

## 小児科領域 資料

### A 小児科学会の概要

- 1、会員数: 21,695名
- 2、専門医数: 15,834名
- 3、平均入会者数: 601名/年(2012~2015年)
- 4、平均専門医試験受験者数: 780名/年(2012~2015年)
- 5、平均専門医合格者数: 542名/年(2012~2015年) 平均合格率69.4%

### B 基幹施設/連携施設の要件と概要

#### 1. 基幹施設に求められる要件 [整備基準23]

(1) 専門医育成の実績に関して: 最近3年間に専門医育成の実績があること。

(2) 施設に関して

- 1) 総合医療施設であること。
- 2) 常勤医師数が医療法の定員を満たしていること。
- 3) 倫理委員会が設置され機能していること。
- 4) 医療安全管理に関する体制が整えられており、機能していること。
- 5) 病院における研修に必要な図書室があること。

(3) 研修体制に関して

卒後7年以上の常勤の小児科専門医(現制度における)が5名以上いること。

(4) 診療実績に関して

研修基幹施設は、診療対象となる小児疾患の種類に大きな偏りがなく、「小児科医の到達目標」に基づいたカリキュラムに見合う症例数を有していなければならない。それを確認するために、臨床要件として24領域別の年間外来患者実数者数、年間入院患者実数、および領域別の代表的疾患名について、過去1年間の実績を提示する。症例数が不十分(1領域につき年間の外来・入院患者が10症例を満たさない)で、専攻医の研修が行えない領域は、連携施設が専門研修を分担する。

#### 2. 連携施設に求められる要件 [整備基準24]

(1) 専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であること。

(2) 研修連携施設は専門研修基幹施設が定めた専門研修プログラムに協力し、カリキュラムの一部を分担し、専攻医に専門研修を提供する。

#### 3. 関連施設

地域医療を担う小規模で指導医不在の医療機関、あるいは診療以外の分野を担うリハビリセンター・保健センターなどを「関連施設」として位置づけてプログラム内に組みこむことを可能とした。

\* 現在の小児科研修施設の要件

# 研修支援施設

- ・小児科専門医6名以上
- ・ 小児科入院ベッド数20床以上
- ・ 現在、214 施設

# 研修施設

- ・小児科専門医3名以上
- ・ 病院総入院ベッド数200床以上
- ・ 現在、513 施設

# 関連施設

研修責任指導医が研修に必要と認めた施設

## C 典型的なローテートパターン(図1A、1B)

基幹施設を最低6ヶ月間、ローテートする必要があるという規程があるが、連携施設・関連施設の期間については特に規程はない。

関連施設の場合、週1～2日という非連続的な研修であっても専門研修のカリキュラムの履修としてみなすこととした。

\*研修施設の分類： 基幹施設＞連携施設＞関連施設

## D 地域医療への配慮 について

プログラムの作成にあたっては、地域医療や医師偏在への配慮を行うこと、また審査にあたっては、連携施設の承認基準を緩和し、連携施設の規模や指導医数を承認の条件としないことを[整備基準 24・26・28]に明記した。

したがって、過疎医療地域に位置する指導医が少ない(あるいは不在)施設であっても、専門研修を行うこと(基幹施設から専攻医をローテートさせること)が可能である。

また、各基幹施設における小児科研修プログラム作成に際して、「地域医療の考え方」を記載する項目(IV)を設け、地域医療への配慮と実践を喚起した。

[整備基準 24(連携施設の認定基準について)]: 専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であり、施設規模や指導医数を承認の条件としない

[整備基準 26(専門研修施設群の地理的範囲について)]: 当該医療圏の小児医療を支えるもので地域医療に配慮したものでなくてはならない

[整備基準 28(地域医療・地域連携への対応について)]: 医師偏在の回避を念頭に置いた研修プログラムを提供し、地域医療の充実のための具体的な方策を考え実践しなければならない。3年間の研修期間のうち最低1か月間は経験するようにプログラムを作成すること

[整備基準 29(地域において指導の質を落とさないため方法について)]: 常勤の専門研修指導医

が在籍しない場合には、専門研修施設から随時適切な指導を受けられるようにする(例.指導医の訪問やインターネットによる指導)などして、専門研修が柔軟に実施・管理できるよう配慮すること

## E プログラム申請の状況の概要およびプログラム調整状況(図2、図3)

### 予備審査

1、「手あげ方式」でプログラムを募集

→自由に申請(学会が基幹施設候補を指定しない)

2、募集人数に上限

専門医育成実績(3年間の専門医合格者数の平均)+5名以内と決めた。

→+5名は現状で専門医が不足し、将来増やす必要のある地域への配慮

3、研修施設群の構築のルールの方策

→大都市圏において、研修施設群が重なることで募集人数が過剰に増えないように(専攻医の困り込みをしないように)配慮した。

→大都市のない地方の場合は、研修施設群が重なって募集人数が増えることを認めた。

→連携施設を多く抱え、広域(地方)をカバーする研修施設群は優先的に承認する方針とした。

4、地区委員会\*(全国7ブロック:北海道・東北・関東・中部・近畿・中四国・九州)との協議

→地区委員会に直接、出向き、予備審査結果を説明し地区の意見を聴取した。

→申請内容と研修実態の乖離があるかどうか聴取した。

→この結果、研修施設群の構築に問題のある場合には、基幹施設に修正(病院群修正、募集人数削減)を求めた。

\* 地区委員会はその地区を代表する医育機関・一般施設・開業の医師で構成されている。関東地区の委員数は27名である(3名×東京・神奈川・千葉・埼玉・茨城・栃木・群馬・山梨・静岡)

5、予備審査の結果、188プログラム(専攻医数1426名)の応募があったが、165プログラム(専攻医数1351名)となった。

### 本審査(一次審査)

1、本審査は予備審査に合格した施設に対して申請書類を提出するように依頼し、提出された書類をもとに行なった。

2、中央資格認定委員会(=地区委員会の代表の集まり)を開催して、プログラムと専攻医数について全国的な調整を行なった。

3、都道府県ごとの小児人口当たりの小児科専門医数(比率)(表1)を考慮しながら、募集人数を調整した。

→小児科専門医数比率が高く、専攻医が集まりやすい大都市圏である東京、京都、大阪、福岡のプログラムについては募集人数を10~20%減らすことを基幹施設に求めた。

4、本審査には160プログラム(専攻医数1185名)の応募があったが、調整の結果、159プログラム(専攻医数1138名)となった。

5、

### **F 研修施設と連携施設の検証**

- 1) 連携施設数は722であり、学会認定の研修施設数の513の約1.4倍に増加していた。
- 2) 学会認定の513研修施設のうち、連携施設に含まれていないのは1施設のみであった。ただし、この1施設も来年度は某大学プログラムに参加する予定である。

### **G 二次医療圏のカバー状況**

基幹施設・連携施設がカバーしていない二次医療圏は存在するが、現在、この医療圏を関連施設がカバーしている状況を検証中である。ちなみに熊本県二次医療圏の空白箇所は10と最大であるが、その地域をカバーする熊本大学を基幹施設とするプログラムを検討すると、このうち8は関連施設でカバーしていた。

### **H その他特記事項**

**表2**に、現行制度での都道府県別の研修支援施設と新制度での研修基幹施設の数を示す。従来から1県1研修支援施設という体制が14県において存在していた。また、約75%の研修支援施設が基幹施設に移行していた。