

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
1			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(3年前と比べて約20%減少)。また、内科の専攻医募集の開始がいつも遅れることも内科離れをまねている。昨年度は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、このまま内科医が減ると、将来、都市部の高齢者の救急医療に大きな影響を及ぼすと考えられる。内科に関しては、都市部の専攻医数の制限はやめるべきと思う。
2			都内であっても医療が充足している地域とそうでない地域がある。北多摩西部医療圏は全国平均と比べても10万人あたりの病床数はかなり少なく、総合診療医のニーズは高い。研修機会にも非常に恵まれている。一律に都内であるから育成数を制限するのはいかなるものか？ 日本PC連合学会家庭医プログラムからの研修実績もあり、現在実際に動いているプログラムである点は評価し、枠の制限をしないでほしい。
3			<ul style="list-style-type: none"> ・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が確実であり心配している。(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る) ・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になっているが、都内の連携施設において、雇用の準備が整っていないため基幹病院からの派遣ができない事例が生じている。 ・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る。 ・プログラムによっては、他科/他院に依頼する期間が長く、自科で育てる期間が少ないものがあり、残念に思う。
4			<p>●【整形外科・形成外科・皮膚科・小児科・産婦人科】</p> <p>従来、医師アカデミーにおいて各コースを設け専攻医の受け入れを行っていましたが、新専門医においては指導医数等の不足により基幹になれず、基幹の大学や、都立と連携を結びましたが、専攻医の希望重視となるため、当院へ研修に来る専攻医は30年度は0名、来ても短い期間(3~6カ月)となるため、人員不足となり当直体制や診療に支障がでている。</p> <p>●基幹施設(都立以外)より派遣される人数や期間が医局人事の関係上、決定が遅く、非常勤枠の予算が確保および調整が難しい状況となっている。</p>
5			内科後期研修医が減少している。
6			当院は内科、総合診療、病理以外は基幹型となれず、連携施設となっているが、自院の初期研修医が応募の際に採用の確約ができないと基幹型施設に言われたことがあった。マッチング制度ではないので、柔軟に対応していただかないと、地域医療の最前線の病院から専攻医がいなくなる懸念がある。
7			3年目の医師の大学病院志向が高まり、大学のプログラムに所属する専攻医が増えた印象。 市中病院のプログラムを希望する人が減り、3~5年目医師の確保が難しくなっている。

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
8			<p>当方に直接影響はありませんでした。</p> <p>制度に対する意見としては、地域間格差を是正する方向性には賛同いたしますが、30年度では、東京都において1次募集でシーリングがかけられたために、1次募集は様子を伺い、2次募集で応募しようとした研修医は門戸を閉ざされてしまいました。また、研修施設側も、1次募集で欠員が多くて2次募集以後に勝負を賭けていたところは、非常に困った状況だったと聞こえてきています。すなわち、都内でも施設間格差があったということです。ある程度競争原理が働くのはやむを得ませんが、公平性を保ちつつ、格差がなくなることを願います。</p>
9			<ol style="list-style-type: none"> 1. 基幹施設となれなかったために、本院との合同プログラムとなったが、分院を希望してくる(=本院での研修は強く希望しない)入局希望の研修医への対応が難しくなった。 2. 制度が定着していないためと思われるが、この制度が何を目標にしているのかが見えにくくなっており、指導医と初期研修医、後期研修医が振り回されている状況があると考える。制度の理念やその設計を含めて今一度検討し直すべきではないか。 3. 都市部にシーリングを設けるのはやめるべきである。 4. 地域医療に関しては、研修医制度とは別の次元の問題のように思え(研修医がいきなり地域医療の担い手にはなれない、研修後にそのまま残るとも限らない)、居住地域と病院の集約化や機能分担などが先決かと考える。
10			<p>最近数年、内科志望レジデント数が減少しており、新たな専門医制度により内科志望医師数の更なる減少も懸念されます。従来は内科レジデントが一部を担当していた内科系初診外来では人員不足に陥っており、慢性的に時間外業務が生じております。</p>
11			<p>当院は大学の附属研究所に設置された病院であるが大学の連携施設にはなっておらず、10数箇所の市中病院の連携施設となっている。本年は、これら基幹施設にほとんど研修希望者が集まらず、当院にローテーションする予定も全くない。通常、連携施設へのローテーションは2年目以降になるため、当院は今年度だけでは無く来年度も専門研修医が全く確保できない状況であり、診療の負担が上級医に及んでいる。</p>

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
12			<p>○ 当院では2006年度からプライマリ・ケア学会の家庭医後期研修プログラム「東京FM」と「女性医師復帰支援プログラムカトレア」を運営しており、毎年1-2名(最大3名)の専攻医を受け入れていた。2017年度の専門医機構の総合診療専門医後期研修プログラムにも「東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラム」として申請をしたが「僻地の研修が1年間入っていない」(被災地や医療資源の乏しい地域での研修は1年間入っていた)との理由で認定されなかった。当院での後期研修を希望している初期研修医が1名いたが、当院のプログラムが不採用となったため当院のプログラムに入ることを断念。当院が連携施設(総合診療Ⅱ、緩和ケア)となっている「CFMD家庭医療/総合診療レジデンス・東京」のプログラムは認定されたためそちらへ専攻医として入ることを決めた。</p> <p>○ 当院のプログラムの専攻医はこれまで一般急性期病棟での患者の受け持ち、外来診療、訪問診療、救急当番、当直等を担っていた。診療所でも外来、訪問診療、地域住民に対する健康教育など地域医療を担う中心的な存在であった。プログラムが不採用となったことで、これらを担う医師の確保が難しくなった。外来や当直はパート医に頼らざるを得なくなり、医療の質や患者満足度が低下しているばかりでなく、病院の経営にも多大な影響を与えている。また、当院で働いている常勤医師の大多数が当院で後期研修を行った後に当院で継続して働いている医師である。後期研修プログラムが不採用となり専攻医が来ないという事態は将来の病院の医療の担い手がいなくなるということであり、病院の存続にかかわる危機的な状況である。</p> <p>制度について:大都市圏においても要介護高齢者は爆発的に増加しており、専門医に複数かかることでpolypharmacyや連携不足による弊害が大きくなっている。患者を背景も含め包括的に診ることの出来る総合診療医は大都市においても必要であり、地域医療を担ってきた当院のような中小病院が不利益を被ることのないよう、公正な制度運営をお願いしたい。認定や会議の過程をきちんと公開して説明性、透明性を確保して欲しい。</p>
13			<p>(1) 東京都内でも内科医は減っているように感じられ、常勤・非常勤ともに採用に苦労しています。専門医制度と関係がある(他科と比べて内科専門医のハードルが高く敬遠された)かどうかは、よくわかりません。</p> <p>(2) 専門医教育をプログラム制で行うことにこだわったため、いろいろなところにひずみを生じたと感じています。例えば従来の内科専門医制度では、カリキュラム制で専門医を育成していたわけですが、それが専門医の質の低下を招いた原因なのでしょうか。プログラム制を採用したのは、教育の専門家の意見、外国の実情を反映させた結果だと思いますが、はたしてそれが日本の実情にあった選択であったのか、非常に疑問です。現在の日本の医療体制を大きく崩さないようにするためには、従来のようにカリキュラム制でも専門医を育成できるシステムにする必要があると思います。</p>
14			<p>専門医制度開始に伴い、初期臨床研修を修了し後期研修へ移行する際、専門研修プログラムを多く有している大学病院に専攻医が集中してしまい、分院や市中病院への入職希望者が減っている。また初期臨床研修医の入職希望者についても、専門研修を視野に入れた臨床研修病院を選択している傾向が強く、こちらもまた専門研修プログラムを多く有している大学病院に集中している傾向が強く見られる。専門研修プログラム(病院)に初期のみならず後期まで身柄を縛られてしまうと、専門研修プログラムを多く有していない分院や市中病院では、今後の医師(後期)確保(不足)が深刻な問題となりうる。</p>
15			<p>新たな専門医制度開始により、今までとは異なり、後期研修医の人員配置に偏りが生じる可能性があり、今後の状況を心配している。</p>
16			<p>他科から転科希望での就職の問い合わせも時にあるが、連携施設でないため、話が進まないことがある。新専門医制度では専攻医が体調を崩したり、出産育児が重なる場合の対応が困難となるのではと危惧する。</p>

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
17			専攻医の給料が、基本的にはそれぞれの研修施設が給料を支払うことになっているが、病院によっては難しいところもあるようなので、基本的ではなく、日本専門医機構で決めてほしい。
18			地方の医療体制を考慮することは理解できるのですが、診療科によっては、医師確保が困難になる傾向を助長してしまうのではないかと危惧しています。たとえば、東京の民間病院で専門研修ができないのであれば、〇〇科の医師になることを諦めるといった事例。当院は整形外科と産婦人科では長年専攻医を育成していましたが、新専門医制度では基幹施設にはなれませんでした。
19			<p>○これまで当院はナショナルセンターとして、全国から脳神経内科専門医を目指す医師を、例年5名程度受け入れてきた。新たな専門医制度により、ナショナルセンターは基幹病院になることができず、専門医制度の枠内では直接専攻医を募集することができない。全国から希望があっても、地域性の縛りから受け入れることができない。都内の複数の医療機関の連携施設にはなっているが、基幹施設からの派遣も現時点では未定である。当院での研修を強く希望する若手医師もいたが、まず連携先の基幹病院のプログラムに応募していただくを得なかった。脳神経内科領域として全国随一の規模を誇り、診断困難例・治療難渋例を数多く受け入れることで、東京都・全国の医療にも貢献してきた当院であるが、次年度以降は危機的な状況にある。</p> <p>○新たな専門医制度は、基幹施設のみが自由に専攻医を募集できる一方で、連携施設は基幹施設からの派遣を待つしかない。基幹施設のみが優遇された偏った制度である。他の連携施設も当院と同様の問題意識を有するものと察せられる。</p> <p>専門医制度の枠内で連携施設も自由に専攻医を募集できる体制が必要である。その場合、一定期間は連携する基幹病院での研修を義務づける、という形にすればよい。</p> <p>当院は高度ナショナルセンターであり、脳神経内科は専門医養成カリキュラムの細目を網羅し得る数少ない施設として、全国から研修医を受け入れて専門医教育に貢献してきた。実際、当科で研修した医師の多くが地域に戻り、脳神経医療の中核として活躍している。全国的な医療の均てん化にも大きく貢献してきたものが、今回の専門医制度の影響でまったく白紙となり、多くの研修希望・派遣希望に応じることができない現状である。地域性に過度に縛られることなく、専攻医の自主性を重視し、希望に応じて地域の基幹施設と柔軟に連携をするなどの措置が可能となれば、当院のメリットを十分活用して全国の専門医教育・診療レベルの維持に貢献するものと確信する。</p>

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
20			<p>1. 新制度下での事業日程が未決定であることによる混乱の問題 新制度における後期研修医募集においては、一次審査のスケジュールも含め、日本専門医機構から公式発表や議事録の公開が現在一切なされていない。また現時点で採用できる後期研修医の定数が示されていない。これにより各医療機関では採用活動に苦慮している。</p> <p>2. 平成31年度の採用定員数の決定プロセスに関する問題 平成30年度の各プログラムでの採用定員については、内科などの一部の領域では過去に十分な数の後期研修医の受け入れの実績のない施設に採用枠が多く配分され、過去に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。この定員数の決定の過程は、プロセスと根拠に不明瞭な点が多く、医療機関では納得が得られていない。このような平成30年度の実績を基準として、平成31年度の定員を決めることは適切でないと思われる。</p> <p>3. 平成31年度の採用定員数の決定根拠に関する問題 平成30年度には都内でも十分な数の新制度での後期研修医を採用できなかった医療機関が多かった。現在、新制度の後期研修において東京都などの都市部のプログラムの定員を5%削減する方針が出されている。平成30年度の採用実績をもとにプログラムの定員を5%削減されれば、各医療機関が十分な数の後期研修医を確保できないことは明らかである。加えて、今後は東京都の医療機関に割り当てられる臨床研修医の採用数も制限されている。これらの影響により卒後1年目から5年目の若手医師の数は減少するため、都内の医療機関における診療の維持は難しくなり、特に都内の救急医療に与える影響は極めて大きいものと危惧している。 東京都の医療機関における後期研修医の採用枠の決定においては、このような救急医療をはじめとした東京地域の地域医療の状況を十分に検討して対応を考える必要がある。この点の検討がなされずに定員が決まるようであれば、東京都の地域医療に与える影響は甚大であると考えられる。</p>
21			<p>提携した施設からでないと受け入れられず、何人来るか、またどの程度の期間来るかも不明瞭となるため、実際には人員構成がうまくつけられない。</p>
22			<p>○麻酔科専攻医制度が、かえって、現在不足している麻酔科医師の離職に繋がり、麻酔科崩壊、そして急性期医療の崩壊につながらないことをお願いします。</p> <p>○麻酔科医師数は、救急や集中治療、小児科、産科とともに日本全国的に不足しています。地域間格差をみると、関西より西と比べ中部、関東、東北、北海道に麻酔科医師の不足が顕著であります。</p> <p>麻酔科専攻医の希望者数が増加しているにもかかわらず、都市への医師集このためと称して、東京、大阪、福岡における麻酔科専攻医数の上限を決め、対前年比で(20%削減や)5%削減を実施しておりますが、現状で不足している麻酔科医師数の状況を改善させるどころか、地域間格差を助長する可能性があります。</p> <p>また、ある程度の規模の施設に、急性期医療の集約化が進められる中、それらの施設での医療密度は高められ、その結果として手術を中心として麻酔科へのニーズが高まります。そのような状況で、麻酔科医師(麻酔科専攻医)数の上限を設定することは、集約化された医療施設での相対的麻酔科医師数の不足状態を悪化させ、麻酔科医師の離職が起こり、そして、医療崩壊につながる可能性があります。</p> <p>したがって、麻酔科医師の不足している、北海道から中部地域において、麻酔科専攻医師数の制限を撤廃する必要があると考えます。</p>

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
23			<p>○当院はがん専門病院であり、がん診断・治療に興味を持ち医師になった若手医師が直接当院での研修を希望して、就職していた。しかし現状は、3年目からの研修を受けることが出来なくなっている。</p> <p>○当科は外科系診療科とは異なり、初期研修後の後期研修医からの受け入れ実績はあり、また、医師のキャリア形成においても3年目から直接当科で研修しても、その後、十分にこれまでは専門医を取得することができていた。若手医師の直接の当院への就職が事実上不可能となり、これまで以上に、若手医師育成が困難となっている。がんの専門病院での研修を希望する医師には、基幹病院が主体となり医師を派遣するのではなく、専門病院が主体となり、不足と考えられる研修を基幹病院に依頼する形が望ましい。</p>
24			<p>新たな専門医制度のカリキュラムでも研修医とほぼ同様に短期間で多数の科をまわることが必要であり、またなんでもできる医師をつくるという現実とはかけはなれた医師、いつまでも専門的な診療できない医師ばかりが増えいく制度ではないかと危惧している。また何年間もカリキュラムにより研修病院が制限されたため、医師の流動性がなくなり、ますます偏在化がすすむことも危惧している。</p>
25			<p>症例数に拘泥した認定制度であり連携型になることも事務手続きが煩雑で足かせになっている。</p>
26			<p>新専門医制度が実施されるにあたって地域偏在が問題となっているが、連携施設の研修についてしっかりと定義すれば(総合診療科などにおける地域＝過疎地域での研修)解消されるのではと考えます。なお、東京都について5%採用実績から削減するにあたり、算出根拠がしっかりと明示されていないので、理解されるように明示していただきたいと考えます。</p>
27			<p>臨床検査科は当院においては病院内組織として存在しているが、大学の診療科・講座としては存在していない。現在専任の責任者1名のみで運営されており、現状では専攻医の受け入れ、教育を行うことは困難である。</p>
28			<p>新専門医制度の開始により、専門研修先として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。全国的に内科においては、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が多く見られ、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。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。</p> <p>当院は、内科において専門研修基幹施設に認定されておりますが、平成31年度の申請において、都市部への専攻医集中を回避するための一助として、当院内科における内科基幹施設としての希望定員を25%減らし、6名へ自主的に定員減として申請済みです。従いまして、2次審査において、昨年度の実績のみでさらに定員が減らされることがあつては診療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6名程の専修医(専攻医)を採用し、最近のおよそ10年間においては、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があります。</p>
29			<p>当院外科では東京大学医学部附属病院の外科専門研修プログラムによって、外科専門医研修を行っている。卒後3-5年目に当たる医師がローテーションで来ており、日々の診療を担っている。当院では、地域の外科急患対応のため、24時間365日対応可能な体制を取っているが、新専門医制度開始に伴い、当院へのローテーションが3年→2年半に変更された。これにより、実質的に1/6に相当する人員減となり、その穴を埋めるのは容易ではない。過重労働になるようであれば、365日対応の体制を維持出来なくなり、地域の救急医療に影響(他院にしわ寄せが行く等)する可能性がある。</p>

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
30			外科領域では、基幹施設になるには敷居が高く、今まではコンスタントに採用していたシニアレジデントも人員確保が難しい状況で、診療にも影響が出ている。
31			制度改革にともない研修医の大学病院志向が強く、当院のような規模の一般病院が制度開始前に受けれていた研修医の人員を確保するのが非常に困難です。 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す。働き方改革とあいまって、指導医に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つながっていると非常に懸念しています。
32			新専門医制度が開始されてから、診療等への影響は見当たらない。 プログラムの認定、専攻医数の確定時期、研修医採用時期や登録時期などについて、日本専門医機構からの発表が変更されることに翻弄させられている。年度計画は年度初めに提示し、変更なく取り行われるよう希望する。
33			○数施設の連携となっており、この点では特に記載することはありません。ただし当院が連携している基幹施設そのものへの応募が少ないため、たとえば次年度に基幹施設から来る専攻医数にもあまり期待できない現状があります。 ○一部の診療科、特に外科系診療科に関して、大学以外の採用枠が少なく、人員の不足を来している。外科、脳神経外科、整形外科、眼科、耳鼻科が例としてあげられる。内科でも総合内科、総合診療には一定の人間が集まるが、いわゆるサブスペ領域に関しては明らかに市中病院での専門研修希望者が減少している。内科でも外科でも、市中病院はコモン・ディゼーズの診断治療、基本的な処置などを学ぶ上で大学病院よりもはるかに合目的であるにもかかわらず、「医局入局」に縛られた大学の人数集めで専攻医自体に偏った情報と不必要な予期不安を与えているように思われる。
34			診療等に影響はありませんが、新制度により高齢者医療についての専門医の質向上が、どのような場所や技術で生かされていくのかを教えてください。 (当院は地域包括ケア病棟42床)
35			○ 総合診療領域の専攻医の受入れを希望していますが、連携施設としてではなく、基幹施設としてであり、先日、今年度の新規プログラムの募集に対して申請を行なったところです。 昨年も基幹施設を希望し、昨年の時点でのプログラム整備基準をクリアした内容で総合診療専門研修プログラムを申請をしましたが落とされました。落ちた理由を機構に問い合わせましたが、何の回答もしないという非常識な態度に呆れてしまいました。その具体的な内容については、昨年、そちらにお伝えした通りです。 ○ (影響について)現時点ということではありませんが、今後、大きな影響が出ると思います。都心部の地域医療、地域包括ケアを担う中小規模病院の後継者をいかに育成するかは、私たちにとってはもちろんですが、地域や患者さんにとっても切実な課題です。 都心部の地域医療を担う中小病院では、近隣の大病院・専門病院と連携したポストアキュートの医療機能と共に、地域の診療所や開業医と連携し、在宅患者の救急・急性期に対応するサブアキュートの医療機能が求められます。このようなフィールドで、一定水準の救急医療と病棟医療を担いながら、在宅医療にも関わり、一人ひとりの患者さんを「最期まで診る」ことにこだわられる総合診療専門医を育成することは、大切な課題ではないでしょうか。 僻地等への医師の派遣も大切ですが、超高齢化が進行する東京においてこそ、もっと多くの総合診療専門医が求められているはずで 後継者育成の意思のある病院が、総合診療領域で基幹施設になれるように、東京都としてもバックアップをお願いしたいと考えています。

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
36			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。
37			小児救急専門医について、当科は小児救急の専門家を育成する日本でも数少ない施設である。日本には小児救急専門医という専門医が存在しないため、今までは日本小児科専門医と日本救急科専門医のダブルボードを目標としていた。現在、新専門医制度になり、それぞれの専攻医プログラム登録と修了が必須となった。そのためにダブルボード取得のためには合計6年間の研修期間が必要である。東京都は小児科医の人数制限もあり、救急科専門医取得後のある程度専門性を持った人材を確保しようとした際に大きな障壁となっている。新専門医制度は変えられないため、そういった人材のためにどこかの東京都の病院で小児科研修を行いながら、一定期間救急科専門医のスキルを活かした当科での小児救急医療に従事するといった特別な研修プログラムのような枠が理想である(単なる小児科研修ではなく、当科と密接につながっているという点が重要)。
38			東京女子医科大学東医療センター脳神経外科は2008年以降、専門医認定訓練施設A項および基幹施設として機能し、実績(8年間で12名の専攻医)もありましたが、新専門医制度の発足に伴い、平成27年10月23日付けで、次期研修プログラム申請が、「地域医療への配慮が不足しているため」という理由により認定を取り消されました。当プログラムは、脳神経外科学会の定める専門医研修プログラム整備基準を十分満たしており、これに納得できないため、2019年度に再申請しましたが、結果は「保留」となり、2019年度には基幹施設となることはできませんでした。 このため、当プログラムは、現在、東京女子医科大学研修プログラムに組み込まれております。しかし、当院では、医師数の多い診療科である内科、外科、小児科、産婦人科、救命医療科、耳鼻咽喉科、皮膚科が基幹施設として認められております。当科は、東京都の脳卒中連携協議会の事務局を担い、区東北部でおそらく唯一の包括的脳卒中センターとして機能しております。また、当院は東京都区東北部(人口130万人)に唯一の3次救命センターを有しているため、多くの重症脳卒中・頭部外傷・脊髄損傷患者を診療しております。当科は連携施設として機能するものの、専攻医を公募することができず、基幹施設からの派遣医師もなく、人員不足に苦慮しています。派遣医師の項にもありますように、埼玉県・千葉県へも医師を派遣しております。東京都2医療圏である区東北部には脳神経外科基幹施設がひとつもないため、この圏域の地域医療および近隣の医師不足の圏域の充実のためにも、是非とも、東京都から当科が基幹施設となれるよう、脳神経外科学会理事長(認定を取り消した当時の理事長から新しい理事長となっています)に働きかけていただきたいと思っております。担当の方に直接お話しをしたいと思っております。
39			東京女子医科大学本院の連携施設であり、外来およびリエゾンに特化した研修を希望する専攻医の受け入れは行っていく予定である。
40			医師の偏在によって、大学の医局が弱体化してしまった。その結果、僻地医療などが成り立たず更に医師の偏在が顕著となった。現在の医療制度を改善する為には大学の医局の復権が望ましいのは確かである。しかしながら、例えば当医局に直接入局したいと考えている研修医が一度本院に入局しなくてはならないという制度すなわち縛りが出てくるのでその辺の制度はいかがなものかと考えます。
41			連携施設ではありますが、研修医のローテーションが不確定となり、人員不足が深刻です。

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
42			泌尿器科関連の特殊領域学会の専門医(泌尿器内視鏡学会技術認定医、内視鏡外科専門医など)と専門領域学会との関連性意味づけが不透明になってしまっており、取得するモチベーション低下につながっている。 また東京におけるシーリング策定による医師数削減を行おうとしているが、東京における泌尿器科医数はまだ不足しており、まったくナンセンスである。また東京の定員からあふれた場合、専攻科をかえて東京で後期研修を行うようになるだけであり、地方での医師数増加にはつながっていないことに、機構は気付くべきである。
43			新専門医制度では基幹施設になるための要件が厳しいため、当科としての後期研修医の募集が不可能となりました。東京女子医科大学本院画像診断・核医学科および東京大学病院放射線科が基幹施設であるプログラムの連携施設にはなっていますが、実際には後期研修医は一切派遣されていません。当科では医学生・初期研修医に対して工夫を凝らした教育を行っており、高い評価を得ています。後期研修医に対しても質の高い教育を行える自信がありますが、現行の制度では対象となる後期研修医を確保できず非常に残念な結果となっています。
44			地域医療に影響がなければと思います。
45			1) 大学に派遣をお願いしても、新専門医制度で人手不足で派遣はできないとの回答(複数の大学とも同様の回答) 2) これまで当院独自のプログラムで内科専攻医の応募があった。当院も内科のプログラム応募したが定員数3名とのことで断念せざるを得なかった。大病院に有利にし、中小病院は権利がないと言われているのと同様。
46			・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、人員のやりくりで戸惑っている。 ・従来の医師派遣元である大学病院も人員不足であるため医師(専攻医に限らず)派遣に支障が生じている。
47			研修指定病院の基準が現状とあっていない部分もあり基準の見直しを考慮いただければと思います。(今は特に婦人科手術の開腹症例が減っているので)
48			専攻医は大学を中心に運営されているシステムに集まるため、都内でも若手医師の確保に無理が生じている。いったい良い医師はどう育つのか、資格ありきで話されている印象をぬぐえない。短期の研修を希望し連携システムから派遣して症例集めのために一時的に連携へ出る形が出てくるように思います。やがては資格を持った実技の不十分な医師が増えるのではと心配です。
49			・症例登録に関して事務負担が大きい。また、システム(J-OSLER)や制度そのものに不明瞭な部分が多く、運用に手がかかる。 ・専攻医が、診療科の体制を考える上で重要な人員となっていることから、連携施設間での人の派遣、受入れに関して、人数や時期、期間の調整が非常に煩雑になる。また、給与等の処遇をどのように設定するのか、複数施設間で個別に調整する必要があり、対応に苦慮している。
50			新たな制度によって専門医の質が向上することが望まれるが、研修場所によって医師の技術に偏りが出ることがないようにしてほしい。
51			都市部の偏在について、八王子は東京都と言っても23区とは違い「都心」ではないため、専攻医も少ない。編成の際は「地域」を考慮願いたい。

制度の影響や制度に対する御意見など

項番	医療機関名	領域	内容
52			<p>○現時点で救急科科長として把握していることは、当初作られた「昭和大学病院プログラム」の連携施設になっている。昭和大学病院さんの主任教授が代わって以降、具体的な話は昭和大学病院からはありません。同時に連携病院となった、「日赤医療センター」、「多摩総合医療センター」、「相澤病院」は今年度になってから何等かの接触はありました。当時、「佐久医療センター」も連携したことになっていますが、相互に連絡はしておりません。</p> <p>○二次救急医療機関で日本救急医学会救急科専門医が勤務していない病院は、どこかの地域または大学病院の関連としての立場がないと、ほぼ連携施設にはなれなかったであろうと予想されます。そういった病院さんはおそらく、連携施設という言葉自体も理解できていない可能性もあると考えます。各学会で研修期間が異なり、病院ごとに他院での外部研修に関して、給与や住居待遇などの補完ができていなければ人の行き来はできなくなると思われます。現状は存じませんが、大学病院では一部、給与なしで研修させるような話も聞きました。こういったことをすればいわゆる、昔の”無給助手”の復活で”研修という名の無報酬労働”の温床になる可能性があります。監督する行政はそのあたりも含めて、実際の問題が発生しない方策を考えていただきたいと思います。これ以上、日本の医療を崩壊に導かせないためには重要なことだと考えます。</p>
53			<p>当科は東京大学放射線科専門研修プログラムの連携施設であり、現状では新専門医制度の専攻医1名を受け入れている状況であるが、旧制度の専攻医が複数人在籍しているため、大きな影響はない。ただし東京都の専攻医定員などにより今後派遣される人数が減らされるようであれば、診療に影響を受ける可能性は十分ある。</p> <p>新専門医制度により研修の質が向上するのであれば結構であるが、いろいろ細かい決まり事などに対して、決定の通知が遅く、実務面も追いついていないように思われる。</p> <p>自らも機構認定として今後専門医更新できるのか非常に不安である。</p>
54			<p>制度自体、まだ不透明な部分が多く混乱を招いています。</p>