

# Q1 プログラムの定員はどのように決めることになるのでしょうか？

- 定員を決める因子
  - **症例数** 必須な受持経験症例数や執刀経験手術数など
  - **指導医数** 指導医が受け持つ専攻医は1研修年次1名が基本
- 定員の決定
  - 指導医数から算出される定員と症例数から算出される定員を比較し、**少ない方が定員**となります
- 最終的に、領域と機構が協議して、**領域主体で調整**します
- 領域研修委員会とPG部門で協議を行い、最終承認を行います

Q2 専門研修プログラムの基準を満たす必須症例がない場合、どのようにすればよいのでしょうか？

A 1 連携施設となる

A 2 基幹施設となるため他の基幹施設に相談することが必要となります

- 他プログラムの基幹施設か連携施設に、プログラムをまたいで自プログラムの連携施設となってもらいます
- その場合、**症例数の按分**は基幹施設の責任者同士で協議することになります
- 指導医数もダブルカウントする訳にはいけないので同様に**指導医数の按分**を協議する必要があります

## Q3-1 地域医療の経験とは？

### -2 地域医療経験の期間は決まっていますか？

(地域医療: 地域に密接した医療 and/or 過疎地の医療)

#### 3-1 A

- 施設群を組んだ研修プログラム管理委員会が、それぞれの**地域で必要な地域医療研修**を組み立てます
  - 例えば、「プライマリケアを経験し、より専門的医療を必要とする疾患をしかるべき施設へトリアージすることを学ぶ」という目標をもつ領域の場合
  - その研修が可能な施設と指導医を盛り込んだプログラムを作ります
  - 指導医の在籍がなくとも、専門医が常勤し、テレビシステムなどで常にコンサルトへの即応体制があることが望ましいと考えられます
- 基本領域の専門医制度においては、**地域を実際に研修する機会がある**ことが重要です（専門医制度整備指針）

#### 3-2 A

- 期間と内容については、それぞれの領域研修委員会の見識に委ねるところです

Q4 大学と連携を組む施設についての考え方はどのようなものでしょうか？

A 大学は都市型の基幹施設と考えられます

- 大学が地域の中核病院と連携してプログラムを組むことは、専攻医に豊富で多彩な症例の経験を提供することとなり、研修の質向上に有用であると考えられます
- 地域中核病院での研修は地域完結型医療連携を研修するためにも有効と考えられます

## Q5

1. 大学だけで研修プログラムを作成することは可能ですか？
2. 大学が、その位置する大都市の病院とだけで施設群を構成することは可能ですか？

5-1 A • 地域医療の研修カリキュラムが計画されておらず基本的には認められません

5-2 A • 大学と大病院連合だけの施設群は5-1Aと同様に不可

- 一般的には大学は多くの病院と施設群を構成することが多く、3次医療圏を越える施設も考えられます
- 特殊な事情がある場合にのみ、日本専門医機構でその妥当性を検討します

## Q6 地域中核病院を基幹施設とする研修プログラムを組み方を教えてください

Q6-1 大学を連携施設として含める必要はありますか？

A 必ずしも大学を入れる必要はありませんが、リサーチマインドの涵養が整備指針でうたわれているので、**大学あるいは研究に触れる機会を提供できる施設**が連携施設として入ることが望ましいと考えられます

広く連携施設をもち、研修目標を満たす施設群を形成することが重要です

Q6-2 都道府県を越えての連携は可能ですか？

A 可能です この場合も研修にとって必要であること、地域の医療経験あるいは地域医療を維持するコンセプトを示してください

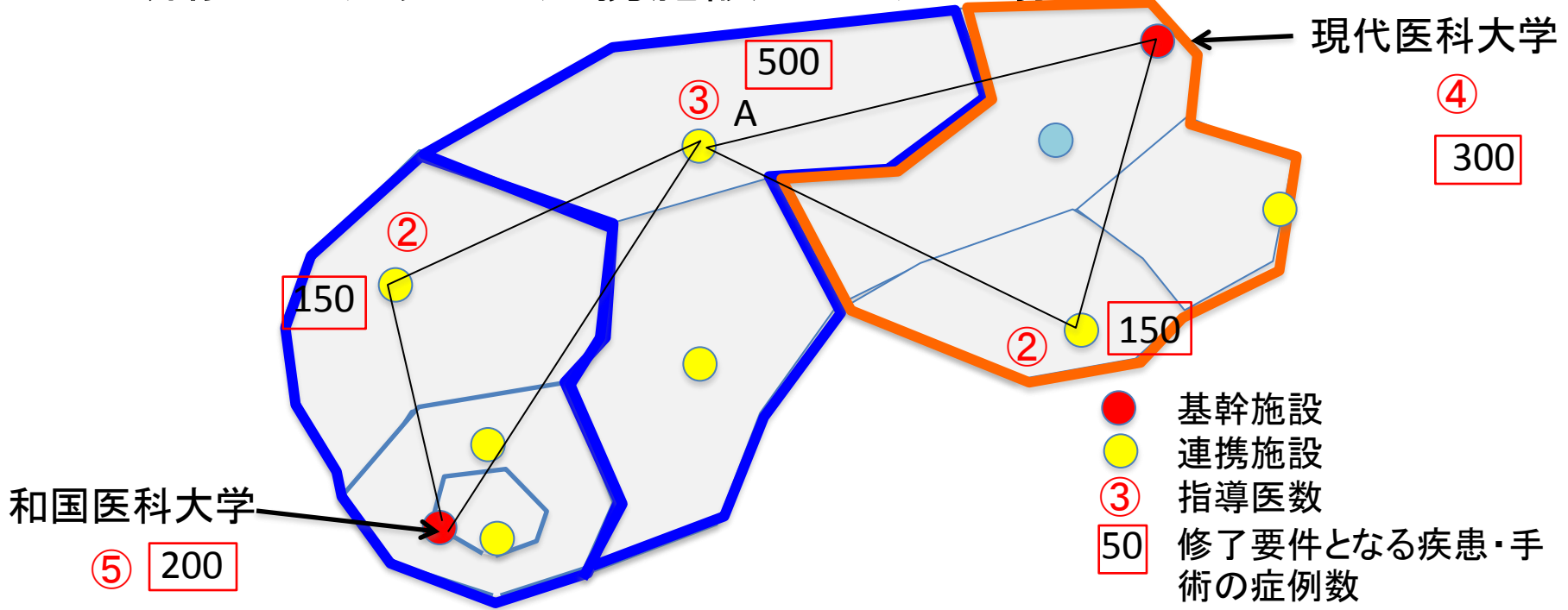
# プログラムの定員数の考え方

Q7 ある地域中核病院が2つの大学の研修プログラムに連携施設として入る場合の症例数の按分および指導医数の按分の仕方は？

- A 2つの基幹施設の研修プログラム統括責任者が協議して決めることとなります
- 1対1の按分や、2対1の按分など種々の場合があります
  - 多くは症例(経験)数の按分が優先されると考えられます
  - 指導医数は症例(経験)数の按分に準じた整数比(例えば指導医が3名であれば2名対1名)で按分するようにして下さい。
  - くれぐれも、2つのプログラムで症例数と指導医数を二重登録しないようにご注意ください
  - 各領域の研修委員会の責任でコントロールされ、サイトビジットでの確認事項になります



# 2つの研修プログラムに連携施設として入る場合



Q 地域中核病院(A)が基幹病院である2つの大学の連携施設になる場合の定員は？

A1. **症例数**：施設(A)の500を2等分して、和国医科大学のプログラムと現代医会大学のプログラムにカウントする場合、それぞれ $200+150+250=600$  (3年で1800) および  $300+150+250=700$  (3年で2100)となる。必須経験症例数が専攻医当たり(期間3年)100ならば定員(期間3年)は18および21である。プログラムで募集するのは単年の専攻医なので募集定員は**6および7**である。

A2. **指導医数**：施設(A)の指導医3名を2対1に按分する場合の指導医数はそれぞれ $5+2+2=9$  および  $4+1+2=7$ である。指導医当たり専攻医数を1年に1名とすると、募集定員はそれぞれ**9および7**である。(指導医数の按分が1対2であれば、それぞれ8となる。)

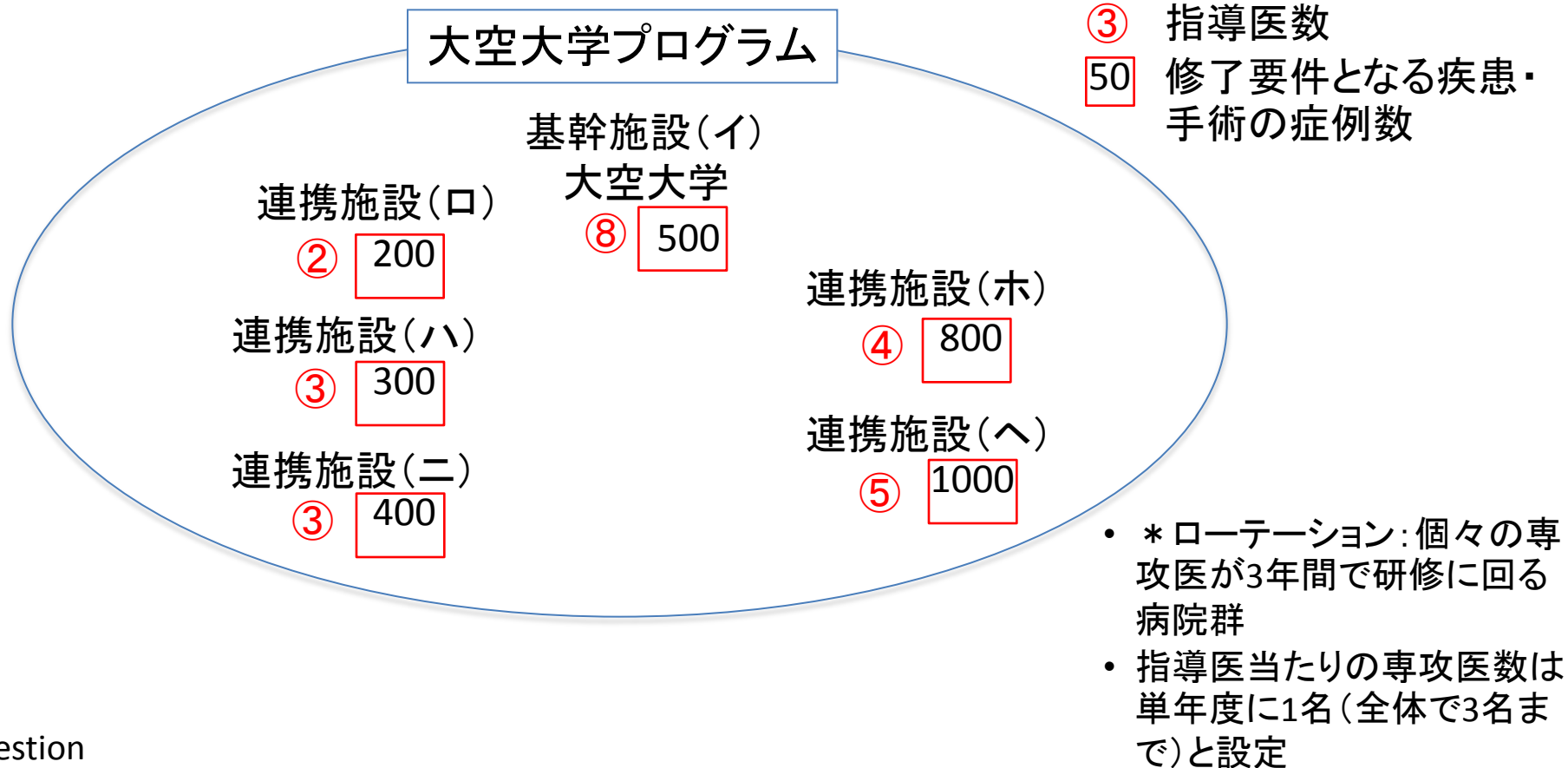
A3. 2つの基準から定員はそれぞれ**6および7**となる。

## Q8 多数の連携施設を含む研修プログラムの定員はどのように考えるとよいでしょうか？

A

- 研修プログラムを構成する基幹施設と連携施設の指導医数と症例数から基準によって算出します
- 定員は1人以上となります
- 多数定員は、主に大学基幹で連携施設の多い研修プログラムと考えられ、比較的先進的な医療の研修が特徴と考えられます
- 地方病院が基幹の研修プログラムでは指導医数の問題で定員が少ない一方、十分な症例数を経験する可能性が高く、地域密着型の研修の特徴を持つ可能性があります
- 研修プログラムの特徴を十分に把握した上で、全国の研修プログラムの配置や定員改善を領域研修委員会が勧告することがあります

# 複数のローテーション\*を含むプログラム(施設をカテゴライズしない場合)



## Question

複数のローテーション(コース)を含むプログラムの定員の決め方は?

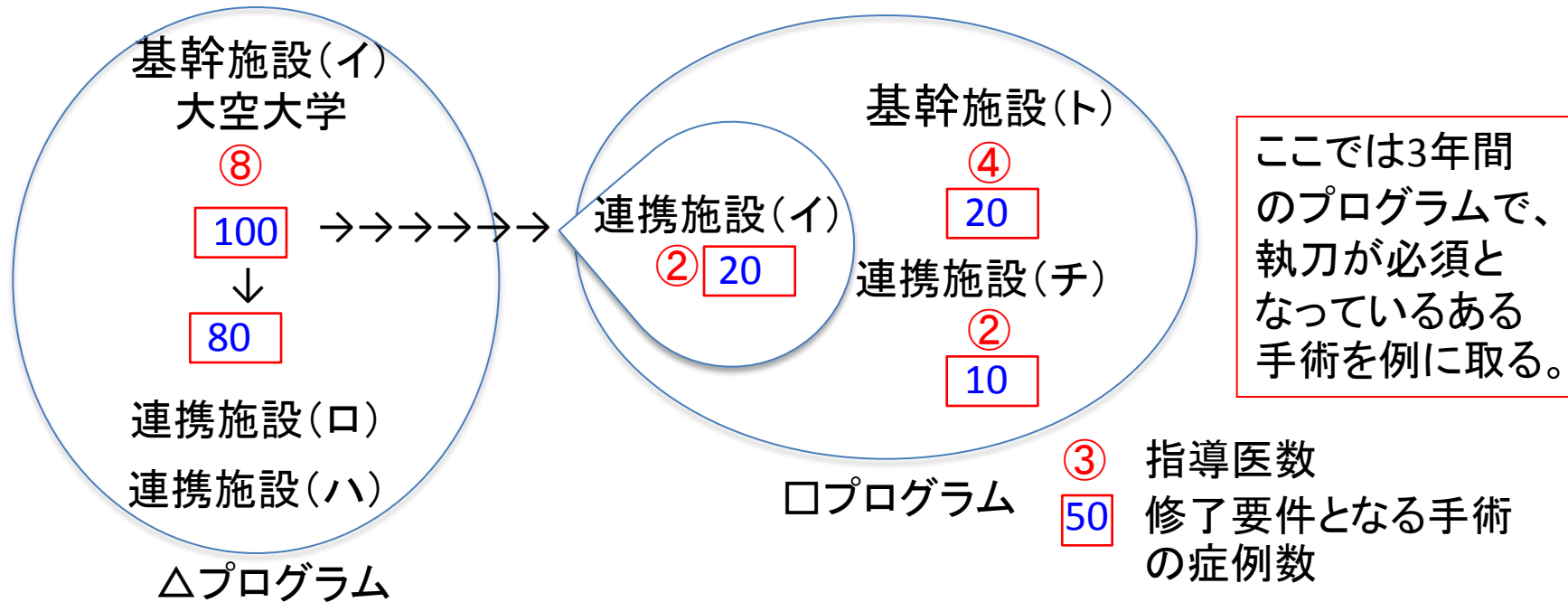
## Answer

1. 図の例では3年間のプログラムを6施設のうちの3施設で組む。6施設全体での指導医数は25、症例数は3200/年である。
2. 必要経験症例数を100/3年とすると、定員(期間3年)は $3200 \times 1 / 100 = 32$ で、単年度の定員は10である。
3. 指導医数からの単年度の定員は25である。
4. 指導医数と症例数の基準から算出される単年度の募集定員は10となる。

Q9 ある基幹施設(イ)が他のプログラム(ロ)の連携施設になる場合、定員はどのように考えたらよいですか？

- A
- プログラム(ロ)で不足する疾患や手術の共有が目的と考えられます
    - 基幹施設(イ)がプログラム(ロ)に分配することにより、プログラム(ロ)の症例数が増加します
  - 按分方法を2つのプログラム統括責任者間で協議して決定することは前の質問と同様です
    - プログラム(ロ)では自前の症例数に基幹施設(イ)から分配される症例数を加えて定員を算出します
    - 指導医数もダブルカウントすることはできないため、同様に按分となります

# 例:ある基幹施設が他のプログラムの連携施設になる場合



## Question

他のプログラムの基幹施設が連携施設となるプログラムの定員の決め方は？

## Answer

- プログラムでは専攻医が3年で経験できる症例数は最大で、施設(ト)で2年、施設(チ)で1年の場合の50である。修了要件となる症例数を50とすると、5年間に2人が症例数の要件を満たすことができる。すなわち毎年専攻医を採用することはできない。
- △プログラムの基幹施設(イ)は□プログラムの連携施設として手術症例数100のうち20および指導医8のうち2を□プログラムに割り振るとする。この場合、□プログラムの症例数は50/年であり150/3年である。修了要件となる症例数を50とすると3年間の定員は $150 \times 1 / 50 = 3$ であり、単年度の定員は1である。
- 連携施設(イ)を含めた□プログラムの指導医数は8であり定員は8である。症例数からの定員は1であり、募集定員は1となる。

## Q10 地域医療提供体制を今以上に悪化させないためには？

A-1 以下の問題については、領域研修委員会とPG部門が綿密に協議を行い、共通認識を持って対処することが必要と考えています。

i. 地域に十分な診療の需要があるにもかかわらず、その地域の医療施設に**研修プログラムが形成されていない**ことは、**研修資源を無駄に浪費**している点で問題があるので、配置につき協議します。

ii. **研修内容の公平性と地域医療の観点**から、平均以上の指導医や診療実績を持つ研修プログラムの**専攻医がゼロ**とならないように協議します。

(例：都市から遠く、交通の利便性が悪いが十分な症例を研修できるプログラム)

iii. 研修プログラムの適正配置と専攻医数がゼロとならないよう、**都道府県行政、医師会、大学、病院協会等との協議が必要**と考えています。

iv. PG部門を含め、利害が絡む当事者だけの**評価・認定**では機構としての**説明責任**を果たせないために、**透明性を確保**するために**第3者による評価の必要性**があると考えています。

# Q10 地域医療提供体制を今以上に悪化させないためには？

## A-2 手続き

- i. **領域への説明会**を開き、人的にも診療実績においても、比較的公平な条件で専攻医が研修できるプログラム形成と全国配置について**領域全体の理解**を求めます
- ii. **地域での説明会(行政、医師会、病院協会、大学)**において、魅力のある研修プログラム(選択可能な複数)の地域における自律的形成を勧める
- iii. 全国の基幹施設可能と考えられる施設に**基幹施設希望有無のアンケート**を行う
- iv. アンケートおよびプログラム申請状況から、**全国のプログラム配置とその専攻医募集数につき検証**を行い、領域研修委員会と協議してアンバランスの是正を協議します

# Q10 地域医療提供体制を今以上に悪化させないためには？

## A-2 手続き

- v. 募集研修プログラムの**可能な経験症例数や手術数**などを、専攻医が十分に理解した上で応募できる、明瞭な公募内容とします
- vi. 2016年度、実際の応募者数が判明した際に、**医療・人的資源の無駄遣い(専攻医が0人)**がないように、また医療・人的資源の面から専攻医が可能な限り**公平な研修**を受けられるように、領域研修委員会とPG部門が専攻医定員の不均衡につき協議します
- vii. **第三者評価**により制度の改善を計画します



## Q11 基本領域専門研修とサブスペシャルティ専門研修の連動をどう考えますか？

A-1 基本領域の研修プログラム期間はプログラム整備基準に記載されている3-5年の期間です

A-2 基本領域専門研修からサブスペシャルティ専門研修に続く研修の連続性は必要です

A-3 サブスペシャルティ専門研修への専攻医の登録は基本領域専門研修終了後とします

A-4 サブスペシャルティ専門研修における経験症例に関しては、基本領域研修委員会及びサブスペシャルティ研修委員会が妥当と認めた基本領域研修期間の症例を実績として認めます

Q12 現在進められ、成案を得られつつある各領域専門研修プログラムを柱とした新専門医制度について第三者評価が必要ではないですか？

A-1 各基本領域専門研修プログラムが**専門医制度在り方検討委員会および専門医制度整備指針の趣旨**に則った内容となっているかどうかの評価のため、第三者が加わった外部評価委員会が形成され、その外部評価を日本専門医機構が公開することになると考えられます

A-2 第三者評価では領域別の研修プログラムと専攻医ならびに指導医数につき、**地域の分布状況を評価し、標準的で適切な専門研修の評価**のみならず、結果的に医師の役割分担の適正化、医師偏在の改善、医療の効率化と質の向上に寄与することも期待されます

A-3 第三者としては、有識経験者(社会科学系専門家、医療評論家、医療専門職能団体など)が考えられます