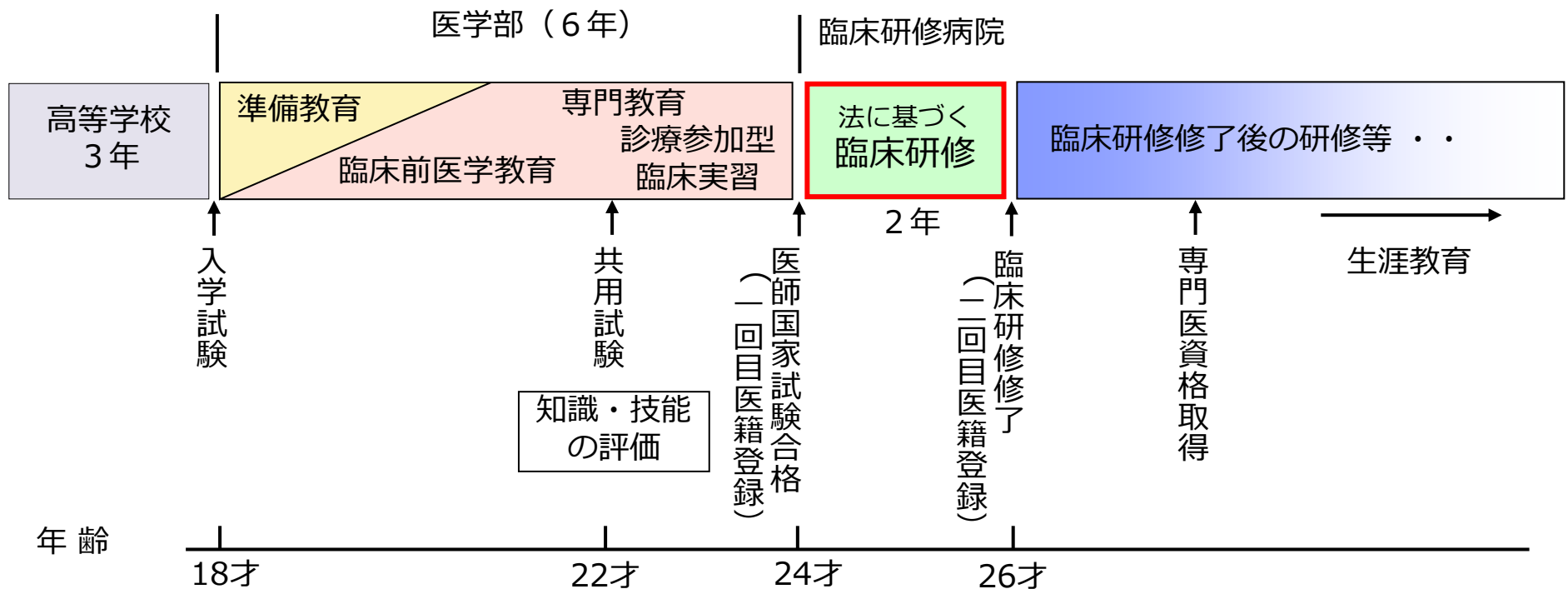


医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書（令和6年3月25日） 参考資料

医師養成過程における臨床研修の位置づけ

法に基づく臨床研修（医師法第16条の2）

診療に従事しようとする医師は、2年以上、都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて、臨床研修を受けなければならない。



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。

1. 医師臨床研修制度の位置付け

- 平成16年度に努力義務から必修化。
- 診療に従事しようとする医師は、2年以上、都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて、臨床研修を受けなければならない。【医師法第16条の2第1項】

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第2条】

- 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。

3. 都道府県知事の指定する病院

- 都道府県知事は、指定の基準に基づき、病院を指定。

(指定の基準の例)

- ・ 臨床研修の基本理念にのっとった研修プログラムを有していること
 - ・ 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・ 適切な指導体制を有していること
 - ・ 研修医の募集及び採用の方法が臨床研修の実施のために適切なものであること
 - ・ 研修医に対する適切な処遇を確保していること
 - ・ 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること
- 基幹型臨床研修病院*（都道府県知事の指定を受け、臨床研修の全体を管理する病院。以下「基幹型病院」）が、他の病院（協力型臨床研修病院）等と共同して研修を実施。

*令和5年4月現在1,029病院

医師臨床研修制度の概要

4. 研修医の募集と処遇

- 研修医の募集は原則として、研修医マッチング（基幹型病院と研修希望者について、各々の希望を踏まえ、一定の規則に従って組合せを決定するシステム）を用いて公募で実施。
マッチングの手続は6月上旬から開始し、組合せは10月下旬に決定。その後3月の医師国家試験合格を経て正式採用*。
* 令和5年4月から開始する臨床研修に係る研修医の採用人数は、9,388人
- 各基幹型病院の募集定員は、各都道府県が、国が決定した募集定員上限の範囲内で配分し決定。
- 研修医は病院に雇用され、給与等が支給される。

5. 研修プログラム

- 必修として、内科を24週以上、救急を12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療及び一般外来をそれぞれ4週以上の研修を実施。

内科 24週	救急 12週 <4週まで 麻酔科可>	外科 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週	地域医療 4週	一般外来 4週	選択科目
-----------	-----------------------------	----------	-----------	------------	-----------	------------	------------	------

6. 研修医の評価と修了認定

- 各診療科のローテーション終了時に、指導医等が「研修医評価票」を用いて評価し、年2回以上、研修医に対するフィードバックを実施。
- 基幹型病院は、研修期間の終了に際し、「臨床研修の目標の達成度判定票」等をもとに修了認定の可否を検討し、「修了」と判定した場合は、研修医に対して臨床研修修了証を交付。「未修了」と判定した場合は、研修期間を延長。
- 厚生労働大臣は、臨床研修の修了者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍（医師免許に関する事項を登録するもの）に登録し、臨床研修修了登録証を交付。

医師臨床研修制度の経緯

- 昭和21年 インターン制度を開始（国家試験の受験資格を得るために必要な課程）

問題点 インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

- 昭和43年 臨床研修制度創設（医師免許取得後2年以上の努力義務）

問題点

1. 専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 処遇の確保が不十分で、アルバイトによる生計維持
4. 限られた範囲（出身大学等）での研修

- 平成16年度 新制度の施行（医師法改正）＜臨床研修の必修化＞

制度の見直しを検討（平成20年9月～）

問題点

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

- 平成22年度 制度の見直し

1. 研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修＋2科目選択必修へ）
2. 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化（年間入院患者数3,000人以上の設定）
3. 研修医の募集定員の見直し（都道府県別の上限の設定等）

- 平成27年度 制度の見直し

1. 研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小（平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ）
2. 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加 等

医師臨床研修制度の見直し（令和2年度研修から適用） ～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

- ・医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の修得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた
- ・今回は、①卒前・卒後の一貫した医師養成、②到達目標、③臨床研修病院の在り方、④地域医療の安定的確保等について見直し

1. 卒前・卒後の一貫した医師養成

- ・卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

①医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的な到達目標・方略・評価を作成

2. 到達目標・方略・評価

- ・現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確
- ・基本的診療能力や臨床推論の更なる修得
- ・評価方法の標準化が必要

①目標、方略、評価に分けて整理・簡素化

②目標を「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）」「資質・能力」「基本的診療業務」に整理し、入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保

③方略は、内科、救急、地域医療に加え、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来の研修を含むことを追加

④評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、標準化

3. 臨床研修病院の在り方

- ・臨床研修病院の更なる質の向上

①指導・管理体制等についての訪問調査の見直し

- ・改善の見られない病院は指定取消の対象へ
- ・課題の見られる基幹型病院は訪問調査の対象へ

②プログラム責任者養成講習会の受講義務化

③第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

4. 地域医療の安定的確保

- ・地域医療の確保に対する更なる対応が必要
- ・都道府県の実情に応じた対応が必要

①大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保

- ・臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に1.05倍まで圧縮
- ・医学部入学定員による募集定員の算定には上限を設ける
- ・地理的条件等の加算を増加

②地域枠等の一部について、一般のマッチングとは分けて選考

③国が一定の基準等を示した上で、臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う

5. その他

- ・基礎研究の国際競争力の低下

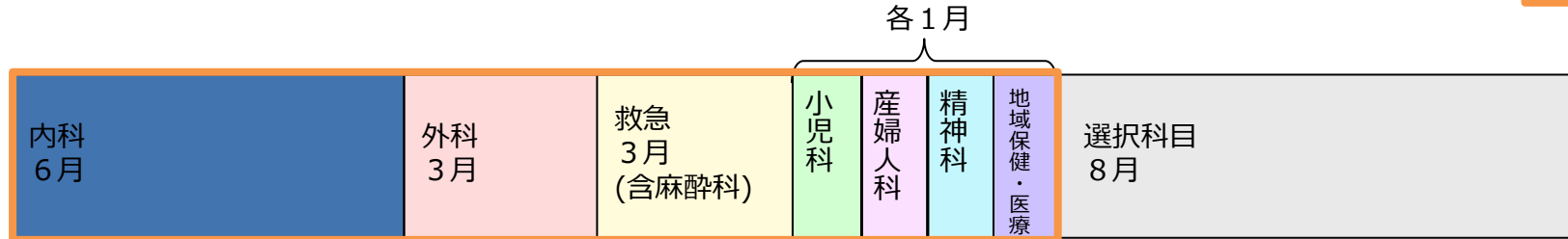
①中断・未修了の対応は継続

②大学病院に基礎研究医養成枠を設置

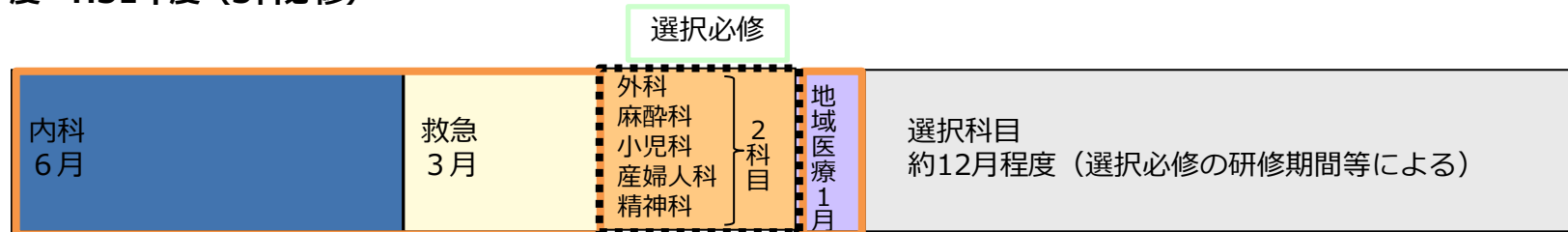
必修の分野・診療科見直しの経緯

H16年度～H21年度（7科必修）

 必修



H22年度～H31年度（3科必修）



R2年度～（7科必修）



※一般外来 4週以上を含む（8週以上が望ましい）

※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は8週以上が望ましい

「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（令和2年度研修から適用）

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
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

B. 資質・能力

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

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
 2. 病棟診療
 3. 初期救急対応
 4. 地域医療

II 実務研修の方略

内科（24週以上）救急（12週以上）外科（4週以上）小児科（4週以上）産婦人科（4週以上）精神科（4週以上）地域医療（4週以上）を必修

- ・一般外来（4週以上）での研修を含む（他の必修分野等との同時研修を行うことも可）
- ・地域医療は、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で行い、一般外来での研修と在宅医療の研修を含める
- ・全研修期間を通じて、以下の研修を含むこと
感染対策、予防医療、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
- ・以下の研修を含むことが望ましい
診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア等）に参加、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

経験すべき症候：29項目

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛 等

経験すべき疾病・病態：26項目

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 等

III 到達目標の達成度評価

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
- II 「B. 資質・能力」に関する評価
- III 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- ・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（看護師を含むことが望ましい）が評価
- ・少なくとも年2回、プログラム責任者又は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

臨床研修の目標の達成度判定票

27 2年間の研修終了時に、研修管理委員会が、研修医評価票 I、II、IIIを勘案して作成（**総括的評価**）

【到達目標】 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版） と臨床研修の到達目標の関係

医学教育モデル・コア・カリキュラム（卒前）

医師として求められる基本的な資質・能力

1 プロフェッショナリズム

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

臨床研修の到達目標（卒後）

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

2 利他的な態度

3 人間性の尊重

4 自らを高める姿勢

資質・能力

1 医学・医療における倫理性

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢



- 内科 24週以上
 - 救急 12週以上
 - 外科
 - 小児科
 - 産婦人科
 - 精神科
 - 地域医療
 - 一般外来
- 4週以上（8週以上が望ましい）

【方略】 経験すべき症候：29項目

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

【方略】 経験すべき疾病・病態：26項目

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当たる

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）

症候及び疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する**病歴要約**に基づくこととする

【評価】 研修医評価票 I

研修期間中は、各分野・診療科のローテーション終了時に、「**研修医評価票**」を用いて、医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい。）が評価。少なくとも年2回、プログラム責任者又は研修管理委員会委員が、研修医に対する**形成的評価（フィードバック）**を行う

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 期待を 大きく 下回る	レベル2 期待を 下回る	レベル3 期待 通り	レベル4 期待を 大きく 上回る	観察 機会 なし
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 自らの善悪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。					

【評価】 研修医評価票 II

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

【評価】 研修医評価票 II

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。	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。
■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。	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：

【評価】 研修医評価票 Ⅲ

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性を速やかに把握・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。					

【評価】 臨床研修の目標の達成度判定票

研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を「**達成度判定票**」を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は、修了認定の可否についての評価（**総括的評価**）を行う。「未達」が残っている場合は、「未修了」と判定し、研修期間を延長する

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		☐ 既達 ☐ 未達
(臨床研修の目標の達成に必要な条件等)		
年 月 日		
〇〇プログラム・プログラム責任者 _____		

医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）

第1章 医師として求められる基本的な資質・能力

- 医師として求められる10の基本的な資質・能力とその説明文を記載

PR.
プロフェッショ
ナリズム

GE.
総合的に患
者・生活者
をみる姿勢

LL.
生涯にわたっ
て共に学ぶ
姿勢

RE.
科学的探究

PS.
専門知識に
基づいた問
題解決能力

IT.
情報・科学
技術を活か
す能力

CS.
患者ケアのた
めの診療技
能

CM.
コミュニケー
ション能力

IP.
多職種連携
能力

SO.
社会における
医療の役割
の理解

第2章 学修目標＋学修目標の別表

- 資質・能力に紐付いた個別の学修目標を記載
- 「習得すべき疾患」「基本診療科」「主要症候」等を別表として一覧表示



第3章 学修方略・評価

方略

- 参考となる教育学の理論等を提示
- 代表的な用語の解説

評価

- 評価の概念・考え方を提示
- 評価方法の記載

方略・評価事例紹介（参考）

- 方略・評価について参考になるような事例を11例紹介

診療参加型臨床実習実施ガイドライン

- 実施体制・実施環境
- 学修と評価の記録
- EPA



基幹型臨床研修病院の指定の基準

都道府県知事は、以下の基準に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならない

病院の質に関する事項

※

- ・医療法施行規則第19条第1項第1号に規定する員数の医師を有していること
- ・臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること
- ・患者の病歴に関する情報を適切に管理していること
- ・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
- ・研修医の募集及び採用の方法が臨床研修の実施のために適切なものであること
- ・臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること

研修医の処遇に関する事項

※

- ・研修医に対する適切な処遇を確保していること。ただし、臨床研修協力施設と共同して行う場合にあっては、当該病院及び臨床研修協力施設のそれぞれにおいて、研修医に対する適切な処遇が確保されていること
- ・臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること（再掲）

地域医療の質に関する事項

※

- ・医師法第30条の23に基づき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

臨床研修の質に関する事項

※

- ・臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを有していること
- ・医療法施行規則第19条第1項第1号に規定する員数の医師を有していること（再掲）
- ・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設置していること
- ・適切な指導体制を有していること。ただし、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、臨床研修病院群における指導体制が適切なものであること
- ・協力型臨床研修病院として研修医に対して臨床研修を行った実績があること
- ・協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設と連携して臨床研修を行うこと
- ・臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること
- ・協力型臨床研修病院として共同して臨床研修を行う病院が、協力型臨床研修病院の指定の基準に適合していること
- ・臨床研修を行うために必要な診療科を置いていること
- ・第三者による評価を受け、その結果を公表することが強く推奨されること
- ・救急医療を提供していること
- ・臨床研修を行うために必要な症例があること
（入院患者の数は、年間3,000人以上であること）
- ・研修医の募集定員が、研修医の適正配置の観点から適切であること
- ・受け入れる研修医の数が、臨床研修を行うために適切であること

●臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ(平成21年2月18日臨床研修制度のあり方等に関する検討会) (抜粋)

4 臨床研修制度等の見直しの方向

(2) 募集定員や受入病院のあり方の見直し

- 研修の質の向上のため、研修プログラムを管理する病院について、症例数、設備、指導体制など病院の水準・規模の面で基準を強化するとともに、大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。その結果、管理型臨床研修病院の指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

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 (医政発第0612004号 平成15年6月12日) (抜粋)

第2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準

5 臨床研修病院の指定の基準

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

Ⅰ 臨床研修を行うために必要な症例があること。

「臨床研修を行うために必要な症例があること」とは、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」の「Ⅰ 到達目標」を達成するために必要な症例が確保されていることをいうものであること。入院患者の数については、年間3,000人以上であること。

第3 当面の取扱い

2 基幹型臨床研修病院の指定の基準について

- (1) 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一部を改正する省令（平成21年厚生労働省令第105号）附則の規定により、基幹型臨床研修病院とみなされた単独型臨床研修病院又は管理型臨床研修病院が、平成24年4月1日以降、前述第2の5(1)Ⅰの基幹型臨床研修病院の指定基準を満たさない場合にあっては、都道府県知事は、個別の実地調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、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に限り、基幹型臨床研修病院として指定を継続するものであること。
- (2) 都道府県知事は、新たに基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院が、前述第2の5(1)Ⅰの基幹型臨床研修病院の指定基準を満たさない場合でも、入院患者の数が年間2,700人以上である場合には、個別の実地調査等を行い、適切な指導体制が確保され、かつ、研修医が基本的な診療能力を修得することができることなど、良質な研修についての評価を含め、指定の可否を判断するものであること。このため、これに該当する病院は、前述第2の4(1)アに定める期日の10ヶ月以上前に別に定める実地調査の申込書を管轄する都道府県に提出すること。
- (3) 都道府県知事は、基幹型臨床研修病院のうち、災害等やむを得ない理由により前述第2の5(1)Ⅰの指定基準を2年以上にわたり適合しない場合であっても、研修医が在籍しており、入院患者の数が年間2,700人以上である場合には、個別の実地調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、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に限り、基幹型臨床研修病院として指定を継続するものであること。

臨床研修病院の指定の基準の当面の取扱いについて (令和4年3月27日付医政医発0327第1号) (抜粋)

5 調査の視点

「6 調査項目、評価基準等」の1) 外形基準については、施行通知第2の5(1)及び(2)の指定基準の適合状況を実地に確認するとともに、基幹型臨床研修病院については、次の1)及び2)を通じて、臨床研修の基本理念に相応しく、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する。また、別紙5のとおり調査票例を添付するので調査を行う際の参考とすること。

1) 臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項

- ①研修を行うのに十分な症例や相応しい環境が整備されているか
- ②研修医の診療内容や説明について、指導医等から適切な助言・指導が行われているか
- ③研修が組織的・計画的に行われ、管理体制が適切に確立されているか

2) 研修医の基本的診療能力に関する事項

(「2 調査対象」のⅡの病院にあっては、主に、申込みを行った年度に協力型臨床研修病院として研修を担当している診療分野について調査を行う。)

- ①患者・家族や他の医療従事者と十分なコミュニケーションをとり、良好な関係を築いているか
- ②患者の問題を把握し、検査や治療の計画の全体像を把握して診療に当たり、臨床上の疑問を解決するための自己学習の習慣が身についているか

6 調査項目、評価基準等

1) 外形基準

施行通知第2の5(1)及び(2)に規定する臨床研修病院の指定の基準に適合することを証する書類等により確認するものとする。

2) 研修医の診療経験

研修医に対して次の項目のアンケートを実施するものとする。(別紙2)

(「2 調査対象」のⅡの病院の研修医については、別紙2の3及び4のみの回答とする。)

- ①基本的な臨床検査・手技について自ら実施することや結果を解釈することの自己評価
- ②経験症例数
- ③診療科別の研修施設の状況や研修期間
- ④その他

臨床研修病院の指定の基準の当面の取扱いについて (令和4年3月27日付医政医発0327第1号) (抜粋)

3) 研修医の基本的診療能力

研修医が担当した症例についての主訴、現病歴などの経過概要のプレゼンテーションや研修医へのインタビューにより、次に掲げる項目を確認するものとする。(別紙3)

(研修医の基本的診療能力を調査するに当たっては、当該病院での研修において、どのような指導によって基本的診療能力が修得されたかを把握する。)

- ①入院の目的の理解
- ②入院中の診察・診断
- ③入院中の検査・治療
- ④退院の判断
- ⑤説明と同意
- ⑥その他

4) 評価基準

「2 調査対象」のIの1) から3) までの病院に対する調査結果については、総合評価として、以下のA、B、B-、Cの4段階で評価するものとする。(別紙4)

- A 指導・管理体制に関する事項及び研修医の基本的診療能力の修得に関する事項の全てにおいて「適切」とされるもの
- B A、B-及びC以外のもの
- B- 評価項目の全てについて、「適切」又は「概ね適切」と評価され、そのうち過半数が「概ね適切」とされるもの
- C 評価項目の一部について、「不適切」とされるもの

5) 実施体制等

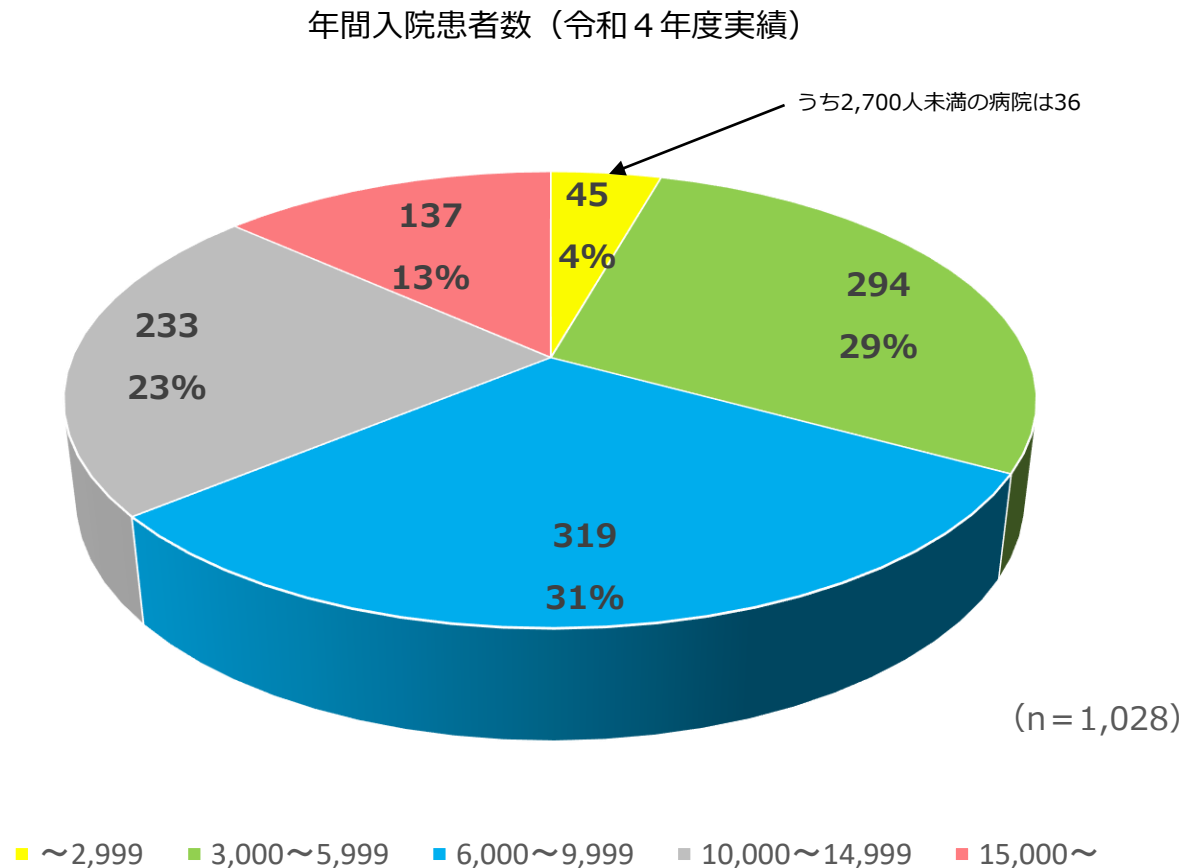
必要に応じて、臨床研修病院の評価に関して知見を有する外部有識者を活用するとともに、全体の企画や進行管理等に配慮しつつ、公平・公正かつ効果的な調査となるよう留意する。

さらに、各地方厚生局ともスケジュール等を調整の上、合同で調査を行うなど、臨床研修病院の負担に配慮した上で実施する。

年間入院患者数別の基幹型臨床研修病院の数

年間入院患者数（令和4年度実績）が3,000人未満の基幹型病院は45病院あり、全体（1,028病院）の約4%であった。

また、基幹型病院の年間入院患者数の平均（令和4年度実績）は、約9,165人であった。



年間入院患者数が3,000人未満の基幹型臨床研修病院（45病院）①

都道府県	病院名	年間入院患者数	令和5年度定員	令和5年度採用
北海道	深川市立病院	2,918	3	3
	公益社団法人北海道医療団 帯広第一病院	2,310	3	3
	JA北海道厚生連 倶知安厚生病院	2,591	2	0
青森県	黒石市国民健康保険 黒石病院	2,544	4	1
岩手県	盛岡市立病院	2,243	4	4
宮城県	登米市立登米市民病院	2,837	3	3
秋田県	医療法人青嵐会 本荘第一病院	2,334	3	0
福島県	医療生協わたり病院	1,680	3	3
東京都	社会医療法人財団城南福祉医療協会 大田病院	2,438	2	2
	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター	2,863	2	2
	板橋区医師会病院	2,220	2	1
神奈川県	川崎協同病院	2,560	3	3
	医療法人横浜柏堤会 戸塚共立第一病院	2,721	2	2
	山近記念総合病院	2,077	2	2
富山県	南砺市民病院	2,447	3	1
石川県	公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院	2,579	4	3
	医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院	2,072	2	0
長野県	市立大町総合病院	2,922	3	2
岐阜県	土岐市立総合病院	1,841	5	4
	岐阜県立下呂温泉病院	1,854	2	2
	岐阜県厚生農業協同組合連合会 揖斐厚生病院	2,662	2	0
	独立行政法人国立病院機構 長良医療センター	2,712	3	3

（注）年間入院患者数は令和4年度実績

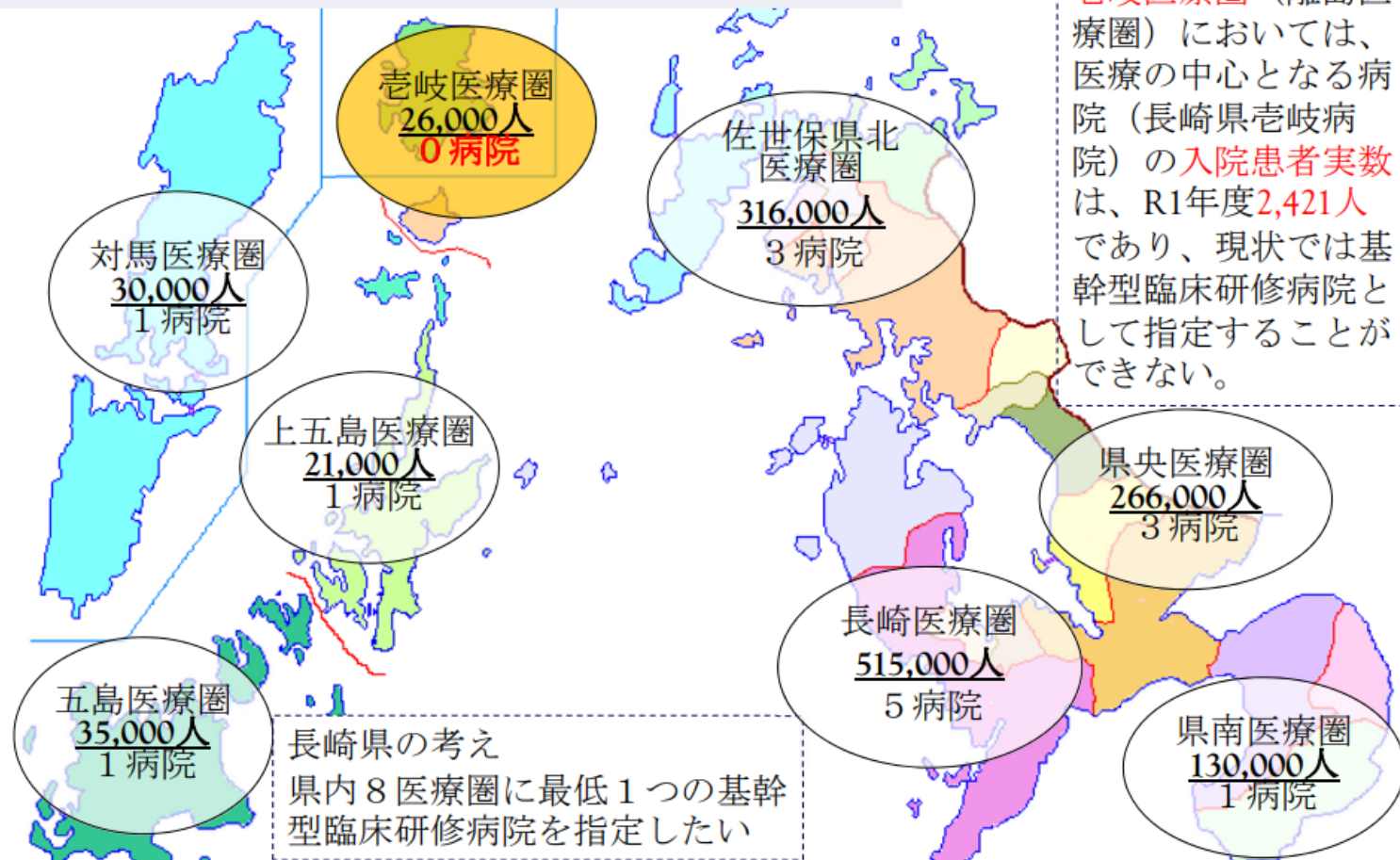
年間入院患者数が3,000人未満の基幹型臨床研修病院（45病院）②

都道府県	病院名	年間入院患者数	令和5年度定員	令和5年度採用
三重県	三重県立志摩病院	2,545	3	3
京都府	社会医療法人健康会 新京都南病院	2,513	2	2
兵庫県	高砂市民病院	2,242	2	2
	尼崎医療生協病院	1,898	3	3
和歌山県	和歌山生協病院	1,927	3	1
岡山県	社会医療法人水和会 水島中央病院	2,477	2	2
広島県	広島中央保健生活協同組合 福島生協病院	1,850	3	3
	公立みつぎ総合病院	2,574	2	2
	独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター	2,929	6	5
山口県	医療生活協同組合健文会 宇部協立病院	1,360	2	2
徳島県	徳島健生病院	1,913	3	2
	徳島県立三好病院	2,708	2	0
香川県	香川医療生活協同組合 高松平和病院	1,674	3	2
愛媛県	独立行政法人労働者健康安全機構 愛媛労災病院	2,622	2	0
	愛媛生協病院	1,453	3	1
	西条市立周桑病院	1,118	2	2
高知県	社会医療法人仁生会 細木病院	2,372	4	2
福岡県	社会医療法人親仁会 米の山病院	2,435	2	2
	久留米大学医療センター	2,037	2	2
長崎県	長崎県上五島病院	2,309	3	0
	上戸町病院	892	4	2
大分県	大分県済生会 日田病院	2,822	2	0
宮崎県	宮崎生協病院	1,653	4	3
合計			126	87
平均			2.8	1.9

3. 今回の提案概要について



③長崎県内の医療圏別人口及び基幹型臨床研修病院数



医療圏人口：「人口推計（平成30年10月1日現在）」（総務省統計局）の市町ごとの値を合計した上で、1,000人未満四捨五入の値としている。

3. 今回の提案概要について



④制度改正による効果

県内すべての二次医療圏に基幹型臨床研修病院を置くことができ、離島等の医師が少ない地域で勤務する研修医数が増加することで、医師偏在の解消につながることを期待される。

具体的には、以下の点が期待されるところ。

- ① 離島等医師が少ない地域に配慮した臨床研修病院の指定が可能となり、地域の実情に応じたきめ細かな医師偏在対策が可能となる
- ② 離島中核病院の常勤医の負担軽減が図られる
- ③ 研修医が離島・へき地病院の常勤医となる可能性が広がる
- ④ 若手医師が増加することで、病院全体の活性化につながる

⑤留意事項

省令施行通知に記載された基準の撤廃、緩和にあたっては、臨床研修の質にバラつきが出ることを防止するため、あくまで例外的な取り扱いとし、例えば、以下の点に留意することが必要と考える。

- ① 一律に緩和することではなく、あくまで二次医療圏内に基幹型臨床研修病院がない場合に限ること。
- ② 地域医療対策協議会（※）において、より十分な議論を行うこと。

（※）医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の23の規定に基づき、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場。医師法の規定により、臨床研修病院の指定等に関する事項が協議の対象となっている。

小児科・産科特別プログラムについて

●「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」（臨床研修制度のあり方等に関する検討会、平成21年2月18日）（抜粋）

4 臨床研修制度等の見直しの方向「3」の基本的な考え方に立ち、以下のように臨床研修制度等を見直すことが適当である。

（1）研修プログラムの弾力化

○小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意する。

●「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」（厚生労働省医政局長通知、平成15年6月12日（一部改正 令和5年3月31日））（抜粋）

5 臨床研修病院の指定の基準

（1）基幹型臨床研修病院の指定の基準

ア（略）

（カ）研修医の募集定員が20人以上の基幹型臨床研修病院は、将来小児科医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラム及び将来産科医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラム（募集定員各2人以上）を必ず設けること。

当該プログラムにおいては、小児科又は産婦人科の研修を重点的に行うなど、当該研修医のキャリア形成に資するプログラムを作成すること

23 地域における研修医の募集定員の設定

（2）都道府県における病院ごとの募集定員の設定

都道府県知事は、（1）にて設定された上限の範囲内で、医師少数区域等における医師の数の状況、各病院の研修医の受入実績、その他地域の実情等を勘案して、地域医療対策協議会の意見を踏まえ、病院ごとの定員の算定方法をあらかじめ定め、当該定員を設定すること。また、各病院の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組を勘案して当該定員を設定するよう努めること。

その際、（1）アの医師少数区域の人口によって加算された募集定員については、医師少数区域の基幹型臨床研修病院等に配分することとし、また、前述5の（1）ア（カ）により小児科・産科研修プログラムを設けた病院に対しては、当該研修プログラムの募集定員分として、募集定員の上限から4を配分すること。

「医師臨床研修指導ガイドライン－2023年度版－」（抜粋）

第2章 実務研修の方略

＜必修分野＞

- 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。

＜分野での研修期間＞

- 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**。

- 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**。

＜解説＞小児科においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮する。また、健常な小児に対する健診や思春期疾患など成育医療を含むのが望ましい。

- 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**。

＜解説＞産婦人科においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮するとともに、女性に特有の生殖に関わる課題を含む健康問題に広く対応できるよう研修を行う。他の診療科においても、妊婦の診療時には処方薬に特段の注意を払う必要があることなどを学ぶ。

小児科・産科特別プログラムの都道府県別の充足状況（令和５年度）

	都道府県	設置 病院 数	小児科			産科			小児科・産科			医師偏在指標 下位	
			定員	マッチング	採用	定員	マッチング	採用	定員	マッチング	採用	小児科 医師	分娩取扱 医師
1	北海道	3	6	0（0％）	0（0％）	6	0(0%)	0（0％）	—	—	—		
2	青森県	1	2	1（50％）	1(50%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		○
3	岩手県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)	○	○
4	宮城県	2	—	—	—	—	—	—	8	1(13%)	1(13%)	○	
5	秋田県	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
6	山形県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
7	福島県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)	○	○
8	茨城県	1	4	1（25％）	1(25%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—	○	
9	栃木県	3	6	1（17％）	0(0%)	6	1(17%)	3(50%)	—	—	—		
10	群馬県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		○
11	埼玉県	5	6	4（67％）	6（100％）	6	3(50%)	3(50%)	8	0(0%)	0(0%)	○	○
12	千葉県	8	16	13(81%)	15（94％）	16	9(56%)	12(75%)	—	—	—	○	○
13	東京都	19	28	20(71%)	24（86％）	28	19(68%)	26(93%)	20	17(85%)	20(100%)		
14	神奈川県	8	4	4(100%)	4(100%)	4	3(75%)	4(100%)	24	21（88％）	23（96％）	○	
15	新潟県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—	○	○
16	富山県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		
17	石川県	2	2	0(0%)	1(50%)	2	0(0%)	0(0%)	4	0(0%)	1(25%)		
18	福井県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
19	山梨県	2	4	2(50%)	2(50%)	4	0(0%)	0(0%)	—	—	—		○
20	長野県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		○
21	岐阜県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		
22	静岡県	3	6	4(67%)	4(67%)	6	3(50%)	2(33%)	—	—	—	○	
23	愛知県	6	10	9(90%)	10(100%)	10	6（60％）	9(90%)	4	0(0%)	4(100%)	○	
24	三重県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—	○	

小児科・産科特別プログラムの都道府県別の充足状況（令和５年度）

	都道府県	設置 病院 数	小児科			産科			小児科・産科			医師偏在指標 下位	
			定員	マッチング	採用	定員	マッチング	採用	定員	マッチング	採用	小児科 医師	分娩取扱 医師
25	滋賀県	1	—	—	—	—	—	—	4	4(100%)	4(100%)		
26	京都府	2	4	3(75%)	4(100%)	4	3(75%)	4(100%)	—	—	—		
27	大阪府	6	10	8(80%)	9(90%)	10	6(60%)	8(80%)	4	1(25%)	4(100%)		
28	兵庫県	3	4	4(100%)	4(100%)	4	1(25%)	2(50%)	4	4(100%)	4(100%)		○
29	奈良県	1	2	0(0%)	1(50%)	2	1(50%)	1(50%)	—	—	—	○	
30	和歌山県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
31	鳥取県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
32	島根県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
33	岡山県	3	5	0(0%)	4(80%)	4	2(50%)	2(50%)	4	3(75%)	1(25%)		
34	広島県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)	○	○
35	山口県	1	—	—	—	—	—	—	4	2(50%)	2(50%)		
36	徳島県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
37	香川県	1	4	2(50%)	2(50%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		○
38	愛媛県	2	4	0(0%)	1(25%)	4	0(0%)	0(0%)	—	—	—		○
39	高知県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
40	福岡県	4	6	4(67%)	5(83%)	6	2(33%)	2(33%)	4	0(0%)	0(0%)		
41	佐賀県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—		
42	長崎県	2	—	—	—	—	—	—	8	4(50%)	4(50%)		
43	熊本県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		○
44	大分県	1	—	—	—	—	—	—	4	0(0%)	0(0%)		
45	宮崎県	2	4	0(0%)	0(0%)	4	2(50%)	1(25%)	—	—	—	○	○
46	鹿児島県	1	2	1(50%)	1(50%)	2	0(0%)	0(0%)	—	—	—	○	○
47	沖縄県	2	—	—	—	—	—	—	8	4(50%)	5(63%)	○	
合計		113	159	81 (51%)	99 (62%)	154	61 (40%)	79 (51%)	144	61 (42%)	73 (51%)		

※医師臨床研修推進室調べ（マッチングに参加しない病院を含む）。小児科・産科特別プログラムの設置が必須でない臨床研修病院における小児科・産科特別プログラムは除外して集計。
括弧外の数値は実数、括弧内の数値は割合。医師偏在指標はR.6.10時点。

小児科・産科特別プログラム（令和6年度）の実施週数

（1）小児科

最長で48週、最短で4週、平均15週となっている。

	4週	～8週	～12週	～16週	～20週	～24週	～28週	～32週	～36週	～40週	～44週	～48週	合計
プログラム数	14	12	15	13	2	6	7	2	2	2	0	1	76
割合	18.4%	15.8%	19.7%	17.1%	2.6%	7.9%	9.2%	2.6%	2.6%	2.6%	0.0%	1.3%	100.0%

（2）産科

最長で48週、最短で4週、平均15週となっている。

	4週	～8週	～12週	～16週	～20週	～24週	～28週	～32週	～36週	～40週	～44週	～48週	合計
プログラム数	15	15	12	10	2	8	6	2	3	2	0	1	76
割合	19.7%	19.7%	15.8%	13.2%	2.6%	10.5%	7.9%	2.6%	3.9%	2.6%	0.0%	1.3%	100.0%

※令和5年4月末までに各基幹型臨床研修病院が都道府県知事に提出した年次報告書をもとに集計。

小児科・産科特別プログラムの設置が必須の臨床研修病院において、小児科、産科それぞれで別に設置されている重点プログラムの必修の週数を集計（小児科・産科を一体としたプログラムを設置している場合は除外している）。

臨床研修前後の希望診療科及び研修の満足度

(1)小児科を希望

小児科プログラム修了者		修了時点の将来希望する診療科	
		小児科	小児科以外
臨床研修前に将来希望していた診療科	小児科 72人	58人 【3.93】	14人 【4.07】
	小児科以外 19人	1人 【3.00】	18人 【4.28】
	合計 91人 【4.01】	59人	32人

小児科プログラム、産科プログラム以外の修了者		修了時点の将来希望する診療科	
		小児科	小児科以外
臨床研修前に将来希望していた診療科	小児科 402人	254人 【4.09】	148人 【3.99】
	小児科以外 5,758人	58人 【3.98】	5,700人 【4.04】
	合計 6,160人 【4.04】	312人	5,848人

(2)産婦人科系(*)を希望

*産婦人科、産科、婦人科

産科プログラム修了者		修了時点の将来希望する診療科	
		産婦人科系	産婦人科系以外
臨床研修前に将来希望していた診療科	産婦人科系 60人	48人 【4.02】	12人 【4.00】
	産婦人科系以外 18人	3人 【4.00】	15人 【3.71】
	合計 78人 【3.96】	51人	27人

小児科プログラム、産科プログラム以外の修了者		修了時点の将来希望する診療科	
		産婦人科系	産婦人科系以外
臨床研修前に将来希望していた診療科	産婦人科系 324人	213人 【4.21】	111人 【4.07】
	産婦人科系以外 5,836人	87人 【4.11】	5,749人 【4.03】
	合計 6,160人 【4.04】	300人	5,860人

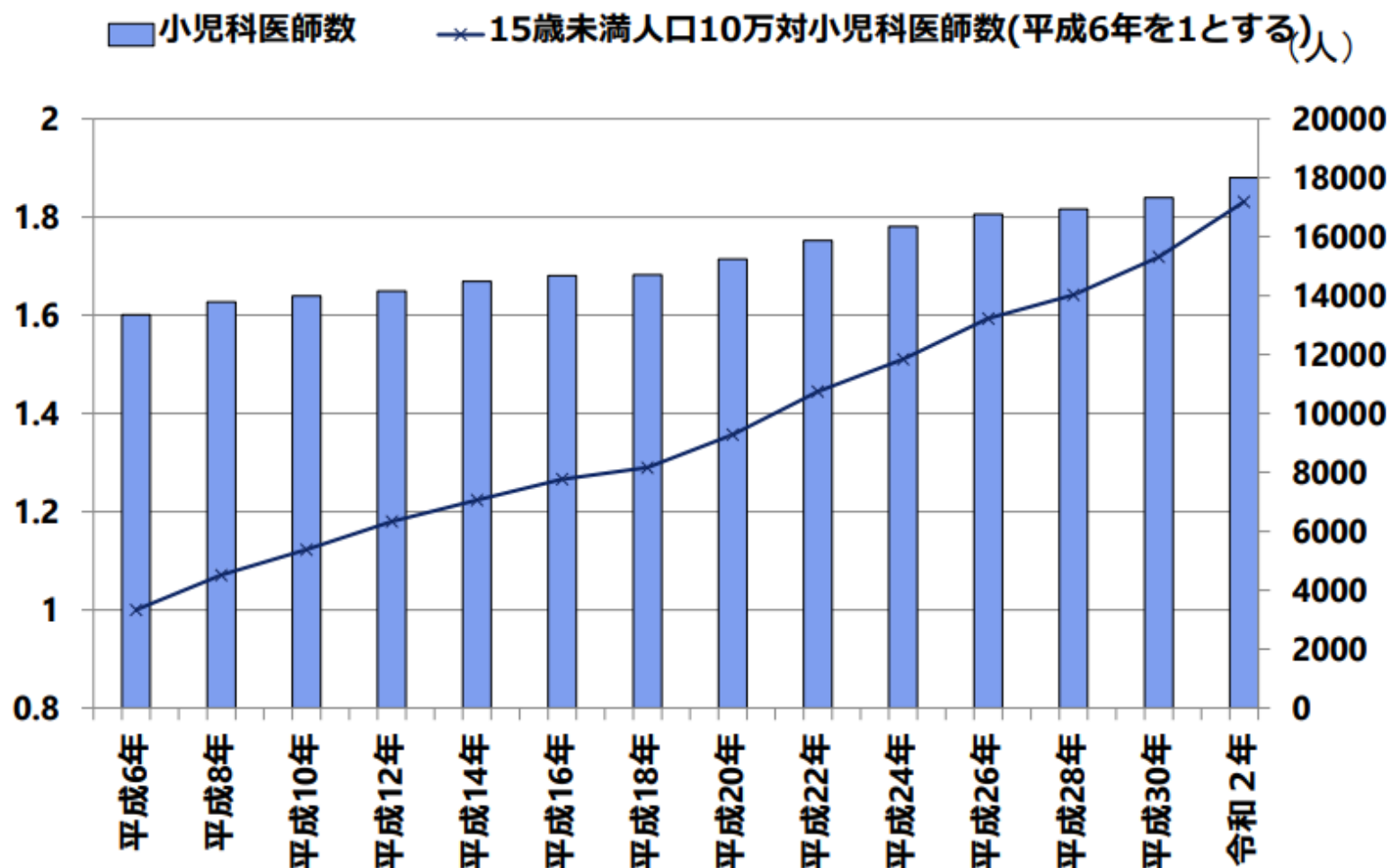
【出典】令和4年臨床研修修了者アンケート

※【 】内は研修に対する満足度。満足度は1(満足していない)～5(大変満足している)までの5段階。

修了者の人数は、研修プログラム、研修前に希望していた科、研修後に希望する科、のいずれかについて、無回答又は無効回答の者を除いて集計。

それらの中から、満足度について回答している者について集計したものが【 】内の数値。そのため、【 】内の数値の集計の対象となった者の人数は、【 】外に記載の人数と完全には一致しない。

- 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加しており、15歳未満人口10万対医師数は、令和2年には平成6年の2倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

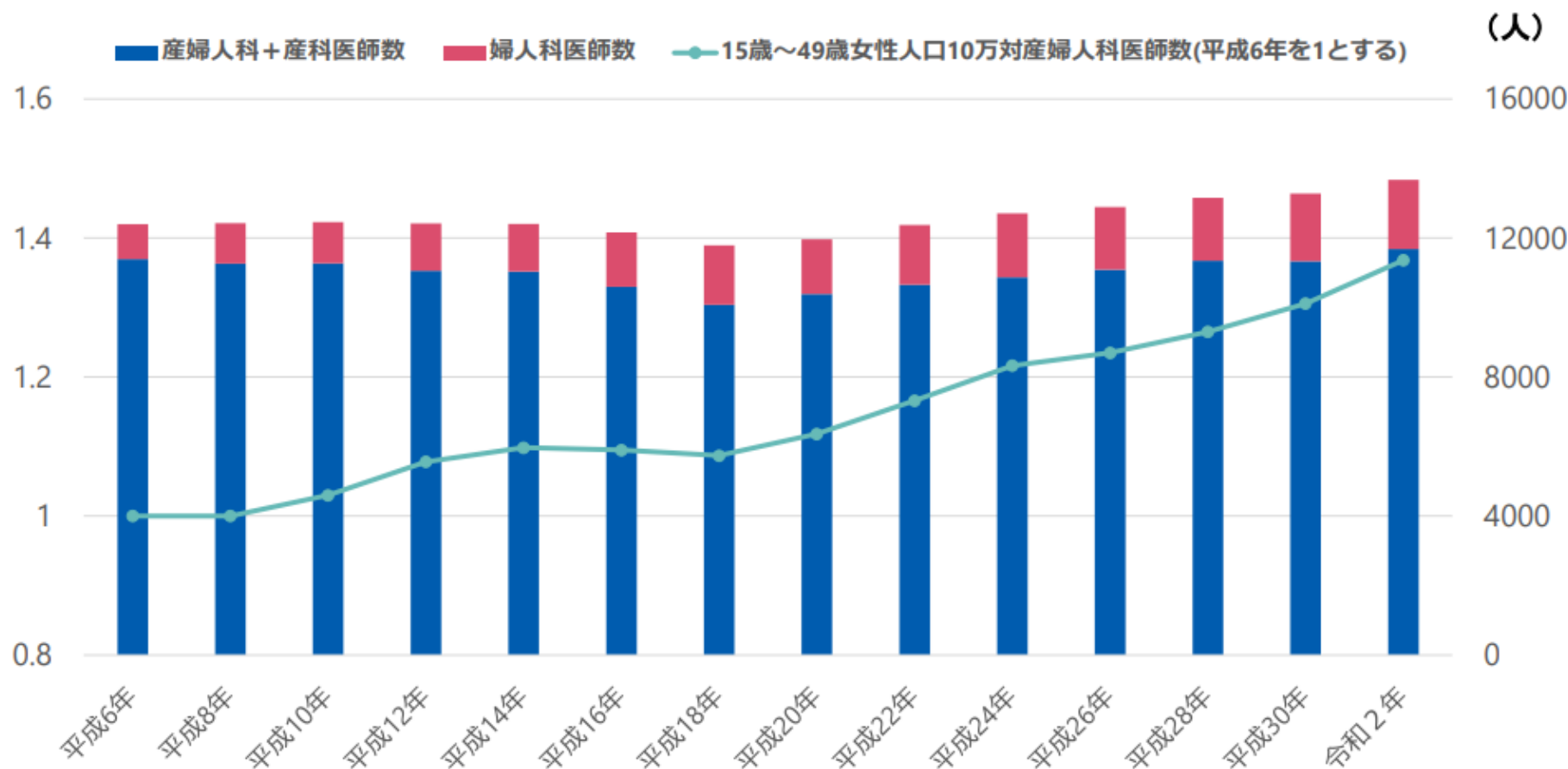
※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

産婦人科医師数の推移

令和4年7月27日
第11回第8次医療計画に関する検討会 資料

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

専攻医登録者数の推移

(1) 小児科専攻医登録者数

年度	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
人数	735	724	726	570	524	542	562	548	565	546	551	526

(出典) 日本小児科学会提供データ

(2) 産婦人科専攻医登録者数

年度	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
人数	405	402	362	363	357	386	441	437	476	475	518	481

(出典) 日本産科婦人科学会提供データ

小児科医師偏在指標（令和6年1月10日更新）

小児科医師偏在指標

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	115.1
01	北海道	115.4
02	青森県	109.4
03	岩手県	103.8
04	宮城県	104.6
05	秋田県	127.9
06	山形県	114.0
07	福島県	98.0
08	茨城県	95.8
09	栃木県	109.2
10	群馬県	118.0
11	埼玉県	99.7
12	千葉県	93.6
13	東京都	150.4
14	神奈川県	106.1
15	新潟県	108.7
16	富山県	125.9
17	石川県	123.8
18	福井県	124.6
19	山梨県	127.3
20	長野県	120.2
21	岐阜県	109.7
22	静岡県	94.4
23	愛知県	94.7

■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	107.9
25	滋賀県	124.3
26	京都府	152.7
27	大阪府	120.4
28	兵庫県	123.9
29	奈良県	108.7
30	和歌山県	130.4
31	鳥取県	171.0
32	島根県	118.0
33	岡山県	124.3
34	広島県	101.1
35	山口県	115.0
36	徳島県	127.7
37	香川県	122.0
38	愛媛県	120.0
39	高知県	134.4
40	福岡県	122.0
41	佐賀県	113.8
42	長崎県	128.5
43	熊本県	110.2
44	大分県	120.4
45	宮崎県	96.9
46	鹿児島県	95.3
47	沖縄県	95.1

※下位1/3の閾値を108.7と設定している。

（小児科医師偏在指標について）

小児科医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、小児科医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

分娩取扱医師偏在指標（令和6年1月10日更新）

分娩取扱医師偏在指標

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	10.5
01	北海道	10.1
02	青森県	8.3
03	岩手県	8.0
04	宮城県	10.0
05	秋田県	12.8
06	山形県	9.9
07	福島県	7.3
08	茨城県	9.8
09	栃木県	10.3
10	群馬県	9.1
11	埼玉県	8.2
12	千葉県	9.4
13	東京都	14.3
14	神奈川県	10.9
15	新潟県	8.7
16	富山県	10.8
17	石川県	10.8
18	福井県	12.7
19	山梨県	12.2
20	長野県	9.2
21	岐阜県	9.5
22	静岡県	9.8
23	愛知県	10.3

下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	10.8
25	滋賀県	10.3
26	京都府	13.9
27	大阪府	11.8
28	兵庫県	9.5
29	奈良県	12.5
30	和歌山県	9.6
31	鳥取県	13.5
32	島根県	11.5
33	岡山県	10.3
34	広島県	8.6
35	山口県	9.5
36	徳島県	12.4
37	香川県	8.6
38	愛媛県	8.9
39	高知県	10.2
40	福岡県	11.0
41	佐賀県	10.4
42	長崎県	10.6
43	熊本県	6.8
44	大分県	10.2
45	宮崎県	9.0
46	鹿児島県	9.3
47	沖縄県	11.6

※下位1/3の閾値を9.5と設定している。

（分娩取扱医師偏在指標について）

分娩取扱医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、分娩取扱医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

JCEPの概要

臨床研修病院を評価する第三者機関です

名称 NPO 法人 卒後臨床研修評価機構
英語名称 Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
略称 JCEP



所在地 〒102-0083 東京都千代田区麹町3-3-8
TEL:03-5212-2444 FAX:03-5212-2445

JCEP <https://www.jcep.jp/>

JCEPの会員

会員の種類	2024.03.01
正会員 この法人の目的に賛同して入会した個人	555名 うちサーベイヤ－468名
名誉会員 この法人において特別の功績がある者で、 理事会が推薦した個人	0名
医療機関等団体登録会員（機関会員） この法人の目的に賛同して入会した医療 機関等	37施設
病院団体等特別会員（特別会員） この法人の目的に賛同して活動を支える 病院団体等	4団体
賛助会員 この法人の目的に賛同し賛助するために 入会した個人及び団体	6団体

役員	氏名	役員	氏名
理事長	福井 次矢	理事	佐藤 伊久男
理事	相澤 孝夫	理事	清水 貴子
理事	有賀 徹	理事	永井 良三
理事	磯和 理貴	理事	西澤 寛俊
理事	一戸 真子	理事	伴 信太郎
理事	小熊 豊	理事	邊見 公雄
理事	小野 剛	理事	矢崎 義雄
理事	籠島 充	監事	井部 俊子
理事	楠岡 英雄	監事	田口 賢司

2024.03.01

病院団体等特別会員（特別会員）
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
独立行政法人国立病院機構
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会員：<https://www.jcep.jp/cn10/index-03.html>

目的

NPO法人 卒後臨床研修評価機構は

国民に対する医療の質の改善と向上をめざすため、

臨床研修病院における研修プログラムの評価や研修状況の評価を行い、

臨床研修病院のプログラムの改善、よい医師の養成に寄与することを目的とする



定款より

日本の臨床研修制度の変遷

2004年 新医師臨床研修制度(必修化)
7科目必修

2010年見直し(3科目必修へ、指定基準強化)

2015年見直し(募集定員、都道府県枠)

2020年見直し(7科目必修へ都道府県移譲)
到達目標・方略・評価も見直し

JCEPの沿革

2005(平成17)年 9月 有志らにより「新医師臨床研修評価に関する研究会」として発足

2006(平成18)年11月 臨床研修病院の第三者評価を開始

2007(平成19)年 8月 「特定非営利活動法人 卒後臨床研修評価機構」を設立

→ プログラム弾力化による必修分野、指定基準強化内容を反映した見直しを踏襲

2017(平成29)年4月 認定期間、評価料の改訂施行

→ 到達目標、到達目標の達成度評価、指導体制・指導環境について踏襲

2022(令和 4)年3月 約300病院への認定証発行し、現在に至る

評価の実施方法、仕組み

調査票はすべてJCEPホームページに公開しております
<https://www.jcep.jp/cn12/index-02.html>

評価の枠組み

書面調査の終了後に訪問調査を行います

到達目標が達成可能な
研修プログラムになっているか

■ 書面調査 ■

・書面調査票の記入

・臨床研修調査票

・JCEP評価調査票

・確認書類の整備

・研修プログラム

・規程・文書類

・訪問調査進行予定表の作成

同じ「JCEP評価調査票」の項目を
書面調査では自己評価し
訪問調査ではサーベイヤーが評価します。

JCEP評価調査票

JCEP評価基準: standards

(後出形) JCEP評価調査票 October 2022

JCEP評価調査票
October 2022

調査項目	評価項目	評価基準	評価結果
P1-1	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-2	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-3	臨床研修医としての役割と能力の向上	4	15
P1-4	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	17
P1-5	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	33
P1-6	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-7	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-8	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-9	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-10	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-11	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-12	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-13	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-14	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-15	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-16	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-17	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-18	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-19	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-20	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-21	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-22	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-23	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-24	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-25	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-26	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-27	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-28	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-29	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-30	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-31	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-32	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-33	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-34	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-35	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-36	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-37	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-38	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-39	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-40	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-41	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-42	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-43	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-44	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-45	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-46	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-47	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-48	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-49	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-50	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-51	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-52	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-53	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-54	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-55	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-56	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-57	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-58	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-59	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-60	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-61	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-62	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-63	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-64	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-65	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-66	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-67	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-68	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-69	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-70	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-71	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-72	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-73	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-74	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-75	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-76	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-77	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-78	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-79	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-80	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-81	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-82	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-83	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-84	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-85	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-86	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-87	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-88	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-89	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-90	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-91	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-92	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-93	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-94	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-95	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-96	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-97	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-98	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-99	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5
P1-100	臨床研修医としての役割と能力の向上	5	5

【記入にあたって】
1. 調査対象機関、および研修医の氏名は必ず記載してください。また、研修医の氏名は必ず記載してください。
2. 調査票の記入は必ず研修医本人が行ってください。ご記入ください。

【お問い合わせ先】
JCEP 事務局 事務局 事務局 事務局
TEL: 03-6313-0444
FAX: 03-6313-0445
E-mail: jcep@jcep.jp
JCEP: <https://www.jcep.jp/>

調査票

同じ

研修プログラム通りに
臨床研修が実践されているか

■ 訪問調査 ■

1日の実地訪問

サーベイヤー3名程度

JCEP評価項目による調査・評価

管理者等との合同面接

記録・資料の確認

設備・環境の確認

研修状況の確認

研修医、指導医、指導者へのインタビュー



調査票はすべてJCEPホームページに公開しております
<https://www.jcep.jp/cn12/index-02.html>

書面調査

臨床研修調査票

1年(連続12カ月)のデータ、直近の一時点のデータ、修了者のデータ

(提出用)臨床研修調査票October 2022

臨床研修調査票 October 2022

表紙、記入要領	1 頁
1. 基本情報、病床数	2 頁
2. 臨床研修指定区分・体制	2~3 頁
3. 医師数および患者数	10~11 頁
4. 職員数	12~13 頁
5. 労働時間	14 頁
6. 研修医の状況と環境整備状況	15~22 頁
7. 医療安全管理の状況	23~25 頁
8. 各部門の活動状況	26~31 頁
9. 研修の評価	32~35 頁
10. 研修施設のQI	36 頁
11. 医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表	37~42 頁

【記入要領】
この調査票は、食院の臨床研修に関する概要について記載していただくものです。食院が臨床研修病院として、かつ地域で果たしている機能・役割および実績についてお伺いします。

- ①一定期間内の実績に関する設問について
特に期間指定のない場合は、昨年度～が年の実績を記入する
- ②職員の配置状況について
「専任者」：常勤職員について数字(整数)で記入する。90%以上の従事
「専任者」：非常勤職員について、業務割合を換算して記入する。50%以上の従事
「兼務者」：非常勤職員について、常勤換算して記入する
※「専任者」「兼務者」について「実人数」の記載指示がある場合を除く
- ③指導医について
臨床研修7年を有し、「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(医政発第0612004号)の一部改正に示されている指導医についてのみ記入する
- ④職員数については、配置がない場合は「0」を記入する
- ⑤該当するデータがなく回答できない場合は「(半角ハイフン)」を記入する
- ⑥選択設問の設問について
番号を連打設問(単数回答)：該当するものを1つ記入する
「0」をチェックする設問(複数回答)：該当するものすべてにチェックする
- ⑦「自由記載シート」について
：薄黄色の回答欄に記入する
：自由記載シートに記入する

【お問合せ先】
JPO法人 平後臨床研修評価機構 事務局
TEL: 03-5212-2444 E-mail: jimuikyoku@jcep.jp
FAX: 03-5212-2445 URL: <https://www.jcep.jp>

1. 基本情報：責任者、病床数
2. 臨床研修指定区分・体制：連携、理念・基本方針、役割・機能の明示、研修管理委員会、指導体制、研修医の診療行為を確認する体制、研修医の参加する委員会、プログラム連携施設、研修プログラム、オリエンテーション
3. 医師数および患者数：分野別医師数、患者数、ICD疾患別患者数
4. 職員の状況：職種別職員数、専門医師数
5. 労働時間の状況：病院の主体性、研修医勤務状況
6. 研修医の状況と環境整備状況：募集・採用、規程類、辞令、研修記録、臨床研修修了証、修了後フォロー、健康管理、給与・手当、図書、研修機器、研修設備、外部研修活動、Web環境
7. 医療安全管理の状況：委員会、研修医の医療事故発生時対応体制、患者相談窓口、医療関連感染
8. 各部門の活動状況：救急医療体制、外来部門、研修期間と主な指導体制、精神科診療機能、臨床検査部門、病理診断部門(CPC)、手術部門、チーム医療、診療録管理部門、医療ソリューション
9. 研修の評価：研修医の評価、指導体制の評価、研修修了状況、修了者の到達目標の達成状況、医療記録の作成数
10. 研修施設のQI
11. 研修プログラムの研修分野別マトリックス表

調査票はすべてJCEPホームページに公開しております
<https://www.jcep.jp/cn12/index-02.html>

訪問
調査

JCEP評価調査票 Pg・・・Postgraduate

中項目 三段階の評定尺度(小項目を勘案し判定する)

「適切」 適切に行われている・適切な形で存在する

「要検討」 検討を要する。部分的には行われている

「要改善」 直ちに改善すべき状況がある

評価結果において、「要改善」が20%未満の場合は、特段の理由が無い限り認定証を発行する。(認定基準から抜粋)

(提出用)JCEP評価調査票 October 2022

JCEP評価調査票

October 2022

臨床研修評価 評価項目		
大項目	中項目	小項目
Pg.1 臨床研修病院としての役割と理念・基本方針	2	6
Pg.2 臨床研修病院としての研修体制の確立	2	6
Pg.3 臨床研修病院としての教育研修環境の整備	4	15
Pg.4 研修医の採用・修了と組織的な位置付け	6	17
Pg.5 研修プログラムの確立とその実践	5	23
Pg.6 研修医の評価	2	6
Pg.7 研修医の指導体制の確立	3	9
Pg.8 修了後の進路	3	4
8	27	86

【ご記入にあたって】

1 病院の管理者、および評価担当者で適切な情報収集(臨床研修調査票への記載内容の確認、職員とのディスカッションなど)により自己評価を行ってください。

2 []:厚黄色の「自己評価」回答欄すべてについて、ご回答ください。

【お問い合わせ先】

NPO法人 卒後臨床研修評価機構 事務局

TEL:03-5912-2444

12-2445

@jcep.jp

//www.jcep.jp/

3階層構造:大項目(Pg.x)

8つの大項目(評価の対象領域における枠組み)

中項目(Pg.x.x)
27中項目

小項目(Pg.x.x.x)
86小項目

Pg.1 臨床研修病院としての役割と理念・基本方針

2

6

Pg.2 臨床研修病院としての研修体制の確立

2

6

Pg.3 臨床研修病院としての教育研修環境の整備

4

15

Pg.4 研修医の採用・修了と組織的な位置付け

6

17

Pg.5 研修プログラムの確立 とその実践

5

23

Pg.6 研修医の評価

2

6

Pg.7 研修医の指導体制の確立

3

9

Pg.8 修了後の進路

3

4

小項目:各中項目を判定するための指標項目
「a」適切に行われている/存在する/積極的
「b」部分的には行われている
「c」適切さに欠ける/存在しない/行われていない

評価基準の策定方法について

何を基準にして評価するのか

●JCEP評価基準:standards (大・中・小項目)

➤ 臨床研修省令を踏襲

厚生労働省

➤ 医師臨床研修指導ガイドライン(2020年度版)を踏襲

厚生労働省

➤ 臨床研修病院としてあるべき姿を検討したJCEP固有の項目

JCEP

■ 臨床研修省令・ガイドライン以外で臨床研修病院として遵守すべき事項

- ・研修医の健康診断年2回、ストレスチェック年1回
- ・研修医が記載した診療録を指導医が毎日確認……・労働安全衛生、臨床研修病院入院診療加算などから

■ その他臨床研修病院の質改善とPDCAに必要な内容

- ・臨床研修病院としての理念・基本方針、生涯にわたるフォロー体制、…臨床研修病院が果たすべき役割などから

JCEP評価調査票

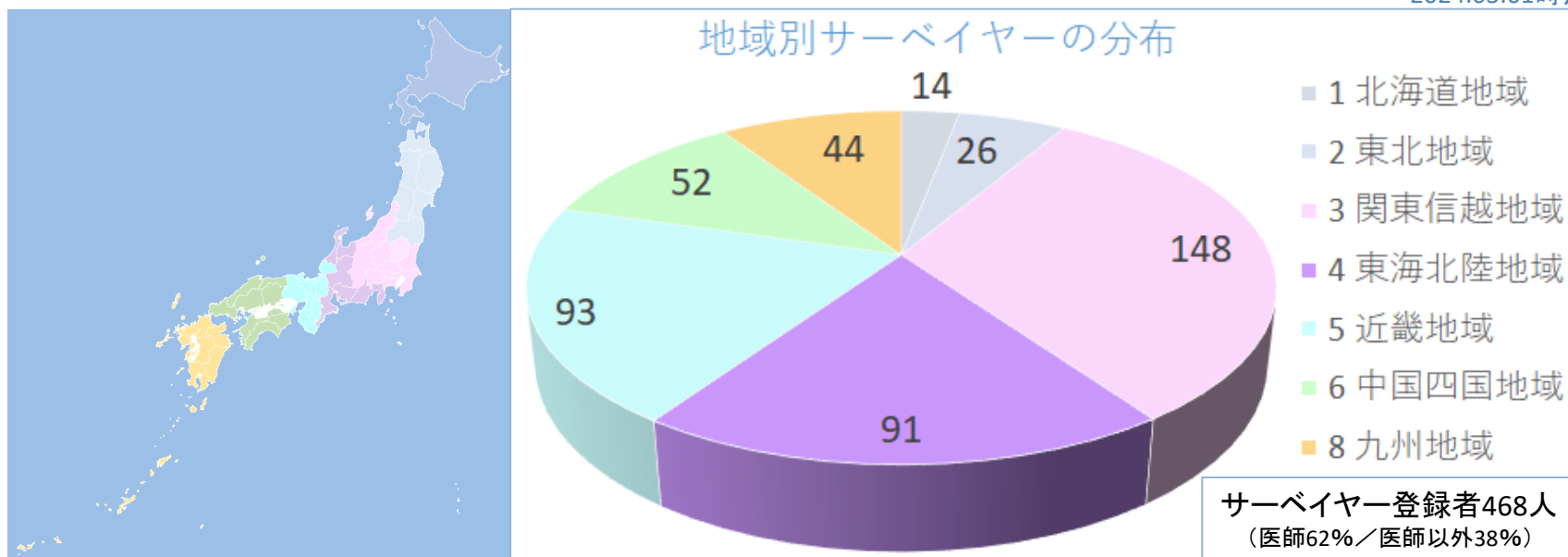
*評価基準は毎年改訂

評価項目のすべては臨床研修病院のあるべき姿を示したもの

サーベイヤーの体制(人数、資格等)について

訪問調査者(サーベイヤー)の地域分布

2024.03.01時点



サーベイヤーチームは3名程度

- ・主に臨床研修病院の医師、医師以外の医療従事者、事務・実務担当者等から構成されます。
- ・臨床研修病院群を成す施設(臨床研修プログラムを共有する施設)、調査対象病院の運営管理に携わる立場の者は参加できません。
- ・同グループの病院には参加できません。同開設主体の場合も関連が深い場合には参加できません。

サーベイヤーのチームは、個々の経験と地域および所属施設の開設主体を考慮し編成します。

訪問調査者(サーベイヤー):JCEPの臨床研修評価体系において使用される名称です。

サーベイヤーの養成事業 (1日の講習会(9:30-15:30)修了⇒ 訪問調査者登録「登録証」の発行 ⇒ OJT実施 ⇒「サーベイヤー」として活動)

サーベイヤー講習会 (サーベイヤーを養成するためのプログラム)	
臨床研修のプログラムを中心とした評価を行うための知識、方法、態度を習得することを目的とする	
■	JCEPの概要と第三者評価の意義
■	医師臨床研修制度と最近の動向
■	臨床研修の到達目標・研修医評価
■	研修医評価とEPOC
■	訪問調査者(サーベイヤー)の心得
■	書面調査について
■	訪問調査の実際と演習の説明
■	サーベイヤー登録手続きと今後の流れ

サーベイヤー講習会の受講者

- JCEPの正会員(個人会員)
- 臨床研修に携わっている実務者、またその経験を有する
- *自院で研修管理委員会に関わっていることが望ましい

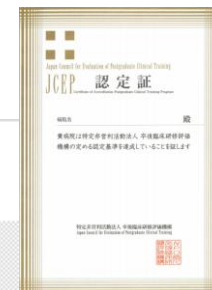
JCEPサーベイヤーの多くは、自院で臨床研修に携わる管理者、実務者である

実績: 2007~2023年度	
SVR講習会開催回数	20回
受講者数(延) ※再受講含	1137人
登録者数(延)	1035人
2024.03.01時点の登録者数: 468人	

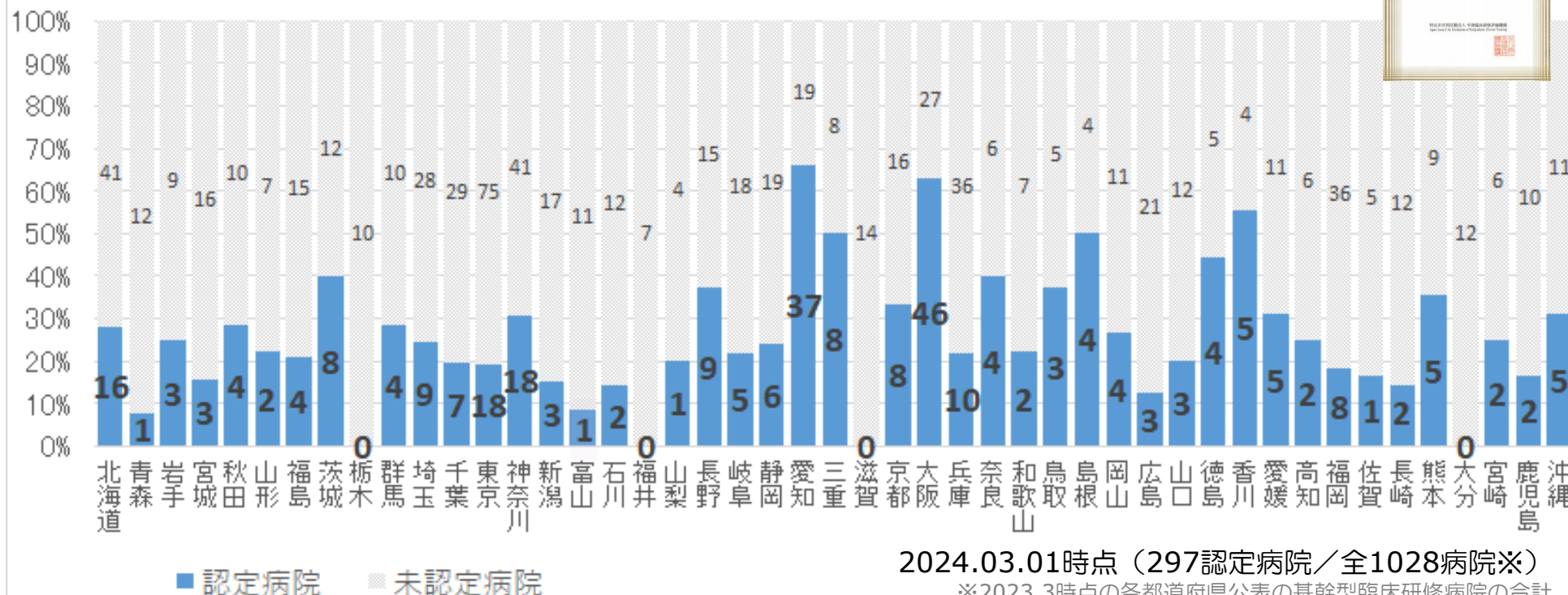


※サーベイヤー講習会を修了後、
臨床研修病院の実際の訪問調査にてOJTを修了し、
改めてサーベイヤーとして臨床研修病院の調査に参加することができます。

都道府県別認定病院



都道府県別認定病院の状況



医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の決定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

- ・ 医師少数区域等に一定期間勤務した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

臨床研修医の募集定員について

臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）

（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し

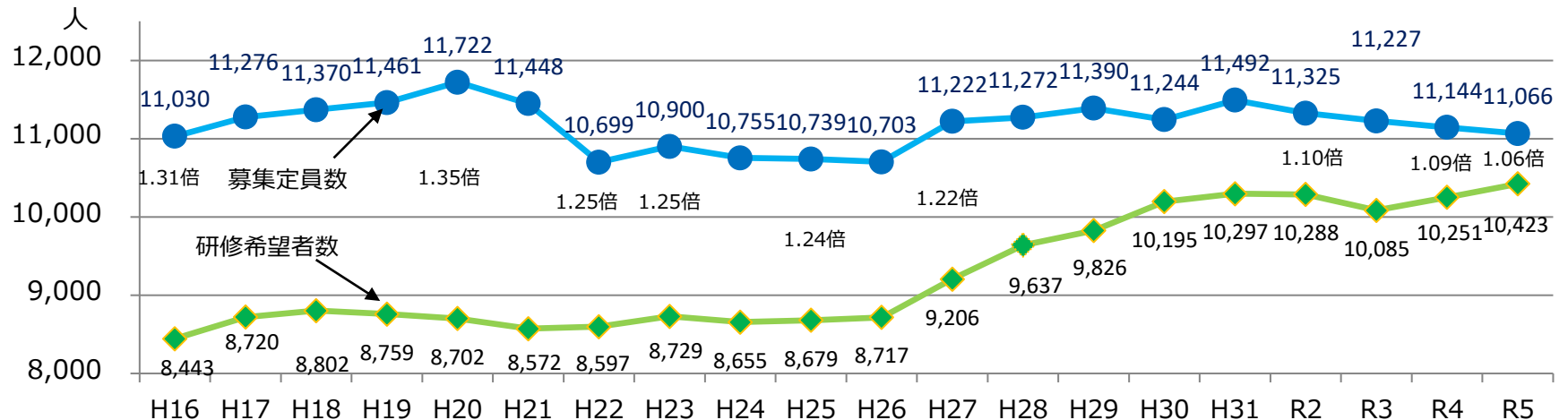
○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



都道府県知事による臨床研修病院ごとの研修医の定員の決定

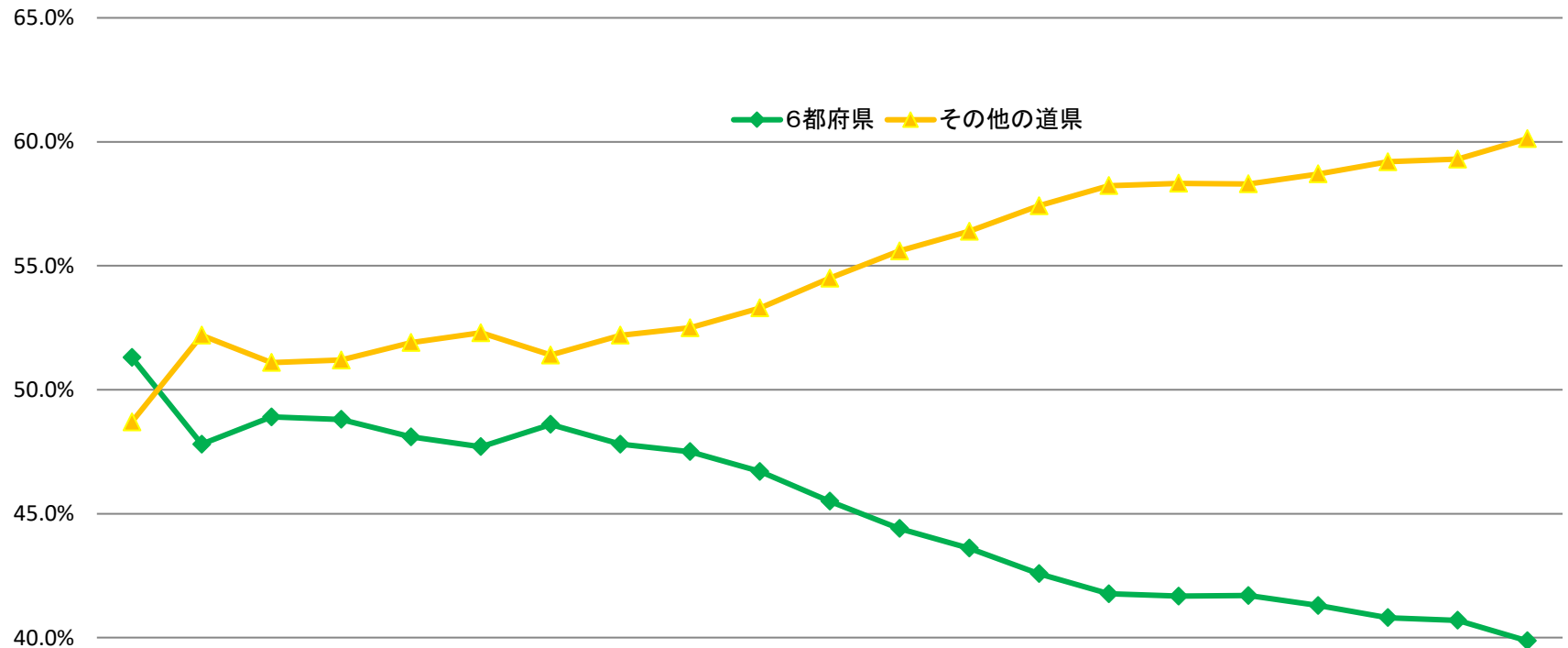
○医師法（昭和23年法律第201号）

第十六条の三 厚生労働大臣は、毎年度、都道府県ごとの研修医（臨床研修病院（前条第一項に規定する都道府県知事の指定する病院をいう。第三項及び次条第一項において同じ。）において臨床研修を受ける医師をいう。以下この条及び第十六条の八において同じ。）の定員を定めるものとする。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。
- 3 都道府県知事は、第一項の規定により厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、当該都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるものとする。
- 4 都道府県知事は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、医療法第五条の二第一項に規定する医師の確保を特に図るべき区域における医師の数の状況に配慮しなければならない。
- 5 都道府県知事は、第三項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、その内容について厚生労働大臣に通知しなければならない。
- 6 都道府県知事は、前項の規定による通知をしようとするときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。
- 7 都道府県知事は、前項の規定により地域医療対策協議会の意見を聴いたときは、第三項の規定により研修医の定員を定めるに当たり、当該意見を反映させるよう努めなければならない。

研修医の採用人数の割合の推移〈6都府県とその他の道県〉

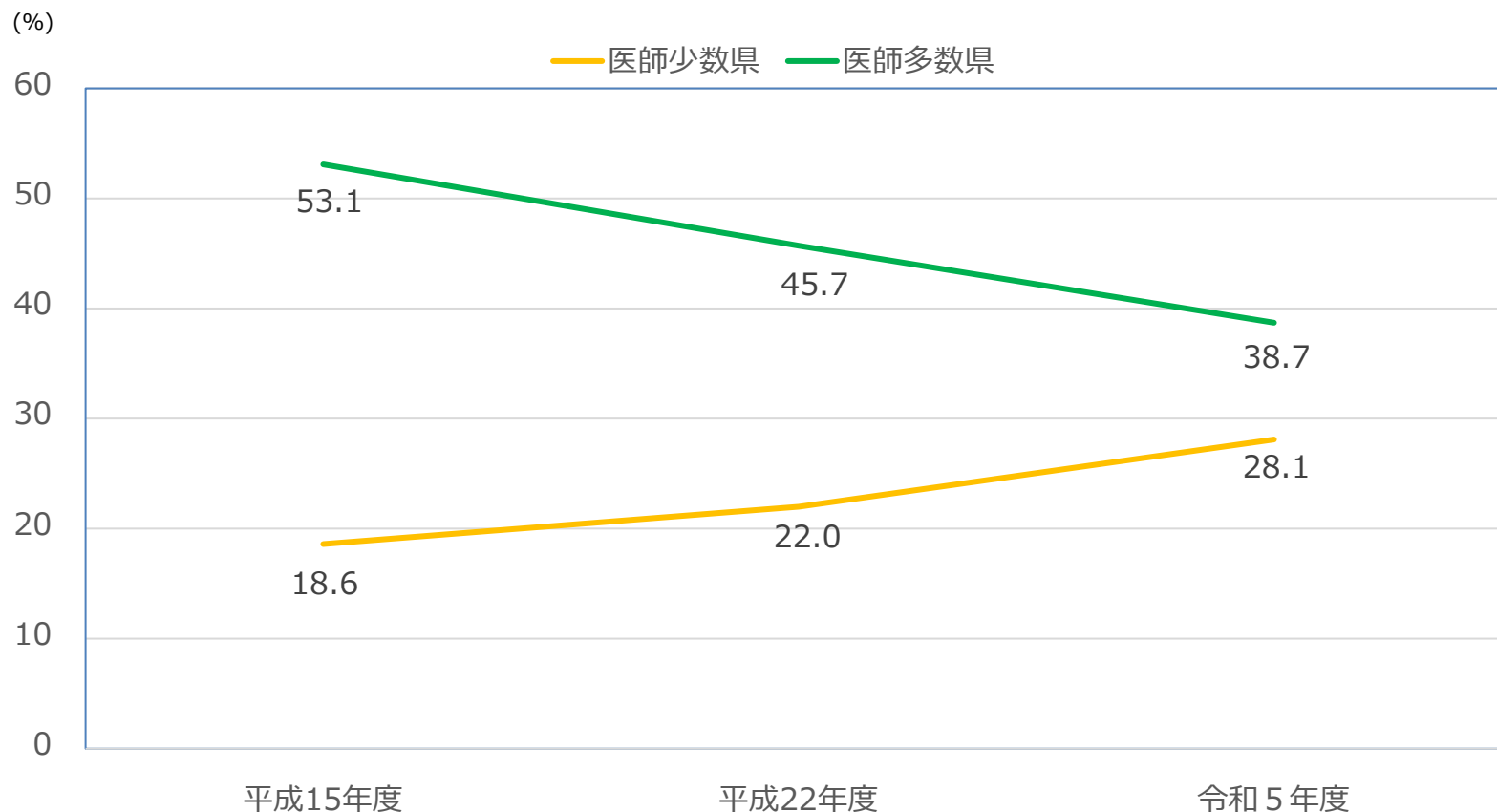
大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から39.9%（令和5年度）まで減少している



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H30'	R1'	R2'	R3'	R4'	R5'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%	41.8%	41.7%	41.7%	41.3%	40.8%	40.7%	39.9%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%	58.2%	58.3%	58.3%	58.7%	59.2%	59.3%	60.1%

研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県と医師少数県〉

研修医の採用人数の割合は、平成15年度から令和5年度にかけて、医師多数県は53.1%から38.7%に減少した一方で（マイナス14.4ポイント）、医師少数県は18.6%から28.1%に増加した（プラス9.5ポイント）



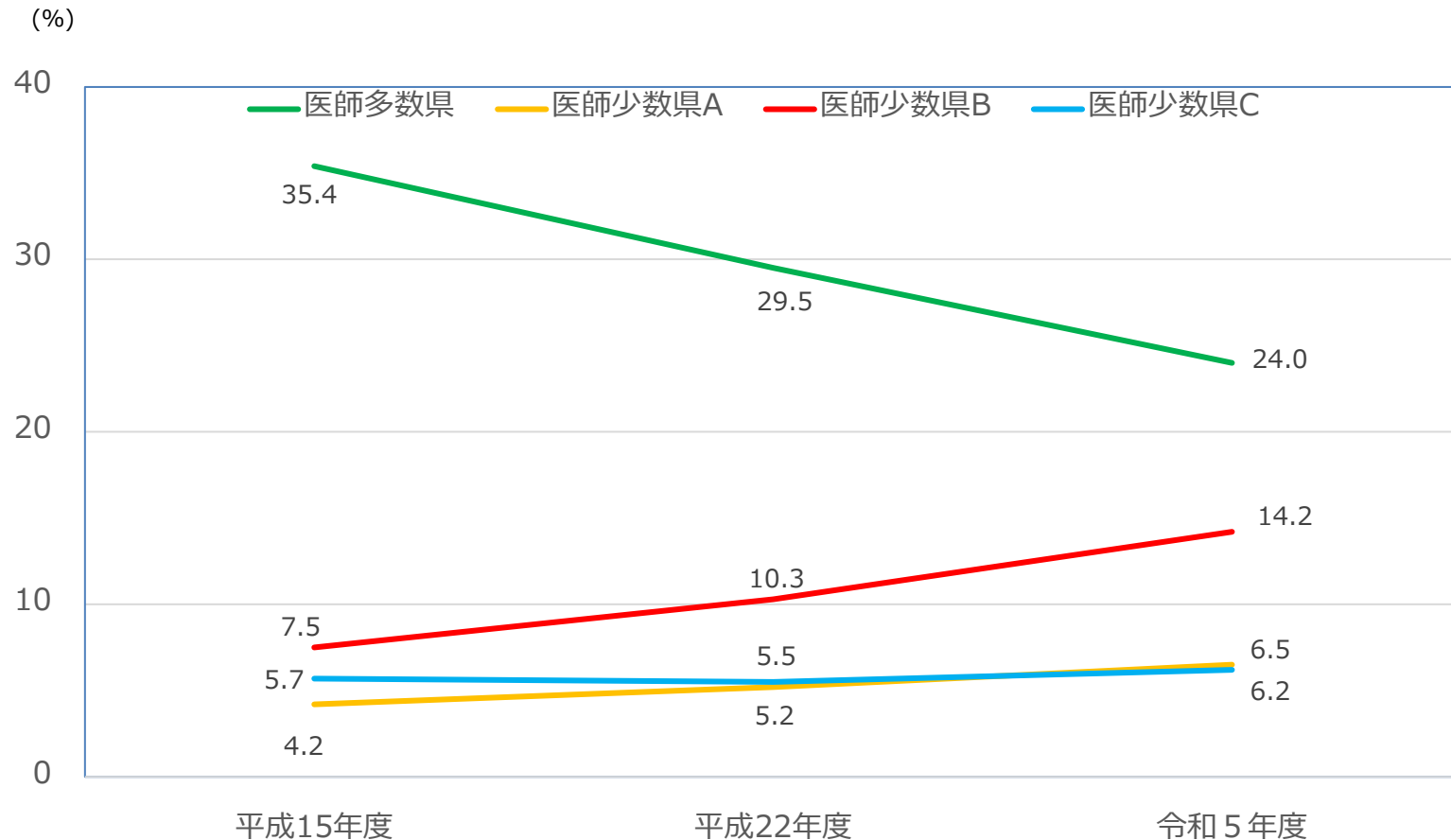
医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による

医師多数県（16都府県）：東京、京都、福岡、岡山、沖縄、徳島、大阪、長崎、石川、和歌山、佐賀、熊本、鳥取、奈良、高知、香川

医師少数県（16県）：岩手、青森、新潟、福島、茨城、埼玉、秋田、山形、静岡、千葉、群馬、長野、岐阜、三重、宮崎、山口

研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県上位5県と医師少数県下位5県〉

研修医の採用人数の割合は、平成15年度から令和5年度にかけて、医師多数県上位5県は35.4%から24.0%に減少した一方で（マイナス11.4ポイント）、医師少数県下位5県は4.2%から6.5%に増加した（プラス2.3ポイント）



医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による

- 医師多数県は、医師多数県の上位5都府県 ：東京、京都、福岡、岡山、沖縄
- 医師少数県Aは、医師少数県の下位5県 ：岩手、青森、新潟、福島、茨城
- 医師少数県Bは、医師少数県の下位6～10位の県 ：埼玉、秋田、山形、静岡、千葉
- 医師少数県Cは、医師少数県の下位11～15位の県 ：群馬、長野、岐阜、三重、宮崎

各都道府県の研修医の採用人数の割合

	H15年度	H22年度	R5年度	少	中	多
北海道	3.5%	3.5%	3.6%		○	
青森県	0.7%	0.9%	0.8%	○		
岩手県	0.5%	0.9%	0.7%	○		
宮城県	1.1%	1.5%	1.9%		○	
秋田県	0.7%	0.8%	0.8%	○		
山形県	0.7%	1.0%	0.6%	○		
福島県	1.0%	1.0%	1.3%	○		
茨城県	1.0%	1.3%	2.1%	○		
栃木県	1.5%	1.4%	1.8%		○	
群馬県	1.5%	1.0%	1.2%	○		
埼玉県	1.4%	2.7%	4.8%	○		
千葉県	3.3%	3.6%	5.1%	○		
東京都	20.9%	17.4%	13.6%			○
神奈川県	4.9%	7.5%	6.8%		○	
新潟県	1.1%	1.1%	1.6%	○		
富山県	0.7%	0.7%	0.9%		○	
石川県	1.2%	1.3%	0.9%			○
福井県	0.6%	0.9%	0.6%		○	
山梨県	0.7%	0.6%	0.7%		○	
長野県	1.3%	1.5%	1.4%	○		
岐阜県	1.4%	1.4%	1.5%	○		
静岡県	1.3%	2.1%	3.0%	○		
愛知県	5.3%	6.6%	5.9%		○	

	H15年度	H22年度	R5年度	少	中	多
三重県	0.9%	1.1%	1.4%	○		
滋賀県	1.0%	0.9%	1.2%		○	
京都府	5.0%	3.3%	2.8%			○
大阪府	8.4%	7.7%	6.7%			○
兵庫県	3.8%	4.1%	4.3%		○	
奈良県	1.2%	1.0%	1.1%			○
和歌山県	0.8%	0.9%	1.0%			○
鳥取県	0.6%	0.3%	0.5%			○
島根県	0.4%	0.4%	0.6%		○	
岡山県	1.8%	1.8%	1.9%			○
広島県	2.2%	1.9%	1.9%		○	
山口県	1.1%	1.0%	1.1%	○		
徳島県	0.8%	0.7%	0.5%			○
香川県	0.6%	0.8%	0.8%			○
愛媛県	0.8%	0.7%	0.9%		○	
高知県	0.6%	0.5%	0.7%			○
福岡県	6.7%	5.3%	4.1%			○
佐賀県	0.7%	0.7%	0.6%			○
長崎県	1.3%	1.1%	1.0%			○
熊本県	1.4%	1.2%	0.9%			○
大分県	0.7%	0.8%	0.8%		○	
宮崎県	0.6%	0.5%	0.6%	○		
鹿児島県	1.1%	1.0%	1.3%		○	
沖縄県	1.0%	1.6%	1.7%			○

合計（人）	8,166	7,506	9,388
-------	-------	-------	-------

（注）・黄マーカーの29道県は、平成15年度＜令和5年度の道県
・表中の「少」は医師少数県、「中」は医師中程度県、
「多」は医師多数県（令和6年1月時点）

令和7年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法

■ 全国の募集定員上限（11,067人）

研修希望者数（推計）（10,540人）× 1.05 ※1

※1 令和7年度までに段階的に1.05まで縮小

■ 各都道府県の募集定員上限

① 人口

全国の研修医総数（9,443人※2） × $\frac{\text{都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}$

② 医学部入学定員

全国の研修医総数（9,443人） × $\frac{\text{医学部の入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$

③ 基本となる数

全国の研修医総数（9,443人） × $\frac{\text{①と②の多い方}^*}{\text{①と②の多い方}^* \text{の全都道府県合計}}$

* ②(入学定員)を用いる場合、①(人口)の1.2倍を限度

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

+ ④ 地域枠による加算

地域枠入学者数 × 1.05※1

+ ⑤ 地理的条件等による加算

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

※3 100km²当たりの医師数が、全国平均よりも少ない都道府県は①×0.07、30未満の都道府県は①×0.1を加算

※4 ①× 離島人口×3/当該都道府県の人口 を加算

※5 ③(2)までを配分した後の未配分の数×「当該都道府県の医師少数区域の人口/全国の総人口」を加算

※6 ③(3)までを配分した後の未配分の数、都道府県間の医師偏在状況（医師偏在指数）に応じて按分した数を加算

+ ⑥ 激変緩和措置(直近の採用人数保障)

・①～③の合計（「仮上限」）が、直近（令和5年度）の採用人数よりも少ない都道府県は、令和5年度の採用人数と「令和6年度の募集定員上限×0.99」のうち少ない方の人数を当該都道府県の募集定員上限とする

・上記により追加する定員は、他の都道府県の「仮上限」から $\frac{\text{各都道府県の（「仮上限」 - 令和5年度採用数）}}{\text{各都道府県の（「仮上限」 - 令和5年度採用数）の合計}}$ に応じて定員を削減して捻出
ただし、「令和6年度の募集定員上限を全て病院に配分した都道府県」は、「仮上限」からの定員削減の対象外とする

+ ⑦ 募集定員上限等の減少率が、過去3年間の全国の募集定員上限の減少率のうち最大のものを上回る場合の加算 ※上記11,067人に別途加算するもの

・①～④の結果、令和6年度の募集定員上限等（令和6年度の募集定員上限又は令和6年度の募集定員配分のうちいずれか多い方の数値をいう。以下同じ）からの減少率が3.2%（過去3年間の全国の募集定員上限の減少率のうち最大のもの）を上回る都道府県（令和6年度の募集定員上限を全て病院に配分している都道府県に限る）に対して、令和6年度の募集定員上限等からの減少率が3.2%となるまで加算

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

各都道府県の募集定員上限

	R 5 年度の 採用数	R 6 年度募集 定員上限	R 6 年度 募集定員 (※)	R 7 年度募集 定員上限
北海道	338	438	441	427
青森	72	182	156	173
岩手	69	146	125	143
宮城	175	229	229	222
秋田	73	119	109	116
山形	61	120	120	120
福島	124	196	174	193
茨城	197	265	250	260
栃木	168	198	198	192
群馬	115	162	147	160
埼玉	447	538	498	542
千葉	475	497	497	491
東京	1,273	1,280	1,281	1,267
神奈川	641	667	668	668
新潟	147	229	229	222
富山	87	111	111	109
石川	87	130	135	131
福井	52	92	92	89
山梨	63	114	83	106
長野	136	171	172	167
岐阜	144	190	190	184
静岡	281	306	306	314
愛知	557	571	573	557
三重	135	181	167	177

	R 5 年度の 採用数	R 6 年度募集 定員上限	R 6 年度 募集定員	R 7 年度募集 定員上限
滋賀	117	130	130	126
京都	260	253	261	253
大阪	628	637	652	636
兵庫	404	409	414	404
奈良	106	128	128	124
和歌山	94	127	127	123
鳥取	46	85	85	82
島根	53	97	78	91
岡山	178	197	201	195
広島	178	221	209	220
山口	105	137	132	136
徳島	48	78	78	77
香川	73	107	107	104
愛媛	88	138	141	143
高知	69	98	98	95
福岡	383	414	414	412
佐賀	52	86	86	83
長崎	90	149	146	154
熊本	88	146	146	141
大分	77	117	110	112
宮崎	54	118	110	117
鹿児島	121	171	148	165
沖縄	159	164	164	162
計	9,388	11,339	11,116	11,185

※令和 6 年度までは、都道府県が、各病院の募集定員を 2 人以上とするために加算することを認めていたため、募集定員が募集定員上限を上回る場合がある

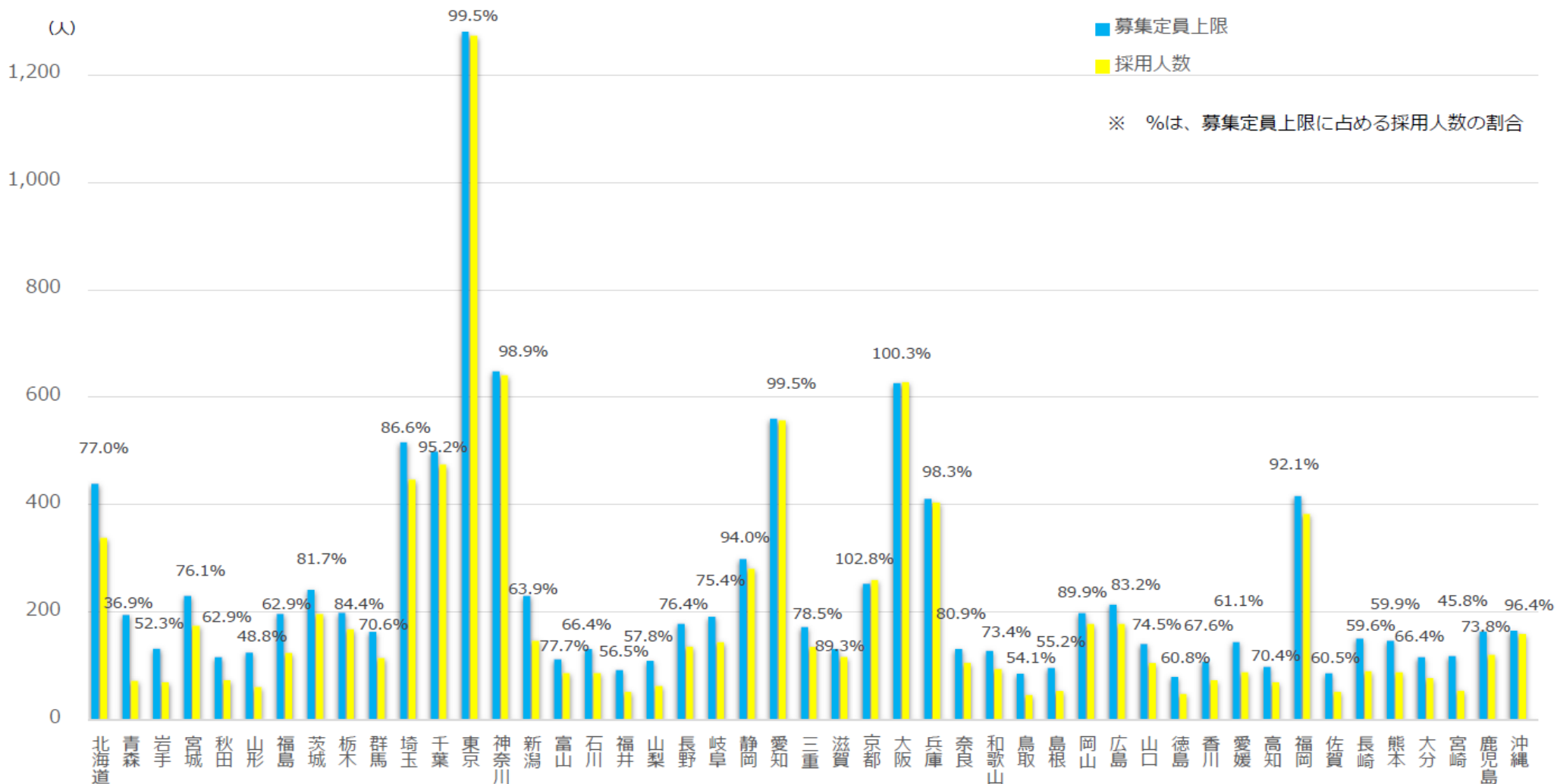
(X年度臨床研修の) 募集定員決定のスケジュール

日程	取組の内容
(X－2) 年12月頃 ※令和4年12月2日	X年度臨床研修の各都道府県の募集定員上限について、 医師臨床研修部会 で審議し、厚生労働省として決定
(X－2) 年12月頃 ※令和4年12月5日	厚生労働省 から、各都道府県に募集定員上限を連絡
	各都道府県は 、地域医療対策協議会を開催し、管内臨床研修病院の募集定員の設定を協議
(X－1) 年4月中旬 ※令和5年4月14日	各都道府県 から、管内臨床研修病院の募集定員の配分及びその算定方法を厚生労働省に提出
(X－1) 年4月30日まで ※令和5年4月30日	各都道府県 から、管内臨床研修病院に募集定員を通知
(X－1) 年9月中旬 ※令和5年9月14日	マッチング希望順位登録受付開始（マッチング協議会）
(X－1) 年10月中旬 ※令和5年10月12日	マッチング希望順位登録最終締切（マッチング協議会）
(X－1) 年10月下旬 ※令和5年10月26日	マッチング結果発表（マッチング協議会）
	各臨床研修病院が 、2次募集等を実施
X年4月1日 ※令和6年4月1日	各臨床研修病院が 、X年度臨床研修を開始

（注）※の日程は、令和6年度臨床研修に係る実績

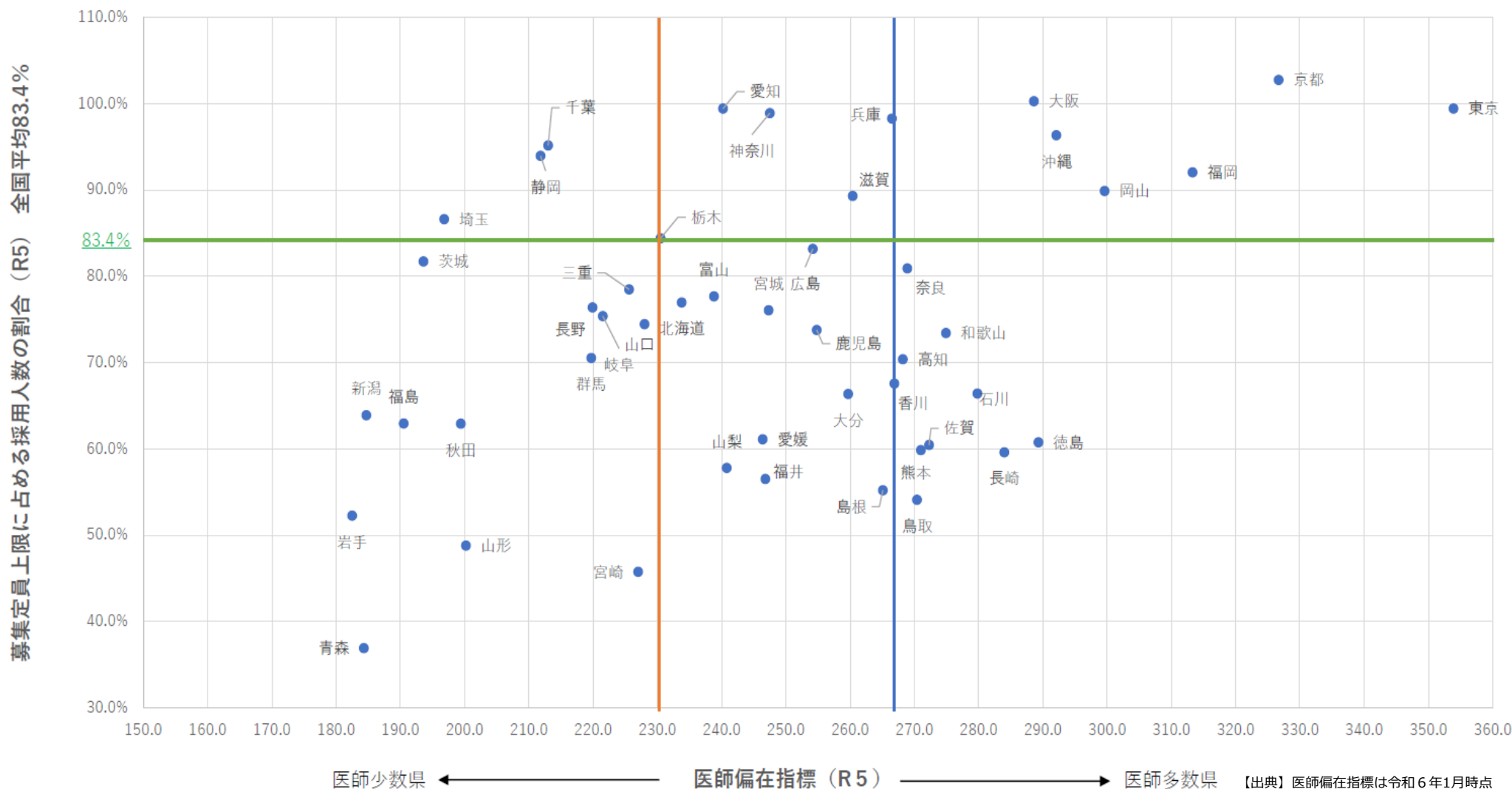
各都道府県の募集定員上限と採用人数（令和5年度研修）

募集定員上限 1 人に対して、実際に採用される人数は、都道府県によって0.369人（青森県）～1.028人（京都府）までの差がある（平均0.834人）



（注）都道府県が、各病院の募集定員を2人以上とするための加算をすることにより、都道府県の募集定員が募集定員上限を上回ることがある。その場合、採用人数が募集定員上限を上回ることがある。

募集定員上限に占める採用人数の割合と医師偏在指標



医師偏在指標（令和6年1月10日更新）

医師偏在指標

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2

上位1/3 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

募集定員上限の算出結果（令和3年度～令和6年度）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
A 当初の募集定員上限 (①+②+③)	11,889	11,312	11,050	11,215
①基本となる数	9,107	8,973	9,102	9,484
②地域枠による加算	1,013	1,142	1,090	1,112
③地理的条件等による加算 (1) 100km ² 当たり医師数	274	270	275	283
(2)離島の人口	154	152	153	157
(3)医師少数区域の人口	198	117	72	41
(4)都道府県間の医師偏在状況	1,146	662	361	132
B 最終的な募集定員上限合計 (①+②+③+④+⑤+⑥)	11,946	11,418	11,260	11,339
④コロナ対応加算	57	106	84	—
⑤偏在是正加算	—	—	48	—
⑥補正加算	—	—	78	124
【参考1】 Bのうち医師多数県への配分	4,273 (35.8%)	4,185 (36.7%)	4,082 (36.3%)	4,079 (36.0%)
【参考2】 Bのうち6都府県への配分	3,890 (32.6%)	3,869 (33.9%)	3,783 (33.6%)	3,822 (33.7%)

研修希望者数
(推計)等から算出した当初の募集定員上限(A)に、追加的に加算したもの

(注)

④コロナ対応加算…コロナウイルス対策に都道府県のリソースが割かれている状況を踏まえ、最大5人を加算する措置

⑤偏在是正加算…医師少数区域における研修を重点的に行うプログラムを設置した場合等において、最大10人を加算する措置

⑥補正加算…算出した募集定員上限が、前年度の募集定員上限から大きく減少している場合に定員を加算する措置

※四捨五入の関係で合計が一致しないことがある

地域医療研修の概要

地域医療研修の到達目標

C 基本的診療業務

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。

地域医療研修を行う施設・研修内容

⑮地域医療については、適切な指導体制の下で、**患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践するという考え方**に基づいて、**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。また、研修を行う上で有益な施設、例えば、保健所等で1日から2日程度の研修を行うことは差し支えないこと。さらに研修内容としては、**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こと。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。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。また、研修を行う病院又は診療所については、各都道府県に設置されている地域医療対策協議会や、関係する地方公共団体の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定するよう配慮すること。

地域医療研修の週数

☐ 必修

内科 24週	救急 12週 <4週まで 麻酔科可>	外科 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週	地域医療 4週	選択科目 48週
-----------	-----------------------------	----------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

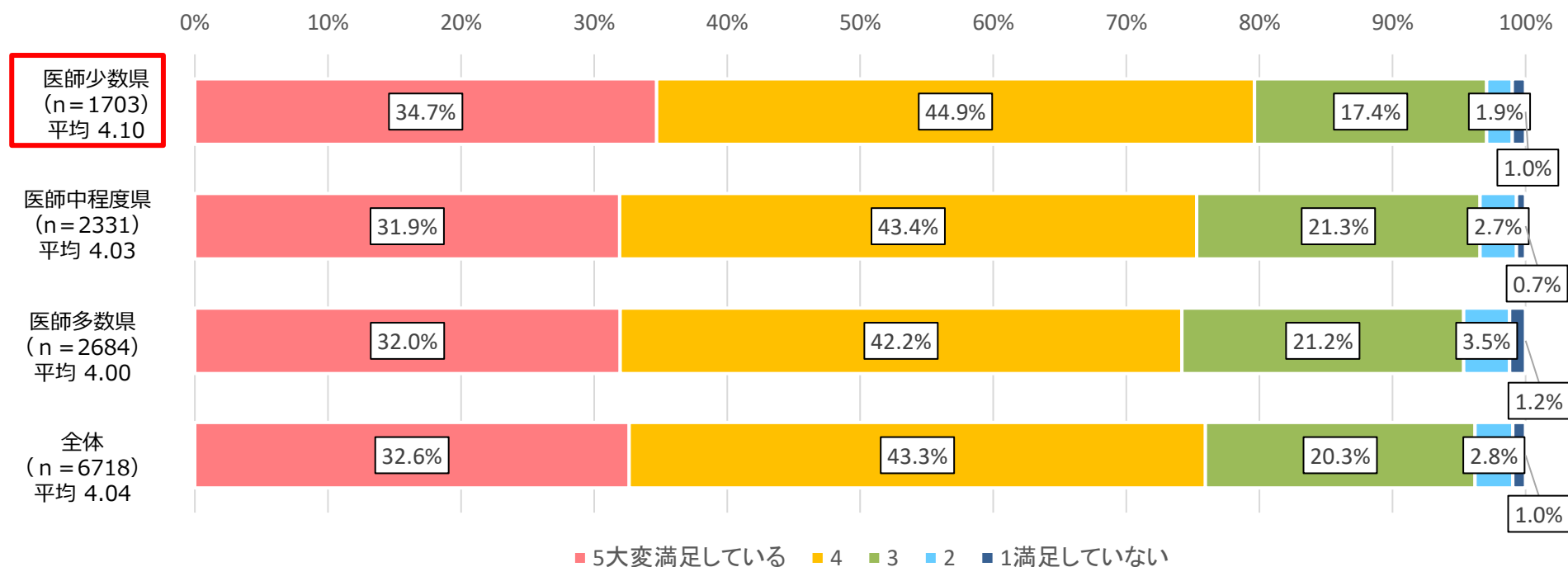
※地域医療は**8週以上**が望ましいとしている

【参考】医政局発第0612004号「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」（抜粋）

(1)ア(イ) 原則として、研修期間全体の1年以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行うものであること。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こと。

(オ)⑮ 臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合には、原則として、臨床研修協力施設における研修期間を合計12週以内とすること。ただし、地域医療に対する配慮から、へき地・離島の医療機関における研修期間についてはこの限りでないこと。

臨床研修を行った都道府県（基幹型病院が所在する都道府県）と臨床研修全体の満足度



【出典】 令和4年臨床研修修了者アンケート

※医師少数県、医師中程度県及び医師多数県の区別は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による ※赤枠は満足度の平均値が最大の区分

基礎研究医プログラムの概要

我が国の国際競争力は、基礎医学論文数の観点からも、相対的に低下傾向であり、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を高める必要がある。このため、令和4年度研修から、基礎医学に意欲がある学生を対象とした**臨床研修と基礎研究を両立**をするための**基礎研究医プログラム**を開始する。

基礎研究医プログラムの定員は、**一般の募集定員とは別枠の定員を設定し**、一般のマッチングに先行して選考する。

○直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の基幹型臨床研修病院である**大学病院**（本院に限る）

○基幹型臨床研修病院の開設者は、基礎研究医プログラムの開始年度の前々年の10月31日までに、都道府県知事に届出

○プログラムは以下の要件を満たすものであること

- (i) プログラム開始時に、所属する基礎医学系の教室を決定し、オリエンテーションを行うこと
- (ii) 選択研修期間に、**16週以上、24週未満の基礎医学の教室に所属**する期間を用意すること
- (iii) 基礎医学研修を開始する前に、臨床研修の到達目標の到達度の評価を行うこと
- (iv) 臨床研修後、4年以内を目処に、作成した基礎医学の論文を、研修管理委員会に提出すること
- (v) 臨床研修修了後に、プログラム修了者の到達目標の達成度と臨床研修後の進路を管轄する地方厚生局に報告すること

○募集定員は、**原則1名**

医師臨床研修部会報告書（平成30年3月30日）（抜粋）

（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ついてきているなど、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。

臨床研修省令施行通知における記載内容（基礎研究医プログラム）

臨床研修省令施行通知（平成15年6月12日付厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

- (ク) 過去直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の基幹型臨床研修病院である大学病院（本院に限る）は、次の手続きを行うことを条件に、基礎医学に意欲がある医師を対象とした臨床研修と基礎医学を両立するための研修プログラム（以下「基礎研究医プログラム」という。）を設けることができること。
- ①基幹型臨床研修病院の開設者は、基礎研究医プログラムの研修を開始しようとする年度の前々年の10月31日までに、プログラム設置に関する届出書（様式7-2）を当該病院の所在地を管轄する都道府県知事に提出すること。
 - ②基礎研究医プログラムは次に掲げる設置要件を満たすものであること。
 - (i) プログラム開始時に、所属する基礎医学系の教室を決定し、オリエンテーションを行うこと。
 - (ii) 選択研修期間に、16週以上、24週未満の基礎医学の教室に所属する期間を用意すること。
 - (iii) 基礎医学研修を開始する前に、臨床研修の到達目標の到達度の評価を行うこと。
 - (iv) 臨床研修後、4年以内を目処に、作成した基礎医学の論文を、研修管理委員会に提出すること。
 - (v) 臨床研修修了後に、プログラム修了者の到達目標の達成度と臨床研修後の進路を管轄する地方厚生局に報告すること。
 - ③届出書には、当該病院の基礎研究医プログラムが②の要件及び⑤の基準を満たしていることを証明する書類を添付すること。
 - ④都道府県知事は、①の届出内容を届出のあった年度の11月30日までに厚生労働大臣に情報提供すること。
 - ⑤基礎研究医プログラムの届出に当たり、募集定員は、原則1名とするが、当該プログラムを実施する施設が次の基準を全て満たしている場合は最大5名まで、1つ基準を満たしていない場合は最大3名まで、3つ以上基準を満たしていない場合は0名とすること。
 - (i) 基礎系の教室を通じて基礎医学研究歴7年以上の複数の指導者（医師）が指導できるキャリア支援体制が確保されている。
 - (ii) 当該プログラムの修了者に魅力あるキャリアパスを複数提示している。
 - (iii) 論文指導を行う環境があり、学会発表の機会が用意されている。
 - (iv) 年間受託している基礎医学分野の科学研究費助成事業と国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）対象事業の予算の合計が8,000万円を超えている。
 - (v) 基礎医学分野で Impact Factor 15 以上の論文が過去3年間にある。
 - ⑥（略）
 - ⑦応募する大学病院の数が医師臨床研修部会で定める基礎研究医プログラムの総定員に満たず、かつ⑤で定める定員の総和が医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で定める基礎研究医プログラムの総定員（※）を超える場合、⑤で定める定員を上限として、下記の通り定員を定めることとする。
 - (i) 各大学病院に1名ずつ定員を設定する。
 - (ii) 残りの定員を科研費等⑤（iv）の金額が多い順に1名ずつ設定する。
 - (iii) さらに残りの定員がある場合は、⑤（v）の多い順に1名ずつ設定する。

令和6年度基礎研究医プログラムの内定状況①

○令和6年度基礎研究医プログラムは、31の大学病院において設置され、募集定員の総数は40名であった。
現時点において34名の応募があり、計25名が採用予定である。（令和5年11月29日現在）

	都道府県	大学病院の名称	募集定員	応募者数	採用内定人数
1	宮城県	東北大学病院	2	0	0
2	茨城県	筑波大学附属病院	1	0	0
3	栃木県	獨協医科大学病院	1	2	1
4	埼玉県	埼玉医科大学病院	1	0	0
5	千葉県	千葉大学医学部附属病院	1	1	1
6	東京都	慶應義塾大学病院	2	3	2
7		帝京大学医学部附属病院	1	3	0
8		東京医科歯科大学病院	2	2	2
9		東京慈恵会医科大学附属病院	1	1	1
10		東京女子医科大学病院	1	1	1
11		日本大学医学部附属板橋病院	1	1	1
12		日本医科大学付属病院	1	1	1
13		順天堂大学医学部附属順天堂病院	2	1	1
14	神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院	1	1	1
15		横浜市立大学附属病院	1	2	1
16	山梨県	山梨大学医学部附属病院	1	1	1

令和6年度基礎研究医プログラムの内定状況②

	都道府県	大学病院の名称	募集定員	応募者数	採用内定人数
17	愛知県	藤田医科大学病院	1	1	0
18	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院	1	0	0
19	京都府	京都大学医学部附属病院	2	2	2
20		京都府立医科大学附属病院	1	1	1
21	大阪府	大阪大学医学部附属病院	2	3	2
22		関西医科大学附属病院	1	1	1
23		大阪公立大学医学部附属病院	2	1	1
24	兵庫県	兵庫医科大学病院	1	0	0
25	奈良県	奈良県立医科大学附属病院	2	1	1
26	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	1	1	1
27	岡山県	岡山大学病院	1	2	1
28	広島県	広島大学病院	1	0	0
29	福岡県	久留米大学病院	1	0	0
30	大分県	大分大学医学部附属病院	2	0	0
31	鹿児島県	鹿児島大学病院	1	1	1
計			40	34	25