

第1回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会	資料1
令和5年6月22日	

令和4年度第3回医師臨床研修部会（令和5年3月27日開催）
における主な意見（医師臨床研修制度の見直し関係）

（今回の見直しの方向性について）

○「臨床研修の到達目標、方略及び評価」を今回は見直さないとしても、予備調査的な位置付けで、その評価に関する情報収集は続けることが望ましい。

（地域での研修機会の充実について）

○地域医療研修は、研修の質を担保した上で研修医のニーズも踏まえた内容とすることが重要。

○地域医療研修の期間は、当該研修により獲得すべき資質・能力は何かということを出発点として議論することが必要。

○地域医療研修の期間は、半年程度など一律に固定するのではなく、プログラムごとに柔軟に延長する方法もあるのではないか。その際は、指導医を大都市部から地方へ派遣する等の支援も行ってほしい。

○地域医療研修の期間を柔軟にすることで、必修科の研修期間が短くなるおそれがあるため、慎重な検討が必要。

○新潟県では、地域医療を中心に経験できる地方の病院と県外の大都市部の病院を1年ずつ経験できるプログラムを創設した。しかし、臨床研修省令の施行通知では、臨床研修病院群を構成する病院は、同一の都道府県内にあることが基本とされている。地方と大都市部の病院がお互いの魅力を生かして、研修医のニーズを踏まえたプログラムを用意できるよう、この点を柔軟化することを提案する。

また、このような取組を行う大都市部の都道府県に対して、定員を追加配分するなどのインセンティブを付与することも有効ではないか。

○地域医療研修の期間に係る都道府県のアンケート結果については、大都市部の都道府県と地方の都道府県とで回答傾向に違いがあるかどうかをみるべきではないか。

（基幹型病院の指定の基準（年間の入院患者数）について）

○年間の入院患者数を指定の基準とすることは、人口構造や医療構造の変化に見合っていない。外来患者数や救急患者数も加味できるかどうかについては検討が必要であるが、重要なのは、研修医が診療に携われる患者層であるかどうかである。

- 生活者としての患者をどうみるかという方向に医学教育もシフトしているため、外来患者の状況は重要な観点である。
- 外来患者が増えているからといって入院患者が減少しているとは限らない。このため、単純に入院患者数の基準を切り下げてよいということにはならないのではないか。
- 「3,000人」には根拠がないため、後付けで細かいことを設定してもあまり意味がない。ついては、事務局が基準案を提案し、それを踏まえて議論するしかないのではないか。
- 「臨床研修の到達目標、方略及び評価」の次回見直しに向けた調査研究においては、現行の「経験すべき症候」及び「経験すべき疾病・病態」についても評価してほしい。
この症候、疾病・病態を、研修医はどの診療セッティングで経験しているのかについての実態を分析することで、必要な患者層について具体的な議論ができるのではないか。

(基幹型病院の指定の基準(受け入れる研修医の数))

- この基準によれば、年間の入院患者数が3,000人の病院が、研修医を30人まで受け入れることが可能となるが、これはおかしいのではないか。
- 各病院の受入可能人数は、実際には、この基準ではなく、都道府県が各病院に配分する募集定員の数で決まってくるため、この基準は重要ではないと思われる。

(第三者評価の在り方について)

- 第三者機関による評価の項目としてどのような内容が必要なのか、どのような方法で評価するのかを吟味することが必要。
- 第三者評価を受審していることについて、分かりやすく一般に提示することが必要。
- JCEPの訪問調査には病院の執行部も対応するため、自院の臨床研修について執行部が把握する機会にもなっている。
- 第三者評価は、臨床研修の質の担保の観点から重要とは思いますが、病院に対する評価の取組が増えていくと、現在の大学病院の人的リソースで対応するのは困難ではないか。
- 現在は、評価団体がJCEP (Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training、卒後臨床研修評価機構) 1団体しかいないため、義務化をするのはまだ早い。少なくとも2団体が必要ではないか。また、JCEPが会員制としている理由について確認が必要である。

- アメリカでも、評価団体はACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education、米国卒業医学教育認定評議会) しかないの、1 団体しかないから義務化できないということにはならないのではないかと。
- 第三者機関による客観的評価により、自らは気付かない様々な問題点を指摘してもらい、それがより良い研修につながるということであれば、第三者評価の意義は大きい。
- 卒前教育の評価組織として JACME (Japan Accreditation Council for Medical Education、日本医学教育評価機構) があるように、卒後の臨床研修についても、研修環境が妥当かどうかの外部評価は必要。グローバルの視点でもそのような方向にあると思う。

(小児科・産科プログラムについて)

- 少子化対策のためには、小児科・産科を支える人材の育成は引き続き重要であるが、地方において小児科・産科プログラムへの応募が少ない現状では、この制度は見直し又は中止が必要と言わざるを得ない。
- 産科プログラムについては、産科志望ではない研修医が、同病院の通常プログラムに入るのが難しいからという理由で応募してくる場合が少なからずある。その場合、結局、選択研修の際に他の診療科に移ってしまう。このプログラムが病院・研修医の双方にとって負担となっている。
- このプログラムの募集定員枠がフルマッチしない場合、次年度の募集定員上限の算定に影響してくる。また、病院にとって、4人の募集定員枠を用意することが負担となっている。
- 国として、小児科専門医、産科専門医をもっと増やしたいのであれば、このプログラムの存在は大きなメッセージとなる。

(募集定員上限の算定方法の見直しについて)

- 臨床研修の質を確保する上では、経験できる症例数が重要。その観点から、研修医の募集定員上限の算定においては、医学部定員による按分よりも、人口による按分を重視することが重要。ただし、その場合でも、人口が少ない都道府県等への一定の配慮は必要。
- 研修医の募集定員上限の算定においては、激変緩和措置により、大都市部の都道府県の募集定員上限は固定される。そのため、募集定員上限の研修希望者数に対する倍率を年々縮小している中では、それ以外の都道府県の募集定員上限だけが逆に減っていくことになる。激変緩和の方法が適切かどうかについて検討が必要。