高齢者も多く、在宅診療の研修は欠かせないと考えていたのですが、僻地の縛りのために理想的なプログラムが組めません。また僻地研修を忌避して専攻医が集まらないのが実情かと思えます。
		総合診療科のプログラムの概要が決まらない、またその後へき地勤務1年のしびりが出たため、本年度に関しては専攻医の応募が0となり、科としての診療体制を構築するのに支障をきたした。
		本来育成する専門医の質を改善することが目的であるのに、東京都を始めとする大都市圏の専攻医数を制限することが目的化しているため、様々な制約が加わり、結果としてこれまで毎年継続的に採用していた専攻医を今年度は確保することができず、結果として診療に支障をきたしている。来年度のプログラムでは、JCHOの基幹病院として総合診療医の育成拠点となるべく、医療資源の乏しい地域への派遣体制を強化し、専攻医を確保したいと考えている。
		当院は日本プライマリケア学会の家庭医療専門医プログラムの基幹病院でもあります。新専門医制度の開始によって総合診療専門医が目されることとなり、当院のプログラムへの問い合わせが増えています。
		プログラム認定が遅く、専攻医確保が進まなかったため、本来であれば2年目以降の専攻医がローテートする予定の地域施設において、来年度以降診療体制が埋められない可能性がある。
		現在は顕著な影響はみえてません。昨年度は専攻医はありませんでした。総合診療専門研修プログラムでは僻地での1年を必須としたため、後期研修中に結婚、出産、育児、介護等の可能性がありえる専攻医は、勤務地の移動の困難さから応募しなくなると思われ。総合内科専門医プログラムの専攻医が多数を占めた結果でしたが、多数の病態をもつ高齢者が都心部で今後増加するなかでは、都心部でも総合診療医がより多く求められると考えています。また医学部受験の性差別問題で6年後女性医師比率が増すなかでは、医師数を増すことと総合診療医を増やすことなしに都心部の医療需要に応えられなくなると予想しています。

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・僻地の必修化が、都市部の総合診療プログラムに登録するDrに抑制的に働いている。</li> <li>・今後2025年問題、2050年問題と、高齢者が著明に増加する東京で、高齢者を包括的に管理する最も重要な資源である総合診療医を「僻地の必修化によってプログラム履修中に転居がほぼ必須となる」「東京の定数を減らす」などの対応によって明らかに抑制している。10-20年先を考えたとき、良策と思えない。</li> </ul>
		平成30年度の新制度においては、審査落ちしてしまい、旧制度の修練医が動揺しました。
		超高齢化が進む都心部の地域医療、地域包括ケアのハブ機能を担う中小病院において、総合診療専門研修のプログラムを持ち、後継者育成ができるかどうかは死活問題です。総合診療専門医を本気で養成したいと考えている病院が基幹施設になれる状況を作らなければ、今後、大きな影響が出てくると考えます。
		プログラム認定が行われず、当院での後期研修を希望していた専攻医1名を採用できなかった。専攻医は病棟、外来、訪問診療、当直等を担っており、将来の常勤医師として期待される人材である。採用が出来ないことは病院にとって死活問題である。
		これまで定期的に後期研修医の受け入れ実績があった訳ではないため実質的・具体的な影響はありませんが、PGが審査を通らなかったため後継者を獲得する道そのものを失いました。この点は、現在地域医療に携わっている現場の医師のモチベーション低下につながりました。
		一次審査で通過できなかったため専攻医を採用できず、診療・研修体制に影響が生じた。