

## < 参考 >

# 医師確保にかかる 新たな動き

## 専門医制度の変更

### 専門医とは

特定の診療科や分野において高度な知識・技量・経験を持つ医師として学会が認定した医師。

学会認定専門医。学会専門医

# 専門医制度の見直し

## 背景・課題

- ◆各学会が独自の基準で専門医を認定しているため、専門医の質にばつきがあり、患者にとって分かりにくい
- ◆医師の地域偏在・診療科偏在が依然として解消していない

そのため、



中立的な第三者機関として「日本専門医機構」を創設

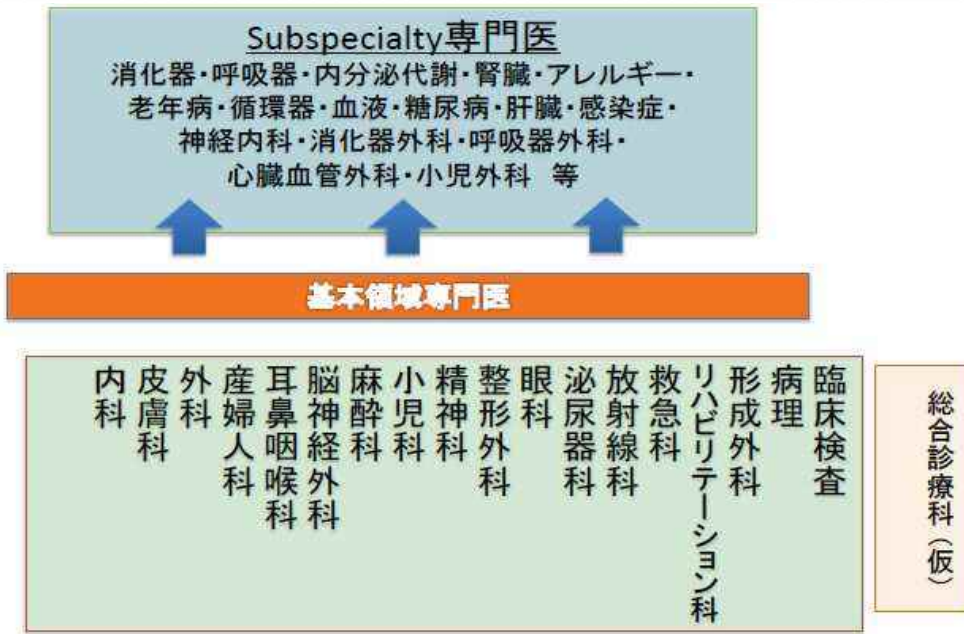
- ①機構が、各学会の作成した専門医養成プログラムを審査・認定することで、専門医制度を標準化し、医療の質を担保
- ②専攻医が、都市部と地域の病院をローテーションするプログラムとすることで、地域の医療提供体制を再構築
- ③新たな基本領域として、「総合診療科」を設定し、地域における医療ニーズに対応できる専門医を養成

## 新たな専門医制度

- ①平成29年度より開始(平成27年免許取得者)
- ②19の基本領域のいずれか1つの専門医を取得することを基本
- ③養成にあたり、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等が病院群を構成して実施
- ④専門医の養成数は、研修体制を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定

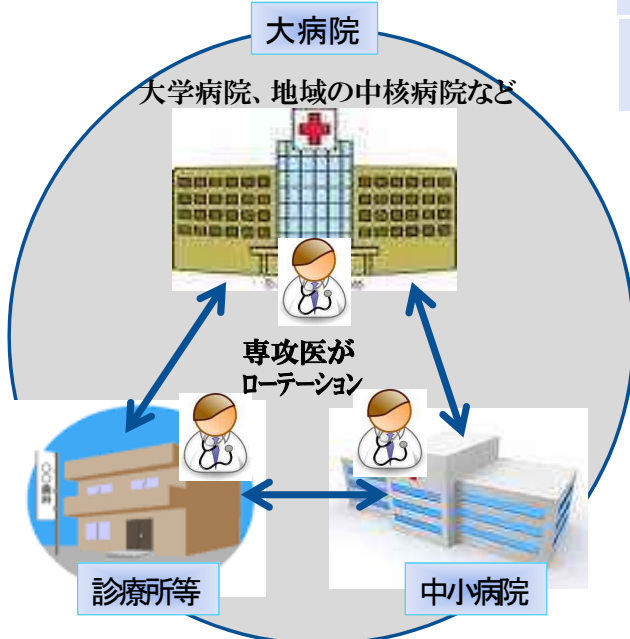
# 参考：新たな専門医制度の基本設計

19の基本領域のいずれかの専門医を取得後に、サブスペシャリティ領域に進む2階建て構造



## 新たな専門医制度のイメージ

### 【〇〇科専門医養成プログラム】



◆基幹病院(プログラムの責任病院)と連携病院が病院群を形成

◆基幹病院・連携病院ともに所定の指導医数・症例数等の確保が必要

〈大病院が基幹病院となる場合〉

1年目	大病院(12ヶ月)		
2年目	大病院(12ヶ月)		
3年目	中小病院 (6ヶ月)	診療所 (3ヶ月)	在宅医療 (3ヶ月)

〈中小病院が基幹病院となる場合〉

1年目	中小病院(12ヶ月)		
2年目	中小病院(12ヶ月)		
3年目	大病院 (6ヶ月)	診療所 (3ヶ月)	在宅医療 (3ヶ月)

# しかし、実際は・・・

例えば、外科の新専門医制度の場合、

- ◆ 指導医1人につき、学年を問わず、3名の専攻医を超えない管理体制とすること
- ◆ 専攻医1人につき、3年間で500件以上のNCD登録外科手術症例を確保すること

等の要件があるために、

大病院でも一定の専攻医を確保するため、相当数の指導医や症例数の囲い込みがおこり、中小病院が新専門医制度の基幹病院となることは、事実上困難となる

その結果、



専攻医の大病院志向が強まり、中小病院が、独自に専攻医を採用することが極めて難しくなると予想される

## まとめ

県立病院の中でも、主要な診療科(内科、外科等)において、新専門医制度の基幹病院となり、十分な専攻医を確保するためには・・・



新病院が、中・西播磨地域の中核病院として必要な若手医師を安定的に確保し、地域の中小病院や診療所に循環させていくためには、**一定規模を有する大病院**とすることが不可欠

そのことが、



中・西播磨地域全体の医師確保に寄与