

「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書（案）」
に関する意見の募集の結果について

平成25年12月19日
厚生労働省医政局医事課

標記について、平成25年11月1日から平成25年11月18日までホームページを通じてご意見を募集したところ、77件のご意見をお寄せいただきました。

今般、お寄せいただいたご意見とそれらに対する医師臨床研修部会での議論を踏まえた考え方について、以下のとおり、とりまとめましたのでご報告いたします。

なお、いただいたご意見等は、とりまとめの便宜上、適宜要約しております。

今回、ご意見をお寄せいただきました方々のご協力に厚く御礼申し上げます。今後とも、厚生労働行政の推進にご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

1 意見の件数

団	体	9件
地方公共団体		10件
そ	の	他
合	計	77件

2 お寄せいただいたご意見

提出意見は別紙のとおりです。

3 主なご意見

<基本理念について>

【意見1】：別紙 No. 13

「プライマリ・ケア」という言葉は解釈が様々なので、臨床研修制度においては使用しないことが望ましい。

(意見に対する考え方)

- 施行通知における「プライマリ・ケア」については、確立した定義はなく、医療提供体制や他の社会的要因、用いられる状況等に応じその解釈が異なり得ますが、プライマリ・ケアの文言は維持しつつ各臨床研修病院において、医師が将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身に付けるという観点を十分に踏まえつつ、研修を適切に実施することが求められるとしています。

<到達目標とその評価について>

【意見2】：別紙 No. 13

「行動目標」という言葉が「医療人として必要な基本姿勢・態度」という意味で使われているのは、「臨床研修の到達目標」の中だけであり、指導医講習会等で学習する「一般目標と行動目標」という使い方と食い違いがあるので、別の適切な言葉に置き換えるべき。

【意見3】：別紙 No. 17

到達目標について、A疾患をより現実的に見直して、プライマリケアに沿ったもの(特に精神疾患)に絞り込む。

【意見4】：別紙 No. 17

到達目標の達成度に関して客観的な評価を整備する。

【意見5】：別紙 No. 27

病態に応じた適切な輸血療法の研修のため、臨床研修カリキュラムの一部見直しを求めます。

【意見6】：別紙 No. 41

到達目標の見直し、評価手法の標準化に加えて、現在、全国的な研修評価システムとして国立大学附属病院長会議が運用している EPOC のように、評価の記録の標準化することを提案いたします。

【意見7】：別紙 No. 47

若い女性のヘルスケアの観点から、「子宮内膜症」「子宮筋腫」を必修経験疾患に含めていただくことを強く要請いたします。

【意見8】：別紙 No. 48

到達目標と評価手法について次回見直すとはされていることについては反対。基本理念同様基本的には堅持すべき。また、評価手法は多様なあり方を認めるべき。

【意見9】：別紙 No. 54

「診療能力の評価、項目の簡素化等の観点」診療能力の評価をさらに重視し、評価方法の標準化を図っていく上観点からは「簡素化」ではなく、より緻密にしていくべき。

(意見に対する考え方)

- 到達目標については、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要があるとしています。
- また、臨床研修の評価の在り方についても、各研修病院において採用している研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要であるとしています。
- これらは、医師養成全体の動向等を踏まえた上で、次回見直しに向け、別途、検討の場を設けることとしています。

<臨床研修全体の研修期間について>

【意見10】：別紙 No. 48 等（類似意見：4件）

研修期間について、将来的に見直しについて検討するとされていることについては反対。2年間の研修期間は妥当。

【意見11】：別紙 No. 70

大学病院で研究に進みたい学生等の職業選択の自由の妨げになっていると思われるため、研修期間を1年程度に短縮するなどの方策がのぞましい。

(意見に対する考え方)

- 臨床研修の基本理念や卒前教育等の状況、必修診療科の弾力化により個々の状況に応じた柔軟性あるプログラムも提供可能となっていること等を踏まえれば、現行の2年以上で差し支えないと考えられるとされています。
- ただし、将来的には、卒前教育の充実や大学間の取組内容の標準化、到達目標や評価手法の見直し等の状況を踏まえ、現在の期間の見直しについて検討が望まれるとされています。
- なお、卒前教育において、診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るという指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なるため、卒前教育の充実と臨床研修の見直しについては慎重な対応が必要であるという指摘もあったところであり、それらを十分に踏まえながら検討していくことが考えられます。

<基幹型臨床研修病院の在り方について>

【意見 12】：別紙 No. 54

基幹型臨床研修病院の在り方について、到達目標の多くの部分を研修可能な病院とする事には反対。同じ病院で各科の研修ができるかどうかではなく、プログラム責任者や指導医が責任を持って到達目標が達成できるようにその研修医の成長の度合いに合わせて個別に対応しているかが大切なことと考えます。

【意見 13】：別紙 No. 10

臨床研修の到達目標の大部分を研修可能な環境を有する病院と記載がありますが、病院群を形成し、それぞれの病院で特色ある分野を担当しているプログラムの長所も考慮していただきたい。

【意見 14】：別紙 No. 51

専門病院を基幹型病院とする場合であっても、研修システム全体の中でプライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得ができる場合には、認められるべき。

【意見 15】：別紙 No. 55

専門科が細分化され、各科での研修期間が短い大規模病院でのローテーション研修では、「一般財団法人プライマリ・ケア連合学会」が定義している「近接性、包括性、協調性、継続性、責任性」を習得する場面としてふさわしくないのではないか。大規模すぎる基幹型臨床研修病院の研修が基本理念が合致しているのかという検証が必要ではないか。

【意見 16】：別紙 No. 38

基幹型臨床研修病院の基準を満たせない医療機関のみであっても、病院群全体で基準以上の研修内容を提供できれば、病院群を形成できる制度とすべき。

(意見に対する考え方)

- 基幹型病院については、「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付ける」という基本理念に相応しく、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきであるとされています。
- この観点から、基幹型病院における研修は、
 - ・ 基幹型病院での研修期間については、地域医療との関係等に配慮しつつ、現在の「8月以上」から、全体の研修期間の半分以上に該当する「1年以上」を目指すこと
 - ・ 必修診療科である内科、救急について、到達目標を適切に達成するため十分な症例数があり、疾患等に過度の偏りが無い等、大部分を研修可能な環境を有していること等により実施されることが望ましいとされています。
- 特定の分野の専門的医療を専ら行う研修病院については、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得という基本理念を踏まえると、基幹型病院として適切とはいえないと考えられるとされています。

【意見 17】：別紙 No. 50 等（類似意見：10 件）

基幹型臨床研修病院での研修期間を現行の「8 月以上」から、「1 年以上」の規定を一律に適応すると、地域の特性・多様性を活かした研修プログラムが制限される可能性がある。

【意見 18】：別紙 No. 45

基幹型病院での研修期間を現行 8 か月から 1 年以上とする期間を変更するのではなく、他の臨床研修を行う病院とどのようにそれぞれの特徴を生かしたプログラムを組んで実施するのかを重点に置いて考えるべき。

（意見に対する考え方）

- 基幹型臨床研修病院については、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきとの観点から、基幹型臨床研修病院での研修期間については、地域医療との関係等に配慮しつつ、現在の「8 月以上」から、全体の研修期間の半分以上に該当する「1 年以上」を目指すことが望ましいとしていますが、「地域医療との関係に留意しつつ」と記述があるように、一律に「1 年以上」とするものではありません。

【意見 19】：別紙 No. 27

臨床研修病院（特に基幹型）の輸血管理体制の見直しとして、新たに輸血部門の設置と輸血責任医師の任命を追加していただきたい。

（意見に対する考え方）

- 現在の臨床研修病院の指定基準においては、輸血管理体制を要件としていません。
- ただし、到達目標においては、基本的治療法の項目において、「輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。」が盛り込まれており、臨床研修の到達目標が達成されるよう、各病院で適切に対応されるものと考えます。

<臨床研修病院群の在り方について>

【意見 20】：別紙 No. 39 等（類似意見：14 件）

臨床研修病院群の在り方について、「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあること」を厳格化する方向性が示されていますが、地理的条件のみが研修上の緊密な連携を保証するものではなく、研修プログラムの多様性を損なうような方向性には反対です。

【意見 21】：別紙 No. 4 等（類似意見：3 件）

二次医療圏及び同一の都道府県を超えた病院群については、基幹型病院と地域医療の上で連携が強い場合にとらわれず、研修医の指導にあたって連携がとられていることも考慮すべき。

【意見 22】：別紙 No. 16

病院群については例外を除き、「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本」とされているが、二次医療圏・都道府県という医療単位が現実の受診行動と一致していないため、「日常診療業務で連携の強い医療機関を基本とする」等変更すべき。

【意見 23】：別紙 No. 67

地方では特定の診療科領域（産婦人科や救急など）の研修を県内だけでは十分行えない場合があるために都市部のあるいは他県の病院と病院群を形成することがある。このような状況にも対応できるようにするために、案の 6 頁に記された理由の例に上記の文言も加えていただきたい。

【意見 24】：別紙 No. 63

臨床研修病院群の在り方について、報告書（案）による、「十分な指導体制のもとで様々な～基本的な診療能力を身に付けることのできる良質な研修が見込まれる場合」の判断基準の明確化が必要かと考えます。

（意見に対する考え方）

- 臨床研修病院群については、基本的な診療能力の修得という臨床研修制度の基本理念も踏まえ、病期や疾病領域等をはじめとした医療機能の観点から、同様の機能を有する病院等ではなく、頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能となるような病院群の形成が求められ、地域で連携し医師を育成するという観点からは、病院群は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが基本であるとしています。
- ただし、これらの範囲を超える場合でも、例えば、へき地や医師不足地域での地域医療研修、生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏での研修、その他基幹型臨床研修病院と地域医療の上で連携が強く、良質な研修が見込まれる等の理由がある場合には、認めることとしており、一律に同一の二次医療圏又は同一の都道府県内に制限するものではありません。
- なお、現在の基準でも「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこと。」とされています。

【意見 25】：別紙 No. 19

協力型病院群の組み換えは、現在の手続きではプログラム変更にあたり、手続きが煩雑で事務の負担が大きい。研修実績にあわせて協力病院群を毎年変更する必要があるのであれば、現在の協力施設登録と同様に手続きを簡略化すべき。

（意見に対する考え方）

- 臨床研修病院群における研修病院数の観点から、協力型病院については、例えば過去 3 年間程度の研修実績を考慮し病院群を構成する等、現実的な内容とすることが必要であるとされており、この考え方を踏まえ病院群を形成することが必要となりますが、いただいた事務手続に関するご意見については、今後の検討において参考とさせていただきます。

<研修プログラム（研修診療科及びその期間）について>

【意見 26】：別紙 No. 24 等（類似意見：14 件）

研修プログラムは、現在の3科目必修（弾力化プログラム）から7科目必修に戻すことが妥当ではないか。

【意見 27】：別紙 No. 40 等（類似意見：2 件）

外科研修の必修化を要望いたします。充実した卒前臨床教育をしている米国では、複数の診療科をローテートする、いわゆる internship は徐々に減少し、ストレート研修に移行しています。ローテート式の研修は general practitioner 養成コースで採用されており、外科研修は必須となっております。同様に卒前臨床教育に力を注いでいる英国では、卒後ローテート研修は必修で、外科研修も必須です。

【意見 28】：別紙 No. 43 等（類似意見：4 件）

地域医療研修の充実を図るべき。

【意見 29】：別紙 No. 36

救急3ヶ月という期間中の立ち位置がなかなか難しい現状である。この点についてよく検討していただきたい。

【意見 30】：別紙 No. 47

研修1年目のいずれかの時期に産婦人科を一定期間必ずローテーし、「若い女性のヘルスケア」を必修項目とし、「見直しの概要」（案）〇1の左下で記載されております「産婦人科、小児科等の一部領域の到達目標の達成状況の低下を踏まえ、適切に到達目標を達成するよう注意を促す」を、「産婦人科、小児科等の一部領域の到達目標の達成状況の低下と社会情勢の変化を踏まえ、産婦人科での“若い女性のヘルスケア”修得を必修とする」に訂正いただきますよう要請いたします。

（意見に対する考え方）

- 平成22年度以降も、研修プログラムにおいて、各研修病院の判断のもと、7科目必修を維持することは可能であり、いずれの研修プログラムにおいても、到達目標を適切に達成することが必要とされています。
- 望ましい研修診療科や各診療科の研修期間については、引き続き、領域毎の履修率を含めデータを蓄積し検証を進めつつ、到達目標と一体的に見直すことが望ましいとしています。
- なお、一部領域における履修率等が低下したとの指摘もあることから、到達目標が適切に達成されるよう注意を促していくことが必要であるとしています。

<必要な症例について>

【意見 31】：別紙 No. 54 等（類似意見：18 件）

「年間入院患者数3,000人以上」の要件については、根拠が無い事が明らかになっているため即時撤廃すべき。

【意見 32】：別紙 No. 4 等（類似意見：3 件）

「当該基準に満たない病院の新規指定の申請」について明記されていることは大きな前進だが、そもそも根拠の明確ではない 3,000 人を「あまりに下回らない」という要件はますます曖昧な基準となってしまう。明白なエビデンスのない基準をもとにさらに基準をつくるべきではなく、すべての研修希望者のいる病院に研修医を受け入れる機会を与えるべきである。

【意見 33】：別紙 No. 45 等（類似意見：8 件）

年間入院患者数 3000 名以下のみには訪問調査を行い、3000 以上の病院には訪問調査を行わないのは公平性を欠いている。良質な研修を求めて訪問調査を行うのであれば、入院患者数に関わらず実施すべき。

【意見 34】：別紙 No. 55 等（類似意見：4 件）

年間入院患者数 3000 人を基準としているが、評価の基準はあくまで必要な症例数が確保されているかで評価するべき。

【意見 35】：別紙 No. 33 等（類似意見：3 件）

毎回、訪問調査を特別に行うのは、当該臨床研修病院にとって、負担が重すぎると考える。各地方厚生局が定期的に訪問しており、それで充分ではないか。あるいは、卒後臨床研修評価機構の訪問調査で一定の評価を受けている臨床研修病院は、二重になる訪問調査は不要と考える。

（意見に対する考え方）

- 到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、基幹型臨床研修病院の指定基準の一つとして、症例数について何らかの基準は必要であると考えられるため、当面、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件は維持しつつ、当該基準に満たない病院についても、良質な研修が見込まれる場合には、訪問調査により評価することが適当であるとしています。
- なお、当該基準に満たない病院の新規指定の申請については、到達目標の大部分は研修が可能であり、年間入院患者数 3,000 人をあまりに下回らない等、良質な研修が見込める場合に、訪問調査により評価することが望ましいとしています。
- また、年間入院患者数が 3,000 人以上の病院であっても、研修の質の確保等の観点から、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標としての位置づけを強化すべきであるとしています。

<指導・管理体制について>

【意見 36】：別紙 No. 48

必修としている科ごとに指導医を配置することを必須とするなどについては、努力目標に留めるべき。

【意見 37】：別紙 No. 7

初期臨床研修 1 年目の研修を担当する病院に対して、「研修指導体制の中に救急科またはプライマリケアの専門医が配置されていること」を要件とすることを提案致します。

【意見 38】：別紙 No. 33

現行の指導医講習会の開催指針では、16 時間以上、原則 2 泊 3 日間で行うことになっているが、例えば、1 年間の中で、数回に分けて、各受講者が日常の指導実践を振り返りながら学習するようなくみがあっても良いのではないか。

(意見に対する考え方)

- どの研修先においても、適切な指導体制を有していることが求められるため、研修を行う各診療科等において指導医が配置されていることが望ましく、少なくとも必修科目の各診療科には、研修病院独自に必修としているものを含めて、指導医を必置とすべきであるとされています。
- 指導医講習会について、指導医の育成の強化に向け、プログラム立案や研修医の指導方法等の内容の充実が望ましいとされていますが、分割受講等については、今後の検討において参考とさせていただきます。

<第三者評価について>

【意見 39】：別紙 No. 75 等（類似意見：8 件）

研修病院の外部評価については、努力目標でなく、必修とすることが望ましい。

【意見 40】：別紙 No. 43 等（類似意見：2 件）

第三者評価について、国が責任を持って実施すべきと考えますが、評価制度が無い現状にあって、第三者機関の評価を国として認証する事が必要かと考えます。

【意見 41】：別紙 No. 37

第三者評価を受けることは重要であると考えますが、現在、全国の医学部では国際認証を受ける準備を行っています。学生教育から、研修医教育へとシームレスな教育を行えるよう、WFME（世界医学教育連盟）国際基準も考慮に入れた評価も検討いただきたい。

【意見 42】：別紙 No. 42

第三者評価を受審した基幹型に補助金を出すなどのインセンティブをつけることも受審を加速することと思いますので、ぜひご検討いただきたい。

(意見に対する考え方)

- 第三者評価については、研修病院の規模等にかかわらず、研修の透明性や質の向上の観点から、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標として位置づけを強化すべきであるとされています。
- さらに、評価基準の明確化、研修病院側の調査負担等についても配慮しつつ、将来的には研修病院に対して、臨床研修について一定の基準を有する第三者機関による第三者評価を義務付ける方向とすることが望ましいとされています。

<中断及び再開・修了について>

【意見 43】：別紙 No. 62

長期休養に際して、臨床研修病院に補助金を適切に配分するようお願いいたします。休養を要する研修医は、健康状態に配慮する必要があるとあり、指導医は時間を要して議論したり、研修医の到達度を確認して次のユニットにおける到達目標を修正するなど、研修上の業務が発生します。しかし休養して1か月を超えると一人分の補助金が払われません。1か月毎に補助金を配分されれば、休養や復帰が現在よりも円滑に進むと思われれます。

(意見に対する考え方)

- いただいたご意見については、今後の検討において参考とさせていただきます。

<研修医の処遇の確保について>

【意見 44】：別紙 No. 17 等 (類似意見：3件)

研修医の給与に関する見直しを行い、大きな格差や隔たりを是正する。

(意見に対する考え方)

- 研修医の処遇について、極端に高額又は少額の給与を支払っている病院に対しては、第三者評価等を通じ適切に対応されていくことや、高額な給与を支払っている病院に対しては補助金をさらに削減することが考えられるとしています。

<募集定員の設定について>

【意見 45】：別紙 No. 8

研修希望者と募集定員の乖離を次回見直しに向け徐々に解消していくとありますが、早急に乖離の解消を図るべき。

【意見 46】：別紙 No. 35

医師が不足する地域や診療科の医師確保につながるよう、研修希望者数と全体の募集定員数を概ね一致させるとともに、都市部の募集定員数の更なる削減を講じること。

【意見 47】：別紙 No. 21 等 (類似意見：3件)

研修病院の募集定員や都道府県の上限值を設定することにより、研修医の配置をはかることは、臨床研修制度の目的・趣旨にそぐわない。したがって、募集定員及び上限値の設定に反対である。

【意見 48】：別紙 No. 33

募集定員を無理に1.1倍に狭める必要はない。大学病院の定員をもう少し減らすと、地域の研修病院に行く研修医は増えると考えられる。実際に大学病院にマッチしても、ほぼ1年間はたすき掛けで臨床研修病院に出ている研修医が多数いる。現実的な大学病院の定員にすべき。

【意見 49】：別紙 No. 48 等 (類似意見：2件)

都道府県ごとの募集定員の設定については、研修先を選択する自由など、憲法的価値に抵触するおそれもあり、研修希望者に対する募集定員の割合を1.1倍にまで引き下げることについては反対。

<p>【意見 50】：別紙 No. 60</p> <p>募集定員を設定（都道府県及び各病院の上限を制限）することについては断じて承服できません。このことは、国として「医師増員」の方向に向かう中、募集定員を抑制基調に固定化するという、情勢に逆行する施策です。</p>
<p>【意見 51】：別紙 No. 48 等（類似意見：2 件）</p> <p>都道府県の募集定員の上限、各研修病院についての激変緩和措置の終了はすべきではない。</p>
<p>【意見 52】：別紙 No. 49</p> <p>各研修病院の募集定員設定方法の「受け入れ実績」について、国家試験に合格するかしないかなどは臨床研修病院では判断がむづかしく内定の人数の方がのぞましくないでしょうか。</p>
<p>【意見 53】：別紙 No. 50</p> <p>都道府県の募集定員の算定において、「地理的条件等を勘案した数」に「高齢者人口」及び「人口あたり医師数」を追加することとしているが、過疎市町村数や山村数、無医地区数も算定要素に加味していただきたい。</p>
<p>【意見 54】：別紙 No. 62</p> <p>募集定員の設定については、高齢化のスピードも勘案して設定するよう配慮をお願いします。</p>
<p>【意見 55】：別紙 No. 70</p> <p>教育、医療、研究を担う医育機関である大学病院が、臨床研修病院と同じ基準で、同列に取り扱われることを疑問に思います。特に募集定員については、各大学病院で定めるべきであり、許容範囲以下の上限を設けられたり、施設によっては 100 名を超える募集定員が設定可能な現状は異常であり、規程を見直すべき。</p>
<p>【意見 56】：別紙 No. 5</p> <p>大学病院の医師派遣のみならず、純粋に医師不足地域からの要請に協力して派遣している民間病院や市中病院にもこうしたメリットを活かすことができるように明文化すべき。</p>
<p>【意見 57】：別紙 No. 41</p> <p>「医師派遣等が行われている常勤の医師数が 20 人以上の場合を 1 とし、5 人増える毎に 1 を加え、65 人以上の場合を 10 とする」と定められていますが、この加算上限の引き上げを強く要望します。</p>
<p>【意見 58】：別紙 No. 46</p> <p>医師派遣加算の算定に当たっては、他府県への派遣実績に応じて都道府県別の募集定員に反映される仕組みにすべき。</p>
<p>【意見 59】：別紙 No. 50</p> <p>10 人以上医師派遣をした場合に 1 名追加とするなど、各医療機関からの医師派遣を促すインセンティブとするため、加算の条件となる医師派遣人数の条件（20 人以上）を緩和していただきたい。</p>
<p>【意見 60】：別紙 No. 48</p> <p>大学病院の医師派遣の実績をより考慮という、大学病院優先の定員配置については反対。</p>
<p>【意見 61】：別紙 No. 28</p> <p>直近の各病院の採用実績の合計が、機械的に積算された都道府県上限値を超える都道府県（おもに都市部）においては、地域の実情に応じた定員調整がしやすくなるどころか、単に病院の定員削減調整の役割のみが厚生労働省から移管されるものであるので再考をお願いしたい。</p>

【意見 62】：別紙 No. 29

増員の希望があった場合の、何か増員できる基準（例えば「過去3年間連続でマッチング率が100%の病院では希望により1名の増員を認める」といった内容）を設けてはどうかでしょうか。

（意見に対する考え方）

- 臨床研修制度は、医師の基本的診療能力の修得を目的とするものであるが、地域の医師確保は、近年の医療をめぐる重要な課題であり、引き続き、地域医療への配慮が必要であると考えられることを踏まえ、募集定員の設定方法について、必要な見直しを行うこととしています。
- そこで、研修希望者に対する全体の募集定員数について、研修医の地域的な適正配置を一層誘導する観点から、経過措置として設けていたいわゆる激変緩和措置は予定どおり廃止し、都市部への影響も考慮した上で、現在の約1.237倍から当初は約1.2倍として、次回見直しに向け徐々に約1.1倍としていくことを基本としています。ただし、アンマッチ等の状況を慎重に勘案しながら適宜修正していくこととしています。
- これらを踏まえ、基本的な設定方法は維持し、新たに高齢者人口や人口当たり医師数も勘案した都道府県ごとの募集定員の見直し案を示しました。さらに、都道府県が、地域枠や、医師派遣、産科・小児科等も踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の募集定員を調整できる枠を加えております。
- また、病院ごとの募集定員については、従来の設定方法を基本としつつ、大学病院等は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、医師派遣の実績をより考慮した定員設定方法とすることが求められるとしています。（医師派遣加算による加算人数を最大10人から13人まで引き上げることとしています。（平成25年10月24日医師臨床研修部会の事務局提出資料2-3））

【意見 63】：別紙 No. 46

臨床研修医の定員算定方法は、人口又は医学部入学定員数により全国一律の機械的な基準で定める仕組みとなっており、地域の歴史的経過や医師確保に係るこれまでの努力が考慮されておらず、抜本的な見直しが必要と考えます。今回の見直し（案）では、京都府は大幅な定員減（285名→244名）となり、これまで地域医療を支えてきた大学病院の医師派遣能力の更なる低下や医学研究環境の後退など、その影響は甚大なものとなります。このため、医師不足地域における地域医療体制を維持するためには、少なくとも採用実績に見合った定数は不可欠です。

【意見 64】：別紙 No. 56

地方の医師数確保と都市部の救急当番医と研修医の定員がリンクしており、急激な研修医定員の削減は都市部を含めた地域医療の崩壊のリスクがあることを認識し、検討すべき。

【意見 65】：別紙 No. 63

今回の見直しで京都府は平成25年度の採用実績数よりも更に減じられる唯一の都道府県であるが、その理由を明確にさせていただく必要があるのではないのでしょうか。

(意見に対する考え方)

- 研修医希望者に対する全体の募集定員数については、研修医の地域的な適正配置を一層誘導する観点から、人口や医師養成状況等を踏まえた基本的な設定方法は維持しつつ、必要な見直しを行うこととしています。ただし、新たな設定方法により算出された都道府県上限の値が、直近の採用実績数を下回るような都道府県については、当該都道府県における地域医療への急激な影響も鑑み、平成 27 年度に限り、直近（平成 25 年度）の採用実績数を上限値とすることとします。

【意見 66】：別紙 No. 26

全国の研修医の募集定員数を削減し過ぎると、アンマッチになることを初めから覚悟し人気の高い研修病院に応募して 2 次募集で研修先を探す、はじめからマッチング登録しないで、マッチング結果が判明した後の 2 次募集で研修先を探す学生が増えることを危惧します。

これは研修したくない病院を避ける姿勢に繋がり、マッチング制度の根幹は臨床研修を希望する学生全員が参加することですので、マッチング制度が主たる選考、2 次募集はあくまでも少数者の選考となるようにマッチング制度を運用する必要があります。

(意見に対する考え方)

- 研修希望者に対する全体の募集定員数については、希望者と定員との差をあまりに縮めてしまうと、研修病院間の競争が少なくなり研修の質の低下する、アンマッチの数が多くなる等の指摘があることから、現在の約 1.237 倍から当初は約 1.2 倍とし、次回見直しに向け徐々に約 1.1 倍とすることを基本としつつ、アンマッチ等の状況を慎重に勘案しながら適宜修正していくこととしています。
- また、ご意見については、マッチングシステムを運営している医師臨床研修マッチング協議会に伝えてまいります。

<地域枠への対応について>

【意見 67】：別紙 No. 5

地域枠について、県外流出を防ぐことが地域医療の充実化に繋がるとすれば、県外への応募は許されない。

【意見 68】：別紙 No. 50 等（類似意見：2 件）

地域医療に従事することを条件に医師修学資金を受けた医学生に関しては、募集定員の枠外で学生と県で自由に研修先医療機関を選択できるようにしていただきたい。

【意見 69】：別紙 No. 53 等（類似意見：2 件）

臨床研修の募集定員数に、地域枠学生数を別枠加算すること。

(意見に対する考え方)

- 地域医療の安定的確保の観点から、都道府県奨学金貸与等により地域医療への従事が要件となっている地域枠の学生についても一定の配慮が必要であるとしています。

- 今後、地域枠学生も含めた医学部の入学定員増により、研修希望者が増加していくことから、全体の募集定員の設定にあたり、全国の研修医総数や研修希望者数を推計することにより、適切に勘案しています。(平成 25 年 10 月 24 日医師臨床研修部会の事務局提出資料 2-1, 2-2, 2-3)
- また、地域枠とマッチングの関係については、基本的診療能力の修得という臨床研修の本来の理念の鑑みると地域枠か一般枠かに関わらず公平な競争をすべきこと、また、殆どの地域では、実際には各研修病院の定員に空席があり、地域枠の学生が当該地域の全病院でアンマッチになることは想定されにくいいため、地域枠学生がマッチングシステムに参加しても地域医療の従事との関係で基本的には問題はないものと考えられることなどから、原則、地域枠学生も一般枠の学生と同様、マッチングに参加し、公平な競争のもとで病院を選択することが望ましいとしています。ただし、その際、地域枠の学生は、それぞれの地域枠の勤務要件等に留意してマッチングに参加する必要があるとしています。
- その上で、各都道府県が、地域枠の状況なども踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を調整できる枠を設けることとしています。

【意見 70】：別紙 No. 53

他府県の大学で育成している地域枠学生について、従事を義務づけている府県での募集定員に反映すること。

(意見に対する考え方)

- 平成 22 年度より設定されている医学部入学定員増にあたって特定の地域等での勤務を条件とする枠に該当する学生のうち、他都道府県の大学で養成されている学生については、都道府県別募集定員上限の算定の際に何らかの考慮を行うこととした上で、具体的方法は、平成 26 年度に行うマッチングの結果等も踏まえ改めて検討することとします。

<研究医養成との関係について>

【意見 71】：別紙 No. 58 等 (類似意見：2 件)

臨床研修中でも基礎的かつ臨床的な研究のできる体制が整った臨床研修病院での臨床研修の実施を推進し、臨床研修医の研究マインドを涵養するという方向性を明示することを要望します。

(意見に対する考え方)

- 現在でも、
 - ・ 一部の大学で既に行われているように、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、自助努力により臨床研修と時間外等を利用した大学院における研究を並行して行うこと

- ・ 医学部を卒業後、まず大学院に進学し、大学院修了後に臨床研修を開始すること等も可能であるが、さらに、研修を一旦休み、一定期間は基礎研究を行い再び臨床研修を行う等、臨床研修と研究をより円滑な形で行き来できる仕組みを構築することが必要であり、そのことを周知することも望まれるとされています。