

新専門医制度に関する意見書に係るその後の状況について

平成 28 年 8 月 5 日付け  
秋田県知事及び秋田県地域医療対策協議会長から  
厚生労働大臣及び日本専門医機構理事長あて

1 大都市圏との格差是正に向けた都道府県別・診療領域別の定員枠の設定

①大都市圏の定員枠を大幅に削減し、大都市圏以外の充実を図ること。その際、これまでの地域偏在の状況下での各診療科の後期研修医の採用実績をベースにするのではなく、人口あたり医師数や居住可能面積あたり医師数などの客観的なデータを踏まえながら、大都市圏以外においては必要医師数が十分に確保できるような仕組みとすること。

→日本医師会要望書（平成 28 年 11 月 18 日）

専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設があるプログラムは、原則として、募集定員が過去 3 年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと

→専門医制度新整備指針第二版（平成 29 年 7 月日本専門医機構）

専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設がある研修プログラムの定員等については、都市部への集中を防ぐため、運用細則で別途定める。

（運用細則）

- ・対象となる都市部の定義を、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡とする。
- ・5 都府県の各基本領域学会専攻医総数の上限を、原則として過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えないものとする。超えた場合は、年次で調整する。ただし、対象の都市部の選択に関しては、地域への派遣の実績等を考慮して基本領域学会と機構で協議する。
- ・医師数の減少している外科、産婦人科、病理、臨床検査については上記を適応しない。
- ・定数については、当面の間、毎年、基本問題検討委員会で見直す。地域偏在を助長するなど不都合が生じた場合は、さらに見直しを検討する。

②診療領域別の定員枠の設定にあたっては、各学会に判断を委ねるのではなくて、国及び日本専門医機構が制度全体を見渡しなが、必要な調整等を主導的に実施すること。

→平成 29 年 4 月 24 日厚生労働省 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会  
現在までに、4 月、5 月、6 月及び 8 月の 4 回開催

## 2 地域における偏在が拡大しない仕組みの構築

①これまで研修を行ってきた地域の病院など、多くの医療機関がプログラムに積極的に関わっていただけるように、基幹施設と連携施設の基準の見直しを行うこと。

→専門医制度新整備指針第二版（平成 29 年 7 月日本専門医機構）

専門研修基幹施設の基準は、各基本領域学会のプロフェッショナルオートノミーに基づくものとし、各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例が経験できる大学病院と地域の中核病院等がともに認定される水準とするが、対象とする領域は、領域の規模・特性を踏まえることとし、運用細則で別途定める。

（運用細則）

- ・原則として、基幹施設の基準については、基本領域学会が機構と協議して専門医教育のレベルの維持の観点から策定する。
- ・専攻医年度採用実績が 350 名以上の基本領域学会（現時点では、内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科）については、教育レベルを保つ観点から、原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置く基準とする。地域の実情に応じて基本領域学会と機構で協議し運用する。
- ・専攻医年度実績数が 350 名未満の基本領域学会は、各都道府県単位で複数の基幹施設をおく基準でなくてもよいものとする。

②地域の中小病院等においても専攻医の育成が可能となるように、内科以外の診療領域でも特別連携施設の区分を設けること。

→専門医制度新整備指針第二版（平成 29 年 7 月日本専門医機構）

常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる等、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要である。例えば「関連施設」等の連携施設に準じる枠組みを基本領域学会の定める施設基準で考慮する。すなわち、地域医療を維持するために必要な施設において常勤の専門研修指導医を置くことが困難な場合、研修連携施設に準ずる施設を基幹施設の承認のもと研修プログラムに組み入れ、これらの施設での研修も各領域が定める期間、指導医が不在であっても研修として認めるように基幹施設の責任において配慮する。