

専門研修プログラムに関する国への意見提出（案）

1 専攻医シーリングに関する意見について

（1）特別地域連携プログラムに関する意見

- ① 特別地域連携枠はシーリング対象外の都道府県の施設において1年6か月以上の専門研修を行えるとあるが、選ぶ側の専攻医のメリットがいまひとつ理解できない。

専攻医の少ない地域の病院（例えば、青森、秋田、山形、茨城、栃木、長野、三重県など）で1年6か月研修を行う事のわかりやすいメリットを専攻医に提示すべき。

地方の国立大学における地域枠の増枠や、3年の専攻医研修も同県で行う事を前提にするなど、根本的な改善が必要だと思う。

東京都の充足率は依然として高く、シーリングももう少し厳しくすべと思う。

- ② 現在の千葉の基幹プログラムの充足率が1.0以下のところが多い現状では、特別地域連携を模索しても、効果は不十分であると考ええる。

- ③ 連携施設の要件等が複雑である。へき地での研修要件については、必ずしも趣旨にあった運用ができていたとは言えず、有意義ではないと思われる。

（2）子育て支援加算に関する意見

- ① これは必要で大切な試みかと思う。

現状、シーリング対象外の診療科の中でも外科及び病理は全国平均以上の専攻医数の増加には至っていない。子育て支援加算によって本来シーリングを要する診療科の専攻医受け入れ数が増える事と、この子育て支援加算が注目される事によって、さらに外科及び病理科への専攻医増加が妨げられる可能性がある。

- ② 子育て支援の具体的な基準が明確にされていないのが現状。どのような設備、育休等の算定基準等、一定の標準化されたルールの明文化が必要だと思う。

(3) その他の意見

特定の地域において、夜間の外科・整形外科の初期救急医療体制の整備にあたり、外科系の医師を確保できないことを理由に輪番や後方支援への参加が難しいという現状がある。新型コロナの感染拡大に伴い、より一層、救急搬送困難事例が増加している。そこで、現在、専門医制度におけるシーリング対象外となっている外科、救急科についても、シーリングの対象とするようお願いしたい。

2 個別のプログラムに関する意見

意見なし

3 各診療領域のプログラムに共通する意見

(1) 診療科別の定員配置に関する意見

- ① 医師の働き方改革に対応するためにも、周産期母子医療センターなど当直回数が多い診療科の定数が少なくなることは避けてほしい。

現状においても、産婦人科の専攻医が集まらず、スタッフが多忙で効果的な募集もできておらず、苦慮している。

(2) その他の意見

- ① 医師不足地域へのローテーションについては、そのプログラムの最終期間にローテするようにお願いしたい（プログラム修了後もその地域に残り勤務する可能性が高まるため）。
- ② 総合診療領域の研修内容については、以前より総合診療以外の内科等の研修期間が長く、本来の総合診療の研修（特に総合診療Ⅰ）が短くなる傾向になっている。3年の期間で専門医を育成するのであれば、本来の目的である総合診療研修に十分な時間と指導を割くべきであると考えます。