

# 専門医制度に関するアンケート 集計結果

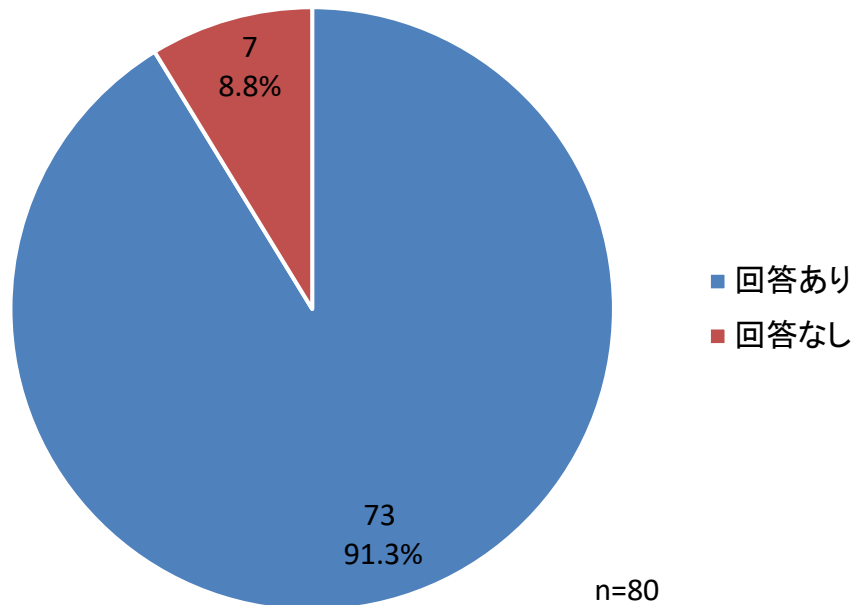


## 専門医制度に関するアンケート

1. 調査対象 役員病院80病院
2. 回答数 73病院
3. 調査期間

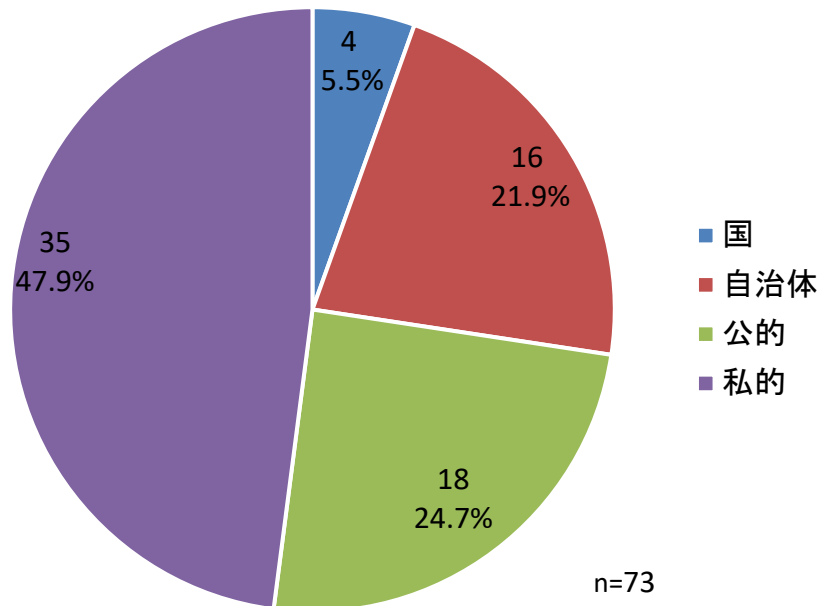
2018年12月22日 ~ 2019年1月15日  
(※12月27日の回答期限を1月15日まで延長)

## 4. 回答状況



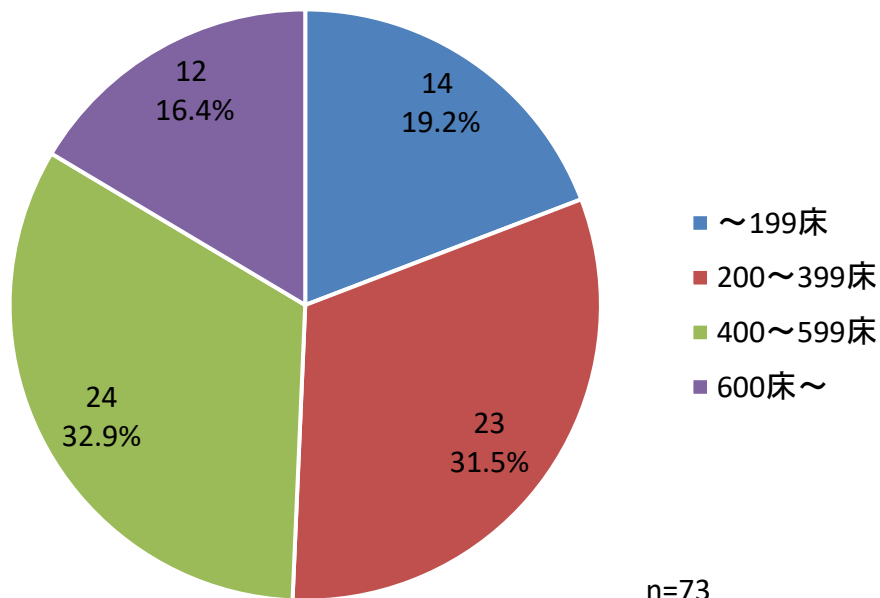
- ・調査対象: 会長、副会長、常任理事、理事、監事、支部長の役員80病院
- ・回答数 : 73病院(前回67病院)
- ・回答率 : 91.3%(前回84.8%)

## 5. 設立主体



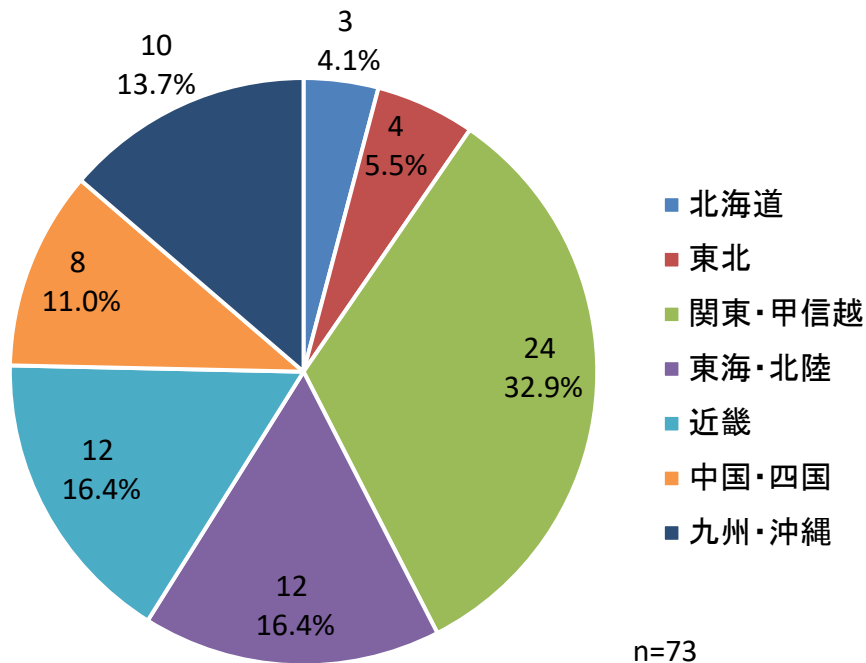
- ・国 : 国立研究開発法人、  
国立病院機構、  
地域医療機能推進機構
- ・自治体 : 都道府県、市町村、  
地方独立行政法人
- ・公的 : 日赤、済生会、厚生連、  
共済及連合
- ・私的 : 公益法人、医療法人、  
私立学校法人、社会福祉法人、  
会社、その他法人

## 6. 病床規模



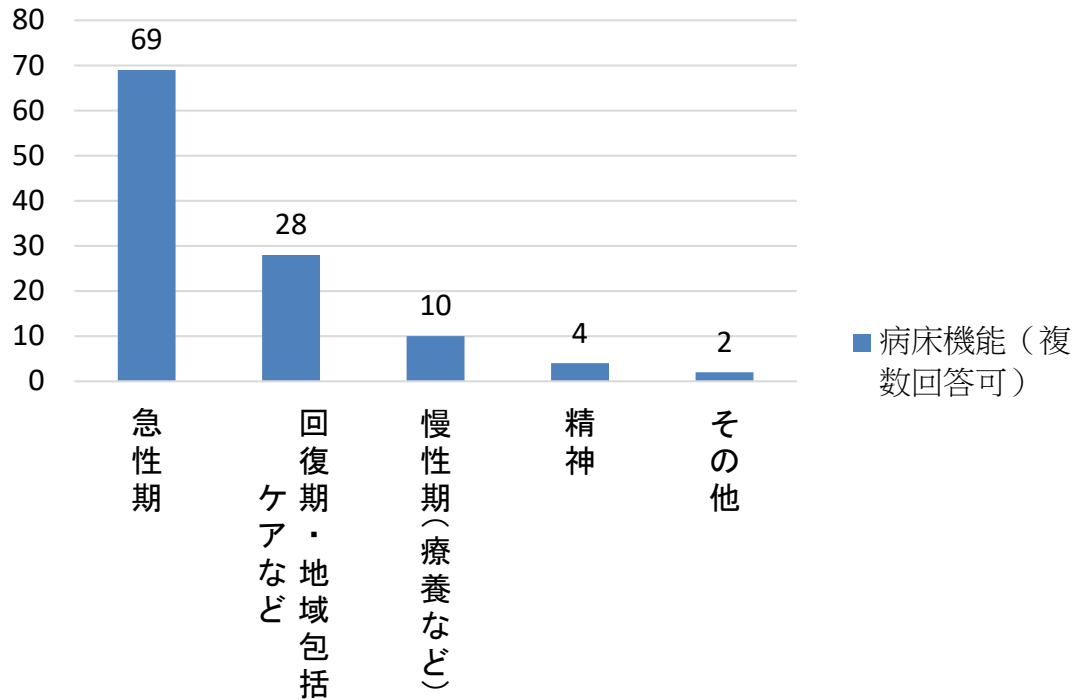
- ・400床以上の病院は36病院(49.3%)
- ・200床未満の病院は14病院(19.2%)
- ・役員構成ほぼ均等の割合であった。

## 7. 地域



- ・全ての地域から回答を得た。
- ・役員構成ほぼ均等の割合であった。

## 8. 病床機能（複数回答可）

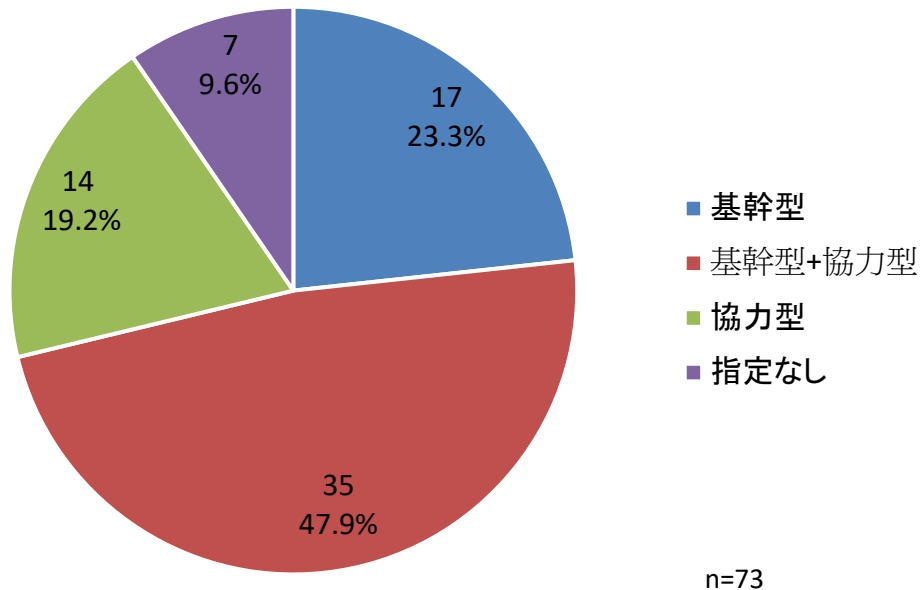


・69病院が急性期と回答。

その他

・結核、感染症

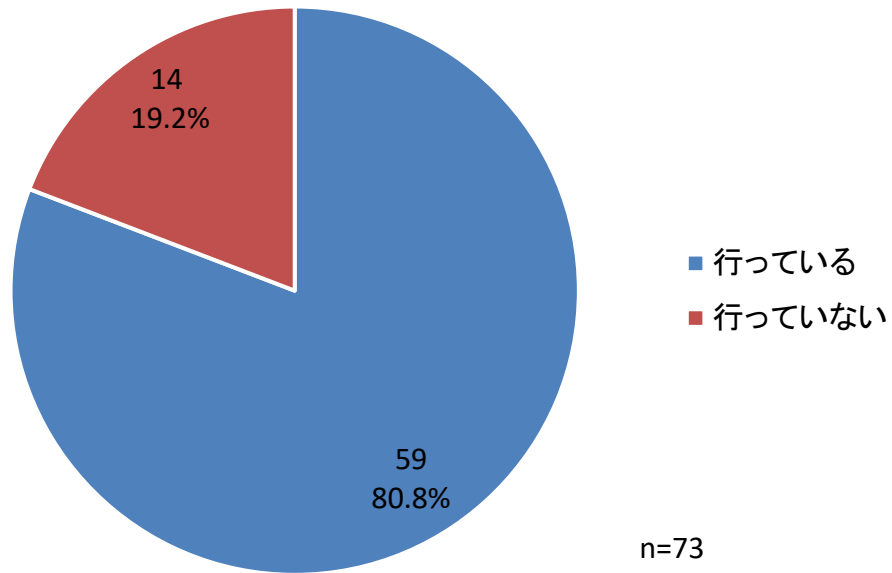
## 9. 臨床研修指定



- ・基幹型、基幹型+協力型  
あわせて52病院(71.2%)
- ・協力型は14病院(19.2%)
- ・指定なしは7病院(9.6%)

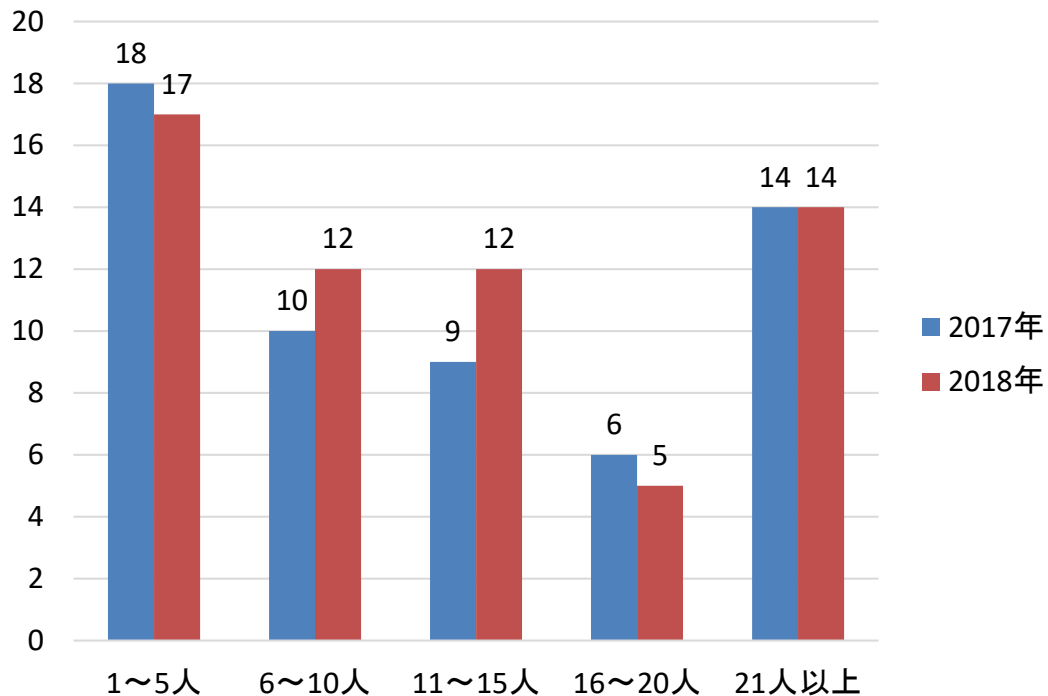


## 10-1. (初期) 研修医の研修について



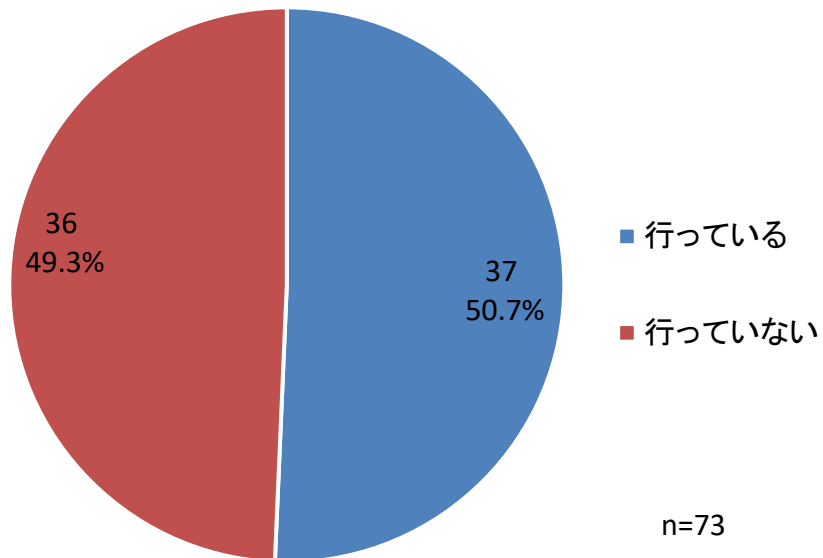
・(初期) 研修医の研修を行っている病院は59病院(80.8%)

## 10-2. (初期) 研修医の人数比較



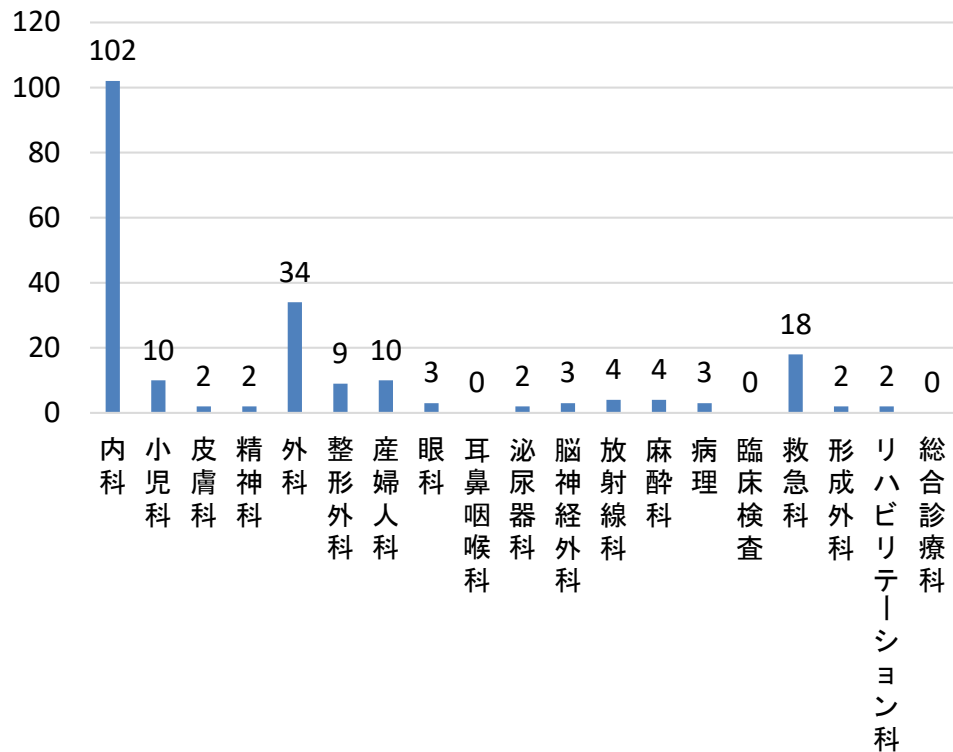
・(初期)研修医の研修人数は2017年と2018年で大きな変化は見られなかった。

## 11-1. 基幹施設としての専攻医（2018年度）の研修



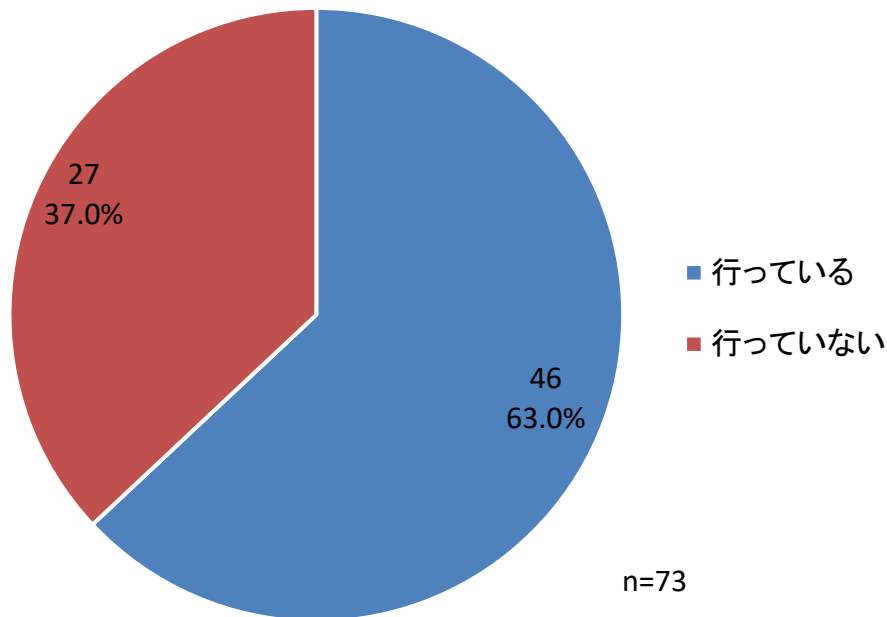
・基幹施設としての専攻医（2018年度）の研修を行っている病院は37病院（50.7%）

## 11-2. 基幹施設としての専攻医（2018年度）の人数



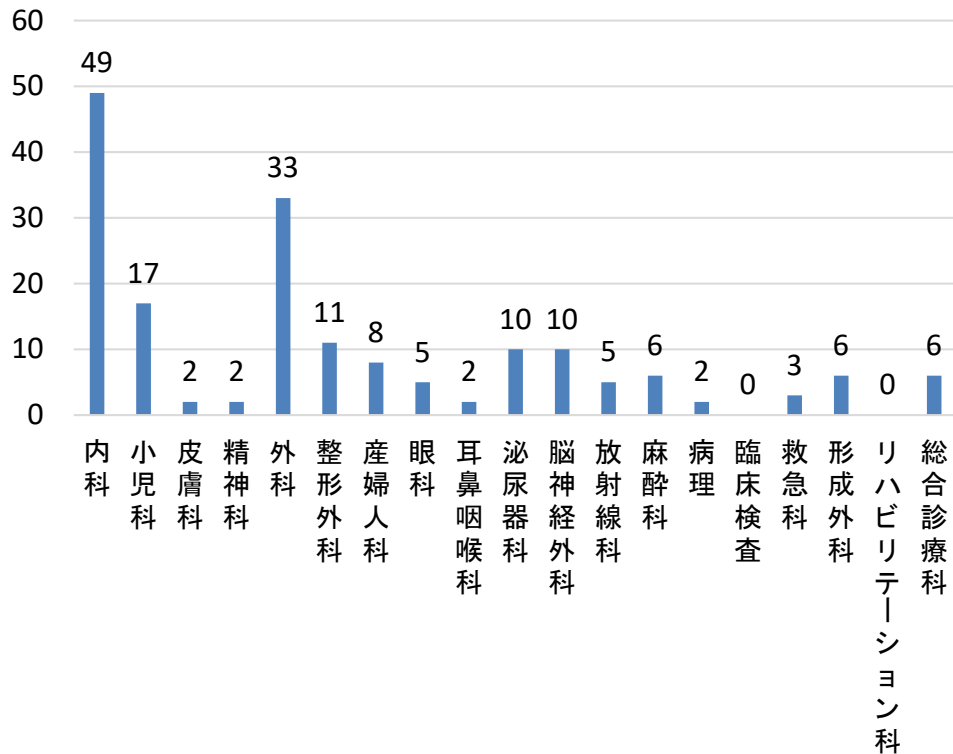
・基幹施設として専攻医（2018年度）の研修を行っている診療科は内科がもっとも多く、次いで外科、その次に救急科であった。

## 12-1. 連携施設としての専攻医（2018年度）の研修



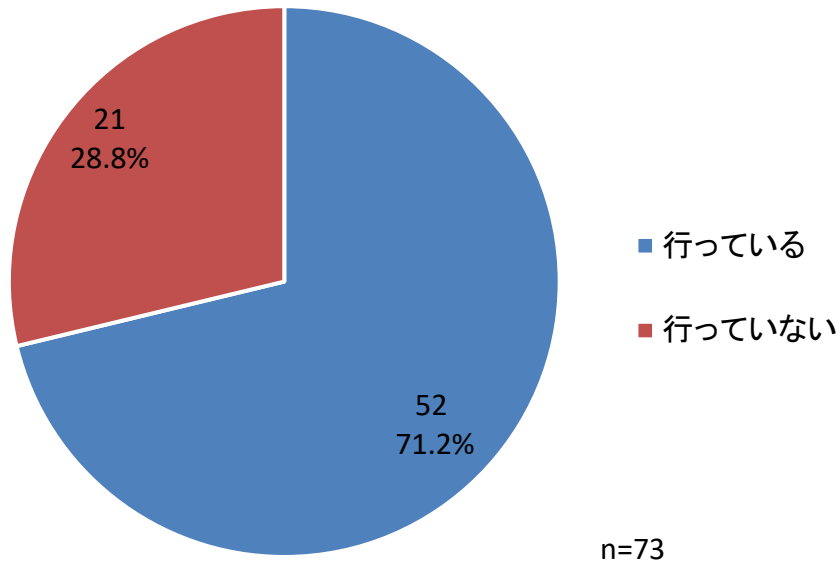
・連携施設としての専攻医（2018年度）の研修を行っている病院は46病院（63.0%）

## 12-2. 連携施設としての専攻医（2018年度）の人数



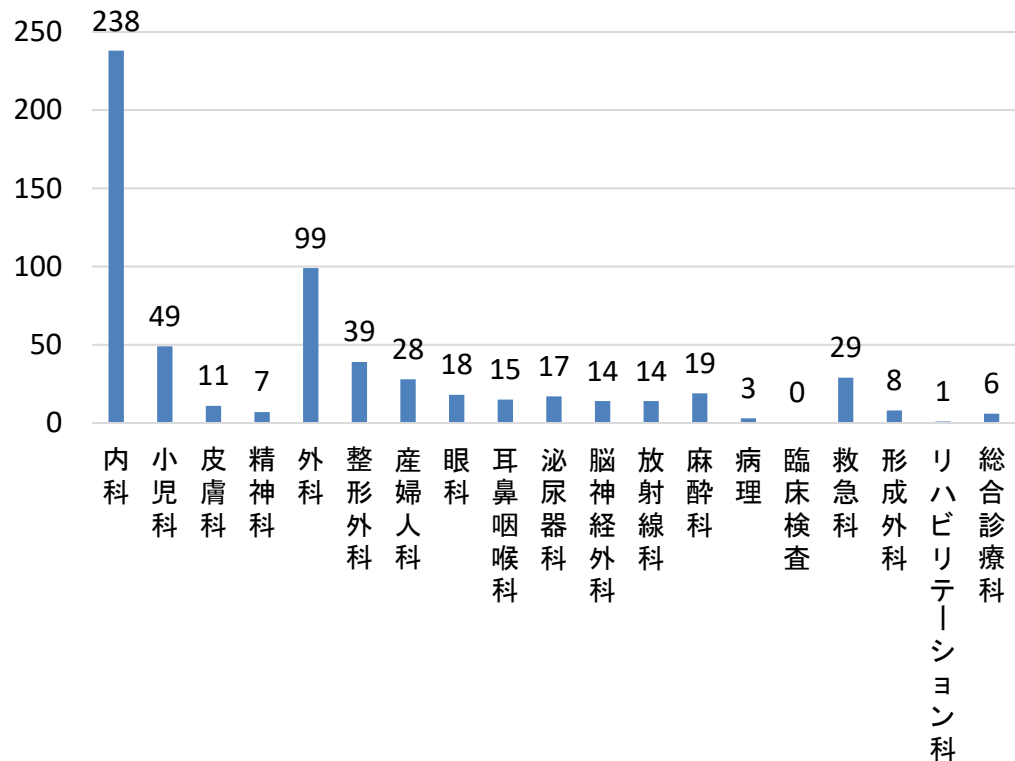
・連携施設としての専攻医（2018年度）の研修を行っている診療科は内科がもっとも多く、次いで外科、その次に小児科であった。

## 13-1. 後期研修医（2017年度）の研修



・後期研修医（2017年度）の研修を行っている病院は52病院（71.2%）

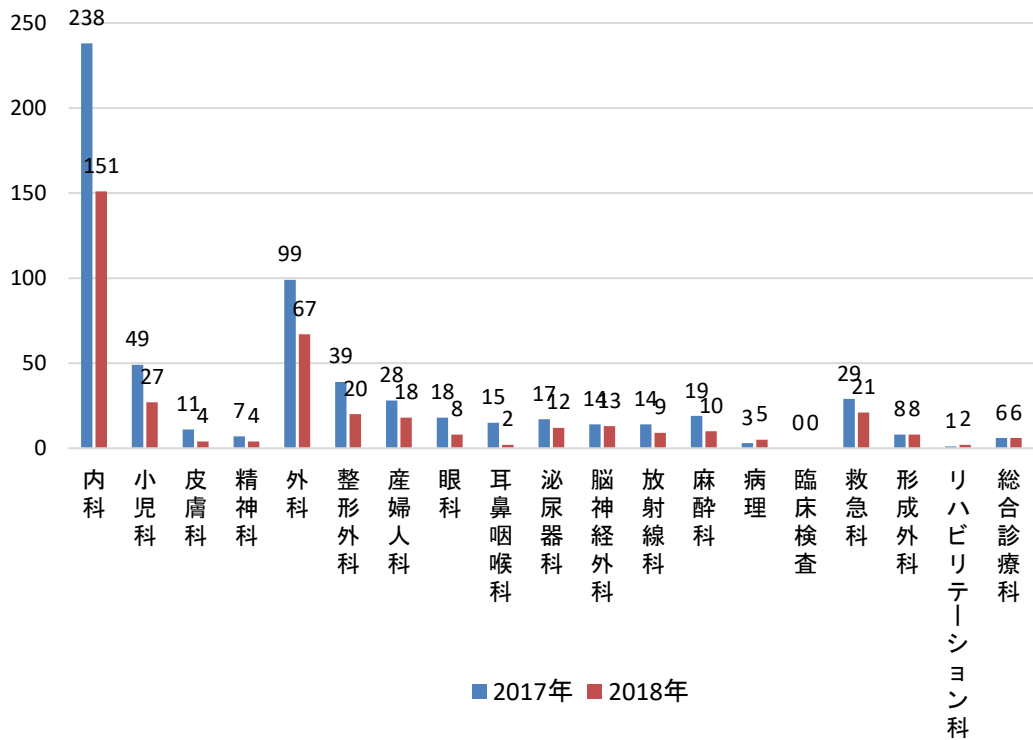
## 13-2. 後期研修医（2017年度）の人数



・後期研修医（2017年度）の研修を行っている診療科は内科がもっとも多く、次いで外科、その次に小児科であった。

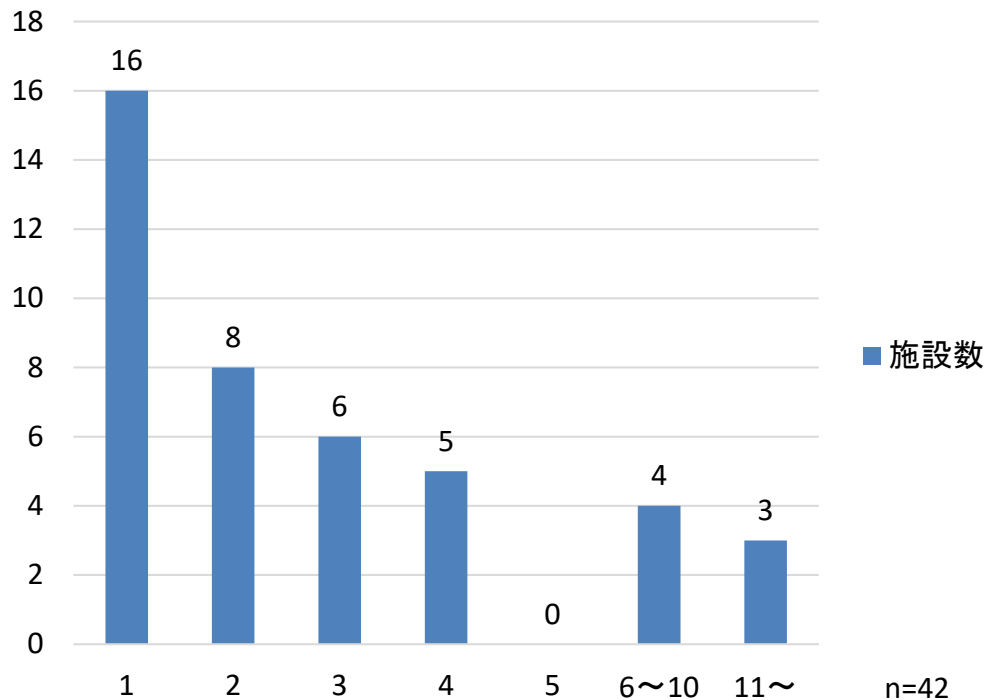


# 14. 専攻医、後期研修医の人数 比較



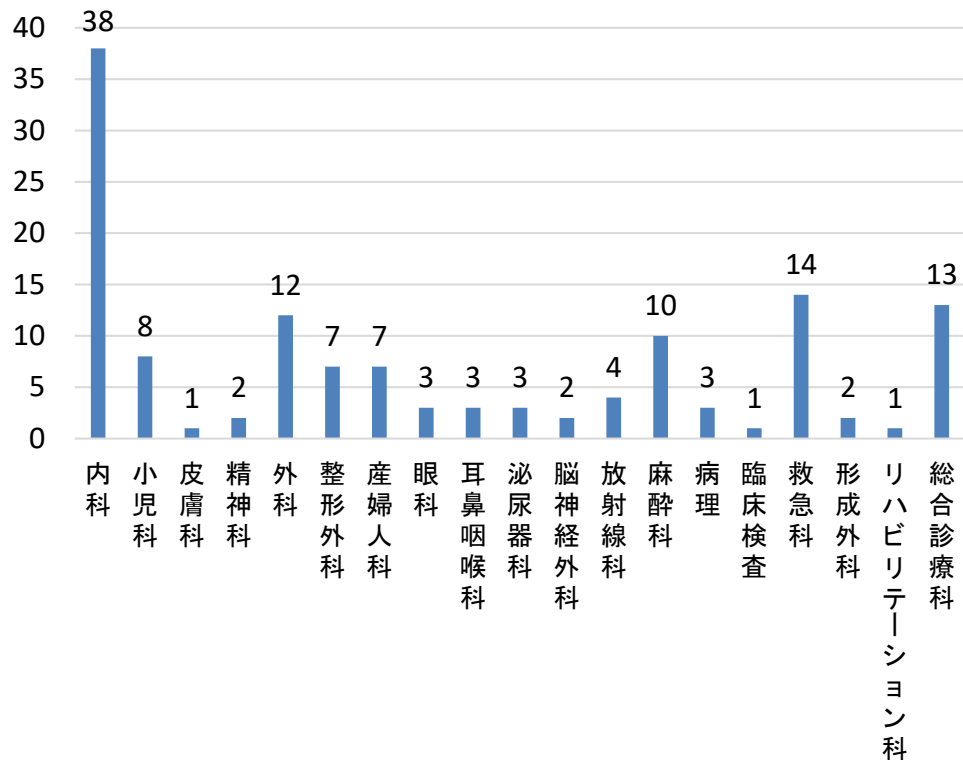
・後期研修医(2017年度)に比べ、専攻医(2018年度)はほとんどの診療科で減少していた。

## 15-1. 研修プログラム認定数 基幹施設



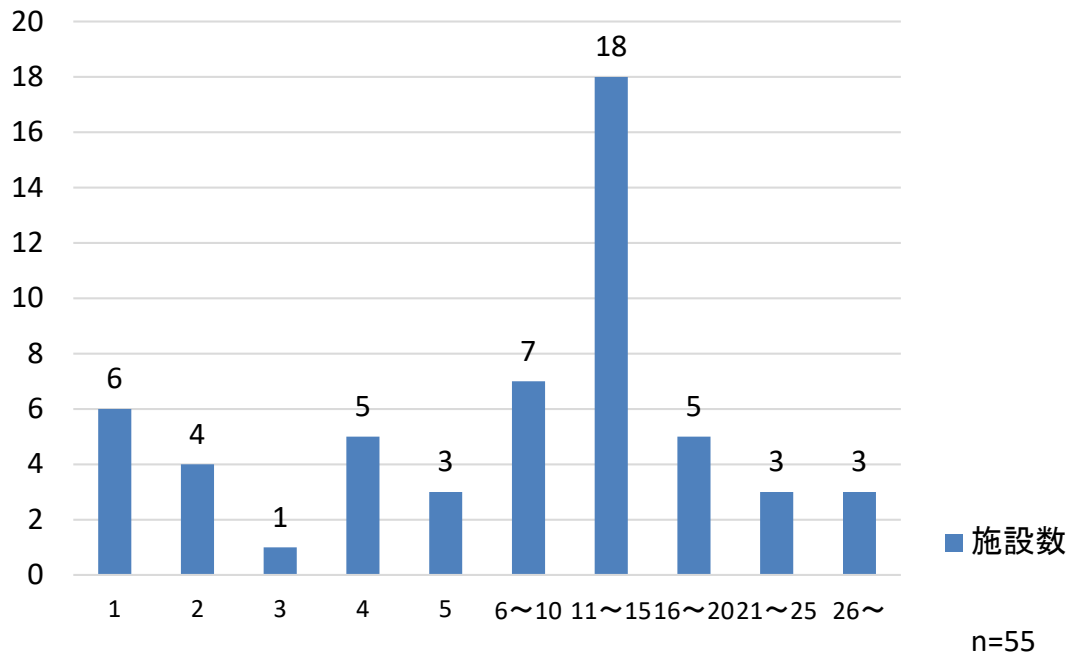
- ・基幹施設として研修プログラムが認定されているのは42病院。
- ・プログラム認定数1件の病院が16病院ともっとも多い。
- ・プログラム認定数11件以上の病院は3病院。

## 15-2. 領域別研修プログラム認定数 基幹施設



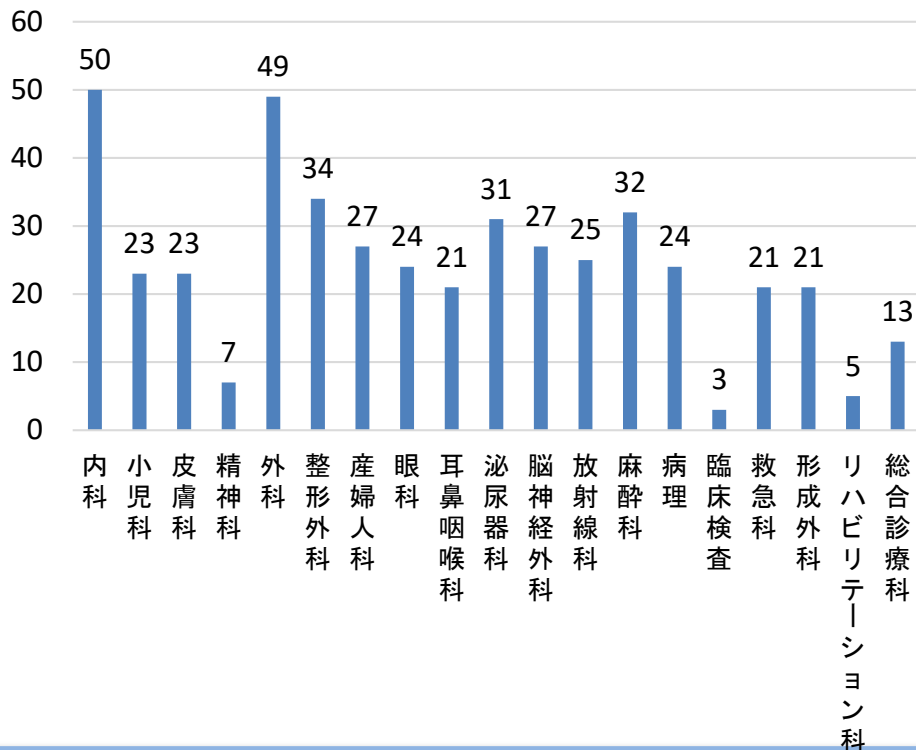
- ・基幹施設として研修プログラムが認定されている基本領域は内科が38ともっとも多い。
- ・次いで救急科14、総合診療科13、外科12であった。

## 16-1. 研修プログラム認定数 連携施設



- ・連携施設として研修プログラムが認定されているのは55病院。
- ・プログラム認定数11~15件が18病院ともっとも多い。
- ・プログラム認定数11件以上の病院は29病院。

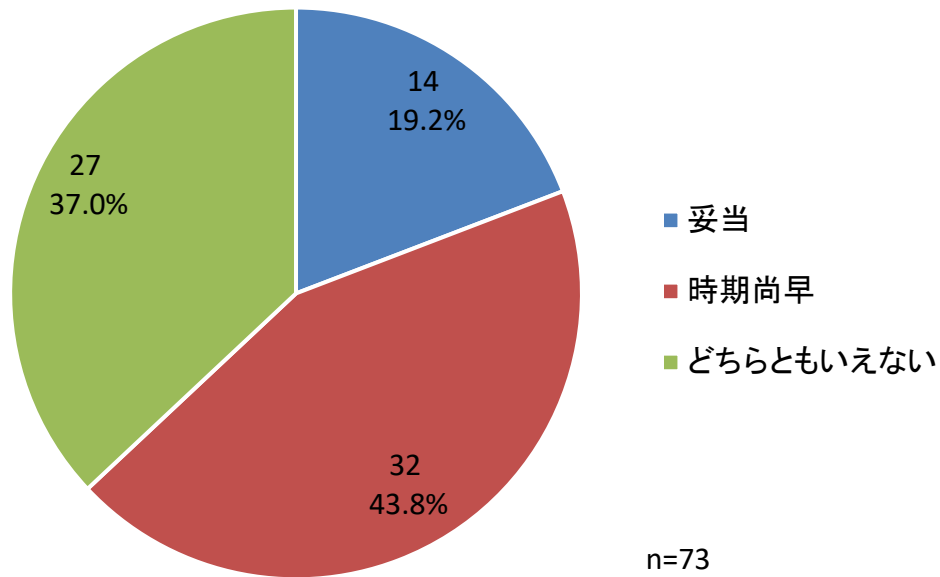
## 16-2. 領域別研修プログラム認定数 連携施設



- ・連携施設として研修プログラムが認定されている基本領域は内科が50と最も多い。
- ・次いで外科が49、その次に整形外科が34。

# I . 回答結果

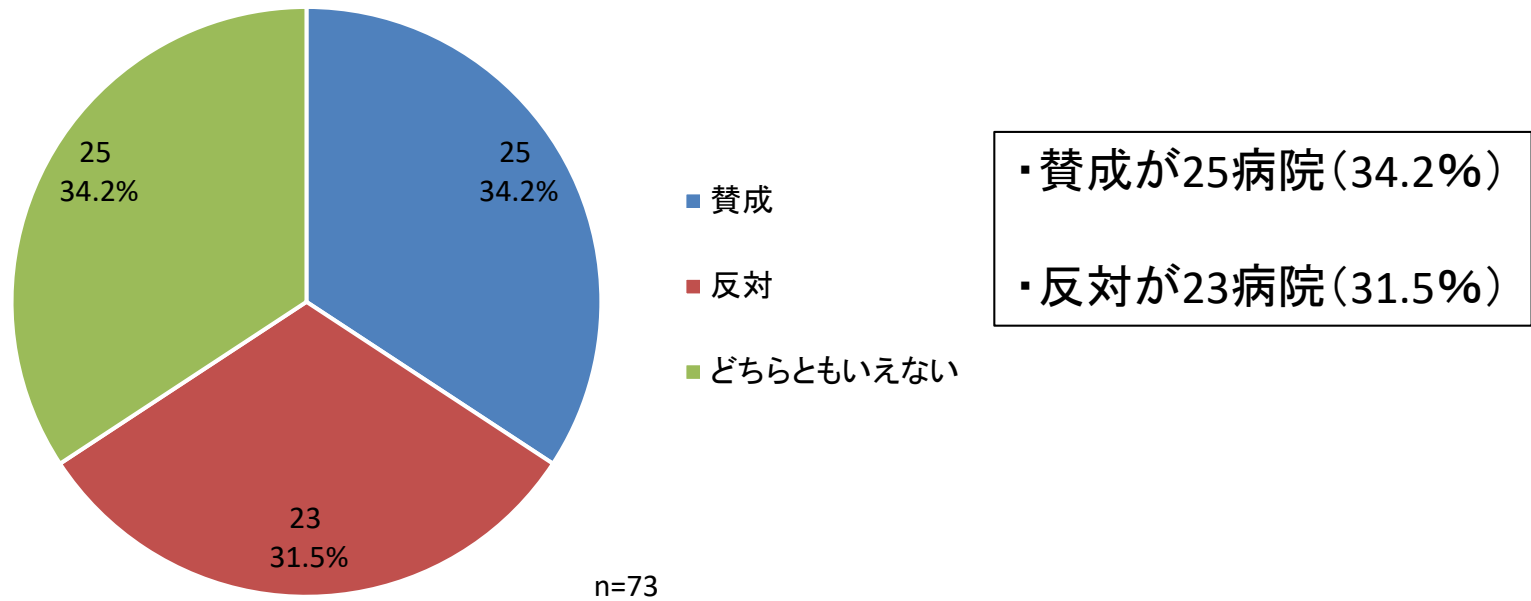
# 1. 新専門医制度の開始時期について



・時期尚早が32病院(43.8%)と  
もっとも多い。

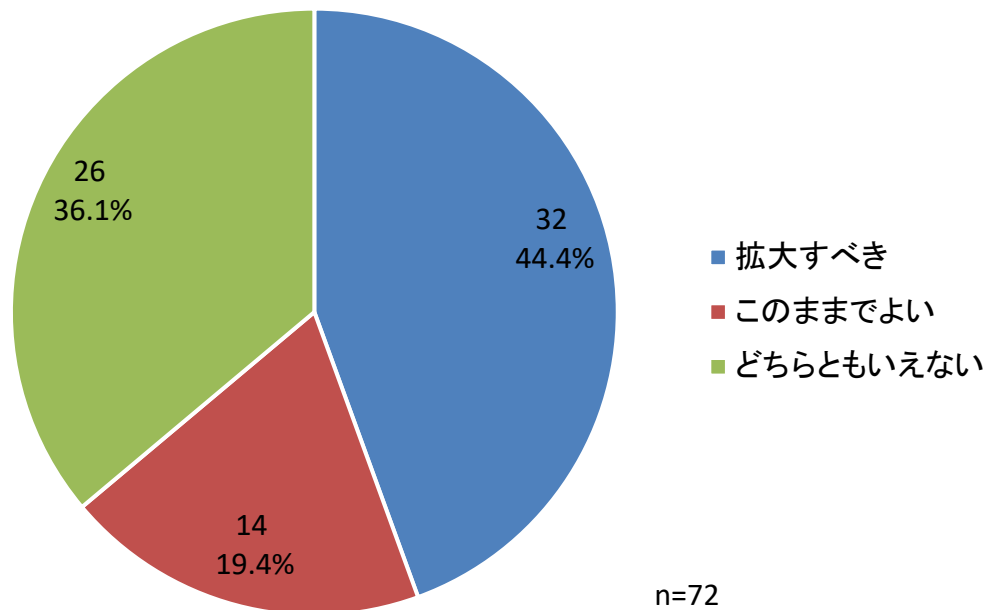
・妥当は14病院(19.2%)

## 2. 臨床研修（初期研修）修了者全員が 基本領域の専門医を目指すという原則について



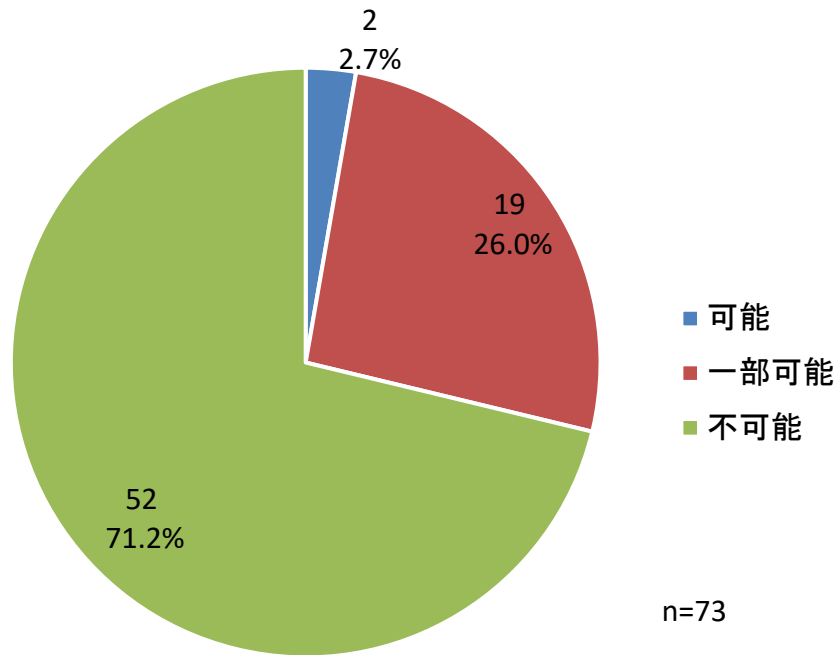


### 3. 研修プログラム、研修施設認定について



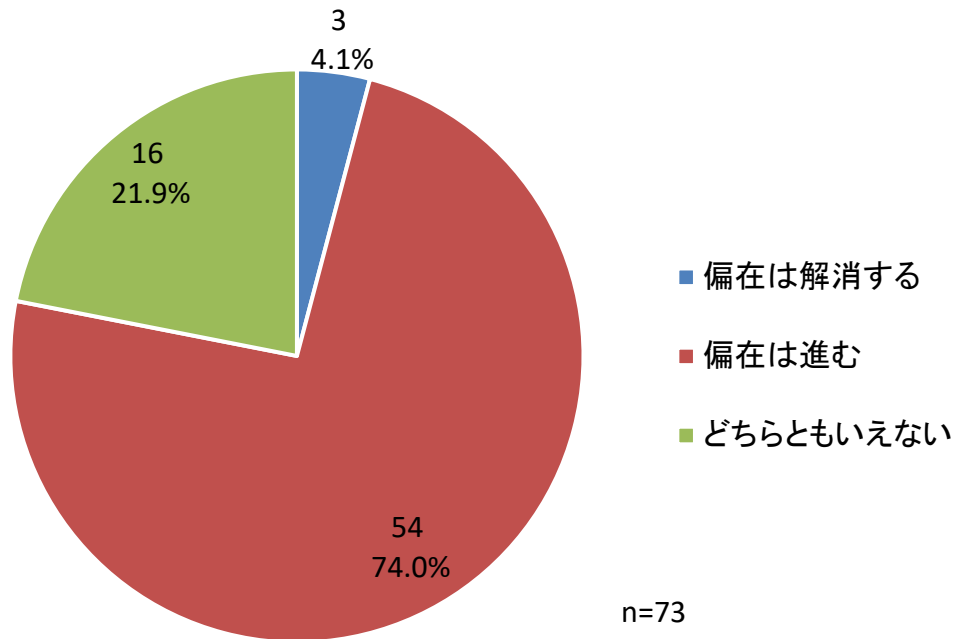
- ・拡大すべきが32病院(44.4%)
- ・このままでよいが14病院(19.4%)

## 4-1. 新専門医制度において地域偏在・診療科偏在の軽減は可能かどうか



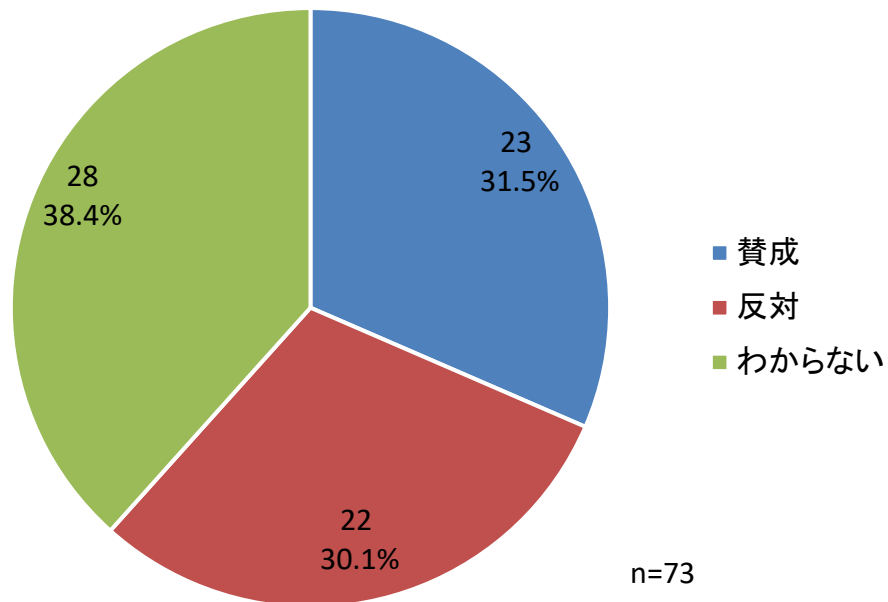
- ・不可能が52病院(71.2%)
- ・可能、一部可能があわせて21病院(28.7%)

## 4-2. 新専門医制度において地域偏在・診療科偏在は どうなると思うか



- ・偏在は進むが54病院(74.0%)
- ・偏在は解消するが3病院(4.1%)

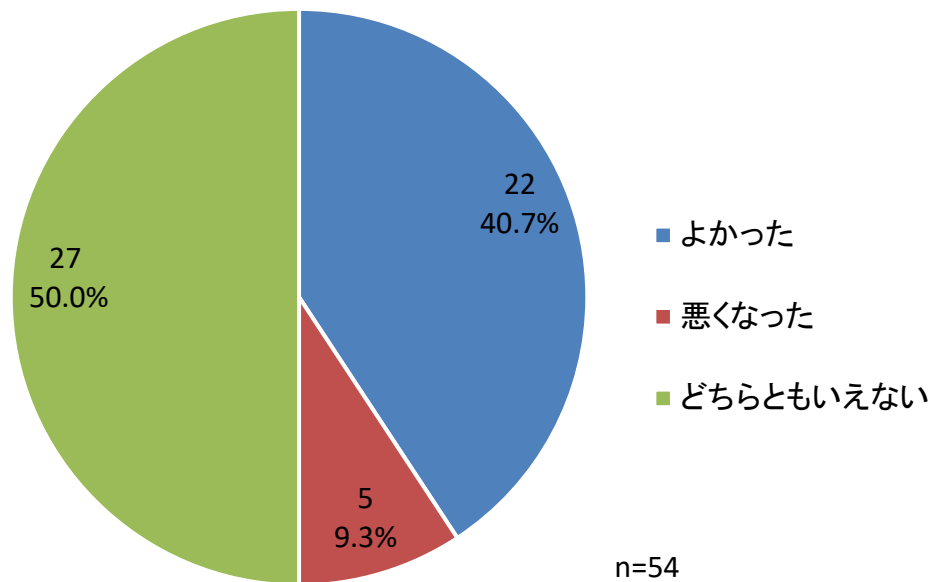
## 5. 専門医のマッチングの導入について



・賛成が23病院(31.5%)

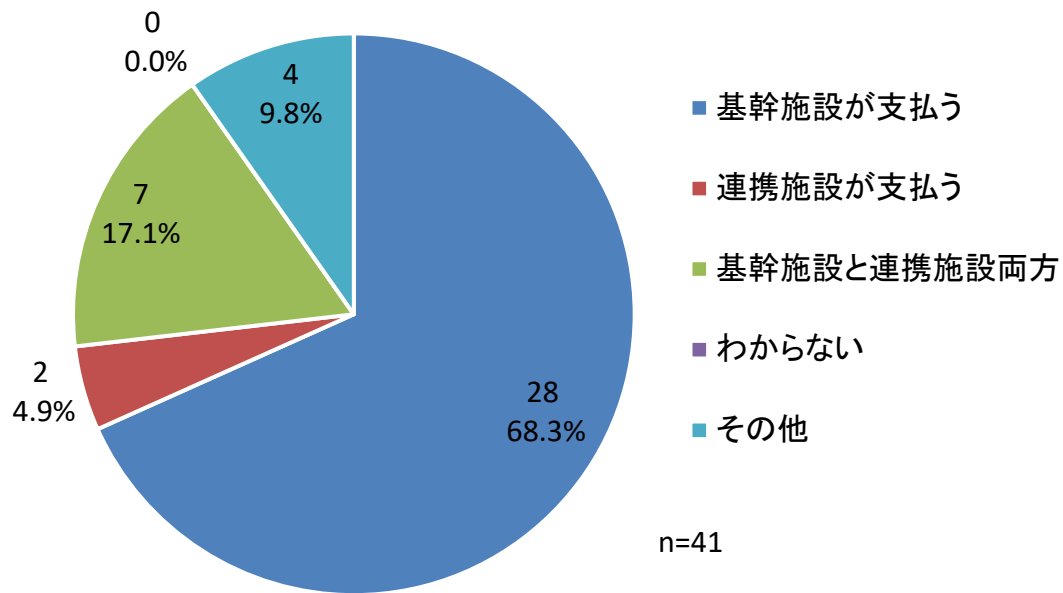
・反対が22病院(30.1%)

## 6. 基幹施設や連携施設になったことでよかったか (専攻医の研修を行っている病院のみ回答)



- ・よかったが22病院(40.7%)
- ・悪くなったが5病院(9.3%)

## 7-1. 基幹施設における専攻医の給与の支払い元 (基幹施設として専攻医の研修を行っている病院のみ回答)



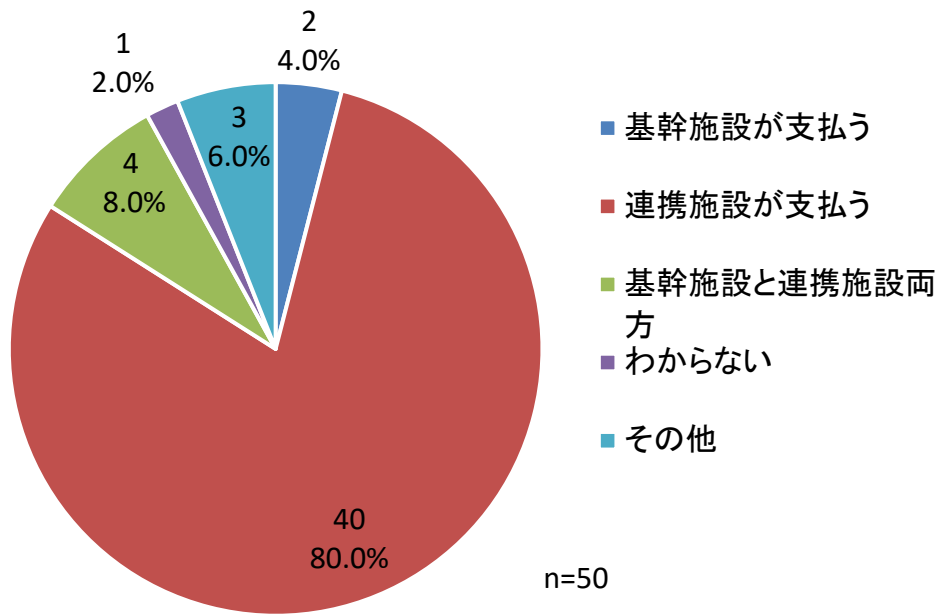
基幹施設としての専攻医の研修を行っている病院のうち、

- ・基幹施設で支払っているが28病院(68.3%)と最も多い。

その他

- ・基幹施設を離れて(6か月以上)の場合は連携施設所属の為連携施設で支払い、それ未満は基幹施設。
- ・状況によって異なる。
- ・勤務先の施設で支払いしている。
- ・実例がない。短期～2か月は基幹施設、3か月以上は勤務先が支払う。

## 7-2. 連携施設における専攻医の給与の支払い元 (連携施設として専攻医の研修を行っている病院のみ回答)



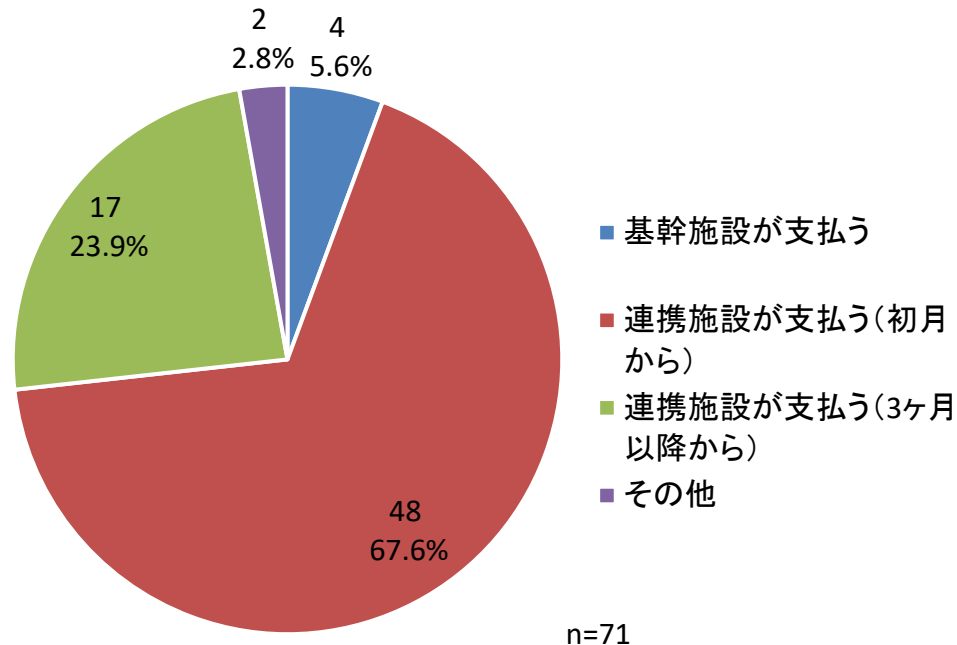
連携施設としての専攻医の研修を行っている病院のうち、

- ・連携施設で支払っているが40病院(80.0%)と最も多い。

その他

- ・基幹施設を離れて(6か月以上)の場合は連携施設所属の為連携施設で支払い、それ未満は基幹施設。
- ・勤務先の施設で支払いしている。
- ・基幹施設と連携施設の調整(研修期間など考慮)。
- ・基幹施設の水準に応じて連携施設が基幹施設に支払っている。
- ・現状は短期受け入れがない。

## 7-3. 専攻医の給与についてどうあるべきか



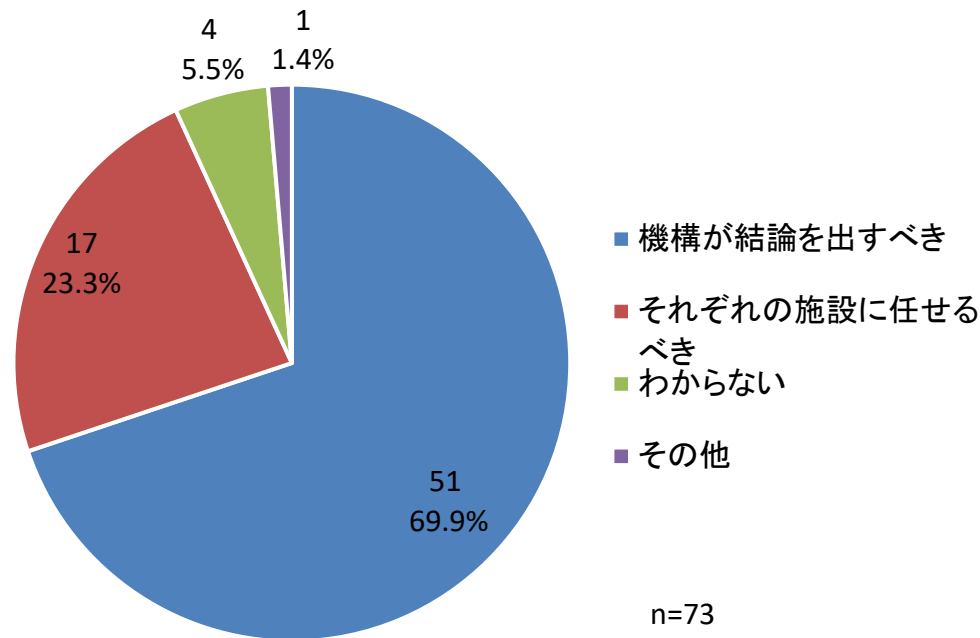
- ・連携施設が支払う(初月から)が48病院(67.6%)と最も多い。

### その他

- ・基幹施設が身分保証(雇用)し給与は研修実施施設が充足すべき。
- ・給与の基準をつくるべき。
- ・身分の標準化が必要。



## 7-4. 専攻医の身分・処遇について明確にされないまま開始されたがどう思うか

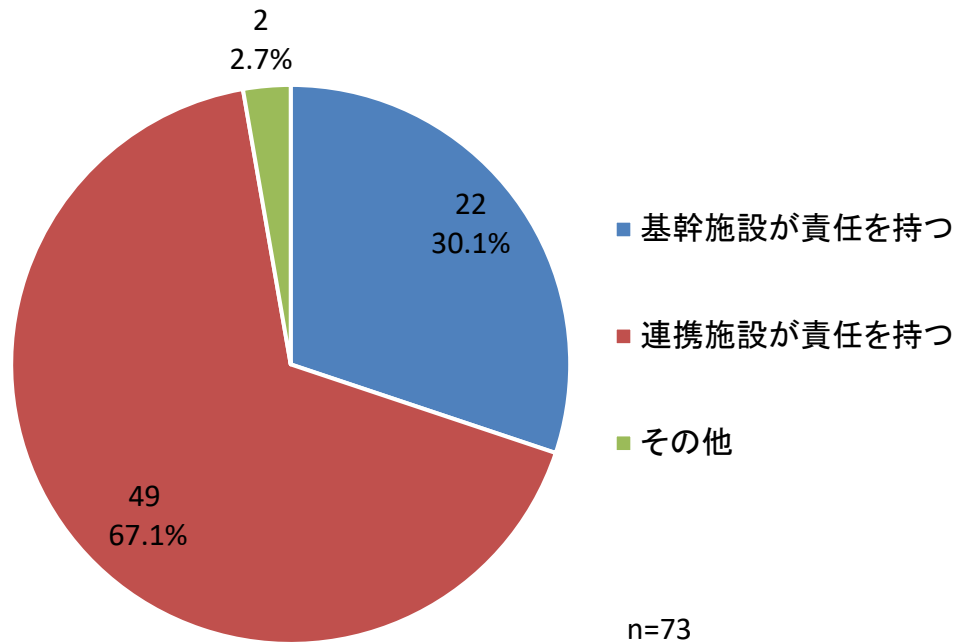


・専門医機構が結論を出すべきが51病院(69.9%)と最も多い。

### その他

・専門医機構で最低基準を設けた上で、それぞれの施設に任せろべき。  
 ・時と場合によって判断することになる。

## 7-5. 専攻医の身分・処遇についてどうあるべきか

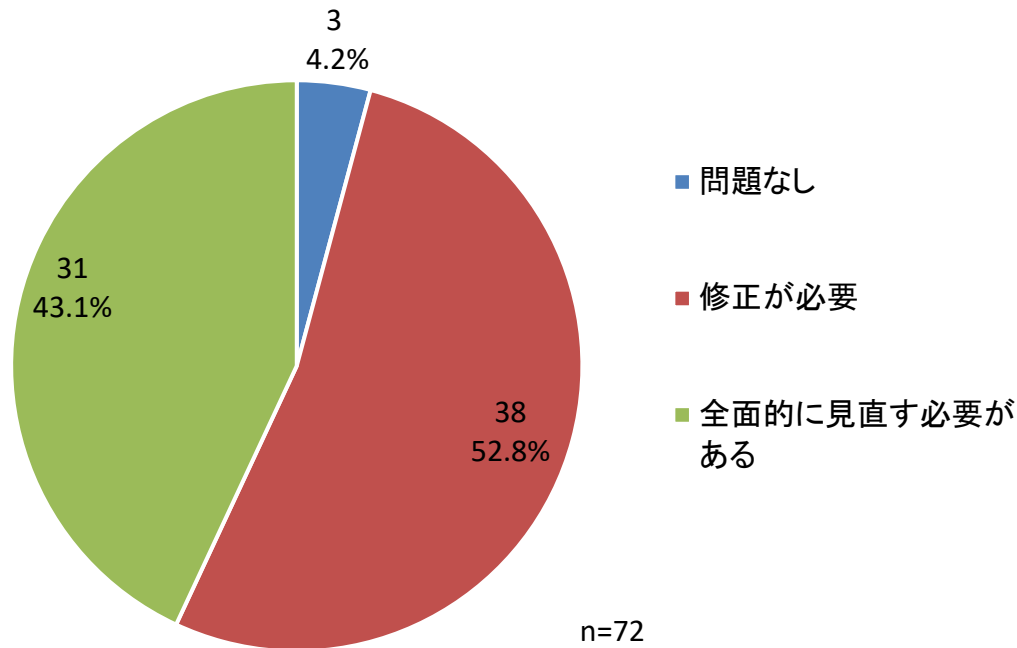


・連携施設が責任を持つが49病院（67.1%）ともっとも多い。

### その他

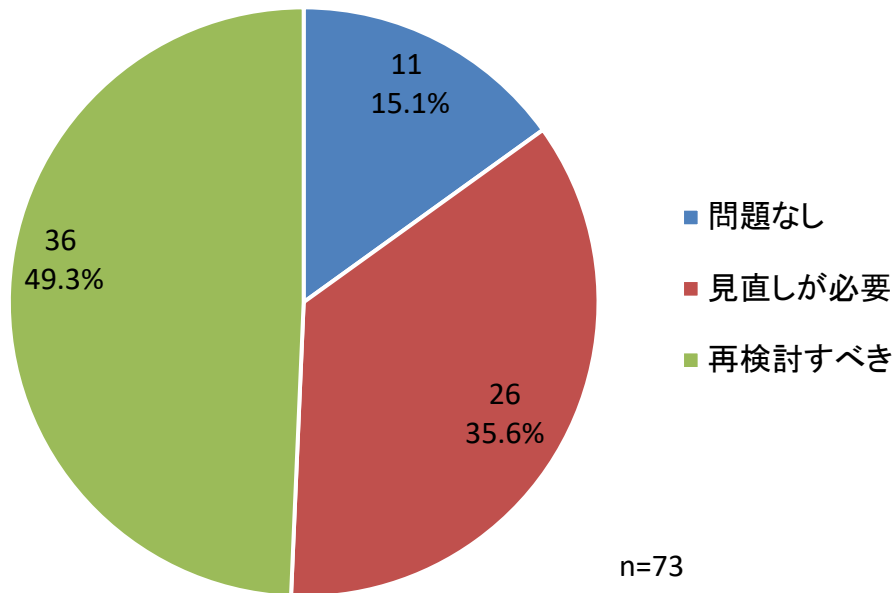
- ・国の責任とすべき。
- ・施設により基準が異なり、一元化すべきと思うが、難しいのではないか。
- ・身分の標準化が必要。

## 8. 専門医制度新整備指針について



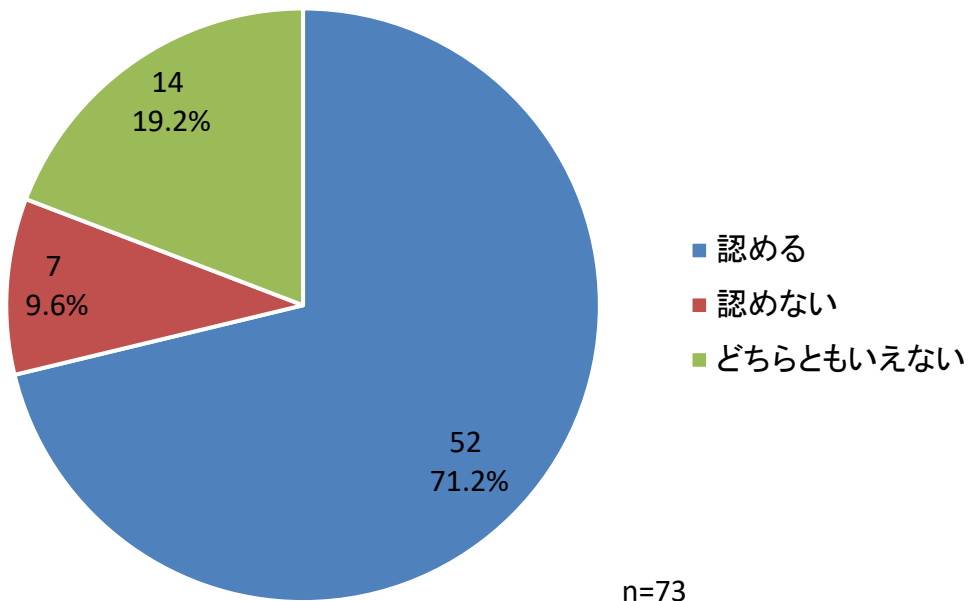
- ・修正が必要が38病院(52.8%)  
と最も多い。
- ・全面的に見直す必要があるが  
31病院(43.1%)
- ・問題なしが3病院(4.2%)

## 9-1. 基本19領域について



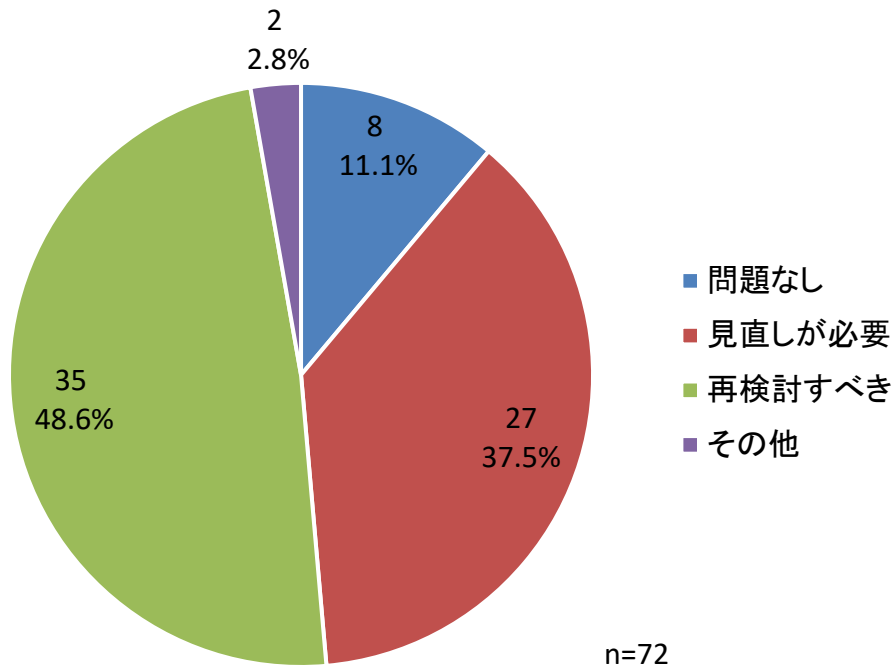
- ・見直しが必要、再検討すべきがあわせて62病院(84.9%)
- ・問題なしが11病院(15.1%)

## 9-2. 基本19領域でのダブルボードについて



- ・認めるが52病院(71.2%)
- ・認めないが7病院(9.6%)

## 10. サブスペシャルティ領域について



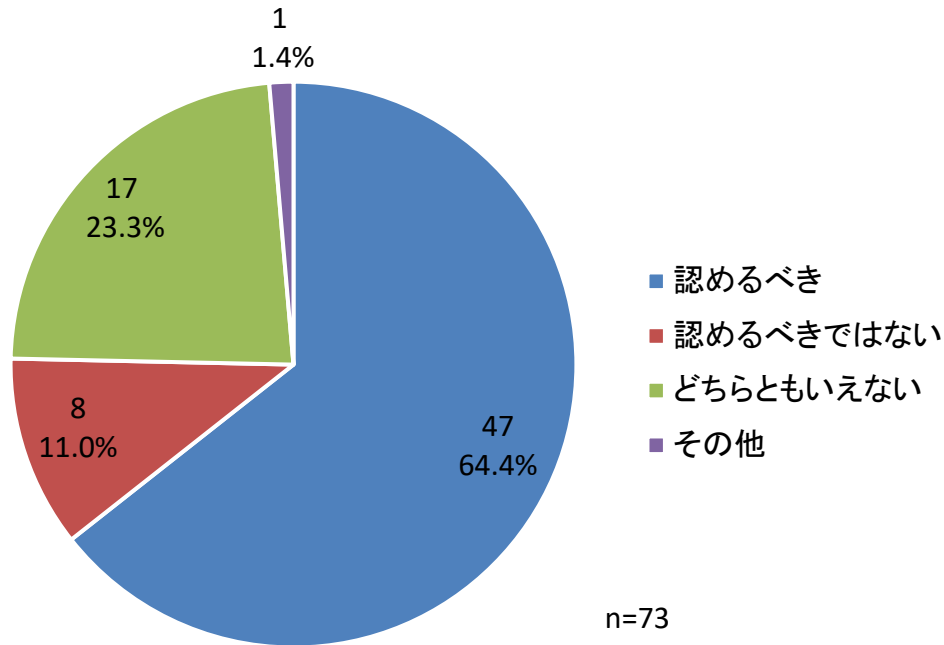
- ・見直しが必要、再検討すべきがあわせて62病院(86.1%)

- ・問題なしが8病院(11.1%)

### その他

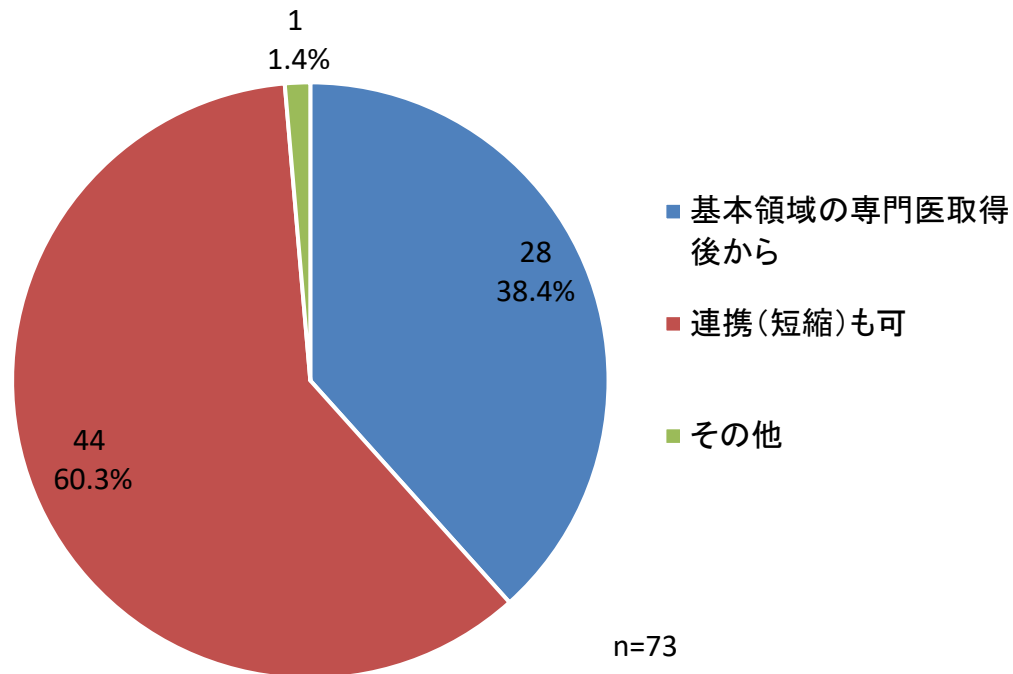
- ・定数を設けるべき。
- ・内科、外科はサブスペシャルティ領域の研修を早期から行うべきで、初期研修と同程度の研修は廃止すべきである。

# 11. 他領域のサブスペシャリティ領域への移行について



- ・認めるべきが47病院(64.4%)
  - ・認めるべきでないが8病院(11.0%)
- その他
- ・ダブルボードが認められるなら移行がなくても良い。

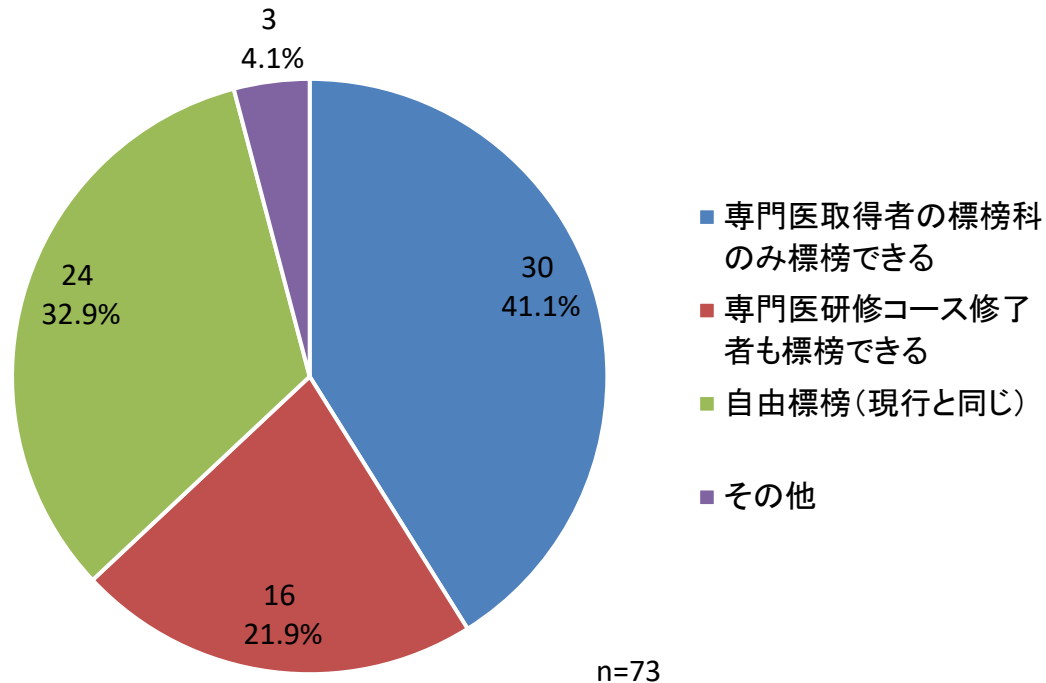
## 12. サブスペシャルティ領域の研修について



- ・連携(短縮)も可が44病院(60.3%)
- ・基本領域の専門医取得後からが28病院(38.4%)



## 13. 専門医制度と標榜科の関連について



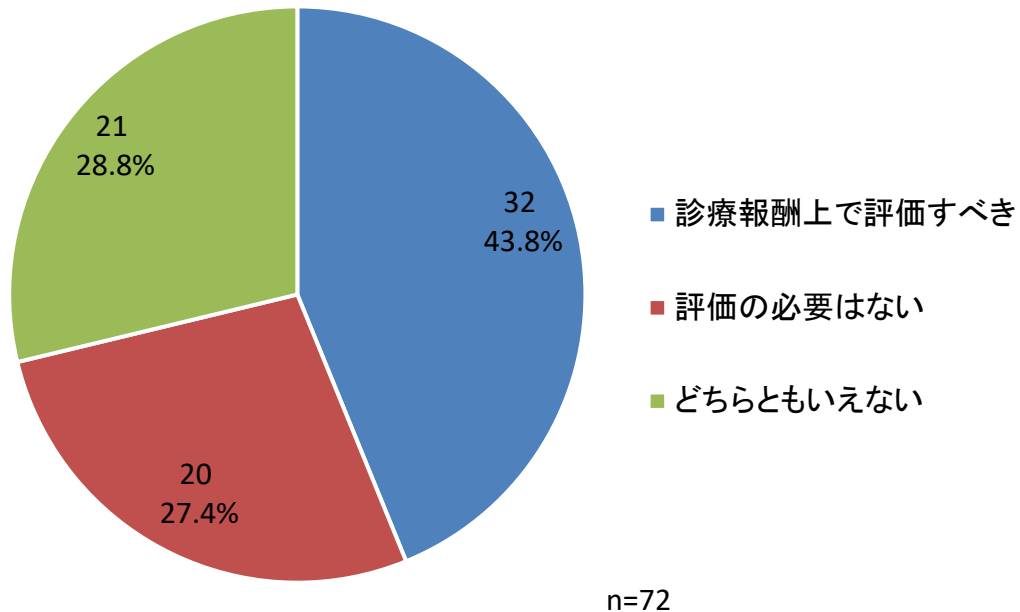
- ・専門医取得者の標榜科のみ標榜できるが30病院(41.1%)

- ・自由標榜(現行と同じ)が24病院(32.9%)

### その他

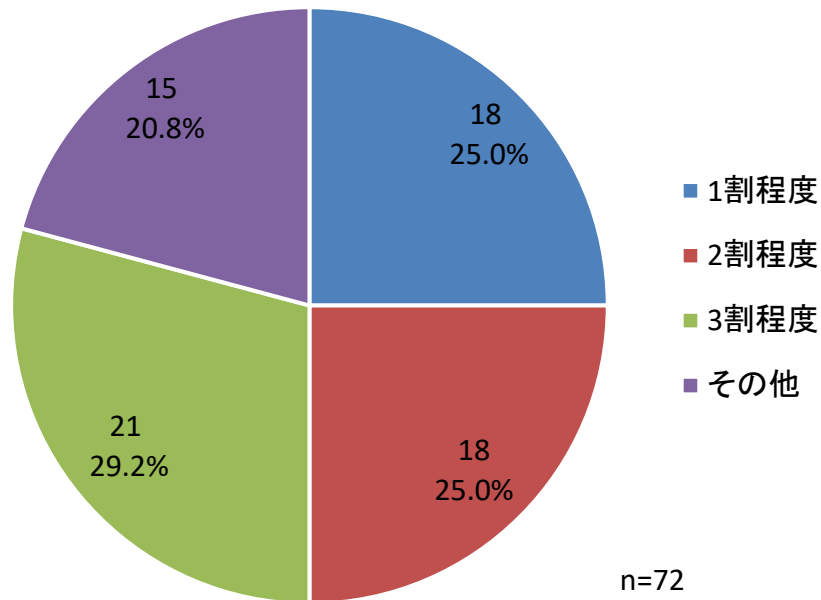
- ・まだ専門医制度の意義など不明な段階。
- ・今の段階では未熟な制度であり今後制度が成熟した段階で考えるべきである。

## 14. 専門医の差別化について



- ・診療報酬上で評価すべきが32病院(43.8%)
- ・評価の必要はないが20病院(27.4%)

## 15-1. 総合診療専門医の養成数について

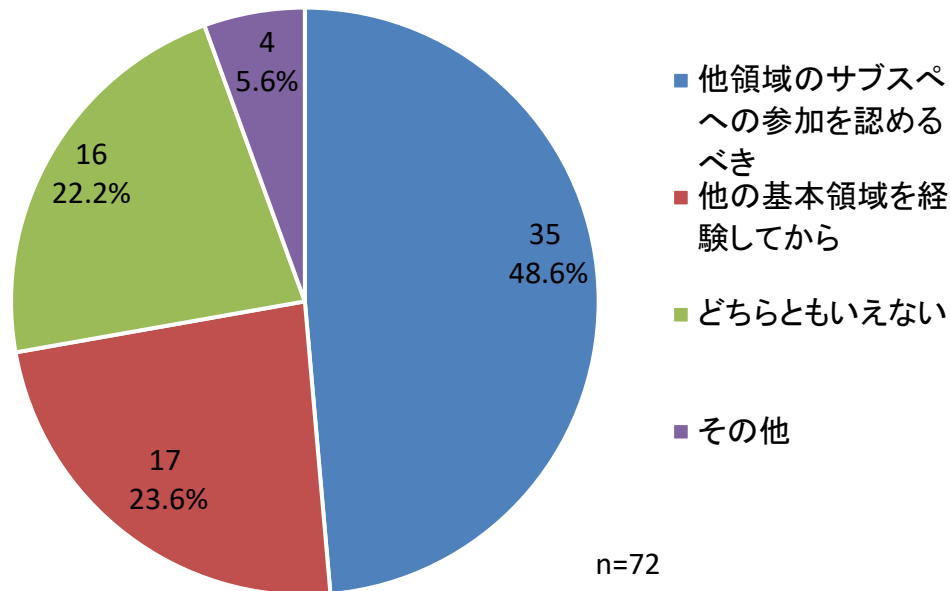


・全専門医数に対する総合診療医の養成数の割合について意見が分かれた。

その他

- ・まずは専門医必要数を算出すべき。
- ・必要ないのではないか。
- ・総合診療プログラムの詳細が明確になるまでは、明確な回答は困難である。
- ・専門医機構の全面改編後要検討。
- ・病院総合診療専門医、地域総合診療専門医に分けて評価すべき。
- ・サブスペシャリストは絞るべき。
- ・5割。
- ・日本の疾病構造に準じた定数を設け、総合診療専門医は其中で検討すべき。
- ・病院としては1割、社会全体としては3割。
- ・総合診療医の位置づけが不明確なので回答できない。

## 15-2. 総合診療領域のダブルボード・サブスペシャリティについて



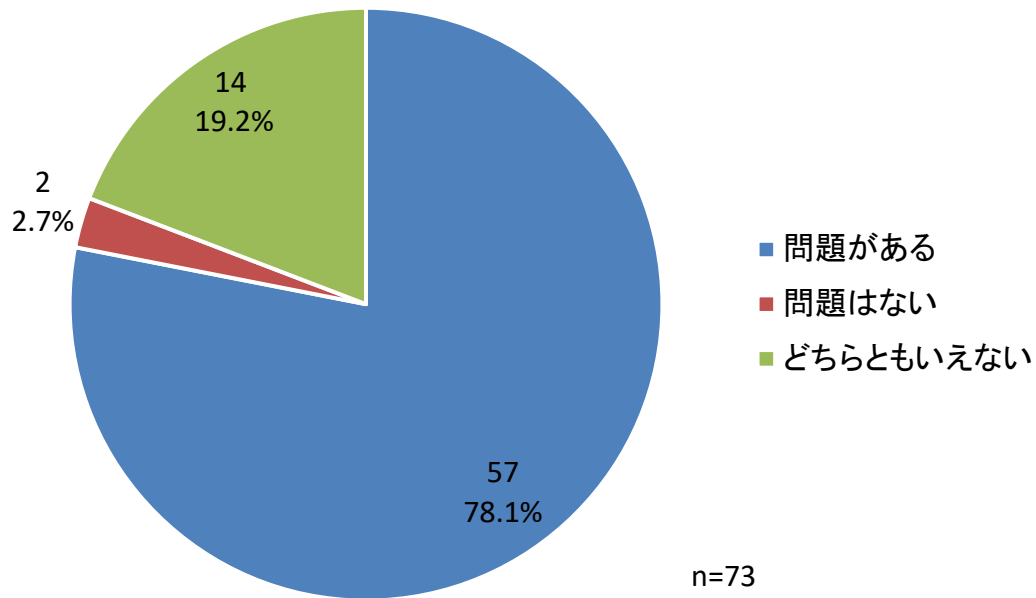
- ・他領域のサブスペシャリティ領域への参加を認めるべきが35病院(48.6%)

- ・他の基本領域を経験してからが17病院(23.6%)

その他

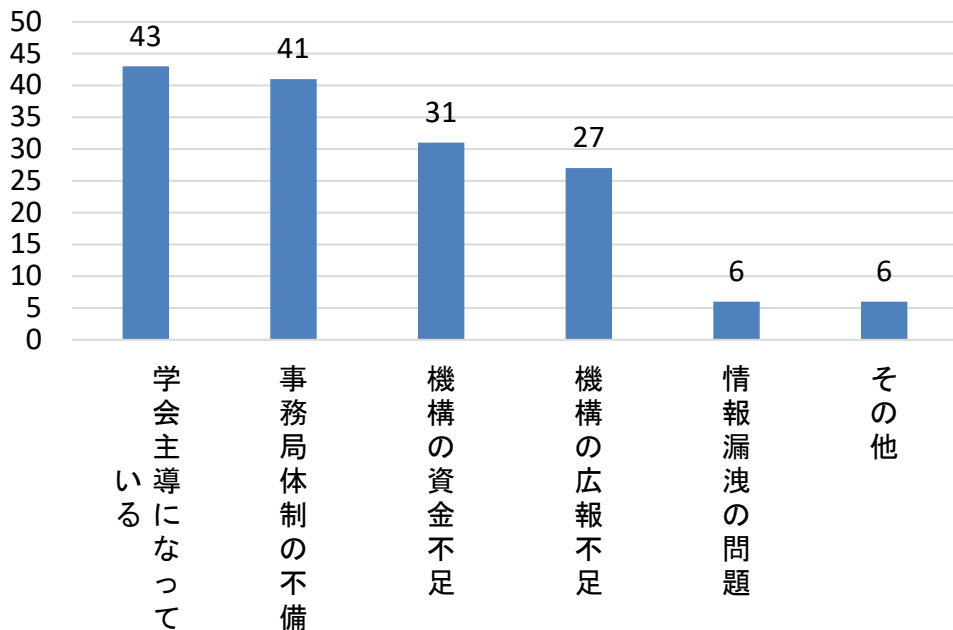
- ・総合診療領域が基本領域に入っていること自体が不適切。
- ・専門医機構の全面改編後決定。
- ・ダブルボードが可能なプログラムにすべき。

## 16-1. 日本専門医機構について



- ・問題があるが57病院(78.1%)
- ・問題はないが2病院(2.7%)

## 16-2. 日本専門医機構が「問題がある」とする理由 (複数回答可)

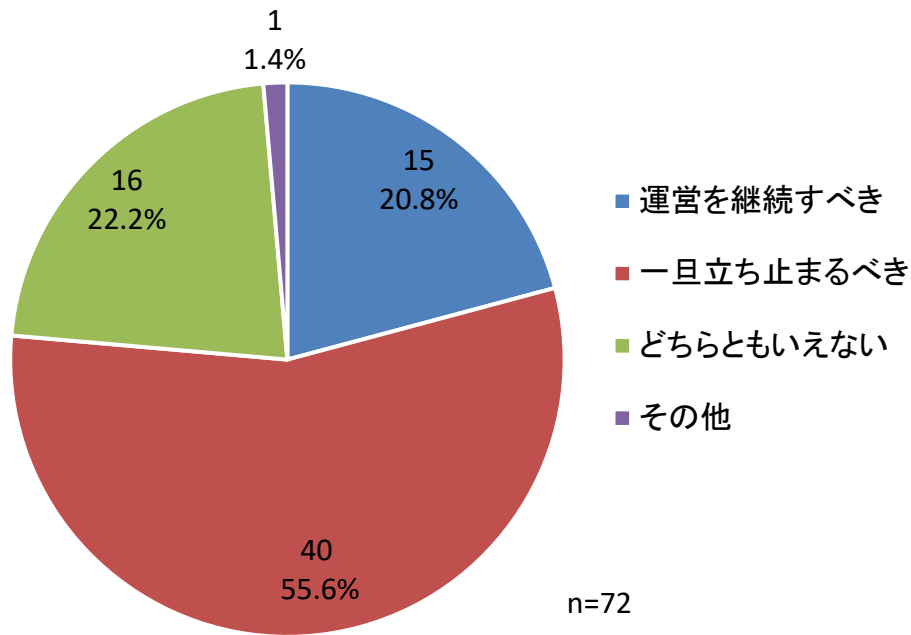


- ・学会主導になっているが43、次いで事務局体制の不備が41。

### その他

- ・メンバー構成に問題がある。
- ・専攻医への配慮の欠如。
- ・外国の専門医制度も参考にすべき。
- ・設立時の理念が失われている。
- ・制度構築・採用スケジュール設定。
- ・医師偏在問題。
- ・専門医機構での議論の情報を全面的に開示し、パブリックコメントを求める案をつくり、検討する。

## 17. 日本専門医機構の今後について



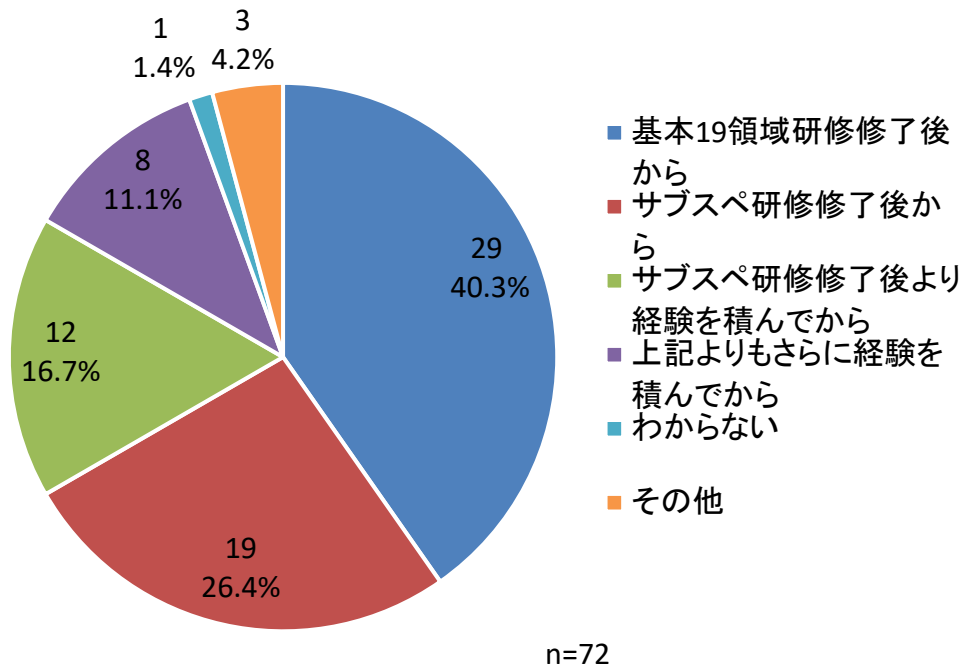
- 一旦立ち止まるべきが40病院(55.6%)

- 運営を継続すべきが15病院(20.8%)

### その他

- まず基本領域について体制が固まってから次に進むべき。
- 各学会にて再検討し、しかる後、厚労省、病院代表者、医師会代表者などと日本の医療に及ぼす影響等を話し合うべき。

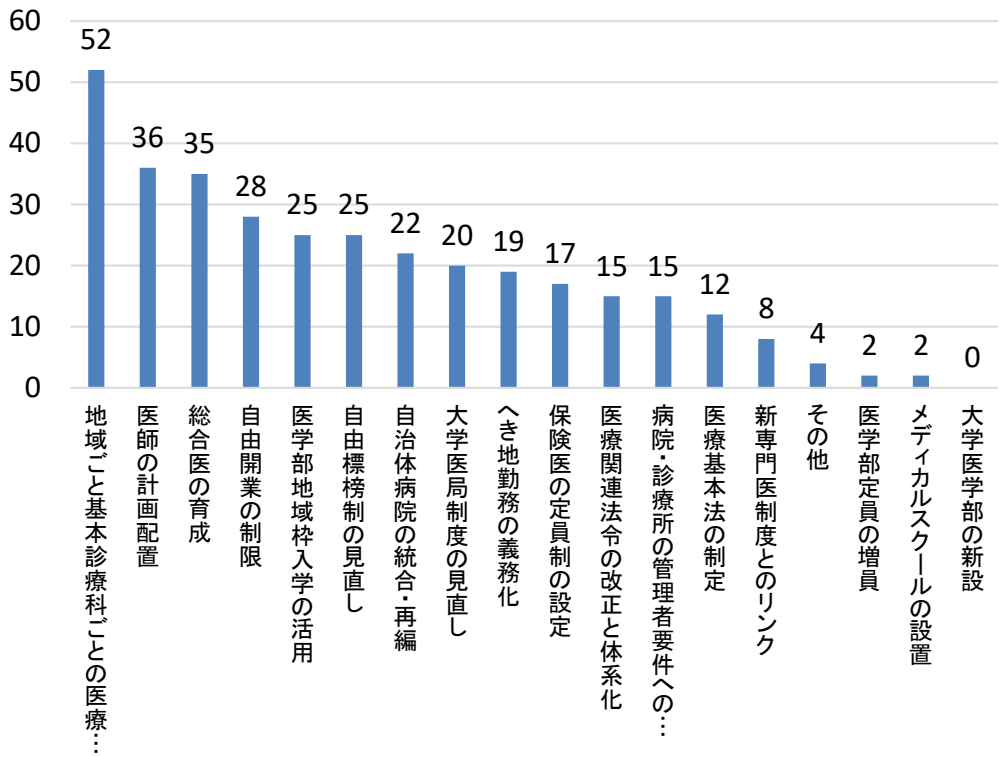
# 18. どのような者を「専門医」と呼ぶのが良いか



- ・基本19領域研修後からが29病院 (40.3%)
  - ・サブスペシヤルティ領域研修修了後からが19病院 (26.4%)
- その他
- ・基本領域、サブスペシヤルティ領域を含め研修後(初期)少なくとも10年以上臨床経験が必要。
  - ・研修修了後、専門誌に論文を発表してから。
  - ・各専門医試験合格者 (基本領域、サブスペシヤルティ領域分けて呼称)



# 19. 地域偏在・診療科偏在の解消に向けた方策（複数回答可）



- ・地域ごと基本診療科ごとの医療需要の把握と設定が52ともっとも多い。
  - ・次いで医師の計画配置が36。その次に総合医の育成が35であった。
- その他
- ・医学部再編(3増10減など)
  - ・専門研修プログラム期間中のへき地研修を義務化。
  - ・医療機関の集約化。
  - ・人口減少に伴う地域における医療ニーズが変化していることから国としての医療体制の計画見直しが必要ではないか。

## 20. 専門医制度をよくするために（制度について1）

- ・各地域、医療圏の人口動態、患者流出入と疾病構造等を早急に調査して、各地域に必要なそれぞれの専門医数を決定し、その数に応じた専攻医を育成するシステムを構築すること。
- ・専門医とはどのような医師かという議論を原点に戻って行う。
- ・国民から見て理解しやすい専門医制度にすること。
- ・研修修了医・認定医・専門医など経験と研修・能力に応じた名称をつけ国民から見てわかりやすい制度とする（これに応じた診療報酬の差別化も行う）。
- ・国民にとって理解しやすい制度、すなわち可及的に簡潔な制度にすべく努める。

## 20. 専門医制度をよくするために（制度について2）

- ・国民目線に立った専門医制度であるべきであり、現在の制度はその点への配慮が十分でない感がある。また現場で働く医師にとっても働き甲斐のある点に配慮が少ないと思われる。原点に立ち戻って見直すべき。
- ・そもそも専門医はだれのためのものなのか。国民のためにあるべきであるということを忘れてはならない。
- ・現在の専門医制度はこれまでの学会主導の専門医制度と大きな違いはなく、新専門医制度の目的であった国民のためになるような専門医の質の向上に貢献とは思われない。

## 20. 専門医制度をよくするために（制度について3）

- ・(初期)研修医制度からの見直しが必要。
- ・初期研修の2年間分は精緻・凝縮化して卒前教育に落とし込めるのではないか。卒後より現在の専門医制度方式を導入する。
- ・「専門医」とは何か、現在の規定で本当に専門医といえるのか。本来のスペシャリストを目指すのであれば、研修期間を10年にするなど資格条件を厳格にすべき。
- ・旧制度と新制度をきっちりと分けること。現在、旧制度専門医でも新専門医の取得ができて、実際に取得している。これでは、新制度の意味がない。2017年以前の卒業者は、新制度に乗れないこととする。
- ・医師にとってのインセンティブを明らかにする。

## 20. 専門医制度をよくするために（制度について4）

- ・基本領域の、わずか3～4年の研修で専門医取得とするのではなく、基本領域の研修後に、診療科を標榜できるようにし、その後、さらに研修を積んで専門医資格とするのが良いと思います。専門医としての質を担保できるような仕組みを作り、通常は、総合診療医、内科医などが診察を行い、必要に応じて内科専門医にコンサルトするような流れを考えてほしい。
- ・専門医の質であるが、プログラムを終了すれば専門医というのでは質の担保が難しい。厳しい試験が必要と思う。外科であれば手術の技量の評価を大変だろうがビデオ審査も必要ではないかと思う。
- ・内科専門医からサブスペシャリティ領域の他に以前の総合内科専門医のような総合医が尊敬される道を是非残していただきたい。（現在の専門医制度では総合的に患者さんを見るという本来の目的は形骸化すると思う。）

## 20. 専門医制度をよくするために（制度について5）

- ・現行の医師の育成や行政上の医療者動向の把握という点だけでなく、国民が求めている真のスペシャリストをどのように位置づけていくのかを明確にする。認定看護師には様々な加算が与えられており、専門医や指導医にも診療上の利点が与えられるべきと思う。
- ・従来から狭い領域の専門医養成ではストレート研修が求められ、内科、外科などでは幅広い研修が求められてきた。よりハードルの高い、長い時間のかかる研修が求められる領域の専門医のインセンティブが乏しいような専門医制度は望ましくない。
- ・高度な専門医を確立すべき。全員ではなく限られた真に高度なものにするべき。
- ・標榜には認定医のようなものをつくれればよい。

## 20. 専門医制度をよくするために（偏在の解消について1）

- ・専門医制度と地域偏在は切り離して制度を考えるべきである。
- ・医師の偏在解消と専門医制度を一緒に解決しようとするところに無理がある。
- ・まずいわゆるメジャー科の内科、外科の定数を増やし、地域偏在、診療科偏在の対応に資するよう診療科のアンバランスを修正すること。
- ・専門医制度導入で地域偏在・診療科偏在は明らかに進んだ。地域偏在・診療科偏在がこれ以上拡大することは許されない。地域ごとの基本診療科の医療需要を正確に把握して計画的な配置が出来るような仕組みを創った上で、専門医制度を運営すべき。
- ・医師の地域偏在、専門領域の偏在にも配慮した制度とする。

## 20. 専門医制度をよくするために（偏在の解消について2）

- ・国が行うべきものか、専門医機構が担当するものかは置いておき、必要な専門医数・配置を国レベルで考え進める必要がある。
- ・各専門領域(サブスペシャリティ領域を含む)は地域ごとのニーズを算出し、それに合わせた募集人数にすべき。
- ・国全体で診療科の定数(1学年あたり)を決め、各都道府県に配布し、募集数と採用数の乖離をなくす。
- ・まず、日本の疾病構造に見合った形の上での各領域の定数を決める。医師の恣意にゆだねた選択は認めるべきではない。現在の日本全体でどの程度の開業医あるいは保険医が必要かの数字を出し、総合診療領域のおおよその定数を設定し、他の領域の定数を超える場合は、すべて総合診療領域に組み込む。



## 20. 専門医制度をよくするために（偏在の解消について3）

- ・専門医の募集定員が、参加者が9,000人不足なのに、現在19,000人弱と2倍以上なっている。これではいくら都会にシーリングと言っても診療科を変更すれば都会で専攻医になれ、地方には専攻医が来ないことになる。定員数をせいぜい1.1～1.2倍とし、マッチング方式にした方が良い。
- ・シーリングは、人口10万対医師数で上位にある東京、福岡、大阪は仕方がないかもしれないが、全国平均以下である愛知、神奈川ではより地域医療への影響が出る可能性があり、愛知では診療制限をせざるを得ない病院が増加している。今後が危惧される。将来の必要医師数を見越したシーリングを設定すべきである。（地域枠研修医が地域に残れるようにすべき）
- ・地域枠扱いが明確でない。

## 20. 専門医制度をよくするために（偏在の解消について4）

- ・保険医の診療科別の定員制を早期に実施できるようにすべき。
- ・各地域の医療ニーズをレセプトの居住地ベースで把握し、必要な各診療科の人数を割り出す。
- ・地域の医療リソース、教育リソースを加味して、あるべき人材配置の原案を提示する。
- ・専門医の偏在については専門医の必要数を地域別、診療科別に算出し、それを上限として専門医の認定を行うようにすることがまず必要であると思われる。

## 20. 専門医制度をよくするために（偏在の解消について5）

- ・専門医の質保証という本来の目的に立ち返り、制度を再構築する。基幹施設ではなく、連携施設でも研修が必要という枠組みの廃止。質の高い研修が出来るのであれば、単一施設研修での専門医取得も認めるべき。複数施設での研修を必須としているのは、専門医の質保証のためではなく、医師偏在への批判回避目的と思われるが、それが制度を大きく歪めている。医師偏在（診療科偏在、地域偏在）対策は、専門医プログラムの定員の設定や、専門医の地域配置定員の設定など、別の形で行うべき。

## 20. 専門医制度をよくするために（各領域について1）

- ・サブスペシャリティ領域については、さらに限られた領域に絞るべき。
- ・サブスペシャリティ領域専門医の評価基準、専門医の数や配置は、地域の需要に応じて厳しく規定され制限すべき。
- ・内科・外科など2階建ての分野は研修に時間がかかりすぎるとの理由で、いわゆるマイナー科を選択する研修医もあり、内科・外科はサブスペシャリティ領域と連動して期間を短縮すべき。
- ・基本19領域が選定された根拠が不明のため基本領域の見直し、その上でサブスペシャリティ領域を決定すべき。
- ・基本領域の再検討：検査が基本領域などは意味不明。

## 20. 専門医制度をよくするために（各領域について2）

- ・11の領域において3年の専攻で専門医受験資格が得られるが、本当に専門医レベルに達しているのか疑問が残る。
- ・内科についていえば、一旦以前の専門医制度に戻したうえで、再検討をするべきである  
と考える。

## 20. 専門医制度をよくするために（専門医機構について1）

- ・専門医機構は病院団体からの意見に耳を傾けるべき。
- ・専門医機構が中立的な第三者機関として機能すること。
- ・専門医機構は学会のエゴを排除し、真にプロフェッショナル・オートノミーに基づいた判断が出来るような体制にすること。
- ・公益機関としての承認、認定、更新機関の役割の確定。
- ・様々な研修施設で実際に医師養成に携わっている医師・医療スタッフ・事務スタッフの意見を、制度構築に取り入れるべきである。専門医機構の役員構成が、大学病院所属医師、学会所属医師に偏っており、かなり高い年齢構成になっている。

## 20. 専門医制度をよくするために（専門医機構について2）

- ・まずは基本19領域の専門医制度が満足いく制度となるように事務局の体制を整える。その後サブスペシャリティ領域については関連学会と協議しながら制度を構築していく。
- ・決定段階での透明性を増すこと、論点整理から提示していくこと。
- ・なかなか難しい問題で、医師不足の対応で精一杯の状況の中で、果たして今この制度を動かすのか懸念している。医療を支えている現場（病院）の声が反映できるようにしてもらいたい。
- ・制度を再構築する場合は、遅くとも、その制度が適用される学年が（初期）研修医になる時点（制度開始2年前）までには内容を確定し、研修医を含めた関係者に十分に周知する必要がある。制度構築までが遅く、実施が拙速であったのが、今回の専門医制度の反省点である。

## 20. 専門医制度をよくするために（専門医機構について3）

- ・専門医機構を休止させるのが最善の方法と思う。
- ・ゼロからの出直し(少しの修正くらいでは無理)
- ・そもそも専門医機構という組織が中途半端で経済的・人的にも脆弱な基盤体制であるため、全てが後手後手に回っている。シーリングをかけるのも結構だが、それは本来の専門医機構の役割ではないのではないか？専門医という学術分野と医師の地域偏在対策という行政分野をごちゃ混ぜにしているので事が進まない。また、専門医制度も実質は総合診療以外は学会主導なので以前と全く変わらないではないか？変なセミナー受講やサブスペシャリティへの対応が遅れているのは、不便で煩雑なだけ。以前に戻して欲しい。また委員会などを沢山作ったり、参加したりしなければいけないのは、ただでさえ忙しい我々にとっては時間の無駄である。もう少し全体システムをシンプルにしないと、煩雑になるだけで長続きしないのでは？



## 20. 専門医制度をよくするために（大学・学会について1）

- ・専門医機構に資金がなく学会からも資金を募っているのはおかしい。
- ・学会主導とするなら大学主導ではなく、一般病院の意見を多く取り入れる。
- ・学会主導となっていることも問題。
- ・大学中心の背景を無くす。
- ・基幹施設や連携施設に実績に従い専攻医の教育資金を与えられるぐらいが望ましい。  
その上で強制力を持って充実したプログラムを作成するように指導すべき。
- ・診療科によって対応が異なっていて、専門医を大学医局が抱え込むことを目標にしている診療科があると思う。

## 20. 専門医制度をよくするために（大学・学会について2）

- ・現状では大学や学会主導になっていて一般病院の専攻医修練が難しくなっている。日病の役割にも通じるが、豊富な症例やより地域に密着した医療など、病院の教育面でのプラスの役割を様々な場でもっとアピールする必要がある。また、リハビリや検査など一階建ての専門医として本当にふさわしいのか、学会の私利私欲を超えた議論が必要と思う。
- ・日医、各学会から借金をしなければならない専門医機構は、日本医療機能評価機構が国からの援助を含めた基金を基に開始されたことを見習って国からの援助を受けても良いのではないか。例えば、消費税から捻出されている地域医療構想を実現するための基金を使うのも良いのではないか。
- ・公益財団法人設立による専門医機構の確立とそのリーダーシップ、学会依存排除。

## 20. 専門医制度をよくするために（大学・学会について3）

- ・各学会と専門医機構との調整をもっと議論を深める必要があるように思う。でもよくここまで来たと思う。
- ・学会に任せるべきと考えます。
- ・従来の学会主導で特に問題はなかった。

## 20. 専門医制度をよくするために（総合診療医について1）

- ・臓器別専門領域の専門医だけでなく、総合診療医、あるいは家庭医、その他、日病が提唱する病院における病院総合医の資格も基本領域の専門医と同格に位置付ける必要があります。臓器別にみる専門医と臓器の違いを横断して総合的に診る力を同等に評価することが必要です。そのような資格を取得したものを基本領域の専門医とし、診療報酬上でも評価すべきであると考えます。
- ・専門科横断的な総合診療に関しては総合診療専門医の育成と、現実に進められている病院における総合診療科や救急科、日病の病院総合医などの育成・普及によって解決されるのではないかと考えます。

## 20. 専門医制度をよくするために（総合診療医について2）

- ・総合診療能力がないと狭い範囲の専門では高齢者は診られない。
- ・高齢化が進む中では総合医の強化を図るべきだ。
- ・専門医制度の基礎を支えるのは総合診療医なので各専門領域（サブスペシャリティ領域を含む）は地域ごとのニーズを算出し、それに合わせた募集人数を徹底することで2割程度は総合診療に振り分ける。

## 20. 専門医制度をよくするために（専攻医の待遇について）

- ・志望科の変更があっても著しい不利益がないような運営をしてほしい。
- ・専攻医の給与体系を含めた待遇に考慮すべき。多くの基幹施設となっている大学における待遇はどうなっているのか。研修医以下の待遇でいいのか。
- ・専攻医研修期間中は、医療機関をローテーションするので、標準化した身分と待遇を保障するシステムを構築する。
- ・専攻医の身分保証を明確にすべき。

## 20. 専門医制度をよくするために（その他1）

- ・専門医制度は新医師臨床研修制度と切り離しては考えられない。そもそも新研修医体制となってから医師の偏在が顕著になった。新研修制度を大きく見直し、大学に研修医が集まる制度づくりをすべきである。かつて大学は地域医療を支えてきていたが、現在は地域医療を支えることができなくなっている。例えば臨床研修指定病院を大学と、DPC特定病院群に限定し、後者の研修医数を限定するなど、もっと大学に研修医が集まる制度とすべき。
- ・関係団体の意見の集約（日医、四病協、学識経験者、学会、自治体etc.）
- ・専門医志向をやめるためのキャンペーンを行う。

## 20. 専門医制度をよくするために（その他2）

- ・医師全て、少なくとも臨床医がひとつの網領のもと所属できる全国的医師組織（新生医師会）が法的根拠のもと設定される事。この目的の遂行のため、この専門医制度を利用することもあり得る。ほとんどの臨床医が本制度下に所属できるように、まずは緩い制度としてスタートしておくことが良い。そののち本制度を発展的に利用し、真の「医師会」に導いてゆくシナリオ。
- ・専門医制度を進めると、我が国における茶道の家元制度や柔剣道と同じ世界になり、それぞれが既得権を守ることに専念し、医師も専門医の取得や維持することが主目的となるので、医療そのものがおかしくなると予測される。



## 21. 日本病院会の役割（提言について1）

- ・病院団体の代表として病院の意見を集約し医師会・行政への働きかけ・提案を行う。
- ・日病としての提言をまとめる。
- ・四病協専門医制度のあり方検討委員会でまとめられた「専門医制度への提言」にある専門医像を元に日病協などでも議論を拡げていくべき。
- ・日本の専門医制度をどう構築するのか、そして専門医制度を通して日本の医療提供体制をどうするのかという視点での日病の提言を期待したい。
- ・シーリングを悪戯にかけないで、もっと国や地方の行政に任せるよう訴えていくべき。  
このままでは専攻医が大学にばかり集まり、それこそ地域医療の崩壊を招きかねない。  
一般病院に専攻医が来やすいシステムを提言すべき。

## 21. 日本病院会の役割（提言について2）

- ・学会や大学の主導で方針が決定されていくことのないよう、医療界全体を俯瞰する視点から提言を行っていく。
- ・自由標榜、自由開業制など個人の自由が大きく担保され、その分、偏在が生じ地域医療の確保が難しくなっている現状がある。公私を問わず医学教育はある程度の税の拠出により成り立っている以上、緩やかな強制配置は必要であると考えます。この点における日病の主張を望みたい。

## 21. 日本病院会の役割（立場について1）

- ・地方の病院の立場を表明する団体であること。
- ・専門医制度が実効あるものとなるには、各領域の専門医の研修施設となっている日病の協力が不可欠。専門医機構の意思決定の重要な地位をしめるべき。
- ・日病は日医と同等の重要な役割を果たす必要があると考える。
- ・日医、四病協、学識経験者と連携し、リーダーシップをとる。
- ・厚労省、関係者（政党、有識者等）と連携し、リーダーシップをとる。
- ・専門医制度における研修は病院が主体であるので、専門医機構の中でもっと日病は大きな役割を果たすべきである。

## 21. 日本病院会の役割（立場について2）

- ・専門医制度は病院運営と大きくリンクするものであり、日医より病院の代表が関与するべきであるので、まず、専門医機構の決定に病院代表の意見が反映するように影響力の拡大を図ることが重要である。そのうえで、各学会に対し再度専門医の到達点と研修のあり方を問うべきであると考える。
- ・開業医の意見にしばられる日医に対して病院勤務医の代表として意見をのべることにより医療政策に影響を及ぼすことが重要。
- ・地域の医療を担う医療現場の事情、地域の医療需要の把握ができ得る団体として、新専門医制度の望ましい方向性を発信し、機構の運営にも一定の影響力を行使してほしい。

## 21. 日本病院会の役割（立場について3）

- ・日病は大変重要な役割を担っており、機構に対しても病院の生の声を拾い上げて物申すことを期待する。地方の病院は、新専門医制度に振り回されている。大都市への医師の偏在が今後顕著化する恐れが十分にある。どこに視点を置いて考えるかよろしく願いしたい。
- ・日本の地域医療を支えている日病であるからこそ、地域医療に対して悪影響を与えることになりかねない新専門医制度には積極的に発言しなければならない。
- ・日病は、地域における高度医療や入院治療の要となる“病院”の全国団体である。多種の専門医の養成の場ともなり日本の医療の展開に果たすべき業務は大きい。日病の立場、考え方を、専門医のあり方を考える上では国、機構は重く受け止めて頂く必要があると考える。

## 21. 日本病院会の役割（病院総合医について1）

- ・現在進められている日病の病院総合医の育成事業をさらに展開し、病院医療を支える責任ある医師たちへの支援体制を確立すること。それが為にこの事業（制度）が病院医療にとって権威あるものとなり、病院総合医のプライドと社会的地位の担保となるようブラッシュアップする必要がある。
- ・病院総合医の育成推進。
- ・現在進行中の病院総合医をさらに進め、総合診療分野を病院総合医分野と家庭医分野に分けることを検討する主体となる。
- ・専門医は病院総合医にこそ必要であると主張すべき。

## 21. 日本病院会の役割（病院総合医について2）

- ・病院総合医育成をアピールし、地域医療を守る。
- ・総合診療専門医には生活の視点が理解できる、チームリーダーとしての資質があるなどが重要と考える。リハビリテーション医療の経験・研修が必須と考える。日病主導でのカリキュラムの中に導入されることを期待する。
- ・独自の病院総合医を育成しつつ、専門医機構を休止させるという提案を四病協等を通じて各方面に要望する。

## 21. 日本病院会の役割（全般について1）

- ・勤務医の代表として頑張ってもらいたい。
- ・発言力を確保するために日病が専門医機構の財政基盤確立を援助する。
- ・公益財団法人化への努力。
- ・専門医機構と専門医制度への議論をすべき。
- ・学会、専門医機構及び厚生労働省への大局地的見地から、病院主体で（日医よりも）調整を行うとよいと考える。
- ・専門医機構に、病院の意見を反映してもらうこと。



## 21. 日本病院会の役割（全般について2）

- ・初めから大学主導になるように構築したシステムを一般病院にも専攻医が来るように改正すべき。
- ・専門医制度の共通課題をもっと簡単にするよう訴えるべきである。今のままでは更新するのも大変で、学会の共通セミナーを聞くために長蛇の列が出来ているのを機構はご存じなのだろうか。全くナンセンスなこの更新制度も、早急に再考すべきである。
- ・第一線で診療している医師の意見を尊重する。
- ・プロフェッショナル・オートノミーの役割としてリーダーシップをとる。
- ・中規模の病院でも育成ができるように求めて欲しい。

## 21. 日本病院会の役割（全般について3）

- ・病院医療の現場で起きていることを正確に把握し政策策定側に情報提供すること。問題点については広く国民に対して訴えていくこと。
- ・専門医制度、診療報酬改定、医師配置の仕組み等について積極的に発言しつつ、各病院に対して自助努力をするように啓蒙し、具体的なサポートを続けること。
- ・医療基本法の制定に向けての活動をすべき。他の病院団体や医師会との連携を強め、医療界全体を一枚岩とすることが必要。
- ・少子高齢社会に急速に変化しており、まさに地域医療構想が進められている。これらを考慮し将来にわたって質の高い医療を提供できる制度設計を提案すべきかと考える。

## Ⅱ. 調査票

# 調査票 (1)

【回答期限：1月10日(水) 19日(火)】

返信先： 日本病院会 学術研修課 佐藤、高橋宛  
miyukisato@hospital.or.jp または FAX 03-3238-6789 (直通)

## 専門医制度に関するアンケート

※下記の【 】内にご記入いただき、上記アドレスまでご連絡ください。

【ご記入者： (お名前は公表いたしません)】

A) 設立主体： 【 】

1. 国(国立研究開発法人、国立病院機構、地域医療機能推進機構)
2. 自治体(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
3. 公的(日赤、済生会、厚生連、共済及連合)
4. 私的(公益法人、医療法人、私立学校法人、社会福祉法人、会社、その他法人)

B) 病床規模： 【 】

1. 199 床以下
2. 200 床～399 床
3. 400 床～599 床
4. 600 床以上

C) 地域： 【 】

1. 北海道
2. 東北
3. 関東・甲信越
4. 東海・北陸
5. 近畿
6. 中国・四国
7. 九州・沖縄

D) 病床機能： 【 】(複数回答可)

1. 急性期
2. 回復期・地域包括ケアなど
3. 慢性期(療養など)
4. 精神
5. その他【 】

E) 臨床研修指定： 【 】

1. 基幹型
2. 基幹型+協力型
3. 協力型
4. 指定なし

F) (初期) 研修医の研修： 【 】

1. 行っている → 今年度(2018年度) 【 】人  
昨年度(2017年度) 【 】人
2. 行っていない

G-1) 基幹施設としての専攻医(2018年度から開始した新専門医制度)の研修： 【 】

1. 行っている → 内科【 】人 小児科【 】人  
皮膚科【 】人 精神科【 】人  
外科【 】人 整形外科【 】人  
産婦人科【 】人 眼科【 】人  
耳鼻咽喉科【 】人 泌尿器科【 】人  
脳神経外科【 】人 放射線科【 】人  
麻酔科【 】人 病理【 】人  
臨床検査【 】人 救急科【 】人  
形成外科【 】人 カンガルー科【 】人  
総合診療科【 】人
2. 行っていない

G-2) 連携施設としての専攻医(2018年度から開始した新専門医制度)の研修： 【 】

1. 行っている → 内科【 】人 小児科【 】人  
皮膚科【 】人 精神科【 】人  
外科【 】人 整形外科【 】人  
産婦人科【 】人 眼科【 】人  
耳鼻咽喉科【 】人 泌尿器科【 】人  
脳神経外科【 】人 放射線科【 】人  
麻酔科【 】人 病理【 】人  
臨床検査【 】人 救急科【 】人  
形成外科【 】人 カンガルー科【 】人  
総合診療科【 】人
2. 行っていない

H) 昨年度の後期研修医(2017年度)の研修： 【 】

1. 行っている → 内科【 】人 小児科【 】人  
皮膚科【 】人 精神科【 】人  
外科【 】人 整形外科【 】人  
産婦人科【 】人 眼科【 】人  
耳鼻咽喉科【 】人 泌尿器科【 】人  
脳神経外科【 】人 放射線科【 】人  
麻酔科【 】人 病理【 】人  
臨床検査【 】人 救急科【 】人  
形成外科【 】人 カンガルー科【 】人  
総合診療科【 】人
2. 行っていない

I) 研修プログラム認定数： 【 】

- 基幹施設【 】件 領域名【 】  
連携施設【 】件 領域名【 】

※ 現時点での状況、意向でお答え下さい。

- 1) 新専門医制度が2018年から開始されましたが、開設時期について 【 】
  1. 妥当
  2. 時期尚早
  3. どちらともいえない
- 2) 臨床研修(初期研修) 修了者全員が基本領域の専門医を目指すという原則について 【 】
  1. 賛成
  2. 反対
  3. どちらともいえない
- 3) 研修プログラム、研修施設認定について 【 】
  1. 拡大すべき
  2. このままでよい
  3. どちらともいえない
- 4-1) 新専門医制度において地域偏在・診療科偏在の軽減は可能かどうか 【 】
  1. 可能
  2. 一部可能
  3. 不可能
- 4-2) 新専門医制度において地域偏在・診療科偏在はどのようになると思うか 【 】
  1. 偏在は解消する
  2. 偏在は進む
  3. どちらともいえない

# 調査票 (2)

- 5) 専門医のマッチングの導入について 【     】 ◯  
 1. 賛成    2. 反対    3. わからない ◯
- 6) Gで「専攻医の研修を行っている」と回答した方のみ回答 ◯  
 基幹施設や連携施設になったことでよかったですか 【     】 ◯  
 1. よかった    2. 悪くなった    3. どちらともいえない ◯
- 7-1) G-1で「基幹施設としての専攻医の研修を行っている」と回答した方のみ回答 ◯  
 専攻医の給与はどかが支払っていますか 【     】 ◯  
 1. 基幹施設で支払っている    2. 連携施設で支払っている ◯  
 3. 基幹施設と連携施設両方で支払っている    4. わからない ◯  
 5. その他 【     】 ◯
- 7-2) G-2で「連携施設としての専攻医の研修を行っている」と回答した方のみ回答 ◯  
 専攻医の給与はどかが支払っていますか 【     】 ◯  
 1. 基幹施設で支払っている    2. 連携施設で支払っている ◯  
 3. 基幹施設と連携施設両方で支払っている    4. わからない ◯  
 5. その他 【     】 ◯
- 7-3) 専攻医の給与についてどうあるべきですか 【     】 ◯  
 1. 連携施設での研修期間も含め、基幹施設が全研修期間にわたって支払う ◯  
 2. 連携施設での研修期間については、連携施設が支払う（初月から） ◯  
 3. 連携施設での研修期間については、連携施設が支払う（3ヶ月以降から） ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 7-4) 専攻医の身分・処遇について、明確にされないまま開始されたがどう思うか 【     】 ◯  
 1. 日本専門医機構が結論を出すべき    2. それぞれの施設に任せるべき ◯  
 3. わからない    4. その他 【     】 ◯
- 7-5) 専攻医の身分・処遇について、どのようにあるべきですか 【     】 ◯  
 1. 全期間を通じて、基幹施設が責任を持つ ◯  
 2. 連携施設での研修期間については、連携施設が責任を持つ ◯  
 3. その他 【     】 ◯
- 8) 専門医制度新整備指針について 【     】 ◯  
 1. 問題なし    2. 修正が必要    3. 全面的に見直す必要がある ◯
- 9-1) 基本 19 領域について 【     】 ◯  
 1. 問題なし    2. 見直す必要がある    3. 再検討すべきである ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 9-2) 基本 19 領域でのダブルボードについて 【     】 ◯  
 1. 認める    2. 認めない    3. どちらともいえない ◯
- 10) サブスペシャリティ領域について 【     】 ◯  
 1. 問題なし    2. 見直す必要がある    3. 再検討すべきである ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 11) 基本 19 領域から他領域のサブスペシャリティ領域への移行について 【     】 ◯  
 例) 救急科領域から外科サブスペへの移行など  
 1. 認めるべき    2. 認めるべきではない    3. どちらともいえない ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 12) サブスペシャリティ領域の研修について 【     】 ◯  
 1. 基本 19 領域の専門医取得後から    2. 連携（短縮）も可 ◯  
 3. その他 【     】 ◯
- 13) 専門医制度と標榜科の関連について 【     】 ◯  
 1. 専門医取得者の標榜科のみ標榜できる ◯  
 2. 専門医研修コースの履修修了者も標榜できる ◯  
 3. 自由標榜（現行と同じ） ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 14) 専門医の差別化について 【     】 ◯  
 1. 診療報酬上で評価すべき    2. 評価の必要はない ◯  
 3. どちらともいえない ◯
- 15-1) 総合診療専門医の養成は全専門医に対してどの程度必要か 【     】 ◯  
 1. 1割程度    2. 2割程度    3. 3割程度 ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 15-2) 総合診療領域のダブルボード・サブスペシャリティについて 【     】 ◯  
 例) 総合診療領域から内科サブスペへの移行など  
 1. 総合診療領域から他領域のサブスペシャリティ領域への参加を認めるべき ◯  
 2. 他領域の基本領域を経験してからサブスペシャリティ領域に入るべき ◯  
 3. どちらともいえない ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 16-1) 日本専門医機構について 【     】 ◯  
 1. 問題がある    2. 問題はない    3. どちらともいえない ◯
- 16-2) 16-1で「1. 問題がある」と回答した方のみ回答（複数回答可） 【     】 ◯  
 1. 事務局体制の不備    2. 機構の広報不足    3. 情報漏洩の問題 ◯  
 4. 機構の資金不足    5. 学会主導になっている ◯  
 6. その他 【     】 ◯
- 17) 日本専門医機構の今後について 【     】 ◯  
 1. 運営を継続すべき    2. 一旦立ち止まるべき    3. どちらともいえない ◯  
 4. その他 【     】 ◯
- 18) どのような者を「専門医」と呼ぶのが良いと思いますか。 【     】 ◯  
 1. 基本 19 領域研修修了後から    2. サブスペシャリティ領域研修修了後から ◯  
 3. サブスペシャリティ領域研修修了後よりも経験を積んでから ◯  
 4. 1~3 よりもさらに経験を積んでから    5. わからない ◯  
 6. その他 【     】 ◯
- 19) 地域偏在・診療科偏在の解消に向けた方策についてなにが有効だと思いますか。 ◯  
 (複数回答可) 【     】 ◯  
 1. 医学部定員の増員    2. 医学部地域特入学の活用    3. 医師の計画配置 ◯  
 4. へき地勤務の義務化    5. 自由開業の制限    6. 自治体病院の統合・再編 ◯  
 7. 医療関連法令の改正と体系化    8. 自由標榜制の見直し ◯  
 9. 大学医局制度の見直し    10. 大学医学部の新設 ◯  
 11. メディカルスクールの設置    12. 保険医の定員制の設定 ◯  
 13. 新専門医制度とのリンク    14. 総合医の育成    15. 医療基本法の制定 ◯  
 16. 病児・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入 ◯  
 17. 地域ごと基本診療科ごとの医療需要の把握と設定 ◯  
 18. その他 【     】 ◯

## 調査票 (3)

20) 専門医制度をよくなるためにはどうしたらよいか (自由記載) \*

[自由記載欄]

21) 日本病院会の役割について (自由記載) \*

[自由記載欄]

ご協力誠にありがとうございました。\*

## Ⅲ. 委員名簿

## 委員名簿

会 長            相澤 孝夫  
 担当副会長    末永 裕之

### 専門医に関する委員会

委員長	中 佳一	社会医療法人三思会 会長(東名厚木病院)
副委員長	副島 秀久	熊本県済生会 支部長(済生会熊本病院)
委 員	岡田 千春	独立行政法人国立病院機構本部 企画役
	瀧村 佳代	独立行政法人地域医療機能推進機構 理事
	中嶋 昭	公益財団法人日産厚生会 理事長(玉川病院)
	福井 次矢	聖路加国際病院 病院長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院 病院長
	望月 泉	八幡平市国保西根病院 統括院長
	山本 直人	JA愛知厚生連 海南病院 病院長