

参 考 資 料

- ・ 参考資料 1

直近 5 年間の臨床研修募集定員及び採用実績の推移

(P 1)

- ・ 参考資料 2

令和 9 年度から臨床研修を開始する研修医の募集定員上限について

(令和 7 年度第 3 回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会資料)

(P 2 ～ P 3)

- ・ 参考資料 3

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関支援事業実施要綱

(P 4 ～ P 5)

- ・ 参考資料 4

地方分権改革に関する提案募集制度における臨床研修に関する提案事項

地方分権改革に関する提案募集制度に係る今後のスケジュール

(P 6 ～ P 8)

- ・ 参考資料 5

第 10 回京都府地域医療支援センター運営会議議事概要

(P 9 ～ P 1 4)

◎直近５年間の臨床研修募集定員及び採用実績の推移

臨床研修病院	Ｒ４年度分			Ｒ５年度分			Ｒ６年度分			Ｒ７年度分			Ｒ８年度分		
	定員	採用実績	採用率	定員	採用実績	採用率	定員	採用実績	採用率	定員	採用実績	採用率	定員	採用実績	採用率
国立病院機構舞鶴医療センター	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	1	50%
京都中部総合医療センター	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%
医仁会武田総合病院	6	6	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%
国立病院機構京都医療センター	10	10	100%	10	10	100%	10	10	100%	10	10	100%	9	9	100%
京都市立病院	13	13	100%	13	13	100%	13	13	100%	12	12	100%	12	12	100%
京都第一赤十字病院	14	14	100%	14	14	100%	14	14	100%	13	13	100%	13	13	100%
京都第二赤十字病院	18	18	100%	17	17	100%	17	17	100%	17	17	100%	16	16	100%
京都鞍馬口医療センター	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	1	50%
洛和会音羽病院	9	9	100%	9	9	100%	8	8	100%	8	8	100%	8	8	100%
京都桂病院	5	5	100%	6	6	100%	6	6	100%	5	5	100%	5	5	100%
京都大学医学部附属病院	76	76	100%	75	75	100%	75	75	100%	73	69	95%	72	68	94%
京都府立医科大学附属病院	63	63	100%	63	63	100%	65	65	100%	63	63	100%	63	63	100%
京都民医連中央病院	4	4	100%	5	5	100%	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%
宇治徳洲会病院	8	8	100%	9	9	100%	9	9	100%	8	8	100%	8	8	100%
医療法人財団康生会武田病院	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
京都岡本記念病院	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%
京都済生会病院	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
洛和会丸太町病院	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
府立医大附属北部医療センター	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%
綾部市立病院	2	2	100%	2	1	50%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
福知山市民病院	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	5	4	80%
新京都市南病院	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
京都山城総合医療センター	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%	2	2	100%
合計	261	261	100%	261	260	100%	261	261	100%	253	249	98%	250	243	97%

令和9年度都道府県別募集定員上限の改正案

令和7年度第3回医道審議会医師分科会
医師臨床研修部会（令和7年12月5日開催）

1. 募集定員上限総数の調整

- 「加算」は、「募集定員上限総数」と「基本となる数」の差を埋める形で行うが、「募集定員上限総数」の減少や「地域枠学生数加算」の増加等の影響により、令和9年度については、加算を積み上げると「募集定員上限総数」からはみ出る形となる。
- このため、「募集定員上限総数」内に収まるよう、はみ出た部分を各都道府県の「基本となる数」で按分する形で調整する。

2. 追加配分

- 従来から、募集定員上限総数の前年からの減少率が全国平均を上回る都道府県に対しては、減少率が全国平均に達するまで、追加配分を行っている。
- 令和9年度については、追加配分前の「募集定員上限総数」が前年度の募集定員上限総数より0.1%減少とほぼ前年同となっている。
- 医師偏在是正の観点から考えと募集定員上限数を必要以上に増やすことは適切でない一方、各県の募集・採用への影響を是正する本制度の趣旨も踏まえ、令和9年度については各都道府県の前年度減少幅が▲1%より大きい場合は▲1%まで戻すこととする。

※ ▲1%に戻す理由
医師多数県等に適用される激変緩和措置も現行▲1%まで戻しており本措置とバランスをとるため同レベルの減少幅とする。

3. 地理的条件による加算のうち離島に関する加算

- 医師偏在是正については、地域の実情を詳細に分析・認識した上で進めるべきという要望を一部県から受けているところ。
- 地理的条件による加算のうち離島に関する加算については、従来離島人口に基づき配分してきたが、同じ人口であっても離島の数が多いほど医療アクセスの困難度も高まることも考えられる。離島加算の趣旨を踏まえ、より実態を踏まえた加算とするため、これまでの算定方法を基本としつつ、離島数の多さにも配慮した算定とする。

基本となる数 × (離島人口 × 3 / 当該都道府県の人口)	
現行	
平均離島数未滿の都道府県	基本となる数 × (離島人口 × 3 / 当該都道府県の人口)
改正案	基本となる数 × (離島人口 × 3.33(3 ¹ / ₃) / 当該都道府県の人口)
	基本となる数 × (離島人口 × 3.67(3 ² / ₃) / 当該都道府県の人口)
	基本となる数 × (離島人口 × 4.0 / 当該都道府県の人口)

※ 平均離島数 (有人離島総数 (303島) ÷ 有人離島を持つ都道府県数 (27都道県)) ÷ 11.2

令和9年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法（案）

■ 全国の募集定員上限（10,895人）

研修希望者数（推計）（10,376人）× 1.05 ※1

※1 令和9年度は1.05で据え置き

■ 各都道府県の募集定員上限

④ 人口

$$\frac{\text{全国の研修医総数 (9,338人)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}}{\text{① 基本となる数}}$$

⑤ 医学部入学定員

$$\frac{\text{全国の研修医総数 (9,338人)} \times \frac{\text{医学部の入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}}{\text{① 基本となる数}}$$

$$\frac{\text{全国の研修医総数 (9,338人)} \times \frac{\text{④と⑤の多い方*}}{\text{④と⑤の多い方*の全都道府県合計}}}{\text{① 基本となる数}}$$

* ⑥(入学定員)を用いる場合、④(人口)の1.2倍を限度

※2 研修医総数（推計）は、研修希望者数（推計）に、過去3年間の研修希望者数に対する採用人数の割合を乗じた数

＋ ② 地域枠による加算

$$\text{地域枠入学者数} \times 1.05 ※1$$

＋ ③ 地理的条件等による加算

- (1) 100km²当たり医師数※3
- (2) 離島の人口※4
- (3) 医師少数区域の人口※5
- (4) 都道府県間の医師偏在状況※6

①、②、③(1)(2)の合計が全国の募集定員上限(10,895人)を上回る場合、超過分を各都道府県の①「基本となる数」に応じて按分する形で調整を行う

- ※3 100km²当たりの医師数が、全国平均よりも少ない都道府県は①×0.07、30未満の都道府県は①×0.1を加算
- ※4 ①× 離島人口×（離島数に応じた係数）/当該都道府県の人口 を加算
- ※5 ③(2)までを配分した後の未配分の数×|当該都道府県の医師少数区域の人口/全国の総人口|を加算
- ※6 ③(3)までを配分した後の未配分の数、都道府県間の医師偏在状況（医師偏在指数）に応じて按分した数を加算

＋ ④ 激変緩和措置(直近の採用人数保障)

- ・ ①～③の合計（「仮上限」）が、直近（令和7年度）の採用人数よりも少ない都道府県は、令和7年度の採用人数と「令和8年度の募集定員上限×0.99」のうち少ない方の人数を当該都道府県の募集定員上限とする
各都道府県の（「仮上限」－令和7年度採用数）の合計 に応じて
- ・ 上記により追加する定員は、他の都道府県の「仮上限」から定員を削減して捻出
- ただし、「令和8年度の募集定員上限を全て病院に配分した都道府県」は、「仮上限」からの定員削減の対象外とする
また、「仮上限」からの定員削減は、「令和8年度に病院に配分された定員の合計」を下回らない範囲での削減とする

＋ ⑤ 募集定員上限が、一定割合以上減少する場合の追加配分 ※ 上記10,895人に別途加算するもの

- ・ ①～④の結果、令和8年度の募集定員上限からの減少率が1%を上回る都道府県（令和8年度の募集定員上限を全て病院に配分している都道府県に限る）に対して、令和8年度の募集定員上限からの減少率が1%となるまで追加配分を行う。

離島数に応じた係数

	係数
平均離島数未満の都道府県	3
平均離島数～+10の都道府県	3.33
平均離島数+11～+20の都道府県	3.67
平均離島数+21～の都道府県	4

※ 平均離島数（有人離島総数（303島）÷ 有人離島を持つ都道府県数（27都道府県））≒ 11.2

（注）令和7年度からは、各病院の募集定員を2人以上とするための加算は、当該都道府県の募集定員上限の範囲内で行うこととしている。

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師を派遣する
派遣元医療機関支援事業実施要綱

1. 目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域（以下単に「支援区域」という。）と設定した上で、特定機能病院からの医師派遣とは別に、地域の中核病院等からの医師派遣による支援区域の医師の確保を推進するため、支援区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2. 事業の実施主体

都道府県が定める支援区域において、支援区域内の医療機関（以下、「派遣先医療機関」という。）に医師を派遣する医療機関（以下、「派遣元医療機関」という。）であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会において、当該派遣について支援対象として合意を得た派遣元医療機関の開設者とする。

なお、都道府県域を超える医師派遣を行う場合は、派遣先医療機関が所在する都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会の合意を得ることを要する。

また、特定機能病院の開設者は事業の実施主体としない。

3. 事業内容

支援区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用の支援を行う。

- （１）派遣元医療機関において、令和７年度より医師派遣している人数が増えた分を補助対象とする。その際の増加の判断は、派遣先医療機関ごとに行うものとする。
- （２）同一開設者間での医師派遣は対象外とする。
- （３）宿日直を行うための医師派遣は対象外とする。
- （４）派遣の形態は、常勤・非常勤は問わないが、常勤として一定期間継続して派遣する場合及び兼業許可等により定期的に非常勤職員として派遣する場合を対象とする。
なお、非常勤の場合は、派遣人数を常勤換算して算出すること。
- （５）都道府県域を超える医師派遣を行う場合は、派遣先医療機関が所在する都道府県が派遣元医療機関の開設者へ支援を行うものとする。

4. 支援区域の設定

都道府県において、厚生労働省が提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り設定することとする。

支援区域は、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等で選定できることとする。

5. 先行的な医師偏在是正プランの策定

都道府県において、本事業を実施するため、支援区域及び支援対象医療機関等を定めた、先行的な医師偏在是正プランを策定する。

【厚生労働省が提示する候補区域】

候補区域は、以下のいずれかに該当する区域とする。

- ①医師少数県の医師少数区域
- ②医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏
(全国で下位 1 / 4)
- ③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏

なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

6. 留意事項

本事業の支援対象となる医療機関に対しては、医師派遣にかかる費用について、「地域医療介護総合確保基金の活用にあたっての留意事項」に基づき、当該基金による支援はできないことに留意すること。

令和8年 地方分権改革に関する提案募集 提案事項

厚生労働省（内閣府と関係府省庁との間で調整を行う提案）

管理番号	360	重点募集 テーマ	①「事務処理方法の見直し」の該当	×
提案区分	B 地方に対する規制緩和		②「デジタル化」の該当	×
提案分野	03_医療・福祉		③「地域におけるサービスの維持・向上等」の該当	○

提案事項（事項名）

臨床研修病院における研修医の定員設定基準の緩和

提案団体

京都府、滋賀県、京都市、兵庫県、和歌山県、鳥取県、関西広域連合

制度の所管・関係府省庁

厚生労働省

求める措置の具体的内容

厚生労働省医政局長通知により、臨床研修病院の指定基準として、「原則として、研修プログラムごとに2人以上の研修医を毎年継続して受け入れることができる体制であること」と規定されているが、令和2年から臨床研修病院の指定、定員設定権限等が都道府県知事に移譲されたことを踏まえ、都道府県の実情に応じて、「他病院から研修医を派遣（たすき掛け研修）できる場合には研修医1人での定員設定が可能」となるよう通知の見直しを求めるもの。

具体的な支障事例

【現状】

当県は医師少数区域となる2次医療圏が3か所あるが、県全体では医師多数県であることから、厚生労働省の決定により、研修医の募集定員は年々減少しているため、県内臨床研修病院への配分は引き下げざるを得ない状況にある。また、当県における大学医学部の定員についても年々削減されており、これらの制度により、今後、医師少数区域に派遣できる人材が不足する懸念が生じている。

【支障事例】

令和6年度までは、各臨床研修病院で定員が1人となる場合には、定員枠外の措置（最小定員保障）として1人加算（合計2名）が認められていたが、令和7年度以降については枠外措置がなくなり、県全体の定員内で各臨床研修病院への定員2人（以上）の配置が必要になったところ。これまで定員枠外の措置（最小定員保障）を受け、少人数で研修を実施してきた病院は、地域医療を支えるとともに、研修医に対して多様な診療経験やキャリア選択の機会を提供してきた重要な役割を担っている。

一方で、現行制度では、研修医の配置は2人以上とされており、実態として2人以上の募集を行ったとしても、応募がない場合は結果的に1人となる事例もある。形式的に2人以上という人数要件を厳格に設ける合理的な理由は乏しい。

当県においては、臨床研修の環境（診療科数・指導医数・症例数等）や医師少数区域への支援実績等を踏まえ、大規模病院に重点的に定員を配分しているが、平成26年以降30人以上（285人→248人）研修医の募集定員上限が引き下げられる中で、大規模病院への配分を引き下げながら県全体の調整を行ってきており、これ以上大規模病院での配分の引き下げは困難な状況。

そのため、研修医の定員を2人としている臨床研修病院について定員配分見直しを求める声もあることから、検討を進めているが、研修医の定員を2人以上とする現行の定員設定基準が支障となり、地域医療等を確保する点で深刻な影響をもたらすことになる。（なお、定員配分をしないことも選択肢となりうるが、その場合、地域医療の確保や研修医のキャリア選択の観点から懸念が生じることとなる。）

地域住民や事業者等の具体的な意見・要望、支障事例等

各臨床研修病院の定員設定を検討する県協議会において、病院から「たすき掛け研修を活用した上で1人配置を可能にすべき」との意見あり

制度改正による効果（提案の実現による住民の利便性の向上・行政の効率化等）

1人の定員設定（たすき掛け研修により実質2人）が可能となることにより、地域医療の確保や研修医のキャリア選択の充実に繋がる。

根拠法令等

平成 15 年6月 12 日付け医政発第 0612004 号「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」

追加共同提案団体及び当該団体等から示された支障事例（主なもの）

北海道、高知県、熊本市

○当県においても研修医の募集定員は年々減少傾向にあることに加え、大学医学部の臨時定員についても医師多数県は削減の方向で進められており、これらの制度により、今後、医師少数区域や医師少数スポットに派遣できる人材が不足する懸念が生じている。

各府省庁からの第1次回答

臨床研修病院ごとの募集定員の設定において、他病院から研修医を派遣（たすき掛け研修等）できる場合には、定員1名を可能とすることについては、たすき掛け研修の受入実績や、受入人数が決まるタイミング等についてヒアリングを行い、その結果等を踏まえて検討してまいりたい。

令和8年の地方からの提案募集に係るスケジュール（予定）

別紙2

2月2日（月） ○ 地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会 合同会議（令和8年提案募集の方針決定）

4月21日（火） ○ 提案受付終了

○ 追加共同提案の意向・支障事例、類似の支障を有する他制度等の照会（3週間程度）

6月3日（水） ○ 地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会 合同会議（重点事項の決定）

○ 関係府省庁への検討要請（有識者会議後～6月16日（火））

6月18日（木） ○ 提案団体・地方六団体への意見照会（～7月17日（金））

7月上旬（数日間） ○ 関係府省庁からの第1次ヒアリング

∞

8月3日（月） ○ 地方三団体からのヒアリング

8月5日（水） ○ 地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会 合同会議
（関係府省庁からの第1次回答・専門部会におけるヒアリング状況等の報告）

○ 関係府省庁への再検討要請（有識者会議後～8月下旬）

9月中下旬（数日間） ○ 関係府省庁からの第2次ヒアリング

10月～11月上旬 ○ 関係府省庁折衝

11月中下旬 ○ 地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会 合同会議（対応方針案の了承）

12月中下旬 ○ 地方分権改革推進本部・閣議（対応方針の決定）

第 10 回京都府地域医療支援センター運営会議 議事概要

1 日時・場所等

令和 8 年 2 月 24 日（火）10 時 00 分～11 時 40 分 京都ガーデンパレス「祇園」

2 出席者

別添出席者名簿のとおり

3 主な意見 ○…委員 ●…京都府

①協議事項 1

・意見なし

②協議事項 2

（1）評価指標の見直しについて

○新設指標の府内定着率について、臨床研修後に大学病院の専門研修プログラムに所属する場合と、大学病院以外の各病院のプログラムに所属する場合に分かれるが、どのように算出するのか。

●検討段階ではあるが、本府において各医師が所属する専門研修プログラムを把握することが可能であるが、具体的な配置病院は不明なため、各病院あて照会することを検討する。

○これまで、病院が努力をしても定員が減少する恐れがあったが、救急車の受入れ実績等を考慮していただくと、病院の実情に合った配分となるため賛成。

○NPO 法人卒後臨床研修評価機構（以下、JCEP）の認定についても必要な要素だと考えるため、本院も取得できるようにしたい。

○医師少数区域については、北部地域等と記載されているが、南部地域は対象とならないのか。

●現時点では、京都市内からのアクセスを踏まえ、北部地域を想定しているが、いただいたご意見は検討させていただく。

○臨床研修の質はどのように評価するのか。

●検討段階ではあるが、例としては、JCEP の認定を受けた病院の定員を増やすことや、入院患者の総数や救急車の対応経験数等で評価することを検討している。

○第三者機関である JCEP の認定を評価指標に加える点については、客観的な指標として良い。

- 医師偏在の是正に関しては、府北部のみでなく、南部の人口増加に係る医療需要についても考慮していただきたい。
- 府内定着率に関しては、専門研修プログラムの中で複数の病院で研修を行う場合があるため、京都府内の基幹施設の専門研修プログラムに所属しているかという考え方に統一いただきたい。
- 臨床研修医の定員が減少し、専門研修においてもシーリングがかけられている現状で、京都府内の若手医師が年々減少しているため、国への要望を継続的に行い、是正を図っていただきたい。
- 救急車の受入について、単純な受入件数では、人口の多寡の影響があるため、人口割等の補正が必要ではないか。
- 医師の働き方改革における特例水準の指定状況や勤務状況についても考慮いただきたい。
- 臨床研修の質を担保するためには指導医が必要だが、京都府内の指導医研修は他府県と比較して非常に少ないため、京都府地域医療支援センターとして、指導医研修会を増やすなど取り組んでいただきたい。
- 救急車の受入実績を算定するにあたり、対象人口を完全に算定することは非常に難しいため、明瞭な指標とさせていただく可能性もあるが、意見として承る。
- 今回提示いただいた評価指標の見直しには賛成する。
- 患者数や救急車の受入件数とあわせて、手術件数を指標に入れて良いのではないかと考える。
- 各指標の人口当たりでの算出が難しいのであれば、各病院の医療圏での貢献率も1つの指標になるのではないかと考える。
- 医師偏在については、臨床研修修了後、京都府内病院の専門研修プログラムに所属し数年後に府内に戻る場合もあるため、翌年のプログラムに所属する医師数だけでは、府内定着率の算定は難しいのではないか。
- 指導医の研修については、日本病院会等の各本部が実施しているため、受講は可能だと思う。
- 救急車の受入件数や入院患者数については、病院の規模にもよるので可能であれば研修医1人当たりの担当件数で評価すべきではないか。
- 基本的臨床能力評価試験という、研修医が年度当初と年度末に受験することで伸び率を評価できるという指標も今後取り入れて良いのではないか。

(2) 最小定員保障の縮小について

○民間病院の最小定員保障については何とか維持したいと考えている。

○たすき掛け研修で年間を通して2名を確保していただきたいが、途中で不在となる期間があるプログラムでは現場が非常に混乱するため、配慮いただきたい。

●今回示した考え方としては、臨床研修医の定員は0名となるが、大学病院等からたすき掛けで派遣する案であり、派遣期間については調整、検討していきたい。

○定員が1名ではなく0名となるのか。

●厚生労働省の考え方では、臨床研修医が1名というのは望ましくないため、1名でなく2名の定員としている状況であり、最小定員保障がなくなった場合、定員は0名とならざるを得ない。

○臨床研修医の定員1名は不可という点は、再度厚生労働省へ確認するのか。

●厚生労働省へは昨年度から繰り返し確認をしている。定員2名であっても結果的に1名しかマッチしなかったという例もあり、実態と乖離しているため、定員1名でも良いのではないかと要望しているが、厚生労働省の考え方に変更はない。

●研修医の定員数が削られている中で、京都府内の配分を考える際に、定員数の多い病院から減らすのか、現状定員が2名の病院を0名にするがたすき掛け研修で研修医を確保するのか、どちらが良いのかということで、後者が今回の事務局の提案である。

○定員数が0名となると、臨床研修指定病院でなくなる可能性があるため、定員数を1名とし、たすき掛け研修で1名派遣いただくことで常時2名を確保することは可能か。

●研修医の定員が0名となったとしても、必ずしも臨床研修指定病院でなくなるわけではない。

●厚生労働省は、1名募集することを認めていない状況であり、引き続き厚生労働省の考えを確認しながら、定員を1名残す余地があるかについては、国への要望も含めて検討したい。

○最小定員保障を見直し、たすき掛け研修で研修医の確保を保障するのであれば、1名のみの派遣ではなく、必ず2名の派遣を保障する制度とするべき。

○今回の指標案では、マッチング率が考慮されていなかったが、議論に当たっては今年度のマッチング率の実績を考慮しても良いのではないか。

●現時点では、医師国家試験の結果が出ていないため、今年度のマッチング率の確定内容はない。資料に記載されているとおり、次回の運営会議では、マッチング率の実績データを用い

た議論は可能。

- 中間公表段階でのマッチング率は 98%となっている。京都府地域医療支援センターとしては、2次募集等によりフルマッチとなるよう、引き続き依頼しているところ。

○定員の配分指標と同じく、事務局案のとおり救急車の受入件数や研修の質の面で判断いただきたい。

○定員配分指標案、最小定員保障の考え方については賛成である。

○たすき掛け研修のプログラムを有する病院の定員配分を増やした場合に、学生に府内の病院が選ばれなくなる可能性を考慮すべきであり、魅力的なプログラム作りという点が重要。

○最小定員保障の維持が難しく、集約化が必要という前提で議論が進んでいるが、地域偏在の是正は考慮しないのか。

- 地域偏在の是正については、定員の配分指標案で考慮している。

- 最小定員保障の見直しについては、医師多数区域の京都・乙訓医療圏の病院に限定している。

○前回会議で、滋賀県からのたすき掛け研修で京都府内の病院で研修されている医師がいるという実態を聞いたが、実態の把握はしているか。

- 現時点では、把握していない。他府県からもたすき掛け研修を受け入れている病院については、京都府内の定員の配分が必要ない可能性があるため、調査が必要。

- 大規模病院のプログラムで1年間は小規模病院で研修するというプログラムと、小規模病院のプログラムで1年間は大規模病院で研修するというプログラムで、どちらが人気か現状を教えてください。

○規模の大小ではなく、大学病院では専門性の高い研修を受けることができ、市中病院では初期的な診療能力を身に着けることができるという研修の組合せが、研修医にとっては魅力的であると思う。

○京都府立医大では、2年間大学で研修するAコースとたすき掛け研修のBコースがあるが、後者が最も人気が高くなっている。京都府内に限らず他府県を含め、様々な選択肢があるということで、競争率が非常に高い状況。

- 京都府全体の定員数が減っていく中、最小定員保障を維持し、募集定員数が多い病院から減らしていくのか、募集定員数の多い病院に集約し、たすき掛け研修で派遣することにより、医療提供体制を支援していくのか、本日いただいた意見を踏まえ、引き続き事務局でブラッ

シュアアップし、再度議論いただきたい。

(3) 令和10年度以降の広域連携型プログラムについて

○京都大学では府外連携分7名を担当しているが、非常に教育熱心で同プログラムでないと入れないような病院を派遣先としており、現時点ではフルマッチとなっている。

○連携先での研修が半年では、十分な経験を積めるほどの期間とは考えにくいため、1年間の研修をお願いしたいが、今以上に制度を拡大しようとする中、何らかの支援策がなければ、連携元と連携先双方の病院への負担が大きくなっていくことを懸念している。

○府内の連携枠は、充実した研修ができるということで学生からも人気が高いため、是非残していただきたい。

○府外の連携枠については、遠方への引越費用の負担先が課題となっている。

●研修期間については、6ヶ月以上と定まっており、派遣元派遣先双方の合意があれば、期間を延ばすことは可能。

●府内の医師少数区域への連携枠については、削減するという議論が厚生労働省の審議会でないため、継続すると考えている。

●引越費用については、当初の厚生労働省の制度説明会で、努力するという趣旨説明がなされていたが、新たな情報がわかれば共有させていただく。

○当院では全研修医が2ヶ月程度、地域医療研修として地域の病院で研修しているが、広域連携型プログラムの定員が配分されると、この地域医療研修期間が短くなってしまう可能性がある。

○医師少数区域の病院から派遣することはないようにしていただきたい。

○地域枠や各自治体の奨学生等といった勤務地に制限がある医師を他府県へ派遣する場合、条例等に抵触する恐れがあるが、どのような整理となっているのか。

○引越費用や下宿の違約金等の懸念事項は可能な限り取り除いた上で、きめ細かな制度設計にしなければ、混乱を招くのではないか。

●地域枠医師に関しては、臨床研修修了後から義務が発生する。臨床研修中は府立医科大学附属病院又は北部医療センターのプログラムに所属すれば良いということになっている。

○広域連携型プログラムは、しっかりとした医師を育てるという研修制度の意義に反していると思う。今後派遣人数等が拡大する場合には、考え直すよう府から厚生労働省に対して要望

していただきたい。

○定員の少ない病院から府外へ派遣することは厳しいのではないか。

○医学部の入学者数が年々減少している中、府内の地域医療を守るため、地域枠の定員数は維持している。その中で、地域枠医師が広域連携型プログラムで府外へ派遣されることは、大学の地域枠に対する方針と大きくズレが生じるため、地域枠医師は府内の医師少数区域に派遣できるよう配慮いただきたい。

●地域枠医師の研修期間中の派遣先については、府立医科大学の医師臨床研修センターの裁量によるところかと思うが、協力させていただく。

○府内連携と府外連携の条件を整理いただき、指標等があれば良いのではないかと考える。

○臨床研修全体の定員を算定する際に、広域連携型プログラムのアンマッチは対象外とするよう、厚生労働省へ要望いただきたい。

○広域連携型プログラムのアンマッチに関しては、臨床研修定員数の算定対象外という国の保証がなければ、今後拡大し市中病院にも配置するとなったときに、各病院の負担が非常に大きくなるため、厚生労働省へ改めて確認いただきたい。

○厚生労働省の説明では、初年度のアンマッチに関しては算定の対象外となっている。

○地域の優れた教育を行う病院は限られており、全員がそのような病院で勤務できるとは限らない。持続可能な制度としていくためには、派遣先の症例数等を評価するといった根本的な部分を見直していかなければいけない。