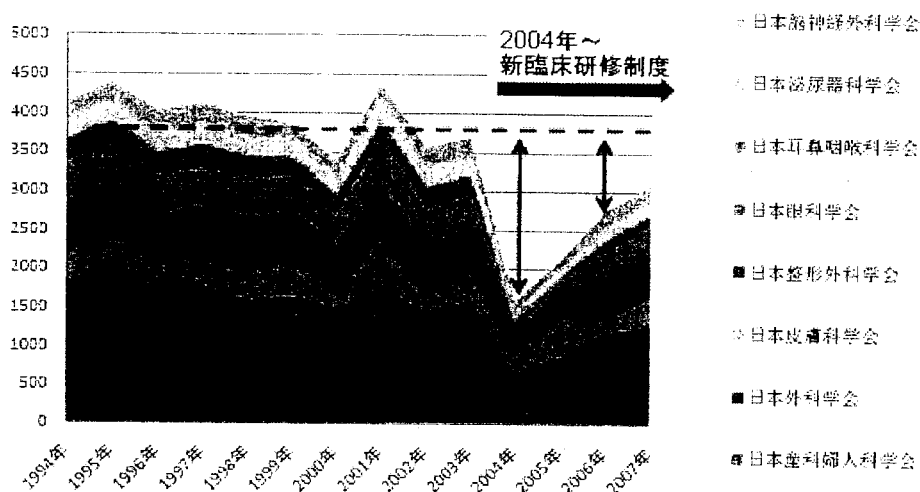


は日本全体における医療の質の低下につながる危険を孕んでいます。いわば、安心・安全の医療を崩壊させることにつながるといっても過言ではありません。各医療機関が教育環境等を考慮した上で、住民の納得のもと自律的に研修医の数を決めて募集し、研修病院同士切磋琢磨していくのが健全ではないでしょうか。

外科系新規入会者数



厚生省「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
平成20年7月30日 厚生省提出資料より作成
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0730-22b.pdf>

*1: 臨床研修制度改定に関するパブリックコメント

<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=Pcm1010&BID=495080601&OBJCD=100495&GROUP=>

*2: 平成 15 年 6 月 12 日医政発 0612004 医政局長通知

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818.html>

*3: 臨床研修の到達目標

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>

*4: 厚生労働省「臨床研修に関するアンケート調査について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1217-11a.pdf>

臨床研修制度見直し（案）について

茨城県民主医療機関連合会 事務局

臨床研修制度見直し（案）は以下の点で見直しが必要であると考えます。

- ① 初期臨床研修制度が開始されたのは、基本的臨床研修能力を身に付け幅広い視点で患者さんを診ることのできる医師を養成することを目標としてあったはずですが、この目標に対する評価がされないまま、今回の見直しで研修期間を1年にするのは反対です。1年では十分な研修内容が保障されないとおもいます。
- ② 「臨床研修制度が始まってから大学に医者がいなくなり医局から派遣される医師が減り、地域の病院の医師不足を招いた」のではなく、根本的に医師数が不足していると思います。安全な医療を行う為に、医師数を増やす必要があるとおもいます。
- ③ 「年間入院患者数 3000人以上」の臨床研修病院の指定基準は、これまで研修医を受け入れてきた中小病院が排除されることとなります。
多様な患者がくる中小病院の研修は、総合的な診断能力が身に付けられ、地域に密着しプライマリケアが学べ「大病院でなければ研修できない」という変更内容の根拠がわかりません。
そもそも総合的な診断能力を養うために臨床研修制度を作ったはずですが、大学病院の研修だけでは、地域医療を支える医師養成になりません。
- ④ 今回の臨床研修「見直し案」では、大学や大病院に研修医が集中し地方には研修医が来集まらなくなり地方の医療崩壊が加速します。
研修募集定数の上限設定は、県内の募集定数の合計が上限を超えた場合、各病院の定数が削減されることになり、医師確保がさらに困難になります。

以上

神病協発第53号

平成21年4月17日

厚生労働大臣 舩添要一 殿

社団法人神奈川県病院協会

会長 渡邊史朗

「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正(案)について」への意見について

医師臨床研修制度が発足した経緯には、大学医局を中心に行われていた研修制度が専門医養成に偏り、基本的診療能力や全人的医療の素養に乏しい医師が多くなっていったことへの反省があり、あわせて十分な身分と経済的保障を行って国民の要望にかなう総合性を持った医師を育成しようという基本理念が存在した。

その後、急速に進行した医師不足や医療崩壊の主因がこの研修制度にあるかのごとく言われ、現場で働く研修医や指導医の意見、医療を受ける患者側の意見などを含めた研修制度の十分な検証の上に立った見直しではなく、医師不足との関連で主に大学病院の医師派遣機能を再構築する観点からの制度の見直しに偏った感が否めないのは残念といわねばならない。

四病院団体協議会の見解のとおり、神奈川県病院協会も医療崩壊の真の原因は医療費抑制政策と医師養成の抑制を続けてきたための医師絶対数の不足にあり、医師臨床研修制度はその極限にあった状況の引き金になったに過ぎないと考える。

こうした基本的見地に立って、今回の見直しについて意見を申し上げます。

1. 研修プログラムの弾力化について

臨床研修では良い臨床医を養成することが目的であり、基本的診療能力を身につける達成目標が定められている。これまでの実績で基本的診療能力の達成は証明されてきているが、この目標達成には2年間の研修期間と従来の必修プログラムが必要であり、1年間で専門科目へ進むことには基本的には反対である。

もし仮にも、研修プログラムの弾力化によって基礎的臨床教育の期間を短縮化してより高度な専門性を身につける研修を早める方向性を示すのであれば、医学部の卒前教育のあり方を見直すことと連動しなければ対応は不十分となる。この点では、時間をかけて整合性のある見直しとするよう要望する。

2. 臨床研修病院の指定基準について

臨床研修病院に一定の基準があるべきことはもつともであるが、「年間入院患者数 3000 人以上」の条件は研修病院を大学病院や大病院中心に再編することにつながり、これまで当初目標の達成に寄与してきた中小病院を排除する結果となり反対である。大病院でなければよい研修ができないとする意見もあるが、中小の一般病院だからこそ指導医の目が届きやすく、継続性のある医療や全人的医療を学びやすいといった利点も大きい。本来的に大学病院と一般病院は良い臨床医の育成について競合する関係にはなく、医療を受ける人と研修医双方のニーズに対応すべく協力関係にあるものである。

良質な医療を継続的に提供するために、自ら地域医療に理解と熱意をもった医師を養成し、同時に病院診療の質を向上させてゆく地道な取り組みをしている中小の一般病院のみに臨床研修から排除しかねない「年間入院患者数 3000 人以上」の規定は、初期研修制度の当初目標とは明らかに逆行する内容である。

3 都道府県別に募集定員の上限を設けることについて

医師の地域的偏在の解消を目的とした研修医の募集定員の上限設定には、その有効性への疑問と都市部の研修システムや地域医療への影響の大きさからして手直しが必要である。

まず、医師の地域的偏在の原因は研修医の定員数に根本原因があるとは思われず、都道府県ごとの研修医定員の見直しによって解決を求めべきものではない。一方、今回の上限設定においては都市部の定員削減幅は過大である。たとえば、神奈川県では 20 年度採用実績と比べて 46 名の削減案となっているが、これを募集定員数との差で見ると 28%もの大きな削減となり、また削減される 5 都府県で見ても平均の削減幅は 25%以上である。これだけ大幅な定員数の削減は、指定基準の見直しによる研修病院の削減や、過去において定員を満たせなかった病院での定員数の削減によって行われると思われるが、制度発足以来指導医を育成し、プライマリーケアを研修医とともに実践してきた病院、特に中小の臨床研修病院に大きな影響を与えることになる。神奈川県では医師数が人口比で全国平均に比べて低く、県北部、県西部、三浦地域などでの医師不足が目立っており、診療科による医師の偏在も解消されていない。中小病院での臨床研修が困難となった場合には、県内都市部でも医師不足はより深刻化する可能性がある。

よって、臨床研修医の募集定員の設定、結果としての定員削減提案は、早急な手直しを強く要望する。

以上

臨床研修 について(kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2009年4月17日金曜日 23:59
宛先: 臨床研修 について(kensyu)
件名: パブリックコメント(臨床研修の見直し(案)について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 社団法人 諫早医師会

住所(所在地): [REDACTED]

メールアドレス: [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

FAX番号: [REDACTED]

性別:

年齢:

職業:

件名: 臨床研修の見直し(案)について

ご意見:

われわれ諫早医師会は、臨床研修の見直し(案)に反対する。

そもそも医師の育成と、医師不足は、全く次元の異なる問題である。新臨床研修制度によって、医師不足が顕在化したとはいえ、医師不足の本質的理由は新臨床研修制度とは関係がない。

医師の診療科による偏在は、産科、救急医療、小児科などの領域の労働基準法違反の過酷な労働条件と医療紛争リスクの高さにあり、その責任は、これに対して適切な対応を怠り続けている行政にある。

これらの診療科において不足しているのは、中堅医師、指導医クラスの勤務医であり、指導医が足りないところに強制的に研修医を配置しても、中堅・指導医のさらなる疲弊を招きかねない。

医師の地域偏在の原因は、医師から見た各地域・格施設の魅力の乏しさにあるのであり、ここに医師を集めるためには、医師の強制配置ではなく何らかのインセンティブを提示すべきである。

いずれにしても医師不足の根源には長らく続けられている医療費の削減があることは明白である。医療費を増額して、医師の不足する領域と地域の医師の待遇改善をすることが、医師不足問題のもっとも本質的な解決方法であり、厚労省にはそのように努力していただきたい。

(FAX)

平成 21 年 4 月 17 日

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

社団法人宮崎県医師会

臨床研修の見直し(案)について

「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部訂正(案)について」への意見募集について、下記の通り提出します。

記

2 臨床研修病院の指定基準について

(1) 臨床研修病院の指定基準

- 臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。
- ② 年間入院患者が 3,000 人以上であること

年間入院患者が 3,000 人以上とあるが、当県の指定病院の中にはこの基準を満たすことが困難な病院もあり、指定病院の少ない地方の状況を考慮し、2,000 人程度の入院患者に基準を緩和すべきである。

以上

連絡先

(社) 宮崎県医師会

TEL

FAX

（別紙）

「臨床研修の見直し（案）について」

1 地方の状況等を加味した各病院の募集定員

(1) 意見

地方に所在する病院の募集定員の設定にあたっては、単に直近の研修医受入実績のみを算定基礎とすることなく、臨床研修制度が開始された平成16年度前後の状況や地方の医師不足の状況等を加味して算定していただきたい。

(2) 理由

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」による「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」においても、臨床研修制度導入以降の状況に関して、「都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が研修後も含め都市部に集中する傾向が続いている。」としているとおり、当県でも臨床研修医数は年々減少する傾向にある。こうした中で、国が示しているように、「当該病院の過去数年間（例えば過去3年間）の研修医の受入実績の最大の数値」を算定基礎として募集定員を設定することになれば、当県の病院に関しては、既に臨床研修医が大幅に減少した後の数値が算定基礎とされ、多くの病院で募集定員が削減される事態が想定される。

そうした場合、たとえ都道府県別の募集定員の上限に余裕があっても、各病院の募集定員を積み上げた当県全体の募集定員は、医師派遣実績の加算数次第では、現在よりも減少する可能性がある。

今回の臨床研修制度の見直しの理由の一つは研修医の都市部への集中を是正することであると理解しており、見直しの結果、医師不足に直面している地方の病院における募集定員が削減され、今後臨床研修医の募集対策を充実強化しても、募集定員がネックとなり、十分な臨床研修医数を確保できないという事態が生じないようにする必要があると考える。

2 修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師の研修枠を加味した関係病院の募集定員

(1) 意見

臨床研修病院の募集定員の設定にあたっては、修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師の研修枠も勘案して算定していただきたい。

(2) 理由

当県の修学資金貸与医師（最大13名/年）については、平成22年度以降、順次臨床研修に従事する予定であり、マッチングの対象となるかどうかは不明であるが、いずれにしても県立病院群（管理型病院：県立大島病院）あるいは鹿児島大学病院のいずれかで臨床研修を行うこととしている。

また、当県では、マッチングの対象外である自治医科大卒医師については、県立病院群で臨床研修を行っている。

このため、「当該病院の過去数年間（例えば過去3年間）の研修医の受入実績の最大の数値」を算定基礎として募集定員を設定することになれば、修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師が、県が指定した病院での臨床研修をできない事態が生じることが懸念されることから、何らかの対応が必要であると考えます。

団体名 鹿児島県

所在地 

「臨床研修制度の見直し」に係る要望

本県は、南北600kmにわたる広大な県域の中で、28の有人離島のうち15が無医島となっているなど、医療提供体制が脆弱な多くの離島・へき地を有することから、当該地域の医療の維持・確保を図ることが、県政の重要な課題となっております。

これまで、本県の離島・へき地においては、現行の臨床研修制度のもとでの臨床研修医の研修や医師の派遣等により、当該地域における医療提供体制の維持・確保がなされているところです。

しかしながら、現在、臨床研修制度の見直し案として提示されている臨床研修病院指定基準の変更によって、県内の一部の臨床研修病院が指定要件に該当しないことになり、その結果、現在の本県の離島・へき地における医療提供体制が維持・確保できなくなるおそれがあります。

つきましては、臨床研修制度の見直しに当たっては、以上のような本県の離島・へき地における医療提供体制の現状を十分御賢察の上、既存の臨床研修病院が臨床研修制度の見直し後も引き続き臨床研修病院として指定され、今後とも当該地域において、少なくとも現在の医療提供体制が維持できるよう、万全の配慮をお願いします。

平成21年4月16日

鹿児島県保健福祉部医療制度改革推進室長

臨床研修 について(kensyu)

差出人: [REDACTED]
送信日時: 2009年3月31日火曜日 16:13
宛先: 臨床研修 について(kensyu)
件名: FW: パブリックコメント(臨床研修の見直し(案)について)

-----Original Message-----

From: www-admin@mhlw.go.jp [mailto:www-admin@mhlw.go.jp] [REDACTED]
Sent: Monday, March 23, 2009 7:20 PM
To: [REDACTED]
Subject: パブリックコメント(臨床研修の見直し(案)について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 長野県

〒所(所在地): [REDACTED]

メールアドレス: [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

FAX番号: [REDACTED]

性別:

年齢:

職業:

件名: 臨床研修の見直し(案)について

ご意見:

研修医の募集定員(案)に対する意見【長野県】

- ・研修医の募集定員(案)の試算にあたり、人口割合と面積あたり医師数を加味していただいたことは評価する。
- ・しかしながら、資料3の⑦で、「医学部定員割合と人口割合のいずれが多い方」を基準に考えると、大学が1つしかない県にとっては、不公平感が残る。
- ・大学病院の医師派遣機能が低下したとはいえ、依然として大学の果たしている役割が大きい中で、1大学しかない県においては、臨床研修病院も医師確保に貢献してきたことを考慮していただきたい。
- ・よって、「⑥採用実績を医学部定員割合で配分」に0.9を掛けるなどして、1大学しかない県に配慮をいただきたい。
- ・また、面積当たり医師数の平均が73.6となっているが、最小(北海道)の14.8に対し、100あるいは200を超える県があるように、偏在が大きい。
- ・よって、例えば、73.6未満の県には10%を加算、50.0未満には20%を加算、40.0未満の県には30%を加算、そして30.0未満には思い切って40%を加算するなど、配慮をいただきたい。

平成21年4月13日

厚生労働省医政局医事課 御中

臨床研修の見直し（案）について

標記の件について、下記のとおり意見を提出します。

記

1 都道府県募集定員の上限の考え方（案）について

「人口割合」に、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算をした数と、「医学部定員割合」の数とを比較し、多い数を上限とすることが適当と考える。

【理由】

(1) 今回の上限設定の基本的な考え方は、「地域の医療ニーズ」と「地域の医療提供体制」の両面の視点により成立していると思われる。

また、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算措置を講じているのは、へき地診療等、単純な人口割合では反映することができない地域の医療ニーズを補正するための措置と思慮される。

(2) だが、現在の試算のように「人口割合」と「医学部定員割合」の多い方の数を採用した上で、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算を行う算出方法では、「地域の医療提供体制」にも加算措置が講じられることになってしまい、本来の主旨にそぐわない部分があるように思われる。 【別添資料1】

(3) 上限設定に当たっては、研修医の採用実績の「人口割合」に「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算を行った数（＝地域の医療ニーズ）と、「医学部定員割合」で配分した数（＝地域の医療提供体制）とを比較し、多い数を上限とすることが適当と考える。

なお、この考え方で試算した場合の方が、より一層、研修医の採用実績に近い数値（募集定員の空席がない数値）に導くことができる。 【別添資料2】

2 都道府県別の上限における加算措置の考え方について

加算措置を講じる観点として、「人口10万人対医師数」についても検討することが
適当と考える。

【理由】

- (1) 今回の都道府県別の上限の試算において、「人口割合の数」イコール「募集定員の
上限の数」となっているのは茨城県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県のみ
であるが、この5県とも、人口10万人当たりの病院勤務医師数が全国値(131.7人)を
下回っている状況にある。【別添資料3】
- (2) 「地域の医療ニーズ(人口割合)」及び「地域の医療提供体制(医学部定員割合)」
の考え方だけでは反映することができない「地域の医師不足の状況」といった観点か
らの補正措置(加算措置等)について、検討いただきたい。

3 臨床研修病院の指定基準について

年間入院患者数が3,000人を下回る病院であっても、個別具体的に考慮し、臨床
研修病院としての指定をするべきと考える。

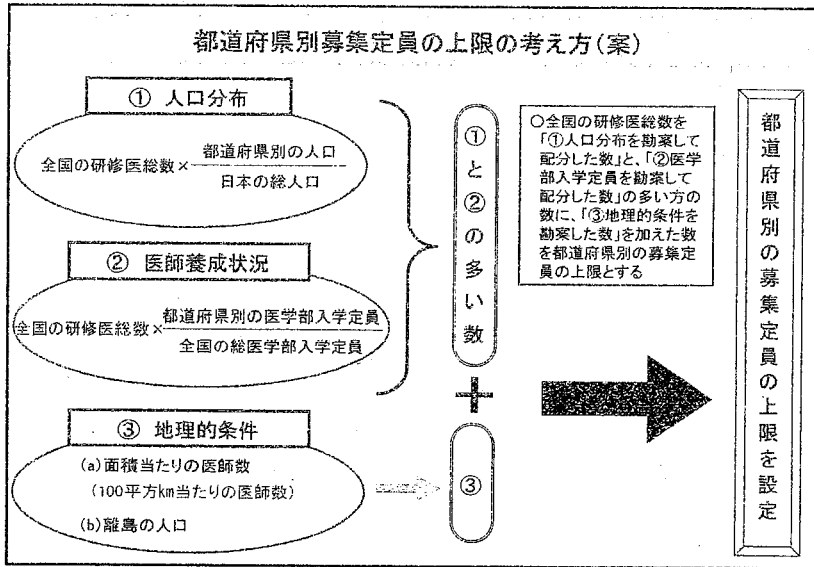
【理由】

- (1) 大規模病院においては、たとえ患者数が多くても、受け入れる研修医の数も多いた
め、必ずしも研修医1人当たりの症例数が多くなるとは言えない。
逆に、病床数が少ない小規模の病院においては、大規模病院とは違い、診療科ご
との垣根がないこと等から、総合的な診療技能を身につけられる総合医・家庭医の育成
に寄与しているところがあり、総合医療等を目指す研修医からのニーズもある。
- (2) 病床数が少ないため年間入院患者数が3,000人を下回る病院であっても、この
ような研修医の受入れや育成に実績のある病院については、個別・具体的に考慮し、
臨床研修病院の指定を行うべきである。

事務担当

TEL

FAX



○現在の都道府県別の募集定員上限の考え方は左記のとおりであるが、基本的な考え方として、①人口分布は「地域の医療ニーズ」を、②医師養成状況は「地域の医療提供体制」をと、両面の視点から成立しており、妥当な考え方と思われる。

※ 現在の考え方(案)

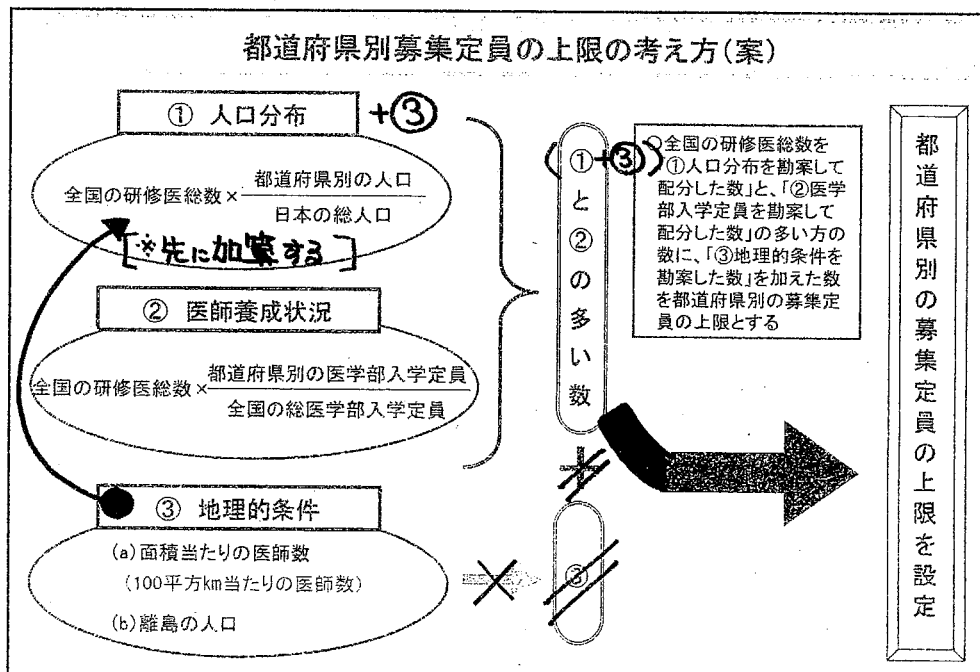
(①と②の多い数) + ③ = 都道府県の上限

○ただし、③の地理的条件は、地域の医療ニーズとして、単純な人口割合だけでは反映することができない部分を補うための手段であり、その考え方は妥当だが算定の手法が不適当だと思われる。

○算定手法は、次のようにすべきである。

<訂正意見>

(① + ③) と ② を比較し、多い数 = 都道府県の上限



※ 理由

現在の考え方(案)では、「②医師養成状況(=地域の医療提供体制)」にも加算措置が講じられてしまい、「③地理的条件(=地域の医療ニーズを補正し、細やかな対応をする)」といった主旨から、ズレが生じている。

研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算
 (「人口割り+加算措置」と「医学部定員割り」とを比較した場合)

(20年度研修医採用実績を用いた場合)

都道府県	120年度募集定員	220年度採用実績	都道府県人口割り								医学部定員割り		都道府県の上限(※1)と採用実績との差	採用実績との差	都道府県の上限と採用実績との差の割合(※1-2)	経過措置後の上限	採用実績との差(※1-2)	現在の厚生労働省試算	現在の試算との差
			3:19年総人口(万人)	5採用実績を人口割合で配分	加算措置				加算措置後の人口割合配分	1121年度医学部定員	採用実績を医学部定員割合で配分								
					6:100km当りの医師数	7:面積当たりの医師数による加算	8:新島人口	9:地理人口による加算											
北海道	504	313	5,570	357	14.8	68	13,672	5	410	327	265	410	△94	97	410	67	410	9	
青森県	113	63	1,407	35	26.7	22			107	120	108	100	△8	45	106	45	106	▲22	
岩手県	112	66	1,364	83	16.8	20			103	110	99	102	△9	37	102	37	102	▲16	
宮城県	189	115	2,347	142	67.5		5,672	2	144	110	99	144	△45	29	144	29	144	0	
秋田県	133	63	1,121	68	19.6	21			89	115	104	104	△29	41	104	41	104	▲21	
山形県	112	60	1,198	73	26.3	22	298	1	96	120	108	102	△4	48	108	48	108	▲23	
福島県	144	76	2,067	123	27.7	26			151	100	90	125	△15	49	125	49	125	▲26	
茨城県	176	119	2,960	180	75.6				150	108	98	180	△4	61	180	61	180	0	
栃木県	174	126	2,014	122	64.4				122	223	201	201	△27	75	201	75	201	0	
群馬県	158	80	2,016	122	66.3				122	110	98	122	△36	42	122	42	122	0	
埼玉県	306	214	7,090	429	263.8				429	190	172	429	△23	215	429	215	429	0	
千葉県	400	283	6,098	369	157.4				369	110	99	369	△31	56	369	56	369	0	
東京都	1,582	1,336	12,758	772	163.70		26,830	15	787	1,411	1,274	1,274	△308	△64	4.8%	1,274	▲64	1,259	▲15
神奈川県	750	584	8,880	538	651.7				338	420	379	538	△212	△46	7.9%	538	▲46	538	0
新潟県	156	70	2,405	146	35.6	15	68,294	21	182	120	108	182	△26	112	182	112	182	0	
富山県	117	54	1,106	67	62.3	10			77	105	95	95	△22	41	95	41	105	▲10	
石川県	139	36	1,170	71	71.2		155	1	72	220	189	189	△60	113	189	113	200	▲11	
福井県	86	49	816	49	42.2	10			59	110	99	99	△13	50	99	50	108	▲10	
山梨県	89	51	877	53	39.2	11			64	120	108	108	△19	57	108	57	119	▲11	
長野県	264	106	2,160	132	32.1	14			146	110	99	146	△38	40	146	40	146	0	
岐阜県	170	95	2,104	127	35.7	13			140	100	90	140	△30	45	140	45	140	0	
静岡県	268	160	3,901	230	86.5		232	1	231	110	99	231	△37	71	231	71	231	0	
愛知県	707	446	7,360	446	271.9		4,807	2	442	415	375	449	△258	2	449	2	448	0	
三重県	154	75	1,676	114	60.4	12	5,301	2	128	120	106	128	△26	53	128	53	128	0	
滋賀県	108	85	1,366	85	70				85	110	99	99	△9	14	99	14	99	0	
京都府	353	274	2,625	160	167.3				160	210	190	190	△163	△84	30.7%	247	▲27	247	0
大阪府	880	613	9,812	533	1,163.30				533	510	461	533	△327	△80	13.1%	552	▲61	552	0
兵庫県	420	319	5,569	333	142.4		9,438	3	341	215	194	341	△79	22	341	22	341	0	
奈良県	130	78	1,410	85	79.8				85	105	95	95	△35	17	95	17	95	0	
和歌山県	109	74	1,019	62	56	9			71	95	86	86	△23	12	86	12	95	▲9	
鳥取県	70	30	600	36	48.4	9			45	90	51	51	△11	51	51	51	90	▲9	
島根県	95	37	761	44	28.9	19	28,809	18	79	105	94	95	△0	58	95	58	130	▲35	
岡山県	227	150	1,953	118	72.6		3,710	2	120	220	199	199	△28	49	199	49	201	▲2	
広島県	228	142	2,873	174	79.5		16,998	6	160	110	98	160	△48	36	160	36	180	0	
山口県	136	57	1,474	88	58.7	10	5,310	2	101	105	93	101	△35	44	101	44	107	▲6	
徳島県	84	49	800	45	56.7	10	337	1	59	105	95	95	△11	46	95	46	105	▲11	
香川県	100	64	1,066	61	134.9		8,462	4	65	105	95	95	△5	31	95	31	99	▲4	
愛媛県	127	68	1,452	88	59.9	10	18,101	6	104	105	95	104	△23	36	104	36	111	▲7	
高知県	86	38	782	47	30.6	10	332	1	58	105	99	95	△9	57	95	57	106	▲11	
福岡県	604	434	5,056	306	262.6		2,864	2	306	430	389	389	△216	△46	10.6%	381	▲43	381	0
佐賀県	77	58	859	52	85.2		2,400	2	54	109	90	90	△13	32	90	32	92	▲2	
長崎県	154	62	1,453	68	96.9		159,600	53	141	105	93	141	△13	73	141	73	148	▲7	
熊本県	154	98	1,828	111	62.6		4,323	2	113	110	99	113	△41	15	113	15	113	0	
大分県	110	54	1,263	73	43.8	10	5,554	3	86	105	95	95	△15	11	95	41	108	▲13	
宮崎県	70	45	1,140	69	30.1	10	1,368	1	80	105	93	95	△25	50	93	50	105	▲11	
鹿児島県	143	68	1,730	105	43.5	11	182,542	56	172	105	95	172	△29	104	172	104	172	0	
沖縄県	175	140	1,273	83	130.2		133,061	47	130	107	97	130	△45	△10	130	▲10	144	▲14	
計	11,563	7,735	127,711	7,735	73.6	372	765,430	257	8,566	7,735	9,604				9,682	1,846	9,979	▲296	

注) 本試算は、20年度研修医採用実績を用いたものであり、22年度の募集定員について算定する場合は、21年度採用実績を用いる必要がある

*1 100平方km当たりの医師数が60.7未満の県には10%加算、30未満の道県には20%加算
 (東京都及び大阪府を除く全国の100平方km当たりの平均医師数が60.7)

*2 新島人口×調整係数5÷都道府県全体の人口

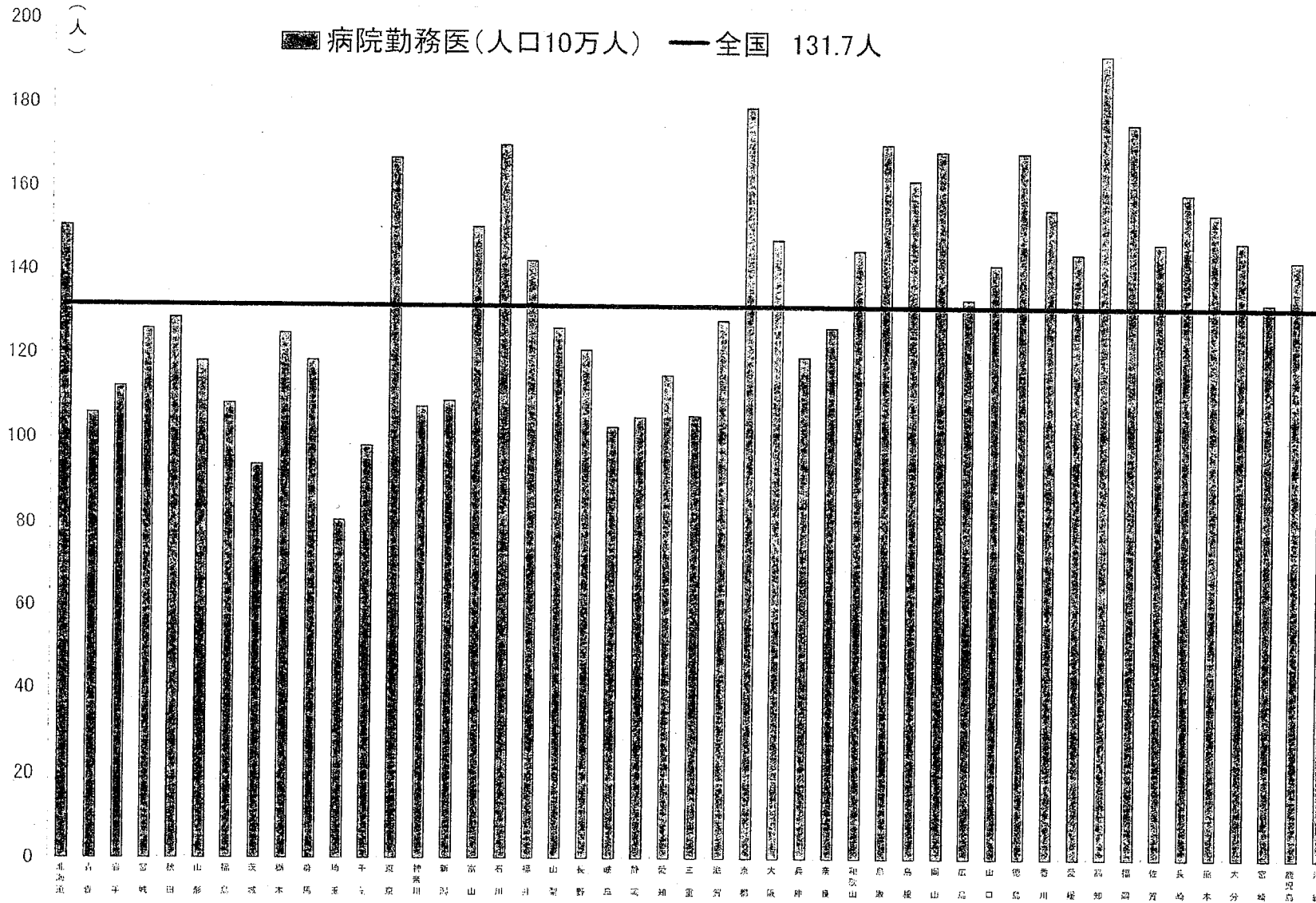
*3 ③は各都道府県内の病院が今後希望する募集定員の合計を、20年度研修医採用実績に等しいと仮定して、試算したものである

*4 ④の減少の程度が10%を超える場合、経過措置として、各都道府県内の病院が希望する募集定員の合計(この場合、20年度採用実績に等しいと仮定)から減少する割合の限度を10%とする

【参考】都道府県別の病院勤務医師数（人口10万人対）

別添資料3

「医師・歯科医師薬剤師調査」より
平成18年12月31日現在



都県名	医師数	順位
東京都	167.2人	9位
山梨県	126.5人	29位
栃木県	125.0人	31位
長野県	121.2人	32位
群馬県	118.6人	34位
神奈川県	107.7人	40位
静岡県	105.4人	43位
千葉県	98.3人	45位
茨城県	93.9人	46位
埼玉県	80.8人	47位
全国	131.7人	—

滋 医 薬 第 3 8 9 号
平成21年(2009年)4月16日

厚生労働省医政局長 様

滋賀県健康福祉部長



「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正(案)」に対する意見について

平成21年3月19日付で公表された標記案について、下記のとおり意見を申し上げます。

記

1 臨床研修医の募集定員における都道府県域を越えた医師派遣の評価について

今回の見直しによる滋賀県の臨床研修医定員枠については、医師不足県である滋賀県への医師の定着を実現するため、見直し案の試算程度の定員枠は必ず確保をされたい。

一方、現行の臨床研修制度発足に伴い、大学病院における研修医不足による地方の病院からの現職医師の引き上げが、各地の地域医療に大きな混乱をもたらした経緯に鑑み、各都道府県の定員枠の決定にあたっては、近隣県の地域医療に混乱が起こらないよう、都道府県域を越えた医師派遣数も十分に考慮のうえ定められたい。

とりわけ滋賀県においては、これまで京都府、大阪府から多くの医師、臨床研修医の派遣を受けてきており、今回の京都府の臨床研修医にかかる募集定員の大幅な削減は、本県の地域医療にも大きな影響を及ぼすものと考えられる。

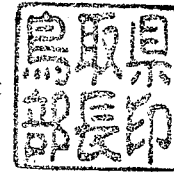
2 臨床研修病院の指定基準について

今回の見直しにおいて、単独型および管理型の臨床研修病院の指定について基準が厳しいものとなるが、へき地病院等において若手医師の定着のためにも臨床研修病院の指定を維持させたいと考える病院があるので、医師不足地域の病院に対しては、過去の採用実績や医師臨床研修への取り組み状況も考慮して基準適用について、例外措置や猶予期間の設定等配慮をされたい。

以上

厚生労働省医政局長 様

鳥取県福祉保健部長



臨床研修の見直し（案）について（送付）

平成21年3月19日付けで意見募集が行われたこのことについて、下記のとおり意見を提出します。

記

1 臨床研修制度の見直し（案）の問題点

- (1) 都道府県別の上限のほかに同時に病院別の上限枠が過去の研修医受入実績により設定される。これがそのまま適用されれば、地方で充実した研修ができる体制があるにもかかわらず、過去の研修受け入れの実績が無いだけで切り捨てられてしまう。
- (2) 今回の見直しにおいても全国的なマッチング制度は維持され、研修医募集定員の全国総数は約1万人と卒業する医学生数よりもなお約2,000人余り多い。都市部の定員が削減されても削減実数は200人余りであり、都市部への偏在が解消される見込みは少ない。

2 見直しに対する提言

上記の問題点に対する対応として、都道府県別の上限設定を基本とし、各病院が希望する募集定員の合計が都道府県上限に達しない場合は、病院ごとの上限制限を適用しないこととする。

3 適正配置の仕組みづくりの創設

2008年の骨太方針により医学部の定員増へと方針転換されたが、医師の計画配置ができない現行制度のまま医師を多数養成したとしても、地域偏在・診療科偏在の解消にはつながらない。

医療の公共性に鑑み、多額の公費を投じて養成した医師が、地域が必要とする医療に従事する仕組みを早急に創設されたい。

《担 当》

電 話： [REDACTED]

ファクシミリ： [REDACTED]

電子メール： [REDACTED]

臨床研修 について(kensyu)

差出人: [REDACTED]
送信日時: 2009年4月17日 金曜日 9:11
宛先: 臨床研修 について(kensyu)
件名: 臨床研修に関する省令等の一部改正(案)に対する意見について(島根県)

「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正(案)について」への意見

島 根 県

標記の改正(案)の研修医の募集定員について、下記のとおり当県の意見を申し上げます。

記

1. 都道府県別の募集定員の上限設定について

(問題点)

卒業する医学生数約7,800人に対し、見直し後の全国の研修医募集定員は9,900人であり、なお約2,000人の余剰定員が生じるため、研修医の地域的な適正配置に大きな効果はない。

(意見)

都市部を中心にさらなる募集定員の削減が必要

2. 各病院の募集定員の上限設定について

(問題点)

過去の受入実績に基づく各病院毎の募集定員の上限を設定すれば、実質的に現定員を下回る可能性がある。

(意見)

都道府県別の上限設定を基本とし、各病院が希望する募集定員の合計が都道府県上限に達しない場合は、病院毎の上制限を適用しないこととする。

平成21年4月17日

☆~~~~~☆☆

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

■■■島根県で勤務していただける医師をご紹介ください！■■■

[REDACTED]

☆~~~~~☆☆