

専門研修プログラムについて

※ピンクのセルに御記入ください。

医療機関名				
回答者所属・氏名	所属:		氏名:	
連絡先(電話/メール)	電話:		メール:	

(1)

専攻医の受入れを希望し、連携施設となれなかった病院にお聞きます。
具体的な状況を詳しく御記入ください。

具体的状況:

(2)

新たな専門医制度開始によってその後の診療等で影響が出たことや、制度に対する御意見などがあれば、御記入ください。

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

【回答期限】 平成30年9月10日(月曜日)

【担当[問い合わせ先・提出先]

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課地域医療支援センター担当 土屋

電話 03-5320-4552(直通) メール S0000297@section.metro.tokyo.jp

FAX 03-5388-1436

専門研修プログラムについて

医療機関名	△△病院		
回答者所属・氏名	所属： 医事課	氏名： 東京 太郎	
連絡先（電話／メール）	電話： 03-5320-××××	メール： Taro.Tokyo@x.x	

(1)

専攻医の受入れを希望し、連携施設となれなかった病院にお聞きします。
具体的な状況を詳しく御記入ください。

具体的状況：

（例1）従来は〇〇科の認定施設であり、研修医を毎年度数名受け入れていたが、基幹施設になることは難しかったことから、東京都内の〇×病院に連携施設に入れたいか相談したが、自院の関連施設を連携施設にするとの理由から断られた。

新たな専門医制度の仕組みに入れなかったことから、研修医が来なくなり人員不足となっている。

（例2）機構による審査において基幹施設となれず、その後他の病院の連携施設となれるよう調整しようとしたが、既に多くのプログラムは調整済みであったことから、基幹施設が見つからなかった。現在も施設を探しているが、難しい状況。

(2)

新たな専門医制度開始によってその後の診療等で影響が出たことや、制度に対する御意見などがあれば、御記入ください。

（例1）当院は、専門医制度には直接関係はないが、医師の派遣を受けていた病院から指導医確保のため医師が派遣できないと言われ、現在〇〇科の医師が1名欠員となっている。

（例2）現在、都内大学病院の連携施設となっているが、いつどの程度の期間専攻医が派遣されるのかが分からず、人員のやりくり戸惑っている。

（例3）新たな制度によって専門医の質が向上することが望まれるが、研修場所によって医師の技術に偏りが出ることがないようにしてほしい。

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

【回答期限】 平成30年9月10日（月曜日）

【担当〔問い合わせ先・提出先〕】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課地域医療支援センター担当 土屋

電話 03-5320-4552（直通） メール S0000297@section.metro.tokyo.jp

FAX 03-5388-1436