

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 議事次第

平成22年3月25日（木）
15時00分 ～ 17時00分
厚生労働省共用第7会議室（5階）

○ 開 会

○ 議 事

1. 平成23年度の臨床研修における対応等について
2. その他

○ 閉 会

資 料

- 1 パブリックコメント手続きによる意見について
- 2 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
- 3 今後のスケジュール（案）について

参考資料

- 1 主な団体からのパブリックコメント
- 2 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会意見とりまとめ（平成22年2月18日）
- 3 「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施行について」の一部改正案について

臨床研修に関するパブリックコメント手続きによる意見について

(概要)

- 平成 23 年度の臨床研修への対応等に関して「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施行について」の一部改正案についてパブリックコメントの手続きを実施。
- その結果、募集期間内に寄せられた意見は、合計 470 件（団体 17 件、都道府県 9 件、その他 444 件）。
- 寄せられた意見の概要とその意見に対する考え方については、別添のとおり。

臨床研修制度の見直しに関するパブリックコメントの概要

3月25日現在

	意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について	基幹型臨床研修病院の指定について	激変緩和措置は24年度から研修を始める研修医の募集から廃止することに賛成する。	1		<p>昨年4月に行った臨床研修制度の見直しでは、研修の質の向上を図る観点から臨床研修の実施を統括管理する基幹型臨床研修病院の基準を強化するとともに、研修医の受入実績がある場合などには、激変緩和措置として1年間指定を継続する取扱いとしました。</p> <p>この激変緩和措置が適用された114の基幹型臨床研修病院について、指定基準を満たしていない項目、病床規模、研修医の受入実績などの状況を検討したうえで、当該措置については、各病院が新しい基準を満たすまでの猶予期間として、平成24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、廃止することとしました。</p> <p>また、研修医の受入実績のない基幹型臨床研修病院については、研修医に対する指導実績が必要と考えられることから激変緩和措置を適用しないこととしました。</p>
		特に「年間入院患者数3000人以上」の基準要件に関する激変緩和措置については、引き続き平成25年度以降も継続してほしい。	11	3	
		激変緩和措置は次回の制度見直しまで続けてほしい。	19		
		臨床研修病院の実情を調査し評価を加えた上で激変緩和措置を継続するか否かを検討すべき。	14		
		過去3年間に研修医の受入がなくとも、医師の地域偏在の解消のため、医師不足地域の基幹型臨床研修病院など、地域の実情を十分に考慮して、平成22年度は、昨年と同様の激変緩和措置の継続をしてほしい。	5	2	
		現時点で指定基準を満たしていない研修病院であっても、将来的に研修医の確保が見込める又はそのために努力している病院もあるため、過去の受入実績に関わらず、当面の間、激変緩和措置を適用すること。		1	
		「みなし基幹型臨床研修病院」については、過去3年間の研修医の受入実績の有無にかかわらず都道府県内の募集定員の上限値を超えない範囲内で募集を可能とするなどの弾力的な取扱いを少なくとも次回の臨床研修制度の見直し時まで継続していただきたい。		2	
次回の制度見直しに向け、現在の臨床研修制度の評価を明らかにし、医師の地域偏在と診療科目偏在という課題を対立させることなく解消するため、将来の客観的な医師需給予測に基づき、抜本的な地域別、診療科目別偏在是正策を明らかにし、今回継続された激変緩和措置については、これまで医師養成に果たしてきた役割や地域医療への影響を考慮し、上記の偏在是正策が示されるまでの間、継続してほしい。		1			

	意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について	基幹型臨床研修病院の指定について	激変緩和措置の廃止は、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながり地域医療の崩壊を招くため反対である。	47	1	指定基準に関する激変緩和措置が廃止され、基幹型臨床研修病院として指定が継続されない場合であっても、協力型臨床研修病院として引き続き臨床研修を担うことが可能です。
		激変緩和措置の廃止は、比較的小規模の研修病院での医師養成を認めない方向の改正と受け止められるので、再検討してほしい。	14	9	地域の中小病院が協力型臨床研修病院となり、地域の中核病院である基幹型臨床研修病院と協力して臨床研修病院群を形成し、地域で研修医を確保、養成する取組みを促進してまいります。
	小児科・産科プログラムの作成について	小児科・産婦人科プログラムの定員4名分を病院の定員に別途加算し、小児科・産婦人科プログラムに関する激変緩和措置を廃止することに賛成する。	1		昨年4月に行った臨床研修制度の見直しでは、一定規模以上（募集定員20名以上）の病院において、産科や小児科を志望する研修医を対象とした研修プログラムを必ず設けることとしました。 当該プログラムの希望者が、用意された定員の6割程度であったことなどを踏まえ、当該プログラムを設けることが病院の募集定員の減少につながらないように、当該プログラムの定員4名分を病院の募集定員に別途加算することとしました。
		小児科医・産婦人科医の育成は、重要な課題であるが、地方では都市部以上に小児科・産婦人科の研修希望者の獲得は困難であることも事実であり、小児科・産婦人科各2名の定員を義務付けることは、特に地方の市中病院で長年研修医を育ててきた病院にとっては大きな打撃となる可能性があるため、全体の定員とは別枠とする改正案に賛成である。	1		
		別途加算する根拠について大多数が納得できるように説明責任を果たした後に決めるべき課題であるので、当該病院の募集定員に別途加算する取扱いには断固反対する。	1		
		小児科・産科プログラムの定員4名分については、その充足が他のプログラムに比べてリスクが高いため、県上限の枠外としてほしい。		1	
		加算により、他の基幹型臨床研修病院の定員削減につながらないように、都道府県の募集定員上限についても別途加算する取り扱いとされたい。		1	小児科・産科プログラムの定員4名分は、病院の募集定員に別途加算することとしています。都道府県の募集定員の上限との関係においても別枠と考えており、他の病院の募集定員の減少につながらないようにその取扱いを明確にします。
		20名以上の病院は、小児科・産科プログラムを設置することが定められたが、内定者ゼロという所がいくつもあったので何らかの検証を要望する。また、今回、必修研修科目の自由な選択性となって更に小児科・産科プログラムの減少に繋がっているため、従前からの7科目必修プログラム（小児科・産科コース）を設置している研修病院には、国としての大胆な補助金増額等のインセンティブを与えるということも含めて再検討するようお願いする。		1	
		小児科・産科のみではなく、地域や病院の事情によっては麻酔科や救急、外科プログラムも加算の対象としてほしい。	1		
			地域医療研修基本プログラム（地域医療を半年以上組み入れ、中小病院や診療所で研修）を定め、これに準拠する研修プログラムを採用する研修病院の研修医採用枠を上乘せしてはどうか。	1	1

	意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方	
当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について	病院の募集定員について	病院の募集定員を決定するにあたり、前年度のマッチ者実績を勘案することに賛成する。	1		<p>病院の募集定員に関する激変緩和措置については、地域医療に与える影響等を勘案して設けられました。</p> <p>現時点では地域医療への影響等が十分に評価できていないことから、平成23年度の研修においては、激変緩和措置を継続することとし、その後の取扱いは、研修の実施状況、地域医療への影響等を評価して定めることとしています。</p>	
		募集定員の毎年の変更は、病院における救急体制に大きな影響を与えるため、激変緩和措置の継続は歓迎できる。	1			
		激変緩和措置は次回の制度見直しまで続けてほしい。	14			
		次回の制度見直しに向け、現在の臨床研修制度の評価を明らかにし、医師の地域偏在と診療科目偏在という課題を対立させることなく解消するため、将来の客観的な医師需給予測に基づき、抜本的な地域別、診療科目別偏在是正策を明らかにし、今回継続された激変緩和措置については、これまで医師養成に果たしてきた役割や地域医療への影響を考慮し、上記の偏在是正策が示されるまでの間、継続してほしい。				
		臨床研修病院の実情を調査し評価を加えた上で激変緩和措置を継続するか否かを検討すべき。	8			
		「医師の地域偏在への対応」という制度見直しの趣旨を、より速やかに実態に反映させるため、激変緩和措置は速やかに廃止してほしい。		4		
	都道府県別の募集定員の上限について	激変緩和措置は次回の制度見直しまで続けてほしい。	13			
		次回の制度見直しに向け、現在の臨床研修制度の評価を明らかにし、医師の地域偏在と診療科目偏在という課題を対立させることなく解消するため、将来の客観的な医師需給予測に基づき、抜本的な地域別、診療科目別偏在是正策を明らかにし、今回継続された激変緩和措置については、これまで医師養成に果たしてきた役割や地域医療への影響を考慮し、上記の偏在是正策が示されるまでの間、継続してほしい。				1
		臨床研修病院の実情を調査し評価を加えた上で激変緩和措置を継続するか否かを検討すべき。	7			
		「医師の地域偏在への対応」という制度見直しの趣旨を、より速やかに実態に反映させるため、激変緩和措置は速やかに廃止してほしい。	1	4		
病院群の形成の促進をさらに進める為に、隣接する都道府県でも病院群を形成しやすいよう、都道府県の定員の上限を廃止すべき。		1				

	意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
臨床研修病院群の形成の促進について		<p>都道府県内の地域の個別実情等を勘案して、「都道府県において病院間の定員の調整ができる」ことは、定員調整の弾力化につながるが、都道府県の募集定員枠と各病院の募集定員枠は一体的に決定されるべきものであることから、都道府県に募集定員の決定権がない現在の状況のもとでは、都道府県との調整を十分に踏まえ、国において定員決定の責任を果たされるのが基本と考える。</p>		1	
		<p>都道府県において基幹型臨床研修病院間の募集定員の調整が行えるようにするとの方針が示されているが、多くの大学病院・臨床研修病院を抱え、かつ病院の大部分が、自病院の研修医募集定員が前年度までの採用実績に基づき抑えられていることに不満を持っている自治体では、病院・プログラムに対する評価方法などの客観的基準が確立されない限り、各病院のコンセンサスを得ながら病院間の定員調整を行うことは不可能である。 国においては、都市部の都道府県の実情について、病院側に十分な説明を行なってほしい。</p>		1	<p>病院の募集定員については、全国共通の規則に基づいて決定されていますが、地域において臨床研修病院群を形成し、研修医の確保に向けた工夫ができるように、都道府県において研修医の受入実績や地域の実情等を勘案して調整ができるようにしました。</p> <p>このような都道府県における調整結果を踏まえ、厚生労働省において各病院の最終的な募集定員を決定します。募集定員の調整は各都道府県における自主的な取り組みと考えており、調整が行われない都道府県内の病院については、厚生労働省において調整を行い、最終的な募集定員を決定します。</p>
		<p>地域の実情に沿って各臨床研修病院の長所を發揮できる研修体制の構築につながることから意義があるが、実質的に臨床研修病院の定員の設定に係る国の事務を都道府県に移譲することになることから、施行通知ではなく、法令により事務、権限、財源措置を設定、明確化するべきである。</p>		1	
		<p>都道府県による域内の臨床研修病院の募集定員の調整という新たな事務の義務付けについては、総務省とも十分協議するとともに必要に応じて募集定員の調整のために生じる財政需要について財源措置等を講じていただきたい。また、都道府県別の募集定員の上限值については、都道府県における募集定員の調整期間を十分考慮して、各年度の早期に情報提供を行っていただきたい。</p>		2	
		<p>臨床研修病院群(以下の病院群)の形成促進のインセンティブとして、プログラム選択を各病院群の中で医師国家試験後に自由に行えるようにすること、病院群形成に補助金をさらに上乘せすることを要望する。</p>			<p>地域において臨床研修病院群が形成されるよう、病院の募集定員の調整を含め、地域において臨床研修の内容を検討する場の設置を促進します。</p> <p>また、研修医にとって不利益とならないように、研修プログラムは研修を始める前に研修医が選択しておくことが必要と考えています。 なお、例えば複数の協力型臨床研修病院から研修先を選択したり、研修を行う診療科の順番を変更することなどは、研修プログラムを作成する際にその内容を工夫することによって可能になると考えています。</p>

意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
高額給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて	著しく高額な給与を支払っている臨床研修病院に対する補助金の削減については、当然のことと考える。 なお、削減した補助金等を財源として、離島・へき地等の地域医療を支える観点から地方においても魅力ある充実した臨床研修が実施できるよう財政支援の拡充を図っていただきたい。		3	臨床研修制度の導入以降、研修医の処遇（給与等）が改善され、研修医が経済的な心配をすることなく研修に専念できる環境が整った一方で、研修制度の本来の趣旨に照らして不適切に高額な処遇の事例が見られるとの指摘を受けています。 このため、研修医の給与が著しく高額な病院に対しては補助金を一定程度減額することとしました。対象となる病院は、人事院の調査において28歳～32歳の民間医療機関の医師給与が月額60万円程度であることを参考に、決まって支払われる給与（当直手当等を除く）が年額720万円を超える病院としています。なお、臨床研修病院に対する現行の補助金においても、離島、へき地など医師不足地域における研修について滞在費などの財政的支援を行っており、引き続き必要な支援を行ってまいります。
	研修施設間の公平性を保つためにも、補助金の一定程度の減額に賛成する。	1		
	400万～500万円以上を超えた場合に補助金を減額すべき。	1		
	500万円以上出せる施設へは補助金の減額、720万円以上出せる施設へは削除でもよい。補助金は常識的な給与額で研修医を受け入れる施設に公平に分配され、適正に使用されるべき。		1	
	給与はあくまでも病院が決めるものであり、また、補助金の減額などの病院へのペナルティは、研修医の実際の研修内容の質の低下や病院の研修体制不備で決められるべきものであるため、この取扱いには反対である。	1	2	
	離島で学ぶ医師などは給与に関して高額な場合があるが、それだけ大変な現場で働いているからであり、補助金を一定程度減額すると医師のモチベーションが低下することは否めないため再検討すべき。		2	
	高額な給与により研修医を集めることを制限するという趣旨は理解できるが、自治医科大学卒業生や自治体の奨学生で当該自治体内で臨床研修を行う義務のある者は、自治体が正職員採用を行うなど、マッチング制度とは別の枠組みが設計されていることから、これらの者の研修受入によって研修病院に不利益が生じることがないよう特別な措置を講ずるべき。			
次回の取組に見直しに向けて	初期臨床研修は、医学部教育及び専門医教育の間の過渡的な教育研修過程であり、一連の大学医学部改革、専門医教育の進歩によりその教育・研修内容を改革していく必要がある。 このために現時点で、これまでの初期臨床研修の検証をきちんと行う必要があり、そのために医道審議会医師臨床研修分科会医師臨床研修部会とは、独立した検証組織を創設すべき。			1
	4年後の改定に向けて、当初の研修理念に沿って研修の質と目標達成度について評価を行い、昨年度の制度改定を見直すべき。	13	1	臨床研修制度は、昨年に見直しから5年以内に見直すこととしています。このため、これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準（新規入院患者数、救急医療の実施等）を含め、平成22年度から制度全般の見直しに向けた検討に着手します。

意見の項目		ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
制度全体		平成16年から開始した臨床研修の結果の十分な評価なしに、医師の偏在の解消のために制度を修正するべきではない。	16	1	臨床研修制度は、昨年を見直しから5年以内に見直すこととされています。このため、これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準（新規入院患者数、救急医療の実施等）を含め、平成22年度から制度全般の見直しに向けた検討に着手します。
		臨床研修制度の見直しの動きはすべて凍結し、新医師臨床研修制度についてはその原点に立ち返るべき。	1		
その他 募集定員 病院の定員		臨床研修病院における臨床研修医の募集定員の決定に当たっては、医師不足の県においては、奨学金制度等によりこれまで以上の研修医を確保しようとする個別病院の努力を反映させるため、過去3年間の実績を踏まえて決定する仕組みを改め、各病院の希望どおり、あるいは採用の確実性が見込める場合にはその定員を過去の実績とは別枠で設定できるようにしてほしい。		1	
		自治医卒分は募集定員の枠外にすべき。	2		
		公立病院間の医師の異動は、派遣とみなされるべきで、現行ルールは、医師養成を行っている公立病院に不利な形態といえる。地域医療機関への医師派遣実績を加味した明確なルールづくりが望まれる。	1		
		医療体制が整っていない地域に研修医を含めた医師派遣を行っていることも定員の評価として考慮してほしい。	1		
		たすき掛けによる募集定員の受入実績も定員の設定に考慮してほしい。	1		
		救急受入数も定員の設定に考慮してほしい。	1		
		へき地を考慮した定員の設定にし、へき地での救急を確保してほしい。	1		
		指導医数を確保していることも定員の設定に考慮してほしい。	1		
		大学医局を想定したもので、地域医療に対する貢献度を加味した募集定員の設定になっていない。卒後7年以上の医師の貢献度が研修体制の評価とされるのはおかしい。	1		
	平成23年度の募集定員設定にあたり、前年度の内定者の実績を勘案する激変緩和措置が継続されるが、前年度の実績が上限であることから、新たに研修の質向上や受入体制の充実を図る医療機関においても、前年度実績以上の研修医の受け入れはできない。今後の各病院の募集定員設定にあたっては、採用実績だけでなく、研修の質や受入体制の充実に向けた取り組みも評価されたい。		1		
	定員の調整による研修医のばらまきは後期研修で研修医が都市部へ移動するだけのため、後期研修まで継続した場合に補助金を増額することを考慮してほしい。	1			

意見の項目		ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
その他 募集定員	都道府県の定員の上限	臨床研修の地域別定数は、研修医の都市集中の解消に一定の効果が期待できるが、地域ごとの実情を十分に考慮すべき。離島や遠隔地などの条件も考慮し、初期研修修了後も、県内の医師不足の状況が解消されるような点まで考慮し決定されるべきであり、初期研修修了後の地域定着率を調査し、その結果に基づいた将来のビジョンの構築と対応が必要である。		1	臨床研修制度は、昨年の見直しから5年以内に見直すこととしています。このため、これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準（新規入院患者数、救急医療の実施等）を含め、平成22年度から制度全般の見直しに向けた検討に着手します。
		都道府県の上限については、地方の医師不足に鑑み、大都市から地方への研修医の誘導を図ること等に重点を置いて、現行の算出方法を改め、面積あたり医師数加算のきめ細やかかつ手厚い設定や、人口10万人あたり医師数の加味など、都市部の上限の引き下げ、医師不足の県の上限が緩和されるような措置を講じてほしい。あるいは、医師不足の県には上限の設定をしないほしい。		1	
		定員を調整し全国に配分したとしても、一時的な効果しかなく、今以上の地域格差を生じ、医療崩壊が促進される危険性が高く、地域医療をこれまで以上の混乱に陥ると危惧される。医師の偏在を目指すのであれば、各県の人口10万人対の医師数などを基準とした計算がされるべき。	1		
		地方自治体の自助努力を十分評価し、研修定員設定の枠外とするなど定員保障をすべき。また、府（県）域を越えて医師の派遣が行われているような全国的な貢献度を十分踏まえ、定員を保障すべき。		1	
		研修医の地域偏在解消のため、全国の募集定員数を毎年度の臨床研修医総数程度まで削減したうえで、都会地の募集定員を現在より大幅に削減すること。		1	
		地方の医師不足を解消するなら都会の定員を減らし、地方（北海道、東北6県、長野など）の定員は減らすべきではない。定員が少ないとマッチングでマッチしない可能性が高いため、地方の定員を再考してほしい。	1		
		都道府県の上限設定を撤廃して、従来通り臨床研修病院ごとの受け入れ定数を尊重してほしい。	14		
		都道府県の定員の上限設定は、県内の医師偏在を増長する結果になり更なる問題を深刻化している。	2		
		都道府県の募集定員の設定は、地域の救急に貢献している臨床研修病院の定員削減となり救急体制が崩れ、地域医療に大きな影響を与えるので、救急医療圏を考慮した定員設定をしてほしい。	1		
研修医の均等な配分を目指すなら、研修病院を明確なランクに分け、定数を絞った上で、行政が主導して研修病院を指定することまですべきだ。	1				

	意見の項目	ご意見	個人・病院	団体	意見に対する考え方
その他	指定基準	臨床研修の質の充実、発展、基本理念である一般にみる疾患に対応する能力を向上させるためには、指導医の質と人数が担保されていることが重要であり、基幹型病院の外形基準の引き上げ(550床以上)と指導の担保を今後推進し、協力型病院の多様化による研修内容の充実を図るべき。		1	臨床研修制度は、昨年を見直しから5年以内に見直すこととしています。このため、これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準(新規入院患者数、救急医療の実施等)を含め、平成22年度から制度全般の見直しに向けた検討に着手します。
		年間入院患者数3,000人以上の根拠が分からない、臨床研修指定病院の指定条件の年間入院患者数3,000人以上という規制を廃止すべき。	227	9	
		年間入院患者数3,000人以上という基準は、長年検討され数年間行われた新医師臨床研修制度から、今までの大学病院・大規模病院中心の偏った医師養成に戻りたくない。	5	1	
		中小病院を基点に臨床研修を充実させて、地域に根ざした医療、身近な医療者(現場)作りをしてほしい。	48	3	
		大学では一般的な疾患(common disease)を診ることはできないので、診ることが可能な中小病院での研修が大切だと思う。	38		
		医学部定員増の方針の中、今後を見通しての方針が疑問である。医学部定員増の政府方針と明らかに矛盾するものである。地域の中小病院を基幹型病院から排除すれば、いずれ医学生が国試で合格しても研修病院の定員枠が足りなくなる事態になりかねない。	3	1	
		中小病院での医師養成の優点と課題を明らかにしてほしい。	6		
		入院患者研修医5人に対し指導医1人以上という条項は、中小一般病院に研修病院から撤退せよと迫り、大学病院へ研修医の回帰を期待したものとは思えない。	3		
研修プログラム		ローテート研修を短縮し専門研修を早期に開始できる制度が認められ、これは医師としての基本的臨床能力の獲得に逆行するものである。	8		
		選択必修の科目を全て必修に戻すべき。	4		

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(1)

都道府県	H22募集定員	H22募集定員 の上限 ①	H23募集定員 の上限(試算) ②	定員上限の 増減(=②-①)
北海道	427	410	402	△ 8
青森県	129	130	129	△ 1
岩手県	118	119	129	10
宮城県	158	144	142	△ 2
秋田県	125	125	125	0
山形県	124	131	130	△ 1
福島県	146	151	148	△ 3
茨城県	180	180	177	△ 3
栃木県	188	201	195	△ 6
群馬県	122	122	120	△ 2
埼玉県	421	429	426	△ 3
千葉県	373	369	366	△ 3
東京都	1511	1,289	1,252	△ 37
神奈川県	671	538	534	△ 4
新潟県	182	182	179	△ 3
富山県	105	105	104	△ 1
石川県	168	200	195	△ 5
福井県	100	109	108	△ 1
山梨県	109	119	118	△ 1
長野県	152	146	143	△ 3
岐阜県	140	140	139	△ 1
静岡県	237	231	228	△ 3
愛知県	583	448	445	△ 3
三重県	130	128	126	△ 2
滋賀県	103	99	98	△ 1
京都府	291	247	237	△ 10
大阪府	682	552	527	△ 25
兵庫県	386	341	337	△ 4
奈良県	99	95	97	2
和歌山県	98	95	95	0
鳥取県	70	90	97	7
島根県	102	130	129	△ 1
岡山県	201	201	196	△ 5
広島県	186	180	177	△ 3
山口県	114	107	110	3
徳島県	93	106	107	1
香川県	101	99	100	1
愛媛県	115	111	112	1
高知県	93	106	107	1
福岡県	508	391	394	3
佐賀県	82	92	93	1
長崎県	143	148	159	11
熊本県	123	113	111	△ 2
大分県	109	108	107	△ 1
宮崎県	78	106	105	△ 1
鹿児島県	165	172	169	△ 3
沖縄県	158	144	143	△ 1
計	10,699	9,979	9,867	△ 112

(参考)

産科・小児科プログラムによる 募集定員の加算(試算) ③	②の定員上限 に③を加えた値 ④(=②+③)	①の定員上 限と④との差 (=④-①)
16	418	8
4	133	3
8	137	18
8	150	6
4	129	4
4	134	3
4	152	1
4	181	1
8	203	2
4	124	2
16	442	13
16	382	13
88	1,340	51
28	562	24
4	183	1
4	108	3
8	203	3
4	112	3
4	122	3
4	147	1
4	143	3
8	236	5
24	469	21
4	130	2
4	102	3
12	249	2
28	555	3
8	345	4
4	101	6
4	99	4
4	101	11
4	133	3
12	208	7
4	181	1
4	114	7
4	111	5
4	104	5
4	116	5
4	111	5
16	410	19
4	97	5
8	167	19
4	115	2
4	111	3
4	109	3
4	173	1
8	151	7
436	10,303	324

※③は募集定員が20名以上となる可能性のある病院について、産科・小児科プログラムによる募集定員の加算分を一律に4名と仮定して計算した場合の値

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(2)

都道府県	① 22年度 募集定員	② 21年度 採用実績	③ 総人口 (千人)	④ 22年度 医学部 定員	⑤ 採用実績を人口割合で配分	⑥ 採用実績を医学部定員割合で配分	⑦ ⑤と⑥ とで多い数	⑧ 100km ² 当 たり医師数	⑨ 面積当 たりの 医師数 による 加算 *1	⑩ 離島人口 *2	⑪ 離島人口による加算 *3	⑫ 都道府 県の上 限 (⑦+⑨ +⑪)	⑬ 都道府 県の上 限と募 集定員 との差 (⑫- ①)	⑭ 都道府 県の上 限と採 用実績 との差 (⑫- ②)	⑮ 都道府 県の上 限と採 用実績 との差 (⑫- ②) *4	⑯ 経過措置 後の上限
北海道	427	290	5,535	344	331	295	331	14.9	67	13,338	4	402	△ 25	112		402
青森県	129	62	1,392	125	83	107	107	26.7	22			129	0	67		129
岩手県	118	74	1,352	125	81	107	107	17.0	22			129	11	55		129
宮城県	158	113	2,340	119	140	102	140	70.1		5,525	2	142	△ 16	29		142
秋田県	125	75	1,108	122	66	104	104	19.9	21			125	0	50		125
山形県	124	62	1,188	125	71	107	107	26.8	22	286	1	130	6	68		130
福島県	146	70	2,052	105	123	90	123	28.3	25			148	2	78		148
茨城県	180	110	2,964	110	177	94	177	78.8				177	△ 3	67		177
栃木県	188	110	2,011	228	120	195	195	66.3				195	7	85		195
群馬県	122	82	2,012	117	120	100	120	65.8				120	△ 2	38		120
埼玉県	421	204	7,113	195	426	167	426	273.7				426	5	222		426
千葉県	373	270	6,122	115	366	98	366	198.4				366	△ 7	96		366
東京都	1,511	1,358	12,838	1,446	769	1,238	1,238	1,740.6		28,615	14	1,252	△ 259	△ 106	7.8%	1,252
神奈川県	671	586	8,917	427	534	366	534	695.1				534	△ 137	△ 52	8.9%	534
新潟県	182	100	2,391	125	143	107	143	35.6	15	67,334	21	179	△ 3	79		179
富山県	105	38	1,101	110	66	94	94	62.2	10			104	△ 1	66		104
石川県	168	75	1,168	227	70	194	194	72.3		155	1	195	27	120		195
福井県	100	45	812	115	49	98	98	44.2	10			108	8	63		108
山梨県	109	46	871	125	52	107	107	41.3	11			118	9	72		118
長野県	152	109	2,171	113	130	97	130	32.8	13			143	△ 9	34		143
岐阜県	140	88	2,100	107	126	92	126	36.4	13			139	△ 1	51		139
静岡県	237	163	3,800	120	227	103	227	89.9		236	1	228	△ 9	65		228
愛知県	583	493	7,403	422	443	361	443	279.2		4,553	2	445	△ 138	△ 48	9.7%	445
三重県	130	83	1,875	125	112	107	112	62.0	12	5,176	2	126	△ 4	43		126
滋賀県	103	80	1,402	115	84	98	98	72.2				98	△ 5	18		98
京都府	291	263	2,629	214	157	183	183	168.1				183	△ 108	△ 80	30.4%	237
大阪府	682	578	8,806	527	527	451	527	1,193.5				527	△ 155	△ 51	8.8%	527
兵庫県	386	289	5,586	218	334	187	334	146.7		9,236	3	337	△ 49	48		337
奈良県	99	70	1,404	113	84	97	97	81.8				97	△ 2	27		97
和歌山県	98	72	1,012	100	61	86	86	57.6	9			95	△ 3	23		95
鳥取県	70	29	595	103	36	88	88	48.8	9			97	27	68		97
島根県	102	49	725	110	43	94	94	28.5	19	23,347	16	129	27	80		129
岡山県	201	153	1,948	227	117	194	194	74.8		3,573	2	196	△ 5	43		196
広島県	186	141	2,869	117	172	100	172	81.0		16,602	5	177	△ 9	36		177
山口県	114	62	1,463	114	88	98	98	59.4	10	5,155	2	110	△ 4	48		110
徳島県	93	54	794	112	48	96	96	57.3	10	325	1	107	14	53		107
香川県	101	58	1,003	112	60	96	96	138.0		8,288	4	100	△ 1	42		100
愛媛県	115	62	1,444	112	86	96	96	62.0	10	17,603	6	112	△ 3	50		112
高知県	93	35	773	112	46	96	96	30.7	10	324	1	107	14	72		107
福岡県	508	437	5,054	440	303	377	377	287.5		2,790	2	379	△ 129	△ 58	13.3%	394
佐賀県	82	47	856	106	51	91	91	88.3		2,319	2	93	11	46		93
長崎県	143	70	1,440	120	86	103	103	97.6		155,680	56	159	16	89		159
熊本県	123	99	1,821	115	109	98	109	63.5		4,349	2	111	△ 12	12		111
大分県	109	53	1,200	110	72	94	94	46.9	10	5,367	3	107	△ 2	54		107
宮崎県	78	44	1,136	110	68	94	94	33.6	10	1,284	1	105	27	61		105
鹿児島県	165	54	1,717	115	103	98	103	44.2	11	181,113	55	169	4	115		169
沖縄県	158	139	1,376	112	82	96	96	136.9		132,738	47	143	△ 15	4		143
計	10,699	7,644	127,692	8,926	7,644	7,644	9,175	63.5	371	695,311	256	9,798	△ 901	2,154		9,867

注) 計算結果の端数処理の関係から、都道府県別の値と合計の値が一致しない場合がある。

* 1 100平方km当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない県には10%加算、30未満の道県には20%加算

* 2 離島人口とは、離島振興法・小笠原諸島振興開発特別措置法・奄美群島振興開発特別措置法・沖縄振興特別措置法で指定された離島の人口

* 3 離島人口×調整係数5÷都道府県全体の人口

* 4 ⑮の値の減少の程度が②の値の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から減少する割合の限度を10%とする。

今後のスケジュール（案）について

- 3月25日 ・ 医道審議会医師分科会医師臨床
研修部会

- 4月 ・ 施行通知の改正等
・ 都道府県説明会

- 4月末 ・ 病院からのプログラム変更届出
締切

- 6月末 ・ 新規指定申請締切

- 7月～9月 ・ プログラムの審査、内容確認
・ 各病院 研修医面接

- 9月16日 ・ 医師臨床研修マッチング
希望順位登録受付開始

主な団体からのパブリックコメント

目次

(団 体)

1. 全国医学部長病院長会議	1
2. 全日本民主医療機関連合会	3
3. 山形県民主医療機関連合会	5
4. 福島県民主医療機関連合会	6
5. 千葉県民主医療機関連合会	7
6. 東京民主医療機関連合会	8
7. 富山県民主医療機関連合会	10
8. 長野県民主医療機関連合会	11
9. 奈良民主医療機関連合会	13
10. 岡山県民主医療機関連合会	14
11. 熊本県民主医療機関連合会	16
12. 社団法人京都府医師会	17
13. 佐世保市医師会	18
14. 大分県医療生活協同組合	19
15. 社団法人京都私立病院協会	21
16. 全国保険医団体連合会	22
17. 鹿児島県初期臨床研修連絡協議会	23

(自治体)

1. 群馬県	26
2. 長野県	27
3. 京都府	28
4. 大阪府	29
5. 鳥取県	30
6. 島根県	31
7. 山口県	32
8. 徳島県	33
9. 鹿児島県	34

「平成23年度の臨床研修における対応について」

「医師法第16の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の一部改正案について

平成22年 3月15日

全国医学部長病院長会議
会長 小川 彰
全国医学部長病院長会議
専門委員長会委員長 嘉山孝正
全国医学部長病院長会議
卒後臨床研修調整委員会委員長 山下 英俊

○制度の見直しに向けた取り組みについて

初期臨床研修は、医学部教育及び専門医教育の間の過渡的な教育研修過程であり、一連の大学医学部改革、専門医教育の進歩によりその教育・研修内容を改革していく必要がある。

このために現時点で、これまでの初期臨床研修の検証をきちんと行う必要があると考える。このために医道審議会医師臨床研修分科会医師臨床研修部会とは、独立した検証組織(仮称：「医師臨床研修検討委員会」)を創設することを提言する。

仮称：「医師臨床研修検討委員会」は、以下のことを検討する。

(1)これまで現制度の企画、上記部会に携わった委員以外で委員を構成し、これまでの制度を公平な立場で検証することが必要である。

(2)同委員会では、現臨床研修制度のマイナーチェンジではなく、医学教育、専門医教育との連携の中で医学教育・医学研究にも繋がる広い理念で検討すべきである。

今後、米国型の3段階方式にもあるように、文科省と厚労省が連携してCBT、医師国家試験の充実と機能分化により卒前からの実践的臨床教育をさらに

充実し、卒業後の総合的臨床研修、専門医育成のコースの充実、選択の自由度の拡大などを行うことをすべきである。

○平成23年度の臨床研修における対応について

臨床研修の質を充実させ、より発展させ、基本理念である一般にみる疾患に対応する能力を向上させるためには、重篤な疾患が、一般に多く見る疾患に含まれていることを研修医に理解させる必要があると共に指導医の質と人数が担保されていることが重要である。

このことから、基幹型病院の外形基準の引き上げ(550床以上)と指導の担保を今後推進し、協力型病院の多様化による研修内容の充実を図るべきと考える。このために、臨床研修病院群(以下の病院群)の形成促進におおきなインセンティブを与える施策が必要である。

次の2点を要望する。

- (1) プログラム選択を各病院群の中で医師国家試験後に自由に行えるようにすること。
- (2) 病院群形成に補助金をさらに上乘せすること。

激変緩和措置の撤廃に反対し、2014年の省令見直しまでの継続を望みます

2010年3月12日
全日本民主医療機関連合会
会長 藤末 衛

2004年から開始された新医師臨床研修制度の理念は国民の願いに応えるものであり、私たちは、地域医療を担う第一線の医療機関こそが、その基本理念であるプライマリケアの基本的な診療能力を身につけるためにふさわしい場と考え、全国58病院が基幹型臨床研修病院となって、臨床研修を行うと共に、その質の向上と充実に取り組んできました。

今回、「基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院は激変緩和措置を適応しない」とされたことに対して、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対し、2014年まで激変緩和措置を継続していただくよう要望します。

1、年間入院患者数3000人についてその根拠を示さず、基幹型研修病院の質の評価をしないまま指定取り消しを行うことに反対します。

年間入院患者数3000人について、研修の質の担保として設定されたものと理解しますが、その根拠は明らかにされていません。「省令見直しについての意見募集の結果について（平成21年4月28日付厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室）」をみても、年間入院患者数3000人については、多くの反対意見や疑問が寄せられていることから、客観的な基準として妥当性がないと言わざるをえません。

研修医1人あたりの年間入院患者数に関しては、REIS（臨床研修プログラム検索サイト）の資料によると、研修医の多い大学病院が圧倒的に少ないことが明らかです。入院数を研修の質の担保にするのであれば、大病院こそ問題が大きく、矛盾が生じると考えます。また、大学病院など専門分化した大病院では研修理念であるプライマリケアの研修ができないことは大学所属の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の委員自身も認めていることです。

研修の質は、2年間でどのような医師に成長したかで評価すべきであり、初期研修医の到達目標の達成度や満足度は重要な指標であると考えます。そして、いずれも中小病院において高いことがこの間報告されています。

省令に述べられている基幹型臨床研修病院の指定基準に基づいた内容を評価基準とし、総合的で客観的な評価を国が行った上で、3000人要件に妥当性があるかをまず検証すべきです。

NPO法人卒後臨床研修評価機構は、現在、上記のような第三者評価を実施している唯一の機関です。昨年の臨床研修研究会で「民間のやっていること」と厚労省からの発言がありましたが、評価は本来制度をつくった国が行うべきものです。にもかかわらず、国の責任を棚上げする一方で、真摯に臨床研修の質の向上に取り組み、機構から認定を得た病院が、3000人要件を満たさないことを根拠に切り捨てられること

は許されるべきことではありません。

厚生労働省科学研究で行っている臨床研修制度の評価に関する調査結果も出ていない中、なんらの客観的な評価もせず、明確な根拠を明らかに示すこともないまま、指定基準の激変緩和措置を廃止することについて納得が得られるものではありません。

2、地域の実情を無視したまま、基幹型臨床研修病院指定取り消しを行うことに反対します。

初期研修医の大都市集中と地方離れは国自身も認めていることですが、取り消し対象となる病院の多くは地方に存在し、ほとんどが救急医療に取り組み、7診療科必修を継続するなどプライマリケアの習得には十分な機能を有し、地域医療を支える上でも大きな役割を果たしています。

昨年の省令見直しの説明会では、「指定要件を満たせるよう努力していただく」とし、各病院が研修体制の一層の充実に努力している最中に、このような短期間のうちに、不十分な議論のまま措置の打ち切りを決定し、これら基幹型臨床研修病院の指定を取り消すことは、地域医療を担う医師を地域で養成できなくなるばかりでなく、地域医療崩壊の加速化を招くものと懸念されます。

また、大学関係者を中心にコムソシアムの形成と基幹型臨床研修病院の協力型病院化について主張がされていますが、現基幹型臨床研修病院が大学病院との連携を申し入れたところ、断られた例があります。「コムソシアムの形成」が進んでいない中、指定取り消しのみを推し進めることは、地方や地域の病院群の臨床研修機能を崩壊させるものであり、現状では性急な結論と言わざるを得ません。

関連して、この間、地域の実情について都道府県の意見を聞くとしています。しかし、都道府県の対応は、「臨床研修協議会」などを開催し協議しているところから、一切関与しないとしているところまで様々です。

激変緩和措置は「地域医療に与える影響を懸念する指摘」から「地域の実情や研修医の受け入れ実績等を充分考慮して指定の取り消しを行うか否かを定めるものである」と定めています。今回、国が地域の実情を把握するよう努めるどころかこれを無視して、廃止時期のみを議論し決定したことは、地域医療の再生を願う国民や医療従事者に大きな打撃を与えるものと言わざるを得ません。

3、医学部定員増の方針の中、今後を見通しての方針か疑念を抱かざるをえません。

政府は地域医療再生のために医学部定員1.5倍化の方針を掲げています。この3年間で1221人の定員増が行われ、更には医学部新設の動きが報じられています。一方、省令見直しによる定員数削減の根拠は、募集定員が研修医数の1.5倍であることを理由にしたと報じられています。今回、臨床研修病院を削減することは、医学部定員増の政府方針と明らかに矛盾するものです。

このような事態は、真面目に将来を考え、臨床研修に期待する医学生に、不安と混乱をもたらし、研修先選択の自由を狭める結果になることは明らかです。今まさに求められていることは、臨床研修病院の数を増やし、その質の向上を図ることです。

私たちは、上記のような理由から、国民、医療従事者、医学生の願いに逆行する今回の決定の撤回を求めます。そして、制度の理念と目標に照らして臨床研修制度をさらに充実させることを要望します。

平成 23 年度の臨床研修への対応について

地域医療を支える中小病院の立場から、激変緩和措置の廃止に反対し、2014年の省令見直しまでの継続を要望します

私たち山形県民主医療機関連合会は、山形県内に4病院（150～230床）10診療所を有し、一次救急、二次救急、急性期から慢性期、リハビリ、在宅まで総合的な医療と介護事業を展開し地域医療の一翼を担っております。山形大学医学部の一期生が卒業した1979年から現在の医師臨床研修制度が始まった2004年までの20数年間に45名の新卒医師の臨床研修を受入れて、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、救急、在宅医療、保健予防活動などの総合的な研修を実施し、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけた地域に貢献できる医師養成を実施してきました。

現在は基幹型臨床研修病院を持っておりませんが、将来的に研修病院を取得して患者住民のための医師養成に力を尽くしたいと考えております。

新医師臨床研修制度の理念は、専門に偏らず、救急、地域医療や、いくつもの疾患を持つ高齢者の増加に対応できる幅広い臨床能力を持った医師を育てようとするものであり、私たちは、中小病院を含めた地域医療を担う医療機関こそが、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけるための研修にふさわしい場と考えております。

今回の「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試行について」の一部改正案において、「激変緩和措置については、基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として平成24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適応しない」とされたことについては、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対します。

2010年3月17日

山形県民主医療機関連合会

会 長 伊藤 英三

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: [REDACTED] は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月16日火曜日 14:55
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(激変緩和措置の撤廃を止め、2014年の省令見直しまでの継続を望みます)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 福島県民主医療機関連合会
住所(所在地): 福島県
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: 激変緩和措置の撤廃を止め、2014年の省令見直しまでの継続を望みます
ご意見:

今回、「基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院は激変緩和措置を適応しない」とされたことに対して、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対し、2014年まで激変緩和措置を継続していただくよう要望します。

2004年から開始された新医師臨床研修制度がスタートする際に、厚生労働省は2002年10月の通知で「全ての病院が臨床研修病院になることが望ましい」としました。プライマリ・ケアを研修するには病院の規模はあまり関係無く、むしろ指導する医師の力量等が重要と考えます。

今回の3000名の新入院患者が必要となると全国でも相当数の管理型の病院が指定を取り消されることになり、より一層の医師の地域偏在を生むこととなります。

今年度より医大・医学部の定員を大幅に増員しました。将来は現在以上の研修病院が必要になることでしょう。指導する医師をはじめとした研修病院の体制作りには数年の期間を要することなどを勘案すれば、現在において3000名に満たない病院の指定を外すことは、地域医療崩壊に拍車をかけることになりかねません。

わたしたちは国民、医療従事者、医学生の願いに逆行する今回の決定の撤回を求めます。

「平成 23 年度の臨床研修への対応について」

2010 年 3 月 19 日
千葉県民主医療機関連合会
会長 岡田朝志

私たちは基幹型臨床研修病院などが加盟する医療・介護の連合会です。これまで 30 年以上医学部卒業生を研修医として受け入れ、臨床研修制度施行後も 20 人以上が研修を修了いたしました。今般の臨床研修制度見直しに当たり意見を申し述べます。

○意見

基幹型臨床研修病院の基準に年間入院数 3,000 を導入することには反対です

○理由

研修の質の担保として、年間入院患者数 3,000 の基準が検討されています。研修医一人当たりの症例数ではなく、医療機関当たりの年間入院数が研修の質を保証するという根拠はありません。

一方、指導体制やコメディカルのかかわりなどから、研修医の満足度や到達度は概して中小病院の方が高くなっています。また地域医療を進めている中小病院での研修はプライマリ・ケアの効果的取得につながります。

さらに地域医療再生を目指し、医学部定員増の施策がすすむなか、研修指定病院の削減につながる今見直しが行われることになれば、研修選択の幅が狭まることにもつながります。

私たちは臨床研修の更なる充実を目指します。現在、質の高い卒後研修を実施している中小病院を基幹型臨床研修病院から排除することにつながる、年間入院数 3,000 の導入には反対いたします。

以上

「平成 23 年度の臨床研修への対応について」

「『臨床研修に関する症例の施行について』の一部改正案について」に関する意見

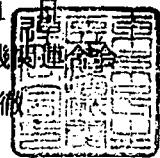
厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

ファクシミリ番号：03-3591-9072

2010年3月11日

東京民主医療機

会長 石川 徹



第一線で地域医療を支えている中小病院の基幹型臨床研修病院指定取り消しに反対し、制度理念に基づく国民のための良医を育てる研修制度への再改定を求めます

私たち東京民医連は、15病院、121診療所の他、医療・介護関係の事業所が加盟する団体です。

これまで、2004年以降はもとより新医師臨床研修制度の中で7つの基幹型病院が毎年20名から25名の初期研修医を受け入れ、国民の期待する全人的医療を行う臨床医を育成してきました。

200床未満が3病院、200～300床が2病院、300～400床が2病院あり、基幹型臨床研修病院として連携しながら、協力型病院・施設とともに地域医療をベースにした幅広い臨床能力と医師としての基礎的な力を養う研修を行い、地域医療はもちろん、各専門分野、各大学でも活躍しています。

また、臨床研修の中断を余儀なくされた医師の研修についても積極的に受け入れ、国民の求める医師を一人でも多く育成しようという気概と構えを持ち臨床研修を最後まで行えるように援助を行っています。これは、中小病院という小回りの利く機動性と機能、そして職員と地域の人々とのつながりの強さの中で可能となったものと考えています。

私たちは2004年度に『TMR地域医療臨床研修研究センター』を設立し、合同研修の開催やシュミレーターなど研修機材の整備、指導医講習会の開催などを行ってきました。指導医講習会はこれまで15回開催（全受講者数は361人）し、145人の指導医を当連合会加盟の各病院・診療所に配置しています。

中小病院でありながら、臨床研修の獲得目標を実現するために、研修に必要な一人当たりの症例数についても大病院と比較しても劣らない数を確保しています。研修担当事務も各病院に配置し、情報交換を行いながら研修医一人ひとりの成長に合わせてきめ細かな研修を行っています。

「指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院の激変緩和措置」廃止に反対します。

昨年4月の制度見直しにあたって1241件のパブリックコメントが寄せられ、プライマリ・ケア

研修を行い、全人的医療を行う医師を育てるという理念に反する改定であることと、基幹型病院の指定基準を年間入院患者数 3000 人以上とすることに対する反対意見が数多く寄せられた。その意見に対して基準の正当性など明確な根拠を示すこともないままに激変緩和措置を廃止することについて反対します。

また、4 年後の改定に向けて、当初の研修理念に沿って研修の質と目標達成度について評価を行い、昨年の制度改定を見直すことを要望します。

理由

①年間入院件数 3000 件未満だが実績があるため指定を継続している病院 92 病院。

指定を取り消さなくても研修の質が担保されていない病院は今後も研修医が集まらない。また、内定者数は 132 名（全体の 1.6%）と僅かであり、研修医の全体動向にはほとんど影響が無いにもかかわらず、あえて優れた研修を行っている小病院を排除する必要はない。

②地域の第一線で初期診療を行っている中小病院では、救急医療をはじめその地域の医療を支える医師を養成しており、研修から排除することにより一層の地域医療崩壊を惹起する

③「研修医満足度調査」によれば 300 床未満の臨床研修病院の方が、満足度のみならず“到達目標”の達成度も高い。

④地域医療の崩壊を防ぐためには、早急に医師養成数を増やすとともに、地域医療を実践している地域中小病院でのプライマリ・ケアを効果的に学ぶ研修が効果的である。

⑤「“地域コンソーシアム”をつくり中小臨床研修病院は協力病院としてこれまで通り良い研修を行う」という意見も聞かれるが、現実には大学（権力）中心の旧態依然とした医師研修の復活が懸念される。

「ここ数年は大学自体の研修医数が減っていることもあり大学から研修医が来ない（千葉大 たすき掛け研修協力病院）」「今回の医道審議会を受けて地元の大学に研修の協力を申し入れたが断られた（100 床規模の基幹型病院）」などの話が伝わってきています。

以上

連絡先

東京民主医療機関連合会

医師部 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月19日 金曜日 9:51
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(臨研激変緩和措置廃止に対するパブコメ)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 富山県民主医療機関連合会
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: [REDACTED]
年齢: [REDACTED]
職業: 事務
件名: 臨研激変緩和措置廃止に対するパブコメ
ご意見:

富山民医連は臨床研修協力型病院(富山協立病院)を有しています。研修指定病院ではありませんが、今回の激変緩和措置廃止にはとても疑問を感じます。国民・住民に一番近い医療を実践している小さな病院は臨床研修医にとっても、重要な存在であると思います。また医学生が「臨研を選べる体制づくり」は国としての責務でもあると思います。現在ある臨床研修病院を減らす政策には何としても納得できません。検討される委員の皆さまの格段の配慮をお願いいたします。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月15日月曜日 10:08
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、「激変緩和措置」撤廃へのパブリックコメント)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 熊谷嘉隆

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: 男

年齢: [REDACTED]

職業: 医師

件名: 年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、「激変緩和措置」撤廃へのパブリックコメント

ご意見:

昨年の臨床研修制度見直しで、年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、今回は「激変緩和措置」が早くも撤廃されるとのことです。

私は以下の点で反対します。再度良識ある検討をお願いします。

第1に、元々数年間の新しい臨床研修制度の評価・分析を行わずに制度変更を行うことは、変更する根拠がありません。また、何を「目的」として変更するのかが明らかになっておりません。したがって、変更後の予測も明らかではありません。

このような理由も明らかでないことが、一定良識のある医療界の責任ある委員を含んだ機関から、急に結論として出されることに対して驚きを禁じ得ません。このようなことが本当に起こって良いものなのでしょうか。

第2に、今回の臨床研修病院は年間入院患者数3000名以上と言う基準は、「大きい病院ほど良い研修が出来る」と解釈されます。

これは本当でしょうか。新しい研修制度の内容を検討して出される結論なのでしょうか。

ヨーロッパ等の先進国の医学教育は、医学教育の初期から第一線の中小医療機関・イギリスではGP・デンマークではファミリードクターなどの医療機関・・・を実習の場として、医学生が自国の医療の実態を学ぶ機会と期間を設けています。しかし、今までの日本の医学教育は大学附属病院中心の教育に偏ったものでした。

数年前に行われた新医師臨床研修制度は、それまでの日本の医師養成の歴史の中では大変画期的変革でした。それは、初期の医師研修の場に一定の研修条件のもとに第一線の医療の現場を解放したことにあります。このことで、多くの新しい医師が研修の場を求めて大学病院から全国の第一線の中小病院へ出て、セレクトされない患者さんを診療する事で第一線の医療を経験する機会に恵まれました。一方で研修医の流動化が起りましたが、この制度改革のもつ研修上の弊害は、いまだ聞いたことがありません。

受診患者がセレクトされて来る大病院の研修ではなく、ヨーロッパで行われているような、第一線の臨床の現場を初期の医師養成に生かす利点と普遍性が、今回の新医師臨床研修制度にあったからです。

今回出された「大きい病院ほど良い研修が出来る」と解釈される

年間入院患者数 3000 名以上と言う基準は、長年検討されて成立し数年間行われた新医師臨床研修制度から、今までの大学附属病院・大規模病院中心の偏った医師養成に、後戻りする内容ではないかと危惧します。

「年間入院患者数 3000 名以上と言う基準」は、医学生から始まり初期の医師研修までかかわる日本の医師養成のシステムから、第一線の医療の現場を経験する機会をなくする、世界の趨勢からも逆行する大きな誤りを犯すのではないのでしょうか。

第 3 に、改めて医療の危機・医療崩壊の原因は、30 年にわたり医師養成数を抑制してきた政策にあります。世界で最も高齢者人口比率が高く、65 歳未満より一人当たり 3-5 倍の医療資源を使う高齢者人口の実数が確実に増えている日本が、人口比の医師数が OECD 加盟国の最下位グループにあります。この日本の現状を改善するためには、約 1000 人前後の医学部定員を増やしただけでは解決できません。この速さで医師養成を続けても OECD の人口当たりの平均医師数に届くまでに、推計で 30-40 年かかることとなります。現在の医師養成数を更に毎年 4000 人に増やし毎年 7000 名つまり医師養成数を毎年 16000 人、今の約 1.7 倍に増やしてやっと 2025 年には医師数が OECD の平均値になります。大幅な医学部定員増と医学療育にかかわるスタッフと予算の増額を、国策として図る必要があります。

医療崩壊の原因は、30 年の長年の渡り医療を抑制してきた政策にあるのです。

本質を見極めない政策の迷走は、日本の医療危機を長期化させます。

第 4 に、医師養成のために適切で優れた研修の場を保障する観点からは、「臨床研修病院は年間入院患者数 3000 名以上」と言う基準はむしろ弊害があります。一定の研修条件を整えたうえで、たとえば年間 6000-7000 名以上の入院患者がある大病院は臨床研修病院から外すというような、逆の措置を取るほうが効果的です。例えば「年間 7000 名以下を臨床研修病院の基準とする」のような、大病院を初期の研修病院から一定制限するほうが、日本の現場の医療にとっても医師研修にとっても効果がある選択肢だと思います。

2010 年 3 月 15 日

長野県民主医療機関連合会

会長 熊谷嘉隆

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月19日金曜日 12:40
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(平成23年度の臨床研修への対応について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 奈良民主医療機関連合会
住所(所在地): [REDACTED]
メールアドレス: [REDACTED]
電話番号:
FAX番号:
性別: [REDACTED]
年齢: [REDACTED]
職業: 医療従事者
件名: 平成23年度の臨床研修への対応について
ご意見:

今回の制度見直しに反対します。

今回の見直しについては「臨床研修病院の指定や研修医の募集定員等に関して、地域医療への影響等を踏まえ」とありますが、地域医療へ良い影響を与えるとは考えられません。

臨床研修病院の指定については年間入院件数3000件未満の病院は指定を外されるとありますが、入院件数が3000件以上でないといけない根拠はないと考えます。

今後、超高齢化社会を迎え、複合疾患を持つ患者は増えていき、1人の患者さんを総合的に診れる医師養成が重要になってくると考えます。

今回の制度見直しは、大学や大病院に医師を集める発想に思われますが、専門医志向のなかで患者さん個人を全人的に診ると意識は養われにくいと考えます。地域のなかで大病院だけが突出して高いレベルであっても地域の病院・診療所群全体が高いレベルになれば意味がないと考えます。地域と専門医をつなぐ中小病院の役割が今後より一層重要になると考えます。

将来の日本の医療を良くするためにも総合医の育成が喫緊の課題だと考えます。

地域に根差した中小病院での研修こそ、患者さんを全人的に診ることのできる総合医の養成に必要だと考えます。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月16日火曜日 16:41
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(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施行について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 岡山県民主医療機関連合会
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: 男
年齢: 40
職業: 医師
件名: 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施行について
ご意見:

厚生労働省は、平成21年に行った臨床研修制度の見直しに当たって「地域医療への影響等を踏まえ、激変緩和措置を講じ」としているが、そもそも21年の見直し自体が、医師養成にかかわる医師をはじめ、研修病院など医療関係者や国民の反対の声に押されて経過措置として一連の「激変緩和措置」をとったものである。その後、わずか一年で厚生労働省のいう「地域医療」への影響に「配慮」する必要がなくなったというのであろうか。昨年から今年にかけて医師不足、科の偏在、保険証がなく医療を受けられない現状などは、改善するどころかますます深刻さを増している。そのような中で政府自身も医学部定員の増加など医師増員政策に切り替えてきている。

将来、充実した研修内容を求める医師の要求はますます強くなるとともに、研修を必要とする若手医師自体が増加する。その一方で、多様な研修の機会を奪い、都道府県単位で研修医受け入れの上限をマイナスのスパイラルで減少させようとする今回の改変は相矛盾した政策であり、全く時宜を得ないものである。しかも、研修病院の代表の意見を無視して、一部の委員の意見を強引に押し通す姿勢は、多様な意見を集める審議会の趣旨からも逸脱している。

今回の「改正」案の柱の一つに過去3年間に研修医受け入れ実績がない基幹型臨床研修病院の指定を取り消すことがあるが、様々なタイプの研修病院が地域に存在することによってこそ学生の選択肢も広がり、より意欲的な研修を保障することにつながるのであり、廃止ありきは一部の都府県、一部の地域に偏在することを助長することにつながる。

また、基幹型臨床研修病院の指定基準として年間入院患者3,000人以上であることを適用しようとしているが、多くの病院は医療費抑制政策のもと、診療報酬上在院日数の短縮を迫られている。急性期主体病院では、数日のうちに患者が入れ替わり、研修医にとってそのような状況のみを経験するのは研修上有意義ではない。急性期から回復期、療養期まで様々な病態と療養の場を体験することが医師として基礎的力量を身につけるうえで重要である。

さらに、その地域その地域で必要とされる病院像、医師像を体験することで将来地域医療にとっても有為な人材を確保することにつながるのである。日本の圧倒的多くの病院が中小規模の病院であり、診療所とともに地域医療を支えている。その現場で育てることがもっとも重要であり求められている。

臨床研修病院群を形成して一部医師養成を中小規模病院でも行うとしている。色々な形態の一つとしての存在価値はありうるが「そ

この水で育つ」ことが重要なのである。

私は、今回の「改正」は大学病院、大病院偏重の改変であり、地域医療にますます困難をもたらすものであると考える。したがって今回の案は凍結し、当面「激変緩和措置」としながら、研修医にとっても、日本の医療制度にとっても最も良い方法を原点に戻って考えるよう提案する。

2010年3月19日

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

熊本県民主医療機関連合会

会長 板井八重子

平成 23 年度の臨床研修への対応について

今回の激変緩和措置への対応について「基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として 24 年度から研修をはじめる研修医の募集まで継続した後、廃止する」「過去 3 年間に研修医の受入実績がない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適用しない」とされました。この内容は、これまで地域医療を担う医師を多数養成してきた地域の中小規模病院を、一方的に基幹型臨床研修病院から締め出すため、改正に反対致します。

改正案では、新入院患者数 3000 人以下の病院に対して、指定基準を満たさなければ、指定を取り消すとされましたが、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の中でも「3000 人で切ることに対して根拠がないのではないか」「研修の質が問題。どのような研修医が育っているのか、研修の内容や制度についての評価がされない限り、3000 人以下は研修病院に適さないということは言えないのでは」などの意見が出されたと聞いております。そもそも 2004 年に臨床研修が必修化された背景には①地域医療との接点が少なく、専門の診療科に隔たった研修が行われ、「病気を診るが人を診ない」と評されていた。②処遇が不十分で研修に専念できない。③研修内容や研修成果の評価が不十分。というものがあつた。基本理念として『より良い医師の育成のため、「医師としての人格の涵養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」』が掲げられました。しかし今回の改正は臨床研修制度が開始してからの研修内容や研修成果の検証を充分おこなわないまま、3000 人以下の病院は教育内容の基本が足りないなどの意見をもとに強行されました。しかし中小規模病院で研修している研修医の多くが、厚生労働省が初期研修で経験すべきと定めている疾患を経験しています。また専門分科していない中小規模病院だからこそ、病気だけでなく、一人ひとりの患者を背景も含めて総合的に診ることができるのではないのでしょうか。

私たちは大学病院や大病院の研修を評価しないわけではありません。しかし医療崩壊と叫ばれる現在、地域医療を担う総合医の養成が、わが国の大きな課題とされている中、将来地域医療を担う医師になることを目指し、中小規模病院での患者を総合的に診る研修を希望する医学生・研修医の声を無視することは、地域医療の崩壊に拍車をかけるものと考えます。

上記のような理由から、今回の激変緩和措置の改正に反対し、2014 年の省令見直しまでの継続を望みます。あわせてそれまでの期間に、臨床研修の内容や制度についての調査を行い、国民の願いに応える医師養成が進展することを求めます。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月8日月曜日 23:11
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(平成23年度の臨床研修への対応について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 社団法人京都府医師会
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: [REDACTED]
年齢: [REDACTED]
職業: 医師
件名: 平成23年度の臨床研修への対応について

ご意見:

著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて
○ 研修医に決まって支払われる給与(当直手当等を除く)が、一定額(年額720万円)を超える場合は、病院に対する補助金を一定程度減額する。

○ この取扱いは23年度の研修から適用する。

上記対応に対して京都府医師会は反対する。

理由) 1) 給与はあくまで病院が決めるものである。

2) 補助金の減額などの病院へのペナルティは、研修医の実際の研修内容の質の低下や病院の研修体制不備で決められるべきものである。研修医も医師である。決して研修医へのペナルティにしてはならない。

平成23年度の臨床研修への対応について

████████████████████
佐世保市医師会

- 1) 臨床研修の地域別定数は、研修医の都市集中の解消に一定の効果が期待出来るが、定数の設定に関しては、地域ごとの実情が十分考慮されるべきである。特に長崎県の場合には、離島や遠隔地などの条件も考慮し、初期研修終了後も、県内の医師不足の状況が解消されるような点まで考慮して決定されるべきである。具体的には、初期研修終了後の地域定着率を調査し、その結果に基づいた将来ビジョンの構築と対応が必要と思われる。
- 2) 720万円以上の高額な給与で研修医を労働力として募集する施設へは、補助金の一定程度減額では不十分である。概ね、500万円以上出せる施設へは減額、720万円以上出せる施設へは削除でも良い。補助金の取扱いに関してもっと大切なことは、補助金が、常職的な給与額で研修医を受け入れる施設に公平に分配され、適正に使用されている点が明確になることである。

(以上のパブリックコメントは、██████████、██████████医師のコメントを参考に、██████████が書いたものです。)

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月12日金曜日 15:01
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(「平成23年度の臨床研修への対応について」)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 大分県医療生活協同組合
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: [REDACTED]
年齢: [REDACTED]
職業: 医師
件名: 「平成23年度の臨床研修への対応について」
ご意見:

私は大分県医連で研修委員長として研修医を統括しております [REDACTED] と申します。地方の中小病院で義務化研修以前よりプライマリ医療の研修を行ってきたものとして、今回施行されることとなった年間入院件数3000件未満で管理型研修病院として存続できない旨の措置に対して意見を申し上げます。

そもそも医師研修が義務化された背景は何であったでしょうか。大学や高度先進医療を担う組織における従来の医師研修は、いかに効率よく特定の分野のスペシャリストを作り上げるか?という方法論になりがちであったと思います。そこから生み出される医師は多くの人々が期待する医師像と異なったものとなりました。人々の健康を守るための幅広い知識や技術を持ち、温かみのある医療を提供できて、さらに困難な疾病に罹患した場合には高度な専門性をもってその治療にあたる医師、それを育成するために義務化研修はスタートしたのではありませんか?そして、それを学ぶ環境は高度に専門分化された最先端の医療集団である大学病院ではなく、最前線の医療を担う市中の医療機関、診療所や中小病院(地域によっては大病院)にこそあったのです。日々が総合診療の連続である診療所や中小病院はまさに初期研修にとって最高のシチュエーションと言え、それらの多くは年間入院件数3000件のハードルが越えられません。そこで行なわれている魅力的な研修プログラムを無価値なものと思わず暴挙を看過することは医師としての良心に反します。

確かに、魅力的な研修システムをもつ施設が学生から選択されることで研修医の大学離れが起こり、それが医師派遣システムの破綻を招き、結果として地域医療の崩壊に拍車をかけたのは事実でしょう。しかし、本来医師派遣システムと医師研修は全く違う次元の問題であり、同じ土俵で話し合うべき内容ではありません。医師が不足するから研修の内容はどうでもいいといった論調で、義務化研修が1年に短縮されることを許容し、中小規模の施設で丁寧になされている研修を無きものとし、我田引水的に大学へ人員を集中させようとする姿勢は日本の医療を担うものとして、それ以前に人として心根が醜いのではないのでしょうか。筋論からすれば、本来医師は卒業大学のある県で一定期間職務を遂行すべきであり、それを越えて研修先を求めるのは一県一医学部の意義に反すると思われます。地域の人々に支えられての医学部教育でもあるのですから、その県で一定期間の御恩返しをすることは医師としてはもちろん、人として当然のことと言えます。地域医療を守るためにどうしても研修先を縛りたいならば、そういった理に合った縛り方をすべきでしょう。

最後に、年間 3000 件の入院件数には何の根拠があるのでしょうか？3000 件を下回った施設で研修を終えた場合に、問題のある医師が育成されるといった科学的データがあるのでしょうか？単純計算でも 2000 件の入院件数で 2 名の研修医を抱える場合と、6000 件の入院件数で 10 名の研修医を抱える場合とでは、研修医 1 人あたりの件数は逆転しています。そういったまともな統計もないままに、政治的な力学のみで研修医を獲得しようとする姿勢はヒステリックで、科学者のあるべき姿とは到底思えません。中小病院で研修を提供する立場から見れば、失礼ながら大学のような規模ばかり大きくて研修を統括できるシステムが十分確立されていないところでは、まともな研修評価すらできていないと考えます。恐らく、私達が毎月行なっているような多職種を交えた研修医と各科指導医の研修評価会議すら開催出来ていないことでしょう。提言ですが、大学こそが中小病院の関連施設となり、初期研修を市中病院に開放してはどうでしょうか？大学のような高度先進医療を担う施設が研修の場として輝くのは、やはりプライマリ医療の知識や技術が一定レベルで身に付いた後、そこから専門性を求めてさらに研鑽する場合にはありませんか？日本の優秀な頭脳集団の冷静かつ賢明な議論をお願いいたします。

私病協発 21-720
平成 22 年 3 月 18 日

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

社団法人京都私立病院協会
会 長 真鍋 克次郎

〒 [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
TEL. [REDACTED] FAX. [REDACTED]
E-mail [REDACTED]

平成 23 年度の臨床研修への対応について

「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施行について」
に関し、以下の通り、意見・提言いたします。

(1) 臨床研修病院の指定基準について

①救急医療の提供、②年間入院患者数 3,000 人以上、③研修医 5 人あたり指導医 1 人以上配置、④臨床病理検討会（CPC）の開催、⑤協力型臨床研修病院その他医療機関との連携による研修。以上が、基幹型臨床研修病院が満たすべき事項とされている。このうち、②年間新入院患者数が 3,000 人以上でなければならないとしているが、これは明らかに中小病院が臨床研修病院からの撤退を余儀なくされるものであり、これからの地域医療の展開に大きな影響を及ぼすことを危惧する。年間入院患者数 3,000 人以下の病院でも、救急の症例数も多く、地域医療としてプライマリーケア「基本的な診療能力を高める」をよくやっている病院等、その他の指定基準を具備していれば問題はないのではないかと。逆に大きな病院で 20 人、30 人の研修医に対して一人当たりの症例数が少ない病院より、症例数が豊富な場合も考えられる。年間入院患者数が 3,000 人以下であっても基幹型臨床研修病院としての基準が満たされるよう、今回の指定基準が見直されることを要望する。

(2) 小児科・産科プログラムについて

近年、小児科と産科医師の確保が多くの地域の要請である。今回の見直しでは、研修医定数 20 名以上の病院は、小児科・産科のプログラムを設置することが定められたが、結果として内定者ゼロという所がいくつもあった。カリキュラムに問題があるのか、スタッフが悪いのか、処遇に問題があるのか等、何らかの検証を要望する。加えて今回、必修研修科目の自由な選択性となって、更に小児科・産科のプログラムの減少に繋がっている。そこで提案として、従前からの 7 科目必修のプログラム（小児科・産科コース）を設置している研修病院には、国としても、大胆な補助金増額等のインセンティブを与えるということも含めて再検討するようお願いする。

以上

2010年3月19日

平成23年度の臨床研修への対応について

全国保険医団体連合会
政策部長 [REDACTED]

意見1 改正内容(1) ①、③、④について

2009年に見直され、2010年の臨床研修から適用される制度改正内容の地域への影響を判断することは、現時点では難しく、激変緩和措置の廃止は止め、2014年の省令見直しまでの継続が必要です。特に、これまで基幹型臨床研修病院として指定を受けている病院に対して「年間入院患者数3000人以上要件」を適応するのであれば、研修の質の評価などをしてその要件の根拠を示すべきです。

意見2 改正内容(2)について

現行の取り扱いの廃止は、臨床現場に混乱を招きかねません。そもそも、研研修制度に医師配置システムを組み込むことには無理があります。

意見3 改正内容(3)について

臨床研修の現場の実態からみて、まず現在の補助金の設定が適切であるか検証すべきです。研修医への給与支給額をもとに機械的に病院への補助金を減額する仕組みは、研修医を受け入れ医師養成に協力し、同時に地域医療を守っている病院に対して、一種のペナルティ的性格を持ちますので反対です。機械的な補助金の削減はすべきではありません。

(問い合わせ先)

全国保険医団体連合会

政策部担当事務局 [REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]

〒 [REDACTED]

TEL [REDACTED]

FAX [REDACTED]

平成22年3月17日

厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室長 殿

鹿児島県初期臨床研修連絡協議会
会長 中村 一彦

「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
の施行について」の一部改正案に対する意見について（提出）

平成22年2月18日付けで案内のありました件名につきまして、別紙
のとおり当協議会の意見を送付いたしますので、よろしくお取り計らいく
ださい。

【問い合わせ先】

鹿児島県初期臨床研修連絡協議会
(事務局) 県庁 医療制度改革推進室

TEL : [REDACTED] FAX : [REDACTED]

E-mail : [REDACTED]

1 当面の取扱い(激変緩和措置)への対応について

(1) 基幹型臨床研修病院の指定について(別添医政局長通知第3の2関係)

① 意見

「みなし基幹型臨床研修病院」については、過去3年間の研修医の受入実績の有無にかかわらず、都道府県内の募集定員の上限値を超えない範囲内での募集を可能とするなどの弾力的な取扱いを、少なくとも次回の臨床研修制度の見直し時まで継続していただきたい。

② 理由

昨年4月の臨床研修制度の見直し時には、「基幹型臨床研修病院とみなされた管理型臨床研修病院が、基幹型臨床研修病院の指定の基準を満たさない場合にあっては、地域の実情や研修医の受入実績等を十分に考慮して、指定の取消しを行うか否かを定める」とし、当該措置は「当分の間」の取扱いとなっていたのにもかかわらず、採用実績のない「みなし基幹型臨床研修病院」は実質的に平成22年度マッチングに参加できず、採用実績があっても平成23年度マッチングまでしか参加できないというのは、あまりにも唐突な取扱いであり、臨床研修の現場に混乱が生じる。

当県においては、全ての基幹型臨床研修病院等を構成員として設立された初期臨床研修連絡協議会において、県内で就業する研修医の増加に向け、「オールかごしま体制」で様々な活動を展開しており、その結果、平成22年度の研修医の内定者数が増加するなど改善の兆しが現れてきているのにもかかわらず、これらの動き、取組に対して、今般の取扱いが水を差す恐れがある。

(2) 小児科・産科プログラムの作成について(別添医政局長通知第3の3関係)

—

(3) 病院の募集定員について(別添医政局長通知第3の4関係)

① 意見

当該経過措置については、速やかに廃止していただきたい。

② 理由

都市部と地方における研修医の地域偏在が依然として解消しておらず、また、当該経過措置は、そもそも、平成21年4月の見直し時にも、平成22年3月31日までの取扱いとされていたところである。

(4) 都道府県別の募集定員の上限について(別添医政局長通知第3の6関係)

① 意見

当該経過措置については、速やかに廃止していただきたい。

② 理由

都市部と地方における研修医の地域偏在が依然として解消していない。

2 臨床研修病院群の形成の促進について（別添医政局長通知第2の5(1)ス(キ)関係）

① 意見

都道府県による域内の臨床研修病院の募集定員の調整という新たな事務の義務付けについては、総務省とも十分協議するとともに、必要に応じて、募集定員の調整のために生じる財政需要について財源措置等を講じていただきたい。

また、都道府県別の募集定員の上限値については、都道府県における募集定員の調整期間を十分考慮して、各年度の早期に情報提供を行っていただきたい。

② 理由

都道府県において、臨床研修病院の募集定員の調整という新たな事務が生じることから、当該事務の義務付けについて、総務省と事前に調整する必要がある。

また、毎年度示される都道府県別の募集定員の上限値については、都道府県において域内の臨床研修病院の募集定員の調整を行う必要があることから、各都道府県に対して早期に示す必要がある。

3 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて

① 意見

著しく高額な給与を支払っている臨床研修病院に対する補助金の削減については、当然のことと考える。

なお、削減した補助金等を財源として、離島・へき地等の地域医療を支える観点から、地方においても魅力ある充実した臨床研修が実施できるよう、財政支援の拡充を図っていただきたい。

② 理由

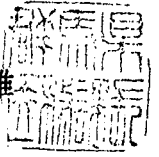
著しく高額な給与を支払っている臨床研修病院に対する補助金の削減のみではなく、地方における臨床研修の充実を図るためにも、補助基準額の引上げ等により、臨床研修病院に対する財政支援を拡充する必要がある。

4 その他

基幹型臨床研修病院の指定基準の一つの「年間入院患者数3,000人以上」については、今般のパブリックコメントの対象ではないものの、当該基準値未滿の臨床研修病院でも臨床研修の到達目標を十分に達成可能であることから、次回の臨床研修制度の見直し時までには、基準値の設定の妥当性等について十分な検証の上で、基準値の設定を行っていただきたい。

厚生労働省医政局医事課 御中

群馬県健康福祉部医務課長 渡辺辰雄



「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施行について」の一部改正案（平成23年度の臨床研修への対応について）について

このことについて、下記のとおり意見を提出します。

記

1 提出意見

新基準を満たさない基幹型臨床研修病院の指定について、特に「年間入院患者数3000人以上」の基準要件に関する激変緩和措置については、引き続き、個別具体的に判断することが適当と思われるので、平成25年度以降も、継続をしていただきたい。

2 理由

基幹型臨床研修病院の指定の基準の1つ「入院患者の数について年間3000人以上」については、この基準設定の理由として「研修の質の維持、多様な症例数を確保するため」といった説明がなされていますが、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ません。

逆に、病床数が少ない小規模の病院においては、大規模病院とは異なり、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、地域医療に密着した総合医療等を目指す研修医からのニーズもあることから、この基準自体が、はたして適切な基準であるかどうか、疑問に感じます。

このような中、この「入院患者の数について年間3000人以上」の基準を満たさない場合にあっては、機械的・一律的に指定を取り消すといった対応ではなく、平成25年度以降においても、引き続き、複数年間は激変緩和措置を継続し、過去の研修医の受入実績や研修希望者の有無、当該病院の募集定員が都道府県別の募集定員の上限を超えていないか、都道府県から指定継続の要望があるか等、地域の実情に応じて基幹型臨床研修病院として指定するか否かを個別具体的に判断することが適当であると思っておりますので、以上のとおり意見を提出します。

事務担当：医師確保対策室

電 話： [REDACTED] (直通)

平成 23 年度の臨床研修への対応について

長野県衛生部医療政策課医師確保対策室

平成 21 年 4 月に行われた見直しでは、「医師の地域偏在への対応」がひとつの目的とされていたが、いくつかの激変緩和措置が設けられた結果、平成 21 年度の医師臨床研修マッチングでは、都市部のマッチ者が極めて微減に留まるなど、その目的がほとんど果たされていない。

ついては、下記のとおり意見を提出するので、適切なお対応をお願いしたい。

記

- 1 「医師の地域偏在への対応」という制度見直しの趣旨を、より速やかに実態に反映させるため、「病院の募集定員」及び「都道府県別の募集定員の上限」に係る激変緩和措置は速やかに廃止すること。
- 2 都道府県別の上限については、地方の医師不足に鑑み、大都市から地方への研修医の誘導を図ること等に重点を置いて、現行の算出方法を改め、面積あたり医師数加算のきめ細やかかつ手厚い設定や、人口 10 万人当たり医師数の加味など、都市部の上限を引き下げ、医師不足の県の上限が緩和されるような措置を講ずること。あるいは、医師不足の県には上限を設定しないこと。
- 3 そもそも、臨床研修病院における臨床研修医の募集定員の決定に当たっては、医師不足の県においては、奨学金制度等によりこれまで以上の研修医を確保しようとする個別病院の努力を反映させるため、過去 3 年間の実績を踏まえて決定する仕組みを改め、各病院の希望どおり、あるいは採用の確実性が見込める場合にはその定員を過去の実績とは別枠で設定できるよう制度を改めること。

平成 20 年末現在の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数が全国平均の 212.9 人を大幅に下回っている本県では、平成 21 年度マッチングにおいて、厚生労働省から若干の調整定員を与えられたが、県下の病院から寄せられた要望は 20 人を上回り、それらの要望に応えることができなかった。調整定員は、上限の枠外で少なくとも 20 人以上必要であった。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: [REDACTED]
送信日時: 2010年3月19日 金曜日 11:05
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: 平成23年度の臨床研修への対応について(意見募集への回答)

厚生労働省医政局医事課 御中

いつもお世話になり、ありがとうございます。
上記の件について、下記のとおり意見を提出させていただきますので、
よろしく願い申し上げます。

平成21年3月19日

京都府健康福祉部医療課長 余田 正典

記

- 1 都道府県の研修医募集定員の上限について
 - 都道府県別の臨床研修定員の設定については、国の原則的な考え方に基づけば、本府は全国で最大の定員削減率(30%)となり、府内の医師不足を一層深刻化させ、医療提供体制の崩壊につながるおそれがあると強く危惧。抜本的な再検討を求めたい。
 - 京都府立医科大学の運営等、地方自治体が開設する公立大学は、厳しい財政状況のもと、地域の医師確保のために最大限の努力を行っている。こうした地方自治体の自助努力を十分評価し、研修定員設定の枠外とするなど定員保障をすべき。
 - 京都府立医科大学、京都大学医学部は、長年の歴史と経過の中で、基礎研究面での全国的な貢献、さらには京都府内のみならず、府域を越えて医師の派遣が行われている。そうした全国的な貢献度を十分踏まえ、定員を保障すべき。
- 2 激変緩和措置の扱いについて
 - 平成22年度に引き続き、23年度も激変緩和措置を継続されるが、あくまで当該年度限りの措置であり、次年度以降の取扱いが未定であるなど、今後の制度設計が不明である。地域の努力や創意工夫が十分反映されるよう、制度を抜本的に再構築願いたい。
- 3 小児科・産科プログラムの作成について
 - 募集定員が20名以上の基幹型臨床研修病院に必置となっている小児科・産科プログラムの定員4名分を当該病院の募集定員に別途加算する取扱いとすることは評価するが、同様にへき地医療(地域医療)をプログラムの中心に据えるコースについても地域医療の厳しい現状に鑑み、一定の定員を枠外として別途加算するなど、配慮が必要と考える。
- 4 臨床研修病院群の形成の促進について
 - 都道府県内の地域の個別実情等を勘案して、「都道府県において病院間の定員の調整ができる」ことは、定員調整の弾力化につながるが、都道府県の募集定員枠と各病院の募集定員枠は一体的に決定されるべきものであることから、都道府県に募集定員の決定権がない現在の状況のもとでは、都道府県との調整を十分に踏まえ、国において定員決定の責任を果たされるのが基本と考える。
- 5 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて
 - 臨床研修医を集めるため、著しく高額な給与を支払う病院に対する抑止措置と思料するが、へき地等の医師確保が困難な地域については、府職員の場合、初任給調整手当による措置を行っていることから、それに相当する額については配慮すべきと考える。
(※府の場合、給与は780万円程度であり、著しく高額とは考えていない。)

<メール回答者>

京都府健康福祉部医療課
[REDACTED]

「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施行について」に
関する意見について【大阪府】

医師の地域偏在、診療科目偏在の是正を目的に実施された平成 22 年度の臨床研修制度の見直しにおいては、これまでの研修受入状況や地域医療への影響等をふまえ、激変緩和措置が講じられた。

平成 23 年度の実施に向け、「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施行について」意見公募手続きを実施されているところであるが、今後の見直しに当たっては、地域医療に対する影響を十分考慮して実施されるよう、次のとおり要望する。

1 募集定員の設定について

(1) 各病院の募集定員設定の考え方について

平成 23 年度の募集定員設定にあたり、前年度の内定者の実績を勘案する激変緩和措置が継続されるが、前年度の実績が上限であることから、新たに研修の質向上や受入体制の充実を図る医療機関においても、前年度実績以上の研修医の受け入れはできない。

今後の各病院の募集定員設定にあたっては、採用実績だけでなく、研修の質や受入体制の充実に向けた取り組みも評価されたい。

(2) 産科・小児科プログラムの定員の扱いについて

募集定員 20 名以上の基幹型臨床研修病院に必置となっている産科・小児科プログラムの定員については、病院の定員に加えて別途加算できることとされている。この加算により、他の基幹型臨床研修病院の定員削減につながらないように、都道府県の募集定員上限についても別途加算する取り扱いとされたい。

(3) 次回の制度見直しに向けた検討と激変緩和措置の継続について

次回の制度見直しに向け、現在の臨床研修制度の評価を明らかにされたい。

また、医師の地域偏在と診療科目偏在という課題を対立させることなく解消するため、将来の客観的な医師需給予測に基づき、抜本的な地域別、診療科目別偏在是正策を明らかにされたい。

なお、今回継続された激変緩和措置については、これまで医師養成に果たしてきた役割や地域医療への影響を考慮し、上記の偏在是正策が示されるまでの間、継続されたい。

2 各病院間の募集定員調整にかかる都道府県の役割について

都道府県において基幹型臨床研修病院間の募集定員の調整が行えるようにするとの方針が示されている。しかし、本府のように多くの大学病院・臨床研修病院を抱え、かつ病院の大部分が、自病院の研修医募集定員が前年度までの採用実績に基づき抑えられていることに不満を持っている自治体では、病院・プログラムに対する評価方法などの客観的基準が確立されない限り、各病院のコンセンサスを得ながら病院間の定員調整を行うことは不可能である。

国においては、本府のような都市部の都道府県の実情について、病院側に十分な説明を行なわれたい。

厚生労働省医政局長 様

鳥取県福祉保健部長



平成23年度の臨床研修への対応について (送付)

平成22年2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 激変緩和措置に係る改正(案)について

研修病院の募集定員及び都道府県別の募集定員の上限に係る激変緩和措置については、都市部の研修医数が高止まりする結果となっていることから、研修医の都市部への偏在を是正するというそもそもの制度改正の趣旨をかんがみ、早期の廃止を求める。

2 臨床研修病院群の形成の促進について

今回の改正内容は、地域の実情に沿って各臨床研修病院の長所を発揮できる研修体制の構築につながることから意義がある。

しかしながら、実質的に臨床研修病院の定員の設定に係る国の事務を都道府県に移譲することになることから、施行通知ではなく、法令により事務、権限、財源措置を設定、明確化すべきである。

3 著しく高額な給与を支払っている場合の国庫補助金の取扱い

研修医に決まって支払われる給与が年額720万円を超える場合は、研修病院に対する国庫補助金を一定程度減額することについては、高額な給与により研修医を集めることを制限するという趣旨は理解できる。

しかしながら、研修医マッチングの対象となっていない自治医科大学卒業生や自治体の奨学生で当該自治体内で臨床研修を行う義務のある者は、制度として、臨床研修を含む一定の期間に特別な責務を負うものであり、自治体が正職員採用を行うなど、通常のマッチング制度とは別の枠組みが設計されている。

したがって、これらの者の研修受入によって研修病院に不利益が生じることがないように特別な措置を講ずるべきである。

《担当》

医療政策課医師確保推進室

電話:

ファクシ:

電子メール:

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月17日水曜日 17:43
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(「平成23年度の臨床研修への対応について」)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 島根県健康福祉部医療対策課
住所(所在地): [REDACTED]
メールアドレス: [REDACTED]
電話番号:
FAX番号:
性別:
年齢:
職業:
件名: 「平成23年度の臨床研修への対応について」
ご意見:

(1) 研修病院の指定要件等について

現時点で指定要件を満たしていない研修病院であっても、将来的に研修医の確保が見込める又はそのために努力している病院もあるため、過去の受入実績に関わらず、当面の間、激変緩和措置を適用すること。

(2) 都道府県別募集定員の上限設定について

研修医の地域偏在解消のため、全国の募集定員数を、毎年度の臨床研修医総数程度まで削減したうえで、都会地の募集定員を現在より大幅に削減すること。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月9日火曜日 10:32
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(平成23年度の臨床研修への対応について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 山口県健康福祉部地域医療推進室医師確保対策班
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: 平成23年度の臨床研修への対応について

ご意見:

○当面の取扱い(激変緩和措置)のうち基幹型病院とみなされた
産科型(単独型)臨床研修病院が基幹型臨床研修病院の指定の基
準を満たさない場合にあつては、地域の実情や研修医の受入実績
等を十分に考慮して、指定の取り消しを行うか否かを定めるもの
とされている。

指定基準のうち「入院患者数については、年間3000人以上」
であることの要件については、100床程度の中小病院での達成
は事実上、困難である。臨床研修の質の確保は必要であるが、医
師の地域偏在の解消や臨床研修の多様性の確保を考えると単純に
病院規模だけで判断するべきではないと考えている。

中小病院でも、持続的に研修医の受入実績があり、臨床研修を
行っている病院は、臨床研修医側からもニーズがあると考えられ
ることから、受入実績がある中小臨床研修病院については、この
指定基準は満たさなくとも指定の取り消しを行わないとの方向で
激変緩和措置を25年度以降も継続すべきと考える。

○過去3年間に受入実績がない基幹型臨床研修病院については、
激変緩和措置を適用しないとあるが、医師の地域偏在の解消のた
り、医師不足地域の基幹型臨床研修病院については、平成22年
度は、昨年度と同様の激変緩和措置の継続をお願いしたい。

○小児科・産科プログラムの設定は不足診療科対策として重要と
考えるが、定員4名については、その充足が他のプログラムに比
べリスクが高いため、県上限の枠外としていただきたい。

臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理
送信日時: 2010年3月19日 金曜日 16:45
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)
件名: パブリックコメント(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施行について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 徳島県

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: 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施行について

ご意見:

平成16年に開始された臨床研修制度については、平成21年4月に研修医の募集定員等に関し臨床研修制度の見直しを行い、平成22年度の研修に適用されたところであるが、依然、都市部と地方のマッチング率に関しては格差があり、地域医療に与える影響は大きい。

このような状況から、「過去3年間に研修医の受入実績がない基幹型臨床研修病院の指定取消し」にあたっては、地域医療に与える影響を勘案し、事前に地元の地方公共団体から意見聴取するなど、地元の意向を十分に踏まえる措置を取ってほしい。

平成22年3月17日

厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室長 殿

鹿児島県保健福祉部
医療制度改革推進室長

「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
の施行について」の一部改正案に対する意見について（提出）

当県の医師確保対策業務については、格別の御理解、御協力を賜り厚く
御礼申し上げます。

さて、表題の件について、別紙のとおり当県の意見を送付いたしますの
で、よろしくお取り計らいください。

(担当)

鹿児島県保健福祉部医療制度改革推進室
医師確保対策係

tel

fax

e-mail

1 当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について

(1) 基幹型臨床研修病院の指定について（別添医政局長通知第3の2関係）

① 意見

「みなし基幹型臨床研修病院」については、過去3年間の研修医の受入実績の有無にかかわらず、都道府県内の募集定員の上限値を超えない範囲内での募集を可能とするなどの弾力的な取扱いを、少なくとも次回の臨床研修制度の見直し時まで継続していただきたい。

② 理由

昨年4月の臨床研修制度の見直し時には、「基幹型臨床研修病院とみなされた管理型臨床研修病院が、基幹型臨床研修病院の指定の基準を満たさない場合にあっては、地域の実情や研修医の受入実績等を十分に考慮して、指定の取消しを行うか否かを定める」とし、当該措置は「当分の間」の取扱いとなっていたのにもかかわらず、採用実績のない「みなし基幹型臨床研修病院」は実質的に平成22年度マッチングに参加できず、採用実績があっても平成23年度マッチングまでしか参加できないというのは、あまりにも唐突な取扱いであり、臨床研修の現場に混乱が生じる。

当県においては、全ての基幹型臨床研修病院等を構成員として設立された初期臨床研修連絡協議会において、県内で就業する研修医の増加に向け、「オールかごしま体制」で様々な活動を展開しており、その結果、平成22年度の研修医の内定者数が増加するなど改善の兆しが現れてきているのにもかかわらず、これらの動き、取組に対して、今般の取扱いが水を差す恐れがある。

(2) 小児科・産科プログラムの作成について（別添医政局長通知第3の3関係）

—

(3) 病院の募集定員について（別添医政局長通知第3の4関係）

① 意見

当該経過措置については、速やかに廃止していただきたい。

② 理由

都市部と地方における研修医の地域偏在が依然として解消しておらず、また、当該経過措置は、そもそも、平成21年4月の見直し時にも、平成22年3月31日までの取扱いとされていたところである。

(4) 都道府県別の募集定員の上限について（別添医政局長通知第3の6関係）

① 意見

当該経過措置については、速やかに廃止していただきたい。

② 理由

都市部と地方における研修医の地域偏在が依然として解消していない。

2 臨床研修病院群の形成の促進について（別添医政局長通知第2の5(1)ス(キ)関係）

① 意見

都道府県による域内の臨床研修病院の募集定員の調整という新たな事務の義務付けについては、総務省とも十分協議するとともに、必要に応じて、募集定員の調整のために生じる財政需要について財源措置等を講じていただきたい。

また、都道府県別の募集定員の上限値については、都道府県における募集定員の調整期間を十分考慮して、各年度の早期に情報提供を行っていただきたい。

② 理由

都道府県において、臨床研修病院の募集定員の調整という新たな事務が生じることから、当該事務の義務付けについて、総務省と事前に調整する必要がある。

また、毎年度示される都道府県別の募集定員の上限値については、都道府県において域内の臨床研修病院の募集定員の調整を行う必要があることから、各都道府県に対して早期に示す必要がある。

3 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて

① 意見

著しく高額な給与を支払っている臨床研修病院に対する補助金の削減については、当然のことと考える。

なお、削減した補助金等を財源として、離島・へき地等の地域医療を支える観点から、地方においても魅力ある充実した臨床研修が実施できるよう、財政支援の拡充を図っていただきたい。

② 理由

著しく高額な給与を支払っている臨床研修病院に対する補助金の削減のみではなく、地方における臨床研修の充実を図るためにも、補助基準額の引上げ等により、臨床研修病院に対する財政支援を拡充する必要がある。

平成 23 年度の臨床研修における対応等について

I 23 年度の臨床研修への対応について

1 当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について

（1）基幹型臨床研修病院の指定について

- 激変緩和措置については、基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として 24 年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、廃止する。
- ただし、過去 3 年間に研修医の受入実績がない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適用しない。

（参考：当面の取扱い）

新たな指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院は、一定の条件の下で 22 年度末まで指定を継続する。

（2）小児科・産科プログラムの作成について

- 必置となっている当該プログラムの定員 4 名分を、病院の定員に別途加算する取扱いとする。
- この取扱いに伴い、激変緩和措置は不要となるため廃止する。

（参考：当面の取扱い）

小児科又は産科の研修プログラムのいずれか（定員 2 名以上）を設けることで差し支えないとする。（定員 20 名以上の研修病院）

（3）病院の募集定員について

- 23 年度の研修については激変緩和措置を継続し、その後の取扱いは、研修の実施状況、地域医療への影響等を評価して定める。
- ただし、激変緩和措置については、次回の制度の見直しまでに廃止する。

（参考：当面の取扱い）

臨床研修病院の募集定員は 21 年度研修の内定者（マッチ者）の実績を勘案する。

（22 年 3 月末までの取扱い）

(4) 都道府県別の募集定員の上限について

- 「(3) 病院の募集定員について」と同様の取扱いとする。

(参考：当面の取扱い)

都道府県の募集定員の上限の値は、各都道府県の研修医受入実績から10%以上削減しない。

2 臨床研修病院群の形成の促進について

- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、病院の募集定員については、研修医の受入実績、医師派遣等を勘案した定員を基本とし、都道府県の定員の上限の範囲内で、都道府県において、研修医の受入実績や地域の実情等を勘案して調整ができるようにする。このような募集定員の調整を含め、地域において臨床研修の内容を検討する場の設置を促進する。
- このため、一定の割合までは無条件に増員できるという現行の取扱いは廃止する。

(参考：現行の取扱い)

原則として、各病院は、 $A \times B / C$ を超えない範囲で増員ができる。

* A (過去3年間の受入実績の最大値+医師派遣加算)

× B (都道府県の上限値) / C (希望定員の合計)

3 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて

- 研修医に決まって支払われる給与(当直手当等を除く)が、一定額(年額720万円)を超える場合は、病院に対する補助金を一定程度減額する。
- この取扱いは23年度の研修から適用する。

II 次回の制度見直しに向けた取組みについて

- これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準(新規入院患者数、救急医療の実施等)を含め、制度全般の見直しに向けた検討に着手する。
- 具体的には、研修医に対する評価、病院・プログラムに対する評価、地域医療に与える影響等について、どのように評価を行うかを含め、本部会において、平成22年度以降、継続的に検討を行い、必要な対応を行う。

都道府県における病院の募集定員調整のイメージ

1 病院の基本的な定員の合計が都道府県の定員の上限の範囲内となる場合

※基本的な定員…研修医の受入実績、医師派遣等を勘案した定員

都道府県の定員の上限 100

	(基本的な定員)		(調整)		(募集定員)
A病院	50		+15		65
B病院	13	→	+2	→	15
C病院	10		0		10
D病院	5		0		5
E病院	2		+3		5
計	<u>80</u>		<u>+20</u>		<u>100</u>

2 病院の基本的な定員の合計が都道府県の定員の上限を超える場合

都道府県の定員の上限 100

	(基本的な定員)		(調整)		(募集定員)
F病院	60		0		60
G病院	40	→	+5	→	45
H病院	15		0		15
I病院	3		-3		0
J病院	2		-2		0
計	<u>120</u>		<u>0</u>		<u>120</u>

注) 1、2のいずれの場合も、毎年度、研修医の募集を行う前に定員の調整を行う。その後は、現在と同様に、各病院の募集定員が決まり次第、各病院において研修プログラムごとの定員を設定し、研修医を募集(研修医マッチングに参加)する。

「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施行について」の一部改正案について

1. 改正の経緯

平成 21 年 4 月に行った臨床研修制度の見直しにあたっては、臨床研修病院の指定や研修医の募集定員等に関して、地域医療への影響等を踏まえ、激変緩和措置を講じ、平成 22 年度の研修に適用したところ。平成 23 年度の臨床研修の実施に向けて、これら激変緩和措置の取扱い等について意見を募集する。

2. 改正の内容

(1) 当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について

① 基幹型臨床研修病院の指定について（別添医政局長通知第 3 の 2 関係）

- 激変緩和措置については、基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として 24 年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、廃止する。
- ただし、過去 3 年間に研修医の受入実績がない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適用しない。

（参考：当面の取扱い）

新たな指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院は、一定の条件の下で 22 年度末まで指定を継続する。

② 小児科・産科プログラムの作成について（別添医政局長通知第 3 の 3 関係）

- 募集定員が 20 名以上の基幹型臨床研修病院に必置となっている小児科・産科プログラムの定員 4 名分を、当該病院の募集定員に別途加算する取扱いとする。
- この取扱いに伴い、激変緩和措置は不要となるため廃止する。

（参考：当面の取扱い）

小児科又は産科の研修プログラムのいずれか（定員 2 名以上）を設けることで差し支えないとする。（定員 20 名以上の研修病院）

③ 病院の募集定員について（別添医政局長通知第 3 の 4 関係）

- 23 年度の研修については激変緩和措置を継続（22 年度の研修の内定者の実績を勘案）し、その後の取扱いは、研修の実施状況、地域医療への影響等を評価して定める。

- ただし、激変緩和措置については、次回の制度の見直しまでに廃止する。

(参考：当面の取扱い)

臨床研修病院の募集定員は21年度研修の内定者（マッチ者）の実績を勘案する。（22年3月末までの取扱い）

④都道府県別の募集定員の上限について（別添医政局長通知第3の6関係）

- 23年度の研修については激変緩和措置を継続し、その後の取扱いは、研修の実施状況、地域医療への影響等を評価して定める。

- ただし、激変緩和措置については、次回の制度の見直しまでに廃止する。

(参考：当面の取扱い)

都道府県の募集定員の上限の値は、各都道府県の研修医受入実績から10%以上削減しない。

(2) 臨床研修病院群の形成の促進について（別添医政局長通知第2の5(1)ス(+)関係）

- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、病院の募集定員については、研修医の受入実績、医師派遣等を勘案した定員を基本とし、都道府県の定員の上限の範囲内で、都道府県において、研修医の受入実績や地域の実情等を勘案して調整ができるようにする。このような募集定員の調整を含め、地域において臨床研修の内容を検討する場の設置を促進する。

- このため、一定の割合までは無条件に増員できるという現行の取扱いは廃止する。

(参考：現行の取扱い)

原則として、各病院は、 $A \times B / C$ を超えない範囲で増員ができる。

* A（過去3年間の受入実績の最大値＋医師派遣加算）

× B（都道府県の上限値）／C（希望定員の合計）

(3) 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて

- 研修医に決まって支払われる給与（当直手当等を除く）が、一定額（年額720万円）を超える場合は、病院に対する補助金を一定程度減額する。

- この取扱いは23年度の研修から適用する。

3. 通知発出予定日 平成22年4月頃