

歯科医師臨床研修制度の改正に関する ワーキンググループ(第1回)	参考資料 6
令和6年8月6日(火)	

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統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）と統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-EPQC）に蓄積されたデータ等を活用して、今後の改訂の効果、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こと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こと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のが適当である。

- ・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のが適当である。

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、金銭的成本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。

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。

(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。

(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。

(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、採用実績数の減少、病院間の競争の低下、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
いの みゆき 伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学総合教育センター長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	和歌山県立医科大学名誉教授
かまやち さとし 釜 范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
き ど みちこ 木戸 道子	日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
こくど のりひろ 國土 典宏	国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長
しみず たかこ 清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
たにくち けんじ 谷口 健次	小牧市民病院病院長
はなずみ ひでよ 花角 英世	全国知事会（新潟県知事）
みやち ゆか 宮地 由佳	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
もり たかお 森 隆夫	医療法人愛精会あいせい紀年病院理事長
よこて こうたろう 横手 幸太郎	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

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

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 (N P O 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)

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)

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

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

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