

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書

－医師臨床研修制度の見直しについて－

平成 30 年 3 月 30 日

目次

はじめに	1
1 卒前卒後の一貫した医師養成について	1
2 到達目標・方略・評価について	2
(1) 臨床研修の到達目標	3
(2) 方略	4
(3) 評価	6
3 臨床研修病院の在り方について	7
(1) 必要な症例	7
(2) 指導・管理体制	8
(3) 基幹型臨床研修病院等の在り方	9
(4) 第三者評価	10
4 地域医療の安定的確保について	10
(1) 募集定員の設定	10
(2) 地域枠への対応	11
(3) 都道府県の役割	12
5 その他	13
(1) 中断・未修了	13
(2) 研究医養成との関係	13
おわりに	15
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	16
別添 2：医師臨床研修部会 審議経過	17
別添 3：臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 委員名簿	18
別添 4：臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 審議経過	19

はじめに

- 現在の医師臨床研修制度は、平成 12(2000)年の医師法の一部改正により平成 16(2004)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開始された。
- 平成 21(2009)年には、必修化後の状況におけ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(2010)年度研修から適用されている。
- 平成 25(2013)年には、研修希望者に対する募集定員の倍率の縮小、都道府県が上限の範囲内で各病院の募集定員を調整できる枠の追加等が行われ、平成 27(2015)年度研修から適用されており、まもなく必修化後 15 年になろうとしている。
- 2020 年度研修からの適用を見込んでいる今回の制度の見直しについては、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診療能力の修得状況等を把握し、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的として設置された「医師臨床研修制度の到達目標・評価に関するワーキンググループ」及び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、取りまとめたところである。

1 卒前・卒後の一貫した医師養成について

- 医師の養成については、文部科学省が設置した連絡調整委員会により策定された医学教育モデル・コア・カリキュラムを通じて学修目標が示されている卒前の医学教育と、厚生労働省により研修の到達目標が示されている臨床研修、日本専門医機構が準備を進めている専門医制度などの一連の医師養成の過程において、教育目標及び内容、医師として目指す姿が整合していくことや、総合的な診療能力が修得されることが重要である。
- 一方、これまで、医学部における共用試験、国家試験、臨床研修、専門研修及び生涯教育等については、検討する実施主体や改訂年度が異なっており、整合的な医師養成の

仕組みの構築について十分な議論がされてこなかったといった指摘がある。そのため、質の高い卒前の臨床実習および卒後の臨床研修の実現に向けた、シームレスな医師養成を更に推進していくために、臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新専門医制度の動向を踏まえ、卒前と卒後の医師養成過程が整合的なものとなるよう検討していく必要がある。

- したがって、医師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、新専門医制度の状況を踏まえつつ、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との整合性・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。
- これらを踏まえ、今回の医師臨床研修制度の見直しにおいては、幅広い診療能力を身に付けた医師の養成に向けて、臨床研修の到達目標・方略・評価については、医学教育モデル・コア・カリキュラム等と整合的なものとなるように検討すべきである。加えて、今後の検討においても、卒前・卒後の整合的な医師養成の構築について十分な議論を行うために、医師臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と同時期に検討を行う等、必要な対応を行うべきである。

2 到達目標・方略・評価について

- 平成 25 (2013) 年 12 月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達目標について、次の点が指摘されている。
 - ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 「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。
 - ④ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である。
- また、現行の臨床研修の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されているが、その内容について必ずしも目標、方略、評価に分けられていないといった指摘がある。また、経験目標の一部については、単に当該項目を「経験する」のではなく、診療能力の評価をさらに重視すべきであるとの指摘や、評価方法の標準化が必要である等の指摘を

踏まえ、新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方略」、及びその「評価」に分けて整理を行う。

（１）臨床研修の到達目標

- 医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けていなくてはならない。そのため、医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得することを到達目標の基本方針とする。
- 上記を踏まえ、新たな到達目標は、「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）」、医師として到達すべき「資質・能力」、および、医師としての「基本的診療業務」を主たる構成要素とする。その上で、臨床研修の基本理念¹を踏まえ、具体的な項目としては、臨床研修修了後にどの専門領域に進んでも必要となる医師としての能力とする。また、①で指摘があるとおり、医師養成全体の動向に配慮して、各養成過程との連続性を考慮する必要があることから、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム等との連続性を考慮した臨床研修修了時に求められる修得の程度を、標準化した研修医評価票に示す。
- 到達目標の項目の設定に当たっては、①で指摘のある人口動態や疾病構造の変化、②で指摘のある医療提供体制の変化に関連し、例えば、医療の社会性に係る項目（医療保険、公費負担医療の理解等）、地域医療に係る項目（在宅医療、介護、地域包括ケア等）、予防医療に係る項目、外来診療に係る項目等について充実させる。さらに、近年の政策の動きや最新の知見、例えば、最近取りまとめられた薬剤耐性菌（AMR）アクションプランや、検討がなされているゲノム医療等についても、それらの事項が包含された項目の到達目標への組込みを行う。
- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「経験すべき診察法・検査・手技」については、④の指摘を踏まえ、診療能力を評価する際の評価の枠組みに組み込む。
- 「基本的診療業務」については、臨床研修修了時に医師としての一般的な診療ができることを担保するため、一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療の各項目において、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で診療ができることを

¹ 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。

目標とする。

（２）方略

（２－１）経験すべき症候と経験すべき疾病・病態

- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「経験すべき症状・病態・疾患」については、④の指摘を踏まえ、簡素化の観点から必要な項目を検討し、臨床研修医が到達すべき能力を修得するための方略として位置づける。その際には、臨床推論の能力の修得、症候からの診断的アプローチに重点をおくことが重要であることや、頻度の高い疾病や緊急を要する疾病の診療能力を修得する観点から、「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」として整理する。
- 「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」の項目については、②の指摘や④の指摘、臨床研修医にとっては臨床推論の能力の修得が特に重要であるとの指摘を踏まえ、現在のＡ疾患（入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出）、Ｂ疾患（外来診療又は受け持ち入院患者（合併症含む。）で自ら経験）の分類については廃止し、新たな「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」については、項目を簡素化するとともに、すべて経験することとする。
- 現状、「経験すべき症状・病態・疾患」について提出することとされているレポートについては、日常業務において作成する病歴要約等で確認を行うことし、その質を確保するため、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を含むこととする。

（２－２）臨床研修を行う分野・診療科（必修診療科等）

- 臨床研修を行う分野・診療科については、平成 22（2010）年度の臨床研修制度の見直しにおいて、将来のキャリア等に関わらず多くの診療科での短期間の研修が一律に行われることで、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなる場合があることから、研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られ、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、研修プログラムの弾力化²が行われた。
- 一方、外科や小児科、産婦人科、精神科を含む複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られたことや、新たな到達目標において、診療技能と患者ケア、チーム医療の実践、コミュニケーション能力等が含まれること、新たな経験すべき症候・疾病において、成長発達の障害、妊娠・出産、統合失調症等、

² 必修の診療科は内科（６か月以上）、救急（３か月以上）とし、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科を新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が２診療科を選択することとした。

幅広い分野の項目が含まれること等を踏まえ、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ために、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、②の指摘や、診断のついていない症例に対して臨床推論を的確に行う能力の重要性、外来での研修を充実すべきとの意見を踏まえ、一般外来における研修を方略に位置づける。

その際、研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が妨げられないよう、選択研修については十分な期間を取ることとする。また、柔軟な研修が可能となるよう、研修期間については従来の月単位から週単位とする。

- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「特定の医療現場の経験」についても、臨床研修を行う分野との整理を行った上で、必要な事項を方略として位置づける。また、従来、「地域保健」とされていた選択研修については、地域医療との混同を防ぎ、その趣旨を明確化するため、「保健・医療行政」とし、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等での研修も可能であることを明確化する。

（２－３）研修期間

- 「研修期間」については、臨床研修の基本理念や、到達目標の達成、必修診療科の見直し等を踏まえれば、引き続き現行の２年以上で差し支えないと考えられる。
- 基幹型病院の在り方については、平成 25（2013）年 12 月にとりまとめられた臨床研修部会報告書において、「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」とされており、現状では、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、「８月以上」とした上で、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されている。

一方、現在 1 年未満の研修を行っている基幹型病院は 6 %に過ぎないことも踏まえ、協力型臨床研修病院（以下「協力型病院」という。）又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、１年以上は基幹型病院で研修を行うこととする。ただし、地域医療や保健・医療行政は原則として基幹型病院で行わないことや、一定期間のみ基幹型相当の協力型病院において研修を行った場合などは、必ずしも基幹型病院の役割を果たしていないとはいえないことから、これらの期間は 12 週を上限として、基幹型病院で研修を行ったものとみなす等の配慮が必要と考えられる。なお、この場合でも基幹型病院での研修期間は、共同して臨床研修を行うそれぞれの協力型病院での研修期間を超えるものとする。

(3) 評価

- 平成 25 (2013) 年 12 月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達目標について、以下の点が指摘されている。
 - ・ 各臨床研修病院において採用している臨床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。
 - ・ 明確な評価基準がないため、「十分できる」等の評価であっても、実際にはその程度には大きなばらつきがある。
 - ・ 適切な評価としては、目標によって異なり、例えば、実際の診療現場の観察を通じた評価や他職種からの評価（360 度評価）等が挙げられる。また、研修を通して学習成果や振り返り等を蓄積するポートフォリオによる評価を導入している病院もある。
 - ・ 評価方法の標準化については、評価の重要な部分を全国的に揃えることによって、研修の質の保証やデータの収集に役立つのではないかと指摘がある。
 - ・ 一方、大学病院・臨床研修病院の規模や特色等、個々の実情を考慮し、全国において実施可能な評価方法となるよう配慮すべきであるとの意見がある。

(3-1) 研修医評価票

- これらの指摘・意見を踏まえ、臨床研修の到達目標の項目毎に、臨床研修医に求められる修得の程度を示すとともに、評価方法を提示し、標準化を行う。具体的には、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師および医師以外の医療従事者が、国が示す研修医評価票を用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管する。

(3-2) 研修評価方法

- 到達目標の達成度については、少なくとも年 2 回、プログラム責任者・研修管理委員会委員による形成的評価（フィードバック）を行う。2 年間の研修修了時に、研修管理委員会において臨床研修の目標の達成度判定票を用いて、到達目標達成の可否について評価する。原則として、修了判定については、すべての到達目標について達成していることが必要であるが、身体障害により達成が困難な項目がある等のやむを得ない理由がある場合には、総合的に判断して修了判定を行うべきである。
- 総括的評価としての修了判定については、現在、研修実施期間の評価、臨床研修の目標の達成度の評価、および臨床医としての適性の評価の 3 点で行うこととされており、このうち、臨床研修の目標の達成度の評価については、上記の達成度判定票を用いて行うこととする。

- なお、これらの評価については、研修医および評価者等の負担軽減や、次回の制度の見直しに向けて、今回の制度の見直しが研修の質の確保につながったかどうかを評価しやすくする観点から、電子媒体にてインターネットを活用して実施するシステム化を図るべきである。また、システム化に当たっては、卒前と臨床研修、専門研修等の卒後の医師養成過程が一層整合的なものとなるよう、卒前の臨床実習等も含めた形で検討すべきである。

以上の考え方を踏まえて、取りまとめられた新たな到達目標、方略及び評価は、別添のとおりである。

3 臨床研修病院の在り方について

(1) 必要な症例

- 平成 25 (2013) 年 12 月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達目標について、以下の点が指摘されている。
 - ・ 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 人以上の研修病院であっても、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。
- これらの点を踏まえ、研修の質の確保の観点から、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研修病院についても、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、との結論を得た。また、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、とされた。
- 訪問調査においては、書類等による確認、研修医へのインタビュー等を行い、「研修を行うのに十分な症例や研修にふさわしい環境が整備されているか」等の 5 項目について、臨床研修病院として適当であるか否かという視点から調査を実施しているが、これ

までに実施された2回目以降の訪問調査結果を見ると、特に臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、悪化や変化なしとなる項目が5割を超える状況となっている。

- このため、訪問調査の対象となる基幹型病院における研修の質の向上を図るため、基幹型病院の訪問調査に係る指定取消等について、以下の見直しを行う。
 - ・ 現状、総合評価において三段階（A、B、C）となっている評価を四段階（A、B＋、B－、C）とし、B－と評価された病院については次回の調査において、続けてB－と評価された場合、原則、指定取消の対象とする。
 - ・ 訪問調査時に調査の対象となる項目を常時公表する。
 - ・ 医師臨床研修部会で訪問調査結果に対する意見を聴取し、その結果を基幹型病院にフィードバックする。

（２）指導・管理体制

- 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。
- プログラム責任者の要件としては、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（指導医講習会）を受講していること等となっており、また、研修プログラムの実施を管理し、適切な指導体制の確保に資するための講習会（プログラム責任者養成講習会）を受講していることが望ましい、とされている。
- 平成25（2013）年12月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書においては、プログラム責任者について、プログラム責任者養成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、その育成を強化すべきとされており、また、プログラム責任者アンケートによると、
 - ・ 実際にプログラム責任者の約9割が同講習会を受講していること。
 - ・ 同講習会の効果として、医師臨床研修制度について理解が進んだ等の回答が多いこと。
 - ・ 同講習会を受講していない理由として、指定基準では受講が義務ではないことが一定割合挙げられていること。が認められるため、円滑かつ効果的な臨床研修を推進する等の観点から、経過措置を講じた上で、同講習会の受講を必須とする。

- 経過措置については、平成 31（2019）年度以前にプログラム責任者となった者については、2020 年度から 2022 年度までの 3 年間は同講習会の受講を猶予する旨の措置を講じることとする。
- また、プログラム責任者養成講習会については、さらなる質の向上を図る観点から、よりきめ細かい開催指針等を定めることとする。この際、開催場所、開催頻度、講習内容等について検討を加えることとする。
- 2（3）の評価については、今回、新たに行われるものであることから、円滑に評価が実施されるように、2020 年度までの間に、国立保健医療科学院のホームページ上に公開されている「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」を見直すとともに、評価を行う指導医等に対して講習会等が行われることが望ましい。

（3）基幹型臨床研修病院等の在り方

- 基幹型病院の在り方については、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件も含め、今後検討する必要があるが、まずは、年間入院患者数が 3,000 人以上の基幹型病院のうち指導・管理体制等に課題があると考えられる※基幹型病院については、訪問調査と同様の仕組みを取り入れるべきである。この課題の確認に当たっては、国と都道府県が連携して対応すべきである。
- ※ 書面調査の結果、2 年以上にわたり基幹型病院の指定の基準（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、医療に関する安全管理のための体制を確保していること等）を満たしていない疑いのある場合
- 臨床研修を行うために適切な研修医の数について、現在の規定では、病床数や年間入院患者数に対して多すぎる場合があるのではないかといった意見があり、今後、今回の見直しの影響を踏まえつつ、病床数や年間入院患者数の要件も含め検討すべきである。
- また、現在、新たに基幹型病院を指定する際は、協力型病院として研修医に対して臨床研修を行った実績として、具体的には研修医に対して研修医 1 人当たりの研修期間にかかわらず合計で 2 年間の臨床研修を行ったことに相当する実績があることを求めている。これは、例えば研修医 1 人当たりの研修期間が 1 か月程度であっても認められる基準であり、基幹型病院に求められる実績としては不十分という意見もあるため、協力型病院として研修医に対して臨床研修を行った実績については、例えば、
 - ・研修医 1 人当たりの研修期間が 8 週以上となることを必須とするとともに、
 - ・複数の必修分野を担当することが望ましい

こととしつつ、これらを含め、総合的に判断すべきである。

- 協力型病院の在り方についても、新たな臨床研修の到達目標、方略及び評価を踏まえて、その要件を今後検討する必要がある。

（４）第三者評価

- 年間入院患者数が 3,000 人以上の基幹型病院であっても、研修の質の確保の観点から、指導・管理体制等については、第三者から適切に評価されるべきであり、この観点から、基幹型病院については、年間入院患者数にかかわらず第三者からの評価を受けることを強く推奨する。
- なお、第三者評価を受けていない理由として、臨床研修プログラム責任者アンケートにおいては、義務ではないことが最も多くあげられているが、現時点において、第三者評価を受けている病院の割合は基幹型病院の約 4 割弱にとどまっていること等を踏まえ、今後の普及状況や第三者評価を行う実施機関の運用状況等に基づき、次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきである。この際には、第三者評価の認定基準の整理を行い、特定の実施機関に限定することがないようにするとともに受審する病院の負担等についても考慮すべきである。

4 地域医療の安定的確保について

（１）募集定員の設定

- 臨床研修病院の募集定員については、
 - ・ 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い大都市圏の都府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県がある。
 - ・ 募集定員倍率を 2020 年度以降も 1.1 倍に維持した場合、大都市圏の都府県とそれ以外の道県の採用実績の割合はほぼ横ばいの見込みである。
 - ・ 一方、定員倍率の極端な圧縮は、①採用実績数の減少、②病院間の競争の低下、③アンマッチ率の増加、を引き起こす懸念がある。という状況が見られる。
- 2025 年度に募集定員倍率を 1.05 倍にした場合の推計においても、前年度採用者数の保障を行うこととすれば、全都道府県で、募集定員上限が平成 29（2017）年度の採用実績を上回るよう設定される。

- これらを踏まえて、地域医療の確保の観点から臨床研修医の都市部への集中を更に抑制していくために、前年度採用者数の保障を行った上で、臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に1.05倍となるよう更に圧縮させることとする。
- また、都道府県別の募集定員上限の計算式について、医学部入学定員で按分している都府県では、人口分布で按分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあり、その結果、募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率が低い県がある。
- このため、都道府県別の募集定員上限の計算式について、
 - ・ 医学部入学定員による募集定員の算定に当たっては一定の上限を設けること
 - ・ 医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることとし、全体として、大都市圏の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の道県の募集定員を確保することとする。

(2) 地域枠への対応

- 研修医に対するアンケートの結果を見ると、出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下する傾向が見られる。
- また、現行では地域枠学生も、一般枠学生と同様、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ため、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域で勤務できない可能性がある。
- なお、自治医科大学と防衛医科大学校の学生は、マッチングに参加せず、研修を行う病院を個別に調整して決定している。
- このような状況を踏まえ、研修医が、臨床研修修了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促し、地域枠の医師が診療義務を課せられた地域で適切に勤務できるよう、地域枠や地元出身者等に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとする。
- なお、この場合、臨床研修病院毎の選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で個別に判断する。
- また、地域枠だけを特別扱いすると適正な競争が行われないなどの意見があったことから、当面、上記の一般のマッチングとは分けて実施する選考の都道府県ごとの募集定

員の合計は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件が課されている者の2割以内とするとともに、当該選考は地域医療を12週以上行うなど地域医療に従事することを重視する研修医を対象としたプログラムを設ける病院のみで行うこととし、当該病院ごとの当該選考の募集定員は病院全体の募集定員の2割又は5名の少ない方以下とする。

- アンマッチとなるかどうかについては、希望順位登録の方法が大きく影響すると考えられるので、医師臨床研修マッチングの参加者に対して、希望順位登録の方法の改善を促すこととする。
- 地域枠の学生について、地域医療への従事要件等が課されているにもかかわらず、従事要件等に反している例があるのではないかと指摘があった。基本的には、従事要件等を遵守することが医師には求められるものであり、地域枠の学生が従事要件等に違反することに、少なくとも臨床研修病院が加担することがないようにすべきである。このため、以下のように臨床研修病院等が適切な対応をとる仕組みとする。
 - ・ 各都道府県は、従事要件等が課されている研修希望者について、厚生労働省を経由して、臨床研修病院に情報提供する。
 - ・ 各臨床研修病院は、当該従事要件等と研修プログラムに齟齬がある場合には、希望順位登録を行わない。
 - ・ 各都道府県は、従事要件等が課されている研修希望者について、採用先医療機関を調べた上で、従事要件等と研修プログラムに齟齬がないことを確認し、毎年4月末日までに厚生労働省に提出する。
 - ・ 臨床研修病院が、従事要件等に反する研修医を採用している場合、制度から逸脱した程度に応じて、当該病院に対して必要な対応を行う。

また、従事要件等に違反した地域枠の学生については、厳しい対応が必要との意見があったため、速やかにその実態を把握すべきである。

(3) 都道府県の役割

- 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的である。
- 地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情については、都道府県がより実態を把握している。

- 具体的には、現行では、国が主に過去の受入実績等による設定を行っているため、地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合があり、地域の実情をより把握している都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能になると考えられる。
- このため、都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、大学病院を含めた臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行うといった仕組みを構築すべきである。
- この場合、研修の質の確保等の観点から、国が臨床研修病院の指定・募集定員設定の状況を把握し、必要な対応を行うべきである。

5 その他

(1) 中断・未修了

- 中断者の割合が増加せず、再開者が一定程度増加していることから、引き続き、適切な進路指導、同一の病院での研修再開等の柔軟な対応、各地方厚生局における研修医からの相談の受け付け等の中断者に対する配慮を続けることとする。
- 臨床研修の修了基準については、到達目標の見直しの影響を踏まえる必要があることから、現行の「研修実施期間の評価」、「臨床研修の目標の達成度の評価」及び「臨床医としての適性の評価」を継続することとする。

(2) 研究医養成との関係

- 基礎医学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は、近年増加傾向にあるものの、ほぼ横ばいであり、その割合を高める必要がある。また、基礎医学論文数については、諸外国（主に途上国）において基礎研究への取組が強化され、日米欧を急速に追い上げてきているなど、我が国の国際競争力は相対的に低下傾向にあると考えられる。
- 一方、基礎医学に従事する予定の医師であっても、診療（健康診断等を含む。）を行う場合は、臨床研修を修了する義務がある。また、臨床研修病院の募集定員については、基礎医学に従事する予定の医師も含めて設定されている。

- このため、優れた基礎医学研究医を養成するため、基礎医学に意欲があり、基礎医学系の大学院に入学する医師を対象に、臨床研修と基礎医学を両立するための基礎医育成・研修コースを大学病院に設置することが望ましい。この基礎医育成・研修コースについては、募集定員を一般の募集定員とは別枠とし、選考を一般のマッチングとは分けて実施することとする。
- また、基礎医育成・研修コースについては、基準を満たす大学病院に設置することとするが、この基準としては、
- ・ 基礎医学系の大学院（研究）と臨床研修を両立できる環境がある
 - ・ 選択研修時に基礎医学の研修を行うことができる
 - ・ 研究医となった際のキャリア支援体制が確保されている
 - ・ 修了者に魅力あるキャリアパスを提示している
 - ・ 論文指導を行う環境がある
 - ・ 学会発表の機会がある
 - ・ 研究費などの予算措置がある
 - ・ 一定の基礎医学論文数がある
 - ・ 臨床研究中核病院である
- などを求めることとする。なお、募集定員は原則1名までとするが、大学ごとに研究環境が異なることを踏まえ、定員数については、基準に応じて0名から5名までとすべきである。
- この場合、大学病院毎の研究医選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で個別に判断する。
- なお、この基礎医育成・研修コースに関しては、
- ・ 選択研修の全期間を基礎医学の研修に充てるようなこともできてしまうので、どうやってこのコースの研修医の到達目標が達成されることを担保するのか。
 - ・ 次回の見直しの際にこのコースの研修医の到達目標の達成度を示すべきではないか。
- との意見があったため、例えば、選択研修の半分以上の期間を基礎医学の研修に充てるような場合については、研修医の到達目標が確実に達成されるよう研修管理委員会で定期的に確認を行うとともに、次回見直しに向けて研修医の到達目標の達成度を追跡調査することとする。

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、医師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り、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。また、この際には医師臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価すべきである。
- 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。

(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
あいはら 相原	みちこ 道子	横浜市立大学附属病院長
あらい 新井	はじめ 一	順天堂大学学長
おかむら 岡村	よしたか 吉隆	和歌山県立医科大学理事長・学長
かねまる 金丸	よしまさ 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
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	東京大学名誉教授
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
しみず 清水	たかこ 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
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
はとり 羽鳥	ゆたか 裕	公益社団法人日本医師会常任理事

○印は部会長

(五十音順)

医師臨床研修部会 審議経過

平成 26 年 11 月 5 日

- 臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループについて

平成 27 年 12 月 24 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループでの検討状況について

平成 28 年 11 月 24 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWGからの中間報告

平成 29 年 2 月 15 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWGからの中間報告

平成 29 年 3 月 23 日

- 医師臨床研修制度の新たな到達目標について

平成 29 年 9 月 27 日

- 地域における医師の確保・定着を進めるための臨床研修の在り方について
- 医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について

平成 29 年 11 月 15 日

- 地域における医師の確保・定着を進めるための方策について
- 臨床研修病院の指定基準の見直しについて
- 医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について

平成 30 年 1 月 25 日

- 臨床研修の中断・未修了について
- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループからの報告
- 医師臨床研修部会報告書（素案）について

平成 30 年 3 月 7 日

- 医師臨床研修部会報告書（案）について

(別添3)

臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ委員名簿

氏 名		所属・役職
いの 伊野	みゆき 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
おおたき 大滝	じゅんじ 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
かたおか 片岡	ひとみ 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
かねまる 金丸	よしまさ 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
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
しみず 清水	たかこ 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
たかはし 高橋	ひろあき 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
たなか 田中	ゆうじろう 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
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
はとり 羽鳥	ゆたか 裕	公益社団法人日本医師会常任理事
ばん 伴	のぶたろう 信太郎	愛知医科大学医学教育センター長
○ふくい 福井	つぐや 次矢	聖路加国際病院長
ふるたに 古谷	のぶゆき 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
まえの 前野	てつひろ 哲博	筑波大学医学医療系臨床医学域教授

○印は座長

(五十音順)

臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 審議経過

平成 26 年 8 月 20 日

- 到達目標・評価の在り方に関する論点について

平成 27 年 2 月 13 日

- 到達目標とその評価に関する研究の中間報告について
- 臨床研修修了者アンケート調査について

平成 27 年 7 月 2 日

- 到達目標とその評価に関する研究の報告について

平成 27 年 8 月 19 日

- 関係団体等からのヒアリング
 - ・日本内科学会 認定医制度審議会前会長（現顧問） 渡辺 毅 氏
 - ・日本救急医学会 教育・研修統括委員会委員長 森村 尚登 氏
 - ・日本外科学会 理事長 國土 典宏 氏
 - ・日本麻酔科学会 副理事長・教育委員長 稲田 英一 氏

平成 27 年 9 月 10 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 鈴木 康之 氏
 - ・日本産科婦人科学会 理事長 藤井 知行 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 米田 博 氏

平成 27 年 10 月 14 日

- 関係団体等からのヒアリング
 - ・日本専門医機構 理事長 池田 康夫 氏
 - ・日本医師会 常任理事 小森 貴 氏
 - ・卒後臨床研修評価機構 専務理事 岩崎 榮 氏

平成 27 年 10 月 28 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・四病院団体協議会（全日本病院協会 副会長） 神野 正博 氏
- ・全国医学部長病院長会議（東京医科歯科大学理事） 田中 雄二郎 氏
- ・研修医に対する教育と評価の取組等について

聖マリアンナ医科大学臨床研修病院群における取組

東京慈恵会医科大学附属柏病院における取組

平成 27 年 12 月 2 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 2 月 19 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 4 月 28 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 9 月 7 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 12 月 14 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 2 月 22 日

※文部科学省モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会との合同開催

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 6 月 26 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 9 月 21 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 10 月 25 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 12 月 7 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

(別添)

臨床研修の到達目標、方略及び評価

臨床研修の基本理念（医師法第一六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。

－到達目標－

I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの

健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

II 実務研修の方略

研修期間

研修期間は原則として2年間以上とする。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

臨床研修を行う分野・診療科

- ① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。
- ② 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。
- ③ 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急については、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、その日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。
- ④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑤ 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における

医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

- ⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。
- ⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。
- ⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うこと。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。
- ⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに研修内容としては以下に留意すること。
 - 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。
 - 2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。
 - 3) 医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。
- ⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等が考えられる。
- ⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

経験すべき症候

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（29 症候）

経験すべき疾病・病態

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）（26 疾病・病態）

※ 経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

Ⅲ 到達目標の達成度評価

研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が別添の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。医師以外の医療職には、看護師を含むことが望ましい。

上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年２回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。

２年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。

研修医評価票

Ⅰ．「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価

- A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
- A-2. 利他的な態度
- A-3. 人間性の尊重
- A-4. 自らを高める姿勢

Ⅱ．「B. 資質・能力」に関する評価

- B-1. 医学・医療における倫理性
- B-2. 医学知識と問題対応能力
- B-3. 診療技能と患者ケア
- B-4. コミュニケーション能力
- B-5. チーム医療の実践
- B-6. 医療の質と安全の管理
- B-7. 社会における医療の実践
- B-8. 科学的探究
- B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

Ⅲ．「C. 基本的診療業務」に関する評価

- C-1. 一般外来診療
- C-2. 病棟診療
- C-3. 初期救急対応
- C-4. 地域医療

研修医評価票 I

「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐ 医師 ☐ 医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ～ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	観察 機会 なし
	期待を 大きく 下回る	期待を 下回る	期待 通り	期待を 大きく 上回る	
A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与					
社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。	☐	☐	☐	☐	☐
A-2. 利他的な態度					
患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。	☐	☐	☐	☐	☐
A-3. 人間性の尊重					
患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。	☐	☐	☐	☐	☐
A-4. 自らを高める姿勢					
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。	☐	☐	☐	☐	☐

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

研修医評価票 Ⅱ

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名：_____

研修分野・診療科：_____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐医師 ☐医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ～ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

レベルの説明

レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
臨床研修の開始時点で 期待されるレベル (モデル・コア・カリキュラム相当)	臨床研修の中間時点で 期待されるレベル	臨床研修の終了時点で 期待されるレベル (到達目標相当)	上級医として 期待されるレベル

1. 医学・医療における倫理性：

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	モデルとなる行動を他者に示す。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

2. 医学知識と問題対応能力：

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。 ■講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。	頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。	頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。
	基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。	患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。	患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床決断をする。
	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

3. 診療技能と患者ケア：

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■必要最低限の病歴を聴取し、網羅的に系統立てて、身体診察を行うことができる。 ■基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■緊急を要する病態、慢性疾患、に関して説明ができる。	必要最低限の患者の健康状態に関する情報を心理・社会的側面を含めて、安全に収集する。	患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。	複雑な症例において、患者の健康に関する情報を心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
	基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。	患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。	複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。
	最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。	診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。	必要かつ十分な診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成でき、記載の模範を示せる。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

4. コミュニケーション能力：

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。	最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。	適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。	適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で患者や家族に接する。
	患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。	患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。	患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。
	患者や家族の主要なニーズを把握する。	患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。	患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

5. チーム医療の実践：

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■チーム医療の意義を説明でき、(学生として) チームの一員として診療に参加できる。 ■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■チーム医療における医師の役割を説明できる。	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。	医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。	複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

6. 医療の質と安全の管理：

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる ■医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる ■医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる	医療の質と患者安全の重要性を理解する。	医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。	医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。
	日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。	日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。	報告・連絡・相談を実践するとともに、報告・連絡・相談に対応する。
	一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。	医療事故等の予防と事後の対応を行う。	非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。
	医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。	医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。	自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

7. 社会における医療の実践：

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■ 離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■ 医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■ 災害医療を説明できる ■ （学生として）地域医療に積極的に参加・貢献する	保健医療に関する法規・制度を理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。
	健康保険、公費負担医療の制度を理解する。	医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。	健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。
	地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。
	予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。	予防医療・保健・健康増進に努める。	予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。
	地域包括ケアシステムを理解する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。
	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。
☐	☐	☐	☐
☐ 観察する機会が無かった			

コメント：

8. 科学的探究：

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。	医療上の疑問点を認識する。	医療上の疑問点を研究課題に変換する。	医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。
■生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	科学的研究方法を理解する。 臨床研究や治験の意義を理解する。	科学的研究方法を理解し、活用する。 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。	科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。 臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■生涯学習の重要性を説明でき、継続的学習に必要な情報を収集できる。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。
	同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。	同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。	同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。
	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）の重要性を認識する。	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握し、実臨床に活用する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票 Ⅲ

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐医師 ☐医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ～ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

レベル	レベル 1 指導医の 直接の監 督の下で できる	レベル 2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル 3 ほぼ単独 でできる	レベル 4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
C-1. 一般外来診療 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・ 治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の 一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整がで きる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断 し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-4. 地域医療 地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介 護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。	☐	☐	☐	☐	☐

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

臨床研修の目標の達成度判定票

研修医氏名：_____

A.医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)		
到達目標	達成状況: 既達／未達	備 考
1.社会的使命と公衆衛生への寄与	☐ 既 ☐ 未	
2.利他的な態度	☐ 既 ☐ 未	
3.人間性の尊重	☐ 既 ☐ 未	
4.自らを高める姿勢	☐ 既 ☐ 未	
B.資質・能力		
到達目標	既達／未達	備 考
1.医学・医療における倫理性	☐ 既 ☐ 未	
2.医学知識と問題対応能力	☐ 既 ☐ 未	
3.診療技能と患者ケア	☐ 既 ☐ 未	
4.コミュニケーション能力	☐ 既 ☐ 未	
5.チーム医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
6.医療の質と安全の管理	☐ 既 ☐ 未	
7.社会における医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
8.科学的探究	☐ 既 ☐ 未	
9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢	☐ 既 ☐ 未	
C.基本的診療業務		
到達目標	既達／未達	備 考
1.一般外来診療	☐ 既 ☐ 未	
2.病棟診療	☐ 既 ☐ 未	
3.初期救急対応	☐ 既 ☐ 未	
4.地域医療	☐ 既 ☐ 未	
臨床研修の目標の達成状況 (臨床研修の目標の達成に必要な条件等)		☐ 既達 ☐ 未達

年 月 日

〇〇プログラム・プログラム責任者 _____