

医師臨床研修制度の見直しの方向性について（案）

<方向性>は、これまでの臨床研修部会における主なご意見（別添）を整理したものだ。

1. 基本理念と到達目標について

1) 基本理念

（現状）

「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」（平成 15 年 6 月 12 日厚生労働省医政局長通知（以下、「施行通知」という。））において、臨床研修については、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、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）を身に付けることのできるものでなければならないこと」とされている。

<論点>

・社会情勢や関係者の評価等を踏まえ、現在の臨床研修制度の基本理念について、どう考えるか。

<方向性>

医師が将来専門とする分野にかかわらず共通となる基本部分を身に付けるという意味で、「医師としての人格をかん養」「基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、変更する必要はないのではないか。

「プライマリ・ケア」の具体的な内容については、言葉自体は医療界に定着しているが、解釈が必ずしも統一されていないことから、補足を加えることとしてはどうか。

2) 到達目標とその評価

（現状）

施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（施行通知別添 1）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。

「臨床研修の到達目標」は、 行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度） 経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患 C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

< 論点 >

（到達目標の内容）

- ・基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
- ・コンピテンシー（ ）を踏まえた到達目標の在り方について、どう考えるか。
- ・「経験目標」における「経験すべき症状・病態・疾患」の種別について、どう考えるか。
- ・到達目標を急速な高齢化に対応して見直すことについて、どう考えるか。

（評価手法）

- ・到達目標の達成に係る評価の在り方について、どう考えるか。
- ・「行動目標」と「経験目標」については、評価方法に関する何らかの目安を設定することについて、どう考えるか。
- ・主として臨床研修病院におけるEPOC（オンライン卒後臨床研修評価システム）の今後の普及に向け、どのような取り組みが必要か。

「コンピテンシー」の定型的な日本語訳はないが、ここでは、例えば「知識、技術、態度などを統合した能力」であって、かつ、「行動として観察できる能力」を想定している。

< 方向性 >

到達目標は、基本理念や社会情勢等を踏まえつつ、項目数や内容等を見直す必要があるのではないかと。

評価手法については、現在は各病院で異なるため、EPOC の活用を含め、何らかの標準化が必要ではないかと。

到達目標やその評価手法については、今次見直し時にこだわらず、別途、検討の場を設けることとしてはどうか。

3) 臨床研修全体の研修期間

（現状）

現在、医師法において、臨床研修の研修期間は「2年以上」と規定されている。

-医師法 第16条の2 第1項-

診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

< 論点 >

- ・現在の臨床研修の研修期間（2年以上）について、どう考えるか。

< 方向性 >

臨床研修の基本理念等を踏まえれば、現行どおり2年以上で差し支えないと考えられるが、将来的には、卒前教育の充実等の状況を踏まえ、現在の期間を見直す方向で検討することも考えられるのではないか。

期間ありきではなく、到達目標を前提として、それらを適切に達成すれば修了するという考え方もあるのではないか。

臨床研修期間について様々な意見があるが、現行でも、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のではないか。

2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について

1) 研修プログラム

研修診療科

(現状)

平成22年度開始プログラムより、研修科目の構成要件が変更され、従来、内科、外科、救急部門(麻酔科を含む)、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7診療科が必修であったところ、内科、救急部門、地域医療の3診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び5つの選択必修科目のうち2つの診療科については、必ず臨床研修を行うこととなった。

< 論点 >

- ・ 現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。
- ・ 現行の弾力化プログラムについて、これを弾力化前に戻すべきとする見方がある一方で、これを継続すべきとする見方があることについて、どう考えるか。

< 方向性 >

研修プログラムについては、短期間で複数の診療科をローテートするより、専門とする志望科目を決めて早めに専門的な研修をはじめた方がいいのではないか。

基本的な診療能力の向上の観点からは、7科目必修に戻すべきではないか。

研修診療科については、必ずしも診療科目を前提に考えるのではなく、基本理念、到達目標を達成することを目的に、適切な臨床判断が可能となる症例を経験するという考え方が望ましいのではないか。

望ましい研修診療科については、弾力化に伴う研修医の基本的診療能力について、卒前教育等の状況も踏まえながら、次回以降の見直しに向け引き続きデータを蓄積し検証を進めてはどうか。

弾力化により必修から外れた診療科については、必修という形でなくとも、それらの研修を行うことが望ましいこととしてはどうか。

各研修診療科の研修期間

(現状)

平成 22 年度開始プログラムより、要件が弾力化され、内科を 6 月以上、救急部門を 3 月以上、地域医療を 1 月以上履修することが定められた。

< 論点 >

- ・必修診療科の研修期間(特に、在宅医療を含めた地域医療研修)について、どう考えるか。
- ・選択必修科目の研修期間について、どう考えるか。

< 方向性 >

基本診療能力や指導医との関係の構築等において、短期間で複数の診療科をローテートすることは望ましくないのではないかと考える。

2) 必要な症例

(現状)

臨床研修を行うために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として、平成 22 年度研修より年間入院患者数を 3,000 人以上とする基準が設けられた。

平成 22 年度の制度改正以前からの指定病院については、平成 23 年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000 人未満であっても指定が継続されていた。平成 24 年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数 3,000 人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると思われる場合には、指定が継続されることとなった。

各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間 5,000 件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数 100 人(外科にあっては研修医 1 人あたり 50 人以上)産婦人科を研修する病院の分娩数については年間 350 件又は研修医 1 人あたり 10 件以上が望ましいこととされている。

< 論点 >

(年間入院患者数)

- ・臨床研修の到達目標を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000 人以上」の基準を設けることについて、どう考えるか。
- ・一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという見方がある一方、中小病院のほう地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でているという見方があることを踏まえ、どう考えるか。

- ・訪問調査については、年間入院患者数が 3,000 人未満の病院だけではなく、3,000 人以上の病院に対しても実施することについて、どう考えるか。

(その他の症例数)

- ・現行の診療科ごとの必要症例数の取り扱いについて、どう考えるか。
- ・研修医 1 人当たり症例数を考慮することについて、どう考えるか。

<方向性>

3000 人基準については、その数的根拠は必ずしも明確ではないものの、症例数については、ある程度は必要であると考えられ、直ちに廃止することは適当ではないのではないかと。

入院患者数のみで評価するのではなく、訪問調査等により研修の内容や質を評価した上で、柔軟に対応する余地が必要ではないかと。

現在、研修医を受け入れている臨床研修病院への訪問調査の結果をみると、年間入院患者 3000 人未満の病院であっても適切な研修が行われている場合が多い。引き続き、「年間入院患者 3000 人以上」の基準自体は維持しつつも、当該基準に満たない病院は、訪問調査等を踏まえ柔軟に評価すべきではないかと。

3,000 人以上の病院についても、何らかの第三者による評価は必要ではないかと。

3) 指導・管理体制

(現状)

現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修管理委員会を設置していること、プログラム責任者を適切に配置していること、適切な指導体制を有していること(研修医 5 人に対して指導医が 1 人以上)が定められている。

原則として、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の診療科は、指導医の配置が求められている。

<論点>

- ・現行の指導・管理体制に係る指定基準について、どう考えるか。
- ・現行の診療科に加えて、必修(病院独自に必修としているものを含む。)又は選択必修になっている診療科についても、指導医を必置とすることについて、どう考えるか。

<方向性>

研修のプログラムの一層の充実に向け、例えば、プログラム責任者講習会の受講を促進するなど、プログラム責任者の育成を強化する必要があるのではないかと。

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、少なくとも必修(病院独自に必修としているものを含む。)科目の診療科には指導医が必要ではないかと。

4) 募集定員の設定

募集定員の設定方法

(現状)

現在、全国研修医総数を、「都道府県別の人口により按分した数」と「都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。

各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能となっている。

平成 25 年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の 90%を下回らないようにしている。

また、各病院の募集定員については、過去 3 年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣（指導医等の医師を派遣している場合に、その派遣実績を踏まえて定員を加算）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。

平成 25 年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。

募集定員が 20 人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

< 論点 >

(各都道府県の募集定員の上限)

- ・地域医療への影響も踏まえ、各都道府県の募集定員の上限設定について、例えば、新たに、人口当たりの医師数や高齢者割合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員の上限は前年度の受入実績の 90%を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。

(各研修病院の募集定員)

- ・臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算において派遣先が医師不足地域である場合や、医師不足地域の協力型臨床研修病院と連携している場合を加味することなどについて、どう考えるか。
- ・激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。
- ・小児科・産科特例プログラム加算について、どう考えるか。

< 方向性 >

(各都道府県の募集定員の上限)

激変緩和措置については、都道府県上限及び各病院のいずれも、予定どおり平成 26 年 3 月をもって廃止すべきではないか。

研修医の地域的な適正配置を一層誘導する観点から、研修希望者数に対する全体の募集定員数を、漸次減らしていく必要があるのではないか。

一方で、希望者と定員との差を縮めてしまうと、研修病院間の競争がなくなり研修の質の低下が危惧されること、さらにマッチングの結果アンマッチの数が増える恐れがあることなどから、慎重な検討が必要ではないか。

都道府県上限の設定の際、高齢者人口や、人口当たりの医師数などにも配慮する必要があるのではないか。

臨床研修導入後、データでみると研修医数は都市部で減少し、地方で増加する傾向がある中、都市部の定員を更に削減することについては、都市部から他県への医師派遣の役割なども踏まえ、慎重な対応が必要ではないか。

(各研修病院の募集定員)

都市部を中心に、大学病院は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、より一層、医師派遣の実績を考慮した定員の設定が求められるのではないか。

(小児科・産科特例プログラム)

小児科・産科特例プログラムは、小児科・産科医師確保に一定の効果があったものと考えられ、廃止は時期尚早ではないか。

小児科・産科特例プログラムは、小児科・産婦人科は選択必修科目である中で、今後必修診療科目をどうするかを含めて検討すべきではないか。

小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ者数が半分程度であり、研修修了後に小児科・産科を希望する者も7割程度であり、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性も含めて検討すべきではないか。

地域枠への対応

(現状)

地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠(いわゆる地域枠)が設けられている。平成25年度には、68大学において計1,422名分の地域枠が設定されている。

いわゆる「地域枠」には、以下()のように多様なバリエーションがあり、地域における重要な医師確保対策として、全体的に増加傾向にある。

(() 地域枠のバリエーション(例))

- ・入学時選抜枠との関係の有無
- ・奨学金の有無、奨学金貸与者の差異(都道府県・市町村・大学等)
- ・医学部定員増との関係の有無
- ・卒業後の勤務要件の有無、勤務要件の差異(対象病院の範囲、年数等)

地域枠には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を指定され

た特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。

現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。
(規定定員の内数として算入している)

他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映されている。

地域枠の学生も、地域枠以外の学生(一般枠の学生)と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定している。(現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。)

< 論点 >

(地域枠と都道府県の募集定員の上限)

- ・都道府県の募集定員には、地域枠の分も含まれていることについて、どう考えるか。
- ・他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映していることについて、どう考えるか。

(地域枠とマッチング)

- ・地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。
- ・地域枠をマッチングの別枠にすることについては、マッチングの公平性等の観点からは別枠にはせず弾力的な運用で対応すべきとする見方がある一方で、地域医療への従事を実現にする観点からは別枠にすべきとする見方があることについて、どう考えるか。

< 方向性 >

地域枠について、地域医療の安定的確保の観点から、臨床研修制度においても一定の配慮を行うことが望ましいのではないか。

(地域枠と都道府県の募集定員の上限)

地域枠や、医師派遣、産科・小児科等の状況なども踏まえつつ、都道府県が何らかの調整をできるような仕組みも必要ではないか。

(地域枠とマッチング)

地域枠とマッチングとの関係については、

- ・ 医師養成過程における基本的診療能力の向上という医師臨床研修の本来の理念に鑑みると地域枠か一般枠かに関わらず、公平な競争を重視すべきこと
- ・ 地域枠を設定している多くの都道府県ではフルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、都道府県内の他の病院へは行ける可能性が高いこと
- ・ 地域枠について、バリエーションごとに厳密に具体的な人数を把握することは難しいことが想定されること

等の理由から、基本的に、地域枠も一般枠と同様、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のではないか。

ただし、都道府県で何らかの調整ができるような仕組みが必要ではないか。

5) 研修医の処遇等の確保

(現状)

現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修医に対する適切な処遇を確保していることが定められている。

< 論点 >

(給与・手当)

・ 研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。

(労働環境)

・ 研修医の労働時間の状況(当直回数や当直明けの連続勤務等を含む。)について、どう考えるか。

< 方向性 >

制度導入後、研修医の処遇は向上し、研修を受ける環境が整いつつあるのではないか。

極端に高額又は少額の給与・手当としている病院に対しては、第三者評価等を通じ適切にフィードバックすることが望ましいのではないか。

6) その他

臨床研修病院群の形成

(現状)

現在、研修病院の指定基準として、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設(病院又は診療所に限る。)又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。

また、臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群の構成は、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望ましいこととされている。

< 論点 >

・ 臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。

・ 大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件とすることについて、どう考えるか。

・ 臨床研修病院群の形成における地理的範囲(二次医療圏、都道府県等)については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるようにすることについて、どう考えるか。

・ 臨床研修病院群の形成において一定の病院数を要件とすることについて、どう考えるか。

・ 医師不足地域の協力型臨床研修病院との連携を推進することについて、どう考えるか。

< 方向性 >

病院群の形成を推進するため、例えば、地理的範囲や病院数について、一定の基準を設けるべきではないか。

様々なバリエーションの症例の経験が可能となるような群の形成について、促す必要があるのではないか。

病院群の形成にあたっては、地域分布や病院の規模というよりも、本来、研修の質が確保できるよう十分なプログラムや指導体制が備わっていることが重要ではないか。

例えば第三者評価等で、病院群全体の研修内容を適切に評価する等の工夫が求められるのではないか。

第三者評価

(現状)

現在、研修病院の指定基準として、将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこととされている。

< 論点 >

- ・ 第三者による評価の在り方について、どう考えるか。
- ・ 第三者評価を無作為抽出での訪問調査により行うことについて、どう考えるか。

< 方向性 >

第三者評価については、研修病院の努力目標として位置づけを強化し、将来的には研修病院に第三者評価を義務付ける方向とすべきではないか。

都道府県の役割

(現状)

現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、地域医療の確保のための協議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。

地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。

都道府県、あるいは臨床研修病院、大学病院、特定非営利活動法人(NPO)等において、臨床研修に関して関係者が協議する場(地域協議会)を設け、臨床研修の質の向上、研修医の確保、研修医の募集定員の調整、指導医の確保・養成、臨床研修病院群の形成について協議、検討することが望ましいこととされている。

< 論点 >

- ・ 地域協議会の活用の在り方を見直す等、都道府県の役割や権限の明確化を図ることについて、どう考えるか。

< 方向性 >

現状では、都道府県によって研修に取り組む体制が大きく異なるため、主体的に調整を行っている先進的な都道府県を参考としつつ、都道府県における調整などの役割を一層明確に示すことにより、全体的な調整能力を強化する必要があるのではないかと。

制度運用上の問題

(現状)

現行では、研修医の受入実績が2年なかったことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっている。

また、指導医講習会については、翌年度の受講予定の段階で申請されている場合がある。

< 論点 >

(基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請)

- ・ 研修医の受入実績が2年間なかったことにより、取消になった病院の再申請の在り方について、どう考えるか。
- ・ 協力型臨床研修病院において、研修医の受入実績がない場合の指定の取り扱いについて、どう考えるか。

(指導医講習会)

- ・ 指導医講習会の受講と指定申請の時期との関係について、どう考えるか。

< 方向性 >

(基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請)

受入実績がないことによる指定の取消直後の再申請については、改めて協力型臨床研修病院として一定期間の実績を積んだ上で基幹型臨床研修病院へ再申請するという運用が適当ではないかと。

(指導医講習会)

指導医講習会の受講は研修の質を確保する上で重要な基準の1つであるため、指定申請に際しては講習会を受講済みであることが必要条件となるのではないかと。

3 . 中断及び再開、修了について

(現状)

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としている。

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としている。

< 論点 >

- ・ 研修の中断者のうち病気療養が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて、どう考えるか。
- ・ 研修医に対するメンタルヘルスの面からのケアの必要性について、どう考えるか。
- ・ 研修中の妊娠出産等への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。
- ・ 障害を有する研修医への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。

< 方向性 >

女性医師を中心とした出産育児の支援体制の整備をさらに進めるべきではないか。

事由によっては、中断を積極的に行う場合を想定し、一定期間後に再び研修に戻って来ることができるような制度設計も考える必要があるのではないか。

4 . その他

1) 地域医療の安定的確保

(現状)

地域医療の安定的確保に向け、平成 22 年度の臨床研修から、

- ・ 都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
 - ・ 地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
 - ・ 臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算する
- などの制度の見直しを図っている。

また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

< 論点 >

- ・地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取り組みについて、どう考えるか。

< 方向性（再掲） >

2) 研究医養成との関係

(現状)

近年、特に基礎系を中心に大学院に進む医学生の割合が減少しており、将来の基礎系の教員確保や医学研究の推進を懸念する声がある。

大学の医学部定員について、平成 22 年度から 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。

一部の大学では、臨床研修期間中に、大学院における研究も並行して行うなど、研究者の養成に取り組んでいる。

< 論点 >

- ・臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。
- ・臨床研修期間中は、基本理念や到達目標を踏まえ臨床研修に集中するべきであるとする見方がある一方で、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となる弾力的な対応が必要であるとする見方があることについて、どう考えるか。

< 方向性 >

研究医の養成は喫緊の課題であるが、他方、臨床研修は臨床医が備えるべき基本的診療能力の修得が目的であり、極めて優れた研究者をこの制度で養成するということは想定していないため、臨床研修における対応としては、慎重な検討が必要ではないか。

基礎医学系大学院入学者に占める医師の割合は、以前から低下傾向にあり、臨床研修必修化によって急激に下がったものではなく、臨床研修と研究医養成は分けて考えるべきではないか。

研究医養成のためには研究マインドを持ち続けることが重要であり、臨床研修中に研究マインドが薄れないよう、一定の自由度も必要ではないか。

臨床研修の到達目標が達成できるという前提で、研究志向のある者に対しては、臨床研修とは別に、時間外や土日等を利用した大学院における研究との両立を認めていくことが適当ではないか。

例えば中断を積極的に行い、一定期間は基礎研究を行い再び臨床研修に戻ってくるなど、臨床研修と研究をより円滑な形で行き来できる仕組みが必要ではないか。

研究医養成のためには、臨床研修自体というより、処遇の改善、キャリアパスの確立、臨床でキャリアを積む中で研究の希望を有した際の研究場所の確保など、臨床研修以外の環境整備が必要なのではないか。

3) 関連する医学教育等

(現状)

医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する指針(モデル・コア・カリキュラム)が定められ、平成 19 年度及び 22 年度の改訂を経て、全ての大学において利用されている。

平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験(CBT(知識)、OSCE(技能))が全面導入され、全大学において実施されている。

現状では、大部分の大学において、臨床実習は 5 年次から 6 年次の夏頃まで実施されているものの、実施期間には大きな幅があり、その内容も様々であるが、医学生が診療にチームの一員として参加していく実習を推進するなど、質・量ともに改善していく動きがある。

臨床研修修了後の医師の専門研修については、平成 25 年 4 月に、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」が専門研修の在り方や地域医療の安定的確保を含めて「報告書」をとりまとめたところ。

< 論点 >

- ・ 卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム等との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。
- ・ 専門医の在り方に関する検討の方向性を踏まえ、専門研修との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。

< 方向性 >

卒前教育において、参加型臨床実習(クリニカル・クラークシップ)が充実され、大学間の取組内容も標準化するなどの状況になれば、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のではないかと考えられる。

卒前教育が充実すれば臨床研修の質の向上につながるとは考えられるが、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、卒前に医学生を臨床研修医と同レベルに育成できるというものではないのではないかと考えられる。

臨床研修のみを切り出して議論することには限界があり、どのような医師を養成すべきかを踏まえた上で、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性について、関係する取組の状況を踏まえ、総合的に検討を続けていくべきではないかと考えられる。