

専門研修プログラムの協議に当たっての確認事項

平成31年度専門研修プログラムの認定に向け、東京都地域医療対策協議会で確認させていただきたいので、貴プログラムにおける以下の内容(一次審査経過時点のもの。(1)から(4)まで)について御回答ください。

(1)から(3)までの項目については、貴プログラムの内容が該当するかを「はい」もしくは「いいえ」に☑を付けて御回答ください。「はい」を選択した場合はその内容を、「いいえ」を選択した場合はその理由を御記入ください。

あわせて、専攻医数の実績(5)や希望定員(6)、医師の派遣状況(7)について、御回答ください。

いただいた回答内容は、東京都地域医療対策協議会において協議させていただき、結果を厚生労働省宛報告いたします。

※ (1)から(3)までの確認事項は、機構による専門医制度新整備指針(第二版)に基づいています。専門医制度新整備指針(第二版)に合致していない場合や回答がなかった場合、内容に虚偽があった場合等については、プログラムが認定されない場合がございますので、御注意ください。

※**ピンクのセルに御記入ください。**

医療機関名		
プログラム名		
プログラム責任者名		
回答者所属・氏名		
連絡先(電話/メール)	電話:	メール:
連携施設の数	都内:	都外:

(1)

出産、育児、介護、留学など、相当の合理的な理由がある場合には、研修カリキュラム制による専門研修を行うなど、柔軟に対応することとしていますか。

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	内容・理由 <div style="background-color: #fce4d6; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

(2)

東京都地域医療医師奨学金の貸与を受けている医師や自治医科大学卒業医等、勤務に義務・制約が課せられている医師において、必要と考えられる場合には、研修カリキュラム制による専門研修を行うなど、柔軟に対応することとしていますか。

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	内容・理由 <div style="background-color: #fce4d6; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

(3)

連携施設での研修は原則一か所につき3か月以上となっていますか。

<input type="checkbox"/> はい(全ての施設が3ヶ月以上) <input type="checkbox"/> いいえ(3ヶ月未満の施設がある)	内容・理由 <div style="background-color: #fce4d6; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

(4)

その他、平成31年度の研修プログラムの一次審査において、学会や機構と問題になったことや実施方法に関する御意見などがあれば、御記入ください。

(5)

平成30年度の新たな専門医制度の開始によって、その後の診療等で影響が出たことなどがあれば、御記入ください。

(6)

平成30年度の専攻医採用実績とその採用者のプログラム上の他道府県（神奈川県を除く）への派遣期間（予定）及び平成31年度に希望する専攻医の定員数を御記入ください。

・採用実績

平成30年度			
専攻医採用実績			
	院内から	院外から (都内)	院外から (都外)
人	人	人	人

・他道府県（神奈川県除く）への派遣期間（予定）

平成30年度	平成31年度	平成32年度
延べ	延べ	延べ
月	月	月

・平成31年度希望定員数

人

(7)

貴科における平成30年度その他医療機関への全ての医師派遣（予定含む）について、別表に御記入ください。（開設者が同一の病院間において行われている派遣等や、受入病院との相互の交流として行われている派遣等を除く）

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

【回答期限】

平成30年9月10日（月曜日）※厳守

【担当〔問い合わせ先・提出先〕】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課地域医療支援センター担当 土屋
電話 03-5320-4552（直通） メール S0000297@section.metro.tokyo.jp
FAX 03-5388-1436

項番	医歴(年目) (2018年4月時点)	性別	派遣期間(ヶ月) (2018年4月から 2019年3月までの間)	派遣先医療機関の 所在する都道府県	専攻医1年目 (該当者に○)
(例1-1)	10	男	6	東京都	※同一人物の場合は行を分けて 記入
(例1-2)	10	男	6	神奈川県	
(例2)	3	女	12	千葉県	○
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

行が足りない場合は適宜追加して記入してください。

専門研修プログラムの協議に当たっての確認事項

平成31年度専門研修プログラムの認定に向け、東京都地域医療対策協議会で確認させていただきたいので、貴プログラムにおける以下の内容（一次審査経過時点のもの。（1）から（4）まで）について御回答ください。

（1）から（3）までの項目については、貴プログラムの内容が該当するかを「はい」もしくは「いいえ」に☑を付けて御回答ください。「はい」を選択した場合はその内容を、「いいえ」を選択した場合はその理由を御記入ください。

あわせて、専攻医数の実績（5）や希望定員（6）、医師の派遣状況（7）について、御回答ください。

いただいた回答内容は、東京都地域医療対策協議会において協議させていただき、結果を厚生労働省宛報告いたします。

※（1）から（3）までの確認事項は、機構による専門医制度新整備指針（第二版）に基づいています。専門医制度新整備指針（第二版）に合致していない場合や回答がなかった場合、内容に虚偽があった場合等については、プログラムが認定されない場合がございますので、御注意ください。

医療機関名	○×病院	
プログラム名	○×病院○××科プログラム	
プログラム責任者名	東京 太郎	
回答者所属・氏名	○××科 東京 太郎	
連絡先（電話／メール）	電話：	メール：
連携施設の数	都内：	都外：

（1）

出産、育児、介護、留学など、相当の合理的な理由がある場合には、研修カリキュラム制による専門研修を行うなど、柔軟に対応することとしていますか。

- ☑ はい
□ いいえ

内容・理由

（例）育児休業や介護休業等でのプログラムの休止を最大2年間認めている。

（2）

東京都地域医療医師奨学金の貸与を受けている医師や自治医科大学卒業医等、勤務に義務・制約が課せられている医師において、必要と考えられる場合には、研修カリキュラム制による専門研修を行うなど、柔軟に対応することとしていますか。

- ☑ はい
□ いいえ

内容・理由

（例）制約がある場合は個別にカリキュラム制で対応している。

（3）

連携施設での研修は原則一か所につき3か月以上となっていますか。

- はい（全ての施設が3ヶ月以上）
☑ いいえ（3ヶ月未満の施設がある）

内容・理由

（例）不妊治療クリニックでの診療は1か月を必要期間として設定している。その他の連携施設での研修は3か月以上となっている。

注意：本人希望や病院都合等による期間削減は不可

(4)

その他、平成31年度の研修プログラムの一次審査において、学会や機構と問題になったことや実施方法に関する御意見などがあれば、御記入ください。

(例)定員数について、指導体制も実績もあるにもかかわらず、平成30年度の実績よりも減らされてしまった。

(5)

平成30年度の新たな専門医制度の開始によって、その後の診療等で影響が出たことなどがあれば、御記入ください。

(例1)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ため、診療体制を縮小せざるを得なくなった。

(例2)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、人員確保が困難だった。

(例3)プログラムの認定後に定員を削減され、内定者を採用できなくなった。

(6)

平成30年度の専攻医採用実績とその採用者のプログラム上の他道府県(神奈川県を除く)への派遣期間(予定)及び平成31年度に希望する専攻医の定員数を御記入ください。

・採用実績

平成30年度			
専攻医採用実績			
7	院内から	院外から (都内)	院外から (都外)
人	5 人	1 人	1 人

・他道府県(神奈川県除く)への派遣期間(予定)※

平成30年度	平成31年度	平成32年度
延べ	延べ	延べ
21	28	42
月	月	月

・平成31年度希望定員数

7
人

※派遣期間(予定)記入にあたっての考え方

	4,5,6月	7,8,9月	10,11,12月	1,2,3月
A医師	都内	都内	千葉県	都内
B医師	都内	神奈川県	都内	都内
C医師	都内	都内	都内	山梨県
D医師	千葉県	都内	都内	都内

上記の場合は、述べ「9月」となります。

(7)

貴科における平成30年度の他医療機関への全ての医師派遣(予定含む)について、別表に御記入ください。(開設者が同一の病院間において行われている派遣等や、受入病院との相互の交流として行われている派遣等を除く)

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

【回答期限】

平成30年9月10日(月曜日)※厳守

【担当[問い合わせ先・提出先]】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課地域医療支援センター担当 土屋
電話 03-5320-4552(直通) メール S000297@section.metro.tokyo.jp
FAX 03-5388-1436