

第 44 回 社会保障審議会医療部会で指摘された論点

<病院間偏在>

1. 基幹施設の基準が厳しすぎて、大学病院しか基幹施設になれないのではないか。
2. 今まで後期研修医を受け入れていた研修施設に、専攻医が回ってこなくなるのではないか。
3. 連携施設となって専攻医を受け入れる場合でも、例えば3か月という短期間では、地域の中小病院に大きな影響が出るのではないか。

<地域偏在>

4. 都会と地方など、地域間での専攻医数偏在をどのように調整するか。

<診療科偏在>

5. 産婦人科、小児科、救急科など仕事がきつい診療科に進む人数がさらに減ってしまう。診療科の偏在に対して対策が必要ではないか。

<医療提供体制と専門医養成との関係>

6. 人口構造や疾病構造の変化等に基づくニーズの変化、地域医療構想における2025年の医療提供体制の構築を、専門医の養成体制にどのように反映させるのか。

<総合診療専門医と既存専門医との関係>

7. 総合診療専門医とほかの基本領域あるいはサブスペシャリティ領域との関係（移行）はどうなるのか。

<専攻医の処遇>

8. 専攻医が、専門研修プログラムにおいて開設主体の異なる病院間を短期間でローテートすることにともない、身分が不安定になるのではないか。

<患者の視点>

9. 専門医の認定や、研修プログラムの評価・認定にあたり、患者の視点はどのように取り入れられるのか。

<地域での協議体制>

10. 地域の関係者が専門医の研修体制について協議する「地域連絡協議会」は準備不足であり、ほとんどの都道府県で機能していないのではないか。

#### <病院間偏在>

1. 基幹施設の基準が厳しすぎて、大学病院しか基幹施設になれないのではないか。
2. 今まで後期研修医を受け入れていた研修施設に、専攻医が回ってこなくなるのではないか。
3. 連携施設となって専攻医を受け入れる場合でも、例えば3か月という短期間では、地域の中小病院に大きな影響が出るのではないか。

(参考：医療部会での発言)

- 症例数以上に困るのは指導医の数です。整形外科学会はたしか6人とか何かであったと思うのですけれども、これが6人あるような病院が複数ある県というのはほとんどないのです。滋賀県は1つです。滋賀医大のみでした。だからそのようなことがほとんどのほかの科にもあるのです。そうするとどこの病院に行くかというのは決まってしまうわけです
- 専門医が研修する病院というのは、実は先ほどから出ていますように症例数とか指導医の数などで決められます。そうすると症例数は絶対数ですから、大きい基幹病院と称する病院しか若手の医者が回れなくなるという形になってきます。
- 中小病院で症例数が少なければ、先生の病院は3か月分の症例しかないから3か月しか専門医は行かないという話になったら、どんどん病院が壊れるのは、小学生が考えてもわかる。
- 若手の医者が皆研修制度に入ってしまうと、本当に最前線の中小病院の2次救急が崩壊するのではないかと懸念しております。
- 問題は地域包括ケアシステムのレベルです。地域医療構想では構想区域レベル（二次医療圏）です。その2025年の医療提供体制の構築に重大な支障が出るのが明らかなのです。

#### <地域偏在>

4. 都会と地方など、地域間での専攻医数偏在をどのように調整するか。

(参考：医療部会での発言)

- 地域間の調整というのはどうなのですか。例えば都会ではすごく希望者が多いけれども、ある地域はどうも集まらない。
- 専門医制度の中の設計に、その地域の医師配分といういろいろな工夫が入るものかどうかはいろいろ書いておられますので、これから工夫をしなければいけない。まだまだ姿が見えないという印象。

<診療科偏在>

5. 産婦人科、小児科、救急科など仕事がきつい診療科に進む人数がさらに減ってしまう。診療科の偏在に対して対策が必要ではないか。

(参考：医療部会での発言)

- 診療科の偏在という点に関して、こちらでも対策が必要ではないかと考えます。
- 仕事がきつい診療科に進む人数がさらに減ってしまう。特に産婦人科、小児科、救急など。

<医療提供体制と専門医養成との関係>

6. 人口構造や疾病構造の変化等に基づくニーズの変化、地域医療構想における2025年の医療提供体制の構築を、専門医の養成体制にどのように反映させるのか。

(参考：医療部会での発言)

- (専攻医数について) ニーズの変化といいますか、人口構造や疾病構造の変化等に基づくニーズの変化は適切に反映させるべき。
- 問題は地域包括ケアシステムのレベルです。地域医療構想では構想区域レベルです。その2025年の医療提供体制の構築に重大な支障が出るのが明らかなのです。

<医療提供体制と専門医養成との関係>

7. 総合診療専門医とほかの基本領域あるいはサブスペシャリティ領域との関係(移行)はどうか。

(参考：医療部会での発言)

- 救急と総合診療は大学卒業前に地下でやってほしい。私は総合診療と救急は地下だと思っています。これは誰でもできないと専門医ではないのではないかと。もっと先に医師として当然やるべきところだと思う。
- (総合診療専門医の) サブスペシャリティあるいはダブルボードの問題にも関係するのですね。
- 先ほどのダブルボードを認めるか、あの議論はどこまでいっているのでしょうか。総合診療専門医とほかの基本領域あるいはサブスペシャリティ。

#### <専攻医の処遇>

8. 専攻医が、専門研修プログラムにおいて開設主体の異なる病院間を短期間でローテーションすることにともない、身分が不安定になるのではないか。

(参考：医療部会での発言)

- 初期研修を修了して数年間、大学を中心として短期間ずつローテーションしなければいけませんので、非常に身分が不安定になってしまう可能性があります。
- 民間から公立病院、公立病院から公的な病院ということになりますと、身分をどうしていくのか非常に私は難しい問題があると思います。

#### <患者の視点>

9. 専門医の認定や、研修プログラムの評価・認定にあたり、患者の視点はどのように取り入れられるのか。

(参考：医療部会での発言)

- 専門医の認定だとか、研修プログラムの評価・認定に当たって患者の視点というものがどのように取り入れられることを考えられているのか。

#### <地域での協議体制>

10. 地域の関係者が専門医の研修体制について協議する「地域連絡協議会」は準備不足であり、ほとんどの都道府県で機能していないのではないか。

(参考：医療部会での発言)

- 専門医制度地域連絡協議会が私はほとんどの都道府県で機能していないと思うのです。準備不足だろうと思うのです。私は3つぐらいの都道府県に関係していますけれども、ほとんどない。
- 先ほど地域で協議会が進んでいると言うけれども、全然進んでいないですね。私は聞いたことがないです。きょう初めて見るのです。それを4月にやるのは拙速だと思います。
- 地域医療にどう寄与するかというのは、きょうの資料では十分ではないですから、その点を分科会でも議論をして、このように寄与するのだという道筋をつけていないと日程は決まらないと私は思います。