

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

3. 中断及び再開、修了について

- ・中断者のうち「病氣療養」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(目的) 医師臨床研修部会において、臨床研修制度に見直し後の制度に基づいて、研修医を募集

平成26年度中 見直し後の制度の下で研修開始

平成27年度

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

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	1
1. 基本理念と到達目標について	1
1) 基本理念	1
2) 到達目標とその評価	2
3) 臨床研修全体の研修期間	4
2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について	4
1) 研修プログラム	4
①研修診療科	4
②各研修診療科の研修期間	5
2) 必要な症例	5
3) 指導・管理体制	7
4) 募集定員の設定	7
①募集定員の設定方法	7
②地域枠への対応	9
5) 研修医の処遇等の確保	10
6) その他	11
①臨床研修病院群の形成	11
②第三者評価	12
③都道府県の役割	12
④制度運用上の問題	13
3. 中断及び再開、修了について	14
4. その他	15
1) 地域医療の安定的確保	15
2) 研究医養成との関係	15
3) 関連する医学教育等	17
構成員	19

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つ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な。
- ・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な。
- ・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な。
- ・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な。
- ・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な。

(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な。
- ・研修修了時だけでなく、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な。
- ・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な。
- ・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な。
- ・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な。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な。
- ・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な。

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年間の適当ではないか。
- ・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>

- ・ 必修診療科目の研修期間（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思われる場合には、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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。

（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と。

- ・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な。
- ・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な。

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、過度に縛りが無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旨とするとしている。

<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、過度に縛りが無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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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と。
- ・ 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切ではないかと。
- ・ 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と。
- ・ 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 きいのではないかと。
- ・ 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と。
- ・ 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 かと。

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

おおたき じゅんじ
大 滝 純 司

北海道大学教授

おかどめ けんいちろう
岡 留 健 一 郎

済生会福岡総合病院長

おかべ しげお
岡 部 繁 男

東京大学教授

おかむら よしたか
岡 村 吉 隆

和歌山県立医科大学教授

かたおか ひとみ
片 岡 仁 美

岡山大学教授

かんの まさひろ
神 野 正 博

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長

こもり たかし
小 森 貴

日本医師会常任理事

たなか ゆうじろう
田 中 雄 二 郎

東京医科歯科大学附属病院副病院長

○ ほった ともみつ
堀 田 知 光

独立行政法人国立がん研究センター理事長

よこた しょうへい
横 田 昇 平

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	2
2. 基幹型臨床研修病院の指定基準	22
1) 研修プログラム	27
2) 必要な症例	43
3) 指導・管理体制	51
4) 募集定員の設定	53
5) 研修医の処遇の確保	67
6) その他	75
3. 中断及び再開、修了	79
4. その他	89
1) 地域医療の安定的確保	89
2) 研究医養成との関係	136
3) 関連する医学教育等	141
(別添1～4) 臨床研修アンケート調査結果概要	

1. 基本理念と到達目標

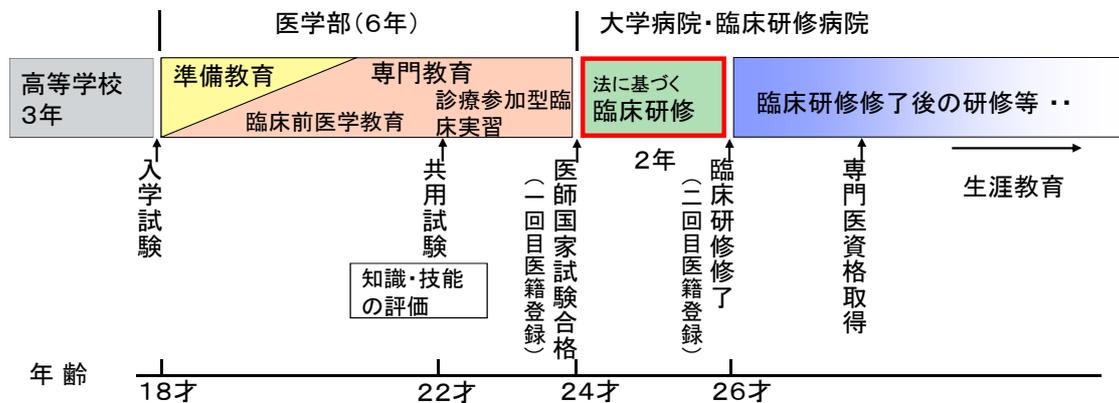
2

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、医師として的人格をかん養し、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

まとめー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

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

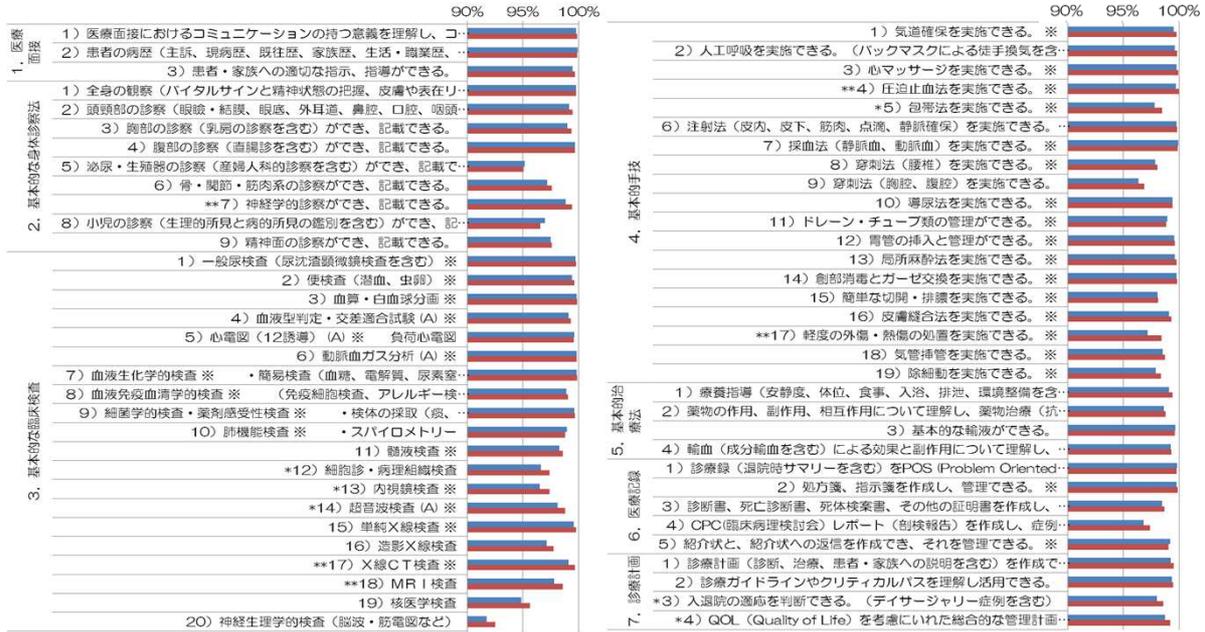
行動目標 達成率



Fisherの直接確率 * p<0.05

7

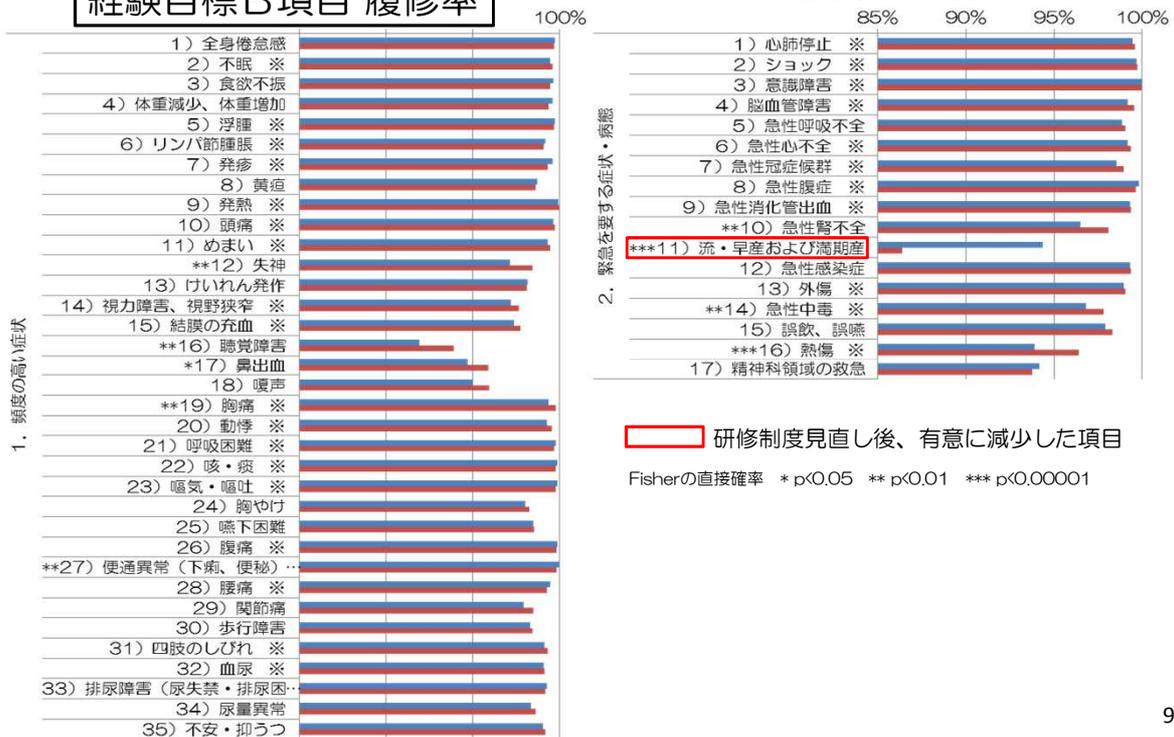
経験目標A項目 達成率



Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01

8

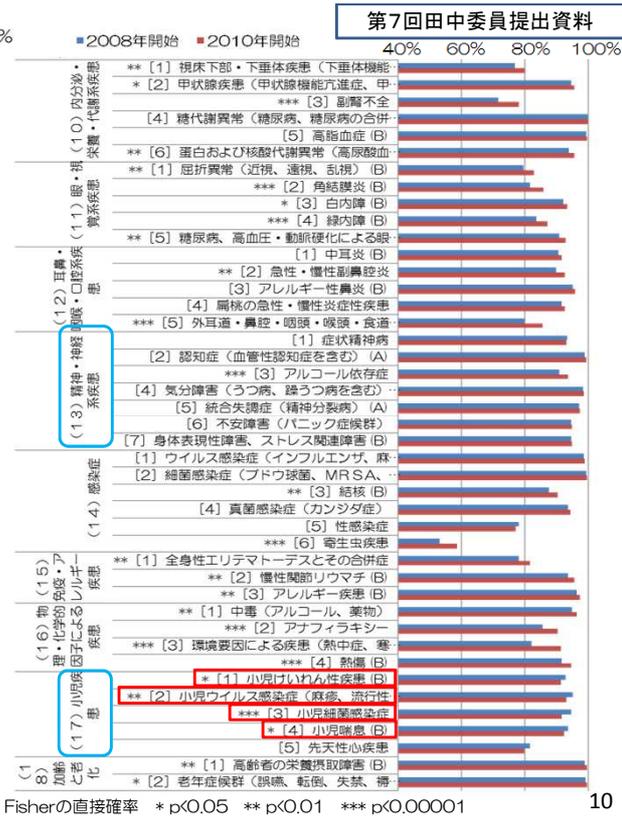
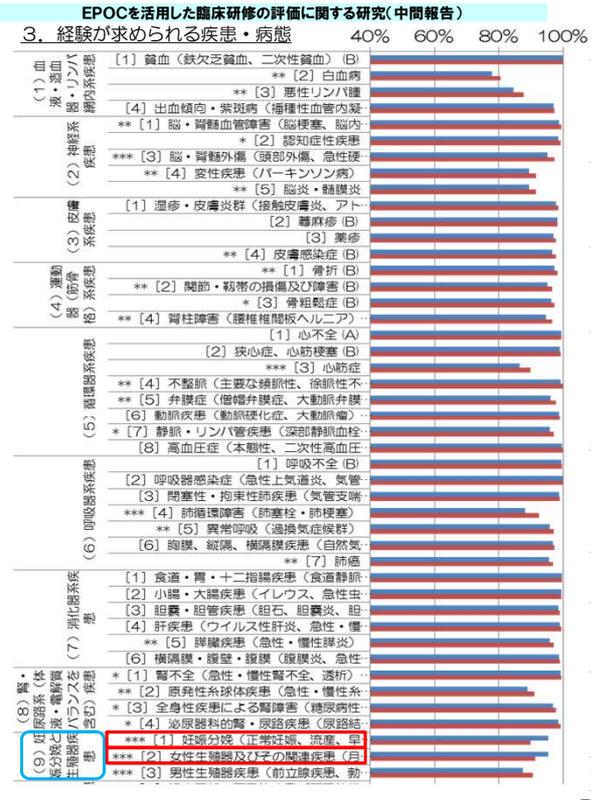
経験目標B項目 履修率



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

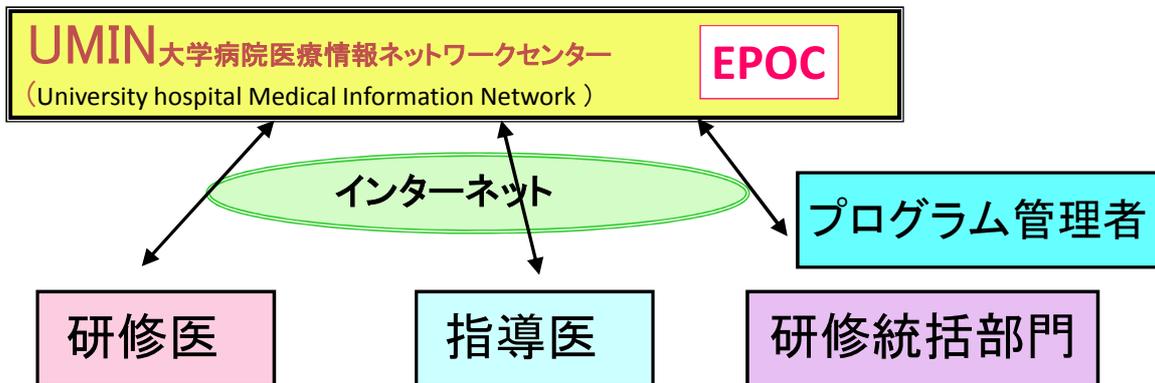
9



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

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

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

- ローテーション毎の評価
 - 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

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

第3回田中委員提出資料

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

アドレス: https://center.umin.ac.jp/cgi-bin/e poc/adviser/behavie_jr

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-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	<input type="radio"/> a	<input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/> 評価不能 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> a	<input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/> 評価不能 <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/> 評価不能 <input type="radio"/> 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

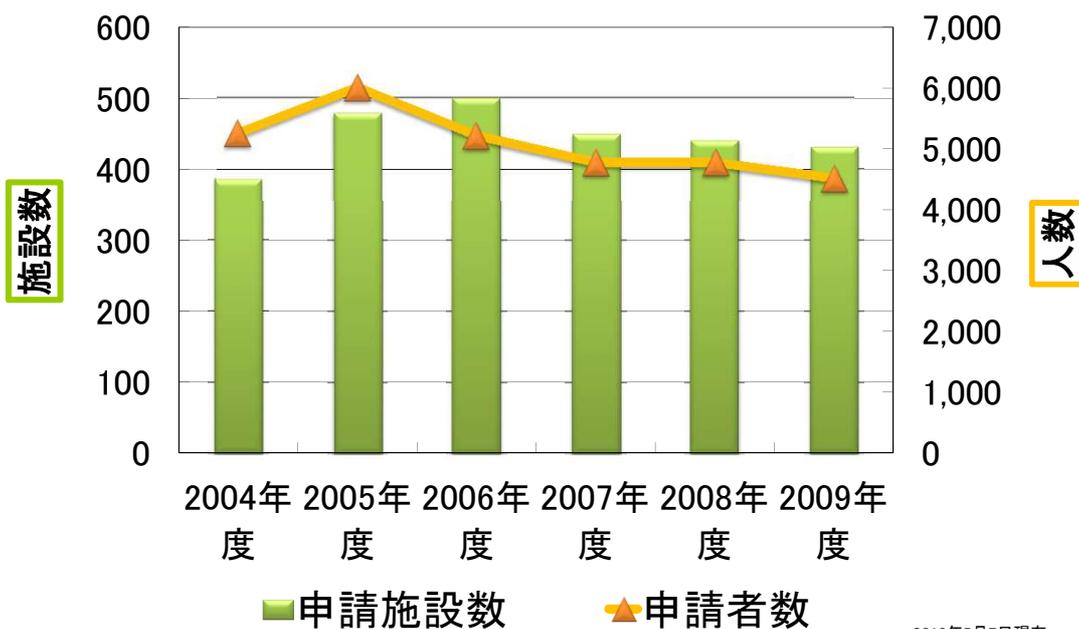
2. チーム医療		b(できる)以上の項目数: 研修医評価 (5/5), 指導医による評価 (5/5)	
	研修医の自己評価	指導医による評価	
1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。	a	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/> 評価不能 <input type="radio"/> 未入力
2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。	a	<input checked=""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

14

EPOC利用状況

第3回田中委員提出資料

全国約6割の研修医が利用



2010年5月7日現在

15

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

諸外国の臨床研修制度について(概要)

第8回大滝委員、武富参考人提出資料

国	米国	英国	仏国
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(UKPF0)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

プログラム概要等

第8回大滝委員、武富参考人提出資料

		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・プロフェッショナルリズム・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・プロフェッショナルリズム) 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
	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する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、武富参考人提出資料

	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

	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、 ローテーション終了時点	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

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

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

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

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

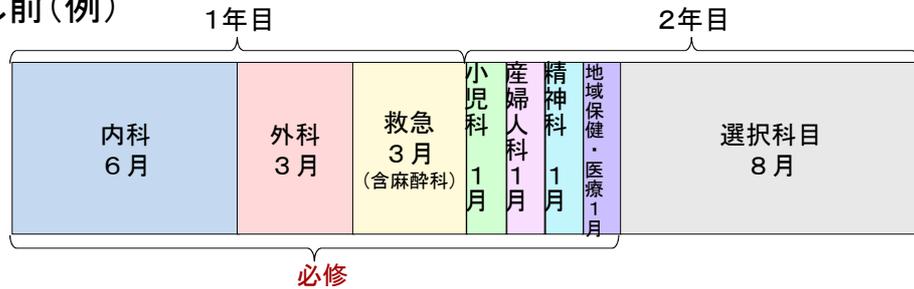
26

2. 1) 研修プログラム

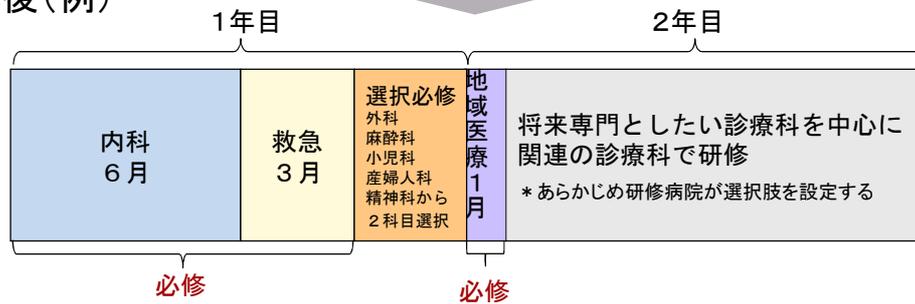
27

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)



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

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。

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。

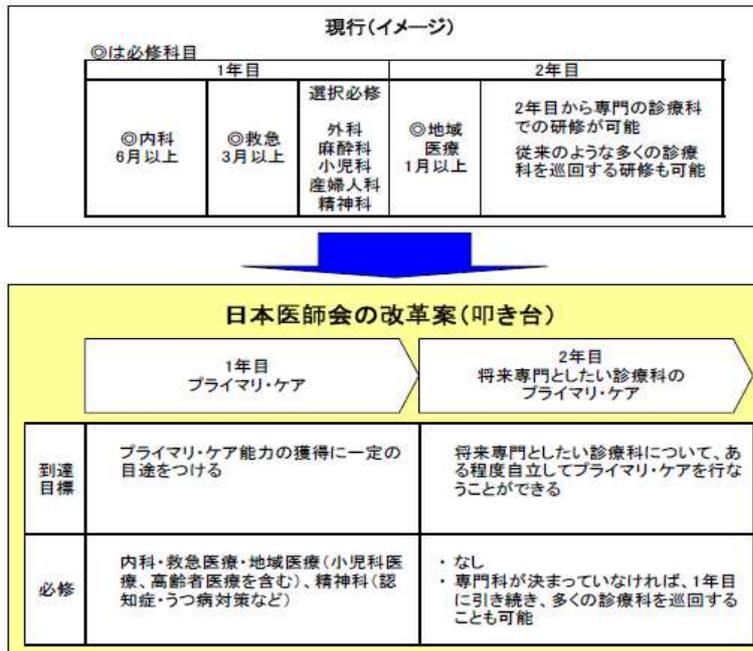
1年目

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。

2年目

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。

図 2.1 臨床研修制度の改革案



32

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

2. 臨床研修センター

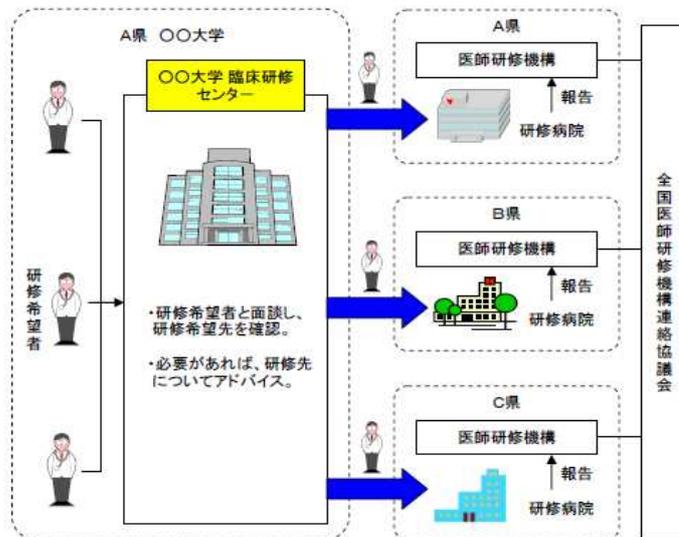
各大学に「臨床研修センター」を設置する。

(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。

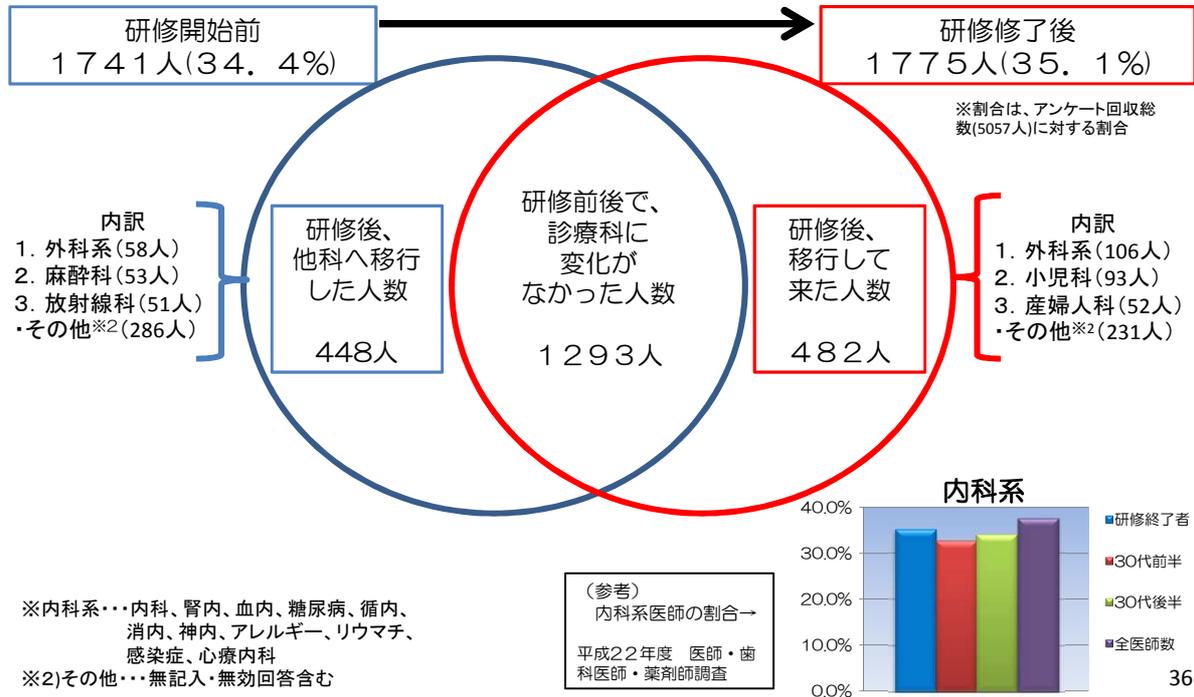
(2) 各大学の「臨床研修センター」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認する。必要があれば「臨床研修センター」が、アドバイスを
行ない、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわ
なかった場合、あらためて「臨床研修センター」が研修希望者と相談し、
調整する。

(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。

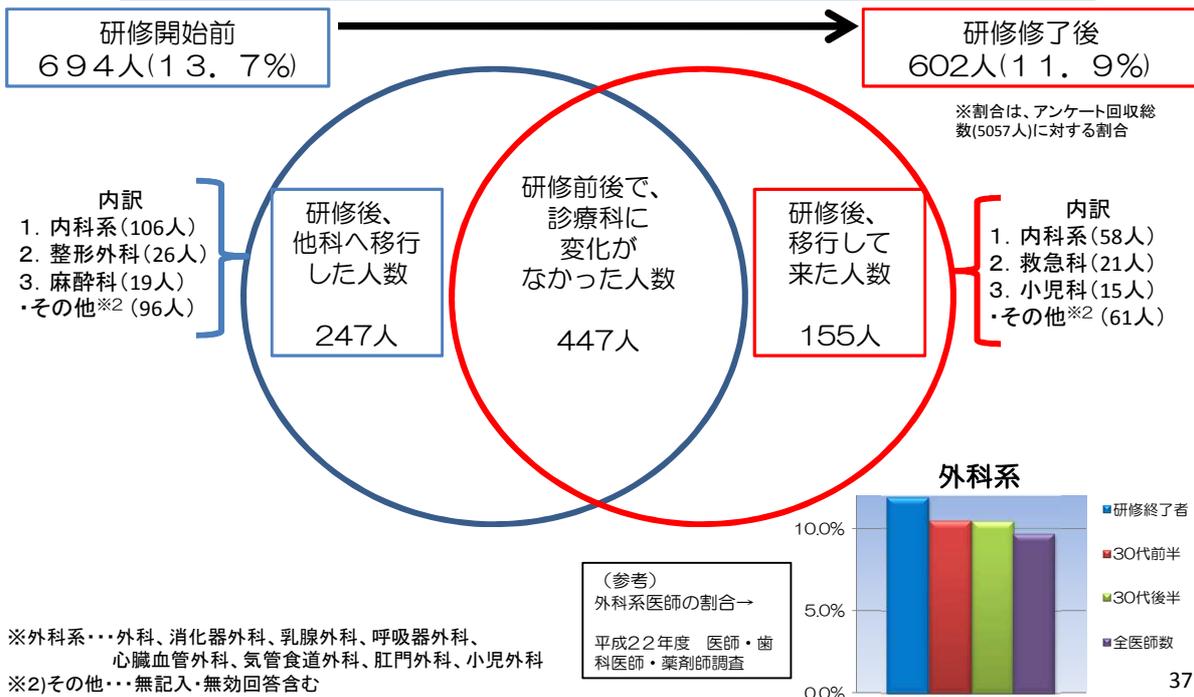
図 2.2 「臨床研修センター」と「医師研修機構」のイメージ



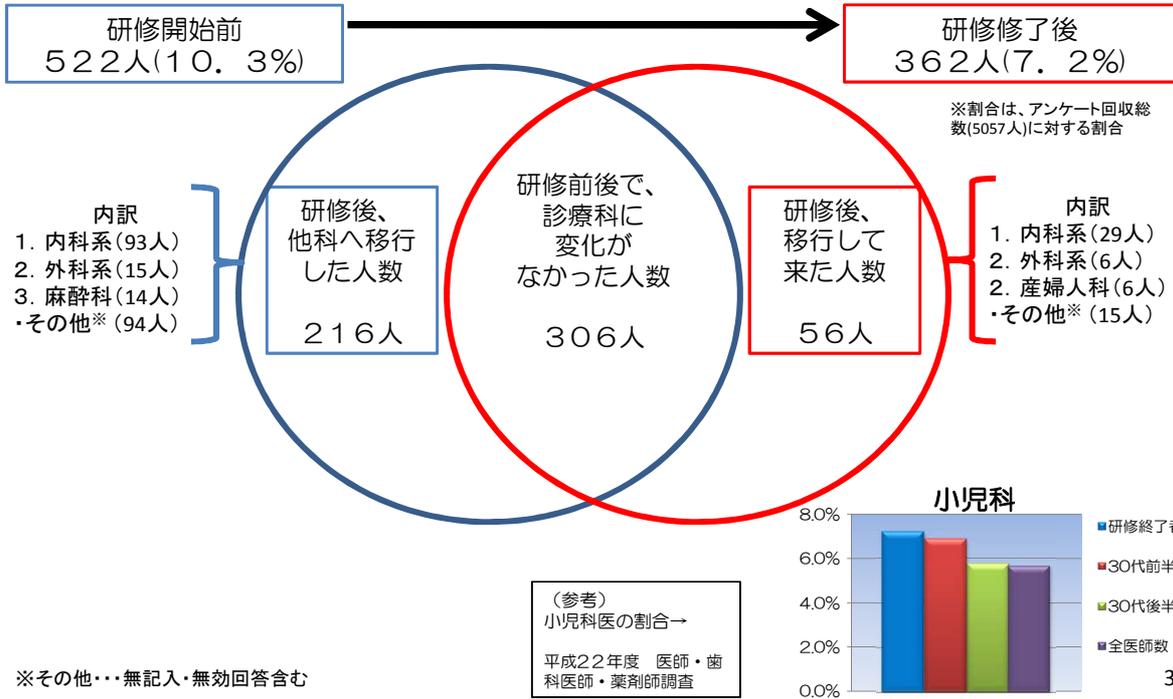
臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 内科系※



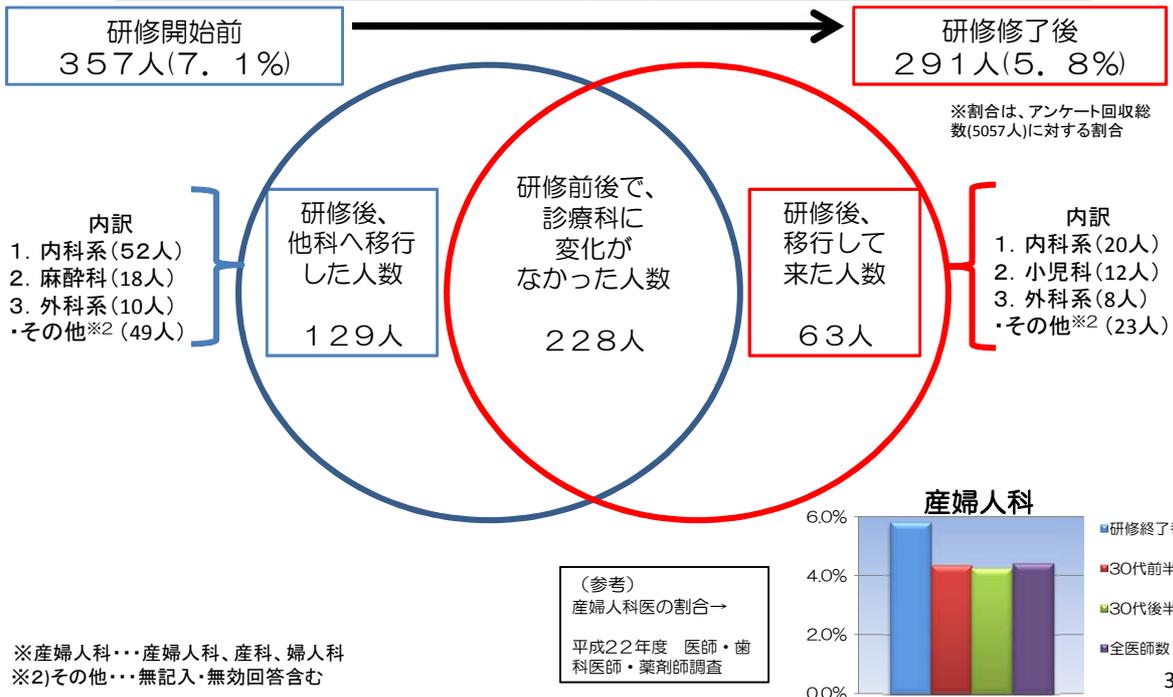
臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 外科系※



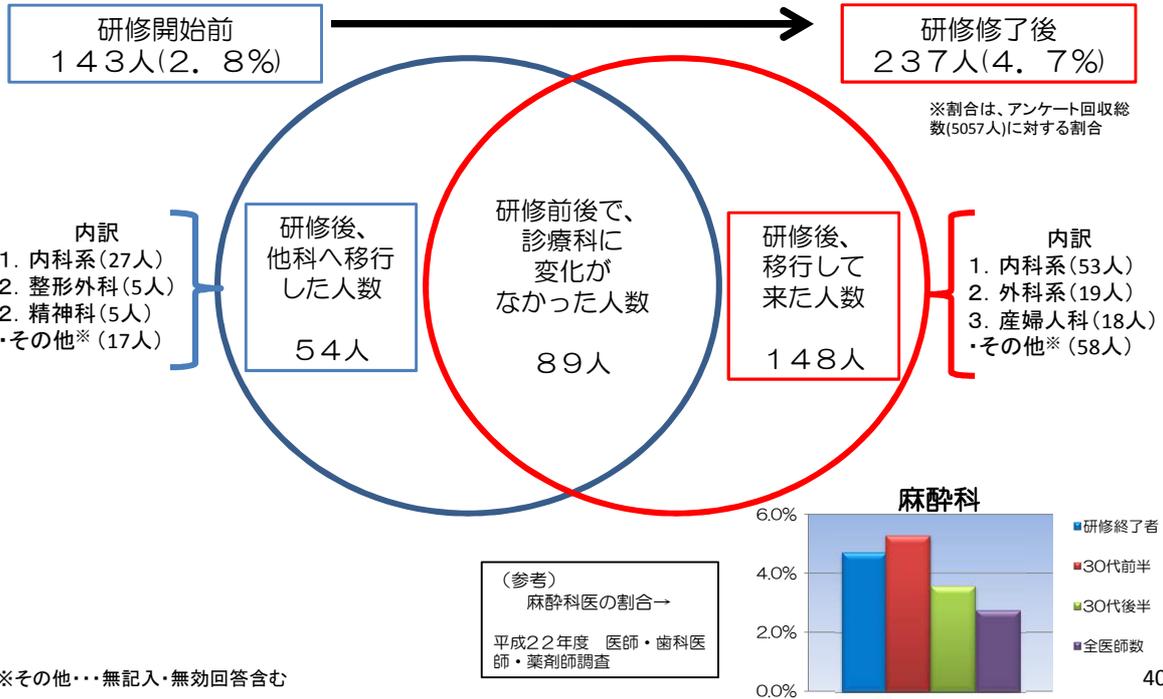
臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 小児科



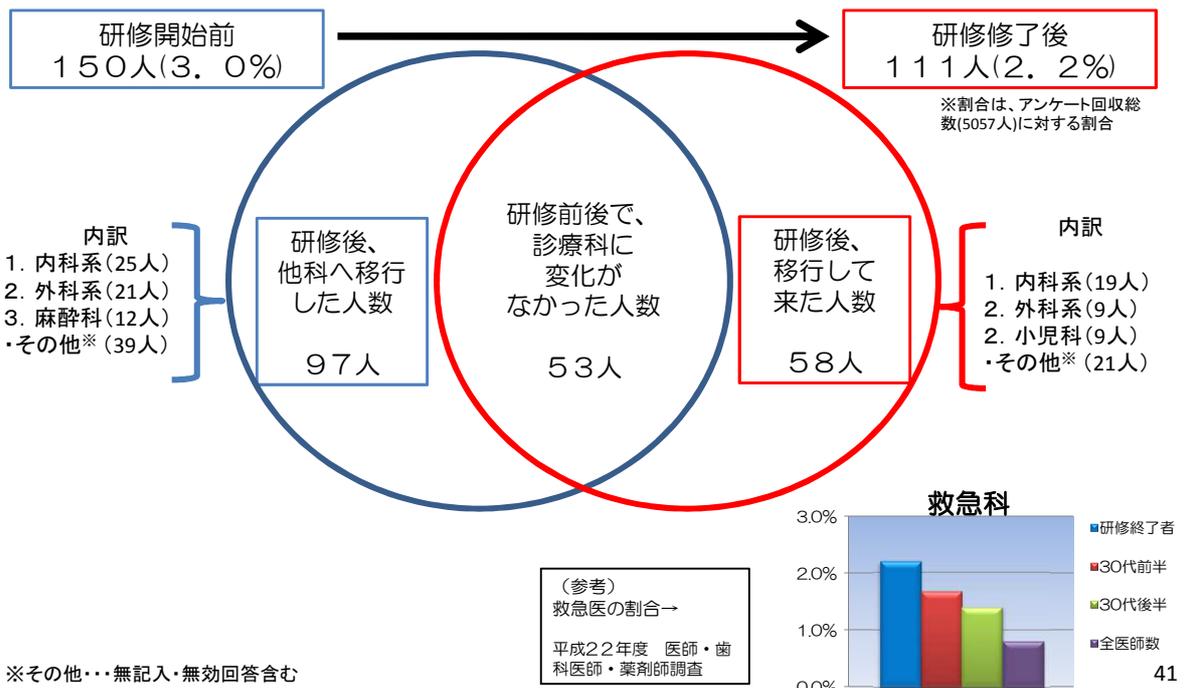
臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 産婦人科



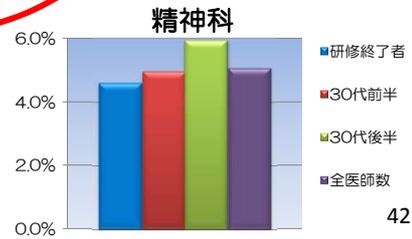
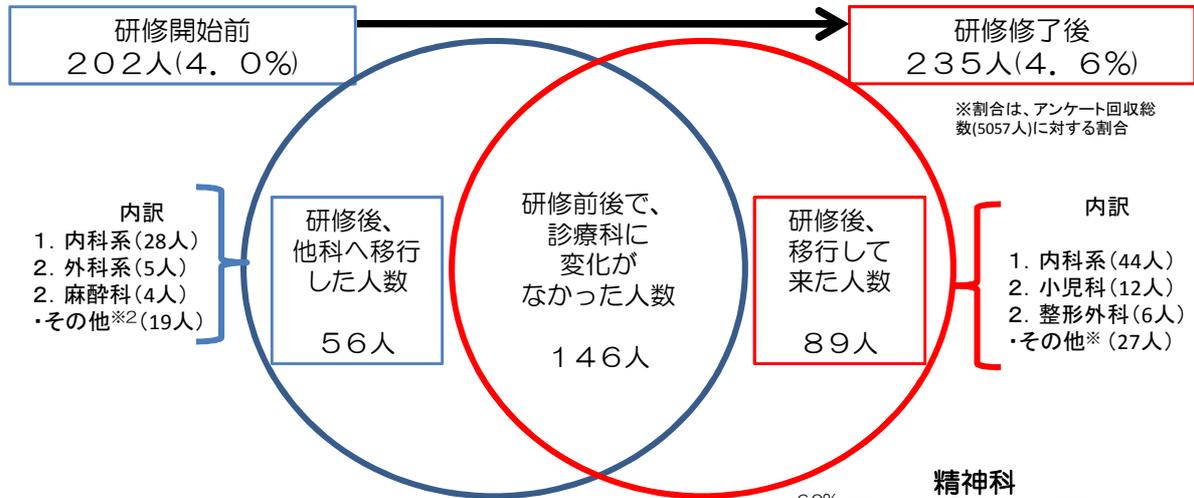
臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 麻酔科



臨床研修前後で将来希望する診療科の変化 救急科



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

2. 2) 必要な症例

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ます。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

○ 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

<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

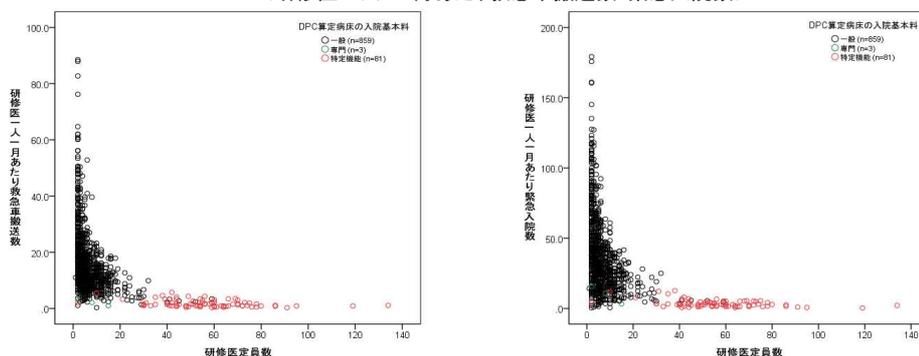
正の相関があり、定員数が多い医療機関では医療ボリュームが多く、ある程度の規模に応じた研修医定数となっている。

2) 研修医定員数と研修医1人1月あたりの症例数等

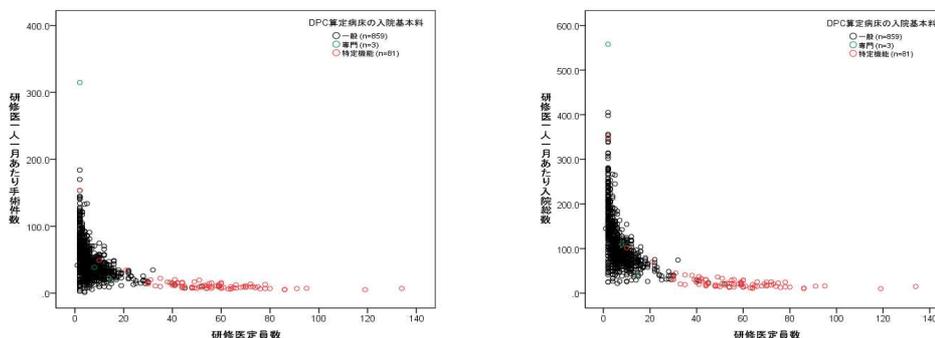
研修病院間で研修医1人あたりの症例数にばらつきがみられる。

47

<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

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		募集定員		(参考) 24年度 受入実績	
		割合		割合		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)

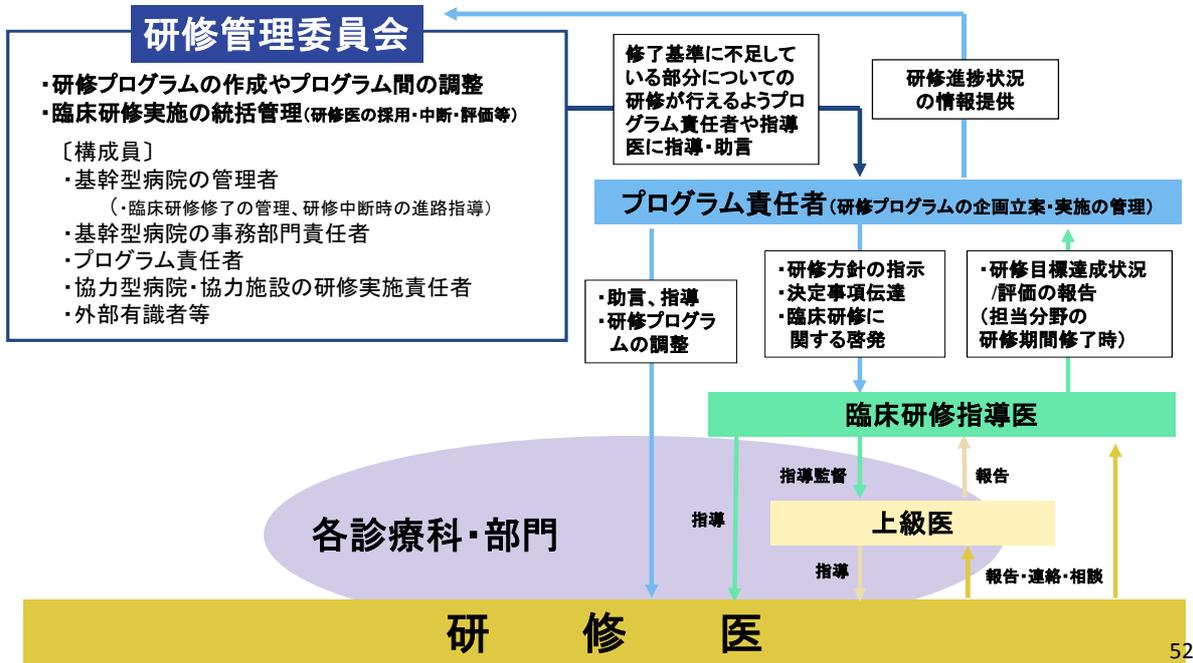
※「施設数」「募集定員」欄は、平成25年度開始の研修の状況

50

2. 3) 指導・管理体制

51

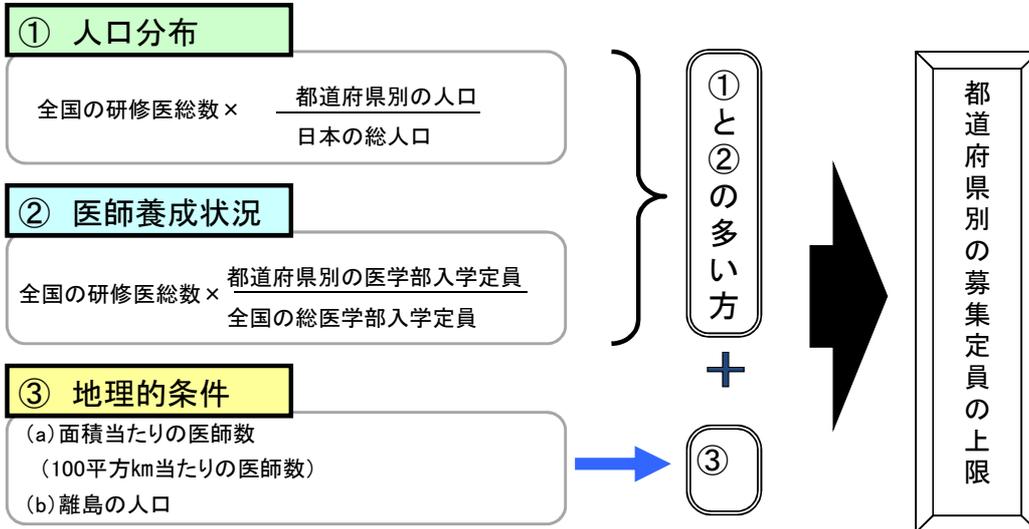
臨床研修を行う病院の組織体制



2. 4) 募集定員の設定

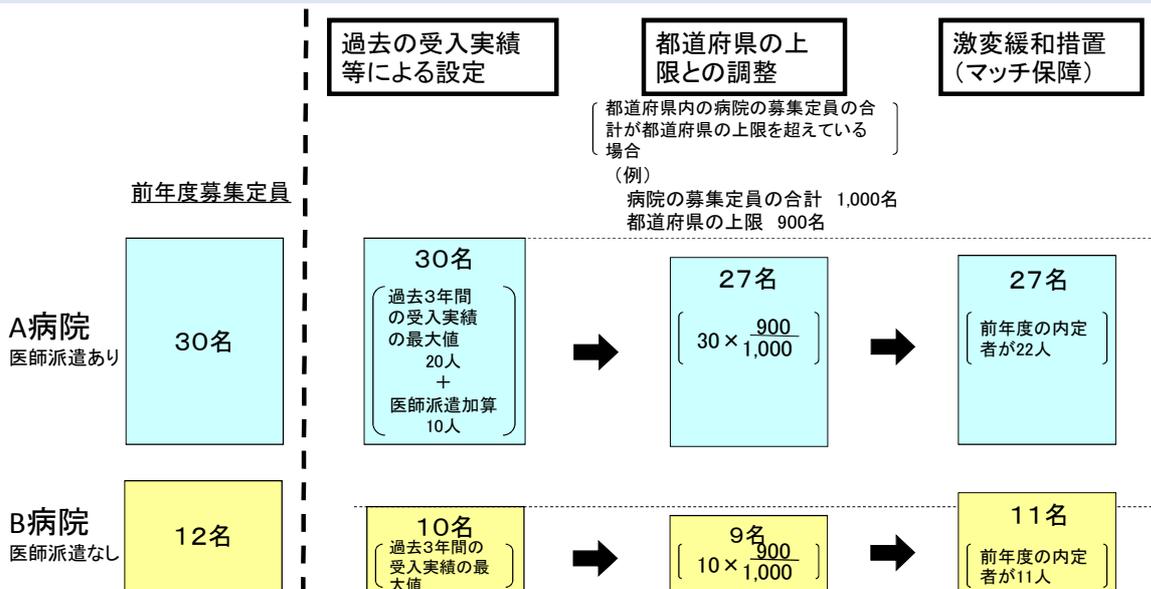
都道府県別募集定員の上限の設定方法

○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



【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)

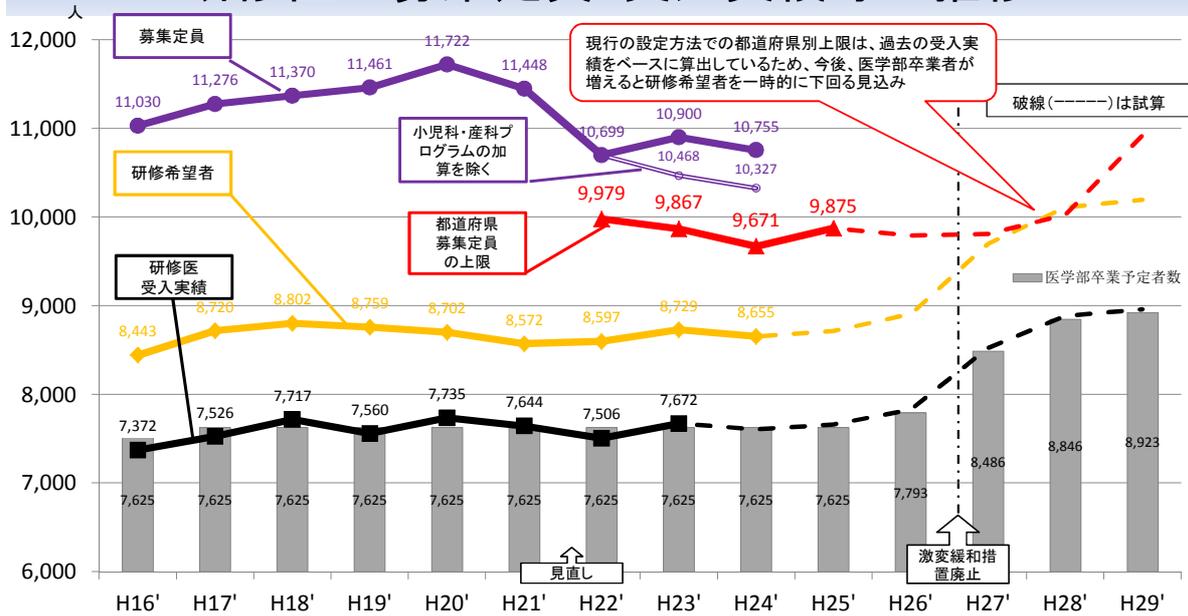
研修病院の募集定員設定方法



【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3月31日まで)

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。

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

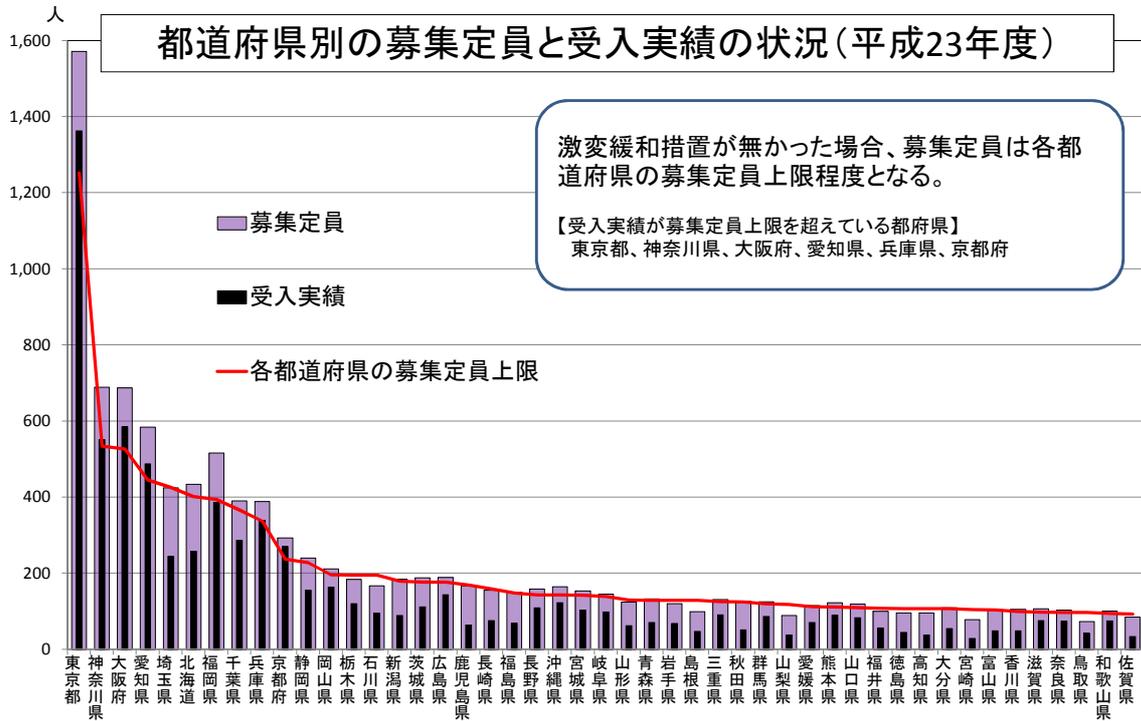
【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む

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%

(参考)



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

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

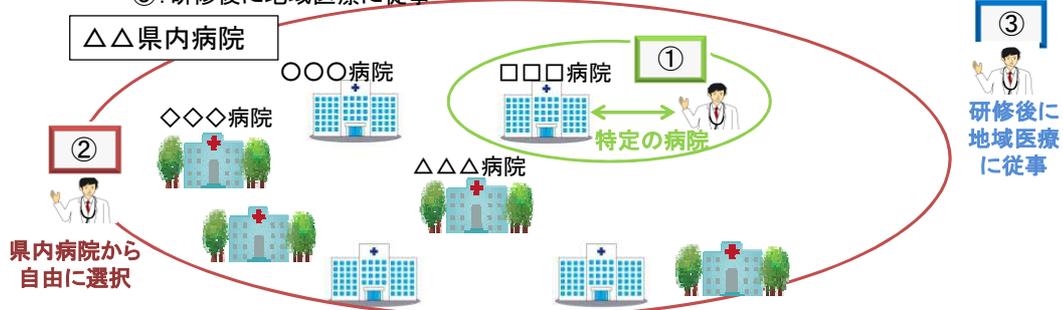
60

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



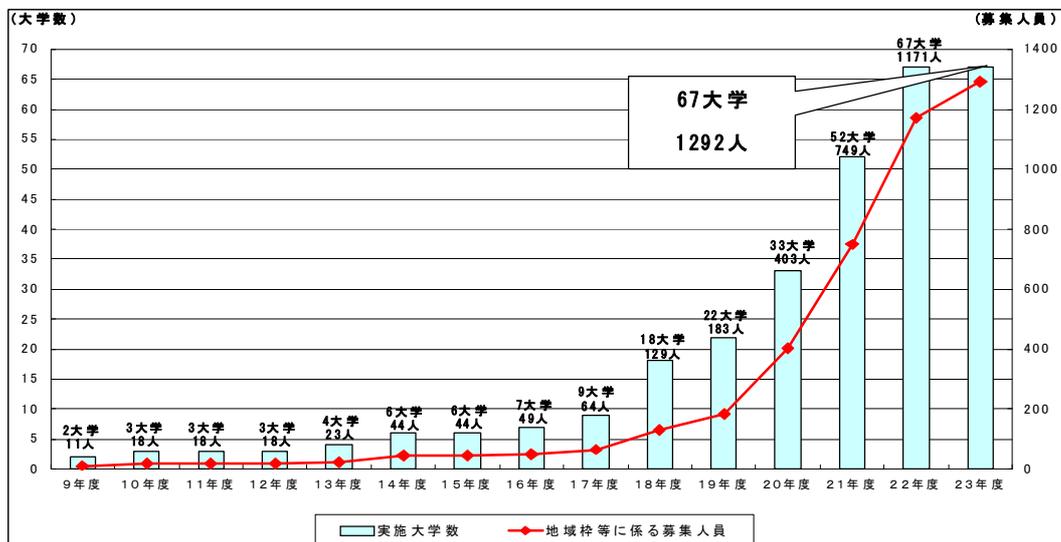
B: 卒業後の勤務条件なし

- ・ 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

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。

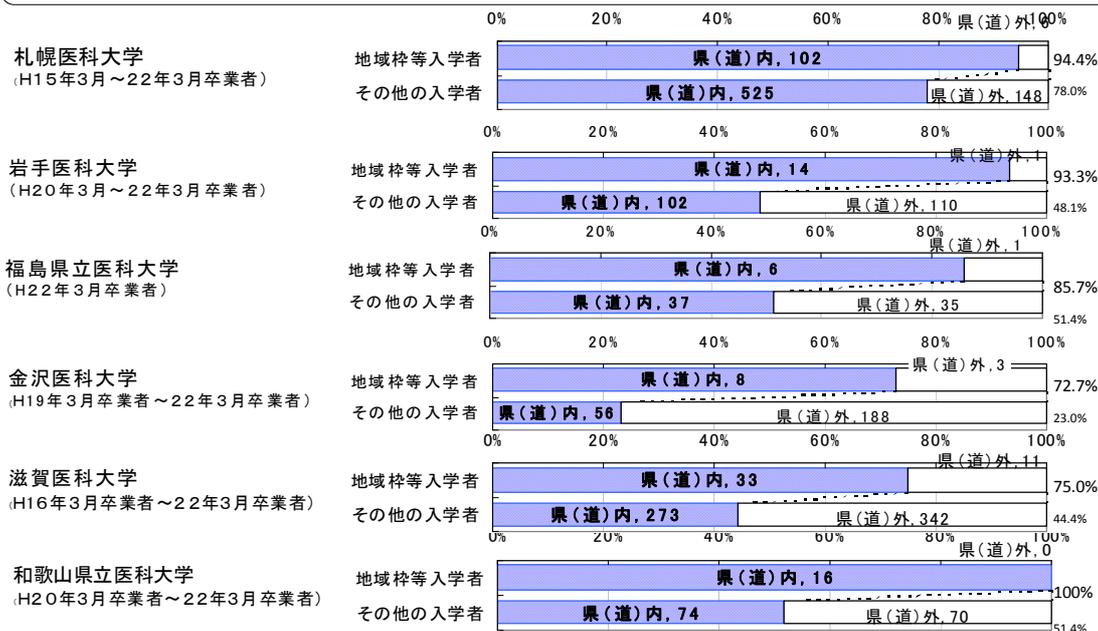
地域を指定した入学者選抜（地域枠）等の導入状況



平成23年4月医学教育課調べ

地域枠等で入学した者の卒業後の状況

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%)



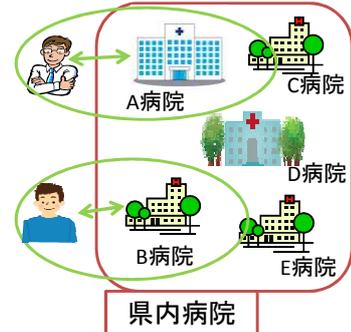
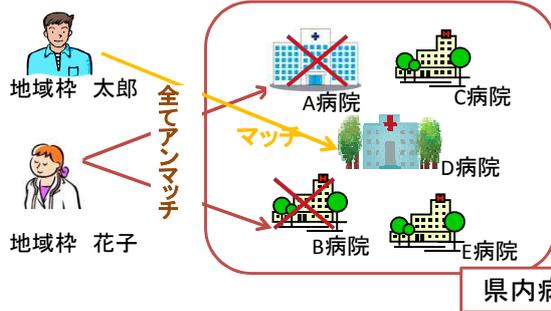
文部科学省医学教育課調べ

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)



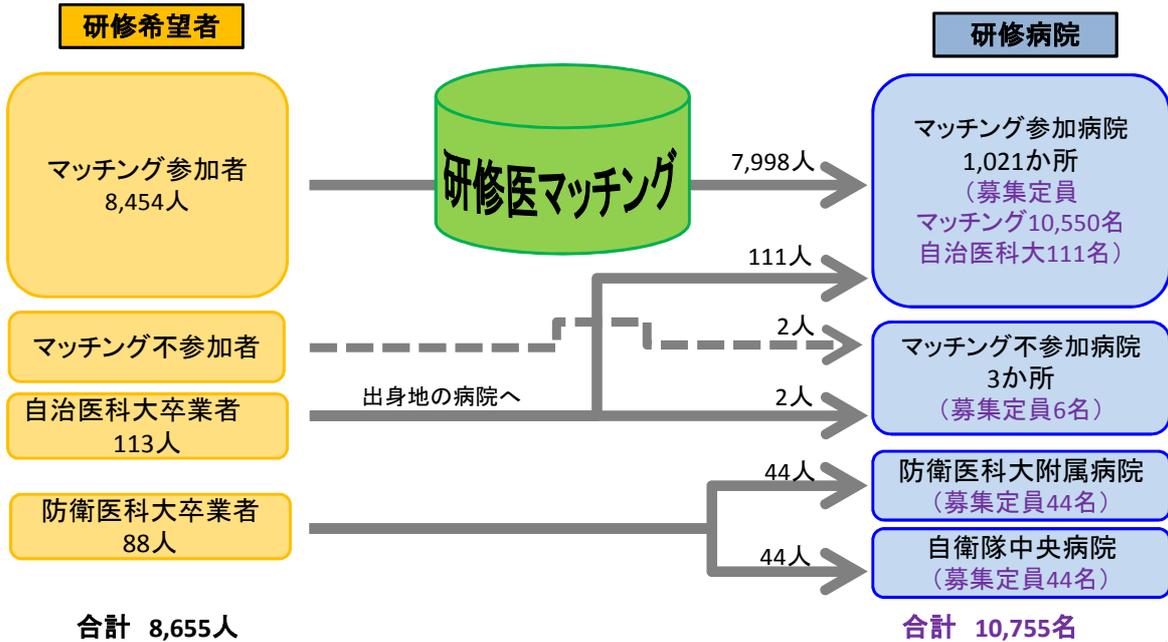
学生	マッチング結果	進路
太郎	指定された研修病院にマッチ	・マッチしたD病院へ
花子	指定された研修病院にアンマッチ	・2次募集(C,E病院へ)等

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)



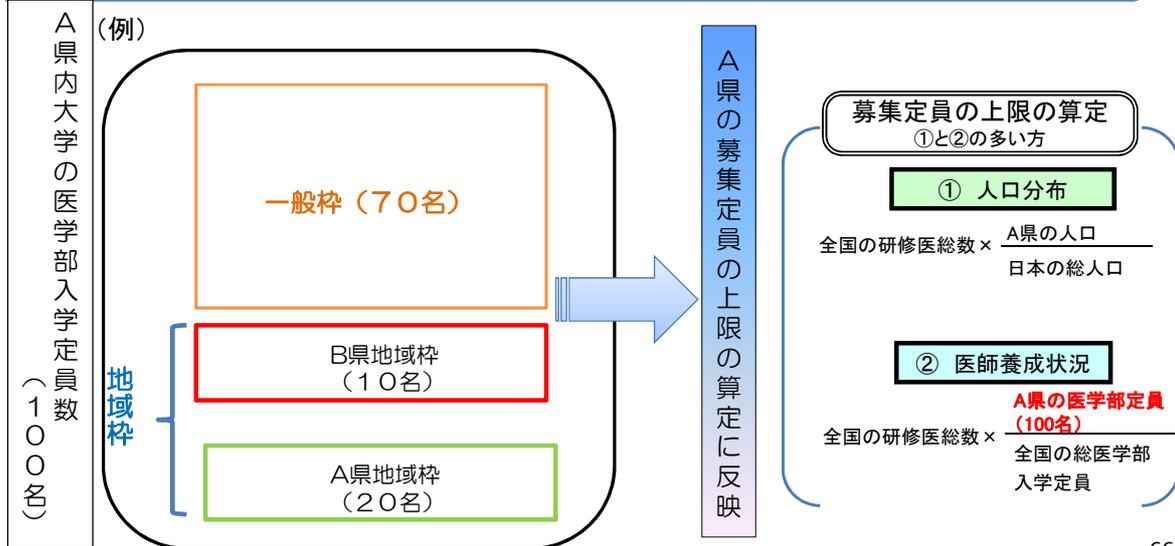
65

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

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

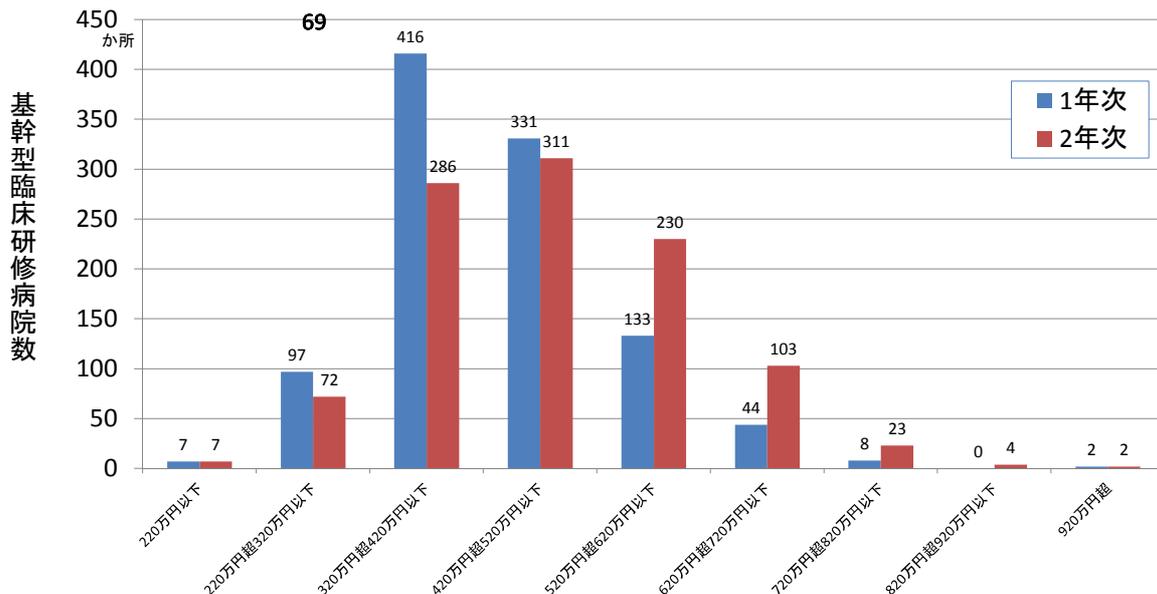
注) 平均給与と月額には、通勤手当や超過勤務手当など実費弁償的又は実績支給である給与は含まない

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

○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)。

※ 自治医科大学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

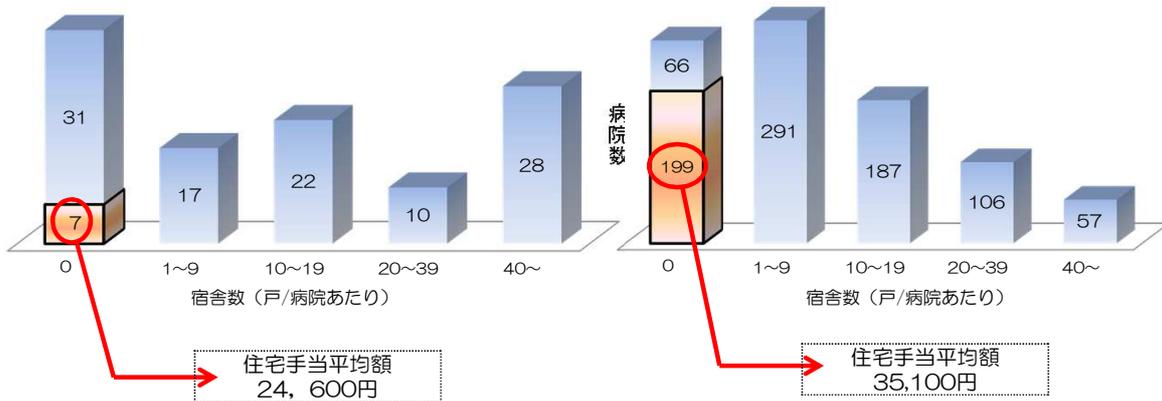
研修医宿舎と住宅手当 (平均月額)

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)



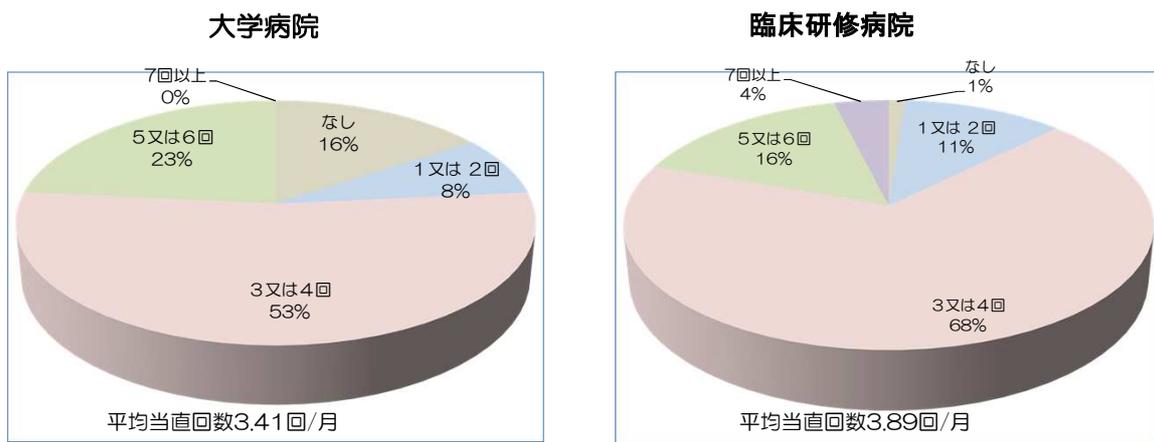
- ※ 平成23年度マッチングに参加した基幹型研修病院を対象として病院側が記入した数値を集計。
- ※ 数値は、平成24年度から研修を開始する1年次研修医に適用予定の処遇。

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。



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

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、研修期間を通じた評価を採用

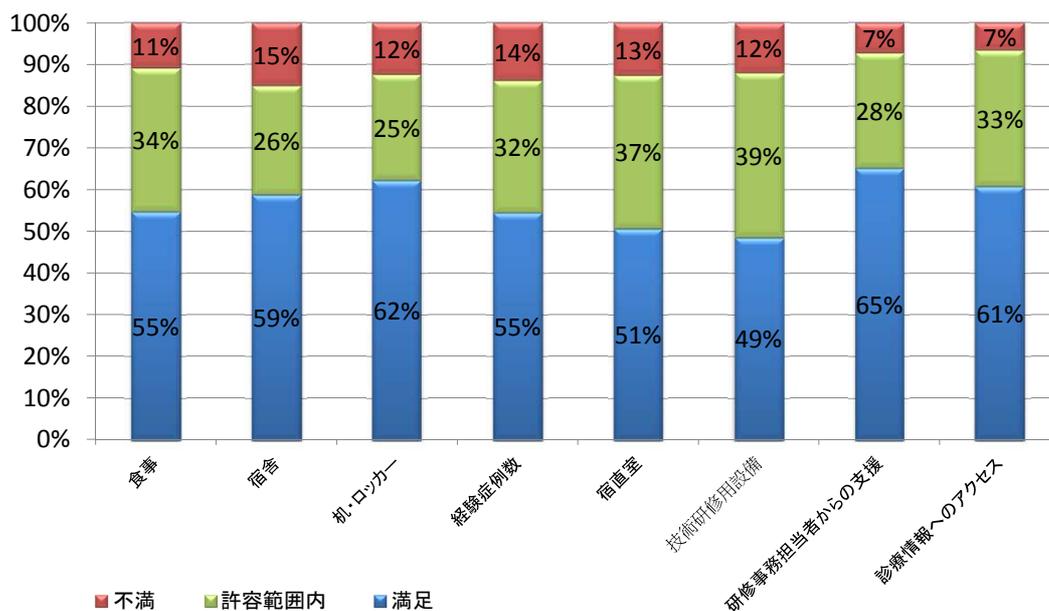
(参考) EPOC利用病院数と利用可能数

(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

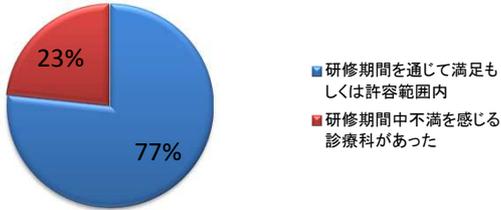
研修施設に対する満足度



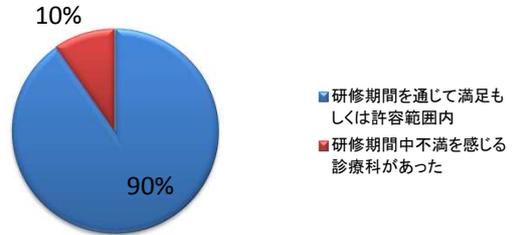
73

研修環境に対する満足度

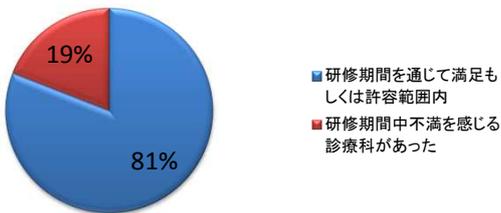
休暇・休養



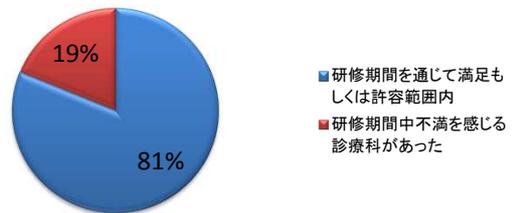
研修医間の連携



指導医間の連携



コメディカルからの支援



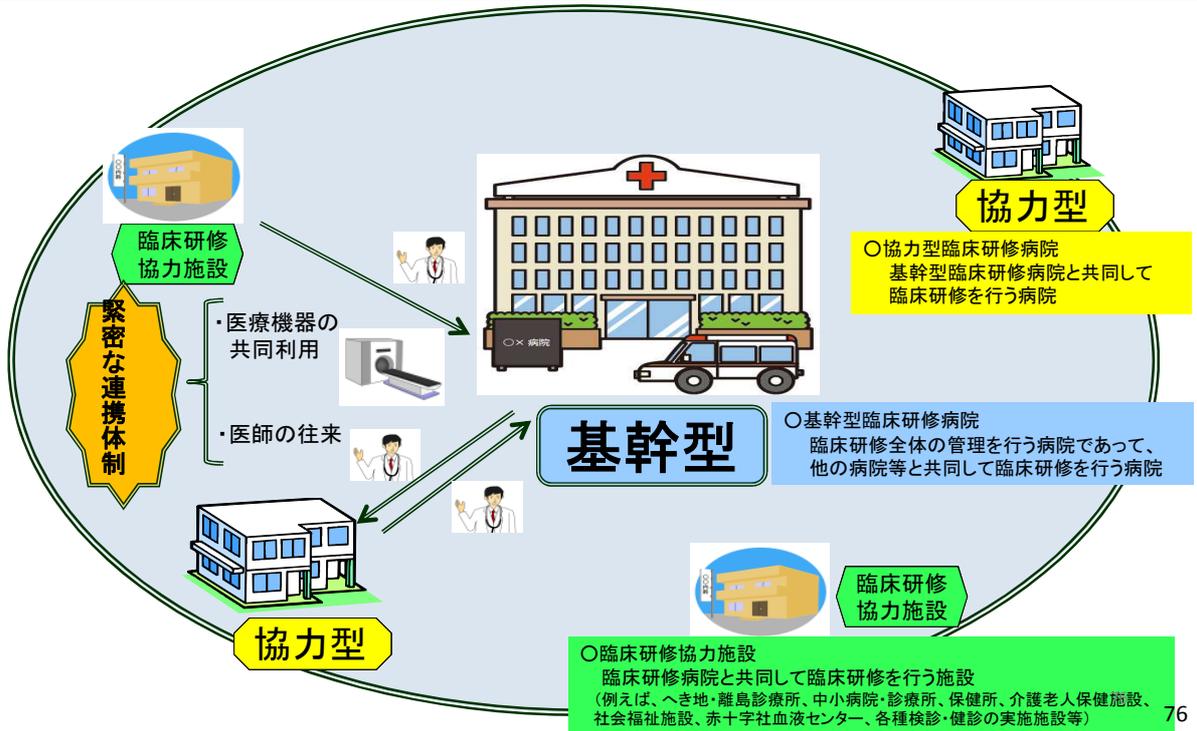
74

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

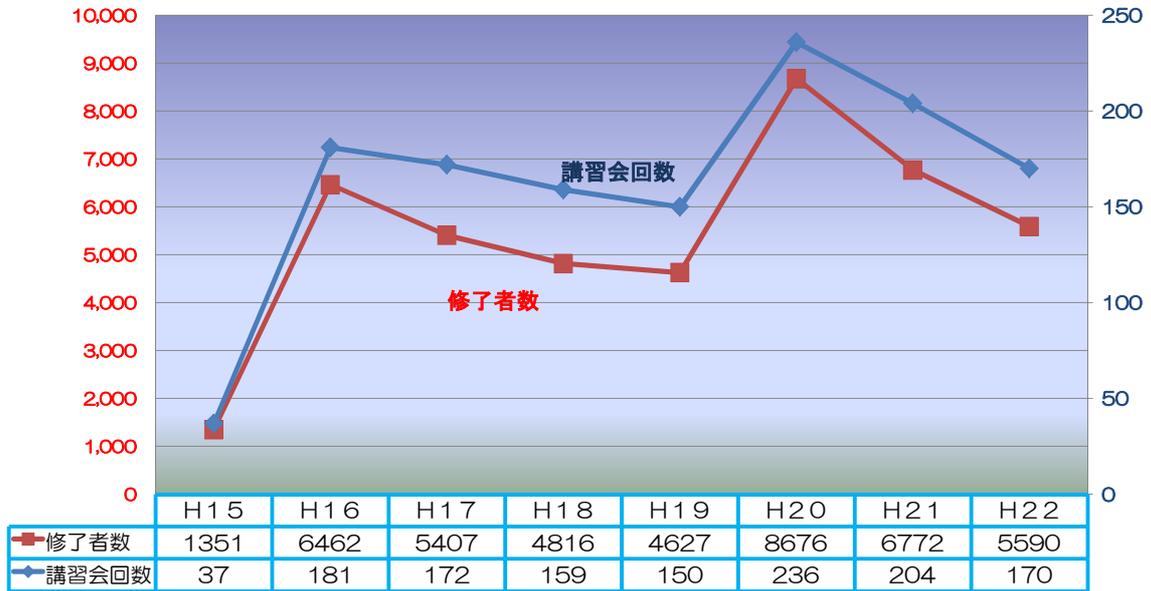
趣旨	臨床研修指導医の資質の向上及び臨床研修を行う病院・施設における適切な指導体制の確保に資することを目的とする
期間	講習時間は16時間以上、かつ原則2泊3日以上 (指導医講習会の開催期間が1泊2日でも講習時間は16時間以上確保)
形式	ワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式 <ul style="list-style-type: none"> 参加者が能動的・主体的に参加するプログラム 参加者が6名から10名までのグループに分かれて行う討議及び発表を重視した内容 グループ討議やグループ発表の結果が盛り込まれた講習会報告書が作成される
テーマ	<ul style="list-style-type: none"> 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人となっている



※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%

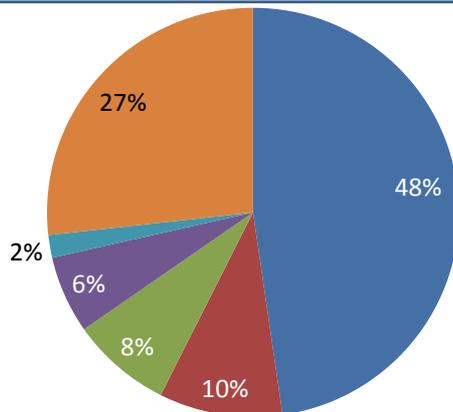
注1) 研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績

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。)

80

中断の理由(全体)

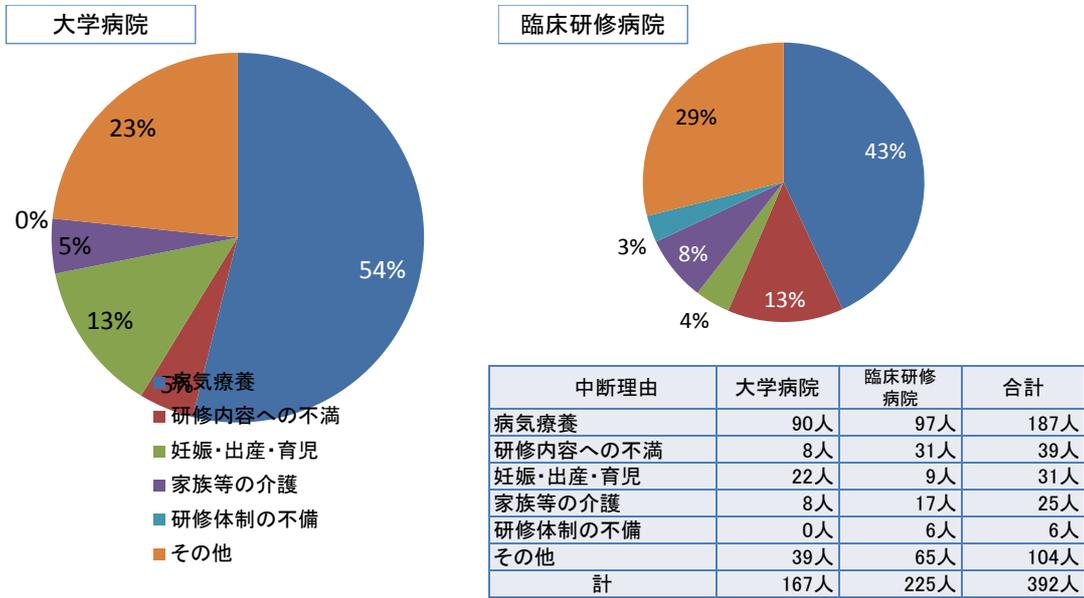
○中断の48%(平成18～21年度の平均)が「病気療養」を理由とするものとなっている。



- 病気療養
- 研修内容への不満
- 妊娠・出産・育児
- 家族等の介護
- 研修体制の不備
- その他

81

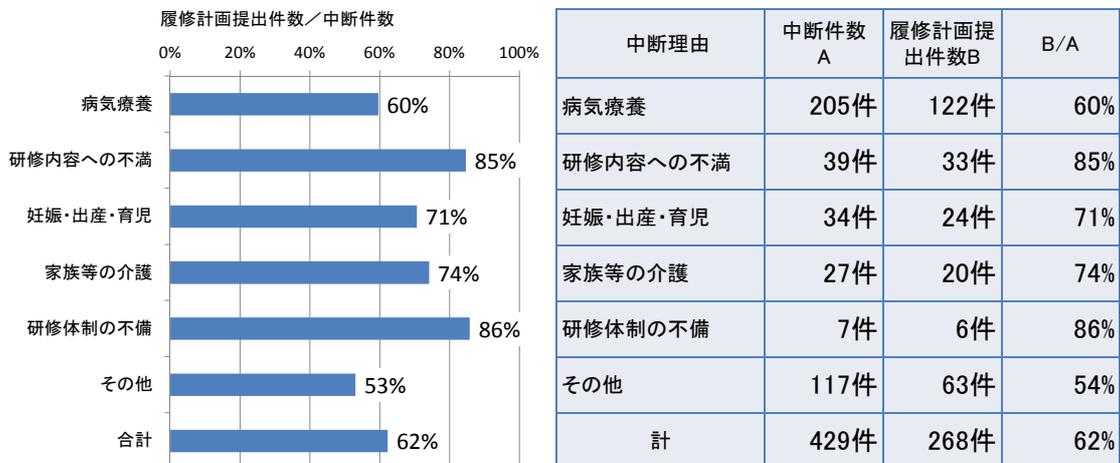
中断の理由(大学病院・臨床研修病院別)



82

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

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%

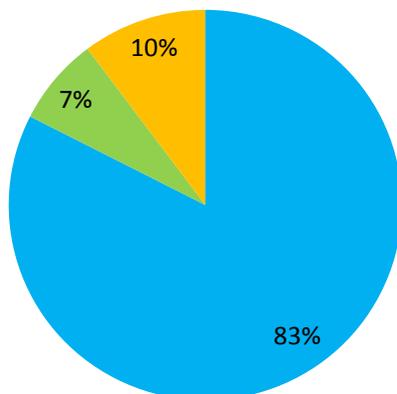
注1)「研修医受入実績」は、各年度における4月現在の受入実績

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

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。

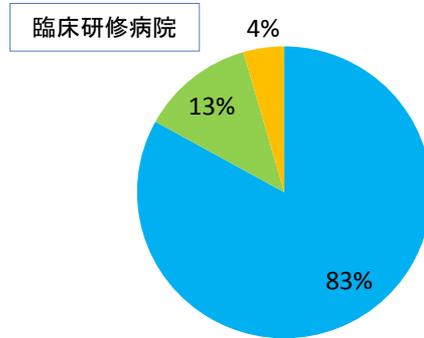
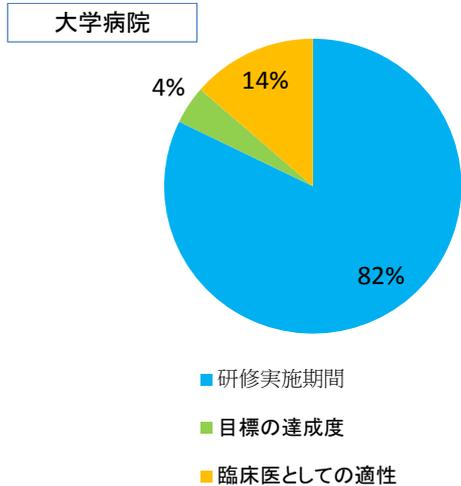


	計	比率
研修実施期間	251人	83%
目標の達成度	22人	7%
臨床医としての適性	30人	10%
計	303人	100%

- 研修実施期間
- 目標の達成度
- 臨床医としての適性

85

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	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	<table border="1"> <tr> <td>A (10名)</td> <td>B (10名)</td> <td>C (1名)</td> <td>未 (4名)</td> </tr> </table> <p>A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能</p>	A (10名)	B (10名)	C (1名)	未 (4名)
A (10名)	B (10名)	C (1名)	未 (4名)		
研修内容					
2) 経験症例数	<table border="1"> <tr> <td>A (20名)</td> <td>C (1名)</td> <td>未 (4名)</td> </tr> </table> <p>A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</p>	A (20名)	C (1名)	未 (4名)	
A (20名)	C (1名)	未 (4名)			
3) 経験症例の種類	<table border="1"> <tr> <td>A (18名)</td> <td>C (3名)</td> <td>未 (4名)</td> </tr> </table> <p>A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</p>	A (18名)	C (3名)	未 (4名)	
A (18名)	C (3名)	未 (4名)			
4) 経験手技・検査の数	<table border="1"> <tr> <td>A (18名)</td> <td>C (3名)</td> <td>未 (4名)</td> </tr> </table> <p>A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</p>	A (18名)	C (3名)	未 (4名)	
A (18名)	C (3名)	未 (4名)			
5) 経験手技・検査の種類	<table border="1"> <tr> <td>A (18名)</td> <td>C (3名)</td> <td>未 (4名)</td> </tr> </table> <p>A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</p>	A (18名)	C (3名)	未 (4名)	
A (18名)	C (3名)	未 (4名)			

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」（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

臨床研修医の採用実績

第1回事務局提出資料を一部修正

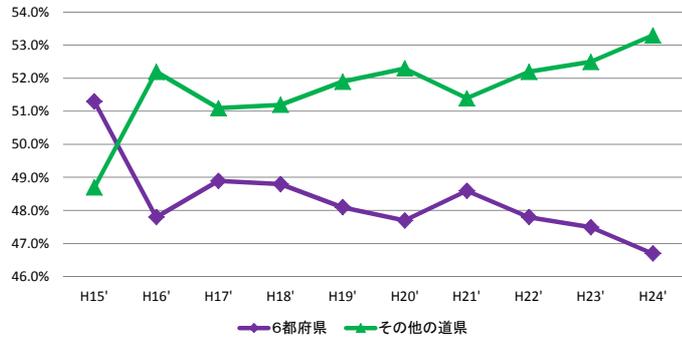
(6都府県とその他の道県)

○ 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。

採用割合の推移

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%)



	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)

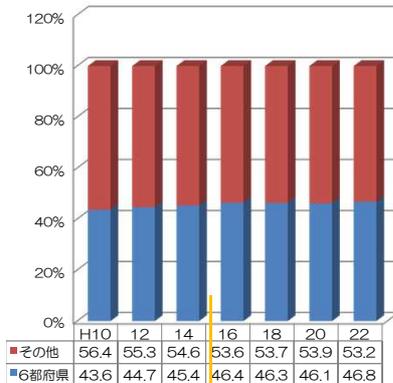
平成24年8月22日公表

第4回事務局提出資料

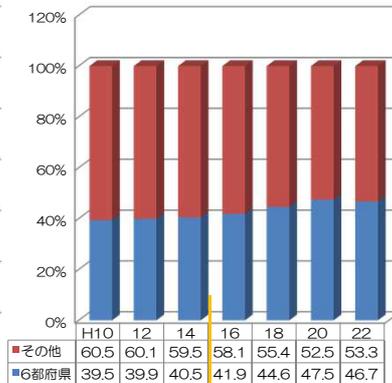
医籍登録後1～6年目医師数の分布割合の推移 (6都府県とその他の道県の比較)

○ 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。

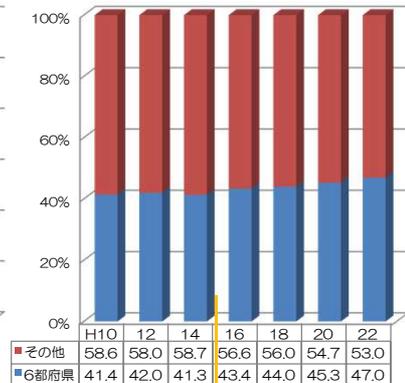
医籍登録後1・2年目医師



医籍登録後3・4年目医師



医籍登録後5・6年目医師

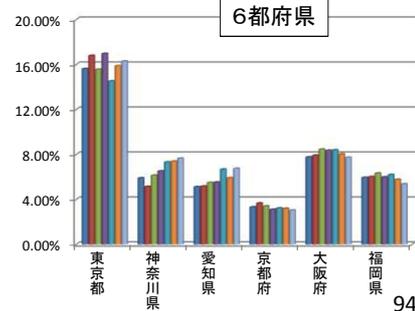
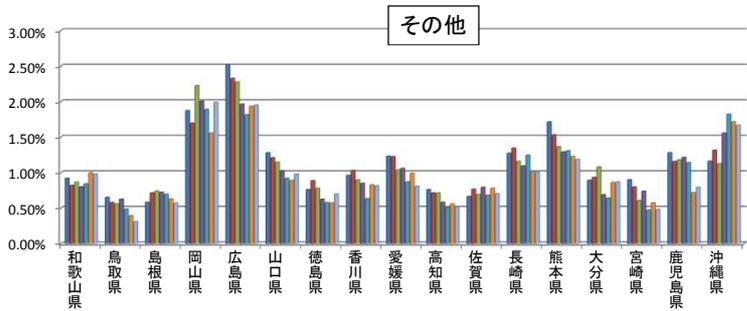
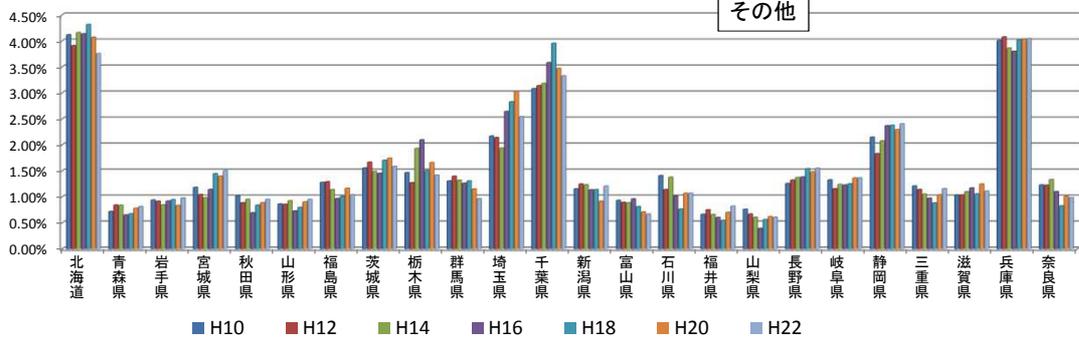


※ 医籍登録年別に見た医療施設(医育機関含む病院・診療所)に従事する医師数
※ 6都府県(東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡)

医籍登録後1・2年目医師の分布割合の推移 (都道府県別)

第4回事務局提出資料

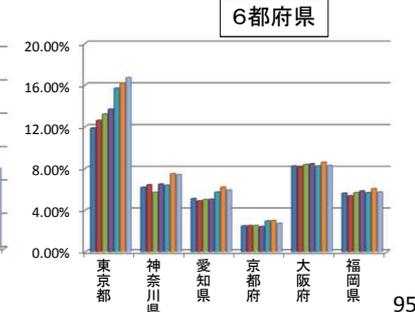
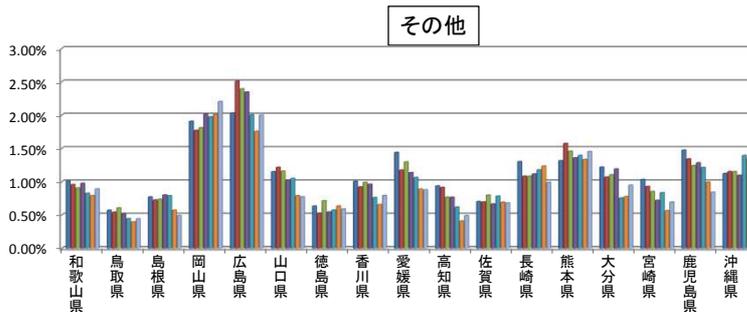
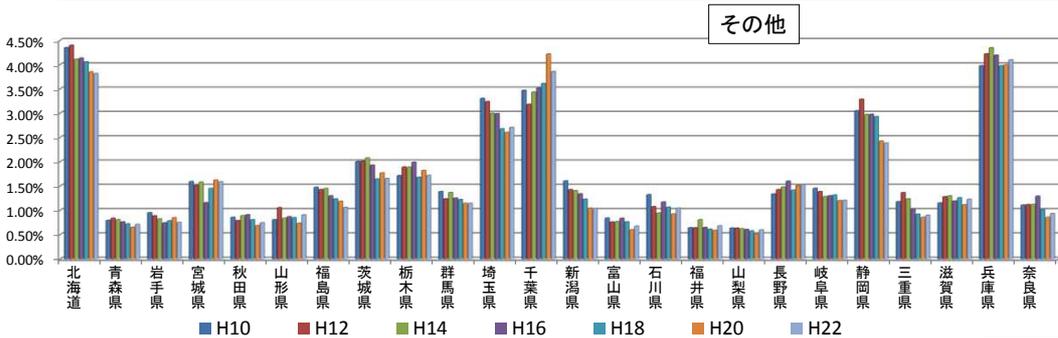
都道府県ごとの分布割合の推移については、一様ではない。



94

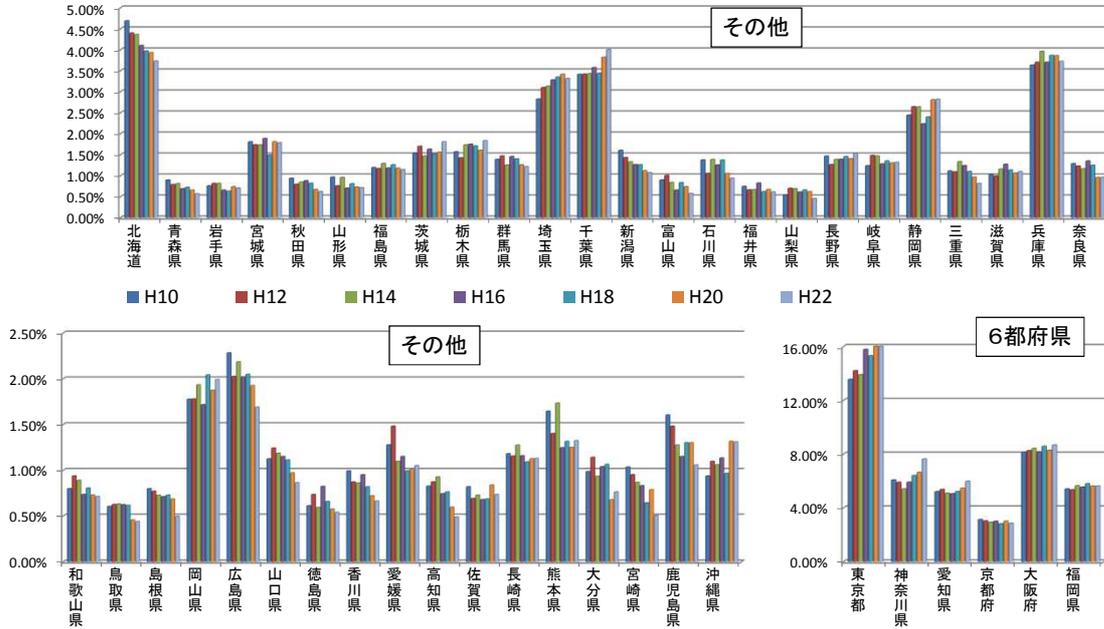
第4回事務局提出資料

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

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

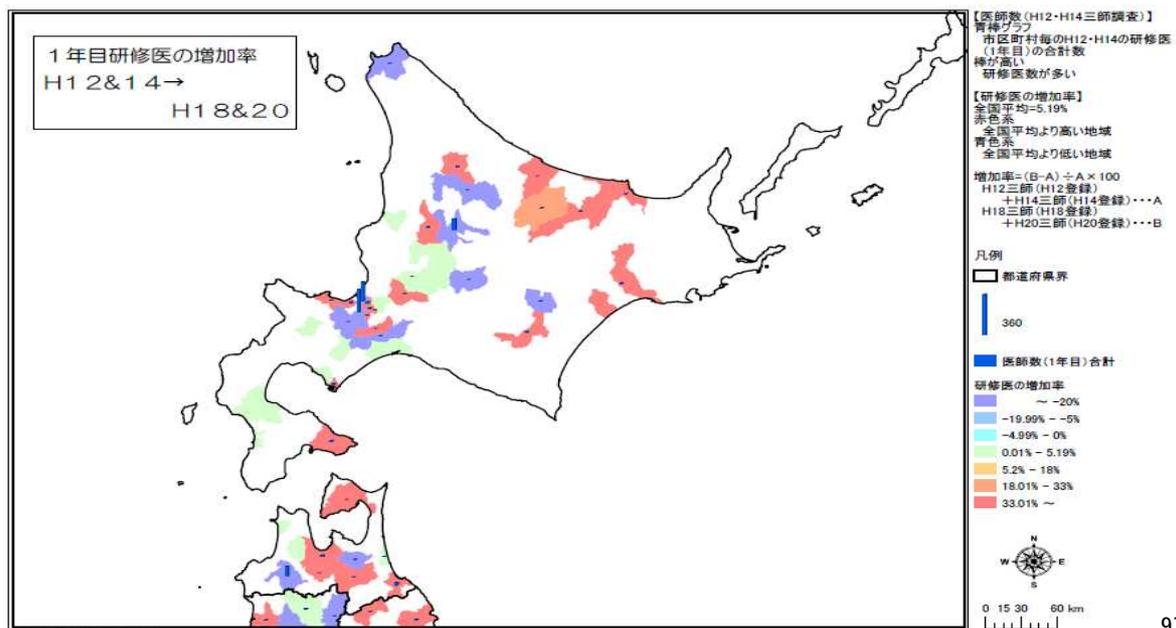
一地図情報システム(GIS)を活用して可視化した研修医の分布の推移一

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。



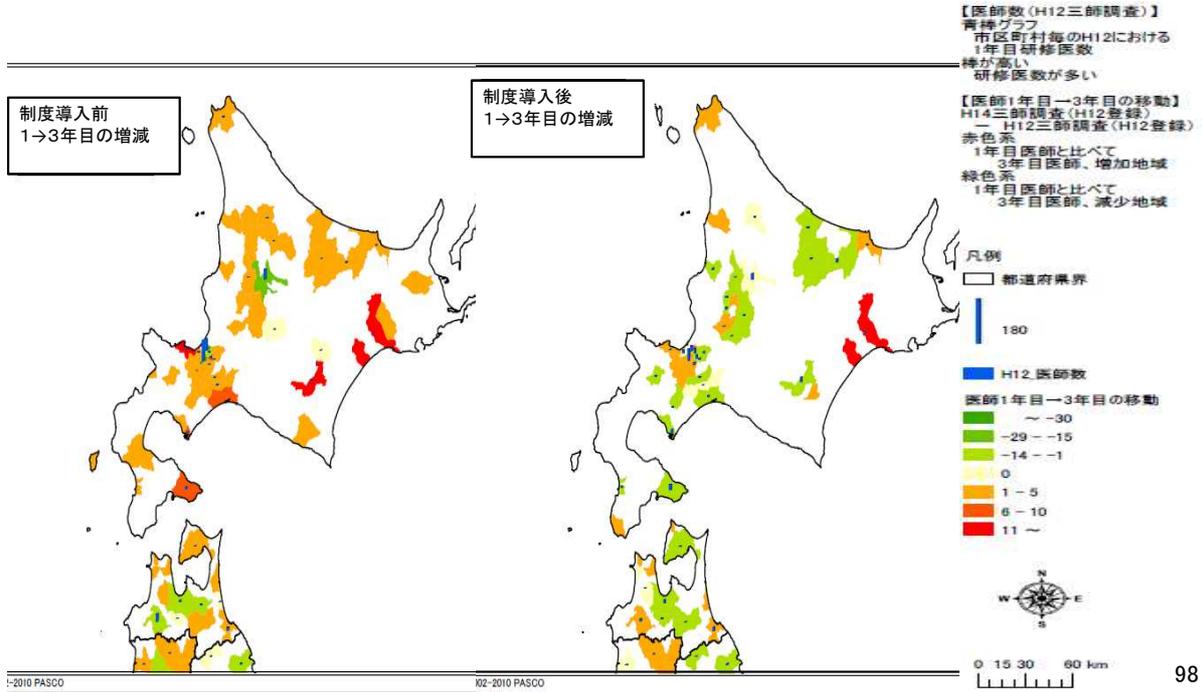
97

<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。

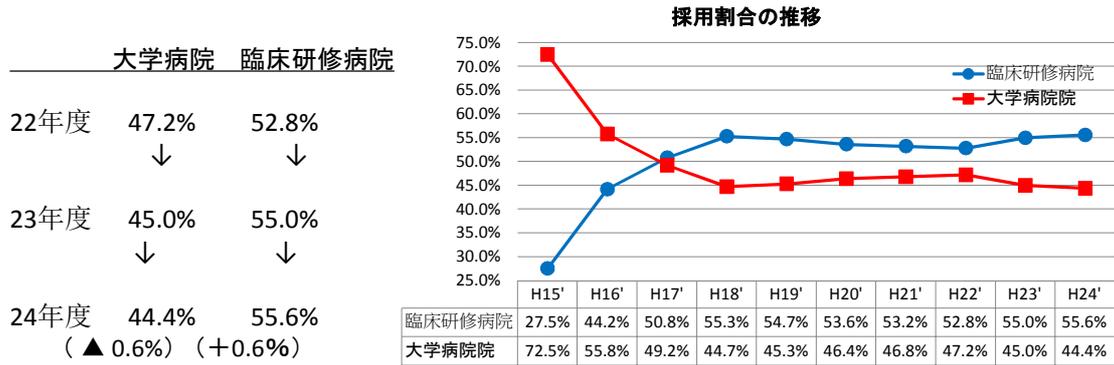


研修医の採用実績

第1回事務局提出資料を一部修正

(大学病院と臨床研修病院)

○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。
(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。)



	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

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」(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)

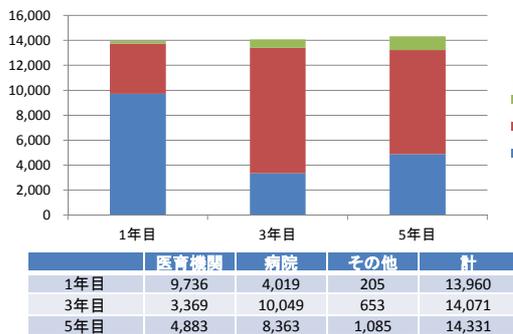
【目的・手法】近年の医師の地域分布の変化について、臨床研修制度の評価に資するため、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データ(平成14年～平成22年)に関し、市町村単位で男女別、医籍登録後年数別に集計。

【結果の概要】

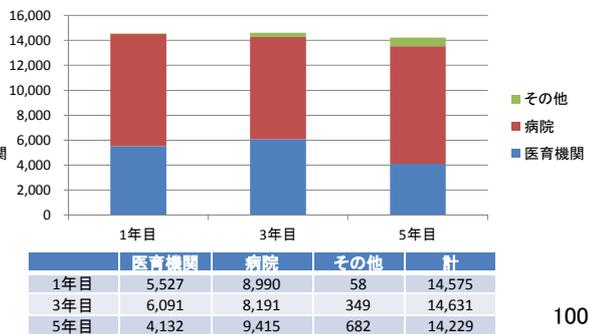
○若手医師の勤務先(医育機関、病院)の変化(全国)

・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)



医籍登録後年数と勤務先 (H20・H22年調査計)

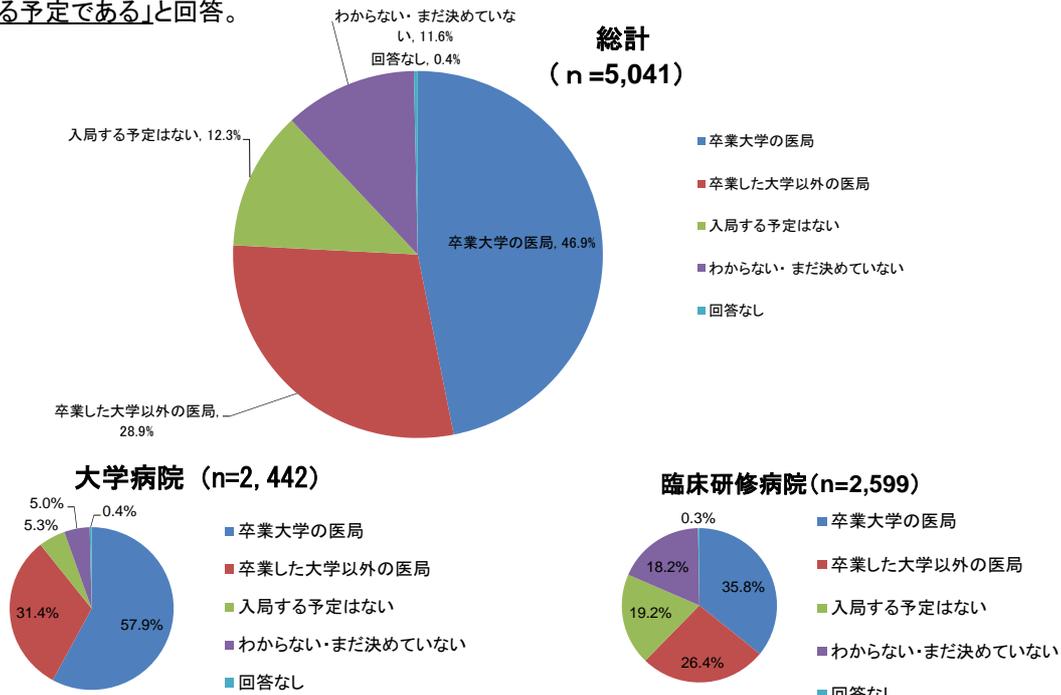


100

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。



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		
北海道	566	426	75.3%	139	574	137	23.9%	434	1.4%	-67.8%	219.1%
青森県	129	75	58.2%	53	120	13	10.8%	103	-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	136	79	58.1%	58	156	26	16.7%	130	13.0%	-65.8%	124.1%
茨城県	174	118	67.8%	49	248	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	2,935	1,320	45.0%	1,644	-4.9%	-28.3%	84.0%
神奈川県	724	500	69.1%	215	1,110	503	45.0%	611	54.3%	0.6%	184.2%
新潟県	194	155	79.9%	38	195	22	11.3%	173	-20.1%	-85.6%	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	98	81	82.7%	14	126	80	63.5%	46	32.6%	-35.8%	371.8%
山梨県	99	81	81.8%	17	86	52	59.3%	36	-11.1%	-35.8%	111.9%
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	120	113	93.3%	15	168	24	14.3%	144	26.7%	-25.7%	100.0%
京都府	632	497	78.6%	129	443	136	30.7%	303	-29.9%	-72.6%	140.5%
大阪府	1,140	807	70.8%	316	1,158	407	35.2%	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%	-36.6%	350.0%
鳥取県	94	84	89.4%	15	93	23	24.7%	70	-43.6%	-70.5%	100.0%
島根県	97	74	76.3%	23	70	27	38.6%	43	-27.8%	-83.5%	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	25	25.8%	70	-28.1%	-75.7%	169.2%
香川県	120	63	52.5%	56	125	32	25.6%	93	4.2%	30.2%	-23.2%
愛媛県	151	103	68.2%	47	125	26	20.8%	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%
大分県	198	165	83.3%	30	145	66	45.6%	80	-24.7%	-35.8%	166.7%
熊本県	208	167	80.3%	39	164	54	32.9%	110	-21.2%	-67.7%	182.1%
鹿児島県	139	99	71.2%	38	127	56	44.1%	71	-8.6%	-43.4%	86.6%
沖縄県	83	67	80.7%	15	79	56	70.9%	23	-4.8%	-16.4%	53.3%
計	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		
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%	78	-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	80	41.9%	111	234	49	20.9%	181	22.9%	-18.3%	49.8%
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	94	48.5%	100	153	53	34.6%	94	-21.1%	55.9%	-39.7%
茨城県	304	28	9.2%	266	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	181	47	26.0%	133	157	74	47.1%	81	-17.8%	57.4%	-40.0%
埼玉県	405	153	37.8%	252	308	172	55.8%	121	-23.8%	12.4%	-48.1%
千葉県	470	127	27.0%	319	556	253	45.5%	295	18.3%	99.2%	-7.9%
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%
愛知県	191	40	20.9%	142	153	53	34.6%	97	-19.9%	32.5%	-31.7%
三重県	113	14	12.4%	97	90	45	50.0%	44	-20.4%	221.4%	-54.6%
滋賀県	140	75	53.6%	58	162	97	59.9%	59	15.7%	29.3%	-1.7%
京都府	102	20	19.6%	79	98	62	63.3%	34	-3.9%	210.0%	-57.0%
大阪府	107	31	29.0%	70	78	40	51.3%	37	-27.1%	29.0%	-47.1%
兵庫県	205	18	8.8%	179	216	78	36.1%	138	5.4%	333.3%	-22.9%
奈良県	204	27	13.2%	165	177	39	22.0%	135	-13.2%	44.4%	-18.2%
和歌山県	434	36	8.3%	385	312	62	19.9%	242	-28.1%	221.4%	-54.6%
鳥取県	720	167	23.2%	521	877	228	26.0%	626	21.8%	36.5%	19.8%
島根県	180	36	20.0%	140	122	33	27.0%	88	-32.2%	-8.3%	-37.1%
岡山県	195	19	9.7%	170	166	70	42.2%	90	-14.9%	268.4%	-47.1%
広島県	352	44	12.5%	286	453	206	45.5%	238	28.7%	368.2%	-16.8%
山口県	1,162	199	17.1%	912	1,230	373	30.3%	841	-5.9%	87.4%	-7.8%
徳島県	628	75	11.9%	531	611	137	22.4%	467	-2.7%	82.7%	-12.1%
香川県	150	32	21.3%	114	127	66	52.0%	60	-15.3%	106.3%	-42.3%
愛媛県	143	40	28.0%	100	115	62	53.9%	51	-19.6%	55.0%	-49.0%
福岡県	84	30	35.7%	46	61	22	36.1%	37	-27.4%	-26.7%	-19.6%
佐賀県	102	18	17.6%	83	76	38	50.0%	37	-25.5%	111.1%	-55.4%
大分県	245	89	36.3%	153	311	101	32.5%	206	26.9%	46.4%	26.4%
熊本県	352	15	4.3%	328	269	40	14.9%	229	-21.6%	166.7%	-21.9%
鹿児島県	162	35	21.6%	111	111	42	37.8%	59	-34.0%	20.0%	-46.8%
沖縄県	85	21	24.7%	61	115	72	62.6%	40	35.3%	242.9%	-34.4%
計	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%	499	999	439	43.9%	441	16.1%	166.7%	-7.7%
佐賀県	109	24	22.0%	79	97	52	53.6%	41	-11.0%	116.7%	-48.1%
大分県	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%
鹿児島県	149	22	14.8%	123	109	47	43.1%	61	-26.8%	113.8%	-50.4%
沖縄県	119	21	17.6%	89	89	57	64.0%	29	-25.2%	171.8%	-87.4%
鹿児島県	168	25	14.9%	127	143	65	45.5%	72	-14.5%	160.0%	-47.4%
沖縄県	162	26	16.0%	121	200	56	28.0%	139	23.5%	115.4%	47.3%</

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)

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

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%	12.8%
都道府県名	H12(5年目)+H14(5年目)				H20(5年目)+H22(5年目)				増加率		
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	38	40.4%	45	-16.8%	-12.2%	-19.0%
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%	36	100	48	48.0%	50	-9.9%	4.3%	-13.8%
山形県	123	39	31.7%	80	93	29	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	188	74	37.4%	106	165	33	20.0%	123	-16.7%	-55.4%	16.0%
埼玉県	454	151	33.3%	230	514	229	44.6%	262	13.2%	51.7%	-4.4%
千葉県	481	148	30.8%	256	556	194	33.1%	247	15.6%	24.3%	15.7%
東京都	2,026	1,059	52.3%	793	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	64	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%	85	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%	22.8%
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%	25.8%
兵庫県	560	153	27.3%	387	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%	14.8%
広島県	294	48	16.3%	227	245	16	6.5%	222	-16.7%	-66.7%	-2.2%
山口県	166	79	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%	-15.0%
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%	68	8.8%	-22.6%	30.0%
長崎県	163	55	33.7%	97	150	41	27.3%	102	-6.0%	-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%	-31.5%	-31.5%
鹿児島県	189	36	19.0%	145	165	48	29.1%	109	-12.7%	-33.3%	-24.9%
沖縄県	163	29	17.2%	115	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

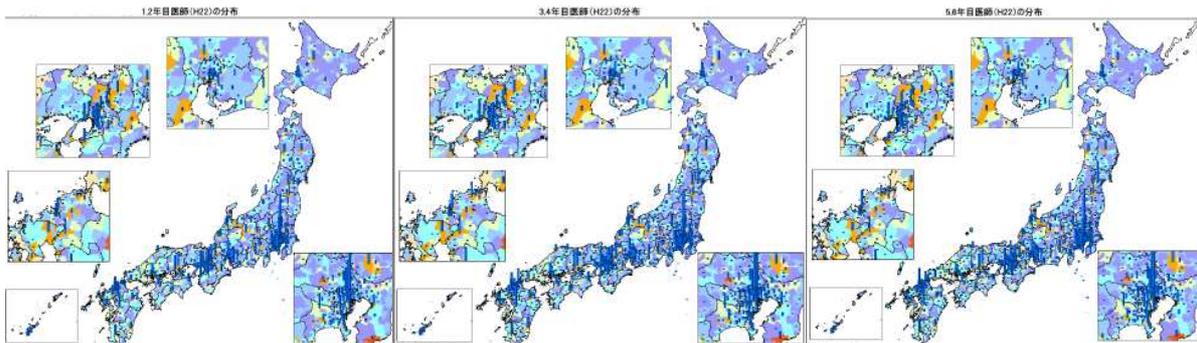
○若手(医籍登録後1~6年)医師の地域分布

第8回小池・松下参考人提出資料を一部修正

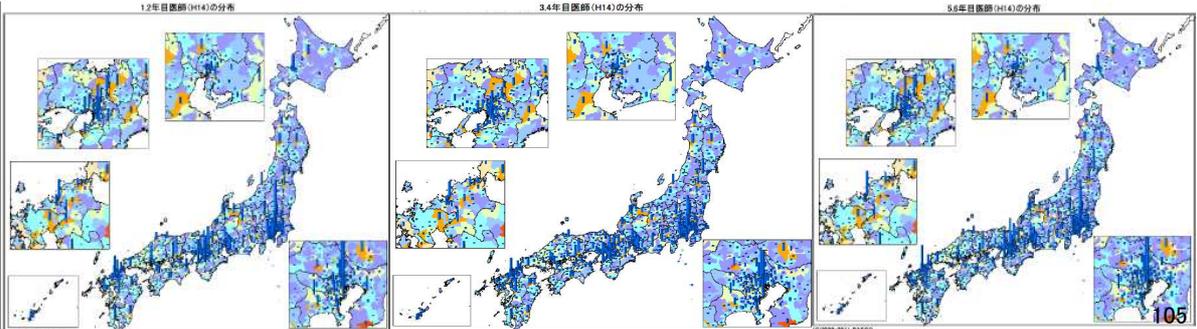
- ・平成14年、22年に共通して、1.2年目→3.4年目→5.6年目と年次を重ねるにつれて、若手医師の勤務する市町村の分布地域が増える。
- ・平成14→平成22年で、いずれの卒後年区分も、分布地域は減少している。

※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)>

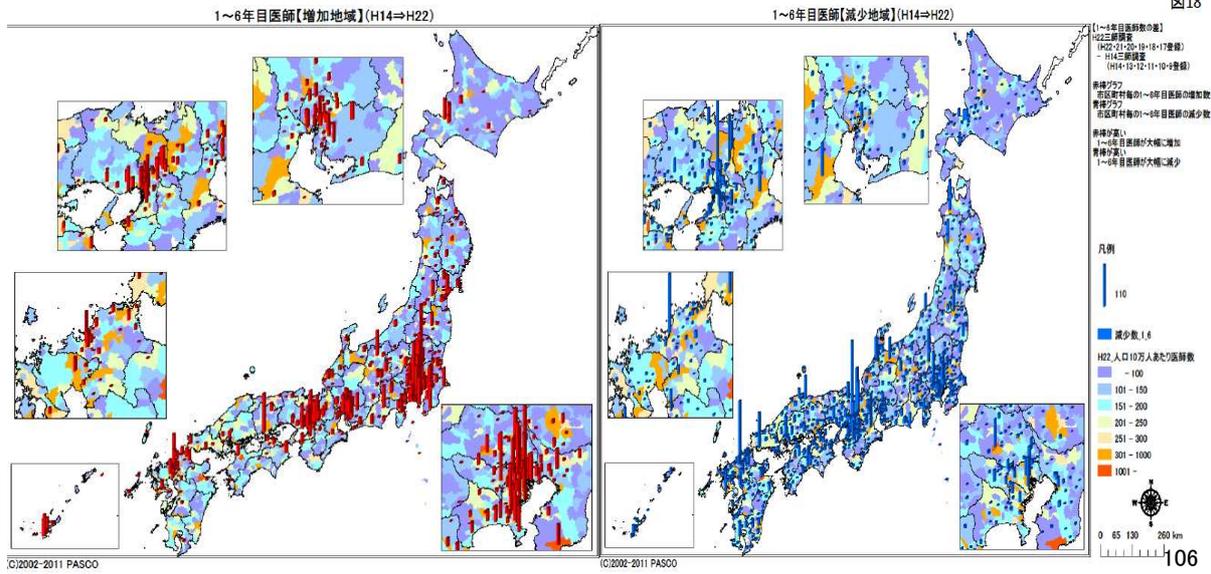


105

※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)



(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。

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	医務	病院	診療所	医療施設	医務	病院	診療所	医療施設	医務	病院	診療所	医療施設	医務	病院	診療所	
	全国	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%	
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	3,998	454	1,858	1,288	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%	14.83%	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%	4.25%	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%	12.78%	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	813	696	829	26.08%	47.83%	19.19%	25.24%	埼玉県
12	千葉県	8,171	1,371	3,828	2,972	10,277	1,834	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	9,808	10,203	11,274	38,211	11,400	13,559	13,452	7,128	1,794	3,156	1,718	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	793	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	488	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	338	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	2,811	846	75	545	126	13.93%	14.72%	21.09%	5.07%	静岡県
23	愛知県	12,189	2,160	5,632	4,397	14,436	2,452	6,899	5,077	2,249	302	1,267	680	18.45%	13.96%	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	465	1,191	780	2,879	502	1,436	941	463	161	191	66	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	1,598	194	864	541	15.21%	16.76%	17.09%	12.38%	兵庫県
29	奈良県	2,832	458	1,852	1,249	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%	23.91%	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	638	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	17.88%	38.29%	16.56%	8.39%	岡山県
34	広島県	6,354	812	3,179	2,563	6,800	578	3,565	2,657	446	-34	386	94	7.02%	-5.56%	12.14%	3.49%	広島県
35	山口県	3,356	458	1,852	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	788	159	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	168	76	24	61	6.73%	26.67%	1.89%	7.28%	香川県
38	愛媛県	3,269	351	1,763	1,153	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	668	2,114	407	981	728	264	58	146	60	14.27%	16.62%	17.49%	9.01%	佐賀県
42	長崎県	3,920	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	2,033	1,283	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	2,800	430	1,348	802	3,199	393	1,948	858	819	-19	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、旧長野県山梨県(人口2040)人は、岐阜県で処理

※医療機関勤務者には、「医療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

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		平成22年		3・4年目		平成22年		5・6年目		平成22年		全体		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	10.8	14,558	11.4	14,716	11.8	14,479	11.3	14,371	11.3	14,224	11.1	255,792	201.5	295,049	230.4
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	108	7.7	110	7.5	82	6.0	2,516	170.5	2,638	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	5,233	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	2,588	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	12.0	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	3,959	190.5	4,354	216.8
埼玉県	236	4.1	270	5.1	466	6.7	391	5.4	425	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	2,206	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	39,965	303.7
神奈川県	688	8.1	1,114	12.3	943	11.1	1,066	11.8	833	9.6	1,075	11.9	14,195	162.2	17,678	195.4
新潟県	187	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	10.8	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	13.8	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	90	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	88	10.0	88	10.2	92	10.4	83	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	8.3	348	8.3	472	34.4	344	9.1	369	9.8	394	10.5	6,223	165.2	7,169	190.3
愛知県	687	9.8	879	13.2	705	10.0	859	11.5	758	10.8	845	11.4	12,631	179.4	15,070	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	3,689	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	398	15.0	405	15.4	405	15.4	7,093	288.2	7,968	302.3
大阪府	1,094	12.1	1,223	12.7	1,204	13.7	1,188	13.4	1,209	13.7	1,232	13.9	20,598	233.9	23,114	269.7
兵庫県	347	8.8	358	10.5	618	11.1	598	10.6	527	9.5	525	9.4	10,819	186.0	12,841	226.2
奈良県	166	11.5	143	10.2	162	11.2	133	9.5	172	11.8	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	9.8	328	13.1	289	10.1	287	10.6	243	8.2	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	14.7	103	3.6	3,363	225.2	3,503	244.7
高知県	86	11.8	97	8.8	134	16.3	78	9.8	121	14.8	69	8.9	2,128	261.4	2,183	265.6
福岡県	808	18.1	781	15.4	826	16.3	843	16.8	813	16.7	813	16.0	12,327	259.8	14,439	289.4
佐賀県	102	11.8	102	12.0	100	11.4	100	11.8	106	12.1	105	12.4	1,910	219.4	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	4,082	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	11.1	161	13.2	108	9.0	2,750	225.2	3,064	256.1
宮崎県	108	8.2	70	8.2	136	11.8	98	8.7	124	11.8	73	8.2	2,440	208.5	2,853	237.7
鹿児島県	157	8.8	116	6.8	192	10.7	121	7.1	210	11.8	148	8.7	3,811	213.8	4,135	242.2
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

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	1.2年目	1.2年目女性医師割合	3.4年目	3.4年目	3.4年目女性医師割合	5.6年目	5.6年目	5.6年目女性医師割合	全体	全体	全体女性医師割合
	男	女			男			女			男	
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%		39.5%	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	63	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	363	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%	76	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%	1,809	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												

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。

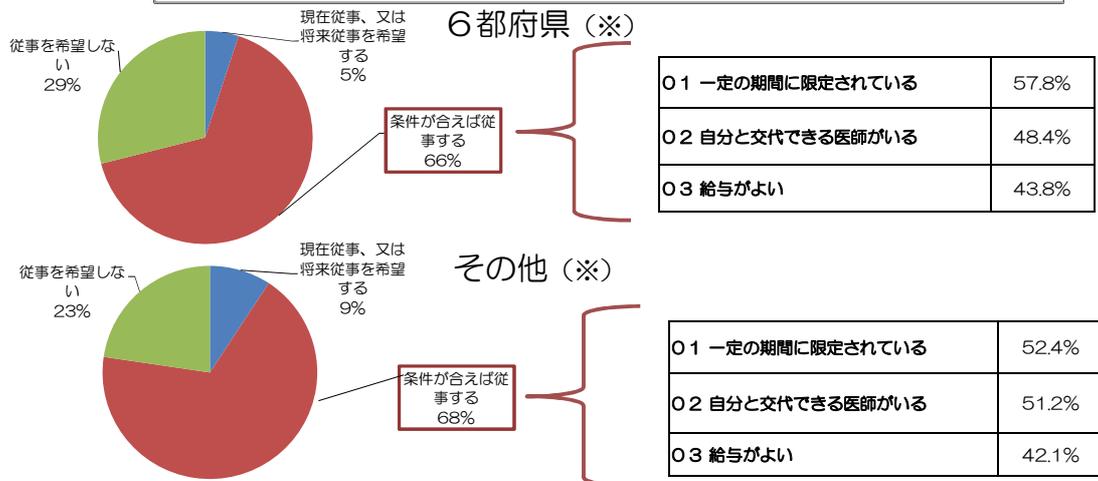


※受け入れ期間……他都道府県で採用された臨床研修医を受け入れている期間
 ※他都道府県での研修期間……各都道府県で採用された臨床研修医が、他の都道府県で研修している期間(延べ)
 出典:平成23年臨床研修修了者調査より(厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ)
 平成24年3月に臨床研修を修了する研修医を対象
 →回収数/対象数=5871/7571(78.1%)

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)



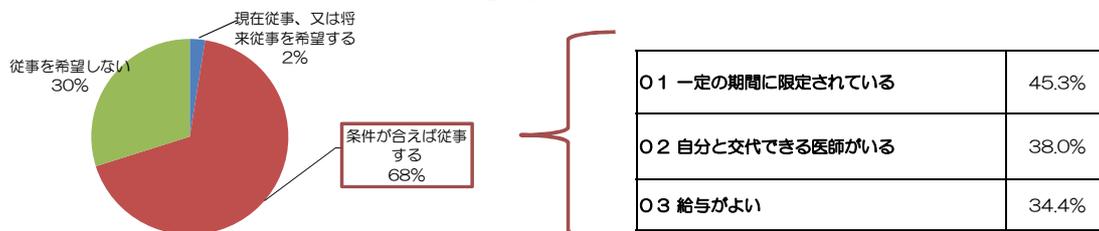
※出身地……医学部に入学するまで、最長期間過ごした都道府県
 ※6都府県……東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡
 ※その他……海外含む
 出典:平成23年臨床研修修了者調査より(厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ)
 平成23年3月に臨床研修を修了する研修医を対象
 →回収数/対象数=5871/7571(78.1%)

医師不足地域での従事の考えについて

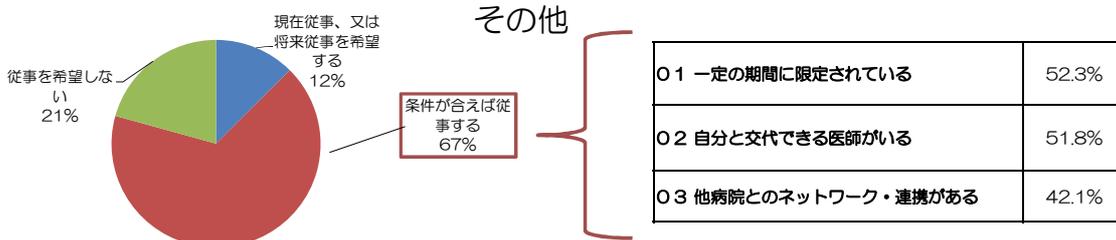
臨床研修を行った都道府県別（※）

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



その他



※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%)

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

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
 - 浦添総合病院(沖縄県)で救急科研修
 - 東北大学病院で放射線治療科研修
- ③研修会
 - オリエンテーション
 - 研修医セミナー
 - 外部講師による講演会・勉強会
 - 症例発表会
- ④指導医講習会の受講を奨励
 - 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
 - 先輩医師が後輩医師を指導

114

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
 - 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
 - プログラムの特徴
 - 指導体制
3. 医学生が必要とする情報の提供
 - 診療実績、住環境、処遇など

115

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
 - 東北大学関連病院説明会2回
 - 東北ブロック病院説明会(東北厚生局1回)
 - レジナビ(東京・大阪・福岡各1回)
- ②研修医が説明
 - 学生が一番聞きたいのは研修医の生の声
 - 説明用スライド
 - 指導医は補足説明
- ③ブースは明るく
 - ポスター
 - 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

116

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
 - 連絡・問い合わせの迅速対応
 - JR利用者の送迎
 - 当日リクエストにも臨機応変に対応
 - 見学後にお礼のメール
- ③交通費支給
 - 支給基準作成
- ④医学生との交流
 - 臨床研修管理委員長との昼食
 - 研修医との夕食会
 - 来院時と帰院時の声掛け(事務)
 - 見学の感想とアンケート

117

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)
 - 1年次 40万円/月、賞与67万円
 - 2年次 45万円/月、賞与99万円
- ②ONとOFFのメリハリある研修
 - 宿直明けは振り替え休日(勤務表作成)
 - PHSフリー(各科ルール)
 - 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)
 - 図書
 - シミュレーター

118

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

新潟大学医学部医学科定員の推移

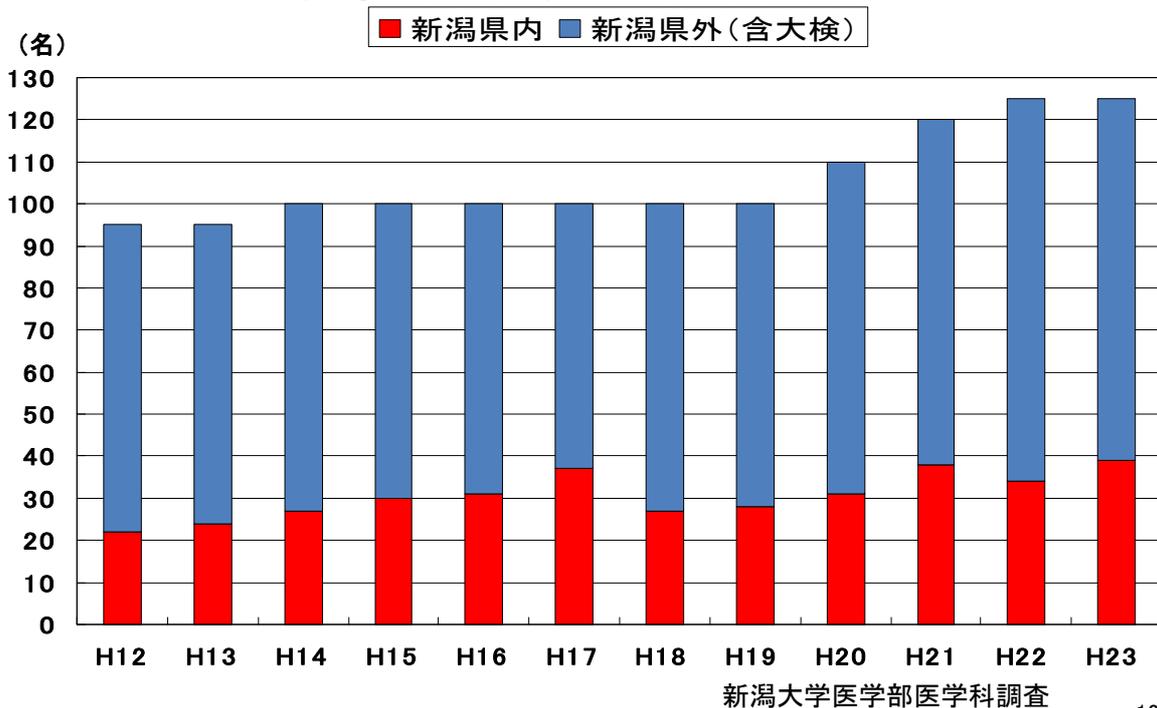
- ・平成19年度までの新潟大学医学部医学科の定員は100人。
- ・「新医師確保総合対策」等の取組により、平成22年度には125人と25人増となった。

年度	一般入学		推薦入学			学士卒	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

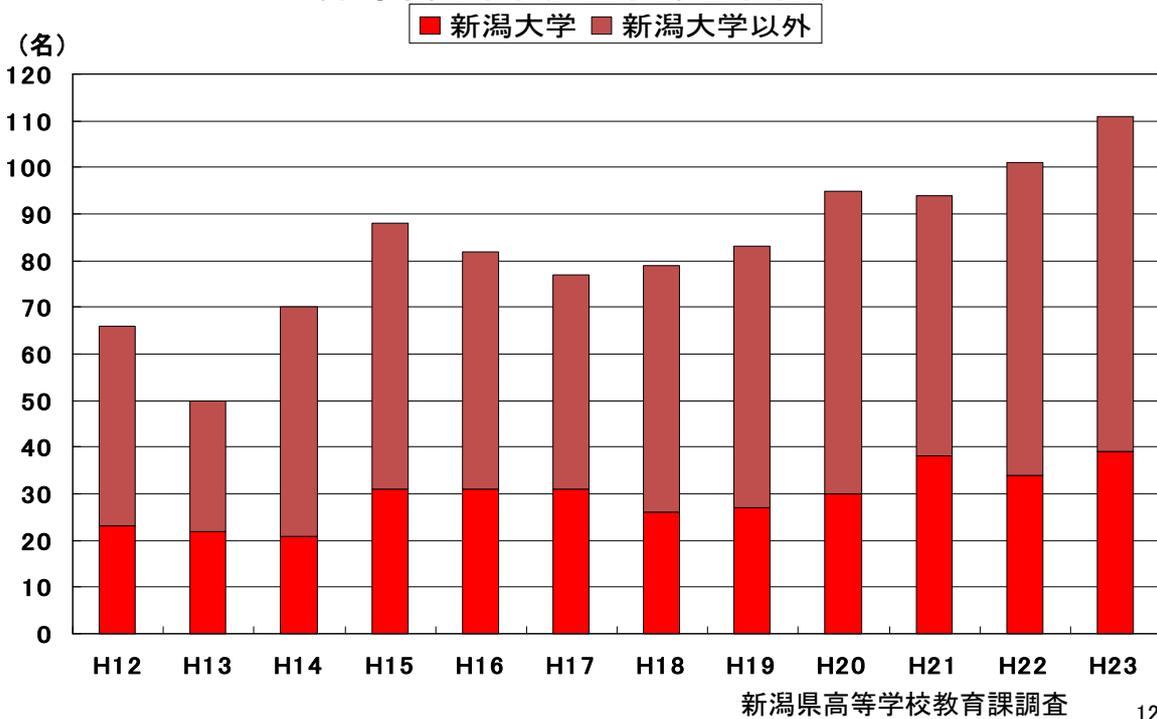
※太枠内は県からの医師養成修学資金の貸与が条件となっている。

121

新潟大学医学部医学科入学者数調



新潟県高等学校医学部進学者数



1 新潟県医師養成修学資金制度の概要

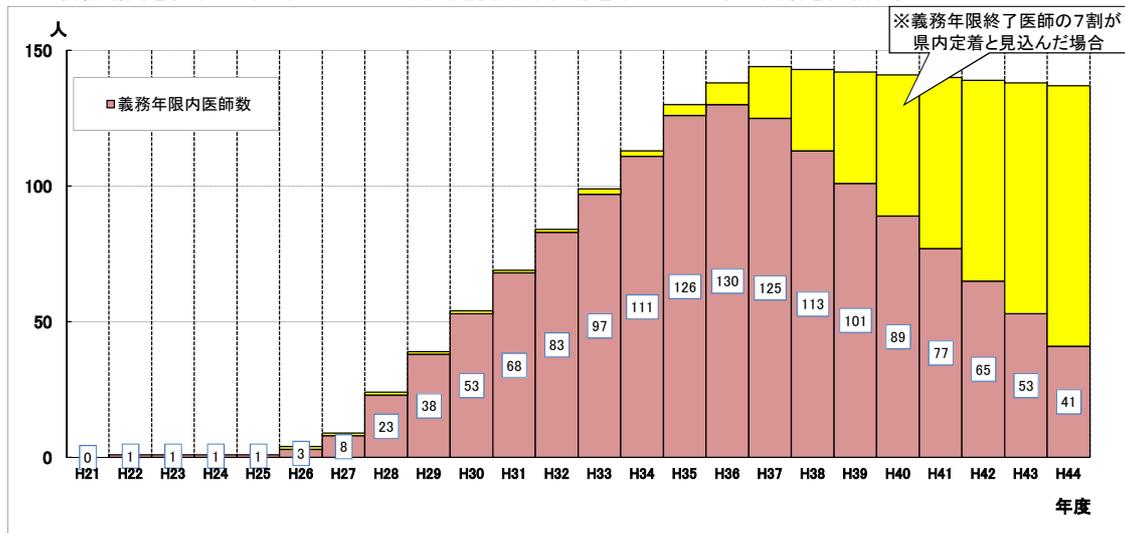
医師免許取得後、県が指定する医療機関に一定期間勤務することなどを返還免除要件とする医学
生を対象とした修学資金制度を平成17年度から実施。

※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。 <div style="text-align: center;">↓</div> 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
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。

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。



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

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：
 - ✓ 必須科目ローテーションと将来を視野に入れた選択
- 地域卒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
- 一般卒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

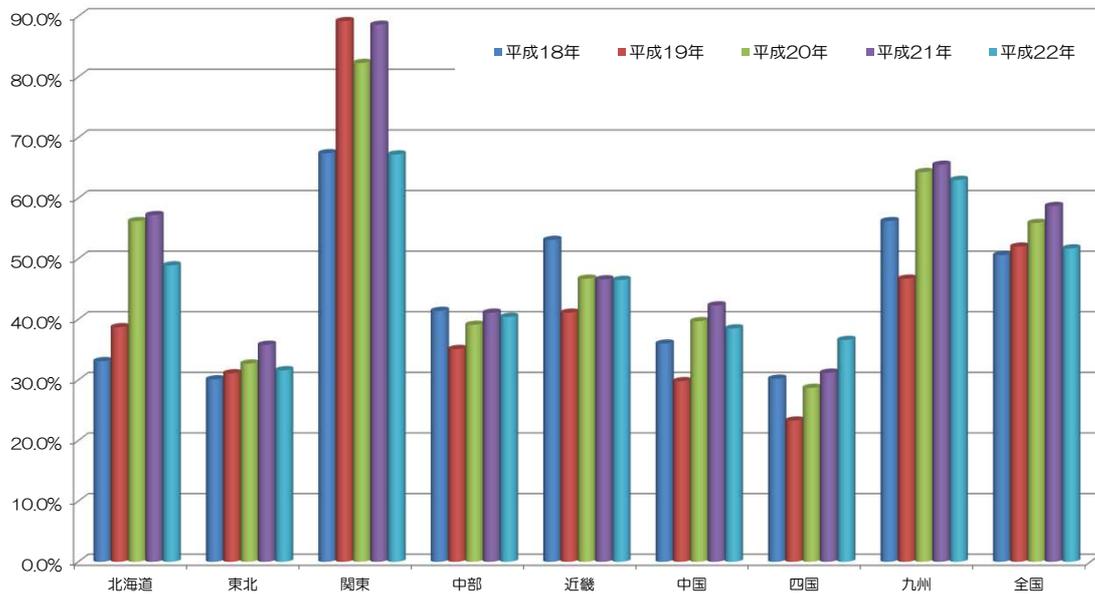
128

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

臨床研修修了者帰学状況(帰学率)

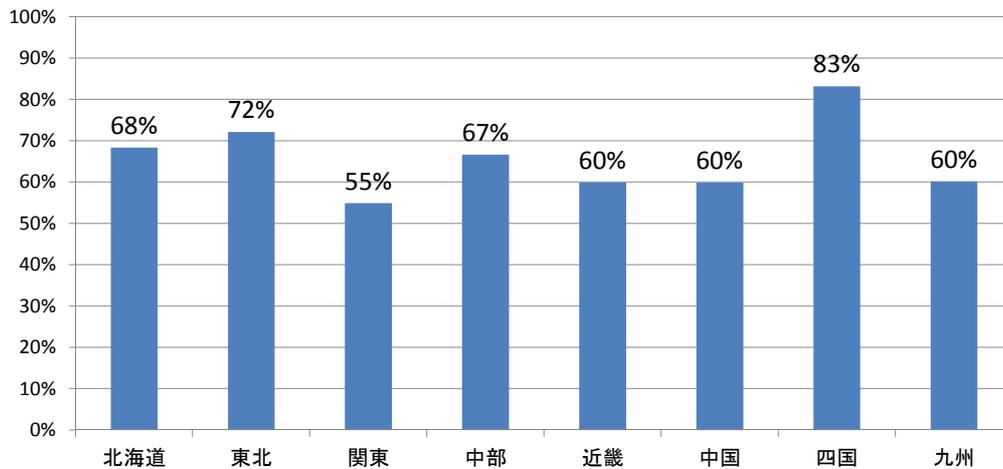


※帰学率・・・医師国家試験合格者数(2年前)に対する臨床研修修了者の大学への帰学者数(他大学卒業の医師も含む)の割合

130

帰学者の状況(自大学／他大学卒別)

帰学者に占める自大学卒業者の割合

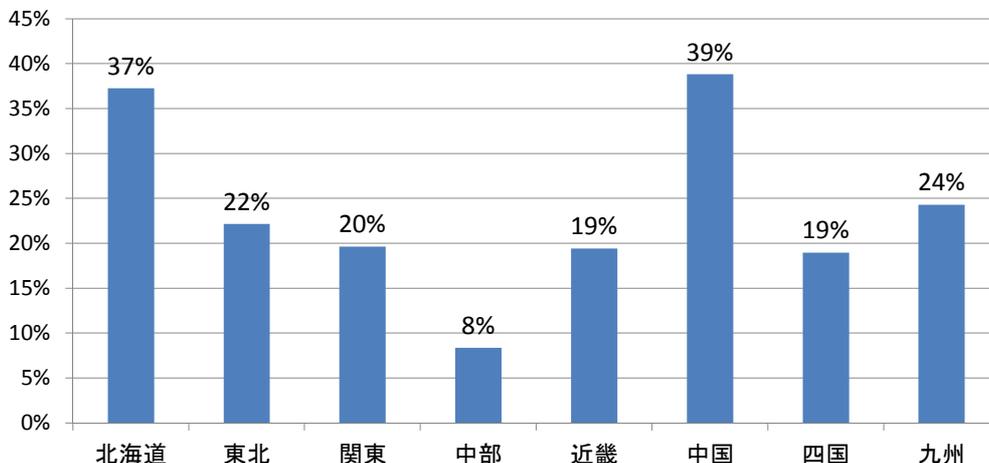


自大学卒者数	110	127	804	326	336	134	114	391
帰学者総数	161	176	1465	489	561	224	137	650

131

帰学者の状況(地域別／直接病院出向率)

帰学者に占める直接関連病院へ出向勤務する医師の割合



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

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。

134

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る。

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。

135

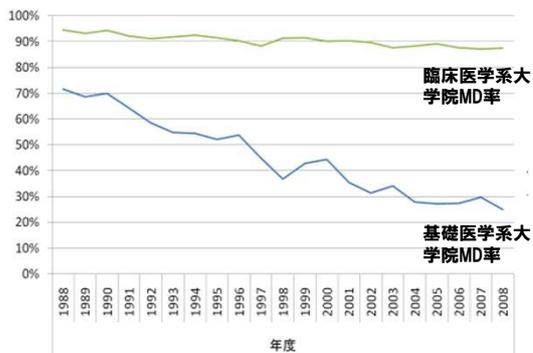
4. 2) 研究医養成との関係

研究者養成に関する現状

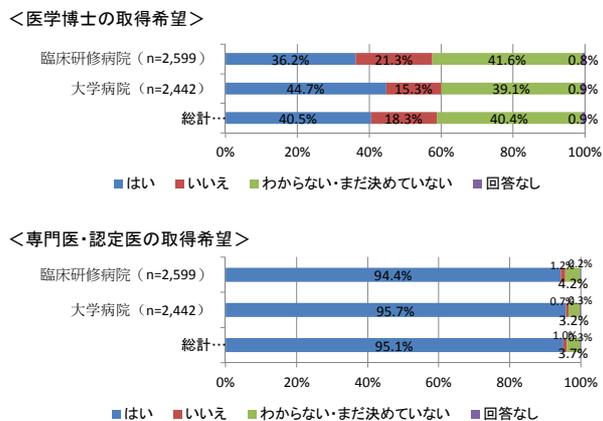
第5回文部科学省提出資料
を事務局にて一部修正

- ・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



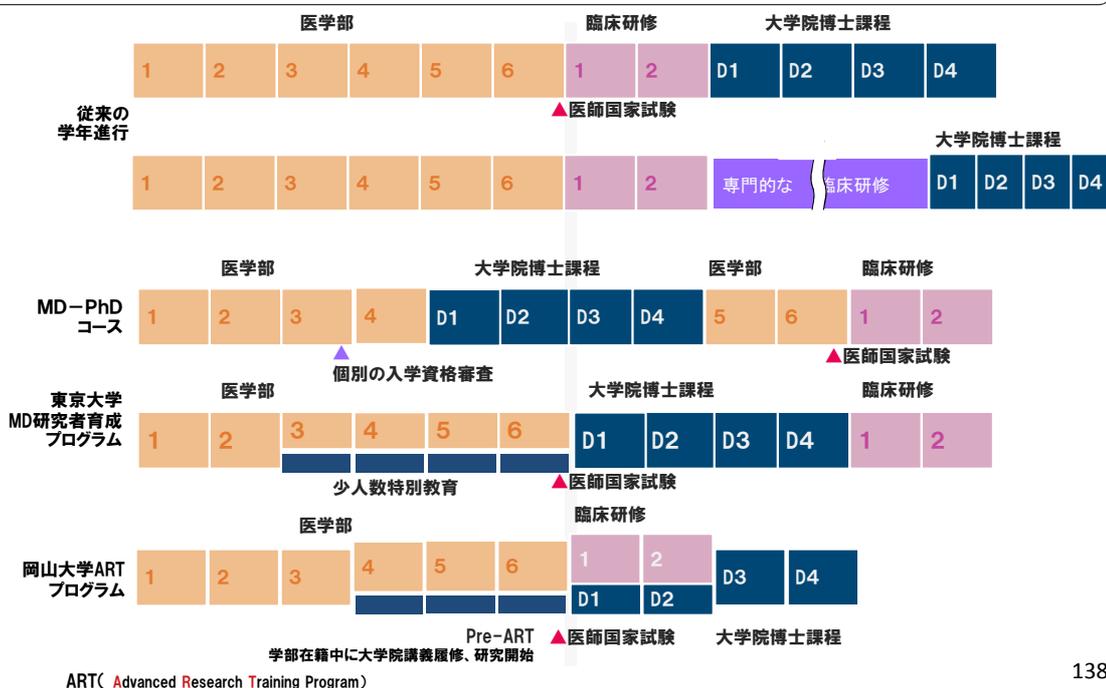
◆臨床研修医の専門医志向と、博士号取得志向の状況



「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

(出典)厚生労働省 平成24年 研修医アンケート調査

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

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

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. 基礎医学系教員に占める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

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、質的に充実した実習を実施していくことが課題。

医学教育モデル・コア・カリキュラム（H13.3策定、H19.12、H23.3改訂）（概要）

- 学生が卒業時までに身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- 冒頭に「医師として求められる基本的な資質」を記載、患者中心の医療および医療の安全性確保も明記
- 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

教養教育

選択的なカリキュラム(学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)

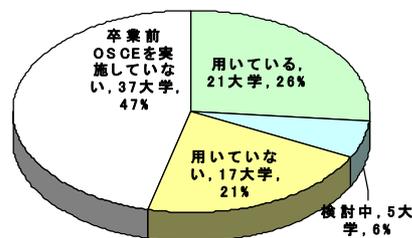
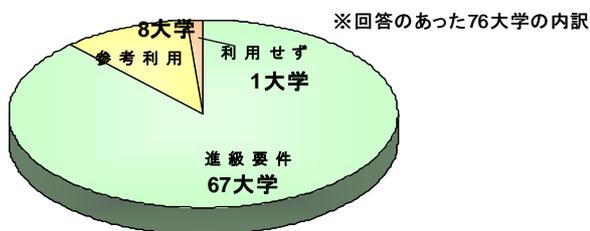
※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)



- ・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

◆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)

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。

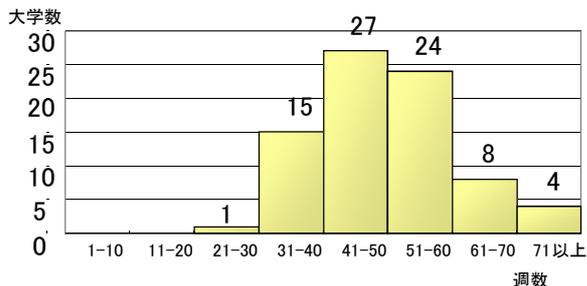
OSCE(Objective Structured Clinical Examination:オスキー)

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。



- ・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)

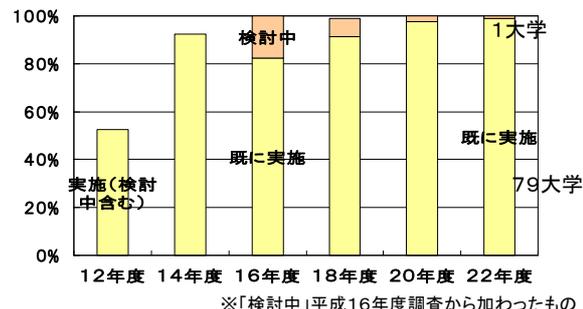


◆臨床実習の実施年次

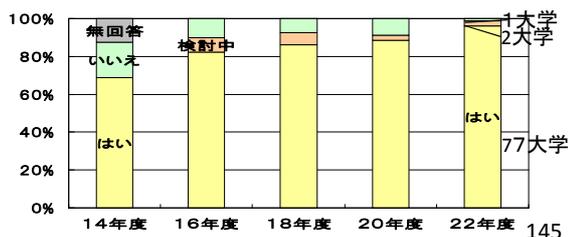
4年次～5年次	1
4年次～6年次	7
5年次	7
5年次～6年次	64

(大学数)

◆診療参加型臨床実習の実施状況

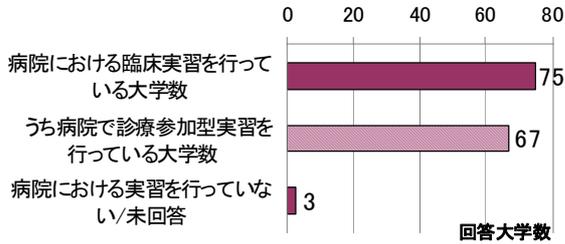


◆学外臨床実習病院の活用の有無

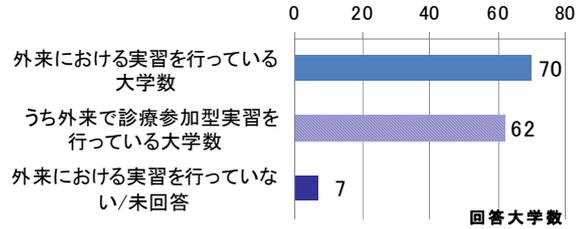


「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」(全国医学部長病院長会議)

◆病院における診療参加



◆外来における診療参加

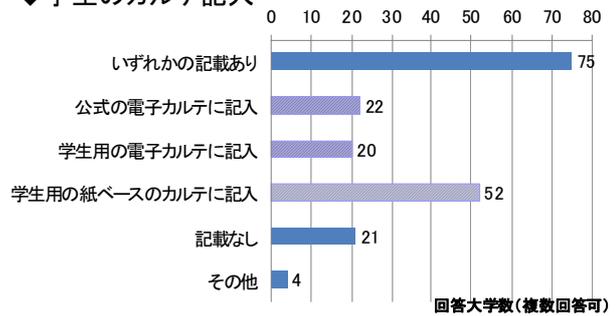


◆初期研修医が学生への指導に関与

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

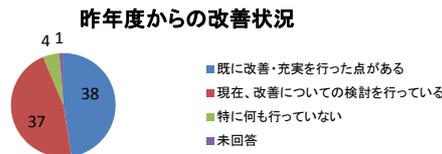


診療科により異なる場合があるため、複数回答となっている。 146

臨床実習の状況について

I 臨床実習の状況について

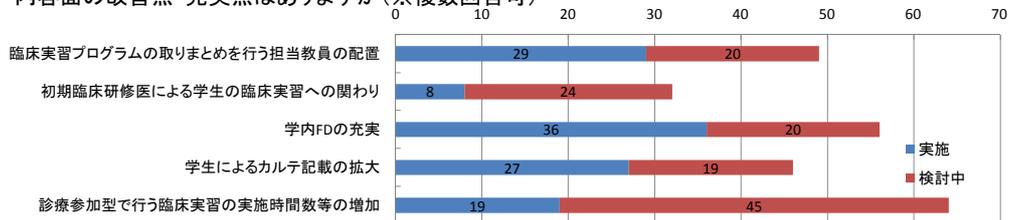
I-1 診療参加型臨床実習の改善・充実の検討を行っていますか



<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・充実点がありますか(※複数回答可)



I-3 評価方法の改善点・充実点がありますか(※複数回答可)



147

・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)。

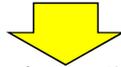
※ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)

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

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	<input type="checkbox"/>						
2. 身体診察	<input type="checkbox"/>						
3. コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/>						
4. 臨床診断(診断など)	<input type="checkbox"/>						
5. プロフェッショナリズム	<input type="checkbox"/>						
6. マネジメント(治療など)	<input type="checkbox"/>						
7. 総合	<input type="checkbox"/>						

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

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

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)



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)



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)



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）

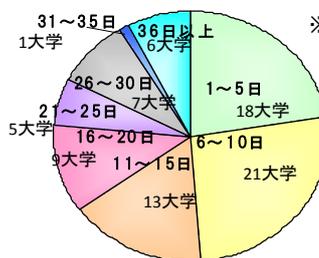
◆地域医療に関する講座の設置

- 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

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

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：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

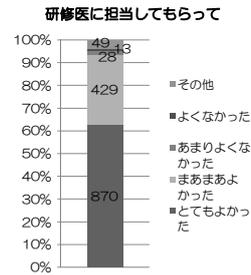
・ 8つの質問に対しおおむね90%前後がとても・まあまあよいと回答している。【図は満足度】

・ 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：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

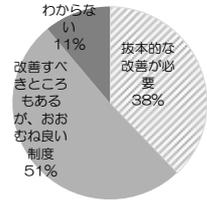


図2 改善が必要な項目

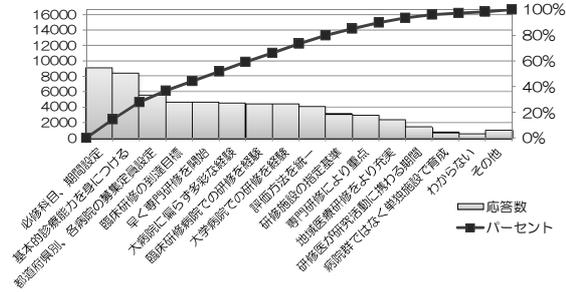


図3 最長研修期間（受けた研修別）

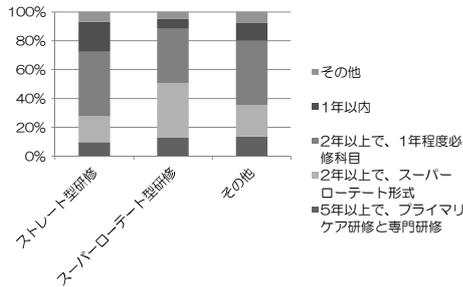
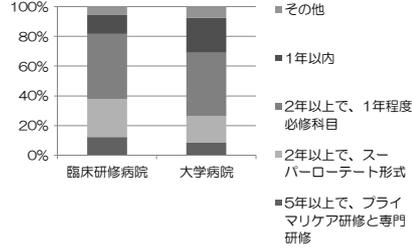


図4 最長研修期間（病院種別）



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：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

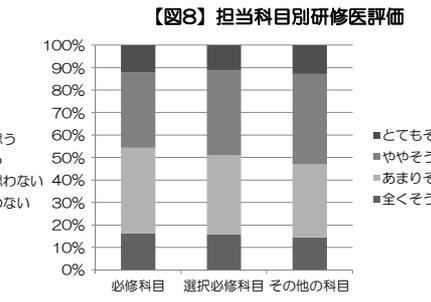
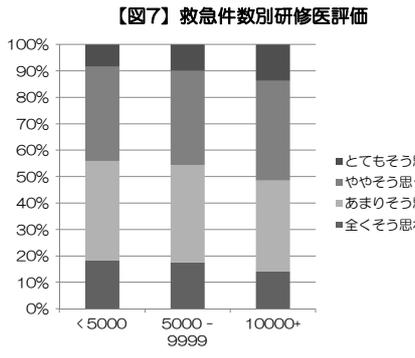
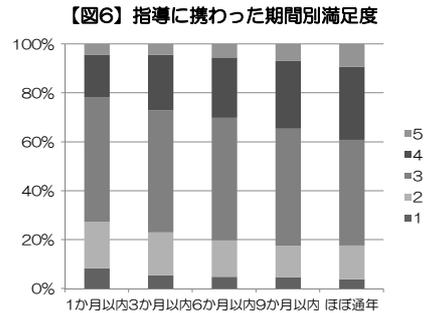
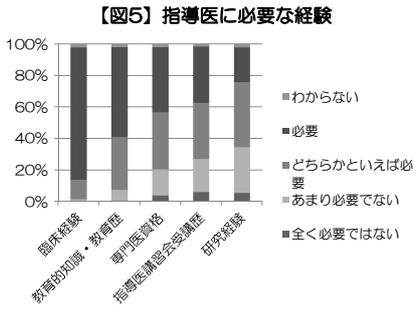
C) 指導に関わる満足度

- 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



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」

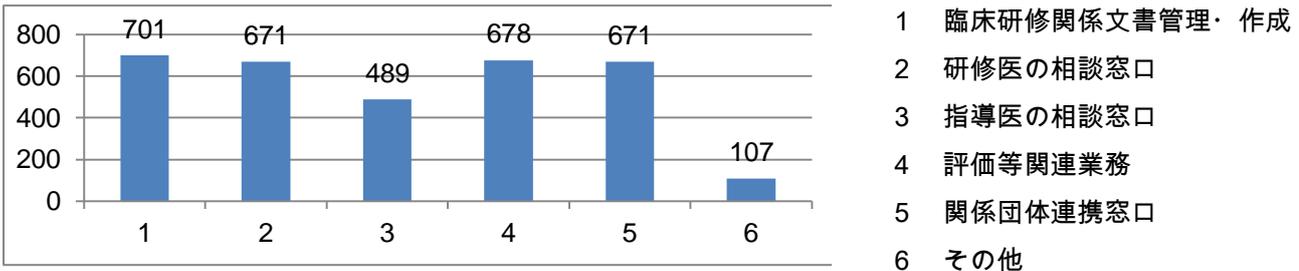
分担研究者 片岡 仁美(岡山大学医歯薬学総合研究科)

研究協力者 岩瀬 敏秀(岡山大学医歯薬学総合研究科)

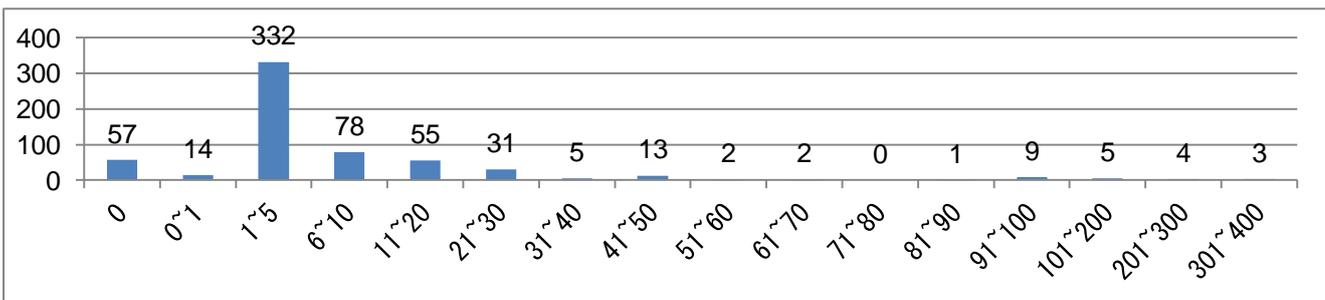
<病院アンケート集計結果(概要)>

【1. 臨床研修の実施体制について】

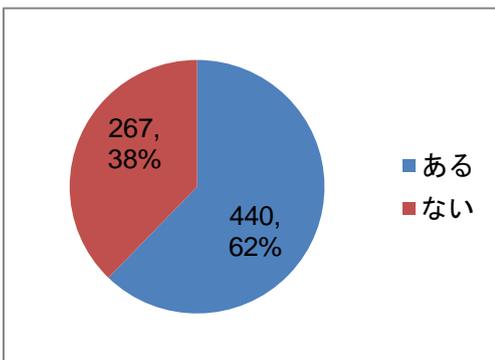
問1-1 業務内容(n=3,317 複数回答可)



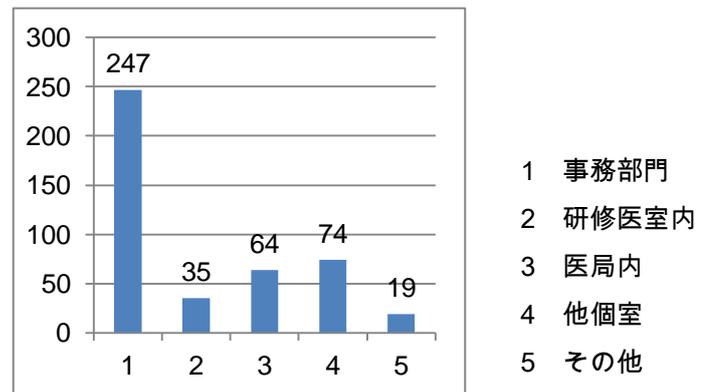
問1-2 相談件数 (n=611)



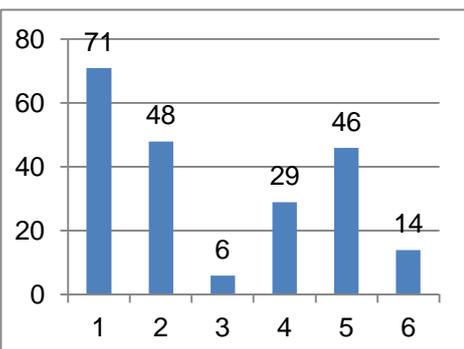
問1-3 専任担当者常駐スペース(n=707)



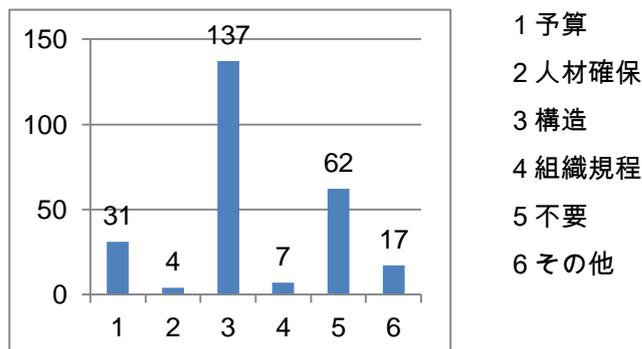
問1-4 設置場所(n=439)



問1-6 職員非設置理由(n=214)

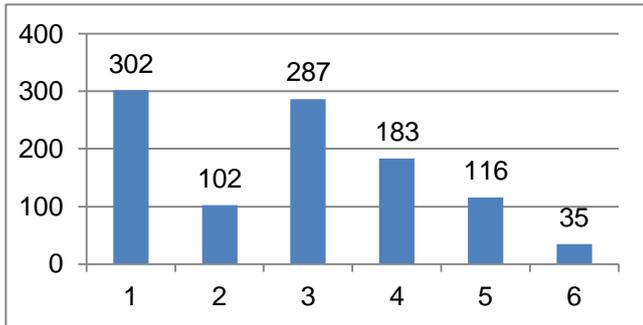


場所非確保理由(n=258)



【2.臨床研修病院群について】

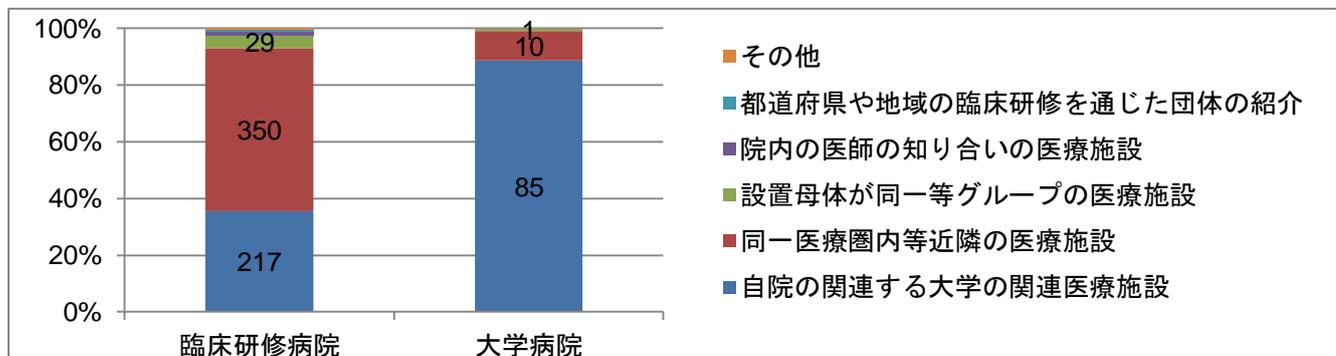
問 2-1 臨床研修病院群を構成する医療施設(n=1,025
複数回答可)



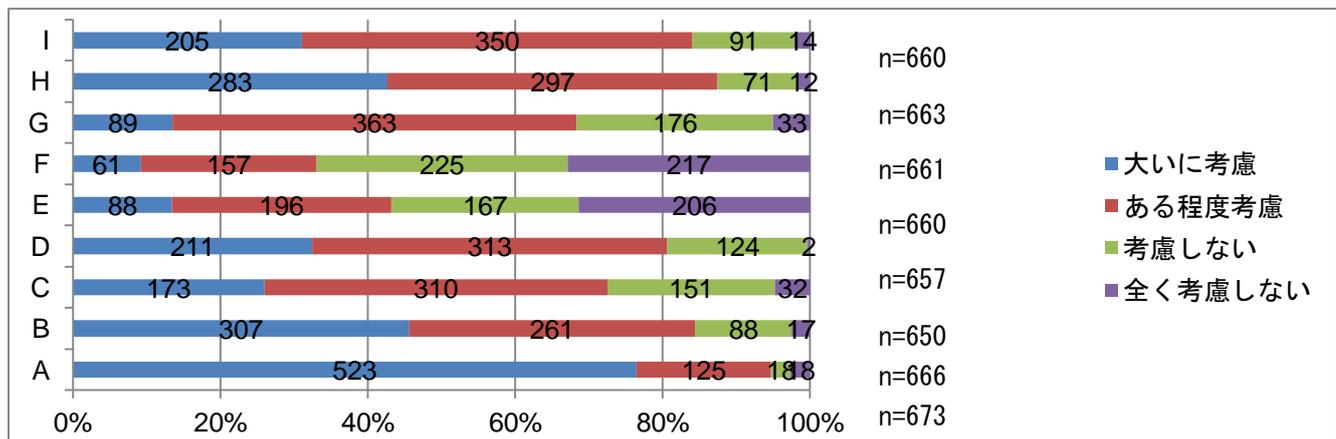
- 1 自院の関連する大学の関連医療施設
- 2 同一医療圏内等近隣の医療施設
- 3 設置母体が同一等のグループ医療施設
- 4 院内の医師の知り合いの医療施設
- 5 都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設
- 6 その他

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

< 研修病院の種類 (臨床研修病院 n=610 大学病院 n=96) >

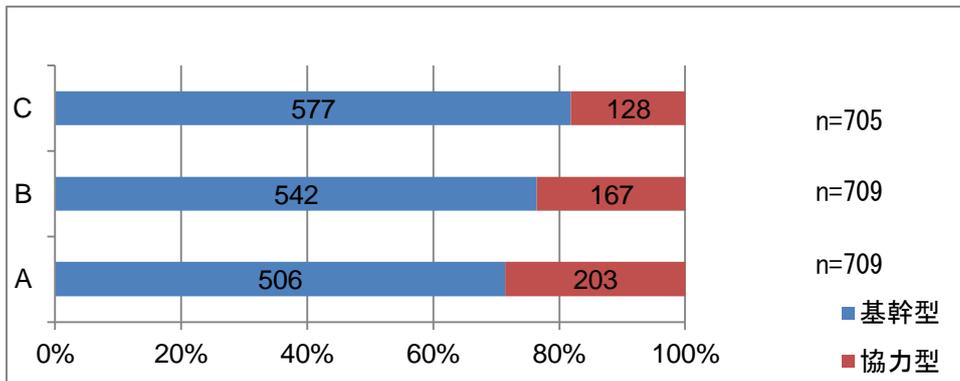


問 2-2 臨床研修病院群を形成する際に考慮していること



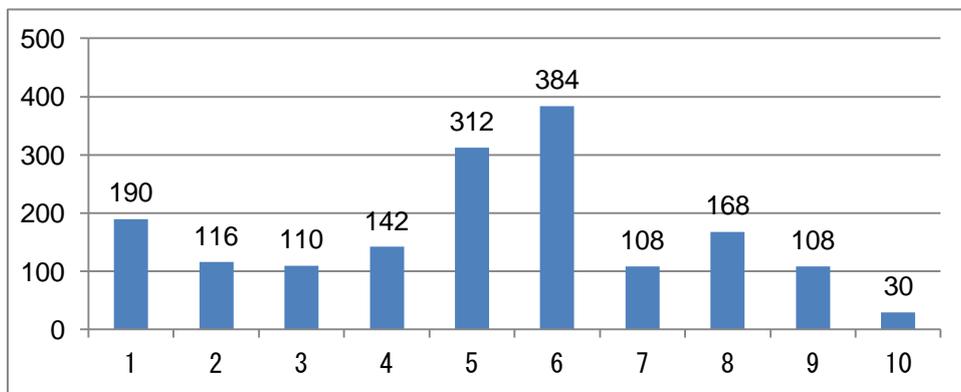
- A 自院で実施できない研修科目が充実している施設を選定している n=684
- B 自院とは違う規模・医療内容の医療施設での研修ができるように配慮している
- C 地域で医師を育てるという観点から、同一地域から選定している
- D 地域医療に貢献するように選定している
- E 同一設置母体等グループの施設間の交流が活性化するように選定している
- F 関連大学の医局の交流が活性化するように選定している
- G 研修医の移動の負担が少ないように選定している
- H 研修医の希望を反映させるように選定している
- I 指導体制が充実している、または研修医からの評判が良い施設を選定している

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

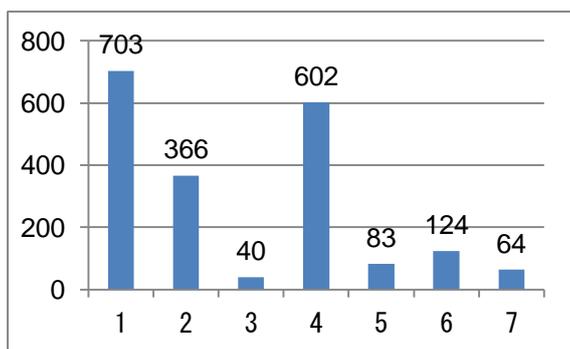
問 2-4 支障が生じたために対応が必要となった事項 (n=1,668 複数回答可)



- 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 ローテーション期間や時期の設定
- 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)

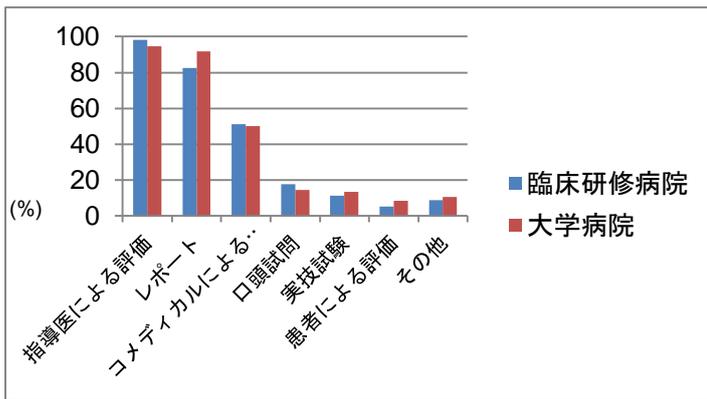


- 1 指導医による評価(観察記録、面談、チェックリスト等)
- 2 コメディカルによる評価 (観察記録、チェックリスト等)
- 3 患者による評価
- 4 レポート
- 5 実技試験 (OSCE)
- 6 口頭試問
- 7 その他

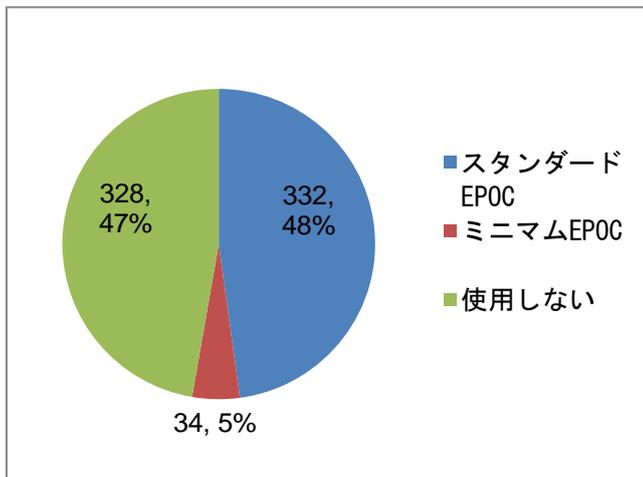
問 3-1

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) >



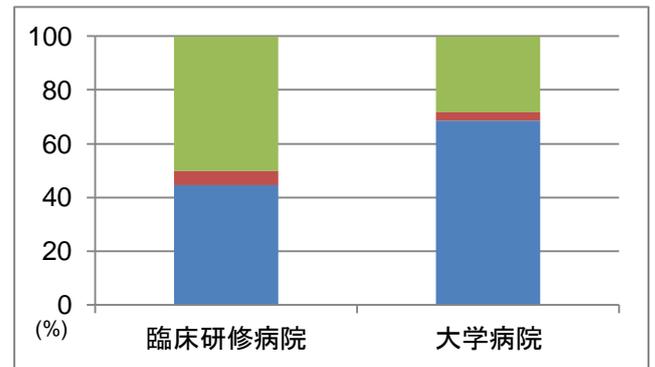
問 3-2 EPOC の活用(n=694)



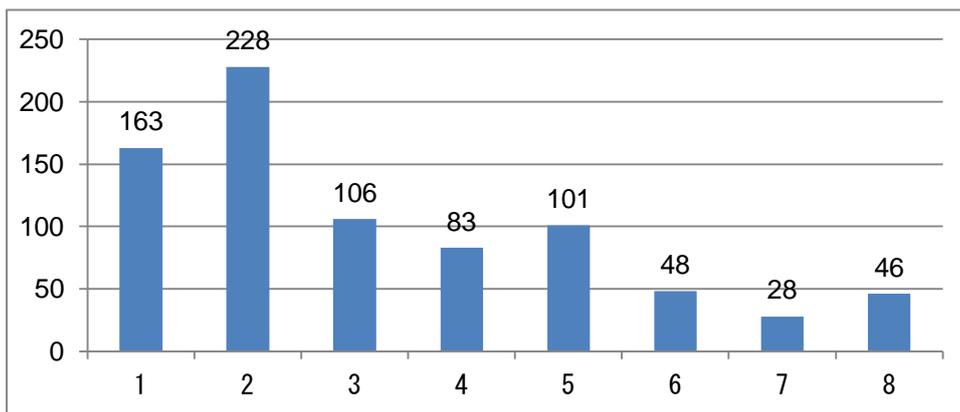
問 3-2

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)

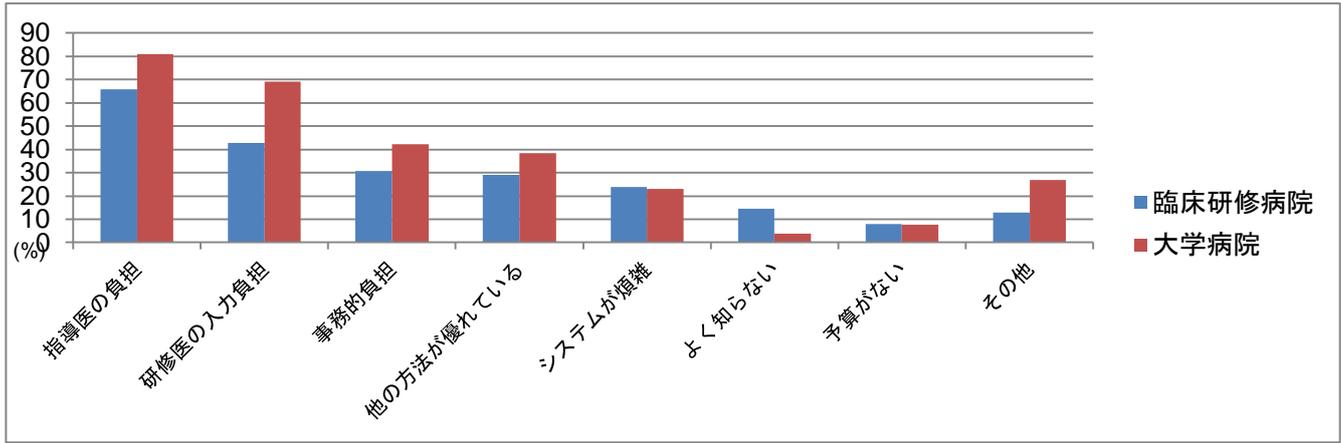


- 1 研修医の入力の負担が大きすぎるから
- 2 指導医の入力の負担が大きすぎるから
- 3 事務的な入力の負担が大きすぎるから
- 4 システムが複雑で使いこなせないと思われるから
- 5 他の評価方法の方が優れていると思うから
- 6 EPOC についてよく知らないから
- 7 予算がないから
- 8 その他

問 3-3

EPOC を導入しない理由についてカテゴリ別に評価

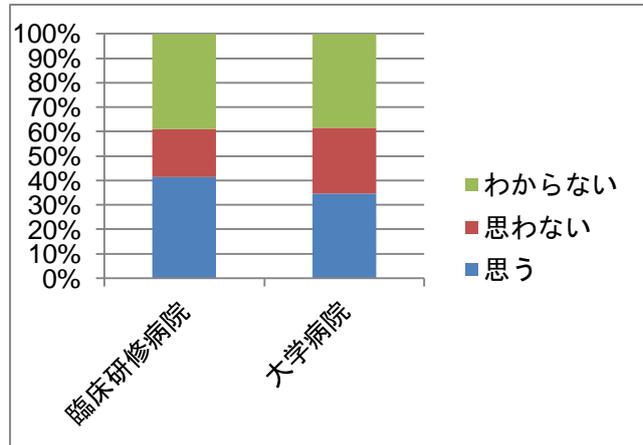
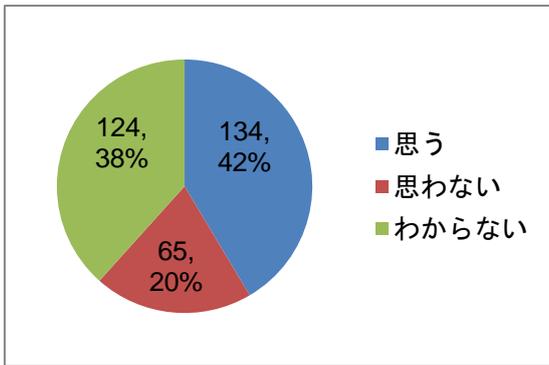
< 研修病院の種別 (臨床研修病院 n=297 大学病院 n=26) >



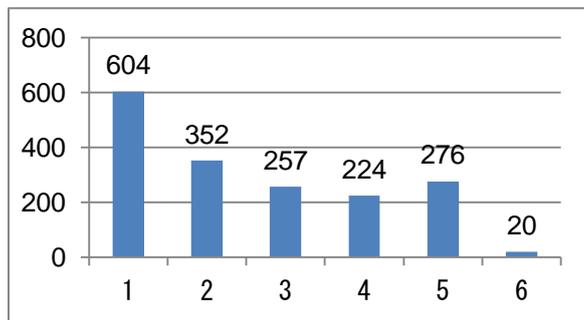
問 3-4 上記の点が改善されたら、EPOC を使用してみたいか(n=323)

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)

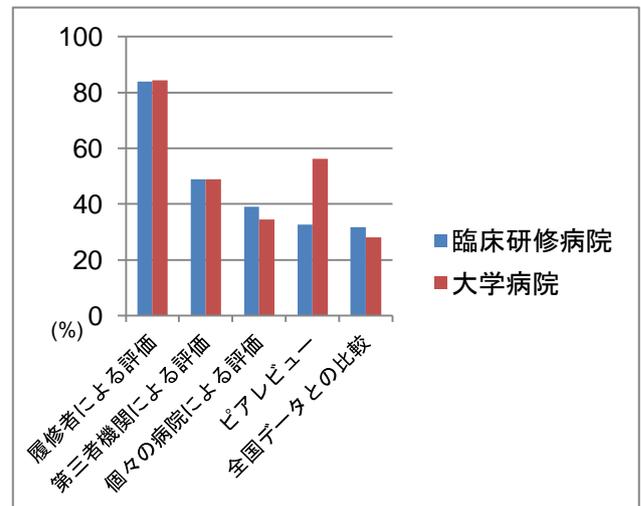


- 1 履修した研修医による評価
- 2 第三者機関による評価
- 3 ピア・レビュー (相互訪問等)
- 4 EPOC 等を活用した全国データ等との比較
- 5 個々の病院による評価
- 6 その他

問 3-5

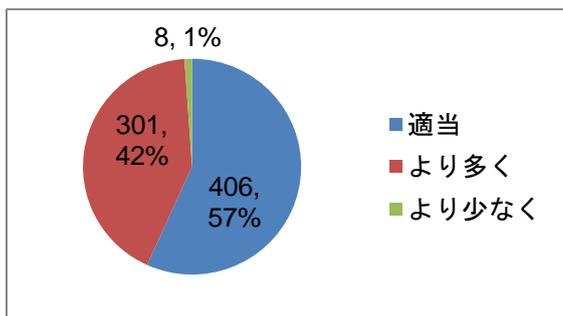
臨床プログラムの評価についてカテゴリ別に評価

< 病院の種別 (臨床研修病院 n=597 大学病院 n=93) >



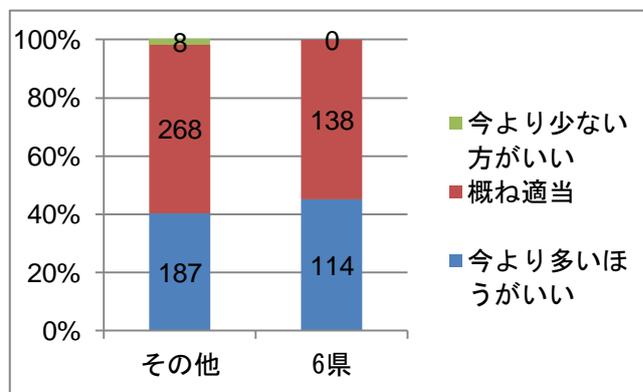
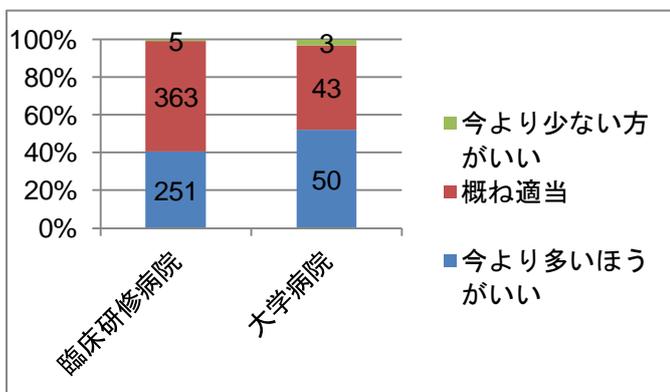
【4.臨床研修病院の定員について】

問 4-1 研修医数について(n=715)

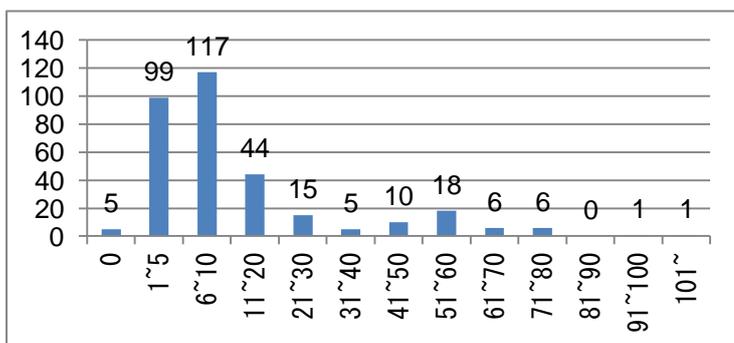


問 4 研修医数についてカテゴリ別に評価

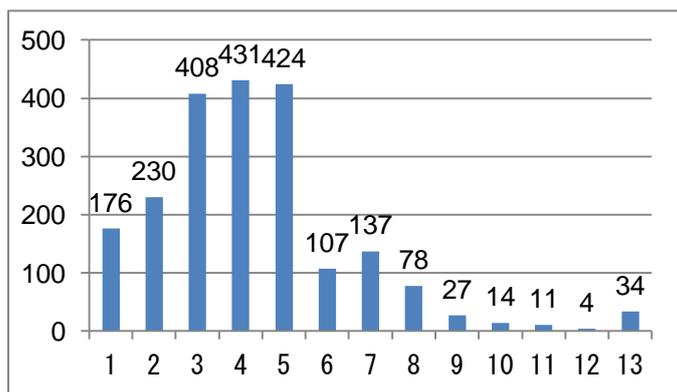
< 研修病院の種別 (臨床研修病院 n=619 大学病院 n=96) > < 地域別 (6 都府県以外 n=463 、 都府県 n=252) >



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)

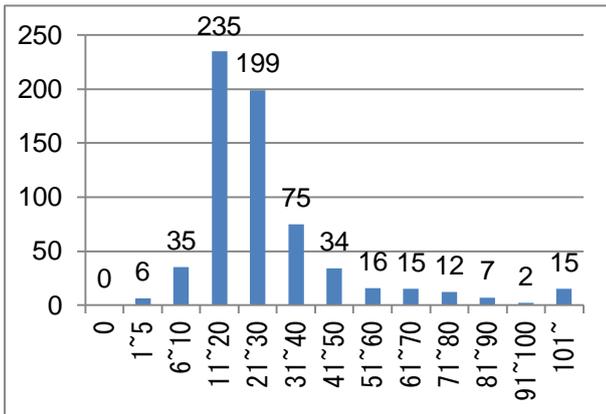


- | | |
|---------------------|--------------|
| 1 病床数 | 2 年間新規入院患者数 |
| 3 救急症例数 | 4 指導医数 |
| 5 教育指導体制の堅実性 | 6 安全管理体制の堅実性 |
| 7 指導実績 (過去の研修医数) | 8 地域の必要医師数 |
| 9 地域の現在の医師数 | 10 地域の人口 |
| 11 地域の医師養成数 (医学部定員) | 12 地域の面積 |
| 13 へき地医療への貢献度 | |

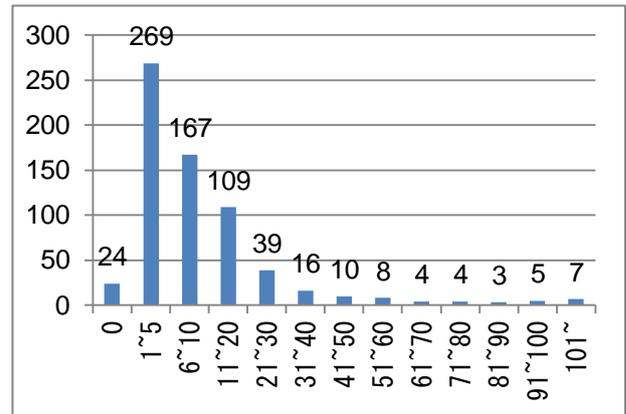
【5.臨床研修に関する委員会】

問 5-1 研修管理委員会の構成員数、及び院外の委員数

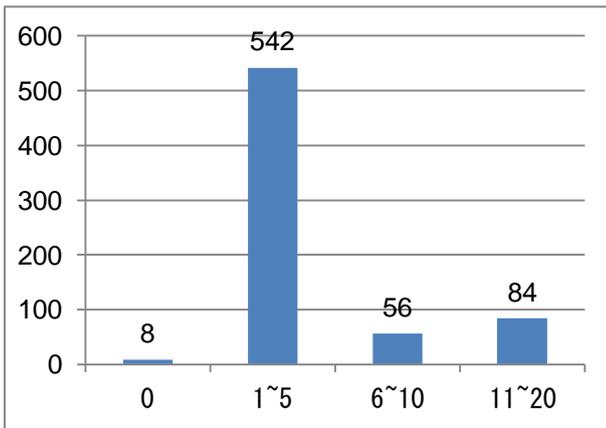
院内委員数(n=651)



院外委員数(n=665)

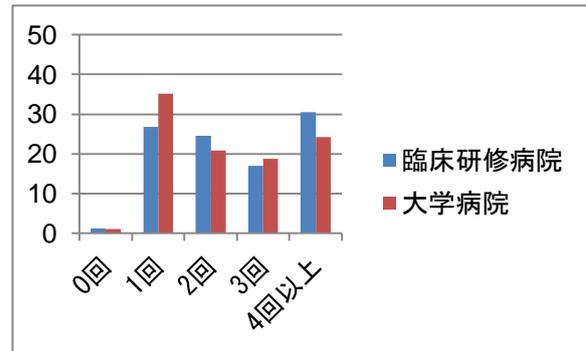


問 5-2 研修管理委員会開催回数(n=690)

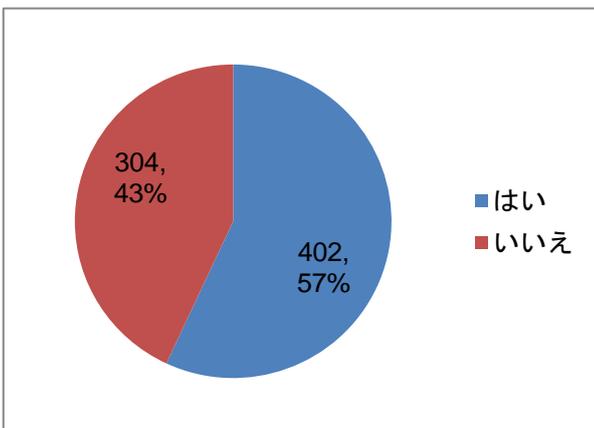


問 5-2 研修管理委員会開催回数についてカテゴリ別に評価

< 研修病院の種別 (臨床研修病院 n=599 大学病院 n=91) >



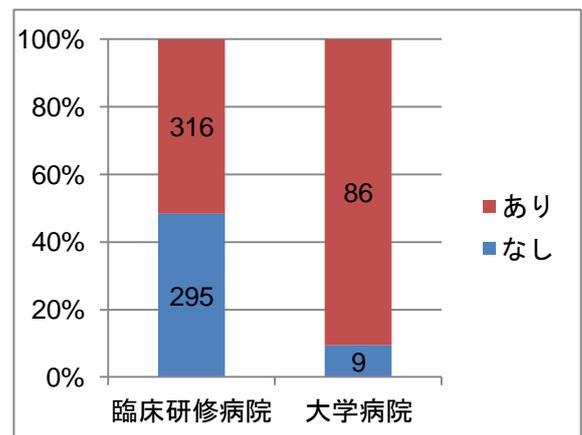
問 5-3 研修管理委員会以外の臨床研修の運営に関する委員会の設置の有無(n=706)



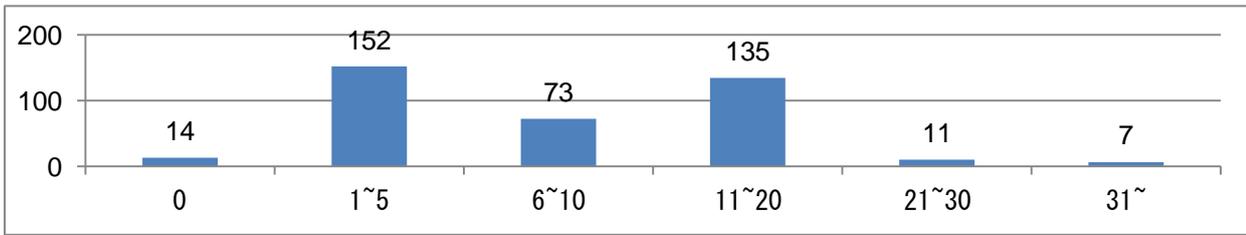
問 5-3

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

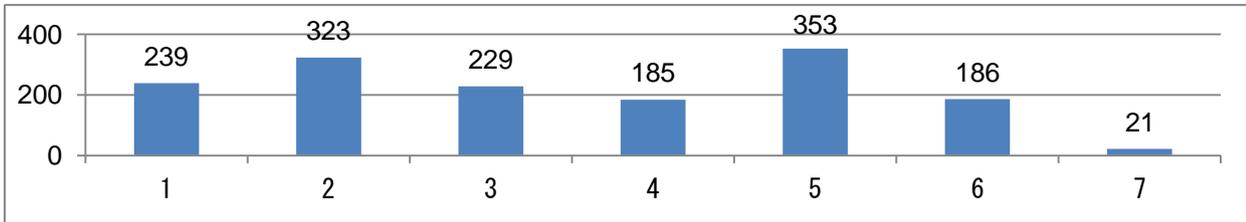
< 研修病院の種別 (臨床研修病院 n=611 大学病院 n=95) >



問 5-4 平成 23 年度中の上記運営委員会の開催回数(n=392)



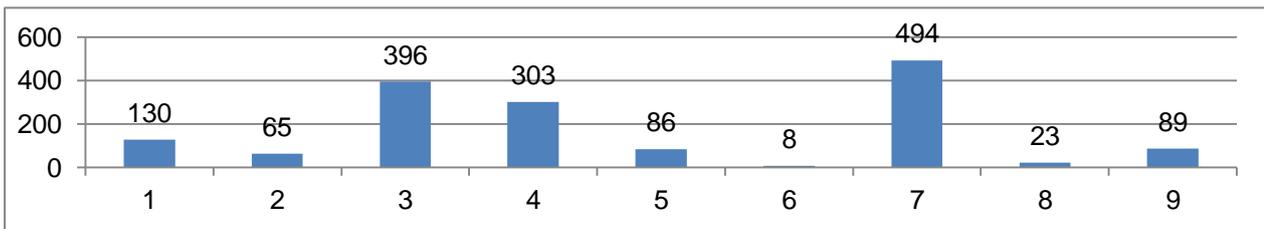
問 5-5 委員会設置の利点(n=1,536 複数回答可)



- 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細かい問題を扱える
- 6 研修管理委員会では扱えない問題を扱える
- 7 その他

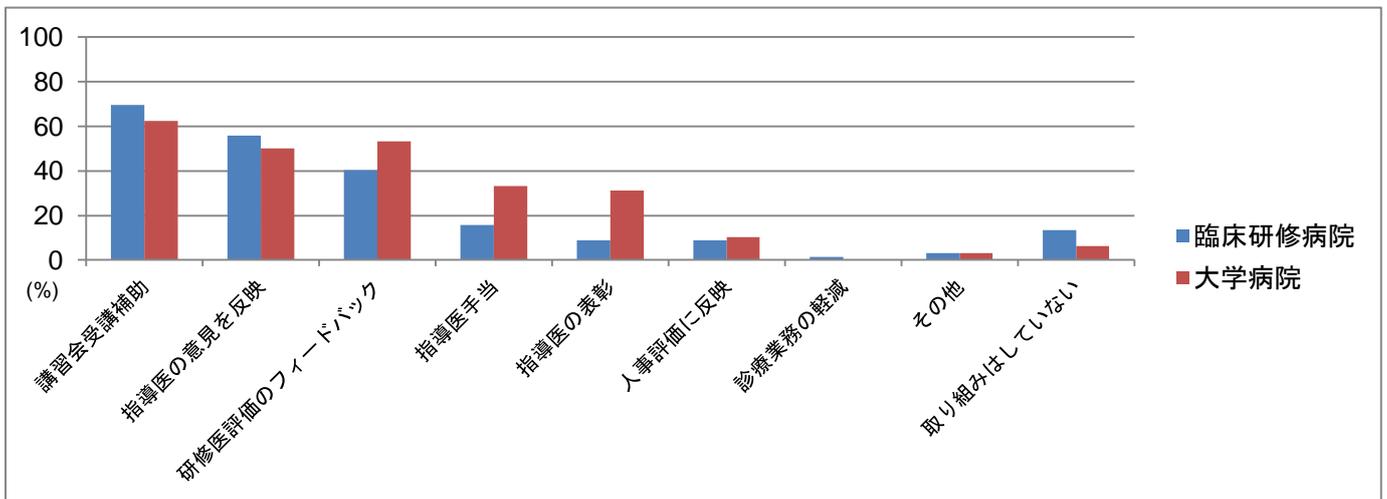
【6. 指導医のモチベーション】

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)>



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と弾カプログラム*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:弾カプログラム: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カプログラムの比較(表2)
12項目が継続プログラム > 弾カプログラム 0項目が弾カプログラム > 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カプログラムの比較(表4)
11項目が継続プログラム > 弾カプログラム 1項目が弾カプログラム > 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「臨床にできる、自信がある、または「たいたいできる、たぶんでき」と回答した割合が高い項目 (23項目)			
数値を観察し、異常の有無を判定できる	57.5	51.1	6.4
写真を撮影し、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
経膣の初期兆候を把握できる	50.8	46.6	4.2
骨析、靱白、捻挫の鑑別診断ができる	62.1	52.1	10
聴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
腫瘍穿刺を実施できる	88.6	82.4	6.2
抗悪薬の作用・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指	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)
患者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
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
診療上働き上がったことに関する疑問点について、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-大学 病院)
基本的臨床知識・技術・態度の習得状況	カンファレンス等で簡潔に受診患者のプレゼンテーションができる	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-弾力プログラム)
継続プログラムに所属する	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	60.7	52.4	8.3
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」と回答した割合が高い症例 (12項目)	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-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
癲癇	99.8	99.5	0.3
関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、韧带損傷	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
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 (%)	弾力プログラム (%)	差(%) (継続プログラム-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、韧带損傷		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
慢性関節リウマチ		94.6	97.1	-2.5

4

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)

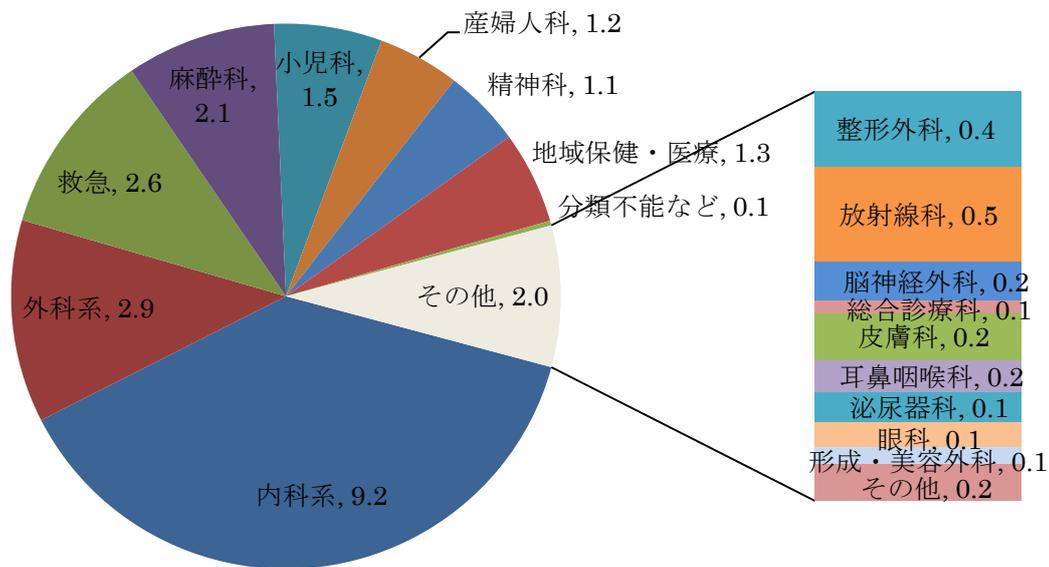
大学病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	出身大学である	18.9%
2	優れた指導者がいる	17.6%
3	研修プログラムが優れている	17.3%
4	臨床研修を受けた病院である	11.0%
5	病院の施設・設備が充実	7.7%
大学病院以外の病院を選択した研修医の回答		
順位	理由	割合
1	研修プログラムが優れている	22.4%
2	優れた指導者がいる	20.3%
3	臨床研修を受けた病院である	14.6%
4	大学からの派遣	8.7%
5	病院の施設・設備が充実	7.6%

（ 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。 ）

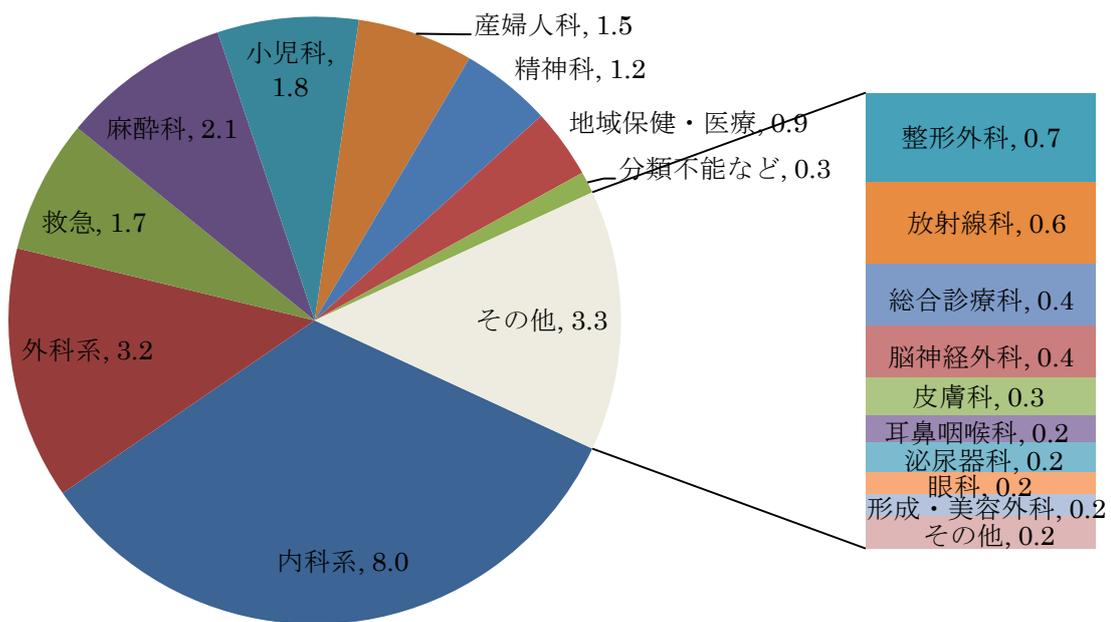
(参考) 平成 23 年臨床研修修了者アンケート(複数回答)

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	<u>臨床研修を受けた病院である</u>	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	<u>専門医取得につながる</u>	33.2%

6. 研修医の各診療科における平均ローテーション期間（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				(参考)平成22年度 三師調査
	研修前に希望		研修後に希望		
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
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

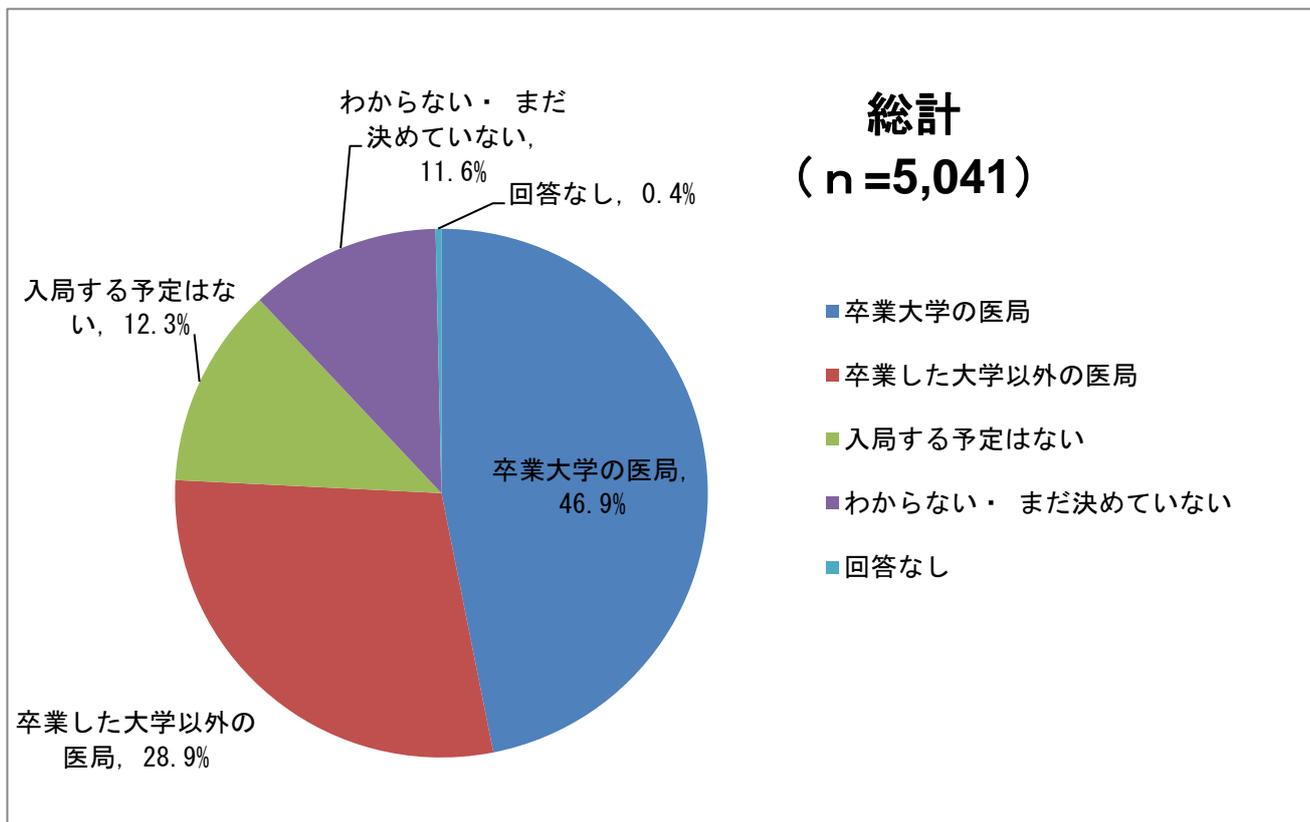
※3) 産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科

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)

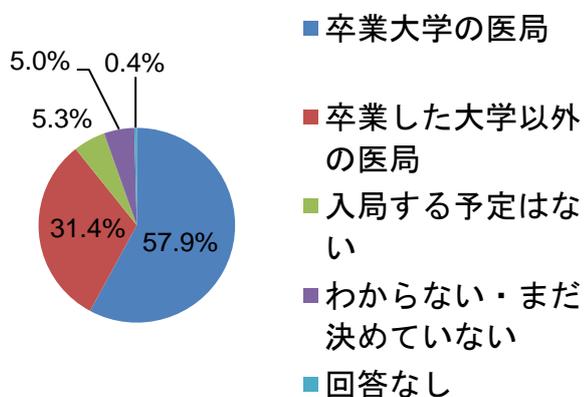
注1) すべて単回答。ただし、各割合の合計は、端数処理の関係から100%にならない場合がある。

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。

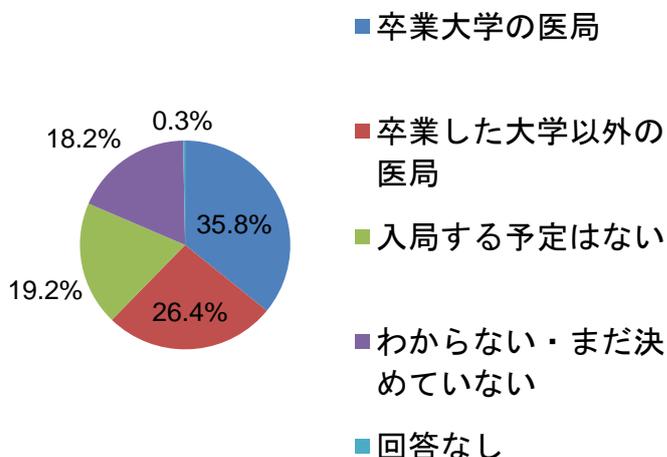
2. 入局希望の有無



大学病院 (n=2,442)

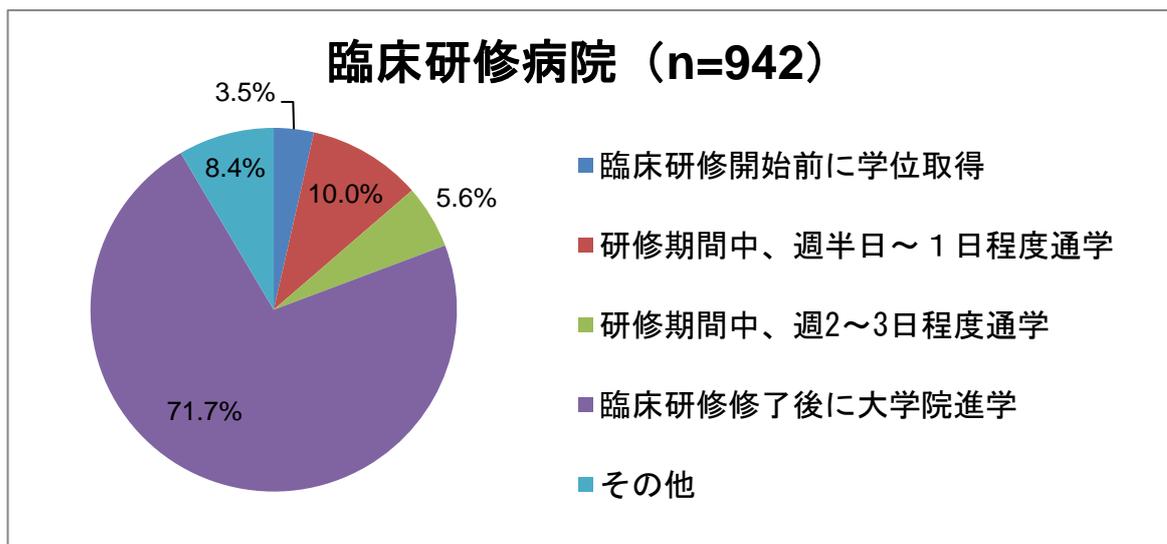
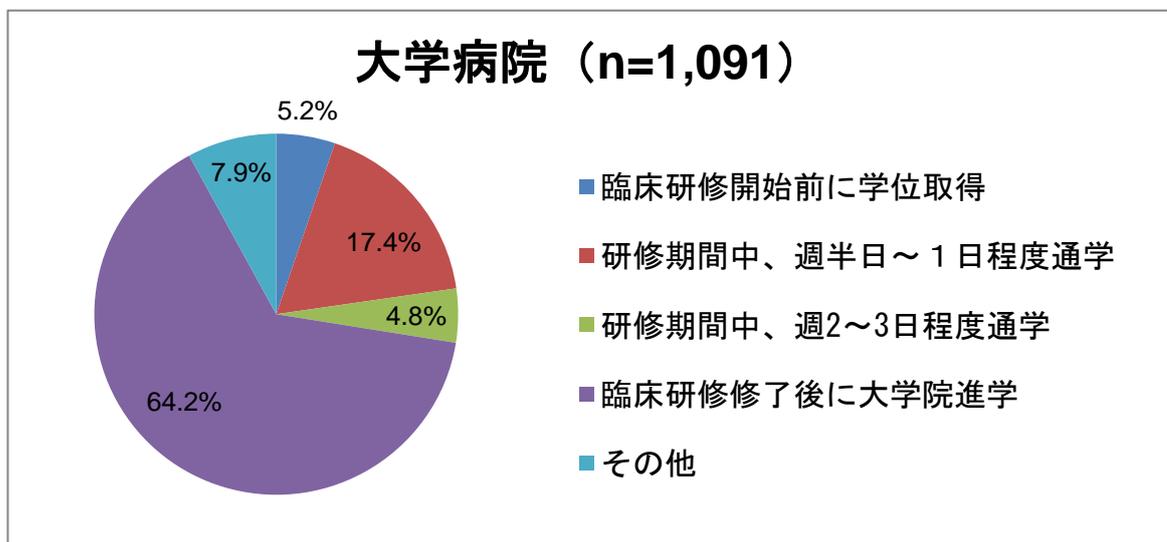
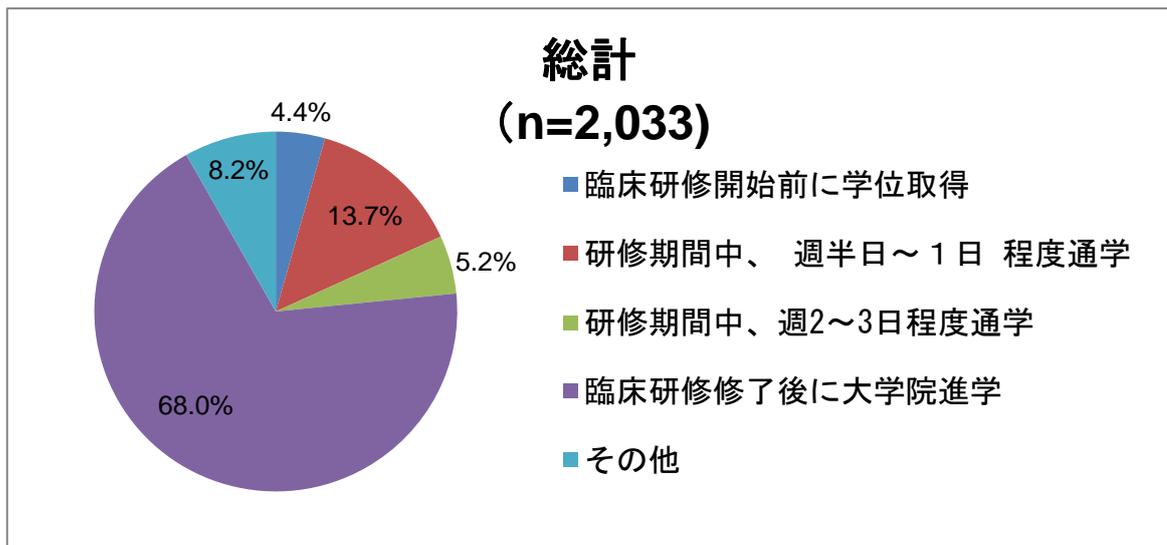


臨床研修病院 (n=2,599)



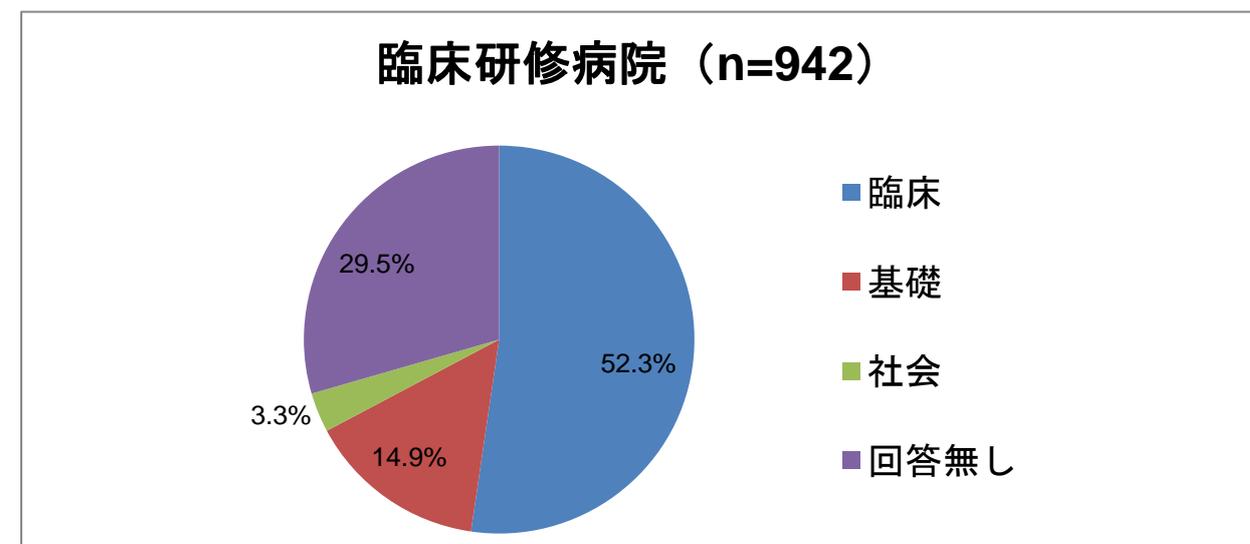
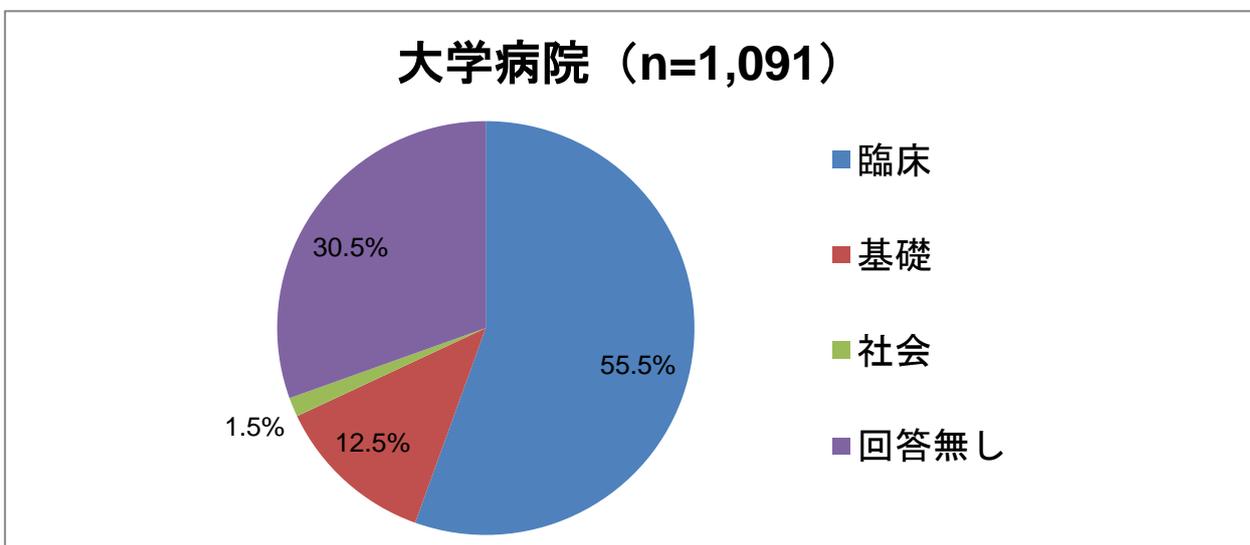
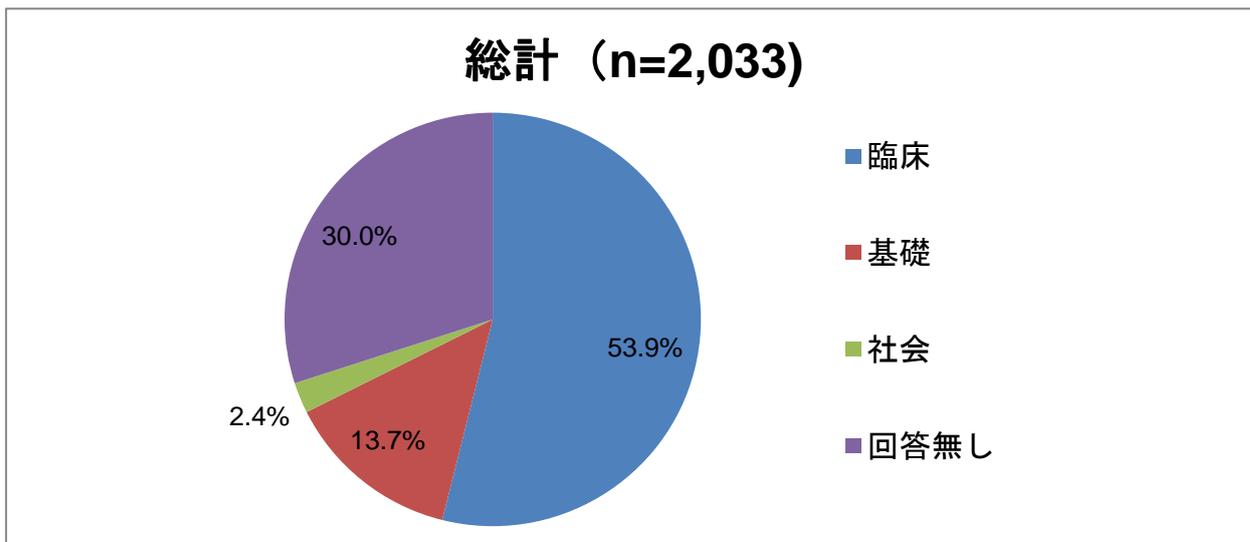
4. 臨床研修と大学院への進学の時期等（理想とする形）

（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）

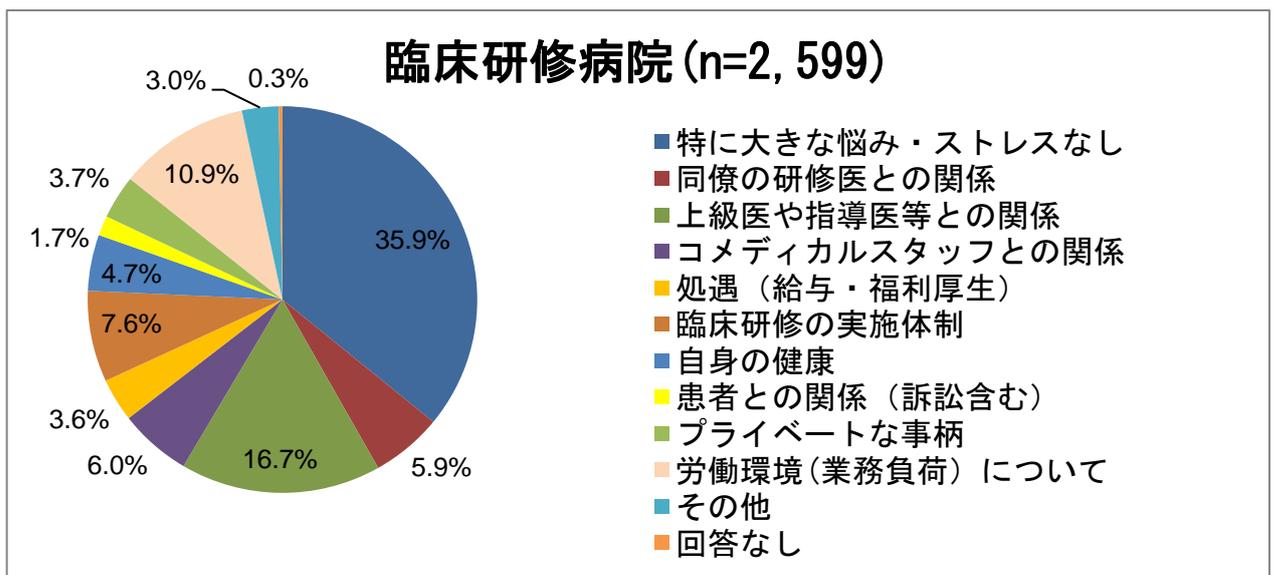
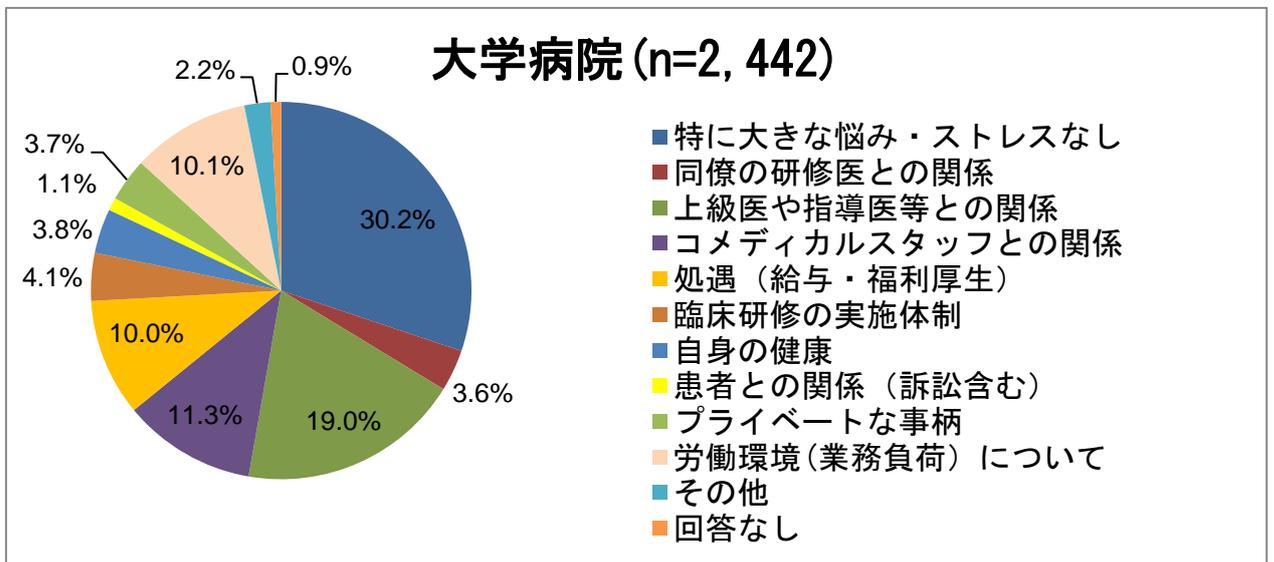
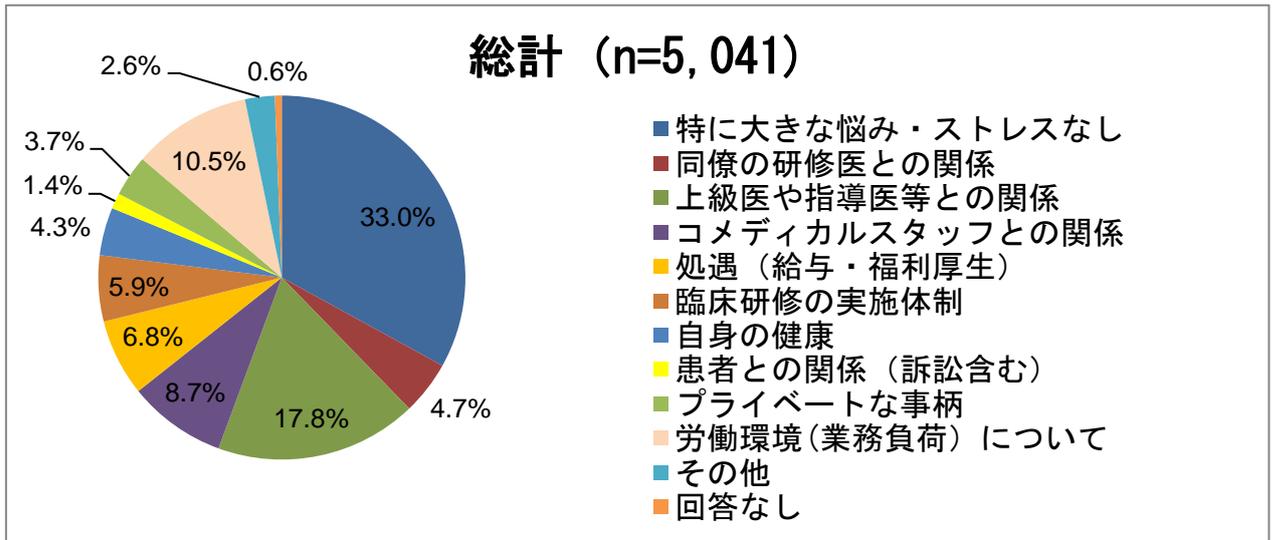


5. 大学院での研究分野

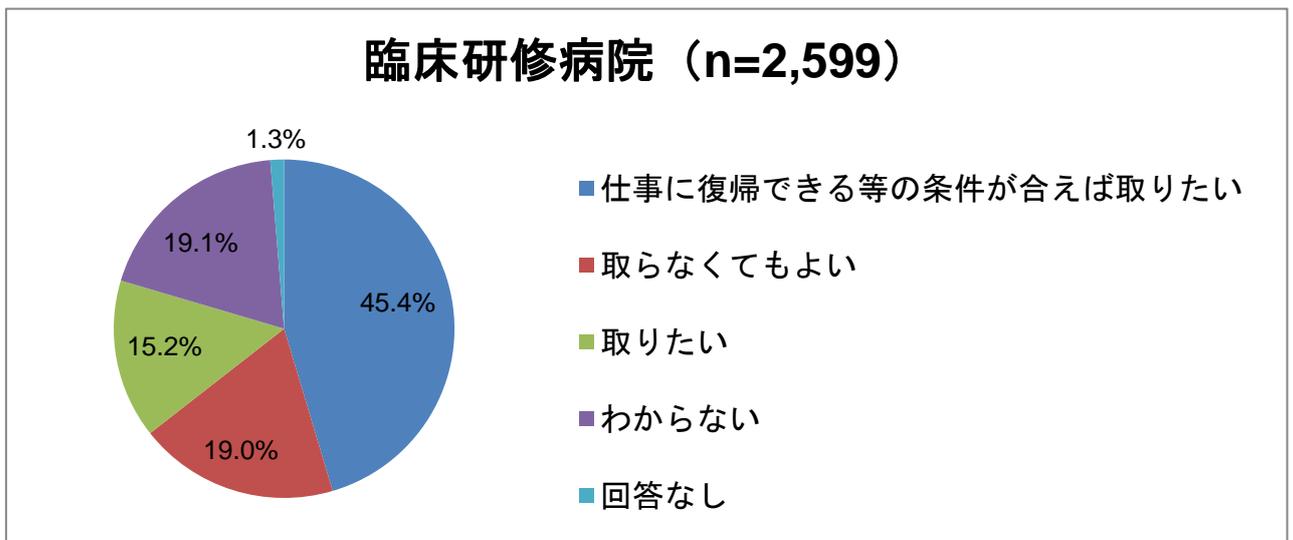
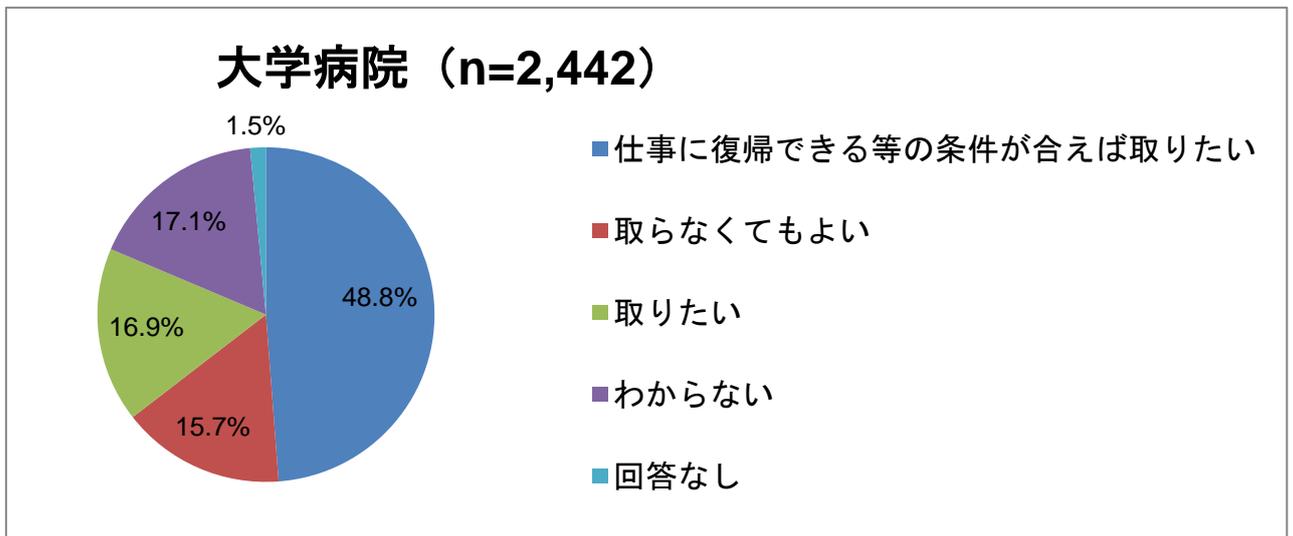
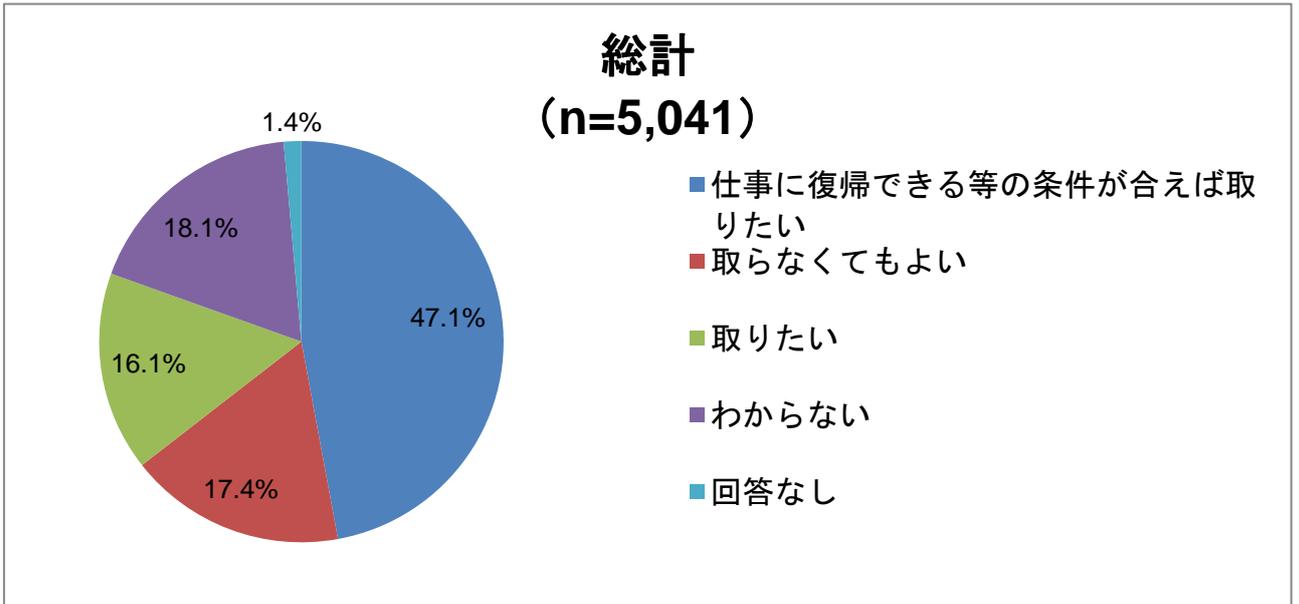
(3.医学博士の取得希望において、取得希望ありの場合のみ回答)



6. 臨床研修中の悩み・ストレスの内容

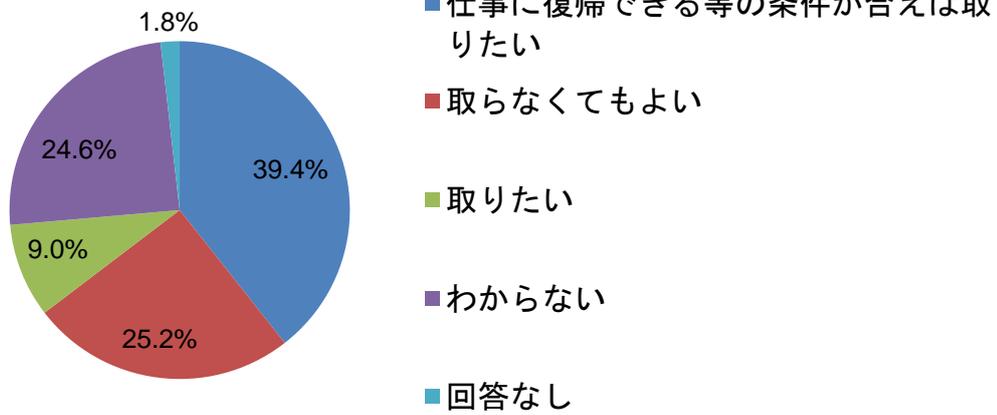


8. 子供ができた場合の育児休暇の取得希望

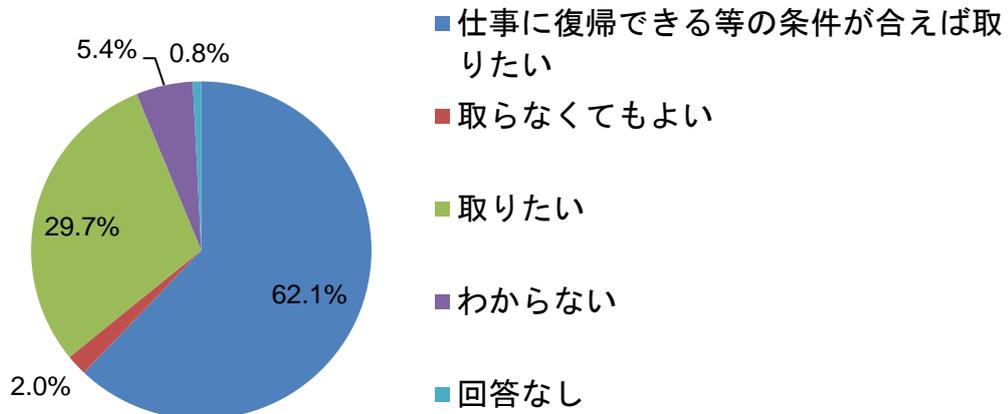


子供ができた場合の育児休暇の取得希望【男女別】

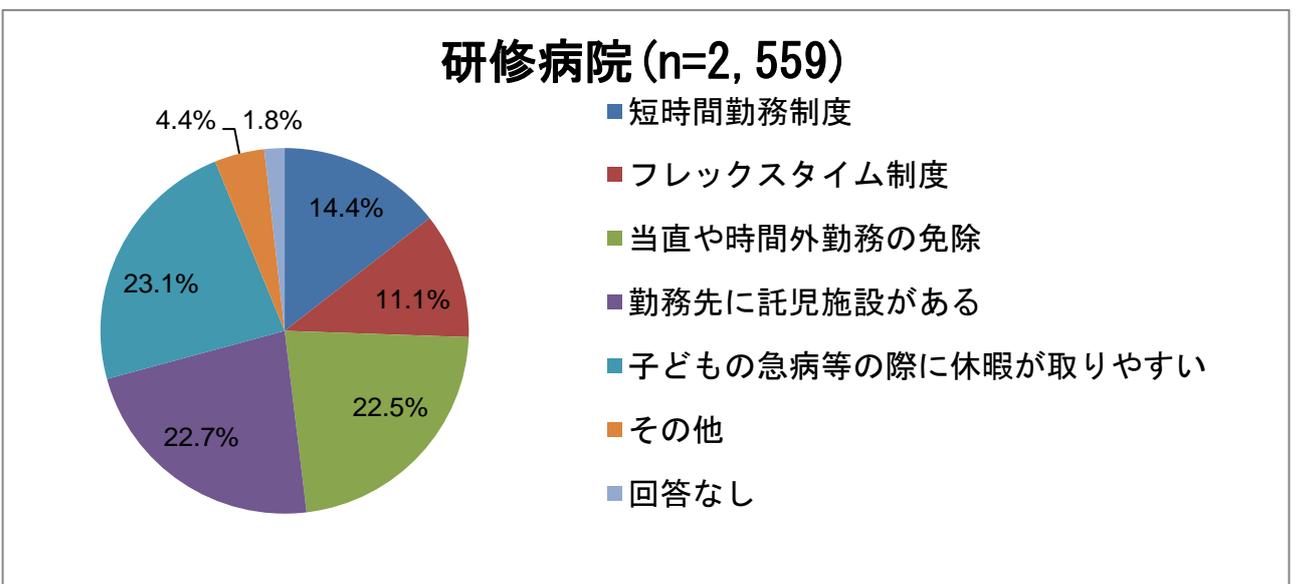
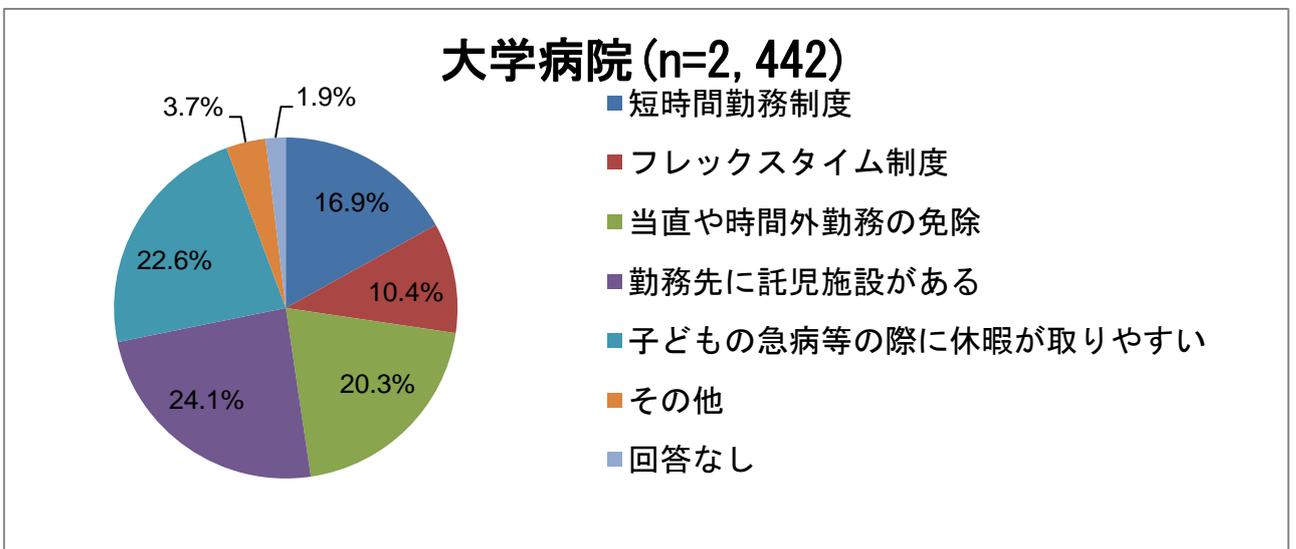
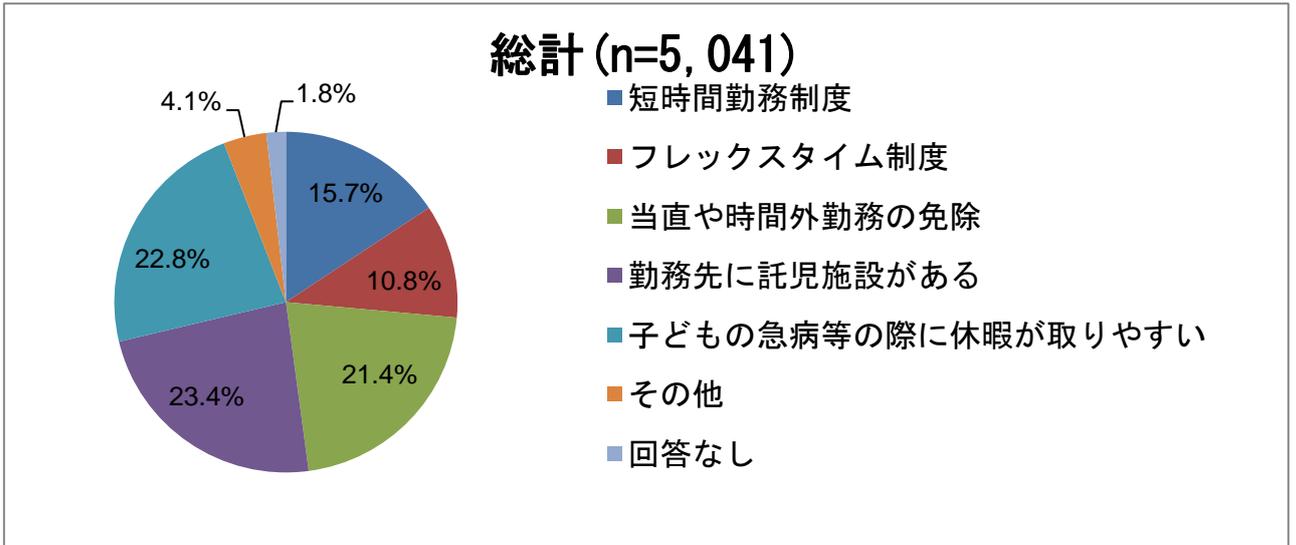
男性 (n=3,268)



女性 (n=1,663)

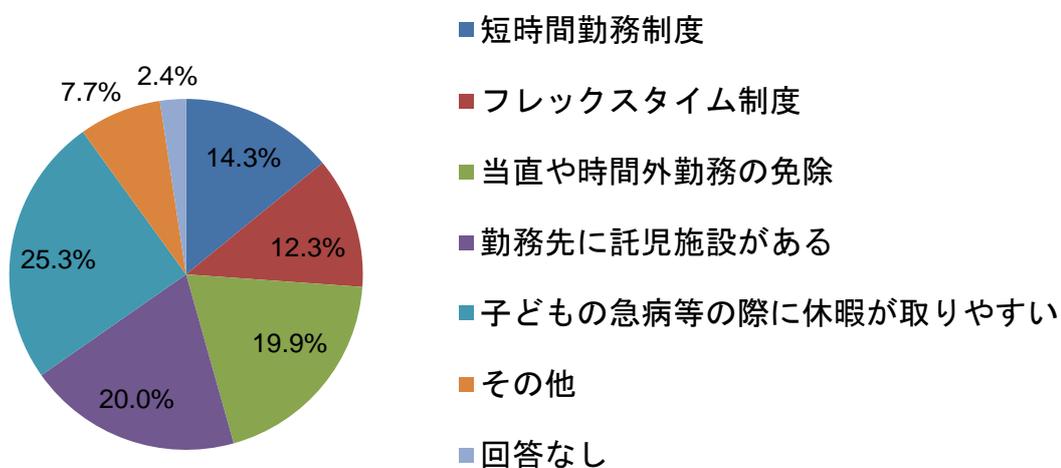


9. 子育てをしながら勤務を続ける条件



子育てをしながら勤務を続ける条件【男女別】

男性 (n=3, 268)



女性 (n=1, 663)

