



厚生労働省

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

令和7年度第1回医道審議会医師分科会
医師国家試験等改善検討部会

令和8年2月4日

資料2

医師の養成に関する取組について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. シームレスな医師養成に向けた取組（全体像）
2. 卒前教育
 - ・ 医学部定員、地域枠
 - ・ 医学教育（文部科学省提出資料）
 - ・ 共用試験
3. 医師国家試験
4. 卒後の取組
 - ・ 臨床研修
 - ・ 専門研修
5. 外国医学校卒業生

1. シームレスな医師養成に向けた取組（全体像）

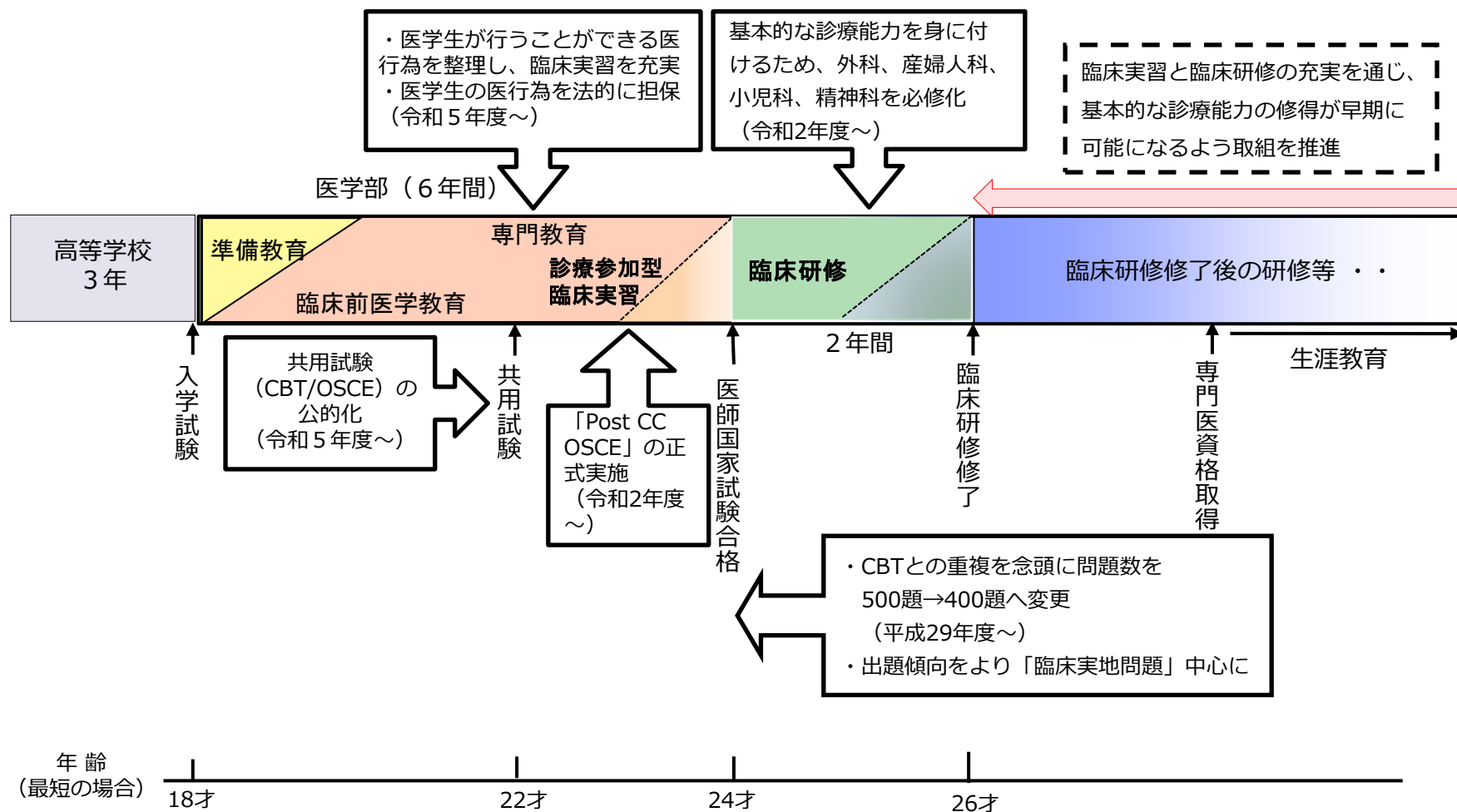
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

シームレスな医師養成に向けた取組（全体像）

卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行う（シームレスな医師養成）ため、各種の取組を進めているところ。



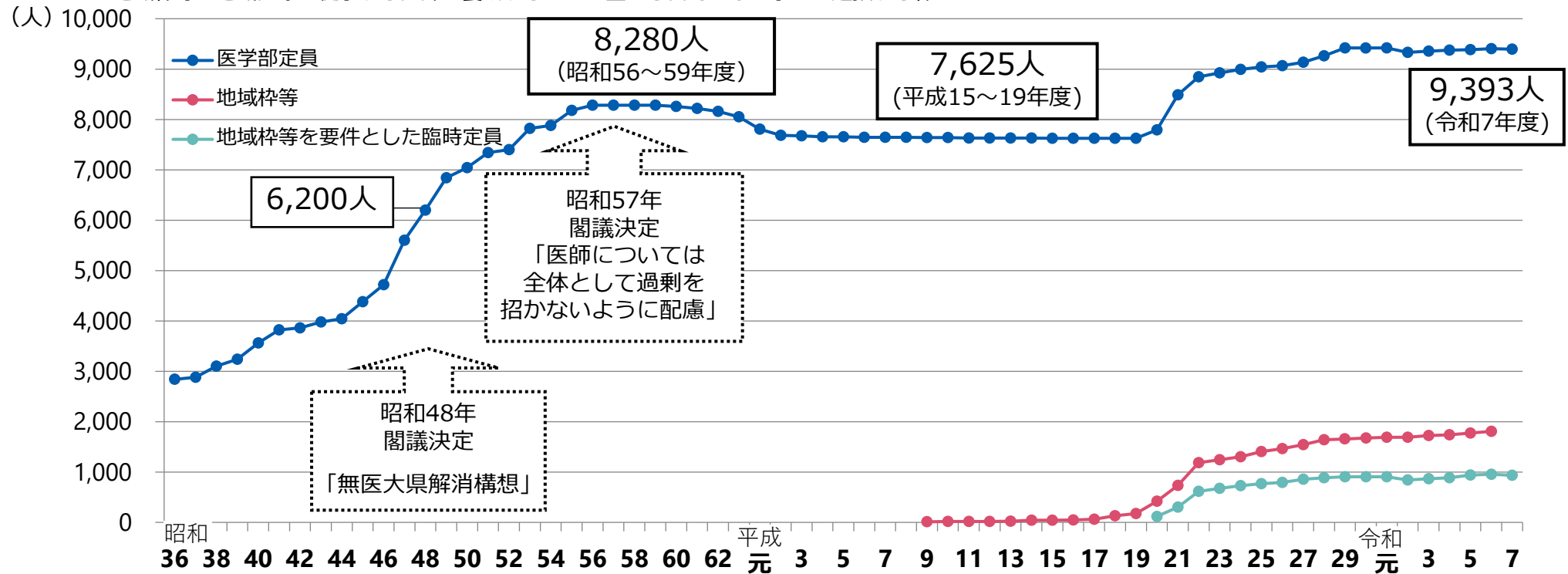
2. 卒前教育

- ・ 医学部定員、地域枠
- ・ 医学教育（文部科学省提出資料）
- ・ 共用試験

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっている。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度：173人（2.3%）→ 令和7年度：1,837人（19.8%））

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



| | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | R7 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 医学部定員 | 7,625 | 7,793 | 8,486 | 8,846 | 8,923 | 8,991 | 9,041 | 9,069 | 9,134 | 9,262 | 9,420 | 9,419 | 9,420 | 9,330 | 9,357 | 9,374 | 9,384 | 9,403 | 9,393 |
| 医学部定員（自治医科大学を除く） | 7,525 | 7,683 | 8,373 | 8,733 | 8,810 | 8,868 | 8,918 | 8,946 | 9,011 | 9,139 | 9,297 | 9,296 | 9,297 | 9,207 | 9,234 | 9,251 | 9,261 | 9,280 | 9,270 |
| 地域枠等以外の医学部定員 | 7,452 | 7,375 | 7,750 | 7,660 | 7,681 | 7,687 | 7,635 | 7,607 | 7,591 | 7,623 | 7,763 | 7,743 | 7,731 | 7,640 | 7,632 | 7,636 | 7,611 | 7,595 | 7,556 |
| 地域枠等 | 173 | 418 | 736 | 1,186 | 1,242 | 1,304 | 1,406 | 1,462 | 1,543 | 1,639 | 1,657 | 1,676 | 1,689 | 1,690 | 1,725 | 1,738 | 1,773 | 1,808 | 1,837 |
| 地域枠等の割合 | 2.3% | 5.4% | 8.8% | 13.6% | 14.1% | 14.7% | 15.8% | 16.3% | 17.1% | 17.9% | 17.8% | 18.0% | 18.2% | 18.4% | 18.7% | 18.8% | 19.1% | 19.5% | 19.8% |
| 地域枠等を要件とした臨時定員 | 0 | 118 | 304 | 617 | 676 | 731 | 770 | 794 | 858 | 886 | 904 | 903 | 904 | 840 | 865 | 885 | 938 | 955 | 933 |
| 地域枠等を要件とした臨時定員の割合 | 0% | 1.5% | 3.6% | 7.1% | 7.7% | 8.2% | 8.6% | 8.9% | 9.5% | 9.7% | 9.7% | 9.7% | 9.7% | 9.1% | 9.4% | 9.6% | 10.1% | 10.3% | 10.1% |

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

地域枠及び地元出身者枠の概要

第8回地域医療構想及び医師確保
計画に関するワーキンググループ
令和4年10月12日

資料1
一部改

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に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を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。
(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度から令和7年度については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。
- 令和8年度については、令和6年度の医学部総定員数(9,403人)を上限とし、臨時増員の枠組みを維持することとしている。

現在の枠組みの概要(令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

都道府県と大学が連携した枠

地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

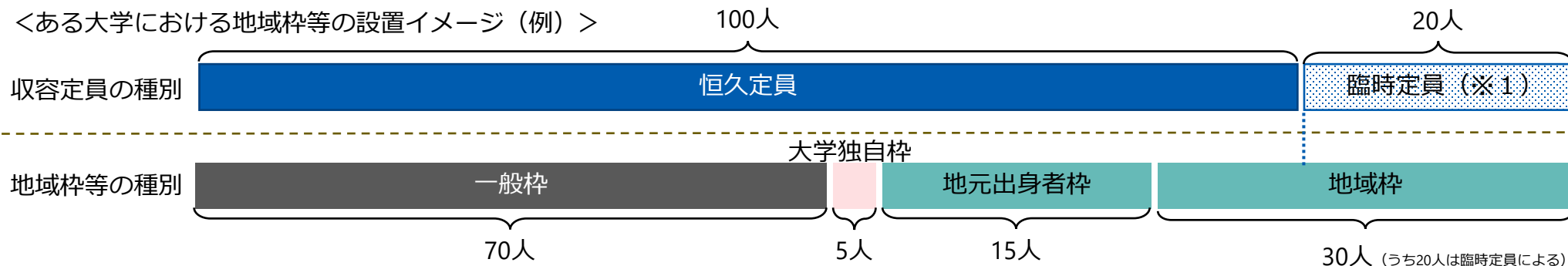
地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

大学独自枠

- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

＜ある大学における地域枠等の設置イメージ(例)＞



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※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)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞

※対象期間のうち、医師の確保を特に図るべき区域等での就業期間は4年間以上とする

修学資金の貸与（任意）

キャリア形成プログラムの対象期間（原則9年間以上、その他（貸与期間の1.5倍以上等）も設定可能）

大学医学部（6年間）

臨床研修（2年間）

専門研修等（原則7年間以上）

それ以降

教育カリキュラム

キャリア形成プログラム

原則として都道府県内で勤務（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

キャリア形成卒前支援プラン

※対象学生を支援するため以下の内容を盛り込み策定

- ・地域医療に関する実習や講義の支援
- ・定期的な勉強会等の開催
- ・学生の支援のための寄附講座の設置 等
- ※キャリア形成卒前支援プランの適用は令和5年度以降
- ※地域枠等以外の学生で地域での従事要件が課されていない学生においても、本人の希望により、希望時から適用が可能

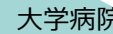
県内で不足する診療領域を中心に、診療領域や就業先の異なる複数のコースを設定

- Aコース（内科・専門医取得）
- Bコース（内科・へき地中心）
- Cコース（産婦人科）
- Dコース（新生児領域）
- ：



ローテーション
（専門医取得も可能*）

*専門研修プログラムとの整合性を確保



医師不足
医療機関

【修了時等】
コース選択

＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- ・地域枠を卒業した医師
- ・地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に行い、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- ・都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- ・キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる）
- ・都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）概要

- 各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分を抽出し、「モデル」として体系的に整理したもの。
- 初版は平成13年に策定。医療を取り囲む環境変化に伴い改訂（平成19年度、22年度、28年度）。
- 学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を**明確化**。
- 学生の学修時間数の**医学:3分の2程度、歯学:6割程度**を目安としたもの（残りは各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施）。

キャッチフレーズ

「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」



人口減地域の増加

新興感染症・
災害リスクの増大



高齢化率の
上昇



新規科学技術の
台頭



「医師/歯科医師に求められる基本的な資質・能力」を共通化（赤字は新設）

PR. プロフェッショナリズム

IT. 情報・科学技術を活かす能力

GE. 総合的に患者・生活者をみる姿勢

CS. 患者ケアのための診療技能

LL. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

CM. コミュニケーション能力

RE. 科学的探究

IP. 多職種連携能力

PS. 専門知識に基づいた問題解決能力

SO. 社会における医療の役割の理解



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）

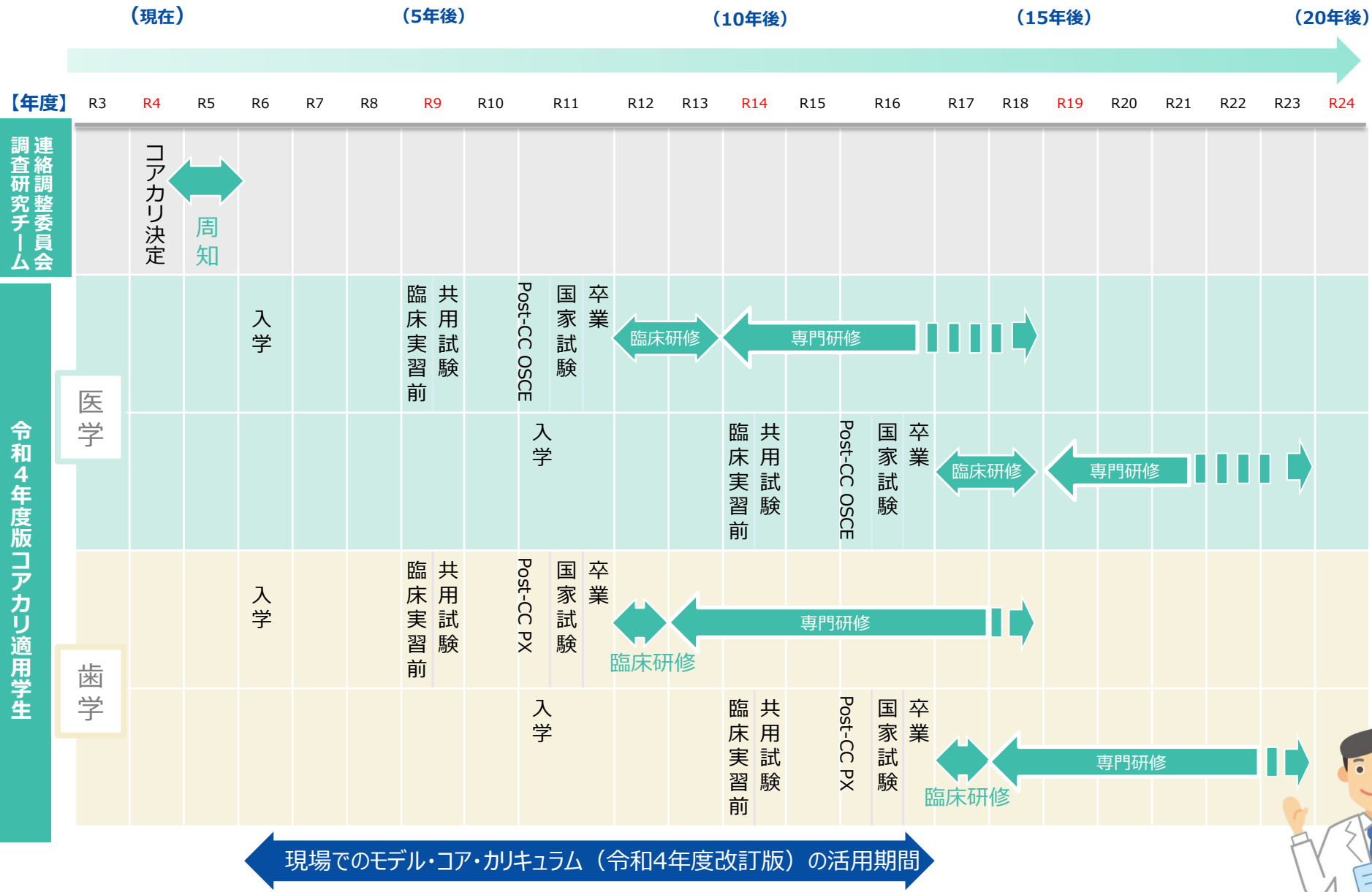
- 方略・評価について参考になるような事例を11例紹介

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



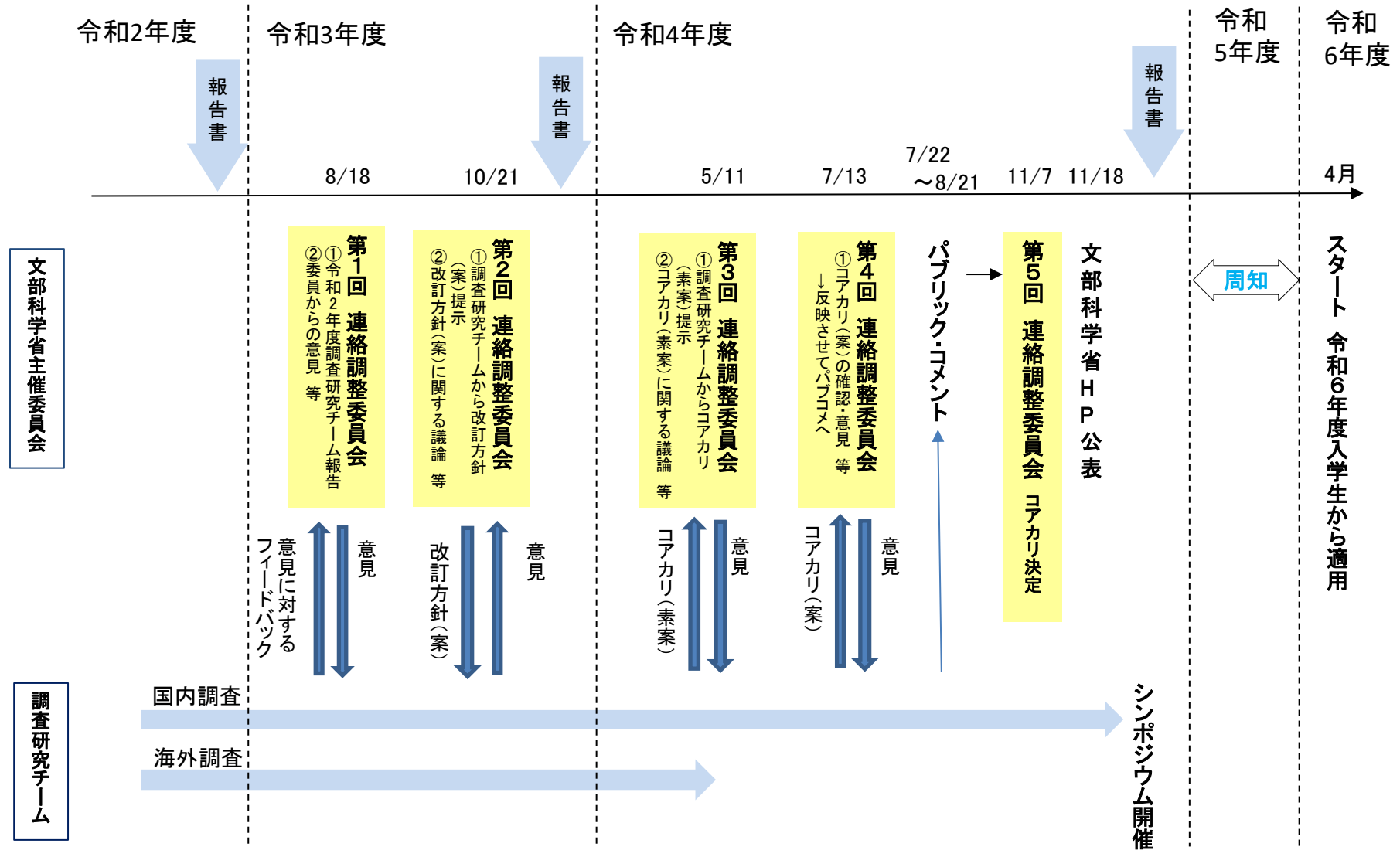
医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）スケジュール



※令和4年度改訂版モデル・コア・カリキュラムは、令和6～11年度入学生に適用（予定）



医学／歯学教育モデル・コア・カリキュラム 改訂に向けたスケジュール



医学／歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する 連絡調整委員会 委員名簿

| | | |
|------|----|-------------------------------|
| 伊藤 | 史恵 | 文部科学省高等教育局医学教育課長 |
| 江藤 | 一洋 | 歯学教育改善・充実に係る調査研究協力者会議座長 |
| 小川 | 彰 | 一般社団法人日本私立医科大学協会会長 |
| 釜范 | 敏 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 北川 | 昌伸 | 前 国立大学医学部長会議常置委員会委員長 |
| 北村 | 聖 | 東京大学名誉教授 |
| 栗原 | 敏 | 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構理事長 |
| 齊藤 | 延人 | 一般社団法人全国医学部長病院長会議医学教育委員会委員長 |
| 嶋田 | 昌彦 | 東京医科歯科大学特任教授 |
| ○ 永井 | 良三 | 自治医科大学学長 |
| 奈良 | 信雄 | 一般社団法人日本医学教育評価機構常勤理事 |
| 福井 | 次矢 | 東京医科大学茨城医療センター病院長 |
| 前田 | 健康 | 新潟大学歯学部長 |
| 俣木 | 志朗 | 日本歯科大学生命歯学部客員教授 |
| 三浦 | 廣行 | 一般社団法人日本私立歯科大学協会会長 |
| 南 | 砂 | 読売新聞東京本社常務取締役調査研究担当 |
| 門田 | 守人 | 日本医学会会長 |
| 柳川 | 忠廣 | 公益社団法人日本歯科医師会副会長 |
| 山口 | 育子 | 認定NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長 |

計19名

(オブザーバー)

| | | |
|----|----|----------------------------------|
| 井上 | 圭三 | 薬学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会座長 |
| 小椋 | 正之 | 厚生労働省医政局歯科保健課長 |
| 山本 | 英紀 | 厚生労働省医政局医事課長 |

※ 敬称略、五十音順
令和4年7月1日現在
○：座長

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂について

医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改訂版)

- 医師として求められる基本的な9つの資質・能力
- アウトカム基盤型教育を骨組みとした記載
 - ・科目・教科・学年の順次性に沿って記載
- 診療参加型臨床実習を行う診療科実習期間
 - ・内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科
 - (原則1診療科あたり4週間以上)

(新設)
- 感染症の記載
 - ・感染症に関する記載が散在
 - ・微生物の記載が主体

(新設)



医学教育モデル・コア・カリキュラム (令和4年度改訂版)

- 医師として求められる基本的な10の資質・能力の改訂
 - ⇒2つの資質・能力を統合し、2つ資質・能力を追加
 - ＜新たに追加した資質・能力＞
 - ・総合的に患者・生活者をみる姿勢（地域医療、全人的医療等）
 - ・情報・科学技術を活かす能力（倫理観とルール、診療現場での活用）
- アウトカム基盤型教育のさらなる展開
 - ・アウトカム基盤型教育の考え方に則った記載へと改変
 - ・第1章に展開した資質・能力に紐づけて第2章の「学修目標」を記載
- 診療参加型臨床実習を行う診療科と実習期間の改訂
 - ・内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科（原則1診療科あたり連続3週間以上）
 - ・救急科（原則3週間以上）
- 学修すべき疾患数の重点化
 - ・新たに「別表」を作成し約630疾患を掲載することとし、そのうち約200疾患に「基本マーク（●）」を付与
- 感染症の記載の充実
 - ・新型コロナウイルス対応等の経験を踏まえて、医師としてより実践的な診療につながるよう5つの学修目標に記載を追加・充実している。
- 医師養成をめぐる制度改革等との整合性の担保に向け方策の検討
 - ・医学生の医業の範囲の法的位置付けの明確化など
 - ⇒医師法改正（R3.5）への対応
- 学修方略・学修評価の追加
 - ・各大学の参考となる方略・評価の解説を記載
 - ・具体的なグッドプラクティスの例示による横展開

令和4年度改訂版 医学教育モデル・コア・カリキュラム

－ 共用試験公的化と診療参加型臨床実習－

1. 大学教育における位置づけ

○診療参加型臨床実習の更なる促進

令和3年5月21日に成立した、「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などの一部を改正する法律(令和3年法律第49号)」において、医師法(昭和23年法律第 201号)の改正が行われ、大学において医学を専攻する学生であって、共用試験に合格したものは、臨床実習において医師の指導監督の下、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業を行うことができることとされた(令和5年4月1日施行)。

(略)

したがって、大学においては、臨床実習に参加する学生の適性と質を保証し、患者の安全とプライバシー保護に十分配慮した上で、診療参加型臨床実習を更に促進することが求められ、診療参加型臨床実習実施ガイドラインを含むモデル・コア・カリキュラムがその一助となることを期待する。

共用試験公的化後の診療参加型臨床実習について

- 令和3年5月医師法の改正が行われ、**大学において医学を専攻する学生であって、共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医師の指導監督の下、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業を行うことができる**ことになった(令和5年4月1日施行)。
- 共用試験省令附則第3条に従い、施行日以前の厚生労働大臣が定める共用試験に合格した者は、新共用試験に合格した者とみなされる。

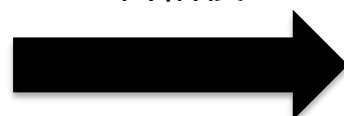
令和4年度(2022年度)までの共用試験(旧試験)に合格した者

令和5年4月1日以降



令和5年度(2023年度)以降に共用試験(公的化後)に合格した者

合格後



改正医師法の下での臨床実習

医学生の医行為が法的に位置付けられる

医学生の医行為

これまでは以下の条件を満たす場合に「違法性阻却」

- ① 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
- ② 指導医による指導・監督の下に行われること
- ③ 臨床実習に当たり事前に医学生の評価を行うこと
- ④ 患者等の同意を得ること

➤ 今後は法的な位置付けをもって実施可能
一方でこれらの条件は引き続き妥当

診療参加型臨床実習実施ガイドラン(令和4年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム)

診療参加型臨床実習の実現に向けて

診療参加型臨床実習実施ガイドラン（令和4年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムP151～）

(2) 医師養成の観点から医学生が実施する医行為の例示について（門田レポート）

医学教育における臨床実習の在り方について、平成 30 年 7 月に厚生労働省より公表された門田レポートにおける医学生に許容される医行為の範囲の例示（「医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為（必須項目）」と「医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為（推奨項目）」）を以下に示す。

- ・医学生が臨床実習で行う医業の範囲の考え方
- ・包括同意の患者説明文書の例
- ・診療参加型臨床実習のための方略と評価（CC-EPOCなど）など掲載

| 分類 | ① 必須項目 医師養成の観点から臨床実習中に <u>実施が開始されるべき医行為</u> | ② 推奨項目 医師養成の観点から臨床実習中に <u>実施が開始されることが望ましい医行為</u> |
|----|--|---|
| 診察 | 診療記録記載（診療録作成）※1 医療面接 バイタルサインチェック 診察法（全身・各臓器） 耳鏡・鼻鏡 | 患者・家族への病状の説明 |

包括同意の説明文書（例）

診療参加型臨床実習を行うにあたってのお願い（例示）


□ 診療参加型臨床実習とその必要性

診療参加型臨床実習とは、共用試験に合格した臨床実習医学生（以下「いわゆる Student Doctor」という。：医学部 4～6 年生。）が患者さんの診療にあたる診療チームの一員として、患者さんのこれまでの経過を伺い、基本的な身体診察を行った後に、原因となる病気を考え、更にはそれを確認するための検査を選び、最終的に治療方針を決めるという、医療の実践を学んでいくものです。この実習を通して、医師としての態度、技能を学んでいきます。また、この実習で得られたことが、国家試験後の医師臨床研修へと受け継がれ、質の高い医療が提供されることに繋がります。以上のことから、診療参加型臨床実習は我が国での「良き臨床医」を養成するために必要不可欠となっていますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

□ いわゆる Student Doctor としての能力と資格

医学生が診療参加型臨床実習を行うに足る能力（知識、技能、態度）が有るか無いかということは、実習が

当院では
将来の医療を担う医学生
が臨床実習を行っています



よい医師になるためには、講義だけでなく、診療チームの一員として実際の患者さんを診療し学ぶこと（臨床実習）が必要です。臨床実習を開始する前に修得すべき知識と技能を評価する「共用試験※」を受け、これに合格した医学生が、医師の指導監督の下、臨床実習を行っています。医学生が医師となるために必要な知識と技能を修得できるよう、ご理解とご協力をお願いします。

※共用試験：国が医師法等に基づき指定した公益社団法人 医療系大学共同試験実施評価機構が実施する学科と実技の試験

お気づきの点がございましたら、患者相談窓口等にご相談ください。

院長

作成：文部科学省 厚生労働省

後援：全国医学部長医員会、国立大学医学部協会、日本私立医科大学協会、日本医学会、日本歯学会、医療系大学共同試験実施評価機構、日本医学教育評価機構、日本医学教育学会

医師法改正を受けて臨床実習に関し患者協力を呼びかけるポスターを
文科省、厚労省と関連団体とで作成

令和4年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける 診療参加型臨床実習の記載について

必ず経験すべき診療科

| | | | | | | |
|----|----|-----|------|-----|-------|-----|
| 内科 | 外科 | 小児科 | 産婦人科 | 精神科 | 総合診療科 | 救急科 |
|----|----|-----|------|-----|-------|-----|

診療参加型臨床実習実施ガイドラインにおける「重要な診療科」（原則 1 診療科当たり 4 週間以上）

| | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|------------|--------|------|
| 皮膚科 | 整形外科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 泌尿器科 | 脳神経外科 | 放射線科 |
| 麻酔科 | 病理診断科 | 臨床検査科 | 形成外科 | リハビリテーション科 | 歯科口腔外科 | |

大学の状況に合わせて実施

学外施設における実習も可能



| | | | | | | |
|----|----|-----|------|-----|-------|-----|
| 内科 | 外科 | 小児科 | 産婦人科 | 精神科 | 総合診療科 | 救急科 |
|----|----|-----|------|-----|-------|-----|

原則 1 診療科当たり連続 3 週間以上※

原則 3 週間以上
(またはそれに相当する期間)

| | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|------------|-------|--------|
| 皮膚科 | 整形外科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 泌尿器科 | 脳神経外科 | 放射線科 |
| 麻酔科 | 病理診断科 | 臨床検査科 | 形成外科 | リハビリテーション科 | | 歯科口腔外科 |

大学の状況に合わせて実施
学外施設における実習も可能

基本診療科

※学修目標に以下が掲げられている

- 必要な診察ができる
- 主訴からの診断推論を組み立てられる
- 疾患の病態や疫学を理解している
- 基本的な治療計画を立案できる
- どのようにコンサルテーションすればよいかを理解している

※ 全人的な診療能力・態度を涵養する目的で、4 週間以上連続して配属する診療科を 1 診療科以上確保することが重要

※ 各大学におかれては、必要な学修内容が十分担保できるよう、十分な実習時間の確保に配慮いただきたい

※ 診療科の各専門科は各大学が設定する

例) 消化器内科 4 週間、脳神経内科 4 週間 等

モデル・コア・カリキュラム改訂に伴い適用学年（令和6年度入学生） より前に各大学で対応いただきたい事項について

- 令和4年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムは、令和6年度入学生から適用される。
- 令和5年4月1日施行の改正医師法に関する以下4つについては、適用学年より前に各大学で対応いただきたい事項である。

＜①患者相談対応窓口（新規）＞ （コアカリ P160）

医学生診療参加型臨床実習を推進するにあたって、既存の患者相談窓口等を活用することも含め、患者からの臨床実習に関する相談にも対応できる窓口を設置するとともに、それを周知するよう努めていく必要がある。

＜②守秘義務（新規）＞ （コアカリ P173）

令和5年4月1日施行の改正医師法では、医師法第17条の3において、共用試験に合格し臨床実習に参加する学生は守秘義務が課せられていることを周知する必要がある。個人情報保護に関しては、個人情報保護法等の法令に基づき、各病院（医療安全管理部門や診療情報管理部門等）で定めたポリシーを病院職員と同様に学生にも遵守させる必要がある。

＜患者同意（改訂）＞

③包括同意 （コアカリ P175）

大学及び学外実習協力医療機関において医学生が当該患者の診療活動に参加することについて、各大学の実習統括部門が定めた臨床実習で医学生が行う医行為の範囲を示した上で、入院患者等から「包括同意」を文書で得ることを検討すべきである。なお、口頭で同意を得る場合は、診療録に記載することが望ましい。

④個別同意 （コアカリ P177）

各大学の実習統括部門が定めた医学生が臨床実習で行う医行為の範囲にないものや、範囲にあるが、侵襲性の高いものや羞恥的と判断される医行為については、包括同意に加えて、個別に説明し同意を得ることが望ましい。

共用試験の概要



シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて

医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

(1) 共用試験CBTの公的化

- ・全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法や評価手法が確立**している。
- ・医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立**している。
- ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・臨床実習開始前の**共用試験を公的化することで**、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

(1) 医学教育への影響

- ・臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響

- ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資する**ことが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・**同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・主体性を持って**地域医療を体感することで、将来のキャリアに良い影響**が与えられる。
- ・各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献することが可能**となる。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・**いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であること**。
- ・**大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれていること**。
- ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・**教員等が十分に学生教育に時間を充てることができ、また評価される必要がある**。
- ・臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険

- ・医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。

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の概要（令和3年5月28日公布）

改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

改正後の医師法の条文

第十一条 医師国家試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

一 大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）

二・三 （略）

2 厚生労働大臣は、前項第一号の厚生労働省令の制定又は改正の立案をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならない。

第十七条の二 大学において医学を専攻する学生であつて、共用試験に合格したものは、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業（政令で定めるものを除く。次条において同じ。）をすることができる。

公的化後の共用試験に関する意見

（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）の概要

- 共用試験はCBTとOSCEで構成される、臨床実習を開始する前の医学生能力を測る試験であり、公益社団法人共用試験実施評価機構が実施。医学部を置く全大学が活用
- 医師分科会は、令和2年5月、卒前・卒後のシームレスな医師養成に向け、共用試験の公的化と医学生の医行為を法的に位置づけることを提言
- 令和3年5月に医師法が改正され、厚生労働省令で定める共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医業をすることができることとするとともに（令和5年4月施行）、共用試験の合格を医師国家試験の受験資格要件化（令和7年4月施行）
- 本意見は、公的化後の共用試験の在るべき姿について、現在の試験内容や大学の実施体制等を踏まえつつ、試験の公正性及び受験者間の公平性を確保するとともに、診療参加型臨床実習の充実を図る観点から検討したもの

（1）合格基準の設定の在り方

- ・全大学の受験者に共通して適用される統一合格基準を設定。試験実施主体が行う合否判定に対する異議申立て制度を整備

（2）受験機会の確保の在り方

- ・全大学において、本試験を受験できなかった者及び本試験で不合格となった者を対象とした試験を1回実施
- ・受験上の配慮を希望する受験者に対し、障害や疾病等の状態に応じて配慮

（3）OSCEの在り方

①課題の数及び種類

- ・各大学における課題の数及び種類を統一。令和5年度からは8課題を実施。令和7年度までに10課題を実施することを検討

②評価の体制

- ・評価者養成の取組の充実、認定を受けた者を評価者としてすること等により、評価者の能力を向上させるとともに評価の質を保証。令和7年度までに各試験室に外部評価者を配置することを検討

③模擬患者

- ・（医療面接）模擬患者養成の取組の充実、認定を受けた者を模擬患者としてすること等により、模擬患者の能力を向上させるとともに医療面接の質を保証
- ・（身体診察）令和7年度までに、医学生が模擬患者を担当することの是非を検討
- ・令和7年度までに、各大学の実習等で医学教育に携わる者が、模擬患者を担当することの是非を検討

（4）不正行為への対応の在り方

- ・不正行為が疑われる事案については、事実確認の上、不正行為の性質に応じて適切に対応。受験者に異議申立ての機会を付与するなど、事実確認は慎重に実施

- 国及び試験実施主体は、共用試験実施に伴う大学の負担軽減に努めることが必要
- 国においては、患者・国民や医学生の指導監督を行う者に対する、医師法改正の趣旨の周知が必要
- 令和5年度以降も、実施状況や関係者の意見等を踏まえ、共用試験の不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要

令和5年度からの共用試験の公的化について

- 「公的化後の共用試験に関する意見」を踏まえ、令和4年11月1日に、厚生労働省令及び告示を公布。
厚生労働省令では、
 - ①共用試験は、厚生労働大臣が指定する機関（共用試験実施機関）が実施するものとし、指定は申請により行うこと
 - ②具体的な指定の要件は告示で定めること等を規定。
- 本省令に基づき、令和5年2月2日に、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構を共用試験実施機関として指定した。
- 令和5年度から、公的化された共用試験が各大学において実施されている。

令和7年度以降の共用試験に関する意見 (令和6年10月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会)の概要

○「公的化後の共用試験に関する意見」（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）において「共用試験については、公的化される令和5年度以降も、その実施状況や客観的な根拠、大学その他の関係者の意見等を踏まえた不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要」とされていることから、本部会において、令和5年度共用試験の実施状況を踏まえて検討を行い、令和7年度以降の共用試験に関する意見を述べたもの

<OSCE の在り方>

①課題の数及び種類

- ・大学の環境が整うまで8課題（「医療面接」「頭頸部」「腹部」「神経」「胸部」「全身状態とバイタルサイン」「基本的臨床手技」及び「救急」）を実施する。但し、各大学の状況に応じて更にOSCEを実施したいという場合は、9課題又は10課題の実施も可とする。

②評価の体制

○各大学での持続可能な実施を担保する観点も考慮し、以下を原則とする。

- ・1試験室ごとに認定評価者である内部評価者1名での担当を可とする。
- ・外部評価者については、課題ごとに1名を配置する。外部評価者が担当する試験室は、内部評価者（認定評価者）も配置する。

③模擬患者

（ア）医療面接模擬患者について

- ・未認定の者であっても一定の条件を満たす場合は担当することを可能とするなど、柔軟な運用とする。

（イ）身体診察模擬患者における医学生の活用について

- ・公正性確保のための運用面の工夫を行うことを条件に医学生も可とする。その場合、より公正性を確保する観点から低学年（1・2年生）が実施することを推奨する。

（ウ）模擬患者の確保、有効活用について

- ・試験の公正性にも配慮しつつ、教育用医療面接模擬患者が実習等に携わった大学でOSCEの医療面接模擬患者を担当すること自体については、特段条件を付さず許容する。

④評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担軽減について

- ・評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担の軽減に引き続き取り組む。

共用試験CBTの現状について

医学生CBT出題数

320 設問

医学教育モデル・コア・カリキュラム大項目ごとの出題割合

| コア・カリキュラム大項目（平成28年度改訂版） | 出題割合 |
|--------------------------|--------|
| A 医師として求められる基本的な資質・能力 | 約 10 % |
| B 社会と医学・医療 | |
| C 医学一般 | 約 15 % |
| D 人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療 | 約 35 % |
| E 全身に及ぶ生理的变化，病態，診断，治療 | 約 20 % |
| F 診療の基本 | 約 20 % |

医学生CBT実施月・実施大学数・受験者数・平均点等（令和6年度）

| 実施年月 | 実施大学数 | 受験者数 (人) | 平均点 | 標準偏差 | テスト得点 (100点換算) |
|---------|-------|-------------|-----|------|-------------------|
| 令和6年 8月 | 22 | 2,623 | 510 | 83 | 75.5 |
| 9月 | 20 | 2,269 | 507 | 86 | 75.0 |
| 10月 | 16 | 1,875 | 507 | 86 | 75.1 |
| 11月 | 17 | 1,888 | 526 | 87 | 77.2 |
| 12月 | 2 | 266 | 528 | 83 | 77.5 |
| 令和7年 1月 | 3 | 344 | 501 | 85 | 74.4 |
| 2月 | 2 | 224 | 551 | 87 | 79.7 |
| 合計 | 82 | 9,489 | — | — | — |

出典：
公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
「共用試験ガイドブック 第23版（令和7年）」
「2024年度医学生共用試験CBT結果表」

臨床実習前OSCEの現状について①

臨床実習前OSCE課題数

- 必須の課題：8 課題 ①医療面接、②全身状態とバイタルサイン、③頭頸部、④胸部、⑤腹部、⑥神経、⑦基本的臨床手技、⑧救急
- 任意の課題：2 課題 ⑨四肢と脊柱、⑩感染対策

臨床実習前OSCE実施月・実施大学数・受験者数・課題数別実施大学数（令和6年度）

| 実施年月 | 実施大学数 | 受験者数（人） | 課題数 | 実施大学数 |
|---------|-------|---------|---------|-------|
| 令和6年 8月 | 12 | 1,386 | 8 課題実施 | 69 |
| 9月 | 22 | 2,609 | 9 課題実施 | 2 |
| 10月 | 14 | 1,569 | 10 課題実施 | 11 |
| 11月 | 21 | 2,394 | 合計 | 82 |
| 12月 | 7 | 784 | | |
| 令和7年 1月 | 1 | 115 | | |
| 2月 | 5 | 593 | | |
| 合計 | 82 | 9,450 | | |

臨床実習前OSCE到達度評価（令和6年度）

| | 不到達者数（人） | 不到達者率 |
|------------------------|----------|-------|
| 患者への配慮（身体診察＋基本的臨床手技）※1 | 8 | 0.08% |
| 医療面接 | 186 | 1.97% |
| 診察技術（身体診察）※2 | 40 | 0.42% |
| 診療技術（基本的臨床手技）※3 | 578 | 6.12% |
| 救急 | 175 | 1.85% |
| 合計 | 869 | 9.20% |

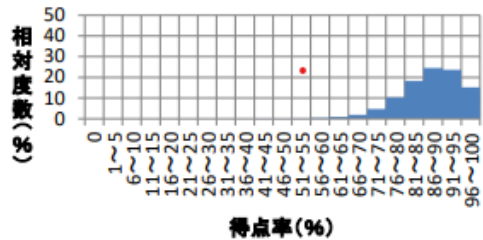
- ※1）身体診察5課題（頭頸部、胸部、腹部、神経、全身状態とバイタルサイン）と基本的臨床手技の患者さんへの配慮の項目を加えて平均したもの。
- ※2）身体診察5課題の診察技術の項目の平均。
- ※3）基本的臨床手技の診察技術の項目

出典：
公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
「共用試験ガイドブック 第23版（令和7年）」
「2024年度医学生共用試験臨床実習前OSCE結果表」

臨床実習前OSCEの現状について②

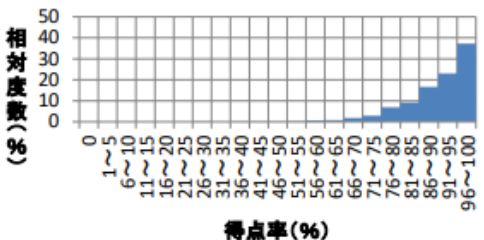
課題別得点率の分布（1）

医療面接



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 45.0 | 0.0 |
| 平均点 | 87.2 | 86.0 |
| 標準偏差 | 7.93 | 8.01 |
| 中央値 | 88.3 | 87.1 |

全身・バイタル



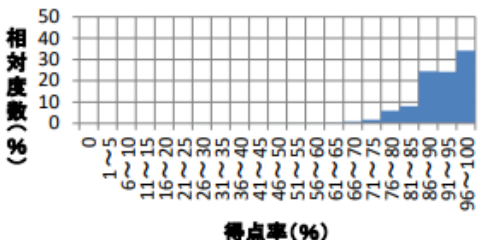
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 29.0 | 25.8 |
| 平均点 | 90.1 | 90.0 |
| 標準偏差 | 9.13 | 9.10 |
| 中央値 | 92.6 | 92.0 |

頭頸部



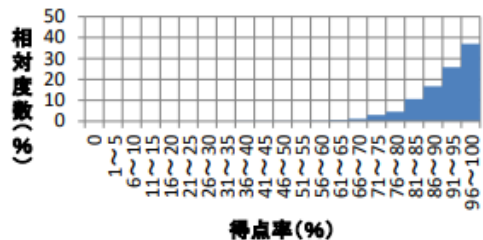
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 36.2 | 31.5 |
| 平均点 | 92.2 | 92.1 |
| 標準偏差 | 7.11 | 7.12 |
| 中央値 | 94.4 | 94.4 |

腹部



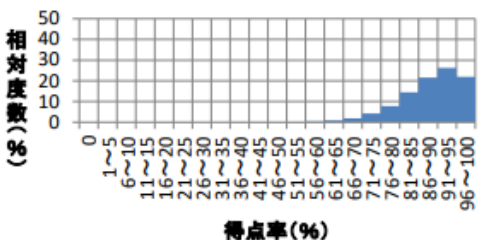
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 28.0 | 41.7 |
| 平均点 | 91.0 | 91.0 |
| 標準偏差 | 7.10 | 7.04 |
| 中央値 | 92.0 | 92.0 |

胸部



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 39.3 | 41.9 |
| 平均点 | 91.0 | 92.3 |
| 標準偏差 | 8.00 | 7.14 |
| 中央値 | 92.9 | 94.2 |

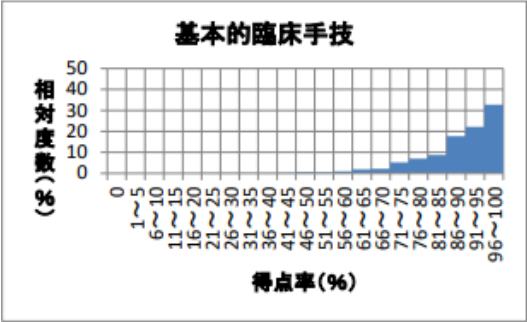
神経



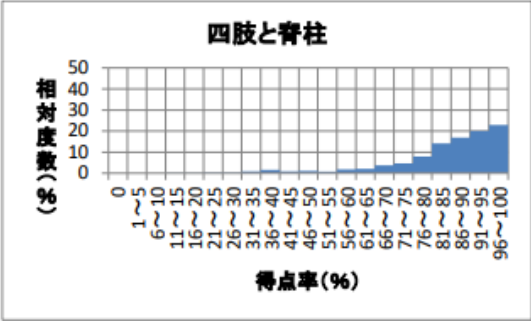
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 17.7 | 28.3 |
| 平均点 | 88.1 | 86.7 |
| 標準偏差 | 8.38 | 9.04 |
| 中央値 | 89.7 | 88.3 |

臨床実習前OSCEの現状について③

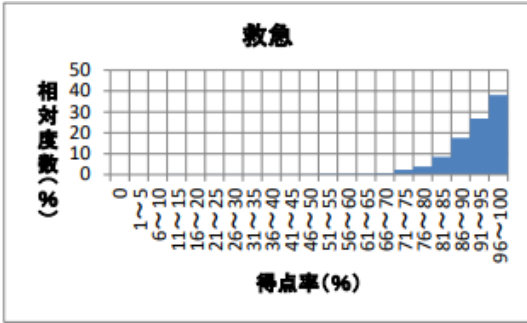
課題別得点率の分布（2）



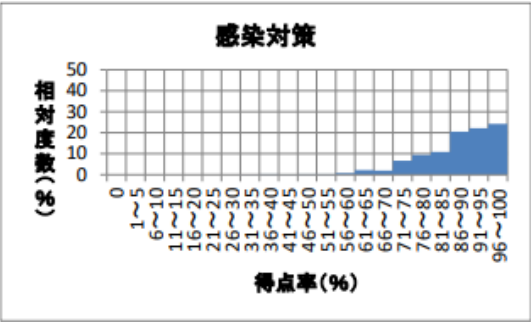
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 22.9 | 14.6 |
| 平均点 | 88.5 | 87.3 |
| 標準偏差 | 10.91 | 11.28 |
| 中央値 | 91.4 | 90.0 |



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 1,352 | 1,033 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 13.2 | 26.1 |
| 平均点 | 84.3 | 84.2 |
| 標準偏差 | 14.86 | 12.20 |
| 中央値 | 89.1 | 87.0 |



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,450 | 9,331 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 11.5 | 11.5 |
| 平均点 | 90.8 | 91.1 |
| 標準偏差 | 8.59 | 7.90 |
| 中央値 | 92.6 | 92.6 |



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 1,349 | 1,042 |
| 最高点 | 100.0 | 100.0 |
| 最低点 | 34.2 | 13.9 |
| 平均点 | 87.5 | 83.4 |
| 標準偏差 | 10.68 | 13.38 |
| 中央値 | 89.5 | 86.1 |

臨床実習後OSCEの現状について①

臨床実習後OSCE課題数

- 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が提供する課題：3 課題（3 症候）
- 実施大学が独自に作成した課題（大学独自課題）

臨床実習後OSCE実施月・実施大学数・受験者数・課題数別実施大学数（令和6年度）

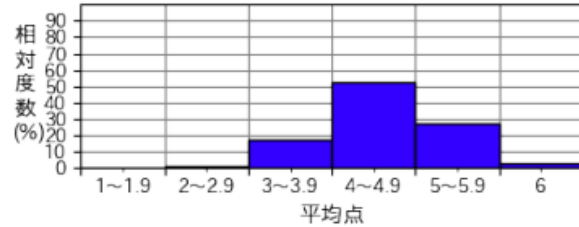
| 実施年月 | 実施大学数 | 受験者数（人） |
|---------|-------|---------|
| 令和6年 7月 | 33 | — |
| 8月 | 11 | — |
| 9月 | 14 | — |
| 10月 | 16 | — |
| 11月 | 7 | — |
| 合計 | 81 | 9,414 |

出典：
公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
「共用試験ガイドブック 第23版（令和7年）」
「2024年度医学生共用試験臨床実習後OSCE結果表」

臨床実習後OSCEの現状について②

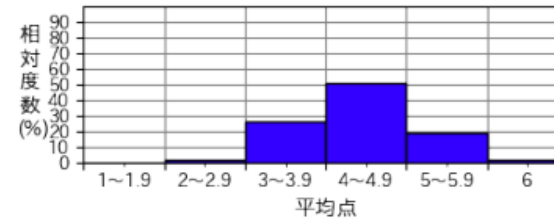
観点別得点率の分布

A. 患者への配慮、コミュニケーション



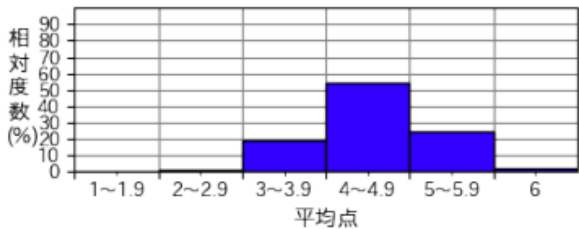
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,437 | 9,462 |
| 最高点 | 6.00 | 6.00 |
| 最低点 | 1.00 | 1.00 |
| 平均点 | 4.35 | 4.51 |
| 標準偏差 | 0.72 | 0.66 |
| 中央値 | 4.50 | 4.50 |

D. 症例プレゼンテーション



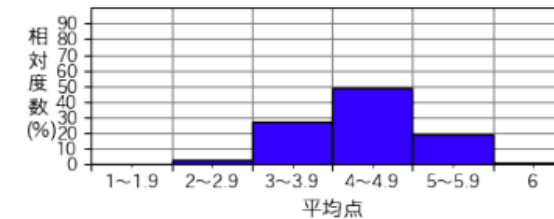
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,437 | 9,462 |
| 最高点 | 6.00 | 6.00 |
| 最低点 | 1.00 | 1.00 |
| 平均点 | 4.15 | 4.34 |
| 標準偏差 | 0.74 | 0.65 |
| 中央値 | 4.00 | 4.50 |

B. 医療面接による情報収集



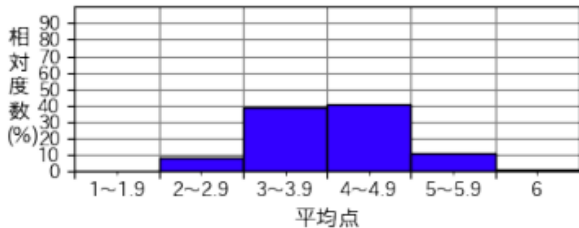
| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,437 | 9,462 |
| 最高点 | 6.00 | 6.00 |
| 最低点 | 1.00 | 1.00 |
| 平均点 | 4.30 | 4.41 |
| 標準偏差 | 0.70 | 0.66 |
| 中央値 | 4.50 | 4.50 |

E. 臨床推論



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,437 | 9,462 |
| 最高点 | 6.00 | 6.00 |
| 最低点 | 1.00 | 1.00 |
| 平均点 | 4.11 | 4.23 |
| 標準偏差 | 0.77 | 0.72 |
| 中央値 | 4.00 | 4.00 |

C. 診断仮説に基づいた身体診察



| | 2024年 | 2023年 |
|------|-------|-------|
| 対象数 | 9,437 | 9,462 |
| 最高点 | 6.00 | 6.00 |
| 最低点 | 1.00 | 1.00 |
| 平均点 | 3.80 | 3.83 |
| 標準偏差 | 0.80 | 0.76 |
| 中央値 | 4.00 | 4.00 |

出典：
公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
「2024年度医学生共用試験臨床実習後OSCE結果表」

3. 医師国家試験

ひと、くらし、みらいのために

(試験の内容)

第9条 医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。

(試験の実施)

第10条 医師国家試験及び医師国家試験予備試験は、毎年少なくとも1回、厚生労働大臣が、これを行う。

2 厚生労働大臣は、医師国家試験又は医師国家試験予備試験の科目又は実施若しくは合格者の決定の方法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。

医師国家試験の一年

(例) 一般的な医師国家試験の流れ

- 3月頃、医道審議会医師分科会で医師国家試験の方針決定



- 7月頃、試験日、試験地、試験委員などの公表



- 翌年2月頃、医師国家試験実施



- 3月頃、医道審議会医師分科会で合格基準の決定



- 3月頃、合格発表

【参考】

第120回医師国家試験

令和8年2月7、8日実施

令和8年3月16日合格発表

※上記は医師国家試験の流れの一例を示しているに過ぎず、毎年必ずしもこのとおりに進行するわけではない。

医師国家試験の出題内容

内容と形式

【出題内容】

- 試験問題は、臨床上必要な医学又は公衆衛生に関し、医師として具有すべき知識、技能について広く一般的実力を試し得るものとされている。
- 具体的な出題範囲は、「医師国家試験出題基準（ガイドライン）」に準拠している（令和6年実施分からは令和6年版ガイドラインに準拠）。
- 生命や臓器機能の廃絶に関わるような解答をする受験者の合格を避ける目的で、禁忌肢が設定されている。

【出題形式】

- 多肢選択式・マークシート方式であり、出題総数は400題である。
- 試験問題の内訳は次表の通り。なお、ブループリント(医師国家試験設計表)において、各項目・評価領域毎の出題割合が示されている。

| | 一般問題 | 臨床実地問題 |
|-----------|------|--------|
| 必修問題：100題 | 50題 | 50題 |
| 医学総論：150題 | 100題 | 200題 |
| 医学各論：150題 | | |

医師国家試験の合格基準

医師国家試験の合否

(1) 基本的な考え方

- 必修問題、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに合否を決定する。
- 必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低の合格レベルを80%とし、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計得点の合格基準は平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いる。

(2) 合否判定の方法

- 試験の実施結果を踏まえ、医道審議会医師分科会医師国家試験K・V部会において問題の妥当性を検討している。
- 同分科会の意見を踏まえて厚生労働大臣が合格者を決定している。

(参考) 第119回医師国家試験の合格基準

- ① 必修問題は、一般問題を1問1点、臨床実地問題を1問3点とし、総得点が、**160**点以上/**200**点
- ② 必修問題を除いた一般問題及び臨床実地問題については、各々1問1点とし、総得点が、**221**点以上/**300**点
- ③ 禁忌肢問題選択数は、**3**問以下

医師国家試験の歴史

| | |
|----------|---|
| 昭和21年 | 第1回医師国家試験（年2回実施、筆記3日間、論述式） （国民医療法施行令の一部改正により開始） |
| 昭和28年 | 筆記が1日になり、口頭試問を導入（第14回） |
| 昭和47年 | 問題が論述式から客観式へ変更（第53回） |
| 昭和50年 | 筆記1.5日になり、口頭試問を廃止（第59回） 出題数が190題から260題へ 出題基準作成のための医師国家試験専門委員会が初めて設置（10月） |
| 昭和51～53年 | 医師国家試験出題基準が初めて策定（昭和53年版） |
| 昭和60年 | 秋試験を廃止し、年1回の実施となり、試験日数も2日間へ（第79回） 出題数が260題から320題へ |
| 平成9年 | 必修問題、禁忌肢の導入（第91回） |
| 平成13年 | 試験日数が3日間へ（第95回） 出題数が320題から500題（必修問題は30問から100問）へ 合格基準について、必修問題を除いた一般問題及び臨床実地問題に対して相対基準を設定へ 試験問題の回収を開始 |
| 平成18年 | 試験問題の持ち帰り可能、及び正答肢の公表へ |
| 平成30年 | 試験日数が2日間へ（第112回） 出題数が500題から400題へ 必修問題を除いた一般問題及び臨床実地問題については各々1点とし、一般問題と臨床実地問題の得点の合計について合格基準を設定へ |

近年の医師国家試験の変遷

| 回 | | 第87～90回 | 第91～94回 | 第95～111回 | 第112回～ |
|----------------|----|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 年 | | 平成5～8年 | 平成9～12年 | 平成13～29年 | 平成30年～ |
| 一般問題 | 内容 | 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 |
| | 数 | 200問 | | 250問 | 150問 |
| 臨床 実地 問題 | 内容 | 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 | 必修 医学総論 医学各論 |
| | 数 | 120問 | | 250問 | 250問 |
| 設問数 | | 計320問 | | 計500問 | 計400問 |
| 試験日数 | | 2日間 | | 3日間 | 2日間 |

平成13年～問題の公募

平成13年～問題回収

平成18年～問題の持ち帰り可

平成18年～正答肢の公表

出題基準：昭和53年～

医師国家試験設計表（フルプリント）：平成13年～

令和6年版医師国家試験出題基準（概要）

(1)定義

医師国家試験出題基準(ガイドライン)は、医師国家試験の「妥当な範囲」と「適切なレベル」とを項目によって整理したもので、試験委員が出題に際して準拠する基準である。

(2)基本的考え方

- ①全体を通じて、臨床実習での学習成果を中心とした臨床研修開始前の到達度を確認することに主眼を置く。
- ②「必修の基本的事項」では、医師としての基本的姿勢を含めた基本的診療能力を主題として出題する。
- ③「医学総論」、「医学各論」では、原則、我が国のどの医療機関であっても対応できるような内容に限定する。

【必修の基本的事項】

| | (ブループリント) |
|-------------------|-----------|
| 1 医師のプロフェッショナルリズム | 約4% |
| 2 社会と医療 | 約6% |
| 3 診療情報と諸証明書 | 約2% |
| 4 医療の質と安全の確保 | 約4% |
| 5 人体の構造と機能 | 約3% |
| 6 医療面接 | 約6% |
| 7 主要症候 | 約15% |
| 8 一般的な身体診察 | 約13% |
| 9 検査の基本 | 約5% |
| 10 臨床判断の基本 | 約4% |
| 11 救急初期診療 | 約9% |
| 12 主要疾患・症候群 | 約10% |
| 13 治療の基本 | 約4% |
| 14 基本的手技 | 約4% |
| 15 死、緩和ケア、終末期ケア | 約2% |
| 16 チーム医療 | 約2% |
| 17 生活習慣とリスク | 約5% |
| 18 一般教養的事項 | 約2% |

【医学総論】

| | (ブループリント注) |
|-------------------|------------|
| I 保健医療論 | 約13% |
| II 予防と健康管理・増進 | 約17% |
| III 人体の正常構造と機能 | 約9% |
| IV 生殖、発生、成長、発達、加齢 | 約9% |
| V 病因、病態生理 | 約12% |
| VI 症候 | 約12% |
| VII 診察 | 約7% |
| VIII 検査 | 約9% |
| IX 治療 | 約13% |

注：「医学総論」では大項目までブループリント（医師国家試験設計表）を設定

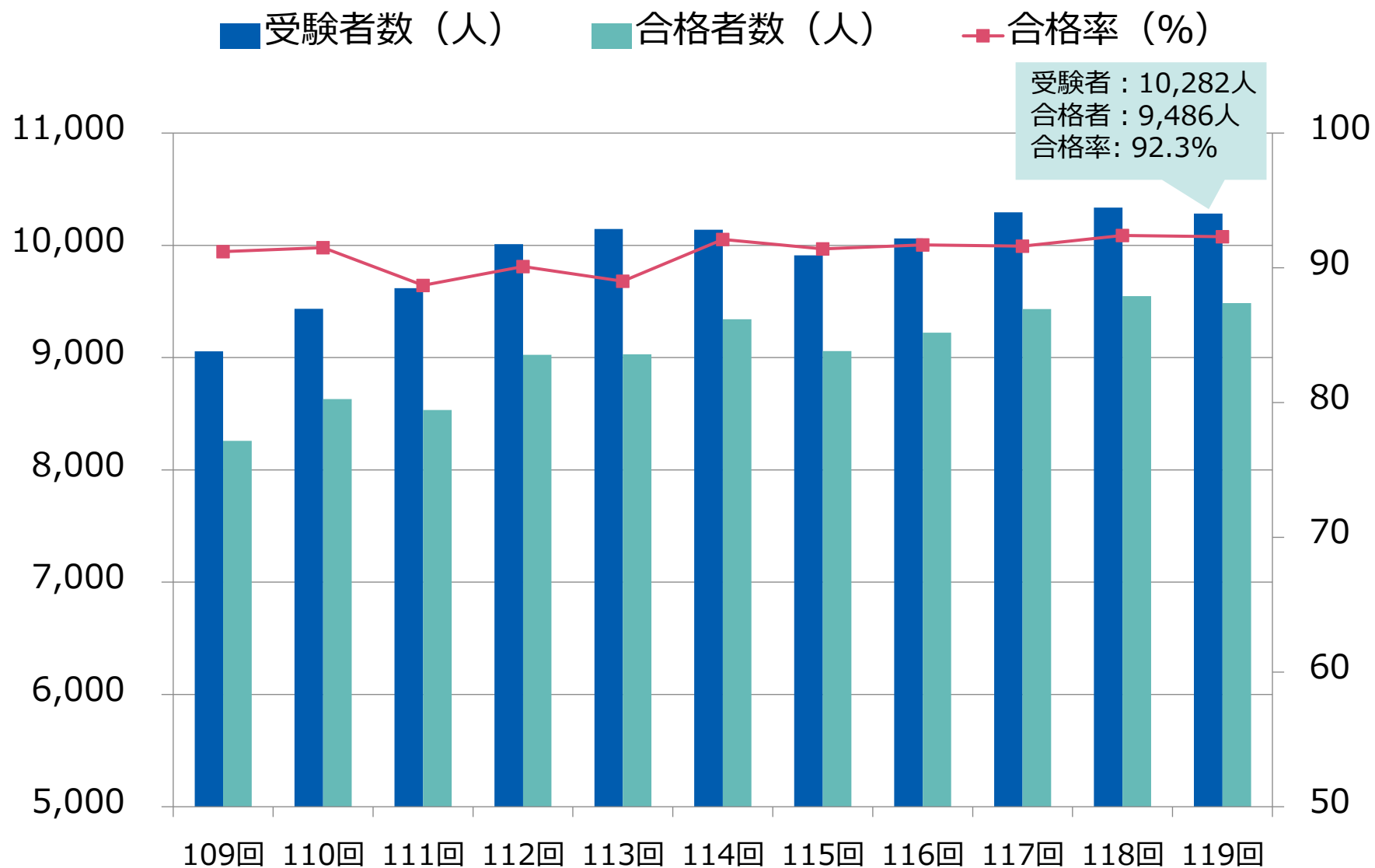
【医学各論注】

| | (ブループリント) |
|-------------------------|-----------|
| I 先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常 | 約5% |
| II 精神・心身医学的疾患 | 約5% |
| III 皮膚・頭頸部疾患 | 約11% |
| IV 呼吸器・胸壁・縦隔疾患 | 約7% |
| V 心臓・脈管疾患 | 約10% |
| VI 消化器・腹壁・腹膜疾患 | 約13% |
| VII 血液・造血器疾患 | 約5% |
| VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患 | 約12% |
| IX 神経・運動器疾患 | 約9% |
| X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患 | 約8% |
| X I アレルギー性疾患、膠原病、免疫病 | 約5% |
| X II 感染性疾患 | 約8% |
| X III 生活環境因子・職業性因子による疾患 | 約5% |

注：「医学各論」では、疾患について、レベル分類を付し、臨床研修の到達目標を超えるような高度な医療を必要とする病態あるいは頻度が極めて低い疾患等に対して、出題内容の範囲（難易度）を明確化

※ブループリントの数字は概数のため必ずしも合計が100%にならない。

医師国家試験の合格率等の推移



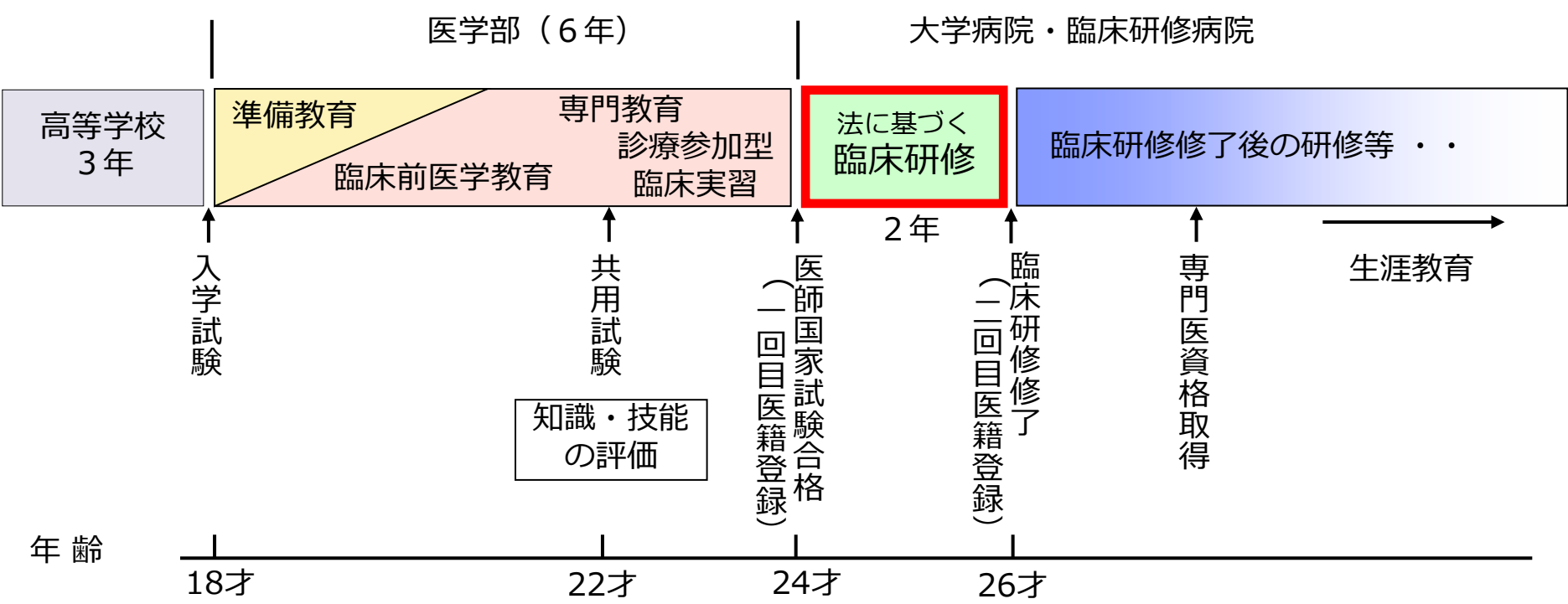
4. 卒後の取組

- ・ 臨床研修
- ・ 専門研修

医師臨床研修制度の概要

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16条の2第1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経緯

- 昭和23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習得のため、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
- ・今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価し、卒前・卒後教育の連続性の観点から制度の在り方の検討が必要

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 今後、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と同時期に検討

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習得
- ・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

「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

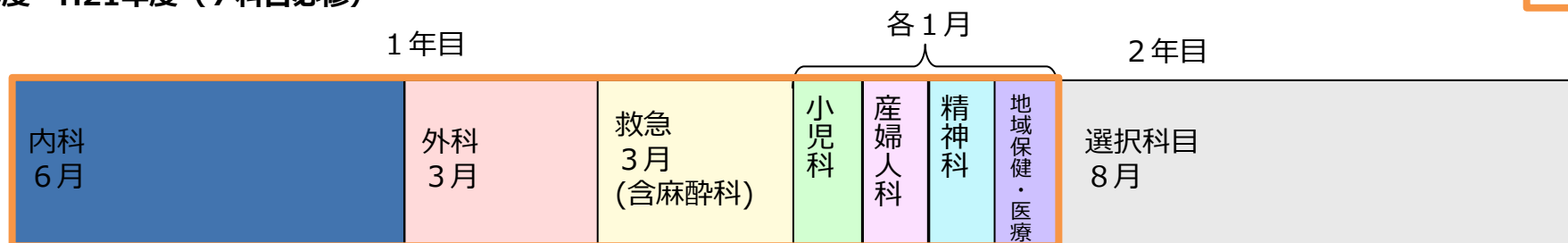
臨床研修の目標の達成度判定票

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）

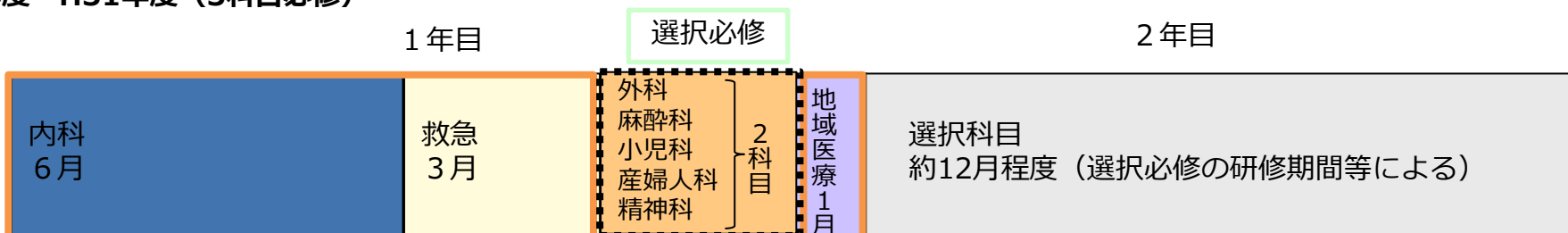
【方略】 必修の分野・診療科見直しの経緯

 必修

H16年度～H21年度（7科目必修）



H22年度～H31年度（3科目必修）



R2年度～（7科目必修）



※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

医師臨床研修制度の見直しについて（令和7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基幹型臨床研修病院の指定基準、②小児科・産科特別プログラム、③第三者評価、④地域における研修機会の充実等について見直し

①到達目標・方略・評価

- ・令和2年度から医学教育モデル・コア・カリキュラムと統合的な到達目標・方略・評価を作成した。

○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。

②基幹型臨床研修病院の指定基準（年間入院患者数3,000人以上）

- ・臨床研修省令において、基幹型臨床研修病院の指定基準として「臨床研修を行うために必要な症例があること」を規定し、省令の施行通知において「入院患者の数については、年間3,000人以上であること」としている。
- ・平成27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ている。
- ・本取扱いについて、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。

- 年間入院患者数2,700人未満の病院**については、以下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**ものとするが適当。
- ・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。

③小児科・産科特別プログラム

- ・平成22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。

- 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12週以上とすること**。
- 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。

医師臨床研修制度の見直しについて（令和7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）～

④第三者評価

- ・省令の施行通知において、基幹型臨床研修病院は「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」としている。
- ・平成30年報告書では、「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**。
- 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。
 - ・**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。
- 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ため、受審病院からの意見を踏まえ、以下の点を検討する。
 - ・訪問調査を行うサーベイヤ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**

⑤地域における研修機会の充実

- ・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」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

- 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年度以降**は、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率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において**24週程度の研修を行う研修プログラム（広域連携型プログラム）の募集定員に充てるものとする**。

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）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、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

－医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

－異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

－異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

－異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

| | 令和2年3月修了者 | 令和3年3月修了者 | 令和4年3月修了者 |
|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 第1位 | 出身大学である（37.9%） | 臨床研修のプログラムが充実（36.2%） | 臨床研修のプログラムが充実（35.7%） |
| 第2位 | 臨床研修のプログラムが充実（34.4%） | 出身大学である（35.2%） | 出身大学である（32.5%） |
| 第3位 | 「たすきがけプログラム」があったから（27.7%） | 「たすきがけプログラム」があったから（29.1%） | 「たすきがけプログラム」があったから（26.0%） |

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）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、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム（令和8年度研修から開始予定）

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、三重県、山口県、宮崎県

②医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

3. 対象人数

・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

4. 時期・期間

・プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目とする。

・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

5. 費用負担

・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※令和6年度補正予算においては、広域連携型プログラムの責任者となるプログラム責任者に係る経費等を計上。

令和8年度の広域連携型プログラムの状況①

令和7年度第2回医道審議会
医師分科会 医師臨床研修部会
令和7年8月21日

資料3

- 令和8年度臨床研修から開始する広域連携型プログラムについて、連携元病院（医師多数県）に対し、届出状況や定員数についてのアンケート調査を実施。
- 広域連携型プログラムを届け出た病院数や定員数は以下のとおり。

広域連携型プログラムの届出状況

| 都府県名 | | 大学病院 | 市中病院 | 合計 | (参考) 募集定員上限 |
|------|-----|------|------|------|----------------|
| 東京都 | 病院数 | 16 | 2 | 18 | — |
| | 定員数 | 59人 | 4人 | 63人 | 63人以上 |
| 大阪府 | 病院数 | 4 | 28 | 32 | — |
| | 定員数 | 4人 | 28人 | 32人 | 32人以上 |
| 京都府 | 病院数 | 2 | 0 | 2 | — |
| | 定員数 | 14人 | 0人 | 14人 | 13人以上 |
| 岡山県 | 病院数 | 2 | 1 | 3 | — |
| | 定員数 | 6人 | 3人 | 9人 | 9人以上 |
| 福岡県 | 病院数 | 4 | 2 | 6 | — |
| | 定員数 | 16人 | 4人 | 20人 | 20人以上 |
| 合計 | 病院数 | 28 | 33 | 61 | — |
| | 定員数 | 99人 | 39人 | 138人 | 137人以上 |

出典：広域連携型プログラムフォローアップ調査（令和7年5月実施）、研修プログラム変更・新設届出書（様式A-10）より集計
（厚生労働省医政局医事課調べ）

令和 8 年度の広域連携型プログラムの状況②

- 連携元病院（医師多数県）から提出された研修プログラム届出書に記載のある連携先病院とその所在地を集計。
- 所在地別の連携先病院数は以下のとおり。
- 複数の連携元病院が同一の病院を連携先として届け出ている場合もあるため、連携先病院数は延べ数。

広域連携型プログラムの届出における連携先病院数

| | | 連携先病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|
| | | 北海道 | 青森 | 岩手 | 宮城 | 秋田 | 山形 | 福島 | 茨城 | 群馬 | 東京※ | 新潟 | 福井 | 長野 | 岐阜 | 三重 | 京都※ | 岡山※ | 島根 | 山口 | 福岡※ | 大分 | 宮崎 | 鹿児島 | 合計 |
| 連携元病院 | 東京 | 6 | 1 | 18 | 0 | 6 | 10 | 8 | 17 | 1 | 0 | 13 | 0 | 16 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 108 |
| | 大阪 | 5 | 1 | 0 | 3 | 1 | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 8 | 5 | 13 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 10 | 66 |
| | 京都 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 12 |
| | 岡山 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | 福岡 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 14 |
| | 合計 | 14 | 3 | 19 | 3 | 7 | 17 | 12 | 18 | 2 | 0 | 15 | 1 | 24 | 9 | 17 | 3 | 1 | 2 | 12 | 2 | 3 | 10 | 16 | 210 |

※ 医師多数県であっても、県内に医師少数区域があり、当該区域に所在する病院については、連携先病院の対象となり得る。

出典：研修プログラム変更・新設届出書（様式A-10）より集計（厚生労働省医政局医事課調べ）

新たな専門医に関する仕組み

（専門医の在り方に関する検討会（高久史麿座長）報告書（平成25（2013）年4月22日）概要）

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

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

新たな仕組みの概要

（基本的な考え方）

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

（中立的な第三者機関）

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

（専門医の養成・認定・更新）

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。

（総合診療専門医）

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

（地域医療との関係）

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。

（スケジュール）

- 新たな専門医の養成は、平成29(2017)年度を目安に開始※。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。
- ※ 平成30(2018)年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

○専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）

○医療提供体制の改善

医師法における専門研修制度に係る規定

平成30年の医師法改正において、医療提供体制の確保に与える影響に配慮して医師の研修が行われるよう、適切な役割分担を担い、相互に連携を図りながら協力することが努力義務とされた。

医師法（昭和23年法律第201号）

第16条の10 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、**医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合**として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

2 （略）

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、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。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

第16条の11 厚生労働大臣は、医師が、医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 （略）

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

医師法施行規則（昭和23年厚生省令第47号）

第19条の3 法第16条の10第1項の厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

一 前条第一号に規定する団体（補足：日本専門医機構）が、医師の研修に関する計画（研修施設、研修を受ける医師の定員又は研修期間に関する事項が定められているものに限る。）を定め、又は変更する場合

二 （略）

※「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の一部の施行に伴う医師法施行規則の一部を改正する省令の施行について(通知)（平成30年10月15日医政発1015第7号）において、具体的には、一般社団法人日本専門医機構が、次に掲げるものを定め、又は変更する場合を想定としている。

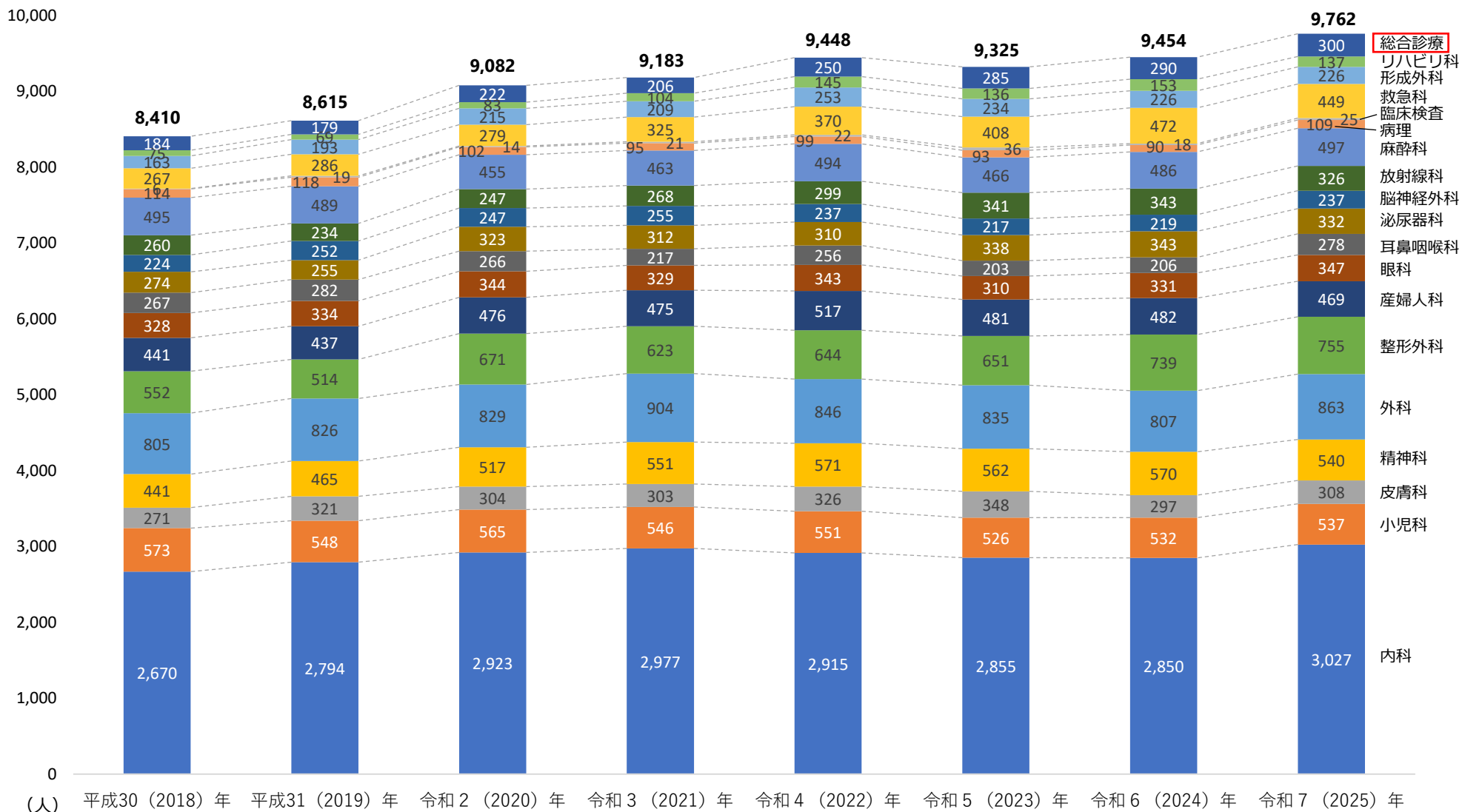
ア 専門医制度新整備指針

イ 専門医制度新整備指針運用細則

ウ、エ （略）

診療科別専攻医採用数の推移

○ 総合診療を選択する専攻医の数は、経時的に増加傾向にある。



総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。

総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

総合診療専門医の基準

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。

総合診療専門研修プログラム整備基準^(概要)

一般社団法人 日本専門医機構・理事会 (2025.1.17)

研修プログラム (3年以上)

- **総合診療専門研修 (合計18ヶ月以上)**
 - ・ 診療所・地域の中小病院で、外来診療、訪問診療及び地域包括ケアの研修 (6ヶ月以上)
 - ・ 病院総合診療部門 (総合診療科・総合内科等) で、臓器別でない病棟診療と外来診療の研修 (6ヶ月以上)
- **必須領域別研修**
 - ・ 内科6ヶ月以上 小児科3ヶ月以上 救急科3ヶ月以上
- **その他の領域の研修**
 - ・ 外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修可

- 総合的な診療能力を持つ医師の養成を地域で推進するための事業について、令和7年度採択大学を決定し、取組を進めている。

総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業

令和7年度当初予算額 4.5億円 (3.0億円)

※ () 内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム

総合診療医センター(仮称)の設置

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立
総合診療医センターはハブとして機能
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援

ブロック内医師少数地域等



補助事業内容 各過程横断項目

- ・総合診療医センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- ・総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修へ向けたキャリアに関するサポート
- ・研修後の勤務先の提供、調整

補助事業内容 医学教育

- ・総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ・ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

補助事業内容 臨床研修

- ・広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数区域を含む充実した研修)

補助事業内容 専門研修とその後

- ・診療内容の相談対応、診療時対応の際の指導医・上級医のサポート
- ・医師少数区域で診療する際のバックアップ機能

3 実施主体等

◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の規定に基づく大学

◆補助率：定額 ◆事業実績：令和7年度交付対象大学数→12大学
秋田大学、福島県立医科大学、新潟大学、金沢大学、福井大学、三重大学、島根大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、大分大学

5. 外国医学校卒業者

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医師国家試験受験資格

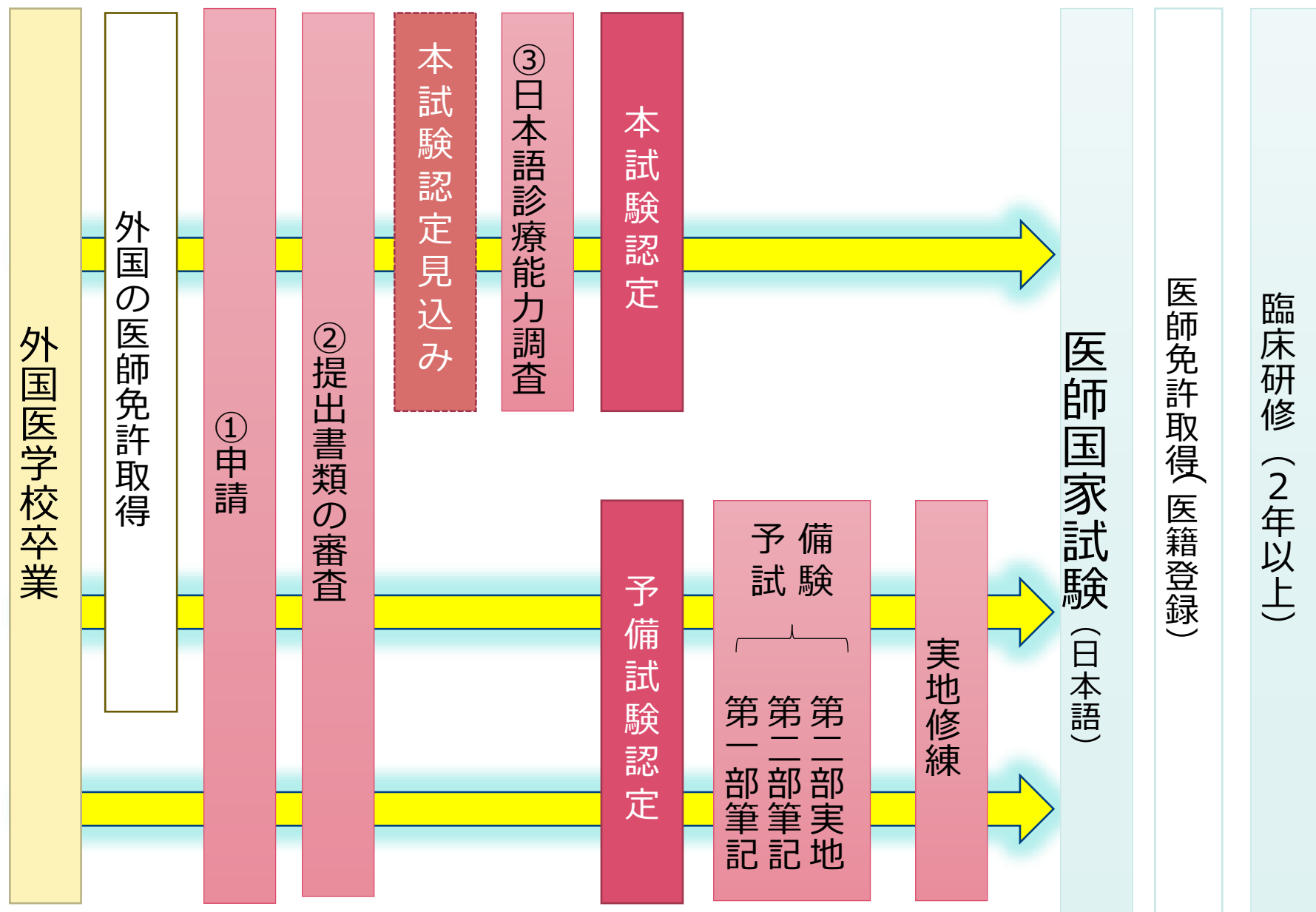
医師法

第11条 医師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない

- 一 大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）
- 二 医師国家試験予備試験に合格した者で、合格した後一年以上の診療及び公衆衛生に関する実地修練を経たもの
- 三 外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の学力及び技能を有し、且つ、適当と認定したもの

外国医学校を卒業した者における日本の医師免許取得の流れ

【医師国家試験受験資格認定】



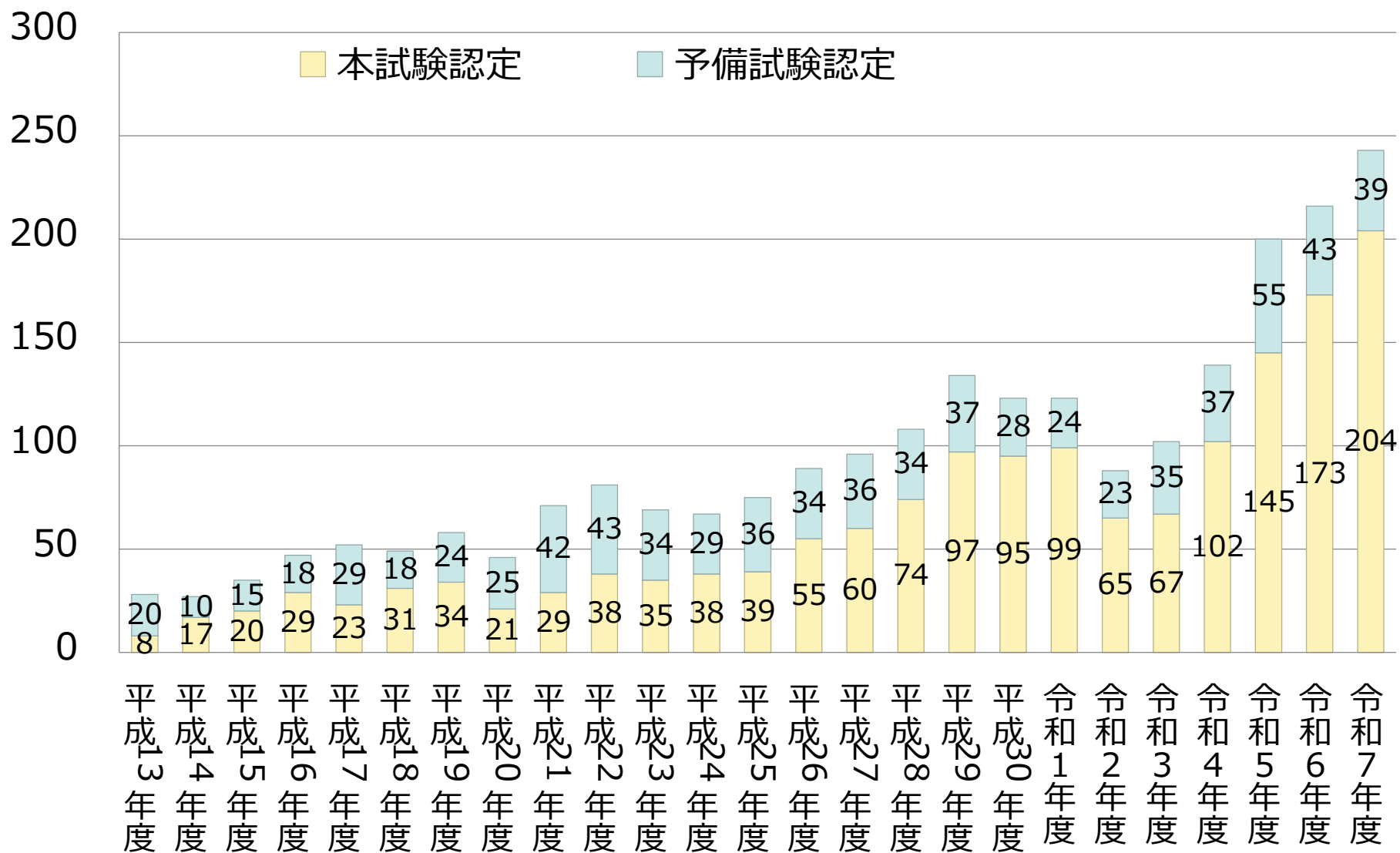
現行の医師国家試験受験資格認定基準（書類審査）

| | | 「本試験認定」 | 「予備試験認定」 |
|----------------------|--------------|--|--|
| 修業年数 | 医学校の入学資格 | 高等学校卒業以上（修業年数12年以上） | |
| | 医学校の教育年限※ | 6年以上（進学課程: 2年以上、専門課程: 4年以上）の一貫した現代西洋医学の専門教育（4,500時間以上）を受けていること ただし、5年であっても5,500時間以上の一貫した専門教育を受けている場合には基準を満たすものとする | 5年以上（専門課程: 4年以上）であり、専門科目の履修時間が3,500時間以上かつ一貫した現代西洋医学の専門教育を受けていること |
| | 医学校卒業までの修業年限 | 18年以上 （5年制の場合は、17年でも可） | 17年以上 |
| 医学校卒業からの年数 | | 10年以内 （但し、医学教育又は医業に従事している期間は除く） | |
| 教育環境 | | 大学付属病院の状況、教員数等が日本の大学とほぼ等しいと認められること | 大学付属病院の状況、教員数等が日本の大学より劣っているものではないこと |
| 当該国の政府の判断 | | WHOのWorld Directory of Medical Schoolに原則報告されていること | |
| 医学校卒業後、当該国の医師免許取得の有無 | | 取得していること | 取得していなくてもよい |
| 日本語能力 | | 日本の中学校及び高等学校を卒業していない者については、日本語能力試験N 1の認定を受けていること | |

※：大学院の修士課程、博士課程等は算入しない。

（医政局長通知）

医師国家試験受験資格認定者数の推移

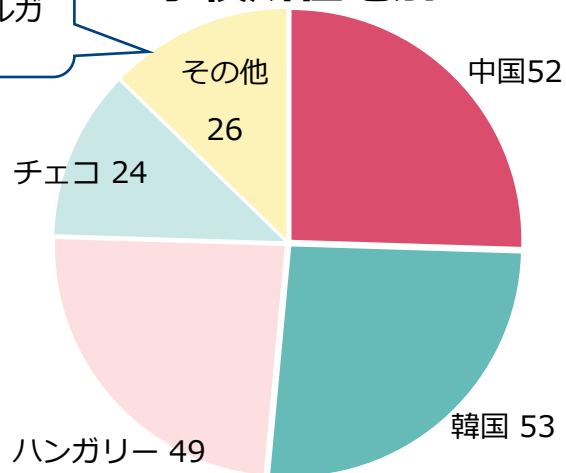


医師国家試験受験資格認定者の内訳（令和7年度）

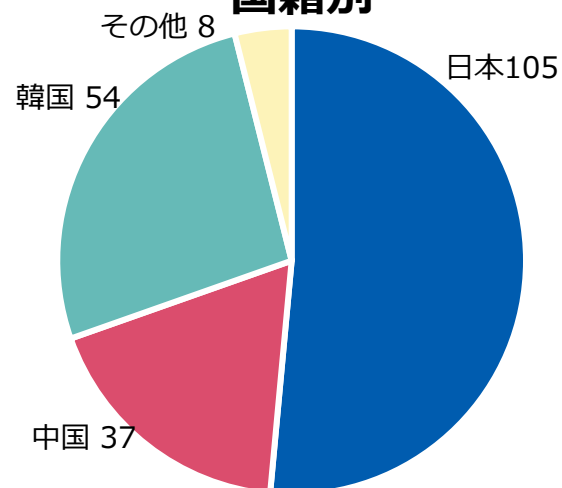
本試験認定

【その他】
スロバキア、ブルガ
リア、英国など

学校所在地別

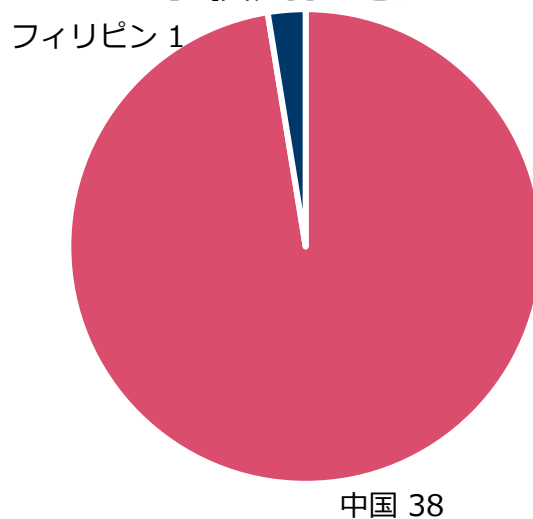


国籍別



予備試験認定

学校所在地別



国籍別

