

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書（案）

- 医師臨床研修制度の見直しについて -

平成 25 年 月 日

「報告書（素案）」（第8回検討会資料）からの主な変更点について下線を付している。

目次

はじめに	1
1．基本理念と到達目標について	
1) 基本理念	1
2) 到達目標とその評価	3
3) 臨床研修全体の研修期間	4
2．臨床研修病院の在り方について	
1) 基幹型臨床研修病院の在り方	4
2) 臨床研修病院群の在り方	5
3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）	6
4) 必要な症例	8
5) 指導・管理体制	9
6) 第三者評価	11
7) 中断及び再開、修了	11
8) 研修医の処遇の確保・ <u>キャリア形成支援</u>	12
9) 制度運用上の問題	13
3．地域医療の安定的確保について	
1) 臨床研修制度と地域医療との関係	14
2) 募集定員の設定	15
3) 地域枠への対応	17
4) 都道府県の役割	19
4．その他	
1) 研究医養成との関係	20
2) 医師養成全体との関係	21
おわりに	22
別添1：委員名簿	23
別添2：審議経過	24

はじめに

現在の医師臨床研修制度は、平成 12 年の医師法の一部改正により平成 16 年度から導入され、「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、基本的な診療能力を身に付つけることのできるものでなければならない（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で研修が開始された。

平成 21 年には、制度の必修化後の状況に関する関係者の意見を踏まえ、研修プログラムの弾力化、基幹型臨床研修病院（以下、「基幹型病院」という。）の指定基準の強化、研修医の募集定員の見直し等が行われ、平成 22 年度研修から適用されており、まもなく必修化後 10 年になろうとしている。

今回の制度の見直し（平成 27 年度研修から適用見込み）については、前回の制度見直しにおいて、その施行後 5 年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、臨床研修の実施状況や地域医療への影響等に関する実態を把握し、論点を整理することを目的として設置された「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」において論点整理（平成 25 年 2 月とりまとめ）を行った上で、その論点整理を踏まえ、平成 25 年 2 月より、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査等を参考に議論を重ね、今般、以下の報告書を取りまとめたところである。

1 . 基本理念と到達目標について

1) 基本理念

< 現状 >

医師臨床研修制度の基本理念については、「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」（平成 15 年 12 月 11 日）において、「臨床研修は、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、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とされている。

省令を受けて、「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」(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」とさらに詳しく定義されている。

<課題>

基本理念は、制度の根幹となるものであり、引き続き社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、適切なものである必要がある。

<見直しの方向>

社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、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、堅持するべきである。

なお、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るので、各研修病院において、既存の定義等を参考に解釈しつつ、研修を実施することが求められる。

(参考)

- ・ 「専門医の在り方に関する検討会」報告書(平成 25 年 4 月)における総合診療医について
総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
- ・ 「一般社団法人プライマリ・ケア連合学会」におけるプライマリ・ケアの定義(平成 25 年 10 月時点)
プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能であり、特徴として、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性の 5 つの理念がある。
- ・ 「米国医学会」におけるプライマリ・ケアの定義(1996 年(平成 8 年))
プライマリ・ケアとは、日常の健康問題の大半を責任を持って取り扱うことができるような幅広い臨床能力を有する医療者によって、地域の第一線で提供される、包括的なヘルスケア・サービスである。そのヘルスケア・サービスは、継続的で、地域や家族を視野に入れたものでなければならない。

2) 到達目標とその評価

<現状>

(到達目標)

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」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。

(評価方法)

大学病院及び臨床研修病院において、採用している研修医の評価方法は様々であり、「指導医による評価」「症例レポート」「コメディカルによる評価」の順に多く、「口頭試問」「実技試験（OSCE）」「患者による評価」等は少ない。

米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット（e-ポートフォリオ等）の活用が進んでいる。

<課題>

到達目標は、臨床研修制度必修化以降、基本的にその内容は変更されていないが、

- ・ 急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである
- ・ 症例レポートは入院患者について提出することとなっているが、化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべきである
- ・ 「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべきである
- ・ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である

等の指摘がある。

評価手法が各研修病院によって異なっていることにより、臨床研修修了者の到達度に差異が生じる可能性がある。

<見直しの方向>

到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、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。

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。

なお、到達目標や評価手法については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ、今次見直しではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直すこととする。

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。

<課題>

卒前教育と臨床研修制度の関係について、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ふ指摘がある一方、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こと等から慎重な検討が必要であるという指摘もある。

研修の修了については、必ずしも特定の研修期間にこだわる必要はなく、十分な評価体制のもと到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

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。

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。

2. 臨床研修病院の在り方について

1) 基幹型臨床研修病院の在り方

<現状>

現在、基幹型病院のみの基準としては、「基幹型病院において8月以上の研修の実施」「年間入院患者数3,000人以上」等の基準が設けられているが、その他の患者数等の基準については、基幹型臨床研修病院のほか協力型臨床研修病院(以下、「協力型病院」と

いう。)等を含めた臨床研修病院群における評価となっている。

<課題>

臨床研修病院群における望ましい基幹型病院の在り方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

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。

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。

また、特定の分野の専門的医療を専ら行う病院については、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。

2) 臨床研修病院群の在り方

<現状>

現在、研修病院の指定基準として、基幹型病院は、協力型病院、臨床研修協力施設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、地域において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。

病院において臨床研修病院群を構成する医療施設としては、自院の関連する大学の関連医療施設、設置母体が同一等のグループ医療施設、院内の医師の知り合いの医療施設、都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設、同一医療圏内等近隣の医療施設の順に多かった。

< 課題 >

病院群によっては、全国に協力型病院及び協力施設が広がっており、また、長期間、研修医の受け入れ実績が見られない協力型病院等も含まれている。

制度の基本理念やあるべき医師養成の姿を踏まえつつ、望ましい病院群のあり方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

臨床研修病院群においては、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について、病院群に属する各研修病院等において十分に共有し、地域で連携し医師を育成する視点が求められる。

また、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臨床研修病院群の構成が求められる。

あわせて、到達目標を適切に達成する観点から、基幹型病院を中心としつつ、協力型病院等が補完的に連携することが基本となるものと考えられる。

さらに、病院群全体で、研修の質が確保できるようなプログラムや指導体制が備わっていることが重要であり、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。

また、病院群は、地理的範囲の観点から現実的な内容とすべきであることから、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し、それらの地域を越える場合は、

- ・ へき地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること
- ・ 生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型病院及び協力施設との連携であること
- ・ その他、基幹型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場合であること

等の正当な理由がある場合に限り認めることが望ましい。

なお、病院数の観点からも、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。

また、研修管理委員会における自己評価や、第三者評価等により、臨床研修病院群としての状況が適切に評価されることが望ましい。

3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）

< 現状 >

平成 16 年度の臨床研修制度の必修化以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる等の指摘があったことから、平成 22 年度開始プログラムより、研修プログラムの弾力化され、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（6 月以上）、救急

部門（3 月以上）、地域医療（1 月以上）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。

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である。

EPOC データによると、平成 22 年度研修開始（研修プログラムの弾力化後）の研修医は、平成 20 年度研修開始（研修プログラムの弾力化前）の研修医と比べ、経験目標の履修率について、外科、精神科、麻酔科領域を含め多くの項目で維持・上昇傾向がみられた一方、小児科、産婦人科関連の一部項目で低下傾向がみられた。また、大学病院、病床数 601 床以上の病院で満足度が向上した。

平成 22 年度研修開始の研修医に対するアンケート調査によると、「継続プログラム」（7 科目必修）と「弾力プログラム」（7 科目必修以外）における研修状況を比較したところ、基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、98 項目中 12 項目で継続プログラムが有意に高かった。また、経験症例数は、85 項目中 11 項目で継続プログラムが有意に高かった。弾力プログラムでは、妊娠・分娩、小児科領域等において症例の経験率が低下した。

< 課題 >

研修診療科については、短期間で複数の診療科をローテートするのではなく早めに専門的な研修を開始すべきという指摘がある一方、基本的な診療能力の修得の観点からは 7 科目必修に戻すべきという指摘もある。

平成 22 年度の必修診療科の弾力化後、産科、小児科領域等の一部における履修率や自己評価が低下したとのデータがある。

また、必ずしも診療科目を前提に考えるのではなく、到達目標を達成することを目的に、基本的な診療能力の修得が可能となる症例等を経験し、それらが適切に評価されることが望ましいとの指摘もある。

各診療科の研修期間については、必ずしも特定の期間にこだわる必要はなく、到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

< 見直しの方向 >

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な診療能力について、卒前教育、新たな専門医の仕組み等の動向も踏まえながら、次回以降の見直しに向け、領域毎の履修率を含め引き続きデータを蓄積し検証を進めつつ、さらに、研修診療科は到達目標と連動することから、到達目標と一体的に見直すことが望ましい。

ただし、一部領域等における履修率等が低下したとの指摘を踏まえ、到達目標が適切に達成されるよう注意を促すべきである。

各診療科の研修期間についても、到達目標の達成が可能となるような期間の設定が必要であることから、到達目標と一体的に見直すことが望ましい。

4) 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。

(年間入院患者数)

基幹型病院の年間入院患者数別にみると、入院患者 3,000 人未満は、平成 25 年度開始プログラムにおいて、1,019 施設のうち 40 施設（3.9%）であり、募集定員は 104 人（1.0%）であった。

基幹型研修病院の種別に平成 22 年度開始プログラムの研修医の状況を分析したところ、休暇・休養、手技経験の多様さについての満足度は、臨床研修病院、病床数 600 床以下で有意に高かった。一方、必修症候・疾患の経験率は、病床数・入院患者数の多い病院や大学病院で有意に高かった。

小規模研修病院（平成 21、22 年度の 2 年間に研修医の受け入れ実績があり、新規入院患者が年間 3,000 人未満の 6 病院）の訪問調査によると、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できていると評価された。

<課題>

到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、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が、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいい難いとの指摘がある。

現在、研修医を受け入れている臨床研修病院に対する訪問調査の結果をみると、年間入院患者数 3,000 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あること等から、入院患者数のみで評価するのではなく、訪問調査による評価等も必要であるとの指摘もある。

年間入院患者数が3,000人以上の病院であっても、研修の質の確保の観点から、指導・管理体制等については、適切に評価されるべきであるとの指摘がある。

<見直しの方向>

到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、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が、症例数を確保するという観点から、「年間入院患者数3,000人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいえないため、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、良質な研修が見込める場合には、訪問調査により評価する等の対応が考えられる。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。

また、年間入院患者数が3,000人以上の病院であっても、研修の質の確保の観点から、研修内容は適切に評価されるべきであり、何らかの第三者評価は必要であると考えられることから、病院の規模等にかかわらず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。

各診療科別患者数や研修医1人あたり症例数を中心に、必要な症例のあり方については、「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」という基本理念を踏まえつつ、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

5) 指導・管理体制

<現状>

現在、基幹型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。

（指導医）

指導医は、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有する必要がある、7年以上の臨床経験を有すること、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（以下、「指導医講習会」という。）を受講すること等が要件になっている。

指導医講習会は、現在までに延べ1,645回開催され、講習会修了者数は延べ54,342人となっている。

臨床研修指導医講習会については、「指導の参考になる」が49.6%、「ならない」が19.7%であった。参考になるテーマとしては、「研修医指導方法の実際」「指導医のあり方」「研修プログラム立案」が多かった。

指導医講習会の修了者に対するアンケート調査（平成 24 年度）によると、「指導医の在り方」「研修プログラムの立案」「研修医、指導医及び研修プログラムの評価」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」等が役に立つと回答した者が多かった。

原則として、病院群において、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。

（プログラム責任者）

プログラム責任者は、指導医及び研修医に対する指導を行うために、必要な経験及び能力を有している必要があり、研修プログラム毎に 1 人配置されることとなっている。

プログラム責任者の要件としては、指導医と同じく、7 年以上の臨床経験を有すること、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講すること等となっている。

現在、財団法人医療研修推進財団においてプログラム責任者講習会が開催され、各研修病院のプログラム責任者において任意の受講となっており、現在までに延べ 54 回開催され、講習会修了者は延べ 2,667 人となっている。

<課題>

指導医の適切な育成の観点から、指導医講習会の中には、その内容が必ずしも十分ではないものがある等の指摘がある。

各プログラムにおける必修科目の診療科等には、指導医が必要であるとの指摘がある。

プログラム責任者については、指導医であることが前提となっているが、プログラム責任者講習会の受講の促進を含め、その役割を強化すべきとの指摘がある。

<見直しの方向>

指導医の育成の強化に向け、指導医講習会について、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。

また、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、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。

プログラム責任者については、各臨床研修病院における研修体制の中核となっており、研修プログラムの企画立案や実施、都道府県や大学等との連携に基づく研修医のキャリア形成支援、研修の休止や中断等への対応、困難を抱える研修医への対応等の充実に向け、プログラム責任者の役割を強化しつつ、プログラム責任者講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等、プログラム責任者の育成を強化すべきである。

6) 第三者評価

<現状>

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旨とする旨とされている。

現在、NPO 法人卒後臨床研修評価機構をはじめとする第三者機関が、一定の基準のもと訪問調査等を通し、研修病院の評価を行っている。

<課題>

研修病院における第三者による評価について、必ずしも十分に進んでいないとの指摘がある。

<見直しの方向>

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。

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。

7) 中断及び再開、修了

<現状>

(中断及び再開)

臨床研修の中断とは、当該臨床研修病院の指定の取消し等により臨床研修の実施が不可能である、研修医が臨床医としての適性を欠く、妊娠・出産・育児・傷病等の理由により長期にわたり休止し、臨床研修を再開するときに同様の研修プログラムに復帰することが不可能である等のやむを得ない事情により、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。

中断について、平成 18～21 年度の平均では、研修医の 1.3%が研修の中断を経験しており、中断の 48%が病気療養を理由とするものとなっている。また、中断した研修は、62%の割合で再開しており、理由別で見ると病気療養を理由に中断した研修が再開する割合が低い。

(未修了)

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。

未修了について、平成 18～21 年度の平均では、研修医の 1.0%が研修期間終了の際、未修了と評価されており、その理由は、研修の実施期間が休止期間（90 日）の上限を超えたことによるものが 83%を占めている。

< 課題 >

出産育児、研究、留学等のキャリアパスが多様化している中、現在の中断等の仕組みは、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等、柔軟性に欠けるとの指摘がある。

メンタルヘルス上の事情を有する研修医に対しても、研修の継続や再開に際して十分な配慮が求められる。

< 見直しの方向 >

現在の中断のほか、出産育児、研究、留学等の多様なキャリアパスへの対応がしやすくなるよう、必要に応じ、研修を一旦休み、一定期間後に再び同一の病院において研修の再開を可能とする柔軟な制度設計も新たに必要である。

なお、上記の仕組みは、メンタルヘルス上の事情を含めた傷病等についても、必要に応じて活用できることとすることが望ましい。

8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

< 現状 >

現在、基幹型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。

臨床研修医の推計年収（研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与（賞与含む））については、平均が 450 万円前後であり、基幹型病院毎の分布をみると概ね 320～720 万円の範囲内にある。

研修医に対して年間 720 万円以上を支払っている病院に対しては、補助金を一定割合削減している。

近年、医学部入学者に占める女性の割合は約 3 分の 1 となっているなど、若年層における女性医師が増加しており、特に皮膚科、眼科、小児科、産婦人科等の診療科については、女性医師の占める割合が多くなっている。

研修医へのアンケート調査によると、子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外の勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

< 課題 >

制度の必修化後、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が、極端に高額又は少額の給与を支払っている一部病院もある。

社会情勢や女性医師の増加等を踏まえ、臨床研修においても、出産や育児といったライフステージに応じた研修の実施や、キャリア形成の支援がさらに求められる。

< 見直しの方向 >

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。

社会情勢や女性医師の増加等を踏まえ、男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有することが重要であり、各研修病院において、研修医が自らのキャリアパスを主体的に考えるような機会を促す必要があるとともに、出産育児等の支援体制の強化に向け、配偶者を含めた休暇取得等に対する職場の理解の向上が必要である。

また、卒前、臨床研修、専門研修を通じた研修医のキャリア形成支援に向け、研修病院、都道府県、大学（当該都道府県に属する大学及び研修医の出身大学等）、医師会、住民代表等の更なる連携が求められる。

9) 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。

指導医講習会の受講は、指定基準上、指導医に関して必須の条件となっているが、受講予定の段階で申請されている場合がある。

< 課題 >

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ことは、指定の取り消しの意味を減衰し、問題であるとの指摘がある。

指導医講習会の受講は、受講予定の段階ではなく、受講後の段階で申請されるべきであるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

(基幹型病院の指定に係る再申請)

研修医の受入実績が2年間ないことにより指定を取り消された病院について、基幹型病院への再申請は、改めて協力型病院として一定期間の実績を積んだ上で再申請するという運用が必要である。

(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前提となるべきである。

3. 地域医療の安定的確保について

1) 臨床研修制度と地域医療との関係

<現状>

(臨床研修制度必修化後の若手医師の分布)

臨床研修制度が必修化された平成16年以降の若手医師の分布については、関係のデータ等から以下の傾向が見受けられる。

[都道府県別]

臨床研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、都市部の6都府県(東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡)では減少傾向にあり(平成15年51.3%、平成25年45.5%)、その他の道県では増加傾向にある(平成15年48.7%、平成25年54.5%)。

各都道府県の卒業医学部の人数を100(%)とし、その医学部入学前から臨床研修中(卒後1、2年目)、臨床研修修了後(3年目)の分布をみると、多くの都道府県で、

- ・ 当該都道府県出身者数に比べ、卒後1~3年目で当該都道府県の医師数が増加する(卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している)
- ・ 卒後3年目で、当該都道府県出身の医師数が減少する一方、東京都に移動する医師数が増加する

傾向がある。

[市区町村別]

制度の必修化後、都市部(県庁所在地等の一部市町村)で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。

また、医師3年目において、制度の必修化前は、都市部から周辺地域に医師が移動するのに対し、制度の必修化後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向が見られる。

[勤務先別(医育機関、病院)]

臨床研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、大学病院では減少しているが(平成15年72.5%、平成25年42.9%)、3年目に医育機関に勤務している者が増加傾向にある。

(臨床研修制度における地域医療への対応)

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等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、医籍登録後7年から15年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
- 等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、協力型病院と連携し、臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしており、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。

< 課題 >

医師臨床研修制度は、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、前回の見直しにおいても募集定員の上限設定等の対応を行い、研修医数は都市部で減少し地方で増加する傾向等がみられているが、さらなる地域医療への配慮が必要であるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

臨床研修制度においては、地域の医師確保の状況等を踏まえつつ、制度の必修化以降、地域医療研修の必修化、募集定員の設定等を行ってきたところであるが、引き続き、データ等を踏まえつつ、病院群の形成や定員設定等において、地域医療への影響に留意することが必要である。

2) 募集定員の設定

< 現状 >

(各都道府県の募集定員の上限)

都道府県別募集定員の上限の設定方法については、全国の研修医総数を「 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」を加えることとしている。

また、都道府県は、各研修病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して、都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、病院の同意に基づき、各研修病院の募集定員を調整することが可能となっている。

現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県の募集定員の上限が、各研修病院の募集定員の積み上げより大きいいため、その差分は県が調整可能である。

ただし、平成26年3月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。

(各研修病院の募集定員)

各研修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を基本としつつ、医師派遣()等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行うことにより設定している。

()医籍登録後7年から15年の医師を派遣している場合等に、その実績を踏まえて募集定員を加算

ただし、平成26年3月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。

(小児科・産科特例プログラム)

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。

<課題>

研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合について、平成25年度募集定員では約1.237倍であり、また、都市部に研修医が集まりやすい状況があるとの指摘がある一方で、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が危惧される、さらにマッチングの結果アンマッチの数が多くなる恐れがある等の指摘がある。

都道府県の募集定員の上限については、新たに、高齢者人口や人口当たり医師数等も考慮する必要があるとの指摘がある。

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があるとの指摘がある一方、小児科・産科医師確保に一定の効果があったとの指摘もある。

<見直しの方向>

(研修希望者に対する全体の募集定員数)

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、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が考えられる。

(各都道府県の募集定員の上限・各研修病院の募集定員)

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

ただし、臨床研修必修化後、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等も踏まえ、慎重な対応が必要である。

これらを踏まえ、都道府県の募集定員の上限についての基本的な設定方法は維持し、全国の研修医総数を「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」の多い方の数値の割合で按分し、「地理的条件等を勘案した数」を加えたものを基礎数とすることが考えられる。なお、「地理的条件等を勘案した数」については、新たに高齢者人口や人口当たり医師数も勘案して設定することが考えられる。

さらに、各都道府県の基礎数の合計と研修希望者の約 1.2 倍(当初)との差について、直近の各都道府県の採用実績を考慮して算出した数を、各基礎数に、都道府県が調整できる枠として追加することが考えられる。(新しい都道府県の募集定員の上限は、基礎数に、都道府県が調整できる枠を加えたものとする。)

これにより、都道府県が、地域枠や、医師派遣、産科・小児科等の状況等も踏まえつつ、地域協議会等を活用しながら、都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を適切に調整していくことが期待される。

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、医師派遣の実績をより考慮した定員の設定が求められる。

(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、定員に対してマッチ者数が半分程度等の状況はあるものの、小児科・産科医師確保に一定の効果は期待され、廃止は時期尚早であると考えられる。

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、今後到達目標の見直しとあわせ、必修診療科目をどうするかを含めて検討すべきである。

3) 地域枠への対応

<現状>

いわゆる「地域枠」(以下、地域枠という。)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、臨床研修期間の勤務要件の有無等)

68 大学において計 1,425 名分(平成 25 年度)の、地域を指定した入学者選抜等を導入している。(地元出身者のための枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事

する意志を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。）

医学部定員増との関係については、平成 22 年度より、定員増にあたって特定の地域や診療科での勤務を条件とする枠を設けている。

（参考）平成 22 年度 313 名、平成 23 年度 372 名、平成 24 年度 437 名、平成 25 年度 476 名

地域枠の卒業後の勤務要件として、臨床研修中に、都道府県等から指定された特定の医療機関において勤務するもの、一定の地域内の医療機関の中から選択して勤務するもの等、様々な形態がある。

現在、募集定員の設定においては、地域枠の学生に対する特別な配慮は行っていない。

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。）

< 課題 >

地域枠の学生が今後増加する中、募集定員やマッチングにおいて、地域枠の学生について配慮し対応すべきであるとの指摘がある一方で、制度の基本理念を踏まえると過度の差別化は望ましくないとの指摘もある。

地域枠の多様性等の地域の実情を踏まえ、都道府県が調整できる仕組みも必要であるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

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。そのために、都道府県の調整をしやすいとする等の対応が必要である。

（地域枠と各研修病院の募集定員）

地域枠の状況等も踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を調整しやすいとする等、都道府県が一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組みも必要である。

（地域枠の学生とマッチング）

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修得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
- ・ 地域枠の学生の研修病院について、地方を中心に多くの地域では、実際には各研修病院の定員に空席があることから、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、地域枠の学生もマッチングシステムに参加し研修先を決定することについて、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
- ・ 地域枠は多岐に渡る種類が存在することから、画一的に地域枠の範囲を指定し具

体の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、原則、地域枠の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。

4) 都道府県の役割

<現状>

現在、基幹型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研修病院の募集定員について、各研修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。

現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県上限が、各研修病院の募集定員の積み上げより大きく、その差分は県が調整可能である。

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。

<課題>

地域の実情を踏まえた地域医療の安定的確保に向け、募集定員の調整等において都道府県の調整能力を強化すべきであるとの指摘がある。

<見直しの方向>

地域枠、医師派遣、産科・小児科等の状況を踏まえ、都道府県が都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を調整しやすくする等、臨床研修制度における都道府県の調整能力を強化する必要がある。

研修の質や、卒前、臨床研修、専門研修を通じたキャリア形成支援、地域医療の確保等の一層の充実に向け、都道府県と、臨床研修病院、大学(当該都道府県に所在する大学及び研修医の出身大学等)、医師会、住民代表等の関係者の更なる連携が望まれる。

4. その他

1) 研究医養成との関係

<現状>

この数十年にわたり基礎系の大学院博士課程入学者に占める医師免許取得者の割合が低下していること、専門医取得に比べ博士号取得の志向は低調であること等から、研究に従事する医師（以下、「研究医」という。）の減少による基礎系の教員確保や医学研究の質の低下について危惧する声がある。

研究医を目指す学生が、学部から大学院へ途切れなく進むことができるよう、各大学において、奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究医の養成に取り組んでいる。

また、大学の医学部定員についても、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。

臨床研修との関係については、現在でも、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、各大学において、研究医の養成を促進するための様々な取組が行われており、例えば、研究志向のある研修医に対して、自助努力により臨床研修とともに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特別なコースの設置等に取り組んでいる大学もある。

また、研究医にかかる多様なキャリアパスを促進する観点から、現在は臨床研修修了後に大学院へ進学することが一般的であるが、医師免許取得後、まず大学院へ進学し医学博士を取得後に臨床研修を開始するというキャリアパスも可能であり、臨床研修制度の Q&A にも掲載されているところである。

<課題>

研究医の養成は喫緊の課題であり、臨床研修中に研究志向が薄れないよう、希望に応じて早期に研究に従事できるような柔軟な対応が必要であるとの指摘がある一方、

- ・ 臨床研修の目的は基本的診療能力の修得である
- ・ 基礎系の研究医数の推移を踏まえると臨床研修必修化によって急激に減少したとは必ずしもいえない
- ・ 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等、臨床研修以外の環境整備が必要である

等の指摘がある。

<見直しの方向>

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。

なお、研究医の養成に向けては、臨床研修制度における対応以外にも、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等の一層の環境整備も望まれる。

2) 医師養成全体との関係

<現状>

(卒前教育)

卒前教育に関しては、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。大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題である。

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、その実施期間は大学により幅があり、学生が診療に参加する診療参加型臨床実習(クリニカル・クラークシップ) 学外の病院での実習等、臨床実習の内容の充実についても課題であるが、量・質ともに改善していく動きがある。

全ての大学で診療参加型臨床実習が行われているが、国際的な質保証の動きも踏まえつつ、質的により充実した実習を実施していくことが課題となっている。

各大学で、地域医療に関する講座等を活用し、地域医療に関する教育が行われている。

卒業前 OSCE を実施する大学も増加する傾向であり、現在、半数以上の大学が卒業前に実施しており、全体の 4 分の 1 程度が卒業認定に用いている。

(医師国家試験)

医師国家試験については、医師国家試験改善検討部会報告書(平成 23 年 6 月)を踏まえ、卒前教育・臨床研修を含めた一連の医師養成課程に配慮しつつ、出題の検討が行われているところである。

(新たな専門医に関する仕組み)

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」が報告書を取りまとめたところであり、専門医の質を高め、

良質な医療が提供されることを目的に、新たな専門医の仕組みが構築され、学会から独立した中立的な第三者機関により専門医の認定・更新や養成プログラムの評価・認定を統一的に行い、平成 29 年度を目途に、新たな養成プログラムに基づき専門医の養成が開始される予定である。

< 課題 >

臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新たな専門医の仕組みの動向を踏まえ、検討していく必要がある。

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ふ指摘がある一方、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ふ指摘もある。

< 見直しの方向 >

臨床研修制度のあり方については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育における診療参加型臨床実習(クリニカル・クラークシップ)の充実や大学間の取組内容の標準化等の状況や、新たな専門医の仕組みの検討状況を踏まえつつ、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。

特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修の見直しについては、今後も卒前教育の動向等を注視し、十分な検討が望まれる。

また、国家試験についても、上記の動向を踏まえつつ、今後の検討がなされることが望まれる。

おわりに

今後、本報告書をもとに、制度の一層の向上が図られることを期待したい。

あわせて、引き続き、臨床研修制度の在り方については、基本理念に照らし、関係の状況を十分に踏まえつつ、必要な検討を行っていく必要がある、今回の制度見直しの施行後 5 年以内に所要の見直しを行うことが求められる。

検討に際しては、どのような医師を育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の観点を十分に考慮すべきである。

なお、次回の制度見直しに向けての検討事項とした到達目標及び評価の在り方等については、本報告書をもとに速やかな検討が望まれる。

(別添1)

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿

氏名	所属・役職
おがわ 小川	あきら 彰 岩手医科大学理事長・学長
おしづち 押淵	とおる 徹 国民健康保険平戸市民病院長
かんの 神野	まさひろ 正博 社会医療法人財団董仙会理事長
きりの 桐野	たかあき 高明 独立行政法人国立病院機構理事長
こうの 河野	よういち 陽一 独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院長
こもり 小森	たかし 貴 日本医師会常任理事
しみず 清水	たかこ 貴子 社会福祉法人聖隷浜松病院副院長
なかしま 中島	とよじ 豊爾 岡山県精神科医療センター理事長
やました 山下	ひでとし 英俊 山形大学医学部長
よしおか 吉岡	あきら 章 奈良県立医科大学長

印は部会長

(五十音順)

医師臨床研修部会 審議経過

平成 25 年 2 月 21 日

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ「論点整理」について
・(参考人)ワーキンググループ座長 堀田 知光 氏

平成 25 年 3 月 22 日

関係団体等からのヒアリング
・日本外科学会 理事長 國土 典宏 氏
・日本麻酔科学会 理事長 森田 潔 氏
副理事長 澄川 耕二 氏
・全国医学部長病院長会議 相談役 嘉山 孝正 氏
基本理念と到達目標等について

平成 25 年 4 月 25 日

関係団体等からのヒアリング
・日本小児科学会 生涯教育・専門医育成委員会委員長 水谷 修紀 氏
・日本産科婦人科学会 理事長 小西 郁生 氏
・精神科七者懇談会 精神科卒後研修問題委員会委員長 小島 卓也 氏
精神科卒後研修問題委員会委員 関 健 氏
・日本医師会 副会長 中川 俊男 氏
必要な症例と指導管理体制について

平成 25 年 5 月 23 日

関係団体等からのヒアリング
・日本病院会 常任理事 福井 次矢 氏
・全日本病院協会 医療制度・税制委員会委員 星 北斗 氏
(医師臨床研修指導医講習会担当)
募集定員の設定等について

平成 25 年 6 月 27 日

関係団体等からのヒアリング
・都道府県(京都府、青森県)
京都府健康福祉部保健医療対策監 横田 昇平 氏

京都大学医学研究科医学教育推進センター長 兼 教授 小西 靖彦 氏
京都府立医科大学長特別補佐 大学院医学研究科総合医療・医学教育学教授 山脇 正永 氏
青森県健康福祉部次長 藤本 幸男 氏
青森県良医育成支援特別顧問 小川 克弘 氏
・全国自治体病院協議会 常務理事（公立陶生病院院長） 酒井 和好 氏
・大学附属病院 東京医科歯科大学医学部附属病院長 田中 雄二郎 氏
中断及び再開、修了等について
地域医療の安定的確保について

平成 25 年 7 月 18 日

研究医養成との関係等について

平成 25 年 8 月 8 日

臨床研修制度の見直しの方向性について

平成 25 年 9 月 12 日

医師臨床研修部会報告書（たたき台）について

平成 25 年 10 月 10 日

医師臨床研修部会報告書（素案）について

平成 25 年 10 月 24 日

医師臨床研修部会報告書（案）について

参考資料

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書(案)

※ 本参考資料は、報告書(案)の理解に役立つよう、報告書(案)に記載されているデータ等についてまとめたものである。

目次

※ 報告書(案)の構成に沿い、報告書(案)に記載されているデータ等についてまとめたものである。

1. 基本理念と到達目標について ……………1

- 1) 基本理念
- 2) 到達目標とその評価
- 3) 臨床研修全体の研修期間

2. 臨床研修病院の在り方について ……………6

- 1) 基幹型臨床研修病院の在り方
- 2) 臨床研修病院群の在り方
- 3) 研修プログラム(研修診療科とその期間)
- 4) 必要な症例
- 5) 指導・管理体制
- 7) 中断及び再開、修了
- 8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

3. 地域医療の安定的確保について ……………41

- 1) 臨床研修制度と地域医療との関係
- 2) 募集定員の設定
- 3) 地域枠への対応

4. その他 ……………64

- 1) 研究医養成との関係
- 2) 医師養成全体との関係

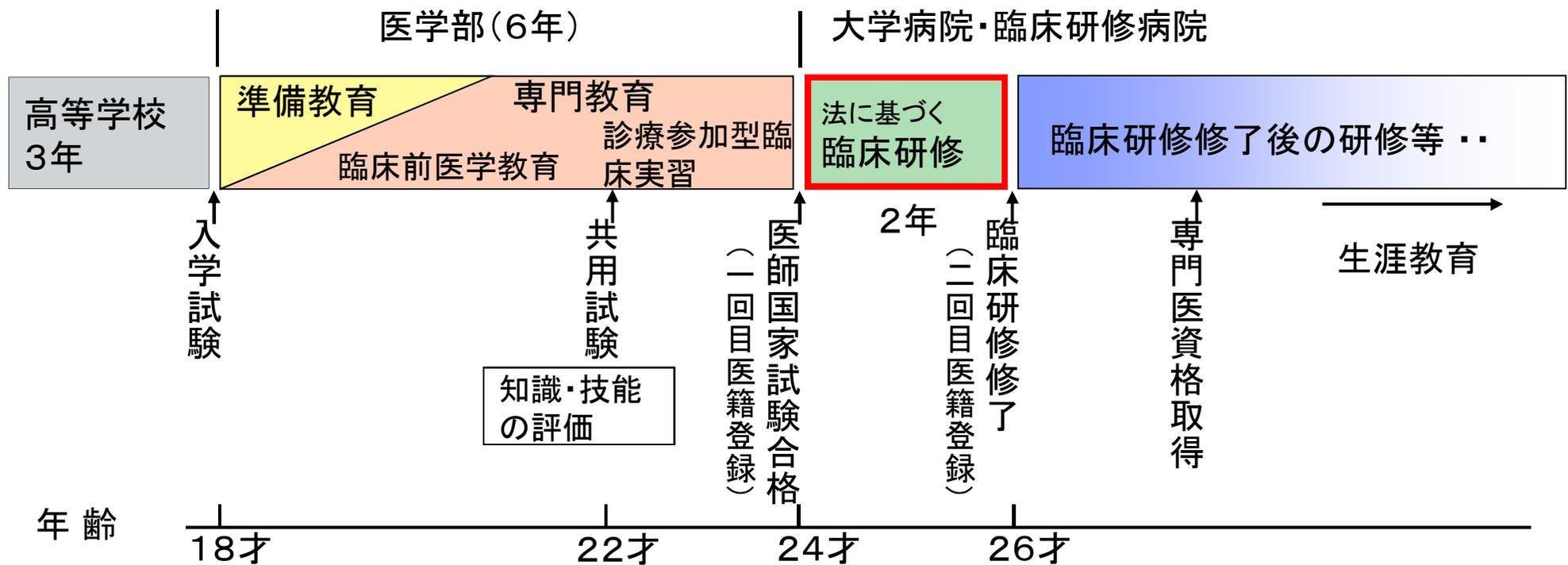
1. 基本理念と到達目標について

臨床研修制度の概要

1. 医学教育と臨床研修

○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部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。



2. 臨床研修の基本理念(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)

○臨床研修は、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、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

臨床研修の到達目標

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1) 患者－医師関係、(2) チーム医療、(3) 問題対応能力、(4) 安全管理、(5) 症例呈示、(6) 医療の社会性

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 医療面接、(2) 基本的な身体診察法、(3) 基本的な臨床検査、(4) 基本的手技、(5) 基本的治療法、(6) 医療記録、(7) 診療計画

B 経験すべき症状・病態・疾患

1. 頻度の高い症状(35項目。うち20項目は必修、レポート提出)
2. 緊急を要する症状・病態(17項目。うち11項目は必修)
3. 経験が求められる疾患・病態(88項目。うち70%以上の経験が望ましい)
 - ・A疾患:入院症例レポートが必修: 10項目(脳梗塞、腎不全、認知症等)
 - ・B疾患:外来、入院での経験が必修: 38項目(骨折、肝炎、小児喘息等)
 - ・外科症例(手術を含む)1例以上の受け持ち → 症例レポート提出

C 特定の医療現場の経験

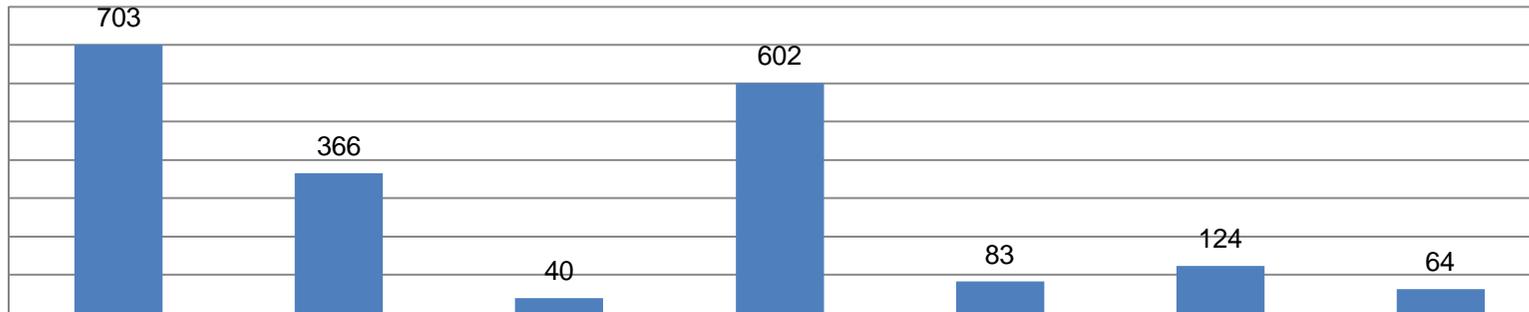
- (1) 救急医療、(2) 予防医療、(3) 地域医療、(4) 周産・小児・成育医療、(5) 精神保健・医療、(6) 緩和ケア、終末期医療、(7) 地域保健

各病院で採用している研修医の評価方法

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究者 片岡 仁美（岡山大学教授）

【臨床研修の評価について】

採用している評価方法(n=1,982 複数回答可)



1 指導医による評価(観察記録、面談、チェックリスト等)

2 コメディカルによる評価(観察記録、チェックリスト等)

3 患者による評価

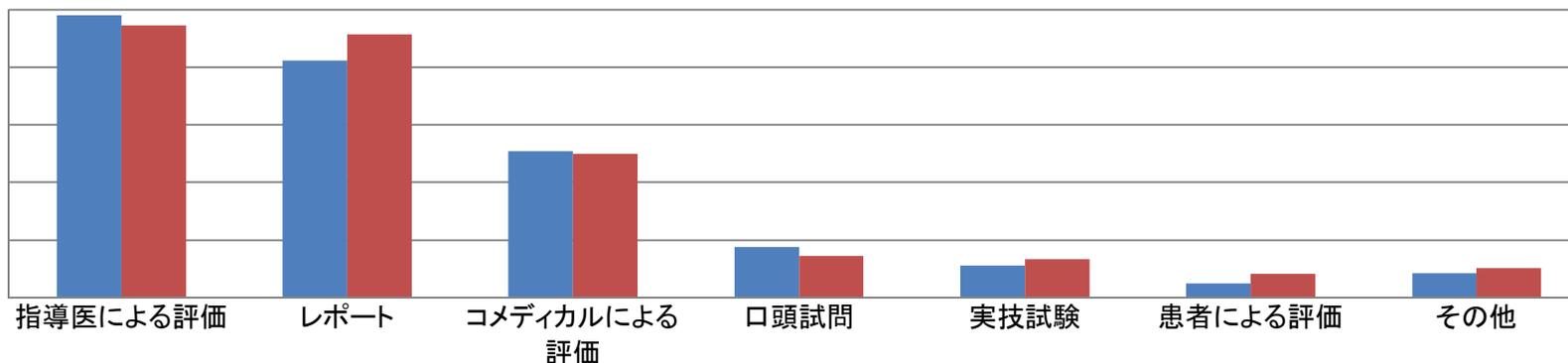
4 レポート

5 実技試験(OSCE)

6 口頭試問

7 その他

(参考)採用している評価方法についてカテゴリ別に評価<研修病院の種別(臨床研修病院n=612 大学病院n=91)>



		米国	英国	仏国
研修医に対する評価	時期・頻度	毎月 ローテーション終了時	ローテーション開始時・終了時 1年目終了時	研修期間終了時(6ヶ月毎)
	項目	コンピテンシー： 患者ケア・医学的知識・臨床に即した学習 & 向上・対人 & コミュニケーションスキル・プロフェッショナルリズム・システムに基づいた診療	問診・診察能力・診断・治療に関するアウトカム評価 コンピテンシー到達度(診療、安全管理・最善の医療の提供・教育・医師患者関係の構築・コミュニケーション・チーム医療・プロフェッショナルリズム) 試験無	勤務状況、態度の他、基本知識、診断能力、治療能力、コミュニケーション、患者教育、知的好奇心等
	方法	Web上で9段階評価 コメント欄には必ず何かを記載しないと保存送信できない	Supervised learning event(「指導医による直接観察(診察技能および手技)」「事例検討」「指導と症例提示」の三項目について指導医が立ち会い評価)	評価用紙
	評価担当者	アテンディング(上級指導医)/同僚/ シニアレジデント	指導医とプログラム責任者	科のチーフが評価担当者、シニアドクター、チーフ看護師と話し合っ
	FB(フィードバック)や判定の仕組み	プログラムディレクターが評価点をもとに、2回/年の面接時にフィードバック	指導医からの直接フィードバック 到達程度が不十分の場合、追加のトレーニングの提供	記入済評価用紙を研修医の大学、健康省の地方自治体へ送る
	指導や介入	プログラムディレクターやチーフレジデントによる個別面談時に指導	直接指導や追加トレーニングの提供	問題により、研修医組合、健康省の地方自治体へ報告
	罰則や不利益処分	評価が悪い場合 2年目から3年目へ進めない	1年間の評価が低いと留年/2年目の研修先選択に不利に。2年間で必要条件が不十分では研修修了とならず、専門プログラムへ進めない。	研修の無効(再チャンスのある機会があるとは限らない)
	苦情や意見の匿名受付	内科研修プログラムHP上研修医が匿名で意見や苦情投稿可。プログラムディレクターとチーフレジデントが1回/週見直して会議を行っている。	E-portfolio上でのプログラムに対する評価は指導医に見られず、研修施設の責任者へメールされる仕組み 患者からの苦情も受ける	無 1部署に最高6名の研修医のため匿名性は保てない
	実施可能な医療行為	指導医の監督下 施設や州により特定の制限有	指導医の監督下 研修を受けた範囲でのみ診療可能	

2. 1) 基幹型臨床研修病院の在り方

基幹型臨床研修病院の指定基準にかかる経緯

平成16年度～

主な指定基準(協力型臨床研修病院等と**共同**で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと

平成22年度～

主な指定基準(基幹型臨床研修病院が**単独**で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・年間入院患者3,000人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 研修医5人に対して指導医1人以上配置すること

平成24年度～

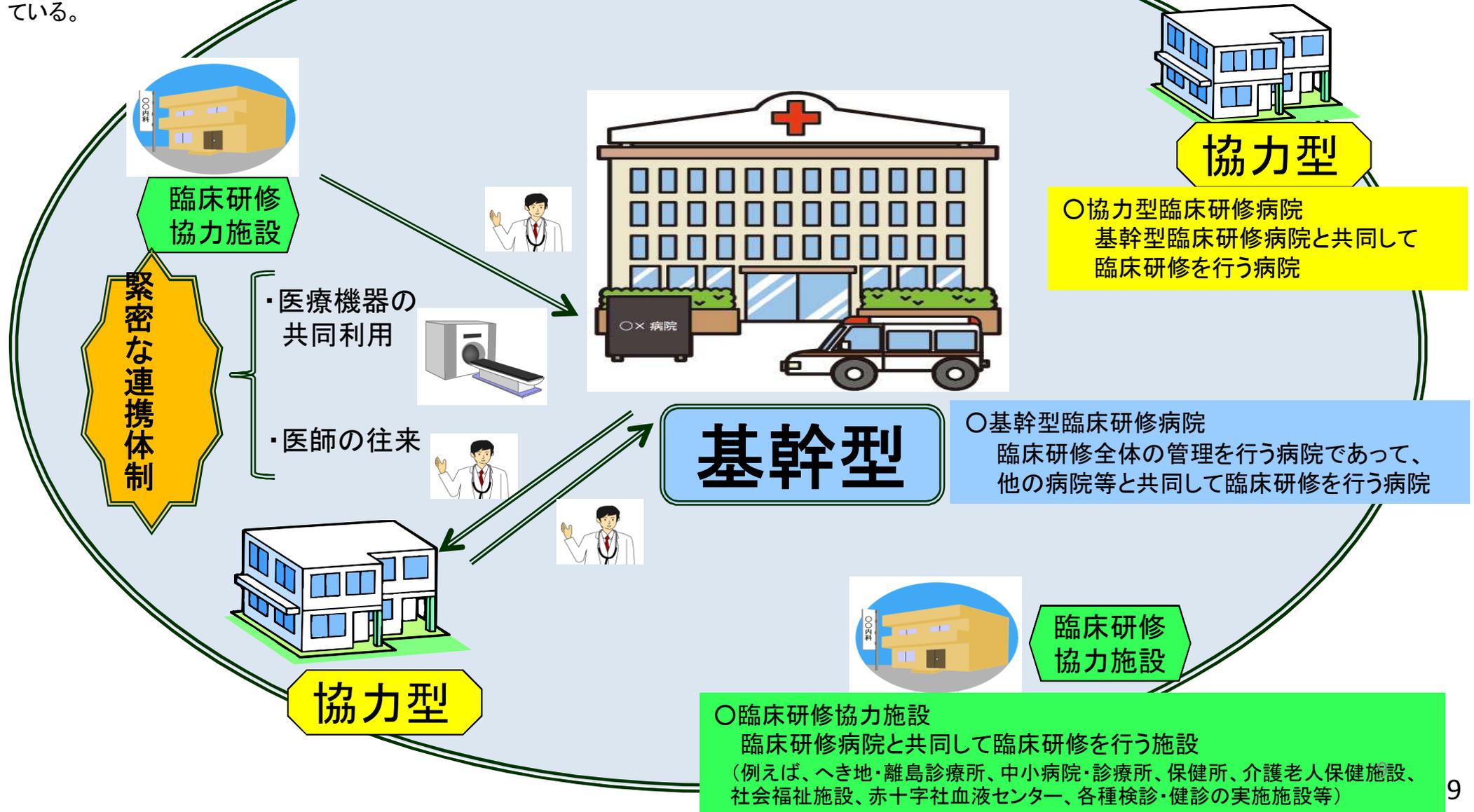
ただし、平成21年度制度見直し以前から指定を受けている年間入院患者数3000人未満の病院については、個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められる場合は、指定継続

※この他、基幹型臨床研修病院において8月以上の研修を実施することとなっている。(平成16年度～)

2. 2) 臨床研修病院群の在り方

臨床研修病院群の概要

※地域において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。



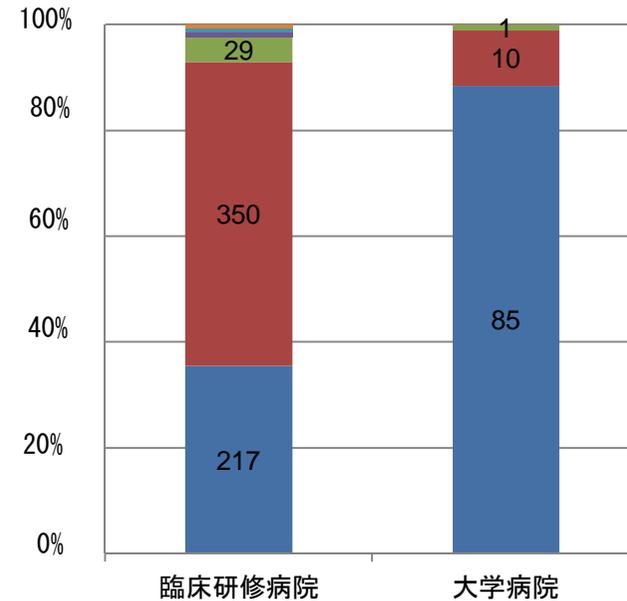
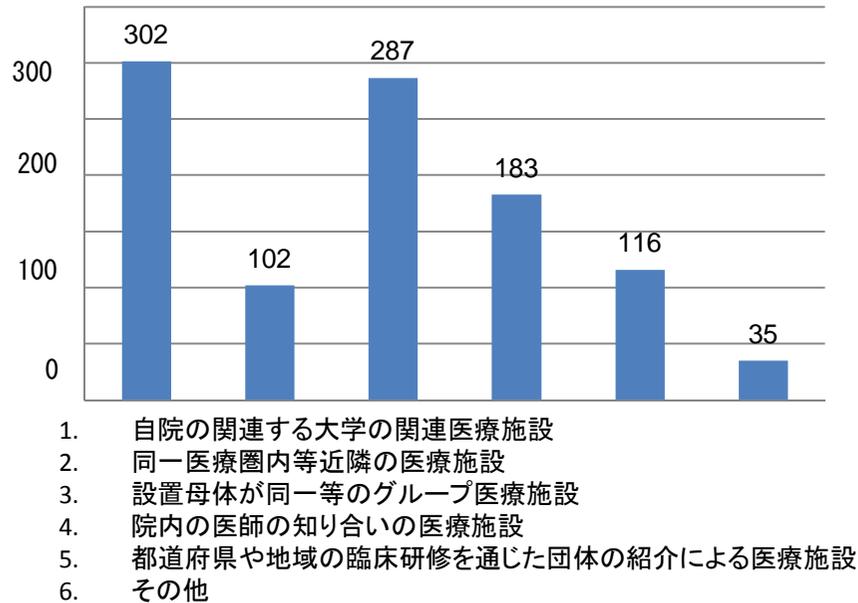
臨床研修病院群の構成等について

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究者 片岡 仁美（岡山大学教授）

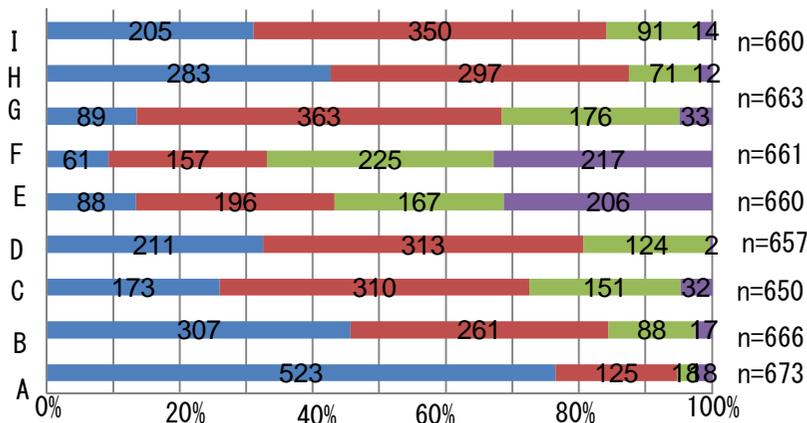
【臨床研修病院群について】

臨床研修病院群を構成する医療施設(n=1,025 複数回答可)

臨床研修病院群を構成する医療施設についてカテゴリ別に評価
<研修病院の種類別（臨床研修病院n=610 大学病院n=96）>



臨床研修病院群を形成する際に考慮していること



- A 自院で実施できない研修科目が充実している施設を選定している n=684
- B 自院とは違う規模・医療内容の医療施設での研修ができるように配慮している
- C 地域で医師を育てるという観点から、同一地域から選定している
- D 地域医療に貢献するように選定している
- E 同一設置母体等グループの施設間の交流が活性化するように選定している
- F 関連大学の医局の交流が活性化するように選定している
- G 研修医の移動の負担が少ないように選定している
- H 研修医の希望を反映させるように選定している
- I 指導体制が充実している、または研修医からの評判が良い施設を選定している

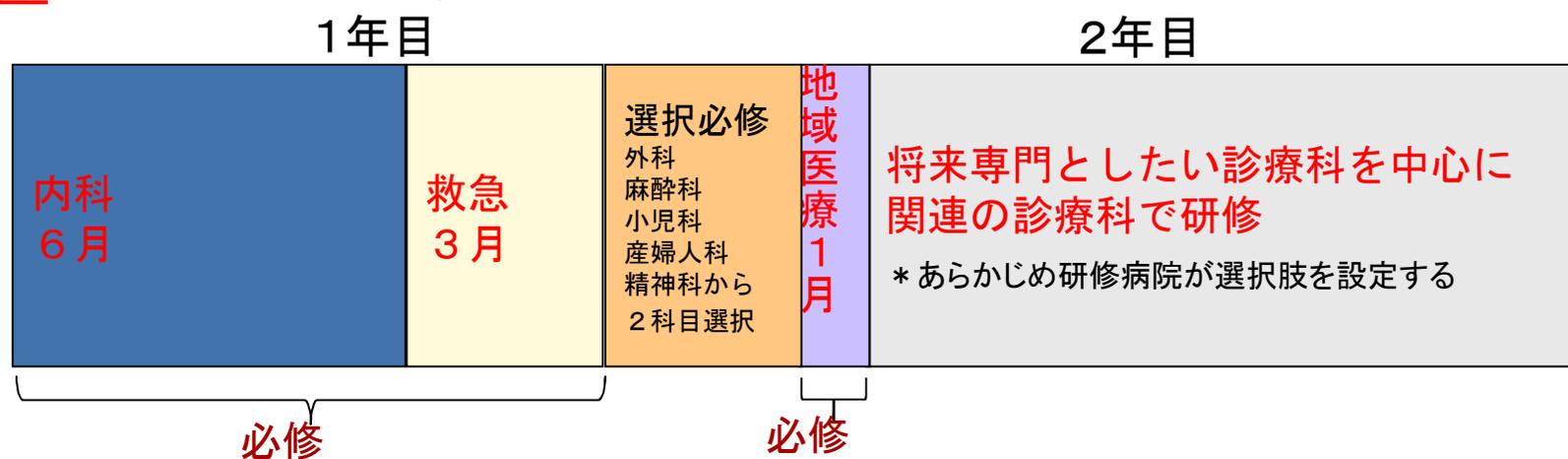
2. 3) 研修プログラム

必修診療科の見直し(イメージ例)

見直し前(7科目必修)(~H21年度)

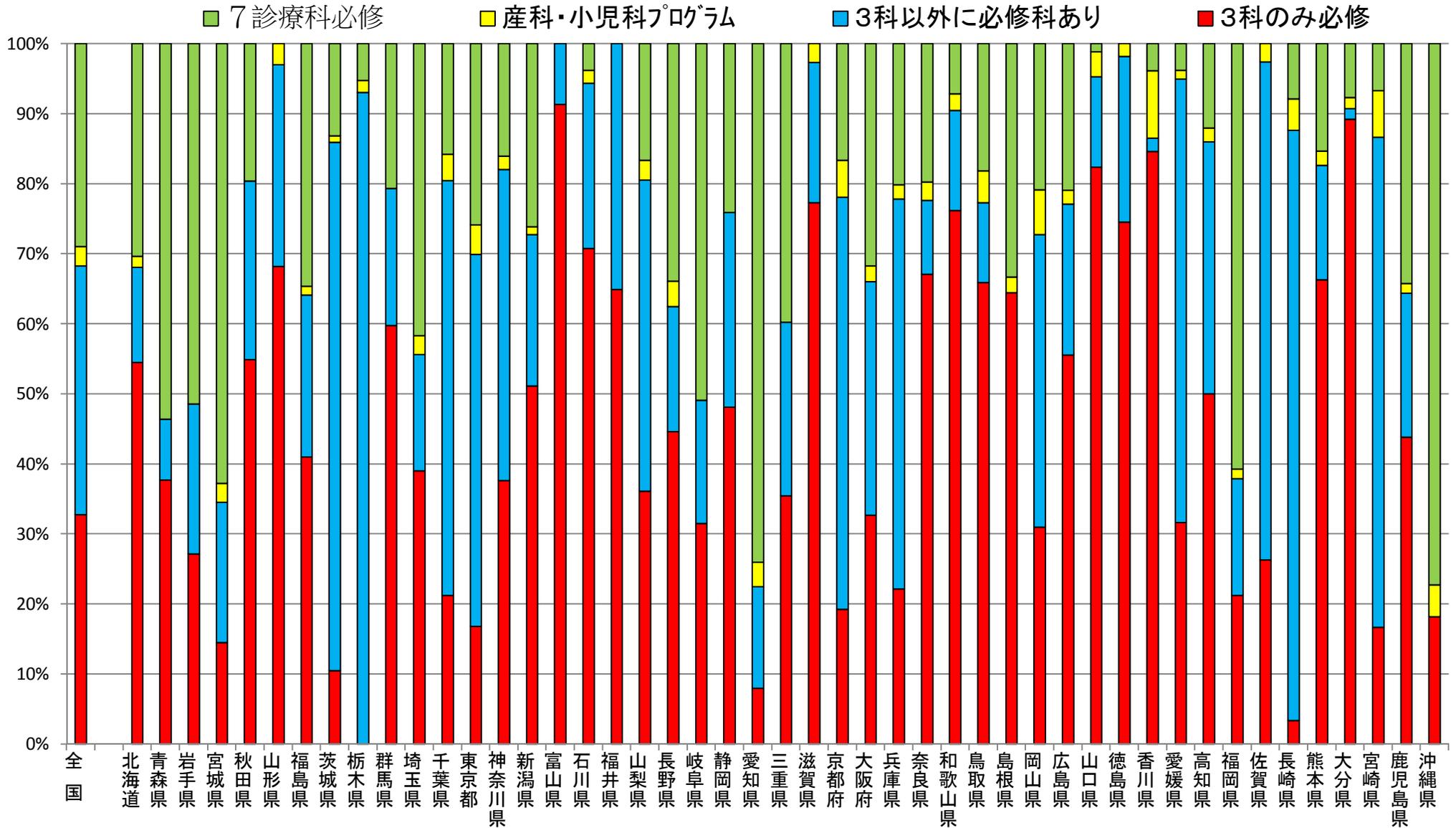


見直し後(3科目必修)(H22年度~)



研修プログラムの状況について

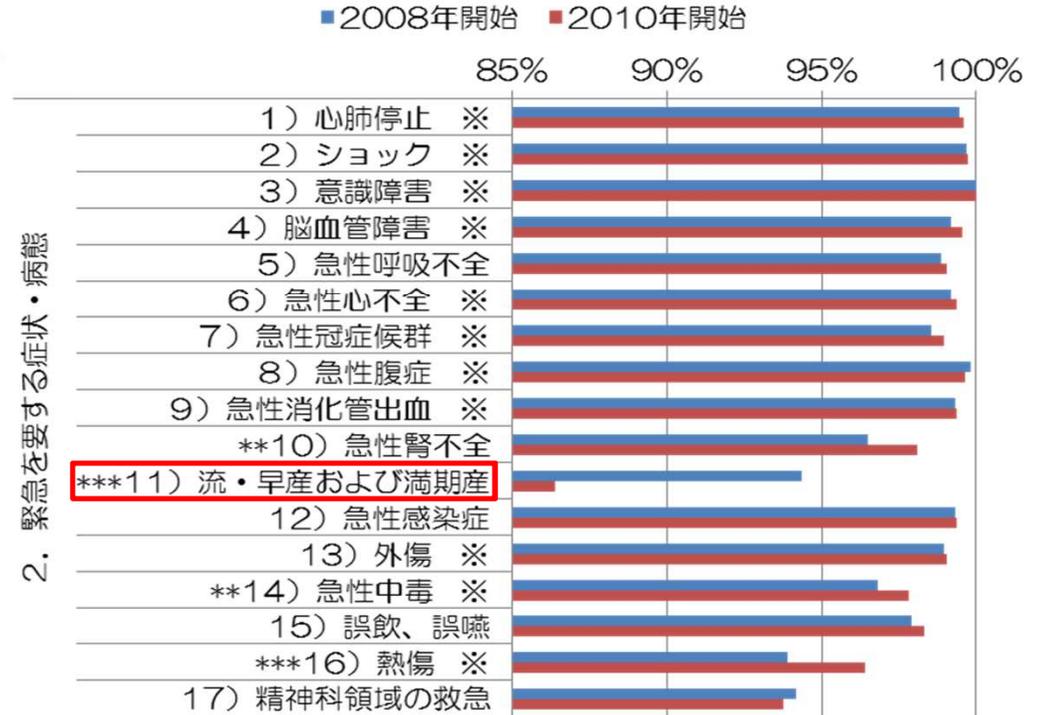
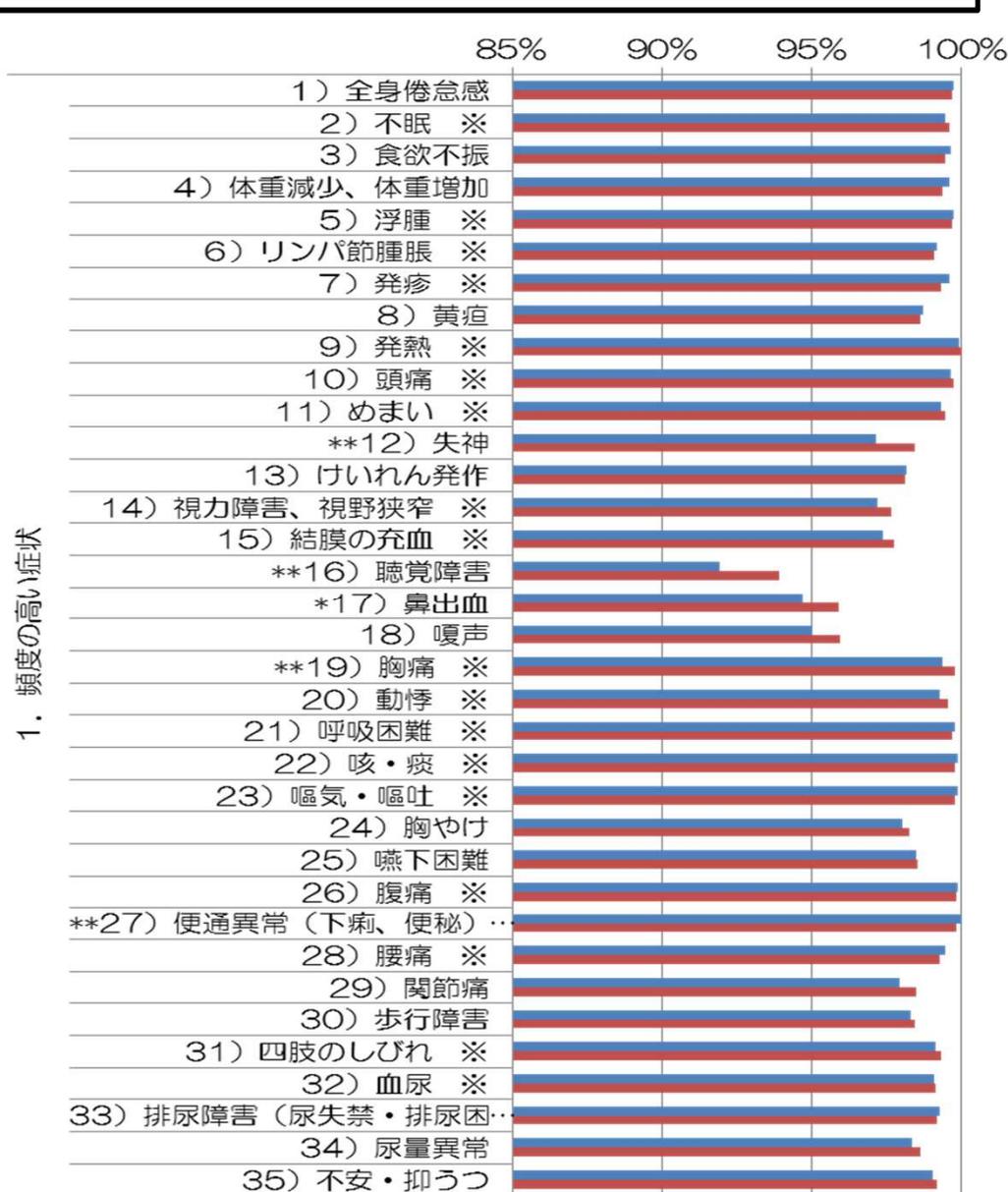
(23年度研修の内定者)



EPOCデータを活用した履修率

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
 分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

経験目標B（経験すべき症状・病態・疾患）項目 履修率

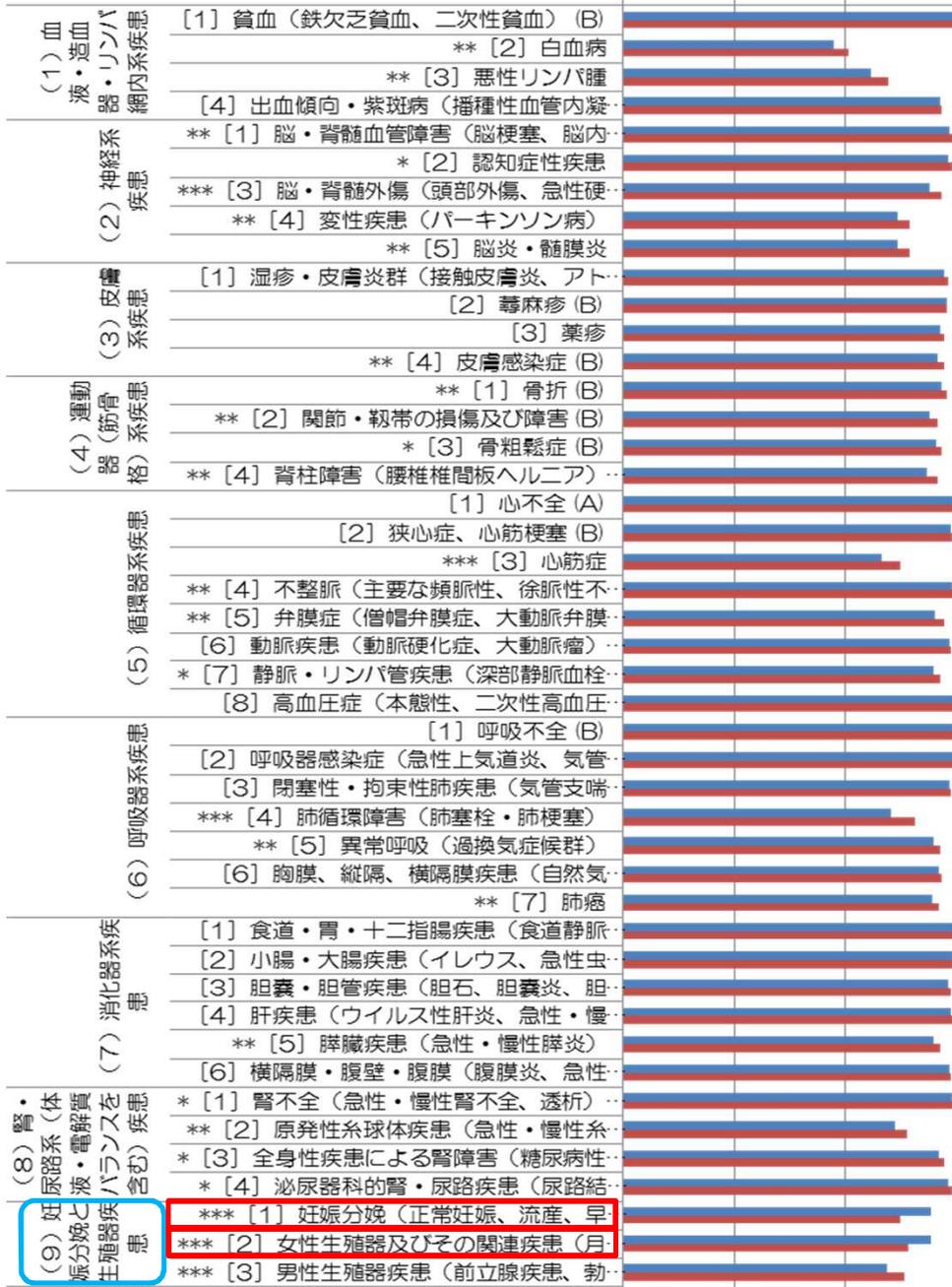


研修制度見直し後、有意に減少した項目

Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.00001

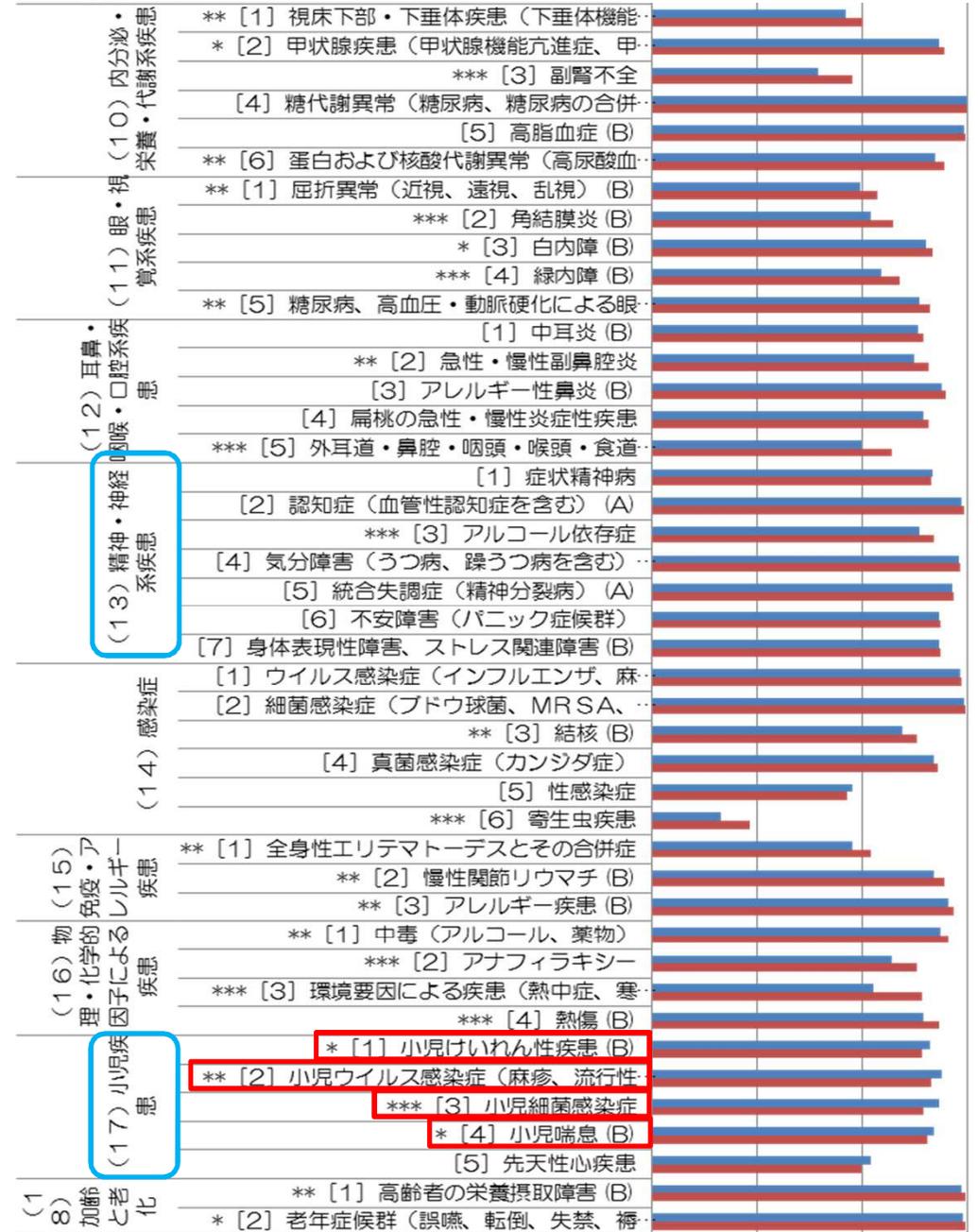
3. 経験が求められる疾患・病態

40% 60% 80% 100%



■ 2008年開始 ■ 2010年開始

40% 60% 80% 100%



Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.00001

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
(分担研究者：福井次矢(聖路加国際病院長))

- 【対象】平成24年3月末に臨床研修を修了する研修医 回答者：5052名（大学病院：2424名、研修病院：2628名）
【調査期間】平成24年3月～4月
【調査手法・対象】研修医に対し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自記質問票を送付、回収した。
【解析】大学病院と研修病院、継続プログラム*1と弾カプログラム*2、それぞれの比較を記述統計的に行った。
*1：継続プログラム：内科6か月以上、外科3か月以上、麻酔、救急、産婦、小児、精神、地域医療はそれぞれ1か月以上のローテーション
(全プログラムにおける継続プログラムの割合：23.9%(大学病院：14.3%、研修病院：32.7%))
*2：弾カプログラム：上記以外のローテーション

【主な結果】

1. 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況

○基本的臨床知識・技術・態度に関する98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合

① 大学病院と研修病院の比較

23項目が研修病院 > 大学病院 22項目が大学病院 > 研修病院

② 継続プログラムと弾カプログラムの比較(表1)

12項目が継続プログラム > 弾カプログラム 0項目が弾カプログラム > 継続プログラム

2. 経験症例数

○経験症例に関する85項目について、研修医が回答した経験症例数

① 大学病院と研修病院の比較

13項目が研修病院 > 大学病院 6項目が大学病院 > 研修病院

② 継続プログラムと弾カプログラムの比較(表2)

11項目が継続プログラム > 弾カプログラム 1項目が弾カプログラム > 継続プログラム

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

(表1)

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		継続プログラム (%)	弾力プログラム (%)	差 (%) (継続プログラム－弾力プログラム)
継続プログラムに所属する研修医において、「確実にできる、自信がある」または「だいたいできる、たぶんできる」と回答した割合が有意に高い症例 (12項目)	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	60.7	52.4	8.3
	直腸診で前立腺の異常を判断できる	60.6	55.1	5.5
	妊娠の初期兆候を把握できる	55.5	46.7	8.8
	うつ病の診断基準を述べるができる	59.9	54.6	5.3
	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	82.3	78.6	3.7
	手術の手洗いが適切にできる	100.0	98.5	1.5
	腰椎穿刺を実施できる	89.3	84.4	4.9
	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	88.7	83.1	5.6
	ショックの診断と治療ができる	84.4	80.5	3.9
	小児の採血、点滴ができる	77.9	70.2	7.7
	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	85.5	80.4	5.1
	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	60.3	55.8	4.5

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

(表2)

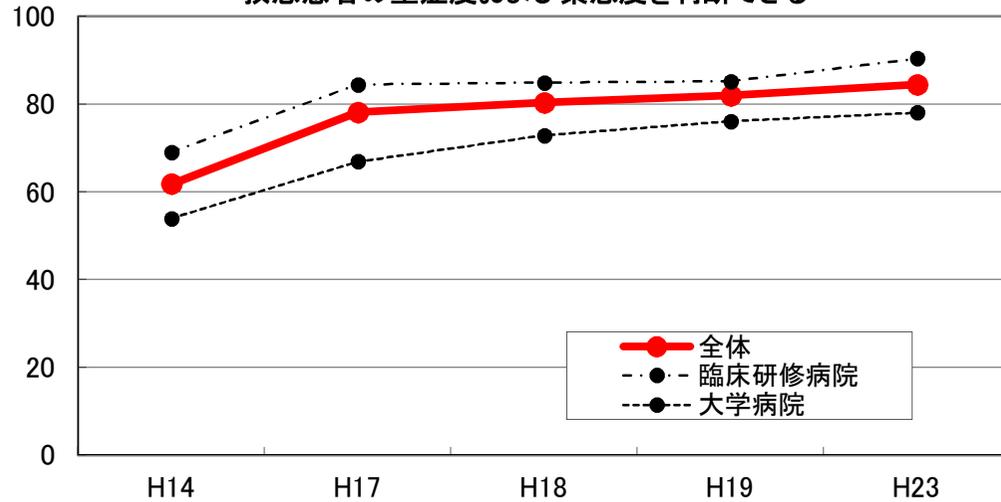
経験症例数		継続プログラム (%)	弾力化プログラム (%)	差 (%) (継続プログラム－弾力化プログラム)
継続プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例 (11項目)	皮膚感染症	100.0	98.6	1.4
	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷	97.6	95.2	2.4
	妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	99.8	86.6	13.2
	男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	96.0	90.8	5.2
	角結膜炎	92.6	89.6	3
	アレルギー性鼻炎	100.0	98.2	1.8
	統合失調症	100.0	98.6	1.4
	身体表現性障害、ストレス関連障害	99.3	96.9	2.4
	小児けいれん性疾患	98.3	89.0	9.3
	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	99.2	93.2	6
	小児喘息	97.6	90.2	7.4
弾力プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例 (1項目)	慢性関節リウマチ	94.6	97.1	-2.5

研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

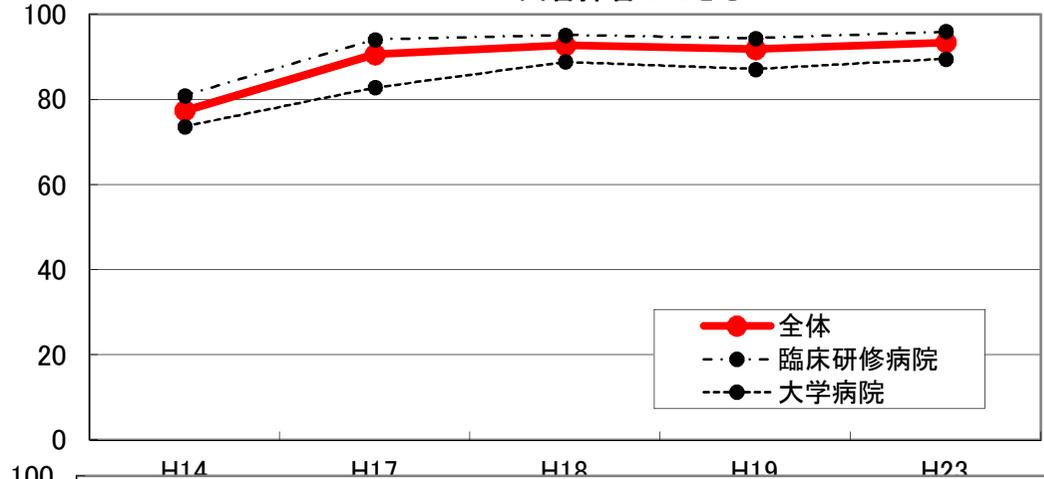
○基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇。

【調査手法】 研修医に対し、到達目標に定められた臨床知識・技術・態度等の習得状況について自記質問票を送付し、回答を得た。
 (出典)平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」(分担研究者:福井次矢(聖路加国際病院長))

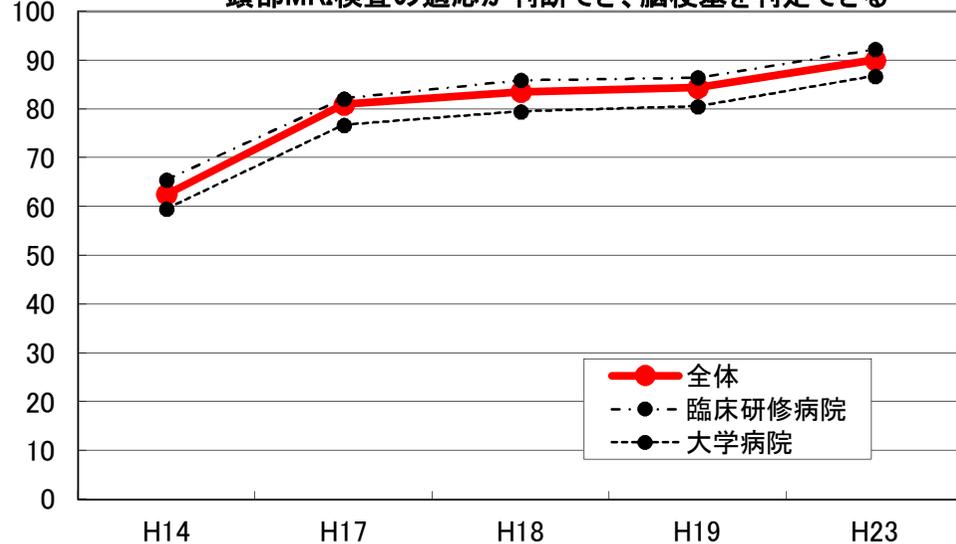
救急患者の重症度および緊急度を判断できる



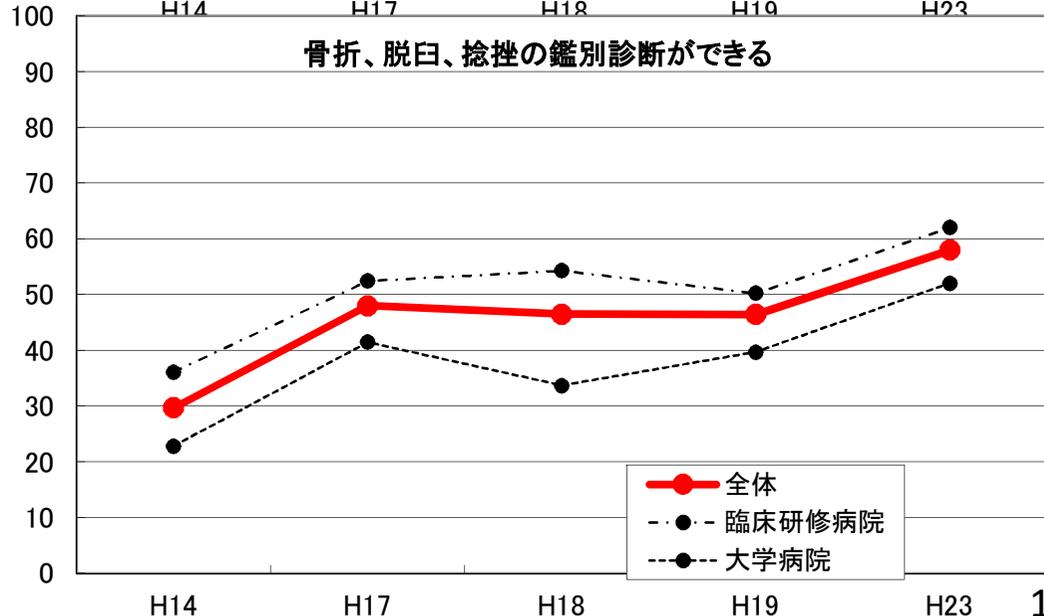
気管挿管ができる



頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる



骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる



2. 4) 必要な症例

入院患者数別基幹型臨床研修病院の状況

入院患者数	施設数		募集定員		(参考) 24年度 受入実績	
		割合		割合		割合
9,001以上	402施設	39.5%	8,039人	74.9%	6,059人	78.9%
7,001～9,000	177施設	17.4%	1,103人	10.3%	770人	10.0%
5,001～7,000	218施設	21.4%	913人	8.5%	504人	6.6%
3,001～5,000	182施設	17.9%	580人	5.4%	297人	3.9%
3,000未満	40施設	3.9%	104人	1.0%	49人	0.6%
合 計	1,019施設	100.0%	10,739人	100.0%	7,679人	100.0%

※「入院患者数」は、平成23年度年間入院患者数(「平成24年度 基幹型臨床研修病院の状況調査(厚生労働省医政局医事課)」より)

※「施設数」「募集定員」欄は、平成25年度開始の研修の状況

必修症候、疾患の経験率等

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

まとめ

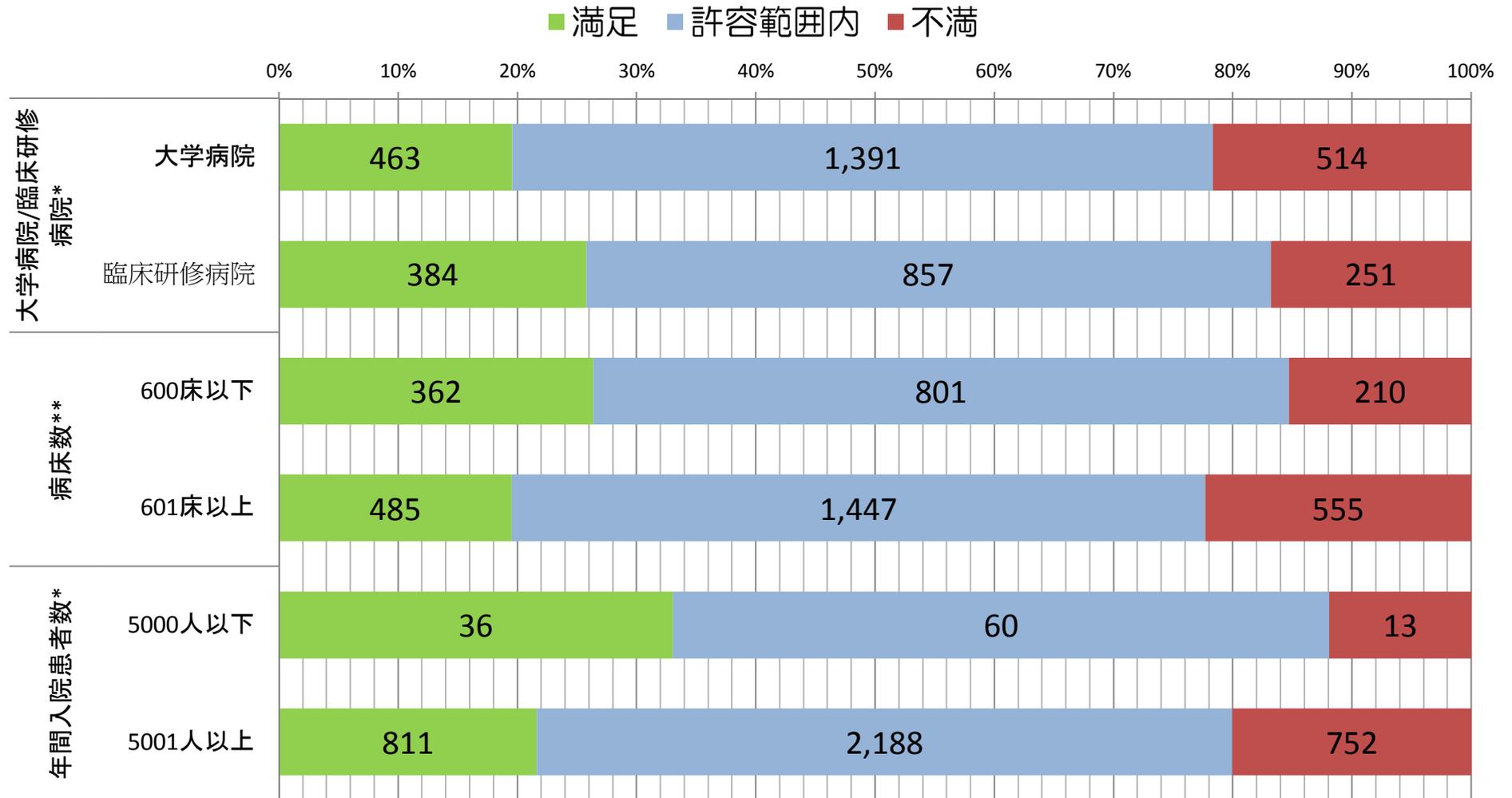
- プログラム満足度は一般研修指定病院、病床数600床以下の方が有意に高い

これらの病院は

- 休暇・休養、手技経験の多様さの満足度が有意に高い
- 疾患の多様性の満足度では差が無い
- 必修症候、疾患の経験率は大学病院プログラムが一般研修指定病院（プログラム）より有意に高く、病床数、入院患者数の多い病院の方が有意に高い

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
 分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

休暇・休養 600床以下の方が満足度が高い



2010年開始研修医のEPOC集計 ***:p<0.0001 **:1%有意 *:5%有意

小規模の臨床研修病院に対する実地訪問調査

出典：初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

(平成22年度厚生労働科学研究 総括研究報告書【抜粋】)

考察)

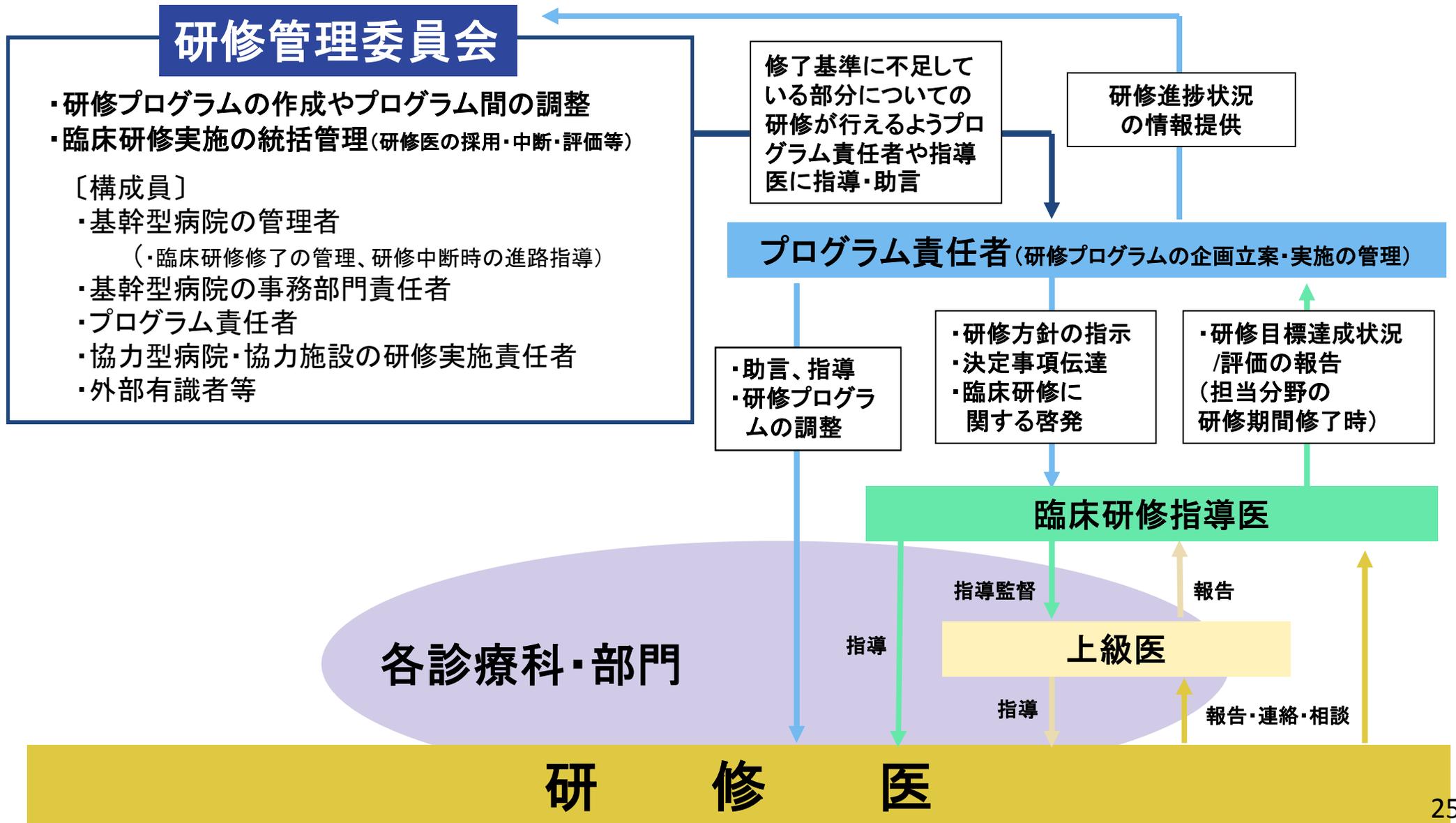
小規模研修病院として、平成21年度、22年度の2年間に研修医の受け入れ実績があり、新規入院患者が年間3000人未満の6病院を訪問し、その研修体制・実施状況を調査し、研修医に対するインタビューを通じて教育成果を検証した。

研修体制に関してはすべての病院において研修管理委員会などが適切に運営されていた。また、指導者の数、質ともに要件を満たしていたし、さらにいわゆる教育熱心な指導医が多いように見受けられた。小規模病院の特徴として、研修医個々人に対応したきめの細かい指導とコメディカルスタッフを含めた病院全体の温かい家庭的な雰囲気¹が共通して見られた。小規模病院ではすべての診療科を自病院で研修することはできにくく、近隣の大病院と連携している事実が明らかになった。その連携の実態は、きめ細かいものが多く、研修医の満足度も高かった。

研修医のインタビューを通じて明らかになったことは、きめ細かい指導を受けているため概して臨床能力は高く、臨床研修の到達目標にある行動目標、経験目標はしっかりと達成しており、むしろ標準以上と思われた。

2. 5) 指導・管理体制

臨床研修を行う病院の組織体制



指導医講習会 開催指針

厚生労働省より、「指導医講習会」開催者が参考とすべき形式、内容等を以下の通り定めている。
(平成16年3月 医政局長通知)

【概要】

< 開催期間 >

原則2泊3日以上で開催され、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

開催期間が1泊2日である場合においても、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

< 形式 >

いわゆるワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式で実施され、以下の要件を満たすこと。

- ・指導医講習会の目標を明示
- ・一回当たりの参加者数が50名以内
- ・参加者が6名 - 10名のグループに分かれて行う討議・発表を重視
- ・参加者間のコミュニケーションの確保に配慮
- ・参加者が能動的・主体的に参加するプログラム 等

< テーマ >

次に掲げる項目のいくつかがテーマとして含まれていること。

新たな医師臨床研修制度

プライマリ・ケアの基本的診療能力

医療の社会性

患者と医師との関係

医療面接

根拠に基づいた医療(EBM)

医療安全管理

地域保健・医療

指導医の在り方

研修プログラムの立案(研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)

研修医、指導医及び研修プログラムの評価

その他臨床研修に必要な事項

臨床研修指導医の資質等について

平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究者 安田 あゆ子 (名古屋大学医学部附属病院)

○調査概要

【対象】平成24年3月に基幹型相当大学病院もしくは臨床研修病院に在籍する臨床研修指導医

有効回答数 16,647 平均年齢 47.0歳 男女比 男：女=88.0%: 10.4%

【調査期間】平成24年3月～4月

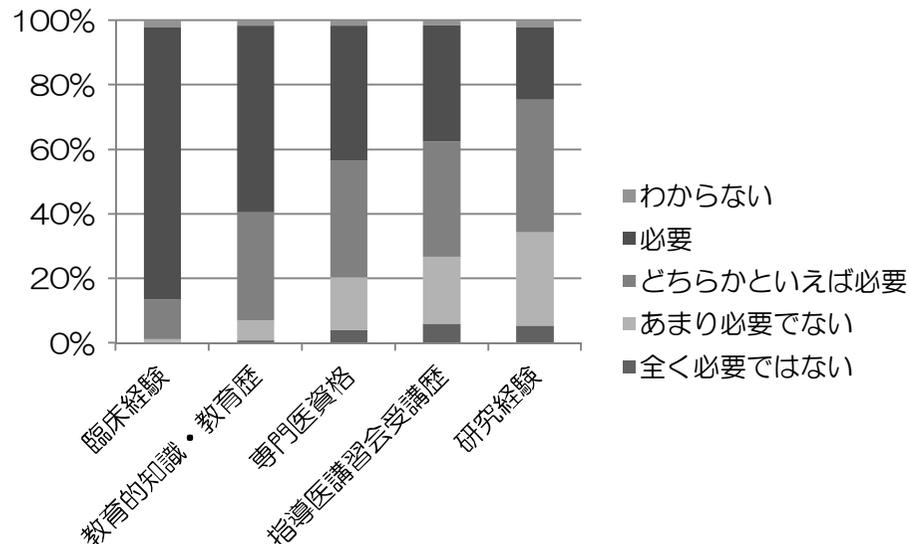
【調査手法】基幹型病院を通じ各患者に調査を依頼し、無記名、密封にて回収した。

○調査結果（抜粋）

<指導医に求められる資質>

- 臨床研修指導医講習会：指導の参考になる(49.6%)、ならない(19.7%)、どちらともいえない(30.1%)
- 必要なテーマ：参考になる→研修医指導方法の実際、指導医のあり方、研修プログラム立案
- 臨床研修指導医に必要な事項：臨床経験>教育歴・知識>専門医資格>指導医講習会受講歴>研究経験

指導医に必要な経験



指導医講習会に対する理解度・有用性の評価

出典：平成24年度指導医に対するアンケート調査（厚生労働省調べ）

（調査手法）平成24年度中に実施された指導医講習会において、受講者に対しアンケート調査票を配布、回収。

<回答者数> 4297名

（対象者数：5321名：回収率80%）

- 「指導医の在り方」「研修プログラムの立案」「研修医、指導医及び研修プログラムの評価」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」を中心に、役に立つと回答した者が多い。
- 講習会全体について、「どちらかといえば/とても役に立つ」と回答した者は、約8割である。

(N=4297)	理解度(単数回答(無回答は除く))			有用性(単数回答(無回答は除く))		
	理解できなかった	まあまあ理解できた	大変よく理解できた	全く/あまり役に立たない	どちらともいえない	どちらかといえば/とても役に立つ
新たな臨床研修制度	352(8.2%)	2,275(52.9%)	1,112(25.9%)	199(4.7%)	707(16.5%)	2,849(66.3%)
プライマリケアの基本的診療能力	264(6.1%)	1,652(38.4%)	622(14.5%)	122(2.9%)	560(13.0%)	1,897(44.2%)
医療の社会性	232(5.4%)	1,698(39.5%)	642(14.9%)	110(2.6%)	620(14.4%)	1,885(43.9%)
患者と医師との関係	263(6.1%)	1,622(37.7%)	1,000(23.3%)	96(2.2%)	472(11.0%)	2,369(55.1%)
医療面接	265(6.2%)	1,438(33.5%)	822(19.1%)	103(2.4%)	485(11.3%)	1,979(46.1%)
根拠に基づいた医療(EBM)	280(6.5%)	1,231(28.6%)	504(11.7%)	120(2.8%)	474(11.0%)	1,440(33.5%)
医療安全管理	277(6.4%)	1,556(36.2%)	753(17.5%)	105(2.5%)	496(11.5%)	2,027(47.2%)
地域保健・医療	275(6.4%)	1,519(35.4%)	645(15.0%)	136(3.2%)	580(13.5%)	1,759(41.0%)
指導医の在り方	417(9.7%)	1,638(38.1%)	1,867(43.4%)	108(2.5%)	296(6.9%)	3,592(83.6%)
研修プログラムの立案 (研修目標・方略・評価の計画作成)	413(9.6%)	2,152(50.1%)	1,442(33.6%)	172(4.0%)	498(11.6%)	3,403(79.2%)
研修医、指導医及び研修プログラムの評価	395(9.2%)	2,034(47.3%)	1,392(32.4%)	139(3.3%)	419(9.8%)	3,346(77.9%)
研修医指導方法 (フィードバック、コーチング等)	445(10.4%)	1,784(41.5%)	1,779(41.4%)	112(2.6%)	280(6.5%)	3,695(86.0%)
問題を抱えた研修医への対応 (メンタルヘルス等)	412(9.6%)	1,825(42.5%)	1,168(27.2%)	145(3.4%)	484(11.3%)	2,844(66.2%)
講習会全体	357(8.3%)	2,279(53.0%)	1,349(31.4%)	123(2.8%)	271(6.3%)	3,704(86.2%)

2. 7) 中断及び再開、終了

中断の状況

○研修医の1.3%(平成18～21年度の平均)が研修の中断を経験している。

研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	40人	1.2%	4,266人	71人	1.7%	7,717人	111人	1.4%
平成19年度	3,423人	40人	1.2%	4,137人	48人	1.2%	7,560人	88人	1.2%
平成20年度	3,591人	35人	1.0%	4,144人	53人	1.3%	7,735人	88人	1.1%
平成21年度	3,575人	52人	1.5%	4,069人	53人	1.3%	7,644人	105人	1.4%
計	14,040人	167人	1.2%	16,616人	225人	1.4%	30,656人	392人	1.3%

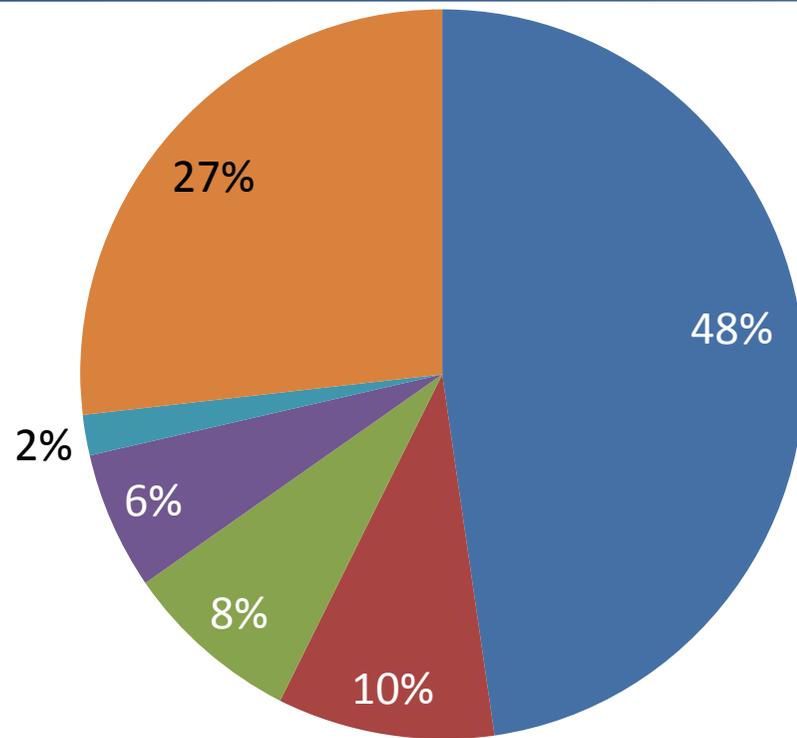
注1) 研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績

注2) 中断者数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。(同一人物が2回以上中断している場合でも1人としている。)

(厚生労働省調べ)³⁰

中断の理由(全体)

○中断の48% (平成18~21年度の平均)が「病気療養」を理由とするものとなっている。

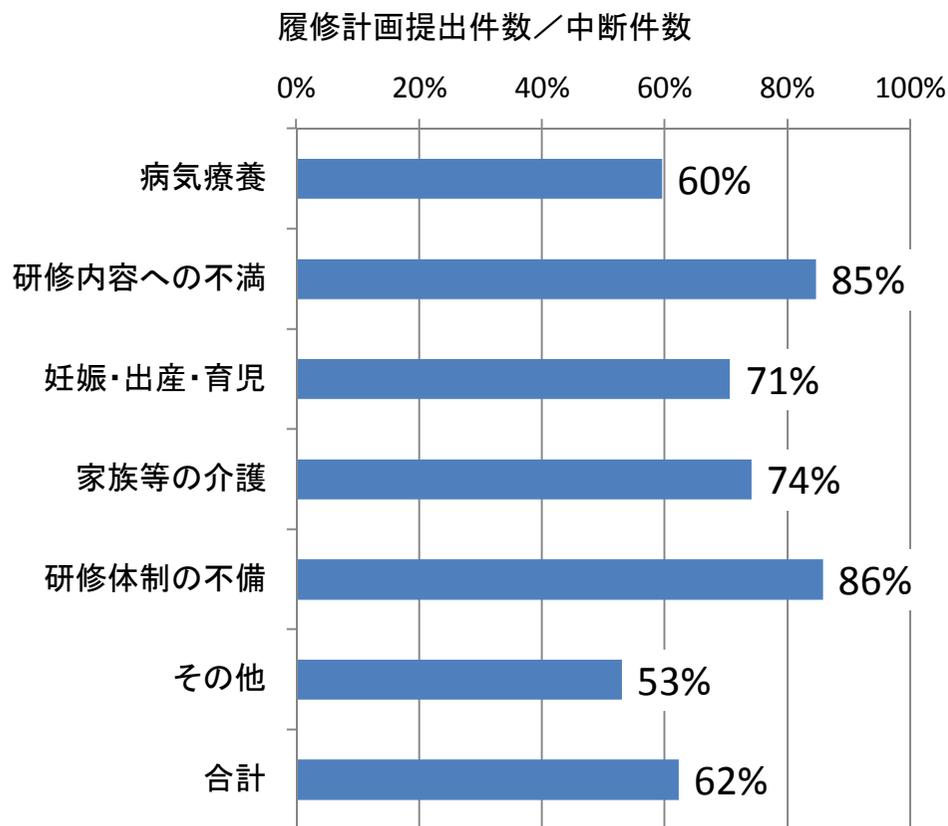


- 病気療養
- 研修内容への不満
- 妊娠・出産・育児
- 家族等の介護
- 研修体制の不備
- その他

中断理由	中断者数	比率
病気療養	187人	48%
研修内容への不満	39人	10%
妊娠・出産・育児	31人	8%
家族等の介護	25人	6%
研修体制の不備	6人	2%
その他	104人	27%
計	392人	100%

中断者の研修再開状況

○中断した研修は、62%（平成18～21年度の平均）の割合で再開している。
理由別で見ると「病気療養」を理由に中断した研修が再開する割合が低い。



中断理由	中断件数 A	履修計画提出件数B	B/A
病気療養	205件	122件	60%
研修内容への不満	39件	33件	85%
妊娠・出産・育児	34件	24件	71%
家族等の介護	27件	20件	74%
研修体制の不備	7件	6件	86%
その他	117件	63件	54%
計	429件	268件	62%

※中断件数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった件数。（同一人物が2回以上中断している場合は、それぞれ件数をカウントしている。）

未修了者の状況

○研修医の1.0%(平成18～21年度の平均)が研修期間終了の際、未修了と評価されている。

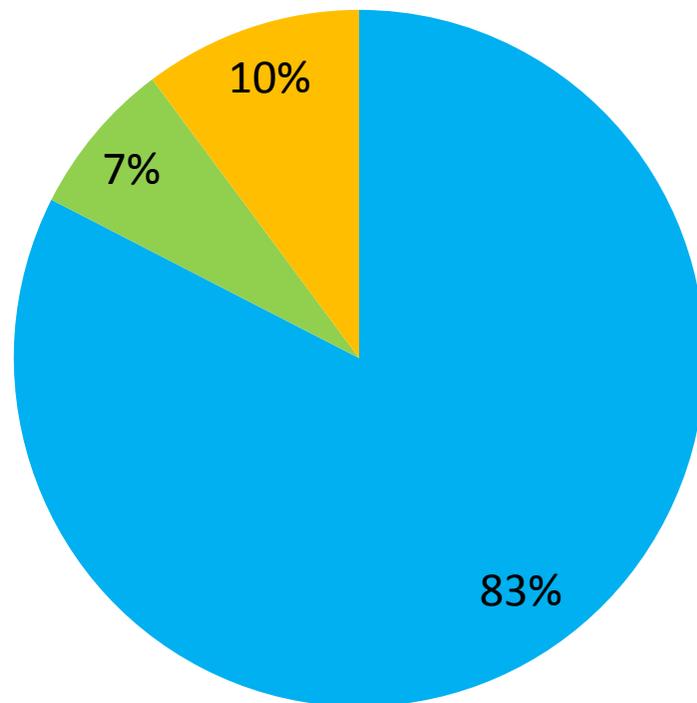
研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	74人	2.1%	4,266人	28人	0.7%	7,717人	102人	1.3%
平成19年度	3,423人	41人	1.2%	4,137人	29人	0.7%	7,560人	70人	0.9%
平成20年度	3,591人	39人	1.1%	4,144人	34人	0.8%	7,735人	73人	0.9%
平成21年度	3,575人	37人	1.0%	4,069人	21人	0.5%	7,644人	58人	0.8%
計	14,040人	191人	1.4%	16,616人	112人	0.7%	30,656人	303人	1.0%

注1)「研修医受入実績」は、各年度における4月現在の受入実績

注2)「未修了者数」は、未修了者に対する履修計画について、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。(同一人物が2回以上未修了となっている場合でも1人としている。)

未修了の理由(全体)

○未修了の理由は、研修の実施期間が休止期間(90日)の上限を超えたことによるものが83% (平成18~21年度の平均)を占める。



- 研修実施期間
- 目標の達成度
- 臨床医としての適性

	計	比率
研修実施期間	251人	83%
目標の達成度	22人	7%
臨床医としての適性	30人	10%
計	303人	100%

2. 8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

臨床研修医の推計年収①

平成23年度採用予定の臨床研修医の推計年収^{※1}

	1年次			2年次		
	大学病院 (114病院)	臨床研修病院 (924病院)	合計 (1038病院)	大学病院 (114病院)	臨床研修病院 (924病院)	合計 (1038病院)
平均 ^{※2}	3,074,172円	4,510,339円	<u>4,352,610円</u>	3,123,132円	5,021,376円	<u>4,812,899円</u>
最大 ^{※3}	4,239,600円	9,550,000円	<u>9,550,000円</u>	4,560,000円	10,026,000円	<u>10,260,000円</u>
最小	1,842,000円	2,358,000円	<u>1,842,000円</u>	1,842,000円	2,419,200円	<u>1,842,000円</u>

※1) 推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与(賞与含む)。

※2) 平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国の基幹型臨床研修病院の推計年収の平均を算出した

※3) 研修医に対して年間720万円以上の給与を支払っている病院に対しては、補助金を一定割合削減している。

(参考) 民間医師の平均給与

年齢	24歳以上28歳未満	28歳以上32歳未満	32歳以上36歳未満	36歳以上40歳未満
月額	559,069円	613,703円	752,864円	816,424円

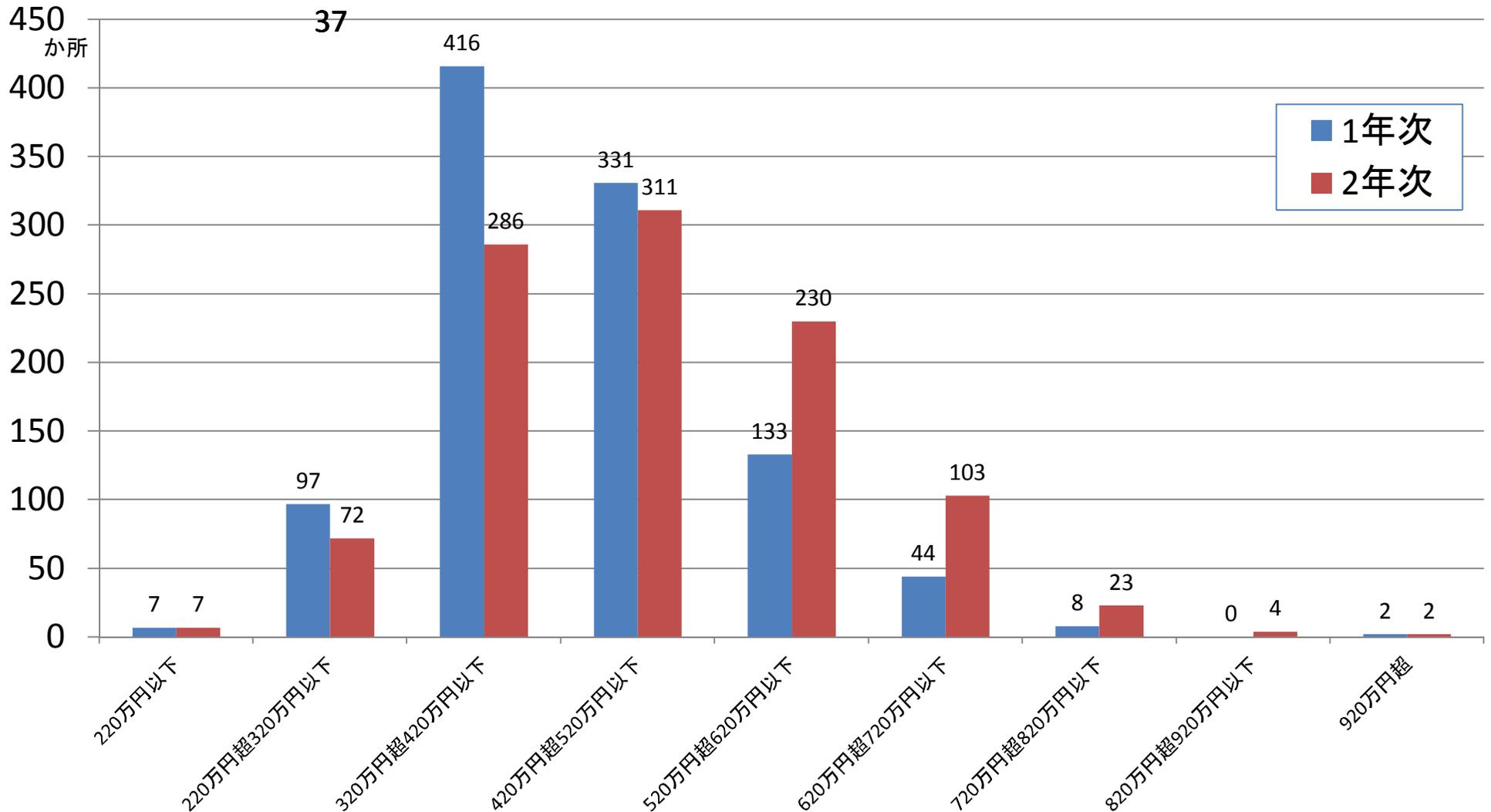
注) 平均給与月額には、通勤手当や超過勤務手当など実費弁償的又は実績支給である給与は含まない

出典: 人事院 平成22年職種別民間給与実態調査

臨床研修医の推計年収②

○臨床研修医の給与は概ね320～720万円の範囲内にある。

基幹型臨床研修病院数

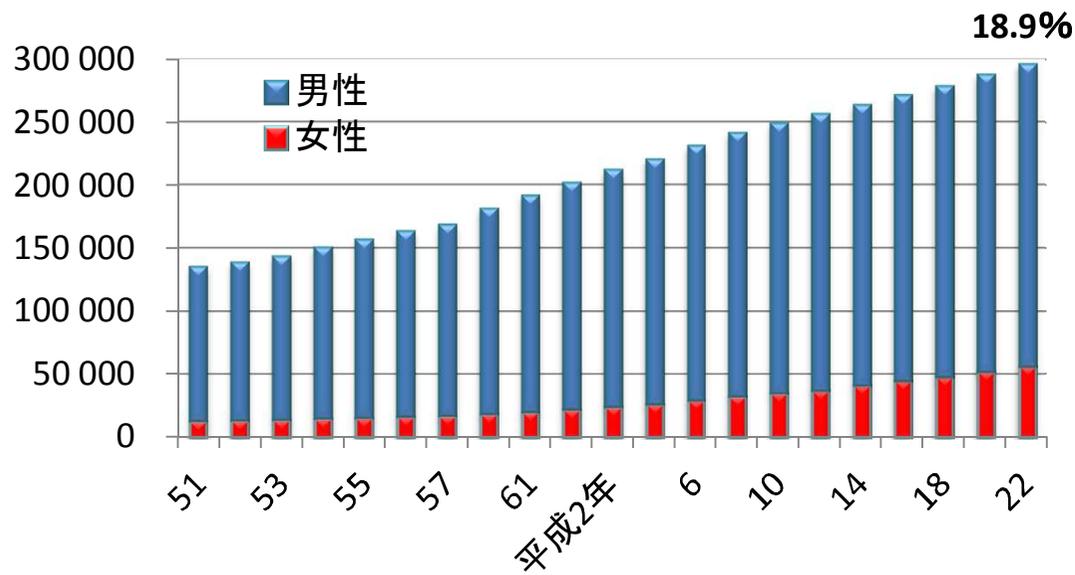


- ※ 平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国1,038の基幹型臨床研修病院に対して平成22年11月に調査を行った。
- ※ 推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与(賞与含む)。
- ※ 自治医科大学卒の研修医で受入病院の処遇と異なっている場合は、その処遇は含めていない

女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成22年時点で18.9%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しているが、過去10年間における医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1で横ばい状態となっている。

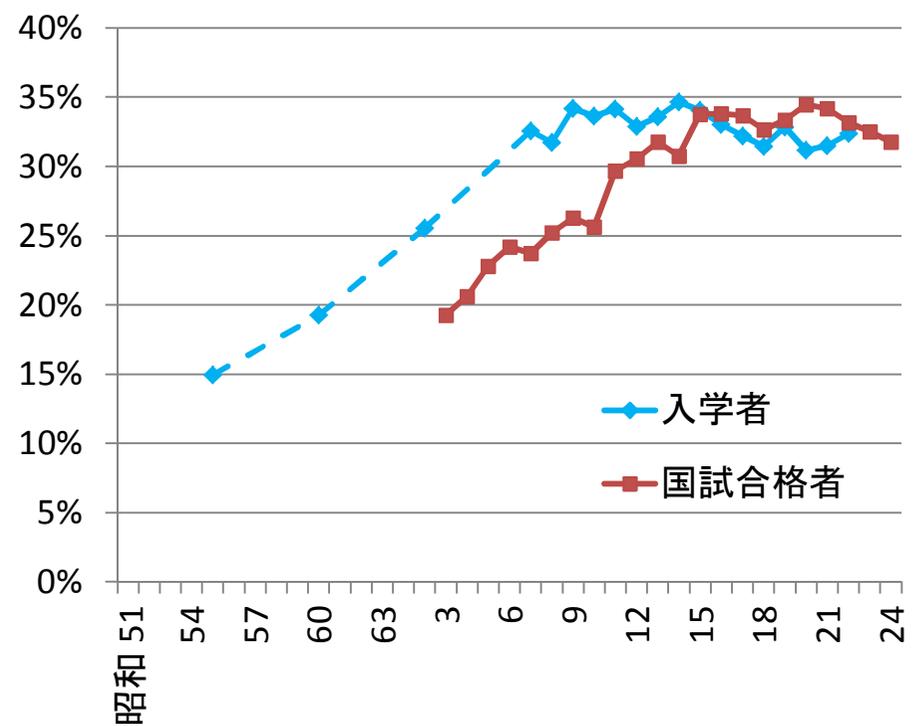
女性医師数の割合



※ 医師数全体に占める割合

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

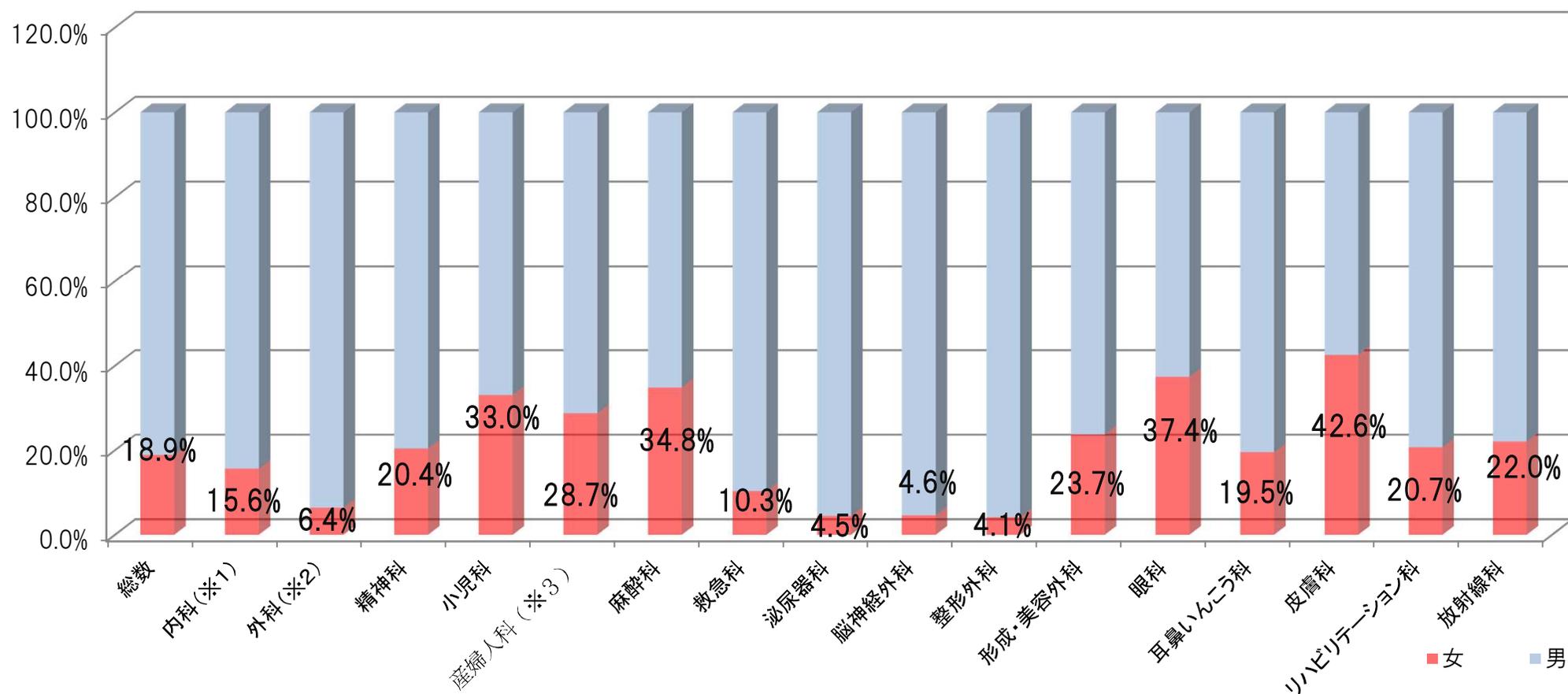
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)
医政局医事課試験免許室調べ

診療科別の医師男女比率

- 全医師数に占める女性医師の割合は18.9%であり、昨年度の18.1%と比べて増加している。
- 皮膚科や眼科、小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科

※2・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

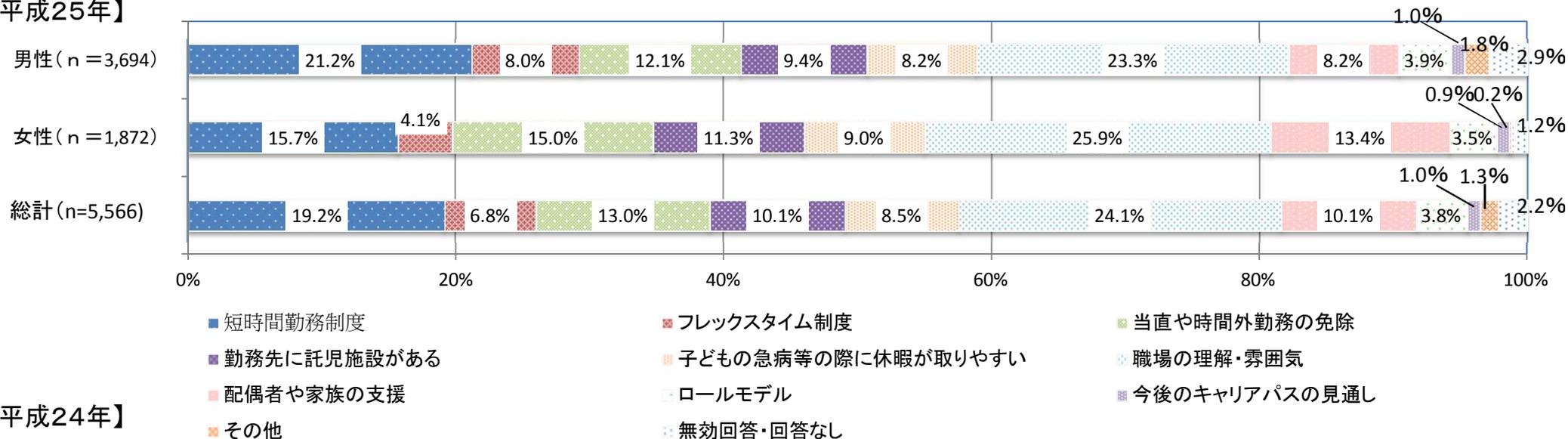
※3・・・産婦人科、産科、婦人科

子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

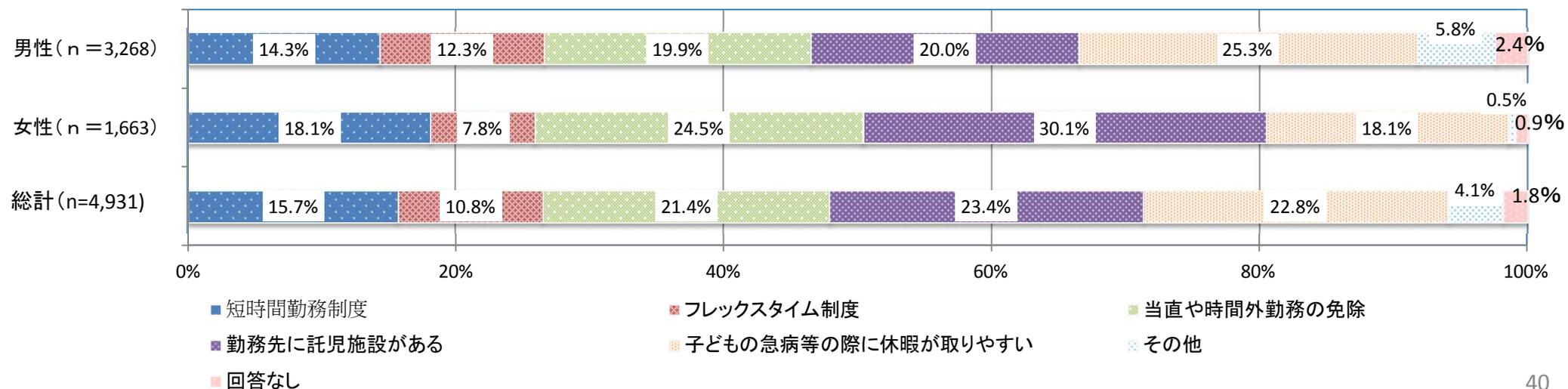
○子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの（複数回答のうち「最も必要」と回答した項目）

【平成25年】



【平成24年】



3. 1) 臨床研修制度と地域医療との関係

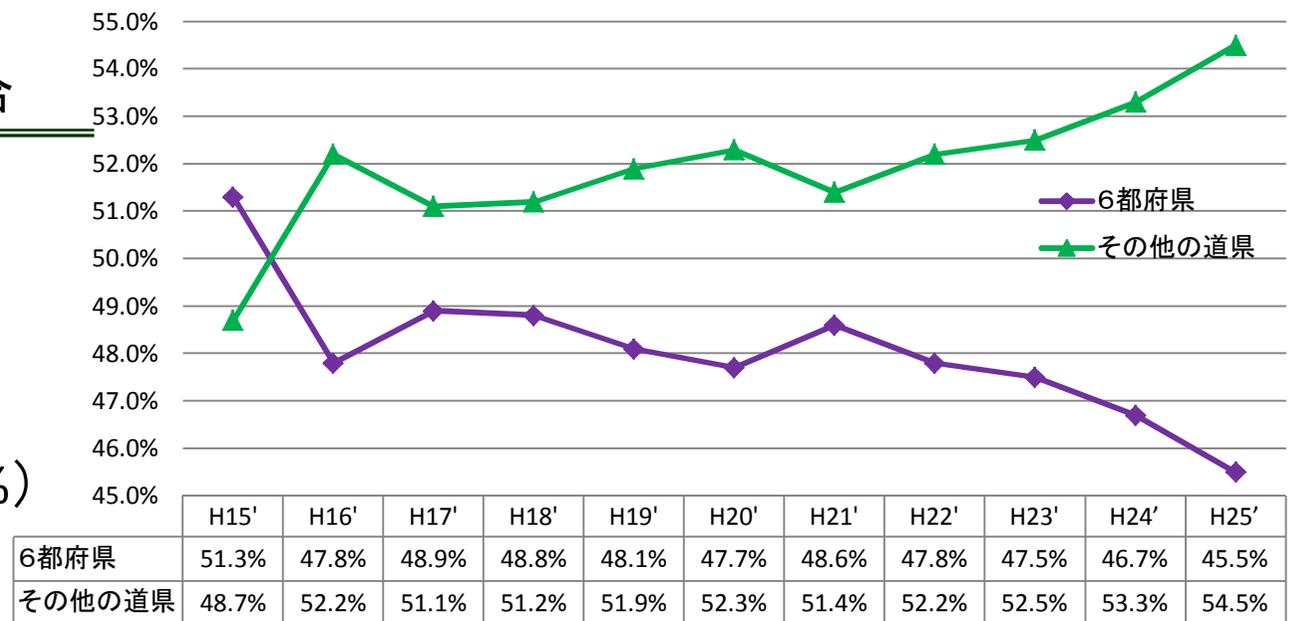
研修医の採用実績<6都府県とその他の道県>

○ 臨床研修医の採用実績の割合について、制度導入後、都市部の6都府県(東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡)では減少傾向にあり、その他の道県では増加傾向にある。

採用割合の推移

6都府県以外の採用実績の割合

23年度 52.5%
↓
24年度 53.3%
↓
25年度 54.5%(+1.2%)



(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674

平成25年8月20日公表

若手医師の動向について

○臨床研修修了者について、卒業医学部ごとに、

- ・「高校等まで最も長かった都道府県(いわゆる、出身都道府県)」
- ・「臨床研修を行った基幹型病院が所在する都道府県(原則として、医師1・2年目)」
- ・「臨床研修修了後に従事する予定の都道府県(原則として、医師3年目)」

を尋ねたところ、以下のような傾向が見られた。

(出典:平成24年臨床研修修了者アンケート調査)

○各都道府県の卒業医学部の人数を100(%)とし、その動向をみると、多くの都道府県で、

- ・当該都道府県出身者数に比べ、医師1・2年目及び3年目で当該都道府県の医師数が増加する。

(卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している。)

- ・医師1・2年目→3年目で、当該都道府県出身の医師数が減少する
一方、東京都に移動する医師数が増加する。

(注)回答者数が少ない都道府県(特に50人に満たないもの)には留意が必要。

(例) 福島県の医学部卒業生の動向

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

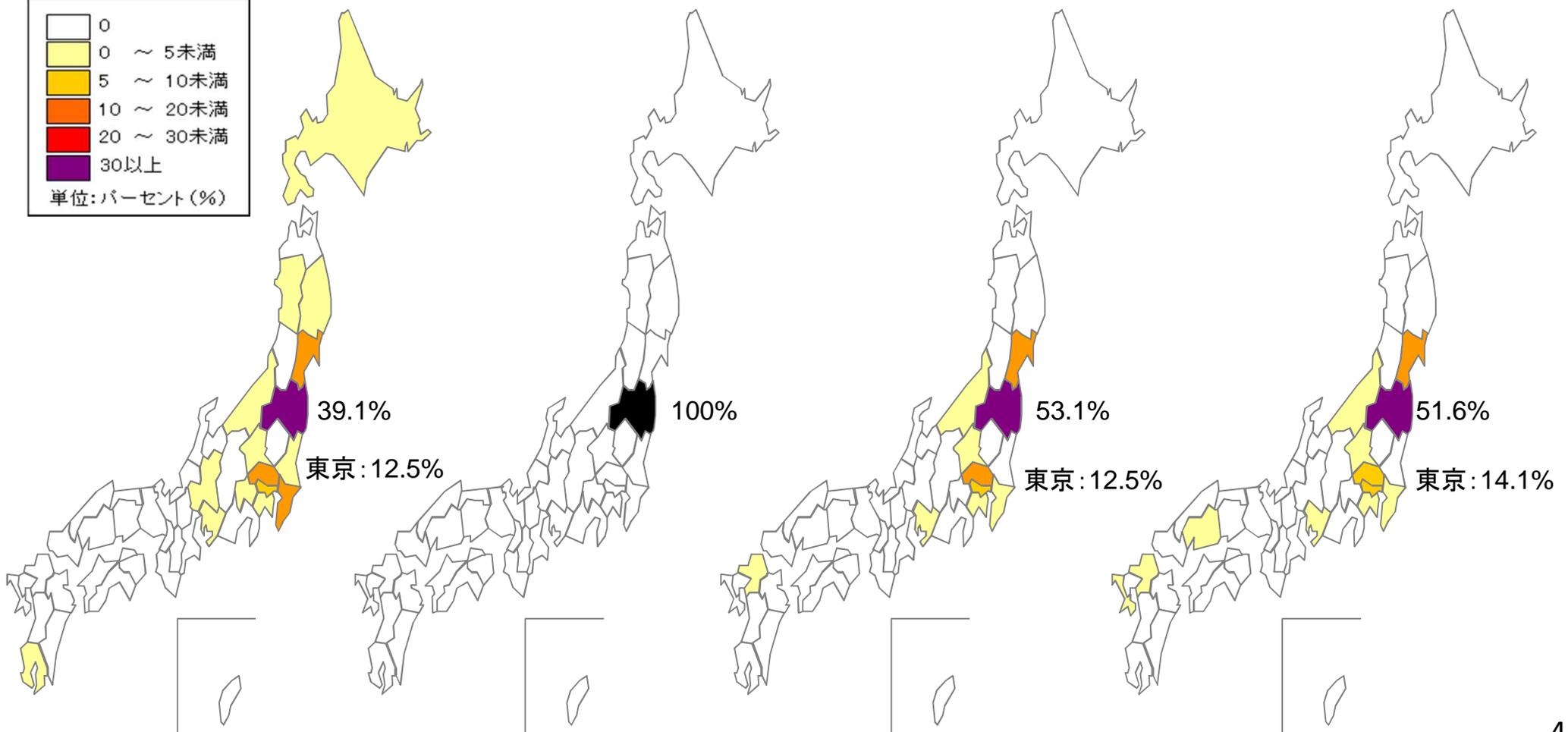
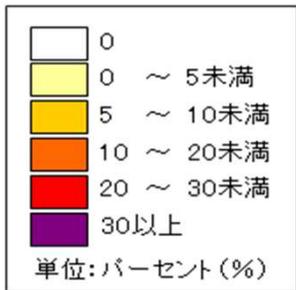
(参考：大学入学前)
(高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県)

大学
(福島県内)

(回答者:64人)

医師1年目
(臨床研修を行った都道府県)

医師3年目
(研修終了後の都道府県)



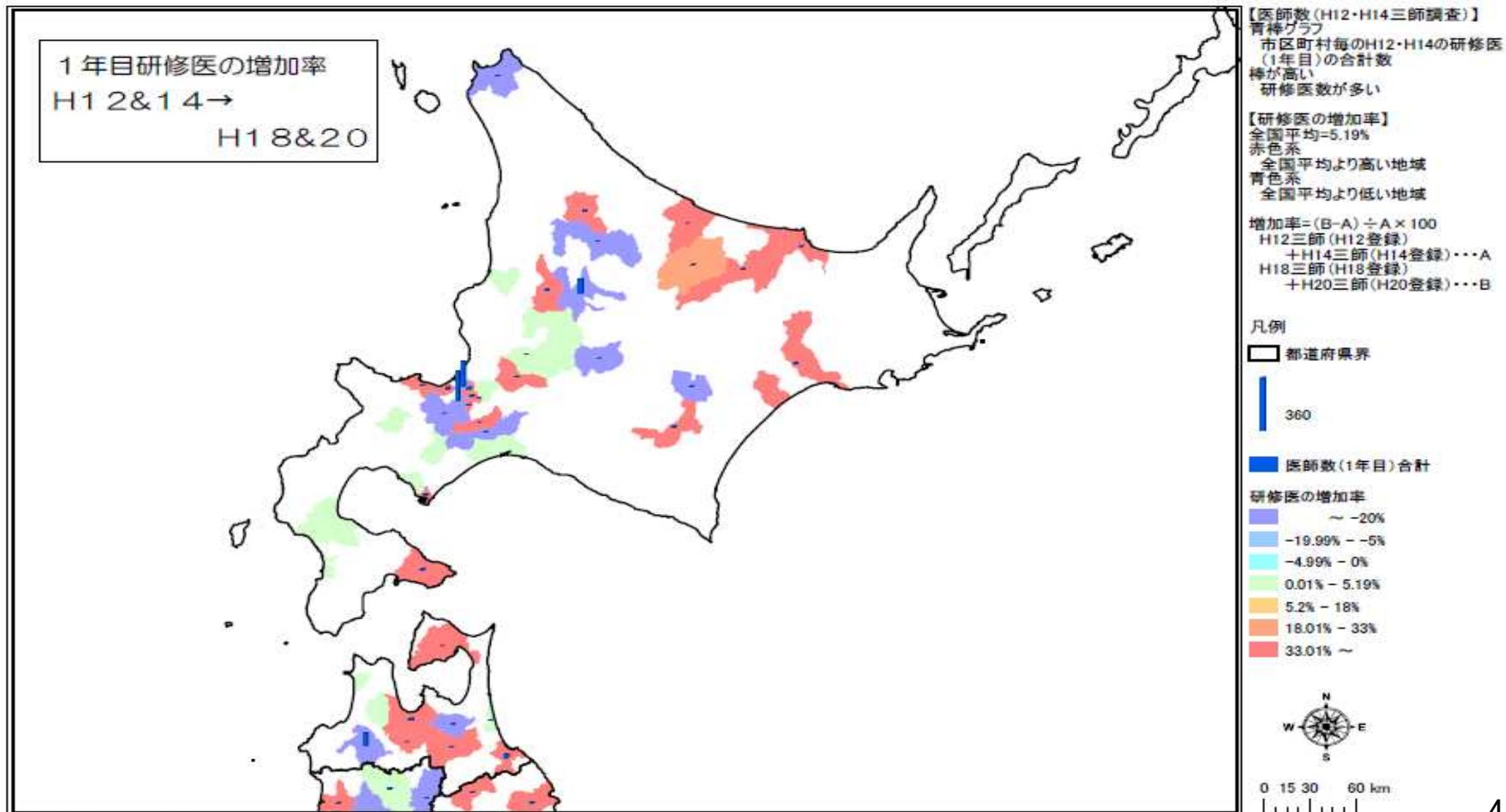
—地図情報システム(GIS)を活用して可視化した研修医の分布の推移—

平成22年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

(研究代表者:桐野高明国立国際医療研究センター総長)

<研修医の増加率(市区町村別)>

○ 制度導入後、都市部(都道府県庁所在地等)で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。

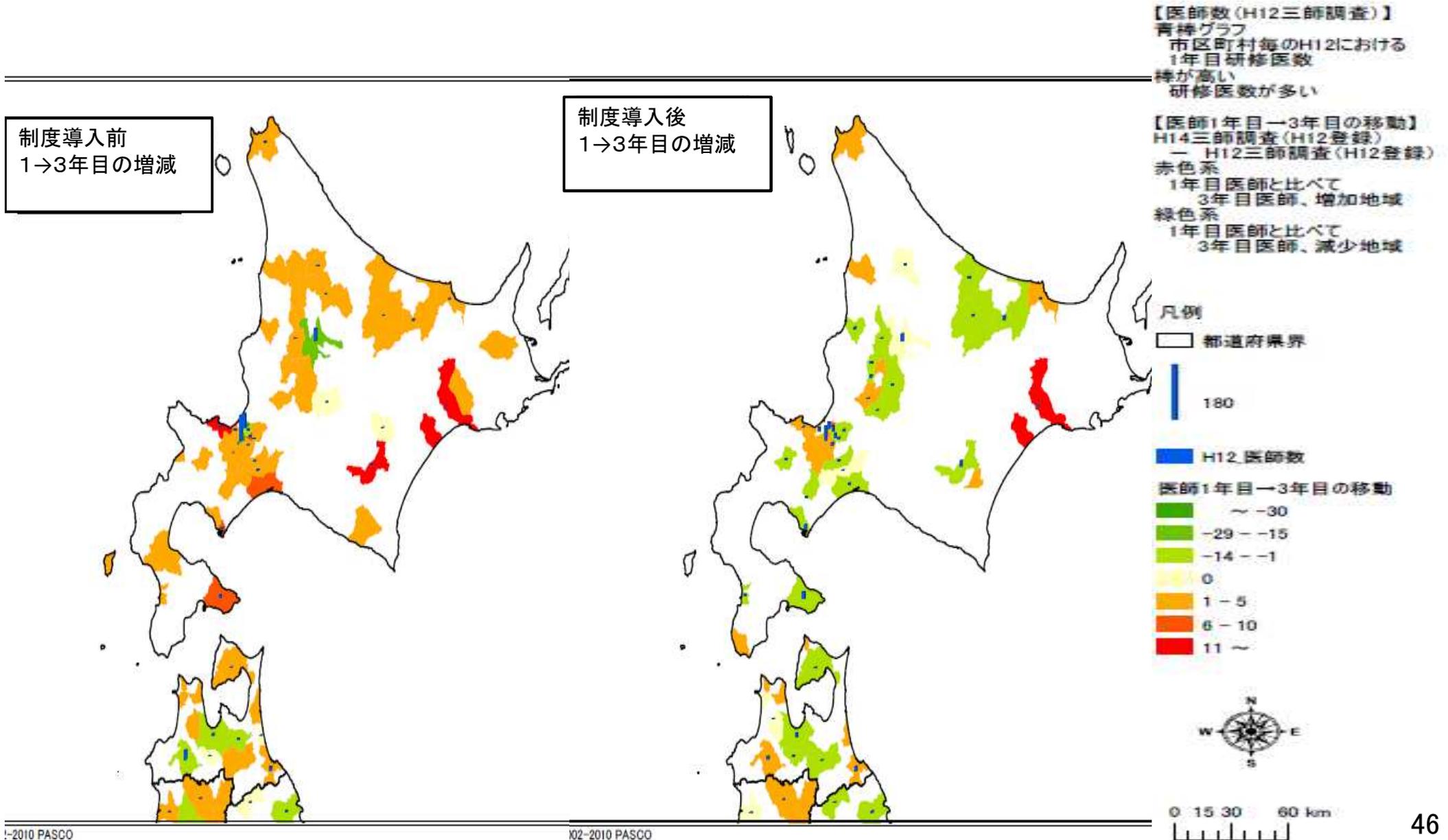


<研修医の研修終了後の移動(1→3年目)(市区町村別)>

※データの詳細については、臨床研修の評価に関するWG第4回資料参照。

○ 医師3年目において、

- ・制度導入前は、都市部から周辺地域に医師が移動する傾向がみられるのに対し、
- ・制度導入後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向がみられる。



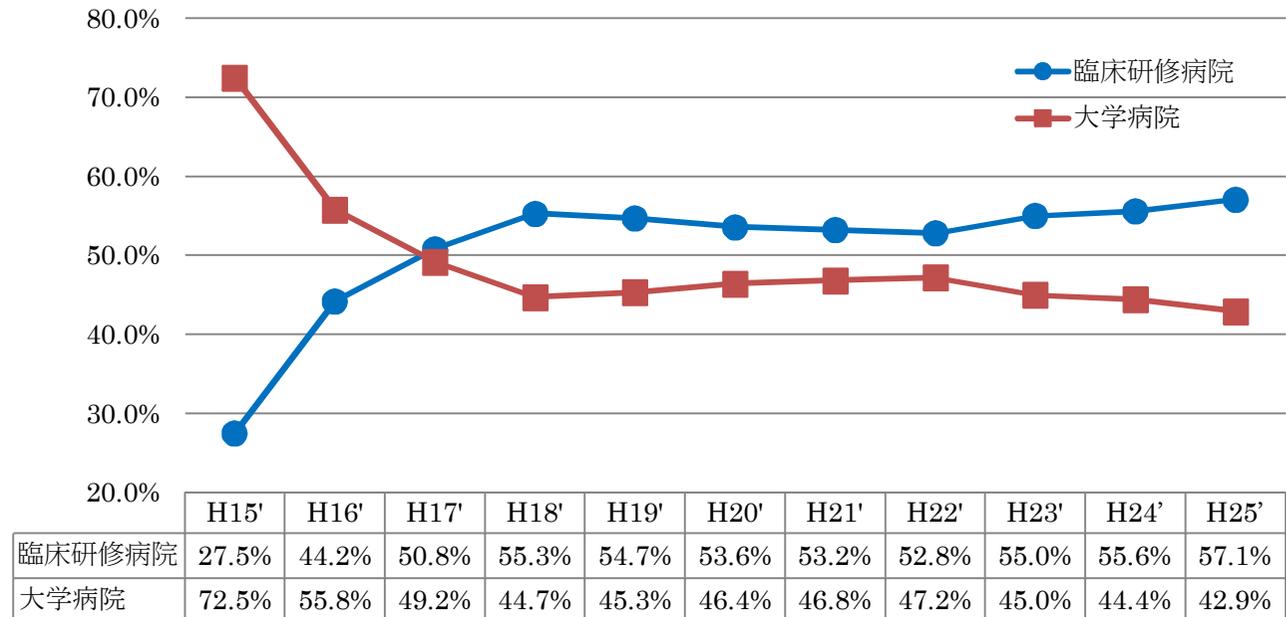
研修医の採用実績＜大学病院と臨床研修病院＞

○大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少。

○大学病院では、昨年度より採用人数が増加した病院と減少した病院の数がほぼ同数。

採用割合の推移

	大学病院	臨床研修病院
23年度	45.0%	55.0%
	↓	↓
24年度	44.4%	55.6%
	↓	↓
25年度	42.9%	57.1%
	(▲ 1.5%)	(+1.5%)



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
臨床研修病院	2,243	3,262	3,824	4,266	4,137	4,144	4,069	3,961	4,222	4,267	4,383
大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451	3,423	3,591	3,575	3,545	3,450	3,412	3,291
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674

平成25年8月20日公表

臨床研修制度の導入前後における医師の地域分布の変化について(中間解析)

出典:平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
(研究分担者:小池創一(東京大学医学部附属病院准教授))

【目的・手法】近年の医師の地域分布の変化について、臨床研修制度の評価に資するデータを提供するため、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データ(平成14年～平成22年)に関し、市町村単位で男女別、医籍登録後年数別に集計。

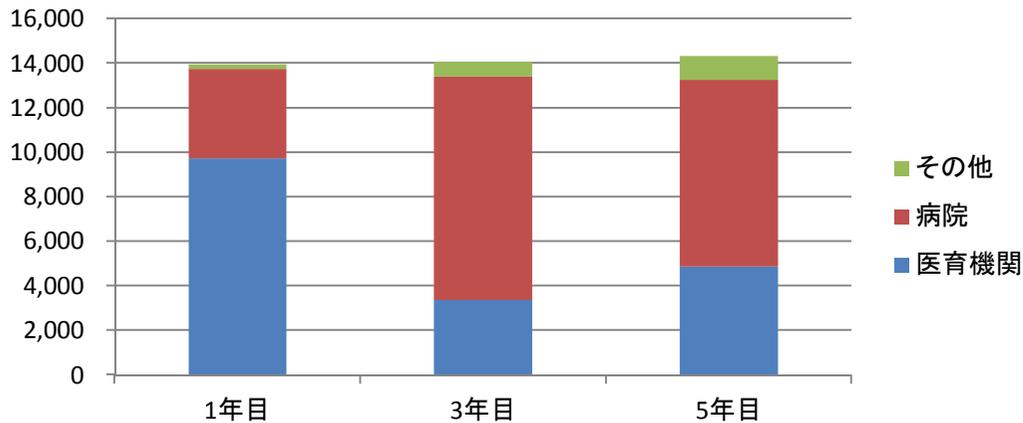
【結果の概要】

○若手医師の勤務先(医育機関、病院)の変化(全国)

・若手医師の勤務先について、全国的に、医師1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少しているが、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、変化の大きさは各都道府県で一様ではない。

医籍登録後年数と勤務先

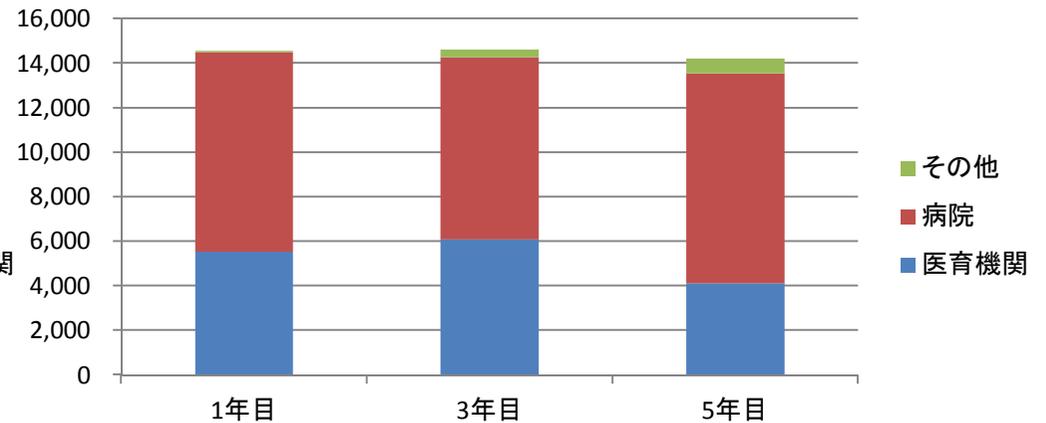
(H12・H14年調査計)



	医育機関	病院	その他	計
1年目	9,736	4,019	205	13,960
3年目	3,369	10,049	653	14,071
5年目	4,883	8,363	1,085	14,331

医籍登録後年数と勤務先

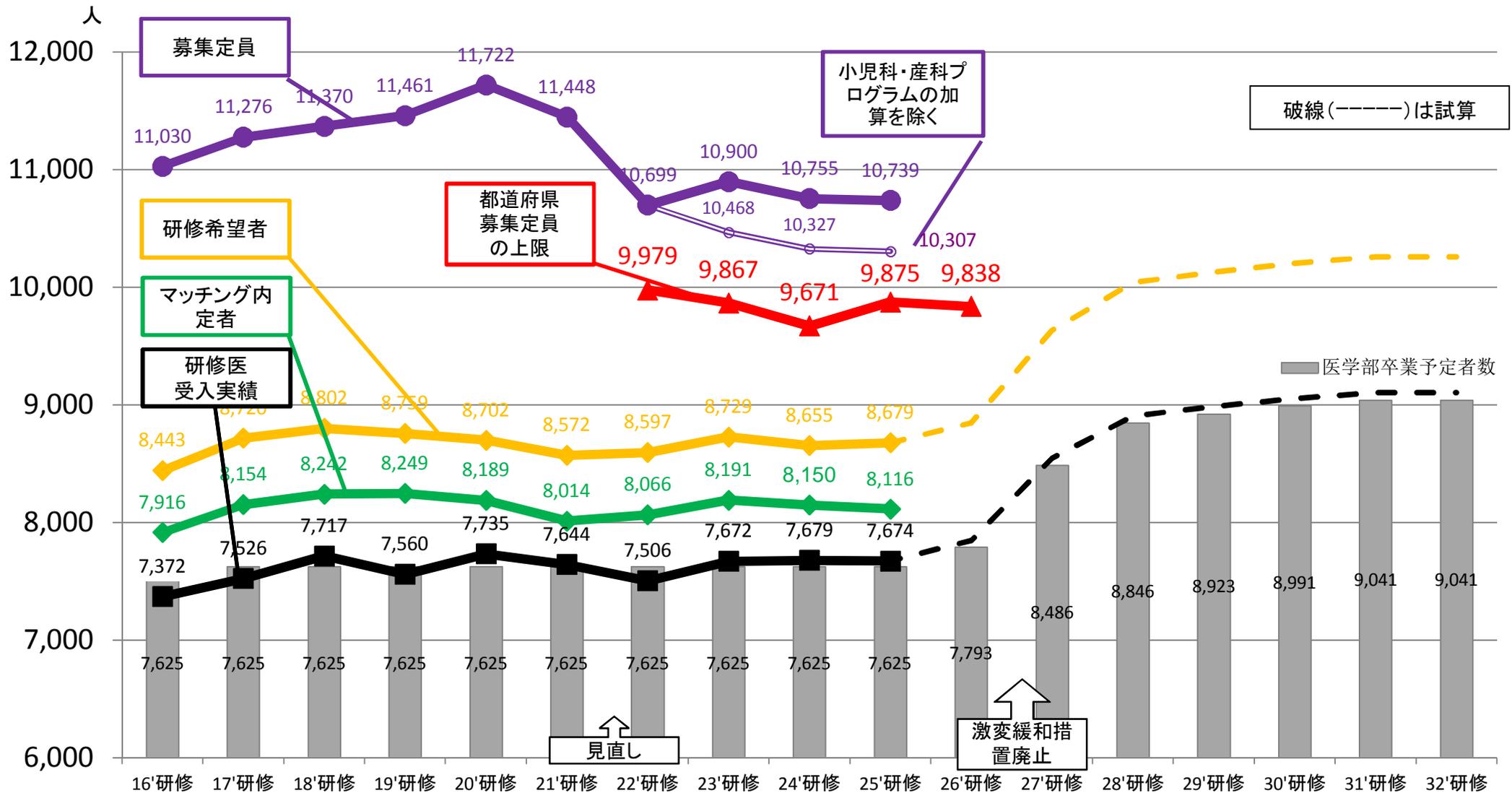
(H20・H22年調査計)



	医育機関	病院	その他	計
1年目	5,527	8,990	58	14,575
3年目	6,091	8,191	349	14,631
5年目	4,132	9,415	682	14,229

3. 2) 募集定員の設定

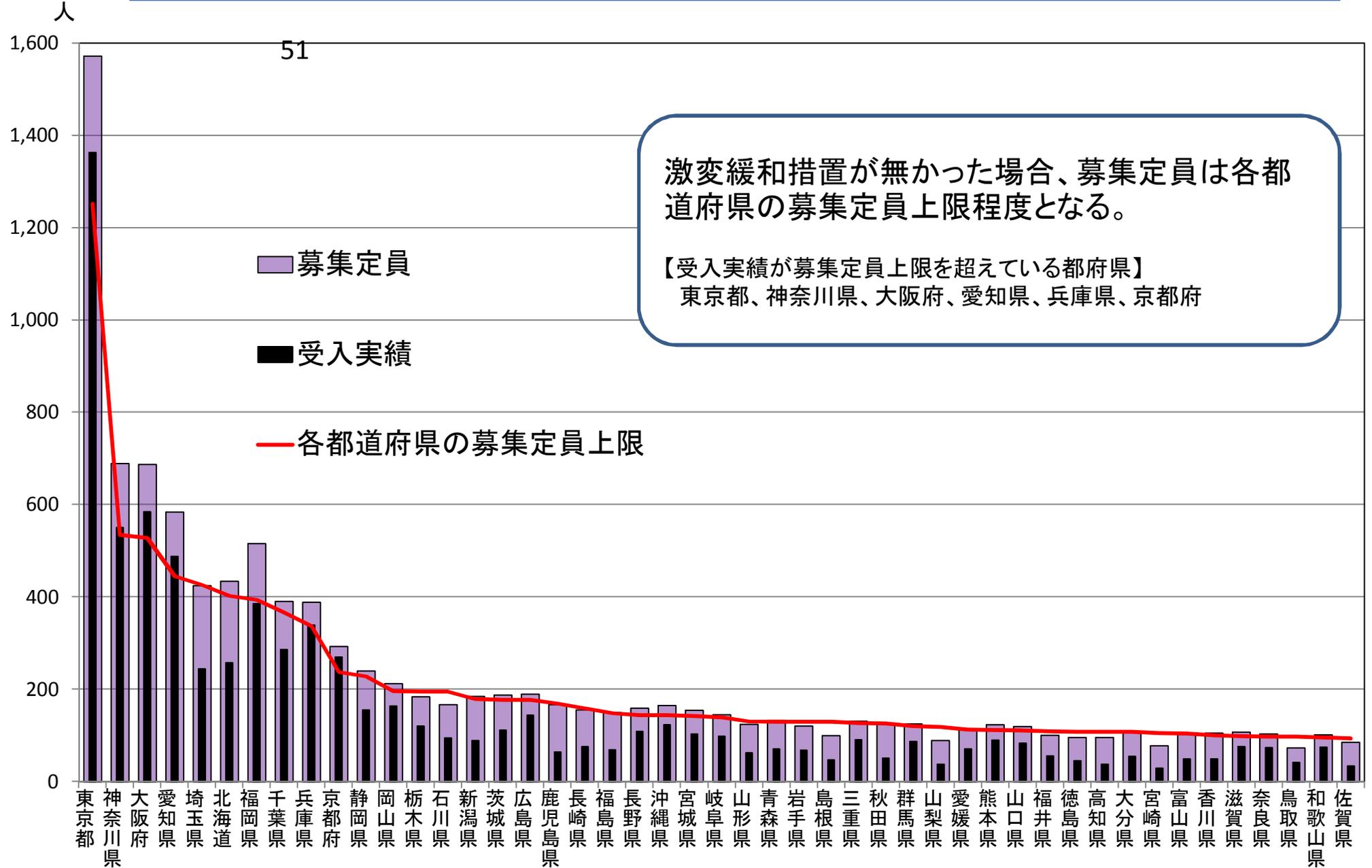
研修医の募集定員・受入実績等の推移



- ※ グラフは、自治医科大学及び防衛医科大学卒業の研修医を含め、全ての研修医についての動向を整理したもの。
- ※ 研修希望者は、各年度のマッチング参加者と自治医科大学、防衛医科大学卒業者の合計である。
- ※ 医学部卒業予定者数は、医学部入学定員を卒業時(6年後)の年度で整理している。

(参考)

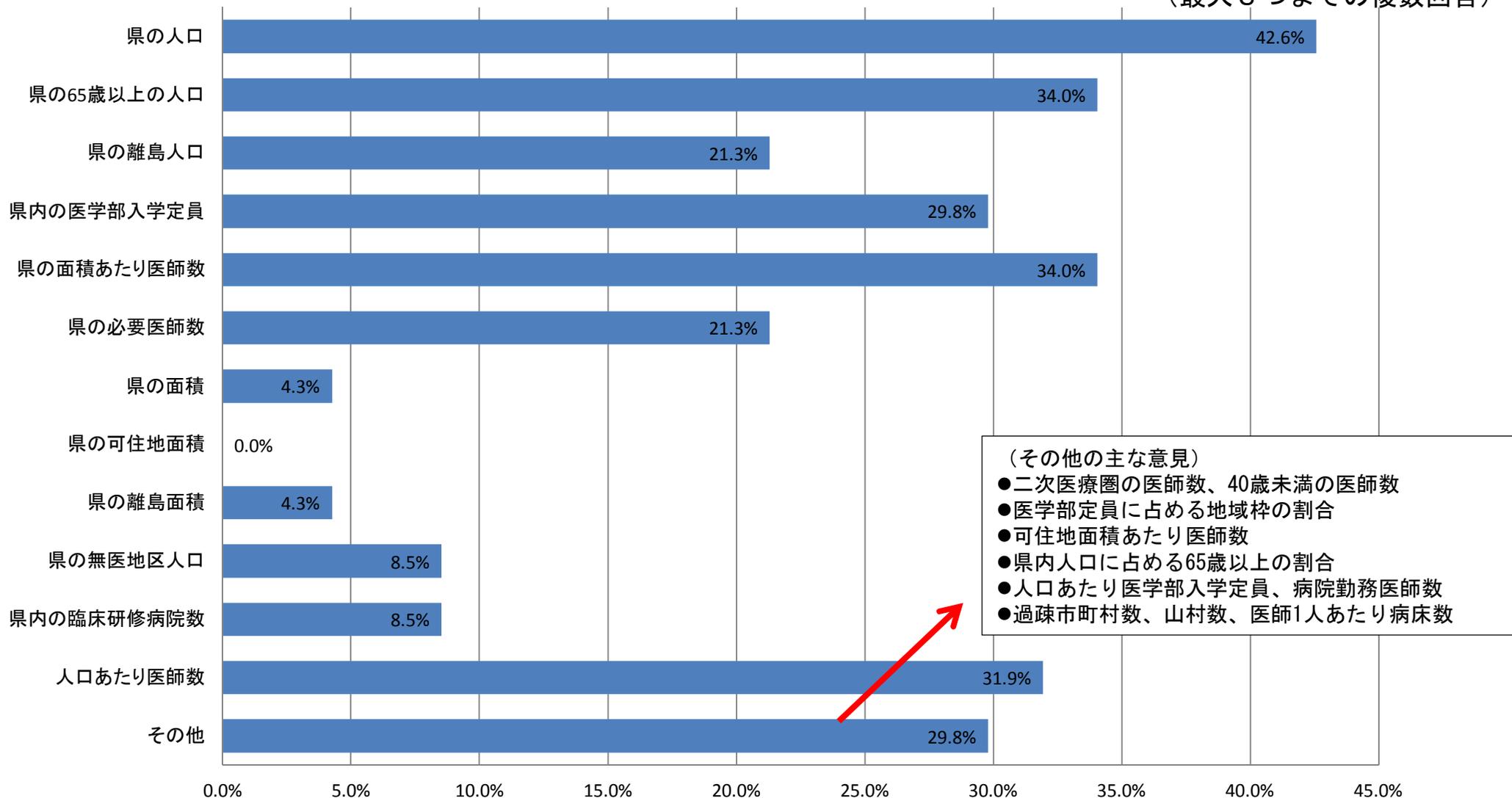
都道府県別の募集定員と受入実績の状況(平成23年度)



都道府県募集定員の上限を決定する上で重要な要素 (都道府県の意見)

出典：都道府県 医師臨床研修に関するアンケート調査結果
(※平成24年11月に全都道府県に対してアンケート調査を実施)

(最大3つまでの複数回答)



都道府県別募集定員の上限について(現行)

○全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②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、「③地理的条件を勘案した数」を加えたもの

① 人口分布

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$
(直近の実績値)

② 医師養成状況

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$
(直近の実績値)

③ 地理的条件

(平成25年度 617人)

- (a) 面積当たりの医師数
(100平方km当たりの医師数)
- (b) 離島の人口

①と②の多い方

+

③

都道府県別の募集定員の上限

【激変緩和措置】 募集定員の上限は、前年度の90%を下回らないようにする。(平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで)

都道府県別募集定員の上限について(見直し案)

○全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方の数値の割合で按分し、「③地理的条件等を勘案した数」を加えたものを基礎数とし、さらに都道府県調整枠を加えたもの

① 人口分布

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$
(推計値)

② 医師養成状況

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$
(推計値)

③ 地理的条件等の加算

(1,000人程度)

- (a) 面積当たりの医師数
(100平方km当たりの医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たりの医師数

①と②の多い方の数値の割合で按分

+

③

都道府県別の基礎数
仮上限

+

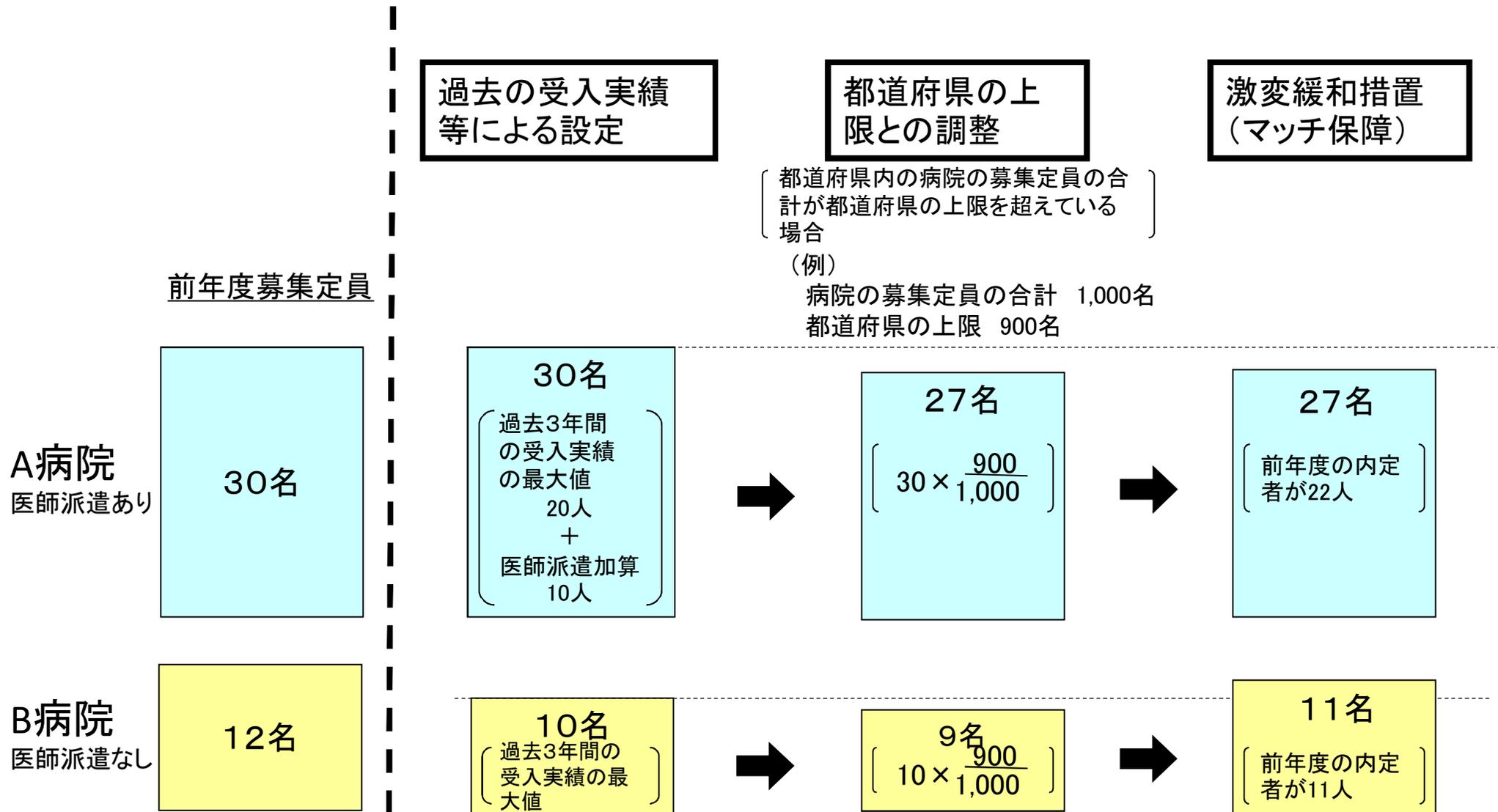
都道府県が定員を調整できる枠
(※)

都道府県別の募集定員の上限

当初は、研修希望者数の1.2倍

【※】 研修希望者数の1.2倍(当初)と都道府県別の基礎数との差を直近の採用実績数の割合で按分して算出

各研修病院の募集定員設定方法(現行)



【都道府県の調整】 都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、各病院の募集定員を調整することができる。

【激変緩和措置】 募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする。(平成26年3月31日まで)

各研修病院の募集定員設定方法(見直し案)

過去の受入実績
等による設定

各都道府県の**基礎数
(仮上限)**との調整

都道府県による
調整

〔 都道府県内の病院の募集定員の合計
が都道府県ごとの**基礎数(仮上限)**を
超えている場合 〕

〔 都道府県が、地域枠等の状況を踏まえ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を調整 〕

(例)

病院の募集定員の合計 1,000名
都道府県の**基礎数(仮上限)** 900名

前年度募集定員

A病院
医師派遣あり

30名

30名
〔 過去3年間の
受入実績
の最大値
17人
+
医師派遣加算
13人(※) 〕



27名
〔 $30 \times \frac{900}{1,000}$ 〕



30名
〔 都道府県調整
により2人加算 〕

(※)最大13人まで加算可能

B病院
医師派遣なし

12名

10名
〔 過去3年間の
受入実績の最大値 〕



9名
〔 $10 \times \frac{900}{1,000}$ 〕



11名
〔 都道府県調整
により2人加算 〕

小児科・産科プログラムについて

(事務局作成)

＜平成22年度開始プログラム実績＞ ※募集定員20人以上の場合に必設とされているプログラムに限る

【小児科プログラム】 定員：163名 マッチ者数：110名

【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む 定員：144名 マッチ者数：74名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】 定員：78名 マッチ者数：40名

＜臨床研修修了後の診療科の希望＞ (出典：平成24年臨床研修修了者アンケート調査)

※プログラム番号の記載のある個票のみ集計

【小児科プログラム】

研修を行った者：52名(A)

臨床研修終了後に小児科を希望する者：37名(B)

割合(B/A)：71.2%

※参考：産科・産婦人科を希望する者：2名

【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む

研修を行った者：39名(A)

臨床研修終了後に産科・産婦人科を希望する者：27名(B)

割合(B/A)：69.2%

※参考：小児科を希望する者：5名 婦人科を希望する者：2名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】

研修を行った者：9名(A)

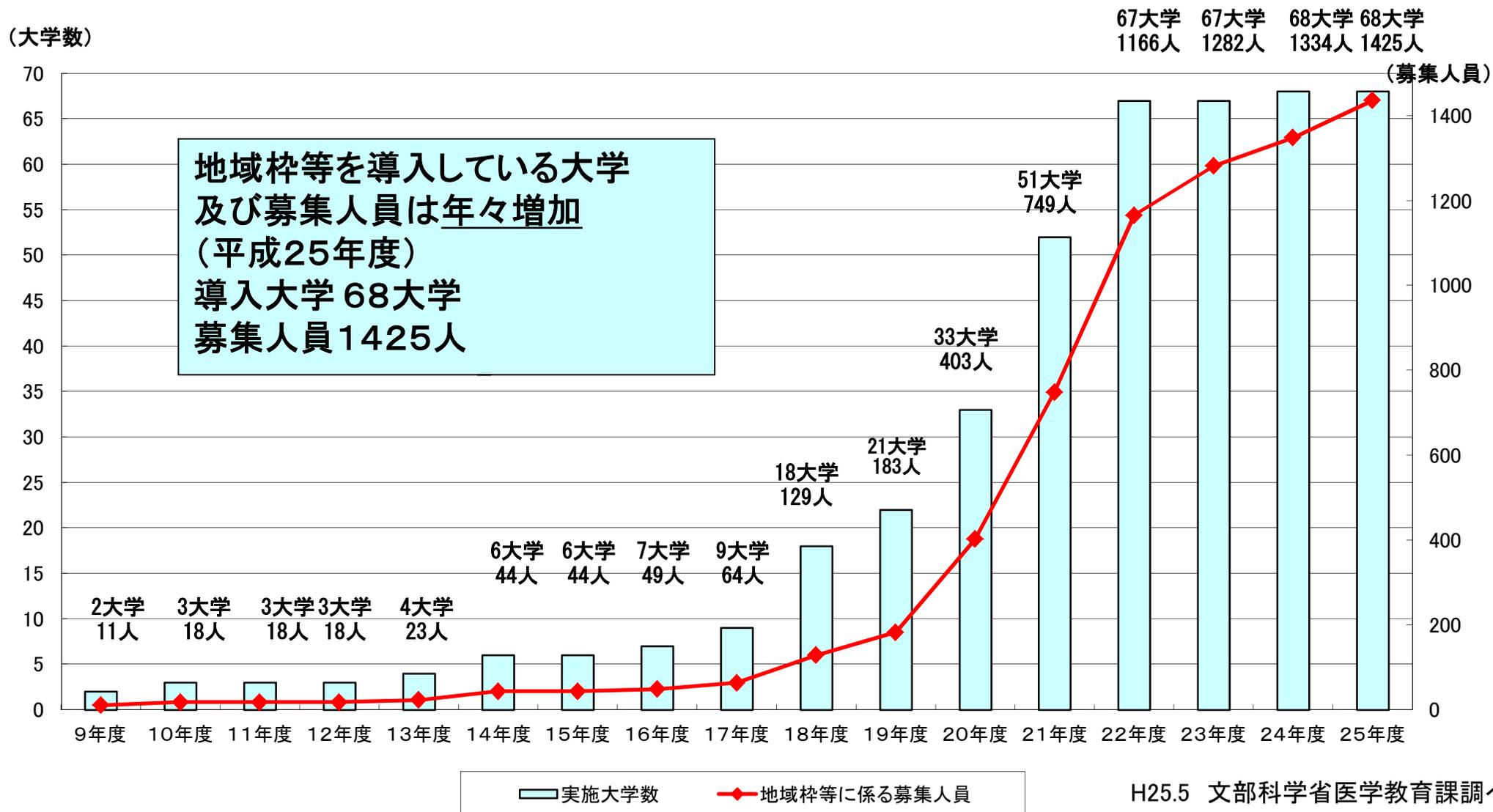
臨床研修終了後に小児科・産科・産婦人科を希望する者：7名(B) 割合(B/A)：77.8%

3. 3) 地域枠への対応

地域を指定した入学者選抜(地域枠)等の状況

平成25年5月現在、68大学で1,425人の地域を指定した入学者選抜(地域枠)等を設定。

※地域枠等には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む



地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった**学生の選抜枠**」
- 〈2〉 **都道府県が設定する奨学金の受給**が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

医学教育（6年間）

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関

（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）

2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

平成28年度以降、新たな
医師として地域医療等へ貢献：

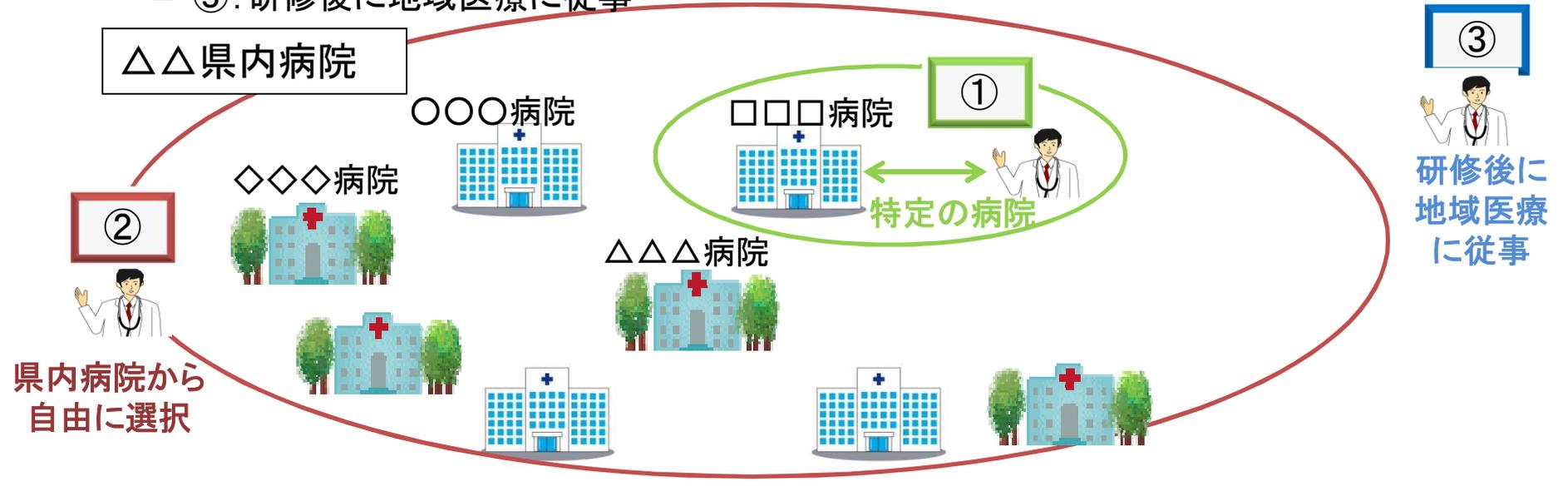
- ・平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- ・平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- ・平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み

地域枠学生の卒業後の勤務要件

1) 卒業後の勤務条件あり

※主に、6年間奨学金を受給して卒業後、当該都道府県内の地域医療に9年間程度従事

- ①: 初期研修は、指定された特定の医療機関で実施
- ②: 初期研修は、県内の医療機関(指定された医療機関含む)から自由に選択
- ③: 研修後に地域医療に従事

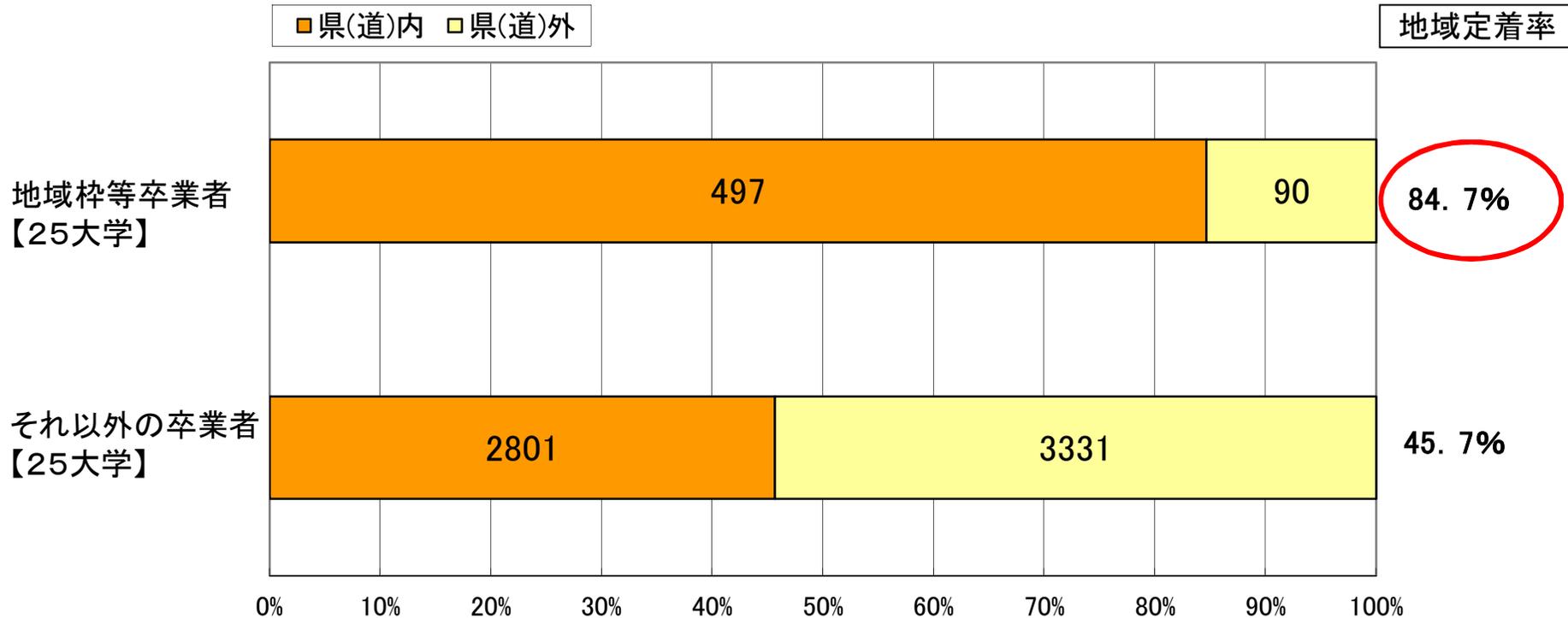


2) 卒業後の勤務条件なし

- 地元出身者のための選抜枠
- 出身地にとらわれない地域医療に従事する入学枠等

地域枠等で入学した者の卒業後の状況

地域枠等による入学者の方が、一般枠の入学者より、卒業後も都道府県内に残る割合が高い。
(地域枠等による入学者が既に卒業している大学の県内定着率の平均は、地域枠等が89%に対して、一般枠は54%)

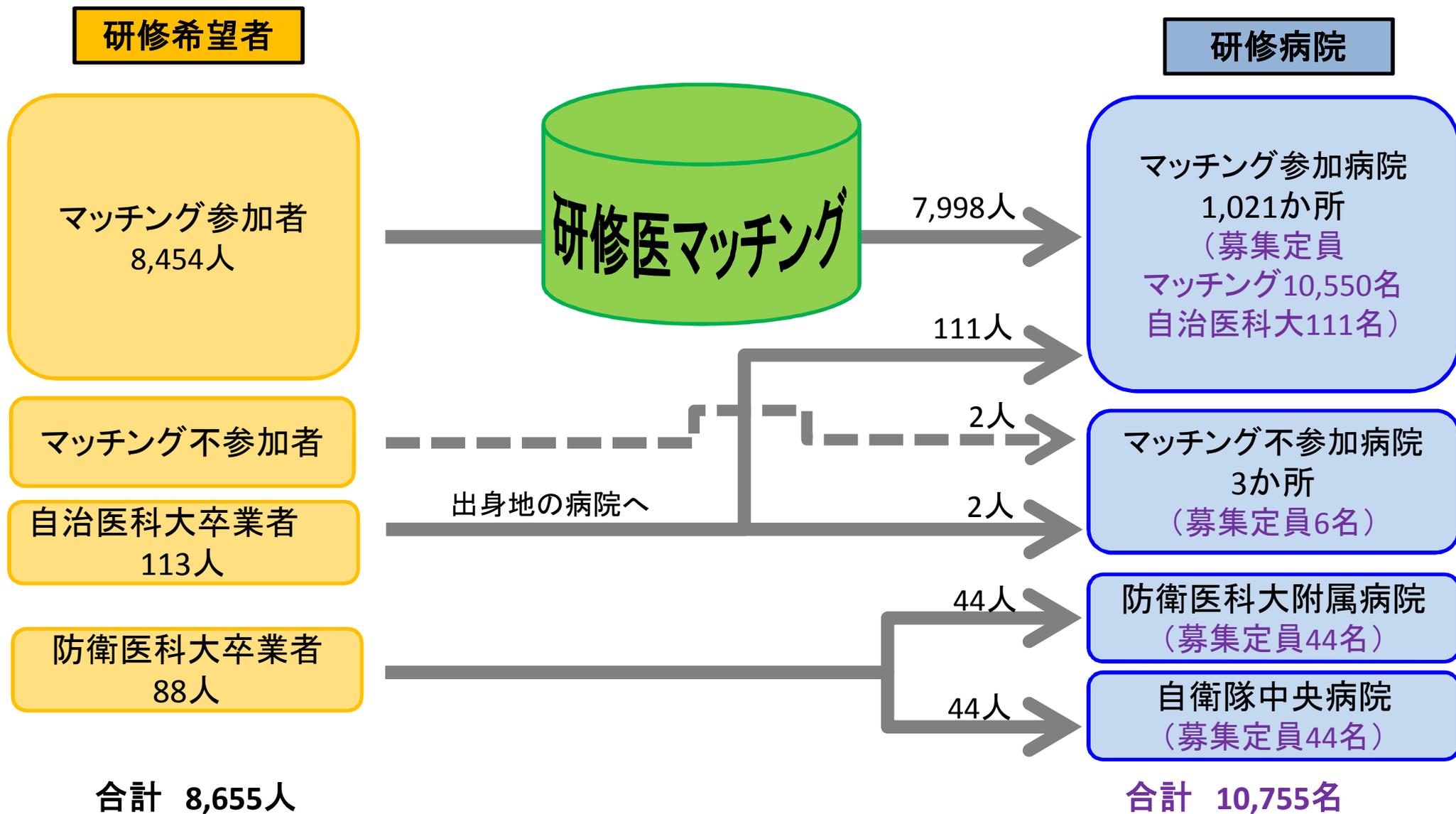


注) グラフ中の数値は、地域枠等の累積卒業生数(人)。

※ 地域枠等には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。

(参考)

平成23年度研修医マッチング等(平成24年度採用者)

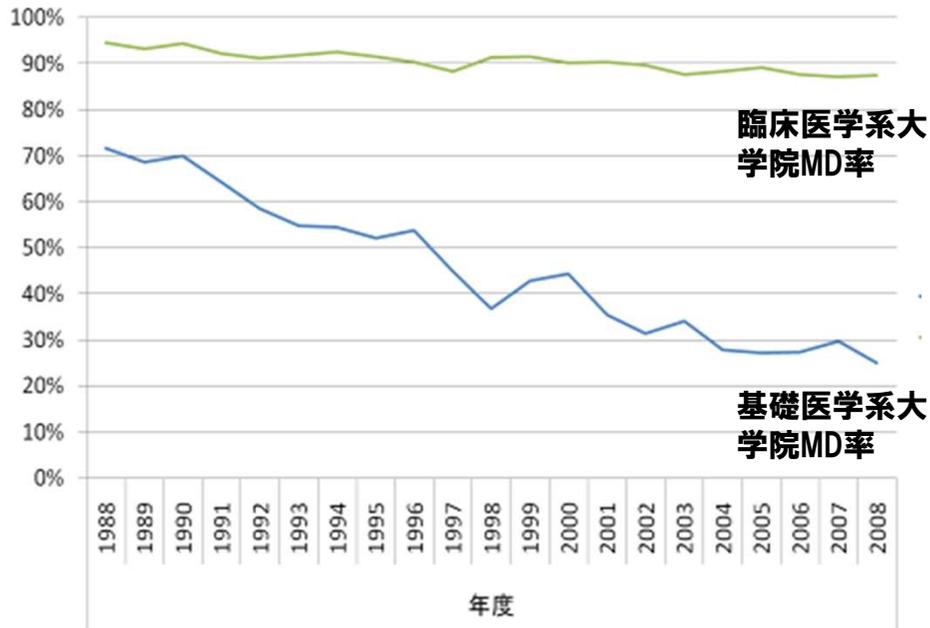


4. 1) 研究医養成との関係

研究者養成に関する現状

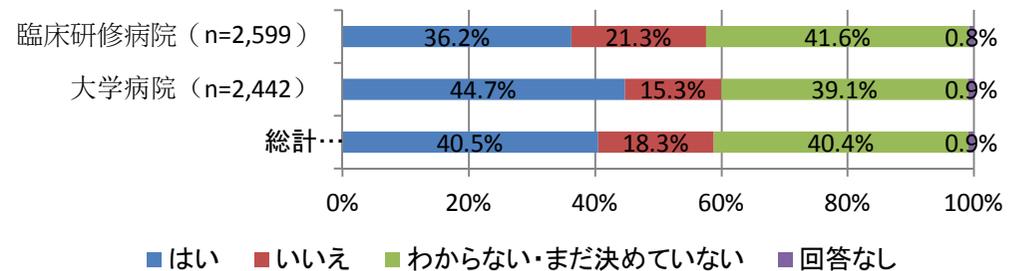
- ・基礎系の大学院博士課程入学者に占める医師免許取得者の割合が低下している。
- ・専門医取得への志向に比べ、博士号取得の志向は低調。

◆基礎医学系・臨床医学系の大学院入学者に占める医師免許取得者(MD)の割合

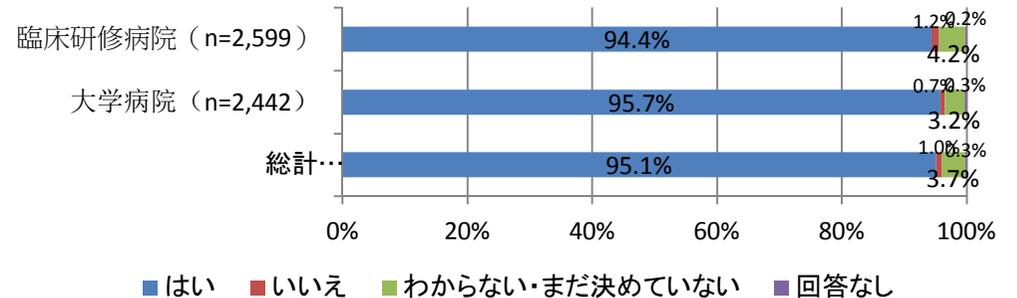


◆臨床研修医の専門医志向と、博士号取得志向の状況

<医学博士の取得希望>



<専門医・認定医の取得希望>

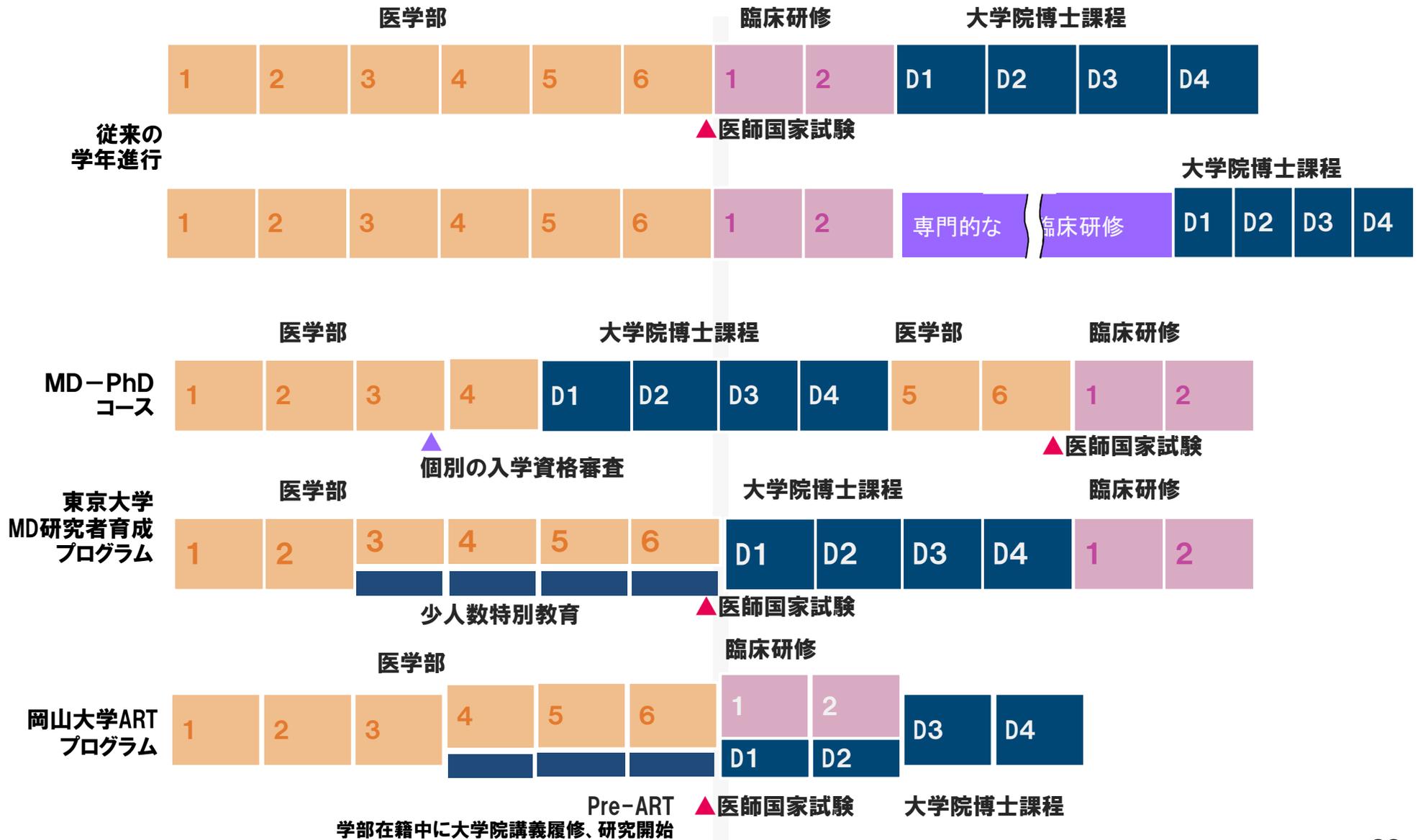


「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」(第3回)
 東京大学清水(前)医学部長(現副学長)プレゼン資料より

(出典)厚生労働省 平成24年 研修医アンケート調査

研究医養成のための大学・大学院を一貫した教育プログラムの例

学部から大学院へ途切れなく進めることができるよう、各大学において取組が進められている。



ART(Advanced Research Training Program)

研究医枠による医学部定員増の取組

医師免許を持つ基礎医学研究者の減少等に対応するため、平成22年度～25年度に「研究医枠」として、18大学で35人の増員を実施。各大学では、奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究者の養成に取り組んでいる。

◆研究医枠の人数

複数の大学と連携し、研究医養成の拠点を形成しようとする大学で、研究医の養成・確保に学部・大学院教育を一貫して取り組む各大学3人以内の定員増。

平成22年度 17人、23年度 6人、24年度 3人、25年度 9人 計35人(18大学)

◆研究医枠を活用した取組例

東京大学

平成20年度に開始したMD研究者育成プログラムにより、3年次以降の学部教育と大学院教育の連続的なコースを通じて、早期から最先端の研究活動に触れ、ディスカッション能力や発表能力の育成を図り、優れた基礎医学研究者養成を図る。

群馬大学、千葉大学、山梨大学との連携により、研究指導の交流を促進するとともに、研究実習関連のカリキュラムの相互乗り入れを検討する。

京都大学

学部1年次から約半年単位で5カ所程度の研究室で様々な研究活動に参加するラボ・ローテーション等を経て、4年次修了時点で大学院博士課程に進学するMD-PhDコース(4人程度)を設け、早期に最先端の博士研究を行い、3～4年で学位取得の後、学部で5～6年次の臨床実習を受け卒業し、優れた基礎医学研究医を育成する。

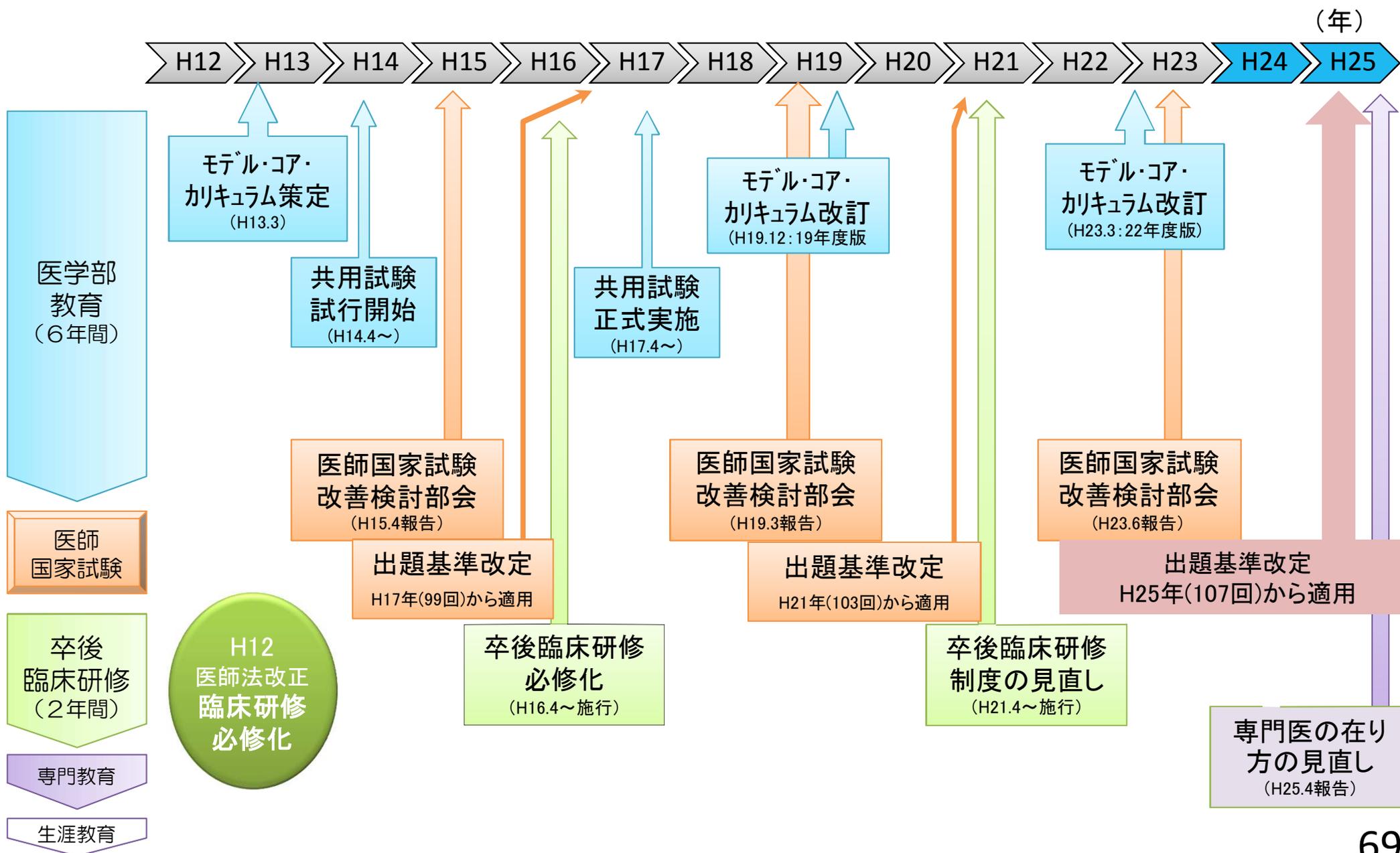
慶應義塾大学

学部・大学院の協力によるコースを新設し、学部4年次から複数の研究室のローテーションや大学院講義の受講を経て、卒後は大学院において、埼玉医科大学、理化学研究所と連携しながら、3年以内に博士号を取得できるプログラムを設け、幹細胞医学、腫瘍医学をはじめ、医学研究を牽引できる人材の育成を図る。

学生には複数の教員をメンターとし、研究内容のみならず、豊富な国際連携を活用した研究医としてのキャリアパスまで相談をできる体制を確立する。

4. 2) 医師養成全体との関係

卒前・卒後医学教育を巡る近年の動き



医学教育モデル・コア・カリキュラム (H13.3策定、H19.12、H23.3改訂) (概要)

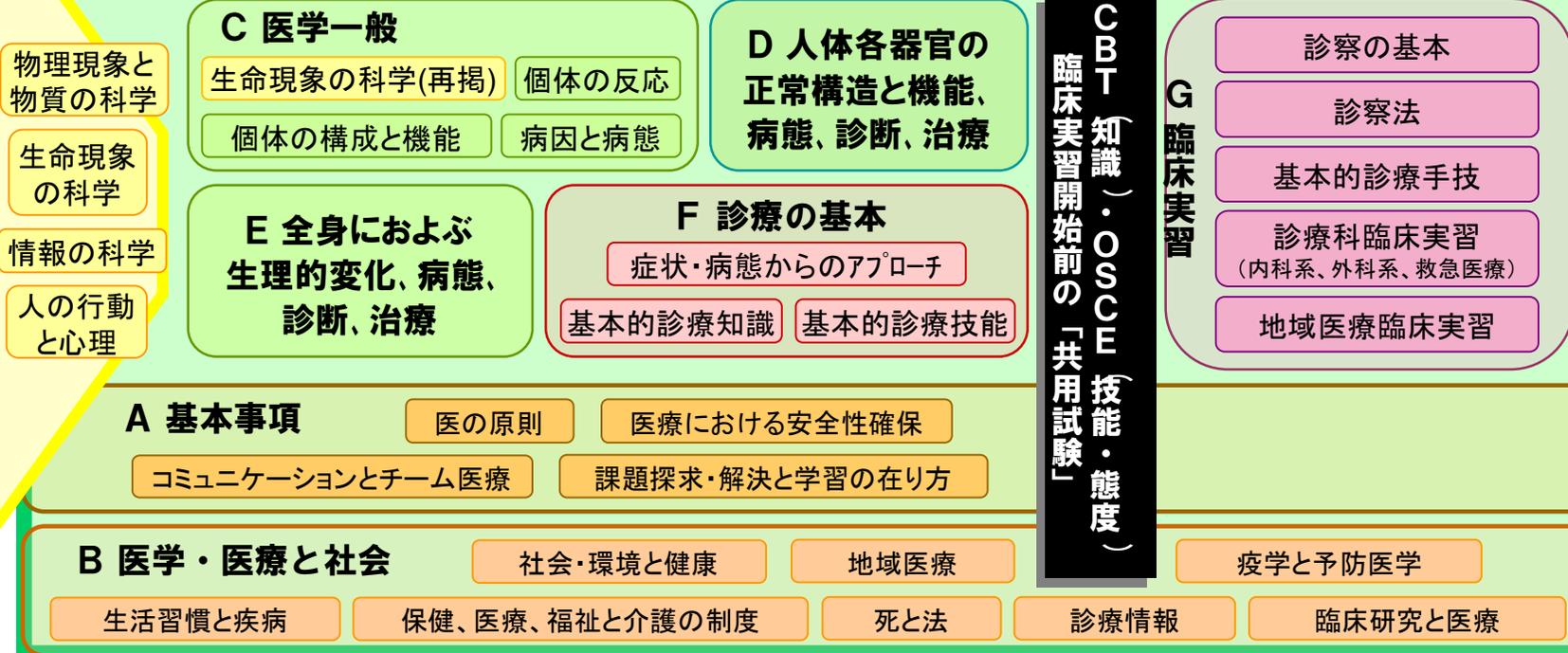
- 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- 冒頭に「医師として求められる基本的な資質」を記載、患者中心の医療および医療の安全性確保も明記
- 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

教養教育

選択的なカリキュラム(学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)
 ※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)

医学教育モデル・コア・カリキュラム
 (学生の履修時間数(単位数)の3分の2程度)

医師として求められる基本的な資質



人文・社会科学・数学・語学教育など
 準備教育モデル・コア・カリキュラム

医師国家試験

・今後、世界で活躍できる医師養成のためには、我が国の医学教育が、国際標準を満たしているという評価を受ける必要が出ている。

◆米国ECFMGからの通告

2023年より、米国の医師国家試験については、アメリカ医科大学協会(AAMC)、または世界医学教育連盟(WFME:WHOの下部組織)の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に通知(2010年9月)。

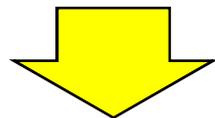
※ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)

米国外の医学部卒業生に対して、米国医師国家試験(USMLE STEP1,STEP2)の受験資格を審査するNGO団体。

・ WFME global standard

WFMEはWHO関連機関である医学教育NGO。2003年に医科大学評価基準としてグローバルスタンダードを策定。

※ 我が国では、大学教育全般に関する認証評価は制度化されているが、医学教育に特化した分野別評価はないという状況。



認証制度発足に向けて、全国医学部病院長会議が2011年9月に「医学部・医科大学の教育評価に関わる検討会」を設置。

○受験者数の推移

YEAR	Japanese Citizens*	Graduates of Japanese Medical Schools
2000	30	31
2001	37	37
2002	33	30
2003	68	65
2004	36	35
2005	81	83
2006	78	76
2007	66	67
2008	55	56
2009	72	68
2010	69	63

新たな専門医に関する仕組みについて①(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)

H25.4.22

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>	各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。
<求められる専門医像>	専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。
<地域医療との関係>	医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

- 新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。(「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。)
- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医等に関するデータベースを構築。

(総合診療専門医)

- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。
 - ※ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
 - ※ 「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。
- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。
 - ※ 臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも別に用意。

(専門医の養成・認定・更新)

- 医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。
※自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

(地域医療との関係)

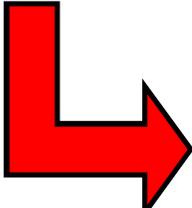
- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施。
※研修施設は、必要に応じて都道府県(地域医療支援センター等)と連携。
- 研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討。
- 専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。
- 少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

(既存の学会認定専門医からの移行)

- 専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成。
(移行の時期は第三者機関において速やかに検討。)

(スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。



期待される効果

- 専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)
- 医療提供体制の改善