第１回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会	参考 資料２
令和６年６月 26 日	

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－

令和6年3月 25 日

目次

はじめに ２
１．臨床研修の到達目標、方略及び評価について ３
２．臨床研修病院の在り方について ４
　１）基幹型臨床研修病院の指定の基準について ４
　２）小児科・産科特別プログラムについて ６
　３）臨床研修の質の維持・向上について ９
　　(a)第三者評価 ９
　　(b)国と都道府県の関係 11
３．地域医療の安定的確保について 12
４．その他 16
　１）基礎研究医プログラム 16
　２）副プログラム責任者の資格 16
　３）臨床研修に関連する制度改革への対応 17

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 18
別添２：医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における審議経過 19
別添３：参考資料 20

はじめに

○現在の医師臨床研修制度は、平成 12（2000）年の医師法の改正[1]により平成 16（2004）年度に導入され、従来の努力義務から必修化する形で開始された。

○その後、概ね５年ごとに制度見直しが行われてきており、最近では、本部会が平成 30（2018）年に取りまとめた報告書[2]（以下「平成 30 年報告書」という。）に基づき、到達目標、臨床研修病院の在り方、地域医療の安定的確保の在り方等の見直しが行われ、令和２（2020）年度から適用されている。

○今回の制度見直しについては、平成 30 年報告書において今後の検討課題とされた事項を中心に、関係者からのヒアリング、臨床研修医（以下「研修医」という。）に対するアンケート調査の結果、都道府県の意見等を参考に議論を重ね、取りまとめたものである。

---

[1] 医療法等の一部を改正する法律（平成 12 年法律第 141 号）

[2] 「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(2018)年３月 30 日）

1. 臨床研修の到達目標、方略及び評価について

〈現状・課題〉

○令和２(2020)年度から、従来の「臨床研修の到達目標」を改訂した「臨床研修の到達目標、方略及び評価」が適用されている。この「臨床研修の到達目標、方略及び評価」は、卒前と卒後の医師養成過程を整合的なものとする観点から、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）と整合的なものとなるよう策定された。

○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」及び医師としての「基本的診療業務」を主たる構成要素とした。

○方略は、内科、救急及び地域医療に加え、外科、小児科、産婦人科及び精神科を必修化するとともに、臨床推論を的確に行う能力の重要性を踏まえ、一般外来における研修を追加した。

○評価は、到達目標の項目ごとに、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、標準化した。

〈見直しの方向性〉

○現時点では、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」に基づく臨床研修が開始されてから十分な期間が経過しておらず、その評価が困難であることから、今回の制度見直しにおいては、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」は改訂しないこととすることが適当である。

○今後、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」に基づく臨床研修を修了した研修医、指導医及びプログラム責任者に対するアンケート調査の結果、基本的臨床能力評価試験[3]の結果のデータ、卒後臨床研修医用オンライン臨床教育評価システム（PG-EPOC）に蓄積されたデータ等を活用して、今般の改訂の効果、改善点等を分析し、次の改訂につなげることが必要である。その際、医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和４年度改訂版）[4]との整合性を図ることが重要である。

---

[3] 特定非営利活動法人日本医療教育プログラム推進機構（JAMEP）が、臨床研修のアウトカムの客観化を目的として実施している、研修医を対象とした到達度評価試験。令和６(2024)年１月実施の試験には、696 医療機関から 9,580 人の研修医が参加した。

[4] 令和６（2024）～11（2029）年度入学生に適用予定。

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指定の基準について

〈現状・課題〉

○臨床研修は、医師が、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[5]。このため、研修医は、幅広く豊富な症例を経験できる環境で研修を受けることが必要であることから、基幹型臨床研修病院（以下「基幹型病院」という。）の指定の基準の一つとして、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 14 年厚生労働省令第 158 号。以下「臨床研修省令」という。）において、「臨床研修を行うために必要な症例があること」を規定している。

○この点に関して、平成 22(2010)年度からは、研修医が必要な症例をより確実に経験できるようにするため、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の施行について（平成 15 年６月 12 日付け医政発第 0612004 号。以下「省令施行通知」という。）において、「入院患者の数については、年間 3,000 人以上であること」とした[6]。

○平成 27(2015)年度からは、この基準を満たさない病院であっても、入院患者の数が年間 2,700 人以上である場合には、実地調査の結果、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は、基幹型病院として新規に指定できることとした[7]。

○この取扱いについては、離島に所在する病院を基幹型病院として指定することを希望する地方自治体から、緩和の要望が寄せられたところである[8]。

---

[5] 臨床研修省令第２条（臨床研修の基本理念）

[6] 平成 22(2010)年度より前に指定を受けた病院については、平成 23(2011)年度末までの間、入院患者の数が年間 3,000 人未満であっても指定が継続された。平成 24(2012)年度からは、これらの病院は、実地調査の結果、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は、指定が継続されることとなった。

[7] 令和４(2022)年度の入院患者の数が 3,000 人未満の基幹型病院の数は 45。

[8] 令和３年地方分権改革に関する提案「臨床研修を行うための基準（入院患者実数年間 3,000 名以上等）における知事の裁量権拡大」（長崎県及び九州地方知事会からの提案）

〈見直しの方向性〉

○離島は、一般に、地域の急性期医療が完結的であるため、人口が少ない場合であっても、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病については、島内の中核的な病院において幅広く受入れがなされていると考えられる。このため、離島においては、入院患者の数が年間 2,700 人未満の病院であっても、豊富な症例を経験できる体制が確保されていることが確認できる場合には、例外的に基幹型病院として指定することが考えられる。

○具体的には、入院患者の数が年間 2,700 人未満の病院については、以下の条件をいずれも満たす場合に限り、基幹型病院として指定することができるものとすることが適当である。

・離島のみで構成され、かつ、基幹型病院が存在しない二次医療圏に所在している病院であって、当該二次医療圏内において、年間の入院患者数及び救急患者数が最大のものであること。

・都道府県知事が行う実地調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、臨床研修の到達目標を達成するために必要な症例[9]が確保されているなど、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こと。

[9] 「臨床研修の到達目標、方略及び評価」は、経験すべき症候として 29 症候、経験すべき疾病・病態として 26 疾病・病態を記載している。

２）小児科・産科特別プログラムについて

〈現状・課題〉

○小児科医及び産科医の不足を解消するため、平成 22(2010)年度から、募集定員が 20 人以上の基幹型病院は、将来小児科医又は産科医になることを希望する研修医を対象とした小児科・産科特別プログラム（募集定員各２人以上）を必ず設置することとしている。この取扱いは、小児科及び産婦人科における４週以上の研修が必修とされた令和２(2020)年度以降も継続されており、令和５(2023)年度は 113 病院が小児科・産科特別プログラムを設置した。

○小児科・産科特別プログラムに関しては、研修医が関心のある症例を重点的に経験させることができる、指導医のモチベーションが上がる、といったメリットが指摘される一方で、以下のような課題も指摘されている。

・小児科医又は産科医になることを希望していないにもかかわらず、小児科・産科特別プログラムを選択する研修医が相当数存在すること[10]。

・小児科・産科特別プログラムにおいて実施すべき小児科及び産婦人科における研修の週数が定められていないため、プログラムによって、これらの診療科における研修の週数が最短の４週から最長の 48 週まで大きな格差があること[11]。

・小児科・産科特別プログラムのマッチ率（研修医マッチングにおける定員充足率をいう。以下同じ。）が、同プログラム以外のプログラムのマッチ率と比較して低く、特に地方部においては著しく低くなっていること[12]。

○また、小児科及び産科以外の診療科の医師が不足している地域がある中で、両診療科についてのみ特別の研修プログラムの設置を義務付けることは、その他の診療科との関係で整合性を欠くとの指摘もある。

---

[10] 令和４年臨床研修修了者アンケートでは、小児科プログラム修了者 91 人のうち、研修開始前の時点で小児科以外を希望していた者は 19 人、修了時点で小児科以外を希望するとした者は 32 人、産科プログラム修了者 78 人のうち、研修開始前の時点で産婦人科医以外を希望していた者は 18 人、修了時点で産婦人科以外を希望するとした者は 27 人。

[11] 令和５(2023)年４月末までに各基幹型病院が都道府県知事に提出した年次報告書による。平均の週数は 15 週であった。

[12] 令和４年度研修医マッチングにおいて、小児科・産科特別プログラム以外のプログラムのマッチ率は 81.0％であった一方、小児科・産科特別プログラムのマッチ率は 46.8％であった。大都市部のある６都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府及び福岡県）を除いた 41 道県における小児科・産科特別プログラムのマッチ率は 28.6％であった。

○一方で、特に小児医療及び周産期医療は、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置付けられており[13]、また、小児科医又は産科医の不足が深刻な地域があり、地域偏在に早急に対応する必要があること[14]を踏まえると、現時点において、小児科・産科特別プログラムを廃止することは適当ではないと考えられる。

〈見直しの方向性〉

○このため、小児科・産科特別プログラムについては、上記の課題等を踏まえた改善策を講じた上で、継続することが適当であると考えられる。具体的には、以下の改善策を講じることが必要である。

・小児科・産科特別プログラムにおいて実施すべき小児科又は産婦人科における研修の週数については、一般の研修プログラムにおいても、両科においてそれぞれ８週以上の研修を行うことが望ましいとされていることを踏まえ、12 週以上とすること。これにより、真に小児科医又は産科医になることを希望する研修医が同プログラムを選択するよう誘導する。

・厚生労働省において、関係学会と連携・協力して、小児科・産科特別プログラムの好事例を収集し、周知すること。各病院においては、これを参考として研修プログラムの充実を図ることで、その魅力を高め、マッチ率の向上を図ることが期待される。

・地域により小児科医及び産科医の不足の程度が異なることや、その他の診療科の医師の不足がより深刻な地域もあると考えられることを踏まえ、募集定員が 20 人以上の基幹型病院は、小児科・産科特別プログラムを設置することを原則としつつ、必修診療科のうち当該病院が所在する都道府県において医師が不足している診療科の研修を重点的に行う研修プログラムへの変更を可能とすること。当該変更については、各都道府県が、各病院の意向、地域医療対策協議会の意見等を踏まえ、決定するものとすることが適当である。

---

[13] 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第４次中間取りまとめ」（平成31(2019)年３月 22 日）は、「特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、地域偏在に早急に対応する必要がある」としている。

[14] 産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示すために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた小児科・産科における医師偏在指標のうち小児科医偏在指標は 93.6（千葉県）～171.0（鳥取県）、分娩取扱医師偏在指標は 6.8(熊本県)～14.3（東京都）までの差がある（偏在指標はいずれも令和６(2024)年１月時点のもの)。

○なお、研修医が、真に将来小児科医又は産科医になることを希望して小児科・産科特別プログラムを選択したとしても、各診療科をローテートした結果やライフイベントの発生等を踏まえ、希望する進路を変更することは十分にあり得ることである。指導医等においては、この点について留意することが必要である。

３）臨床研修の質の維持・向上について

(a)第三者評価

〈現状・課題〉

○基幹型病院については、臨床研修の質の維持・向上を図る観点から、省令施行通知において「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」とされている。また、平成 30 年報告書は、「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」としている。

○現在、我が国において臨床研修病院の第三者評価を実施する団体としては、NPO 法人卒後臨床研修評価機構（以下「JCEP」という。）がある。JCEP は、研修プログラム及び研修状況の評価を行い、研修プログラムの改善及び良い医師の育成に寄与することを目的として、平成 19(2007)年に設立された団体である。

○JCEP は、臨床研修省令及び医師臨床研修指導ガイドラインを踏まえて策定された評価基準に基づき、臨床研修病院の研修プログラムについて書面調査・訪問調査を実施した上で評価を行っている。評価結果が一定の水準に達していると判断される場合は、当該病院を認定しており、令和６(2024)年３月現在、基幹型病院の約３割に相当する 297 病院が認定されている。

○一方、各大学の医学部における卒前教育については、その充実・向上を図る観点から、一般社団法人日本医学教育評価機構(JACME)による外部評価が行われている。具体的には、世界医学教育連盟（WFME）の国際基準を踏まえて策定された評価基準に基づき、自己点検評価報告書等の書類の精査及び実地調査を通じた評価が行われており、評価結果を踏まえ、令和６(2024)年２月現在、医学部を設置する大学（防衛医科大学校を含む。以下同じ。）の約９割に相当する 77 大学が認定されている。

〈見直しの方向性〉

○卒前・卒後の医師養成は、医療現場を中心として一貫して行われることが重要である。卒前教育における外部評価の取組の進捗状況を踏まえれば、卒前教育に引き続く臨床研修においても、これまで以上に第三者評価の受審を促進し、各基幹型病院における研修の質の維持・向上及び研修環境の整備を推進することが必要であると考えられる。

○一方で、第三者評価を受審する病院は、金銭的コスト[15]及び人的コストを負担しなければならないことに留意する必要がある。特に、人的コストについては、病院内の様々な職種の職員による受審準備の過程自体が、研修の質の維持・向上を図る上で有益であるものの、当該病院の規模等によっては過重な負担となり得ることが指摘されている。このため、現段階において、第三者評価の受審を全ての基幹型病院に義務付けることは困難であると考える。

○このため、引き続き、第三者評価の受審については、基幹型病院の判断に委ねることとするものの、より一層の受審促進を図る観点から、厚生労働省においては、当面、基幹型病院の半数程度が受審することを目標として、例えば、以下のような方策を講じることが適当であると考える。

・臨床研修省令において、第三者評価の受審及び受審結果の公表を努力義務として規定すること。

・医師臨床研修費補助事業[16]により、第三者評価を受審し、受審結果を公表する基幹型病院に対してインセンティブを付与すること。

・各都道府県が、基幹型病院に募集定員を配分する際に、第三者評価の受審状況を考慮するものとすること。

○併せて、JCEP においては、評価の質の向上及び受審する病院の負担軽減を図る観点から、受審した病院からの意見を踏まえつつ、以下の点を含め、評価方法等について検討することを期待したい。

・訪問調査を行うサーベイヤーの質及び人員の充実方策

・４年間としている認定期間の在り方

・各病院の規模や所在する地域等の差異を踏まえた評価基準の在り方

[15] JCEP の非会員病院の受審料は 55 万円。

[16] 令和６(2024)年度予算案額は 111 億円。

(b) 国と都道府県の関係

〈現状・課題〉

○平成 30 年の医師法の一部改正[17]により、令和２年(2020 年) ４月に、国から都道府県に臨床研修病院の指定権限等が移譲された。その際、都道府県知事は、臨床研修業務の適正実施を確保するため、臨床研修病院に対し、その業務に関し報告を求め、又は必要な指示をすることができる[18]とされるとともに、臨床研修病院が指定の基準に適合しているかどうかを確認するため、実地調査をすることができる[19]とされた。

〈見直しの方向性〉

○上記のとおり、現在、都道府県は、臨床研修の質の維持・向上を担っているところであるが、この点については、厚生労働省においても、都道府県と連携を図りつつ、協力するよう努めることが必要である[20]。

○このため、厚生労働省においては、権限移譲後の各都道府県における臨床研修業務の実施状況の実態を把握した上で、臨床研修の質の維持・向上に向けて、地方厚生局も含め、都道府県と適切に連携・協力し取り組むことが求められる。

---

[17] 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）

[18] 医師法第 16 条の４第１項は「都道府県知事は、臨床研修の業務の適正な実施を確保するため必要があると認めるときは、臨床研修病院の管理者又は開設者に対し、その業務に関し報告を求め、又は必要な指示をすることができる。」と規定している。

[19] 臨床研修省令第 17 条第２項は「都道府県知事は、臨床研修病院の指定を受けようとする病院又は臨床研修病院が法第十六条の二第三項各号に規定する基準に適合しているかどうかを確認するために必要があるときは、実地に調査することができる。」と規定している。

[20] 医師法第１条の２は「国、都道府県、病院又は診療所の管理者、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）に基づく大学（以下単に「大学」という。）、医学医術に関する学術団体、診療に関する学識経験者の団体その他の関係者は、公衆衛生の向上及び増進を図り、国民の健康な生活を確保するため、医師がその資質の向上を図ることができるよう、適切な役割分担を行うとともに、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。」と規定している。

３．地域医療の安定的確保について

〈現状・課題〉

○臨床研修の必修化後、研修医の募集定員については、募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率をいう。以下同じ。）が 1.3 倍を超える規模まで拡大した結果、研修医が都市部に偏在する傾向が続いた。

○こうした偏在を是正するため、厚生労働省は、平成 22(2010)年度から、推計した研修希望者数に係数を乗じて全国の総募集定員を設定し、その範囲内で、各都道府県の募集定員上限を決定している。この係数は、募集定員倍率を縮小させるために毎年度縮小させており、令和７(2025)年度は 1.05 とした。

○各都道府県の募集定員上限は、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布・医師養成規模、地域枠入学者数及び地理的条件等を考慮して算出している。ただし、算出した募集定員上限が直近の採用人数よりも少ない場合は、募集定員上限の急激な減少を緩和するための措置（以下「激変緩和措置」という。）を講じている。

○この取組の結果、大都市部のある６都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府及び福岡県をいう。）における採用人数の合計が全体に占める割合は減少傾向[21]にあり、その他の 41 道県における採用人数の合計が全体に占める割合は増加傾向[22]にある。

また、医師多数県（令和６(2024)年１月時点の医師偏在指標に基づく医師多数県をいう。）における採用人数の合計が全体に占める割合は減少傾向[23]にあり、医師少数県（令和６(2024)年１月時点の医師偏在指標に基づく医師少数県をいう。）における採用人数の合計が全体に占める割合は増加傾向[24]にある。

○このように、研修医の偏在是正の取組は、着実に成果を挙げつつあるものの、医師少数県等からは、医師不足により地域医療に深刻な影響が生じている状況を踏まえた更なる取組の推進が求められている。

---

[21] 平成 22(2010)年度 47.8% → 令和５(2023)年度 39.9%

[22] 平成 22(2010)年度 52.2% → 令和５(2023)年度 60.1%

[23] 平成 22(2010)年度 45.7% → 令和５(2023)年度 38.7%

[24] 平成 22(2010)年度 22.0% → 令和５(2023)年度 28.1%

〈見直しの方向性〉

○医師の偏在対策は、臨床研修制度における取組のみで完結するものではなく、大学の医学部における地域枠の取組や専門研修における偏在対策も含めた医師養成過程全体を通じた取組及び各都道府県が策定する医師確保計画に記載の取組等の推進が重要である。この点に関しては、現在、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」等において検討が進められている。

○本部会としては、同検討会における議論も踏まえつつ、今後も、研修医の偏在是正の取組を検討することとする。当面の取組の方向性は以下のとおりと考える。

（①激変緩和措置の在り方について）

○各都道府県の募集定員上限の決定に際し、算出した募集定員上限が、当該都道府県の直近の採用人数よりも少ない場合は、令和６(2024)年度までは、激変緩和措置として、前年度の募集定員上限と直近の採用人数のうち少ない方の数となるまで募集定員上限を加算することとしてきた。

○しかしながら、この加算方法では、対象となる都道府県の募集定員上限が減少せず固定化することがあること等から、医師少数県を中心に、見直しを求める意見が寄せられていた。このため、令和７(2025)年度からは、算出した募集定員上限が、当該都道府県の直近の採用人数よりも少ない場合は、前年度の募集定員上限に 0.99 を乗じて得た数と直近の採用人数のうち少ない方の数となるまで募集定員上限を加算することに改めた。

○激変緩和措置については、令和８(2026)年度以降も、同措置の対象となる都道府県の募集定員上限が減少せず固定化することのないような形で講じるべきである。

（②全国の総募集定員について）

○既述のとおり、全国の総募集定員は、推計した研修希望者数に係数を乗じて設定することとしている。この係数は毎年度縮小させており、令和７(2025)年度は 1.05 とした。

○この係数については、募集定員総数と実際に採用される研修医の数に乖離がある[25]ことを理由として更なる縮小を求める意見がある。一方で、極端に縮小

[25] 令和５(2023)年度においては、厚生労働省が設定した全国の総募集定員 11,260 人の範囲内で、都道府県が実際に配分した募集定員総数は 11,066 人であり、これに対して、研修希望者数は 10,423 人、実際に採用された研修医の数は 9,388 人であった。

した場合には、臨床研修病院間の採用に係る競争が低下する、研修医マッチングにおけるアンマッチ者の割合が増加する等の指摘がある[26]。令和８(2026)年度以降の係数の在り方については、これらの指摘等を踏まえ検討することが必要である。

（③地域における研修機会の充実について）

○医師少数県等 12 県の知事で構成される「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会[27]」は、臨床研修について、「地域の医療機関で研修する期間を、例えば半年程度確保できる制度に見直す」よう提言[28]している。

○医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県に所在する臨床研修病院においても一定の期間研修することは、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、キャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。

○このため、研修医本人が希望することを前提として、このような研修が受けられる機会を創設することとし、令和８(2026)年度以降は、医師多数県の募集定員上限のうち一定割合については、医師少数県等に所在する臨床研修病院において 24 週程度の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとする。

○具体的には、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用人数の割合（以下「採用率」という。）が全国平均以上の都道府県は、当該都道府県の募集定員上限の５％程度及び激変緩和措置による加算分の一部を、医師の確保が困難な地域、例えば、医師中程度県（医師多数県及び医師少数県以外の都道府県をいう。）のうち採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域や、医師少数県のうち採用率が全国平均以下の都道府県に所在する協力型臨床研修病院（以下「協力型病院」という。）において 24 週程度の研修を行う研修プログラム（以下「広域連携型プログラム」という。）の募集定員に充てるものとする。

---

[26] 平成 30 年報告書は「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」としている。

[27] 医師の不足や地域間の偏在の抜本的な解消に向けて、医師少数県等 12 県（青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、新潟県、長野県、静岡県、宮崎県）の知事の連携により設立。

[28] 「医師不足や地域間偏在の根本的な解消に向けた実効性のある施策の実施を求める提言」（令和５(2023)年７月 26 日 地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会）

○広域連携型プログラムにおいて研修医を派遣する基幹型病院は、協力型病院との調整など研修プログラムの設定・運用等に係る負担が増すと考えられる。このため、厚生労働省は、広域連携型プログラムに取り組む基幹型病院に対して、適切に支援することが必要である。具体的には、医師臨床研修費補助事業による支援や、協力型病院の候補となる病院の情報提供が必要である。

○また、研修医の派遣を受ける都道府県及び協力型病院においても、基幹型病院と協力し、研修医の受入に向けて必要な取組を実施することが求められる。

○なお、基幹型病院において広域連携型プログラムの研修医を募集する際は、研修医マッチングに先立って、プログラムの特徴等に関して丁寧に情報提供することが必要である

○広域連携型プログラムの詳細については、本部会において、関係の都道府県の意見も踏まえつつ、引き続き検討することとする。

4. その他

1）基礎研究医プログラム

〈現状・課題〉

○令和４(2022)年度から、基礎医学研究に意欲のある医師を対象とした、臨床研修と基礎医学研究の両立を図る基礎研究医プログラムが実施されている。本プログラムは、２年間の研修期間のうち 16 週以上 24 週未満の間、基礎医学の教室に所属することを可能とする研修プログラムであり、募集定員は 40 人としている[29]。

〈見直しの方向性〉

○本プログラムについては、今後、厚生労働省において、研修医の応募及び採用の状況、臨床研修の到達目標の達成状況、基礎医学研究への取組の状況、修了者の進路など具体的な実施状況を把握の上、募集定員の数も含め、その在り方を検討することが必要である。

2）副プログラム責任者の資格

〈現状・課題〉

○プログラム責任者は、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う者である。令和２(2020)年度からは、その重要性に鑑み、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（以下「プログラム責任者養成講習会」という。）の受講を必須とした。

○一方、省令施行通知において、20 人以上の研修医が一つの研修プログラムに基づき臨床研修を受ける場合に配置することとされている副プログラム責任者については、プログラム責任者養成講習会の受講は義務付けられていない。

〈見直しの方向性〉

○副プログラム責任者は、研修プログラムの実施等に関して、プログラム責任者に準じた重要な役割を担う者であることから、プログラム責任者養成講習会を受講し、研修プログラムの実施を管理・調整・評価する能力の向上を図ることが望ましい。

　このため、省令施行通知において、副プログラム責任者はプログラム責任者養成講習会を受講することが望ましい旨を明記することが必要である。

---

[29] 令和６(2024)年度基礎研究医プログラムは、31 の大学病院が設置。34 人の応募があり、25 人が採用予定となった（令和５(2023)年 11 月 29 日現在）。

3）臨床研修に関連する制度改革への対応

〈現状・課題〉

○医師の働き方改革関連制度が令和６（2024）年４月から開始となる。

○令和３（2021）年の医師法の改正[30]により、令和５(2023）年４月から共用試験が公的化されるとともに、共用試験に合格した医学生が臨床実習で行う医行為が医師法に位置付けられた。卒前教育において、診療参加型臨床実習の充実を目指した取組が行われている。

〈見直しの方向性〉

○医師の働き方改革関連制度の開始に当たっては、研修医が心身ともに健康な状態で、適切に臨床研修を行えるよう、引き続き、研修医、指導医、プログラム責任者等に対して、医師の働き方改革の趣旨、制度の内容及び基本的な労務管理の知識を十分に周知徹底することが必要である[31]。制度の開始後も、研修医が、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）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・能力を修得するとの到達目標を達成するために必要な労働時間を含めた研修の在り方については、中長期的な検討や検証が必要である。

○卒前教育において診療参加型臨床実習の充実が図られることは好ましいことであり、その実践の状況を注視する必要がある。臨床研修の内容に相当する研修が、卒前教育において広く実施されるようになれば、今後、臨床研修の内容等についてもそれに応じて検討することが必要となる。

---

[30] 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第 49 号）

[31] 厚生労働省は、令和５年（2023 年）11 月に「医師臨床研修指導ガイドライン」を改訂し、研修医の労務環境に関する記述を充実した。また、令和５年度「労働法教育に関する支援対策事業」において、都道府県による臨床研修医等向け医師の働き方改革セミナー実施支援を開始している。

（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
	伊野（いの）　美幸（みゆき）	聖マリアンナ医科大学総合教育センター長
	岡村（おかむら）　吉隆（よしたか）	和歌山県立医科大学名誉教授
	釜萢（かまやち）　敏（さとし）	公益社団法人日本医師会常任理事
	木戸（きど）　道子（みちこ）	日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
○	國土（こくど）　典宏（のりひろ）	国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長
	清水（しみず）　貴子（たかこ）	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
	谷口（たにぐち）　健次（けんじ）	小牧市民病院病院長
	花角（はなずみ）　英世（ひでよ）	全国知事会（新潟県知事）
	宮地（みやち）　由佳（ゆか）	名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育センター非常勤研究員
	森（もり）　隆夫（たかお）	医療法人愛精会あいせい紀年病院理事長
	横手（よこて）　幸太郎（こうたろう）	千葉大学医学部附属病院病院長

（五十音順）

○：部会長

（別添２）

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における審議経過

〇令和5年3月 27 日

・医師臨床研修制度の見直しの検討について

〇令和5年6月 22 日

・第三者評価の在り方について

※関係団体等からのヒアリング

福井 次矢 氏（ＮＰＯ法人卒後臨床研修評価機構 専務理事）

相良 博典 氏（昭和大学病院 院長）

山田 秀樹 氏（立川相互病院 副院長・臨床研修センター長）

〇令和5年8月2日

・小児科・産科プログラムについて

※関係団体等からのヒアリング

藤見 聡 氏

（(地独）大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 初期臨床研修プログラム責任者）

中尾 保秋 氏

（順天堂大学医学部附属静岡病院 臨床研修センター センター長）

瀬尾 恵美子 氏（筑波大学附属病院 総合臨床教育センター センター長）

岡 明 氏（公益社団法人日本小児科学会 会長）

関沢 明彦 氏（公益社団法人日本産科婦人科学会 常務理事）

〇令和5年 10 月4日

・地域における研修機会の充実に向けた取組について

〇令和5年 12 月1日

・基幹型臨床研修病院の指定の基準（年間の入院患者数）の在り方について

〇令和6年3月8日

・医師臨床研修制度の見直しについての報告書（案）について

（別添3）

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

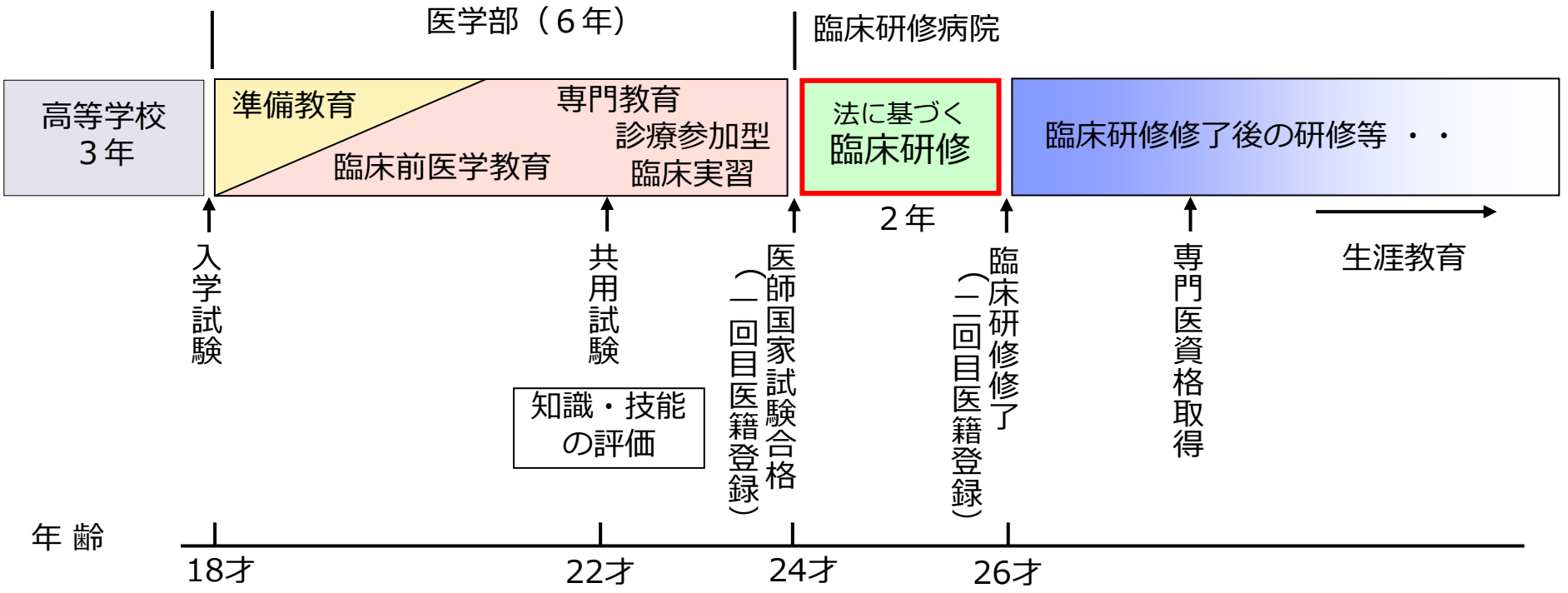
医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書（令和６年３月25日）参考資料

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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。

医師臨床研修制度の概要

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*。

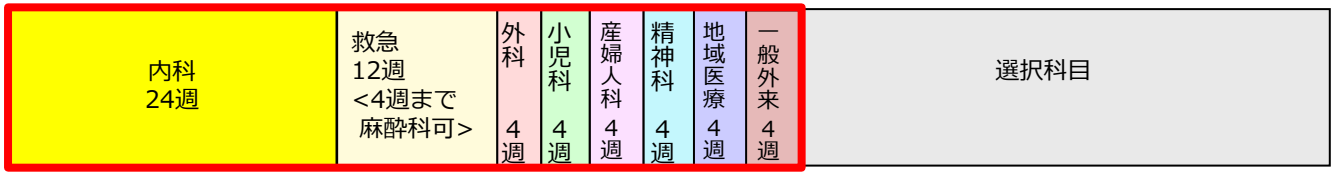
＊令和5年４月から開始する臨床研修に係る研修医の採用人数は、9,388人

■　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。



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**

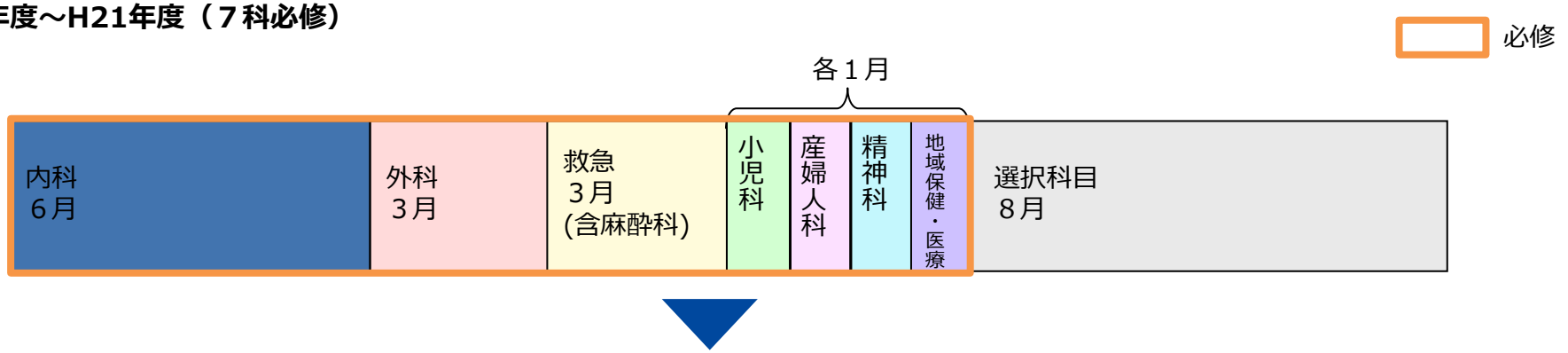
５．その他

・基礎研究の国際競争力の低下

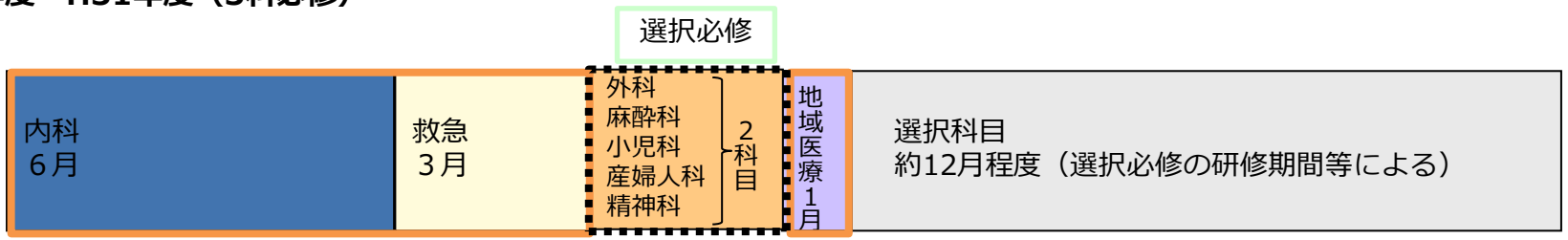
→ ①中断・未修了の対応は継続
②大学病院に**基礎研究医養成枠**を設置

必修の分野・診療科見直しの経緯

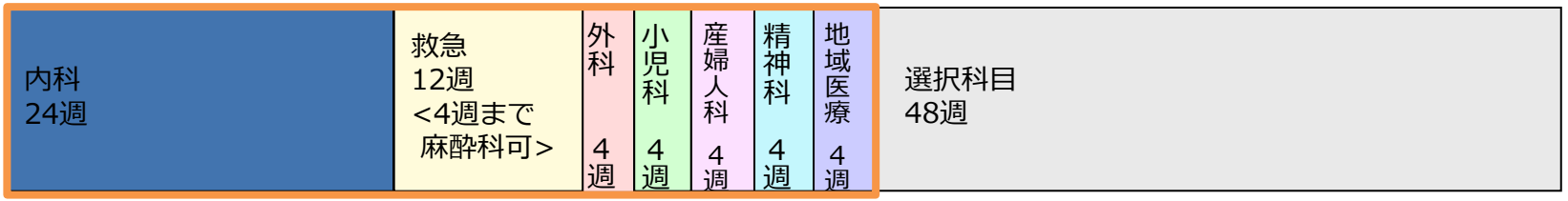
H16年度～H21年度（７科必修）



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・るい痩、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
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

【方略】　必修の分野・診療科と期間

- 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・るい痩、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

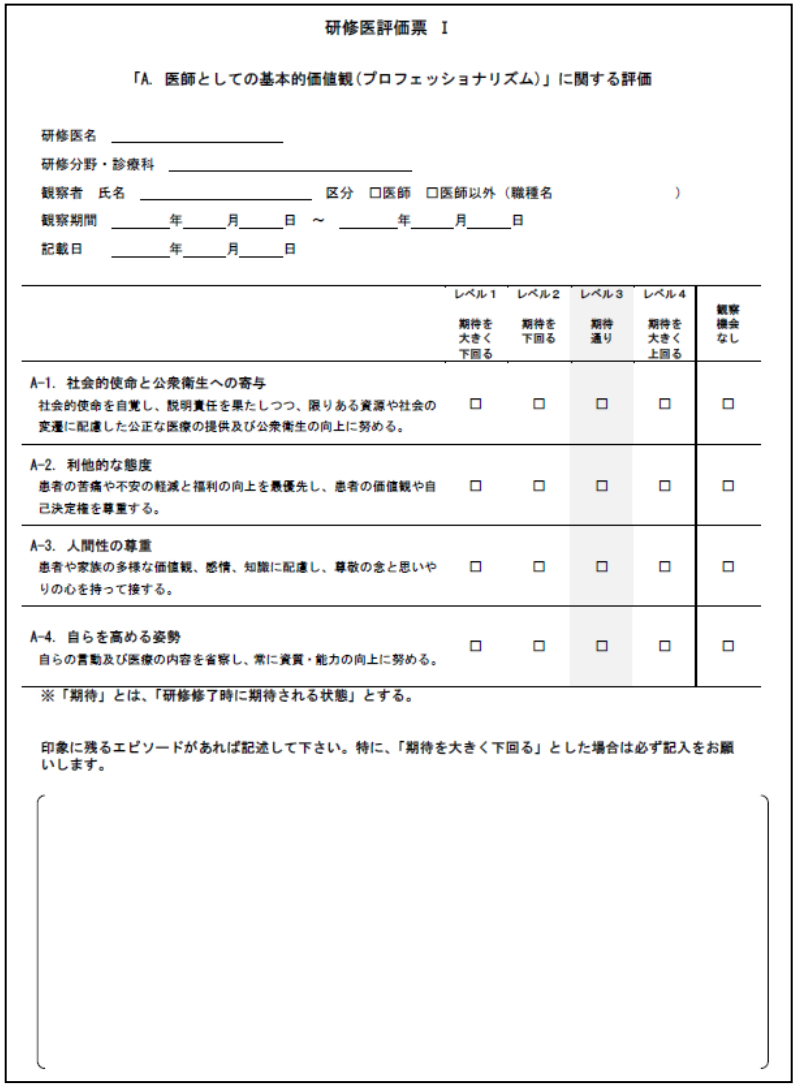
外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療に当たる

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。

【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

1

【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。
	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。
■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。	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

【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。

【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	□既達　□未達
（臨床研修の目標の達成に必要となる条件等）	

年　月　日

○○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っ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

※　上記の各事項の名称及び分類は便宜上のもの

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）

●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
エ 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)エ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)エ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)エの指定基準を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

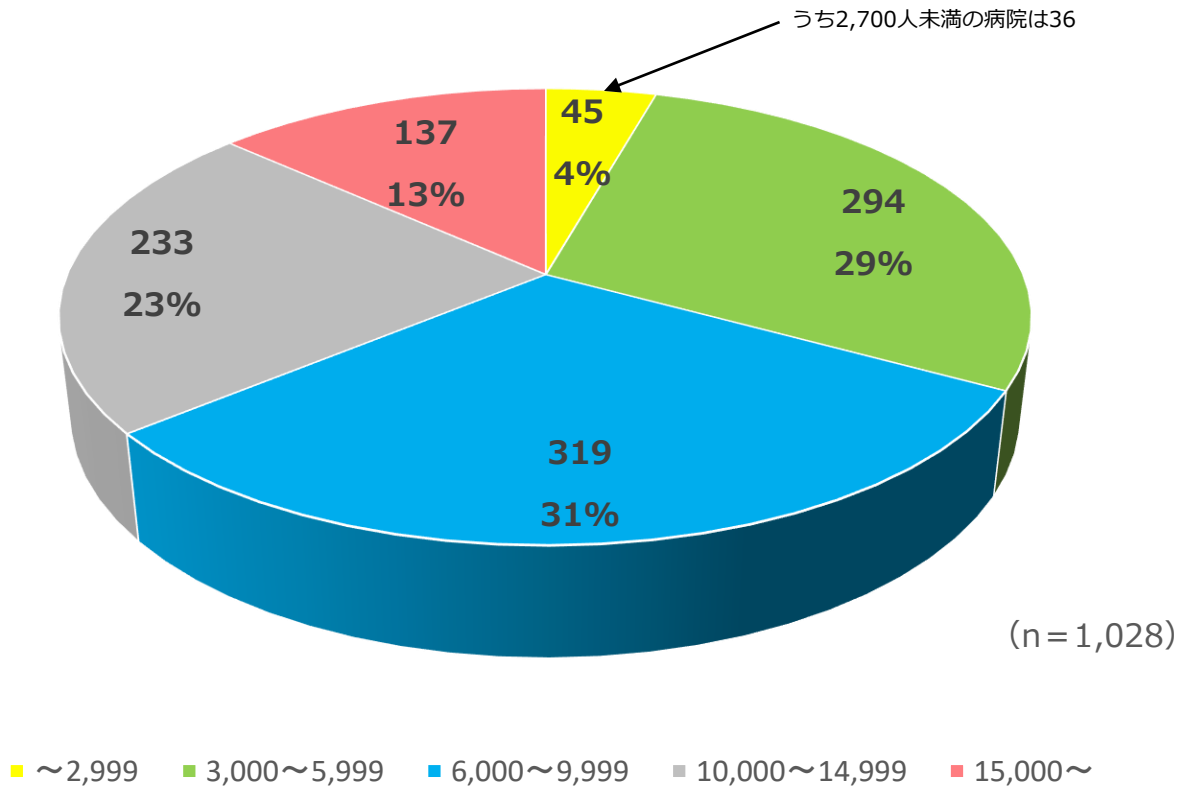
必要に応じて、臨床研修病院の評価に関して知見を有する外部有識者を活用するとともに、全体の企画や進行管理等に配慮しつつ、公平・公正かつ効果的な調査となるよう留意する。

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（令和４年度実績）



（出典）厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ

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

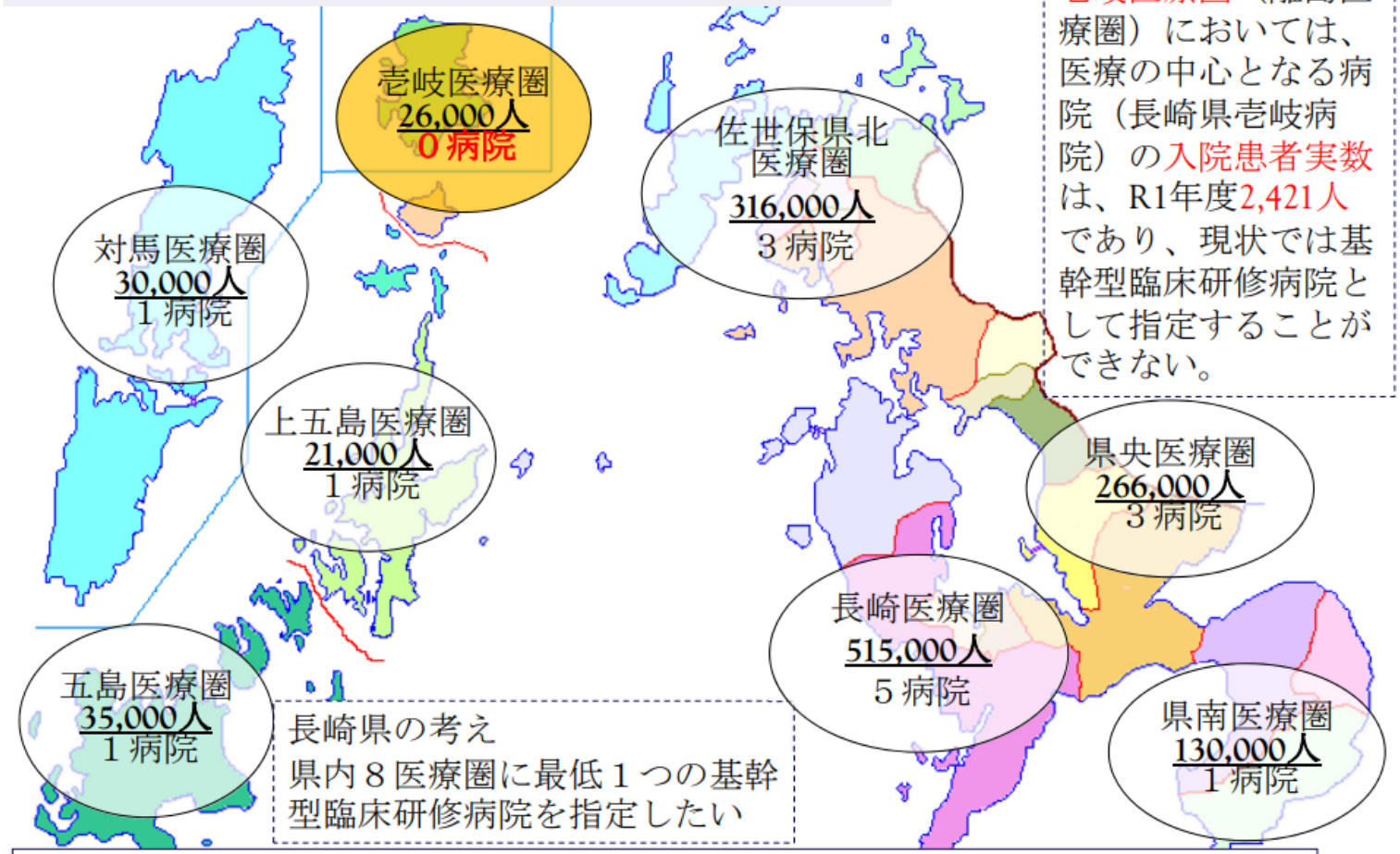
都道府県	病院名	年間入院患者数	令和５年度定員	令和５年度採用
三重県	三重県立志摩病院	2,545	3	3
京都府	社会医療法人健康会　新京都南病院	2,513	2	2
兵庫県	高砂市民病院	2,242	2	2
	尼崎医療生協病院	1,898	3	3
和歌山県	和歌山生協病院	1,927	3	1
岡山県	社会医療法人水和会　水島中央病院	2,477	2	2
広島県	広島中央保健生活協同組合　福島生協病院	1,850	3	3
	公立みつぎ総合病院	2,574	2	2
	独立行政法人国立病院機構　広島西医療センター	2,929	6	5
山口県	医療生活協同組合健文会　宇部協立病院	1,360	2	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

基幹型臨床研修病院の指定の基準に関する地方自治体からの提案①

第123回提案募集検討専門部会（令和3年8月5日）資料（長崎県作成）

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



壱岐医療圏（離島医療圏）においては、医療の中心となる病院（長崎県壱岐病院）の入院患者実数は、R1年度2,421人であり、現状では基幹型臨床研修病院として指定することができない。

長崎県の考え
県内８医療圏に最低１つの基幹型臨床研修病院を指定したい

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。

5

基幹型臨床研修病院の指定の基準に関する地方自治体からの提案②

第123回提案募集検討専門部会（令和3年8月5日）資料（長崎県作成）

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が期待される。

具体的には、以下の点が期待されると考える。

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。

6

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。

小児科・産婦人科に関する「医師臨床研修指導ガイドライン」の記載

「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％）	ー	ー	ー		
2	青森県	1	2	1（50%）	1(50%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		○
3	岩手県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)	○	○
4	宮城県	2	ー	ー	ー	ー	ー	ー	8	1(13%)	1(13%)	○	
5	秋田県	0	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー		
6	山形県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
7	福島県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)	○	○
8	茨城県	1	4	1（25%）	1(25%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー	○	
9	栃木県	3	6	1（17%）	0(0%)	6	1(17%)	3(50%)	ー	ー	ー		
10	群馬県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	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%)	ー	ー	ー	○	○
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%)	ー	ー	ー	○	○
16	富山県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	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%)	ー	ー	ー		
19	山梨県	2	4	2(50%)	2(50%)	4	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		○
20	長野県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)		○
21	岐阜県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)		
22	静岡県	3	6	4(67%)	4(67%)	6	3(50%)	2(33%)	ー	ー	ー	○	
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%)	ー	ー	ー	○	

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	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	4(100%)	4(100%)		
26	京都府	2	4	3(75%)	4(100%)	4	3(75%)	4(100%)	ー	ー	ー		
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%)	ー	ー	ー	○	
30	和歌山県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
31	鳥取県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
32	島根県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
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	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)	○	○
35	山口県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	2(50%)	2(50%)		
36	徳島県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
37	香川県	1	4	2(50%)	2(50%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		○
38	愛媛県	2	4	0(0%)	1(25%)	4	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		○
39	高知県	1	2	0(0%)	0(0%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー		
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%)	ー	ー	ー		
42	長崎県	2	ー	ー	ー	ー	ー	ー	8	4(50%)	4(50%)		
43	熊本県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)		○
44	大分県	1	ー	ー	ー	ー	ー	ー	4	0(0%)	0(0%)		
45	宮崎県	2	4	0(0%)	0(0%)	4	2(50%)	1(25%)	ー	ー	ー	○	○
46	鹿児島県	1	2	1(50%)	1(50%)	2	0(0%)	0(0%)	ー	ー	ー	○	○
47	沖縄県	2	ー	ー	ー	ー	ー	ー	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

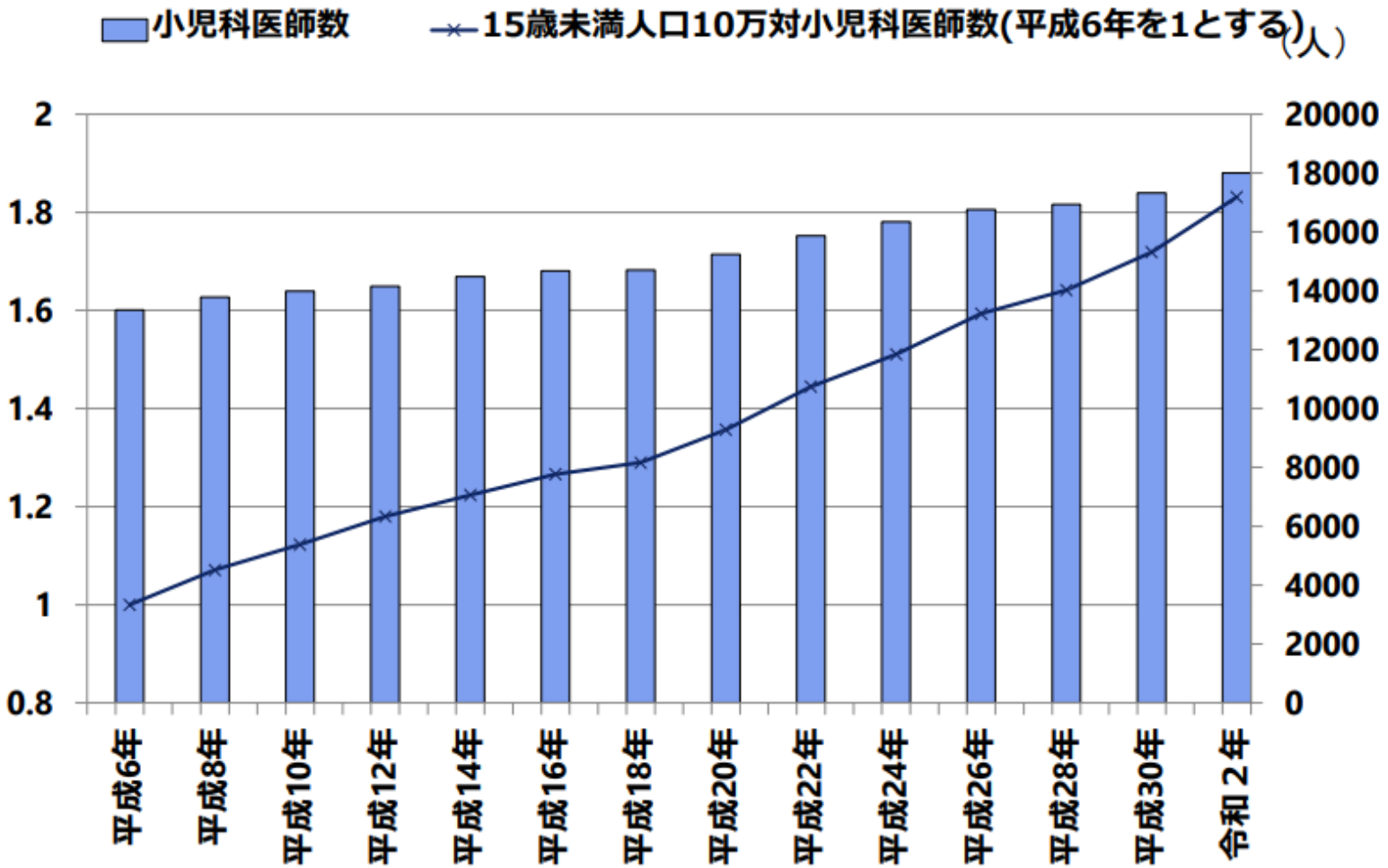
【出典】令和4年臨床研修修了者アンケート

※【　】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。

小児科医数の推移

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

○　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。



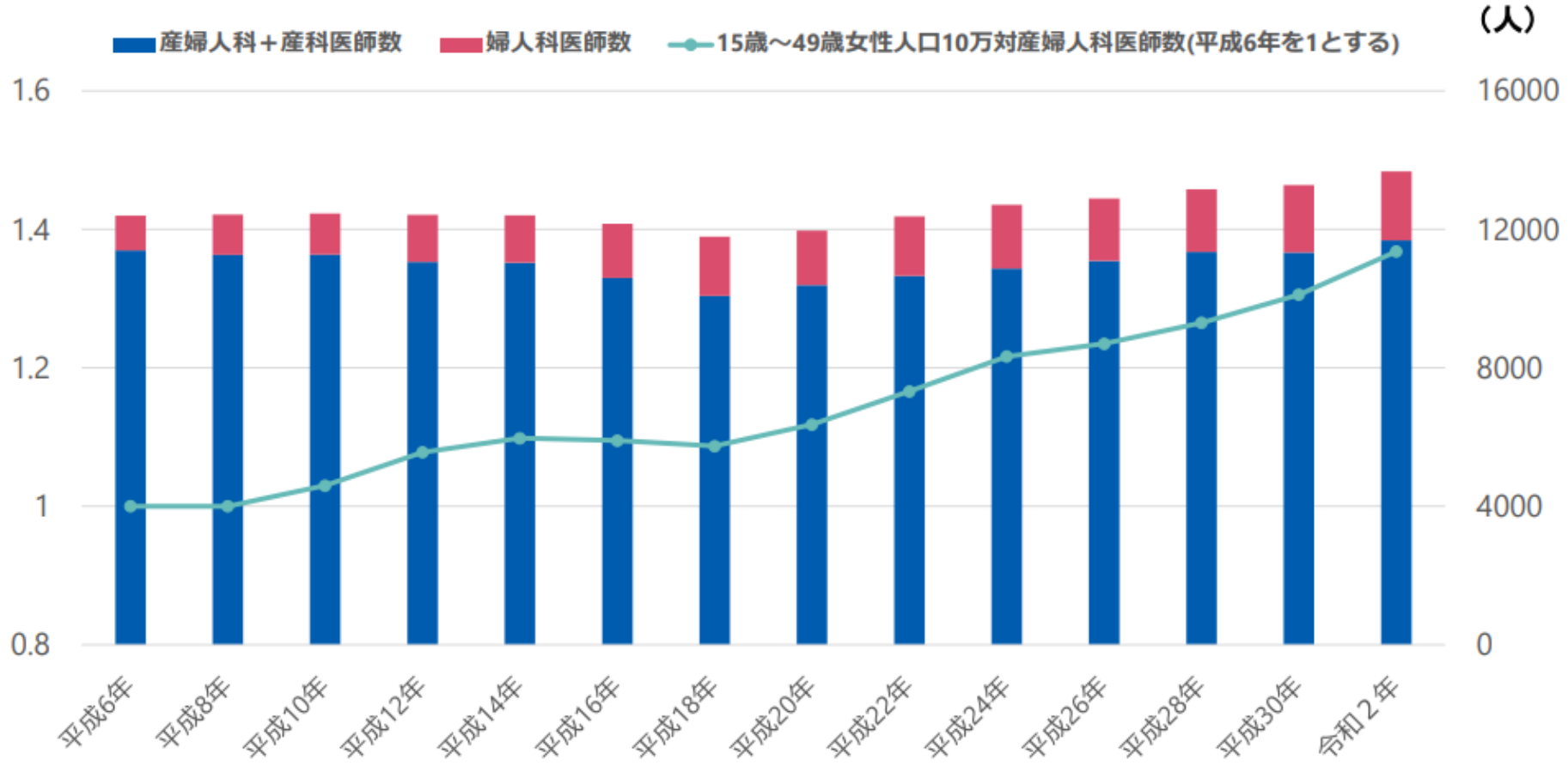
※1・・・・・各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた
※2・・・・・H18に「臨床研修医」という項目が新設された

（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）

下位1/3

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
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めているものではない。

このため、小児科医師偏在指標の活用に当たっては、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）　　下位1/3

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

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めているものではない。

このため、分娩取扱医師偏在指標の活用に当たっては、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。

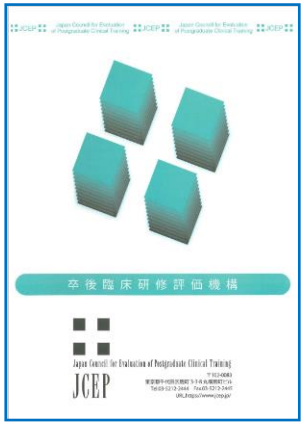
Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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/

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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 うちサーベイヤー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	邉見　公雄
理事	小野　剛	理事	矢﨑　義雄
理事	篭島　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

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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

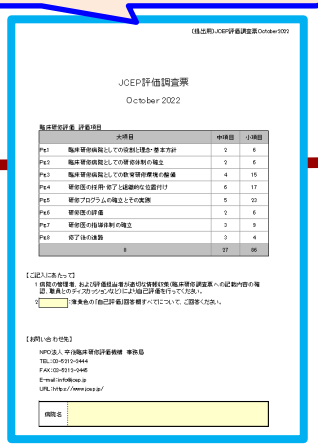
到達目標が達成可能な
研修プログラムになっているか

■ 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


JCEP評価調査票
October 2022

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

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

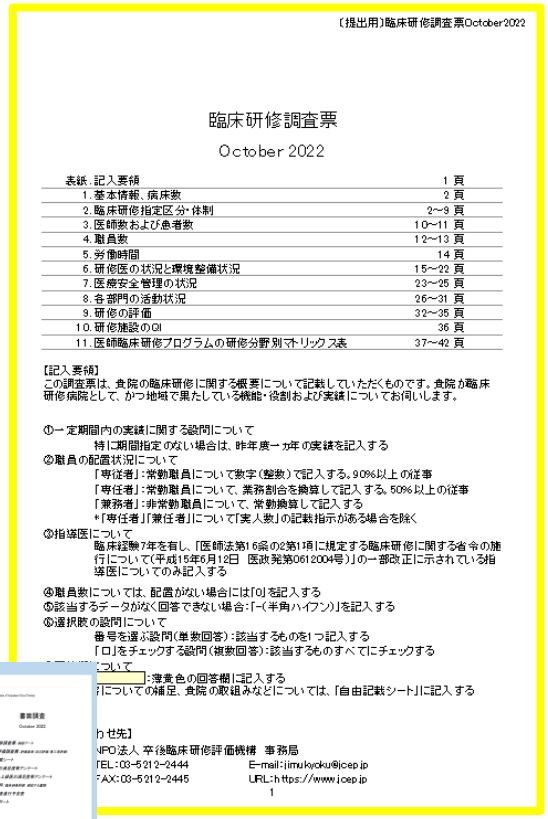
ＪＣＥＰ作成資料

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October2022

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	2～9 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、貴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。貴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、昨年度一カ年の実績を記入する
②職員の配置状況について
「専従者」：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」：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」「兼任者」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
臨床経験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、配置がない場合には「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：「-（半角ハイフン）」を記入する
⑥選択肢の設問について
番号を選ぶ設問（単数回答）：該当するものを1つ記入する
「□」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
について
：澄黄色の回答欄に記入する
についての補足、貴院の取組みなどについては、「自由記載シート」に記入する

わせ先】
NPO法人 卒後臨床研修評価機構　事務局
TEL：03-5212-2444　　E-mail：jimukyoku@jcep.jp
FAX：03-5212-2445　　URL：https://www.jcep.jp

1

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・手当て、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

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

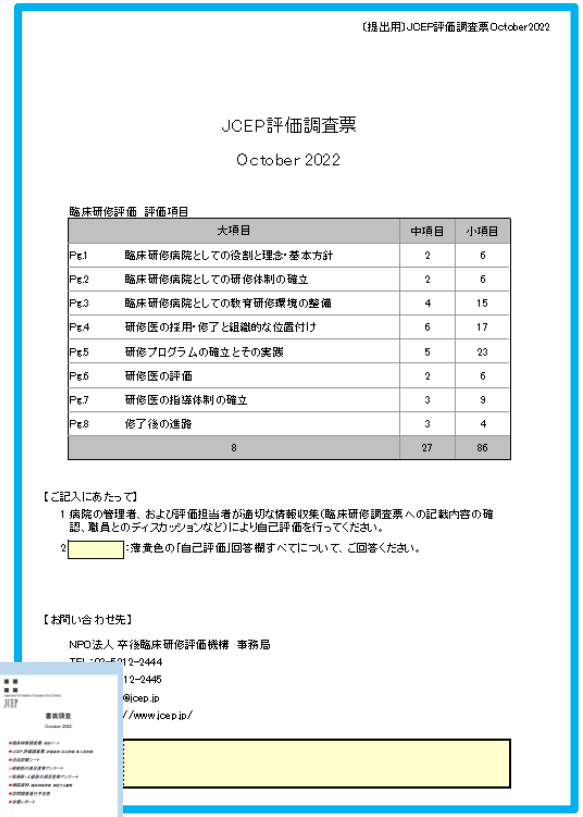
調査票はすべてJCEPホームページに公開しております
https://www.jcep.jp/cn12/index-02.html

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October2022

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、および評価担当者が適切な情報収集(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 ：薄黄色の「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：03-5812-2444
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

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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

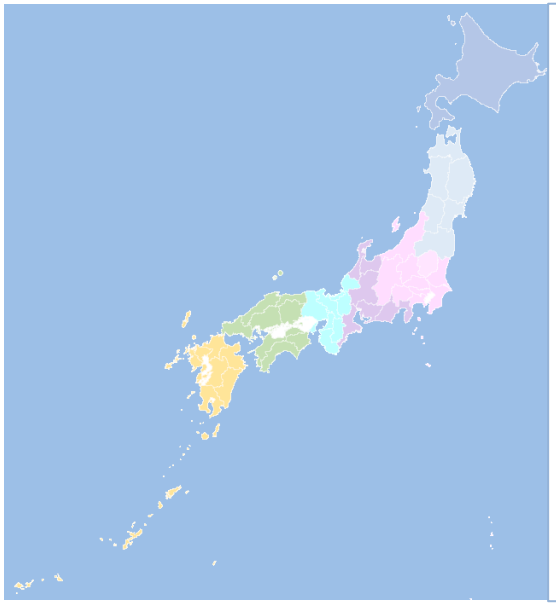
評価項目のすべては臨床研修病院のあるべき姿を示したもの

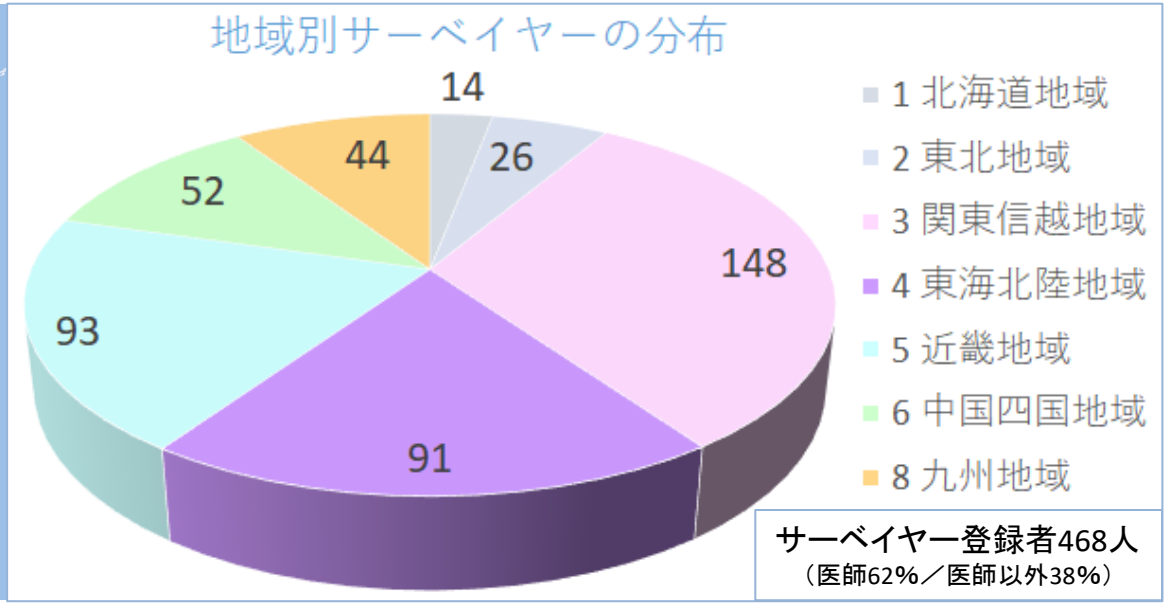
ＪＣＥＰ作成資料

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。

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

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

修了後
サーベイヤー登録

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

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	

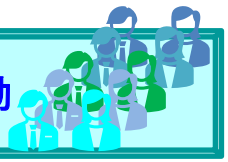
JCEPサーベイヤーの多くは、自院で臨床研修に携わる管理者、実務者である

訪問調査にOJT参加

On the Job Training

修了後

SVRとして活動

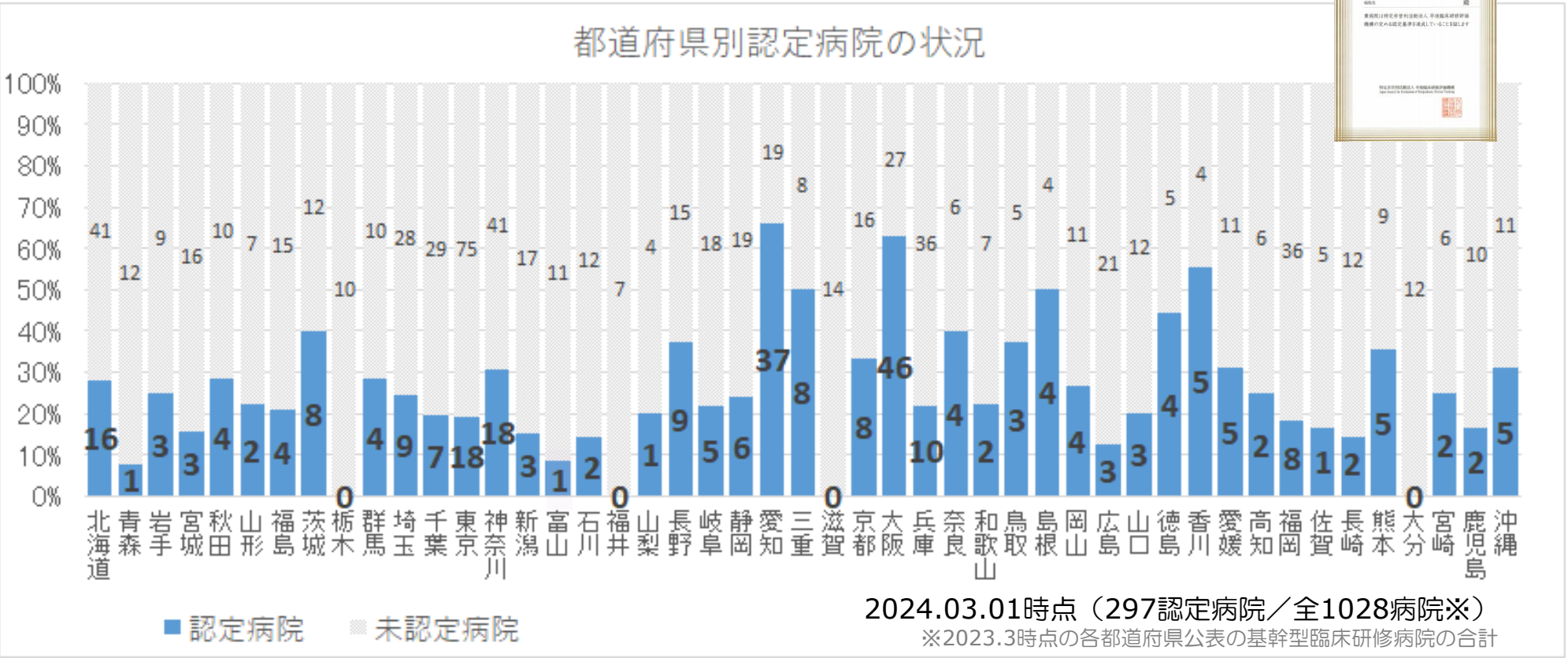


※サーベイヤー講習会を修了後、
臨床研修病院の実際の訪問調査にてOJTを修了し、
改めてサーベイヤーとして臨床研修病院の調査に参加することができます。

Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
JCEP

ＪＣＥＰ作成資料

都道府県別認定病院



2024.03.01時点（297認定病院／全1028病院※）

※2023.3時点の各都道府県公表の基幹型臨床研修病院の合計

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設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。）

医師確保対策に関する取組（全体像）

令和4年5月11日　第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG資料(一部改)

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

・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～

・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。

⇩

平成27年度～

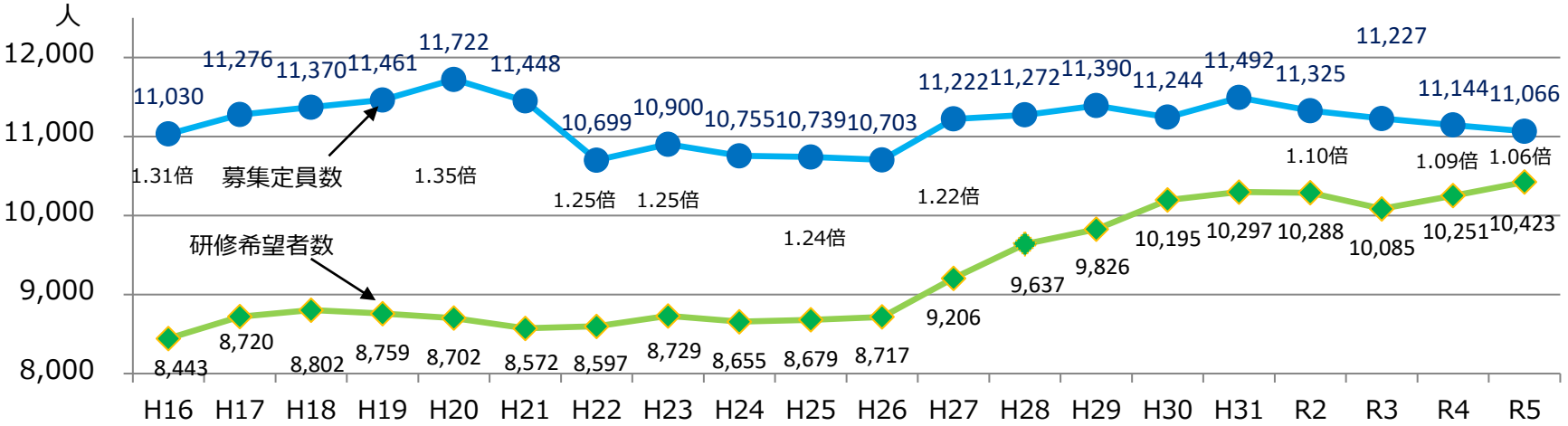
・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

⇩

令和３年度～

・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。

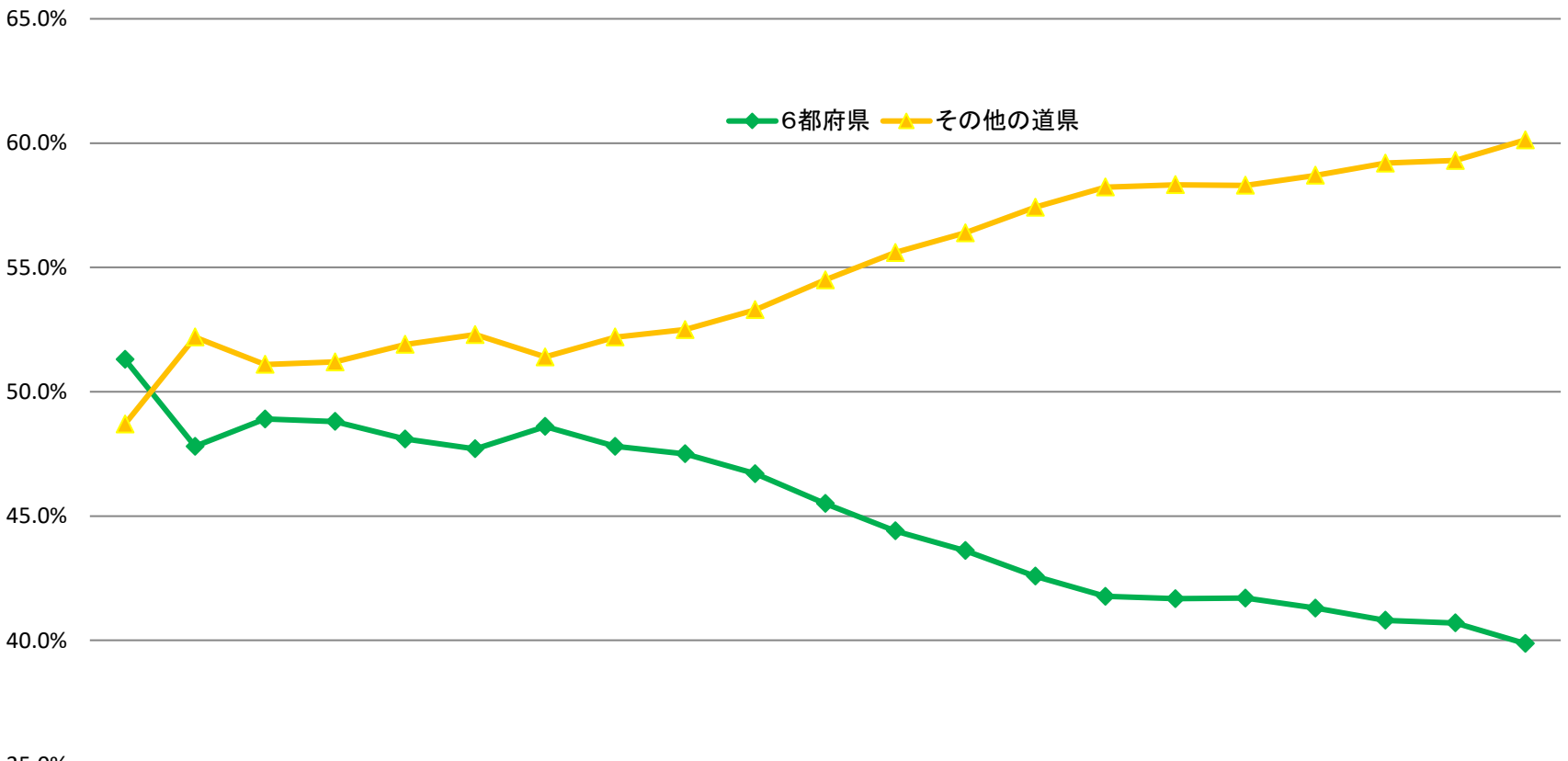
5　都道府県知事は、第三項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、その内容について厚生労働大臣に通知しなければならない。

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〉

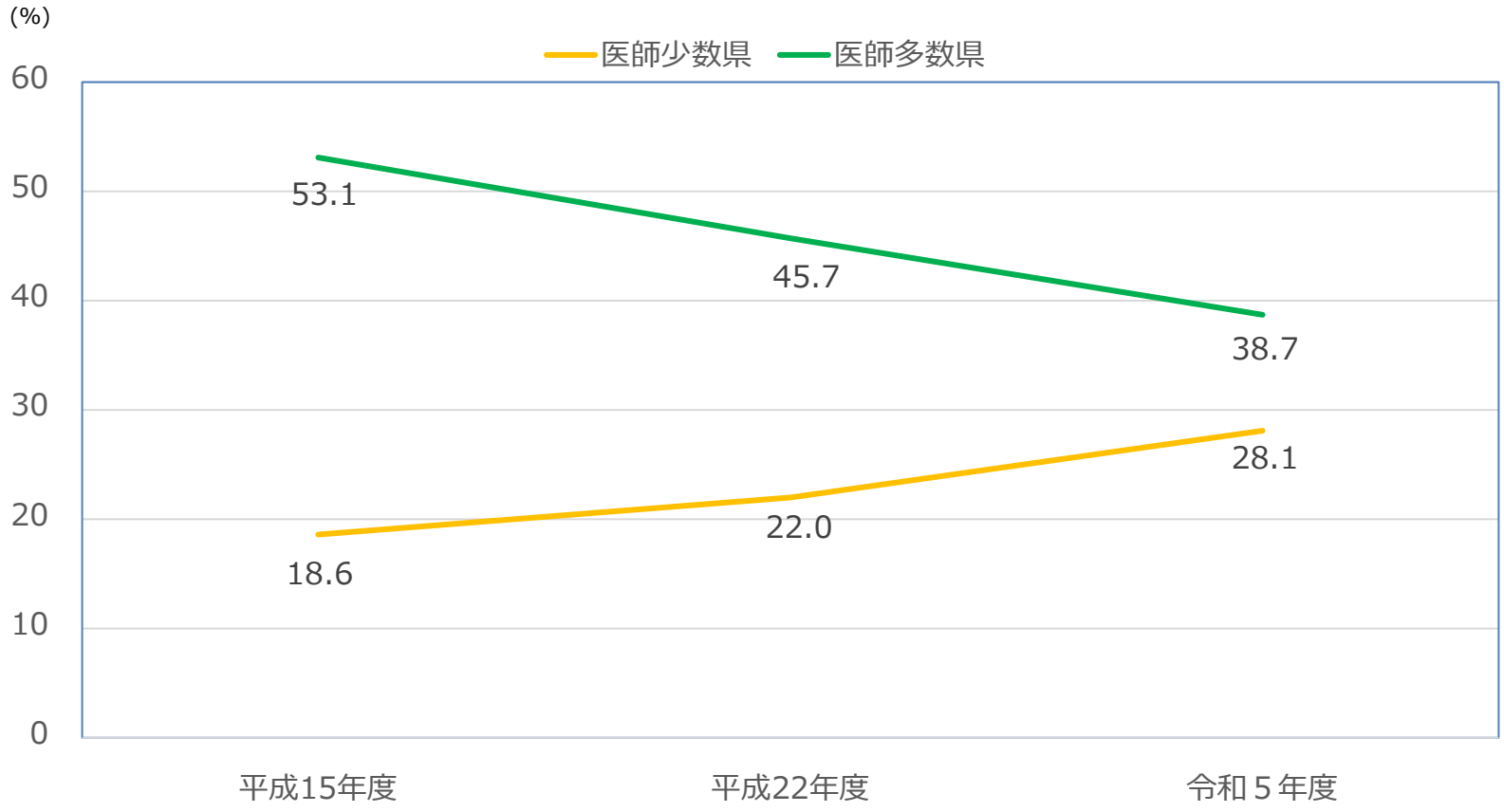
大都市部のある６都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から39.9%（令和５年度）まで減少している



	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）

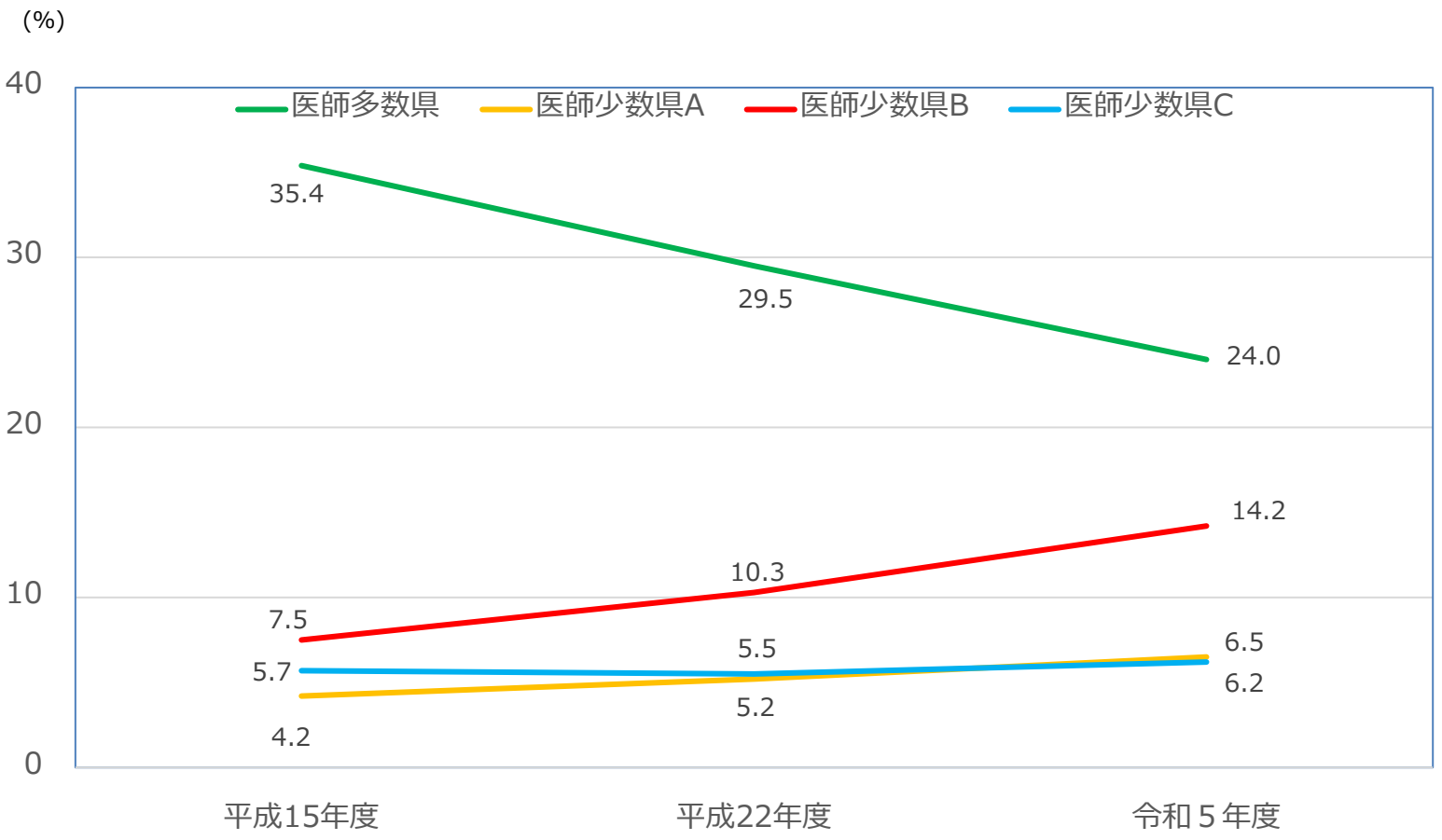


医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による

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

Ⓐ 人口

全国の研修医総数（9,443人※2） × 都道府県の人口 / 全国の総人口

Ⓑ 医学部入学定員

全国の研修医総数（9,443人） × 医学部の入学定員 / 全国の医学部入学定員

①基本となる数

全国の研修医総数（9,443人） × ⒶとⒷの多い方* / ⒶとⒷの多い方*の全都道府県合計

* Ⓑ(入学定員)を用いる場合、Ⓐ(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

＋②地域枠による加算

地域枠入学者数 ×1.05※1

＋③地理的条件等による加算

(1)100㎢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

※3 100㎢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を、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

＋④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 各都道府県の（「仮上限」 － 令和５年度採用数） / 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

＋⑤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

	R５年度の採用数	R６年度募集定員上限	R６年度募集定員(※)	R７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

	R５年度の採用数	R６年度募集定員上限	R６年度募集定員	R７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

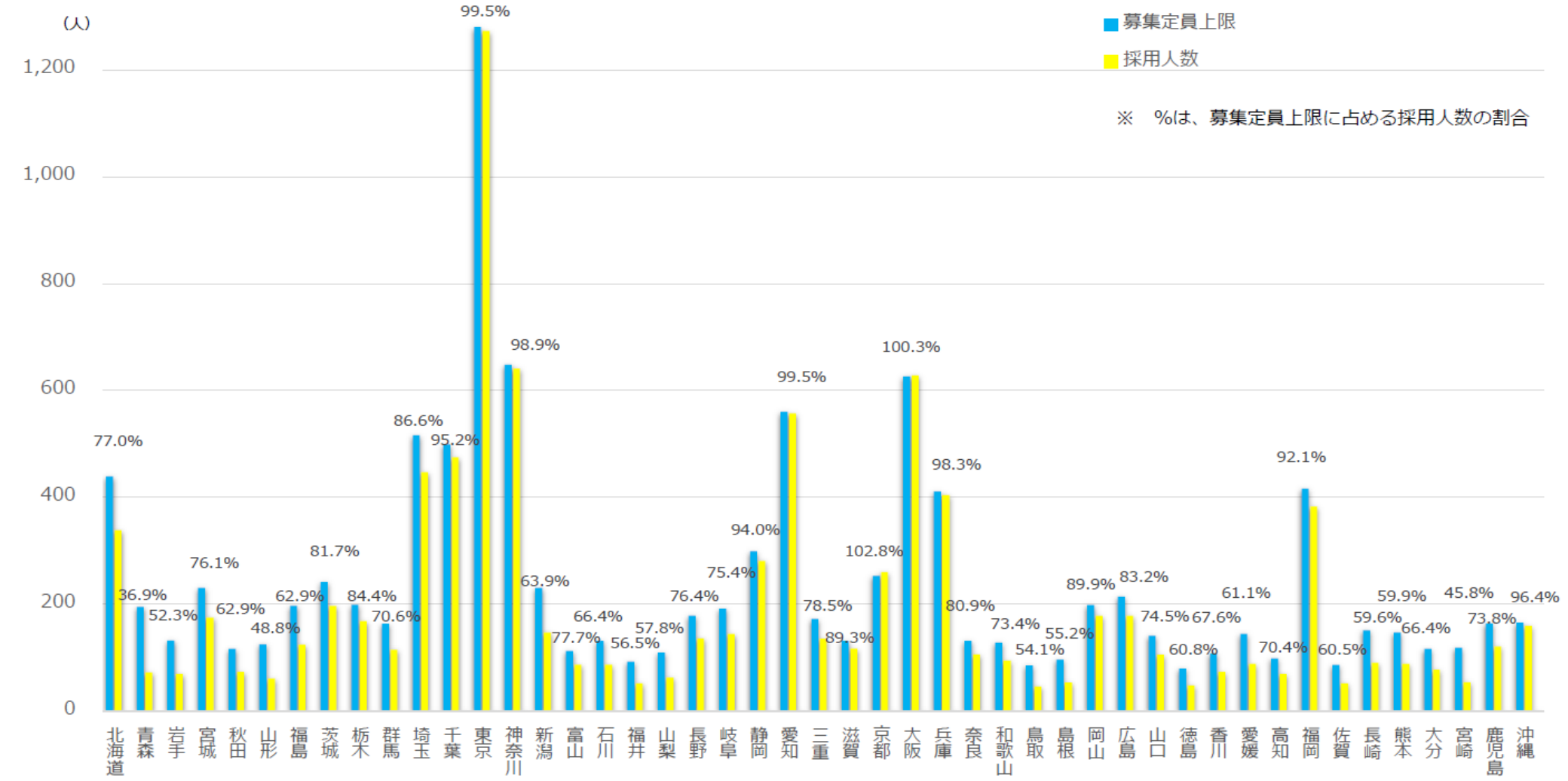
（X年度臨床研修の）募集定員決定のスケジュール

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

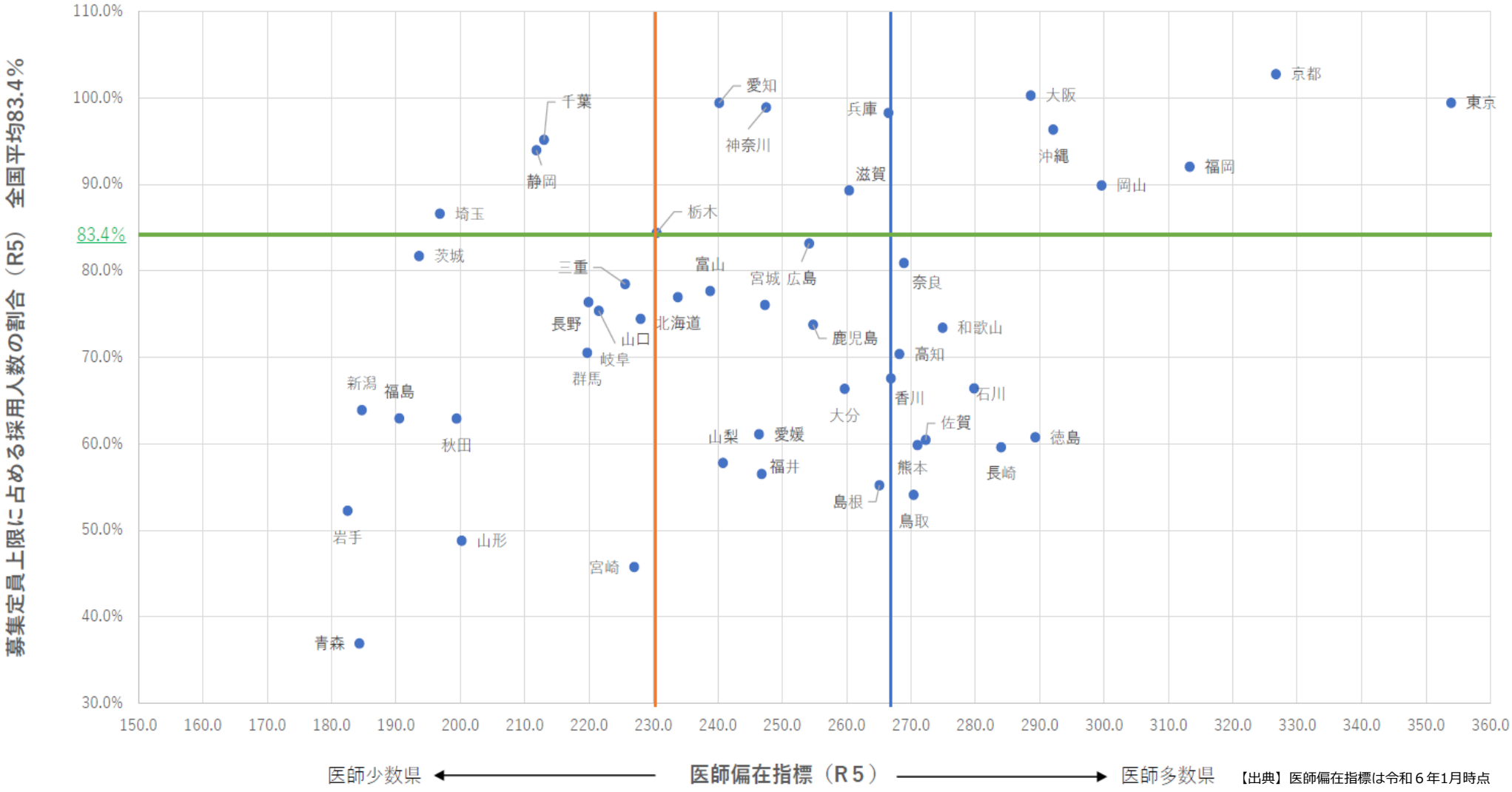
各都道府県の募集定員上限と採用人数（令和５年度研修）

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



【出典】医師偏在指標は令和６年1月時点

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）

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
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

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めているものではない。

このため、医師偏在指標の活用に当たっては、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) 100㎢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

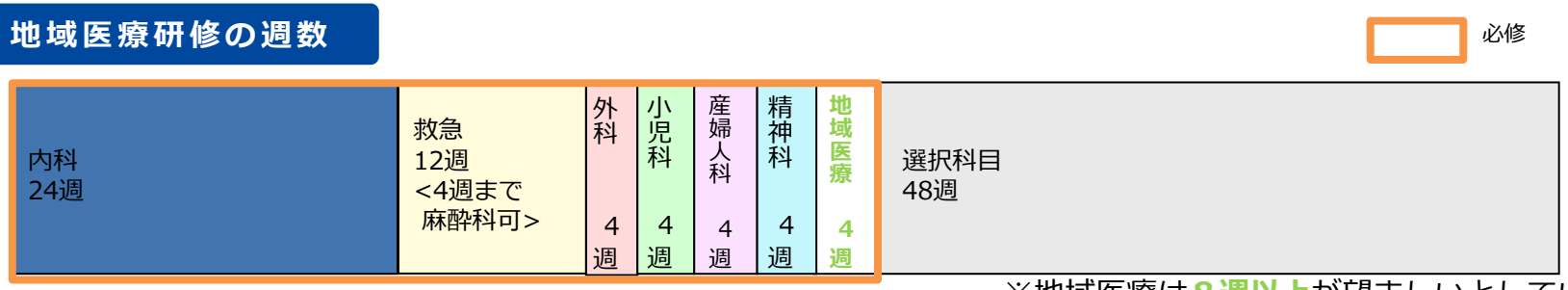
４．地域医療

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、地域包括ケアの実際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



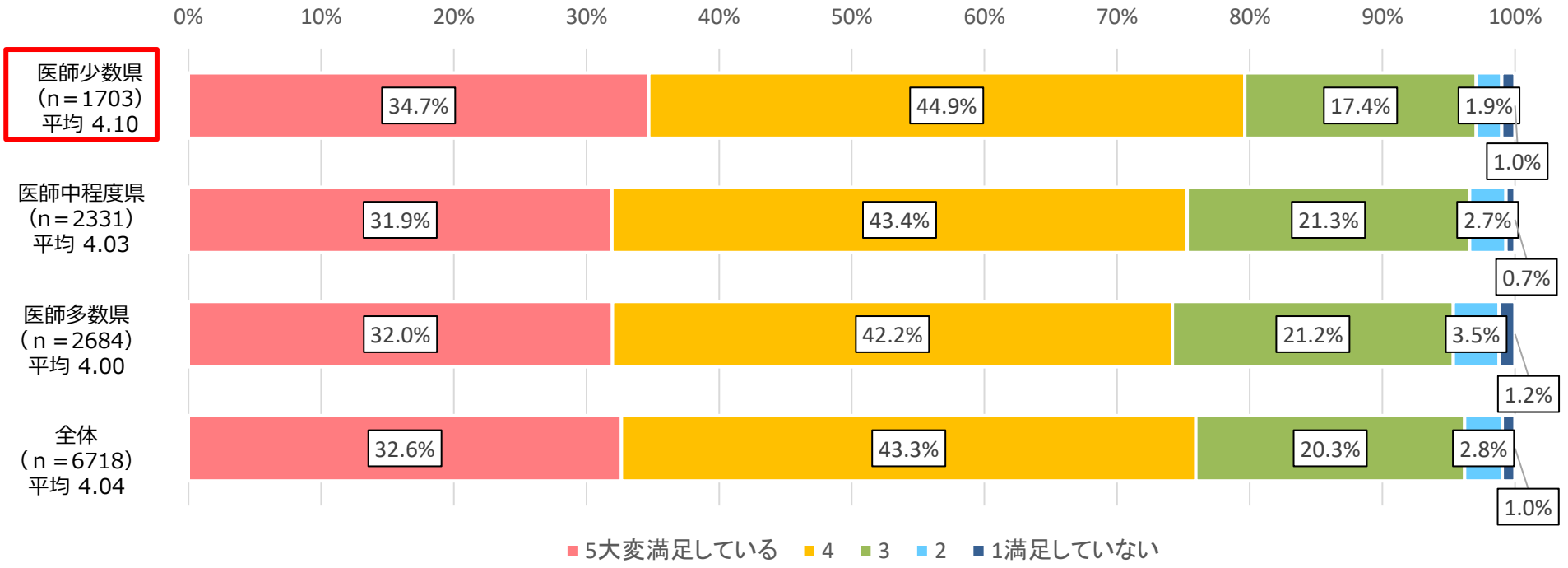
※地域医療は**８週以上**が望ましいとしている

【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)⑲ 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における記載内容（基礎研究医プログラム）

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。

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