参考資料一覧

１．医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ
「論点整理」　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　P1

２．「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）　・・　P129

３．「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」
平成 22 年度厚生労働科学研究総括研究報告書（抜粋）　・　P186

４．これまでの部会における配付資料（抜粋）
（１）研修プログラムの状況等　・・・・・・・・・・・・・・　P228
（２）専門医取得者数の推移　・・・・・・・・・・・・・・・　P232
（３）臨床研修制度の見直しにかかる経緯　・・・・・・・・　P235
（４）プライマリ・ケアについての意見　・・・・・・・・・　P242
（５）都道府県アンケート調査結果（概要）　・・・・・・・　P243
（６）若手医師の動向について　・・・・・・・・・・・・・・　P249
（７）地域枠等の状況について　・・・・・・・・・・・・・・　P275
（８）地域における医師の確保対策について　・・・・・・・　P277
（９）関係団体等からの要望（提案）の概要　・・・・・・・　P286
(10)平成 25 年臨床研修修了者アンケート調査結果概要　・　P293

５．医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の所掌事務について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　P305

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ論点整理（概要）

H25.2.8

1. 基本理念と到達目標について

1）基本理念

2）到達目標とその評価

・コンピテンシー（知識、技術、態度などを統合した能力であって、かつ、行動として観察できる能力）を踏まえた到達目標の在り方について

・到達目標の達成に係る評価の在り方について

3）臨床研修全体の研修期間

・現在の臨床研修の研修期間（2年以上）について

2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について

1）研修プログラム

①研修診療科

・現在の診療科（3診療科必修、2診療科選択必修）について

②各研修診療科の研修期間

2）必要な症例

・必要な症例のための「年間入院患者3000人以上」の基準について

3）指導・管理体制

・必修又は選択必修になっている診療科等にも、指導医を必置とすることについて

4）募集定員の設定

①募集定員の設定方法

・都道府県ごとの上限の設定について、人口当たりの医師数などを加味することについて

・激変緩和措置について

②地域枠への対応

・都道府県の募集定員における、地域枠学生の位置づけについて

5）研修医の処遇等の確保

6）その他

①臨床研修病院群の形成

②第三者評価

③都道府県の役割

④運用上の問題

3. 中断及び再開、修了について

・中断者のうち「病気療養」が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて

・研修中の妊娠出産等への対応や障害を有する研修医への対応について

4. その他

1）地域医療の安定的確保

・地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取り組みについて

2）研究医養成との関係

・臨床研修期間中の大学院における研究について

3）関連する医学教育等

【今後のスケジュール】

平成25年中（目途）	医師臨床研修部会において、臨床研修制度に対する総合的な評価を行い、制度全般の見直しを検討
平成26年度中	見直し後の制度に基づいて、研修医を募集
平成27年度	見直し後の制度の下で研修開始

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ

～論点整理～

平成２５年２月８日

- 目　次 -

はじめに・・・

はじめに

○　現在の医師臨床研修制度は、平成１２年の医師法の一部改正により平成１６年度から導入され、「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（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で研修が開始された。

○　平成２１年には、制度の導入後の状況に関する関係者の意見を踏まえ、研修プログラムの弾力化、基幹型臨床研修病院の指定基準の強化、研修医の募集定員の見直し等が行われ、平成２２年度研修から適用されている。

○　「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」は、次回の制度の見直し（平成２７年度研修から適用見込み）に向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理することを目的として、平成２３年７月に第１回の会合を開催した。以降、関係者からのヒアリング、研修医等に対するアンケート等を参考に、計１０回にわたり活発な意見交換を重ね、今般、以下のような論点整理を行ったところである。

○　今後、本論点整理をもとに、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、医師臨床研修の一層の質の向上に向け、各論点に係る議論を深め、一定の方向性が示されることを期待したい。

１．基本理念と到達目標について

１）基本理念

（現状）

○　「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 日厚生労働省医政局長通知（以下、「施行通知」という。））において、臨床研修については、「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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと」とされている。

＜論点＞
・社会情勢や関係者の評価等を踏まえ、現在の臨床研修制度の基本理念について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・「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」「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、変更する必要はないのではないか。

２）到達目標とその評価

（現状）

○　施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（施行通知別添１）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。

○　「臨床研修の到達目標」は、Ⅰ行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、Ⅱ経験目標（Ａ　経験すべき診察法・検査・手技、Ｂ　経験すべき症状・病態・疾患　Ｃ　特定の医療現場の経験）により構成されている。

＜論点＞
（到達目標の内容）
・基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
・コンピテンシー（※）を踏まえた到達目標の在り方について、どう考えるか。
・「経験目標」における「経験すべき症状・病態・疾患」の種別について、どう考えるか。
・到達目標を急速な高齢化に対応して見直すことについて、どう考えるか。
（評価手法）
・到達目標の達成に係る評価の在り方について、どう考えるか。
・「行動目標」と「経験目標」については、評価方法に関する何らかの目安を設定することについて、どう考えるか。
・主として臨床研修病院におけるＥＰＯＣ（オンライン卒後臨床研修評価システム）の今後の普及に向け、どのような取り組みが必要か。

※「コンピテンシー」の定型的な日本語訳はないが、ここでは、例えば「知識、技術、態度などを統合した能力」であって、かつ、「行動として観察できる能力」を想定している。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（到達目標の内容）

・到達目標については、諸外国の状況も踏まえ、単に経験したか否かではなく、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価するという「コンピテンシー」が重要であり、その考え方にあわせ現在の到達目標を見直す必要があるのではないか。

・経験目標については、例えば発熱はその原因疾患が多様であることを踏まえ、目標の設定を工夫してもよいのではないか。

・到達目標は、卒前教育との連続性に配慮し、例えば分娩は卒前の臨床実習のうちに経験する等、医学部５，６年生の診療参加型臨床実習を促進することによって、卒前卒後の４年間で考える必要があるのではないか。

・急速な高齢化に向け、例えば認知症への対応などを考慮した到達目標の見直しが求められるのではないか。

・男女共同参画の観点から、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 22 年改訂）において、医学・医療・科学技術の進歩と社会の変化やワーク・ライフ・バランスに留意して、医師としてのキャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身に付けること等が盛り込まれたことを踏まえ、臨床研修の到達目標にも、同様の趣旨の目標を入れるべきではないか。

（評価手法）

・症例の経験、レポート作成などの評価が形骸化している恐れもあるため、レポートを構造化して、研修医の経験に対する省察が評価できるものとし、病院同士のレポートの相互チェックなどにより客観的に評価した上で、例えば必修科目で不足する内容は選択科目において補完的な研修を行うなどの工夫が必要ではないか。

・研修修了時だけではなく、形成的評価を途中で挟みながら、望ましい研修としていくことが必要ではないか。

・臨床研修病院間で到達目標の評価基準にばらつきが見られるため、EPOC や E-ポートフォリオ（インターネット上で研修の記録・管理等を行うデータベースシステム）等のインターネットを利用したシステムを促進すること等により、標準化を図ることが必要ではないか。

・諸外国の例を踏まえ、指導医、プログラム責任者、病院等による評価だけではなく、様々な職種や第三者的な評価機関による評価が必要ではないか。

・EPOC の入力上の負担は、到達目標の項目が多岐に亘ることと直結しており、到達目標をよりシンプルなものに見直すことで、負担は軽減するのではないか。また、近年、タブレット端末やスマートフォン（多機能携帯電話）の普及により、リアルタイムの入力が容易になりつつあり、負担の軽減にも効果が期待できるのではないか。

・EPOC 等の利用を制度上義務化し、また、例えば事務員の代行入力等の工夫により利用を促進するとともに、研究者や臨床研修病院がベンチマークに使えるよう情報公開を行ってもよいのではないか。

３）臨床研修全体の研修期間

（現状）

○　現在、医師法において、臨床研修の研修期間は「２年以上」と規定されている。

-医師法 第 16 条の 2 第 1 項-
診療に従事しようとする医師は、２年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

＜論点＞
・現在の臨床研修の研修期間（２年以上）について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・卒前教育とも関係してくるが、現状では、臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと２年間が適当ではないか。
・将来的には、卒前教育が充実すれば、研修期間を例えば１年に短縮することもあり得るのではないか。

２．基幹型臨床研修病院の指定基準について

１）研修プログラム

① 研修診療科

（現状）

○　平成 22 年度開始プログラムより、研修科目の構成要件が変更され、従来、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の７診療科が必修であったところ、内科、救急部門、地域医療の３診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び５つの選択必修科目のうち２つの診療科については、必ず臨床研修を行うこととなった。

＜論点＞
・現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。
・現行の弾力化プログラムについて、これを弾力化前に戻すべきとする見方がある一方で、これを継続すべきとする見方があることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・臨床研修医の意見を踏まえると、７科目から３科目必修となったプログラムについて、７科目必

修に戻す必要はないのではないか。
・３科目必修のプログラムは、プログラム選択の自由度は上がったが、幅広い分野での基本的な診療能力という観点からは弊害も考えられるため、７科目必修に戻すことも含めて必修科目を見直す必要があるのではないか。
・例えば、産婦人科において、臨床研修中に出産を何回か経験することが、将来的に産婦人科以外の分野で役に立つか否かは疑義があり、現実には出産の際の単なる労働力確保のような形になっているのではないか。
・産科や小児科は卒前の診療参加型臨床実習などで行っていれば十分との意見があるが、国民の視点からは、医師免許の取得の前後で大きく異なるものと考えられ、臨床研修においても適切に経験すべきではないか。
・外科、産婦人科、小児科、精神科などは、必修という形でなくとも、それらの研修を行うことが望ましいというように推奨する形でよいのではないか。

② 各研修診療科の研修期間

（現状）

○　平成 22 年度開始プログラムより、要件が弾力化され、内科を 6 月以上、救急部門を 3 月以上、地域医療を 1 月以上履修することが定められた。

＜論点＞
・必修診科目の研修期間（特に、在宅医療を含めた地域医療研修）について、どう考えるか。
・選択必修科目の研修期間について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・現在のプログラムは、２年間を通じ基本的な診療能力の育成を重視するものと、２年目には専門研修の準備となっているものが混在しており、どちらを軸とするかの整理が必要ではないか。
・２年間のプログラムにおいて多くの診療科を経験するが、例えば小児科でも３ヶ月程度は必要ではないか。

２）必要な症例

（現状）

○　臨床研修を行うために必要な症例を確保するため、基幹型臨床研修病院の指定基準として、平成 22 年度研修より年間入院患者数を 3,000 人以上とする基準が設けられた。

○　平成 22 年度の制度改正以前からの指定病院については、平成 23 年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000 人未満であっても指定が継続されていた。平成 24 年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数 3,000 人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、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。

○　各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間 5,000 件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数 100 人（外科にあっては研修医１人あたり 50 人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間 350 件又は研修医１人あたり 10 件以上が望ましいこととされている。

＜論点＞

（年間入院患者数）

・臨床研修の到達目標を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000 人以上」の基準を設けることについて、どう考えるか。

・一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという見方がある一方、中小病院のほうが地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でているという見方があることを踏まえ、どう考えるか。

・訪問調査については、年間入院患者数が 3,000 人未満の病院だけではなく、3,000 人以上の病院に対しても実施することについて、どう考えるか。

（その他の症例数）

・現行の診療科ごとの必要症例数の取り扱いについて、どう考えるか。

・研修医１人当たり症例数を考慮することについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（年間入院患者数）

・年間入院患者が 3，000 人未満の基幹型臨床研修病院については、訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか。

・訪問調査は入院患者数にかかわらず有効であり、3,000 人以上の大規模な病院にも適用を広げてはどうか。

（その他の症例数）

・必要な症例については、研修医１人当たりの症例数（入院患者数、救急症例数、手術件数等）についても考慮が必要ではないか。

・研修医１人当たりの症例数は、基幹型臨床研修病院のみではなく協力型臨床研修病院を含めた病院群全体で考える必要があるのではないか。また、どのような数値目標が適切かは議論が必要ではないか。

・救急患者数の少ない病院においても、一律に基準を設けるのではなく、外来や地域医療等の視点から包括的に評価する必要があるのではないか。

３）指導・管理体制

（現状）

○　現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、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配置していること、適切な指導体制を有していること（研修医５人に対して指導医が１人以上）が定められている。

○　原則として、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の診療科は、指導医の配置が求められている。

＜論点＞

・現行の指導・管理体制に係る指定基準について、どう考えるか。

・現行の診療科に加えて、必修（病院独自に必修としているものを含む。）又は選択必修になっている診療科についても、指導医を必置とすることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

・研修先には指導医がいることが原則であり、少なくとも必修（病院独自に必修としているものを含む。）科目の診療科には指導医が必要ではないか。

４）募集定員の設定

① 募集定員の設定方法

（現状）

○　現在、全国研修医総数を、「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。

○　各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能となっている。

○　平成 25 年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の 90%を下回らないようにしている。

○　また、各病院の募集定員については、過去３年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣（指導医等の医師を派遣している場合に、その派遣実績を踏まえて定員を加算）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。

○　平成 25 年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。

○　募集定員が 20 人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

＜論点＞

（各都道府県の募集定員）

・地域医療への影響も踏まえ、各都道府県の募集定員の上限設定について、例えば、新たに、人口当たりの医師数や高齢者割合などを加味することについて、どう考えるか。

・激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員の上限は前年度の受入実績の９０％を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。

（各研修病院の募集定員）

・臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算において派遣先が医師不足地域である場合や、医師不足地域の協力型臨床研修病院と連携している場合を加味することなどについて、どう考えるか。

・激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。

・小児科・産科特例プログラム加算について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（各都道府県の募集定員）

・募集定員と研修希望者数のギャップは問題であり、これらの数を概ね一致させることが望ましいのではないか。

・募集定員と研修希望者数をほぼ一致させた場合、良い意味での研修病院間の競争がなくなり、研修の質という点で、問題が出てくるのではないか。

・都道府県の募集定員については、単なる人口ではなく、医療ニーズをより有する高齢者人口にも配慮する必要があるのではないか。

・都道府県ごとだと人口が違いすぎるので、ブロックごとに大枠の定員を決めてもいいのではないか。

・都道府県の定員については、他県への医師派遣、他県の医師育成を担っている都道府県もあるため、定員設定に際し何らかの考慮が必要ではないか。

・他都道府県も含んだ病院群を形成している場合、募集定員の上限が、基幹型臨床研修病院の所在する都道府県に限定されるのは必ずしも妥当ではないのではないか。

・激変緩和措置の廃止については、軟着陸が可能となるような措置の検討も必要ではないか。

（各研修病院の募集定員）

・現在、医師不足地域の協力型臨床研修病院に研修医を出している都市部の基幹型臨床研修病院が多いが、激変緩和措置の廃止に伴い、医師不足地域から研修医を引き上げることも想定されるため、医師不足地域にも研修医が行くことを促進するような制度設計が必要ではないか。

・各病院の募集定員については、DPC データなども活用し、救急や重篤な疾患などの指標を定め、患者数や罹患状況から割り当てていくという設定方法も考えられるのではないか。
・小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ者数が半分強程度であり、研修修了後に 7 割程度しか小児科・産科を希望しておらず、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性もあることから、今後は病院に義務付ける必要はないのではないか。

② 地域枠への対応

（現状）

○　地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（いわゆる地域枠）が設けられている。平成 23 年度には、67 大学において計 1,292 名分の地域枠が設定されている。

○　なお、地域枠には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を指定された特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。

○　現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。（定員の内数として算入している）

○　他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映されている。

○　地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定している。（現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。）

＜論点＞

（地域枠と都道府県の募集定員）

・都道府県の募集定員には、地域枠も含まれていることについて、どう考えるか。
・他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映していることについて、どう考えるか。

（地域枠とマッチング）

・地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。
・地域枠をマッチングの別枠にすることについては、マッチングの公平性等の観点からは別枠にはせずに弾力的な運用で対応すべきとする見方がある一方で、地域医療への従事を確実にする観点からは別枠にすべきとする見方があることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（地域枠と都道府県の募集定員）

・医学部定員増に基づく、地域での従事義務がある地域枠の学生は、当該地域で研修を行うことに

配慮した制度設計が必要ではないか。
・地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。
（地域枠とマッチング）
・マッチングシステム自体の公平性等の観点を踏まえると、地域枠をマッチングの別枠にすることについては慎重に考えるべきではないか。
・地域枠をマッチングの枠内とした上で、仮にアンマッチなどの問題が生じた場合には、例外的に定員を上乗せするなどの弾力的な運用により対処すべきではないか。ただし、その場合は、該当者の能力を確認し、研修を開始する上で問題がないと判断できる場合に限るべきではないか。
・アンマッチの場合等に例外的な運用を行ったり、後で救済措置を講じたりすることは、かえって公平性を損ねることになるのではないか。
・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
・地域枠には様々な形態があるため、その全てではなくとも、例えば医学部定員増に伴い奨学金の貸与を受けた地域枠等の範囲を定めた上で、マッチングとは別枠で考えるべきではないか。
・現在の自治医科大学卒業生の取り扱いとの公平性も考える必要があるのではないか。また、その数が多く、定員枠が地域枠で埋まってしまうような場合は何らかの対応が必要ではないか。

５）研修医の処遇等の確保

（現状）

○　現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修医に対する適切な処遇を確保していることが定められている。

＜論点＞
（給与・手当）
・研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。
（労働環境）
・研修医の労働時間の状況（当直回数や当直明けの連続勤務等を含む。）について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・病院経営上の戦略により、比較的高額な給与で研修医に過酷な労働を強いている病院があるようであり、臨床研修制度の理念に照らし、このような状況に留意が必要ではないか。
・研修医に過酷な労働を強いている病院がある場合、院内に研修医がみずから申し出てその状況を改善できるような仕組みが求められるとともに、国としてもそのような病院に指導できるような仕組みが必要ではないか。

・処遇の目安として、司法修習生等に準じて考えれば良いのではないか。
・諸外国でも、研修医の処遇は日本円に換算して３００万円台程度であることを踏まえ、極端な処遇をしている病院に対しては、指導ができる仕組みがあるといいのではないか。また、第三者評価の際に調査することも一つの方法ではないか。
・給与のみならず時間外手当、住宅手当なども含めた処遇の悪い病院はマッチ率が低い傾向があり、処遇条件が悪すぎるというのも問題ではないか。

６）その他

① 臨床研修病院群の形成

（現状）

○　現在、研修病院の指定基準として、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る。）又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。

○　また、臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。

＜論点＞
・臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。
・大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件とすることについて、どう考えるか。
・臨床研修病院群の形成における地理的範囲（二次医療圏、都道府県等）については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるようにすることについて、どう考えるか。
・臨床研修病院群の形成において一定の病院数を要件とすることについて、どう考えるか。
・医師不足地域の協力型臨床研修病院との連携を推進することについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・病院群においては、基幹型臨床研修病院で研修の相当程度は経験できることが望ましく、基幹型臨床研修病院が、ある程度の定員数を持ち研修医を育てた方が効率的ではないか。
・卒前、臨床研修、専門研修との連続性、研究医の確保、離島・へき地医療の確保の観点から、大学病院について、病院群の中に基幹型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院として必ず入ることが望ましいのではないか。
・大学病院を必ず入れることについては、複数の大学出身者を受け入れている臨床研修病院にとっては、各大学との調整に相当の手間がかかり、また、あえて大学以外の場を望んで臨床研修病院を希望している研修医もいることから、現実的ではないのではないか。

・病院群においては、研修の質が確保できるよう十分な指導体制が備わっていることが前提となるのではないか。
・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りがないことが適切ではないか。

② 第三者評価

（現状）

○　現在、研修病院の指定基準として、将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこととされている。

＜論点＞
・第三者による評価の在り方について、どう考えるか。
・第三者評価を無作為抽出での訪問調査により行うことについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見
・現在、病院の質を評価する仕組みがいくつかあるので、これらを活用して何らかの評価を受けることがよいのではないか。
・例えば感染症対策では複数の病院間で相互チェックを行う仕組みがあり、臨床研修でも同様の評価手法があってもいいのではないか。
・研修管理委員会には外部の医師、有識者も入ることとなっているので、研修管理委員会を適切に運営すれば、実質的なクオリティコントロールが期待できるのではないか。
・全ての病院が第三者評価を受けることは物理的に難しい可能性があり、無作為抽出での訪問調査などが現実的ではないか。

③ 都道府県の役割

（現状）

○　現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、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とされている。

○　地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。

○　都道府県、あるいは臨床研修病院、大学病院、特定非営利活動法人（ＮＰＯ）等において、臨床研修に関して関係者が協議する場（地域協議会）を設け、臨床研修の質の向上、研修医の確保、研修医の募集定員の調整、指導医の確保・養成、臨床研修病院群の形成について協議、検討することが望ましいこととされている。

＜論点＞

・地域協議会の活用の在り方を見直す等、都道府県の役割や権限の明確化を図ることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

・現状では、各都道府県で体制が大きく異なるが、主体的に調整を行っている先進的な都道府県も参考としつつ、都道府県における調整などの役割を明確に示すことにより、全体的な調整能力を底上げする必要があるのではないか。

・医療計画においても二次医療圏ごとに医師の確保等について目標設定し評価することになるので、臨床研修についても、このような二次医療圏ごとの取り組みが進められるべきではないか。

・都道府県の地域医療支援センターなどの役割を強化しつつ、調整がうまくいっている都道府県などの好事例も参考として共有してはどうか。

・研修プログラム等について、有識者や県民代表などが参加し地域の実情を踏まえ調整していくための医師研修機構などの仕組みを各都道府県に設けることが考えられるのではないか。

④ 制度運用上の問題

（現状）

○　現行では、研修医の受入実績が２年なかったことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっている。

○　また、指導医講習会については、翌年度の受講予定の段階で申請されている場合がある。

＜論点＞

（基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請）

・研修医の受入実績が２年間なかったことにより、取消になった病院の再申請の在り方について、どう考えるか。

・協力型臨床研修病院において、研修医の受入実績がない場合の指定の取り扱いについて、どう考えるか。

（指導医講習会）

・指導医講習会の受講と指定申請の時期との関係について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請）

・受入実績がないことによる指定の取消直後の再申請については、一定期間認めないというより、協力型臨床研修病院として実績を積んでから基幹型臨床研修病院へ再申請するという運用も考えられるのではないか。

（指導医講習会）

・指導医が指導医講習会の受講済みであることは重要であり、指定申請に際しては受講済みであることが必要条件となるのではないか。

３．中断及び再開、修了について

（現状）

○　臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としている。

○　臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としている。

＜論点＞

・研修の中断者のうち病気療養が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて、どう考えるか。

・研修医に対するメンタルヘルスの面からのケアの必要性について、どう考えるか。

・研修中の妊娠出産等への対応や障害を有する研修医への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

・研修を中断するという判断は難しいが、例えばメンタルヘルス上の問題により療養が長期にわたった場合、研修医は中途半端な状態で留め置かれることとなるため、そのような研修医のためにも、研修を中断する時期についての一定のルールを定めた方がよいのではないか。

・中断に際しては、特に女性の結婚や出産を考慮すると、一律のルールを設けるよりも、柔軟に対応できることが望ましいのではないか。

・中断者の受入は非常に大変であり、研修医のみならず、病院側からのクレームも含め、裁定委員会のようなものが必要ではないか。

・臨床研修期間中の海外留学等の取り扱いも検討してはどうか。
・マッチ率の高い病院は、出産育児への支援体制が整っている印象があり、女性医師を中心とした出産育児の支援体制の整備をさらに進めるべきではないか。

４．その他

１）地域医療の安定的確保

（現状）

○　地域医療の安定的確保に向け、平成 22 年度の臨床研修から、
　・都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
　・地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
　・臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算する
などの制度の見直しを図っている。

○　また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

＜論点＞
・地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取り組みについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見（再掲）
・地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。
・都道府県の募集定員については、高齢者人口等の人口構成にも配慮する必要があるのではないか。
・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りがないことが適切ではないか。

２）研究医養成との関係

（現状）

○　近年、特に基礎系を中心に大学院に進む医学生の割合が減少しており、将来の基礎系の教員確保や医学研究の推進を懸念する声がある。

○　大学の医学部定員について、平成 22 年度から 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。

○　一部の大学では、臨床研修期間中に、大学院における研究も並行して行うなど、研究者の養成に取り組んでいる。

＜論点＞

・臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。

・臨床研修期間中は、基本理念や到達目標を踏まえ臨床研修に集中するべきであるとする見方がある一方で、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となる弾力的な対応が必要であるとする見方があることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

・臨床研修の基本理念を踏まえ、臨床研修中は臨床研修に集中するべきであり、研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではないのではないか。

・必修・選択必修科目は適切に行った上で、選択科目の期間に、臨床研究を中心に研究などに触れることを許容してもよいのではないか。

・臨床研修の理念は尊重すべきであるが、基礎系の研究者の確保も喫緊の課題であり、全ての卒業生が臨床研修に専念するのではなく、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となるような弾力的な対応が必要ではないか。

・研究者としてのキャリアパスを考慮した際、大学院入学の時期が、他学部の者に比べ医学部出身者が遅れてしまうのは得策ではなく、早期から研究マインドに触れることが可能となるように、卒前教育、臨床研修において配慮すべきではないか。

・臨床研修修了後に大学院に進学することを希望する場合、事前に進学先の大学院を探すための活動が非常に難しいので、臨床研修への専念義務を過度に厳格に解するのではなく、キャリアの接続が円滑になるような取り扱いが適当ではないか。

・研究医養成については、全員に求める必要はなく、一定数の若手医師が、研究マインドを維持できるような配慮が求められるのではないか。

・研究医が減少していることは、臨床研修制度というより、処遇の改善などの環境整備の問題が大きいのではないか。

・到達目標や研修を行う時間との関係で、臨床研修の専念義務の範囲をどう捉えるかの問題ではないか。

・当大学で研修を行うと博士取得までの期間が短くて済むといったように、研究医への配慮が研修医集めの道具にならないように留意する必要があるのではないか。

・現在の研修プログラムは堅持した上で、それとは別に、到達目標が達成できるという前提で、研究志向のある者に対してはプラスアルファで何かできるようなコースがあっても良いのではないか。

３） 関連する医学教育等

（現状）

○ 医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び 22 年度の改訂を経て、全ての大学において利用されている。

○ 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入され、全大学において実施されている。

○ 現状では、大部分の大学において、臨床実習は５年次から６年次の夏頃まで実施されているものの、実施期間には大きな幅があり、その内容も様々であるが、医学生が診療にチームの一員として参加していく実習を推進するなど、質・量ともに改善していく動きがある。

○ 臨床研修修了後の医師の専門研修については、各学会において主体的に取り組まれている。平成 23 年 10 月より、厚生労働省において、「専門医の在り方に関する検討会」が開催され、臨床研修修了後の医師の専門研修の在り方と地域医療の安定的確保について議論されている。

＜論点＞

・卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム等との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。

・専門医の在り方に関する検討の方向性を踏まえ、専門研修との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

・卒前教育との連続性を考慮しつつ、卒後教育において、モデル・コア・カリキュラムのようにコンピテンシーの概念をさらに取り入れるべきではないか。

・臨床研修の動向を踏まえ、卒前教育における参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）をさらに充実すべきではないか。

・卒前にどれほど充実した実習を行っているかが、卒後の研修の必要性に影響するため、医学生が診察を担当する上で、診療参加を意識したスチューデント・ドクターの仕組みを定着させるなどの対応が求められるのではないか。

・国家試験は、臨床研修の開始の許可としての一面もあるため、知識ばかりではなく、態度、技能を含めた臨床関係の設問を増やすなど臨床面の評価の充実が必要ではないか。そのような対応が難しいのであれば、国家試験の知識を問う問題数を減らし、受験生の負担を減らした上で、卒前の OSCE を充実する必要があるのではないか。

・卒前の OSCE は大学によって取り組みの程度にばらつきがあるため、その質を平準化する必要があるのではないか。

・卒前教育や国家試験の改善に伴い、臨床研修に関する所要の見直しもあり得るのではないか。
・臨床研修は、卒前教育や専門研修との連続性を踏まえつつ、諸外国のように第三者機関において適切に研修医の定数を調整する必要があるのではないか。
・卒前教育や国家試験、専門研修との連続性については、今回の見直しにかかわらず、将来的に検討を続けていくべきではないか。

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ構成員

氏　名	所属・役職
大滝　純司（おおたき　じゅんじ）	北海道大学教授
岡留　健一郎（おかどめ　けんいちろう）	済生会福岡総合病院長
岡部　繁男（おかべ　しげお）	東京大学教授
岡村　吉隆（おかむら　よしたか）	和歌山県立医科大学教授
片岡　仁美（かたおか　ひとみ）	岡山大学教授
神野　正博（かんの　まさひろ）	社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
小森　貴（こもり　たかし）	日本医師会常任理事
田中　雄二郎（たなか　ゆうじろう）	東京医科歯科大学附属病院副病院長
○ 堀田　知光（ほった　ともみつ）	独立行政法人国立がん研究センター理事長
横田　昇平（よこた　しょうへい）	京都府健康福祉部医療専門監

○印は座長

（五十音順）

参考資料

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ
論点整理

※　本参考資料は、論点整理の理解に役立つよう、ワーキンググループにおけるこれまでの議論で提出された資料等の一部をまとめたもの。

目　次

１．基本理念と到達目標・・・

1. 基本理念と到達目標

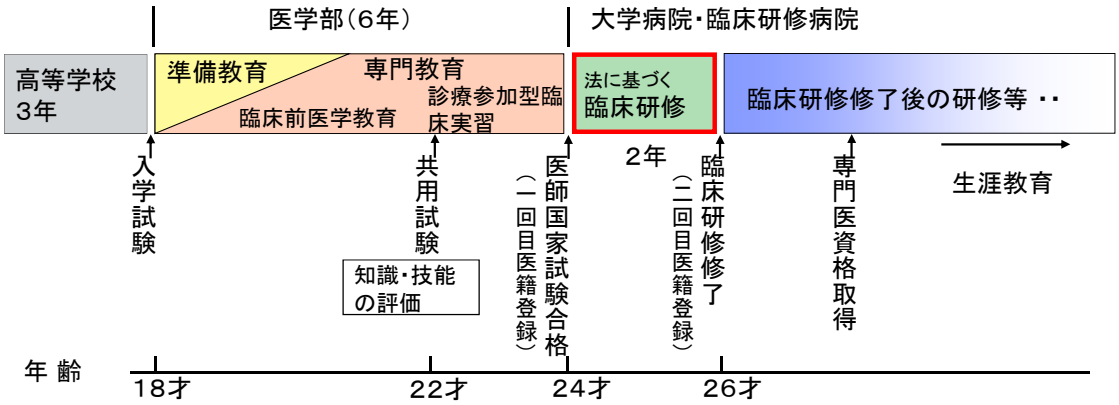
2

臨床研修制度の概要

1. 医学教育と臨床研修

○ 法に基づく臨床研修（医師法第十六条の二）

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



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）

○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

臨床研修制度に関する経緯

○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）

（当時の問題点）　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）

【指摘されていた問題点】
1．専門医志向のストレート研修中心で、研修プログラムが不明確
2．受入病院の指導体制が不十分
3．身分・処遇が不明確で、アルバイトによって生計を維持せざるをえない　など

○平成16年　新制度の施行（平成12年医師法改正（臨床研修の必修化））

⇩

臨床研修制度のあり方等に関する検討会、医道審議会において制度の見直しを検討（平成20年9月～）

【指摘された問題点】
1．専門医等の多様な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21年　臨床研修制度の見直し（新基準は平成22年度の研修から適用）

4

医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究
（平成21年度厚生労働科学研究費補助金）

第3回齋藤参考人提出資料

まとめ－1/2

1．達成度の総括評価の80%はレポート、次いで観察記録。EPOCは大学病院の40%、一般病院の15%で利用
2．総括評価で、修了と認定できなかった研修医（除　中断）：一定割合で存在（要追跡）
3．研修開始時に研修医や指導医に総括評価の方法を明示していない病院あり
4．評価者は指導医が90%。大学病院では医師以外の職種による評価の割合が少なく、小規模病院の方が評価者は多職種

5

医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究
（平成21年度厚生労働科学研究費補助金）

第3回齋藤参考人提出資料

まとめ－2/2

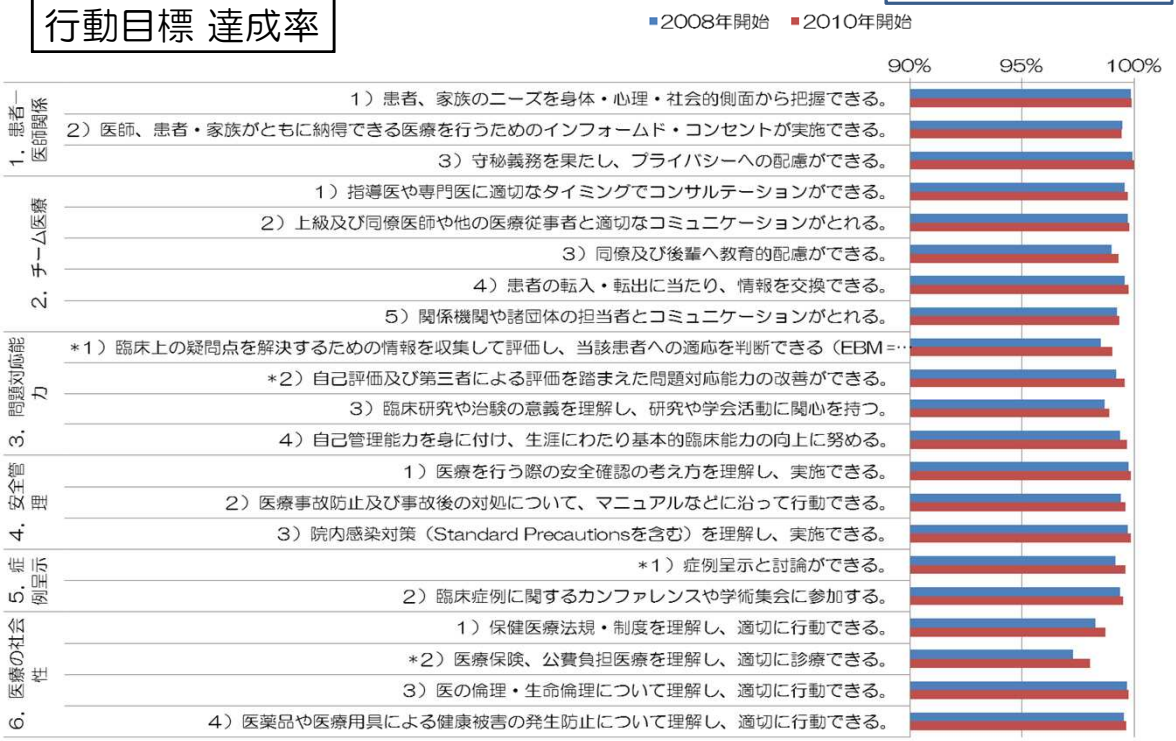
5. 行動目標（患者-医師関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、症例提示、医療の社会性）と経験目標（医療面接、医療記録、予防医療・地域医療）については、評価方法に戸惑いあり、何らかの目安を期待
6. レポートについて書式を定めてあるのは60%。推奨される書式案の提示を期待
7. 地域医療に携わっている医師や、医師以外の人材も研修医の評価に参画を。

6

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第7回田中委員提出資料

行動目標 達成率



Fisherの直接確率 ＊p<0.05

7

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第7回田中委員提出資料

経験目標A項目 達成率

Fisherの直接確率 ＊p<0.05 ** p<0.01

8

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第7回田中委員提出資料

経験目標B項目 履修率

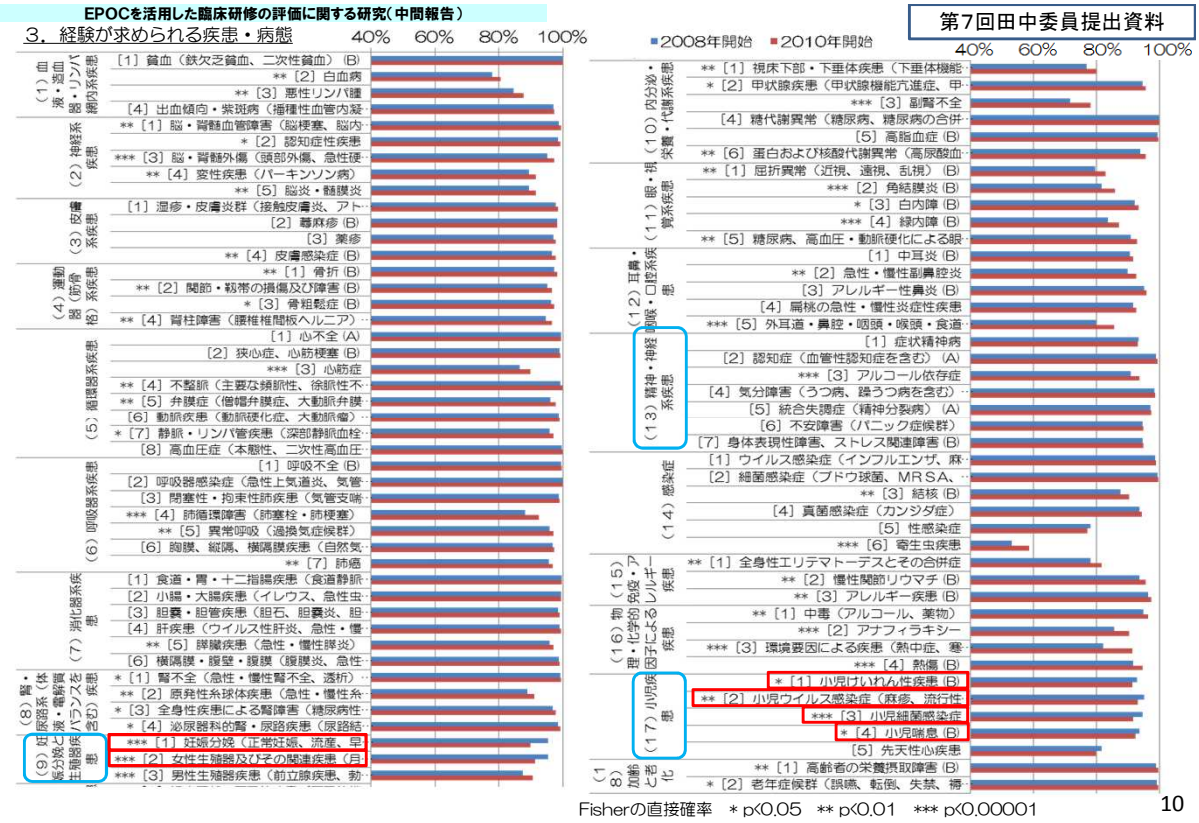
研修制度見直し後、有意に減少した項目

Fisherの直接確率 ＊p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.00001

9

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第7回田中委員提出資料



Fisherの直接確率　* p<0.05　** p<0.01　*** p<0.00001

10

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第7回田中委員提出資料

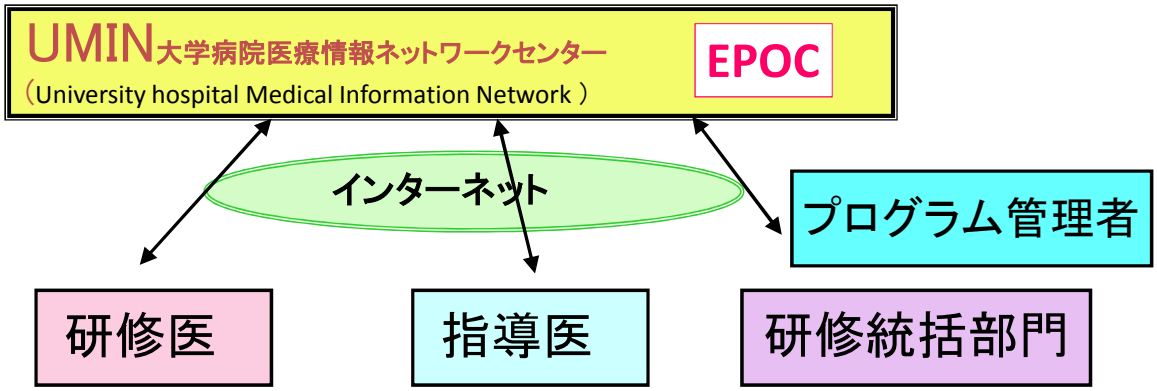
まとめ（案）

- 2010年度研修医は2008年度研修医に比し
  - 行動目標および経験目標Aの達成率に低下は見られなかった
  - 小児科、産婦人科関連の経験目標履修率が低下した（p<0.00001）
  - 臨床研修病院では一般外科関連の項目も低下した（p<0.01）
  - 精神科に関連する項目は低下が見られなかった
  - プログラム評価は大学病院、病床数601床以上の病院で満足度が向上した

11

第3回田中委員提出資料

EPOCとはインターネットを利用した研修評価システム



- ●国立大学医学部附属病院長会議で開発・運用
- ●全国共通研修目標に準拠
- ●協力病院・施設からもリアルタイムアクセス
- ●データは無期限保存
- ●使用料金：2年間で2000円／研修医

12

第3回田中委員提出資料

EPOC2011

Minimum EPOC

- 2年間全体での評価
  - 研修医
    - 未達成の項目のみ入力
  - 指導医
    - 依頼された項目のみ評価
  - コメディカル
    - 随時評価
  - プログラム評価　○

Standard EPOC

- ローテイション毎の評価
  - 研修医
    - 診療科毎に入力
  - 指導医
    - 全項目を評価
  - コメディカル
    - 診療科毎に評価
  - 指導体制評価　○
  - 研修施設評価　○
  - 研修履歴管理　○
  - プログラム評価　○

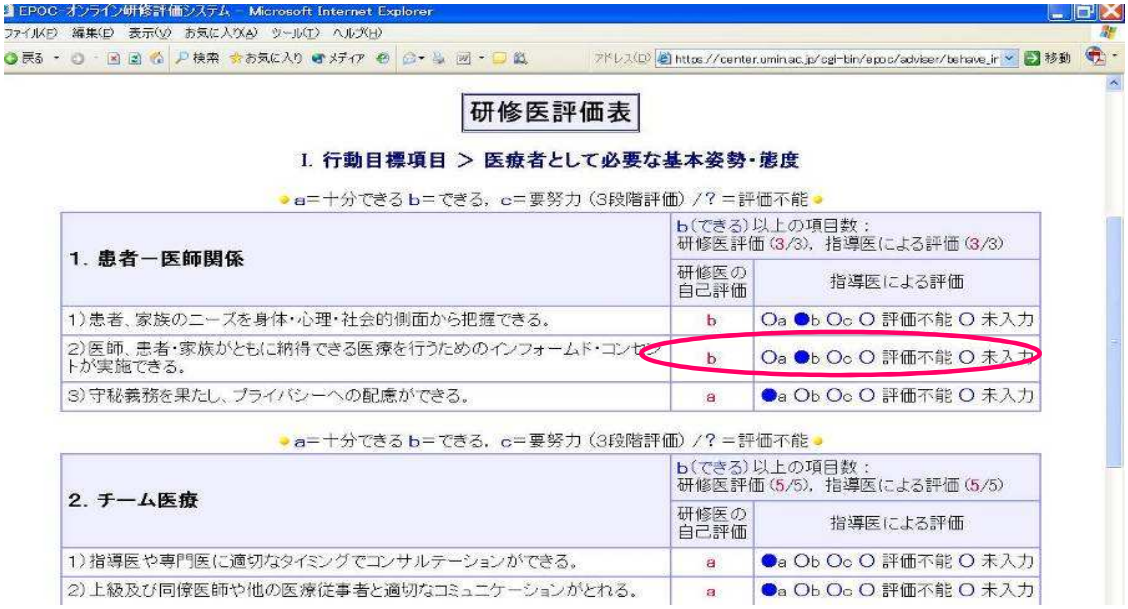
- 両者間のデータ移行はできない（23年度。但し、24年度以降は検討中）
- 四半期毎に両者のデータを合体した集計データは施設内、全国それぞれ公表予定

13

第3回田中委員提出資料

EPOCでは
自己評価と指導医による評価の二本建て

Standard, Minimum共通



EPOC オンライン研修評価システム - Microsoft Internet Explorer

研修医評価表

I. 行動目標項目 ＞ 医療者として必要な基本姿勢・態度

a＝十分できる b＝できる，c＝要努力（3段階評価）／？＝評価不能

1. 患者ー医師関係	b（できる）以上の項目数：研修医評価（3/3），指導医による評価（3/3）	
	研修医の自己評価	指導医による評価
1）患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。	b	Oa ●b Oc O 評価不能 O 未入力
2）医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。	b	Oa ●b Oc O 評価不能 O 未入力
3）守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。	a	●a Ob Oc O 評価不能 O 未入力

a＝十分できる b＝できる，c＝要努力（3段階評価）／？＝評価不能

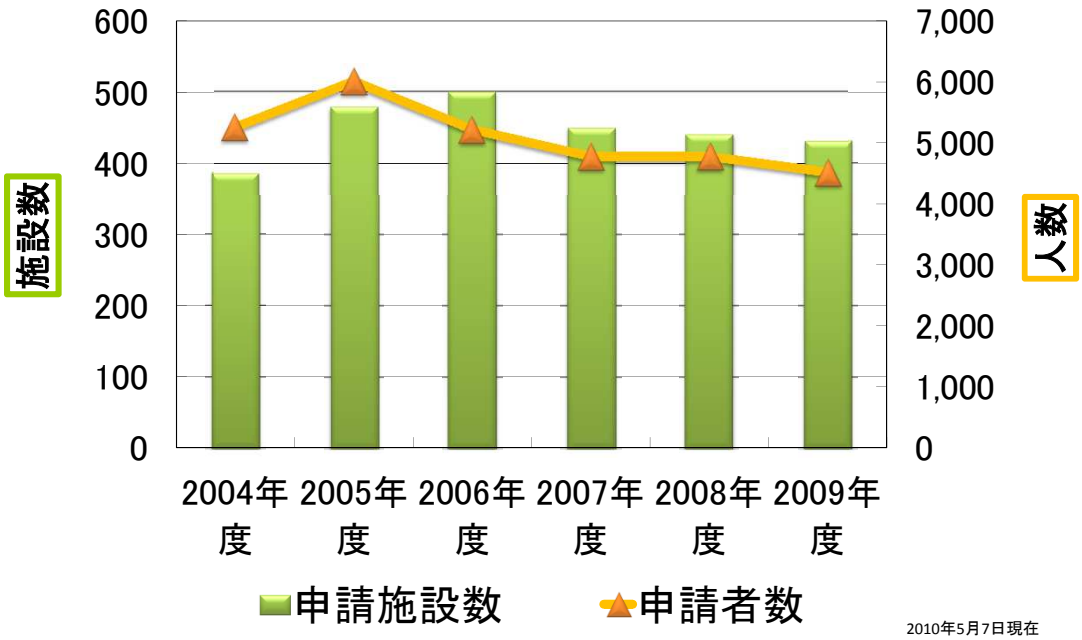
2. チーム医療	b（できる）以上の項目数：研修医評価（5/5），指導医による評価（5/5）	
	研修医の自己評価	指導医による評価
1）指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。	a	●a Ob Oc O 評価不能 O 未入力
2）上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。	a	●a Ob Oc O 評価不能 O 未入力

14

第3回田中委員提出資料

EPOC利用状況

全国約6割の研修医が利用



2010年5月7日現在

15

第3回田中委員提出資料

EPOCを利用していない理由

回答：滋賀医科大学、新潟大学、神戸大学

研修医　指導医

- 入力が煩雑
  - 評価項目が多い
  - 診療科に関連のない項目も入力が必要
- リアルタイムに入力できない

プログラム管理部門

- 独自の評価項目を設定している
- 入力データが研修指導に活用されなかった

16

諸外国の臨床研修制度について（概要）

第8回大滝委員、武冨参考人提出資料

	国	米国	英国	仏国
プログラム概要等	医学部入学要件	大学卒業	高校卒業	高校卒業（バカロレア資格）
	医師養成教育	4年（専門職大学院）	5-6年　＊留年不可 (基礎2-3年+臨床3年）	6年（3-6年は病院学生として病院研修:4年生から給与支給）
	医師資格認定	USMLE（Step1-3）	医師活動には要GMC登録 卒業時：仮登録 FY1終了：本登録	学部卒業時全国選抜試験→研修→国家試験→医師会へ登録
	研修先決定方法	マッチング：National Resident Matching System→USMLE成績・面接	マッチング（地区希望→成績等による決定）オンラインシステム	地域マッチング（成績順）
	研修施設認定要件	ACGME（卒後医学教育認可協議会）が認定したプログラムを持つ施設	研修プログラム実施体制が整った施設	
	卒後研修の流れ	インターン：1年 レジデント：3年～ フェロー：3-10年	Foundation Program FY1(必修) FY2(F1修了者の60%) 専門研修：F2修了後3-7年	インターン 一般医:3年(6ヶ月×6) 専門医：4-5年 ＊1年目研修内容は標準化
	必修科目	内科病棟（6か月）主要診療科をひと通り	内科・外科（各4か月）	GPの場合:内科/小児科/救急/開業医
	研修施設	大学関連病院	NHS病院/精神科病院/GP/ホスピス	大学病院・私立病院
	研修プログラム作成者	ACGME	国の指針を基にUK Foundation Program Office(UKPFO)が作成	健康省の県のコーディネーター 高等教育研究省+保健省+大学教員からなる委員会で決定
	身分	認可された卒後教育プログラムに所属している医師	被雇用者	病院の被雇用者(準公務員)
	待遇	年収：$47,7161（約380万円）（1年目）	年収：約350万円(FY1)	月給：1800€（1年目）（約18万円）
	財政支援	メディケアから償還金の0.3%が臨床研修へ	NHSからの出資（大学病院の場合）	給与は社会保障費により病院から支払
	労働時間規制	職務従事時間：80時間/週 休暇4週/年　国による制限	48時間/週、年休28日 学習のための時間確保	5.5日勤務/週（当直含） 120時間授業受講/3年間
	健康保険制度	公的保険:高齢者用Medicare/低所得者向Medicaid）のみ	国民皆保険	国民皆保険
	特記事項	国際標準化に向けACGME-International 設立	2012 年医師免許更新制度施行	医学部4年生の給料は社会保障費より支給

17

第8回大滝委員、武冨参考人提出資料

		米国	英国	仏国
研修医に対する評価	時期・頻度	毎月 ローテーション終了時	ローテーション開始時・終了時 1年目終了時	研修期間終了時（6ヶ月毎）
	項目	コンピテンシー： 患者ケア・医学的知識・臨床に即した学習＆向上・対人＆コミュニケーションスキル・プロフェッショナリズム・システムに基づいた診療	問診・診察能力・診断・治療に関するアウトカム評価 コンピテンシー到達度（診療、安全管理・最善の医療の提供・教育・医師患者関係の構築・コミュニケーション・チーム医療・プロフェッショナリズム） 試験無	勤務状況、態度の他、基本知識、診断能力、治療能力、コミュニケーション、患者教育、知的好奇心等
	方法	Web上で9段階評価 コメント欄には必ず何かを記載しないと保存送信できない	Supervised learning event（「指導医による直接観察(診察技能および手技)」「事例検討」「指導と症例提示」の三項目について指導医が立ち会い評価）	評価用紙
	評価担当者	アテンディング（上級指導医）/同僚/シニアレジデント	指導医とプログラム責任者	科のチーフが評価担当者、シニアドクター、チーフ看護師と話し合って
	FB（フィードバック）や判定の仕組み	プログラムディレクターが評価点をもとに、2回/年の面接時にフィードバック	指導医からの直接フィードバック 到達程度が不十分の場合、追加のトレーニングの提供	記入済評価用紙を研修医の大学、健康省の地方自治体へ送る
	指導や介入	プログラムディレクターやチーフレジデントによる個別面談時に指導	直接指導や追加トレーニングの提供	問題により、研修医組合、健康省の地方自治体へ報告
	罰則や不利益処分	評価が悪い場合 2年目から3年目へ進めない	1年間の評価が低いと留年/2年目の研修先選択に不利に。2年間で必要条件が不十分では研修修了とならず、専門プログラムへ進めない。	研修の無効（再チャンスの機会があるとは限らない）
	苦情や意見の匿名受付	内科研修プログラムHP上研修医が匿名で意見や苦情投稿可。プログラムディレクターとチーフレジデントが1回/週見直して会議を行っている。	E-portfolio上でのプログラムに対しての評価は指導医に見られず、研修施設の責任者へメールされる仕組み 患者からの苦情も受ける	無 1部署に最高6名の研修医のため匿名性は保てない
	実施可能な医療行為	指導医の監督下 施設や州により特定の制限有	指導医の監督下 研修を受けた範囲でのみ診療可能	

18

第8回大滝委員、武冨参考人提出資料

	国	米国	英国	仏国
指導医に対する評価	時期・頻度	ローテーション終了時	毎ローテーション終了時 少なくとも1回/年	2回/年 研修終了時期 指導医及び勤務地の評価
	項目	各症例に対する監督状況、研修医の自主性を尊重、医学知識、EBMに基づく治療、連絡が取れるか、研修医を尊重する、症例に即した文献を持参して教育を行っている、研修医へのフィードバック、自由コメント欄	指導医個人対象でなくローテーションに対する評価 患者への安全配慮、指導の質、休暇等（EPOCと同様）	指導医数、指導状況、必須授業の受講への配慮
	方法	インターネット上 指導医と研修医は相互評価	E-portfolio（オンライン）	インターネット上 研修医組合、健康省の地方自治体へ報告
	評価担当者	研修医、ACGME(調査者と判定者は区別）	研修医・GMC・Deanery（地区の研修委員会）	研修医
	FBや判定の仕組み	1回/年FB 研修部長から口頭でフィードバック		
	指導や介入	改善勧告	直接指導	
	罰則や不利益処分	改善勧告 教育面の評価が悪い場合、解雇もありうる	指導医としての役割停止 ケースバイケース	評価が悪い科は研修医が来なくなる→経営困難 受け入れ不可となる場合も
	苦情や意見の匿名受付	内科研修プログラムのホームページに匿名投稿欄あり		
	指導医の認定要件	参考：研修医を指導する医師は上級指導医(臨床上の呼称）でレジデント、フェローを終了している	参考：Formal training を受けている指導医77%（2010）	参考：33大学すべてに教育担当者

19

第8回大滝委員、武冨参考人提出資料

	国	米国	英国
プログラムに対する評価	時期・頻度	院内評価：1、2回/年、 ローテーション修了時点	各ローテーション終了時
	項目	ACGMEのプログラム規則に則っているか、 自由記述	セクハラ、パワハラ、人種差別の項目有
	方法	①Webアンケート、面接 ②現地視察	①E-portfolio ②3、5年毎の現地視察
	評価担当者	①研修医を含むスタッフ ②ACGME（視察と判定者は区別）	①研修医 ②GMC
	FBや判定の 仕組み	①②認定評価の資料 視察者は判定には加わらない	②視察時に問題がある場合、 １年以内に再視察
	指導や介入	改善もしくは注意勧告	②改善要求
	罰則や 不利益処分	改善もしくは注意勧告 プログラム停止も有	実習の停止など状況に応じた対応
	苦情や意見の 匿名受付	正式な苦情対応:ACGMEへ直接メール/FAX （記名式。情報は匿名化）	患者など誰からでも意見・苦情を受け付ける
	プログラム認定	ACGME	GMC

第8回大滝委員、武冨参考人提出資料

コア・コンピテンシー（核なる能力）とは：
医師の日々の活動や役割に関わってくる基本となる能力、知識、スキル、行動の組み合わせ

日本	米国	英国	カナダ
医師患者の関係の構築	Patient Care 患者ケア	Maintaining Good Medical Practice 診療、安全管理	Medical Expert 医療のエキスパート
チーム医療の実践	Medical Knowledge 医学的知識	Good Clinical Care 最善の医療の提供	Communicator コミュニケーター
安全管理	Practice-based Learning and Improvement 臨床に即した学習＆向上	Teaching and Training: 教育	Collaborator 協力者
症例プレゼンテーション	Interpersonal & Communication Skill 対人＆コミュニケーションスキル	Relationships with Patients and Communication 医師患者関係の構築	Health Advocate 健康の唱道者
医療における社会的、組織的、倫理的側面の理解	Professionalism プロフェッショナリズム	Communication コミュニケーション	Manager マネージャー
	Systems-based Practice システムに基づいた診療	Working with Colleaguesチーム医療	Scholar 学者
		誠実さ（honesty, trustworthy, professional）	Professional プロフェッショナル

出典：プロフェッショナリズムの教え方・学び方：医師にとってのコンピテンシーより改編

２．基幹型臨床研修病院の指定基準

22

第6回事務局提出資料

現在の基幹型臨床研修病院の指定基準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第６条の概要

1. 臨床研修の基本理念に則った研修プログラムを有すること
2. 医療法施行規則に規定する員数の医師を有していること
3. 臨床研修を行うために必要な診療科を置いていること
4. 救急医療を提供していること
5. 臨床研修を行うために必要な症例があること※1
6. 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること
7. 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有すること
8. 患者の病歴に関する情報を適切に管理していること
9. 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

※1　年間入院患者数3000人以上。ただし、平成２１年度の制度見直し以前から指定を受けている施設については、これを満たさなくても、個別の訪問調査により指定が継続される場合もある。

23

第6回事務局提出資料

現在の基幹型臨床研修病院の指定基準②

10. 研修管理委員会を設置していること
11. プログラム責任者を適切に配置していること
12. 適切な指導体制を有していること※2
13. 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
14. 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※3
15. 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
16. 研修医に対する適切な処遇を確保していること
17. 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※4

※2　内科、外科、小児科、産婦人科、精神科に指導医が配置されていること。また研修医5人に対して、指導医が1人以上配置されていること。
※3　病床数を10で除した数又は年間入院患者数を100で除した数を超えないこと。
※4　研修医に対して2年間臨床研修を行ったことに相当する実績があること。

24

第6回事務局提出資料

現在の基幹型臨床研修病院の指定基準③

18. 協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設または大学病院と連携して臨床研修を行うこと
19. 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
20. 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基準に適合していること

21*. 将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと

22*. 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は、これに協力するよう努めること

*「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23年3月24日付医政局長通知）」より

25

第6回事務局提出資料

基幹型臨床研修病院の指定基準をめぐる これまでの経緯

平成16年度～

主な指定基準（協力型臨床研修病院等と**共同で**満たす）
- ○臨床研修を行うために必要な症例があること
  - ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- ○救急医療を提供していること
- ○臨床病理検討会（CPC）を適切に開催して いること
- ○指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと

平成22年度～

主な指定基準（基幹型臨床研修病院が**単独で**満たす）
- ○臨床研修を行うために必要な症例があること
  - ・年間入院患者3，000人以上
- ○救急医療を提供していること
- ○臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること
- ○研修医5人に対して指導医1人以上配置すること

平成24年度～

ただし、平成21年度制度見直し以前から指定を受けている年間入院患者数3000人未満の病院については、個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、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は、指定継続

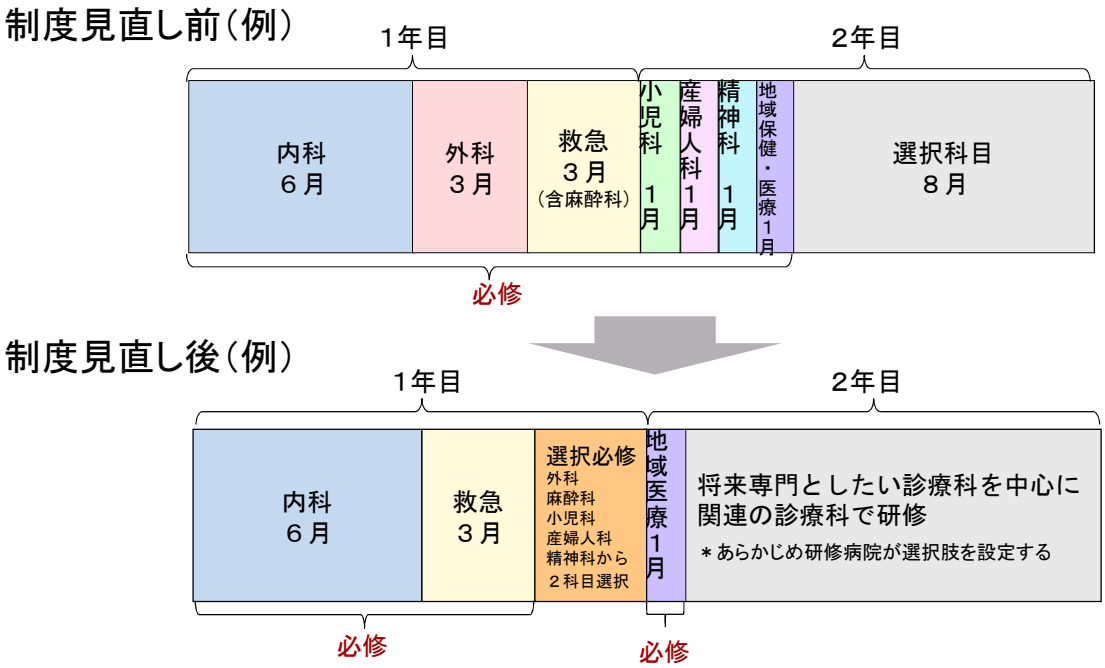
26

2．1）研修プログラム

27

第1回事務局提出資料

研修プログラム見直しのイメージ



28

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

2. 臨床研修制度

2.1. 基本的な方向性

2000 年 11 月、新医師臨床研修の基本 3 原則が示された。

新医師臨床研修の基本 3 原則（参議院国民福祉委員会附帯決議）

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

29

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

日本医師会は、今後も新医師臨床研修の基本３原則を堅持すべきと考える。そして、そのうえで、日本医師会は地域医療を代表する立場から、日本の医療を担う若手医師の養成を支えていく。

日本医師会が当面の改革案として考える臨床研修制度の基本的方向性は次のとおりである。臨床研修医が地域と深くかかわって研修できること、単なる労働力として位置づけられることなく、かつ、臨床研修医が研修内容優先で研修先を選択できるように配慮する。

日本医師会　臨床研修制度の基本的方向性（当面の課題として）

- 基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する。
- 研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる[5]。都道府県の募集定員は人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて設定する[6]。
- 臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備する。
- 臨床研修医の研修先における給与水準を一定の範囲内にする[7]。

なお、いわゆる後期臨床研修については、現在、検討途上にある専門医制度との関係を調整しつつ、今後、あらためて提案を行なっていく。

30

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

2.2.　研修プログラム

研修プログラムの到達目標は、医学部５年生、６年生での参加型臨床実習を経て、臨床研修を修了した医師が、十分な診療能力を身につけていることとする。具体的には、１年目はプライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけること、２年目は、将来専門としたい診療科について、ある程度自立してプライマリ・ケアを行なえるようにすることを目標とする。

基礎医学に進む場合には、卒業直後からではなく、後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする。

なお、研修プログラムは、これまでの新医師臨床研修制度の成果や社会情勢の変化等を踏まえ、適宜、見直しを行なっていく。

<u>１年目</u>

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症対策、うつ病対策など）を必修とし、約１年間研修する。それぞれの必修科においては、介護、福祉との連携も視野に入れる。

<u>２年目</u>

将来専門としたい診療科のプライマリ・ケアを中心に研修する。

31

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

図 2.1　臨床研修制度の改革案

現行（イメージ）

◎は必修科目

1年目			2年目	
◎内科 6月以上	◎救急 3月以上	選択必修 外科 麻酔科 小児科 産婦人科 精神科	◎地域医療 1月以上	2年目から専門の診療科での研修が可能 従来のような多くの診療科を巡回する研修も可能

日本医師会の改革案（叩き台）

	1年目 プライマリ・ケア	2年目 将来専門としたい診療科のプライマリ・ケア
到達目標	プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつける	将来専門としたい診療科について、ある程度自立してプライマリ・ケアを行なうことができる
必修	内科・救急医療・地域医療（小児科医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症・うつ病対策など）	・なし ・専門科が決まっていなければ、1年目に引き続き、多くの診療科を巡回することも可能

32

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

2.3.　研修システム

1．医師研修機構

都道府県ごとに「医師研修機構」を設置する。

（1）各都道府県の「医師研修機構」を束ねる「全国医師研修機構連絡協議会」を設置する。「全国医師研修機構連絡協議会」は、人口や地理的条件など、地域の実情を踏まえて、研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数が概ね一致するよう、都道府県ごとの臨床研修医募集定員数を設定する。

（2）各都道府県の「医師研修機構」は、「全国医師研修機構連絡協議会」が設定した当該都道府県ごとの募集定員数をもとに、当該都道府県下の研修病院における臨床研修医募集定員数を調整する。

（3）各都道府県の「医師研修機構」は、当該都道府県の医師会、行政、住民代表、大学（医学部、附属病院）、大学以外の臨床研修病院で構成し、次のような機能を担う。

- 地域で特色のある研修プログラムの検討・提案
- 当該都道府県の基幹型臨床研修病院、協力型臨床研修病院、研修協力施設の登録
- 当該都道府県の研修病院の研修内容のフォロー、研修水準の向上・支援

33

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

2．臨床研修センター

各大学に「臨床研修センター」を設置する。

（1）研修希望者は、原則として出身大学の「臨床研修センター」に登録し、研修先についての希望を提出する。研修希望先の地域は問わない。

（2）各大学の「臨床研修センター」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認する。必要があれば「臨床研修センター」が、アドバイスを行ない、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわなかった場合、あらためて「臨床研修センター」が研修希望者と相談し、調整する。

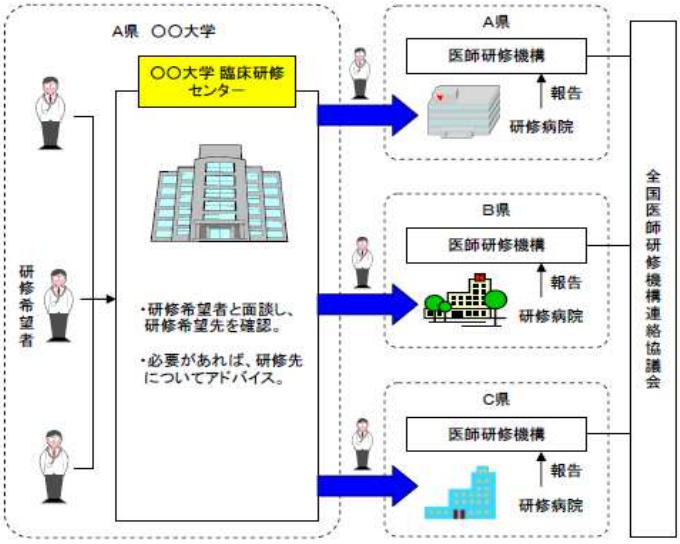
（3）臨床研修病院は、臨床研修医が、どの大学の「臨床研修センター」に所属しているかも含めて、都道府県の「医師研修機構」に臨床研修医の受け入れ状況を報告する。

34

医師養成についての日本医師会の提案（第2版）

第5回日本医師会提出資料

図 2.2 「臨床研修センター」と「医師研修機構」のイメージ



35

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
内科系※

研修開始前
１７４１人(３４．４%)

研修修了後
１７７５人(３５．１%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

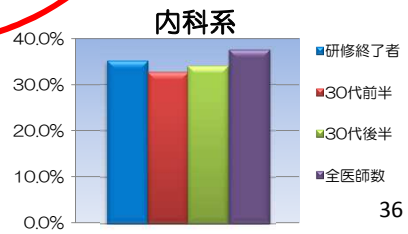
内訳
1. 外科系（58人）
2. 麻酔科（53人）
3. 放射線科（51人）
・その他※2（286人）

研修後、他科へ移行した人数
448人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
１２９３人

研修後、移行して来た人数
４８２人

内訳
1. 外科系（106人）
2. 小児科（93人）
3. 産婦人科（52人）
・その他※2（231人）



（参考）
内科系医師の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

※内科系・・・内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科
※2)その他・・・無記入・無効回答含む

36

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
外科系※

研修開始前
６９４人(１３．７%)

研修修了後
602人(１１．９%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

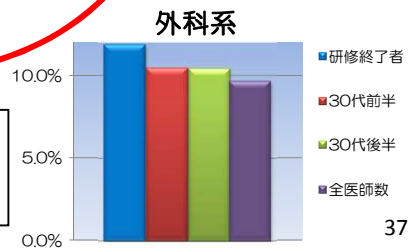
内訳
1. 内科系（106人）
2. 整形外科（26人）
3. 麻酔科（19人）
・その他※2（96人）

研修後、他科へ移行した人数
247人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
447人

研修後、移行して来た人数
155人

内訳
1. 内科系（58人）
2. 救急科（21人）
3. 小児科（15人）
・その他※2（61人）



（参考）
外科系医師の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

※外科系・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科
※2)その他・・・無記入・無効回答含む

37

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
小児科

研修開始前
５２２人(１０．３%)

→

研修修了後
３６２人(７．２%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

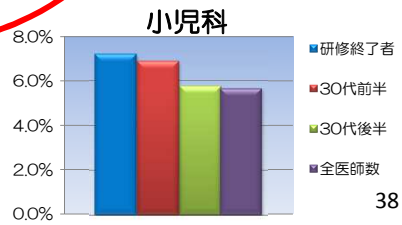
内訳
1. 内科系（93人）
2. 外科系（15人）
3. 麻酔科（14人）
・その他※（94人）

研修後、他科へ移行した人数
２１６人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
３０６人

研修後、移行して来た人数
５６人

内訳
1. 内科系（29人）
2. 外科系（6人）
2. 産婦人科（6人）
・その他※（15人）



（参考）
小児科医の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

※その他・・・無記入・無効回答含む

38

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
産婦人科

研修開始前
３５７人(７．１%)

→

研修修了後
２９１人(５．８%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

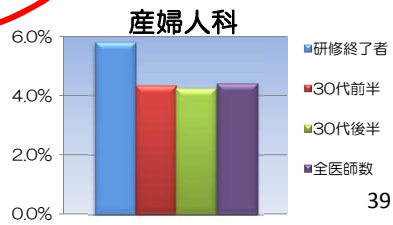
内訳
1. 内科系（52人）
2. 麻酔科（18人）
3. 外科系（10人）
・その他※2（49人）

研修後、他科へ移行した人数
１２９人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
２２８人

研修後、移行して来た人数
６３人

内訳
1. 内科系（20人）
2. 小児科（12人）
3. 外科系（8人）
・その他※2（23人）



（参考）
産婦人科医の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

※産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科
※2)その他・・・無記入・無効回答含む

39

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
麻酔科

研修開始前
１４３人(２．８%)

研修修了後
２３７人(４．７%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

内訳
1. 内科系（27人）
2. 整形外科（5人）
2. 精神科（5人）
・その他※（17人）

研修後、他科へ移行した人数
５４人

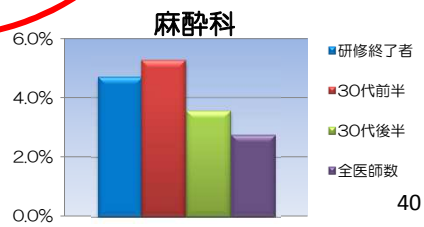
研修前後で、診療科に変化がなかった人数
８９人

研修後、移行して来た人数
１４８人

内訳
1. 内科系（53人）
2. 外科系（19人）
3. 産婦人科（18人）
・その他※（58人）

（参考）
麻酔科医の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査



※その他・・・無記入・無効回答含む

40

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
救急科

研修開始前
１５０人(３．０%)

研修修了後
１１１人(２．２%)

※割合は、アンケート回収総数(5057人)に対する割合

内訳
1. 内科系（25人）
2. 外科系（21人）
3. 麻酔科（12人）
・その他※（39人）

研修後、他科へ移行した人数
９７人

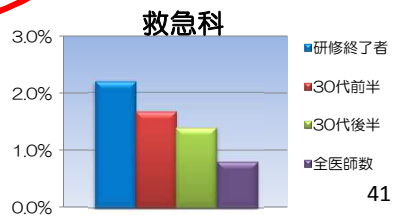
研修前後で、診療科に変化がなかった人数
５３人

研修後、移行して来た人数
５８人

内訳
1. 内科系（19人）
2. 外科系（9人）
2. 小児科（9人）
・その他※（21人）

（参考）
救急医の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

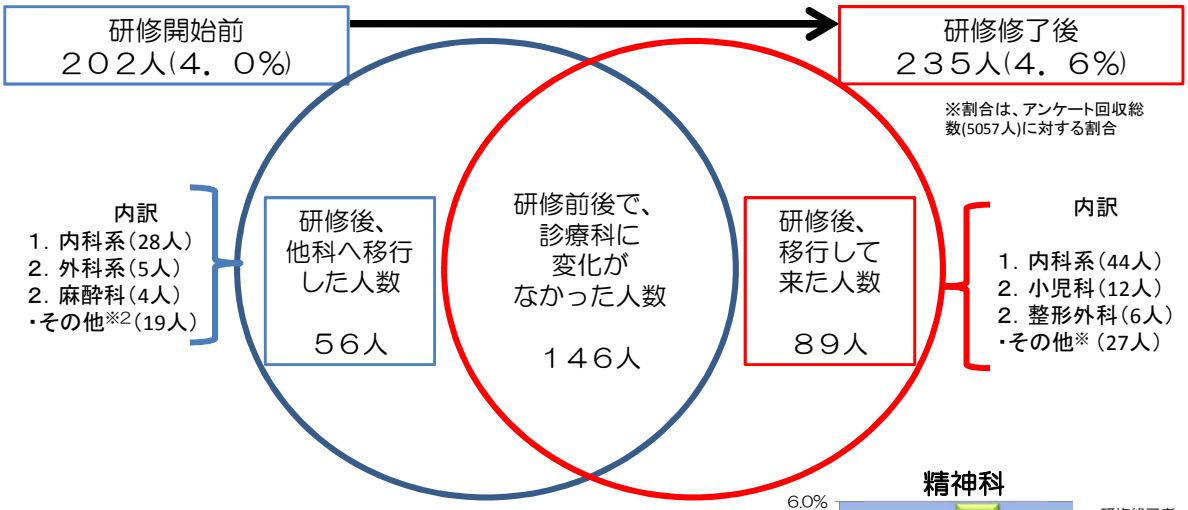


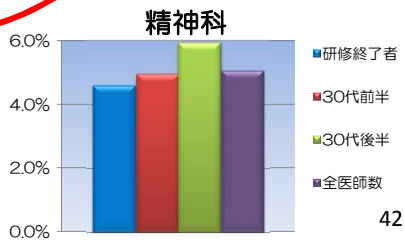
※その他・・・無記入・無効回答含む

41

臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
精神科





（参考）
精神科医の割合→

平成２２年度　医師・歯科医師・薬剤師調査

※その他・・・無記入・無効回答含む

42

２．２）必要な症例

43

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第6回田中委員提出資料

まとめ

- プログラム満足度は一般研修指定病院、病床数600床以下の方が有意に高い

  これらの病院は

  - 休暇・休養、手技経験の多様さの満足度が有意に高い
  - 疾患の多様性の満足度では差が無い

- 必修症候、疾患の経験率は大学病院プログラムが一般研修指定病院（プログラム）より有意に高く、病床数、入院患者数の多い病院の方が有意に高い

44

医師会病院における臨床研修に関する伺い（集計結果報告）

第6回小森委員提出資料

医師会病院として、臨床研修制度に関するご意見がありましたら、ご自由にお書きください。（一部抜粋・要約）①

【基幹型臨床研修病院からの意見】

○　基幹型臨床研修病院の基準が強化され、中小病院にとっては困難さを増している。しかしながら、本来の臨床研修の理念からすれば地域医療やプライマリケアを中心とした中小病院こそが理想にかなうものがあると考える。臨床医を目指す者の為に少なくともこのような選択肢を残すべきである。

45

第6回事務局提出資料

参考

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

（平成22年度厚生労働科学研究　総括研究報告書【抜粋】）

○　小規模の臨床研修病院に対する実地訪問調査

考察）

小規模研修病院として、平成21年度、22年度の2年間に研修医の受け入れ実績があり、新規入院患者が年間3000人未満の6病院を訪問し、その研修体制・実施状況を調査し、研修医に対するインタビューを通じて教育成果を検証した。

研修体制に関してはすべての病院において研修管理委員会などが適切に運営されていた。また、**指導者の数、質ともに要件を満たし**ていたし、さらに**いわゆる教育熱心な指導医が多い**ように見受けられた。小規模病院の特徴として、研修医個々人に対応したきめの細かい指導とコメディカルスタッフを含めた病院全体の温かい家庭的な雰囲気が共通して見られた。小規模病院ではすべての診療科を自病院で研修することはできにくく、近隣の大病院と連携している事実が明らかになった。その連携の実態は、きめ細かいものが多く、研修医の満足度も高かった。

研修医のインタビューを通じて明らかになったことは、**きめ細かい指導を受けているため概して臨床能力は高く、臨床研修の到達目標にある行動目標、経験目標はしっかりと達成しており、むしろ標準以上と思われた。**

結論）

今回訪問調査を実施した小規模の基幹型臨床研修病院においては、**臨床研修は充分に行動目標、経験目標を達成することができており、このような病院であれば価値観や将来の専門性など多様性を持った医師の卒後教育にとって有用と考えられる。**

また、臨床研修病院ならびに臨床研修プログラムの質を評価するため、今回実施したような訪問調査が有効と考えられる。

46

臨床研修医制度における医療機関の定員と研修医一人あたりの症例数についての検討

第9回副島参考人提出資料

＜方法＞

「平成22年度DPC導入の影響評価に関する調査」（厚生労働省）、「平成22年度プログラム毎マッチ結果及び応募者数」を用い、研修医定員数と症例数等の関係を検討。

＜結果＞

1）研修医定員数と1月あたりの症例数等

正の相関があり、定員数が多い医療機関では医療ボリュームが多く、ある程度の規模に応じた研修医定数となっている。

2）研修医定員数と研修医1人1月あたりの症例数等

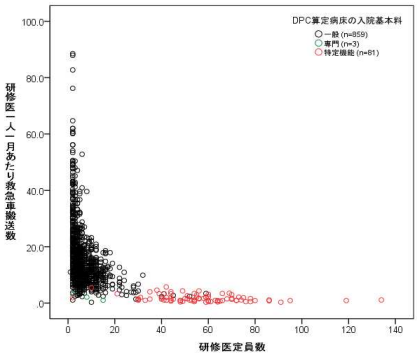
研修病院間で研修医1人あたりの症例数にばらつきがみられる。

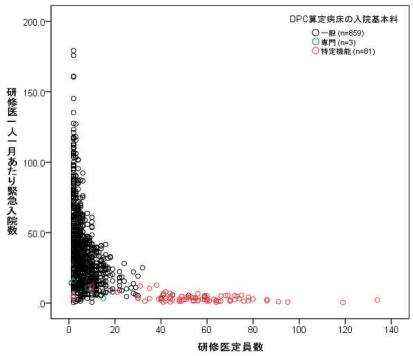
47

臨床研修医制度における医療機関の定員と研修医一人あたりの症例数についての検討

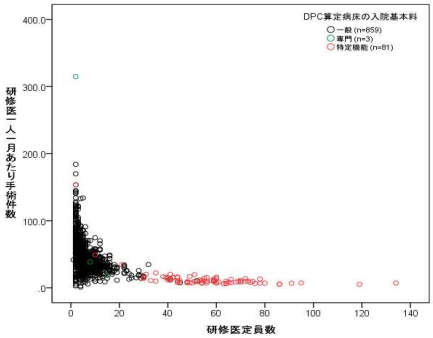
第9回副島参考人提出資料

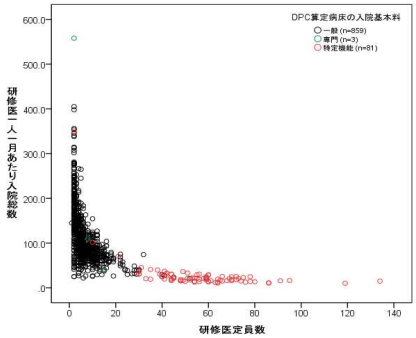
＜研修医一人・一月あたり救急車搬送数・緊急入院数＞





＜研修医一人・一月あたり手術数・入院総数＞





48

臨床研修医制度における医療機関の定員と研修医一人あたりの症例数についての検討

第9回副島参考人提出資料

まとめ

● 臨床研修には国費が投ぜられており、我が国の医療水準を向上させるためにも、研修に最低限必要な一人あたりの経験症例数といった量の議論をまずすべきと考えられる。

● 研修医一人あたりの臨床実績で定員を配分し、その地域の病院に定着すれば、当該地域の医療需要に比例した研修医配置となり、いわゆる医師偏在の是正にも繋がると思われる。

● さらに研修終了後も地域病院に残る医師が増えれば、医師偏在は将来にわたって解消される事が期待できる。

49

入院患者数別基幹型臨床研修病院の状況

入院患者数	施設数	割合	募集定員	割合	（参考）24年度受入実績	割合
9,001以上	402施設	39.5%	8,039人	74.9%	6,059人	78.9%
7,001～9,000	177施設	17.4%	1,103人	10.3%	770人	10.0%
5,001～7,000	218施設	21.4%	913人	8.5%	504人	6.6%
3,001～5,000	182施設	17.9%	580人	5.4%	297人	3.9%
3,000未満	40施設	3.9%	104人	1.0%	49人	0.6%
合　計	1,019施設	100.0%	10,739人	100.0%	7,679人	100.0%

※「入院患者数」は、平成23年度年間入院患者数（「平成24年度　基幹型臨床研修病院の状況調査（厚生労働省医政局医事課）」より）
※「施設数」「募集定員」欄は、平成25年度開始の研修の状況

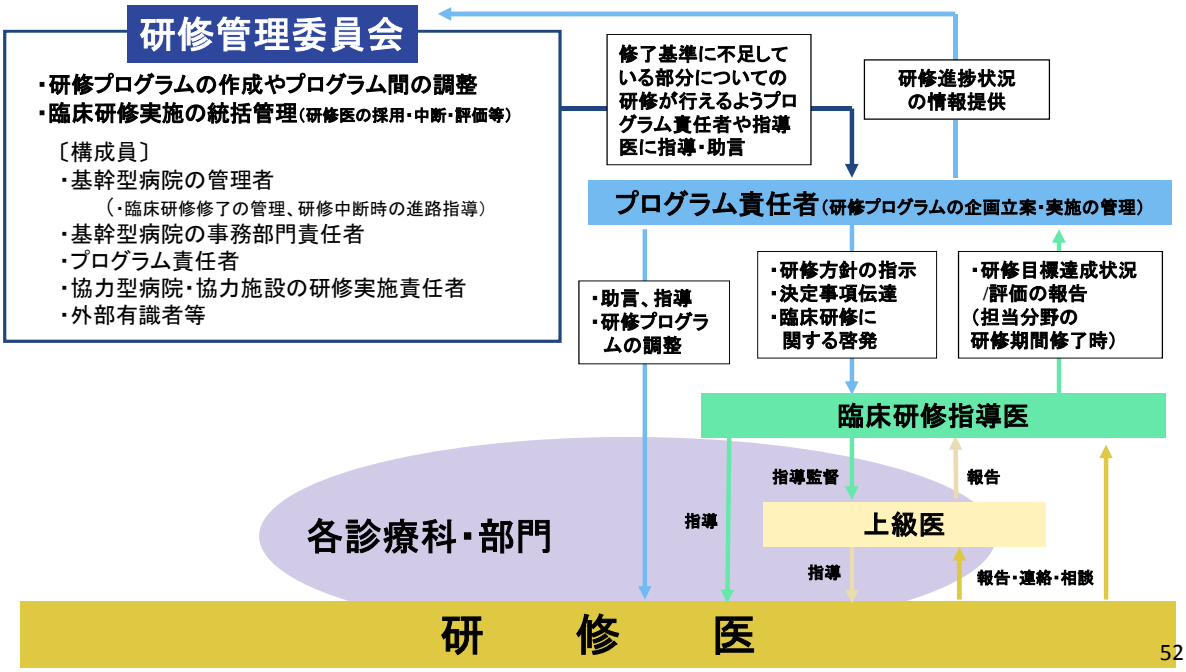
50

2．3）指導・管理体制

51

第3回事務局提出資料

臨床研修を行う病院の組織体制



52

2．4）募集定員の設定

53

第5回事務局提出資料

都道府県別募集定員の上限の設定方法

○全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えたもの

① 人口分布

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$

② 医師養成状況

全国の研修医総数 × $\frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$

③ 地理的条件

(a)面積当たりの医師数
（100平方km当たりの医師数）
(b)離島の人口

①と②の多い方 ＋ ③ → 都道府県別の募集定員の上限

【激変緩和措置】 募集定員の上限は、前年度の90%を下回らないようにする。（平成26年3月31日まで）

54

第5回事務局提出資料

研修病院の募集定員設定方法

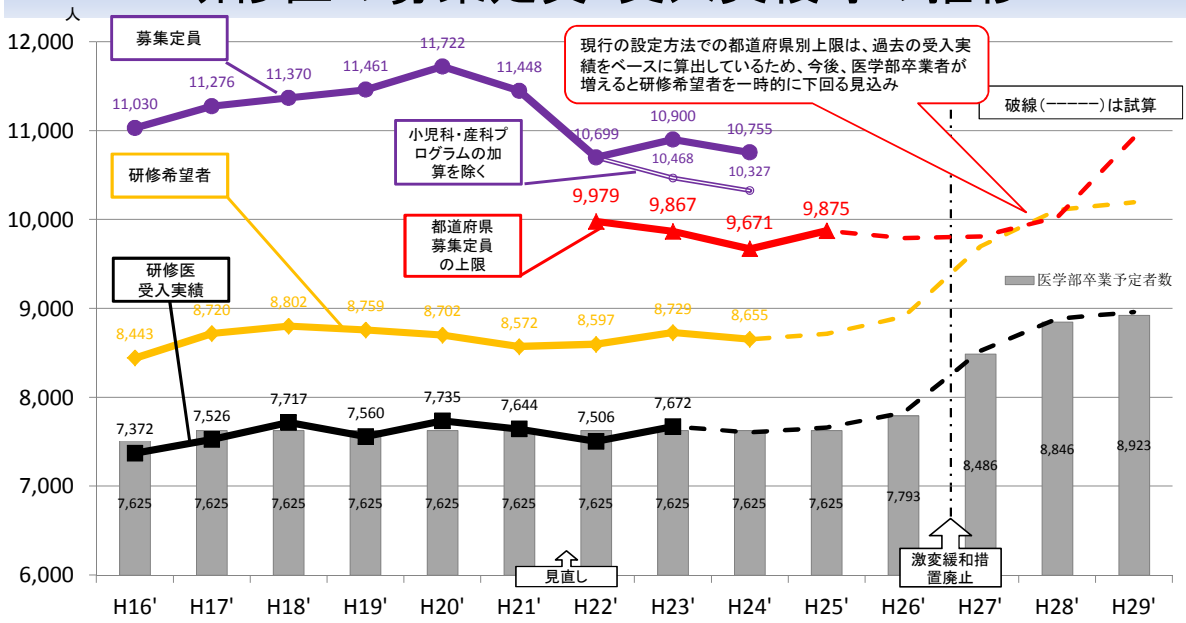
	前年度募集定員	過去の受入実績等による設定	都道府県の上限との調整	激変緩和措置（マッチ保障）
			（都道府県内の病院の募集定員の合計が都道府県の上限を超えている場合） （例） 病院の募集定員の合計 1,000名 都道府県の上限 900名	
A病院 医師派遣あり	30名	30名 （過去3年間の受入実績の最大値 20人 ＋ 医師派遣加算 10人）	27名 （$30 \times \frac{900}{1,000}$）	27名 （前年度の内定者が22人）
B病院 医師派遣なし	12名	10名 （過去3年間の受入実績の最大値）	9名 （$10 \times \frac{900}{1,000}$）	11名 （前年度の内定者が11人）

【都道府県の調整】 都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、各病院の募集定員を調整することができる。
【激変緩和措置】 募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする。（平成26年3月31日まで）

55

第5回事務局提出資料

研修医の募集定員・受入実績等の推移



※ グラフは、自治医科大学及び防衛医科大学卒業の研修医を含め、全ての研修医についての動向を整理したもの。
※ 研修希望者は、各年度のマッチング参加者と自治医科大学、防衛医科大学卒業者の合計である。
※ 医学部入学定員は、卒業時(6年後)の年度で整理している。

56

小児科・産科プログラムについて

(事務局作成)

＜平成22年度開始プログラム実績＞※募集定員20人以上の場合に必設とされているプログラムに限る

【小児科プログラム】 定員:163名　マッチ者数:110名

【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む 定員:144名　マッチ者数:74名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】 定員:78名　マッチ者数:40名

＜臨床研修修了後の診療科の希望＞(出典:平成24年臨床研修修了者アンケート調査)
※プログラム番号の記載のある個票のみ集計

【小児科プログラム】
研修を行った者:**52**名(A)
臨床研修終了後に小児科を希望する者:**37**名(B)　割合(B/A):**71.2%**
※参考:産科・産婦人科を希望する者:2名

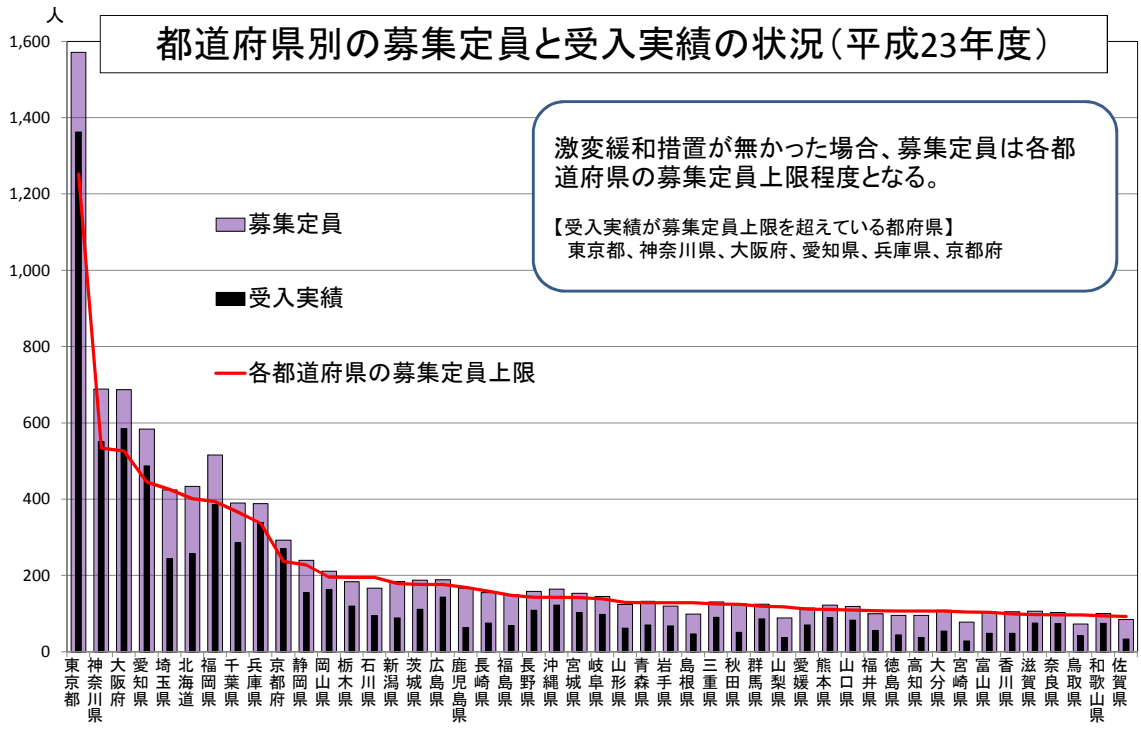
【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む
研修を行った者:**39**名(A)
臨床研修終了後に産科・産婦人科を希望する者:**27**名(B)　割合(B/A):**69.2%**
※参考:小児科を希望する者:5名　婦人科を希望する者:2名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】
研修を行った者:**9**名(A)
臨床研修終了後に小児科・産科・産婦人科を希望する者:**7**名(B)　割合(B/A):**77.8%**

57

第5回事務局提出資料

（参考）



58

第9回事務局提出資料

地域枠等の分類

いわゆる「地域枠」には、以下の通り多様なバリエーションがある。

○奨学金の有無

○実施主体

（大学・都道府県・市町村等）

○医学部定員増との関係

（政策的に実施した措置か否か）

○勤務地の限定の有無

（個別病院の指定や都道府県内の病院から自由選択）

等

59

第9回事務局提出資料

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）
〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件
※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり
※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

医学教育（6年間）

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1．貸与額

○月額１０～１５万円
※入学金等や授業料など別途支給の場合あり
○６年間で概ね１２００万円前後
※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり
（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は
国公立大学で約140万/年、 私立大学で約200万/年
出典（独）日本学生支援機構　学生生活調査（平成20年度）

2．返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。
1．都道府県内の特定の地域や医療機関
（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）
2．指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献：
- 平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- 平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- 平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み

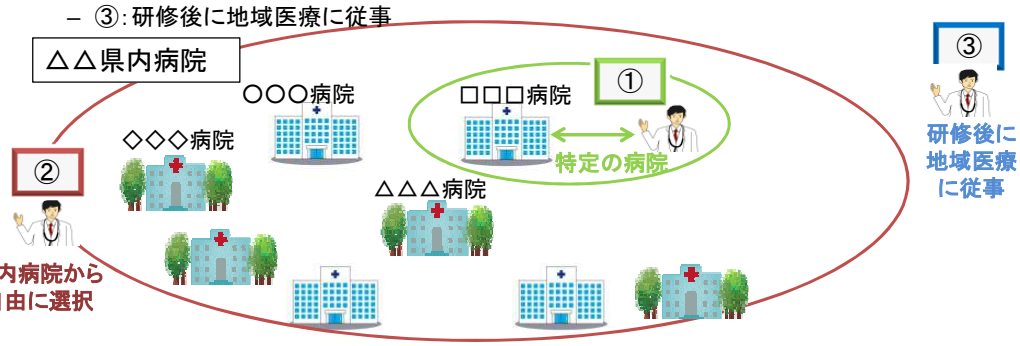
60

第5回事務局提出資料を一部修正

地域枠等の分類と臨床研修制度

A：卒業後の勤務条件あり

※主に、6年間奨学金を受給して卒業後、当該都道府県内の地域医療に9年間程度従事
- ①：初期研修は、指定された特定の医療機関で実施
- ②：初期研修は、県内の医療機関（指定された医療機関含む）から自由に選択
- ③：研修後に地域医療に従事



B：卒業後の勤務条件なし

- 地元出身者のための選抜枠
  - 県内の高校出身者を対象とした入学枠
- 出身地にとらわれない地域医療に従事する入学枠等

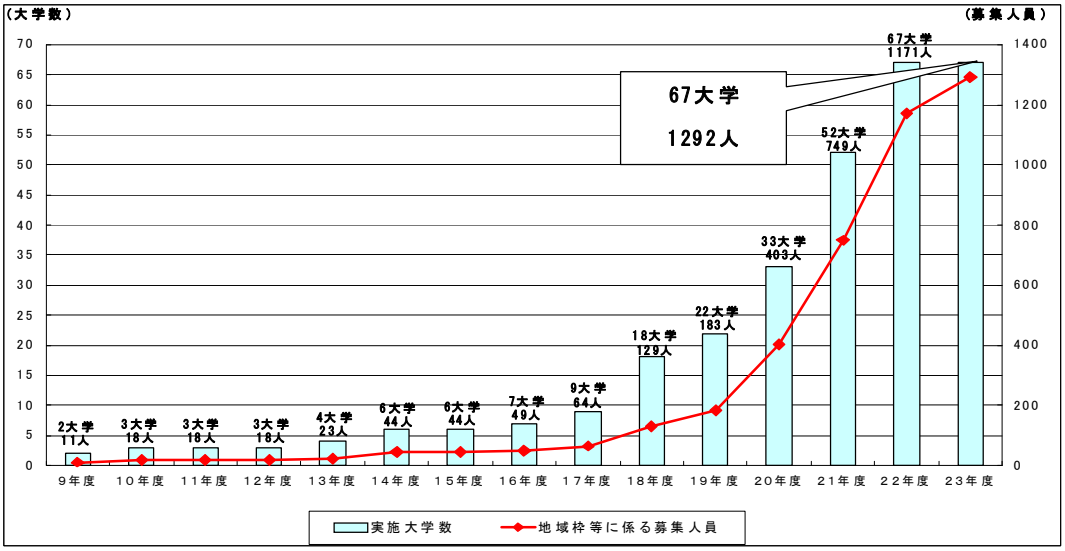
61

地域枠等の状況

第5回文部科学省提出資料

平成23年4月現在、67大学で1,292人の、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（地域枠等）を設定。

地域を指定した入学者選抜（地域枠）等の導入状況



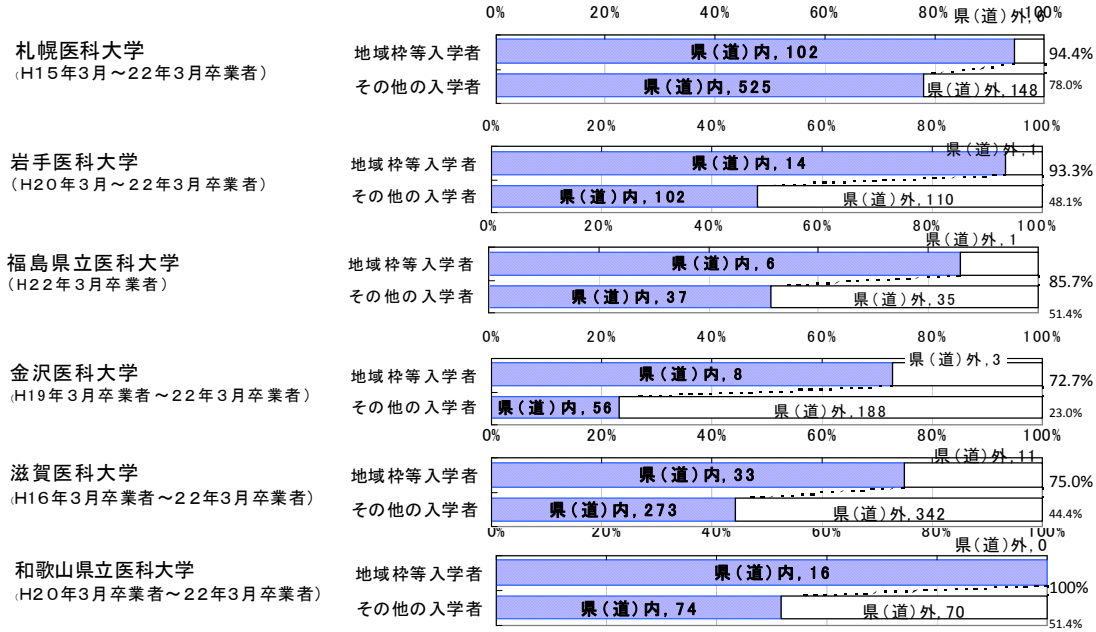
平成23年4月医学教育課調べ

62

地域枠等で入学した者の卒業後の状況

第5回文部科学省提出資料

地域枠等による入学者の方が、一般枠の入学者より、卒業後も都道府県内に残る割合が高い。
（地域枠等による入学者が既に卒業している大学の県内定着率の平均は、地域枠等が89%に対して、一般枠は54%）



文部科学省医学教育課調べ

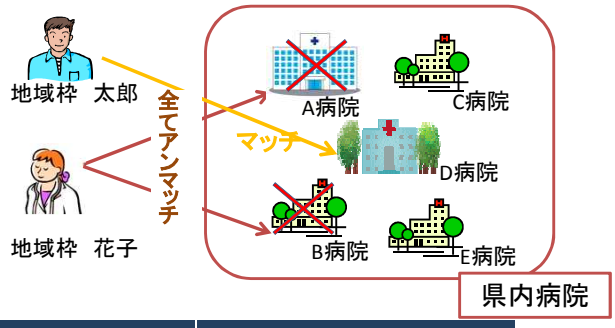
63

第5回事務局提出資料

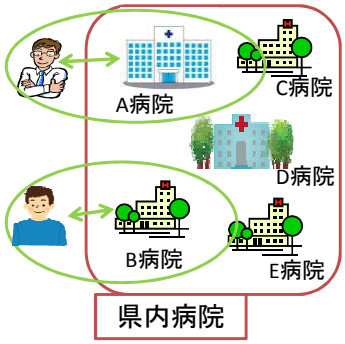
地域枠とマッチング

◎ 現行では地域枠学生も、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定。
（一般枠学生と同様の扱い）
※例外：自治医科大学と防衛医科大学校
・マッチングに参加せず、研修を行う病院を各都道府県と個別に調整して決定

マッチング（現行）



学生	マッチング結果	進路
太郎	指定された研修病院にマッチ	・マッチしたD病院へ
花子	指定された研修病院にアンマッチ	・2次募集（C,E病院へ）等



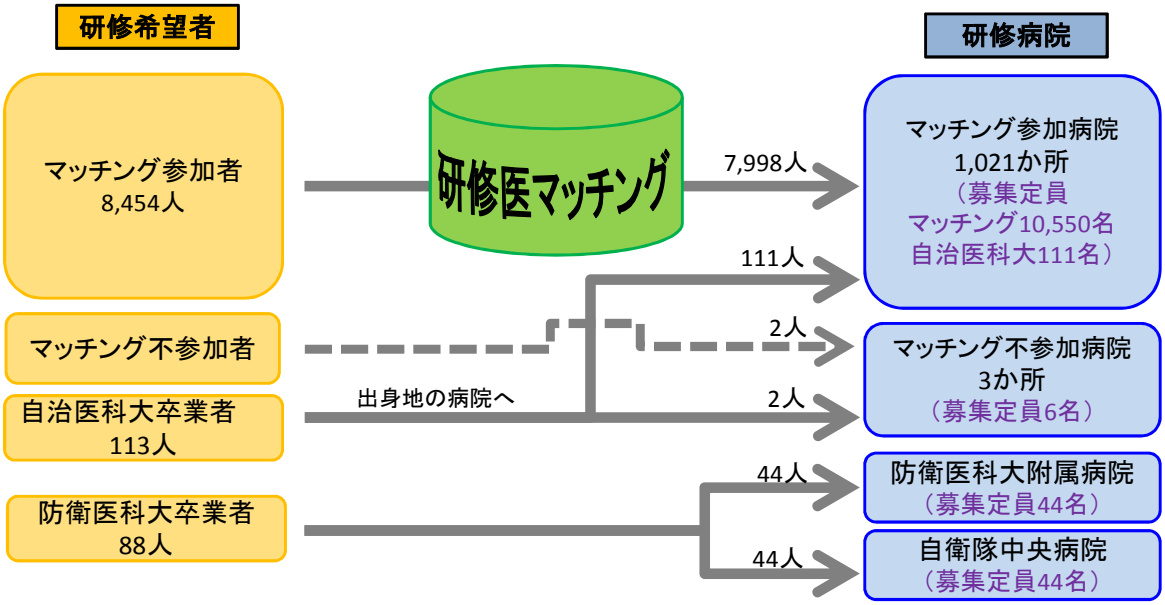
※自治医科大学、防衛医科大学校が対象
（マッチング前に病院を決定）

64

第5回事務局提出資料を一部修正

（参考）

平成23年度研修医マッチング等（平成24年度採用者）



65

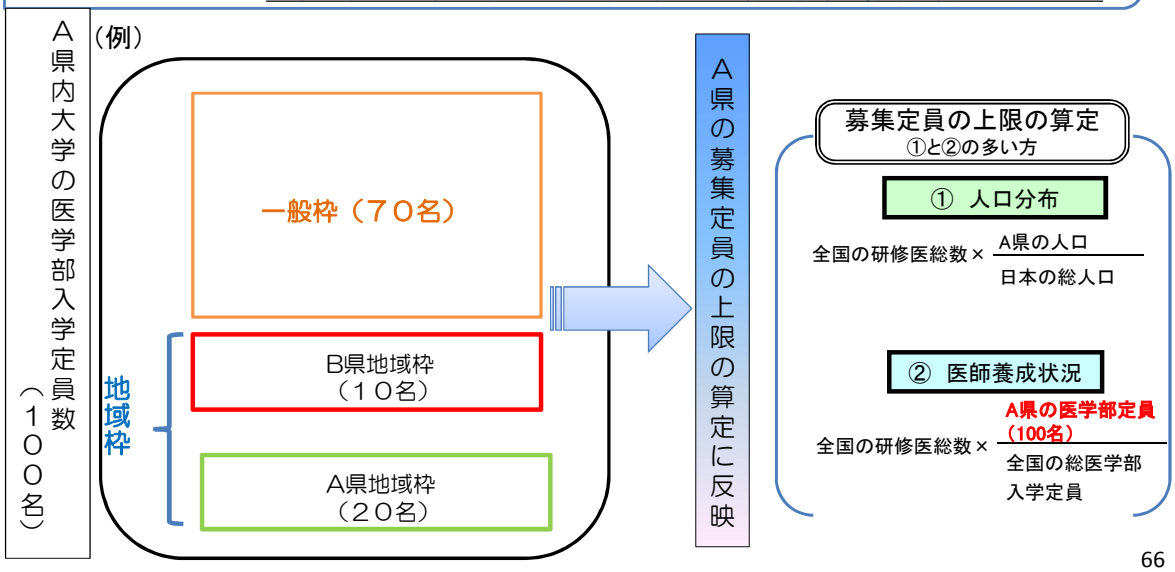
第5回事務局提出資料を一部修正

地域枠等と募集定員

◇現行

→都道府県の募集定員の上限の算定には、地域枠も内数として算入

※他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員の上限に反映



66

2．5）研修医の処遇の確保

67

第3回事務局提出資料

臨床研修医の推計年収①

平成23年度採用予定の臨床研修医の推計年収※1

	1年次			2年次		
	大学病院（114病院）	臨床研修病院（924病院）	合計（1038病院）	大学病院（114病院）	臨床研修病院（924病院）	合計（1038病院）
平均※2	3,074,172円	4,510,339円	4,352,610円	3,123,132円	5,021,376円	4,812,899円
最大※3	4,239,600円	9,550,000円	9,550,000円	4,560,000円	10,026,000円	10,260,000円
最小	1,842,000円	2,358,000円	1,842,000円	1,842,000円	2,419,200円	1,842,000円

※1）推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与（賞与含む）。
※2）平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国の基幹型臨床研修病院の推計年収の平均を算出した
※3）研修医に対して年間720万円以上の給与を支払っている病院に対しては、補助金を一定割合削減している。

（参考）民間医師の平均給与

年齢	24歳以上28歳未満	28歳以上32歳未満	32歳以上36歳未満	36歳以上40歳未満
月額	559,069円	613,703円	752,864円	816,424円

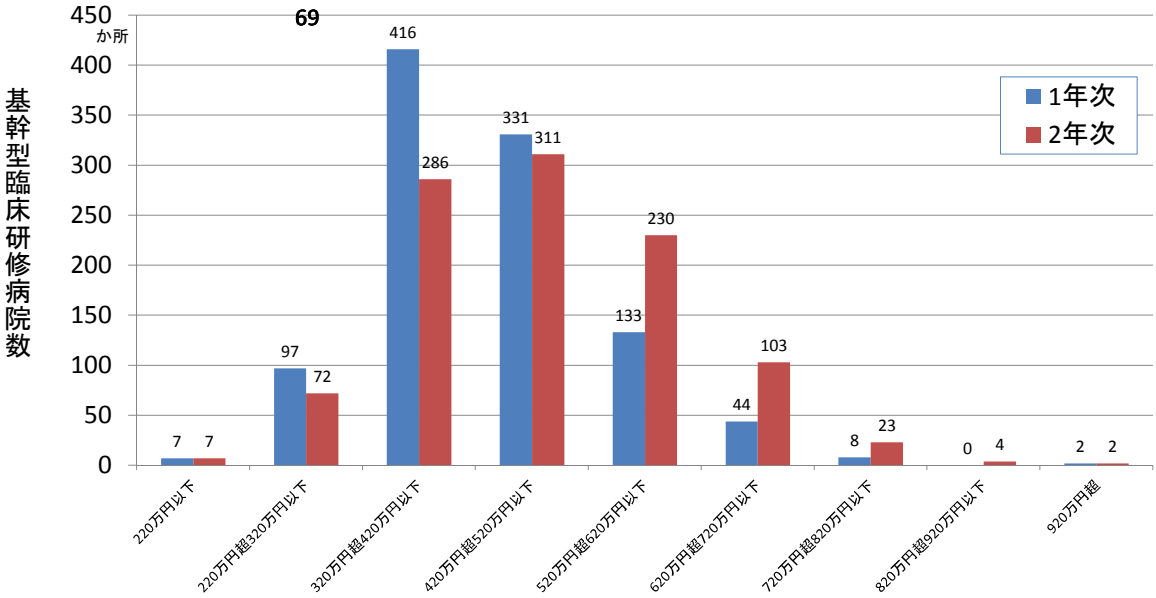
注）平均給与月額には、通勤手当や超過勤務手当など実費弁償的又は実績支給である給与は含まない
出典：人事院　平成22年職種別民間給与実態調査

68

臨床研修医の推計年収②

第3回事務局提出資料

○臨床研修医の給与は概ね320～720万円の範囲内にある。



※　平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国1，038の基幹型臨床研修病院に対して平成22年11月に調査を行った。
※　推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与（賞与含む）。
※　自治医科大卒の研修医で受入病院の処遇と異なっている場合は、その処遇は含めていない

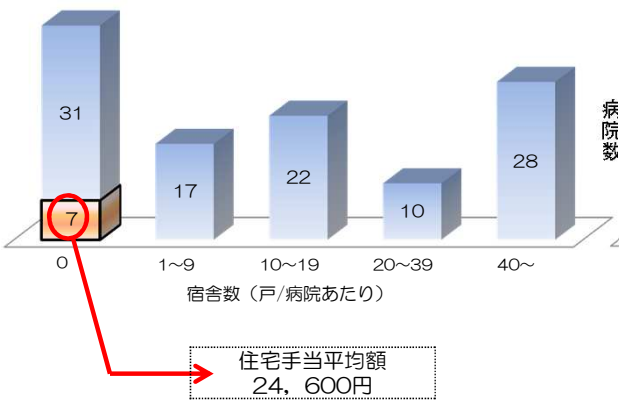
69

研修医宿舎と住宅手当（平均月額）

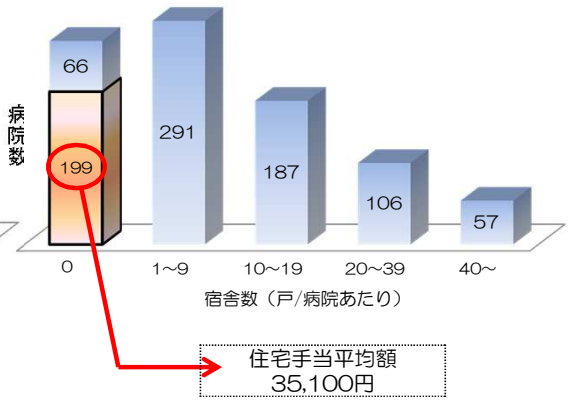
第3回事務局提出資料

○臨床研修病院では、大学病院より宿舎や住宅手当が充実している。
○大学病院では全体の8割以上、臨床研修病院では9割以上で宿舎または住宅手当が用意されている。

研修医宿舎と住宅手当
（大学病院：115病院）



研修医宿舎と住宅手当
（臨床研修病院：906病院）



※ 平成23年度マッチングに参加した基幹型研修病院を対象として病院側が記入した数値を集計。
※ 数値は、平成24年度から研修を開始する1年次研修医に適用予定の処遇。

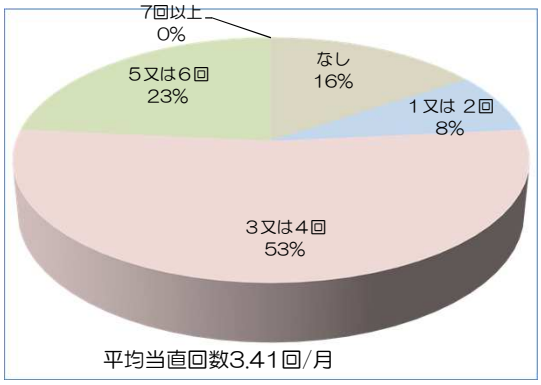
70

臨床研修医の当直回数（平均回数/月）

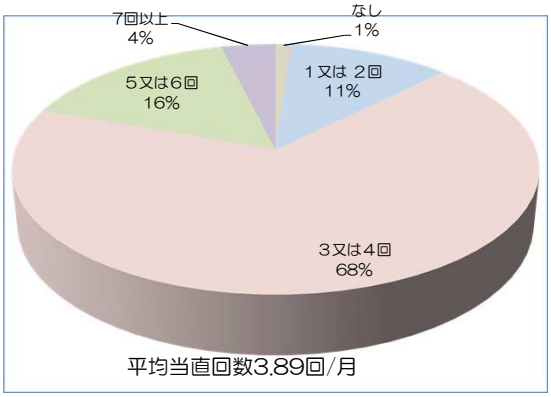
第3回事務局提出資料

○当直回数は、月4回が最多となっている。

大学病院



臨床研修病院



当直回数	0	1	2	3	4	5	6	7～	合計
大学病院	18	2	7	6	55	24	3	0	115
臨床研修病院	11	13	90	156	459	98	44	35	906

※ 平成23年度マッチングに参加した基幹型研修病院を対象として病院側が記入した数値を集計。
※ 数値は、平成24年度から研修を開始する1年次研修医に適用予定の当直回数。

71

第3回事務局提出資料

EPOC全国データを活用した研修医による研修環境の評価

○ 平成21年度に研修を開始した約4,000名分のデータを集計
○ 研修環境に関する事項については、診療科毎の入力であるため、集計に際しては、研修期間を通した評価を採用

（参考） EPOC利用病院数と利用可能数

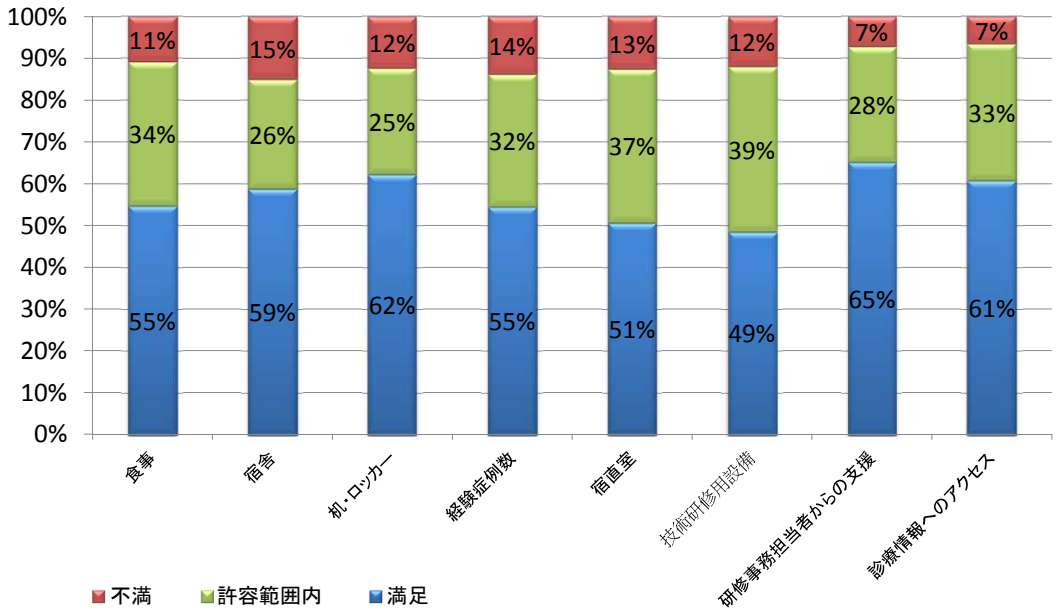
（平成21年度）

	大学病院	臨床研修病院
病院数	83	343
利用可能数	2,599	1,685
1病院あたりの利用可能数	31.3	4.9

72

第3回事務局提出資料

研修施設に対する満足度

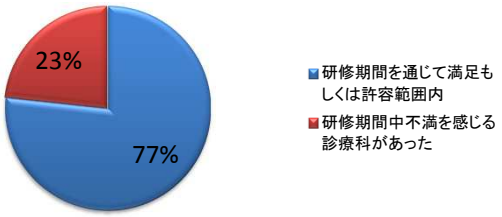


73

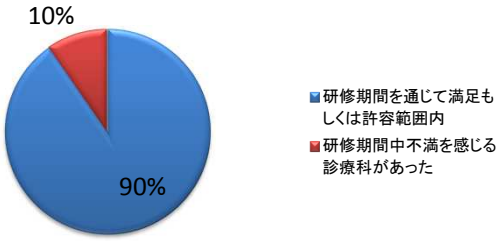
第3回事務局提出資料

研修環境に対する満足度

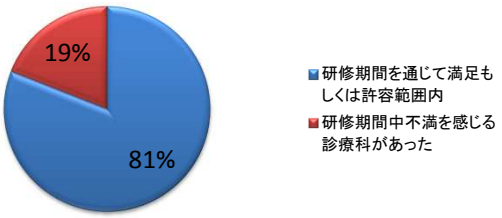
休暇・休養



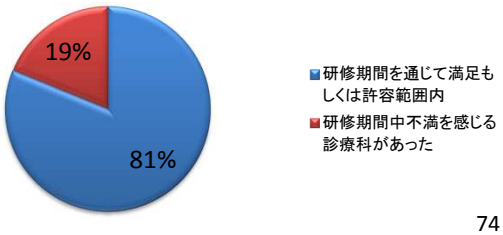
研修医間の連携



指導医間の連携



コメディカルからの支援



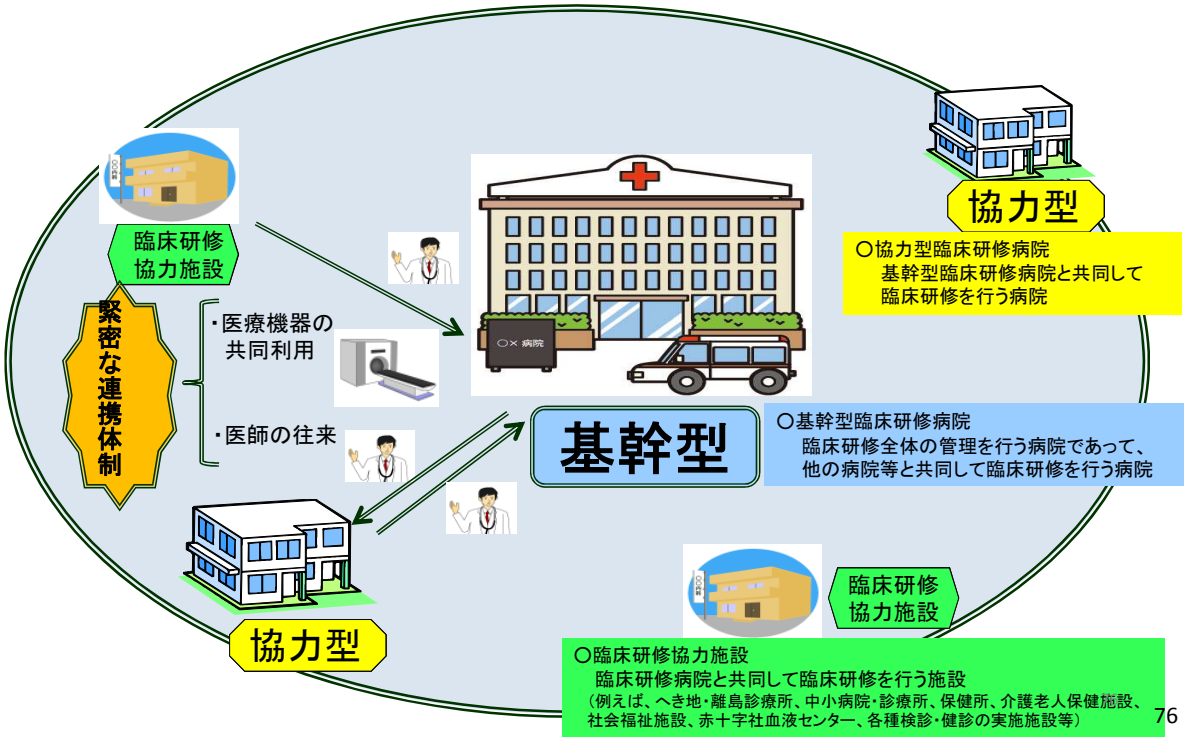
74

2．6）その他

75

臨床研修病院群の概要

第3回事務局提出資料



76

第3回事務局提出資料

指導医講習会の現況

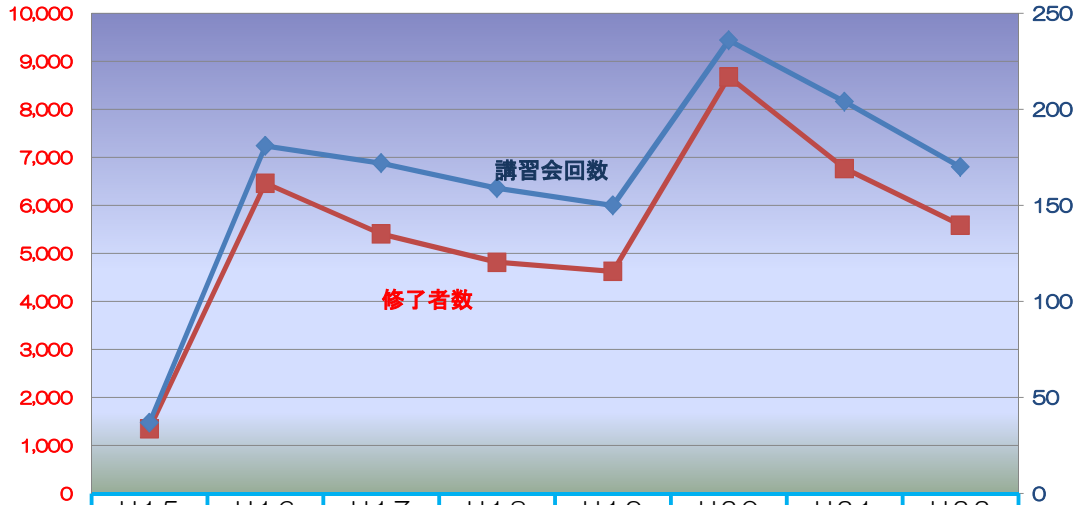
趣旨	臨床研修指導医の資質の向上及び臨床研修を行う病院・施設における適切な指導体制の確保に資することを目的とする
期間	講習時間は16時間以上、かつ原則2泊3日以上 （指導医講習会の開催期間が1泊2日でも講習時間は16時間以上確保）
形式	ワークショップ（参加者主体の体験型研修）形式 ・参加者が能動的・主体的に参加するプログラム ・参加者が6名から10名までのグループに分かれて行う討議及び発表を重視した内容 ・グループ討議やグループ発表の結果が盛り込まれた講習会報告書が作成される
テーマ	・新たな医師臨床研修制度 ・プライマリ・ケアの基本的診療能力 ・医療の社会性 ・患者と医師との関係 ・医療面接 ・根拠に基づいた医療（EBM） ・医療安全管理 ・地域保健・医療 ・指導医の在り方 ・研修プログラムの立案 ・研修医、指導医及び研修プログラムの評価
修了	指導医講習会の修了者に対して、修了証書が交付される

77

指導医講習会の現況②

第3回事務局提出資料

○現在までに、講習会は延べ1，309回開催され、講習会修了者数は延べ43，701人にとなっている



	H１５	H１６	H１７	H１８	H１９	H２０	H２１	H２２
修了者数	1351	6462	5407	4816	4627	8676	6772	5590
講習会回数	37	181	172	159	150	236	204	170

※平成16年3月18日に発出した「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」にのっとった講習会。
※平成15年6月12日から平成23年3月31日までの開催状況　（医師臨床研修推進室確認分）

78

3．中断及び再開、修了

79

中断の状況

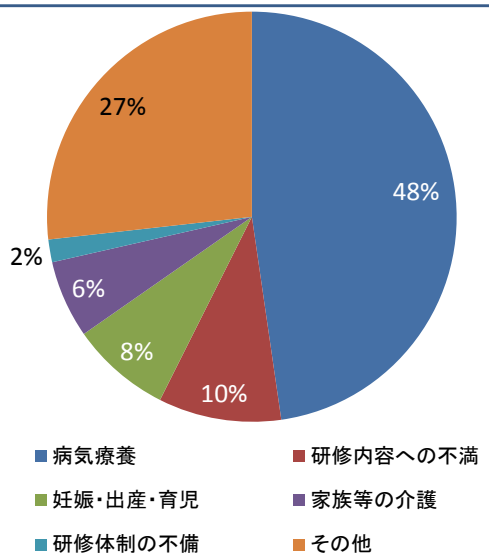
○研修医の1.3%（平成18～21年度の平均）が研修の中断を経験している。

研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医受入実績 A	中断者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	40人	1.2%	4,266人	71人	1.7%	7,717人	111人	1.4%
平成19年度	3,423人	40人	1.2%	4,137人	48人	1.2%	7,560人	88人	1.2%
平成20年度	3,591人	35人	1.0%	4,144人	53人	1.3%	7,735人	88人	1.1%
平成21年度	3,575人	52人	1.5%	4,069人	53人	1.3%	7,644人	105人	1.4%
計	14,040人	167人	1.2%	16,616人	225人	1.4%	30,656人	392人	1.3%

注1）研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績
注2）中断者数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。（同一人物が2回以上中断している場合でも1人としている。）

中断の理由（全体）

○中断の48%（平成18～21年度の平均）が「病気療養」を理由とするものとなっている。

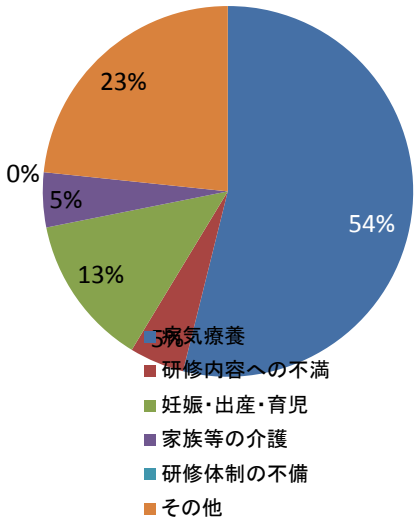


中断理由	中断者数	比率
病気療養	187人	48%
研修内容への不満	39人	10%
妊娠・出産・育児	31人	8%
家族等の介護	25人	6%
研修体制の不備	6人	2%
その他	104人	27%
計	392人	100%

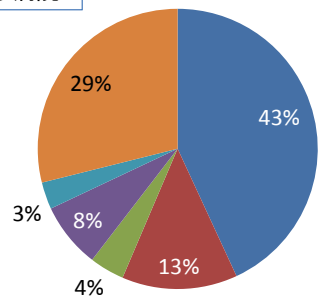
第3回事務局提出資料

中断の理由（大学病院・臨床研修病院別）

大学病院



臨床研修病院



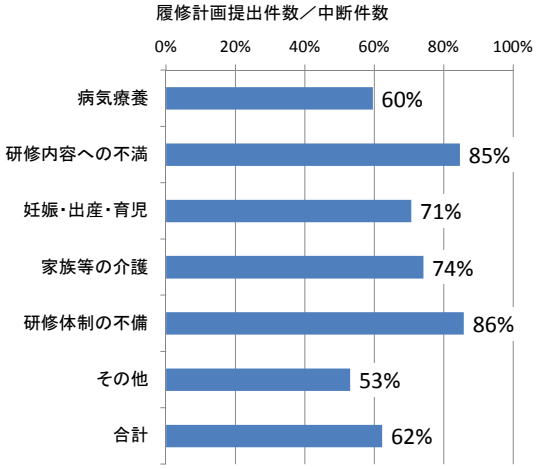
中断理由	大学病院	臨床研修病院	合計
病気療養	90人	97人	187人
研修内容への不満	8人	31人	39人
妊娠・出産・育児	22人	9人	31人
家族等の介護	8人	17人	25人
研修体制の不備	0人	6人	6人
その他	39人	65人	104人
計	167人	225人	392人

82

第3回事務局提出資料

中断者の研修再開状況

○中断した研修は、62%（平成18～21年度の平均）の割合で再開している。
理由別で見ると「病気療養」を理由に中断した研修が再開する割合が低い。



中断理由	中断件数 A	履修計画提出件数B	B/A
病気療養	205件	122件	60%
研修内容への不満	39件	33件	85%
妊娠・出産・育児	34件	24件	71%
家族等の介護	27件	20件	74%
研修体制の不備	7件	6件	86%
その他	117件	63件	54%
計	429件	268件	62%

※中断件数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった件数。（同一人物が2回以上中断している場合は、それぞれ件数をカウントしている。）

83

第3回事務局提出資料

未修了者の状況

○研修医の1.0%（平成18～21年度の平均）が研修期間終了の際、未修了と評価されている。

研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医受入実績 A	未修了者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	74人	2.1%	4,266人	28人	0.7%	7,717人	102人	1.3%
平成19年度	3,423人	41人	1.2%	4,137人	29人	0.7%	7,560人	70人	0.9%
平成20年度	3,591人	39人	1.1%	4,144人	34人	0.8%	7,735人	73人	0.9%
平成21年度	3,575人	37人	1.0%	4,069人	21人	0.5%	7,644人	58人	0.8%
計	14,040人	191人	1.4%	16,616人	112人	0.7%	30,656人	303人	1.0%

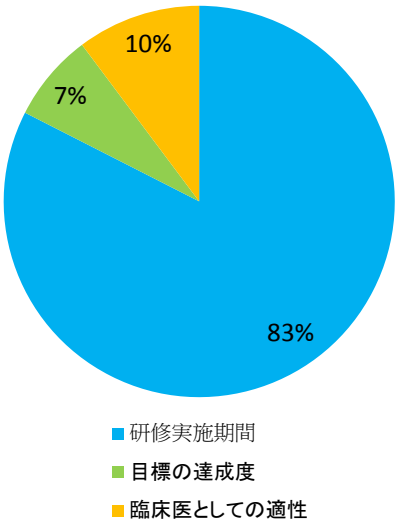
注1）「研修医受入実績」は、各年度における4月現在の受入実績
注2）「未修了者数」は、未修了者に対する履修計画について、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。（同一人物が2回以上未修了となっている場合でも1人としている。）

84

第3回事務局提出資料

未修了の理由（全体）

○未修了の理由は、研修の実施期間が休止期間（90日）の上限を超えたことによるものが83%（平成18～21年度の平均）を占める。



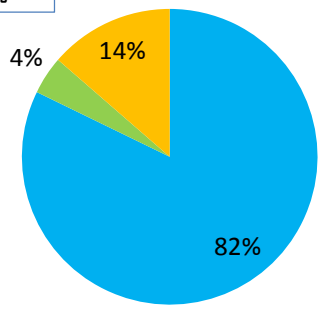
	計	比率
研修実施期間	251人	83%
目標の達成度	22人	7%
臨床医としての適性	30人	10%
計	303人	100%

85

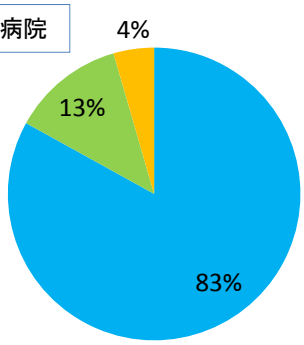
第3回事務局提出資料

未修了の理由（大学病院・臨床研修病院別）

大学病院



臨床研修病院



■研修実施期間
■目標の達成度
■臨床医としての適性

	大学病院	臨床研修病院	計
研修実施期間	157人	94人	251人
目標の達成度の不足	8人	14人	22人
臨床医としての適性に問題	26人	4人	30人
計	191人	112人	303人

86

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究（中間報告）

第6回田中委員提出資料

研修医による病院ごとの環境評価

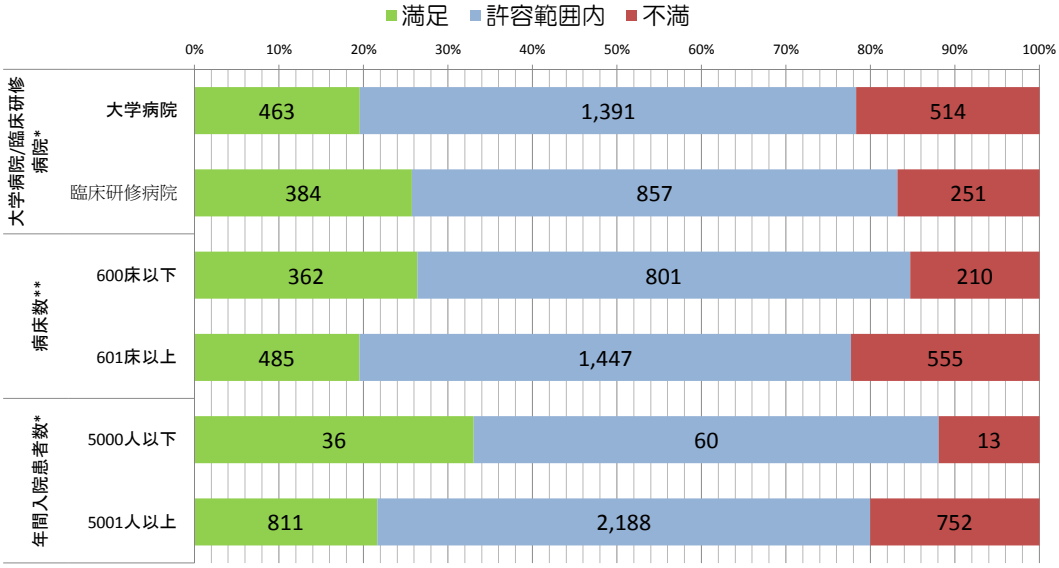
【環境評価集計】【指導評価集計】

福利厚生	
1）休暇・休養	A（10名）B（10名）C（1名）未（4名） A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能
研修内容	
2）経験症例数	A（20名）C（1名）未（4名） A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能
3）経験症例の種類	A（18名）C（3名）未（4名） A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能
4）経験手技・検査の数	A（18名）C（3名）未（4名） A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能
5）経験手技・検査の種類	A（18名）C（3名）未（4名） A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能

87

休暇・休養

600床以下の方が満足度が高い



2010年開始研修医のEPOC集計　***:p<0.0001　**:1%有意　*:5%有意

88

4.　そ　の　他

1）地域医療の安定的確保

89

臨床研修制度導入後の地域医療への影響について（概要①）

○ 臨床研修制度導入後の地域医療への影響については、関係のデータ等から以下の傾向が見受けられる。

［都道府県別］

・臨床研修医の採用実績について、制度導入後、都市部の6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）では減少傾向にあり、その他の道県では増加傾向にある。（厚生労働省調べ）

・若手医師の勤務地について、制度導入後、1・2年目医師は、6都府県に勤務する割合に大きく変化は見られないが、3年目から6年目医師は、6都府県でやや増加傾向にある。

・なお、都道府県ごとの分布割合の推移については、一様ではない。

（出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省））

［市区町村別］

・制度導入後、都市部（県庁所在地等の一部市町村）で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。

・また、医師3年目において、制度導入前は、都市部から周辺地域に医師が移動するのに対し、制度導入後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向が見られる。

（出典：平成22年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」）

90

臨床研修制度導入後の地域医療への影響について（概要②）

[勤務先別（医育機関、病院）]

・臨床研修医の採用実績について、制度導入後、大学病院の採用実績は減少している。

・若手医師の勤務先について、全国的に、医師1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少しているが、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、変化の大きさは各都道府県で一様ではない。

（出典：平成 24 年度厚生労働科学研究「医師臨床研制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」（中間解析））

・臨床研修修了者の約7．5割が、大学の医局に入局する予定と回答している。

（出典：平成24年臨床研修修了者調査（厚生労働省））

[臨床研修の実施場所]

・大都市を抱える都府県では、他県の基幹型病院からの研修医を受け入れている期間よりも、自県の研修医が他県において研修する期間の方が長く、逆に地方では他県からの研修医を受け入れている期間が長い傾向が見られる。

（出典：平成23年臨床研修修了者調査（厚生労働省））

[医師不足地域での従事希望]

・医師不足地域での従事希望は、出身地や研修を行った場所により若干異なるものの、「医師不足地域に現在従事、又は将来従事を希望する」「条件が合えば従事する」と回答した者の割合は、合わせて70％に上る。

（出典：平成23年臨床研修修了者調査（厚生労働省））

91

第１回事務局提出資料を一部修正

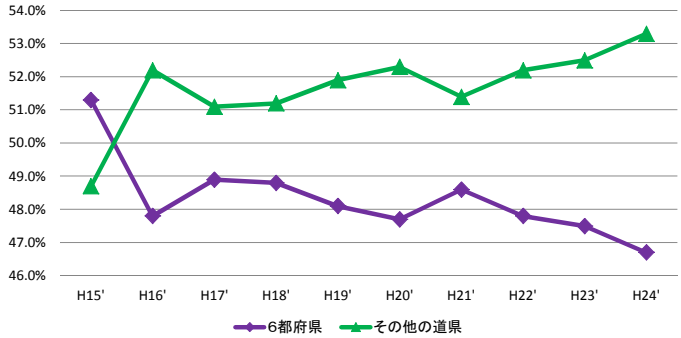
臨床研修医の採用実績
（6都府県とその他の道県）

○ 臨床研修医の採用実績について、制度導入後、都市部の6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）では減少傾向にあり、その他の道県では増加傾向にある。

6都府県以外の採用実績の割合

22年度　52.2%
↓
23年度　52.5%
↓
24年度　53.3%（＋0.8%）

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679

（人）

平成24年8月22日公表

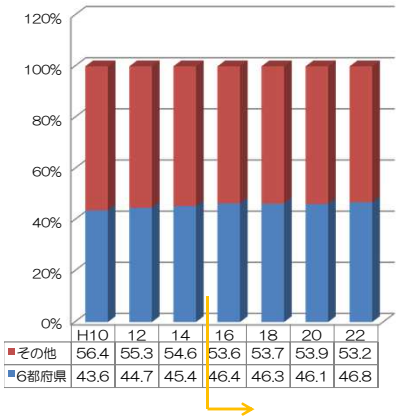
92

第4回事務局提出資料

医籍登録後１～６年目医師数の分布割合の推移
（６都府県とその他の道県の比較）

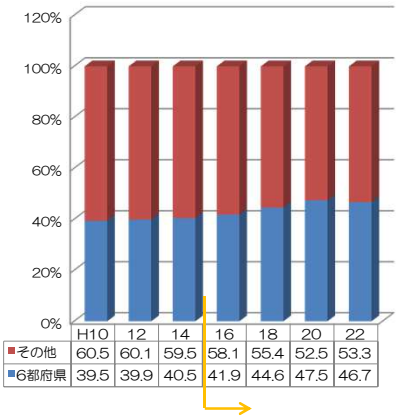
○若手医師の勤務地について、制度導入後、1・2年目医師は、6都府県に勤務する割合に大きく変化は見られないが、3年目から6年目医師は、6都府県でやや増加傾向にある。

医籍登録後１・２年目医師



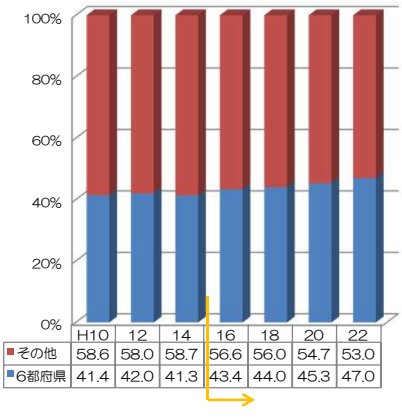
	H10	12	14	16	18	20	22
その他	56.4	55.3	54.6	53.6	53.7	53.9	53.2
6都府県	43.6	44.7	45.4	46.4	46.3	46.1	46.8

医籍登録後３・４年目医師



	H10	12	14	16	18	20	22
その他	60.5	60.1	59.5	58.1	55.4	52.5	53.3
6都府県	39.5	39.9	40.5	41.9	44.6	47.5	46.7

医籍登録後５・６年目医師



	H10	12	14	16	18	20	22
その他	58.6	58.0	58.7	56.6	56.0	54.7	53.0
6都府県	41.4	42.0	41.3	43.4	44.0	45.3	47.0

※医籍登録年別に見た医療施設（医育機関含む病院・診療所）に従事する医師数
※6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）

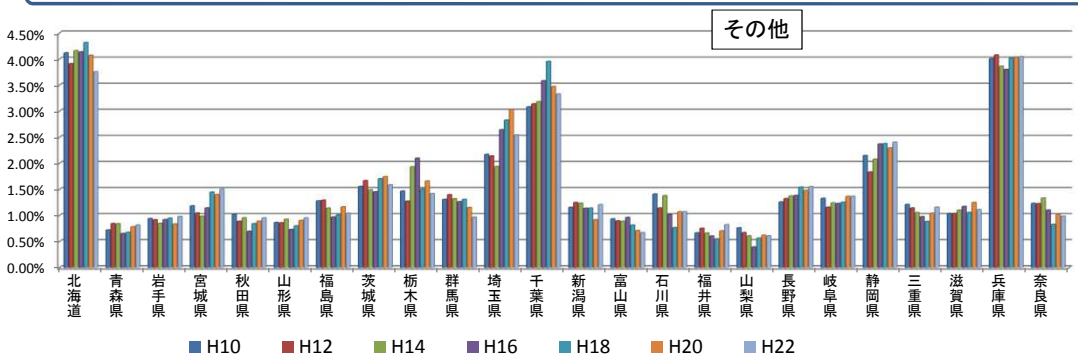
出典）厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査

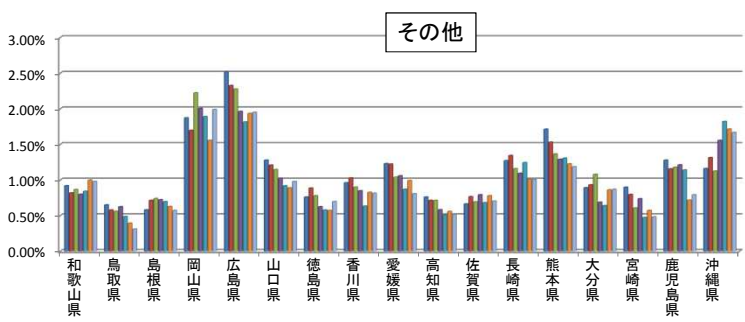
93

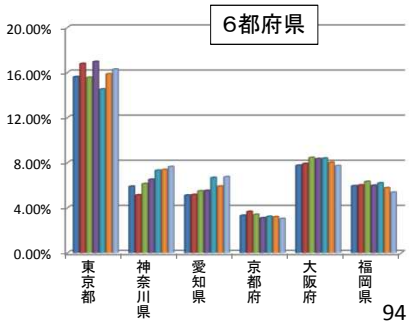
第4回事務局提出資料

医籍登録後１・２年目医師の分布割合の推移
（都道府県別）

都道府県ごとの分布割合の推移については、一様ではない。



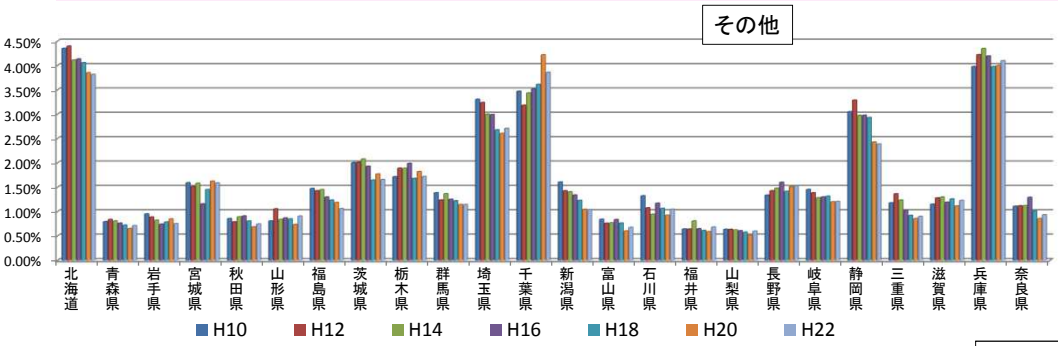


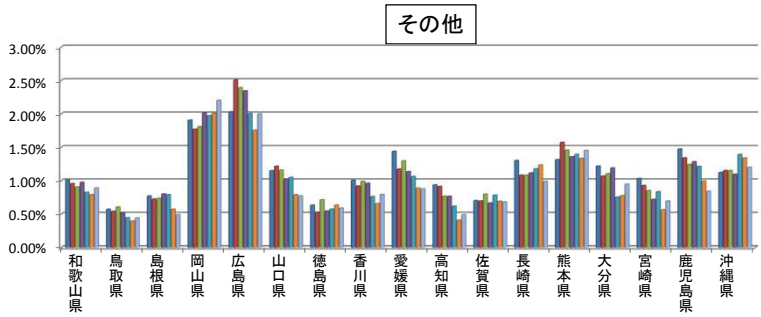


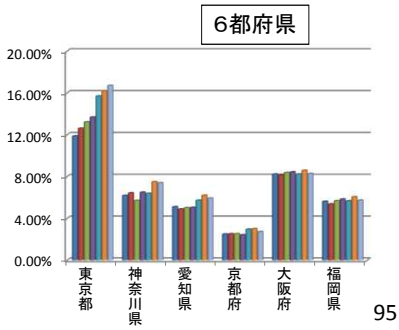
94

第4回事務局提出資料

医籍登録後３・４年目医師の分布割合の推移
（都道府県別）



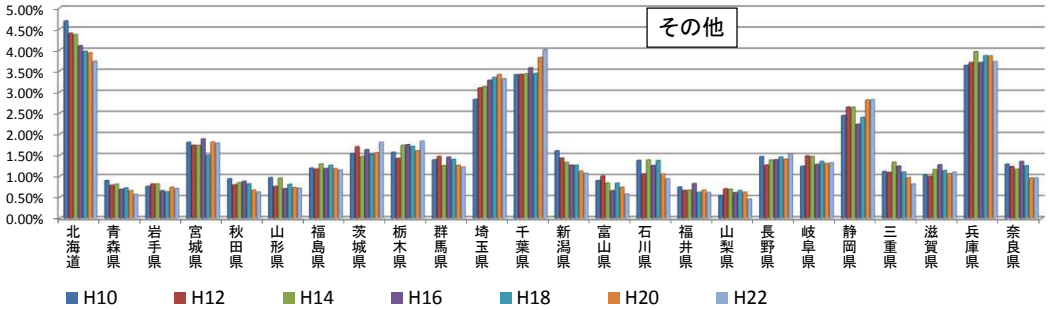


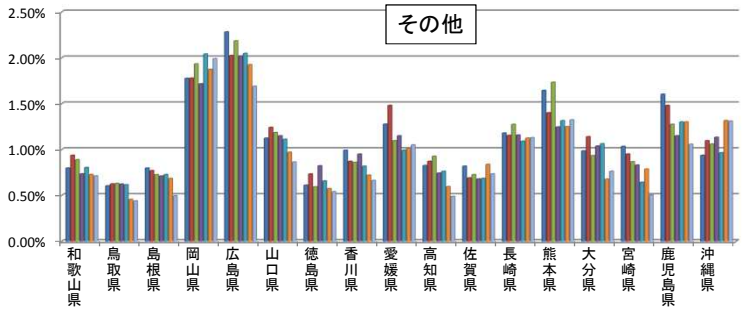


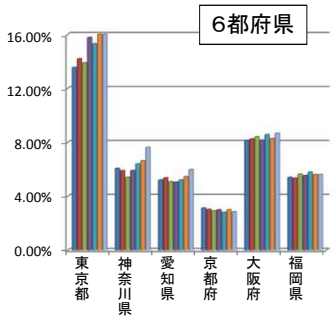
95

第4回事務局提出資料

医籍登録後５・６年目医師の分布割合の推移
（都道府県別）







96

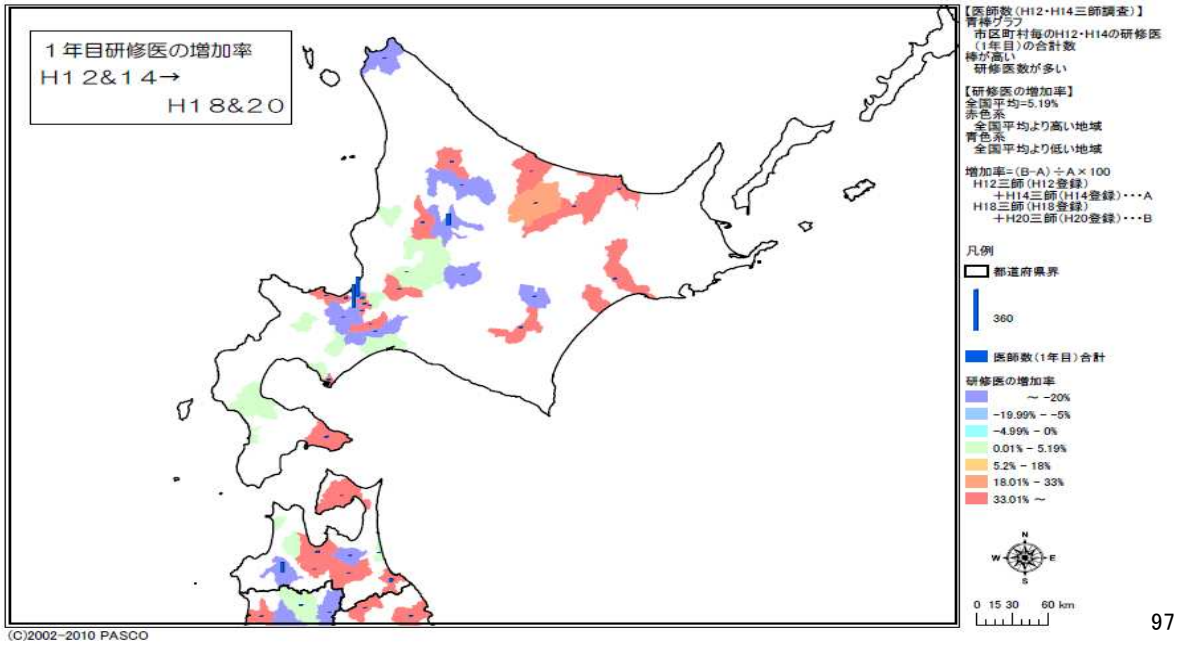
ー地図情報システム（GIS）を活用して可視化した研修医の分布の推移ー

平成22年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」
（研究代表者：桐野高明国立国際医療研究センター総長）

第4回事務局提出資料を一部修正

＜研修医の増加率（市区町村別）＞

○ 制度導入後、都市部（都道府県庁所在地等）で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。



97

＜研修医の研修終了後の移動（1→3年目）（市区町村別）＞

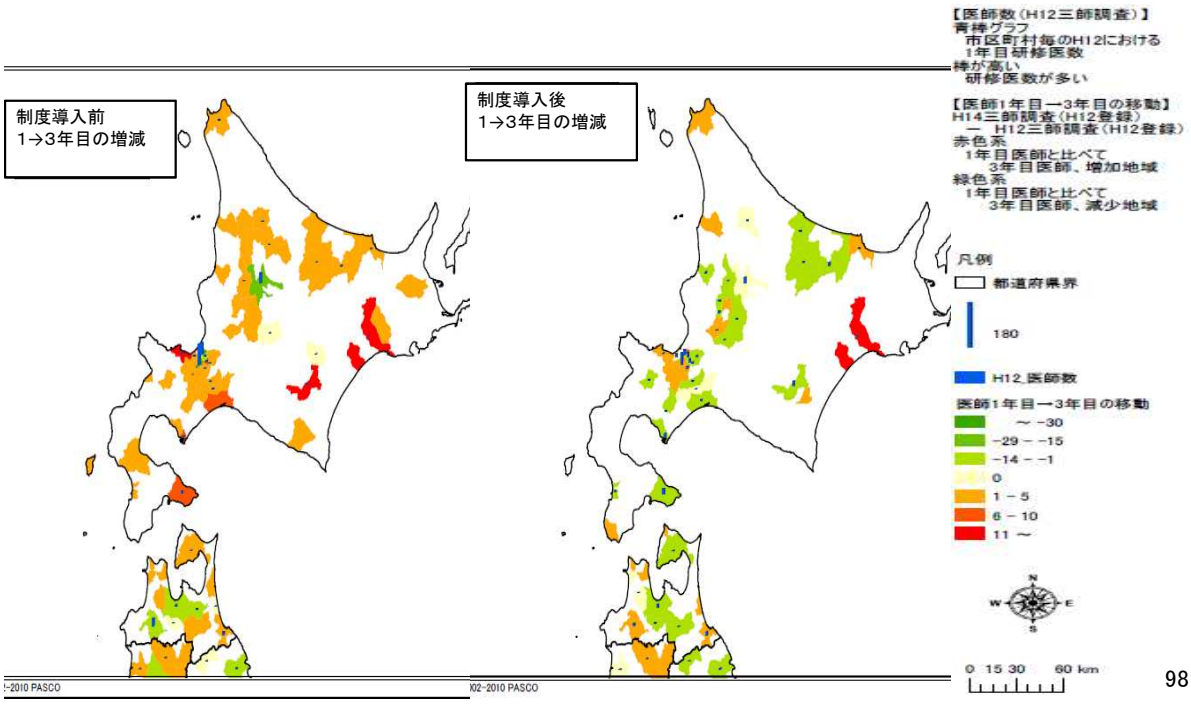
第4回事務局提出資料を一部修正

※データの詳細については、第4回資料参照。

○　医師3年目において、

・制度導入前は、都市部から周辺地域に医師が移動する傾向がみられるのに対し、

・制度導入後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向がみられる。



98

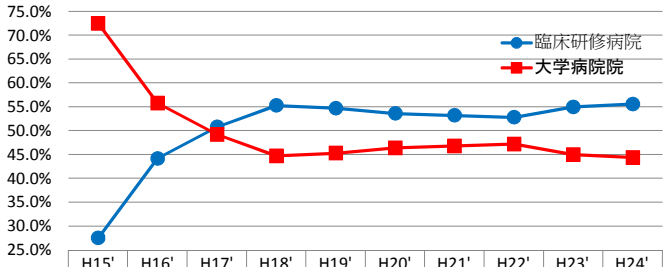
研修医の採用実績
（大学病院と臨床研修病院）

第1回事務局提出資料を一部修正

○臨床研修医の採用実績について、制度導入後、大学病院の採用実績は減少している。
（大学病院では、昨年度より採用人数が前年同数又は増加した病院と減少した病院の数がほぼ同数。）

	大学病院	臨床研修病院
22年度	47.2%	52.8%
	↓	↓
23年度	45.0%	55.0%
	↓	↓
24年度	44.4%	55.6%
	（▲0.6%）	（＋0.6%）

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	27.5%	44.2%	50.8%	55.3%	54.7%	53.6%	53.2%	52.8%	55.0%	55.6%
大学病院院	72.5%	55.8%	49.2%	44.7%	45.3%	46.4%	46.8%	47.2%	45.0%	44.4%

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	2,243	3,262	3,824	4,266	4,137	4,144	4,069	3,961	4,222	4,267
大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451	3,423	3,591	3,575	3,545	3,450	3,412
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679

（人）

平成24年8月22日公表

99

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

臨床研修制度の導入前後における医師の地域分布の変化について（中間解析）
平成 24 年度厚生労働科学研究「医師臨床研制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」（研究代表者：堀田知光　国立がん研究センター理事長）
研究分担者：東京大学医学部附属病院企画情報運営部准教授　小池創一、株式会社パスコシステム事業部　　松下香代）

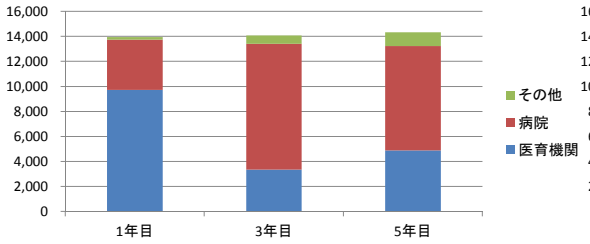
【目的・手法】近年の医師の地域分布の変化について、臨床研修制度の評価に資するデータを提供するため、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データ（平成14年～平成22年）に関し、市町村単位で男女別、医籍登録後年数別に集計。

【結果の概要】

○若手医師の勤務先（医育機関、病院）の変化（全国）

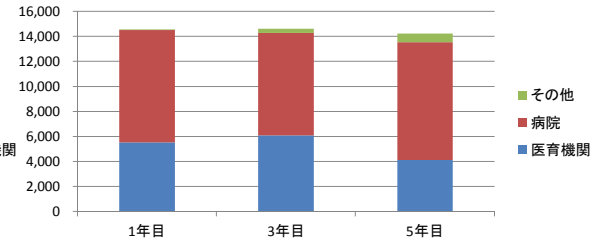
・若手医師の勤務先について、全国的に、医師1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少しているが、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、変化の大きさは各都道府県で一様ではない。

医籍登録後年数と勤務先
（H12・H14年調査計）



	医育機関	病院	その他	計
1年目	9,736	4,019	205	13,960
3年目	3,369	10,049	653	14,071
5年目	4,883	8,363	1,085	14,331

医籍登録後年数と勤務先
（H20・H22年調査計）



	医育機関	病院	その他	計
1年目	5,527	8,990	58	14,575
3年目	6,091	8,191	349	14,631
5年目	4,132	9,415	682	14,229

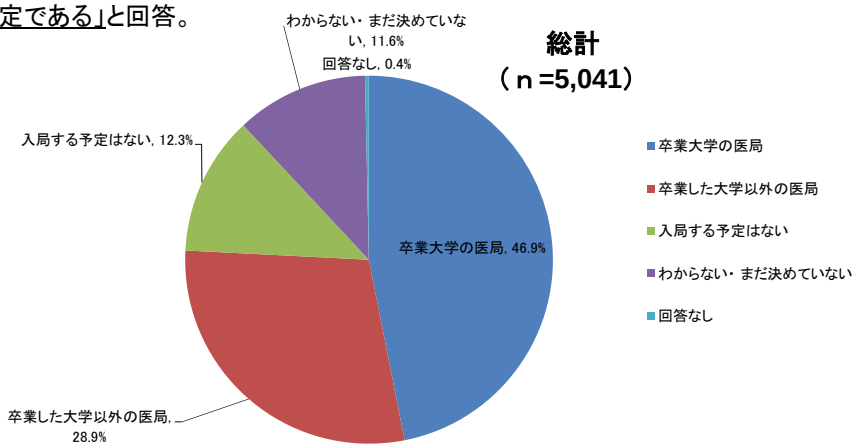
100

臨床研修修了後における大学医局への入局の予定

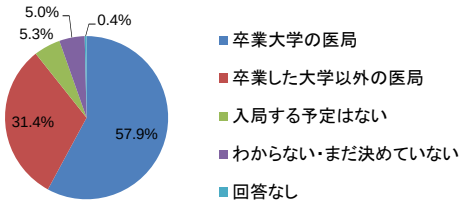
（出典：平成24年臨床研修修了者アンケート調査（厚生労働省））

○　臨床研修修了予定者の**約7．5割**が、「臨床研修修了後、大学の医局に入局（大学の講座や教室等に所属）する予定である」と回答。

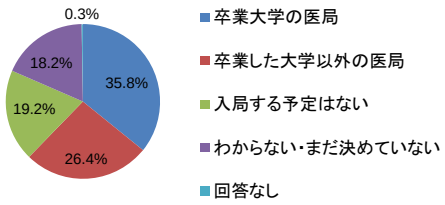
総計
（ｎ=5,041）



大学病院（n=2, 442）



臨床研修病院（n=2,599）



101

○若手医師の勤務先（医育機関、病院）の変化（都道府県別）

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

全国では、1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少し、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、各都道府県ともほぼ同一の傾向を示すものの、変化の大きさは一様ではない。

都道府県別・勤務先別医師分布（1年目医師）

（H20,H22調査における1年目医師の合計-H12,H14調査における1年目医師の合計）

全国	H12（1年目）＋H14（1年目）				H20（1年目）＋H22（1年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
	13,960	9,736	69.7%	4,019	14,575	5,527	37.9%	8,990	4.4%	−43.2%	123.7%

都道府県名	H12（1年目）＋H14（1年目）				H20（1年目）＋H22（1年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
北海道	566	426	75.3%	136	574	137	23.9%	434	1.4%	−67.8%	219.1%
青森県	128	75	58.6%	53	120	13	10.8%	107	−6.3%	−82.7%	101.9%
岩手県	113	54	47.8%	59	133	29	21.8%	104	17.7%	−46.3%	76.3%
宮城県	144	28	19.4%	114	219	24	11.0%	194	52.1%	−14.3%	70.2%
秋田県	135	71	52.6%	62	122	20	16.4%	102	−9.6%	−71.8%	64.5%
山形県	113	56	49.6%	57	138	51	37.0%	86	22.1%	−8.9%	50.9%
福島県	138	76	55.1%	58	156	26	16.7%	130	13.0%	−65.8%	124.1%
茨城県	174	118	67.8%	48	249	96	38.6%	152	43.1%	−18.6%	216.7%
栃木県	208	194	93.3%	12	241	190	78.8%	51	15.9%	−2.1%	325.0%
群馬県	209	182	87.1%	19	145	23	15.9%	122	−30.6%	−87.4%	542.1%
埼玉県	241	193	80.1%	43	408	224	54.9%	182	69.3%	16.1%	323.3%
千葉県	441	321	72.8%	113	467	186	39.8%	279	5.9%	−42.1%	146.9%
東京都	2,414	1,841	76.3%	524	2,295	1,320	57.5%	964	−4.9%	−28.3%	84.0%
神奈川県	724	500	69.1%	215	1,117	503	45.0%	611	54.3%	0.6%	184.2%
新潟県	194	155	79.9%	38	155	22	14.2%	130	−20.1%	−85.8%	242.1%
富山県	78	62	79.5%	15	111	39	35.1%	72	42.3%	−37.1%	380.0%
石川県	227	214	94.3%	10	164	66	40.2%	97	−27.8%	−69.2%	870.0%
福井県	95	81	85.3%	14	126	60	47.6%	66	32.6%	−25.9%	371.4%
山梨県	99	81	81.8%	17	88	52	59.1%	36	−11.1%	−35.8%	111.8%
長野県	182	125	68.7%	54	227	56	24.7%	170	24.7%	−55.2%	214.8%
岐阜県	185	101	54.6%	82	203	30	14.8%	173	9.7%	−70.3%	111.0%
静岡県	216	120	55.6%	92	344	63	18.3%	280	59.3%	−47.5%	204.3%
愛知県	774	289	37.3%	475	911	189	20.7%	722	17.7%	−34.6%	52.0%
三重県	122	72	59.0%	47	162	18	11.1%	144	32.8%	−75.0%	206.4%
滋賀県	133	113	85.0%	19	168	84	50.0%	84	26.3%	−25.7%	342.1%
京都府	632	497	78.6%	126	443	136	30.7%	303	−29.9%	−72.6%	140.5%
大阪府	1,140	807	70.8%	316	1,158	407	35.1%	747	1.6%	−49.6%	136.4%
兵庫県	519	348	67.1%	163	616	201	32.6%	411	18.7%	−42.2%	152.1%
奈良県	201	144	71.6%	55	149	94	63.1%	55	−25.9%	−34.7%	0.0%
和歌山県	102	77	75.5%	22	149	49	32.9%	99	46.1%	−36.4%	350.0%
鳥取県	94	78	83.0%	15	53	23	43.4%	30	−43.6%	−70.5%	100.0%
島根県	97	74	76.3%	23	70	27	38.6%	43	−27.8%	−63.5%	87.0%
岡山県	288	165	57.3%	117	260	114	43.8%	145	−9.7%	−30.9%	23.9%
広島県	287	169	58.9%	116	289	92	31.8%	196	0.7%	−45.6%	69.0%
山口県	158	106	67.1%	48	137	27	19.7%	110	−13.3%	−74.5%	129.2%
徳島県	135	107	79.3%	26	97	26	26.8%	70	−28.1%	−75.7%	169.2%
香川県	120	63	52.5%	56	125	82	65.6%	43	4.2%	30.2%	−23.2%
愛媛県	151	103	68.2%	47	125	35	28.0%	89	−17.2%	−66.0%	89.4%
高知県	92	55	59.8%	35	77	38	49.4%	39	−16.3%	−30.9%	11.4%
福岡県	845	573	67.8%	263	786	280	35.6%	502	−7.0%	−51.1%	90.9%
佐賀県	101	81	80.2%	20	114	80	70.2%	33	12.9%	−1.2%	65.0%
長崎県	198	165	83.3%	30	149	68	45.6%	80	−24.7%	−58.8%	166.7%
熊本県	208	167	80.3%	39	164	54	32.9%	110	−21.2%	−67.7%	182.1%
大分県	139	99	71.2%	38	127	56	44.1%	71	−8.6%	−43.4%	86.8%
宮崎県	83	67	80.7%	15	79	56	70.9%	23	−4.8%	−16.4%	53.3%
鹿児島県	163	123	75.5%	39	125	19	15.2%	104	−23.3%	−84.6%	166.7%
沖縄県	154	120	77.9%	34	240	42	17.5%	195	55.8%	−65.0%	473.5%

注1） 緑: 全国平均以上　注2） 勤務先が「その他」の者があるため合計は一致しない

102

都道府県別・勤務先別医師分布（3年目医師）

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

（H20,H22調査における3年目医師の合計- H12,H14調査における3年目医師の合計）

全国	H12（3年目）＋H14（3年目）				H20（3年目）＋H22（3年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
	14,071	3,369	23.9%	10,049	14,631	6,091	41.6%	8,191	4.0%	80.8%	−18.5%

都道府県名	H12（3年目）＋H14（3年目）				H20（3年目）＋H22（3年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
北海道	579	77	13.3%	473	553	188	34.0%	345	−4.5%	144.2%	−27.1%
青森県	124	50	40.3%	63	110	25	22.7%	79	−11.3%	−50.0%	25.4%
岩手県	118	45	38.1%	67	131	45	34.4%	78	11.0%	0.0%	16.4%
宮城県	191	60	31.4%	121	234	49	20.9%	181	22.5%	−18.3%	49.6%
秋田県	121	32	26.4%	84	117	31	26.5%	85	−3.3%	−3.1%	1.2%
山形県	131	20	15.3%	107	112	32	28.6%	79	−14.5%	60.0%	−26.2%
福島県	194	34	17.5%	156	153	53	34.6%	94	−21.1%	55.9%	−39.7%
茨城県	304	28	9.2%	260	223	69	30.9%	147	−26.6%	146.4%	−43.5%
栃木県	251	90	35.9%	154	237	178	75.1%	59	−5.6%	97.8%	−61.7%
群馬県	191	47	24.6%	135	157	74	47.1%	81	−17.8%	57.4%	−40.0%
埼玉県	402	153	38.1%	233	308	172	55.8%	121	−23.4%	12.4%	−48.1%
千葉県	470	127	27.0%	319	556	253	45.5%	295	18.3%	99.2%	−7.5%
東京都	1,834	779	42.5%	944	2,601	1,451	55.8%	1,056	41.8%	86.3%	11.9%
神奈川県	831	272	32.7%	521	1,056	471	44.6%	557	27.1%	73.2%	6.9%
新潟県	191	40	20.9%	142	153	53	34.6%	97	−19.9%	32.5%	−31.7%
富山県	113	14	12.4%	97	90	45	50.0%	44	−20.4%	221.4%	−54.6%
石川県	140	75	53.6%	58	162	97	59.9%	59	15.7%	29.3%	1.7%
福井県	102	20	19.6%	79	98	62	63.3%	34	−3.9%	210.0%	−57.0%
山梨県	107	31	29.0%	70	78	40	51.3%	37	−27.1%	29.0%	−47.1%
長野県	205	18	8.8%	179	216	78	36.1%	138	5.4%	333.3%	−22.9%
岐阜県	204	27	13.2%	165	177	39	22.0%	135	−13.2%	44.4%	−18.2%
静岡県	434	36	8.3%	385	312	62	19.9%	242	−28.1%	72.2%	−37.1%
愛知県	720	167	23.2%	531	877	228	26.0%	636	21.8%	36.5%	19.8%
三重県	180	36	20.0%	140	122	33	27.0%	88	−32.2%	−8.3%	−37.1%
滋賀県	195	19	9.7%	170	166	70	42.2%	90	−14.9%	268.4%	−47.1%
京都府	352	44	12.5%	286	453	206	45.5%	238	28.7%	368.2%	−16.8%
大阪府	1,162	199	17.1%	912	1,230	373	30.3%	841	5.9%	87.4%	−7.8%
兵庫県	628	75	11.9%	531	611	137	22.4%	467	−2.7%	82.7%	−12.1%
奈良県	150	32	21.3%	104	127	66	52.0%	60	−15.3%	106.3%	−42.3%
和歌山県	143	40	28.0%	100	115	62	53.9%	51	−19.6%	55.0%	−49.0%
鳥取県	84	30	35.7%	46	61	22	36.1%	37	−27.4%	−26.7%	−19.6%
島根県	102	18	17.6%	83	76	38	50.0%	37	−25.5%	111.1%	−55.4%
岡山県	245	69	28.2%	163	311	101	32.5%	206	26.9%	46.4%	26.4%
広島県	352	15	4.3%	326	269	40	14.9%	222	−23.6%	166.7%	−31.9%
山口県	162	35	21.6%	111	107	42	39.3%	59	−34.0%	20.0%	−46.8%
徳島県	85	21	24.7%	61	115	72	62.6%	40	35.3%	242.9%	−34.4%
香川県	130	16	12.3%	110	103	43	41.7%	58	−20.8%	168.8%	−47.3%
愛媛県	183	17	9.3%	163	118	41	34.7%	76	−35.5%	141.2%	−53.4%
高知県	115	19	16.5%	92	54	27	50.0%	25	−53.0%	42.1%	−72.8%
福岡県	774	259	33.5%	478	899	439	48.8%	441	16.1%	69.5%	−7.7%
佐賀県	109	24	22.0%	79	97	52	53.6%	41	−11.0%	116.7%	−48.1%
長崎県	156	37	23.7%	113	161	98	60.9%	61	3.2%	164.9%	−46.0%
熊本県	209	28	13.4%	168	184	109	59.2%	73	−12.0%	289.3%	−56.5%
大分県	149	22	14.8%	123	109	47	43.1%	61	−26.8%	113.6%	−50.4%
宮崎県	119	21	17.6%	89	89	57	64.0%	29	−25.2%	171.4%	−67.4%
鹿児島県	168	25	14.9%	137	143	65	45.5%	72	−14.9%	160.0%	−47.4%
沖縄県	162	26	16.0%	121	200	56	28.0%	139	23.5%	115.4%	14.9%

注1） 緑: 全国平均以上　注2） 勤務先が「その他」の者があるため合計は一致しない

103

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

都道府県別・勤務先別医師分布（5年目医師）

（H20,H22調査における5年目医師の合計-H12,H14調査における5年目医師の合計）

全国	H12（5年目）＋H14（5年目）				H20（5年目）＋H22（5年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
	14,331	4,883	34.1%	8,363	14,229	4,132	29.0%	9,415	−0.7%	−15.4%	12.6%

都道府県名	H12（5年目）＋H14（5年目）				H20（5年目）＋H22（5年目）				増加率		
	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	医育機関割合	病院	医師合計	医育機関	病院
北海道	606	121	20.0%	459	539	141	26.2%	377	−11.1%	16.5%	−17.9%
青森県	107	41	38.3%	56	89	36	40.4%	45	−16.8%	−12.2%	−19.6%
岩手県	107	39	36.4%	60	99	44	44.4%	53	−7.5%	12.8%	−11.7%
宮城県	259	155	59.8%	86	256	120	46.9%	127	−1.2%	−22.6%	47.7%
秋田県	111	46	41.4%	58	100	48	48.0%	50	−9.9%	4.3%	−13.8%
山形県	123	39	31.7%	80	93	28	30.1%	62	−24.4%	−28.2%	−22.5%
福島県	177	52	29.4%	117	176	35	19.9%	136	−0.6%	−32.7%	16.2%
茨城県	218	46	21.1%	159	244	57	23.4%	176	11.9%	23.9%	10.7%
栃木県	215	100	46.5%	104	244	124	50.8%	112	13.5%	24.0%	7.7%
群馬県	198	74	37.4%	106	165	33	20.0%	123	−16.7%	−55.4%	16.0%
埼玉県	454	151	33.3%	280	514	229	44.6%	262	13.2%	51.7%	−6.4%
千葉県	481	148	30.8%	300	556	184	33.1%	347	15.6%	24.3%	15.7%
東京都	2,026	1,059	52.3%	783	2,247	949	42.2%	1,108	10.9%	−10.4%	41.5%
神奈川県	799	296	37.0%	441	1,058	380	35.9%	623	32.4%	28.4%	41.3%
新潟県	202	70	34.7%	113	163	62	38.0%	93	−19.3%	−11.4%	−17.7%
富山県	152	49	32.2%	96	96	26	27.1%	68	−36.8%	−46.9%	−29.2%
石川県	176	84	47.7%	77	123	57	46.3%	62	−30.1%	−32.1%	−19.5%
福井県	107	41	38.3%	62	93	16	17.2%	71	−13.1%	−61.0%	14.5%
山梨県	93	28	30.1%	56	63	12	19.0%	46	−32.3%	−57.1%	−17.9%
長野県	190	56	29.5%	127	212	29	13.7%	180	11.6%	−48.2%	41.7%
岐阜県	207	23	11.1%	169	193	38	19.7%	152	−6.8%	65.2%	−10.1%
静岡県	370	42	11.4%	310	402	40	10.0%	351	8.6%	−4.8%	13.2%
愛知県	766	196	25.6%	523	831	161	19.4%	643	8.5%	−17.9%	22.9%
三重県	177	43	24.3%	126	121	24	19.8%	92	−31.6%	−44.2%	−27.0%
滋賀県	169	45	26.6%	105	165	23	13.9%	138	−2.4%	−48.9%	31.4%
京都府	436	215	49.3%	175	380	93	24.5%	273	−12.8%	−56.7%	56.0%
大阪府	1,211	345	28.5%	752	1,208	224	18.5%	947	−0.2%	−35.1%	25.9%
兵庫県	560	155	27.7%	367	561	98	17.5%	444	0.2%	−36.8%	21.0%
奈良県	157	37	23.6%	109	139	31	22.3%	100	−11.5%	−16.2%	−8.3%
和歌山県	123	34	27.6%	83	102	25	24.5%	72	−17.1%	−26.5%	−13.3%
鳥取県	99	54	54.5%	31	69	30	43.5%	34	−30.3%	−44.4%	9.7%
島根県	103	28	27.2%	69	88	25	28.4%	58	−14.6%	−10.7%	−15.9%
岡山県	273	111	40.7%	148	279	99	35.5%	170	2.2%	−10.8%	14.9%
広島県	294	48	16.3%	227	245	16	6.5%	222	−16.7%	−66.7%	−2.2%
山口県	166	78	47.0%	77	132	47	35.6%	76	−20.5%	−39.7%	−1.3%
徳島県	95	18	18.9%	64	81	20	24.7%	54	−14.7%	11.1%	−15.6%
香川県	128	29	22.7%	89	105	16	15.2%	86	−18.0%	−44.8%	−3.4%
愛媛県	195	21	10.8%	164	130	17	13.1%	105	−33.3%	−19.0%	−36.0%
高知県	120	32	26.7%	78	78	14	17.9%	58	−35.0%	−56.3%	−25.6%
福岡県	784	331	42.2%	370	788	273	34.6%	477	0.5%	−17.5%	28.9%
佐賀県	103	31	30.1%	60	110	24	21.8%	78	6.8%	−22.6%	30.0%
長崎県	163	55	33.7%	97	150	41	27.3%	102	−8.0%	−25.5%	5.2%
熊本県	210	82	39.0%	110	184	29	15.8%	146	−12.4%	−64.6%	32.7%
大分県	137	37	27.0%	87	97	16	16.5%	76	−29.2%	−56.8%	−12.6%
宮崎県	132	34	25.8%	89	90	26	28.9%	61	−31.8%	−23.5%	−31.5%
鹿児島県	189	36	19.0%	145	165	48	29.1%	109	−12.7%	33.3%	−24.8%
沖縄県	163	28	17.2%	119	206	24	11.7%	170	26.4%	−14.3%	42.9%

注1） 緑: 全国平均以上　注2） 勤務先が「その他」の者があるため合計は一致しない

104

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

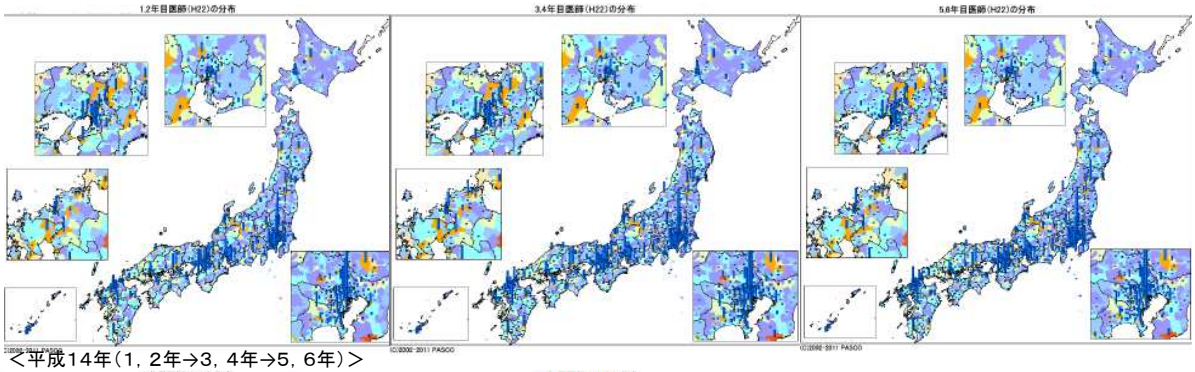
○若手（医師登録後1～6年）医師の地域分布

・平成14年、22年に共通して、1.2年目→3.4年目→5.6年目と年次を重ねるにつれて、若手医師の勤務する市町村の分布地域が増える。

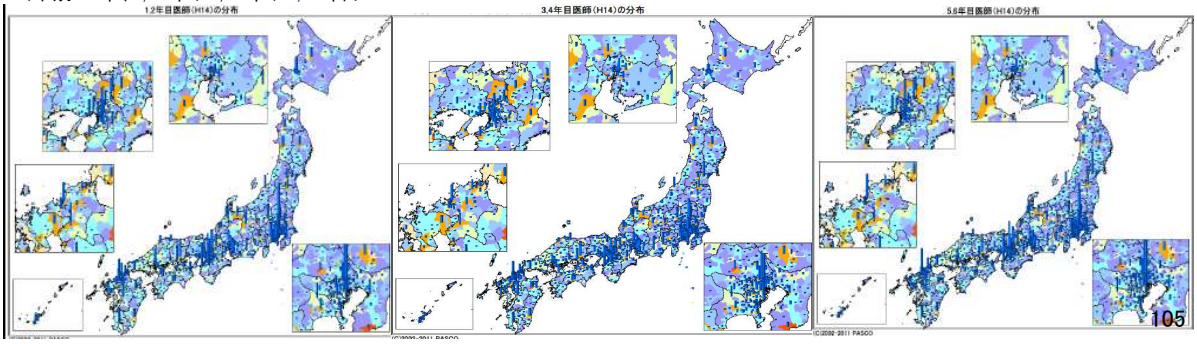
・平成14→平成22年で、いずれの卒後年区分も、分布地域は減少している。

※データの詳細については、第8回資料参照。

＜平成22年（1，2年→3，4年→5，6年）＞



＜平成14年（1，2年→3，4年→5，6年）＞



105

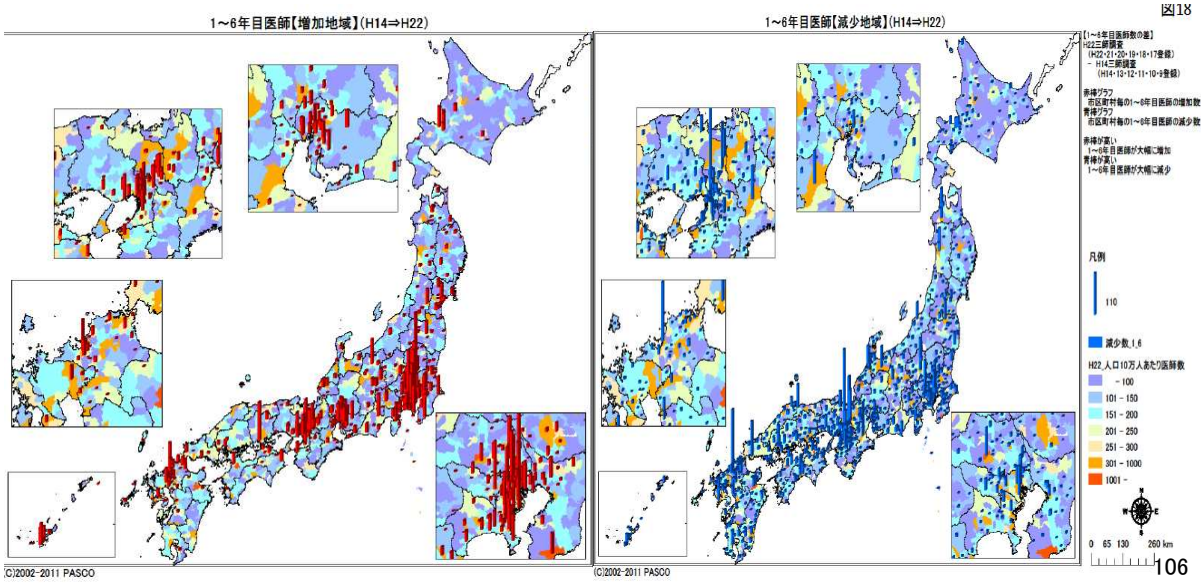
第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

※データの詳細については、第8回資料参照。

○若手（医籍登録後1～6年）医師の地域分布

・1～6年目医師数は、全体では減少している市区町村が多く、関東、関西、一部の市区町村で大幅に増加している。（H14・H22年比較）

図18



106

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

（参考）医師の増加率【都道府県別・勤務種別】

○医療機関に勤務する医師は、H12 からH22にかけて14.8%増加（医療機関に勤務する医師が13.2%増、病院に勤務する医師が17.4%増加）している。
○都道府県別にみると医師全体ではすべての都道府県で医師数が増加しているが、医療機関・病院の双方で医師数が増加する場合、医療機関のみ、病院のみが医師数を増加させる場合の両方のパターンが見られる。

	H12				H22				増減数（H22-H12）				増減率（H22-H12）			
全国	医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所
	247,520	46,164	112,743	88,613	284,110	52,236	132,409	99,465	36,590	6,072	19,666	10,852	14.78%	13.15%	17.44%	12.25%

コード	都道府県	H12				H22				増減数（H22-H12）				増減率（H22-H12）				都道府県
		医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所	医療施設	医育	病院	診療所	
01	北海道	11,082	1,459	6,586	3,037	12,165	1,695	7,156	3,314	1,083	236	570	277	9.77%	16.18%	8.65%	9.12%	北海道
02	青森県	2,434	392	1,143	899	2,533	350	1,265	918	99	−42	122	19	4.07%	−10.71%	10.67%	2.11%	青森県
03	岩手県	2,371	471	1,112	788	2,445	480	1,115	850	74	9	3	62	3.12%	1.91%	0.27%	7.87%	岩手県
04	宮城県	4,323	922	1,879	1,522	5,058	958	2,424	1,676	735	36	545	154	17.00%	3.90%	29.00%	10.12%	宮城県
05	秋田県	2,077	314	1,127	636	2,243	360	1,206	677	166	46	79	41	7.99%	14.65%	7.01%	6.45%	秋田県
06	山形県	2,206	343	1,054	809	2,438	365	1,204	869	232	22	150	60	10.52%	6.41%	14.23%	7.42%	山形県
07	福島県	3,598	454	1,858	1,286	3,738	471	1,847	1,420	140	17	−11	134	3.89%	3.74%	−0.59%	10.42%	福島県
08	茨城県	4,096	550	2,130	1,416	4,749	688	2,377	1,684	653	138	247	268	15.94%	25.09%	11.60%	18.93%	茨城県
09	栃木県	3,711	1,110	1,319	1,282	4,209	1,401	1,382	1,426	498	291	63	144	13.42%	26.22%	4.78%	11.23%	栃木県
10	群馬県	3,751	577	1,673	1,501	4,187	587	1,878	1,722	436	10	205	221	11.62%	1.73%	12.25%	14.72%	群馬県
11	埼玉県	8,197	1,287	3,626	3,284	10,335	1,900	4,322	4,113	2,138	613	696	829	26.08%	47.63%	19.19%	25.24%	埼玉県
12	千葉県	8,171	1,571	3,628	2,972	10,277	1,934	4,792	3,551	2,106	363	1,164	579	25.77%	23.11%	32.08%	19.48%	千葉県
13	東京都	31,083	9,606	10,203	11,274	38,211	11,400	13,359	13,452	7,128	1,794	3,156	2,178	22.93%	18.68%	30.93%	19.32%	東京都
14	神奈川県	13,830	2,907	5,798	5,125	17,146	3,737	7,122	6,287	3,316	830	1,324	1,162	23.98%	28.55%	22.84%	22.67%	神奈川県
15	新潟県	4,097	635	2,001	1,461	4,282	667	2,116	1,499	185	32	115	38	4.52%	5.04%	5.75%	2.60%	新潟県
16	富山県	2,343	373	1,240	730	2,476	412	1,310	754	133	39	70	24	5.68%	10.46%	5.65%	3.29%	富山県
17	石川県	2,711	774	1,154	783	3,020	837	1,383	800	309	63	229	17	11.40%	8.14%	19.84%	2.17%	石川県
18	福井県	1,635	335	814	486	1,853	352	947	554	218	17	133	68	13.33%	5.07%	16.34%	13.99%	福井県
19	山梨県	1,636	336	710	590	1,833	399	797	637	197	63	87	47	12.04%	18.75%	12.25%	7.97%	山梨県
20	長野県	3,820	495	1,963	1,362	4,443	506	2,412	1,525	623	11	449	163	16.31%	2.22%	22.87%	11.97%	長野県
21	岐阜県	3,382	379	1,655	1,348	3,966	428	1,941	1,597	584	49	286	249	17.27%	12.93%	17.28%	18.47%	岐阜県
22	静岡県	6,074	531	3,058	2,485	6,920	606	3,703	2,611	846	75	645	126	13.93%	14.12%	21.09%	5.07%	静岡県
23	愛知県	12,189	2,160	5,632	4,397	14,438	2,462	6,899	5,077	2,249	302	1,267	680	18.45%	13.98%	22.50%	15.47%	愛知県
24	三重県	3,202	421	1,510	1,271	3,561	405	1,711	1,445	359	−16	201	174	11.21%	−3.80%	13.31%	13.69%	三重県
25	滋賀県	2,416	445	1,191	780	2,879	502	1,436	941	463	57	245	161	19.16%	12.81%	20.57%	20.64%	滋賀県
26	京都府	6,879	1,753	2,729	2,397	7,707	1,701	3,494	2,512	828	−52	765	115	12.04%	−2.97%	28.03%	4.80%	京都府
27	大阪府	19,967	3,332	9,232	7,403	22,229	3,419	10,783	8,027	2,262	87	1,551	624	11.33%	2.61%	16.80%	8.43%	大阪府
28	兵庫県	10,514	1,156	5,057	4,301	12,113	1,350	5,921	4,842	1,599	194	864	541	15.21%	16.78%	17.09%	12.58%	兵庫県
29	奈良県	2,632	512	1,164	956	3,023	481	1,458	1,084	391	−31	294	128	14.86%	−6.05%	25.26%	13.39%	奈良県
30	和歌山県	2,412	401	987	1,024	2,624	494	1,093	1,037	212	93	106	13	8.79%	23.19%	10.74%	1.27%	和歌山県
31	鳥取県	1,556	440	590	526	1,599	336	730	533	43	−104	140	7	2.76%	−23.64%	23.73%	1.33%	鳥取県
32	島根県	1,743	300	829	614	1,837	351	850	636	94	51	21	22	5.39%	17.00%	2.53%	3.58%	島根県
33	岡山県	4,536	854	2,132	1,550	5,346	1,181	2,485	1,680	810	327	353	130	17.86%	38.29%	16.56%	8.39%	岡山県
34	広島県	6,354	612	3,179	2,563	6,800	578	3,565	2,657	446	−34	386	94	7.02%	−5.56%	12.14%	3.67%	広島県
35	山口県	3,356	455	1,652	1,249	3,429	444	1,747	1,238	73	−11	95	−11	2.18%	−2.42%	5.75%	−0.88%	山口県
36	徳島県	2,128	387	974	767	2,283	426	1,071	786	155	39	97	19	7.28%	10.08%	9.96%	2.48%	徳島県
37	香川県	2,394	285	1,271	838	2,555	361	1,295	899	161	76	24	61	6.73%	26.67%	1.89%	7.28%	香川県
38	愛媛県	3,269	351	1,763	1,155	3,403	400	1,789	1,214	134	49	26	59	4.10%	13.96%	1.47%	5.11%	愛媛県
39	高知県	2,082	314	1,224	544	2,120	329	1,228	563	38	15	4	19	1.83%	4.78%	0.33%	3.49%	高知県
40	福岡県	12,394	2,952	5,335	4,107	14,166	3,024	6,659	4,483	1,772	72	1,324	376	14.30%	2.44%	24.82%	9.16%	福岡県
41	佐賀県	1,850	349	835	666	2,114	407	981	726	264	58	146	60	14.27%	16.62%	17.49%	9.01%	佐賀県
42	長崎県	3,520	547	1,680	1,293	3,932	629	1,867	1,436	412	82	187	143	11.70%	14.99%	11.13%	11.06%	長崎県
43	熊本県	4,431	660	2,228	1,543	4,741	629	2,540	1,572	310	−31	312	29	7.00%	−4.70%	14.00%	1.88%	熊本県
44	大分県	2,641	376	1,353	912	2,957	465	1,482	1,010	316	89	129	98	11.97%	23.67%	9.53%	10.75%	大分県
45	宮崎県	2,347	417	1,114	816	2,522	436	1,195	891	175	19	81	75	7.46%	4.56%	7.27%	9.19%	宮崎県
46	鹿児島県	3,700	434	2,003	1,263	4,006	500	2,124	1,382	306	66	121	119	8.27%	15.21%	6.04%	9.42%	鹿児島県
47	沖縄県	2,380	430	1,348	602	3,199	393	1,948	858	819	−37	600	256	34.41%	−8.60%	44.51%	42.52%	沖縄県

※H22年12月31時点の地域で計算をしているため、旧長野県山口村（人口2040人）は、岐阜県で処理
※医育機関勤務者には、「医育機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生」を含む。

※緑 ・・・ 全国平均以上

107

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

平成12、22年都道府県別、医籍登録後年数別医師（総数）分布（実数、人口10万人あたり医師数）

○ 都道府県単位でみると、西日本の10万人あたり医師数が多く、この傾向に大きな変化はない。（H12・H22比較）※赤字は6都府県。

全国	1・2年目				3・4年目				5・6年目				全体			
	平成12年		平成22年		平成12年		平成22年		平成12年		平成22年		平成12年		平成22年	
	1・2年目医師数	人口10万当たり	1・2年目医師数	人口10万当たり	3・4年目	人口10万当たり	3・4年目	人口10万当たり	5・6年目	人口10万当たり	5・6年目	人口10万当たり	医師数	人口10万当たり	医師数	人口10万当たり
	13,483	10.6	14,558	11.4	14,716	11.6	14,479	11.3	14,371	11.3	14,224	11.1	255,792	201.5	295,049	230.4

都道府県名	1・2年目				3・4年目				5・6年目				全体			
	平成12年		平成22年		平成12年		平成22年		平成12年		平成22年		平成12年		平成22年	
	1・2年目医師数	人口10万当たり	1・2年目医師数	人口10万当たり	3・4年目	人口10万当たり	3・4年目	人口10万当たり	5・6年目	人口10万当たり	5・6年目	人口10万当たり	医師数	人口10万当たり	医師数	人口10万当たり
北海道	525	9.2	547	9.9	641	11.3	561	10.2	621	10.9	527	9.6	11,540	203.1	12,612	229.0
青森県	118	8.0	118	8.6	132	8.9	106	7.7	110	7.5	82	6.0	2,516	170.5	2,636	191.9
岩手県	123	8.7	142	10.7	135	9.5	111	8.3	119	8.4	99	7.4	2,469	174.3	2,576	193.7
宮城県	141	6.0	219	9.3	224	9.5	230	9.8	252	10.7	258	11.0	4,481	189.4	5,235	222.9
秋田県	121	10.2	138	12.7	115	9.7	106	9.8	113	9.5	87	8.0	2,155	181.2	2,320	213.6
山形県	114	9.2	139	11.9	156	12.5	130	11.1	111	8.9	101	8.6	2,307	185.4	2,589	221.5
福島県	174	8.2	151	7.4	208	9.8	151	7.4	165	7.8	161	7.9	3,686	173.3	3,880	191.2
茨城県	225	7.5	230	7.7	288	9.6	240	8.1	239	8.0	253	8.5	4,248	142.3	4,954	166.8
栃木県	240	12.0	221	11.0	273	13.6	247	12.3	202	10.1	257	12.8	3,782	188.6	4,336	216.0
群馬県	190	9.4	140	7.0	181	8.9	164	8.2	206	10.2	176	8.8	3,858	190.5	4,354	216.8
埼玉県	286	4.1	370	5.1	466	6.7	391	5.4	435	6.3	464	6.4	8,447	121.7	10,689	148.6
千葉県	423	7.1	483	7.8	460	7.8	553	8.9	485	8.2	567	9.1	8,426	142.2	10,584	170.3
東京都	2,268	18.8	2,376	18.1	1,877	15.6	2,437	18.5	2,058	17.1	2,359	17.9	32,157	266.6	39,963	303.7
神奈川県	688	8.1	1,114	12.3	943	11.1	1,066	11.8	833	9.8	1,075	11.9	14,195	167.2	17,678	195.4
新潟県	167	6.7	177	7.5	208	8.4	153	6.4	209	8.4	152	6.4	4,270	172.5	4,540	191.2
富山県	122	10.9	97	8.9	114	10.2	98	9.0	145	12.9	80	7.3	2,452	218.8	2,635	241.0
石川県	154	13.0	156	13.3	155	13.1	149	12.7	148	12.5	132	11.3	2,809	237.9	3,123	267.0
福井県	100	12.1	119	14.8	92	11.1	97	12.0	92	11.1	87	10.8	1,685	203.3	1,922	238.4
山梨県	89	10.0	88	10.2	92	10.4	85	9.8	98	11.0	65	7.5	1,679	189.0	1,887	218.6
長野県	180	8.1	225	10.5	210	9.5	218	10.1	179	8.1	213	9.9	3,948	178.2	4,604	213.9
岐阜県	155	7.3	198	9.5	200	9.5	172	8.3	206	9.8	185	8.9	3,476	164.8	4,050	194.6
静岡県	246	6.5	349	9.3	472	12.5	344	9.1	369	9.8	394	10.5	6,223	165.2	7,165	190.3
愛知県	697	9.9	979	13.2	702	10.0	850	11.5	758	10.8	845	11.4	12,637	179.4	15,072	203.4
三重県	158	8.5	168	9.1	197	10.6	131	7.1	153	8.2	117	6.3	3,319	178.7	3,685	198.7
滋賀県	139	10.4	161	11.4	187	13.9	176	12.5	147	10.9	154	10.9	2,498	186.0	2,983	211.4
京都府	495	18.7	442	16.8	387	14.6	396	15.0	450	17.0	405	15.4	7,093	268.2	7,968	302.3
大阪府	1,064	12.1	1,123	12.7	1,204	13.7	1,188	13.4	1,209	13.7	1,232	13.9	20,586	233.8	23,114	260.7
兵庫県	547	9.9	588	10.5	618	11.1	595	10.6	527	9.5	525	9.4	10,879	196.0	12,641	226.2
奈良県	166	11.5	143	10.2	162	11.2	133	9.5	172	11.9	134	9.6	2,706	187.6	3,090	220.6
和歌山県	112	10.5	143	14.3	138	12.9	128	12.8	132	12.3	101	10.1	2,472	231.0	2,712	270.6
鳥取県	82	13.4	46	7.8	88	14.3	63	10.7	95	15.5	62	10.5	1,615	263.3	1,693	287.6
島根県	95	12.5	83	11.6	105	13.8	73	10.2	109	14.3	70	9.8	1,807	237.3	1,900	264.8
岡山県	229	11.7	291	15.0	260	13.3	318	16.3	249	12.8	279	14.3	4,673	239.5	5,504	282.9
広島県	312	10.8	284	9.9	362	12.6	289	10.1	287	10.0	240	8.4	6,588	228.8	7,112	248.6
山口県	164	10.7	143	9.9	180	11.8	112	7.7	172	11.3	123	8.5	3,488	228.3	3,586	247.1
徳島県	120	14.6	101	12.9	80	9.7	88	11.2	109	13.2	77	9.8	2,222	269.6	2,388	304.0
香川県	137	13.4	118	11.8	132	12.9	113	11.3	127	12.4	93	9.3	2,482	242.6	2,658	266.9
愛媛県	163	10.9	117	8.2	168	11.3	125	8.7	209	14.0	147	10.3	3,363	225.2	3,503	244.7
高知県	96	11.8	75	9.8	134	16.5	70	9.2	121	14.9	69	9.0	2,128	261.4	2,183	285.6
福岡県	808	16.1	781	15.4	826	16.5	843	16.6	813	16.2	813	16.0	12,822	255.6	14,630	288.4
佐賀県	102	11.6	102	12.0	100	11.4	100	11.8	106	12.1	105	12.4	1,910	217.9	2,180	256.5
長崎県	179	11.8	147	10.3	158	10.4	143	10.0	170	11.2	159	11.1	3,637	239.8	4,062	284.7
熊本県	207	11.1	172	9.5	234	12.6	207	11.4	203	10.9	190	10.5	4,585	246.6	4,925	271.0
大分県	124	10.2	126	10.5	156	12.8	135	11.3	161	13.2	108	9.0	2,750	225.2	3,064	256.1
宮崎県	108	9.2	70	6.2	136	11.6	99	8.7	134	11.5	70	6.2	2,440	208.5	2,653	233.7
鹿児島県	157	8.8	116	6.8	192	10.7	121	7.1	210	11.8	148	8.7	3,818	213.8	4,135	242.3
沖縄県	175	13.3	242	17.4	168	12.7	174	12.5	153	11.6	184	13.2	2,465	187.0	3,276	235.2

108

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

平成22年　都道府県別・医籍登録後年数別・男女別医師数（総数）

○ 6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）に勤務している1・2年目、3・4年目、5・6年目の医師の割合は、それぞれ46.8%、46.8%、47.3%であった。男女別には、男性が45.1%、44.7%、45.9%であるのに対し、女性は50.3%、51.1 % 、50.3%と女性医師の方が6都府県に勤務する割合が高かった。

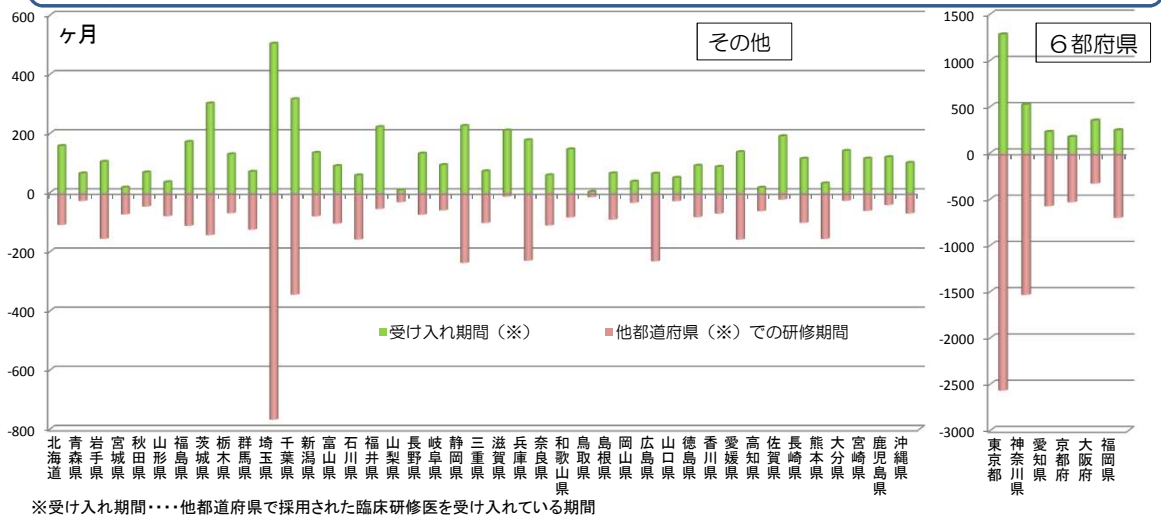
都道府県名	1.2年目 男	1.2年目 女	1.2年目 女性医師割合	3.4年目 男	3.4年目 女	3.4年目 女性医師割合	5.6年目 男	5.6年目 女	5.6年目 女性医師割合	全体 男	全体 女	全体 女性医師割合
6都府県	4,359	2,456		4,327	2,453		4,455	2,274		92,133	26,292	
その他	5,316	2,427		5,348	2,351		5,247	2,248		147,019	29,605	
計	9,675	4,883		9,675	4,804		9,702	4,522		239,152	55,897	
6都府県割合	45.1%	50.3%		44.7%	51.1%		45.9%	50.3%		38.5%	47.0%	
北海道	411	136	25%	410	151	27%	394	133	25%	10,881	1,731	14%
青森県	86	32	27%	75	31	29%	67	15	18%	2,290	346	13%
岩手県	99	43	30%	77	34	31%	69	30	30%	2,218	358	14%
宮城県	166	53	24%	163	67	29%	186	72	28%	4,399	836	16%
秋田県	98	40	29%	83	23	22%	65	22	25%	1,959	361	16%
山形県	92	47	34%	92	38	29%	72	29	29%	2,172	417	16%
福島県	106	45	30%	108	43	28%	113	48	30%	3,305	575	15%
茨城県	153	77	33%	167	73	30%	178	75	30%	4,024	930	19%
栃木県	145	76	34%	175	72	29%	170	87	34%	3,510	826	19%
群馬県	98	42	30%	111	53	32%	121	55	31%	3,590	764	18%
埼玉県	247	123	33%	266	125	32%	313	151	33%	8,723	1,966	18%
千葉県	323	160	33%	372	181	33%	403	164	29%	8,597	1,987	19%
東京都	1,444	932	39%	1,497	940	39%	1,483	876	37%	29,450	10,515	26%
神奈川県	721	393	35%	683	383	36%	713	362	34%	13,733	3,943	22%
新潟県	139	38	21%	106	47	31%	110	42	28%	3,837	703	15%
富山県	70	27	28%	70	28	29%	51	29	36%	2,196	439	17%
石川県	107	49	31%	104	45	30%	99	33	25%	2,622	501	16%
福井県	71	48	40%	69	28	29%	62	25	29%	1,609	313	16%
山梨県	62	26	30%	63	22	26%	49	16	25%	1,596	291	15%
長野県	161	64	28%	168	50	23%	164	49	23%	3,863	741	16%
岐阜県	146	52	26%	130	42	24%	136	49	26%	3,373	677	17%
静岡県	254	95	27%	252	92	27%	293	101	26%	6,017	1,148	16%
愛知県	656	323	33%	566	284	33%	585	260	31%	12,004	3,068	20%
三重県	121	47	28%	98	33	25%	91	26	22%	3,132	553	15%
滋賀県	97	64	40%	118	58	33%	97	57	37%	2,442	541	18%
京都府	294	148	33%	260	136	34%	270	135	33%	6,306	1,662	21%
大阪府	721	402	36%	764	424	36%	837	395	32%	18,584	4,530	20%
兵庫県	395	193	33%	387	208	35%	359	166	32%	10,329	2,312	18%
奈良県	99	44	31%	93	40	30%	99	35	26%	2,551	539	17%
和歌山県	93	50	35%	89	39	30%	72	29	29%	2,243	469	17%
鳥取県	32	14	30%	48	15	24%	41	21	34%	1,413	280	17%
島根県	55	28	34%	46	27	37%	49	21	30%	1,554	346	18%
岡山県	206	85	29%	226	92	29%	200	79	28%	4,520	984	18%
広島県	192	92	32%	189	100	35%	161	79	33%	5,882	1,230	17%
山口県	105	38	27%	78	34	30%	83	40	33%	3,072	514	14%
徳島県	67	34	34%	49	39	44%	44	33	43%	1,872	516	22%
香川県	68	50	42%	80	33	29%	50	43	46%	2,143	515	19%
愛媛県	75	42	36%	84	41	33%	104	43	29%	2,982	521	15%
高知県	39	36	48%	43	27	39%	43	26	38%	1,760	423	19%
福岡県	523	258	33%	557	286	34%	567	246	30%	12,056	2,574	18%
佐賀県	66	36	35%	59	41	41%	67	38	36%	1,776	404	19%
長崎県	102	45	31%	101	42	29%	100	59	37%	3,441	621	15%
熊本県	112	60	35%	137	70	34%	129	61	32%	4,122	803	16%
大分県	75	51	40%	85	50	37%	73	35	32%	2,550	514	17%
宮崎県	43	27	39%	66	33	33%	49	21	30%	2,240	413	16%
鹿児島県	78	38	33%	83	38	31%	97	51	34%	3,522	613	15%
沖縄県	162	80	33%	128	46	26%	124	60	33%	2,692	584	18%
	9,675	4,883	34%	9,675	4,804	33%	9,702	4,522	32%	239,152	55,897	19%

109

第4回事務局提出資料

臨床研修の実施場所
（基幹型病院が所在する都道府県別）

○ 大都市を抱える都府県では、他県の基幹型病院からの研修医を受け入れている期間よりも、自県の研修医が他県において研修する期間の方が長く、逆に地方では他県からの研修医を受け入れている期間が長い傾向が見られる。



※受け入れ期間・・・・他都道府県で採用された臨床研修医を受け入れている期間
※他都道府県での研修期間・・・・各都道府県で採用された臨床研修医が、他の都道府県で研修している期間（延べ）

出典：平成23年臨床研修修了者調査より（厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ）
平成24年3月に臨床研修を修了する研修医を対象
→回収数/対象数＝5871/7571(78.1%)

110

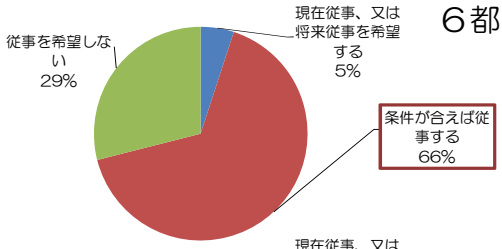
第4回事務局提出資料

医師不足地域での従事の考えについて
出身地（※）別

○ 医師不足地域での従事希望は、出身地や研修を行った場所により若干異なるものの、「医師不足地域に現在従事、又は将来従事を希望する」「条件が合えば従事する」と回答した者の割合は、合わせて70%に上る。

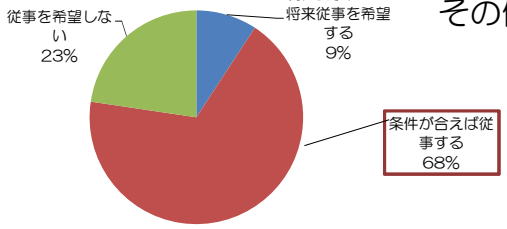
設問：医師不足地域の医療に従事することについてどのようにお考えですか。
→「条件が合えば従事したい」と回答した場合には、その理由についても回答（複数回答可）

６都府県（※）



０１ 一定の期間に限定されている	57.8%
０２ 自分と交代できる医師がいる	48.4%
０３ 給与がよい	43.8%

その他（※）



０１ 一定の期間に限定されている	52.4%
０２ 自分と交代できる医師がいる	51.2%
０３ 給与がよい	42.1%

※出身地・・・・医学部に入学するまで、最長期間過ごした都道府県
※6都府県・・東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡
※その他・・・海外含む

出典：平成23年臨床研修修了者調査より（厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ）
平成23年3月に臨床研修を修了する研修医を対象
→回収数/対象数＝5871/7571(78.1%)

111

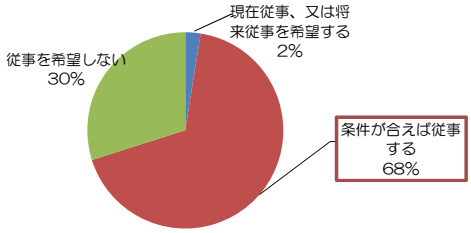
第4回事務局提出資料

医師不足地域での従事の考えについて

臨床研修を行った都道府県別（※）

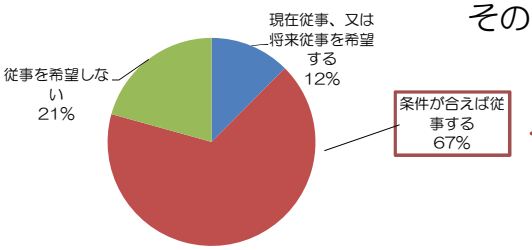
設問：医師不足地域の医療に従事することについてどのようにお考えですか。
→「条件が合えば従事したい」と回答した場合には、その理由についても回答（複数回答可）

６都府県



０１ 一定の期間に限定されている	45.3%
０２ 自分と交代できる医師がいる	38.0%
０３ 給与がよい	34.4%

その他



０１ 一定の期間に限定されている	52.3%
０２ 自分と交代できる医師がいる	51.8%
０３ 他病院とのネットワーク・連携がある	42.1%

※臨床研修を行った都道府県・・・・採用された臨床研修基幹型病院の所在する都道府県
出典：平成23年臨床研修修了者調査より（厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ）
平成23年3月に臨床研修を修了する研修医を対象
→回収数/対象数＝5871/7571(78.1%)

112

石巻赤十字病院の臨床研修

第4回金田参考人提出資料

フルマッチへの取り組み

1. 研修内容の充実
2. 全国の医学生に積極的にアピール
3. 処遇の改善
4. 研修医の参画

113

研修内容の充実

☆研修医が求める魅力あるプログラム

①自由度のあるプログラム：2年次自由選択8．5ヶ月

②院外研修
- 〇浦添総合病院（沖縄県）で救急科研修
- 〇東北大学病院で放射線治療科研修

③研修会
- 〇オリエンテーション
- 〇研修医セミナー
- 〇外部講師による講演会・勉強会
- 〇症例発表会

④指導医講習会の受講を奨励
- 〇指導医60人中31人受講済み（H23.10月1日現在）

⑤屋根瓦式の指導体制
- 〇先輩医師が後輩医師を指導

広報活動

☆「石巻赤十字病院」の名前を認知させる

☆ 臨床研修のアピールポイントを広く知らせる

≪広報ツール≫ ①病院ホームページ　②病院説明会・レジナビ　③病院見学

ホームページ

24時間、365日、全国の医学生に情報発信

1. 医学生が好意を抱くデザイン
   - 〇病院のイメージアップ
2. 医学生が最も興味を示すものを掲載
   - 〇プログラムの特徴
   - 〇指導体制
3. 医学生が必要とする情報の提供
   - 〇診療実績、住環境、処遇など

病院説明会・レジナビ

☆研修の質を高めるため全国から公募

①積極的に参加
- 〇東北大学関連病院説明会2回
- 〇東北ブロック病院説明会（東北厚生局1回）
- 〇レジナビ（東京・大阪・福岡各1回）

②研修医が説明
- 〇学生が一番聞きたいのは研修医の生の声
- 〇説明用スライド
- 〇指導医は補足説明

③ブースは明るく
- 〇ポスター
- 〇若い女性職員を参加させるのも効果的

④他病院の情報収集

病院見学

☆研修医を見て・聞いて研修内容を実感してもらう

①HP申込フォームによる見学手続きの簡素化

②親切丁寧な対応
- 〇連絡・問い合せの迅速対応
- 〇JR利用者の送迎
- 〇当日リクエストにも臨機応変に対応
- 〇見学後にお礼のメール

③交通費支給
- 〇支給基準作成

④医学生との交流
- 〇臨床研修管理委員長との昼食
- 〇研修医との夕食会
- 〇来院時と帰院時の声掛け（事務）
- 〇見学の感想とアンケート

石巻赤十字病院の臨床研修

第4回金田参考人提出資料

処遇改善

☆労働環境と研修環境の整備

①給与の見直し（県内で中の上に設定）

〇1年次　40万円／月、賞与67万円

〇2年次　45万円／月、賞与99万円

②ONとOFFのメリハリある研修

〇宿直明けは振り替え休日（勤務表作成）

〇PHSフリー（各科ルール）

〇夏と冬の長期休暇（各科ルール）

③研修医仮眠室設置

④研修用備品（毎年予算化）

〇図書

〇シミュレーター

118

石巻赤十字病院の臨床研修

第4回金田参考人提出資料

研修医の参画

臨床研修に研修医の意見を反映させる

①研修プログラム

②募集定員の設定

③研修環境の整備

④指導医の評価

⑤病院説明会・病院見学

⑥マッチングの面接評価

☆魅力的な研修体制の構築

☆研修医のモチベーション向上

119

新臨床研修制度が当院に与えた影響

第4回鈴木参考人提出資料

新臨床制度への地方からの提言

新臨床研修制度の見直し

1. 有名病院での研修だけが優秀な臨床医への道？
2. 地方では医師派遣能力は大学にしかない。
3. 大学での臨床教育を再評価する。
4. 5，6年生教育を新臨床研修医として実践
5. 患者の協力を得やすくする。

＊地方大学の魅力を高めること＊

JA Oitaken Koseiren Tsurumi Hospital 2012･1.23

120

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響・新潟大学と新潟県の取組み

第4回高橋考人提出資料

新潟大学医学部医学科定員の推移

・平成19年度までの新潟大学医学部医学科の定員は100人。
・「新医師確保総合対策」等の取組により、平成22年度には125人と25人増となった。

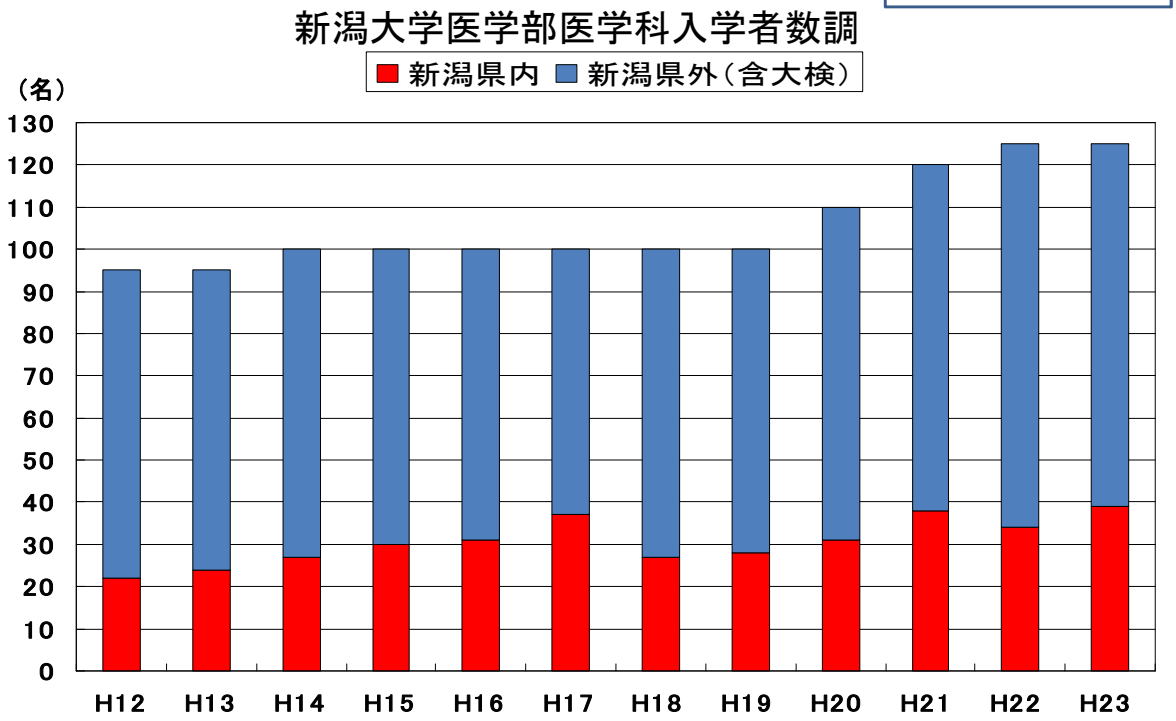
年度	一般入学		推薦入学			学士枠	合計	備考
	一般	地域枠	一般	地域枠A	地域枠B			
平成19年度	75人	0人	20人	0人	0人	5人	100人	平成元年～平成19年度までの定員
平成20年度	80人	0人	20人	5人	0人	5人	110人	新医師確保総合対策による10人の暫定増（H20～29まで）
平成21年度	85人	0人	20人	5人	5人	5人	120人	緊急医師確保対策（地域枠B 5人） 骨太方針による特例措置（一般枠 5人） 計10人の暫定増（H21～29まで）
平成22年度	85人	5人	20人	5人	5人	5人	125人	地域の医師確保等の観点からの定員増（地域枠 5人、H22～31まで）
平成23年度	85人	0人	20人	5人	10人	5人	125人	一般入学地域枠を廃止、地域枠Bを5人増

※太枠内は県からの医師養成修学資金の貸与が条件となっている。

121

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響・新潟大学と新潟県の取組み

第4回高橋参考人提出資料

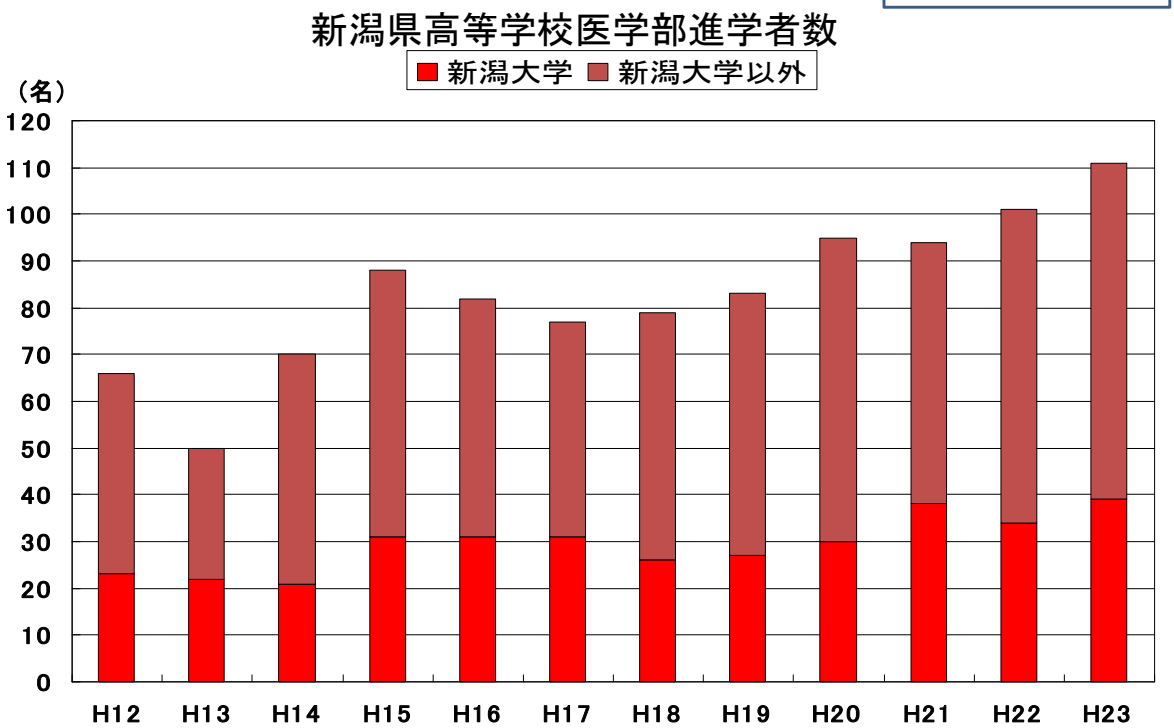


新潟大学医学部医学科調査

122

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響・新潟大学と新潟県の取組み

第4回高橋参考人提出資料



新潟県高等学校教育課調査

123

1 新潟県医師養成修学資金制度の概要

医師免許取得後、県が指定する医療機関に一定期間勤務することなどを返還免除要件とする医学生を対象とした修学資金制度を平成17年度から実施。

※県が資金を拠出し、(財)新潟医学振興会が貸付(H17～H19の間は毎年3市町が事業参加)。

区 分	募集期間	貸付内容		累計人数	貸付金の返還免除要件
		定 員	月 額		
県外医学生枠	H20～	3人	国公立15万円 私立 30万円	12人 (卒業1人→研修中)	○貸付期間の1．5倍の年数(最長9年間、臨床研修2年及びキャリア形成のための研修期間を含む。)を、県が指定する医療機関に勤務した場合は、返還を免除。
新潟大学地域枠B (H22の前期日程地域枠を含む)	H21～31	10人 (H21は5人)	15万円	25人 (卒業なし)	
順天堂大学新潟県地域枠	H22～31	2人	30万円	4人 (卒業なし)	
〈参 考〉					
県・市町村共同事業	H17～19	3人	30万円	8人 (卒業3人→研修中)	○貸付期間プラス3年(最長9年間、臨床研修2年及びキャリア形成のための研修期間を含む。)を、県が指定する共同参加の市町村に所在する医療機関に勤務した場合は、返還を免除。

修学生のキャリア形成や医療機関配置の考え方などを検討

124

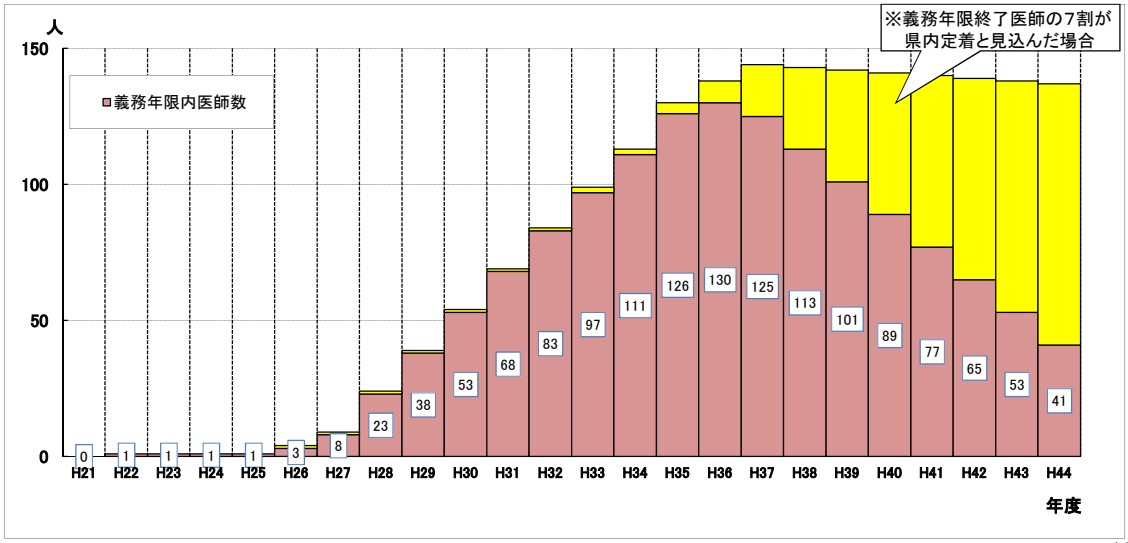
臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響・新潟大学と新潟県の取組み

第4回高橋参考人提出資料

2 新潟県医師養成修学資金貸与医師数の推移(見込み)

○ 「**重点コース修学資金**」の貸与を受け、医師免許取得後、県が指定する医療機関に一定期間勤務する必要がある医師は、新潟大学医学部地域枠B入学者の卒業が始まる平成27年度以降増加し、ピーク時の平成36年度には、130人に達する見込み。

○ 義務期間を終了した医師については、引き続き地域医療を始めとした県内定着を目指す。



125

3 地域医療を担う医師養成・キャリア形成支援検討委員会

設置趣旨

1 県修学生が県指定医療機関への勤務だけでなく、引き続き地域医療に定着するための仕組みづくりを検討
2 県修学生が地域医療に従事しつつ、医師としてキャリアアップできる仕組みづくりを検討
3 地域医療を担う医師の増加に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討
4 県修学生の在学中からのモチベーションと満足度を向上させる方策を検討

委 員

新潟大学医学部	医学部長	高橋 姿	◎委員長
新潟大学医歯学総合病院	病院長	内山 聖	
新潟県医師会	理 事	塚田芳久	県立十日町病院長
新潟県病院協会	理 事	森下英夫	長岡赤十字病院長
新潟県厚生連	理事長	末武雅之	
新潟県市長会	魚沼市長	大平悦子	
新潟県町村会	阿賀町長	神田敏郎	
新潟医学振興会	専務理事	鈴木栄一	
新潟県病院局長	局 長	江口孝雄	
新潟県福祉保健部	部 長	若月道秀	
新潟県福祉保健部	参 与	荒川正昭	

スケジュール

第1回会議（平成23年8月8日）
議題：制度の現状、検討課題と論点について
第2回会議（平成23年10月13日）
議題：キャリア形成等について
第3回会議 平成24年1月下旬予定

平成24年度
○大まかな制度運用について、地域枠を始めとした修学生に順次説明。
○具体的な制度運用について、委員会で継続検討。

126

良医育成新潟県コンソーシアム

（新潟大学病院，16県内基幹型臨床研修病院，新潟県で構成）

- 新潟県臨床研修合同ガイダンスの開催（年3回）
- 臨床研修病院見学・実習会の開催（旅費を支給）
- 新潟県臨床研修フォーラムの開催（年2回）
- 県出身県外医学生の集いの開催（東京）
- レジナビフェア（前期研修・後期研修）への参加
- 「ニュースレター」の発行（季刊）
- 「医学生のための新潟県の臨床研修病院案内」発行
- 県内高校訪問と県内高校の医学部訪問

127

第4回髙橋参考人提出資料

医学部の取組み

- 臨床研修制度プログラムの継続的な改革
- 臨床研修期間:
  - ✓必須科目ローテートと将来を視野に入れた選択
- 地域枠学生のキャリアパス充実
  - ✓義務年限終了後の地域定着
  - ✓専門医獲得と大学院進学
- 一般枠学生への魅力的な研修プログラム
  - ✓多彩な専門医研修プログラム
  - ✓大学院の改組による進学率向上

128

第4回岡村委員提出資料

帰学調査について

- 全国医学部長病院長会議「地域医療に関する専門委員会」において、大学附属病院への研修医の帰学者※に関する調査を平成18年度より毎年実施

  ※ 帰学者:大学の診療科または講座に所属している医師

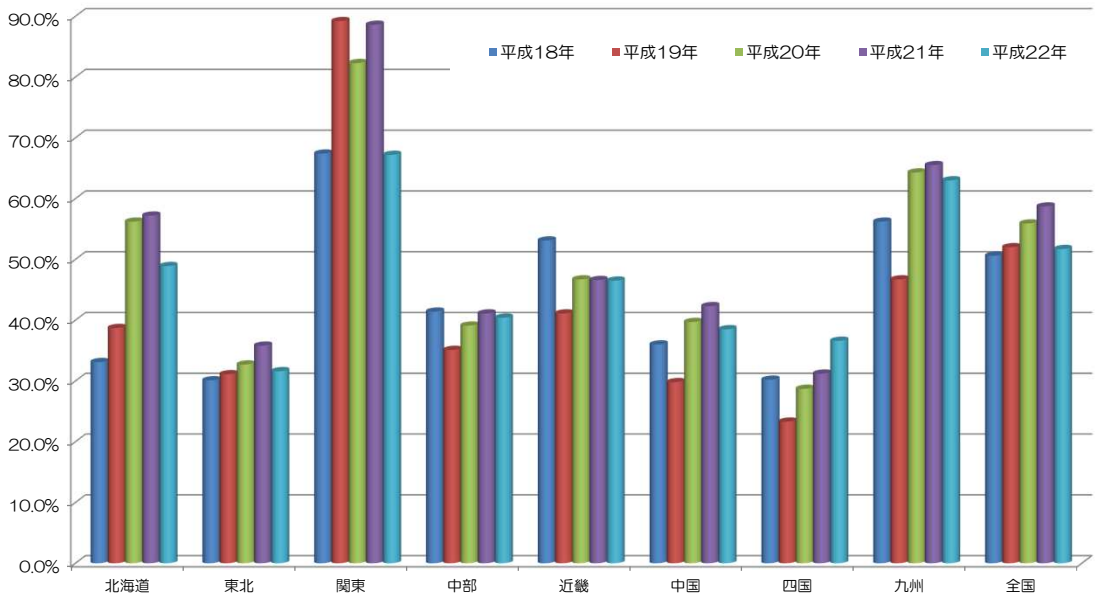
- 全国80医科大学・医学部のうち、防衛医科大学、自治医科大学、産業医科大学を除く77大学より回答

129

帰学者調査（全国医学部長病院長会議地域医療に関する専門委員会）

第4回岡村委員提出資料

臨床研修修了者帰学状況（帰学率）



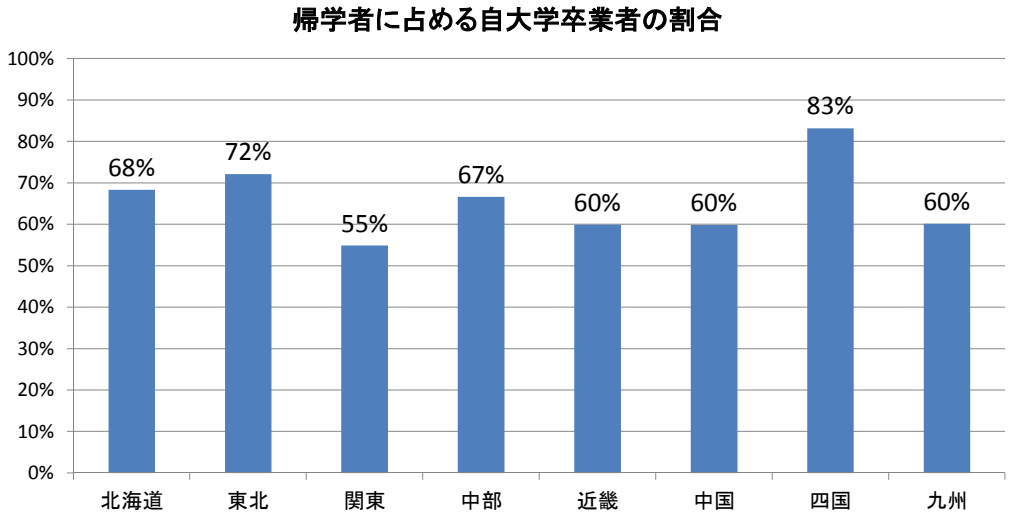
※帰学率・・・医師国家試験合格者数（2年前）に対する臨床研修修了者の大学への帰学者数（他大学卒業の医師も含む）の割合

130

帰学者調査（全国医学部長病院長会議地域医療に関する専門委員会）

第4回岡村委員提出資料

帰学者の状況（自大学／他大学卒別）



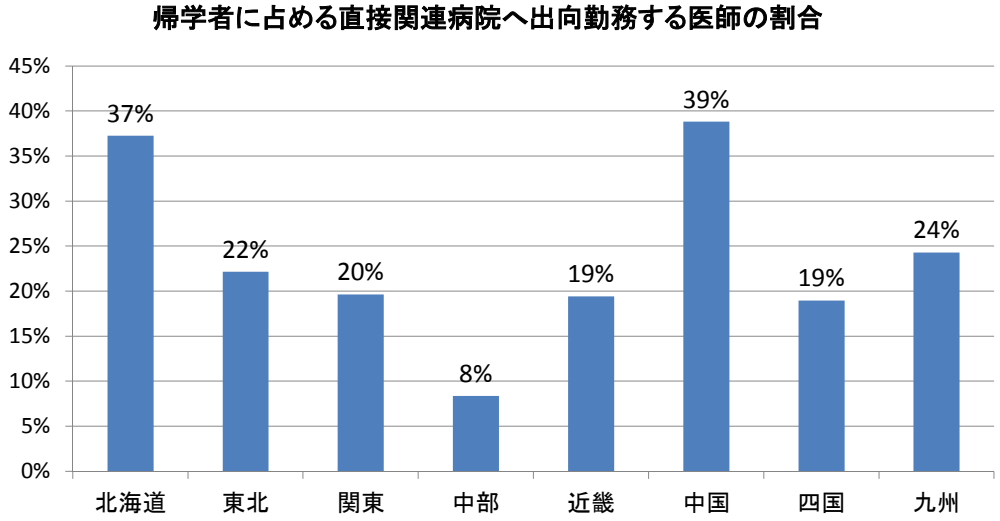
自大学卒者数	110	127	804	326	336	134	114	391
帰学者総数	161	176	1465	489	561	224	137	650

131

帰学者調査（全国医学部長病院長会議地域医療に関する専門委員会）

第4回岡村委員提出資料

帰学者の状況（地域別／直接病院出向率）



	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州
直接出向者数	60	39	288	41	109	87	26	158
帰学者総数	161	176	1465	489	561	224	137	650

132

医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン（全国医学部長病院長会議）

第4回岡村委員提出資料

第2章　医学部（医科大学）の卒業後教育における検証とグランドデザイン
（抜粋）

1. 初期臨床研修制度

2）マッチングの影響

マッチングは医学生の進路を流動化させ、医学生が真剣に進路を考えるようになり、また臨床研修病院では魅力作りとしてカリキュラムの充実や指導医養成に尽力するなどの**プラス効果も少なくないが、一方で卒前教育や医師の配置に深刻な悪影響も与えている。**

（1）医学部臨床実習への影響

5、6年次に有名研修病院の見学、実習、面接に飛び回っている。
特に6年次には、多くの面接試験や見学、実習が実施されている。
→ **卒前の臨床実習教育が空洞化している懸念がある。**

3）課題の整理と見直しへの提言

（2）研修施設基準の見直し

広いバリエーションの疾患（重症から軽症、common diseaseおよび難病、さらに一次、二次、三次救急疾患など）を経験する必要があるが、現時点での制度設計にはこの視点が欠落している。
このためには、**研修の基幹となる病院は600床以上の病院とする。認定をはずれた施設は、積極的に研修協力病院となってもらい研修ネットワークを構築する案を提言している。**

＊500床未満の病院での研修は臨床研修医の23%に及んでいる

133

第2章　医学部（医科大学）の卒業後教育における検証とグランドデザイン
（抜粋）

2．専門医・高度専門医療人の養成

（3）中核病院、地域病院と密なる連携

認定医、専門医養成には大学病院は魅力ある要請内容の構築を中核病院、地域病院と密なる連携をとりながら図る。**大学と附属病院は本来有している豊富な教育設備、先端医療設備と、それを応用できる有能なスタッフを大いに活用すべきである。**

さらに、中核病院、地域病院をローテートすることにより専門性を高めていくプログラムを構築すべきである。これによって、地域の医師寡少、偏在などの問題をある程度解決する方向を生み出すことができる。

（4）専門医の適正配置

将来的には特定の地域や診療科の医師不足を解消するには、家庭医、病院総合医を含む各診療科別の専門医の地域および国家レベルでの適正配置数を検討し、それを具体化できるシステムを構築すべきである。心臓血管外科では、年間の手術数から適正な施設数、専門医数を割り出し、施設の集約、専門医数の制限に議論が進んでいる。

言わば、自主規制であるが、むしろ**国家レベルで行われるべきである。**

専門医の適正配置はもちろん、医師の偏在についても検討すべきである。

2）大学病院の地域医療への貢献

新臨床研修制度により、大学病院に残る医師数が減少し、そのため、地域への医師派遣機能が崩壊しつつある。

その中で、どのような地域貢献ができるかを、現在模索している段階にある。

今後は、地域の病院への医師派遣に変わり、地域の医師の研修の場としての役割が重要になってくると思われる。

第3章　医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる教育における検証とグランドデザイン
（抜粋）

5．医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

「医療崩壊」は単なる医師不足ではなく、地域格差、診療科間の格差、過酷な労働環境による勤務医の減少など、さまざまな問題が複雑に関連しており、医師養成増のみで解決できる問題ではない。

（4）医師、診療科の地域偏在の是正

医師数の増員が成し遂げられたとしてしても、地域偏在や診療科偏在は解決するわけではない。

医学教育には莫大な国費が投じられていることを考えれば、特に、**地方の医学部入学者が、卒業と同時に都会に回帰する現状に対する何らかの制約を設けることも考慮すべきと考えられる。**

医学部入試における地域枠の一層の拡充、学費相当額の**奨学金とリンクさせた卒後の一定地域での診療（研修）の義務化**（返済免除の条件とする）なども考慮する必要があろう。

診療科の偏在については、本来職業選択の自由との整合性や診療報酬の加算あるいはドクターフィーの導入などの方策が優先されるべきであるが、

卒後の一定期間の研修に限って、専門分野別の研修医定数の導入、研修施設の地域配分、強力なインセンティブの付与などの施策を考えることも一法と考える。

4．2）研究医養成との関係

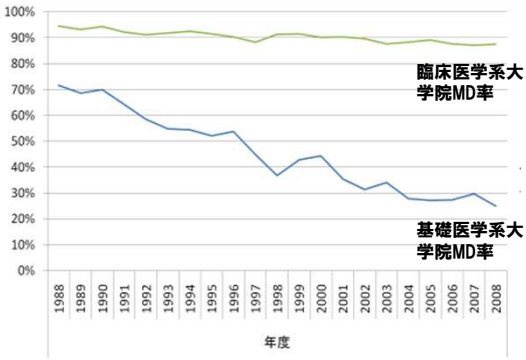
136

研究者養成に関する現状

第5回文部科学省提出資料
を事務局にて一部修正

・基礎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が低下している。
・専門医取得への志向に比べ、博士号取得の志向は低調。

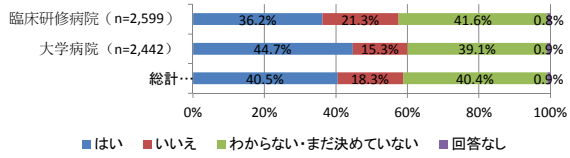
◆基礎医学系・臨床医学系の大学院入学者に占める医師免許取得者（MD）の割合



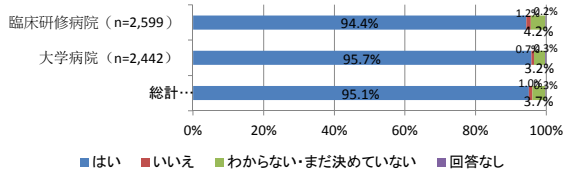
「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」（第3回）
東京大学清水（前）医学部長（現副学長）プレゼン資料より

◆臨床研修医の専門医志向と、博士号取得志向の状況

＜医学博士の取得希望＞



＜専門医・認定医の取得希望＞



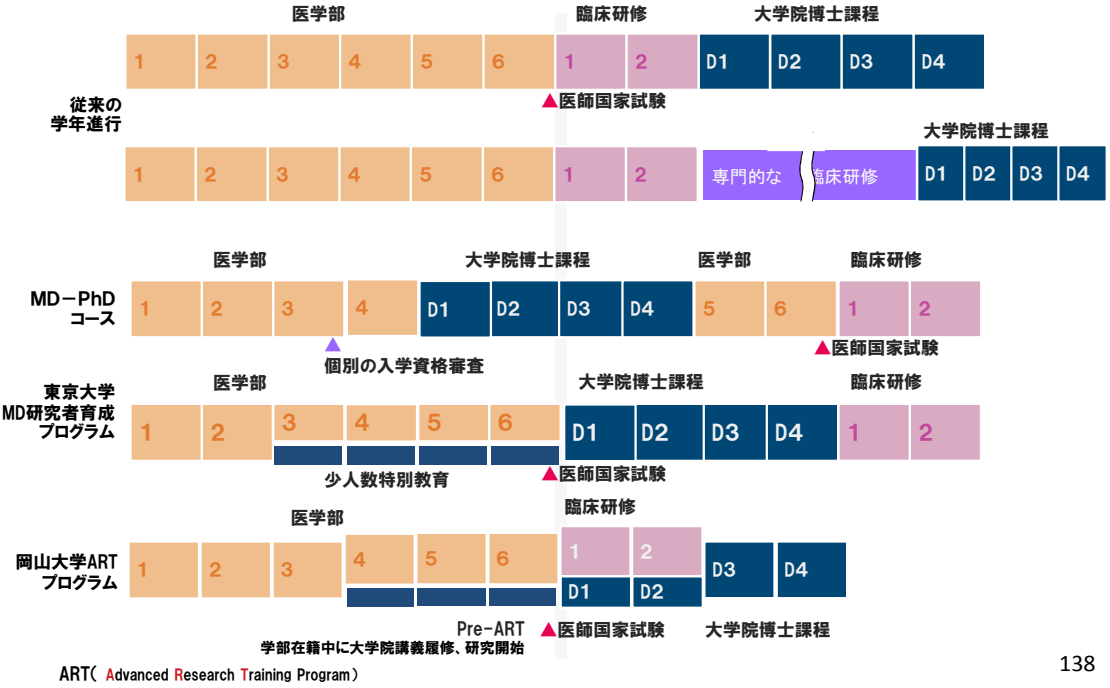
（出典）厚生労働省　平成24年　研修医アンケート調査

137

研究医養成のための大学・大学院を一貫した教育プログラムの例

第5回文部科学省提出資料

学部から大学院へ途切れなく進めることができるよう、各大学において取組が進められている。



138

研究医枠による医学部定員増の取組

第5回文部科学省提出資料を一部修正

医師免許を持つ基礎医学研究者の減少等に対応するため、平成22年度～24年度に「研究医枠」として、14大学で26人の増員を実施。各大学では、奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究者の養成に取り組んでいる。

◆研究医枠の人数

複数の大学と連携し、研究医養成の拠点を形成しようとする大学で、研究医の養成・確保に学部・大学院教育を一貫して取り組む各大学3人以内の定員増。

平成22年度　17人、23年度　6人、24年度　3人　計26人（15大学）

◆研究医枠を活用した取組例

東京大学

平成20年度に開始したMD研究者育成プログラムにより、3年次以降の学部教育と大学院教育の連続的なコースを通じて、早期から最先端の研究活動に触れ、ディスカッション能力や発表能力の育成を図り、優れた基礎医学研究者養成を図る。

群馬大学、千葉大学、山梨大学との連携により、研究指導の交流を促進するとともに、研究実習関連のカリキュラムの相互乗り入れを検討する。

京都大学

学部1年次から約半年単位で5カ所程度の研究室で様々な研究活動に参加するラボ・ローテーション等を経て、4年次修了時点で大学院博士課程に進学するMD-PhDコース（4人程度）を設け、早期に最先端の博士研究を行い、3～4年で学位取得の後、学部で5～6年次の臨床実習を受け卒業し、優れた基礎医学研究医を育成する。

慶應義塾大学

学部・大学院の協力によるコースを新設し、学部4年次から複数の研究室のローテーションや大学院講義の受講を経て、卒後は大学院において、埼玉医科大学、理化学研究所と連携しながら、3年以内に博士号を取得できるプログラムを設け、幹細胞医学、腫瘍医学をはじめ、医学研究を牽引できる人材の育成を図る。

学生には複数の教員をメンターとし、研究内容のみならず、豊富な国際連携を活用した研究医としてのキャリアパスまで相談をできる体制を確立する。

139

大学等の研究・教育機関における医学部出身基礎研究者・大学院学生の動向について

第2回岡部委員提出資料

まとめ：

1. 東京大学、大阪大学、京都大学、名古屋大学の医学部学生の卒業後の進路を調査した結果、長期的な基礎研究者の減少傾向が存在した。特に2000年以降は4大学を合わせて10名程度しか基礎医学系に進んでいない。

2. 基礎医学系教員にしめるMDの数は減少している。1990年代には50%あった助手・助教に占めるMDの割合が、現在では30%以下に低下している。教授に占めるMDの割合は比較的高いが、現在の助手・助教の世代が教授へと昇進する10－15年後には、MDの教授の割合が30%以下に低下することが予想される。

3. 基礎系大学院に在籍する学生に占めるMDの割合も低下しており、現在ではその割合は30%以下である。

4. 以上の傾向から、今後更にMD研究者は減少し、10－15年後でその割合は３０%以下、30年後には10%以下になるであろう。

5. 将来の医学部における基礎医学教育をnon-MDの教員を主体として行うのか、あるいは何らかの対応策を講じてMD研究者の割合を増加させるのか、適切な判断を迅速に行う必要があり、放置すれば我が国の医学教育・研究システムに大きな障害をもたらす可能性が高い。

6. MD研究者の数を今後増加させるのであれば、研究者養成のための卒後教育システムを確立する必要がある。初期臨床研修制度にも研究マインドを育成するための方策を組み込むことが望ましい。

140

４．３）関連する医学教育等

141

医学教育の改善・充実について

第5回文部科学省提出資料

1．医学教育・モデル・コア・カリキュラム（12年度策定、平成19年度、22年度改訂）

→　学生が卒業までに最低限履修すべき教育内容をまとめた医学教育の指針。文部科学省の検討会において、医学教育関係者により議論され、平成12年度策定。平成22年度に最近改訂。現在では全ての大学で利用されている。

2．共用試験の実施（ＣＢＴ（知識）、ＯＳＣＥ（技能））（14年度試行、17年度正式実施）

（実施主体：（社）医療系大学間共用試験実施評価機構）

→　学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験

→　全大学において実施。卒業前ＯＳＣＥを実施する大学も増加する傾向。

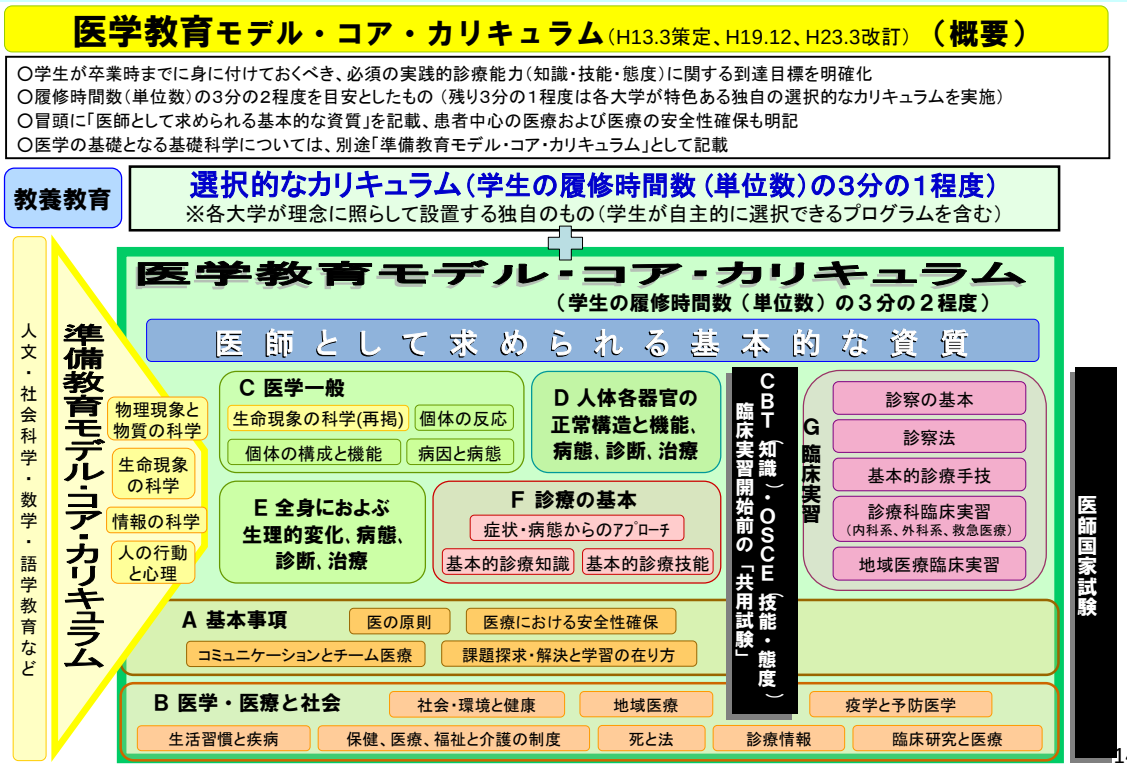
3．診療参加型臨床実習の充実に向けた取組

→　全ての大学で診療参加型臨床実習が行われているが、国際的な質保証の要請も踏まえつつ、質的により充実した実習を実施していくことが課題。

142

医学教育モデル・コア・カリキュラムの概要

第5回文部科学省提出資料



143

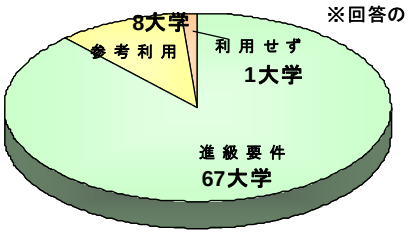
共用試験や卒業前OSCEの実施状況

第5回文部科学省提出資料

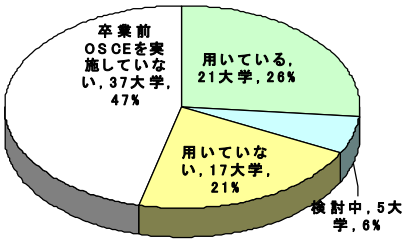
・大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題。
・半数以上の大学が卒業前にOSCE（臨床能力を試す実技試験）を行っており、全体の1／4程度が卒業認定に用いている。

◆共用試験（CBT試験）の進級要件としての利用

※回答のあった76大学の内訳



◆卒業前OSCEの卒業認定への利用



文部科学省平成21年度医学・歯学教育指導者ワークショップアンケートより「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」（全国医学部長病院長会議）より

共用試験

臨床実習開始前の学生の態度、技能、知識を評価するための試験。（社）医療系大学間共用試験実施評価機構が実施。

CBT（Computer Based Test）

コンピュータにより問題が出題される、共用試験の形態。出題は全大学共通だが、正当率の合格基準は、各大学がそれぞれ判断する。

OSCE（Objective Structured Clinical Examination；オスキー）

模擬患者を相手に医療面接や身体診断等を行い、臨床能力を試す実技試験。臨床実習前の共用試験においては（社）医療系大学間共用試験実施評価機構がOSCEを実施。臨床実習終了時又は卒業時のOSCEは各大学において実施している。

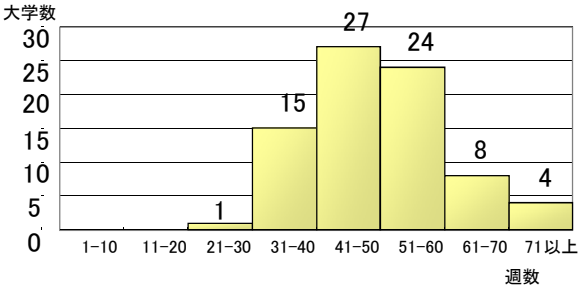
144

臨床実習の実施状況①

第5回文部科学省提出資料

・臨床実習を5年次～6年次にかけて実施している大学が多い。臨床実習の実施週数には、大きな幅がある。
・学生が診療に参加する診療参加型臨床実習、学外の病院での実習など、臨床実習の内容の充実が課題。

◆臨床実習の実施週数
（1週間＝35時間として標準化）



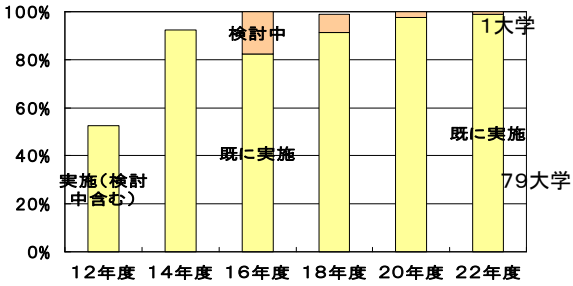
◆臨床実習の実施年次

4 年次～5年次	1
4年次～6 年次	7
5年次	7
5年次～6年次	64

（大学数）

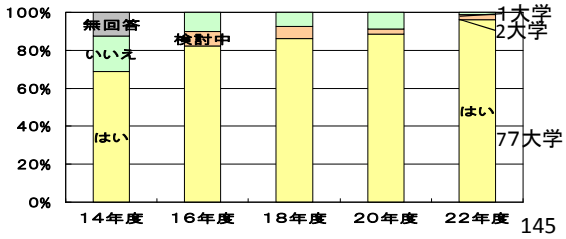
「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」（全国医学部長病院長会議）

◆診療参加型臨床実習の実施状況



※「検討中」平成16年度調査から加わったもの

◆学外臨床実習病院の活用の有無

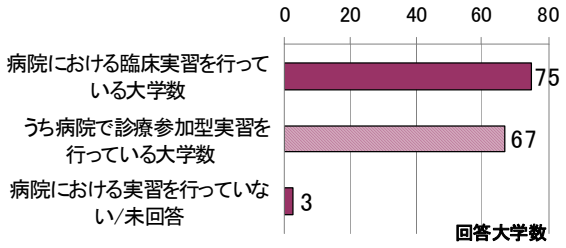


145

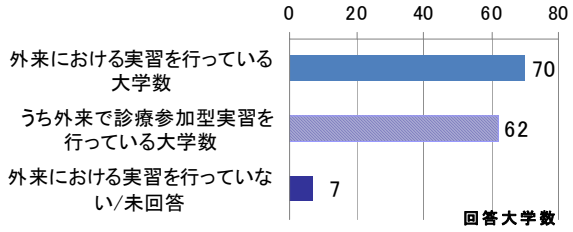
臨床実習の実施状況②

第5回文部科学省提出資料

◆病院における診療参加



◆外来における診療参加

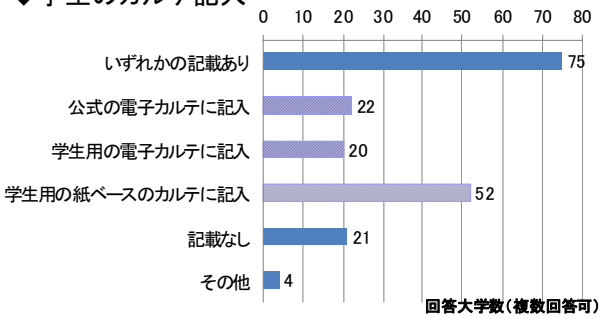


◆初期研修医が学生への指導に関与

初期研修医が学生への指導に関与している大学数	60 大学	(81%)
初期研修医が学生への指導に関与していない大学数	14 大学	(19%)
計(回答数)	74 大学	

文部科学省
「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」
参加者アンケートより

◆学生のカルテ記入



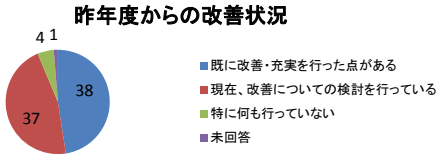
診療科により異なる場合があるため、複数回答となっている。

146

臨床実習の状況について

Ⅰ　臨床実習の状況について

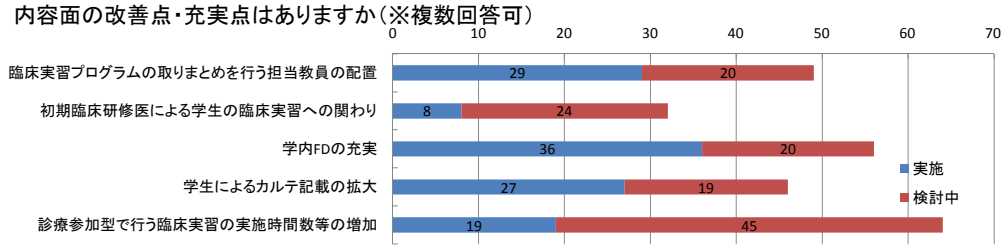
Ⅰ－1　診療参加型臨床実習の改善・充実の検討を行っていますか



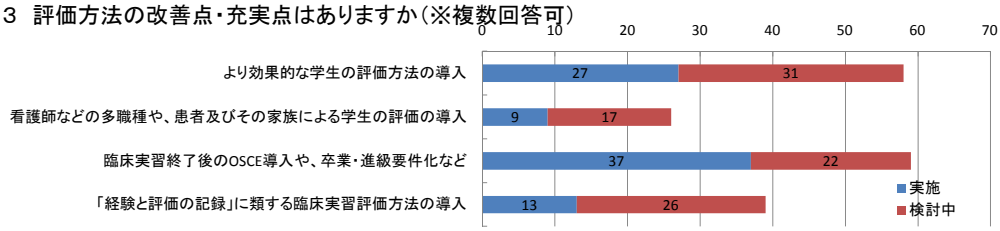
＜出典＞
文部科学省「平成24年度医学・歯学ワークショップ」事前アンケート(集計速報版)より事務局作成

回答大学数　80

Ⅰ－2　内容面の改善点・充実点はありますか(※複数回答可)



Ⅰ－3　評価方法の改善点・充実点はありますか(※複数回答可)



147

国際的な教育の質保証の要請

第5回文部科学省提出資料

・今後、世界で活躍できる医師養成のためには、我が国の医学教育が、国際標準を満たしているという評価を受ける必要が出ている。

◆米国ECFMGからの通告

2023年より、米国の医師国家試験については、アメリカ医科大学協会（AAMC）、または世界医学教育連盟（WFME：WHOの下部組織）の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に通知（2010年9月）。

※ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）
米国外の医学部卒業生に対して、米国医師国家試験（USMLE STEP1,STEP2）の受験資格を審査するNGO団体。

・ **WFME global standard**
WFMEはWHO関連機関である医学教育NGO。2003年に医科大学評価基準としてグローバルスタンダードを策定 。

※ 我が国では、大学教育全般に関する認証評価は制度化されているが、医学教育に特化した分野別評価はないという状況。

認証制度発足に向けて、全国医学部病院長会議が2011年9月に「医学部・医科大学の教育評価に関わる検討会」を設置。

○受験者数の推移

YEAR	Japanese Citizens*	Graduates of Japanese Medical Schools
2000	30	31
2001	37	37
2002	33	30
2003	68	65
2004	36	35
2005	81	83
2006	78	76
2007	66	67
2008	55	56
2009	72	68
2010	69	63

148

診療参加型臨床実習の充実に向けての取組

第5回文部科学省提出資料

平成23年度 文部科学省 先導的大学改革推進委託事業（医学チーム代表者；北村 聖（東京大学））において、以下の調査研究を行い、その成果を各大学医学部に提示予定。

▽ 診療参加型臨床実習の充実に向けての提言

▽ 診療参加型臨床実習等における経験と評価の記録（例示）

▽ DVD映像で見る診療参加型臨床実習とは　　ほ か

149

簡易版臨床能力評価表

臨床現場で教員の先生に評価してもらうための評価表です。各科で最低2～4回程度、教員に依頼して、自分の診療活動について評価してもらって下さい。
※教員の先生方へ：入院病棟・外来・救急などにおいて、以下の評価基準・評価方法を参考に、学生が患者と関わる様子を10～15分程度観察して評価ください。

場面：救急外来・入院患者・一般外来・当直・訪問診療・その他（　　）
科別：　　日時：　　年　　月　　日

患者ID: 症例の複雑さ；易　普通　難	1	2	3	4	5	6	U/C
1. 病歴	□	□	□	□	□	□	□
2. 身体診察	□	□	□	□	□	□	□
3. コミュニケーション能力	□	□	□	□	□	□	□
4. 臨床診断（診断など）	□	□	□	□	□	□	□
5. プロフェッショナリズム	□	□	□	□	□	□	□
6.　マネジメント（治療など）	□	□	□	□	□	□	□
7.　総合	□	□	□	□	□	□	□

望まれる能力のある段階を4として、ボーダーラインが3、能力が明らかにそれ以下のとき2,1、それ以上あるとき5,6をつける。U/Cはコメントできないとき評価者と合意した学習課題

良かった点	改善すべき点

評価者と合意した学習課題

評価者所属　　氏名
学生サイン

150

診療参加型臨床実習等における経験と評価の記録（例示）
平成23年度文部科学省先導的大学推進委託事業（医学チーム代表者：北村聖（東京大学））

多職種による学生評価（360°評価）

「看護師長を含む看護師2名＋その他のコメディカルの方1名」の計3名に評価をしてもらってください。
※評価者の方へ：近年、医学生の臨床実習が診療に参加する形になってきています。学生の評価を皆様の視点からもお願いできればと思います。ご協力をよろしくお願いいたします。

診療科

1. 臨床実習期間中のこの学生の行動について、よかった点をあげてください。

2. 臨床実習期間中のこの学生の行動について、改善したほうがよいと感じた点をあげてください。

3. その他、気づいたことがあれば自由に記載してください。

学生の名前

所属　　職種　　評価者の名前

151

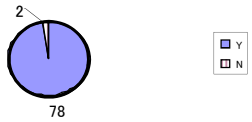
地域医療を担う医師養成のための教育

第5回文部科学省提出資料

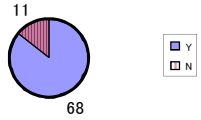
各大学で、地域医療に関する講座等を活用し、地域医療に関する教育が行われている。

◆地域医療に関する教育の実施状況

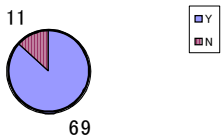
学生の教育に当たり、地域の多様な現場に触れ、患者や地域の人々に接する機会を確保していますか？（Y／N）



地域の実情を踏まえた、地域医療に関する教育を実施していますか？（Y／N）



地域医療学や医療政策に関する教育を実施していますか？（Y／N）



平成22年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ医学部を有する大学（80大学）へのアンケートより（H22.7.28）

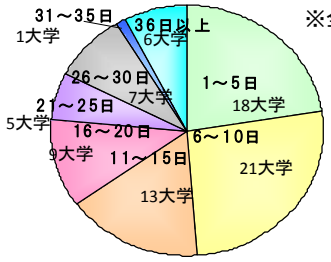
◆地域医療に関する講座の設置

○地域医療に関する講座（大学独自）…67大学
○地域医療に関する寄附講座…53大学79講座
・寄付者：都道府県、医療法人、民間企業等
・主な設置目的：
地域医療機関への医師派遣、地域医療連携システムの研究、特定診療科（産科、小児科等）における医療提供体制の充実など

※寄附講座：都道府県等の外部から寄附された資金により、教育研究組織である講座等を設置しその活動を行うもの。

（平成22年5月現在、文部科学省調べ）

◆早期臨床体験実習（Early Exposure）の実施日数



※全大学で1年生から実施（平均10.3日）

「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」（全国医学部長病院長会議）

152

新たな専門医に関する仕組みについて（専門医の在り方に関する検討会中間まとめ）

概要

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

＜専門医の質＞
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。

＜求められる専門医像＞
専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

＜地域医療の安定的確保＞
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。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

①中立的な第三者機関の具体的な体制
②現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
③国の関与の在り方
④医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
⑤医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係　等

新たな仕組みの導入

○新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
○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。
○「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。

○例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
○「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
○新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。

○専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

○専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
○地域医療の安定的確保

153

（別添1）
第7回安田参考人提出資料（抜粋）

入院患者からみた研修医の態度評価、満足度について

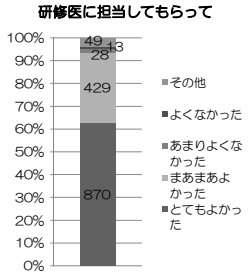
平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究：**入院患者アンケート集計(中間解析)**　分担研究者　安田　あゆ子　研究協力者　安藤　昌彦(名古屋大学医学部附属病院)

1．調査概要

【対象】平成24年2,3月に臨床研修病院に入院し、2年次研修医に担当されていた患者の中から無作為抽出
有効回答数　1,425　　平均年齢　58.5歳　　男女比　男：女：無回答＝49.4%: 48.1%: 2.5%
【調査期間】平成24年3月～4月
【調査手法】基幹型病院を通じ各患者に調査を依頼し、無記名、密封にて回収した。
質問項目は、行動目標「医療人として必要な基本姿勢・態度」の内容を踏まえ、患者からみた態度評価、および研修医に担当してもらった満足度を、選択肢から選ぶ方式で尋ねている。

2.主な調査結果

- 8つの質問に対し**おおむね90%前後がとても・まあまあよいと回答**している。【図は満足度】
- 群別解析（病院規模、種別、地域、入院診療科、研修プログラム種別等）では**研修医の診療に対する満足度に関し、有意差は認められなかった。**
- 有意差のあった群：
  - **年間新規入院患者数別の態度評価の一部**（患者質問への対応、問題時対応）
    3000人以上＞3000人未満
  - **入院診療科別の態度評価の一部**（研修医としての自己紹介、回診の程度）
    内科系＞外科系、必修科目＞選択必修科目＞その他の科目
  - **6都府県所在の病院かそれ以外かの態度評価の一部**（診察時の安心感）
    6都府県＞それ以外の地域



1

臨床研修指導医の臨床研修制度に対する意見等について

平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究：**臨床研修指導医アンケート集計（中間解析）**　分担研究者　安田　あゆ子　研究協力者　安藤　昌彦(名古屋大学医学部附属病院)

1．調査概要

【対象】平成24年3月に基幹型相当大学病院もしくは臨床研修病院に在籍する臨床研修指導医
有効回答数　16,647　　平均年齢　47.0歳　　男女比　男：女＝88.0%: 10.4%
【調査期間】平成24年3月～4月
【調査手法】基幹型病院を通じ各患者に調査を依頼し、無記名、密封にて回収した。

2.主な調査結果

A) 臨床研修制度に対する意見

- **現行制度に対する評価**：抜本的改善が必要(36.0%)、改善すべきところもあるがおおむね良い制度(48.5%)【図1】
- **抜本的改善が必要と考える群**：有意に影響が大きい→大学病院、有意に影響が小さい→スーパーローテート[以下SR]研修を受けた、救急件数が多い、SR研修実施病院
- **改善が必要な項目**　1位：必修科目、期間設定、2位：基本的診療能力を身につけるように見直す、3位：都道府県別、各病院の募集定員設定【図2】
- **抜本的改善が必要と考える場合の改善項目**：有意に影響が大きい→早く専門研修を開始できる、専門研修により重点 、有意に影響が小さい→臨床研修病院での研修を経験する、大病院に偏らず多彩な経験を積む
- **最適な研修期間**　2年以上で1年必修(42.8%)：有意に影響が小さい群→SR研修を受けた
  2年以上でSR(22.1%)：有意に影響が大きい群→SR研修を受けた、有意に影響が小さい群→大学病院【図3,4】
- **臨床研修を行うのに適した環境**：救急症例数一定以上＞教育研修機能一定以上＞病床数一定以上
- **必要研修科目**：担当科目は基本的診療能力習得に必要 (90.6%)　必要割合高い担当科目→地域医療、救急科、総合診療科、必要割合低い担当科目→病理科、眼科
- **必要研修期間**：中央値　3か月(29.1%)　担当科目ごとで中央値3か月以上→内科、外科、麻酔科、救急科、総合診療科

2

図1　現行制度に対して

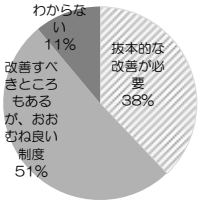


図2　改善が必要な項目

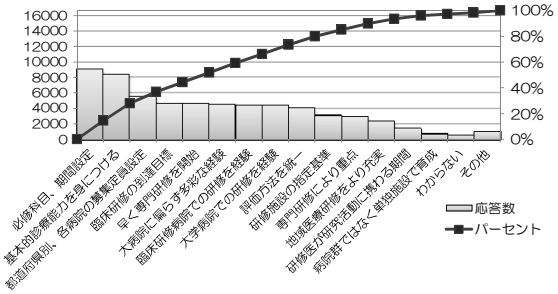


図３　最適研修期間（受けた研修別）

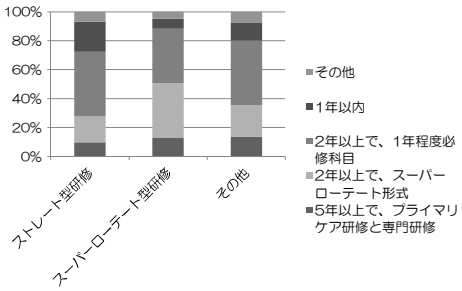
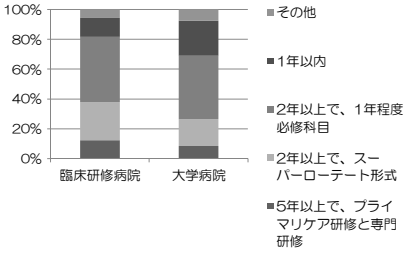


図４　最適研修期間（病院種別）



3

臨床研修指導医の資質、満足度、研修医評価等について

平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究：**臨床研修指導医アンケート集計（中間解析）**　分担研究者　安田　あゆ子　研究協力者　安藤　昌彦(名古屋大学医学部附属病院)

2.主な調査結果つづき

B) 指導医に求められる資質

- **臨床研修指導医に必要な事項**：臨床経験＞教育歴・知識＞専門医資格＞指導医講習会受講歴＞研究経験【図5】
- **臨床研修指導医講習会**：指導の参考になる(49.6%)、ならない(19.7%)、どちらともいえない(30.1%)
- **必要なテーマ**：参考になる→研修医指導方法の実際、指導医のあり方、研修プログラム立案

C) 指導に関わる満足度

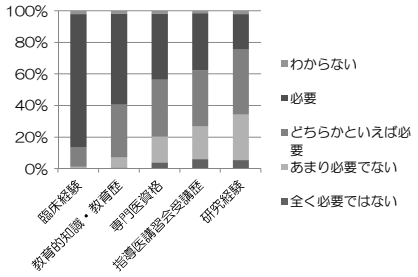
- **院内体制での役割別：**プログラム責任者、研修管理委員長等役割を与えられている方が満足度は高い
- **指導に携わった期間、研修医数別：**携わる期間が長いほど、また多く指導するほど満足度は高い【図6】

D) 研修医の評価

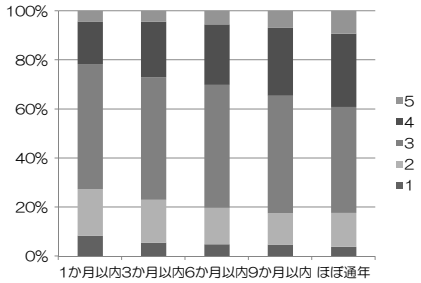
- **研修医の診療能力は高くなったか：**とても・ややそう思う(43.9%)、あまり・全くそう思わない(46.2%)
  臨床研修病院＞大学病院、その他の科目＞選択必修科目＞必修科目、SR型プログラム＞弾力化プログラム、また救急症例数が多い病院でよい評価　【図7,8】

4

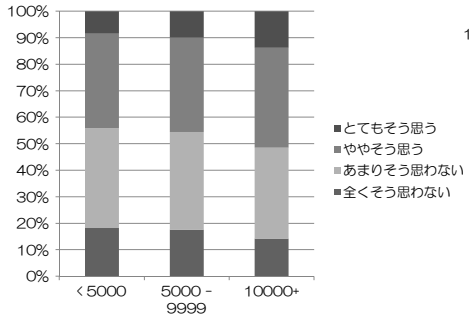
【図5】指導医に必要な経験



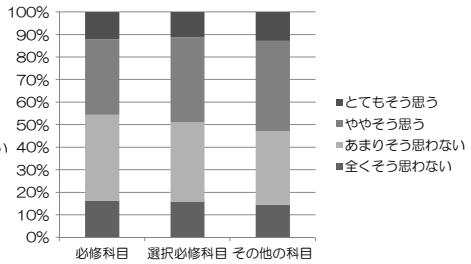
【図6】指導に携わった期間別満足度



【図7】救急件数別研修医評価



【図8】担当科目別研修医評価



5

（別添２）
第７回片岡委員提出資料（抜粋）

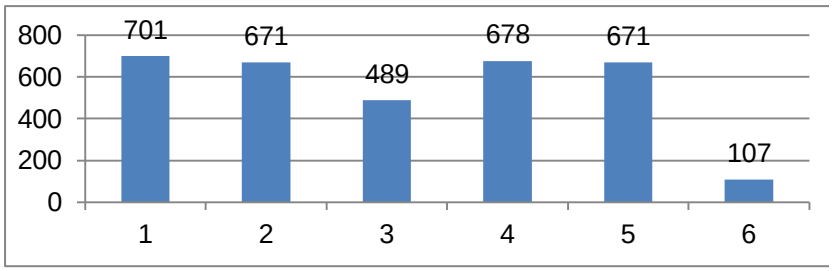
平成 24 年度厚生労働科学研究
「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」

分担研究者　片岡　仁美（岡山大学医歯薬学総合研究科）
研究協力者　岩瀬　敏秀（岡山大学医歯薬学総合研究科）

＜病院アンケート集計結果（概要）＞

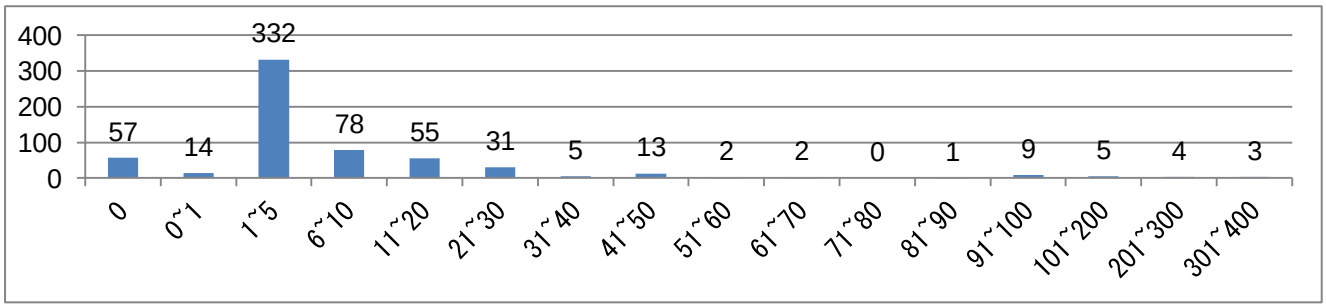
【１．臨床研修の実施体制について】

問 1-1　業務内容(n=3,317　複数回答可)

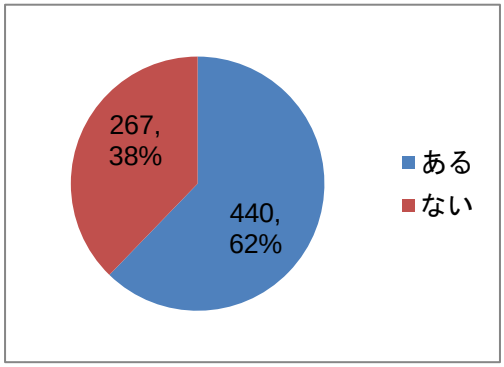


1　臨床研修関係文書管理・作成
2　研修医の相談窓口
3　指導医の相談窓口
4　評価等関連業務
5　関係団体連携窓口
6　その他

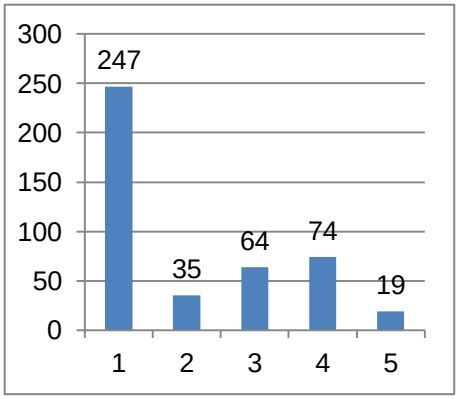
問 1-2　相談件数　(n=611)



問 1-3　専任担当者常駐スペース(n=707)

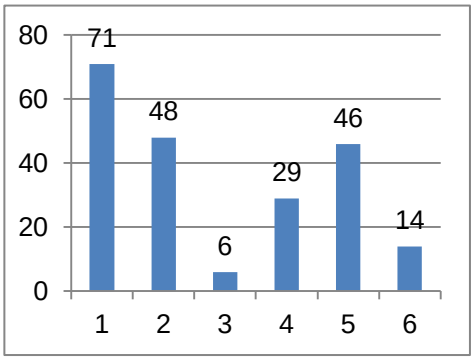


問 1-4　設置場所(n=439)

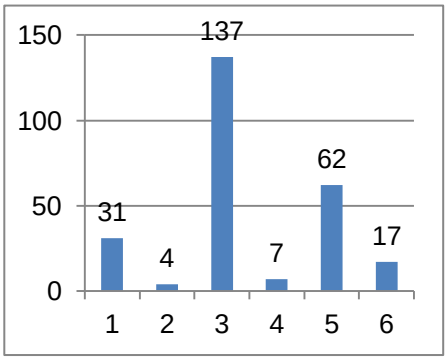


1　事務部門
2　研修医室内
3　医局内
4　他個室
5　その他

問 1-6　職員非設置理由(n=214)



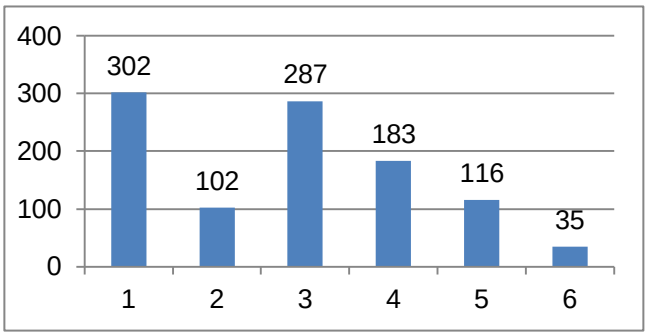
場所非確保理由(n=258)



1 予算
2 人材確保
3 構造
4 組織規程
5 不要
6 その他

【2.臨床研修病院群について】

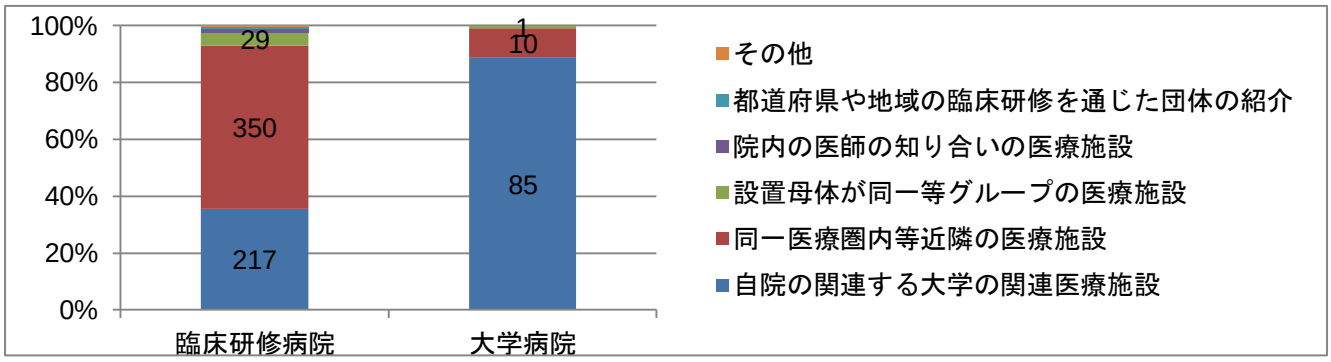
問 2-1　臨床研修病院群を構成する医療施設(n=1,025 複数回答可)



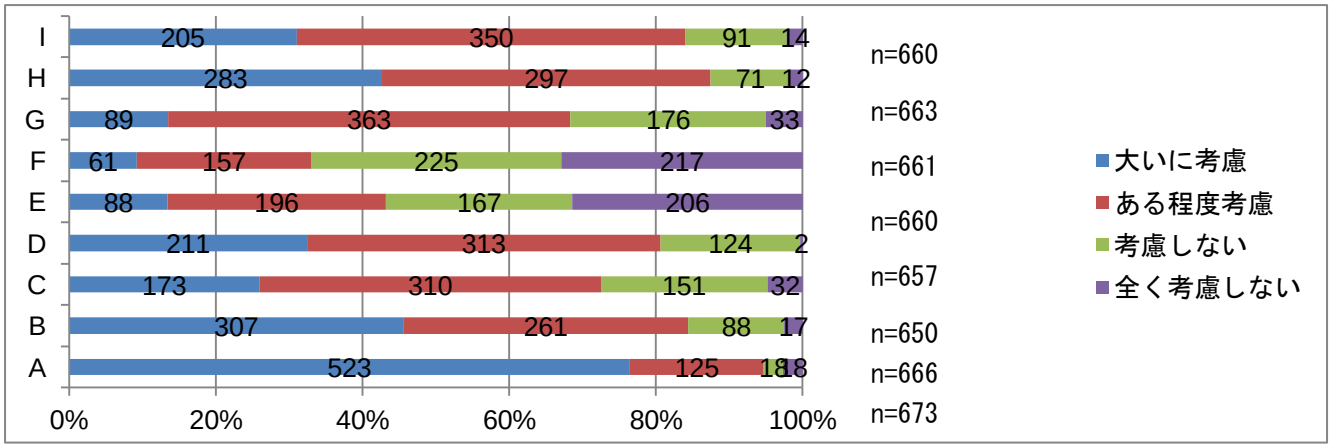
1　自院の関連する大学の関連医療施設
2　同一医療圏内等近隣の医療施設
3　設置母体が同一等のグループ医療施設
4　院内の医師の知り合いの医療施設
5　都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設
6　その他

問 2-1　臨床研修病院群を構成する医療施設についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=610　大学病院 n=96）＞

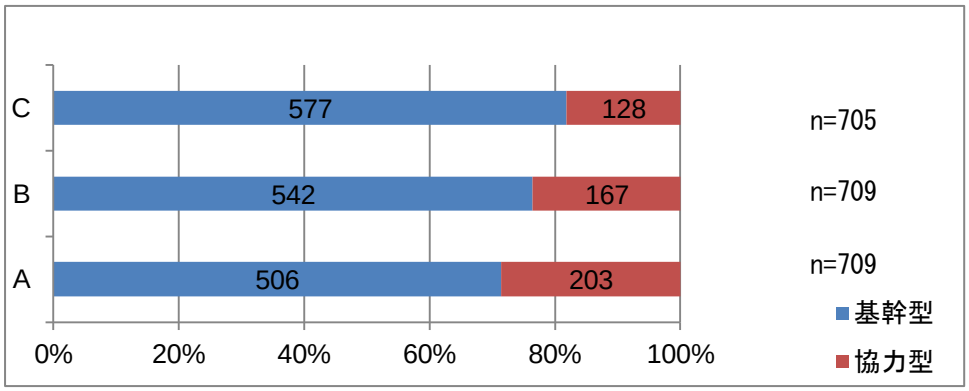


問 2-2　臨床研修病院群を形成する際に考慮していること



A　自院で実施できない研修科目が充実している施設を選定している　n=684
B　自院とは違う規模・医療内容の医療施設での研修ができるように配慮している
C　地域で医師を育てるという観点から、同一地域から選定している
D　地域医療に貢献するように選定している
E　同一設置母体等グループの施設間の交流が活性化するように選定している
F　関連大学の医局の交流が活性化するように選定している
G　研修医の移動の負担が少ないように選定している
H　研修医の希望を反映させるように選定している
I　指導体制が充実している、または研修医からの評判が良い施設を選定している

問 2-3　臨床研修病院群の中での役割分担

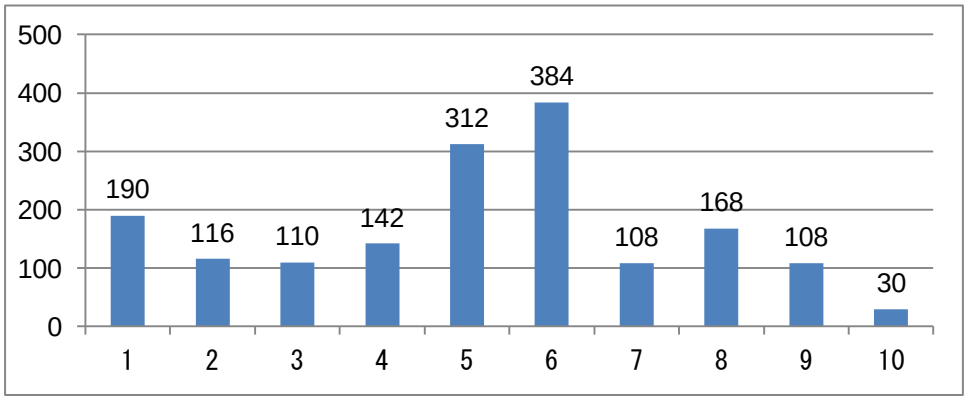


A　研修プログラム（目標・方略・評価等）の作成

B　評価方法の決定

C　研修の期間、人数の決定

問 2-4　支障が生じたために対応が必要となった事項　(n=1,668　複数回答可)



1　研修医の生活環境の整備（衣食住等）

2　給与や研修費用等の支弁主体

3　医療安全等の管理体制

4　研修医についての情報共有

5　問題のある研修医への対応

6　ローテート期間や時期の設定

7　研修医の指導方針

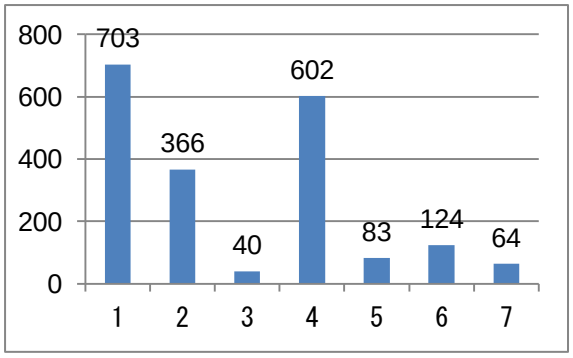
8　研修プログラム・内容

9　研修医評価の基準

10　その他

【3.臨床研修の評価について】

問 3-1　採用している評価方法(n=1,982　複数回答可)



1　指導医による評価（観察記録、面談、チェックリスト等）

2　コメディカルによる評価（観察記録、チェックリスト等）

3　患者による評価

4　レポート

5　実技試験（OSCE）

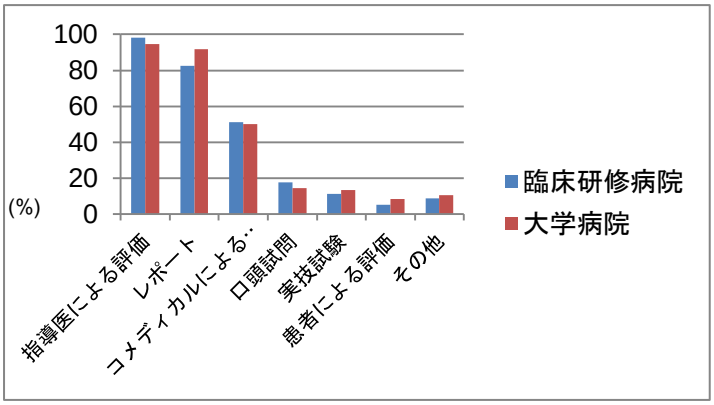
6　口頭試問

7　その他

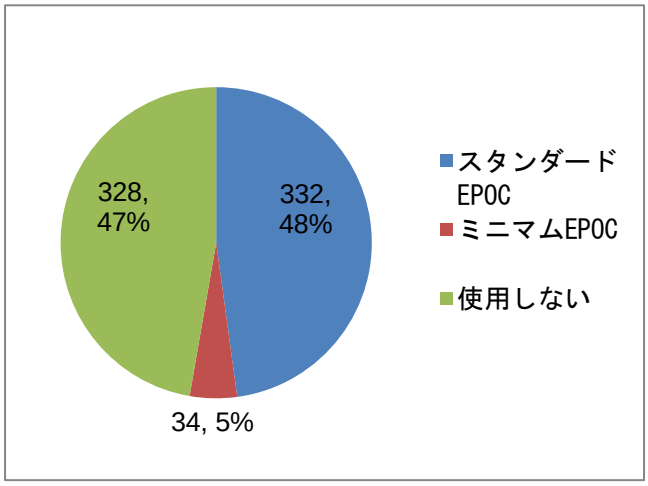
問 3-1

採用している評価方法についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=612　大学病院 n=91）＞



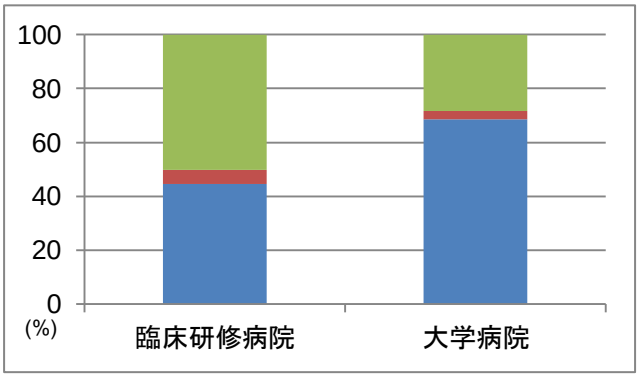
問 3-2　EPOC の活用(n=694)



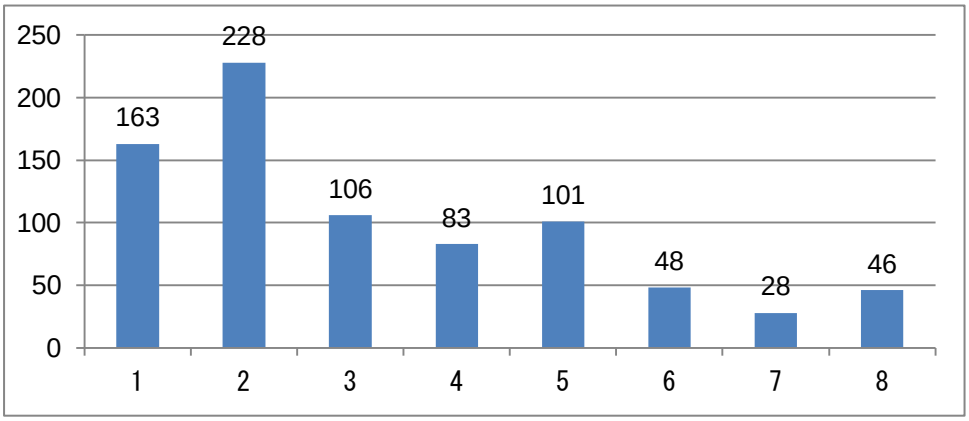
問 3-2

EPOC の活用についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=602　大学病院 n=92）＞



問 3-3　EPOC を導入していない理由(n=803　複数回答可　回答病院数 n=323)



1　研修医の入力の負担が大きすぎるから

2　指導医の入力の負担が大きすぎるから

3　事務的な入力の負担が大きすぎるから

4　システムが複雑で使いこなせないと思われるから

5　他の評価方法の方が優れていると思うから

6　EPOC についてよく知らないから

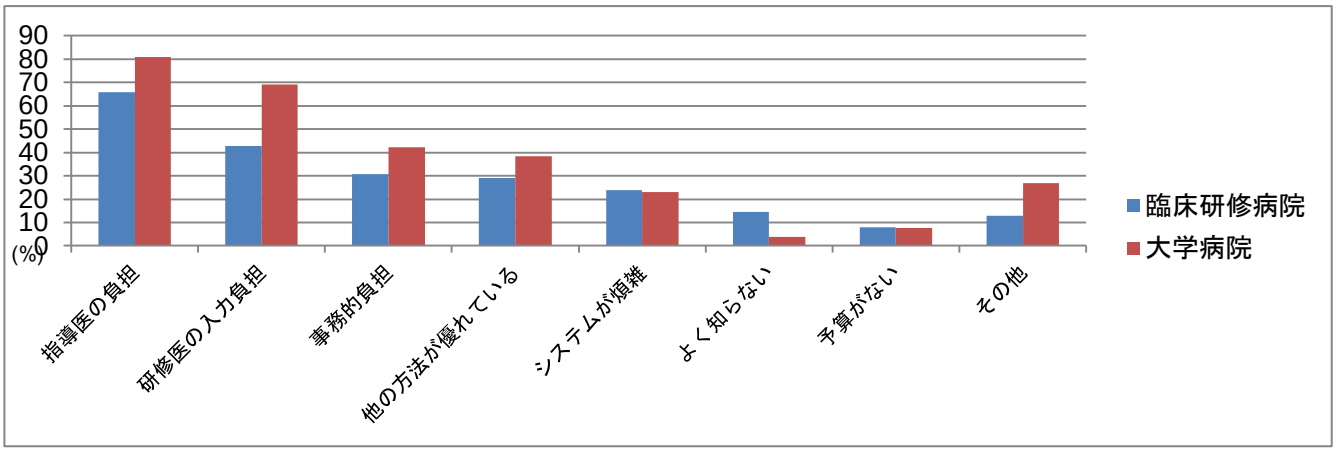
7　予算がないから

8　その他

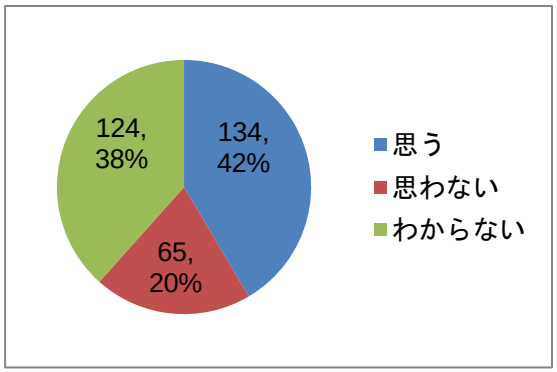
問 3-3

EPOC を導入しない理由についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=297　大学病院 n=26）＞

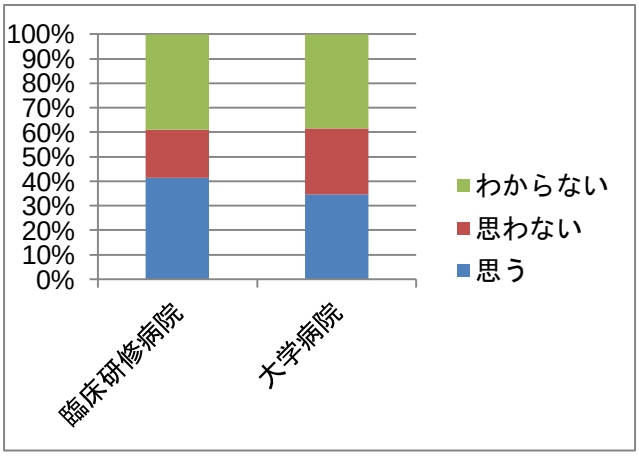


問 3-4　上記の点が改善されたら、EPOC を使用してみたいか(n=323)



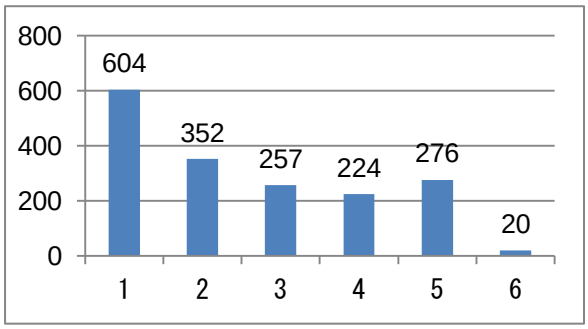
問 3-4　EPOC の今後の活用についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=293　大学病院 n=26）＞



問 3-5　有効と思われる臨床研修プログラムの評価

(n=1,733　複数回答可　回答病院数 n=690)



1　履修した研修医による評価　　2　第三者機関による評価

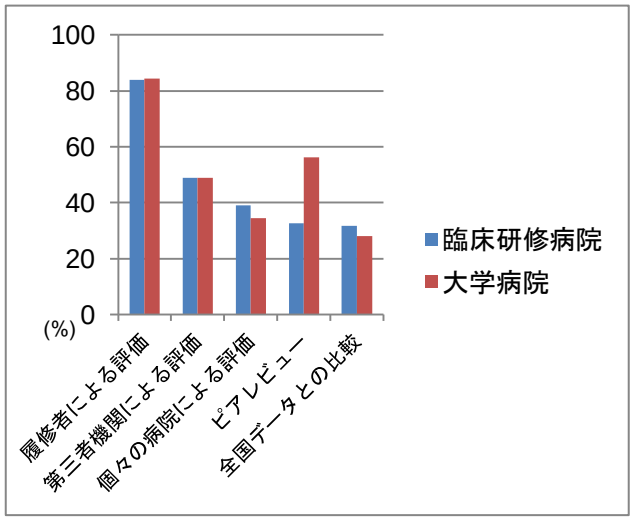
3　ピア・レビュー（相互訪問等）　　4　EPOC 等を活用した全国データ等との比較

5　個々の病院による評価　　6　その他

問 3-5

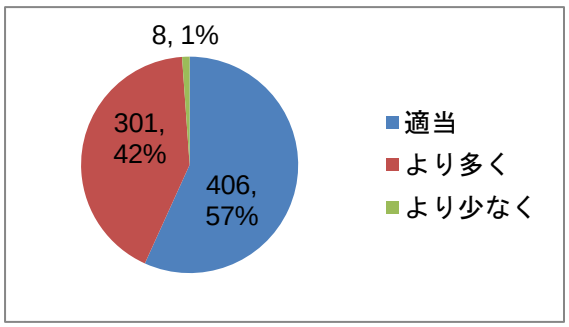
臨床プログラムの評価についてカテゴリ別に評価

＜病院の種別（臨床研修病院 n=597　大学病院 n=93）＞



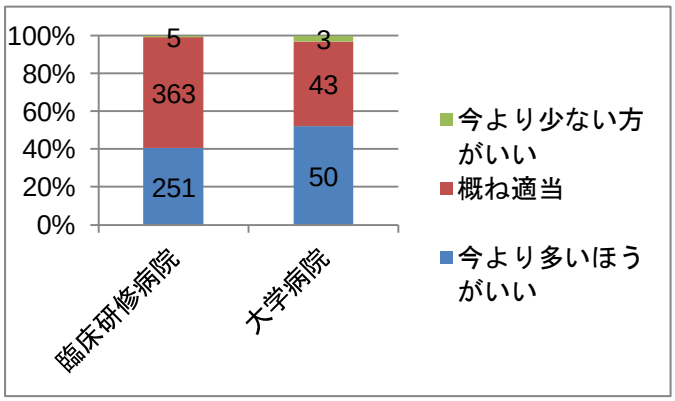
【4.臨床研修病院の定員について】

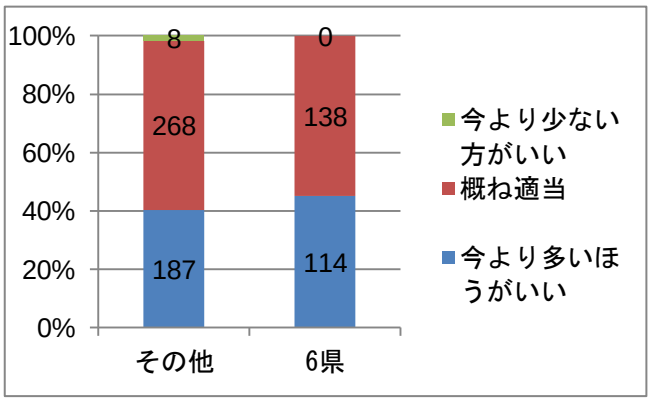
問 4-1　研修医数について(n=715)



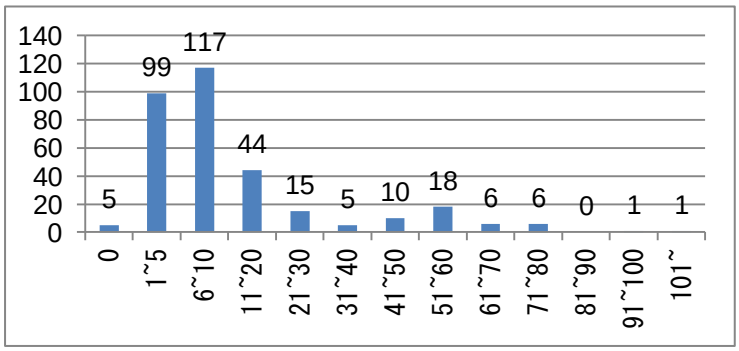
問 4　研修医数についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=619　大学病院 n=96）＞ ＜地域別（6都府県以外 n=463、都府県 n=252）

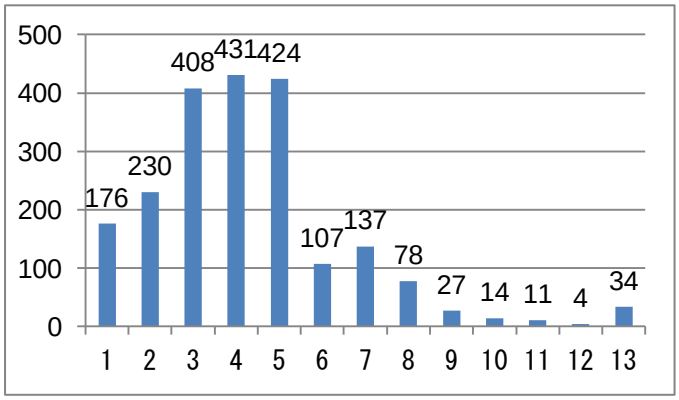




問 4-2　適当と考える研修医数(n=327)



問 4-3　病院の研修医の募集定員を決定する要素として、重要である項目(n=2,081　複数回答可)

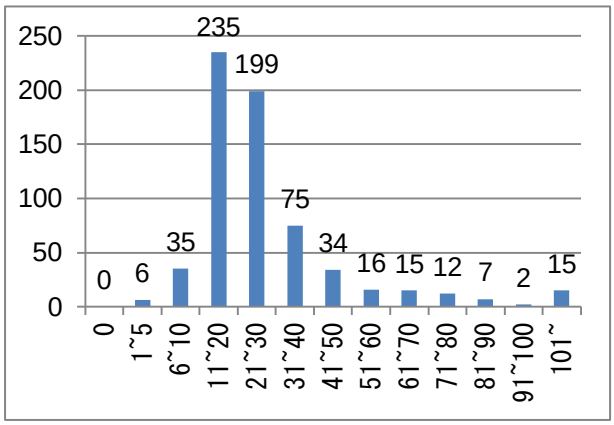


1　病床数
2　年間新規入院患者数
3　救急症例数
4　指導医数
5　教育指導体制の堅実性
6　安全管理体制の堅実性
7　指導実績（過去の研修医数）
8　地域の必要医師数
9　地域の現在の医師数
10　地域の人口
11　地域の医師養成数（医学部定員）
12　地域の面積
13　へき地医療への貢献度

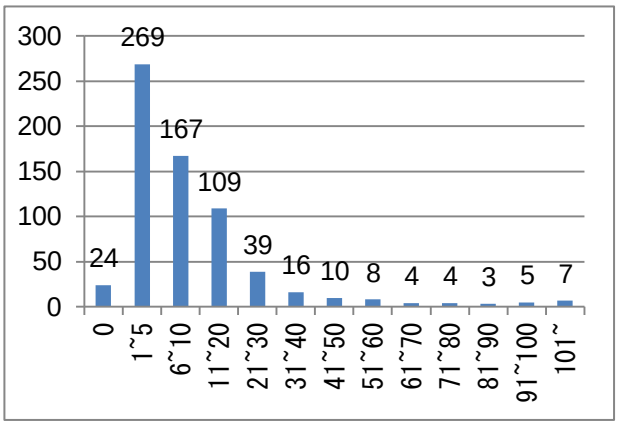
【5.臨床研修に関する委員会】

問 5-1　研修管理委員会の構成員数、及び院外の委員数

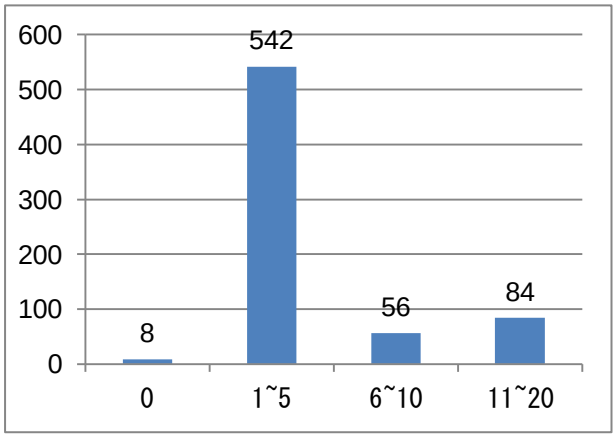
院内委員数(n=651)



院外委員数(n=665)

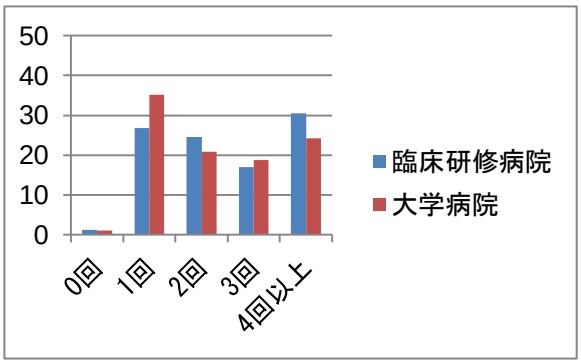


問 5-2　研修管理委員会開催回数(n=690)

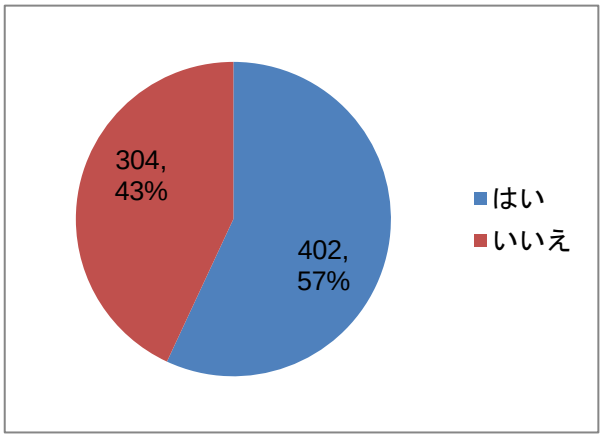


問 5-2　研修管理委員会開催回数についてカテゴリ別に評価

＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=599　大学病院 n=91）＞



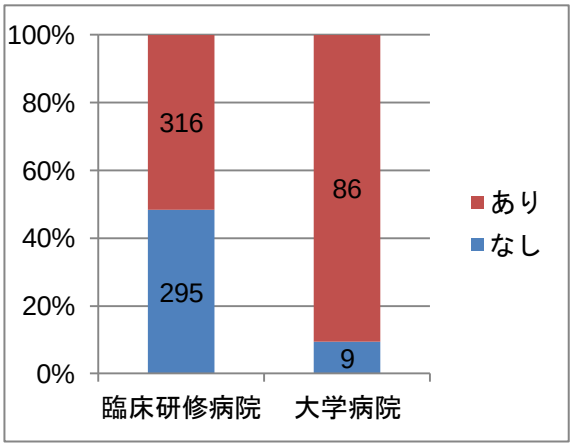
問 5-3　研修管理委員会以外の臨床研修の運営に関する委員会の設置の有無(n=706)



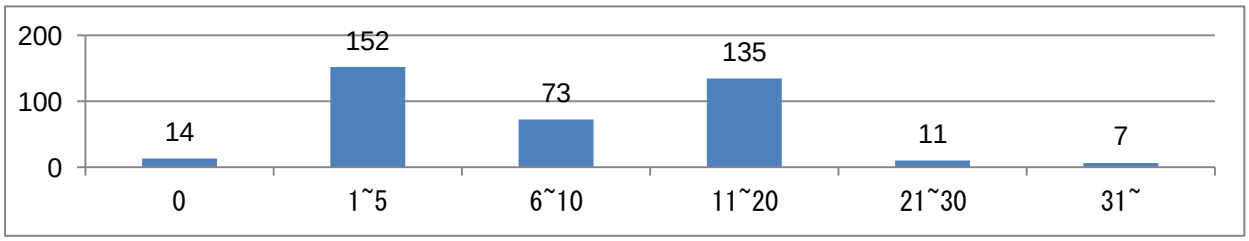
問 5-3

研修管理委員会以外の臨床研修の運営に関する委員会の設置の有無についてカテゴリ別に評価

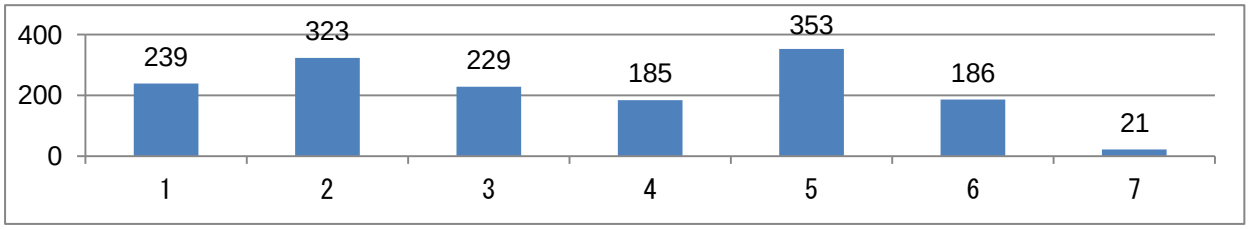
＜研修病院の種別（臨床研修病院 n=611　大学病院 n=95）＞



問 5-4　平成 23 年度中の上記運営委員会の開催回数(n=392)



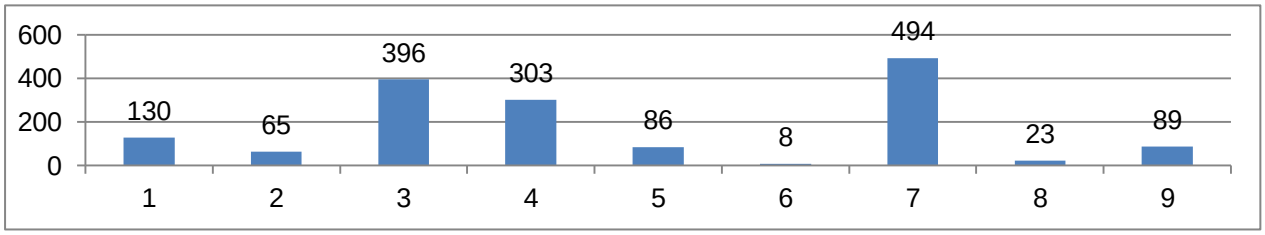
問 5-5　委員会設置の利点(n=1,536　複数回答可)



1　院内の委員だけで構成できる
2　研修管理委員会より開催が容易である
3　臨床研修を担当する関係者のみで構成できる
4　研修管理委員会より規模が小さい
5　研修管理委員会より仔細な問題を扱える
6　研修管理委員会では扱えない問題を扱える
7　その他

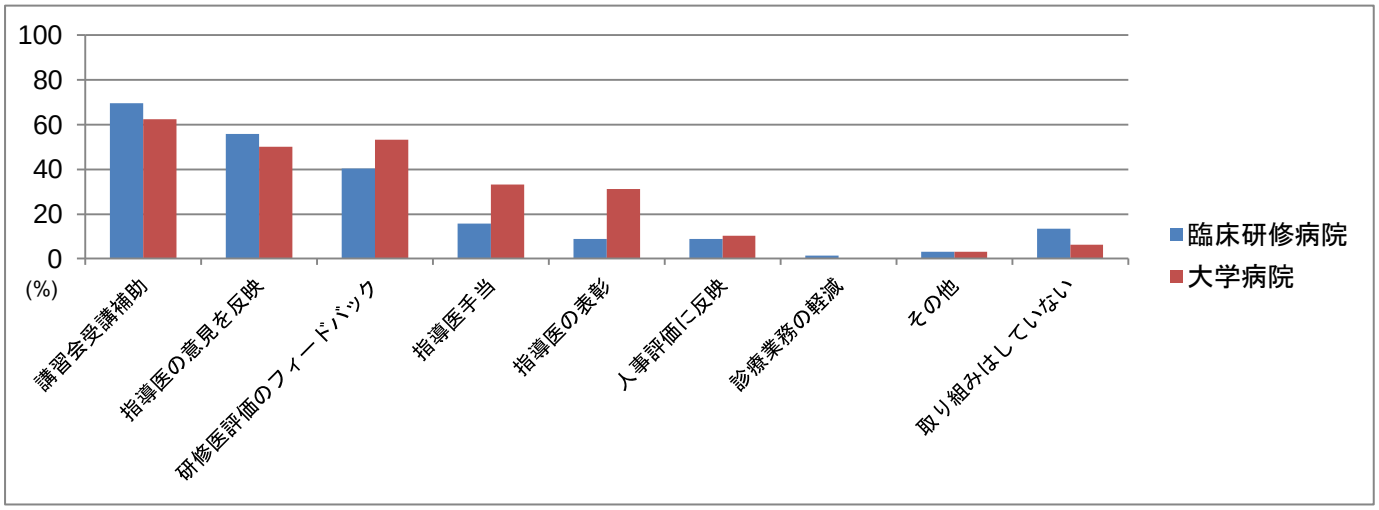
【6. 指導医のモチベーション】

問 6　モチベーションを高める工夫(n=1,594　複数回答可　回答病院数 n=707)



1　指導医手当
2　指導の実績を人事評価に反映
3　指導医の意見を反映
4　研修医からの評価をフィードバック
5　評価の高い指導医を表彰
6　評価の高い指導医の診療業務を軽減
7　講習会受講の機会の提供や費用補助
8　その他の取組
9　特に取組を行っていない

問 6　モチベーションを高める工夫についてカテゴリ別に評価 < 研修病院の種別 (臨床研修病院 n=613　大学病院 n=94) >



（別添3）
第7回福井参考人提出資料（抜粋）

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究
平成24年度厚生労働科学研究費補助金【分担研究：分担研究者：福井次矢、研究協力者：高橋理、大出幸子】

【対象】 平成24年3月末に臨床研修を修了する研修医　　回答者：5052名 （大学病院：2424名、研修病院：2628名）
【調査期間】 平成24年3月～4月
【調査手法・対象】 研修医に対し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自記質問票を送付、回収した。
【解析】大学病院と研修病院、継続プログラム＊1と弾力プログラム＊2、それぞれの比較を記述統計的に行った。
＊1：**継続プログラム**： 内科6か月以上、外科3か月以上、麻酔、救急、産婦、小児、精神、地域医療はそれぞれ1か月以上のローテーション
（全プログラムにおける継続プログラムの割合：23.9%（大学病院：14.3%、研修病院：32.7%）
＊2：**弾力プログラム**： 上記以外のローテーション

【主な結果】

1．基本的臨床知識・技術・態度の習得状況

○ 基本的臨床知識・技術・態度に関する98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合
① 大学病院と研修病院の比較（表1）
23項目が研修病院 ＞ 大学病院　　22項目が大学病院 ＞ 研修病院
② 継続プログラムと弾力プログラムの比較（表2）
12項目が継続プログラム ＞ 弾力プログラム　　0項目が弾力プログラム ＞ 継続プログラム

2．経験症例数

○ 経験症例に関する85項目について、研修医が回答した経験症例数
① 大学病院と研修病院の比較（表3）
13項目が研修病院 ＞ 大学病院　　6項目が大学病院 ＞ 研修病院
② 継続プログラムと弾力プログラムの比較（表4）
11項目が継続プログラム ＞ 弾力プログラム　　1項目が弾力プログラム ＞ 継続プログラム

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

（表1）

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		研修病院(%)	大学病院（%）	差（%）（研修病院－大学病院）
研修病院の研修医が「確実にできる、自信がある」または「だいたいできる、たぶんできる」と回答した割合が有意に高い項目　（23 項目）	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	57.5	51.1	6.4
	ラ音を聴取し、記載できる	92.7	90.3	2.4
	直腸診で前立腺の異常を判断できる	58.7	53.9	4.8
	妊娠の初期兆候を把握できる	50.8	46.6	4.2
	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	62.1	52.1	10
	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	82.0	76.8	5.2
	超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる	75.1	68.8	6.3
	胸部単純 X 線でシルエットサインを判定できる	92.4	88.3	4.1
	腹部単純 X 線でイレウスを判定できる	95.3	91.9	3.4
	胸部 CT で肺癌による所見を見出すことができる	86.9	84.2	2.7
	頭部 MRI 検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	92.2	86.8	5.4
	腰椎穿刺を実施できる	88.6	82.4	6.2
	抗菌薬の作用・副作用を理解し、処方できる	94.1	91.1	3
	局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える	89.3	84.4	4.9
	皮膚縫合法を実施できる	92.2	85.7	6.5
	気管挿管ができる	96.0	89.6	6.4
	レスピレーターを装着し、調節できる	75.2	68.1	7.1
	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	90.3	78.0	12.3
	ショックの診断と治療ができる	85.7	76.8	8.9
	インフォームドコンセントをとることが実施できる	91.3	88.2	3.1
	高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治	78.6	76.0	2.6

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		研修病院(%)	大学病院（%）	差（%）（研修病院－大学病院）
	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	83.0	80.2	2.8
	基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる	84.6	81.3	3.3
大学病院の研修医が「確実にできる、自信がある」または「だいたいできる、たぶんできる」と回答した割合が有意に高い項目　（22 項目）	患者と非言語的コミュニケーションができる	94.4	97.2	-2.8
	眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	24.2	36.6	-12.4
	甲状腺の触診ができる	73.6	77.8	-4.2
	心尖拍動を触知できる	86.8	88.8	-2
	双手診により女性附属器の腫脹を触知できる	30.9	38.3	-7.4
	尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる	45.7	53.7	-8
	便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる	85.6	87.8	-2.2
	血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	80.2	88.7	-8.5
	内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	67.4	80.7	-13.3
	血液型クロスマッチを行い、結果の判定ができる	72.5	80.5	-8
	術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる	88.9	93.3	-4.4
	緩和ケア（WHO 方式がん疼痛治療法を含む）のチーム医療に参加できる	64.2	72.6	-8.4
	日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている	33.7	43.3	-9.6
	ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える	71.7	78.6	-6.9
	診療上湧き上がってきた疑問点について、Medline で文献検索ができる	80.2	87.0	-6.8

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		研修病院(%)	大学病院（%）	差（%）（研修病院ー大学病院）
	カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる	91.2	94.4	-3.2
	データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる	42.1	52.3	-10.2
	小児の精神運動発達の異常を判断できる	49.0	56.5	-7.5
	代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる	59.8	71.1	-11.3
	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	54.8	59.2	-4.4
	精神科コ・メディカルスタッフ（PSW等）の業務を理解し、連携してケアを行うことができる	69.6	78.9	-9.3
	地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する知識を持ち、適切な連携をとることができる	66.2	74.7	-8.5

（表2）

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		継続プログラム（%）	弾力プログラム（%）	差(%)(継続プログラムー弾力プログラム)
継続プログラムに所属する研修医において、「確実にできる、自信がある」または「だいたいできる、たぶんできる」と回答した割合が有意に高い症例（12項目）	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	60.7	52.4	8.3
	直腸診で前立腺の異常を判断できる	60.6	55.1	5.5
	妊娠の初期兆候を把握できる	55.5	46.7	8.8
	うつ病の診断基準を述べることができる	59.9	54.6	5.3
	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	82.3	78.6	3.7
	手術の手洗いが適切にできる	100.0	98.5	1.5
	腰椎穿刺を実施できる	89.3	84.4	4.9
	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	88.7	83.1	5.6
	ショックの診断と治療ができる	84.4	80.5	3.9
	小児の採血、点滴ができる	77.9	70.2	7.7
	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	85.5	80.4	5.1
	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	60.3	55.8	4.5

3

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

（表3）

経験症例数		研修病院(%)	大学病院（%）	差（%）（研修病院ー大学病院）
臨床研修病院の研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例（13項目）	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	100.0	99.7	0.3
	急性消化管出血	99.7	98.7	1.0
	毒麻疹	99.8	99.5	0.3
	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷	97.6	93.9	3.7
	脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)	99.1	96.5	2.6
	妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	93.5	85.8	7.7
	男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	94.9	88.9	6.0
	中耳炎	94.9	90.6	4.3
	ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)	100.0	99.6	0.4
	小児けいれん性疾患	93.8	87.9	5.9
	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	97.4	91.7	5.7
	小児喘息	96.1	86.2	9.9
	高齢者の栄養摂取障害	100.0	99.3	0.7
大学病院の研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例（6項目）	自殺企図	94.0	97.0	-3
	骨折	99.5	98.6	0.9
	屈折異常(近視、遠視、乱視)	80.2	88.0	-7.8
	白内障	90.7	96.1	-5.4
	緑内障	82.4	86.1	-3.7
	慢性関節リウマチ	95.4	98.0	-2.6

（表4）

経験症例数		継続プログラム（%）	弾力化プログラム（%）	差（%）（継続プログラムー弾力プログラム）
継続プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例（11項目）	皮膚感染症	100.0	98.6	1.4
	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷	97.6	95.2	2.4
	妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	99.8	86.6	13.2
	男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	96.0	90.8	5.2
	角結膜炎	92.6	89.6	3
	アレルギー性鼻炎	100.0	98.2	1.8
	統合失調症	100.0	98.6	1.4
	身体表現性障害、ストレス関連障害	99.3	96.9	2.4
	小児けいれん性疾患	98.3	89.0	9.3
	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	99.2	93.2	6
	小児喘息	97.6	90.2	7.4
弾力プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例（1項目）	慢性関節リウマチ	94.6	97.1	-2.5

4

（別添４）
第７・８回事務局提出資料（抜粋）

臨床研修に関するアンケート調査

研修医アンケート調査　結果概要(中間報告)

１．回収結果について

配布対象は平成 22 年度研修開始・23 年度研修修了者 7,506 名、回収数は 5,057 枚、回収率は 67.4%であった。

※以下(参考 H23)とあるのは昨年の調査結果(平成 21 年度研修開始・22 年度研修修了者対象)

１）回収数及び回収率

配布対象者	回収数	回収率	有効回答数
7,506	5,057	67.4%	5,057
(参考H23)7,517	5,871	78.1%	5,870

２）男女比

男性		女性		無回答	
人数	割合	人数	割合	人数	割合
3,268	64.62%	1,663	32.89%	126	2.49%
(参考 H23) 3,792	64.6%	2,027	34.5%	52	0.9%

３）出身大学の所在する地域

地域	人数	割合	(参考 H23) 人数	(参考 H23) 割合
北海道	135	2.7%	202	3.4%
東北	393	7.8%	434	7.4%
関東信越	1,665	32.9%	2,058	35.1%
東海北陸	620	12.3%	737	12.6%
近畿	831	16.4%	864	14.7%
中国・四国	610	12.1%	697	11.9%
九州	775	15.3%	841	14.3%
海外の医学校	5	0.1%	18	0.3%
無回答	23	0.5%	20	0.3%

2．臨床研修を行った病院の種別

病院の種別	人数	割合	（参考 H23）
大学病院	2442	48.3%	47.0%
臨床研修病院	2599	51.4%	52.7%
無回答	16	0.3%	0.3%

3．臨床研修を行った病院を選んだ理由（複数回答）
（※H24 は当てはまるもの最大３つまでを選択、H23 は全て選択としている。）

大学病院で研修した研修医の回答			
1 順位	理由	割合	
1	出身大学だから	49.8%	(参考 H23) 57.8%
2	臨床研修のプログラムが充実	27.7%	35.8%
3	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	26.0%	28.4%
4	臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利	21.4%	29.9%
5	たすきがけプログラムがあったから	21.3%	-

臨床研修病院で研修した研修医の回答			
順位	理由	割合	
1	多くの症例を経験できる	34.0%	(参考 H23) 54.2%
2	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	31.7%	40.1%
3	臨床研修のプログラムが充実	30.7%	48.9%
4	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	28.4%	46.9%
5	実家に近い	18.4%	26.5%

大学病院で研修した研修医では、上位５つの項目に大きな変化は無かった。また、今回のアンケートから新たに設けた「たすきがけプログラムがあったから」という理由が新たに５位となった。

臨床研修病院で研修した研修医でも上位５つの項目に変化はないが、「様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める」が４位から２位に上昇している。

4．臨床研修修了後に勤務する病院(予定)の種別

病院の種別	割合	
大学病院（卒業した大学、卒業した以外の大学共に含む）	50.5%	(参考 H23) 54.0%
大学病院以外の病院	47.0%	43.0%
その他※	2.4%	3.0%

※その他・・・無回答、診療所の開設、臨床以外の進路など

5．臨床研修修了後に勤務する病院(予定)を選んだ理由
(複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目)

大学病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	出身大学である	18.9%
2	優れた指導者がいる	17.6%
3	研修プログラムが優れている	17.3%
4	臨床研修を受けた病院である	11.0%
5	病院の施設・設備が充実	7.7%
大学病院以外の病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	研修プログラムが優れている	22.4%
2	優れた指導者がいる	20.3%
3	臨床研修を受けた病院である	14.6%
4	大学からの派遣	8.7%
5	病院の施設・設備が充実	7.6%

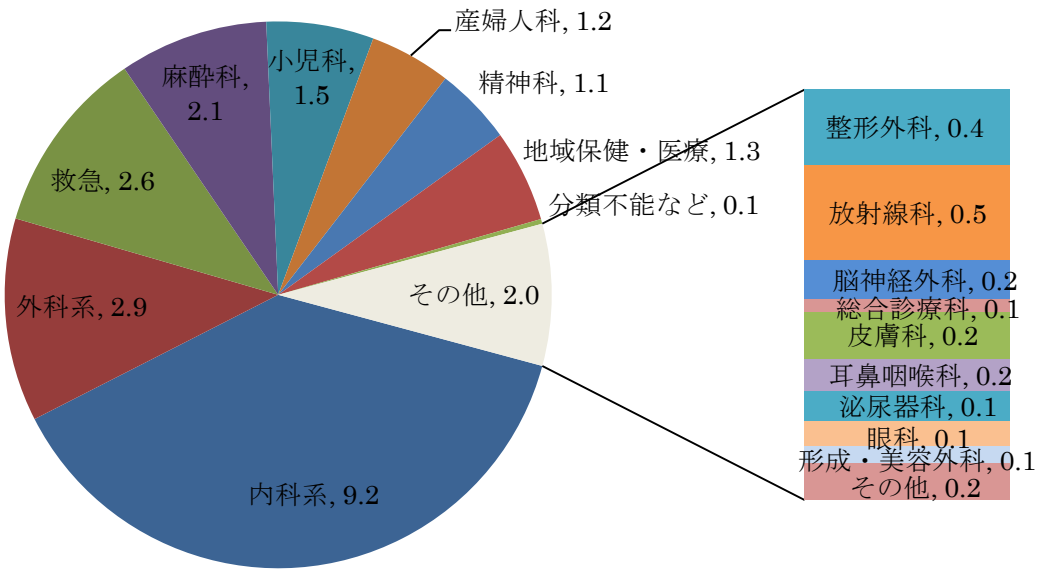
（大学病院で勤務する予定の研修医は「出身大学である」ことを、それ以外の研修医は「研修プログラムが優れていること」を主な理由としている。）

（参考）平成 23 年臨床研修修了者アンケート(複数回答)

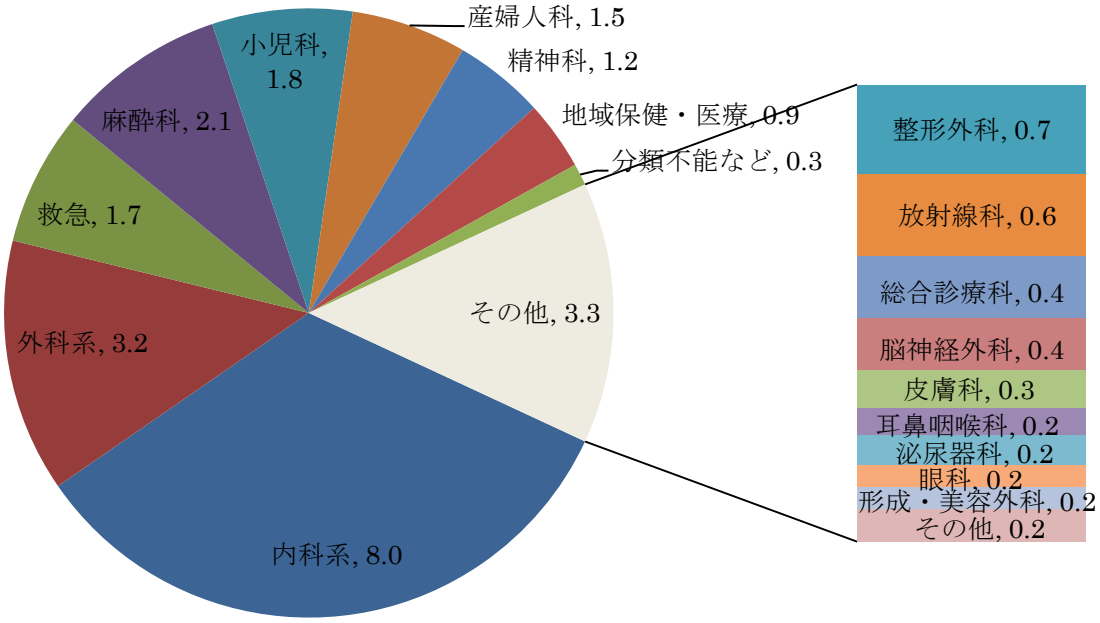
大学病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	出身大学である	51.5%
2	優れた指導者がいる	46.2%
3	専門医取得につながる	43.0%
4	臨床研修を受けた病院である	37.0%
5	病院の施設や設備が充実している	33.9%
大学病院以外の病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	優れた指導者がいる	49.8%
2	臨床研修を受けた病院である	40.9%
3	研修プログラムが優れている	34.5%
4	病院の施設や設備が充実している	33.5%
5	専門医取得につながる	33.2%

6．研修医の各診療科における平均ローテート期間（月数）

平成 24 年臨床研修修了者アンケート



(参考)平成２３年臨床研修修了者アンケート



※１）内科系・・・内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、血液内科、糖尿病内科、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

※２）外科系・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

※３）産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科

昨年に比べ、内科が 1.2 ヶ月、救急が 0.9 ヶ月長くなっている。その他の診療科でも若干の変動がみられる。

7．将来従事を希望する診療科

診療科	割合				
	研修前に希望		研修後に希望		(参考) 平成２２年度三師調査
内科系※1	34.4%	(参考 H23) 34.4%	35.0%	(参考 H23) 33.1%	37.5%
外科系※2	13.7%	12.4%	11.9%	12.0%	9.9%
救急	3.0%	2.3%	2.2%	2.3%	0.8%
麻酔科	2.8%	3.6%	4.7%	5.0%	2.8%
小児科	10.3%	10.5%	7.2%	7.9%	5.7%
産婦人科	7.0%	6.6%	5.8%	5.6%	4.4%
精神科	4.0%	3.4%	4.6%	4.1%	5.1%

※１）内科系・・・内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、血液内科、糖尿病内科、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

※２）外科系・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

※３）産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科

（内科系の希望者は昨年は研修前後で減少していたが今回のアンケートでは増加している。救急の希望者は昨年は研修前後で不変だったが今回は減少している。その他の診療科については昨年に比べ、大きな変化はない。）

8．将来の診療科を選んだ理由（複数回答）

順位	理由	割合	
1	やりがいがある	62.6%	(参考 H23) 68.5%
2	学問的に興味がある	52.8%	59.3%
3	なんとなく相性が合う	49.0%	55.1%
4	適性・才能があると感じた	21.5%	22.0%
5	専門性を維持しやすい	17.6%	25.2%

（昨年に比べ、順位・割合ともに大きな変化はない。）

９．経験した臨床研修の満足度（平均）

	評価	
全体	4.0	(参考Ｈ23) 3.9
大学病院で研修した研修医	3.9	3.8
臨床研修病院で研修した研修医	4.2	4.1

評価の尺度：　１点（低）←　３　→5 点（高）

〔　昨年に比べ、全体として臨床研修の満足度が若干上昇している。　〕

１０．研修を行った診療科について、基本的な臨床能力の修得に役立ったか

診療科	評価	診療科	評価
内科系	4.4	脳神経外科	4.3
外科系	4.2	総合診療（科）	4.4
救急科	4.3	皮膚科	4.3
麻酔科	4.3	耳鼻咽喉科	4.3
小児科	4.1	泌尿器科	4.3
産婦人科	3.9	眼科	4.2
精神科	3.8	形成・美容外科	4.4
地域保健・医療	4.1	その他	4.2
整形外科	4.4	分類不能	4.4
放射線科	4.4	回答あり	4.2

評価の尺度：　１点（低）←　３　→5 点（高）

※１）内科系・・・内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、血液内科、糖尿病内科、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

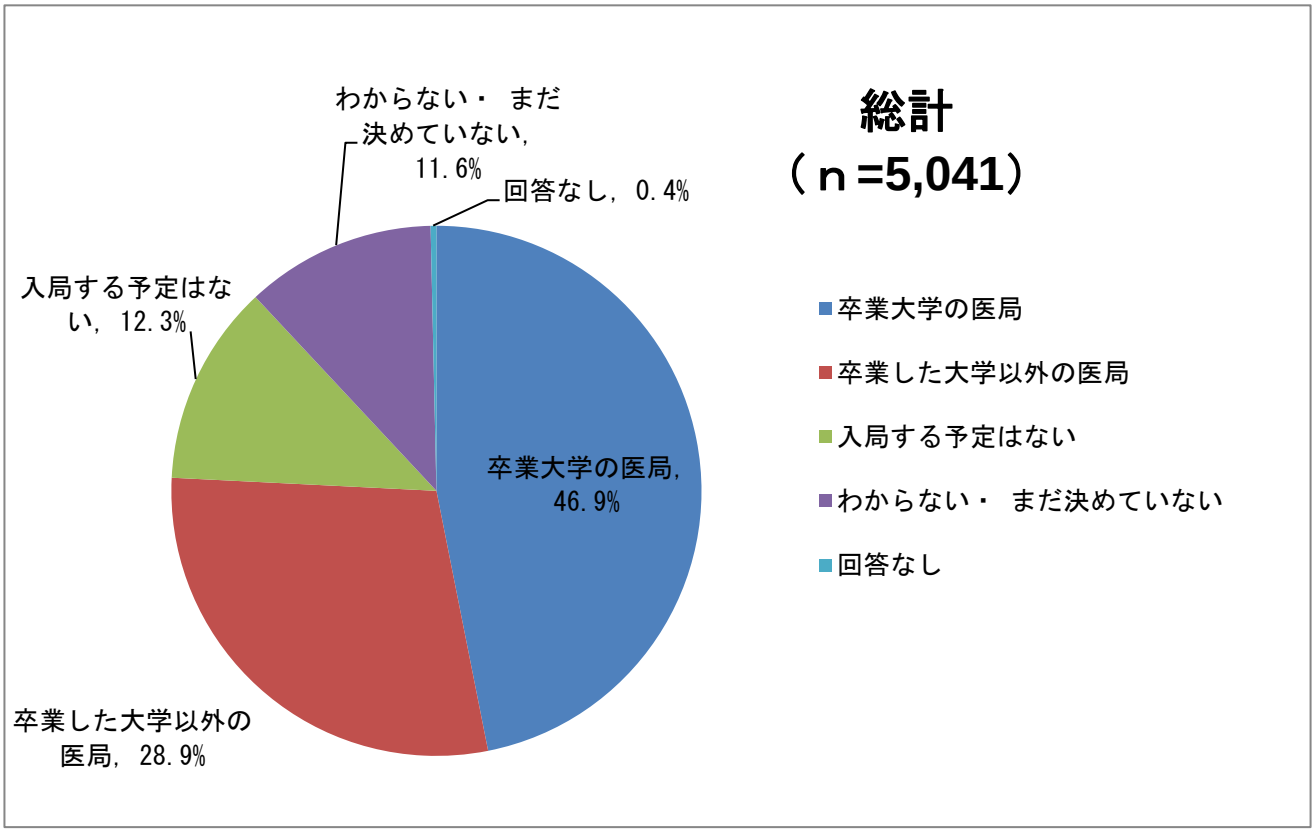
※２）外科系・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

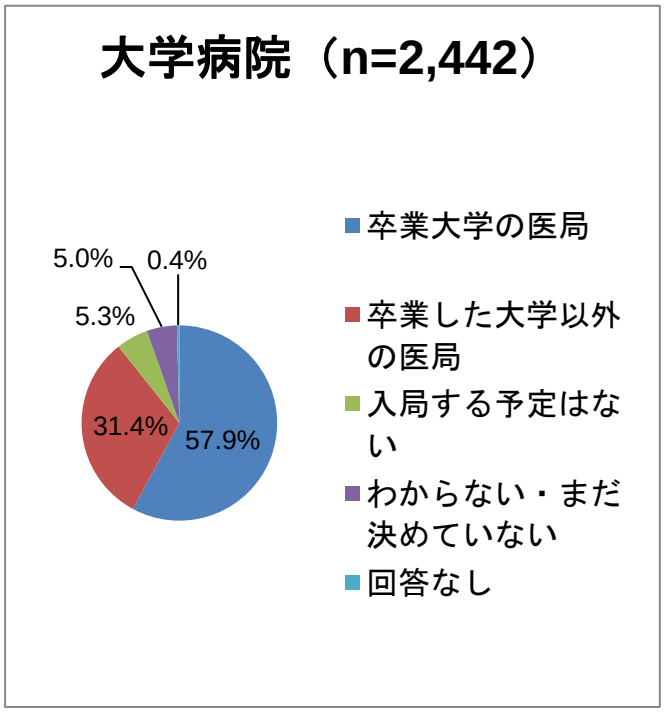
※３）産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科

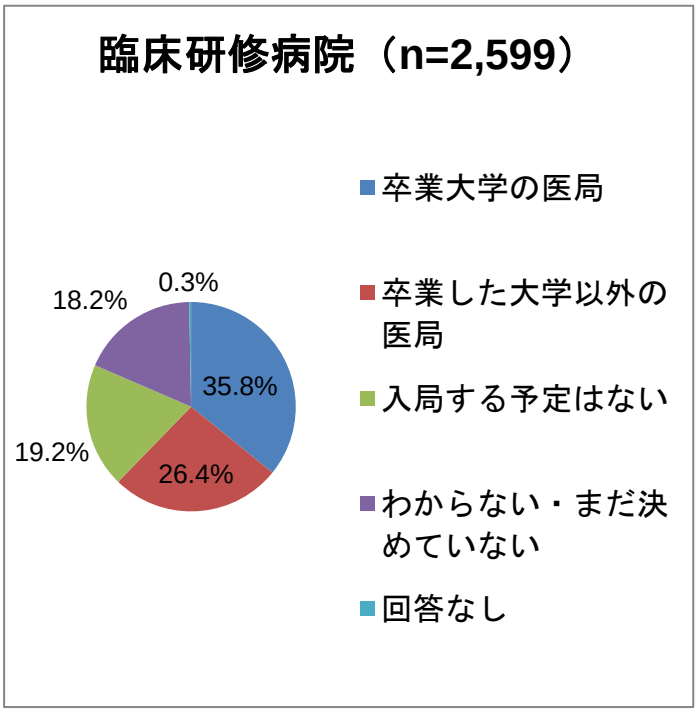
臨床研修に関するアンケート調査
平成２４年　研修医アンケート調査　結果概要(追加・抜粋)

注１）すべて単回答。ただし、各割合の合計は、端数処理の関係から 100%にならない場合がある。
注２）基本属性（大学病院、臨床研修病院等）の無回答者は除いている。

２．入局希望の有無

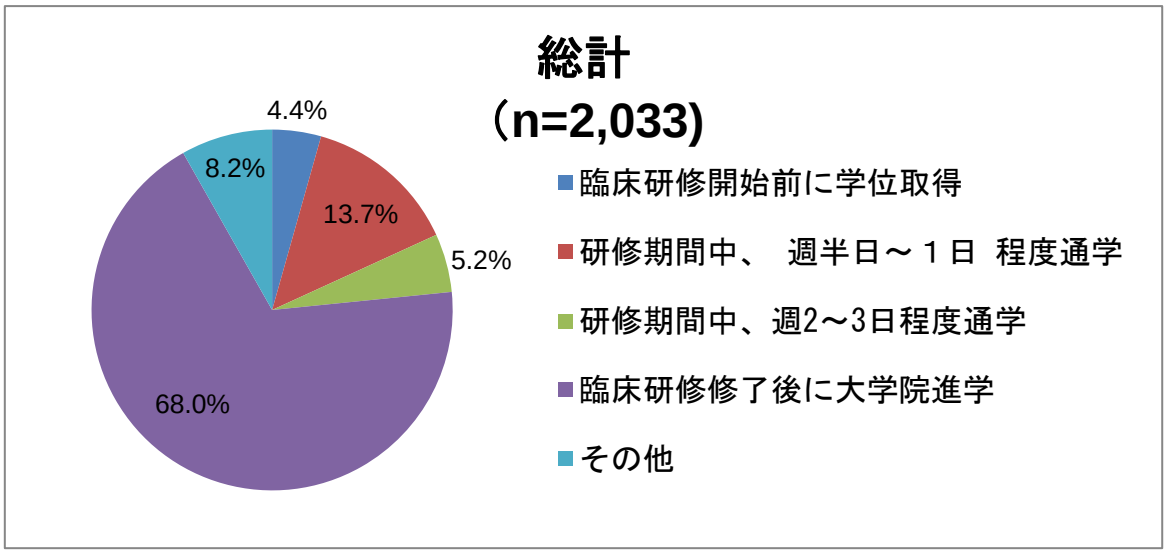


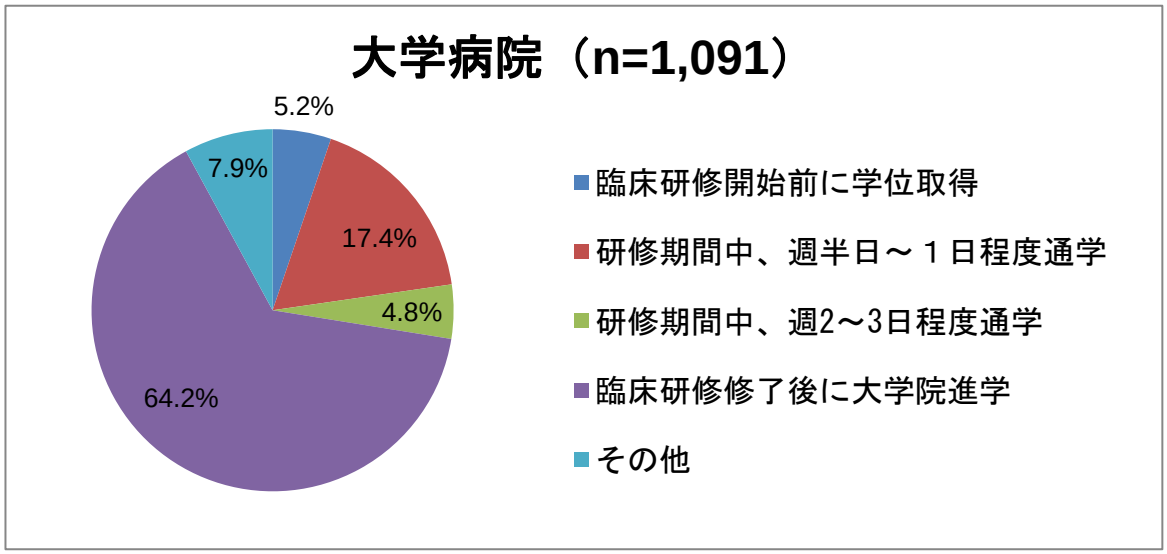


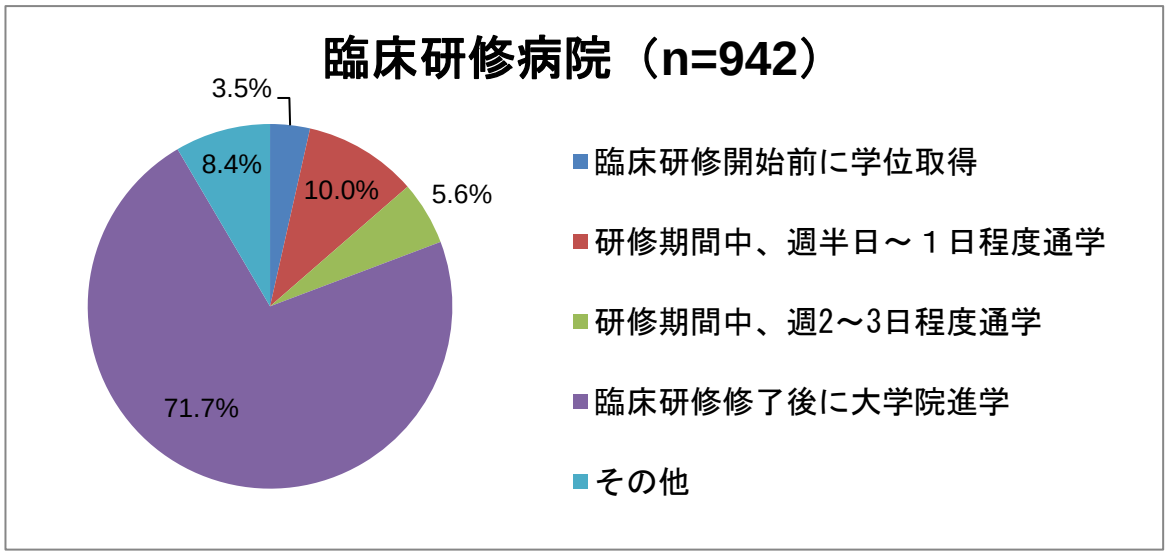


４．臨床研修と大学院への進学の時期等（理想とする形）

（３.医学博士の取得希望において、取得希望ありの場合のみ回答）

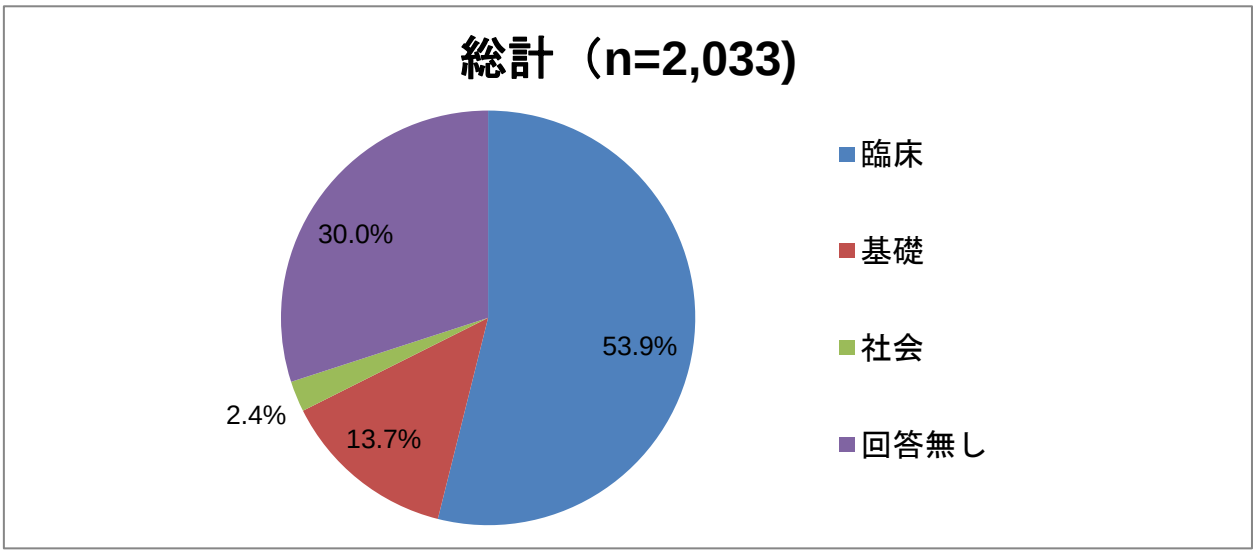


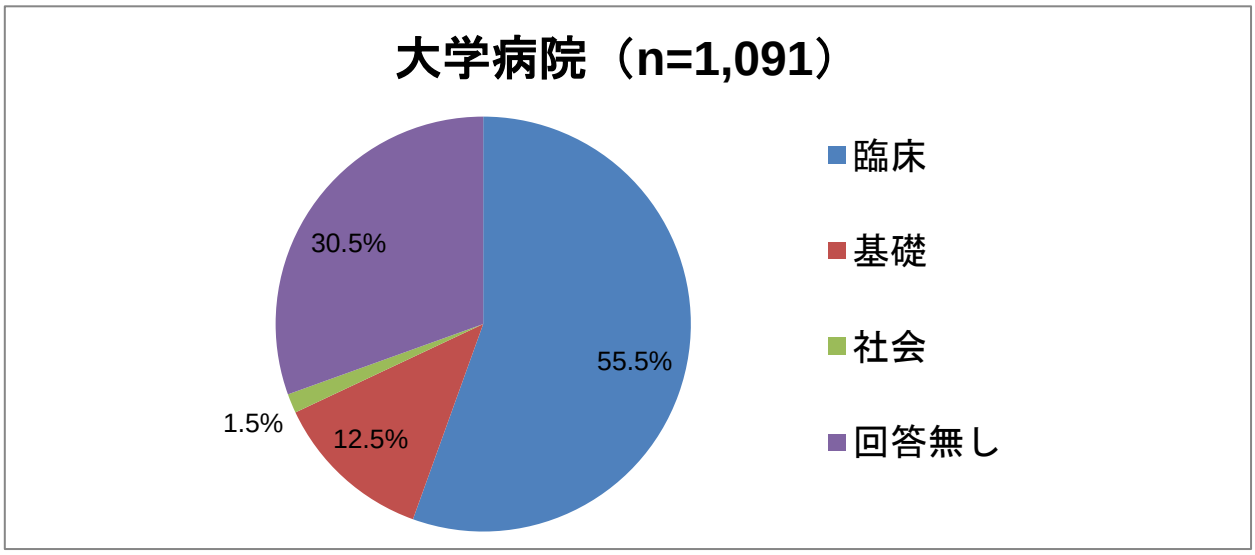


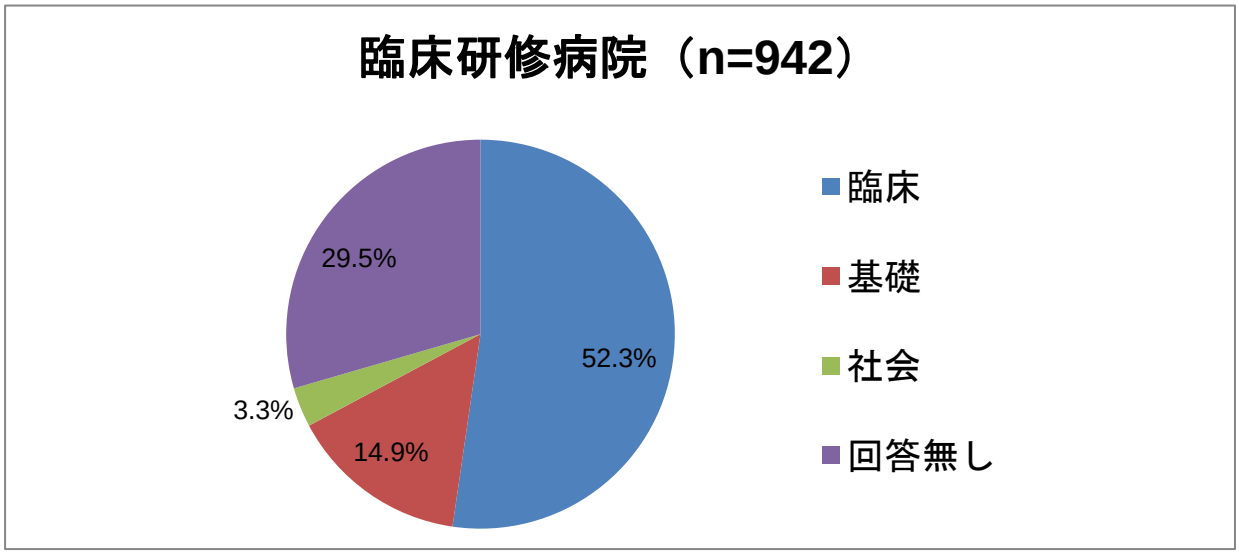


5．大学院での研究分野

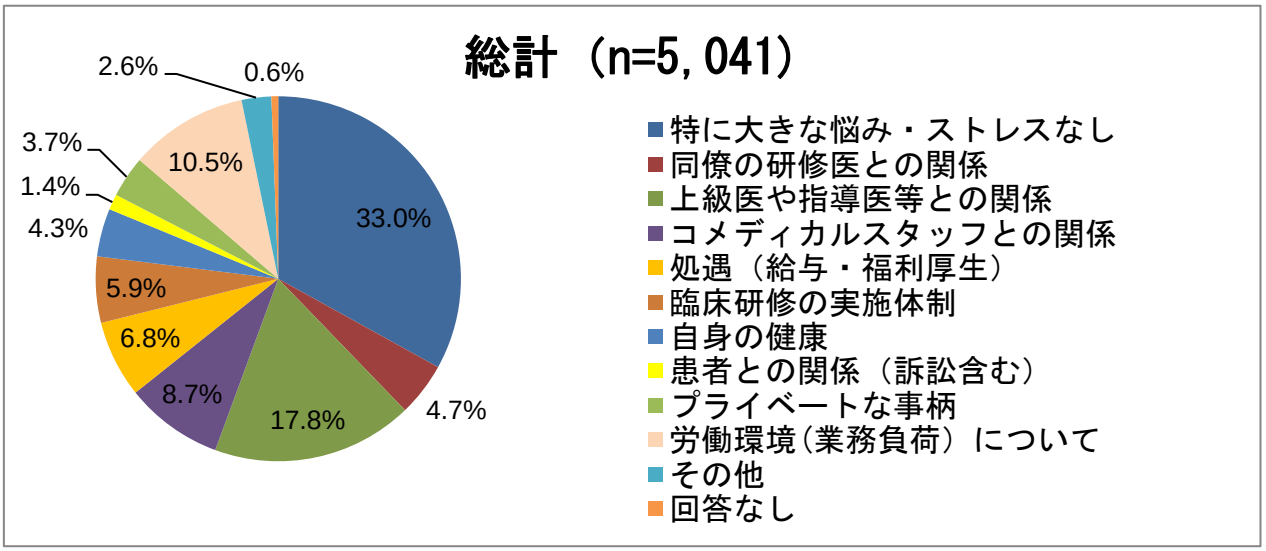
（3.医学博士の取得希望において、取得希望ありの場合のみ回答）

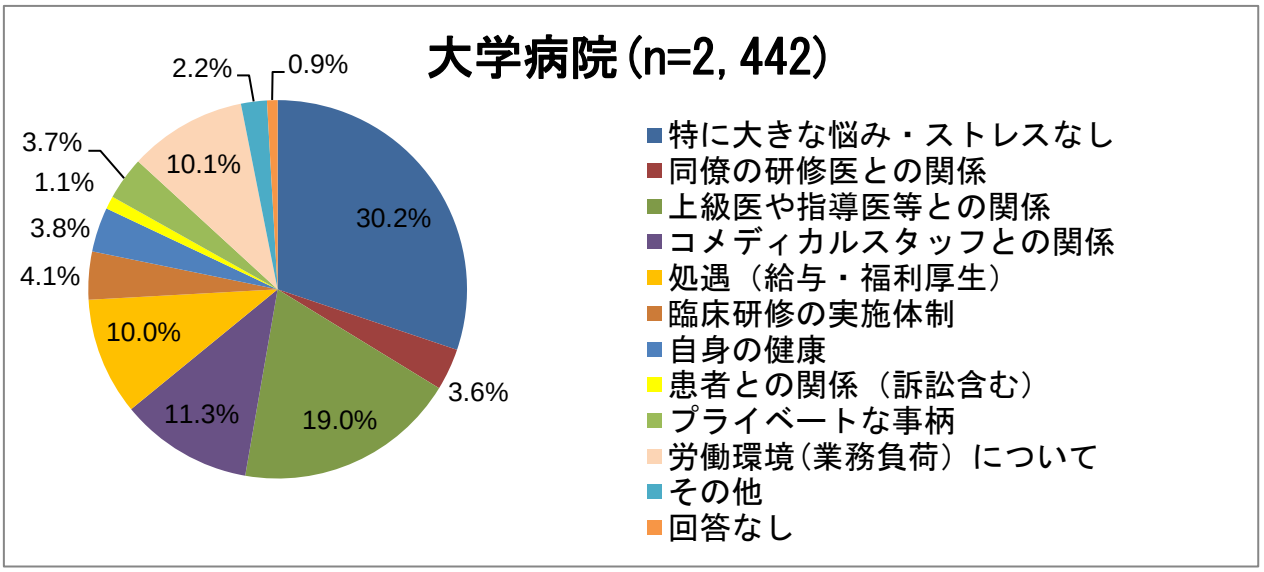


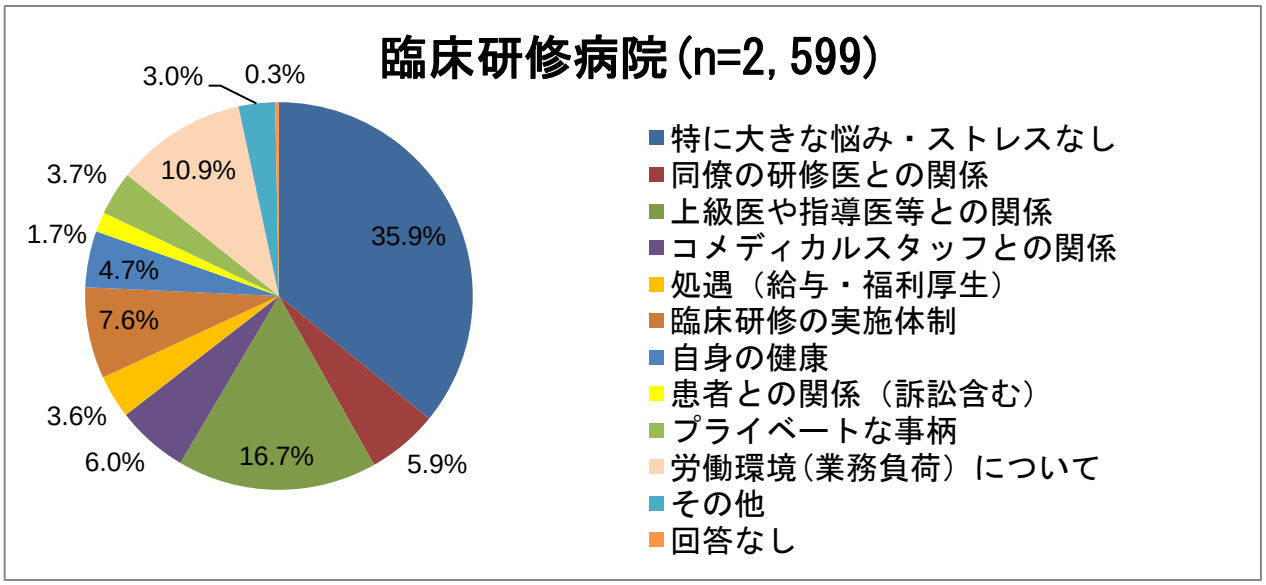




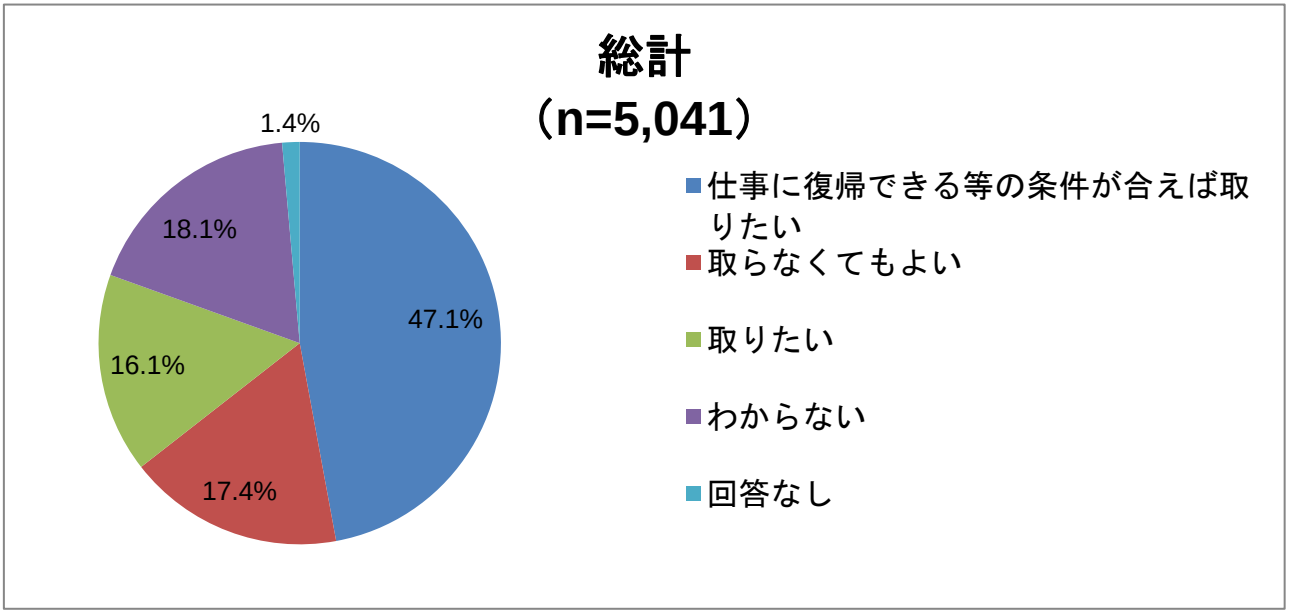
6．臨床研修中の悩み・ストレスの内容

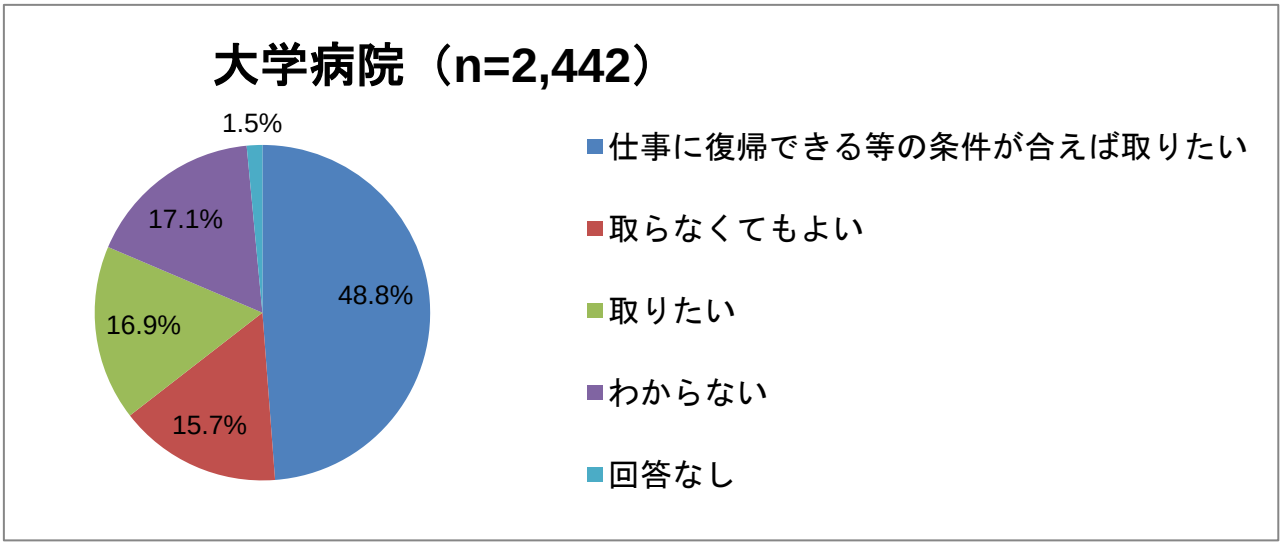


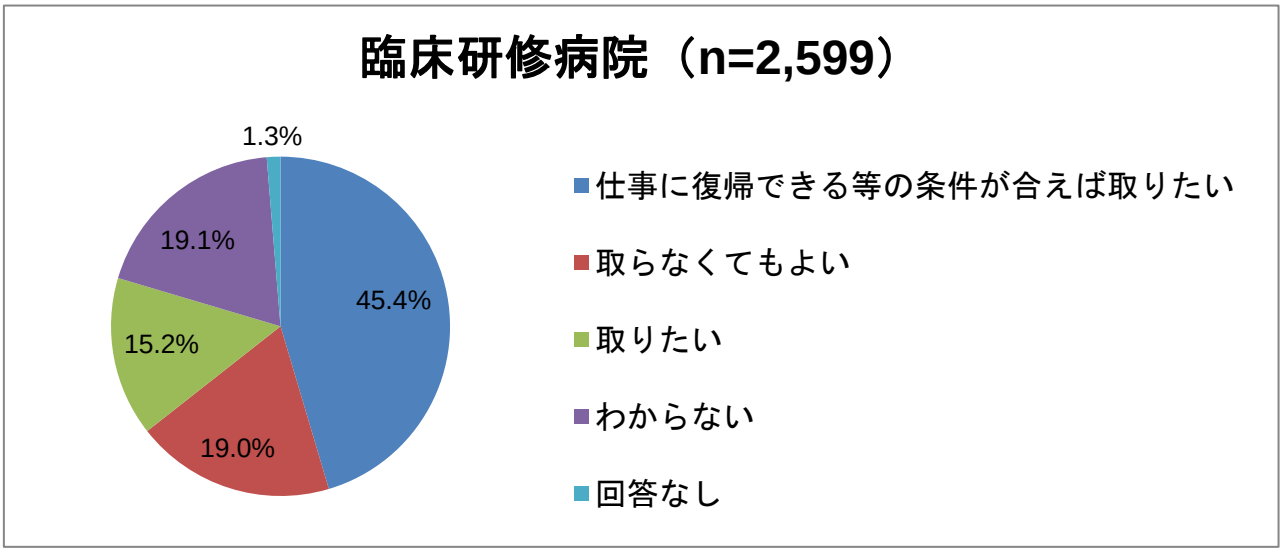




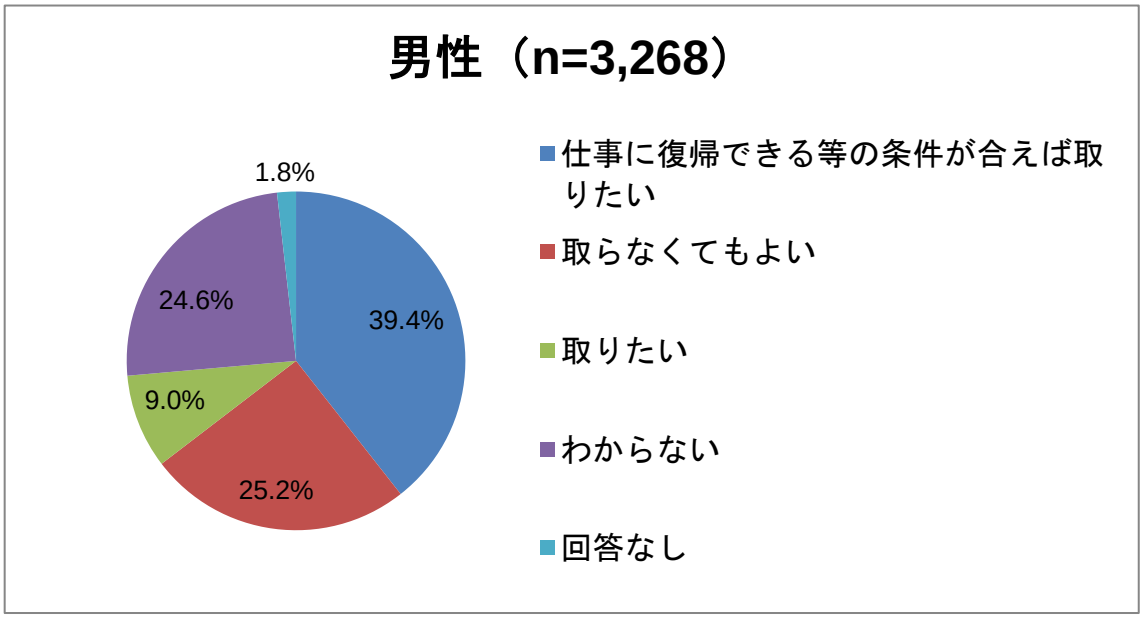
8．子供ができた場合の育児休暇の取得希望

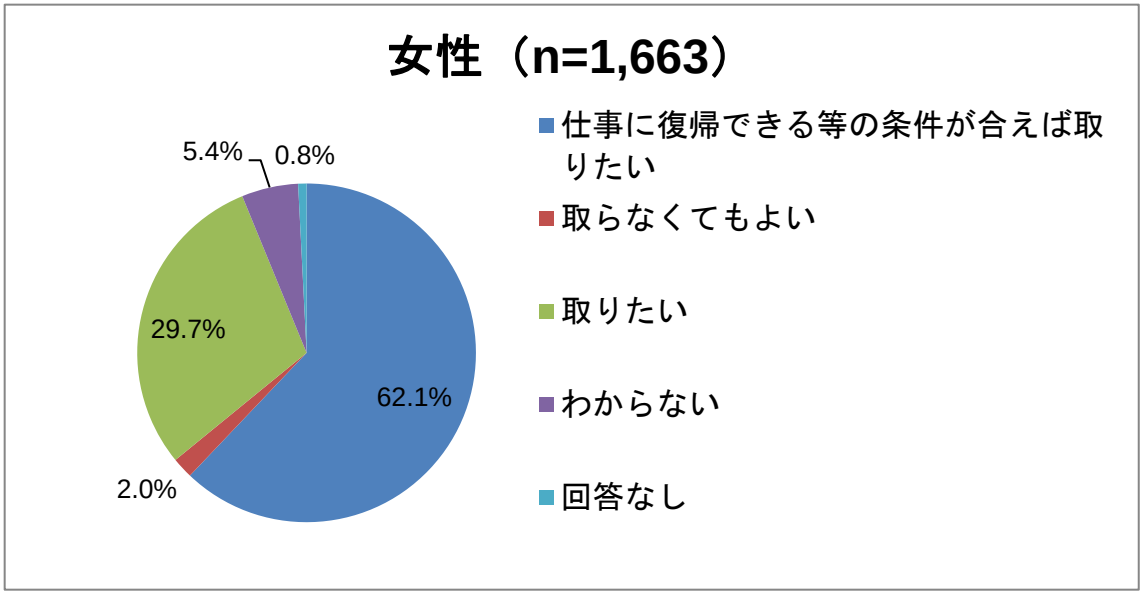




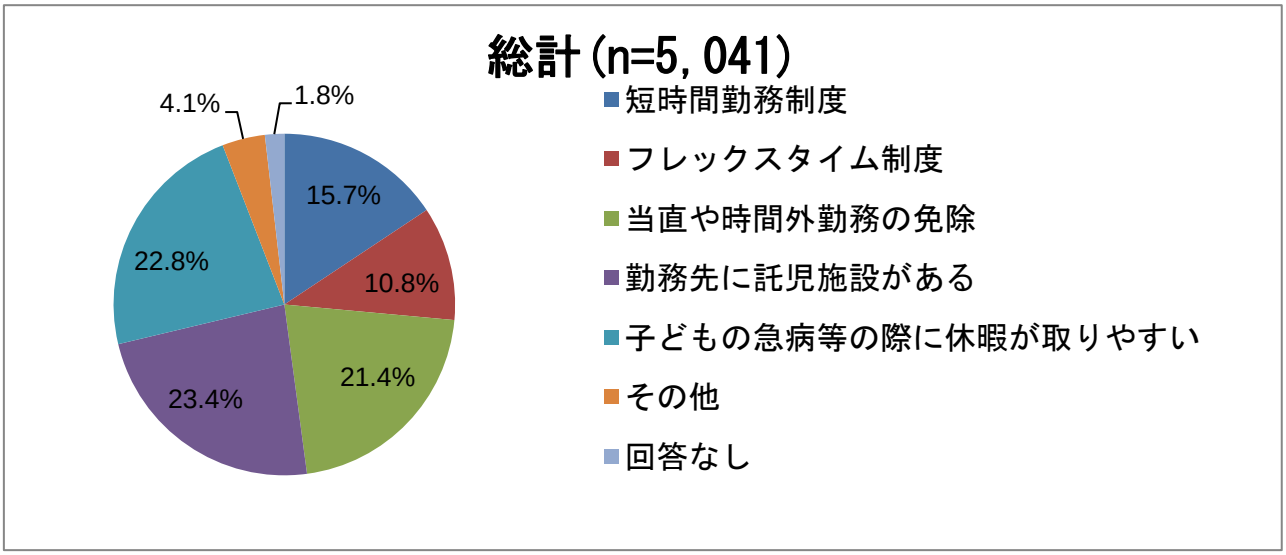


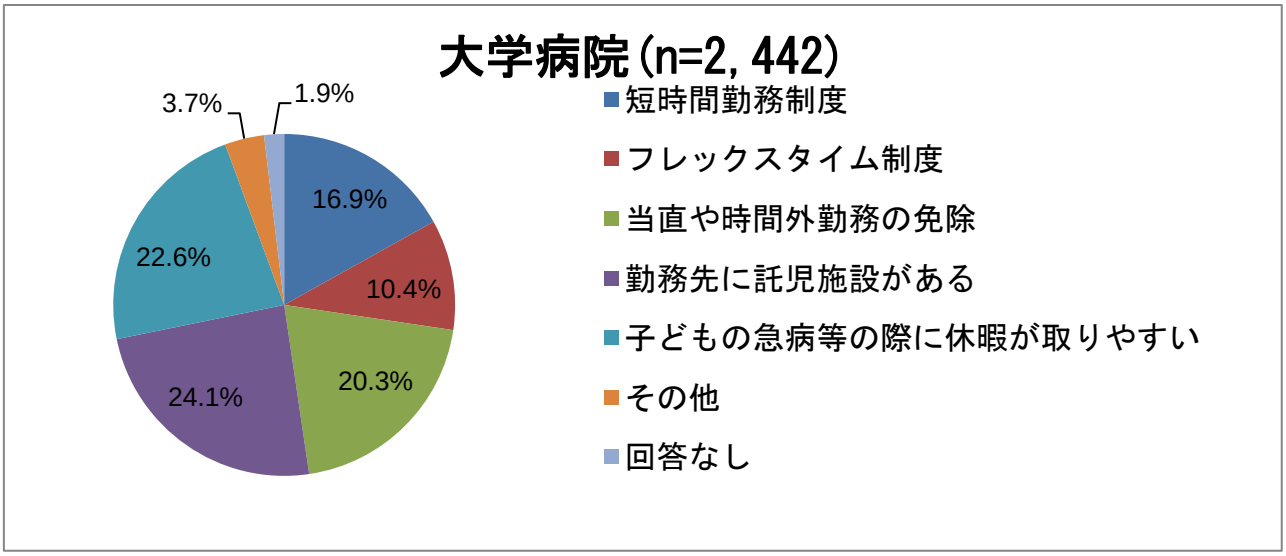
子供ができた場合の育児休暇の取得希望【男女別】

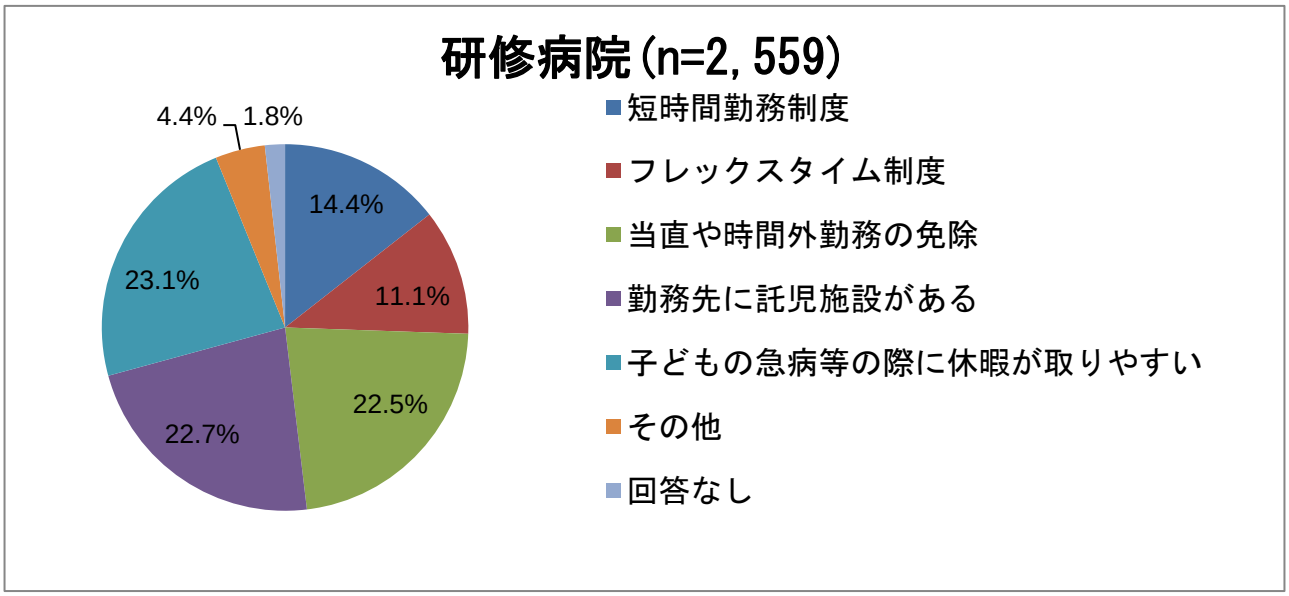




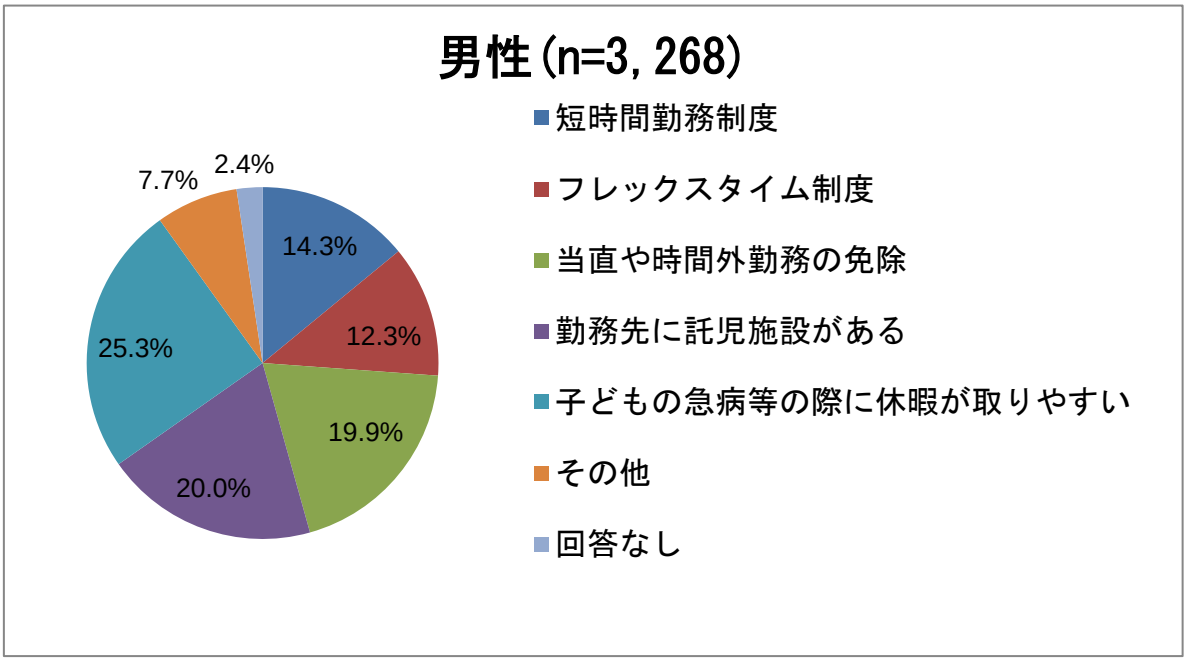
9．子育てをしながら勤務を続ける条件

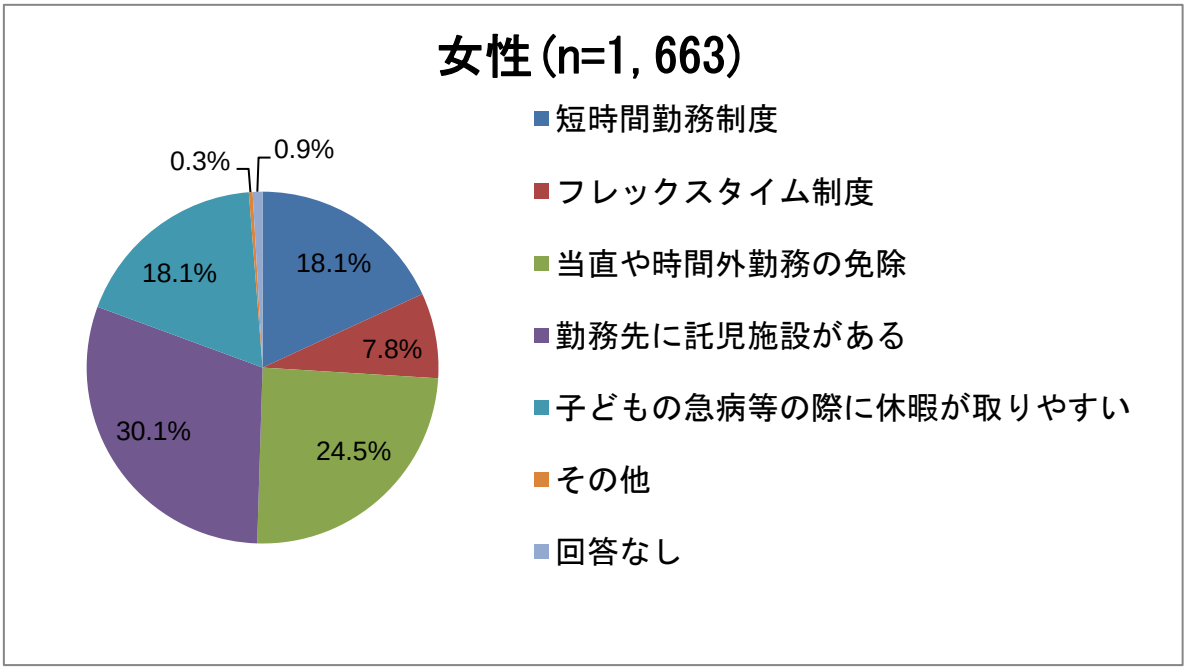






子育てをしながら勤務を続ける条件【男女別】





医政発第０６１２００４号
平成１５年６月１２日
（一部改正　平成１７年　２月　８日
平成１７年１０月２１日
平成１８年　３月２２日
平成１９年　３月３０日
平成２０年　３月２６日
平成２１年　５月１１日
平成２２年　４月１４日
平成２３年　３月２４日
平成２４年　３月２９日）

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長

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

医師の臨床研修については、医療法等の一部を改正する法律（平成１２年法律第１４１号。以下「改正法」という。）による医師法（昭和２３年法律第２０１号。以下「法」という。）の一部改正により、インターン制度が廃止されて以来３６年ぶりに抜本的な改革が行われることとなった。すなわち、診療に従事しようとするすべての医師は、臨床研修を受けなければならないこととされ、また、これに併せて、臨床研修の内容の検討を進め、医師が、適切な指導体制の下で、医師としての人格をかん養し、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることができるものとすることとされたところである。これを踏まえ、平成１４年１２月１１日に、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（平成１４年厚生労働省令第１５８号。以下「臨床研修省令」という。）が公布・施行され、また、その後の検討を受けて、平成１５年６

月１２日に、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１５年厚生労働省令第１０５号。以下「改正省令」という。）が公布・施行され、下記のとおり、新たな臨床研修制度が定められたところである。また、本制度の円滑な実施を図るため、地方厚生局において、臨床研修病院、大学病院、医療関係団体等の参加を得て連絡協議会を設置することとしている。

新たな臨床研修制度は、医師が、医師としての基盤形成の時期に、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得することにより、医師としての資質の向上を図ることを目的としており、地域の医療提供体制の整備に当たっても、重要な役割を果たすことが期待されるものである。ついては、貴職におかれても、臨床研修省令の趣旨、内容等について御了知の上、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知に努めるとともに、地方厚生局において設置する連絡協議会に参加するなど、新たな臨床研修制度の円滑な実施に御協力をお願いする。

記

第１　臨床研修省令の趣旨

法第１６条の２第１項に規定する臨床研修については、改正法による法の一部改正により、平成１６年４月１日から、診療に従事しようとするすべての医師に義務付けられるところであるが、臨床研修省令は、法第１６条の２第１項に規定する臨床研修に関して、臨床研修の基本理念、臨床研修病院の指定の基準等を定めるものであること。

なお、改正法附則第８条（臨床研修修了医師の登録に係る経過措置）の規定により、同日前に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けたものは、改正法による改正後の法第１６条の４第１項の規定による臨床研修修了者の登録を受けた者とみなされること。

第２　臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準

１　用語の定義

⑴　「臨床研修」

法第１６条の２第１項に規定する臨床研修をいうものであること。

(2) 「臨床研修病院」

法第１６条の２第１項の指定を受けた病院をいうものであること。

(3) 「基幹型臨床研修病院」

臨床研修病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいうものであること。

(4) 「協力型臨床研修病院」

臨床研修病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院であって、基幹型臨床研修病院でないものをいうものであること。

(5) 「研修協力施設」

臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び医学を履修する課程を置く大学に附属する病院以外のものをいうものであること。以下「臨床研修協力施設」という。

なお、臨床研修協力施設としては、例えば、へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等が考えられること。

(6) 「臨床研修病院群」

共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院及び協力型臨床研修病院をいうものであること。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、臨床研修協力施設も臨床研修病院群に含まれること。

(7) 「大学病院」

医学を履修する課程を置く大学に附属する病院をいうものであること。

(8) 「研修管理委員会」

臨床研修を行う病院において臨床研修の実施を統括管理する機関をいうものであること。

なお、研修管理委員会は基幹型臨床研修病院等、臨床研修を管理する病院に設置されること。

(9) 「研修プログラム」

臨床研修の実施に関する計画をいうものであること。

(10) 「プログラム責任者」

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

の援助を行う者をいうものであること。

(11) 「研修実施責任者」

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者をいうものであること。

なお、研修実施責任者は、プログラム責任者及び臨床研修指導医を兼務しても差し支えないこと。

(12) 「臨床研修指導医」

研修医に対する指導を行う医師をいうものであること。以下「指導医」という。

(13) 「研修医」

臨床研修を受けている医師をいうものであること。

(14) 「臨床病理検討会」

個別の症例（剖検例）について病理学的見地から検討を行うための会合（Clinicopathological Conference:ＣＰＣ）をいうものであること。

(15) 「研修期間」

臨床研修を行っている期間をいうものであること。

2　臨床研修の基本理念

医師については、単に専門分野の負傷又は疾病を治療するのみでなく、患者の健康と負傷又は疾病を全人的に診ることが期待され、医師と患者及びその家族との間での十分なコミュニケーションの下に総合的な診療を行うことが求められていること。また、医療の社会的重要性及び公共性を考えると、臨床研修は、医師個人の技術の向上を超えて、社会にとって必要性の高いものであること。

このため、臨床研修については、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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと。

3　臨床研修病院の指定

(1) 法第１６条の２第１項の指定は、次に掲げる区分に応じて行うこと。

ア　基幹型臨床研修病院

イ　協力型臨床研修病院

⑵ 基幹型臨床研修病院及び協力型臨床研修病院は、それぞれ他の区分の臨床研修病院となることができること。

４　臨床研修病院の指定の申請

⑴　基幹型臨床研修病院の指定の申請

ア　基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の６月３０日までに、当該病院に関する指定申請書（様式１）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

イ　指定申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならないこと。

(ｱ) 当該指定に係るすべての研修プログラム

(ｲ) プログラム責任者履歴書（様式２）

(ｳ) 当該病院の研修医名簿（様式３）

(ｴ) 臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、臨床研修協力施設となる施設に係る臨床研修協力施設概況表（様式４）及び臨床研修協力施設承諾書（様式５）

(ｵ) 当該指定に係る臨床研修病院群を構成することとなる関係施設相互間の連携体制を記載した書類（様式６）

ウ　基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者は、当該病院に関する指定申請書及び添付書類と、協力型臨床研修病院として共同して臨床研修を行うこととなる病院に関する指定申請書及び添付書類とを、一括して当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

⑵　協力型臨床研修病院の指定の申請

協力型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の６月３０日までに、当該病院に関する指定申請書（様式１）を、基幹型臨床研修病院として共同して臨床研修を行うこととなる病院の開設者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

５　臨床研修病院の指定の基準

⑴　基幹型臨床研修病院の指定の基準

厚生労働大臣は、基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者から指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項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こと。

ア　臨床研修省令第２条に規定する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。

(ｱ) 研修プログラムには、次に掲げる事項が定められていること。

①　当該研修プログラムの特色

②　臨床研修の目標

「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（別添１）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であること。

③　プログラム責任者の氏名

④　臨床研修を行う分野並びに当該分野ごとの研修期間及び臨床研修病院又は臨床研修協力施設

「臨床研修を行う分野」とは、当該研修プログラムにおいて研修医が臨床研修を受ける診療科等をいうものであること。内科、救急部門、地域医療を「必修科目」とし、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」とすること。

⑤　研修医の指導体制

⑥　研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法

⑦　研修医の処遇に関する事項

次に掲げる事項をいうものであること。

（ｉ）常勤又は非常勤の別

（ii）研修手当、勤務時間及び休暇に関する事項

（iii）時間外勤務及び当直に関する事項

（iv）研修医のための宿舎及び病院内の個室の有無

（ｖ）社会保険・労働保険（公的医療保険、公的年金保険、労働者災害補償保険、雇用保険）に関する事項

（vi）健康管理に関する事項

（vii）医師賠償責任保険に関する事項

（viii）外部の研修活動に関する事項（学会、研究会等への参加の可否及び費用負担の有無）

(ｲ) 原則として、研修期間全体の８月以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行うも

のであること。

(ｳ) 協力型臨床研修病院と共同して臨床研修を行う場合にあっては、協力型臨床研修病院の名称、協力型臨床研修病院が行う研修の内容及び期間並びに研修実施責任者及び指導医の氏名が研修プログラムに明示されていること。

(ｴ) 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、臨床研修協力施設の種別及び名称、臨床研修協力施設が行う研修の内容及び期間並びに研修実施責任者及び研修医の指導を行う者の氏名が研修プログラムに明示されていること。

(ｵ) 研修プログラムに定められた臨床研修を行う分野並びに当該分野ごとの研修期間及び臨床研修病院又は臨床研修協力施設が次に掲げる事項を満たすものであること。

① 研修期間は、原則として合計２年以上とすること。

② 臨床研修を行う分野及び当該分野ごとの研修期間は、研修医の将来のキャリア等に円滑につながるよう、臨床研修病院の実情及び研修プログラムの特色を考慮して定めること。必修科目の全て及び５つの選択必修科目のうちの２つの診療科については、必ず臨床研修を行うこと。

③ 原則として、当初の１２月の間に内科及び救急部門を研修し、次の１２月の間に地域医療を研修すること。なお、研修開始時に研修医の将来のキャリアを考慮した診療科の研修を一定期間行った後に、必修の診療科の研修を開始することもできること。

④ 原則として、内科においては６月以上、救急部門においては３月以上、地域医療においては１月以上の研修を行うこと。

⑤ 選択必修科目の各診療科については、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、各診療科において到達目標の達成に必要な研修を行う体制を確保すること。あわせて、臨床研修病院の判断で適切な研修期間を設定すること。なお、臨床研修病院の判断で、各研修プログラムにおいて、選択必修科目の全部または一部を必ず研修する診療科目として扱うこともできること。

⑥ 必修科目及び選択必修科目以外の研修期間は、研修医が積極的に研修プログラムを選択し、臨床研修に取り組むことができるよう、地域や病院の特色をいかし、更に臨床研修を充実させるために活用すること。

⑦　臨床研修を行う分野ごとの研修期間は、①から⑥までを踏まえて多様に設定するものであるが、研修プログラムの特色や指導体制等各病院における体制によっては、例えば、当初の１２月について、内科において６月の研修、救急部門において３月の研修を行うこととし、選択必修科目のうち２つの診療科において３月の研修の後、次の１２月について、地域医療において１月の研修を行った後に、将来専門とする診療科に関連した診療科を中心に研修を行うことが考えられること。また、当初の１２月について、まず、将来専門としたい診療科で３月の研修を行った後に、内科において６月の研修、救急部門において３月の研修を行うこととし、次の１２月について、地域医療において１月の研修、選択必修の診療科のうち２つの診療科において一定の期間の研修を行った後に、残りの期間を将来専門としたい診療科において研修を行うこと、もしくは、当初の１２月について、内科において６月の研修、救急部門及び外科においてそれぞれ３月の研修を行うこととし、次の１２月について、地域医療を３月行った後、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科のうち、３つの診療科においてそれぞれ３月の研修を行うことなども考えられること。

⑧　救急部門については、救急部（救急部がない場合には救急外来）等を適切に経験させることにより対応すること。

⑨　総合診療科等、臨床研修を行う診療科の名称が必修科目又は選択必修科目の診療科等の名称と異なる場合であっても、当該診療科における研修内容が必修科目又は選択必修科目のいずれかの診療科等の研修内容と同じものであるときには、研修内容に応じて、当該診療科における研修期間を、相当する必修科目又は選択必修科目の診療科等の研修期間として差し支えないこと。

⑩　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・離島診療所、中小病院・診療所等を適宜選択して研修を行うこと。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。

⑪　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３月以内とすること。ただし、地域医療に対する配慮から、へき地・離島診療所等における研修期間についてはこの限りでないこと。

(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。

イ　医療法施行規則（昭和２３年厚生省令第５０号）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。

医師数については、「医療法第２１条の規定に基づく人員の算出に当たっての取扱い等について」（平成１０年６月２６日付け健政発第７７７号、医薬発第５７４号）に定める常勤換算により算出された医師（研修医を含む。）の数をいうものであること。

ウ　臨床研修を行うために必要な診療科を置いていること。

「臨床研修を行うために必要な診療科を置いていること」とは、当該病院と協力型臨床研修病院の診療科とを合わせて、原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科を標ぼうしていることをいうものであること。

エ　救急医療を提供していること。

「救急医療を提供していること」とは、救急告示病院又は医療計画上、初期救急医療機関、第二次救急医療機関若しくは第三次救急医療機関として位置付けられている病院であって、初期救急医療を実施しており、適切な指導体制の下に救急医療に係る十分な症例が確保できるものであることをいうこと。

オ　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」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。

また、各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて必要な症例があること。例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間５，０００件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数１００人（外科に

あっては研修医１人あたり５０人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間３５０件又は研修医１人あたり１０件以上が望ましいこと。

カ　臨床病理検討会（ＣＰＣ）を適切に開催していること。

キ　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。ただし、共同して臨床研修を行う臨床研修協力施設が医療機関である場合にあっては、当該病院及び臨床研修協力施設が、それぞれの担当する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。

「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」とは、臨床研修の実施に関し必要な施設のほか、臨床研修に必要な図書又は雑誌を有しており、また、原則として、インターネットが利用できる環境（Medline 等の文献データベース、教育用コンテンツ等が利用できる環境）が整備されていることをいうものであること。さらに、次に掲げる施設及び設備を備えていることが望ましいこと。

(ｱ) 研修医のための宿舎及び研修医室

(ｲ) 医学教育用シミュレーター（切開及び縫合、直腸診、乳房診、二次救命処置（Advanced Cardiovascular Life Support：ＡＣＬＳ）、心音又は呼吸音の聴診等の訓練用機材）、医学教育用ビデオ等の機材

ク　患者の病歴に関する情報を適切に管理していること。

「患者の病歴に関する情報を適切に管理していること」とは、病歴管理者が選任されており、診療に関する諸記録（診療録、病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約等）の管理が適正になされていることをいうものであること。

ケ　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。

「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」とは、医療法施行規則第１条の１１第１項及び第２項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項を満たすことをいうものであること。

(ｱ) 医療に係る安全管理を行う者（以下「安全管理者」という。）を配置すること。

安全管理者とは、当該病院における医療に係る安全管理を行う部門（以下「安全管理部門」という。）の業務に関する企画立案及び評価、当該病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うもの

であり、次に掲げる基準を満たす必要があること。

① 医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。

② 医療安全に関する必要な知識を有していること。

③ 当該病院の安全管理部門に所属していること。

④ 当該病院の医療に係る安全管理のための委員会（以下「安全管理委員会」という。）の構成員に含まれていること。

(ｲ) 安全管理部門を設置すること。

安全管理部門とは、安全管理者及びその他必要な職員で構成され、安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担う部門であって、次に掲げる業務を行うものであること。

① 安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他安全管理委員会の庶務に関すること。

② 事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。

③ 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。

④ 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。

⑤ 医療安全に係る連絡調整に関すること。

⑥ 医療安全対策の推進に関すること。

(ｳ) 患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること。

「患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること」とは、当該病院内に患者相談窓口を常設し、患者等からの苦情や相談に応じられる体制を確保するものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。また、これらの苦情や相談は当該病院の安全対策等の見直しにも活用されるものであること。

① 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。

② 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。

③　患者や家族等が相談を行うことにより不利益を受けないよう、適切な配慮がなされていること。

コ　研修管理委員会を設置していること。

研修管理委員会は、６(1)を満たすものであること。

サ　プログラム責任者を適切に配置していること。

「プログラム責任者を適切に配置していること」とは、当該病院又は協力型臨床研修病院のいずれかにおいて、６(3)を満たしたプログラム責任者が、研修プログラムごとに配置されていることをいうものであること。ただし、２０人以上の研修医が一つの研修プログラムに基づいて臨床研修を受ける場合には、原則として、プログラム責任者とともに、副プログラム責任者を配置し、プログラム責任者及び副プログラム責任者の受け持つ研修医の数が１人当たり２０人を超えないようにすること。

シ　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。

(ｱ)「適切な指導体制を有していること」とは、後述する６(4)を満たした指導医が、原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科に配置されており、個々の指導医が、勤務体制上指導時間を十分に確保できることをいうものであること。指導にあたっては、研修医５人に対して指導医が１人以上配置されていること。また、指導医は研修医に対する指導に関する責任者又は管理者の立場にあるものであり、指導医が研修医を直接指導することだけでなく、指導医の指導監督の下、上級医（研修医よりも臨床経験の長い医師をいう。以下同じ）が研修医を直接指導すること（いわゆる「屋根瓦方式」）も想定していること。その他の研修分野についても、適切な指導力を有している者が、研修医の指導に当たること。

(ｲ) 休日・夜間の当直における指導体制については、電話等により指導医又は上級医に相談できる体制が確保されるとともに、研修医１人で対応できない症例が想定される場合には、指導医又は上級医が直ちに対応できるような体制（オンコール体制）が確保されていること。また、休日・夜間の当直を１年次の研修医が行う場合については、原則として指導医又は上級医とともに、２人以上で行うこと。

(ｳ) 精神科の研修を行う臨床研修病院又は臨床研修協力施設においては、精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員を適当数配置していることが望ましいこと。

(ｴ) 研修医手帳を作成し、研修医が当該手帳に研修内容を記入するよう指導すること。また、研修医が担当した患者の病歴や手術の要約を作成するよう指導すること。

ス　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。

「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」とは、研修医の募集定員が以下の(ｱ)若しくは(ｲ)の数値を超えないか、又は後述の 22 により都道府県が調整した募集定員であること。

(ｱ) 研修医の募集を行う年度を起点として当該病院の過去３年間の研修医の受入実績の最大値（後述の 23 により加算された募集定員に係る研修医の受入実績を除く。）。ただし、当該病院からの医師派遣等の実績を勘案し(ｳ)、(ｴ)に規定する方法により定める数を加算する。（(ｱ)から求められる数値を「Ａ」とする。以下同じ。）

(ｲ) 当該病院が所在する都道府県内にある臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計（当該合計数値を「Ｃ」とする。以下同じ。）が、(ｵ)に規定する当該都道府県の募集定員の上限（当該上限値を「Ｂ」とする。以下同じ。）を超える場合は、以下の計算式により算出した値（小数点以下の端数を生じた場合は切り上げた値）とする。ただし、病院が希望する募集定員が、Ａを上回った場合、Ｃを算出する際の当該病院の希望する募集定員をＡの値とする。

$$A \times \frac{B}{C}$$

(ｳ) (ｱ)において加算する数値については、研修医の募集を行う年度の前年度末の時点において医師派遣等が行われている常勤の医師数が２０人以上の場合を１とし、５人増える毎に１を加え、６５人以上の場合を１０とする。

(ｴ) (ｳ)にいう「医師派遣等」とは、①～⑤のすべてを満たす場合とする。

①以下のア）からウ）までに揚げる場合のいずれかに当てはまること。

ア）病院が、当該病院に勤務する医師を、出向などにより、当該病院以外の受入病院に勤務させる場合

イ）病院が、当該病院に勤務経験のある医師を、当該病院以外の受入病院との主たる調整役として、当該病院以外の受入病院に勤務させる場合

ウ）病院が、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和６０年法律第８８号）に基づき、地域医療の確保等のために医師を派遣する場合

②対象となる医師は、医師免許取得後７年以上１５年以下の臨床経験を有し、受入病院で常勤として勤務すること。

③受入病院で勤務する期間が継続して１年以上３年以下であること。

④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などの意向を踏まえた医師派遣等であること。

⑤開設者が同一の病院間において行われている医師派遣等や、受入病院との相互の交流として行われている医師派遣等ではないこと。

(ｵ) (ｲ)にいう「当該都道府県の募集定員の上限」とは、以下の計算式により算出した数値をいう。

Ｄ　＋　Ｅ　＋　Ｆ

Ｄ：次のＤ１とＤ２のうちの多い方の数値

$$\text{Ｄ１：全国の研修医の総数} \times \frac{\text{当該都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}$$

$$\text{Ｄ２：全国の研修医の総数} \times \frac{\text{当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計}}{\text{全国の大学医学部の入学定員の合計}}$$

Ｅ：１００平方ｋｍ当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない県についてはＤに０．１を乗じた数値とし、１００平方ｋｍ当たりの医師数が３０未満の道県についてはＤに０．２を乗じた数値

$$\text{Ｆ：Ｄ} \times \frac{\text{離島人口}\times 5}{\text{当該都道府県の人口}}$$

(ｶ) (ｵ)で用いる数値については以下のとおりとする。

①研修医の数については、研修医の募集を行う年度１学年分の研修医の数

②人口については、直近の推計人口（総務省）の値

③大学医学部の入学定員については、研修医の募集を行う年度の数値

④都道府県の面積については、直近の全国市町村要覧（総務省）における数値

⑤医師数については、直近の医師・歯科医師・薬剤師調査による数値

⑥離島人口は、離島振興法（昭和２７年法律第７２号）、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和４４年法律第７９号）、奄美群島振興開発特別措置法（昭和２９年法律第１８９号）及び沖縄振興特別措置法（平成１４年法律第１４号）に基づき指定されている離島の直近の人口の値

(ｷ) 新たに基幹型臨床研修病院の指定を受ける場合にあっては、初めて研修医を募集する年度の研修医の募集定員を２人とすること。

セ　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。

(ｱ) 臨床研修を行うために適切な研修医の数は、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するのに必要な症例を勘案したものとするが、原則として、病床数を１０で除した数又は年間の入院患者数を１００で除した数を超えないものであること。この場合において、研修医の数とは、当該病院において受け入れているすべての研修医の数をいい、１年次及び２年次の研修医の数を合計したものであること。受け入れる研修医の数は、臨床研修病院群を構成する臨床研修病院ごとに適切な数である必要があること。

(ｲ) 指導医１人が指導を受け持つ研修医は、５人までとすること。

(ｳ) 原則として、研修プログラムごとに２人以上の研修医を毎年継続して受け入れることができる体制であること。

ソ　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」とは、原則として、公募による採用が行われることをいうものであること。

タ　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臨床研修を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。

チ　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」とは、協力型臨床研修病院として、研修医に対して２年間臨床研修を行ったことに相当する実績があることをいうものであること。

ツ　協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る）又は大学病院と連携して臨床研修を行うこと。

医療機関が連携することにより、大学病院などの地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を促進する観点から、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る）又は大学病院と連携して、臨床研修を行うものであること。

テ　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。

(ｱ)「緊密な連携体制」とは、医師の往来、医療機器の共同利用等、診療及び臨床研修について機能的な連携が具体的に行われている状態をいうものであること。

(ｲ) 地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群を構成する臨床研修病院及び臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る）は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこと。

ト　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、4 (2)の協力型臨床研修病院の指定の基準に適合していること。

ナ　将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと。

ニ　医療法第３０条の１２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。

(2) 協力型臨床研修病院の指定の基準

厚生労働大臣は、協力型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者から指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項に適合していると認めるときでなければ、協力型臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

なお、アからケまでの各項目については、以下に特に定めるもののほか、(1)の各項目において示した内容に準じること。

ア　臨床研修省令第２条に規定する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。

イ　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。

ウ　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。

エ　患者の病歴に関する情報を適切に管理していること。

オ　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。

カ　適切な指導体制を有していること。

当該施設における臨床研修の実施を管理する研修実施責任者を配置していること。

キ　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。

ク　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。

ケ　研修医に対する適切な処遇を確保していること。

コ　基幹型臨床研修病院として共同して臨床研修を行う病院が、(1)の基幹型臨床研修病院の指定の基準に適合していること。

(3) 厚生労働大臣は、臨床研修病院の指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項のいずれかに該当するときは、臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

ア　後述する 14 により臨床研修病院の指定を取り消され、その取消しの日から起算して２年を経過していないこと。

イ　その開設者又は管理者に医事に関する犯罪又は不正の行為があり、臨床研修を行うことが適当でないと認められること。

(4) (1)及び(2)の臨床研修病院の指定の基準については、臨床研修病院において年間を通じて常に遵守されていなければならないこと。

6　研修管理委員会等の要件

臨床研修を実施している間、指導医等の研修医の指導に当たる者は、適宜、研修医ごとの研修の進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分を補い、あらかじめ定められた研修期間内に臨床研修を修了することができるよう配慮しなければならないこと。

(1) 研修管理委員会

ア　基幹型臨床研修病院の研修管理委員会は、次に掲げる者を構成員に含まなければならないこと。

(ｱ) 当該病院の管理者又はこれに準ずる者

(ｲ) 当該病院の事務部門の責任者又はこれに準ずる者

(ｳ) 当該研修管理委員会が管理するすべての研修プログラムのプログラム責任者

(ｴ) 臨床研修病院群を構成するすべての関係施設の研修実施責任者

イ　研修管理委員会の構成員には、当該臨床研修病院及び臨床研修協力施設以外に所属する医師、有識者等を含むこと。

ウ　研修管理委員会は、研修プログラムの作成、研修プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等臨床研修の実施の統括管理を行うこと。

エ　研修管理委員会は、必要に応じてプログラム責任者や指導医から研修医ごとの研修進捗状況について情報提供を受ける等により、研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分についての研修が行えるようプログラム責任者や指導医に指導・助言する等、有効な研修が行えるよう配慮しなければならないこと。

(2) 基幹型臨床研修病院の管理者

基幹型臨床研修病院の管理者（以下この項及び後述する 17 から 19 までにおいて「管理者」という。）は、責任をもって、受け入れた研修医についてあらかじめ定められた研修期間内に臨床研修が修了できるよう努めなければならないこと。

なお、研修医に対して後述する 17（１）エの臨床研修中断証を交付するような場合においても、管理者は当該研修医に対し、適切な進路指導を行うものであること。

(3) プログラム責任者

ア　プログラム責任者は、臨床研修を行う病院（臨床研修協力施設を除く。）の常勤の医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならないこと。

(ｱ) プログラム責任者は、研修プログラムごとに１人配置されることが必要であるが、研修実施責任者及び指導医と兼務することは差し支えないこと。

(ｲ) 「指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているもの」とは、原則として、７年以上の臨床経験を有する者であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有しているものをいうものであること。この場合において、臨床経験には臨床研修を行った期間を含めて差し支えないこと。

(ｳ) プログラム責任者は、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること。

イ　プログラム責任者は、次に掲げる事項等、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こと。

(ｱ) 研修プログラムの原案を作成すること。

(ｲ) 定期的に、さらに必要に応じて随時研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握・評価し、研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の終了の時までに、修了基準に不足している部分についての研修が行えるよう指導医に情報提供する等、すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行うこと。

(ｳ) 研修医の臨床研修の休止に当たり、研修休止の理由の正当性を判定すること。

(ｴ) 研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の終了の際に、研修管理委員会に対して、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を報告すること。

(4) 指導医等

ア　指導医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならないこと。

(ｱ) 「研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているもの」とは、原則として、７年以上の臨床経験を有する者であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有しているものをいうものであること。この場合において、臨床経験には臨床研修を行った期間を含めて差し支えないこと。

(ｲ) 指導医は、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること。

イ　指導医は、担当する分野における研修期間中、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医の評価をプログラム責任者に報告すること。

(ｱ) 指導医は、研修医の評価に当たっては、当該研修医の指導を行い、又は研修医と共に業務を行った医師、看護師その他の職員と十分情報を共有し、各職員による評価を把握した上で、責任をもって評価を行わなければならないこと。

(ｲ) 指導医は研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努めなければならないこと。

(ｳ) 研修医による指導医の評価についても、指導医の資質の向上に資すると考えられることから、実施することが望ましいこと。

ウ　臨床研修協力施設等における研修実施責任者や指導者についても、指導医と同様の役割を担うものであること。

7　臨床研修病院指定証の交付

厚生労働大臣は、臨床研修病院を指定した場合にあっては、当該指定を受けた病院に対して臨床研修病院指定証を交付するものとする。

なお、臨床研修病院指定証の交付を受けた臨床研修病院の開設者は、当該指定が取り消されたときは、臨床研修病院指定証を当該臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに返還すること。

8　臨床研修病院の変更の届出

(1) 基幹型臨床研修病院の変更の届出

ア　基幹型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その日から起算して１月以内に、臨床研修病院変更届出書（様式７）をもって、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならないこと。

(ｱ) 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

(ｲ) 管理者の氏名

(ｳ) 名称

(ｴ) 診療科名

(ｵ) プログラム責任者

(ｶ) 指導医及びその担当分野

(ｷ) 研修医の処遇に関する事項

(ｸ) 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、当該臨床研修協力施設に係る次に掲げる事項

①　開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

②　管理者の氏名

③　名称

④　研修医の処遇に関する事項

⑤　研修医の指導を行う者及びその担当分野

⑥　臨床研修協力施設が医療機関である場合にあっては診療科名

イ　臨床研修病院変更届出書は、当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

ウ　共同して臨床研修を行う協力型臨床研修病院から臨床研修病院変更届出書の送付を受けた基幹型臨床研修病院の開設者は、速やかに当該臨床研修変更届出書を当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付す

ること。

(2) 協力型臨床研修病院の変更の届出

協力型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その日から起算して１月以内に、臨床研修病院変更届出書（様式７）をもって、その旨を共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を経由して厚生労働大臣に届け出なければならないこと。

ア　開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

イ　管理者の氏名

ウ　名称

エ　診療科名

オ　プログラム責任者

カ　指導医及びその担当分野

キ　研修医の処遇に関する事項

９　研修プログラムの変更又は新設の届出

(1) 研修プログラムの変更

研修プログラムの変更とは、研修プログラムのうち、次に掲げる事項を変更することをいうものであること。

ア　臨床研修の目標

イ　臨床研修を行う分野

ウ　臨床研修を行う分野ごとの研修期間

エ　臨床研修を行う分野ごとの臨床研修を行う病院

オ　研修医の募集定員

(2) 基幹型臨床研修病院の研修プログラムの変更又は新設の届出

ア　基幹型臨床研修病院の開設者は、研修プログラムを変更する場合又は新たに研修プログラムを設ける場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の４月３０日までに、当該研修プログラムに関し、次に掲げる書類を添えて研修プログラム変更・新設届出書（様式８）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

(ｱ) 変更又は新設に係る研修プログラム（研修プログラムの変更の場合にあっては、変更前及び変更後の研修プログラム）

(ｲ) 研修プログラムの変更の場合にあっては、変更する箇所を記載した書類（変更部分に下線を付した変更前及び変更後の研修プログラムでも差し支えない。）

(ｳ) 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間の連携体制を記載した書類

イ　基幹型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する研修プログラム変更・新設届出書及び添付書類と、共同して臨床研修を行う協力型臨床研修病院に関する研修プログラム変更・新設届出書とを、一括して当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

(3) 協力型臨床研修病院の研修プログラムの変更又は新設の届出

協力型臨床研修病院の開設者は、研修プログラムを変更する場合又は新たに研修プログラムを設ける場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の４月３０日までに、当該研修プログラムに関し、研修プログラム変更・新設届出書（様式８）を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

(4) 現に研修医を受け入れている臨床研修病院は、当該研修医が研修を修了し、又は中断するまでの間、当該研修医が受ける臨床研修に係る研修プログラムの変更をしてはならないこと。

(5) (4)にかかわらず、やむを得ない場合にあっては、研修プログラムの変更を行うことも認められること。この場合において、臨床研修病院の開設者は、速やかに、(2)から(3)までの届出を行わなければならないこと。

10　臨床研修病院の行う臨床研修

臨床研修病院は、臨床研修病院の指定申請の際に提出し、又は研修プログラムの変更若しくは新設の届出を行った研修プログラム以外の研修プログラムに基づいて臨床研修を行ってはならないこと。

11　研修医の募集の際の研修プログラム等の公表

臨床研修病院の管理者は、研修医の募集を行おうとするときは、あらかじめ、研修プログラムとともに、次に掲げる事項を公表しなければならないこと。

(1) 研修プログラムの名称及び概要

(2) 研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法

(3) 研修の開始時期

(4) 研修医の処遇に関する事項

(5) 臨床研修病院の指定について申請中である場合には、その旨

(6) 研修プログラムの変更又は新設の届出を行った場合（当該届出を行おうとしている場合を含む。）には、その旨

12　臨床研修病院の年次報告

(1) 基幹型臨床研修病院の年次報告

ア　基幹型臨床研修病院の開設者は、毎年４月３０日までに、当該病院に関する年次報告書（様式８）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。また、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、臨床研修協力施設概況表（様式９）を添付すること。

イ　基幹型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する年次報告書及び添付書類と、共同して臨床研修を行う協力型臨床研修病院に関する年次報告書とを、一括して当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

(2) 協力型臨床研修病院の年次報告

協力型臨床研修病院の開設者は、毎年４月３０日までに、当該病院に関する年次報告書（様式８）を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

13　臨床研修病院に対する厚生労働大臣の報告の徴収及び指示

(1) 厚生労働大臣は、臨床研修の実施に関し必要があると認めるときは、臨床研修病院の開設者又は管理者に対して報告を求めることができること。

(2) 厚生労働大臣は、研修プログラム、研修医の募集定員、指導体制、施設、設備、研修医の処遇その他の臨床研修の実施に関する事項について適当でないと認めるときは、臨床研修病院の開設者又は管理者に対して必要な指示をすることができること。

(3) 厚生労働大臣は、臨床研修病院群については、基幹型臨床研修病院の開設者又は管理者に対し、協力型臨床研修病院に関する(1)の報告の聴取又は(2)の必要な指示をすることができること。

14　臨床研修病院の指定の取消し

厚生労働大臣は、臨床研修病院が次のいずれかに該当するときは、法第１６条の２第２項の規定により臨床研修病院の指定を取り消すことができること。

ア　臨床研修病院の区分ごとに、前述５(1)及び(2)のそれぞれの臨床研修病院の指定

の基準に適合しなくなったとき（５(1)オの基準にあたっては、２年以上にわたり基準に適合しなかったときに限る。）。

イ　前述の５(3)イに該当するに至ったとき。

ウ　前述の６及び８から 12 までに違反したとき。

エ　その開設者又は管理者が、前述の 13(2)の指示に従わないとき。

オ　２年以上研修医の受入がないとき。

カ　協力型臨床研修病院のみに指定されている病院が臨床研修病院群から外れたとき。

15　臨床研修病院の指定の取消しの申請

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の取消しの申請

ア　基幹型臨床研修病院の開設者は、臨床研修病院の指定の取消しを受けようとするときは、あらかじめ指定取消申請書（様式 10）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

イ　基幹型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する指定取消申請書と、共同して臨床研修を行う協力型臨床研修病院に関する指定取消申請書とを、一括して当該基幹型臨床研修病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

(2) 協力型臨床研修病院の指定の取消しの申請

協力型臨床研修病院の開設者は、臨床研修病院の指定の取消しを受けようとするときは、あらかじめ指定取消申請書（様式 10）を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

(3) 厚生労働大臣は、(1)及び(2)の申請があった場合において、当該臨床研修病院の指定を取り消すことが相当と認めるときは、その指定を取り消すことができること。

16　臨床研修の評価

(1) 研修期間中の評価

研修期間中の評価は、形成的評価により行うことが重要であり、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的とすること。

研修医及び指導医は、「臨床研修の目標」に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行うものであること。

研修の進捗状況の記録については、研修医手帳を利用するほか、インターネットを用いた評価システムなどの活用も考えられること。

指導医等は、定期的に、さらに必要に応じて随時研修医ごとに研修の進捗状況を把握・評価し、研修医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮すると共に、評価結果を研修医にも知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価を共有し、より効果的な研修へとつなげるものであること。

(2) 研修期間終了時の評価

研修期間終了時の評価は、総括的評価により行い、研修医ごとの臨床研修修了の判断を行うことをその目的とすること。

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報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修の修了認定の可否についての評価を行うこと。

評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の目標の達成度の評価（経験目標等の達成度の評価及び臨床医としての適性の評価）に分けて行い、両者の基準が満たされた時に修了と認めるものであること。

なお、最終的な認定に当たっては、相対評価ではなく、絶対評価を用いるものであること。

17　臨床研修の中断及び再開

(1) 臨床研修の中断

ア　基本的な考え方

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することをいうものであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものであること。

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に中断の扱いを行ってはならないこと。

やむを得ず臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。さらに、研修医が臨床研修を継続できる方法がないか検討し、研修医に対し必要な支援を行うものであること。

これらを通じても、なお中断という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や

状況等の記録を残しておく必要があること。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談をすること。

イ　中断の基準

中断には、「研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合」と「研修医から管理者に申し出た場合」の２とおりがあること。

管理者が臨床研修の中断を認めるには、以下のようなやむを得ない場合に限るものであり、例えば、臨床研修病院の研修医に対する不満又は研修医の臨床研修病院に対する単なる不満のように、改善の余地があるものは認めるものではないこと。

(ｱ) 当該臨床研修病院の廃院、指定の取消しその他の理由により、当該臨床研修病院における研修プログラムの実施が不可能な場合

(ｲ) 研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても、なお改善が不可能な場合

(ｳ) 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止し、そのため修了に必要な研修実施期間を満たすことができない場合であって、臨床研修を再開するときに、当該研修医の履修する研修プログラムの変更、廃止等により同様の研修プログラムに復帰することが不可能であると見込まれる場合

(ｴ) その他正当な理由がある場合

ウ　中断の手順

(ｱ) 研修管理委員会は、臨床医としての適性を欠く場合等研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができること。

(ｲ) 管理者は、(ｱ)の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができること。

エ　中断した場合

管理者は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修中断証（様式 11）を交付しなければならないこと。このとき、管理者は、研修医の求めに応じて、他の臨床研修病院を紹介する等臨床研修の再開のための支援

を行うことを含め、適切な進路指導を行わなければならないこと。さらに、管理者は、速やかに、臨床研修中断報告書（様式12）及び当該中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

(ｱ) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(ｲ) 中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ｳ) 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

(ｴ) 臨床研修を開始し、及び中断した年月日

(ｵ) 臨床研修を中断した理由

(ｶ) 臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容及び研修医の評価

(2) 臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができること。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならないこと。

なお、当該管理者は、研修再開の日から起算して１月以内に、臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式13）を、管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

18　臨床研修の修了

(1) 臨床研修の修了基準

ア　研修実施期間の評価

管理者は、研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ修了と認めてはならないこと。

(ｱ) 休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由（研修プログラムで定められた年次休暇を含む）であること。

(ｲ) 必要履修期間等についての基準

研修期間を通じた休止期間の上限は９０日（研修機関（施設）において定める休日は含めない。）とすること。

各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、休日・夜

間の当直又は選択科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めなければならないこと。

(ｳ) 休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修休止期間が９０日を超える場合には、未修了とするものであること。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、９０日を超えた日数分以上の日数の研修を行うこと。

また、必修科目で必要履修期間を満たしていない場合や選択必修科目のうち２つ以上の診療科を研修していない場合であっても未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行うこと。

(ｴ) プログラム責任者の役割

プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行わなければならないこと。研修医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた研修期間内に研修を修了できるように努めなければならないこと。

イ　臨床研修の目標（臨床医としての適性を除く。）の達成度の評価

管理者は、研修医があらかじめ定められた研修期間を通じ、各目標について達成したか否かの評価を行い、少なくともすべての必修項目について目標を達成しなければ、修了と認めてはならないこと。

個々の目標については、研修医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に当該項目を達成したと考えるものであること。

ウ　臨床医としての適性の評価

管理者は、研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めてはならないこと。

臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、十分慎重に検討を行う必要があること。なお、原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度が著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うべきではなく、少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望ましいこと。

(ｱ) 安心、安全な医療の提供ができない場合

医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者との意思疎通に欠け不安感を与える場合等には、まず、指導医が中心となって、当該研修医が患者に被害を及ぼさないよう十分注意しながら、指導・教育するものであること。十分な指導にもかかわらず、改善がみられず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない、チーム医療を乱す等の問題に関しては、まず当該臨床研修病院において、十分指導・教育を行うこと。原則として、あらかじめ定められた研修期間を通じて指導・教育し、それでもなお医療の適切な遂行に支障を来す場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

また、重大な傷病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者に不安感を与える等の場合にも、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。なお、傷病又はそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、管理者は、当該研修医が中断をして病院を移ることを可能とすること。

(ｲ) 法令・規則が遵守できない者

医道審議会の処分対象となる者の場合には、法第７条の２第１項の規定に基づく再教育研修を行うことになること。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ないものとすること。

(2) 臨床研修の修了認定

ア　研修管理委員会は、研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の評価を報告しなければならないこと。この場合において、研修管理委員会は、臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した研修医については、当該臨床研修中断証に記載された当該研修医の評価を考慮するものとすること。

イ　管理者は、アの評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修修了証（様式14）を交付しなければならないこと。

(ｱ) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(ｲ) 修了した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ｳ) 臨床研修を開始し、及び修了した年月日

(ｴ) 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

(3) 臨床研修の未修了

ア　基本的な考え方

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものであること。

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に未修了の扱いを行ってはならないこと。

やむを得ず未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。

これらを通じて、最終的に未修了という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく必要があること。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談をすること。

イ　未修了の手順

管理者は、(2)アの評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書（様式 15）で通知しなければならないこと。

ウ　未修了とした場合

当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医１人当たりの研修医数や研修医１人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮しなければならないこと。

なお、未修了とした場合には、管理者は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 16）を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

19　臨床研修病院の記録の保存

(1) 管理者は、帳簿を備え、臨床研修を受けた研修医に関する次の事項を記載し、当該研修医が臨床研修を修了し、又は中断した日から５年間保存しなければならないこと。

ア　氏名、医籍の登録番号及び生年月日

イ　修了し、又は中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称

ウ　臨床研修を開始し、及び修了し、又は中断した年月日

エ　臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

オ　修了し、又は中断した臨床研修の内容及び研修医の評価

カ　臨床研修を中断した場合にあっては、臨床研修を中断した理由

(2) (1)に定める保存は、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によっては認識することができない方法をいう。）による記録に係る記録媒体により行うことができること。

20　大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修病院の特例

大学病院と共同して臨床研修を行うことにより、基幹型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院の指定を受けようとする者に対する前述の５(1)又は(2)の臨床研修病院の指定の基準の適用については、当該大学病院を基幹型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院の指定を受けようとする者とみなすこと。

21　国の開設する臨床研修病院の特例

国の開設する臨床研修病院の特例については、臨床研修省令の定めによること。

22　地域における研修医の募集定員の調整

(1) 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができること。ただし、以下のア及びイを満たさなければならないこと。

ア　調整した後の管轄地域の病院の募集定員の合計が都道府県の募集定員の上限の値（Ｂ）を超えない範囲内の調整であること。ただし、前述５の(1)ス(ｲ)によって算

出された臨床研修病院及び大学病院の募集定員の合計（C）が都道府県の募集定員の上限（B）の値を超えている場合は、当該募集定員の合計を超えない範囲内の調整であること。

イ　募集定員の調整を受ける臨床研修病院及び大学病院の同意が得られていること。

(2) 地域における研修医の募集定員の調整を円滑に行うことができるよう、都道府県は、前述５の(1)スにより算出された各病院の研修医の募集定員について、管轄する地方厚生局から情報提供を受けることができること。

(3) 都道府県が研修医の募集定員の調整を行った場合は、管轄する地方厚生局から情報提供を受けて１か月以内に、その調整の結果を当該地方厚生局に提出すること。

(4) 都道府県が募集定員の調整を行わない場合、各病院の研修医の募集定員は前述５の(1)ス(ｱ)又は(ｲ)の数値を超えないものとすること。

23　研修医の募集定員に関する特例

前述５の(1)ア(ｶ)により研修プログラムを設けた場合は、前述５の(1)スにより算出した募集定員に、当該研修プログラムの定員分として４人を加算すること。

24　臨床研修に関する地域協議会

(1) 地域における研修医の確保、臨床研修の質の向上を図るため、都道府県に、臨床研修に関して関係者が協議する場（以下「地域協議会」という。）を設けることが望ましいこと。

(2) 地域協議会は、都道府県による設置のほか、臨床研修病院、大学病院、特定非営利活動法人（ＮＰＯ）等による設置が考えられること。

(3) 地域協議会は、臨床研修病院、大学病院、医療関係団体、行政担当者等から構成され、以下の項目について協議、検討することが考えられること。

ア　地域における臨床研修の質の向上に関すること。

イ　地域における研修医の確保に関すること。

ウ　地域における研修医の募集定員の調整に関すること。

エ　地域における指導医の確保、養成に関すること。

オ　地域における臨床研修病院群の形成に関すること。

25　研修医の給与について

研修医に決まって支払われる手当（時間外手当、当直手当等を除く。）が、年額７２０万円を超える場合は、病院に対して交付する臨床研修費等補助金を一定程度減額する

こと。詳細は、平成２３年度の臨床研修費等補助金交付要綱において別に定めること。

26　施行期日等

⑴ 臨床研修省令は、公布の日から施行すること。

⑵ 臨床研修省令は、改正法附則第１条第１号に掲げる規定の施行の際現に改正法第４条の規定による改正前の法第１６条の２第１項の規定による指定を受けている病院が、改正法附則第１条第１号に掲げる規定の施行の際現に医師免許を受けている者及び当該規定の施行前に医師免許の申請を行った者であって当該規定の施行後に医師免許を受けたものに対して臨床研修を行う場合には、適用されないこと。すなわち、次に掲げる臨床研修を行う場合には、臨床研修省令は適用されないこと。

ア　平成１６年４月１日前に開始される臨床研修

イ　平成１６年４月１日以後に開始される臨床研修であって、同日前に法第１６条の２第１項の指定を受けている病院が、同日前に医師免許を受けている者及び同日前に医師免許の申請を行った者であって同日以後に医師免許を受けたものに対して行うもの

⑶ ⑵ア及びイの臨床研修を行う場合における臨床研修病院の指定の申請手続、指定の基準等については、「臨床研修を行う病院の指定に係る申請手続について」（平成６年７月１５日付け健政発第５５１号）及び「臨床研修病院の指定基準等について」（平成５年３月２５日付け健政発第１９７号）によるものであること。

⑷ 平成１６年４月１日以後に開始される臨床研修であって、⑵イ以外のものを行う場合には、臨床研修省令が適用されること。この場合においては、臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者は、臨床研修省令の規定に従い、臨床研修病院の指定の申請を行わなければならず、また、同日前に法第１６条の２第１項の指定を受けている病院についても、臨床研修省令の規定に従い、臨床研修を行わなければならないものであること。

⑸ 平成１６年４月１日前に法第１６条の２第１項の規定による指定を受けている病院については、改正法附則第９条（指定病院に係る経過措置）の規定により、改正法による改正後の法第１６条の２第１項の規定による指定を受けている病院とみなされるものであること。具体的には、同日前に、主病院の指定を受けている病院については臨床研修省令に基づく基幹型臨床研修病院と、従病院の指定を受けている病院につい

ては臨床研修省令に基づく協力型臨床研修病院とみなされるものであること。また、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４月２８日公布　厚生労働省令第１０５号）の施行前に単独型又は管理型臨床研修病院として指定を受けている病院については、臨床研修省令に基づく基幹型臨床研修病院とみなされるものであること。

第３　当面の取扱い

１　趣旨

医師臨床研修制度の実施に伴い、医療機関において医師の確保が困難となる可能性など、地域医療に与える影響を懸念する指摘があることから、当分の間は臨床研修病院の指定基準について以下の取扱いとするものであること。ただし、後述の３及び４については、平成２６年３月３１日までの取扱いとすること。

２　基幹型臨床研修病院の指定の基準について

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４月２８日公布　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)オ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、個別の訪問調査等により、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。

３　臨床研修病院の募集定員について

臨床研修病院の募集定員については、前述第２の５（１）スにかかわらず、前述第２の５（１）スと直近の年度の研修内定者の実績（前述第２の 23 により加算された募集定員に係る研修内定者の実績を除く。）のいずれかを超えない数値（前述第２の５(1)ア(ｶ)により研修プログラムを設けた場合は、当該研修プログラムの定員分として４人を加算した数値）とすること。ただし、前述第２の 22 により都道府県が研修医の募集定員を調整した場合には、都道府県が調整した募集定員とすること。

４　都道府県の募集定員の上限について

前述第２の５（１）ス(ｵ)に基づいて算出した都道府県の募集定員の上限の値が当該都道府県内の研修医の受入実績よりも１０％以上少ない場合には、前述第２の５（１）ス

(ｵ)にかかわらず、都道府県の募集定員の上限の値を当該都道府県内の研修医の受入実績に０．９を乗じて得た数値（小数点以下の端数は切り上げ）とすること。

第４　検討規定

厚生労働大臣は、臨床研修省令の施行後５年以内に、臨床研修省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとしたこと。当該措置を講ずる際には、前述第３の３及び４については廃止すること。

（別添１）

臨床研修の到達目標

【到達目標】

Ⅰ　行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

Ⅱ　経験目標

Ａ　経験すべき診察法・検査・手技
Ｂ　経験すべき症状・病態・疾患
Ｃ　特定の医療現場の経験

臨床研修の基本理念

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。

Ⅰ　行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

（１）患者－医師関係

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

1）患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
2）医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。
3）守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。

（２）チーム医療

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、

1）指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
2）上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
3）同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
4）患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
5）関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

（３）問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

1）臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBM =Evidence Based Medicine の実践ができる。）。
2）自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
3）臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
4）自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

（４）安全管理

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、

1）医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
2）医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
3）院内感染対策（Standard Precautions を含む。）を理解し、実施できる。

（５）症例呈示

チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、

1）症例呈示と討論ができる。
2）臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

（６）医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

1）保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
2）医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
3）医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
4）医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

Ⅱ　経験目標

Ａ　経験すべき診察法・検査・手技

（１）医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

1）医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
2）患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。
3）患者・家族への適切な指示、指導ができる。

（２）基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

1）全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。）ができ、記載できる。
2）頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。）ができ、記載できる。
3）胸部の診察（乳房の診察を含む。）ができ、記載できる。
4）腹部の診察（直腸診を含む。）ができ、記載できる。
5）泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む。）ができ、記載できる。
6）骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
7）神経学的診察ができ、記載できる。
8）小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む。）ができ、記載できる。
9）精神面の診察ができ、記載できる。

（３）基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、
- Ａ・・・・自ら実施し、結果を解釈できる。
- その他・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

1）**一般尿検査**（尿沈渣顕微鏡検査を含む。）
2）**便検査**（潜血、虫卵）
3）**血算・白血球分画**
Ａ4）**血液型判定・交差適合試験**
Ａ5）**心電図（12 誘導）**、負荷心電図
Ａ6）**動脈血ガス分析**
7）**血液生化学的検査**
　・簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）
8）**血液免疫血清学的検査**（免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。）
9）**細菌学的検査・薬剤感受性検査**
　・検体の採取（痰、尿、血液など）
　・簡単な細菌学的検査（グラム染色など）
10）**肺機能検査**
　・スパイロメトリー
11）**髄液検査**
12）細胞診・病理組織検査
13）**内視鏡検査**

A14) **超音波検査**
15) **単純Ｘ線検査**
16) 造影Ｘ線検査
17) **Ｘ線ＣＴ検査**
18) ＭＲＩ検査
19) 核医学検査
20) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）

必修項目　　**下線の検査**について経験があること ＊「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること Aの検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

（４）基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、

1) **気道確保**を実施できる。
2) **人工呼吸**を実施できる。（バッグマスクによる徒手換気を含む。）
3) **心マッサージ**を実施できる。
4) **圧迫止血法**を実施できる。
5) **包帯法**を実施できる。
6) **注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保**、中心静脈確保）を実施できる。
7) **採血法（静脈血、動脈血）**を実施できる。
8) **穿刺法（腰椎）**を実施できる。
9) 穿刺法（胸腔、腹腔）を実施できる。
10) **導尿法**を実施できる。
11) **ドレーン・チューブ類の管理**ができる。
12) **胃管の挿入と管理**ができる。
13) **局所麻酔法**を実施できる。
14) **創部消毒とガーゼ交換**を実施できる。
15) **簡単な切開・排膿**を実施できる。
16) **皮膚縫合法**を実施できる。
17) **軽度の外傷・熱傷の処置**を実施できる。
18) **気管挿管**を実施できる。
19) **除細動**を実施できる。

必修項目　　**下線の手技**を自ら行った経験があること

（５）基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。）ができる。
2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。）ができる。
3) 基本的な輸液ができる。
4) 輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

（６）医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

1）診療録（退院時サマリーを含む。）を POS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。
2）処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
3）診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。
4）CPC（臨床病理検討会）レポートを作成し、症例呈示できる。
5）紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

（７）診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

1）診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む。）を作成できる。
2）診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。
3）入退院の適応を判断できる（デイサージャリー症例を含む。）。
4）QOL（Quality of Life）を考慮にいれた総合的な管理計画（リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。）へ参画する。

必修項目

１）診療録の作成
２）処方箋・指示書の作成
３）診断書の作成
４）死亡診断書の作成
５）CPC レポート（※）の作成、症例呈示
６）紹介状、返信の作成

上記１）～６）を自ら行った経験があること
（※　CPC レポートとは、剖検報告のこと）

Ｂ　経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

１　頻度の高い症状

必修項目	**下線の症状**を経験し、レポートを提出する ＊「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと

１）全身倦怠感
２）不眠
３）食欲不振
４）体重減少、体重増加
５）浮腫
６）リンパ節腫脹
７）発疹
８）黄疸
９）発熱
10）頭痛
11）めまい
12）失神
13）けいれん発作
14）視力障害、視野狭窄
15）結膜の充血
16）聴覚障害
17）鼻出血
18）嗄声
19）胸痛
20）動悸
21）呼吸困難
22）咳・痰
23）嘔気・嘔吐
24）胸やけ
25）嚥下困難
26）腹痛
27）便通異常（下痢、便秘）
28）腰痛
29）関節痛
30）歩行障害
31）四肢のしびれ
32）血尿
33）排尿障害（尿失禁・排尿困難）
34）尿量異常
35）不安・抑うつ

２　緊急を要する症状・病態

必修項目	**下線の病態**を経験すること ＊「経験」とは、初期治療に参加すること

１）**心肺停止**
２）**ショック**
３）**意識障害**
４）**脳血管障害**
５）急性呼吸不全
６）**急性心不全**
７）**急性冠症候群**
８）**急性腹症**
９）**急性消化管出血**
10）急性腎不全
11）流・早産及び満期産
12）急性感染症
13）**外傷**
14）**急性中毒**
15）誤飲、誤嚥
16）**熱傷**
17）精神科領域の救急

３　経験が求められる疾患・病態

必修項目

１．Ａ疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
２．Ｂ疾患については、外来診療又は受け持ち入院患者（合併症含む。）で自ら経験すること
３．外科症例（手術を含む。）を１例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること

※全疾患（８８項目）のうち７０％以上を経験することが望ましい

（１）血液・造血器・リンパ網内系疾患

Ｂ①貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）
②白血病
③悪性リンパ腫
④出血傾向・紫斑病（播種性血管内凝固症候群：DIC）

（２）神経系疾患

Ａ①脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）
②認知症疾患
③脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）
④変性疾患（パーキンソン病）
⑤脳炎・髄膜炎

（３）皮膚系疾患

Ｂ①湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎）
Ｂ②蕁麻疹
③薬疹
Ｂ④皮膚感染症

（４）運動器（筋骨格）系疾患

Ｂ①骨折
Ｂ②関節・靱帯の損傷及び障害
Ｂ③骨粗鬆症
Ｂ④脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）

（５）循環器系疾患

Ａ①心不全
Ｂ②狭心症、心筋梗塞
③心筋症
Ｂ④不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）
⑤弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）
Ｂ⑥動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）
⑦静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）
Ａ⑧高血圧症（本態性、二次性高血圧症）

（６）呼吸器系疾患

B ①呼吸不全
A ②呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）
B ③閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症）
④肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）
⑤異常呼吸（過換気症候群）
⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）
⑦肺癌

（７）消化器系疾患

A ①食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）
B ②小腸･大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻）
③胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）
B ④肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）
⑤膵臓疾患（急性・慢性膵炎）
B ⑥横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）

（８）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む。）疾患

A ①腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
②原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）
③全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）
B ④泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症）

（９）妊娠分娩と生殖器疾患

B ①妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）
②女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む。）、不正性器出血、更年期障害、外陰・腟・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）
B ③男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）

（１０）内分泌・栄養・代謝系疾患

①視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）
②甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）
③副腎不全
A ④糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）
B ⑤高脂血症
⑥蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）

（１１）眼・視覚系疾患

B ①屈折異常（近視、遠視、乱視）
B ②角結膜炎
B ③白内障
B ④緑内障
⑤糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化

（１２）耳鼻・咽喉・口腔系疾患

B ①中耳炎
②急性・慢性副鼻腔炎
B ③アレルギー性鼻炎
④扁桃の急性・慢性炎症性疾患
⑤外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物

（１３）精神・神経系疾患

①症状精神病
A②認知症（血管性認知症を含む。）
③アルコール依存症
A④気分障害（うつ病、躁うつ病を含む。）
A⑤統合失調症（精神分裂病）
⑥不安障害（パニック症候群）
B⑦身体表現性障害、ストレス関連障害

（１４）感染症

B①ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎）
B②細菌感染症（ブドウ球菌、ＭＲＳＡ、Ａ群レンサ球菌、クラミジア）
B③結核
④真菌感染症（カンジダ症）
⑤性感染症
⑥寄生虫疾患

（１５）免疫・アレルギー疾患

①全身性エリテマトーデスとその合併症
B②慢性関節リウマチ
B③アレルギー疾患

（１６）物理・化学的因子による疾患

①中毒（アルコール、薬物）
②アナフィラキシー
③環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）
B④熱傷

（１７）小児疾患

B①小児けいれん性疾患
B②小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ）
③小児細菌感染症
B④小児喘息
⑤先天性心疾患

（１８）加齢と老化

B①高齢者の栄養摂取障害
B②老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）

C　特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。

（１）救急医療

生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、

1）バイタルサインの把握ができる。
2）重症度及び緊急度の把握ができる。
3）ショックの診断と治療ができる。
4）二次救命処置（ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む。)ができ、一次救命処置（BLS = Basic Life Support）を指導できる。
　※ ACLS は、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLS には、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。
5）頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
6）専門医への適切なコンサルテーションができる。
7）大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

必修項目　　救急医療の現場を経験すること

（２）予防医療

予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、

1）食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネージメントができる。
2）性感染症予防、家族計画を指導できる。
3）地域・産業・学校保健事業に参画できる。
4）予防接種を実施できる。

必修項目　　予防医療の現場を経験すること

（３）地域医療

地域医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

1）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。
2）診療所の役割（病診連携への理解を含む。）について理解し、実践する。
3）へき地・離島医療について理解し、実践する。

必修項目 へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること

（４）周産・小児・成育医療

周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

1）周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。
2）周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。
3）虐待について説明できる。
4）学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
5）母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目	周産・小児・成育医療の現場を経験すること

（５）精神保健・医療

精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

1）精神症状の捉え方の基本を身につける。
2）精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
3）デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

必修項目	精神保健福祉センター、精神科病院等の精神保健・医療の現場を経験すること

（６）緩和ケア、終末期医療

緩和ケアや終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

1）心理社会的側面への配慮ができる。
2）治療の初期段階から基本的な緩和ケア（ＷＨＯ方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。
3）告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
4）死生観・宗教観などへの配慮ができる。

必修項目	臨終の立ち会いを経験すること

（７）地域保健

地域保健を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健の現場において、

1）保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む。）について理解し、実践する。
2）社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。

（別添２）医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言

医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言

１．はじめに

医師の臨床研修については、平成１２年の医師法の一部改正により、平成１６年４月より新たな臨床研修制度が開始され、昭和４３年のインターン制度廃止以来３６年ぶりに抜本的な改革が行われることとなった。すなわち、診療に従事しようとするすべての医師は、臨床研修を受けなければならない（必修化）こととされ、また、これに併せて、臨床研修の内容の検討を進め、医師が、適切な指導体制の下で、医師としての人格をかん養し、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることができるものとすることとされた。平成１８年３月には新たな臨床研修制度の下での最初の研修修了者が生まれようとしているところである。

医師の臨床研修の修了に関しては、研修管理委員会が、研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、単独型臨床研修病院又は管理型臨床研修病院の管理者（以下「管理者」という。）に対し、当該研修医の評価を報告しなければならないこととなっている。そして、管理者は研修管理委員会の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、臨床研修修了証を交付しなければならないこととなっている。

また、研修の中断については、管理者が研修管理委員会の勧告または本人の申し出に基づき判断を行うこととなる。

本提言は、研修管理委員会による研修医の評価及び管理者による研修の修了、未修了あるいは中断の基準等を示すことにより、その判断が適切に行われ、全国で臨床研修修了者の水準の確保が図られることを目的とするものである。

なお、臨床研修を行う大学病院においては、臨床研修の機会を提供するに当たって厚生労働大臣の指定を受けることを要しないが、全国で一定以上の臨床研修の水準を確保するためには、大学病院においても、本提言に示す基準に則って評価、修了、未

修了及び中断の判断を行うことが必要である。

２．修了の評価・認定についての基本的な考え方

各臨床研修病院の指定審査の際には、臨床研修協力施設を含む研修プログラムや指導体制等が、医師としての人格をかん養し、幅広く医師として必要な診療能力を身につけることができる内容であり、指定基準を満たしているということが既に確認されている。

従って、評価・認定に当たっては、各研修医があらかじめ定められた臨床研修の期間、研修プログラムに則った研修を行い、臨床研修の到達目標が達成されていれば臨床研修を修了したと認定することが適当である。

研修医の評価を行う際には、各分野における評価については担当指導医等が、研修期間を通じた評価についてはプログラム責任者が行い、最終的な評価を研修管理委員会が行う。そして、研修管理委員会の評価に基づいて、管理者が臨床研修の修了を認定することとなっている。臨床研修を実施している間、指導医等の研修医の指導にあたる者は、適宜、各研修医の研修の進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分を補い、あらかじめ定められた期間（２年）内に臨床研修を修了することができるよう配慮する必要がある。

研修修了の判断にあたっては、実際の研修実施期間の評価及び臨床研修の到達目標の達成度の評価に分けて評価を行う必要がある。なお、最終的な認定に当たっては絶対評価を用いることとすべきである。

３．評価・認定等における関係者の役割

３－１．指導医等

指導医は､自分の担当する各研修医ごとに臨床研修の到達目標の達成状況を把握し、担当分野の研修期間終了後に、研修医の評価をプログラム責任者に報告することとなっている。評価にあたって指導医は、研修医の指導を行った、あるいは研修医と共に業務を行った医師、看護師その他の職員と十分情報を共有し、それぞれの評価を把握

した上で、責任を持って評価を行うべきである。

また、指導医は研修医とよく意志疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める必要がある。

一方、研修医による指導医の評価も、指導医の資質の向上に資すると考えられることから、実施することが望ましい。

なお、臨床研修協力施設等における研修実施責任者や指導者についても、指導医と同様の役割を担うべきである。

３－２．プログラム責任者

プログラム責任者は、研修医ごとに臨床研修の到達目標の達成状況を把握し、研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の終了時までに、全ての研修医が臨床研修の到達目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、その研修期間の終了の際には、研修管理委員会に対して、研修医ごとに臨床研修の到達目標の達成状況を報告することとなっている。

プログラム責任者は、定期的に、さらに必要に応じて随時各研修医の研修の進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分についての研修が行えるよう指導医に情報提供する等、有効な研修が行えるよう配慮するべきである。

３－３．研修管理委員会

研修管理委員会は、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等臨床研修の実施の統括を行うこととされ、研修期間終了に際しては、研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の評価を報告しなければならないこととなっている。

また、同委員会は、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、管理者に対し、臨床研修の中断を勧告することができることとなっている。

同委員会においても、必要に応じて指導医やプログラム責任者から各研修医の研修進捗状況について情報提供を受ける等により、各研修医の研修進捗状況を把握、評価し、修了基準に不足している部分についての研修が行えるようプログラム責任者や指

導医に指導・助言する等、有効な研修が行えるよう配慮するべきである。

３－４．単独型・管理型臨床研修病院の管理者

管理者は、責任をもって、受け入れた研修医についてあらかじめ定められた研修期間内に臨床研修が修了できるよう努めるべきである。

管理者は、研修管理委員会の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは速やかに臨床研修修了証を交付し、修了していないと認めるときは、速やかに当該研修医に対して、理由を付してその旨を文書で通知しなければならないこととされている。

また、管理者は研修管理委員会の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができるが、中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに当該研修医に対して臨床研修中断証を交付しなければならないこととされている。なお、このような場合においても、管理者は当該研修医に対し、適切な進路指導を行うべきである。

４．評価方法

４ー１．研修期間中の評価

研修期間中の評価は形成的評価をもって行うことが重要であり、各研修医の研修内容を改善することを主な目的とする。

各研修医及び指導医は「臨床研修の到達目標」に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行う必要がある。

研修の進捗状況の記録については、研修医手帳を利用するほか、インターネットを用いた評価システムなどの活用も考えられる。

指導医等は定期的に、さらに必要に応じて随時研修の進捗状況の把握・評価を行い、各研修医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮すると共に、評価結果を研修医にも知らせ、研修医、指導スタッフ間で評価を共有し、より効果的な研修へとつなげるべきである。

４－２．研修期間終了時の評価

研修期間終了時の評価は総括的評価をもって行い、各研修医の臨床研修修了の判断を行うことをその目的とする。

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報告する。その報告に基づき、研修管理委員会は研修の修了認定の可否についての評価を行う。

評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の到達目標の達成度の評価（経験目標等の達成度の評価、臨床医としての適性の評価）に分けて行い、両者の基準が満たされた時に修了と認めるべきである。

５．臨床研修の修了基準

５－１．研修実施期間の評価

研修医は、２年間の研修期間について、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ修了と認められるべきではない。

（１）休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児、その他正当な理由（研修プログラムで定められた年次休暇を含む）とするべきである。

（２）必要履修期間等についての基準

研修期間（２年間）を通じた休止期間の上限は９０日（研修機関（施設）において定める休日は含めない）とするべきである。

各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、選択科目の期間を利用する等により、あらかじめ定められた臨床研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めるべきである。

（３）休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修の休止期間が９０日を超える場合には未修了とするべきである。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、９０日を超えた日数分以上の日数の研修を行うことが必要である。

また、基本研修科目又は必修科目で必要履修期間を満たしていない場合にも、未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修を行うことが必要である。

（４）その他

プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行うべきである。研修医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして、対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた臨床研修期間内に研修を修了できるように努めるべきである。

５－２．臨床研修の到達目標（臨床医としての適性を除く）の達成度の評価

研修の達成度の評価においては、あらかじめ定められた研修期間を通じ、各到達目標について達成したか否かの評価を行い、少なくともすべての必修項目について目標を達成しなければ、修了として認めるべきではない。

個々の到達目標については、研修医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に当該項目を達成したと考えるべきである。

５－３．臨床医としての適性の評価

管理者は、研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めるべきではない。

なお、臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、極めて慎重な検討が必要である。原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度が著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うことは困難である。少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望まし

い。

（1）安心、安全な医療の提供ができない場合

医療安全の確保が危ぶまれる、あるいは患者との意志疎通に欠け不安感を与える場合等には、まず、指導医が中心となって、当該研修医が患者に被害を及ぼさないよう十分注意しながら、指導・教育すべきである。十分な指導にも関わらず、改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ないものとする。

一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない、チーム医療を乱す等の問題に関しては、まず当該臨床研修病院において、十分指導・教育すべきである。原則としてあらかじめ定められた臨床研修期間を通して指導・教育し、それでもなお、医療の適切な遂行に支障を来す場合には、未修了もしくは中断とすることもやむを得ないものとする。

また、重大な傷病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれる、あるいは患者に不安感を与える等の場合にも未修了、中断の判断もやむを得ない。なお、傷病又はそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、管理者は、当該研修医が中断をして病院を移ることを可能とすべきである。

（2）法令・規則が遵守できない者

医道審議会の処分対象となる者の場合には、「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」の議論に基づく再教育を行うことになる。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ないものとする。

6．臨床研修の中断・未修了について

6－1．基本的な考え方

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムに

定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することをいうものであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものである。

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に未修了や中断の扱いを行うべきではない。

やむを得ず研修の中断や未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握する必要がある。さらに、研修医が臨床研修を継続できる方法がないか検討し、研修医に対し必要な支援を行う必要がある。

これらを通じて、中断・未修了という判断に至る場合にも当該研修医が納得するよう努めるべきである。なお、この様な場合においては、経緯や状況等の記録を残しておくべきである。また、必要に応じて事前に地方厚生局に相談をするべきである。

６－２．中断

（１）基準

中断には、「研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合」と「研修医から管理者に申し出た場合」の２通りある。

管理者が臨床研修の中断を認めるには、以下のようなやむを得ない場合に限るべきであり、例えば、臨床研修病院または研修医による不満のように、改善の余地があるものは認めるべきではない。

① 当該臨床研修病院の廃院、指定取り消しその他の理由により、当該研修病院が認定を受けた研修プログラムの実施が不可能な場合

② 研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても改善が不可能な場合

③　妊娠、出産、育児、傷病等の理由により研修を長期にわたり休止し、そのため修了に必要な研修実施期間を満たすことができない場合であって、研修を再開するときに、当該研修医の履修する研修プログラムの変更、廃止等により同様の研修プログラムに復帰することが不可能であると見込まれる場合

④　その他正当な理由がある場合

（２）中断した場合

管理者は、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して臨床研修中断証を交付しなければならない。この時、管理者は、研修医の求めに応じて、他の臨床研修病院を紹介する等臨床研修の再開のための支援を行う必要がある。また、管理者は中断した旨を所管の地方厚生局に報告する必要がある。

（３）臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができるが、研修再開の申し込みを受けた臨床研修病院の管理者は、研修の修了基準を満たすための研修スケジュール等を地方厚生局に提出する必要がある。

６－３．未修了

未修了とした場合、当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医１人当たりの研修医数や研修医１人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分な配慮が必要である。

また、この時、管理者は、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための研修スケジュールを地方厚生局に提出する必要がある。

平成 22 年度厚生労働科学研究

行政政策研究分野　厚生労働科学特別研究事業

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

平成 22 年度　総括研究報告書〈抜粋〉

研究代表者　桐野髙明

（国立国際医療研究センター　総長）

平成２３年５月

〇研究代表者

桐野　髙明	独立行政法人国立国際医療研究センター総長

〇研究分担者

大滝　純司	東京医科大学医学教育学講座/総合診療科主任教授
小川　彰	岩手医科大学学長
北村　聖	東京大学医学教育国際協力研究センター教授
斎藤　宣彦	日本歯科大学附属病院内科客員教授
西澤　寛俊	社会医療法人恵和会西岡病院理事長
福井　次矢	聖路加国際病院院長
山下　英俊	山形大学医学部長

〇研究協力者

岩﨑　榮	ＮＰＯ法人卒後臨床研修評価機構専務理事
田中　雄二郎	東京医科歯科大学大学院医学部附属病院副病院長
長谷川　仁志	秋田大学総合地域医療推進学講座寄附講座教授

Ⅱ．研究項目

（１）初期臨床研修を修了した医師に対するアンケート調査

目的）

新医師臨床研修制度を客観的に評価するため、新制度および旧制度での臨床研修を修了した医師に対してアンケート調査を行う。回答結果を旧・新制度別、診療科別などで分析することにより、現行の臨床研修の到達目標の運用、制度見直しの評価、並びに次回の制度見直しのための基礎資料とする。

方法）

〇実施期間は、２０１１年３月４日～２０１１年３月２５日

〇調査対象者は、

・新制度下の臨床研修修了者（平成１６～１９年卒業の医師）

・新制度前の臨床研修修了者（平成１３～１５年卒業の医師）

〇アンケート調査票は、80の大学病院と190の臨床研修病院を通じて、調査対象者へ配布

なお、本アンケート調査は、調査票の内容については全国医学部長病院長会議（AJMC）と調整をして同一の調査票とするなど、AJMC と共同で実施した。AJMC では、全国の医科大学附属病院（114 病院）に勤務する平成 10 年～20 年卒業の医師を対象としている。

※詳細は、別添「臨床研修に関するアンケート調査 配布方法」を参照

結果）

A）回答病院数/配布病院数：192/270＝71.1%

臨床研修病院：121/190＝63.7%

大学病院：70/80＝87.5%

B）回答医師数(1188)/配布対象医師数(2538)＝45.9%

臨床研修病院：628/1214 人＝51.7%

大学病院：560/1324 人＝42.3%

※回収率は５月２５日現在での回収率。配布対象数について記載がない病院については、B から除外している。該当する病院は、大学病院のみの 5 病院（回収数 38 枚）。

〇主な集計結果

現在の主たる診療科の項目では、新制度で研修を受けた医師（新制度の医師）のうち、産婦人科（産科・婦人科含む）については 7.4%、外科・消化器外科については 9.7%、小児科については 6.9%、麻酔科については 6.8%が選択している。

新幹線や航空機内で急病人が出た際に、医師として名乗り出るかについては、新制度の医師の 53.2%、旧制度の医師の 46.2%が名乗り出ると回答している。

学位の取得については、新制度の医師の 2.5%が、旧制度の医師の 29.6%が学位を取得しており、新制度の医師の 40.5%が、旧制度の医師の 47.4%が、学位取得を目指している。

学位に関しては、臨床研修を行った病院の種別に見ると、卒業した大学の大学病院で研修を行った医師の 59.6%、卒業大学以外の大学病院で研修を行った医師の 51.6%、臨床研修病院で研修を行った医師の 39.8%が、学位を取得している、又は目指している。（クロス集計問 15-2×問 6）

医局の入局状況別に見ると、卒業大学の医局に入局している医師の 63.9%、卒業大学以外の医局に入局している医師の 46.0%、医局に入局していない医師の 18.0%が、学位を取得している、又は目指している。（クロス集計問 15-2×問 13）

新制度下の研修医の各診療科における平均ローテート期間は、内科 7.9 ヶ月、小児科 2.0 ヶ月、精神科 1.3 ヶ月、外科 3.7 ヶ月、産婦人科 1.6 ヶ月、麻酔科 2.3 ヶ月、救急 1.9 ヶ月などとなっている。

最適な臨床研修の期間については、新制度の医師の 51.1%、旧制度の医師の 50.0%が、「現行（2 年以上）」を選択している。また、新制度の医師の 34.8%、旧制度の医師の 30.0%が「1 年以上 2 年未満」を、新制度の 8.7%、旧制度の 10%が「1 年未満」を、新制度の 5.2%、旧制度の 8.9%が「不要」を選択している。

自身の受けた臨床研修への満足度については、旧制度で 3.7 点、新制度で 3.8 点である。

自身が臨床研修を行った病院の改善すべき点では、新制度の医師では、多くの診療科をローテ―トするため深く学べなかった（30.3%）、シミュレーターや図書など機器や設備が充実していなかった（20.1%）、手技を豊富に経験出来なかった点（19.8%）、と答える医師が多かった。旧制度の医師では、研修プログラムが充実していなかった（23.8%）、多くの診療科を選択出来なかった（22.1%）、手技を豊富に経験出来なかった（19.8%）、と答える医師が多かった。

医学生では指導医の指導のもとでも実施が無理と考えている３基本的手技、胸腔・腹腔穿刺法（新制度 69.3%、旧制度 68.1%）、腰椎穿刺法（新制度 62.6%、旧制度 65.5%）、気管挿管（新制度 56.6%、旧制度 58.1%）については高い割合であった

が、それ以外の１６の手技については、指導医のもとでも無理と考えている医師が35%未満であった。

考察・結論）

本調査の実施期間中に東日本大震災が発生したため、回収率への影響が見られるが、本調査により、今後の臨床研修制度の評価および見直しに必要な基礎的資料の一部を提供出来たと考える。

今後の評価にあたっては、同様の調査を数年ごとに継続的に行うことや、新たな論点について、別の調査・研究を実施することが考えられる。例えば、本調査の設問にある「最適な臨床研修の期間」について、解釈には注意が必要である。今後設問自体の改善が望ましい。

本調査結果については、様々な視点からの評価が必要であり、今後の議論に委ねたい。

平成 23 年 3 月 2 日

臨床研修に関するアンケート調査

実施要領

平成 22 年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

1. 調査の目的

・ 初期臨床研修での経験と将来の診療との関係を把握するため、初期臨床研修を修了して数年経過した医師が、現在の立場から自らが受けた初期研修を振り返って行う評価を調査する。

2. 調査の期日

・ 全国医学部長病院長会議との調整をふまえて、年度内の実施を目途とする

3. 調査の対象

・ 新制度下の臨床研修修了者（医籍登録後概ね 4～7 年目）

・ 新制度前の臨床研修修了者（医籍登録後概ね 8～10 年目）

※当該病院に在籍して、週に 3 日以上診療・研究に従事している医師のみを対象とする

4. 調査の方法

・ 配布方法

- 全国の医師に病院を通じて配布する。
- 大学病院は、80 の大学病院に配布する。
- 臨床研修病院は、190 病院へ配布する。
- 配布数の見込みは、1 大学あたり 20 人で 1600 人、1 市中病院あたり平均 14 人で 2660 人、合計約 4260 人。（※新制度・旧制度修了者に同数ずつ配布）

※詳細は、別添「臨床研修に関するアンケート調査　配布方法」を参照

・ 回収方法

対象の医師が個々に記入した後、封をして病院の事務担当者に渡す。

5. 調査の事項

・ 記入者自身について

卒業医学部、出身都道府県、研修病院、現在勤務している都道府県など

・　臨床研修について

研修診療科について、研修病院に対する考えなど

・　その他

基本的手技について、研修を行う場所の選択についてなど

6.　調査票の送付

・　病院の事務担当者がとりまとめて研究班へ送付する。回答の締め切りは 3 月 25 日必着とする。

7.　調査結果の使用

・　集計は本研究班で行い、調査結果は報告書としてまとめると共に、厚生労働省が臨床研修制度の評価を行うにあたっての基礎資料として提供する

別添

※資料については、代表的なものを掲載している

臨床研修に関するアンケート調査

配布方法

平成 22 年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

8. 調査の対象

・ 新制度下の臨床研修修了者（平成 16～19 年卒業）

・ 新制度前の臨床研修修了者（平成 13～15 年卒業）

※週に３日以上、診療に従事している医師を対象とする

9. 配布対象の医師数

➢ 合計概ね 4200 枚

（ア）新制度下の臨床研修修了者：概ね 2400 枚（大学病院枚 900、研修病院 1500 枚）

（イ）新制度前の臨床研修修了者：概ね 1800 枚（大学病院 700 枚、研修病院 1100 枚）

※配布数→大学と研修病院の比率はおおよそ 1：1.7 目途とするとする。

30-39 歳における医育機関附属の病院勤務者及び病院勤務数の比率に応じて配分。（大学病院：21637 人、大学病院を除く病院： 36401 人「厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」）

10. 対象病院

・ 研修病院：947 病院×10%＝95 病院← 1 グループ

➢ 2 グループ 190 病院を調査対象

※調査対象となる医師に関しては、臨床研修病院の勤務医が、概ね大学病院を除く病院の勤務医を代表すると仮定してある。

・ 大学病院：114 病院×10%＝11 病院←1 グループ

➢ 7 グループ 80 病院を調査対象

11. 配布方法

① 研修病院（2 グループ）

（ア）X グループ：制度前（平成１３～１５年卒業の医師）

（イ）Y グループ：制度後（平成１６～１９年卒業の医師）

➢ 病院の抽出法は**別紙１参照**

② 大学病院（7 グループ）

（ア）1 グループ約 11 病院で、７つのグループを作成する。（グループ A,B,C,D,E,F,G）

- 大学病院の抽出法は**別紙２参照**

（イ）1 グループにつき、各年度を割り当てる。すなわち

- グループ A→平成１９年卒業
- グループ B→平成１８年卒業
- グループ C→平成１７年卒業
- ・
- ・
- グループ G→平成１３年卒業

③ 各病院は、割り当てられた年度の医師全てに、調査票を配布する

④ 病院のグループへの割り振りは、無作為に行う

（ア）〈研修病院 1 病院あたり予想回答数 14 名〉×95 病院×2 グループ＝2600 名が予想される

（イ）〈大学病院 1 病院あたり予想回答数 20 名〉×11 病院×7 グループ＝1600 名が予想される

厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

臨床研修に関するアンケート調査

研修病院	割り当て番号
グループＸ　旧制度研修修了者（卒後概ね８－１０年目）	研修病院グループ 7
グループＹ　新制度研修修了者（卒後概ね４－７年目）	研修病院グループ 2

（参考：臨床研修病院のグループ別による病院数と合計病床数）

番号	病床数	病院数
1	38824	95
2	37729	95
3	38410	95
4	38862	95
5	39537	95

番号	病床数	病院数
6	39477	95
7	39121	95
8	38446	94
9	38607	94
10	38043	94

大学病院	割り当て番号
グループＡ　新制度研修修了者（卒後4年目）	大学病院グループ 7
グループＢ　新制度研修修了者（卒後5年目）	大学病院グループ1
グループＣ　新制度研修修了者（卒後6年目）	大学病院グループ10
グループＤ　新制度研修修了者（卒後7年目）	大学病院グループ8
グループＥ　旧制度研修修了者（卒後8年目）	大学病院グループ4
グループＦ　旧制度研修修了者（卒後9年目）	大学病院グループ 9
グループＧ　旧制度研修修了者（卒後10年目）	大学病院グループ 3

（別紙１）

臨床研修病院の抽出方法

① 臨床研修病院を、地域のブロックごとに応じて分類する。（北海道、東北、関東信越・・・）

② 病床数に応じて並べた降順リストを、ブロックごとにつくる。

③ 作成した病院リストの病院に、上から順番に１，２，３・・・・と番号をふる。なお、１０までふったら、再度、１，２，３・・・と番号をふる。

④ X,Y どちらのグループに、どの番号の病院が入るかは、無作為に行う

X：番号８のグループ

Y：番号４のグループ

病院名	病床数	番号	ブロック
No１病院	150 床	1	北海道
No２病院	155 床	2	北海道
No３病院	162 床	3	北海道
・	・	・	・
No１０病院	190 床	10	北海道
No１１病院	191 床	1	北海道
No１２病院	198 床	2	北海道
・	・	・	・
No５２病院	1020 床	7	北海道
No５３病院	148 床	8	東北
No５４病院	149 床	9	東北
No５５病院	152 床	10	東北
No５６病院	160 床	1	東北
・	・	・	・

⑤ 各グループの研修病院に、調査票を配布する。

※番号ごとに整理された配布対象の臨床研修病院の一覧表は次頁参照

（別紙２）

大学病院の抽出法

① 大学病院を、以下のように分類する。各病院を、地理的に北から南へと順に並べてリストを作る
(ア) 国立大学病院（42 病院）
(イ) 公立大学病院（8 病院）
(ウ) 私立大学病院（29 病院）
(エ) その他の分院（35 病院）

② 国立～公立～私立～その他の分院まで、１、２，３，・・・と順番に番号をふる。なお、１０までふったら、再度、１，２，３・・・と番号をふる。

北海道	旭川医科大学病院	1
北海道	北海道大学病院	2
青森	弘前大学医学部附属病院	3
宮城	東北大学病院	4
	・	・
沖縄	琉球大学病院	2
北海道	札幌医科大学附属病院	3
・	・	・
和歌山	和歌山県立医科大学病院	10
岩手	岩手医科大学附属病院	1
・	・	・

③ どのグループに、どの番号の病院をあてはめるかを無作為に行う
(ア) グループＡ：番号５の病院
(イ) グループＢ：番号９の病院
(ウ) グループＣ：番号２の病院
(エ) グループＤ：番号３の病院
・
・
・

④ 各グループの大学病院に、調査票を配布する。
※番号ごとに整理された配布対象の大学病院一覧表は「大学病院の分類表」を参照

臨床研修に関するアンケート調査票

平成 23 年 2 月 28 日

平成 22 年度厚生労働科学研究　「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

このアンケート調査は、臨床研修を修了して数年経過した医師が、現在の立場から振り返って臨床研修に対しどのように考えているかを把握するため、厚生労働科学研究（主任研究者：桐野高明）が実施する調査です。**この研究班の結果は、厚生労働省に報告し、政策に反映させたいと考えています。**調査の趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますようお願いいたします。なお、病院名、大学名が特定されない方法で解析・公表します。

※　回答用紙のみを回収しますので、全て別紙回答欄にご記入下さい。

※　旧制度で臨床研修を受けた方は、その内容についてご記入下さい。

【個人について】

問 1　あなたは　臨床研修を新旧どちらの制度で受けられましたか。（新制度は H16 年 4 月より実施）

01　新制度（平成 16 年 3 月以降の卒業）　　02　旧制度（平成 15 年 3 月以前の卒業）

問 2　あなたの性別に該当する番号をご記入ください。

01　男性　　02　女性

問 3　あなたが**卒業した医学部**はどこですか。

（別紙：医学部の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する学校番号をご記入下さい）

問 4　あなたが**卒業した高校が所在する都道府県**はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問 5　あなたが**臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県**はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問 6　あなたが**臨床研修を行った主たる病院の種別**はどれですか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）

01 卒業した大学の大学病院　　02 卒業した大学以外の大学病院　　03　臨床研修病院

問 7　あなたが**臨床研修を受けた病院の病床数**はどれですか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）

01　～200 床未満　　02　200 床～300 床未満　　04　300 床～600 床未満　　05　600 床～

問 8　あなたの**専門医研修を行っている診療科**、または**現在の主たる診療科**はどれですか。

（選択肢の番号を１つお答え下さい）

（別紙：診療科の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する診療科番号をご記入下さい）

問 9　あなたが**現在勤務している都道府県**はどれですか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）
（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問 10　あなたが**現在勤務している主たる病院の種別**はどれですか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01　臨床研修を行った大学病院　02 その他の大学病院　03　臨床研修を行った病院　（大学病院を除く）
04　その他

問 11　現在、**診療科を特定しない救急当直**を行っていますか。
（全科当直、内科系当直、外科系当直などの１ヶ月あたりの回数）（選択肢の番号を１つお答えください）
※なお、眼科当直や小児科当直などの専門診療科を特定した当直の回数は含みません
01　上記にあてはまる当直業務は行ってない　02　１ヶ月あたり 0～1 回
03　１ヶ月あたり 2～3 回　04　１ヶ月あたり 4 回以上

問 12　現在、もし新幹線や航空機内で急病人が出た時に**医師であると名乗り出ますか。**
（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01　名乗り出る　02　名乗りでない　03　分からない

問 13　現在、あなたは**いわゆる大学の医局に入局**（大学の教室や講座に所属している場合など）していますか。
（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01 卒業大学の医局　02　卒業大学以外の医局　03　入局していない

問 14　あなたが取得している、又は今後取得を希望する専門医はどれですか。
（専門医一覧の選択肢から番号を 3 つ**まで**お答え下さい。
（別紙：専門医の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する専門医をご記入下さい。一覧に該当する専門医がない場合は「90　その他の専門医」を選択して、具体的な専門医の名称をご記入ください。）

問 15-1　現在、あなたは博士（医学）あるいは医学博士の学位を持っていますか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）→「01　学位を持っている」と回答した方は、問 15-3 へ進んでください。
「02　学位を持っていない」と回答した方は、問 15-2、問 15-3 にお答えください。
01　学位を持っている　02　学位を持っていない

問 15-2　現在、あなたは博士（医学）の学位取得をめざしていますか。（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01　学位取得をめざしている　02　学位取得をめざしていない

問 15-3　あなたは自分の学位が、現在、役立っていますか。（あるいは、将来、役立つと考えていますか）
（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01　大いに役立っている
（将来、大いに役立つと考えている）
02　どちらかと言うと役立っている
（将来、役立つと考えている）
03　どちらとも言えない
04　どちらかと言うと役立っていない
（将来、あまり役立たないと考えている）
05　役立っていない（将来、役立たないと考えている）

【臨床研修を振り返って】

問16　あなたが臨床研修でローテートした診療科とその評価についてお答えください。
※　ローテート月数はその他を入れて、合計して24ヶ月以上になるようにして下さい。
※　旧制度で研修をされた方には、医師免許取得後の2年間の研修の状況についてお答え下さい。
例）　眼科20ヶ月、麻酔科1ヶ月、救急1ヶ月、その他2ヶ月
※　評価に関しては「当該臨床科での臨床研修の経験が現在までに役立ったか」について、
（01　全く役立たなかった　02　役立たなかった　03　どちらとも言えない　04　役立った　05　大いに役立った）
から１つ選んでお答え下さい。
※　地域保健・医療については、研修を行った施設の種別を選択肢から選び、具体的名称を記入してください。
（01　診療所　02　病院　03　保健所　04　介護老人保健施設　05　社会福祉施設
06　赤十字社血液センター　07　検診・健診施設　08　その他）
※　回答用紙に掲載のある「内科、外科・・・・・地域保健・医療」以外の診療科については、
別紙の「診療科または基礎系の分野」の一覧の診療科の番号を、「その他の分野」の欄に記入して下さい。
※　研修した診療科が分からない場合は、「70.その他」に含めて下さい。

問17　現在の立場から振り返って、最適な臨床研修期間についてお答え下さい。（選択肢の番号を１つお答え下さい）
01　現行の期間（2年以上）　02　1年以上2年未満　03　1年未満　04　臨床研修は不要

問18　あなたの今の立場から考えて、あなたの受けた臨床研修に満足していますか。
（選択肢の番号を１つお答え下さい）。
満足していない　←　1　2　3　4　5　→　満足している

問19　あなたが臨床研修を行った病院で、**現在の立場から振り返って特に良かった点**についてあてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい。（複数回答）

01　指導医の数が豊富であった
02　研修医一人当たりの症例数が充実していた
03　手技を豊富に経験できた
04　将来希望する診療科の実態を把握できた
05　研修プログラムが充実していた
06　臨床研修後の進路の環境が整っていた
07　診療科同士の垣根が低かった
08　common disease を多く経験出来た
09　熱心な指導医がいた
10　シミュレーターや図書など機器や設備が充実していた
11　将来の進路に関わらず指導が丁寧だった
12　臨床病理検討会（CPC）が頻繁に開催されていた
13　他大学卒業の研修医と交流があった
14　多くの診療科をローテート出来た
15　その他（自由記述）

問20　あなたが臨床研修を行った病院で、**現在の立場から振り返って特に改善して欲しい点**についてあてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい。（複数回答）

01　指導医の数が少なかった
02　研修医一人当たりの症例数が少なかった
03　手技を豊富に経験できなかった
04　多くの診療科をローテーションするため深く学べなかった
05　研修プログラムが充実していなかった
06　臨床研修後の進路の環境が整っていなかった
07　診療科同士の垣根が高かった
08　common disease を多く経験出来なかった
09　熱心な指導医が少なかった
10　シミュレーターや図書など機器,設備が充実していなかった
11　将来進む診療科でないと研修への指導がおろそかになった
12　臨床病理検討会（CPC）が頻繁に開催されていなかった
13　他大学卒業の研修医と交流がなかった
14　卒前教育との連携が取れなかった
15　多くの診療科を選択出来なかった
16　その他（自由記述）

【研修内容について】

問21　以下の基本的手技のうち、医学生では指導医の指導のもとでも無理と考えられる手技に〇を記入してください。（複数回答）

01　気道確保を実施できる
02　人工呼吸を実施できる
03　心マッサージを実施できる
04　圧迫止血法を実施できる
05　包帯法を実施できる
06　注射法を実施できる
07　採血法を実施できる
08　穿刺法（腰椎）を実施できる
09　穿刺法（胸腔・腹腔）を実施できる
10　導尿法を実施できる
11　ドレーン・チューブ類の管理ができる
12　胃管の挿入と管理ができる
13　局所麻酔法を実施できる
14　創部消毒とガーゼ交換ができる
15　簡単な切開・排膿をできる
16　皮膚縫合法を実施できる
17　軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる
18　気管挿管を実施できる
19　除細動を実施できる
20　その他（自由記述）

問22　臨床研修を振り返って、どのような地域や病院で臨床研修を行うのが良いと考えますか。
（選択肢の番号を１つお答え下さい）

01　現行と同様に、全国から研修病院を選べるようにするのが良い
02　一定の広域地域（複数の都道府県にまたがる地域）の病院に限定するのがよい
03　卒業大学医学部の所在する都道府県内の病院に限定するのがよい
04　全員が卒業した大学病院で研修するのが良い
05　その他（自由記述）

問23　臨床研修に関して（期間・診療科・施設・卒前教育との関係・マッチングなど）自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

別紙

医学部の一覧

＜国立大学法人等＞		２２	三重大学医学部	＜公立大学・公立大学法人＞		７３	東邦大学医学部
０１	北海道大学医学部	２３	滋賀医科大学	５１	札幌医科大学	７４	日本大学医学部
０２	旭川医科大学	２４	京都大学医学部	５２	福島県立医科大学医学部	７５	日本医科大学
０３	弘前大学医学部	２５	大阪大学医学部	５３	横浜市立大学医学部	７６	北里大学医学部
０４	東北大学医学部	２６	神戸大学医学部	５４	名古屋市立大学医学部	７７	東海大学医学部
０５	秋田大学医学部	２７	鳥取大学医学部	５５	京都府立医科大学	７８	聖マリアンナ医科大学
０６	山形大学医学部	２８	島根大学医学部（島根医科大学）	５６	大阪市立大学医学部	７９	金沢医科大学
０７	筑波大学医学群	２９	岡山大学医学部	５７	奈良県立医科大学	８０	愛知医科大学
０８	群馬大学医学部	３０	広島大学医学部	５８	和歌山県立医科大学	８１	藤田保健衛生大学医学部（藤田学園保健衛生大学、名古屋保健衛生大学）
０９	防衛医科大学校	３１	山口大学医学部	＜私立大学＞		８２	大阪医科大学
１０	千葉大学医学部	３２	徳島大学医学部	６１	岩手医科大学	８３	関西医科大学
１１	東京大学医学部	３３	香川大学医学部（香川医科大学）	６２	自治医科大学	８４	近畿大学医学部
１２	東京医科歯科大学医学部	３４	愛媛大学医学部	６３	獨協医科大学	８５	兵庫医科大学
１３	新潟大学医学部	３５	高知大学医学部（高知医科大学）	６４	埼玉医科大学	８６	川崎医科大学
１４	富山大学医学部（富山医科薬科大学）	３６	九州大学医学部	６５	杏林大学医学部	８７	久留米大学医学部
１５	金沢大学医学部	３７	佐賀大学医学部（佐賀医科大学）	６６	慶應義塾大学医学部	８８	福岡大学医学部
１６	福井大学医学部（福井医科大学）	３８	長崎大学医学部	６７	順天堂大学医学部	８９	産業医科大学
１７	山梨大学医学部（山梨医科大学）	３９	熊本大学医学部	６８	昭和大学医学部	＜その他＞	
１８	信州大学医学部	４０	大分大学医学部（大分医科大学）	６９	帝京大学医学部	９８	認定及び予備試験
１９	岐阜大学医学部	４１	宮崎大学医学部（宮崎医科大学）	７０	東京医科大学		
２０	浜松医科大学	４２	鹿児島大学医学部	７１	東京慈恵会医科大学		
２１	名古屋大学医学部	４３	琉球大学医学部	７２	東京女子医科大学		

都道府県の一覧

０１	北海道	１３	東京都	２５	滋賀県	３７	香川県
０２	青森県	１４	神奈川県	２６	京都府	３８	愛媛県
０３	岩手県	１５	新潟県	２７	大阪府	３９	高知県
０４	宮城県	１６	富山県	２８	兵庫県	４０	福岡県
０５	秋田県	１７	石川県	２９	奈良県	４１	佐賀県
０６	山形県	１８	福井県	３０	和歌山県	４２	長崎県
０７	福島県	１９	山梨県	３１	鳥取県	４３	熊本県
０８	茨城県	２０	長野県	３２	島根県	４４	大分県
０９	栃木県	２１	岐阜県	３３	岡山県	４５	宮崎県
１０	群馬県	２２	静岡県	３４	広島県	４６	鹿児島県
１１	埼玉県	２３	愛知県	３５	山口県	４７	沖縄県
１２	千葉県	２４	三重県	３６	徳島県	４８	海外

診療科または基礎系の分野の一覧

０１	内　科	１１	リウマチ科	２１	消化器外科	３１	産婦人科
０２	呼吸器内科	１２	感染症内科	２２	泌尿器科	３２	産　科
０３	循環器内科	１３	小児科	２３	肛門外科	３３	婦人科
０４	消化器内科（胃腸内科）	１４	精神科	２４	脳神経外科	３４	リハビリテーション科
０５	腎臓内科	１５	心療内科	２５	整形外科	３５	放射線科
０６	神経内科	１６	外　科	２６	形成外科	３６	麻酔科
０７	糖尿病内科（代謝内科）	１７	呼吸器外科	２７	美容外科	３７	病理診断科
０８	血液内科	１８	心臓血管外科	２８	眼　科	３８	臨床検査科
０９	皮膚科	１９	乳腺外科	２９	耳鼻いんこう科	３９	救急科
１０	アレルギー科	２０	気管食道外科	３０	小児外科	４０	総合診療（科）

４１	解剖学	４４	薬理学	４７	微生物学	５０	行政機関
４２	生理学	４５	病理学	４８	寄生虫学	６０	地域保健・医療
４３	生化学	４６	法医学	４９	衛生学・公衆衛生学（国際保健含む）	７０	その他
						９９	未　　定

専門医一覧

０１	整形外科専門医	１１	総合内科専門医	２１	腎臓専門医
０２	皮膚科専門医	１２	外科専門医	２２	小児科専門医
０３	麻酔科専門医	１３	糖尿病専門医	２３	内分泌代謝科専門医
０４	放射線科専門医	１４	肝臓専門医	２４	消化器外科専門医
０５	眼科専門医	１５	感染症専門医	２５	超音波専門医
０６	産婦人科専門医	１６	救急科専門医	２６	細胞診専門医
０７	耳鼻咽喉科専門医	１７	血液専門医	２７	透析専門医
０８	泌尿器科専門医	１８	循環器専門医	２８	脳神経外科専門医
０９	形成外科専門医	１９	呼吸器専門医	２９	リハビリテーション専門医
１０	病理専門医	２０	消化器病専門医	３０	老年病専門医

３１	気管支鏡専門医	３６	婦人科腫瘍専門医	４１	周産期(新生児)専門医
３２	アレルギー専門医	３７	ペインクリニック専門医	４２	生殖医療専門医
３３	核医学専門医	３８	熱傷専門医	４３	小児神経専門医
３４	気管食道科専門医	３９	脳血管内治療専門医	４４	心療内科専門医
３５	大腸肛門病専門医	４０	がん薬物療法専門医	４５	一般病院連携精神医学専門医

９０	その他の専門医

後期研修医調査アンケート（回答用紙）

氏名	生年月
	昭和　　年　　月

問1	問2	問3	問4	問5	問6	問7	問8	問9	問10	問11	問12

問13	問14（3つまで選択）					問15-1	問15-2	問15-3
				90 その他の専門医の場合、右欄に名称をご記入下さい。				

問１６						
診療科		ローテートした月数	臨床研修に対する評価（当該診療科での経験が現在までに役立ったか）該当する番号を○で囲んで下さい				
内科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
外科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
救急科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
麻酔科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
小児科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
産婦人科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
精神科		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
地域保健・医療		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
		研修を行った施設	（施設の種別）				
			（具体的名称）				
その他の分野		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った
		ヶ月	01 全く役立たなかった	02 役立たなかった	03 どちらとも言えない	04 役立った	05 大いに役立った

注）

※ローテートした月数は「その他」を入れて合計24ヶ月以上になるようにしてください。（2週間は0.5ヶ月と記入してください。）
※旧制度で研修された方は、医師免許取得後の2年間の研修の状況についてお答え下さい
※研修した診療科が分からない場合は、「70.その他」に含めて下さい
※地域保健・医療については、研修を行った施設の種別を以下の選択肢から選び、具体的名称を記入してください。
（01 診療所　02 病院　03 保健所　04 介護老人保健施設　05 社会福祉施設
06 赤十字社血液センター　07 検診・健診施設　08 その他）
※回答用紙に掲載のある「内科、外科・・・地域保健・医療以外」以外の診療科については、「その他の分野」の欄に、別紙の「診療科または基礎系の分野の一覧」の診療科の番号を記入して下さい。

問 17	問 18

問 19								
（問１９　自由記述欄）								

問 20									（問 20　自由記述欄）

問 21　医学生では指導医の指導のもとでも無理と考えられる基本的手技の番号を、〇で囲んでください。

基本的手技	基本的手技
01　気道確保を実施できる	12　胃管の挿入と管理ができる
02　人工呼吸を実施できる	13　局所麻酔法を実施できる
03　心ﾏｯｻｰｼﾞを実施できる	14　創部消毒とガーゼ交換ができる
04　圧迫止血法を実施できる	15　簡単な切開・排膿をできる
05　包帯法を実施できる	16　皮膚縫合法を実施できる
06　注射法を実施できる	17　軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる
07　採血法を実施できる	18　気管挿管を実施できる
08　穿刺法（腰椎）を実施できる	19　除細動を実施できる
09　穿刺法（胸腔・腹腔）を実施できる	20　その他（自由記述欄）
10　導尿法を実施できる	
11　ドレーン・チューブ類の管理ができる	

問 22	（問 22　自由記述欄）

問 23
（期間・診療科・施設・卒前教育との関係・マッチングなど）

平成22年度厚生労働科学研究　「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

臨床研修に関するアンケート調査

単純集計結果

		全体		臨床研修修了者 旧制度(2)		臨床研修修了者 新制度(1)		臨床研修修了者 無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１　研修制度の新旧									
1	新制度（平成16年3月以降の卒業）	693	56.5%	－	－	693	100.0%		
2	旧制度（平成15年3月以前の卒業）	530	43.2%	530	100.0%	－	－		
	無回答	3						3	
	回答人数	1,223		530		693			
問２　性別									
1	男性	824	67.2%	393	74.2%	430	62.0%	1	
2	女性	399	32.5%	136	25.7%	263	38.0%		
	無回答	3	0.2%	1	0.2%		0.0%	2	
	回答人数	1,223		529		693		1	
問３　卒業大学の種別									
1	国立大学	667	54.4%	278	52.5%	388	56.0%	1	
2	公立大学	84	6.9%	44	8.3%	40	5.8%		
3	私立大学	465	37.9%	203	38.3%	262	37.8%		
4	海外の医学校(認定及び予備試験)	3	0.2%	3	0.6%	－	－		
	無回答	7	0.6%	2	0.4%	3	0.4%	2	
	回答人数	1,219		528		690		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問４　卒業した高校が所在する都道府県									
1	北海道	32	2.6%	10	1.9%	22	3.2%		
2	東北	54	4.4%	31	5.8%	23	3.3%		
3	関東信越	396	32.3%	154	29.1%	242	34.9%		
4	東海北陸	201	16.4%	92	17.4%	109	15.7%		
5	近畿	208	17.0%	85	16.0%	123	17.7%		
6	中国・四国	163	13.3%	76	14.3%	87	12.6%		
7	九州・沖縄	164	13.4%	78	14.7%	85	12.3%	1	
8	海外	5	0.4%	3	0.6%	2	0.3%		
	無回答	3	0.2%	1	0.2%		0.0%	2	
	回答人数	1,223		529		693		1	
問５　臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県									
1	北海道	48	3.9%	15	2.8%	33	4.8%		
2	東北	43	3.5%	25	4.7%	18	2.6%		
3	関東信越	415	33.8%	159	30.0%	256	36.9%		
4	東海北陸	220	17.9%	105	19.8%	115	16.6%		
5	近畿	210	17.1%	90	17.0%	120	17.3%		
6	中国・四国	118	9.6%	56	10.6%	62	8.9%		
7	九州・沖縄	162	13.2%	75	14.2%	86	12.4%	1	
8	海外	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	無回答	10	0.8%	5	0.9%	3	0.4%	2	
	回答人数	1,216		525		690		1	
問６　臨床研修を行った主たる病院の種別									
1	卒業した大学	552	45.0%	318	60.0%	233	33.6%	1	
2	卒業した以外の大学	221	18.0%	115	21.7%	106	15.3%		
3	臨床研修病院	447	36.5%	95	17.9%	352	50.8%		
	無回答	6	0.5%	2	0.4%	2	0.3%	2	
	回答人数	1,220		528		691		1	
問７　臨床研修を受けた病院の病床数									
1	～２００床未満	15	1.2%	3	0.6%	12	1.7%		
2	２００床～３００床未満	78	6.4%	24	4.5%	54	7.8%		
4	３００床～６００床未満	400	32.6%	128	24.2%	272	39.2%		
5	６００床～	717	58.5%	365	68.9%	351	50.6%	1	
	無回答	16	1.3%	10	1.9%	4	0.6%	2	
	回答人数	1,210		520		689		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問８ 専門医研修を行っている診療科又は、現在の主たる診療科									
	《内訳》								
1	内科	44	3.6%	14	2.6%	30	4.3%		
2	呼吸器内科	53	4.3%	28	5.3%	25	3.6%		
3	循環器内科	73	6.0%	34	6.4%	39	5.6%		
4	消化器内科(胃腸内科)	71	5.8%	33	6.2%	38	5.5%		
5	腎臓内科	29	2.4%	14	2.6%	15	2.2%		
6	神経内科	28	2.3%	18	3.4%	10	1.4%		
7	糖尿病内科（代謝内科）	36	2.9%	17	3.2%	19	2.7%		
8	血液内科	21	1.7%	7	1.3%	14	2.0%		
9	皮膚科	42	3.4%	21	4.0%	21	3.0%		
10	アレルギー科	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%		
11	リウマチ科	5	0.4%	4	0.8%	1	0.1%		
12	感染症内科	5	0.4%	3	0.6%	2	0.3%		
13	小児科	93	7.6%	45	8.5%	48	6.9%		
14	精神科	35	2.9%	11	2.1%	24	3.5%		
15	心療内科	3	0.2%	1	0.2%	2	0.3%		
16	外科	58	4.7%	14	2.6%	44	6.3%		
17	呼吸器外科	20	1.6%	8	1.5%	12	1.7%		
18	心臓血管外科	27	2.2%	12	2.3%	15	2.2%		
19	乳腺外科	9	0.7%	1	0.2%	8	1.2%		
20	気管食道外科	2	0.2%	0	0.0%	2	0.3%		
21	消化器外科	36	2.9%	13	2.5%	23	3.3%		
22	泌尿器科	36	2.9%	18	3.4%	18	2.6%		
23	肛門外科	2	0.2%	2	0.4%	0	0.0%		
24	脳神経外科	29	2.4%	16	3.0%	13	1.9%		
25	整形外科	81	6.6%	43	8.1%	38	5.5%		
26	形成外科	27	2.2%	9	1.7%	18	2.6%		
27	美容外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
28	眼科	48	3.9%	25	4.7%	23	3.3%		
29	耳鼻いんこう科	55	4.5%	29	5.5%	25	3.6%	1	
30	小児外科	4	0.3%	2	0.4%	2	0.3%		
31	産婦人科	69	5.6%	25	4.7%	44	6.3%		
32	産科	5	0.4%	2	0.4%	3	0.4%		
33	婦人科	4	0.3%	0	0.0%	4	0.6%		
34	リハビリテーション科	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%		
35	放射線科	35	2.9%	15	2.8%	20	2.9%		
36	麻酔科	65	5.3%	18	3.4%	47	6.8%		
37	病理診断科	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%		
38	臨床検査科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
39	救急科	27	2.2%	13	2.5%	14	2.0%		
40	総合診療（科）	17	1.4%	2	0.4%	15	2.2%		
41	解剖学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
42	生理学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
43	生化学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
44	薬理学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
45	病理学	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%		
46	法医学	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%		
47	微生物学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
48	寄生虫学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
49	衛生学・公衆衛生学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
50	行政機関	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
60	地域保健・医療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
70	その他	9	0.7%	7	1.3%	2	0.3%		
99	未定	7	0.6%	1	0.2%	6	0.9%		
	無回答	8	0.7%	3	0.6%	3	0.4%	2	
	回答人数	1218		527		690		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問９　現在、勤務している都道府県									
	《総合　研修月数》								
1	北海道	56	4.6%	19	3.6%	37	5.3%		
2	東北	35	2.9%	19	3.6%	16	2.3%		
3	関東信越	407	33.2%	159	30.0%	248	35.8%		
4	東海北陸	250	20.4%	118	22.3%	132	19.0%		
5	近畿	191	15.6%	85	16.0%	106	15.3%		
6	中国・四国	126	10.3%	60	11.3%	66	9.5%		
7	九州・沖縄	158	12.9%	69	13.0%	88	12.7%	1	
8	海外	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	無回答	3	0.2%	1	0.2%	0	0.0%	2	
	回答人数	1,223		529		693		1	
問１０ 現在、勤務している主たる病院の種別									
1	臨床研修を行った大学病院	426	34.7%	253	47.7%	173	25.0%		
2	その他の大学病院	195	15.9%	53	10.0%	142	20.5%		
3	臨床研修を行った病院（大学病院を除く）	136	11.1%	20	3.8%	116	16.7%		
4	その他	467	38.1%	204	38.5%	262	37.8%	1	
	無回答	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	
	回答人数	1,224		530		693		1	
問１１ 診療科を特定しない救急当直									
1	当直業務は行ってない	548	44.7%	250	47.2%	298	43.0%		
2	1ヶ月あたり０～１回	149	12.2%	67	12.6%	81	11.7%	1	
3	1ヶ月あたり２～３回	361	29.4%	156	29.4%	205	29.6%		
4	１ヶ月あたり４回以上	165	13.5%	56	10.6%	109	15.7%		
	無回答	3	0.2%	1	0.2%	0	0.0%	2	
	回答人数	1,223		529		693		1	
問１２ 新幹線や航空機内で急病人が出た時に医師として名乗り出るか									
1	名乗り出る	615	50.2%	245	46.2%	369	53.2%	1	
2	名乗りでない	137	11.2%	69	13.0%	68	9.8%		
3	分からない	467	38.1%	213	40.2%	254	36.7%		
	無回答	7	0.6%	3	0.6%	2	0.3%	2	
	回答人数	1,219		527		691		1	
問１３ 大学の医局に入局しているか									
1	卒業大学の医局	629	51.3%	321	60.6%	307	44.3%	1	
2	卒業大学以外の医局	398	32.5%	173	32.6%	225	32.5%		
3	入局していない	194	15.8%	35	6.6%	159	22.9%		
	無回答	5	0.4%	1	0.2%	2	0.3%	2	
	回答人数	1,221		529		691		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１４　取得している、又は今後取得を希望する専門医									
1	整形外科専門医	83	6.8%	44	8.3%	39	5.6%		
2	皮膚科専門医	41	3.3%	20	3.8%	21	3.0%		
3	麻酔科専門医	74	6.0%	22	4.2%	52	7.5%		
4	放射線科専門医	41	3.3%	17	3.2%	24	3.5%		
5	眼科専門医	43	3.5%	22	4.2%	21	3.0%		
6	産婦人科専門医	79	6.4%	29	5.5%	50	7.2%		
7	耳鼻咽喉科専門医	58	4.7%	28	5.3%	29	4.2%	1	
8	泌尿器科専門医	36	2.9%	19	3.6%	17	2.5%		
9	形成外科専門医	30	2.4%	11	2.1%	19	2.7%		
10	病理専門医	8	0.7%	1	0.2%	7	1.0%		
11	総合内科専門医	139	11.3%	51	9.6%	87	12.6%	1	
12	外科専門医	138	11.3%	44	8.3%	94	13.6%		
13	糖尿病専門医	54	4.4%	25	4.7%	29	4.2%		
14	肝臓専門医	24	2.0%	13	2.5%	11	1.6%		
15	感染症専門医	23	1.9%	9	1.7%	14	2.0%		
16	救急科専門医	54	4.4%	22	4.2%	32	4.6%		
17	血液専門医	27	2.2%	10	1.9%	17	2.5%		
18	循環器専門医	80	6.5%	39	7.4%	41	5.9%		
19	呼吸器専門医	60	4.9%	30	5.7%	30	4.3%		
20	消化器病専門医	96	7.8%	38	7.2%	58	8.4%		
21	腎臓専門医	34	2.8%	12	2.3%	22	3.2%		
22	小児科専門医	94	7.7%	45	8.5%	49	7.1%		
23	内分泌代謝科専門医	33	2.7%	14	2.6%	19	2.7%		
24	消化器外科専門医	58	4.7%	18	3.4%	40	5.8%		
25	超音波専門医	17	1.4%	9	1.7%	8	1.2%		
26	細胞診専門医	14	1.1%	5	0.9%	9	1.3%		
27	透析専門医	38	3.1%	15	2.8%	23	3.3%		
28	脳神経外科専門医	35	2.9%	19	3.6%	16	2.3%		
29	リハビリテーション専門医	19	1.5%	9	1.7%	10	1.4%		
30	老年病専門医	5	0.4%	2	0.4%	3	0.4%		
31	気管支鏡専門医	31	2.5%	16	3.0%	15	2.2%		
32	アレルギー専門医	31	2.5%	20	3.8%	11	1.6%		
33	核医学専門医	10	0.8%	4	0.8%	6	0.9%		
34	気管食道科専門医	9	0.7%	2	0.4%	7	1.0%		
35	大腸肛門病専門医	5	0.4%	1	0.2%	4	0.6%		
36	婦人科腫瘍専門医	18	1.5%	5	0.9%	13	1.9%		
37	ペインクリニック専門医	23	1.9%	3	0.6%	20	2.9%		
38	熱傷専門医	5	0.4%	2	0.4%	3	0.4%		
39	脳血管内治療専門医	20	1.6%	9	1.7%	11	1.6%		
40	がん薬物療法専門医	51	4.2%	23	4.3%	28	4.0%		
41	周産期(新生児)専門医	34	2.8%	13	2.5%	21	3.0%		
42	生殖医療専門医	11	0.9%	6	1.1%	5	0.7%		
43	小児神経専門医	12	1.0%	6	1.1%	6	0.9%		
44	心療内科専門医	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%		
45	一般病院連携精神医学専門医	10	0.8%	3	0.6%	7	1.0%		
90	その他の専門医	220	17.9%	100	18.9%	120	17.3%		
９０の内訳	漢方専門医	4	0.3%	2	0.4%	2	0.3%		
	神経内科専門医	26	2.1%	20	3.8%	6	0.9%		
	リウマチ専門医	11	0.9%	7	1.3%	4	0.6%		
	呼吸器外科専門医	12	1.0%	5	0.9%	7	1.0%		
	小児外科専門医	9	0.7%	3	0.6%	6	0.9%		
	消化器内視鏡専門医	19	1.5%	11	2.1%	8	1.2%		
	心臓血管外科専門医	17	1.4%	5	0.9%	12	1.7%		
	精神科専門医	13	1.1%	4	0.8%	9	1.3%		
	内視鏡専門医	16	1.3%	4	0.8%	12	1.7%		
	日本東洋医学会漢方専門医	3	0.2%	3	0.6%	0	0.0%		
	乳腺専門医	6	0.5%	3	0.6%	3	0.4%		
	臨床遺伝専門医	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%		
	分類不能	83	6.8%	32	6.0%	51	7.4%		
	無回答	51	4.2%	23	4.3%	26	3.8%	2	
	回答人数	1,175		507		667		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１５－１　博士（医学）あるいは医学博士の学位を持っているか									
1	学位を持っている	174	14.2%	157	29.6%	17	2.5%		
2	学位を持っていない	1,046	85.3%	369	69.6%	676	97.5%	1	
	無回答	6	0.5%	4	0.8%	0	0.0%	2	
	回答人数	1,220		526		693		1	
問１５－２　博士（医学）あるいは医学博士の学位取得を目指しているか									
1	学位取得をめざしている	449	42.9%	175	47.4%	274	40.5%		
2	学位取得をめざしていない	591	56.5%	192	52.0%	398	58.9%	1	
	無回答	6	0.6%	2	0.5%	4	0.6%		
	回答人数	1,040		367		672		1	
問１５－３　学位が、現在役立っているか（将来、役立つと考えているか）									
1	大いに役立っている	77	6.3%	32	6.0%	45	6.5%		
2	どちらかと言うと役立っている	262	21.4%	116	21.9%	146	21.1%		
3	どちらとも言えない	377	30.8%	163	30.8%	214	30.9%		
4	どちらかと言うと役立っていない	204	16.6%	97	18.3%	107	15.4%		
5	役立っていない	123	10.0%	59	11.1%	64	9.2%		
	無回答	183	14.9%	63	11.9%	117	16.9%	3	
	回答人数	1,043		467		576			

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１６－１ 診療科ローテート人数									
	《平均ローテート期間》								
1	内科	993	81.0%	297	56.0%	693	100.0%	3	
2	呼吸器内科	4	0.3%	0	0.0%	4	0.6%	0	
3	循環器内科	15	1.2%	3	0.6%	12	1.7%	0	
4	消化器内科(胃腸内科)	10	0.8%	2	0.4%	8	1.2%	0	
5	腎臓内科	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%	0	
6	神経内科	3	0.2%	2	0.4%	1	0.1%	0	
7	糖尿病内科（代謝内科）	2	0.2%	1	0.2%	1	0.1%	0	
8	血液内科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
9	皮膚科	122	10.0%	26	4.9%	95	13.7%	1	
10	アレルギー科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
11	リウマチ科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
12	感染症内科	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	0	
13	小児科	857	69.9%	173	32.6%	682	98.4%	2	
14	精神科	736	60.0%	53	10.0%	681	98.3%	2	
15	心療内科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
16	外科	843	68.8%	155	29.2%	686	99.0%	2	
17	呼吸器外科	8	0.7%	1	0.2%	7	1.0%	0	
18	心臓血管外科	9	0.7%	5	0.9%	4	0.6%	0	
19	乳腺外科	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	0	
20	気管食道外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
21	消化器外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
22	泌尿器科	52	4.2%	21	4.0%	31	4.5%	0	
23	肛門外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
24	脳神経外科	71	5.8%	23	4.3%	48	6.9%	0	
25	整形外科	129	10.5%	45	8.5%	84	12.1%	0	
26	形成外科	39	3.2%	14	2.6%	24	3.5%	1	
27	美容外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
28	眼科	65	5.3%	23	4.3%	42	6.1%	0	
29	耳鼻いんこう科	66	5.4%	27	5.1%	39	5.6%	0	
30	小児外科	7	0.6%	2	0.4%	5	0.7%	0	
31	産婦人科	767	62.6%	82	15.5%	683	98.6%	2	
32	産科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
33	婦人科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
34	リハビリテーション科	9	0.7%	3	0.6%	6	0.9%	0	
35	放射線科	184	15.0%	58	10.9%	125	18.0%	1	
36	麻酔科	952	77.7%	289	54.5%	661	95.4%	2	
37	病理診断科	27	2.2%	7	1.3%	20	2.9%	0	
38	臨床検査科	12	1.0%	6	1.1%	6	0.9%	0	
39	救急科	820	66.9%	242	45.7%	576	83.1%	2	
40	総合診療（科）	11	0.9%	4	0.8%	7	1.0%	0	
41	解剖学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
42	生理学	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	0	
43	生化学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
44	薬理学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
45	病理学	11	0.9%	0	0.0%	11	1.6%	0	
46	法医学	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%	0	
47	微生物学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
48	寄生虫学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
49	衛生学・公衆衛生学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
50	行政機関	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
60	地域保健・医療	706	57.6%	27	5.1%	678	97.8%	1	
70	その他	44	3.6%	7	1.3%	37	5.3%	0	
99	未定	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
	分類不能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
	無回答	19		18		1			
	回答人数	1,207		512		692		3	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１６－２ 診療科ローテート総月数									
	《内訳》								
1	内科	9173.0		3680.5		5470.5		22.0	
2	呼吸器内科	7.0		0.0		7.0		0.0	
3	循環器内科	52.5		23.0		29.5		0.0	
4	消化器内科(胃腸内科)	35.0		12.0		23.0		0.0	
5	腎臓内科	31.0		24.0		7.0		0.0	
6	神経内科	24.0		23.0		1.0		0.0	
7	糖尿病内科（代謝内科）	13.0		12.0		1.0		0.0	
8	血液内科	0.0		0.0		0.0		0.0	
9	皮膚科	343.5		182.5		160.0		1.0	
10	アレルギー科	0.0		0.0		0.0		0.0	
11	リウマチ科	0.0		0.0		0.0		0.0	
12	感染症内科	1.0		0.0		1.0		0.0	
13	小児科	2540.5		1128.5		1410.0		2.0	
14	精神科	1162.0		289.0		871.0		2.0	
15	心療内科	0.0		0.0		0.0		0.0	
16	外科	3757.8		1186.8		2565.0		6.0	
17	呼吸器外科	16.0		2.0		14.0		0.0	
18	心臓血管外科	51.5		41.5		10.0		0.0	
19	乳腺外科	2.0		0.0		2.0		0.0	
20	気管食道外科	0.0		0.0		0.0		0.0	
21	消化器外科	0.0		0.0		0.0		0.0	
22	泌尿器科	317.0		250.5		66.5		0.0	
23	肛門外科	0.0		0.0		0.0		0.0	
24	脳神経外科	322.0		229.0		93.0		0.0	
25	整形外科	667.5		480.0		187.5		0.0	
26	形成外科	158.5		92.0		65.5		1.0	
27	美容外科	0.0		0.0		0.0		0.0	
28	眼科	480.0		366.0		114.0		0.0	
29	耳鼻いんこう科	424.0		340.5		83.5		0.0	
30	小児外科	11.0		5.0		6.0		0.0	
31	産婦人科	1769.5		632.5		1135.0		2.0	
32	産科	0.0		0.0		0.0		0.0	
33	婦人科	0.0		0.0		0.0		0.0	
34	リハビリテーション科	26.0		18.0		8.0		0.0	
35	放射線科	531.7		287.7		240.0		4.0	
36	麻酔科	2794.0		1185.0		1604.5		4.5	
37	病理診断科	75.0		41.5		33.5		0.0	
38	臨床検査科	19.0		10.5		8.5		0.0	
39	救急科	2144.0		846.0		1295.5		2.5	
40	総合診療（科）	45.0		14.0		31.0		0.0	
41	解剖学	0.0		0.0		0.0		0.0	
42	生理学	2.0		0.0		2.0		0.0	
43	生化学	0.0		0.0		0.0		0.0	
44	薬理学	0.0		0.0		0.0		0.0	
45	病理学	17.5		0.0		17.5		0.0	
46	法医学	18.0		18.0		0.0		0.0	
47	微生物学	0.0		0.0		0.0		0.0	
48	寄生虫学	0.0		0.0		0.0		0.0	
49	衛生学・公衆衛生学	0.0		0.0		0.0		0.0	
50	行政機関	0.0		0.0		0.0		0.0	
60	地域保健・医療	865.0		97.0		767.0		1.0	
70	その他	166.5		74.0		92.5		0.0	
99	未定	0.0		0.0		0.0		0.0	
	分類不能	0		0		0		0	
	無回答	19		18		1			
	回答人数	1,207		512		692		3	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１６－３ 地域医療の種別									
60	地域保健・医療								
	《内訳》								
1	診療所	191	21.4%	3	8.3%	188	22.0%	0	
2	病院	200	22.4%	13	36.1%	187	21.9%	0	
3	保健所	191	21.4%	3	8.3%	188	22.0%	0	
4	介護老人保健施設	88	9.9%	2	5.6%	86	10.1%	0	
5	社会福祉施設	25	2.8%	2	5.6%	23	2.7%	0	
6	赤十字血液センター	18	2.0%	0	0.0%	18	2.1%	0	
7	検診・健診施設	20	2.2%	0	0.0%	20	2.3%	0	
8	その他	24	2.7%	0	0.0%	24	2.8%	0	
	無回答	185		9		175		1	
	回答人数(問１６－１で地域選択)	706		27		678		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１６－５　平均診療科ローテート月数(ローテート総月数/診療科研修医数) ※当該診療科をローテートした研修医は、どの程度ローテートしているか									
1	内科	9.24		12.39		7.89		7.33	
2	呼吸器内科	1.75				1.75			
3	循環器内科	3.50		7.67		2.46			
4	消化器内科(胃腸内科)	3.50		6.00		2.88			
5	腎臓内科	7.75		24.00		2.33			
6	神経内科	8.00		11.50		1.00			
7	糖尿病内科（代謝内科）	6.50		12.00		1.00			
8	血液内科								
9	皮膚科	2.82		7.02		1.68		1.00	
10	アレルギー科								
11	リウマチ科								
12	感染症内科	1.00				1.00			
13	小児科	2.96		6.52		2.07		1.00	
14	精神科	1.58		5.45		1.28		1.00	
15	心療内科								
16	外科	4.46		7.66		3.74		3.00	
17	呼吸器外科	2.00		2.00		2.00			
18	心臓血管外科	5.72		8.30		2.50			
19	乳腺外科	2.00				2.00			
20	気管食道外科								
21	消化器外科								
22	泌尿器科	6.10		11.93		2.15			
23	肛門外科								
24	脳神経外科	4.54		9.96		1.94			
25	整形外科	5.17		10.67		2.23			
26	形成外科	4.06		6.57		2.73		1.00	
27	美容外科								
28	眼科	7.38		15.91		2.71			
29	耳鼻いんこう科	6.42		12.61		2.14			
30	小児外科	1.57		2.50		1.20			
31	産婦人科	2.31		7.71		1.66		1.00	
32	産科								
33	婦人科								
34	リハビリテーション科	2.89		6.00		1.33			
35	放射線科	2.89		4.96		1.92		4.00	
36	麻酔科	2.93		4.10		2.43		2.25	
37	病理診断科	2.78		5.93		1.68			
38	臨床検査科	1.58		1.75		1.42			
39	救急科	2.61		3.50		2.25		1.25	
40	総合診療（科）	4.09		3.50		4.43			
41	解剖学								
42	生理学	2.00				2.00			
43	生化学								
44	薬理学								
45	病理学	1.59				1.59			
46	法医学	18.00		18.00					
47	微生物学								
48	寄生虫学								
49	衛生学・公衆衛生学								
50	行政機関								
60	地域保健・医療	1.23		3.59		1.13		1.00	
70	その他	3.78		10.57		2.50			
99	未定			0.0		0.0		0.0	
	分類不能			0		0		0	
	無回答	19		18		1			
	回答人数	1,207		512		692		3	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１６－６　平均診療科ローテート月数(ローテート総月数/研修医総数) ※当該診療科を研修医は、24ヶ月でどの程度ローテートしているか									
1	内科	7.60		7.19		7.91		7.33	
2	呼吸器内科	0.01		0.00		0.01		0.00	
3	循環器内科	0.04		0.04		0.04		0.00	
4	消化器内科(胃腸内科)	0.03		0.02		0.03		0.00	
5	腎臓内科	0.03		0.05		0.01		0.00	
6	神経内科	0.02		0.04		0.00		0.00	
7	糖尿病内科（代謝内科）	0.01		0.02		0.00		0.00	
8	血液内科	0.00		0.00		0.00		0.00	
9	皮膚科	0.28		0.36		0.23		0.33	
10	アレルギー科	0.00		0.00		0.00		0.00	
11	リウマチ科	0.00		0.00		0.00		0.00	
12	感染症内科	0.00		0.00		0.00		0.00	
13	小児科	2.10		2.20		2.04		0.67	
14	精神科	0.96		0.56		1.26		0.67	
15	心療内科	0.00		0.00		0.00		0.00	
16	外科	3.11		2.32		3.71		2.00	
17	呼吸器外科	0.01		0.00		0.02		0.00	
18	心臓血管外科	0.04		0.08		0.01		0.00	
19	乳腺外科	0.00		0.00		0.00		0.00	
20	気管食道外科	0.00		0.00		0.00		0.00	
21	消化器外科	0.00		0.00		0.00		0.00	
22	泌尿器科	0.26		0.49		0.10		0.00	
23	肛門外科	0.00		0.00		0.00		0.00	
24	脳神経外科	0.27		0.45		0.13		0.00	
25	整形外科	0.55		0.94		0.27		0.00	
26	形成外科	0.13		0.18		0.09		0.33	
27	美容外科	0.00		0.00		0.00		0.00	
28	眼科	0.40		0.71		0.16		0.00	
29	耳鼻いんこう科	0.35		0.67		0.12		0.00	
30	小児外科	0.01		0.01		0.01		0.00	
31	産婦人科	1.47		1.24		1.64		0.67	
32	産科	0.00		0.00		0.00		0.00	
33	婦人科	0.00		0.00		0.00		0.00	
34	リハビリテーション科	0.02		0.04		0.01		0.00	
35	放射線科	0.44		0.56		0.35		1.33	
36	麻酔科	2.31		2.31		2.32		1.50	
37	病理診断科	0.06		0.08		0.05		0.00	
38	臨床検査科	0.02		0.02		0.01		0.00	
39	救急科	1.78		1.65		1.87		0.83	
40	総合診療（科）	0.04		0.03		0.04		0.00	
41	解剖学	0.00		0.00		0.00		0.00	
42	生理学	0.00		0.00		0.00		0.00	
43	生化学	0.00		0.00		0.00		0.00	
44	薬理学	0.00		0.00		0.00		0.00	
45	病理学	0.01		0.00		0.03		0.00	
46	法医学	0.01		0.04		0.00		0.00	
47	微生物学	0.00		0.00		0.00		0.00	
48	寄生虫学	0.00		0.00		0.00		0.00	
49	衛生学・公衆衛生学	0.00		0.00		0.00		0.00	
50	行政機関	0.00		0.00		0.00		0.00	
60	地域保健・医療	0.72		0.19		1.11		0.33	
70	その他	0.14		0.14		0.13		0.00	
99	未定	0.00		0.00		0.00		0.00	
	分類不能			0		0		0.00	
	無回答	19		18		1			
	回答人数	1,207		512		692		3	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問１７　臨床研修の適切な期間									
1	現行の期間（２年以上）	620	50.6%	265	50.0%	354	51.1%	1	
2	１年以上２年未満	400	32.6%	159	30.0%	241	34.8%		
3	1年未満	113	9.2%	53	10.0%	60	8.7%		
4	臨床研修は不要	83	6.8%	47	8.9%	36	5.2%		
	無回答	10	0.8%	6	1.1%	2	0.3%	2	
	回答人数	1,216		524		691		1	
問１８　自身の受けた臨床研修への満足度									
1	５点　　（満足度　高）	318	25.9%	134	25.3%	184	26.6%		
2	４点	479	39.1%	202	38.1%	277	40.0%		
3	３点	268	21.9%	110	20.8%	158	22.8%		
4	２点	97	7.9%	46	8.7%	51	7.4%		
5	１点　　（満足度　低）	52	4.2%	31	5.8%	20	2.9%	1	
	無回答	12	1.0%	7	1.3%	3	0.4%	2	
	回答人数	1,214		523		690		1	
問１９　臨床研修を行った病院で良かった点									
1	指導医の数が豊富であった	494	40.3%	203	38.3%	291	42.0%		
2	研修医一人当たりの症例数が充実していた	480	39.2%	205	38.7%	275	39.7%		
3	手技を豊富に経験できた	589	48.0%	258	48.7%	331	47.8%		
4	希望する診療科の実態を把握できた	653	53.3%	250	47.2%	403	58.2%		
5	研修プログラムが充実していた	160	13.1%	44	8.3%	116	16.7%		
6	臨床研修後の進路の環境が整っていた	151	12.3%	65	12.3%	86	12.4%		
7	診療科同士の垣根が低かった	407	33.2%	112	21.1%	295	42.6%		
8	common diseaseを多く経験出来た	450	36.7%	137	25.8%	313	45.2%		
9	熱心な指導医がいた	538	43.9%	218	41.1%	320	46.2%		
10	シミュレーターや図書など機器や設備が充実していた	94	7.7%	33	6.2%	61	8.8%		
11	将来の進路に関わらず指導が丁寧だった	342	27.9%	94	17.7%	248	35.8%		
12	臨床病理検討会（CPC）が頻繁に開催されていた	91	7.4%	24	4.5%	67	9.7%		
13	他大学卒業の研修医と交流があった	291	23.7%	83	15.7%	208	30.0%		
14	多くの診療科をローテート出来た	408	33.3%	82	15.5%	326	47.0%		
15	その他（自由記述）	98	8.0%	45	8.5%	52	7.5%	1	
	無回答	26		17		7		2	
	回答人数	1,200		513		686		1	
問２０　臨床研修を行った病院で改善すべき点									
1	指導医の数が少なかった	115	9.4%	41	7.7%	74	10.7%		
2	研修医一人当たりの症例数が少なかった	97	7.9%	42	7.9%	55	7.9%		
3	手技を豊富に経験できなかった	243	19.8%	105	19.8%	137	19.8%	1	
4	多くの診療科をローテーションするため深く学べなかった	252	20.6%	42	7.9%	210	30.3%		
5	研修プログラムが充実していなかった	219	17.9%	126	23.8%	93	13.4%		
6	臨床研修後の進路の環境が整っていなかった	113	9.2%	44	8.3%	69	10.0%		
7	診療科同士の垣根が高かった	198	16.2%	90	17.0%	107	15.4%	1	
8	common diseaseを多く経験出来なかった	172	14.0%	75	14.2%	97	14.0%		
9	熱心な指導医が少なかった	104	8.5%	50	9.4%	54	7.8%		
10	シミュレーターや図書など機器や設備が充実していなかった	214	17.5%	75	14.2%	139	20.1%		
11	将来の進路に関わらず指導がおろそかになった	136	11.1%	39	7.4%	97	14.0%		
12	臨床病理検討会（CPC）が頻繁に開催されていなかった	106	8.6%	42	7.9%	64	9.2%		
13	他大学卒業の研修医と交流がなかった	152	12.4%	80	15.1%	72	10.4%		
14	卒前教育との連携が取れなかった	123	10.0%	49	9.2%	74	10.7%		
15	多くの診療科を選択出来なかった	165	13.5%	117	22.1%	47	6.8%	1	
16	その他（自由記述）	46	3.8%	19	3.6%	27	3.9%		
	無回答	205		96		107		2	
	回答人数	1,021		434		586		1	

		臨床研修修了者							
		全体		旧制度(2)		新制度(1)		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問２１　医学生では指導医の指導のもとでも無理と考えられる基本的手技									
1	気道確保を実施できる	161	13.1%	77	14.5%	83	12.0%	1	
2	人工呼吸を実施できる	140	11.4%	70	13.2%	69	10.0%	1	
3	マッサージを実施できる	75	6.1%	30	5.7%	44	6.3%	1	
4	圧迫止血法を実施できる	51	4.2%	15	2.8%	35	5.1%	1	
5	包帯法を実施できる	46	3.8%	13	2.5%	32	4.6%	1	
6	注射法を実施できる	206	16.8%	95	17.9%	110	15.9%	1	
7	採血法を実施できる	126	10.3%	51	9.6%	74	10.7%	1	
8	穿刺法（腰椎）を実施できる	782	63.8%	347	65.5%	434	62.6%	1	
9	穿刺法（胸腔・腹腔）を実施できる	842	68.7%	361	68.1%	480	69.3%	1	
10	導尿法を実施できる	149	12.2%	61	11.5%	87	12.6%	1	
11	ドレーン・チューブ類の管理ができる	375	30.6%	150	28.3%	224	32.3%	1	
12	胃管の挿入と管理ができる	297	24.2%	135	25.5%	161	23.2%	1	
13	局所麻酔法を実施できる	240	19.6%	107	20.2%	132	19.0%	1	
14	創部消毒とガーゼ交換ができる	54	4.4%	13	2.5%	40	5.8%	1	
15	簡単な切開・排膿をできる	320	26.1%	133	25.1%	186	26.8%	1	
16	皮膚縫合法を実施できる	348	28.4%	141	26.6%	206	29.7%	1	
17	簡単な切開・排膿をできる	188	15.3%	69	13.0%	118	17.0%	1	
18	気管挿管を実施できる	701	57.2%	308	58.1%	392	56.6%	1	
19	除細動を実施できる	370	30.2%	163	30.8%	206	29.7%	1	
20	その他（自由記述）	104	8.5%	45	8.5%	59	8.5%		
	無回答	176		64		110		2	
	回答人数	1,050		466		583		1	
問２２　臨床研修を行う場所									
1	全国から研修病院を選べる	879	71.7%	322	60.8%	557	80.4%		
2	一定の広域地域（複数の都道府県にまたがる地域）の病院に限定	126	10.3%	77	14.5%	48	6.9%	1	
3	卒業大学医学部の所在する都道府県内の病院に限定	92	7.5%	56	10.6%	36	5.2%		
4	全員が卒業した大学病院	38	3.1%	28	5.3%	10	1.4%		
5	その他（自由記述）	46	3.8%	24	4.5%	22	3.2%		
	無回答	45		23		20		2	
	回答人数	1,181		507		673		1	
問２３　臨床研修に関して（自由記述）									
	無回答	828		345		480		3	
	回答人数	398		185		213			

問16－4

合計（問1　無回答含む）		診療科別の臨床研修に対する評価（問16）						合計（ローテート人数)=100%	ローテート総月数（問16－2）
		01全く役立たなかった	02役立たなかった	03どちらとも言えない	04役立った	05大いに役立った	無回答		
実際にローテートした診療科（問16）	01内科	0.2%	0.9%	6.6%	43.1%	43.1%	6.0%	993	9173.0
	02呼吸器内科	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	0.0%	25.0%	4	7.0
	03循環器内科	6.7%	0.0%	6.7%	40.0%	40.0%	6.7%	15	52.5
	04消化器内科（胃腸内科）	0.0%	0.0%	10.0%	60.0%	20.0%	10.0%	10	35.0
	05腎臓内科	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	50.0%	0.0%	4	31.0
	06神経内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	3	24.0
	07糖尿病内科（代謝内科）	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	2	13.0
	08血液内科							0	0.0
	09皮膚科	0.8%	4.1%	9.8%	53.3%	26.2%	5.7%	122	343.5
	10ｱﾚﾙｷﾞｰ科							0	0.0
	11ﾘｳﾏﾁ科							0	0.0
	12感染症内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	1.0
	13小児科	2.8%	8.2%	18.4%	46.0%	21.4%	3.3%	857	2540.5
	14精神科	8.6%	13.5%	26.4%	37.9%	10.2%	3.5%	736	1162.0
	15心療内科							0	0.0
	16外科	0.7%	3.8%	10.8%	49.9%	30.8%	3.9%	843	3757.8
	17呼吸器外科	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	75.0%	0.0%	8	16.0
	18心臓血管外科	0.0%	11.1%	0.0%	11.1%	66.7%	11.1%	9	51.5
	19乳腺外科				100.0%			1	2.0
	20気管食道外科							0	0.0
	21消化器外科							0	0.0
	22泌尿器科	0.0%	1.9%	11.5%	44.2%	30.8%	11.5%	52	317.0
	23肛門外科							0	0.0
	24脳神経外科	0.0%	1.4%	4.2%	35.2%	53.5%	5.6%	71	322.0
	25整形外科	0.0%	3.1%	7.0%	40.3%	45.0%	4.7%	129	667.5
	26形成外科	0.0%	5.1%	0.0%	35.9%	56.4%	2.6%	39	158.5
	27美容外科							0	0.0
	28眼科	0.0%	7.7%	9.2%	36.9%	41.5%	4.6%	65	480.0
	29耳鼻咽喉科	0.0%	3.0%	1.5%	37.9%	54.5%	3.0%	66	424.0
	30小児外科	14.3%	0.0%	14.3%	57.1%	14.3%	0.0%	7	11.0
	31産婦人科	5.5%	11.7%	25.6%	39.2%	14.5%	3.5%	767	1769.5
	32産科							0	0.0
	33婦人科							0	0.0
	34ﾘﾊﾋﾞﾘ科	0.0%	0.0%	22.2%	66.7%	11.1%	0.0%	9	26.0
	35放射線科	0.0%	1.6%	5.4%	52.7%	36.4%	3.8%	184	531.7
	36麻酔科	0.7%	2.4%	8.3%	48.0%	36.4%	4.1%	952	2794.0
	37病理診断科	3.7%	3.7%	3.7%	40.7%	37.0%	11.1%	27	75.0
	38臨床検査科	0.0%	0.0%	8.3%	50.0%	25.0%	16.7%	12	19.0
	39救急科	1.3%	3.8%	8.4%	45.4%	37.7%	3.4%	820	2144.0
	40総合診療（科）	9.1%	18.2%	0.0%	45.5%	27.3%	0.0%	11	45.0
	41解剖学							0	0.0

42生理学	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	1	2.0
43生化学							0	0.0
44薬理学							0	0.0
45病理学	0.0%	0.0%	18.2%	36.4%	45.5%	0.0%	11	17.5
46法医学	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	18.0
47微生物学							0	0.0
48寄生虫学							0	0.0
49衛生・公衆衛生学							0	0.0
50行政機関							0	0.0
60地域保健・医療	12.0%	13.5%	29.0%	34.7%	10.8%	0.0%	706	865.0
70　その他	0.0%	4.5%	13.6%	25.0%	45.5%	11.4%	44	446.5
99未定							0	0.0
無回答						100.0%	19	
合計	245	478	1122	3290	2156	310	7,601	

新制度（問1　01）	診療科別の臨床研修に対する評価（問16）						合計（ローテート人数)=100%	ローテート総月数（問16－2）
	01全く役立たなかった	02役立たなかった	03どちらとも言えない	04役立った	05大いに役立った	無回答		
実際にローテートした診療科（問16）								
01内科	0.0%	0.9%	7.5%	46.2%	41.1%	4.3%	693	5470.5
02呼吸器内科	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	0.0%	25.0%	4	7.0
03循環器内科	8.3%	0.0%	8.3%	41.7%	33.3%	8.3%	12	29.5
04消化器内科（胃腸内科）	0.0%	0.0%	12.5%	62.5%	12.5%	12.5%	8	23.0
05腎臓内科	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	3	7.0
06神経内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	1.0
07糖尿病内科（代謝内科）	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	1	1.0
08血液内科							0	0.0
09皮膚科	1.1%	4.2%	10.5%	51.6%	26.3%	6.3%	95	160.0
10ｱﾚﾙｷﾞｰ科							0	0.0
11ﾘｳﾏﾁ科							0	0.0
12感染症内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	1.0
13小児科	3.2%	8.1%	20.1%	47.2%	17.7%	3.7%	682	1410.0
14精神科	8.2%	14.1%	27.5%	38.2%	8.7%	3.4%	681	871.0
15心療内科							0	0.0
16外科	0.6%	3.6%	11.4%	50.9%	29.9%	3.6%	686	2565.0
17呼吸器外科	0.0%	0.0%	14.3%	14.3%	71.4%	0.0%	7	14.0
18心臓血管外科	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	4	10.0
19乳腺外科				100.0%			1	2.0
20気管食道外科							0	0.0
21消化器外科							0	0.0
22泌尿器科	0.0%	3.2%	12.9%	41.9%	32.3%	9.7%	31	66.5
23肛門外科							0	0.0
24脳神経外科	0.0%	2.1%	4.2%	41.7%	45.8%	6.3%	48	93.0
25整形外科	0.0%	3.6%	7.1%	45.2%	40.5%	3.6%	84	187.5
26形成外科	0.0%	4.2%	0.0%	37.5%	58.3%	0.0%	24	65.5
27美容外科							0	0.0
28眼科	0.0%	9.5%	14.3%	38.1%	31.0%	7.1%	42	114.0
29耳鼻咽喉科	0.0%	5.1%	2.6%	43.6%	46.2%	2.6%	39	83.5
30小児外科	20.0%	0.0%	20.0%	40.0%	20.0%	0.0%	5	6.0
31産婦人科	6.0%	12.2%	26.8%	39.5%	12.2%	3.4%	683	1135.0
32産科							0	0.0
33婦人科							0	0.0
34ﾘﾊﾋﾞﾘ科	0.0%	0.0%	16.7%	66.7%	16.7%	0.0%	6	8.0
35放射線科	0.0%	0.8%	6.4%	56.0%	33.6%	3.2%	125	240.0
36麻酔科	0.8%	2.0%	9.1%	50.4%	33.7%	4.1%	661	1604.5
37病理診断科	5.0%	5.0%	5.0%	35.0%	40.0%	10.0%	20	33.5
38臨床検査科	0.0%	0.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%	6	8.5
39救急科	1.2%	3.5%	9.0%	46.9%	36.1%	3.3%	576	1295.5
40総合診療（科）	14.3%	0.0%	0.0%	71.4%	14.3%	0.0%	7	31.0

41解剖学							0	0.0
42生理学	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	1	2.0
43生化学							0	0.0
44薬理学							0	0.0
45病理学	0.0%	0.0%	18.2%	36.4%	45.5%	0.0%	11	17.5
46法医学							0	0.0
47微生物学							0	0.0
48寄生虫学							0	0.0
49衛生・公衆衛生学							0	0.0
50行政機関							0	0.0
60地域保健・医療	12.4%	13.9%	29.1%	34.2%	10.5%	0.0%	678	767.0
70　その他	0.0%	5.4%	16.2%	21.6%	43.2%	13.5%	37	174.0
99未定							0	0.0
無回答						100.0%	1	
合計	224	412	999	2638	1483	208	5964	

旧制度（問1　02）		診療科別の臨床研修に対する評価（問16）						合計（ローテート人数)=100%	ローテート総月数（問16－2）
		01全く役立たなかった	02役立たなかった	03どちらとも言えない	04役立った	05大いに役立った	無回答		
実際にローテートした診療科（問16）	01内科	0.3%	1.0%	4.7%	36.0%	47.8%	10.1%	297	3680.5
	02呼吸器内科							0	0.0
	03循環器内科	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	3	23.0
	04消化器内科（胃腸内科）	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	2	12.0
	05腎臓内科	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	1	24.0
	06神経内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	2	23.0
	07糖尿病内科（代謝内科）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	12.0
	08血液内科							0	0.0
	09皮膚科	0.0%	3.8%	7.7%	57.7%	26.9%	3.8%	26	182.5
	10ｱﾚﾙｷﾞｰ科							0	0.0
	11ﾘｳﾏﾁ科							0	0.0
	12感染症内科							0	0.0
	13小児科	1.2%	8.7%	12.1%	40.5%	35.8%	1.7%	173	1128.5
	14精神科	11.3%	5.7%	13.2%	34.0%	30.2%	5.7%	53	289.0
	15心療内科							0	0.0
	16外科	1.3%	4.5%	8.4%	45.8%	34.8%	5.2%	155	1186.8
	17呼吸器外科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	2.0
	18心臓血管外科	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	80.0%	0.0%	5	41.5
	19乳腺外科				100.0%			0	0.0
	20気管食道外科							0	0.0
	21消化器外科							0	0.0
	22泌尿器科	0.0%	0.0%	9.5%	47.6%	28.6%	14.3%	21	250.5
	23肛門外科							0	0.0
	24脳神経外科	0.0%	0.0%	4.3%	21.7%	69.6%	4.3%	23	229.0
	25整形外科	0.0%	2.2%	6.7%	31.1%	53.3%	6.7%	45	480.0
	26形成外科	0.0%	7.1%	0.0%	28.6%	57.1%	7.1%	14	92.0
	27美容外科							0	0.0
	28眼科	0.0%	4.3%	0.0%	34.8%	60.9%	0.0%	23	366.0
	29耳鼻咽喉科	0.0%	0.0%	0.0%	29.6%	66.7%	3.7%	27	340.5
	30小児外科	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	2	5.0
	31産婦人科	1.2%	8.5%	15.9%	35.4%	34.1%	4.9%	82	632.5
	32産科							0	0.0
	33婦人科							0	0.0
	34ﾘﾊﾋﾞﾘ科	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	3	18.0
	35放射線科	0.0%	3.4%	3.4%	44.8%	43.1%	5.2%	58	287.7
	36麻酔科	0.7%	3.5%	6.6%	42.6%	42.6%	4.2%	289	1185.0
	37病理診断科	0.0%	0.0%	0.0%	57.1%	28.6%	14.3%	7	41.5
	38臨床検査科	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	16.7%	16.7%	6	10.5
	39救急科	1.7%	4.5%	7.0%	41.7%	41.3%	3.7%	242	846.0
	40総合診療（科）	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	4	14.0

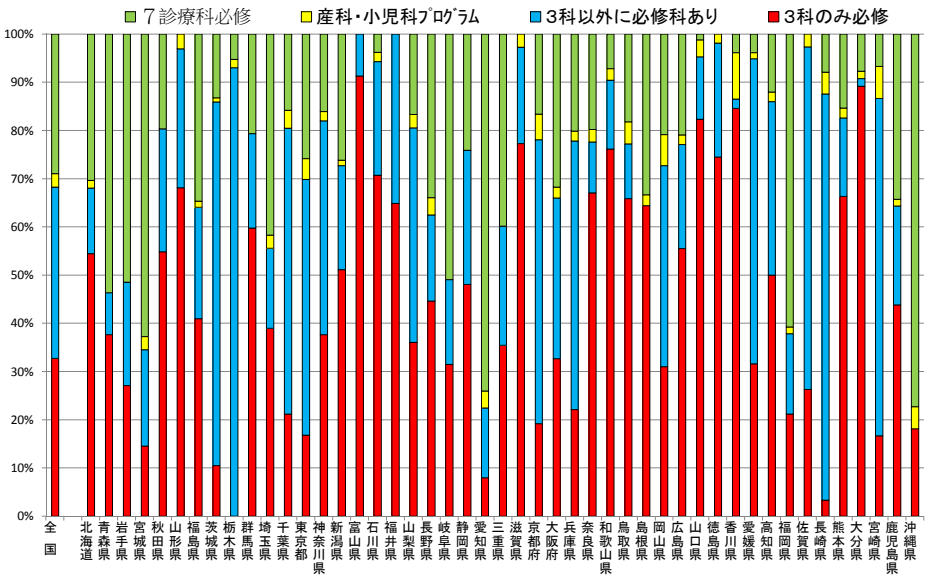
41解剖学							0	0.0
42生理学							0	0.0
43生化学							0	0.0
44薬理学							0	0.0
45病理学							0	0.0
46法医学	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1	18.0
47微生物学							0	0.0
48寄生虫学							0	0.0
49衛生・公衆衛生学							0	0.0
50行政機関							0	0.0
60地域保健・医療	3.7%	3.7%	29.6%	44.4%	18.5%	0.0%	27	97.0
70　その他	0.0%	0.0%	0.0%	42.9%	57.1%	0.0%	7	272.0
99未定							0	0.0
無回答						100.0%	18	
合計	19	66	123	639	669	102	1,618	

無回答（問1　無回答）		診療科別の臨床研修に対する評価（問16）						合計（ローテート人数）	ローテート総月数（問16－2）
		01全く役立たなかった	02役立たなかった	03どちらとも言えない	04役立った	05大いに役立った	無回答		
実際にローテートした診療科（問16）	01内科	1			1	1		3	22.0
	02呼吸器内科							0	0.0
	03循環器内科							0	0.0
	04消化器内科（胃腸内科）							0	0.0
	05腎臓内科							0	0.0
	06神経内科							0	0.0
	07糖尿病内科（代謝内科）							0	0.0
	08血液内科							0	0.0
	09皮膚科				1			1	1.0
	10ｱﾚﾙｷﾞｰ科							0	0.0
	11ﾘｳﾏﾁ科							0	0.0
	12感染症内科							0	0.0
	13小児科				2			2	2.0
	14精神科	1			1			2	2.0
	15心療内科							0	0.0
	16外科				1	1		2	6.0
	17呼吸器外科							0	0.0
	18心臓血管外科							0	0.0
	19乳腺外科							0	0.0
	20気管食道外科							0	0.0
	21消化器外科							0	0.0
	22泌尿器科							0	0.0
	23肛門外科							0	0.0
	24脳神経外科							0	0.0
	25整形外科							0	0.0
	26形成外科				1			1	1.0
	27美容外科							0	0.0
	28眼科							0	0.0
	29耳鼻咽喉科							0	0.0
	30小児外科							0	0.0
	31産婦人科				2			2	2.0
	32産科							0	0.0
	33婦人科							0	0.0
	34ﾘﾊﾋﾞﾘ科							0	0.0
	35放射線科				1			1	4.0
	36麻酔科				1	1		2	4.5
	37病理診断科							0	0.0
	38臨床検査科							0	0.0
	39救急科				1	1		2	2.5
	40総合診療（科）							0	0.0

41解剖学							0	0.0
42生理学							0	0.0
43生化学							0	0.0
44薬理学							0	0.0
45病理学							0	0.0
46法医学							0	0.0
47微生物学							0	0.0
48寄生虫学							0	0.0
49衛生・公衆衛生学							0	0.0
50行政機関							0	0.0
60地域保健・医療				1			1	1.0
70 その他							0	0.5
99未定								0.0
無回答								
合計	2	0	0	13	4	0	19	

事務局提出資料3

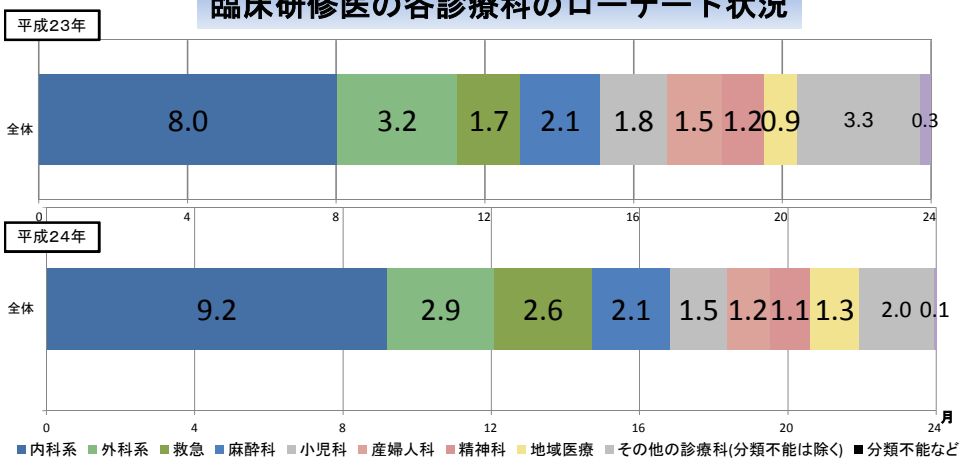
研修プログラムの状況について
（23年度研修の内定者）



1

臨床研修修了者アンケート調査結果

臨床研修医の各診療科のローテート状況



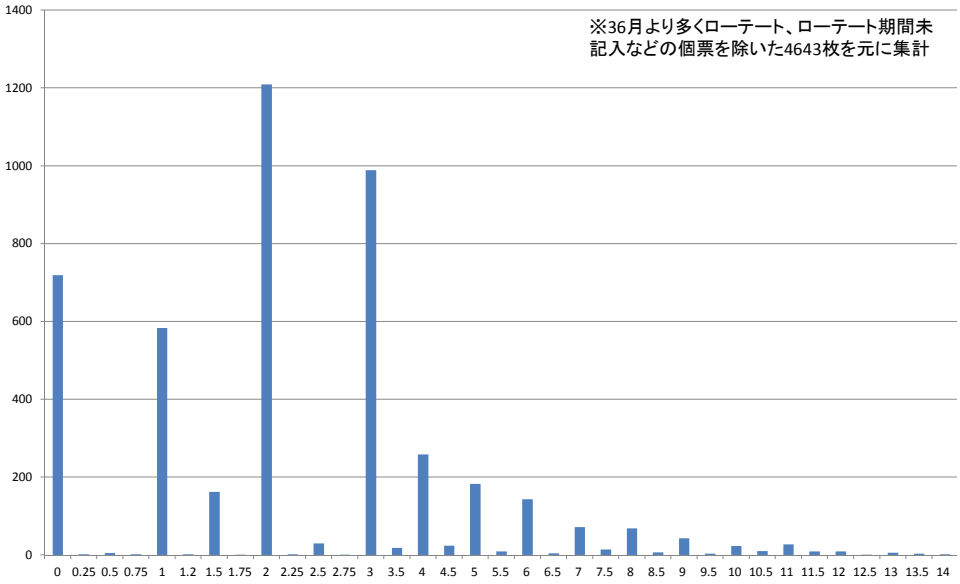
内科系・・・・・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、
リウマチ科、感染症内科、心療内科
外科系・・・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科
その他・・・・・放射線科（0.5ヶ月）、整形外科（0.4ヶ月）、脳神経外科（0.2ヶ月）、皮膚科（0.2ヶ月）、耳鼻咽喉科（0.2ヶ月） 等

2

ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

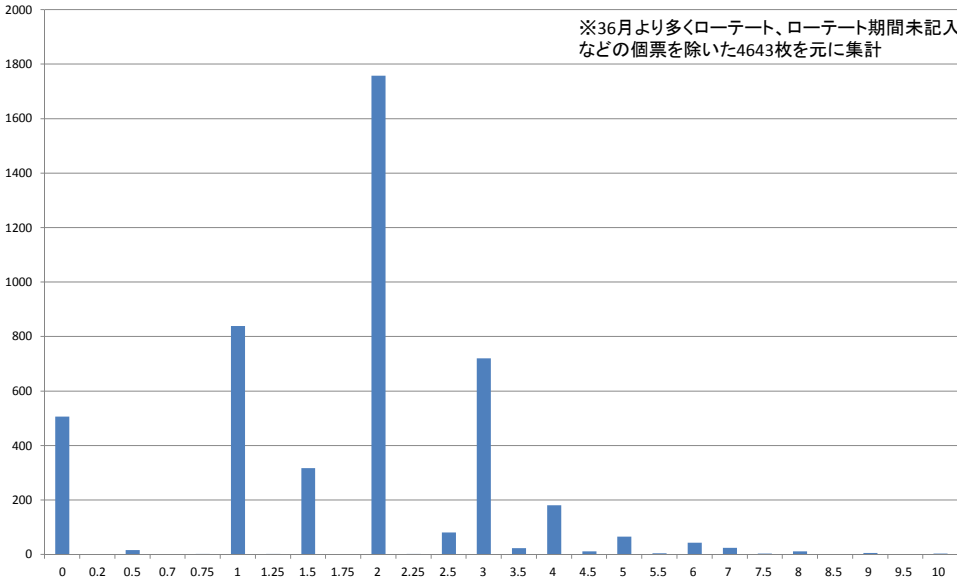
外科のみ



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

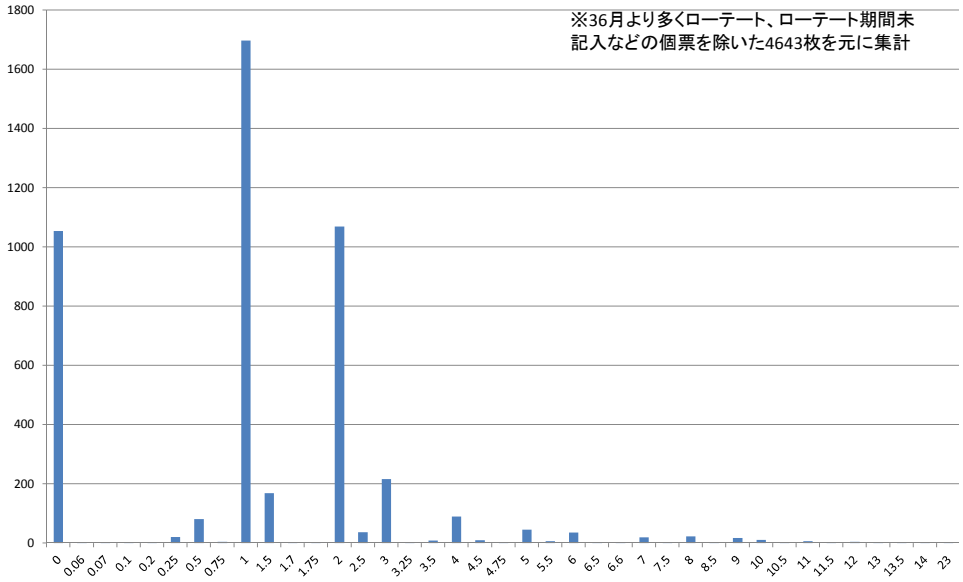
麻酔科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

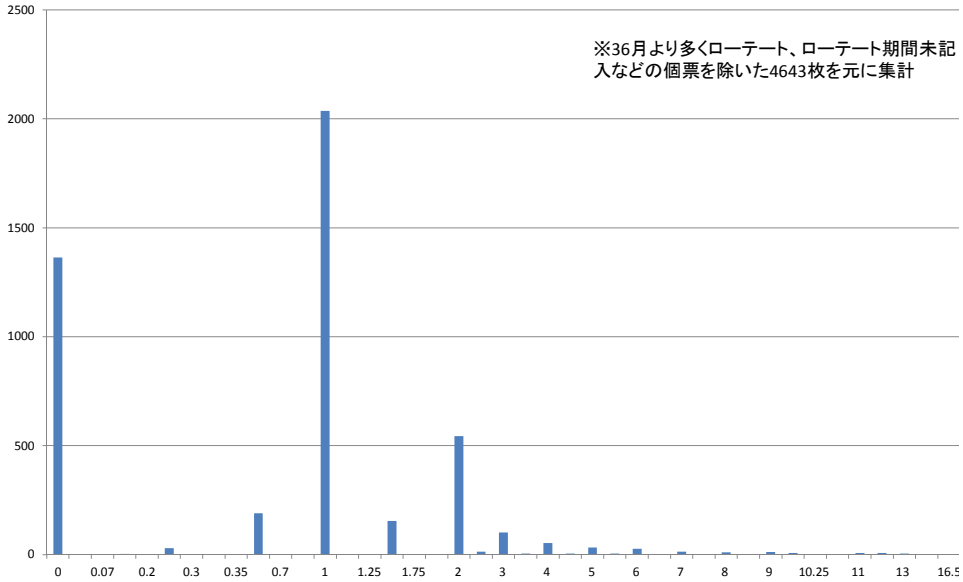
小児科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

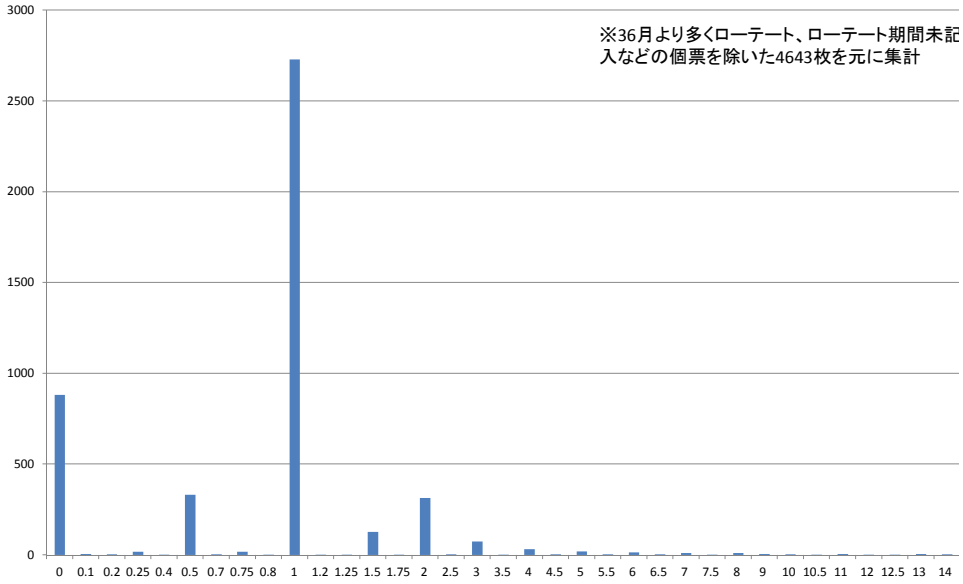
産婦人科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

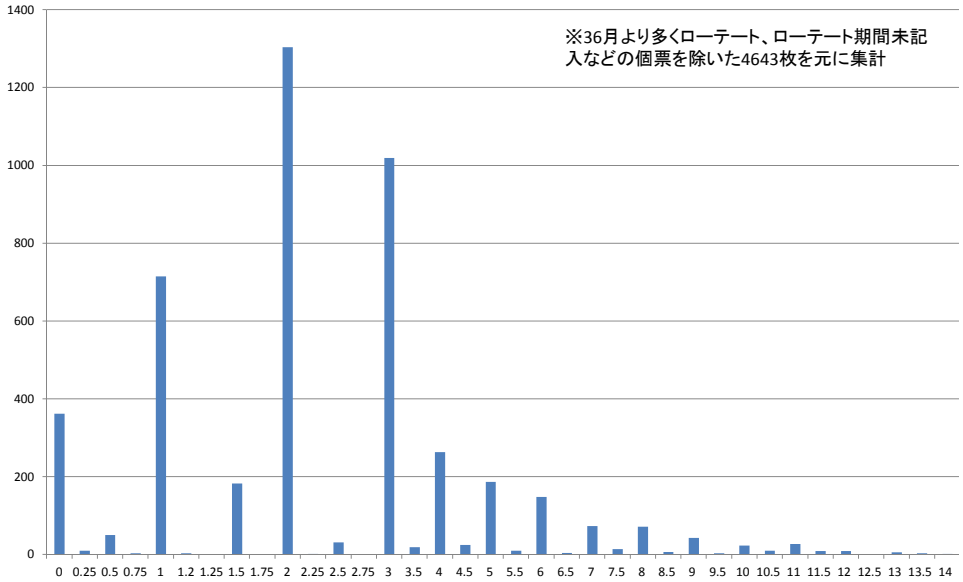
精神科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

外科系



専門医取得者数の推移①

事務局提出資料3

（出典：全国医学部長病院長会議　専門医研修（いわゆる後期研修）についてのアンケート調査集計（平成24年10月現在））

番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移（新臨床研修修了者が取得し始めた年に〇印をつけて下さい） 新規入会者数 新たに専門医資格を取得した者の数											平均人数			備考
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	(A)制度導入前（平成14・15年）	(B)制度導入後	制度導入前後の変化(%)(A/B*100)	
1	日本内科学会	総合内科専門医	3,577	4,007	3,027	3,515	3,387	3,245	3,246	3,075	3,235	2,988	1,791	3,792	3,112	82	平成24年度は年度途中であり、試験がまだ未実施のため中間集計です。
			436	494	467	2,394	3,144	160	218	232	◯281	329		465	305	66	
2	日本小児科学会	小児科専門医	740	861	391	472	704	729	797	797	770	676		801	754	94	
			365	410	492	451	304	◯440	603	578	553	560		388	574	148	
3	日本皮膚科学会	認定皮膚科専門医	212	336	276	478	243	378	303	257	277	355	33（計算から除外）	274	296	108	※平成24年度の新規入会者数は平成24年7月7日現在の数値
			171	195	205	196	224	210	211	◯179	166	197	217	183	181	99	
4	日本精神神経学会	精神科専門医	484	646	1,202	1,038	1,595	918	664	574	674	450		565	624	110	
			0	0	0	0	1,736	2,152	3,363	◯3192	120	0		0	1,656	－	
5	日本外科学会	外科専門医	1,019	1,024	499	707	818	910	832	892	1,031	1,054		1,022	992	97	
			－	－	－	－	－	368	278	◯796	814	800		－	803	－	
6	日本整形外科学会	整形外科専門医	648	621	281	396	523	554	550	500	590	463	243	635	353	56	平成24年度　8月末日現在
			472	461	585	596	497	554	593	568	526	◯476	400	467	438	94	
7	日本産婦人科学会	産婦人科専門医	417	415	138	184	358	385	447	497	540	493		416	510	123	
			340	296	271	312	352	331	349	◯339	305	393		318	346	109	
8	日本眼科学会	眼科専門医	460	379	131	86	329	307	330	247	269	234		420	252	60	
			329	426	354	351	353	446	299	172	◯228	283		378	256	68	
9	日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	307	256	52	71	179	186	195	228	200	203	177	282	202	72	
			282	264	215	194	257	258	243	95	◯173	160	未定	273	167	61	

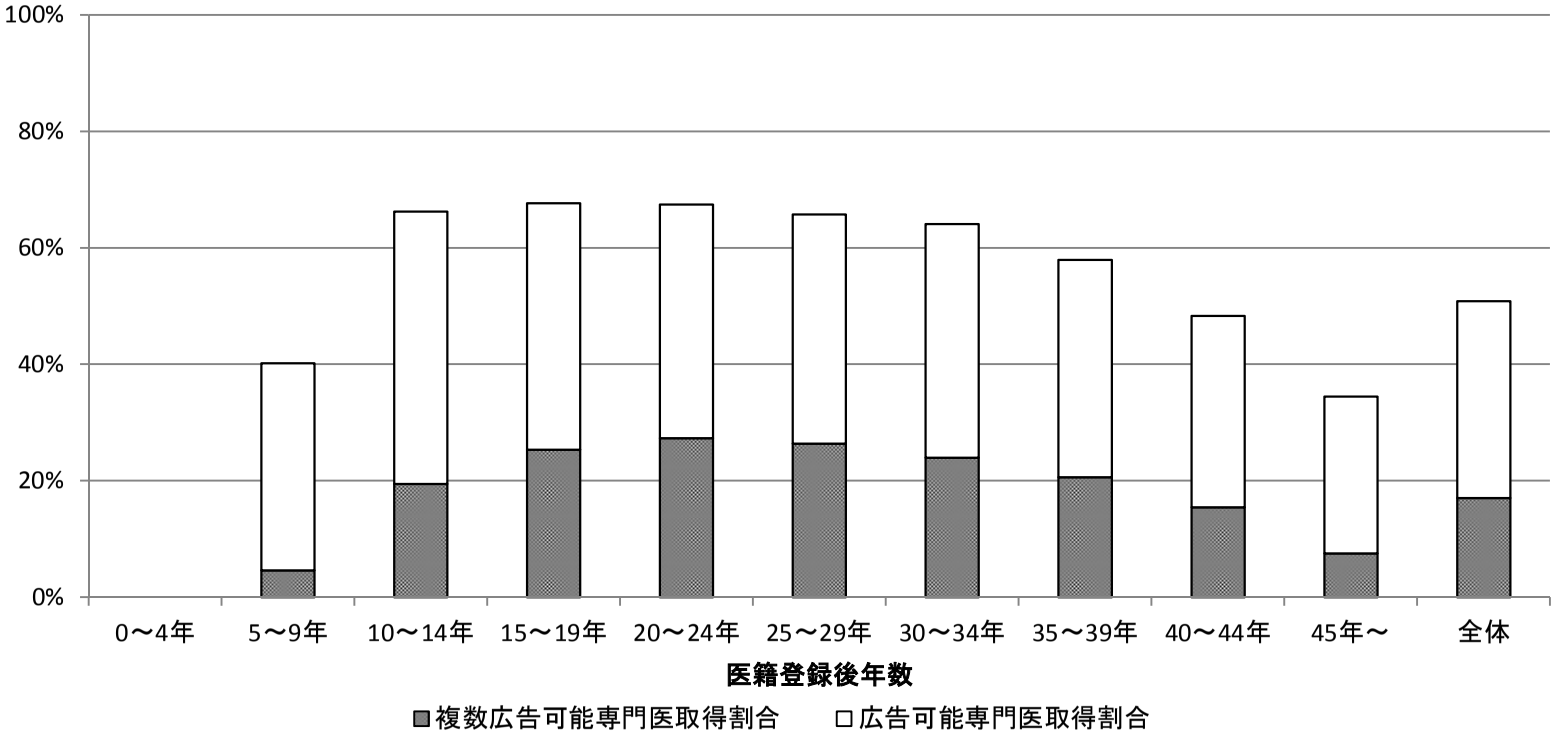
専門医取得者数の推移②

（出典：全国医学部長病院長会議　専門医研修（いわゆる後期研修）についてのアンケート調査集計（平成24年10月現在））

番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移（新臨床研修修了者が取得し始めた年に〇印をつけて下さい） 新規入会者数 新たに専門医資格を取得した者の数											平均人数			備考
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	(A)制度導入前（平成14・15年）	(B)制度導入後	制度導入前後の変化(%)(A/B*100)	
10	日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	243	230	102	77	171	193	169	199	169	213	192	237	191	81	※平成24年入会者は8月末日現在
			227	196	176	187	245	185	232	69	〇159	178	156	212	164	78	
11	日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	230	226	96	155	160	212	195	210	250	207		228	229	100	
			192	222	208	191	202	200	227	208	〇169	165		207	167	81	
12	日本医学放射線学会	放射線科専門医	291	298	162	168	320	336	352	318	313	299	211	295	255	87	8月末現在
			213	224	202	219	245	229	224	85	189	〇233	244	219	239	109	
13	日本麻酔科学会	麻酔科専門医	443	488	281	369	559	589	636	607	573	496	391	466	496	107	※平成24年8月現在
			270	285	254	223	321	336	141	158	194	〇323		278	323	116	
14	日本病理学会	病理専門医	－	－	－	－	246	186	222	209	274	258	111	－	185	－	平成24年は4/1-8/30時点の数字
			74	76	61	52	49	69	66	64	62	〇73	72	75	73	97	
15	日本臨床検査医学会	臨床検査専門医	212	237	266	306	255	325	410	283	279	248	200	225			
			27	27	33	24	26	23	29	15	18	18	16	27	0	－	取得者がいないため〇印なし
16	日本救急医学会	救急科専門医	673	874	1,027	1,176	1,009	892	825	689	736	662		774	699	90	※医師のみ
			196 ※認定医	110 ※認定医	146 ※認定医	186 ※但し内113名認定医	155 ※但し内89名認定医	117 ※但し内58名認定医	147	187	〇211	237		153	224	146	
17	日本形成外科学会	形成外科専門医	215	201	141	165	224	181	189	137	141	167		208	154	74	
			77	74	88	80	76	93	110	110	〇143	149		76	146	193	
18	日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	585	548	508	512	538	438	421	513	419	509		567	480	85	
			33	40	29	46	50	48	59	〇49	62	71		37	61	166	年度：4/1-3/31まで　平成23年は24年3月認定の方

広告可能専門医の取得状況

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
（※平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査における広告可能専門医の取得状況より、医療施設の従事者について集計したもの。）



医籍登録後年数		0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40～44年	45年～	全体
広告可能専門医	取得割合	0.0%	40.2%	66.3%	67.7%	67.4%	65.8%	64.1%	57.9%	48.3%	34.5%	50.9%
	うち複数取得	0.0%	4.6%	19.5%	25.4%	27.3%	26.4%	24.0%	20.6%	15.5%	7.6%	17.0%

事務局提出資料4

臨床研修制度に関する経緯

1

臨床研修制度に関する経緯

○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）
※昭和21年　国民医療法施行令改正によるインターン制度の創設

（当時の問題点）　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）

【指摘されていた問題点】
1．専門医志向のストレート研修中心で、研修プログラムが不明確
2．受入病院の指導体制が不十分
3．身分・処遇が不明確で、アルバイトによって生計を維持せざるをえない　など

○平成16年　新制度の施行（平成12年医師法改正（臨床研修の必修化））

⇩

臨床研修制度のあり方等に関する検討会、医道審議会において制度の見直しを検討（平成20年9月～）

【指摘された問題点】
1．専門医等の多様な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21年　臨床研修制度の見直し（新基準は平成22年度の研修から適用）

2

①臨床研修制度のこれまでの経緯

	旧制度	新制度	
	～平成15年度	平成16年度～	平成22年度～
基本理念	診療に関する知識及び技能を実地に錬磨するとともに、医師としての資質の向上を図る	医師としての人格のかん養とプライマリケアの基本的な診療能力の修得	
研修期間	2年以上の努力義務	2年以上必修	
研修プログラム	到達目標を達成できる研修プログラム	到達目標を達成できる研修プログラム （必修項目あり：症例レポートの提出など） （7科必修）	（3科必修、2科選択必修）
研修病院の主な指定基準	・約300床以上、又は年間入院患者数3,000人以上 ・各診療科ごとに十分な指導力を有する指導医を配置 ・年間剖検例20体以上	・臨床研修を行うために必要な症例があること ・指導医が受け持つ研修医は5人までが望ましい ・臨床病理検討会が適切に開催されている ・研修医に対する適切な処遇を確保している	・年間入院患者数3,000人以上（※1） ・研修医5人に対して指導医を1人以上配置（※1）

（※1）・・・平成24年3月31日まで激変緩和措置あり

3

②臨床研修制度のこれまでの経緯

	旧制度	新制度	
		平成16年度～	平成22年度～
研修医の評価（修了認定）	研修期間の中途及び終了時に適切な評価を実施	研修管理委員会において ・研修実施期間の評価 ・臨床研修の目標の達成度の評価 ・臨床医としての適性の評価 を行うことについて規定（修了基準）	
研修医の募集定員	募集定員に関する規定なし	1年次、2年次の研修医の合計が「病床数を10で除した数」又は「年間の入院患者数を100で除した数」を超えないもの ・上記の範囲で各病院が募集定員を設定	・過去の受入実績、医師派遣実績等に基づき病院ごとに募集定員を設定（※2） ・都道府県別上限あり（※2）

（※2）・・・平成26年3月31日まで激変緩和措置あり

4

平成21年臨床研修制度の見直しの概要

（平成22年度の研修から適用）

1　見直しの趣旨

臨床研修制度の基本理念の下で臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行う。

※基本理念…医師としての人格のかん養と基本的な診療能力の修得

2　見直しの内容

（1）研修プログラムの弾力化

・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする。　※従来は、内科、外科など7診療科が必修。

・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする（2科目を選択して研修を行う）。

・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務付ける。

（2）基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。

・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを決める。

（3）研修医の募集定員の見直し

・都道府県別に募集定員の上限を設定する。

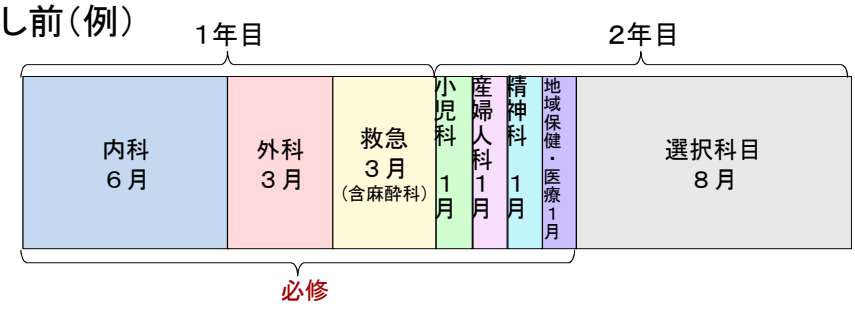
・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。

・募集定員が大幅に削減されないように、前年度採用内定者数（マッチ者数）を勘案して激変緩和措置を行う。

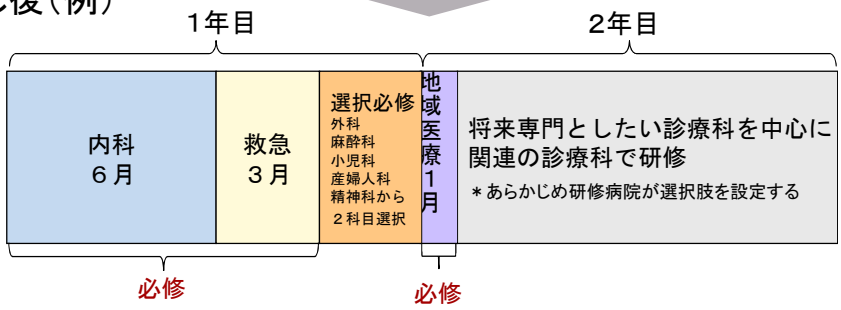
5

研修プログラム見直しのイメージ

制度見直し前（例）



制度見直し後（例）



6

基幹型臨床研修病院の指定基準の見直し

（平成22年度の研修から適用）

改正前

○臨床研修を行うために必要な症例があること（内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の年間入院患者数が100人以上）

○救急医療を提供していること

○臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること

○指導医１人が受けもつ研修医は、５人までが望ましいこと

※指定基準は、協力型臨床研修病院等と共同で満たす

改正後

○臨床研修を行うために必要な症例があること（年間入院患者数が3,000人以上）

○救急医療を提供していること

○臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること

○研修医５人に対して指導医を１人以上配置すること

※指定基準は、基幹型臨床研修病院が単独で満たす

7

都道府県別募集定員の上限の考え方

○全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えたもの

① 人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

② 医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$$

③ 地理的条件

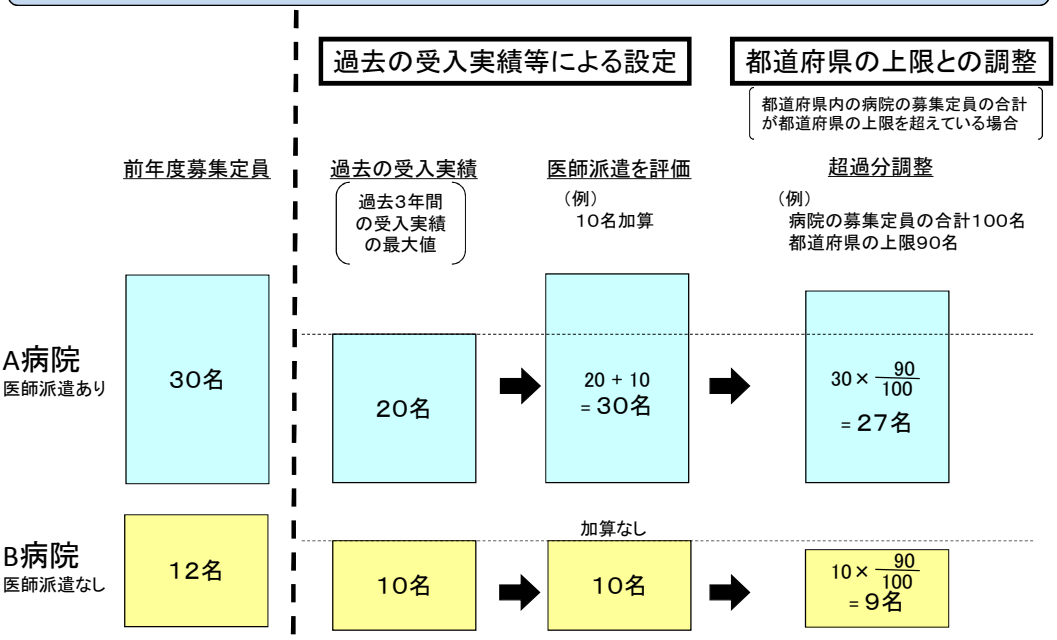
(a)面積当たりの医師数
（100平方km当たりの医師数）
(b)離島の人口

①と②の多い方 ＋ ③ → 都道府県別の募集定員の上限

【激変緩和措置】 募集定員の上限が、当該都道府県内の研修医の受入実績より10%以上少ない場合には、受入実績に0.9を乗じて得た数値とする。（平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで）

8

研修病院の募集定員設定方法



【都道府県の調整】 都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、各病院の募集定員を調整することができる。
【激変緩和措置】 募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする。（平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで）

9

研修医の採用実績①（平成24年度研修）

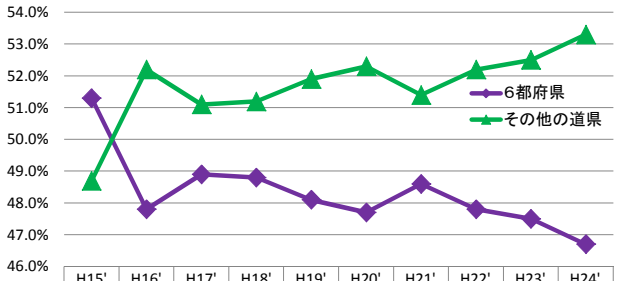
1・6都府県とその他の道県

○ 都市部の6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）以外の道県の 採用実績の割合は、昨年度に引き続き増加し、平成16年度の新制度導入後、過去最大。

6都府県以外の採用実績の割合

22年度　52.2%
↓
23年度　52.5%
↓
24年度　53.3%（＋0.8%）

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%
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%

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679

（人）

平成24年8月22日公表

10

研修医の採用実績②（平成24年度研修）

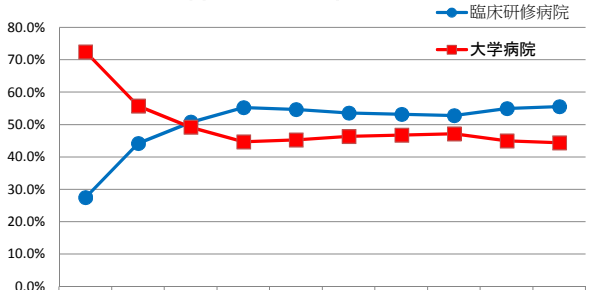
２・大学病院と臨床研修病院

〇大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少。

〇大学病院では、昨年度より採用人数が前年同数又は増加した病院と減少した病院の数がほぼ同数。

	大学病院	臨床研修病院
22年度	47.2%	52.8%
	↓	↓
23年度	45.0%	55.0%
	↓	↓
24年度	44.4%	55.6%
	（▲ 0.6%）	（＋0.6%）

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	27.5%	44.2%	50.8%	55.3%	54.7%	53.6%	53.2%	52.8%	55.0%	55.6%
大学病院	72.5%	55.8%	49.2%	44.7%	45.3%	46.4%	46.8%	47.2%	45.0%	44.4%

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	2,243	3,262	3,824	4,266	4,137	4,144	4,069	3,961	4,222	4,267
大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451	3,423	3,591	3,575	3,545	3,450	3,412
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679

（人）

平成24年8月22日公表

11

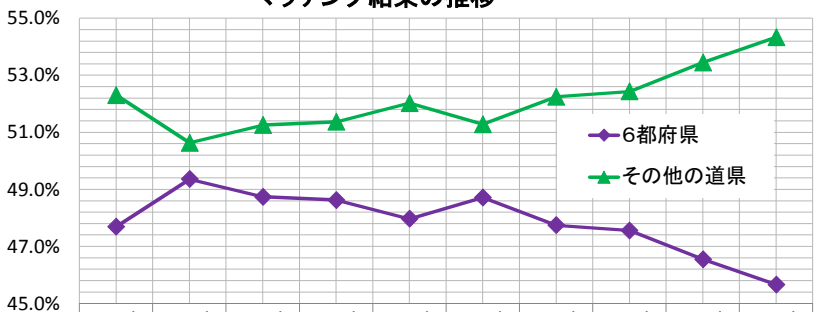
研修医のマッチング①（平成25年度研修）

1．地域別の状況

〇都市部の6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）以外の道県の内定者の割合は、前回より増加して54.3%となり、平成16年度の新制度導入後、過去最大になりました。

〇6都府県以外の41道県のうち、20の道県（49%）で前回より内定者数が増加し、20の県(49%)で減少しました。（1県は前年同数です。）

マッチング結果の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
6都府県	47.7%	49.4%	48.7%	48.6%	48.0%	48.7%	47.7%	47.6%	46.5%	45.7%
その他の道県	52.3%	50.6%	51.3%	51.4%	52.0%	51.3%	52.3%	52.4%	53.5%	54.3%

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
6都府県	3,699	3,949	3,948	3,936	3,852	3,828	3,760	3,804	3,701	3,611
その他の道県	4,057	4,051	4,152	4,158	4,178	4,030	4,115	4,194	4,250	4,297
合　計	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998	7,951	7,908

平成24年10月25日公表

12

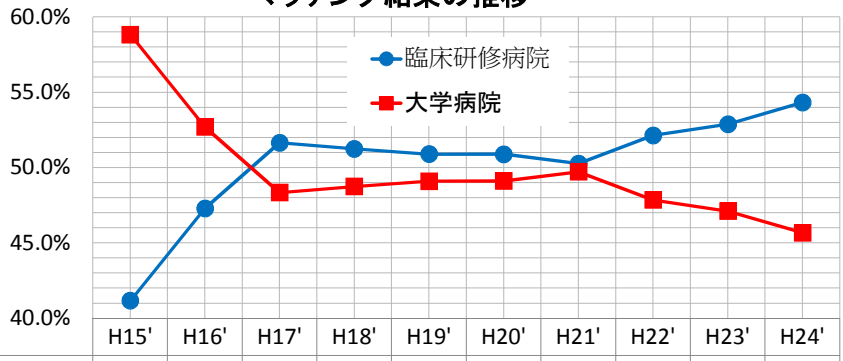
研修医のマッチング②（平成25年度研修）

2．大学病院と臨床研修病院別の状況

〇大学病院の内定者の割合は45.7%となり、前回よりも減少しました。

〇大学病院116病院のうち、44病院（38%）で前回より内定者数が増加し、57病院(49%)で減少しました。
（15病院は前年と同数です。）

マッチング結果の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	41.2%	47.3%	51.7%	51.2%	50.9%	50.9%	50.3%	52.1%	52.9%	54.3%
大学病院	58.8%	52.7%	48.3%	48.8%	49.1%	49.1%	49.7%	47.9%	47.1%	45.7%

	H15’	H16’	H17’	H18’	H19’	H20’	H21’	H22’	H23’	H24’
臨床研修病院	3,193	3,784	4,184	4,148	4,087	3,999	3,959	4,170	4,205	4,296
大学病院	4,563	4,216	3,916	3,946	3,943	3,859	3,916	3,828	3,746	3,612
合　計	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998	7,951	7,908

平成24年10月25日公表

事務局提出資料

基本理念における「プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）」についての委員からのご意見

（参考）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の施行について」（平成15 年6 月12 日厚生労働省医政局長通知）
第二の2「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、**プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）**を身に付けることのできるものでなければならない」

	「プライマリ・ケア」に対する修正等	理由等
1	修正案： 「医師としての基本的診療能力」	○　初期研修の目標の文言の中に、わざわざ、解釈の幅広い「プライマリ・ケア」を入れることに抵抗を感じる。「プライマリ・ケア」の前にかなりの説明があるべきなので、むしろ、「医師としての基本的診療能力」でもよい。 ○　態度の中に含まれる「マインド」「気持ち」が、もう少し強調されてよい。 ○　卒前教育において達成されるべき能力、特に、技能、態度面での能力の達成度が不十分であり、このため、初期研修で目標の達成が不十分である場合が多い。
2	修正案： 「基本的な診療能力（態度・技能・知識）」	
3	加筆訂正の必要なし	○この基本的理念に加筆訂正の必要は無いが、「プライマリ・ケア」については定義する必要がある。
4	使用しない方がよい	○　「プライマリ・ケア」という用語が、個人のもっている背景によって解釈が異なるようなら、誤解を招かないように使用しない方がよいかもしれない。そのときには、基本的臨床能力についてのコンセンサスも必要である。将来たとえば内科医になろうとするものと外科医になろうとするものの「基本的臨床能力」は同一であることを認識している必要がある。 ○　将来どのような分野に携わるかに関わらずに必要な基本的臨床能力は共通のもの、と考えているが、ご意見が分かれるところだと思うので、今後の議論が必要と思われる。 ○　医学教育学会から、「本制度が導入された社会的背景、超高齢社会においては、『全人的な医療を遂行するために、すべての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するための基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けている必要がある』という情勢には変化がないどころか、一層求められているからである。一方で、‘プライマリ・ケア’という用語については、世界の先進諸国では一つの専門領域として認識されており、2年間の臨床研修終了をもってプライマリ・ケアにおける十分な診療能力が身につくという誤解を招く可能性があるので、この用語の使用は避けることが望ましい。」という提言があった。

事務局提出資料3

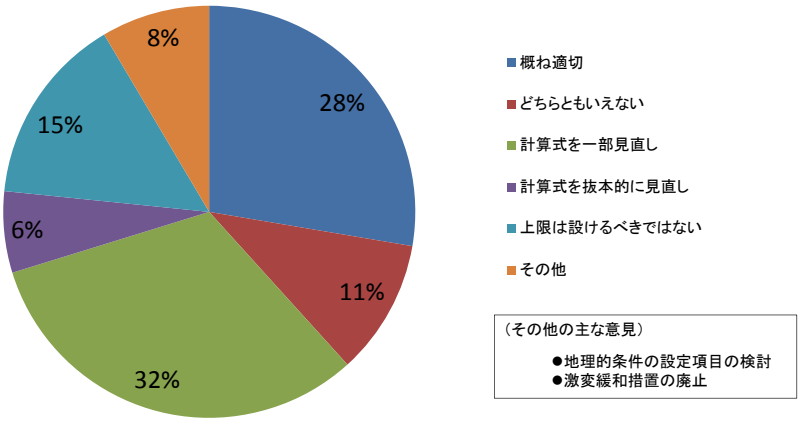
都道府県 医師臨床研修に関するアンケート調査 結果（概要）

平成24年11月実施

1

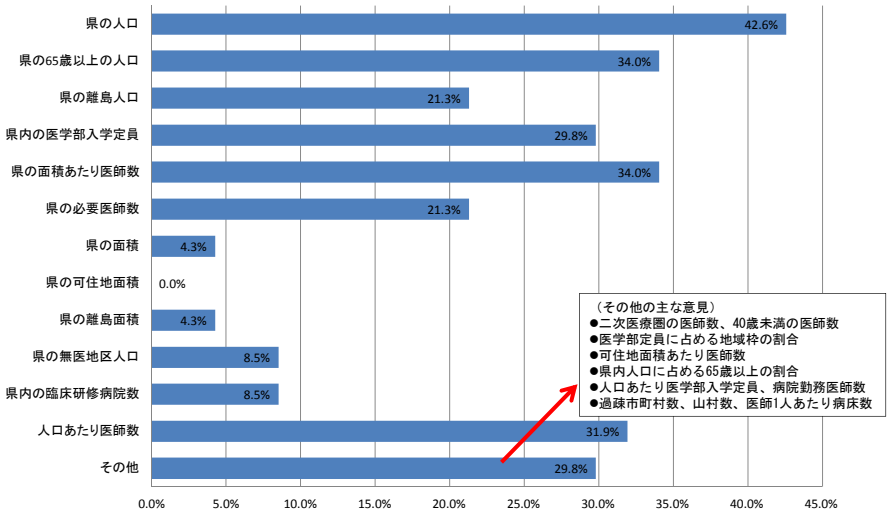
1． 都道府県募集定員の上限

①算出方法についてどのように思うか



2

②都道府県募集定員の上限を決定する要素として、重要と思われるもの（最大３つまでの複数回答）



3

③都道府県募集定員の上限等に関する主な意見

- 募集定員と研修希望者数を概ね一致させるべき
- 地域間格差是正のための調整係数を設定すべき
- 医学部入学定員は地域の医療需要等と相関はないため、要素に入れるべきでない
- 人口当たり医師数が全国平均を下回っている場合は、上限を設けないか補正係数を設定すべき
- 激変緩和措置の廃止により定員が減る地域への配慮
- 地域枠を別枠で純増されるのであれば、計算式は現行でもよい
- 地域枠の定員数を単純に増加させるべきではない
- 病院の募集定員には過去の実績のみならず、指導体制や努力を反映すべき
- マッチ保証を廃止すべき

4

２．都道府県による募集定員の調整

①都道府県の役割についての主な意見

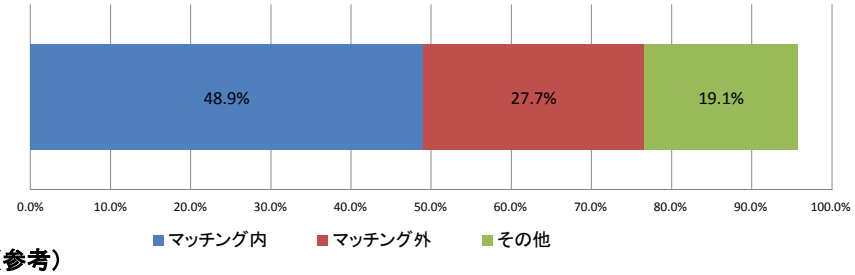
・実質的に調整できる定員がない

・指定手続等は厚生局で行っているため、募集定員の調整のみを県で行うのは困難

5

３．地域枠学生とマッチング等

①マッチングの適否（都道府県内の医療機関から自由に選択し研修する地域枠の場合）



（参考）

【マッチング内】であるべきとする主な理由

・現行制度でも希望順位の選択等の工夫で対応可能
・一般学生との公平性
・マッチング外とすると、病院側が選考試験・面接の機会を逸し人物確認ができない
・マッチング外とすると、本人の学習意欲の低下の恐れ
・マッチング外とすると県が調整をすることになる
・他県からの流入の可能性がある

【マッチング外】であるべきとする主な理由

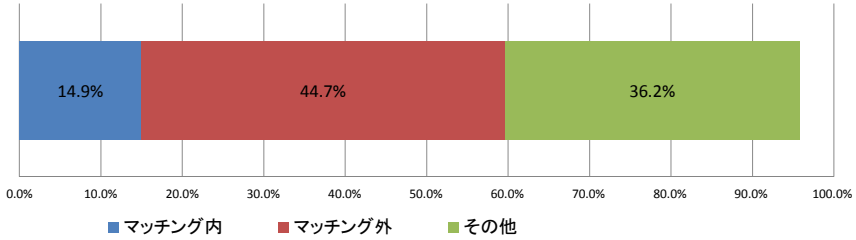
・アンマッチの恐れ

【その他】の主な意見

・原則はマッチング内とし、アンマッチの場合などに例外的に定員を上乗せするべき
・各病院の定員の内数で、地域枠のための定員を都道府県が設定できるようにするべき
・マッチング外にすると、１病院の定員を上回る地域枠学生が集まった場合の調整が困難

6

②マッチングの適否（都道府県内の特定の医療機関で研修する地域枠の場合）



（参考）

【マッチング内】であるべきとする主な理由

・マッチング外で扱った場合、学生のモチベーションやレベルを低下させる恐れ
・一般学生との公平性

【マッチング外】であるべきとする主な理由

・自治医大生と同様に扱うべき
・アンマッチを防止するため
・マッチング内とすると、学生に自由な病院選択が可能であると期待されてしまう
・マッチング内とすると、実質的なマッチング募集人数（一般枠の数）がわかりにくくなり透明性が低下する恐れ
・マッチングにはなじまない。ただし、定員の内数にすべき

7

③地域枠と定員の関係（複数回答）

	項目	割合
1	都道府県上限に加算すべき	48．9%
2	指定された医療機関に加算すべき	36．2%
3	その他	21．3%
4	配慮する必要なし	19．1%

（その他の主な意見）
●単純に加算するのではなく、定員と希望者数が乖離しないような設定が必要
●地域枠定員分は、別枠で純増してカウントすべき

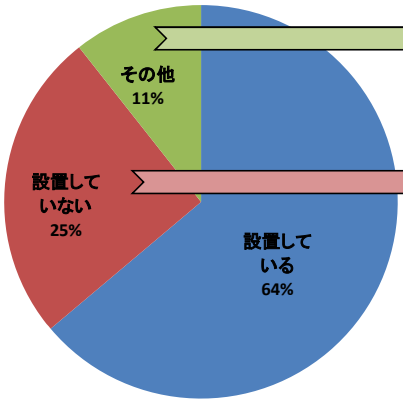
④地域枠への主な意見

・地域枠学生の人数が多いため、マッチング外とすると、事前調整も膨大になりなじまない
・マッチングの理念を尊重すれば地域枠を例外扱いする必要はない
・地域枠に対応したスーパーローテートプログラムを増加させた場合の、補助金の加算措置等を講じられたい
・奨学金貸与者に限らず県内で勤務することを条件として入学した者もマッチ外にすべき

8

４． 地域協議会

①設置の有無



その他の主な理由

・他の協議会等が同様の役割を果たしている

地域協議会を設置しない主な理由

・他の協議会等が同様の役割を果たしている
・臨床研修病院が多数あり、一堂に会し調整等を行うことは現実的でない
・必要性に乏しい

地域協議会への主な意見

・地域協議会が取組む事業等に対する財政支援を求める

9

５． その他

①医師臨床研修制度全般についての主な意見

・都市部と地方、人気病院とそれ以外の病院との研修医数の乖離を解消すべき
・指定基準における中小病院への配慮が必要
・基礎医学への配慮、死因究明に係る解剖医の不足への配慮が必要
・マッチ保証を継続すべき
・自治医大も含め、地域枠定員を別枠化すべき
・定員20人未満でも小・産プログラムの特例定員を設定すべき
・奨学金への財政支援が必要
・修了評価につき、院外の人や外部機関によるチェック等も必要
・指定基準の3,000人は、医療資源の小さな地域などでは弾力的な運用が必要ではないか

10

速報値

６． 地域枠学生数の推移（H24.8現在）

（※臨床研修期間中に県内勤務要件が課されている奨学金貸与者に限る）

	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	計
入学年度	平成24年度	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度	平成19年度	
貸与実績	740	706	666	453	282	225	3,072
うち定員増	628	599	552	309	109	35	2,232

11

若手医師の動向について

事務局提出資料4

○臨床研修修了者について、卒業医学部ごとに、
・「高校等まで最も長くいた都道府県（いわゆる、出身都道府県）」
・「臨床研修を行った基幹型病院が所在する都道府県（原則として、医師1・2年目）」
・「臨床研修修了後に従事する予定の都道府県（原則として、医師3年目）」
を尋ねたところ、以下のような傾向が見られた。

（出典：平成24年臨床研修修了者アンケート調査）

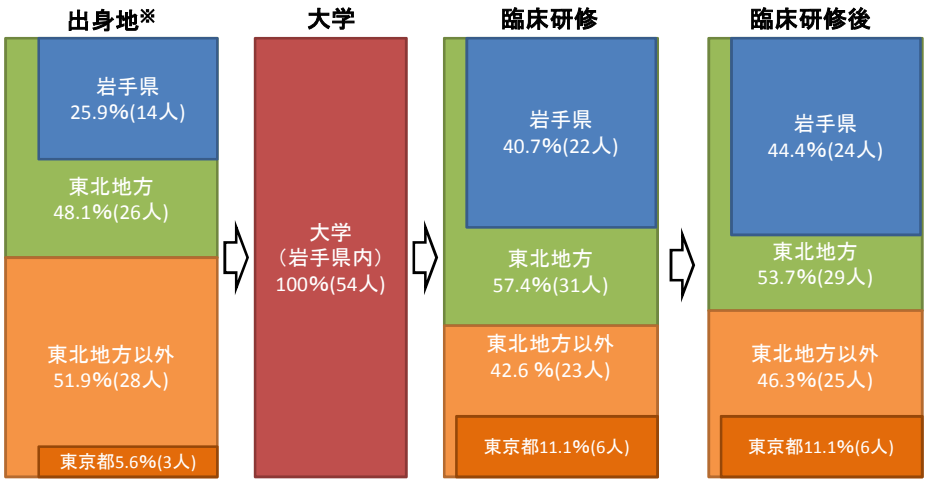
○各都道府県の卒業医学部の人数を100（%）とし、その動向をみると、多くの都道府県で、

・当該都道府県出身者数に比べ、医師1・2年目及び3年目で当該都道府県の医師数が増加する。
（卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している。）

・医師1・2年目→3年目で、当該都道府県出身の医師数が減少する一方、東京都に移動する医師数が増加する。

（注）回答者数が少ない都道府県（特に50人に満たないもの）には留意が必要。

岩手県の医学部卒業生の動向

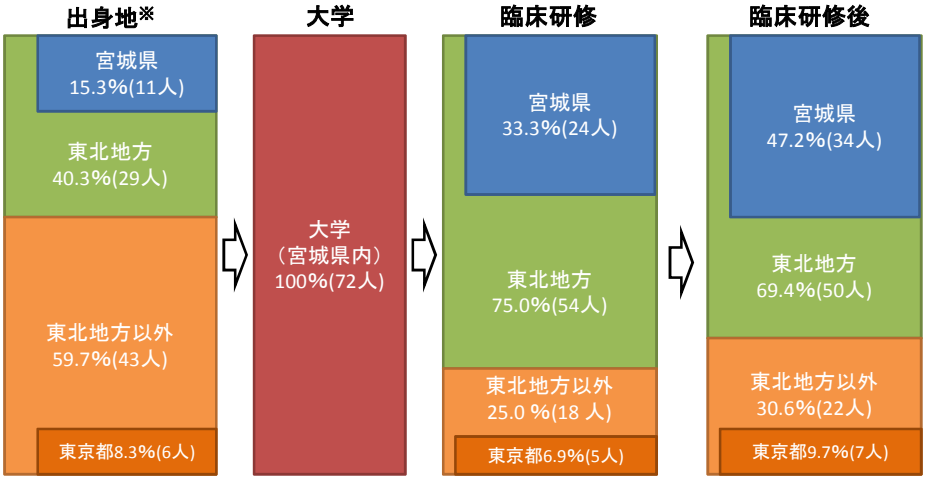


※出身地：過ごした期間が最も長い都道府県

＜出典＞平成24年　臨床研修に関するアンケート
対象：平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て　回収率：5057/7506枚（67.3%）

2

宮城県の医学部卒業生の動向

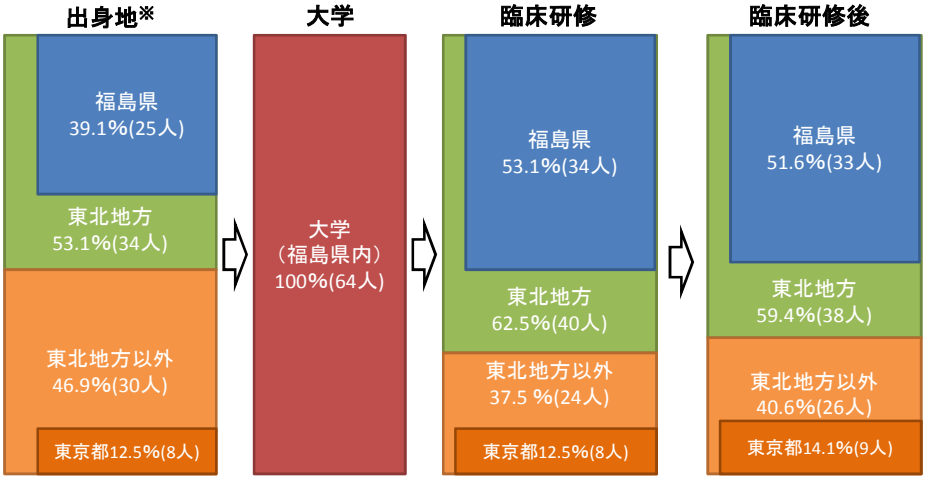


※出身地：過ごした期間が最も長い都道府県

＜出典＞平成24年　臨床研修に関するアンケート
対象：平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て　回収率：5057/7506枚(67.3%)

3

福島県の医学部卒業生の動向



※出身地：過ごした期間が最も長い都道府県

＜出典＞平成24年　臨床研修に関するアンケート
対象：平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て　回収率：5057/7506枚(67.3%)

4

北海道の医学部卒業生の動向

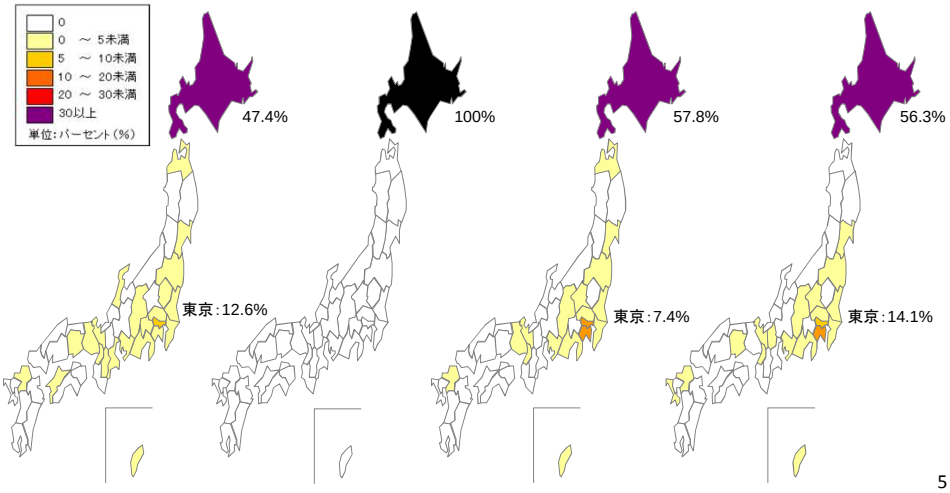
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（北海道内）
（回答者：135人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



5

青森県の医学部卒業生の動向

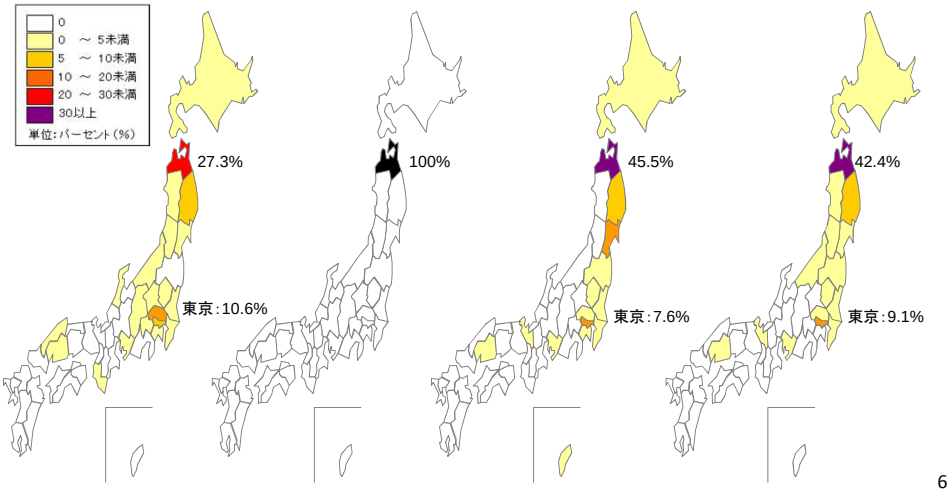
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（青森県内）
（回答者：66人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



6

岩手県の医学部卒業生の動向

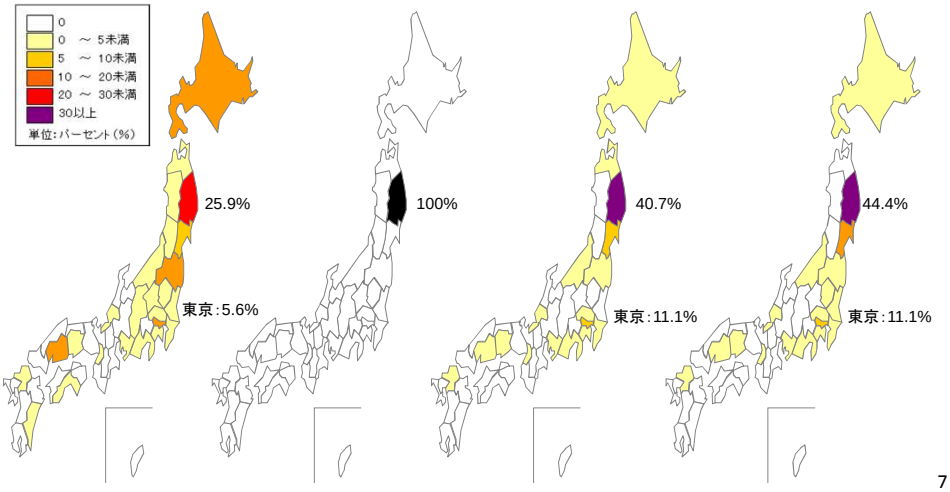
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（岩手県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



7

宮城県の医学部卒業生の動向

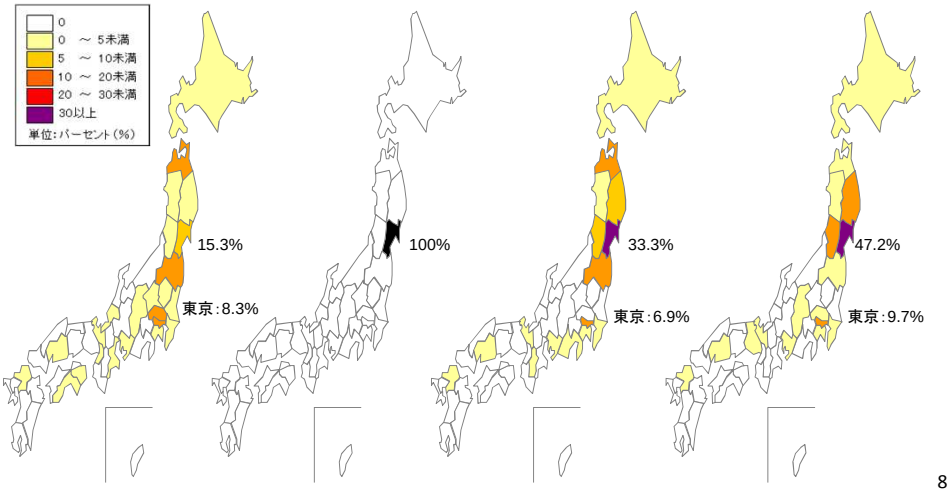
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（宮城県内）
（回答者：72人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



8

秋田県の医学部卒業生の動向

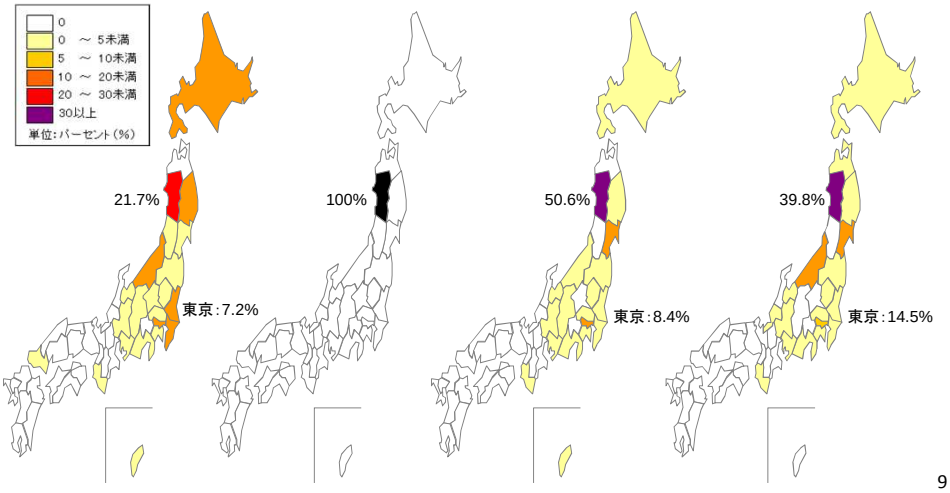
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（秋田県内）
（回答者：83人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



9

山形県の医学部卒業生の動向

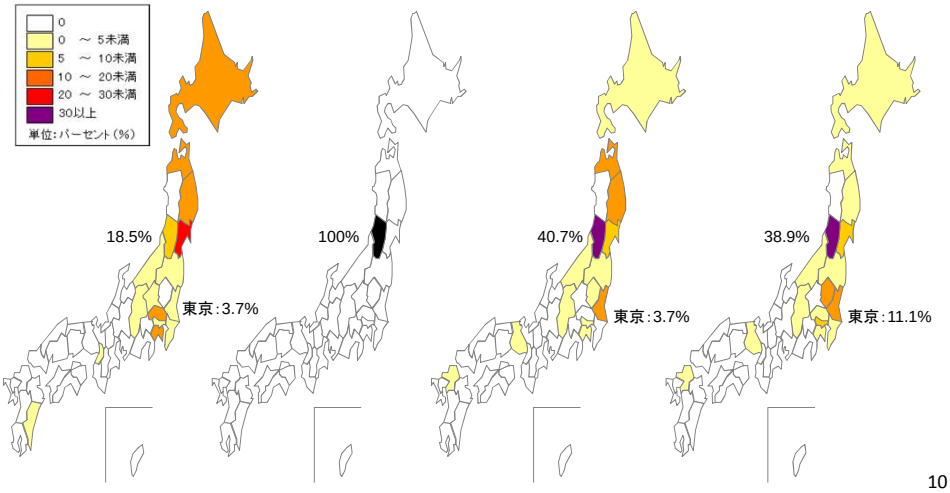
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（山形県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



10

福島県の医学部卒業生の動向

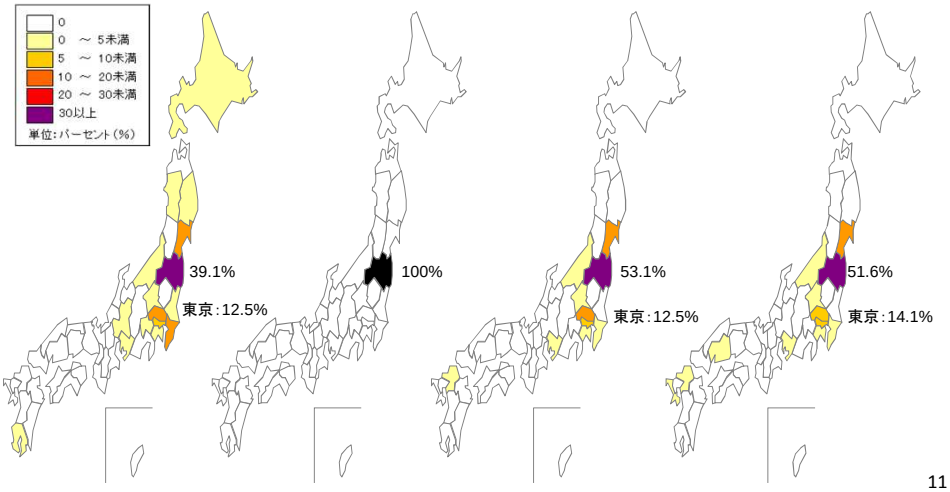
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（福島県内）
（回答者：64人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



11

茨城県の医学部卒業生の動向

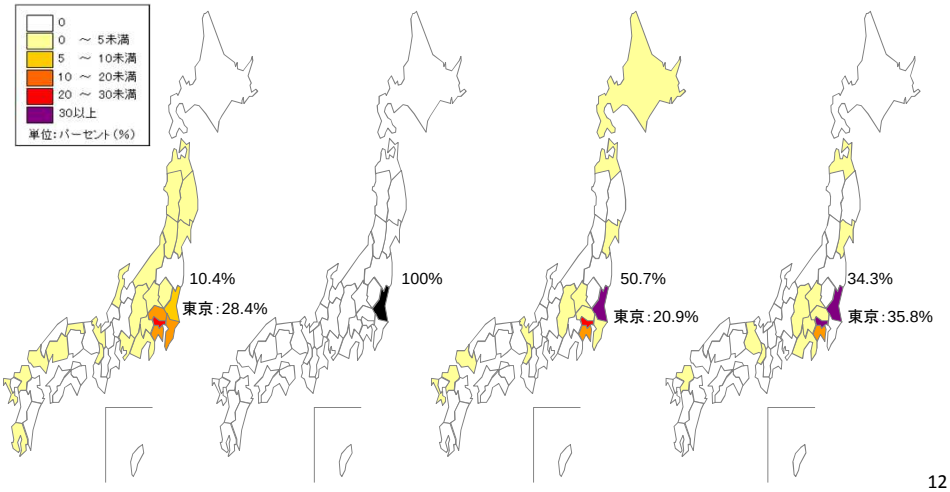
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（茨城県内）
（回答者：67人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



12

栃木県の医学部卒業生の動向

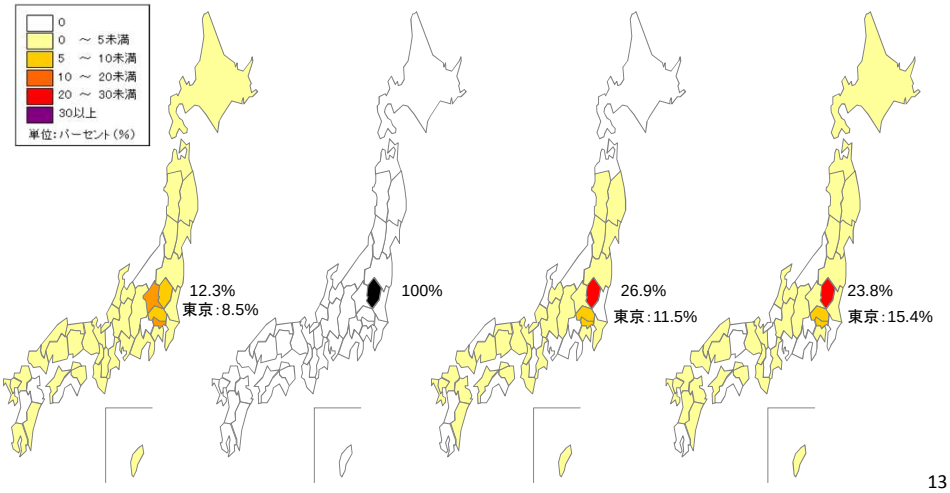
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（栃木県内）
（回答者：130人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



13

群馬県の医学部卒業生の動向

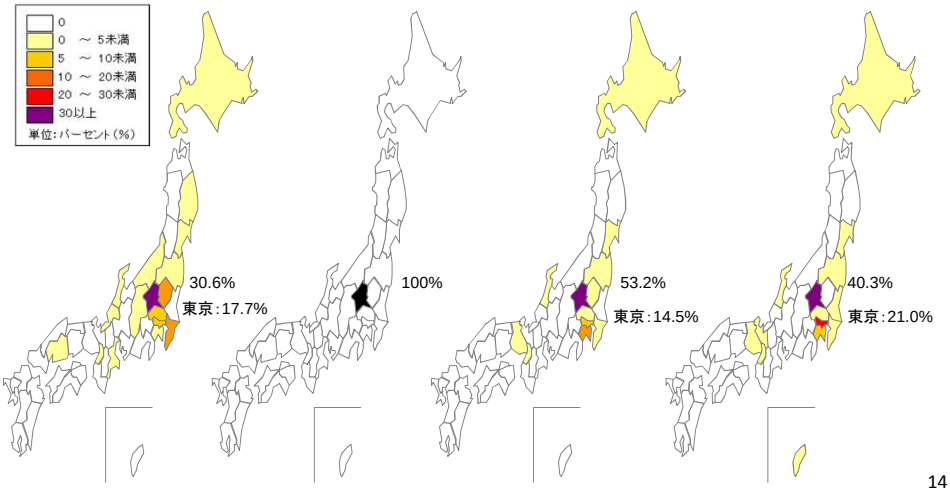
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（群馬県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



14

埼玉県の医学部卒業生の動向

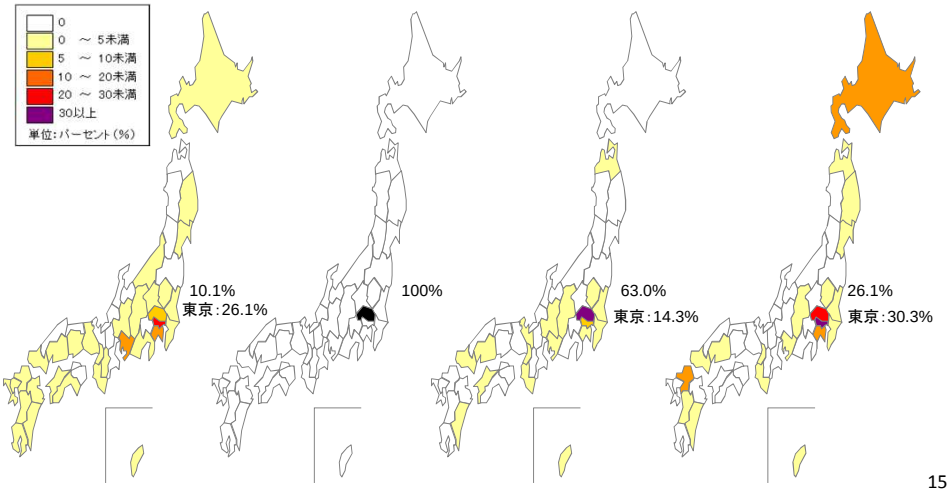
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（埼玉県内）
（回答者：119人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



15

千葉県の医学部卒業生の動向

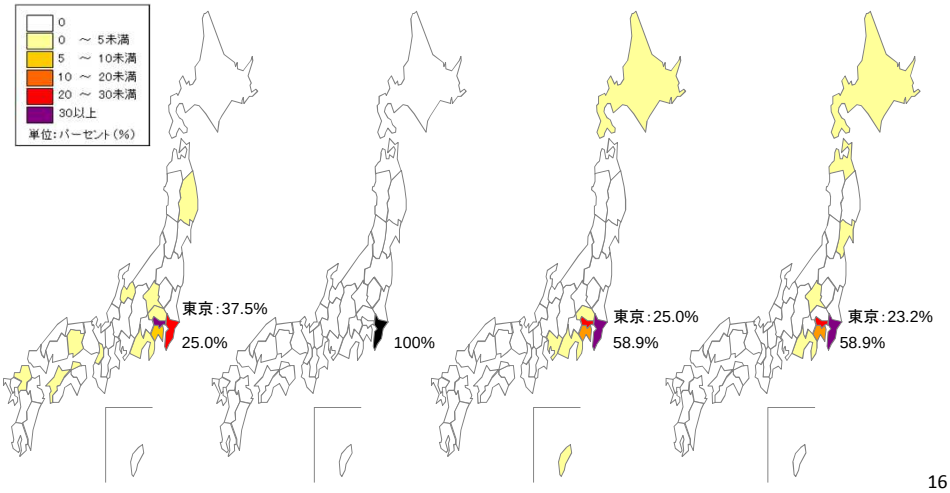
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（千葉県内）
（回答者：56人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



16

東京都の医学部卒業生の動向

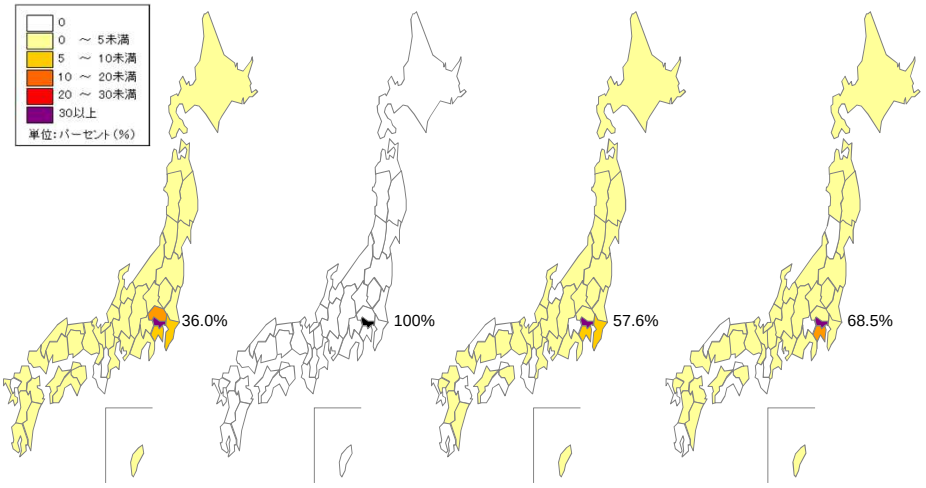
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（東京都内）
（回答者：853人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



17

神奈川県の医学部卒業生の動向

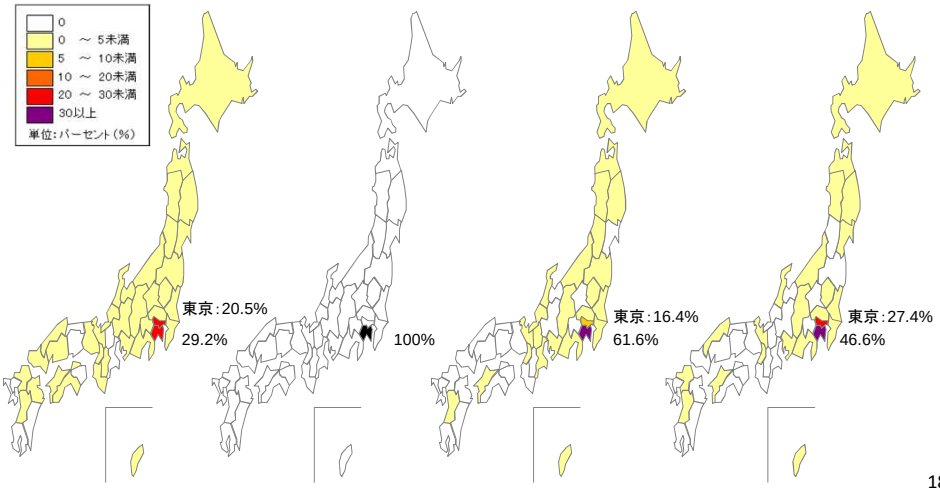
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（神奈川県内）
（回答者：219人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



18

新潟県の医学部卒業生の動向

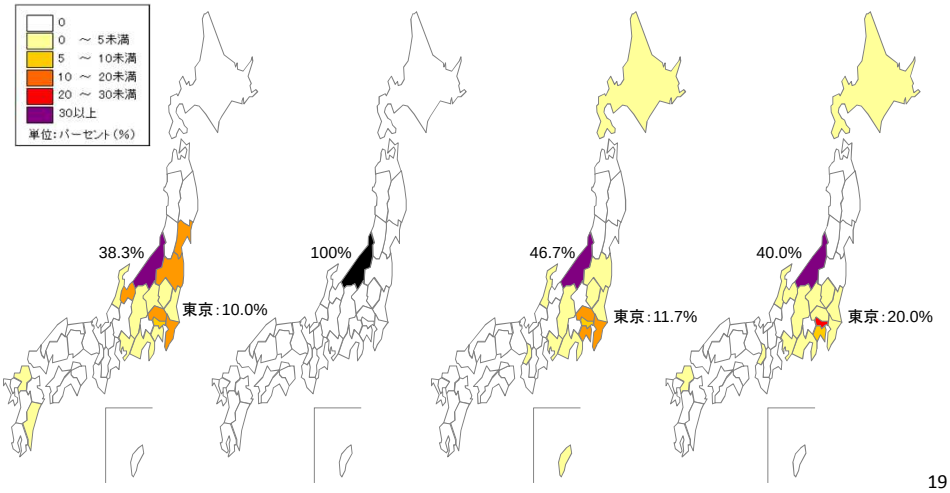
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（新潟県内）
（回答者：60人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



19

富山県の医学部卒業生の動向

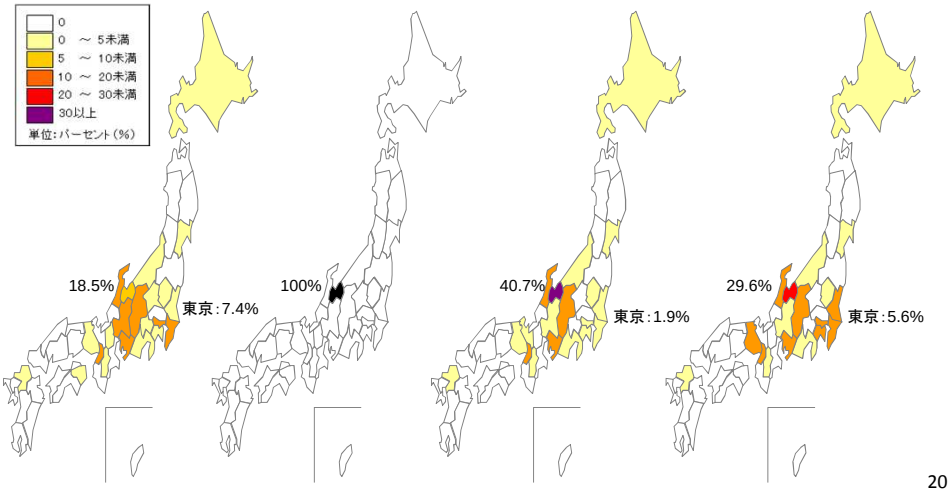
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（富山県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



20

石川県の医学部卒業生の動向

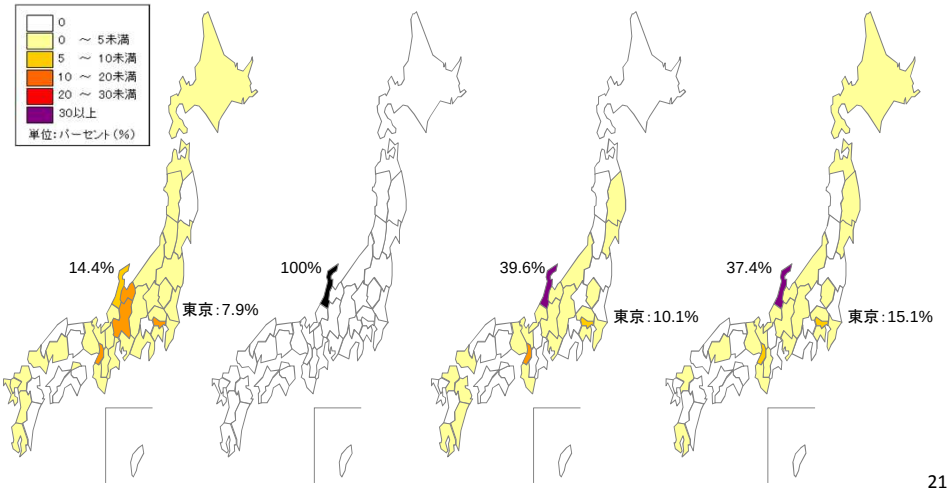
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（石川県内）
（回答者：139人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



21

福井県の医学部卒業生の動向

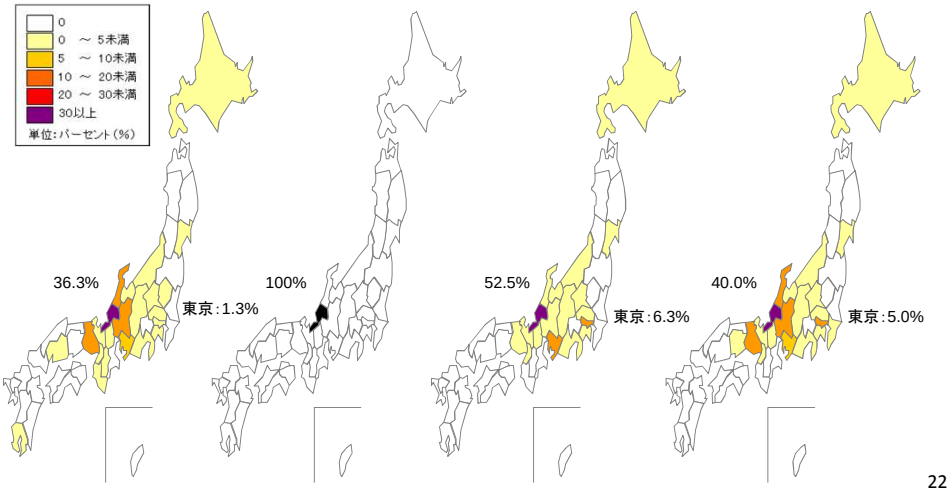
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（福井県内）
（回答者：80人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



22

山梨県の医学部卒業生の動向

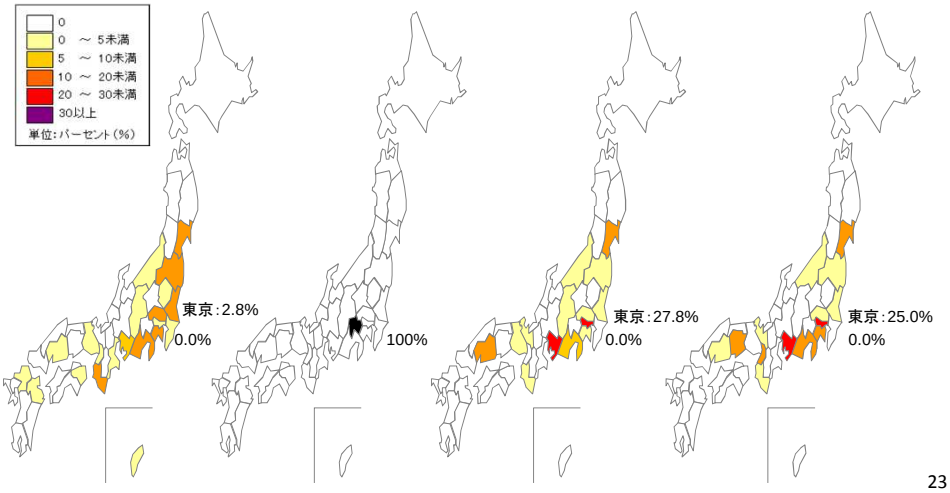
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（山梨県内）
（回答者：36人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



23

長野県の医学部卒業生の動向

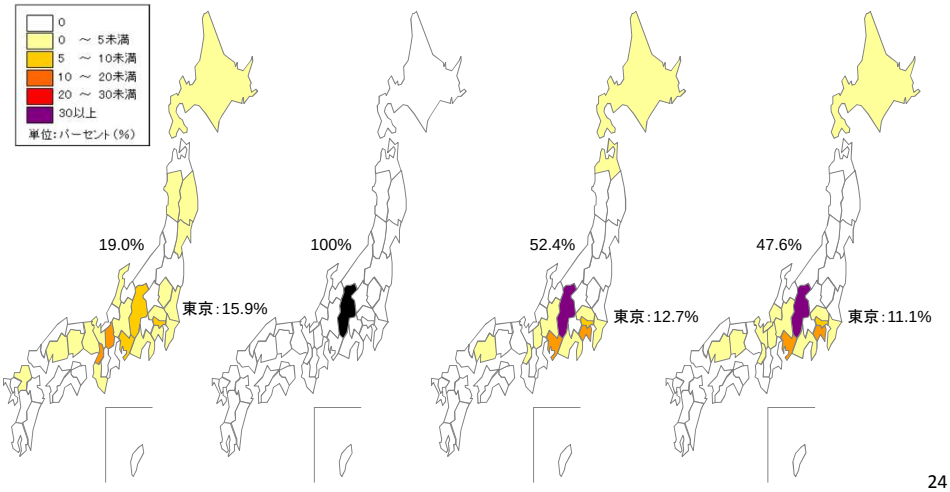
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（長野県内）
（回答者：63人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



24

岐阜県の医学部卒業生の動向

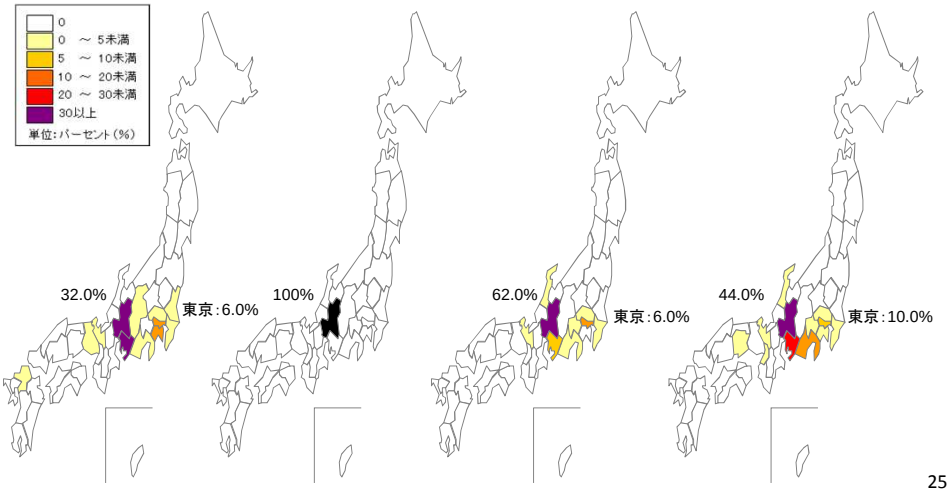
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（岐阜県内）
（回答者：50人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



25

静岡県の医学部卒業生の動向

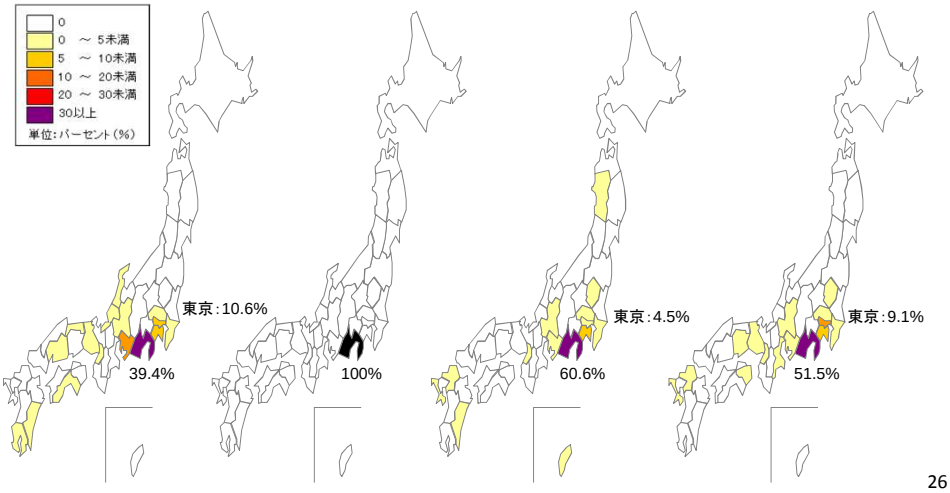
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（静岡県内）
（回答者：66人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



26

愛知県の医学部卒業生の動向

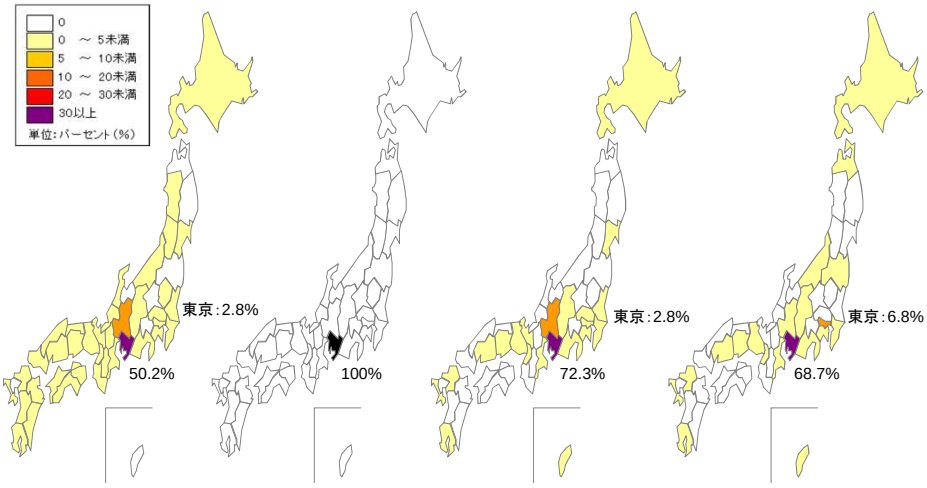
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（愛知県内）
（回答者：249人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



27

三重県の医学部卒業生の動向

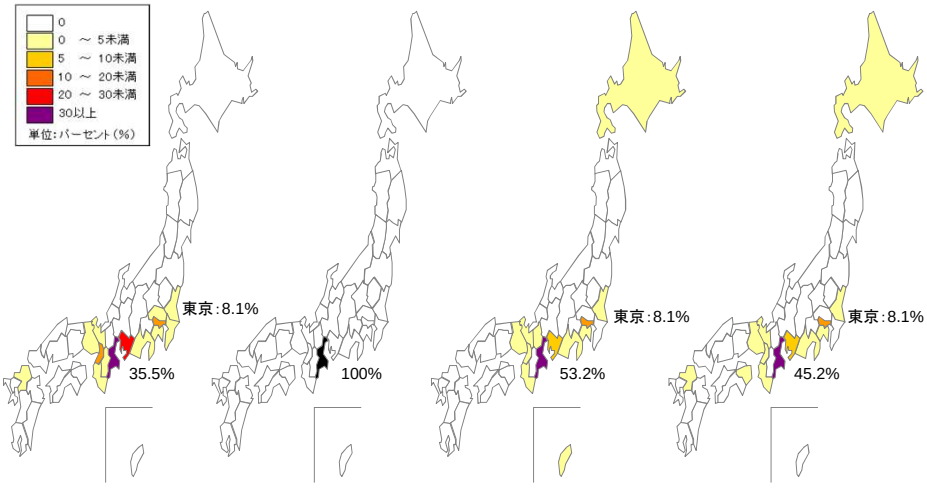
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（三重県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



28

滋賀県の医学部卒業生の動向

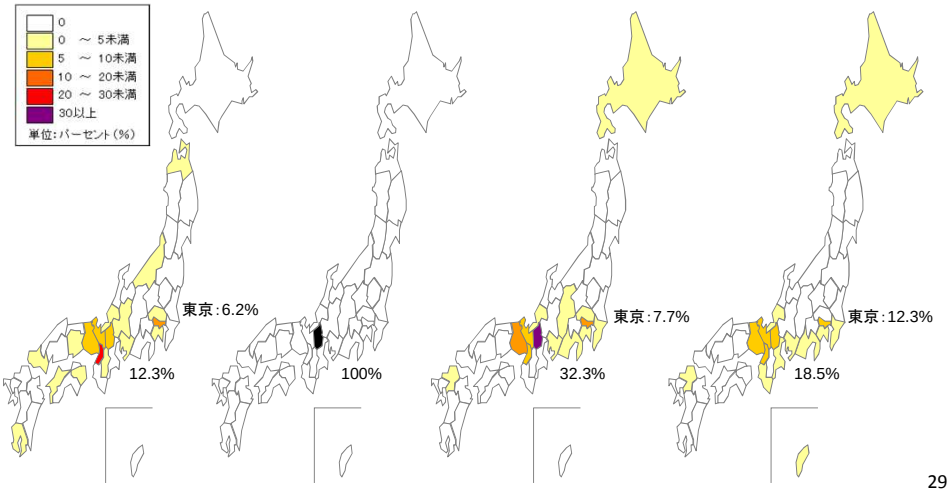
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（滋賀県内）
（回答者：65人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



29

京都府の医学部卒業生の動向

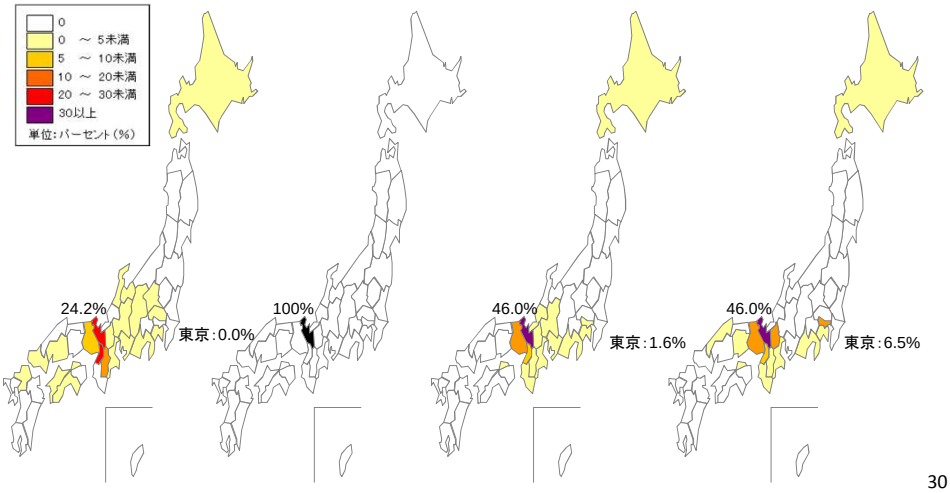
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（京都府内）
（回答者：124人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



30

大阪府の医学部卒業生の動向

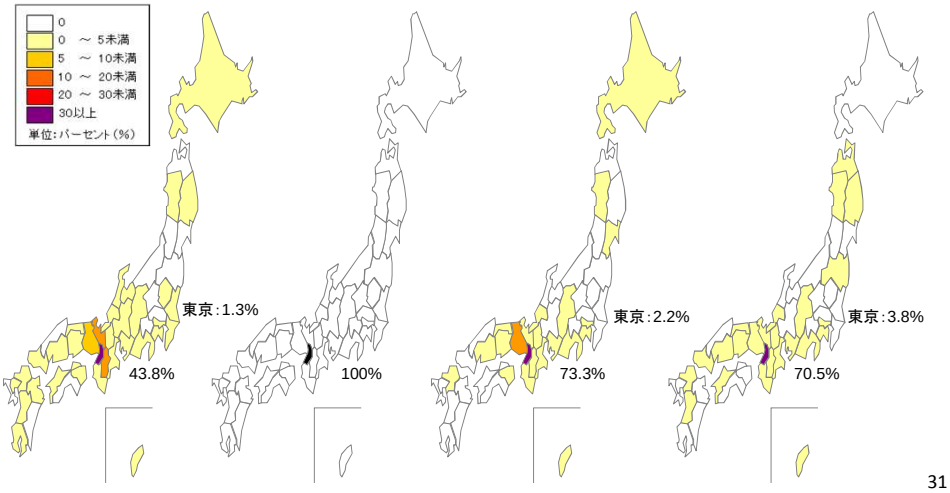
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（大阪府内）
（回答者：315人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



31

兵庫県の医学部卒業生の動向

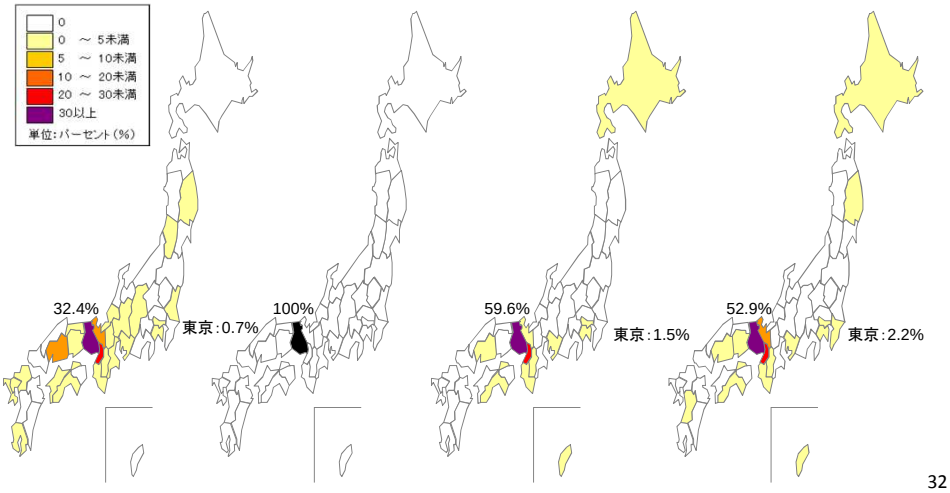
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（兵庫県内）
（回答者：136人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



32

奈良県の医学部卒業生の動向

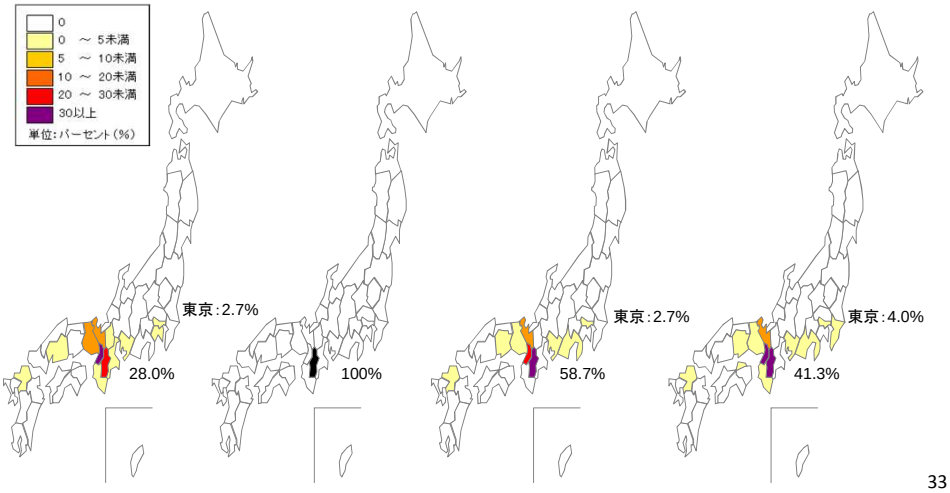
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（奈良県内）
（回答者：75人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



33

和歌山県の医学部卒業生の動向

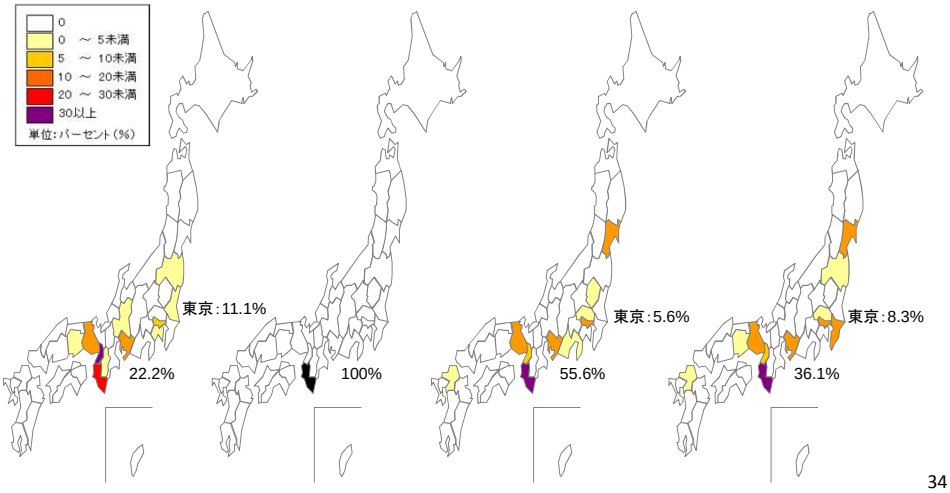
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（和歌山県内）
（回答者：36人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



34

鳥取県の医学部卒業生の動向

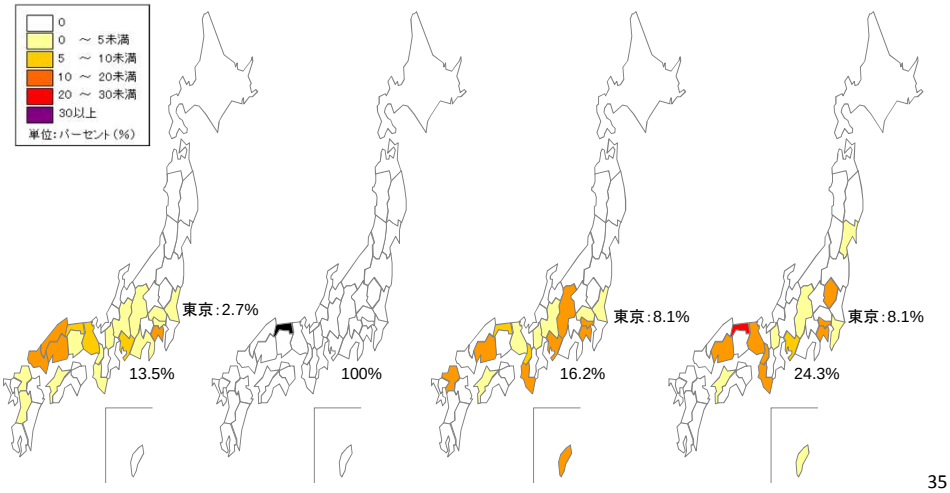
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（鳥取県内）
（回答者：37人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



35

島根県の医学部卒業生の動向

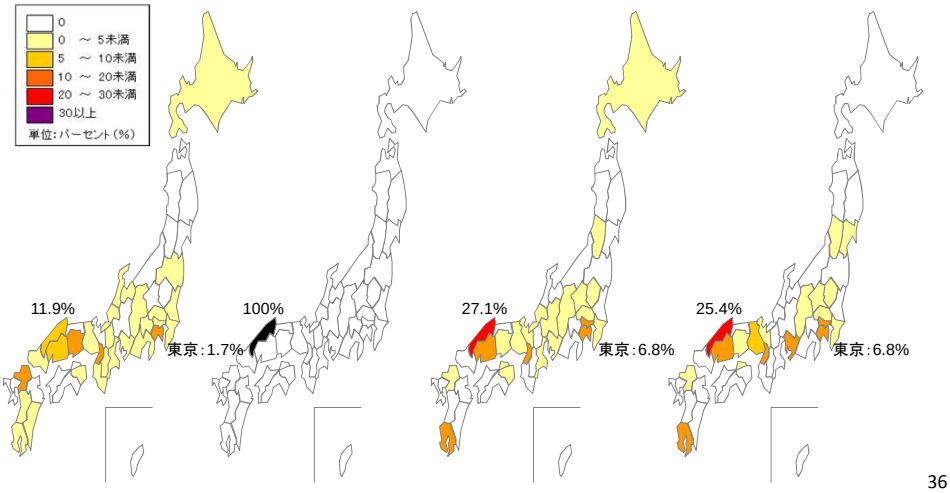
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（島根県内）
（回答者：59人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



36

岡山県の医学部卒業生の動向

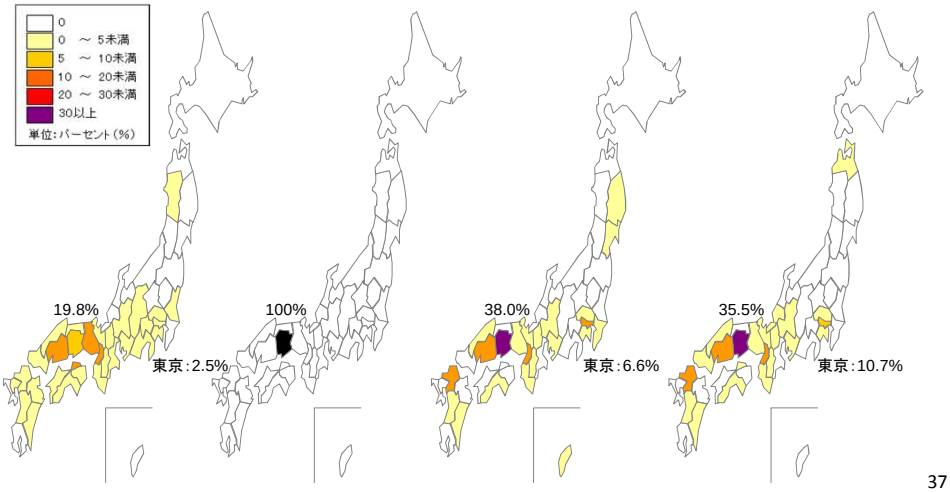
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（岡山県内）
（回答者：121人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



37

広島県の医学部卒業生の動向

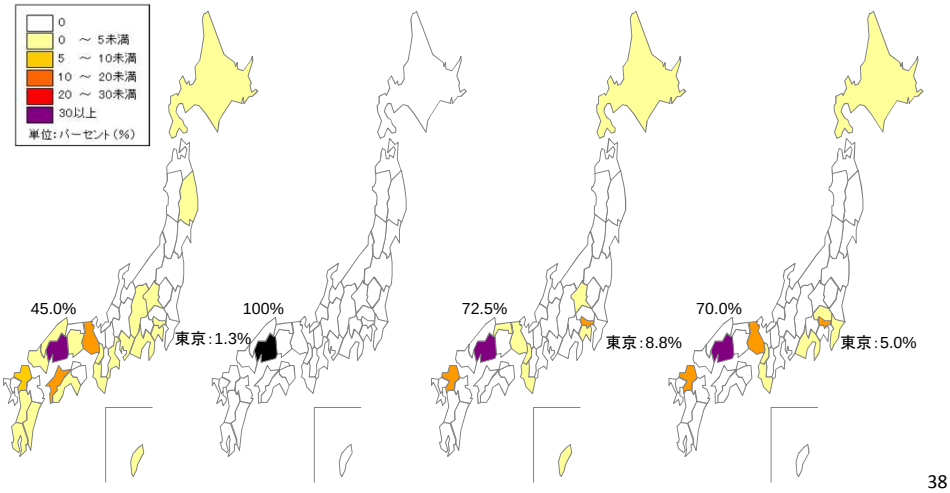
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（広島県内）
（回答者：80人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



38

山口県の医学部卒業生の動向

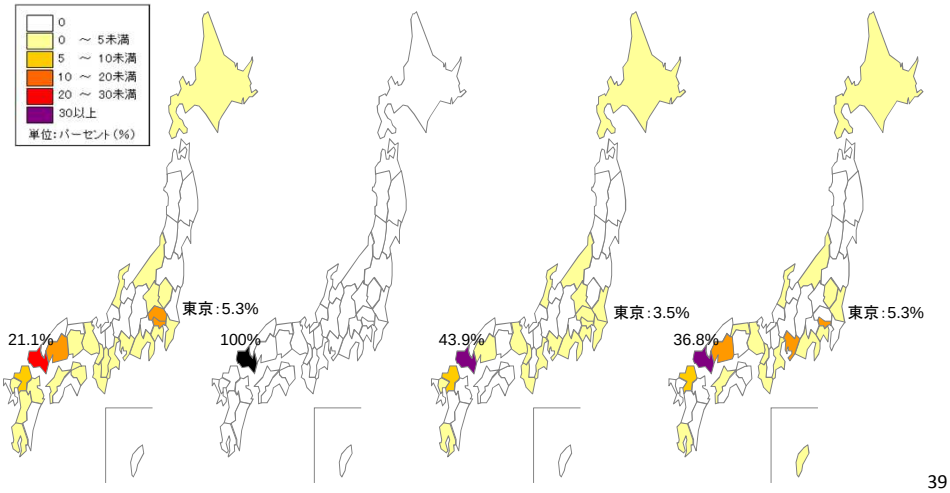
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（山口県内）
（回答者：57人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



39

徳島県の医学部卒業生の動向

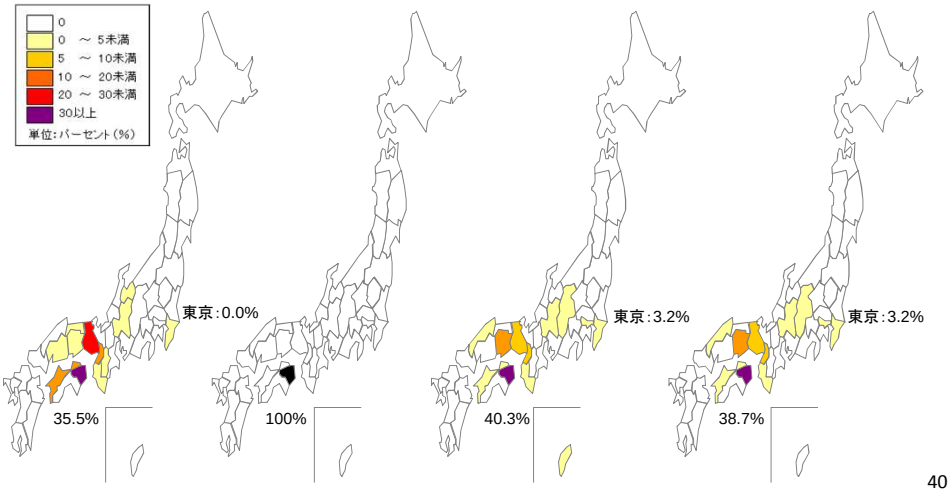
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（徳島県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



40

香川県の医学部卒業生の動向

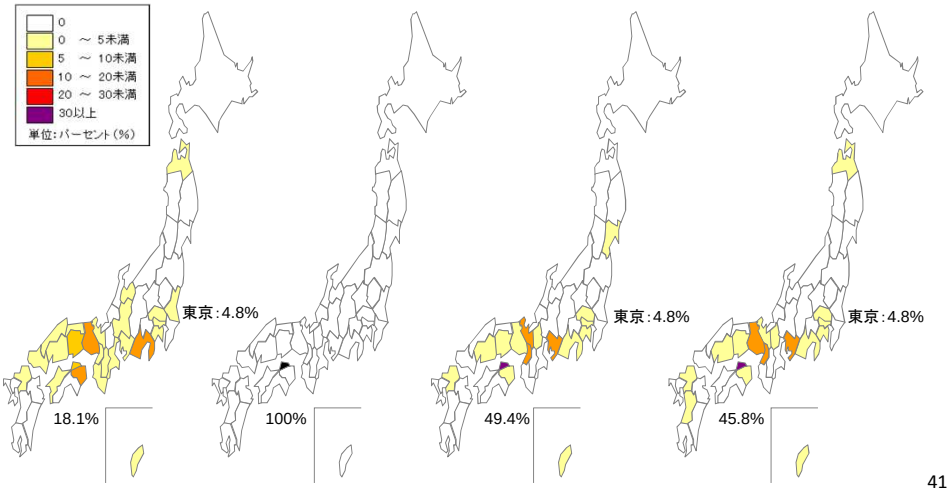
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（香川県内）
（回答者：83人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



41

愛媛県の医学部卒業生の動向

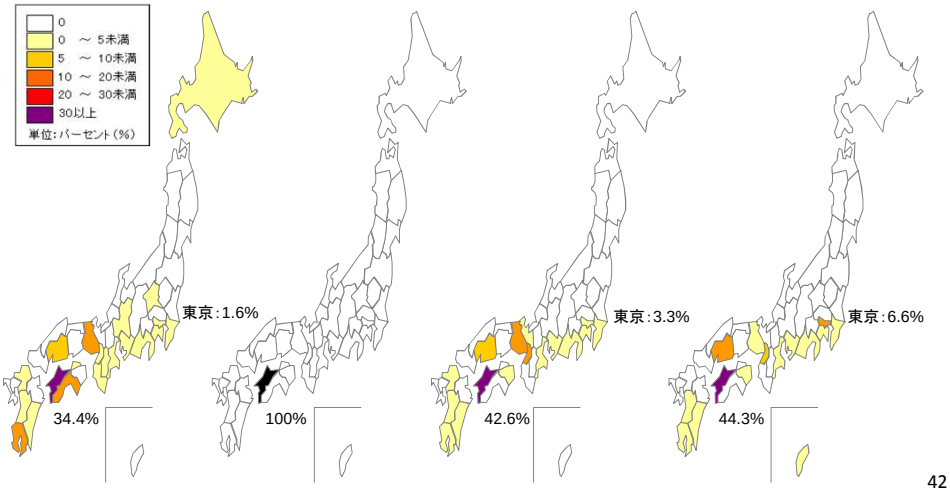
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（愛媛県内）
（回答者：61人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



42

高知県の医学部卒業生の動向

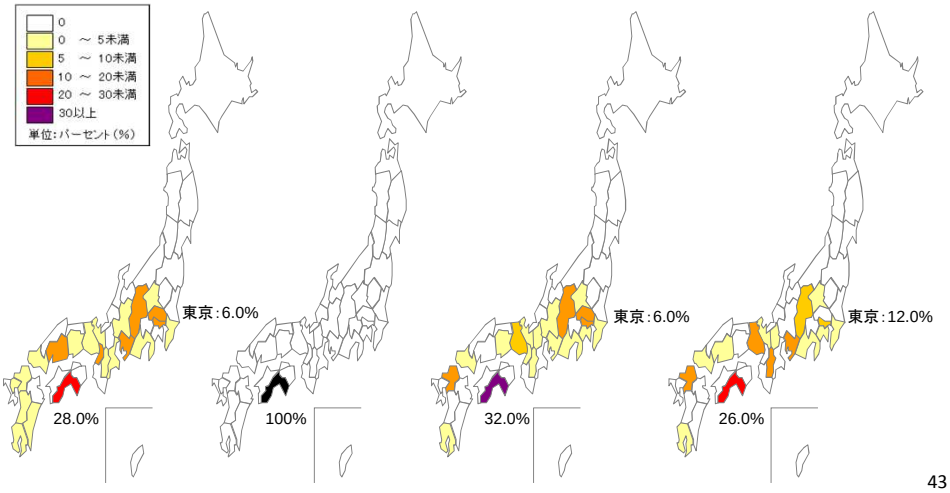
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（高知県内）
（回答者：50人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



43

福岡県の医学部卒業生の動向

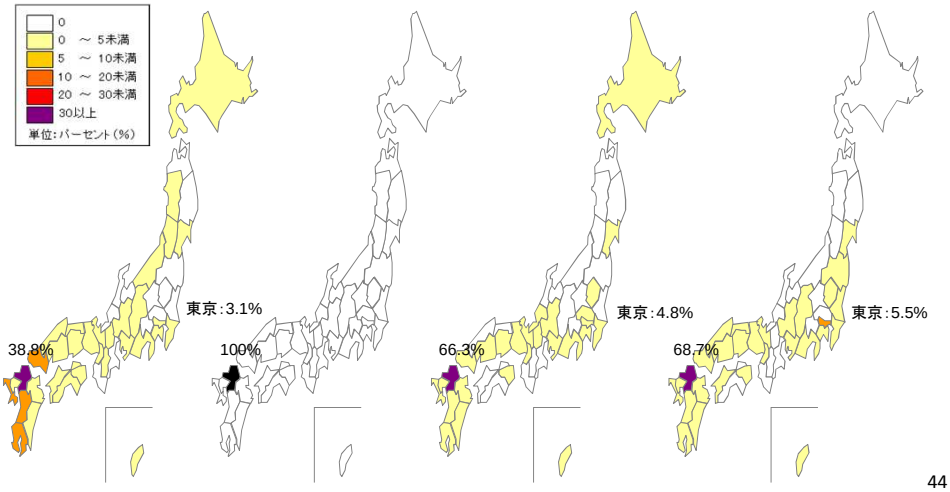
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（福岡県内）
（回答者：291人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



44

佐賀県の医学部卒業生の動向

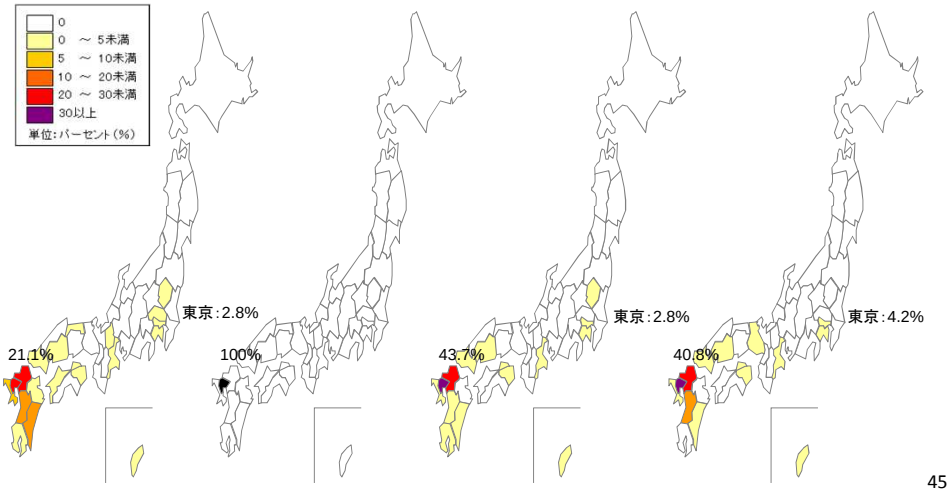
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（佐賀県内）
（回答者：71人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



45

長崎県の医学部卒業生の動向

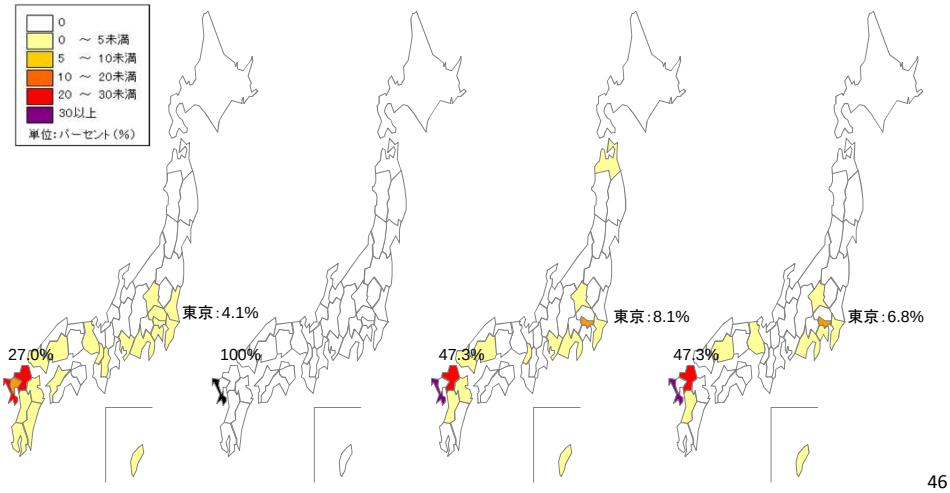
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（長崎県内）
（回答者：74人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



46

熊本県の医学部卒業生の動向

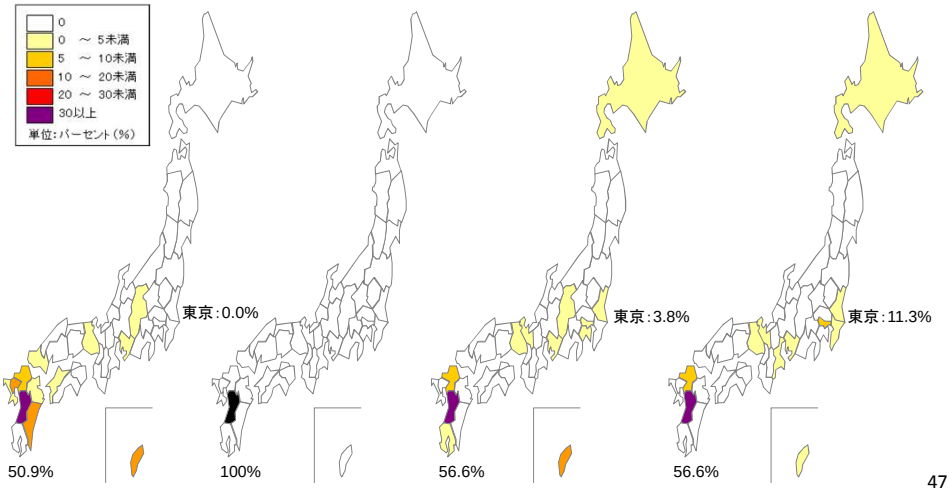
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（熊本県内）
（回答者：53人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



47

大分県の医学部卒業生の動向

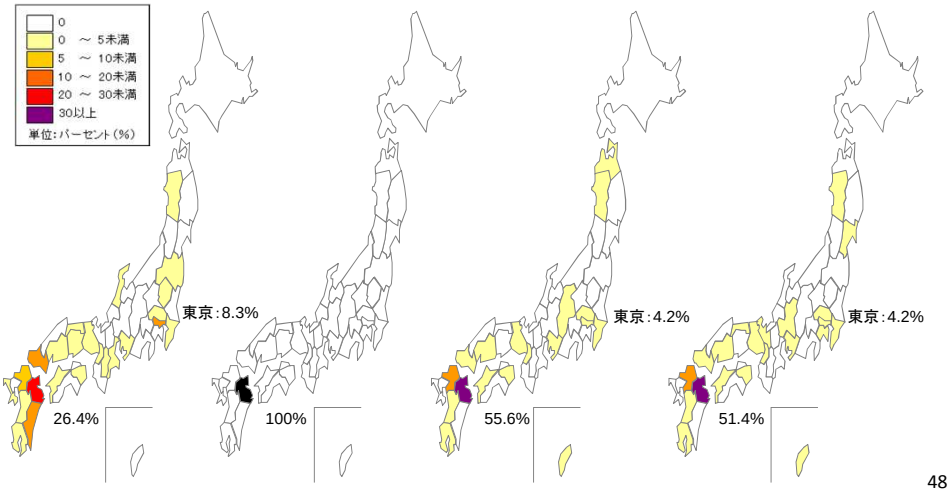
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（大分県内）
（回答者：72人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



48

宮崎県の医学部卒業生の動向

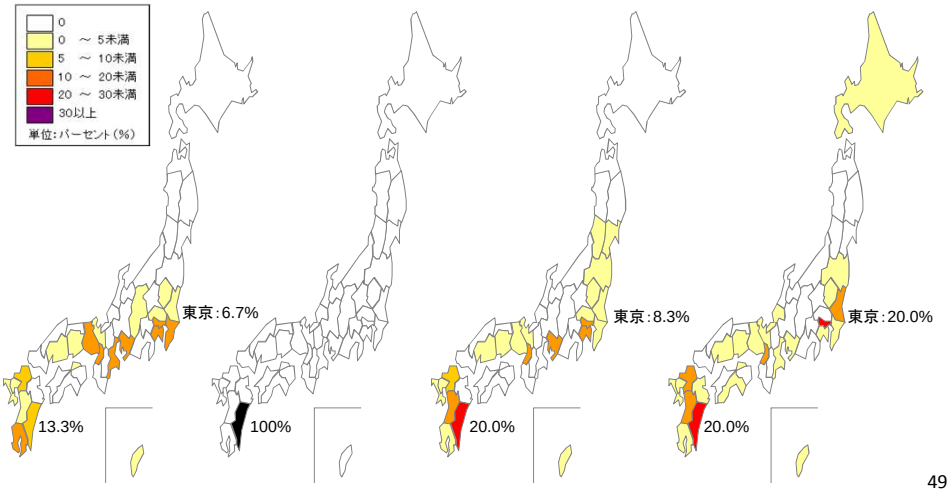
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（宮崎県内）
（回答者：60人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



49

鹿児島県の医学部卒業生の動向

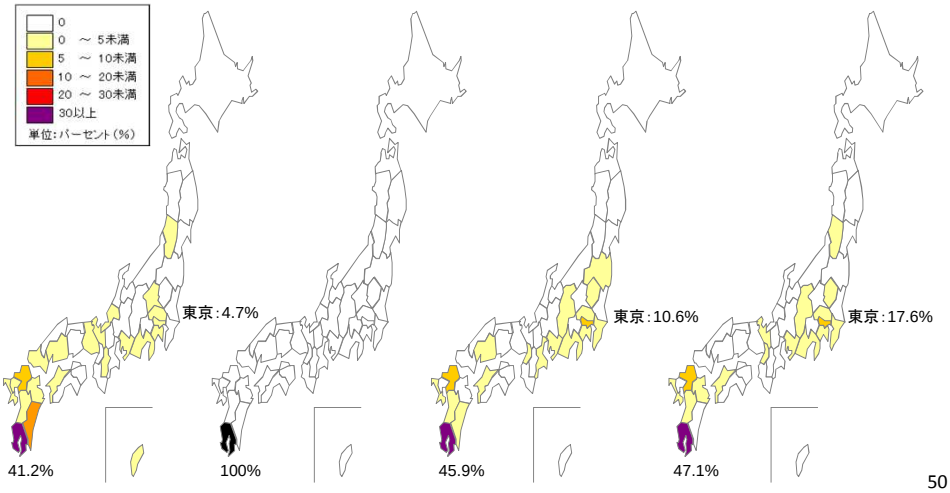
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（鹿児島県内）
（回答者：85人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



50

沖縄県の医学部卒業生の動向

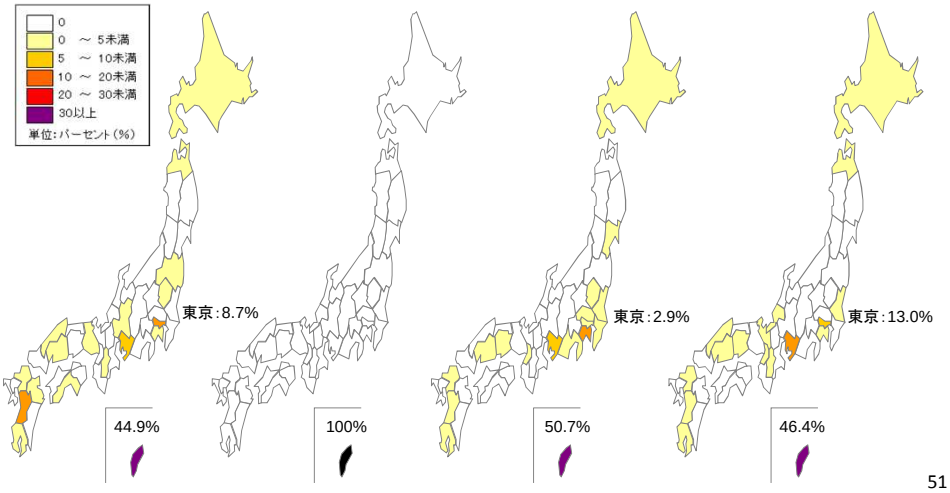
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学（沖縄県内）
（回答者：69人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



51

地域枠等の状況について

事務局提出資料５

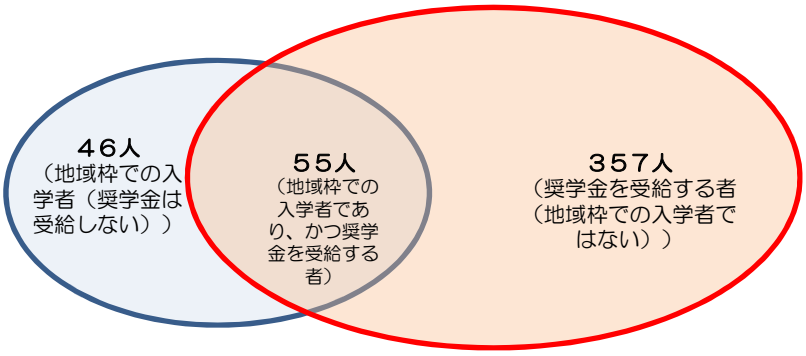
１．地域枠の分類

（出典：平成25年臨床研修修了者アンケート調査【速報値】）

配布対象者：7,545
回収数：5,619 （回収率：74．4%）

①地域枠での入学者（※）
１０１人（１．８%）
（※）地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠

②奨学金の受給者
４１２人(７．３%)

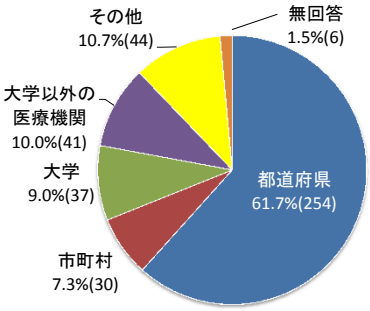


（参考）①または②に該当する者　４５８人

1

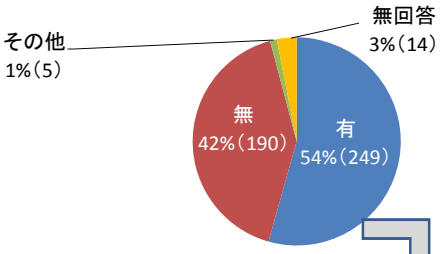
２．奨学金の支給元

（単回答（n=458））

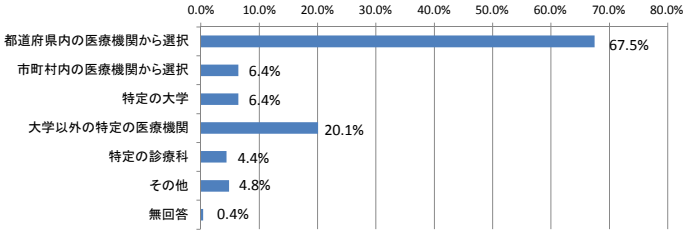


３．臨床研修中における地域等への従事

奨学金の免除要件について、臨床研修期間中における特定の地域等への従事義務の有無（n:458）



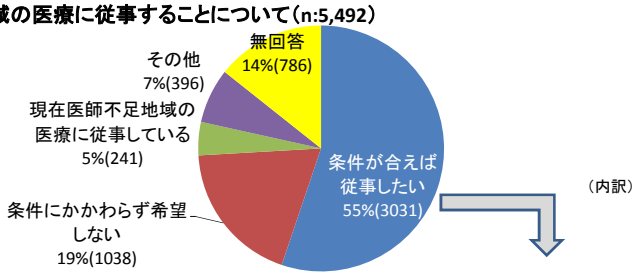
（内訳：複数回答）



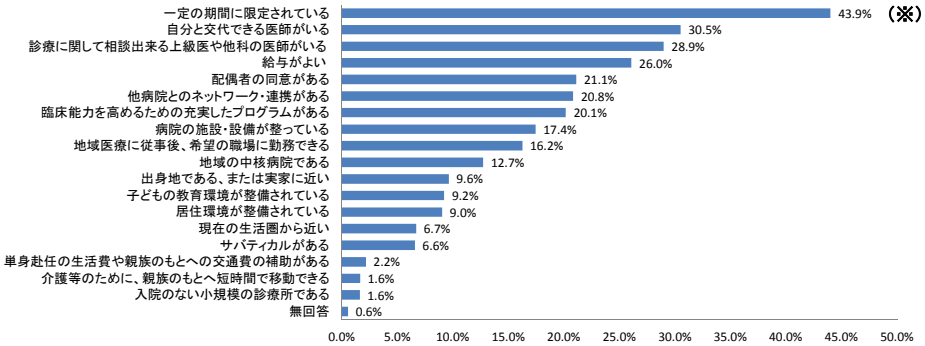
2

4. 医師不足地域への従事についての意識（地域枠以外の者）

（1）医師不足地域の医療に従事することについて（n:5,492）

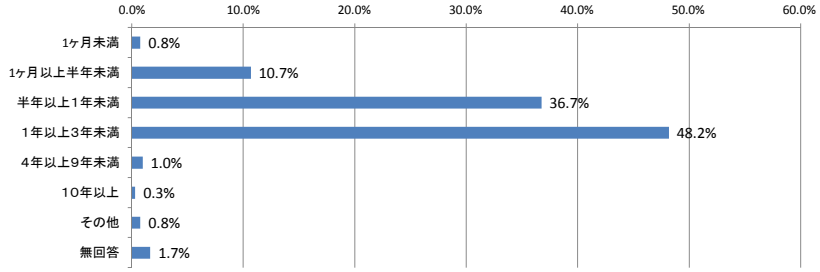


（2）医師不足地域の医療に従事する条件について（複数回答）（n：3,031）

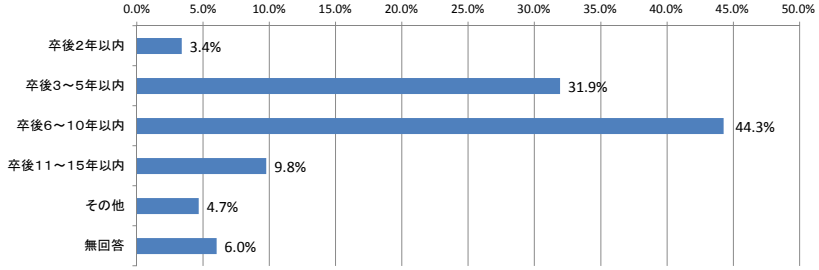


3

（3）「一定期間」について、どの程度を希望しているか（（※）n：1,331）



（4）「一定期間」について、どの時期を希望しているか（（※）n：1,331）



4

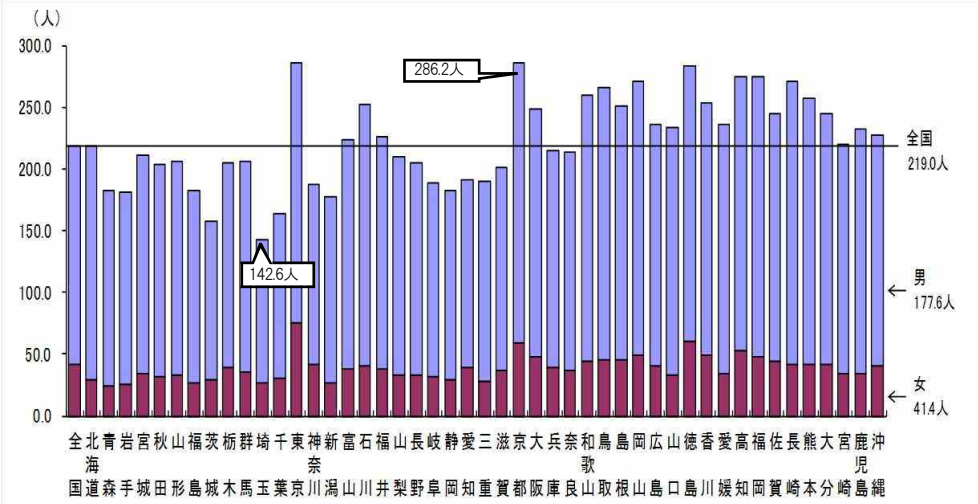
事務局提出資料3

地域における医師の確保対策について

医政局指導課

都道府県別にみた人口10万対医師数（平成２２年）

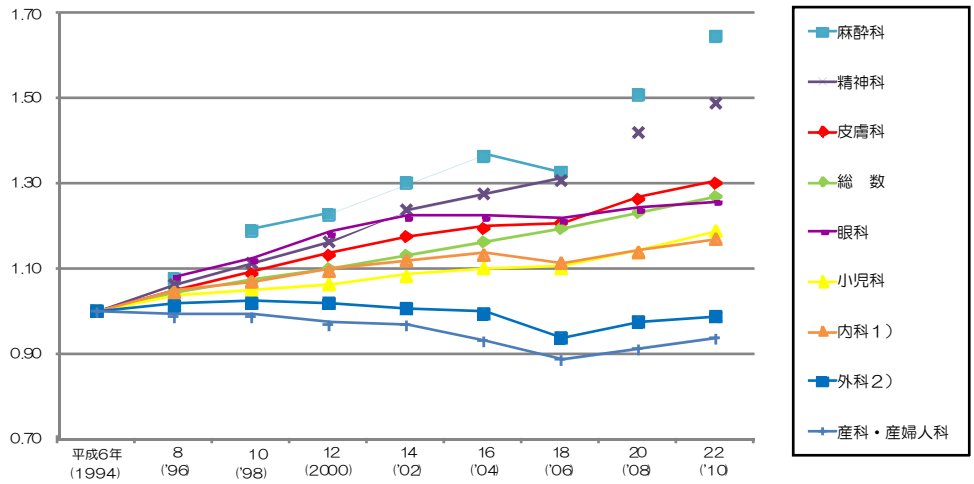
○ 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は219．0人で、前回に比べ 6．1人増加している。
○ 都道府県別では、京都府が最も多く（286．2）、埼玉県が最も少ない（142．6）。



（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

○ 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
○ 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



※内科１）・・（平成８～18年）は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成２０，２２年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー・リウマチ、心療内科、神経内科
※外科２）・・（平成６～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（平成２０，２２年）外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

医療計画制度について

趣旨

○ 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
○ 医療提供の量（病床数）を管理するとともに、質（医療連携・医療安全）を評価。
○ 医療機能の分化・連携（「医療連携」）を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
※ 都道府県においては、平成25年度からの医療計画（5か年計画）の策定作業を平成24年度中に行う予定。

平成25年度からの医療計画における記載事項

○ 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業（※）及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業・・・五つの疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と五つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

○ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
○ 医療の安全の確保　○ 二次医療圏（※）、三次医療圏の設定　○ 基準病床数の算定　等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進）。

3

地域医療対策協議会

関係者の協議により、救急医療、災害時における医療、へき地の医療等に従事する医療従事者の確保など、都道府県において必要とされる医療の確保のために必要な施策を定める。

（医療法第30条の12）

構成員

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 第三十一条に規定する公的医療機関
- 医師法第十六条の二第一項 に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- 診療に関する学識経験者の団体
- 大学その他の医療従事者の養成に関係する機関
- 社会医療法人
- 独立行政法人国立病院機構
- 地域の医療関係団体
- 関係市町村
- 地域住民を代表する団体

○ 医療計画にも、医療従事者の確保について、地域医療対策協議会の議論の経過や定められた施策について記載することとしている。

○ また、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況等を踏まえ、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めることとされている。

地域医療支援センター運営経費

平成25年度予算9．6億円（30箇所）　（平成24年度予算 7．3億円）（20箇所）

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

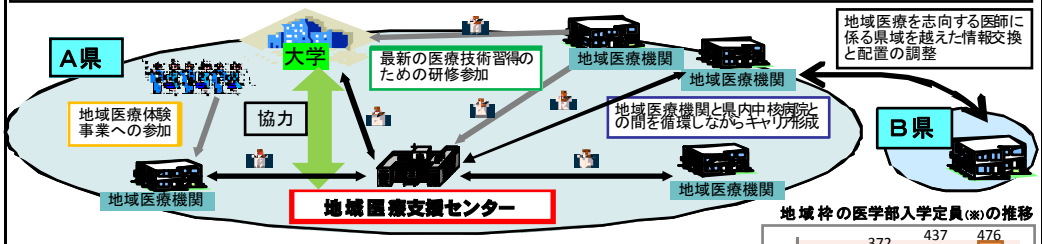
地域医療支援センターの目的と体制

➢ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取組むコントロールタワーの確立。

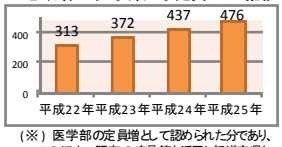
➢ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

➢ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取組む。

・人員体制 ： 専任医師2名、専従事務職員3名　　・ 設置場所 ：都道府県庁、○○大学病院、都道府県立病院 等



地域枠の医学部入学定員(※)の推移



（※）医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

地域医療支援センターの役割

○ 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

○ 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

➢ 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。

➢ 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成25年3月末時点）

平成25年度 地域医療支援センター 実施道府県（30箇所）

《平成２３年度から実施》

北海道、青森県、岩手県、福島県、新潟県、長野県、静岡県、岐阜県、京都府、島根県、広島県、徳島県、高知県、大分県、宮崎県

《平成２４年度から実施》

宮城県、茨城県、千葉県、三重県、滋賀県

《平成２５年度から実施》

群馬県、埼玉県、石川県、山梨県、大阪府
奈良県、和歌山県、岡山県、愛媛県、長崎県

地域医療支援センターの実績

○ 平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が医師の派遣に取り組んでおり、そのうち多くは、その他にも、医師向けの講習会の開催、面談・相談等の実施、研究資金の貸与等に取り組んでいる。

① 医師派遣実績

開始年度	都道府県数	派遣医師数（常勤換算、人）
H23	15	631
H24	5	177
総計	20	808

② 医師向け講習会の開催実績

開始年度	医師向け講習会の開催があった都道府県数	医師向けの講習会等への参加者数（人）
H23	11	4,939
H24	5	1,298
総計	16	6,237

③ 医師向けの面談・相談等

開始年度	医師向けの面談・相談等実施があった都道府県数	医師向けの面談・相談等の実施者数（人）
H23	12	607
H24	4	103
総計	16	710

④ 医師への研究資金、修学資金の貸与

開始年度	医師への研究資金、研修資金等貸与実施都道府県数	医師への研究資金、研修資金等貸与者数（人）
H23	11	1,272
H24	3	32
総計	14	1,304

（平成25年　医政局指導課調べ）

地域医療支援センターの実績（学生支援）

○ 平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が研修病院説明会に参加又は開催しており、多くはその他にも、面談・相談等の実施、修学資金の貸与、修学資金貸与者の配置等に取り組んでいる。

① 研修病院説明会の参加・開催状況

開始年度	研修病院説明会への参加・開催都道府県数	平均参加・開催回数（回）	延ブース来場者数（人）
H23	15	9.3	10,921
H24	5	3.8	2,681
総計	20	7.9	13,602

② 学生向け説明会参加者（ブース来場者を除く）

開始年度	学生向けの説明会等への参加者数（人）
H23	3,872
H24	1,832
総計	5,704

③ 学生向けの面談・相談等

開始年度	学生向けの面談・相談等実施都道府県数	学生向けの面談・相談等実施者数（人）
H23	13	1,173
H24	3	155
総計	16	1,328

④ 学生への修学資金等貸与

開始年度	学生への研修資金、修学資金等貸与都道府県数	学生への研修資金、修学資金等貸与者数（人）
H23	9	902
H24	5	339
総計	14	1,241

⑤ 修学資金貸与者の配置への関与

開始年度	修学資金貸与者の地域枠等の配置に関与のある都道府県数	修学資金貸与者の地域枠等の配置者数（人）
H23	11	147
H24	4	61
総計	15	208

（平成25年　医政局指導課調べ）

地域医療支援センターの取組

ドクターバンク事業（長野県）

・県内勤務に関心のある医師に対し、医師の勤務する医療機関まで支援センター職員が赴き初期面談を実施。その後、勤務候補の医療機関に医師が訪問する際は、支援センターの専任医師、職員も同行し、勤務形態や処遇について確認。
・上記の初期面談及び医療機関の訪問を月5～10回程度実施。
・平成23年度には、県内の中小医療機関を中心に医師を13名あっせん。

修学資金貸与医師の配置調整（岐阜県）

・修学資金を貸与した後期研修医を対象として、診療科ごとのキャリアプログラムを策定し、知事が指定した県内医療機関で研修を実施することにより、専門医の資格を取得可能としている。
・具体的には、義務年限内の半数以上は地方勤務を必須とするなどのローテーションルールに沿って、地域医療支援センターが医師ごとのキャリアプログラムを策定。
・平成24年4月時点で、32名の医師がキャリアプログラムに参加し、県内医療機関において勤務している。

自治医科大学卒業医師の配置調整（広島県）

・これまで、自治医科大学を卒業した医師の配置は県が独自に決定していたが、地域医療支援センターの設立により、新たに配置基準を策定。
・基準の策定にあたっては、市町村に意見照会後、県、市町、県医師会、大学、地域医療支援センターからなる会議で検討。
・各市町から提出された配置に係る調査票に基づき、センターにおいて医療機関を点数化して配置調整案を策定し、上記会議において案を協議・決定する仕組みを構築。
・上記の取組により、透明性の高い配置調整がなされ、平成24年4月現在、18名の医師が地域の医療機関において勤務している。

その他

・奨学金を貸与している地域枠等の医学生に対して、将来の進路について個別に面談を実施し、キャリアプログラムの説明を行うことにより、地方へ行っても2年後には戻って高度医療や専門医療を学ぶことができるなど、プログラムの内容を知ることで、地域医療への将来の不安を解消することができた。
・レジナビフェスタなど、臨床研修病院や医学生・研修医が一堂に会する場において地域医療支援センターのブースを設置して、キャリアアッププログラムなどのセンターの活動内容を周知。

（平成24年　医政局指導課調べ）

地域医療再生基金の概要

【目　的】

○21年度補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。

○22年度補正予算において、対象地域を都道府県単位（三次医療圏）の広域医療圏における医療提供体制の課題を解決するために基金を拡充。

○23年度補正予算において、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）のうち、津波等で甚大な被害を受けた地域を中心に基金を拡充。

○24年度予備費を活用し、被災地（岩手県、宮城県、福島県、茨城県）における医療施設の早期復旧・復興について、更なる医療復興支援が必要なため、被災県が医療の復興計画等に定める事業を支援するために基金を拡充。

○24年度補正予算にて、地域医療再生計画に基づく事業を遂行していく中で、計画策定時（平成22年度）以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うために基金を拡充。

【対象事業】

○都道府県が策定する地域医療再生計画、医療の復興計画に基づく事業を支援

財源	予算措置額	対象地域	計画期間
平成21年度補正予算	2，350億円	二次医療圏を基本とする地域（94地域×25億円）	平成25年度まで
平成22年度補正予算	2，100億円	都道府県単位（三次医療圏） ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏	平成25年度まで
平成23年度補正予算	720億円	被災3県（岩手、宮城、福島）	平成27年度まで
平成24年度予備費	380億円	被災3県及び茨城県	平成27年度まで （茨城県については、平成25年度まで）
平成24年度補正予算	500億円	都道府県単位	平成25年度末までに開始した事業 （これまで交付した分で25年度までとしていたものも同様の扱いとする。）

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」

〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

医学教育（6年間）

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1．貸与額

○月額１０～１５万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○６年間で概ね１２００万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は
国公立大学で約140万／年、 私立大学で約200万／年

出典（独）日本学生支援機構　学生生活調査（平成20年度）

2．返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね15倍（９年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1．都道府県内の特定の地域や医療機関
（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）

2．指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

平成２８年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献：

- 平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- 平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- 平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み
- 平成25年度地域枠入学定員（476名）→平成31年に卒業見込み

地域医療再生基金を活用した医師確保の取組

○ 医学生への修学資金貸与事業
（平成24年度までの実績）

総事業費（千円）	再生基金充当額（千円）
10,111,476	5,382,184

※ 記載のあった38都道府県についてとりまとめたもの

○ 一人あたり貸与額
年間180万円～450万円程度

○ 再生基金による修学資金貸与枠数（学年あたり）
（平成24年度）

	地域医療再生基金を充当した修学資金貸与枠数（人）
平均	9.0
中央値	7.5
最大値	29
最小値	2

※ 記載のあった32都道府県についてとりまとめたもの

医師育成・確保コンソーシアムと一体となった医学生修学資金制度（岐阜県）

○県内大学医学部及び附属病院、研修医が多く集まる公的病院等が、効果的な初期臨床研修の実施と後期研修医の育成のため、コンソーシアムを組織。
（主な機能）
・初期臨床研修医の教育研修機能
・後期研修医等のキャリアアップおよび医師派遣機能
・岐阜大学医学部地域枠卒業者の研修先、勤務先の調整
○県内医学部在学の学生、県内高校出身者で他県の大学医学部に在籍する者に対して修学資金を貸与。
○貸与を受けた学生は、卒業後にコンソーシアムが提供する初期臨床研修プログラムやキャリアパスにより、県内での研修や勤務に就く（償還免除要件）。

地域医療実習の実施などによる定着支援（新潟県）

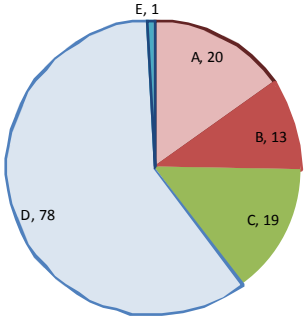
○県内及び県外の医学部に選抜枠を設定し、学生に対し、卒後9年間は県が指定する医療機関に勤務することを償還免除の要件とする修学資金を支給。
○貸与者には、在学期間中毎年1回、地域医療実習への参加を義務づけ、地域医療に対する理解の促進を図る。
○また、県内医学部に総合地域医療学講座を設置し、地域医療に貢献する医師の育成及び地域における勤務医の確保を図るとともに、地域医療連携の推進による地域医療の充実を図っている。

（平成25年 医政局指導課調べ）

地域における医師確保のための奨学金制度等の現状

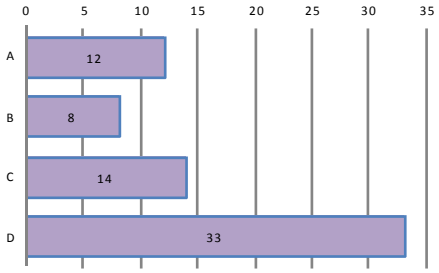
○ 68大学から登録された地域における医師確保のための学生を対象とした奨学金制度や授業料の減免制度131制度のうち、臨床研修施設を指定する医療機関とする制度は20あった。
○ 初期臨床研修を指定する医療機関で受けることを減免要件とする奨学金等制度を実施する都道府県は12あった。県内の医療機関から選択等も含め、初期臨床研修について何らかの要件を設けている都道府県は34あった。

＜奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況（制度数（N=131））＞



A	臨床研修を県内の指定された特定の医療機関で行う義務がある
B	臨床研修を県内の指定された複数の医療機関のうちいずれかで行う義務がある
C	臨床研修を県内のいずれかの医療機関で行う義務がある
D	臨床研修を県内の医療機関で行う義務はない
E	記載なし

＜奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況（都道府県数N=47）＞
※ 都道府県が実施主体のものに限る



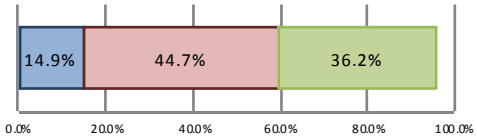
※ 重複回答あり
※ Dは、初期臨床研修を県内で行った場合に義務年限に含まれる場合と含まれない場合がある。

（文部科学省「地域医療に関する調査」を元に厚生労働省作成 ）

地域枠学生の研修病院の選定に関する都道府県の意見

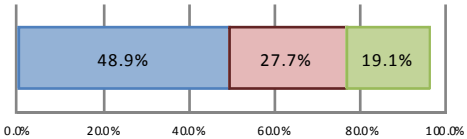
○ 都道府県内の指定された特定の医療機関で臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング外とすべきが44. 7%と最も多かった。
○ 一方、都道府県内の医療機関から自由に選択して臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング内とすべきが48. 9%と最も多かった。

①マッチングの適否（都道府県内の特定の医療機関で研修する地域枠の場合）



■マッチング内 ■マッチング外 ■その他

②マッチングの適否（都道府県内の医療機関から自由に選択し研修する地域枠の場合）



■マッチング内 ■マッチング外 ■その他

【マッチング内】であるべきとする主な理由
- マッチング外で扱った場合、学生のモチベーションやレベルを低下させる恐れ
- 一般学生との公平性

【マッチング外】であるべきとする主な理由
- 自治医大生と同様に扱うべき
- アンマッチを防止するため
- マッチング内とすると、学生に自由な病院選択が可能であると期待されてしまう
- マッチング内とすると、実質的なマッチング募集人数（一般枠の数）がわかりにくくなり透明性が低下する恐れ
- マッチングにはなじまない。ただし、定員の内数にすべき

【マッチング内】であるべきとする主な理由
- 現行制度でも希望順位の選択等の工夫で対応可能
- 一般学生との公平性
- マッチング外とすると、病院側が選考試験・面接の機会を逸し人物確認ができない
- マッチング外とすると、本人の学習意欲の低下の恐れ
- マッチング外とすると県が調整をすることになる
- 他県からの流入の可能性がある

【マッチング外】であるべきとする主な理由
- アンマッチの恐れ

【その他】の主な意見
- 原則はマッチング内とし、アンマッチの場合などに例外的に定員を上乗せするべき
- 各病院の定員の内数で、地域枠のための定員を都道府県が設定できるようにするべき
- マッチング外にすると、1病院の定員を上回る地域枠学生が集まった場合の調整が困難

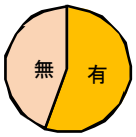
（平成24年厚生労働省「都道府県　医師臨床研修に関するアンケート調査」）

地域枠学生の研修病院に関する都道府県の状況

○ 地域枠の学生の臨床研修先について、医療機関を指定している都道府県が17、地域を指定している都道府県が10であった。
○ 医師臨床研修システムの活用について、活用しないと回答した都道府県が9、活用すると回答した都道府県が28であった。

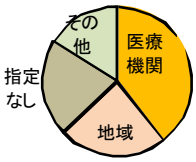
①奨学金等による契約によって、都道府県が地域枠の医学生の初期臨床研修先を決定する権限の有無

	回答数
1：有	24
2：無	19



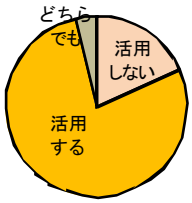
②初期臨床研修先をどのレベルまで指定（強制力のある指定）しているか

	回答数
1：医療機関	17
2：地域	10
3：指定なし	9
4：その他	7



③初期臨床研修先を都道府県が指定する場合、医師臨床研修マッチングシステムを活用するか

	回答数
1：活用しない	5
2：活用する	21
3：どちらでも	1
無回答	0



※47都道府県に調査し、回答の得られた43都道府県の結果をまとめたもの。

（平成25年厚生労働省医政局指導課調べ　）

医師不足の診療科の医師確保対策

○産婦人科、小児科等の厳しい勤務環境にある診療科において医師が不足

- 救急医（産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む）に救急勤務医手当を支給する２次救急医療機関等に対して財政支援
- 産科医等に分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援
- 出生後ＮＩＣＵ（新生児集中治療管理室）に入る新生児を担当する医師に手当を支給する医療機関に対して財政支援

事務局提出資料３

医師臨床研修制度に関する関係団体等からの要望（提案）の概要

○平成23年６月～平成25年６月までに医政局医師臨床研修推進室において把握できたもの
○要望書提出団体：６４

通番	項目	提出団体	内容
1	①基本理念	社団法人　日本医師会	新医師臨床研修の基本３原則を堅持し、臨床研修医が、**地域社会で充実した研修体制を構築**すること。
2		日本医学教育学会	現在の**基本理念は堅持**されるべきである。
3			基本理念の文言から**「プライマリ・ケア」は外す**こと。
4	②到達目標とその評価	日本医学教育学会	現在の**到達目標の骨子は堅持**されるべきである。
5			コメディカルなど、**他職種からの評価**を取り入れることも検討すべきである。
6			ポートフォリオやログブックの導入などにより、特に**態度・技能領域の評価を充実させるべき**である。
7			行動目標に関しては、**客観的な評価の導入**が検討されるべきである。
8	③臨床研修全体の研修期間	日本医学教育学会	臨床研修全体の研修期間については、**当面は堅持**されるべきである。
9			研修中の**妊娠出産等**への対応やまた障害を有する研修医への対応について、研修を継続できるよう具体策を検討すべきである。
10	④研修診療科	公益社団法人　日本精神科病院協会	**精神科を必修診療科**にもどすこと。
11		公益社団法人　日本産科婦人科学会	**産婦人科研修を再必修化**とすること。
12		社団法人　日本医師会	臨床研修プログラムは、その**成果や社会情勢の変化等を踏まえ**、適宜、見直しを行っていく。
13		日本医学教育学会	**目標の達成に必要な研修科で研修**すべきである。現在以上に**緩和・弾力化することには反対**である。
14			**外科と小児科は再び必修化**すべきではないか。
15		精神科七者懇談会	精神科研修を必須のものとして組み入れること。
16		東京都精神障害者家族会連合会	**精神科研修必修化**を求める。
17		全国衛生部長会	**研修内容を充実**させ、より良い研修体制を確保できるよう検討すること。
18		大都市衛生主管局長会	**不足する産科・小児科・救急科等における医師の確保に向け**、医学教育、**臨床研修の整備・充実**を図る。
19	⑤各研修診療科の研修期間	日本医学教育学会	**現行の必修科目の研修期間**は最低限必要である。
20			**基幹型研修病院では12ヶ月以上**の研修が望ましい。

通番	項目	提出団体	内容
21	⑥必要な症例	大分県	**平成25年度以降の臨床研修における対応において、**基幹型臨床研修病院の指定基準についての**激変緩和措置を継続**すること。
22		岐阜勤労者医療協会　みどり病院	**「新規年間入院患者数3000人以上」の見直し**等、中小病院の管理型研修病院として研修医の受け入れが出来るようにするため、制度の弾力的な運用等必要な措置を講じること。
23		医療法人尾張健友会　千秋病院	**年間入院患者数3,000人未満**の病院を基幹型臨床研修病院から外さないこと。
24		医療法人　名南病院	**年間入院件数3,000件**という基準については、あらためて見直すこと。
25			2012年4月1日で廃止される激変緩和措置について、それ以降も継続されるようにすること。
26		みえ医療福祉生活協同組合　津生協病院	**年間入院患者数3,000人未満**の病院を基幹型臨床研修病院から外さないこと。
27		日本医学教育学会	**年間入院患者数を**研修病院としての**基準とするのは妥当性を欠く**。
28			入院患者数に拘わらず、本来**すべての病院が訪問調査を受けること**が望ましい。
29			**診療科ごとの症例数は参考基準**として取り扱えば良い。
30		高知県	「年間入院患者3000人以上」について等、地域医療の確保の観点から基幹型臨床研修病院の**指定基準の弾力的運用**を図ること。
31		神奈川県	指導体制の整った**中小病院についても研修病院として指定**できるよう基準を見直すこと。
32	⑦指導･管理体制	日本医学教育学会	**研修管理委員会やプログラム責任者講習会の存在は不可欠**である。
33			**プログラム責任者にはプログラム責任者講習会を義務づけ**るべきである。
34			研修医がローテートする**すべての科に指導医を配置**すべきである。
35	⑧募集定員の設定方法	京都府、市町村及び2大学	自治体が独自に運営している**公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置**を講じること。
36		富山県	研修医が**特定の地域に過度に集中することのないような都道府県別の上限の設定**をすること。
37		長野県	医師不足の県においては、県の上限を設定せず、各病院の**希望どおりに募集定員を決定**するように制度を変更すること。
38			**大都市から地方への研修医の誘導**を図ること。**医師不足の県においては、県の上限を設定しない**こと。
39		社団法人　日本医師会	**研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致**させる。都道府県の募集定員は**人口や地理的条件**などの実情を踏まえて設定する。
40		公立大学法人和歌山県立医科大学	和歌山県の臨床研修医募集定員増員を強く要望する。
41		北海道	臨床研修希望者数と募集定員を概ね一致させ、都道府県毎の定員数は、**地理的条件など地域の実情**を踏まえた上で、医師の不足や地域偏在の解消に向けて、配分する必要がある。
42		京都府	地域の自助努力が十分反映される制度となるよう、自治体が独自に運営している**公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置**を講じること。あるいは、当該大学の医学部定員の範囲内で知事が独自に加算できる措置を講じること。
43		三重県	都道府県ごとの**定員設定について、医師数の過不足の状況等を踏まえたものとする**などの制度の見直しを行うこと。
44		山口県	都市･地方の医師偏在解消に向けた各都道府県の臨床研修**募集定員の適正化**を行うこと。

通番	項目	提出団体	内容
45	⑧募集定員の設定方法	自由民主党京都府議会議員団	**地域の自助努力が十分反映される制度**となるよう、自治体が独自に運営している**公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置**を講じること。
46		日本医学教育学会	都道府県別の**医学部入学定員数で按分するのは廃止すべき**である。
47			**都道府県別の人口で按分する場合、マッチング応募者総数を按分すべき**である。
48			**人口あたりの医師数、高齢者割合を加味**することを支持する。
49			**激変緩和措置は、しばらく継続**させて良いのではないか。(各都道府県、各研修病院ともに)
50			**医師派遣加算は医師不足地域への派遣に限定**すべきである。
51			募集定員20名以上の研修病院に**小児科・産科のプログラム（募集定員各20名以上）を設ける義務づけは廃止**すべきである。
52		和歌山県	地域の医師確保対策を推進するため、医師臨床研修の募集定員の設定方法を見直すこと。また「地域枠」を別枠にするなど募集定員を増員すること。
53		茨城県	各都道府県の上限数の算定にあたっては、地域特性や医師不足の状況を考慮し、**可住地面積当たりの医師数及び人口10万人当たりの医師数を加算の要件**に加えること。
54		全国自治体病院開設者協議会 公益社団法人　全国自治体病院協議会 全国自治体病院経営都市議会協議会 全国知事会 全国都道府県議会議長会 全国市長会 全国市議会議長会 全国町村会 全国町村議会議長会 公益社団法人　国民健康保険中央会	臨床研修定員の設定について、地域の努力や創意、他地域への貢献等が十分反映される制度に改めるとともに、都道府県内における地域の実情についても十分配慮した**医師不足困窮地域に対するきめ細やかな制度的な措置**を講じること。
55		愛媛県	複数の中小規模の病院が、相互連携し、総体として臨床研修の質を確保する場合、**研修医の受入が行える制度を導入**すること。
56		一般社団法人全国公私病院連盟	**研修医定員枠の調整など**に取り組むとともに医師数の地域格差を是正する施策を講ずること。
57		大阪府	激変緩和措置廃止にあたっては、都市部のこれまでの**研修医養成実績等を適正に評価**するとともに、**診療科目別の医師偏在等に悪影響を及ぼさないよう十分配慮**すること。
58			各病院の研修体制充実のインセンティブ確保のため、**研修体制の強化を図り応募実績を伸ばした病院に対しては、適切な募集定員の上乗せ措置**を行うこと。
59		青森県	都道府県毎の募集定員は、地理的条件など地域の実情を踏まえた上で、**医師不足や地域偏在の解消に向けた配分**とすること。
60		宮崎県	医師が不足する地域や診療科の医師確保につながるよう、**都市部の研修医師の更なる削減**を行い、**臨床研修開始予定者数と臨床研修病院の募集定員の開きを縮小**すること。

通番	項目	提出団体	内容
61	⑨地域枠への対応	岡山県	**各研修病院の県内募集定員とは別に、地域枠卒業医師に係る県内定員枠を設定**すること。
62		国立大学法人　旭川医科大学	**地域枠入学の学生数を考慮した臨床研修医の募集定員の算定**すること。
63		北海道	国が定める募集定員については、**地域枠学生数を考慮し、地域枠に係る加算を認める**など見直しをすること。
64		日本医学教育学会	**地域枠学生に対して**、臨床研修**制度上の配慮は不要**である。
65			**他県に係る地域枠学生分は研修する都道府県の募集定員に参入**すべきである。
66			**地域枠の学生もマッチングに参加**すべきである。
67		全国衛生部長会	募集定員について地域枠の加算を認めるなど、地域医療の確保の観点から見直すこと。
68		東京都	**地域枠学生**については、その趣旨を踏まえ、当該地域において確実に初期臨床研修を実施できるよう、**通常の募集定員とは別に初期臨床研修募集定員を設定**すること。
69		中国地方知事会	大学医学部の地域枠卒業者の地域への定着を図るため、臨床研修病院のマッチング対象定員枠とは別に、**都道府県による地域枠卒業者を対象とする定員枠の設定を認める**こと。
70		兵庫県	**地域枠出身の臨床研修医**は個々の臨床研修病院の研修医**受入定員枠のとは別枠**で扱い、**都道府県の裁量で配分**できるようにすること。
71	⑩研修医の処遇等の確保	社団法人　日本医師会	臨床研修医の研修先における**給与水準を一定の範囲**内にする。
72			臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく**研修に専念できる環境**を整備すること。
73		日本医学教育学会	研修医の処遇については、**一定の上限を設定**すべきである。
74			**労働環境は、労働基準法に則って整備**すべきである。だが、自己研鑽等の時間は労働時間と見なさないなど、**柔軟な対応**が望まれる。
75	⑪臨床研修病院群の形成	日本医学教育学会	臨床研修病院群の**形成自体は望ましい**。
76			基本的には同一圏か近接した医療圏で形成されることが望ましいが、**遠隔地との連携**もあり得る。
77			**大学病院を含めた群形成を指定の要件にはしない**こと。
78			**群を形成する各病院の規模の規定を設ける必要はない**。
79	⑫第三者評価	日本医学教育学会	**他職種や非医療者（市民代表）**が評価をすることを検討すべきである。
80			研修医の**診療能力のアウトカム評価**もなされるべきである。
81	⑬都道府県の役割	兵庫県	**臨床研修病院の指定**や**都道府県全体の定員上限枠**について、都道府県の意見が十分反映できるよう制度変更すること。
82			個々の臨床研修病院の定員枠の増減について、都道府県が地域の政策的必要性も勘案し**調整できる権限を拡大**するよう制度変更すること。
83			国が一方的に定めている臨床研修病院の指定、研修医受入定員調整について、**都道府県が地域の実情や政策的必要性も勘案して設定**できる制度へ変更すること。
84		日本医学教育学会	**都道府県は臨床研修制度において役割を果たすべき**である。

通番	項目	提出団体	内容
85	⑭運用上の問題	日本医学教育学会	受入実績が2年ないことにより**指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請が可能であることを継続**すべきである。
86			**指導医講習会の受講後に指定申請**すべきである。
87	⑮中断及び再開、修了	日本医学教育学会	**メンタルケア体制の有無を指定要件**に加えることが望ましい。
88			研修中の**妊娠出産等**への対応やまた障害を有する研修医への対応について、研修を継続できるよう具体策を検討すべきである。
89	⑯地域医療の安定的確保	京都府、市町村及び2大学	大学の臨床研修医の定員については、その**受入能力や制度導入前の採用実績に配慮した定員数**を確保すること。
90		兵庫県	医師の**地域偏在・診療科偏在を是正する仕組み**の構築（国の責任による医師の適正な配置がされる仕組みの構築）が必要である。
91			※以下は構造改革特区としての提案 へき地に所在する臨床研修病院とそれ以外の地域の臨床研修病院とをグループ化して定員を設定、当該定員を超えた希望者があった場合、その超えた部分については都道府県全体の定員枠の調整分として認める。
93			都道府県の「医師修学資金制度」により養成された医師については、都道府県が地域の実情に応じて配置できるよう、国が定める定員枠の外枠とし、都道府県の裁量で医師不足地域の病院に追加配分できるようにする。
94		北海道	郡部・へき地など医師不足地域での研修実施など、**地域医療研修の充実**を図る必要がある。
95		日本共産党宮崎県委員会	**地域医療の充実**をはかること。
96		鹿児島県	地方に配慮した臨床研修制度の促進（**研修医の都市部集中の是正に資するような制度の運用、財政面も含めた支援措置**）すること。
97		山梨県	医師の**地域間偏在・診療科偏在の解消**（臨床研修制度の抜本的な制度の見直し）をすること。
98		日本医学教育学会	原則として、**研修に適した環境を医師不足地域の病院が備えることを支援**することで、地域間偏在が是正されるのが望ましい。
99			研修医に**医師不足地域の医療を体験**させることも有効と思われる。
100		岩手医科大学　学長 東北大学　医学部長 福島県立医科大学　学長	**6都府県に集中している**研修医制度の見直しをすること。
101		広島県	**地域医療体制の確保のための取組の充実**をすること。（新たな医師臨床研修制度導入後、本県の初期臨床研修医は大きく減少している。）
102		秋田県	臨床研修制度における地域医療研修期間の延長や、臨床研修後における一定期間の過疎地域勤務の義務付けなどにより**医師の地域的な偏在の解消に向けた新たな制度を構築**すること。
103		北海道市長会	臨床研修制度の導入による影響をふまえ**た医師不足地域での一定期間の勤務の義務付け**など、地域医療の確保につながるよう早急に改善を図ること。
104		福島県	被災地の臨床研修医採用減少等の状況を踏まえ、**研修医の都市部への集中の是正**を行うなど、医師不足地域に配慮した見直しを早急に実施すること。
105		全国市長会	**医師不足の影響や問題点の検証を踏まえ**、地域医療が維持・確保できるよう改善を図ること。
106		鳥取県自治体代表者会議 鳥取県地方分権推進連盟	**地域偏在を解消**できるよう見直しすること。

通番	項目	提出団体	内容
107	⑯地域医療の安定的確保	オホーツク圏活性化期成会	**医師不足地域での一定期間の勤務の義務付け**など、地域医療の確保につながるよう早急に制度の改善を図ること。
108		北海道空知地方総合開発期成会	臨床研修医制度導入による影響を踏まえ**医師不足地域での一定期間勤務**の義務化が必要。
109		全国都道府県議会議長会	医師の**地域別、診療科別偏在の解消**に実効性のある制度の構築を図ること。
110		青森県	若手医師の地域医療に関する一層の理解を深めるため、郡部･へき地など医師不足地域での研修の実施など、**地域医療研修の充実**を図ること。
111		宮崎県	医師の地域間偏在や診療科の偏在を是正するため、医師の適正な配置が行われる制度構築し、**地域医療体制の充実･強化**を図ること。
112		九州各県議会議長会	**地域の医師不足問題の解消**に実効のある制度の構築･運用を行うこと。
113		愛媛県市長会	医師を安定的、継続的に地域の中小病院へ配置できるよう、**大学医局の旧来の機能を回復**する、あるいは、**各都道府県の地域医療対策協議会等が医師の需給調整を行えるような仕組み**を構築するなど、有効な対策を実効すること。
114		四国西南地域市議会議長懇談会	医師を安定的、継続的に地域の中小病院へ配置できるよう、**大学医局の旧来の機能を回復**する、あるいは、**各都道府県の地域医療対策協議会等が医師の需給調整を行えるような仕組み**を構築するなど、有効な対策を実効すること。
115		愛知県	**病院勤務医不足の問題**は、医師養成数や臨床研修、診療報酬といった制度が大きく関わっており、制度の設計者である国でなければ解決できない問題が多く、**国における抜本的な対策の実施**が必要である。
116		中国地方知事会	地域医療提供体制の確保のため、地方の厳しい医師不足の現状を考慮し、都市･地方の医師の偏在が解消されるよう各都道府県の臨床研修医の**募集定員の適正化**を図ること。
117	⑰研究医養成との関係	社団法人　日本医師会	臨床研修は、原則卒業直後から行うが、**基礎医学に進む場合には後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする**。
118		日本医学教育学会	研修期間中の**大学院における研究は原則として認めるべきではない**。
119	⑱関連する医学教育等	日本医学教育学会	**卒前臨床教育の充実**をいっそう進めるべきである。
120			専門医制度のあり方は、初期臨床研修制度の理念が尊重されるべきである。
121	⑲その他	秋田県	**臨床研修修了後の過疎地勤務を義務づけ**るなど、医師の地域的な偏在や診療科偏在の解消に向けた制度を構築すること。
122		群馬県	各診療科及び各都道府県について**、必要な医師数を養成できるシステム**を構築すること（例えば後期臨床研修の法定化など）
123		社団法人　日本医師会	基本的なプライマリ･ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、**地域社会で充実した研修体制を準備**する。
124		島根益田市･津和野町･吉賀町	**出身大学の所在の都道府県内で**卒後一定の期間、地域医療に従事する期間を設けるなどの策を講じること。
125		四国知事会	臨床研修修了後、一定期間の**医師不足地域における診療を義務付け**ること。
126		愛媛県	臨床研修終了後一定期間の**医師不足地域等での診療の義務付け**を検討すること。
127		京都府	大学医学部における**地域枠の拡大**、**医師臨床研修終了後のへき地勤務**の義務化を行うこと。
128		全国衛生部長会	**研修内容を充実**させ、より良い研修体制を確保できるよう検討すること。

通番	項目	提出団体	内容
129	⑲その他	社団法人　日本医師会	臨床研修の2年間、臨床研修医は**地元出身大学に軸足を置きつつ、より実践的な地域医療**を身につける。 また、各大学に「大学臨床研修センター（仮称）」を設置、また都道府県ごとに「都道府県医師研修機構（仮称）」設置し、それらを将来は発展的に再編し「都道府県地域医療対策センター（仮称）」（医師養成と医師確保を担う）体制を構築する。
130		鹿児島県	医師不足の解消や偏在是正を図るため、医師の計画的な育成、確保及び定着を目的とした実効性ある支援策を講じること。
131		新潟県	**臨床研修修了後に医師不足地域での診療を経験させる**など、医師の地域偏在の解消に向けた実効性のある対策を講じる必要がある。
132		北海道	臨床研修修了後に**医師不足地域での診療を経験を付加**する等、地域における医師確保に実効性のある対策を講ずること。
133		長野県	臨床研修修了後、専門医資格取得までの間に、**へき地医療や産科･小児科など医師不足が著しい診療科への勤務を誘導**する制度を創造すること。
134		四国知事会	臨床研修修了後、一定期間の**医師不足地域における診療を義務付け**ること。
135		全国市長会	魅力のある研修制度へ向けて努力している地方病院について、適切な**財政支援**を行うこと。
136		北海道後志総合開発期成会	**臨床研修終了後一定期間過疎地域へ勤務することを義務づ**けるとともに、**特に内科、小児科、産婦人科の医師確保対策**を講じること。
137		青森県	**臨床研修修了後の一定期間、へき地等における勤務を義務付けるなど、規制･義務付け**による実効性のある対策を推進すること。
138		北海道町村議会議長会	**臨床研修制度の見直し**、さらに**臨床研修終了後もへき地･離島等へ一定期間勤務することを義務づけ**ること。
139		大阪府	単に医師の地域別･診療科目別の偏在是正を目的とするのではなく、**研修内容を充実**させ、研修体制を確保するという視点により、検討を行うこと。
140		北海道･東北六県議会議会長	へき地及び特定診療科等における医師を確保するため、**臨床研修終了後の一定期間、へき地等での診療を義務化**することなど、実効性のある対策を推進すること。
141		全国公立病院連盟総会 全国公立病院連盟事務長会	臨床研修病院の**指導医に対する評価**を適正に行うこと。
142		全国公立医科･歯科大学設置団体協議会 全国公立医科･歯科大学長会	大学附属病院等における医師及び歯科医師の**臨床研修費補助の拡充**。

事務局提出資料２

平成２５年臨床研修修了者アンケート調査結果概要
（中間報告）

1

調査方法

○ 臨床研修制度の向上に向けた基礎資料とするため、平成25年3月に臨床研修を修了予定（平成23年4月研修開始）の研修医7,545名に対し、厚生労働省より自記式質問票を送付。平成25年3月中を回答期間とし、回収・集計。

調査結果

※以下（参考H24）とあるのは、昨年の調査結果（平成24年3月研修修了者対象）

○回収率　76.0%（回収数5,735枚）

配布対象者	回収数	回収率	有効回答数
7,545	5,735	76.0%	5,735
（参考H24）7,506	5,057	67.4%	5,057

○回答者の基本属性

臨床研修を行った病院の種別

病院の種別	人数	割合	（参考H24）
大学病院	2,496	43.5%	48.3%
臨床研修病院	3,101	54.1%	51.4%
無回答	138	2.4%	0.3%

男女比

男性		女性		無回答	
人数	割合	人数	割合	人数	割合
3,694	64.4%	1,872	32.6%	169	3.0%

出身大学の所在する地域

地域	人数	割合
北海道	198	3.5%
東北	406	7.1%
関東信越	1,921	33.5%
東海北陸	758	13.2%
近畿	830	14.5%
中国・四国	691	12.1%
九州	821	14.3%
海外の医学校	13	0.2%
無回答	97	1.7%

臨床研修の実施状況等について

臨床研修を行った病院を選んだ理由

○病院を 選んだ理由は、
・大学病院では、出身大学である、プログラムが充実、研修後の進路やキャリア上有利などが多い。
・一方、臨床研修病院では、プログラムが充実、多くの症例が経験できる、様々な診療科等でバランス良い経験を 積める、プライマリ・ケアの能力を修得できるなどが多い。
○これらの傾向は、例年おおむね同様の傾向となっている。

臨床研修を行った病院を選んだ理由（※複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目）

順位	大学病院で研修した研修医の回答			臨床研修病院で研修した研修医の回答		
	理由	割合		理由	割合	
1	出身大学だから	29.6%	(参考H24) 25.4%	臨床研修のプログラムが充実	21.5%	(参考H24) 22.5%
2	臨床研修のプログラムが充実	16.2%	20.4%	多くの症例を経験できる	13.7%	12.4%
3	臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利	11.7%	9.4%	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	12.6%	10.8%
4	たすきがけプログラムがあったから	11.2%	10.0%	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	10.3%	9.7%
5	実家に近い	5.0%	6.6%	熱心な指導医が在職	5.7%	4.7%

4

満足度等

○臨床研修の満足度は、5点満点中約4点である。
○基本的な診療能力の修得の観点を踏まえた、各診療科が役立ったかの度合には、ばらつきがある。

経験した臨床研修の満足度（平均）

評価の尺度： 1点（低）← 3 →5点（高）

	評価	
全体	3.9	（参考H24）4.0
大学病院で研修した研修医	3.7	3.9
臨床研修病院で研修した研修医	4.0	4.2

基本的な診療能力の修得の観点から、研修を行った各診療科の役立った度合

評価の尺度： 1点（低）← 3 →5点（高）

診療科	評価		診療科	評価	
内科系※1	4.0	（参考H24）4.4	放射線科	4.3	（参考H24）4.4
外科系※2	4.0	4.2	脳神経外科	4.1	4.3
救急	4.2	4.3	総合診療（科）	4.1	4.4
麻酔科	4.2	4.3	皮膚科	4.1	4.3
小児科	3.9	4.1	耳鼻咽喉科	4.1	4.3
産婦人科※3	3.6	3.9	泌尿器科	4.1	4.3
精神科	3.6	3.8	眼科	4.0	4.2
地域保健・医療	3.8	4.1	形成・美容外科	4.2	4.4
整形外科	4.0	4.4	その他	3.9	4.2

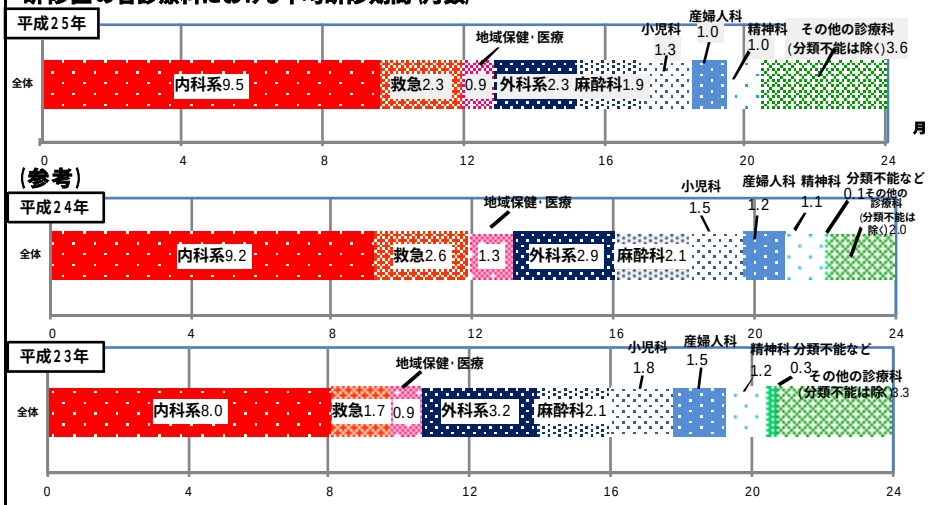
※1）内科系・・・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
※2）外科系・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
※3）産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科

5

各診療科の平均研修期間

○平均の研修期間は、内科系が最も長く9．5月であり、外科系、麻酔科は約2月、小児科、産婦人科、精神科は約1月である。

研修医の各診療科における平均研修期間（月数）



内科系・・・・・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
外科系・・・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科
その他・・・・・放射線科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、耳鼻咽喉科 等

6

臨床研修前後での将来希望する診療科の変化（1）

○研修前後で希望する診療科の変化がみられ、麻酔科、精神科は増加傾向にある。
○ただし、他の世代の医師の診療科の状況も考慮する必要がある。

診療科	研修前※1				研修後※1				参考：全医師に対する割合（平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査）		
	人数	割合	（参考H24）	（参考H23）	人数	割合（研修前後の増減）	（参考H24）（研修前後の増減）	（参考H23）（研修前後の増減）	30代前半	30代後半	全医師
内科系※2	2,054	35.8%	34.4%	34.4%	1,998	34.8%	35.0%	33.1%	32.6%	34.0%	37.5%
外科系※3	696	12.1%	13.7%	12.4%	612	10.7%	11.9%	12.0%	10.8%	10.8%	9.9%
小児科	541	9.4%	10.3%	10.5%	377	6.6%	7.2%	7.9%	6.9%	5.8%	5.7%
産婦人科※4	322	5.6%	7.0%	6.6%	273	4.8%	5.8%	5.6%	4.3%	4.2%	4.4%
麻酔科	182	3.2%	2.8%	3.6%	285	5.0%	4.7%	5.0%	5.3%	3.6%	2.8%
救急	148	2.6%	3.0%	2.3%	153	2.7%	2.2%	2.3%	1.7%	1.4%	0.8%
精神科	210	3.7%	4.0%	3.4%	256	4.5%	4.6%	4.1%	5.0%	5.9%	5.1%

※1・・・アンケート回答総数（5,735名）に対する割合
※2・・・内科系（内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科）
※3・・・外科系（外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科）
※4・・・産婦人科（産婦人科、産科、婦人科）

7

臨床研修前後での将来希望する診療科の変化（2）

○研修前後で希望する診療科の変化がみられ、皮膚科、眼科、放射線科を中心に増加傾向にある。
○ただし、他の世代の医師の診療科の状況も考慮する必要がある。

診療科	研修前				研修後				参考：全医師に対する割合（平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査）		
	人数	割合	（参考H24）	（参考H23）	人数	割合	（参考H24）	（参考H23）	30代前半	30代後半	全医師
皮膚科	143	2.5%	1.9%	2.6%	195	3.4%	2.7%	2.7%	3.4%	3.2%	3.0%
整形外科	363	6.3%	5.3%	6.1%	375	6.5%	6.1%	6.3%	6.7%	8.0%	7.1%
眼科	116	2.0%	2.1%	2.0%	170	3.0%	2.2%	2.6%	4.1%	5.4%	4.6%
耳鼻咽喉科	107	1.9%	2.4%	2.3%	123	2.1%	2.7%	2.6%	2.7%	3.3%	3.2%
泌尿器科	100	1.7%	1.7%	2.0%	130	2.3%	2.3%	2.6%	2.5%	2.8%	2.3%
脳神経外科	148	2.6%	2.7%	3.0%	142	2.5%	2.6%	2.9%	2.4%	2.7%	2.4%
放射線科	102	1.8%	1.7%	2.1%	161	2.8%	2.9%	3.2%	2.9%	2.7%	2.0%
病理診断	30	0.5%	0.5%	0.5%	35	0.6%	0.7%	0.6%	0.5%	0.6%	0.5%
形成外科	79	1.4%	1.2%	1.3%	85	1.5%	1.3%	1.7%	1.7%	1.3%	0.8%
リハビリ	20	0.4%	0.3%	0.3%	29	0.5%	0.3%	0.4%	0.5%	0.7%	0.7%

8

臨床研修前後での将来希望する診療科の変化（男女別割合）

○男女別にみると、産婦人科、皮膚科は、女性の割合が研修前後とも5割を超えている。

診療科	研修前					研修後				
	総計	男性		女性		総計	男性		女性	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
内科系	2054	1320	64.3%	663	32.3%	1998	1293	64.7%	634	31.7%
外科系	696	550	79.0%	130	18.7%	612	470	76.8%	128	20.9%
小児科	541	287	53.0%	236	43.6%	377	213	56.5%	151	40.1%
産婦人科	322	99	30.7%	211	65.5%	273	102	37.4%	165	60.4%
麻酔科	182	101	55.5%	78	42.9%	285	136	47.7%	142	49.8%
救急	148	118	79.7%	24	16.2%	153	120	78.4%	29	19.0%
精神科	210	130	61.9%	75	35.7%	256	164	64.1%	84	32.8%
皮膚科	143	57	39.9%	86	60.1%	195	61	31.3%	130	66.7%
整形外科	363	319	87.9%	36	9.9%	375	337	89.9%	31	8.3%
眼科	116	63	54.3%	48	41.4%	170	88	51.8%	77	45.3%
耳鼻咽喉科	107	76	71.0%	29	27.1%	123	81	65.9%	41	33.3%
泌尿器科	100	86	86.0%	13	13.0%	130	110	84.6%	19	14.6%
脳神経外科	148	125	84.5%	19	12.8%	142	117	82.4%	19	13.4%
放射線科	102	75	73.5%	27	26.5%	161	111	68.9%	47	29.2%
病理診断	30	21	70.0%	9	30.0%	35	23	65.7%	11	31.4%
形成外科	79	41	51.9%	37	46.8%	85	46	54.1%	37	43.5%
リハビリ	20	9	45.0%	11	55.0%	29	14	48.3%	14	48.3%

※ 性別不詳の数値は割愛しているため、男女の合計割合が100%にはならない。

9

従事したい診療科を選んだ理由・従事したい診療科が変わった理由

○ 従事したい診療科を選んだ理由は、「やりがいがある」「なんとなく相性が合う」、「学問的に興味がある」の順に多い。
○ 従事したい診療科が変わった理由は、「仕事の内容が想像と違った」「研修開始前には希望診療科が未定だった」「専門性を維持しづらい」の順に多い。

従事したい診療科を選んだ理由（※複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目）(n=5,735)

項目	人数	割合
やりがいがある	1,924	33.5%
なんとなく相性が合う	1,138	19.8%
学問的に興味がある	1,115	19.4%
適性・才能があると感じた	637	11.1%
専門性を維持しやすい	171	3.0%
親や親戚がその診療科・分野に従事	138	2.4%
優れた指導者がいる	131	2.3%
労働環境(勤務時間・当直）が良い	73	1.3%
先輩や教授に誘われた	66	1.2%
出産・育児・教育の環境が整っている	52	0.9%
独立・開業しやすい	33	0.6%
給与が良い	21	0.4%
患者・患者家族からの信頼を得やすい	18	0.3%
訴訟のリスクが低い	4	0.1%
医学博士号や専門医資格がとりやすい	2	0.0%

従事したい診療科が変わった理由（※複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目）(n=2,301(研修前後で変わった者))

項目	人数	割合
仕事の内容が想像と違った	333	13.9%
研修開始前には希望診療科が未定だった	326	13.6%
専門性を維持しづらい	221	9.2%
適性・才能がない	216	9.0%
なんとなく相性が合わない	167	7.0%
労働環境(勤務時間・当直）が悪い	134	5.6%
やりがいが見いだせない	130	5.4%
学問的な興味を失った	106	4.4%
出産・育児・教育の環境が整っていない	64	2.7%
精神的にきつい	55	2.3%
突然呼び出されることが多い	41	1.7%
人間関係に疲弊	37	1.5%
優れた指導者がいない（または転出した）	34	1.4%
研修施設・設備が充実していない	25	1.0%
給与が悪い	11	0.5%
訴訟となるリスクが高い	8	0.3%
医学博士号や専門医資格が取りづらい	2	0.1%

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
内科系※1

研修開始前
２０５４人(３５．８%)

研修修了後
１９９８人(３４．９%)

※ 割合は、アンケート回収総数(5735人)に対する割合

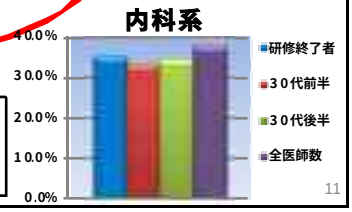
内訳
1．麻酔科 (61人)
1．皮膚科 (61人)
3．外科系 (53人)
・その他※2 (372人)

研修後、他科へ移行した人数
５４７人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
１５０７人

研修後、移行して来た人数
４９１人

内訳
1．小児科 (105人)
2．外科系 (92人)
3．産婦人科 (43人)
・その他※2 (251人)



(参考)
内科系医師の割合→
平成22年度 医師・歯科医師・薬剤師調査

※1内科系・・・内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科
※2その他・・・無記入・無効回答含む

11

臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
外科系※1

研修開始前
６９６人(１２．１%)

研修修了後
６１２人(１０．７%)

※ 割合は、アンケート回収総数(5735人)に対する割合

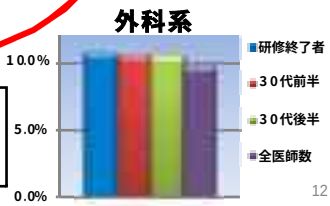
内訳
1．内科系 (92人)
2．整形外科 (32人)
3．泌尿器科 (22人)
・その他※2 (104人)

研修後、他科へ移行した人数
２５０人

研修前後で、診療科に変化がなかった人数
４４６人

研修後、移行して来た人数
１６６人

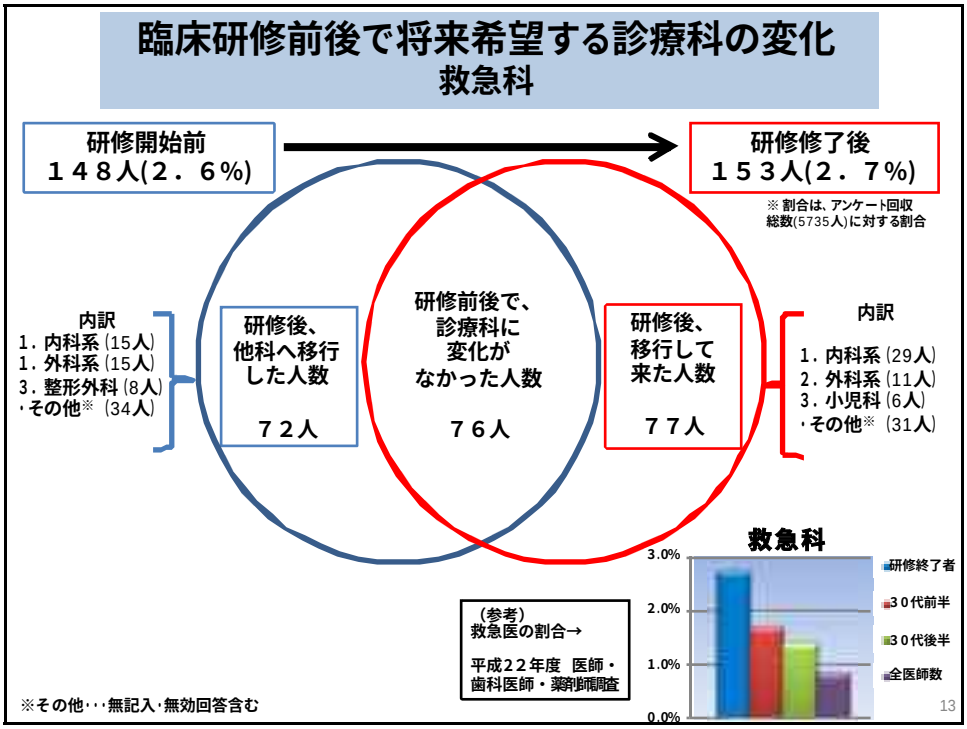
内訳
1．内科系 (53人)
2．産婦人科 (19人)
3．小児科 (15人)
3．救急 (15人)
・その他※2 (64人)

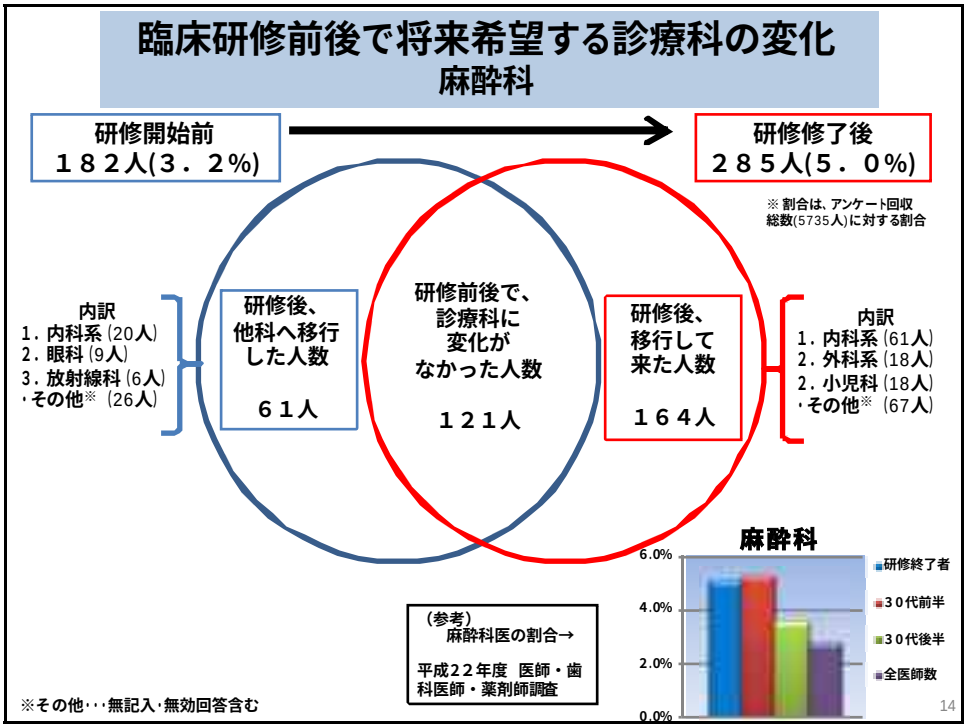


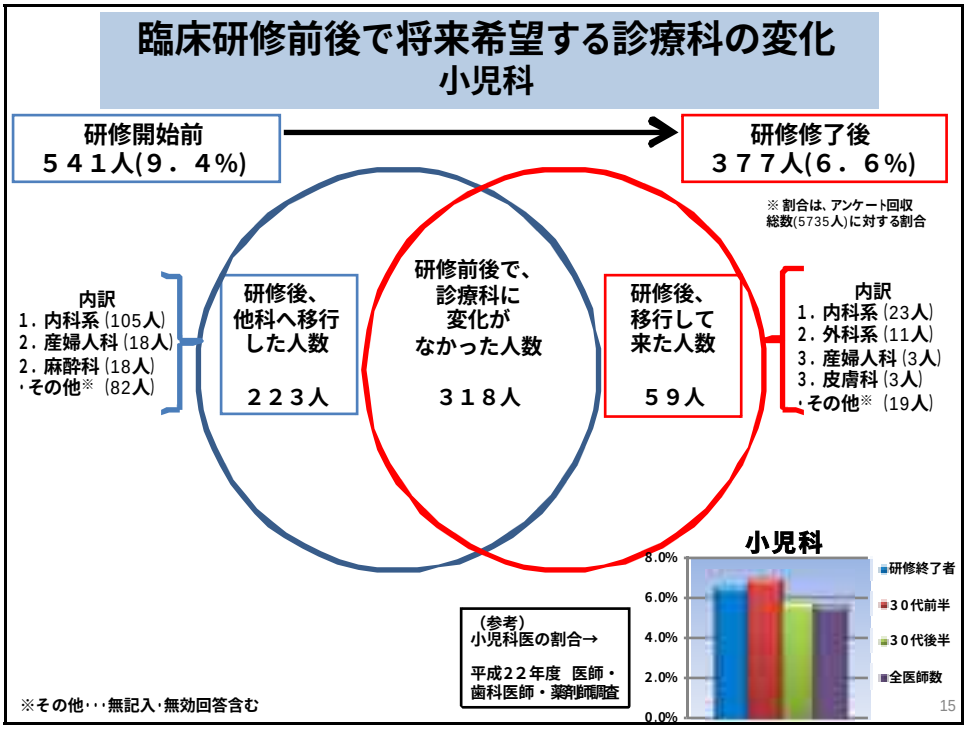
(参考)
外科系医師の割合→
平成22年度 医師・歯科医師・薬剤師調査

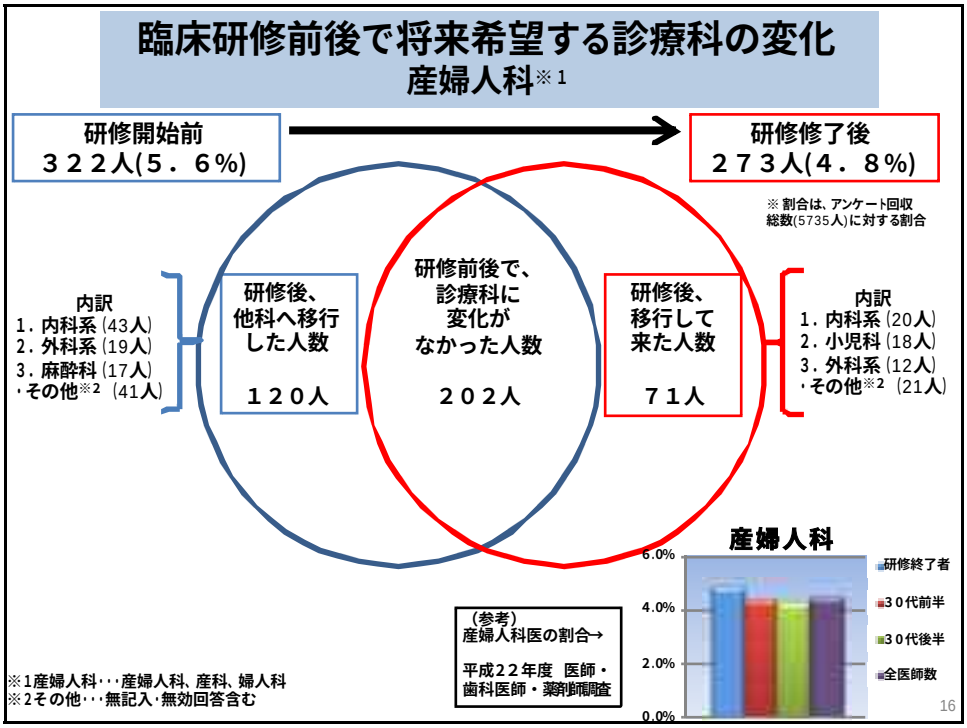
※1外科系・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科
※2その他・・・無記入・無効回答含む

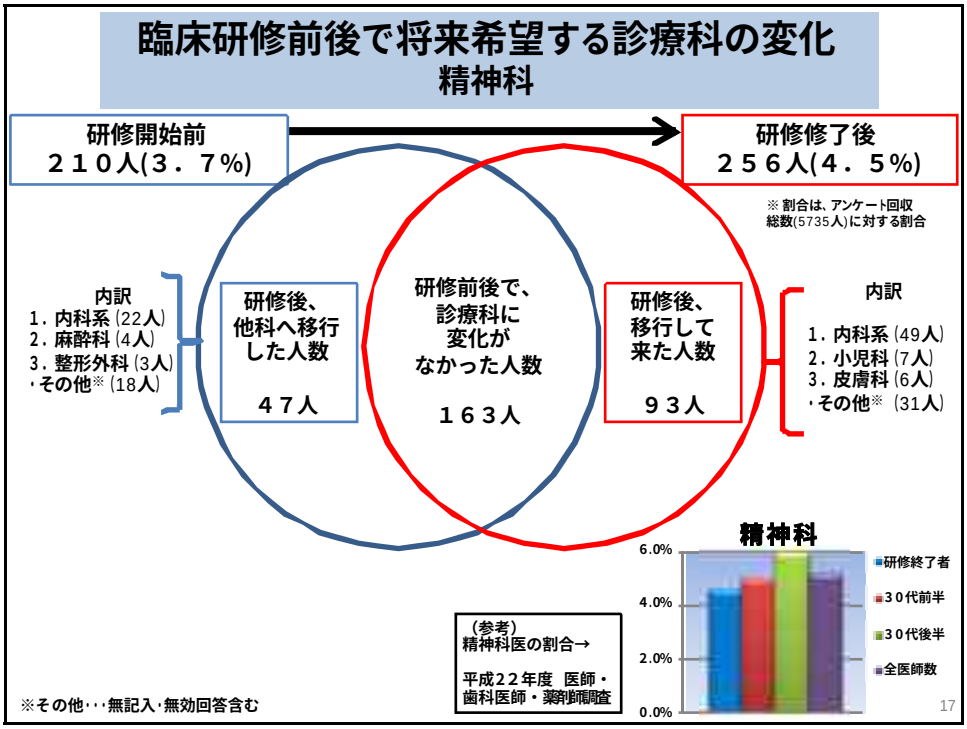
12


臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
救急科
研修開始前
１４８人(２．６%)
研修修了後
１５３人(２．７%)
※ 割合は、アンケート回収
総数(5735人)に対する割合
内訳
1．内科系 (15人)
1．外科系 (15人)
3．整形外科 (8人)
・その他※ (34人)
研修後、
他科へ移行
した人数
７２人
研修前後で、
診療科に
変化が
なかった人数
７６人
研修後、
移行して
来た人数
７７人
内訳
1．内科系 (29人)
2．外科系 (11人)
3．小児科 (6人)
・その他※ (31人)
救急科
3.0%
2.0%
1.0%
0.0%
研修終了者
３０代前半
３０代後半
全医師数
（参考）
救急医の割合→
平成２２年度 医師・
歯科医師・薬剤師調査
※その他・・・無記入・無効回答含む
13


臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
麻酔科
研修開始前
１８２人(３．２%)
研修修了後
２８５人(５．０%)
※ 割合は、アンケート回収
総数(5735人)に対する割合
内訳
1．内科系 (20人)
2．眼科 (9人)
3．放射線科 (6人)
・その他※ (26人)
研修後、
他科へ移行
した人数
６１人
研修前後で、
診療科に
変化が
なかった人数
１２１人
研修後、
移行して
来た人数
１６４人
内訳
1．内科系 (61人)
2．外科系 (18人)
2．小児科 (18人)
・その他※ (67人)
麻酔科
6.0%
4.0%
2.0%
0.0%
研修終了者
３０代前半
３０代後半
全医師数
（参考）
麻酔科医の割合→
平成２２年度 医師・歯
科医師・薬剤師調査
※その他・・・無記入・無効回答含む
14


臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
小児科
研修開始前
５４１人(９．４%)
研修修了後
３７７人(６．６%)
※ 割合は、アンケート回収
総数(5735人)に対する割合
内訳
1．内科系 (105人)
2．産婦人科 (18人)
2．麻酔科 (18人)
・その他※ (82人)
研修後、
他科へ移行
した人数
２２３人
研修前後で、
診療科に
変化が
なかった人数
３１８人
研修後、
移行して
来た人数
５９人
内訳
1．内科系 (23人)
2．外科系 (11人)
3．産婦人科 (3人)
3．皮膚科 (3人)
・その他※ (19人)
小児科
8.0%
6.0%
4.0%
2.0%
0.0%
研修終了者
３０代前半
３０代後半
全医師数
(参考)
小児科医の割合→
平成２２年度 医師・
歯科医師・薬剤師調査
※その他･･･無記入･無効回答含む
15


臨床研修前後で将来希望する診療科の変化
産婦人科※1
研修開始前
３２２人(５．６%)
研修修了後
２７３人(４．８%)
※ 割合は、アンケート回収
総数(5735人)に対する割合
内訳
1．内科系 (43人)
2．外科系 (19人)
3．麻酔科 (17人)
・その他※2 (41人)
研修後、
他科へ移行
した人数
１２０人
研修前後で、
診療科に
変化が
なかった人数
２０２人
研修後、
移行して
来た人数
７１人
内訳
1．内科系 (20人)
2．小児科 (18人)
3．外科系 (12人)
・その他※2 (21人)
産婦人科
6.0%
4.0%
2.0%
0.0%
研修終了者
３０代前半
３０代後半
全医師数
(参考)
産婦人科医の割合→
平成２２年度 医師・
歯科医師・薬剤師調査
※1産婦人科･･･産婦人科、産科、婦人科
※2その他･･･無記入･無効回答含む
16



臨床研修修了後のキャリアパス等について

研修修了後に勤務する病院

○臨床研修修了後に勤務する病院は、大学病院、大学病院以外の病院がそれぞれ約5割である。

臨床研修修了後に勤務する病院(予定)の種別

病院の種別	割合	
大学病院 (卒業した大学、卒業した以外の大学共に含む)	49.9%	(参考H24) 50.5%
大学病院以外の病院	45.7%	47.0%
その他※	4.5%	2.4%

※その他・・・無回答、診療所の開設、臨床以外の進路など

臨床研修修了後に勤務する病院(予定)を選んだ理由

(※ 複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目)

順位	大学病院を選択した研修医の回答			大学病院以外の病院を選択した研修医の回答		
	理由	割合		理由	割合	
1	出身大学である	18.6%	(参考H24 18.9%	臨床研修修了後の研修プログラムが優れている	21.5%	(参考H24) 22.4%
2	臨床研修修了後の研修プログラムが優れている	18.4%	17.3%	優れた指導者がいる	20.5%	20.3%
3	優れた指導者がいる	15.2%	17.6%	臨床研修を受けた病院である	16.1%	14.6%
4	臨床研修を受けた病院である	11.8%	11.0%	大学からの派遣	9.2%	8.7%
5	病院の施設・設備が充実	6.9%	7.7%	病院の施設・設備が充実	6.3%	7.6%

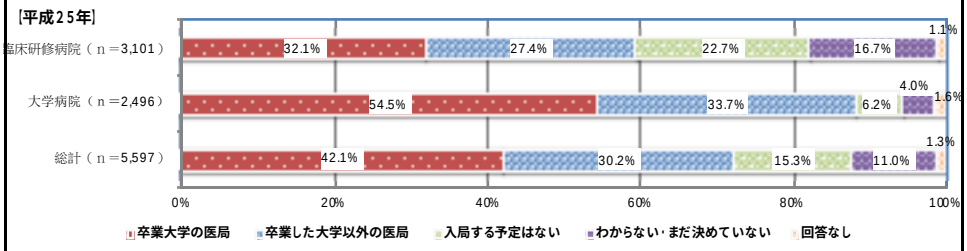
19

臨床研修修了後の入局予定

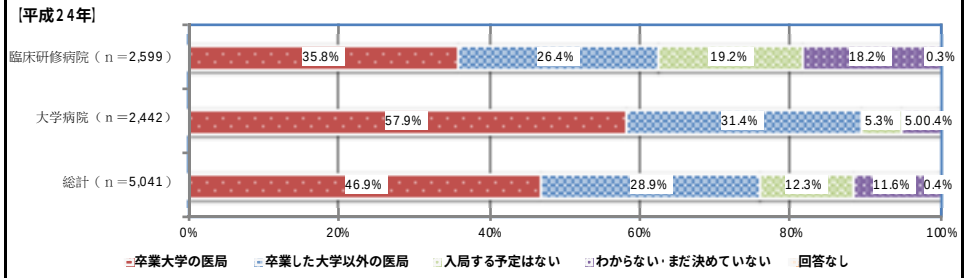
○臨床研修修了後に入局(大学の講座や教室等に所属)を予定している者は全体の約7割で、臨床研修実施場所別でみると、大学病院では約9割、臨床研修病院では約6割である。

臨床研修修了後の入局予定

[平成25年]



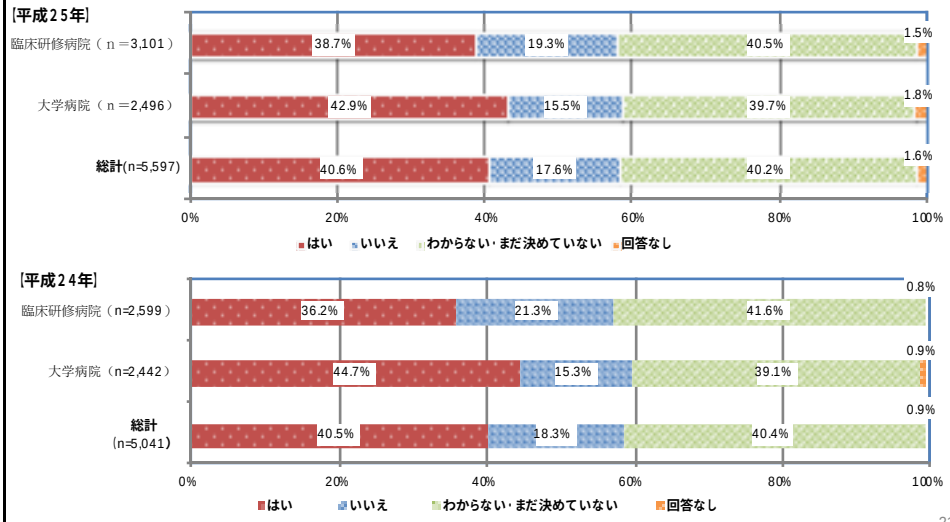
[平成24年]



医学博士取得の希望

○医学博士の取得を希望する者は、全体の約4割で、臨床研修実施場所別でみると、大学病院の方が多い傾向にある。

医学博士の取得希望

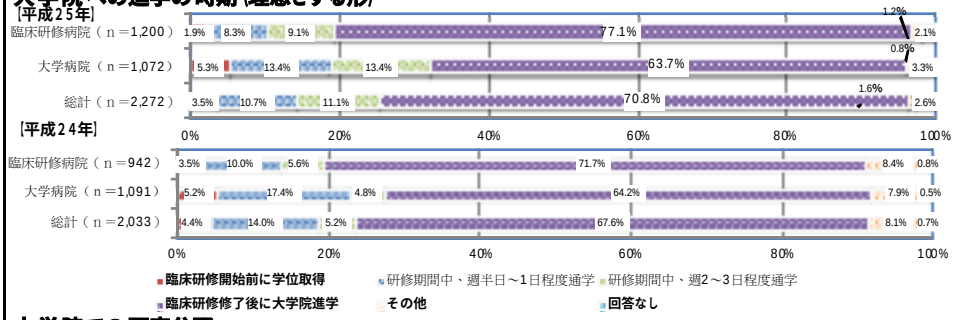


21

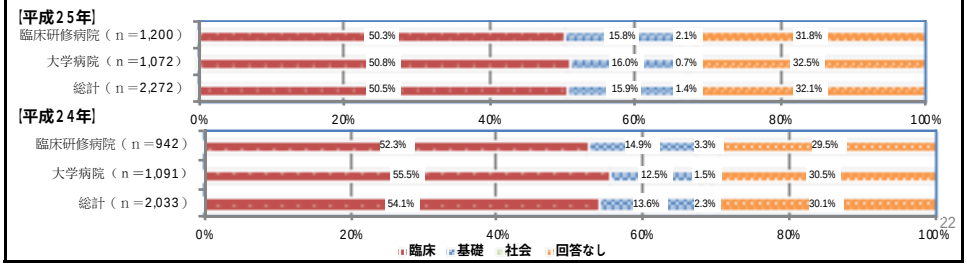
大学院進学の時期等（※医学博士の取得希望を有する者のみ回答）

○理想的な大学院進学の時期は、「臨床研修修了後に大学院進学」が約7割である一方、「臨床研修期間中の通学」も約2割が理想となっている。

大学院への進学の時期（理想とする形）



大学院での研究分野

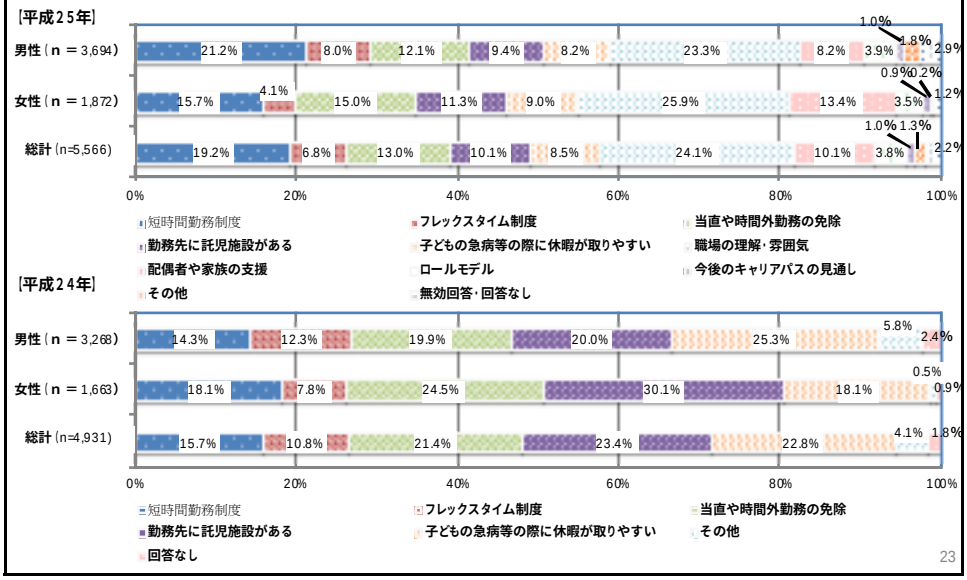


22

子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

○子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの（複数回答のうち「最も必要」と回答した項目）



23

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の所掌事務について

○厚生労働省設置法（抄）

（設置）

第６条　本省に、次の審議会等を置く。

社会保障審議会
厚生科学審議会
労働政策審議会
医道審議会
薬事・食品衛生審議会

（医道審議会）

第10条　医道審議会は、医療法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、理学療法士及び作業療法士法、看護師等の人材確保の促進に関する法律 、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律、柔道整復師法、薬剤師法、死体解剖保存法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によりその権限に属させられた事項を処理する。

２　前項に定めるもののほか、医道審議会の組織、所掌事務及び委員その他の職員その他医道審議会に関し必要な事項については、政令で定める。

○医道審議会令（抄）

（分科会）

第５条　審議会に、次の表の上覧に掲げる分科会を置き、これらの分科会の所掌事務は、審議会の所掌事務のうち、それぞれ同表の下欄に掲げるとおりとする。

名　称	所　掌　事　務
医師分科会	医師法第１０条第２項及び第１６条の２第３項並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和２５年法律第１２３号）の規定により審議会の権限に属させられた事項を処理すること。

（部会）

第６条　審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

２　部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長（分科会に置かれる部会にあっては、分科会長）が指名する。

３　部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。

４　部会長は、当該部会の事務を掌理する。

５　部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長が

あらかじめ指名する者が、その職務を代理する。

6　審議会（分科会に置かれる部会にあっては、分科会。以下この項において同じ。）は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

（雑則）

第 10 条　この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

○医道審議会運営規程（抄）

医道審議会令第１０条の規定に基づき、医道審議会運営規程を医道審議会として、次のように定める。

第４条　別表の「分科会」の欄に掲げる分科会には、令第６条第１項の規定により、それぞれ同表の「部会」の欄に掲げる部会を置くものとし、各部会の所掌事務、当該部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員の数並びに庶務を担当する部署については、それぞれ同表の「所掌事務」の欄、「委員、臨時委員及び専門委員」の欄及び「庶務担当部署」の欄に掲げるとおりとする。

第５条　医道審議会が報告、答申、令第８条の規定に基づく資料の提出等の必要な協力の求めその他の所掌事務を遂行するために必要な行為を行うに当たっては、分科会又は部会が議決し、当該議決を令第５条第６項又は令第６条第６項の規定により医道審議会の議決とするものとする。

（別表）

分科会	部会	所掌事務
医師分科会	医師臨床研修部会	臨床研修病院の指定又は指定の取消しに関すること 医師臨床研修プログラム等医師の臨床研修の内容に関すること