

日本専門医機構の令和3年度(2021年度)専門研修プログラムに係る意見聴取について

1 内容(別紙1)

医師法第16条の10の規定に基づき、(一社)日本専門医機構から厚生労働省を通して、各都道府県に令和3年度の医師の研修に関する計画(専門研修プログラム)の情報提供があったもの。

都道府県は、医療提供体制の確保に与える影響への配慮の観点から改善を求める事項がある場合、地域医療対策協議会の意見を聴いた上、厚生労働省へ意見を提出する。厚生労働省は、都道府県の意見を集約の上、日本専門医機構に対し、意見を提出する。

2 基幹施設等の状況(別紙2, 別紙3)

○19 基本診療科のうち、臨床検査科を除く 18 領域で県内の医療機関を基幹施設としたプログラムが立ち上がっている。

○基幹施設数(合計): 延べ49施設(実数18施設)(R2比+3施設(実数2施設))

○募集定員数(合計): 319人(R2比+22人)

○連携施設数(合計): 延べ750施設(実数110施設)(R2比+20施設)

3 意見聴取

令和2年8月17日付けで地域医療対策協議会委員等へ意見を聴取

対象領域: 19 領域(内科・外科・産婦人科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・病理・臨床検査・
救急科・形成外科・リハビリテーション科・皮膚科・整形外科・
小児科・放射線科・精神科・眼科・脳神経外科・麻酔科・総合診療)

対象者: 地域医療対策協議会委員(21), 県内各医療機関(185), 県内各市町村(44)

4 厚生労働省への意見(別紙4)

聴取した意見を取りまとめ、令和2年9月2日付けで厚生労働省へ意見を提出

○基幹施設又は連携施設に関する意見(主な意見)

- ・各都道府県で複数の基幹病院がある事が望ましいが、そうでない場合も、基幹プログラムの協力病院に医師不足地域病院が必ず入っている事が望ましい。
- ・連携施設となることにより、地域偏在の解消につながることを期待したい。
- ・主要分野の基幹施設の数と、専攻医の数のバランスは、地方の事情もあり、一概にいくつあればいいという案件ではない。長期的戦略をもって、地方の現状、各病院の事情、専攻医の希望、等々を考慮して適当な数のプログラムを考えてほしい。

【厚生労働省への提出意見】

- ・各都道府県において、19 基本診療科全てについて複数の基幹施設があることが望ましいが、各都道府県や地域の実情により、各診療科で必要となる基幹施設の数と専攻医の数のバランスや各病院の実情、専攻医の希望の有無等が異なることを考慮して適当な数のプログラムを設定する必要がある。
- ・また、外科領域に関しては、NCDによる国内全ての外科手術の一括的登録制度により、経験

手術の公式積算情報を管理できるようになっているにもかかわらず、専門研修プログラム申請時の連携施設指定による研修施設群の構築のために必要なNCDのやり取りや按分などが複雑であることが、研修範囲を狭める大きな足かせになっている。

- ・こうした実情を踏まえ、プログラムの増加・変更の手続きを柔軟に行えるよう、手続きの簡略化等の対応をお願いしたい。

○定員配置等に関する意見（主な意見）

- ・定員配置が適切であるかどうか、定期的に検討し見直すことが必要。
- ・各学会での審査で、その地域事情に詳しい医師による定員配置の配慮が必要
- ・将来の医師過剰時代に対応可能な、明確な定員配置を考えなければならない。
- ・医師少数県にあっては、希望者の多い年度には定員を一定数増やせるなど、柔軟に運用できるようにするべき

【厚生労働省への提出意見】

- ・定員配置に関しては、現在のシーリングの決定過程や意義・実効性が不明確であることから、各学会での審査においては、その地域事情に詳しい医師による定員配置への配慮が必要であるとともに、その妥当性・実効性を定期的に検討するなど、必要に応じて見直していただきたい。
- ・また、実際の応募者数が多く見込まれる場合には、プログラムの作成・公表後であっても、研修に支障のない範囲内での募集定員の見直しを可能にするなど柔軟に対応可能なようにしていただきたい。

（例）

応募人数は年度により増減するため、プログラム責任者に、専門研修期間（3～5年）の中で柔軟に定員配置する裁量権を与えること。（例えば、研修期間3年・定員10名の場合、3学年で30人以内であれば可とするなど）

○医師確保対策又は偏在対策に関する意見（主な意見）

- ・シーリングの制限をさらに厳しく、都市への医師偏在を避ける方策が必須。

【厚生労働省への提出意見】

- ・専門研修制度については、国の「専門医の在り方に関する検討会報告書」において、「医師の偏在是正を図ることを目的」に検討するとされていたところであるが、専攻医募集定員に係るシーリングについては、医師の偏在是正を図る上で不十分であることから、将来の医療需要を踏まえ、各都道府県・各診療科の必要な医師養成数を定めた上で、募集定員の設定などによる厳格なシーリングを実施していただきたい。
 - ・併せて、地方の指導環境を充実させるため、派遣元病院にインセンティブを付与することなどにより、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みを創設していただきたい。
- ※地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会構成県による共同意見

○臨床研究医コースを設けることに関する意見（主な意見）

- ・医師数の偏在が大きくなるような仕組みが必要。
- ・応募状況を見て柔軟に拡大できる制度設計にしておくべき。
- ・途中でキャリア変更を希望したときの受け皿があったほうがよい。

【厚生労働省への提出意見】

- ・まず、地域医療に携わる医師を増やして医師数の偏在が大きくなるような仕組みとすることが重要であるが、我が国における臨床研究医の必要性を鑑み、定員については応募状況を見て柔軟に拡大できる仕組みとするほか、途中でキャリア変更を希望したときに対応可能な制度設計にしていきたい。

○日本専門医機構が地域枠離脱に関する意向を都道府県へ確認することに関する意見（主な意見）

- ・専門研修選択に際し、地域枠離脱の意向などを確認し明確にすることは必要
- ・離脱者に対する対応は、国、都道府県で統一した方向性を持ち、離脱した医師を受け入れる施設に対する対応を一律にすべき

【厚生労働省への提出意見】

- ・地域枠は医師確保に難渋する主に（大）都市以外の地域の医療水準確保のための切実なる対策の一つである。そして、専門研修選択に際し、地域枠離脱の意向などを確認し明確にすることは必要なことと考える。離脱者に対する対応は、国、都道府県で統一した方向性を持ち、離脱した医師を受け入れる施設に対する対応を一律にしていきたい。

事務連絡

令和2年7月28日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局医事課

医師法第16条の10の規定に基づく協議について（情報提供）

医師法（昭和23年法律第201号。）第16条の10第1項の規定に基づき、一般社団法人日本専門医機構（以下「機構」という。）から厚生労働省に対して医師の研修に関する計画（以下、「研修プログラム」という。）が提示されたところです。つきましては、機構から提示のあった貴県に関する研修プログラム及び関連資料を情報提供いたしますので、下記の事項にご留意の上、意見がある場合には地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、9月4日までに厚生労働省に提出くださいますようお願いいたします。

記

○都道府県による確認事項

日本専門医機構が提示した都道府県別・診療科別のシーリングを踏まえ、次に掲げる条件を満たすことなどにより、地域の医療提供体制に影響を与えるものではないこと。

- ① 従来の学会認定制度において専攻医を養成していた医療機関が、専攻医の受入れを希望する場合は、連携施設となっていること。
- ② 内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科及び救急科については、都道府県ごとに複数の基幹施設が置かれていること。
- ③ 各都道府県のキャリア形成プログラムの運用において、各診療科別の専門研修プログラム定員配置が適切なものであること。
- ④ 各研修プログラムが都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること。
 - ・各診療科別のプログラム毎の定員配置が医師少数区域などに配慮されて

いること。

- ・各プログラムの連携施設が、各都道府県の偏在対策に資するものであること。

- ⑤ 専門医の取得と併せて臨床研究に従事する医師を養成する臨床研究医コースをシーリングの枠外にて40名から設けること。
- ⑥ 特定の地域や診療科にて従事する医師を確保する観点から、地域枠からの離脱を防ぐことを念頭に、日本専門医機構は専門研修システム登録時に地域枠医師本人の同意を取得した上で、地域枠離脱に関する意向を都道府県に確認すること。

以上

意見様式

都道府県名： _____

基幹施設名： _____

診療科領域名： _____

プログラム名： _____

1. 基幹施設又は連携施設に関する意見（3（2）①又は②に関するもの）

2. 定員配置等に関する意見（3（2）③に関するもの）

3. 医師確保対策又は偏在対策に関する意見（3（2）④に関するもの）

4. 臨床研究医コースを設けることに関する意見（3（2）⑤、に関するもの）

5. 日本専門医機構が地域枠離脱に関する意向を都道府県へ確認することに関する意見（3（2）⑥に関するもの）

6. その他

--

R3専門研修プログラム基幹施設・募集定員・連携施設等集計

○19基本診療科のうち、臨床検査科を除く18領域で県内の医療機関を基幹施設としたプログラムが立ち上がっている。
 ○基幹施設数(合計):延べ49施設(実数18施設)
 ○募集定員数(合計):319人(R2比+22人)
 ○連携施設数(合計):延べ750施設(実数110施設)
 ※日本専門医機構からの情報提供を基に集計。今後変更になる可能性あり。

診療領域	基幹施設	募集定員	延べ連携施設数(連携施設・関連施設) ()は実施施設数										
			水戸	日立	常陸太田・ ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・竜ヶ崎	筑西・下妻	古河・坂東	合計	
内科 (12)	水戸協同病院	8	3	1	2			1	1			1	9
	水戸済生会総合病院	3	5		3				1				9
	水戸医療センター	4	5		2			1					8
	県立中央病院	6	4	1	3	4	1	1	1	1			16
	日立総合病院	5		2	2			1	1	1			7
	ひたちなか総合病院	5	4	2	6	1	1	1			1		16
	土浦協同病院	7	1	1	1	3			1	1			8
	筑波記念病院	3							3	2	1		6
	筑波大学附属病院	36	4	4	3	3	3	4	8	1	2		32
	筑波メディカルセンター病院	3			1			1	1	1			4
	東京医大茨城医療センター	5	1	2		1		2	1		1		8
	J Aとりで総合医療センター	3				1	1						2
	県外プログラム		15	7	10	4	6	6	7	1	3		59
合計	88	42 (8)	20 (8)	33 (11)	17 (4)	15 (4)	23 (7)	22 (9)	4 (2)	8 (4)		184 (57)	
外科 (6)	水戸医療センター	8	3		2	1			1			7	
	県立中央病院	1	2	1	2							5	
	日立総合病院	1			1						1	2	
	土浦協同病院	3			1							1	
	筑波記念病院	1	1	2	1				1			5	
	筑波大学附属病院	20	8	3	3	2	2	3	6	1	2	30	
	県外プログラム		16	3	1	3	2	5	7	2	4	43	
合計	34	30 (9)	9 (5)	11 (4)	6 (3)	4 (3)	8 (5)	15 (9)	3 (3)	7 (4)		93 (45)	
産婦人科 (2)	土浦協同病院	3		1		2		1				5	
	筑波大学附属病院	15	3	2		2	2	3	4		1	17	
	県外プログラム		2	2		2	1		3			10	
	合計	18	5 (3)	5 (2)	0 (0)	6 (2)	3 (2)	4 (3)	8 (5)	0 (0)	1 (1)	32 (18)	
耳鼻咽喉科 (1)	筑波大学附属病院	6	3		1			2				6	
	県外プログラム						1		2			3	
合計	6	3 (3)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)		9 (9)	
泌尿器科 (1)	筑波大学附属病院	7	3	1	1	1	1	2	2		1	12	
	県外プログラム		4	1	1	2	2	4	4		3	21	
	合計	7	7 (4)	2 (1)	2 (1)	3 (2)	3 (2)	6 (3)	6 (4)	0 (0)	4 (3)	33 (20)	
病理 (1)	筑波大学附属病院	4	5	1	2		2	2	4		1	17	
	県外プログラム		2				1	1	2		1	7	
合計	4	7 (5)	1 (1)	2 (2)	0 (0)	3 (2)	3 (2)	6 (5)	0 (0)	2 (2)		24 (19)	
臨床検査 (0)	県外プログラム		1					0				1	
	合計	0	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
救急科 (2)	筑波大学附属病院	9	4	1	2	1	1	1	1	1	1	13	
	筑波メディカルセンター病院	3	2					1	1		1	5	
	県外プログラム		4	2	1	1		1	1		2	12	
	合計	12	10 (4)	3 (1)	3 (3)	2 (2)	1 (1)	3 (2)	3 (2)	1 (1)	4 (1)	30 (17)	
形成外科 (1)	筑波大学附属病院	3	4					1				5	
	県外プログラム					2	1	2	2	3		12	
合計	3	4 (4)	2 (2)	0 (0)	2 (1)	1 (1)	3 (3)	2 (2)	3 (1)	0		17 (14)	
リハビリテーション科 (1)	筑波大学附属病院	5	2	1	2		1	2	3			11	
	県外プログラム						1	1	1			3	
	合計	5	2 (2)	1 (1)	2 (2)	0 (0)	2 (1)	3 (2)	4 (3)	0 (0)	0 (0)	14 (11)	
皮膚科 (2)	筑波大学附属病院	10	5	1	1		1		2			10	
	東京医大茨城医療センター	2											
	県外プログラム						1	2	3			6	
合計	12	5 (5)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	2 (1)	2 (1)	5 (3)	0 (0)	0 (0)		16 (12)	
整形外科 (3)	水戸協同病院	3	3	1	1	1		1	1	1	1	10	
	土浦協同病院	3	1						1			2	
	筑波大学附属病院	17	4	1	1	3	1	5	6	1	1	23	
	県外プログラム		6	7		2	1	1	3	1	1	22	
	合計	23	14 (7)	9 (4)	2 (1)	6 (3)	2 (2)	7 (6)	11 (8)	3 (2)	3 (2)	57 (35)	
小児科 (3)	県立こども病院	5	3	1	3		1	1		1		10	
	土浦協同病院	6	2		1	1		1	1			6	
	筑波大学附属病院	10	1					1			1	3	
	県外プログラム		1		2	1	2		4		1	11	
	合計	21	7 (4)	1 (1)	6 (3)	2 (2)	3 (1)	3 (2)	5 (2)	1 (1)	2 (2)	30 (18)	
放射線科 (1)	筑波大学附属病院	8	2	1	1		1	3	1			9	
	県外プログラム		1			1	1	2	2			7	
	合計	8	3 (3)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	2 (1)	5 (4)	3 (3)	0 (0)	0 (0)	16 (14)	
精神科 (4)	筑波大学附属病院	7	5		1	1	1	2	1		1	12	
	県立こころの医療センター	3	2		1			1				4	
	栗田病院	2	1					1				2	
	丸山荘病院	4											
	県外プログラム		1	2			6	1	3	1		14	
合計	16	9 (5)	2 (1)	2 (1)	1 (1)	7 (3)	5 (3)	4 (3)	1 (0)	1 (1)	32 (18)		
眼科 (1)	筑波大学附属病院	6	5	1			1	2	4	1	1	16	
	県外プログラム		5					1	2		2	10	
	合計	6	10 (6)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	3 (3)	6 (6)	1 (1)	3 (3)	26 (22)	
脳神経外科 (2)	土浦協同病院	10							1			1	
	筑波大学附属病院	15	6	3	1		2	2	2		2	18	
	県外プログラム		5		3	3	1	6	4	2	3	27	
合計	25	11 (8)	3 (3)	4 (1)	3 (3)	3 (3)	8 (3)	7 (6)	2 (2)	5 (4)	46 (33)		
麻酔科 (2)	筑波大学附属病院	13	5	1				2	3			14	
	東京医大茨城医療センター	2											
	県外プログラム		1		2	2			3		3	11	
合計	15	6 (6)	1 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (2)	3 (3)	6 (5)	0 (0)	3 (2)	25 (21)		
総合診療 (4)	城南病院	2	1									1	
	筑波大学附属病院	10	2	2	4	1	2	1	2	1	1	16	
	筑波メディカルセンター病院	2	2	2	2		2	1	2	1	1	13	
	北茨城市民病院	2	2	2				1				5	
	県外プログラム		7	3	9		5	1	1	1	3	30	
	合計	16	14 (5)	9 (4)	15 (6)	1 (1)	9 (2)	4 (2)	5 (2)	3 (1)	5 (3)	65 (26)	
		319	190 (24)	71 (14)	87 (17)	53 (7)	64 (8)	95 (11)	120 (14)	22 (6)	48 (9)	750 (110)	

R3年度(2021年度)専門研修プログラムについて(日本専門医機構からの情報提供に基づくもの)

※日本専門医機構から厚生労働省を通じて情報提供のあったプログラム(県内医療機関)を基に集計したものです。今後変更となる可能性があります。(赤字はR2からの変更箇所。)

R2(2020).9.29 医療人材課

Table with columns for medical specialties (e.g., Internal Medicine, Surgery, Pediatrics) and various hospitals/clinics (e.g., Maebashi University Hospital, various regional hospitals). It lists training programs and their status for R2 and R3.

1 基幹施設又は連携施設に関する意見(3(2)①又は②に関するもの)

区分	所属	氏名	地対協委員・医療機関・市町村からの意見	厚生労働省への意見(案)
医療機関	ひたちなか総合病院	山内孝義先生	可能であれば19基本診療科全てについて、各都道府県で複数の基幹病院がある事が望ましいが、そうでない場合も、基幹プログラムの協力病院に医師不足地域病院が必ず入っている事が望ましい	<p>・各都道府県で19基本診療科全てについて複数の基幹施設があることが望ましい。</p> <p>・しかし、各都道府県や地域の実情により、各診療科の必要となる基幹施設の数と専攻医の数のバランスは異なるため、各病院の実情や専攻医の希望等を考慮する必要がある。</p> <p>・また、外科領域に関しては、NCDによる国内全ての外科手術の一括的登録制度により、経験手術の公式積算情報を管理できるようにするなど、診療科毎の特性等も考慮した上でプログラムを策定することが望ましい。</p> <p>・こうした実情を踏まえ、プログラムの増加・変更の手続きを柔軟に行えるよう、手続きの簡略化等の対応をお願いしたい。</p>
地対協委員	茨城県医師会	鈴木邦彦委員	②について、人口の少ない県では、複数の基幹施設の設置が困難なところもあるのではないかと。必ず複数の基幹施設を設置するようにした理由は何かご教示いただきたい。	
医療機関	筑波大学附属病院	佐藤豊実先生	②について ただし、都道府県の地域医療対策協議会が承認している場合、その都道府県に於いては基幹施設が単施設であること妨げない。	
地対協委員	茨城県看護協会	白川洋子委員	①について、連携施設となることにより、地域偏在の解消につながることを期待したい。 ②について、複数の基幹施設の研修プログラムに格差が生じないことが必要。	
地対協委員	小山記念病院	田中直見委員	①について、認定基準がもう少し明確だと良いのではないかと。	
地対協委員	土浦協同病院	河内敏行委員	①連携施設になることで専攻医の受け入れを継続可能と言うこと自体に問題はなく、自施設で基幹プログラムを組めない施設では、連携施設として受け入れることになることで、専攻医からも研修プログラムの質の担保が見込めてwin-winになると考える。ただ、現在の基幹プログラム+連携施設の連関では、連携施設が多く、医師が連携施設に派遣されるかどうか担保されていない。また、専攻医側からも、連携施設の中のどこに派遣されるかが不明で不安を感じるという弱点がある。また、大学医局も関連しての地方機関プログラムへの参入もあり、その場合には結局、医局人事に沿う異動になってしまう傾向がある。 ②主要分野の基幹施設の数と、専攻医の数のバランスは、地方の事情もあり、一概にいくつあればいいという案件ではない。長期的戦略をもって、地方の現状、各病院の事情、専攻医の希望、等々を考慮して適当な数のプログラムを考えてほしい。	
医療機関	県立中央病院	秋島信二先生	①について; 外科領域においては、1978年以来、日本外科学会認定医・専門医制度による卒業専門研修制度が経過の中で徐々に熟成されてきた。さらに、2010年よりNational Clinical Database(NCD)による国内すべての外科手術の一括的登録制度により、経験手術の公式積算情報を管理できるようになったことから、その専門医制度は外科診療における専門研修システムとして十分に信頼に値する形になったと考える。個人的意見ではあるが、その過程で3年前から開始された新専門医制度は、むしろ若手医師である専攻医の研修範囲を過剰に締め付け、反面偏りを助長する制度になってしまった印象を持たずにはいられない。その一つが、プログラム毎の施設群であることと考える。専攻医の所属を明確にする意味で、基幹施設を設定することは必要なことと思うが、それ以外は3年間の研修期間の中で規程を満たす内容(NCD登録施設であること、有資格指導医が常勤していること、基幹施設必修期間や経験症例数・範囲など)であれば、極端な話、国内どの施設で研修をしてもよいものとするのが理想と考える。医師不足地域である当県としては、国内どの施設というより、県内どの施設であってもという文言に代える必要があると思うが、いずれにしても専門研修プログラム申請時の連携施設指定による研修施設群の構築は不要なものとする。そのために必要とされるNCDのやり取りや按分などの複雑な仕組みは、志望する若手医師が少ない外科領域においては、彼ら専攻医においても手続きをおこなう我々においても、研修範囲を狭める大きな足かせになっていると考える。ただし、連携施設を多数有する大学などの基幹施設が多く存在する大都市とその他の地域について、同じシステム(規程)で管理することは難しいのでは、とも考える。 ②について; 基本領域プログラムにおける基幹施設については、都道府県毎に複数施設が必要であることに大いに賛成である。当県においても、前述のごとく、専攻医の所属を明確にすること、基幹施設ごとの専門研修の特色を持てること、専攻医が幅広く研修でき、その選択肢を持てる状況があること、少人数の専攻医による手続きの安易さや確実性、からも、現行の基幹施設を複数設置することに賛成である。マスの小さな地方の県においては単一の施設がすべての専攻医を管理する方策の有益性も認められるが、一局集中の弊害が生じることや人数が大きくなることから丁寧な研修手続きがなされない危惧などは、否定できないと考える。	
地対協委員	筑波大学附属病院	原晃会長	内容については特に異論ありませんが、研修施設として「筑波大学附属病院」と「筑波大学」が別カウントになっている領域があります。(外科、総合診療)おそらく、研修施設としては両方とも「筑波大学附属病院」ではないかと思われるので、確認をお願いします。	
医療機関	筑波記念病院	風野氏	日本外科学会へ外科プログラム募集定員を2名で申請しており、一次審査を合格しております。募集定員の確認をお願いします。	
市町村	神栖市地域医療推進課	吉川氏	土浦協同病院(内科)に、白十字総合病院及び神栖済生会病院が連携施設として追加されているのではないかと。また、千葉大学(外科)に神栖済生会病院が連携施設となっているか確認をお願いします。	

2 定員配置等に関する意見(3(2)③に関するもの)

区分	所属	氏名	地対協委員・医療機関・市町村からの意見	厚生労働省への意見(案)
医療機関	県立こころの医療センター	堀孝文先生	定員配置が適切であるかどうか、定期的に検討し見直すことが必要。	<p>・定員配置に関しては、現在のシーリングの決定過程や意義・実効性が不明確であることから、各学会での審査において、その地域事情に詳しい医師による定員配置に配慮するなど、その妥当性・実効性を定期的に検討するなどし、必要に応じて見直していただきたい。</p> <p>・また、実際の応募者数が多く見込まれる場合には、プログラムの作成・公表後であっても、研修に支障のない範囲内での募集定員の見直しを可能にするなど柔軟に対応可能なようにしていただきたい。</p> <p>(例)※ ・応募人数は年度により増減するため、プログラム責任者に、専門研修期間(3~5年)の中で柔軟に定員配置する裁量権を与えること。(例えば、研修期間3年・定員10名の場合、3学年で30人以内であれば可とするなど) ※昨年度の意見を加味</p>
医療機関	ひたちなか総合病院	山内孝義先生	各学会での審査で、その地域事情に詳しい医師による定員配置の配慮が必要と考える	
地対協委員	土浦協同病院	河内敏行委員	この問題は非常に重要で、現状、将来に向けての医師の偏在を避け、将来の医師過剰時代に対応可能な、明確な定員配置を考えなければならない。現在はシーリングにしても、現場にはその数の決定過程、意義、妥当性が伝わっていないような気がする。	
地対協委員	北茨城市民病院	植草義史委員	専攻医数の偏りがないように考慮してほしい。 (例えば内科30%、外科15%・・・○科0%のようにならぬように)	
医療機関	総合守谷第一病院	遠藤優枝先生	専門医研修制度を地域偏在や診療所偏在の是正と結びつけるのは違和感があります。医師不足地域できちんとした指導医がいないところでの研修にならないか心配です。ただし、専門医の不足地域にある程度研修を積んだ若手医師が配置され多くの症例を経験できることもあり、指導体制を確認の上、定員配置することが重要と思われる。	
地対協委員	県立こども病院	須磨崎亮委員	医師確保・偏在対策に資するために、各病院の各診療科の定員を厳密に定めるのではなく、「医師少数県にあっては、希望者の多い年度には定員を一定数増やせるなど、柔軟に運用できるようにするべき」です。 専攻医希望者数の年度ごとの変動は大きいですが、研修に必要な症例数などを考慮しても、標準的な研修期間である3年間の平均で定員数を守れば、研修の質に大きな影響はではないはずとします。	
医療機関	県立中央病院	秋島信二先生	③について; 近年の当県キャリア形成プログラムの運用の変更の結果、外科専門研修においては、専攻医にとって専門研修とキャリア形成プログラムの併行がおこないやすくなったと考える。ただ原則として一学年1枠に留まる当院の外科専門研修においては、複数のキャリア形成プログラム在籍者を同学年の外科専攻医として迎えることが難しい点は、今後の大きな課題である。さらに、いわゆる義務年限を終えた後の処遇については、現時点で特別なものはなく、特に、一人ではおこないにくい外科診療に携わる立場からは、専門医資格取得を目前としながら、専門研修修了により所属が無くなる医師を、県内の医療力としてどのように確保していくかという意味においても、さらに対策には一考の余地があると思われる。	
医療機関	筑波学園病院	原田繁先生	基本領域の研修が行われているにも関わらずサブスペシャリティ領域の診療科及び研修制度が未だ確立されていない。しかし、基本領域の症例をサブスペシャリティ領域の領域として認めるということは決まっている。経験症例数を認めるだけであれば問題はないが、外科、内科領域は連動研修という概念を持ち込み、基本領域の3年間の研修の中で2年目、3年目の研修病院先(施設のローテーション)をサブスペシャリティ領域が現状決めている。高度な医療を専門的に行う病院を含む領域(本県では循環器内科)では大規模な病院に研修医を集中化させ、広範な内科研修をする期間にサブスペシャリティ領域の研修が主となり細分化した内科領域の研修を幅広く研修するようにした基本領域の研修の趣旨から逸脱させ、さらに医師の偏在化を助長させる結果となっている。	
地対協委員	小山記念病院	田中直見委員	各都道府県で定員を設け、専門医を育成した後の勤務先について、その勤務先は何かしらの限定を受けるものか	

3 医師確保対策又は偏在対策に関する意見(3(2)④に関するもの)

区分	所属	氏名	地対協委員・医療機関・市町村からの意見	厚生労働省への意見(案)
知事の会			専門研修制度については、国の「専門医の在り方に関する検討会報告書」において、「医師の偏在是正を図ることを目的」に検討するとされていたところであるが、専攻医募集定員に係るシーリングについては、医師の偏在是正を図る上で不十分であることから、将来の医療需要を踏まえ、各都道府県・各診療科の必要な医師養成数を定めた上で、募集定員の設定などによる厳格なシーリングを実施すること。 併せて、地方の指導環境を充実させるため、派遣元病院にインセンティブを付与することなどにより、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みを創設すること。「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会構成県による共同意見」	専門研修制度については、国の「専門医の在り方に関する検討会報告書」において、「医師の偏在是正を図ることを目的」に検討するとされていたところであるが、専攻医募集定員に係るシーリングについては、医師の偏在是正を図る上で不十分であることから、将来の医療需要を踏まえ、各都道府県・各診療科の必要な医師養成数を定めた上で、募集定員の設定などによる厳格なシーリングを実施すること。 併せて、地方の指導環境を充実させるため、派遣元病院にインセンティブを付与することなどにより、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みを創設すること。「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会構成県による共同意見」
地対協委員	土浦協同病院	河内敏行委員	この問題も一朝一夕には解決は難しいと考える。シーリングの制限をさらに厳しく、都市への医師偏在を避ける方策が必須。地域枠、専修医枠も有効に働いている部分と、離脱等の問題を内包している部分もある。多くの医師が希望する都市部の制限だけでなく、さらに協力に地域のプログラムに参加する方向性をつくらなければ、解決は困難。診療科ごとの特性も地域によって異なり、今後も大学、基幹病院、行政が強く関与して進める必要がある。	
医療機関	筑波学園病院	原田繁先生	研修医が少ない領域(本県では消化器内科)は、医師不足地域に医師を配置するために医師が多いとされる地区(つくば地区)からの医師を他地区に移動させている。つくば医療圏でも消化器内科医師数が少なかったところから他地区に移動した(5名の病院常勤医を全員移動)をことにより、つくば地区の要治療者(特に救急患者)がつくば地区で治療を受けられなくなるという逆転現象が生じている。このことはつくば医療圏の救急車搬送患者が土浦など他管轄地域に搬送される件数が著明に増加していることから裏付けられている。医師不足地域の茨城県内だけの医師の移動は、人口数だけでなく要治療数を加味して検討すべきである。茨城県内のどの地域も医師が余っている地域はない。医師不足地域への対応は茨城県内での医師数のみをみて対応するのが先でなく、他県から茨城県に医師が勤務するような環境作りや女性医師が十分働けるような環境作りが先であり、医師数が増えない状況で需要が少ない過疎地に医師を充足させて需要が多い地域の医師数を減少させるのは本末転倒である。	
医療機関	県立中央病院	秋島信二先生	④について; 新専門医制度の外科専門研修は、そのプログラム基幹・連携施設のNCD数、専門研修指導医数などで専攻医受入数が規定されている。NCD数が潤沢にある場合はその定員数も多く設定出来るが、現在当院外科専門研修プログラムは1枠に留まる。ここに複数の外科専門研修プログラム専攻希望者が応募してきた場合は、1名のみを採用することになるが、貴重な外科専門研修希望者を排除することがないように、少し柔軟な対応(採用)を切望する。さらに、この専攻医の研修範囲が連携施設に留まることは必ずしも医師不足地域への派遣が出来ることを示すのではなく、むしろ連携施設の状況によっては医師不足地域に派遣出来ないことも起こり得る。従って、1-①の項でも述べたように、連携施設(施設群)は敢えて既定しないでおき、一定の規程を満たす(県内)施設では自由に研修ができるようにすることがよいものと、再度主張したい。	
医療機関	高萩協同病院	近藤 匡先生	現在内科常勤医師は不在で、水戸協同病院から3ヶ月ごとに派遣される専攻医のローテーター2人で外来と入院診療を維持しておりますが、入院数・症度ともに限界です。地域医療の維持のために当院のような医師少数地域の中小病院への定員配置数を拡大できるよう配慮願います。外科については、県修学生の中小病院ルール撤廃のため2021年度からは筑波大学からの専攻医の派遣が困難な状況です。このままでは外科の入院診療を中止するほかなく、日立総合病院で受け入れられない症例については医療圏外への流出を余儀なくされることとなります。内科とも合わせて定員配置についてご配慮願います。	
市町村	神栖市地域医療推進課	細田久美子主事	医師不足地域における研修医確保としては連携プログラム施設での研修期間を複数年単位となるような制度とすること。 サブスペシャルティ領域に関する研修制度についてプログラム化による系列施設での研修医の困り込みが起きないように連携施設による研修体制にすること。その場合も複数年となるような制度とすること。	

4 臨床研究医コースを設けることに関する意見(3(2)⑤に関するもの)

区分	所属	氏名	地対協委員・医療機関・市町村からの意見	厚生労働省への意見(案)
医療機関	ひたちなか総合病院	山内孝義先生	大都市の大学病院がシーリングの枠外で多くの臨床研修医を獲得して、ますます医師数の偏在が大きくなるような仕組みが必要	まず、地域医療に携わる医師を増やして医師数の偏在が大きくなるような仕組みとすることが重要であるが、我が国における臨床研究医の必要性を鑑み、定員については応募状況を見て柔軟に拡大できる仕組みとするほか、途中でキャリア変更を希望したときに対応可能な制度設計にしていきたい。
市町村	神栖市地域医療推進課	細田久美子主事	臨床研究に従事する医師を養成する臨床研究医コースを設けるのであれば、医師総数を増やして医師不足地域における医師確保を図ること。	
地対協委員	土浦協同病院	河内敏行委員	将来の医師過剰、日本における基礎研究の世界に比しての遅れ、等を考慮すると重要な方向性で有り、是非積極的に進めるべき案件。ただ、現在の案では初期臨床研修は必須になっているが、これに関しての議論は必要と思われる、すでに卒業時に基礎研究に従事することを想定する医師もいることを考えれば、初期研修の内容についても踏み込むべきと思われる。40名に限定するのが正しいかどうかは、難しい問題でさらに多くしてもいいのではと個人的には感じている。	
地対協委員	筑波大学附属病院	原晃会長	本コースが養成しようとしている臨床研究医(clinician Scientist)は、我が国の医療の発展に極めて重要な存在であり、積極的に取り組むべきと思われます。定員はスタート時には40名でも良いと思いますが、応募状況を見て柔軟に拡大できる制度設計しておくべきだと思います。	
医療機関	総合守谷第一病院	遠藤優枝先生	基礎医育成・研修コースを設けて臨床研究に従事する医師を養成する意義はあり、40名程度の少数から開始して経過を見るのは良い試みだと思います。ただし、途中でキャリア変更を希望したときの受け皿があったほうがよいと思います。	
医療機関	県立こころの医療センター	堀孝文先生	臨床研究医コースに入った医師がドロップアウトした場合の措置はどうなるのか。研修医療機関にのみペナルティを課すのでは公平ではなく、一般の専攻医の養成にも影響を与える。	
医療機関	筑波学園病院	原田繁先生	・臨床研究医コースが臨床研究医にとってどのようなインセンティブあるいはメリットがあるのかが不明である。通常のプログラム制でも大学院に進学し7年間を経過しなくても学位と専門医を取得することが可能である。 ・何らかの理由で臨床研究医が離脱した場合、責任医療機関が定員減などのペナルティが課せられるが、精神的な理由、経済的理由、研究が順調に進行しないなどの理由で専攻医プログラムや大学院を離脱する専攻医は少なくない。責任医療機関に瑕疵がない場合でもペナルティを与えることは責任医療機関の萎縮を招く恐れがある。 ・シーリング対象外のため、抜け道となって基本領域の偏向や地域の偏在をもちやす危険性はないのか心配である。 ・「義務年限などで勤務施設が限定されている医師の場合は、臨床研究コースがそれらの勤務に抵触しない範囲で可能であることを担保すること」などの条件をつけて応募可能として広めの門戸を設定することも考慮すべきである。	
医療機関	県立中央病院	秋島信二先生	⑤について; 臨床研究医というのが具体的にどのような医師養成をめざすのかやや不理解な点があるが、現在の基礎医学や社会医学あるいは医療行政などに関わる医療研究職というものを想定しているのであれば、このような専門医研修コースを策定すること、またその定員がシーリング外とする点も理解が出来る。しかし、本来専門医取得と、主として研究に従事することを両立させることが本当に必要であるか、は根本的な点で疑問が残る。また、それを専門医機構が主導するべきかどうかとも明確な賛否を示す考えはない。根本的なことであるが、むしろ、専門医制度自体を連続した数(3)年を縛り付けるプログラム制としないで、すべてカリキュラム制として、どのような医師資格者でも臨床と研究をもう少し自由に選択できるシステムの方がよいと考えるがいかがだろうか。	
地対協委員	茨城県看護協会	白川洋子委員	臨床研究医コースは必要と考えるが、同時に専門医も取得するということですか。臨床研究医コースの将来的な位置づけはどのようになっていますか。	

5 日本専門医機構が地域枠離脱に関する意向を都道府県へ確認することに関する意見(3(2)⑥に関するもの)

区分	所属	氏名	地対協委員・医療機関・市町村からの意見	厚生労働省への意見(案)
医療機関	県立中央病院	秋島信二先生	⑥について； 地域枠は医師確保に難渋する主に(大)都市以外の地域の医療水準確保のための切実なる対策の一つである。その目的と、若手医師個人の意思が研修途上で齟齬が起こり、最終的に離脱となることは起こるべきではないことであるが、一個人の権利と義務をどのように扱うか、強制とならないようにするべく慎重に検討しなければならない。しかし、専門研修選択に際し、地域枠離脱の意向などを確認し明確にすることは必要なことと考える。医師専門研修部会 資料3に示されている、初期研修における地域枠医師への対応、の手続きのような情報共有はなされるべきであろう。ただし、地域枠離脱の手続きなどが、当初の認定申請手続きにおいて十分に説明され、それに対する補填などが確実に了解されていることが必須になると思われる。	<p>・地域枠は医師確保に難渋する主に(大)都市以外の地域の医療水準確保のための切実なる対策の一つである。そして、専門研修選択に際し、地域枠離脱の意向などを確認し明確にすることは必要なことと考える。離脱者に対する対応は、国、都道府県で統一した方向性を持ち、離脱した医師を受け入れる施設に対する対応を一律にしているようにしたい。</p>
地対協委員	土浦協同病院	河内敏行委員	この問題は個人の職場の自由、入学時に決めた事情と変わる可能性もある点、また都道府県の意向、大学の介入、離脱医師を受け入れる大学医局、病院の意向等々の諸般の事情がからみ、一概に答えは出ないと思われる。ただ医師偏在問題への寄与、学生への学費の補助、大学の地方医療への寄与等を考えると、今後も必要な精度である。ただ離脱者に対する対応は、国、都道府県で統一した方向性を持ち、離脱した医師を受け入れる施設に対する対応を一律にすべきと思われる。	
医療機関	ひたちなか総合病院	山内孝義先生	⑥の通りで良く、又、専門研修プログラムの責任者が従事要件を満たすように配慮する仕組みを作る事が必要	
地対協委員	茨城県医師会	鈴木邦彦委員	地域枠からの離脱を防ぐためにも、地域枠に応募する際の丁寧な説明と、入学してからの地域枠以外の学生との平等な教育が必要と思われる。	
医療機関	県立こころの医療センター	堀孝文先生	日本専門医機構が地域枠離脱に関する意向を確認する必要があるが、それだけでなく、地域枠医師がキャリアパスについて相談できる体制を都道府県が確立することが重要。	
医療機関	総合守谷第一病院	遠藤優枝先生	地域枠から離脱するかどうかは医師本人の問題であり、専門医機構が対応する必要は無いように思います。地域枠の医師かどうかを確認、受け入れる研修コースが適応でない場合は本人に告知し、医師本人が自分で都道府県と交渉すべき。都道府県は離脱する場合は専門医取得後、地域に戻って一定期間従事するか、奨学金を返済するかどうかを求めて良いと思います。	